

ТИББИЁТ
КОЛЛЕЖЛАРИ
ЎҚУВЧИЛАРИ УЧУН



ЎҚУВ
АДАБИЁТИ

Ғ. О. Ҳайдаров, Ш. Х. Эрматов

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР



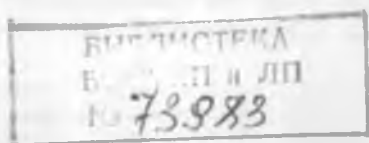
• Абу Али ибн Сино •

41
ТИББИЁТ КОЛЛЕЖЛАРИ УҚУВЧИЛАРИ УЧУН
УҚУВ АДАБИЁТИ

Ғ. О. ҲАЙДАРОВ, Ш. Ҳ. ЭРМАТОВ

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги Ўрта махсус
касб-ҳунар таълими маркази томонидан
тиббиёт коллежлари учун дарслик сифатида
тавсия этган



ТОШКЕНТ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ
ТИББИЁТ НАШРИЁТИ

2002

Муаллифлар: **Ғуломназир Орғиқович Ҳайдаров,
Шавкат Хорунбоевич Эрматов.**

Тақризчилар: *Раинов Г. Н.* – ТошДавТИ Фарғона бўлими ўқув ва илмий ишлар бўйича директор муовини, т.ф.д., *Мирзаева С.А.* – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги тиббиёт билим юртининг I-тоифали терапия фани ўқитувчиси.

Ҳайдаров Ғ. О., Эрматов Ш.Х.

Ҳ 19 Ички касалликлар: Тиббиёт коллежлари учун дарслик. – Т.:
Абу Али ибн Синономидаги тиббиёт нашр., 2002. – 400 б.
I. Муаллифдош.

Ушбу дарслик ички касалликлар ҳақида бўлиб, унда умумий тўқималар патологияси, беморларни клиник текшириш усуллари батафсил ёритилди ҳамда ички аъзолар касалликларида ҳаётга таҳдид соладиган ҳолатларда шошилинч тиббий ёрдам курсатиш ҳақида айтиб ўтилди.

ББК 54. 1я 722

Х 4108040000 -36
М 354(04)-2002

ISBN 5-638-02254-6

© Ғ. О. Ҳайдаров, Ш. Х. Эрматов.
2002 й

СЎЗ БОШИ

Мустақил Ўзбекистонимизнинг жаҳондаги барча ривожланган давлатлар билан ўзаро тенглик асосида ҳамкорлик қилиши туғрисидаги одил сиёсати бугунги кунда ўзининг жуда катта самараларини бермоқда. Республикада турли хил мулкчиликка асосланган фирма-лар, банклар, суғурта компаниялари, фондлар, биржалар фаолият кўрсатмоқда. Бундай улкан ютуқлар, ўзгаришлар муқаллас давлатимизнинг ўз мустақиллигига эришиши туфайлигина юзага келди.

Жаҳон иқтисодий интеграциясининг чуқурлашуви нафақат янги техника — технологияни, шунингдек тиббиётга аҳоли соғлиғини сақлашда янги диагностик ва даволаш усуллари олиб кирмоқда. Халқ саломатлигини муҳофаза қилиш мустақил давлатимизнинг асосий вазифаларидан биридир. Республикамиз мустақилликка эришгандан буён халқ хўжалигида ва ижтимоий соҳаларда муҳим ислохотлар амалга ошириляпти. Бу жараён тиббиёт соҳасини ҳам четлаб ўтгани йўқ.

Тиббиётдаги ислохот асосан мавжуд тиббиёт муассасаларининг тузилиши ва таркибини қайта кўриб чиқиш, поликлиника — амбулатория мақомини ўзгартириш, кундузги ва хонадон шифохоналари хизматини йўлга қўйиш, СКАЛ ва амбулатория жарроҳлик марказларини ташкил этиш ҳамда маъмурий ходимларни қисқартириб, уларни бевосита даволаш ишларига жалб қилиш ва бошқалардан иборатдир.

Ўзбекистон Республикасининг “Таълим туғрисида”ги, “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури”, “Соғлиқни Сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури”, “Фуқаролар соғлиғини сақлаш” туғрисидаги Қонунларининг қабул қилиниши, тиббиёт ҳамшираларининг аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишини бутун чоралар билан кучайтириш, оналик ва болаликни ҳимоя қилиш, соғлом авлодни камол топтириш борасидаги ғамхўрлик миллий тиббиётимиз ва фармацевтикамиз ривожини йўлидаги сазй — ҳаракатларни кенгайтирди. “Фуқаролар соғлиғини сақлаш туғрисидаги” Қонунда фуқаролар соғлиғини сақлаш қоидалари акс этибгина қолмай, балки унда

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг ваколатларидан тортиб, барча давлат органлари, корхоналар, муассасалар, ташкилотлар, жамоат бирлашмаларининг вазифалари ҳам белгилаб берилган. Давлат соғлиқни сақлаш тизимини маблағ билан таъминлаш, қолаверса, ана шу тизимга кирадиган даволаш ва профи-лактика, фармацевтика ва илмий тадқиқот муассасалари, дори-дармонлар ва тиббиёт техникаси ишлаб чиқарадиган корхоналар ҳамда асосий фаолияти фуқаролар соғлиғини сақлаш билан боғлиқ бошқа корхоналар, муассаса ва ташкилотлар вазифаларининг кўрсатилиши — бу Қонун қанчалик пухта ишлангани, унда қандай улуғвор мақсадлар жамул-жам бўлганини исботлайди.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш тизимида ҳамширалик иши алоҳида ўрин тутати. Аҳолининг соғлиғини сақлаш ва касалликнинг олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, беморларни парваришлаш ва биринчи тиббий-санитария ёрдамини кўрсатиш ҳамширалар фаолиятининг асосий ўзагини ташкил этади.

Ҳамшира ўзининг устида тинмай ишлаши, билимини ошириши, поғонама-поғона кўтарилиши, беморга тиббий ёрдам кўрсатиши билан бир қаторда унга руҳан мадад бериши керак. Чунки ҳамшира бемор билан врачдан кўра кўпроқ мулоқотда бўлади.

Жаҳон миқёсидаги ўрта тиббиёт ходимларини тайёрлаш замон талабидир. Шу талабга асосан юқори малакали, янги тиббиёт техникаси билан мукамал ишлайдиган, беморнинг аҳволига баҳо бериб, касаллик симптоматикаси асосида ташхис қўйиб, бемор муаммоси бўйича мустақил режа тузиб ишлай оладиган ҳамширалар тайёрлаш мақсадида ушбу дарсликни ёзишга жазм қилдик.

Дарсликда фақат ички аъзолар касалликларининг турли формалари билан бир қаторда, ҳамширанинг келажакдаги амалий фаолиятига ҳам кенг ўрин берилди. Шунинг учун назарий билим асослари билан биргаликда, клиникагача бўлган поликлиникада, шифохона бўлимларида, диспансерларда олиб бориладиган амалий дарсларга услубий йуриқномалар кўрсатилди. Ички аъзолар касалликларида, ҳаётга таҳдид соладиган ҳолатларда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш ҳақида айтиб утилди.

Дарсликда касаллик туғрисида кенг маълумот берилди, умумий тўқималар патологияси, беморларни клиник текшириш усуллари батафсил ёритилди. Ҳар бир бобда назарий билим асосларидан сўнг, назорат саволлари, муаммоли масалалар тузилди, бу эса ўқувчиларнинг мақсадга мувофиқ ҳолда мустақил ишлашига имкон яратди. Дарслик ҳамшира ташхисини қўйиш, режа асосида даво муолажаларини ўтказиш, беморларни лаборатория, асбоб-ускуналар ёрдамида текширишга тайёрлаш учун керакли маълумотлар билан тўлдирилганки, бу ҳамшира маҳоратини янада оширишга ёрдам беради.

Иловаларда кўп учрайдиган касб-кор заҳарланишлари симптомлари ва шошилиш ёрдам, қишлоқ хўжалигида қўлланиладиган пестицидлар билан заҳарланиш симптомлари ва шошилиш ёрдам, парҳез билан даволаш, асосий дори моддаларининг ёзилиш рецептлари, ички касалликлар фанида кўп қўлланиладиган терминлар лугати, соғлом организмнинг айрим лабораторик курсаткичлари берилди.

Азиз ўқувчи! Ушбу дарслик ҳақидаги таклиф ва мулоҳазаларингизни ёзиб юборишингизни сўраб қоламиз.

Манзилимиз:

Марғилон тиббиёт билим юрти.

I БОБ. ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ФАНИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Ички касалликлар фани одам ички аъзоларида турли касалликларнинг пайдо бўлиш сабаблари (этиологияси), касалликнинг ривожланиши (патогенези), унинг намоён бўлиши ва қуриниши (симптом ва синдромлари), кечиши (клиникаси), ташҳиси (диагностикаси), оқибати (прогнози), даволаш (жарроҳликдан ташқари) ҳамда унинг олдини олиш усуллари (профилактикаси)ни ўрганади.

Ички касалликлар ёки баъзан эса логика атамасига мазмунан тўла мувофиқ келмаган ном билан айтишларича «терапия» (терапия термини ички касалликлар тушунчасининг синоними бўлиб, «даво», «даволаш» маъносига яқиндир, грекча *therapia*—парвариш қилиш, жонқуйдириш, даво, даволаш сўзларидан келиб чиққан) нафас, қон айланиш, овқат ҳазм қилиш, буйрак ва сийдик ажратиш аъзолари, қон ва қон яратувчи аъзолар, эндокрин касалликлари, бўғим касалликлари ва бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, табиатдаги аллергия омиллари, ҳамшираларнинг терапевтик бўлимларда беморлар билан муомаласини, парвариш қилиш, беморларни кузатиш (институт талабаларига терапевтик клиникаларда диагностика асослари ва даволаш)ни ўргатади.

Медицина ихтисосликлари неча-неча асрлар мобайнида қатъий бир тарзда табақалашмасдан келди. Операция ишларига дахлдор касалликларнинг ҳаммаси хирургик (сўзма-сўз таржима қилинганда «қўл билан ишлаш» маъносини билдиради) касалликлар деб аталиб келинди, қолган (барча бўлим)лари эса болалар касалликлари, нерв касалликлари, тери касалликлари, юкумли касалликлар ички касалликларга бирлашган ва аёллар касалликлари, акушерлик фарқланган.

Тиббиёт фанининг ривожланиши ҳозирга келиб юқоридаги бўлимларнинг ички касалликларга боғлиқ бўлмаган ҳолда махсус фанларга ажралишига олиб келди. Врачлар, шу билан бирга ўрта тиббиёт ходимлари, тиббиётнинг қайси бўлимида ишлаганилар ички касалликлар ҳақида мукамал билимга эга бўлишлари зарур.

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ФАНИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ТАРИХИ.

Умуман медицина, жумладан, ички касалликлар туғрисидаги таълимнинг асосчиси деб эрамиздан аввалги V–VI асрда яшаб ижод этган Грециялик қадимги юнон ҳаками Гиппократни ҳисоблаш расм бўлган. У тиббиётнинг мақсади, имкониятлари, қийинчиликлари туғрисида жуда чуқур билимга эга бўлган, организмнинг ташқи муҳит билан ажратмас ҳолдаги бир бутунлигини аниқлаган. Гиппократ тиббиётда клиник йўналишнинг асосчиси.

У касалликни аниқлашда кўпроқ диққатни бемор шикоятига, касалликнинг ривожланиш тарихига, аниқ ва тартибли тана ҳолатини текширишга қаратган. Беморнинг умумий ҳолати: юз, кўкрак қафаси тузилиши, тери ҳолати, тил, тана ҳарорати, уйку ҳолати, нафас, овқатланиш, томир уриши ва организмнинг турли ажратмаларига (тер, сийдик, балғам, ахлаг ва бошқ.) катта эътибор бериш туғрисида ўқитиб утган. У аниқлаган симптомлар ва текшириш усуллари ҳозир ҳам замонавий диагностика учун аҳамиятга эгадир. Масалан, бунга ҳаддан ташқари оғир ҳолатдаги беморда қуриладиган «Гиппократ юзи», плевритда плевранинг ишқаланишидан эшитиладиган шовқин сингари симптомлар мисол бўла олади. Ҳозирги кунда ҳам объектив текшириш усулларида пайпаслаб қўриш, тукиллашиб қўриш, эшитиб қўриш кенг қўлланилмоқда. Даволаш ишларида 60–70 дан ортиқ даво усулларида: қайт қилишга қарши, ич сурувчи, сийдик ҳайдовчи, терлатувчи, банка қўйиш, қон чиқариш, ҳар хил парҳез таомлардан бемор организмнинг индивидуаллигини ҳисобга олган ҳолда маҳорат билан фойдаланилган.

Гиппократ ҳар бир касаллик дискразия деб ном олган бутун организмнинг дардидир, деб ҳисоблар эди.

Қадимги замоннинг яна бир ҳаками Гален Гиппократ таълимотини тўлдирди, у касаллик вақтида қандай бўлмасин бемор орган ва системаларида бўладиган маҳаллий дард — касаллик учоқлари ҳам муҳим урин эгаллайди, деб ҳисоблар эди.

Қадимги шарқ табиби Абу Али ибн Сино (Авиценна)нинг номи медицина тарихида катта урин эгаллайди. У 980 йилда Бухоро яқинидаги Афшона қишлоғида туғилган. Унинг отаси Бухоро амирлигида бож йиғувчи бўлиб ишлаган. Абу Али ибн Сино қулай шароитда ўқиди, ўсиб улғайди ва камолга етди. У беш ёшидаёқ ўқиш ва ёзишни ўрганиб олди, аввал диний мактабда ўқиб, қисқа вақт мобайнида қуръонни мукаммал ёд олди. Сўнг араб адабиётига оид китобларни ҳам ўқиб чиқди, шундан сўнг бошқа фанларни ўқишга киришган. У риёзат, қонуншунослик ва фалсафадан таълим олган, кейинчалик табобат илмига қизиқиб қолиб, шу илм билан шуғулланиб, уни осон ва жуда тез ўзлаштириб олган. Ўн олти

ёшидаёқ машхур табиб бўлиб танилган. У Хоразм пойтахти Урганч шаҳрига келади, у ерда «Маъмун академияси»га қабул қилинади. Беруний, Абул Хайр Ҳаммор, Абу Саҳл Масихий каби ўша даврнинг буюк олим ва габиблари билан ишлайди.

Ибн Сино табобат илмининг назарияси ва амалиёти соҳасида жуда чуқур билим эгаси эди. У киши саломатлиги, яъни табобатда профилактикани биринчи ўринга қўйган, дифференциал диагностика усулига ҳисса қўшган: биринчи бўлиб ўлат билан вабо, плеврит билан ўпка яллиғланиши, гемолитик сариқликнинг бир-биридан фарқини айтиб ўтган ва биринчи бўлиб менингит касаллигининг аломатларини аниқ баён этган, диабет касаллиги билан оғриган одамларнинг сийдиги ширин бўлиши ҳамда бу сийдик қайнатиб, буғга айлантирилганда идишда оқ чўкма қолишини кўрсатиб берган. Ибн Сино клиницист сифатида киши соғлиғи ва касаллигида нерв системасининг муҳим роль уйнашига алоҳида аҳамият берди. Ўзидан олдин яшаб ўтган буюк олимлар ва табиблар асарларини ўқиб ўрганиб, ўз тажрибалари асосида кўплаб асарлар яратди, шулардан энг йириги «Тиб қонунлари асари»дир. Бу билан у бутун дунёга машхур бўлиб танилди. Асар ўрта аср дорулфунунларида талабалар ва ўқитувчилар учун бир неча асарлар давомида асосий қонунга айланди. Яна бир асар «Тиббий уржуза», тиббиёт илмини ўрганувчилар учун дарслик сифатида ёзилган.

XVIII аср охирларида, айниқса XIX асрда янгича ташхис ва даво усуллари пайдо бўлди. Улар тиббиёт илмининг тараққиётига, ички органлар касалликларининг пайдо бўлиш ва авж олиб бориш механизмининг янги томонларини очиб беришга имкон туғдирган фундаментал биологик тадқиқотларга асосланди. Чунончи XVIII асрда Цельсий тана ҳароратини ўлчашга мўлжалланган термометрни ихтиро этди. Ауэнбруггер тукиллашиб кўриш (перкуссия) йўли билан касалликларни аниқлаш усулини таклиф этди. 1819 йили француз врачлари Лаэннек эшитиб кўриш (аускультация) йўли билан касалликларни аниқлаш усулини ишлаб чиқди.

XIX аср ва XX асрнинг бошларида медицина амалиётига муҳим бўлган янги диагностика усуллари жорий этилди. Шулар жумласидан 1867 йили Кусмаул меъда ширасини олишда ишлатиладиган найчани, 1874 йили Эсбах сийдик таркибидаги оқсилни аниқлаш усулини, 1891 йили Рива-Роччи қон босимини ўлчайдиган асбобни кашф этдилар. 1895 йили Рентген X - нурлари (Рентген нурлари)ни кашф этди, бу нурлар ёрдамида орган ва туқималарни ёритиб кўриш ва у ёки бу хилдаги патологик жараёнларни аниқлаб олиш мумкин бўлиб қолди. Эйтховен кашф этган

юрак товушларини ёзиш усулларида ҳозирда ҳам юрак хасталикларини аниқлашда кенг фойдаланилмоқда.

XIX аср бошларида рус медицинасининг энг йирик намоёндаси, ички медицина асосчиси Мудров Матвей Яковлевич (1776—1831) беморни текшириш схемасини яратди ва бемор туғрисидаги маълумотларни бирма-бир ва тартиб билан қайд қилиб боришга имкон берадиган ҳужжат бўлмиш касаллик тарихи варақаси (Ф-003У) ни амалиётга жорий этди. Касалликни даволашдан кўра, унинг олдини олиш осон, деган фикрни М. Я. Мудров айтиб ўтган. У медицинадаги профилактик йўналишнинг асосчиси бўлиб, касалликларга даво қилишда дори-дармонгагина эмас, балки физик омиллар, парҳезга ҳам катта аҳамият берган, ҳар бир касалнинг аҳволига қараб иш юритиш қондасини олдинга сурган, психотерапиянинг муҳимлигини таъкидлаган эди.

Захарин Григорий Анатолиевич (1829—1897) беморни синчиклаб сураб-суриштириб, шикоятларини обдон таҳлил қилиш, касаллик тарихи, турмуш тарихини ўрганиш усулини ишлаб чиқди, бу ҳозирда ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган ва беморни текшириш ҳамда диагностиканинг энг муҳим элементи бўлиб ҳисобланади. У касалларни даволашда табиий омиллар (минерал сувлар, шифобахш балчиқлар ва бошқалар)дан фойдаланиш туғрисидаги таълимот — Курортологияни ривожлантириш учун кўп фойдали ишларни қилди. У ўпка сили классификациясини яратди, биринчи бўлиб, жигар циррозининг янги даволаш усулини ёзди, қон чиқаришнинг аҳамиятини илмий асослаб берди, лаборатория текшириш усулларига катта ҳисса қўшди.

С. П. Боткин (1832—1889) медицинадаги физиологик йўналишнинг асосчисидир. У одам организмнинг ташқи муҳит билан бевосита боғлиқлигига катта аҳамият берган, касаллик келиб чиқишида нерв системасининг ҳолати муҳимлигини айтиб ўтган. У қорин бўшлиғи органларини пайпаслаб кўриш (пальпация) усуллари амалиётга жорий қилди, янги симптомлар (ўт-тош касаллигида оғриқнинг ўнг томондаги қовурғалар остидан юрак соҳасига ўтиб туриши, яъни иррадиацияланиш симптоми ва бошқ.)ни топди, инфекцион гепатитни (Боткин касаллиги) батафсил тасвирлаб берди, перкуссия билан аускультациянинг баъзи янги усуллари таклиф этди. Даволашда ҳар қайси бемор учун алоҳида индивидуал ёндошиш зарурлигини ва касалликни эмас беморни даволашга катта эътибор беришни уқтирди. Жуда кўп янги касалликларни аниқлади, янги дори моддалари (адонис, салицилатлар, бром препаратлари ва бошқ.)ни даволашда қўллаш учун киритди, санаторий-курорт омилларига алоҳида эътибор берди.

Остроумов Алексей Александрович (1844–1908) – Г. А. Захариннинг шогирди, С. П. Боткин ишининг давомчиси йирик клиницист, замонавий функционал диагностика асосчиси, батафсил ва индивидуал клиник диагноз зарурлигини асослаб берди.

Образцов Василий Парменович (1851–1921)–С. П. Боткиннинг шогирди, И. П. Павлов ишининг давомчиси бўлиб, клиник диагностика ривожланишига катта ҳисса қўшган. Қорин бўшлигини пайпаслаб кўришнинг ўзига хос усулини яратган, амалиётга бир бармоқ билан перкуссия қилиш усулини киритган, инфаркт миокард клиникасини ёзган.

Кончаловский Максим Петрович (1875–1942) турли ички касалликларнинг дастлабки аломатлари туғрисидаги таълимотни ишлаб чиқди, бу – самарали даволаш-профилактика чора-тадбирларини амалга ошириш ва касалларнинг батамом тузалиб кетишига шароит туғдирди. У преморбид деган ҳолатлар (касаллик олди ҳолати) назариясини яратди, бу патологик жараённинг янада авж олиб кетишига йўл қўймайдиган чоралар аниқса яхши кор қиладиган маҳалларда ички органлар касалликларининг олдини олиш ва уларга даво қилиш юзасидан бир қанча тавсияномаларни ишлаб чиқишга шароит туғдирди. У ревматизм ва ўт-тош касаллигининг келиб чиқиш сабаблари, авж олиб бориш механизми, диагностика ва давоси масалаларини ўрганишга катта эътибор берди. У ревматизмни бир вақтда аниқлаш ва даволаш усулларини яратди. Клиник шароитда лаборатор-экспериментал усулларни қўллади. У касалликка ташқи муҳит таъсирига организмнинг ҳимоя мослашиш реакциясининг пасайганлиги деб қарайди.

Ланг Георгий Федорович (1875–1948) ўзининг илмий асарларида ички касалликлар соҳасидаги функционал патофизиология йўналишини ёритиб борди, гипертония касаллигини урганишга катта эътибор берди. У гипертония касаллиги ва бошқа юрак-томир касалликларининг классификациясини ишлаб чиқди. «Титроқ аритмия», «Гипертония касаллигининг нефроген даври», деган янги термин ва ҳоказоларни жорий этди.

Ўзбекистонда ички касалликларни урганишга катта ҳисса қўшган олимларимиздан профессор А. Н. Крюков, унинг шогирдлари З. И. Умидова, А. Н. Назаров, Н. И. Исмоилов, Т. Х. Нажмиддинов ва бошқаларни айтиб ўтиш лозим. А. Н. Крюковнинг яна бир шогирди профессор Э. И. Отахонов машҳур олим ва давлат арбоби бўлиб етишди.

Ҳозирги кунда Ўзбекистон Республикасида ички касалликлар бўйича мутахассислар баракали ижод қилиб, касаллик сабабларини аниқлаб, янгидан-янги даволаш усулларини кашф қилмоқдалар. Булардан профессор К. Й. Йўлдошев, А. Б. Баҳодиров, А. М. Убайдуллаев, И. Р. Фатхуллаев, У. К. Ваҳובה, С. Ю. Турсунов ва бошқалар

юрак-қон томирлари ва ўпка касалликларининг олдини олиш ҳамда даволаш йўллари устида самарати меҳнат қилмоқдалар. Шунингдек Р. А. Абдуллаев, А. Ж. Жалолов, К. Б. Баҳодиров, У. А. Асқаров, У. И. Йўлдошев, Н. М. Камолов ва бошқалар ҳазм аъзолари касалликларининг келиб чиқиш сабаблари, ҳасталикларни замонавий усулда аниқлаш ҳамда даволаш устида катта ишларни амалга оширдилар.

ХАЛҚ СОҒЛИҒИНИ САҚЛАШНИНГ РИВОЖЛАНИШИДАГИ АСОСИЙ Йўналишлар

Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимининг асосий вазифаси — касалликнинг олдини олиш ва беморларга юқори малакага эга мутахассислар хизматини қаратиш. Ўзбекистон Республикасининг «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида»ги Қонунига мувофиқ ҳамда аҳолининг малакали тиббий хизматдан фойдаланиш ва ижтимоий ҳимояга доир конституциявий ҳуқуқларини таъминлаш, шунингдек тиббий хизматлар сифатини яхшилаш мақсадида Республика комиссияси томонидан ишлаб чиқилган, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 12-июндаги Ф- 856 сонли фармойиши билан тасдиқланган Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш тизимини 1998–2005 йилларда ислоҳ қилиш Давлат ҳамда 1999–2005 йилларда тиббиёт билим юртларини касб-ҳунар коллежларига айлантириш дастурлари асосида 1999–2005 ўқув йилларидан бошлаб, тиббиёт олий ўқув юртларининг даволаш факультетлари ҳузурида ўрта тиббий маълумот ҳажмида ўқитиш муддати 3 йил бўлган олий малакали тиббиёт ҳамширалари (реаниматология, анестезистлар, жарроҳлик ҳамширалари, туғруқхона акушерлари ва бошқалар)ни тайёрлаш бўлимларининг очилиши муҳим вазифаларни белгилайди. Халқ таълими тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси қонунига мувофиқ, Ўзбекистон Республикаси кадрлар тайёрлаш миллий дастурига асосан малакали кадрлар тайёрлаш ишлари жадал суръатда олиб борилмоқда.

Ички касалликлар тўғрисидаги таълимотнинг ривожланиши ҳозир бир қанча фанлар, биринчи навбатда биологик йўналишдаги фанларнинг энг янги ютуқларига таянади. Чунончи, атеросклероз муаммосини биокимёвий, биофизик текшириш усуллари ва ҳатто математик текшириш усулларида фойдаланмасдан туриб урганиш мумкин эмас. Терапевтлар бошқа ихтисосдаги мутахассислар билан ҳамкорликда ишлайдиган бўлса, фақат шундагина улар ана шу кенг тарқалган ва оғир патологик жараённинг сабаблари ҳамда авж олиб бориш механизмларини билиб олишлари, демак уларнинг олдини олиш, даволаш ва барвақт аниқлаш муаммоларини ҳал қилишлари мумкин. Оғир касалликларга қарши курашда терапевтлар хирурглар билан яқиндан ҳамкорликда ишлашади. Масалан, ҳозир юрак порокларига даво қилишда, юракда қилинадиган

реконструктив операциялар тобора кенг қўлланилмоқда, юракка сунъий клапанлар қўйиш усулидан фойдаланилмоқда. Йирик томирлар атеросклероз билан зарарланганда уларнинг бир қисми синтетик тўқимадан тайёрланган протезлар билан алмаштирилади.

Буйракда сурункали яллиғланиш касалликлари бошланиб, буйрак етишмовчилиги пайдо бўлганда гемодиализни қўллашдан ташқари, донорлардан олинган буйракни кўчириб ўтказиш операциялари муваффақият билан жорий этилмоқда. Бу операциялар талайгина беморларнинг умрини узайтиришга имкон беради.

Ички касалликлар тўғрисидаги фан сўнгги ун йилликларда янги диагностик усуллар, шунингдек ҳаммадан кўп тарқалган ва оғир касалликларга даво қилиш ҳамда уларнинг олдини олиш усуллари билан бойиди. Антибиотиклар кашф этилгандан бери жуда кўп хатарли касалликлар 100% ҳолларда қисқа муддат ичида батамом йўқолиб кетадиган бўлиб қолди, (масалан, крупоз пневмония).

Баъзи қон касалликларига даво қилиш усуллари яратилган. Чунончи, илгари бедаво дард бўлган пернициоз анемия (Бирмер касаллиги, уни хавфли анемия деб аташар эди) цианокобаламин (Витамин B_{12}) ва бошқа препаратлар ёрдамида тузатиб юборилмоқда.

Синтетик ҳамда таъсири узайтирилган инсулин препаратлари олингандан кейин авваллари бедаво дард деб ҳисобланган қандли диабетга даво қилишда муваффақиятга эришиш мумкин бўлиб қолди.

Янги биокимё усуллар ёрдамида сўнгги йилларда олиб борилган текширишлар сафро (ўт)да ўт-тош касалликларига олиб келадиган дастлабки патологик ўзгаришларни аниқлаб, ўт-тош касаллигининг олдини олишга қаратилган бир қанча профилактик ҳамда даволаш чора-тадбирларини белгилаб олишга ёрдам берди.

Ички касалликлар тўғрисидаги фаннинг кейинги ривожланиши физика, химия, радиоэлектроника, оптика, ультратовуш техникаси ва акустиканинг замонавий ютуқлари асосида ишлайдиган, ички аъзолардаги патологик жараён сабабларини барвақт аниқлаб, диагностикани тезлаштиришга, бир қанча касалликларни масофадан туриб аниқлаб олишга (дистанцион диагностик системалар) имкон берадиган компьютёр—янги диагностик асбоблардан фойдаланишга гаянади.

Фан-техника ривожланиши сабабли медицина соҳасида ҳам муваффақиятларга эришилди. Сунъий органлар яратиш устида текшириш ишлари олиб борилмоқда. Йирик даволаш-профилактика программалари ишлаб чиқиляётганлиги туфайли фаолият юритиш учун кенг йўл очилмоқда, бу программалар Давлат Соғлиқни сақлаш тизими ходимларининг поликлиника, ҚВП, ШВП ва шаҳар, район касалхонаси, тез ҳамда шошилинч медицина ёрдами муассасаларида

малакали хизматлари туфайли беморларнинг ўз вақтида тиббий ёрдам олишига қаратилган.

Соғлом турмуш тарзининг зарарли одатларга қарши курашда ҳамда касалликнинг олдини олишда замонавий табобатнинг ривожланишига аҳамият берилмоқда. Аҳолини диспансер кузатуvidан ўтказиш, табобатда сўғурта хизматини ташкил этиш, ушбу мақсадларни амалга оширишда тиббиёт ҳамшираларининг иштироки алоҳида урин тутади.

Турмуш тарзи бу — конкрет шароитдаги диалектик тушунчалар ҳосиласи бўлиб, инсоннинг конкрет жамият, муҳитда ифодаланган ҳаёти, меҳнати, дам олиши ва бошқаларни ўз ичига олади. Соғлом турмуш тарзи кенг маъноли тушунча бўлиб, унумли меҳнат қилиш, яхши дам олиш, физкультура ва спорт билан шуғулланиш, организмни чиниқтириш, шахсий ва психофигиснага риоя қилиш, рационал (оқилона) овқатланиш, ёмон одатлардан ўзини тийиш, ҳар йили диспансер куригидан утиб туришдан иборат. Турмуш тарзини яхшилаш аҳоли саломатлигига жуда катта таъсир кўрсатади. Аҳолига тиббиёт билимларини тарғибот қилиш, соғлом турмуш тарзини намоён қилиш ва касалликларнинг олдини олишда соғлиқни сақлаш муассасалари, давлат ва жамоат ташкилотлари, маданият ва матбуот органлари ҳамкорлигида иш олиб бориш зарур. Чунки турмуш тарзи фақатгина тиббиёт ходимларининг ҳаракати билангина эмас балки, газета ва журналлар, телевидение ва радио, касаба уюшмалари, давлатнинг турли органлари ёрдамида яхшиланади.

Аҳоли саломатлигига таъсир этувчи ёки хавф туғдирувчи омиллар жуда хилма-хил, турли-туман, шу билан бирга бир вақтнинг ўзида таъсир кўрсатиши билан характерлидир. Саломатликка таъсир этувчи омилларга қуйидагилар киради:

1. Ташқи атроф-муҳит омиллари.
2. Миллий урф-одатларимиздан келиб чиққан норационал мувофиқлашмаган ва овқатланиш тартибига риоя қилмаган ҳолда овқатларни истеъмол қилиш.
3. Гиподинамия, гипоксия, кам, dynamis — ҳаракат — ҳаракат (куч) мускулларининг етарли ишламаслиги.
4. Зарарли одатлар — алкоголизм — ашаддий ичкиликбозлик.
5. Тамаки чекиш.
6. Наркомания.
7. Психоэмоционал зўриқишлар.

Ташқи атроф-муҳит омилларидан сув, ҳаво, ўсимликлар, ҳайвонот дунёси, овқат маҳсулотлари, одамнинг уй-жойи ва кийим-кечаги, шовқин ва тебраниш, турли хил ишлаб чиқариш корхоналарининг зарарли чиқиндилари, биологик-профилактик

препаратлар, қишлоқ хўжалик зараркунандаларига ишлатиладиган хилма-хил заҳарли кимёвий моддалар одамларнинг саломатлигига бевосита таъсир кўрсатади.

Миллий урф-одатларимиздан келиб чиққан ҳолда овқатланиш режимига амал қилмаслик натижасида организмнинг нормал фаолияти бузилиб касалликлар келиб чиқади. Организм старли миқдорда озик моддалар билан таъминланмаслиги сабабли унинг ҳимоя хусусиятлари, реактивлиги ва иммунитети пасайиб кетиши касаллик ривожланиши учун замин тайёрлайди. Беморнинг старли даражада овқатланмаслиги ўсиш ва жисмоний ривожланишнинг кечикишига олиб келади. Гиподинамияда мускуллардан марказий нерв системасига бориб турадиган сигналлар камайиб қолади, бу эса бош мия ҳолатига салбий таъсир кўрсатади, чунки марказий нерв системаси тонусини сақлаб туришда, қон айланиш билан моддалар алмашинуvinинг идора этилишида мускуллар фаолияти биринчи даражали рол ўйнайди.

Алкоголизм одам организмдаги барча система ва органларга салбий таъсир кўрсатади. Марказий ва периферик нерв системасининг фаолияти бузилиб руҳий касалликлар, жигар касалликлари, невритлар ва бошқа касалликлар пайдо бўлади.

Тамаки чекиш киши соғлиғига жиддий зарар келтирадиган, энг зарарли одатлардан бири бўлиб, тамакининг ватани Жанубий Америка ҳисобланади. Тамаки таркибидаги никотин моддаси марказий ва периферик нерв системасига вақтинча қўзғатувчи таъсир кўрсатади: артериал қон босимини вақтинчалик кўтареди, майда қон томирларини торайтиради, нафас олишни тезлаштиради, овқат ҳазм қилиш системасида шира ажралишини кучайтиради. Никотин моддаси ҳомиладор аёллар учун зарарли, чунки бола заиф ва нимжон бўлиб туғилади. Никотин атеросклероз, гипертония, гастрит, гастроэнтерит, миокардиодистрофия касалликларини келтириб чиқаради.

Наркомания (карахтлик, телбалик, жаҳл, шод-хуррамлик) гиёҳвандлик наркотик ва наркотик таъсирга эга бўлган моддаларни суиистеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган касаллик бўлиб, жуда кўп касалликларнинг келиб чиқишига олиб келади.

Психоэмоционал зўриқишлар—салбий таъсир этувчи асосий омилларнинг бири ҳисобланади. У одамларда гипертония касаллиги, стенокардия ва миокард инфаркти, руҳий касалликларни келтириб чиқаради.

Соғлом турмуш тарзини шакллантириш учун, инсон саломатлиги ва унинг турмуш тарзини соғломлаштириш ҳақида тула билимга эга бўлиш, аҳолининг ўз саломатлигига бўлган муносабатларини яхшилаш ҳамда тиббий билимларини тарғибот қилиш лозим.

КАСАЛЛИКЛАР ҲАҚИДА ТУШУНЧА.

Касаллик — организм ва энг муҳим ички органлар нормал функциясининг бузилишидир. Кенгроқ маънода касаллик — ташқи ва ички муҳитнинг зарарли таъсиротлари натижасида организм нормал яшаш фаолиятининг бузилиши бўлиб, организм химоя кучларининг сафарбар этилишига қарамасдан мосланувчанлигининг сусайиб кетиши билан характерланади. Касаллик инсон организмнинг умумий дарди бўлиб, у емирувчи ва мослаштирувчи ҳодисаларнинг биргаликда давом этиб бориши, лекин мослаштирувчи ҳодисаларнинг камлик қилиб қолиши билан характерланади, натижада купинча меҳнат қобилиятининг вақтинча ёки бутунлай камайишига олиб келади.

ЭТИОЛОГИЯ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА.

Этиология — касаллик ёки патологик ҳолатнинг келиб чиқиш сабабини англатади. Касалликни келтириб чиқарадиган ташқи ва ички сабаблар бор. Ташқи омилларга инфекцион, механик, физик (температура) ва бошқа омиллар киради.

Инфекция. Патоген (касаллик туғдирувчи) микроорганизмлар (стрептококк, пневмококк, дизентерия таёқчалари ва бошқ.) ҳамда вируслар касаллик сабабчиси бўлиши мумкин. Улар соғлом одам организмга ёки туғридан-туғри бемордан, йўталганда, акса урганда, сўлагидан, томоғи ҳамда юқори нафас йўлларида чиқадиган шилимшиқ, балғамни тарқатиб атрофдагиларга юқтирганда ўтади (инфекцион ҳаво-томчи йўли билан ўтиш) ёки қандай бўлмасин бирор микроорганизмлар билан ифлосланган озиқ-овқат маҳсулотлари билан бирга тушади (ювилмаган сабзавот-меваларни ейиш, қўлларнинг кир бўлиши). Инфекция бемор ажралмалари билан ифлосланган буюмлар орқали, шунингдек чангдан ҳам юқиши мумкин. Патоген микроорганизмлар терининг шикастланган жойидан (тирналган, шилинган жойларидан) ичкарига ўтиб, йирингли тери касалликлари — пиодермияларга сабаб бўлиши мумкин.

Паразитар касалликлар тирик қўзғатувчилар туфайли пайдо бўладиган касалликларнинг катта гуруҳини ташкил этади. Буларнинг энг кўп тарқалгани гельминтоз (гизжа касаллиги)дир. Гизжалар купинча соғлом одамнинг ҳазм йўлларига тухумлари тушиб қолишидан юқали (ювилмаган қўллардан, гизжалар ташиб юриши мумкин булган уй ҳайвонларига жуда яқин юриш натижасида).

Паразитар ва инфекцион касалликларнинг қўзғатувчилари бир қанча ҳолларда қон сўрар ҳашаротлар орқали ўтади. Чунончи, без-

гак чивинлари безгак қўзғатувчиларини, каналар энцефалит ва бошқа касалликларнинг қўзғатувчиларини юқтиради.

Инфекциялар пайдо бўлиб, авж олиб боришида организмга қандай бўлмасин бирор гурдаги патоген микроорганизмларнинг утишигина эмас, балки организмнинг қаршилиги ҳам муҳим роль уйнашини айтиб ўтиш керак. Мудом тулақонли овқатланмаслик, жисмоний ва асабий зуриқишлар, совуқ қотиб юриш натижасида организмнинг заифлашиб қолиши унинг инфекцион касалликларга курсатадиган қаршилигини камайтириб боради.

Механик омиллар. Механик сабаблар туфайли пайдо бўладиган касалликлар жумласига мия силкиниши, лат ейиши, жароҳатланиши, суяклар синиши (суякларнинг очик ва ёпиқ синиши), бўғимларнинг чиқиши ва бошқалар киради. Кўрак қафаси лат ейиши туфайли травматик плеврит (плевра яллиғланиши), травматик пневмония (ўпка яллиғланиши, зотилжам) пайдо бўлиши, шунингдек плевра ёрилиб, плевра бўшлиғига ҳаво утиши — плевмоторакс вужудга келиши мумкин. Механик шикастлар оғир патологик ҳолатларга сабаб бўлиши, масалан, умуртқа поғонаси синиб, орқа мия узилиб кетишига, қон томирлари шикастланиб қон кетиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Бир қадар зўрайган оғриққа сабаб бўладиган механик шикаст шокка олиб келиши мумкин (одамнинг ўзидан кетиб, артериал босимининг кескин пасайиб, ранги оппоқ оқариб кетиши). Вақтида ёрдам курсатилмаса, шок шикастланган одамнинг ўлимига олиб келиши мумкин.

Физик омиллар. Буларга одамнинг совуқ қотиши киради, бу респиратор касаллик пайдо бўлишига сабаб бўлади. Елвизак, одамнинг совуқда, ёмғирда узоқ қолиб кетиши организмга айниқса ёмон таъсир курсатади. Ўткир респиратор касалликка ўз вақтида ва етарли даво қилинмаса, у асорат бериб, трахеобронхит, бўғимлар яллиғланиши, нефрит ва пиелит — буйрак ҳамда буйрак жомларининг яллиғланиши сингари касалликларнинг пайдо бўлиши ҳам организмнинг совуқ қотишига боғлиқ, деб ҳисобланади.

Организм ҳаддан ташқари узоқ вақт давомида совқотганда унинг барча функциялари тўхтаб қолади ва одам ўлади. Агар одам очик ҳавода ҳаракатсиз турадиган бўлса, (масалан, мастлик ҳолати) 1–2 °C температурада ҳам ҳаддан ташқари совқотиб ўлиб қолиши мумкин.

Совуқнинг қандай бўлмасин бемор тана қисмига маҳаллий таъсир курсатиши совуқ олиш ёки совуқ уришига сабаб бўлиши мумкин. Одам совуқда узоқ туриб қолганда оёқ намланганда қон айланиши издан чиқади, териси оқариб, эти увишиб қолганини сезади.

Совуқ олиш енгил ва оғир даражали бўлиши мумкин. Енгил совуқ олганда қон айланиши осонгина асliga келади, совуқ олиш оғир даражада бўлганда эса туқималарда қайтариб бўлмайдиган органик ўзгаришлар — хирургик операцияни талаб этадиган некроз пайдо бўлади.

Ҳаво температураси юқори бўлганда ва яхши шамоллатилмайдиган хонада, шунингдек, офтоб жойда узоқ туриш, мўътадил ва совуқ иқлим зоналаридан бирдан иссиқ иқлим зонасига ўтиб қолиш ва бунда гигиеник маслаҳатларга амал қилмаслик бадан қизиби кетишига ҳамда иссиқлик элитиб қуйишига олиб келиши мумкин. Атмосфера босимининг ўзгариши ҳам бир қанча касалликларга сабаб бўлади. Масалан, денгиз сатҳидан 3500 — 4000 метр ва ундан кўпроқ баландликда одам бурни қонаб, умуман дармонсизланиб қолиши, боши айланиши мумкин. Бу нафас олинадиган ҳаводаги парциал босимнинг тез пасайиши билан характерландиган баландлик касаллиги деб аталувчи ҳодиса бўлиб, етарли машқ қилмаган альпинистларда махсус кислород асбоблари ва бошқаларсиз анчагина баландликка тез кўтарилганда рўй беради.

Атмосфера босими баланд жойдан одам атмосфера босими нормал жойга тез ўтганда қонда эриган газлар пуфакчалар ҳосил қилиб, организмнинг ҳаёти учун муҳим қисмлари (жумладан бош мия)даги майда-майда томирларга (капиллярларга) тикилиб қолади, бу Кессон касаллиги деган касаллик оқибатида организм ҳаёт фаолиятининг бузилишига олиб келади.

Кимёвий омиллар. Турли кимёвий моддалар (кислоталар, ишқорларнинг концентрланган эритмалари) маҳаллий таъсир қилганда ўша жойлар қаттиқ қуйиб қолиши мумкин.

Катта дозалардаги кучли алкогольли ичимликлар организмга ниҳоятда зарарли таъсир кўрсатади. Таркибида сивуш мойлари бўладиган алкогольли қулбола ичимликлар (самагон), айниқса зарарлидир.

Овқатланишнинг бузилиши. Этиологик омиллар қаторига овқатланишнинг бузилиши ҳам киради. Етарлича овқатланмаслик ҳам, ортиқча овқатланиш ҳам зарарлидир, овқатга ёлчимаслик организмнинг қолдан тойиб, инфекцияга кўрсатадиган қаршилиги камайиб кетишига, гипо ва авитаминозлар пайдо бўлишига олиб келса, ортиқча овқатланиш озиқ-овқат маҳсулотларининг энергетик қиймати энергия сарфидан анча ортиб кетишига олиб борадики, бу моддалар алмашинуви бузилишига, одам семириб уни ёғ босишига олиб келиши мумкин.

Ижтимоий омиллар. Ижтимоий шароитларнинг нобоп бўлиши касалликлар пайдо бўлишида каттагина ~~рол ўйнайди. Нунданчи~~

Осиё, Африка ва Лотин Америкасининг бир қанча мамлакатларида кўп йиллик мустамлакачилик аппаратининг оқибати сифатида турмуш даражасининг пасайиб кетгани инфекцион, паразитар касалликларнинг тарқалишига йўл очади; овқатга ёлчимаслик авитаминозга сабаб бўлади. Касб-корга алоқадор касалликларнинг кўпайиши корхоналарда техника хавфсизлигининг бузилиши натижасидир.

Бизнинг давлатимизда ижтимоий характердаги кенг соғломлаштириш чора-тадбирлари амалга оширилади: меҳнат ва турмуш шароитини яхшилаш, зарарли одатлар — ичиқликбозлик ва чекишга қарши умумдавлат миқёсида кураш олиб бориш, физкультура ва спортни ривожлантириш ва бошқалар шулар жумласига киради.

Салбий ҳис-ҳаяжонларнинг роли. Ноқулай таъсиротлар жумласига одамнинг руҳий-асабий жиҳатига таъсир қиладиган салбий ҳис-ҳаяжонларни киритиш керак. Бу таъсиротларнинг катта роли борлигини физиолог И. П. Павлов айтиб ўтган. Врачнинг сўзи дардга малҳам бўлади, лекин у одамни забун қилиб қўйиши ҳам мумкин. Ҳар бир медицина ходими, айниқса беморлар билан бошқа медицина ходимига қараганда кўпроқ мулоқотда бўладиган медицина ҳамшираси шуни назарда, эсда тутиши керак. Беморга вақтида айтилган ширин сўз, тез орада соғайиб кетишини истаб айтилган яхши ният, врач буюрганларини мулоиймгина қилиб, қунт билан эслатиб туриш унинг соғайиб кетишида жуда муҳимдир. Медицина ҳамшираси медицина деонтологиясининг асосларини билиши керак. Гоҳида нуқул ҳадиксирайдиган серфикр беморнинг кунглини тинчитиш, касалликнинг оғирлиги ҳақидаги нотўғри хаёлларини йўққа чиқариш зарур бўлади. Иккинчи томондан, режимни бузиб, врач маслаҳатларига парво қилмайдиган интизомсиз беморни унинг ўзбошимчалиги ёмон оқибатларга олиб бориши мумкинлиги тўғрисида қатъий огоҳлантириб қўйиш керак.

Аллергик омиллар. Аллергия организм реактивлиги ўзгариб қолганлиги туфайли унинг турли моддаларга ортиқча сезгир бўлиб қолишидир. Аллергияда организм сезувчанлиги ортиб кетишининг маълум хусусиятлари бор. Илгари одам қайси омиллар (аллерген)га дуч келган бўлса, у шу омилга ортиқча сезувчан бўлиб қолади. Клиник жиҳатдан олганда бу аллергия реакциялар деб аталадиган реакциялар билан ифодаланади. Аллергик реакцияларнинг жадал ва суст борадиган хиллари бор. Жадал реакцияларга анафилактик шок деган оғир патологик ўзгариш киради. Жадал аллергия реакциялар одатда организм аллергенга дуч келганидан кейин орадан 15—20 минут ўтиши билан бошланади.

Секин борадиган аллергия реакцияларга бир мунча кечроқ — бир неча соат, кундан кейин бошланадиган организм реакцияла-

ри, масалан, бир қанча ўсимлик аллергиялари (гул чанглари) ёки саноат аллергиялари (буёқлар) таъсир қилганда пайдо бўладиган дерматит (тери касалликлари) киради. Аллергик омилнинг роли катта бўладиган касалликка бронхиал астма мисол бўлиши мумкин.

Ирсият. Касалликнинг баъзи аломатлари ва хусусиятлари наслдан-наслга ўтиши мумкин. Қандли диабет, гипертония касаллиги, юракнинг ишемия касаллиги ва бошқалар ирсий бўлади. Тегишли турмуш ва меҳнат шароитларини, овқатланиш ва микроиклим шароитларини яратиб, ирсий касалликларнинг пайдо бўлишига йўл қўймаслик лозим.

ПАТОГЕНЕЗ ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА

Этиология деганда у ёки бу касалликни келтириб чиқарадиган жами сабаблар тушуниладиган бўлса, патогенез этиологик омиллар таъсир этгандан кейин мазкур касалликнинг авж олиб бориш механизмидир. Масалан, ўт-тош касаллиги этиологиясида учта омил: инфекция, ўтнинг туриб димланиб қолиши, овқатланиш рсжмининг бузилиши муҳим рол ўйнайди. Бу касалликнинг патогенези эса жигар хужайраси — гепатоцитларда ўт ҳосил бўлиш жараёни бузилиб, ўт пуфагида маълум биокимёвий ўзгаришлар ва ўт суюқлиги ҳаракатининг бузилиши, ўт тошларининг ҳосил бўлишига боғлиқ.

Крупоз пневмония, яъни зотилжам касаллигини патоген микроорганизм — пневмококклар келтириб чиқаради. Касалликда қон томирлари билан мўл-кўл таъминланган майда-майда ўпка пуфакчалари — альвеолаларда яллиғланиш натижасида ўпкада сероз суюқлик — экссудат тупланиб қолади: кейинчалик бу альвеолаларга қон томирларидан фибрин, эритроцитлар, лейкоцитлар ўтиб, ўпканинг функцияси бузилади. Жараёнга нафас системасидан ташқари юрак-томирлар, нерв системалари ва бошқалар қушилиб қолади. Касалликнинг авж олиб бориш механизми уни келтириб чиқарадиган қўзғатувчининг қандай бўлишидан қатъи назар (пневмококк, стрептококк ва бошқ.), бир хил бўлиб қолаверади.

Касаллик қўзғатувчисига қарши курашга қаратилган даво этиологик, патогенезнинг турли бўғинларига қаратилган даво эса патогенетик даво деб аталади. Муваффақиятли даволаш учун айти шу бемор организми хусусиятларини яхши билиш, унга қандай конкрет омиллар зарарли таъсир қилганлигини аниқлаб олиш зарур. Касалликнинг ўзидан кўра конкрет беморни даволаш керак. Давлатимиз клиницистлари томонидан патогенетик терапияга асос қилиб қўйилган қоида ана шундан иборат.

Симптом — бу бирор-бир касалликнинг пайдо бўлишидаги маълум белги ёки аломатларининг намоён бўлишидир. Масалан, йўтал,

бронхлар яллиғланиши — бронхит симптомидир. Симптомлар субъектив (сураб-суриштириш натижасида аниқланадиган, масалан, гиперто-ния касаллигидаги бош оғриғи) ва объектив булиши мумкин (маса-лан, юрак порогидида стетоскоп ёки фонендоскоп ёрдамида юрак эши-тиб кўрилганда шовқин борлиги маълум бўлади). Симптомлар юқоридагилардан ташқари, лаборатория, рентгенологик ва функ-ционал текширишнинг бошқа усуллари билан ҳам аниқланади. Масалан, меъда яра касаллигини рентгенологик йўл билан тек-ширганда меъда шиллиқ пардасида «ниша», яъни «тоқча» номини олган ўзгаришли жой аниқланади; электрокардиограмма (ЭКГ)-даги тегишли ўзгаришлар миокардда инфаркт бўлганлигини аниқлаб олишга имкон беради; лаборатория текшируви ёрдамида сийдикда қанд борлигини топиш мумкин, бу — қандли диабет касаллиги учун хосдир.

Синдром — бу битта касалликка хос бўлган бир неча симп-томлар йиғиндисидир. Бир қанча симптомларни бир-бирига со-лиштириб, таҳлил қилиб кўриш асосида мазкур беморнинг дар-ди фалон касалликдир, деган хулосани чиқариш мумкин.

Ташхис (диагноз) — клиник текшириш усуллари орқали тек-ширилаётган киши саломатлигининг аҳволи, касаллиги тўғри-сидаги медицина хулосасидир. Диагнозни врач беморни ҳар то-монлама текшириб кўрганидан кейин қўяди. Ўз вақтида ва тўғри даво белгилаш диагнознинг аниқ қўйилишига боғлиқ. Қадимги ҳакимларнинг: «Кимки тўғри ташхис қўйса, ўша яхши даво қилади», — деган гаплари бор. Кам ифодаланган, аксари билин-майдиган симптомларни аниқлаб олиш ва демак тўғри диагноз-ни белгилашда медицина ҳамшираси врачга каттагина ёрдам кўрсатиши мумкин. Беморларга кечаю-кундуз парвариш қилиб туришни таъминлайдиган медицина ҳамшираси ниҳоят даража-да зийрак ва кузатувчан бўлиши керак. Ўзининг бемор устидаги барча кузатувлари тўғрисида у ўз навбатчилиги пайтида ва нав-батчилик тугагандан сўнг ҳам батафсил маълумот бериши керак масалан, бемор кечаси йўталган, кўп терлаган (гипергидроз), пешоб вақтида сийдиги бошқа рангда тушган, оғзидан қўланса ҳид келган, ҳаво етишмаётгандек сезаётганидан нолиётган бўлса, мана шуларнинг ҳаммасини медицина ҳамшираси ёзиб бориши ва врачга маълум қилиши зарур. Беморнинг аҳволига баҳо бе-ришда, диагнозни аниқлаш ва даво буюришда мана шу кузатув-лар ва касалликнинг бошқа кўринишлари ҳисобга олинади.

Аниқ диагноз қўйишда лаборатория ва асбоб-ускуналар билан текшириш усуллари-нинг аҳамияти катта. Масалан, қон касаллиги—анемияда субъектив ва объектив симптомлар аниқлангандан сўнг қоннинг таркибини аниқлаш учун лаборатор текшириш усуллари-дан фойдаланилади, қон тахлилининг натижасига асосланган ҳолда

аниқ клиник диагноз қўйилади. Асбоб-ускуналар билан текширишда рентгенологик текшириш натижалари асосида меъда яра касаллигида «ниша» симптоми, ЭКГда эса миокард инфаркти касаллигига хос белгиларнинг аниқланиши ва бошқалар диагностика учун асосий симптомлар ҳисобланади. Симптомлар субъектив ва объектив бўлади, субъектив симптомлар беморларда сураб-суриштириш натижасида аниқланади. Масалан, бош оғриғи, бош айланиши, куз олди қорайиши, меъда соҳасидаги, юрак соҳасидаги оғриқлар ва уларнинг характерлари, тарқалиш жойлари. Объектив симптомлар кўриш, пайпаслаб кўриш, дукиллайтиб кўриш, эшитиб кўриш орқали аниқланади. Масалан, тери рангининг ўзгариши, теридаги тошмалар, оёқ-қўллар ва юздаги шишларни аниқлаш, ўпканинг аниқ товушларининг ўзгариши, юракдаги патологик шовқинларни эшитиш ва бошқалар.

КАСАЛЛИКНИНГ ЎТИШИ ТУҒРИСИДА ТУШУНЧА

Касаллик ҳамиша ҳам энди бошланишиданоқ сезиларли клиник симптомлар билан намоён бўлавермайди. Касалликнинг яширин ёки латент деган даври бўлади, бунда организм қаршилиқ кўрсатиб, касаллик туғдирадиган у ёки бу омилга мослашиш реакцияларини юзага чиқариб турадиган бўлгани учун субъектив ва бир қанча ҳолларда объектив симптомлар бўлмайди. Масалан, организмга радиоактив моддалар таъсир қилгандан кейин нур касаллигининг симптомлари дастлабки вақтларда ҳали кузатилмайди.

Соғайиш даврида мазкур касалликнинг етакчи симптомлари босилиб, касаллик оқибатлари қолади (масалан, инфекцион касалликлардан кейин қувватсизлик ҳисси, тана массасининг камайиб кетиши ва бошқ.).

Касаллик авж олиб боришида қуйидаги даврлар тафовут қилинади:

1. Инкубацион (яширин, латент) давр.
2. Пролонгация давр (касаллик авж олиб боришида унинг асосий клиник аломатлари маълум бўлишидан олдин бўлиб ўтадиган давр).
3. Касаллик росмана авж оладиган давр.
4. Соғайиш даври.

Касаллик қандай ўтишига қараб: ўткир, ярим ўткир, сурункасига чўзиладиган, яъни сурункали бўлиши мумкин. Ўткир касалликка грипп (бирдан бошланиб симптомлари тез кучайиб боради, нисбатан қисқа давом этади) ва турли заҳарлардан заҳарланишлар киради. Крупоз пневмония, дизентерия, инфекцион гепатит (жигар яллиғланиши) ва бошқалар ҳам ўткир касалликлар жумласига киради. Етарлича даво қилинмаганда (врач айтганлари бажарилмаганда, режим бузилганда ва бошқа маҳалларда) ўткир касаллик-

лар сурункали тарзда ўтадиган бўлиб қолиши мумкин (масалан, ўткир гепатит сурункали гепатитга—жигарнинг сурункали яллиғланишига ўтиб кетади).

Касалликнинг ярим ўткир тарзда ўтиши — бу ўткир ва сурункали турлар ўртасида турадиган, масалан, ўткир нефрит (буйрақлар яллиғланиши) сурункали нефритга ўтаётганда бўладиган оралик давр ҳисобланади.

Касаллик сурункали тарзда ўтаётганида аҳвол яхшиланиб (даво таъсири остида), касаллик симптомларининг вақтинча сусайиб қолиши ёки йўқолиб кетиши билан характерланадиган давр ремиссия, яъни касаллик қайтиб турган давр деб аталади (масалан, сурункали гастритда бўладиган ремиссия).

Рецидив, яъни қўзиш деб касаллик симптомлари бир қадар узоқ вақт босилиб тургандан кейин яна пайдо бўлишига айтилади (меъда-яра касаллигининг рецидиви).

У ёки бу касалликнинг ўтишида асоратлар вужудга келиши мумкин (масалан, ўт-тош касаллигида ўт пуфаги ёрилиб қорин пардаснинг яллиғланиб кетиши).

Касаллик оқибати — бу қилинган даво туфайли кўпинча соғайиб кетиш ёки дарднинг узоқ вақт қайтарилиб туриши, яъни ремиссияга ўтишидир. Лекин баъзи ҳолларда касаллик сурункали турга айланиб кетиши, бедаво касалликлар эса ўлимга олиб бориши мумкин.

Даво диагноз қўйилгандан кейин бошланади. Даволаш ҳамisha комплекс усулда олиб борилади. У режим билан даволаш турини: амбулатория, касалхона ёки санаторийда даволанишни ўз ичига олади. Режим асосида ўринда қатъий ётиш ва умумий режимлар белгиланишига қараб ўрнида ётиш режимини буюришда врач беморга нималар кераклигини: беморни мутлоқ тинч қўйиб, унга доим қараб туриш кераклиги ёки бўлимдаги ошхонага, ҳожатхонага бориш учун унга рухсат берилганлиги, нисбатан тинчлик кераклигини аниқлаб олади ва ҳоказо.

Давонинг яна бир таркибий қисми парҳездир: парҳез билан даволаш, яъни диетотерапия даво чора-тадбирлари комплексида катта аҳамиятга эга. Дори-дармонлар билан даволаш дори моддаларини турли хил йўллар билан организмга киритишни: ичириш, тери остига, мускуллар орасига, венадан юбориш, шунингдек, физиотерапевтик аппаратлар ёрдамида дори юборишни кўзда тутати. Физиотерапия, даволаш физкультураси ва санаторий-курортларда даволаниш касалликларга даво қилишда катта ўрин тутати. Давонинг мана шу барча турларида медицина ҳамширасининг роли, врач буюрганларини туғри ва тез бажариб бориши ниҳоят даражада катта аҳамиятга эга.

Беморларни парвариш қилиш даволашда жуда муҳим омилдир. Медицина ҳамшираси беморни врачнинг айтганларига қараб парвариш қилиб боради. Касал одамнинг соғлиғи ва ҳаёти врачнинг буюрганларини медицина ҳамшираси ўз вақтида бажо келтириб туришига, яхши парвариш қилиб боришига боғлиқ булишини эсда тутиш лозим.

Медицина ҳамширасининг асосий вазифаси — врачнинг айтганларини аниқ бажо келтириш, жуда кескин вазиятда ҳам мулойим ва вазмин бўлиш, беморда касалликнинг тез кунларда ўтиб кетишига ишонч уйғотиш, унга меҳрибон бўлиш ва даво режими-ни бузувчиларга нисбатан заруриятга қараб қаттиққўл бўлиш, врач-нинг ҳамма буюрганларини бажариш зарурлигини беморга албатта уқтириб туришдир.

Медицина ҳамшираси беморни парвариш қилиш ишига кичик медицина ҳамширасини жалб қилиши мумкин, кичик медицина ҳамшираси медицина ҳамширасига бўйсунити зарур.

Медицина ҳамширасининг ўзи озодалик, пухталиқ ва виждонан меҳнат қилишда намуна бўлиши, давлатимизнинг асосий ижтимоий вазифаси инсон саломатлигини муҳофаза қилишдан иборат эканлиги ҳамда касалликларга қарши курашдек олийжаноб ишда медицина ҳамшираси муҳим рол уйнашини ҳаммаша эсда тутиши лозим.

Медицина ҳамширасининг ишида асосий деонтологик қоида (медицина деонтологияси — касбга алоқадор бурч ҳақидаги фандир), юқорида айтиб ўтилганлардан ташқари, сўз билан дардга шифо бериш ва сўз билан бошга бало солиш мумкинлигини уқиб олиш кераклигидир.

Фан-техника эволюцияси медицина ҳамширасининг иш амалиётига ҳам кириб келган: беморни радиоаппаратура ёрдамида анча наридаги постдан кузатиб бориш, ёруғлик сигнализацияси, беморларнинг парвариши жараёнидаги «кичик механизация» системаси медицина ҳамшираси меҳнатини енгиллатиб, мақсадга мувофиқ қилиб қўяди.

Назорат саволлари:

1. Ички касалликлар тўғрисидаги таълимотнинг қисқача ривожланиши ҳақида сўзлаб беринг.
2. Халқ соғлиғини сақлашнинг ривожланишидаги асосий йўналишларни таърифлаб беринг.
3. Касаллик ва унинг даврларини ифодаланг.
4. Медицина ҳамширасининг вазифалари нималардан иборат?

II БОБ. УМУМИЙ ПАТОЛОГИЯ АСОСЛАРИ

Организм ҳужайраларида тинмай моддалар алмашинуви борадики, шу нарса ҳаёт фаолиятининг асосидир. Қон барча туқималар (мускул, суяк туқимаси ва бошқа туқималар) ҳужайра структурасининг янгилалиши учун зарур бўлган моддаларни етказиб беради. Кераксиз, зарарли бўлган маҳсулотлар қон билан бирга ажратиш органларига етиб келади ва ташқарига чиқариб юборилади.

Организм учун зарур бўлган озиқ моддалар алмашинув жараёналарида кислород билан бирикади: оксидланиш жараёни бўлиб ўтади, шунинг ҳисобига иссиқлик энергияси ҳосил бўлади. Оксидланиш жараёнини ёниш жараёнига қиёс қилиш мумкин. Организмда иссиқлик энергиясини ҳосил қилиш – моддалар алмашинувининг энг муҳим босқичларидан биридир.

Жуда муҳим бўлган яна бир босқич – бу янги ҳужайра структуралари вужудга келиши ҳисобига туқималарнинг ўсиб, ривожланиб боришидир. Туқималарнинг ўсиб бориши марказий нерв системаси (трофика) нинг туқималарни озиқлантирувчи функциясига боғлиқдир, марказий нерв системаси барча органлар фаолиятини мураккаб эндокрин алоқалари воситасида идора этиб боради. Организмда доимо ассимиляция (ривожланиш учун зарур маҳсулотларнинг ўзлаштирилиши) ва диссимиляция (озиқ моддаларни ўзлаштириш мумкин бўлиши учун мураккаб маҳсулотларни оддий маҳсулотларга айлантириш) жараёнлари бўлиб ўтади.

ОРГАНИЗМДА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШИ

Организмда оқсиллар, ёғлар, углеводлар алмашинувининг бузилиши дистрофия деб аталадиган патологик жараён бошланишига олиб боради, дистрофия жараёни ҳужайралар ва туқималарда миқдор ҳамда сифат жиҳатдан ўзгариб, бошқача бўлиб қолган алмашинув маҳсулотлари пайдо бўлиши ва тупланиб бориши билан таърифланади. Ҳужайраларда буладиган дистрофия жараёнлари турли-тумандир.

ОҚСИЛ ДИСТРОФИЯСИ

Оқсиллар алмашинуви бузилишининг турлари:

- 1) донатор дистрофия;
- 2) гиалиноз;
- 3) амилоидоз.

Донатор дистрофия. Бу ҳужайраларда оқсил алмашинуви бузилишининг бир тури бўлиб, ҳужайра протоплазмасида талайгина миқдорда оқсил табиатли тузилмалар (томчилар, дренажлар) пайдо бўлиши билан ифодаланади. Бу тузилмалар бир-бирига қўшилиб, бутун ҳужайрани тўлдириб қўяди. Донатор дистрофия оқсил дис-

трофияларининг ҳаммадан кура кўпроқ учрайдиган туридир. У аксари буйрак, жигар, юракда бошланади. Юракдаги дистрофик жараён ҳаммадан кура кўпроқ ифодаланган бўлиши мумкин.

Юракнинг донатор дистрофиясида мускул толалари булиб, хужайралар протоплазмаси лойқаланади, толалар катталашиб кетади. Буйрак одатда катталашиб, қаттикроқ булиб қолади. Донатор дистрофия даврида органнинг ташқи куриниши сезиларли хусусиятларга эга бўлади: у илвиллаб қолади, ҳажми одатдагидан каттароқ бўлади. Донатор дистрофиянинг сабабларига қон айланишининг бузилиши (димланиш ҳодисалари), оғир инфекциялар (дифтерия, тошмали тиф билан қорин тифи ва бошқ.), туқималардаги оксидланиш жараёнларини излан чиқара оладиган ҳар хил интоксикациялар киради. Дистрофиянинг бу турида хужайрадаги оксилли структуралар жуда зичлашиб, қаттиқ бўлиб қолади ва хужайра фаолияти бузилади. Донатор дистрофияда хужайрада некротик ўзгаришлар юз бериб, унинг ҳалок бўлиб кетишига олиб келади.

Гиалиноз. Бу ҳам оксил дистрофиясининг турларидан бири булиб, атеросклерозда учрайди ва асосан маълум жойларда бўлади, масалан, тромб шаклланиб, эт олиб бораётганида томир деворида пайдо бўлади. Гиалинозда туқимада гиалин тоғай туқима (гиалин тоғайи) га ўхшаб кетадиган оксил табиатли ярим тиниқ бир жинсли тузилмалар юзага келади.

Амилоидоз. Туқималарда ўзига хос оксил модда — амилоид тўпланиб бориши билан бирга давом этади. Амилоидоз пайдо бўладиган касалликларнинг бири—амилоид нефроз — буйракнинг амилоид боғлаб, буришиб қолишидир.

ЁҒ ДИСТРОФИЯСИ

Ёғ дистрофияси ёғлар алмашинуви бузилганда кузатилади. Унинг моҳияти — хужайралар протоплазмасида ёғ моддасининг ортиқча тўпланиб қолишидан иборат. Масалан, гепатоцитлар (жигар хужайралари)нинг ёғ босиб кетиши ёки қон томирлар деворларида липоид пиллакчалар деб аталадиган нарсаларнинг пайдо бўлиши жигар функциялари бузилиши ёки артерияларда склеротик ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Ёғнинг хужайрада нотўғри тақсимланиши ва жумладан, ортиқча тўпланиб қолиши натижасида умумий ёки маҳаллий ёғ босиш ҳодисаси бошланади.

УГЛЕВОД ДИСТРОФИЯСИ

Углевод алмашинувининг патологик ўзгаришлари натижасида, хужайралар қандни яхши ўзлаштиролмай қолади: қанд етарлича ўзлаштирилмайди ва ташқарига чиқариб турилади. Углеводлар алмашинуви бузилишига қандли диабет хасталиги мисол бўла олади.

АТРОФИЯ

Атрофия— бу орган ёки туқима маълум қисми ёки ҳажмининг камайиб, кичрайиб қолишидир, бунда унинг функцияси сусаяди ёки батамом тўхтаб қолади. Атрофиянинг физиологик ва патологик хиллари бор.

Физиологик атрофия инсоннинг бутун умри бўйи давом этади. Чақалоқ болада киндик артерияларининг атрофияси кузатилади, балоғатга етиш даврида айрисимон без (ўсиш беи) атрофияланиб кетади, кексайиб қолган одамларда суяк ва мускул туқималари, гонадалар (жинсий безлар)да атрофия аниқланади.

Патологик атрофия дастлаб ҳам бутун организм, ҳам айрим орган ва туқималарнинг озиққа ёлчимай қолишига боғлиқ бўлади. Организмга озиқ моддалар кириб турмаганида тана массаси анча камайиб қолгани ва ҳатто одам озиб-тузиб кетгани (кахексия бошлангани) маълум бўлади. Хавфли усма булганида ҳам одам озиб-тузиб, ҳолдан тойиб қолиши мумкин. Маҳаллий атрофия органга ташқи физик таъсир қилганда у ёки бу орган, туқиманинг етарлича қон билан таъминланмаслиги натижасида, иннервация издан чиққанда бошланиши мумкин (иннервациянинг издан чиқиши жароҳатга боғлиқ бўлиши мумкин).

Орган узоқ вақт ишламай туришга мажбур булганда ҳам атрофия пайдо бўлади. Масалан, томир касалликларида ёки суяклар синганида тегишли мускулларда атрофия бошланади. Атрофия маҳалида орган ёки туқима анча ўзгариб қолади. Орган (туқима) аксари кичрайиб кетади, лекин катталашиб қолиши ҳам мумкин, бу — унда суюқлик тупланишига ёки ёғ ўсимталари пайдо бўлишига боғлиқ. Атрофияга учраган органлар функцияси сусайиб қолади. Жуда ўтиб кетган атрофик ўзгаришлар баъзан ҳужайраларнинг ҳалок бўлиб кетишига олиб келади. Барча туқималарнинг табиий равишда бир текис атрофияга учраб, айни вақтда функциясининг сусайиб бориши қарилик чоғида (одам 75 ёшдан ошгандан кейин) кузатилади.

Қандай бўлмасин бирор хил туқималар умумий структурасидаги ҳужайралар сонининг камайиб кетиши, яъни аплазияни атрофиядан фарқ қилиш лозим.

НЕКРОЗ

Некроз (жонсизланиш) деганда тирик организмдаги туқималар ҳаёт фаолиятининг тўхтаб қолиши тушунилади. Некроз орган ва туқималарнинг чекланган қисмларида бошланиши мумкин, лекин у тананинг катта-катта қисмлари, масалан, қўл ёки оёқни ҳам зарарлайди. Некрознинг келиб чиқиш сабаблари жуда хилма-хил. У жароҳатлар, кимёвий ва температура таъсири натижасида, шунингдек туқималарнинг қон билан таъминланиши бузилишидан бошланади. Некроз патогенези нерв, эндокрин ва юрак-томир

системалари ҳолатига, организмнинг иммунологик реакциялари ва бошқаларга боғлиқдир. Некрознинг моҳияти ҳужайра ядроси ўзгариб, емирилиб кетиши, ҳужайралар протоплазмаси ўзгариб қолиши ва туқиманинг ириб кетишидан иборат. Некроз туқима маълум қисмларининг иннервацияси бузилганига боғлиқ бўлиши мумкин. масалан, периферик нервлар жароҳатланганда шундай бўлади. Некрознинг бошқа тури организм туқималарига юқори ёки паст ҳарорат таъсир қилишига боғлиқ (куйиш ёки совуқ олиши). Некроз кислота ва ишқорлар таъсирида ҳам пайдо бўлади.

Некрознинг аллергик, ишемик некроз сингари турлари туқималарга, масалан, силда бўлганидек, бактерия токсинлари таъсир қилишига, қандай бўлмасин бирор таъсиротга туқиманинг ортиқ даражада сезгир бўлишига, тромбоз, эмболия туфайли қон оқими ўзгариб қолишига алоқадор бўлади ва ҳоказо. Қуруқ (коагуляция-он) ва нам (колликвация) некроз турлари тафовут қилинади. Буларнинг биринчиси, яъни қуруқ некрозда, шу билан жонсизланиб қолган туқималарда ивиш, зичлашиш ва сувсизланиш жараёнлари асосий рол ўйнайди. Бу ҳолда некрозга учраган жойлар қуруқ ва қаттиқ бўлади. Нам некроз туқима қисмларининг юмшаб ириши, суюқланиб қолиши билан ўтади.

Некрозга учраган жойларга яқин туқима ва органларда яллиғланиш жараёни — асептик (реактив) деган яллиғланиш (микроорганизмлар иштирокисиз пайдо бўладиган яллиғланиш) бошланади. Унинг нечоғли зўр бўлиши организмнинг умумий аҳволи ва некроз характериға боғлиқдир. Бу жараён некротланган туқимадан ташқаридаги, шиш чегарасидаги томирларнинг кенгайиши билан бирга давом этиб боради. Маҳаллий тарзда яллиғланиб турган шу жой кўздан кечирилганда яшилнамо-сарғиш тусли қон —қизил йўллар кўринишида бўлади.

Некроз оқибати ё унинг тобора тарқалавериши ёки некротланган жой юмшаб, узилиб тушишидан иборат бўлиши мумкин. Некротланган жой демаркация чизиғи (некротланган туқимани соғлом туқимадан чегаралаб, ажратиб турадиган чизиқ) бўйлаб узилиб тушганидан кейин бириктирувчи туқима ҳужайралари ўсиб бориб, ўрни тўлади ва эт бигади.

ГАНГРЕНА

Бу некротнинг бир туридир. Гангрена қуруқ ва нам бўлиши мумкин. Нам гангренада зарарланган туқима анча шишиб, кўпчиб қолади, яшилнамо-қора рангга кириб, қўланса ҳид таратиб туради.

Қуруқ гангренада касал теккан жойлар қуриб сувсизланади, ҳаво таъсирида қон пигменти ўзгариб қоладиган бўлгани учун қуруқ гангренага учраган туқималар қорайиб қолади. Қуруқ жойда узоқ турган мурданинг мумиёланиб қолиши қуруқ гангренага мисол бўлади.

Узоқ вақт қимирламасдан урнида ётадиган беморларда пайдо бўлади-ган ётоқ яралар некроз турларининг биридир. Бунда туқималарнинг уринга зич тақалиб турадиган қисмлари босилиб қолади: думба, кўкрак соҳаси туқималари ва бошқаларда шундай бўлади. Гангренада жараён баъзан орган ва туқималарнинг соғ турган, қушни қисмларига тарқатади, бу ерда демаркация чизиғи пайдо бўлади.

МАҲАЛЛИЙ ТАРЗДА ҚОН АЙЛАНИШИНING ИЗДАН ЧИҚИШИ

Артериал гиперемия (қонга тулиш, тулақонлик) артерия системасига одатдагидан кўра кўпроқ ҳажмда қон келиб турганида бошланади. Айни вақтда оқиб кетадиган қон миқдори узгармайди. Артериал гиперемия умумий ва чекланган бўлиши мумкин, унинг бир нечта турлари бор.

Вазомотор (ангионевротик) гиперемия томирларни кенгайтирувчи нервлар таъсирланиши ва шу билан бир вақтда томирларни торайтирувчи нервларнинг фалажланиши орқасидан пайдо бўлади. Артериал гиперемиянинг бу тури кўпинча асабий-руҳий қўзғалиш маҳалида бошланади. Чунончи, одам ҳаяжонланиб, қўзғалган маҳалда рефлектор равишда юзи қизариб кетади. Моддалар алмашинуви бузилганда, зўр бериб ишлаётган органларга қон куплаб оқиб борганда бош мия ва бошқа ички органларда маҳаллий гиперемия бўлиши мумкин. Ана шунда вазомотор гиперемия вақтинчалик ҳодиса бўлиб, нисбатан тез ва номнишонсиз ўтиб кетади.

Коллатерал гиперемия артериал системанинг асосий тармоғида тромб ёки эмбол борлиги сабабли қон оқиши тўхтаб қолганда бошланади. Қон артериал системасининг коллатерал томирлар деб аталадиган ён шохларидан оқиб боради. Гиперемиянинг бу тури организм учун катта ижобий аҳамиятга эга, чунки органнинг қон билан таъминланишида бош артерия тармоғи йўлини беркитиб қўйган тромб ёки эмбол борлигига қарамасдан тўхтамайди ва ҳаёт фаолияти узгармайди. Коллатерал томирлар етарлича ривожланиб қолган ва коллатерал бўйлаб қон айланиши орган ёки туқимани қон билан бекам-куст таъминлаб тура олмайдиган маҳалларда некроз бошланиши эҳтимолдан холи эмас.

Постишемик гиперемия бушлиқлар (қорин бушлиғи, плевра бушлиғи)дан суюқтик тез чиқариб юборилган пайтларда курилади, бунда аввал суюқлик босиб ётган артериялар тезгина қон билан тулади. Бундай пайтда бош миядан талайгина қон оқиб кетиб, одам беҳуш бўлиб қолиши мумкин, шунинг учун бундай муолажа ва операцияларни жуда ҳам тез бажариш ярамайди.

Вақат гиперемия туқима устида барометрик босим камайиб қолишидан юзага келади, масалан, касалга қўйилган медицина банкиси олингандан кейин терида кескин чегараланган жойнинг гиперемияланиб қолиши. Бунда маҳаллий тулақонлик барҳам топиб кетади.

Чуқур жойлардан ғаввослар тез кўтарилиб чиққанда, яъни орга-

низм барометрик босим юқори бўлиб турган шароитлардан босим нормал шароитга утганида юзага келадиган умумий вақат гиперемия жуда хавфлидир. Томирларнинг тезлик билан анчагина кенгайиши деворлари ёрилиб, қон қуйилишига олиб келиши мумкин. Бунга йўл қўймаслик учун сув остида ишлаш маҳалида ниҳоят даражада эҳтиёт бўлиш зарур (ғоввосларнинг сув бетига жуда секинлик билан чиқиши ва бошқ.).

Яллиғланишга алоқадор гиперемия барча яллиғланиш жараёни билан бирга давом этиб боради, яллиғланган жой қизариб чиқиб, ҳарорат кўтарилиб туради.

Артериовеноз туташмасига алоқадор гиперемия артерия ва унга яқин жойлашган веналар деворлари механик йўл билан емирилганда (жароҳатланганда) кузатилади. Бу ҳолат веналар артериал қон билан тўлиб-тошиб, ўша жой (масалан, қўл ёки оёқ) тўлақонли бўлиб қолади.

Веноз гиперемия. Веноз гиперемия юрак етарлича яхши ишламай қолганда бошланади. Веноз тармоғидаги маҳаллий ўзгаришлар туфайли юракнинг веноз қонни ҳайдаб бериши секинлашади, шунга кўра веналардан қон оқиб кетиши қийинлашиб қолади. Натижада веналарда қон «димланиб қолади». Веноз гиперемия одатда, артериал гиперемияга қараганда анча узокроқ вақт давом этади ва органларда жиддий ўзгаришлар бошланишига сабаб бўлади.

Умумий веноз гиперемия юрак порогига ёки миокард (юрак мускули) заифлиги ва юракнинг қонни яхши ҳайдаб беролмайдиган бўлиб қолиши билан бирга давом этиб борадиган бошқа касалликларда пайдо бўлади ва юрак етишмовчилиги (декомпенсация) га олиб келади.

Терининг веноз гиперемияси терининг кўкимтир-қизил тусга кириб қолиши билан характерланади, шу сабабли веноз гиперемия кўкариш, яъни цианоз деб аталади. Бунда тери ости клеткасида тўқималараро суоқтик тўпланиб, шиш пайдо бўлади. Веноз гиперемияда купинча одамнинг юзи, лаблари ва оёқлари кўкариб кетади.

Жигарнинг веноз гиперемияси аста-секин зўрайиб боради, қон марказий веналар ва уларга яқин капиллярларда димланиб қолади. Жигар катталашиб, қаттиқ бўлиб қолади. Жигарда қоннинг шу тариқа нотекис димланиб бориши шунга олиб келадик, бунда кесиб кўрилганда, жигар булакларининг мускуллари бир мунча қорароқ, атрофлари эса очроқ бўлиб кўринади, бу мускат ёнғоғига ўхшаб кетади. Ана шундай жигар мускат жигар деб аталади. Кейинчалик жигар ҳужайралари тобора кўпроқ босилиб, ҳажми анча ихчам тартади, аста-секин бириктирувчи тўқима билан алмашиб боради. Бириктирувчи тўқиманинг анча ўсиб ҳаёт фаолияти учун муҳим бўлган жигар паренхимасини босиб кетиши жигар циррози деган оғир касаллик пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Ўпканинг веноз гиперемияси юрак заифлиги туфайли ўпкада нормадагига қараганда кўпроқ қон тупланиб қоладиган ҳолларда кузатилади. Бундай ҳодисалар кўпроқ юрак порокларида аниқланади. Ўпкада веноз қон димланиб бориши билан бир вақтда қон томирларининг деворлари қалин тортиб, бириктирувчи тўқима ўса бошлайди. пневмосклероз (ўпка склерози) деган оғир касаллик бошланади. Бунда нормал нафас олиш бузилиб, ўпканинг тириклик сигими камайиб кетади, юракнинг ўпкага алоқадор декомпенсацияланиш (ўпка-юрак стишмовчилиги) бошланади.

Бемор узоқ вақт чалқанча ётишга мажбур бўлганда ҳам ўпкада веноз қон димланиб қолиши мумкин, бунда ўпканинг пастки бўлимларида қон димланиб, бу қон димланишидан вужудга келадиган гипостатик пневмония деган касаллик пайдо бўлишига йўл очади. Унинг олдини олиш учун нафас гимнастикасини ўз ичига оладиган бир қанча даволаш-профилактика чора-тадбирлари амалга оширилади.

ИШЕМИЯ

Ишемия (маҳаллий камқонлик) қандай бўлмасин бирор орган ёки тўқиманинг қисмига оқиб келадиган қоннинг камайиб қолиши натижасида келиб чиқади. Ишемия сабабларига: артерияларнинг кескин торайиши (спазми), томир деворининг ташқаридан босилиб қолиши, томир йўлининг тромб ёки эмбол билан тикилиб, беркилиб қолиши киради.

Ишемия тўқимадаги тегишли жойнинг ўзгариб (оқариб), маҳаллий ҳароратнинг пасайиб қолиши, тўқима ёки орган ҳажмининг кичрайиши билан намоён бўлади. Сабабларига қараб ишемиянинг бир неча турлари тафовут қилинади.

Ангиоспастик ишемия паст ҳарорат, шунингдек баъзи дори моддалари таъсирида артериялар торайиб қолганда пайдо бўлади: майда артерияларнинг рефлексор йўл билан торайиши ҳам учрайди, масалан, салбий ҳис-ҳаяжон одамга тўсатдан таъсир қилганда шундай бўлади, бунда одамнинг ранги оқариб, оппоқ бўлиб кетади.

Обтурацион ишемия тромбоз ёки эмболияга боғлиқдир. У димланиш эвазига келиб чиқади.

Компрессион ишемия томирни бирор ёт жисм, ўсма ва бошқалар босиб қўйганда юз беради.

Артериялар спазми сабабли юзага келадиган ишемия одатда узоқ вақт давом этмайдиган бўлади ва айтарли патологик ўзгаришларни келтириб чиқармайди. Артерияларнинг узоқ давом этадиган спазмлари тез-тез такрорланиб гурадиган бўлсагина, тегишли жойлардаги тўқималар некрозга учраши мумкин. Томир ташқарида босилиб қолиши натижасида ва артерия йўли бекилиб қолганда (обтурация бўлганда) орган ёки тўқиманинг тегишли қисми тез некрозга учрайди.

Тромбоз — тромб деб аталадиган қон лахтаси ҳосил бўлиши билан характерланадиган жараёндир. Қон ивиши — қоннинг суюқ ҳолатдан эластик лахтага айланиши — нормал шароитларда қон кетишини тўхтатиб қуядиган муҳим физиологик жараёндир, чунки ҳосил бўлган тромб шикастланган томирни беркитиб қуяди. Қон ивишининг бузилиши одам организми учун жуда хавфлидир, бунда ҳар қандай томирнинг озгина бўлсада шикастланиши қоннинг тўхтамай оқишига сабаб бўлади, бу эса ўлимга олиб келиши мумкин.

Тромбоз томирлар спазм бўлиб қолганда, қон оқиши секинлашиб қолганда, организмдаги умумий моддалар алмашинувининг баъзи бузилишларида ва юрак-томирлар системаси фаолияти издан чиқиб қолган пайтларда кузатилади. Тромбоз пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблардан бири—бу томирлардаги систематик жараён: томирлар йулининг торайиб қолиши, томирлар девори бутунлигининг бузилиши, юрак томирлари системаси фаолиятининг ўзгариб, қон оқиши секинлашиб қолишига олиб келишидир, деб ҳисобланади. Тромб қон элементлари: фибрин, эритроцитлар, тромбоцитлар ва бошқалардан иборат. У одатда қаерда ҳосил бўлса, ўша жойдаги томир девори билан боғланган бўлади. Тромбнинг ҳар хил турлари бор. Тромб таркибида эритроцитлар кўпроқ бўлса, бундай тромб «қизил тромб» дейилади, агар лейкоцитлар кўп бўлса, бундай тромб «оқ тромб» деб аталади; тромбнинг тузилишида ҳамма элементлар қатнашган бўлса, бундай тромб аралаш тромб дейилади.

Юрак фаолияти анча сусайиб (веноз қон димланиб) қолганлиги сабабли юзага келган тромб димланиш тромби деб аталади. Бордию, тромб пайдо бўлиши билан бир қаторда, қон томирининг ўша қисми яллиғланиб турган бўлса, бундай патологик жараён тромбофлебит деб юритилади (тромбофлебит — вена яллиғланиб, унинг тромбозга учраши, тромбоартерит эса артерия яллиғланиб, унда тромбнинг ҳосил бўлиши). Тромб баъзида томир йўлини беркитиб турмайди, бундай тромб деворга тақалган тромб дейилади. Юрак бушлиқларида асосан яллиғланган эндокард бутунлиги бузилиши сабабли деворга тақалган тромблар ҳосил бўлиши тромбозэндокардит деб аталади.

Тромб бошча, тана ва думдан иборат бўлади. Тромб кичикроқ бўлса, аутолиз (эриш) натижасида батамом емирилиб кетиши мумкин. Баъзан тромбнинг бир қисми узилиб чиқиб, томирлар системасининг қандай бўлмасин бирор қисмида тромбозэмболия пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Тромб бириктирувчи тўқима билан алмашина олади. Бу тромбнинг шаклланиши, эт олиши деб аталади. Тромб эт олганда анча ихчам тортиб, томир деворига маҳкам ёпишиб қолади, томир йўли кенгаяди. Қон утиб

туриши учун шароит яхшиланади. Тромбнинг одам организмига қанчалик зарар етказиши бир қанча шароитларга: тромбнинг қасрда жойлашгани, қанчалик тез ҳосил бўлганига, беморнинг ёши ва бошқаларга боғлиқ. Юрак ва бош мияни қон билан таъминлаб турадиган артерияларда тромб пайдо бўлганда оғир касалликлар, масалан, миокард инфаркти бошланиши мумкин. Тромб аста-секин пайдо бўлиб борганда коллатерал йўл билан қон айланиши шаклланиб боради. Томир бирдан беркилиб-тиқилиб қолганда орган ва туқималарда оғир узгаришлар юзага келиши мумкин. Тромб веналарда пайдо бўлганда (масалан, оёқ веналарида) флеботромбоз бошланади.

Эмболия — қон томирларига эмбол, яъни айланиб юрган қонда нормал шароитларда учрамайдиган субстрат тушиб қолишидир. Эмболия ёғ (оғир жароҳат етиб, орган ва туқималар эзилиб кетганда), пуфакча (ҳаво пуфакчалари), ҳужайра (аксари ўсма ҳужайралари) ва бошқалардан иборат бўлади. Эмбол қон босими билан ҳаракатланиб туради. Катта қон айланиш доираси томирларида пайдо бўлган эмбол юрак чап қоринчаси томонидан периферик томирларга қараб сурилиб боради. Натижада бош мия, юрак (тож томирлари), ички органларни қон билан таъминлаб турадиган томирлар йўлини беркитиб қўйиши мумкин, шунга кўра улар туқимасида некроз пайдо бўлади. Веноз системада эмболия бўлганда кичик қон айланиш доирасининг томирлари, масалан, ўпка томирлари тиқилиб қолади.

ИНФАРКТ

Инфаркт — бу қон томирларида қон айланишининг издан чиқиши сабабли орган ва туқималарда авж олиб борадиган оғир патологик жараёндир. Тез пайдо бўладиган тромб, эмболия ва қон томирининг узоқ спазм бўлиб туриши қон билан таъминланишнинг шу тариқа бузилишига олиб келиши мумкин. Инфаркт кўпинча тромбоз-эмболия натижасида пайдо бўлади. Инфарктнинг моҳияти, орган ёки туқиманинг қон билан таъминланиб туриши бузилиб қолишидан иборат, шунга кўра уларда ишемия юзага келиб, кейин некроз пайдо бўлади. Қайси аъзоларда томирлар турининг артерияси тиқилиб қолса ва натижада коллатерал йўл билан қон айланиб туришига имкон бермайдиган бўлса, инфаркт кўпинча ўша аъзоларда пайдо бўлади. Юрак, буйрак, бош мия ва бошқалар ана шундай органлар жумласига кириди.

Инфарктнинг оқибати бир қанча омилларга боғлиқ. Бу аввало организм, инфаркт пайдо бўладиган орган ва туқималарнинг умумий ҳолатига, инфарктнинг катта-кичиклигига, унинг ҳаёт учун муҳим органларга нисбатан олган жойи ва бошқаларга боғлиқ.

Тўқиманинг инфаркт пайдо бўлган ерида инфарктнинг эт олиш жараёни бўлиб ўтади, бу жараёнда, ўша жой ихчам тортиб, атрофида реактив яллиғланиш бошланади ва бириктирувчи тўқима пайдо бўлиб, бояги жойни соғлом тўқимадан ажратиб қўяди. Кейинчалик инфаркт батамом бириктирувчи тўқима билан алмашинади, бу чандиқ пайдо бўлишига олиб келади. Инфарктнинг ёмон оқибати — унинг ириб ёки чириб кетишидир, бундай ҳолларда орган ёки тўқиманинг тегишли қисми ёрилиб кетиши мумкин.

Миокард инфарктида миокард миомалацияси (юмшаб қолиши) кузатилиши мумкин. Бунда миокард юпқа тортиб қолади, бу юрак аневризмаси пайдо бўлиши ёки миокард ёрилиб, ўлимга олиб келади. Барча ҳолларда, ҳатто оқибат яхши бўлган (юмшоқ бириктирувчи тўқима чандиғи юзага келиши) пайтда ҳам орган функцияси бир қадар бузилганича қолаверади. Ўз вақтида тўла-тўқис даво қилингандагина инфаркт билан зарарланган орган фаолияти етарлича тўла тикланиб, аслига келиши мумкин.

ОРГАНИЗМНИНГ ХИМОЯЛАНИШ – МОСЛАШИШ РЕАКЦИЯЛАРИ

Булар организмга унинг ҳаёт фаолиятини бузадиган таъсирлар қилганда юзага чиқадиган реакциялардир. Химояланиш реакцияларига иммунологик реакциялар (специфик ва неспецифик реакциялар) киради. Организмнинг патологик таъсиротларга мослашиб олишида химояланиш (мудофаланиш) рефлекслари муҳим рол ўйнайди. Химояланиш рефлекслари туғрисидаги таълимот йирик рус физиолог И. П. Павлов номи билан юритилади. Химояланиш рефлекслари ҳайвонларда ташқаридан қандай бўлмасин бирор тарзда хавф-хатар туғилганда юзага келади («биологик эҳтиёткорлик рефлекслари»). Химояланиш рефлекслари ўзининг моҳиятига кўра шартсиз (туғма) рефлекслардир. Чунончи, хийлагина оғриқ таъсирида меъда секрецияси сусайиб қолади, плевритларда одам юза-юза нафас олганда оғриқ камаяди.

Чегарадан чиққан (химояловчи) тормозланиш. Бу жараён моҳиятига кўра нейронлар (нерв ҳужайралари)ни ҳаддан ташқари кучли таъсирлардан химоя қилишдан иборат. Тормозланиш жараёнининг химояловчи роли бош миёя ярим шарлари пўстлоғи фаолияти учунгина эмас, балки бутун нерв системаси фаолияти учун ҳам характерлидир.

ГИПЕРТРОФИЯ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Гипертрофия деганда бирор-бир орган ёки унинг бир қисмининг катталашиб кетиши тушунилади, бу ҳужайралар ҳажми ва сони кўпайишига боғлиқ бўлади. Гипертрофиянинг чин ва сохта турлари бор. Чин гипертрофия орган ёки тўқиманинг ишлаб турган қисми ҳажмининг ортишидир, бунда орган функцияси кучайган бўлади.

Сохта гипертрофия органда фаоллик курсатмайдиган оралик тўқима (интерстициал тўқима)нинг усиб кетишига боғлиқ. Бу ҳолда орган функцияси сусайиб қолади.

Гипертрофия физиологик булиши мумкин, масалан, жисмоний тарбия билан фаол шуғулланиб борадиган кишиларда мускуллар жуда ривожланган бўлади. Купдан бери оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланиб келаётган соғлом одамлар ёки машқ қилиб турган спортчиларда юрак ҳам гипертрофияланади.

Компенсатор гипертрофия қандай бўлмасин орган, қандай бўлмасин бирор система, масалан, мускул системасининг зўр бериб ишлаб туриши туфайли бошланади. Бунда органни ташкил этувчи ҳужайралар катталашиб қолади. Миокард гипертрофияси компенсатор (ишга алоқадор) гипертрофияга мисол бўлиб хизмат қилиши мумкин. Юрак порогидида қон ортиқча оқиб келиши натижасида чап қоринча мускулига зўр келиши сабабли келиб чиқадиган миокард гипертрофияси ҳам худди кичик қон айланиш доираси, яъни ўпка системасида қон димланиб қолиши туфайли юракнинг ўнг қоринчаси ва ўнг бўлмачаси катталашиб, юракка зўр келади-ган маҳалдаги миокард гипертрофияси сингари касаллик аломати ҳисобланади.

Юрак гипертрофиясида унинг бушлиғи торайиб қолган ёки кенгайиб кетган бўлиши мумкин. Юрак бушлиғи торайиб қолган бўлса, концентрик гипертрофия деб аталади, бушлиғи кенгайиб кетганда эса эксцентрик гипертрофия дейилади. Гипертрофияда юрак, нормадагига қараганда бир неча барабар катталашиб кетиши мумкин. Юрак гипертрофияси узоқ давом этиб борганда гипертрофияланган мускул аста-секин заифлашиб қолади ва унда бириктирувчи тўқима ўсиб боради, шу сабабли юрак етишмовчилиги келиб чиқади, яъни гипертрофияланган миокард авваллари бажариб келган ишини энди бажара олмай қолади. Натижада юракнинг қонни нормал ҳайдаб бериш жараёни бузилиб, юрак етишмовчилиги авж олиб боради.

КОМПЕНСАЦИЯ ВА ДЕКОМПЕНСАЦИЯ ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА

Компенсация деганда зарарланган системалар, органлар ва тўқималар функциялари компенсатор системалар ҳисобига тўлатўқис ёки қисман қопланиб турадиган ҳолат тушунилади. Масалан, буйрак операция қилиб олиб ташлангандан кейин организмда қолган иккинчи буйрак олиб ташланган буйрак функциясини ўз зиммасига олади. Бирор орган ёки система ортиқча зўриқиш билан узоқ ишлашни (ўша орган ёки тўқима таркибида фаолият кўрсатиб турган ҳужайралар бириктирувчи тўқима тузилмаларига алмашилиб қолиши сабабли) уddалай олмай қолганда декомпенсация бошланади, яъни фаолият етишмай қолади. У ёки бу орган

декомпенсацияси одам организмдаги тегишли функцияларнинг издан чиқишига олиб келади. Юқорида тилга олиб утилган юрак етишмовчилиги декомпенсацияга мисол бўлиши мумкин.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Регенерация — бу организмнинг йуқотиб қўйган ёки шикастланган тўқималарини узулуксиз равишда тиклаб, аслига келтиришдир. Тўкилиб турадиган соч (сочнинг бир қисми ҳар куни тўкилиб туради), жунлар, тирноқларнинг қайта ўсиб чиқиши физиологик регенерацияга мисол бўла олади; терининг юза қатла-мидан кўчиб тушган қоплагич эпителий янгиси билан алмашилиб туради. Организмнинг актив ишлаб турадиган ҳар бир тўқимаси регенерацияга қодирдир; қари ҳужайра структуралари ўлиб, янгиларининг пайдо бўлиб туриш жараёнлари умр бўйи давом этиб боради. Одамнинг оғиз бўшлиғидан тортиб то туғри ичагигача бўлган бутун ҳазм йуллари шиллиқ пардасининг эпителийси вақти-вақти билан янгиланиб туради. Жигар ичидаги ва жигар ташқарисидаги ўт йуллари, ўт пуфаги эпителийси кўчиб тушиб, ўрнига яна янгиси пайдо бўлиб туради. Бачадон шиллиқ пардаси ой сари регенерацияланиб туради (ҳайз—менструация). Актив жинсий ҳаётнинг бошидан охиригача сперматозоидлар ривожланиб боради. Қоннинг шаклли элементлари ҳам тинмай янгиланиб туради.

Шикастланишдан кейин тўқималарнинг регенерацияланиб бориши кўпгина мисоллардан маълум. Суяк сингандан кейин суяк қadoғи ҳосил бўлади, қўйган бадан, бирор жойнинг совуқ олган кесилган ва бошқалардан кейин зарарланган жойи эт олиб, битиб боради. Мушаклар бутунлиги бузилганда бириктирувчи тўқима тортмаси—чандиқ ҳосил бўлади. Регенерация жараёнлари турли орган ва тўқималарда ҳар хил тезлик билан боради. Нерв тўқимаси (периферик нервлар, орқа мия нерв толалари ва бошқ.) регенерацияга тери, суяклар, мускуллар ва бошқаларга қараганда анча камроқ қодирдир. Одамнинг ёшлик ва етуқлик чоғидаги тикланиш, аслига қайтиш жараёнлари ёши қайтиб қолган (60 ёшдан кейинги) ва қарилик (75 ёшдан кейинги) чоғидагига қараганда анча тезроқ боради.

Регенерация жараёнлари оғир инфекцион касалликларни бошидан кечирган, заифлашиб қолган одамларда унчалик тўлақонли бўлмайди.

ЯЛЛИҒЛАНИШ

Яллиғланиш организмнинг зарарли ташқи таъсиротларга (патоген микроорганизмлар, паразитлар, механик, кимёвий, иссиқлик

ва совуқ олишлар каби омиллар ва бошқ.) курсатадиган реакциялари (жумладан химоя реакциялари)нинг биридир. И. И. Мечников таъбири билан айтганда, яллиғланиш организмнинг фагоцитар реакциясидир. яъни патоген микроорганизмларни фагоцитлар, асосан лейкоцитлар ютиб олиб, «ҳазм қилиб юборадиган» реакциядир (фагоцитоз — ҳужайраларни ютиб юбориш демакдир). Қандай бўлмасин бирор ҳолдаги таъсирот туқимага ўтганидан кейин шу органнинг ўзида реакция кўрсатиш билангина чекланиб қолмай, бошқа бутун организмда ҳам мураккаб реакцияга сабаб бўлади (умумий реакцияга).

Яллиғланиш қуйидаги маҳаллий сиптомлар билан намоён бўлади: қизариш, шиш, тана ҳароратининг кутарилиши, оғриқ, орган функциясининг бузилиши.

Қизариш ва тана ҳароратсининг кутарилиши яллиғланиш жараёни авж олиб бораётган туқималарга зўр бериб қон оқиб келишига сабаб бўлади.

Яллиғланиш пайтида томирлар тармоғи анча кенгайиб, томирлар деворлари қоннинг суюқ қисмини, шунингдек қонда бўладиган оксилнинг бир қисми ҳамда айрим ҳужайралар элементларини ўтказиб юборадиган бўлиб қолади. Мана шуларнинг ҳаммаси яллиғланган жойнинг шишиб чиқишига сабаб бўлади (кўздан кечириб қаралганда шу ернинг шишиб тургани маълум бўлади). Шиш оғриқ пайдо бўлишига олиб келадиган сабабларнинг биридир (яллиғланган жойдаги нервларнинг сезувчи охирилари таъсирланади).

Бирор орган (туқима) яллиғланиш жараёнидан зарарланганда (масалан, буйрак яллиғланиши ёки мускул яллиғланиши) туқималар шикастланади, жумладан қон томирлар деворининг бутунлиги бузилади, майда-майда томирлардан атрофидаги туқималарга суюқлик чиқиб, шиш пайдо бўлади (бу жараён экссудация деб аталади). Шунга кўра орган ёки туқиманинг функцияси ҳам бузилади (нефритда сийдик чиқариш функцияси, миозитда мускулларнинг қисқарувчанлик лаёқати).

Бироқ, яллиғланиш маҳаллий реакция билан чегараланмайди. Маҳаллий яллиғланиш жараёни арзимас даражада бўлганда ҳам бутун организмда умумий реакция бошланади. У ҳаммадан аввал қон яратиш органлари фаолияти кучайиши билан ифодаланади: натижада лейкоцитлар ишланиб чиқиши кучаяди, касаллик туғдирувчи кўзғатувчиларга қарши кураш учун шу нарса муҳим.

ЯЛЛИҒЛАНИШ ТУРЛАРИ

Яллиғланишнинг ҳар хил турлари бор.

1. Альтератив яллиғланиш. Бунда дистрофик жараёнлар авж олиб, ҳаттоки некрозгача етиб боради.

2. Экссудатив яллиғланиш. Бунга экссудат пайдо булиши характерли булиб, экссудат характерига қараб сероз, йирингли, қон аралаш (геморрагик) ва гангреноз булиши мумкин.

Сероз яллиғланишда сероз экссудат, тиниқ суюқлик чиқади. Унинг таркибида 3% атрофида оқсил ва бир оз лейкоцитлар бўлади. Плеврит сероз яллиғланишга мисол бўла олади.

Йирингли экссудатив яллиғланишда экссудатда лейкоцитлар жуда кўп бўлади. Экссудат яшилнамо-сарик тусли, ярим суюқ, йирингдан иборат бўлади.

Геморрагик экссудатив яллиғланиш экссудатда кўп миқдорда эритроцитлар бўлиши билан характерланади. Бу қон томирлар девори бутунлигининг анчагина бузилишига боғлиқдир, экссудат қизил рангга кириб қолади. Геморрагик экссудат қорин бўшлигидан бирор органнинг хавfli ўсмаларида, қон томирлари девори емирилиб, экссудатга эритроцитлар утиб турадиган ҳолларда бўлади.

Гангреноз яллиғланиш чиритувчи бактериялар таъсирида бошланадиган жараёндир. У тўқималарнинг анчагина ириши, экссудатда бир талай эритроцитлар пайдо бўлиб, қўланса ҳид келиши билан характерланади.

Пролифератив яллиғланишда ҳужайралар кўпайиб кетади. Бунинг натижасида тўқималар ўсиб, орган катталашиб кетади (масалан, гепатитда шундай бўлади). Продуктив яллиғланиш оқибатида орган цирроз ва склероз (етук бириктирувчи тўқима ўсиб кетиши)га олиб келиши мумкин.

Яллиғланиш жараёнида одатда унинг барча турлари (альтерация, экссудация, пролиферация) бирга учрайди.

ЎСМАЛАР

Ўсмалар тўғрисида тушунча. Ўсма—бу бошқа орган ёки тўқима ҳужайралари чексиз кўпая бошлаб, маълум жой атрофидаги тўқималарни емира оладиган, босиб қўйиши мумкин бўлган ва шу билан организм ҳаёт фаолиятини издан чиқара оладиган тузилмалар пайдо бўлишидан иборат патологик жараёндир. Ўсмалар классификацияси уларнинг қандай тўқималарга мансуб эканлигига қараб тузилган. Эпителиал ўсмалар, бириктирувчи тўқима ўсмалари, мускул, нерв тўқималаридан ўсиб чиқадиغان ўсмалар тафовут қилинади.

Ўсмаларни номлашда бирор турдаги тўқимани билдирувчи сўз илдизига «ома» қўшимчаси (суффикс)ни қўшиб айтиш расм бўлган (юнонча онкома — ўсма деган сўздан олинган). Чунончи, ёғ тўқималаридан ўсиб чиққан ўсма липома, мускул тўқималаридан ўсиб чиққан ўсма миома деб аталади ва ҳоказо. Бир қанча ўсмалар

қадимги номларда сақланиб қолган, масалан, бириктирувчи туқимадан пайдо бўладиган хавфли ўсма саркома (юнонча «sarcos» — гушт деган сўздан олинган) деб аталади. чунки бу ўсма туқимаси гуштга ўхшаган бўлади. Хавфли эпителиома «рак», яъни «қисқичбақа» деб юритилади, чунки қадимги замонда ҳакимлар худди қисқичбақаларнинг қисқичи сингари атрофдаги туқималарга ўсиб кирадиган хавфли ўсмаларни аниқлашган.

Клиник нуқтаи назардан олганда хавфсиз ўсма аста-секин ўсиб бориб, атрофдаги туқималарни босиб қўйиши мумкин-у, лекин уларни емирмайди. Бундай ўсма кескин чегараланиб туради, хужайра структураси табақалашган бўлади: унинг қандай туқима хужайраларидан ўсиб чиқаётганини ҳамиша аниқлаб олиш мумкин.

Хавфли ўсма хавфсиз, етук ўсмадан фарқ қилиб, стилмаган ўсма деб аталади.

Микроскопик текширишда ўсма қандай туқимадан ўсиб чиққанлигини ҳал қилиш қийин, чунки хавфли ўсма хужайралари одатдагидан бошқача, кам табақалашган ёки мутлақо табақалашмаган, тартибсиз жойлашган бўлади. Хавфли ўсма хавфсиз ўсмага қараганда тезроқ ўсади, у атрофдаги туқималар, жумладан, қон томирларини ҳам емиради, бу — қон кетишига сабаб бўлади. Бундан ташқари хавфли ўсма организмни ўзидаги емирилиш маҳсулотлари билан заҳарлаб бориши натижасида унга умуман ёмон таъсир кўрсатадики, бу нарса организмнинг ҳолдан тойиб, озиб кетишига, яъни кахексияга олиб келади. Хавфли ўсма метастазлар бериш, яъни бирламчи ўсма зарраларининг қон ва лимфа томирлари бўйлаб тарқалиб бориши натижасида иккиламчи ўсмалар ҳосил қилиш хусусиятига эгадир. У қўшни орган ёки туқималарга чуқур ўсиб кириб, уларни емириши мумкин. Хавфсиз ўсма организмдаги туқималардан бирортасининг ўсиб кетишидир. У одатда атрофдаги туқималардан ажралиб туради ва ўсиши ҳам чекланган бўлади. Масалан, ёғ туқимасидан ўсиб чиққан липома, бундай ўсма липоцитлар, яъни одатдаги ёғ хужайраларидан ташкил топган бўлади. Хавфли ўсма маълум бир туқиманинг одатдагидан бошқача, яъни атопик равишда ўсиб кетишидир, шу билан бирга бу ўсма ўсиб чиққан туқима хужайраларининг ривожланиш жараёнида ўзгариб, атипик структурани касб этади ва тинмай усаверишга мойил бўлиб қолади.

Ўсмаларнинг этиологияси, патогенези, клиник кўринишларини ўрганадиган ва уларни аниқлаш ҳамда даволаш усуллари ишлаб чиқадиغان медицина соҳаси — онкология деб аталади.

Ўсмалар авж олиб боришида, ҳозир айтилганлардан таш-қари, бошқа қонуниятлар ҳам аниқланган: усма фақат мазкур тўқима ҳужайраларининг зур бериб ўсиши ҳисобига пайдо бўлади, усма ҳужайраси ўзи пайдо бўлган тўқима функцияларида (масалан, мускул тўқимаси функцияларида) иштирок этмайди.

Хавфсиз усма етилган ҳужайралардан пайдо бўлса, хавфли усма етилмаган ёш, етук ҳужайраларга қараганда анча тез ўсиб борадиган ҳужайралардан пайдо бўлади. Хавфсиз усма ўртасидан ҳар томонга қараб барабар ўсиб боравериши мумкин, лекин атрофдаги тўқималарга ўсиб қирмайди. Хавфли усма учун инфильтрацияловчи ўсиш — атрофдаги тўқималарга кириб нотекис, тартибсиз ўсиб бориш характерлидир. Ўсмаларнинг ана шундай тафовутлари клиник хусусиятларини ҳам белгилаб боради: хавфсиз усма яқин атрофдаги тўқималарга қўшилиб кетмаган, ҳаракатчан бўлса, хавфли усма атрофдаги тўқималарга қўшилиб, маҳкам битиб кетган бўлади, шу сабабдан уни хирургик йўл билан олиб ташлаш қийин бўлади. У қайтадан қўзиши ва метастазлар бериши мумкин.

Метастаз бериш жараёни қуйидаги босқичларни босиб ўтади: хавфли усма ҳужайралари томирларга ўтиб қолиб, улар қон ёки лимфага оқими билан оқиб бориши ва янги жойда тугун пайдо қилиши мумкин.

Замонавий назариялар хавфли усмалар (бластома, неоплазма) юзага келишини қуйидаги сабаблар билан тушунтиради. Хавфли ўсманинг онкоген (канцероген) деган маълум моддалар таъсирида пайдо бўла олиши аниқланган. Радиоактив моддалар таркибида қорамой бўладиган маҳсулотлар (тамаки чекиш билан ҳосил бўладиган қорамой) ва бошқалар ана шундай моддалар жумласига киради. Хавфли усма пайдо бўлиши билан авваллари бўлиб ўтган сурункали яллиғланиш жараёни ва сурункали таъсирот ўртасида боғланиш борлиги аниқланган. «Ракли ўрин-бош» деган термин бор, масалан, сурункали гастрит, тез-тез қўзиб турадиган сурункали пневмония ва бошқалар устига пайдо бўладиган хавфли усма ана шундай термин билан аталади.

Хавфли усма вируслар туфайли пайдо бўлади, деган назария кенг тарқалган. Бу назария қон системаси усма касалликлари (лейкозлар)ни ўрганишда тасдиқланган.

Ҳозир хавфли ўсманинг пайдо бўлишидаги янги механизмларни, жумладан усма пайдо бўлиш жараёнида тўқима антиген тузилиши ўзгариб боришининг механизмини очиб кўрсатишга имкон берадиган баъзи маълумотлар маълум. Айтиб утилган мана шу барча омиллар билан бир қаторда хавфли усма пайдо бўлишида организмнинг индивидуал хусусиятлари (унинг бирор турдаги таъси-

ротларга чидамлилиги, ирсият ва бошқ.) катта роль ўйнашини эътироф этишимиз зарур.

Хавфли ўсманинг келиб чиқиши туғрисида ҳаммадан қўпроқ далилларга эга бўлган назариялардан бири—бу онкология билан генетиканинг бир қанча аниқ маълумотларига асосланган мутацион назариядир. Бу назарияга кўра хавфли ўсма келиб чиқишида организмнинг нормал ҳужайралари хавфли ҳужайраларга айланиб боради. Бу ҳужайралар кўпайганда хавфли бўлган янги хоссаларини қиз ҳужайраларга беради, хавфли ҳужайраларнинг ирсияти ўзгариб, нормал ҳужайранинг ирсий белгиларидан фарқ қиладиган бўлиб қолади. Бластомоген мутация деб шунга айтилади.

Хавфли ўсманинг пайдо бўлиш механизмида мутоген омиллар (масалан, рентген нури) билан канцерогенлар (баъзи кимёвий моддалар) биргаликда таъсир курсатиб боради. Баъзи ўсмалар ирсий бўлиб, ирсий мойиллик қурунишида наслдан наслга ўтиб боради. Хавфли ўсманинг пайдо бўлишига олиб келадиган омиллар жуда хилма-хил, лекин асосан олганда юқоридагилардан иборат. Организмдаги баъзи патологик ўзгаришлар шиш олди (ўсма олди) ҳолати деб ҳисобланади. Турли тўқималардан пайдо бўладиган бир қанча хавфсиз ўсмалар, масалан, меъда, ичак, бачадон, сут безлари полипози ва бошқалар ана шундай ўзгаришлар қаторига киради.

Аҳолини, айниқса вояга етган, ёши қайтиб қолган кишиларни ялписига текширувдан ўтказиб туриш ўсма олди касалликларини аниқлаб олишга имкон беради.

Ўзбекистон Республикаси Медицина фанлари академиясида онкология илмий маркази барпо этилган бўлиб, хавфли ўсмаларнинг келиб чиқиш сабабларини ўрганишга, уларни аниқлаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқишга бағишланган текширишлар шу ерда ўтказилади. Хавфли ўсмага (айниқса илк белгиларида) муваффақият билан даво қилса бўлади. Бундай даво асосан хирургик операция, нур билан даволаш ва химиотерапевтик моддалар деб аталадиган воситалар (ўсмаларни емирадиган махсус дори-дармонлар)ни қўллашдан иборат.

ЎСМАЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Ҳозирги медицина фани ва техника соҳасидаги ютуқлар туфайли хавфли ўсмаларни барвақт аниқлаб олишга имкон берадиган юқори сифатли аппаратлар яратилган. Ҳозирги кунда бизнинг давлатимизда ҳам, худди тараққий этган чет эллардагидек, рақдан тузалиб кетган одамлар кўп. Давонинг нечоғли муваф-

фаққиятли чиқиши биринчи галда дардни эрта аниқлаб олишга (хавфли ўсмани энди бошланиб келаётган вақтида пайқаб олишга) боғлиқ. Бунга ўпкадаги хавфли ўсмани эрта аниқлаб олишга мўлжалланган флюорографиялар, меъдадаги хавфли ўсмани аниқлашга имкон берадиган гастродуоденоскоплар сингари аппарат ва асбоблар ёрдамида эришилади.

Мамлакатимизда юқори малакали медицина ёрдамини кўрсатиш, аҳолига зарур бўлганда даволаш-профилактика муассасаларида консультация олиб туришга имкон беради. Аҳоли медицина маданиятининг юкасалиши ўз вақтида врачга кўриниб туриш учун йул очади. Хавфли ўсма профилактикасининг асосий шакли диспансеризациядир. Муайян ёш гуруҳидаги кишилар диспансер ҳисобида туришлари лозим. Чунончи, климакс олди ёшига етган 40-45 ёшдан каттароқ аёллар мунтазам равишда гинекологик текширувлардан ўтиб туришлари зарур.

Сурункали яллиғланиш касалликлари. Сурункали гастрит (меъда шиллиқ пардасининг яллиғланиши), сурункали бронхит, сурункали пневмония, бронхоэктатик касаллиги бор одамлар, яъни маълум шароитларда рақ пайдо бўлишига мойил қилиб қўядиган сурункали касалликлар билан оғриган одамлар диспансер кузатуви остида бўладилар. Барча хавфли ўсманнинг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар онкология диспансерлари фаолияти билан чекланмайди. Йирик касалхоналардан тортиб то корхоналардаги саломатлик пунктларигача бўлган барча даволаш-профилактика муассасаларида ишловчи врачлар ва ўрта маълумотли медицина ходимлари рақ олди касалликларини аниқлаб олишлари ва тегишли даволаш-профилактика чора-тадбирларини амалга оширишлари керак.

Назорат саволлари:

1. Орган ва тўқималардаги моддалар алмашинуви бузилишларининг турларини айтиб беринг.
2. Атрофия, некроз, гангрена, ишемия нима?
3. Тромбоз, эмболия, инфаркт нима?
4. Организмни ҳимояловчи реакцияларни айтиб беринг.
5. Яллиғланиш ва унинг турларини изоҳлаб беринг.
6. Ўсма ҳақида тушунча беринг.

III Б О Б. БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Беморларни текшириш усуллари субъектив ва объектив текшириш усулларида иборат. Субъектив (сураб-суриштириш ёки беморлар билан сурак саволлари асосида) текшириш усуллари уз навбатида 4 қисмдан ташкил топган: паспорт қисми, беморнинг шикоятлари, касалликнинг ривожланиш тарихи, беморнинг ҳаёт тарзи.

Объектив текшириш усули иккита катта қисмга, яъни асосий ва қўшимча (лаборатория, тиббий техника воситалари асосида ва бошқ.) текшириш усулларига бўлинади. Диагноз (ташхис) клиник текшириш усуллари асосида қўйилади. Тахминий диагноз — субъектив ва объектив текшириш усули асосий қисмининг натижаларига асосан бемор врачга учраган заҳотиёқ қўйилади. Дифференциал (таққослаш) диагноз — субъектив ва объектив текшириш усуллари тўлиқ ўтказилиб бўлингач қўйилади. Узил-кесил (аниқ ёки клиник) диагноз барча текшириш усуллари ўтказиб бўлиб. 3 кун муддатга етмасдан қўйилади.

СУБЪЕКТИВ (СУРАБ-СУРИШТИРИШ, АНАМНЕЗ ЙИГИШ) ТЕКШИРИШ УСУЛИ

ПАСПОРТ ҚИСМИ

Диагностика учун катта аҳамиятга эга. Бунда беморнинг исми, фамилияси, касби, жинси, ёши ёзилади. Ҳозирги вақтда Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра; 4000 дан ортиқ касаллик тури мавжуд бўлса, шу касалликларнинг маълум бир қисми эркакларда (масалан, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касалликлари, ўпка ва меъда раки ва бошқ.), маълум бир қисми аёлларда (масалан, камқонлик, меъда ости беши касалликлари ва бошқ.) кўпроқ учрайди. Жинсни аниқлаш шу жинсда учрайдиган касалликларни тезроқ аниқлашга ёрдам беради (беморнинг туғилган йили, ёши). Юқорида айтилган касалликларнинг айрим гуруҳлари маълум ёшларда учрайди, масалан, қизамиқ касаллиги ёш болаларда учраса, атеросклероз касаллиги катта ва кекса одамларда учрайди. Яшаш жойи, манзили, ана шу даврда дастлаб шу манзилдаги тарқалган касалликни инкор этиш керак. Масалан, шу даврда грипп эпидемияси аниқланаётган бўлса, энг аввал шу касалликни инкор этиш зарур.

Иш жойи ва касбида касаллик келтириб чиқарувчи омиллар бор ёки йўқлигини аниқлаш керак, масалан, кўмир шахтасида ишласа, зах, қоронғи, чанг ва бошқа касаллик келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш керак.

БЕМОРНИНГ ШИКОЯТЛАРИ

Беморнинг шикоятлари билан танишиб чиққанимизда, биз унинг бир ҳил ҳис-туйғу ва кечинмалари тўғрисидаги маълумотлар (яъни

касалликнинг субъектив кўринишлари)га эга бўламиз. Беморнинг шикоятлари пасив ва актив ҳолатда аниқланади. Масалан, беморнинг безовта қилаётган шикоятларини ўз оғзи билан айтиб бериши пасив жараёндир (бош оғриши, бош айланиши, кулоқ шанғиллаши). Шикоятлар актив ҳолатда саволлар ёрдамида аниқланади, яъни бош оғриғи бошнинг қайси қисмида, оғриқнинг характери қанақа, доимийми, хуружсимонми ва бошқалар. Булар дифференциал диагноз учун аҳамиятидир. Шикоятлар ҳақидаги гаплар мазкур касалликнинг хусусиятлари туғрисида тушунча беради. Масалан, бош оғриғи, серзардалик, ёмон ухлаш, қўл-оёқ бармоқларининг увишиб туриши, куз олди жимирлаб туришидан нолиш гипертония касаллиги туғрисида фикр юритишга имкон беради. Беморлар аксари ҳолларда ўзларининг дардларини аниқ-равшан қилиб сўзлаб беролмайдилар, улар тайинсиз нарсалардан шикоят қиладилар. Бундай ҳолларда беморнинг медицина билимлари даражасини ҳисобга олиб туриб, уни анча батафсил сўраб-суриштириш керак. Беморни ҳаёки йўқ деб жавоб беришига мажбур қиладиган саволларни бермаслик керак, бу ҳақиқий аҳволни бузиб кўрсатиши мумкин.

МАЗКУР КАСАЛЛИК АНАМНЕЗИ

Бемор касалликнинг қандай бошланганини сўзлаб бераётганда бир қанча ҳолларда ўзининг касаллиги туғрисида аниқ, изчил ва томомила етарли маълумотларни берадики, бундай пайтларда туғридан-туғри объектив текширишга киришиш мумкин бўлиб қолади. Бироқ, баъзи беморларга касалликнинг хусусиятларини, нима сабабдан пайдо бўлганини ва клиник манзарасининг характерли томонларини ойдинлаштирадиган бир қанча қўшимча саволлар бериш зарур. Қўшимча саволларга қуйидагилар киради: касаллик қачон ва қандай (тўсатдан, аста-секин) бошлангани, унинг дастлабки белгилари, шунингдек сабаблари (беморнинг ўз фикрига кўра), меҳнат ва турмуш шароитлари, касаллик бошланганда атрофдаги вазиятнинг қандай бўлгани (бунда турли ноқулай омиллар — кимёвий, физик, метеорологик омиллар ва бошқаларнинг таъсири назарда тутилади), бемор кимга мурожаат қилган, унга қачон даво қилинган (қандай дори-дармонлар ва бошқа даво усуллари қўлланилгани) ва бошқалар.

Қўшимча сўраб-суриштириш касалликни аниқлаб олишга ёрдам берадиган кўпгина қимматли маълумотларни қўлга киритишга имкон яратади. Масалан, беморнинг бадан териси сарғайиб қолган бошқа беморга яқин юрганини айтиб ўтиши инфекцион гепатит диагностикаси учун ниҳоят даражада муҳимдир. Касаллик нафас йўллари шиллиқ пардаларининг катарал яллиғланиши, кўпдан бери чангли, тутунли хоналарда ишлашдан кейин бошланган бўлса, бундай ҳолларда беморда сурункали бронхит, бронхопневмония, бронхоэктатик касаллик бор, деб ўйлаш мумкин.

Беморнинг иситма туширадиган дорилар ичганлиги тўғрисидаги сўзлари ҳарорати пасайиб қолганлигининг сабабини кўрсатиб беради. Мазкур касалликнинг қандай ўтаётганини сўраб-суриштиришда беморнинг умумий аҳволи қанақа эканлиги (иш қobiliяти нормал ёки пасайиб қолганлигини, дармонсизлик бор-йўқлигини, бронхлар, ўпка, юрак-томирлар, меъда ва ичакларнинг фаолияти)ни аниқлаб олиш керак.

ХАЁТ АНАМНЕЗИ (БЕМОРНИНГ ТУРМУШ ТАРЗИ)

Беморнинг ҳаёт анамнези қуйидаги схема асосида йиғиб олинади: унинг таржимаи ҳоли (бемор қачон, қаерда, қандай оилада, нечанчи фарзанд бўлиб туғилган), бошидан кечирган касалликлари, меҳнат ва турмушининг шароитлари, зарарли одатлари, алкоғолли ичимликларни суиистеъмол қилиши, чекиши, ишлаб чиқариш ва турмушдаги интоксикациялар (заҳарланишлар), жинсий ҳаёти, оилавий анамнези (оиланинг таркиби, психологик муҳит, ирсият).

Беморнинг таржимаи ҳоли билан танишишда қачон, қаерда, қандай оилада, нечанчи фарзанд бўлиб туғилганлиги, туғилган жойи ва доимий яшаш жойи аниқлаб олинади. Унинг туғилган ва доимий яшайдиган жойи баъзи эндемик (маълум бир жойга хос) касалликлар (қалқонсимон без касалликлари, паразитар касалликлар) районларида бўлган ҳолларда ана шундай маълумотлар жуда муҳим бўлиб қолади. Беморнинг турмуш ва турар жой шароитларини, жумладан одам организми ноқулай ташқи таъсиротларга айниқса сезгир бўладиган болалик ва ўсмирлик давридаги турмуш шароитларини аниқлаб олиш зарур.

Беморнинг бутун ҳаёти давомида оғриб утган барча касалликлари тўғрисида сўраб чиқиш ва бу касалликлар бирор-бир асорат берган- бермаганлигини аниқлаб олиш керак. Ангина, грипп сингари касалликлар ўпка, буйрак, юрак, бугимларда жиддий асоратлар пайдо қилган бўлиши мумкин. «Мана бу касаллик билан оғриганмисиз»—деган саволга бемор шу касалликнинг номини билмаганлиги учун жавоб беришга қийналадиган бўлса, унга касаллик симптомларини ойдинлаштириш учун қўшимча саволлар бериб куриш лозим. Қўланса ҳидли бир талай бағам ташлаб йўталиш ўпканинг йирингли касалликларида юз берса, юзнинг керикиб, сийдикнинг гушт селига ўхшаб тушиши нефритда аниқланади.

Сўнгра меҳнат шароитларини, ишлаб чиқаришга алоқадор зарарли омиллар шунингдек, беморга таъсир қилиб турган заҳарларни аниқлаб олиш зарур. Беморнинг турар-жой — маиший шароитлари, таътил вақтида ва дам олиш кунлари қай тарзда дам олиши, овқатланиши, физкультура ва спорт билан шуғулланиши тўғрисида ҳам маълумотлар олиш керак. Беморнинг зарарли одатлари: спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиши, тамаки чекиши бу жиҳатдан алоҳида эътиборга

сазовордир, чунки бу сурункали юрак-томир касалликлари, жигар, упка ва нерв системаси касалликлари авж олишига йул очади.

Беморнинг жинсий турмуш кечириш-кечирмаслиги ва бу турмушнинг нечоғли мунтазамлигини аниқлаб олиш керак, чунки жинсий ҳаётнинг нобоплиги ва оиладаги шароитнинг ёмон булиши руҳий ҳолатга таъсир қилиши мумкин. Аёлларда ҳайзнинг қачон бошланганлиги ва унинг нечоғли мунтазам келиб туришини, аёлнинг бўйида булган-бўлмагани ва ҳомиладорлиги қандай натижа билан тугагани (нормал туғруқлар, сунъий аборт ёки бола ташлаш билан, боланинг ўлик туғилиши билан тугаганлиги)ни билиб олиш керак. Климакс даври (ҳайз тўхтайдиган давр) қачон бошлангани ва унинг қандай ўтиб бораётганини билиб олиш зарур (тери томирлари кескин кенгайиб, одам ўзини қизиб кетгандек сезиши, юрагининг уриб кетиши, серзарда, кўп терлайдиган бўлиб қолгани ва ҳ.).

Сураб-суриштиришнинг охирида яқин кишилари, имкони бўлса узоқ қариндошларининг ҳам саломатлиги ва қанча умр курганлиги сингари фактлар билиб олинади.

Қариндош-уруғлар ичида ичкиликбозлар, рак, юрак касалликлари, захм, упка сили, руҳий касалликлар ва моддалар алмашинуви бузилишига алоқадор касалликлар (подагра, семириш, қандли диабет ва бошқ.) билан оғриган кишилар бор-йўқлигини аниқлаб олиш керак. Ирсиятнинг нопоклигини аниқлаб олиш катта аҳамиятга эга, чунки бу мазкур беморнинг шу касалликларга мойил бўлиш-бўлмаслигини билиб олишга ёрдам беради. Ирсиятни олдинги авлодларга қор қилиб, улардан кейинги наслларга ўтиб борадиган, маълум хоссалар пайдо бўлишига олиб келадиган жами таъсиротлар мажмуаси деб тасаввур қилиш керак. Қандай бўлмасин бирор касалликка мойилликнинг наслдан-наслга ўтиб бориши шу касаллик муқаррар пайдо бўлади деган гап эмаслигини эсда тутиш лозим. Бу факт бир мойиллик холос. Тегишли ноқулай шароитлар бўлгандагина у касалликка айланиши мумкин. Ирсий касалликни ҳисобга олиш ва профилактик чора-тадбирларни амалга ошириб бориш зарур. Ҳозир мамлакатимиз соғлиқни сақлаш системаси амалиётига медицина-генетика консултацияси жорий этилмоқда. Бу ирсий касалликларни ўз вақтида аниқлаб олишга ёрдам беради.

АЛЛЕРГОЛОГИК АНАМНЕЗ

Сураб-суриштиришда беморда бирор-бир дори моддасига, озиқ овқат маҳсулотларига, кимёвий моддаларга, ўсимликларга, чанг ва ҳайвон жунларига нисбатан аллергияси бор-йўқлигига этибор берилади. Бундай реакциялар аллергия тошма, тери қичишиши, юз шиши ва бошқа кўринишлар билан намоён бўлади. Буларни аниқлаш ташхис қўйишда муҳимдир.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ

Беморни субъектив текшириш усули билан обдон кўриб чиқилгандан кейин унинг объектив ҳолати билан танишишга ўтилади. Объектив текшириш икки қисмга бўлинади. Асосий (беморни кўздан кечириш, пальпация, перкуссия, аускультация) ва қўшимча қисм.

БЕМОРНИ КУЗДАН КЕЧИРИШ

Беморни одатда бир қанча зарур қондаларга риоя қилиб туриб, маълум бир тартиб билан кўздан кечириб чиқилади. Беморни тарқоқ кундузги ёруғлик ёки равшан сунъий ёруғликда кўздан кечирилади, бунда ёруғлик манбаи ён томонда бўлиши керак, шунда бадан терисининг турли қисмлари, ундаги тошма, чандиқ ва бошқалар анча аниқроқ кўринади. Аввал беморнинг вазияти, умумий аҳволи, ташқи қопламлари (териси, шилиқ пардалари)нинг аҳволи аниқлаб олинади, сунгра баданининг айрим қисмлари юзи, боши, томоғи, гавдаси, қўл ва оёқларини кўздан кечиришга ўтилади.

Беморнинг вазияти (ҳолати) Беморнинг вазияти актив, мажбурий ва пассив бўлади. Бемор ўз ҳолича ўтирадиган, ҳаракатланадиган, бир ёнбошига ўтириладиган, ўрнидан тура оладиган ва ҳоказо ҳолатларда бўла олса—унинг вазияти актив деб ҳисобланади. Мажбурий ҳолатда бемор ўзи учун қулай бўлган, аҳволини бир қадар енгиллаштирадиган ҳолатни эгаллайди. Масалан, юрак-томирлари ёки бошқа юрак касалликлари билан оғриган беморлар қон айланиши хийлагина издан чиққан даврда — декомпенсация пайтида суяниб ўтиришга ёки ўтириб олишга ҳаракат қилишади. Экссудатив плевритларда беморлар касал томонини босиб ётадилар; ўт-тош ва буйрак-тош касалликлари хуруж қилаётган маҳалда улар энг маъқул ҳолатни топишга уриниб, вазиятни ўзгартираверадилар (ёнбошини босиб ётаверади ёки тўрт оёқлаб туриб олади). Яра касаллиги сабабли меъда ёки 12 бармоқ ичакда бўладиган оғриқлар маҳалида беморлар қўлларини қоринга босиб, энгашиб ўтириб ёки қорин тагига ёстиқ қўйиб (юз тубан тушиб) ётиб оладилар.

Бемор қимирламайдиган ва ўз вазиятини ўзича ўзгартира олмайдиган бўлса, бундай ҳолларда унинг ҳолати пассив деб ҳисобланади. Фалажлар, оғир жароҳатлар вақтида, қолдан тойдирувчи касалликлардан заифлашиб, мадори қуриб қолган кишиларда, шунингдек беҳуш бўлиб ётган (шўк, коллапс, кома ҳолатида ётган) одамларда шундай бўлади. Оғир ётган касаллар ҳам асабийлашиб қўзғалган пайтида қўпинча врачнинг таъқиқлаб қўйишига қарамай, уларнинг актив бўла олиши (ўзбошимчалик қилиб ўрнидан туриб кета олиши, юра олиши ва ҳ.)ни билиш зарур. Бошқа (серҳадик) касаллар эса арзимас беҳолликдан ҳам ўринга ётиб оладилар. Ўзига эътибор бермайдиган одамлар жиддий касалликлар (масалан, миокард инфаркт-

ти) билан оғриб қолганда ҳам саломатлигига зарар етишига қарамай ўринда ётмасдан юриб кетишаверади.

Одамнинг эс-хуши. Одамнинг эс-хуши жойида ёки айниган бўлиши мумкин, ступор (карахтлик), сопор (қаттиқ гангиш, субкома) ва кома (бутунлай узидан кетиб, беҳуш бўлиб қолиш) ҳолатлари бўлади. Эс-хуш айниб турганда бемор мияси гангиб, саволларга секинлик билан, кечикиб, лекин оқилона жавоб беради. Гоҳида эса мутлақо жавоб бермайди. Ступор ҳолатида касал гўё карахт бўлиб ётгандек туюлади. Лекин уни қаттиқ овоз билан гапириш, силкитиб қуриш йўли билан қисқа муддатга ўзига келтирса бўлади, бундай ҳолларда беморнинг жавоблари бемаъни бўлади. Ступорнинг оғир даражаси сопор деб аталади. Бемор гўё ярим уйқуда ётгандек бўлади, атрофдагиларга парво қилмайди, саволларга жавоб бермайди, лекин ундаги рефлекслар сақланиб қолган бўлади. Кома — марказий нерв системаси функцияларининг жуда ҳам сусайиб қолиши, одам эс-хушини йўқотиб, мускуллари бушашиб туриши, сезувчанлиги ва рефлекслари йўқолиб кетиши билан характерланади.

Эс-хушининг ўзгариб айниб туриши қисқа муддатли бўлиши ёки узок давом этиши мумкин. Биринчи ҳолда бундай ҳолат мияда қон айланиши вақтинча бузилиши натижасида бошланади ва одамнинг ҳушидан кетиб қолиши билан намоён бўлади. Кейинги ҳолда у марказий нерв системасининг зарарланиши, мияга қон қуйилиши, унинг зарарланиш оқибати бўлиб ҳисобланади (одам захарланган, инфекцион касалликлар билан оғриган ва бошқа маҳалларда). Баъзи инфекцион касалликларда, масалан, қорин тифи, крупоз пневмония (зотилжам)да бир қанча ҳолларда беморнинг эс-хуши кескин айниб, у алаҳдай бошлайди, қулоғига йўқ овозлар эшитилади, кўзига йўқ нарсалар куринади (эшитув ва курув галлюцинациялари). Бундай пайтларда бемор ўрнидан туриб кетиб, аллақасрларга қочишга ҳаракат қилади, уз-ўзи билан ёки хаёлидаги суҳбатдоши билан гаплашаверади. Алаҳлаб жазавага тушиш, айниқса хавфлидир. Бунда бемор ўзи ва атрофдаги кишиларнинг бирор жойига шикаст етказиб қуйиши мумкин; мана шундай ҳолатдаги беморни навбатчи ходим қаттиқ кузатиб бориши лозим.

Юзни кўздан кечириш. Иситмалаб турган касалларнинг юзи узига хос қиёфага кириб, бежо бўлиб туради, лунжлари қизариб, кузлари ялтираб туради. Тилни қуритадиган оғир иситма (сепсис, сил)да чак-чак бўлиб кетган юз лунжларида қизил доғлар пайдо бўлади. Қон айланиши издан чиқадиган бир қанча касалликларда, шунингдек перитонит, яъни қорин парданинг ўткир яллиғланишида ҳолдан тойдириб, сувсизлантирадиган кучли ич кетиш, тез-тез қусиш пайтларида (масалан, вабо пайтида) одамнинг юзи характерли қиёфага кириб, кўзлари кўз косасига чуқур ботиб кетади, бурни

чуччайиб қолади, юз териси қизариб, лаблари кўкариб кетади, юзни совуқ тер босади. Беморнинг юзи ниқобга ўхшаб, гўё қотиб қолгандек ҳаракатсиз бўлиб туриши мумкин, қалқонсимон безнинг баъзи касалликларида, шунингдек энцефалитда шундай бўлади. Заҳархандалик билан жилмайиб турганга ўхшаб кетадиган ўзига хос юз кўриниши (юздаги мускулларнинг тиришиб тортишиши натижасида) қоқшол касаллигида учрайди. Буйрак касалликлари учун юзнинг керикиб, шишинқираб тургани устига оқариб кетганлиги ҳам хосдир. Юрак митрал порогидида одамнинг дунжлари қизариб, лаблари кўкариб тургани сезилади.

Кузларни кўриб чиқиш. Беморнинг кузларини диққат билан қараб чиқиш зарур. Ёғлар алмашинуви бузилганда кўз қовоқларида ясси сариқ доғлар — ксантомалар пайдо бўлади. Кўз олмасининг чақчайиб туриши — бақакуз, диффуз-токсик буқоқ (Базедов касаллиги)нинг аломатларидан биридир. Кўз қовоқларининг шишиб туриши нефрит билан оғриган беморлар баданига умуман шиш келганида ва юрак етишмовчилиги бор маҳалларда учрайди. Кўз қорачиқларининг торайиб туриши уремияда, одам алкоголь, морфин билан заҳарланган пайтларда кузатилади; одам атропин билан заҳарланганда куз қорачиқлари кенгайиб кетади. Кўз рангдор пардасининг катта-кичиклиги ва туси, кўз қорачиқларининг ёруғликка қандай реакция кўрсатиши ҳам диагностикада муҳимдир. Кўз қорачиқларининг ёруғликка реакция кўрсатмаслиги кома ёки оғир неврологик касалликдан дарак беради. Кўз олмаларининг сарғайиб қолганлиги жигар ёки ўт йуллари зарарланганлигини кўрсатади. Кўз склералари томирларининг қонга тўлиб туриши (инъекцияси) бир қанча инфекцион касалликларда (тошмали тифда) учрайди. Кўз олмалари тонусини текшириб кўриш муҳим бўлиб, гипогликемик комада кўз олмалари тонуси пасайиб қолади.

Бадан терисини кўздан кечириш. Беморни умуман кўздан кечириб чиқилгандан кейин териси ва шиллиқ пардаларини кўздан кечиришга утилади. Бадан териси рангининг ўзгариб қолиши кўйидаги омилларга: қон ранги, тери томирлари йўлининг ҳолати, терининг қалин-юпқалиги ва тиниқлигига боғлиқ. Тери қалин тортиб, тиниқлиги йўқолиб кетганда, дағаллашиб қолганда, қондаги гемоглобин ва эритроцитлар миқдори камайиб ёки кўпайиб кетганда (бу — қон рангини айнитиб қўяди), томирлар торайиб ёки кенгайиб турган маҳалларда терининг ранги ўзгариши мумкин. Бир қанча ҳолларда терининг ранги унда бўёқ моддалар — пигментлар (билирубин ва бошқ.) тўпланиб қолиши натижасида ҳам ўзгариши мумкин.

Қон таркиби нормал бўлгани ҳолда тери вақтинча ёки доимо оқариб туриши мумкин. Одам ҳаяжонга тушиши, совуқ қотиши, эт увиши-

ши ва бошқалар туфайли тери томирлари торайиб қолганда бадан териси вақтинча оқариб туради. Ички қон кетиш натижасида бошланган уткир постгеморрагик анемия (камқонлик)да терининг ранги тез оқариб кетади. Тери томирларидаги қон миқдори кескин камайиб, қорин бушлиғи томирларида тупланиб қолиши натижасида ҳам бадан териси тўсатдан оқариб кетади, одам ҳушидан кетганда—коллапс ҳолатига тушганда ва бошқа маҳалларда шундай бўлади. Турғун рангпарлик купинча анемияда кузатилади. Бадан териси ҳар хил тусга киради: илк хлорозда тери заҳил тортиб оқариб кетса, сурункали септик эндокардитда «сутли кофе» рангига киради, пернициоз анемияда эса бадан териси сарғиш тусда бўлади. Тери томирлари узоқ тиришиб турганда ҳам турғун рангпарлик учрайди.

Вақтинчалик гиперемия — терининг қизариб туриши — одам ичкилик ичгандан кейин, иситмалаётган пайтда қаттиқ хаяжонга тушган вақтда, иссиқ ваннадан чиққандан кейин кузатилади. Тери рангининг доим қип-қизил бўлиб туриши эритроцитлар сони ҳаддан ташқари кўпайиб кетганда (чин полицитемия, эритроцитозда) кузатилади, лекин қон таркиби нормада бўлганда ҳам кўрилади. Қон таркиби нормал бўлгани ҳолда терининг қизариб туриши гипертония касаллиғи билан оғриган, узоқ муддат иссиқ ва совуқ таъсирига учраб турадиган (очиқ ҳавода узоқ ишлайдиган) кишиларда кузатилади.

Бадан териси ва шиллиқ пардалар цианози умумий ва маҳаллий бўлади. Умумий цианоз қоннинг кислород билан етарлича бойимаслиғи ва унда карбонат ангидрид гази ҳаддан ташқари кўп тупланиб қолиши натижасида келиб чиқади. Умумий цианоз юрак касалликлари (юрак етишмовчилиғи давридаги юрак пороклари)да учрайди. Бундай ҳолларда бемор организмнинг тўқималари қондан зўр бериб кислородни ютади ва ўзидаги карбонат ангидрид газини зўр бериб ўтказиб туради. Бундай касалликларда бурун, лаблар кўкариб кетади.

Талайгина ўпка касалликларида ҳам ўпка капиллярларининг ҳалок бўлиб кетиши натижасида одамнинг юзи ва оёқ-қўллари, баъзан бутун бадан териси кўкариб туриши мумкин (цианоз), масалан, пневмосклероз ёки эмфизема (ўпка шишуви), сурункали пневмонияларда шундай бўлади. Бунда газлар алмашинуви бузилиб, қон кислород билан етарлича тўйинмай қолади ва таркибидаги карбонат ангидрид газининг миқдори ҳамда ранги (тўқ қизил ранг) жихатдан веноз қонга яқинлашиб қолади. Умумий цианоз баъзи туғма юрак касалликларида, айниқса ўпка илдизи стенозида (қисилиши ёки торайиб қолиши), шунингдек одам заҳарли моддалар, бертоле тузи, анилин, нитробензол билан заҳарланиб қолганда ва дори моддаларига (сульфаниламид препаратлари) сезгир бўлиб қолган пайтларда ҳам учрайди. Бундай пайтларда қон гемоглобини (кислородни ташувчи қон таркибидаги оқсил) шу моддалар таъсири остида метгемоглобинга айланиб қолади.

Терининг маҳаллий цианози, одатда, аксари тромбофлебит туфайли вена тикилиб қолганда мазкур жойдан веноз қон оқиши тўхтаб қолиши натижасида бошланади.

Сариқлик — тери ва шиллиқ пардаларнинг сариқ тусга кириши қонда ўт пигментлари ортикча тўпланиб, тери таркибида тўпланиб қолганида кузатилади. Ўт пуфагидан 12 бармоқ ичакка ўт суюқлиги чиқиб туриши қийинлашиб қолганда қондаги билирубин миқдори кўпайиб кетади. Ўтнинг чиқиб туриши умумий ўт йўлининг ўт тошлари, ўсма билан тикилиб қолиши натижасида ёки мейда ости беши бошчаси, 12 бармоқ ичак катта сўргичининг (Фатер сўргичи) хавфли ўсма билан босилиб қолиши натижасида, ўт йўлларида битишмалар ва яллиғланишли узгаришлар бўлган пайтларда қийинлашиб қолиши мумкин. Сариқликнинг ана шундай тури механик сариқлик деб аталади. Гепатитда жигар ҳужайраси — гепатоцит ўрни яхши ишлаб чиқара олмай қолади, шунга кура ўтнинг баъзи таркибий қисмлари (масалан, билирубин) қонга ўтиб кетади. Жигар паренхимаси зарарланиши туфайли пайдо буладиган сариқликнинг ана шундай тури паренхиматоз сариқлик деб аталади. Гемолитик сариқлик—бу гемолиз кучайиши — эритроцитлар билан гемоглобин зўр бериб парчаланиши туфайли бошланади (одам организмида гемоглобиндан билирубин ҳосил бўлади). Гемолитик сариқлик эритроцитларнинг туғма ва ҳаёт давомида орттирилган чидамсизлиги, безгак пайтида (бунда эритроцитлар зўр бериб парчаланиб туради), одам заҳарлар (бертоле тузи, хлороформ, фенол) билан заҳарланганда, сепсис пайтида учрайди.

Баъзи дорилар (акрихин)ни ичганда одам баданининг териси сарғайиб кетади, бундай ҳолларда қондаги билирубин миқдори нормал бўлади, сийдикда ўт пигментлари топилмайди, оғиз шиллиқ пардаси, кўз склераларининг ранги узгармайди, ҳолбуки чин сариқлик пайтида булар ҳар хил даражада сариқ тусга бўялиб қолади.

Бадан териси рангининг узгариши пигментация кучлилигига боғлиқ бўлиши мумкин. Тери нормада ҳам, бир қанча патологик ҳолатларда ҳам пигментланган бўлади. Пигментациянинг маҳаллий ва умумий турлари мавжуд. Сезиларли пигментация бадан терисига қуёш нурлари таъсири (бадан қорайиши) натижасида ёки юқори ҳарорат доимий таъсирининг оқибатида (металлургия корхоналарида ишловчиларда), шунингдек грелкалар, горчичниклар ва компрессларни қўйиб туриш сабабли бўлиши мумкин. Бўйрак усти безлар зарарланганда бадан терисида меланин деган алоҳида бўёқ моддаси тўпланиб бориб, тери бронза тусига киради, меланодермия деб шунга айтилади. Таркибида кумуш препаратлари бўладиган дориларни кўпдан бери ичиб юрган кишиларда бадан ўзига хос заҳил тусга кириб қолади (аргироз). Бунда терисида қўшимча пигмент тўпланиб турган чекланган жойларда сепкиллар, ҳоллар

бўлади. Ҳомиладорликда кўкрак учлари, шунингдек энгак терисида пигментация кучаяди. Пигментациянинг бутунлай ёки қисман бўлмаслиги альбинизм деб аталади, туғилишдан пигментациядан маҳрум бўлган одамлар эса альбинозлар дейилади. Бадан терисининг айрим жойларида пигментация бўлмаслиги пес, яъни витилиго дейилади. Кичикроқ оқ доғлар (терининг пигментдан маҳрум бўлган жойлари) лейкодерма деган ном билан аталади. Бордию, булар тузалиб кетган тошмалар ўрнида юзага келган бўлса, уларни псевдо (ёлғон) лейкодермиялар деб юритилади.

