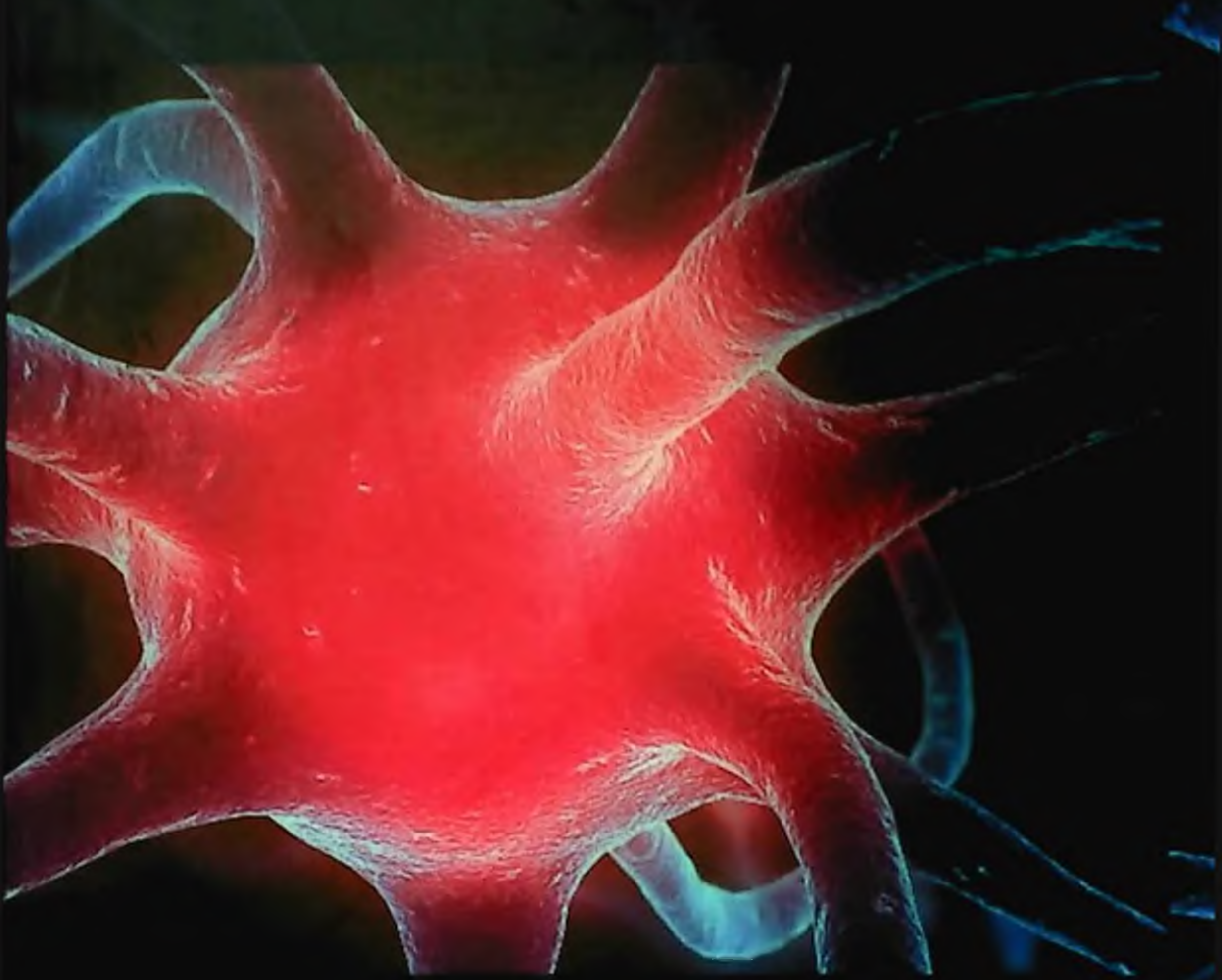


**Niyozov Sh.T. Utaganova G.X.
Ibragimov O. M.**



**ASAB KASALLIKLARIDA
XAMSHIRALIK ISHI**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**Shuxrat Tashmirovich Niyozov
Guljaxon Xolmo‘minovna Utaganova
Orifjon Murodullaevich Ibragimov**