Беморни сиртдан куздан кечириб қаралганда баданида чандиқлар, тирналган, шилинган жойлар бор-йўқлигига эътибор бериш ва буларнинг сабабини аниқлаш зарур. Масалан, ичига тортилиб, пастдаги туқималар билан битишиб кетган юлдузсимон чандиқлар, аксари захмининг учинчи даврида (гуммалар пайдо бўлиши) юзага келади, юзда бўладиган кичик-кичик думалоқ чандиқлар, яъни юзнинг чўтирлиги одамнинг чинчечак билан оғриб ўтганлигини кўрсатади. Қориннинг ён қисмиларида бўладиган, ҳомиладорлик йўллари деб аталадиган чандиқлар ҳомиладорликдан сўнг қолади, бундан ташқари улар семиз одамлар этини тез йўқотганда, кўплаб келган шишлар тез қайтганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Хирургик операциялардан кейин кесилган жойларда чандиқлар қолади. Бу чандиқлар тўғри шаклда, чизикчага ўхшаган ва ёйсимон бўлади. Турли хил жароҳатлардан кейин ҳам чандиқлар қолади. Тери тургори — эластиклигини текшириб кўриш муҳим. Усмаларда, организм сувсизланиб қолганда тургор кўпинча пасайиб қолади. Бадандаги тук қопламига аҳамият бериш керак (сочларнинг тушиб кетган-кетмаганлигига, аёлларда эркакларга хос туклар бор-йўқлигига ва бошқ.).

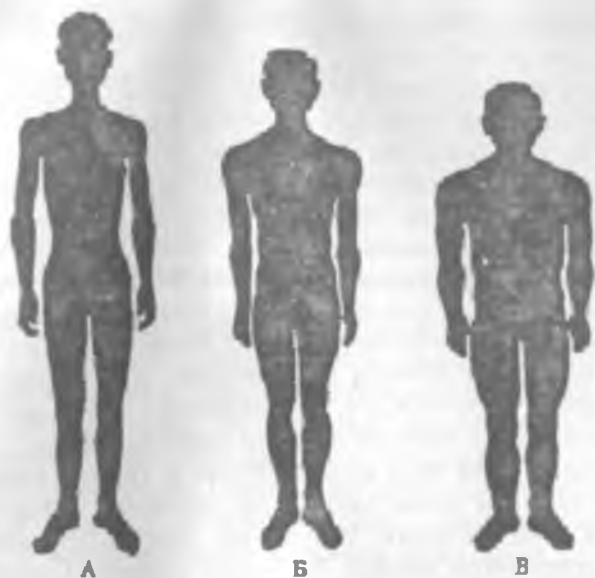
Терига қон қуйилиб қолиши, яъни қонталашлар тери касалликлари, инфекция ва бошқа пайтларда кузатилади. Соғлом одамларда туқималар лат еган ва босилиб қолганидан сўнг (қонашга мойил бўлган одамларда эса айтарли сабабсиз ҳам) бадан терисига қон қуйилиб, қонталаш ҳосил бўлади. Бундай қонталаш олдиниға тук қизил рангда бўлади, бир мунча вақтдан кейин эса яшилнамо-сариқ тусга кириб қолади. Бадан терисидаги қонталашлар ҳар хил катталик ва шаклларда, нуқтасимон ёки нотўғри шаклдаги доғлар кўринишида бўлади ва ҳоказо. Сепсис пайтида, анемия, сариқлик, авитаминозда ҳам терига қон қуйилиши кузатилади. Пневматик эритемада бадан терисининг турли жойларида қизаришлар пайдо бўлади. Эшакеми тошганда бадан терисида қичишиб турадиган қизғиш оқ ёки оқ доғлар пайдо бўлади, булар қичитқи ўт таъсиридан, куйгандан кейин пайдо бўладиган қавариқчаларга ўхшаб кетади. Одам баъзи овқат маҳсулотларини кўтара олмайдиган ҳолларда, зардоб касалликларида, захарланишлардан сўнг, баъзи дори препаратлари

(антибиотиклар, витаминлар, йод, бром)га ортиқча сезгир бўлганда ёки баъзи дорилар (гормонлар, антикоагулянтлар ва бошқ.) заҳарли таъсир кўрсатган ҳаҳалда бадан терисига эҳакеми тошиб кетиши мумкин. Сарамас жуда тез тарқалиб борадиган ва кескин ҳегаралари буладиган эритема пайдо бўлиши билан ўтади. Яллиғланиш сабабли капиллярларнинг ҳекланган кенгайиши туфайли бадан терисининг қизариб туриши розеола деб аталади. Одатда терининг чуқур қатламларига ўтмайдиган баъзи тошмалар ўрнида пўст ташлаб турадиган жойлар қолади, тери пўст ташлашининг характери диагностик жиҳатдан катта аҳамиятга эга. Чунончи, қизамиқ ўчун кепакка ўхшаш майда пўстлар ажралиб туриши характерли бўлса, скарлатина ўчун палахса-палахса бўлиб йирик пўстлар ажралиб туриши характерлидир. Терининг пўст ташлаши бир қанча бошқа касалликларда: қандли диабет, пеллагра ва бошқаларда ўчрайди. Баъзи инфекцион касалликлар (тошмали тиф, қорин тифи)да бадан терисининг қачон ва қайси жойида тошма пайдо бўлганини билиб олиш мўҳим.

Ётоқ яралар доим ўринда ётишга мажбур бўлган огир касалларда терининг қон билан таъминланишининг издан чиқиши ва юза қатламлари бутунлигининг бузилиши натижасида пайдо бўлади (одатда думгаза, қўймич думбоқлари соҳасида, яъни ҳаммадан кўра кўпроқ босилиб ётадиган жойларда). Ётоқ яралар тери ва тери ости ёғ қатламидан ташқари мускулларга ўта олади. Ётоқ яралар ўрнида чуқур жараҳатлар пайдо бўлиши мумкин.

Беморни куздан кечиритиш маҳалида тирноқлари ва сочларининг аҳволига эътибор бериш мақсадга мувофиқдир. Сочларнинг ортиқча мўрт бўлиб, тукилиб туриши қалқонсимон без функцияси пасайиб қолганда ва баъзи инфекцион ҳамда сурункали яллиғланиш касалликлари оқибатида кузатилади. Тери касалликлари — тавус (кал), себореяда ҳам сочлар тўкилиб кетади. Соч ва қошларнинг яккам-дукам бўлиб тўкилгани жун қоламининг заҳмдан зарарланганини кўрсатади. Алмашинув касалликлари, нерв системаси, ички органлар ва организмнинг бошқа баъзи системалари касалликларида тирноқлар яссиланиб, мўрт, хира бўлиб қолиши ва бошқа ўзгаришларга ўчраши мумкин. Тирноқ пластинкасининг соат ойнаси шаклига кириб қолиши бронхоэктазалар билан туғма юрак порокларида ўчрайди.

Бемор конституцияси ва тана тузилишини аниқлаш. Конституция (инсоннинг нйсбатан ўзгармас морфологик ва функционал, жумладан руҳий хусусиятлари мажмуаси) ва тана тузилиши хусусиятлари баъзан саломатлик ҳақида бир фикрга келиш ўчун асос бўлиб хизмат қилади. Чунки бу нарсa организмнинг функционал хусусиятлари ва реактивлиги туғрисида тушунча беради. Конституциянинг бир неча типи мавжуд бўлиб, тана тузилишининг маълум шакллари шуларга туғри келади (1-расм).



1-расм. Одамнинг конституционал типлари:
А — астеник; Б — нормастеник; В — гиперстеник.

Астеник тип киши ортиқча қўзғалувчан, қўл ва оёқлари узун ва ингичка, қўл бармоқлари узун ва қўл панжалари тор, скелети ихчам ва келишган бўлиши билан характерланади. Бўйни узун ва ингичка, елкалари тор, кукрак қафаси узун ва тор, қовурғалараро масофа кенг бўлади. Кураклар аксари кукрак қафасидан кутарилиб туради, туш ости бурчаги ўткир, қорин катта эмас, мускуллар суст ривожланган, тана териси юпқа ва рангпар бўлиб қуринади. Тери ости ёғ қатлами етарлича ривожланмаган, диафрагма, ички органлар кўпинча паст турган бўлади. Астеник типдаги кишиларда моддалар алмашинуви кучайган бўлиб, артериал босим пастроқ юради. Улар тана тузилишининг асосий характерли томони вертикал ўлчамларнинг горизонтал ўлчамларга қараганда анча катта бўлишидир.

Гипертоник типга қувноқлик, одамлар билан тез қушилиб, эл бўлиб кетиш хосдир. бу — астеник типнинг бутунлай акси. Бунда вертикал ўлчамлар горизонтал ўлчамларга қараганда анча кичикроқ бўлади. Қўл-оёқлар калта ва йўғон, бош катта, думалоқ шаклли, юз кенг бичимли, пешона баланд, калта ва йўғон бўлади. Елкалар сербар ва тўғри, қовурғалар горизонтал йўналган, қовурғалараро масофа кичикроқ, туш ости бурчаги ўтмас, қорин катта бўлади. Суяклар йўғон бўлиб, диафрагма юқори туради, меъда баланд ва

кундаланг жой олади, моддалар алмашинуви сусайган булади. Артериал босим кутарилиб туришга мойил булади.

Бир-бирига қарама-қарши булган шу иккала тип — астеник тип билан гипертоник тип ўртасида нормостеник тип оралиқ ҳолатни эгаллайди. Бу тип ҳаммадан кура купроқ учрайди. У одамнинг ўз кучига ишонувчан, сергайрат булиши билан характерланади, бундай одамлар вертикал ва горизонтал тана ўлчамларининг тўғри нисбатда булиши билан ажралиб туради. Ҳаётда ҳозир айтиб утилган типлардан бошқачароқ буладиган ҳар хил ўзгаришлар учрайди.

Конституцияга, тана тузилишига баҳо бериш билан бир қаторда, олий нерв фаолияти типни (асосий нерв жараёнларининг ҳар кимда ҳар хил буладиган жамики хусусиятлари, кучи, мувозанатлашгани ва ҳаракатчанлиги)ни, темперамент (ҳис-ҳаяжонларга алоқадор реакциялар хусусиятлари)ни аниқлаш зарур.

И. П. Павлов олий нерв фаолиятининг 4 типини ажратиб берган, уларга қадимги юнон ҳакимлари тасвирлаб кетган темпераментнинг 4 тури: холерик, сангвиник, флегматик, меланхолик темпераментлар тўғри келади, бу систематикани Павлов физиологик асосда ўргатади. У инсонга хос булган хусусий типлар: рассомлар, мутафаккирлар ва ўртача типни ҳам ажратади. Одамда биринчи сигнал системасининг иккинчи сигнал системасидан устун туриши рассомлар типини юзага келтиради, бу типдаги одамлар учун образли қилиб ва конкрет равишда фикрлаш характерлидир. Мутафаккирлар типига кирадиган одамларда фикрлаш умумлаштирилган, абстракт характерда булади. Ўртача типга биринчи ва иккинчи сигнал системаси бир хил ривожланган одамлар киради; уларга образли қилиб конкрет равишда фикрлаш ҳам, умумлаштирилган, абстракт фикрлаш ҳам бир хилда хос булади.

Олий нерв фаолиятининг типни инсон умумий конституциясининг энг муҳим қисми ва асоси булиб ҳисобланади.

Баъзи патологик ўзгаришлар тўғрисида беморнинг юришига қараб фикр билдирса булади. Атактик (нотўғри) юриш орқа мия суختасида кузатилади ва у шу билан ифодаланадики, бунда касал оёғини аранг ердан узиб олиб, шу оёғи билан каттакон доира ясайдида кейин товонини яна ерга қўяди; гемиплегик юриш қон қуйилгандан кейин кўрилади, бунда бемор оёғини судраб юради; мяячага алоқадор атаксия — мяяча касалликларида булади, одам гандираклаб юрадиган булиб қолади ва ҳоказо.

Мушаклар кўздан кечирилганда, уларнинг қай даражада ривожланганлигига ҳам аҳамият берилади. Уларнинг ингичкалашиб кетиши (атрофия) мия инсультларида, асаб дасталарининг зарарланиши туфайли юз беради. Суяк ва бугимларни текширганда ҳаракатлар ҳажми чекланганлиги, шакли ўзгарганлиги, шишиб чиққан, қизариб турганлигига аҳамият берилади.

Қўл-оёқлар кўздан кечирилганда шишлар, варикоз чандиқлар, жаралар бор-йўқлиги ҳисобга олинади. Қўл ва оёқ учларининг катталашиб, думалоқ шаклга кириши («ноғора чўпи»), тирноқларнинг соат ойнаси шаклида бўлиши, юракнинг туғма порокларида, упканинг йирингли касалликларида, септик эндокардитда кузатилиши мумкин. Хулоса қилиб айтганда, беморни диққат-эътибор билан кўздан кечириш касаллигини аниқлашда, унга туғри ташхис қўйишда, қолаверса, беморни туғри даволашда жуда муҳимдир.

ПАЙПАСЛАБ КЎРИШ (ПАЛЬПАЦИЯ)

Пальпация ёки пайпаслаб қўриш юза ва чуқур бўлади, юза пальпация қилиш билан биз тери намлиги, таранглиги ва тери ости ёғ клетчаткасининг аҳволи туғрисида муҳим маълумотларга эга бўламиз. Тери намлиги одамнинг нечоғли тер чиқариб туришига боғлиқ. Тана ҳарорати юқори бўлиши билан бирга давом этиб борадиган бир қанча касалликларда (пневмония, ревмокардит ва бошқ.), тана ҳарорати тез пасайиб кетганда (масалан, тифда бўладиган кризис пайтида), қалқонсимон без функцияси кучайганда, коллапс, уткир юрак етишмовчилигида бадан териси ортиқча нам бўлиб туради. Уткир юрак етишмовчилигида бадандан муздек ва ёпишқоқ тер чиқади, бадан терисининг ранги эса оқариб кетади, холбуки иситма пайтларида терлаш бадан терисининг қизариши билан бирга давом этади.

Баъзан баданнинг маълум жойлари (купинча қўз, бир қўл, оёқ) купроқ терлайди (маҳаллий терлаш), жумладан нерв системасининг баъзи касалликларида шундай бўлади. Организмдан ҳаддан ташқари куп суюқлик чиқиб кетиши туфайли узоқ давом этиб, одамни ҳолдан тойдириб қўядиган ичкетарда, қандли диабет билан қандсиз диабет (кўп сийиш), уремияда ёки варақ-варақ қусиб (меъда пилоруси торайиб қолганда — пилоростенозда), суюқлик сурилиши издан чиққанда бадан териси қуруқшаб қолади.

Терининг эластиклиги бир қанча омилларга: теридаги томирларнинг қон билан нечоғли тўлиб туриши ва теридаги лимфа миқдорига боғлиқдир. Ичкетар, куп қусиш вақтида мудом суюқлик йўқотиб турилганда, шунингдек узоқ давом этган оғир касалликлар вақтида тери эластиклиги пасайиб қолади. Ёш улғайган сари тўқимадаги суюқлик миқдори камайиши ва тери (масалан, юз терисиди) эластиклигининг пасайиши туфайли ажинлар пайдо бўлади.

Пальпация йўли билан тери ости ёғ клетчаткасининг нечоғли ривожланганлиги аниқлаб олинади. Ёғ қатлами анча қалин бўлса, терини бурма ҳосил қилиб йиғиш қийин бўлади, лекин ёғ қатлами кам бўлганда тери бемалол букланаверади. Ёғнинг қай тартибда тақсимланганлигига эътибор бериш мақсадга мувофиқдир. Гипофиз касаллигида ёғ асосан одамнинг думба ва сонларида, климакс

даврида корин ва сут безлари атрофида тўпланиб боради. Пальпация йўли билан баданнинг маълум жойларида ёғ тутунчалари куринишида тўпланиб қолган ёғни ҳам топиш мумкин, липомалар деб шуларга айтилади.

Тери ости ёғ клетчаткасининг ҳамма ёғига тарқалиб, сероз бўшлиқларида суюқлик тўпланиб қолиши билан утаётган шиш анасарка деб аталади. У юрак етишмовчилиги билан давом этаётган юрак, буйрак касалликлари, баъзан эндокрин касалликларда пайдо бўлади. Бундай шишнинг ўз хусусиятлари бор. Буйракка алоқадор шиш ҳаммадан илгари одамнинг юзи билан куз қовоқларида пайдо бўлади, кейинчалик у қўл-оёқлар ва баданнинг бошқа ерларига тарқалиб боради. Юракка алоқадор шиш аввал баданнинг юракдан узоқ жойларда (оёқ панжаси, болдирда) пайдо бўлади. Кахектик шиш (одам овқатга ёлчимай қолиб, озиб-тузиб кетганда пайдо бўладиган) бутун баданга тарқалади. Шиш кўп бўлса, бемор сиртдан кўздан кечирилганда куриниб туради, кам бўлса баданнинг тегишли жойига бармоқ босиб кўрилиб, бунини аниқлаб олинади, шиш бўлса бармоқ ўрнида чуқурча қолади. Суст ифодаланган шиш, керикиш деб аталади.

Шиш ҳаракатчан (кўчадиган) ва кўзгалмас бўлади. Томирларнинг маълум қисми тўсатдан кенгайиб, аллергик реакциялар вақтида, ҳарорат таъсир қилган пайтда ҳам шиш пайдо бўлиши мумкин. Бундай шиш асосан одамнинг юзи, қўл ва оёқларида бўлади. Оёқдаги бир томонлама шиш веноз ва лимфа оқиб кетиши қийинлашиб қолгани туфайли юзага келган бўлиши мумкин (тромбофлебитларда, болдир суяклари сингандан кейин, сарамас касаллиги вақтида ва ҳоказо). Бўғимлар яллиғланганда уларнинг атрофида тери ости ёғ клетчаткаси шишиб чиқиб, тери қизариб туради, пайпаслаб қурилганда уша жой ҳароратининг кўтарилиб тургани маълум бўлади.

Мускулларни пайпаслаб кўриш, мазкур беморнинг мускуллари қанчалик ривожлангани тўғрисида тушунча беради. Узоқ давом этган сурункали касалликларда мускуллар атрофияга учраб кетади, яъни ингичка, илвиллаган бўлиб қолади. Қисқарувчанлик хусусияти анча пасаяди, одамнинг ҳаракат активлиги пасайганида, шунингдек ёши қайтиб қолган чоғида ҳам шундай бўлади. Бўғимлар, суяклар ва периферик нерв касалликларида зарарланган жойдаги мускуллар яхши озиқлана олмаслиги натижасида чекланган атрофияга учрайди. Мускулларнинг бутунлай фалаж бўлиб қолиши марказий нерв системасига алоқадор бўлиши мумкин (мияга қон қуйилганда, мия шикастланганда, шишиб кетган пайтларда). Қўл ва оёқ мускулларининг бир томонлама фалажи гемиплегия, баданнинг бир томонидаги қўл-оёқлар ҳаракат функциясининг сусайиб қолиши гемипарез деб аталади.

Лимфа тугунлари текшириб курилганда уларнинг катта-кичиклиги, қаттиқлиги, ҳаракатчанлиги, тери ва тери остидаги туқималарга ёпишган-ёпишмаганлиги аниқланади. Лимфа тугунларини буйиннинг олд ва ён юзларида, пастки жағ ва қўлтиқ ости чуқурчаларида, чов соҳаси, тизза ости чуқурчаси, яъни тақимда, тирсак буқимларида пайпаслаб кўрса бўлади. Лимфа тугунлари, шу тугунларга лимфа келадиган соҳанинг турли хил яллиғланиш жараёнларида катталашиб кетади. Масалан, оёқда инфекция тушган жароҳат бўлса, тақим ости ва човдаги лимфа тугунлари катталашади ва ҳоказо. Лимфа тугунларининг катталашуви кўпинча рақ ўсмаси тарқалиши (метастаз)нинг оқибати бўлади. Жумладан ўпка ракида трахея ва бронхлар соҳасидаги лимфа тугунлари катталашиб кетиши мумкин. Лимфа тугунларининг катталашуви лимфогранулематоз, лейкоз, сил сингари касалликларда ҳам учрайди. Сил лимфааденити — лимфа тугунларининг сили — лимфа тугунларининг бир-бири ва остидаги туқималар ҳамда бадан териси билан битиб кетиши билан характерланади. Казеоз деструкция бошланиб, йиринг тўпланганида ташқарига очилган оқма яралар пайдо бўлиб, булардан йиринг чиқиб туради.

Суякларни пайпаслаб кўриш йўли билан уларнинг оғришини, шунингдек эгри-бугри бўлиб қолган, қалин тортган жойлари бор-йўқлигини, суякларнинг синган-синмаганлигини, суяқ қадоклари ва ўсмаларни топиш мумкин. Ички органларнинг турли хил ўсмалари (рақ, саркома ва бошқ.) кўпинча суякка метастазлар берадики, бу қаттиқ оғриқлар билан бирга давом этади ва баъзан суякларнинг синиб кетишига сабаб бўлади.

Бўғимларни текшириб курганда, уларнинг шаклига, ҳаракатларнинг ҳажмига, пальпация пайтида оғриш-оғримаслигига, бўғим бушлигида суюқлик (экссудат) бор-йўқлигига, бўғим устидаги тери рангига аҳамият бериш зарур.

Қоринни пайпаслаб куриш. Бемор чалқанча тушиб ётиши керак. Қоринни пальпация қилишда юза ва чуқур пальпациялардан фойдаланилади, чуқур пальпация деб Образцов — Стражеско усули буйича сирғантириб қилинадиган методик пальпацияга айтилади. Қоринни пальпация қилишдан аввал бемор қорин пресси мускуллари рефлектор йўл билан қисқармаслиги учун қўл кафтларини илтиб олиш ва қорин бушлигида эркин суюқлик йўқлигини билиш учун қоринни перкуссия қилиб кўриш керак. Мўлжал берадиган пальпацияда қорин мускулларининг тонуси (мускул ҳимояси симптоми), тўғри мускулларнинг қай тариқа жойлашгани, чурралар, оғриб турган жойлар бор-йўқлиги аниқланади ва ҳоказо. Чуқур пальпация ёрдамида қорин бушлиги органлари (ичак, меъда, жигар, ут пуфаги)нинг олган жойи, уларнинг консистенцияси

аниқланади ва ҳоказо. Қорин пальпацияси қорин пардасининг таъсирланишига алоқадор симптомлар, «ўткир қорин» синдроми бориқлигини билиб олишга имкон беради.

ПЕРКУССИЯ

Перкуссия ёки тукиллаиб эшитиб куриш—бу чиқадиган товушнинг хусусиятларига қараб текшириладиган органнинг аҳволи туғрисида фикр юритиш учун бемор танасининг юзасига тукиллаиб уриб, эшитиб куришдир. Перкуссияни биринчи марта австралиялик врач Ауэнбруггер билан француз врач Корвизар амалиётга жорий этганлар.

Перкуссия талайгина орган ва системаларни текшириш учун қўлланилиши мумкин, кўпроқ бу усул нафас органларини текширишда катта аҳамиятга эга. Бевосита ва билвосита перкуссиялар тафовут қилинади. Бевосита перкуссияда бемор танасининг юзасига бевосита битта ёки бир нечта бармоқ билан тукиллаиб уриб курилади. Билвосита перкуссияда тукиллаиб уриб куриладиган жойга қўйиладиган махсус пластинка плессиметрга урилади.

Товушни туғри баҳолаш учун бир эмас икки—уч марта бир хил куч билан бир хил ораликда уриш керак. Лекин 2—3 мартадан ортиқ урмаслик керак, чунки товуш бўғиқ чиқади. Перкуссиянинг физик асоси шундан иборатки, бунда бармоқ ёки болғача билан танага урилганда тебраниш пайдо бўлиб, у товуш тўлқини куринишида тарқалиб боради ва шовқин перкутор товуш тариқасида эшитув аппаратимиз томонидан идрок этилади. Мана шу товушнинг кучи ва қаттиқлиги тебранишлар амплитудасига боғлиқдир. Амплитуда нечоғли катта бўлса, товуш шунча қаттиқроқ, амплитуда қанчалик кичик бўлса, товуш шунча секинроқ бўлиб чиқади. Тебранаётган тана амплитудаси шу танани мувозанат ҳолатидан чиқарадиган зарб кучига боғлиқдир. Тана нечоғли зич, қаттиқ бўлса, унинг эластиклиги шунча катта бўлади. Модомики шундай экан, тана зичлиги нечоғли катта бўлса, ушбу тана тебранганда чиқадиган товуш шунча сустроқ бўлади ва аксинча. Инсон организмдаги суяклар, жигар, юрак зич таналар жумласига киради. Перкуссия вақтида булар шу қадар арзимас амплитудали тебраниш берадики, уларнинг устидан қулоқ илғай оладиган перкутор товуш чиқмасдан, балки бармоққа бармоқ ёки плессиметрга бармоқ билан уришдан чиқадиган товуш эшитилади. Ёғоч ёки одамнинг сони перкуссия қилиб курилганда ҳосил бўладиган товушга ўхшаб кетувчи катта, секин перкутор товуш бўғиқ (сондан чиқадиган) перкутор товуш деб аталади. Ўпка устидан кукрак қафаси перкуссия қилиб курилганда қаттиқ перкутор товуш эшитилади, бу товуш ўпка товуши (аниқ товуш) деб ҳам аталади. Ички ковак орган, масалан, ичак устидан турган қорин девори перкуссия қилиб

кўрилганда тимпаник перкутор товуш деган товуш эшитилади. Перкуссия турли органлар: ўпка, буйрак, жигар, галок ва баъзи бошқа органларнинг чегараларини аниқлаб олиш учун қўлланилади. Қиёсий ва топографик перкуссия тафовут қилинади. Қиёсий перкуссия дейилганда симметрик жойлашган тана қисмларини перкуссия қилиб кўриш тушунилади, бундай перкуссия перкутор товушнинг арзимас ўзгаришларини ҳам пайқаб олишга имкон беради. Оддий шароитларда соғлом одамда кўкрак қафасининг ўнг ва чап симметрик қисмларидаги перкутор товуш бир хил булади. Бироқ кўкрак қафасининг чап ярмида мускуллардан иборат қаттиққина орган бўлмиш юрак жойлашганини, бу орган перкуссия қилиб кўрилганда ўпка перкуссиясидагидан бошқачароқ товуш чиқишини эсда тутиш керак. Қиёсий перкуссия ўпка туқимасида зичлашиб қолган жой (инфильтрация), плевра бўшлиғида суюқлик, шунингдек ўпкада ҳаво ёки бўшлиқ борлигини аниқлаб олишга имкон беради.

Топографик перкуссия перкутор товуш ўзгариб чиқадиган жой чегараларини аниқлаб олишга имкон беради. Масалан, топографик перкуссия йўли билан плевритлар пайтида плевра бўшлиғида тўғланиб боровчи суюқлик турган жой чегараларини аниқлаб ёки қўшни органлар (ўпка билан юрак, ўпка билан жигар) ўртасидаги чегараларни, органларнинг катта-кичиклиги ва шаклини белгилаб олиш мумкин. Ўпканинг нормал чегараларини аниқлаш мақсадида топографик перкуссия ўтказишда кўкрак қафасидаги мўлжал нуқталар ва чизиклардан фойдаланилади. Масалан, олдинги ва орқа чизиклар, олдинги ўрта чизик туш суягининг тенг ўртасидан ўтган чизик — *linia sternalis media*, орқа ўрта чизик умуртқа поғонасининг тенг ўртасидан ўтган чизик — *linia vertebralis media* (бу чизиклар одам танасидан ҳаёлан ўтказилади). Тананинг олд томонида фарқланадиган вертикал чизиклар туш чизиклари (туш суягининг ўнг қирғоғидан ўтгани ўнг туш чизиги) — *linia sternalis dextra*, чап қирғоғидан ўтгани чап туш чизиги (*linia sternalis sinistra*), ўнг ва чап ўрта умров чизиклари (*linia clavicularis media dextra et sinistra*), туш ва ўрта умров чизикларини тенг ўртасидан ўтган ўнг ва чап туш олди чизиклари (*linia parasternalis dextra et sinistra*), қўлтиқ соҳасининг олдинги томонидан ўтган ўнг ва чап қўлтиқ олди чизиклари (*linia axillaris anterior dextra et sinistra*), қўлтиқ соҳасининг тенг ўртасидан ўтган ўнг ва чап ўрта қўлтиқ чизиклари (*linia axillaris media*), қўлтиқ соҳасининг орқа томонидан ўтган ўнг ва чап орқа қўлтиқ чизиклари (*linia axillaris posterior*), тананинг орқа соҳасида ўнг ва чап курак чизиклари (*linia scapularis dextra et sinistra*), умуртқа поғонасининг ўнг ва чап қирғоқ-ларидан ўтган ўнг ва чап умуртқа чизиклари (*linia vertebralis dextra et sinistra*), курак чизиги билан умуртқа чизиги тенг ўртасидан ўтган ўнг ва чап умуртқа олди чизиклари (*linia paravertebralis dextra et sinistra*). Қовурғалар

ва уларнинг ҳозир айтиб утилган ва бошқа чизиклар билан кесишган жойлари мулжал нуқталари бўлиб хизмат қилади. Кукрак қафасининг орқа соҳасида умуртқаларнинг ўткир ўсимталари мулжал бўлиб хизмат қилади (масалан, одам бошини энгаштирган ҳаҳалда дуппайиб чиқиб турадиган VII бўйин умуртқасининг ўткир ўсимтаси). Умров усти чуқурчалари ва дельтасимон-кукрак учбурчалари (умров ости чуқурчалари — *fossa subclavicularis*), тўш суягининг ханжарсимон ўсимтаси (*processus xifoideus*) ва бошқалардан ҳам мулжал нуқталари тариқасида фойдаланилади. Соғлом одам ўпкаси пастки четининг нуқталари: ўнг томондан тўш олди чизиги бўйича VI қовурғанинг юқориғи қирғоғи, ўнг урта умров чизиги бўйича VI қовурғанинг пастки қирғоғи, олдинги қўлтиқ чизиги бўйича VII қовурға, урта қўлтиқ чизиги бўйича VIII қовурға, орқа қўлтиқ чизиги бўйича IX қовурға, кукрак чизиги бўйича X қовурға, умуртқа олди чизиги бўйича XI кукрак умуртқасининг ўсимтаси тўғрисида. ўпка перкутор товуши бўғиқ перкутор товуш билан алмашиниб қолмагунча бармоқ ёки плессиметрни бир қовурғалар орасидан иккинчисига суриб туриб, юқоридан пастга томон перкуссия қилиб борилади. Бўғиқ товуш перкуссия қилаётган бармоқ ёки плессиметр тагига ўпкага қўшни турган бошқа орган, масалан, ўпкага қараганда анча қаттиқ бўладиган жигар тўғри келиб қолишидан пайдо бўлади. Перкуссия ёрдамида ўша устки четлари чегараларини топиш учун ўпка учларининг умров суяги устки чеккасига нисбатан қандай сатҳда тургани аниқлаб олинади. ўпка перкутор товуши бўғиқ товуш билан алмашиниб қоладиган нуқта нормада умров суягининг ўртасидан 2—3 см юқорида бўлади.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Бу усул органларнинг ишлаб турган вақтида ҳосил бўладиган товушларни эшитиб қуришдан иборат. Шунга қараб органнинг нормал ёки касал ҳолатда эканлиги тўғрисида фикр юритса бўлади. Аускультация текшириш усулининг амалиётга кенг жорий этилиши француз врачлари Лаэннек номи билан боғлиқ. Бевосита ва билвосита аускультация тафовут қилинади. Билвосита аускультация касал тананинг у ёки бу қисмига тўғридан-тўғри қўлоқни қўйиб эшитиш, билвосита аускультация эса махсус тиббиёт асбоблари (фонендоскоп ёки стетоскоп) ёрдамида эшитиб қуришдир.

Аускультациянинг маълум қоидалари бор. Аускультацияни етарлича иссиқ ва тинч хонада ўтказиш керак. Стетоскопни ёки фонендоскоп воронкасини бемор танасининг эшитиб қўриладиган жойига зич тақаб қўйилади.

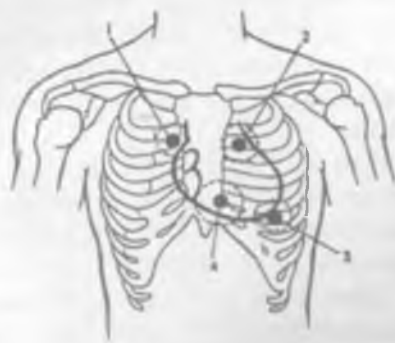
Перкуссия ва аускультация маҳалида эшитиладиган товушларнинг келиб чиқиш механизми, умуман олганда бир хил. Аускультация маҳалида эшитиладиган товушларнинг ҳаммаси шовқинлар ва

тонлар кўринишида идрок этилади. Масалан, ҳаво юқори нафас йўллари орқали ва кейин ўпкага томон ўтаётганда юзага келадиган шовқинни аниқласа бўлади. Бу ҳолда бронхлар товуш ўтказувчи найлар ролини ўйнайди. Нормада нафас олинган маҳалда ўпкага кирадиган ҳаво ўпка тўқимасининг асосини ташкил этувчи майда-майда пуфакчалар — альвеолаларни ёзиб ростлайди, ана шу вақтда характерли нафас шовқини эшитилади, везикуляр (альвеоляр) нафас деб шунга айтилади.

Ўпкани қоплаб турадиган плевра бушлиғига суюқлик тўпланиб қолган бўлса, сусайган везикуляр нафас эшитилади (кўпинча везикуляр нафас жуда сусайиб, ҳатто йўқолиб ҳам кетади). Плеврит касаллигида плеврада тўпланиб қолган суюқлик нормал нафас шовқини ўтишига тўсқинлик қилади. Ўпкада яллиғланиш жараёни авж олганида альвеолаларда экссудат ва фибрин тўпланиб, альвеолага ҳаво ўтишини қийинлаштиради ва бронхиал нафас деган шовқин пайдо бўлади, бу ўпканинг яллиғланиш жараёни бошланган у ёки бу қисми устиди эшитилади.

Ўпка тўқимаси зичлашиб қолганда (ўпка яллиғланиб, жигарланиш деган давр бошланганда), бронхлардан ҳаво ўтишидан ҳосил бўладиган шовқин нормадагига қараганда кучаяди (айниқса нафас чиқариш маҳалида), чунки альвеолалар қаттиқ масса билан тўлиб турган бўлади. Қаттиқ тўқима эса товушни яхшироқ ўтказди. Фибриноз (қуруқ) плевритнинг дастлабки босқичи — плевра варақлари орасида фибрин тўпланиб қоладиган (экссудат ҳам бўлган ҳолда) даврларда плевранинг ишқаланиш шовқини деган товуш эшитилади. Бронхларда балғам тўпланганида ўтаётган ҳаво хириллаб товуш беради. Балғам тўпланиб қолган бронхларнинг йўғонлигига қараб йирик, ўртача ва майда пуфакчали нам хириллашлар тафовут қилинади. Балғам ёпишқоқ бўлганида хуштак товушига ўхшаш қуруқ ва ғунғиллайдиган («мусикали») хириллашларни эшитиш мумкин.

Юрак аускультациясида юрак соҳасининг турли нуқталари, аорта, ўпка артерияси (бу кўрак қафасининг устки ярмида бўлади) устига қўйилган фонендоскоп ёрдамида эшитиладиган товушлар — юрак тонларининг нечоғли тиниқ ва қаттиқлиги аниқланади (2-расм). Юрак-



2-расм. Юрак клапанларининг эшитиш нуқталари: 1 — аорта, 2 — ўпка артерияси, 3 — чап қоринча ва бўлмачалараро клапан, 4 — ўнг қоринча ва бўлмачалараро клапанларни эшитиш.

тони—миокард қисқариб, юрак клапанлари ёпилганда ҳосил буладиган калта товушдир. Нормада бу тон старлича қаттиқ, тиниқ булади. яъни патологик товуш — шовқинлар булмайди. Миокардит, миокард инфарктида юрак тони буғиқ бўлиб қолиши мумкин. Шовқин купинча юракнинг клапан аппарати издан чиққанида вужудга келади, бу ревматизм туфайли пайдо булган юрак пороги ёки клапанлардаги склеротик узгаришлар ва туғма нуқсонларнинг аломати булади.

Чунончи, юракнинг чап қоринчаси билан чап булмаси ўртасидаги клапан тавақалари касалтик туфайли калта тортиб қолганида чап қоринча систоласи (қисқариши) вақтида қон аортага утибгина қолмай, балки чап булмага қайтиб ҳам тушади, юрак учи устига (чап кукрак соҳасига) қўйилган фонендоскоп ёрдамида эшитиладиган систолик шовқин пайдо булади. Юрак аускультациясида юрак қисқаришлари ритми ҳам аниқланади: у ёки бу юрак касалликларида ритм, яъни юрак уриб туриш маромининг узгариб қолиши юрак аритмияси деб аталади (масалан, экстрасистолия, титроқ аритмия).

РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШ

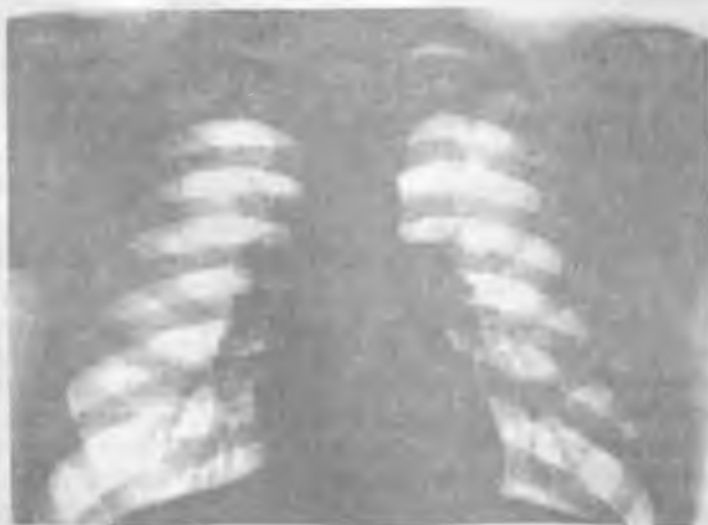
Рентгенологик текшириш рентгеноскопия (объектив тасвири экранда ҳосил қилиш) ва рентгенография (текшириляётган объект тасвирини ёруғлик сезадиган материалга тушириб, расмини олиш)ни ўз ичига олади. Рентген аппарати рентген трубкиси, штатив, кучланиш трансформатори ва юқори вольтли трансформатордан иборат бўлади. Шишадан тайёрланадиган ва баллон шаклида буладиган рентген трубкисига иккита электрод: катод ва анод уланган, катодда вольфрам спирали бор, у трансформатор ёрдамида 2500°C га қадар қиздирилади. Қиздириш натижасида катоддан электронлар учиб чиқади, булар билан анод ўртасидаги кучланиш катта бўлганлигидан унинг ҳаракати кучайиб, жуда катта тезлик олади. Электронлар анод моддасига урилиб, кескин тормозланади, натижада қисқа тўлқинли электормангнит нур — рентген нурлари ҳосил булади.

Рентген нурларини биринчи бўлиб 1896 йилда немис олими Вильгельм Конрад Рентген кашф этган. У кўзга кўринмайдиган нурлар бўлиб, мутлақо утиб булмайдиган жисмлар орқали ҳам ўта олади ва уларга қисман ютилади.

Одам аъзоларини рентгенологик текшириш 2 хил усулда амалга оширилади: рентгеноскопия ва рентгенография. Рентгеноскопия усулида текшириляётган орган тасвири экранда ҳосил қилиб кўрилади. Бу усул ёрдамида ўпка, юрак, катта қон томирлари, кўкс орталиғи, овқат ҳазм қилиш органларининг фаолияти урганилади. Одам организмидаги турли орган ва системаларни рентгенологик йул билан текшириш рентген нурларининг ҳар хил зичликдаги му-

ҳитлар орқали турли хил даражада ўтиш хоссасига асосланган. Одамнинг туқима ва органлари турли зичликда бўлиб, рентген нурларини турли даражада ютади. Зич жисмлар, таналар ҳаммадан кўра катта, юмшоқ туқима ва ҳаво ҳаммадан кам зичликка эга бўлади. Зич туқималар экранга қора бўлиб тушса, ҳавоси бўлган органлар нурга солинганда ёруғ жойлар ҳосил бўлади. Уларнинг нечоғли ёруғ бўлиши ҳаво миқдорига боғлиқ: ҳаво қанчалик кўп бўлса уша жой шунчалик ёруғ бўлади (3-расм). Суюқлик ҳам рентген нурларини кўп ютади: суюқликдан ҳосил бўладиган соя қуюқлиги унинг миқдорига тўғри пропорционалдир. Зичлиги жиҳатидан атрофдаги туқималардан ҳамда орган ва туқималардан фарқ қилмайдиган орган ва системаларни текширишда сунъий контрастлаш усулидан фойдаланилади. Рентгеноконтраст моддалар рентген нурлари кашф қилингандан сўнг кўп ўтмай таклиф этилган. Рентгенодиагностикада ишлатиладиган рентгеноконтраст моддалар 2 гуруҳга бўлинади: 1. Нисбий зичлиги юқори бўладиган рентгеноконтраст моддалар, булар рентген нурларини тутиб қолиб, текшириляётган орган атрофидаги туқималардан анча қуюқроқ бўладиган сояни туширади. Бу моддаларга триомбаст, трийодотраст, йодамид, билигност, йодолипол, йопан кислота, барий бирикмалари ва бошқалар киради. 2. Нисбий зичлиги текшириляётган органдан кам бўладиган ва рентген нурларини осон ўтказиб юборадиган рентгеноконтраст моддалар.

Буларга кислород, гелий, азот-(II)-оксид, карбонат ангидрид гази киради. Амалда кислороддан кўпроқ фойдаланилади. Контрастлаш



3-расм. Соголом одам кўкрак қафасининг рентгенограммаси.

усуллари рентгеноконтраст моддани қай тарзда юборишга кура 3 гуруҳга бўлинади: 1. Рентгеноконтраст модда одам танасининг табиий тешиклари — бурун, оғиз, сийдик чиқариш тешикларидан юборилади. 2. Рентгеноконтраст модда қон оқимиға (гематоген усулда) юборилади. 3. Рентгеноконтраст модда туғридан-туғри туқималарға, органларға ва туташ бўшлиқларға юборилади. Контрастлаш усули ҳазм органлари (қизилунгач, меъда, ингичка ва йўғон ичак)ни текшириш учун қўлланилади, бунинг учун барий сульфатнинг сувдаги эмульсиясидан фойдаланилади, беморға шу эмульсия ичирилади ёки ҳуқна (клизма) қилиб юборилади. Рентгенография — рентген нурлари ёрдамида орган ва туқималарни рентген плёнкасига суратға олишға асосланган. Рентгенография натижаси рентгенограмма деб аталади. Рентгенограммада зич туқималар ёруғ, юмшоқ туқималар билан ҳаво эса қора бўлиб куринади. Рентгенограмма рентгеноскопияға қараганда арзимас ўзгаришларнинг аниқ тасвирини беради. Рентгенологик текширишда томография, компьютер томография, бронхография, флюорография, холецистография, урография, цистография ва бошқа усуллардан ҳам фойдаланилади. Томография — ўпканинг турли хил чуқурликдаги айрим қаватларини расмға олишға асосланади. Ўпкани текширишда томография туғри, ёнбош ва қийшиқ ҳолатларда туширилади. Компьютер томография — бу рентгенологик текшириш усули бўлиб, бунда танани айланма нурлантириш йўли билан (тез таъсир қилувчи ЭХМ ёрдамида) текшириляётган аъзонинг қаватма-қават сурати олинади. Компьютер томография усулини 1978 йилда Хаунсрилд ва Корманлар ишлаб чиқди ва уларға Нобель мукофоти берилди. Бу усул хавфсиз, асорат қолдирмайдиган, одатдаги клиник ва рентгенологик текширишларни тулдиради ва анча тўлиқ ахборот олишға имкон беради. Бронхография — нафас олиш системасини текшириш усули бўлиб, кекирдак ва бронхларға контраст модда юбориш йўли билан уларни расмға олишға асосланган.

Бронхография нафас олиш системасидаги бронхоэктаз, ўпка кавернаси, бронхларнинг торайиши, ўсмалар ва деформацияларни аниқлашға имкон беради. Флюорография — қисқа муддатда оммавий рентгенологик текшириш олиб боришға асосланган бўлиб, ўпканинг экрандаги рентген тасвири «ФД» аппарати ёрдамида расмға олинади. Бу усул билан бир соат мобайнида 100 тагача одамни текширишдан ўтказиш мумкин. Холецистография — ўт пуфаги ва ўт йўлларининг шакли, ҳолати ва функциясини ўрганишға асосланади. Холецистография организмға рентгеноконтраст модда юбориб, кейин ўт пуфаги шу моддаға тўлганидан сўнг ўтказилади. Организмнинг баъзи моддаларни жигар орқали чиқариб юбориш хоссасидан фойдаланиб туриб, ўт пуфагини рентгенологик текшириш учун билигност, холевид, билимин, монофен, фалегност,

лоптин ва бошқа моддалар қўлланилади.

Буйрак ва сийдик йўллари-ни текшириш учун урографи-ядан кенг фойдаланилади. Урография ўтказилиш усули-га кўра экскретор ва ретроград усулларга бўлинади. Экскретор урографияда контраст моддалар вена орқали юборилиб буйрак орқали ажралиши-да рентгенограмма қилинади. Ретроград урографияда асептика ва антисептика қоидалари-га амал қилган ҳолда қовуққа катетр киритилади ва катетр орқали Жане шприцида контраст моддадан 150 — 300 мл миқдорда юборилиб урограм-ма қилинади. (4-расм).



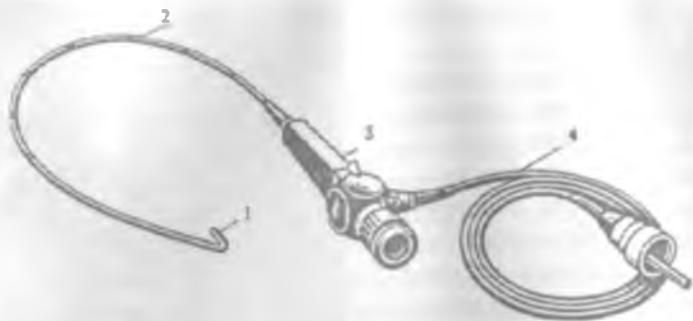
4-расм. Соғлом одам пиелограммаси.

ЭНДОСКОПИЯ

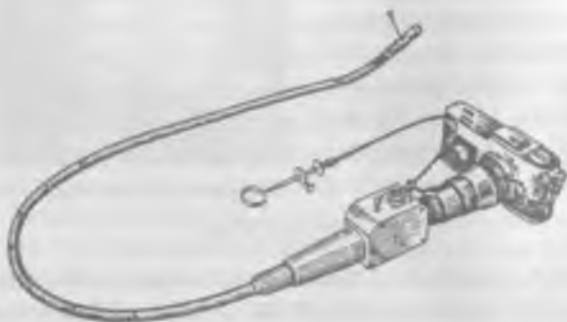
Эндо — ички, скопия — кўраман деган маънони билдиради. Эндоскопияда ичи бўш органлар қизилўнгач, меъда, 12 бармоқ ичак, бронхлар кўздан кечирилади. Эндоскопияни ўтказиш учун махсус асбоб (эндоскоп) қўлланилади. Эндоскопдаги алоҳида оптик мослама аъзо-ни кўздан кечириб чиқишга, биопсия қилувчи мослама эса гистоло-гик текшириш учун аъзодан кичик бир бўлакни кесиб олишга имкон беради. Эндоскопнинг фотосистемаси орган бўшлиғининг фотосура-тини тушириб олишга имкон беради. Эндоскопия орқали алоҳида аъзо-ларни текширишда бронхлар — бронхоскоп (5 -расм), қизилўнгач — эзофагоскоп, меъда ва 12 бармоқ ичак — гастродуоденоскоп (6-расм), йўғон ичак ректоскоп ёрдамида текширилади. Эндоскопия усу-лида текшириш беморларни қўшимча текшириш усулидир.

УТД (УЗИ)

Ультратовуш диагностикаси. Ҳозирги вақтда ички аъзоларни буй-рак, жигар, ўт пуфаги, талоқ каби органлар касалликларини аниқ-лашда ультратовуш билан текшириш кенг қўлланилмоқда. Чунки бу усул ҳозирги замон фан ютуқларига асосланган бўлиб, бемор ҳамда тиббиёт ходимлари учун зарарсиз усулдир. Ультратовуш ёрдамида текширишда беморлар махсус тайёргарликсиз ҳам текширишдан ўтишлари мумкин. Ультратовуш ёрдамида текшириш рентгенологик текшириш усулини тўлдиради, у патологик ўзгаришларда, ди-



5-рasm. Бронхофиброскоп. 1 — бошқарилувчи учки қисми, 2 — приборнинг эгилувчан қисми, 3 — приборнинг асосий қурувчи ва бошқарувчи тутқичи билан, 4 — электр токи тармоғи.



6-рasm. Фиброгастроскоп.

намикада кузатиш олиб боришга имкон беради, қайта-қайта текшириш ўтказиш хавфсиз, унга қарши кўрсатмалар йўқ.

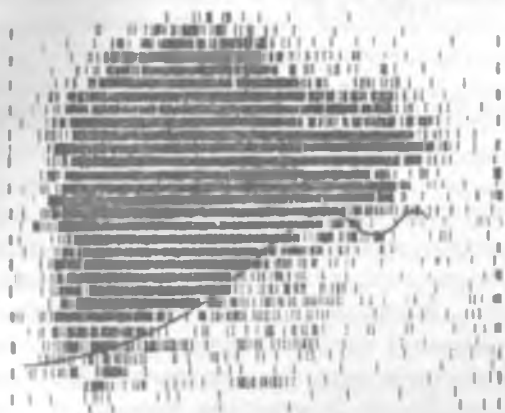
Радиоизотоп текшириш усули — овқат ҳазм қилиш, сийдик ажратиш системаси органларини текширишда қўлланиладиган усулдир. Бу усул радиофармацевтик препаратларни венага юбориб, унинг нурланишини қайд қилиш ва ўлчаш орқали амалга оширилади. Буйрак радиоизотоп ренография қилинади ва сканерланади. Бу усул буйракнинг функционал ҳолатини миқдор жиҳатдан баҳолашга имкон беради ва у энг сезгир усул ҳисобланади.

СКАНИРЛАШ

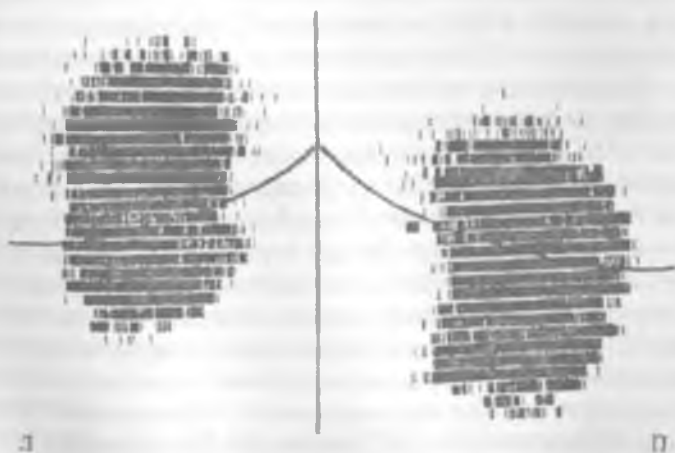
Диагностика мақсадида *радиофармацевтик препаратлардан* фойдаланишга асосланиб туриб беморни текширишнинг бу усули тиббиётда радио-изотоплар ёрдамида сканирлаш деб аталади. Бу моддалар зарар қилмайдиган жуда оз миқдорларда организм-

га юборилганидан кейин сканер деб аталадиган махсус прибор ёрдамида текшириладиган органнинг катта-кичиклиги, шакли, ҳолати ва функционал аҳволи тўғрисида ахборот олиш мумкин.

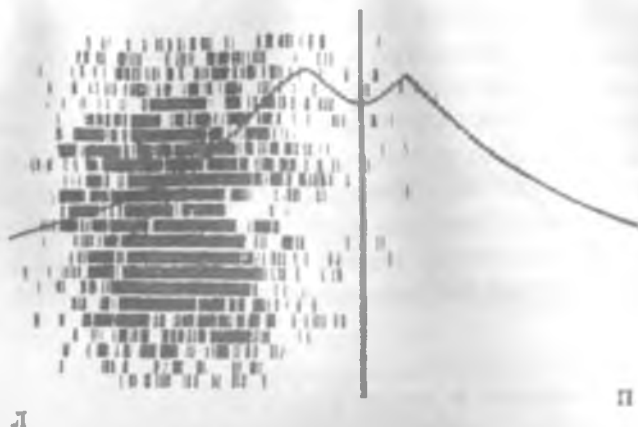
Беморни рентгенологик йўл билан текшириш учун бирор монелик бўлган ҳолларда сканирлашни қўллаш мумкин. Баъзан сканирлаш клиник усулларни ҳисобга олмаганда касалликни аниқлаб олиш ёки патологик жараённинг ўрнашган жойини белгилаб олишда ягона диагностик усул бўлиб қолади. Махсус асбоб сканер ёрдамида қоғоз ёки фотоплёнкага аъзолар кўринишини суратга олинади (7, 8, 9-расмлар).



7-расм. Соголом одам жигарининг сканограммаси.



8-расм. Соголом одам буйрагининг сканограммаси (Л — чап, П — ўнг)

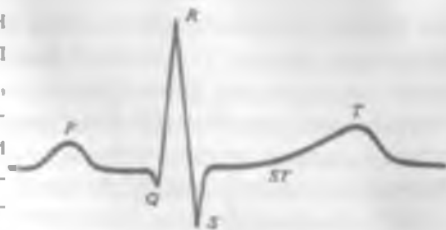


9-расм. Ўнг буйрагида ўсмаси бор бемор сканограммаси.

ЭКГ.

Электрокардиография — юрак биотокларини ёзиб олиш усули бўлиб, бу усул юрак мускул тўқимасида пайдо бўладиган мусбат ва манфий ионларнинг ҳужайра пардаси орқали ҳаракатланишига асосланган. Юракда пайдо бўладиган биопотенциалларни қайд қилувчи аппарат электрокардиограф деб аталади. Бу аппарат юрак биопотенциалларини электродлар ёрдамида ўзига қабул қилиб олади, шу билан бирга тана юзасининг электродлар тагида турган қисмларидаги 3 мВ (милливольт)гача бўладиган кичик потенциаллар фарқи неча минг барабар кучайтирилади ва юзага келадиган жуда арзимас потенциаллар фарқини сеза оладиган қайд қилувчи асбоб — гальванометрга берилади. Гальванометр ёрдамида ҳосил бўлган тебранишлар эгри чизиқларини фотографик йўл билан махсус қоғозга ёзиб олинади, ёзиб олинган тебранишлар эса электрокардиограмма деб аталади. Электрокардиограмма (ЭКГ) электродлар ёрдамида ёзиб олинади. Электродлар тананинг турли қисмларига қўйилади. Бунда ҳар хил электрод потенциаллари вужудга келади. Юрак биотоклари фақат юракнинг ўзида бўлмасдан, бутун тана бўйлаб тарқалади, шунинг учун уни тананинг ҳамма қисмида ёзиб олиш мумкин. Клиника амалиётида ЭКГни иссиқ ҳоҳада олиш керак, шунда бемор совуқдан қалтирамайди. ЭКГни олишдан аввал электрокардиографнинг ток билан таъминланиши, ўлчаш системасининг сезгирлиги текшириб кўрилади, ўлчаш системаси «шуъла»ни изоэлектрик чизиқдан оғдирадиган бўлиши керак. ЭКГни ёзишда 3 та стандарт: I — ўнг ва чап қўл, II — ўнг қўл билан чап оёқ, III — чап қўл билан чап оёқдан олинади. 3 та ярим қўл-оёқнинг кучайтирилган бир қўтбли уланиши

ҳам қўлланилади. Ўнг қўлдан (AVR), чап қўлдан (AVL) ва чап оёқдан (AVF), 6 та қўкрак ($V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6$) уранишдан фойдаланилади. V_1 — электрод туртинчи қовурғалар оралиғида туш суягининг ўнг четига қўйилади, V_2 — туртинчи қовурғалар оралиғида туш суягининг чап четига, V_3 — бунда V_2 ва V_4 нуқталари орасидаги масофанинг уртасига, V_4 — бе-



10-расм. Соғлом одам электрокардиограммаси.

шинчи қовурғалар оралиғида ўрта ўмров чизигининг чап томонига, V_5 — бешинчи қовурғалар оралиғида олдинги қўлтиқ ости чизигидан чап томонга, V_6 — бешинчи қовурғалар оралиғида қўлтиқ ости ўрта чизигидан чап томонга қўйилади. Юракда бўлиб турадиган ва электрокардиограф томонидан қайд қилинадиган электр ҳодисалари хараakterли эгри чизиқни беради, бу чизиқнинг юқорига қараган 3 та (P, R, T) ва пастга қараган 2 та тишчаси (Q, S) бўлади (10-расм). P-тишча юрак бўлмаларининг қўзғалишини акс эттиради. P — Q кесмаси синус бўлма тугуни (синус тугуни)дан бўлма қоринча (атеровентрикуляр) тугунига импульс ўтишига туғри келади ва 0,12 — 0,15 секундга тенг бўлади. QRST комплекси қоринчаларнинг қўзғалиш жараёнини акс эттиради, QRS — ўнг ва чап қоринчанинг турли нуқталарда қўзғалишнинг бошланиш вақти бўлиб, 0,06 — 0,08 секундни эгаллайди. T-тишни кўпчилик олимлар қоринчалардаги қўзғалишнинг тўхташ жараёни билан боғлайдилар.

Қоринчалар электрик систоласи QRST вақти 0,32 — 0,35 секундга тенг бўлади, T — P оралиғи (интервал) — юрак паузасидир, у 0,27 — 0,32 секунд давом этади. Электрокардиографик текшириш усули юрак ўтказиш системасининг асосий функциялари — қўзғалувчанлик билан ўтказувчанлик узгарган-ўзгармаганлиги ҳақида фикр юритишга имкон беради. Шу сабабли бу усул юракнинг нормал ва патологик ритмини ўрганишда маълум қимматга эгадир.

Чап қоринча гипертрофиясида III усулда S-тишча чуқур бўлиб тушади, бу электрокардиограмманинг чап типидир. Ўнг қоринча гипертрофиясида S-тишча I усулда чуқур бўлиб тушади, буни ўнг томонлама электрокардиограмма деб аталади. S-тишча бўлмачалар фаолиятини акс эттирганлиги туфайли унинг шакли ва катта-кичиклигидаги ўзгаришларга қараб юрак бўлмачалари миокардида патологик жараёнлар бор-йўқлиги ҳақида фикр юритилади. T-тишча манфий бўлса, қоринчалар миокардида чекланган ўзгаришлар борлигини кўрсатади. R-тишчанинг катта-кичиклиги билан шакли қоринчалар гипертрофиясини, S — T оралиқнинг изоэлектрик чизиқдан паст тушиб ва юқори чиқиб қолиши асосан юракнинг

қон билан таъминланиши издан чиқишининг натижаси эканлиги билан изоҳланади. Т-тишча катта-кичиклиги билан шаклининг ўзгариши қоринчалар миокардидаги метаболик жараёнлар ўзгариб қолганидан дарак беради. Коронар (тож томирлари) қон айланиши бирдан издан чиқиб, миокардда инфаркт бошланишига сабаб бўлганида электрография айниқса катта аҳамиятга эга.

ЭКГ маълумотларига қараб миокард инфарктининг қаерда эканлиги, унинг қанчалик тарқоқлиги ва зарарланган жойнинг чуқурлигини, шунингдек патологик жараённинг босқичини аниқлаб олиш мумкин.

Ўткир босқичда қоринча комплексининг шакли ўзгариб қолади: трансмурал инфаркта S — Т ёйи юқори бўлиши билан бир қаторда Q-тишчанинг чуқур тушиб туриши (қоринча деворларининг бир қаватигача зарарланиши) қоринча комплексига арфа кўринишини беради. Кейинчалик S — Т оралиғи изо чизикқа яқинлашиб келади, Т-тишча эса манфий (“коронар”) бўлиб қолади. Коронар Т-тишча эволюцияси бир неча ҳафтага боради.

Инфаркт бўлиб ўтгандан кейин бошланган турғун чандиқ босқичи ЭКГда жуда ҳам хилма-хил тарзда акс этади. Инфарктдан кейинги миокардиофибрознинг кичикроқ интрамурал ўчоқлари ЭКГда акс этмаслиги ҳам мумкин. Чандиқли майдонлар кенг бўлганида QRS комплексининг шакли анча ўзгаради (чуқур тушган Q-тишча сақланиб қолади, R-тишча ё бўлмайди ёки пасайиб қолган, S-тишча кенгайиб турган бўлади).

Динамик ҳолда, яъни маълум вақт оралаб олиб турилган ЭКГ репаратив жараёнларнинг охири қачон ва нима билан тугашини олдиндан билиб олишга, такрорий миокард инфарктини аниқлаб олишга, юрак фаолияти ритмининг бузилиши ёки йирик ўчоқли кардиосклероз пайдо бўлиши натижасида юрак етишмовчилиги бошланишини олдиндан айтиб беради.

ЭКГда юрак ритмининг бузилишлари аниқ кўриниб туради, аритмиянинг сабаби (иннервациянинг издан чиққанлиги, яллиғланиш, мускулнинг шишгани ёки чандиқ бўлиб қолгани, дистрофик ўзгаришлар, дори-дармонлар таъсири) ва шакли аниқ маълум бўладигани, бу даво усулини белгилаб беради.

ФОНОКАРДИОГРАФИЯ

Бу усул товушларни график усулда ёзишга асосланган бўлиб, юрак фаолияти даврида юрак тонлари ҳамда шовқинларини аниқлайди (11-расм).

ЛАБОРАТОРИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Лабораторик текшириш қўшимча текшириш усуллари билан бири бўлиб, бунда қон, сийдик, балғам, нажас, меъда ва 12 бармоқ ичак



II-расм. 2 та нуқтадан ёзиб олинган соғлом одам фонокардиограммаси.
А — юрак учидан, Б — юрак асосидан. Рим рақамлари билан юрак тонлари
ифодаланган.

шираси текширилади. Қонни текшириш умумий ва биокимёвий усул-ларга бўлинади. Умумий текшириш — қоннинг меъёрий ва патологик кўрсаткичларини ўрганиш мақсадида амалга оширилади. Биокимёвий текшириш қон таркибидаги ферментлар ҳамда қанд миқдорини аниқлаш мақсадида ўтказилади. Қонни текшириш учун қон олиш ке-рак бўлади. Қон номсиз бармоқдан ва венадан олинади. Бармоқдан қон олиш гемоглобин миқдорини аниқлаш, қоннинг шаклли элемен-тларини санаш, қон суртмасини тайёрлаш, қалин қон томчисини тай-ёрлаш, ранг кўрсаткичини аниқлаш, эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ)ни аниқлаш, қон ивиш тезлигини аниқлаш учун амалга оширилади.

ҚОННИ ТЕКШИРИШ

Тиббиёт ҳамшираси лаборатория таҳлиллари учун қон олиш ва мате-риални лабораторияга юбориш учун зарур бўладиган ҳужжатларни тўғри расмийлаштиришни билиши керак. Махсус бланкада беморнинг фа-милияси, исми ва отасининг исми, палатанинг номери, бўлимнинг

номи, материал юборилаётган ой, кун ҳамда текширувдан кутил-
диган мақсад кўрсатиб қўйилади. Қон қандай мақсадда текшириб
курилатганига қараб 0,5 мл дан 5,0 мл гача қон олиш зарур бўлади.
Бармоқдан қон олиш ёрдамида унинг умумий таҳлили, гемогло-
бин, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар миқдори, ЭЧТ,
қон ивиш, қон кетиш вақти ва бошқаларни аниқлаш мумкин.
Бармоқдан қон олишда дастлаб қон олинадиган жой спирт ёки
эфирга ҳўлланган стерил пахта билан яхшилаб артилади. Артилган
жойга қўл теккизиш, шунингдек игнанинг санчиладиган қисмига
қўл уриш мумкин эмас. Қўлнинг номсиз IV бармоғи Жане игнаси
билан 2—3 мм чуқурликда тешилади. Қон олишда ҳар бир беморга
алоҳида асбоб тутилади. Ҳамшира чап қўл билан бемор чап қўлининг
IV бармоғини охириги бўғимидан ушлаб, ун қўли билан игнани
санчади. Қоннинг дастлабки томчисини стерил пахта билан артиб
олади, сўнгра қон олиш учун пипеткани, нишаб қилиб тутиб тура-
ди. Қон яхши чиқмайдиган бўлса, бармоқ фалангасини оҳиста бо-
сиб кўрилади. Бармоқ қаттиқ босиладиган бўлса, қон билан бирга
лимфа суюқлиги ҳам пипеткага чиқиб, қон таҳлили натижасини
бузиб кўрсатади. Периферик қон айланишининг оғир ўзгаришлари-
да, шок, коллапс ҳолатида, қўл куйганда қонни қулоқ супраси-
нинг юмшоғидан олиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Қулоқ
юмшоғидан қон олиш техникаси бармоқдан қон олиш техникаси-
дан фарқ қилмайди. Бармоқдан керакли миқдорда қон олиб
бўлингандан кейин игна санчилган жойга дезинфекцион эритма
суртилади ва устидан бир парча стерил пахта қўйилиб қон кетиши
тўхтатилади.

Гемоглобинни аниқлаш усули. Гемоглобин эритроцитларнинг асо-
сий нафас олиш пигменти бўлиб, оксил — глобин ва гемо — про-
топорфирин бирикмасидан ташкил топган. Гемоглобин колори-
метрик усул, яъни стандарт гемоглобин эритмаси рангини хлорид
кислотада ҳосил бўлган гематин хлорид рангига солиштириб кўриш
йўли билан аниқланади. Гемоглобинни аниқлаш учун ишлатила-
диган асбоб гемометр Сали бўлиб, у учта уяли штативдан иборат,
икки ён томонидаги уялари стандарт (ГС — 3 гемометрида шундай
стандарт борки, у унинг таркибида 166,7 г/л (16,67 г%) гемогло-
бин бўладиган қонга тўғри келади) пробиркалар билан банд,
ўртасидаги уяси (у шкалаларга бўлинган бўлиб унга кўрсаткичига-
ча 0,1 н/л, яъни дицинормали хлорид кислота қуйилади)га эса
бармоқдан махсус капиллярнинг 20 мкл (0,02 мл) белгисига-
ча қон тортиб олиниб пробиркага пуфлаб туширилади. Қон реактив
билан аралаштирилади ва гематин хлорид ҳосил бўлиши учун 5
минут қўйиб қўйилади. Уни шиша таёқча билан аралаштириб ту-
риб, стандарт рангига тўғри келгунча дистилланган сув билан су-
юлтирилиб борилади. Текширилатган пробирка суюқлигининг

ранги билан ён томондаги стандарт эритмаларнинг ранги бир хил бўлиб қолмагунича сув қўшилади. Пробиркадаги суyoқлик ранги бир хил бўлганида гемоглобин кўрсаткичи даражаларга бўлинган шкалалар бўйича кўрсаткичи мг% ёки г/л ҳисобида белгиланади. Нормада гемоглобин кўрсаткичи аёлларда 120–160 г/л ёки 12–16 мг %, эркакларда 130–170 г/л ёки 13–17 мг% га тенг. Аёллардаги гемоглобин миқдорининг камлиги физиологик ҳолатлар билан боғлиқдир.

Эритроцитлар сонини аниқлаш. Эритроцитлар сонини аниқлаш учун бармоқдан аралаштиргич меланжерга қон олинади. Меланжер ампулалари шиша капиллярдир, унинг ампуласида қизил шиша шарчаси бўлади. Капиллярнинг ампуласи тагида 0,5 ва 1 ампуласи устида 101 деган белгилари бор. Мундштукли резина най орқали 0,5 ёки 1 белгисига қадар бармоқдан қон тортиб олинади, сўнгра капиллярни суyoлтирувчи суyoқликли идишга тушириб, 101 белгисигача шу суyoқлик тортиб олинади. Қон 0,5 белгисигача олинганида у 200 барабар, 1 белгисигача олинганида эса 100 барабар суyoладиغان бўлади. Суyoлтирувчи суyoқлик 1 л дистилланган сувга 2,5 г симоб дихлорид, 5 г натрий хлорид, 25 г натрий сульфат ҳисобидан тайёрланади. Суyoлтирилган қон аралаштирилади, бунинг учун резина най олиниб, капилляр бош бармоқ билан кўрсаткич бармоқ орасига олиб қисилади ва 2 – 3 минут давомида зўр бериб чайқатилади. Шундан сўнг санoқ камераси тўлдирилади. Камерани тўлдиришда суyoқликнинг 2–3 томчиси филтёр қоғоз билан олиб ташланади, сўнгра қоплагич ойна тагига бир неча томчи суyoқлик тўр атрофидаги эгатчаларга тушиб кетмайдиган қилиб туширилади. Тўрларнинг биридан эритроцитлар, иккинчисидан эса лейкоцитлар сонини санаш учун фойдаланилади. Тўрларнинг бир талай ҳар хил типлари бор. Мамлакатимизда одатда Горяев камерасидан фойдаланилади. Бу камера 225 та катта квадратдан ташкил топган бўлиб, шуларнинг 25 таси ҳар бири 16 тадан қилиб кичик квадратларга бўлинган. 5 та катта квадратдаги эритроцитлар сони санаб чиқилади. Санаш учун квадратларни тўр диагонали бўйлаб ёки ҳар бир бурчагидан ва марказидан биттадан олиш мумкин. Қон ҳужайраларининг ярмисидан кўпи квадрат чизиги ичида тургани санoққа қўшилади. Шаклли элементлар квадратнинг юқори томони билан ўнгидан ёки пастки томони билан чапидан саналади. Бешта катта квадратдаги эритроцитлар сони 1 мкл даги миқдorigа айлантириб ҳисоблаб чиқилади, бунинг учун битта кичик квадратда топилган эритроцитлар сони шу квадрат ҳажми (1/4000 мкл) ва суyoлтириш даражаси (100 ёки 200)га кўпайтирилади. Амалда 5 та катта квадратда санаб чиқилган эритроцитлар сони 10 000 га кўпайтирилади. Соғлом эркакларда 1 л даги эритроцитлар сони $4,5 \times 10^{12}$ – $5,0 \times 10^{12}$ га, аёлларда $4,0 \times 10^{12}$ – $4,8 \times 10^{12}$ га тенг. Эритро-

цитлар сонининг кам бўлиб чиқиши анемия борлигини кўрсатади. Улар сонининг 1 л да $1,0 \times 10^{12}$ гача камайиши ҳаёт учун хавфлидир. Эритропения билан оғриган касалларда 1 л даги эритроцитлар сони $8,0 \times 10^{12}$ — $12,0 \times 10^{12}$ гача кўпаяди.

Ранг кўрсаткичи гемоглобин миқдори билан эритроцитлар сони ўртасидаги нисбатга қараб ҳисоблаб чиқилади. Ранг кўрсаткичи граммлар ҳисобидаги гемоглобиннинг уч карра кўпайтирилган миқдорини эритроцитлар сонини кўрсатувчи биринчи икки рақамга бўлиш йўли билан ҳисоблаб топилади. Соғлом одамларда ранг кўрсаткичи бирга яқинлашиб келади ($0,98 - 0,99$). Ранг кўрсаткичининг бирдан ортиқ ($1,2 - 1,3$) бўлиб чиқиши гиперхром анемияларда (масалан, Аддисон — Бирмер касаллигида), бирдан кам ($0,5 - 0,6$) бўлиб чиқиши эса гипохром анемияларда кузатилади.

Лейкоцитлар сонини санаш. Бунинг учун лейкоцитларга мўлжалланган аралаштиргичга бармоқдан қон сўриб олинади. Аралаштиргич кичик ампулани капиллярдан иборат бўлиб, ампуласига қонни аралаштириш учун оқ шиша шарча солиб қўйилган. Лейкоцитларга мўлжалланган аралаштиргичнинг уч жойида белгиси (05; I ва II белгилари) бор. Қон 10 барабар ёки аксари 20 барабар суюлтирилади. Эритроцитларни парчалаб юбориш учун 3 %ли сирка кислота эритмаси ишлатилади. Аралаштиргичга қонни сўриб олиш, уни аралаштириш ва Горяев санок камерасини тўлдириш ишлари эритроцитлар сонини санашда қандай қилинган бўлса, бунда ҳам худди шундай қилинади. Микроскопнинг кичик объективи билан 100 та катта квадратдаги лейкоцитлар санаб чиқилади. 20 барабар суюлтирилган бўлса, 100 та квадратда санаб чиқилган лейкоцитлар 50 га кўпайтирилади. Соғлом одамларда лейкоцитлар сони 1 л да 4×10^9 — 9×10^9 атрофида бўлади. 1 л даги лейкоцитлар сони 9×10^9 дан ортиқ бўлиб чиқса, буни лейкоцитоз дейилади; 1 л даги лейкоцитлар сонининг 4×10^9 дан камайиб қолиши лейкопения деб аталади. Лейкоцитоз қон яратувчи органларнинг купгина касалликлари (лейкозлар, лимфогранулематоз)да, йирингли касаллиklar (абсцесслар, аппендицит, холангит)да, пневмониялар, миокард инфарктида кузатилади. Анемиялар, жигар циррозларида, одам дори моддаларидан заҳарланганда, нур касаллигида, шунингдек баъзи инфекцион касаллиklar (Боткин касаллиги, бруцеллез, грипп, қорин тифи)да лейкопения кўрилади.

Лейкоцитар формула турли шаклдаги лейкоцитларнинг процент ҳисобида бир-бирига қиёс қилиб олинган нисбатидир. Уни бўлган суртмаларда ҳисоблаб чиқилади. Яхши суртма юпқа бўлиши керак; унда шаклли элементлар бир қават бўлиб жойла-

шади, ундаги хужайралар эса суртилиш маҳалида зарарланмаган бўлиши керак. Бўяшдан олдин суртмани 3 минут давомида метанолда ёки 30 минут давомида этил спиртида фиксация қилинади. Суртма қуригандан кейин устига бўёқ куйилади. Лейкоцитлар формулани аниқлаш учун Романовский — Гимза бўёғи ишлатилади. Бу бўёқ кучсиз кислотали (эозин) ва кучсиз ишқорий (азур II) бўёқлар аралашмасидан иборатдир. Кислотали субстанциялар азур билан зангори рангга, ишқорий субстанциялар эса эозин билан қизил рангга бўялади, нейтрал субстанциялар эса иккала бўёқни ҳам ўзига олиб, бинафша-ранг бўлиб қолади. Лейкоцитлар суртмада нотекис тарқалади: лимфоцитлар суртма четларидан кўра уртасида кўпроқ бўлса, моноцитлар суртма бошидан кўра охирироғида кўпроқ бўлади. Шу сабабли лейкоцитлар формулани санаш маҳалида синиқ чизиқ бўйлаб ҳисоблаб борилади, айни вақтда ҳамма хужайралар саналади. Санашда II клавишли сўчтиқдан фойдаланилади, бундай сўчтиқ бўлмаганда эса қорғозга ёзиб борилади, 200 та хужайра санаб чиқилади.

Лейкоцитлар протоплазмасида доналари буладиган хужайралар, яъни гранулоцитлар ва протоплазмасида доналари бўлмайдиган агранулоцитлар ажратилади. Гранулоцитларга нейтрофиллар, эозинофиллар ва базофиллар кирази. Агранулоцитларга лимфоцитлар билан моноцитлар кирази.

Нейтрофиллар соғлом лейкоцитларнинг асосий қисмини (50 — 70% ни) ташкил этади. Уларнинг цитоплазмаси оч пушти рангга, доналари бинафша рангга бўялади. Нейтрофиллар таёқча (1—6 %) ҳамда сегмент ядроли нейтрофилларга (47 — 72%) бўлинади.

Эозинофиллар катта-кичиклиги жиҳатидан нейтрофиллар билан бир хилдир (12 — 15 мкм келади). Уларда характерли оч қизил доналар ва сегментларга бўлинган ядро бўлади. Соғлом одамда эозинофиллар миқдори 0,5 %дан 5 %гача боради.

Базофиллар энг майда гранулоцитлардир (8 — 10 мкм). Уларнинг ядроси нотўғри шаклда бўлиб, деярли бутун хужайрани эгаллаб туради. Бу хужайралар миқдори 0 — 1% ни ташкил этади.

Лимфоцитлар катталиги 7 — 9 мкм келадиган донасиз хужайралардир. Ядроси марказида жойлашган, думалоқ ёки юпқа дуккаксимон шаклда бўлади, кўкбинафша ранг тусга бўялади. Соғлом одам қонидаги лимфоцитлар миқдори 23 — 35 %ни ташкил этади.

Моноцитлар энг йирик қон хужайраларидир (12 — 20 мкм). Уларнинг ядроси тақасимон ёки нотўғри шаклда бўлиб, бинафшаранг—қизил тусга бўялади. Цитоплазмаси бинафша-ранг—кўк рангга, нозик қизғиш доналари бор. Моноцитлар нормада 4 — 8 % бўлади.

Нейтрофиллар организмда ҳимоя функциясини бажаради. Улар микроблар ва токсинларга қарши курашади. Инфекциялар ва интоксикациялар маҳалида уларнинг сони анча кўпаяди. Айни вақтда

стилмаган шакллари пайдо бўлади: таёқча ядроли нейтрофиллар сони кўпаяди, ёш нейтрофиллар, ҳаттоки миелоцитлар пайдо бўлади. Нейтрофилларнинг шу тариқа ёшариб қолиши чапга сурилиш дейилади. Эозинофиллар аллергик касалликлар билан коллагенозларда катта активлик кўрсатади. Гельминтозлар, скарлатина ва лимфогранулематозда уларнинг сони кўпайиб қолади. Баъзи касалликлар (милиар сил, қорин тифи)да уларнинг сони, аксинча, камаяди. Базофиллар иммун реакцияларда иштирок этади. Миелоид лейкозда уларнинг сони кўпайиб кетади.

Сил, тиреотоксикозда ва айниқса, лимфолейкозда лимфоцитлар сони кўпаяди. Лимфопения (лимфоцитлар сонининг камайиши) лимфогранулематоз ва лимфосаркоматознинг охириг босқичларида пайдо бўлади. Моноцитлар ҳимоя функциясини бажариб, ёт ҳужайралар, бактериялар, безгак плазмодийларини ушлаб қолади. Безгак, силда моноцитоз кузатилса, оғир сепсис, қорин тифида эса моноцитопения кузатилади.

Т р о м б о ц и т л а р (қон пластинкалари) қондаги гигант ҳужайралар — мегакариоцитлардан келиб чиқади. Тромбоцитлар думалоқ ёки овал шаклда бўлади, катталиги $2,5 - 3$ мкм. Тромбоцитлар тромб ҳосил бўлишида иштирок этади. Тромбоцитлар сонини аниқлаш учун бармоқнинг игна санчилган жойига қонни ивиб қолишдан, тромбоцитларни эса агглютинациядан сақлайдиган 14 %ли магний сульфат эритмасидан бир томчи туширилади. Шундан кейин қон магний сульфат билан аралаштирилиб, суртма олинади ва уни Романовский — Гимза усулида бўялади. Кичик дарчадан фойдаланиб, 1000 та эритроцит ва Горяев камерасида учраган тромбоцитларнинг ҳаммаси санаб чиқилади. Соғлом одамларда 1л даги тромбоцитлар сони $250,0 - 350,0 \times 10^9$ ни ташкил этади. Қон кетган маҳалларда, операцияларда, хавфли ўсмаларда тромбоцитлар миқдори ортади. Верльгоф касаллиги, лейкозлар, инфекцион касалликларда тромбоцитопения кузатилади.

Эритроцитлар чуқиш тезлиги Панченков усули бўйича аниқланади. Қон тиндирилганда ёки центрифуга қилинганда икки қатламга ажрайди. Юқориги қисми плазма, пастки қисми шаклли элементлардан иборат бўлади. Эритроцитлар идиш тубига чуқиб тушадиган вақт эритроцитлар чуқиш тезлигини характерлайди. ЭЧТни аниқлашда Панченков аппаратидан фойдаланилади. Бу аппарат 4—5 капилляр найчалар (пипетка)ни махсус қисқичлар ёрдамида маҳкамлаб қўйиладиган штативдан иборат. Капилляр найча кенлиги 1 мм бўлиб, 0 дан 100 гача даражаларга бўлинган. 50 даражасида «Р», 100 даражасида эса «К» деган белгилари бор. ЭЧТни аниқлаш учун капилляр найча 5 %ли натрий цитрат эритмаси билан ювиб ташланади, сўнгра «Р» белгисигача 5 %ли натрий цитрат эритмаси тортиб олинади ва бу эритма Видал пробиркасига пуфлаб туширилади. Капилляр найча билан «К» белгигача 2 қайта бармоқдан қон олинаиб, Видал пробиркаси-

дан 5 %ли натрий цитрат эритмаси билан аралаштирилади, ҳосил бўлган аралашмадан капилляр найчанинг ўзига 100 даражасигача қилиб тортиб олинади. Капилляр найчани Тиченко аппаратида тик ҳолатда 4 соатга ўрнатиб қолдирилади. Орадан 1 соат ўтганидан кейин ҳосил бўлган чўкманинг сатҳи мм ҳисобида ўлчанади. Соғлом одамларда ЭЧТ аёлларда 2 — 15 мм/с, эркекларда 2 — 10 мм/с гача боради.

Қон ивувчанлиги қон таркибидаги тромбоцит, кальций тузларига боғлиқ бўлиб, уларнинг миқдорининг пасайиши қон кетишига олиб келади. Қон ивиш вақти дейилганда қон ивитувчи системанинг активлик кўрсаткичи тушунилади, бу кўрсаткич қоннинг ёт юзага теккан вақтидан бошланади ва қон лахтаси пайдо бўлгунча орадан ўтадиган вақтга тенг бўлади. Қон ивувчанлигини аниқлаш учун стерил Жане игнаси санчилганида чиққан биринчи қон томчиси артиб олингандан кейин тутиб турилган илиқ буюм ойнасига 8 — 10 томчи қон тушириб йиғилади. Бунда фибрин иплари пайдо бўла бошлайдиган қон ивиши бошланадиган пайтдан то фибрин лахта бўлиб, тўла чўкиб тушадиган — қон батамом ивиб қоладиган пайтгача орадан ўтадиган вақт қайд этилади (ҳар 30 секундда шу қондан ингичка шиша таёқча юргизиб, уни оҳиста кўтариб кўрилади). Мана шу қоннинг ивиш вақти бўлади, бу вақт нормада 5 — 6 минутни ташкил этади.

Қон ивувчанлиги ва лахтаси ретракцияланишини энг оддий усул билан текшириш учун венадан қуруқ игна билан 5 — 6 мл қон олиб уни қуруқ пробиркага солиб қўйиш мумкин, бунда шприцдан фойдаланиш тавсия этилмайди. Қонда 10 минут ичида лахта пайдо бўлади, лахта ретракцияланиши (ҳажмининг кичрайиб қолиши) бир суткадан кейин бўлиб ўтади (тиниқ қон зардоб и ажралиб қолади). Мана бундай усул ҳам қон ивувчанлигини тезкорлик билан аниқлаш усулларида киради: пробиркага 1 мл қон олиниб, ивигунича қўйиб қўйилади ва қанча вақтда ивиганлиги (қанчадан кейин пробиркани тўнкариш мумкин бўлиши) қайд этилади. Бу усул бўйича нормал қон ивиш вақти 5 — 10 минутни ташкил этади (бу усул Ли — Уайтнинг экспресс усули деган ном билан маълумдир).

Гепарин қўлланилаётганда унинг миқдорини ошириб, қон кетиб қолишига сабаб бўлмаслик учун *протамин сульфат* билан ўтказиладиган синамадан фойдаланилади. Ивимаи турган 1 мл қонга 0,2 мл протамин сульфат қўшилади. Гепарин миқдори ошиб кетган бўлса, қон дарров ивиб қолади.

Қондаги 1 омил (фибриноген)нинг критик концентрациясини аниқлаш учун Федоров усули бўйича ўтказиладиган *тромбинтестдан* фойдаланилади. Унинг усули мана бундай: ампулада бўладиган стандарт қуруқ тромбин-тест 1 мл изотоник натрий хлорид эрит-

масида эритилади ва шу эритманинг 0,2 мл га то 1 мл бўлгунича текшириляётган қон қушилади. Нормал қон 7 — 12 секунддан кейин ивиб қолади. Қоннинг бир минут давомида ивимаи туравериши 1 омил концентрациясининг 1 г/л дан кам эканлигини, яъни ўз-ўзидан қон кетиб, одамнинг ҳаётини хавф остида қолдира оладиган концентрацияда эканлигини курсатади.

Қон суртмасини тайёрлаш. Суртмалар ёгсизлантирилган тоза буюм ойналарида тайёрланади. Бу ойналар спиртли шиша идиш ичида сақланади. Ойна тоза латта билан қуруқ қилиб артилади, лекин юзасига бармоқлар теккизилмайди. Худди шундай эҳтиёткорлик билан ойнанинг чети бармоқдаги қон томчисига тақалади, бунда ойна юзаси бармоқ терисига тегиб кетмаслигига эътибор бериш керак. Шундан кейин ойна чап қулнинг бош ва курсаткич бармоғи ёнида туради. Сунгра қоплагич ойна тор чети билан қон томчисининг чап томонидан буюм ойнасига 45 градус бурчак остида қўйилади ва аста-секин томчига яқинлаштирилади. Қон томчиси қоплагич ойна қирраси бўйлаб тарқалгандан сўнг, бу ойна чаққон ва бир текис ҳаракат билан бош бармоқ томонга сурилади. Яхши суртма юпқа, текис ва юзаси майин бўлиши керак. Суртмани 2 та тайёрлаш тавсия этилади. Ҳавода қуриган суртмани метилл спиртли ваннага 3 минут солиб қўйилади, кейин ботмаган четидан пинцет билан ушлаб чиқариб олинади ва филтр қоғозга тик қилиб қўйилади. Суртма қўйиб бўлгандан сўнг унга махсус қалам билан беморнинг фамилияси ёзиб қўйилади.

Қалин томчи тайёрлаш. Қалин томчи тайёрлаш учун 2—3 та йирик қон томчисини буюм ойнасига йигиб, иккинчи буюм ойнаси билан уларни 1 см² атрофида катталикидаги доғ кўринишида суркалади ва қуритилади, кейин фиксация қилмасдан туриб, Романовский — Гимза эритмаси (буёқлар аралашмаси) билан 35—40 минут атрофида бўялади. Буёқ қолдиғи сув билан оҳиста ювиб ташланади ва ойналар тик ҳолатда қўйиб қуритилади. Шундан сўнг препаратни микроскоп остига қўйиб, кўздан кечириш мумкин. Қалин қон томчиси асосан безгак плазмодийлари, қайталама тиф спирохетларини топиш учун тайёрланади. Қалин қон томчисини касаллик клиник манзараси қандай бўлишидан қатъи назар олавериш мумкин, чунки паразитлар периферик қонда касаллик хуруж қилмай турган пайтларда ҳам бўлиши мумкин. У қўпинча эритроцитлар ичида жойлашган ҳолатда кўриниши мумкин.

Билирубин миқдорини аниқлаш. Билирубин иликда, лимфа туғунларида, асосан талоқда ва жигарнинг Купер ҳужайраларида эритроцитларнинг парчаланишидан ҳосил бўлади. Бу билирубин қонда «эркин пигмент» шаклида зардоб альбумин билан бириккан ҳолда айланиб юради, у сувда эримайди, шунинг учун сийдикка ўтмайди. Эркин билирубин жигар ҳужайраларида ферментлар таъсирида глюкурокислота билан бирикиб, билирубин-глюкуронидни ҳосил қилади, у сувда яхши эрийди ва сийдик билан ажралади. Умумий

билирубин ва унинг таркибий қисмларини аниқлаш учун бир неча усуллар қўлланилади. Энг қўп тарқалган ва қўлланишга қулай бўлган усул Ендрассик—Граф ва Маллоя — Енелина усули ҳисобланади. Диазо усули билирубиннинг диазотирланган сульфанил кислота билан ўзаро таъсирига асосланган. Текшириш учун I диазореактив тайёрланади. Бунинг учун S 2 сульфанил кислота, 100 мл сув ва 15 мл натрий цитрат олинади. Текшириш олдида 10 мл I реактив, 0,3 мл II реактив билан аралаштирилади. 0,5 мл текширувчи зардобга 0,25 мл диазо аралашмаси қўйилади, агар билирубин бўлса, бинафша—қизил ранг ҳосил бўлади, унинг қуюқлиги фотометр билан ўлчанади.

Тўғри бошланган билирубин диазореактив қўшилгандан 5—10 минут ўтгач аниқланади. Умумий билирубин миқдори 20 минутдан сўнг аниқланади. Метёрида қон зардобда 8, 6 — 20,5 мкмоль/л (0,5 — 1,2 мг%) умумий билирубин бўлади. 100 мл қон зардобда 0,5 — 1,2 мг билирубин бор, унинг 75 %и эркин билирубинга тўғри келади.

СИЙДИКНИ ТЕКШИРИШ

Сийдикни текшириш буйрак ва юрак-томирлар системаси касалликларидагина эмас, балки бошқа орган ва системалар касалликларида ҳам диагностик жиҳатдан катта аҳамиятга эга. Турли хил патологик жараёнлар сийдикнинг хоссаларида акс этади. Сийдикни текшириш натижалари касалликнинг қандай ўтаётганлиги ва қилинаётган давонинг нечоғли наф бераётганлигини билиб олишга имкон беради. Сийдикни текшириш, унинг физик хоссаларини аниқлаш, химиявий таҳлил қилиш ва чўкмасини микроскопда текшириб қўришни ўз ичига олади.

Сийдик физикавий, кимёвий усуллар ёрдамида текширилади. Текшириш учун анча концентратланган ҳолда бўладиган эрталабки сийдикдан фойдаланилади, уни бемор касалхонага келиб ётганидан ке-йинги биринчи кун эрталаб олинади, кейинчалик 7—10 кун давомида сийдик қайта топшириб борилади. Сийдик эрталаб нонушта қилмасдан тоза, қуруқ идишга йиғилади. Олинган сийдикни 1,5 соат ичида текшириш лозим. Агар сийдик узоқ вақт туриб қолса, унинг таркиби бузилиб, физик ва кимёвий хусусияти ўзгариб қолади. Агар уни узоқ вақт сақлаш зарур бўлиб қолса, у ҳолда сийдик совуқ жойда сақланади ёки унга консервант қўйилади. Сийдикни умумий текширишда унинг физик хусусияти кимёвий усулда ва микроскопда текширилади. Аёл киши сийдигини олишдан аввал ташқи жинсий органлар ювилади, бордию у ҳайз қўрган бўлса, катетер ёрдамида сийдик олиш лозим. Умумий таҳлил учун 150—200 мл сийдик зарур бўлади. Сийдикнинг физик хусусияти унинг миқдори, ранги, тиниқлиги, ҳиди, реакцияси, солиштира оғирлиги билан характерланади. Сийдик миқдорининг қўпайиши—полиурия буйрак ва юрак касалликларидаги шишлар

қайтанда, алиментар дистрофияда, қандли ва қандсиз диабетда кузатилади. Сийдик миқдорининг камайиши қон айланиши етишмовчилигида, буйрак касалликлари (ўткир нефрит)да қайд этилади. Сийдик ажралишининг бутунлай тўхташи анурия — буйракнинг оғир шикастларида аниқланади. Сийдик ранги оч сариқдан қорамтир-сариққача ўзгариб туради. Сийдик рангининг ўзгариши пигментлар миқдори ва солиштирма оғирлигига боғлиқ. Концентрланган сийдик тўқ сариқ рангли бўлиб, унинг солиштирма оғирлиги юқори, у оз-оздан ажралади. Нимранг сийдикнинг солиштирма оғирлиги паст бўлиб, миқдори кўп бўлади. Сийдик ранги дори ичгандан кейин ҳам ўзгариб туради. Антипирин, сульфано, рифампицин сийдикка қизил ёки пушти ранг беради. Беморларда сийдик ўт пигменти ҳисобига қизил, қўнғир рангта, қон қўшилганда «гўшт ювиндисига» ўхшаш рангта кириши мумкин. Янги ажралган одатдаги сийдик тиниқ бўлади. Тузлар, ҳужайра элементлари, бактериялар, шиллиқ, ёғлар сийдикнинг лойқаланишига сабаб бўлади.

Сийдик таркиби ичилган суяқлик миқдориға, овқат табиатиға, жисмонан зўр келиш-келмаслиги ва иқлимға боғлиқдир. Текширишнинг нечоғли муваффақиятли чиқиши сийдикни тўғри йиғиш ва сақлашға куп жиҳатдан боғлиқ. Умумий клиник таҳлил учун эрталабки биринчи сийдик порцияси тоза идишға йиғиб олинади. Аёлларда ҳайз маҳалида ҳайз қони қўшилиб қолмасин деб, сийдик таҳлил қилинмайди. Шошлинч таҳлил қилиб куриш зарур бўлиб қолса, катетер орқали сийдик олинади. Сийдик тутилиб қолганда ҳамда пиурия маҳалида ҳам сийдик катетер ёрдамида олинади. Сийдик текширишгача чириб қолмаслиги учун уни совуқда сақлаш керак, лекин унинг музлаб қолишиға йўл қўйиш ярамайди. Сийдикни сақлаш маҳалида баъзан унга консервантлар (хлороформ, тимол, толуол) қўшилади, буни ёрлиғиға ёзиб қўйилади. Сийдик йиғиладиган идиш қуруқ ва тоза бўлиши керак. Идиш устиға ёрлиқ ёпиштирилиб, унга беморнинг фамилияси, исми-шарифи, касалхона бўлими ва палата номери ёзиб қўйилади.

Сийдикнинг физик хоссалари. Сийдик ранги нормада унинг концентрациясига боғлиқ бўлади ва қахрабодек сариқ рангдан то сомондек сариқ ранггача ўзгариб туради. Диурез кўпайиб кетганида (сийдик ҳайдовчи дорилар ичилганидан кейин, қандли ва қандсиз диабет маҳалида) сийдик рангсиз бўлиб тушади. Сийдикнинг пиво рангига ўхшаш тўқсариқ рангта бўлиши—сариқликда кузатилади ва бу сийдикда ўт пигментлари бор-лиғиға боғлиқ бўлади. Гўшт сели рангига ўхшаш сийдик сезиларли гематурия маҳалида, масалан, буйрак ўсмалари, инфаркт ёки травмаларда қайд этилади. Нормада сийдик тиниқ бўлади. Сийдикда тузлар, ҳужайра элементлари, шилимшиқ, ёғ, бактериялар бўлиши унинг лойқаланиб қолишиға олиб келиши мумкин.

Ҳиди. Соғлом одамнинг янги сийдиги ҳидсиз бўлади. Сийдик иссиқ ҳолда узоқ туриб қолса, аммиак ҳидини эслатади, яъни ундан шип-тир ҳиди келиб туради. Сийдикда ацетон бўлса (қандли диабет), мева ҳиди сезилади.

Сийдик реакцияси. Одам аралаш овқатлар билан овқатланиб юрган бўлса, кислотали ёки нейтрал бўлади. Ацидозда сийдик кислотали, алкалозда эса ишқорий бўлади. Қонда моддалар алмашинувининг кислотали маҳсулотлари туپланиб қолиши билан ўтадиган касалликлар (уремия, қандли диабет, юрак етишмовчилиги)да сийдик кучли кислотали реакцияга киришади. Сийдик реакцияси титрлаш йўли билан рН-метр ва лакмус қоғози ёрдамида аниқланади. Сийдик кислотали реакцияда бўлса, кўк лакмус қоғоз қизаради, ишқорий реакцияда қизил қоғоз кўкаради. Қоғоз рангини ўзгартирмайдиган бўлса, сийдик реакцияси нейтрал деб ҳисобланади.

Сийдик зичлиги 1020 дан 1026 гача ўзгариб туради. Унинг зичлигини аниқлаш учун сийдик цилиндрга қуйилиб, сийдикка урометр туширилади ва мениск даражасига қараб нисбий зичлиги белгилаб олинади. Бирламчи сийдик зичлиги 1010 — 1012 ни ташкил этади, яъни плазма зичлигига тенг бўлади. Сийдикнинг 1010 — 1012 зичликда бўлиб келиб туриши изостенурия деб, камроқ зичликда бўлиб келиб туриши гипостенурия деб аталади. Изогипостенуриянинг узоқ давом этиши оқибат ёмон бўлиб чиқишидан дарак берадиган белгидир.

Сийдик миқдори қабул қилинган суюқлик миқдорига боғлиқ бўлади. Соғлом одам бир кеча-кундуз давомида 1000 — 2000 мл сияди. Қандли ва қандсиз диабетда чиқадиган сийдик миқдори 8 л га бориши ва бундан ҳам ортиши мумкин. Нормада сийдикнинг кўп қисми кундузи ажралади. Сийдикнинг асосан кечаси ажралиши (никтурия) сурункали нефритда кузатилади.

Сийдикни кимёвий жиҳатдан текшириш. Сийдикда оқсил, уробилин, қанд, ацетон, индикан, тузлар, ферментлар, гормонлар ва бошқалар бор-йўқлиги ҳам аниқлаб кўрсатилади.

Оқсилни аниқлаш. Соғлом одам сийдигида оқсил бўлмайди. Сийдик билан оқсилнинг келиб туриши протеинурия деб аталади. Протеинурия буйракка ва буйракдан ташқаридаги сабабларга боғлиқ бўлиши мумкин. Буйракка алоқадор протеинурияда сийдикка оқсил плазмадан ўтадиган бўлади. Бунда ё буйрак тўқималари касалланган (сурункали нефрит, нефротик синдром) ёки ташқи таъсирот (овқатнинг ўзгариб қолиши, совуқ, эмоционал ва жисмоний зуриқишлар) туфайли буйрак филътрининг ўтказувчанлиги кучайиб кетган бўлади. Буйракдан ташқаридаги сабабларга алоқадор протеинурияларда сийдикка оқсил сийдик чиқиш йўлларидадан ўтади. Сийдикдаги оқсилни сифат ва миқдор жиҳатдан аниқлашнинг бир неча усуллари бор. Ҳар қандай текширувдан олдин сийдикни бутунлай тиниқ бўлгунича филътраб олиш зарур.

Сульфосалицилат кислота билан ўтказиладиган синама мавжуд синамаларнинг барчасидан энг сезгир булиб, у 0,015 г/л концентрациядаги оксилни аниқлашга имкон беради. Пробиркага 3 — 4 мл сийдик қуйилиб, 20 %ли сульфосалицилат кислота эритмасидан 6 — 8 томчи қўшилади. Унда оксил бўлса, сийдик ипир-ипир ёки лойқаланиб қолади.

Оксилни Робертс — Стольников усули бўйича аниқлаш: миқдорий аниқлаш таркибида оксил булган текширилувчи суюқлик билан нитрат кислота ўртасидаги чегарада оқ ҳалқа пайдо бўлишига асосланган. Сийдикда 0,033 г/л миқдорида оксил бўлганда 2 минут билан 3 минут орасида руй-рост кўриниб турадиган юпқа ҳалқа пайдо бўлади. Оксил концентрацияси нечоғли юқори бўлса, ҳалқа шунча барвақт пайдо бўлиб боради, шу сабабдан оксил миқдорини аниқлаш учун нитрат кислота қатлам қилиб туширилганида пробиркаларнинг бирида 3 минутда ҳалқа пайдо бўлмагунча сийдикни бир неча барабар (2, 4, 8 барабар ва ҳоказо) суюлтириш керак. 0,033 г/л оксилни суюлтириш даражасига кўпайтириш йўли билан ҳисоблаб чиқилади.

Фотоэлектроколориметрияда сульфосалицилат кислота билан ўтказиладиган синамадан фойдаланилади. Фильтрлаб олинган 1,25 мл сийдикка 5 мл бўлгунча 3 %ли сульфосалицилат кислота эритмасидан қўшилади ва лойқаланиш даражаси фотоэлектроколориметрда ўлчанади. Концентрацияси маълум оксилга тегишли эгри чизикларга қараб ҳисоблаб чиқилади.

Сийдикдаги қандни аниқлаш. Соғлом одам сийдигида қанд бўлмайди. Одам бир талай углеводлар истеъмол қилганида сийдигида қанд пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат физиологик глюкозурия деб аталади. Қандли диабетда, гипофиз ва буйрак усти безлари касалликларида патологик глюкозурия пайдо бўлади. Сийдикдаги қандни сифат ва миқдор жиҳатдан аниқлаш усуллари бор. Қанд миқдорини аниқлаш глюкозанинг қайтарувчанлик хусусиятига асосланган.

Гайнес синамаси қуйидагидан иборат. Мис сульфат, уювчи натрий, глицерин ва дистилланган сувдан иборат 4 мл реактивга 8 — 12 томчи сийдик қўшилади. Эритма 2 минут давомида қиздирилади. Сийдикда қанд бўлса, реактив жигарранг-қизғиш чўкмага айланади. Бу реакцияда, мис (II)-оксид қанд иштирокида мис (I)-оксидга айланади.

Ниландер синамасида 5 мл сийдикка 2—3 мл Ниландер реактиви қўшилиб, кейин аралаштирилади ва 2—3 минут давомида қайнатилади. Қанд бўлса, эритманинг қизиб турган қисми қораяди. Реакция реактивдаги висмут нитратнинг қанд иштирокида металик висмутга айланишига асосланган.

Глюкотест шундан иборатки, бунда махсус реактив шимдирилган индикатор қоғоз сийдикка ботирилади. Сариқ қоғоз парчаси рангини ўзгартириб, кўк ёки яшил бўлиб қолса, синама мусбат деб ҳисобланади.

Қанд миқдори *Альтгаузен* усули бўйича аниқланади. Бунинг учун 4 мл сийдик 1 мл 10 %ли ўловчи калий эритмаси билан аралаштирилиб пробиркада 1 минут давомда қайнатилади. Қанд иштирокида эритма рангини сариқдан то қорагача ўзгартириб боради. 10 минутдан кейин унинг ранги табица рангларига солиштириб курилади. Шу табицага қараб қанд миқдори ҳисоблаб чиқилади. Сийдикдаги қанд миқдори 40 г/л дан ортиқ бўлса, у ҳолда сийдик 2 барабар ва бундан кўра кўпроқ суюлтирилади ва қанд миқдори туғрисида олинган кўрсаткичлар суюлтириш даражасига қўпайтирилади.

Кетон таналарини аниқлашда *Ланге* усулидан фойдаланилади. Бунинг учун 5—6 мл сийдикка 30 %ли сирка кислота эритмасидаги 6 %ли натрий нитропруссид эритмасидан иборат бир неча томчи реактив қўшилади. Кетон таначалари бўлса, суюқликлар чегарасида бинафшаранг ҳалқа пайдо бўлади. Кетон таначалари ацетон, ацетосирка кислота ва бета-оксимой кислотадан иборат. Булар қандли диабетда, шунингдек жигар ва буйрак ўткир зарарланиб қолган маҳалларда пайдо бўлади. Қандли диабет билан оғриган касаллар сийдигида кетон таначаларни аниқлашга қўйиб қўрилган реакциянинг мусбат бўлиб чиқиши бемор аҳволининг таҳдид соладиган бўлиб қолгани (кома олди ва кома ҳолати)дан дарак беради.

Сийдик чўкмасини микроскопик текшириш. Микроскопик текшириш учун сийдикли идиш тубидан пипетка билан чўкмаси олиниб, центрифуга пробиркасига солинади. Центрифугадан ўтказилганидан кейин чўкма устидаги суюқлик тукиб ташланиб, чўкмаси буюм ойнасига олинади ва аввал микроскопнинг кичик объективи, кейин эса сийдикдаги шакли элементлар — эритроцитлар, лейкоцитлар, цилиндрлар, эпителиал хужайраларни бирмунча батафсил ўрганиш учун улар катта объектив остида кўздан кечирилади.

Эритроцитлар яшилнамо-сариқ тусда, ўзгармаган (таркибида гемоглобин бўлади) ва ўзгарган (гемоглобиндан халос бўлган) — рангсиз бўлиши мумкин. Сийдикда эритроцитлар бўлиши гематурия деб аталади. Макрогематурия ва микрогематурия тафовут қилинади. Макрогематурияда сийдикка қон аралашганлиги шу қадар сезиларли бўладики, бунда сийдик ранги гушт селига ўхшаб қолади, микрогематурияда эритроцитлар фақат микроскоп остидагина куринади. Буйрак инфаркти, буйрак-тош касаллиги, буйрак раки, сили, травмаларида, шунингдек циститлар билан уретритларда ўзгармаган эритроцитлар топилади.

Гематурия манбаини аниқлаш учун уч стакан синамасидан фойдаланилади. Бунинг учун беморга сияётган маҳатида учта алоҳида сийдик порциясини алоҳида-алоҳида шиша идишларга йиғиб бериш тайинланади. Фақат биринчи порцияда қон бўлиши гематурия манбаи уретра эканини кўрсатади. Бордию, қон ҳамма порцияларда ҳам топиладиган бўлса, бу буйрак зарарланганидан дарак беради. Фақат охирги порцияда қон топилиши қовуқ зарарланганини кўрсатади (цистит, ўсма).

Лейкоцитлар соғлом одам сийдигида бўлмайди ёки битта-иккита (қўрув майдонида 3 — 5 та) топилади. Лейкоцитлар қўрув майдони-ни бошдан оёқ қоплаб олган бўлса, бунда пиурия бўлади. Буйрак (пиелонефритлар), қовуқ (циститлар) ва сийдик чиқариш йўллари зарарланган маҳалларда пиурия кузатилади. Пиурия манбаини аниқлаш учун уч стакан синамаси қуйиб қўрилади. Лейкоцитурия даражасини аниқлаш учун Нечипоренко усули қўлланади. Бунинг учун ташқи жинсий органларни тозалаб олгандан сўнг эрталаб сийиш маҳалида сийдикнинг урта порцияси олиниб, ундан 5 мл ажратилади ва 10 минут давомида центрифугаланади. Сўнгга суяқ қисми тўкиб ташланади ва Горяев камерасида шакли элементлари саналади. Санаш маҳалида олинган лейкоцитлар, эритроцитлар ва цилиндрлар сони 250 га кўпайтирилади. Ана шу синама натижаларига кўра, соғлом одам-ларда лейкоцитлар сони $0 - 4 \times 10^3$, эритроцитлар сони $0 - 1 \times 10^3$, цилиндрлар сони $0 - 250$ ни ташкил этади.

Цилиндрлар буйрак каналчаларидан кўчиб тушган оқсил бўлиб, асосан қон плазмаси глобулинларидан юзага келади. Цилиндрлар-нинг икки хили тафовут қилинади — гиалин ва эпителиал цилин-дрлар (хужайра цилиндрлари). Гиалин цилиндрлар кўпинча сурун-кали нефрит билан оғриган касалларда учрайди. Эпителиал цилиндрлар буйрак каналчаларининг кўчиб тушган эпителиал хужайраларидан иборат бўлади. Донатор ва мумсимон цилиндрлар эпителиал цилиндрларнинг турли хилларидир. Донатор цилиндр-лар зич донатор массада тузилган бўлиб, аниқ кўриниб туради. Мумсимон цилиндрлар гомоген ясси тузилмалардир. Сийдикда ци-линдрларнинг пайдо бўлиши (цилиндрурия) буйрак каналча ап-паратини эпителийси зарарланганидан дарак беради. Сурункали не-фрозда цилиндрурия айниқса кескин сезиларли даражада бўлади.

Эпителиал хужайралар ясси, оралиқ эпителий ҳамда буйрак эпителийси хужайраларидан иборат бўлиши мумкин. Ясси эпите-лий хужайралари думалоқ ёки кўпбурчакли шаклда бўлиб, унинг кичкина ядроси бор. Улар ташқи жинсий органлар ёки сийдик чиқариш каналидан сийдикка ўтади. Оралиқ эпителий хужайрала-ри сийдик чиқариш йўлларининг шиллиқ пардасини қоплаб тура-ди. Сийдикда бир талай шундай хужайраларнинг бўлиши буйрак жомлари ёки қовуқда яллиғланиш жараёни борлигидан дарак бера-ди. Буйрак эпителийси хужайралари нотўғри шаклда, сарғиш ранг-да бўлади.

Буларнинг пайдо бўлиши ўткир ва сурункали буйрак касаллик-ларининг характерли белгисидир. Улар инфекцион касалликлар ва интоксикацияларда ҳам аниқланади.

Билирубинни аниқлаш. Сийдикда билирубинни аниқлаш катта аҳамиятга эга. У сийдикда тўғри билирубин шаклида пайдо бўлади, билирубинни аниқлаш сифат реакцияси уни оксидловчилар (йод,

учлор сирка кислотаси) таъсирида яшил биливердинга айлантиришдан иборат. Розин синамасида 3–4 мл сийдикка Люголь эритмаси ёки йоднинг 1 %ли спиртдаги эритмаси қўйилади. Ижобий реакцияда иккала суюқлик чегарасида яшил ҳалқа пайдо бўлади.

Фуш синамаси энг сезгир синама бўлиб, Люголь эритма билан олинган натижа ноаниқ бўлганда тавсия қилинади. Бунинг учун 10–12 мл сийдикка тенг ярим ҳажмда 15 %ли барий хлорид қўйилади, аралаштирилади ва сузгичдан ўтказилади. Шунда билирубин чўкмага тушади, сўнгра сузгичга 2–3 томчи Фуш реактиви (25 %ли дехлор сирка кислота билан 10 %ли темир хлорид аралашмаси) томизилади. Ижобий реакцияда сузгичда кўкяшил ёки ҳаво ранг доғ ҳосил бўлади.

АХЛАТНИ ТЕКШИРИШ

Нажас (ахлат)ни текшириш орқали ичакдаги касалликлар, функционал ўзгаришлар ва ундаги паразитлар (гигжалар), уларнинг тухумлари ва яширин қон кетишлар аниқланади. Касалхонага ётқизилган беморларнинг ҳаммасида гижжа тухумлари бор-йўқлиги текшириб қўрилади. Таҳлил учун сийдик, ҳайз қони ва бошқа ёт модда ҳамда ажралмалар аралашмаган, яъни «соф» ахлат (нажас) олинади. Текшириш учун ахлатни лабораторияга мумкин қадар тезроқ етказилади. Иложи борица уни ёруғ идишда ва илиқлигича етказиш зарур. Текшириш баъзан беморга махсус парҳез буюрилгандан кейин ўтказилади: ахлатда яширин қон бор-йўқлигини гўшт, балиқ, олма (таркибида темир моддаси бўладиган маҳсулотлар) ейишдан 3 кун парҳез қилингандан кейингина аниқлаш мумкин. Қаттиқ кабзият маҳалларида ахлатни ҳуқна ёрдамида олишга туғри келади. Дизентерияга гумон қилинганда бактериологик текшириш учун ахлат шиша таёқча билан ёки стерил суртгич билан туғри ичакдан олиниб, озиқ муҳитли пробиркага солинади. Олинган ахлат узоғи билан 12 соат ичида текширилиши керак. Бу вақт ичида уни микроорганизмлар ва ферментлар таъсири остида ўзгариб қолмаслиги учун совуқ жойда сақлаш лозим. Ахлат куруқ, тоза идиш (банка)га солиниб, усти қоғоз билан беркитилади. Ахлатли идишга ёрлиқ ёпиштирилиб, унга беморнинг фамилияси, исми, намуна олинган ой, кун, вақти ёзиб қўйилади. Ахлатни ҳаммаша кўздан кечириб қўриш зарур. Ундаги янги қон билан ҳазм бўлиб кетган қонни (қорамойсимон ахлат) ажрата олиш, консистенцияси (қаттиқ, юмшоқ, ярим суюқ, суюқлиги)ни, шакли (одатдагидек шаклга кирган, фрагментар ёки «қўй қийи» кўринишида бўлиб, кумалоқ-кумалоқ ҳолда тушадиган ахлат) ва рангини аниқлаб олиш керак. Ахлатни сақлаб туриш зарур бўлганида унга 5–10 %ли формалин эритмаси қушиб қўйилади.

Ахлатнинг умумий копрологик таҳлили (грекча *kopros* — нажас сўзидан олинган) — ахлатда қон, гижжа тухумлари, патологик бак-

гериялар бор-йўқлигини аниқлаш учун ўтказилади. Шиша ёки сирланган банкаларга 50 г ахлат солиниб, банкалар то лабораторияга жунатилгунга қадар махсус яшиқчада ҳожатхонада сақланади. Яширин қон бор-йўқлигини аниқлаш учун ўтказиладиган текширишдан 3 кун аввал бемор овқатидан гўшт, балиқ, олма, ошқуқлар истисно қилинади. Текшириш ўтказиб бўлингандан кейин, ахлатни юкумсилантириб (автоклавга қўйиш, ёқиш, устига қайноқ сув қўйиш, 50 %ли карбол кислота эритмасидан қўйиш, 10 %ли лизол эритмаси, 50 %ли хлорли оҳак эритмасидан қўйиш билан ахлат зарарсилантирилади), канализация системасига ташланади. Овқатни нормал ҳазм қиладиган одамда суткали ахлат миқдори кўп даражада ўзгариб туради, бу ейилган овқат таркиби ва миқдорига боғлиқдир. Усимликлардан иборат овқатлар истеъмол қилинганда гўштли, балиқли овқатлар истеъмол қилинганидан кўра кўпроқ ахлат ҳосил бўлади. Одам аралаш овқатлар билан овқатланса суткасига ўрта ҳисобда 100 — 200 г ахлат келиб туради. Нормада ахлат колбасасимон шаклда бўлади. Орқа канал тешиги торайиб қолганида, тўғри ичак ўсма касаллигида ахлат тасмага ўхшаб тушади. «Қўй қийи» деган ахлат спастик колитда кузатилади. Ахлатнинг қаттиқ-юмшоқлиги ундаги клечатка, сув ва ёғ миқдорига боғлиқ бўлади. Ич сурилганда ахлат суyoқ, қабзият (ич қотиши) вақтларида қаттиқ бўлиб қолади. Ахлатнинг ҳиди ичакда содир бўладиган бижғиш ва чириш жараёнларига боғлиқ бўлиб, гўштли овқат истеъмол қилингандан кейин ўткир, сутли овқатлар истеъмол қилинганда ахлат деярли ҳидсиз бўлади. Йўғон ичакда чириш жараёнлари зўрайганида, айниқса қўлланса ҳидли бўлади, ичакда бижғиш жараёнлари ўстун турган бўлса, ахлатдан сассиқ ҳид келиб турадиган бўлиб қолади.

Ахлатни *бактериологик текшириш* учун йиғиш. Ахлат турли юкумли касалликлар қўзғатувчиларини аниқлаш учун бактериологик текширувдан ўтказилади. Масалан, дизентерияга ахлат йиғиш учун ичига инглиз тузи аралашмаси (глицерин, новшадил спирт) солинган махсус пробирка бўлиши зарур, бунинг ичига тўғри ичакка юбориладиган шиша найча солиб қўйилган бўлади. Бемор чап ёнбоши билан ётқизилиб, найча орқа чиқарув тешигига айланма ҳаракатлар билан киритилади (5—6 см). Уни эҳтиёткорлик билан чиқариб олинади ва пробирканинг деворига теккизмасдан унга солинади, сўнгра пробирка оғзи беркитилади ва беморнинг фамилияси, исми, ёши, бўлим ва палата номери, текшириш мақсади, ҳамширанинг имзоси, сана ёзилган қоғоз ёпиштирилиб лабораторияга юборилади.

Ахлатдаги *яширин қонни* аниқлаш учун йиғиш. Яширин қонни аниқлаш учун ўтказиладиган текширишда 3 кун аввал бемор овқатидан гўшт, балиқ, олма, шунингдек ошқуқлар (исмалоқ, шовул) истисно қилинади. Шу вақт мобайнида таркибида йод, бром ва темир моддалари бор препаратлар ҳам берилмайди. 4-куни ахлат текшириш учун (умумий қондаларга амал қилган ҳолда) олинади ва лабораторияга

юборилади. Лабораторияда бензидин билан ўтказиладиган синама Грегерсен реакцияларидан фойдаланилади. Бунинг учун 0,02 г бензидин, 0,08 г барий пероксид, 4 мл 50 %ли сирка кислота эритмаси олинади. Бензидин ва барий пероксиди куруқ пробиркаларда сақланади. Пробиркага аввал сирка кислота қўйилади, кейин унинг устига бензидин билан барий пероксид қўйилади. Бундай ҳолларда реактив фақат 30 дақиқагача яроқли бўлади. Текшириб куриш учун ахлатдан ёғоч таёқча билан олиб, буюм ойнасига юпқа қават қилиб суртилади, кейин устига оқ қоғоз қўйилади. Суртмага 2—3 томчи реактив томизиб, куёқ ранг ҳосил қилинади. Бу ранг пайдо бўлиш тезлиги бир-бирига кесишган иккита калта чизиқ, яъни крестлар билан (++) шартли равишда белгиланади. Куёқ рангнинг дарҳол пайдо бўлиши 4 (++++) крест, 15 секунддан кейин пайдо бўлиши 3 (+++), 1 дақиқадан кейин пайдо бўлиши 2 (++) крест, 2 дақиқадан кейин пайдо бўлиши 1 (+) крест билан белгиланади. Бунда 2 дақиқадан кейин пайдо бўлган ранг манфий реакция деб ҳисобланади.

Гижжа тухумлари бор-йўқлигини аниқлаш учун ахлатни текширишда оддий чўкма, флотация, перианал қирма олиш усулларида гижжа тухумларини топиш осон бўлади. Оддий чўкма тайёрлаш усулида пробиркага ахлатнинг ҳар хил жойларидан нўхатдек келадиган 5—6 та намуна олинади, устига 15—20 барабар кўп ҳажмда сув қуйиб, шиша таёқча билан яхшилаб қориштирилади. Бу аралашма тиндириб қўйилади, кейин унинг суюқ қисми оҳиста тўкиб ташланади. Томизгич билан тубидан буюм ойнасига бир томчи чўкма олиб, қоғлагич ойна билан қоғланади ва микроскоп остига қуйиб кўздан кечирилади.

Флотация (бойитиш) усули шунга асосланганки, бунда суюқликнинг нисбий зичлиги гижжа тухумларининг нисбий зичлигидан катта бўлса, бундай суюқликда улар қалқиб юзага чиқади. Ана шундай суюқлик қилиб натрий хлориднинг тўйинган эритмасидан фойдаланилади (1 литр сувга 400 г ош тузи). Бир неча ахлат бўлагидан аралашма тайёрланади, кейин қавариқ мениск ҳосил бўлиши учун пробирканинг оғзига натрий хлорид эритмасидан қўшилади ва устига қоғлагич ойна ёпилади. 1 соатдан кейин қоғлагич ойна олинади, буюм ойнасига қўйилади. Шунда қоғлагич ойнага ёпишиб қолган гижжа тухумлари буюм ойнасига ўтиб қолади. Ингичка сим билан бир томчи олиб, буюм ойнасига туширилади, микроскоп остига кўздан кечирилади.

Перианал қирма олиш усули урғочи паразит орқа тешик соҳасидаги тери бурмаларига қуйиб кетган острица тухумларини топиш учун қўлланилади. Қия қилиб кесилиб, 50 %ли глицерин эритмасига қўлланган ёғоч ёки гугурт донаси билан ҳозир айтилган жойлардан қирма олинади-да, уни буюм ойнасининг қирраси билан бошқа буюм ойнасидаги глицерин томчисига тозалаб туширилади ва микроскоп остига қуйиб, кўздан кечирилади.

Соғлом одам балғам ташламайди. Сигарет чекувчилар ва нафас йўллари касалликлари билан оғрийдиган беморлар балғам ташлайди. Одам йўталганда бронхлар, трахея, ўпка яллиғланганда балғам ажралади ва текшириш учун йиғилади. Ўпка силига гумон қилинганда балғам микробиологик текширилади, ўсма касалликларида цитологик йўл билан текшириш утказилади. Пневмония, бронхоэктатик касаллик, ўпка абсцессиди микрофлорани, антибиотикка сезувчанликни аниқлаш учун балғам йиғилади. Балғам тўпланадиган идиш тоза, стерилланган ва қопқоқ билан беркитиладиган бўлиши лозим. Одатда даражаларга бўлинган махсус идишлардан фойдаланилади. Текшириш учун балғам эрталаб олинади ёки кун бўйи чиқарилган балғам йиғиб борилади. Текшириш учун мўлжалланган балғамни бир кеча-кундуз сақласа бўлади. Шунда ҳам унга 0,5 %ли карбол кислота эритмаси ёки 1–2 та тимол кристалли қўшиб қўйиш керак. Балғамни идиш қопқоғини беркитиб, салқин қоронғи жойда сақлаш тавсия этилади. Бир қанча ҳолларда юқори нафас йўлларида чиқадиغان ажралма тўғридан-тўғри озиқ муҳитли Петри косачасига йиғилади. Балғамда инфекцион касаллик кўзгатувчилари бўлишини эътиборга олиб, унинг тарқалиб кетишига йўл қўймаслик учун ҳар қандай йўллар билан чора-тадбир куриш лозим. Идишни натрий гидрокарбонат эритмасида бир соат давомида қайнатиш йўли билан стериллаш ёки бир кеча-кундуз давомида 5 %ли карбол кислотасига ё бўлмаса 10 %ли хлорли оҳак эритмасига солиб қўйиш керак. Балғам характери тўғрисида фикр юритиш учун уни бир сутка давомида йиғиб борилади. Балғам макроскопик ва микроскопик йўл билан текширилади. Балғамнинг консистенцияси, ҳиди, ранги, қатламланиб қолган-қолмаганлиги ва унда ҳар хил киритмалар бори-йўклиги аниқланади. Балғам консистенцияси суюқ, ёпишқоқ бўлади, суюқ шилимшиқ балғам ўткир респиратор касаллигининг биринчи кунларида чиқадиغان бўлса, ёпишқоқ шилимшиқ балғам крупоз пневмонияда, шишасимон балғам бронхиал астма касаллигида чиқади. Бронхоэктазлар, ўпка абсцессиди балғам қўлланса ҳидли бўлади. Ўпка гангреназида балғам айниқса қўланса бўлиши билан ажралиб туради. Балғам ранги касаллик характериға боғлиқ. Шилимшиқ балғам рангсиз ёки оқимтир бўлади. Шилимшиқ йирингли балғам ва йирингли балғам хира тусда, сарғиш ёки сарғимтир-кўкиш рангда бўлади. Крупоз пневмонияда балғам зангсимон тушади, балғамнинг икки қатлам бўлиб туриши ўпка абсцессига хосдир. Ўпка гангреназида балғам 3 қатлам: усткиси — шилимшиқ, йиринг аралашган қўланса; ўртадагиси — суюқ; пастгиси парчаланган қон детрити (бутқасимон маҳсулот)дан иборат, юмшоқ ипир-ипир бўлади. Ўпка сили, бронхоэктазлар, ўпка захми ва ракида қонли балғам чиқиб туради, Қон аралаш сероз балғам, асосан ўпка шишувида пайдо бўлади. Балғам микроскоп остида

бўлмаган ва бўялган препаратлар ёрдамида текширилади. Бўялмаган препаратлар микроскоп остида қўрилганда асосий шаклсиз шиллиқ массадан ташқари, лейкоцитлар, эритроцитлар, эпителий ҳужайралар, ўсма ҳужайралари, чўзилувчан толалар, Куршман спирали, Шарко-Лейден кристали ва бошқаларни қўриш мумкин. Бўялмаган янги балғамни текшириш учун чуғлантирилган игна билан Петри косачасидан балғам намуналари олиниб, тоза буюм ойнасига туширилади, қоплагич ойна билан сал бостирилади ва қўздан кечирилади. Киприкли ҳилпилловчи эпителийнинг цилиндрсимон ҳужайралари балғамда бронхит касаллиги пайтида топилади. Ўпка сили ва бир қанча ўпка касалликларида балғамда альвеолалар эпителиysi (катта думалоқ ядроси бўладиган ҳужайралар) топилиши мумкин. Соғлом одам балғамда қўрув майдо-нида битта, иккита эритроцитлар ва лейкоцитлар учраши мумкин. Баъзи бир ҳужайра ва микробларни ўрганиш мақсадида бўялган препаратлар микроскоп остида қўрилади. Романовский—Гимза усулида бўяш лейкоцитларни ажратишга имкон беради. Циль—Нильсон бўёғи сил таёқчаларини топишда қўлланилади. Грам усулида бўялганда грам мусбат деб аталадиган бактериялар бинафша (қўк) рангни олади, грам манфий бактериялар пушти рангга бўялади. Грам мусбат бактерияларга — стрептококк, стафилококк, пневмококк, грам манфий бактерияларга эса — колибацилла ва бошқалар киради.

МЕЪДА ШИРАСИНИ ТЕКШИРИШ

Меъда шираси меъда шиллиқ қаватида жойлашган безлар маҳсулоти бўлиб, таркибида хлорид кислота, ҳазм ферментлари ва шилимшиқ бўлади. Хлорид кислота меъда ширасида кислотали муҳитни ҳосил қилиб туради. Одамда бир кеча-кундузда 2—3, 5 литргача шира ажралади. Меъдада овқат молдаси бўлмаса, шира ишлаб чиқарилмайдди. Шира ишлаб чиқариш рефлектор йўл билан бошқа-рилади. Овқат ейила бошлангандан 5—10 минут ўтгач шира ишлаб чиқариш бошланади. Меъда шираси йўғон ва ингичка зонд, баъзида зондсиз усуллар билан текширилади. Йўғон зонд билан шира наҳорга (нормада наҳорда қўпи билан 50 мл шира бўлади) олинади. Йўғон зонд эластик резинадан тайёрланган, узунлиги 70—75 см, диаметри 7,5 мм бўлади. Зонднинг меъдага солинадиган учи кавшарланган ва думалоқланган, энг учининг икки томонида овалсимон шаклли иккита тешиги бор. Зонд учидан 40 см масофада белгиси булади, бу белги зондни қайси жойигача киритиб бориш кераклигини курсатиб туради (олдинги курак тишларидан ҳисобланади). Зонд қайнатиш йўли билан стерилланади. Зондни солишдан аввал беморга тиббиёт ҳамшираси тушунтириш ишларини олиб боради. Бемор бурун-ҳалқумини шилимшиқдан тозалаш учун оғзини чайқаб олади, кейин гавдасини олдинга сал энгаштириб ўтқазилади ва унга резина фартук кийги-

зилади. Тиббиёт ҳамшираси беморнинг унг томонида туради. Унг қўли билан зондни перосимон ҳолатда ушлаб бемор халқумига киритади ва 1—2 марта ютиш ҳаракатларини беморга тавсия қилади. Ютиш актида беморга бурундан бир текис чуқур-чуқур нафас олиш буюрилади. Зонд меъдага тушиши билан шира чиқа бошлайди, ажралаётган шира тайёрлаб қуйилган тоза идишга олинади. Меъда шираси чиқмайдиган бўлса, бемордан меъда соҳасини қўллари билан босиб қуриш илтимос қилинади (меъда ширасининг миқдори 50 мл дан куп бўлса, меъданинг қандайдир бирор функцияси бузилганлиги ёки унда органик касаллик борлигини билдиради). Ҳозирги вақтда меъда ширасини ингичка зонд ёрдамида олиш купроқ қўлланилади. Ингичка зонд диаметри 3—5 мм, узунлиги 1 — 1,5 метр булиб, учида тухумсимон тешиги бор эластик резинадан тайёрланган. Ингичка зонд билан меъда ширасини олиш фракцион усулда амалга оширилади. Аввало беморга муолажа мақсади, унинг хавфсизлиги тушунтирилади. Стериллаб олинган зонд ёзадиган перо каби ушланади ва олдинга, бир оз пастга босиб туриб, тил негизи орқасига киритилади. Шу вақтда ютиш акти буюрилиб, зондни қизилтўнғачга сурилади. Бемор бурни билан чуқур нафас олиши, сулагини сочиққа туфлаши керак, қусиш истаги пайдо бўлса, зондни лаблари билан қисиш ва бурун орқали чуқур нафас олиши лозим (меъдасидан қон кетиб турган касалларга, юрак пороклари, гипертония касаллиги, юракнинг ишемик касалликлари, ўпка-юрак етишмовчилиги белгилари билан ўтаётган ўткир ва сурункали ўпка касалликларида, шунингдек, бемор оғир ётган маҳалларда меъда зондини солиб бўлмайди). Зондаги белги беморнинг юқори тишлари сатҳига келганида 20 граммли шприц ёрдамида меъда шираси тортиб олинади. Меъда секрециясини кучайтириш учун синама нонушталар қўлланилади. Зимницкий буйича ғўшт бульони, 7 % ли карам димламаси, гистамин, кофеинли нонушталар буюрилади.

Меъда ширасини *фракцион* (порциялаб — қисмлаб) усулда текширишдан мақсад соф меъда ширасини ажратиб олишдир. Бунинг учун ингичка зонд учига 20 граммли шприцни кийгизиб меъдага туширилади, меъдадаги барча суюқтик тортиб олинади. Сўнгра 1 соат мобайнида оч меъданинг шира ажратиш функцияси ўрганилади. Бунинг учун ҳар 15 минут оралигида меъдадаги суюқлик тортиб олинади ва 1 — 4 пробиркага қуйилади. Меъда секреция (шира ажратиш) функциясини кучайтириш мақсадида синов нонуштаси юборилади. Бунда 7 % ли карам димламасидан 10 мл юбориб 15—20 минут ўтгач меъдадаги барча суюқлик тортиб олинади. Сўнгра 1 соат мобайнида ҳар 15 минут оралатиб соф меъда шираси 4 та пробиркага ажратиб олинади.

Гистамин билан ўтказиладиган синамада наҳорги меъда шираси тортиб олиниб, сўнгра тери остига 0,5 %ли гистамин эритмасидан ҳар 1 кг оғирликка 90 мг ҳисобида дори юборилади ва меъда суюқлиги 1 соат 15 минут оралатиб суриб олинади.

Кофеинли нонуштага 200 мл сувга 0,2 г соф кофеин ва 2 томчи метилен кўки олинади. Наҳорги меъда суюқлигининг ҳаммаси сўриб олинади, кейин зонд орқали 200 мл эритма киритилади ва 15 минут ўтгач меъда ширасини 2 соат мобайнида жами 8 та пробиркага суриб олинади. Меъда шираси олинган тартибда жойлаштирилади. Ҳар бир пробиркага рақами ёзилган қоғоз ёпиштирилади ва лабораторияга жўнатилади.

Меъда ширасини зондсиз усуллар билан текшириш артериал гипертензия, юрак пороклари, меъдадан қон кетганда, қизилўнғач веналарининг кенгайиш касаллиги, катта ёшдаги ва ёш болаларда, бундан ташқари профилактик текшириш вақтида ўтказилади. Бу 1905 йилда Сали томонидан тавсия этилган оддий усулда беморга 0,5 мл метилен кўки берилади, унга юпка резина ўралиб, кетгут ипи боғланади, сўнгра 3, 5, 20 соатдан сўнг сийдик йиғилади. Агар ошқозон шираси таркибида хлорид кислота бўлса кетгут эрийди, синка ошқозонга тушиб сўрилади ва сийдик орқали ажралади. Хлорид кислота концентрациясига қараб эриш тез ёки секин бўлади. Агар сийдик уч галда ҳам буялса, кислоталилиги ошган ҳисобланади, биринчиси буялмаса, иккинчиси суст буялган, учинчи улуш кучли буялган бўлса кислоталилиги меъёрида ҳисобланади, агар иккала улуш буялмасдан учинчи улуш суст буялса, кислоталилик камайган бўлади. Агар ҳамма улуш рангсиз бўлса—кислоталилик йўқ ҳисобланади.

Ацидотест (Венгрия препарати) анча аниқ усул ҳисобланади. Бунда беморга эрталаб соат 5 да туриб қовуғини бушатиш тавсия этилади. 2 та оқ таблетка (0,2 кофеин натрий бензоат) билан 50 мл қайнатилган сув ичиш, сўнгра ухلامасдан 1 соат мобайнида ҳолатини 15–20 минутда ўзгартириб ётиш ва ҳосил бўлган сийдикни махсус стаканга йиғиш буюрилади. Беморга қовуғи бушатиладиган сўнг 3 та жигарранг ацидотест таблеткани 50 мл қайнатилган сув билан ичиш ва 1,5 соат мобайнида ҳолатини вақти-вақти билан ўзгартириб ётиш тайинланади, ҳосил бўлган сийдик 2 та стаканга йиғилади, лабораторияга жўнатилади. Сийдикнинг буялиш даражасига қараб ошқозон ширасининг кислоталилиги ҳақида фикр юришиш мумкин. Меъда ширасида хлорид кислотаси бўлса, мана шу сийдик оч пуштидан то туқ қизил ранггача буялиб тушади.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК СУЮҚЛИГИНИ ТЕКШИРИШ

Ўн икки бармоқ ичак суюқлигини текшириш жигар, ут пуфаги, ўт йўллари касалликларини аниқлашга ёрдам беради. Ўн икки бармоқ ичак шираси меъда ости беzi ширасини активлаштириш, ёғлар, углеводлар ва оксил моддаларини парчалаб сурилишга тайёрлайди. Бир сутка мобайнида ўн икки бармоқ ичакка 1 литр меъда ости беzi шираси, 1,2 литр жигар ўт суюқлиги ажратиб чиқади. Ўн икки бармоқ ичак ширасини текшириш учун дуоденал зондлаш зарур бўлади. Дуо-

денал зондлашнинг бориш тартиби, мақсади, унинг хавфсиз эканлиги беморга тушунтирилади (1 кун аввал беморга 8 томчи 0,5 %ли атропин сульфат эритмаси ва унинг яхши ажралиши учун бир неча булакча сорбит ёки озроқ сувда эритилган 30 мл ксилит бериледи. Кечки овқат енгил булиши лозим), газ ҳосил қилувчи маҳсулотлар берилмайди. Дуоденал зондлаш учун узунлиги 1,5 метр, диаметри 3, 5 миллиметр келадиган ингичка эластик зонд бўлиши зарур. Унинг учида металл оливаси бўлади. Пробиркалар учун шпатель, ўт суюқлиги олишга 20 граммли шприц керак бўлади. Зонднинг уч қисмига белги қўйилган: биринчи белгиси оливадан 40 см, иккинчи белгиси 70 см ва охиригиси 80 см узқликда бўлади. Зондни касалга юборишдан олдин қайнатиб стерилланади. Дуоденал зондлаш, одатда беморга наҳорга муолажа хонасида қаттиқ ўринда ўтказилади. Беморни сал олдинга энгаштириб ўтказилади. Металл оливани ўнг қўлнинг 3 та бармоғи орасига олинади ва беморга тил негизи орқасига киритиб ютиш тайинланади. Қусиш ҳаракатлари бошланадиган бўлса, бемордан бурун орқали чуқур-чуқур нафас олиш сўралади, унга тинчланиб зондни ютиши кераклиги ўқтирилади. Зонд меъдага тушганда дарҳол меъда шираси ажрала бошлайди. Зонднинг меъдага тушганини билиб олгандан сўнг бемор ўнг ёнбоши билан ётқизиб қўйилади. Бунда оёқлари тизза бугимидан бүкилиб, қорнига тақалиб туриши керак. Дуоденал зонд ўн икки бармоқ ичакка дарҳол ёки секинлик билан ўта олади. Зонд ўтиши учун 50-60 минут вақт керак бўлади. Зонддан оч сариқ сафро кела бошлаши оливининг ўн икки бармоқ ичакда турганидан далолат беради, бу ўтнинг А порцияси деб юритилади. Умумий ўт йўли очилиши ва ўт қопчаси ўти чиқиши учун 60°C гача иситилган 33 %ли магний сульфат эритмасидан 40-60 мл миқдорида зонд орқали юборилади. Шу тариқа ўт қопчаси рефлекси ҳосил қилинади, яъни Одди сфинктери очилганда ўт қопчаси қисқаради, сўнгра зонд 5—7 минут ёпилади. Шундан сўнг унинг бўш учи пробиркага туширилади. Тиниқ тўқ рангли ўт суюқлиги чиқа бошлайди — бу В порция бўлиб, ўт пуфаги суюқлиги ҳисобланади. У А порцияга қараганда анча тўқ ва қуюқдир. Ўт пуфаги батамом бўшагандан сўнг очиқ рангли ўт суюқлиги С порция ажрала бошлайди, у ўт йўлларида тушади ва оч лимон рангли, аралашмаларсиз, тиниқ бўлади. Бактериологик текшириш учун ҳар бир қисмдан қўшимча равишда оз миқдордаги ўт суюқлигини стерил пробиркаларга олиш зарур. Пробирка четини спирт алангаси устидан ўтказиш ва стерил тиқин билан беркитиш лозим. Зонд эҳтиёткорлик билан чиқариб олинади. Қайнатиш йўли билан стерилланади.

Соғлом одамларда ўт суюқлиги А порциясида ўртача 20—35мл, патологик гиперсекрецияда 45 мл дан кўп, гипосекрецияда 15 мл дан оз ажралади. Вирусли гепатитнинг ўткир даврида А порция ажралмайди. В порциясида 30-40 минут давомида 30-60 мл ўт суюқлиги ажралади. Агарда 30 минут давомида В порция ажралмаса тери остига атропин ёки зонд орқали 20 мл 2 %ли новокаин юборилади. Ўт

суюқлиги таркибидаги билирубин нормада В порциясида 3, 4–6, 8 ммоль/литр (200–400 мг%), С порциясида 0,17– 0,34 ммоль/литр (10–20 мг%) холестерин моддаси булади. И. А. Скуя буйича А порцияда 1,3–2, 8 ммоль/л (50–60 мг%). В порциясида 5, 2–15, 6 ммоль/л (200–600 мг%), С порциясида 1,1–3, 1 ммоль/л (45–120 мг%) бўлади. Холат кислота миқдори А порциясида 17, 4–52, 0 ммоль (670–2000 мг%), В порциясида 57, 2 – 114, 6 ммоль/л (2200–7100 мг%) С порциясида 13, 0 – 57, 2 ммоль/л (500–2200 мг%) булади. Ўт тошлари–конкрементлар пайдо булишидан аввал ўтда маълум бир узгаришларни аниқлаш мумкин, бунда билирубин ва холат кислота камайиб кетади. Шундай қилиб «тош олди» ҳолатларини билиб олиш ва профилактика ўтказиш мумкин булади.

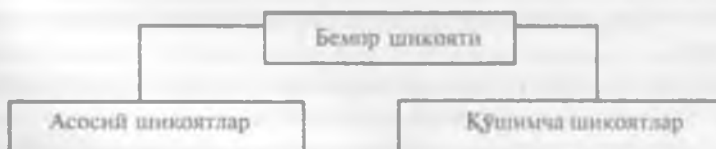
АМАЛИЁТ ДАРСЛАРИГА ЙЎРИҚНОМАЛАР

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДАГИ АМАЛИЁТ ДАРСИ

Дарсдан мақсад: бемордан сўраб-суриштириш ва беморни кўздан кечириш усулларини ўргатиш.

А. Субъектив текшириш усуллари

1. Беморни сўраб-суриштириш.

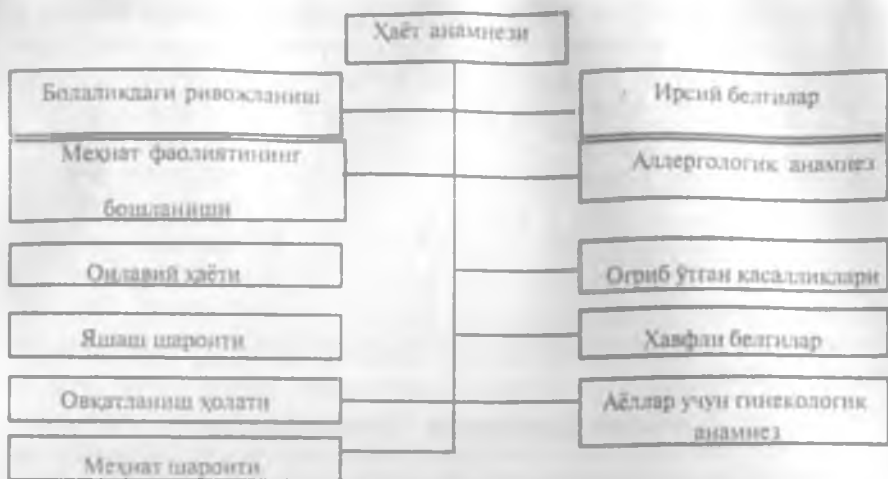


2. Касаллик ривожланиши тарихининг кетма-кетлигини аниқлаш.



3. Диагностика учун касаллик ривожланиши тарихининг аҳамияти.

4. Беморнинг ҳаёт тарзини сўраб-суриштириш.



5. Беморни сўраб-суриштиришда этик омилларга асосланиш.

Б. Объектив текшириш усуллари.

1. Беморда умумий кўздан кечиришни ўтказиш кетма-кетлигига асосланиш.
2. Касалликни аниқлашда объектив текшириш усулининг аҳамияти.
3. Пальпация, перкуссия, аускультация—беморларни текшириш усулининг энг асосий усуллари.
4. Анамнез таълимотини тадбиқ қилишда олим ва тиббиёт ходимларининг роли.

Дарснинг олиб борилиши ҳақида қисқача кўрсатмалар

Тиббиёт ҳамшираси фақат беморларни парвариш қилиш билангина эмас, балки беморларда қўтилмаган вақтда пайдо бўладиган ҳолатларга ҳам дуч келиб қолади, ана шундай ҳолатда дарҳол бемор ҳолатини аниқлаш ва унга вақтида шўшилиш ёрдам кўрсатиш муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун ҳамшира беморларни клиник текширишнинг асосий усуллари биллиши ва бажара олиши керак.

Беморларда сўраб-суриштириш олиб борилаётганда саволлар тўғри тузилиши, аниқ, бемор учун тушунарли бўлиши, кетма-кетлик сақланган ҳолда тиббиёт деонтологиясига асосланган бўлиши керак. Бемор жавоб берадиган саволлардан: «Нима сизни безовта қилапти?», «Нимадан шикоят қиласиз?». Беморнинг ҳар бир шикоятини аниқлаш лозим (масалан, оғриқ қаерда жойлашган, қаерга тарқаяпти, оғриқ характери қанақа, оғриқнинг вақти ва б.) Беморнинг умумий ҳолатини аниқлаш мақсадида органлар системаси бўйича сўроқ-савол олиб борилиши керак. Бунда нафас олиш сис-

темасида йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги оғриқлар, қон туфлаш, қон айланиш системасида оғриқ, юрак ўйнаши, ҳансираш; нерв системасида бош оғриғи, бош айланиши, қўзғалувчанлик, уйқу ва бошқалар; овқат ҳазм қилиш системасида иштаҳа ўзгариши, кунгил айланиши, қусиш, жигилдон қайнаши, оғриқ, қабзият, ич кетиш; буйрак ва сийдик ажратиш системасида бел соҳасидаги оғриқлар, сийдик ажратишининг бузилиши, қон аралаш сийиш ва бошқа симптомлар характерлидир.

Касаллик анамнезини ўрганишда бемордан энг аввало қачондан бери касаллиги, касаллик нимадан бошланганлиги, бемор унинг сабабини нимага боғлаётганлиги, қандай даво қўллаганлиги, яъни ўзича халқ давосини қўлладими ёки тиббиёт ходимларига мурожаат қилдими, қандай дори-дармонларни қабул қилди, бу дорилар қандай таъсир қилди, шифохонада, санаторий-курортда даволандими, натижалари қандай бўлгани аниқланади.

Ҳаёт анамнезини аниқлашда беморнинг болаликдаги ривожланиши, болалик чоғида оғриган касалликлар, ҳаёт ва меҳнат шароитлари, организмнинг активлиги, хавфли белгилари, аллергия омилларга муносабати, оилавий ҳолатига эътибор берилади.

Тиббиёт ҳамширасининг бемор билан мулоқоти тиббиёт деонтологияси қоидалари асосида этик ёндошишни талаб қилади. Ўйламасдан айтилган сўз ятроген касаллигини келтириб чиқариши мумкин, (айниқса, ўзига оладиган одамларда).

Беморларни кўздан кечириш ўзига хос режани талаб қилади, одатда кўздан кечириш беморни биринчи кўргандаёқ ва сўраб-суриштириш олиб борилаётганидан бошланади.

Тиббиёт ҳамшираси беморнинг умумий ҳолатини, кўздан кечиришдаёқ ажрата билиши керак (қониқарли, ўрта оғир, оғир ҳолат), кейинги тартибда беморнинг эс-ҳуши, юз тузилиши, ётган ҳолати, тери ранги, танадаги тошмалар, қашилган жойлар, чандиқлар, гавда тузилиши, кўкрак қафаси тузилиши, суяк-мускул системаси ҳолатига аҳамият берилади.

Тиббиёт ҳамшираси иши давомида жуда кўп пальпация усулидан фойдаланишига тўғри келади, чунки томир уриши характерини, тери намлиги ва эластиклигини, тери ости ёғ клетчаткасининг ривожланиш даражасини, шиш борлигини, лимфа тугунлари, бўғимлар, мускул системаси ҳолатини аниқлайди. Шуни эсда тутиш керакки, пальпация ва перкуссия вақтида қўл иссиқ ва тоза, тирноқлар олинган бўлиши лозим.

Перкуссия беморларни клиник текширишнинг асосий усулидир. Перкутор товушнинг баландлиги ва овози тўқима ёки орган зичлиги, катта-кичиклиги ҳамда чегарасига боғлиқ. Нормал ҳолатда тана юзасида уч хил товуш эшитилади: аниқ, бўғиқ, жарангдор (тимпаник).

Аниқ товуш ўпка устида эшителиди (ўпка ҳаво ва эластик тўқимадан иборат). Бўғиқ товуш тўқималари зич органлар устида эшителиди (мускул тўқимаси, жигар ва б.). Ғовак органлар устида (меъда, ичак) тимпаник товушлар эшителиди.

Қасалликлар келиб чиққанда органлардаги перкутор товуш ўзига хос характерда ўзгаради. Масалан, ўпка яллиғланишида ўпкадаги аниқ товуш ўрнига бўғиқ товуш эшителиди.

Аускультацияда фонендоскоп, айрим ҳолларда стетоскопдан фойдаланилади. Ўпка ва юракдаги нормал товушлар тўғрисида тушунчага эга бўлиш учун ўқувчиларга магнит тасмасидаги нормал ва патологик товушлар эшиттирилади.

Мустақил иш

Амалиёт дarsi мобайнида ўқувчилар амалий кўникмалар ва беморларни клиник текшириш усулларини бажара олишни ўрганишлари лозим. Перкуссия, аускультация, субъектив текшириш усуллари кетма-кетлиги, беморлар учун аниқ ва тўғри савол тузиш, ўқувчиларда амалий кўникмалар бажарилишини мустақкамлаш мақсадида ўқитувчининг тахминий топшириги асосида иш ўйинлари ташкил этилади, бемор ўрнини ўқувчиларнинг ўзи бажаради.

Ўқитувчи объектив текшириш усуллари элементларини ўқувчиларнинг бирида курсатиб беради. Дарснинг мустақкамлаш қисмида тиббий кўникмаларни ўқувчилар бир-бирларида ўқитувчи назорати остида бажарадилар, хатолари тўғриланади.

Дарс давомида ўқувчилар тиббиёт ҳужжатлари намуналарини тўлдиришади. Дарс якунида дарсда олинган билимлари асосида кундалик тўлдирилади, ўқитувчи баҳолаб, имзо чекади.

II. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЁТ ДАРСИ

Дарсдан мақсад: Ўқувчилар билан клиник текшириш усуллари ва амалий кўникмаларни бевосита беморларда мустақкамлаш, уларга беморларнинг умумий ҳолатига баҳо беришни ўргатиш.

Ўқувчилар қуйидагиларни билишлари керак:

- * Беморларни кўздан кечириш кетма-кетлигини.
- * Беморнинг ҳолатини аниқловчи белгилар (критерия)ни.
- * Эс-ҳушнинг бузилиш турларини.
- * Турли қасалликларда юзнинг кўринишини.
- * Ётган беморлардаги мажбурий ҳолат турларини (турли қасалликларда, нима учун).
- * Юрак, буйрак қасалликларида шишнинг жойлашини.

Қисқача амалий дарсни олиб бориш тўғрисида.

Ўқувчилар амалий дарс олиб бориладиган бўлим билан танишадилар.

Ўқитувчи беморларда клиник текшириш усулларини курсатиб беради. Агар бу пайтда ўқувчиларда савол пайдо бўлса, яхшиси жавобни беморлар ётган хонадан ташқарида бериш маъқулроқ.

Беморлар билан мулоқотда уни диққат билан эшитиш, сабрсизлик қилмаслик, ҳаттоки бемор сўзлашув мазмунини ўзгартирганда ҳам, унинг берилган саволларга қандай таъсирланиш билан жавоб беришини эътибор билан кузатиш керак. Беморнинг нозик ҳаётий ҳолатларини сўроқлаётганда унга ўта маҳорат билан ва тактик ёндошиш зарур.

Беморни кўздан кечираётганда эътиборни купроқ ётган беморнинг ҳолати (актив, пассив, мажбурий; эс-ҳуши, юз кўриниши, тери ва шиллиқ пардалари ранги)га қаратиш лозим.

Ўпка ва юрак перкуссияси, аускультацияси, қорин бўшлиғи органлари пальпацияси утказилади.

Мустақил иш.

Беморларнинг клиник текшириш усулларидаги амалий кўникмаларни мустаҳкамлаш учун ўқувчилар 2–3 тадан гуруҳчаларга бўлинади. Мустақил иш даврида ўқувчилар беморлар билан тўғри мулоқот қилиш ва ёндошишни урганишлари керак. Беморлар, берилаётган саволлар шунчаки қизиқиш учун эмас, аксинча унинг касаллигини келтириб чиқарган сабабларни аниқлашга қаратилганлигини сезсинлар. Саволлар аниқ, тушунарли ҳамда уринли бўлиши зарур.

Ўқувчилар кундаликларига сўраб-суриштириш ва кўздан кечириш натижаларини ёзишлари керак.

III. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

Дарсдан мақсад: Беморларни инструментлар билан текшириш усуллари асослари билан ўқувчиларни таништириш ва шу текшириш усулларига тўғри тайёрлашни уларга ўргатиш.

Ўқувчилар қуйидагиларни билишлари керак:

- Касалликни аниқлаш учун қўшимча текшириш усулларининг аҳамиятини (1-тизма).
- Ҳар хил инструментлар билан текшириш қоидаларини.
- Клиник текширишда тиббиёт ҳамширасининг ролини.

1-тизма. Ички органларни инструментлар билан текширишнинг асосий усуллари.

Нафас олиш системаси

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 1. Рентгеноскопия | 6. Ташқи нафас функциясини текшириш |
| 2. Рентгенография | 7. Бронхоскопия |
| 3. Томография | 8. Бронхография |
| 4. Флюорография | |
| 5. Компьютерли томография | |

Қон айланиш системаси

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Рентгеноскопия | 5. Электрокардиография |
| 2. Рентгенография | 6. Фонокардиография |
| 3. Ирригоскопия | 7. Ультратовуш билан текшириш |
| 4. Юрак бушлиғи ва йирик қон томирларни зондлаш | |

Овқат ҳазм қилиш системаси

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| 1. Рентгеноскопия | 6. Ультратовуш ёрдамида текшириш |
| 2. Рентгенография | 7. Жигарни сканерлаш |
| 3. Ирригоскопия | 8. Пункцияли биопсия |
| 4. Холецистография | |
| 5. Эндоскопия | |

Сийдик ажратиш системаси

- | | |
|-------------------------------|---------------------------|
| 1. Рентгенография | 5. Буйракни сканерлаш |
| 2. Урография | 6. Компьютерли томография |
| 3. Цистоскопия | |
| 4. Ультратовуш билан текшириш | |

Эндокрин системаси

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Қалқонсимон безни сканерлаш | 3. Қалқонсимон безни ультратовуш билан текшириш |
| 2. Калланинг рентгенографияси | |

Мустақил иш.

Ўқувчилар жуда кўп беморларнинг турли хил функционал-диагностик текширувларида иштирок этадилар. Функционал-диагностика хонасида ишлаш техника ҳафсизлиги қоидалари билан танишадилар. Беморларни турли хилдаги текширув усулларига тайёрлашда қатнашадилар ва тиббий ҳужжатларни тулдирадилар.

Кундаликларни тулдиришда ўқувчилар амалиёт дарси давомида курган текшириш усулларини ёзиб кўрсатадилар, бирорта янги текшириш усули утказилса (яъни беморларни тайёрлашнинг урганилмаган текширув усули), уни қисқача ёзиб қўйилади.

IV. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЁТ ДАРСИ (КЛИНИК ЛАБОРАТОРИЯДА)

Дарсдан мақсад: Лабораторик текширув учун керакли маҳсулотларни олишни ўргатиш, (қон, сийдик, балғам, ахлат, меъда ва ўн икки бармоқ ичак суюқлигини текширишга тайёрлашни ўргатиш).

Ўқувчилар қуйидагиларни билишилар керак:

- * Касалликларни аниқлашда қон, сийдик, балғам, меъда ва ўн икки бармоқ ичак суюқлиги, лабораторик текширишнинг аҳамиятини.
- * Лабораторик текшириш учун керакли маҳсулотларни лабораторияга тайёрлаш ва олиб боришда тиббиёт ҳамширасининг вазифаларини.
- * Вена ва бармоқдан қон олиш қоидаларини.
- * Гемоглобин, ЭҚТ, қон ивувчанлиги ва қон кетиш вақтини аниқлаш усуллари.
- * Сийдикнинг турли хил текширишлар учун йиғиш қоидаларини.
- * Сийдикнинг физик хусусиятларини аниқлаш, Зимницкий синамасини ўтказиш қоидалари ва унинг амалиётдаги аҳамиятини.
- * Сийдик таркибидаги глюкоза, оксил, билирубин ҳамда ацетон миқдорларини аниқлаш усуллари.
- * Меъда ва ўн икки бармоқ ичак суюқликларини олиш техникаси, меъданинг кислота ҳосил қилиш функциясини зондсиз усул билан аниқлашни.
- * Ахлатнинг лабораторик текшириш усуллари.
- * Қусуқ массаси ва балғамни лабораторик текшириш учун йиғиш қоидаларини.

Тавсия этилувчи адабиётлар: 1. Воробьева Е. А. Губарь А. В. Сафьяникова Е. Б. Анатомия ва физиология. М: Медицина, 1988 й.

2. Мухина С. А. Тарановская И. И. Беморларни умумий парвариш қилиш. М: Медицина, 1989 й.

3. Тиббиёт ҳамширасининг беморларни парвариш қилиш бўйича справочниги М: Медицина 1989 й.

Дарсининг олиб борилиши ҳақида қисқача курсатмалар.

Тиббиёт ҳамшираси беморларни турли хил лабораторик текширишлар учун тайёрлайди. Зарур бўлганда у оддий лабораторик текширишлар (гемоглобин миқдори, ЭЧТ, қон ивувчанлиги ва қон кетиш, сийдик миқдори ва зичлиги, сийдикдаги глюкоза, оқсил, билирубин, ацетон миқдорини аниқлаш) учун керакли материалларни йиғиш ва текшириш усулларини билиши лозим.

Қон олиш. Тиббиёт ҳамшираси лаборатория таҳлиллари учун қон олиш ва материални лабораторияга юборишга зарур буладиган ҳужжатларни туғри расмийлаштиришни билиши керак. Махсус бланкада беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, палатанинг номери, булимнинг номи, материал юборилаётган ой, кун ҳамда текширувдан кутиладиган мақсад курсатиб қуйилади. Қон қандай мақсадда текшириб курилатганига қараб 0,5 мл дан 5,0 мл гача қон олинади. Бармоқдан қон олиш натижасида унинг умумий таҳлили, гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар миқдорини, қон ивиш, қон кетиш вақтини аниқлаш, ЭЧТ ни ҳисоблаш, ва бошқа текширишларни бажариш мумкин. Бармоқдан қон олишда дастлаб қон олинadиган жой спирт ёки эфирга ҳўланган стерил пахта билан яхшилаб артиради. Артилган жойга қўл теккизиш, шунингдек игнанинг санчилadиган қисмига қўл уриш мумкин эмас. Қўлнинг номсиз IV бармоғи Жане игнаси билан 2—3 мм чуқурликда тешилади. Қон олишда ҳар бир беморга алоҳида асбоб тўтилади. Ҳамшира чап қўли билан бемор чап қўли IV бармоғининг охириги бўғимидан ушлаб, унг қўли билан игнани санчади. Қоннинг дастлабки томчиси стерил пахта билан артиб олинади, сўнгра қон олиш учун пипеткани туғрилаб, нишаб қилиб тутиб турилади. Қон яхши чиқмайдиган бўлса, бармоқ фалангаси оҳиста босиб курилади. Бармоқ қаттиқ босиладиган бўлса, қон билан бирга лимфа суюқлиги ҳам пипеткага чиқиб қон таҳлилининг натижасини бузиб курсатади. Периферик қон айланишининг оғир ўзгаришларида, шок, коллапс ҳолатида қўл куйганда қонни қўлоқ супрасининг юмшоғидан олиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Қўлоқ юмшоғидан қон олиш техникаси бармоқдан қон олиш техникасидан фарқ қилмайди. Бармоқдан керакли миқдордан қон олиб бўлингандан кейин игна санчилган жой дезинфекцион эритма билан артиради ва устидан бир парча стерил пахта қўйилиб қон кетиши тўхтатилади.

Қонни биокимёвий текшириш учун вена қон томиридан бир маротаба ишлатиладиган шприц орқали 20 мл миқдорда қон олинади (қалин қон томчисини тайёрлаш, гемоглобин миқдорини, эритроцитлар чуқиш тезлигини, қон ивувчанлигини аниқлаш учун лабораторик текшириш усуллари қисмига қаралсин).

Қон кетиш вақтини аниқлаш Нормада 4 минутдан ошмайди. Текшириш усули содда булиб, бармоқ игна билан тешилади ва ҳар ярим минутда фильтр қоғози билан қон томчиси олиб турилади, борган сари фильтр қоғозидати қон томчиси ҳажм жиҳатидан кичрайиб боради.

Сийдикни текшириш буйракнинг функционал ҳолатини аниқлаб олишга имкон берибгина қолмай, балки бутун организм-да моддалар алмашинувини аниқлаб олишга ҳам имкон беради. Катта ёшдаги эркакларда уртача 1 суткада 1,5 – 2, 0 литр миқдорида сийдик ажратади.

Сийдикдаги умумий оксил миқдорини сульфосалицилат кислота ёрдамида аниқлаш. Бунинг учун лойқа сийдик филтрланади, агар сийдик ишқорий реакцияга эга бўлса, 30% ли сирка кислота қушилади (лакмус қоғози асосида кучсиз кислотатили муҳит ҳосил бўлгунча). Сийдик 2 та пробиркага 5 мл дан булинади, битта пробиркага 3–5 томчи 20 % ли сульфосалицилат кислота томизилади, агар оксил бўлса, сийдик лойқаланади.

Сийдикдаги билирубинни аниқлашда Люголь ёки 1 % ли йод эртмасидан фойдаланиш мумкин. 4–5 мл сийдикка реактивлардан бирортаси аралаштирилади, агар реакция мусбат бўлса, суюқликлар чегарасида кук ҳалқа пайдо бўлади.

(Сийдикдаги қанд, ацетон миқдорини аниқлаш учун лабораторик текшириш усуллари қисмига қаралсин.)

Қусуқ массасини аниқлаш диагностика учун муҳим аҳамиятга эга. Тиббиёт ҳамшираси бу массани яхшилаб куздан кечиради, тоза идишга олиб лабораторияга жўнатади, йулланмада паспорт қисмлари ва текшириш мақсади кўрсатилади. Агар зудлик билан текшириш зарур бўлмаса, уни музлатгичга қўйиб қўйилади.

Мустақил иш

Амалий машғулот даврида ўқувчилар оддий лабораторик текшириш усулларини бажаришни ўрганиб олишлари керак. Улар ўқитувчининг назорати остида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда бармоқдан қон олиб, қон суртмасини тайёрлайдилар, гемоглобин миқдори, ЭЧТ, ивувчанлик ва қон кетиш вақтини аниқлайдилар.

Ўқувчилар венадан қон олиш, меъда ва ун икки бармоқ ичакдан суюқлик олиш кўникмаларини муляжда бажарадилар. Сийдик ва балғам унинг физик хусусиятларига эътибор беришдан бошлаб текширилади.

Олинган таасуротларнинг ҳаммаси мустақил иш даврида кундаликка ёзилади ва кундалик расмийлаштирилади.

IV БОБ. НАФАС АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

НАФАС АЪЗОЛАРИНИНГ ҚИСҚАЧА АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ.

Нафас олиш системаси юқори ва қуйи қисмларга бўлинади. Нафас олиш системасининг юқори қисмига бурун бушлиғи, ҳиқилдоқ, кекирдок (трахея) ва бронхлар киради. Қуйи нафас олиш қисмига бронхлар, ўпка, уни ураб турувчи юпқа эластик бириктирувчи туқима пардаси—плевра киради. Ўпка туқимаси унғ ва чап қисмларга бўлинади. Унғ ўпка 3 бўлакдан, чап ўпка 2 бўлакдан иборат. Ўпка туқимасининг асосий қисмини ўпка альвеоласи ташкил этади ва у майда-майда қон томирлари — капиллярлар билан ўралган бўлади. Альвеолаларга кирган ҳаво уларни тўлдиради, альвеола газлар алмашинувини таъминлайди. Газлар алмашинуви жараёнида кислород қонга ўтади. Қондаги қизил қон таначалари (эритроцитлар) кислородни бириктириб туқималарга етказиб беради. Туқималардаги карбонат ангидрид альвеола орқали ташқарига чиқади. Нафас олишдаги ва чиқаргандаги газлар концентрацияси, O_2 ва CO_2 газлари миқдори ўзгариб туради. Нафас олишда ўпкага 500 мл^3 миқдорда ҳаво киради. Ўпкадаги газларнинг умумий миқдори ўпканинг тириклик сўғими дейилади. Соғлом одамларда у ўртача 2500 мл^3 дан 3500 мл^3 гача боради. Спорт билан шуғулланувчиларда 5000 мл^3 гача бўлади. Нафас ҳаракатлари сони нормада 1 минутда 16 — 20 га этади. Нафас ҳаракатлари физиологик ва патологик ҳолатларда тезлашади. Одам югурганида, жисмоний иш бажариш пайтида нафас ҳаракатларининг тезлашиши физиологик ҳолат дейилади. Ўпкадаги газлар миқдорини ҳисоблаш учун спирометрдан фойдаланилади. Спирометр ёрдамида ўпканинг тириклик сўғими аниқланади. Нафас системаси органлари патологиясида ўпканинг тириклик сўғими ўзгариб қолади. Ўпка туқимаси яллиғланиши ўпкада газлар алмашинувининг бузилишига сабаб бўлади. Шунинг ҳисобига беморларда газлар ва қон айланиши бузилиб, клиник белгилар пайдо бўла бошлайди.

НАФАС ОЛИШ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ СИМПТОМАТИКАСИ

Нафас олиш органлари касалликлари этиологияси ва клиник кўринишларига асосан турли хилдир, патологик жараён нафас йўлларида (трахея ва бронх), ўпка ёки плеврада жойлашиши мумкин. Айрим пайтларда нафас олиш системаси учун хос бўлган ҳолат бир неча бўлимларнинг биргаликда зарарланишидир (бронх ва ўпка, ўпка ва плевра ҳамда бошқ.). Нафас олиш органлари касалликларининг турлари жуда кўп бўлиб, уларнинг умумий симптомлари ўхшашдир, лекин аниқ диагноз қўйиш учун ўзига хос характерли симптомлар мавжуд. Бу симптомларга: йутал, балғам тафлаш, қон туфлаш, ҳансираш, кукрак қафасидаги оғриқлар киради.

Симптомлар йиғиндиси синдром деб аталади. Пневмоторакс синдроми— кўкрак қафаси, қовурғалар, мускуллар ва ўпка тўқимаси бир бутунлигининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Гидроторакс плевра бушлиғида суюқлик тупланишидир. Нафас йуллари ўтказувчанлигининг бузилиши (бурун бушлиғи, ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар), уларнинг маълум қисмининг торайиб қолишига боғлиқ. Бундай ҳолларда ҳансираш пайдо бўлади. У икки хил бўлиши мумкин—инспиратор ҳансираш ва экспиратор ҳансираш (майда бронхлар тортишиб туриши натижасидаги). Нафас ҳаракатлари маркази узунчоқ миёда жойлашган. Унинг зарарланиши нафас ҳаракати сони ва ритмининг ўзгаришига олиб келади.

Нафас ритми бузилишининг бир неча тури мавжуд.

1. Чейн-Стоксча нафас—нафас марказининг етарлича кислород билан таъминланишининг бузилиши (нафас аста-секин тезлашиб борадиган нафас ҳаракатлари сийрак ва юза бўлиб қолиб, кейин қисқа вақт бутунлай тўхтаб туради, сўнгра яна кучайиб боради).
2. Куссмаулча нафас—нафас ҳаракатларининг мароми бўлмайди, нафас чуқур-чуқур шовқинли бўлиб қолади (нафас олиш ва нафас чиқариш узоқ давом этади, кейин узоқ дам олиш кузатилади, сўнгра ҳаммаси яна такрорланади).
3. Биотча нафас — нафас ҳаракатлари юза бир маромда, тез-тез бўлиб, узоқ давом этадиган пауза (тўхташ) билан навбатлашиб туради.
4. Стертороз нафас — бронхларни усма босиб қуйганда шовқинли бўлиб қолиши билан характерланади.
5. Гроккча (тўлқинсимон) нафас—бунда нафас паузаси ўрнига кучсиз юза нафас қайд қилиниб, нафас ҳаракатларининг чуқурлиги аста-секин ортиб боради, кейинчалик эса камайиб қолади.

Йўтал — нафас органлари касалликларининг кўп учрайдиган симптомидир. соғлом одамда ҳам учраши мумкин. Йўтал бош миёда жойлашган йўтал марказининг рефлексор йўл билан таъсирланиб туриши туфайли пайдо бўлади. У ҳимояловчи рефлексор актдир. Йўтал қуруқ ва нам кўринишда учрайди. Қуруқ йўтал плеврит, бронхит бошланишида, ҳиқилдоқ пардаси таъсирланганда, ўпка абсцессининг биринчи даврида пайдо бўлади. Нам йўтал сурункали бронхит, пневмониянинг 2—3-кунидан кейин, бронхоэктазларда, ўпка абсцессининг 2-даврида кузатилади.

Оғриқ — кўкрак қафасида юрак-қон томир касалликлари ва нафас йуллари, қовурғалараро невралгия, миозит, лат ейиш, плевритга боғлиқ. Нафас олиш вақтида пайдо буладиган оғриқ, кўпинча плевранинг зарарланганини курсатади. Бунда оғриқни камайтириш учун беморлар юза нафас олишга ҳаракат қиладилар ва йўтал ҳаракатларини тутиб турадилар. Улар мажбурий ҳолатни эгаллаб.

ёнбоши билан ётадилар, натижада плевра ҳаракаглари чегаратанади ва оғриқ аста-секин камайиб борали.

Қон туфлаш – нафас олиш системаси касалликларидаги асосий белгиларнинг биридир. У кучли йўтал вақтида, бронхлар чузилиши, қон томирларининг ёрилиши, ўпкадаги йирингли жараёнлар, ўпка сили, ўпка раки касалликлари даврида пайдо булади. Ўпкадан қон кетиш билан овқат ҳазм қилиш системасидан қон кетишини бир-биридан фарқлай билиш керак. Ўпкадан қон кетганида қоннинг ранги кам ўзгарган, кўпиксимон булади. Меъдадан қон кетганда қусуқ массаси «кофе қуйқаси» рангида, ивиб қоладиган ҳолатда ажралали.

Цианоз – юз териси кўриниб турадиган шиллиқ пардаларнинг кўкариб туриши натижаси бўлиб, ёноқларнинг қизариб туриши (гиперемияси) пневмония касаллигида, рангнинг оқариб туриши одамни ҳолдан тойдирадиган оғир касаллик – ўпка абсцессда кузатилади.

НАФАС ОЛИШ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

Нафас олиш системаси касалликларида беморлар субъектив, объектив, лабораторик, асбоб-ускуна (инструмент)лар ёрдамида текширилади.

Субъектив текширишда бемор шикоятлари, касалликнинг ривожланиш тарихи, ҳаёт анамнези, аллергологик ҳолатлар, зарарли одатлар сураб-суриштирилади.

Объектив текшириш беморнинг умумий ҳолатига баҳо бериш бўлиб, пальпация, перкуссия ва аускультация усуллари ёрдамида амалга оширилади. Беморнинг умумий ҳолатига объектив текширишлар натижасига кўра оғир, ўртача ва енгил кўринишда баҳо берилади. Пальпация нафас системаси касалликларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади. Бунда кўкрак қафаси атрофидаги лимфа тугунлари тўплами (қўлтиқ ости, жағ остилари) текшириб кўрилади. Кўкрак қафасидаги оғриқ, ўпканинг товуш утказувчанлиги пальпация усулида аниқланади.

Перкуссия (уриб кўриш) кўкрак қафасида жойлашган органлар чегараси, ўпкадаги яллиғланиш, ўсмаларни аниқлашда муҳим усул бўлиб ҳисобланади. Тўқима нечоғли зич, қаттиқ бўлса, товуш шунча секин чиқади.

Кўкрак қафаси перкуссиясида товушнинг бир неча турлари фарқ қилинади:

1. Бўғиқ перкутор товуш: кўкрак қафаси перкуссия қилиб кўрилганда ўпка тўқимасининг зичлашиб қолган жойлари (крупоз пневмониянинг 2–3-босқичи, қизил ва кулранг жигарланиш босқичларида), куп суюқлик тўпланиб қолган жойлар (плевритда) устидан шундай товуш чиқади.
2. Перкутор товушнинг «кутича товуши» га ўхшаб эшитилиши: ўпка шишиб, ичида ҳаво кўпайиб қолганида (ўпка эмфизема-

сида) кузатилади. Бу товуш буш картон қутича устига бармоқ билан тукиллатиб уриб курилганда чиқадиган товушга ўхшайди.

3. Тимпаник – перкутор товуш: ўпканинг силлиқ деворли бўшлиғи, коваги бор жойлари устидан чиқади (кўпроқ ўпка силининг каверноз турида, ўпка абсцессининг иккинчи даври йирингдан бўлаб қолган жой устида пайдо бўлади). Ўпка перкуссиясида ўпканинг чегараси ва патологик ўзгаришлари бор жойлар аниқлаб олинади. Ўпка аускультацияси симметрик тарзда олиб борилади. Эшитиб куриш жойи тинч, уртача иссиқликда ($18 - 22^{\circ} \text{C}$) бўлиши керак. Аускультация усули ёрдамида организмда ҳосил бўладиган табиий товушлар эшитилади. Биринчи бўлиб, Грецияда Букрот аускультациядан фойдаланган. Аускультация воситасиз ва воситали бўлиши мумкин. Воситасиз – бевосита қулоқ билан эшитиш, воситали – стетоскоп, фонендоскоп орқали амалга оширилади. Нафас олишда ўз-ўзидан ҳосил бўладиган асосий нафас шовқинлари ўзининг хусусиятига қура икки хил бўлади: везикуляр ва бронхиал нафас.

Везикуляр нафас – ўпка альвеоласида ҳосил бўлади. Альвеолалар мунтазам равишда тўлиб борганлиги учун жуда кўп товушларнинг маълум миқдордаги йиғиндиси вужудга келади ва натижада давомли товуш эшитилади. Бронхиал товуш – патологик бўшлиқлар устида эшитилади.

Аускультацияда асосан нафас шовқинларидан ташқари, қўшимча нафас шовқинлари ҳам эшитилади. Улар хириллашлар вужудга келишига олиб келади. Нам ва қуруқ хириллашлар ажратилади. Нам хириллашлар зотилжам касаллигида, ўпка абсцесси ёрилганида эшитилади. Қуруқ хириллашлар бронхит, бронхиал астма хуружи даврида эшитилади ва ҳавонинг торайиб қолган бронх йулларидан ўтиши натижасида юзага келади. Крепитация альвеола деворлари бири-бирига ёпишиб қолганида, нафас олиш вақтида альвеола девори орасига ҳаво кириб, унинг кучиши натижасида пайдо бўлади. У крупоз пневмония, ўпка шиши, кичик қон айланиш доирасида қон димланиши, ателектазда вужудга келади. Плевранинг ишқаланиш шовқини – плевра варақлари яллиғланиши натижаси (қуруқ плеврит)да эшитилади.

БРОНХИТ

Бронхит – бронх деворлари шиллиқ пардасининг яллиғланиши бўлиб, нафас олиш системаси касалликлари ичида учраши буйича биринчи уринда туради. Бронхит билан кўпроқ болалар ва қариялар оғрийди, аёлларга нисбатан кўпроқ экакларда учрайди. Бу эса касб-корнинг зарarli омиллари ва чекиш билан боғлиқдир. Бу касаллик совуқ ва нам иқлимда яшловчи ҳамда зах. елвизак шароитида ишловчи шахсларда кўпроқ кузатилади.

Бирламчи ва иккиламчи бронхитлар тафовут қилинади. Бирламчи бронхитнинг клиник куринишлари, фақат бронхлар яллиғланишига хос ёки биргаликда бурун-ҳалқум, ҳиқилдоқ, трахея патологияси билан кечади. Иккиламчи бронхит касалликлар асорати сифатида грипп, кукйўтал, қизамиқ, сил, кичик қон айланиш доирасининг димланиш ҳолатлари ҳамда уремияда учрайди. Клиник кечишига асосан ўткир ва сурункали турларга бўлинади.

Ўткир бронхит. Ўткир бронхит жуда кам ҳолларда алоҳида учрайди, одатда кўпроқ юқори нафас йўлларининг касалликлари бурун-ҳалқум (ринофарингит), ҳиқилдоқ (ларингит), трахея (трахеит) касалликлари билан бирга кузатилади.

Этиологияси. Касаллик бошланишининг асосий омилларидан бири—бу вирус (грипп, парагрипп, аденовируслар) ва бактериал инфекциялардир. Жуда кам ҳолларда вирусли инфекцияга иккиламчи бактериал инфекция қўшилади, яъни юқори нафас йўллари шартли патоген микрофлорасининг активлашуви эъзига келиб чиқади, бу микроорганизмлар (пневмококклар, стрептококклар, Фридлендер пневмобациллеси ва бошқ.) соғлом одам нафас йўлларининг шиллиқ қаватларида озиқланади. Организмнинг касалликларга қарши курашиш қобилияти пасайганда, бактериялар шиллиқ қаватларни зарарлайди ва яллиғланишни келтириб чиқаради. Бундан ташқари, ўткир бронхитнинг келиб чиқиш сабабларига нафас билан нафас йўлларига токсик моддаларнинг тушиши (кислота ва ишқор буғлари, заҳарли газлар, бронхларни таъсирловчи чанглар) ва яна шундай совуқ ёки иссиқ ҳавонинг таъсири киради.

Таъсир этувчи омиллар. Кўпинча бунга организмнинг совуқ қотиши, юқори нафас йўлларининг ўткир инфекциядан касалликлари, чекиш, алкоголь киради. Синусит, тонзиллит, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, бу эса нафас орқали кираётган ҳавонинг яхши исимаслиги, чанг ва микроорганизмлардан яхши тозаланмаслигига олиб келади. Қўшимча омиллардан бири—организм сенсibiliзацияси (сезувчанликнинг ошиши), бактериал аллергияларга қаршилик сусайиши ва бошқалар.

Клиник манзараси. Умумий интоксикация ва бронх зарарланиши симптомлари билан ўтади. Умумий интоксикация симптомларига умумий ҳолсизланиш, елка, қўл-оёқ мускулларида оғриқ, увишиш, оз-моз қалтираш киради. Тана ҳарорати бир неча кун субфебрил ва ҳаттоки 37 — 38°C гача кўтарилиши, айрим ҳолларда ҳарорат реакциясиз ҳам ўтиши мумкин.

Касаллик одатда тез бошланади, айрим ҳолларда юқори нафас йўллари касалликлари симптомлари: тумов, овоз бўғилиши, томоқ қичиши, туш орқасида нохуш сезги, қуруқ оғриқли йўтал, йўтал дағал, товушли, айрим ҳолларда «увиллаш»га ўхшайди, беморни қийнайидиган хуружсимон бўлиши мумкин. Хуружсимон йўтал би-

лан оз миқдорда қийин ажраладиган шишасимон шилимшиқ балғам ажралади. Оғриқ кукрак қафасида, туш орқасида ва диафрагманинг кукрак қафасига бириккан жойида бўлади (диафрагманинг спастик қисқариши эвазига), кучли ҳансираш бўлиши мумкин. Кучли ҳансираш йўтал булмаган тақдирда ҳам, яъни бронхоспастик компонент билан кечаётганда ва қийин ажралувчи балғам билан майда бронхларнинг димланиши эвазига ҳам келиб чиқиши мумкин.

Юқори нафас йўллариининг таъсирланиши камайиши билан балғам миқдори ошади, характери ўзгаради: кам ёпишқоқ, осон ажраладиган бўлиб қолади, балғам шилимшиқ — йирингли бўлади. Куп миқдорда балғамнинг ажралиши патологик жараён чуқурлашганлигини билдиради. Томоқ ва трахеядаги оғриқлар камаяди, беморнинг умумий ахволи яхшилана бошлайди.

Пальпация ва перкуссияда унча ўзгаришлар аниқланмайди. Аускультация қилинганда қаттиқ нафас ва қуруқ товушли ҳамда ҳуштаксимон хириллаш эшитилади. Яллиғланиш камайган сари балғам ажралгандан сўнг майда пуфакчаларсимон хириллаш—паст хириллашлар эшитилади, балғам яхшигина ажралиб чиқиб кетгандан кейин, хириллаш эшитилмай қолади. Бошқа ички органларда деярли ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин, баъзан юрак уриши тезлашади (тахикардияда).

Рентгенологик текширишда сезиларли ўзгаришлар деярли аниқланмайди, айрим ҳолларда упка илдизи соҳасида упка расмининг кучайганлиги сезилади. Лабораториядаги қон таҳлилида лейкоцитлар миқдори ($10 \times 10^9/\text{л}$ — $12 \times 10^9/\text{л}$) ортади, ЭЧТ тезлашади, балғамда эпителий, лейкоцитлар топилади. Ўткир бронхитга ўз вақтида даво қилинса бемор тез, яъни 2—3 ҳафтада соғаяди.

Давоси ва парварииш қилиш. Бемор иситмалаётганда урин-кўрпа режими буюрилади, тинчлик ҳолати ҳансираш ва йўтални камайтиради.

Деярли ўткир бронхит билан беморлар шифохонада даволанмайдилар, шунинг учун улар иссиқ уйда, совуққа чиқмаган ҳолда тез-тез хона ҳавоси алмаштирилган ҳолда парварииш қилинади. Хонада чекиш, иссиқ овқатлар тайёрлаш мумкин эмас.

Иссиқ овқатлар, шиллиқ пардаларни таъсирлайдиган маҳсулотлар (зираворлар) рациондан истисно қилинади. Беморга куп миқдорда суюқликлар ичиш маслаҳат берилади (малинали, мурабболи чой). Балғам тез ва осон кучиши учун ишқорли минерал сувлар ва ишқорий суюқликлар (боржом, содали сут ва бошқ.) берилади.

Азоб берувчи йўталда дори моддаларидан: кодеин, дионин ($0,015 \text{ г}$ кунига 3—4 маҳал); либексин, глаувент, стоптуссин томчи ҳолда ва бошқа нонаркотик моддалардан берилади. Ўсимлик қайнатмалари ва дамламаларидан ингаляция қилинади (ромашка гули, эвкалипт

барги, зверабой, эфир ёғларидан анис ва ментол ёғидан бронх шиллиқ қаватидаги турли хил ажралмаларни юмшатиш мақсадида ва даволаш учун). Ингальяцияни яхши кутарган ҳолда уни 5 — 20 мин. дан кунига бир неча маротаба қайтариш мумкин. Бронхоспазмни келтириб чиқармаслиги учун буғ ҳарорати ортиқча баланд бўлмаслиги керак.

Бронхоспазмни бартараф этиш учун эуфиллин таблеткаси, бронхолитин 1 ош қошиқда кунига 3 — 4 маҳал; фойда сезилмаганда сальбутамол (вентолин)дан ингальяция қилинади.

Туш орқасида оғриқ бўлганда туш соҳаси ва кукрак оралиғига горчичниклар қўйилади. Иситувчи компресслар, оёққа иссиқ горчичникли ванна қилинади. Балғамли йуталда банкали массаж, балғам куп ажралиши биланоқ балғам кучирувчи воситалар: мукалтин, термопсис ўти дамламаси, албатта витаминлар, асосан аскорбинат кислотаси ва бошқалар буюрилади.

Ўткир бронхит тана ҳароратининг кутарилиши ва йирингли балғам билан кечганда антибиотиклар ёки сульфаниламидлар (бисептол) қўлланади. Кўпроқ ярим синтетик пенициллинлар (ампициллин, оксациллин ёки улар комбинацияси — ампиокс 2 г дан суткасига 4 маҳал буюрилади); эритромицин, тетрациклин 1 г дан суткасига бўлинган ҳолда 4 маҳал берилади. Қарияларда нормал ҳарорат бўлган тақдирда ҳам антибиотиклар профилактика мақсадида қўлланилади. Қолган беморларда, яъни нормал тана ҳарорати ёки қисқа субфебрил ҳароратда антибиотиклар ўрнига яллиғланишга қарши воситалар (бруфен, ацетилсалицилат кислота, аналгин ва бошқ.)дан фойданилади.

Оқибати. Яхши, деярли тулиқ соғайиб кетади. Ўткир бронхитда бронх ўтказувчанлиги бузилган ҳолларда касаллик биров чўзилиб, сурункали тусга ўтиши мумкин.

Касалликнинг олдини олиш, яъни профилактикаси учун организмни чиниқтириш, физкультура билан мунтазам шуғулланиш зарур. Юқори нафас йўлларининг яллиғланишини ўз вақтида даволаш, касалликни бартараф этишда катта аҳамиятга эга. Кимёвий заводларда, фабрика, кон саноати корхоналарида меҳнатни тўғри ташкил этиш ва муҳофаза этиш ҳам профилактика чора-тадбирларига киради. Зарарли одатларга қарши кураш бронхит касаллигининг профилактикасида катта аҳамиятга эга.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Ўткир бронхитни келтириб чиқарувчи сабабларни айтинг.
2. Ўткир бронхитнинг характерли клиник белгиларини сананг.
3. Ўткир бронхитнинг асосий давоси ва парвариши нимадан иборат?
4. Ўткир бронхит профилактикаси қандай олиб борилади?

Сурункали бронхит — узок чузитувчи бронх шиллик пардасининг диффуз ялтигланиши булиб, бронх деворини анча чукур қатламларига-ча зарарлаб, бронх олди ялтигланишини ҳам келтириб чиқариши мумкин. Касаллик тез-тез қайталаниш ва яшириниш билан алмашилиб туради. Сурункали бронхит нафас олиш системасининг жуда кўп тарқатган касалликларидан булиб, кўпроқ 40 ёшлар орасида учрайди, аёлларга нисбатан эркеклар 2–3 баробар кўпроқ касалланадилар. Айрим касалликлар келиб чиқишида бу касалликнинг аҳамияти жуда каттадир (бронхиал астма, ўпка эмфиземаси, ўпка раки ва бошқ.).

Этиологияси. Бронх деворларининг давомли касаллиги булиб, ўткир бронхит оқибатида, пневмониядан сўнг ривожланади. Об-ҳавоси кескин ўзгариб турувчи, нам иқлимли, аҳоли зич яшайдиган жойларда касаллик кўпроқ кузатилади. Касаллик кўпинча касбга алоқадор булади. Нонвойлар, тегирмон ишчилари, тош силлиқловчилар, ип йигирувчилар, цемент заводларида, шахта, руда конларида ишловчилар бу касалликка кўпроқ мойил буладилар. Сурункали бронхитда сигарет чекиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. 80% сурункали бронхит билан касалланганларни чекувчилар ташкил этади. Ёш болалар ва кексайиб қолган кишиларда ўткир бронхитнинг сурункали бронхитга айланиб кетиш хавфи катта булади. Беморлар чекишни ташламайдиган ва қандай бўлмасин зарарли омиллар таъсири (совуқотиш, зарарли буғлар, газлар ва бошқ.)га учрайверадиган булсалар ҳам ўткир бронхитнинг сурункали бронхитга айланиб кетиши осон булади.

Таъсир этувчи омиллар. Касаллик ҳаммада ҳам бир хил ноқулай омилларнинг таъсир этиши эвазига эмас, балки тузилишига боғлиқ ҳолда ҳам келиб чиқади. Бунга юқори нафас йўлларидаги ўчоқли инфекциялар, моддалар атмашинувининг бузилиши (семириш касаллиги), ирсий омиллар (α_1 -антитрипсин ферменти етишмовчилиги) сабаб булади.

Клиник манзараси. Сурункали бронхитдаги асосий белги—йўтал булиб, маълум миқдордаги шилимшиқли ёки шилимшиқ-йирингли балғам ажралиши билан характерланади. Йўтал кўпроқ эрталаб зураяди, унинг кучайиши ҳаво муҳитига, зарарли одатларга боғлиқдир. Беморларда умумий дармонсизлик, тана ҳароратининг субфебрил даражада ($37, 5^{\circ}\text{C}$ гача) кутарилиши кузатилади. Аста-секин ҳансираш ривожланади, дастлабки жисмоний ҳаракатда, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам тез чарчаш, терлаш кузатилади. Ҳансираш экспиратор характерга эга булади. Объектив ўзгаришлардан эшитиб қурилганда тарқоқ қуруқ ва нам хириллашлар аниқланади. Касаллик кучайиши даврида қон таҳли-лида лейкоцитлар кўпайиб, ЭЧТ ошгани қайд қилинади.

Асорати. Сурункали бронхит даволанмаса кўпроқ ўчоқли пневмония (бронхопневмония), бронхоэктазлар, ўпка эмпиемаси пайдо булиши мумкин.

Давоси. Сурункали бронхитни даволашда беморнинг умумий аҳолига эътибор берилади. Даволаш комплекс омиллар билан олиб борилади. Беморга ётоқ режими буюрилади. Зарарли одатлар (чекиш, касбкор омиллари), зираворли овқатлар истисно қилинади. юқори нафас йўллари санацияси ўтказилади.

Инфекцияга боғлиқ ҳолда касалликнинг қайталанадиган босқичида антибиотиклар (ярим синтетик пенициллинлар; цефалоспорин, гентамицин), йирингли бронхитларда парентерал йўлдан ташқари антибиотиклар интратрахеал усулда ҳам юборилади.

Касалликнинг оғир турларида дорили бронхоскопия ўтказилади (антисептик ёки антибиотиклар, заруратга қараб мукосальвин, мукосальван билан). Балғам қучирувчи ўтлар, дори моддаларидан: мукалтин ёки бромгексин, сальвин, ацетилцистеин препаратлари, АЦЦ ёки АЦЦ — лонг таблеткалари, йўтални енгиллаштирувчи либексин ёки тусупрекс таблеткалари қўлланади.

Сурункали бронхит астматик компонент билан бўлган тақдирда бронхолитиклардан фойдаланилади: эуфиллин таблеткаси, агар обструктив синдром қўшилса, аэрозолли ингалятор ишлатилади.

Бронх йўлларини балғамдан тозалашда нафас гимнастикасининг аҳамияти катта (қунига икки мартаба ўтказилиши керак). Кукрак қафасини массаж қилиш ва физотерапевтик муолажалар (диатермия, кукрак қафасига УВЧ, кальций хлоридли электрофорез ва бошқ.) зарур.

Касалликнинг қайтланадиган босқичида чағитувчи воситалардан ҳам фойдаланилади. Соғайиш босқичида нафас гимнастикаси ва санаторий-курорт шароитида даволаниш тавсия этилади (жанубий Қрим, урмонли ва чўл муҳитларида даволаниш).

Оқибати Яхши. Ўпка етишмовчилиги ва ўпка-юрак синдромида бемор соғайиши анча қийинчилик туғдиради.

Касалликнинг олдини олиш, яъни профилактикаси учун организмни чиниқтириш, физкультура билан мунтазам шуғулланиш лозим. Юқори нафас йўлларининг ялтиғланишини ўз вақтида даволаш касалликни бартараф этишда катта аҳамиятга эга. Кимёвий заводларда, фабрика, кон саноати корхоналарида меҳнатни туғри ташкил этиш ва муҳофаза этиш ҳам профилактика чора-тадбирларига киради. Зарарли одатларга қарши кураш бронхит касаллиги профилактикасида катта аҳамиятга эга.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Сурункали бронхитни келтириб чиқарувчи сабабларни айтинг.
2. Сурункали бронхитнинг характерли клиник белгиларини сананг.
3. Сурункали бронхитнинг асосий давоси ва парвариши нималардан иборат?
4. Сурункали бронхит профилактикаси қандай олиб борилади?

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма — сурункали, мустақил, инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, бронхлар мускулатураси тортишиб қисқариши натижасида одамнинг нафас қисиб, буғилиб қолиши, кейин йута-либ ёпишқоқ балғам ташлаши билан характерланади. Бронхиал астма касаллиги сунгги йилларда одамлар орасида кўпайиб бормоқ-да, ер шарининг 2 % аҳолиси шу касаллик билан оғрийди, охириги икки ун йилликда касаллик 3 баробар ортган. Бу касаллик кўпроқ кимё заводлари ва транспорти кўп шаҳарларда ортмоқда.

Этиологияси. Бронхиал астманинг пайдо бўлишига жуда кўп омиллар сабаб бўлмоқда (одам организми реактивлик ҳолатининг узгариши, «аллерген» деб аталувчи баъзи моддаларга организм-нинг сезгирлик ҳолатининг ошиши, инфекцион ва ноинфекцион омиллар).

Ноинфекцион омил аллергиялари:

*Ижтимоий аллергиялар: уй чанглари, перо ёстиқчаси ва бошқалар.

*Уй чангининг энг асосий компоненти дерматофагоид кана-лардир, улар урин-кўрпа оқлиқларида яшайди (ёстиқда, кўрпачада, адёлда). Бу каналарнинг зўр бериб кўпайиши октябр-ноябр ва март-апрел ойларига тўғри келади, бу давр эса касал-ликнинг қайталаниш даврига тўғри келади. Ижтимоий аллер-генларга китоб ва кутубхона чанглари ҳам киради.

*Ҳайвон ва ўсимлик аллергияларига: дарахт ва ўсимлик чанг-лари, тўпланган пичан, ҳайвон жунлари, майда ҳашаротлар қисмлари ёки организми қуриганлари, аквариумдаги балиқ учун қуритилган овқатлар киради.

*Овқат учун ишлатиладиган айрим маҳсулотлардан: тухум, қулупнай, шоколад, балиқ, гўшт ва бошқалар.

*Дори моддаларидан: кўпроқ антибиотиклар, пиразолон қатори моддалари, витамин ва бошқалар.

*Кимёвий ишлаб чиқариш маҳсулотлари: сунъий толалар, пе-нопласт ишлаб чиқариш, ҳар хил синтетик клейлар, порошок ва бошқалар.

*Бронхиал астма касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлувчи ноинфекцион аллергиялар, атопик аллергиялар дейилади.

Инфекцион аллергияларга: турли хил бактериялар, вируслар, қўзқоринлар: патоген (кандида, микроспора, дерматофитон ва бошқ.) ва нопатогенлар (аспергелла, пенициллиум ва бошқ.), гель-минтлар, содда жониворлар киради. Булар инфекцион-аллергик бронхиал астма касаллигини келтириб чиқаради. Жуда кўп ҳол-ларда юқори нафас йўллари ҳамда бронх, ўпка касалликлари са-баб бўлади (сурункали бронхит ва пневмониялар).

Атопик ва инфекцион-аллергик бронхиал астма жуда кўп ҳолатларни бирлаштирган ҳолда кейинги йилларда махсус терминда «иммунологик бронхиал астма» деб аталмоқда. Бундан ташқари ноиммунологик бронхиал астма ҳам тафовут қилинмоқда. Бунда касаллик келиб чиқишидаги аллергенларни аниқлашнинг имкони йўқ. Фақатгина нафас қисиш ҳолатига сабаб булувчи омиллар аниқланади (яъни нафас қисиш хуружини келтириб чиқаришда нафаснинг кучайтирилиши, асосан физик кучланиш, совуқ ҳавони нафасга олиш ва бошқа омиллар). Бундай ҳолат адашган нерв орқали неспецифик қўзғатувчиларнинг бронх қўзғалувчанлигини ўзгартиришга олиб келади. Бундай астма физик зўриқиш астмаси дейилади.

Бронхиал астма келиб чиқишида марказий нерв системасининг (МНС) роли ҳам катта, кўпроқ бу касаллик билан нотургун нерв системасига эга одамлар оғрийди. Айрим ҳолларда ўткир нерв психик зўриқиш эвазига ҳам бошланади. Бронхиал астманинг бу тури невроген тур деб аталади. У «Гуморал бошқарилиш» натижасида ҳам келиб чиқади, айрим ҳолларда климакс даврида бронхиал астма аниқланади.

Таъсир этувчи омиллар. Касалликнинг келиб чиқишига ирсий омиллар ҳам сабаб бўлиши мумкин, яъни бир неча наслдан наслга ташқи қўзғатув таъсир этувчи омилларга нисбатан организм сезувчанлигининг ошиб бориши, маълум бир наслда шу омилга нисбатан организмнинг сезувчанлиги ошиб касаллик келиб чиқади, бу ҳолат қондаги айрим моддалар, яъни антигенлар гистомослигига боғлиқ.

Бронхиал астма кўпроқ юқори нафас йўллари касалликлари, асосан аллергик (вазомотор ринит, аллергик синусит, бурун полипоз) касалликлардан келиб чиқади.

Касалликнинг келиб чиқишида яна организмнинг аллергик омилларга нисбатан мойиллиги ҳамда (қичима касаллиги билан оғриганлик ва бошқ.) бронх ва ўпка касалликлари (сурункали бронхит, асосан унинг астмоит компонент билан кечувчи тури, астма олди ҳолати) катта аҳамиятга эга.

Касалликнинг клиникаси. Асосий клиник белгиси нафас қисиши, бўғилиш хуружидир.

Атопик бронхиал астма касаллигининг характерли белгиси—бу хуружнинг тўсатдан бошланиши бўлиб, бунда беморни кўпинча бурун битганлиги, кўкрак соҳасидаги нохуш сезгилар, мажбурий йўтал безовта қилади. Инфекцион-аллергик бронхиал астма касаллигида нафас қисиш хуружи аста-секинлик билан бронхит ёки пневмония симптомларининг зўриқиши кўринишида бошланади.

Бронхиал астма хуружида беморлар ўзларини бўғилиб қолаётганидек ҳис қиладилар, нафас қисади, асосан нафас чиқариш

қийинлашади, оғир ҳолатларда нафас олиш ҳам қийинлашади. Нафас олиш шовқинли, ҳатто кичик масофадан ҳам эшитиладиган бўлади ва ҳуштаксимон характерда ҳам бўлиши мумкин. Касаллик хуружи тутиб қолган маҳалда бемор қўллари билан тиззаларига таянган, елкалари кўтарилган, бироз олдинга чиққан, ҳолда ўтириб мажбурий нафас ола бошлайди (12-расм).



12-расм. Бронхиал астма хуружи даврида беморнинг ҳолати.

Ўпка аускультациясида нафас чиқаришнинг чўзилганлиги, жуда кўп ҳар хил қуруқ хириллашлар эшитилади. Перкуссия қилиб кўрилганда қутича товуши чиқади, ўпка ҳаракатлари чегараланган, ўпканинг пастки чегаралари кенгайганлиги аниқланади. Юрак чегараларини аниқлаш қийинлашади, чунки эмфизематоз—ўпканинг кенгайиши юракни ўраб олади. Пульс тезлашади. Хуружнинг аввалида балғам бўлмайди, кейинчалик йўтал тутиб, шилимшиқ аралаш ёпишқоқ балғам тушади. Балғам характерли бўлиб унда кўп миқдорда эозинофиллар, Крушман спираллари (бронх қуйилмалари), Шарко-Лейден кристаллари (эозинофилларнинг парчаланиш маҳсулотлари) бўлади. Қон лабораториясида хуружда эозинофиллар ортади. ЭКГ да 2 ва 3 стандарт улашда Р-тишчанинг юқорилиги аниқланади. Бу хуруж даврида ўпка гипертензиясининг оғир хуружлардаги белгисидир. Бронхиал астманинг узоқ тутиб туриши астматик ҳолат ёки астматик статус (status astmatics) деб аталади.

Касалликнинг енгил тури асосан хуружнинг камлиги, енгиллиги билан характерланади, хуруж ҳафтасига бир мартаба бўлиши, дори моддасини қабул қилиш ёки ингалятордан фойдаланиш билан ўтиб кетиши мумкин. Бу ҳолат кўпроқ атопик бронхиал астмага хосдир. Бунда оғир хуружлар ҳам тез ўтиб кетиб нормал нафас ҳаракатлари тикланади. Хуруж оралигида беморлар ўзларини яхши ҳис қиладилар, хириллашлар эшитилмайди.

Инфекцион-аллергик бронхиал астамада хуруждан чиқиш секин боради, аста-секин ҳансираш камаяди ва бемор ҳолати яхшиланади. Бундай беморларда хуруж оралиги ҳам жуда қийин ўтади, нафас олиш қийинлашади, ўпкада қуруқ хириллашлар эшитилади.

Бронхит касаллиги билан бирга кечадиган бронхиал астама касаллигида хуружлар тез-тез қайтарилиб туради, унинг узоқ вақт давом этиши, ўпка эмфиземаси ва нафас етишмовчилигига олиб келади.

Даволаш ва парваришлаш. Дастлаб касалликни келтириб чиқарувчи аллерген аниқ бўлса, шунга қарши кураш олиб бориш зарур. Бронхиал астма хуружини, хуруж оралтигида даволашнинг узига хос томонлари бор.

Бронхиал астманинг енгил хуружларида беморлар оғиз орқали бирор бронх кенгайтурувчи моддаларни ингаляция йули билан қабул қилиши билан утиб кетади (астмопент, сальбутамол, беротек, атровент, беродуал). Айрим ҳолларда таблеткалар қабул қилиш ҳам кифоя қилади (эуфиллин, вольмакс). Хуружнинг ҳар қандай ҳолатида иссиқ содали суюқликлар ичиш, оёққа горчичникли ванналар қилиш, кўкрак қафасига горчичниклар қуйиш тайинланади. Ўзгариш сезилмаса тери остига эфедрин, папаверин, но-шпа бирор-бир антигистамин моддаси билан (супрастин, димедрол ва бошқ.) юборилади. Кексаларга венага эуфиллин қилинади.

Бронхиал астманинг уртача оғир ва оғир турларида, албатта беморларга шифохона шароитида даво қилинади. Ёш беморларга тери остига адреналин, венага эуфиллин, оғир нафас қисиши хуружида венага томчи усулида натрий хлорнинг изотоник эритмаси ёки ишқорий мураккаб қоришмалар юборилади. Оғир ҳолларда аксарият венага кортикостероид гормонлар (преднизолон, гидрокортизон) тайинланади.

Бундай ҳолатларда ҳамширанинг вазифаси бемор ҳолатини диққат билан кузатиш, уни тинчлантириш, тушкунликдан чиқариш, касалликнинг яхши оқибатларига унда ишонч ҳосил қилдириш, хуруж бошлангудек бўлса, зудлик билан врачга хабар бериш, беморга қулай шароит яратиш, орқасига ёстиқлар қуйиш, деразаларни очиш, хонага иложи борица тоза ҳаво киришини таъминлашдир.

Оғир беморларга хуруж оралтигида кортикостероид гормонлардан (преднизолон, триамцинолон ёки дексаметазон) берилади. Кунига 5–6 таблеткадан бир (нонуштадан сунг) ёки икки маҳал (озроқ қисмини тушликдан сунг) ичилади, секин-асталик билан дори миқдорини камайтириб борилади. Эуфиллин таблетка ҳолатида ва тўғри ичакка кечқурун шамча ҳолатида буюрилади. Эуфиллиннинг узайтирилган таъсир этувчи моддалари (теопек, теобелонг)ни кунига икки маҳал эрталаб ва кечқурун ичишга ўтиш мумкин.

Бронхиал астма касаллиги билан оғирган беморларга мураккаб комбинацияли теофедриндан фойдаланишга йўл қўймаслик керак, чунки бу модда биринчидан, беморда шу моддага урганиш ҳосил қилса, иккинчидан қўллар қалтираши келиб чиқишига сабаб бўлади.

Жуда куп беморлар чўнтак ингаляторларидан фойдаланадилар (симптомиметиклар—астмопент, сальбутамол, беротек ёки кам ҳолларда холинолитик—атровент). Оғир беморлар учун кортикостероидли

ингальяторлар (бекламет, бекоит ва бошқ.) ёрдам беради. Янги кортикостероидли ингальятор «Ингокорт» узайтирилган таъсир этувчи бўлиб (12 соатгача), ундан суткасига икки маҳал эрталаб ва кечқурун фойдаланиш мумкин. Шундан сунг албатта беморлар оғиз-ларини чайқашлари керак. чунки кортикостероидлар оғиз бўшлиғи кандидозини келтириб чиқариши мумкин.

Ҳамишира беморларга ингальятордан туғри фойдаланиш қоидаларини ўргатиши керак. Бунинг учун бемор чуқур нафас чиқаргандан сунг ингальяторни оғзига маҳкам ушлаган ҳолда нафас олади ва иложи бори-ча нафасни камида 10 сек. ушлаб туради.

Касалликнинг ремиссия босқичида санаторий-курорт даволари олиб борилади. Бунда тоғлиқ районларда жойлашган санаторийлар, айрим ҳолларда яшаш жойини узгартириш ёки уй жиҳозларини алмаштириш (урин курпаларини) ҳам фойда беради.

Оқибати. Жуда куп омилларга боғлиқ. Касалликнинг атопик турида оқибат анча яхши, яъни аллерген аниқланса, бемор соғаяди. Инфекцион-аллергик турида оқибат кечаётган касаллик ҳолатига боғлиқ.

Профилактикаси. Инфекцион-аллергик бронхиал астманинг олдини олиш учун энг авват юқори нафас йуллари касалликлари ва организмдаги ўчоқли инфекция ҳолатларни вақтида даволаш лозим.

Иш ҳамда яшаш шароитида таъсир этувчи аллергенларни аниқлаш, ижтимоий омилларни доимо назорат қилиш, аҳолини мунтазам диспансер кузатуvidан утказиб бориш зарур.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Бронхиал астма касаллигига тавсиф беринг.
2. Инфекцион ва ноинфекцион аллергенларни санаб ўтинг.
3. Атопик ва инфекцион бронхиал астмаларни таърифлаб беринг.
4. Аллергенлардан ташқари яна қандай омиллар бронхиал астма касаллигига сабаб бўлиши мумкин?
5. Нафас қисиш хуружининг клиник манзарасини таърифлаб беринг.
6. Астма хуружи вақтида ҳамширанинг назорати ва парвариши ҳақида сузлаб беринг.
7. Астматик ҳолат нима?
8. Хуруж оралиғида қандай даволаш ишлари олиб борилади?
9. Бронхиал астма профилактикаси туғрисида тушунча беринг.

УТКИР ПНЕВМОНИЯ

Пневмония — зотилжам упка туқимасининг уткир яллиғланиши бўлиб, мустақил касаллик тариқасида ёки бошқа бирор касалликнинг бир қуруниши ё булмаса асорати сифатида учрайди. Унинг крупоз, ўчоқли, гриппоз, сурункали ва бошқа турлари тафовут қилинади. Патологик жараён (инфекцион омил) бронхиолаларда, алвеолаларда, упканинг интерстициал туқимасида, упка-қон томирларида жойлашади.

Ўткир пневмония ички органлар касалликлари ичида аҳамиятли уринни эгаллайди. Касаллик кўпроқ январ — март ойларида (грипп эпидемиясида ҳам) кўпайса, апрел — октябр ойларида камаяди.

КРУПОЗ ПНЕВМОНИЯ

Крупоз пневмония — упка туқимаси бир булагининг яллиғланиши бўлиб, уни пневмококк (асосан Френкель-Вексельбаум, айрим ҳолларда, Фридлендер таёқчалари), стрептококк, стафилококк ва бошқа микроорганизмлар келтириб чиқариши мумкин. Касаллик ривожланишига иммун системанинг заифлашиши, қаттиқ совқотиш, руҳий қаттиқ зуриқиш, тулиқ овқатланмаслик сабаб бўлади.

Крупоз пневмонияда патоморфологик ўзгаришлар узулуксиз 4 босқичда бўлиб ўтади.

1-босқич: қонга тулиш (гиперемия). Бунда упка туқимасида гиперемия пайдо бўлиб, альвеолалар ичида яллиғланиш экссудати тупланadi. 2-боқич: қизил жигарланиш. Бунда альвеолалар ва кичик бронхлардаги экссудатга кичик томирлардан эритроцитлар билан оксил (фибриноген) ўтади. Упка туқимаси ҳавосиз, зич, қизил рангда бўлиб, жигар тусини олади. 3-босқич: кулранг жигарланиш босқичида экссудатда лейкоцитлар кўпайиб, кесиб қурилганда кулранг жигарни эслатади. 4-босқич: тузалиш босқичи—касалликнинг 7—10-кунларидан бошланади. Бу босқичнинг давом этиш муддати яллиғланган соҳанинг чегарасига, олиб борилган даволашга, беморнинг реактив ҳолатига, касаллик қўзғатувчи микробнинг вирулентлик хусусиятига боғлиқ бўлади.

Клиник манзараси. Крупоз пневмония бирдан бошланиб, беморнинг тана ҳарорати куннинг иккинчи ярмида 39 — 40° С га кўтарилadi. Умумий лоҳаслик пайдо бўлиб, одам қаттирайди, дармони қуриб, боши оғрийди, терлайди, бурун-лаб бурмаларига учуқ тошади— оддий герпес пайдо бўлади. Одам эс-ҳуши айниб, боши бир қадар гангиб туради. Тана ҳарорати юқори курсаткичда бир неча кун туради ва бир неча соат мобайнида кескин пасайиб кетади (кризис касалликнинг 7 — 11-кунларида булиши мумкин). Бу даврда юрак жуда заиф бўлиб қолади, парвариш қилиб бораётган ҳамшира бунини яхши билиши керак. Кордиамин, камфора, адреналин тахт туриши керак. Бу даврда артериал босим пасайиб, пульс тезлашади ва сусайиб кетади, қалтираш (талваса) пайдо бўлади. Касалликнинг бошланиш даврида қуруқ йўтал, кўкрак қафасидаги санчиқли оғриқ, ҳаво етишмаслиги, кейинчалик йўтал, зангсимон балғам кузатилади, нафас тезлашади, кўкрак қафасининг касал томони бир қадар орқада қолади. Перкуссия қилинганда—упканинг яллиғланиш соҳасида буғиқ перкутор товуш эшитилади. Аускультация қилиб қурилганда везикуляр нафаснинг сусайгани, бронхиал нафас ва крепитация, кейинчалик эса касалликнинг охириги босқичидаги балғам ташлаш маҳалида ҳар

хил катибрили нам хириллашлар эшитилади. Крупоз пневмонияда нафас олиш аъзоларидан бошқа аъзоларда ҳам сезиларли узгаришлар содир бўлиши мумкин. Юрак қон-томир системасида пульс тезлашади, артериал босим пасаяди, марказий нерв системасининг узгаришлари хавфлидир, аксари делирий ҳолати бошланади; бемор кунглига қаттиқ ваҳима тушади, аллақасқларга қочиб кетгиси келиб туради, деразадан ўзини ташлаб юбориши мумкин. Ҳамшира бундай беморларни хушёрлик билан кузатиб бориши лозим. Сийдик ажратиш системаси—сийдикда бир оз миқдорда оқсил пайдо бўлади, қонда нейтрофил лейкоцитоз $(15-25) \times 10^9/\text{л}$, эритроцитлар чуқиш тезлиги (ЭЧТ) ортади. Рентгенологик текширишда ўпка тасвирининг кучайганлиги, битта булак ёки сегментлар доирасида ўпка илдизи соясининг кенгайганлиги аниқланади.

Давоси. Крупоз пневмония билан оғриган беморлар касалхона шароитида ётоқ режими асосида даволанадилар. Агар беморлар уй шароитида, оилавий шифохоналарда даволанадиган бўлсалар, уларга урин-курпа режими буюрилади. Беморга жисмоний ва руҳий осойишталик, парҳез (витаминларга бой овқатлар, бульон, мева шарбатлари, минерал сувлар) тавсия этилади. Касалликнинг дастлабки кунида антибактериал терапия белгиланади, антибиотиклардан пенициллиннинг натрийли, калийли тузларидан суткасига 3 млн. — 4 млн. ТБ миқдорда мускул орасига юбориб турилади. Пенициллинга сезгирлик бўлса, цефалоспорин (кефзол, цепорин 2 г дан суткасига 2 маҳал) берилади. Сульфаниламид препаратлардан сульфадимезин, сульфадиметоксин ичиш учун схема бўйича 1 кун юқори миқдорда (1—2 грамм, қолган кунлари ушлаб турувчи дозаси 0,5 — 1,0 грамм) буюрилади. Беморнинг антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларга сезувчанлиги бўлса, нитрофуран унумларидан нитроксолин, фуразолин ичиш учун тайинланади. Бронхолитиклардан зуфиллин, теофедрин, балғам кучирувчилардан термопсис дамламаси, алтсей илдизи, калий йодид, мукалтин, йўталга қарши кодеин, либоксин, бромгексин препаратлари, тинчлантирувчи воситалардан бром ва валериана препаратлари буюрилади. Биоген стимуляторлардан алоэ. ФиБС, метилурацил ишлатилади. Витамин препаратларидан аскорбинат ва никотинат кислота, чалғитувчи воситалардан горчичниклар ва банка тайинланади. Касалликнинг оғир ҳолатларида беморга аутогемотерапия ва гормон препаратлари буюрилади. Касалликнинг якунланиш босқичидан сўнг санаторий-курортларда даволанишни давом эттириш тавсия этилади.

Оқибати. Яхши, вақтида даволанса, бемор бутунлай соғайиб кетади. Ўлим ҳолати ҳозирги антибиотиклар даврида жуда кам.

Профилактикаси. Организмни чиниқтириш, физкультура билан мунтазам шуғулланиш иш гигиенасини сақлаш, асосан кимёвий

тахикардия, қон босимининг пасайиши кузатилади. Рентгеноскопияда упка илдиизидан периферияси томон тарқалиб борадиган бир текис соя қуринади (13-расм). Лаборатория текширувида қонда лейкоцитоз, ЭЧТнинг ошиши, балғамда лейкоцитлар, касаллик қузғатувчилари аниқланган.

Давоси. Бемор касалхонада ётиб даволаниши зарур, унга тинчлик ва осойишталик, витаминларга бой овқатлар, бульон, мева шарбатлари, минерал сувлар бериш мақсадга мувофиқ бўлади. Дори моддаларидан антибиотиклар касалликнинг оғир-енгиллигига қараб 7–10 кун мобайнида тайинланади. Сульфаниламид препаратлардан норсульфазол, сульфадиметоксин ва бошқалар схема бўйича берилди. Беморга юрак қон-томирларни қувватлайдиган кофеин, кордиамин, тинчлантирадиган бромидлар, ухлатувчи препаратлар, йуталга қарши, балғам кучирувчи ва умумий қувватни оширувчи препаратлар буюрилади.

Профилактикаси. Организмни чиниқтириш, спорт машғулоти билан шуғулланиш, сурункали касалликларни даволаш, спиртли ичимликлар ичиш ва бошқа зарарли омилларни бартараф этиш бўйича тадбирларни амалга ошириш касалликнинг асосий профилактикаси ҳисобланади.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Ўткир пневмониялар келиб чиқишига қандай омиллар сабаб бўлади?
2. Курпоз пневмония нима? Унинг клиник белгиларини санаб беринг.
3. Курпоз пневмония касаллиги билан беморларни даволаш ва парвариш қилиш асослари.
4. Учқоқли пневмониянинг келиб чиқиш сабаблари?
5. Касалликнинг кечинишида учқоқли пневмония курпоз пневмониядан қандай фарқланади?
6. Ўткир пневмония касалликларининг олдини олишда қандай профилактик тадбирлар қўлланади?

СУРУНКАЛИ ПНЕВМОНИЯ

Сурункали пневмония – ўткир пневмонияга етарлича яхши даво қилмаганда ёки битта упканинг ўзида такрор пневмония бўлганда ривожланади. Ўткир пневмониялар, бактериял флора (стрептококклар, пневмококклар, стафилококклар, ичак таёқчалари), юқори нафас йўллари, бронх-упка системаси касалликлари, ташқи муҳит ҳарорати, иммун системанинг пасайиши касалликнинг кучайишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Бемордаги клиник белгилар келтириб чиқарувчи сабаблар бўйича турлича намоён бўлади. Беморда тез чарчаш, иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратининг кутарилиши, кун терлаш, эрталабки кучаяувчи қуруқ йутал, баъзан балғам кучиши аниқланади. Беморлар ҳаво етишмаслиги, нафас қисиши, юрак-

нинг тез уриши, баъзида қон туфлашдан шикоят қиладилар. Бемор кўздан кечирилганда озиб кетганлиги, бармоқлари «ноғара чўплари», тирноқлар «соат ойнаси» қуринишига кириб қолганлиги маълум бўлади. Перкуссияда касал томонидан перкутор товуш калта тортиб қолганлиги аниқланади. Аускультацияда бир қанча майда ва урта пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Лабораторияда лейкоцит, ЭЧТнинг ошганлиги, эритроцитоз кузатилади.

Давоси. Беморга юқори калорияли овқат берилади. Дори моддаларидан асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари буюрилади. Антибиотик билан даволашда балғамдаги микроблар ва уларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангандан сўнг керакли антибиотиклар буюрилади, беморга балғам кучирувчи воситалар, гормон препаратлари ҳам тайинланади. Аутогемотерапия, стероидлар, алоэ, ФиБС, десенсибилизация қилувчи воситалар, кальций хлорид, аскорбонат кислота ва бошқа дорилар тайинланади. Беморга санаторийлар ва курортларда даволаниш ҳам тавсия этилади.

ЎПКА ЭМФИЗЕМАСИ ҲАМДА ПНЕВМОСКЛЕРОЗ

Ўпка эмфиземаси—ўпкада ҳаво миқдорининг кўпайиши бўлиб, учоқли ёки тарқоқ бўлиши мумкин.

Пневмосклероз—ўпка тўқимасига бириктирувчи тўқиманинг ушиб кириши натижасида ўпка функциясини издан чиқаришидир.

Касалликнинг сабабларига сурункали бронхит, бронхиал астма киради. Касалликда ўпка вентиляцияси, бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши, майда бронхларда балғам тупланиши, ўпка эмфиземаси ва пневмосклероз авж олишига йўл очиб беради.

Клиник манзараси. Беморлар асосан йўтал ва ҳансирашдан шикоят қиладилар. Йўтал қаттиқ бўлиб, озгина балғам ажралади. Ҳансираш касалликнинг бошланиш даврида жисмоний меҳнатдан пайдо бўлса, кейинчалик тинч турган вақтда ҳам намоён бўлади. Бемор объектив текширилганда кўкрак қафаси бочкасимон шаклда бўлиб, қовургалараро камгактар кенгайиб қолганлиги аниқланади. Умров усти ва ости чуқурчалари битинмай кетиб, бўйинтуруқ веналарининг бўртиб турганлиги кўринади. Тери ва шиллиқ пардалар кўкариб, қул-оёқлар илтиқ бўлади. Ўпка перкуссия қилиб қўрилганда қутича товушига ўхшаш товуш чиқади. Ўпканинг пастки чегараси кенгайганлиги, аускультацияда нафаснинг сусайиб қолганлиги маълум бўлади. Рентгенологик текширилганда ўпка тўқимаси тиниқ, ўпка артерияси равоғи бўртиб, диафрагма пастга тушиб яссиланганлиги кўзга ташланади. Спирограмма қилинганда ўпка тириклик сигимининг камайганлиги аниқланади. Веноз босим ортиб, сув устуни ҳисобида 200–300 мм ни ташкил этади (нормада 100 мм) қон томир системасида тахикардия, юрак тонларининг буғиқлиги аниқланади. Қон текширилганда лейкоцитоз, ЭЧТ нинг кучайганлиги қайд этилади.

Давоси. Асосий касаллик ва юракнинг упка туфайли декомпенсацияланиб қолишига қарши даво қилишга қаратилган.

Назорат саволлари:

?

1. Упка эмфиземаси нима?
2. Упка эмфиземаси ва унинг келиб чиқишига сабаб бўлувчи омилларни айтиб беринг.
3. Упка эмфиземаси касаллиги билан касалланган беморнинг ташқи курунишини таърифлаб беринг.
4. Упка эмфиземаси профилактикаси.
5. Учоқли ва диффуз пневмосклерозни келтириб чиқарувчи сабабларни айтинг.
6. Диффуз ва учоқли пневмосклерознинг клиник белгиларини фарқлаб беринг.

БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИК

Бронхоэктатик касаллик бронхлар девори чегараланган қисмларининг кенгайиб қолган йирингли яллиғланишидир. У туғма ва турмушда орттирилган курунишда учрайди. Касалликнинг туғма тури бронхлар мускулатураси тонусининг бузилишидан, орттирилган тури эса сурункали бронхит оқибатида бўлади. Бунда бронх девори юпқа тортиб, чузилиб қолади. Бронхнинг чекланган жойлари цилиндр курунишида кенгайди. Бронх кенгайган жойларининг шиллиқ пардасидаги яллиғланиш жараёни уларда шилимшиқ йиринг аралаш суюқлик тупланиб боришига олиб келади.

Клиник манзараси. Беморнинг умумий аҳволи уртача бўлиб, одатда у эрталабки йуталдан шикоят қилади. Йутал вақтида кўп миқдорда шилимшиқ йирингли балгам ажралади. Бемор билан суҳбатлашганда нафаси ёқимсиз ҳидга эга бўлади. Яллиғланиш жараёни кучайиб қолганда тана ҳарорати кўтарилиб туриши, аускультация қилинганда нам хириллашлар борлиги маълум бўлади, бармоқлар барабан таёқчасига, тирноқлар соат ойнасига ўхшаб қолади (14-расм). Касалликни аниқлашда рентгенологик текшириш муҳим ҳисобланади, бронхларнинг кенгайиб қолган жойлари контраст модда билан тулиб, куз маҳалида яланғочланиб қолгани шохлар билан бир қаторда тукилмаган айрим барглар ёки мева шаклини берадиган дарахтга ўхшайди (15-расм). Қон текширилганда лейкоцитлар сони ортиб, ЭЧТ ошганлиги маълум



14-расм. Барабан таёқчасига ўхшаган бармоқлар.



15-расм. Чап томон бронхоэктазлари
(бронхография).

булади. Касаллик кучайганида нафас ва юрак етишмовчилиги белгилари бошланади. Беморнинг юзи кукариб кетади (цианотик бўлиб туради). Кейинчалик огир сурункали яллиғланиш жараёнига алоқадор интоксикация бошланади.

Давоси. Бемор бронхоэктатик касаллик билан касалхона ёки уй шароитида етқизиб даволанади. Бундай касаллар каваротда бирмунча бошқачароқ ҳолатда ётадилар: каваротнинг оёқ томони бир оз юқори (25—30 см га) кутирилган булиши керак. Бундай ҳолат Квинке ҳолати деб аталади. Бу бронхоэктазларда тупланиб қолган балғамнинг яхшироқ чиқиб кетишига ёрдам беради. Бронхоэктатик касалликда беморлар учун дренаж ҳолатлар яратилади. Бу беморнинг умумий аҳволига қараб қуйидагичадир:

Огир ҳолатдаги беморлар ётган жойида уз ҳолатини 360°га узгартириб турадилар.

Уртача огирликдаги беморлар кушеткада тизза-тирсак ҳолатида 15—20 дақиқага ётқизилади.

Касаллик учоғи бир томонлама жойлашган бўлса, беморнинг боши, қули пастга осилтириб ётқизиб қўйилади.

Дори моддаларидан беморга бронхиал катетерлар орқали антибиотиклар юборилади, балғам кучирувчи воситалар берилади. Юқори калорияли овқатлар истеъмол қилиш буюрилади. Касалликнинг дастлабки даврларида санаторий-курортларда даволаниш яхши натижа беради.

Профилактикаси. Бронхит, пневмонияга уз вақтида даво қилиш, организмни чиниқтириб боришдан иборат.

Назорат саволлари:

?

1. Бронхоэктазлар деб нималарга айтилади?
2. Орттирилган бронхоэктазларни келтириб чиқарувчи сабабларни айтинг.
3. Бронхоэктатик касалликни таърифланг.
4. Бронхоэктатик касалликларнинг асосий симптомлари ва уларнинг асоратлари.
5. Бронхоэктатик касалликларнинг қайталанган босқичида қандай даво муолажалари ўтказилади?

ЎПКА АБСЦЕССИ ВА ГАНГРЕНАСИ

Ўпка абсцесси ва гангренази оғир йиринглаш, упка туқимасида некроз ва емирилиш, бушлиқлар ҳосил булиши билан кечади. Упка абсцесси гангренадан йиринглаш учоғининг чегараланганлиги билан фарқ қилади. Касаллик купроқ ўрта ёшдаги эркеклар орасида кўп учрайди.

Сабаблари. Упка абсцесси ва гангренази келиб чиқишида учоқли зотилжам (пневмония), анаэроб микрофлора ҳамда анаэроб стрептококклар муҳим рол ўйнайди. Совқотиш, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш касаллик ривожланишига ёрдам беради.

Клиникаси. Касалликнинг кечиши 2 босқичдан иборат. 1. Инфильтрация босқичи-бемор аҳволининг тўсатдан ёмонлашуви, тана ҳароратининг кўтарилиши (40°C), иштаҳанинг йўқолиши, дармон қуриб, терлаб туриш, нафас қийинлашиб қолиши, қуруқ йўтал бўлиб туришидан иборат. Перкуссия қилиб қурилганда абсцесс соҳаси ўстидан калта тортган товуш аниқланади, аускультацияда нафас сусайиб қолгани эшитилади. Қон таҳлилида лейкоцитлар сони ортган ($15 - 20 \times 10^9/\text{л}$), ЭЧТ кучайгани ($50 - 60$ мм/соат) маълум бўлади. Рентгенологик теширилганда ҳар хил катталиқдаги думалоқ соялар аниқланади (16-расм).

2. Касалликнинг иккинчи босқичи—йирингли учоқнинг бронхлар йўлига ёрилиши ҳисобланади. Абсцесснинг ёрилиб, йирингли (бир литргача) балғамнинг ташқарига чиқиб кетиши, беморнинг умумий аҳволидаги ўзгаришни намоён қилади. Бунда тана ҳарорати пасайиб, бемор ўзини яхши сезади. У енгил нафас ола бошлайди, иштаҳаси, уйқуси яхшиланади, камроқ терлайди; перкуссия



16-расм. Ўнг ўпка юқориги бўлаги абсцесси рентгенограммаси.

қилинганда тимпаник товуш, аускультацияда абсцесс учоғи устида амфотик нафас эшитилади. Рентгенологик текширилганда думалоқ бушлиқ борлиги ва қолган балғам сатҳи қуриниб туради. Ўпка абсцессиди балғам икки қаватли (устки қатлами бирмунча суюқ, пастки қавати қуқимтир рангли, қуюқ) бўлади.

Гангренада балғам шокалад тусида ва қуланса ҳидли, уч қатламли (усткиси йиринг булаклари араташ қўпикли, уртаси қўнғир рангли, пасткиси эса ушоққа ухшаган массаларда) бўлади.

Давоси. Беморга ётоқ режими, овқатланиш, уйку режимига амал қилиш, овқатнинг оқсилларга бой бўлишини таъминлаш керак бўлади. Даволаниш икки хил йул — дори-дармонлар ва жарроҳдик йули билан амалга оширилади. Дори-дармонлар билан даволашда антибиотиклар пенициллин (катта миқдорда суткасига 4 — 8 млн. гача), стрептомицин, эримицин, левомецетин ва бошқалар буюрилади. Сульфаниламид препаратлардан норсульфазол, сульфадимезин қўлланади. Интоксикацияга қарши беморга гемодез, полиглюкин, плазма, 5 %ли глюкоза, физиологик эритмалар қўйилади. Беморни парвариш қилишда тиббиёт ҳамшираси касални Квинке ҳолатида ётқизиб қўйиши, балғамнинг тикилиб қолишидан эҳтиёт бўлиши, айниқса кечаси унга қараб туриши керак. Бунинг учун беморни боши билан ён томонга ётқизиб қўйиш лозим.

Жарроҳдик усулида даволаш. Абсцессни ёриш ёки ўпканинг шикастланган жойини олиб ташлашдан иборат бўлади.

Назорат саволлари:

?

1. Ўпка абсцессини келтириб чиқарувчи сабабларни сананг.
2. Ўпка абсцесси клиникасининг I- ва 2-давларини фарқлаб беринг.
3. Ўпка абсцессини даволашнинг асосий қондаларини сананг.
4. Ўпка абсцесси бронх йулига ёрилганда парвариш қилиш асослари.

ўпка сили

Ўпка сили ёки туберкулез юқумли специфик касаллик бўлиб, сил касаллиги қўзғатувчисини немис олими Р. Кохер 1882 йилда кашф этган микобактерия (яъни сил таёқчаси) келтириб чиқаради. Касаллик бемор одамдан юқади. Касаллик қўзғатувчисининг ҳаво-томчи йули билан утиши, шунингдек касаллик шахсий буюмлардан фойдаланиш, аментар йул, яъни овқат истеъмол қилиш, масалан, сил билан касалланган ҳайвонлар хом сутини ичиш, ювилмаган мева ва сабзавотлар истеъмол қилиш натижасида одам сил билан касалланади.

Силнинг ривожланиши, соғлом одам организмига етарлича фаол ҳолдаги қўзғатувчининг утиб қолиши, организм қаршилигининг су-сайиб кетиши, асабий ва жисмоний жиҳатдан зуриқиш, оғир юқумли касалликлардан сунг ҳам сил қўзғатувчиси касаллик

белгиларини ривожлантиради. Силнинг асосий хусусияти шундан иборатки. Болаликда сил юқиб, биринчи бор касал билан оғриб ўтгандан сўнг нисбий иммунитет кузатилмади.

Ўпка сили енгил, уртача оғир ва оғир утиши мумкин. Касалликнинг компенсацияланган ва декомпенсацияланган турлари мавжуд. Касалликнинг бемор балгами билан бирга сил микобактерияларини ҳам чиқариб турадиган тури (очиқ тури) ВК+ деб (мусбат) белгиланади. Балғам билан бирга сил микобактериялари чиқиб турмайдиган касаллик тури ВК- (манфий) деб ҳисобланади. Сил микобактериялари ҳамиша чиқмасдан вақти-вақти билан чиқиб турадиган бўлса, касалликнинг бундай турини ВК+- деб белгиланади. Сил 1979 йилдаги Халқаро Фтизиатрлар съездида қабул қилинган буйруққа кура қуйидагича тавсифланади:

1. Бирламчи сил комплекси.
2. Туш ичидаги лимфа тугунлар сили.
3. Диссеминацияланган (ёйилиб кетган) ўпка сили.
4. Ўпканинг ярим ўткир ва сурункали диссеминацияси.
5. Ўчоқли ўпка сили.
6. Инфильтратив ўпка сили.
7. Ўпка туберкулёмаси.
8. Каверноз ўпка сили.
9. Фиброз каверноз ўпка сили.
10. Цирротик ўпка сили.
11. Сил плеврити.
12. Юқори нафас йўллари сили.
13. Нафас органларининг чанг ва касб-корга алоқадор ўпка касалликлари билан бирга қушилган сили.
14. Бошқа орган ва системалар сили.

Сил интоксикациясининг бошлангич белгилари: тана ҳароратининг гоҳ-гоҳида кўтарилиб туриши, ташналик ва тез чарчаб қолиш, дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши, кўп терлаш. Кейинчалик бемор йўтал, бир оз миқдорда балғам ташлаш, жисмоний иш вақтида ҳансирашдан шикоят қилади.

Бемор объектив курилганда периферик қўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталашгани, перкуссияда касал соҳада перкутор товушнинг калта тортиши аниқланади.

Аускультацияда нафас силнинг клиник кўринишлари бўйича турлича бўлади. Инфильтратив турда бронхиал, каверноз турда амфорик, сил плевритида сусайиб қолган нафас ва хириллашлар қайд қилинади. Касаллик вақтида бемордан қон таҳлил учун олинганда унда лейкоцитлар ва лимфоцитлар миқдори купайганлиги, ЭЧТ тезлашганлиги, рентгенологик текширишда эса ўпка туқимасининг узгарганлиги аниқланади.

Силнинг асоратлари. Упка силидаги асоратларга қон кетиши, сил плеврити, сил пневмонияси, сил инфекциясининг бошқа орган ва туқималарга утиши, упка туфайли юрак фаолиятининг декомпенсациятаниб қолиши киради.

Давоси. Касаллик махсус касалхоналарда даволанади. Даволашда ётоқ режими, яхши овқат, тоза ҳавода сайр қилиш, даволаш физкультураси ва чиникиш буюрилади. Силдаги дистрофия тула қимматли ҳайвон оқсиллари, сарёғ билан усимлик мойи, сут, витаминлар (сабзавотлар) ва бошқалар микдорини оширишга асосланади. Сил билан огриган аёллардан туғилган болалар сунъий йул билан овқатлантирилади. Силни даволашда бия сутидан тайёрланган қимиз катта аҳамиятга эгадир. Қимиз билан даволашда беморга кунига 2 марта қимиз ичиб туриш буюрилади. Дори воситаларидан силга қарши ишлатиладиган препаратлар антибактериал таъсирига кура 3 гуруҳга бўлинади: Асосий изониазид ва рифампицин, стрептомицин, канамицин, этамизол, этиопамид, пирозинамид, парааминосалицилат кислотаси (ПАСК) ва тиаоцетазин (тибол). Силга қарши препаратлар антибактериал таъсиридан ташқари айрим орган ва системалар, моддалар алмашинувини бузади. Дори моддаларини узоқ вақт истеъмол қилиш оқибатида уларни ноҳўя таъсири ҳам ривожланади. Шунинг учун силга қарши препаратларни ишлатишда текширув утказилади. Ҳар ойда балғам, упка рентгенографияси, қон таҳлили, сийдик ва жигар фаолиятининг назорат синамалари утказилиб турилади.

Профилактикаси. Упка силининг профилактикасида рентгенологик текширишнинг алоҳида тури—флюорография катта аҳамиятга эга. Флюорография ёрдамида силни илк босқичларида аниқлаб олиш мумкин. 5-синфдан бошлаб ўқувчиларнинг ҳаммаси ва усмирлар, даволаш-профилактика муассасалари, болалар боғчаси, болалар уйи, ишлаб чиқариш-техника ўқув юртларининг ходимлари, студентлар ва ҳарбий хизматга чақирилувчилар, озиқ-овқат корхоналари ишчилари ҳар йили флюорография текширувидан утиб туришлари лозим. Аҳолининг қолган қисми камида 2 йилда бир марта текшириб турилади. Силнинг олдини олишда фаранг тадқиқотчиси Кальметт ва Герен томонидан тайёрланган вакцина катта аҳамиятга эга бўлди. Тайёрланган вакцина БЦЖ деб аталиб, 1925 йилда Ўзбекистонда синаб кўрилди ва ҳозирги вақтда ҳамма янги туғилган чақалоқларга ишлатилмоқда. Бу вакцина тери остига юборилади. Бола ҳаётининг 3—7-кунлари (соғлом туғилган бўлса), чап елканинг ташқи юзасига юборилади. Бола 7—12—17 яшар бўлганида вакцина қайтадан юборилади (ревакцинация). Аҳолида сил билан касалланишни аниқлаш учун Манту синамаси (айниқса мактаб ёшидаги болаларда) утказилади. Манту синамаси тери орасига 2 ТЕ билан юборилади ва 72 соатдан кейин жавоби аниқланади. Бу

синама болатар орасида ва бошқа касалликлар билан солиштиришда катта аҳамиятга эга. Силнинг тарқалишига қарши курашда касаллик тарқатувчи беморларни соғлом одамлардан ажратиш, уларни ўз вақтида аниқлаш, даволаш, санитария-эпидемиология ишларини олиб бориш муҳим аҳамиятга эга.

Назорат саволлари :

?

- 1 Ўпка сили касаллигини келтириб чиқарувчи сабаблар. Соғлом одамни зарарловчи инфекцион ўчоқ нима?
- 2 Ўпка силининг очиқ тури деб нимага айтилади?
3. Ўпка силининг асосий клиник белгилари
4. Ўпка силининг асоратлари
5. Ўпка силини махсус даволаш чоралари.
6. Ўпка сили касаллиги билан оғриган бемор балгами қандай зарарсизлантирилади?
- 7 Ўпка сили касаллиги профилактикаси.

ПЛЕВРИТ

Плеврит — плевра пардаларининг яллиғланиши бўлиб, сил инфекцияси, ревматизм, ўпка раки, пневмония, шунингдек жароҳатланиш оқибатида келиб чиқади. Плеврит қуруқ ва экссудатив турларга бўлинади.

ҚУРУҚ (ФИБРИНОЗ) ПЛЕВРИТ

Бу касалликка мойил қилиб қўядиган омиллар—одамнинг совуқ қотиши, жароҳатланиши, пневмония билан оғришидир. Фибриноз плевритда яллиғланиш жараёни плевра бушлиғида экссудат пайдо бўлишига олиб бормайди. Бунда суюқлик кам бўлади, у плевра варақларини гўё мойлаб туради ва бу жойга чуқмалар ҳолида чукиб тушади, шу нарса плевра варақларининг сирпанишини қийинлаштириб қўяди. Яллиғланиш экссудатида фибрин куп бўлади.

Клиник маъзараси. Бемор кўкрак қафасининг у ёки бу ярмида қаттиқ оғриқ борлигидан, йўталиб туриши (оғриқ билан қуруқ йўтал), тана ҳарорати кўтарилиши, ланжликдан нолийди. Фибриноз плевритнинг асосий объектив симптоми ўпка аускультация қилиб қўрилганида плевра ишқаланишидан чиқадиغان шовқиндир. Касал томон нафасда орқада қолади, бу рентгеноскопия вақтида ҳам сезилиб туради.

Диафрагма плевраси яллиғланганда оғриқ қориннинг юқори қисмида бўлиб, умровга ҳам утиб туради. Плевритда оғриқ трапециясимон мускул соҳасида сезилади.

Фибриноз плевритни қовурғатар синиши ёки қовурғааро невралгиядан ажратиб олиш жуда муҳим. Қовурғалар синганда рентгенографияда суяк тузиллишининг зарарлангани ва пальпация қилиб қўрилганда суяк синган жойнинг безилаб туриши маълум бўлади. Аускультация

қилиб кўрилганида қовурға суяклари қисмларининг крепитацияси қайд қилинади. Қовурғалараро невралгияда оғриқнинг қовурғалараро нерв чиқиб келадиган нуқталарда (тўш суягига бирикиш жойида, қўлтиқ ости соҳаси, паравертебрал нуқтада) бўлишини ҳисобга олиш зарур. Даво чора-тадбирларини тўғри белгилаб олиш учун диагноз аниқ бўлиши керак, зарурият туғилган пайтларда мутахассислар (хирург ёки невропатолог) кон-сультацияси тайинланади.

Давоси. Касалга тинч, иссиқ шароит яратиб бериш, оғриққа қарши чоралар кўриш: кўкрак қафасини боғлаб қўйиш, пластырь ёпиштириб фиксация қилиш, новокаин блокадасини буюриш ўринлидир. Банкалар, горчичниклар, кодеин, амидопирин ва бошқа дори-дармонлар билан даволаш буюрилади.

ЭКССУДАТИВ ПЛЕВРИТ

Экссудатив плеврит этиологиясида сил интоксикацияси, пневмония, ревматизм биринчи ўринни эгаллайди. Экссудатив плеврит, аксари фибриноз плевритдан кейин авж олади.

Касалликда талайгина миқдорда экссудат пайдо бўлиб, плевра бўшлиғини тўлдириб туради, у ўпканинг қисилиб қолишига олиб келади, нафасни қийинлаштириб кўяди (бир неча литргача экссудат тўпланиб қолади).

Клиник манзараси. Экссудатив плевритда оғриқ фибриноз плевритдагига қараганда анча кам ифодаланган бўлади ёки умуман бўлмайди, йўтал ҳам камроқ, оғриқли бўлади. Ўпканинг суюқлик билан босилиб қолганига алоқадор симптомлар, жумладан ҳансираш (нафас функциясининг бузилиши) биринчи ўринга ўтади. Касалликни ўз вақтида аниқлаб олишга имкон берадиган жуда аниқ тайин симптомлар бор. Плевра бўшлиғидаги суюқлик миқдорининг тез кўпайиб бориши перкуссия қилиб кўрилганида перкутор товушнинг сезиларли даражада



17-расм. Унг томон плевритида перкуссия натижалари.

1 — Думгаза чизиги (бўтиқ товушнинг юқориги чегараси). 2 — перкутор товушнинг сезиларлисиз калта тортиб қолиш жойи. 3 — перкутор товушнинг сезиларли калта тортиш жойи. 4 — экссудат эвазига бўтиқ товушнинг эшитилиш жойи.



18 — расм. Экссудатив плеврит рентенограммаси.

калта тортиб қолишига сабаб бўлади, шу билан бирга суюқлик-нинг устки чегараси рентгенологик текширишда яхши кўриниб турадиган қийшиқ чизик (Эллис — Дамуазо — Соколов чизиги)ни ҳосил қилади (17, 18-расм). Аускультацияда экссудат устида нафас сусайиб қолган бўлади, экссудатдан юқорида эса бронхиал нафас эшитилади, чунки бу ерда ўпка экссудатдан “қисилиб” туради.

Давоси. Муҳим даво чораси плеврани пункция қилиш, яъни плевра бўшлиғидан экссудатни чиқариб ташлашдир. Олтинчи қовурғалар орасида куракдан пастга томон борадиган чизик бўйлаб махсус йўғон игна билан тешик очилади. Игна учи плевра бўшлиғига тушган бўлса, у вақтда игнадан ташқарига экссудат чиқиб келади. Талайгина суюқлик тўпланиб қолгани плевра пункциясини мутлақо зарур қилиб қўяди. Плевра пункцияси учун Потен аппаратидан фойдаланилади.

Беморда трансудат ёки экссудат борлигини ҳисобга олиш керак, чунки экссудат кўпинча жараённинг табиатан яллиғланишга алоқадор эканлигидан, трансудат бўшлиқларда шишлар борлигидан далолат беради. Дифференциал диагностика учун лаборатория усулларида фойдаланилади: трансудат зичлиги 1,015 дан кам бўлса, экссудат зичлиги 1,015 дан юқори бўлади. Трансудатдаги оқсил миқдори 3% дан кам, экссудатда 3% дан ортиқ бўлиб чиқади. Бундан ташқари, рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганда трансудатнинг плевра бўшлиғида горизонтал равишда жойлашгани ва касал экран тагида вазиятни ўзгартирганида плевра бўшлиғидаги суюқлик сатҳи ўзгариб қолгани

маълум бўлади, экссудатда эса бундай бўлмайди, яъни суюқлик Эллис – Дамуазо – Соколов чизиги бўйлаб жойлашади ва ўз сатҳини ўзгартирмайди.

Плевра пункция қилинаётган пайтда медицина ҳамшираси стулда ўтирган бемор ёнида туриб, врачга қарашиб боради. Мана шу муолажа бажарилаётган маҳалда бемор ўзидан кетиб қолиши мумкин. бундай ҳолда зудлик билан юрак томирларни қувватлайдиган дори-дармонлар (камфора, кофеин)дан инъекция қилинади. Медикаментоз воситалар – салицилатлар, кальций хлорид берилади. Плеврит этиологияси сил деб гумон қилинганида стрептомицин, фтивазид препаратлари уринлидир. Плеврит билан оғриган бемор ўрнидан турмасдан ётиши (касал ёнбошини босиб ётиши) керак. Унга банкалар, горчичниклар буюрилади.

Экссудат сўриლაётган даврда нафас гимнастикаси тавсия этилади. Плевритнинг олдини олишга тааллуқли муҳим тадбир асосий касаллик: пневмония, ўпка сили, ревматизмга даво қилишдир.

ЙИРИНГЛИ ПЛЕВРИТ

Касаллик кўпинча организмда йирингли жараён бўлганида авж олади. Ҳимоя кучлари сусайиб қолганида, одамни ҳолдан тойдириб қўядиган касалликларда, ўпка абсцесси плевра бўшлиғига ёриб чиққанида ҳам йирингли плеврит пайдо бўлиши мумкин.

Клиник манзараси. Йирингли плеврит умумий интоксикация ҳодисалари, қаттиқ иситма, кўп терлаш билан ўтадиган оғир касалликдир.

Перкутор ва аускультатив маълумотлар худди экссудатив плевритдаги билан бир хил бўлади, лекин қоннинг текшириш натижалари (СОЭ кучайиши, анчагина лейкоцитоз бўлиши), шунингдек плевра пункция қилинганида олинадиган маълумотлар йирингли яллиғланиш борлигидан далолат беради.

Давоси. Антибиотикларни катта дозаларда буюриш, жумладан уларни плевра ичига юбориб туришдан иборат. Заруриятга қараб операция чоралари кўрилади. Нафас аппаратининг бошқа касалликларидагидек, беморга кислородни туғри бериб туриш катта аҳамиятга эга.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Плеврит нима?
2. Плевритни келтириб чиқарувчи сабаблар.
3. Қуруқ плевритнинг клиник белгиси ва уни даволаш қондалари.
4. Экссудатив плеврит клиникаси.
5. Плеврал пункция учун кўрсатмалар.
6. Йирингли плеврит нима?
7. Плевритлар профилактикаси.

Ўпка раки хавфли касаллик бўлиб, бронхлар ва содда безлар эпителий тўқимасида ўсиб ривожланади. Кейинги вақтларда ривожланган мамлакатларда ўпка ракининг ривожланиши бирданига кучайиб кетди. Ўпка раки ўсма касалликлари ичида 2-ўринни эгаллайди, айниқса эркаклар ўпка раки билан кўп касалланадилар. Касалликнинг келиб чиқишида сурункали бронхит, бронхоэктатик касалликлар, чангларнинг нафас йўлларига таъсири, кимёвий бирикмалар, ишлаб чиқариш корхоналарининг чиқинди маҳсулотлари муҳимдир. Зарарли одатлардан сигарет чекиш ҳам раkning келиб чиқиш сабабчиси бўлади. Кашандаларга қараганда чекмайдиган одамнинг ўпка раки билан камроқ оғриши аниқланган.

Клиникаси. Ўпка ракидаги клиник белгилар ўсманинг жойлашуви (марказий, периферик), унинг ўсиш тури (эндофит, экзофит, инфильтратив), ўпкадаги иккиламчи яллиғланиш бўйича турлича ривожланган бўлади. Марказий ракта шиллиқ қаватларнинг таъсирланиши, суюқликнинг кўп ишлаб чиқарилиши, нафас ўтказувчанлигининг бузилиши, қуруқ ёки оз миқдорда балғам ажралиши билан ўтадиган йўтал, оз миқдорда қон туфлаш, вақт-вақти билан тана ҳароратининг кўтарилиб туриши, кўкрак қафасида оғриқ кузатилади. Периферик рак—узоқ вақт симптомсиз ўтади, айрим ҳолларда рентгенологик текширувда аниқланиб қолади. Беморда йўтал, қон туфлаш, кўкрак қафасида оғриқ, эт увишиб туриши каби белгилар аниқланади. Уни кўздан кечирганда кўкрак қафасидаги тери ости веналари кенгайганлиги, бўйин соҳасидаги тери ости ёғ қавати шишиб қолганлиги кузатилади. Ўпка ракида беморларда озиб кетиш белгилари, овознинг чиқмай қўйиши (афония), овқатни яхши юта олмай қолиш (дисфагия) каби белгилар пайдо бўлади. Ўпка аускультация қилиб қурилганда сусайган везикуляр нафас эшитилади ёки нафас мутлақо эшитилмай қўяди. Касаллик 1—2 йил давом этади. Беморнинг аҳволи аста-секин ёмонлашиб, тобора дармони қуриб, иштаҳаси пасайиб, озиб кетади. Лаборатория текширувида қонда лейкоцитлар миқдорининг ошганлиги маълум бўлади. Балғамда қоннинг шаклли элементлари, атипик рак ҳужайраларини топиш мумкин бўлади.

Давоси. Ўпка ракини даволаш ўсманинг жойлашувига, ривожланиш босқичи ва тузилишига боғлиқ. Асосий даво чораларидан бири—жарроҳлик йўли билан ўпкани лимфа тугунлари билан олиб ташлаш (пневмоэктомия), ўпка ракининг III босқичида нур ва кимётерапия йўли билан даволашдир. Кимётерапевтик воситаларга метатрексат, циклофосфанлар киради. Нур билан даволашда гамма нурлари 50—60 Р миқдорда ишлатилади. Консерватив даво вақтида беморга руҳий осойишталик, тинчлик яратилади. Оғрикни бартараф этиш учун наркотик анальгетиклардан фойдаланилади.

Беморни парваришлаш. Тиббиёт ҳамшираси этика ва эстетика талабларига риоя қилган ҳолда беморнинг азоб-уқубатларини мумкин қадар енгиллаштиришни ўз олдига мақсад қилиб қўйиши керак. Бемор доимий равишда кузатув ва назорат остида бўлади. Врач томонидан буюрилган муолажаларни ўз вақтида бажариш ҳамширанинг асосий вазифаси ҳисобланади. Бемор аҳволидан умид йўқлигини билмаслиги керак. Ногаҳон айтилган суз дунёдан куз юмиб бораётган одамга ортиқча азоб беришини ҳамшира ёддан чиқармаслиги, унинг аҳволини енгиллаштириши лозим. Упка ракида қон кетиш хавфи бўлгани учун ҳамшира шошилиш ёрдам курсатиш чораларини, врачга хабар беришини билиши керак.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Упка раки этиологияси.
2. Упка раки клиникаси.
3. Упка ракини даволаш қондалари ва беморларни парвариш қилиш.
4. Упка раки профилактикаси.

АСМАТИК СТАТУС

Купинча бронхиал астма хуружи чўзилиб, асмастик ҳолат (асмастик статус)га ўтиб қолади. Бу ҳолат қўлланилаётган спазмолитик моддаларга (адреналин, эуфиллин ва б.) чидамли бўлиб қолади ва натижада нафас етишмовчилиги зўрайиб боради.

Клиник манзараси. Бронхиал астма хуружида симпатомиедик ингалляторлар (беротек, сальбутамол, асмапент ва б.) қўлланилса ҳам бемор ҳолати оғирлашади, ўткир нафас етишмовчилиги келиб чиқади, артериал босим кўтарилади, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўла бошлайди, юрак уйнаши пайдо бўлади, аритмия аниқланади. Бу ҳолат асмастик статуснинг 1-босқичи билан характерланади.

Агар бемор бу босқичдан чиқарилмаса, унинг ҳолати яна ҳам ёмонлаша бошлайди: бронх девортари ёпишқоқ балғам билан димланиб тез-тез юзаки нафас олиш кузатилади, упкани эшитганда қуруқ хириллашлар пасая бориб, ҳаттоки эшитилмай қолгунгача нафас олишдаги хириллашлар масофадан эшитила бошлайди, бу ҳолат асмастик статуснинг 2-босқичи билан характерланади.

Айрим пайтларда даволаш ҳам ёрдам бермай қуяди, бунда асмастик статус 3-босқичга, бемор эса кома ҳолатига ўтади (гипоксемик ва гиперкапник). Бундай ҳолатдан беморлар жуда кам ҳолларда чиқарилади, кўпроқ ўлим билан тугайди.

Даволаш. Ҳамшира беморда хуруж тутган вақтда қилинган даво муолажаларидан қатъи назар, унинг ҳолатида ўзгариш сезилмаётганлигини аниқлаши биланок, дарҳол врачга хабар бериши керак, врач келгунга қадар беморга чўнтагидаги ингалляторлардан фойдаланмаслигини тайинлаши керак. Иложи борица беморга иссиқ содали ичимликлар, намланган кислород бериш, унга қулай шароит яратиш зарур.

Бемор бундай ҳолатда жуда қўзғалган бўлади, шу сабабли уни тинчлантириш, оқибат яхши бўлишига ишонтириш ва психопрофилактика ишларини олиб бориш лозим.

Асматик статус ҳолати ўзига хос махсус шошилиш ёрдам талаб қилади. Бунда беморга адреномиметик моддалар юбориш керак (агар бу моддалар қилинган бўлса, қилинмайди). Вена ичига кортикостероидлар юборилади (преднизолон, гидрокортизон; заруратга қараб — 1000 мг гача суткасига), дастлаб бирданига кейинчалик томчи усулида натрий хлорнинг изотоник эритмасида (1,5 — 2, 0 л/суткасига). Ацидоз учун вена ичига содали эритма юборилади: 4 %ли натрий бикарбонат эритмаси (300—500 мл). Беморга жуда кўп миқдорда ишқорий суюқликлар ичиш тайинланади, бу эса қонни нейтраллайди ва балғам кўчишини яхшилайди.

Агар асматик статус инфекцион омил эвазига келиб чиққан бўлса, албатта антибиотиклар қўлланади. Дори моддалари билан биргаликда оксигенотерапия қилинади («қопча-клапан-маска»).

Агар асматик статус шунча даводан кейин ҳам ўзгармаса, зудлик билан махсус реанимацион тадбирлар қўлланади. Кортикостероидларни қўллаш давом эттирилади, суюқлик кўпроқ юборилади. Вена ичига 5 %ли глюкоза эритмаси, плазма ўрнини босувчи кичик молекулали эритмалар (реополиглюкин) қилинади. Агар биринчи суткасида 3—4 л суюқлик юборилган бўлса сийдик ажралишини кучайтириш учун вена ичига фуросемид юборилади. Айрим беморларга сунъий нафас олдириш аппаратлари уланади. Интубацион найча орқали бронх йўллари тозаланади, зарур бўлса трахеостомдан фойдаланилади.

Ҳамшира сунъий нафас олдириш аппаратида беморни узлуксиз кузатиб туради (пульсни, артериал босимни, тери ва шиллиқ пардалар рангини, тер ажралишини), бир вақтнинг ўзида бронх ва трахеяни тозалаш ишларида қатнашади.

Бронх ва трахеядан шилимшиқларни тозалашдан олдин эфедриннинг ёғли эритмаси ҳамда антибиотиклардан 1—2 мл томизилади. Сўнг катетер максимал чуқурликкача киритилади, кейин электр сўргич ишлатилади, электр сўргич ишлаётган вақтда катетерни қимирлатиш мумкин эмас, чунки ҳилпилловчи эпителийларга зарар етиши мумкин.

Бемор сунъий нафас аппаратида уланганда ҳар 30—40 мин да нафас йўлидаги балғамлар тозалаб турилади, ишқорий эритма билан чайқалади. Балғамни сўриб олиш 15 сек. дан ошмаслиги керак, қайта аспирация 3—5 миндан кейин ўтказилади.

ҚОН ТУФЛАШ ВА УПКАДАН ҚОН КЕТИШИ

Қон туфлаш — балғам билан бирга қон чиқиши ёки туپук қон аралаш бўлишидир. Йўтал билан кўп миқдорда қон чиқиши упкадан

қон кетиши дейилади. Қон туфлаш ва упкадан қон кетиши нисбий тушунчалардир.

Ҳар қандай қон туфлашни эътиборсиз қолдириб бўлмайди, чунки ундан сунг кўп миқдорда қон кетиши ҳам мумкин.

Сабаблари. Қон туфлаш ёки упкадан қон кетиши упка туқимаси емирилганда, жараён упка қон томирларига ҳам утиб, қон томирлар деворининг ўтказувчанлиги ва бутунлиги ҳам бузилганда кузатилади.

Асосан, кўпроқ қон туфлаш ва упкадан қон кетиши упка сили ва упканинг йирингли касалликлари, упка абцесси ҳамда бронхоэктатик касалликларда аниқланади.

Қон туфлаш—упка ракининг клиник белгиларидан биридир. Қон аралаш шилимшиқ балғамли ёки қон аралаш йўтал ўткир пневмонияда ҳам учраши мумкин (асосан вирусли-гриппоз пневмонияда).

Клиник манзараси. Қон туфлаш диагностикаси унчалик қийин эмас, у ҳеч қачон уйқуда бўлмайди, бемор йўталган тақдирдагина ажралади, упкадан қон кетганда кўпиксимон бўлиб, қоннинг ранги қизил бўлади ва у ивиб қолмайди.

Даволаш ва парвариш қилиш. Зудлик билан шошилишч ёрдам кўрсатиш керак, бунинг учун беморни ярим ўтирган ҳолатга келтирилади ва камроқ сузлаштиш тавсия этилади. Чиқаятган қонни қайта ютмаслик ва упканинг соғлом томонига ўтиб кетмаслигини таъминлаш керак.

Дори моддаларидан зуфиллин вена ичита юборилади, бу кичик қон айланиш доирасида қон босимининг пасайишига сабаб бўлади. Қон ивишини орттириш учун эпсилон-аминокапронат кислота венага, викасол мушак орасига, йўтални камайтириш учун — кодеин, қон кетаётган жойни аниқлаш учун бронхоскопия қилиб кўриш керак.

Даволаш натижасида қон тўхтамаса, зудлик билан бемор жарроҳлик бўлимига ўтказилади ва жарроҳлик усулида даво қилинади.

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС

Спонтан пневмоторакс — бу тўсатдан ҳавонинг упкадан плевра бўшлиғига ўтишидир.

Сабаби. Спонтан пневмоторакснинг бевосита сабаби—ўпка туқимасининг ёрилишидир. Бу ҳолат, кўпинча ўпка сили касаллигида, бронхоэктатик касалликларда, ўпка эмфиземасида ски туғма упка поликистозида рўй бериши мумкин. Кўпинча плевра ости эмфиземаларда — упканинг юпқа деворли кисталарида юз беради.

Клиник белгилари. Плевра бўшлиғига ҳаво тушгандан сунг, у ерда босим ортади ва упка пучаяди. Плевра бўшлиғида ҳаво миқдори ортиб борган сари беморда ҳансираш кучайиб боради.

Спонтан пневмоторакснинг характерли клиник белгиси—упка ёрилган томонда қаттиқ, тўсатдан бошланадиган оғриқ ва жуда тез кучаявчи ҳансираш ҳисобланади. Бу клиник белгилар асосан зуриқиш

натижасида келиб чиқади (йўталдан, қаттиқ кулганда, физик зу-риқиш). Беморни кўздан кечирганда тери ранглари оқаргани, цианоз (кўкариш), зарарланган томонда қовурға оралиқлари кенгайганлиги ва ўша томон нафасдан орқада қолаётганлиги аниқланади. Перкуссия қилинганда зарарланган томонда қутчасимон, айрим ҳолларда эса тимпаник товуш эшитилади. Аускультация қилиб курилганда нафас сезиларли даражада пасайган, баъзан мутлоқ эшитилмайди. Плеврал бушлиққа ҳаво утиши билан юрак қарама-қарши томонга қараб силжий бошлайди, натижада артериал босим пасаяди, юрак уйнаши, кейинчалик эса юрак этишмовчилиги келиб чиқади. Айрим ҳолларда бемор шок ҳолатига тушиб қолиши мумкин, (яъни плеврал бушлиқ-нинг димланиши плеврадаги нерв охириланинг кўзгалиши эвазига), бу ҳолда артериал босим бирданига пасайиб кетади.

Давоси. Беморга шошилишч ёрдам курсатиш керак, оғриқдан шокка тушмасликнинг олдини олиш мақсадида тери остига дроперидол, фентанил, заруратга қараб наркотиклар (морфин, промедол) юборилади. Шокка қарши наркотик анальгетиклардан фойдаланилаётганда эҳтиёткорлик талаб қилинади, чунки нафас этишмовчилик синдроми бўлади. Бир вақтнинг ўзида томир препаратлари билан интенсив терапия ўтказилади (кордиамин, камфора, артериал босим бирдан тушиб кетганда — мезатон). Пневмоторакс симптоми кучайиб бораётганда бемор жарроҳлик бўлимига олиб ўтилиб, плеврал пункция қилинади ва актив ҳолатда ҳаво сўриб олинади.

Назорат саволлари:

- ?
1. Асматик статус деб нимага айтилади?
 2. Асматик статуснинг 1—2- босқичларида даволаш асослари.
 3. Ўпкани сунъий нафас олдиришда ҳамшира ишининг тартибини айтинг.
 4. Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетганда даволаш асослари.
 5. Спонтан пневмоторакс нима? Касаллик келиб чиқишидаги асосий сабабларни айтинг.
 6. Спонтан пневмоторакс ривожланишида қилинадиган ишлар.

АМАЛИЁТ ДАРСЛАРИГА ЙЎРИҚНОМАЛАР

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАЛАРДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: назарий билимларини амалиётда мустаҳкамлаш ва нафас олиш системаси касалликлари бўлган беморларни даволаш ҳамда парвариш қилиш муолажаларини тулиқ бажаришни урганиш.

Ўқувчи қуйидагиларни билиши шарт:

- Нафас олиш системаси (НОС)нинг анатомио-физиологик асосларини.
- НОС касалликларини текшириш усулларини.
- НОС касалликларини лаборатория усуллари ва асбоблар ёрдамида текшириш усулларини.

• НОС касалликлари уткир ҳолатларининг симптомларини (қон туфлаш, упкадан қон кетиши, ҳансираш, бронхоспазм).

Муаммоли масалаларни ҳал қилиш ва оғир ҳолатларда врач-гача бўлган ёрдам алгоритминини тузишни.

• Бронх-упка касалликлари билан оғриган беморларни даволаш ва парвариш қилиш асосларини.

• 1 мин нафас ҳаракатларини санашни, упканинг тириклик сизимини аниқлаш (ЎТС), плеврал пункция қилиш учун кес-ракли асбобларни йиғиш, антибиотикларни эритиш ва бошқаларни.

1-тизма. Нафас олиш системаси касалликларини лаборатория ва асбоблар ёрдамида текшириш усуллари

Лаборатория усулида текшириш усуллари
1. Умумий қон таҳлили. 2. Қонни биокимёвий текшириш усуллари. 3. Балғамни умумий текшириш. 4. Балғамни бактериологик текшириш. 5. Микрофлоранинг антибиотикларга нисбатан сезгирлигини аниқлаш. 6. Балғамдаги сил таёқчаларини аниқлаш. 7. Балғамни цитологик текшириш (атипик хужайраларга нисбатан).

Асбоблар ёрдамида текшириш
1. Спирометрия. 2. Спирография. 3. Пневмотахометрия. 4. Рентгеноскопия. 5. Рентгенография. 6. Флюорография. 7. Томография. 8. Бронхоскопия. 9. Бронхография.

Дарсга гайёргарлик куришда фанлараро боғланишни эслаб олиш кес-рак (анатомия, физиология, ҳамширалик иши, фармакология ва б.).

Дарснинг қисқача мазмуни:

Нафас олиш системаси касалликларидаги патологик ўзгаришларни аниқлаш учун қуйидаги анатомио-физиологик асосларни муҳокама қилиш зарур.

• Нафас олиш системаси органларининг нормал тузилиши ва функцияларини.

• Патологик ҳолатда бронх ва упка туқимасидаги ўзгаришлар (яллиғланиш, бронхоспазм)ни.

• Ўпка етишмовчилиги белгиларини.

• Нафас олиш системаси ишини бошқаришда МНСнинг аҳамиятини.

Объектив текшириш

Беморларни клиник текширишнинг бу усули кўздан кечириш билан бошланади, нафас олиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни клиник текшириш асосан 2-тизмада кўрсатилган. Лабдаги учуқлар (пуфакчасимон тошмалар — herpes) вирусли касалликдан

далолат беради, упканинг оғир касалликлари упка етишмовчилик симптомлари билан кечади, бемор юзида кукариш (цианоз) аниқланади. Ҳансираш бронх йулларидан ҳаво утишининг қийинлашган-лиги (нафас олиш ва чиқаришда), механик димланиш ёки бронх тешиклари қисқариши (спазм)дан келиб чиқади. Бу ҳолда бемор мажбурий ҳолатни олади (нафас олишни енгиллаштириш учун).

Бунда кўздан кечириш орқали йутални (қуруқ ёки балғамли), балғам консистенциясини, рангини, миқдорини, ҳидини, ҳансирашни аниқлаш мумкин. Балғамда қон ёки қон лахталари аниқланганда, албатта унинг сабабини қидириб топиш керак.

Кукрак қафасини кўздан кечирганда, айрим ҳолларда бир қисмининг нафасдан орқада қолаётганлиги аниқланади (пневмония, плеврит ва б.). Кукрак қафаси одатда кесилган конус шаклида бўлади, упка эмфиземасида у деформацияланиб, бочка шаклига киради, қовурғалар горизонтал йўналишда бўлиб қолади, упка ҳаракатлари (экскурсияси) чегараланган, ўмов усти қисми шишга ўхшаб қолади.

2-тизма. Нафас олиш системаси касалликларининг текшириш усуллари

Бемор шикояти
1. Йутал. 2. Балғам ажралиши. 3. Қон туфлаш. 4. Ҳансираш. 5. Нафас қисиш ҳуружи. 6. Кукрак қафасидаги оғриқ. 7. Тана ҳароратининг кўтарилиши.

Касаллик анамнези
1. Касаллик сабаблари. 2. Касаллик бошланиши. 3. Касаллик динамикаси. 4. Касаллик давомийлиги. 5. Аввалги текшириш натижалари. 6. Олиб борилган даволар.

Ҳаёт анамнези
1. Хавфли омиллари. 2. Совуқ қотиш. 3. Меҳнат шароити. 4. Касб-кори. 5. Хавфли белгилари. 6. Аллергик анамнез. 7. Наслдан наслга берилувчанлик.

Беморларни бевосита текшириш

Куздан кечириш	Пальпация	Перкуссия	Аускультация
1. Беморнинг жойида ётиш ҳолати. 2. Юздаги цианоз. 3. Ҳансираш. 4. "Бутилиш". 5. Бармоқлар ва тирноқлар ҳолати. 6. Кукрак қафаси шакли.	1. Товуш тебранишлари аниқлаш. 2. Оғриқлари аниқлаш.	1. Упка чегараларини аниқлаш. 2. Упка пастки чегараларининг ҳаракатлари. 3. Перкутор товушнинг ўзгариши.	1. Нафас олиш характери. 2. Бронхофония. 3. Хириллашлар. 4. Крепитация. 5. Плевранинг тебраниш шовқинлари

Пальпация усулидан товуш тебранишлари аниқланади. Бунинг учун қул қафтлари кукрак қафасининг орқа томонидан (курак суя-гидан ташқарида) қўйилади ва беморга «арра», «карра» сузлари айттирилади. Товуш тебранишлари пневмония касаллигида кучаяди, чунки бунда упка туқимаси зичлашган бўлиб, тембрни яхши утказади, товуш тебранишлари плеврит касаллигида пасаяди, чунки плевра бушлиғидаги суюқлик товуш тебранишларининг утишини камайтиради.

Перкуссия усули упканинг чегаралари, патологик учоқларнинг жойлашган ўрни, упка эмфиземасида ҳаво миқдорининг ошганлиги ҳамда плеврал бушлиқдаги суюқликни аниқлашда ёрдам беради.

Аускультацияда нормал упкада икки хил нафас товушлари эшитилади: бронхиал ва везикуляр. Бронхиал товуш дағалроқ, шовқинли бўлиб, нафас олганда ҳам, чиқарганда ҳам эшитилади. Бронхиал товушнинг трахеяда, кукрак ораллиғининг юқориги қисмида, йирик нафас йулларида ва бошқа жойларда эшитилиши патологик ҳолатдир.

Везикуляр ёки альвеоляр товуш нормада бутун упка юзасида нафас олганда ва чиқарганда эшитилади, у майин шовқинли бўлиб, худди юмшоқ «х» товушини эслатади.

Хириллашлар — нафас шовқинлари фақат бронх ёки упканинг патологик ҳолатларида пайдо бўлади. Қуруқ ва нам хириллашлар тафовут қилинади. Нам хириллашларнинг ўз навбатида майда, ўрта, йирик пуфакчаларсимон турлари тафовут қилинади. Қуруқ хириллашлар бронх тешиклари торайишидан келиб чиқади.

Крепитация альвеолаларда оз миқдорда суюқлик тупланганда эшитилади. Плевра титраши шовқини плевритда эшитилиб, худди қорни босгандаги ғирчиллашга ухшайди.

Плеврал пункция муолажалар ёки боғлов хонасида утказилади. Тайёрлаб қўйилиши лозим булган жиҳозлар: шприцлар (10 — 20 мл), инъекция учун игна ва узун пункцион игналар (8—10 см),

эластик резина найча, шунга яраша канюля, тишсиз қисқич (2 дона), суюқликни тортиб олиш учун аппарат (плевроаспиратор), стерил тампонлар, пахтали таёқчалар, стерил пинцет ва лоток, клеолли ёки коллодийли флакон, стерил пробирка (2–3 дона), 0,5% новокаин эритмаси, этил ва новшадил спирти, йод, промедол, юрак препаратлари, антибиотиклар.

Муолажани бошлашдан олдин бемор билан унинг аҳамияти тўғрисида суҳбат ўтказиб олиш керак.

Ҳамшира беморни қаттиқ стулга врачга орқасини қилиб ўтқазади, кўкрак қафаси соғлом томонга қараб бироз эгилади (қовурға оралиғини кенгайтириш мақсадида), пункция қилинаётган томондаги бемор қули боши ёки қарши томонидаги елкасига қўйилади.

Пункция қилинаётган вақтда ҳамшира бемор ҳолатини назорат қилиб туради, (пульсни, артериал босимни), муолажа тугаши билан игна тикилган жойга коллоид ёпиштирилади. Беморни фақат махсус аравачада жойига олиб бориб қўйиш зарур.

Диагностика мақсадида суюқликдан 50–150 мл олинади ва уни лабораторияга физик-кимёвий, цитологик текширишларга юборилади. Олинган суюқликдан озроқ миқдорда бактериологик текшириш учун олиниб, микробиологик лабораторияга журнатилади.

Ҳамшира албатта билиши шарт бўлган туберкулин синамаси бўлиб, у тери усти ва тери ичида ўтказиладиган синамадир.

Терига қўйиладиган туберкулин — Пирке синамаси — худди чечакка қарши эмлашга ўхшайди. Билакнинг ички юзаси спирт ёки эфир билан яхшилаб артилади ва ҳар 2–3 см оралиғига 4 жойга ҳар хил концентрациядаги (100%, 25%, 5%, 1%) туберкулин ва 5 томчи (назорат учун) — 0,25% карбол кислота эритмаси томизилади. Ҳар бир томчилар (кичик концентрациядан токи юқори концентрациягача) оралиғи оспопрививател ланцет ёрдамида икки-тадан тилиб чиқилади (худди чечакка қарши эмлашдагидек). 24 ва 48 соатдан сўнг куздан кечиради. Мусбат реакциясида туберкулин томизилган жой устида қизғиш толали қалин тугунча пайдо бўлади, ва у теридан кўтарилиб (худди сўргичдай) кўринади.

Нисбатан сезгир тери ичи туберкулин синамаси бўлиб — Манту синамаси ҳисобланади. Бу синамада туберкулиннинг турли нисбатда эритилган 1: 10, 1: 100, 1: 1000, 1: 10000 эритмасидан 0,1 мл тери ичига киргизилади. 72 соат ўтгач натижалар кўриб чиқилади, сўргичнинг қизариш даражаси ва майдони аниқланади, баҳоланади.

Нафас олиш системаси касалликларидаги ўткир ҳолатларда, малакали ёрдам кўрсатиш учун шошилиш ҳолатлар симптоматологиясини ва врачгача ёрдам кўрсатиш чораларини яхши билиш керак.

Врачгача шошилиш ёрдам кўрсатиш зарур бўладиган энг кўп асоратлардан бири — бронхиал астма хуружидир (3-тизма).

3-тизма. Бронхиал астма хуружи симптомлари ва ҳамшира такти- касн

Бемор шикоятн	Куздан кечириш натижалари
1. "Бўтилиш". 2. Йўтал. 3. Қийин ажралувчи балғам. 4. Ҳудга нисбатан сезувчанликнинг ошиши.	1. Экспиратор ҳансираш. 2. Беморнинг мажбурий ҳолати. 3. "Масофадан эшитилувчи" хириллаш. 4. Пульс тезлашиши, томир тўлувчанлигининг пасайиши. 5. Қўпинча артериал босимнинг пасайиши.
Ҳамшира тактикаси	Тайёрлаб қўйилади
1. Беморга қулай ҳолат яратишда ёрдам бериш. 2. Сиқиб турган кийим-бошларини ечиш. 3. Чунтак ингальяторларини ишлатиш (бронхолитиклар). 4. Хонага тоза ҳаво киришини таъминлаш. 5. Вrachни чақирш.	1. Шприцлар. 2. Эуфиллин. 3. Преднизолон. 4. Эфедрин. 5. Адреналин. 6. 6. Атропин.

Мустақил иш.

Амалий муолажаларни мустаҳкамлаш борасида ўқувчилар бир-бирларида нафас характерлари ва нафас ҳаракатларини санашни, тана ҳароратини ўлчаш қоидаларини, ўпканинг тириклик сифими (ЎТС)ни спирометр ёрдамида аниқлашни ўрганадилар.

Ҳар бир ўқувчи беморларни парвариш қилиш муолажаларини курсатиб бериши шарт (кийим-бош, ўрин-курпа оқлиқларини алмаштириш, горчичник, банка қўйиш ва ҳ.). Даволаш усулларида: антибиотикларни эритиш, юбориш, балғамни йиғиш, текширишга юбориш, плеврал пункция учун керакли асбобларни йиғиш, ҳужжатларни тўлдириш ва бошқалар.

Дарсни мустаҳкамлаш ва назорат учун муаммоли масалалар ечилади.

1-топшириқ.

Бемор 37 ёш, уни қуйидаги шикоятлар безовта қилади: қон аралаш шилимшиқ-йирингли, балғамли йўтал, тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилганлиги, асосан эрталаб оғиз тўла балғам ажралиши, 10 йилдан буён йўтал безовта қилиши. У совуқ қотишдан кейин йўтал кучайишидан, шилимшиқ-йирингли балғам миқдорининг кўпайишидан, бир неча маротаба ҳолатининг ёмонлашуви натижа-сида тана ҳароратининг кўтарилиб туришидан, жунжикишдан ши-

қоят қилади. Шифохонада пневмония диагнози билан даволанган. Бир неча маротаба қон лахталари аралаш балғам ажраганлиги аниқланган.

Кўздан кечирилганда: тана ҳарорати $37,6^{\circ}\text{C}$, акроцианоз, қўл бармоқлари барабан таёқчаларисимон, тирноқлар соат ойнасига ўхшайди. Кўкрак қафаси эмфизематоз ҳолатда.

Перкуссияда: ўпкада қутчасимон товуш, кўкрак қафасининг ўнг қўлтиқ ости соҳасида аниқ ўпка товушининг буғиқ ҳолати аниқланмоқда, Шу ернинг узида майда, ўрта катталиқдаги пуфакчасимон хириллашлар эшитилмоқда. Нафас олишлар мин. га 28 маротаба. Юрак тонлари буғиқ, пульс мин. га 108 маротаба, артериал босим 105/65 мм. см. устга. тенг.

1. Касаллик ҳақида сизнинг фикр ва мулоҳазаларингиз?

2. Шундай беморларни парвариш қилиш асосларини изоҳлаб бериш.

Жавоб эталони:

Беморнинг шикоятлари, касаллик анамнези, объектив текшириш натижаларига асосланган ҳолда қуйидагича мулоҳаза қилиш мумкин: беморда ўпканинг сурункали касалликларининг қайталанган босқичидир. Шундай беморларни парвариш қилишда ҳамширалар қуйидагиларни билишлари шарт:

- * беморнинг умумий ҳолатини баҳолашни (кўздан кечириш натижаларига асосланган ҳолда);
- * сутка мобайнида тана ҳароратининг ўзгариш характерини кузатиш, тана ҳарорати кутарилган тақдирда парвариш қилиш ва иситмалаётган беморларни кузатиш қоидаларини;
- * сурункали ўпка касалликлари билан нафас ҳаракатларининг характери ва сони, пульсни назорат қилишни, (нафас олиш ҳамда юрак қон-томир системаси функциясининг бузилиши ва газлар алмашинуви бузилиши ҳолатларининг олдини олиш мақсадида);
- * беморнинг овқатланишини назорат қилиш;
- * хонанинг санитар-гигиеник ҳолати ва кийим-бош, урин-кўрпа оқлиқларини алмаштиришни назорат қилишни;
- * сурункали ўпка касалликлари билан оғриган беморлар кўпроқ урин-кўрпа режимида бўлганликлари сабабли тери ва шиллиқ пардаларни парвариш қилиш қоидаларини;
- * бемордаги ҳар бир ўзгаришни албатта врачга етказиб туришни;
- * беморга белгиланган режимнинг бажарилишини назорат қилишни.

2-топшириқ.

Бемор 40 ёшда. Шикоятлар: тўсатдан ҳансираш, ортиқча қуп бўлмаган қийин ажралувчи шилимшиқли балғам ажралиши, тўсатдан

умумий дармонсизлик Беморни нафас қисиш хуружи 4 йилдан бери безовта қилади. Кортикостероид моддалар билан бир неча маротаба шифохонада даволанган, беротек ингалятори ва теофедрин таблеткаси нафас қисиш хуружида жуда яхши ёрдам берган. Бир неча кун олдин ўткир респиратор касаллиги билан оғриган ва уйда даволанган. Шунинг эвазига нафас қисиш хуружи тез-тез қайталанадиган бўлиб қолган (кунига 5–6 маротаба), охири кунларда ҳансираш пасаймаяпти, ингалятор беротек ҳам қисқа вақтда ҳансирашни камайтиряпти ҳолос.

Ҳансираш эвазига бемор бемалол ёта олмайди, тери ранги оқарган, оз-моз цианоз аниқланган. Кукрак қафаси эмфизематоз кенгайган. Нафас чиқариш чузилган, ҳуштаксимон хириллаш масофадан эшитилмоқда. Нафас ҳаракатлари мин. га 28 маротаба, пульс 120 маротаба мин. га, ритмик ҳолатда, артериал босим 160/90 мм. см. устга тенг. Юрак тонлари бўғиқ.

1. Касаллик ҳақида сизнинг мулоҳазаларингиз.
2. Беморни парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

3- топшириқ.

Бемор 42 ёшда. У шифохонага қуйидаги шикоятлар билан тушди: оз миқдорда қийин ажралувчи шилимшиқ балгамли азоб берувчи йутал, ҳансираш, кўкрак қафасининг чап томонида оғриқ, асосан оғриқ йуталганда, чуқур нафас олганда кучаяди, тусатдан умумий дармонсизлик, тана ҳарорати 39,8°C гача кўтарилган.

Кўздан кечирганда: акроцианоз, ёноқларида гиперемия, купроқ чап томонда лабларда учуқ (herpes). Кўкрак қафасининг чап ярми нафас ҳаракатларидан орқада қолаётгани аниқланди. Перкуссияда кукрак қафасининг чап юқориги қисмида аниқ упка товушларининг бўғиқлиги аниқланди, шу ерда бронхиал товуш ва плевра варақларининг тебраниш шовқинлари эшитилмоқда, хириллашлар йўқ. Нафас ҳаракатлари мин. га 26 маротаба, пульс мин. га 98 маротаба ритм билан, артериал босим 105/60 мм. см. устга тенг.

1. Касаллик ҳақида сизнинг мулоҳазаларингиз.
2. Беморни парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

II. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Шифохонада нафас олиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни кузатиш, даволаш ва парвариш қилиш муолажаларини ўтказишни урганиш. Шифо-

хонада ва кейинги босқичларда беморларни реабилитация қилиш қондаларини олиб боришни ўрганиш. Нафас олиш системаси касалликлари профилактикасига эътибор бериш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * нафас олиш системаси касалликларининг ўзига хос шикоятлари ва клиник белгиларини;
- * НОС касалликларини даволаш ва профилактикасининг ўзига хос қондаларини;
- * беморларнинг овқатланиш асосларини;
- * НОС касалликлари реабилитациясида ҳамширанинг ўрни;
- * ҳамширанинг пульмонология бўлимида ишлаш деонтологик қондаларини;
- * НОС касалликлари билан оғриган беморларни кузатиш ва парвариш қилиш асосларини.

Дарснинг қисқача мазмуни

Беморларни текшириш вақтида ўқувчилар сураб-суриштириш, кўздан кечириш ва клиник текшириш усуллари билан танишадилар.

Субъектив текшириш усулларида ўқувчилар беморлар шикоятини аниқлаш ва касаллик анамнезига катта эътибор беришлари керак. Объектив клиник текшириш усулларида кўздан кечиришда ётган беморнинг ҳолатига, ташқи кўринишига, тери ва шиллиқ қаватларнинг рангига, нафас олиш характериға, типига, кўкрак қафаси шаклиға ва бошқаларға эътибор берилади.

Ўқувчилар қўшимча текшириш усулларини ўтказишни яхши ўрганишлари ва унинг натижаларини диққат билан кузатишлари керак (балғам миқдори, консистенцияси, характери, қон лабораторияси натижалари, рентгенологик текшириш ва ташқи нафас натижаларини аниқлашни).

Ўқувчилар беморлар билан ишлаётганда тиббий этика ва деонтология қондаларига қаттиқ амал қилишлари зарур.

Ўпканинг сурункали касалликлари билан оғриган беморларда асаб-руҳий бузилишлар пайдо бўлади (кўзгалувчанлик, нервозлар, ҳаяжонланиш, тажанглик), парвариш қилишда албатта шуларни эътиборға олиш лозим. Ҳамшира албатта иродали, сабрли ҳолда беморни тинчлантира олиши ва унга ёрдам кўрсатиши керак.

Ўпканинг сурункали касалликларида балғам йирингли ва айрим пайтларда қўланса ҳидли бўлади, бундай пайтларда ҳамшира ижирганмасдан унга ёрдам бериши зарур.

Реабилитация клиник ва функционал соғайиш ёки юқори даражада бемор ҳолатининг яхшиланиши, ўз вақтида олиб борилган

комплекс даво муолажалари, киши соғлиғи ва меҳнат қоби-лияти-ни сақлаб қолишга эришишдир.

Реабилитациянинг уч босқичи тафовут қилинади: шифохона (ши-foxона ва реабилитация маркази), санаторий ҳамда поликлиника босқичлари.

Ўпканинг сурункали касалликлари билан реабилитация кўп босқичли бўлади. Физик реабилитация, бронхлар ўтказувчанлигини тиклаш, нафас мускуллари машқи, беморларга руҳий-эмоционал таъсирлар, диетотерапия ва бошқалар.

Беморлар реабилитациясида ҳамширанинг роли: беморга фи-зик кучланишлар (даво физкультураси, кучайтирилган юриш, тре-нажёр, бассейнлар ва б.) берилганда, унинг ҳолатини назорат қилиш, пульс, артериал босим, нафас ҳаракатлари сонини са-наш, парҳезни сақлаш, беморни аутоген чиниқишга ўргатиш.

Беморлар овқатида етарли миқдорда оқсиллар ва витаминлар (А, В, С гуруҳ витаминлари), кортикостероид моддалар олаётган беморлар рационада эса калийни сақлаган маҳсулотлар (ёнғоқ, карам, гуруч, банан, қуруқ мевалар) бўлиши лозим. Дезинтокси-кацион мақсадда етарли миқдорда суюқликлар, мева ва сабзавот шарбатлари, смородина ва наматак қайнатмаси, компот ва морс берилади.

Мустақил иш

Ўқувчилар тўлиқ назарий билимларини амалиётда мустаҳкам-лашлари зарур. Улар беморларни клиник текшириш усулларини бевосита беморнинг ўзида ўрганиш, уларни ҳар хил қўшимча кли-ник текшириш усулларига тайёрлаш, даволаш ва парвариш қилиш муолажаларини мустақил бажара олишни билишлари керак. Ҳам-шира албатта пульмонология бўлимида ишлаш асослари ва ҳуж-жатларни юргизишни тўлиқ ўрганиши лозим.

Ўқувчилар малакали ҳамшира назорати остида пульмонолог-ия бўлимидаги беморларга мустақил равишда дори моддалари-ни тарқатишни, муолажаларни бажаришни, оғир беморларга индивидуал пост ташкил этишни ва ҳужжатларни тулдиришни билишлари даркор.

Ўқувчилар ўткир шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишда, иштирок этишлари лозим (бронхиал астма хуружида қон туфлаш ва ўпкадан қон кетганда ёрдам кўрсатишда).

III. ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

Дарсинг мақсади: пульмонологик беморлар билан поликлиника шаронтида ишлаш асослари билан танишиш ва диспансеризация қоидаларини ўрганиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * нафас олиш системаси касалликлари билан оғриган беморларда фаол назорат олиб бориш асосларини урганиш, беморларни даволаш ва касалликларнинг олдини олиш, яъни даво-профилактика муолажаларини олиб боришда ҳамширанинг ролини;

- * нафас олиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни фаол назорат қилишда ҳамширанинг асосий вазифаларини.

Поликлиника нафас олиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни даволаш ва профилактика ишларини ташкил этишда асосий уринни эгаллайди. Яъни бу ерда касалликларнинг эрта диагностикаси ва вақтида даво муолажаларини тулиқ ўтказиш, профилактика ишларини ташкиллаш эвазига унинг сурункали ҳолатга ўтиб кетишидан сақлаш мумкин.

Поликлиникада ҳамшира, участка врачлари билан биргаликда ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари билан оғриган беморларда касалликнинг қайталанишига қарши даволаш курсларини олиб боради ва беморларнинг актив реабилитациясида иштирок этади.

Нафас олиш системасининг ўткир, чўзилиб кетган ёки сурункали пневмония, сурункали бронхит, бронхиал астма ва ўпканинг бошқа носпецифик сурункали касалликлари билан оғриган беморлар устидан фаол назорат ишлари олиб борилади. Ҳамшира бундай беморларни участка врачлари қабулига йилига камида икки маротаба назорат учун чақириб келади, йилига икки маротаба қон ва балғам таҳлиллари текширилади ҳамда бир маротаба улар флюорографиядан ўтказилади.

Ҳамширанинг вазифасига яна фаол назоратда турган беморлар уйига бориш уларнинг яшаш шароитларини кўриш, оиласи билан мулоқотда бўлиш, меҳнат ва дам олиш нормаларига риоя қилиш, оила шароитида беморни парвариш қилиш сифатини назорат қилиш киради. Заруратга қараб санитар-оқартув суҳбатларини олиб боради, профилактика чора-тадбирлари билан шуғулланади.

Даволашда ҳамширанинг асосий ролдан бири—руҳий даволаш элементларини билиш, бемор ёки унинг қариндошларига касалликни парвариш қилиш ва унинг профилактикаси тўғрисида тулиқ тушунтира олишдир. Ўқувчилар участка врачлари билан биргаликда ҳужжатларни тўлдириш қоидаларини ўрганишлари керак.

IV. СИЛГА ҚАРШИ КУРАШ ОЛИБ БОРИШ ДИСПАНСЕРИДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ

Дарснинг мақсади: диспансерда ҳамширанинг иш асослари билан танишиш.

Ўқувчи билиши шарт:

- * сил касаллигининг келиб чиқиш сабаблари, зарарлаши ва тарқалишини;
- * упка сили касаллигининг дастлабки белгиларини;
- * упка сили касалликларининг асоратларини;
- * диагностика усулларини;
- * бемордан ажраган балгамларни зарарсизлантириш усулларини;
- * сил касаллиги профилактикаси ва даволаш усулларини.

Силга қарши диспансер—махсус даволаш-профилактика муассасаси бўлиб, бу ерда сил профилактикасини ташкил этиш, сил касаллигини эрта аниқлаш, сил касаллиги билан оғриган беморларни рўйхатга олиш ва уларни ўз вақтида даволаш ишлари олиб борилади.

Силга қарши диспансернинг асосий вазифалари:

1. Аҳоли орасида ялпи профилактик текширув ишларини ташкил этиш ва олиб бориш, эрта ва ўз вақтида касалликни аниқлаш.
2. Сил касаллиги билан ёки шу касалликка шубҳа туғилганда малакали текшириш усулларини ташкил этиш.
3. Сил касаллиги билан рўйхатга олинган беморларда узлуксиз диспансер назорати ва кузатув ишларини олиб бориш.
4. Сил касаллиги билан оғриган беморларни уй шароитида замонавий комплекс даволаш.
5. Сил касаллиги билан оғриган беморларни шифохонага ётқизиш ва санаторийга юбориш.
6. Сил касаллиги билан оғриган бемор билан алоқада бўлган барча ёшдаги шахсларни рўйхатга олишни ташкил этиш.
7. Сил касаллиги билан оғриган беморларни ишга жойлашда иштирок этиш.
8. Сил касаллиги профилактикаси йўлида, соғломлаштириш ва эпидемияга қарши тадбирларни ташкил этиш.
9. Силга қарши вакцинация ва ревакцинация ўтказиш ҳамда уни ташкил этишда қатнашиш.
10. Аҳоли орасида санитар-оқартув ишларини ўтказиш.

Силга қарши диспансер таркибига: диспансер ҳамда шифохона бўлимлари киради.

Силга қарши курашиш ишларида диспансердаги урта тиббиёт ходимларининг роли катта. Ҳамшира беморларни қабул қилишни бошқаради, бирламчи касалларни, қон туфлаш билан келган беморларни аниқлайди, иситмали беморларни ажратади, анализ учун йўлланма бланкаларини тўлдиради, туберкулин синамалари ва рентген текширувига йўлланмалар ёзади.

У БОБ. ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИ.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИНING ҚИСҚАЧА АНАТОМИК – ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Юрак қонни ҳаракатлантириб, уни инсон аъзолари ва тўқималарига етказиб бериб турадиган аъзодир. У олдинги кўкс оралиғида жойлашган бўлиб, соғлом одам юрагининг асоси чап томонда II қовурға дамида турса, учи V қовурға оралиғида туради. Юрак хажми 250-300 г ни ташкил этади. Узунасига кетган тўсиқ билан юрак чап ва ўнг нимтага бўлинади. Ҳар бир нимтаси юрак бўлмачаси билан юрак қоринчасига бўлинади.

Юрак уч қаватдан: ички — эндокард, ўрта — миокард ва ташқи — перикарддан ташкил топган. Эндокард юрак бўлмачалари билан қоринчалари бўшлиқларининг ички юзасини қоплаб турадиган эндотимал ҳужайралардан иборат. Юракнинг бир бўшлиғи иккинчисига айланадиган жойда эндокард қалин тортиб, бурмалар ҳосил қилади, юрак клапанлари деб шуларга айтилади. Миокард — юракнинг ўрта қаватидир. Ўнг қоринча миокарди чапиникига қараганда сустроқ ривожланган. Қоринчалари мускул қавати бўлмачалариникига қараганда анча қалинроқ бўлади. Миокард толалари бири-бири билан чалкашиб қўзғалиши билан қисқаришнинг бутун юракка бир лаҳза ичида тарқалиши учун шароит яратади. Перикард — ички ва ташқи варақлардан ташкил топган. Бу варақлар орасида бўшлиқ бор, шу бўшлиқда доимо 20—30 мл сероз суюқлик бўлади. Тана пастки қисмларининг веналаридан келган қон пастки ковак венага, юқори қисмлардан келган қон эса юқори ковак венага қуйилади. Бу веналарнинг иккаласи ўнг бўлмачага қуйилади. Сўнгра веноз қон ўнг қоринчага ўтади, ундан эса ўпка артерияси орқали ўпкага ўтади.

Ўпка артерияси ўпкада тобора майда томирларга, пировард натижада альвеолаларни ўраб турадиган капиллярларга бўлинади. Мана шу ерда веноз қон кислород билан тўйинади. Сўнгра капиллярлар бири-бири билан туташиб, ўпка веналарини ҳосил қилади. Бу веналардан артериал қон чап бўлмачага, ундан чап қоринчага тушади. Кислород билан тўйинган қон чап қоринчадан аорта ва артериялар тармоғи орқали бутун организмга тарқалади. Артериялар кичикроқ калибрдаги томирларга бўлиниб бориб, капиллярлар билан туталанади. Капиллярларнинг диаметри 7—8 мкм ни ташкил этади. Капиллярлар ярим ўтказувчи бир қават ҳужайралардан тузилган. Капиллярлардан оқиб келган қон кислород ва озик моддаларни ҳужайраларга беради ва ишланган маҳсулотларни ўзига сингдириб олади. Капиллярларнинг артериал ва веноз тирсағи бор. Капиллярларнинг кўпгина қисми одатда пучайган ҳолатда бўлиб, дам олиб туради. Пучайиб турган шу капиллярлар жисмоний зуриқиш пайти-

да қон билан тўлишади. Организмдаги барча аъзо ва тўқималар капиллярларидан қон веналарга йиғилади ва улар ўнг бўлмачага оқиб келади.

Қон айланиш ситемаси. Қон айланиш системаси иккита — катта ва кичик қон айланиш доирасига бўлинади. Томирлар системасининг бир қисми, яъни ўнг қоринчадан ўпка артериясининг чиқиш жойидан то ўпка венасининг чап бўлмачага қўйилиш жойигача бўлган қисми кичик қон айланиш доираси дейилади. Томирлар системасининг қолган қисми, яъни аорта ва унинг тармоқларидан тортиб то устки ва ковак веналаргача бўлган қисми катта қон айланиш доираси деб аталади. Томирлар системаси бўйлаб қон бир қанча омиллар туфайли, биринчи галда юракнинг бир текис ва даврий суръатда қисқариб бориши туфайли ҳаракатланиб туради. Юракни қисқаришга мужбур этадиган импульслар ўнг бўлмачада устки ковак венанинг оғзи яқинида жойлашган синус тугунида вужудга келади. Синус тугунидан импульс бўлмачалар орасидаги тўсиқда жойлашган бўлмача—қоринча тугунга тарқалади. Юракнинг қисқариши систола, бўшашиш эса диастола деб аталади. Систола диастолага қараганда анча қисқа давом этади. Диастоланинг муддати юрак қисқаришлари тезлигига қараб ўзгариб боради. Нормада юрак минутига 60—80 марта қисқариб туради. Юрак ўзининг қисқариши учун импульсларини ўзи ишлаб чиқариб боради, яъни у автоматизм хусусиятига эгадир. У ҳар сафар қисқарганда нормада 50—70 мл қонни отиб чиқаради, бу систолик ҳажми ташкил этади. Юракнинг минутлик ҳажми 1 минут давомида юрак отиб чиқарадиган қон миқдори ҳисобланади. Одам тинч турганида у 3,5 — 5 литрни ташкил этади. Систола пайтида елка артериясидаги қон босими соғлом одамда тахминан 17,5 — 18,5 кПа (симоб устуни ҳисобида 110—140мм) ни ташкил этади. Диастола маҳалида бу босим пасайиб 9,33 — 10,7 кПа (симоб устуни ҳисобида 70— 80мм) га тушади. Қоннинг ҳаммаси томирлар ўзанида айланиб юрмайди. Соғлом одам организмдаги 5—6 литр қоннинг 1/3 қисми асосий қон деполари—жигар, талоқ, мускуллар ва терида аниқланади.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ

Қон айланиш системаси касалликларининг ўзига хос клиник белгилари: юрак ўйнаши, унинг тўхтаб-тўхтаб уриши (аритмия), юрак соҳасида оғриқ, ҳансираш, нафас қисиши (бўғилиш), шиш, цианоз ва бошқалар.