**“ NEVROLOGIYA ”
fanidan**

**“ASAB KASALLIKLARIDA XAMSHIRALIK ISHI”
O‘QUV QO‘LLANMASI**

**Tibbiyot kolleji talabalari va tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining oliy
xamshiralik ishi fakulteti talabalari uchun o‘quv-qo‘llanma**



UDK 616.8(075.8)

KBK 56.lya73

N 36

Tayyorlovchi asosiy muassasa:

Samarqand davlat tibbiyot instituti.

Tuzuvchilar:

Niyozov Sh.T. Samarqand Davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası assistenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Utaganova G.X. Samarqand Davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası assistenti, tibbiyot fanlari nomzodi

Ibragimov O. M. - Abu Ali Ibn Sino nomidagi Siyob jamoat salomatligini saqlash texnikumi direktori

Taqrizchilar:

Azizova R.B.

Toshkent tibbiyot Akademiyasi asab kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Shodiev A. SH.

Samarqand Davlat tibbiyot instituti nevrologiya va neyroxirurgiya kafedrası dosenti, tibbiyot fanlari doktori.

Abdullaeva N.N.

Samarqand Davlat tibbiyot instituti nevrologiya va neyroxirurgiya kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori.

O'quv – uslubiy qo'llanma tibbiyot kolleji talabalari va tibbiyot instituti oliy xamshiralik ishi fakulteti talabalariga mo'ljallangan.

O'quv – uslubiy qo'llanma 31 mart 2021 yil Ilmiy Kengash № 8 son bayonnomasida tasdiqlangan.

ISBN 978-9943-8782-5-9

Ushbu o'quv qo'llanma asab tizimining anatomiyasi, fiziologiyasi, bosh va orqa miyaning tuzilishi, reflektor tizim, xarakat tizimining buzilishlari, ularning sog'lom odamlarda va bemorlarda yuzaga keladigan patologik reflekslar, sezgi yo'llari va sezgi tizimi zararlanishining turlari batafsil bayon etilgan.

Bosh miya juft nevrallarining faoliyati va patologiyasi to'g'risida batafsil ma'lumot berilgan. Aloxida bir qism elektroensefalografiya, koronografiya, lyumbal punksiya, kompyuter va magnitn-rezonansnaya tomografiya kabi qo'shimcha tekshirish usullariga qaratilgan.

Uchinchi bo'lim asab kasalliklarining parvarishi, ko'plab kasalliklar, jumladan dissirkulyator ensefalopatiyaning etiologiya, patogenez, davolash prinsiplari, bosh miyadagi surunkali ishemiya va o'tkir qon aylanishining buzilishlariga bag'ishlanadi. Shu bilan birgalikda, asab tizimining yallig'lanish kasalliklari, epilepsiya kasalligi va talvasa sindromining parvarishlash mezonlarigi bag'ishlanadi.

В данном учебном пособии приведены данные о нейроанатомии, и физиологии нервной системы, строение головного и спинного мозга, понятие о рефлекторной сферы, поражения двигательной сферы и патология двигательных расстройств, пути чувствительных путей и семиотика поражения чувствительной сферы.

Подробно рассматривается функция черепно-мозговых нервов и патология поражения функции черепно-мозговых нервов. Отдельная глава посвящена параклиническим методам исследования как, электроэнцефалография, коронграфия, люмбальная пункция, компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Третья глава посвящена принципам по уходу неврологических больных, а также подробно рассмотрены этиология, патогенез, принципы лечения дисциркуляторных энцефалопатий, вопросы хронической ишемии мозга, острых нарушений мозгового кровообращения. Рассмотрены воспалительные заболевания нервной системы, проблема эпилептической болезни и судорожного синдрома, а также принципы ухода неврологических заболеваний.

This textbook provides data on neuroanatomy and physiology of the nervous system, the structure of the brain and spinal cord, the concept of the reflex sphere, damage to the motor sphere and the pathology of movement disorders, pathways of sensory pathways and semiotics of damage to the sensitive sphere.

The function of the cranial nerves and the pathology of damage to the function of the cranial nerves are discussed in detail.

A separate chapter is devoted to paraclinical research methods such as electroencephalography, coronography, lumbar puncture, computer tomography and magnetic resonance imaging.

The third chapter is devoted to the principles of care for neurological patients, and also discusses in detail the etiology, pathogenesis, principles of treatment of discirculatory encephalopathies, issues of chronic cerebral ischemia, acute cerebrovascular accidents.

Inflammatory diseases of the nervous system, the problem of epileptic disease and convulsive syndrome, as well as the principles of care for neurological diseases are considered.

MUNDARIJA

I Bo'lim. Nevrologiya tarixi va asoslari.	
(Nerv sistemasi anatomiyasi va fiziologiyasi.)	
Kirish.	12
1. Bosh va orqa miya klinik neyroanatomiyasi.	16
2. Reflektor va harakat sferasi. Harakat yo'lining tuzilishi. Markaziy va periferik falajlik. Harakat buzilishlarining semiotikasi.	27
3. Sezgi sferasi. Sezgi yo'lining tuzilishi. Sezgi buzilishlarining semiotikasi.	32
4. Bosh miya nervlari. Bosh miya nervlari tuzilishi, vazifalari. Shikastlanish sindromlari.	36
5. Markaziy va periferik nerv sistemasi shikastlanish sindromlari.	41
II Bo'lim. Nevrologik bemorlarni tekshirish va davolashning asosiy tamoyillari.	
6. Nevrologik bemorlarni tekshirish.	49
7. Bosh miya nervlari faoliyatini tekshirish usullari.	49
8. Reflektor – harakat funksiyasini tekshirish.	51
9. Ixtiyorsiz harakatlar.	53
10. Harakat kordinasiyasi.	53
11. Sezuvchanlikni tekshirish.	54
12. Oliy nerv faoliyatini tekshirish.	54
13. Paraklinik tekshirish usullari: Elektroensefalografiya, koronarografiya, lyumbal punksiya, kompyuter va magnit – rezonans tomografiya.	51
14. Nevrologik kasallarni davolashni asosiy tamoyillari.	52
III. Bo'lim. Nevrologik bemorlarni asosiy parvarishlash tamoyillari.	
15. Nevrologik bo'limida xamshiraning ishi.	60
16. Nevrologiyada xamshira jarayoni.	62
17. Nevrologik bemorlarni parvarish qilishni asosiy qoidalari.	65
18. Harakat buzilishlari bilan bemorlarni parvarish qilish	66
19. Yotoq yara profilaktikasi	66
20. Zotiljam profilaktikasi	67
21. Kontraktura profilaktikasi	67
22. Bemorlarni ovqatlantirish	68

23.	Tos a'zolar faoliyatini nazorat qilish	68
24.	So'zlashuv muloqoti buzilgan bemorlarni parvarish qilish	69
IV Bo'lim. 5.1 Miyada qon aylanishining buzilishi		
15.	Miyada qon aylanishining buzilishi	70
16.	Miyada qon aylanishi yetishmovchiligining dastlabki belgilari	70
17.	O'tuvchi miyada qon aylanishi buzilishi	71
18.	Insult	73
19.	Gemorragik insult. Bosh miyaga qon quyulishi	76
20.	Ishemik insult (miya infarkti)	78
21.	Erta insult o'tkazgandan keyingi holat.	83
22.	Vertebro-bazilyar yetishmovchilik	84
23.	Surunkali avjlanuvchi miya qon aylanishini buzilishi	84
24.	Spinal qon aylanishning buzilishi	85
V Bo'lim. Markaziy asab tizimining yallig'lanish kasalliklari.		
25.	Asab tizimining yuqumli kasalliklari – meningokok va tuberqo'lez meningitlari, poliomyelit, talvasa sindromi..	90
26.	Meningitlar	90
27.	Meningitlar.	84
28.	Araxnoidit	88
29.	O'tkir serozli meningit	97
30.	Bosh miya o'tkir yuqumli kasalliklari (ensefalit)	100
31.	Miyelit	104
32.	Poliomyelit	105
33.	Neyrorevmatizm	106
34.	Neyrosifilis	107
VI. Bo'lim. Tutqanoqlar		
26.	Epilepsiya, ta'siri. Djekson epilepsiyasi	109
27.	Epileptik tutqanoqlar klassifikatsiyasi	111
28.	Tutqanoqlar.	114
29.	Umurtqa osteoxondrozini nevrologik ko'rinishi	109
30.	Tunel sindromlari.	113
I Bo'lim. Nevrologiya tarixi va asoslari.		
(Nerv sistemasi anatomiyasi va fiziologiyasi.)		
	Kirish.	11
1.	Bosh va orqa miya klinik neyroanatomiyasi.	13
2.	Reflektor va harakat sferasi. Harakat yo'lining tuzilishi. Markaziy va periferik falajlik. Harakat buzilishlarining	22