Юрак ўйнаши. Соғлом одам тинч ҳолатда ва сезиларли физик кучланишда ҳам юрак уришини сезмайди, фақатгина физик зўриқишда (масалан, зўр бериб югургандан сўнг) юрак уриши тезлашиши билан унинг қаттиқ ураётгани сезилади, тана ҳарорати-

нинг юқори даражаларга кўтарилишида ҳам юрак уйнаши сезилади. Юрак касалликлари билан оғриган беморларда юрак уйнаши сезиларсиз физик кучланишда, ҳаттоки тинч турганда ҳам аниқланади. Озгина ҳаяжонланиш, овқатдан сўнг ҳам юрак уйнаши сезилиши мумкин. Нормада юрак минутига 60—80 маротаба уради. Юрак касалликларида юрак уйнашининг келиб чиқиш сабаби—бу юрак қисқарувчанлик функциясининг пасайишидир, бунда юрак қисқарган вақтда аортага етарли миқдордаги қонни ҳайдаб чиқара олмай қолади, шунинг эвазига аъзо ва тўқималарни етарли миқдорда қон билан таъминлаш учун юрак «мажбуран» тез қисқара бошлайди (компенсатор ҳолат). Юрак уришининг тезлашиши—тахикардия дейилади.

Юрак ритмининг бузилиши — аритмия деганда, юракнинг тўхтаб-тўхтаб, худди хаёлда юрак музлаб, тўхтаб қолгандай, қисқа кучли уриши тушунилади. Юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши бир маротаба ёки давомли бўлиши мумкин. Бу ҳолатга юрак қисқаришларининг бузилиши сабаб бўлади.

Юрак соҳасидаги оғрик. Юрак касалликларининг муҳим симптомидир. Қисиб турадиган оғриқлар, кўпинча юрак мускулини озиқлантириб турадиган тож томирлар орқали юракнинг қон билан таъминланмаслиги (миокард ишемияси) натижасида келиб чиқади. Оғриқ қисқа вақтли (3—5 минутгача), хуружсимон бўлиб, кўпинча физик кучланиш вақтида (юрганда, юқорига зинадан кўтарилганда), кўчадаги ҳаво ҳарорати паст бўлган вақтда бирдан нига кўчага чиққанда сезилади. Оғриқ кўпинча тўш соҳасида (камдан-кам юрак соҳасида) бўлиб, баъзан ҳаракатни тўхтатганда ёки нитроглицерин қабул қилганда ўтади.

Ҳансираш. Юрак касалликларида кўп учрайдиган белгилар юрак қисқарувчанлик функциясининг пасайиши натижасида келиб чиқади ва бунинг эвазига кичик қон айланиш доирасида қон димланади, ҳансираш—юрак етишмовчилигининг биринчи белгиларидан ҳисобланади. Юрак мускулларининг сезиларсиз бўшашиши натижасида физик кучланишларда ҳансираш сезиладди.

Юрак мускулларининг тўсатдан бўшашиши сабабли, тўсатдан ҳансираш келиб чиқади (худди нафас қисиш хуружидай), бу ҳолат юрак астмаси хуружи деб аталади. Агар хуружда шошилиш ёрдам кўрсатилмаса (етарли дори моддалари билан), ўпка шишуви келиб чиқади, бунда хуружга қон аралаш кўпикли балғамли йўтал қўшилади. Бу ҳолат анча оғир бўлиб, баъзан бемор ўлиб қолиши мумкин.

Шиш. Юрак етишмовчилигининг характерли белгисидир, аниқроғи ўнг қоринча етишмовчилиги. Ўнг қоринча мускуллари қисқарувчанлик функциясининг пасайиши эвазига катта қон ай-

ланиш доирасида қон димланади, томирлар деворининг бузилиши натижасида суюқлик сизиб чиқади ва шиш пайдо бўлади.

Юрак касалликларида шиш асосан пастдан бошланади (оёқ-лардан), бемор ётган пайтда шиш бел ва думғаза соҳасида аниқ-ланади.

Цианоз. Лаблар, бурун учи, бармоқлар, тирноқлар кўкаради ва юрак этишмовчилик белгиларидан бири бўлиб, шишдан олдин келиб чиқади.

ЮРАК ҚОН-ТОМИР СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Сураб-суриштириш. Қон айланиш системаси зарарланганда касал ҳансираш, вақти-вақти билан бўғилиб қолиш, юрак уйноғи ва юрак ишида тўхталиш бўлиб туриши, юрак соҳаси ҳамда тўш ортидаги оғриқлар, йутал, қон туфлаш, баданида шишлар борлигидан нолийди. Юрак томирлар системаси касалликларида беморларда марказий нерв системасига алоқадор функционал ўзгаришлар кузатилади, булар дармонсизлик, тез чарчаб қолиш, уйку бузилиши, бош оғриғи ва бош айланиши кўринишида бўлади. Ҳансираш кўпинча чап қоринча этишмовчилигининг аломати бўлиб ҳисобланади. Этишмовчиликнинг асосий дастлабки даврларида одам жисмонан зўр берганида, тез юрганида, зинадан кутарилиб чиққанида ҳансирайди. Юрак касалликларида ҳансираш пайдо бўлишининг сабаби — газлар алмашинуви бузилиб, чала оксидланган маҳсулотларнинг қонда тўпланиб қолишидир. Бўғилиш хуружлари: одатда тўсатдан кечаси тутиб қолади. Бўғилиш хуружи тутган маҳалда бемор бирдан ҳаво этишмай қолганини сезади, кўкрагида ғарғарага ухшаган хириллашлар пайдо бўлади, қон аралаш балғам тушади. Юрак соҳасидаги оғриқлар турли сабабларга кўра пайдо бўлади. Бемор сураб-суриштирилганда оғриқларнинг аниқ жойи, табиати, қанча давом этиши, қай тариқа ўтиши, тарқалиши, қандай шароитлар пайтида пайдо бўлишини билиб олиш зарур. Юрак касалликлари маҳалида шишлар ўнг қоринча этишмовчилигининг ифодасидир. Аввалига шишлар кечга яқин бориб пайдо бўлади, туни билан эса йўқолиб кетади. Шишлар пайдо бўлганда биринчи галда веналар билан капиллярларда ўтказувчан-лик кучайиб, қондан туқималарга суюқлик ўтади.

Сураб-суриштириш ёрдамида беморнинг турмуш тарихидаги зарур воқеалар ҳам аниқлаб олинади. Бунда илгари бошидан кечирган касалликлари, меҳнат ва турмуш шароитлари, зарарли одатларини ўрганиш туғрисидаги маълумотларни қўлга киритиш керак. Аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқларнинг қандай ўтганлигини аниқлаб олиш лозим, чунки қон айланиш системаси касалликларининг белгилари ана шундай даврда пайдо бўлади.

Бемор кўздан кечирилганда ҳаммадан аввал унинг вазияти, тери қопламларининг рангига аҳамият берилади. Юрак етишмовчилигида бемор қаддини кўтариб ётишга мажбур бўлади. Лаблар ва кўзга кўриниб турадиган шиллиқ пардалар цианози, ҳансираш, юрак етишмовчилигидан дарак беради. Юрак етишмовчилигининг хараakterли аломати — шишдир. У тери ости ёғ клетчаткасида бир текис суюқлик тупланиб қолиши оқибати ҳам, қорин бўшлиғида суюқлик тупланиб қолиши (асцит) оқибати бўлиши ҳам мумкин. Шиш купинча (айниқса юрак етишмовчилигининг дастлабки даврларида) оёқларда бўлади, баъзан у одам дам олгани ёки кечаси ухлаб турганидан кейин тез йўқолиб кетади. Бундай шиш баъзан терининг озиқланишини издан чиқаради, натижада терининг ўша жойлари ёрилади, маддалайди, яра бўлиб кетади. Шиш пайдо бўлганда қон димланиб қолиши ва майда қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши катта рол ўйнайди. Шишга бир неча усуллар билан объектив баҳо бериш (унинг бор-йўқлигини, қаерга келганини аниқлаб олиш) мумкин. Бемор оғирлигини мунтазам равишда текшириб туриш, диурезни (чиққан сийдикни ҳисобга олиб бориш), қорин айланасини ўлчаш ва бошқалар шулар жумласидандир. Юрак соҳаси кўздан кечирилганда дўппайиб чиқиб турган жой (юрак ёки аорта аневризмаси) борлигини, юрак учи зарбининг анча кучайганини билса бўлади. Баъзан йирик томирлар (уйқу артериялари)нинг зўр бериб уриб тургани маълум бўлади. Артерияларнинг эгри-бугри ва зич бўлиб қолгани склеротик жараёнда кузатилади. Юрак соҳаси пальпация қилиб қўрилганда баъзан юрак ёки юрак учининг зарби сезилади (чап қоринчаниннг зўр бериб уриб туриши). Юракни пальпация қилиш йўли билан “мушук хирллаши” деган симптом бор-йўқлигини аниқласа бўлади. Бу симптом юракнинг ўнг бўлмачаси билан чап қоринчаси ўртасидаги тешик торайиб қолганида учрайди (юрак порогининг бу хили чап бўлмача — қоринча тешиги стенози ёки митрал стеноз деб аталади). Перкутор товуш юрак билан ўпка устида ҳар хил бўлади. Ўпкада ҳаво бўлганидан, ўпка устидан анча қаттиқ товуш чиқса, қаттиққина мускулли аъзо бўлмиш юрак устидан бўғиқ товуш чиқади.

Бирор-бир юрак бўлими чегаралари (масалан, аорта клапани етишмовчилигида айнақса юрак чап қоринчасининг анча кенгайгани) ёки юракнинг умумий чегаралари кенгайиб кетганини (сезиларли юрак етишмовчилиги пайтида кузатиладиган “хўкиз юрак” деган нарсa) перкуссия ёрдамида аниқлаб олиш мумкин.

Аускультация диагностиканиннг кенг расм бўлган усулидир. Юрак фонендоскоп ёки стетоскоп билан эшитиб қўрилади. Нормада 2 та юрак тони эшитилади: I систолик тон юрак қисқариб (систола), чап бўлма — қоринча клапани билан ўнг бўлма — қоринча клапанлари бекиладиган ва миокард таранг тортадиган пайтда юзага кел-

са, II диастолик тон диастола вақтида пайдо булади ва аорта клапани билан ўтказ стволи клапанининг бекилишидан келиб чиқади.

I тон билан II тон орасидаги интервал (уртасида утадиган вақт) II тон билан I тон орасидаги интервалга қараганда қисқароқ булади. Юракдаги у ёки бу патологик ўзгаришлар сабабли юрак тонлари ўзгариб қолиши мумкин. Масалан, миокард заифлигида тонлар бўғиқ бўлиб қолади. Диастолик тон аксари артериал босимнинг кутарилиб кетишидан пайдо булади. Соғлом одамда юрак тонлари етарлича қаттиқ, жарангдор бўлиб эшитилади. Юрак касалликларида, миокард заифлигида юрак тонлари бўғиқ бўлиб қолади. Бироқ, юрак тонларининг юрак касалликлари туфайли бўғиқ бўлиб қолганини талайгина ёғ борлиги сабабли кукрак қафаси қалин бўлиб тургани учун юрак тонлари жарангдорлигининг камайиб кетганидан — тонларнинг секин бўлиб қолганидан фарқлаш керак.

Бир қанча юрак касалликларини аниқлаш учун аускультация маҳалида топиладиган юрак шовқинлари катта аҳамиятга эга. Бундай шовқинлар миокард ёки юрак клапани аппаратидаги органик, шунингдек ўткинчи ўзгаришлар муносабати билан пайдо бўлиши мумкин.

Масалан, чап бўлма—қоринча клапани ревматик жараёндан зарарланганда клапан тавақаларининг тула бекилишига тўсқинлик қиладиган нуқсон пайдо булади; клапан етишмовчилиги деб шунга айтилади, бунда қоринча систоласи вақтида чап қоринчадан қон аортага ўтибгина қолмай, балки чала бекилган “нуқсонли” клапан орқали орқага ҳам қайтади — чап бўлмага қайтиб тушади. Шундай қон айланиши систолик деб аталадиган шовқин пайдо бўлишига олиб келади.

Физиологик шовқинни миокард ёки юрак клапанларининг биринчи бўлиб зарарланишига алоқадор бўлмаган баъзи ҳолатларда учратиш мумкин. Масалан, ўсмирлик шовқини деган шовқин кўп учрайди, у организмнинг тез ўсиб бораётганига боғлиқ булади. Ёш улғайиши билан бу шовқин йўқолиб кетади ва органик ўзгаришларга боғлиқ бўлмайди. Юракнинг нервлар билан идора этилиши бузилганида, айниқса тахикардия вақтида, жисмоний зуриқишдан кейин даво қилса йўқолиб кетадиган систолик шовқин пайдо булади. Эндокрин системанинг бир қанча патологик ҳолатлари юракда иккиламчи ўзгаришлар ва систолик шовқин пайдо бўлиши билан бирга давом этади (масалан, тиреотоксикоз).

Диастолик шовқин аорта клапани етишмовчилигида келиб чиқади, бунда диастола вақтида қон жипс бекилмай қолган клапанлар орқали чап қоринчага яна қайтиб тушади. Диастолик шовқин чап бўлмача билан қоринча уртасидаги тешик стенози пайтида эшитилади, бунда чап бўлмачадан чап қоринчага қон қийинлик билан ўтади.

Пульс — юрак қисқарган маҳалда ундан қон отилиб чиқиши туфайли артериялар деворларининг дам-бадам тебраниб туриши, томирларнинг уриб туришидир. Пульс характери (сони, ритми, яъни мароми, тўлишуви, таранглиги, тезлиги)ни аниқлаш учун билак-кафт бўғими соҳасида унг қўлнинг тўртта бармоғи билан билак артериясини пайпаслаб топиб, шу артерияни билак суягига сал босиб турилади. Солиштириб қўриш учун иккала қўл билак артерияси пайпаслаб ушлаб қўрилади. Пульсни чакка артерияларида ҳам, уйқу артерияларида ҳам аниқласа бўлади.

Пульс тўлқинининг ҳосил бўлиш механизми мана бундай: чап қоринчадан аортага отилиб чиқадиغان қон артерияларга тарқалиб, уларни тўлдиради. Соғлом одамда пульс сони минутига 60 — 80 зарбни ташкил этади, ритми одатда расо бўлади, яъни айрим пульс зарблари барабар вақт оралаб келиб туради. Билак артериясининг қон билан тўлишуви пульсни аниқлаш учун етарлидир.

Пульс таранглиги артерия деворининг таранглиги, тонусининг ҳолатидир. Таранглик анчагина бўлиб, масалан, билак артериясининг уриб туриши тўхтагунча уни босиш учун маълум даражада куч талаб қилинадиган маҳалларда пульс таранг ёки пульс тўлқини — таранглиги кучайган деб айтилади (масалан, артериялар сезиларли даражада склерозга учраганида).

Пульс тезлиги (минутдаги пульс зарблари сонини ҳисоблаб чиқариладиган пульсдан, яъни томир уришидан фарқ қилиб) пульс тўлқинининг кўтарилиш тезлиги (жадаллиги) ни ҳисоблашдир.

Пульсга объектив баҳо бериш учун сфигмограф деган алоҳида асбобдан фойдаланилади, шу асбоб ёрдамида пульс эгри чизиги — сфигмограмма қора қилиб дудланган қоғозга ёзиб олинади. Ҳар бир медицина ходими билак артериясидан пульс характерини аниқлашни билиши керак. Масалан, ипсимон деган пульс юрак фаолиятининг анча ёмонлашиб қолгани ва зудлик билан даво-чораларини қўриш зарурлигини билдиради. Юрак қисқаришлари ритмининг бузилиши — аритмияларни аниқлаш учун пульсни текшириб қўриш айниқса муҳимдир. Аритмиялар юракнинг функционал узгаришларига ҳам (экстрасистолия), органик касалликларига ҳам (титроқ аритмия, блокада) боғлиқ бўлиши мумкин.

Артериал босим систола ва диастола вақтида артерия деворига қондан тушадиган босимдир. Артериал босим сфигмоманометр — Рива-Роччи аппарати ёрдамида Коротков усулида аниқланади.

Беморнинг елкасига резина манжет уралади. Юмшоқ тўқималар ва артерияни босиш учун уни ҳаво билан тўлдирилади. Фонендоскоп тирсак артериясининг тонлари эшитиладиган жойга, тирсак буғимига қўйилади. Манжеткадан ҳавони чиқариб туриб, шу билан бир вақтда тирсак артериясининг тонларига қўлоқ солиб турилади. Дастлабки тонлар пайдо бўлиши систолик (максимал) ар-

териал босимга туғри келади, унинг шу вақтда қанчалиги симобли манометрдаги рақамларга қараб билиб олинади. Эшитиладиган тонлар йўқолиб кетишига қараб диастолик (минимал) артериал босим рақамлари аниқлаб олинади.

Соғлом одамда систолик артериал босим симоб устуни ҳисобида 115 мм дан то 145 мм гача, диастолик босим эса симоб устуни ҳисобида 60 мм дан 95 мм гача бориши мумкин. Артериал босим даражаси бир қанча шарт-шароитларга: одамнинг конституциясига, ёшига, ҳис-ҳаяжонлари бор-йўқлигига, овқат еган-емаганига, жисмоний жиҳатдан зуриққан-зуриқмаганига боғлиқ бўлади (одам ҳаяжонлангани, овқат еганидан кейин артериал босим кутарилади, дам олганидан кейин пасаяди). Систолик артериал босимнинг симоб устуни ҳисобида 145 мм дан ва диастолик босимнинг симоб устуни ҳисобида 95 мм дан баланд бўлиши гипертензия бор, деган фикрга олиб келиши керак (агар босим тез-тез шундай рақамларга етиб турадиган бўлса). Систолик артериал босим симоб устуни ҳисобида 100 мм дан ва диастолик босим симоб устуни ҳисобида 55 мм дан паст бўлса, бундай артериал босимни гипотензия деб ҳисоблаш зарур.

РЕВМАТИЗМ

Ревматизм — мураккаб инфекцион-аллергик касаллик бўлиб, бутун организмни, асосан бириктирувчи туқималарни зарарлайди ва жараён биринчи навбатда юрак-томирлар системаси, жумладан юракни ўз гирдобига олади. Мамлакатимизда ревматизмга қарши муассасалар ва бўлимларнинг қудратли тармоғи яратилган (диспансерлар, поликлиника кабинетлари, касалхона бўлимлари, илмий-текшириш институтлари). Бу—ревматизм билан оғриш ҳолларининг анча камайишига олиб келди. Лекин бу касаллик, айниқса баъзи касбдаги (бадани совқотиб турадиган ишдаги) кишилар орасида, ҳамон тарқалган. Оғир юрак касалликлари — юрак пороклари, яъни клапан нуқсонлари, эндокардитлар ва миокардитлар (юрак ички пардаси ва миокарднинг зарарланиши) га олиб келадиган сабаблар орасида ревматизм биринчи ўринда туради.

Этиологияси. Ревматизм аксари бирор-бир сурункали инфекция учоғига “уя қуриб” оладиган стрептококк (сурункали тонзиллит, сурункали кулоқ яллиғланиши ва бошқ.) туфайли келиб чиқади. Ревматизм этиологияси туғрисидаги замонавий тушунча шундан иборатки, ревматизм стрептококкнинг бир хили (А гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококк) пайдо қиладиган инфекцияларнинг оқибатидир. Бу инфекция купинча уткир ёки сурункали фарингит ёки ҳозир айтиб утилган тонзиллит тариқасида утади.

Ревматизм авж олиб боришида организмнинг қўзғатувчига ортиқча сезгир бўлиб қолиб, гиперергик реакция бошланиши ҳам (аллергия) муҳим аҳамиятга эга.

Совқотиб туриш, тез-тез ҳаяжонланиш ва жисмоний жиҳатдан зуриқиш, овқатга ёлчимаслик ревматик инфекция авж олиб боришини енгиллаштириши мумкин.

Патологик анатомияси. Ревматизмнинг қандай авж олиб боришини рус тадқиқотчиси В. Т. Талалаев тасвирлаб берган. Унинг авж олиб боришига асосан (анатомик маънода олганда), бириктирувчи тўқимада (эндокард, бўғимлар атрофи ва бошқ.) ревматик гранулёма деган тугунчанинг пайдо бўлиши сабаб бўлади.

Бу гранулёма уни биринчи марта тасвирлаб берган олимларнинг номи билан Ашофф ва Талалаев гранулёмаси, яъни тугунчаси деб аталади. Ашофф — Талалаев гранулёмаси авж олиб боришида 3 босқични ўтади: 1) бириктирувчи тўқима толалари шишиб чиқадиган экссудатив босқич (гранулёма шакллана бошлаши); 2) гранулёманинг узил-кесил шаклланиши; 3) гранулёманинг склерозланиб, атрофдаги тўқималарга раҳна солиши; бу ўз навбатида, юрак клапанлари шаклининг ўзгариб кетишига олиб келиши мумкин.

Ревматизмнинг экссудатив босқичи ҳозир 2 та мустақил босқичга бўлинади: мукоид бўкиш ва фибриноид ўзгаришлар босқичи. Мукоид бўкиш бириктирувчи тўқима зарарланишининг юза ва қайтар босқичи бўлиб, склероз бошланишига олиб боради.

Ревматизмда нерв системаси, ички секреция безлари, бошқа аъзо ва системалар зарарланади. Ревматизмнинг турларини Г. И. Соколовский ва Ж. Буйо батафсил урганиб, тасвирлаб беришган, шу сабабли бу касаллик Соколовский — Буйо касаллиги деб аталади.

А. И. Нестеров бу касалликнинг патогенези инфекцион-невроген характерга эгадир, деган фикрни баён қилди.

Клиник манзараси. Ревматизмнинг бир неча тури бор. Ҳозирги вақтда унинг кўпроқ учрайдиган турида одамнинг умуман дармони қуриб, тана ҳарорати кўтарилиб туради-да, қонида патологик ўзгаришлар булгани ҳолда, юрак клапани аппарати зарарланиб боради; бошқа аъзо ва системалар бунчалик фаоллик билан зарарланмайди. Юрак зарарланиши билан бир вақтда бўғимлар, аксари йирик бўғимлар — тизза, болдир-панжа, тирсак, елка бўғимлари шикастланади. Уларнинг ҳаракатчанлиги бузилиб, зарарланган бўғимлар устидаги тери қизариб чиқади, бўғим атрофидаги тўқималар шишади. Даво таъсири остида бўғимлардаги барча патологик ўзгаришлар батамом йўқолиб кетади, бўғимларнинг ҳаракатчанлиги аслига келиб қолади, лекин ревматик жараён, зўрайиб бораверади ва юракда жиддий ўзгаришлар бошланишига олиб келади. Ревматизмнинг “бўғимларни ялаб туриб, юракни узиб оладиган” касаллик деб аталиши бежиз эмас.

Ревматизмнинг баъзи турларида асосан марказий нерв системаси зарарланади (мускулларнинг тортишиб қисқариб, “учиб туриши”). Бу тур кичик хорей деб аталади. Ревматизмнинг бошқа турида бадан терисиди ҳаммадан кўп ўзгаришлар бўлади, тери ости ёғ клетчаткасида қаттиқ тугунчалар ҳосил бўлади, буларнинг устидаги тери кўкиш аралаш қизариб туради. Касалликнинг 2 та асосий фаол ва суғ босқичи ажратилади.

Бу касаллик ўткир, ярим ўткир ҳолда ўтиши, чўзиладиган, тинмай қайталаниб турадиган ва яширин (латент) бўлиши мумкин. Ревматизм билан кўпинча ёшлар, аксари болалар касалландилар.

Ревматизм қузиган пайтда тана ҳарорати юқори рақамларгача кўтарилади, баъзан у уртача даражада кўтарилиши ҳам мумкин (субфебрил ҳарорат). Одам умуман дармони қуриб, терлайверади, юрак ўриши тезлашади. Бўғимлар оғримайётган бўлса, беморлар шамоллаб қолдим, деб ўйлашади-да, врачга боришмайди, (ревматизмнинг юрак тури шундай бошланади).

Тана ҳарорати кўтарилиши, умумий қувватсизлик ва терлайвериш билан бир вақтда бўғимларда патологик ўзгаришлар пайдо бўлади (ҳаракатчанлиги бузилиб, улар шишиб чиқади ва ҳоказо). Юрак эшитиб қурилганида (аускультация қилиб), тонларининг бўғикроқ бўлиб қолгани, юрак ўриши тезлашгани маълум бўлади. Қонни лабораторияда текшириб қуриш лейкоцитоз борлиги, ЭҚТ кучайганини қурсатиб беради, ревматизмни аниқлаш учун қилиб қуриладиган синама мусбат бўлиб чиқади.

Бўғимлар гўёки навбатма-навбат зарарланиб боради, яъни аввал 1 та ёки 2 та тирсак бўғимлари, кейин қафт усти бўғимлари зарарланади ва оғриқлар “учиб юрадиган” бўлади. Ревматик атакаси чўзилиб кетганида юрак етишмовчилиги бошланиши мумкин, бу — юрак ўйнаши, юрганда ҳансираб қолиш, кечқурунга бориб оёқ панжаларининг шишиб қолиши билан намоён бўлади. Мана шу ҳолатларнинг ҳаммаси ревматик миокардитга боғлиқ, деб ҳисобланади. Юракда ревматик порок (ревматизм сабабли пайдо бўладиган нуқсон) 5 — 7 ойдан кейин шаклланади, шу туфайли унинг симптомлари кейинроқ маълум бўлади. Юракнинг ўтказувчи системасида ўзгаришлар рўй бериши мумкин, бу ЭҚГ да маълум бўлади: булмача-қоринча интервали узайиб кетади (нормада у кўпи билан 0,2 секунд бўлади). Юрак текшириб қурилганида чегараларининг 1 — 2 см кенгайгани қайд қилинади. Юрак томирлар системасининг зарарланиши, бўғимлардан дам бири, дам иккинчисининг оғриб туриши (оғриқларнинг “учувчан бўлиши”), ангина бўлиб ўтганлиги ва салицилатлар билан даво қилинганида яхши натижа олиниши — ревматизмни аниқлашда иш берадиган асосий диагностик жиҳатлардандир. Касаллик ревматизм хуружлари

қуринишида утади. Хуружлар баъзан йилига бир неча марта булиб утади ва бир неча кундан 1/2 — 2 ҳафтагача давом этади. Бўғимлардаги оғриқлар шу қадар кучли бўлиши мумкинки, бунда касал оғриб турган бўғимига чойшаб ёки адёл текканида ҳам изтироб чекаверади. Бироқ, ревматизмнинг бундай яққол ифодаланган турлари сунгги йилларда анча кам учрамоқда, кўпинча касалликнинг билинмайдиган турлари учрайдики, бунда аломатлар унча кескин ифодаланмаган бўлади. Ташхис қўйиш учун ревматизмни аниқлаб берадиган диагностик синамалар қатта аҳамиятга эга. Ҳозир кўндан бери маълум диагностик синамалар (ЭЧТ, чуқтириш синамалари, қон плазмасидаги фибриноген — 1 омил миқдори, протромбин вақтини аниқлаш) ҳам, янгилари (С-реактив оқсил, зардоб оқсиллари электрофореграммаси, гликопротеидлар ва мукопротеидларни аниқлаш, дифениламин синамаси ва бошқ.) ҳам қўлланилади. Мана шу синамалар ёрдамида ревматизмнинг фаол босқичида оқсиллар алмашинуви ҳамиша ва анчагина издан чиқадиган бўлиши аниқланган. Касаллик авжига чиқиб турган маҳалда қон оқсилларининг альбумин ва глобулин фракциялари уртасидаги нисбат (альбумин миқдори камайиб, глобулинлар миқдори купайиб борадиган томонига қараб) ўзгаради. Шуни айтиб ўтиш керакки, оқсил-ферментлар алмашинувидаги жиддий камчиликларни акс эттирувчи қон протеинограммасидаги ўзгаришлар ревматизм диагностикаси учунгина аҳамиятга эга бўлиб қолмасдан, балки бошқа касалликлар (ангина, ревматоид артрит ва бошқ.) диагностикаси учун ҳам аҳамиятга эгадир, яъни бу кўрсаткичлар специфик эмас.

Давоси. Ревматизм билан оғриган беморни касалхонада даволаш зарур. Уни елвизаклардан ва совқотиб қолишдан асраш лозим. Ревматизм билан оғриган касалнинг овқати оқсиллар, ёғлар, углеводлар, шунингдек витаминлар етарлича бўлган бекаму кўст рациондан иборат бўлади, ош тузи чеклаб қўйилади. Суюқлик ичиш режимида риоя қилиш: етарли миқдорда мева сувлари, минерал сувлар бериб туриш (одам терлайверадиган бўлгани учун кўп суюқлик йўқотиб туради), аммо организмга суюқликлардан зўр келтирмаслик жуда муҳим. Касалнинг ўринда узоқ (камида 1 — 1 1/2 ой) ётиб туриши давонинг муҳим омили бўлиб ҳисобланади. Ревматизмга даво қилишнинг махсус воситаси натрий салицилатдир. 1-ҳафта давомида уни ҳар 3 соатда 1 г дан ичиб турилади. 2-ҳафтада препарат ярим миқдорда берилади. Даво курсига 150 г атрофида препарат керак бўлади. Шундан кейин одатда, беморнинг умумий аҳволи яхшиланиб, бўғимларидаги оғриқлар камаёди, тана ҳарорати пасаяди ва ҳоказо. Ацетилсалицилат кислота ҳам ана шу дорилар гуруҳига киради, уни кунига 3 г миқдорда берилади (0,5 г дан 6 марта ичиб туриш учун). Бироқ, ҳозир айтиб ўтилган дорилар меъда шиллиқ пардасини таъсирлантириши мумкин.

Салицилатлар етарлича наф бермаганида, баъзи бошқа дори-дармонлар ўринли бўлади (жумладан, кунига 0,2 — 0,3 г дан амидопирин). Бутадион ва шунга ухшаш бошқа препаратлар (пиразолидин, бутазолидин, фенилбүтазол) 0,15 г дан кунига 3 — 6 маҳал ичиш учун буюрилади. Бутадионнинг фаоллигини ошириш учун тенг миқдордаги амидопирин ёки реопирин билан бирга қушиб ичилади. Бу препаратлар 0,25 г дан кунига 3 — 4 маҳал ичиш учун буюрилади.

Ревматизмнинг ўткир босқичида кунига 15 — 20 мг дан преднизолон ва преднизон (5 мг дан 3 — 5 маҳал), кунига 15 — 20 мг дан триамсинолон тайинланади. Гормонлар билан даво қилиш билан бир вақтда антибиотиклар, масалан, 10 кун давомида кунига 2000000 — 4000000 ТБ дан пенциллин, 2, 0 г ампициллин, 2, 0 — 3, 0 г оксациллин ҳам буюрилади.

Бемор уринда узоқ ётадиган булганида мускуллар атрофиясининг олдини олиш учун энгилгина массаж, зур келмайдиган даво гимнастикаси комплексини буюриш мақсадга мувофиқдир.

Парвариш қилиб боришнинг аҳамияти катта. Ревматизм билан оғриган касал жуда кўп терлайди, шунинг учун ички кийимлари ва бошқа оқликларини бот-бот алмаштириб туриш керак. Бадан териси бичилиб кетмаслиги учун уни сув қўшилган атир билан артиб туриш лозим. Касал бугимларни иссиқ тутиш зарур.

Ревматизм билан оғриган беморлар касалхонадан чиқиб кетганларидан кейин совқотишдан эҳтиёт бўлишлари лозим, зах биноларда бўлиш билан алоқадор иш уларга тўғри келмайди. Кариес билан оғриган тишларга даво қилиш зарур. Сурункали тонзиллитда бодомча безларини олиб ташлаш тавсия қилинади. Гайморитлар, бошқа аъзолардаги яллиғланиш жараёнларига мунтазам даво қилиб бориш керак.

Ревматизмга қарши мамлакатимизда яхши уюштирилган хизмат болалик ва пубертат (ўсмирлик) даврида ревматизмнинг даст-лабки кўринишлари билан оғриб келаётган кишиларни ҳисобга олиб, даволаш-профилактика чора-тадбирларини вақтида амалга оширишга имкон беради.

Мамлакатимиздаги рационал меҳнат ва турмуш режими, ҳаммага барабар ва юқори малакали хизмат кўрсатадиган даволаш-профилактика муассасаларининг уюшган системаси ревматизм билан оғриш ҳолларини анча камайтирди. Ревматизм билан оғриган касалларга (ўткир давридан ташқари маҳалларда) Сочи, Магистада, ўрта минтақадаги бир қанча санаторийларда (Старая Русса ва бошқ.) санаторий-курорт йули билан даво олиб борилади. Юқорида айтиб ўтилганидек, ревматизмнинг утишида ҳар хил кўринишлар бор, лекин унинг ҳамма турларида ҳам юрак мускули билан ички пардаси — миокард билан эндокард патологик жараёнга қушилиб

кетасди. Вақтида зур бериб даво қилинадиган бўлса, ревматик жараён тўхташи ва эндокардит пайдо бўлмаслиги мумкин.

Профилактикаси. Профилактикасининг асоси организмнинг табиий иммунитет ва турли инфекцияларга нисбатан қаршилигини мустаҳкамлашдир. Бизда шундай чора-тадбирлар амалга ошириладики, бу биринчидан, соғломлаштирувчи чора-тадбирларни куриш, иккинчидан, ревматизм хусусида мушкул ирсиятга эга бўлган, сурункали тонзиллит ва бошқалар билан оғриб юрган кишиларда, яъни хатар омили бор кишиларда профилактик даво курсини ўтказиб туришдир. Профилактик даво курси 5 — 6 кунда 1 марта 600000 ТБ дан бициллин инъекцияларини (ҳаммаси бўлиб 5 инъекция), ацетилсалицилат кислота (2 — 3 г) ёки бутадион (кунига 0,3 г дан) ичириб туришдан иборат. Бициллин билан 3 йил давомида ана шундай даво қилинганидан сунг кейинги 2 йил ичида касаллик қўзймайдиган бўлса, куз ва баҳор кезлари 1500000 ТБ гача бициллин билан бирга ҳар куни 2 г ацетилсалицилат кислота буюрилади (даво курси 45 — 50 кун).

Ревматизм билан оғриган касалларга ҳозир кардиоревматология диспансерлари, марказлари ва кабинетлари, Тиббиёт фанлари академиясининг Ревматология илмий-текшириш институти даволаш-профилактика ёрдами курсатади.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Ревматизм касаллиги қандай касаллик? Касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни айтиб беринг.
2. Ревматизм касаллигининг асосий клиник белгилари қандай?
3. Қонни текширганда қандай ўзгаришлар аниқланади?
4. Ревматизм юракда қандай ўзгаришларни келтириб чиқаради?
5. Ревматизм касаллигини даволашнинг асосий йўналишлари.
6. Ревматизмнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.

ЮРАК ПОРОКЛАРИ

Юрак пороги деб, юрак клапанларининг тузилишида қон айланишининг издан чиқишига олиб келадиган нуқсон борлиги сабабли бошланган касалликка айтилади, бундай нуқсон туғма ёки турмушда орттирилган бўлиши мумкин. Туғма юрак пороклари эмбрион шаклланиб борадиган даврда пайдо бўлади. Бироқ, кўпинча турмушда орттирилган пороклар учрайди. Юрак клапанлари нуқсонлари, ревматизм, захм, склеротик жараён ва бошқалар туфайли эндокардда юзага келадиган ўзгаришлар шулар жумласидандир.

Чап бўлмача-қоринча клапани етишмовчилиги

Патогенези. Ревматик гранулёмалар эндокардда пайдо бўлиб, склерозланиш босқичида клапаннинг, масалан, чап бўлмачадан чап қоринчага қон ўтадиган йўлда жойлашган, чап бўлмача билан

қоринча ўртасидаги тешикни бекитиб турадиган чап бўлмача-қоринча (митрал) клапаннинг бужмайиб, калта тортиб қолишига олиб келади. Бу клапандаги етишмовчилик аксарият ревматик жараёндан 5 — 7 ой ўтгач пайдо бўлади (ўз вақтида ёки яхши даво қилинмаганда).

Чап бўлмача-қоринча клапани етишмовчилигида қон айланиши бузилишининг моҳияти қуйидагича: калта бўлиб қолган митрал клапан бўлмача-қоринча тешигини тўлиқ ёпа олмаслиги сабабли чап қоринча систоласи вақтида қон аортага йўналибгина қолмай, балки чап бўлмачага қайтиб тушади (тескари оқим, 19- расм).

Чап бўлмачага қон, одатда, ўпка веналаридан келади, чап қоринчадан тескари оқим билан келаётган қўшимча қон порцияси эса бўлмачанинг чўзилиб кетишига (кенгайиш, гипертрофия) олиб боради. Чўзилиб кетган чап бўлмачадан нормадагидан кўп миқдордаги қон чап қоринчага тушади, натижада у гипертрофияланади.

Клиник манзараси. Чап бўлмача-қоринча клапани етишмовчилигининг асосий симптомлари юрак етишмовчилиги бор-йўқлигига кўп жиҳатдан боғлиқ. Юрак етишмовчилиги бўлмаганда (компенсацияланган юрак порогига) бемор ҳеч қандай шикоят қилмай юраверади.

Юрак соҳаси куздан кечирилганда юрак учи зарби, яъни гипертрофияланган чап қоринча ва унинг учининг куч билан қисқараётгани кўзга ташланади. Бу соҳа — чапдан бешинчи қовурғалар ораси пальпация қилинганда юрак учи зарбининг кучайгани аниқланади. Чап бўлмача кенгайганлиги сабабли юрак чегаралари чапга (гипертрофияланган чап қоринча ҳисобига) ва юқорига кенгайган бўлади.



19-расм. Чап бўлмача ва қоринча клапани етишмовчилигидаги ўзгаришлар: чап қоринчадан чап бўлмачага қоннинг қайта оқиши. Чап қоринча ва бўлмачалар гипертрофияси (штрих чизиқлар билан кўрсатилган) ва дилатацияси.

Юракни аускультация қилганда қуйидаги ҳол аниқланади: систолик тон (чап бўлмача-қоринча клапани тавақаларининг ёпилиш товуши) сусайган бўлади, чунки мазкур клапан тавақаларининг шакли ўзгарган ва ёпиқ клапанлар даври бўлмайди.

Юрак учи устида систолик шовқин қайд қилинади, бунда қон чап қоринча систоласидан фақат аортага эмас, балки чап бўлмача билан қоринча ўртасида шакли ўзгариб кетган клапан тавақалари билан яхши бекилмай қолган тешик орқали чап бўлмачага ҳам тушади. Кичик қон айланиши доирасида қон димланиши бошланиб келаётганда ўпка стволи устида ди-

астолик тон кучайиб қолади, чунки упка стволи клапанлари ортиқча қаршилиқни куч билан енгади.

Чап бўлмача-қоринча клапани стенози

Патогенези. Чап бўлмача-қоринча клапани стишмовчилиги сингари чап атрио-вентрикуляр тешикчанинг торайиб қолиши, яъни стенози (митрал стеноз) ҳам ревматик эндокардит оқибати сифатида (бириктирувчи тўқиманинг склерозга учраши, тешикнинг торайиши) ревматик инфекция заминида ривожланиб боради. Торайган чап бўлмача-қоринча тешиги орқали қон чап бўл-мачадан қийинлик билан чап қоринчага ўтади, қоннинг бир қисми чап бўлмачада қолиб кетади ва унга упка веналаридан қўшимча қон келиб қўшилади. Чап бўлмача кенгайди. Тез орада кичик доира системасида димланиш аниқланади (20-расм).



20-расм. Чап атриоventрикуляр тешик стенозида юракдаги ўзгаришлар: чап бўлмачадан чап қоринчага қон ўтишининг қийинлашуви. Чап бўлмача ва ўнг қоринча гипертрофияси (штрих чизиклар билан кўрсатилган).

Клиник манзараси. Нафас қисиб, юрак уриши тезлашади, йўтал тутиб, кўпинча қон аралаш балғам тушади, тери қопламлари бир-мунча кўкариб туради. Юрак соҳасини пальпация қилганда шу порокка хос симптом — “мушук хириллаши” симптоми аниқланади (юрак тез-тез уриши натижасида олдинги кўкрак деворининг титраши). Кичик қон айланиш доирасидаги димланиш туфайли ўнг қоринча гипертрофияланади ва шунга кўра юрак ўнгга ва юқорига томон кенгайган бўлади (чап бўлмача гипертрофияси). Кичик қон айланиш доирасида қон босими ошиши сабабли упка стволи тепасида II тон акценти эшитилади.

Диастола вақтида қон торайган атриоventрикуляр тешик орқали чап бўлмачага шовқин билан тушади, буни диастолик шовқин дейилади.

АОРТА КЛАПАНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Патогенези. Аорта клапани бужмайиб, калталашгани туфайли, у систола вақтида чап қоринчадан аортага қон ўтадиган тешикни тўла бекита олмайди. Диастола вақтида қоннинг бир қисми аортадан чап қоринчага қайтиб тушади (21-расм).

Клиник манзараси. Бемор бўйнидаги томирларининг қаттиқ-қаттиқ уриб турганини сезади (уйқу артериялари уриб туради). вақти-вақтида бош айланиб туради. Тери қопламлари оқарган, юрак учининг зарби чапга силжиган, анча кучайган бўлади. Уйқу артерияларининг кўриниб турадиган пульсацияси билан бирга бош-



21-расм. Аорта ярим ойсимон клапани етишмовчилигидаги юракдаги ўзгаришлар. Аортдан чап қоринчага қоннинг қайта оқими. Чап қоринча гипертрофияси (штрих чизикларда кўрсатилган) ва дилатацияси.



22-расм. Аорта тешиги стенозида юракдаги ўзгаришлар: чап қоринчадан аортага қон ўтишининг қийинлашуви. Чап қоринчанинг тўсатдан гипертрофияланиши (штрих чизиклар билан кўрсатилган).

нинг бир маромда тебраниши (пульс билан бир вақтда) ҳам қайд қилинади. Пульс “сакровчан”, тез бўлади (пульс тўлқинининг тез кўтарилиши).

Систолик артериал босим жуда юқори, диастолик босим эса жуда паст бўлиб чиқади. Масалан, ушбу порокда артериал босим рақамларининг аксари симоб устуни ҳисобида 150/40, 260/20 мм га тўғри келиши кузатилади. Диастолик артериал босим нолга тенг бўлиши мумкин.

Чап қоринча диастоласи вақтида аортдан чап қоринчага қон қайтиб тушиши (қисман) сабабли аорта тепасида диастолик шовқин эшитилади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган симптомларнинг ҳаммаси ҳам диастола вақтида қоннинг тескарига оқиши туфайли кузатилади: периферик томирлар қон билан етарлича тўлмаслиги оқибатида беморнинг ранги жуда оқариб кетган бўлади (“аортал” рангпарлик).

Рентгенологик текширувда юрак сояси ковушни эслатади (юракнинг “бел” қисми ингичка ва чап қоринчаси кенгайган чўзиқ булади). Буни юракнинг аортал конфигурацияси дейилади.

АОРТА ОҒЗИ СТЕНОЗИ

Аорта оғзи стенози ревматизм оқибати сифатида аорта клапани етишмовчилиги билан бирга учрайди. Периферик томирларнинг қонга яхши тўлишмаслигидан тери қопламлари оқариб туради. Юрак чегаралари чапга кенгайган (22-расм), юрак учининг зарби кучайган бўлади. Юрак аускультация қилинганда аорта равоги проекцияси соҳасида қон-

нинг торайган тешик орқали ўтиши оқибатида систолик шовқин қайд қилинади. Пульс кичик, секинлашган (пульс тўлқини кўтарилиши секинлашган) ва сийрак (минутига қарийб 50 марта уради) бўлади, бу юрак чап қоринчасидан қоннинг аортага

қийинлик билан ва секин ўтишига боғлиқ. Систолик босим пасайган бўлади.

ЮРАКНИНГ ЎНГ БЎЛМАЧА-ҚОРИНЧА КЛАПАНИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Ўнг бўлмача-қоринча (уч тава-қали) клапани етишмовчилиги ревматизмни бошдан кечириш оқибатида вужудга келади. Бу клапаннинг алоҳида етишмовчилиги камдан-кам учрайди. Одатда, ўнг бўлмача-қоринча клапани етишмовчилиги юракнинг митрал клапан стенози порогига қўшилиб келади. Юрак чегаралари ўнгга кенгаяди, аускультацияда бўлмача-қоринча клапани проекцияси соҳасида (тўш суягининг ханжарсимон ўсиғи устида) систолик шовқин эшитилади. Бўйин веналари, жигар пульсацияси аниқланади. Юрак чегаралари ўзгаради (23, 24, 25-расмлар).



23-расм. Ўнг бўлмача ва қоринчалараро клапан етишмовчилиги ва чап атриовентрикуляр тешик стенозида юракдаги ўзгаришлар: қоннинг чап бўлмачадан чап қоринчага ўтишининг қийинлашуви. Ўнг қоринчадан ўнг бўлмачага қоннинг тескари оқими. Ўнг қоринча ва иккала бўлмачалар гипертрофияси (штрих чизикларда кўрсатилган) ва дилатацияси.

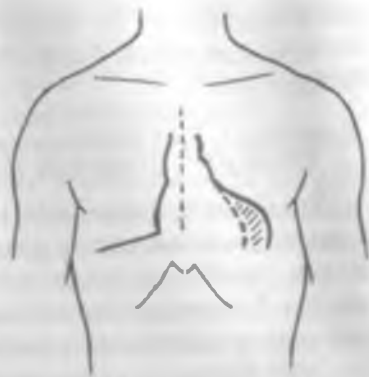
...

Юрак пороги компенсацияланган ва компенсацияланмаган бўлади. Компенсация босқичида бемор мутлақо шикоятлар қилмаслиги ёки бу шикоятлар арзимаган бўлиши мумкин. Жараён декомпенсацияли бўлганда қон айланиши бузилади, бунда шу юрак пороги учун махсус симптомлар (масалан, аорта клапани етишмовчилигида бош айланиши хуружлари, митрал стенозда қон тупуриш) билан бирга бирор босқичда юрак етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган патологик ўзгаришлар (нафас қисиши, тери ости ёғ клетчаткасида шиш ва ҳоказо) пайдо бўлади.

Юрак порогида декомпенсация турли муддатларда юз беради. Чунончи, чап бўлмача-қоринчаси клапани етишмовчилигида юрак пороги узоқ вақтгача компенсацияланган бўлиб қолиши мумкин (бунга чап қоринчанинг кучли мускулатураси имкон беради). Чап бўлмача-қоринчаси тешиги стенозида декомпенсация бирмунча тез содир бўлиши мумкин, чунки бу ҳолда чап бўлмачанинг нисбатан кучсиз мускулига зўр келади. Чап қоринча ва чап бўлмача кучсизланганда, аввало кичик (ўпка) қон айланиш системасида қон димланиши рўй беради, бу нафас қисиши, ўнг қоринча гипертрофияси, сўнгра эса чап бўлмача-қоринча клапанининг ҳам етишмовчилиги билан ўтади.



24-расм. Беморда митрал клапан стенози билан ўнг қоринча катталашуви. Ўпка гипертензиясининг ривожланиши(тизма).



25-расм. Юракнинг аортал пороги, чап қоринча катталашуви (тизма).

Ўнг қоринча ва ўнг булмачанинг зуриқиб ишлаши ва декомпенсацияси оқибатида катта қон айланиш доираси системасида димланиш ҳодисалари ривожланиб, булар жигарда димланиш ва шиш келиб чиқишига сабаб бўлади.

Юрак етишмовчилигининг клиник белгилари ва даволаш масалалари сурункали юрак-томирлар етишмовчилигига бағишланган булимда батафсил баён қилинади, чунки у фақат юрак пороги заминида эмас, балки юракнинг қуйида баён қилинадиган бошқа касалликларида ҳам ривожланади.

Н а з о р а т с а в о л л а р и

?

1. Юрак пороги нима?
2. Юрак порокларини келтириб чиқарувчи сабабларни айтинг.
3. Юрак порокларининг асосий шикоятлари.
4. Юрак порокларини даволашнинг асосий қоидалари.
5. Юрак пороклари билан беморларни диспансер назорат қилиш асослари.

СЕПТИК ЭНДОКАРДИТ

Эндокардит — эндокард яллиғланиши бўлиб, кўпинча у клапанларнинг юрак пороклари бошланишига олиб борадиган даражада зарарланиши билан ўтади. Ўткир ва ярим ўткир (чўзиладиган) септик эндокардит тафовут қилинади. Ўткир эндокардит сепсис маҳалида инфекция қўзғатувчисининг эндокардга ўтиб қолиши натижасида пайдо бўлади.

Ўткир септик эндокардит. Ўткир септик эндокардит жуда ҳам оғир касалликдир, унга асосан бирдан авж олиб борадиган сепсис

яллиғланиш учоғидан қонга тухтовсиз ёки дам-бадам микроорганизмлар Утиб туришига боғлиқ патологик жараён сабаб булади (масалан, суяк тўқимасининг йирингли яллиғланиши — остеомиелитда, шунингдек бошқа аъзо ва тўқималардаги сурункали йирингли жараёнлар вақтида). Организм химоя кучларининг заифлашиб қолиши, қандай бўлмасин бирор қўзғатувчи (стрептококклар, стафилококклар ва бошқа) вирулентлигининг кучайиб кетиши сингари бирор ноқулай омиллар таъсири остида бундай қўзғатувчилар қон оқими билан бутун организмга тарқалиб, бир талай йирингли учоқларни ҳосил қилади. Ўткир септик эндокардит упка абсцесси, пиелит ва бошқа касалликларда пайдо бўлиши мумкин. Эндокарднинг сепсис туфайли зарарланиши ҳамisha ўткир септик эндокардит бошланишига ҳам, ярим ўткир септик эндокардит бошланишига ҳам йўл очиб, унга мойил қилиб қўяди.

Септик эндокардитда купинча аорта клапанида яралар пайдо бўлади, бу унинг емирилиб, аорта клапани етишмовчилиги билан юрак-томирлар етишмовчилиги бошланиши (қон айланиши издан чиқиши) га олиб келади.

Клиник манзараси. Ўткир септик эндокардит симптоматикаси аввало бутун организмнинг оғир касаллиги — сепсис борлигига боғлиқ бўлади. Одам умуман жуда бўшашиб, аозойибадани “сувга тушгандек” терлайди, қалтирайди, тана ҳарорати гектик типда кўтарилиб кетади, кундузги, эрталабки ва кечқурунги ҳароратлар ўртасида катта фарқ бўлади.

Аксари ўткир нефрит пайдо бўлади, талоқ катталашиб кетади. Ўткир септик эндокардит жуда шиддат билан ўтади. Ўз вақтида даво қилинмайдиган бўлса, 2 — 3 ҳафтадан кейин аҳвол оғирлашиб қолади ва касал ўлиб қолиши мумкин.

Давоси. Ўткир септик эндокардит билан оғирган беморлар албатта касалхонага жойлаштирилади. Давонинг асосий усули ҳозир катта-катта миқдорларда антибиотикларни буюришдан иборат. Даво яхшироқ наф берадиган бўлиши учун касалликни пайдо қилган микроорганизм бактериологик текшириш йўли билан аниқлаб олинади ва шунга қараб у ёки бу антибиотик буюрилади. Антибиотик катта миқдорларда буюрилади. Масалан, мускуллар орасидан юбориладиган пенициллин миқдори суткасига 5 000 000 — 10 000 000 ТБ гача етказилади.

Ўткир септик эндокардит билан оғирган касалларга оқсиллар, ёғлар, углеводлар ва витаминлар етарли миқдорда буладиган овқат буюрилади. Ўткир септик эндокардит шундай касалликларнинг бирики. Бунда дарднинг оқибати беморга туғри парвариш қилиб боришга куп жиҳатдан боғлиқ бўлади.

Беморлар парварини. Парваринининг аҳамияти бошқа даво усуллариининг аҳамиятидан кўра кам эмас. Бемор тушкунликка тушиб,

бушашиб ётганида унга кўпроқ аҳамият бериб, қараб туриш керак. медицина ҳамшираси унинг батамом соғайиб кетишига кўнглида ишонч уйғотиши лозим. Яхши овқатланиб туриш зарурлигини беморга тушунтириб бериш керак, чунки ўткир септик эндокардитда кўпинча иштаҳа бўлмайди. Бадан териси бичилиб қолишига йўл қўймаслик, ич кийим ва чойшабларни тез-тез алмаштириб туриш, бадан терисини анчагина сув қўшилган атир ёки бошқа дезинфекцияловчи эритма (сирка, камфора спирти) билан артиб туриш лозим.

Ярим ўткир септик эндокардит. Ярим ўткир (чўзиладиган) септик эндокардитга яшил стрептококк сабаб бўлиб, бу касаллик сугалсимон ярали эндокардит пайдо бўлиши ва асосан аорта клапани зарарланиши билан таърифланади. Касаллик энг бошиданок чўзиладиган (сурункасига давом этиб борадиган) бўлади. Ярим ўткир септик эндокардитда, худди ўткир эндокардитдагидек, касалликнинг пайдо бўлишида олдин эндокарднинг ревматик жараёндан зарарланиши катта аҳамиятга эга. Юрак клапанларида яра-лар, фибрин тўплamlари, сугаллар қўринишидаги усимталар пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Ярим ўткир эндокардит ревматик эндокардит устига пайдо бўладиган бўлса, клиник қўринишлари ҳаммадан аввал бадан терисидаги ўзгаришлардан иборат бўлади; бадан терисига тошма тошади, яъни терида петехиялар — майда-майда қонталашлар пайдо бўлади, тери сал сарғиш тусга киради, бу гемолизга боғлиқдир (эритроцитларнинг емирилиб туришига).

Аксари ревматик жараён туфайли юзага келган юрак пороги ва ревматик эндокардит бўлса, беморнинг аҳволи анча оғирлашади. Бу — умумий интоксикациянинг кўпроқ бўлишига, эмболиялар ва сепсиснинг бошқа қўринишлари пайдо бўлишига боғлиқ. Бу касаллик учун жуда кўп терлаб туриш, умумий қувватсизлик, иштаҳа пасайиб кетиши билан давом этадиган узоқ гектик иситма характерлидир. Бироқ, тана ҳарорати юқори даражада бўлмай, субфебрил бўлиб, гоҳ-гоҳида бир кун 40°C гача кўтарилиб туриши мумкин. Юқорида айтиб ўтилганидек, бемор кўздан кечириб қўрилганида бадан терисининг оқариб тургани, шунингдек васкулитлар (томир деворининг яллиғланиши) ва эмболиялар билан алоқадор бир қанча симптомлар диққатни ўзига жалб қилади, бундай васкулит ва эмболиялар майда томирларда ҳам, йирик томирлар тармоқларида ҳам бўлиши мумкин. Юрак қон-томирлар системаси текшириб қўрилганида юрак чегараларининг чапга кенгайгани, юрак учи проекцияланадиган жойда диастолик шовқин борлиги, пульсининг тезлиги, яъни юрак аортал пороги (аорта клапани етишмовчилиги) га хос аломатлар борлиги қайд қилинади. Бироқ, баъзан,

айниқса касалликнинг бошланғич даврларида аорта клапани етишмовчилигига хос аломатлар бўлмаслиги мумкин. Ярим уткир септик эндокардит юракнинг ревматик митрал порогида ҳам пайдо бўлади. Юрак томирлар етишмовчилигининг мазкур касаллик учун хос бўлган қандайдир бирор хусусиятлари йўқ. Талоқ инфаркти пайдо бўлиши сабабли чап қовурғалар тагида оғриқ бўлиб туриши муҳим симптом бўлиб ҳисобланади. Бел соҳасидаги оғриқ буйрак инфарктига боғлиқ бўлиши мумкин. Жигар, талоқнинг катталашиб кетиши сурункали сепсисга жавобан реакциядир. Ўчоқли нефрит пайдо бўлиб бориши туфайли узоқ давом этадиган гематурия қайд қилинади. эритроцитлар гемолизга учраши натижасида эса анемия пайдо бўлади, яъни камқонлик ривожланади.

Қонни бактериологик йўл билан текшириб, яшил стрептококкни ажратиб олиш мумкин. Ўтишига қараб касалликнинг анча оғир тури ва унча оғир бўлмайдиган тури тафовут қилинади. Касалликнинг анча оғир тури интоксикация кўпроқ бўлиши билан давом этиб боради, томирлардаги ўзгаришларга хос симптомлар (машхур Кончаловский — Румпель — Ледеде симптоми, билак ёки болдир жгут билан боғланиб, босилганида шу босилган жойда нуқта-нуқта қон қўйилиб қолишдан иборат жгут симптоми) кўпроқ ифодаланган бўлади, турли аъзоларда эмболиялар учрайди. Касалликнинг унча оғир бўлмаган турида беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати субфебрил бўлади, интоксикация камроқ ифодаланади, капиллярлар камроқ ўтказувчан ёки камроқ мўрт бўлади.

Ярим ўткир септик эндокардит асоратларидан фалажлар пайдо бўлишига олиб борадиган мия томирлари эмболиялари, кўзнинг хира тортиб қолишига сабаб бўладиган тур парда томирлари эмболиялари, миокард инфаркти билан ўтадиган тож томирлар эмболиялари ҳаммадан оғир ҳисобланади.

Давоси. Ўриндан турмай ётиш тайинланади. Овқат бекам-куст бўлади, лекин ош тузи чекланади. Суюқлик ичиш режимига амал қилиб бориш зарур.

Худди ўткир септик эндокардитда бўлганидек, антибиотиклар билан даволаш препаратларни катта миқдорларда буюришни кўзда тутати. Антибиотиклар билан даволаш (антибиотикотерапия) 1,5 — 2 ой давом этади (шу вақт мобайнида бемор 250000000 ТБ гача пенициллин ёки бошқа антибиотик препаратларни олади).

Юрак томирлар етишмовчилигида даво умумий қоидаларга мувофиқ олиб борилади.

МИОКАРДИТ

Миокардит деб, миокард яллиғланишига айтилади. Миокардит ўткир ва сурункали бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳар қандай ўткир инфекцион касаллик у ёки бу даражада миокардга таъсир қилади, деб ҳисоблаш мумкин. Юқорида айтилганидек, миокардни зарарлантирадиган, тарқалган инфекциялардан бири — ревматик инфекция ҳисобланади. Миокардда ревматик гранулемалар ривожланиб, улар кейинчалик чандиқланади, мускул туқимаси урнига бириктирувчи туқима пайдо бўлади.

Миокардит ўчоқли (чегараланган) ва диффуз (тарқалган) бўлиши мумкин. Ўз вақтида даво қилинганда миокард функцияси тикланади. Такрорий зарарланишларда ва етарлича даво қилинмаганда сурункали миокардит ривожланади. Сурункали миокардит заминиди дистрофик ўзгаришлар — миокардит кардиосклерози ётади. Миокардит касалликларининг айтиб ўтилган турларини бир-бирига қарама-қарши қўйиб бўлмайди, бир тур иккинчисига ўтиши мумкин, баъзан мустақил ҳам бўлади.

Клиник манзараси. Миокардитда беморнинг асосий шикоятлари юрак соҳасидаги ёқимсиз сезгилар, баъзан санчиқли, бирмунча доимий оғриқ, юрак уришининг тезлашуви, жисмоний ҳаракат қилганда нафас қисиши ҳисобланади. Ўткир миокардитда бу шикоятлар кучлироқ юзага чиқади ва бирор инфекциядан кейин тез орада пайдо бўлади. Ўткир миокардитда ҳам, сурункали миокардитда ҳам юрак чегаралари кўпроқ чап томонга бирмунча кенгайган бўлиши мумкин. Юрак тонлари бўғиқ, баъзан оз-моз систолик шовқин эшитилади. Ўткир миокардитда тана ҳарорати кўтарилади, қонни текширганда ЭЧТ ошганлиги, лейкоцитоз қайд қилинади. Сурункали миокардитда бундай ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин. Миокардитнинг ўчоқли ва диффуз зарарланишида клиник манзара турлича бўлади. Ўткир ўчоқли миокардит кўпинча миокарднинг қисқариш функциясида бузилишлар ва юрак етишмовчилиги ҳодисаларини келтириб чиқармайди. Бироқ ўчоқли миокардитда юракнинг ўтказувчи системасида патология аломатлари бўлиб, бу аритмия билан юзага чиқади. Ўчоқли миокардитнинг клиник белгилари кам ифодаланган бўлиши мумкин, гоҳи-гоҳида юракнинг нотекис уриши беморни врачга мурожаат қилишга мажбур этади ва кунт билан электрокардиографик текширишигина ташхис қўйишга ёрдам беради.

Диффуз миокардитда бемор юрагида кучли оғриқ борлигидан шикоят қилиши мумкин. Текшириб кўрилганда тери қопламлари цианози, юрак чегараларининг анчагина кенгайганлиги, турли хил аритмиялар, юрак қисқаришларининг тезлашганлиги (тахикардия) ёки сийракланганлиги (брадикардия) қайд қилинади. Ривожланиб

бораётган юрак етишмовчилиги оқибатида декомпенсация аломатлари: ўпкада димланиш ҳодисалари (аускультацияда — нам хириллаш); кейинчалик касаллик авж олганда — шишлар, жигар катталашуви аниқланади. ЭКГ да $P - Q$ интервалининг узайганлиги, $S - T$ интервалининг изоэлектрик чизикдан пастга силжиганлиги қайд қилинади. Миокардитнинг энг оғир турларидан бири бўлган токсик (дифтерияли) миокардит касаллигининг 2 — 3-ҳафтасида ривожланади. Бундай ҳолларда миокард чуқур дистрофик ўзгаришларга учрайди, бу ҳол унинг бирданига кучсизланишига олиб келади. Шунга ўхшаш ўзгаришлар бошқа ўткир инфекцион касалликларда ҳам рўй беради, шунинг учун бундай ҳолларда юрак-томирлар системаси ҳолатига эътибор бериш зарур.

Давоси. Юрак етишмовчилиги ҳодисалари (нафас қисиши, юракнинг тез уриши) бўлган ўткир миокардитда бемор касалхонага ётқизилиши керак (миокардда фаол жараён борлиги ва унинг тарқалиш хавфи мавжудлиги). Касаллиқнинг дастлабки кунларида ўринда ётиш режимига қаттиқ риоя қилиш шарт (айниқса дифтерия миокардитида). Медицина ҳамшираси беморнинг ўридан туриб юришга уринишига йўл қўймаслиги керак. Врач беморнинг медицина ходими кўмагида ҳожатхонага боришига рухсат бериши мумкин. Бемор касаллиқнинг ўткир даврида овқатни ўринда, қадди кутариб қўйилган вазиятда ёйиши лозим.

Одатда 10-стол, яъни ош тузи миқдори чекланган ва сув режими тартибга солинган парҳез тайинланади.

Миокардитни келтириб чиқарган асосий касалликка (ревматизм, дифтерия ва ҳоказо) даво қилиш билан бирга юрак дориларини юрак-томирлар етишмовчилиги даражасига кўра тайинланади.

Ўринда ётиш муддатининг давомлилиги, бажариладиган ҳаракатлар кўламини кенгайтиришни айрим ҳолларда врач белгилайди.

Профилактикаси. Инфекцияларнинг олдини олиш, организмни чиниқтириш, жисмоний машқларни бажариш, меҳнат ва турмушнинг тўғри режимига риоя қилиш, шунингдек беморни ўз вақтида касалхонага жойлаштириш ва инфекцион касалликларга даво қилишдан иборат.

Парвариш қилиш. Беморларни яхши парвариш қилиш жуда муҳим: ич кийим ва чойшабларни ўз вақтида алмаштириб туриш, ётоқ яраларни профилактика қилиш зарур, бунинг учун тери бурмаларини сув қўшилган одеколон билан артиш зарур.

ПЕРИКАРДИТ

Перикардит юракнинг ташқи пардаси ёки юрак халтасининг яллиғланишидир. Касаллик алоҳида ёки бошқа касалликлар, яъни қўшувчи тўқиманинг диффуз касалликлари билан бирга учраши мумкин.

Клиникаси. Касалликнинг клиник-морфологик турлари фарқланади: қуруқ ёки ажратмали перикардит. Қуруқ перикардитнинг асосий клиник белгиларидан бири—юррак соҳасида доимий безовта қилувчи оғриқ ва аускультацияда юрак соҳасида перикард ишқаланиш шовқинини эшитишдир. ЭКГда характерли белгиси -тишчанинг ўзгариши.

Ажратмали (экссудатив) перикардит анча оғир кечади. Оғриқдан ташқари, бемор тинч турганда ҳансираш ва юрак соҳасида оғирлик сезади. Бемор тез-тез мажбурий ҳолатда: утирган, олдинга энгашган (беморнинг бундай ҳолатида суюқлик юракнинг олдинги соҳасига ўтади ва унга камроқ сиқувчи таъсир қилади) ҳолатда бўлади. Беморни текширганда юрак чегаралари сезиларли кенгайгани ва тонлари бўғиқлиги аниқланади.

Шунинг эвазига юрак диастола вақтида старли миқдорда қонни катта қон айланиш доирасидан ололмай қолади, сезиларли даражада веноз босими кўтарилади, жигар катталашади, оёқ панжалари ва болдирда шиш қайд этилади. Рентгенологик текширилганда сезиларли даражада юрак чегаралари катталашганлиги кўринади. ЭКГда сезиларли даражада ҳамма уланишларда тишлар амплитудаси пасаяди.

Перикардит сурункали кечиши мумкин. Бундай ҳолларда паритетал ҳамда висцерал пластинка (эпикард) билан ёпилиши мумкин.

Давоси ва парвариш қилиш. Миокардит ва эндокардит давосига ўхшайди.

МИОКАРДИТ КАРДИОСКЛЕРОЗИ

Миокардитда миокарддаги дистрофик ўзгаришлар натижасида бириктирувчи туқиманинг ортиқча ривожланиши, склеротик ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

Кардиосклерознинг ҳар хил турлари мавжуд. Юрак касаллиги негизда умумий атеросклероз ва оқибати сифатида — юракнинг тожсимон артериялари атеросклерози бўлган (атеросклеротик туридан фарқли равишда) миокардит кардиосклерозида касалликнинг асосий сабабчиси у ёки бу этиологияли, олдин вужудга келган миокардит ҳисобланади.

Яллиғланиш симптомлари (тана ҳароратининг ошиши, қондаги патологик ўзгаришлар) билан характерланадиган ўткир ёки сурункали миокардитдан фарқли равишда миокардит кардиосклерозида бемор шикоятлари ва симптомлар миокардитнинг бирор даражадаги етишмовчилиги ёки юрак-томирлар етишмовчилиги билангина боғлиқ. Нафас қисиши, юрак уришининг тезлашиши, юрак соҳасидаги оғриқ сезгилари (санчиб туриши, баъзан босадиган оғриқ) шулар жумласидандир. Миокард гипертрофияси са-

бабли юрак чегаралари бирмунча чапга кенгайган, унинг тонлари бўғиқ. Юракнинг ўтказувчи системаси бузилиши сабабли аритмиялар кузатилиши мумкин.

Давоси. Юрак-томирлар етишмовчилиги даражасига кўра белгиланади. Профилактик тадбирлар миокардитдаги каби.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

1. Эндокардит, миокардит ва перикардит касалликларини таърифлаб беринг.
2. Юқоридаги касалликлар юракнинг қандай ўзгаришларига сабаб бўлади?
3. Юқоридаги касалликларни келтириб чиқарувчи сабабларни санаб беринг.
4. Юқоридаги касалликларнинг асосий клиник белгиларини айтинг.
5. Юқоридаги касалликларнинг даволаш қондалари нималардан иборат?

ЎПКА-ЮРАК

Ўпка-юрак юрак ўнг қоринчасининг ўпка гипертензияси натижасида юз берадиган гипертрофияси ва (ёки) дилатацияси билан характерланади. Бу ҳолат, одатда, ўпканинг у ёки бу касалликлари оқибатида пайдо бўлади. Сурункали ўпка касалликларида (пневмосклероз, эмпиема, бронхиал астма, бронхоэктазия касаллиги ва бошқ.) миокардда турғун ўзгаришлар юз бериши мумкин, қон айланишининг аниқ ифодаланган етишмовчилигида декомпенсацияланган ўпка-юрак деб ном олган ҳолат (ўпка-юрак етишмовчилиги) келиб чиқади.

Ўпка-юракнинг ривожланиш механизми қуйидагича. Ўпка туқимасининг айтиб ўтилган патологик ҳолатлардан зарарланиши оқибатида кичик доира системасида қон айланиши бузилиб, унда димланиш пайдо бўлади. Юракнинг ўнг қоринчаси гипертрофияланади ва кейинроқ декомпенсация ривожланиши мумкин.

Ўпка-юрак ривожланишида бир неча босқичлар фарқ қилади: ўпка-юрак ривожланишининг I босқичида нафас қисиши ва йўтал қайд этилади, II босқичда юрак фаолиятининг бузилиши кўшилади (юрак ўнг қоринчаси гипертрофияланган, юрак уриши тезлашган бўлиб, тери қопламларида цианоз пайдо бўлади). III босқичда қон айланиши ва ташқи нафаснинг аниқ ифодаланган етишмовчилиги устунлик қилади: тинч ҳолатда нафас қисади, оёқ-қўлларга шиш келади, жигар катталашади, асцит (қорин бўшлиғида суюқлик йиғилиши) аниқланади, веноз босим сув устунни ҳисобида 250 мм гача кутарилади.

Давоси. I ва II босқичларида даволаш аввало ўпка касалликларини тугатишга қаратилади. III босқичда асосий эътиборни юрак етишмовчилигини даволашга қаратилади.

Гипертония (эссенциал ёки ҳақиқий, гипертензия) касаллигининг асосий белгиси ҳам максимал ва минимал артериал босимнинг кўтарилиши билан боғлиқ ҳолда. организм ёки аъзоларда ҳеч қандай органик ўзгаришларсиз, томирлар тонусининг бошқарилиши ва юрак фаолиятининг издан чиқиши билан характерланади.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг сабаблари ва шаклланиш механизмлари охиригача аниқланмаган. Ирсий мойиллик билан баъзи бир ташқи омиллар таъсирининг биргаликда қўшилиб келишига ҳал қилувчи аҳамият берилади. Гипертония касаллиги патогенезида симпатик-адренал система фаоллигининг ошиши ва адренорецепторлар сезувчанлигининг ўзгариши катта роль уйнайди. Буйракда қон айланишининг бузилиши ва қонда артериал босимни оширадиган модда (ренин) нинг пайдо бўлиши патогенезнинг муҳим звеноларидан бири ҳисобланади. Гипертония касаллиги этиологияси ва патогенезида ирсий омиллар ва ижтимоий муҳитга, касб-кор, шунингдек конституционал-эндокрин ўзгаришлар (ёғ босиши, диабет, гонадалар функциясининг бузилиши, айниқса климактерик даврда ва ҳ. к.) га катта аҳамият берилади. Симпатик-адренал система фаоллигининг ошиши чап қоринча ишининг кучайиши ва юрак минутлик ҳажмининг купайишига (юракнинг куп қон ҳайдаши) олиб келиб, бу артериал босимни оширади.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) номенклатураси бўйича артериал босим (ёшдан қатъи назар) 140 — 90 рақамларидан юқори бўлмаганда нормал, 160/95 гача “таҳдид соладиган”, бироқ “гипертоник” эмас, деб ҳисобланади. Артериал босими бундан юқори рақамлардаги шахслар гипертония касаллиги билан касалланган ҳисобланади.

Гипертония касаллиги 3 босқич (стадия) га бўлинади (Л. Мясников). Ҳар бир босқичда икки: А ва В босқичи, бўлади.

I босқичи: А босқичи — прегипертоник ёки гипертония олди (артериал босим кўтарилиши у ёки бу ноқулай таъсирлар, масалан, салбий ҳис-ҳаяжонлар таъсири остидагина кузатилади); Б босқичи — уткинчи (транзитор) босқич, бунда артериал босим вақти-вақтида меҳнат ва турмуш шароитларида ошиб туради, сўнгра эса ремиссия кузатилади.

II босқичи: А босқичи — лабил босқич, артериал босим кўтарилади, бироқ озми-купми даражада ўзгариб туради, Б босқичи — барқарор босқич, артериал босим барқарор ошган бўлади.

III босқичи: А босқичи — компенсацияланган, Б босқичи — декомпенсацияланган.

Клиник манзараси. Функционал бузилишлар босқичида бош оғриши (доимий эмас, аксарият асабий зуриқишлар сўнгида ёки

улардан кейин), вақти-вақтида бош айланиши, сержаҳллик, яхши ухлай олмаслик қайд қилинади.

Артериал босим муттасил кутарилмайди, одатда у ҳавотирланиш, чарчашга боғлиқ. Бу даврда артериал босим рақамлари нормал рақамлардан унчалик ошмайди.

Артериал босимни ҳар иккала қўлда 2— 3 мартадан улчаш тавсия этилади. Бу аниқ рақамларга эришишга имкон беради. Бир марта ўлчанганда беморнинг ҳаяжонланиши ва томирларнинг рефлексор қисқариши сабабли сфигмонометр курсаткичлари артериал босимнинг ҳақиқий қийматидан юқори бўлиши мумкин.

II ва айниқса, III босқичда санаб ўтилган шикоятлар доимий бўлиб қолади, артериал босим барқарор кутарилган бўлади. Бу босқичларда пульс тезлиги, таранглиги (томирларнинг склеротик ўзгариши), юрак чегараларининг чапга кенгайганлиги (чап қоринча гипертрофияси) қайд қилинади. Қўз туби текширилганда томирлардаги склеротик ўзгаришлар (артериялар торайган ва эгри-бугри, веналар эса рефлексор кенгайган) аниқланади. Кўкрак қафаси рентгенограммасида юракнинг чапга ва аортанинг кенгайгани қайд қилинади. ЭКГда атеросклеротик кардиосклероз белгилари аниқланади (левограмма: юқори R-тишча I стандарт усулда ва чуқур S-тишча III стандарт усулда).

Қасаллик ривожланишининг мия турида бош айланиши, кучли доимий бош оғриғи қайд қилинади, мияда қон айланиши бузилиши, инсульт юз бериши эҳтимол. Юрак турида — миокард инфаркти ривожланиши эҳтимол тутилган атеросклеротик коронаросклерозга ҳос субъектив ва объектив симптомлар бўлади. Ниҳоят, буйрак функцияси бузилганда буйрак етишмовчилиги ҳолатлари аста-секин ривожланади.

Гипертония қасаллиги кечишида купинча гипертоник криз номини олган ҳолат—қасалликнинг янги симптомлари пайдо бўлиши ёки мавжуд симптомларнинг кучайиши билан характерланадиган ҳолат кузатилади. Турли ноқулай ташқи таъсиротлар (ўта толиқиш, қаттиқ ҳаяжонланиш, иссиқлаб кетиш, кўп ичкилик ичиш, чекиш) ёки гипертония қасаллиги ривожланишидаги муайян қонуниятлар сабабли бирданига бош айланиши пайдо бўлади, бош оғриғи кучаяди, артериал босим анчагина кутарилади. Баъзан кўнгил айнийди, бемор қайт қилади, бирданига ҳолсизланиб қолади, ҳушидан кетади. Мияда қон айланиши бузилиши натижа-сида ҳаракатлар, нутқ бузилиши мумкин. Оғир ҳолларда мияга қон қуйилади (инсульт). Гипертония кризи “юрак тури” бўйича ривожланиши мумкин, бунда юрак тож-томирлари спазми билан бирга миокард инфаркти юз бериши эҳтимол тутилганда юрак соҳасидаги қисадиган оғриқ асосий симптом ҳисобланади.

Гипертония касаллиги кечиши буйича хавфсиз (аста-секин кечадиган) ёки хавфли (тез кечадиган) бўлиши мумкин. Симптоматикаси ҳақида айтилган фикрларнинг ҳаммаси гипертония касаллигининг хавфсиз кўринишига тааллуқли. Хавфли кўриниши аввало тез ва оғир кечиши билан ажралиб туради, бу турининг давомлилиги 2 — 3 йил, баъзан эса бир неча ой давом этади.

Касалликнинг бу тури кучли бош оғриғи, бош айланиши каби асосий клиник белгилар билан намоён бўлади. Артериал босим рақамлари ғоят юқори. Касаллик бошлангандан кейин тез орада юрак-томирлар системасининг органик ўзгаришлари топилади. Кўз туби анчагина бузилади, чап қоринча гипертрофияга учрайди. Касаллик гўё ҳеч қандай босқичларни босиб ўтмайди, аниқроғи бирданига III босқич — органик ўзгаришлар босқичи ривожланади. Аксарият тез вақт ичида буйрак етишмовчилиги билан шишлар ривожланади, қуриш функцияси издан чиқади, сийдикда талайгина патологик ўзгаришлар, анемия пайдо бўлади. Гипертония касаллигининг хавфли турига қунт билан яхши даво қилинганда у хавфсиз турга ўтиши мумкин.

Давоси. Функционал бузилишлар билан ўтадиган бошланғич, I босқичида даволаш асосини бемор учун меҳнат ва турмушнинг оптимал шароитларини яратиш, седатив (тинчлантирувчи) воситалар (Бехтерев микстураси, валериана препаратлари) тайинлаш ташкил этади. Уйку бузилганда ухлатувчи дорилар (барбитуратлар: уйкудан 20 — 30 мин олдин 0,1 — 0,2 г дан фенобарбитал ёки 1 — 2 таблетка седуксен, элениум) тавсия қилинади. Бемор ўз ихтисоси бўйича ишини давом эттиради ёки унинг бирмунча енгил (асабни ортиқча чарчатмайдиган ва жисмоний жиҳатдан оғир бўлмаган) ишга ўтишига тўғри келади.

Функционал бузилишлар босқичида йирик корхоналарда ташкил этилган санаторий-профилакторийда даволаниш катта фойда беради. Бу ерда бемор вақтини ишдан кейин ярим касалхона шароитларида ўтказиши мумкин. (дам олиши, ухлаши, парҳез овқатлар истеъмол қилиши, седатив воситалар билан даволаниши ва ҳ. к.) Сув билан даволаш курслар билан, йилига бир неча марта олиб борилади.

II ўтувчи босқичида беморни озроқ муддатга (3 — 4 ҳафта) га касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқ, унга артериал босимни пасайтирадиган дори-дармонлар (папаверин кунига 3 марта 0,04 г дан, 1 %ли дибазол эритмасидан тери остига ёки мушак орасига 1 мл дан, эуфиллин 0,3 г дан шамчаларда ва ҳ. к.) тайинланади. Ҳозирги вақтда юқоридаги препаратлардан яхши фойда бўлмагани учун калций йўллари блокаторларидан фойдаланилмоқда (бу моддалар кальций моддасининг томирлар деворининг мускул қаватида киришига тўсқинлик қилади ва томирлар деворини бушаштиради).

Бу моддалардан исрадипиннинг узайтирилган таъсирга эга препаратлари (ломир), фелодипин (плендил), амлодипин (норвакс) ни беморлар яхши қабул қилишмоқда. Яна қон томирлар торайиши механизмига таъсир этувчи биологик фаол моддаларга нисбатан (ангиотензин I нинг ангитензин II га айланишига таъсир этувчи блокаторлар) — эналаприл (энамп, энам, ренитек), рамиприл, лизинприл қўлланилмоқда. Сийдик ҳайдовчи воситалардан гипотиазид, триампур, магний сульфат (10 мл 20 %ли эритмаси мушак орасига) яхши наф беради. Гипертония касаллиги заминиди юрак-томирлар етишмовчилиги ривожланганда беморларга айрим препаратлар (масалан, строфантин) ни эҳтиётлик билан тайинлаш лозим. Натижа етарлича бўлмаганда купгина беморларга бензогексоний, пентамин — тегишлича 1 мл дан мушак орасига (венага юбориш ҳам мумкин) буюрилади. Ганглийларни блокада қиладиган воситаларни юборганда медицина ходими беморни тинмай кузатиб бориши лозим, чунки бунда артериал босим кескин пасайиб кетиши ва мияда қон айланиши бузилиши мумкин.

Гипертоник криз вақтида энг аввало беморга жисмоний ва руҳий осойишталикни таъминлаш керак (ўринда ётиш режими, сокинлик). Бемор ётган хонадаги чироқ ёруғ бўлмаслиги лозим. Унинг оёқларига грелка ёки горчичниклар, бошига эса муз ёки совуқ сувга ҳўлланган, вақти-вақтида алмаштириб туриладиган сочиқ қўйилади. Бунда беморнинг совқотиб қолмаслиги учун барча эҳтиёт чораларини куриш зарур. Мушак орасига 20 мг гача 25 %ли магний сульфат ёки венага 1 мл 1 %ли дибазол эритмаси юборилади.

Гипертония кризидида купинча чакка суякларининг сўғичсимон ўсиқларига зулуклар солинади. Битта зулук 10 мл қон суради, зулук кучиб тушгандан сўнг тахминан 30 мл қон оқади (у қон узанидан қонни чиқарибгина қолмай, балки қонга махсус модда — қон ивиш жараёнини пасайтирадиган гирудин ажратади). 5 — 6 та зулук солиш мақсадга мувофиқ. Зулуклар оғриқни камайтирадиган, чалғитувчи таъсирга эга бўлиб, бош оғриганда яхши ёрдам беради. Зулукларнинг яхши хусусияти яна шундан иборатки, улар қонни қон олишдагига қараганда секинроқ чиқаради. Медицина ҳамшираси зулук солиш қоидаларини билиши керак. Зулуклар дорихоналарда сувти банкада сақланади. Зулук солишдан олдин у қўйиладиган жойни илиқ сув билан совунлаб ювилади (спирт билан артиш тавсия қилинмайди). Оғиз томони билан териға қўйилган зулук қонни сўра бошлайди ва сўриб бўлгандан кейин узи кучиб тушиб, ўрнида қонаб турадиган кичик жароҳат қолади. Зулук кучиб тушгандан сўнг жароҳатга стерил боғлам қўйиш зарур. Жароҳатдан узоқ вақт қон оқиб турадиган бўлса, уни бинт билан боғлаб қўйилади.

Гипертоник криз оғир кечганда, яъни юқоридаги дорилар унчалик таъсир қилмаганда тил остига клофелин (асосан кекса одамларга), пентамин 0,5 — 1,0 мл 5% ли эритмаси мускул орасига ёки 20 мл изотоник эритма билан венага (жуда секинлик билан 7 — 10 мин. давомида) ёки бензагексонийнинг 1 мл 2, 5% ли эритмасидан мускул орасига ёки тери остига букорилади. Артериал босим тез-тез ўлчаб турилади, чунки босим бирданига тушиб кетиши мумкин (коллапс юз бериш мумкин), шунинг учун бу дори воситаларидан кейин беморлар 2 соат мобайнида ётадилар ва ҳар 15 — 20 минутда артериал босим ўлчанadi. Агар ортостатик коллапс келиб чиқса, бемор оёқларини кутариб ётқизиб қўйилади, 2 мл кордиамин тери остига ёки 1 мл мезатон мушак орасига қилинади.

Назорат саволлари:

?

1. Гипертония касаллиги нима?
2. Гипертония касаллигини келтириб чиқарувчи сабаблар
3. Гипертония касаллигининг асосий шикоятлари.
4. Гипертония касаллигининг клиник кўринишлари.
5. Гипертония касаллигининг асоратлари.
6. Гипертония касаллигини даволашнинг асосий қоидалари
7. Гипертония касаллигининг профилактикаси.
8. Гипертоник кризда қандай врачгача бўлган шошилинч ёрдам кўрсатилади?

ЮРАКНИНГ ИШЕМИЯ КАСАЛЛИГИ

Юракнинг ишемия касаллиги (ИБС) юрак тож артерияларининг атеросклерозга учраши ва миокардда локал ишемия пайдо бўлиши натижасида артериялар бўшлиғининг торайиши билан характерланади. Бу касаллик стенокардия ёки миокард инфаркти турида тож томирлар етишмовчилиги билан юзага чиқади.

ЮИК — ўткир ёки сурункали юрак касаллиги бўлиб, келиб турадиган қоннинг камайиб қолиши ёки тўхташи туфайли юзага келади, бироқ, коронар етишмовчилиги (стенокардия, миокард инфаркти) манзарасини берадиган ҳар қандай патология ҳам тож томирлари артериосклерози сабабли миокардга қон келиб туришини издан чиқаради. ЮИК нинг қуйидаги турлари бор:

- 1) Стенокардия.
- 2) Миокард инфаркти.
- 3) Ўткир коронар.етишмовчилик (бунинг типик белгиларидан бири коронар артериосклерози бўлиб туриб, тўсатдан ўлим юз беради).
- 4) Оғриқсиз тури бу қон айланишининг етишмовчилиги ёки юрак ритмининг издан чиқиши билан намоён бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Бир қанча омиллар ЮИК пайдо бўлишига олиб келади. Шуларнинг орасида гипертония касалли-

гини биринчи ўринга қўймоқ лозим. ЮИК бўлган беморларнинг 70% да шу касаллик топилади. Гипертония касаллиги юрак коронар артерияларида атеросклероз ва спазм бир мунча тезроқ авж олиб боришига сабаб бўлади. Қандли диабет ҳам ЮИК пайдо бўлишига мойил қилиб қўяди, бу касаллик оқсиллар билан липидлар алмашинуви бузилиши туфайли атеросклероз авж олиб боришига олиб келади. ЮИК пайдо бўлишида чекиш ҳам роль ўйнайди. Чекадиган одамларда миокард инфаркти чекмайдиганларга қараганда 2 баробар кўпроқ учрайди. Чекканда юрак тож томирлари торайиб турадиган бўлиб қолади, (спазм), шунингдек қон ивувчанлиги кучаяди, бу ўзгарган тож томирларда тромблар ҳосил бўлишига олиб келади. Бунда ирсий омиллар маълум аҳамиятга эга. Ота ҳам она ҳам ЮИК билан оғриб юрган бўлса, буларнинг болаларида шу касалликнинг соғлом ота-оналарнинг болаларига қараганда 4 баробар кўпроқ учраши қайд қилинган. Гиперхолестеринемия ЮИК пайдо бўлиши эҳтимолини анча оширади, чунки у умуман организмда ва хусусан юракнинг коронар томирларида атеросклероз пайдо бўлишига олиб борадиган энг муҳим омиллардан биридир. Семиз одамларда ЮИК тана массаси одатдагича бўлган кишилардагидан кўра бир неча баробар кўп учрайди. Семириб кетган касалларда қонда холестерин миқдори кўп бўлади. Бундан ташқари, шу хилдаги касаллар кам ҳаракат қилиб турмуш кечирадилар, бу эса атеросклероз ва ЮИК пайдо бўлишига олиб келади.

АТЕРОСКЛЕРОТИК КАРДИОСКЛЕРОЗ

Атеросклерознинг кўп учрайдиган белгиларидан бири атеросклеротик кардиосклероз — ёши қайтган ва айниқса кекса ёшдаги шахсларда кенг тарқалган касалликлардан ҳисобланади. Бироқ касаллик навқирон ёшдаги кишиларда ҳам анчагина учраб туради. Шу ёки бошқа инфекция сабабли миокардит заминидан пайдо бўладиган миокардик кардиосклероздан фарқли равишда атеросклеротик кардиосклероз юрак тож томирларидаги склеротик ўзгаришлар натижасида миокарднинг қон билан таъминланиши бузилишига боғлиқ. Юрак томирлар системасининг атеросклеротик ўзгаришларини келтириб чиқарадиган сабаблар орасида ҳозирги вақтда ёғ алмашинувининг бузилиши, одам энергия сарфларининг (умуман олганда унчалик кўп эмас) овқат билан маҳсулотлардан олинадиган юксак энергетик қимматга мос келмаслиги, техниканинг жадал суръат билан ривожланиши (транспорт воситалари, ишлаб чиқариш жараёнларини автоматлаштириш) туфайли жисмоний фаолликнинг камайганлиги, рухан чарчаш, чекиш кабиларни биринчи ўринга қўйилади. Атеросклерозга гипертония касаллиги ва қандли диабет мойиллик туғдиради (гипертония касаллигида томирларда скле-

ротик ўзгаришлар тез ривожланади, қандли диабетда ёғ алмашинуви бирмунча бузилади).

Клиник манзараси. Миокарднинг озиқланиши бузилиши оқибатида жисмоний ҳаракат пайтида юрак соҳасида оғриқлар пайдо бўлади (ҳаракат стенокардияси). Юрак чегаралари чапга бирмунча кенгайган. Аускультацияда тонларнинг бўғиқлиги, юрак учида оз-моз систолик шовқин қайд қилинади. Пульс таранглашган, бир оз тезлашган. Артериал босим ўзгарган: диастолик босим нисбатан паст рақамларда бўлгани ҳолда, одатда, систолик босим ошади, масалан, симоб устуни ҳисобида 170/80 мм. Хотира пасаяди. Рентгенологик текширишда чап қоринча гипертрофияси аниқланади, аорта бирмунча ёйилган — кенгайган (атеросклеротик кардиосклерознинг рентгенологик белгиси). ЭКГ даги ўзгаришлар стенокардиядаги шундай ўзгаришларни эслатади.

Давоси. Склерозга қарши препаратларни юрак гликозидлари, диуретик, аритмияга қарши ва спазмолитик воситалар билан бирга қўлланишга асосланган. Ёғлар (суткасига 30 — 50 г гача) ва углеводлар чегараланган парҳез тайинланади. Рационга сут, творог, пишлоқ, ўсимлик мойини киритиш мақсадга мувофиқдир. Табиий витаминлар комплексини ўзида тутган сабзавотлар, мевалар тавсия қилинади. Беморларга тегишлича жисмоний машқлар бажариладиган фаол режим тайинланади, уни ортиқча ҳис-ҳаяжонлардан асраш керак. Дори препаратларидан жигарда холестерин синтезига таъсир этувчи воситалардан — ловастатин (мевакор), симвастатин, лескол (фловастатин) ва шунингдек линетол, цитамифен, клофибрат, никотинат кислота (РР витамини) тайинланади. 5 %ли эритма кўринишидаги йод (5 — 10 томчи) кенг қўлланилади. Нафаси қисиб турадиган ва юрак етишмовчилиги аниқланган беморларга строфантин, коргликонни диуретик воситалар (лазикс, фуросемид) билан венага юборилади. Юрак ритми бузилганда липокаин, верапамил (изоптин), анаприлин (обзидан), окспренолол (тразикор) қўлланилади. Моддалар алмашинувига таъсир қиладиган препаратлар: кокарбоксилаза, метандростенолон (неробол), панангиндан кенг фойдаланилади.

Назорат саволлари:

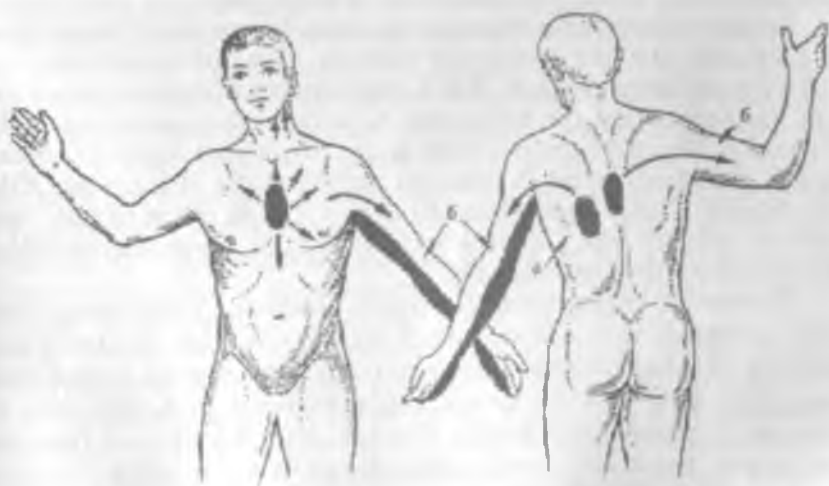
?

1. Атеросклерозга характеристика беринг.
2. Атеросклерозни келтириб чиқарувчи сабаблар
3. Атеросклерознинг асоратлари.
4. Атеросклерозни даволашнинг асосий қоидалари.
5. Атеросклероз профилактикаси.

СТЕНОКАРДИЯ

Юрак ишемик касаллигининг бу тури бир неча секунддан 20 минутгача ва кўпроққа чўзиладиган ангиноз оғриқ хуружлари билан характерланади. Касалликнинг моҳияти тож томирлар бўйлаб қон оқимининг бузилишидан иборат. Бу эса юрак ёки тўш орти соҳасида оғриқ пайдо бўлишига олиб келади. Тож томирлар бўйлаб қон оқишига қуйидаги омиллар тўсқинлик қилиши мумкин: тож артериялар спазми, атеросклеротик пардалар, катта жисмоний ёки асабий зўриқишларда миокарднинг зуриқиб ишлаши. Юрак томирлар системаси ва катта мия пўстлоғи ўртасидаги чамбарчас боғланишни билган ҳолда коронар артериялар иннервацияси бузилишлари ривожланишида ва коронар етишмовчилик — стенокардия пайдо бўлишида кескин руҳий зуриқишларнинг ролини осонгина тасаввур қилиш мумкин.

Клиникаси: Стенокардиянинг клиник белгилари бу касалликни бир мунча осон диагностика қилишга имкон беради. Оғриқ хуружи, одатда жисмоний ёки руҳий зуриқиш, ҳаддан ортиқ кўп чекиш, совқотиш сабабли пайдо бўлади. Юракда оғриқ ҳаракат қилганда кузатилади. Жисмоний зуриққанда пайдо бўладиган ҳаракат стенокардияси ва оғриқ тинч турганда, айниқса уйку пайтида бўладиган тинчлик стенокардияси фарқ қилинади. Хуруж пайтида бемор кескин беҳоллик сезади, юзини совуқ тер босади, кўрқув ҳисси пайдо бўлади. Стенокардияда оғриқ одатда кучли бўлади. Оғриқ кўчада тутиб қолса, бемор деворга суянишга ёки



26-расм. Стенокардия касаллигида оғриқнинг жойлашиши ва тарқалиши (кўрсатмалар билан кўрсатилган).

а — Захарин — Геда соҳаси, б — оғриқнинг тарқалиш йўллари



27-расм. Стенокардия касаллигида ЭКГ ўзгаришлари (тизма). А – хуруждан ташқари ҳолатдаги ЭКГ: ST сегменти ўзгаришсиз, Б – стенокардия хуружи пайтидаги ЭКГ: ST сегменти изоэлектрик чизиқдан пастда.

скамейкага утиришга мажбур бўлади, стенокардия хуружи уй шароитида ётишга мажбур қилади. Оғриқнинг давомийлиги бир неча секунддан бир неча соатгача бўлиши мумкин. Оғриқ чап елкага, чап куракка, пастки жагга ўтади. Баъзан оғриқ юрак соҳасида ёки туш орқасида эмас, балки туш ости соҳасида, хан-жарсимон ўсиқ остида сезилади (26-расм). Стенокардия хуружида томирларни кенгайтирадиган воситалар (валидол, нитроглицерин) билан биргаликда валокордин (корвалол) ни 30–40 томчидан озроқ сувга аралаштирган ҳолда қабул қилиш кўп ҳолларда оғриқни тўхтатади. Тана ҳарорати ўзгармайди, ЭКГ даги ўзгаришлар барқарор эмас (27-расм). Юракни аускультация қилинганида ҳеч қандай специфик ўзгаришлар топилмайди. Қонни текшириганда патологик ўзгаришлар бўлмайди.

Баъзан стенокардия оғриқ билан эмас, балки чап қўлнинг тўсатдан увушиб қолиши ва санчиб туриши, туш орқасида босим сезгиси билан юзага чиқади. ЮИК индустриал жиҳатдан ривожланган мамлакатларда кўп тарқалган. Сунгги 30 йил мобайнида ЮИК 2 баробар кўп учрайдиган бўлиб қолди, буни одамларнинг ортиқча руҳий зўриқиши билан боғлиқ деб ҳисоблашади. Эркактарда ЮИК аёллардагига қараганда тахминан 10 йил илгари пайдо бўлган. Жисмоний меҳнат аҳли ақлий меҳнат билан шуғулланувчиларга қараганда камроқ оғрийдилар.

Патологик анатомияси. Патолого-анатомик ўзгаришлар коронар томирларнинг атеросклероз билан нечоғли зарарланишига боғлиқ бўлади. Миокард инфаркти бўлмай турган стенокардия маҳалида фақат кичик-кичик кардиосклероз ўчоқлари қайд қилинади. Стенокардия пайдо бўлиши учун бирор тож томирлар йўлининг локал 50% сатҳи зарарланган бўлиши зарур. 2 та ёки 3 та тож томир бир йўла зарарланган бўлса, стенокардия айниқса оғир ўтади. Миокард инфарктида оғриқ тутиб бўлганидан дастлабки 5–6 соатда мускуллар некрозга учрайди. Миокард инфарктдан кейин

8–10 кун ўтгач бир талай янги капиллярлар пайдо бўлади. Некроз бўлган жойларда ана шу вақтдан бошлаб зур бериб бириктирувчи туқима ўсиб боради 3–4 ойдан сўнг инфаркт соҳаси бўжмаяди ва ўрни фиброз тоалари билан бутунлай тулади. Эндокард зарарланганда купинча деворида тромбоз пайдо бўлади.

Стенокардия кўрак қисиши деган бошқа ном билан ҳам аталади. Унинг пайдо бўлишига сабаб ишемия кучайиб бориши натижасида миокарднинг қон билан етарли таъминлай олмай қолишидадир. Купчилик ҳолларда стенокардия юрак тож томирлари атеросклерозига боғлиқ бўлади. Атеросклероздан ташқари миокардит, коронарит, захм аортити, юрак ритмининг бузилиши ва бош-қалар ҳам стенокардияга сабаб бўлиши мумкин. Стенокардиянинг рефлектор тури номини олган турини кўрсатиб ўтиш лозим. Рефлектор стенокардия ривожланишида ўт-тош касаллигида ўт қоп-часидаги яллиғланиш жараёни роль ўйнаши мумкин. Ўт қопчасида патологик ўчоқ бўлганида вегетатив нерв системасининг парасимпатик қисми тармоқлари орқали юрак тож артерияларидаги қон айланиши рефлектор суръатда бузилади, уларнинг спазми пайдо бўлади, шундан кейин оғриқ хуружи ёки чап қўлда увушиш сезгиси, юрак соҳасида оғирлик ёки тўсатдан ҳаво етишмаслиги сезгиси пайдо бўлади. Стенокардия диагностикаси учун ЭКГ нинг катта аҳамияти бор (ўзгариш хуруж вақтида аниқланади). Одатда бунда S–T интервалининг пастга силжиши кузатилади. T-тишчаси манфий, бироқ тегишли даволашдан сўнг бу кўрсаткичлар нормага келади.

Давоси. Стенокардияни даволашнинг умумий қоидалари беморни аввало туғри меҳнат қилиш ва дам олиш режимида ўргатишни ўз ичига олади. Жисмоний ва руҳий зуриқишлардан холи бўлиш зарур. Агар хуруж тухтата оладиган ҳолатда бўлса, нитроглицерин қабул қилиш тавсия этилади. Руҳан тез ҳаяжонланадиган шахсларга седатив препаратлар, масалан, валокордин, корвалол бир қабулга 25–30 томчидан, седуксен (тазепам)ни кунига 2 марта 1 таблеткадан тайинлаш мумкин. Даволашнинг умумий қоидалари қаторига А/Б даражасини пасайтириш бўйича тадбирлар, ичакларнинг дам бўлишига йўл қўймайдиган, ҳайвон ёғлари ва ош тузи истеъмол қилишни чеклайдиган диетотерапия киради. Ичиладиган суюқлик миқдори камайтирилади. Даволаш усули касалликнинг кечишига боғлиқ. Чунончи барқарор бўлмаган стенокардияда таъсир мудлати узайтирилган нитратлардан кунига 4–5 марта 1 таблеткадан сустак-мите тайинланади. Оёқларга грелка, юрак соҳасига горчичник қўйилади. Кўрсатиб утилган чоралар наф бермаса, беморни касалхонага ётқизиш керак. Стенокардиянинг оғир турларида, тез-тез ва қаттиқ оғир хуружларда беморлар касалхонага ётқизилади. Медицина ҳамшираси беморга касалликнинг яхши натижа билан тугаши учун ором олиш зарурлигини тушунтиради. Рационал па-

рҳез билан бирга кунига 3—4 маҳал 30—40 мгдан анаприлин тайинланади. Беморнинг аҳволи ёмонлашганида у интенсив терапия бўлимига ўтказилади. Стенокардияга комплекс даво қилинади. Оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланишга, қаттиқ руҳий зуриқиш билан боғлиқ ишларга ва тунда ишлашга рухсат берилмайди.

Назорат саволлари:

?

1. Стенокардия касаллигининг асосий клиник белгилари.
2. Стенокардия касаллиги диагностикасида қандай асбоб-ускуналар билан текшириш усулидан фойдаланилади?
3. Стенокардия хуружида шошилиш ёрдам.
4. Стенокардия касаллигини даволаш қондалари.

МИОКАРД ИНФАРКТИ

Миокард инфаркти — бу миокард некрозидир. У юрак тож артерияларининг тромб билан тўсатдан беркилиб қолиши ёки уларнинг ўткир спазмга учраши оқибатида келиб чиқади. Миокард инфаркти патогенези куп жиҳатдан стенокардия патогенезига ўхшаш бўлади. Стенокардияда бўлгани каби миокард инфарктида ҳам миокарднинг қон билан таъминланиши бузилади. Бироқ, агар стенокардияда бу вақтинчалик бузилиш бўлса, миокардда органик ўзгаришларга олиб келмаса, миокард инфарктида ишемия (қон камайиши), кейин эса у ёки бу бўлимида некроз ўчоғи ҳам пайдо бўлади.

Миокард инфарктида қонсизланган ва некрозга учраган миокард майдони чандиқланишга учрайди. Бириктирувчи туқима ривожланади, қаттиқ чандиқ ҳосил бўлади. Юрак ўз функциясини давом эттиради, бироқ, инфарктдан сўнг миокард кучсизланиб қолади. Юракнинг ўтказувчи системасини кенг зарарлантирган миокард инфарктида ўткир юрак етишмовчилиги юз бериши ва юрак тўхташи мумкин.

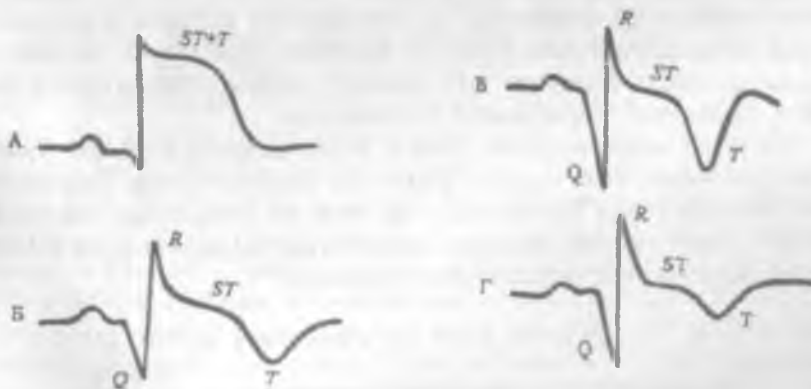
Миокард инфаркти аксарият атеросклероз, гипертония касаллиги билан касалланган одамларда кузатилади. Стенокардияни бу касалликнинг даракчиси деб ҳисоблайдилар, бироқ, баъзан миокард инфаркти тўсатдан юз беради.

Клиникаси. Юрак соҳасида ёки туш орқасида тўсатдан пайдо бўлиб, чап елкага, чап куракка, пастки жағга ва тананинг бошқа қисмларига ўтадиган оғриқ миокард инфарктининг асосий симптомларидан ҳисобланади. Стенокардиядаги оғриқдан фарқли равишда миокард инфарктидаги оғриқ узокроқ (бир неча соатгача) бўлади, тож артерияларни кенгайтирадиган воситалар қабул қилинганидан кейин ҳам босилмайди. Баъзан инфарктнинг ўткир даврида оғриқ туш остида жойлашади. Бу миокард инфарктининг

гастроник «меъда» туридир. Атипик-астматик кўриниши номини олган иккинчи атипик кўриниши ҳам бўлиб, бунда оғриқ бўлмай, балки тўсатдан кучли нафас қисиши, қаттиқ ҳансираш кузатилади. Миокард инфарктининг етакчи симптомларидан — бу кучли оғриқда бемор ўлим ваҳимасига тушади. ранги оқариб кетади, пешонасини совуқ тер босади. Касалликнинг энг муҳим белгиси ўткир юрак-томир етишмовчилиги ҳисобланади. У кескин беҳоллик, юрак уришининг тезлашуви, А/Б нинг пасайиши, пульснинг тезлашиб, ипсимон бўлиб қолиши билан ифодаланади. Аускультацияда юрак тонларининг бўғиқлиги қайд қилинади. Юракнинг утказувчи системаси зарарланганда утказувчанликнинг Гис дастаси унг оёқчасининг блокадаси кўринишидаги бузилишлари ёки тўсиқ блокадаси аниқланиши мумкин.

Миокард инфарктининг белгиларидан бири, шунингдек тана ҳароратининг кутарилиши ҳисобланади. Ҳарорат қонга некроз ўчоғидан парчаланиш маҳсулотларининг тушиши сабабли кутарилади. Тана ҳарорати юқори рақамларга чиқиши мумкин, бироқ, аксарият субфебриль бўлади. Организм умуман заифлашганда, реактивлиги пасайиб кетганда тана ҳарорати кўтарилмаслиги мумкин. Қонни лабораторияда текширганда лейкоцитоз, СОЭ ошиши кузатилади. Кенг куламли миокард инфарктида чап қоринча етишмовчилиги ва кичик қон айланиш доирасида қон димланиб қолиши оқибатида ўпка шишиши мумкин.

Клиницистлар В. П. Образцов ва Н. Д. Стажеско миокард инфарктининг клиник манзарасини батафсил тасвирлаб беришган. Миокард



28 — расм. Ўткир миокард инфарктида ЭКГ ўзгаришлари (тизма)

А — ишемик босқичи: ST- сегментнинг бирдан кутарилиши, Т - тишча билан қушилиб кетиши. Б-ўткир босқичи: ST-чуқур ва кенг Q-тишчанинг пайдо бўлиши. В — ўткир ости босқичи: ST-сегменти изоэлектрик чизикда, чуқур манфий Т-тишчанинг ҳосил бўлиши ("коронар"). Г — чандиқланиш босқичи: паталогик Q-тишча сақланиб қолади, "коронар" Т-тишча амплитудаси кичиклашади

инфарктининг ёрқин клиник симптомлари қаторига аускультацияда аниқланадиган перикард ишқаланишидаги шовқин киради. Бу симптом юрак чап қоринчаси олдинги миокард инфарктида қайд қилинади, бунда реактив перикардит ривожланади (бирок бу белги доимий эмас). Ўткир босқич ўтиб бўлгандан сўнг дори-дармонлар ёрдамида оғриқ синдроми ва юрак қоринчалари етишмовчилиги бартараф қилингандан сўнг бемор ўзини яхши ҳис этади. Бирок, у уринда ётиш режимида қатъий амал қилиши лозим. Бу даврда юрак соҳасида оғриқ жисмоний зуриқишдангина пайдо бўлиши мумкин, бемор беҳоллик сезади, уйқуси бузилади, юракнинг утказувчи системаси зарарланганда аритмия аниқланади. ЭКГ бемор аҳволига бир мунча объектив баҳо бериш имконини беради. Миокарлда некроз бўлганда патологик Q-тишча пайдо бўлади, миокард инфарктининг бошқа асорати—бу юрак аневризмасидир. Бунда пневмония, қабзият бўлиши мумкин. (28-расм).

Давоси: Агар миокард инфаркти кучада, иш жойида юз берса, зудлик билан тез ва шошилишча тиббий ёрдам машинаси чақирилади, беморни стационарга ётқизилади. Миокард инфаркти уйда руй берса ҳам беморни госпитализация қилинади. Тери остига 1–2 мл морфин, 0,5 мл 0,1 %ли атропин сульфат билан қўшиб юборилади. Ҳозирги кунда миокард инфаркти касаллиги билан ётган беморларга алоҳида палаталар очилган. Палаталар замонавий медицина аппаратураси ва қон ивишига таъсир қилувчи воситалар билан таъминланган. Фибринолизин, гепарин шундай воситалардан ҳисобланади. Шунингдек кунига 3 марта 0,03 г дан фенилин ва неодикумарин тайинланади. Гепарин буюришда қон ивиш вақти, билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар буюришда эса протромбин индекси аниқланади. Юрак соҳасидаги кучли оғриқни йўқотиш учун махсус аппаратура ёрдамида наркоз берилади. А/Б кескин тушиб кетганида венага томчилаб адреналин, норадреналин юборилади.

Миокард инфарктининг уртача ўткир даврида даволаш уринда ётиш режимида амал қилиш, рационал овқатлантириш (қориннинг дам бўлишига йўл қўймаслик), ош тузи ва суюқликни чеклашдан иборат. Бунда тож томirlларини кенгайтирадиган воситаларни ўз ичига олган симптоматик терапия олиб борилади.

Н а з о р а т с а в о л л а р и:

?

1. Миокард инфаркти касаллигини таърифлаб беринг.
2. Миокард инфаркти касаллигини келтириб чиқарувчи сабаблар.
3. Касалликнинг асосий шикоятлари.
4. Миокард инфаркти касаллигининг асоратлари
5. Ўткир миокард инфаркти касаллиги билан оғриган беморларни даволаш ва парвариш қилиш асослари.
6. Миокард инфаркти касаллиги билан оғриган беморларни шифохонадан чиқарилгандан кейинги бажариладиган тадбирлар.

КАРДИОГЕН ШОКДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Кардиоген шок—миокард инфарктининг энг оғир асоратларидан бири бўлиб, юрак соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлганда кузатилади. Кардиоген шокда бемор ҳаддан ташқари дармонсизланиб, ранги оқариб, лаби кўкаради, қўл-оёғи музлайди, ёпишқоқ совуқ тер чиқади ва кўпинча ҳушдан кетади. Касалликнинг доимий белгиларидан яна олиго-ёки анурия аниқланади. Кардиоген шокда строфантин 0,25 мг, кордиамин томчилатиб юбориб турилади. Томирлар тонусини яхшилаш учун 0,5—1,0 мл 1 %ли мезатон мушак орасига юборилади. Оғриқ шокида прессор аминлар билан бирга кортикостероидлар қўлланади, булар ҳам томчи усулида юборилади. Сезиларли ацидоз маҳалида томчи усулида натрий лактат ёки гидрокарбонат тайинланади.

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги миокард инфарктида юрак астмаси ва ўпка шишуви кўринишида намоён бўлади.

МИОКАРД ИНФАРКТИДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Ёрдам кўрсатишнинг ғоят мураккаблиги, унда тинимсиз кузатиш зарурлигини назарда тутиб, миокард инфаркти бўлган беморни касалликнинг қачон бошланганлигидан қатъи назар касалхонага ётқизиш керак. Агар хуруж уйда тутган бўлса, беморга биринчи ёрдам кўрсатилгач, уни тезликда стационарга ётқизиш зарур. Даволаш оғриқни қолдириш ва ўткир юрак томир етишмовчилигининг олдини олишга қаратилиши лозим. Шунинг учун тери остига тезликда пантапон— 2%—1,0 мл ёки морфин — 1%— 1,0 мл ёки промедол, албатта атропин ёки платифиллин юбориш зарур. Агар оғриқ қолмаса, бу ҳолда 60— 80 минут ўтказиб пантапон ёки морфин эритмасини такрорлаш керак. Оғриқ узоқ давом этса, юрак соҳасига 5— 6 та зулук солиш керак, бу аксари оғриқни қолдиради ва айни вақтда қонни суюлтиради. Инфарктнинг оғир даври тугагач, беморларга томир кенгайтирувчи препаратлар буюрилади, бу дорилар кўпинча юрак соҳасидаги оғриқни босади ва юрак мушаксининг озиқланишини яхшилайди (0,15 г дан эуфиллин, 0,3 г дан теобромин ана шу дорилар қаторига киради). Эуфиллиннинг 2, 4 %ли эритмасини 5—10 мл дан 20 мл 40 %ли глюкоза эритмасида венага юбориш ҳам мумкин. Инфарктнинг ўртача ўткир даврида юрак соҳасида бир мунча оғриқ бўлганида нитроглицериннинг 1 %ли эритмасини 1—2 томчидан ичиш ёки 1 таблеткадан тил остига қўйиш керак.

ЎТКИР ТОМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Ўткир томир етишмовчилигига оғир жисмоний шикастланиш, руҳий изтироб, заҳарланиш, организмга юқори ҳарорат таъсири (қаттиқ қизиб кетиш), қон ва суюқликни куп йўқотиш (масалан, вабода куп ич кетиши ва тинимсиз қусиш) сабаб бўлади.

Ривожланиш механизмига кура ўткир томир етишмовчилиги юрак етишмовчилигидан фарқ қилади. Томир етишмовчилигида томирлар, асосан вена томирлари функцияси кескин бузилади.

Веналарнинг асосий роли юракка қонни муайян босим остида олиб келишдан иборат, веналар функцияси бузилганда, уларнинг тонуси пасаяди, веноз узани кенгаяди, ундаги босим пасаяди. Шунга кура юракка ва артериал тармоққа веноз қон кам тушади. юрак ўз қисқариши билан артериал узанга қонни етарлича “итара олмайди”, натижада мия ва юракнинг узида қонсизланиш симптомлари пайдо бўлади. Ўткир томирлар етишмовчилиги ҳушдан кетиш, коллапс, шок билан юзага чиқади.

Ҳушдан кетиш. Ҳушдан кетиш деганда миянинг ўткир қонсизланиши (ишемияси) натижасида қисқа вақтга ҳушни йўқотиш тушунилади. Ҳушдан кетиш — ўткир томир етишмовчилигининг энг енгил тури бўлиб, нерв системаси кучсиз шахсларда шомоллатилмаган хонада, жазирамада узоқ вақт булиш, эмоционал ва руҳий зуриқиш каби ташқи ёқимсиз таъсирлар натижасида содир бўлади.

Симптомлари. Бемор ҳушидан кетади, ранги оқаради, терисини совуқ тер босади, қорачиқлари тораяди, кунгли айниши мумкин, пульс кучсиз, тезлашмаган, нафаси сийрак бўлади.

Коллапс. Ўткир томирлар етишмовчилигининг бу тури МНС нинг идора қилиш функцияси бузилганда интоксикация таъсири остида томирлар тонусининг бошқарилиши издан чиқиши натижасида пайдо бўлади. Коллапс оғир инфекцион касалликда, куп қон кетганда ва организм куп суюқлик йўқотганда (куп ич кетиши, қусиш) юз бериши мумкин.

Симптомлари. Эс-ҳуш йўқотилмагани ҳолда тинка-мадор қурийди. Бемор қаттиқ ташналикдан шикоят қилади, нафаси юзаки, тезлашган, териси кескин оқариб кетади, совуқ тер босади, тана ҳарорати пасайиб кетган, оғиз қурийди, артериал босим кескин пасайган, пульс тезлашган, ипсимон бўлади.

Шок. Ўткир томир етишмовчилигининг энг ифодаланган туридан иборат, шок аксарият оғир шикастланишда, куйишда, ўткир миокард инфарктида, аллергик реакция (анафилактик шок)да юз беради. Шокнинг ривожланиш механизми организмнинг руй-рост юзага чиққан нерв-рефлектор реакциясига асосланган (патологик бузилишлар заминидagi қаттиқ оғриқда, оғир руҳий изтиробларда). Шок гуморал омиллар таъсири остида, масалан, куйиш, шикастланиш оқибатида туқима парчаланганда, мажақланган туқималардан плазма билан бирга емирилган томирлардан чиқадиган туқима суюқлиги йўқотилганда кузатилади. Бунинг натижасида қонга гистаминсимон моддалар номини олган моддалар тушади. Бу томирларни кенгайтиради, улар тонусини пасайтиради, шу-

нингдек артериал босимни кескин тушириб юборади. Травматик шокнинг 2 босқичи фарқ қилинади: эректил босқич — қисқа муддатли қўзғалиш, сўнгра торпид — пасайиш босқичи. Бемор эс-хушини йўқотмаган бўлиб, ҳаво етишмаётганидан нолийди, тери қопламлари оқариб кетган, совуқ тер босган, пульси ва нафаси тезлашган, артериал босими пасайган. Шокнинг клиник манзараси кўп жиҳатдан уни келтириб чиқарган касаллик симптомлари билан боғлиқ.

Шокда даволаш ва парвариш қилиш. Даволаш тадбирлари комплексда имкон борица МНС фаолиятини яхшилаш кўзда тутилади. Шу билан бирга организмда суюқлик миқдорини қупайтириш, томирлар тонусини ошириш чоралари курилади (коллапсни даволашга қ.). Кучли оғриқда наркотиклар (морфин, пантапон) юборилади ёки новокаинли блокада қилинади.

Шок ҳолатидаги беморни иситиш, аччиқ қилиб дамланган бир стакан иссиқ ширин чой, 50 — 100 мл алкоголь ичириш ёки венага (ютиш қийинлашганда) этил спиртнинг 50 %ли эритмасидан 20 — 25 мл ни 50 — 75 мл 40 %ли глюкоза эритмаси билан юбориш зарур. Бром препаратлари, ухлатадиган воситалар яхши наф беради. Артерияга қон ёки қон урнини босадиган суюқликлар қўйиш, кўп суюқлик ичириш, изотоник натрий хлорид эритмаси, глюкоза эритмаларини (венага ёки тери остига) юбориш лозим.

Бемор доимий кузатувга муҳтож бўлади. Шокка қарши тадбирлар билан бирга асосий касалликка даво қилинади.

Ҳушдан кетганда даволаш ва парвариш қилиш. Бемор оёқларини бошидан баландроқ вазиятда қилиб ётқизилади, бу миянинг қон билан таъминланишини яхшилашга имкон беради. Бемор соф ҳаводан баҳраманд бўлиши керак. Уни сиқиб турган кийимлари ечиб қўйилади. Ҳушдан кетганда баданга совуқ сув пуркаш, сунгра ишқалаш ва иситиш, 1 — 2 марта новшадил спирти буғларини ҳидлатиш шошилишч тиббий ёрдам чораларидан ҳисобланади. Бу чоралар қўзғатувчи таъсир кўрсатади. Агар бу чоралар натижа бермаса, бемор териси остига 1 мл кордиамин юборилади.

Коллапсда даволаш ва парвариш қилиш. Аввало коллапсни келтириб чиқарадиган сабаблар имкони борица бартараф қилинади (қон оқишини тўхтатиш, интоксикацияга қарши чоралар қўриш). Беморга жисмоний ва руҳий жиҳатдан тула осойишталик яратилади. Венага 0,5 мл кордиамин ва 0,3 — 0,5 мл 1 %ли мезатон эритмаси (ёки 0,3 — 0,5 мл 1 %ли норадреналин эритмаси) 20 мл 40 %ли глюкоза эритмасида юборилади. Тери остига 1 мл 20 %ли кофеин ёки камфора юборилади, кислородни ҳидлашга берилади.

Кейинчалик венага томчилаб (минутига 20 — 40 томчи) тахминан 5 мл 1 %ли мезатон эритмаси ёки 5 мл 1 %ли норадреналин эритмаси 500 мл изотоник натрий хлорид эритмасида ёки шунча

миқдор 5 %ли глюкоза эритмасида киритилади. Агар қуйиш бошлангандан 5 мин утгач артериал босим кутарилмаса, дори юбориш тезлигини минутага 50 — 70 томчигача ошириш зарур. Артериал босим нормал рақамларгача ошганда ва коллапснинг клиник белгилари йуқолганда курсатиб утилган препаратларни юбориш тезлиги аста-секин камайтирилади, сунгра дори қуйиш тўхтатилади. Норадреналиннинг прессор эффектини кучайтириш учун 1 мл 0,1 % ли атропин сульфат эритмасини юбориш мақсадга мувофиқ. Коллапс юз берганда венага юбориладиган мезатонли ёки норадреналинли суюқлик аралашмасига преднизолон ёки кортизон қўшилади. Коллапсга даво қилишда норадреналинга нисбатан қарийб 10 марта кучлироқ гипертензинни қўллаш ҳам мақсадга мувофиқ.

Айрим ҳолларда артерияга 250 мл қон юборилади, сунгра венага томчилаб 150 — 500 мл қон ёки қон ўрнини босадиган суюқликлар (полиглюкин ва б.) қуйилади. Қон қуйишда мос келиш-келмасликка индивидуал синама, шунингдек биологик синама (3 марта) ўтказиш тавсия этилади. Бемор яхши шамоллатиладиган ҳонада бўлиши керак, ташқи таъсиротлар (ёруғ чироқ, шовқин) бартараф қилинади.

ҚОН АЙЛАНИШИНING СУРУНКАЛИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Қон айланиши сурункали етишмовчилигининг 3 даражаси фарқ қилинади. I даражасида сурункали қон айланиши етишмовчилиги ривожланадиган асосий касаллик белгиларига умумий беҳоллик, тез чарчаш, таъсирчанлик, яхши ухлай олмаслик қўшилади. Юрак уриши тезлашади, нафас қисиши кучаяди. II даражаси худди шу симптомлар билан характерланади, бироқ улар оз-моз ҳаракатда ёки осойишталикда пайдо булади, оёқларга шиш келиши, жигар катталашуви билан ўтади, сийдик миқдори камаяди, унда оксил юқлари топилади, диурез тунги соатларга сурилади (никтурия), оз-моз жисмоний ҳаракат қилганда нафас қиса бошлайди. III даражасида шишлар тарқалади ва доимийга айланади, суюқлик бушлиқларда йиғилади (асцит, гидроторакс. ва х. к.). Ўпкада қон димланиши ҳодисалари қайд қилинади, жигар анчагина катталашади ва қаттиқлашади (цирроз), нафас доимо қисадиган бўлиб қолади. Қон айланишининг сурункали етишмовчилиги чап қоринча, ўнг қоринча ва аралаш турда булади, бунда цианоз кучаяди, ҳансираш тинч турганда ҳам безовта қилади. Бемор фақат ярим ўтирган ҳолатда ухлаши мумкин (29-расм).

Клиник манзараси. Чап қоринча етишмовчилиги симптомлари асосий касаллик (миокард инфаркти, аорта клапани етишмовчилиги) билан аниқланади. Кичик қон айланиши доирасида қон димланиши туфайли руй-рост нафас қисиши ва бўғилиш (юрак астмаси) юзага келади. Юрак астмасида бемор ҳаво етишмаётга-

нини сезади, безовта булади, мажбуран ярим ўтириш ҳолатини эгаллайди, юзи оқарган ва цианотик тусда, терисини совуқ тер босган, ўпка шишганда йўталганда купикли (пушти ранг) балғам ажралади, нафаси хириллаб чиқади. Ўпкасида куп сонли тарқоқ нам хириллаган товуш эшитилади. Тахикардия ва аксарият аритмия характерли. Систолик босим пасайган (айниқса миокард инфарктида) бўлиши мумкин, диастолик босим аввалги даражада қолади. Юрак астмаси хуружи бир неча соатга чузилиши мумкин.

Ўнг қоринча етишмовчилиги симптомлари ҳам бирламчи (асосий) касалликка боғлиқ. Бу пневмосклероз, ўпка эмфиземаси каби сурункали ўпка касалликларидир. Юракнинг ўнг қоринчасига қонни кичик қон айланиши доираси бўйича ҳаракатлантириш учун ортиқча қаршилиқни енгилга туғри келиши сабабли мушак қисқаришлари кучи камаяди ва катта қон айланиш доираси системасида қон димланиши пайдо бўлади. Бўйин веналарининг буртиб чиқиши ва рўй-рост пульсацияси кузатилади, веноз босим кўтарилади, жигарда димланиш ҳодисалари вужудга келиб, у катталашади ва оёқларда шишлар пайдо бўлади.

Ўнг қоринча етишмовчилиги чап қоринча етишмовчилигига қўшилганда кичик қон айланиш доирасида қон димланиши камайишини қайд қилиб ўтиш лозим.

Қон айланишининг аралаш сурункали етишмовчилиги ҳам катта, ҳам кичик қон айланиши доирасида қон димланишига олиб келади. Нафас қисиши, цианоз, тарқалган шиш, асцит кабилар пайдо бўлади.

Давоси. Юрак астмасида шошилишча медицина ёрдами қуйидагилардан иборат: беморга 1 мл морфин ва 0,5 мл 0,1 %ли атропин сульфат эритмаси юборилади. Бу муолажани нафас ва томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар қўзғалувчанлигини камайтириш ҳамда бронхиолаларни кенгайтириш учун имкон борида тезроқ қилинади. Артериал босим анчагина пасайиб кетганда венага 0,5 — 1 мл дан строфантин, кордиамин, эуфиллин, кофеин юборилади, қон олинади (400 — 500 мл), кислород берилади.



29-расм. Оғир юрак етишмовчилигида беморнинг мажбурий ҳолати

Қон айланишининг сурункали етишмовчилигини даволаш унинг босқичига боғлиқ бўлиб, комплекс олиб борилади. Етишмовчиликнинг I даражаси билан касалланган беморлар меҳнатга лаёқатли бўладилар, бироқ, улар диспансер кузатувида бўлиб, вақти-вақтида тегишли дори-дармонлар ичиб турадилар. Етишмовчиликнинг II даражаси бўлган беморларни вақти-вақтида касалхонага ётқизиб туриш ва юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, дигитоксин, дигоксин ва ҳ.к.) билан даволаш зарур.

Дигиталис препаратлари порошок ҳолида ичиш учун тайинланади. Уларни бир қабулга 0,1 — 0,2 г дан бошлаб тайинлаш мумкин; сўнгра кичикроқ миқдорларга (0,05 — 0,1 г дан кунига 3 маҳал) ўтса бўлади. Етишмовчиликнинг III даражасида асцит бўлганда дигиталис препаратларини шамчаларда қўллаган яхши. Дигитоксин 0,0001 г дан кунига 3 марта, дигоксин — 0,00025 г дан кунига 2 — 4 марта, целанид (изоланид) — 0,00025 г дан кунига 3 марта тайинланади. Дигиталис яхши наф бермаганда (уни бекор қилгандан сўнг 3 — 4 кун ўтгач), строфантиннинг 0,05 %ли эритмасини 0,5 — 1 мл дан 40 %ли глюкоза эритмаси билан бирга тайинланади. Строфантин аста-секин 2 — 3 минут ичида юборилади. Коргликон строфантинга нисбатан кучсизроқ таъсир кўрсатади. Сийдик ҳайдайдиган воситалардан дихлотиазид (гипотиазид) сурункасига 2 — 3 кун қўлланилади, сўнгра бир ҳафта ўтгач бир қабулга 0,03 г такрорланади, айти пайтда 2 — 3 г дан калий хлорид тайинланади. Оғир ҳолларда кислород терапияси буюрилади.

Қон айланиши етишмовчилигининг III даражасида ўринда ётиш режими, парҳез (стол №10), сийдик ҳайдайдиган воситалар, юрак гликозидлари билан даволаш тайинланади. Лапароцентез (абдоминал пункция) буюрилади.

Парвариш қилиш. Қон айланиши етишмовчилигининг II ва III даражасида, бемор уринда ётиш режимига қаттиқ амал қилиши керак бўлган қатор ҳолларда оғир ётган беморларни парвариш қилиш аввало уларни тинмай кузатиб туришдан иборат. Навбатчи медицина ҳамшираси врачга беморнинг қандай ухлаши (осойиштами ёки безовтами, кўп уйғониб турадими, тўлғонадими, алаҳлайдими), ухлаш ва бедорлик вақтида қандай нафас олади (равон ёки равонмас), минутига неча марта нафас олади, йуталадими, балғам ажраладими, тез-тезми қанча миқдорда, ҳамда балғамнинг тури тўғрисида хабар беради. Бўғилиш хуружи, юрак соҳасида оғриқ пайдо бўлиш ва бошқаларни қайд қилиш лозим.

Палатада ҳавони муайян ҳароратда, тахминан 18 — 20 С атрофида сақлаб турилади. Ёзда, ташқарида жазирама иссиқ бўл-

ганда палатада тоғораларга муз солиб қўйиш ёки очиқ деразалар яқинига нам чойшабларни осиб қўйиш мумкин, буғланишда намлик иссиқликни кўп ютади ва хона салқинроқ бўлади.

Овқат ейилгандан кейин бемор гишларини тиш порошоги билан ювиши, бошқа вақтларда эса оғзини ва томоғини борат кислота ёки калий перманганат билан чайиб туриши керак. Агар бемор дармонсиз ёки беҳуш ҳолатда ётган бўлса, бу ишни ўзи бажара олмайди. Бу ҳолда парвариш қилаётган ходим беморнинг милкларини ва тилини илиқ сувда ёки борат кислота, калий перманганат эритмасида ҳўлланган дока билан артади.

Беморнинг кўрпа-ёстиқ жилдлари, чойшаблари ва ич кийимлари, рўмолчаларини тез-тез алмаштириб туриш зарур. Чойшабнинг текис қилиб ёзилиши ва тушакни батамом бекитиб туришига эътибор бериш лозим. Чойшабда ҳеч қандай бурмалар ва нон ушоқлари бўлмаслиги керак. Бемор тушакда узоқ муддат ётиб қолган бўлса, бу айниқса муҳим, чунки чойшабдаги бурмалар ва ушоқлар унинг гашини келтиради ва ётоқ яралар ҳосил бўлишига олиб келади.

Агар бемор урнидан тура олмайдиган бўлса, тагига махсус судно (фаянс ёки металлдан) қўйилади, судно тагига эса клеёнка ёзиб қўйилади. Ичи келгандан кейин бемор тагини уй ҳароратидаги илиқ сув билан ювиш лозим. Тунга қўйиладиган тувак, суднони ишлатишдан олдин уларга озроқ сув ёки дезинфекция қиладиган эритма қўйилади. Суднодан фойдаланиб бўлгандан кейин палата ҳавосини бузмаслик учун зудлик билан уни хонадан олиб чиқиш керак.

Бемор терисини парвариш қилишнинг аҳамияти катта, уни яхши парвариш қилинса, ётоқ яралар ҳосил бўлмайди. Имкон бўлса, ҳар куни, лекин ҳафтасига камида 3 марта бутун баданни одеколон қўшилган илиқ сувга ҳўлланган нам сочиқ билан артиш зарур. Ҳўл сочиқ билан артишни ҳар қандай шароитларда бажарса бўлади. Бунинг учун уй ҳароратидаги ёки бироз илиқроқ сув ишлатилади. Бемор совқотмаслиги учун баданни гатма-галдан артиш лозим.

Оғир ётган беморни парвариш қилишда овқат ейишни тўғри ташкил қилишнинг аҳамияти катта. Агар бемор утира оладиган ҳолатда бўлса, медицина ҳамшираси уни каравотда туриб утиришига ёрдамлашади ва орқасига ёстиқ қўйиб, буйнига салфетка боғлаб қўяди. Овқатли идишни каравотга қўйиладиган пастаккина табуретка столчага қўйиш жуда қўлай. Бундай столча бўлмаса, идишни каравот олди столчасига қўйиш мумкин. Бемор жуда дармонсиз бўлса, тарелкани қўлда ушлаб туриб беморга овқатни қошиқда бериш мумкин. Оғир ётган беморларни махсус чойнаклардан овқатлантирилади.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТГА ЙЎРИҚНОМАЛАР

I. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсининг мақсади. Юрак қон-томир системаси касалликлари билан беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш асослари бўйича олган назарий билимларини мустаҳкамлаш, муолажаларни бажаришни ўрганиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * Юрак қон-томир системасининг анатомио-физиологик асослари.
- * Юрак қон-томир системаси касалликлари билан клиник текшириш усуллари тартиби (4 - тизма).
- * Юрак қон-томир системаси касалликлари билан оғриган беморларни лаборатория ва асбоблар ёрдамида текширувдан ўтказиш.
- * Юрак қон-томир системаси касалликлари билан клиник текширувлар ўтказишда ҳамширанинг роли.
- * Юрак қон-томир системаси касалликларида ўткир ҳолатлар симптомлари: (стенокардия, миокард инфаркти, гипертоник криз, ҳушдан кетиш, коллапс). Муаммоли масалаларни ечиш ва ўткир ҳолатларда врачга шошилиш ёрдам кўрсатиш алгоритмини тузиш (5, 6, 7-тизмалар асосида).

4-тизма. Юрак қон - томир системаси касалликларида текширув усуллари.

Бемор шикояти	
1. Юрак соҳасида оғриқ (давомийлиги, жойлашиши, тарқалиши, бошланиш шarti).	4. "Бўғилиш" симптоми.
2. Ҳансираш (доимий, вақти-вақти билан бошланиши).	5. Шиш (оёқларда).
3. Юрак ўйнаши (юрак ритмининг бузилиши ёки тахикардия).	6. Қон туфлаш.
	7. Бош оғриғи

Касаллик анамнези	
1. Риск омидлари.	5. Олиб борилган даво чоралари
2. Касаллик сабаблари.	6. Шифохоналарда неча марта даво-ланганлиги
3. Касаллик динамикаси.	
4. Касаллик бошланиши.	

Ҳаёт анамнези

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Наслдан наслга берилувчанлиги | 5. Асаб-руҳий зуриқишлар |
| 2. Хавфли белгилар. | 6. Яшаш шароити. |
| 3. Совуқ қотишлар. | 7. Касби. |
| 4. Ангина билан оғриб туриши | |

Беморларни бевосита текшириш

Куздан кечириш	Пальпация	Перкуссия	Аускультация
1. Териди цианоз. 2. Ҳансираш. 3. Шпш. 4. Буйин веналарининг шиши. 5. Буйин веналари пульсациясининг кучайиши.	1. Юрак учи турткиси. 2. Пульс (сони, ритми, тулиши, кучланиши, экстрасистолия)	1. Юракнинг нисбий чегараси. 2. Жигар чегаралари. 3. Қорин бушлиғидаги эркин суюқлик	1. Юрак ритми. 2. Юрак тонларини. 3. Юракда эшитилади — ган кўшимча тонлар. 4. Юрак шовқинлари.

* Юрак қон-томир системаси касалликлари билан оғриган беморларни парвариш қилиш асослари.

* Пульсни аниқлаш, артериал босимни улчаш, томчи асосида дори моддаларини юбориш.

Дарсга тайёргарлик вақтида шу мавзуларга мос ҳолатда бошқа фанлардаги билимларини қайтариб олиш лозим (анатомия, физиология, патология, ҳамширалик иши, фармакология).

5- тизма. Стенокардия хуружи симптомлари ва тиббиёт ҳамшираси тактикаси.

Бемор шикоят	Куздан кечириш натижаси
1. Туш орқасида оғриқ (сиқувчи, эзувчи), тарқалиши. 2. Лагжтик (бушашиш). 3. Улим вақимасини сезиши.	1. Терн рангинини оқариши 2. Ҳансираш 3. Артериал босимнинг кўтарилиши ёки пасайиши. 4. Беморнинг феъл атвори

Тиббиёт ҳамшираси тактикаси

1. Беморга қулай шароит яратиш.
2. Тинчлантириш.
3. Сиқиб турган кийим-бошларни ечиш.
4. Юрак соҳасига горчичниклар қуйиш.
5. Бармоқларга иссиқ грелка тутиш.
6. Тил остига нитроглицерин бериш.
7. Врачни чақириш.

6-тизма. Уткир миокард инфаркти симптомлари ва ҳамшира тактикаси.

Бемор шикоятлари

1. Юрак соҳасида ва туш орқасида интенсив огриқ (қисувчи, босувчи ва б.).
2. Ҳансираш.
3. Тусатдан ланжлик (бушашиш).
4. Муздай тер босиши.
5. Қунгил айнаиши.
6. Улим ваҳимасини ҳис қилиш.

Қўздан кечириш натижаси

1. Терининг оқариши, терида цианоз.
2. Совуқ тер босиши.
3. Артериал босимнинг пасайиши.
4. Пульснинг тезлашганлиги, кучсизлиги.

Уткир давридаги асоратлар

Кардиоген шок

1. Терида оқариш.
2. Цианоз.
3. Муздай тер.
4. А/Б нинг пасайиши.
5. Ипсимон пульс.
6. Анурия.

Уткир юрак етишмовчилиги

1. Бўғитиш.
2. Цианоз.
3. Йўтал.
4. Тахикардия.
5. Қон туфлаш.
6. Упканинг пастки қисмларида намли хириллашлар.

Юрак ритмининг бузилиши

1. Тахикардия
2. Брадикардия
3. Аритмия

Ҳамшира тактикаси

1. Беморни тинчлантириш
2. Зудлик билан врачни чақириш.
3. Намланган кислород бериш.

Тайёрлаб қуйиш керак

- | | |
|----------------------|----------------|
| 1. Жгут ва шприцлар. | 5. Допамин. |
| 2. Фентанил. | 6. Мезатон. |
| 3. Дроперидол. | 7. Строфантин. |
| 4. Лидокаин. | 8. Фуросемид. |

7- тизма. Гипертоник криз симптомлари ва ҳамшира тактикаси.

Бемор шикояти

1. Бош оғриғи.
2. Кулоқларда шовқин.
3. Кўнгил айланиши, қусиш.
4. Бош айланиши.
5. Юрак соҳасида оғриқ.

Куздан кечириш натижалари

1. Гиперимия, юзда оқариш.
2. Ҳансираш.
3. Артериал босимнинг кўтарилиши.

Ҳамшира тактикаси

1. Беморни тинчлантириш.
2. Чалғитувчи воситалар (ёқа зонасига горчичниклар, оёққа иссиқ ванналар)ни қўлаш.
3. Сўргичсимон усимтага зулуклар қўйиш.

Тайёрлаш керак

1. Шприцлар.
2. Клофелин.
3. Дибазол.
4. Фуросемид.
5. Эуфиллин.
6. Магний-сульфат.
7. Обзидан.

Дарснинг қисқача мазмуни.

Юрак қон-томир системасининг анатомио-физиологик асослари ва патологик ҳолатларда келиб чиқадиган узғаришларни аниқлаш учун қуйдагиларни қайтариш лозим:

- * юракнинг нормал тузилишини;
- * патологик ҳолатларда юзага келадиган узғаришлар (юракнинг компенсатор механизми, дилатация ва гипертрофия)ни;
- * юракнинг асосий функцияларини;
- * қон айланиш системаси ишининг бошқарилишида МНС нинг ролини;
- * нормал ҳолда, юракнинг компенсация ва декомпенсациясида катта ва кичик қон айланиш доираси функцияларини;
- * кичик қон айланиш доираси димланиш симптомлари (ҳансираш, цианоз, йўтал, бўғилиш, қон туфлаш) ва катта қон айланиш доираси димланиш симптомларини (тахикардия, шиш, ўнг қовурға остида оғирлик, асцит).

Ҳамшира беморларни асбоблар билан лаборатория ёрдамида текширувларга тайёрлаётганда, текшириш жойи, уни ўтказиш вақти, ўтказиш қоидалари туғрисида тушунтириш ишларини олиб боради, заруратга қараб беморни ўзи кузатиб боради.

Режадаги беморларда ЭКГ эрталаб соат 8. 00 дан 10. 00 гача, ЛФК ва физиотерапевтик муолажалардан олдин ўтказилгани маъқул.

Фонокардиография (ФКГ) юрак ишида ҳосил бўладиган товушларни ёзиб олиш. Овқатлангандан кейиноқ бу текширувни ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас.

уйнаши, юрак соҳасида ва тўш орқасидаги оғриқ, ҳансираш, ўлим ваҳимасини сезаётгани.

Объектив текширганда: бемор бетоқат, ранги оқарган, артериал босими 260/140 мм. см. ус. га тенг, пульс минутага 120 маротаба, гуруҳли экстрасистолия аниқланмоқда. ЭКГ натижаси- Т— тишча чуқур манфий ҳолатда, қоринчалар гуруҳли экстрасистолияси. Нафас олиш минутага 24 маротаба.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини асослаб беринг.

Жавоб эталони.

Бемор шикоятларини, объектив текшириш натижаларини ҳисобга олган ҳолда артериал гипертония касаллиги, аниқроғи гипертоник криз туғрисида ўйлаш мумкин.

Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамшира қуйидагиларни билиши лозим:

- беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш (шикоятларига ва объектив текширув натижаларига асосланиб);
- чалғитувчи воситалар ёрдамида бош оғриғини енгиллаштириш ва камайтириш (ёқа зонасига горчичниклар қуйиш, оёққа иссиқ ванналар қилиш);
- беморга яхши шароит яратиш;
- беморни тинчлантириш, унга валериана настойкаси бериш, беморга аниқ, ишончли ва хотиржам таъсир этиш;
- коронар қон айланиши бузилишлари ЭКГ да аниқланганда, қон айланиш функцияси доимо назорат қилиниши керак (пульсни аниқлаш, артериал босимни ўлчаш);
- бемор ҳолатидаги ҳар қандай ўзгаришлари ҳақида ўз вақтида врачга хабар бериш;
- беморлар овқатланишини назорат қилиш (туз ва суюқлик чегараланиши керак);
- организмдаги физиологик чиқиндиларни кузатиш ва ундан сунг гигиеник парвариш қилиш;
- диурезни кузатиш.

2-топшириқ.

Бемор 3 йил олдин миокард инфаркти билан оғриган. Беморни доимий ҳансираш безовта қилади, озгинагина физик кучланишда ҳансираш кучаяди. Икки маротаба ўпка шишган, доимо оёқлар шишиб туради, бир неча маротаба қорин шишган (асцит), диуретиклар қабул қилиши билан шиш тезда камайган.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини асослаб беринг.

3-топшириқ.

Бемор 38 ёшда. Асаб зуриқишидан сунг, юрак соҳасида сиқувчи оғриқ хуружи безовта қилган, эс-хуши қоронғилашган, тез тиббий ёрдам машинасида шифохонага келтирилган.

Объектив текширганда: бемор эс-хуши тормозланган, тери қоплами оқарган, цианотик тобланиш билан, тери қоплами сезиларли нам ҳолатда. Артериал босим 90/60 мм. см. ус. га тенг. Юрак тонлари бўғиқ. Умумий қон таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ 14 мм/с.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?

2. Парвариш қилиш асосларини асослаб беринг.

4-топшириқ.

Бемор аёл 49 ёшда. Шикоятлари: вақти-вақти билан юрак соҳасидаги увушувчи оғриқ, оёқларда шиш, унг қовурға остида оғриқ, юрак ўйнаши, хансираш, йўтал, балғам ажралиши, айрим вақтларда балғамда қон ипирларининг пайдо булиши, бош айланиши ва сезиларли лоҳаслик (бушашиш).

16 йилдан бери ревматизм касаллиги билан оғрийди, бир неча маротаба шифохона шароитида даволанган, охирги маротаба аҳволи оғирлашган ва шифохонага ётқизилган.

Объектив текширганда: тери қоплами оқарган, акроцианоз. Тана ҳарорати 37,8°C. Пульс минутига 116 маротаба, аритмик, пульс дефицити 22. Юрак чегараси чапга кенгайган.

Аускультацияда юрак учи соҳасида систолик шовқинлар эшитилмоқда. Нафас олиш минутига 26 маротаба. Ўпканинг пастки қисмларида қаттиқ нафас ва нам хириллашлар. Жигар қовурға ёйидан 2,5 см катталашган, оғриқли.

Қон таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ 20 мм/с, С-реактивли оқсил ++, гаммаглобулин—25 %. ЭКГ—Р-тишча деформацияси ва кенгайиши, қоринчалар экстрасистоласи.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?

2. Парвариш қилиш асосларини асослаб беринг.

II ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсдан мақсад: Шифохона шароитида қон айланиш сиситемаси касалликлари билан оғриган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш ва олдини олиш, беморлар реабилитацияси муолажалари ва кўникмаларини урганиш, олган билимларни мустаҳкамлаш.

Ўқувчилар билиши шарт:

* Юрак қон-томир системаси касалликларининг асосий шикоятлари ва симптомларини.

- * Юрак қон-томир системаси касалликларини даволаш ва профилактика қоидаларини.
- * Шифохона шароитида кардиологик беморлар реабилитациясида ҳамширанинг ролини.
- * Ҳамшира ишининг кардиология бўлимида деонтологик жараёнларини.
- * Юрак қон-томир системаси касалликлари билан оғриган беморларни парвариш қилишни. Бузилган функцияларни тиклаш қоидалари ва асоратлар профилактикасини.

Дарсинг қисқача мазмуни.

Амалиёт дарсида юрак қон-томир системаси касалликлари билан оғриган беморлар муҳокама қилинаётганда уларнинг шикоятларига эътибор бериш керак (юрак соҳасидаги оғриқ характериға, унинг бошланиш сабабларига, давомийлигига, тарқалиш соҳаларига, нима уни сингиллаштиришиға, бемор ҳаёти асосларига, меҳнат шароитига ва ҳ.). Беморни куздан кечирганда, унинг ҳолатига, нафас олиш характериға (ҳансираш, буғилиш бор-йўқлигига), юзининг кўринишиға, тери қоплами ва шиллик қаватлар рангига, шишға, буғимлар ўзгаришларига аҳамият берилади.

Объектив текширганда: беморнинг умумий аҳволи, пульси, артериал босими, тана ҳарорати, тери юзасининг ҳолати (қуруқ, намлиги)га эътибор берилади.

Бемор туғрисида тулиқ маълумотга эга бўлиш учун субъектив, объектив ва қўшимча текшириш усуллари натижалари билан танишиш зарур бўлади.

Аниқ мисоллар ёрдамида бемор ҳолати, касаллик оқибатлари, касалликдан келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар ўрганилади. Натижада беморни бефарқ бўлмасликка чақирилади. Миокард инфарктининг ўткир босқичида, гипертоник кризда беморға тайинланган режимнинг сақланиши кузатилади, врач курсатмалари аниқ ва вақтида бажарилади.

Беморлар реабилитацияси деганда-беморларни фаол ҳаётга қайтариш учун тиббий психологик ва ижтимоий-экономик тадбирлар ўтказиш тушинилади. Реабилитациянинг асосий мақсади: ногиронликнинг олдини олиш, беморни ўз касбий ишиға тайёрлаш, умумий фойдали меҳнат билан шуғулланишға тайёрлаш ва ниҳоят ўзига-ўзи хизмат қилишиға тайёрлаш.

Реабилитациянинг асосий қоидаларидан бири — жуда эрта касалликнинг бошланишиға нисбатан организмни тиклаш тадбирларини қўллашдир. Бу қоида шифохонадан бошланади (интенсив терапия, ундан сўнг организмни тикловчи тадбирлар), ихтисослашган санаторийларда давом эттирилади (реабилитация марказлари), ва ниҳоят поликлиникада (реабилитация хонаси ёки бўлимида).

Поликлиника реабилитация хонаси ёки бўлимида ҳамширанинг вазифалари: беморларда режага асосан физик реабилитация (залда даволаш гимнастикалари, тренажёрлар билан шуғулланиш, юриш, бассейнда сузиш), физик кучланишга организм реакциясини кузатган ҳолда (чарчашнинг ташқи ва субектив кўринишларини баҳолаш, пульс, артериал босимни улчаш), уларни аутотренингга ўргатиш, юрак қон-томир касалликлари профилактикаси борасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш.

Мустақил иш

Амалиёт даврида ўқувчилар интенсив терапия бўлими (хонаси) ҳамширасининг иш фаолияти билан танишадилар.

Беморларни кузатиш ва парвариш қилишда ўқувчилар ҳар бир муолажа ва куникмаларни аниқ бажаришни ўрганишлари лозим. Ҳамшира беморларга дориларни беришда ва муолажаларни бажаришда, (бемор ҳолатини ҳисобга олган, ҳар бир муолажа кўрсатмалари ва монеликларни билган ҳолда.) адашмаслиги зарур.

Юрак қон-томир касалликлари билан оғриган беморлар ўз ҳолатлари ҳақида жуда ўзига оладиган ва мулоҳазати бўлиб қоладилар, шунинг учун беморларга ҳар бир ўзгаришлар тўғрисида гапириб бўлмайди.

Интенсив терапия хонасида вазиятни жуда тез ҳал қила оладиган, мураккаб асбоб-ускуналар билан ишлай оладиган, венага система улаш техникасини, реанимация тадбирларини яхши биладиган ҳамшира ишлаши керак.

Ўқувчилар қон айланиш системаси касалликлари билан врачгача ёрдам кўрсатишда иштирок этишлари зарур.

III. ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР.

Дарснинг мақсади: Поликлиника шароитида қон айланиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни диспансер назоратига олиш, ҳамшира иши билан танишиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини ўрганиш.

Поликлиникада амалиёт даврида ўқувчилар ҳар хил хоналарда ҳамшира иши билан танишадилар (реабилитация, кардиолог, ревматолог хоналарида).

Реабилитация хонасида қон айланиш системаси касалликлари билан оғриган беморлар организми йўқотган функцияларини тиклаш тадбирларида фаол иштирок этадилар. Беморлар ва уларнинг яқин кишилари билан тушинтириш ишларини олиб борадилар: (меҳнат режими, дам олиш, овқатланиш, физик зўриқиш тўғрисида.)

Ревматология хонаси ҳамширасининг асосий вазифаси: ревматизм касаллиги, касалликнинг қайталаниш профилактикаси, ревматизм касаллигининг эрта диагностикаси ва вақтида даволаш-чоралари билан шуғулланиш.

VI Б О Б. ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ ҚИСҚАЧА АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Овқат ҳазм қилиш аъзоларига оғиз бўшлиғи, ҳалқум, қизилўнғач, меъда, ингичка ичак, жигар, ўт пуфағи, меъда ости беzi ва йўғон ичак киради. Овқат оғиз бўшлиғида майдаланиб ҳалқумга узатилади ва қизилўнғачга тушади. Қизилўнғач ички томонидан шиллиқ парда, ташқи томондан сероз парда билан уралган. Ўрта қавати мускул туқимасидан иборат. Қизилўнғач деворида 3 та физиологик торлик бўлиб, унда дағал овқатлар ушланиб қолади (бўйин, кўкрак, диафрагма), овқат қизилўнғачдан меъдага тушади. Меъда қорин бўшлиғида жойлашган. Девори 4 қаватдан шиллиқ, шиллиқ ости, мускул ва ташқи сероз қаватдан иборат. Меъданинг шиллиқ пардасида ҳазм ширасини ишлаб чиқарувчи безлар жойлашган. Меъда шираси таркибида пепсин, хлорид кислота ва шилимшиқ бўлади. Бир кеча кундузда 1,5 — 2 литр миқдорда меъда шираси ишлаб чиқарилади. Ҳазм ширасининг камайиши ёки кўпайиши организмнинг руҳий ҳолатига боғлиқ. Асабий зуриқишлар шира ишлаб чиқарилишини камайтиради. Овқат меъдада бир неча соат давомида сақланади. Майдаланган овқат булак-булак бўлиб 12 бармоқ ичакка ўтказилади. 12 бармоқ ичакка меъда ости беzi ва ўт пуфағидан ўт суюқлиги келиб тушади. Меъда ости беzi ишлаб чиқарган панкреатин моддаси овқатни углеводли қисмга, ўт суюқлиги эса ёғларнинг парчаланишига олиб келади. Ингичка ичакда ворсинкалар (сўрғичлар) жойлашган бўлиб, парчаланган овқат маҳсулотларининг қонга сўрилишини таъминлайди. Қонга сўрилмаган қисми йўғон ичакка ўтади ва ичак таёқчалари ёрдамида ёғ клетчаткаларга парчаланиб сўрилади. Қолган ортиқча моддалар нажас бўлиб ташқарига чиқиб кетади. Жигар овқат ҳазм қилиш системасида зарарли моддаларни зарарсизлантириш вазифасини бажаради. У ўт суюқлигини ишлаб чиқариб, қонни филътрлаб беради.

ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ

Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлар: қорин соҳасида оғриқлар, иштаҳанинг бузилиши, кекириш, зарда қайнаши (жигилдон қайнаши), кўнгил айланиши, қусиш, қорин дам бўлиши, ичаклар функциясининг бузилиши.

Оғриқни интенсивлиги, жойлашиши ва унинг овқат қабул қилиши билан боғлиқлиги бўйича фарқ қилиш лозим. Интенсив бўлмаган, бироқ доимий оғриқ сурункали гастрит учун хос бўлади. Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллигида оғриқ ин-

тенсивроқ, у овқат ейиш билан очик-равшан боғлиқ. Ут-тош касаллигида оғриқ жуда қаттиқ бўлади.

Гастрит ва яра касаллигида оғриқ тўш остида, жигар ва ўт қопчаси касаллигида ўнг қовурға остида, ичак касаллигида бутун қорин бўйлаб, бироқ, кўпроқ унинг пастки қисмида жойлашади.

Иштаҳа бузилиши кўп жиҳатдан меъда секрецияси ва кислоталилиги даражасига боғлиқ. Секреция ошганда иштаҳа ҳатто очилиб кетади (кислоталилик ошган гастрит, аксарият меъда суюқлиги секрецияси ошиши ва кислоталилик ошиши билан ўтадиган меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги). Секреция пасайганда иштаҳа пасайган бўлади (субацит, анацит, шунингдек ахилик гастритлар). Иштаҳа бузилишида (хусусан меъда ракида) бемор айрим озиқ-овқат маҳсулотларидан юз ўгиради (овқатдан кунгли кетади).

Оғизда ёқимсиз таъм меъда шиллиқ пардаси зарарланганда, оғизда аччиқ маза—жигар ва ўт қопчаси касалланганда, металл таъми эса овқатдан заҳарланишнинг айрим турларида кузатилади.

Кекириш — меъдадан оғизга тўсатдан овқат моддаси тушганда пайдо бўлиб, бунда ўзига хос товуш чиқади. Одамнинг 12 соат ва бундан кўпроқ вақт олдин ейилган овқати билан кекириши айниқса катта диагностик аҳамиятга эга, бу меъданинг эвакуатор функцияси бузилганлигидан далолат беради. «Оч» кекириш—ҳаво билан кекириш—меъда суюқлигида хлорид кислота камайиб кетганда ёки бўлмаганда, кекирганда оғиздан палағда тухум (водород сульфид) ҳидининг келиши — ахилия билан бирга меъданинг эвакуатор функцияси бузилганда кузатилиб, меъдада оқсилларнинг жадал парчаланишига боғлиқ.

Зарда қайнаши деб, ханжарсимон усиқ остида, туш усти юқори қисмида ва туш орқасида (бу қизилунгачнинг пастки кесигига мос келади)кучли ачишиш сезгиси пайдо бўлишига айтилади. Зарда қайнаши кўп ҳолларда меъдадан қизилунгачга нордон меъда суюқлиги отилишига боғлиқ.

Кўнгил айниши—туш ости соҳасида ёқимсиз сезги пайдо бўлишидир. Аксарият кислоталилик пасайиши билан ўтадиган меъда касалликларида бўлади. Баъзан кўнгил айнишидан кейин одам қайт қилади.

Қусиш (қайт қилиш) ҳазм аъзолари касалликларини диагностика қилишда катта аҳамиятга эга. Қусуқда овқат аралашмаси бўлиши меъданинг эвакуатор иши анчагина бузилганидан далолат бериши мумкин (пилоростеноз). «Кофе»қуйқаси аралаш қусиш меъдадан қон оққанда, эрталабки соатларда шилимшиқ аралаш қусиш—сурункали гастритда, ўт суюқлиги аралаш қусиш—ўт йуллари патологиясида кузатилади.

Қорин дам бўлганда қорин шишгандай бўлиб, газ чиқиши кучаяди. Сабаби ичакларда газ ҳосил бўлишнинг кучайганлигидир, бундай

ҳолат овқат билан усимлик клетчаткалари қабул қилинганлиги оқибатида, клетчаткалар ичакда осон бижғиши натижасида келиб чиқади ва шунингдек сут ичилганда ҳам аниқланади, ичак девори тонуси пасайганда, ичаклар моторикаси пасайганда ҳам сезилади.

Ич кетиш — ахлат консистенциясининг бузилиши билан ичаклар бушашидир. Ич кетиш механизми мураккаб бўлиб, ичаклар перистальтикасининг кучайиши, сув, озиқ моддалар ҳазм бўлиши ва ичакларда сўрилиш жараёни бузилганда юзага келади. Чунки ичак деворлари яллиғланиши, яллиғланган секретларнинг шиллиқ қаватга кўп ажралиб чиқиши ҳамда нерв охирилари қўзғалиши оқибатида ичаклар перистальтикаси кучаяди.

Ич қотиши (қабзият) — ичакда ахлатнинг узоқ туриб қолишидир (48 соатдан ортқ). Функционал ва органик қабзият фарқланади.

ҲАЗМ ҚИЛИШ АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Касалхонанинг қабул қилиш бўлимида касаллик тарихи очилади ва бемор тўғрисида маълумотлар ёзилади.

Сўраб-суриштириш. Ҳазм аъзолари касалликларини аниқлашда беморнинг шикоятлари сўралади. Беморлар кўпинча оғриқ, иштаҳа йўқлиги, кўнгил айниши, жигилдон қайнаши (зарда бўлиш) ва кекиришдан шикоят қиладилар. Касаллик тарихини аниқлашда бемордан қачондан бери касаллик белгилари бошланганлиги, қандай дори-дармонларни истеъмол қилганлиги сўраб суриштирилади. Касалликнинг ҳаёт анамнезини аниқлашда беморнинг оилавий шароити, овқатланиш режими ва унинг таркиби, касб-кори, оиласида, яқин қариндош уруғларида шундай белгилар мавжудлиги, зарарли одатлари (чекиш ва спиртли ичимликлар ичиши кабилар) сўралади. Сўраб-суриштириш вақтида беморларнинг қайси дори воситаларига ўта сезувчанлигини сўраб билиш аллергия ҳолатларнинг олдини олишда катта аҳамиятга эга бўлади. Беморлардаги клиник белгиларни ўрганиш касалликни тўлиқ аниқлашда муҳим ўринни эгаллайди. Оғриқ — ҳазм аъзолари касалликларида асосий белгилардан биридир, унинг жадаллиги (интенсивлиги), жойлашган ўрни, овқат қабул қилишга боғлиқлиги ёки боғлиқ эмаслигини билиш керак. Жадал бўлмаган, доимий характердаги оғриқ сурункали гастрит касаллиги учун хос бўлади. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигида оғриқ жадал, у овқат ейиш билан боғлиқ бўлади. Ўт-тош касаллигида оғриқ жуда кучли бўлади. Панкреатит — меъда ости бези касаллигида оғриқ кучли тасмасимон характерда бўлади. Рак касаллигида оғриқ доимий характерда бўлади. Иштаҳанинг бузилиши кўп жиҳатдан меъданинг шира ишлаб чиқариш фаолиятига боғлиқ бўлади. Меъда ширасининг кўп ишлаб чиқарилиши иштаҳани кучайтириб юборади. Ширанинг кўп ажралиши — гиперсекре-

ция деб аталади. Шира ишлаб чиқариш пасайганда иштаҳа ҳам пасаяди, бу гипоацид гастритни келтириб чиқаради. Меъдада шира ажралиши бутунлай йўқолса, аноцид гастрит келиб чиқади. Беморларда айрим овқат маҳсулотларини хуш курмаслиги меъда ўсмаси (рак) касаллигидан далолат беради. Кекириш — қуруқ (ҳаволи) ва овқат қолдиғи билан намоён бўлади. Қуруқ кекириш меъда суюқлигида хлорид кислота камайиб кетганда ёки бўлмаганда пайдо бўлади. Овқат билан кекириш бу меъданинг қисқариш фаолияти бузилганидан далолат беради. Жигилдон қайнаши—қизилўнгач, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг секретор ва мотор функциялари бузилишининг белгиларидан бўлиб, бу меъда суюқлиги қизилўнгачга отилиб чиққанида ва меъда ширасида кислоталилик ортиб кетганда рўй беради. Соғлом одамларда айрим овқат маҳсулотларга сезувчанлик кучайиб кетиши натижасида жигилдон қайнайди. Кўнгил айниши — тўш ости соҳасида ёқимсиз сезги пайдо бўлишидир. Кўнгил айниши кўпинча кислоталилик пасайиши билан ўтадиган меъда касалликларида бўлади. Қусиш (қайт қилиш) — ҳазм аъзолари касалликларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Қусуқ массасида овқат аралашмаларининг бўлиши меъданинг қисқариш фаолиятини бузилганидан далолат беради. «Кофе» қуйқаси аралаш қусиш меъдадан қон кетаётганидан далолат беради. Эрталаб сафро аралашмаси билан қусиш ўт йўллари касалликларида кузатилади. Меъда-яра касаллигида одам овқатдан 2—5 соат кейин, пилорус стенозида эса кечаси қайт қилади. Ич кетиши—ичак касалликларида, заҳарланиш ва овқат аллергияси вақтида кузатилади. Ич қотиши (қабзият) органик ва функционал турларга бўлинади. Органик қабзият механик тусиқлар борлиги туфайли пайдо бўлади. Функционал қабзият эса невроген, эндокрин ўзгаришлар, интоксикация ҳолатларида келиб чиқади.

Беморларни кўздан кечириш. Беморни кўздан кечириш беморнинг умумий аҳволига эътибор беришдан бошланади. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, меъда ракида бемор озиб кетаётгани, қон кетиши, ранги оқарганлиги аниқланади. Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларида тилни текшириш муҳим аҳамиятга эга. Сурункали гастрит касаллигида тил усти караш билан қопланган бўлади. Жигар касалликларида тил малина рангида бўлади. Қорин соҳасини кўздан кечиришда унинг шакли ва катта-кичиклиги эътиборга олинади.

Пальпацияда қорин соҳаси юза ва чуқур ҳолатда текшириб чиқилади. Юза пальпация қорин девори мускуллари, чуқур пальпация эса ичаклар, ўт пуфағи, жигар ҳолатини аниқлашга ёрдам беради. Пальпацияда оғриқ, ичак қисқаришлари ва жигар ҳажми аниқланади.

Перкуссия ёрдамида ҳазм аъзолари чегараси текширилади. Бу усулда жигар ва талоқ, ўпка ва юрак чегаралари, қорин бўшлиғида

тўпланадиган суюқлик ва газ, юза жойлашган ўсмалар бор-йўқлиги аниқланади. Ҳазм аъзолари чегарасини текширишда тимпаник товушли жойдан аъзо томонга қараб секинлик билан уриб чиқилади. Ҳазм аъзолари чегарасида товуш пасаяди.

Аускультация — усули ҳазм аъзолари касалликларида қисман, яъни меъда чегарасини аниқлашда, ичак перистальтикасини эшитишда қўлланилади.

Ҳазм аъзолари касалликларини лабораторияда текшириш. Лабораторияда меъда шираси, ўн икки бармоқ ичак шираси ва ўт суюқлиги, қусуқ массалари, ахлат (нажас) текширилади. Меъда шираси зондли ва зондсиз усулда текширилади. Зондли усулда ингичка ва йўғон зондлар ишлатилади.

Асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш. Бунда рентгеноскопия, рентгенография, холецистография, колоноскопия, гастрोфиброскопия ва бошқалар қўлланилади.

ЎТКИР ГАСТРИТ

Меъда шиллиқ қаватининг бирданига яллиғланиши бўлиб, сифатсиз овқат ейиш, зираворлар, алкоғолли ичимликлар, ўта иссиқ ёки совуқ овқатлар, дори препаратларини тартибсиз истеъмол қилиш, тўйиб овқатланиш натижасида келиб чиқади. Овқатни керагидан кўп ейиш ўткир гастритга олиб келиши мумкин. Бу эса меъда ширасини ишлаб чиқарадиган ҳазм безлари фаолиятининг бузилишига олиб келади. Узоқ туриб қолган овқат таркибида ҳосил бўлган захарли моддалар меъда шиллиқ пардасининг яллиғланишига сабаб бўлади ёки овқатдан захарланишни келтириб чиқариши мумкин. Меъда шиллиқ пардасига етарли даражада пиширилмаган овқат, чала қовурилган гўшт, балиқ, шунингдек сирка, горчица, қалампирни истеъмол қилиш ҳам салбий таъсир кўрсатади. Ўткир гастритга кўпинча узоқ вақтгача овқатни кам еб юргандан сўнг меъданинг бирданига тўлиб кетиши (айниқса Рамазон ойларида) сабаб бўлади.

Клиникаси. Касаллик келтириб чиқарувчи сабаблар таъсирида ўткир ривожланади. Беморда тўш остида ёқимсиз сезги, оғриқ, оғизнинг бемаза бўлиши, кекириш вақтида палағда тухум ҳиди келиши, жигилдон қайнаши, илптаҳанинг пасайиб кетиши каби белгилар пайдо бўлади. Кейинчалик қорин соҳасида тарқоқ оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, ич кетиши, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, юрак ўйнаши каби белгилар бўлиши мумкин. Объектив кўрилганда шиллиқ пардаларнинг бир оз оқарганлиги, тилнинг устки қисмини қуруқ, оқ караш қоплаганлиги аниқланади. Пальпация қилиб кўрилганда тўш ости соҳасида оғриқ борлиги, қорин девори мускулларининг бир оз тарангроқ бўлиб қолганлиги кузатилади. Ўткир гастритни аниқлаш учун қусуқ массаси, қон, ахлат ва меъда суюқлиги таҳлили ўтказилади. Ўткир гастритнинг ўткир қорин синдромидаги

турини аниқлаш айтарли қийинчилик туғдирмайди. Бунинг учун бемор шикоятларини яхшилаб ўрганиш керак бўлади. Ўткир гастритда шошилиш ёрдам кўрсатиш усулини ҳар бир тиббиёт ходими яхши билиши керак. Бунинг учун меъдани зондсиз ва зондли усулда ювилади. Зондсиз усулда қайнатиб илитилган кучсиз калий перманганатли сув ишлатилади. Беморга 1,5 – 2 литр миқдорда мажбуран ичирилади ва қайт қилдирилади. Бу муолажа 1–2 марта қайтарилади. Зондли ювишда йўғон бўлган зонддан фойдаланиб, меъда 2–3 марта ювилади. Тозаловчи ҳуқна қилиниб, очлик буюрилади.

Давоси. Касалхона ёки уй шароитида ётоқ режими асосида олиб борилади. Меъда илиқ сув билан ювилади. 1 – 2-кунлари овқат берилмайди. Кейин парҳез асосида овқатлантирилади. 1а парҳез таоми буюрилади. Дори моддаларидан 5%ли глюкоза венага, 1%–0,9 %ли ош тузи эритмаси, оғриқ қолдириш учун 0,1% атропин сульфат, 0,2% платифиллин, Но-шпа юборилади.

СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ

Сурункали гастрит овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари орасида энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, меъда шиллиқ қаватининг вақти-вақти билан яллиғланиб туришидир. Сурункали гастрит ривожланишига мунтазам равишда мазаси ўткир, иссиқ, уриниб қолган ёки қулинария жиҳатидан яхши пиширилмаган овқат ейиш, кучли спиртли ичимликлар ичиш, чекиш, тартибсиз паллапартиш овқатланиш сабаб бўлади. Сурункали гастрит ривожланишида тез-тез асабий зўриқиш, меъда функцияси бузилишига олиб келади. Сурункали гастрит студентлар, билим юртлари талабалари орасида ҳам кўпроқ учрайди. Чунки овқатланиш режимининг ўзгариб туриши касаллик келиб чиқишига таъсир кўрсатади.

Клиникаси. Беморлар тўш ости соҳасидаги оғриқ, иштаҳа пасайгани, оғизда ёқимсиз маза бўлиб туриши, аччиқ суюқлик билан кекириш, жигилдон қайнаши ва қусишдан шикоят қиладилар. Объектив текширганда тилнинг устки қисми оқимтир караш билан қопланган бўлади. Пальпация қилиб қурилганда тўш орти соҳасида оғриқ борлиги қайд қилинади. Касалликни аниқлаш учун меъда шираси олиб текширилади. Сурункали гастритнинг гипоацид, гиперацид, анацид ва нормацид турлари фарқ қилинади.

Даволаш. Сурункали гастрит бемор аҳволининг оғир-енгиллигига, касалликнинг кечиши, унинг клиник турларига ва меъда секрецияси ҳолатига биноан даволанади. Касаллик қайталанганда бемор касалхонага ёки оилавий шифохонага ётқизилади. У парҳез режимига қатъий амал қилиши, овқатни кичик порцияларда қисқа вақт оралиғида (кунига 5–6 марта) маълум соатлардагина ейиши лозим. Врач кўрсатмаси бўйича 1а, 1б парҳез столи тайинланади.

Дори воситаларидан меъданинг секретор фаолиятини камайитириш учун атропин сульфат, викалин, пентоксил, секретор фаолиятини ошириш учун витамин В₆, В₁₂, РР, С гуруҳлари, панкреатин буюрилади.

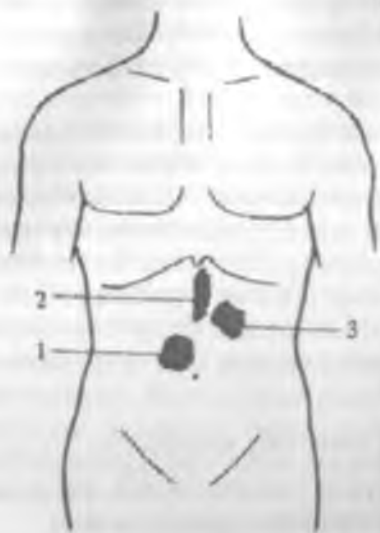
Парваришлаш. Сурункали гастритли беморни парвариш қилиш тиббиёт ҳамширасидан шифобахш овқатларни билишни талаб қилади. Беморга овқатни қатъий белгиланган соатларда ейиш ҳазм рефлекслари ҳосил бўлишига олиб келади. Ичиш, чекиш, зиравор овқатлар қатъиян таъқиқланиши зарур. Гастритда парвариш қилишнинг қуйидаги хусусиятлари бор. Тиббиёт ҳамшираси беморнинг меъдасини зонд ёрдамида ювишни бажара олиши ва уй шароитида меъдани зондсиз ювиш қоидаларини тушунтира билиши керак.

МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК-ЯРА КАСАЛЛИГИ

Яра касаллиги сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, меъда ва ўн икки бармоқ ичакда яра ҳосил бўлиши билан характерланади.

Этиологияси. Яра касаллигининг сабабчилари ва ривожланиш механизми буйича бир неча хил назариялар мавжуд бўлиб, яра ҳосил бўлиш моҳияти тўлиқ очиб берилмаган. Яра касаллиги ривожланишида овқат ейиш режимининг бузилиши асосий омиллардан бири булиб ҳисобланади, бунда дағал, аччиқ, кўп ва шошилиб овқатланиш назарда тутилади. Зарарли одатлардан чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш яра касаллигини келтириб чиқарадиган омиллардadir. Турли касалликлар туфайли даволаниш вақтида беморлар аспирын, индометацин, фенилбутамол, резерпин, глюкокортикоид, кортикостероид препаратларни тартибсиз ичиши оқибатида ҳам яра касаллиги ривожланади. Нерв-гуморал таъсир—ташқи оламда бўлаётган турли хил воқеалар марказий асаб системасига катта таъсир кўрсатади ва меъда шираси ишлаб чиқарилишининг бузилишига олиб келади. Яра касаллигига астеник типдаги гавда тузилишига эга бўлган одамлар юқори даражада мойил бўлади. Яра касаллигининг генлар орқали берилиши тўла урганилмаган. Сурункали гастрит касаллиги даволанмаса, яра касаллиги ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси. Яра касаллигининг муҳим белгиларидан бири—бу оғриқ, қусиш, иштаҳанинг йўқлиги, ичак фаолиятининг бузилиши (қабзият), зарда қайнашидир. Оғриқ эртанги, кечки ва очликдаги оғриқларга бўлинади. Эртанги оғриқ овқатланишдан 30 мин—1 соат ўтгач пайдо бўлиб, кучайиб боради ва 1,5—2 соатгача давом этади. Кечки оғриқ овқатланишдан 1,5—2 соат кейин бошланади, кучайиб боради. Кўпроқ куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлади. «Очликдаги» оғриқ кўпроқ 12 бармоқ ичак-яра касаллиги учун характерли бўлиб, овқатлангандан кейин 6—7 соат ўтгач пайдо бўлади, овқатлангандан сўнг йўқолади (30 - расм). Бемор кўпинча оғриқ авжига олган пайт-



30-расм. Меъда ярасида
оғриқнинг жойланиши:
1 — ўн икки бармоқ ичкада; 2—
меъданинг кириш қисми; 3—
меъда асосида.



31-расм. Рентгенологик текширишда
«Токча» белгисининг кўриниши.

да қусади. Қусиш кўпинча бемор аҳволини шундай енгиллаштиради-ки, ҳатто бемор қайта қусишни сунъий ҳосил қилади. Қон кетиши яра касаллигининг симптомларидан бири бўлиб, очикдан-очик ва яширин бўлиши мумкин. Яширин қон кетиши 80% ҳолларда кузатилади. Бензидин синамаси ёрдамида оз даражадаги қон кетиши аниқланади. Қон кетганда ич қорамойсимон (мелена) кўринишда келади. Объектив кўрилганда беморнинг озиб кетганлиги, асаб бузилиши белгилари, кўп терлаш, брадикардияга мойиллик ва артериал босимнинг пасайиши, ғамгинлик, терининг заҳил тортганлиги аниқланади. Пальпацияда қориннинг юқори қисмида мускул таранглиги ва оғриқ аниқланади. Лабораторияда меъда шираси кислоталигининг юқорилиги, нажас яширин қонга текширилади. Рентгенологик текширишда «Токча» белгилари аниқланади (31-расм). Гастрофиброскопия ярани, унинг катта-кичиклигини, асоратлар борлигини аниқлашга ёрдам беради.

Меъда-яра касалликлари асоратлари. Меъдадан қон кетиши, яранинг ёрилиши, яранинг қўшни аъзога ёпишиб қолиши, пилорус стеноз, яранинг ракка айланиши.

Давоси. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак-яра касаллигида даволаш касалхонада дори-дармонлар, парҳез овқат, физиотерапевтик муолажалар билан бирга қўшиб олиб борилади. Касалга 1а, 1б парҳез таомлари белгиланади. Дори моддаларидан атропин сульфат, натрий гидрокарбонат, викалин, ганглерон, витамин С ва В гуруҳлари тайинланади. Физиотерапевтик муолажалардан иссиқ муолажалар (парафин, озокерит аппликациялари, диатермия) қўлланилади. Даволашда минерал сувлардан фойдаланилади. Яра касаллиги асоратларида жаррсоҳлик даво-чоралари қўлланилади.

Профилактикаси: Беморлар меҳнат, турмуш ва овқатланишда гигиеник нормаларга амал қилишлари, ичиш ва чекишни ташлашлари керак. Яра касаллигининг баҳорда ва кузда қайталанишини ҳисобга олган ҳолда беморлар февраль, март ва август-сентябрь ойларида профилактик даво курсини олишлари мумкин.

МЕЪДА РАКИ

Меъда раки ўсмали касалликлар орасида кўп учрайдиган хавфли касалликдир. Бу касаллик билан кўпроқ эркаклар оғрийдилар. Касаллик меъда ва ўн икки бармоқ ичак касалликлари асорати сифатида ривожланади. Меъда раки жойлашиши, ўсиш тезлиги ва тарқалиши (метастаз) билан бошқа касалликлардан фарқланади. У купинча меъданинг чиқиш қисмида ва кичик эгрилигида жойлашади.

Клиникаси. Касалликнинг клиник белгилари, дастлаб бошқа касаллик кўринишида намоён бўлади. Беморда иштаҳа пасайиши, тез чарчаш, дармонсизлик, меҳнат қобилиятининг сусайиши, кейинчалик туш орти соҳасида доимий оғриқ, озиб кетиш, кўнгил айниши, қусиш, метеоризм, айрим овқатларни хуш курмаслик белгилари кузатилади. Касалликнинг кечиккан босқичида бемор чўпдек озиб кетади (кахексия). Ташқи кўринишидан озгинлик, руҳий тушқунлик, теридаги трофик узгариш, нигоҳнинг сунуши сезилади. Пальпацияда қориннинг юқори қисмида димланиш аниқланади. Касалликни аниқлаш учун рентгенологик, гастродуоденоскопик, биопсия, радиоизотоп текширишлар ўтказилади.

Давоси. Бемор консерватив ва жарроҳлик йўли билан даволанади. Беморнинг умумий ҳолати бўйича наркотик анальгетиклар, нур билан даволаш, химиятерапия ўтказилади.

ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ЭНТЕРИТ

Энтерит — инчичка ичак шиллиқ пардасининг яллиғланиши бўлиб, юкумли касалликлар (ич терлама, паратиф), гельминтоз, токсинли моддалар таъсирида, тўла қимматли овқатланмаслик натижасида пайдо бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг уткир турида беморлар тез-тез ич кетиши, киндик атрофидаги оғриқдан шикоят қиладилар. Кўздан кечирилганда тери ранги оқарган, тил қуруқ, оқимтир қараш билан қопланган. Пальпация қилинганда оғриқ аниқланади. Юрак қонтомир системасида артериал босим пасайган, пульс тезлашган бўлади. Энтеритнинг энг оғир тури вабо энтерити бўлиб, унда ич тўхтовсиз кетади ва гуруч сувига ўхшаш қўринишда бўлади, натижада организм кескин сувсизланади. Касалликнинг сурункали турида клиник белгилар камроқ ифодаланади. Ингичка ичак фаолиятининг бузилиши, организмда ёғ, оксил, углевод алмашинувини издан чиқаради. Касалликни аниқлаш учун ахлатни текшириш муҳим ҳисобланади. Одатда у суюқ, шиллиқ аралаш, баъзида қўпиксимон, ёғли парда билан ўралган бўлади. Бактериологик текширишда касаллик қўзғатувчиларини топиш мумкин.

Давоси ва парварishi. Бемор уринда ётиш режимига амал қилади. Кўп миқдорда суюқлик (илиқ чой), қорин соҳасига иссиқ қилиш, тозалаш ҳуқнаси тайинланади. Дори моддаларидан сульгин, фталазол 3—4 маҳал 1,0 грамдан, энтеросептол, бисептол, левомецетин, тетрациклин ва бошқалар буюрилади. Тери остига кофеин, кордиамин, физиологик эритма ёки 5 %ли глюкоза эритмаси томчи усулида юборилади. Витаминлардан аскорбинат кислота, никотинат кислота, рибофлавин, витамин А, минерал тузлар 1,0 г дан кальций ва 2 г дан фосфор буюрилади.

КОЛИТ

Колит — йўғон ичак шиллиқ пардасининг яллиғланиши бўлиб, ўткир ва сурункали турларга бўлинади. Колитнинг сабабчиси инфекция, паразитар касалликлар (гельминтлар) ҳисобланади. Колит ривожланишида қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларидаги яллиғланиш жараёнлари, сурункали холецистит, гастрит, энтерит ва бошқа аллергик омиллар муҳим урин тутати.

Клиникаси. Касалликнинг ўткир тури бирданига бошланиб ич кетиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, қоринда санчувчи оғриқ кузатилади. Касалликнинг асосий аломатларидан бири сохта ҳожатга бориш истаги тенезмдир. Сурункали турида клиник белгилар камроқ юзага чиқади. Касаллик бир неча йилларга чўзилиб, аъзони ҳолдан тойдиради.

Давоси. Беморга ётоқ режими буюрилади. Юқумли касалликларга шубҳа қилинганда бошқалардан ажратилади. Ичакдаги диспепсия (бижиғиш ёки чириш)ни ҳисобга олиб тузилган парҳез овқат берилади. Унинг таркибида тўла қимматли оксиллар, углеводлар ва бир мунча чегараланган ёғлар бўлиши керак. Бундан ташқари, кундузги овқатларда витаминлар бўлиши зарур. Дори моддаларидан антибиотиклар (тетрациклин ёки левомецетин) ва сульфаниламидлар

(фалазол, бисептол, энтеросептол) буюрилади. Ичак микрофлорасига зарар етказмаслик учун дори воситалари купи билан бир ҳафта мобайнида берилади. Бемор кўп суюқлик йўқотган бўлса, физиологик эритма (300—500 мл) ёки 5% глюкоза эритмасидан тери остига юборилади.

ЖИГАР ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Жигар организмдаги энг йирик без бўлиб, ўрта яшар одамларда оғирлиги 1500 г ни ташкил этади. У қорин бўшлиғининг юқори ўнг томонида қовурғалар остида жойлашган. Жигар ташқи томондан паренхима пардаси билан ўралган. Унинг асосий бирлиги гепатоцитлар (жигар ҳужайралари) ҳисобланади. Жигар ҳужайралари призматик тузилишга эга бўлиб, марказий қисмида йиғувчи веналар жойлашган. Бу веналарга тозаланган қон қуйилади. Жигар ҳужайралари орасида ўт капиллярлари, ўт йўллари жойлашган бўлиб, ўт суюқлигини ўт пуфакка қуйиб туради. Ўт пуфаги жигарнинг пастки томонидаги махсус ўйикда жойлашган, ноксимон тузилишга эга. Узунлиги 8—10 см, ҳажми 50—60 мл га тенг. Ўт пуфаги жигар ишлаб чиққан ўт суюқлигини ўзида сақлаб туради. Ўт суюқлиги овқат ҳазм қилиш системасида ёғларни парчалашга ёрдам беради. Ўт суюқлиги ун икки бармоқ ичакка қуйилади. Бир кеча кундузда 1 — 2 литргача ўт суюқлиги ишлаб чиқарилади. Жигар организмда углеводлар, оксиллар ва ёғлар алмашинувида катта роль ўйнайди. Углеводга кирмайдиган қанд (гликоген)ни ҳосил қилади. Гликогенни глюкозага айлантиради. Жигар витаминлар алмашинувида қатнашиб, «А» витаминини ҳосил қилади.

ЖИГАР ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ КЛИНИК СИМПТОМЛАРИ

Оғриқ жигар ва ўт қопчаси касалликларида ўнг қовурға остида бўлади. Энг аҳамиятлиси ўнг қовурға остидаги сезиларли интенсив оғриқ бўлиб, у кўпинча ёғли, қовурилган, ўткир озиқ моддаларни истеъмол қилганда пайдо бўлади ва ўнг куракка, елкага, умров соҳасига берилади. Бу оғриқ ўт қопчаси касаллигига хос бўлиб, жигар санчиги (коликаси) деб аталади, у ўт тошларининг силжиши, ўт йўлларидаги ҳаракати натижасида келиб чиқади. Оғриқ кўпинча кўнгил айниши ва қусиш билан ўтиб, уни қолдириш учун албатта анальгетиклардан инъекция қилинади.

Меъда ости беzi касалликларида оғриқ асосан чап қовурға остида бўлиб, кўпинча узоқ давом этади ва овқат истеъмол қилгандан сўнг кучаяди.

Сариклик—жигар ва ўт қопи касалликларининг кўп учрайдиган белгисидир. Унинг ҳосил бўлишида қондаги билирубин миқдорининг ошиши катта аҳамиятга эга. Ҳосил бўлиш механизмига асосан унинг уч хил тури тафовут қилинади:

* Механик сариқлик, ун икки бармоқ ичаккача умумий ўт йўлида ўт суюқлигининг димланиши эвазига қонда билирубин миқдорининг ошиб кетиши натижасида келиб чиқади. Бу ҳолат ўт йўлининг ўт тошлари билан димланиши ёки ўсма касаллиги оқибатида кузатилади. Сийдикда билирубин миқдорининг ортиши натижасида унинг ранги тўқ бўлади. Қонда билирубин (боғланмаган билирубин), ўт кислоталари миқдори ошади. Ўт кислоталарининг ошиши терида қичишишни келтириб чиқаради. Ахлат рангсизланади (ҳазм йўлига ўт суюқлиги тушмаслиги натижасида стеркобилин йўқлиги сабабли).

* Паренхиматоз сариқлик, жигар касалликларида учрайди. Жигар ҳужайраларининг зарарланиши туфайли билирубин ўт йўллариغا чиқмай қолади, натижада унинг қонда ва сийдикдаги миқдори ортиб кетади, сийдик ранги ўзгаради (сийдик пиво ёки қора чой рангида бўлиб қолади). Терида қичишишлар пайдо бўлади, Ахлат ранги оқаради.

* Гемолитик сариқлик, паренхиматоз ва механик сариқликлардан фарқли равишда эритроцитлар зўр бериб парчаланишининг ортиб кетишидир (гемолиз). Маълумки, билирубин гемоглобиндан ҳосил бўлади. Қонда билирубин (боғланган билирубин) миқдори ошади, сариқлик келиб чиқади. Сийдикда билирубин бўлмайди (боғланган билирубин буйрак орқали сийдикка тушмайди). Бу касаллик асосан қон касаллиги ҳисобланади.

Жигар ва ўт қопи касалликларида терида қичишиш пайдо бўлишининг сабаби, қонда ўт кислоталари миқдорининг ошишидир.

Асцит (қорин бушлиғида суюқлик тўпланиши) жигарнинг бир қанча касалликларида кузатилади, бунинг сабаби, жигарнинг дарвоза венасида босимнинг ортиши (портал гипертензия). Жигарда қушувчи тўқиманинг пайдо бўлиши дарвоза венасини сиқиб қуяди ва натижада қорин бушлиғи веналарида ҳам димланиш келиб чиқади. Томир деворларининг ўтказувчанлиги ошиб, суюқлик қорин бушлиғига сизиб чиқиши натижасида асцит келиб чиқади.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТ

Сурункали гепатит—жигар ҳужайраларининг дистрофик ўзгариши билан бирга кечадиган касалликдир.

Этиологияси. Касалликнинг келиб чиқишига, асосан вирусли гепатит сабаб бўлади. Касаллик ривожланишида токсик, токсик-аллергик, ичкилик ичиш, меъда-ичак йўллари, ўт пуфаги касалликлари муҳим роль ўйнайди. Касалликнинг ривожланишига яна нотўғри овқатланиш, оқсил, витамин етишмовчилиги имкон яратади. Сурункали гепатитда жигар ҳужайралари (гепатоцитлар)нинг умумий диффуз зарарланиши (паренхиматоз гепатит) ёки оралиқ тўқима

мезенхиманинг зарарланиши (мезенхимал гепатит) кузатилади. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, патоморфологик ўзгаришлари, клиник манзараси, жигарнинг функционал ҳолати бўйича қуйидагича классификация қилинади.

1. Этиологияси бўйича: а) вирусли гепатит А, В, С; б) токсик, токсик-аллергик; в) алкогольли; г) носпецифик — реактив гепатит; д) иккиламчи биллиар гепатит (жигардан ташқарида); е) холестаз (ут йўллариининг тўсилиб қолишидан) гепатит.

2. Морфологик ўзгариш бўйича: а) агрессив; б) персистирлайдиган; в) холестатик.

3. Клиникаси бўйича: а) сурункали гепатит; б) аутоиммун гепатит; в) суст кечадиган (хавфсиз) гепатит; г) сурункали холестатик гепатит.

4. Жигардаги функционал ўзгаришларга кўра: а) компенсацияланган тури; б) декомпенсацияланган тури тафовут қилинади.

Клиникаси. Касалликнинг ривожланишига кўра турлича бўлади.

Беморларда чарчаш, дармонсизлик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, уйқунинг бузилиши, серзарда бўлиб қолиш каби умумий белгилар ривожланади. Касаллик кучайганда беморлар асосан ўнг қовурға остидаги оғриқ, оғирлик, тери қичишиши, иштаҳанинг пасайиши, умумий лоҳаслик, қорин дам бўлиши, ич бузилиши, овқат еганда ва дори ичганда кўнгил айланишидан шикоят қиладилар. Обьектив текширилганда тери ва шиллиқ пардаларда сариқ доғлар, жигар ҳажмининг катталашуви ва унинг ташқи юзаси силлиқ, оғриқли эканлиги аниқланади, талоқ одатда катталашмайди. Қон таҳлилида камқонликка мойиллик, лейкоцитларнинг камайиши, лимфоцит ва моноцитларнинг нисбий кўпайиши, ЭЧТнинг ортиши, биокимёвий таҳилда билирубин миқдори, қон зардобдаги АЛТ ва АСТ ферментлари фаолиятининг ошиши қайд этилади. Касалликни аниқлашда лаборатория текширувидан ташқари, инструментал текшириш ҳам ўтказилади. Бундай усулда жигар сканерланади, ультратовуш билан текшириш ўтказилади.

Давоси ва парваришlash. Сурункали гепатит билан оғриган беморга енгиллаштирилган режим тавсия этилади. Бемор оғир иш қилмаслиги, асабини эҳтиёт қилиши керак, касаллик кучайганда ётоқ режимида даво буюрилади. Дори препаратларидан витамин В гуруҳи В₁, В₆, В₁₂ ва витамин С буюрилади. Липотроп воситалардан липомин, метионин, гормон препаратларидан преднизолон схема бўйича буюрилади. Парҳез—асосий даво чораларидан бири ҳисобланади. Иммунодепрессантлардан имудин берилади. Оқсил препаратларидан полиглюкин, альбумин, дезинтоксикацияга қарши гемодез, реополиглюкин, глюкоза инсулин билан бирга берилади.

Жигар циррози—жигар ҳужайраларига бириктирувчи туқиманинг диффуз ўсиб қатинлашуви билан характерланидиган касалликдир. «Цирроз» деган сўзни биринчи марта Лазннел 1819 йилда ишлатган. Жигар циррозининг постнекротик, портал, билиар ва аралаш кури-нишлари фарқ қилинади.

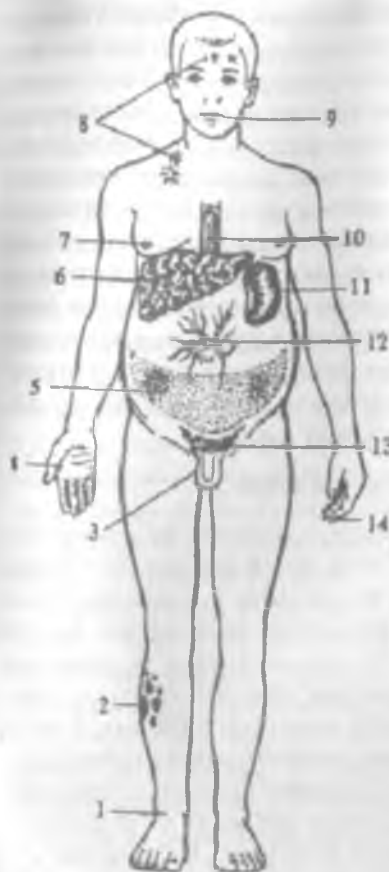
Касаллик асосан вирусли гепатит В, сурункали гепатит, ўт пуфа-ги ва ўт йўллари касалликлари туфайли келиб чиқади. Бундан ташқари, юқумли касалликлар—захм, бруцеллез, паразитар касал-ликлар эхинококк, турли хил токсик омиллар (ишлаб-чиқаришда), кимёвий моддалар, дори моддалари таъсирида келиб чиқиш хавфи ортади.

Постнекротик жигар циррози—жигар ҳужайраларининг некрозга учраши билан характерланади. Беморларда тери қичишиши, ишта-ҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, ўнг қовурға остида оғирлик сезгиси кузатилади. Объектив текширилганда тери ва склеранинг сарғайиши, терида дистрофик ўзгаришлар (терининг қуруқшаб қолиши, қичишиш, қон қуйилиши) аниқланади. Кафтларда гипе-ремия ва терида майда қон томирлар кенгайган участкалар топила-ди. Улар томирли юлдузчалар номи билан аталади. Жигар 4—5 см га катталашади. Пальпацияда жигар ташқи юзасининг узум бошига ўхшаш катта эгри-бугрилиқ шаклидаги ҳолати, талоқнинг катта-лашгани аниқланади. Постнекротик циррозда жигарнинг оқсил ҳосил қилиш, антитоксик, углеводларни йиғиш ва ўзлаштириш билан боғлиқ фаолиятининг бузилганлиги қайд этилади. Қайталаниш дав-рида беморларда тана ҳарорати субфебриль бўлиб, сариқлик кузати-лади ахлат рангсизланади, сийдик ранги тўқ сариқ рангга бўялади.

Портал жигар циррози булган беморлар кўнгил айниши, ўнг қовурға остида оғирлик ва қорин дам бўлишидан шикоят қиладилар. Жигар ва талоқ тез катталашади. Жигарда бириктирувчи туқима ривожланишига кура, циррознинг бу турида жигарда қон айлани-ши бузилади. Қон димланиши ҳисобиға қорин бушлиғида сероз суюқлик тўпланади — асцит ҳосил бўлади. Қорин кўздан кечирил-ганда, киндик олдидаги веналарнинг «медуза боши» кўринишида, шунингдек бошқа веналарнинг буртиб чиққанлиги аниқланади.

Билиар цирроз ривожланиши жигар ичи ўт йўлларидаги яллиғланиш жараёни ва ўт димланиши билан боғлиқ. Кейинчалик жигарда бириктирувчи туқима ўсиб қатинлашади. Касалликнинг ри-вожланишига холецистит, холецистохолангит таъсир қилади. Инфек-циянинг жигарга гематоген ёки лимфатик йўл билан тушиши нати-жасида ўт йўллари атрофида яллиғланиш инфильтрати кузатилади. Кейинчалик яллиғланган ўт йўллари атрофида бириктирувчи туқима ўсиб қатинлашади, бу жигарнинг бўймайиб қолишига олиб келади.

Клиникаси. Жигар циррозининг клиник белгилари 32-расмда



32-расм 1 — шиш; 2 — қон қуйилиши; 3 — уруқдонлар атрофияси; 4 — жигар кафти ҳолати; 5 — асцит; 6 — ғадир-будур ва бужмайган жигар; 7 — гинекомастия; 8 — қон-томир “юлдузчалари”; 9 — лабларнинг аниқ қизил рангда бўлиши; 10 — қизилунгач веналарининг вазикоз кенгайиши; 11 — спленомегалия; 12 — “медуза боши”; 13 — жулларнинг камайиши; 14 — тирноқлардаги ўзгаришлар.

33-расм. Жигар циррозида, жигар ва талоқнинг сканограммиси.



кўрсатилган, жигар циррозида жигар ва талоқни радиоизотоп текшириш натижалари 33-расмда кўрсатилган. Билиар цирроз аста-секин ривожланади, гоҳи сурункали холецистит ниқоби остида утади. Жигар билиар циррозининг асосий белгилари: сариқлик, унг қовурға остидаги доимий оғриқ, жигар катталашуви, пальпация қилинганда унинг оғриши, тулқинсимон иситма, талоқнинг уртача катталашуви, зонд ёрдамида олинган ўтги текширганда яллиғланишга хос элементлар (лейкоцит, шилимшиқ, эпителий ҳужайралари), айниқса жигар ўтида (С порциясида) аниқланади. Касаллик давомийлиги қарийб 10 йил. Гепатит ва жигар циррозининг ҳар хил, тез ёки секин кечадиган кўринишлари бор. Гепатит тезда жигар дистрофияси номини олган касалликка айланиши мумкин.

Давоси. Беморларни лаволашда қўлланиладиган дориларнинг таъсирига қараб, уларни 2 гуруҳга бўлиш мумкин—биринчиси, жигар ҳужайраларида алмашинув жараёнларини яхшилайдиган, иккинчиси, яллиғланишга қарши ва иммунодепрессант таъсир кўрсатадиган. Сурун-

кали гепатит ва жигар циррози булган беморни оқсиллар, углеводлар миқдори етарли, тула қимматли парҳез овқат билан таъминлаш зарур. Беморлар старлича миқдорда витаминларни олишлари керак. Жигар циррози, масалан, асцит булган беморлар одатда госпитализация қилинади. Сурункали гепатит билан касалланган, бироқ унинг ремиссия босқичидаги шахслар амбулаторияда ёки турар жой даволаш муассасасида даволанадилар. Безгакли ёки захмли гепатитда махсус терапия олиб борилади. Жигар циррозининг асцитли турида асосий муолажалардан бири—бу лапароцентез ҳисобланади. Экстрактлар ва жигар гидролизатларидан тайёрланган дорилар жигарда жараён фаол кечаётганда, яъни сурункали фаол гепатитда, сурункали фаол холестатик гепатитда ва жигар циррозининг фаол босқичида ман этилади, чунки азотли моддалар миқдорининг кўплиги туфайли, бу дорилар жигар етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

ХОЛЕЦИСТИТ ВА УТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Ут пуфагининг яллиғланиш касаллиги — холецистит энг кўп учрайди. Холецистит тошсиз (нокалькулёз) ва ташли (калькулёз) бўлади. Ут пуфагидаги яллиғланиш жараёни ут тошлари — конкрементлар ҳосил бўлиши билан бирга учрайди. Калькулёз холецистит, баъзан ут-тош касаллиги деб аталади, бироқ ут-тош касаллиги ут пуфагида яллиғланиш жараёни билан ўтмаслиги ҳам мумкин, бу ҳолда конкрементлар ҳосил бўлиши бошқа қатор омилларга боғлиқ бўлади (қуйироққа қ.). Ут пуфаги ва ут йўллари касалликлари қаторига дискинезия номини олган ут пуфаги мускулатураси қисқариш қобилятининг бузилиши киради, натижада ўтнинг жигар ва ут пуфагидан ўн икки бармоқ ичакка ажралиб чиқиши бузилади. Дискинезия мушак тонусининг пасайиши ва бўшашиши билан ўтадиган гипотоник ёки тескари манзара (ут пуфаги мускулатурасининг кескин спазми) кузатиладиган гипертоник бўлиши мумкин. Одатда, дискинезия мустақил касаллик сифатида рўбга чиқмай, балки тошсиз ёки тошли холецистит билан бирга учрайди. Холецистит ва ут-тош касаллигига ут чиқарувчи йўлларнинг паразитар касалликлари: лямблиоз, описторхоз, аскаридоз ва бошқалар қўшилиб келади.

Холецистит асоратлар билан ўтиши мумкин. Билиар жигар циррози, холецистопанкреатит, реактив гепатит (йўлдош гепатит) ривожланиши эҳтимоли тўтилган гепатохолангит энг кўп қайд қилинади. Калькулёз холецистит, ут-тош касаллигининг жиддий асорати ут (жигар) санчиғи ҳисобланиб, бунда ўнг қовурғалар остида кучли оғриқ хуружи бўлади ва жигар, пуфак ёки умумий ут йўли конкрементдан тикилиб қолиши ҳамда обтурацион сариқлик, истисқо ёки қовуқ эмпиемаси (йиринг йиғилиши) ривожланиши эҳтимол.

Этиологияси ва патогенези. Тошсиз ҳамда калькулёз холециститнинг ҳам сабаблари кўп жиҳатдан мос келади. Қатор ҳолларда

тошсиз холецистит калькулёз ва ўт-тош касаллигидан олдин вужудга келишини айтиб ўтиш мумкин, чунки яллиғланиш ўт конкрементлари ривожланишига имкон берадиган омиллардан бири ҳисобланади. Яллиғланиш жараёни жадал кечадиган ўткир холецистит ва клиник белгилари ўртача юзага чиққан сурункали холецистит бўлиши мумкин. Иккала ҳолда ҳам яллиғланиш жараёни ўт пуфагига ичаклардан (юқорига кутариладиган йўл деб аталади) ёки организмдаги ҳар қандай яллиғланиш ўчоғидан қон томирлар ва лимфатик томирлар системаси орқали (пастга тушадиган) микрофлора ўтиши натижасида ривожланади. Ичак инфекциялари (ич терлама, дизентерия) худди сурункали носпецифик колит каби ўт пуфаги яллиғланишига имкон беради. Ичакдаги сапрофит, масалан, ичак таёқчаси ноқулай шароитларда холецистит сабабчиси бўлиб хизмат қилиши мумкин. Сурункали отит, гайморит, аднексит (бачадон ортиқлари яллиғланиши), пиелит, остеомиелит ва шу кабилар пастга тушадиган инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади. Кўпинча бу манбалардан ўт пуфагига стафилококк, стрептококк ва бошқалар тушади.

Холециститга аллергия — организмнинг айрим микроорганизмлар ёки омиллар (озиқ-овқат аллергияси)га ортиқча сезувчанлиги мойиллик туғдиради. Холецистит ривожланишига, шунингдек ўт пуфагида ўтнинг димланиб қолиши ҳам сабаб бўлади. Бу гипотоник дискинезия, шунингдек тор кийимлар (корсетлар, тасмалар ва б.) ва қабзиятга боғлиқ. Ўт димланишига кам ҳаракат ҳаёт тарзи, жисмоний ҳаракат билан боғлиқ бўлмаган иш. овқатни узоқ вақт оралиғида ва кўп миқдорда ейиш кабилар олиб келади. Ўт пуфагига микрофлоранинг бевосита кириши ва унда яллиғланиш жараёни ривожланишига ахилия (меъда ширасида озод хлорид кислота бўлмаслиги) ёки меъда секретор фаоллигининг анчагина пасайиб кетганлиги имкон беради, чунки меъда шираси таркибига кирадиган хлорид кислота бактерицид хоссага эга. Ўт пуфагида ва унинг шиллиқ пардасида, шунингдек шиллиқ парда остидаги қаватида яллиғланиш жараёни ривожланганда лейкоцитлар ва лимфоид инфилтратлар ҳосил бўлади.

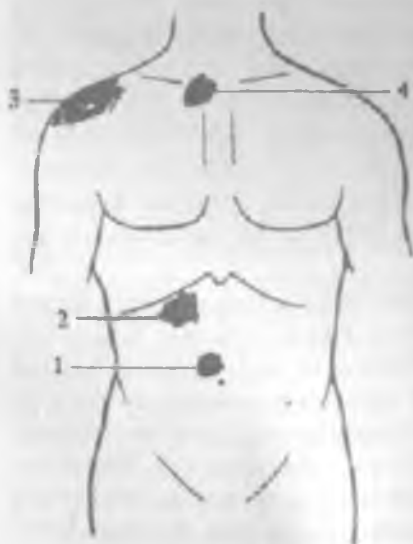
Клиник манзараси. Холецистит озми-кўпми узоқ вақтгача ўртача катарал яллиғланиш ҳодисалари билан ўтиши мумкин. Бемор ўнг қовурға остида унчалик каттиқ бўлмаган оғриқ, оғиз бсмаза бўлишидан шикоят қилади. Дуоденал зондлаш ёрдамида олинган ўтда лейкоцитлар, шилимшиқ, эпителиал хужайралар, ўтти бактериологик текширишда эса у ёки бу бактериал флора топилади. Рентгенологик текширувда ўт пуфаги қисқариш хусусиятининг бузилишига мойиллиги, яъни дискинезия белгилари аниқланиши мумкин. Тошсиз холециститнинг клиник аломатлари ана шулардан иборат.

Аксарият ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёни таъсири остида ўтнинг физик (коллоид) хоссалари ўзгаради. Тош ҳосил бўлишида организмда моддалар алмашинуви жараёнларининг бузилиши, биринчи галда ёғ алмашинувининг издан чиқиши катта роль уйнайди. бу ортиқча овқатланиш, ёғ босиш, шунингдек организмдаги нейро-эндокрин ўзгаришлар (ҳомиладорликда, климактерик даврда, қалқонсимон без функцияси пасайганда ёғ алмашинувининг бузилиши ва ҳ. к.) билан боглиқ. Холестерин конкрементлари ҳосил бўлиши, масалан, организмга тушаётган ортиқча ёғтагина эмас, балки ичимлик рационининг етишмаслиги, унинг тула қимматли эмаслигига ҳам боглиқ бўлиши мумкин. Ўт гепатоцитда шаклланади, унинг функцияси эса вирусли гепатит ёки интоксикация каби омиллар таъсири остида бузилиши мумкин. Ўт димланиши ўт тошлари пайдо бўлишига имкон беради.

Калькулез холециститда, яъни ўт пуфаги яллиғланиши ўт тошлари ҳосил бўлиши билан бирга учраганда клиник манзара тошсиз холециститдагига қараганда бошқача бўлади. Калькулёз холециститда оғриқ ўнг қовурғада бўлиб, одатда кучли, аксари хуружсимон, у ўнг томонда белга ёки курак ости соҳасига утади (34-расм.) Агар конкремент умумий ўт йулини беркитиб қуйган бўлса, обтурацион сарикдик вужудга келиши мумкин (35-расм). Дуоденал зондлашда пуфак ўти (В порцияси)да тошсиз холециститдаги сингари лейкоцитлар, шилимшиқ, эпителиал хужайралар бўлиши эҳтимол. Бироқ, калькулёз холециститда ўтнинг бу порциясида хроматик дуоденал зондлаш ёрдамида жуда аниқ топиладиган холестерин, билирубин, кальций кристаллари, рентгенологик текширишда эса холецистографияда конкремент соялари аниқланади.

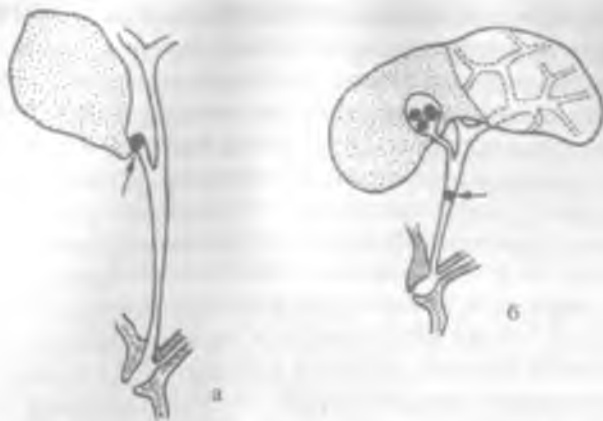
Ўт-тош касаллигининг клиник белгилари калькулёз холециститнинг клиник аломатларига ўхшаш. Бироқ, ўт-тош касаллигида яллиғланиш жараёни бўлмайди, шунинг учун калькулёз холециститда аниқланадиган яллиғланиш

белгилари калькулёз холециститнинг клиник аломатларига ўхшаш. Бироқ, ўт-тош касаллигида яллиғланиш жараёни бўлмайди, шунинг учун калькулёз холециститда аниқланадиган яллиғланиш



34-расм. Ўт- тош касаллигида оғриқнинг жойлашиши.

1 — холедохопанкреатит соҳа; 2 — ўт пуфаги; 3 — акромиял соҳа; 4 — Френикус симптоми.



35-расм. Ўт - тошларининг жойлашиши:

а - ўт пуфаги чиқарув йўлида; б - тошнинг умумий ўт йўлида жойлашиши.

симптомлари (тана ҳароратининг кўтарилиши, қонда патологик ўзгаришлар — ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз), ўтда яллиғланиш ўзгаришлари йўқ. Дискинезия қушилишига боғлиқ ҳолда холецистит ва ўт-тош касаллиги симптоматикаси бирмунча ўзгаради. Чунончи, гипотоник дискинезияда димланган ўт пуфаги деб аталадиган ҳодиса ривожланади. Ўнг қовурға остидаги оғриқ доимий, симиллаган бўлади. Қоринни пальпация қилганда катталашган ўт пуфаги аниқланади. Хроматик дуоденал зондлашда пуфак ўти ажралишининг талайгина кўпайиши (50 мл ўрнига 100 — 150 мл) аниқланади. Холецистограммада кескин катталашган, яхши қисқармайдиган ўт пуфаги кўринади.

Гипертоник дискинезияда ўнг қовурғалар остида тез-тез хуружсимон оғриқ бўлиши ўзига хос клиник симптом ҳисобланади. Баъзан у калькулёз холецистит ёки ўт-тош касаллигидаги оғриқ хуружига ўхшаб кетади.

Қорин юзасидаги ўт пуфаги проекцияси қориннинг ўнг томонидаги тўғри мушаги ташқи чеккасининг қовурға равоғининг ўнг томонидаги қисми билан кесишган нуқтага мувофиқ келади, деб ҳисобланади. Бу нуқтада босиб қурилганда оғриқ пайдо бўлиши ўт пуфаги яллиғланганидан дарак берадиган белгилардан бири бўлиб ҳисобланади. Бироқ, бу симптом кам ифодаланган ёки ўзгарган (қувватдан кетган беморларда ёки кекса ёшдаги кишиларда) бўлиши мумкин. Дуоденал зондлаш (ўт пуфаги мускулатураси қисқармаслиги мумкин), шунингдек тула қимматли холецистограмма ҳамма вақт ҳам ўтказилмайди. Бундай ҳолларда текширишнинг радиоизотоп усули (хусусан, ўт пуфагини сканирлаш) ердан беради, айрим ҳол-

ларда эса ультратовуш билан диагностика қилиш усулини ҳозирги вақтда қўллаш ва амалиётга жорий этиш мумкин.

Муайян кўрсаткичлар бўйича лапаросцентез қилишга киришила-ди. Қорин бўшлиғига лапароскоп деган махсус оптик қурилма кири-тилиб, унинг ёрдамида ўт пуфаги, жигар юзасини кўздан кечириб-гина қолмай, балки яллиғланган битишмалар, усмани ва жигар ичи ўт йўлларидаги ўт конкрементларини аниқлашга имкон берадиган лапароскопик холангиографияни амалга оширса бўлади.

Холецистит ва ўт-тош касаллигига қўшилиб келадиган лямбли-оз ва бошқа паразитар касалликлар асосий касаллик клиник манза-расига жиддий таъсир кўрсатмаслиги мумкин. Бироқ, қатор ҳол-ларда паразитлар борлиги, айниқса уларнинг кўп миқдорда бўлиши касаллик кечишини оғирлаштириб, ўт оқиб чиқишига қарши ме-ханик тўсиқлар вужудга келтиришгача бориб етиши мумкин.

Калькулёз холецистит ва ўт-тош касаллигида аксарият ўт санчиғи — унг қовурғалар остида ўткир қаттиқ оғриқ хуружи пайдо бўлади, у унг куракка, ўнг ёнбош, бел соҳасига ўтади. Ўт санчиғи ўт пуфаги шиллиқ пардасининг ундаги ўт конкрементида таъсирланиши на-тижасида ўт пуфагининг таъсирланиши билан изоҳланади. Хуруж давомлилиги — бир неча минутдан бир неча соатгача. Хуруж вақтида бемор ўт (сафро) ташлаб қайт қилади, шунингдек ўт ажратувчи йўлларга конкремент тиқилиб қолганда сариқлик пайдо бўлади. Ўт санчиғидаги оғриққа морфин оғриғи дейилади, чунки уни фақат наркотик инъекцияси билан бартараф қилинади.

Давоси. Тошсиз холециститга поликлиникада, кўзиганда эса ка-салхонанинг терапия бўлмида даво қилинади. Бу ерда уринда ётиш режими, жигар касаллигидаги каби пархез столи тайинланади, ан-тибактериал терапия сифатида антибиотиклар қўлланилади. Аввало ўтдаги микрофлора ва унинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланади. Микроорганизмларга антибиотиклар мутлақо таъсир қилмаганда сульфаниламид препаратларни тайинлаш мақсадга мувофиқ. Антибиотиклар билан даволаш курси давомийлиги яллиғланиш жараёнининг даражасига кўра индивидуал белгиланади. Масалан, тетрациклин 1 таблеткадан (О, 1 г 100000 ТБ) кунига 4 — 5 марта 2 ҳафта мобайнида курс ўртасида 2 — 3 кунлик танаффус билан ичишга берилади.

Ўт ҳайдовчи воситалар дискинезия у ёки бу турининг устун келишига кўра тайинланади. Холециститга қўшилиб келадиган гипотоник дискинезияда ўт пуфаги мускулатурасининг қисқари-шига имкон берадиган ўт ҳайдайдиган воситалар (масалан, 1 ош қошиқдан 1/2 стакан сув билан ичишга тайинланадиган 25% ёки 40%ли магний сульфат эритмаси) тавсия қилинади. Гипертоник дискинезияда бундай ўт ҳайдовчи моддаларни қўллаб бўлмайди.

Гепатоцитда ўт ҳосил бўлишини қўзғатадиган ўт ҳайдовчи воситаларни ишлатиш қарам. Аксарият бундай ҳолларда маккажўхори попути дамламаси ёки ўт ҳайдовчи чой (турли ўт-ўланлар йиғмаси) қўлланилади. Ўт ҳайдовчи воситаларни мунтазам ўт йўлларини “дренаж қилиш” учун тайинланади. Ўт ҳайдовчи препаратлар қаторига ўтнинг суялтириш хусусиятига эга бўлган минерал сувлар ҳам киритилади. Минерал сувларни (Ессентуки, боржом ва б.) кунига 4 – 6 марта 1/2 стакандан овқатдан олдин илитилган ҳолда ичган яхши.

Тошсиз холециститни уз вақтида ва узоқ муддат даволаш кўп жиҳатдан унинг калькулёз холециститга, ўт-тош касаллигига ўтиб кетишининг олдини олишга ёрдам беради.

Калькулёз холециститда ва ўт-тош касаллигида кўп ҳолларда хирургик даво қилиш зарур. Операция ҳақидаги масала ҳар бир ҳолда терапевтнинг хирург билан ҳамкорлигида ҳал қилинади. Бундай ҳолларда терапевтнинг вазифаси беморни операциядан олдин ва операциядан кейинги даврда даволашдан иборат. Терапевт ўт пуфагидаги яллиғланиш жараёнига даво қилиш билан бирга умуман мустаҳкамлайдиган терапияни ҳам тайинлайди. зарурат бўлганда эса қўшни аъзо ва системаларга даво қилади.

Аксарият операция кимёвий таркиби, шакли ва катта-кичиклиги турлича конкрементлар билан тўлган ўт пуфагини олиб ташлашдан иборат. Операция ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликларига даво қилишда бир звенодангина иборат, холос. Холециститларга, айниқса тошсиз холециститларга даво қилишда парҳезга, доимий “дренаж қилиш” га — ўт йўлларини зонд ёрдамида ювишга ва зондсиз дюбажларга (бемор бир стакан илиқ минерал сув ёки наъматак дамламасини ичади ва жигар соҳасига грелка қўйиб, ўнг ёнбоши билан 1 соат ётади). Ўт ҳайдовчи препаратларга катта ўрин берилади, кўрсатмалар бўйича яллиғланишга қарши даво курслари тайинланади.

Санаторий-курортларда даволаниш, шифобахш балчиқ, турли физиотерапевтик муолажалар тайинлашни эътибордан чиқармаслик лозим.

МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Меъда ости бези қорин бушлиғида ўн икки бармоқ ичак яқинида жойлашган. Унинг ҳазм жараёнидаги роли бениҳоят муҳим. Ўн икки бармоқ ичак бушлиғига ажратадиган панкреатик шира оқсилларни ҳазм қилиш учун керакли пепсин ферментини, углеводлар ва ёғларни ҳазм қилиш учун зарур амилаза ва липаза ферментларини сақлайди.

Меъда ости беzi — чўзинчоқ шаклдаги паренхиматоз аъзо. Кўрсатиб ўтилган секретор функциясида ташқари, у углеводларни ўзлаштиришга ёрдам берадиган инсулин (гормон)ни ишлаб чиқаради.

Меъда ости беzi ўн икки бармоқ ичак, меъда, ўт йуллари, ўт пуфаги ва жигар билан чамбарчас боғланган. Бу боғланиш фақат анатомик томондангина эмас, балки физиологик ҳамдир. Ўт, меъда ширасининг хлорид кислотаси меъда ости беzi ташқи секреция фаолиятининг фаол таъсирловчилари ҳисобланади. Бинобарин, меъда ости беzi фаолиятининг бузилиши кўп жиҳатдан кўрсатиб ўтилган аъзоларнинг патологик издан чиқишига боғлиқ. У ёки бу ферментатив функцияси йўқолганда овқат компонентларининг ҳазм бўлиши бузилади. Липаза ажратиши бузилганда, масалан, ёғлар ҳазм бўлиши бузилади, бу ахлатда ҳазм бўлмаган ёғ миқдори ошишида намоён бўлади (стеаторея). Ахлатда трипсин ажратиши бузилганда ҳазм бўлмаган мушак толалари топилади (креаторея).

ПАНКРЕАТИТ

Ўткир панкреатит — меъда ости безининг ўткир яллиғланиши — кўп овқат еб қўйиш, овқатдан заҳарланиш ёки меъда ости безига токсинли таъсир (интоксикация) натижасида тўсатдан пайдо бўлиши мумкин. Бирданига пайдо бўладиган, ўраб оладиган қаттиқ оғриқ, шок, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, аниқ юзага чиққан лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши билан ўтади. Ўткир панкреатитга жарроҳлик усулида даво қилинади.

Сурункали панкреатит кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. Бунга аксарият қўшни аъзоларнинг сурункали касаллиги сабаб бўлади. Чунончи, масалан, сурункали холециститда ва меъданинг яра касаллигида деярли 1/3 ҳолларда сурункали панкреатит кузатилади. Бундай беморларда панкреатит сурункали кечишга ўтади, яъни қорин соҳасида вақти-вақтида ўраб оладиган оғриқ, шунингдек киндик атрофида оғриқ пайдо бўлиб, у қориннинг чап қисмига ўтади, ичаклар дам бўлади.

Объектив текширганда метеоризм (дам бўлиш) туфайли қорин таранглашуви, олдинги қорин девори (киндик атрофи ва чапроқ)ни пальпация қилганда меъда ости проекцияси зонасида оғриқ қайд қилинади, ўн икки бармоқ ичак проекцияси зонасида (киндикдан ўнг томонда) оғриқ бўлиши мумкин. Ахлат массалари ҳазм бўлмаган ёғ аралашганлиги сабабли ёғли бўлиб қолади, ҳазм бўлмаган клетчатка кўриниб туради.

Қонни биокимёвий текширганда қатор ҳолларда панкреатик ферментлар миқдорининг ошганлиги аниқланади. Сийдикда ҳам шундай манзара куринади.

Давоси. Парҳезнинг аҳамияти катта. Трасилол, контрикал билан даволаш курси тайинланади, зарурат бўлганда натурал меъда ши-

раси, панкреатин, антибиотиклар қўлланилади. Ёндош аъзоларнинг қўшилиб келадиган касалликларини даволаш ғоят муҳим. Беморларни парвариш қилиш жараёнида парҳезга риоя қилиниши устидан кузатув олиб бориш, унинг бузилишларининг олдини олиш зарур, чунки улар жиддий асоратлар вужудга келтириши мумкин.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТГА ЙЎРИҚНОМА

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Овқат ҳазм қилиш системаси бузилиши касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парваришlash, даволаш асослари бўйича олган назарий билимларини мустаҳкамлаш, муолажаларни бажаришни урганиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * Овқат ҳазм қилиш системасининг анатомио-физиологик асосларини.
- * Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш усулларини.
- * Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш тартибини (8 - тизма асосида).

8-тизма. Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари бор беморларни клиник текшириш.

Бемор шикоятлари	
1. Оғриқ (жойлашиши, овқатга боғлиқлиги, давомийлиги, интенсивлиги, тарқалиши).	7. Ич кетиши.
2. Кўнгил айнаши.	8. Қабзият
3. Қусиш.	9. Қорин дам бўлиши.
4. Кекириш.	10. Тери қичишиши.
5. Зарда қайнаши.	11. Тери сариқлиги.
6. Иштаҳанинг бузилиши.	12. Тана ҳароратининг кўтарилиши.
	13. Тана вазнининг камайиши.

Касаллик анамнези	
1. Хатарли омил.	5. Динамикаси.
2. Сариқ касаллиги билан оғриганлиги	6. Олиб борилган текшириш натижалари.
3. Сабоби	7. Олиб борилган даво чоралари.
4. Касаллик бошланиши.	

Ҳаёт анамнези

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Наслдан наслга берилувчанлик. | 5. Ишлаб чиқариш интоксикациялари. |
| 2. Хавфли белгилари. | 6. Дори моддаларининг қабул қилиш давомийлиги. |
| 3. Овқатланиш характери. | |
| 4. Яшаш ва меҳнат шароити | |

Беморларни бевосита текшириш усуллари

Куздан кечириш	Пальпация	Перкуссия
1. Тери ва шиллиқ пардалардаги сариқлик. 2. Озгинлик. 3. Трофик бузилишлар. 4. "Жигар юлдузчалари" — томирлар симптомлари. 5. Тилдаги ўзгариш. 6. Қорин деворининг катталашishi.	1. Жигар. 2. Ўт қопи жойлашган жойлар. 3. Талқ. 4. Меъда 5. Ичаклар.	1. Жигар. 2. Талқ. 3. Қориннинг енбош қисмлари

* Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари билан оғриган беморларда қўшимча текшириш усулларини (асбоблар ва лаборатория ёрдамида) ўтказиш ва унга тайёрлаш (9 - тизма асосида).

* Меъда ва ўн икки бармоқ ичак суюқликларини йиғиш усуллари.

* Ахлатни текшириш учун олиш қоидалари (яширин қон учун умумий ахлат таҳлили ва гижжаларни аниқлаш учун).

* Шошилинич ҳолатларда ёрдам кўрсатиш қоидалари:

- қусишда (қусиқ массасини таҳлил учун олиш қоидаси);
- меъдадан қон кетганда;
- жигар санчиғи хуружида.

* Меъдани ювиш усуллари (курсатмалар ва монеликлар).

* Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари бўлган беморларни даволашда диетотерапия қоидалари.

* Ҳуқна қилиш усуллари (ҳуқна турлари, курсатмалар ва монеликлар).

* Абдоминал пункция учун керакли асбобларни тайёрлаш.

9-тизма. Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари билан беморларда қўшимча текшириш усуллари.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак

- | |
|--|
| 1. Рентгеноскопия
2. Гастроудоденоскопия
3. Меъда суюқликларини (зондлар ёрдамида, синама нонушталар билан). |
|--|

Ичаклар

- 1 Ирригоскопия.
- 2 Рентгеноскопия.
- 3 Колоноскопия.
- 4 Ахлатни (макроскопик ва микроскопик, бактериологик) текшириш.

Жигар, ўт йўллари, меъда ости беzi

- 1 Ультратовуш ёрдамида текшириш.
2. Холецистография.
3. Сканерлаш.
4. Жигарни пункцион биопсия қилиш.
5. Компьютерли томография.
6. Лапароскопия.
7. Дуоденал зондлаш (ингичка зонд билан А. В. С. порцияларни олиш).
8. Қонни биокимёвий текшириш (оқсил фракцияларини, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, ишқорий фосфотаза, трансаминаза, амилаза, липаза, трипсин ингибиторини).

Дарсга тайёргарлик даврида шу мавзулар учун тааллуқли булган бошқа фанлардан олган билимларини тиклаб олиш керак.

Дарсинг қисқача мазмуни.

Овқат ҳазм қилиш системасининг анатомо-физиологик ва патологик ҳолатларини аниқлаш учун қуйидаги мавзуларни қайтариш керак:

- * меъда ва ичаклар функциясини;
- * меъда секретор функцияси ва ичакларда ҳазм бўлиш жараёнининг бузилишларини;
- * моддалар атмашинуви жараёнида жигарнинг ролини;
- * овқат ҳазм қилиш системаси иш фаолиятининг бошқарилишида МНСнинг ролини.

Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари билан оғриган беморни клиник текширишлардан муваффақиятли ўтказиш учун ҳамшира клиник текширишларга тайёрлаш қоидаларини билиши керак.

Меъдани рентгеноскопиядан наҳорда ўтказилади: беморга суюқлик, дори моддаларини ичмаслик ва чекмаслик тушунтирилади. Текширувдан бир кун олдин кечки овқат шлакларсиз бўлиши зарур.

Холецистография ўтказишдан 2 кун олдин шлакларсиз парҳез буюрилади. Текширишдан бир кун олдин енгил, оқсилсиз кечки овқатдан 20–30 мин. ўтгач тозаловчи хуқна қилинади. «Билоптин»

(ёки аналоглари) контраст модда сифатида икки порцияга булиниб (ҳар бири 6 таблеткадан) қабул қилинади: биринчи порцияси текширувдан 12 соат олдин, яъни 21. 45 дан 22. 00 гача; иккинчиси текширишдан 4 соат олдин, яъни 5. 45 дан 6. 00 гача.

Гастродуоденоскопияга тайёрлаш учун беморга текширишдан бир кун олдин кечқурун соат 20. 00 дан кечикмаган ҳолда кечки овқатни қабул қилиши, эрталаб мутлоқ наҳорга, суюқлик ичмаган ва чекмаган ҳолда текшириш олиб борилишини уқтириш лозим.

Ўн икки бармоқ ичакни текшириш учун комплекс тайёргарлик ишларига, текширишдан 40–60 мин. олдин 0,1 %—1 мл атропин эритмасини юбориш киради.

Колоноскопияга тайёрлаш учун беморларга текширувдан 3 сутка олдин шлакларсиз парҳез буюрилади, текширувдан бир кун олдин соат 15. 00 да 50 мл касторка ёғи берилади, кечқурун соат 20. 00 да ва текширув куни эрталаб тозаловчи ҳуқна қилинади.

Овқат ҳазм қилиш системаси касалликларига диетотерапия қуйидагича белгиланади: овқат иложи борица осон ҳазм буладиган (кимёвий, механик, термик таъсирловчиларни чегаралаб), энергетик қиймати 2000 ккал атрофида, унча катта бўлмаган порцияда ҳар 2–3 соатда қабул қилинади. Парҳез тузилаётганда қуйидагиларни аниқлаш керак:

- овқатнинг умумий миқдори ва таркибий қисмларини;
- озиқ моддаларнинг химиявий таркиби ва сифатини;
- кулинария ишлов характерини.

Мустақил иш

Овқат ҳазм қилиш системаси касалликларини назорат ва парвариш қилиш, даволаш, диагностик муолажаларни тулиқ ўрганиш, ва мустаҳкамлаш учун керакли нарсалар тайёрлаб қуйилади: меъдани ювиш, меъда ва ўн икки бармоқ ичак суюқликларини текшириш, барча турдаги ҳуқналар, муляжда бажариш ҳамда абдоминал пункция учун керакли анжомлар йигилади.

Дарс мобайнида ҳар бир ўқувчи овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари булган беморларга порционик талабномани, лаборатория учун йулланма варақаларини тулдиради. Дарсни мустаҳкамлаш учун муаммоли масалалар ечилади.

1-топшириқ.

Бемор 42 ёшда, шифохонага қуйидаги шикоятлар билан тушган: эпигастрал соҳада кўпроқ кечаси «оч қорин» ҳолатида безовта қиладиган оғриқ, унинг овқатлангандан сўнг 2–3 соатга йўқолиши ва яна бошланиши аниқланди. Шифохонага тушиш олдидан «кофе қўйқаси» га ухшаш қусуқ булган. шундан сўнг оғриқ

тухтаган, аммо беморда умумий бушашишлик (ланжлик) бошланган, боши айланган.

Касалликнинг дастлабки белгилари 3 йил олдин бошланган. Бемор бир йил олдин гастроэнтерологик бўлимда эрозия гастрити билан даволанган. Касалликнинг охириг қайтланиши бундан бир ҳафта олдин асаб-руҳий зуриқишга боғланмоқда.

Объектив текширишларда: тери ва шиллиқ қаватлар оқарган. Тилни оқ қараш боғлаган, нам ҳолда. Пульс мин. га 88 маротаба, артериал босим 105/60 мм. см. ус. га тенг. Қорин пальпация қилинганда юмшоқ, эпигастрал соҳада сезиларли ҳолда қорин мускуллари таранглашган.

Қон таҳлили: эритроцитлар $4,5 \times 10^{12}$ г/л, Нб 103 г/л.

1. Овқат ҳазм қилиш системасининг қайси патологияси туғри-сида уйлаш мумкин?

2. Беморни парвариш қилишда тиббиёт ҳамшираси тактикасини асослаб беринг.

Жавоблар эталони:

1. Бемор шикоятларига, касаллик анамнезига, объектив текшириш натижаларига, қон таҳлилига асосланиб, меъда ярасининг қайталанган босқичи, қон кетиш асорати туғрисида уйлаш мумкин.

2. Бундай беморларни парвариш қилишда ҳамширанинг вазифалари:

- * бемор ҳолатини баҳолаш (тери ва шиллиқ қаватлар рангига асосан, пульс, артериал босим, шикоятлар) — бундай беморлар доимий ҳамшира назорати остида булиши керак;
- * қанжарсимон усимта устига музли ҳалта қўйиш, ўз вақтида ва аниқ врач курсатмаларини бажариш;
- * беморнинг ҳолатида озгинагина ёмон томонга ўзгариш булиши билан бу ҳақда врачга стказиб туриш;
- * бемор овқатланишини назорат қилиш ва уйдан келган овқатларни текшириб туриш (парҳез бузилишига йўл қўймаслик);
- * бемор қайт қилса унга керакли ёрдам курсатиш ва қусуқ хактерини аниқлаш (миқдори, қусуқ массаси хактери);
- * ахлатни назорат қилиш;
- * беморнинг ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, белгиланган даволаш режимига қаттиқ амал қилишини назорат қилиш;
- * беморларга зарурий ҳимоя режимини яратиб бериш;
- * ётиш режимидаги беморларга тери ва шиллиқ қаватларни парвариш қилишда ёрдам бериш.

2-топиширик.

Бемор аёл 46 ёшда, шифохонага қуйидаги шикоятлар билан тушган: қориннинг юқори қисмида доимий интенсив оғриқ борлиги, асосан унинг тўш суягининг ханжарсимон ўсимтаси устида ва қориннинг чап ярмида эканлиги, кетма-кет қусишлар ҳеч қандай енгиллик келтирмаган ҳолда, чанқаш ва тусатдан умумий ланжликдан. Анамнезида бемор 6 йилдан буён сурункали холецистит билан оғриганлиги аниқланди, касаллик асосан ўнг қовурға остида, қовурилган ва ёғли овқатлар истеъмол қилгандан сўнг бошланадиган оғриқлар билан, айрим ҳолатларда оғриқ тўлғоқсимон характерда бўлган. Объектив текширилганда: бемор аёл семизроқ, тери ранги оқарган. Тана ҳарорати $37,5^{\circ}\text{C}$.

Пальпацияда: эпигастрал соҳада оғриқлар аниқланган, қорин пардасининг қўзғалиш симптоми аниқланмади. Жигарнинг пастки чегараси қовурға равоғидан 4 см пастда. Пульс мин. га 96 маротаба, ритмик, ўртача тўлиш билан. Артериал босим 150/80 мм. см. ус.га тенг.

Қон таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ 24 мм/с.

Сийдик таҳлили: амилаза 1024 тб.

1. Касаллик тўғрисида сизнинг тахминий мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини айтиб ўтинг.

3-топиширик.

Бемор 38 ёшда, шикоятлари: кўнгил айланиши, қон лахталари аралаш қора массали қусуқ, бош айланиши, тўсатдан умумий ланжлик. Бемор 10 йил олдин вирусли гепатит касаллиги билан оғриган. Охириги 2 йилда иштаҳасининг пасайганлиги, умумий ланжлик аниқланган. Бурундан қон кетиш ҳоллари кузатилган. Ярим йилдан бери қорни шишаётганини сезган.

Объектив текшириш натижалари: тери ранги оқарган, сарғиш товланиш билан, тўш устида терида — «жигар юлдузчаси» симптоми аниқланди. Пульс мин. га 112 маротаба, кучсиз тўлиш билан. Артериал босим 100/70 мм. см. ус. га тенг. Қорин девори катталашган, қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик ҳисобига, оғриқсиз. Жигар қовурға равоғидан 4 см. пастда. Тил қизғиш, сўрғичлари текис.

1. Касаллик тўғрисида мулоҳазаларингиз?
2. Беморни назорат ва парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

4-топширик.

Бемор 57 ёшда, шифохонага куйидаги шикоятлар билан тушган: иштаҳанинг йўқлиги, гўшт маҳсулотидан юз ўгиргани, тўш ости соҳасидаги оғриқ, кўнгил айниши, адинамия ва тажангликдан. Ўзини бир ойдан буён касал деб ҳисоблайди, ўзида биринчи марта тез чарчашни сезгандан сўнг, ишлаш қобилияти пасайган, иштаҳа йўқолган ва тана массаси 5 кг га камайган.

Объектив текширилганда: тери қоплами оқарган, бўйин, умров ости ва усти лимфа тугунлари катталашган. Қорин пальпация қилинганда эпигастрал соҳада сезувчанлик ошганлиги аниқланди. Меъда суюқлиги таркибида — хлорид кислота дефицити, ахлат таҳлилида яширин қонга реакция мусбатлиги қайд этилган.

1. Касаллик тўғрисида мулоҳазаларингиз?

2. Беморни назорат қилиш ва парвариш қилиш асосларини айтиб беринг.

II. ШИФОХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсдан мақсад: Шифохона шароитида ҳазм қилиш сиситемаси касалликлари билан оғриган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш ва касалликнинг олдини олиш, беморлар реабилитацияси муолажалари ва кўникмаларини ўрганиш, олган билимларни мустақкамлаш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * Овқат ҳазм қилиш системаси касалликларининг асосий симптомлари ва шикоятларини.
- * Овқат ҳазм қилиш системаси касалликларининг назорат ва парвариш қилишни, профилактикаси ва даволаш қоидаларини.
- * Гастроэнтерологик касалликлар реабилитациясида ҳамширанинг ролини.
- * Гастроэнтерологик касалликлар билан ишлашда деонтологик қоидаларни.

Дарснинг қисқача мазмуни.

Шифохонада ўқувчилар гастроэнтерологик бўлимда ишни ташкил этиш асослари билан танишадилар, шунингдек беморларни клиник текшириш учун мўлжалланган қурилма ва хоналарнинг иш қоидаларини ўрганадилар.

Овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни клиник текширишда уларнинг куйидаги шикоятларига эътибор бериш керак: оғриқ (жойлашиши, тарқалиши, интен-

сивлиги, оғриқнинг пайдо бўлиш вақти ва овқатга боғлиқлиги), диспепсик ҳолатлар (иштаҳа, кекириш характери, зарда қайнаши, кўнгил айниши, қусиш), ахлат характери (ич кетиш, қабзият, қон ва шилимшиқ бор-йўқлиги) ҳамда қорин дам бўлиши.

Беморнинг ҳаёт анамнезини ўрганишда қуйидагиларга:

- олдин оғриб ўтган касалликлари;
- яшаш ва иш шароити;
- хавфли белгилари (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш);
- наслдан-наслга берилувчанликка эътибор бориш зарур.

Кўздан кечирганда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак: бемор аҳволи, тил шиллиқ қаватининг ҳолати, тери юзасининг ранги, теридаги «жигар юлдузчалари» (томир юлдузчалари), қорин тури ва ҳажми, тери юзасида вена қон томирларини.

Касаллик бўйича беморлар муҳокама қилинаётганда, касаллик варақасидаги лаборатория ва асбоблар ёрдамида текшириш натижаларига.

Дарс якунида ўқувчилар кундалигида беморларни клиник текшириш усуллари тизмада курсатилган тартибда ёзилиши керак, врач курсатмаларидаги дори моддаларига рецептлар ёзилади.

Ҳозирги вақтда овқат ҳазм қилиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни реабилитация қилиш усуллари кенг тарқалган, реабилитацион тадбирларда ҳамширанинг роли катта (диетотерапия, психотерапия бўйича билимларни ва беморларнинг физик реабилитацияси босқичларини: шифохонада, реабилитация марказида (санаторий), поликлиника шароитида олиб бориш қоидаларини билиши).

Беморларни ҳар хил клиник текширишларга тайёрлашда ҳамшира тиббиёт деонтология асосларида туғри тушунтириш ишларини ташкил этиши, яхши психологик тайёргарлик куриши, натижалар самарадорлигини ошириш лозим.

Мустақил иш

Ўқувчилар беморларни ётган жойида назорат қиладилар, парваришлайдилар, заруратга қараб врачгача ёрдам курсатадилар. Ҳамшира пости иш қоидалари, бўлимда қўлланиладиган дориларни рўйхатга олиш ва сақлаш қоидалари билан танишадилар. Амалиёт мобайнида оғир ётган беморларни парвариш қилиш элементларини бажарадилар (беморларни овқатлантириш, кийим-бош, урин курпа оқлиқларини алмаштириш). Беморларни ҳар хил клиник текширишларга тайёрлашда иштирок этадилар (меъдани ювиш, турли ҳуқналар қилиш, ахлатни текшириш учун йиғиш) ва кузатиб борадилар. Ҳамшира ҳужжатларини тўлдирадилар.

Муолажа хонасида меъда ва ун икки бармоқ ичак суюқликларини олиш муолажаларини бажарадилар ва дори моддаларини беморларга ҳамшира назорати остида юборадилар.

Ўқувчилар беморларни парвариш қилиш билан бирга ҳазм қилиш аъзолари профилактикаси бўйича суҳбатлар олиб борадилар.

III ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсининг мақсади: Поликлиника шароитида ҳазм қилиш системаси касалликлари бўлган беморларни диспансер назоратига олиш, ҳамшира иши асослари билан танишиш ва тиббий ёрдам курсатиш қоидаларини ўрганиш.

Ўқувчилар ҳазм қилиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни қабул қилишда динамик назорат қилиш қоидалари ва ҳужжат юритишни ўрганадилар.

Меъда ва ун икки бармоқ ичак суюқлигини текшириш учун уни олиш усулларини, махсус кабинетларда, бевосита беморларда муолажаларни бажариш билан ўрганадилар.

Ўқувчилар участка ҳамшираси билан беморларнинг уйига борадилар ва уй шароитида беморларни парвариш қилиш ва ёрдам бериш қоидаларини ўрганадилар, муолажаларни ҳамшира назорати остида бажарадилар.

Гастроэнтерологик беморлар билан динамик назорат ишлари участка врачлари билан биргаликда олиб борилиб, бу назорат тўғри овқатланиш қоидалари, диетотерапия, меҳнатни тўғри ташкил этиш, санаторий-курортларда даволаниш, хавфли белгиларга қарши кураш ишларини ташкил этишни ўз ичига олади.

Қориндаги оғриқ баъзан ўткир қорин касалликларига боғлиқ бўлиб, жарроҳлик операция даволарини талаб қилади, шунинг учун ҳамшира, бундай оғриқларда эҳтиёт бўлиши керак, чунки оғриқ қолдирувчи дори моддаларини юборса, касалликнинг қийин диагностикаси қийинлашади.

Ҳазм қилиш аъзолари касалликларига, касалликнинг қайталанишга қарши кураш чора-тадбирлари, касаллик қайталанишидан бир ой олдин олиб борилади, одатда бундай касалликлар баҳор ва кузда қайталади.

VII БОБ. БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ СИСТЕМАСИНING ҚИСКАЧА АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Организм фаолиятини бошқаришда буйракнинг аҳамияти жуда катта. Буйрак организмдан парчаланиш маҳсулотларини, ортиқча сув, тузларни, баъзи дориларни чиқариб ташлайди. Шундай қилиб, бу аъзо сув-туз алмашинувида, кислота-асос мувозанатини бошқаришда, осморегуляцияда фаол иштирок этади ва ички муҳит барқарорлигини таъминлайди. Эндокрин фаолияти ренин, эритропоэтин, урокиназа моддаларини ишлаб чиқаришда намоён бўлади. Буйракнинг оқсил, ёғ, углевод, минерал тузлар алмашинувида фаол иштирок этиши аниқланган. Янги тутилган болаларнинг буйрагида она сутининг оқсиллари парчаланadi. Буйрак, сийдик найлари, сийдик пуфаги, сийдик чиқарув канали сийдик ажратиш тизимида киради. Буйрак—ажратиш тизимининг асосий аъзоси ҳисобланади.

Буйрак умуртқа поғонаси бел қисмининг икки тарафида жойлашган. Шакли ловиясимон бўлиб, ботиқ юзасида чуқурчаси бор, у ерда томир ва нервлар жойлашади. Буйрак устидан юпқа бириктирувчи тўқимадан иборат пўстлоқ билан ўралган. Буйрак 10 — 12 см катталиқда бўлиб, оғирлиги 150—170 граммни ташкил этади. Буйрак узунасига кесиб қўрилганда, унда икки соҳа — пўстлоқ ва мағиз моддалардан иборат бўлақлар қўринади. Пўстлоқ ва мағиз моддаларнинг чегараси нотекис бўлиб, бир-бирига ботиб кирган. Пўстлоқ модда мағиз моддага Бертини устунчалари сифатида ботиб кирса, мағиз модда пўстлоқ моддага Феррейн нурлари сифатида ботиб киради.

Буйракнинг тузилма—фаолият бирлиги — нефрондир. Ҳар бир буйракда 1 млн. гача нефрон бўлади. Нефрон ва йиғувчи найлар орасида бириктирувчи тўқима бўлиб, уларда қон томирлар, нервлар, простогландин ишловчи интерстициал ҳужайралар ётади.

Нефронларнинг пўстлоқ ва мағиз моддада жойлашишига қараб 3 хил тури фарқланади:

1. Суперфициал нефронлар.
2. Интракортикал нефронлар.
3. Юкстамедуляр нефронлар.

Дастлабки 2 хил нефронлар 80—85 фоизини ташкил этади ва уларнинг буйрак гипертензиясида аҳамияти каттадир. Қолган қисми юкстамедуляр нефронларга тўғри келади. Нефронларнинг қуйидаги бўлимлари ажратилади: 1) буйрак таначаси; 2) нефроннинг проксимал бўлими; 3) нефроннинг ингичка бўлими; 4) нефроннинг дистал бўлими. Бир неча нефроннинг дистал бўлимлари узару бирикиб, битта йиғув найчасига очилади.

Буйрак таначаси томирлар ичидан ва устидан ураб турувчи капсуладан иборат. Капсуланинг висцерал ва париетал varaқлари фарқланади. Буйрак таначасида буйракнинг эндокрин аппарати— юктагломеруляр аппарат (ЮГА) жойлашган. ЮГА нефронларда бўлмайди.

Томирлар чигали капиллярнинг эндотелийси, базал мембранаси ва подоцитлар—буйрак капсуласининг висцерал varaғи ҳужайралари билан бирга 3 қаватдан иборат филтрацион тусиқни ҳосил қилади. Шу тусиқ орқали капсула бушлиғига қон плазмасининг таркибий қисмлари филтрланиб утиб, бирламчи сийдикни ташкил этади. Бу тусиқ қоннинг шаклли элементларини, молекуляр массаси катта бўлган оқсилларни, иммун таначаларни, фибриноген ва бошқаларни утказмайди. Буйрак касалликларида бу тусиқдан шаклли элементлар ва йирик оқсиллар утади, натижада протеинурия кузатилади.

Проксимал бўлим ҳужайралари цилиндрсимон шаклли бўлиб, бирламчи сийдикнинг қарийб 80% қайта сўрилишини таъминлайди. Айниқса оқсил ва қанд тамомила сўрилади. Ҳужайралари протеолитик ферментларни сақловчи лизосомаларга бой бўлади. Бирламчи сийдикнинг қолган қисми нефроннинг ингичка (ҳужайралар шакли ясси бўлади) ва дистал бўлимида (ҳужайралар шакли кубсимон бўлади) сўрилиб, иккиламчи сийдик ҳосил бўлади.

Буйракнинг эндокрин фаолиятини бажарувчи ҳужайраларда ренин, эритропоэтин, простогландин ишланади. Ренин ва эритропоэтин, ЮГА таркибидаги ҳужайраларда ишланади. Простогландинлар буйракнинг мағиз моддасидаги интерстициал ҳужайраларда ишлаб чиқарилади. Замонавий назарияга кўра, асосан сийдик ҳосил бўлишида қуйидаги жараёнлар аҳамиятлидир: 1) филтрация; 2) секреция; 3) реабсорбция. Бир кеча-кундузда одам буйрагида 1000 мл дан 2000 мл га яқин бирламчи сийдик ҳосил бўлади.

Нефрон найларида бирламчи сийдик ўзгаришга учраб, иккиламчи сийдикка айланади. Нефрон найларига қайтадан кўп миқдорда сув, оқсил, глюкоза, туз ионлари сўрилади. Шундай қилиб, буйракда сийдик ҳосил бўлиши икки босқичда кечади. Биринчи босқичда буйрак таначаларида сийдик ультрафилтрацияси рўй беради. Иккинчисида нефрон каналлари ва йиғув найларида резорбция ва секреция кузатилади. Соғлом одам кунига 1,5 литргача сийдик ажратади. Сийдикнинг ранги оч сариқ, тиниқ бўлади. Сийдик реакцияси кучсиз кислотали ёки нейтрал бўлиб, меъёрида рН 4,5—8,0 бўлади. Сийдикнинг нисбий солиштира оғирлиги қарийб 1020—1026 оралиғида бўлиб, ейилган овқат, ичилган суюқлик миқдорида боғлиқдир. Иккиламчи сийдик таркибида асосан азот маҳсулотлари парчаланишидан ҳосил бўлган мочевина, сийдик кислота, пурин асослари, креатинин, индикан ва бошқалар аниқланади.

Буйрак ва сийдик ажратиш системасининг узига хос клиник белгилари: шиш, сийдик ажралишининг ўзгариши (диурез), сийдик ранги ва таркибининг ўзгариши, артериал босимнинг кўтарилиши, бел соҳасида оғриқлар ва иситма ҳисобланади.

Шиш буйрак касалликларида ҳар хил бўлади (жойлашиши, тарқалиш даражаси ва давомийлигига қараб). Кўпинча, асосан эрталаб юзда (қовоқ соҳасида) аниқланади. Янаям кўринган шиш синдромида шиш оёқларда ҳам аниқланади (болдир соҳасида). Айрим ҳолатларда шиш каттароқ ҳамда бутун тери ости ёғ клетчаткасида (анасарка), кўкрак қафасида (гидроторакс), қорин бўшлиғида (асцит) бўлиши мумкин.

Сийдик ажралиши (диурез)нинг ўзгариши — буйрак ва сийдик ажратиш системаси касалликларининг асосий белгиларидандир.

Шиш одатда сийдик ажралишининг камайиши—олигоурия (диурез 500 мл/суткасига) билан бирга қайд этилади. Сийдик ажралишининг тўсатдан сезиларли камайишига (200 мл/суткадан кам) табиий анурия, буйракнинг ўткир яллиғланиши, ўткир буйрак етишмовчилиги билан кечувчи заҳарланиш, тўхтовсиз қусиш ва ич кетиш, яъни кўп миқдорда суюқлик йўқотилиши сабаб бўлади. Анурия яна ўткир сийдик тутилиши эвазига ҳам бўлиши мумкин, бундай ҳолатда сийдик сийдик қопида бўлади, лекин ажралмайди (сийдик чиқарув каналининг спазмида, сийдик тошлари тикилганда, сийдик чиқарув канали усмаларида; сийдик қопи параличида). Бундай ҳолларда сийдик катетер орқали чиқариб юборилади.

Сийдик ажралишининг ортиши (2000 мл/суткадан ортиқ)—полиурия — шишнинг тезда қайтишига сабаб бўлади (хавфли белги бўлиб, буйрак яллиғланишининг бошланишини билдиради). Полиурия кўпинча узоқ вақтдан буён буйракнинг сурункали касаллиги билан оғриб келаётган беморларда учраб, буйракнинг сурункали етишмовчилигини келтириб чиқариши мумкин (одатда кўпроқ полиурия никтурия, яъни кечасидаги диурезнинг ортиши билан кечса).

Дизурик ҳолат — оғриқли бўлиб, айрим пайтларда сийдик ажралишининг тезлашган ҳоллари кўпроқ сийдик чиқарув йўллариининг яллиғланиши (цистит, уретрит, простатит), баъзан сийдик қопи тош касаллигида учрайди.

Сийдик рангининг ўзгариши. Сийдик билан қон ажралиши — макрогематурия буйрак-тош касаллигида, яъни буйрак қоликасида кузатилади. Сийдик оғриқсиз, тўсатдан, кўп миқдорда қон ёки қон лахтаси билан ажралса, буйрак ўсмасини инкор этиш лозим.

Сийдик ранги айрим ҳолларда дори моддаларининг қабул қилиниши ҳисобига ҳам ўзгариши мумкин. Сийдикнинг ранги асосан сийдик таркибидаги тузлар концентрацияси ўзгаришига боғлиқ (урат

тузлари). Урат тузлари қолдиқларининг сийдикка тушиши сийдик тиниқлигини ўзгартириб, уни лойқалантиради. Агар шу сийдик тиндириб қўйилса, тезда тиниқ ҳолатга келади. Сийдикда лейкоцитларнинг кўпайиши (лейкоцитурия) ҳам сийдикнинг лойқаланишига олиб келади, бундай сийдик лойқалиги узоқ вақтгача сақланиб қолади.

Сийдик таркибининг ўзгариши лабораторик текширишлар натижасида аниқланади. Протеинурия—сийдик билан оқсил ажралиши (нормадагидан ортиб кетиши 50 мг/суткадан). Бу белги буйрак касалликларининг энг кўп учрайдиган белгиси бўлиб, айрим ҳолатларда соғлом организмда ҳам учраши мумкин (тўсатдан физик зўриқиш билан шуғулланганда ва спортсменларда). Протеинурия буйракка боғлиқ бўлмаган ҳолда ҳам учрайди, (сийдик чиқарув йўллариининг яллиғланиш касалликларида, ҳужайралар, сперма емирилганида цилиндрурияда ҳам учрайди. Сийдик таҳлилида, протеинурия, цилиндрурия ва шиш аниқланиши нефротик синдром кўриниши ҳисобланади). Сийдикни микроскопда текширилганда кўриниш майдонида 5 дона ёки 1 мл сийдикда 4000 дан ортиқ лейкоцитнинг топилиши —лейкоцитурия дейилади (Ничепоренко синамаси), у пиелонефритда ва сийдик чиқарув йўллари касалликларида учрайди.

Жуда кўп буйрак касалликлари артериал босимнинг кўтарилиши билан кечади, характерлиси диастолик босимнинг кўтарилишидир.

Буйрак касалликларида кам учрайдиган клиник белгилардан бири бел соҳасидаги оғриқ ва тана ҳароратини кўтарилишидир.

36 -расм. Юзда шиш.

ДИФФУЗ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Бу хасталик буйракнинг инфекцион-иммунологик ва аллергия яллиғланишидан келиб чиқади. Патологик жараён асосан буйрак таначасининг томирлар чигалида жойлашади.

ЎТКИР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Ўткир гломерулонефрит барча ёшда учрасада, асосан касалларнинг 75 — 95%и 20—40 ёшга тўғри келади.

Этиологияси. Кўпинча касаллик стрептококкли инфекциядан сўнг, ангина, тонзиллит, юқори нафас йўллариининг яллиғланиши, терининг стрептококкли яралари, септик эндокардит, бод касалликлари сабабли пайдо бўлади. Эпидемик паротит, отит, синусит, УРВИ,

қорин тифи, тошмали тиф, захм, мастондит, пневмония, упка сили, мохов хасталиклари ҳам бу касалликни келтириб чиқариши мумкин.

Патогенези. Уткир гломерулонефрит аломатлари пайдо бўлгунга қадар авваллари юққан инфекциядан сунг 7—20 кун ўтади. Бу даврда организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилияти пасаяди, инфекцияга нисбатан сезувчанлик ортади, микробларга қарши антигенлар ишланади. Антиген—антителолар мавжуд бўлиб, аллерген реакцияларни биокимёвий кучайтиради ва яллиғланишни кучайтирувчи катализатор ҳосил қилади, бу эса ўз навбатида мембрананинг иккиламчи альтерацияси ва энзиматик тешилишига олиб келади. Каогуляция жараёни бузилади, тромбоцитлар агрегацияси ошади, капилляр деворида фибрин йиғилиб, эндотелиал ва мезангиал хужайралар пролиферациясига учрайди. Протеиннинг филтрацион тўсиқларда ўзгариши, бирламчи сийдикда оқсил кўпайиб кетишига сабаб бўлади. Филтрациянинг бузилишидан шиш пайдо бўлади, регуляция бузилади, альдостерон ажрала бошлайди, бутун тана капиллярларининг ўтказувчанлиги ошади. Буйракда ишемия туфайли ренин кўп миқдорда ишланади, у микроциркулятор оқим томирларини торайтиради, қон босими ошади, терининг ранги хира, оқ бўлиб қолади.

Клиник манзараси. Касаллик одатда инфекция юққанидан 9—12 кун (айрим ҳолларда 30 кун) ўтгач бошланади. Клиник кўриниши турлича бўлади. Уларни тахминан 2 турга бўлиш мумкин, буйракка хос аломатлар, буйракдан ташқари белгилар (шиш, гипертония, гематурия). Аммо яқка аломатли нефритлар ҳам учраб туради. Касалликнинг клиник белгилари қуйидаги 4 хил синдром: 1) буйрак танасининг ўткир зарарланиши (олигоурия, сийдик синдроми); 2) шиш синдроми; 3) юрак-қон томир (гипертония) синдроми; 4) мия синдромларидан иборат. Касаллик ўткир бошланганида ҳолсизлик, бош оғриши, сийдик камайиши, шишиб кетиш, юракнинг тез-тез уриши, нафас қисиши, белда оғриқ туриши, кунгил айнаши, иштаҳа камайиши мумкин. Касалликнинг ўткир тури шиш пайдо бўлиши билан бошланади. Шиш тананинг юқори қисмида бўлади, у оппоқ бўлиб «неф-ротик юз» деб аталади (36 - расм). Беморларда олигоурия қайд қилинади. Артериал гипертония кейинги асосий аломатлардан биридир. Кўпгина ҳолларда систолик босим 150 мм сим. уст. га тенг бўлса, диастолик босим 120—140 мм рақамларгача кўтарилади. Артериал гипертония, юрак фаолиятини издан чиқарувчи ўткир юрак етишмовчилиги ривожланади.

Объектив текширганда юракнинг чегаралари кенгайди, кўпинча систолик шовқин эшитилади. Аортада II тон акс садоси эшитилади. Сийдик таҳлилида протеинурия, гематурия, цилиндрурия, камроқ лейкоцитурия, гемоглобинурия кузатилади. Касаллик ривожланганда кўпинча камқонлик кузатилади. Айрим ҳолларда шиш анча сези-

ларли булиши, артериал босим юқори даражаларга кутарилиши (180/100 мм. сим. уст)мумкин, бу ўткир гломерулонефритнинг оғир кечувчи турларидан ҳисобланади (6 % ҳолларда). Ўткир гломерулонефритнинг ҳар иккала клиник турида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин: 1) юракнинг ўткир чап қоринча етишмовчилиги; 2) ўткир буйрак етишмовчилиги; 3) энцефалопатия—эклампсия.

Ҳозирги вақтда (86 %га яқин) ўткир гломерулонефрит касаллиги беморларда жуда кам кўринган клиник белгилар асосида (баъзан моносимптом), айрим ҳолларда мутлоқ шикоятсиз ёки клиник белгилари суст кўринган ҳолда кечмоқда. Шиш бўлмай, озроқ қовоқлар остидаги шишни беморнинг ўзи ҳам сезмай қолади, артериал босим ўзгармаган ёки озгина кўтарилган, узоқ турмайдиган ҳолда учрайди, фақат сийдикда лабораторик ўзгаришлар аниқланади, холос.

Даволаш. Бу касалликни даволашда энг аввало диққат билан туғри парвариш, даво режимини сақлаш ва диетотерапияга амал қилиш керак. Шунинг учун бунда ҳамширанинг роли жуда катта (даволашдан яхши натижалар олишда). Тери парваришига катта эътибор бериш (яъни шиш ётоқ яралар келиб чиқишига), ичаклар функцияси ва юрак ишини доимо назорат қилиш керак. Диурезни ичилган суюқликка нисбатан сийдикдан ташқари организмдан чиқиб кетаётган (тер, қусиш, ич кетиш) суюқликка нисбатан ҳар куни ҳисоблаш, фақат сийдик миқдоринигина эмас, балки унинг ранги, тиниқлигини ҳам ҳар доим назорат қилиш лозим.

Токи шишлар йўқолгунгача ва артериал босим нормал ҳолатга тушгунча (3—4 ҳафта) ўринда қимирламай ётиш, парҳез тутиш, дори-ларни қабул қилиш, асоратларни, инфекцион касалликларни бартараф этиш зарур. Беморга тузи кам парҳез таомлар (7-стол) буюрилади. Антибиотиклар (пенициллин, ампициллин) 10—14 кун олинади. Сульфаниламиллардан: нитроксолин, полин, грамурин ва бошқалар буюрилади. Антиаллергик, десенсибилизацияловчи дори-дармонлар фойдалидир (димедрол, кальций хлор), қон босими юқори бўлса, гипертензив воситалардан дибазол, папаверин, адельфан, клофелин, раунатин, раувазан, апрессин тавсия қилинади. Сийдик ҳайлайдиган диуретиклар лазикс, фуросемид, гипотиазид, верошпирон тайинланади. Антиакогулянт ва антиагрегантлар ҳам буюрилади.

Ўткир гломерулонефритнинг нефротик синдромида ва унинг узоқ чўзилиб кетган ҳолатларида кортикостероид гормонлардан (преднизолон 60—100 мг суткасига, кейин секин-аста камайтирилиб борилади, 4—8 ҳафта)фойдаланилади. физиотерапевтик муолажалардан: диа-термия, артериал босимни пасайтиради ва белдаги оғриқларни, шишни камайтиради

Шифохонадан чиқарилган беморлар 4 ойгача тулиқ даволангунгача амбулатория назоратида турадилар (ўткир гломерулонефрит яхши кечганда ҳам).

Оқибати. Вақтида ўтказилган тўғри даво тулиқ соғайишга олиб келади. Касаллик сурункали ҳолатга ўтиши ҳам мумкин. Улим ҳоллари жуда кам бўлиб, асосан ўткир бўйрак етишмовчилигидан келиб чиқади.

Профилактикаси. Ўткир гломерулонефрит билан оғриган беморлар рўйхатга олиниб, шифохонадан чиққандан сўнг биринчи ҳар 10 кунда, кейинчалик 1 ойда бир мартаба, сўнг 2—3 ойда бир мартаба ҳамшира томонидан фаол назоратга чақирилиб текширилиб турилади. Бу касаллик билан оғриган беморлар совуқ ва намгарчилиги юқори бўлган хоналарда ишламайдилар, оғир меҳнат билан шуғулланмайдилар. Бу касаллик билан оғриган бемор аёлга 3 йилгача ҳомиладорлик мумкин эмас. Бемор қуруқ ва иссиқ иқлимли курортларга юборилади. Инфекцион касалликлар ва инфекция учоқларини даволаш, оғиз бўшлиғини санация қилиш ва совқотишдан сақланиш керак.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Сурункали гломерулонефрит узок давом этувчи яллиғланиш касаллиги бўлиб, томирли коптокчаларнинг купроқ атрофияланишига олиб келади.

Этиологияси. Касаллик ўткир гломерулонефрит натижаси бўлиши мумкин. Шу билан бирга иммун табиатли сурункали гломерулонефрит ҳам учрайди: у зардоб, вакцина, овқат аллергени, жароҳатдан, совуқотиш сабабли пайдо бўлиши мумкин. Бир қатор нефротоксик дорилар ҳам бу касалликка олиб келиши мумкин (метионин, грандамицин). Хасталик сил, захмдан ҳам келиб чиқади. Коллагенозлар, геморагик васкулит ҳам бўйрак паренхимасида жиддий ўзгаришларга сабаб бўлади.

Клиникаси. Хасталикнинг қуйидаги: 1) латент; 2) гематурик; 3) гипертоник; 4) нефротик (шиш); 5) аралаш (нефротик (шиш) — гипертоник) турлари тафовут қилинмоқда. Ҳар бир кўринишнинг компенсация ва декомпенсация босқичлари фарқланади.

Хасталикнинг латент тури куп учрайди (45% га яқин). Сийдик ўзгаришлари: сезиларли протеинурия, гематурия, озроқ лейкоцитурия, гипертония сезиларли даражада, касаллик жуда секин ривожланади, бемор ишга яроқли, доимий амбулатория назорати шарт эмас.

Гематурик гломерулонефрит — нисбатан жуда кам учрайди (5% га яқин). Доимий гематурия синдроми, баъзан макрогематурия билан намоён бўлади.

Гипертоник гломерулонефрит 20% га яқин учрайди, артериал босимнинг кутарилиши ва сезиларсиз сийдик ўзгаришлари (озроқ протеинурия, гематурия) билан кечади. Бу кўринишнинг энг оғир асорати — юрак астмаси (чап қоринча етишмовчилиги асосида). Умуман олганда бу кўриниш узок давом этади, доимий касаллик авж олиб, натижада сурункали бўйрак етишмовчилигини келтириб чиқаради.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг биринчи клиник белгиси—сийдик нисбий зичлигининг камайиши (сийдик зичлиги нормада 1020 — 1026 гача, гипостенурия), ичилган суюқликка нисбатан ажралаётган сийдик миқдорининг купайиши (полиурия), асосан тунги сийдик миқдорининг купайиши (никтурия), сийдик нисбий зичлигининг 1010 (изостенурия)дан пасайиши.

Нефротик гломерулонефрит — 25 % га яқин учрайди, характерли клиника белгиси—доимий шиш, сезиларли протеинурия, диурезнинг камайиши, сийдик нисбий зичлигининг ортишидир. Биокимёвий таҳлиллардаги узгаришлар: оқсил моддаларининг сезиларли даражада камайиши (гипопротеинемия, асосан альбумин ҳисобига гипоальбуминемия) ва холестерин миқдорининг ошиши (гиперхолестеринемия). Бу турда касаллик жуда тез ривожланади ва буйрак етишмовчилигига олиб келади. Шиш тезда камаяди, артериал босим кутарилади, буйракнинг концентрацион функцияси камайиши эвазига сийдикнинг нисбий зичлиги пасаяди.

Аралаш гломерулонефрит 7% га яқин учрайди.

Давоси ва парвариш қилиш. Сурункали гломерулонефритни даволаш клиник кўриниши, касаллик ҳолати ва асоратига қараб олиб борилади:

- маълум даво режимини сақлаш;
- парҳез чегараланиши;
- дори моддалари билан даволаш (сурункали гломерулонефритнинг барча турлари учун шарт эмас).

Беморлар совуқ қотишдан, физик ва психик зуриқишдан сақланишлари керак. Уларга кечки вақтда, совуқ очик ҳавода, иссиқ цехлар ва нам шароитда ишлаш таъқиқланади. Беморларга кундузи 1—2 соат ётиб дам олиш тавсия этилади. Бир йилда бир маротаба шифохонада даволанишлари зарур. Касалликнинг озгина қайталаниш белгилари пайдо бўлиши биланоқ, беморларни дарҳол шифохонага ётқизиб даволаш лозим.

Парҳез сурункали гломерулонефритнинг клиник кўринишларига асосланган ҳолда белгиланади. Ош тузи чекланган стол тайинланади (7-стол). Патогенетик даво сифатида кортикостероидлар қўлланади. Шишларда гормонлар билан бирга диуретиклар: фуросемид, верошпирон, альдактон белгиланади. Диурез ошиши учун полиглюкиндан фойдаланилади. Гипертонияга қарши гипотензив воситалар . антибиотиклар, аллергияга қарши воситалар (димедрол, супрастин), витаминлар буюрилади.

Профилактикаси. Инфекцион учоқларни йуқотиш (ангина, тонзиллит, тиш кариеси). оғиз бўшлигини санация қилиш лозим. Бемор совуқ қотишдан, асаб бузилиши ва жисмоний зуриқишдан сақланиши зарур.

ПЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит – буйракнинг носпецифик инфекцион яллиғланиш касаллиги бўлиб, бунда буйрак паренхимаси ва буйрак жомлари яллиғланади. Пиелонефритнинг характерли белгиси буйракнинг асимметрик зарарланишидир. Ўткир пиелонефрит туғридан-туғри буйрак жомлари ва буйрак туқимасига микроблар ўтиб қолишидан келиб чиқадиган инфекцион аллергик касалликдир. Касаллик бир ҳамда икки томонлама бўлиши мумкин (биттаси иккинчисига нисбатан кўпроқ зарарланади). Бу касаллик бирламчи ва иккиламчи бўлади. Иккиламчи пиелонефрит буйрак ва сийдик чиқариш йуллари, бошқа касалликларнинг ўтишини оғирлаштириб қўяди. Бирламчи пиелонефрит кўпинча аёлларда (2 баробар кўпроқ), иккиламчи пиелонефрит эркакларда учрайди. Клиник кечишига қараб, ўткир ва сурункали бўлади.

Этиология ва патогенези. Бу касаллик буйрак ва жомларга микро-организмлар ўтиши натижасида келиб чиқади. Микроорганизмлар сийдик йули тешиги ёки буйрак жомлари ва сийдик йулининг лимфа системаси орқали ўтиши мумкин. Ўткир пиелонефрит пайтида сийдикда ичак таёқчаси, стрептококк, стафилококк ва бошқа бактериялар топилади. Инфекцион яллиғланиш касаллигининг келиб чиқиши микробнинг патогенлигига, организмнинг реактивлигига боғлиқ бўлади. Буйракда сийдик туриб қолиши пиелонефрит пайдо бўлишига қулайлик туғдиради. Эркакларда кўпинча буйрак-тош касаллиги, простата бези аденомаси пайтида буйракда сийдик туриб қолади. Аёлларда касаллик бошланишига ҳомиладорлик ҳам қулай шароит туғдиради, бунда ба-чадон катталашиб сийдик йулларини босиб қўяди.

Таъсир этувчи, пиелонефрит келиб чиқишига сабаб бўлувчи омиллар:

- * буйрак ва сийдик йули аномалиялари, сийдик чиқиб кетишининг бузилишига сабаб бўлувчи тошлар натижасида сийдик йулларининг торайиши, ўсмалар, ўзоқ ўринда ётиш ҳоллари;
- * ҳомиладорлик;
- * қандли диабет, подагра ва бошқа касалликларда моддалар ал-машинувининг бузилиши;
- * сийдик йулларида ўтказилган муолажалар (катетерлаш, цистоскопия, ретроград пиелография ва б.);
- * ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар, сурункали инфекция ўчоқлари, совуқ қотишлар.

Патологик анатомияси. Буйрак катталашиб кетади. Жом ва косачаларининг бўшлиқлари кенгайган, шиллиқ пардалари қонга тулиб шишиб кетган ва қон қўйилган, йирингли фиброз билан қопланган бўлади. Микроскопда текшириб қўрилганда томирларнинг қонга тулиб турганлиги, эпителийнинг некрозлангани, буйрак жомлари билан

косачалар деворларида лейкоцитлар инфильтрацияси борлиги маълум бўлади. Яллиғланиш жараёни интерстициал туқимага тарқалади. Кейин эса чандиқланиш бошланади.

Клиник манзараси. Умумий ва маҳаллий симптомлар фарқланади.

Умумий симптомларга баланд иситма, гектик типи, қаттираш, қуйилиб келувчи тер, бошда, мускулларда, бўғимлардаги оғриқлар, кунгил айланиши, қусиш киради. Ички касалликлар бобида асосан кўпроқ сероз пиелонефрит билан туқнаш келади, урологияда эса йирингли пиелонефрит билан. Пиелонефритнинг характерли белгиси буйракнинг асимметрик зарарланишидир. Касалликлар курилишида бактериемик шок келиб чиқиши мумкин.

Ўткир пиелонефритда маҳаллий клиник белгилардан бел соҳасидаги оғриқ ва бел соҳаси мускулларининг таранглашуви қайд этилади (айрим ҳолларда мускуллар таранглашуви қориннинг олдинги деворида кузатилиши мумкин). Белда одатда симиллаган оғриқ кузатилади, одам ўзининг ҳолатини ўзгартирганда зураяди. Беморлар сийиш пайтида оғриқ сезади, дармон қуриб, бош оғрийди, бўғим ва мускуллар оғриб туради. Пальпация қилиб қурилганда буйрак соҳасининг безиллаб турганлиги аниқланади. Пастернацкий белгиси мусбат бўлиб чиқади. Купинча сийдик нормал миқдорда келиб туради, камдан-кам ҳолларда анурия кузатилади. Сийдикда сезиларли лейкоцитурия, протеинурия $0,5 - 1,0$ г/л ($0,5-1\%$), эпителиал ҳужайралар, лейкоцитлар ва донатор цилиндрлар ҳамда арзимас миқдорда гематурия топилади. Сийдик бактериологик йул билан текширилиб қурилганда кўпчилик касалларда микрофлора борлиги маълум бўлади. Қонда нейтрофил лейкоцитоз қайд этилади. Эритроцитларнинг чуқуш реакцияси тезлашган бўлади. Экскретор урография қилиб қурилганда фақат иккиламчи пиелонефритлардагина у ёки бу ўзгаришлар борлиги аниқланади.

Ўткир пиелонефрит ташхисини қўйишда лейкоцитурия, бактериурия ($1 \text{ мл } 10^6$ микроб таначалари) ҳисобга олинади.

Ультратовуш рентгенография, заруратга қараб, экскретор урография (хромоцистоскопия, ретроград пиелография) қўлланади.

Хромоцистоскопияда қовуқда яллиғланиш жараёни борлиги, бўёқни ажратиб чиқариш сусайиб қолганлиги куринади. Йирингли пиелонефритнинг ўткир ва жуда ўткир турларида умумий аҳвол оғир бўлиб, одам қалтирайди, тана ҳарорати юқори бўлади, интоксикация белгилари қурилади (кунгли айнийди, қайт қилади, бўғимлар оғрийди). Қонда $50,0 \times 10^9$ /л гача борадиган лейкоцитоз топилиб, нейтрофиллар миқдори $95-97\%$ гача етади. Ҳомиладорлар пиелонефрити алоҳида касаллик тури бўлиб ҳисобланади. У субфебрил ҳарорат ва кам симптомли клиник манзараси билан ажралиб туради. Бел соҳасида одатда оғриқ ва дизурия бўлмайди. Симптоматиканинг кам бўлиши, тез-тез

иситма чиқмаслиги, оғриқлар ва дизурия бўлмаслиги диагностикани қийинлаштириб қўяди. Ҳомиладорлар сийдигини такрор-такрор таҳлил қилиб куриш туғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Профилактикаси. Сурункали инфекцион ўчоқларни санация қилиш ва сийдикнинг оқиб кетишига халал берадиган сабабларни бартараф этишдан иборат. Оғиз бўшлиғи, бурун-ҳалқум, меъда-ичак йўли, жинсий аъзолар соҳасидаги инфекция ўчоқларини йўқотиш катта аҳамиятга эга. Колитларга даво қилиш, айниқса ҳомиладор аёллар орасида чора-тадбирларни ўтказиш ўтқир пиелонефрит профилактикасида муҳим аҳамиятга эга. Ҳомиладорларда симптомсиз ўтадиган бактерияларнинг оқибати ёмон ҳисобланади. Бу касалларнинг тахминан 5–7% ида шундай ҳодиса кузатилади, буларнинг ярмида кейинчалик ўтқир пиелонефрит пайдо бўлади. Сийдик пуфагига катетер асептиканинг барча қоидаларига амал қилган ҳолда қўйилади.

Давоси. Ўтқир пиелонефрит билан оғриган касаллар бел соҳасидаги оғриқлари йўқолиб, тана ҳарорати аслига келгунча ва дизурия ҳодисалари барҳам топиб кетгунча ўринда турмай ётишлари керак. Овқат осон сингадиган, витаминларга бой бўлмоғи зарур. Ўтқир зирavorлар истисно қилинади. Сийдик йўллари ювиш учун беморларга компотлар, киселлар, мева сувлари, минерал сувлар қурилишида куп суюқлик ичиб туриш тавсия этилади. Бир неча-кундузда истеъмол қилинадиган суюқлик ҳажми 2, 5 – 3, 0 литрни ташкил этмоғи лозим. Баданга шиш келиб турган бўлса ёки бел оғриғи кучайса, суюқлик миқдори камайтирилади. Туз миқдори бир мунча чеклаб қўйилади, кунига (5–6 грамм). Бўйрак соҳасига физиогеалевтик муолажалар қўйилади. Давонинг асосий усули антибактериал терапиядир. Антибактериал препаратни танлашда микрофлоранинг антибиотикка сезувчанлиги текширилиб қўрилади. Касалликнинг енгил турида бир ҳафта давомида кунига 4–6 г дан сульфаниламидлар ишлатилади. Наф бўлмаса антибиотиклар—пенициллин, эритромицин, тетрациклин, левомецетин ва бошқалар буюрилади. Нитрофуран бирикмалари (фуразолидон, фурадонин, фуразолин) ишлатиладиган бўлса, яхши натижа беради. Булар 7–10 кун давомида 0,1–0,15 г да кунига 3–4 маҳал бериб турилади. Антибиотиклар билан бирга неграм, невиврамон, 5-НОК ҳам ишлатилади. Тана ҳарорати билан сийдик узининг асли ҳолига келган бўлишига қарамай, касаллик қузиб қолиши мумкин, айниқса дард ҳомиладорлик маҳалида пайдо бўлган ҳолларда қайталанadi.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ

Сурункали пиелонефрит бўйрак канали ичидаги тўқимасининг бактериялар туфайли нospецифик тарзда сурункали яллиғланиши бўлиб, бўйрак жомлари ва паренхимасининг шикастланиши билан ўтади. Кўпгина ҳолларда сурункали пиелонефрит ўтқир пиелонефритнинг оқибати бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Сурункали пиелонефрит этиологиясида ичак таёқчаси билан энтерококк катта аҳамиятга эга. Сийдик экиб курилганда, стрептококк, стафилококк, вульгар протей, шунингдек хилма-хил бошқа микроблар топилади. Сийдик йўллари инфекцияси касалликнинг авж олишига йўл очади. Пиелонефрит купинча зимдан утади. Интерстициал нефритдан кейин бошланади. Эндоген ва экзоген захарлар, талайгина дори препаратлари таъсири остида вужудга келади. Аутоиммун ўзгаришларга эътибор берилади.

Патологик анатомияси. Сурункали пиелонефрит учун патологик жараённинг буйрак жоми ва мия моддасидан пўстлоқ моддаси томонга қараб тарқалиб бориши характерлидир. Буйрак гадир-будур бужмайган, анча кичиклашган бўлади. Буйрак ҳажми 50—60 г гача камайиб кетиши мумкин. Буйрак тўқимасининг ҳар ер, ҳар ерида капсулага ўралган мадда учоқлари ҳам сақланиб қолади. Пирамидаларда кулранг тусли чандиқланиш йўллари қурилиб туради, пирамидаларнинг учи яссиланган бўлади. Буйрак косачалари ва жомлари бир қадар кенгайган. Патологик текширишларда интерстициал тўқимада яллиғланиш инфильтрацияси топилади. Унда бир талай лимфоид хужайралар ва плазмоцитлар қуринади. Йиғувчи найчалар ва Генле қовузоқлари атрофияга учраган, босилиб қолган бўлади. Атрофия жараёнлари пўстлоқ қатламига ҳам тарқалади. Томирларга алоқадор ўзгаришлар эндоартерит, артериосклероз, гиалиноз қурилишида ифодаланади.

Клиникаси. Касаллик симптоматикаси унинг тури билан босқичига, қандай ўтаётганига, дарднинг бир ёки икки томонга тарқалганига, сийдик йўллари ўтказувчанлиги нечоғли бузилганига боғлиқдир. Сурункали пиелонефритнинг тўртта тури тафовут қилинади: латент, рецидивланадиган, гипертоник ва азотемик. Латент тури клиник белгиларининг жуда ҳам кам бўлиши билан характерланади. Касаллар умумий дармонсизлик, тез чарчаб қолиш, баъзан субфебрил ҳароратдан нолийдилар. Баъзи касалларда Пастернацкий симптоми мусбат бўлиб чиқади. Диурез кучайган, сийдикнинг нисбий зичлиги пасайиб қолган бўлади. Арзимас даражада протеинурия, лейкоцитурия, бактериоурия аниқланади, булар купинча дам бўлиб-дам бўлмай туради. Баъзан касаллик яширин кечади, бундай ҳолатларда сурункали пиелонефритни аниқлашда лабораторик текширишлардан ташқари, радионуклид ва рентгенологик текширишдан фойдаланилади (37, 38- расмлар).

Касалликнинг рецидивланадиган тури ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. У ремиссия даври билан қузиб турадиган даври навбатлашиб бориши билан характерланади. Касаллар бели соҳасининг ғалати бўлиб турганлиги, дизурик ҳодисалар, тана ҳароратининг кутарилаётганидан нолийдилар. Касалликда буйрак етишмовчилиги авж олади. Сийдикда оқсил, лейкоцитлар, цилиндрлар, бактериялар, эритроцитлар то-



37-расм. Сурункали пиелонефрит пиелограммаси.



38-расм. Иккала буйрак тоши. Сийдик ажратиш системасининг умумий рентгенограммаси.

пилади. Касаллик қўзиган даврда ўртача анемия бўлади, эритроцитларнинг чуқиш тезлиги ошади, нейтрофил лейкоцитоз аниқланади.

Касалликнинг гипертоник тури гипертонияга хос симптомлар билан намоён бўлади (бош оғриғи, бош айланиши, ҳансираш, бўғилиш, юрак соҳасининг оғриб туриши). Сийдик синдроми ифодаланган бўлмайди ёки вақти-вақти билан намоён бўлиб туради. Гипертония купинча оғир ўтиб, ёмон оқибатларга олиб келади.

Азотемик тури касалликнинг фақат сурункали буйрак етишмовчилиги даврида маълум бўлади. Симптомлари ва лаборатория текширувларидан олинadиган маълумотлар буйрак етишмовчилиги учун характерли бўлади.

Клиникаси. Сурункали пиелонефрит 10–15 йилларгача давом этади ва бундан қўра кўпроқ қўзилади. Вақт ўтиши билан яллиғланиш жараёни буйракдаги каналча ва коптокчаларнинг ҳалок бўлиши ва буйракнинг бўжмайиб қолишига олиб келади. Касалликнинг охириги даврида сурункали буйрак етишмовчилиги авж олади. Пиелонефритда сурункали уремиянинг ўтиши сурункали гломерулонефритдагидан қўра секинроқ зурайиб бориши билан ажралиб туради. Зўр бериб даво қилинадиган бўлса, уремия ҳам қайтиб кетиши мумкин. Сурункали пиелонефрит диагностикаси анамнез маълумотларига, кли-

ник ўтишининг хусусиятларига, сийдикни лабораторияда анализ қилиш, рентгенологик ва радиоизотоп йул билан текшириш натижаларига асосланади. Сурункали пиелонефритга гумон туғилганда сийдикни такрор текшириб куриш зарур бўлади. Шу жиҳатдан олганда Каковский—Аддис ёки Амбюрже усули бўйича сийдик чукмасини миқдор жиҳатдан текшириш пиелонефритнинг энг типик белгиси бўлмиш лейкоцитурияни анчагина ҳолларда топиб олишга имкон беради. Рентгенологик усуллардан экскретор урография кўпроқ ахборот беради. Бир томондаги буйрак шикастланган маҳалда гипурон билан ренография қилиб куриш, айниқса қимматли бўлади.

Сурункали пиелонефрит профилактикаси сийдик йуллари ва улардан ташқаридаги инфекция учоғини, шунингдек сийдик чиқариш йулларидаги маҳаллий узгаришларни бартараф этишга, организм реактивлигини кучайтиришга қаратилган бўлиши керак. Ўткир пиелонефритни бутунлай йўқотиб юбориш профилактика учун ниҳоятда катта аҳамиятга эга. Ҳомиладорларда кўп учрайдиган симптомсиз бактериурияга аҳамият бермоқ лозим.

Давоси. Касаллик қўзиб қолган маҳалда беморлар касалхонага жойлаштирилади. Сурункали пиелонефритнинг барча турларида ўткир таомлар, табиий кофе рациондан истисно қилинади, ичкилик ичиш тақиқланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиши керак. Ичиладиган суюқлик миқдори кунига камида 2 литр бўлмоғи лозим. Туз истеъмоли бирмунча чекланади. Гипертония мудом сақланиб тураверса, енгиллаштирувчи кўнлар буюрилади. Анемияда рационга темирга бой масалликлар қўшилади.

Бактерияларга қарши қилинадиган даво антибиотиклар, сульфаниламидлар ва нитрофуран бирикмаларини ўз ичига олади. Буларни буюриш қоидалари ва миқдорлари ўткир пиелонефритдаги билан бир хил. Вақтида А, В, С витаминлари буюрилади. Гипертония бўлса гипотензив препаратлар тайинланади. Ёрдамчи терапия усули санаторий-курортларда даволанишдир. Бальнеологик курортлар: Маршин, Трускавец, Железноводскда даволаниш. Березов минерал сувлари фойдалидир. Касаллик гипертония, сезиларли анемиялар, буйрак етишмовчилиги билан ўтса санаторий, курортларида даволаниш туғри келмайди.

БУЙРАК-ТОШ КАСАЛЛИГИ

Буйрак-тош касаллиги кўпинча 25—45 яшар одамларда пайдо бўлади. Эркакларда бу касаллик аёлларга қараганда тахминан 2 баробар кўпроқ учрайди. Сийдик тошларининг ҳосил бўлиши сийдик чиқариш йулларининг инфекцияси билан маҳкам боғланган. Баъзи ҳолларда тошлар сийдик йулларининг инфекцияси билан бевосита боғлиқ. Баъзан тошлар сийдик йулларида яллиғланиш жараёнлари пайдо бўлишига олиб келади, бошқа ҳолларда, аксинча, инфекция

тошлар пайдо бўлишига йўл очади. Тошлар сийдик таркибидаги ҳар хил тузлардан: урат, оксалат, фосфат, аралаш тузлардан ҳосил бўлади, уларнинг сони бир донадан бир неча донагача, ҳажми кум доначаларидан товук тухумидек бўлиши мумкин.

Этиология ва патогенези. Буйрак-тош касаллиги сабаблари ва авж олиб бориш механизми етарлича урганилган эмас. Касаллик пайдо бўлишида ичиладиган сув таркиби, овқат характери, авитаминозлар, туз алмашинуви, кислота-ишқор мувозанати, кўпроқ нейро-эндокрин бузилишининг аҳамияти бор. Тошлар ҳосил бўлишига сабаб бўладиган энг муҳим омил буйракдаги моддалар алмашинувининг бузилишидир. Сийдик йўллари инфекцияси муҳим рол уйнайди деб ҳисобланади. Яллиғланиш ўчоғи ҳосил бўладиган оксилли чукма тузлар чуқиб тушадиган ва тошлар ҳосил бўладиган адсорбцион марказ бўлиб хизмат қилади.

Тош ҳосил бўлишига таъсир этувчи омиллар:

- * оз миқдорда суюқлик қабул қилиш;
- * кальций тузларига бой ичимлик сувларидан истеъмол қилиш;
- * пала-партиш овқатланиш: бир хил турдаги овқатдан систематик тарзда кўп истеъмол қилиш, витамин А ва Д етишмовчилиги, қизил винодан кўп ичиш;
- * сийдикнинг димланиши;
- * сийдик йўллари (инфекцияси);
- * буйрак жароҳатлари ва буйрак туқимасига қон қуйилишлар.

Клиникаси. Хуруж (буйрак санчиги) ва хуруж оралиғи фарқланади.

Касаллик белги бермасдан ўтиши, буйракдаги тошлар рентгенологик текширишда тасодифан топилиб қолиши мумкин. Баъзан беморларни белнинг симиллаб оғриб туриши безовта қилади. Бироқ, аксари касалларда буйрак санчиги турида бўладиган, сезиларли оғриқ синдроми билан ўтадиган (тўсатдан белда, қориннинг устки қисмида, чов соҳасида, ташқи жинсий аъзоларда ўтиб турадиган) қаттиқ оғриқлар пайдо бўлади. Беморлар жуда безовталаниб, ўрнида ўзини ҳар ёққа ташлайдилар. Санчиқ тутиб қолган вақтда одам тез-тез сийиб туради, Сийиш вақтида оғриқ сезилади, кунгли айниб, қайт қилади, ичак парези бўлади. Санчиқ бир неча соат, баъзида эса бир кеча-кундуз мобайнида ҳам тутиб туради.

Объектив текширишда одамнинг бели ва сийдик йўллари ўтадиган жойи безиллаб оғриб тургани маълум бўлади. Қаттиқ оғриқ борлигидан буйракни баъзан пальпация қилиб бўлмайди. Пастернацкий симптоми жуда ҳам мусбат бўлади. Сийдик чиқариш камайиб, ҳаттоки анурияга етиб боради. Буйрак санчиги, кўпинча тошнинг сийдик йўлида қисилиб қолиши ва кейин буйрак жоми кенгайиб, буйрак ичидаги босимнинг кўтарилиб кетишига олиб боради. Тошнинг сурилиб туриши ёки қисилиб қолиши буйрак жоми ёки сийдик

йўлининг шикастланишига олиб келади. Шу туфайли микрогематурия, гоҳи макрогематурия пайдо бўлади. Айнан сийдикда эритроцитлар билан оксил топилади, сийдикдаги бу оксил эритроцитлар ҳисобига пайдо бўлади, чунки 1 мл қонда 0,2 г протеин бор. Кўпдан бери турган тошлар сийдик йўлларида функционал ва морфологик узғаришлар пайдо бўлишига олиб келади.

Клиникаси. Инфекция қўшилиши кўпинча сийдик-тош касаллигини оғирлаштириб қўяди. Пиурия пайдо бўлиши инфекция қўшилганидан дарак беради. Пировард натижасида пиелонефрит пайдо бўлиб, тош ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Касаллик кўпинча гипертония билан ҳам оғирлашади.

Давоси. Буйрак санчиғи тош чиқиши билан тугамайдиган бўлса, ҳаракат машқлари тавсия этилади. Жисмоний зўриқиш бериш билан бир вақтда кўп миқдорда (2–3 л гача) сув, чой, минерал сувлар ичиб борилади. Спазмолитик препаратлар буюрилади. Тош ҳосил бўлишининг олдини олиш ва тошларни суриб чиқариш мақсадида раватин, раватенекс, цистенол ишлатилади. Минерал сувлар, балчиқ билан даволаниш, шифобахш физкультура наф беради. Минерал сувлар диурезни кучайтиради. Шилимшиқни эритиб ювиб юборади, кислота, ишқорлар мувозанатини нормаллаштиради. Санчиқни бартараф этиш учун тери остидан 1 мл 0,1 %ли атропин эритмаси, 2, 0 мл 2 %ли папаверин эритмаси юборилади. Кор қилмаса 1,0 мл 2 %ли омнопон ёки 1,0 мл 1 %ли морфин эритмаси тайинланади.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Сурункали буйрак етишмовчилиги уремик интоксикацияга олиб келадиган, аста-секин ривожланадиган касаллик ҳисобланади. Хасталик сурункали уремия, артериал гипертензия, сув-туз, ишқор, кислота алмашинуви бузилиши синдромларидан иборат бўлиб, нефронларнинг нобуд бўлиши ва камайишига олиб келадиган кўп йиллик патологик жараён оқибати ҳисобланади.

Этиологияси. Бунда сурункали гломерулонефрит ва пиелонефрит катта аҳамият касб этади. Диабетик гломерулонефрит, буйрак амилоидози, поликистози, сийдик чиқариш йўллари ўтказувчанлигининг бузилиш билан давом этадиган ва иккиламчи пиелонефритга олиб келадиган касалликлар, гоҳи гипертония касаллиги ҳам муҳим урин тутади ва буйрак етишмовчилигига олиб келади.

Клиник кўриниши. Беморлар бўшашган, уйқусираган ҳолда бўладилар, уларда азоб берадиган тери қичишиши пайдо бўлади. Тери қуруқ, юз шишган бўлади, мушаклар анча бўшашиб қолади ва тез-тез учиб туради. Суяклар зарарланганда оғриқ сезилади. Ҳаракат қилганда бўғимларнинг оғриқи уратлар, синовиал суюқлик йиғилиши билан изоҳланади. Бир қатор беморлар кўкрагида уремик плеврит ҳосил бўлганидан оғриқ сезиладилар. Упкада юрак-ўпка етишмовчилиги натижасида ҳул хириллашлар эшитилиш мумкин.

Сурункали уремиянинг кўринишларидан бири — перикардит ҳисобланади. Сурункали буйрак етишмовчилиги билан ҳасталанган беморларда купинча оғир юрак-томир гипертензия синдроми ҳосил бўлади ва ретинопатия вужудга келади. Юрак зарарланганда ўткир чап қоринча етишмовчилиги кўринишидаги юрак астмаси пайдо бўлади. Сурункали буйрак ҳасталигида кўнгил айниши, қусиш, оғиз қуриши ва ноҳуш таъм сезиш, овқат еганда меъда оғирлашиши, чанқоқлик кузатилади. Бунда гипертония ривожланади, қонда анемия, лейкоцитоз қайд этилади. Тромбоцитлар агрегацияси сусаяди, бу эса уремик қон оқшининг муҳим сабабларидан биридир.

Қонда қолдиқ азот миқдори, мочевино ва креатинин даражаси ошади. Сурункали буйрак етишмовчилигида калий, шу билан бирга магний миқдори ортади.

Давоси Режим, парҳез тулақонли бўлиши зарур. Анаболик гормонлар қўлланилади: ретаболил 50 мг дан мушак орасига ҳар 10—15 кунда берилади. Буйрак гипертониясида гипотензив дори воситалари тавсия этилади. Агар шиш синдроми бўлса, фуросемид, урегит қўлланилади. Геморрагик диатез ривожланганда витамин К ва аминакапрон кислота эҳтиётлик билан қўлланилади. Яна беморга витаминлар тайинланади. Бу мақсадда В гуруҳи витаминлари ва витамин С буюрилади. Беморга гидрокарбонат 400—500 мл венадан томчилаб юборилади. Сурункали буйрак етишмовчилиги бир маромда ривожланади. Ҳасталикни даволаш анча мураккаб бўлгани учун асосий касалликни пухта даволаш, беморни диспансер кўригидан ўтказиб туриш, мунтазам равишда режали иккиламчи профилактика ўтказиш лозим.

БУЙРАК ВА СИЙДИК АЖРАТИШ СИСТЕМАСИДА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР

1. Эклампсия ёки ангиоспастик энцефалопатия — ўткир гломерулонефритнинг оғир асорати бўлиб, асосан касалликнинг биринчи 10 кунда учрайди, артериал босим юқори даражаларга кўтарилади, шиш касаллик кучайишидан олдин пайдо бўлади, тутқаноқ тутиши ва бемор ҳушини йўқотиши билан характерланади.

Эклампсия бошланишидан олдин беморни бош оғриғи, бош айланиши ва кўнгил айниши безовта қилади, ҳамшира бу белгиларни албатта билиши керак, шу белгиларнинг бошланишини сезиши билан дарҳол врачни чақириши зарур, чунки тезда бемор ҳушини йўқотиши мумкин.

Бундай беморларга дарҳол венага диуретиклар (фуросемид, 40 %ли глюкоза, маннитол ва б.), гипотензив моддалар (ганглиоблокаторлар, дроперидол, магний сульфат), транквилизаторлар (седуксен ва б.) қилинади.

Агар ҳушдан кетиш кучайиб борса (сопор ҳолати, бутун танада тоник ва клоник талвасалар кучайса), талвасага қарши эфир-кисло-

род наркози қўлланади; талваса тўхтамаса қон олинади (300–500мл). Бу муолажалар зудлик билан олиб борилиши керак, чунки бундан оғир асоратлар келиб чиқиши мумкин (бош мияга қон қуйилиши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, ўпка шиши билан бирга, кўриш қобилиятининг бузилиши). Агар даволаш натижа бермаса, орқа мия пункция қилинади. Шу билан мия ичи босими пасаяди ва хуруж тўхтайди, купинча кўриш қобилияти тўлиқ тикланади.