semiotikasi.	
3. Sezgi sferasi. Sezgi yo'lining tuzilishi. Sezgi buzilishlarining semiotikasi.	27
4. Bosh miya nervlari. Bosh miya nervlari tuzilishi, vazifalari. Shikastlanish sindromlari.	31
5. Markaziy va periferik nerv sistemasi shikastlanish sindromlari.	37
II Bo'lim. Nevrologik bemorlarni tekshirish va davolashning asosiy tamoyillari.	
6. Nevrologik bemorlarni tekshirish.	44
7. Bosh miya nervlari vazifalarini tekshirish.	45
8. Reflektor – harakat funksiyasini tekshirish.	46
9. Ixtiyorsiz harakatlar.	48
10. Harakat kordinasiyasi.	48
11. Sezuvchanlikni tekshirish.	43
12. Oliy nerv faoliyatini tekshirish.	49
13. Paraklinik tekshirish usullari: Elektroensefalografiya, koronarografiya, lyumbal punksiya, kompyuter va magnit – rezonans tomografiya.	51
14. Nevrologik kasallarni davolashni asosiy tamoyillari.	52
III. Bo'lim. Nevrologik bemorlarni asosiy parvarishlash tamoyillari.	
15. Nevrologik bo'limida xamshiraning ishi.	54
16. Nevrologiyada xamshira jarayoni.	56
17. Nevrologik bemorlarni parvarish qilishni asosiy qoidalari.	60
18. Harakat buzilishlari bilan bemorlarni parvarish qilish	60
19. Yotoq yara profilaktikasi	61
20. Zotiljam profilaktikasi	61
21. Kontraktura profilaktikasi	62
22. Bemorlarni ovqatlantirish	62
23. Tos a'zolar faoliyatini nazorat qilish	63
24. So'zlashuv muloqoti buzilgan bemorlarni parvarish qilish	63
IV Bo'lim. 5.1 Miyada qon aylanishining buzilishi	
15. Miyada qon aylanishining buzilishi	64
16. Miyada qon aylanishi yetishmovchiligining dastlabki belgilari	65
17. O'tuvchi miyada qon aylanishi buzilishi	65
18. Insult	67
19. Gemorragik insult. Bosh miyaga qon quyulishi	70
20. Ishemik insult (miya infarkti)	72

21. Erta insult o'tkazgandan keyingi holat.	76
22. Vertebro-bazilyar yetishmovchilik	77
23. Surunkali avjlanuvchi miya qon aylanishini buzilishi	79
24. Spinal qon aylanishning buzilishi	79
V Bo'lim. Markaziy asab tizimining yallig'lanish kasalliklari.	
25. Asab tizimining yuqumli kasalliklari – meningokok va tuberqo'lez meningitlari, poliomiyelit, talvasa sindromi..	80
26. Meningitlar	81
27. Meningitlar.	84
28. Araxnoidit	88
29. O'tkir serozli meningit	90
30. Bosh miya o'tkir yuqumli kasalliklari (ensefalit)	91
31. Miyelit	96
32. Poliomiyelit	97
33. Neyrorevmatizm	98
34. Neyrosifilis	100
VI. Bo'lim. Tutqanoqlar	
26. Epilepsiya, ta'siri. Djekson epilepsiyasi	101
27. Epileptik tutqanoqlar klassifikatsiyasi	103
28. Tutqanoqlar.	106
29. Umurtqa osteoxondrozini nevrologik ko'rinishi	109
30. Tunel sindromlari.	113

СОДЕРЖАНИЕ

I Глава. История и основы неврологии.