2. Ўткир буйрак етишмовчилиги — сийдик ажратиш функциясининг тўхташи (бир неча соат ёки кунда) анурия ва қонда азот маҳсулотларининг ортиши билан характерланади. Бу ҳолат буйракда ўткир қон айланиши, буйрак қон томир чигалларида фильтрациянинг ва каналчаларда реабсорбциянинг ўткир бузилиши натижасида келиб чиқади.

Ҳозирги вақтда ўткир буйрак етишмовчилиги, гемодиализ натижасида яхши оқибатлар билан якунланмоқда.

Ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқишида кўпроқ сийдик чиқарув йўллари тўсилишига сабаб бўлувчи—гломерулонефрит ва буйрак-тош касалликлари сабаб бўлади. Ҳозирда ўткир нефрит билан оғриган беморларда (1 %) ўткир буйрак етишмовчилиги учрамоқда. Ҳамшира ўткир буйрак касалликларининг шундай асоратларини яхши билиши ва доимо диурезни назорат қилиб бориши зарур. Агар диурез суткасига 300 мл дан камайиб кетса, диуретик терапия наф бермаса гемодиализ тўғрисида ўйлаш керак.

Уремик кома — сурункали буйрак етишмовчилигининг финали, у секин-асталик билан келиб чиқади. Бемор ҳаётчан, бўшаган, уни қаттиқ бош оғриғи, уйқусизлик ва тери қичишиши безовта қилиб, кейин нотинч, баъзан агрессив бўлиб қолади. Кейинчалик бемор бефарқ, уйқучан, уйқучанлик сопор ҳолатига ўтади ва комага тушади, баъзан талваса тутади. Нафас олиш дастлаб чуқур ва шовқинли, кейинчалик юзаки, нотўғри (Чейн—Стокча нафас) бўлади, сийдик мутлоқ ажралмайди.

Сурункали буйрак етишмовчилиги натижасидаги кома, кечиккан уремиядир. Бунда шошилчинч ёрдам курсатиш чегараланган. Венага глюкоза (40 % ли эритмасидан 40 мл, 5% ли эритмасидан 250–500 мл), натрий гидрокарбонат (4 % ли эритмасидан 200 мл), қонда катий миқдори ошганда—кальций глюконат (10 % ли эритмаси 50 мл гача) тайинланади. Сифонли ҳуқна, қўзғалганда—хлоралгидрат ҳуқна қилинади (3 % ли эритмаси 50 мл дан). Бундай беморлар нефрология бўлимида ётишлари керак. чунки бу ерда экстракорпорал гемодиализ ўтказиш аппарати бўлиб, шугина вақтинча фойда бериши ва беморни кома ҳолатидан чиқариши мумкин.

Буйрак санчиги — буйрак-тош касаллигининг асосий ва оғир асоратидир. Бу ҳолат тошнинг тўсатдан қимирлаши ва сийдик йўлида тўсиқ димланиши оқибатида келиб чиқади. Буйрак санчиги сийдик йўллари силлиқ мускуллари спастик қисқаришининг натижасидир.

Хуруж тўсатдан бошланади. унинг пайдо бўлишига қаттиқ жисмоний зўриқиш, силкитадиган йулда юриш, шикастланиш бевосита туртки бўлиши мумкин, жуда кўп миқдорда суюқлик истеъмол қилиш, баъзан мутлоқ тинч ҳолатда кечаси ухлаётган вақтда ҳам бошланади.

Хуруж клиникаси — белнинг у ёки бу қисмида тўсатдан қаттиқ ачиштирувчи оғриқ бўлиб, вақти-вақти билан тўхтаб қайталаниб туради, оғриқ сийдик чиқарув йўли бўйлаб ва сийдик қопи томонга, чов соҳасига, жинсий аъзоларга тарқалади.

Одатда хуружда оғриқ, тез-тез сийиб туриш кузатилади, уретрада беморни ачиштирувчи оғриқлар безовта қилади. Бемор безовталаниб, ўрнида ўзини ҳар ёққа ташлайди, ўзига қулай шароит топишга ҳаракат қилади. Сийдикда қон пайдо бўлади, бемор ранги оқарган, уни совуқ тер босади, кунгли айниб, қайт қилади, ичак парези бўлади, олигоурия, анурия келиб чиқади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлади, пульс тезлашган, кучсиз тўлиш билан, оғриқнинг зўридан баъзан бемор ҳушидан кетади. Хуруж бир неча соат, баъзида эса бир кеча-кундуз мобайнида ҳам тутиб туради.

Шошилинич ёрдам. Ҳамшира беморга иссиқ муолажалар: бел соҳасига иссиқ грелка, вазиятдан келиб чиқиб иссиқ ванна қилиши керак. Бўйрак санчиғи хуружида бемор ҳушидан кетиши мумкин, шунинг учун ҳамшира ваннада беморни ёлғиз қолдирмаслиги зарур. Юрак қон-томир препаратлари тайёр туриши керак (кофеин, кордиамин, 20—25 томчи цистенал бериш мумкин). Врач кўрсатмаларига асосан оғриқ қолдирувчи ва спазмолитик моддалар (5 мл баралгин мускул орасига ёки вена ичига, жуда секинлик билан 1 мл атропин ёки платифиллин тери остига), агар оғриқ тўхтамаса наркотиклар қўлланилади.

Даволаш муолажалари таъсир қилмаган тақдирда бемор урология (жарроҳлик) бўлимига ётқизилади.

Ўқувчилар билимини мустаҳкамлашда саволлардан ташқари муаммоли масалалар ечилади.

1- топшириқ.

Бемор 38 ёшда, 7 кун олдин ангина билан оғриган. Тўсатдан бош оғриғи, юзда ва болдирларда шиш пайдо бўлган, сийдикнинг ранги гўшт селига ўхшайди, шу шикоятлар асосида шифохонага «ўткир гломерулонефрит» ташхиси билан ётқизилган. Деярли ўзгариш сезилмаяпти, ҳамшира навбатчилик вақтида бемор эс-ҳуши тарқоқлиги ва талваса синдромларини аниқлади.

1. Бемордаги қандай ҳолат туғрисида ўйлаш мумкин?
2. Ҳамшира нима қилиши керак?

Жавоб: Шифохонада ўткир нефрит ҳолатида узгариш сезилмаяпти, шиш кучайган, артериал босим ортган, мия ичи босими ошган, ҳамшира беморда ҳушдан кетиш ҳолатлари ва эклампсияга хос белгиларни аниқлаган.

Ҳамшира дарҳол врачни чақириши ва врач курсатмаларини дарҳол бажариши зарур.

2- топшириқ.

Бемор 42 ёш, буйрак-тош касаллиги билан оғриб келади, бел соҳасида қаттиқ оғриқ, оғриқ қориннинг пастки қисмига ва чов соҳасига тарқалмоқда, вақти-вақти билан бемор қўз олдилари қоронғилашмоқда. Бемор касаллик оғриқ, тез-тез оғриқли сийиш билан кечаётганидан шикоят қилади.

1. Бемордаги қандай ҳолат туғрисида ўйлаш мумкин?
2. Ҳамшира шошилишч ёрдамни қандай ташкил қилиши керак?

Жавоб: Беморда буйрак санчиги ҳуружи. Беморни дарҳол ётқизиш ва бел соҳасига иссиқ грелка қуйиб, 20 томчи цистенал бериб, дарҳол врачни чақириш керак.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРГА ЙЎРИҚНОМАЛАР

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР.

Дарсдан мақсад. Назарий дарсларни мустаҳкамлаш ва буйрак, сийдик ажратиш системаси касалликлари билан оғриган беморларни назорат қилиш, даволаш ва парвариш қилиш муолажаларини ўтказишни ўрганиш.

Уқувчи билиши шарт:

- * буйрак ва сийдик ажратиш йўллариининг анатомио-физиологик асосларини;
- * буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликларида беморларни текшириш усуллари тартибини (тизмага асосан);
- * асбоблар ёрдамида ва лаборатория текшириш усулларини;
- * буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликлари билан ҳар хил текшириш усулларига тайёрлашда ҳамширанинг ролини;
- * буйрак-тош касаллиги ҳуружи симптомлари ва врачга шошилишч ёрдам кўрсатишни (тизма асосида);
- * буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликлари билан беморларни кузатиш ва парвариш қилиш асосларини, парвариш қилиш асослари билан муаммоли масалаларни ечишни.

Бемор шикоятлари

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Юздаги шиш. | 5. Бош оғриғи. |
| 2. Дизурик кўринишлар. | 6. Олигоурия. |
| 3. Бел соҳасидаги оғриқ. | 7. Кўриш қобилиятининг ўзгариши. |
| 4. Иситма (тана ҳароратининг кўтарилиши). | 8. Кўнгил айниши. |
| | 9. Тери қуруқлиғи. |

Касаллик анамнези

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Хатарли омиллар. | 5. Касаллик ривожланиши. |
| 2. Инфекция учоқлари. | 6. Ўтказилган текшириш усуллари. |
| 3. Касаллик сабаблари. | 7. Олиб борилган даво муолажалари. |
| 4. Касалликнинг бошланиши. | |

Ҳаёт анамнези

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Наслдан наслга берилувчанлик. | 4. Мутахассислиги. |
| 2. Ҳомиладорлик нефропатияси. | 5. Овқатланиш характери. |
| 3. Хавфли белгилар. | 6. Яшаш шароити. |

Беморларни бевосита текшириш усуллари

Кўздан кечириш

1. Тери оқариши.
2. Шиш борлиғи.
3. Трофик бузилишлар аниқланиши.

Пальпация

1. Буйракларни.
2. Сийдик чиқарув йўли бўйича.

Перкуссия

1. Пастернацкий симптоми.
2. Бўшлиқларда суюқлик борлигини аниқлаш.

Асбоблар билан текшириш

1. Буйракнинг умумий рентгенографияси.
2. Урография
3. Хромоцистоскопия.
4. Буйракни сканерлаш.
5. Ультратовуш асосида текшириш.
6. Компьютерли монография.
7. Пункцион биопсия
8. ЭКГ
9. Кўз тубини текшириш

Лабораторик текшириш

1. Қоннинг умумий таҳлили.
2. Қонни биокимёвий текшириш усуллари (оқсил фракцияларини, электролитлар, креатин, коптокча филтрацияси).
3. Сийдикни умумий текшириш (Ничепаренко, Каковский – Адисс ва Зимницкий усулида, сийдикни экиш).

11-тизма. Буйрак санчиғи хуружининг клиник белгилари ва ҳамшира тактикаси.

Бемор шикоятлари
1. Бел соҳасида тўсатдан бошланувчи оғриқ ва унинг тарқалиши. 2. Дизурик ҳолатлар. 3. Сийдик рангининг ўзгариши 4. Кўнгил айланиши ва қусиш. 5. Қалтираш.

Кўздан кечириш натижалари
1. Тери рангининг оқариши. 2. Совуқ тер босиши. 3. Мажбурий ҳолатни олиш. 4. Пульс кам тўлиш билан, тезлашган. 5. Бел соҳасини пальпация қилганда оғриқнинг аниқланиши. 6. Пастернацкий симптомининг мусбатлиги.

Ҳамшира тактикаси
1. Беморга тинчлик яратиш. 2. Бел соҳасига иссиқ муолажалар қилиш. 3. Цистенал (20 томчидан қандга томизиб). 4. Врaчни чақириш.

Тайёрлаб қўйиш керак
1. Шприцлар. 2. Баралгин. 3. Атропин. 4. Промедол.

Дарсга тайёрлаш учун бошқа фанлардан олган билимларини тиклаш: анатомия, физиология, патология, ҳамширалик иши, фармакология фанларидан.

Дарснинг қисқача мазмуни.

Буйрак ва сийдик ажратиш йўлларининг анатомио-физиологик асосларини муҳокама қилиш учун қўйидагиларни билиш керак:

- * буйраклар тузилишини;
- * нормал ҳолатда буйрак функцияларини;
- * сийдик ҳосил бўлиши ва сийдик ажралишининг бузилишларини;
- * буйракнинг нейрогуморал бошқарилишини;
- * сийдик таҳлилининг нормал ва патологик ҳолатларини;

Буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликлари билан диагностик текшириш усулларида аниқ натижалар олиш учун махсус тайёргарлик олиб борилиши керак.

Буйракда рентгенологик текшириш олиб боришда, аниқ натижа олинмаслик сабабларидан бири, ичакларда газ тўпланишидир. Шу сабабларнинг олдини олиш учун ҳамшира текшириш олиб борилишидан 2 кун олдин беморга тушунтириш ишларини олиб бориши зарур (қора нон ва қарам емаслиги ва б.). Текширишдан бир кун олдин тушдан кейин беморга 30 мл кастор ёғи берилади, шу кун кечаси ва текширишдан 2 соат олдин тозаловчи ҳуқна қўйилади. Текшириш наҳорга олиб борилади. Текширув олдида бемор сийдик қопини бушатиб олиши керак.

Буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликларини бошқа клиник текширишлар учун керакли маълумотларни «Ҳамширатик иши»-фанида ўтилганидек ўрганилади.

Мустақил иш

Буйрак ва сийдик ажратиш йўллари касалликларини назорат ва парвариш қилиш, даволаш, диагностик муолажаларни тўлиқ ўрганиш, мустаҳкамлаш учун керакли нарсалар тайёрлаб қўйилади.

Дарс мобайнида ҳар бир ўқувчи текшириш натижаларини таҳлил қилишни ўрганиши лозим. Дарсни мустаҳкамлаш ва билимини текшириш учун муаммоли масалалар ечилади.

1-топшириқ.

Бемор 49 ёш. Шикоятлари: бош оғриғи, бош айланиши, кўз олдида учкунлар пайдо бўлиши, ҳансираш, юрак уйнаши, бел соҳасидаги оғриқ, вақти-вақти билан қўнғил айланиши, қусиш.

12 йилдан буён шу касаллик билан оғрийди. Дастлаб артериал босимнинг ошганлиги аниқланган, сийдик текширилганда оқсиллар, эритроцитлар, цилиндрлар топилган. Шифохонада бир неча маротаба даволанган. Бемор 30 йилдан бери чекади, спиртли ичимликлар истеъмол қилади.

Куздан кечирганда қуйидагилар аниқланди: тана тузилиши тўғри тузилган, ўртача семизликда, тери ранглари оқарган, сарғиш товланиш билан. Тери қуруқ, болдирда шиш аниқланди. Пульс ритмик, кучланиш, яхши тўлиш билан минутига 100 маротаба. Юрак учиди систолик шовқинлар эшитилмоқда, артериал босим 190/110 мм. см. уст.га тенг. Упкани эшитиб қўлганда дағал нафас ва онда-сонда қуруқ хириллашлар аниқланди. Қорин юмшоқ, оғриқсиз, овал шаклида. Пастернацкий симптоми иккала томонда ҳам мусбат. Умумий сийдик таҳлили натижалари: оқсилларқ—2, 6 %. , эритроцитлар — 20 тагача қўриш майдониди, донатор цилиндрлар—2 — 3 қўриш майдониди, ЭЧТ 22 мм/с. Мочевина, креатинин ва қўлдиқ азот миқдорлари ошган.

1. Касаллик тўғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз.
2. Парвариш қилиш асосларини айтиб беринг. .

Жавоб эталони:

Бемор шикоятларига, касаллик, ҳаёт анамнези, объектив ва қўшимча текшириш натижаларига асосланиб, беморда сурункали диффуз гломерулонефритнинг гипертоник тури, сурункали буйрак етишмовчилиги тўғрисида уйлаш мумкин.

Бемор шикояти ва объектив текшириш натижалари (пульс, артериал босим, нафас) га асосан беморнинг умумий ҳолатини ўртача оғирликда ҳисоблаш мумкин.

Шундай беморларни кузатиш ва парвариш қилишда ҳамшира қуйидагиларни билиши шарт:

- беморга қўлай ҳолат яратиш (ҳансирашни камайтириш мақсадида, намланган кислород бериш);

- * юрак қон-томир ситемаси ишларини назорат қилиш (пульс ва артериал босимни);
- * буйракнинг ажратиш функцияси издан чиққанлиги сабабли диурезни кузатиш;
- * кунгил айнаиганда, қусишда ёрдам кўрсатиш;
- * терини гигиеник парвариш қилиш, инфекция тушишининг олдини олиш;
- * беморга белгиланган режимнинг бажарилишини назорат қилиш;
- * врач тайинлаган муолажаларни аниқ ва вақтида бажариш;
- * парҳезнинг (7-стол) тўғри бажарилишини назорат қилиш;
- * бемор ҳолатида юз берган ҳар бир узгариш тўғрисида врачга вақтида маълумот бериб туриш.

2- топшириқ.

Бемор 40 ёш. Шифохонага тез ёрдам машинасида жуда оғир ҳолатда олиб келинган.

Кўздан кечирилганда: юз шишган, оёқларда шиш, сезиларли даражада ҳансираш (нафас ҳаракатлари минутага 46 маротаба), қалқиб кетувчи нафас, қизғиш купикли балғам ажратиши, бўйинда, юзда цианоз, юзда, белда, болдирда, товонда шишлар аниқланди. Упканинг ҳамма жойларида жуда кўп миқдорда намли хириллашлар эшитилмоқда. Пульс минутага 90 маротаба, ритм билан, қониқарли, артериал босим 210/150 мм. см. уст.га тенг Юрак тонлари бугиқ. Қорин девори асцит суюқлиги эвазига катталашган. Жигар қовурга равоғидан 3 см. га катталашган. Қон таҳлили: эритроцитлар — $3,8 \times 10^{12}/л$, ЭЧТ—30 мм/с. Сийдик таҳлили: оқсил — 8, 4 %, гиалинли цилиндрлар—2—4 куриш майдонида.

Қонда мочевина — 12, 32 ммол/л, кератин — 200 мкмоль/л.

1. Касаллик тўғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

3-топшириқ.

Бемор 26 ёш. Шифохонага қуйидаги шикоятлар билан тушди: бош оғриғи, камқувватлик, умумий бўшашиш, иштаҳанинг камайиши, ҳансираш, юрак уйнаши, юрак ва бел соҳасидаги оғриқлар, юзда шиш пайдо бўлгани, қизил сийдик ажралаётгани. Яқинда (2 ҳафта олдин) ангина билан оғриганлиги аниқланди.

Кўздан кечирилганда қуйидагилар: гавдаси тўғри тузилгани, тери ранги оқаргани, юзлари шишинқирагани, лабларда цианоз, нафас олиш тезлашгани. оёқларда шиш аниқланди. Пульс минутага 56 маротаба, ритмик, ўртача тўлиш билан. Юрак тонлари пасайган, артериал босими 160/100 мм. см. уст.га тенг. Упкада везикуляр нафас эшитилмоқда. Тиллар тоза. нам. Қорин юмшоқ, оғриқсиз. Пастернацкий симптоми иккала томонда ҳам сезиларли мусбат. Сийдик таҳлили: эритроцитлар кўриш майдонида тўлиқ тарқалган, оқсил —

3 г/л. Қон таҳлили: лейкоцитлар — $12 \times 10^9/\text{л}$, эозинофиллар — 8 %, ЭЧТ — 25 мм. с.

1. Касаллик тўғрисида сизни мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини айтиб беринг.

4-топширик.

Бемор 36 ёшда, шикоятлари: иситмадан, белнинг унг томонида оғриқдан, тана ҳарорати $39-40^\circ\text{C}$ гача кутарилганидан, қалтирашдан. Касалликнинг совуқ қотишга боғлиқлиги аниқланди. Пастернацкий симптомининг унг томонда мусбатлиги аниқланди.

1. Қайси касаллик тўғрисида уйлаш мумкин?
2. Қандай қўшимча текширишлар ўтказилиши керак?
3. Парвариш қилиш асослари.

II. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Назарий билимларни амалиётда мустаҳкамлаш. шифохона шароитида буйрак ва сийдик ажратиш системаси касалликларини билан назорат, парвариш қилиш, даволаш, шошилиш ёрдам курсатиш, профилактика муолажаларини ўрганиш ва бажариш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * буйрак ва сийдик ажратиш системаси касалликларининг асосий клиник белгилари ва шикоятларини;
- * буйрак ва сийдик ажратиш системаси касалликларида дизурик ҳолат тўғрисида тушунчани;
- * буйрак касалликлари оқибатида келиб чиқадиган иккиламчи гипертония касаллиги ҳақида тушунчани;
- * буйрак касалликларини даволаш ва профилактика қоидаларини;
- * буйрак касалликлари билан оғриган беморларни даволашда парҳезнинг аҳамияти ва асосларини;
- * қарияларда буйрак ва сийдик ажратиш системаси касалликларининг кечиши асосларини;

Дарс мобайнида ўқувчилар ҳамширанинг нефрология бўлимида иш юритиш хусусиятлари билан таништирилади (асосан беморларни назорат қилиш ва парвариш қилишда).

Беморлар билан суҳбатлашаётган вақтда қуйидагиларга эътибор бериш керак: оғриқ ёки бел соҳасидаги нохуш сезгиларга, сийдикнинг рангига, сийдик ажралишининг бузилиш симптомларига (полиурия, олигоурия ва б.). Буйрак касалликлари бўлган бемор кўпинча бош оғриғи, нафас қисиш ҳужжи, шиш (кўпроқ юзда ва тананинг юқори қисмида), диспепсик ҳолатлар, тана ҳароратининг кутарилишидан шикоят қилади.

Куздан кечирганда тери рангига, тери тургорига, намлигига, теридаги қашилган жойларга, шишга, Пастернацкий симптомига эътибор берилсин.

Қарияларда купинча буйрак касалликларининг клиник белгилари яширин ҳолда утади.

Қўшимча текшириш натижаларини тулиқ тушунадиган ҳолатда урганиш, фикрлашни ургатиш, даволаш, парвариш қилиш, беморларни назорат қилиш асосларини, ҳаттоки реабилитация программаларини билиш лозим.

Мустақил иш

Амалиёт дарси давомида малакали ҳамшира назорати остида буйрак касалликлари билан оғриган беморларга врач кўрсатмаларини мустақил бажаришни урганиш керак. Беморларни назорат ва парвариш қилиш ҳамда қўшимча текшириш усулларига тайёрлаш асосларини урганиш. Врачгача ёрдам кўрсатиш зарур.

Ўқувчилар тиббиёт ҳужжатларини мустақил тулдирадилар ва санитар-оқартув ишларини, профилактика мақсадида, беморлар орасида олиб борадилар.

Ўқувчилар кундалигида беморларни кузатиш ёрдамида олинган натижалар, уларнинг қўшимча текшириш ва даволаш ишлари, профилактика муолажаларини бажарганлиги ёки унда қатнашганлиги туғрисидаги маълумотлар булиши керак.

III. ПОЛИКЛИНИКАДА АМАЛИЁТ ДАРСИ

Дарсдан мақсад: Буйрак касалликлари булган беморларга ёрдам кўрсатишда, поликлиника шароитида ҳамшира ишининг асосларини урганиш.

Дарс мобайнида ўқувчилар нефрологик беморлар билан фаол назорат қондалари ва уларнинг реабилитация усуллари билан танишадилар.

Фаол назорат остида қуйидаги беморлар : ўткир диффуз гломеруло-нефрит сурункали гломерулонефрит, пиелонефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги билан оғриганлар турдилар. Асосий мақсад касалликлар қайталанишининг олдини олиш ва кишилар меҳнат қобилиятларини сақлаб қолиш. Беморлардаги сурункали инфекция учоқларини санация қилинади. Ҳамшира беморлар орасида санитар -оқартув ишларини олиб боради: касаллик мазмунини тушунтиради, совуқ қотишнинг нохуш, уларга хавфли белгиларини, (чекиш ва ичиш) оқибатини, беморларга буюрилган парҳезга қаттиқ амал қилиш аҳамияти туғрисида тушунтириш ишларини олиб боради.

Реабилитация тадбирлари комплексида нефрологик беморларни ишга жойлаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Бундай беморларга совуқ қотиш билан боғлиқ булган, иссиқ, нам шароитда узоқ вертикал ҳолатда ишлаш мумкин эмас.

VIII БОБ. ҚОН СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ҚОН СИСТЕМАСИ ТЎҒРИСИДА ҚИСҚАЧА АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР

Бу системага жигар, суяк қўмиги, лимфатик тугунлар, талоқ — қон яратиш аъзолари киради. Бу ерда қон шаклли элементлари: эритроцитлар асосан қизил суяк қўмигида, лейкоцитлар — талоқда ва лимфатик тугунларда (талоқда лейкоцитларнинг шаклларида бири — моноцитлар, лимфатик тугунларда — лимфоцитлар ишлаб чиқарилади), тромбоцитлар — қизил суяк қўмигида ишлаб чиқарилади.

Қон озик моддаларни организмнинг ҳамма ҳужайраларига етказиб беради ва зарarli маҳсулотларни ташқарига чиқаради. Қон плазмадан — қондан шаклли элементлар чиқарилгандан кейин қоладиган тиниқ суюқликдан иборат. Соғлом одам организмда қоннинг умумий миқдори тахминан 5л. Қон плазмаси — сув бўлиб, унда оксил моддалар, қанд, жуда майда ёғ зарралари, турли хил тузлар, кислород (озроқ миқдорда) эриган ҳолатда бўлади.

Қонда 5×10^{12} /л гача эритроцитлар бўлади. Улар қонга қизил ранг беради, чунки ўзига хос гемоглобин моддасини тутати, Қон билан ўпка орқали ўтадиган эритроцитлар ўзига хос тузилиши туфайли (хусусан, гемоглобин таркибига темир киради) кислородни тортиб олади ва уни барча аъзо ва тўқималарга ташийдди.

Эритроцитларнинг яшаш давомлилиги тахминан бир ой, улар кўпроқ талоқда (камроқ жигарда, суяк қўмигида) парчаланади, шунинг учун талоқни эритроцитлар “мозори” деб атайдилар.

Эритроцитлар емирилгандан кейин озод бўлган гемоглобин жигар ҳосил қиладиган билирубиннинг таркибий қисми ҳисобланади, темир янги эритроцитларнинг “қурилиши” учун сарфланади.

Лейкоцитлар ҳаракатланишга (амёба ҳаракатлари турида) қодир, улар организм учун ёт бўлган моддалар, масалан, ўлган ҳужайраларни ҳазм қила олади (фагоцитоз).

Лейкоцитлар эритроцитлардан фарқли равишда ҳужайра ядросини сақлайди. Қонда нормада — $3, 2 \times 10^9$ /л дан $11, 3 \times 10^9$ /л гача лейкоцитлар бор. Гранулоцит (донадор протоплазмали) ва агранулоцит (донадормас) лейкоцитлар фарқ қилинади. Гранулоцитлар ацидофил гранулоцитлар (эозинофиллар), базофил, нейтрофил гранулоцитларга бўлинади. Агранулоцитлар — бу лимфоцитлар ва моноцитлардир.

Лейкоцитларнинг умумий сонига нисбатан олганда гранулоцитлар тахминан 60 — 65%, лимфоцитлар — 19—37%, моноцитлар — 3—11 % гача, ацидофил гранулоцитлар — 2%, базофил гранулоцитлар — 0—1,0% ни ташкил қилади.

Тромбоцитлар қон ивиш жараёнида қатнашади. Нормада уларнинг миқдори $180, 0 \times 10^9$ /л дан $320, 0 \times 10^9$ /л гача ёки 1000 эритроцитга 50 тромбоцит тўғри келади.

ҚОН СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ

Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларининг специфик симптомлари йўқ, касалликлар билан боғлаган ҳолда, яъни касалликни қисмларга бўлинган ҳолда текшириб кўрилганда аниқланади. Клиник текширишларда аниқланадиган симптомларга қуйдагилар киради:

Ланжлик (ёки бўшашиш), тез чарчаш, ҳансираш, камқонлик касаллиги («анемия» қон таркибида эритроцитлар миқдорининг камайиши) кўринишлари ёки гемобластозда (ўткир ёки сурункали) лейкоцитларнинг зўр бериб парчаланиши натижасида келиб чиқадиган интоксикация клиник белгилари бўлиши мумкин.

Тана ҳароратининг кўтарилиши (иситма) сезиларсиз ёки сезиларли бўлиши мумкин (ўткир ёки сурункали лейкозда, жуда кўп миқдорда лейкоцитларнинг парчаланиши). Лейкоцитлар ядросидаги пурин моддаларининг кўп миқдорда ажралиши, пирогенсимон таъсир натижасида келиб чиқади.

Иситма яна ўткир гемобластозда ва сурункали гемобластознинг терминал босқичида ҳам бўлиши мумкин.

Терида қичишишлар—гемобластознинг бир қанча турларида (эритремия, лимфогранулематозда) аниқланади.

Бир неча турдаги қон кетишларнинг кучайиши, майда тошмалар—симон териға қон қуйилиши, кўп қон йўқотиш ёки қон кетиш кузатилади (бурундан, бачадондан, меъда-ичак йулидан, ўпкадан ва б.). Кўпинча бу ҳолат қон таркибидаги тромбоцитлар миқдори ва бир қанча қон ивишида иштирок этувчи оқсил моддаларининг камайиши ҳамда майда қон томирлар деворининг бузилиши эвазига келиб чиқади.

Чап қовурға остидаги оғриқлар—талоқ ҳажмининг катталашиши ва капсуласининг таранглашиши натижасида кузатилади. Ўткир оғриқ талоқнинг бирор қон томирининг тромбози сабабли, талоқ инфаркти келиб чиқиши клиникасига хосдир. Кейинчалик талоқ усти соҳасида қорин парда тебранишининг шовқини эшитилади.

Тери ва шиллик пардалар рангининг оқариши—периферик қон таркибида эритроцитлар миқдорининг камайиши белгиси. Майда қон томирлар қисқариши натижасида ҳам бўлиши мумкин.

Тери, сочда, тирноқлардаги трофик ўзгаришлар (сочлар тўкилиши, тирноқларнинг осон синадиган бўлиб қолиши, тирноқлардаги териларнинг юпкалашиши). Организмда темир сақловчи ферментлар етишмовчилиги белгисидир.

Суяклардаги оғриқ—гемобластоз касаллигида суяк қўмиги қисми ўсиши (гиперплазия) натижасида аниқланади.

АНЕМИЯЛАР

Қон яратилиш аъзолари касалликлари орасида анемия ёки кам-қонлик энг кўп учрайди. Бу патологик ҳолатда қонда гемоглобин, аксарият, айни вақтда эритроцитлар миқдори ҳам камайган бўлади.

Анемия—кўп қон йўқотиш (масалан, шикастланишда), қизил суяк кўмиги функциясининг пасайиши, организмга қон яратилиш жараёнлари учун зарур моддалар, хусусан цианокобаламин ёки темир етарлича тушмаслиги, шунингдек суяк кўмигига инфекцион-токсинли таъсирга боғлиқ бўлиши мумкин.

Қоннинг ранг кўрсаткичи бўйича гипохром ва гиперхром анемия фарқ қилинади (гиперхром анемия қоннинг юқори ранг кўрсаткичи билан характерланади, гипохром анемиядан фарқли равишда қонда гемоглобин миқдори эритроцитлар миқдорига нисбатан камроқ даражада пасаяди). Бир қатор анемияларнинг ривожланиш механизмида — қизил суяк кўмиги регенератив хусусиятининг пасайиши умумий звено бўлиб ҳисобланади. Суяк кўмигининг эритроцитлар ишлаб бериш қобилиятининг узил-кесил йўқолиши анемиянинг тез авж олиб боришига олиб келади. Бемор шу сабабли ёки унга қушилиб келган инфекциядан ўлиши мумкин.

Ҳозирги вақтда клиник манзараси ўзига хос бўлган анемияларнинг энг кўп учрайдиган қуйидаги турлари фарқ қилинади:

1. Постгеморрагик анемия, қон йўқотиш натижасида пайдо бўлади.
2. Темир моддаси етишмайдиган анемия, организмда темир танқислиги сабабли ривожланади.
3. Пернициоз анемия, антианемик омил (цианокобаламин) етишмаслигига боғлиқ
4. Гемолитик анемия, эритроцитлар парчаланишидан пайдо бўлади.
5. Гипопластик анемия, суяк кўмиги функцияси пасайиб кетганда ривожланади.

ПОСТГЕМОМРАГИК АНЕМИЯ

Ўткир ва айниқса кўп қон йўқотиш сабабли пайдо бўлган анемияда қуйидаги клиник манзара кузатилади: беморнинг умумий аҳволи анча оғир бўлади, қаттиқ дармони қуриydi, қулоғида шовқин пайдо бўлади, нафаси қисади, юраги уради, юрак соҳасида оғирлик сезади, эти увишади, кўриш қобилияти бузилади, ташна бўлади (тўқималар сувсизланишидан), аксарият ҳушдан кетиш, оғир ҳолларда эса коллапс, рангининг жуда оқариб кетиши кўрилади. Беморнинг бадан терисида сариқлик бўлмайди (у гемолитик анемия учун хос), кўз склераларининг ўзига хос оч мовий тусга кириши этиборни жалб этади, кўз қорачиқлари кенгайган бўлади. Пульс тезлашган, тўлиқлиги кучсиз, баъзан аритмик, артериал босим пасайган. Тери турғори пасайган. Эснаш, беихтиёр сийдик ажратиши, қусиш

кузатилади. Тана ҳарорати пасайган. Юракни аускультация қилганда систолик шовқин қайд этилади (мазкур ҳолда у анемик деб аталади).

Анемия гипохром характерга эга. Дастлабки соатларда қон текширилганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдори деярли ўзгармаганлигини, сунгра камайишини эслатиб ўтиш зарур.

Қон ивиши тезлашган, лейкоцитоз, ретикулоцитоз аниқланади. Гематокрит сон — қон шаклли элементлари ҳажмининг плазма ҳажмига нисбати пасаяди. Гематокрит сон қонни уни ивишдан сақлайдиган шароитларда махсус асбобда — гематокритда центрифугалаш йўли билан аниқланади, бунда қон ҳажми бирлигидаги эритроцитлар ҳажми нормада тахминан суяқ қисми ҳажмига тенг (45:55) бўлади, бу қон оқимиға тўқималардан суяқлик тушишиға боғлиқ (ўзига хос компенсация).

Тез-тез такроран қон йуқотиш оқибатида пайдо бўлган анемияда беморнинг умумий аҳволи кам ўзгаради. Куздан кечирилганда бемор рангининг учганлиги қайд қилинади, асосий шикоят — беҳоллик ва бош айланишидир. Касаллик бошланишида суяқ кумиғи қон ўрнини тезда тулдириш хусусиятини касб этади ва узок вақтгача унинг нормал таркибини сақлаб туради. Аста-секин суяқ кумиғи функцияси пасаяди ва кескин гипохром анемия пайдо бўлади (қон ранг курсаткичининг пастлиги билан характерланади.).

ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИК АНЕМИЯСИ

Одам организмида темир етишмаслиги қатор сабабларға: овқатда темир моддаси етишмаслиги, темирнинг ҳазм аппаратида сўрилишининг бузилиши ва бошқаларға боғлиқ. Бунинг натижасида темир танқислиги анемияси ривожланади. Темир етишмаслигидан буладиган анемияларнинг қуйидаги турлари: кечиккан ва эрта хлороз (камқонлик) фарқ қилинади. Кечиккан хлороз аёлларда асосан 30 — 45 ёшларда меъдада хлорид кислота миқдори пасайиб кетишидан (хлорид кислота темирнинг нормал сўрилишиға имкон беради) темирнинг сўрилиши бузилиши сабабли пайдо бўлади. Одатда бачадондан қон кетиши ёки бошқа қон кетишлар билан боғлиқ. Анемия учун хос бўлган умумий клиник белгилардан ташқари, кечиккан хлороз билан касалланган беморларда таъм билиш сезгиси бузилади (бўр, лой, кул кабиларни ейиш истаги пайдо бўлади) ва иштаҳа пасаяди. Кўздан кечирганда беморнинг ўзи ориқламагани ҳолда бадан терисининг оқариб кетганлиги маълум бўлади. Шунингдек стоматит, тил атрофияси, меъда ва ичакларда аниқ патологик ўзгаришлар (меъда секретор функцияси ахилияға қадар пасайиб кетади), ингичка ичакнинг ич кетиш билан ўтадиган оғир функционал бузилишлари кузатилади.

Қонни текширганда эритроцитлар сони ўртача камайганда гемоглобин миқдори анчагина пасайганлиги аниқланади. Анемиянинг бу тури гипохром анемиялар қаториға киради. Сўртмадаги эритроцитлар ёмон бўялган, уларнинг диаметри камайган, лейкоцитлар сони норма атрофия.

Эрта хлороз ёки камқонлик гормонал бузилишлар, хусусан ту-хумдонлар гормонларининг суяк қумигига рағбатлантирувчи таъси-рининг пасайиши натижаси ҳисобланади. Касаллик бошланиши балоғатга етиш даврига тўғри келади. Клиник манзарасида айрим хусусиятлар: бадан териси яшилнамо тусда оқарган, тери деярли қораймаган, оз-моз асаб-руҳий беқарорлик пайдо бўлади. Бу анемия ҳам гипохром ҳисобланади.

Темир етишмаслигидан бўладиган анемияга, шунингдек ҳомила-дор аёллар хлорози, меъда резекциясидан кейин юз берадиган ане-мия ва бошқалар кирadi.

ПЕРНИЦИОЗ АНЕМИЯ

Илгари бу касаллик хавфли анемия (бу касалликни биринчи марта тасвирлаган тадқиқотчиларнинг номи билан Аддисон — Бирмер ка-саллиги деб юритилади) деб аталган, чунки унинг специфик давоси бўлмаган ва аксарият ўлим билан якунланган. Ҳозирги вақтда пер-нициоз анемияга бош сабабчи организмда цианокобаламин (витамин В) етишмаслиги ва ўзлаштирилишининг бузилиши ҳисобланади. Бу овқатланишнинг фақат тўла қимматли эмаслигига боғлиқ бўлмай (цианокобаламин гўшт-сут маҳсулотларида, тухумларда бўлади), балки организмда махсус модда — гастромукопротеин бўлмаслигига ҳам алоқадорлиги маълум. Нормада бу модда меъдада бўлади ва унинг шиллиқ пардасидаги атрофик жараёнда йўқолади (пернициоз ане-мия билан сурункали гастрит ўртасида патогенетик боғланиш борли-ги аниқланган). Натижада эритроцитларнинг етилиши бузилади. Ка-саллик ривожланишида ирсиятнинг роли ҳам инкор этилмайди. Патологик жараёнга кўпгина аъзолар қўшилади.

Клиник манзараси. Касаллик аста-секин ривожланади, кўпинча инфекциядан (грипп) кейин бошланади. Аксарият ўрта ёшдаги (35 — 36 ёш) шахслар касалланадилар. Беморлар тобора тинка-мадор қуриб бориши, тил ачишиши, бармоқ учларининг увушиб қолиши ва сан-чиб-санчиб туриши, тери ва тананинг бошқа қисмларида сезувчан-ликнинг бузилиши, мушаклар оғриши, иштаҳа пасайиши, кеки-риш, баъзан қусиш, ич кетиши кабилардан шикоят қиладилар. Кўздан кечиришда тери қопламларининг бўзарганлиги, петехиялар қайд қилинади. Тил ўзига хос кўринишга эга: у тиниқ қизил рангли, муртаклари силлиқлашган, баъзан яра-чақалар бор. Тана ҳарорати аксарият ошган. Юракни аускультация қилганда учи тепасида систо-лик шовқин қайд қилинади, баъзан юрак-томирлар етишмовчилиги аниқланади. Жигар одатда касаллик кўзиганда катталашади, талоқ айтарли катталашмайди.

Қондаги ўзгаришлар ўзига хос. Пернициоз анемия гиперхром бўлади: ранг кўрсаткичи бирдан юқори (эритроцитлар умумий миқдори камайганда, улардаги гемоглобин миқдори ошган бўлади), йирик эритроцитлар— макроцитлар, шунингдек пойкилоцитлар —

одатдаги юмалоқ эритроцитлар эмас, балки нотўғри шаклдаги (цилиндр, овалга ўхшаш ва ҳ. к.) эритроцитлар учрайди. Лейкоцитлар миқдори камайган (лейкопения).

Касаллик муайян цикл билан кечади, аксарият баҳорда қўзийди.

Специфик даво жорий қилинишидан аввал (жигар препаратлари, цианокобаламин) касаллик бедаво ҳисобланар ва ўлим билан тугарди. Ҳозирги вақтда тегишли курслар (қўйироққа қ.) билан даволаш соғайишга олиб келади. Даволаш кечиктириб бошланганда, бемор врач тавсияларини бажармаганда асоратлар ривожланиши мумкин. Улардан энг оғири кома ҳисобланади, орқа мия зарарланиши натижасида камдан-кам фалажлик кузатилади.

Пернициоз анемия мустақил касаллик бўлибгина қолмай, балки меъда операция йўли билан олиб ташлангандан кейин (ҳар хил сабабларга қўра), тасмасимон гижжа юққанда ривожланиши ҳам мумкин. Беморлар ҳазм қилиш бузилганидан, тил соҳаси ачишишидан, қўл ва оёқ бармоқларининг увишиб қолаётганидан, мушак оғриғидан, одимлашнинг бузилганидан нолийдилар. Бадан териси оқарган, тилдаги муртақлар текислашган, меъда шираси текширилганда ахилия аниқланади. Тўш устини босиб кўрганда оғрийди. Тана ҳарорати кутарилиши мумкин. Қондаги ўзгаришлар ўзига хос бўлади. Гиперхромия ифодаланган (юқориноққа қ.), эритроцитлар гемоглобинга “ўта тўйинган”. Шакли ўзгарган эритроцитлар аниқланади, лейкоцитлар миқдори камайган бўлади.

ГЕМОЛИТИК АНЕМИЯ

Анемиянинг бу турининг келиб чиқиш сабаблари хусусида бир неча назариялар мавжуд. Бир назарияга биноан, унинг негизида қон яратилишидаги аномалия ётиб, бунда эритроцитларнинг қобиклари патологик ўтказувчанлиги, ўта мўртлиги билан ажралиб туради. Бошқа назарияга қўра, гемолитик анемия эритроцитлар гемолизи рўй берадиган аъзолар функциясининг ошиши натижасида ривожланади. Бу эритроцитларнинг жадал парчаланишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Баъзан касаллик бола ҳаётининг дастлабки кунларида, бироқ кўпинча балоғатга етиш даврида аниқланади. Бемор дармони қуриши, иш қобилятининг пасайиб кетаётганлиги, ўнг ва чап қовурғалари остида оғриқ борлиги, вақти-вақтида эти жунжикиб, ҳарорати кутарилиб туришидан шикоят қилади.

Тери қопламлари оқарган, пича сарғиш, талоқ катталашган ва пальпация қилганда оғрийди, касаллик узок вақт кечганида жигарнинг ҳам катталашганлиги қайд қилинади.

Касаллик кечишида клиник белгилар кам юзага чиққан даврлар ва беморнинг аҳволи кескин ёмонлашган, гемолитик кризлар деб ном олган дақиқалар (талоқ ва жигар соҳасида қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши, тана ҳарорати кутарилиб, қаттиқ эт жунжикиши, бу қон

шаклли элементларининг парчаланиши билан боғлиқ) булиши мумкин, бу даврда сариқлик кучаяди ва дармон қурийди.

Гемолитик сариқлик учун лаборатория текшируви кўрсаткичларидаги муайян ўзгаришлар хос. Қон таҳлили гемоглобиннинг сезиларли пасайгани (деярли 50% га) ва эритроцитлар миқдорининг бир оз камайганини (гипохром анемия) кўрсатади, қон зардоби тилларанг, ундаги билирубин (билвосита) миқдори литрига 290,8 – 307,9 мкмол/л гача ошган (нормаси – литрига 17,1 мкмол/л).

Эритроцитларнинг осмотик барқарорлиги кўрсаткичи пасаяди (нормада гемолиз 0,5 %ли натрий хлорид эритмасида юз беради, осмотик барқарорлик пасайганда эса эритроцитлар 0,7 %ли эритмада емирилади). Бошқа ўзгаришлардан диаметри нормага нисбатан кичикроқ эритроцитлар, катта миқдордаги ретикулоцитлар – 10% дан кўп (нормада тахминан 10%) қайд қилинади. Сийдик ва ахлат нормадан кўра анчагина интенсив бўялган (уробилин ажралиши кучайган). Тери қопламларининг ўрта даражада сарғайганлиги, ахлатнинг аниқ-равшан бўялганлиги (сариқ-жигарранг), талоқнинг катталашганлиги қайд қилинади.

ГИПОПЛАСТИК АНЕМИЯ

Организмга қатор инфекциялар ва токсинли омиллар, жумладан радиоактив моддалар таъсир қилганда қизил суяк кўмиги айнишга (ёгли ёки шилимшиқли айниш) учрайди ва унинг тикланиш қobiliяти йўқолади. Бирмунча енгилроқ зарарланишларда қон яратилиши тикланади.

Клиник манзараси. Бемор тобора дармон қуриши, нафас қисиши, иштаҳа йўқолиши, милklar ва бурун қонаб туриши, ютинишнинг қийинлашгани, оғизнинг ачишиб туришидан шикоят қилади.

Кўздан кечирилганда рангининг кескин оқариб кетганлиги маълум бўлади, терисида ва шиллиқ пардаларида майда нуқтасимон қон қуйилишлар (петехиялар) қуринади. Тана ҳарорати кутарилади. Некротик ангина ҳодисалари қуринади – томоқда кулранг пардалар қуринади, пастки жағ ости ва бўйин лимфатик тугунлари катталашган. Қон яратилиши бузилиши натижасида донатор шаклдаги лейкоцитлар (улар ҳимоя функцияни бажаради) ё бўлмайди, ёки уларнинг сони камаяди ва организмга патоген микроорганизмлар осонликча тушади. Бу ҳамма клиник белгилари бўлган сепсис касаллигига олиб келиши мумкин.

Гипопластик анемияда лаборатория текширувларининг аҳамияти катта. Қонда гемоглобин пасаяди, кескин анемия ривожланади, тромбоцитопения қайд қилинади, қон оқиш вақти анчагина узайган бўлади. Нейтрофил гранулоцитлар миқдори кескин камайган. Аниқ юзага чиққан лейкоцитопения (лейкоцитлар миқдорининг камайиши) руй беради. Сийдик, ахлат ва қусуқ массаларига анчагина қон аралашганлиги маълум бўлади.

Бу касалликда симптомлар жадал қўпайиб боради: кескин анемизация, тери остига қон қуйилишлар пайдо бўлади, гематурия, бурун ва меъда-ичаклардан қон кетиши, милкларнинг қонаб туриши кузатилади, томоқда некротик жараён бўлади, тана ҳарорати кўтариледи.

Қонни текширганда эритроцитлар ёш шаклларининг йўқлиги, гемоглобин, нейтрофил ва ацидофил гранулоцитлар (эозинофиллар) миқдорининг кескин камайганлиги маълум бўлади, фагоциттар функция пасайиб кетади, бу сепсиснинг оғирлашувига имкон беради.

Касалик оғир ҳолларда ўлим билан тугайди.

Давоси. Қон кетиши натижасида ривожланган постгеморрагик анемияда аввало асосий касалликка даво қилинади, анемизация сабаби бартараф этилади. Организмни мустаҳкамлашнинг бирдан-бир йўли—тула қимматли овқатланиш — рационда оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминларнинг етарли миқдорда бўлиши ҳисобланади. Беморга сабзавотлар (биринчи навбатда сабзи), мевадар (аввало олма); тухум; сут маҳсулотлари, сариёғ; гушт, мол жигари кабилар фойдали. Меҳнатнинг гигиеник, айниқса касбга оид зарарли омиллар билан боғлиқ шароитларини яхшилаш зарур.

Дори-дармонлардан темир препаратлари қўлланилади, устидан суюлтирилган хлорид кислота (меъданинг секретор етишмовчилигида) ичилади. Гемоглобин миқдори тез камайиб кетадиган ўткир қон йўқотишларда трансфузион терапия зарур.

Темир етишмаслигидан бўладиган анемияда шарбатлар, темир препаратлари тайинланади. Кечиккан хлорозда, шунингдек меъда резекциясидан кейин ривожланган анемияда туғри овқатланиш режими, суюлтирилган хлорид кислота ёки меъда ширасини тайинлашнинг аҳамияти катта. Профилактикаси ва даволаш учун (айниқса хлорозни) оқилонга меҳнат ва дам олиш режими ниҳоятда муҳим, зарур бўлганда седатив, воситалар (бромидлар, валериана препаратлари) буюрилади.

Цианокобаламин етишмаслиги билан боғлиқ пернициоз анемияга унинг қўзиш даврида даво қилиш уринда ётиш режими, тула қимматли овқатланишдан иборат. Бемор кунига 200 — 300 г гача молнинг чала пиширилган жигарини (унда цианокобаламин миқдори кўп) ейиши керак.

Мушак орасига цианокобаламин ва тиамин бромид юборилади. Қатор ҳолларда такроран (250 мл дан) қон қуйилади. Туғри даволашда бемор касалликдан бутунлай тузалади.

Гемолитик анемияга, агар эритроцитларнинг ошган гемолизи интоксикация (қўрғошин) ёки инфекция (безгак) сабабли рўй берган бўлса, симптоматик даво қилинади. Бундай тур қон яратилиш аномалияси сабабли ривожланса, талоқ олиб ташланади. Бундай операцияга аниқ юзага чиққан анемия курсатма бўлиб хизмат қилади.

Гипопластик анемияга уз вақтида туғри даво тадбирлари курилганда яхши натижа беради. Бу беморни стационарда яхшилаб парваришлаш билан олиб борилади. Парвариш оғиз бушлиғи гигиенасига амал қилиш, уни кучсиз дезинфекция қиладиган эритма билан чайиш, терини тоза тутиш (қушилиб келадиган касалликлар профилактикаси)дан иборат.

Тула қимматли овқатланиш, қон (250 — 400 мл дан) ёки эритроцит массасини (250 мл гача) қуйиш зарур. Агранулоцитозда 1 — 2 мл дан 2 — 5 %ли натрий нуклеинат эритмаси тери остига, антибиотиклар, гормонлар, витамин препаратлари, жигар экстракти тайинланади. Сўнгги вақтларда лейкоцитозни кучайтирадиган бошқа воситаларни қўллаш билан бирга пентоксил, лейкоцит масса қуйиш, суяк кўмигини кучириб ўтказишда яхши натижа олинган.

Қон қуйишда қон гуруҳларидан ташқари, донор ва реципиентнинг резус-мослигини ҳисобга олиш зарур. Қони резус-мусбат одамга ҳам резус-мусбат, ҳам резус-манфий қон қуйиш мумкин. Қони резус-манфий одамга фақат резус-манфий қон қуйиш мумкин.

ЛЕЙКОЗ

Лейкоз — қон яратилиш ҳужайраларидан пайдо бўладиган ва суяк кўмигини зарарлантирадиган ўсмаларнинг умумий номи. Касалликнинг этиологияси номаълум ва унинг кечиши хавфли ўсма ривожланишини эслатади. Лейкознинг вирус табиати туғрисида тахминлар илгари суриляпти.

Лейкоз моҳияти суяк кўмиги, талоқ, лимфатик тутунлар зарарланишидан иборат.

Лейкозда периферик қонда кўп миқдорда етилмаган лейкоцитлар кузатилади, улар одатда фақат суяк кўмигида ва лимфатик тугунларда бўлади. Қатор ҳолларда периферик қонда лейкоцитларнинг умумий миқдори кўпаймайди, улар сифат жиҳатидан ўзгаради, ҳолос. Бундай лейкозлар алейкемик лейкозлар дейилади.

Ўткир ва сурункали лейкоз фарқ қилинади.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ

Клиник манзараси. Касаллик тез ривожланади. Тана ҳарорати юқори рақамларгача кўтарилади, умумий беҳоллик орта боради, беморни эт жунжикиши, кўп терлаш безовта қилади. Иштаҳа бўлмайди, бурун қонаб туради.

Куздан кечирилганда терида кўп сонли қон қуйилишлар топилади. Стоматит, некротик ангина ривожланади, бўйин ва пастки жағ ости лимфатик тугунлари катталашган, бўйин соҳасидаги тери ости ёғ клетчаткаси шишган бўлади. Меъда деворидаги лейкоз инфильтратлар ёрилганда меъдадан қон кетади. Ўткир лейкоз турига кўра, талоқ, жигар, лимфатик тугунлар катталашади. Қон текширилганда авж олиб бораётган анемия, тромбоцитопения қайд қилинади, ре-

тикулоцитлар миқдори камайган бўлади. Лейкоцитларнинг қарийб 95 фоизини миелобластлар ёки гемоцитобластлар (дифференциацияланмаган ҳужайралар) ташкил қилади. Лейкоцитоз кузатилади.

Ўткир миелолейкоз — миелобласт лейкозда — суртмада ёш шакллари ва етилган лейкоцитлар аниқланади, оралиқ шакллари эса бўлмайди (лейкемик узилиш). Ўткир лимфолейкоз — лимфобласт лейкозда қонда лимфобластлар кўп бўлади.

Давоси. Сўнгги йилларда комплекс терапия: преднизолон 50 г дан кунига; дексаметазон, меркаптопурин (тана массасига 2, 5 мг/кг ҳисобида ремиссия юз бергунга қадар, циклофосфан, фторурацил, антибиотиклар), қон ва эритроцит масса қуйиш (125 — 150 мл дан томчи усулида 3 — 5 кунлик танаффуслар билан) тайинланади. Даволаш натижасида ўткир лейкоз ўртача ўткир турга ўтади, бемор умрини 1 — 2 йилга узайтириш мумкин.

Ўткир лейкозда қунт билан парваришлаш, беморга шароит яратиш, оғиз бушлиғини нам тампон билан артиш, оғизни тез-тез чайиб туриш, ётоқ жараларнинг олдини олиш ниҳоятда муҳим.

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

Бу касаллик суяк кўмигининг гранулоцитлар куртаги, шунингдек тромбоцитар ва эритроцитар куртакнинг зарарланиши билан юзага чиқади.

Клиник манзараси. Беморлар умумий дармонсизлик, чап қовурғалар остида оғирлик ва оғриқ сезиш, кўп терлаш, милкларнинг қонаб туришидан шикоят қиладилар. Текшириб қурилганда талоқнинг анчагина катталашганлиги (талоқ ҳам суяк кўмиги сингари миелоид метаплазияга учрайди ва жуда катталашиб кетади: кўндалангига 40 см гача, массаси — 7 кг гача етади, қориннинг каттагина қисмини эгаллайди) маълум бўлади, лимфатик тугунлар ҳам катталашади, тери қопламлари оқариб кетади, бемор ориқлайди. Тана ҳарорати кутарилади. Қон текширилганда миелоид қатордаги лейкоцитларнинг етилмаган турлари миелобластлар, нейтрофил миелоцитлар топилади, лейкоцитлар миқдори анчагина кўпаяди (лейкоцитоз $500 \times 10^9/\text{л}$ гача). Туш суяги пункция қилинганда миелобластлар ва промиелоцитларнинг катта миқдори аниқланади (нормал суяк кўмигида миелобластлар миқдори кўп бўлмайди). Анемия қайд қилинади. Касаллик тўлқинсимон, вақти-вақтида такрорланиб турадиган қўзиш ва ремиссия билан кечади.

Сурункали миелолейкознинг қуйидаги клиник-гематологик турлари фарқ қилинади: лейкемик (лейкоцитлар миқдорининг анчагина ошганлиги ва периферик қонда кўп сонли донатор элементлар пайдо бўлиши), сублейкемик (лейкоцитлар миқдорининг ўртача ошиши ва қон формуласидаги силжиш билан миелоцитлар ва промиелоцитлар пайдо бўлгунга қадар), алейкемик — остеомиелофиб-

роз (лейкоцитлар миқдори нормал ёки ҳатто пасайган ва периферик қонда етилмаган ҳужайралар йўқ) турлари. Остеомиелофиброзда туш суягини пункция қилиш ва пунктатни текширишнинг катта аҳамияти бор: кўп сонли миелобластлар ва промиелоцитлар топилади (нормал суяк қўмигида — миелобластлар миқдори кўп эмас).

Сурункали миелолейкознинг атипик турлари кам кузатилади: эозинофил миелолейкоз (периферик қонда асосан ацидофил гранулоцитлар бўлиши эозинофилия билан характерланади, қарийб 75%) ва базофил миелолейкоз (периферик қонда базофиллар миқдори кўп). Энг оғир асорати — кўп қон оқиши билан утадиган геморрагик диатез.

Давоси. Сурункали лейкозларнинг бошқа турларидаги каби даволанади, бемор касалхонага ётқизилади. Унга умуман қувватни оширадиган терапия, витаминлар, темир препаратлари, рационал парҳез буюрилади. Лимфатик тугунлар ва талоқ рентген нури билан нурлантирилади.

Бу даврда гормонлар билан даволаш мақсадга мувофиқдир. Касаллик манзараси кенгайиб кетган бўлса, рентген ва гормонлар билан даволашдан ташқари, цитостатик таъсири булган кимётерапевтик препаратлар: хлорбутин (лейкеран), допан, тиофосфамид (ТеоТЭФ), дегранол (лейкеран суткасига 10 мг дан, бир курсга 700 мг гача, дегранол кунора 50 мг дан, бир курсга 25 мартадан қуйиш учун тайинланади) қўлланилади. Касалликнинг терминал босқичида — кахексия ривожланганда беморларни кўнгил билан парвариш қилишнинг аҳамияти катта.

ГЕМОМРАГИК ДИАТЕЗ

Қон ивиш механизми бузилган ва қон оқувчанлик ошган касалликлар геморрагик диатезлар дейилади. Организмда нормал кечадиган қон ивиш жараёни бир қатор омилларга боғлиқ. Биринчидан, шикастланишдан сўнг томир девори қисқаради, унинг бўшлиғи тораяди, қон оқиши камаяди. Иккинчидан, шикастланган жой яқинида тромбоцитлар тупланади ва томирни бекитиб қўядиган фибрин лахтаси ҳосил булади. Фибрин лахтаси ҳосил бўлиши учун бир неча шароитлар талаб этилади. Қонда эриган оқсил I омил (фибриноген) — II омил — протромбиндан ҳосил бўладиган махсус тромбин моддаси таъсири остида фибринга айланади. II омилнинг тромбинга бундай айланиши шикастланишда ҳосил бўладиган ва тромбоцитлар емирилганда вужудга келадиган III омил — тромбокиназа ферменти таъсири остида руй беради. Мураккаб қон ивиш жараёнининг у ёки бу звенода бузилиши геморрагик диатезнинг у ёхуд бу турлари ривожланишига олиб келади. Масалан, тромбоцитлар ишланиши жараёни бузилганда ва капиллярлар зарарланганда “тромбоцитопеник пурпура” деган битта умумий ном билан бирлаштирилган, белгила-

ри бир-бирига ўхшаган қатор касалликлар ривожланади. Шундай касалликлардан бири — Верльгоф касаллиги ҳисобланади.

ВЕРЛЬГОФ КАСАЛЛИГИ

Юқорида айтиб ўтилганидек, Верльгоф касаллигининг синоними тромбоцитопеник пурпура ҳисобланади. Касаллик этиологияси номаълум. Шиллиқ пардалар ва теридаги кўпгина қон қуйилишлар етакчи симптом ҳисобланади. Қон текширилганда тромбоцитлар миқдорининг анчагина камайганлиги қайд қилинади. У 10 барабардан кўпроққа пасаяди (нормада тахминан $320,0 \times 10^9/\text{л}$), қон оқиши кузатилиб, анемия ривожланади.

Давоси. Бемор касалхонага ётқизилади. Уни тўла қимматли овқатлантириш зарур. Томир девори ўтказувчанлигини камайтириш учун витамин терапияси (аскорбинат кислота) тайинланади. Такроран қон қуйиш мақсадга мувофиқдир. Венага 10 мл 10 %ли кальций хлорид эритмаси юборилади. Огир ҳолларда талоқ олиб ташланади, шундан сўнг қонда тромбоцитлар миқдори сезиларли даражада ошади ва қон оқувчанлик камаяди.

ГЕМОФИЛИЯ

Бу касалликда аниқ ифодаланган қон оқувчанлик ҳатто арзимаган шикастланишдан кейин ҳам кузатилади, қон оқиши бир неча суткагача давом этади. Гемофилияда II омилнинг (протромбин) тромбинга айланиш жараёни секинлашади. Бу ирсий касаллик фақат эркакларда кузатилади. Аёллар ўзлари касал бўлмайдилар, бироқ касалликни ўз болаларига ўтказишлари мумкин. Клиник белгилари турли-туман ва қон қуйилишининг кучи ва соҳасига (терига, бўғимлар бўшлиғига, меъда-ичакларга ва ҳ. к.) боғлиқ.

Қонни текширганда ивиш вақтининг кескин ошиб кетганлиги маълум бўлади.

Давоси. Даволашнинг симптоматик усулларида аксарият 200 мл гача такроран қон ёки плазма қуйиш кулланилади. Шикастланган терига янги қон шимдирилган боғлам қўйилади, маҳаллий совутадиган муолажалардан фойдаланилади. Соф антигемофил глобулин, аминокапрон кислота (10 г) ва фибриноген (3— 4 г) тайинланади.

Бемор жисмоний зуриқишлардан сақланиши керак. Шикастланишларнинг олдини олиш энг муҳим вазифа ҳисобланади.

Қон системаси касалликларида парвариш қилиш. Касаллик огир кечганда: кўп қон йўқотиш оқибатида (постгеморрагик) юз берган анемия, фалажликлар билан ўтадиган пернициоз анемия, гемолитик криз, некротик ангина ва гипопластик анемиялардаги бошқа асоратларда, ўткир лейкоз, гемофилия ва беморнинг аҳволи огир

бўлганда парвариш қилиш айниқса муҳим. Даволашнинг таъсирчанлиги куп жиҳатдан медицина ҳамширасининг парваришига боғлиқ.

Юқорида айтилганидек, кўп қон йўқотиш билан боғлиқ бўлган ўткир анемияда беморларда эт жунжикиши, талвасалар кузатилади, беихтиёр сийдик чиқариш ва дефекация юз бериши мумкин. Бундай ҳолларда беморни вентиляцияси яхши, қулайликлари бўлган илиқ хонага жойлаштирилади. Медицина ҳамшираси фаол қатнашадиган ошиғич даво тадбирлари (қон, турли воситаларни венага қуйиш ва тери остига инъекция қилиш) билан бирга беморлар устидан доимий кузатув олиб бориш зарур. Бемор эс-хушини йўқотганда қаравотдан йиқитиб тушиш эҳтимолининг олдини олиш, ич кийим ва оқликлар ифлосланганда ўз вақтида алмаштириш керак.

Пернициоз анемия оғир асорат берган ҳолларда, бемор ҳаракат қила олмай қолганда, уни ўз вақтида юиб-тараш, овқатланишига қўмаклашиш, ётоқ яраларнинг олдини олиш лозим. Қаттиқ оғриқлар сабабли беморни ўриндан бош қутармайдиган қилиб қўядиган гемолитик криз вақтида медицина ҳамшираси беморга оғриқни қолдирадиган даво (врач курсатмасига биноан) билан бирга унга осойишта шароит яратиш чораларини кўради. Бошқа кўпгина ҳоллардаги каби ширинсуханликнинг аҳамияти катта.

Гипопластик анемия, лейкозга учраган оғир беморларда томоқда кўп миқдорда кулранг пардалар бўладиган, оғиздан бадбўй ҳид келадиган септик, некротик ангина ривожланса, оғиз бўшлигини ҳар куни ва зарурат бўлганда кунига бир неча марта дезодорация ва дезинфекция қиладиган воситалар (калий перманганат, водород пероксид эритмаси) билан тозалаш, уни доқа, тампон билан авайлаб артиш, беморнинг аҳволи имкон берадиган бўлганда эса кунига бир неча марта оғзини чайишига қўмаклашиш керак. Терида, унинг намланиб турадиган участкаларида ва бурмаларида кўп сонли қон қуйилишлар бўлганда, боғламларни мунтазам алмаштириб, зарарланган жойларга такроран дори сепиш лозим.

Назорат учун саволлар:

- ?
1. Лабораторияда текшириш учун қон суртмаси қандай тайёрланади?
 2. Сиз анемиянинг қандай турларини биласиз?
 3. Темир танқислиги анемиясининг пайдо бўлиши нимага боғлиқ?
 4. Ўткир лейкознинг клиник манзараси қандай?
 5. Қон системаси касалликларининг оғир турлари билан касалланган беморларнинг парвариши қандай бўлади?

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРГА ЙЎРИҚНОМАЛАР.

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликлари билан оғриган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш асослари буйича олган назарий билимларни мустаҳкамлаш, муолажаларни бажаришни ўрганиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * қон ва қон яратувчи аъзолар анатомик-физиологик асосларини;
- * қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида клиник текшириш усуллари тартибини (тизма асосида);
- * қон системаси касалликлари ўткир ҳолатларининг симптомлари (геморрагик синдром), врачгача ёрдам кўрсатишни;
- * қон ва қон яратувчи аъзолар касалликлари билан оғриган беморларни парвариш қилиш асосларини.

12- тизма. Қон ва қон яратиш аъзолари системаси касалликларининг текшириш усуллари.

Бемор шикоят

1. Умумий ланжлик (бўшашиш).
2. Тана ҳароратининг кўтарилиши.
3. Милкларнинг тез-тез қонаб туриши.
4. Томоқдаги оғриқлар.
5. Суяклардаги оғриқлар.
6. Тери, шиллиқ қаватлар сариқлиги.
7. Оғизда таъмининг бузилиши.
8. Тирноқлар синувчанлиги.
9. Сочлар тўкилиши.
10. Лимфа тугунларининг катталаниши.
11. Қовурға остида оғирлик.

Касаллик анамнези

1. Хатарли омиллар.
2. Касаллик сабаби.
3. Касаллик бошланиши.
4. Касаллик динамикаси.
5. Олиб борилган даво чоралари.
6. Олиб борилаётган даво чоралари.
7. Асоратлар.

Ҳаёт анамнези

1. Наслдан наслга берилувчанлик.
2. Хатарли омиллар.
3. Оғриб ўтган касалликлар.
4. Касб қори.
5. Мутахассисликнинг зарарли белгилари.
6. Яшаш шароити, овқатланиши.

Беморларни бевосита текшириш

Куздан кечириш	Пальпация	Перкуссия	Аускультация
1. Терининг оқариши 2. Теридаги сариқлик. 3. Тери остига қон қуйилиши. 4. Тилдаги ўзгаришлар. 5. Ангина.	1. Лимфа тугунларининг катталашиши 2. Жигар, талоқ катталашиши	1. Ясси суякларда оғриқ. 2. Жигар, талоқ катталашиши.	1. Юракда функционал шовқинлар. 2. Упкада пневмония белгилари.

Дарснинг қисқача мазмуни.

Қон ва қон яратиш аъзоларининг анатомик-физиологик асосларини муҳокама қилиш учун қуйидаги мавзуларни қайтариш керак:

- * қон яратувчи аъзолар;
- * нормал ҳолатда қоннинг таркиби ва хоссалари;
- * қон таркибининг доимий сақланишида нейрогуморал бошқарилишнинг аҳамияти;
- * касалликлар натижасида қон таркиби ва хоссаларининг ўзгаришини.

Ҳамшира гематология асосларини яхши билиши керак, чунки шундай касалликларга дуч келинади-ки, у қон ва қон яратувчи аъзолар ҳолатига таъсир қилади. Бемор маслаҳат ёки ёрдам сўраб келганида клиник белгиларни аниқловчи ҳамшира биринчи тиббиёт ходими бўлиши мумкин. Шунинг учун у шошилиш ҳолатларда ёрдам курсатишни, парвариш қилиш асосларини билиши зарур.

Қон касалликларининг жуда купининг асоратлари аниқ ёки яширин қон кетишидир. Шунинг учун ҳамшира бундай беморлар назоратида жуда эътиборли бўлиши, ахлатни кузатиб бориши керак. Ахлатда қон пайдо бўлиши ёки ахлат ранги қорайиши биланоқ, дарров врачга айтиши лозим. Ўткир лейкозга юқори ҳарорат, қалтираш, қуйилиб келувчи тер, қон кетишининг кучайиши хос. Бундай беморларни обдан парвариш қилиш зарур. Ҳамшира беморга тайинланган режим бузилмаслигининг олдини олиши, беморни овқатлантириши, тери ва шиллиқ қаватларни гигиеник парвариш қилиш қоидаларига қаттиқ риоя қилиши керак.

Гематологик беморларда организмнинг касалликларга қарши курашиш қобилияти пасайган бўлади ва у ҳар қандай ташқи касаллик келтириб чиқарувчи омилларга берилувчан бўлиб қолади. Ҳамшира хонада гигиеник талабларни тўлиқ сақлаши ва совуқ қотишнинг олдини олиши зарур.

Ҳамшира албатта қон таҳлили учун бармоқ ва венадан қон олиш усуллари техникасини билиши шарт. Ўқувчиларнинг ҳар бири бу муолажалар учун керакли жиҳозларни йиғади ва муляжда бажаради.

Ўқувчилар стандарт қон зардобларидан фойдаланган ҳолда қон гуруҳларини аниқлайди.

Дарсни мустаҳкамлаш учун ўқувчиларга қон таҳлиллари натижалари берилади ва улар қон таркибидаги ўзгаришларни топадилар ва уни тушунтиришга ҳаракат қиладилар.

1-топишир.

Бемор аёл 51 ёшда. Шикоятлар: ланжлик (бўшиш), кўз олдида «учқунлар» учиши, ҳаракат қилганда ҳансираш, юрак ўйнаши, тил ачишиши, иштаҳа йўқлиги, қабзият, айрим ҳолларда ахлатда қон ипирлари борлиги, ҳайз кўп бўлмаган ҳолда (3 кун) давом этиши.

Объектив текширилганда: тери қопламлари оқарган, юрак чега-раси чапга томон кенгайган, пульс минутига 86 маротаба, ритм билан. Тил бамисоли «лакланган», жигар ҳажми 2 см. га катталашган. Қон таҳлили: Hb 75 г/л, эритроцитлар 2.9×10^{12} /л, ранг кўрсаткичи 0,67, лейкоцитлар 4.5×10^9 /л, ЭЧТ 28 мм/с. Қон суртмасида гипохромия, анизоцитозда эритроцитлар аниқланди, қон зардобиде темир 4, 8 мкмоль/л.

1. Касаллик тўғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

Жавоб эталони.

Бемор шикоятига, объектив ва лабораторик текшириш натижаларига асосан темир етишмовчилиги анемияси тўғрисида уйлаш мумкин:

- беморнинг умумий ҳолати нисбатан яхши;
- бемор ҳансирашдан, юрак ўйнашидан шикоят қилмоқда, бундай беморларни ҳамшира кузатиши, парвариш қилишда нафас олиш (нафас олиш сонини санаш) ва юрак қон-томир системаси ҳолатини (пульсни санаш, А/Б ни ўлчаш) доимо назорат қилиши керак;
- беморда ланжлик пайдо бўлиши, кўз олдида «учқунлар» аниқланиши билан, ҳамшира унда врач кўрсатмаларига тўлиқ риоя қилиш кераклиги тўғрисида ишонч ҳосил қилиши керак;
- иштаҳаси ёмон беморларда ҳамширанинг вазифаси беморнинг ўз вақтида овқатланишини назорат қилиши, беморлар орасида овқатланишнинг зарурлиги тўғрисида ишонтириш суҳбатларини олиб бориши;
- қабзият бўлган беморларда гемориал қон кетишни тўхтатиш учун ҳамшира ахлатни нормал ҳолатга келтириш тўғрисида қайғуриши;
- ўз вақтида врач кўрсатмаларини бажариши лозим.

2-топширик.

Бемор 65 ёшда, шикоятлари: тусатдан лоҳаслик, бош айланиши, юрак уйнаши, юрак соҳасида стенокардияга хос оғриқ, тилда ачишиш ва оғриқ, ич кетиши, юрганда тебранма ҳаракат. Бемор 6 йилдан бери секретор функцияси камайган сурункали гастрит билан оғрийди.

Объектив текширилганда: тери қоплами сезиларли оқарган, лимон рангига ўхшаш, юзи шишинқираган, болдирлар шишган. Нафас олиш минутага 22 маротаба, пульс минутага 100 маротаба, ритм билан. Артериал босим 100/80 мм. см. уст. га тенг. Тил сўғичлари дазмолланганга ўхшайди. Жигар қовурға ёйидан 4 см пастда. Қон таҳлили: Нб 60 г/л, эритроцитлар $1,2 \times 10^{12}$ /л, ранг кўрсаткичи 1,5, лейкоцитлар $2,8 \times 10^9$ /л, ЭЧТ 45 мм/с. Қонда сезиларли анизоцитоз, эритроцитлар Жолли таначалари ва Кебота ҳалқалари кўринишида.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

3-топширик.

Бемор 53 ёшда. Шикоятлари: лоҳаслик, кўп терлаш, вақти-вақти билан субфебрил тана ҳароратининг кўтарилиши, буйин лимфа тугунларининг катталашиши. Бемор ўзини 2 йилдан буён касал ҳисоблайди, касаллик бўйича группа олгандан кейин лимфа тугунлари шишган, узоқ вақтгача уни лоҳаслик безовта қилган. Қонда жуда кўп миқдорда лейкоцитлар (20×10^9 /л), лейкоцитар формулада лимфоцитлар 60% ни ташкил қилади.

Объектив текширилганда: ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Пульс минутага 72 маротаба, ритмик ҳолатда, артериал босим 120/70 мм. см. уст. га тенг. Жигар катталашган бўлиб, 3 см қовурға ёйидан пастда аниқланмоқда. Қон таҳлили: Нб 94 г/л, эритроцитлар $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитлар $90,0 \times 10^9$ /л.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

II. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Шифохона шароитида гематологик касалликлар билан оғриган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш ва олдини олиш, беморлар реабилитацияси муолажалари ва кўникмаларини ўрганиш, олган билимларни мустаҳкамлаш.

Ўқувчилар билиши шарт бўлган омиллар:

- гематологик беморларнинг шикоятлари ва касаллик белгиларини;
- қон касалликлари бўлган беморларни даволаш қоидалари ва профилактикасини;

* қон касалликлари билан оғриган беморларни парҳез даволаш асосларини;

* гематологик беморларни парвариш қилишда деонтология асосларини.

Беморлар билан суҳбатлашганда қуйидаги характерли шикоятларга эътибор беринг: умумий лоҳаслик, иш қобилиятининг пасайиши, безгак тутиши, кечаси кўп терлаш, ҳансираш, бош оғриғи ва айла-ниши, ҳушдан кетиш, кунгил айнаиши, қусиш, иштаҳанинг пасайи-иши ёки иштаҳанинг бузилиши, тилда ачишиш, қон кетиш ва б.

Касаллик анамнезида, касалликни келтириб чиқарган омилларни аниқлашга эътибор бериш керак (яшаш ва ишлаш шароитлари, овқатланиш характери, касб-корга боғлиқлик, интоксикациялар, касалликнинг хавфли белгилари, ирсий берилувчанлик). Беморнинг оғриб утган касалликларини ўрганаётганда, гижжа инвазияси, қон кетиш, инфекцияцион ва меъда-ичак йўллари касалликларига эътибор бериш керак.

Объектив текширилганда тери қоплами ва шиллиқ қаватлар ран-ги (шиллик қаватдаги ярачалар), қон қуйилиш ҳолатлари, перифе-рик лимфа тугунларининг тури ва катталиги ҳисобга олинади.

Лабораторик текширишларда қон таҳлилидаги ўзгаришларни би-лиш зарур.

Ўқувчилар олган билимлари асосида, мустақил беморларни пар-вариш қилиш асосларини ўрганишлари лозим.

Узоқ ётган беморларда ётоқ яралар бўлмаслиги учун ётоқ яралар профилактикаси олиб борилиши керак. Тери тозаллигига эътибор бе-рилади, тери юзаси камфора спирти ёки совунли сув билан артиб турилади, беморнинг ҳолати тез-тез ўзгартирилиб турилади (гоҳ у ёнга, гоҳ бу ёнга ёнбошлатиб ва б.). Узоқ ётган беморларда нафас олиш системаси бузилишлари кузатилади (ўпка экскурсияси), бу ўпкада димланиш ҳолатлари келиб чиқиши ва пневмонияга сабаб бўлиши мумкин. Касаллик асоратларининг олдини олиш мақсадида нафас гимнастикалари буюрилади. Ҳамшира беморга даволаш машқ-ларини ўргатади.

Гематологик беморларнинг характерли клиник белгиларидан бири—бу милкларнинг шишиши ва қонаши. Бу оғиз бўшлиғида йирингли ҳолатларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Айрим ҳолларда бакте-риялар осон сулак безларига ўтиб, оғир кечадиган паротит, лимфа-денит, баъзан отитни келтириб чиқаради. Шундай асоратларнинг ол-дини олиш мақсадида ҳамшира беморларнинг кунига 2—3 маротаба оғизларини йодли ичимлик содаси эритмаси билан чайқаб туришла-рини назорат қилиши керак (200 мл қайнатилган сувга 1 чой қошиқ ичимлик содаси, 4—5 томчи 5% йод настойкасидан қўшилади).

Баъзан тўш суягини пункция, ёнбош суягини трепанобиопсия қилганда қон кетиш ва қаттиқ бош оғриғи пайдо бўлади, бундай

пайтда ҳамшира бемор ҳолатини назорат қилиб туради ва ҳолатида оғирликка томон ўзгариш сезиши билан оқ дарҳол врачга хабар қилади.

Беморлар дориларини доимо ҳамшира назорати остида ичишлари шарт.

Қон касалликларида кўпинча узоқ томчи усулида қон ва унинг компонентлари қўлланилади. гемотрансфузия вақтида беморларда тана ҳарорати кўтарилиши, безгак, ҳансираш ва дармонсизлик бўлиши мумкин. Ҳамшира венага дори моддалари ва қон юборганда келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни яхши билиши, уларни ўз вақтида аниқлаши ҳамда бу ҳақида врачга хабар бериши зарур.

Қон касалликлари бўлган беморлар овқатидаги озиқ моддалар таркибида С ва В гуруҳ витаминлари, темир моддаси, тула қимматли оқсил (янги полиз маҳсулотлари, мевалар, кукатлар, гушт, жигар ва б.) бўлиши керак.

Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликлари, баъзан жуда оғир ва узоқ давом этади, беморлар руҳан тушкунликка тушадилар, шундай ҳолатларда ҳамшира бутун билими ва маҳоратини ишга тушириб беморларни парвариш қилиши лозим.

Қоннинг хавфли касалликларида беморлар ўз ташхисларини билмасликлари керак, ҳамшира беморлар орасида даволаш ютуқлари, уларда ҳаётга қизиқиш, ишонч, соғайиб кетишга умид ҳисларини ҳосил қилувчи мавзулар ҳақида суҳбатлар олиб боради.

Мустақил иш

Ўқувчилар гематология бўлимида ишлаш асослари билан танишадилар, гематологик беморларни парвариш қилиш асосларини, даво, профилактик муолажалар ҳамда кўникмаларни асептика ва антисептика қоидалари асосида ўзлари малакали ҳамшира назорати остида бажариб урганадилар, врач назорати остида қон гуруҳларини аниқлайдилар, қон қуйишда, туш суяги пункциясида, шошилиш ёрдамда иштирок этадилар. Бунда деонтология қоидаларига катта эътибор бериш керак.

III. ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсниш мақсади: Поликлиника шароитида қон ва қон яратиш системаси касалликлари билан оғирган беморларни диспансер назоратига олиш, ҳамшира иши асослари билан танишиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини урганиш.

Амалиёт дарсида бўлғуси ҳамшира поликлиниканинг гематология хонасидаги иш асослари билан танишади, диспансер кузатувидаги беморларни қабул қилишда қатнашади, врач кўрсатмаларини бажаради, керакли ҳужжатларни тўлдиради, рецепт ва тахтиллар учун йўлланмалар ёзади. Заруратга қараб ўқувчилар участка ҳамшираси билан беморлар уйига борадилар ва уй шароитида беморларни парвариш қилишда иштирок этадилар.

IX БОБ. ЭНДОКРИН СИСТЕМАСИ ВА МОДДАЛАР АЛМАШИНУВИ КАСАЛЛИКЛАРИ

КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ҚИСҚАЧА АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ички касалликлар фанининг ички секреция безлари системасини ўрганадиган қисми «Эндокринология» номи билан юритилади. Бу термин юнонча *endon*—ички, *stino*—ажратиб чиқараман, *logos*—таълимот сўзидан олинган. Ички секреция безлари ўзида секрет чиқарувчи найлариди бўлмаслиги билан ташқи секрет безларидан фарқ қилади. Ички секреция безларида ишланган секрет—гормон (грекча—қўзғатувчи) бевосита қонга шимилади. Ички секреция безларини ўз ичига олган эндокрин система асаб системаси билан бирга бошқа ҳамма аъзо ва системалар функцияларини идора этиб туради. Эндокрин системаси аъзоларига ёки бошқача қилиб айтганда ички секреция безлари жумласига гипофиз, эпифиз (ғуррасимон без), қалқонсимон без, паратиреоид без, айрисимон без (тимус), буйрак усти безлари, меъда ости бези (инкретор аппарати) ва жинсий безлар киради. Айрим мутахассисларнинг фикрига кўра, ҳозирда меъда-ичак йўлида ҳам эндокрин хужайралар топилган.

Эндокрин без гормонлари қонга тушиб, моддалар алмашинуви-га, семизликка, асаб системасига ва бошқаларга таъсир курсатади. Ички секреция безлари асаб системаси билан биргаликда организмнинг функционал ҳолатини идора этиб боради.

ЭНДОКРИН СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИМПТОМЛАРИ.

Тана вазнининг ўзгариши эндокрин системаси касалликларига хос симптом бўлмаса ҳам, кўп учрайдиган клиник белгилардан биридир. Сезиларли даражада тана вазнининг камайиши (озиб кетиш) тиреотоксикоз (диффуз токсик буқоқ) ва қандли диабет касалликларида учрайди. Тананинг турли қисмларининг пропорционал ҳолатда ёғ босиши, бу алиментар ёки экзоген-конституционал турдаги семиришдир. Тананинг айрим қисмларининг (масалан, тананинг қорин қисмининг ёғ босиши, оёқларда ҳеч қандай ўзгаришлар сезилмаган ҳолда ёки елка соҳасида ёғ тупланиши, «ингичка оёқлар» ҳолатида) семириши, нейроэндокрин касалликларининг бир кўринишидир (гиперкортицизм, семиришнинг гипоталамик тури). Кўпинча беморларни мускуллар бушашиши безовта қилади, оғир ҳолатларда сезиларли даражада мускулларнинг умумий бушашиши натижасида беморларнинг юришигина эмас, ҳаттоки ўрнидан туриши, айрим ҳолларда гапириши, чайнаши ва ютиниши қийинлашади. Диффуз токсик буқоқ касаллигида оёқлар мускулларининг тонуслари бушашади (беморларнинг зинапоядан кўтарилиши қийинлашади). Мускулларнинг бушашиши яна гипотиреоз, қандли диабет касалликларида ҳам сезилади.

Асаб системаси функциясининг бузилиши—эндокрин системаси касалликларининг куп учрайдиган курунишларидан биридир. Диффуз токсик буқоқ касаллигида, юрак қон-томир ўзгаришлари билан биргаликда психоэмоционал ўзгаришлар, қўшимча текширишларсиз ташхис қўйишда муҳим уринни эгаллайди. Шундай белгиларга: асаб қўзғалувчанлик, тажанглик, куп йиғлаш, бетоқатлик, кайфиятнинг тез ўзгариши ва бошқалар киради. Қалқонсимон без функцияси камайганда (гипотиреоз) аксинча: ҳаракатда сустлик, хотиранинг пасайганлиги, уйқучанлик ва бошқалар аниқланади. Сезиларли уйқучанлик семириш касаллигида учрайди.

Эндокрин системаси касалликларида кам учрайдиган курунишлардан бири—периферик асаб функциясининг бузилишидир. Оёқларда оғриқ, чумоли ўрмалашишини сезиш (парестезия), оёқ мускулларида пайларнинг тортишиши—қандли диабет касаллигига хос белгилар, диабетик невропатияни англатади.

Чанқаш ва куп сийиш (полиурия). Қандли ва қандсиз диабет касалликларида, гипофиз орқа бўлаги (диэнцефал қисми) касалликнинг оғир турларидир. Қандли диабет касалликларида куп сийиш (асосан кундузи), қондаги глюкоза миқдорининг ошиши (гипергликемия) овқатлангандан сўнг сезилади.

Айрим ҳолатларда эндокрин системаси касалликларида ҳазм қилиш аъзолари касалликлари бузилиши симптомлари намоён бўлади. Доимий иштаҳанинг ошиши семириш, қандли диабет (кетацидоз йўқлигида) ҳамда диффуз токсик буқоқ касаллигига хосдир. Қорин соҳасидаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш — купинча қандли диабетнинг диабетик кетоацидоз ҳолатида учрайди, бу яна тиреотоксикознинг криз ҳолатига ич кетиш қўшилганда кузатилади. Гипотериозда, қорин дам бўлади.

ДИФФУЗ ТОКСИК БУҚОҚ (БАЗЕДОВ КАСАЛЛИГИ)

Бу касаллик қалқонсимон безнинг бир текис диффуз катталашуви ва функциясининг ошиши билан характерланади. Касаллик купинча 20—50 ёшларда учраб, купроқ аёллар касалланидилар. Аёллар билан эркекларнинг касалланиш даражаси 10:1 нисбатда.

Этиологияси. Касаллик келиб чиқишида руҳий зуриқиш, салбий ҳис-ҳаяжонлар, нейро-эндокрин бузилишлар, қалқонсимон безга сурункали инфекциялар (тонзиллит, ревматизм, сил, захм ва б.)нинг таъсири, интоксикациялар муҳим урин тутати. Бошқа ички секреция безлари функциясининг бузилиши (гипофиз) ҳам аҳамиятга эга. Бошқа купгина касалликларда бўлгани каби бу касалликда ҳам ирсиятнинг ролини инкор этиб бўлмайди.

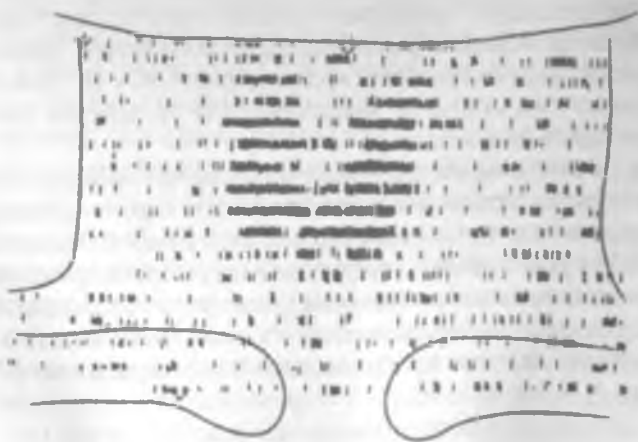
Клиник манзараси. Касалликнинг клиник манзараси қалқонсимон безда тиреонид гормонлар (тироксин, трийодтрионин) нинг нормадан ортиқ ишлаб чиқариши натижасида юзага келади. Касал-

лик купинча еш ва ўрта яшар одамларда, эркакларга қараганда аёлларда кўп кузатилади. Касалликнинг характерли (учламчи) симптоми—қалқонсимон безнинг катталашуви, кўз симптомлари, юрак ўйнаши фарқланади (39 - расм). Касаллик уткир бошланиши ёки касаллик белгилари секин-асталик билан курина бориши мумкин. Беморлар юракнинг тез-тез уришидан, кўп терлашдан қўл ва оёқларнинг қалтирашидан, ортиқча тажанг бўлиб қолганлигидан ва қувватсизликдан шикоят қиладилар. Бемор асаби қўзғалувчан бўлиб, у салга йиғлайдиган, ҳар нарсадан қўрқадиган, қўллари ва бутун бадани титрайдиган, уйқуси бузиладиган (уйқусизлик, уйқу тез-тез, булинадиган юзаки) бўлиб қолади.

Бундай беморлар кўздан кечирилганда ҳулқ-атворида ўзига хос айрим белгилар, объектив текширганда эса қалқонсимон безнинг катталашгани аниқланади. Айрим ҳолларда без беморнинг ютиниш ҳаракатларидагина куруниши мумкин. Пайпаслаб курилганда без зичлиги ўртача, аторофидаги туқималар билан ёпишмаган бўлади. Бу касаллик билан оғриган беморларда экзофтальм, яъни кўзнинг чақчайиб, ялтираб туриши ва узоқ вақт тикилиб туриш каби белгилар кузатилади. Ички аъзоларда айниқса, юрак қон-томир системаси-



39-расм. Диффуз токсик бўқоқ. Қалқонсимон без катталашуви, “чақчайган кўз” кўруниши. Греф симптоми.



40-расм. Қалқонсимон безнинг нормал кўруниши.



41- расм. Қалқонсимон безнинг катталашуви ва радиоактив модданинг интенсив ютилиши.

да айтарли ўзгаришлар кузатилади. Юрак уриши 100-150 мартага тезлашади, пульс минутига 120—140 мартагача уради. Артериал қон босими кўтарилади. Беморларда одатда оғриқ, тери қопламлари нам бўлади, тана ҳароратининг уртача ошиши кузатилади. Бошқа аъзолар томонидан йўтал (катталашган қалқонсимон безнинг трахея ва ҳиқилдоқнинг ўсиши сабабли), ич кетиши, асаб-руҳий бузилиш каби белгилар қайд этилади.

Диагностика мақсадида қалқонсимон безни радиоизотоп сканерлаш усули ўтказилади. Сканерлаш қалқонсимон безнинг ҳажми шакли, шунингдек функциясини аниқлашга имкон беради. Бунда без ўзига йодни нормадагидан кўра кўпроқ сингдиради (40- 41 - расмлар). Шу билан бирга асосий моддалар алмашинувини текшириш диагностика учун муҳим аҳамиятга эга.

Давоси. Биринчи навбатда нохуш омилларни бартараф этиш керак. Меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш тавсия қилинади. Консерватив даво йодни кичик миқдорда ичишга бериш билан бошланади (яъни 0,05 г дан 3 маҳал 3 ҳафта давомида йодтирозин ичиш учун берилади). Бундан ташқари беморга ичиш учун 0,005 г дан кунига 2-3 марта мерказолил бериб турилади. Ўз навбатида симптоматик даво ҳам ўтказилади. Зарурат бўлганда касаллик жарроҳлик йўли билан даволанади.

ЭНДЕМИК БУҚОҚ

Эндемик буқоқ касаллиги инсон истеъмоли қиладиган сув ва озиқ-овқат маҳсулотларида йод етишмасли туфайли қалқонсимон безнинг

катталашиб кетиши билан характерланади. Бу касаллик тоғли районлар аҳолиси орасида кўп учрайди. Беморларнинг аксарият қисмини аёллар ташкил қилади.

Клиникаси. Касалликнинг асосий симптоми қалқонсимон безнинг айтарли даражада катталашиб кетишидир. Бу ҳолат уз навба-тида беморларда турли хил узгаришлар пайдо қилади, натижада беморлар ютиниш актининг бузилиши, нафас олишнинг қийинла-шуви ва овознинг бўғилиб қолишидан нолийдилар. Безнинг катта-лашуви бешта босқич билан ифодаланади. Шаклига кўра эса диф-фуз, тугунли ва аралаш турлари тафовут қилинади.

Давоси. Даволаш ишлари қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда олиб борилади. Гипотиреонид буқоқда, яъни без функцияси пасайган бўлса, 0,1 г дан тиреоидин препара-тини кунига 2—3 маҳал ичиб турилади. Даволаш ишлари 6 ойдан 1 йилгача олиб борилиши мумкин. Консерватив даводан ташқари, жар-роҳлик йўли билан ҳам даволанади. Агар без катталашиб кетиб на-фас йўлини, овқат йўлини, қон-томир ва асаб толаларини механик тарзда сиқиб қўйса, жарроҳлик амали буюрилади.

Профилактикаси: Буқоқ касаллиги кенг тарқалган жойларда ка-салликнинг олдини олиш мақсадида бир тоннасига 25 г калий йодид қўшилган туздан истеъмол қилиш тавсия этилади. Бундан ташқари болалар муассасаларида болаларга антиструмин таблеткасини ичиш учун бериб турилади. Ҳомиладорлар ва эмизикли оналарга 1 ҳафтада 1 марта калий йодид таблеткасини ичиб туриш тавсия этилади.

ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз қалқонсимон без функциясининг пасайиб кетиши ёки бутунлай тўхташи натижасида келиб чиқадиган касалликдир. Бу касаллик эркакларга қараганда аёлларда кўп учрайди (асосан 40 ёшдан кейин кузатилади). 1878 йили немис олими Орд касал-ликни «микседема» термини билан атаган.

Этиологияси. Касаллик туғма (кретизм) ва ҳаётда орттирилган булади. Ҳаётда орттирилган гипотиреоз инфекция таъсир қилганида, токсик буқоқ касаллигини даволаш маҳалида радиоактив йод миқдорини ошириб юборганда ва қалқонсимон безни унинг ги-перфункцияси туфайли олиб ташлаш натижасида келиб чиқади. Бундан ташқари, гипофиз касаллиги ҳам албатта қалқонсимон безда турли хил узгаришлар келиб чиқишига олиб келади.

Клиник манзараси. Касаллик одатда аста-секинлик билан бош-ланади. Беморнинг атрофдагиларга қизиқиши камайиб боради. Ҳара-катлари суст бўлиб қолади. Хотираси пасаяди, нутқи секинлаша-ди, юзи ниқобсимон тус олиб, кам ифодалаи бўлиб қолади. Бемор куздан кечирилганда бадан териси, айниқса, қуз қовоқларининг териси шишиб туради, қуруқ бўлади, лаблар қатин тортган, ёғ

босишга мойиллик қайд қилинади. Тана ҳарорати пасайган бўлади. Тил ва товуш бойламлари шишганлиги туфайли, нутқ бир оз секинлашган ва тушунарсиз, овоз буғиқ бўлиб қолади.

Диагностикаси. Диагностика қилишида субъектив, объектив ва қўшимча текшириш натижаларига асосланади. Қўшимча текшириш усулларида сканерлаш қўлланилади. Бунда қалқонсимон безга йод ютилиши анча камаяди ва без сканограммада анча кичрайган бўлиб чиқади. Асосий алмашинув пасайган бўлади.

Даволаш. Қалқонсимон без функциясининг пасайганлигини ҳисобга олиб тиреоидин ёки трийодтиронин билан ўтказиладиган ўринбосар терапия буюрилади. Тиреоидин кунига 0,1 г дан ичиш учун берилади ва миқдори аста-секин ошириб борилади. Трийодтиронин билан даволаш—препаратни суткасига 5–10 мкг дан ичиш учун бериш билан бошланади ва уни суткасига 25–100 мкг гача бериш мумкин. Шу билан биргаликда беморларни қатор витаминлар билан ҳам даволаш мақсадга мувофиқдир.

ГИПОФИЗ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Гипофиз овал шаклдаги кичик без бўлиб, бош асосий суягининг турк эгари чуқурчасида жойлашган. Гипофиз 3 бўлакдан—олдинги, оралиқ ва орқа бўлакдан иборат. Безнинг олдинги бўлаги аденогипофиз деб ҳам аталади ва бу қисмда соматотроп, пролактин, адренокортикотроп, гонадотроп, тиреотроп гормонлар ишлаб чиқарилади. Гипофизнинг орқа бўлагидан эса меланин стимулловчи гормон ишлаб чиқарилади. Бу гормон пигмент алмашинувини идора этади ва бадан териси рангининг ўзгаришига таъсир этади. Безнинг орқа бўлагидан окситоцин ва вазопрессин ажралиб чиқади. Қуйида гипофиз касалликларидан акромегалия туғрисида фикр юритамиз. Гигантизм акромегалиянинг клиник тури ҳисобланади.

Акромегалия. Организм балоғатга етгандан кейин гипофиз безининг гиперфункцияси содир бўлса, у ҳолда акромегалия касаллиги ривожланади. Бу касалликни биринчи бўлиб 1886 йили француз невропатологи Пьер Мари аниқлаган. Акромегалия (асро—қул оёқ, megalos—катта деган сузлардан олинган) ўсиш гормонининг ортиқча миқдорда ишланиб чиқиши натижасида суяклар, ички аъзолар ва юмшоқ тўқималарнинг зур бериб ўсиши билан намоён бўладиган касалликдир.

Этиологияси. Бу касаллик гипофиз олдинги бўлагининг турли хил инфекциялар туфайли яллиғланиш жараёни натижасида келиб чиқади. Бундан ташқари гипофиз соҳасига тааллуқли бўлган жароҳат ҳам акромегалия келиб чиқишида муҳим ўрин тутди.

Симптоматикаси. Беморлар бош оғриғи, бел ва бўғим соҳаларидаги оғриқлар, кўришнинг бир оз пасайиши, хотиранинг ёмонлашуvidан шикоят қиладилар. Улар кўздан кечирилганда юз пропорция-

сининг ўзгарганлиги аниқланади. Ёноқ равоқлари дўппайиб чиқиб, бурун, қулоқ супралари катта бўлиб кетади, пастки лаб осилиб тушади, пастки жағдаги тишлар устки тишларга қараганда олдинга туртиб чиқиб туради. Қўл-оёқ панжалари йўғонлашиб қолади.

Диагностикаси. Субъектив ва объектив натижаларига асосланган ҳолда олиб борилади. Бош соҳасининг рентгенограммасида турк эгарининг катталашганлиги, бош суяқларининг қалин тортиб қолганлиги маълум бўлади.

Давоси. Гипофиз ва таламус соҳасига рентгенотерапия утказиш даволашнинг асосий усули бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга соматотроп гормон секрециясини пасайтириш мақсадида эстрадиол пропионат ва диэтилстильбестрол берилади. Кейинги пайтларда усиш гормони миқдорини камайтириш мақсадида парлодел таблеткаси 2, 5 мг дан қўлланилмоқда.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Қандли диабет меъда ости безининг касаллиги бўлиб, инсулин миқдорининг мутлақо ёки нисбий етишмаслиги туфайли келиб чиқади ва организмда моддалар алмашинуви, асосан углевод алмашинувининг бузилиши билан характерланади. Эндокрин системаси касалликлари орасида қандли диабет энг кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади. Статистика маълумотларига кўра, бутун дунё аҳолисининг 2% и қандли диабет касаллиги билан оғрийди. Шаҳар аҳолисининг қишлоқдагиларга нисбатан кўпроқ касалланиши кузатилган. Касалланган беморларнинг кўпчилиги 40 ёш ва ундан катталарни ташкил этади.

Этиологияси. Бизга маълумки, инсулиннинг меъда ости безидаги Лангерганс оролчаларининг β -хужайралари ишлаб чиқаради. Мана шу хужайраларнинг етишмовчилиги кўп ҳолларда инфекциялар натижасида, руҳий жароҳатлардан кейин, панкреатит касаллиги, палапартиш овқатланиш туфайли келиб чиқади. Бу касалликнинг этиологиясида бошқа кўпгина касалликлар каби ирсий омилни инкор этиб бўлмайди. Инсулин етишмаслиги туфайли организмнинг аъзо ва туқималарига овқат билан тушган қанд моддасини йиғиш қобилияти бузилади. Натижада сингимаган қанд қонга тушади, сўнгра сийдикда пайдо бўлиб, сийдик орқали ташқарига чиқарилади. Шунинг учун ҳам касалликни бошқача қилиб «қандли сийиш» дейилган.

Клиник манзараси. Бемор тез-тез чанқаш натижасида кўп сув ичиб тез-тез ва кўп сийиш, тери қичишиши, ҳамда қувватсизликдан шикоят қилади. Беморларда тезда чарчаб қолиш ҳоллари кузатилади. Уларни бош, юрак соҳаси оғриб туриши, уйқу бузилиши, кўз хиралашуви безовта қилади. Кўпинча хадеб чанқайвериш ва шу туфайли кўп сув ичиб сийиш беморни врачга боришга мажбур этади. Айрим

ҳолларда эса қандли диабет симптомлари деярли билинмайдиган бўлади. Шуларни ҳисобга олган ҳолда қандли диабетнинг яширин (латент) ва яққол (клиник) турлари тафовут қилинади. Касалликнинг оғир енгиллигига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир даражалари фарқланади. Қандли диабет бадан териси, юрак томирлар системаси, меъда-ичак йўли, буйрак, кўз, асаб системасида анчагина ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бадан териси дағаллашиб, пушт ташлаб туради. Терининг қичишиши беморларни қаттиқ безовта қилади. Қичишган жойларни қачиш натижасида тирноқларидан тирналган жойга инфекция осонгина ўтади. Натижада терида яралар пайдо бўлиб, бу ҳолат ёмон асоратларга (ҳатто гангренага) олиб келиши мумкин. Қандли диабетга мубтало бўлган беморларда артерисклеротик ўзгаришлар жуда тез авж олади, натижада юрак тож томирлари ва мия томирларида сезиларли ўзгаришлар юзага келади. Жумладан, юрак ишемик касалликлари, аникроги миокард инфаркти касаллиги келиб чиқиш хавфи пайдо бўлади. Шу билан бирга, оёқ қон томирларида, кўз тур пардасида, буйракда ва бошқа аъзо қон томирларида ангиопатиялар кузатилади. Айниқса, кўз тур пардасининг зарарланиши, яъни ретинопатия зурайиб бориб, беморнинг батамом кўр бўлиб қолишига олиб келиши мумкин. Диабетнинг оғир даражасида беморлар меҳнат қилиш қобилиятини йўқотадилар, уларда диабетик кома ҳолатига тушиб қолиш ҳоллари кўп учрайди.

Диабетик комаларнинг клиник белгилари. Диабет комаси моддалар алмашинувининг чуқур издан чиқиши бўлиб, бунда бемор қонида кетон таналар тупланиб қолади ва асосан марказий асаб системаси бузилиши қайд қилинади. Инсулинни етарли миқдорда бериб турмаслик, инфекциялар, руҳий жароҳатлар, хирургик операциялар ва бошқалар кома бошланишига тўртки бўлиши мумкин. Беморларда дармонсизлик, бош оғриғи пайдо бўлади, аввал кўзголиш кейин эса уйқучанлик кузатилади. Бемор қусадн, шовқинли нафас олади, хушидан кетади. Баданининг териси қуруқ бўлади, мускуллар тонуси пасайиб кетади. Кўз соққалари бармоқ билан босиб қурилганда юмшоқ бўлади. Оғиздан ацетон ҳиди келади. Артериал қон босими пасайган бўлади. Бундай ҳолларда беморга шошилишч равишда инсулин инъекцияси қилиш зарур бўлади.

Диагностикаси. Бизга маълумки, соглом организм қонида қанд миқдори 3, 3–5, 5 моль/л (60–100 мг%)ни ташкил этади. Қонда қанд миқдорининг ортиб кетиши гипергликемия дейилади. Қандли диабет касаллиги билан оғриганларга ташхис қўйишда субъектив ва объектив, бундан ташқари, асосан, қонни лабораторик текшириш натижаларига асосланганади. Лаборатория диагностикасининг асосий маълумотлари қонда қанд миқдорининг кўпайиши-гипергликемия, сийдикда қанд пайдо бўлиши—глюкозурия ва сийдик нисбий зичлигининг ортиши ҳисобланади. Агар беморда қайта текширувда қанд миқдори (эрталаб нонушта қилмасдан) 7,5 ммоль бўлса, бу беморни

албатта қандли диабет касаллиги бор йуқлигига текшириш лозим. Қондаги қанд миқдорини аниқлаш учун номсиз бармоқ учидан қон олиб текширилади. Тезкор усулда аниқлаш учун эса ҳар хил диагностик қоғозлардан фойдаланилади. Бунинг учун «декстростикс», «мультистикс» ва «декстронал» деган диагностик қоғозлар жуда қулайдир. Наҳорга бемордан қон олиниб, бир томчиси шу қоғозга томизилади ва бир дақиқа утпач филтър қоғози билан артиб ташланади. Шкала бўйича ранги солиштирилади ва шкаладаги рангга қараб қанд миқдори аниқланади. Қандли диабетнинг яширин турларини аниқлаш учун эса одамга қанд едириб туриб, текшириш утказилади (қанд нагруккаси билан утказиладиган синама).

Давоси. Даволаш ишлари энг аввал инсулин етишмовчилиги ва шунинг натижасида келиб чиққан метаболик ўзгаришларни бартараф этишга қаратилган бўлиши керак. Даволашнинг асосий усуллари парҳез овқатлар, қанд миқдорини камайтирадиган (ичиладиган препаратлар ва инсулиндан инъекция қилишдир.

Парҳез билан даволаш диабетнинг ҳамма турларида тавсия қилинади. Айниқса касалликнинг енгил турида беморларни даволаш учун парҳезнинг ўзи кифоя қилади. Бемор кунига 5—6 марта овқатланиб, айниқса углеводларнинг бир хил туғри тақисмланишига эътибор бериши зарур. Парҳез овқатларда етарли миқдорда витаминлар, минерал тузлар, усимликлар бўлиши керак. Беморга енгил ҳазм буладиган углеводлар, яъни қандли маҳсулотлар, қанд, шакар, асални сира бериб бўлмайди. Етарли миқдорда оқсиллар билан ёғлар истеъмол қилиш тавсия этилади. Қандли диабет касаллиги оғир ёки уртача оғир утиб, парҳез ва қанд миқдорини камайтирувчи препаратлар етарлича қор қилмайдиган маҳалларда инсулин юборилади. Инсулин 5 мл ли флаконларда чиқарилади. Ҳар 1 мл да 40 ТБ миқдорда инсулин бўлади. Беморларни даволашда оддий инсулин ва таъсири узоқ давом этадиган протамин-рух инсулин, инсулин-протамин, кристатин рух-инсулин, рух-инсулин суспензиясидан фойдаланилади. Инсулин билан даволашда шунини ёдда тутишимиз керакки, урта ҳисобда 4 г глюкозани ўзлаштириш учун 1 ТБ инсулин зарур бўлади ёки 1 ТБ инсулин сийдик билан чиқариладиган қандни 4 г га камайтиради. Инсулин юборишда препаратни аниқ дозалаш учун қушимча даражалари бўлган 1 ёки 2 мл ли махсус шпришлардан фойдаланилади. Инсулинни елка ва сонларнинг ташқи соҳасига, курак ости соҳасига, қориннинг пастки қисмига тери остидан юборилади. Инсулин билан даволашда препарат миқдори ошириб юборилганда гипогликемик кома ривожланади. Бу ҳолат тўсатдан бошланади. Бошланиши олдиан бемор очлик ҳиссини, бош оғриғини сезади, эси оғирбоқ туради. Тери қоплами ушлаб қуритилганда нам бўлади, артериал қон босими нормал ёки кўтарилган бўлади. Шу пайтнинг ўзида беморга ширин чой ичкизилса, бу ҳолат ўтиб кетади. Кома бошланиб қолган бўлса венадан 20-40 мл 40% ли глюкоза эритмаси юборилади. Қандли диабет касаллигини даволаш-

да инсулиндан ташқари сульфаниламидлар ва бигуанидлардан ҳам фойдаланилади. Бу дори препаратлари овқатланишдан кейин ичиш учун берилади. Бутамид, скламид, хлоцикламид, диботин (фенформин), глюкофаг шулар жумласидандир. Сульфаниламид дорилар Лангерганс оролчаларидаги β -хужайраларининг инсулин ишлаб чиқаришини ошириш орқали таъсир кўрсатади. Бигуанидлар эса инсулин ишлаб чиқариш жараёнига таъсир қилмасдан, глюкозанинг хужайрага ўтишини яхшилади.

Беморларни парваришlash. Қандли диабет касаллиги билан оғриган беморларнинг аввало бадан терисининг тўғри парвариш қилинишига алоҳида эътибор беришимиз керак. Чунки озгина чақаланиш ҳам уша жойларни йиринглаб, яра бўлиб кетишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун диабетли ҳар бир беморга терининг йирингли касалликлари профилактикасини тушунтириб, унга амал қилишни ўргатишимиз лозим. Бемор стационардан чиққандан кейин ҳам уй шароитида тери остига инсулин инъекцияларини қилишни давом эттиради. Шунинг учун беморга бу муолажаларни тўғри бажариш лозимлигини тушунтириш зарур. Бемор диабетик команинг ҳам, гипогликемик команинг ҳам аломатларини билиши ва шундай ҳолат пайдо бўлганда ўзига керакли чорани қўллаши шарт. Парҳезга қатъий риоя қилиш зарурлигини ёддан чиқармаслиги лозим.

ПОДАГРА

Подагра — моддалар алмашинуви бузилиши касаллиги бўлиб, қонда урат кислотанинг кўпайиб кетиши билан характерланади. Натижада бўғим атрофи тўқималарида урат кислота тузлари йиғилиб, уларда яллиғланиш, сўнгга эса деструктив-склеротик жараёнлар авж олади. Урат кислота гўшт ва спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш натижасида кўпайиб кетади, сийдик билан ажралишга улгура олмайди. Натижада секин-аста қўл-оёқ панжалари бўғимларида йиғила бошлайди ва шу жойларда шишлар пайдо қилади. Касаллик билан катта ёшдаги, гиперстеник тана тузилишига эга бўлган кишилар кўпроқ оғрийдилар. Подагра касаллиги ҳозирги вақтда кўп учраб турадиган бўлиб қолди.

Симптоматикаси. Беморлар оёқ товонларининг оғриши, бўғимларининг шишиб кетиши, оёқ бармоқларини қимирлатганда оёқ тагида оғриқ пайдо бўлишидан шикоят қиладилар. Бўғимлар бир оз катталашган, тери қизарган, тана ҳарорати ошган бўлади. Қон текшириб қурилганда урат кислота миқдорининг ошганлиги ва яллиғланишга хос бўлган ўзгаришлар борлиги аниқланади.

Давоси. Касалликнинг келиб чиқишини ҳисобга олган ҳолда, парҳезга риоя қилиш қаттиқ тайинланади. Овқат маҳсулотларидан нўхат, ловия, гўшт миқдорини чегаралаш, спиртли ичимликлар истеъмол қилмаслик тавсия қилинади. Дори-дармонлардан эса орга-

низмдан ортиқча урат кислотани чиқаришга ёрдам берадиган ва организмда урат кислота синтезини пасайтирадиган препаратлар берилади. Шу мақсадда энтуран ва аллопуринол 0,1 г дан 4 маҳал ичиш учун бериб турилади. Минерал сувлардан кўп-кўп ичиб юриш тавсия қилинади.

ҚАНДСИЗ ДИАБЕТ

Бу касаллик антидиуретик гормоннинг старлича ҳосил бўлиб турмаслигидан келиб чиқади.

Сабаби. Қандсиз диабет касаллиги гипоталамо-гипофизар система ўткир ва сурункали инфекциялар билан зарарланганида ёки усмалар пайдо бўлганида кузатилади. Бу касаллик гипофиз орқа бўлмачасидаги антидиуретик гормон, яъни вазопрессин етишмовчилигидан келиб чиқади. Бундан ташқари, бош мия жароҳати билан оғриган беморларда ҳам қандсиз диабет келиб чиқиш ҳоллари кузатилган.

Симптоматикаси. Беморлар кўп чанқашдан (ташналикдан) ва суткалик сийдик миқдори кўпайиб (гоҳи 10 литр гача), кўп сийишдан нолийдилар. Полиурия натижасида бемор териси қуруқшаб қолади, беморда умумий дармонсизлик, бош оғриғи қайд этилади.

Давоси. Асосий даво касалликни келтириб чиқарган сабабни бартараф этишга қаратилган бўлиши лозим. Яллиғланиш жараёнларида антибиотиклардан фойдаланилади. Антидиуретик гормон препаратларидан адиурекрин қўлланилади. Препарат 0,03-0,05 г дан ҳар 6-8 соатда енгил нафас олиш йўли билан интраназал усулда юбориб турилади. Адиурекрин яхши наф бермаса ёки уни юбориш учун монеликлар (юқори нафас йўллари касалликлари) бўлса, у ҳолда питуитрин қўлланилади. Препарат 1 мл дан (5 ТБ) тери остига суткасига 3-4 марта юбориб турилади.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРГА ЙЎРИҚНОМАЛАР

1. КЛИНИКАГАЧА БЎЛГАН ХОНАДА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади. Эндокрин системаси ва моддалар алмашинуви бузилиши касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш асослари бўйича олган назарий билимларни мустақкамлаш, муолажаларни бажаришни ўрганиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * эндокрин системаси аъзоларининг анатомик-физиологик асосларини.
- * эндокрин системаси касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш тартибларини (қуйидаги тизмага қ.);
- * эндокрин системаси касалликларини аниқлашда (қўшимча

текшириш усулларининг (асбоблар ва лабораторик усуллар ёрдамида) аҳамиятини;

* эндокрин системаси касалликларида коматоз ҳолатлар ва врачгача ёрдам кўрсатишни (қўйидаги тизмага қ.);

* эндокрин системаси касалликлари булган беморларни парвариш қилиш асосларини.

* қондаги қанд миқдорини текшириш учун қон олиш қоидалари ва инсулин шприцларидан фойдаланиш қоидаларини.

13-тизма.

Бемор шикоятлари	
1. Буйин шаклининг ўзгаришлари.	5. Юрак ўйнаши (тахикардия)
2. Тажанглик (қўзғалувчанлик).	6. Чанқаш.
3. Куп терлаш.	7. Терида қичишиш.
4. Тана вазнининг ўзгариши.	8. Полиурия.
	9. Бўшашиш (лоҳаслик).

Касаллик анамнези	
1. Хатарли омиллар.	5. Олиб борилган текшириш натижалари.
2. Сабаблари.	6. Олиб борилган даво чоралари.
3. Касаллик бошланиши	7. Асоратлари.
4. Касаллик динамикаси	

Ҳаёт анамнези	
1. Наслдан наслга берилувчанлик.	6. Мия жароҳатлари.
2. Оғриб утган касалликлари.	7. Касаллик келиб чиқишида касб-кор омиллари.
3. Овқатланиш характери.	8. Яшаш ва меҳнат шароити.
4. Хавфли белгилар.	9. Асаб-руҳий таъсирлар
5. Касби	

Беморларни бевосита текшириш усуллари

Кўздан кечириш
1. "Кўз" симптомлари.
2. Семириш.
3. Озиб кетиш.
4. Қалқонсимон безнинг катталашуви.
5. Фурункулёз.
6. Тери пигментацияси
7. Сочдаги, тирноқдаги, тилдаги ўзгаришлар
8. Қўлларнинг қалтираши

Пальпация
1. Тери юзасининг ҳолати.
2. Қалқонсимон без ҳолати.
3. Пульс (тахикардия, брадикардия).

Асбоблар ва лаборатория ёрдамида текшириш

Қалқонсимон безни

1. Сканирлаш.
2. Ультратовуш асосида текшириш.
3. Қонда гормонлар миқдори.
4. Асосий алмашинув.
5. Қонда оқсил-йод брикмалари миқдори.

Меъда ости безини

1. Наҳорга қондаги глюкоза миқдори.
2. Гликемик профиль.
3. Суткалик глюкозурия.
4. Ацетонурия.
5. Қоннинг ишқорий резерви.

14-тизма. Қандли диабет касаллигида коматоз ҳолатларнинг клиник белгилари.

Диабетик кома

Таъсир этувчи омиллар

1. Даволаш режимининг бузилиши.
2. Физик, психик жароҳатлар
3. Инфекция, интоксикациялар

Кома олди ҳолати белгилари

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Чанқаш. 2. Адинамия. 3. Кунгил айнаши, қусиш. 4. Бош оғриғи | <ol style="list-style-type: none"> 5. Иштаҳанинг йўқолиши. 6. Қориндаги оғ-риқлар. |
|---|--|

Ҳамшира тактикаси

Зудлик билан врачни чақириш

Кома симптомлари

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Тери ва шиллиқ қаватлар қуруқлиги. 2. Оғиздан ацетон ҳиди келиши. 3. Тахикардия. 4. "Шовқинли" нафас | <ol style="list-style-type: none"> 5. Артериал босимнинг кўтарилиши. 6. Кўз соққаси ва мускуллари гипотонияси. 7. Гипергликемия. 8. Гликозурия. |
|--|---|

Даволаш

1. Инсулин (вена ичига).
2. Дезинтоксикацион терапия.

Гипогликемик кома

Сабаблари

1. Овқатланиш режимининг бузилиши.
2. Инсулин миқдорини ошириб юбориш.
3. Физик зўриқишнинг ошиб кетиши.

Кома олди ҳолати белгилари

1. Бушашиш (тоҳаслик).
2. Терининг оқариши.
3. Мускуллар учувчанлиги.
4. Кўп терлаш.
5. Бессаранжомлик.
6. Танада қалтираш.

Ҳамшира тактикаси

Врачи чақириш! Зудлик билан беморга ширин чой ичириш

Кома симптомлари

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Ўткир бошланиши. | 5. Артериал босимнинг пасайиши. |
| 2. Кўз қорачиқларининг кенгайиши. | 6. Гипогликемия. |
| 3. Тер ажралишининг кучайиши. | 7. Талваса (қалтираш). |
| 4. Брадикардия | |

Даволаш

1. Глюкоза (вена ичига).
2. Адреналин.
3. Преднизолон, гидрокортизон.

Дарсга тайёргарлик даврида шу мавзулар учун тааллуқли бўлган, бошқа фанлардан олган билимларни тиклаб олиш зарур.

Дарснинг қисқача мазмуни.

Эндокрин системаси аъзоларининг анатомио-физиологияси ва патологиясини аниқлаш учун қуйидагиларни қайтариш лозим:

- ички секреция безлари ҳақидаги маълумотни;
- организмнинг нормал яшашида эндокрин системасининг аҳамиятини;
- моддалар алмашинуви туғрисидаги тушунчаларни;
- эндокрин системаси касалликлари туғрисидаги тушунчани;
- эндокрин системаси аъзолари иш фаолиятининг бошқарилишида МНСнинг ролини.

Беморларда қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш учун, тушунтириш ишларида бу муолажанинг фақат наҳорга олиб борилишини тушунтириш керак.

Сийдикдаги глюкоза миқдорини аниқлаш учун суткалик сийдик йиғилади. Ҳамшира йиғилган сийдикни лабораторияга жўнатишдан олдин яхшилаб аралаштириб олади ва 150–200 мл олиб, лаборатория учун йўлланмага сийдикдаги глюкоза миқдорини аниқлашга деб, умумий йиғилган сийдик миқдорини ҳам кўрсатиб қўяди.

Ҳамшира сийдикдаги қанд миқдорини экспресс усулида ҳам аниқлаши мумкин, бунинг учун махсус қоғоз «Гликотест» ёки «Биофан Г»дан фойдаланади, сийдикда қанд бўлганда индикатор қоғозларнинг ранги узгаради. Сийдикда ацетон борлигини аниқлаш учун махсус таблеткалар тупламидан фойдаланилади, экспресс усулида, агар ацетон бўлса, индикаторнинг ранги қизаради.

Асосий алмашинувни аниқлашда ҳамшира беморга бу муолажа наҳорга, мускулларнинг мутлоқ тинч ҳолатида ўтказилиши тўғрисида тушунтиради ва текширишдан 2-3 кун олдиндан махсус оксилсиз парҳез сақлашини айтади (овқатдан гушт, балиқ, тухум, ва творог чегараланади). Текшириш вақтида уйқу келтирувчи ва тинчлантирувчи моддалар, никотин, спиртли ичимликлар, кофеин қабул қилинмаслиги керак.

Тиббиёт ҳамширасининг вазифаси беморнинг шикоятлари ва объектив текшириш натижаларига асосан, уз вақтида бемор ҳолатини аниқлаш, яъни эндокрин системаси касалликларида кома олди ва коматоз ҳолатлар бошланиб қолиши мумкин, шунинг у учун вақтида шошилиш ёрдам чораларини кўрсатишни билиши керак.

Беморларни парвариш қилишда ҳис-ҳаяжонлар бемор ҳолатига салбий таъсир қилишини, тери ва шиллиқ пардаларнинг гигиеник парваришига катта эътибор беришни билиши зарур, чунки терида яллиғланишлар тез бошланиши ва кейинчалик бемор ҳолатининг оғирлашишига таъсир қилиши мумкин.

Қандли диабет касаллиги бўлган беморлар ўзларига инсулин қилишни билишлари керак, буни ҳамшира ургатиши зарур.

Беморларга парҳез тузишда, ҳамшира бу касалликда парҳез даволашнинг асосий қисмини ташкил қилишини ҳисобга олиши ва беморлар овқатланишини доимо назорат қилиши лозим. Озиқ-овқатларда углеводлар чекланган миқдорда бўлиши зарур. Таркибида осон ўзлаштириладиган углевод сақловчи маҳсулотларни истеъ-мол қилиш тавсия этилмайди (қанд, жем, асал, кисель, печенье, компотлар, торт, пирожнийлар).

Беморларга қийин ўзлаштириладиган углеводли (қора нон, сав-завотлар, мевалар, малина ва б.), витаминларга бой озиқ моддалар оз-оз миқдорда кунига 5—7 маротаба буюрилади.

Тиреотоксикоз касаллиги бўлган беморларга витаминларга бой турли хилдаги парҳез буюрилади, асаб системасини қўзғовчи маҳсулотлар: гушт, балиқ, кофе чегараланади. Бундай беморлар тиббиёт ходимларидан аниқ ва диққатли эътиборни талаб қиладилар. Шахсий гигиена қоидаларига қаттиқ амал қилиш керак.

Мустақил иш

Амалий кўникмаларни урганиш учун муляжлардан фойдаланилади. Ўқувчилар инсулин шприцларида аниқ инсулин миқдорларини олиш ва юборишни урганадилар. Ҳар қайси ўқувчи қандли диабет касаллиги учун тахминий меню тузади.

Ўқувчилар олган билимларини мустаҳкамлаш мақсадида муам-моли масалаларни ечишади.

1-топшириқ.

Бемор аёл 62 ёш. Терапия бўлимига қуйидаги шикоятлар билан тушди: оғиз қуриши, қуп чанқаш, тери юзасида қичишишлар, қуп сийишдан. Анамнезидан сурункали холецистопанкреатит билан оғриганлиги аниқланди. 3 ҳафтадан буён оғиз қуриб, чанқай бошлаган.

Куздан кечирилганда: тери қуруқлиги, қашишдан кейинги тирналган жойлар аниқланган, пульс минутага 86 маротаба, уртача кучланиш ва тўлиш билан. Юрак тонлари бўғиқ, тилни оқ караш боғлаган. Қорин пальпация қилинганда эпигастрал соҳада сезиларли огриқ бор. Қонда – наҳорга (оч ҳолатга) глюкоза миқдори (10.3 ммоль/л), суткалик сийдикда – глюкозурия (10г/л) аниқланади.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?

2. Парвариш қилиш асосларини изоҳлаб беринг.

Жавоб эталони.

Беморнинг шикоятлари, касаллик анамнезига, объектив ва қўшимча текшириш натижаларига асосан, беморда сурункали холецистопанкреатит касаллиги фонида қандли диабет касаллиги туғрисида уйлаш мумкин.

- клиник текшириш вақтида беморнинг ҳолати нисбатан яхши;
- юқорида айтилган касалликка асосан ва бемор ёшини ҳисобга олган ҳолда, у доимо ҳамшира назоратига муҳтож;
- беморнинг парҳезга амал қилишини кузатиш керак, парҳез ва рационал овқатланишнинг аҳамияти туғрисида бемор билан тушунтириш ишларини олиб бориш зарур;
- бемор ёшини ҳисобга олган ҳолда ҳамшира нафас олиш ва юрак қон-томир системаси ишини назорат қилиши (нафас ҳаракатларини санаш, пульсни аниқлаш, артериал босимни улчаш) лозим;
- тери парвариши, беморларда қичишиш, қашилган жойлар, терида йирингли касалликлар профилактикаси чора-тадбирлари ўтказилади;
- ўз вақтида ва аниқ врач кўрсатмалари бажарилади;
- заруратга қараб беморга ўзига-ўзи инсулин қилишни ургатилади.

2-топшириқ.

Бемор аёл 45 ёш. Терапия бўлимига қуйидаги шикоятлар билан олиб келинди: юрак ўйнаши, қуп терлаш, қўзғалувчанлик (тажанглик), қусиш, тўсатдан бушашиш (ланжлик), сезиларли даражада тана вазнининг камайиши. Анамнезда бемор 5 ойдан буён тиреостатик препаратлар билан даволанаётгани ва тиреотоксик буқоқ билан назоратда эканлиги аниқланди.

Беморнинг ҳолати грипп касаллигидан сунг оғирлашди. Объектив текширишда: тана ҳарорати 38°C, пульс мин. 180 маротаба, артериал

босим 140/60 мм. см. уст. га тенг, юрак тонлари кучайган, мерцатель аритмия аниқланмоқда. Тери юзаси нам ҳолатда. Қалқонсимон без сезиларсиз катталашган, кўзда гилайлик, қўл ва оёқларда қалтираш кузатилмақда.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳланг.

3-топшириқ.

Бемор аёл 40 ёшда. Қуйидагилардан шикоят қилади: кўп эснаш, ланжлик, хотиранинг пасайганлиги. Бемор ўзини икки йилдан буён касал деб ҳисоблайди. Участка терапевти назорати остида турган. Седатив ва умумий дармон киритувчи дорилар билан даволанган, лекин ўзгариш сезмаган. Қонда—холестерин миқдори ошган.

Ёшлигида оғриган касалликларини эслай олмайди, шамоллашдан ташқари. Оилати, иккита фарзанди бор.

Объектив текширилганда: бемор бушашган, касаллигини бепарволик билан сузлаб бермоқда, мимикаси сусайган. Тери юзаси қуруқ, қовоқлар шишинқираган. Тирноқлар салга синади, тери ости ёғ клетчаткалари қалинлашган, пульс миң. 62 маротаба, ритм билан, артериал босим 110/60 мм. см. уст. га тенг. Юрак тонлари буғиқ.

1. Касаллик туғрисида сизнинг мулоҳазаларингиз?
2. Парвариш қилиш асосларини изоҳланг.

II. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарсиниң мақсади: Шифохона шароитида эндокрин сиситемаси касалликлари бўлган беморларни клиник текшириш, назорат қилиш, парвариш қилиш, даволаш ва касалликнинг олдини олиш муолажалари ва куникмаларни урганиш, олган билимларни мустаҳкамлаш.

Уқувчилар билиши шарт:

- * эндокрин сиситемаси касалликларининг шикоятлари ва клиник белгиларини;
- * қандли диабет касаллиги асоратларини;
- * кексаларда қандли диабет ва тиреотоксикоз касалликларининг кечишини;
- * қандли диабет ва тиреотоксикоз касалликлари бўлган беморларни даволаш қоидаларини;
- * қандли диабет касаллигида физик зурқиш асосларини;
- * кома ҳолатида врачгача ёрдам кўрсатиш асосларини.

Тиреотоксик буқоқ касаллиги бўлган беморлардан анамнез йиғишда, унинг шикоятларига эътибор бериш (қўзғалувчанлик, ортиши, тажанглик, кўп терлаш, уйқунинг бузилиши ва касаллик келиб чиқишига сабаб бўлган омилларни аниқлаш).

Объектив текширганда, учламчи симптом: қалқонсимон безнинг катталашуви, кўз симптомлари (экзофтальм) ва тахикардия кузатилади.

Гипертиреоз касаллиги билан оғринган беморларни парвариш қилишда, деонтология қоидаларига қаттиқ амал қилиш талаб этилади, чунки беморларда сезиларли психоэмоционал ва асаб бузилишлари бўлади. Бундай беморлар диққат ва катта эътиборлик билан парвариш қилинади.

Қандли диабет касаллиги билан танишишда, беморнинг шикоятларига ва кўринишларига эътибор бериш лозим.

Анамнез ёрдамида наслдан-наслга берилиш ҳолатларини аниқлаш зарур. Теридаги ўзгаришларга эътибор бериш керак (терининг қуруқлиги, қашилган жойлар ва теридаги йирингли ярачаларга).

Қандли диабет касаллиги билан узоқ вақтдан бери оғриётган беморларда, унинг асоратлари бошланиб қолиши эҳтимоллари ҳақида ўйлаш керак (ангиопатия, полинейропатия, коматоз ҳолатлар, оёқлар гангренази, ренитопатия, буйрак зарарланиши, невралгия ва б.).

Мустақил иш

Ўқувчилар эндокринологик булимда ҳамшира иши билан танишиши, иш юритишни ўрганиши керак.

Мустақил иш бажаришда ўқувчилар эндокрин системаси касалликлари бўлган беморларни парвариш муолажаларини тулиқ бажариш ва шу касаллик билан беморларни лабораторик, функционал текширишлар учун тайёрлаш қоидаларини ўрганишлари лозим. Муолажалар хонасида инсулинни юборишни ўрганадилар. Қандли диабет касаллиги билан оғриётган беморлар билан касалликни даволашда парҳезнинг аҳамияти, коматоз ҳолатлари профилактикаси, бунда беморнинг бевосита иштирокининг аҳамияти туғрисида суҳбатлар олиб борадилар.

Амалиёт дарси мобайнида бажарилган ҳар бир иш кундаликда курсатилиши зарур.

III. ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Поликлиника шароитида эндокрин системаси касалликлари билан оғриган беморларни диспансер назоратига олиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини ўрганиш.

Амалиёт дарсида булғуси ҳамшира поликлиниканинг эндокринологик хона иши асослари билан танишади, диспансер кузатувидаги беморларни қабул қилишда қатнашади, врач кўрсатмаларини бажаради, керакли ҳужжатларни тулдиради, рецепт ва таҳлиллар учун йўлланмалар ёзади. Заруратга қараб ўқувчилар участка ҳамшираси билан беморларнинг уйига борадилар ва уй шароитида беморларни парвариш қилишда иштирок этадилар.

Артрит (бўғим яллиғланиши) ревматоид (инфекцион носпецифик), инфекцион (инфекцион специфик), посттравматик ва бошқа турларга бўлинади.

Бўғим касалликларининг клиник хусусиятларини баён қилишга утишдан олдин, одам организмидаги бу системанинг анатомик-физиологик хусусиятлари тўғрисида бир оз тўхталиб ўтиш лозим. Бўғимлар анатомияси ҳақида гапирганда бўғимни ўраб турган бўғим халтачаси ва бириктирувчи тўқимадан ташкил топган, асли бўғим бўшлиғи назарда тутилади. Буларга суякларнинг тоғай билан қопланган (бу тоғай эластик ва силлик) бўғим охирлари (эпифизлари) ёпишган.

Бўғимлар кўпгина касалликлар (ревматизм, сил, захм, сўзак, дизентерия, шунингдек моддалар алмашинуви бузилишлари, масалан, подаграда) ва жароҳатлар сабабли зарарланади.

РЕВМАТОИД АРТРИТ

Бу касаллик ривожланишида организмдаги сурункали инфекция учоқлари (кариоз тишлар, сурункали тонзиллит, урта ва ички қулоқ яллиғланиши, гайморит ва б.) катта роль уйнайди. Бунда совқотиш, нейроэндокрин бошқарилишнинг бузилиши каби касалликка мойил қиладиган ҳолатларни ҳам назарда тутиш лозим. Инфекцион-аллергик омилни бари бир етакчи деб ҳисоблаш расм бўлган. Бу касаллик коллагенозлар гуруҳига киради, асосан бўғимлардаги (тизза, болдир-товон, тирсак, билак-панжа бўғимларидаги) бириктирувчи тўқиманинг биргаликда зарарланиши билан характерланади, бўғим қопчаси (капсуласи) ва бўғим тоғайлари қалин тортади, шунга кўра бўғим функцияси (ҳаракатчанлиги) бузилади.

Клиник манзараси. Ревматоид (инфекцион носпецифик) артрит аста-секин ёки ўткир (камрок) бошланади. Касаллик учун оёқ-қўллар майда ва ўрта бўғимларининг кўп сонли зарарланиши хос. Бўғимлар шакли бузилади, уларнинг функцияси издан чиқади. Тобора кўп сонли бўғимлар зарарланиб бориб, чакка-пастки жағ бўғимларигача етади, бунда овқатни чайнаш қийинлашади. Касаллик тулқинсимон ва тез-тез қайталаниб турадиган тарзда кечиб, зарарланган бўғимлар ҳаракатланганда оғрийди. Тана ҳарорати кўтарилади, дармонсизлик, кўп терлаш қайд этилади. Кўздан кечирилганда бўғимларнинг пича шишганлиги кузатилади, уларда ҳаракатлар ҳажми чегараланган, касаллик тез-тез кўзиб ва оғирлашиб сурункали кеча бошлайди (бўғимлар ҳаракатчанлиги деярли тулиқ бузилади). Қонда патологик ўзгаришлар (ЭЧТ оши-

ши, лейкоцитопения) қайд қилинади. Рентгенологик текширувда бугим ёриғининг кенгайганлиги, суяк туқимасининг сийраклашганлиги (остеопороз белгилари) аниқланади.

ИНФЕКЦИОН АРТРИТ

Касалликнинг сабаби маълум. Агар инфекция нospецифик (ревматоид) артрит, одатда, бир неча бугимларни зарарлантирса (шунга кура уни полиартрит ҳам дейилади), инфекция артрит, аксарият битта бугимни зарарлантиради ва моноартрит деб аталади. Инфекцион моноартритга мисол тариқасида бугимнинг дизентерия инфекцияси заминида яллиғланишини келтириш мумкин. Дизентерияни бошдан кечиргандан кейин хатто касаллик авж олган даврда, аксарият етарлича даво қилинмаганда ва уринда ётиш режими бузилганда тизза ёки болдир-товон бугимларидан бирининг ҳаракатида оғриқ пайдо бўлади. 1 — 2 кун ўтгач, оғриқ кучаяди, бугим бўшлиғида йиғилган суюқлик туфайли бугим контурлари текислашади.

Бугим яллиғланиши унга микрофлора тушиши натижасида ҳам, аллергик механизмлар оқибатида ҳам пайдо бўлади. Кейинчалик бугим функцияси бузилади, бугим контрактураси (ҳаракатининг қийинлашуви) пайдо бўлади.

Бугимда бириктирувчи туқима вужудга келади. Рентгенологик текширувда бугим ёриғининг торайганлиги, суяк туқимасининг бир оз сийраклашганлиги (остеопороз) қайд қилинади. Даво ўз вақтида бошланганда жараён тескари ривожланиб, бемор тузалиши мумкин.

Сузак артрити. Инфекцион моноартритга бошқа мисол сузак артрити ҳисобланади. Бу касалликнинг ўзига хос симптоми (аксарият бирданига эмас, сузак ўтгандан кейин 2 — 3 ой ўтгач пайдо бўладиган) йирик бугимларнинг бирида (тирсак, тизза бугими) кескин оғриқ пайдо бўлишидир. Тана ҳарорати 39 — 40 С гача кутарилади. Зарарланган бугим қаттиқ шишади, атрофида туқима шиши ривожланади, бугим устидаги тери қизаради, қўл теккизилганда жуда оғрийди, зарарланган бугим функцияси тез бузилади.

Сузак артрити, одатда, бугим шаклининг ўзгариши, ҳаракатининг барқарор қийинлашиб қолиши (анкилоз) билан тугайди.

Суяк-бугим сили (сил артрити). Сил микобактерияларининг қон оқими билан бугимга тушиши (аксарият тизза ёки чаноқ-сон бугимига) ёки силда токсик маҳсулотларнинг бу бугимларга таъсири натижасида уларда сурункали яллиғланиш ривожланади. У аста-секин авж олиб бориб, яқинда жойлашган мушаклар атрофияси ва анкилоз билан ўтади.

Захм артрити. Кўпинча учламчи захмда кузатилади. Ўзига хос симптомлари: тунғи оғриқ, функциянинг нисбатан камроқ бузилиши ҳисобланади. Аксарият симметрик бугимлар, суякларнинг бугим

охирлари (эпифизлари) зарарланиб, булар пальпация қилинганда ғадир-будурлик кўринишида сезилади. Рентгенологик текширувда суяк туқимасининг зичлашганлиги — остеосклероз аниқланади. Ташхис захм инфекцияси аниқлангандан кейин қўйилади.

Давоси. Ревматоид артритда бўғим учун осойишта шароит яратиш зарур. Жараён қўзиганда ва артритни тезлаштирадиган сурункали яллиғланиш учоғи мавжуд бўлганда таъсир доираси кенг антибиотиклар тайинланади.

Салицилатлар (натрий салицилат, ацетилсалицилат кислота) яхши натижа беради. Натрий салицилат 1 г дан кунига 4 — 6 марта, ацетилсалицилат кислотани тахминан 2 барабар кам миқдорда тайинланади, даволаш курси одатда 3 — 4 ҳафта, сўнгра танаффус қилинади, шундан сўнг кейинги даво чораси белгиланади. Салицилатлар аллергияга қарши таъсир кўрсатади.

Ҳозирги вақтда стероид терапия қўлланилади. Преднизолон инъекциялари ёки бу препаратни перорал ишлатиш қўйидаги схема бўйича боради: 50 мл дан кунига 4 марта 3 ҳафта мобайнида. Кундузги нормани аста-секин аввалига 100 мг гача, сўнгра 2 ҳафта ўтгач — 50 мг гача ва, ниҳоят, кунига 25 мг гача камайтирилади.

Кортикотропин (адренкортикотроп гормон, АКТГ) қарийб 30 ТБ миқдорда кунига (15 ТБ дан 2 марта) тайинланади. Гормонлар билан даволашни антибиотиклар ва махсус парҳез (тузни чегаралаш) билан бирга олиб бориш мақсадга мувофиқ.

Физиотерапевтик воситалар комплекси (йод билан электрофорез қилиш) катта роль ўйнайди, айти вақтда даволаш гимнастикаси, зарарланган бўғимга ёпишган мушаклар массажи буюрилади. Кейинчалик сульфидли (водород сульфидли) ва радиоактив ванналар, парафин аппликациялари тайинланади.

Беморлар ўзларини совуқдан эҳтиёт қилишлари керак. Оғиз бўшлиғини кунт билан санация қилиш (кариоз тишлар суғуриб ташланади), сурункали тонзиллит, гайморит кабиларни радикал даволаш зарур. Ревматоид артритли беморлар сабр-тоқат билан даволанганда тузалиб кетадилар. Бироқ, старлича тўлиқ даво қилинмаганда касаллик сурункали турга ўтади, авж олади, бемор кўпинча ўзини-ўзи уддалай олмай қолади, мустақил овқатлана олмайди. Бундай бемор парваришга муҳтож бўлади. Унинг ювинишига, овқат ейишига кўмаклашиш зарур. Бундай беморларни чўмилтириш муайян кўникмаларни талаб қилади.

Дизентерия артритида асосий касаллик даволанади. Зарарланган бўғимга қуруқ иссиқлик, ультрабинафша нурлари тайинланади, оғриқларда оғриқ қолдирадиган воситалар берилади. Яллиғланишга қарши (десенсибилизация қиладиган) препаратлар (салицилатлар) ни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Касалликнинг уткир ҳолатлари тўхтатилгандан кейин, унимавжуд воситаларнинг ҳаммасидан фойдаланиб қунт билан даволаш зарур (даволаш гимнастикаси, массаж, дори электрофорези, радиоактив ванналар, озокерит, парафин шулар қаторига киради).

Сузак артрити ривожланадиган даврда уринда ётиш режимига амал қилиш зарур (жараённинг оғирлашиш хавфи борлигидан). Сульфаниламид препаратлар (суткасига 6 г гача бир ҳафта мобайнида) антибиотиклар билан бирга тайинланади. Касаллик оғир кечганда гонококкли вакцина юборилади. Даволашнинг физик усулларида касалликнинг уткир ҳолатлари босилгандан кейингина фойдаланилади. Суяк-бўғим силида ғайрат билан силга қарши даво амалга оширилади, бўғим иммобилизация қилинади.

Захм артрити захмга қарши воситалар (новарсенол, йод сақладиган препаратлар, антибиотиклар) билан даволанади.

Физик даво усуллари патологик синишлар (суякларнинг бўғим охирилари емирилиши) нинг олдини олишда жуда эҳтиётлик билан қўлланади.

ПОСТТРАВМАТИК АРТРИТ

Бўғимлар яллиғланиши ривожланишида, маиший жароҳатлардан ташқари, касбга алоқадор посттравматик артритлар номини олган артритлар пайдо бўлишига имкон берадиган ишлаб чиқариш омиллари катта роль уйнайди. Масалан, узоқ давом этадиган катта жисмоний зўриқиш умуртқалараро дискларда нохуш ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин, узоқ вақтгача тик туриб ишлаш болдир-товон ва тизза бўғимларида ўзгаришларни вужудга келтиради. Касаллик зарарланган бўғимларда тинч турганда доимо ёқимсиз сезгилар пайдо бўлиши, одимлашда уларнинг кучайиши билан юзага чиқади. Бўғим шакли кўп бўлмаса-да ўзгаради. Рентгенологик текширишда суяк тўқимасининг бир оз сийраклашуви қайд қилинади.

Посттравматик артритда меҳнат гигиенасига қатъий амал қилиш, профилактик гимнастика, иссиқлик муолажалари, даволаш машқлари, массаж зарур.

ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ ОСТЕОАРТРОЗ

Хасталик асосан кекса одамларда учрайди. Бунда бўғим тоғайида дегенератив ва деструктив ўзгаришлар бошланиб, кейинчалик суяклар реактив тарзда ўсади. Натижада бўғим функцияси издан чиқади. Одамнинг семириб кетиши, бўғимларнинг жароҳатга учраши касаллик пайдо бўлишига шароит туғдиради. Ноқулай омиллар таъсири остида бўғим тоғайининг баъзи жойлари юпқа тортиб ёрилади ва яра бўлиб кетади. Остеофитлар ва суяк ўсиқлари пайдо бўлади. Синовиал

парда қалин тортиб, ворсинкалар анча катталашиб кетади, уларга калий тузлари утириб қолади. Касаллик сезилмасдан зимдан бошла-нади. Беморлар айниқса жисмоний зуриқиш пайтидаги бугимлар оғриши ҳамда қирсиллашидан нолийдилар. Ҳаракатнинг қийинлашиб қолиши ва оғриқ тинч ҳолатдан кейин биринчи бор ҳаракат қилиб курилганда, айниқса яққол сезилади. Оёқ бугимлари зарарланган бўлса, бемор оқсоқланиб, хасса ёки култиқтаёқда юради. Қонда одатда узгаришлар кузатилмайди.

Даволаш. Оғриқ синдроми маҳалида ацетилсалицилат кислота (ку-нига 1,5 – 2 г дан), бутадиион, анальгин буюрилади. Оғир ҳолларда (0,025 г дан кунига 3 маҳал) индометацин қўлланади. Санаторий курортларда даволаниш (шифобахш балчиқ, радонли, карбонат, во-дород сульфидли ванналар билан), шунингдек диатермия, микро-тулқинли терапия яхши наф беради.

БЕХТЕРЕВ КАСАЛЛИГИ

Коллагенозлар гуруҳидаги авж олиб борадиган бу оғир касал-лик умуртқа поғонасининг (купинча оёқ-қўлларнинг ҳам) бугим-бойлам аппаратида дистрофик узгаришлар ривожланиши, гавда массасининг анчагина камайиши билан ўтади. Беморлар қаттиқ дармонсизлик, ориқлаб кетаётганликларидан нолийдилар. Куздан кечиринишда озми-кўпми юзага чиққан кахексия аниқланади, бугимлар шакли бузилган. Бемор суст ҳолатда бўлади, касаллик-нинг оғирлашган босқичларида ҳаракатнинг тамомила йўқолиши қайд қилинади.

Кортикостероидлар: преднизолон, кортизон, кортикотропин (АКТГ) билан даволашнинг маълум аҳамияти бор. Оқибати хатар-ли (беморлар купинча қўшилиб келган инфекциядан нобуд бўладилар).

Беморларни парвариш қилишда ётоқ яраларга, овқат ейишга қўмаклашишга, ўз вақтида, ич кийимларни алмаштириш ва ювин-тиришга алоҳида аҳамият берилади.

Н а з о р а т с а в о л л а р и :

?

- 1.Инфекцион артрит этиологияси тўғрисида сузлаб беринг.
- 2.Сурункали артритли беморларни парвариш қилиш қоидалари қандай?
- 3.Артритга қандай даво қилинади?

Витаминлар — одам овқат рационининг энг муҳим таркибий қисмидир. Уларнинг организмда бўлиши турли аъзолар ва система-ларнинг тула қимматли ҳаёт фаолияти учун мутлақо зарур. Одам витаминларни ўсимликлардан тайёрланган овқат ёки ҳайвон маҳсулотларидан олади. Витаминлар ҳайвон организмга ўсимликлардан тушиб, ҳайвоннинг ҳаёт фаолияти жараёнида тупланиб боради. Витаминлар юксак биологик фаолликка эга.

Витамин етишмаслиги сабабли ривожланадиган касаллик гиповитаминоз деб аталади. Овқатда витамин умуман бўлмаганда, у ёхуд бу турдаги авитаминоз туғрисида фикр юритилади.

Гипо- ва авитаминоз сабаблари бир нечта: рационда витаминлар етишмаслиги, уларнинг организмда, ҳусусан ҳазм аппаратида ўзлаштирилишининг бузилиши, организмда айрим витамин комплекслари ҳосил бўлишида қатнашадиган жигарнинг патологик ўзгариши; витаминнинг организмда унинг кескин иссиқлаб кетиши ёки совқотиши сабабли жадал парчаланиши оқибатида етишмаслиги. Гипо- ва авитаминоз, шунингдек ҳомиладорлик ва кўкрак бериб эмизиш вақтида вужудга келиши мумкин. Авитаминозда патологик ўзгаришлар гиповитаминозга қараганда кўпроқ ифодаланган.

АВИТАМИНОЗ А

Бу касалликнинг энг ифодаланган симптоми — кўриш қобилиятининг бузилишидир. Бу касалликка чалинган одамнинг кўзи ғира-ширада ва тунда хира тортиб қолади, кундузи эса ранг сезгиси бузилади — гемералопия (“шабкўрлик”) пайдо бўлади. Конъюнктиванинг қуруқ бўлиб қолганлиги қайд қилинади, касаллик оғирлашган ҳолларда шох пардада ярачалар пайдо бўлади. Агар ўз вақтида даво бошланмаса, одам кўр бўлиб қолиши мумкин. Авитаминоз А да шиллиқ пардалар (трахея, бронхлар, ҳазм аппарати ва сийдик йўллари пардаси), тери (қуруқлашиб қолади, пўст ташлайди, тери қопламлари қалин тортади) талайгина ўзгаришларга учрайди.

Авитаминоз А ни даволаш аввало бемор организмга витамин А — ретинол ёки провитамин А — каротин (сарёғ, балиқ ёғи, тухум, сут, гуштнинг ёғли навлари, мол ва бузоқ жигари, сабзи, помидор, қора смородина ва б.) тутган озиқ-овқат маҳсулотларини етарли миқдорда киритишдан иборат.

Ретинол фармацевтика саноати томонидан дори препаратлари кўринишида чиқарилади. Авитаминоз А ни профилактика қилиш учун кифоя қиладиган суткалик миқдори тахминан 100 000 ХБ.

АВИТАМИНОЗ В

В гуруҳидаги витаминлар комплекси организмнинг ҳаёт фаолиятида катта роль ўйнайди.

Витамин В₁ — тиамин етишмаслиги классик бери-бери касаллиги (оёқ-қўлларнинг дармони қурийди ва оғрийди, айрим ҳолларда фалжлик, тери ости ёғ клетчаткаси шиши, ичаклар фаолиятининг бузилиши) билан намоён бўлади. Авитаминоз В₁ профилактикаси ва уни даволаш тиамин нуқтаи назаридан тула қимматли овқат (жавдар нони, пиво ачитқиси, апельсинлар, узум) истеъмол қилишдан иборат бўлади.

Касалликка даво қилиш учун 3 — 6 %ли тиамин эритмасини мушак орасига 1 мл дан 2 — 3 ҳафта мобайнида тайинланади. Бу витаминнинг катта ёшдаги одам учун суткалик миқдори ретинол сингари, тахминан 2 мг. В гуруҳ витамини комплекси таркибига, шунингдек рибофлавин (витамин В₂), пиридоксин (витамин В₆) ва бошқалар киради. Уларнинг овқатда бўлмаслиги оқсил ва углевод алмашинуви бузилиши ва бошқа патологик ўзгаришларга олиб келиши мумкин.

АВИТАМИНОЗ С

Витамин С — аскорбинат кислота—наъматак, қора смородина меваларида, лимон, пиёз, салат, янги ва тузланган қарамда кўп миқдорда бўлади. Бу витаминнинг суткалик миқдори тахминан 100 мг.

Организмда аскорбинат кислота етишмаганда бемор дармонсизликдан, болдир мушакларидаги оғриқдан, милклари қонашидан, терига қон қуйилишидан нолийди. Бу патологик аломатлар негизда қон томир деворлари ўтказувчанлигининг ошиши ётади.

Авитаминоз С цинга ёки скорбут дейилади. Касалликнинг оғир ҳолларида, юқорида айтиб ўтилган симптомлар билан бир қаторда, жуда ориқлаб кетиш, қон аралаш ич кетиш, анин юзага чиққан камқонлик, тишларнинг тушиб кетиши кузатилади.

Авитаминоз С профилактикаси тула қимматли овқатланишдан иборат. Даволашда бемор венасига 1 мл дан, 5 %ли аскорбинат кислота 2 ҳафта мобайнида юборилади.

Назорат саволлари:

?

1. Витаминлар туғрисида сўзлаб беринг
2. Авитаминозни даволаш туғрисида сўзлаб беринг.
3. Авитаминоз С ни даволаш нимадан иборат?

ХII БОБ. КАСБ-КОР КАСАЛЛИКЛАРИ

Касб-кор касалликларига ишлаб чиқаришда, меҳнат фаолияти давридаги ноқулай омиллар натижасида организмнинг нормал яшаш фаолиятини издан чиқарувчи касалликлар гуруҳи киради.

Меҳнат инсон фаолиятининг бир тури бўлиб, киши саломатлигини мустаҳкамлашда кумаклашувчи, жамиятда яшаш учун қулай

шароит яратишда таъсир этувчи омил ҳамдир. Шу билан бирга, айрим меҳнат турлари, яъни ишлаш жойидаги ноқулай шароитлар, касб-кор касалликлари келиб чиқишга сабаб бўлади. Буларга мисол тариқасида иш жойининг техник жиҳатдан яхши жиҳозланмаганлиги, санитар-гигиеник нормативларга амал қилинмаслик, техник хавфсизлик қоидаларининг бузилиши ва ҳоказоларни келтириш мумкин.

Ишлаб чиқариш маҳсулотлари ва шунингдек меҳнат фаолиятининг асослари ҳам ишлаётган организмга касаллик келиб чиқишида ноқулай омил (касб-кор омили) сифатида таъсир этиши мумкин.

Ишлаб чиқаришнинг ривожланиши ва қишлоқ ҳужалигида ишлаб чиқариш маҳсулотларини кенгайтириш борасида амалиётда янги токсик моддаларни қўллаш, физик омилларнинг таъсири, одам организмга таъсир этувчи омиллар (электромагнит майдон, радиоактив ва лазер нурланишлар, тебраниш, шовқин, чанг, намлик, кимёвий моддалар ва б.) турининг кўпайиши ва улар таъсирининг ўзгаришига сабаб бўлмоқда.

Касаллик келиб чиқишида касб-кор омиллари ишлаб чиқариш жараёнига, унинг технологиясига ва ишлаб чиқариш жойининг жиҳозланишига боғлиқ бўлиб, қуйидагиларга бўлинади:

- * Кимёвий токсик моддалар.
- * Ишлаб чиқариш чанглари.
- * Физик омиллар (шовқин, тебраниш, атмосфера босимининг кўтарилиши ёки тушиши, юқори ва паст ҳарорат, инфрақизил, ультрарадиоволна нурлар, электромагнит, ионизация ва лазер нурлари, ультратовуш, электр майдони ва б.).
- * Ишлаб чиқаришнинг биологик омиллари (антибиотиклар, ачитқич ва ачитқисимон кўзичқоринлар, фермент препаратлари ва б.).

Касб-кор омиллари меҳнат фаолияти, унинг ташкил этилиши, зуриқиши ва давомийлигига ҳам боғлиқ:

- * айрим аъзо ва системаларнинг зуриқиши (мускул, асаб системаси, кўриш ва эшитиш аъзолари ва б.);
- * таянч-ҳаракат аппаратининг (статик ва динамик) зуриқиши, оғирликни кўтариш ва тушириш, узоқ ноқулай ҳолатда туриш ва б.);
- * узоқ бир хил ҳаракат;
- * Гиподинамия ва бошқалар.

Касб-кор касалликларининг муҳим классификацияси ишлаб чиқилмаган, чунки бундай касалликлар намоён бўлиш турлари жуда хилма-хилдир. Кўпинча келтириб чиқарган омилларга асосан фарқланади.

Касб-кор касалликлари клиникаси асосан умумий клиник кўринишлар асосида кечиб, умуман олганда унинг узига хос синдромлари фарқланади. Буларга:

- * МНС зарарланиш синдромлари: энцефалопатия, полиневрит, вегетатив бузилишлар.
- * Қон системасининг бузилиш синдромлари: токсик анемия, лейкопения.
- * Ҳазм қилиш аъзоларининг бузилиш синдромлари: токсик гепатит, қўғошинли ичак коликаси.
- * Нафас йўллариининг бузилишлари: токсик ёки чангли бронхит, касб-кор бронхиал астма ва б.
- * Тери қопламсининг бузилиши: контакт аллергик дерматит ва бошқалар.

ПНЕВМОКОНИОЗЛАР

Касб-кор касалликлари ичида жуда кўп тарқалган ва урганилгани, ҳар хил чанглар билан нафас олишга боғлиқ бўлган — чанг натижасида келиб чиқадиган бронхитлар ва пневмокониозлардир.

Чангнинг ҳосил бўлиши саноат ва қишлоқ хўжалигининг турли тармоқларида ишлаб чиқаришга боғлиқ. Буларга тоғ-кон, кўмир ишлаб чиқариш, металл, метални қайта ишлаш ва машинасозлик корхоналари, қурилиш материаллари (цемент, оҳак ва б.), қишлоқ хўжалик маҳсулотларини қайта ишлаш (дон, пахта ва б.) киради.

Пневмокониоз — сурункали касб-кор касаллиги бўлиб, упка туқимасида склероз (қўшувчи туқима ёки фибриноз) жараёни ва упка эмфиземаси ривожланиши билан характерланади. Шунинг эвазига кукрак ичи лимфа тугунлари катталашади.

Сабаблари. Упкада патологик ҳолатнинг ривожланиши, бошланиши, кўриниши, клиник белгиларининг намоён бўлиши, касалликнинг кечиши қуйидаги этиологик омилларга боғлиқ:

- * Чангнинг характериға (кимёвий таркиби, дисперслиги, чанг заррачаси юзасининг ҳолатига ва б.).
- * Ҳавонинг чангланмиш даражасига.
- * Чанг билан таъсирланиш (давомийлик) вақтиға (“чангдан зуриқиш”).
- * Чанға нисбатан организмнинг индивидуал таъсирчанлиги (сезгирлиги)ға.
- * Иммун система ҳолати ва бошқаларға.

Ишлаб чиқариш чанглари характериға асосан, уларнинг физикавий хусусиятлари ва кимёвий табиати жуда хилма-хилдир. Чангнинг физикавий хусусиятлари унинг организмға таъсирини аниқлашда ёрдам беради. Мазкур тармоқ ишчилари, тиббиёт ходими албатта билиши керак: чангнинг турини, қаттиқлигини, эрувчанлигини, тузилишини (структура), ҳажмини, электрзаряд ҳолатини.

Чанг таркибига қараб неорганик, органик ва аралаш турларға бўлинади. Таркиби минераллар ёки металллардан ташкил топган булса

неорганик, келиб чиқиши усимлик ёки ҳайвон маҳсулотлари ва микроорганизмлардан бўлса органик ҳисобланади.

Пневмокониозлар асосан неорганик чанглардан келиб чиқиб, жуда ҳам зарарлисининг ҳажми 1 — 2 мкм дир. Ҳавода чанг юқори концентрацияда бўлиши сабабли ўпка алвеолаларига тушади ва у ердан фагоцитлар ёрдамида транспортировка қилиниб ҳужайралараро бўшлиққа ўтади ва пневмокониоз ривожланади.

Чангнинг характериға қараб пневмокониозларнинг бир неча турлари тафовут қилинади:

С и л и к о з таркибида кремний диоксидини сақлаган чанг заррачалари асосидаги пневмокониоз.

С и л и к а т о з таркибидаги асбест, тальк, цемент, каолин, слюд заррачалари, шиша толалари сабабли келиб чиқадиган пневмокониоз.

М е т а л л о к о н и о з таркибидаги алюмин, темир ва бошқа металл заррачалари (металокониозлар ичида агар берилли заррачаларини сақлаган чанглар билан бўлса — б е р л л и о з)дан пайдо бўлган пневмокониоз.

К а р б о к о н и о з таркибидаги кўмир, графит ва бошқалар сабабли.

Неорганик ва органик чанглар, яъни аралаш чанглардан (пахта, дон ва б.) келиб чиқадиган п н е в м о к о н и о з.

Клиникаси. Пневмокониозларнинг барча турларида клиник белгилар деярли бир хил, бунинг учун касб — корга хос анамнез йиғишда хушёр бўлиш керак. Характерли белгилари кучайиб борувчи ўпка етишмовчилиги (кучайиб борувчи ҳансираш) ва сурункали, қайталаниб турувчи бронхит белгилари. Кўкрак қафасида оғриқлар аниқланиши мумкин, чунки кўпроқ плевра varaқлари ёпишиб қолади.

Асорати. Пневмония билан бўлса, тана ҳарорати кўтарилиши ва ўпкада намли хириллашлар эшитилиши мумкин.

Диагностика учун энг характерлиси рентгенологик текширишдир.

Пневмокониозларнинг 3 та босқичи тафовут қилинади: 1-босқич учун характерли симптомлари ўпка илдизи расмининг кучайганлиги, кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашуви ва деформацияси ҳисобланади. 2-босқичи учун характерли симптомлари иккала ўпкада ҳам диффуз ҳолдаги учоқлар (тугунчалар), асосан кўпроқ ўпка илдизига яқинроқ жойларда, яна эмфиземалар аниқланиши. 3-босқич учун характерли симптомлар ўпкада конгломерант (тупланган) тугунлар, пневмокониотик каверналар, ўпка фибрози бўлишидир. Пневмокониозлар натижасида ривожланган бронхоэктазлар аниқланади.

Силикоз — пневмокониозларнинг жуда кўп учрайдиган ва оғир ўтадиган туридир. Бу касаллик саноатнинг жуда кўп тармоқларида: тоғ конларида, кўмир конларида, литей ишлаб чиқариш, керамика саноатида ишлайдиганларда учрайди.

Касалликнинг 1-босқичи асосан касб-кор зарарли омиллари билан 4 — 5 йил ишлагандан кейин аниқланади. Сунг ҳар 4 — 5 йилда 1-босқич иккинчисига ўтади (тез ривожланганда), ҳар 10 — 20 йилда 1-босқич иккинчисига ўтади (секин ривожланган турида).

Катта ёшдаги одамларда, агар олдиндан нафас олиш система касалликлари бўлса, кварц чанглари концентрацияси ортиқ бўлса, силикоз касаллиги бир неча ойларда ҳам бошланиши мумкин.

Бу касалликнинг характерли белгиларидан бири — кўкрак қафасидаги оғриқдир. Силикознинг энг кўп учрайдиган асорати туберкулёз бўлиб, бу силикотуберкулёз деб аталади. Бу касалликда кўпинча спонтан пневмоторакс юз беради. Пневмония, бронхоэктазлар жуда кам учрайди.

Силикоз фонида артрит ривожланиши мумкин (турлари ўзгарган ҳолатда).

Бисиноз — пахта чанги натижасида келиб чиқадиган касаллик бўлиб, асосий клиник кўриниши бронхоспастик синдром ҳисобланади. Нафас қисиш хуружи иш бошлангандан бир неча соат кейин бошланади (асосан иш ҳафтасининг бошида), одатда иш кўнининг охирида тўхтайдди. Касалликнинг ривожланган даврида нафас қийинлашади, ҳансираш доимий бўлиб қолади. Нафас етишмовчилиги кучайиб боради, ўпка гипертензияси ривожланади ва ўпка- юрак синдроми келиб чиқади.

Давоси. Бу касалликларни даволашдан олдинроқ, профилактикасига жуда катта эътибор бериш лозим. Асосан симптоматологик даво қилинади (яъни нафас йўллари функциясини яхшилаш, ингалициялар, ишқорий ва кислота — ишқорий муҳитда). Туберкулёзли асоратларда силга қарши махсус даво чоралари олиб борилади. Физиотерапевтик муолажалар: ультрабинафша нурлари билан нафас йўллари нурлантириш ва ультра юқори тебранишли (УЮТ (УВЧ)) электр майдонидан фойдаланилади. Касалликнинг оғир турларида гормонлар қўланади.

Профилактикаси. Пневмокониозларнинг олдини олишдаги асосий тадбирлар ишлаб чиқаришдаги чанглarning олдини олишга қаратилган.

- * Ишлаб чиқариш технологияси механизациясини яратиш.
- * Ишлаб чиқаришда чанг ҳосил қилувчи қурилмаларнинг герметизациясини ташкил этиш.
- * Чанг ҳосил қилувчи ишлаб чиқариш қурилмаларининг масофадан бошқариш ишларини ташкил этиш.
- * Чанг тутқич ва чанг ютгич қурилмаларини ташкил этиш.
- * Ишлаб чиқариш корхоналарида маҳаллий ва умумий вентиляциялардан фойдаланиш.

ТЕБРАНИШ КАСАЛЛИГИ

Замонавий ишлаб чиқаришда техника тараққиёти эвазига турли механизмлардан фойдаланилмоқда. Булар билан ишлашда одам орга-

низмига турли касаллик чақирувчи физик ноқулай омиллар таъсир этиб туради, шулардан бири тебраниш бўлиб, бу касб-кор касаллигига сабаб бўлади.

Тебраниш касаллиги — касб-кор касаллиги бўлиб полиморф (турли куринишдаги) клиник симптомлари ва касалликнинг кечиш асослари билан ажралиб туради. Бу касаллик машина қурилиш, темирни қайта ишлаш, қурилиш, самолётсозлик, қайиқсозлик, тоғ кон санюатида, қишлоқ хўжалигида, транспортда ишлайдиганларда кузатилади.

Этиологияси. Асосан ишлаб чиқаришдаги тебранишлар сабаб бўлади. Узоқ вақт тебранишлар таъсирида ишловчиларда қўл механизациясининг куч билан уриши ёки айланма ҳаракат таъсири остида (қазувчилар, пардозловчилар ва б.) қайд этилади.

Касалликнинг келиб чиқишига сабаб булувчи омилларга касб — кор омилларидан: шовқин, совуқ қотиш, елка ва елка камари мускулларининг сезиларли зуриқиш билан ҳаракатланиши, тананинг узоқ вақт мажбурий ҳолатда қолиши кирази.

Клиникаси. Тебраниш касаллигида МНС, юрак-томир системаси, таянч-ҳаракат аппарати ва моддалар алмашинувида сезиларли ўзгаришлар бўлади. Бу касалликда маҳаллий тебранишлар таъсирида куйидаги шикоятлар аниқланади:

- * Тўсатдан бошланадиган бармоқларнинг оқариши (касалликнинг бошланишида бу хуруж қўлни совуқ сувда ювганда ёки организм умумий совқотганида аниқланади.).

- * Қўл ва оёқлардаги кўпроқ кечаси ёки дам олаётган вақтдаги азоб берувчи, синаётганга ўхшаган, чўзиловчи оғриқ. Қўллардаги оғриқлар қўл асбоблари билан иш бошлангандан 10 — 15 минут кейин бошланади, токи кечқурунги янги куч билан бошланадиган оғриққача иш тўхташи билан тўхтайди.

- * Умумий дармонсизлик, бош оғриғи, бош айланиши, уйқунинг бузилиши, қўзғалувчанликнинг ортганлиги аниқланади.

Бу касалликнинг бош симптомларига томирлар фаолиятининг бузилиши, яъни артериал босим асимметрияси, периферик қон айланишининг нейроциркулятор дистония типидagi бузилишлари кирази.

Касалликнинг ривожланган босқичида томирлар фаолиятидаги бузилиш жуда юқори характерга эга бўлади, бунда беморда юрак соҳасида сиқувчи оғриқлар, юрак ўйнаши, меъда ва ичакларда оғриқлар сезилади.

Доимий курсаткичлардан бири — сезувчанликнинг бузилишидир, асосан оғриқ ва ҳароратни сезишнинг кучайганлиги, камроқ тактил сезувчанликнинг бузилиши.

Қўл бармоқларини кўздан кечирганда, бармоқларда ёриқлар, терининг қалинлашганлиги, тирноқлардаги деформациялар, хирала-

шиш ёки юпқалашишни куриш мумкин, буларнинг ҳаммаси трофичанинг бузилишидир. Бу кўринишларга терининг қалинлашиши (гиперкератоз); айрим ҳолатларда фалангалар орасидаги бугимларда юмалоқ, юмшоқ шишинқирашлар (пахидермия), тери ости ёғ туқимаси ва ҳаттоки мускул пайларида ҳам шундай ҳолатлар аниқланади. Қўлларда деформацияланувчи артрозлар бўлади. Умуртқа поғонасидаги бузилишлар, иккиламчи бел-думғаза радикулити кўринишида бўлиб, шу бўлимларда деформацияланувчи остеоартрозлар юз беради.

Кўпинча, яъни тебраниш билан шовқин таъсири остида эшитиш нерви неврити келиб чиқади. Умумий клиник белгилардан ҳазм безлари функцияси бузилади, гастрит, ичаклар дискинезияси аниқланади. МНС даги бузилишлар невроз типига утади, полиневрит синдромлар кўпроқ оёқларда, кечиккан босқичларда диэнцефал синдром, сезиларли озиш, астения қайд этилади.

Даволаш. Касалликнинг ҳамма турларида ҳам эрта босқичларда бошлаш керак, бунда асосан вақтинча ёки мутлоқ таъсир этувчи омилларни бартараф этиш лозим. Қон томирлар нерв бузилишларида ва оғриқли синдромларда комплекс даволаш, ганглиоблокаторлар (пахикарпин, дифацил, гексоний) билан биргаликда спазмолитиклар (никотинат кислота, галидор, бупатол) қўлланилади.

Микроциркуляцияни яхшилашга кўпроқ эътибор бериш керак (рибоксин, компламин, новокаин, ангиографин, аскорбинат кислота инъекцияга, никотинат кислота, пиридоксин, витамин В₁ ва В₁₂).

Оғриқ қолдирувчи воситалар сифатида баралгин, индометацин ва бошқалар, кучли оғриқларда паравертебрал ва бугим олди блокадалари қилинади (новокаин, лидокаин гидрокортизон билан биргаликда, лидаза), ганглиоблокаторлар билан биргаликда бўйин симпатик тугунларига физик омиллар (диатермия, УВЧ, диадинамик ток) қўлланилади. Электрофорез қўл бармоқларига 5% ли новокаин билан қилинади.

Қўл ва оёқларнинг жуда ҳам оғриқли синдромларида икки ёки тўрт камерали гальваник ванналар, массаж, ультратовуш гидрокортисон билан, лазеротерапия қўлланилади.

Радонли, углекислосероводород, бром йодли ванналар ва батчиқли аппликация фойдалидир.

Профлактикаси. Касб-кор омилларни бартараф қилиш. Вақтинча ёки мутлоқ ишни узгартириш.

КАСБ - КОРГА АЛОҚАДОР ЗАҲАРЛАНИШЛАР

Ишлаб чиқариш шароитида қўлланиладиган айрим моддалар токсик таъсирларга эга, бундай моддаларга кимёвий элементлар, неорганик ва органик бирикмалар киради, буларнинг озгина миқдорда

организмга тушиши, биокимийвий реакцияларда иштирок этиб, хужайра ва тўқималардаги нормал моддалар алмашинуви ва аъзоларнинг таркибий ҳамда функционал бузилишларига олиб келади.

Ишлаб чиқариш заҳарлари организмга асосан нафас йўллари, тери, камдан-кам ҳолатларда ҳазм қилиш системаси орқали тушади.

Нафас йўллари орқали токсик моддалар газ, буғлар, аэрозол ва чанг ҳолатида тушади. Нафас йўлларининг шиллиқ қаватлари ва альвеола деворлари орқали қонга, ундан жигарга тушади ва патологик ҳолатларни келтириб чиқаради.

Ёғда ва липидларда яхши эрийдиган токсик моддалар зарарланмаган тери орқали осонгина организмга утади, бундай моддаларга: органик эритувчилар, эфир, амина-ва нитро бирикмаларнинг ароматик қаторлари, тетраэтил кўрғошин, хлор ва фосфор бирикмали моддалар киради.

Қатор токсик моддалар (симоб, кўрғошин, мишьяк, марганец, фосфор, фтор ва б.) организм тўқималарида узоқ вақт туриб, депо ҳосил қилади. Жуда кўп токсик моддалар турли аъзо ва тўқималарда нотекис ҳолда тарқалиш хусусиятига эга (тери ости клетчаткасида, суякда, мускулларда, жигарда, буйракда, мияда, йўғон ичак шиллиқ қаватида ва б.).

Клиник кўринишлари. Ўткир, ўткир ости, сурункали турлари тафовут қилинади.

Ўткир интоксикациялар организмга токсик заҳарларнинг бир мараптаба катта миқдорларда тушиши эвазига келиб чиқиб, клиник белгилари ўша заҳотиёқ ёки қисқа вақт оралиғида намоён бўлади.

Ўткир ости интоксикацияси: худди ўткир интоксикацияга ўхшайди, фақат бу ерда заҳар миқдори камроқ бўлиб, клиник кўриниши ўткиргга нисбатан пастроқ бўлади.

Сурункали интоксикация организмга секин-асталик билан узоқ вақтларгача таъсир этувчи заҳарлар оқибатида, шу ҳолатга қайта ўткир интоксикация таъсири ёки заҳар кумуляцияси (тўпланиши) натижасида келиб чиқади.

Касб-кор касалликлари клиникаси кўпроқ ўткир интоксикациялар билан намоён бўлади, жабрланувчилар асосан тез тиббий ёрдамга муҳтож бўладилар.

Ёрдам токсик модда хусусиятларига, организмга тушиш йўллари, миқдори, асосан кўрсатилади. Ўткир интоксикацияларга ёрдам кўрсатишнинг умумий қоидалари:

- * Организмга заҳарли моддалар тушишини зудлик билан тўхтатиш.
- * Организмга тушган токсик моддаларни организмдан чиқариб юбориш.
- * Организмдаги токсик моддаларни нейтраллаш.
- * Организм ҳаёт фаолияти учун ўта зарур аъзолар функциясини тиклаш.

Агар жабрланувчи турган жойнинг ҳавоси таркибида заҳарли моддалар бўлса, дарҳол у жойдан беморни олиб чиқиб кетиш зарур. Заҳарли модда тери ёки кийим-бошга тушган бўлса, дарҳол иссиқ сув билан ювиб ташлаш керак. Агар заҳарли модда ҳазм йўлларига тушган бўлса зудлик билан меъда ювилади, активлаштирилган кўмир билан адсорбцияланади.

Жуда кўп заҳарланишларда нейтраллаш ва заҳарни организмдан чиқариб юбориш учун антидотлар ва комплекс чоралар қўлланилади (2-иловага қ.).

ҚЎРҒОШИН ВА УНИНГ БИРИКМАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Қўргошин ва унинг бирикмалари ишлаб чиқаришда кенг қўлланилади (аккумуляторлар, ионизация нурларида ҳимоя қилувчи қалқонлар, бўёқлар, қуювчи қолиплар тайёрлашда ва б.).

Сабаблари. Қўргошин ва унинг бирикмалари билан заҳарланиш ишлаб чиқаришда ва уй шароитида ҳам келиб чиқиши мумкин. Заҳарлар асосан нафас йўллари, тери ва онда-сонда ҳазм йўллари орқали тушиши мумкин. Нафас орқали заҳарлар чанг, буг ва аэрозол ҳолида тушади. Тери орқали асосан органик бирикмалар (тетраэтил қўргошин) қўлланилганда, уй шароитида эса қўргошинли малҳамлар узлуксиз қўлланилганда ва ҳаттоки, театр гримларидан фойдаланилганида ҳам юз беради. Қўргошин шундай заҳарлар турига кирадик, бу организмга тушгандан сўнг қон оқими билан оқиб юриб, жигарда, буйракда, мускулларда тўпланади, организмдан асосан ичаклар ва буйракдан, кам миқдорда тер ва сўлак орқали чиқиб кетади.

Клиникаси. Энг характерли эрта симптомларига МНС ва қон системаси бузилишлари киради, жуда кам ҳолларда ҳазм системаси бузилишлари ҳам аниқланади.

Гемолитик ўзгаришлар “қўргошинли” анемия ва порфирин алмашинувининг бузилиши кўринишида намоён бўлади.

МНС қўргошин билан заҳарланганида 3 та характерли синдромлар фарқланади: астеник, полинейропатик ва энцефалопатик.

Астеник синдром заҳарланишнинг енгил тури бўлиб, беморни тез чарчаш, ланжлик, қўзғалувчанликнинг ортиши, бош оғриғи, хотира ва меҳнат фаолиятининг сусайиши, баъзан қўл ва оёқларда оғриқлар безовта қилади. Касалликнинг сезиларли курунган ҳолатларида қўлларда, тилда ва қовоқларда қаттирашлар кузатилади.

Полиневритик синдромда сезувчи, ҳаракатлантирувчи ва аралаш қўргошин полиневритлар аниқланади. Беморларни қўл ва оёқлардаги оғриқ ва ланжлик, оёқ мускулларида пай тортишишлар безовта қилади. Асосий кўринишларидан бири—қўл бармоқларидаги парез ва фалажлар, қўл бармоқлари худди осилиб турганга ўхшаб қолади.

Энцефалопатия энг оғир синдром бўлиб, бунда бош мия нервларининг бузилишлари: нутқнинг бузилиши (дизартрия), кўз

соққалари ҳаракатининг бузилишлари (нистагм) ва бошқалар аниқланади.

Ҳазм йўллари бузилганда, иштаҳанинг пасайиши, кунгил айниши, қусиш, оғиздан металл таъмининг келиши, милк чеккаларида қўғошин қасмоқлари, қоринда тулғоқсимон оғриқлар кузатилади.

Давоси. Асосан организмга қўғошин тушишини тўхтатиш ва организмдан чиқариб юбориш. Организмдан қўғошинни чиқариб юборишда кейинги вақтларда комплекслардан тетацин-кальций ва пентацин қўлланилмоқда.

Тетацин-кальций мускул орасига 20 мл 10 %ли эритмасида кунига 1 маротаба 3 кун мобайнида қилинади ва 4—5 кун оралатиб қайтарилади.

Пентацин вена ичига 20 мл 5% ли эритмасида кунига 1 маротаба 3 кун мобайнида қилинади ва 4—5 кун оралатиб цикл қайтарилади.

Астеник синдромларда седатив воситалар (валериана, тазепам, седуксен) ва умумий дармон киритувчилар (аскорбинат кислота глюкоза билан, кокарбоксилаза, витамин В₆; адаптоген — элеутерококк, хитой лимони ва б.) қўлланилади.

Полиневротик синдромда физиотерапевтик муолажалар: олтингургуртли тўрт камерали ванналар, уқалаш ва бошқалар яхши ёрдам беради.

Профилактикаси. Қолган касб-кор касалликлари сингари ишлаб чиқариш технологияси ва санитар-гигиеник тадбирлар белгиланади.

Қишлоқ хўжалик ишларида қўлланиладиган пестицидлар билан заҳарланиш

Пестицидлар — кимёвий бирикмаларнинг йиғма номи бўлиб, қишлоқ хўжалиги ва чорвачиликда, бактерия, вируслар, қузиқоринлар, спора, ҳашаротлар, зараркунандалар ва айрим зарар келтирувчи ўсимликларга қарши қўлланиладиган моддалардир.

Сабаблари. Заҳарланиш асосан пестицидларни сақлаш, ташиш, тарқатиш, қўлланиш қоидаларининг бузилиши натижасида организмга тушиши туфайли келиб чиқади.

Клиникаси. Ўткир интоксикациялар кўринишида бўлиб, ҳар бир пестициднинг ўзига хос фарқланувчи белгилари бор (2-иловага қ.).

Профилактикаси. Асосан пестицидлар билан ишлаганда санитария қоидаларига риоя қилиш, тез-тез тиббиёт куригидан утиб туриш зарур.

РАДИАЦИОН ЗАРАРЛАНИШЛАР

Организмнинг радиацион зарарланиши — радиоактив модданинг организмдан ташқарида туриб ёки организмнинг ичига тушиши натижасида ионизация нурланишлари оқибатида келиб чиқадиган ҳолатдир.

Радиоактивлик деб ядро парчаланиши натижасида катта энергияли нурланишга айтилади. Бундай нурланишнинг 3 та тури тафовут қилинади: альфа нурланиш, бета нурланиш ва гамма нурланиш.

Гамма нурларининг жуда ҳам кириб бориш хусусияти кучли бўлиб, ташқи нурланишда жуда хавфлидир. Альфа- ва бета нурлари юқори ионизацияланиш хусусиятига эга бўлиб, ички радиоактив зарарланишда катта хавф туғдиради.

1986 йилдаги Чернобиль АЭС авариясида ташқи муҳитга ўткир нур касалликларини келтириб чиқарувчи радиоактив нуклидларини сақлаган буғ, газ ва аэрозоллар ташланган.

ЎТКИР НУР КАСАЛЛИГИ

Радияция бевосита молекулалар оқсили ва ҳужайраларнинг бошқа таркибий қисмига таъсир қилади, билвосита таъсири сув, ёғ, углеводлар ионизацияси курунишида намоён бўлади.

Гамма нурлар таъсири остида организмда қуйидаги ўзгаришлар келиб чиқади: ҳужайралар усиши ва купайиши тўхтайди, моддалар алмашинувининг барча турлари бузилади, қизил иликда қон яратилиши тўхтайди, ҳар хил инфекцион касалликларга нисбатан организмнинг курашиш қобилияти пасаяди, МНС нинг бузилишлари ва бошқалар аниқланади.

Ўткир нур касаллигининг зарарланиш оғирлигига қараб, 4 та даври фарқланади: 1) енгил; 2) ўрта оғир; 3) оғир; 4) жуда оғир даври.

Клиникаси. Нур касалликларининг клиник белгилари нурланишнинг йиғма миқдорига боғлиқ. Касалликнинг енгил даражаси 200 Р (1 – 2, 5 Гр) га яқин нурланиш олганда кузатилади. Биринчи даври 2 – 4 соатга чўзилади, беморни умумий лоҳаслик, бош оғриғи, кунгил айниши, бир маротабалик қусиш безовта қилади. Иккинчи давр 14–18 кунга чўзилади, бунда умумий лоҳаслик сақланиб қолади, меҳнат қобилияти пасаяди, бош оғриғи пайдо бўлади. Учинчи давр 3 – 4 ҳафтага чўзилади, ланжлик, иштаҳанинг пасайиши, қонда – лейкопения, ЭЧТ ортади (30 мм/с). Енгил даражали касаллик 2 – 2, 5 ой ичида тузалиш билан яқунланади.

Нурланиш миқдори 300 Р (2, 5 – 4 Гр) бўлганда ўткир нур касаллигининг 2-даражаси (ўрта оғир) бошланади. Биринчи босқичда ланжлик, кунгил айниши, бир неча маротаба қусиш аниқланиб, бир сутка чўзилади. Иккинчи давр 14 – 18 кунга чўзилиб, терида эритемалар пайдо бўлади. Учинчи босқич 3 – 4 ҳафтага чўзилади, қонда лимфоцитлар ва гранулоцитлар миқдори камаймади, ЭЧТ 25 – 40 мм/с, тромбоцитлар $40 \times 10^9/\text{л}$, қон кетиш белгилари пайдо бўлади, тана ҳарорати 38 – 39°C кўтарилади, инфекцион асоратлар хавфи пайдо бўлади, узоқ вақт умумий лоҳаслик, тез чарчаш, қўзғатувчанлик, уйқусизлик сақланиб қолади. Туртинчи даврда организм зарарланган аъзоларининг функциялари тикланмайди. Кечикиб бошланган даво оқибати ёмон тугаши мумкин.

Ўткир нур касаллигининг 3-даражасида (оғир) нурланиш 450 — 600 Р (4 — 10 Гр) бўлади. Биринчи даврида зарарлангандан 30 — 60 мин. кейин симптомлар намоён бўла бошлайди, умумий лоҳаслик, тахикардия, артериал босимнинг пасайиши, бир неча маротаба қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, бош оғриши, терида эритемалар пайдо бўлиши кузатилади. Иккинчи даври зарарланишнинг 4-кунидан бошланади, бу даврда лейкопения ва тромбоцитопения аниқланади. Учинчи даврга сезиларли иситма, ҳалқум ва оғиз шиллиқ қаватларининг зарарланиши, сезиларли геморрагик синдромлар, бурун ва ичаклардан қон кетиши, гематурия хос. Энг хавфлисида инфекцион асоратлар кучаяди, ўлим ҳолатлари ортади.

Энг оғир 4-даражаси нурланиш 700 — 1000 Р (10 Гр) ва ундан юқори бўлганда кузатилади. Биринчи даврида тўхтовсиз кўнгил айниши, эс-хушнинг қоронғилашиши, юрак-томирлар системасида ўзгаришлар, динамик ичак тутилишлари аниқланади. Қон яратиш системасига таъсир қилади, эрта ҳосил буладиган турғун лейкопения, агранулоцитоз, тромбоцитопения кузатилади. Умумий интоксикация кучаяди, касалликнинг 6 — 12-кунларида ўлим юз беради.

Ўткир нур касаллигининг яна чақмоқсимон (молниеносный) тури ҳам тафовут қилинади, нурланиш 1500 Р (15 Гр) бўлиб, нурланишдан кейин бемор тери ранглари оқаради, кўнгли айнийди ва тўхтовсиз қайт қилади. Кейинчалик нурланишдан эс - хушини йўқотади, пульс кучсиз тулиш ва кучланиш билан, тахикардия бошланади, баъзан аритмия, артериал босим 85/40 мм. см. уст.га тенг бўлади. Айрим ҳолатларда талвасалар аниқланади. Касалликнинг 3 — 4-кунини ўлим юз беради.

Давоси. Энг аввал бор шок ҳолатига, қон кетишига, юрак фаолиятининг пасайишига, тўхтовсиз қусишга қарши шошилишча ёрдам курсатилади. Дастлабки умумий реакциялар пайдо бўлиши биланоқ антигистамин препаратлари (димедрол, супрастин, ёки пипольфен), тинчлантирувчи воситалар берилади. Тўхтовсиз қусишларда меъда изотоник натрий хлор эритмаси билан ювилади, аминазин (1 — 2 мл) ёки атропин (1 мл) қилинади. Зарарланишнинг биринчи соатлариданоқ дезинтоксикацион терапия бошланади. Юрак — томирлар стишмовчилиги бошланиши биланоқ 1—2 мл кордиамин, 1—2 мл 1% мезатон қилинади. Нур касаллиги билан оғриган беморларни даволашда махсус шароит яратилади. Энг аввал асептик режим инфекцион асоратлар профилактикасида олиб борилади. Шу мақсадда кенг доирада таъсир этувчи антибиотиклар (гентамицин, цефамезин, кефзол), ювилган янги эритроцитлардан трансфузия, суяк кўмигини кучириб ўтказиш, симптоматик терапия, геморрагик синдромларни камайтириш мақсадида рутин, викасол, аминокaproнат кислота препаратлари қўлланилади. Овқат оқсиллар ва витаминларга бой бўлиши керак. Ётоқ яраларининг олдини олиш учун курашиш зарур.

Профилактикаси. Нурланишнинг олдини олиш чора-тадбирларини кўриш, интенсив нурланиш бор жойларда камроқ бўлиш, нурланиш даражасини пасайтириш учун экранилаштириш, махсус профилактик моддаларни қабул қилиш зарур.

СУРУНКАЛИ НУР КАСАЛЛИГИ

Сурункали нур касаллиги кичик миқдордаги ионизациянинг узоқ, тез-тез қайта таъсир этиши натижасида келиб чиқади.

Симптомлари. Организм қабул қилган умумий нурланиш миқдориغا боғлиқ. Дастлабки симптомлар нурланиш бошлангандан кейин пайдо бўла бошлайди. Қайталаниш босқичлари фарқланади. Симптомлар секин-асталик билан кучайиб боради. Характерли симптомлари МНС функцияси ва қон ҳосил бўлишининг бузилишлари. Астеник синдромлар (парিশонхотирлик, ланжлик, иштаҳанинг йўқолиши, қўзғалувчанлик, уйқусизлик) сезилади. Қондаги ўзгаришлар — лейкопения, тромбоцитопения. Ҳазм системаси секретор ва мотор функцияларининг пасайиши, эндокрин безларининг (асосан жинсий безлар) функцияси бузилади.

Давоси. Нурланишнинг дастлабки белгилари пайдо бўлиши билан оқ даволашни бошлаш керак. Парҳез тула қимматга эга, витаминли бўлиши зарур. Дори воситаларидан нерв ситемасининг стимуляторлари (элеутерококк, женьшень, лимон), витаминлар (витамин С, В гуруҳи, Р, К), кичик транквилизаторлар (седуксен), антибиотиклар, гемостимуляторлар, гормонал препаратлар, қон урнини босувчи воситалар қўлланилади.

ХIII БОБ. АЛЛЕРГИЯ ВА АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАР. ОИТС (СПИД)

Аллергия атроф-муҳитнинг аллергенлар деб ататувчи баъзи омиллари (кимёвий моддалар, микроблар ва уларнинг ҳаёт фаолиятида ҳосил бўладиган маҳсулотлар, озиқ-овқатлар) таъсирига организмнинг сезгирлиги билан характерланади. Аллергия XX аср врачларига маълум бўлди. 1902 йилда веналик врач К. Паркет дифтерия (от) зардобни такрор инъекция қилинганидан кейин болаларнинг нима учун касал бўлиб қолиши устида биринчи марта бош қотирди ва зардоб касаллигининг клиник манзарасига амал қилиб, аллергия қонунини аниқлади. Аллергик касалликлар (бронхиал астма, эшакем, аллергия тумов, дерматитлар, дори ва озиқ-овқатдан буладиган аллергиялар) кенг тарқалган бўлиб, тобора кўпайиб бормоқда. Антибиотиклар ва бошқа дорилар, шунингдек турли синтетик материаллар, бўёқлар, кимёвий моддаларнинг кўп қўлланилиши шунга сабаб бўлмоқда. Оддий кимёвий моддалар (бром, йод) дан тортиб, энг мураккаб бирикмалар (оқсиллар, полисахаридлар ва б.) ҳам аллергияга сабаб бўлиши,

яъни аллергиялар бўлиб хизмат қилиши мумкин. Буларнинг қупи организмга ташқаридан кирса (экзоген аллергиялар), бошқалари эса организмнинг ўзида ҳосил бўлади (эндоген аллергиялар ёки аутоаллергиялар). Экзоген аллергиялар ноинфекцион (уй, кимёвий моддалар, гул чанги) ҳамда инфекцион (бактериялар, замбуруғлар, вируслар) йўллари билан организмга тушиб, турли аъзо ва системаларнинг зарарланишига сабаб бўлиши мумкин. Бу аллергиялар қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

Биологик аллергиялар. Булар микроблар, вируслар, замбуруғлар, гельминтлар, зардоб ва вакцина препаратларидир. Талайгина микроблар аллергия билан давом этадиган касалликларни (сил, бруцеллёз, ич терлама ва б.) пайдо қилади. Авж олиб бориши жиҳатидан аллергияга кўпроқ сабаб бўладиган касалликлар одатда юқумли аллергия касалликлар деб аталади. Бу касалликларга кўпинча одамнинг териси, нафас йўллари, оғиз бушлиғи ва ичагида бўладиган микроорганизмлар сабаб бўлади. Моддалар алмашинувида ва улар ҳалок бўлганда юзага келадиган маҳсулотлар аллергияни келтириб чиқаради.

Дори аллергиялари. Амалда ҳар қандай дори препаратлари аллергияга сабаб бўлиши мумкин. Антибиотиклар, витаминлар, сульфаниламидлар, новокаин ва бошқа препаратлар ишлатилганда аллергия реакциялар кўп учраб туради. Пенициллин бошқа препаратларга қараганда аллергияга кўпроқ сабаб бўлади ва баъзи ҳолларда улимга ҳам олиб келади.

Уй-рўзгор аллергиялари. Буларга уйдан, гилам, кийим-кечак, кўрпа тушаклардан чиққан чанг, деворлардаги моҳорлар, ҳайвон жунлари киради. Кир ювишда ишлатиладиган порошоклар ҳам аллергияга сабаб бўлиши мумкин. Уй-рўзгор аллергиялари кўпроқ нафас йўллари касалликлари (бронхиал астма, аллергия тумов)ни келтириб чиқаради.

Ўсимлик аллергиялари. Булар жумласига дарахтлар (зирк, қайрағоч, терак, қайин, ўтлоқларда ўсадиган ўтлар, хонаки ва боғ ўсимликлари, атиргуллар, лолалар, наврўзгул), анбар ўсимликларининг чанглари киради. Бу аллергиялар аллергия тумов, конъюнктивит ва бошқаларга сабаб бўлади.

Озиқ-овқат аллергиялари. Жуда кўп озиқ-овқат маҳсулотлари аллергия родини уйнаши мумкин. Жумладан сут, тухум, гушт, балиқ, помидор, шоколад, қутупнай ва бошқалар аллергияга сабаб бўлади. Аллергияни келтириб чиқарадиган маҳсулотлар организмга тушгандан сўнг бир неча дақиқа ўтгач аллергия реакциялар бошланиши мумкин. Масалан, одамда сутга аллергия бўлса, сут ичилганидан бир неча дақиқа кейин одам қайт қилиб, ич суриши, кейинчалик бадан қичишиши. тана ҳароратининг кўтарилиши кабилар кузатилади.

Саноат аллергиялари. Кимёвий саноатда ишлаб чиқариладиган жуда кўп маҳсулотлар — ҳар хил мойлар, бўёқлар, турли препаратлар, ҳатто пардоз буюмлари ва бошқа талайгина моддалар аллергия-

лар бўлиши мумкин. Булар ўз табиатига кўра, ҳар хил аллергия реакцияларни келтириб чиқаради. Касб-корга алоқадор бўладиган аллергия контакт дерматитлар деб юритиладиган тери касалликлари шу реакциялар орасида асосий уринни эгаллайди. Иссиқ, совуқ, механик таъсиротлар сингари физик омиллар алоҳида аллергиялар гуруҳини ташкил қилади. Аллерген организмга тушганида бунга жавобан специфик ёки носпецифик аллергия реакция пайдо бўлиши мумкин.

Специфик реакция бошланишидан олдин маълум бир давр ўтгач, организмнинг унга биринчи бор тушган моддага сезгирлиги ортиб боради, бу сенсibilизация деб аталади. Сенсibilизация юзага келишида организмда унга биринчи бор тушган аллергияларга жавобан алоҳида оқсил моддалар — антителолар ёки унга аллергия билан ўзаро таъсир қила оладиган лимфоцитлар пайдо бўлиши катта аҳамиятга эга. Мана шулар пайдо бўлгунча аллергия организмдан чиқариб юборилган бўлса, ҳеч қандай касаллик белгилари пайдо бўлмайди. Агарда чиқиб кетмаган бўлса ёки чиқиб кетгандан кейин организмга такрор тушса, бу вақтда, у бояги антителолар ёки лимфоцитлар билан ўзаро таъсирлашиб, аллергия реакцияларга сабаб бўлади. Бунинг натижасида бир қанча биокимёвий жараёнлар бошланиб, гистамин, серотонин каби талайгина моддалар ажралиб чиқади ва ҳужайралар, туқималар ҳамда аъзоларни зарарлантиради. Шу тариқа специфик, яъни фақат илгари организмга таъсир қилган аллергияга жавобан реакция рўй бериб, аллергия касаллик келиб чиқади.

Носпецифик аллергия реакциялар организм аллергияга биринчи бор дуч келганида кузатилади. Бунда сенсibilизация даври бўлмайди. Организмга тушган аллергиянинг ўзи ҳужайра, туқима ва аъзоларни зарарлантирадиган моддаларни ҳосил қилади. Баъзи дори ва касалликларни кўтара олмаслик — идиосинкразия шундай реакциялар жумласидандир. Купинча одамда специфик аллергия реакция тезда ва секин бошланадиган турларга бўлинади. Беморга специфик аллергия таъсир қилганидан сўнг 15 — 20 дақиқа ўтгач бадан териси, нафас аъзолари ва ҳазм йўлларида пайдо бўладиган реакциялар (баданга тошма тошиши, бронхлар торайиши, ич суриши ва б.) тезда бошланадиган реакциялар қаторига киради. Секин бошланадиган аллергия реакциялар бир неча соат ва баъзан сутка давомида авж олиб боради. Бактерияларга ортиқча сезувчанлик (сил, бруцеллёз ва б.), кимё саноати ходимлари, фармацевтлар, тиббиёт ходимларида учрайдиган дерматитлар шулар жумласидандир. Организм аллергияларга дуч келганида ҳамиша ҳам аллергия пайдо бўлавермайди. Бунда ирсият, асаб ва эндокрин системалар ҳолати катта роль ўйнайди. Шу билан бирга аллергия касалликларнинг ўзи эмас, балки уларга мойиллик наслдан наслга ўтади. Баъзан организмнинг оқсиллари буларга одатдагидан бошқача реакция кўрсатади, бу аутоаллергия деб аталади.

Дори аллергияси. Келиб чиқиши жиҳатидан дори моддаларига, патогенетик жиҳатдан аллергияга алоқадор бўлган турли касалликларнинг йиғма номидир. Дори аллергияси касалликлари икки гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳга қонда айланиб юрадиган гуморал антителоларга алоқадор касалликлар киради (тезда юзага чиқадиган реакциялар тури). Бундай хасталиклар авж олишида антиген-антигело реакциялари иштирок этади, аллергик антителолар эса беморлар қонида бўлади. Анафилактик шок, ўткир эшакем ва Квинке шиши, зардоб касаллиги, бронхиал астма, агранулоцитоз, Арткюс — Сахаров феномени шу гуруҳ касалликлари жумласига мансубдир. Иккинчи гуруҳга ҳужайра антителоларига алоқадор аллергик касалликлар киради (секин пайдо бўладиган реакциялар тури). Хасталик авж олиб бориш механизмида эпидермал ва бириктирувчи туқималар структураларининг аллергенлар билан таъсирлашиши ҳамда яллиғланиш реакциялари бошланиши ҳисобга олинади.

ЎТКИР ЭШАКЕМ ВА КВИНКЕ ШИШИ.

Булар териға, баъзан шиллиқ қаватларға тошмалар тошиши ҳамда шишлар пайдо бўлиши билан характерланади. Организмнинг аллергик реакцияси айрим маҳсулотлар (тухум, шоколад, қулупнай, мандарин, пишлоқ, қузиқорин, балиқ) ва дорилар (антибиотиклар, сульфаниламидлар, хинин ва б.) га нисбатан сезувчанликнинг ошиши, ҳашаротлар (ари, чаён) чақиши, гул ҳидлаш ёки бирор ўсимлик (қичитқи ўт) тегиб кетиши туфайли вужудга келади.

Клиник манзараси. Беморлар терининг каттиқ қичишиб, тана ҳароратининг кўтарилишидан, қорин оғриб, кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Квинке шишида юз териси ва шиллиқ пардалар (пастки қовоқ соҳаси ёки кўз атрофидаги шиллиқ пардалар) бирдан шишиб кетади. Шиш, баъзан беморнинг бутун юзига, қўл ва оёғига тарқалади. Шишнинг чегаралари кескин билиниб турмайди. Терининг шишиб чиққан жойи оқиб ёки сарғиш рангда бўлади. Шишган жойга бармоқ билан босиб қўрилганда тери ранги ўзгармайди ва босгандан чуқурча ҳосил бўлмайди, шишган жойда одатда, ҳеч бир оғриқ сезгилари сезилмайди. Беморлар баъзан шишган жой қичишиши, тортишиб туришидан нолийдилар. Шиш бир неча соат давом этиб туради, сўнгра ном-нишонсиз йўқ бўлиб кетади. Квинке шиши баъзан ички аъзолар (хиқилдоқ, меъда, қизилўнгач) шиллиқ пардатаридида пайдо бўлади. бу тегишли аъзо функциясининг ишдан чиқишига олиб келади. Хиқилдоқ шиллиқ пардасининг шишиб кетиши айниқса хавфлидир. бу одамнинг бўғилиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Шиш ҳар хил вақт ичида пайдо бўлиб туради. Бундай беморларда кўпинча эшакем тошади, эшакем тошиши гавда терисида каттиқ қичишиб турадиган майда-майда тошмалар пайдо

булиши билан ифодаланади, бу жойлар эса бир-бирига қўшилиб кетиши мумкин. Эшакем тошишига меъда-ичак йули фаолиятининг бузилиши, гижжа инвазияси, қаттиқ рухий кечинмалар сабаб бўлади.

Даволаш. Эшакем ёки Квинке шиши пенициллин туфайли пайдо бўлса, у вақтда 2 — 3 мл изотоник натрий хлорид эритмасидаги 1000 000 ТБ пенициллиназа 2 — 4 кун оралаб мушаклар орасига юбориб турилади. Бошқа ҳолларда мушаклар орасига 1 — 2 мл дан гистаминга қарши препаратлар юборилади (2, 5 фоизли пипольфен, 2 фоизли супрастин ҳамда 1 фоизли димедрол эритмаси). Тери остига 0,1 фоизли адреналин эритмасидан 0,5 мл ёки 5 фоизли эфедрин эритмасидан 1 мл инъекция қилинади. Оғир ҳолларда мушаклар орасига 30 — 40 мг преднизолон ёки 125 — 130 мг гидрокортизон юборилса, мақсадга мувофиқ бўлади. Бундан ташқари, беморларга кунига 0,25 мг дан 2 — 3 маҳал аскорбинат кислота бериб борилади. Қаттиқ қичишишни камайтириш мақсадида терини спиртли эритмалар (2 фоизли салицилат спиртидан бирортаси ёки ичимлик сода 1 стакан сувга бир ярим қошиқ ҳисобида) ва янги лимон шарбати билан артиш тавсия қилинади.

АНАФИЛАКТИК ШОК

Дори воситаларидан антибиотикларни назоратсиз ва купинча уз билганича истеъмол қилиш, вакцина ва зардоблар, озиқ-овкат маҳсулотлари, арилар чаққанида тушадиган заҳарлар ва бошқалар анафилактик шокни келтириб чиқаради.

Клиник манзараси. Хасталик клиник жиҳатдан артериал қон босимининг пасайиши, ҳушдан кетиш, юз ва шиллиқ пардаларда шишлар пайдо бўлиши, эшакем тошиши, озроқ қусиш ва ич кетиши билан кузатилади. Бунда оғиздан купик чиқиб, юз, ҳиқилдоқ шишиб кетади, баданнинг куп жойларига тошма тошади, сийдик тутилиб қолади. Юрак тонлари бўғиқ бўлиб қолади, куз қорачиғлари кенгайиб кетади. Хасталикнинг оғир турларида ичакдан қон кетиши, диспноэ, мия шиши, жигарнинг катталашуви, коматоз ҳолат қайд этилади. Баъзан ички аъзоларда узгаришлар пайдо бўлмасдан туриб, бемор бир неча дақиқалар ичида улиб қолади. Бошқа ҳолларда эса ички аъзолар (жигар, буйрак, юрак, мия, меъда-ичак йули) зарарланиши туфайли улим 1 — 2 кундан сунг юз беради.

Даволаш. Беморни зудлик билан ўринга ётқизиш, бошини бир томонга буриб қўйиш зарур. Шунда қусуқ массалари нафас йўлларига кетиб қолмайди. Даво юрак томирлар системаси ва нафас фаолиятидаги камчиликларни бартараф этиш. қондаги фаол биологик токсинларни нейтраллаш, қонга аллерген утишига йул қўймаслик, организмнинг ҳаёт учун муҳим функцияларини қувватлаб туришга

қаратилган бўлиши керак. Дастлаб қон айланишидаги камчиликларни бартараф этиш мақсадида шокнинг оғир-енгиллигидан қатъи назар, мушаклар орасига 0,5 мл 0,1 фоизли адреналин эритмаси буюрилади. Оғир ҳолларда венага дори юборилади. Венага томчи усулида норадреналин (500 мл изотоник натрий хлорид эритмасига 5 мл миқдорда кортикостероид ва мезатон қушиб бирга) юбориш мақсадга мувофиқдир. Преднизолон венага аста-секин (2 фоизли препарат—100 мл миқдорда) юборилади. Ҳиқилдоқ шишида трахеостомия қилинади, сунъий нафас олдирилади, кислород, венага эуфиллин (2, 4 фоизли эритмасидан 10 мл) буюрилади. Пенициллин юборилганда юзага келадиган анафилактик шокни мушак орасига 800 000 ТБ пенициллиназа юбориб даволаш яхши натижа беради. Анафилактик шокни бошдан кечирган беморларга ҳар қандай дори препаратларини инъекция қилишда аллерген — дори юқмаган, индивидуал шприцдан фойдаланиш кераклигини доимо эсда тутиш лозим, чунки арзимас миқдордаги аллерген яна таъсир этадиган бўлса, шок қайталаниши мумкин.

АРТЮС – САХАРОВ ФЕНОМЕНИ

Артюс — Сахаров феномени дори моддаси юборилган жойда пайдо бўладиган аллергик реакциядан иборатдир. Бу касаллик одамга ёт зардоблар, дори препаратлари (антибиотиклар, инсулин ва б.) инъекция қилинган маҳалда пайдо бўлиши мумкин.

Клиник манзараси. Аллергик реакция бошланадиган муддат 2 кундан то 30 кунгача боради. Инъекция қилинган жой оғриб ҳамда қичишиб туради. Бемор куздан кечирилганда уша жойнинг қизариб зичлашиб қолгани, гоҳида оғриқ аниқланади. Инъекция тўхтатилмайдиган бўлса, тўқималар некрозга учраши мумкин. Касаллик одатда енгил утиб кетади. Дастлаб аллергик реакцияни келтириб чиқарган дори препаратидан фойдаланилмайди. УВЧ яхши ёрдам беради.

ЗАРДОБ КАСАЛЛИГИ

Хасталик одамга зардобни биринчи маротаба юборилгандан сунг, эрта ва кейинчалик юз берадиган реакциялар билан характерланади. От зардобни ва бошқа зардоблар ҳамда купгина дори препаратлари асосий этиологик омиллар бўлиб ҳисобланади. Кейинчалик юз берадиган реакциялар зардоб юборилганидан 8 — 12 кун ўтгач пайдо бўлади. Бу муддат организмда ёт оқсил (от 1 зардобни) га қарши антителиюлар ишланиши учун зарурдир. Зардобнинг такрор инъекцияларида касаллик биринчи инъекциядан кейингига қараганда тезроқ ва кўпроқ пайдо бўлади. Агар зардоб 10 кундан 4 ойгача танаффус билан такрор юборилса, бу ҳолда реакция, одатда инъекциядан кейин дастлабки 24

соат ичида юз беради, агар биринчи ва иккинчи инъекция ўртасида 4 ойдан ортиқ вақт ўтса, хасталик 1 — 8 кундан сўнг ривожланади (эрта реакция) Бунга 4 ойгача от зардобига қарши специфик антителиларнинг қонда айланиб юриши сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Бемор бадани қичишиб, боши оғриётгани, кунгли айниб, қайт қилиши, қорни ва буғимларда оғриқлар бўлаётгани, қалтираб, терлаб туришидаи нолийди. Куздан кечириб қаралганда, скарлатина, қизамиқ, қизилча тошмаларига ухшаш тошмалар, буғимларда шиш борлиги ва лимфа тугунларининг катталашгани аниқланади. Артериал босим пасайиши ҳамда тахикардия кузатилади. Касаллик бошланаётганида оз-моз нейтрофил лейкоцитоз кузатилиб, у лейкопения билан алмашади. Қонда эозинофиллар сақланиб қолган ёки уларнинг миқдори ошган бўлади. Эритроцитлар чўкиш тезлиги кучаяди, сийдикда янги ва парчаланган эритроцитлар, гиалин цилиндрлар, протеинурия топилади.

Даволаш. Даволаш учун аввало гистаминга қарши препаратлар димедрол (1 фоизли эритмасидан 1 — 2 мл мушак орасига), супрастин (2 фоизли эритмасидан мушак орасига), пипольфен буюрилади. Оғир ҳолларда глюкокортикоидлар (преднизолон, дексаметазон) берилса, мақсадга мувофиқ бўлади. Беморларда ҳиқилдоқ шишиб, буғилиб қолиш хавфи туғилса, зудлик билан тери остига 0,1 фоизли адреналин эритмасидан 0,5 мл, эфедриннинг 5 фоизли эритмасидан 1 мл ҳамда 20 — 30 мг преднизолон (венага ёки мушаклар орасига) юборилади.

Асоратлари. Хасталик турли ички аъзоларда гломерулонефрит, миокард инфаркти, гепатит, полиневритлар кўринишидаги асоратлар бошланишига олиб келиши мумкин.

АЛЛЕРГИК ТУМОВ КАСАЛЛИГИ

Хасталик тез-тез учраб турадиган аллергия касаллик бўлиб, кўпинча шувоқ, эрмон, исмалоқ, шўра каби ёввойи ўсимликлар сабабли келиб чиқади. Уй, кўча ҳамда корхона чанглари нафас йўлига таъсир этиб, тумов аломатларини келтириб чиқариши мумкин. Асабий бузилишлар, уйқусизлик, меҳнат ва дам олиш режимининг бузилиши ҳам тумов белгилари пайдо бўлишида катта аҳамиятга эга. Аллергик тумов баҳор, куз фаслида, дарахт ва ўсимликлар гуллаганда кузатилади.

Клиник манзараси. Беморлар бурунлари битишидан, гоҳида ундан суюқлик тўхтовсиз оқишидан ҳамда нафас олиш қийинлашишидан нолийдилар. Бундан ташқари, беморларда бурун қичишиши, куздан кетма-кет ёш оқиши, эрталаб кўз оқи атрофидаги шиллик пардаларда йиринг тўпланиши, аксириш каби клиник белгилар қайд этилади. Беморни бош оғриғи, баъзан қуруқ йўтал, сержаҳдлик,

салга чарчаб қолиш кабилар безовта қилади. Аллергик тумов ҳаво қуруқ, иссиқ бўлиб, шамол эсаётган пайтларда зўраяди ва аксинча ҳаво бир оз намроқ бўлганда ёки эрталаб камаяди. Хасталикнинг қанчалик оғир кечиши ўсимлик чанги миқдорига, мавсумга ва ҳар бир беморнинг чангга нисбатан сезгирлигига боғлиқдир.

Профилактикаси. Тумовнинг олдини олишда организмни чиниқтириш жуда муҳим. Чиниқиш мақсадида ҳаво ва қуёш ванналари, сув муолажалари, спортнинг ёзги ва қишки турлари билан мунтазам шуғулланиш тавсия этилади. Чанг тўзонли ва газли шароитларда ишлайдиган кишилар ҳимоя маскалари (респиратор)дан фойдаланишлари зарур.

ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС ЁКИ СПИД)

ОИТС қўзғатувчиси организмга тушгандан сўнг, организмнинг турли юқумли касалликлардан ҳимоя қилиб турувчи иммун системаси фаолиятига таъсир этади, натижада организм ўзини ҳимоя қила олмай қолади, оқибатда у турли-туман касалликларга чалинади. ОИТС га гирифтор бўлганларнинг тақдири ҳамиша фожиа билан тугайди, шунинг учун мутахассислар ОИТС ни XX аср ўлати деб ҳисоблаганлар.

ОИТС нинг ўзига хос хусусиятларидан бири шуки, унинг яширин даври анча узоқ бўлиб, яъни вирус юққандан бошлаб касаллик аломатлари пайдо бўлгунга қадар ўтадиган вақтнинг ойлаб, ҳатто йиллаб давом этиши ҳисобланади. Касаллик кўпинча 2 — 5 йилга ва ҳатто ундан ҳам кўпроқ вақтга чўзилиши мумкин. Шунинг учун ОИТС сустривожланган инфекциялардан ҳисобланади.

ОИТС ҳақида биринчи маълумотлар олингандан бери деярли йигирма йил ўтган бўлсада, ҳали бу дардга чалинганларнинг бирортасини ўлим чангалидан қутқариш мумкин бўлмади. Аммо шунга қарамай, ОИТС нинг табиати ҳар томонлама ўрганилди, катта кашфиётлар қилинди. Жумладан асосий сабабчиси бўлган вирус топилиб ўрганилди, унинг тарқалиш механизмлари аниқланди, касаллик ташхисини аниқлаш муаммолари ҳал этилди, вируснинг одамдан одамга юқиш йўллари ва асосий омиллари аниқланди, шу асосда қисман носпецифик профилактика чоралари ишлаб чиқилди.

Дунёдаги ҳамма мамлакатларда ОИТС га қарши курашишнинг бирдан-бир йўли—вирус ташувчилар ҳамда ОИТС билан оғриганларни ўз вақтида аниқташ ва ҳамма имкониятлардан фойдаланиб аҳолининг санитария ҳолатини кутаришдир. Бунда ОИТС ни юқтириш жиҳатидан хавфли бўлган ажнабийдар, сайёҳларга алоҳида эътибор берилади.

Бизнинг мамлакатда ҳам бу борада соғлиқни сақлаш соҳасида муҳим ютуқлар қўлга киритилган. Бизда ОИТС ни аниқлайдиган тест синамалари ишлаб чиқарилди ва диагностик лабораторияларга тавсия этилди.

Ҳозир мамлакатимизда ОИТС га қарши курашиш давлат программаси бажарилляпти. Барча шаҳарларда махсус диагностик лабораториялар ишлаб турибди. Бу лабораторияларда донорлар қони, қон препаратлари, хоҳловчилар қони текширилиб аниқланади. Лаборатория ходимлари вирус ташувчилар устидан назорат олиб борадилар ва аҳоли орасида ОИТС га қарши тарғибот ишларини уюштирадilar.

Этиологияси. ОИТС дастлаб АҚШ да яшовчи бесоқол (гомосексуалист) ларда кузатилган. Аввалига бу хасталик синдроми, яъни касаллик аломатлари бутунлай жумбоққа ўхшар эди. Лекин кейинги кузатишлар шуни кўрсатдики, Т- лимфоцитларнинг қуйи йиғиндиларидан бири бўлган Т-ёрдамчи ҳужайралар (хелперлар) фаолиятининг бузилиши натижасида, беморларнинг иммун аъзолари иммун тармоғи издан чиқмаганда кураша оладиган инфекцияларга ҳам қарши кураша олмай қолар экан. Бундан ташқари, бошқа назариялар ҳам пайдо бўлди, масалан юқумли касалликларга тез — тез берилувчан кишилар ёки HLA локусидаги генетик ўзгаришлар иммун тармоқнинг сусайишига олиб келиши мумкин ва ҳоказо. Мана шу тахминлардан келиб чиқиб, ОИТС да гемофилия билан оғриган кўпчилик беморларда 8 омилнинг қўлланилиши (8- омилни тайёрлаётганда замбурў ва таёқчалар ўтказиб юборилмайдиган жуда нозик тозалагичлар билан тозаланади, лекин бундай вазиятда ҳам вируслар шу тозалагичлардан ўтиб кетади), ОИТС ни иммунодепрессив, юқумли, онкоген хусусиятга эга бўлган вирус пайдо қилиши мумкин, деган хулосага келинди. Бир гуруҳ олимлар ОИТС кўзғатувчи вируслар, Эпштейн — Барр вируси, цитомегаловируслар таъсирида келиб чиқиши мумкин, деб тахмин қилишди. Иккинчи гуруҳ олимлари эса ОИТС ни келтириб чиқарувчи В-юқумли сариқ касаллиги, деб башорат қилишди. ОИТС касаллигига чалинган вирусни ажратиб олиб, оқсил таркиби текширилганда, унга қарши антителилар кўпинча лимфоаденопатия синдромида кузатила бошланди. Бу вирус лимфоаденопатияни кўзғатувчи вирус деб номланди. Ва ниҳоят унинг Т- ёрдамчи ҳужайраларга танлаб ҳужум қилиши исботланди.

Вирус иссиққа жуда чидамсиз (56 градусда 30 минут давомида унинг юқумлилиги 100 марта камаяди) ва кўп ишлатиладиган зарарсизлантирувчи воситаларда тез ҳалок бўлади. Вирус эфир, ацетон, 20 % ли этил спиртида, 0,2 % ли натрий гидроклорид, водород пероксид, 1 % ли глютаральдегидда ўз кучини йўқотади. Лекин у ионлашган радиация ва ультрабинафша нурларига нисбатан чидамлидир. Вирус юқиш йўллари: жинсий аъзолар, парентерал йўл, гиёҳвандлик ва бошқалар орқали юқади.

Клиникаси. Клиник ривожланиш бир неча даврга бўлинади.

1. Касалликнинг яширин даври—3 — 4 ойдан 5 йилгача, ҳатто 10

йилгача давом этиши мумкин. Касаллик жинсий йул билан юкса, яширин даври қисқа бўлади.

2. Касаллик бошланишдан олдинги давр (ОИТС олди) 1 ойдан 6 ойгача бўлиб, носпецифик кўринишда кечади. Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ОИТС олди деган тушунча тула – туқис аниқланмаган.

Касаллик бошланишидан олдинги даврда номаълум сабабларга кўра ҳарорат 38 – 40 градусгача кўтарилиб, кечқурун ва тунда кучлироқ бўлади. Бемор куп терлайди, умумий камқувватлик кузатилади. Меъёрида овқатланса ҳам вазни камаяди, ичи бетўхтов сура бошлайди. Бу даврнинг кейинги босқичларида юқоридаги кўринишларга оғиз бушлиғида замбуруғлар пайдо булиши, доимий йўтал, ўраб олувчи темиратки, умумий қичима, тери касаллиги ва Капоши саркомаси сингари ўта хавфли касалликлар қўшилади. Бу ОИТС клиник манзарасини намоён қилади, бу ҳодиса Т-ҳужайрали иммун тармоғининг танқислигига боғлиқ.

Клиник жиҳатдан ОИТС касаллигининг кечиши бир неча кўринишга эга.

1. Упка кўриниши (куп ҳолларда), цитомегаловирус ёки легионеллёр, кандида замбуруғлари томонидан зотилжам касаллигини кўзгатади.

2. Мия фаолиятига таъсир этувчи турлари:

- * токсоплазма, криптококкли мия яллиғланиши, ривожланувчи куп манбали лейкоэнцефалопатия ва энцефалит орқали фасод бойлаш (йиринглаш);
- * ўсмалар (бош миянинг бирламчи ва иккиламчи лимфомаси);
- * қон томир асоратлари (бактериясиз тромбли эндокардит ва тромбоцитопенияга боғлиқ булган орқа мия геморрагияси);
- * марказий нерв системаси ёки манбаларининг шикастланиши билан боғлиқ булган ва асептик менингитли, ташхис қўйилмаган зарарланиши.

ОИТС да периферик асаб системасининг зарарланиши полирадикулит ва ретинопатия, полимиозит, мускул толалари атрофияси каби касаллик турлари кўринишида бўлади.

3. Меъда-ичак касалликлари натижасида бемор вазнининг камайиши ва сурункали ич суриши – энтерит билан бирга учрайди. Одатда қўлланиладиган дори - дармонлар бундай пайтда фойда бермайди. Беморлар купинча овқатнинг қизилунгачдан яхши ўтмаслигидан шикоят қиладилар. Бундай ҳолатда эзофагоскопияда кўрилганда кучли яллиғланиш касаллигини кўриш мумкин.

4. Умумий камқувватлик ва бемор вазни камайишининг сабаби номаълум ҳарорат кўтарилиши билан бирга кузатилади.

ОИТС ни даволаш. Клиник кўринишларининг турли-туманлиги, фақат уни аниқлашни қийинлаштирмасдан, балки касаллигининг самарали даволаш усуллари танилашни ҳам мураккаблаштиради. ОИТС ни даволашда асосан туртта мақсад кўзда тутилади:

1. Юқумли касалликлар ва унинг асоратларига қарши курашиш, бунда касалликларнинг кўринишига қараб ва асоратларига қарши даволаш усуллари қўллаш.
2. Иммуни тармоғининг емирилишини тўхтатиб, кейин иммуни танқисликни қайта тиклаш.
3. Вирусга қарши турли этиотроп даволаш воситалари билан таъсир кўрсатиш.
4. Беморни асаб томондан даволаш.

Агар даво ўз вақтида бошланса, аксарият беморлар соғайиб кетадилар. Касаллик ўтказиб юборилиб, иммуни тармоғи фаолияти кескин сусайган ҳолларда бемор аъзолари одатдаги кучли дори-дармонларга суи жавоб беради, натижада даволаш узок давом этади. Касаллиқнинг келиб чиқиш сабабларига қараб, турли юқумли касалликларга қарши дори воситалари қўлланилади.

Pneumocystis carini келтириб чиқарган зотилжамда пентамидин, пираментиамин, альфалимфторметилорнинин, сульфаметоксазол, бисептол қўлланилади. Токсоплазмали зарарланишнинг ўткир даврини сульфатиодин, пираментиамин, спирамицин, бисептол, клиндамицин ёрдамида даволанади. Уч ҳафтадан кейин юқори дозали даволаш, касаллик қайталанишининг олдини олиш мақсадида пираметамин сульфадоксин (2 таблетка фанзидар қўлланилиб бир ҳафтадан кейин камроқ миқдорга айлантйрилади) ишлатилади. Учук касаллигида ацикловир (зовиракс) қўлланилади.

Замбуруғли касалликлар амфотерицинни 5 — флюорцитозин, нистатин ҳамда канестен билан бирга қўллаб даволанилади. Сурункали ич суришни тўхтатиш учун венага озикали оксил моддалари юборилади (Р. В. Петров, А. Ф. Борисова, 1987)

ОИТС да ўсма касалликларини даволаш яхши наф бермайди. Лимфома ва Капоши саркомасида лазер нури, жарроҳлик ва кимёвий даволаш воситалари орқали маълум бир самара олиш мумкин.

Кимёвий даволаш воситаларидан винбластин (ҳафтада бир марта 4 мг дан венага юборилади), этопозид (ҳафтада бир марта 150 мг дан венага юборилади) ҳамда блеомицин, актиномицин Д, адриамицин, циклофосфамид ва бошқалар кўпроқ самара беради. Капоши саркомасининг бошланғич даврида бу воситаларни алоҳида қўллаш мумкин. Касаллиқнинг кейинги босқичларида ва касаллик авжига чиққан даврда кимёвий даволаш усулининг ўзи иммуни тармоқ фаолиятини сусайтириб, олдиндан бузилган иммуни мувозанатини яна ҳам мураккаблаштираб юборади. Шунинг учун ОИТС билан оғриган беморларни умумий даволашда иммуни танқислигини бартараф этиш мақсадида иммуни фаолиятини кучайтирувчи воситаларни қўллаш зарур.

Ҳозирги вақтда иммун тармоғи фаолиятини тиклаш мақсадида кумик ва айрисимон безни (унинг таркибий қисмлари ва оқсил булакларини) кучириб ўтказиш каби турли иммуномодуляторлар жаҳоннинг турли касалхоналарида синовдан ўтказилмоқда.

Куп сонли иммуномодуляторлар ичида интерлейкин — 2 (ИЛ-2), изоприпозин, циклоспорин-А, тимозиннинг 5-ажратмаси купроқ наф келтирувчи воситалардан ҳисобланади.

Профилактикаси. Ҳозирги даврда ОИТС ни даволаш усуллари жуда кам самарали деб ҳисобласак бўлади. Шунинг учун бу хавfli юқумли касалликнинг бир неча йўналишда олдини олиш чоралари билан бартараф этиш мумкин экан:

- ҳар хил махсус олдини олиш воситалари (зардоб ва вакциналар)ни ишлаб чиқариш;

- кенг қуламда, айниқса хавfli гуруҳларга кирувчи кишилар орасида санитария оқартув ишларини олиб бориш, оммавий ахборот воситалари орқали ҳамда махсус варақалар, рисоалар, шахсий олдини олиш воситалари ва ОИТСнинг тарқалиш йўллари тўғрисида адабиётлар чоп этиб, аҳоли ўртасида ташвиқот ишларини олиб бориш;

- вирус ташиб юрувчиларни аниқлаш мақсадида оммавий равишда текширишлар ўтказиб туриш;

- қон зардобида ОИТС га антители булган кишилардан қон ва унинг воситаларига вирус ўтиб қолмаслиги учун олдини олиш чораларини куриш;

- вирус билан зарарланган болаларга муолажа қилиш;

- тиббиёт ходимлари зарарланишининг олдини олиш чораларини куриш.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРГА ЙЎРИҚНОМАЛАР.

I. ШИФОХОНАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Ўткир аллергозлар кўриниши билан беморларни назорат қилиш қоидаларини ўрганиш. Ўткир аллергиялар кўринишида врачгача ёрдам кўрсатишни билиш.

Ўқувчилар билиши шарт:

- * Ўткир аллергозлар кўринишининг шикоятлари ва клиник белгиларини.

- * Ўткир аллергозларнинг барча кўринишларида врачгача шошилинч ёрдам кўрсатиш қоидаларини (15 тизма асосида).

- * Ўткир аллергозлар кўринишларида парвариш қилиш асосларини.

- * Аллергик ҳолатларни даволаш ва профилактикасини.

- * Аллергик ҳолатлар билан беморларни фаол назорат қилиш асосларини.

- * Аллергологик хизматнинг вазифаларини.

Беморнинг шикоятлари

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Тўсатдан ланжлик. | 6. Кўнгил айниши, қусиш. |
| 2. Бутун ганада иссиқ ҳис этиш. | 7. Қоринда оғриқ. |
| 3. Безгак. | 8. Терида қичишиш. |
| 4. Бош оғриши. | 9. Кукрак қафасининг қисилаётганлигини ҳис этиш. |
| 5. Нафас олишнинг қийинлашиши. | |

Кўздан кечириш натижалари

- | | |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Бесаранжом, қўзғалувчан | 5. Талвасалар |
| 2. Совуқ ёпишқоқ тер босиши. | 6. Ҳушини йўқотиш. |
| 3. Цианоз. | 7. А/Б пасайиши. |
| 4. Теридаги тошмалар. | 8. Юмшоқ, кичик пульс. |
| | 9. Юрак фаолияти ва нафас тўхташи. |

Ҳамшира тактикаси

1. Зудлик билан врачни ва реанимация бригадасини чақириш.
2. Беморни ётқизиш.
3. Инъекция қилинган жойдан юқорига жўт қўйиш.
4. Инъекция қилинган жойга (зарарли ҳайвонлар чаққан жойга) муз қўйиш.
5. Инъекция қилинган жойга 0,5 мл 1 % адреналин эритмасини юбориш.
6. Намланган кислород бериш.

Тайерлаб қўйиш керак

1. Шпришлар.
2. Эуфиллин.
3. Преднизолон.
4. Гидрокортизон.
5. Мезатон.
6. Дроперидол.
7. Строфантин.
8. Вена ичига натрий хлор изотоник эритмасини юбориш учун система.

Аллергик ҳолатлар билан оғриётган беморларнинг шикоятларини аниқлаётганда қуйидагиларга эътибор бериш керак: алергологик курунишлар вақтига (даврига), касалликнинг дастлабки белгилари-га (ланжлик, қичишиш, теридаги тошмаларга, шиш, буғилиш, акса уриш, талвасага). Бемор билан суҳбат қилганда алергологик анамнез катта аҳамиятга эга. Алергик касалликлар ёки реакциялар келиб чиқишида ижтимоий ва ишлаб чиқариш компонентлари таъсирини аниқлаш лозим. Алергик касалликлар билан оғирётган беморга таъсир этувчи алергеннинг оиласига мансуб алерген зардоб, вакцина-сига нисбатан сезгирлигини аниқлаш лозим.

Объектив текширилганда беморнинг тери ва шиллиқ пардалари-ни диққат билан кўздан кечириш, теридаги тошма, қизариш, шиш. қатиб олинган жойлар ва бошқаларга эътибор бериш керак. Уқувчилар

мустақил тарзда нафас ҳаракатларини, пульсни санайдилар, артериал босимни ўлчайдилар. Таҳлил натижалари муҳокама қилинаётганда ўқувчилар қон ва сийдик таҳлилидаги ўзгаришларни нормал ҳолатга нисбатан топишади.

Ўқувчилар беморлар билан ишлаётганда врач кўрсатмаларини ўзлари бажарадилар, заруратга қараб аллергия реакцияларга врачга-ча ёрдам кўрсатишни мустақил бажарадилар.

Муолажа хонасида шокка қарши чоралар тўплами билан танишадилар.

II. ПОЛИКЛИНИКАДАГИ АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР

Дарснинг мақсади: Поликлиника шароитида аллергия касалликлари бўлган беморларни диспансер назоратга олиш, ҳамшира иши асослари билан танишиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини урганиш. Беморларни қабул қилишда аллергиялогик кабинет ҳамшираси иши асослари билан танишиш, аллергиялогик тестлар (аппликацион, скарификацион ва тери ичига) қўйиш техникасини ўрганиш.

Аллергологик кабинетнинг асосий вазифалари:

- * Махсус диагностик усулларни қўллаган ҳолда аллергия касалликларни аниқлаш.
- * Аллергия касалликлар билан оғриётган беморларни даволаш.
- * Аллергия касалликлари бўлган беморларни диспансер назоратига олиш.

Аллергологик кабинетда поллиноз, асоратсиз бронхиал астма, овқатдан ва доридан аллергия касалликлар, аллергия ринит, эшакеми тошиш, Квинке шиши каби касалликлар текширилади ва назоратга олинади. Махсус диагностик усулларга терида қўйиладиган аллергиялогик тестлар кириб, бу синамалар кенг тарқалган бўлиб, бажариш техникаси содда, етарлича махсус ва хавфсизлиги билан аллергия касалликлар диагностик усулларининг энг қулайидир.

Тери синамалари аллергия касалликлар ремиссия давридан олдин қўйилиб, унинг қўйидаги турлари тафовут қилинади: сифатли ва санокли, бевосита ва сустр. Тери тестларининг бир неча техник модификациялари тафовут қилинади: аппликацион (эпикутан) усули, укол, скарификацион ва тери ичи синамалари. Сифатли синама мавжуд аллергияга организмнинг сенсibilзацияси бор-йўқлигини аниқлайди. Санокли синама сенсibilзация даражаси туғрисида тушунча беради.

Тери тестларини танлаш касалликка ва аллергия сезувчанлик турларига боғлиқ.

Олдий кимёвий моддаларга, айрим дори моддаларига ва бошқаларга нисбатан сезувчанликнинг юқорилиги, контакт дерматит кли-

ник кўринишида намоён бўлади. бундай ҳолатда фақат аппликацион синама диагностик аҳамиятга эга. Поллиноз, бронхиал астма, аллергик ринит, Квинке шишларида текшириш тартиби скарификацияцион тери синамасидан бошланади.

Бактериал ва қузиқорин (замбуруғли) аллергенлари диагностикаси учун организм сезувчанлиги юқорилигини аниқлашда тери ичи тестлари техникасидан фойдаланилади. Тери синамалари фақат аллергологик кабинетда врач — аллерголог назорати остида ўтказилади. Тери тестларини қўйиш учун тери юзаси бузилмаган дерматитларда. билакнинг ички юзасига, бел ёки қорин соҳасига қўйилади. Тери 70 %ли спирт билан артилади, тери қуриши билан ана шу соҳага 1 см² ўлчамда текширилаётган эритмада шимдирилган дока қўйилади ва устидан каттароқ целлофан қоғози қўйилиб, лейкопластир билан чеккалари ёпиштириб чиқилади, дока четларидан чиқиб қолмаслиги лозим (докани тез қуриб қолишидан сақлаш керак). Бир вақтнинг ўзида таққослаш учун натрий хлорнинг изотоник эритмаси ҳам қўлланилади. Аппликация синамаси натижалари 20 мин, 5—6 соат, 1 — 2 суткадан кейин кузатилади ва баҳоланади.

Текширилаётган беморда қичишиш ёки ачишиш пайдо бўлиши билан дока олиб ташланиб, текширилаётган эритма қолдиғи тери юзасидан спирт ёки эфир билан артиб ташланади.

Аппликацион тестни баҳолаш:

1. Контактда эритема бўлиши — кучсиз мусбат реакция (+).
2. Эритема ва шиш бўлиши — ўрта даражадаги мусбат реакция (++)
3. Эритема, шиш ва катта бўлмаган везикуляция — мусбат реакция (+++).
4. Эритема, шиш, сезиларли везикуляция, айрим ҳолларда ярачалар пайдо бўлиши — сезиларли мусбат реакция (++++).

Антигистамин моддаларини қабул қилиш тест натижаларига таъсир қилмайди.

Скарификацияцион тери аллергологик тестини қўйиш техникаси. Синама билакнинг кафт юзасига қараган қисмига қўйилади.

Тери юзаси 70 %ли спирт билан артилади, тери юзасига махсус тайёрланган стерил аллергендан ҳар бирининг ораси 3—4 см дан қилиб (2,5 см дан кам бўлмаслиги керак) томчилаб суртилади. Аллергенлар резина копқоқ билан беркитилган флаконлардан олинади (ҳар қайси аллерген учун алоҳида шприц қўлланилади). Ҳар қайси аллерген томчиси суртилган тери юзаси алоҳида-алоҳида скарификатор ёрдамида узунлиги 0,5 см узунликда қон томирларга зарар етказилмаган ҳолда иккитадан тирнаб чиқилади.

Манфий назорат сифатида натрий хлорнинг изотоник эритмасидан фойдаланилади. Синама 15 — 20 мин дан кейин баҳоланади.

Скарификацион синама баҳоси:

1. Тери юзасидаги шишсиз гиперемия — шубҳали реакция (+).
2. Скарификация соҳасида тери таранглаштирилганда аниқландиган шиш — кучсиз мусбат реакция (+).
3. Терида терини таранглаштирмаган ҳолда шишнинг аниқланиши — мусбат реакция (++).
4. 10 мм гача аниқ шишнинг бўлиши — сезиларли мусбат реакция (+++).
5. 10 мм дан катта шишнинг бўлиши — жуда ҳам сезиларли мусбат реакция (++++).

Тери ичига аллергологик тест қуйиш техникаси. Аллерген терига юборилади. Тери ичи синамаси жуда ҳам сезгир, аммо унча узига хос эмас. Тери ичи синамасини қуйишда маҳаллий ва умумий аллергологик реакция асоратлари кузатилиши мумкин.

Тери ичи синамасини қуйишда туберкулин шприцларидан фойдаланилади. Ҳар қайси аллерген учун алоҳида шприц ва игна булиши керак. Билакнинг ички тери юзаси 70 %ли спирт билан артилади. Игнанинг кесик томони юқорига қилиб эпидермиснинг юқориги қатламига киритилади. Аллерген тўғри юборилганда тери юзасида 15—20 мин да сўрилиб кетадиган оқ дўмбоқча (инфилтрат) пайдо бўлади, албатта бир вақтнинг ўзида тест назорат суюқлиги (натрий хлор изотоник эритмаси)ни қўллаш керак.

КАСБГА ОИД ЗАҲАРЛАНИШЛАРДА УЧРАЙДИГАН СИМПТОМЛАР ВА БУНДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилиш ёрдами
Адреналин	Безовталиқ, рангларлиқ, мушаклар титраши, юрак уриши, тезлашган пульс. Артериал босим, тана ҳароратининг ошиши. Оғир ҳолларда қусниш, юрак фаоллигининг сустлашиши. Бутун ҳизм алпаратчида янишиш сезилсн. Қўнғил афғиниши, қусиш, ич кетиши. Нафас бузилиши; тез тез юмқч пульс. Мушаклар титраши. Оёқ-қўл парестезияси, тортиниши. Қоринқичар азиятига торайган, кейин эса кенгайган. Алаҳқаш, эс-ҳушнинг йиразлашиб туриши, эсиниши, қўриш, тана ҳароратининг пасайиши. Полипурия. Соғуқ, тер босиши, ыналол.	Аминантрил ҳаляатиш. Особиштиланк. Венага паперин, 0,05% ли алоралгидрат эритмаси билан ҳуқна қилиш, кнслорол, ўпканинг сунғий вегтил-ашняси.
Аконити (айиктовон)	Тери қопламаларининг сариқ тусга бўялиши, тери қичимаси, тошмалар, қоринда тўқунсимон оғриқ, баъзан қусниш. Бош оғриғи. Уйқусизлик. Асаб кўзгаллиши. Қўриш қобилиятининг бузилиши, қўранк.	Меъдани ҳар 5 минутда активланган қўнр, 1:800-1:1000 калий перманганат, 0,05% ли таник эритмаси аралашмаси билан ювиш; туз сурғи; кофеин, атропин, кнслорол 5% ли карбонат ангидрид билан; Йснгиш.
Акрихин		Меъдани 1:1000 калий перманганат эритмаси ёки 0,2-0,5% ли таник эритмаси билан ювиш. Туз сурғи. Мул ишқорли суяқлик ичириш. Қоринга грелка қўйиш, кофеин, камфора. Қўз эҳтиёт қилинадн (қоринғилатилган ҳона).
Алкоголь (этил спирти, снзуха мойи)	Чуқур кома. Оғизда қўнқ ва алкоголь ҳиди келиши. Юз ва конъюктивга юсарилш, сескилашган стетгроз нафас. Пульс кичиклиги ва тез уриши. Артериал босим, тана ҳароратининг пасайиши. Тери соғуқ, ёпишқоқ. Қоринқичарининг азиял торайиб, кейин кенгайиши. Қусниш. Снйзлик ва алатнинг беихтиёр ажраллиши. Рефлексларнинг йўқолиши. Баъзан талвасалар. Қўнғилиш ҳодисаси, бирданга алаҳқаш, галлюцинациялар.	Меъдани илик суз билан ювиш. Соф ҳаво. Юз гиперемиясида бошини баланд қўйиш, муз қўйиш. Илик ванна билан соғуқ душ. Сирка билан натрий хлориддан муздай ҳуқна. Новшақил спиртни нафасга олиш (юлни қўйдириб қўймаслик учун эҳтиётлик билан). Кофеин катта микдорларда, камфора, стрихнин. Қон олиш. 10 томчиладн суз билан новшақил спиртини ичиш. Кнслорол 5% ли карбонат ангидрид тази билан. МНС сувайганда фелпанон, қўзгалганда морфин, скополамин, хлоралгидрат.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Амигдалин — Цианид кислотага қ. Анилин	Заҳарланиш шикастланмаган тери орқали ёки буглари нафасга олинганда рўй бериши мумкин. Юз- нинг оқариши, лаблар, тери ва тирноқ бўғимларининг қуқимтир ранга кириши. Қусиш, оғиздан анилин ҳиди келиши. Кескириш. Ҳолсизлик, тана ҳарорати пасайи- ши. Эс-хушининг хиралашиши, талвасалар, кома. Қонда — гемолиз ва гемоглобин миқдорининг пасайиши.	Қон олиб, кейин изотоник натрий хлорид эрит- маси қуйиш. Кислород 5% ли карбонат ангидрид газы билан, кофеин, камфора. Венага адреналин, ўпканинг сунъий вентилияцияси. Меъдани ювиш, тери остига қустирадиган — апорморфин юбориш. Туз сурги. Ёғлар ва алкоғолдан воз кечиш.
Антифриз	Аввалига енгил мастлик. 3-4 соат ўтгач тўш ости- да оғриқ, қусиш. Қаттиқ ташналик. Белда оғриқ. Эс- хуш хиралашуви, қўзғалиш. Юз ва конъюнктура ги- перемияси. Энга мушаклари ригидлиги. Сийдик ва ахлатнинг беихтиёр ажралиши. Сийдик кескин нор- дон реакцияли, оқсил, чўкмада эритроцитлар ва атипик оксалат кристаллари. Ўлим юрак фаолияти ўта пасайиб кетишидан ва узоққа чўзилган ҳоллар- да уремиядан юз бериши мумкин.	Меъдани эрта ювиш мумкин. Қон олиш, венага 5% ли натрий гидрокарбонат эритмасидан 5-10 мл юбориш. Кофеин, камфора, стрихин. Симптоматик тера- пия.
Апоморфин	Кўнгил айнаиши, қусиш, сулак оқиши. Узук- узук нафас олиш. Суст номунтазам пульс. Коллапс.	Меъдани ювиш, камфора, стрихнин. Кўп қайнатилган дамламалар ичириш. Илик сут, актив- лашган кўмир, 2% ли танин эритмаси 1 ош қошиқдан ичишга берилади.
Атропин (мингдево- на, бангидевона, бел- ладонна, гоматропин гидробромиди)	Қорачиқларнинг кескин кенгайиши. Оғиз, бурун, ҳалқумда қуруқлик сезгиси. Овоз бўғиқлиги, ютиш- нинг қийинлашуви. Белладоннадан заҳарланишдан кейин кўпинча кўнгил айнаиши ва қусиш, бангиде- вонадан кейин — қон аралаш ич кетиши, юз гипер- емияси. Қуруқ тери, скарлатинага ўхшаш тошма- лар, пульс тезлашган нотўғри, нафас қисиши, юрак уриши, бош оғриғи, бош айланиши. Безовталиқ, қўзғолиш, галлюцинациялар, тажовузкор ҳолат. Кома, конвульсиялар. Асфиксия.	Меъдани активлашган кўмир аралашмаси ёки калий перманганат эритмаси билан ювиб, сўнгра зонд орқали туз сурги юбориш, 1 мл 1% ли пило- карпин эритмаси тери остига такроран оғизда қуруқлик сезгиси йўқолгунча юборилади. Қорачиқлар кескин кенгайганда кўзга томчилар ҳолидаги физио- стигмин томизиш. Морфин. Хлоралгидратдан ҳуқна. Уйку бошлангунча хлороформи (эҳтиётлик билан). Бошга совуқ қўйиш. Кофеин. Камфора. Сунъий нафас олдириш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Барий (хлорид, нит- рат ёки тозаланмаган сульфат)	Қусиш, ичак санчиги, кўп ич кетиши, ғарақ- ғарақ терлаш. Пульс аввалига таранглашган ва сийрак, сўнгра нотўғри ва тез. Артериал босим кўтарилиши. Кўзга нарсаларнинг қўшалок бўлиб кўриниши. Талвасалар. Олигурия.	Меъдани 1% ли натрий сульфат эритмаси билан ювиш. 200 мл сувдаги 20 г натрий сульфат эрита- сини 1 ош қошиқдан ҳар 5 минутда ичириш. Венага 10 мл 3% ли натрий сульфат эритмаси. Кофеин, камфора. Тахикардияда 0,2 г хинин билан шамчалар Венага ёки мушаклар орасига 1-2 мл кордиамин.
Мингдевона Атро- пинга қ. Белила оҳаги — Хлорга қ. Бензин	Нафас билан чиқарилган ҳавода бензин ҳиди бош оғриғи, бош айланиши. Склералар субикте- рик. Кўнгил айнаиши. Тезлашган пульс, артериал босим ошиши. Рухий қўзғолиш, истерик кулги. Талвасалар. Нерв стволлари йўли бўйлаб оғриқ. Оғир ҳолларда беҳушлиқ ҳолати. Ичилганда белгилари нафасга олингандаги каби. Кўп қусиш, қоринда оғриқ, ич кетиши.	Соф ҳаво. Кислород. Кодеин, камфора. Валериана. Бром препаратлари. Ўпкани сунъий вентилияция қилиш.
Бертолет тузи	Кўнгил айнаиши, қора-қўқимтир массалар би- лан қусиш, қоринда оғриқ, ич кетиши. Сариклик. Юз асид рангида. Нафас қисиши. Буйрак соҳа- сида оғриқ. Альбуминурия, метгемоглобинурия, олигурия ва тез орада анурия. Уремия.	Меъдани ювиш. Канакунжут мойи. Кофеин, кам- фора, морфин. Қора кофе, иссиқ сут ичиш. Меъда- ни активланган кўмир аралашмаси билан ювиб, сўнгра туз сурги юбориш. Қон олиш. Изотоник на- трий хлорид эритмаси ёки 5% ли глюкоза эритмаси тери остига юборилади.
Рум бодиёни (доғси- мон омег)	Енгил заҳарланиш — ўткир гастрит, эпитерит манзараси. Оғир заҳарланиш — оёқлар фалажи манзараси, юқорига кўтарилиб нафас мушакла- рини зарарлантиради. Ярим соат ўтгач талваса бош- ланади ва нафас тўхтаб, ўлим юз беради.	500-600 мл миқдорда кўп қон олингандан кейин қон қуйиш. Коллапс бўлмаганда 1 мл 1% ли пило- карпин эритмаси. Коллапсда кофеин, камфора. Апоморфин, меъдани 0,2% ли танин ёки 0,05% ли калий перманганат эритмаси билан ювиш. Ичишга кўмир, туз сурги. Кофеин, стрихнин, соф ҳаво. Иссиқ қилиб ўраб-чирмаш, ванналар, ўпканинг сунъий вентилияцияси.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Ботулизм токсини	Юқум тушган овқат ейилгандан кейин заҳарланишнинг эрта муддати — 2 сутка, кеч муддати — 3 сутка. Умумий лоҳаслик, бош оғриғи, бош айланиши. Тери қопламларининг оқариши, эт жунжикиши. Оғиз қуруқлиғи. Овоз бўғилиши. Қорачиқлар кенгайиши, кўза нарсаларнинг қўшалоқ кўриниши, юқори қовоқнинг пастга осилиб тушиши (птоз). Қоринда санчиқсимон оғриқ, унинг дам бўлиши. Қусиш, ич кетиши, баъзан қабзият. Нафас қисиши. Оғир ҳолларда ютиш, нафас олиш бузилиши. Тана ҳарорати кўтарилиши. Юрак фаолиятининг пасайиб кетиши, ди-афрагма фалажи. Нафас тўхташи.	Меъдани активланган кўмир аралашмаси, 0,2% ли танин ёки 0,1% ли калий перманганат эритмаси билан ювиш. Сурги, изотоник натрий хлорид эритмаси. Қоринга компресс, кофеин, камфора, стрихнин. Ботулизмга қарши 60-150 ТБ поливалент зардоб мушаклар орасига. Аҳвол яхшиланмаса, 5-10 минут ўтказиб, ўша микдорда такроран юборилади. Оғир ҳолларда олдиндан биологик синама ўтказилгандан кейин 100 ТБ венага (аста-секин юборилсин).
Бром (унинг тузла-ри, бромли сув)	Бугларидан заҳарланишда — конъюнктивит. Сўлак оқиши, бронхит, бўғилиш, баъзан бўлак пневмо-нияси. Ичилганда, тил ва оғиз шиллиқ пардасининг ранги кўнгир. Бутун ҳазм аппарати бўйлаб қаттиқ оғриқ, қусиш, ич кетиши, цианоз, коллапс.	Препарат ичилганда бромдан заҳарланишда меъда 0,5% ли натрий хлорид эритмаси билан ювилади. Ичишга активланган кўмир билан сув, сут, крахмал клейстери тайинланади, қуйдирилган магнезия ичиш-га, ҳуқнада ва тери остига тайинланади. Бромид буглари нафасга олинганда заҳарланиш юз берганда озроқ нов-шадил спирт аралаштирилган сув бугларини нафасга олиш, 0,5% ли бура эритмасидан ингаляция қилиш.
Барбитал — ухлата-диган воситаларга қ. Вератрил (чемерица, сабадилла уруғлари)	Оғизда, ҳалқумда, қизилўнгачда ачишиш, сўлак оқиши, ташналик. Мушаклар титраши, ригидлиги ва бўшашиши, юрак фаолияти сусайиб кетиши.	Меъдани активланган кўмир аралашмаси, 0,2% ли танин эритмаси билан ювиш. Туз сурги. Муз бўлакчаси ютилсин. Кофеин, камфора. Санчикларда афюн, панто-пон. Ўпканинг сунъий вентилияцияси. Аксиришда бурун шиллиқ қаватига 2% ли кокаин эритмаси суртилсин.
Заҳарли газлар: бот-қоқ гази, ёритгич газ, водород суль-фид, углерод оксид.	Бош айланиши, бош оғриғи, кулоқда шовқин. Кўнгил айниши, баъзан қусиш. Ёноқларда, кўкрак ва сонларнинг ички юзасида пушти ранг доғлар, уг-лерод оксиддан заҳарланишда, баъзан танада қава-риқлар пайдо бўлади. Ҳушдан кетиш. Нафаснинг бир-данига сустлашиб қолиши. Уйқучанлик, коматоз ҳолат, баъзан кўзгалиш, талвасалар. Уйқу пайтида ўлим юз беради. Углерод оксиддан заҳарланишда — бош мияда ўчоқли ўзгаришлар.	Соф ҳаво, карбоген ингаляцияси (кислород билан 5% ли карбонат ангидрид гази), новшадил спирт ҳид-латиш. Лобелин. Углерод оксиддан заҳарланганда (ис тек-канда) 1% ли метилен кўки эритмаси 100 мл 5% ли глюкоза эритмасида. Кофеин, камфора. Кўзгалганда 0,5 мг скополамин гидробромид тери остига, илиқ ванна-лар, кейин бошдан совуқ сув қуйиш. Иситиш, симп-томатик терапия. Ўпкани сунъий вентилияция қилиш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Наша (ҳинд усимлиги)	Галлюцинациялар, алаҳлаш, кўзгалиш. Қора-чиқлар кенгайиши, пульс тезлашган, уйқучанлик.	Меъдани 1:1000 калий перманганат эритмаси, илиқ натрий хлорид эритмаси ёки активланган кўмир суспензияси билан ювиш. Карбоген (кисло-род билан 5% ли карбонат ангидрид гази), кофе-ин, камфора; илиқ ванналар, бошга совуқ сув қуйиш билан. Ўпканинг сунъий вентилияцияси.
Аччиқ бодом — Цианид кисло-тага қ. Заҳарли кўзиқоринлар	Умумий лоҳаслик, кўнгил айниши, қусиш, қоринда санчиқсимон оғриқ, ич кетиши. Болдир му-шаклари тортишиши. Ташналик, бош оғриғи, бош айланиши. Нафас қисиши. Пульс секинлашган. Алаҳ-лаш, талвасалар, кома. Смorchоклардан заҳарланишда — сариклик, гепатит.	Меъдани 0,2% ли танин эритмаси билан ювиш. Танин, активланган кўмир ичириш. Атропин, изо-тоник натрий хлорид эритмаси ёки 5% ли натрий хлорид эритмаси ёки 5% ли глюкоза эритмаси. Ко-феин, камфора. Кўзгалганда морфин, хлоралгидрат. Бошга совуқ қуйиш. Жигар зарарланганда венага 20 мл 40% ли глюкоза эритмаси, айнаи вақтда 10 ТБ инсулин.
Дикаин — Кока-инна қ. Дионин — Мор-финга қ. Бангидевона — Атропинга қ. Антифебрин, фенацетин, ами-допирин, анти-пирин Илон заҳари	Кўнгил айниши, қусиш, тана ҳароратининг пасайиши, кичик пульс. Нафас қисиши, уйқучанлик, алаҳлаш, кома. Антифебрин ва фена-цетиндан заҳарланишда — метгемоглобин ҳосил бўлиши ва терида тошмалар.	Меъдани совуқ сув билан ювиш ёки қустирувчи дори бериш. Туз сурги. Кофеин, камфора, изото-ник натрий хлорид эритмаси. Иситиш. Талвасаларда хлоралгидрат, калий ёки натрий бромид. Ёғлар ва алкоғолдан воз кечиш.
	Илон чаққан жойда 2-4 та нуқтасимон жароҳат, шиш, геморрагик характердаги шиш. Лимфангит билан лимфатик регионар тугунлар шиши. Қусиш, ич кетиши. Гематурия. Тана ҳароратининг кўтарилиши. Юрак фаолияти сустлашиб қолиши, коллапс.	Оёқ ёки қўлни илон чаққан жой юқорисидан боғлаб қўйиш. Жароҳатдан заҳарни қон сўрадиган банка билан тортиш. Чаққан жой атрофидаги тери остига 2% ли карбол кислота эритмасини юбориш. Илон заҳарига қарши поливалент зардоб (1 улуш зардобини 10 улуш стерил сувада эритиш) юбориш. Кофеин, стрихнин. Ичишга 20 томчи ношадил спирт ва 70% ли вино спиртини ичириш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Ҳинд ўсимлиги — нашага қ. Инсулин	Миқдори ошириб юборилганда гипогликемик кома. Очлик сезгиси, мастликдаги каби безовталиқ, эс-хуш хиралашиб туриши, бош айланиши. Юз қизариши, терлаш. Клоник ва тоник талвасалар. Алаҳлаш, кома, артериал гипотензия ва чуқур рефлекс-лар йўқолиши билан. Қўз соққалари тонуси нормал. Оғиздан ацетон ҳиди келмайди, сийдикда ацетон ва қанд бўлмайди.	Енгил ҳолларда 2-3 чақмоқ қанд, апельсин шар-бати, 200 г оқ нон. Оғир ҳолларда венага 100-200 мл 10% ли глюкоза эритмаси, адреналин, питуит-рин.
Йод (Люголь эрит-маси)	Ичилганда оғиздан специфик ҳид келади. Оғиз шиллиқ пардаси шишган ва қўнғир тусга кирган. Ҳиқилдоқ шишган. Қон аралаш тўқ сариқ ёки кўк рангли массалар (крахмал) қусиш. Қорин устида оғриқ, ич кетиши, баъзан қон аралаш ич кетиши. Кўпинча гемагурия. Кичик пульс, коллапс.	Меъдани 0,5% ли натрий тиосульфат эритмаси, сўнгра сув билан ювиш. Суяқ крахмал клейстери, мойли эмульсиялар, сут, афюн, магний оксид, натрий гидрокарбонат, юрак воситаларини ичириш.
Ипекакуана	Қаттиқ қусиш, баъзан қон аралаш ич кетиши. Бўғилиш, коллапс.	Меъдани 0,2-0,5% ли танин эритмаси ёки актив-ланган кўмир суспензияси билан ювиш. Ичишга эзил-тириб пиширилган шўрвалар, сут, муз бўлақчалари, мўл суяқлик, ош содаси эритмаси Афюн. Функция-лар умуман пасайганда кофеин, камфора.
Симоб дихлорид (каломель) — Суле-мага қ.	Тери қизариши, бош айланиши. Қурув ва эши-тув, ҳазм аппарати функциясининг бузилиши. Қўз-ғалиш, сўнгра руҳан эзилиш, талвасалар, кома.	Қустирувчи дори. Меъдани ювиш, туз сурги — каломель, магний сульфат (аччиқ туз). Талвасада хло-ралгидрат. Комада кофеин. Уқалаш, оёқ-қўлларга гор-чичниклар. Ёғлар ва спиртли ичимликлардан воз ке-чиш. Меъдани илиқ сув, магний оксид (қуйдирилган магнезия) ёки натрий сульфат (1 л сувга 30 г) билан фенол ҳиди йўқолгунча ювиш. Сут Зонд киритиб бўлмаса, қустирувчи восита: апоморфин 0,5-0,8 мл дан тери остига бир неча стакан илиқ магний оксид эритмаси ичилгандан кейин. Канақунжут мойидан сақланиш. Кофеин, камфора, изотоник натрий хло-рид эритмаси. Танани иситиш, муз бўлақчалари бе-риш. Сода эритмаси билан ингалайция. Ичишга оҳақ сув ёки магний оксид — 200 мл га 20 г ҳар 5 минутда ош қошиқда. Алкоголь, ёғлардан сақланиш.
Камфора	Ичилганда оғир ҳолларда МНС фалажланиши-дан маҳаллий ҳодисалар ривожланмасданоқ кома ва ўлим юз беради. Енгил ҳолларда — ҳазм аппарати шиллиқ пардасининг қуйиши, қорин устида оғриқ, қусиш, оғиздан фенол ва қусуқ массалари ҳиди келиши. Юз оқариб кетиши. Бош оғриғи, бош айла-ниши, қулоқда шовқин эшитилиши, нотекис на-фас олиш, ҳушдан кетиш, талвасалар. Тана темпе-ратураси пасайиши ва юрак фаолияти сустлашиши. Янги ажратилган ёки бир оз вақт қўйиб қўйилган сийдик зайтун рангида.	
Карбол кислота (фенол, креозот, креолин)		
Каустик сода — Ишқорларга қ.		

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Керосин — Бен-зинга қ.	Клиник манзараси бензиндан заҳарланишдаги каби, бироқ асаб-руҳий симптомлар камроқ юза-га чиққан. Организмдан бензинга нисбатан секин ажралади.	
Концентрланган кислоталар (нитрат, сульфат, хлорид, хромат, сирка ва б).	Юз ва ҳазм аппарати шиллиқ пардаларининг қуйиши. Қизилўнғач йўли бўйлаб ва қорин устида оғриқлар. Шилимшиқ ва қон аралаш қусиш. Сўлак оқиши. Ич кетиши, баъзан қон аралашган. Нитрат кислотадан қуйишда — оғиз шиллиқ пардасининг сариқ тусга кириши, хлорид кислота ва сульфат кислоталардан қуйишда — қўнғир ранг, сирка кис-лотадан қуйишда — оқ рангга кириши. Оғиздан ва қусуқ массаларидан специфик ҳид келиши. Оғиз, ҳиқилдоқ ва ҳиқилдоқ қопқоғи шиллиқ пардаси-нинг шишиши.	Меъдани сув билан эрта ювиш мумкин. Ичиш-га 20 г магний оксид 200 мл сувда. Оҳақли сув, тухум оқи, эзилтириб пиширилган дамламалар. Қуйган шиллиқ пардаларга 2% ли кокаин эрит-маси суртилади. Морфин, кофеин, камфора, изо-тоник натрий хлорид эритмаси. Венага 10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси. Муз бўлақчалари ютилади (чайнамасдан) Натрий гидрокарбонат ин-галайцияси. Қустирадиган воситалар тайинлашдан сақланиш.
Канақунжут	Ўпкада — бронхит ҳодисалари, юрак фаолия-тининг сустлашиши. Коллапс. Сирка кислотадан за-ҳарланганда эритроцитлар парчаланиши сабабли терининг сариқ тусга кириши. Гемоглобинурия. Сийдикда оксил, қон, цилиндрлар, гемоглобин. Тана ҳарорати кўтарилиши.	Қустирадиган восита. Меъда ва ичакларни так-роран ювиш. Ичишга — эзилтириб пиширилган дамламалар, кофеин, изотоник натрий хлорид эритмаси. Қоринга иссиқ қилиш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Кокаин (дикаин)	Тери оқариб кетганлиги. Ғамгинлик, безовталик, қўзғалиш, уйқусизлик. Қорачиқлар кенгайиши. Қўл ва бутун тананинг титраши. Юрак уриши. Совуқ тер. Бош айланиши. Кўнгил айланиши, қусиш. Қоринда санчиқсимон оғриқ. Нафас ва қон айланиши бузилиши. Пульс кичик ва тезлашган. Бўғилиш. Ҳушдан кетиш. Талвасалар (клоник ва тоник). Коллапс. Умумий фалажлик.	Ичилганда меъдани 1:1000 калий перманганат билан ювилади. Ичига танин. Амилнитрит ҳидлатилади (рўмолчага 2-4 томчи томизиб). Нитроглинин 2-3 томчидан кунига 2-3 марта. Қўзғалишда ва талвасаларда 1-2 г хлоралгидрат (морфиндан сақланиш). Хлороформ эҳтиётлик билан нафасга олинсин. Қон олиш, сўнгра изотоник натрий хлорид эритмаси куйиш. Иситиш иссиқ кофе. Кофеин, камфора. Ўпкани сунъий вентиляция қилиш.
Кофеин (қой, кофе)	Юз қизариши. Асабий қўзғалиш. Юрак фаолияти кучайиши. Бош айланиши. Тер. Мушаклар титраши. Галлюцинациялар. Юрак фалажланишидан ўлим.	Меъда ва ичакларни 0,2% ли танин эритмаси билан ювиш, ичишга хлоралгидрат, активланган кўмир, туз сурги. Ўпканинг сунъий вентиляцияси.
Белладонна — Атропинга қ. Креолин карбон кислотага қ. Лизол — карбон кислотага қ. Калий перманганат Қорамуг (қоракосов ва унинг препаратлари)	Ҳазм аппарати шиллиқ пардаларининг куйиши. Меъда флегмонаси бўлиши эҳтимол. Паркинсонизм ҳолисалари.	Меъдани ювиш. Канакунжут мойи. Наркотиклар Ичига эзилтириб пиширилган дамламалар, танин, активланган кўмир Қоринга муз. Венага 6-10 мл 1% ли кальций хлорид эритмаси, оғизни бертолит тузи билан чайиш. Ишқор билан ингаляция, камфора
Мис (унинг тузлари)	Кўнгил айланиши, қусиш, ич кетиши, қоринда оғриқ. Бош айланиши, талвасалар, алаҳлаш, кома. Юрак фаолиятининг сустлашиб қолиши.	Меъдани активланган кўмир суспензияси ёки 0,2% ли танин эритмаси билан ювиш. Туз сурги. Апоморфин. Талвасаларда илиқ ванналар, хлоралгидрат ли ҳуқна. Амилнитрит ҳидлатиш, рўмолчага 2-3 томчи. Комада кофеин, камфора
	Сўлак оқиши, оғизда металл таъми, кўнгил айланиши, қоринда такрорланадиган тўлқинсимон оғриқ. Қон аралаш тез-тез ич келиши. Талвасалар. Коллапс.	Меъдани 1:1000 калий перманганат эритмаси билан ювиш. Ичишга худди шу тузнинг 1% ли эритмасини 1 ош қошиқдан ҳар 15 минутда ёки 30 г магний оксид, туз, сурги. Оғриқда морфин, атропин, кофеин, камфора, стрихнин, адреналин. Қоринга грелка қўйилади. Ёғлар бериш мумкин эмас, кислоталар киритилмасин.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Метил спирти (метанол)	Заҳарланиш симптомлари ичилгандан кейин 4 соатдан 4 кунгача юзага чиқиши мумкин. Бош оғриғи, қусиш. Қатъиятсиз одимлаш. Оёқларда оғриқ. Кўришнинг батамом кўр бўлиб қолишгача ёмонлашуви. Қорачиқлар кенгайган, кома, цианоз. Ҳушдан кетиш, тана ҳарорати пасайиши, совуқ тер. Бейхотиёр ич келиши ва сийдик ажралиши. Коллапс. Нафас тўхташи. Оғир ҳолларда ўлим юз бериши мумкин.	Меъдани сув билан ювиш. Бошга муз қўйиш. Илиқ ванна. Кофеин, камфора, стрихнин. Кислород билан 5% ли карбонат ангидрид газини нафасга олиш. Ўпканинг сунъий вентиляцияси.
Мирбан мойи — нитробензолга қ. Дон арчаси — Сабинага қ. Морфин (афюн; дионин, пантапон, героин)	Уйқучанлиқнинг то кома юз бергунча аста-секин кучайиб бориши. Қорачиқларнинг кескин торайиши. Тери қопламлари гиперемияси. Тер. Оёқ-қўлларнинг муздай бўлиши, бош айланиши, кулоқларда шовқин, сийрак, нотўғри пульс, тана ҳароратининг пасайиши. Нафас фалажи.	Меъдани активланган кўмир суспензияси, 1:1000 калий перманганат эритмаси, 0,2 % ли танин эритмаси билан такрор ювиш. Атропин такроран. Туз сурги. Қон олиш, сўнгра изотоник натрий хлорид эритмаси юбориш. Кислород 1% ли карбонат ангидрид гази билан бирга, лобелин, болдир мушакларига горчичниклар. Сиркадан илиқ ҳуқна, кофеин, камфора. Қовуқ устидан кузатиш — катетеризация. Ўпканинг сунъий вентиляцияси. Рефлекс йўқолганда қўстирувчи дори бериш мумкин эмас.
Мишьяк (арсенат кислота, атоксил, швейнфурт кўки)	Оғиз, томоқ, меъда қуриши. Сўлак оқиши. Такроран қусиш, баъзан қон аралаш, қоринда оғриқ, вабосимон ич кетиши. Тери қопламлари оқарган, цианоз, сариқлик. Ҳушдан кетиш. Коллапс. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва қусуқ массаларининг кўкимтир тусга кириши.	Меъдани активланган кўмир суспензияси, магний оксид эритмаси (1 л сувга 20 г) билан ювиш. Туз сурги. Мишьякка қарши зидди-заҳар. Сут, мойли эмульсиялар. Иситиш, кофеин, камфора, адреналин, изотоник натрий хлорид эритмаси
Дигиталис — юрак гликозидларига қ. Новшадил спирти	Йўтал, оғиздан аммиак ҳиди келиши, оғиз ва ҳиқилдоқ ачишиши. Қусиш, кўпинча қон аралаш. Овоз бўғилиб қолиши. Бош айланиши. Кучсиз пульс. Тинка-мадор қуриши. Тана ҳарорати пасайиши. Талвасалар.	Меъдани сув билан (эҳтиёткорлик билан) ювиш мумкин. Эзилтириб пиширилган дамламалар, мойли эмульсиялар, илиқ сув буглари, изотоник натрий хлорид эритмаси бугларини нафасга олиш. Ҳиқилдоқ шишганда — трахеотомия. Венага глюкоза, изотоник натрий хлорид эритмаси, қон олиш. Морфин, ўпканинг сунъий вентиляцияси.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Кумуш нитрат (ляпис)	Қоринда оғриқ. Оғиз шиллиқ пардаси оқ ёки кул ранг. Оқ, ёруғликда қораядиган массалар қусиш. Бош айланиши, талвасалар, фалажлик.	Меъдани 2% ли натрий хлорид эритмаси билан ювиш, кейин зонд орқали туз сурғи юбориш. Ичишга 5% ли натрий хлорид эритмаси 1 ош қошиқдан ҳар 10 минутда. Сут, мойли эмульсиялар, эзилтириб пиширилган дамламалар. Мойли ҳуқналар. Ҳушдан кетишда кофеин, камфора.
Нитритлар (нитроглицерин, амилнитрит)	Юз гиперемияси, бош айланиши, бош оғриғи, чакка артериялари пульсацияси. Кўнгил айланиши, қусиш. Тезлашган пульс. Цианоз. Алаҳлаш, ҳушдан кетиш. Метгемоглобинурия.	Ичилганда меъдани ювиш, туз сурғи. Қон олиш, кислород, бошга совуқ нарсა қўйиш. Симптоматик терапия.
Нитробензол	Нафас билан чиқариладиган ҳаводан аччиқ бодом ҳиди келади. Тери жигаррангнамо қуқимтир рангда. Кўнгил айланиши, қусиш, бош айланиши. Атаксия. Нутқ бузилиши, талвасалар, ҳушни йўқотиш. Қорачиқларнинг кенгайиши. Умумий фалажлик. Метгемоглобинурия.	Меъдани активланган кўмир суспензияси билан ювиш. Туз сурғи. Қон олиш. Изотоник натрий хлорид эритмаси. Кофеин, камфора. Алкоголдан сақланиш.
Доксимон омега — Бодиёни румига қ. Афюн — морфинга қ. Пикрин кислота (тринитрофенол)	Оғиз бўшлиғи ва тери қопламларининг сариқ рангга бўялиши. Оғизда аччиқ таъм. Қусиш ва меъдада оғриқ. Сийдикда оқсил, қон, цилиндрлар.	Меъдани 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювиш. Туз сурғи. Ичишга ишқор. Симптоматик терапия.
Пилокарпин	Кўп терлаш. Сўлак оқиши. Кўнгил айланиши, қусиш. Қорачиқлар торайиши. Пульс аввалига секин, кейин тезлашган. Ўпка шиши. Коллапс.	Меъдани активланган кўмир суспензияси билан ювиш. Атропин такроран. Кофеин, камфора.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Пирогаллол	Қусиш, ич кетиши, эт жунжикиши. Мушаклар титраши. Тезлашган пульс. Сариклик. Сийдик тўқ рангли, гемоглобиннинг парчаланиш маҳсулотларини сақлайди. Цианоз. Нафас қисиши. Талвасалар, коллапс.	Қон олиш, кейин изотоник натрий хлорид эритмаси юбориш. Кислород.
Овқатдан заҳарланиш	Умумий дармонсизлик. Бош айланиши, бош оғриғи. Қусиш, ич кетиши, қоринда оғриқ. Тана ҳарорати кўтарилиши. Талвасалар. Артериал босимнинг пасайиши, пульс кучсиз.	Меъдани ювиш. Туз сурғи. Венага 10 мл 10% ли кальция хлорид эритмаси, изотоник натрий хлорид эритмаси, адреналин. Иситиш. Кофеин, камфора, стрихнин.
Плазмоид	Қорин устида оғриқ. Жағлар соҳасида увушиб қолиш сезгиси. Нерв стволлари сезувчанлиги. Ўткир миёча атаксияси. Энцефалит ҳодисалари. Кўришнинг кескин пасайиши (кўрув нерви атрофияси). Жигар ва буйрак зарарланиши.	Суюқликларни (ишқорий сувларни) кўп юбориш. Венага изотоник натрий хлорид эритмаси, 40% ли глюкоза эритмаси 10-12 мл такроран. Строфант ёки гулизардак настойкаси (баҳорги адонис, кофеин, камфора, стрихнин). Илиқ ванналар. Кўз зарарланганда — ретробульбар атропин инъекциялари, қоронғилаштирилган хонада бўлиш.
Симоб метали	Ичилганда, ҳатто катта миқдори ҳам деярли заҳарланиш келтириб чиқармайди.	Сулемага қ.
Сабина (Дон арчаси)	Ҳалқум ва меъдада ачишиш. Арча ҳидли қусуқ массалари, ич кетиши, тенезмлар.	Меъдани ювиш. Тозаловчи ҳуқна. Туз сурғи. Эзилтириб пиширилган совуқ дамламалар. Ёғ истеъмол қилиш мумкин эмас. Сийдик ҳайдовчи ва терлатадиган воситалар. Ҳушдан кетишда — кофеин, камфора.
Салицилат кислота (унинг тузлари, ацетилсалицилат кислота, салол ва б.)	Оғиз шиллиқ пардасини таъсирлантириш. Кўнгил беҳузур бўлиши, баъзан қусиш, ич кетиши. Тер, нафас қисиши, эшитиш ва кўришнинг пасайиши. Коллапс.	Қустирадиган — апоморфин, меъдани ювиш. Ичишга ва ҳуқнада натрий гидрокарбонат. Кофеин, камфора. Иситиш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Салол — салицилат кислотига қ. Сальварсан препаратлари	Куйилган заҳоти — анафилактоид реакция, юз гиперемияси, тил ва ҳиқилдоқ қопқоти шиши. қуруқ, аъоб берадиган йўтал. Куйишдан кейин 2-3 соат ўтгач — эт жунжикиши. Тана ҳароратининг кўтарилиши. Қусиш, куйишдан кейин бир неча соат ўтгач тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳушдан кетиш, талвасалар (геморрагик энцефалит).	Венага 10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси, 15-20 мл 5% ли натрий тиосульфат эритмаси. Симптоматик терапия. Қулоқ орқасига зулук солиш. Бошга муз қўйиш. Бел пункцияси. Венага 10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси, 20 мл 40% ли глюкоза эритмаси.
Сантонин (дармана уруғи)	Теварак-атрофии сариқ, бинафша рангда қўриш, қорачиқлар кенгайиши, кўз олдида учкунлар мил-тиллаб кўриниши. Сўлак оқиши, қусиш, ич кети-ши. Бош айланиши. Талвасалар. Сийдик кўкимтир-сариқ рангда.	Меъдани ювиш. Тозаловчи ҳуқна. Туз сурги. Сий-дик ҳайдовчи воситалар. Талвасада — хлоралгидрат, хлороформ ҳидлаш (эҳтиётлик билан). Коллапсда — кофеин, камфора, илиқ ванналар. Ет истеъмол қилишдан сақланиш.
Юрак гликозидла-ри (дигиталис, адо-нис, марваридгул, строфант, денгиз пиёзи ва уларнинг препаратлари)	Қорин устида оғриқ, кўнгил айнаиши, қусиш, ҳиқичоқ тутиши, ич кетиши. Кескин секинлашган, нотекис, аста-секин тезлашадиган пульс. Ўта дар-монсизлик, алаҳлаш.	Меъдани 0,2-0,5% ли танин эритмаси билан ювиш. Туз сурги. Атропин такроран, кофеин, камфора. Ичишга изотоник натрий хлорид эритмаси ёки 40% ли эритма.
Цианид кислота (калий цианид, аччиқ бодом суви, аччиқ бодом)	Бурун, томоқ, трахеяда тимдалаш сезгиси. Қийинлашган нафас. Бош айланиши, юрак уриши. Ҳуш ва сезувчанлик йўқолиши. Қорачиқлар кенгайган. Тоник ва клоник талвасалар. Шиллиқ пардалар ва тери тиниқ-қизил. Нафас билан чиқариладиган ҳаво ачиқ бодом ҳидли. Кома. Ўлим бир неча минут ўтгач юз бериши мумкин.	Зидди-заҳарларни, иложи борича эрта ишлатиш. Амилнитрит 0,3 нафасга олиш учун, такрорлаш мум-кин. Венага 50 мл 1% ли метилен кўки эритмаси 5% ли глюкоза эритмасида. 25-40 с ўтгач венага 50 мл 25% ли натрий гипосульфат эритмаси. Ичилганда — меъдани 1:1000 калий перманганат эритмаси ёки 1-3% ли водород пероксид эритмаси билан албатта ювиш. Соф ҳаво, карбоген ҳидлаш (кислород билан 5% ли карбонат ангидрид газ). Лобелин, кордиамин, кофеин, камфора. Ўпканинг сунъий вентилияцияси.
Скипидар (терпен-тин)	Меъдада оғриқ. Скипидар ҳидли қусиш. Тезлаш-ган пульс. Тинка-мадор қуриши. Кўп сийдик ажра-тилиши. Сийдикдан бинафша ҳиди келади, у оқсил ва қон сақлайди.	Қустирадиган — апоморфин. Меъдани ювиш. Ичишга активланган кўмир, мўл ичимлик, муз бўлаклари, туз сурги. Ҳушдан кетишда — кофеин, камфора.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Скополамин	Оғизнинг қаттиқ қуриши. Товуш бўғилган, таш-налик, ютишнинг қийинлашуви. Қорачиқларнинг кескин кенгайиши. Жуда тез, нотўғри пульс. Бош айланиши. Уйқучанлик. МНС, айниқса нафас мар-кази функциясининг пасайиб кетиши. Кома.	Меъдани 0,2% ли танин эритмаси ёки активлан-ган кўмир суспензияси билан ювиш. Баланд ҳуқналар. Галлюцинацияларда — бошга совуқ нарсa қўйиш. Нафас сусайганда — эфедрин, ўпканинг сунъий вен-тиляцияси.
Ухлатадиган восита-лар (барбитал, фе-нобарбитал хло-ралгидрат ва б.)	Суткалаб чўзиладиган чуқур уйқу. Цианоз. Оёқ-қўлларнинг совқотиши. Секинлашган нафас. Тана ҳароратининг ошиши. Артериал босимнинг пасай-иши. Алаҳлаш.	Меъдани такроран ювиш. Туз сурги. Баланд ҳуқналар такроран. Карбоген (кислород билан 5% ли карбонат ангидрид газ) ингаляцияси. Қон олиш, кейин изотоник натрий хлорид эритмаси қўйиш. Лобелин, кофеин, камфора, стрихнин (сутқасига 0,05 мг). Иситиш. Ўпканинг сунъий вентилияцияси. 10 мл 0,5% ли бемеград эритмаси.
Спирт — Алкоголга қ. қорасоков — Қорамугга қ. Стрих-нин (қустирувчи ёнғоқ, чилибуха)	Кучли тоник талваса хуружлари. Тери ва най рефлекслари ошиши. Тризм. Опиототонус. Цианоз. Диафрагма тортишишидан нафас тўхташи. Кичик ва тезлашган пульс. Юрак фаолиятининг сустла-шиши. Коллапс.	Меъдани (бурун орқали) 1:1000 калий перман-ганат эритмаси ёки активланган кўмир суспензияси билан ювиш. Туз сурги. Ичишга танин, активлан-ган кўмир. Хлоралгидрат ҳуқнаси (2-5 г). Венага 50 мл 2% магний сульфат эритмаси. Мушаклар ораси-га 30 мл 25% ли магний сульфат эритмаси, 3 мл 5% ли магний сульфат эритмаси интралюмбал. Қон олиш, кейин изотоник натрий хлорид эритмасини қўйиш. Қоронги хонада бўлиш.
Строфант — Юрак гликозидларига қ. Сулема (симоб дих-лорид) ва бошқа тузлар	Оғиз шиллиқ пардаси куйиши ва шиши, оғиздан металл таъми. Сўлак оқиши. Қизилўнгач ва меъда йўли бўйича қаттиқ ачишган оғриқ. Кўнгил айнаиши, қусиш, куйишдан қон аралаш қусиш, қоринда оғриқ, теезмлар, шилимшиқ-қон аралаш нажас (каломелдан заҳарланганда на-жас кўкимтир рангли). Буйрак зарарланиши: ав-валига полиурия, сўнгра олигурия ва анурия. Сийдикда оқсил, цилиндрлар, қон. Жинсий аъзо-лардан қон кетиши. Уремия ҳодисаларидан ўлим.	Зидди-заҳар Стрижеский металлоруми, 100 мл ни меъдага зонд орқали юборилсин. 10 минут ўтгач меъда зидди-заҳар аралашган сув билан ювилсин. Зидди заҳар бўлмаганда меъдани магний оксид ёки активланган кўмир суспензияси билан ювилсин. Сут, тухум оқи, кўп миқдорда суюқликлар. Венага 20 мл 40% ли глюкоза эритмаси тери остига ёки 10 мл 5% ли натрий тиосульфат.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Сульфаниламид препаратлар (этазол, сульфадиметоксин, сульфадимезин ва б.)	Овқатдан юз ўгириш. Кўнгил айнаши, қусиш. Умумий ланжлик, уйқучанлик. Нафас қисиши. Алаҳлаш, галлюцинация. Невралгия. Гематурия ва анурия. Тери ва склераларнинг саргимтир тусга кириши. Дерматит. Уткир исмолитик анемия ривожлангунча гипохром анемия. Лейкопения агранулоцитоз билан. Метгемоглобинемия, сульфгемоглобинемия.	Препарат бериш тўхтатилсин. Ўринда ётиш режими. Ичишга — ош содаси эритмаси. Томчили туз ҳуқналар. Венага 40% ли глюкоза эритмаси Ришгер — Локк ёки изотоник натрий хлорид эритмасида. 5 мл 1% ли никотинат кислота эритмаси кунига 3 марта тери остига. Метгемоглобинемияда венага метилен кўки эритмаси 1 кг тана моддасига 0,1-0,2 мл ҳисобида юборилади. Кислород. Такроран қон қуйиш. Туз сурги. Диуретиклар. Спиртли ичимликлар мумкин эмас. Жигар зарарланганда венага 40% ли глюкоза эритмаси, айни вақтда 10 ТБ инсулин.
Термопсис	Оғизда ачишиш. Сўлак оқиши, кўнгил айнаши, қусиш, баъзан ич кетиши. Нафас тезлашган, чуқур. Ўпкада кўпинча нам хириллаган товуш. Пульс аввалига секинлашган, сўнггра тезлашган. Бош айланиши, безовталиқ, координация бузилиши. Талвасалар. Нафас олиш тобора сустлашади.	Меъдани 0,2% ли танин эритмаси ёки активланган кўмир суспензияси билан ювиш (такроран). Қусишда уни илиқ сут, сув бериб қувватлаб туриш. Туз сурги. Илиқ ичимлик ичиш. МНС функцияси пасайганда кофеин, камфора, коразол. Глюкоза ёки натрий хлориднинг изотоник эритмалари. Иситиш. Ўпканинг сунъий вентиляцияси.
Терпентин — Скипидарга қ Тетраэтил кўргошин (этилгазол, этил суюқлиги)	Нафас олинганда иштаҳа йўқолиши, артериал босим ва тана ҳароратининг пасайиши, уйқусизлик. Оғир ҳолларда кўнгил айнаши, қусиш. Тери қопламлари оқариши. Қаттиқ уйқусизлик ёки алоқчалоқ тушлар кўриш билан ўтадиган уйқу. Бош оғриғи, бош айланиши. Кўзғалиш, талвасалар. Кўп терлаш, ўз-ўзини ўлдирishга уриниш. Бемор бe-лая горячка (пиянисталикдаги руҳий касаллик) бўлган одамни эслатади.	Соф ҳаво. Кислород. Иситиш. 2-5 мл 25% ли мағний сульфат эритмаси мушаклар орасига такроран. Барбитал (веронал) 0,5 г, фенобарбитал (люминал) 0,3 г, 5-10 мл 10% ли барбамил эритмаси эҳтиётлик билан! Хлоралгидрат ичишга ёки ҳуқнада. Кофеин катта миқдорда, камфора, коразол.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Тиреоидин (ва қалқонсимон безининг бошқа гормонлари)	Юрак уриши. Кўзғалиш. Уйқусизлик. Қўрқув сезгиси. Мушаклар титраши, кўп терлаш. Кўкрак орқасида оғриқлар. Кўнгил айнаши, қусиш. Тана ҳароратининг кутарилиши.	Осойишталик. Ўринда ётиш режими. Юрак соҳасига совуқ нарса қуйиш. Углевod ва оксилларни кўплаб киритиш. Фенобарбитал.
Ис гази — Заҳарли газларга қ. Заҳарли ҳашаротлар — асалари, ари, ўргимчак кабилар чақиши	Оғриқ, ачишиш, қизариш, ҳашарот чаққан жойда шиш.	Жароҳатдан ҳашарот нишини олиб ташлаш. Новшадил спиртидан (1 улуш новшадил спирт 5 улуш сувга) примочка. Соф спиртдан примочка. Симптоматик терапия.
Илонлар чақиши — Илон заҳарига қ. Фенамин, америка бенодрини	Тери қопламлари гиперемияси. Артериал босимнинг ошиши. Лоҳаслик. Кўп терлаш. Бош оғриғи. Салга аччиқланиш.	Қон олиш, кейин изотоник натрий хлорид эритмасини қуйиш. Ичишга натрий гидрокарбонат венага 40% ли глюкоза эритмаси 20 мл. Омнопон. Хлоралгидрат ичишга ва ҳуқнада.
Физостигмин (эзерин)	Юз гиперемияси. Бош оғриғи. Бош айланиши. Тер. Сўлак оқиши. Кўнгил айнаши, қусиш, қоринда санчиксимон оғриқ, ич кетиши, МНС фалажи. Ичилганда қорачиқлар торайиши кузатилади.	Қустирувчи — апоморфин. Меъдани 1:1000 калий перманганат эритмаси, активланган кўмир суспензияси ёки 1:500 танин эритмаси билан ювиш. Туз сурги. Атропин, лобелин, кофеин, камфора.
Формалин	Бугларидан нафас олинганда кўз ёшланиши, йўтал. Кўкракда қисадиган оғриқ, бошда оғирлик сезгиси, ҳушдан кетиш. Ичишда меъдада оғриқ, ачишиш, қусиш (кўпинча қон аралаш) Йўтал, нафас қисиши, кўзғалиш. Цианоз, юрак фаолиятининг сустлашиши, анурия, кома.	Соф ҳаво. Меъдани суюлтирилган 3% ли аммоний карбонат ёки ацетат эритмаси билан ювиш. Туз сурги. Баланд ҳуқна. Ичишга 15% ли аммоний ацетат эритмаси. Мочевина 1-2 г дан ҳар 2 соатда. Оксилли сув, сут, кофеин, камфора.
Фосфор	Меъда соҳасида оғриқ, қаттиқ қусиш. Қусуқ массаларидан саримсоқ ҳиди келади ва қоронғида ялтирайди. Оғиздан специфик ҳид келади. Тез кучсиз пульс. Тана температураси ошиши. Алаҳлаш, уйқучанлик, кома. Терининг сариқ тусга кириши. Олигурия. Альбуминурия.	Меъдани 0,1-0,5% ли мис сульфат (мис купороси) эритмаси билан тез-тез такроран ювиш. Ичишга 1% ли мис сульфат эритмаси ҳар 5 минутда чой қошиқдан қусиш бошлангунча ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси 1 ош қошиқдан ҳар 15 минутда. Эзилтириб пиширилган дамламалар, ишқорий эритмалар. Туз сурги. Ёғлар, сут ва тухумлар тақиқланади.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Хинин Хлоралгидрат — Ухлатадиган воситаларга қ. Этилен хлорид (дихлор-этан, антипятиноль) Хлор (хлорли сув, белила оҳаги) Хлороформ	Бош оғриғи. Бош айланиши. Қулоқларда шовқин эшитилиши. Қорачиқлар кенгайиши. Секинлашган пульс. Меъдада оғриқ, қусиш, ич кетиши. Сийдикда оқсил, гемоглобин. Қўзғалиш, талвасалар. Кома. Цианоз. Нафас олганда — кукракда қисилиш сезгиси, юрак соҳасида оғриқ, кўнгил айланиши, қусиш (баъзан ўт суюқлиғи аралаш). Бош оғриғи, бош айланиши, уйқучанлик, гиперемия, конъюнктивит, кўриш қобилияти бузилиши. Ичилганда тоник талвасалар, коллапс. Юрак фаолияти активлашганда ўлим. Нафасга олганда бўғилиш, кукракда қисилиш, ачишиш сезгиси, умумий лоҳаслик, цианоз, қескин нафас қисиши, кўпикли қон аралаш балғам ажраладиган қаттиқ йўтал, ўпка шиши, юрак фаолиятининг сустлашиши. Ичилганда қусиш ва меъдада оғриқ, қотиб-қотиб йўталиш, нафас қисиши, қон аралаш балғам, товуш ёриғи спазми. Нафасга олинганда мастликка ухшаш қўзғалиш, қорачиқлар торайган, кейин (асфиксияда) кенгайган, ёруғлиқни сезмайди, корисал рефлекслар йўқ, кичик, сийрак пульс; юз оқариши, нафас сусайиши, тана ҳарорати пасайиши. Нафас билан чиқариладиган ҳаводан хлороформ ҳиди келади. Ичилганда қусиш, қон аралаш ич кетиши, сариклик (гемолитик сариклик). Нафас бузилиши, ҳушдан кетиш, секинлашган пульс, артериал босимнинг пасайиши.	Меъдани активланган кўмир суспензияси ёки 0,2-0,5% ли танин эритмаси билан ювиш. Канақунжот мойи. Илиқ ванналар билан бошдан соvuқ сув қуйиш. Талвасаларда хлоралгидрат, кофеин, камфора. Соф ҳаво. Симптоматик терапия, меъдани ювиш. Туз сурғи. Венага 10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси, 40% ли глюкоза эритмаси, кислород. Иситиш, кофеин, камфора. Беморни заҳарланган атмосферадан ётган вазиятда олиб чиқиш. Иситиш. Венага 5-10 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси. 400-600 мл қон чиқариш, кейин венага 100-150 мл глюкоза эритмаси қуйиш. Кислород, камфора, кофеин. Кўз ачишганда 2% ли натрий гидрокарбонат билан ювиш. Новшадил спирт қўшилган илиқ сув буғларини ҳидлаш. Юрак сустлигида ичишга строфантин. Строфантин венага. Меъдани 2% ли сульфат натрийли туз эритмаси ва кейин сув билан ювиш. Ичишга 5-15 томчи новшадил спирт сув билан, оқсилли сув, натрий гидрокарбонат эритмаси. Сут. Қустирувчи восита. Нафасга олинганда наркоз тўхтатилсин, соф ҳаво, ўпканинг сунъий вентилияцияси, карбоген ҳидлаш. Венага 40 С гача илитилган 2 л изотоник натрий хлорид эритмаси. Иситиш. Кофеин, камфора. Юракка адреналин. Юракни массаж қилиш. Ичилганда меъдани ювиш, туз сурғи. Ўпканинг сунъий вентилияцияси. Атропин, адреналин, кофеин, камфора. Венага 20 мл 40% ли глюкоза эритмаси, айна вақтда 5 ТБ инсулин тақдоран.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Хромат кислота — Кислоталарга қ. Кальций цианид — Цианид кислотага қ. Рух (рух хлорид, рух купороси, рух белиласи) Дармана уруғи — Сантонинга қ. Оксалат кислота Ўювчи ишқорлар (ўювчи калий, ўювчи натрий, каустик сода, сўндирилган оҳак) Этерин. Физостигминга қ. Этил суюқлиғи (этилзолин) — Тетраэтил кўрғошинга қ. Эфедрин — Адреналинга қ. Эфир	Оғизда металл таъми, сўлак оқиши, кўнгил беҳузур бўлиши, ич кетиши. Талвасалар, коллапс. Оғизда ва томоқда ачишиш. Оғиз шиллиқ пардасининг оқ кулранг бўлиши. Қусишда кўпинча қон аралаш ёки кўнгир массалар ажралади, қоринда кучли оғриқ. Анурия ва олигурия. Кукракда қисилиш сезгиси. Қийинлашган пульс. Тана ҳароратининг пасайиши. Оғиз, қизилўнгач, меъда ва ичаклар шиллиқ пардасининг куйиши. Шиллиқ парда гиперемияланган, шишган, оқимтир тусда. Қизилўнгач йўли бўйлаб кучли оғриқ. Сўлак оқиши. Қон аралаш ич кетиши. Ранг оқариши. Юрак фаолиятининг сустлашиши. Коллапс. Нафасга олинганда уйқучанлик, сезувчанликнинг бутунлай йўқолиши, гиперемия, қорачиқлар торайган, асфиксияда кенгайган, юрак фаолияти ва нафас сустлашган, баъзан нафаснинг тўсатдан тўхтаб қолиши.	Илиқ сут, сув бериб қусишни қувватлаб туриш. Меъдани 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси ёки 0,2% ли танин эритмаси билан ювиш, ичишга ош содаси эритмаси, эзилтириб пиширилган қайнатмалар, сут, кейинроқ афюн. Коллапсда кофеин, камфора. Ичишга оҳакли сув, бўр, сурғи. Калий апетат ва бошқа диуретиклар. Кофеин, камфора. Меъдани сирка кислота билан нордонлаштирилган сув билан эҳтиёткорона эрта ювиш мумкин. Ичишга 1% ли тартрат кислота, сирка кислота ёки нитрат кислота эритмаси. Морфин, пантапон, изотоник натрий хлорид эритмаси. Муз бўлакчалари ютилсин. Натрий гидрокарбонат эритмаси билан ингаляция. Кофеин, камфора. Қўп суюқлик — сут, эзилтириб пиширилган дамламалар, мойли эмульсиялар ичиш. Соф ҳаво. Кислород. Карбоген ингаляцияси. Ўпканинг сунъий вентилияцияси. Адреналин, стрихнин, кофеин, камфора. Нафас сустлашганда новшадил спирт бериш.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Аммиак (Хлор)	Юқори концентрацияда юқор нафас йўлларида сезиларли қўзғалишни келтириб чиқаради, кейинчалик МНС да. Паст концентрацияларда аммиак, ринит, фарингит, трахеит, бронхитнинг дастлабки кўринишларини намоён қилади. Оғир заҳарланишларда товуш боғламлари спазми, пневмония, ўпка шишуви намоён бўлади.	1. Тоза ҳаво киришини таъминлаш. 2. Оксигенотерапия. 3. Юрак қон-томир препаратларидан (кордиамин, камфора) фойдаланиш. 4. Товуш боғламларининг сезиларли спазмида – трахеостомия.
Анилин	Енгил заҳарланишда бош оғриғи пайдо бўлади, умумий беҳоллик, уйқучанлик, кўнгил айнаши, тери ва шиллиқ пардаларда сезиларсиз кўкариш, тахикардия аниқланади. Оғир интоксикацияда сезиларли даражада тери ва шиллиқ пардаларнинг ранги кулранг-кўкимтир кўринади, МНС да ўзига хос ўзгаришлар пайдо бўлади, эс-ҳушини йўқотади, коматоз ҳолат намоён бўлади, тахикардия аниқланади, артериал босим пасаяди.	1. Заҳар таъсирини тўхтатиш. 2. Зарарланган кийим-бошларни ечиш, тери юзасини иссиқ сув билан ювиш. 3. Оксигенотерапия. 4. Антидот терапия (1% ли метилен кўки эритмасини 5% ли глюкоза ва 5% ли аскорбинат кислота билан биргаликда вена ичига юборилади). 5. Вазиятга қараб юрак қон-томир препаратларини қўллаш. 6. Натрий тиосульфат (100 мл 30 % эритмасидан) вена ичига юборилади.
Бензол	Бензол буғлари нафас билан кирганда алкогольга ўхшаган қўзғалиш келиб чиқади, талваса тутади, юз териси оқаради. Қўз қорачиқлари кенгайган, шиллиқ пардалар қизарган бўлади. Нафас олиш бузилади: нафас олиш ритми бузилиб, бемор ҳансирайди, пульс тезлашади, артериал босим пасаяди. Бурундан, милклардан қон кетиши мумкин, бачадондан қон кетиши, тери ости клетчаларига қон қуйилиши мумкин. Бензолни оғиз орқали қабул қилганда – оғиз бўшлиғида ва эпигастрал соҳасида ачишиш, қусиш, қорин соҳасида оғриқ, бош айланиши, бош оғриғи ва қўзғалувчанлик пайдо бўлади.	1. Жабрланувчини ҳавfli зонадан олиб чиқиш керак. Заҳар ичкарига кирган вақтда меъдани зонд билан ювиш керак. 2. Натрий тиосульфат (200 мл 30 % эритмасидан) венага юборилади. 3. Оксигенотерапия. 4. Қон кетаётганда – қон тўхтатувчилар (кальций хлор, викасол, аминакапронат кислота) қилинади. Қўзғалувчанликда – бромидлар тайинланади.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Мишьяк (маргимуш) ва унинг бирикмалари	Заҳар меъдага тушганда, одатда заҳарланишнинг меъда-ичак тури намоён бўлади. Орадан 2 – 8 соатлардан кейин оғиз бўшлиғида темир таъми сезила бошлайди, қорин соҳасида қаттиқ оғриқ бўлади. Қусуқ массаси кўкимтир рангда, ахлат суюқ, гуруч қайнатмасига ўхшайди, организм сезиларли сувсизланади, талваса тутади. Оғир ҳолатларда – сопор ҳолати намоён бўлиб, талваса тутади, эс-ҳушни йўқотади, кома ҳолатига тушади, нафас ҳаракатлари фалажланади. Терминал босқичда – коллапс, комага тушади.	1. Меъдани зонд орқали ювиш, сифонли ҳуқна қилиш. 2. Унитол эритмасидан – 5% – 5 мл дан суткасига 8 маротабадан мускул орасига қилинади. 3. Ичаклардаги қаттиқ оғриқларда – платифиллин (0,2% 1 мл), атропин (0,1% 1 мл) тайинланади. 4. Диурез кучайтирилади.
Углерод оксиди (ис гази)	Углерод оксиди организмга тушиши билан гемоглобин билан бирикиб, кислород ташилишини қийинлаштирувчи патологик қон пигменти – карбоксигемоглобинни ҳосил қилади. МНС иш фаолияти бузилади: бош оғриғи пайдо бўлади, бош айланади, кўнгил айнайди, қусади, бемор ҳолати сусаяди, мускулларда тўсатдан бўшашиш, эс-ҳушнинг йўқотилиши кузатилади. Баъзан оғир ҳолатларда натижа ўлим билан якулланади.	1. Зудлик билан жабрланувчини тоза ҳавога олиб чиқиш керак. 2. Оксигенотерапия. 3. Вена ичига 500 мл 5% глюкоза эритмасини 10 – 20 мл 5% ли аскорбинат кислота эритмаси билан юборилади. 4. Нафас ҳаракатлари бузилганда – лобелин (1 мл 1%) ёки цититон (1 мл) юборилади. 5. Юрак, қон-томир препаратларидан (камфора, кордиамин, кофеин) қилинади. 6. Сезиларли қўзғалувчанлик ва талвасада – фенобарбитал (0,1,2% ли хлоралгидрат эритмасидан) ҳуқна қилинади, бромидлар берилади. 7. Вена ичига 2% 50 мл новокаин қилинади.
Водород сульфид	Тумов, йўтал, кўзда ноҳуш сезгилар, блефароспазм, бронхит, бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш, қўзғалувчанлик намоён бўлади. Оғир ҳолатларда – кома, талваса тутиши, ўпканинг токсик шишуви келиб чиқади.	1. Ишқорли ингаляция қилинади. 2. Оксигенотерапия. 3. Қўз сув билан ювилади. 4. Ўпканинг токсик шишувига синама қўйилади.