(Анатомия и физиология нервной системы)

Введение. 5	12
1. Клиническая нейроанатомия головного и спинного мозга.	16
2. Двигательная и рефлекторная сфера. Строение двигательной пути. Центральные и периферические парезы. Семиотика поражения двигательной сферы.	27
3. Чувствительная сфера. Строение чувствительных путей. Семиотика поражения чувствительной сферы.	32
4. Черепно мозговые нервы. Строение и симптомы поражения черепно мозговых нервов.	36
5. Синдромы поражения центральной и периферической нервной системы.	41

II Глава. Основные принципы диагностики и лечения неврологических больных.

6.	Обследование неврологических больных.	49
7.	Исследование функции черепно мозговых нервов.	49
8.	Исследование двигательной и рефлекторной сферы.	51
9.	Непроизвольные движения.	53
10.	Координация движений.	53
11.	Исследование чувствительности.	54
12.	Исследование высшей нервной системы.	54
13.	Параклинические методы исследования : электроэнцефалография, коронография, люмбальная пункция, компьютерная и магнитно-резонансная томография.	51
14.	Основные принципы лечения неврологических больных.	52

III. Глава. Основные принципы ухода за неврологическими больными.

15.	Функция медицинской сестры неврологического отделения.	60
16.	Процесс медсестерства в неврологическом стационаре.	62
17.	Основные правила ухода за больными.	65
18.	Уход больных с поражением двигательной системы	66
19.	Профилактика пролежней	66
20.	Профилактика пневмонии	67
21.	Профилактика контрактур	67
22.	Правила кормления больных	68
23.	Контроль функции тазовых органов	68
24.	Уход за больными с нарушением речевой деятельности	69

IV Глава. Острое нарушение мозгового кровообращения

15.	Нарушение мозгового кровообращения	70
16.	Начальные признаки недостаточности мозгового кровообращения	70
17.	Переходящее нарушение мозгового кровообращения	71
18.	Инсульты	73
19.	Геморрагический инсульт	76
20.	Ишемический инсульт	78
21.	Состояние после перенесенного инсульта.	83
22.	Вертебро- базилярная недостаточность	84
23.	Хроническая ишемия мозга	84
24.	Нарушение спинального кровообращения	85

V Глава. Воспалительные заболевания центральной нервной системы

25. Инфекционные заболевания нервной системы — 90 менингококковый и туберкулезный менингит, полиомиелит, судорожный синдром.	
26. Инфекционный менингит	84
27. Туберкулезный менингит.	88
28. Арахноидит	97
29. Серозный менингит	100
30. Энцефалит	104
31. Миелит	105
32. Полиомиелит	106
33. Нейроревматизм	107
34. Нейросифилис	90

VI Глава. Судороги

26. Эпилепсия, Джексоновская эпилепсия	109
27. Классификация эпилепсии	111
28. Судороги.	114
29. Неврологические проявления остеохондроза	109
30. Туннельные синдромы .	113

TABLE OF CONTENTS

Section I. History and basics of neurology.

(Anatomy and physiology of the nervous system.)

Introduction. 5	12
1. Clinical neuroanatomy of the brain and spinal cord.	16
2. Reflector and motion sphere. The structure of the traffic path. Central and peripheral paralysis. Semiotics of movement disorders.	27
3. The sphere of perception. The structure of the sensory pathway. Semiotics of sensory disorders.	32
4. Cranial nerves. Structure and functions of cranial nerves. Injury syndromes.	36
5. Syndromes of central and peripheral nervous system injuries.	41
Section II. Basic principles of examination and treatment of neurological patients.	
6. Examination of neurological patients.	49
7. Examination of the functions of the cerebral nerves.	49

8. Reflector - check the movement function.	51
9. Involuntary actions.	53
10. Coordination of movement.	53
11. Sensitivity check.	54
12. Check for high nerve activity.	54
13. Paraclinical examination methods: Electroencephalography, coronary angiography, lumbar puncture, computed tomography and magnetic resonance imaging.	51
14. Basic principles of treatment of neurological patients.	52
III. Section. Basic principles of care of neurological patients.	
15. The work of a nurse in the neurology department.	60
16. The nursing process in neurology.	62
17. Basic rules of care of neurological patients.	65
18. Care of patients with movement disorders	66
19. Bed wound prevention	66
20. Pneumonia prophylaxis	67
21. Contract prevention	67
22. Patient nutrition	68
23. Control of pelvic organs	68
24. Care of patients with impaired communication	69
Section IV. Disorders of blood circulation in the brain	
25. Circulatory disorders in the brain	70
26. Early signs of cerebral circulatory failure	70
27. Transition circulatory disorders in the brain	71
28. Stroke	73
29. Hemorrhagic stroke. Cerebral hemorrhage	76
30. Ischemic stroke (cerebral infarction)	78
31. The condition after an early stroke.	83
32. Vertebro-basilar insufficiency	84
33. Chronic cerebral circulatory disorders	84
34. Spinal circulatory disorders	85
Section V. Inflammatory diseases of the central nervous system	
26. Infectious diseases of the nervous system - meningococcal and tuberculous meningitis, polio, convulsive syndrome.	90
27. Meningitis	90
28. Meningitis.	84
29. Arachnoiditis	88

30.	Acute serous meningitis	97
31	Acute infectious diseases of the brain (encephalitis)	100
32	Myelitis	104
33	Poliomyelitis	105
34	Neuroreumatism	106
35	Neurosyphilis	107
VI. Section. Seizures		
36	Epilepsy, effects. Jackson epilepsy	109
37	Classification of epileptic seizures	111
38	Seizures.	114
39	Neurological manifestations of spinal osteochondrosis	109
4	Tunnel syndromes.	113

KIRISH

Kirish. Qisqacha tarixi, zamonaviy nevrologiya yutuqlari va istiqboli nerv sistemasi funksiyasi va tuzilishii tamoyillari.

Asab kasalligi – tibbiyotning bir qismi bo'lib, nerv sistemasi kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinik ko'rinishini o'rganadi va uning diagnostik metodlari, davosi va profilaktikasini ishlab chiqadi.

Nervopatologiya – nerv sistema kasalliklari haqidagi fan. U nerv sistemasining harakat, sezuvchanlik, sezgi organlar funksiyasi buzilishi, nutq buzilishi bilan ifodalanuvchi jaroxatlarni o'rganadi va nerv kasalliklarining diagnostik metodlari, davosi va profilaktikasini ishlab chiqadi.

Nervopatologiya ilmi asosan tibbiy xizmatchilarga zarur va ayrim hollarda oliy ma'lumotli tibbiyot xamshiralari uchun davolash profilaktika ishlarini bajarishda nafaqat samarali, balki bemorlarda turli kasalliklarda paydo bo'ladigan asabiy - ruxiy buzilishlarni aniqlash zarur. Menimcha bunda tibbiyot xamshiralari bemorlarni parvarish qilishni tashqil etishlari, xamshiralik jarayoni etaplarini xujjatlashirishi va zarur hollarda vrachgacha yordam ko'rsatishlari kerak.

Tibbiyot xamshirasi ta'limi darajasiga qo'yilgan zamonaviy talab tibbiyot xamshiralari fikrlash madaniyatini oshirishini, ilmiy bilim tasavvuri doirasining kengayishini, psixologiya asoslarini bilishini, kommunikasion amaliyotini maxorat bilan egallashni talab etadi.