Заҳарли моддалар	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Фенол	Характерлиси оғиздан бинафша ҳидининг келишидир, шиллиқ пардалар куйиши, оғиз бушлигида, ютқинда ва қоринда оғрик, қусиш, тери рангининг оқариши, бош айланиши, кўз қорачиқларининг торайиши, тана ҳароратининг пасайиши. Хушдан кетиш, кома, талваса тутиши, буйрак симптомлари, сийдик ранги кулранг, ҳавода сийдик рангининг тезда қорайиши, ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқади.	1. Меъдани зонд орқали ювиш. Ичгани активланган кумир бериш, кучайтирилган диурез. 2. Натрий тиосульфатдан (100 мл 30%) томчилаб 300 мл 5% ли глюкоза эритмаси билан венага юборилади. 3. Токсик шокка қарши курашиш.
Фтор	Фтор сақловчи тузларнинг организм ичига тушиши натижасида қорин соҳасида кучли оғрик, кўздан ёш оқиши, сулак оқиши, тусатдан беҳоллик, қусиш, суюқ ахлат ажралиши кузатилади. Нафас олиш, пульс тезлашади, талваса тутати, кўз қорачиқлари тораяди.	1. Меъда ювилади. 2. Тери остига 1 мл 0,1% ли атропин тайинланади. 3. Юрак, қон - томир препаратлари қилинади. 4. 2 мл 1% ли димедрол эритмаси тери остига юборилади. 5. Токсик шокка қарши курашилади.

2 -илова.

ҚИШЛОҚ ХҲЖАЛИГИДА ҚўЛЛАНИЛАДИГАН ПЕСТИЦИДЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ СИМПТОМЛАРИ ВА БУНДАЙ ҲОЛЛАРДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ КўРСАТИШ.

Заҳарли модда	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Хлорорганик бирикмалар (хлориндин, гентахлор, хлортен, гексахлорбензол, полихлоркамфен)	Нафас олиш аъзолари орқали организмга тушганда: кўзнинг шиллиқ пардалари қизаради, ютқинда: тумов, бурундан қон кетиши, йўтал аниқланади. Овқат ҳазм қилиш системаси орқали тушганда: кўнгил айнаши, қусиш, қорин соҳасида оғрик, ахлатнинг бузилиши кузатилади. Тери қошамининг чангланлиши натижасида: дерматитлар, экзема келиб чиқади. Оёқларда тусатдан кучсизланиш бошланади, бош оғриги, бош айланиши, тана ҳарорати 39 °С гача кўтарилади. МНС дағи ўтаришлар: талваса тутиши, руҳият ва кўриш қобилиятининг бузилиши ҳоллари аниқланади.	1. Заҳар таъсирини тўхтатиш керак. 2. Тери юзасини тозалаш, шиллиқ пардаларни 2% ли натрий хлор эритмаси ёки натрий хлорни изотоник эритмаси билан ювилади. 3. Оксигенотерапия. 4. Беморларда қўзғалувчанликда — барбитуратлар қўлланилади. 5. Вена ичига 20 мл 40 % ли глюкоза эритмаси ва 10 — 20 мл аскорбинат кислота эритмасини юборилади.

Заҳарли модда	Заҳарланиш белгилари	Шошилинч ёрдам
Фосфорорганик бирикмалар (хлорофос, байтекс, бутифос, карбофос, метафос)	Организмга тушганда бесаранжомлик, сулак оқиши, кўздан ёш оқиши, кўнгил айнаши, қорин соҳасида оғриклар, ич кетиши, кўриш қобилиятининг бузилиши аниқланади. Нутқ қийинлашади. Кўз қорачиқлари тораяди. Тахикардия, қон босими кўтарилади. Мускулларда кучли ҳолсизланиш, коматоз ҳолатлар кузатилади.	1. Жабрланувчини зарарланган зонадан зудлик билан олиб чиқиш керак. 2. Тери юзасини тоза сув билан яхшилаб ювилади, 30 % ли сульфацил — натрий эритмасидан томизилади. 3. Антидот терапия—атропин (1 — 2 мл 0,1 %) эритмаси мускул ичига қилинади. 4. Талваса тутганда — мускул ичига гексенал эритмасидан (5 мл 10 %), 2 — 3 г хлоралгидрат ҳуқна қилинади, ичгани — аминазин (0,025 г) берилади.
Симоб органик бирикмалар (гранозан, меркуран, меркур-гексан)	Оғизда темир таъми сезилади, бош оғриги, кўнгил айнаши, қусиш, қорин соҳасида оғрик, шилимшиқ аралаш ич кетиши, айрим ҳолларда қон аралаш, кучли чанқоқ безовта қилади, оғиз бушлигида ачишишни сезиш, милкларда қон-талашлар, умумий ҳолсизланиш сезилади. Ўткир заҳарланиш, одатда астеновегетатив синдром билан ривожланади ва юрак қон-томир системаси фаолиятининг бузилиши, гипотензия билан давом этади. Хуш йўқолиши билан ҳам кечиши мумкин. Кўриш қобилияти сусаяди, эшигиш пасаяди, бўғимларда оғриклар пайдо бўлади, сийдик тута олмаслик ва дефекациялар кузатилади (ахлат тута олмаслик).	1. Тери юзасини иссиқ сув ёки спиртли — ишқорий эритма билан ювилади. 2. Агар заҳар меъда-ичак йули билан тушган бўлса, меъдани сув билан обдон ювилади ва Стрижевский антидотидан фойдаланилади (100 мл 2 — 4 л сува). 3. 5 мл 5% ли унитиол эритмасидан схема асосида фойдаланилади: 1 — суткада 3 — 4 маҳал (ҳар 6 — 8 соатда), 2 — суткада 2 — 3 маҳал, 3 — 7 суткада 1 — 2 маҳал. 4. Организмдан симобни чиқариб юбориш учун вена ичига тиосульфат натрий (20 мл 20 % ли эритмасидан), кальций хлор (10 мл 10 % ли эритмасидан) юборилади.
Мишьяк сақловчи бирикмалар (кальций арсенат)	Умумий лоҳаслик, бош айланиши, кўнгил айнаши, қусиш, кўз ва юқори нафас йўллари шиллиқ қаватларининг таъсирланиши, оғизда таъмининг бузилиши. Вабосимон ич кетиши. Кейинчалик коматоз ҳолат ривожланиб, нафас ва қон - томирларни ҳаракатлантирувчи марказлар фалажи ҳам келиб чиқиши мумкин.	1. Аввал (300 мл гача) қон чиқариш, кейинчалик эса қон қуйиш зарур. 2. Вена ичига — 500 мл 5% ли глюкоза эритмаси 500 мл 5% ли аскорбинат кислотаси билан биргаликда қилинади. 3. 5 мл 5% ли унитиол тўғри келадиған схема асосида мускул орасига қилинади.

Заҳарли модда	Заҳарланиш белгилари	Шонилинч ердан
Карбомин кислота мексулотлари (карбамат, денатон, арилат)	Тусатдан лоҳаслик, бош оғрини, кўз ва бурун шилдиқ қраватларининг шикастланиши; кўнгил ай-ниши, ҳусиш, сулак ажралишининг, тер ажрали-шининг кучайиши, қоринда оғриқ, кўз қора-чигининг торайиши, брадикардия, стенокардия, бронхоспазм, ўпка шипуви аниқланади.	1. Заҳар таясирини тўхтатиш. 2. Оксигенотерапия. 3. Антидот тераниш – 1 – 2 мл 0,1 % ли атронин эритмаси. 4. 1 мл 0,05% ли прозерин эритмаси тери остига қилинади. 5. Вена ичига 20 мл 40 % глюкоза эритмаси, 6 мл 5% ли аскорбинат кислота эритмаси, В гуруҳ витаминлари қилинади. 6. Юрак, қон-томир препаратлари (кофеин, кор-диамин) қилинади.
Нитроферон пестицидлари (сннокс, силникон, сератан, протонат).	Лоҳаслик, бош оғрини, тана ҳароратининг кўтарилиши (38 – 39 С гача), қалтириш, кўнгил ай-ниши, ҳусиш, қорин соҳасида оғриқ, ич кетиш. Тусатдан адинамия, пульснинг тейлашиши, юрак ўйнаши, гипотензия, эс-ҳушининг туманлашиши, таъваса туттиш намойи бўлади.	1. Заҳар таясирини тўхтатиш. 2. Метилен кўкдан – 25 – 50 мл 1 % ли эрит-масидан вена ичига, 20 мл 40% ли глюкоза, ас-корбинат кислота билан бирга қилинади. 3. Юрак қон-томир препаратлари бужирлади. 4. Оксигенотерапия. 5. Тусатдан қўнгалувчанликда – 5 мл 0,5 % ли аминазин эритмаси мускул орасига юборилади.

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ПАРХЕЗ БИЛАН ДАВОЛАШ

Диетотерапия ёки пархёз билан даволаш — баъзи озиқ-овқат маҳсулотларидан фойдаланиб, беморларни даволаш усули бўлиб комплекс даволашнинг таъсирчан воситаларидан биридир. Аксарият диетотерапия даволашнинг бошқа усуллари таъсир қилмаган ёки кам таъсир қилган ҳолларда яхши натижалар беради. Айрим ҳолатларда диетотерапия, касалликлар асоратлари ва касалликлари кучайишининг олдини олади, ҳар хил даволаш ишларини кучайтиради. Шу кунгача асосан 15 турдаги пархёз усулидан фойдаланилади. Қуйида пархёз турлари, курсатмалари, калорияси ва таркиби келтирилган.

Ҳар қандай пархёзни тузаётганда қуйидаги қоидаларга амал қилинади:

- Одам организми физиологик талабларини қондириш мақсадида, озиқ моддалар таркиби ва энергетик қийматиغا аҳамият бериш.

- Биокимёвий ва физиологик қонунларни ҳисобга олган ҳолда, соғлом ва касал организмларнинг озиқ моддаларни ўзлаштиришини аниқлаш.

- Организм учун озиқ моддаларнинг маҳаллий ва умумий таъсирларини.

Диетотерапия беморнинг фаол иштирокисиз яхши натижа бермайди, шунинг учун доимо бемор билан пархёзнинг аҳамияти ва касалликнинг соғайишидаги роли тўғрисида тушунтириш ишларини олиб бориш керак.

Овқатланиш режими. Овқатланиш режими тушунчаси ўз ичига қуйидагиларни олади: кун мобайнида неча маҳал овқатланиш ва қайси соатларда; суткалик рационнинг тақсимооти (озиқ модда таркибини таңлаш, озиқ моддаларнинг кимёвий таркиби, озиқ моддалар энергетик қийматларини ҳисоблаш). Овқатланиш режими-нинг тўғри ташкил этилиши овқат ҳазм қилиш системаси аъзоларининг ритмик ишлашини таъминлайди, озиқ моддаларни ўзлаштиришда оптимал ҳолат яратилади. бу моддалар алмашинувининг нормал кечишига олиб келади.

Даволаш муассасасида овқатланиш режими (тизма). Изоҳ. Қовус ичидаги сонлар — суткалик рационнинг энергетик қиймати процентларда берилган

Қушимча овқатлар сифатида мевалар, шарбатлар, сут маҳсулотлари берилди. Охириги овқатланиш ётишдан 1,5 — 2 соат олдин бўлиб, енгил овқатланилади (суткалик рационнинг 5-10 % энергетик қиймати ҳолатида): бир стакан қатиқ, сут, мевалар, шарбатлар.

Пархёз 1-а. К у р с а т м а л а р: ўткир гастритда, нормал ва кучайган секреция билан ўтаётган сурункали гастрит, меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги қўзиб қолганда буюрилади. Бу пархёз термик, механик ҳамда кимёвий таъсиротларни чеклаб қўйиш йўли билан яллиғланишни камайтириш ва яранинг битиб кетишини тезлаштиришга мўлжалланган. Калорияси ва таркиби: 100 г оқсил, 90 -100 г ёғ, 200 г углеводлар. Умумий калорияси 2000 — 2200 ккал. Эркин суюқлик 1,5 — 2, 0 л, ош тузи 4 — 6 г суткасига. Суткалик рацион массаси 2,5 кг. Овқатнинг иссиқлиги 55° — 60°С дан юқори бўлмаслиги, совуқ овқат 15°дан паст бўлмаслиги лозим.

О в қ а т л а н и ш т а р т и б и: Бемор бир суткада 6-7 марта овқатланади. Унга суюқ чой, ёғсиз қайнатма шўрва, ширгуруч, кисель, саригёғ, хом тухум, сузма билан сут аралашмасини ичишга рухсат берилади.

Пархёз 1-б. К у р с а т м а: меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг кескин қайталангани, ўткир гастрит, сурункали гастритнинг қайталанishi.

М а қ с а д: Шиллик парда репарациясини нормага солиш ва меъда ҳамда ўн икки бармоқ ичак репаратор аппарати таъсирланишини камайтириш, меъданинг секретор ва мотор функцияларини идора қилиш йўли билан яралар ва эрозияларнинг битишига, меъда-ичак йўллари юқори бўлими шиллик пардасидаги яллиғланиш жараёнини камайтиришга ёрдам беради. Бу пархёз 1-а пархёзидан

кейин касалликнинг то 10 - кунигача берилади. Беморга овқат ярим суюқ ёки бутқа ҳолида сут ва сутли маҳсулотлар билан аралаштириб берилади.

Овқатланиш тартиби: Бемор бир суткада 6—7 марта овқатланади.

Калорияси ва таркиби: 100—110 г оқсил, 110 г ёғ, 300 г углеводлар. Умумий калорияси 2600 — 3000 ккал. Эркин суюқлик 1,5 — 2, 0 л, ош тузи 6 — 8 г. суткасига. Суткалик рацион массаси 2,5 кг — 3 кг. Овқатнинг иссиқлиги 55°—60 °С дан юқори бўлмаслиги, совуқ овқат 15° дан паст бўлмаслиги лозим.

Парҳез-1. К у р с а т м а: Сурункали гастритнинг қайталанган даврида, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг қайталанган даврида берилади.

М а қ с а д: Шиллиқ парда репарациясини нормага солиш, меъда ва 12 бармоқли ичакнинг таъсирланишини камайтириш, яра ва эрозияларнинг битишига, яллиғланиш жараёнини камайтиришга қаратилган.

Калорияси ва таркиби: Калорияси ва кимёвий таркиби хусусида овқат физиологик жиҳатдан бекаму-қўст ва балансга келтирилган бўлиши керак. Калорияси 3000—3500 ккал ни ташкил этган булиши керак. Овқат кунига 5—6 маҳал булади, 100—120 г оқсил, 100 — 120 г ёғ, 400 — 450 г углеводлар. Эркин суюқлик 1,5 — 2, 0 л, ош тузи 8 — 10 г. суткасига. Суткалик рацион массаси 3 кг. Овқатнинг иссиқлиги 55°—60°С дан юқори бўлмаслиги, овқатнинг совуқлиги 15°дан паст бўлмаслиги лозим, уйқудан олдин сут, қаймоқ, кефир берилади. Газли ичимликлар, қора қаҳва, квас, зираворлар истисно қилинади.

Парҳез-2. К у р с а т м а: Секреция етишмовчилиги билан ўтаётган сурункали гастрит қўзиб қолганида, сурункали холециститда, энтеритда, ўткир инфекциян касалликлардан тузалиб кетиш даврида буюрилади.

М а қ с а д и: Бу парҳездан мақсад организмни бекаму-қўст овқат билан таъминлаш, термик ва механик жиҳатдан бир қадар авайлаб туриб, ҳазм йулининг секретор ва ҳаракат функциясини аслига келтириш.

Калорияси ва таркиби: 100—120 г оқсил, 100—120 г ёғ, 400—450 г углеводлар, калорияси 3000—3500 ккал.

Овқатланиш тартиби: Касал кунига 4—5 маҳал овқатланади. Эркин суюқлик 1,5 — 2, 0 л, ош тузи 12 — 15 г. суткасига. Суткалик рацион массаси 3 кг. Овқатнинг иссиқлиги 55°—60 °С дан юқори бўлмаслиги, овқатнинг совуқлиги 15° дан паст бўлмаслиги лозим

Тақиқланади: ёғли гўшт, думба ёғи, қазӣ, қовурилган балиқ, спиртли ичимликлар.

Парҳез-3. К у р с а т м а: Ич қабзият бўлиб турган маҳалда, бавосилда, орқа чиқарув тешиги ёрилганда буюрилади.

М а қ с а д и: буюришдан мақсад ичакнинг ҳаракат функциясини кучайтиришдир.

Калорияси ва таркиби: 100—120 г оқсил, 100—120 г ёғ, 400—500 г углевод, умумий калорияси 3000—3500 ккал ни ташкил этиши керак. Бемор бир кунда 4—5 маҳал овқатланади. Бу парҳез сабзавот, ҳар хил мевалар, нон ва клетчаткаси куп буладиган ёрмалар, тузланган сирка қушиб дориворланган сабзавотлар, усимлик мойларини ўз ичига олади, кофе, какао, анчиқ чой истисно қилинади.

Парҳез-4а. К ў р с а т м а: парҳез-N4 ичкетар билан ўтаётган ўткир энтероколитларда очлик кунлари ўтиб булганидан кейин, сурункали энтеритлар, дизентерия қўзиб қолган маҳалда, ичаклардаги операциялардан кейин буюрилади. Бундай парҳез 5—8 кунга буюрилади.

М а қ с а д: Ичакни кимёвий ва механик таъсирлардан имкони борича эҳтиёт қилиш, ундаги бижғиш ва чириш жараёнларини сўсайтиришдир.

Калорияси ва таркиби: 100 г оқсил, 70 г ёғ, 250 г углевод, калорияси 2200 ккал. 8—10 г туз. Овқатта сут, клетчатка, тузамалар, қазӣ-қарта қушилмайди. Масаллиқлар майин қилиб, буғ ёки сувда пиширилади. Таомлар ҳаророти 60 градусдан юқори ва 15 градусдан паст бўлмаслиги керак.

Овқатланиш тартиби: Бемор кунига 5—6 марта бўлиб-бўлиб овқатланиши лозим.

Парҳез-46. К у р с а т м а: ичакнинг ўткир ва сурункали касалликлари қайталанган даври, шунингдек булар меъда, жигар ва ўт ширасини чиқарувчи йуллар, меъда ости беzi зарарланиши билан бирга кечиши.

М а қ с а д и: беморнинг меъда-ичак йўли ўртача яллиғланганда ва шу сабабли ҳазм қилиш бузилганда овқатлантиришни таъминлаш, яллиғланиш жараёнини камайтириш ва ичак функционал ҳолатини нормага солишга, шунингдек ичак, меъда, жигар, ўт чиқарув йуллари ишини яхшилашга имкон бериш.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 100–120 г оқсил, 100–120 г ёғ, 400–500 г углевод, калорияси 3000–3500 ккал.

О в қ а т л а н и ш т а р т и б и: Бемор кунига булиб-булиб 5–6 марта овқатланади. Ҳамма овқатлар қайнағиб ёки бугда пиширилади.

Парҳез-5а. К у р с а т м а: Ўткир ёки сурункали гепатитлар қузиб қолган маҳалда, жигар циррозларида, ўткир холециститларда, ўт йулларидаги операциялардан кейин ўткир панкреатит ёки сурункали панкреатит қузиб қолган маҳалда берилади.

М а қ с а д: бу парҳез механик ва кимёвий жиҳатдан авайлаш йўли билан жигарни имкони борича тинч қўйиш, жигар ва ўт йулларининг бузилган функциясини асliga келтириш мақсадида буюрилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: бу парҳезда ёғлар миқдори чекланган бўлади, қовурилган таомлар бундан бутунлай истисно қилинади.

Калорияси ва таркиби 2500–3000 ккал ни ташкил этади. 100 – 110 г оқсил, 80 – 100 г ёғ, 400 – 450 г углеводлар. Эркин суюқлик 1,5 – 2, 0 л ош тузи 8 – 10 г. суткасига. Суткалик рацион массаси 3, 0–3, 5 кг. Овқатнинг иссиқлиги 55°–60°С дан юқори бўлмаслиги, совуқ овқат 15° дан паст бўлмаслиги лозим. Овқат кунига 5–6 маҳал бериб турилади. Ҳамма овқатлар қайнатиб ёки бугда пиширилади.

Парҳез-5б. К у р с а т м а: Сурункали гепатитда, Боткин касаллигидан соғайиш даврида, сурункали холециститда дард қўзимай турган маҳалда қўлланилади.

М а қ с а д и: уни буюришдан мақсад, бекаму кўст овқатланиб бориладиган шароитларда жигар билан ўт йулларининг бузилган функцияларини асliga келтириш ва ўт ажратишини кучайтиришдир. Бу парҳезда оқсиллар билан углеводлар миқдори камайтирилади, ёғлар миқдори чеклаб қўйилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 100–120 г оқсил, 80–100 г ёғ, 400–500 г углеводлар калорияси 2800–3300 ккал.

Парҳез-6. К у р с а т м а: Урат ва оксалат кислота тузларидан тошлар ҳосил бўлиб, утаётган буйрак-тош касаллигида, подаграда уринлири.

М а қ с а д и: бу парҳез пуринлар алмашинувини асliga келтириш, урат кислота ҳосил бўлишини камайтириш ва сийдик реакциясини ишқорий томонга суриш учун мулжалланган. Таркибида кўп миқдорда оксалат кислота, пуринлар бўлган масаллиқлар истисно қилинади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 80–100 г оқсил, 80 г ёғ, 400 г углеводлар семиз касалларга углеводлар камайтирилади.

О в қ а т к а л о р и я с и 2000–2500 ккал ни ташкил этади. Қуй ва мол жигари, буйраги, серғўшт овқатлар берилмайди. Овқат кунига 5 маҳал тайинланади, чой, мева шарбатлари, минерал сувларни кўпроқ ичиш тавсия этилади.

Парҳез-7а. К у р с а т м а: Ўткир ва оғир буйрак етишмовчилиги билан утаётган сурункали нефритда камида 15–20 кунга буюрилади.

М а қ с а д и: буйракка иложи борича авайловчи шароит тўғдириш, ош тузини камайтириш, бу эса ўз навбатида гипертония ва шишларнинг олдини олади. Асосан оқсил, ёғ, углеводлар физиологик нормадан бир оз камайтирилади. Тузсиз гипонатрийли парҳез, нон ҳам тузсиз берилади. Бундай касалларга сутка давомида улар қанча суюқлик ажратса худди шунча суюқлик берилади. Мевалар, сабзавотлар иложи борича пиширмасдан берилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 20 г оқсил, 65–80 г ёғ, 350 г углевод, умумий калорияси 2200 ккал. Ош тузи 1,5 – 2, 0 г. эркин сувқлик 0,4 – 0,8 л. В ва С гуруҳидаги витаминлар камайтириб берилади. Овқатланиш тартиби бир кунда 5 маҳал.

Парҳез-76. К у р с а т м а: Ўткир нефрит 7а-парҳездан кейин. Сурункали нефрит, шиш, гипертония билан хуруж қилиши. Мақсад: ёғ ва углевод миқдори физиологик норма атрофида, қайнатилган гўшт ёки қайнатилган балиқ ва 200 г сут ёки қатик ҳисобига оқсил миқдори 40–50 г кўпайтирилади. Ош тузи 2–3 г ни ташкил этади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 40 г оқсил, 80–100 г ёғ, 350 – 400 г углевод умумий калорияси 2300 – 2500 ккал. Ош тузи 2, 0 – 2, 5 г, эркин суюқлик 0,8 – 1,0 л.

Парҳез-7в. К у р с а т м а: Сурункали буйрак етишмовчилигининг III – IV даражаларида гемодиализ вақтида.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 60 – 70 г оқсил, 100–120 г ёғ, 350 – 400г углевод умумий калорияси 2500 ккал. Ош тузи 5, 0 – 7, 0 г, эркин суюқлик 0,8 – 1,2 л. Овқатланиш тартиби бир кунда 5 маҳал буюрилади.

Парҳез-7. К у р с а т м а: Ўткир нефритнинг соғайиш босқичи. Сийдик чуммаси яққол кўринмай ўзгарган сурункали нефрит. Гипертония касаллигида, ҳомиладорлик нефропатиясида.

М а қ с а д: Бу парҳезнинг мақсади гипертония ва шишларни камайтириш, азотли чиқиндиларнинг ҳосил бўлишини камайтириб, организмдан чиқиб кетишини кучайтиришдир. Бу парҳезда оқсиллар миқдори бир қадар чеклаб қўйилади. Овқат тузсиз қилиб пиширилади. Суюқлик миқдори 1 литргача чеклаб қўйилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 80 г оқсил, 100 г ёғ, 400–500 г углевод. калорияси 2500–3200 ккал. Овқат бир кунда 5-6 маҳал берилади. Сутли маҳсулотлар, кўкатлар, мевалар истеъмол қилиш рухсат этилади.

Парҳез-8. К у р с а т м а: Семизлиқ.

М а қ с а д и: семириб кетган одамларга баданга тўпланган ёғни камайтириш мақсадида буюрилади. Бу парҳезда углеводлар ва ёғлар, айниқса ҳайвон ёглари миқдори кам, оқсиллар миқдори бир қадар кўпроқ бўлади. Суюқлик, туз ва иштাহани очадиган таомлар чекланади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 100–120 г оқсил, 80 г ёғ, 100–120 г углеводлар. Умумий калорияси 1800–2000 ккал га тенг, эркин суюқлик 1,0 – 1,5 л, ош тузи 5 – 8г. Рацион массаси 3, 0 – 3, 5 кг. С витамини кўпайтирилади. Овқат кунига 4–5 маҳал берилади. Тўқлиқ ҳиссини пайдо қилиш учун клетчатка миқдори кўпайтирилади. Енгиллаштирувчи кунлар (тарвузли, олмали ва бошқалар билан ўтадиган) буюрилади.

Парҳез-9. К у р с а т м а: Қандли диабетда буюрилади.

М а қ с а д: углеводлар алмашинувини жойига келтириш ва ёғлар алмашинувининг издан чиқишига йўл қўймаслик, шунингдек, беморнинг углеводларга бўлган толерантлигини аниқлашдир. Бу парҳезда углеводлар билан ёғлар миқдори бир қадар камайтирилган, оқсиллар миқдори бир оз кўпроқ бўлади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 100 г оқсил, 70 –75 г ёғ, 300 г углеводлар. Умумий калорияси 3100 ккалга яқин.

Парҳезга липотроп таъсирга эга бўлган моддалар киритилади. Кўпроқ сабзавот берилади. Туз, холестерин чекланади.

К а л о р и я с и в а о в қ а т л а н и ш т а р т и б и: Овқатнинг калорияси 2500 ккал атрофида бўлиши керак. Бемор бир кунда 5 марта овқатланади. Инсулин инъекцияси вақтида ва ҳар 2-2, 5 соат инъекциядан кейин бемор углеводли таом истеъмол қилади. Беморга кора нон, сут, сут маҳсулотлари, гўшт, балиқ, пишлоқ, сарёғ, тухум, сметана, сабзавот, олма истеъмол қилиш тавсия этилади. Тақиқланади: қанд, қандолат маҳсулотлари, ширинликлар, узум, қовун, бугдой нони.

Парҳез-9а. К у р с а т м а: Қандли диабет касаллиги семириш асорати билан кечганда буюрилади.

М а қ с а д: углеводлар миқдорини бир қадар камайтириш.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 100 г оқсил, 70 г ёғ, 180 – 200 г углеводлар. Умумий калорияси 1800 – 2000 ккал яқин.

Парҳез-96. К ў р с а т м а: Қандли диабет касаллигининг оғир турларида буюрилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 110–120 г оқсил, 70–100 г ёғ, 300 – 350 г углеводлар. Умумий калорияси 3000 – 3500 ккалга яқин.

Парҳез-10. К ў р с а т м а: Юрак-томир системаси касалликлари. Қон айланиш етишмовчилигининг I босқичи, хафақон касаллигининг I–II босқичида, асаб системаси касалликларида буюрилади.

М а қ с а д: юрак-томирлар системасини авайлаб, издан чиққан қон айланишини аслига келтириш, моддалар алмашинувида ҳосил бўладиган азотли чиқиндилар ва оксидланмай қолган маҳсулотларни чиқариб ташлашга ёрдам бериш. Бу парҳезда ёғлар миқдори бир қадар чекланган бўлади. Ҳамма таомлар тузсиз қилиб пиширилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 80 г оқсил, 65–70 г ёғ, 350–400 г углевод калорияси 2500–2800 ккал. Овқат бир кунда 5–6 марта берилади. Кечки овқат ухлашдан 3 соат олдин берилиши керак. Суюқлик 1-1,2 литрга камайтирилади.

Парҳез-10а. К ў р с а т м а: Юрак касалликлари, юрак етишмовчилигининг II–III даражаси, хафақон касаллигининг III босқичи, мия қон айланишининг бузилиши, миокард инфаркти юрак қон-томир системасининг ўткир даврида буюрилади.

М а қ с а д: юрак қон-томир системасини авайлаб, издан чиққан қон айланишини аслига келтиришга қаратилган. Овқат таркибида туз чекланиб, суюқлик камайтирилади. Овқат қайнатиб ёки бугда пишириб берилади.

К а л о р и я с и в а т а р к и б и: 70–80 г оқсил, 60 г ёғ, 280 г углевод. Умумий калорияси 2000–2100 ккал. Овқат оз-оздан кунига 5–6 марта истеъмол қилинади.

Тақиқланади: кофе, аччиқ чой, гўшти қайнатма шўрва, алкоғолли ичимликлар.

Парҳез-10б. К ў р с а т м а: атеросклероз, миокард инфарктининг чандикланиш босқичи, гипертония касаллиги. Осон ўзлаштириладиган углеводлар ва мол ёғи ҳисобига умумий калорияни чеклаш. Холестерин ва «Д» витаминига бой бўлган маҳсулотларни бериш мумкин эмас.

Т а р к и б и: 80–100 г оқсил, 60–70 г ёғ, шундан 35% ўсимлик мойи, 250–300 г углеводлар.

К а л о р и я с и: 2000–2200 ккал. Ош тузи ва суюқлик чегараланган. Овқатланиш тартиби: 1 кунда 5–6 марта овқат истеъмол қилинади.

Тақиқланади: аччиқ, гўшти овқатлар ва балиқли консервалар.

Парҳез-11. К ў р с а т м а: Ўпка силида, анемияларда, одам озиб кетганда буюрилади.

М а қ с а д: организмнинг турли инфекцияларга қаршилигини кучайтириш, баданга эт қўшилишини таъминлаш. Бу парҳезда оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, кальций, темир миқдори кўп бўлади.

К а л о р и я с и: 3300–3800 ккал ни ташкил этади. Овқат кунига 5 маҳал бериб турилади.

Парҳез-12. К ў р с а т м а: Юрак-томир системасининг сурункали касалликларида ўринлидир. Бу парҳезда кунлик туз миқдори 8 г гача чекланган, витаминлар миқдори кўпайтирилган, ортиқча газ ҳосил қилувчи таомлар истисно этилган бўлади. Овқат кунига 5–6 маҳал бериб турилади.

К а л о р и я с и: 3000 ккал атрофида

Парҳез-13. Ўткир инфекцияон касалликлар, ангианалар маҳалида, ташқи аъзо ва тўқималарда операция қилинган пайтларда буюрилади. Бу парҳез организмнинг умумий кучларини қувватлаб боришга, ўткир иситма даврида ёки операциядан кейин касал ўриндан турмай ётган пайтида меъда-ичак йўли функциясини яхшилашга ёрдам беради. Бу парҳезда витаминлар билан суюқлик миқдори бир оз кўпайтирилади. Дағал клечатка, ёғли, тузланган ва ўткир таомлар, зирavorлар истеъмоли чеклаб қўйилади. Туз миқдори 8–10 г ни, суюқлик 2 литрни ташкил этади ва бундан кўра кўпроқ бўлади.

Калорияси: 2200—2500 ккал атрофида бўлади. Мева ва резавор мева сувлари, наъматак қайнатмаси, морс, лимонли чой кўп берилади.

Парҳез-14. К ў р с а т м а: Буйрак-тош касаллиги ва циститларнинг сийдик ишқори реакциясида бўлиб, фосфат тузлари чиқиб тушиб турадиган ҳилларида кўп келади. Бу парҳезда картошка, сабзи, карам сингари сабзавотлар, резавор мевалар миқдори чеклаб қўйилади, ёғ миқдори кунига 20 г қўпайтирилади. Истисно қилинадиган суюқлик миқдори 2, 0 — 2, 5 литрни, туз миқдори 12-15 г ни ташкил этади. Овқат кунига 4—5 маҳал бериб турилади.

Парҳез-15. К ў р с а т м а: Парҳез тутишни татаб этмайдиган, ҳазм система-сига зарар етмасдан ўтаётган турли касалликларда берилади. У овқатланишнинг меҳнат ва турмуш таркибига тўғри келадиган физиологик нормаларга риоя қилиш йўли билан организм эҳтиёжларини қондириб туришга қаратилган. Оқсиллар миқдори 80—100 г, ёғлар 80—100 г, углеводлар 450—500 г ни ташкил этади. Калорияси 2700—3000 ккал, туз миқдори 15 г ни ташкил этади. Суюқлик миқдори чекланмайди, овқатни кунига 4—5 маҳал бериб турилади.

ЕНГИЛЛАШТИРУВЧИ КУНЛАР

1. Сут бериладиган кун № 1. Қон айланиши етишмовчилиги ҳодисалари билан ўтадиган юрак-томирлар системаси касалликларида.

Ҳар 2 соатда кунига 6 марта 100 мл дан қайнатилган сут ёки кефир, қатиқ, ацидофилин, шунингдек тунга 200 мл мева шарбати 20 г глюкоза ёки қанд билан берилади. Кун мобайнида ичиладиган (600 мл) сутга ёки айтиб ўтилган сут маҳсулотларига кунига 2 марта 25 г дан қуритилган оқ нон қушиш мумкин.

2. Сут бериладиган кун № 2. Подагра, семириб кетишда.

Ҳар 2 — 3 соатда 6 қабулда 1,5 л қайнатилган сут ёки тахминан 250 мл дан кефир, қатиқ, ацидофилин ичилади.

3. Творог (сузма) бериладиган кун. Семиришда, атеросклероз сабабли келиб чиққан юрак касалликларида, бошқа юрак-томир касалликларида.

400 — 500 г ёғсиз творог, 60 г сметана ва 100 мл сут. 4 қабулда табиий ҳолда ичилади ёки улардан сирниклар, пудинглар тайёрланади. Бундан ташқари, 2 ста-кан аччиқ дамланмаган табиий ёки донали қандсиз сутли кофе ва 1 — 2 стакан наъматак дамламаси кун мобайнида қўшиб берилади.

4. Кефир бериладиган кун. Семиришда, ич кетар ёки қабзият билан ўтадиган колитда.

5 — 6 стакан (қарийб 1,5 л) кефир ёки қатиқ кун мобайнида ичилади. Бунда бир кунлик кефир ва қатиқ ични бўшаштирувчи, икки, уч кунлиги эса ични қотирувчи таъсир кўрсатишини унутмаслик керак.

5. Бодринг бериладиган кун. Ёғ босиш, атеросклероз, подагра, артродда. 2 кг янги бодринг кун мобайнида бўлиб-бўлиб 5 — 6 марта берилади.

6. Салат бериладиган кун. Гипертония касаллиги, атеросклероз, буйрак ка-салликлари, оксалурия, артродда.

1,2 — 1,5 кг янги сабзавотлар ва мевалар (пурин асосларини сақламайдиган) кунига 4 — 5 марта 200 — 250 г дан салат қўринишида ош тузи қўшмасдан бери-лади. Озроқ сметана ёки ўсимлик мойи қўшимча рухсат этилади. Мева салатлари-га қанд шарбати (озроқ) қўшилади.

7. Тарвуз бериладиган кун. Гипертония касаллиги, атеросклероз, буйрак ка-салликлари, подаграда.

1,3 кг пишган тарвуз бўлагини 5 — 6 марта (тахминан 250 — 300 г) дан ейилади.

8. Сабзи бериладиган кун. Ревматизм, шунингдек қатор буйрак касалликла-ри, гепатитда.

1 — 1,5 кг майда қилиб тўтралган ёки қирилган сабзини 5—6 марта бўлиб-бўлиб ейилади.

9. Картошка бериладиган кун. Қон айланиши етишмовчилиги билан ўтадиган юрак-томирлар системаси ҳамда буйрак касалликларида.

1,5 кг печда пиширилган картошкани озроқ миқдорда ўсимлик мойи ёки сметана билан кунига 5 — 6 марта (тахминан 250 — 300 г дан) берилади. Ош тузи истисно қилинади.

10. Олма бериладиган кун № 1. Ич кетар билан ўтадиган ўткир ва сурункали колитда.

1,2 — 1,5 кг пўчоғи артилган, уруғларидан тозаланган, печда пиширилган олмаларни 300 г дан 5 марта ейлади.

11. Олма бериладиган кун № 2. Семириш, нефрит, гипертония касаллиги, қандли диабет, сурункали полиартритда.

2 кг пишмаган хом олмаларни 5 — 6 марта ейлади. 150 г қанд ёки қандли шарбат ёки 50 г гуручли кашани кунига 2 марта истеъмол қилиш мумкин.

12. Баргак бериладиган енгиллаштирувчи кун. Гипертония касаллиги, қон айланиши етишмовчилиги ҳодисалари, шиш кўриниб турган юрак-томирлар касалликларида.

500 г баргакни қайноқ сузда қунт билан ювиб ва ивитиб 5 мартага бўлинади.

13. Компот бериладиган кун. Бўйрак, жигар касалликларида.

1,5 кг олма, 150 г қанд ва 800 мл сув. Қайнатилган компотни кун мобайнида 5 мартагача бўлиб ичилади.

14. Гуруч-компот бериладиган кун. Гипертония касаллиги, бўйрак, жигар ва ўт йўллари касалликлари, подагра, оксалурияда.

1,2 кг янги ёки 250 г қуритилган мевалардан тайёрланган 1,5 л компот кунига 6 марта ва 50 г гуручни 100 г қандга қўшиб сузда қайнатилган гуручли каша 2 марта (шу жумладан) берилади.

15. Қанд бериладиган кун. Жигар ва ўт йўллари касалликлари, бўйрак касалликлари, сурункали колитда.

30 — 40 г дан қанд иссиқ чой билан кунига 5 марта (жами 150 — 200 г қанд) берилади.

16. Ғўшт бериладиган кун № 1. Семиришда. 250— 300г ёғсиз ғўшт, 280 г янги қарам кунига бир неча мартага бўлиб берилади (250 — 300 г янги қарам ва 100г қўқ нўхат, ярим стакан сутдан иборат салатни қўшиш мумкин).

17. Ғўшт бериладиган кун № 2. Семириш, сурункали колитда. 360 г қайнатилган ғўшт кунига бир неча мартага бўлиб берилади.

18. Ёғ бериладиган енгиллаштирувчи кун. Семиришда кунига 3 марта 75 г дан сметана, 2 марта қандсиз сутли кофе, 1 — 2 стакан наъматак дамламаси берилади. Қаймоқ кунига 500 — 750 мл дан ҳар 3 соатда соф ҳолда ёки кофе. қандсиз чой билан берилади.

АЙРИМ ОЗИҚ-ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИ ТЎҒРИСИДА ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТЛАР

Тухумлар. Тухумларда тўла қимматли оксил ва ёғ бўлади. Тухум массаси 50-60 г. Тухумда ўрта ҳисобда: сув тахминан 58%, қуруқ моддалар 16%, оксил 14%, ёғ 11,4%, углеводлар 0,49% бўлади. Тухумларнинг энергетик қиймати 658 ккал. Оксил миқдорига кўра, тухум сариғи оксилдан кам фарқ қилади. Ёғ фақат тухум сариғида бўлади. Бу ёғда лецитин ва кўп миқдорда холестерин бўлади.

Хом тухум оксидида махсус модда авидин бўлиб, у одам организмига токсик таъсир кўрсатади, хом тухумларни мунтазам истеъмол қилиш эса бўйрак функциясини бузиши мумкин. Тухумлар кучсиз шира ҳайдовчи хоссага эга. Қаттиқ пиширилган тухум меъдада 3 соатгача, хом тухум — 2 соатдан кўпроқ, илтиб чала пиширилган тухум эса 1 соатдан кўпроқ қолади. Бундан ташқари, хом тухум қийин ўзлаштирилади (50— 70%), қайнатилган тухум ичакларда шлаklar ҳосил қилмай деярли тўлиқ сўрилади.

Тухумнинг ҳазм бўлишини ошириш, меъдадан ҳайдалишини тезлаштириш ва авидиннинг токсик таъсири бартараф этиш учун тухумни чала пишириш ёки улардан бугда пишган омлетлар тайёрлаш керак.

Сут ва сут маҳсулотлари. Сутдан шифобахш овқатланишда кенг фойдаланилади, чунки унда ҳамма озиқ моддалар, минерал моддалар ва витаминлар опти-

мал миқдорий нисбатларда ва осон сингийдиган шаклда бўлади. Сутда организм яхши ўзлаштирадиган юксак қимматли оксиллар ва ёғлар бўлади.

Сут меъда секретиясининг кучсиз қўзғатувчиси ҳисобланади. Сут қанди ичакларда осон бижғишга учрайди ва ичак перистальтикасини кучайтиради.

Қатиқ. Қатиқни турли-туман нордон сут бактериялари (простокваша, ацидофилин, мацони) ёки замбуруғлар (кефир) билан ачитиш йўли орқали тайёрланади. Унинг оддий сутдан фарқи шундаки, таркибида қанд моддаси камроқ ва сут кислотаси миқдори бирмунча кўп бўлади.

Бир кунлик қатиқ (кефир, простокваша, ацидофилин, мацони) ичак перистальтикасини оширади ва ични бушаштирувчи таъсир қилади. Икки кунлик ва айниқса уч кунлик қатиқ (кефир, простокваша, мацони, йогурт) ичак перистальтикасини сусайтиради ва ичакларга ични қотирувчи таъсир кўрсатади. Қатиқ таъсири нордон сут бактерияларининг ичак микрофлорасига таъсир қилишига асосланган. Қатиқ кучли шира ҳайдовчи таъсир кўрсатади.

Карам шарбати. Янги карам шарбати ва қуритилган карам дамламаси меъда шираси кислоталилигини оширади ва меъда секретиясининг кучли таъсирловчилари ҳисобланади.

Ахилоргидрия, кислоталиликнинг паст бўлиши, перистальтика сустлиги ва меъда атонияси билан ўтадиган яра касаллиги, гастрит ҳамда колит кабилар билан касалланган беморларга даво мақсадида овқатдан 2 соат олдин 200 — 250 мл дан янги карам шарбати ёки қуритилган карам дамламаси бериш тавсия қилинади.

Шоколад ва какао. Шоколад ва какао асаб системасини қўзғатадиган тейбромин алкалоидини тутати; таркибида шилиқ пардага қотирувчи таъсир кўрсатадиган, танин ва оралиқ алмашинувини қийинлаштирадиган, нисбатан кўп миқдорда пуриинлар бўлади. Сутда тайёрланган какао меъдадан сувада тайёрланган какаога нисбатан секинроқ эвакуация қилинади. Меъда суюқлигида озод хлорид кислота концентрацияси сутда тайёрланган какао қабул қилингандан сўнг, сувада тайёрланган какаодан кейинги озод хлорид кислота концентрациясидан паст бўлади.

Сутдаги какао меъда секретиясининг кучли қўзғатувчиси ҳисобланади, шунинг учун уни гиперсекретияли беморлар парҳез овқатидан истисно қилиш керак.

Чой ва кофе. Чой ва кофе эфир мойлари, танин ҳамда кофеинни сақлайди, шунинг учун уларни шифобахш овқатланишда асаб системаси, юрак фаолиятини қувватлаб туриш учун қўлланилади, ич кетар билан ўтадиган колитда қотирувчи восита сифатида (донадор кофе) ишлатилади.

Ёғ. Ёғни ортиқча истеъмол қилинганда у қон яратиш функциясини пасайтиради. Ёғ ва ёғли овқат иштаҳани пасайтиради, асосан оксилли овқат эса оширади.

Диетик колбаса (қайнатилган олий навли). Колбаса мол, бузоқ ва чўчка гўшtidан мой, тухумлар, туз ва зираворлар қўшиб тайёрланади.

Ҳазм аппарати нормал ишлаб турганда ва уни эҳтиётлашга унчалик зарурат бўлмаганда овқатланишни кучайтириш учун тавсия этилади.

Докторская навли колбаса Олий навли, ёғсиз мол (75%) ва ёғсиз чўчка гўшtidан (25%) қалампирсиз тайёрланади. Ҳазм аппарати нормал ишлаб турганда ва уни эҳтиётлашга унчалик зарурат бўлмаганда овқатланишни кучайтириш учун тавсия этилади.

Олий навли диетик сосискалар. Диетик колбаса сингари тайёрланади.

Сутли сосискалар. Ёғли чўчка гўшти ва мол гўшtidан тухум, сут, туз, қалампир ва кардамон қўшиб тайёрланади. Ҳазм апаратининг иши нормал бўлганда ва уни эҳтиётлашга зарурат бўлмаганда овқатланишни кучайтириш учун тавсия этилади.

Товуқ гўшtidан тайёрланган колбаса. Товуқнинг лаҳм гўшtidан тухум ва сарийёғ қўшиб тайёрланади. Докторская навли колбаса каби ишлатилади.

Олий навли ливер колбаса (тухумли). Бузоқ гўшtidан ёки ёғсиз чўчка гўшти, чўчка жигаридан ун, тухум, сут, туз, пиёз ва қалампир қўшиб тайёрланади. Қамқонликда ва кучли овқатлантириш учун тавсия этилади.

Докторский навли нон. Бугдой чори унидан (соф ғалладан) тайёрланади. Хромиладор аеллар ва эмизикли оналарни рационал овқатлантириш учун тавсия этилади. шунингдек болалар овқатида ва қабзиятни даволашда тавсия қилинади.

Рафинланган усимлик мойи. Эфир мойларидан ва бошқа қатор аралашмалардан (асосан фосфатид-оксилуглевод комплексидан, озод ёғ кислоталардан, бўйядиган ва хушбуй қиладиган моддалардан) тозаланган мой. Эфир мойлар ва бошқа аралашмалар ҳазм аъзоларига қўзғатувчи таъсир қилади, шунга кўра қатор касалликларда уни тозаланган ҳолда ишлатиш тавсия этилади.

ВИТАМИНЛИ ИЧИМЛИКЛАР ТАЙЁРЛАШ

1. Сабзи шарбати. Пўчоғи артилган сабзини кирғич билан қирилади, сўнгра докадан ўтказиб сиқилади. Шарбати табиий ҳолда ичилади. 100 г тозаланган қирилган сабздан 63 мл шарбат чиқади.

2. Помидор шарбати. Помидор майдалаб тўғралади, докадан ўтказиб сиқилади. Шарбати табиий ҳолда ичилади.

3. Картошка шарбати. Пўчоғи арчилган картошкани кирғич билан қирилади ва докадан ўтказиб сиқилади ёки эмаль вижималкадан шиша банкага қуйилади, банкани бураб бекитиладиган пробка билан бекитилиб, крахмал чўкиши учун 1 соатгача қўйиб қўйилади. Сўнгра шарбатни бошқа банкага эҳтиётлик билан қуйиб олинади ва бураб бекитиладиган пробка билан бекитилади. Таъминини яхшилаш учун клюква шарбати, шакар ва ванилин қўшилади.

4. Клюква морси. Клюквани қайнаган сувда ювилади, шарбатини фарфор ёки эмаль идишга сиқилади ва ёпилган ҳолда салқин жойда сақланади. Клюква турпини (100 г турпига 750 — 800 мл ҳисобида) сув қўшиб қайнатилади. Олинган дамламани докадан ўтказилади ва унга клюква шарбати ва шакар қўшилади.

5. Наъматак дамламаси. Қурилган наъматак меваларини ювиб, суви қайнаб турган идишга солинади, сўнгра идишни қопқоқ билан бекитилади ва 10 минут қайнатилади, сўнгра дамламани яхши бекитилган эмаль ёки шиша идишда 4 — 5 соатгача тиндириб қўйилади. Дамламани бир неча қават қилиб таҳланган докадан ўтказилади ва унга шакар қўшилади. Дамламани ҳар кунни бир стакан-дан совуқ ёки иссиқ ҳолда берилади. Дамлама совуқда кўпи билан бир сутка сақланади. Бир порция дамламага 10 г наъматак меваси, 10 г қанд ва 200 мл сув олинади.

6. Бугдой кепаги дамламаси. 200 г кепакни 1 л қайнаб турган сувга солинади, бир соат мобайнида паст оловда қайнатилади, сўнгра элак ёки докадан ўтказилади. Ҳосил булган дамламани беморларга 100 г дан кунига 2 марта шакар, мева шарбатлари билан бирга тайинланади ёки суяқ таъмларга (шўрва, компот, киселлар) қўйилади.

Шарбатларни бевосита ичишдан олдин сиқиш керак, чунки сақлаш уларнинг витаминли қимматида салбий таъсир кўрсатади.

Назорат саволлари:

- ? 1. Ички аъзоларнинг турли хил касалликлари комплекс терапиясида шифобахш овқатларнинг роли қандай?
2. Парҳез столларни санаб чиқинг.
3. Сиз қандай енгиллаштирувчи кунларни биласиз?

АСОСИЙ ДОРИ МОДДАЛАРИНИНГ ЁЗИЛИШИ

1. Нафас олиш аъзолари касалликларида қўлланиладиган дорилар.

Rp.: Ampicillini-natrii 0,5

D.t.d.N. 40

S. Флакондаги дори моддаси 2,5 мл инъекция учун сувада эритилади. Дори моддасидан 0,5 г дан мускул орасига ҳар 4 с. қилинади.

Rp.: Ampiox-natrii 0,5

D.t.d.N. 20

S. 200 мл нартий хлориднинг изотоник эритмасида 2 — 3 г дан ҳар 6 с. да венага томчилаб юборилади.

Rp.: Tab. "ACC - long" N. 10

D.S. "Тез эрувчи" таблетка 1/2 стакан сувада эритилади ва кунига бир маҳал овқатдан олдин ичилади.

Rp.: Biseptoli 0,48

D.t.d. N. 20 in tab.

S. 2 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичилади.

Rp.: Dragee Bromhexini 0,004 N. 50

D.S. 2 та дражедан кунига 3 маҳалдан ичилади.

Rp.: Cefaloridini 1,0

D.t.d.N. 40

S. Флакондаги модда 2,5 мл инъекция учун сувада эритилади. 100 мл 5 % глюкоза эритмасида ҳар 6 с. да венага томчилаб юборилади.

Rp.: Tab. Dexamethasoni 0,0005

D.S. 1 таблеткадан кунига 2- 3 маҳал овқат маҳалида ва овқатдан кейин.

Rp.: Sol. Euphyllini 2,4 % 10 ml

D.t.d.N. 3 in ampull.

S. 5 — 10 мл дан венага. Тахминан 20 мл 5 % глюкоза эритмасида эритиб, секинлик билан юборилади.

Rp.: Tab. Ephedrini hydrochloridi 0,025 N. 10

D.S. 1 таблеткадан кунига 1 — 2 маҳал ичишга.

Rp.: Tab. Erythromycini 0,25 N. 30

D.S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал ичилади.

Rp.: Tab. Ethambutoli 0,1 (0,2; 0,4) N. 100

D.S. 1 таблеткадан кунига 1 — 2 маҳал ичилади.

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4 % 2 ml

D.t.d.N. 10 in ampull.

S. Ҳар 8 с. да мускул орасига қилинади.

Rp.: Tab. Glauventi 0,04 N. 20

D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал овқатдан кейин ичилади.

Rp.: Tab. Libexini 0,1 N. 20

D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал ичилади.

- Rp.: Tab. Mucolthini 0,05 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичилади.
- Rp.: Sol. Mucosolvini 10 % pro injectionibus 2 ml N. 10 in ampul.
D.S. 2 мл дан кунига 3 маҳал мускул орасига қилинади.
- Rp.: Tab. Prednisolini 0,005 N. 10
D.S. Деярли эрталаб ва кечкурун овқатдан кейин.
- Rp.: Rifadini 0,3
D.t.d.N. 50 in caps. gelat.
S. 1 капсуладан кунига 2 маротаба 30 мин — 1 с овқатдан олдин ичилади.
- Rp.: Tab. Sulfadimethoxini 0,5 N. 24
D.S. 2 таблеткадан кунига 1 маҳал ичилади.
- Rp.: Streptomycini sulfatis 0,25 (0,5; 1,0)
D.t.d.N. 10
S. Дори моддасидан 0,5 г дан суткасига 2 маҳал мускул орасига. Юборишдан олдин 1 — 2 мл инъекция учун сувда эритиб олинади.
- Rp.: Tab. Tetracyclini 0,1 N. 30
D.S. 2 таблеткадан суткасига 5 — 6 маҳал ичилади.
- Rp.: Inf. herbae Thermopsisidis 0,6:180 ml
D.S. 1 ош қошиқда кунига 3 — 4 маҳал ичилади.
- Rp.: Tab. Triamcinoloni 0,001 (0,004) N. 50
D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига 4 маҳал ичилади.
- 2. Юрак — томирлар системаси касалликларида.**
- Rp.: Tab. Atenololi 0,05 N. 30
D.S. 1/2 — 1 таблеткадан кунига 1 — 2 маҳалдан (эрталаб ва кечкурун).
- Rp.: Tab. Anaprilini 0,04 N. 40
D.S. 15 — 20 мин овқатдан олдин 1/2 таблеткадан кунига 2 — 4 маҳал ичилади.
- Rp.: Tab. Betaxololi (Lokren) 0,02 N. 28
D.S. 1 таблеткадан эрталаб овқатдан олдин ичилади.
- Rp.: Tab. Benzohexonii 0,1 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин.
- Rp.: Benzylpenicillini 300 000 ТБ
D.t.d.N. 40
S. Флакондаги дори моддаси 3 мл инъекция учун сувда эритилади ва 100 000 ТБ да ҳар 3- 4 с да мускул орасига қилинади.
- Rp.: Tab. Butadioni 0,15 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал овқатдан кейин ичилади.
- Rp.: Bicillini-5 500 000 ТБ
D.t.d.N. 3
S. Флакондаги дори моддаси 3 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилиб юборилади.
- Rp.: Tab. Hypothiazidi 0,025 N. 20
D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига ичилади.

Rp: Tab Delagili 0,25
D.S. 1 таблеткадан кунига 1 — 2 маҳал овқатдан кейин ичилади.

Rp: Tab Dibazoli 0,02 N. 12
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичилади

Rp: Dopegyti 0,25
D.t.d.N. 50 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичилади.

Rp: Sol. Droperidoli 0,25 % 5 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 1 — 2 мл дан венага секинлик билан юборилади. (20 мл 5 % глюкоза эритмаси билан).

Rp.: Tab Enalapril 0,005 N 40
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 маҳал ичилади (эрталаб ва кечқурун).

Rp.: Fibrinolysini 30 000 (40 000) ED
D.t.d.N. 3
S. Флакондаги моддани 500 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади.

Rp.: Tab. Inderali 0,04 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал овқатланишдан 15 — 20 мин олдин ичилади.

Rp.: Tab. Isoptini 0,04 N. 100
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал овқатдан кейин ичилади.

Rp.: Sol. Isoptini 0,25 % 2 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 1 — 2 мл дан венага секин аста, 20 мл 5 %ли глюкоза эритмаси билан юборилади.

Rp.: Dragee Indometacini 0,025
D.t.d.N. 30
S. 1 та дражедан кунига 3 — 4 маҳал ичилади.

Rp.: Tab. Clophelini 0,000075 N. 50
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 4 маҳал ичилади.

Rp.: Sol. Clophelini 0,01 % 1 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 1 мл олиниб, 20 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан жуда секинликда 3 — 5 мин давомида венага юборилади

Rp.: Sol. Corglyconi 0,06 % 1 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 0,5 — 1 мл дан 10 — 20 мл натрий хлориднинг изотоник ёки 5 % глюкоза эритмаси билан венага юборилади.

Rp.: Cordiamini 1 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 1 мл дан тери остига, мускул орасига ёки венага кунига 1 — 2 маротаба қилинади.

Rp.: Tab. Corinfari 0,01 N. 50
D S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичилади.

- Rp: T-rae Leonuri 25 ml
D.S. 30 — 50 томчидан кунига 3 — 4 маҳал ичилади.
- Rp: Sol. Lidocaini 1 % 2 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 2 мл дан венага юборилади.
- Rp: Sol. Magnesii sulfatis 25 % 10 ml
D.t.d.N. 60 in ampull.
S. 5 — 10 мл дан мускул орасига қилинади.
- Rp: Sol. Mesatoni 1 % 1 ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 0,5 — 1 мл дан венага 20 мл 5 %ли глкоза эритмаси билан юборилади.
- Rp: Tab. Nitroglycerini 0,0005 N. 40
D.S. 1 таблеткадан тил остига сўриш учун берилади.
- Rp: Tab. Nitrosortidi 0,005 (0,01) N. 50
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал
- Rp: Sol. Noradrenalinii hydrotartratis 0,2 % 1 ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 0,1 — 0,2 мл дан 20 мл 5 % глюкоза эритмаси билан венага юборилади.
- Rp: Tab. Norvasci 0,005 N. 40
D.S. Кунига 1 — 2 таблеткадан ичгани.
- Rp: Tab. Ac. nicotinic 0,05 N. 50
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичгани
- Rp: Tab. ortopheni 0,025 N. 30
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичгани.
- Rp: Sol. Omnoponi 2 % 1 ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 1 мл дан тери остига қилинади.
- Rp: Tab. Prodictini 0,25 N. 100
D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал ичгани.
- Rp: Sol. Pentamini 5 % 1 ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 1 мл дан мускул орасига кунига 2 — 3 маҳал қилинади.
- Rp: Tab. Pelentani 0,1 N. 30
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал тил остига сўриш учун протромбин индексини назорат қилган ҳолда.
- Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 N. 20
D.S. 2 таблеткадан кунига 6 маҳал ичгани.
- Rp: Tab. Prazosini 0,001 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичгани.
- Rp: Sol. Phentanyli 0,005 % 2 (10) ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 1 — 2 мл дан мускул орасига, венага қилинади.

- Rp.: Tab. "Plendil" 0,005 N. 40
D.S. Суткасига 1 — 2 таблеткадан ичгани.
- Rp.: Tab. Renitec 0,005 N. 40
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 маҳал ичгани (эрталаб ва кечқурун)
- Rp.: Rheopolyglucini 400 ml
D.t.d.N. 5
S. Венага томчилаб юборилади.
- Rp.: Tab. Sustac-forte 0,0064 N. 25
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 маҳал.
- Rp.: Tab. Sustac mite 0,0026 N. 25
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 маҳал.
- Rp.: Tab. Validoli N. 10
D.S. 1 таблеткадан тил остига юрак соҳасида оғриқда
- Rp. Valocordini 15 ml
D.S. 30 томчидан кунига 2 — 3 маҳал ичгани.
3. Хазм қилиш системаси касалликларида.
- Rp.: Tab. Allocholi N. 50
D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичгани.
- Rp.: Almageli 170 ml
D.S. 1 — 2 чой қошиқда кунига 4 мартаба овқатланишдан ярим соат олдин ва уйқудан олдин ичишга.
- Rp.: Tab. Atropini sulfatis 0,0005 N. 20
D.S. 1/2 — 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал овқатланишдан олдин ичишга.
- Rp.: Tab. Cerucali 0,001 N. 50
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин.
- Rp.: Cimetidini 0,3
D.t.d.N. 20 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал ичгани.
- Rp.: Dragee Digestali N. 30
D.S. 1 — 2 дражедан кунига 3 маҳал овқатланиш вақтида ёки овқатдан кейин.
- Rp.: Erythromycini 0,25
D.t.d.N. 30 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал ичгани.
- Rp.: Dragee Festali N. 30
D.S. 1 — 2 дражедан овқат пайтида ёки овқатдан кейин.
- Rp.: Tab. Gastropharmi N. 6
D.S. Кунига 1 — 2 таблеткадан овқатдан бир соат олдин ичишга.
- Rp.: Halidori 0,1
D.t.d.N. 60 in tab
S. 1 — 2 таблеткадан кунига 3 маҳал ичишга.

- Rp.: Nicodini 0,5
D.t.d.N. 30 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичишга.
- Rp.: Sol. Nospani 2 % 2 ml
D.t.d.N. 6 in ampull.
S. 2 — 4 мл дан кунига 1 — 2 маҳал мускул орасига қилинади.
- Rp.: Tab. Nospani 0,04 N. 50
D.S. 1 — 2 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал ичгани.
- Rp.: Oletetrini 0,25
D.t.d.N. 25 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 4 — 6 маҳал ичгани.
- Rp.: Pyridoxini hydrochloridi 0,01
D.t.d.N. 50 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқат маҳалда ичишга.
- Rp.: Tab. Panzynormi forte N. 30
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқат маҳалда ичишга.
- Rp.: Sol. Platyphyllini hydrotartratis 0,2 % 1 ml
D.t.d.N. 10 in ampull.
S. 1 — 2 мл дан тери остига қилинади
- Rp.: Succi gastrici naturalis 100 ml
D.S. 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал овқат маҳалда ёки овқатдан кейин ичишга.

4. Буйрак касалликларида.

- Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1 % 1 ml
D.t.d.N. 6 in ampull
S. 0,5 — 1 мл дан тери остига қилинади
- Rp.: Tab. Bactrimi N. 20
D.S. 2 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичгани.
- Rp.: Baralgin 5 ml
D.t.d.N. 20 in ampull.
S. 5 мл дан венага ёки мускул орасига оғриқ маҳалда (жуда секин юбориш керак)
- Rp.: Cystenali 10 ml
D.S. 3 — 4 томчида қантга томизиб овқатдан 30 мин олдин сургани.
- Rp.: Inf. foliorum Uvae ursi 10,0:180 ml
D.S. 1 ош қошиқда кунига 6 маҳал ичгани.
- Rp.: Tab. Nevigramoni 0,5 N. 56
D.S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал ичгани.
- Rp.: Tab. Negrami 0,5 N. 56
D.S. 1 таблеткадан кунига 4 маҳал ичгани.
- Rp.: Tab. Nitroxolini 0,05 N. 50
D.S. 2 таблеткадан кунига 4 маҳал ичгани
- Rp.: Tab. Furadonini 0,05 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 3 — 4 маҳал ичгани

Rp.: Tab Furagini 0,05 N. 100

D.S. 2 таблеткадан кунига 3 маҳал ичгани (овқатдан кейин)

5. Қон ва қон яратувчи аъзолар касалликларида

Rp.: Ac. ascorbinici 0,1

D.t.d.N. 20 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичгани

Rp.: Sol. Acidi aminocaprolici 5 % 100 ml

D.S. Томчи усулида венага қуйиш учун.

Rp.: Sol. Cyanocobalamini 0,05 % 1 ml

D t.d.N. 20 in ampull.

S. 1 мл дан мускул орасига қилинади.

Rp.: Dragee Ferroleplexi N. 100

D.S. 1 — 2 дражедан кунига 3 мартаба овқатдан кейин ичишга.

Rp.: Ferri Lek 2 (5) ml

D.t.d.N. 10 in ampull.

S. 2 — 4 мл дан кун оралаб мускул орасига қилинади.

Rp.: Fercoveni 5 ml

D t.d.N. 10 in ampull.

S. 2 — 5 мл дан 15 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан венага секин аста юборилали.

Rp.: Tab. Leukerani 0,002

D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичишга (курсатмага асосан)

Rp.: Myelosani 0,002

D t.d.N. 20 in tab.

S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичгани.

Rp.: Sol. Vikasoli 1 % 1 ml

D t.d.N. 20 in ampull.

S. 1 мл дан мускул орасига қилинади.

6. Эндокрин системаси касалликлари ва моддалар алмашинуви бузилишида.

Rp.: Insulini 5 ml (1 ml — 40 ED)

D.S. Тери остига юбориш учун.

Rp.: Jodi 0,1 (0,2)

Kalii iodidi 0,2

Ag. destill. 20 ml

M.D.S. 1 — 5 томчидан кунига 3 маҳалдан ичишга. Бир маҳлик дозаси ошириб борилади 1 томчидан 10 — 15 томчигача

Rp.: Tab. Mercazolili 0,005 N. 40

D S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ичгани.

Rp.: Thyreoidini 0,015
Natrii hydrocarbonatis 0,25
M.f.pulv.
D t.d.N. 30
S. 1 порошокдан кунига 2 маҳал.

7. Суяк - мускул системаси ва бриктирувчи тўқима касалликларида.

Rp.: Dragee Brufeni 0,2
D t.d.N. 100
S. 1 дражедан кунига 3 — 4 маҳал ичишга овқатдан кейин.

Rp.: Dragee Indometacini 0,025
D t.d.N. 30
S. 1 дражедан кунига 3 — 4 маҳал ичишга.

Rp.: Ortopheni 0,025
D t.d.N. 30 in tab.
S. 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овақатдан кейин ичишга.

Rp.: Rumaloni 1 ml
D t.d.N. 25 in ampull.
S. 0,3 мл дан бошлаб ҳафтасига 3 маҳал мускул орасига.

Rp.: Dragee Voltareni 0,025
D t.d.N. 30
S. 1 — 2 дражедан кунига 3 маҳал овқатдан кейин.

8. Ўткир аллергияларда.

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1 % 1 ml
D t.d.N. 5 in ampull.
S. 0,3 — 0,5 мл дан вена ичига натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан юборилади.

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10 % 10 ml
D t.d.N. 10 in ampull.
S. 5 — 10 мл дан мускул орасига.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10 % 10 ml
D t.d.N. 6 in ampull.
S. 5 — 10 мл дан венага секин аста юборилади.

Rp.: Dragee Diazolini 0,05 N. 20
D.S. 1 дражедан кунига 2 маҳал овқатдан кейин ичишга.

Rp.: Tab. Dimedroli 0,05 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичгани.

Rp.: Sol. Prednisoloni 3 % 1 ml
D t.d.N. 6 in ampull.
S. 1 мл дан кунига 2 маҳал венага ёки мускул орасига қилинади

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичгани.

Rp.: Tab. Tavegyli 0,001 N. 20
D.S. 1 таблеткадан кунига 2 — 3 маҳал ичгани

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ФАНИДА КЎП ИШЛАТИЛАДИГАН ТЕРМИНЛАР ЛУҒАТИ

Абдоминал	— қорин териси соҳаси таъсирланишидан вужудга келадиган рефлекс.
Абсорбция	— шимилиш, сингдириш, ютилиш.
Авитаминоз	— узоқ муддат сифат жиҳатидан тулиқ бўлмаган у ёки бу витамин ёки уларнинг мажмуаси бўлмаган овқатлар истеъмол қилиш натижасида келиб чиқадиган патологик жараён — витаминсизланиш.
Агевзия	— маза билмаслик.
Агония	— улим олдидан организмда рўй берадиган охириги реактив ва мосланувчи реакциялар мажмуаси.
Агроулоцитоз	— донасиз лейкоцитларнинг купайиши.
Адаптация	— организм ва унинг қисмларининг ўзгарувчан ташқи муҳит шароитига мосланиш ҳодисаси.
Аденогипофиз	— гипофиз безининг олдинги қисми.
Адинамия	— жисмоний кучсизлик, ута кучсизлик, ҳолсизлик, ҳаракатсиз ётиш.
Адреналин	— буйрак усти беzi мағиз қисмининг гормони.
Адренокортикотроп гормони	— гипофизнинг олдинги бўлагидан чиқарилувчи гормон бўлиб, буйрак ости безининг пўстлогидан ишланадиган кортикостерон гормонлар ажралишини кучайтиради.
Адсорбен	— адсорбцияловчи, адсорбциялаш (шимиб олиш) қобилиятига эга бўлган жисм, модда.
Азотемия	— қонда азотнинг купайиши.
Азот мувозанати	— организмга тушган ва чиқарилган азот миқдорининг мувозанат ҳолати.
Азот баланси	— тенглиги (овқат таркибда организмга тушаётган азот билан ташқарига чиқарилаётган азот уртасидаги нисбат).
Азот минимуми	— азот мувозанатини сақлаш учун овқат билан организмга кирадиган оқсилнинг энг оз миқдори.
Азотурия	— азот сийиш, азотли бирикмаларнинг кўп миқдорда сийдик билан чиқиши.
Акромегалия	— стук организмда гипофиз олд қисмининг ортикча ишлаши натижасида юзага келадиган касаллик бўлиб, унда бурун. жағ суяклари, қўл, оқ панжалари, қорин бўшлиғи аъзолари ва ҳоказоларнинг қаддан ортик ўсиб, беухшов бўлиши кузатилади.
Акроцианоз	— капилляр қон айланиши бузилиши натижасида периферик аъзолар териснинг кукариши, бундай ҳолат, айниқса ўпкада умумий қон айланиши етишмаслигида, юракнинг баъзи бир туғма ва орттирилган камчиликларида ёки асаб-эндокрин безлари фаолияти бошқарилиши ва ниҳоят, қон айланишининг умумий бузилишида учрайди.
Алиментар	— овқатланиш билан боғлиқ.
Алиментар озиш	— организмда овқат моддалари етишмаслигидан озиб кетиш.

Альбумин-глобулин

Альбуминурия

Альбуминлар

Аллергия

Альвеолалар

Альвеолар вентилляция

Альдостерон

Амилаза

Аминоацидурия

Аналептиклар

Аналгезия

Анальгетик моддалар

Анамнез

Анафилаксия

Анаэробноз

Ангиография

Ангиоспазм

Анемия

Анемия гипоксия

Анестезия

Аноксемия

Аноксия

Анорексия

Антагонизм

Антианемик

Антигенлар

- қон плазмасидаги альбумин ва глобулин миқдорининг бир-бирига нисбати.
- сийдик билан альбумин ажралиши.
- оксиллар гуруҳи булиб, ҳайвон ва ўсимликларнинг купгина туқималари таркибига киради.
- маҳсус аллергия таъсирида организмнинг шу аллергиялар (ёқ оксил ёки микроблар)га нисбатан сезувчанлигининг ортиши.
- утқадаги ҳаво йулларининг сўнгги кенгайган қисми. Бу ерда ҳаво билан қон ўртасида газ алмашинуви жароғи кузатилади.
- утқада минутлик газ алмашинуви миқдорини белгилувчи ҳаво ҳажмининг асосий қисми.
- буйрак усти безларининг пустлоқ қисмидан чиқадаган минералокортикостероид гормон бўлиб, натрий ва калий алмашинувини идора қиладди.
- полисахаридларнинг парчаловчи, ҳазм аъзолари без ҳужайраларининг ферменти.
- аминокислоталарнинг сийдик билан чиқиши.
- асаб системасини стимулловчи (қўзғатувчи) моддалар. Марказий асаб системасига таъсир этиш орқали организмнинг ҳаётий фаолиятини оширувчи, ақлий ва жисмоний қобилиятини кучайтирувчи доривор моддалар.
- оғриқ сезгисининг йўқолиши, оғриқни сезмаслик, турли дорилар ва бошқа воситалар ёрдамида оғриқсизлантириш.
- оғриқсизлантирувчи моддалар.
- бемордан ва уни биладиган одамлардан беморнинг ўзи ҳақида ва касаллиқнинг келиб чиқиши тўғрисидаги сураб олинган маълумотлар мажмуаси
- аллергия таъсир этган заҳоти келиб чиқадаган аллергия реакциясининг бир тури.
- кислородсиз ёки ҳавосиз ҳаёт кечириш.
- қон ва лимфа томирларини рентгенография қилиш усули.
- артерия қон томирларининг тортишиб, торайиб қолиши, бунда қон оқиши кескин камади.
- камқонлик, ҳажм бирлигида қонда эритроцитлар ва гемоглобин камайиши билан таърифланадиган ҳолат.
- анемия натижасида қонда кислород сифмининг камайиши ва натижада туқималарда кислород етишмаслиги.
- сезмаслик.
- нормага нисбатан қонда кислород ҳажмининг камайиб кетиши.
- гемоглабин миқдори камайиши ёки унинг сифати ўзгариши натижасида туқималарнинг кислородга ёлчимай қолиши.
- иштаҳанинг батамом йўқолиши.
- аъзо ёки система фаолиятидаги нисбий қарама-қаршилиқ.
- анемияга қарши.
- организм учун генетик бегона, юқори молекулали

Антидотлар	оқсил моддалар, бактериялар ва уларнинг токсинлари. — захарланганда ичиш учун ишлатиладиган моддалар. Антидотлар захарни чуқутириш, суриб олиш, парчалаш, бирикиб захарсиз бирикма ҳосил қилиш каби хусусиятларга эга, турли захарларнинг ўзига хос антидотлари бор.
Антикоагулянтлар Антиперистальтика	— қон ивишига таъсир этадиган моддалар. — меъда ва ичак деворларининг одатдагидан тескари томонга ўлқинсимон ҳаракати.
Антитела	— организмга антигенлар тушганда қон ва туқималарда ҳосил бўлган оқсил табиатли иммун моддалар.
Антитоксинлар	— микроблар захрини нейтралловчи ва организмни захарланишдан сақловчи махсус моддалар.
Антропометрик курсаткичлар	— жисмоний ривожланишни белгиловчи буй, оғирлик, кукрак қафаси кенлиги, мушаклар кучи, таянч-ҳаракат аъзолари ҳолатининг кўрсаткичлари.
Антрометрия	— антрометрия курсаткичларини аниқлаш ёрдамида тана тузилиши ва фаолиятини белгилаш усули.
Анурия	— сийдик чиқмаслик, буйракнинг сийдик ажратмай қуйиши.
Анус	— орқа чиқарув тешиги, туғри ичакнинг чиқиш тешиги.
Аорта	— катта қон айланиш доирасининг бош артерияси, у юракнинг чап қоринчасидан чиқади ва организмнинг барча қисмларига тармоқланади.
Алексикардиография	— юрак фаолиятдан келиб чиқадиган кукрак қафаси ҳаракатини ёзиб олиш.
Апноэ	— нафас ҳаракатлари ва нафаснинг тўхтаб қолиши.
Аппетит	— иштаҳа, таом тановул қилиш.
Артериал қон босими	— юракнинг қон ҳайдаши орқасида артериал қон томирларида ҳосил булган қон босими.
Аритмия	— юрак нормал ритмининг бузилиши.
Артериялар	— организмнинг барча қисмларига ва аъзоларига ўп-када кислород билан бойиган қонни етказиб берадиган томирлар. Фақат ўпка артериясида веноз қон бўлади, у юракдан веноз қонни ўпкага беради.
Артериал осциллография	— осциллограф ёрдамида қон босимини улчаш ва ёзиш.
Асистолия	— юрак қисқаришининг тўхташи, юрак фаолияти сусайганда систолик қисқаришнинг бўлмаслиги.
Астеник тип	— тана тузилиши, конституцияси типи булиб, буйнинг узунлиги, кукрак қафасининг тор ва узун булиши билан таърифланади.
Астеник	— мадорсизлик, умумий ҳолсизлик, тез чарчашлик.
Асфиксия	— бутилиш, нафас олиш йўллари орқали кислород ва карбонат ангидрид чиқиши бузилишидан келиб чиқадиган ҳолат.
Ателектаз	— ўпка альвеолаларининг пучайиб қолиши оқибатида уларда ҳавонинг бўлмаслиги.
Атипик	— хос булмаган белги.
Атриентрикуляр тутун	— юракнинг ўнг бўлмачаси ва қоринчаси чегарасида жойлашган утказувчи система тутуни.

Атрофия	— қўжайратлар, туқималар ва аъзоларнинг ҳажм жихатдан кичрайиб қолиши.
Аускультация	— ички аъзолар фаолиятида ҳосил булган товушларни эшитиш, аъзоларнинг қандай ишлаётганлигини билиш учун қўлланадиган текшириш усули.
Афагия	— овқатни юта олмаслик, ютиш қобилиятининг йўқолиши.
Ахилия	— овқат ҳазм қилиш суюқликларининг бўлмаслиги, масалан, меъда ахилиясида, меъда ширасида хлорид кислотаси ва ферментларнинг бўлмаслиги.
Ацетонурия	— ацетонли сийиш, ацетон таначаларининг ортиқ даражада сийдик билан чиқиши.
Ацидоз	— қон, лимфа ва туқималараро суюқликлар муҳитининг кислотали томонга силжиши.
Ашофф — Тавар тугун	— юракнинг бўлмача ва қоринчасида жойлашган ўтказувчи система тугуни.
Базедов касаллиги	— қалқонсимон без фаолияти кучайиб кетиши натижасида юзага келадиган касаллик.
Базофиллар	— донали лейкоцитларнинг бир тури бўлиб, улар гистамин моддаларини синтез қилиш қобилиятига эга.
Базофилия	— қонда базофил гранулоцитларининг кўпайиб кетиши.
Бери-бери касаллиги	— овқатда витамин В ₁ етишмаслигидан келиб чиқадиган ўткир, унчалик ўткир бўлмаган ёки сурункали касаллик.
Билирубин	— сарғиш-қизил рангли ўт пигментларидан бири, уретикүло-эндотелиал системасида, асосан жигарда гемоглобиндан ҳосил бўлади.
Билирубинурия	— билирубиннинг сийдик билан ажралиши.
Биопсия	— тириклик вақтида текшириш — беморга ташхис қўйиш мақсадида аъзо ҳамда туқималарни гистологик текшириш.
Брадикардия	— юрак уришининг секинлашуви, минутига 60 тадан кам уриш.
Бронза касаллиги	— Аддисон касаллиги — буйрак усти безининг пўстлоқ қисми фаолияти сусайишидан келиб чиқувчи касаллик.
Бронхлар	— ўпка туқималарига ҳаво етказиб ва аксинча, ҳавони ташқарига чиқариб турувчи, шунингдек ўпкани турли микроблардан тозалаб турувчи аъзо.
Бронхиолалар	— энг майда бронхлар
Бронхография	— бронхларни рентенограмма усулида рентгенологик текшириш.
Бронхофония	— трахея, бронх, ўпка туқимаси ва кўкрак қафаси орқали тери юзасига товуш тебранишининг ўтказилиши. Бронхофония даражаси аускультатив ва бошқа асбоблар ёрдамида аниқланади.
Везикуляр нафас олиш	— тинч нафас олиш, ўпканинг соғлом ҳолатида ишлатиладиган нафас
Вектор-кардиоскоп	— вектор кардиограммани ёзиб олувчи асбоб.
Вена пульси	— юрак ритмига мувофиқ равишда йирик вена деворларининг тебраниши.
Веноз қон босими	— вена қон томирларидаги қон босими.

Веналар	— аъзо ва туқималардан веноз қонни олиб юракнинг ўнг бўлмачасига келтириб қуювчи қон томирлар
Висцерал	— ички аъзоларга оид ёки мансуб
Витаминлар	— овқат билан кирувчи, организм ҳаётий фаолияти учун зарур моддалар
Витамин "А"	— ретинол, қуриш пигменти синтезида иштирок этувчи витамин.
Витамин В₁	— тиамин, асаб системаси ва юрак мушакларида карбонкуллар алмашинувини таъминловчи модда
Витамин "В₂"	— моддалар алмашинувида фаол иштирок этувчи модда.
Витамин В₆	— пиридоксин, ёғлар ва ёғсимон моддалар алмашинувида иштирок этувчи модда.
Витамин В₁₂	— қон ишлаб чиқаришда фаол иштирок этувчи антианемик омил.
Витамин В₁₅	— пангамат кислота, моддалар синтези ва оксидланишида иштирок этувчи модда.
Витамин "С"	— аскорбинат кислота, оксидланиш-қайтарилиш реакцияларида қон томирлари ўтказувчанлиги даражасида жигарнинг антитоксин функциясида иштирок этувчи модда.
Витамин "Е"	— токоферол ацетат, моддалар алмашинувини тормозловчи фаол модда.
Витамин "РР"	— никотинат кислота, моддалар алмашинуви, секретор ва ҳаракат фаолиятини кучайтирувчи, қон томирлар ҳолатига таъсир этувчи модда.
Газлар алмашинуви	— турли муҳитлар ўртасида газлар алмашинуви. Масалан, ташқи ҳаво ва ўпка, ўпка альвеолалари, капиллярлар ва ҳужайралар.
Гаммаглобулин	— қон зардобининг оксил фракцияси, у иммун анти-тело функциясини ўтайди. Айрим юқимли касалликларнинг олдини олиш учун қўлланади.
Глюкагон	— гликогенни парчалаб, қонда қанд миқдорини оширувчи меъда ости безининг гипергликемик гормони.
Глюкоза	— одам ва ҳайвонлар аозоларида ва қонда учрайди. Туқималарда оксидланганда турли физиологик жараёнлар учун лозим бўлган энергияни ажратади.
Гранулоцитлар	— доначали лейкоцитлар (нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар).
Гуморал бошқарилиш	— организм ёки унинг алоҳида тизимларининг гормонлар ёрдамида бошқарилиши.
Дезоксикортикостерон	— минерал тузлар алмашинувини бошқаришда иштирок этувчи буйрак ости беzi пустлоқ қисмининг гормони.
Дезинтоксикация	— одам ва ҳайвон организмидagi зарарли моддаларни зарарсизлантириш жараёни.
Декompенсация	— мослашув механизмларининг бузилиши, функционал етишмаслик, мослашув жараёнининг кейинги босқичи
Дезенcибилизация	— организмнинг бирор модда таъсирига ўта сезувчанлигининг камайиши ёки бартараф этиш.
Дефекация	— ахлат ажратиш, туғри ичкада тўпланиб қолган ахлат билан у ердаги асаб учларининг қўтиқданиши натижасида юз берадиган мураккаб реффлектор акт.

Дефибрилляция	— дефибриллятор ердамида юрак фибрилляциясини йуқотиш
Диабетик кома	— диабетнинг оғир асорати бўлиб, бемор ҳушсиз, қон босими пасайган бўлади.
Диастола	— юрак мушаклари бушашувидан унинг бушлиқларининг кенгайиши ва қон билан тўлиши.
Диастолик шовқин	— юрак касалликларида диастола даврида қўшимча турли товушлар пайдо бўлиши.
Диастолик босим	— юрак диастоласида қон томирларидаги босим (минимал босим).
Диета (парҳез)	— беморлар ёки касалликдан тазалиб келатганлар учун тавсия этилган овқатланиш тартиби ва таркиби
Диспноэ	— нафас қисиши, нафас олишнинг қийинлашуви, нафас олиш тезлиги ва чуқурлигининг бузилиши, ҳаво етишмаслик ҳисси.
Диссимилация	— организм фаолияти жараёнида мураккаб органик моддаларнинг парчаланиши.
Дистрофия	— тўқималар озиқланишининг миқдор ва сифат жиҳатдан ўзгариши, бузилиши.
Дисфагия	— оғриқли ютим, ҳалқум мушаклари фалажланиши натижасида ютишнинг бузилиши
Доза	— организмга бир вақтда киритиладиган дори ёки бериладиган рентген ва бошқа нурларнинг миқдори
Донор	— беморни даволаш учун ўз қонини ёки бирор-бир аъзосини берувчи киши.
Дуоденал безлар	— ун икки бармоқ ичакнинг шиллиқ қаватида жойлашган мураккаб найсимон безлар.
Дуоденал шира	— ун икки бармоқ ичак шираси бўлиб, меъда ости бези, секретри, ўт, дуоденал безлар ва ичак жияқлари ширасидан ташкил топган.
Заҳарланиш	— организмга ташқи ёки ички муҳитдан тушувчи зарарли моддалар таъсиридан келиб чикувчи патологик ҳолат.
Зондлаш	— зондлар ердамида меъда, ичак ширасини ўрганиш, текшириш.
Зондлар	— учки томонида металл қисми бўлган резина найчалар.
Изотоник эритмалар	— тузлар концентрацияси ва осмотик босими қонга тенг булган сунъий эритмалар.
Иммунитет	— организмнинг маълум юқумли касалликларга чидамлилиги. Бу ҳолат айнан шу касалликдан сўнг ёки вакциналар (фаол иммунитет) ёки антителолар юборганда (суст иммунитет) пайдо бўлади.
Ингаляция	— дори моддаларини нафасга гўртиш йўли билан организмга дори киритиш усули ёки дорини юқори нафас йўлларида газ ёки буг ҳолатида киритиш.
Иннервация	— аъзо ва тўқималарнинг нервлар билан таъминланиши.
Инспирация	— нафас олиш вақти, ҳавони ўпкаларга киритиш.
Инспиратор марказ	— нафас олиш, ҳавони ўпкаларга киритиш актининг маркази.
Инсулин	— меъда ости бези, Лангерганс оролчаларидаги В-ҳужайралар ишлаб чиқарадиган, организмда углеводлар алмашинувини бошқаришда муҳим аҳамиятга эга булган гормон.

Интестинал	— ингичка ичак фаолити билан боғлиқ булган жараён, рефлекс, гормон
Интрамурал	— “ичида жойлашган” деган маънони билдиради.
Калория	— иссиқлик миқдорининг улчов бирлиги.
Касаллик	— хасталик, бетоблик
Карбогемоглобин	— гемоглобиннинг карбонат ангидрид гази билан бирикмаси.
Карбоксигемоглобин	— гемоглобиннинг ис гази билан бирикмаси.
Кардиография	— юракнинг механик ишини ёзиб олиш.
Кардиограмма	— юрак механик ҳаракатининг ёзуви.
Катетерлаш	— организмнинг канал ва бушлиқларига уни бўшатиш ёки ювиш учун катетер киргизиш.
Кахексия	— организмнинг умумий атрофияга учраши (қуриб қолиши), кучли даражада озиш, дармонсизланиш.
Кислородга очлик	— гипоксия, организмга кислороднинг етарли кирмаслиги ёки туқималарнинг кислородни ўзлаштирмаслик ҳолати.
Кис-Флек тутуни	— юрак автономиясининг таъминловчи тутуни, ўнг булмачадаги атипик мушак толаларидан ташкил топган.
Коллапс	— юрак фаолиятининг кескин сусайиб кетиши ва томирлар тонуси пасайишдан келиб чиқадиган организм ҳолати.
Конституция	— организм функционал ва морфологик хусусиятларининг мажмуаси.
Кортизон	— буйрак усти бези экстракти, кортиннинг фаол таркиби.
Кортикостерон	— буйрак усти безининг пўстлоқ қисмида ишлаб чиқарилувчи гормон.
Лейкемия	— оқ қонли — оқ қон таначаларининг қонда кучайиб кетиши.
Лейкопоз	— оқ қон таначалари ҳосил бўлиш жараёни.
Лейкоцитоз	— периферик қонда лейкоцитлар сонининг ортиб кетиши.
Лейкоцитлар	— оқ, аникроғи рангсиз таначалар, одам ва ҳайвонлар қони шаклли элементларидан бири.
Лимфа	— умуртқали ҳайвонлар ва одамнинг лимфатик капиллярлари ва томирлари ичидаги суюқлик.
Лимфа тутунлари	— лимфа томирлари йулида жойлашган қон (лимфоз) ва антителолар ҳосил қилинадиган муҳим аъзолар бўлиб, улар юмшоқ, овалсимон, ловиясимон ёки яримойсимон турли катталиклдаги кўринишга эга.
Лимфа томирлари	— деярли барча аъзо ва туқималар ичига кириб борувчи юпқа деворли томирлар.
Лимфоцитоз	— қонда лимфоцитлар сонининг кўпайиши.
Лимфопения	— қонда лимфоцитлар сонининг камайиши.
Массаж	— бадан юзасини бир меъёردа механик таъсирловчи куч билан ишқалашдан иборат даволаш усули.
Микроблар	— жуда кичик, оддий қўз билан кўринмайдиган, фақат микроскопдагина кўринадиган майда организмлар.
Микроциркуляция	— майда (кичик) томирларда қон айланиши.
Микседема	— шиллиқ шиш, қалқонсимон без фаолияти сусайиши натижасида келиб чиқадиган касаллик.
Минералокортикостеронлар	— буйрак усти безининг пўстлоқ қисмида ишлатиладиган бир неча гормонлар аралашмаси

Минерал моддалар Моноцитлар	– масалан, натрий, калий, кальций ва ҳоказолар – периферик қондаги дончасиз лейкоцитларнинг бир тури
Нафас пигментлари	– кислород ва карбонад ангидрид газини ташувчи гемоглобин пигменти назарда тутилган.
Нафас шовқинлари	– нафас вақтида ўпка аъвзолаларида, бронх ва нафас йулларида пайдо бўладиган шовқинлар.
Нафас ҳажми Наркотик восита	– нафас олганда ва чиқарганда ҳаво ҳажми. – наркотиклар – марказий асаб тизимига таътир таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган фармакологик моддалар гуруҳи.
Нейрогуморал бошқарилиш	– организм фаолиятини асаб ва гуморал йул билан бошқариш.
Некроз	– маҳаллий ўлим – тирик организм бирор қисми нинг улиши, бирор аъзо ёки унинг бирор қисми, тўқима ёки ҳужайралар ўлими.
Норадреналин Норма	– буйрак усти беи гормони. – организмга характерли мўтадил физиологик кўрсаткичлар катталиги.
Нафас қисиши	– қийналиб нафас олиш ва чиқариш, нафас олиш тезлиги ва чуқурлигининг бузилиши, нафас етишмаслик ҳисси билан ўтади.
Организмни тирилтириш	– жонлантириш, яшаш қобилиятига эга бўлган организмнинг тасодифий сабаблар (қон қотиши ва бошқалар) туфайли сўниб бораётган ёки ҳозиргина функцияларини тиклашга қаратилган даво чора-тадбирлар комплекси
Оксигемоглобин	– гемоглобиннинг кислород билан кучсиз боғланиши. Шундай боғланиш йули билан ўпкадан тўқималарга кислород етказиб берилади.
Оқсиллар (протеинлар)	– аминокислоталардан тузилган, юқори молекулали азотли органик мураккаб моддалар. Улар барча тирик организмдаги ҳаётий жараёнларнинг асосий таркибий қисми ҳисобланади.
Олигурия Параплегия Парез	– буйрак ажратадиган сийдик миқдорининг камайиши. – иккала қўл ёки оёқнинг фалаж бўлиб қолиши. – енгил, чала фалаж, ихтиёрий ҳаракатларнинг сустайиши ёки қисман йуқолиши.
Парентерал юбориш	– дори, озиқ-овқатни меъда-ичак йулидан ташқари йул билан организмга юбориш (тери остига, мушак ичига, венага).
Патогенез	– касаллик ва унинг айрим белгиларининг пайдо бўлиши ҳамда ривожланишидаги жараёнлар мажмуаси.
Патология	– одам ва ҳайвонлар организмда пайдо бўлган касалликнинг кечиши ва оқибати ҳамда айрим патологик жараёнлар ҳақидаги фан
Пепсин	– меъда ширасидаги асосий фермент, у оқсилларни полипептидларгача парчалайди.
Пеллагра	– витамин РР ни етишмаслигидан келиб чиқадиган касаллик бўлиб, бу касаллик чиллашир ҳам дейилади. У дерматит (тери яллиғланиши), диарие (ич кетиши) ва деменция (руҳиятнинг бузилиши) билан намоён бўлади.
Перистальтика	– меъда, ичак, уруғ канали, ут йули, сийдик йули каби ковак аъзолар деворининг бир меъерда тўлқинсимон қисқариши

Перкуссия	— тукилллатиш, бармоқни бармоққа уриш — тана юзасида бармоқни бармоқ билан тукилллатиб кўриб, товушнинг ўзгаришига қараб ички аъзолар ҳолатини белгилаш
Перициоз касаллиги	— Аддисон — Бирмер. организмда витамин В ₁₂ етишмаслигидан келиб чиқадиган қон касаллиги. Гематологик белгилардан ташқари, атрофик глоссит, гастрит, ахилия, шунингдек орқа миянинг шикастланиши билан таърифланади.
Перфузия	— аъзо, тананинг бир қисми ёки бутун организмга қон томирлар орқали қон ўрнини босувчи суяқликлар ва физиологик эритмалар юбориш усули.
Плевра	— ўпка ва кўкрак бўшлиғи ички деворини ураб турувчи сероз парда.
Пневмоторакс	— плевра бўшлиғига ҳаво кириши.
Поливитаминлар	— ўз таркибида бир неча витаминлар сақловчи бирикма.
Полиурия	— сийдик ажралишининг купаиши.
Протениемия	— қонда оқсиллар миқдорининг ортиб кетиши.
Протромбин	— қон ивишида қатнашадиган глюкопротеид бўлиб, фаоллашганда тромбин ҳосил қилади.
Проферментлар	— ферментларнинг фаоллашган тури бўлиб, маълум моддалар таъсирида улар ферментларга айланади
Профилактика	— олдини олиш, олдиндан куриладиган чора-тадбирлар. Тиббиётда у турли касалликларнинг олдини олиш тадбирлари мажмуаси.
Прогноз	— олдиндан бўладиган ҳодиса туғрисида маълумот, ахборот бериш, ҳолатни олдиндан тахмин қилиш, айтиш.
Птоз	— юқори қовоқнинг салқиб туриши.
Пульс	— юракдан томирларга чиққан қон ҳаракати таъсирида томирлар деворининг бир меъёردа тулқинсимон тебраниш, кенгайиб торайиши.
Пульсация	— қон томирлар девори ва уларга яқин туқималарнинг юрак қисқариши натижасида маҳаллий тулқинсимон тебраниш.
Пункция	— касалликни аниқлаш ёки даволаш мақсадида туқималар томир деворлари ёки ковак бушлиқларини троакар ёрдамида тешиш.
Пуштура	— тери ва шиллиқ пардаларда пайдо бўладиган пуштираңг тошма, майла-майда қон қуйилган жойлар.
Реабсорбция	— қайта сўрилиши — масалан, бирламчи сийдикдан сув ва бошқа моддаларнинг қайта қонга сўрилиши. Буйрак каналчаларида бирламчи ва иккиламчи сийдик фарқ қилинади.
Реанимация	— терминал ҳолатлар, яъни ҳаёт ва ўлим ўртасидаги ҳолатлар (коллапс, агония, клиник ўлим)ни даволаш ва олдини олиш усулларининг мажмуаси, жонлантириш, тирилтириш.
Регенерация	— тикланиш, нобуд бўлган ёки йуқотилган аъзо ва туқималар ўрнига янгисининг пайдо бўлиши.
Режим	— қатъий белгиланган тартиб
Резистентлик	— чидамлилиқ — организмнинг механик таъсиротларга, патоген омилларга нисбатан чидамлилиги. Микробларнинг антибиотикларга, сульфаниламидларга ва бошқа киевий моддаларга чидамлилиги.

Резус-омил

Ригидлик

Ритми

Сали усули

Седатив воситалар

Секреция

Санация қилиш

Сенсибилизация

Симптомлар

Синдром

Систола

Систолик шовқин

Сулак безлари

Сулак ажралиши

Сопор

Спазмолитик воситалар

Спирометрия

Стетоскоп

Ступор

Стресс

Стеноз

Сфигмометрия

Таламус

- эритроцитларда учрайдиган оксил табиатига эга махсус агглютиногенлар.
- мушак таранглиги ортиши натижасида вужудга келадиган ҳолат.
- бир метърда.
- қондаги гемоглобин миқдорини аниқлаш усули.
- аклий ва жисмоний иш қобилиятига таъсир этмаган ҳолда тинчлантириш, қўрқув сезгисини камайтириш ва руҳий қўзғалишни сусайтириш хусусиятига эга бўлган, ўсимлик ва ҳайвонлардан олинадиган дорилар гуруҳи.
- шира ажралиши жараёни — без (аъзолар) ҳужайраларининг организм учун зарур секрет (шира) ишлаши ва чиқариши
- соғломлаштириш, тузатиш, масалан, оғиз бушлигини тозалаш ва даволаш, санитария шароитларини яхшилаш.
- организмнинг бирор аллергенга сезгирлигининг ортиб кетиши.
- белгилар, турли касаллик ва патологик ҳолатларни ифода этадиган ҳолат, касаллик ташхиси ана шу белгилар мажмуасига қараб қўйилади.
- симптомлар (белгилар) йиғиндиси. Организмнинг патологик ҳолатларини белгилайдиган белгилар мажмуаси.
- юрак мушакларининг ритмик (бир метърда) фаолиятида диастола (кенгайиш)дан сўнг келиб чиқадиган қисқариш
- юрак қоринчалари қисқариши даврида эшитиладиган шовқин.
- оғиз бушлиғига ўз секретини чиқарадиган ҳазм безлари.
- шартсиз ва шартли рефлекслар йўли билан сулак ажралиб чиқиши.
- купгина оғир касалликларнинг зурайнши чоғида рўй берадиган эс-хушнинг чуқур хиралашуви.
- томирлар, ички аъзолар ва бронхлар силлиқ мушакларини бушаптирадиган дори моддалар.
- спирометр ёрдамида ўпка сигими ва ҳажмини аниқлаш.
- юрак товушлари ва ўпка шовқинларини эшитишда ишлатиладиган асбоб.
- айрим руҳий касалликларда бўладиган қотиб қолиш ҳолати. Бунда киши эс-хушнинг йўқотмайди, лекин гўё тушкунлик ҳолатига тушади, деярли ёки умуман ҳаракатсиз вазиятда бўлади.
- ташқи ёки ички муҳитнинг турли ноқулай омиллари таъсирига жавобан пайдо бўладиган руҳий зўриқиш ҳолати.
- найсимои аъзолар (ҳиқилдоқ, трахея, бронхлар, қизилтунгач, ичаклар, артериялар) ва физиологик тешикларнинг торайиб қолиши.
- томир уришини ўлчаш.
- учинчи мия қоринчасининг латерал деворини ташкил қиладиган гипоталамус билан эпителиамус орасида жойлашган қисми. У сезги импульсларининг пўстлоқ ости маркази ҳисобланади.

Тахикардия	— юрак уришининг тезлашиши. Жисмоний ва ақлий зўриққанда, халжонланганда, юрак томирлари ва асаб системаси ва ички секреция безлари касалликларида, интоксикацияларда заҳарланиш пайдо бўлади.
Терапия	— тиббиётнинг одам ички аъзоси касалликларини ва уларни даволаш усулларини урганадиган бўлим.
Терминал ҳолат	— ҳаётнинг сўнгги босқичи, ҳаёт билан ўлим ўртасидаги чегара — ҳолат.
Тироксин	— қалқонсимон безнинг асосий гормони, синтез йули билан ҳам олинади. Қалқонсимон без функцияси бузилганда, буқоқ касаллигида, кретинизм ва микседемада ишлатилади.
Тонометрия	— томирларда қон босимини, қўзнинг ички босимини ва мушакларнинг тоник таранглигини тонометрлар ёрдамида ўлчаш усули.
Трансфузия	— қон ва шунга ўхшаш суюқликларни қон томири ва суюқликлар ичига қуйиш, даволаш усулларидан бири.
Тремор	— титраш, қалтираш — асаб системасининг баъзи функционал ва органик касалликларида вужудга келадиган мушакларнинг ихтиёрсиз қисқариши.
Трипсин	— протеиназалар гуруҳида учрайдиган фермент. Мейда ости бези ишлаб чиқарадиган ширадаги профермент трипсиногенга энтерокиназа таъсир қилганда ичакда ҳосил бўлади. У овқат таркибидаги оқсилларни полипептидларга парчалайди.
Трипсиноген	— мейда ости безида ишлаб чиқариладиган трипсин ферментининг ҳали фаол ҳолга келмаган шакли, фаол тури.
Тромб	— тромбоз натижасида қон томирларида ивиган қоннинг қуюқ массаси, томирни батамом тўсиб қолдиган қотишма, қопқоқ.
Тромбин	— қоннинг ивишига олиб келадиган фермент. У қонда протромбин шаклида учрайди, тромбопластин ва кальций тузлари таъсирида тромбинга айланади.
Тромбоз	— томирларда тромб ҳосил бўлиш жараёни, у қон оқимини секинлаштиради ёки бутунлай тўхтади.
Тромбоцитлар	— қоннинг ивишида иштирок этувчи қоннинг шакли элементи.
Тромбопения	— қонни ивитувчи тромбоцитлар (қон пластинкалари)нинг камайиб кетиши
Тургор	— таранглик — тўқималар таранглиги ва эластиклиги. Бу термин (ибора) купинча тери ҳолати таърифи учун ишлатилади.
Углеводлар	— ҳайвон ва ўсимлик организмларининг ҳаёти учун худди оқсиллар ва ёғлар каби зарур бўлган органик бирикмаларнинг катта бир гуруҳи. Бу бирикмалар табиатда, айниқса ўсимликлар дунёсида кенг тарқалган. Уларнинг асосий вакиллари қандлар, крахмал, гликоген ва клетчаткалар, мураккаб карбон сувлар гидролиз йули билан оддий карбонсувларга парчатанади. Оддий карбонсувларга моносахаридлар киради.

Уратлар

Уремия

Уробилин

Уробилинурия

Урометр

Урорея

Фагоцитоз

Ферментлар

Фибрин

Фибробластлар

Физиологик эритмалар

Физиотерапия

Флюктуация

Фонендоскоп

Фонокардиография

Функционал диагностика

Химотрипсин

— сийдик кислота тузлари Организмда пурин нуклеотидлари алмашинувининг охириги маҳсути сифатида пайдо булади Батъзи касалликларда, масалан, подагра, нефрит, лейкомияларда уларнинг миқдори қонда кўпаяди ва туқималарга кўчади.

— **буйраклардан ажралиб чиқадиган моддаларнинг қонда ушланиб қолишидан келиб чиқувчи патологик ҳолат. Уремияда азот алмашинуви охириги маҳсуллари — мочевино, сийдик кислоталари организмдан батамом чиқарилмай, қонда тўпланиб, организмни заҳарлайди.**

— **уробилиноген (жигар ўти пигменти)нинг оксидланиши натижасида сийдикда ҳосил бўладиган модда (пигмент, сийдикка ранг бериб туради).**

— **сийдик билан уробилин ажралиб чиқиши.**

— **сийдикнинг солиштира оғирлигини ўлчовчи асбоб.**

— **сийдикнинг беихтиёр ажралиб чиқиши.**

— **микробларнинг организмга ёт заррачаларни фагоцитоз ҳужайралари томонидан қамраб олиниши ва ютилиши.**

— **оқсил табиатига эга бўлган мураккаб органик моддалар. Улар ҳайвонот ва ўсимлик организмда бўлиб, улардаги кимёвий жарасенларни миллион мартагача тезлаштиради.**

— **қон плазмасида эриган фибриногендан унинг тромбин билан узаро таъсири натижасида пайдо бўладиган оқсил.**

— **ғовак бириктирувчи туқиманинг асосий ҳужайраси бўлиб, цитоплазмасининг мукаммалланишида фибриллар тузилмалар (коллаген) ва аморф ҳужайралараро модда вужудга келади.**

— **қон зардобига яқин бўлган изотоник эритмаларнинг умумий номлари. Туз таркибига биноан дори сифатида лаборатория амалиётида ва физиологик тажрибаларда ишлатилади.**

— **табiiий ва сунъий равишда ҳосил қилинадиган физик омиллар билан клиник муолажа қилиш. Тиббиёт соҳаси. Даволаш ва касалликларнинг олдини олишда ана шу физик омиллар таъсир усулларини ўрганади.**

— **чайқалиш — организм бушлиқларидаги суюқлик тўпланган соҳа устини тукиллашиб қўл билан уриб кўрилганда сезиладиган, билқиллаган товуш.**

— **товушларни кучайтириб берувчи эшитув асбоби, тиббиётда бу асбоб ёрдамида юрак, нафас аъзолари фаолиятини эшитиб ўрганилади.**

— **юрак ишидан вужудга келадиган товуш ҳодисаларини қайд қилиш ва уларни изоҳлашдан иборат юрак томирлари тизимини текшириш усуллари дан бири**

— **турли замонавий асбоблар, жиҳозлар ёрдамида аъзо ва тизимлар фаолиятини текшириш усуллари (ЭКГ, ЭЭГ, ФКГ ва ҳоказо).**

— **меъда ости безининг протеологик ва сутни ивтадиган ферментларидан бири. У протеин эндопеп-**

тидазаларга кирази ва овқатдаги оқсилнинг поли-
пептид ва аминокислоталаргача парчаланишини тез-
лаштиради.

Цианоз

- кўкариш, кўкариб кетиш — тери ва шилиқ қа-
ватларнинг кукимтир тусга кириши. У веноз қон
димланишларида ёки қон карбонат кислота билан
тўйинганда ҳосил бўлади.

Цикл

- давр, ҳалқа Бирин-кетин келадиған белгилар, реак-
циялар занжири.

Шок, зарба

- организмнинг одатдан ташқари қўзғатувчилар таъ-
сирига тушиши ва унга ўзига хос жавоб сифатида
вужудга келадиған характерли симптомлар мажмуаси.

Шовқинлар

- физиология ва патология, одам танасининг турли
соҳаларида, асосан патологик шароитларда эши-
тиладиған шовқинлар — ўпка, плёвра, юрак, меъ-
даичак шовқинлари кабиларга булинади.

Эзофагостеноз

Эсиккоз

- қизилўнғач торайиши, қилтомоқ.
- сув, туз алмашинувининг бузилиши ва организм-
дан кўп миқдорда сув чиқиб кетиши туфайли
тўқималарнинг сувсизланиши.

Экстрасистолия

Электрокардиография

- юрак нормал ритмининг бузилиши. Юракнинг
вақтидан олдин қисқариши билан таърифланади.
- юрак ишлаб турганда пайдо бўладиған электр
ҳодисаларини қайд қилиш йўли билан юрак ҳола-
тини аниқлаш.

Электроекнография

- юрак, ўпка ва катта томирларнинг уришини, ўп-
када ҳаво алмашинувини қайд қилиш ва ўрганиш
имконини берадиған рентгенологик текширув
усули.

Яра

- бирор тўқиманинғ турли сабабларга кўра ўлған
(некрозга учраған) қисмининг кучиб тушишидан
ҳосил бўладиған тўқима нуқсони.

СОҒЛОМ ОДАМДАГИ АЙРИМ НОРМАЛ ЛАБОРАТОРИК КУРСАТКИЧЛАР

Қондаги кўрсаткичлар:

Кўрсаткичлар	Бирлик улчови	Халқаро системадаги бирлик
Гемоглобин	Эркак - 13 - 17,5 г% Аёл 12 - 16 г%	130 - 170 г /л 120 - 160 г /л
Эритроцитлар (1 мкл. қонда)	Эркак 4 - 5,6 млн Аёл 3,4 - 5 млн	4×10^{12} - $5,6 \times 10^{12}$ /л $3,4 \times 10^{12}$ - $5,0 \times 10^{12}$ /л
Ранг кўрсаткичи	0,86 - 1,10	0,86 - 1,10
Лейкоцитлар (1 мкл қонда)	Эркак - 4300 - 11300 ¹ Аёл 3200 - 10200	$4,3 \times 10^9$ - $11,3 \times 10^9$ /л $3,2 \times 10^9$ - $10,2 \times 10^9$ /л
Тромбоцитлар (1 мкл қонда)	180000 - 320000 ¹	$180,0 \times 10^9$ - $320,0 \times 10^9$ /л
Ретикулоцит	2 - 12% ⁰	0,2 - 1,2%
ЭЧТ	Эркак 1 - 14 мм.с Аёл 2 - 20 мм.с	
Гематокрит (Умумий қон ҳажмидаги эритроцитлар миқдори).	Эркак 40 - 54% Аёл 36 - 42%	
Эритроцитларнинг осмотик чидамлилиги:	Эритроцитлар	
Минимал гемолиз	0,48 - 0,46%	
Максимал гемолиз	0,34 - 0,32%	
Янги қонда уртача	0,20 - 0,40%	
Бир сутка мобайнида инкубирланган қонда	0,20 - 0,65%	
Эритроцитларнинг уртача ҳажми	76 - 96 мк ³	76 - 96 фл ⁴
1 та эритроцитда ўртача гемоглобин миқдори	27 - 33,3 пг	0,42 - 0,52 фмоляр/эритроцит
1 та эритроцитда ўртача гемоглобин концентрацияси	30 - 38%	4,65 - 5,89 фмоляр/эритроцит
Эритроцит диаметри	5 - 6,9 мкм - 12,5% 7 - 8 мкм - 75% 8,1 - 9 мкм - 12,5%	

¹ Лейкоцитлар миқдори сутка мобайнида ўзгариб туради, максимуми - кечасиги вақтларда. Миқдорнинг ортиши физик ва эмоционал зуриқишларда, оқсилли овқатлар истеъмоли қилганда, атроф-муҳитда тусатдан ҳарорати ўзгарганда.

² Кўрсаткичларнинг ўзгариши симпто - адреналин системаси қўзғалишида ва физик зуриқишда аниқланади.

³ Ортиши мумкин ҳомиладорликда, вакцинациядан кейин, очликда ва б.

⁴ фл - фемтолитр (10^{-15} л)

Лейкоцитар формула

Хужайралар	Фоиш ҳисобида	Хужайралар сони (минг) 1 мкл қонда	Халқаро системадаги бирлик
Миелоцитлар	0	0	
Метамиеоцитлар	0	0	
Нейтрофиллар:			
Тасқча ядроли	1 - 6	40 - 300	0,040 - 0,3x10 ⁹ /л
сегмент ядроли	47 - 72	2000 - 5500	2,0 - 5,5x10 ⁹ /л
Эозинофиллар	0,5 - 5	20 - 30	0,02 - 0,3x10 ⁹ /л
Базофиллар	0 - 1	0 - 65	0 - 0,65x10 ⁹ /л
Лимфоцитлар	19 - 37	1200 - 3000	1,2 - 3,0x10 ⁹ /л
Моноцитлар	3 - 11	90 - 600	0,09 - 0,6x10 ⁹ /л

Лимфаденограмма 1000 хужайрага нисбатан саналганда

Хужайра турлари	% ўзгаришлар	Хужайра типлари	% ўзгаришлари
Лимфобластлар	0,1 - 0,9	Моноцитлар	0,2-0,4
Пролимфоцитлар	5,3 - 16,4	Тула хужайралар	0-0,5
Лимфоцитлар	67,8 - 90,0	Нейтрофил	0-0,5
Ретикуляр хужайралар	0 - 2,6	гранулоцитлар	
Плазмоцитлар	0 - 5,3	Эозинофил	0-0,3
		гранулоцитлар	
		Базофил гранулоцитлар	0-0,2

1000 донa хужайрага нисбатан ҳисобланган спленогармма кўриниши.

Хужайра турлари	% ўзгаришлар	Хужайра турлари	% ўзгаришлари
Лимфобластлар	0 - 0,2	Миелоцитлар	0-0,4
Пролимфоцитлар	1 - 10,5	Метамиеоцитлар	0-0,1
Лимфоцитлар	57 - 84,5	Нейтрофил гранулоцитлар	1,0-7,0
Ретикуляр	0,5 - 1,8	Эозинофил гранулоцитлар	0,2-1,5
Хужайралар		Базофил гранулоцитлар	0,1-1,0
Плазмоцитлар	0 - 0,3		
Эритрокариоцитлар	0-0,2		

Туш суяги пунктатининг метёрий морфологик курсаткичлари
(Соколов В.В. ва Грибова И.А. лар буйича 1979 йил).

Хужайра элементлари	Ўзгаришлар
Етилмаган бластлар	0,1-1,1
Миелобластлар	0,2-1,7
Нейтрофил	
Промиелоцитлар	1,0-4,1
Миелоцитлар	7,0-12,2
Метамиелоцитлар	8,0-15,0
Каттакча ядроли	12,8-23,7
Сегмент ядроли	13,1-24,1
Жами нейтрофил элементлар	52,7-68,9
Барча ишлаб чиқилган эозинофиллар	0,5-5,8
Барча ишлаб чиқилган базофиллар	0-0,5
Барча эритрокариоцитлар	14,5-26,5
Эритробластлар	0,2-1,1
Пронормобластлар (пронормоцитлар)	0,1-1,2
Нормобластлар (нормоцитлар)	
Базофил	1,4-4,6
Полихроматофил	8,9-16,9
Оксифил	0,8-5,6
Моноцитлар	0,7-3,1
Лимфоцитлар	4,3-13,7
Плазматик хужайралар	0,1-1,8
Ретикуляр хужайралар	0,1-1,6
Мегакариоцитлар	0-0,6
Миелокариоцитлар миқдори(1 мкл да минг дона)	41,6-195,2
Мегакариоцитлар миқдори(1 мкл да минг дона)	20-100
Лейкоэритробластик муносабат	2,1-4,5
Етилиш индекси:	
Эритрокариоцитлар	0,7-0,9
Нейтрофиллар	0,5-0,9
Қон ивиши ва фибринолиз тизими	
Қон оқиш вақти	4 мин кўп эмас
Плазманинг кальцификацияланиш вақти	60-120 сек
Цитратли плазманинг гепаринга чидамлилиги	10-16 мин
Оксалатли плазманинг гепаринга чидамлилиги	7-15 мин
Плазманинг протаминсульфатга чидамлилиги	7-9 сек
Плазманинг протромбин вақти	12-20 сек;индекси
Капилляр қонининг протромбин вақти	90-105 %
Антитромбин фаоллик	93-107%
Плазманинг фибринолитик фаоллиги	90-110%
Плазманинг фибриногени(тарози усули)	3-4 соат
Қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти	200-400 мг%
Фибрин мономернинг плазмада эрийдиган комплекси	30-50 сек
Тромбоцитларнинг адгезивлиги	0,35-0,47 бирлик
АДФ стимуляция қилингандаги агрегация булиш вақти	25-55%
	75-195 сек

АДФ стимуляция қилингандаги дезагрегация бўлиш вақти	45-175 сек
Тромбоцитограмма	
Ёш тромбоцитлар	4%
Етилган	81%
Қариган	5%
Қўзғалишлар	3%
Дегенерация бўлганлари	2%
Вакуолизация бўлган	5%
СИЙДИК	
Физикавий хусусиятлари	
Бир кеча-кундуздаги сийдик миқдори	800-1500 мл
Эрталабки сийдикнинг солиштирама зичлиги	1020-1026
Максимал осмотик концентрацияси	910 мосм\л
Ранги	сомон-сарик
Шаффофлиги	тиниқ

КИМЁВИЙ ТАРКИБИ

Курсаткичлар	Бирликлар	СИ бирликлари
Реакцияси	Нейтрал ёки кучсиз кислотали	
Оқсил	Йуқ.излари	0,025-0,070 г/кун
Қанд	Йуқ.излари(0,02% дан куп эмас)	
Ацетон	Йуқ	
Кетон таначалар	=	
Уробилин таначалар	=	
Билирубин	йуқ	
Аммиак	0,6-1,3 г/сут	
Сийдик кислотаси	270-600 мг/кун	
Пуринли асослар:		36-78 ммол/кун
Гипокстантин	9,7мг/сут	1,62-3,6ммол/кун
Ксантин	6,1мг/кун	
Мочевина	25-30г/кун	
Креатинин	0.5-2г/сут	
Эркаклар	1-2г/сут	333-582.8ммол/кун
Аёллар	0.5-1.6г/сут	4.4-17.6ммол/кун
Креатин	йуқ	8.8-17.6ммол/кун
Альфа-амилаза	20-160мг крахмал/мл соат	4.4-14.08ммол/кун
Уропепсин	38-96 мг/кун	20-160 г/кун.литр
Калий	1.5-3.0 г/кун	
Натрий	3-5 г/кун	
Хлор	120-170мэкв/л;600-740 мг%	38.4-76.7ммол/кун
Анорганик фосфор	0.6-1.2г/кун	130.5-261ммол/кун
		120 -170ммол/литр
		0 019-0.038ммол/кун

Сийдикдаги чўкма

Эпителиал ҳужайралар	0-3 дона кўриш майдонида	
Лейкоцитлар:		
Эркалар	0-2 -к/м	
Аёллар	1-2-к/м	
Эритроцитлар	1-2к/м	
Цилиндр ҳужайралар	йўқ	
Шиллиқ	йўқ	
Бактериялар	1 мл.да 50 000 дона	
Анорганик чўкма:		
Сийдик кислотали реакцияга эга бўлганида	сийдик кислотаси, уратлар, оксалатлар	
Сийдик ишқорли реакцияга эга бўлганида	аморф фосфатлар, сийдик асосли аммоний, трипельфосфатлар	

Чўкма микроскопиянинг миқдорий таҳлили

Нечипоренко усули		
1 мл сийдикда бўлади:	4000 гача	
лейкоцитлар	1000 гача	
эритроцитлар:	0-1 гача	
цилиндрлар:		
Каковский-Аддис усули:		
1 кунда сийдик билан ажралиб чиқади:		(2x10 /сут)
лейкоцитлар	2 млн.гача	(1x10 /сут)
эритроцитлар	1 млн.гача	(2x10 /сут)
цилиндрлар	20 000	
Штернгеймер-Мальбин усули		
1 мл сийдикда бўлади	0 дан 200 гача фаол лейкоцитлар	

БУЙРАКНИ ФУНКЦИОНАЛ ТЕКШИРИШ

Фолгард усулида суюқлаштириш синамаси. Беморга 1.5 литр сув ичирилганда ичилган суюқликнинг асосий қисми 2, қолган қисми эса 3—4 соатдан сунг ажралиб чиқади. Ажралиб чиққан сийдик 50—500 мл қисмларда ажралиб чиқади. Бунда сийдикнинг солиштирма зичлиги 1001-1003 гача пасаяди

Фолгард усулида зичлаштириш синамаси Сийдик 50-60 мл қисмларда ажралиб чиқади. Сийдикнинг солиштирма зичлиги 4—8 соатдан сунг 1028—1035 га етади.

Земницкий синамаси. Бир кеча-кундузда ажралиб чиққан сийдик миқдори ичилган суюқликнинг 65—75% ни ташкил этади; кундузги диурез суткалик диурезнинг 2/3—4/3 қисмини ташкил этади. Нисбий зичлиги 1004—1024.

Реберг синамаси. Креатинин буйича коптокчалар филтрацияси 75—125 мг/мин. Реабсорбция(қайта сўрилиш)—98/2—98,8%

Ичак ҳосиласи	
Бир суткалик миқдори	- 1000-250 г
Консистенцияси	- шаклланган(юмшоқ, зич)
Шакли	- цилиндр шаклида
Ранги	- жигарранг
Реакцияси	- нейтрал ёки кучсиз ишқорий
Шиллиқ, қон	- йўқ

Нажас микроскопияси

Мушак толалари	- йўқ ёки кундаланг тарғиллигини йўқотган ҳазм бўлганлари учрайди.
Қушувчи туқима	- йўқ ёки айрим толалари учрайди
Нейтрал ёғ	- йўқ ёки кам миқдорда учрайди
Ёғ кислоталари ва совун	- озроқ миқдорда
Ўсимлик клетчаткалари:	
Ҳазмга учраган	- битта яримта ёки тўп хужайралар
Ҳазмга учрамаган	- ҳар ҳил миқдорларда сақланади.
Крахмал	- йўқ.
Детрит	- ҳар ҳил миқдорда
Эпителий, шилимшиқ	- йўқ
Лейкоцитлар	- битта яримта

КИМЁВИЙ ТАРКИБИ (бир кунлик миқдорига ҳисобланганда)

Азот —0,25—2г

Оқсил—йўқ

Билирубин—йўқ

Сув—48—200 мл

Ёглар—2,5—10г

Калий—7—12 мэкв

Кальций—400—900 мг

Копрпорфирин—200—300 мкг

Натрий—1—5 мэкв

Уробилин—40—280 мг

Меъда шираси

Миқдори	2-3 литр/кун	
Нисбий зичлиги	1005	
РН	1,6-1,8	
Азот:		
Оқсилга тегишли бўлмаган	20-48 мг%	14,3-34,3 ммол/л
Мочевина ва аммиакнинг	7-14 мг%	4,99-9,99 ммол/л
Аминокислоталарнинг	2-8 мг%	1,43-5,7 ммол/л
Эркин хлорид кислотаси	200 мг%	20 ммол/л
Сийдик кислотаси	0,8-2 мг%	47,6-118,9 мкмол/л
Калий	21,8-137,7 мг%	5,6-35,3ммол/л(мэкв/л)
Натрий	72-435,4 мг%	31,3-189,3ммол/л

Наҳорги меъда ширасининг таркиби

Микдори Умумий кислоталилиги Эркин хлорид кислота Пепсин	
---	--

Стимуляция қилинган ва базал секретция курсаткичлар

Курсаткичлар	Стимуляция қилинган секретция		Базал Секретция
	Карам Қайнатмасы билан	Гистамин билан	
Ширанинг алмашинуви	50-110	100-150	50-100
Умумий кислоталилиги	40-60	80-100	40-60
титр бирлигида			
Эркин хлорид кислота	20-40	65-85	20-40
титр бирлигида			
Хлорид кислотасининг	1,5-6	8-14	1,5-5,5
мэкв ларда дебит соати			
Эркин хлорид кислотаси-	1,0-4,5	6,5-12	1-4
нинг мэкв ларда дебит			
соати			
Пепсиннинг мг ларда	20-40	50-90	10-40
дебит соати			

Меъда ширасининг микроскопияси

Крахмал доналари Мускул толалари Ёғ Эпителий Эритроцитлар Лейкоцитлар Ачитқилар Сарцинлар Сут кислотаси асосида ачиш Таёқчалари Сафронинг бир кунлик микдори	Аниқланади Йуқ Йуқ Кам микдорда Йуқ Кам микдорда,узгарган Яккам-дуккам замбуруғлар Йуқ Йуқ 500-1000 мл
--	---

Стимуляция қилинган сафро ажралишининг манзараси

Кўрсаткичлар	Биринчиси	Ўт пуфагидан	Ўт иуларидан
Микдори мл Ранги Тиниқлиги Нисбий зичлиги Реакцияси Билирубин	20-35(10 мин 10мл) тилларанг сариқ тиниқ 1007-1015 кучсиз ишқорий 15-45%	20-50 тўқ жигарранг тиниқ 1016-1032 ишқорий 15-45 мг%(256,5-769,7 мкмол/л)	30 тилларанг сариқ тиниқ 1007-1010 ишқорий 18 мг%(307 мкмол/л)
Ўт кислоталари: Лицетин г/л Холестерин г/л Оқсил г/л Альфа амилаза		115 35 4,3 4,5 1,67-4,45 мг/л.с	7-14 1-5,8 0,8-2,1 1,4-2,7 6-16 г крахмал/ мл соат
Трипсин			50-500 мкмол/ мл минут
САФРО ПОРЦИЯЛАРИНИНГ МИКРОСКОПИК КЎРСАТКИЧЛАРИ			
Эпителий Лейкоцитлар Шиллиқ Холестерин ва Кальций би- лирубинати кристаллари	Бир оз 2-4 ҳар хил микдорда учрайди -----	Оз микдордаги 5-10 оз микдорда	Хужайралар 2-4

ҚОННИНГ БИОКИМЁВИЙ МАНЗАРАСИ

Оқсил алмашинуви

Кўрсаткичлар	Бирликлар	СИ бирлиги
Умумий оқсил Альбумин Глобулинлар % нисбат	6,5-8,5 г% 4-5 г% 3,6-5,6 5,1-8,3 9-13 15-22	65-85 г/л 40-50 г/л
Мочевина Мочевина азоти Сийдик кислота Креатин: эркаларда Аёлларда Креатинин: эркаларда Аёлларда	20-40 мг% 9-14 мг% 2-6,4 мг% 0,2-0,7 мг% 0,4-0,9 мг% 1-2 мг% 0,5-1,6 мг%	3,3-6,6 ммол/л 3,18-4,94 ммол/л 120-380 мкмол/л 13-53 мкмол/л 27-71 мкмол/л 88-177 мкмол/л 44-141 мкмол/л

Қон плазмасининг липид таркиби

Умумий липидлар	350-800 МГ%	4,6-10,4 ммол/л
Фосфолипидлар	150-380 МГ%	1,95-4,9 ммол/л
Липидли фосфор	6,1-14,5 МГ%	1,97-4,68 ммол/л
Нейтрал ёғлар	0-200 МГ%	
Триглицеридлар	50-150 мг%	565-1695 мкмол/л
(қон зардобиники)		
Этерификацияланмаган ёғ кислоталари	20-50 мг%	0,71-1,75 ммол/л
Эркин ёғ кислоталари	0,3-0,8 мэкв/л	0,3 - 0,8 мэкв/л
Умумий холестерин	120-250 мг%	3,2 - 6,5 ммол/л
Эркин холестерин	40-90 мг%	1,04 - 2,33 ммол/л
(жамидан 30-40%)		
Холестерин эфирлари	90-135 мг%	2,33 - 3,49 ммол/л
(жамидан 60-70%)		
альфа-липопротеидлар	220 мг%	2,2 г/л
(25-30%)(юқори зичликдаги липопротеидлар):		
эркаклар	125-425 мг%	1,25 - 4,25 г/л
аёллар	250-650 мг%	2,5 - 6,5 г/л
бета-липопротеидлар	300-450 мг%	3- 4,5 г/л
(паст зичликдаги липопротеидлар)		
эркин холестерин:	0,55-0.60	
холестерин эфирлари		

Қон плазмаси пигмент алмашинуви кўрсаткичлари

Умумий билирубин:	0,5 - 1,2 мг%	8,6 мкмол/л
боғланмаган (75% умумий)	0,5 мг%	8,6 мкмол/л
боғланган	0,15 мг%	2,57 мкмол/л

Қон плазмасидаги минераллар алмашинуви кўрсаткичлари

Кальций	9 - 12 мг% ; 4,5 - 6 мэкв/л	2,25 - 3,0 ммоль/л
Магний	1,7 - 2,5 мг% ; 1,5 - 2,0 мэкв/л	0,7 - 0,99 ммоль/л
Ноорганик фосфор	2- 4 мг% ; 1,2 - 2,3 мэкв/л	0,65 - 1,33 ммоль/л
Хлор ионлари	340 - 390 мг%; 95 - 110 мэкв/л	95,9 - 109,9 ммоль/л
Темир	70 - 170 мг%	12,5 - 30,4 мкмоль/л
Умумий трансферрин	0,30 - 0,40 мг%	0,003 - 0,004 г/л
Боғланмаган трансферрин	0,15 - 0,23 мг%	0,0015 - 0,0023 г/л
Мис	70 - 140 мкг%	11,02 - 22,04 мкмоль/л
Церулоплазмин	27 мг%	0,27 г/л
Литий	0,35 - 1,4 мг%; 0,5 - 2,0 мэкв/л	0,5 - 2 мкмоль/л
Калий плазмада	13,6 - 20,8 мг%; 3,48 - 5,3 мэкв/л	3,48 - 5,3 ммоль/л

Калий эритроцитларда	305 - 374 мг%; 77,8 - 95,7 мэкв/л	77,8 - 95,7 ммоль/л
Натрий плазмада	300 - 360 мг%; 130,5 - 156,6 мэкв/л	130,5 - 156,6 ммоль/л
Натрий эритроцитларда	31 - 50 мг%; 13,5 - 21,8 мэкв/л	13,5 - 21,8 ммоль/л
Қондаги углеводлар алмашинуви кўрсаткичлари		
Қон гликогени	12-21 мг%	
Қон плазмаси ва зардобдаги глюкоза:	56-94 мг%	3,1-5,21 ммол/л
(глюкоза оксидазали усул)	55-100 мг%	3,05-5,55 ммол/л
Қон плазмасининг глюкозаси:	60-100 мг%	3,33-5,55 ммол/л
(ортотолуидинли усул)	60-110 мг%	3,33-6,1 ммол/л
фруктоза	0,1-0,5 мг%	0,56-2,77 ммол/л
галактоза	2-17 мг%	0,11-0,94 ммол/л
сут кислота	9-16 мг%	0,99-1,78 ммол/л
пируоузм кислота	0,4-0,8 мг%	45,6-91,2 мкмол/л
бета-оксиг кислота	2,5-6 мг%	0,43-1,03 ммол/л
гликопротеидлар	120-160-мг%	1,2-1,6 г/л
зардоб тексозаси	105-115 мг%	1,05-1,65 г/л
гликолиланган гемоглобин	4,76+ _0,28 мг%	0,22-0,28 г/л
серомукоид(таркибидаги тексозага кура)	22-28 мг%	2,0-3,36 ммол/л
сиал кислоталари	62-73 мг% ацетилнейрамин кислотасининг	
фруктозамин		2,4+ _0,22 ммол/л
Қондаги ферментлар фаоллиги		
Альфа-амилаза	12-32 мг крахмал/мг.с	12-32 г/соат.л
Аспартатаминотрансфераза	8-40 бирлик	0,1-0,45 ммол/соат.л
Аланинаминотрансфераза	5-30 бир	0,1-0,68 ммол/соат.л
Умумий лактатдегидрогеназа	0,8-4,0 пируват/мл.соат	0,8-4,0 ммол/соат.л
Мочевиностабил лактатдегидрогеназа	25-36% жамидан	
Холинэстераза	160-340мкм сирка кислотасининг мл.соат	160-340 ммол/соат.л
Гамма-глутамил-транспептидаза		0,6-3,96 ммол/соат.л
Липаза	0-28 ХБ/л	
Ишқорий фосфатаз, умумий	1,0-3,0 мкмол р-нитрофенол/мл соат	1,0-3,0 ммол/соат.л

Ишқорий фосфатазанинг изоферментлари кислотали умумий фосфа- таза, трипсин эритроцитларнинг глюко- за-6-фосфатде- гидрогеназаси умумий креатинфосфоки- наза	жамидан 20% 0,025-0,12 мкмол анорганик фосфорни/ мл.соат 1-4 мкмол/мл.минут	
КФК изоферментлари: ВВ МВ ММ	йўқ 10-110 ХБ йўқ 4-6% жамидан 94-96% жамидан	60-240 мкмол/мл.соат 0,60-66 ммол анорга- ник фосфорни/соат.л

Қондаги айрим иммунологик кўрсаткичлар

Антигиалуронидаза Антистрептолизин-О Ваалер-Розе реакцияси Зардоб лизоцими Зардоб пропердини Зардоб комплименти Ревматоид омил Альфа-фтепротеин С- реактив оқсил Лейкоцитларга булган анти- таналар ДНК га булган антитаналар Саратонга қарши антигенлар	300 бирликкача 250 бирликкача агглютинация титри 1:20 гача 8-12 мкг/мл 20-80 гемолитик бирл 20-50 бирл. Агглютинация титри 1:20 гача Манфий Манфий Йўқ Йўқ Йўқ	
--	---	--

Қон зардобида иммуноглобулинлар миқдори

Имуноглобулин турлари	Эркаklar		Аёллар	
	Мг%	Г/л	Мг%	Г/л
М	55-141	0,55-1,41	37-195	0,37-1,95
Г	664-1400	6,64-14,0	587-1630	5,87-16,3
А	103-404	1,03-4,04	54-343	0,54-3,43

Қонда Т ва В лимфоцитлар миқдори		
Т-лимфоцитлар	1549 бир мкл да	74,1%
В-лимфоцитлар	432,9 бир мкл да	21,5%

Гормон ва медиаторларнинг биологик маҳсулотлардаги айрим кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Бирликлар	СИ бирлиги
Адренотропик гормон, АКТГ	ҚОНДА 75 - 150 пг/мл	16,4 - 32,8 пмоль/л
Соматотроп гормон, СТГ:		
Эркаларда	0,025 - 0,5 мг/мл	0 - 118 пмоль/л
Аёлларда	0,081 - 3,36 мг/мл	36 - 143 пмоль/л
17 - оксикортикостероид	10 - 25 мкг/100 мл	280 - 700 нмоль/л
Кортизол	5 - 23 мкг/100 мл	140 - 640 нмоль/л
Инсулин	4 - 50 мед/мл	20 - 167 мкг/л
Гастрин	20 - 167 мг/мл	1,4 - 5,5 мкг/л
С - пептид	1,4 - 5,5 нг/мл	
Ренин фаоллиги:		
Ётган ҳолда		
Тик турганда	1,6 мкг/л.соат	
Альдостерон:	4,5 мкг/л.соат	
Ётган ҳолатда		0,08 - 0,28 пмоль/л
Тик турганда	3-10нг/100 мл	0,14 - 0,83 пмоль/л
Умумий tiroксин:	5 - 30 нг/100 мл	
Катталар		65 - 129 пмоль/л
Чақалоқлар	5 - 10 мкг/100 мл	148-310 пмоль/л
Эркин tiroксин	11,5 - 24 мкг/100 мл	жамидан:
Эркин	0.02-0.04%	3,54-10,2 пмоль/л
Трийодтиронин	230-660пг/100 мл	340-1100 нмоль/л
ТТГ	2-3,7 мкХБ/мл	
Серотонин	0,1-0,3 мкг/мл	340-1100 нмоль/л
17-кетастероидлар:	СИЙДИК	
аёллар	6,4-18,0 мг/кун	
эркалар	6,6-23,4 мг/кун	
17-оксикортикостероидлар		22,2-62,6 мкмоль/кун
кортизол	1,5-7,4 мг/кун	22,9-81,3 мкмоль/кун
альдостерон	10-100 мкг/кун	
адреналин	3-15 мкг/кун	
норадреналин	0,5-34,5 мкг/кун	27,6-276 нмоль/кун
	0-81,4 мкг/кун	0,083-0,42 нмоль/кун
дофамин	18,5-370 мкг/кун	2,7-188,4 нмоль/кун
винилилбодом кислотаси (ВБК)	0-7,7 мкг/кун	0-481 нмоль/кун
5-оксииндолилсирка кислотаси (ОИСК)	2-3,9 мкг/кун	121,4-2425 нмоль/кун
		0-37 мкмоль/кун
		10,7-20,5 мкмоль/кун

Гипофизар-гонада тизими

ГОРМОНЛАР	эркак-лар	аёллар				
		Цикл босқичлари			ҳомила-дорлик	Ҳайз кўрмайдиган давр
		1	2	3		
Лютеинизацияловчи	Қ	О	Н			
Гормон, ЛГ,ХБ/мл	6-23	5-30	75-150	3-40		3-200
Фолликулостимуляцияловчи гормон ФСГ ХБ/мл	4-25		4-30			4-25
Лактоген(пролактин)	20	23	5-40			400
Пг/мл.мкг/л			122-437			
Эстрогенлар,жами		61-394	437		156-350	7 0 0 - 3 1
Пг/мл	40-115	394	5,2			минг
Дегидроэпиандростерон,ДГЭА,рг/мл		2,0			7-18	0,5-43
	1,7-4,2					
СИЙДИК						
Эстероген, жамланган, мкг/кун	5 - 25	5 - 25	28-100		22 - 80	45 минг. гача
ДГЭА, мг/кун	0 - 4		0-1,2		0 - 4,2	

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
I – Б О Б. Ички касалликлар ҳақида тушунча	6
Ички касалликлар фанининг ривожланиш тарихи	7
Халқ соғлигини сақлашнинг ривожланишидаги асосий	11
Йўналишлар	15
Касалликлар ҳақида тушунча	15
Этиология тўғрисида тушунча	19
Патогенез тўғрисида тушунча	21
Касаллиқнинг ўтиши тўғрисида тушунча	23
Беморларни парвариш қилиш	24
II – Б О Б. Умумий патология асослари	24
Организмда моддалар алмашинуvinинг бузилиши	24
Оқсил дистрофияси	24
Ёғ дистрофияси	25
Углевод дистрофияси	25
Атрофия	26
Некроз	26
Гангрена	27
Маҳаллий тарзда қон айланишининг издан чиқиши	28
Ишемия	30
Тромбоз, эмболия	31
Инфаркт	32
Организмнинг ҳимояланиш — қослашиш реакциялари	33
Гипертрофия ҳақида тушунча	33
Компенсация ва декомпенсация тўғрисида тушунча	34
Регенерация ҳақида тушунча	35
Яллигланиш	35
Яллигланиш турлари	36
Ўсмалар	37
Ўсмаларнинг олдини олиш	40

III – Б О Б Беморларни клиник текшириш усуллари	42
Субъектив текшириш усули	42
Паспорт қисми	42
Беморнинг шикоятлари	42
Маъмур касаллик анамнези	43
Ҳаёт анамнези (беморнинг турмуш тарзи)	44
Аллергологик анамнез	45
Объектив текшириш	46
Қўздан кечириш	46
Пайпаслаб кўриш (пальпация)	55
Перкуссия	58
Аускультация	60
Рентгенологик текшириш	62
Эндоскопия	65
УТД (УЗИ)	65
Сканирлаш	66
ЭКГ	68
Фонокардиография	70
Лабораторик текшириш усуллари	70
Қон (лабораторияси) ни текшириш	71
Сийдикни текшириш	79
Ахлатни текшириш	85
Балғамни текшириш	88
Меъда ширасини текшириш	89
Ўн икки бармоқ ичак суюқлигини текшириш	91
Амалиёт дарсларига йўриқномалар	93
Клиникагача бўлган хонада амалиёт дарси	93
Шифохонадаги амалиёт дарси	96
Шифохонада амалий машғулот	97
Клиникагача бўлган хонада амалиёт дарси (клиника лабораторияда)	99

IV – Б О Б Нафас олиш аъзолари касалликлари 102

Нафас аъзоларининг қисқача анатомио- физиологик хусусиятлари	102
Нафас олиш аъзолари касалликлари симптоматикаси	102
Нафас олиш системаси касалликларини текшириш	104
Бронхит	105
Сурункали бронхит	109
Бронхиал астма	111
Ўткир пневмония	115
Крупоз пневмония	116
Ўчоқли пневмония	118
Сурункали пневмония	119

Ўпка эмфиземаси ҳамда пневмосклероз	120
Бронхоэктатик касаллик	121
Ўпка абсцесси ва гангренаси	123
Ўпка сили	124
Плеврит	127
Куруқ фибриноз плеврит	127
Экссудатив плеврит	128
Йирингли плеврит	130
Ўпка раки	131
Астматик статус	132
Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши	133
Спонтан пневмоторакс	134
Амалиёт дарсларига йуриқномалар	135
Клиникагача бўлган хонада амалий дарс	135
Шифохонадаги амалий машғулотлар	142
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	144
Силга қарши кураш олиб бориш диспансерида амалий машғулот	145
 V – Б О Б Юрак қон-томир системаси	 147
Юрак қон-томир системасининг қисқача анатомик физиологик хусусиятлар	147
Юрак қон-томир системаси касалликларининг асосий симптомлари	148
Юрак қон-томир системаси касалликларининг текшириш усуллари	150
Ревматизм	154
Юрак пороклари	159
Чап булмача- қоринча клапани етишмовчилиги	159
Чап булмача- қоринча клапани стенози	161
Аорта клапани етишмовчилиги	161
Аорта оғзи стенози	162
Юракнинг унг булмача- қоринча клапани етишмовчилиги	163
Септик эндокардит	164
Миокардит	168
Перикардит	169
Миокардик кардиосклероз	170
Ўпка – юрак	171
Гипертония касаллиги	172
Юракнинг ишемия касаллиги	176
Атеросклеротик кардиосклероз	177
Стенокардия	179
Миокард инфаркти	182
Кардиоген шокда ёрдам кўрсатиш	185
Миокард инфарктида ёрдам кўрсатиш	185
Ўткир томир етишмовчилиги	185

Қон айланишининг сурункали етишмовчилиги	188
Амалий машғулотларга йуриқномалар	192
Клиникагача бўлган хонада амалий машғулот	192
Шифохонадаги амалий машғулотлар	198
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	200

VI - Б О Б. Ҳазм аъзолари касалликлари	201
---	------------

Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг қисқача анатомик-физиологик хусусиятлари	201
Ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг асосий симптомлари	201
Ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг текшириш усуллари	203
Ўткир гастрит	205
Сурункали гастрит	206
Меъда ва ўн икки бармоқ ичак-яра касаллиги	207
Меъда раки	209
Ичак касалликлари	209
Энтерит	209
Колит	210
Жигар ва ўт йўллари касалликлари	211
Жигар ва ўт йўллари касалликларининг асосий клиник симптомлари	211
Сурункали гепатит	212
Жигар циррози	214
Холецистит ва ўт- тош касаллиги	216
Меъода ости беzi касалликлари	221
Панкреатит	222
Амалий машғулотга йуриқномалар	223
Клиникагача бўлган хонада амалий машғулотлар	223
Шифохонадаги амалий машғулотлар	229
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	231

VII – Б О Б. Буйрак ва сийдик йўллари касалликлари	232
---	------------

Буйрак ва сийдик йўллари системасининг қисқача анатоми-физиологик хусусиятлари	232
Буйрак ва сийдик чиқариш системаси касалликларининг асосий клиник белгилари	234
Диффуз гломерулонефрит	235
Ўткир гломерулонефрит	235
Сурункали гломерулонефрит	238
Пиелонефрит	240
Сурункали пиелонефрит	242
Буйрак-тош касаллиги	245
Сурункали буйрак етишловчилиги	247

Буйрак ва сийдик ажратиш системасида шошилиш ҳолатлар	248
Амалий машғулотларга йўриқномалар	251
Клиникагача бўлган ҳонада амалий машғулотлар	251
Шифохонадаги амалий машғулотлар	256
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	257

VIII – Б О Б Қон системаси касалликлари 258

Қон системаси тўғрисида қисқача анатомик – физиологик маълумотлар 258

Қон системаси касалликларининг асосий симптомлари	258
Анемиялар	259
Постгеморрагик анемия	260
Темир етишмовчилик анемияси	261
Пернициоз анемия	262
Гемолитик анемия	263
Гипопластик анемия	264
Лейкозлар	266
Ўткир лейкоз	266
Срункали миелолейкоз	267
Геморрагик диатез	268
Верльгоф касаллиги	269
Гемофилия	269
Амалий машғулотларга йўриқномалар	270
Клиникагача бўлган ҳонада амалий машғулотлар	270
Шифохонадаги амалий машғулотлар	274
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	276

IX – Б О Б Эндокрин системаси ва моддалар

аллашинузи касалликлари 277

Касалликларнинг қисқача анатомик-физиологик хусусиятлари	277
Эндокрин системаси касалликларининг асосий симптомлари	277
Диффуз токсик букоқ (Базедов касаллиги)	278
Эндемик букоқ	280
Гипотиреоз	281
Гипофиз беи касалликлари	282
Қандли диабет	283
Подагра	286
Қандсиз диабет	287
Амалий машғулотларга йўриқномалар	287
Клиникагача бўлган ҳонада амалий машғулотлар	287
Шифохонадаги амалий машғулотлар	293
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	294

X – Б О Б. Бугим касалликлари	295
Ревматоид артрит	295
Инфекцион артрит	296
Посттравматик артрит	298
Деформацияловчи остеоартроз	298
Бехтерев касаллиги	299
XI – Б О Б. Авитаминозлар	300
Авитаминоз А	300
Авитаминоз В	300
Авитаминоз С	301
XII – Б О Б. Касб-кор касалликлари	301
Пневмокониозлар	303
Тебраниш касаллиги	305
Касб-корга алоқадор захарланишлар	307
Қўроғошин ва унинг бирикмаларидан захарланиш	309
Радиацион зарарланишлар	310
Ўткир нур касаллиги	311
Сурункали нур касаллиги	313
XIII – Б О Б. Аллергия ва аллергия касалликлар. ОИТС(СПИД)	313
Аллергия касалликлар	316
Ўткир эшакеми ва Квинке шиши	316
Анафилактик шок	317
Артюс- Сахаров феномени	318
Зардоб касаллиги	318
Аллергия тумов касаллиги	319
Орттирилган Иммуни Танқислиги Синдроми (ОИТС ёки СПИД)	320
Амалий машғулотларга йўриқномалар	324
Шифохонадаги амалий машғулотлар	324
Поликлиникадаги амалий машғулотлар	326
1-шлова. Касбга оид захарланишларда учрайдиган симптомлар ва бунда	
шошилиш ёрдам кўрсатиш	329
2-шлова. Қишлоқ хўжалигида қўлланиладиган пестицидлар билан захар-	
ланиш симптомлари ва бундай ҳолларда шошилиш ёрдам кўрсатиш	348
3-шлова. Ички касалликларни парҳез билан даволаш	351
4-шлова. Асосий дори моддаларининг ёзилиши	360
5-шлова. Ички касалликлар фанида кўп қўлланиладиган терминлар лугати ...	368
6-шлова. Соғлом одамдаги айрим нормал лабораторик кўрсаткичлар	381

Уқув адабиёти

**ХАЙДАРОВ ҒУЛОМНАЗИР ОРТИҚОВИЧ
ЭРМАТОВ ШАВКАТ ХОРУНБОЕВИЧ**

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

Тиббиёт коллежлари ўқувчилари учун

**Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти. Навоий
кучаси, 30.**

Мухаррир Д. Абдулаева

Техник муҳаррир В. В. Мещерякова

Бадий муҳаррир Ф. Матёқубов

Мусахҳиҳ Д. Тўйчиева

Компьютерда терувчилар ва саҳифаловчилар:

Эсанов Б.Б., Гончарова И.В., Ким М.Т..

ИБ № 2894

Босмахонага 20.06.2002 да берилди. Босишга 30.09.2002 да рухсат этилди.
Бичими 60х90 1/16. Офсет қоғози. Офсет босма Шартли босма табоқ 25,0

Нашр босма табоқ. 30. 86 12—2002-рақамли шартнома Жами 8060 нусха.

4250-рақамли буюртма Нархи шартнома асосида.

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлигининг 1-босмахонаси.

70002. Тошкент, Сағбон кучаси, 1-берк куча, 2-уй.