Nerv sistemasi kasalliklari haqidagi ilk ma'lumotlar eng qadimgi yozma manbalarda uchraydi. Bundan 3 ming yil avval Misr papiruslarida falajlik, sezgi buzilishi haqida bitilgan.

Gippokrat, Roziy, Ibn Sino ilmiy asarlarida turli-tuman nevrologik kasalliklar klinik ko'rinishlari, ularning diagnostik metodlari va davosi tasvirlangan. Allakachon o'sha zamonlarda bosh miya kasalligi (epilepsiya, migren) alohida holat sifatida yaxshi ifodalangan.

Klavdiy Galen (1129 atrofida – 1201) - atoqli va xaqiqatgo'y vrach – 400 ilmiy maqolalar yozgan. Olim tajribalarini maymunlarda o'tkazgan va birinchi bo'lib markaziy nerv sistemasi haqidagi muxim

ma'lumotlarni tasvirlagan, ayrim hollarda 4 yo'nalishda ko'ruv va eshituvni bevosita munosabatini o'rgangan. U shuningdek adashgan va boshqa bosh miya nervlarini tasvirlagan.

Galen ruxiy kechinmalar, sezgi va harakat yurakdan emas balki markaziy nerv sistemasi orqali boshqarilishini tajribada isbotlagan.

Ammo, nevrologiya rivojlanishi nerv sistemasining tekshiruv metodlari mukammalligi va ko'rinishi bilan bog'liq. O'rta asrlarda *D.M. Morgani* va *G. Villiziy* miyaning tegishli strukturalaridagi buzilishlarni aniqlashga erishdi. Nerv sistemasining morfologiyasini rivojlanishiga *Andrey Vizaliy*, *Yakob Silviy*, *Qonstansio Varoliy* muxim xissasini qo'shgan. XVIII – asr nevrologiya rivojlanish davri xisoblanadi. Nerv sistemasi kasalliklari sindromlari va simptomlari haqidagi yangi ma'lumotlar paydo bo'ldi. XIX- asr boshlarida xujayra tuzilishi nazariyasining paydo bo'lishi buyuk ixtiro bo'ldi. Bu vaktlarda qator olimlar (*Bes*, *Broun – Sekar*, *Darshkevich*) bosh va orqa miyaning turli tuzilmalarini aniqladi va tekshirdi.

1865 yil Parij kasalxonasi Salpetriyerda Jan Sharko ishlay boshladi. Oxirgi 10 yil ichida u kator kasalliklarni tarqoq skleroz, yonbosh amiotrofik skleroz, siringomiyeliya, isteriya va boshqalarni o'rgandi. Uning qo'l ostida Parij universitetida birinchi nevrologiya kafedrasini ochildi. Sharko klinik nevrologiya asoschisi xisoblanadi. XX – asrda nevrologiya va psixiatriya Pavlovning reflektor nazariyasi, kanadalik olim *G.Selyening* stresslar haqidagi qo'llanmalari asosida boyidi. Nevrologiya rivojlanishining asosiy yo'li Rossiyada o'tdi.

1869 – yil Moskva universitetida atoqli vrach, olim, pedagog *A.Ya.Kojevnikov* boshqargan 1-asab kasalliklari klinikasi, asab va ruxiy kasalliklar kafedrasini ochildi.

XIX asrda nerv sistema funksiyasi va stukturasini o'rganish metodlari jadal rivojlandi, nerv sistemasi fiziologiyasi o'rganildi. Nerv sistemasining fiziologiya yo'nalishining rivojlanishi *I.M. Sechenov*, *I.P. Pavlov*, *N.Ye. Vvedenskiy*, *A.A. Uxtomskiy* nomlari bilan bog'liq.

I.M. Sechenov (1829-1905) reflektor psixik faoliyat nazariyasi asoschisi xisoblanadi. U refleks – turli tashqi ta'ssurotlarga miyaning

universal javob reaksiyasi ekanligini ko'rsatadi. Ammo buyuk iste'dod egasi I.M. Sechenov shunday degan: inson psixik faoliyatining turli ko'rinishi – bu refleksdir, bu bosh miya reflektor faoliyatining to'liq formasi ochilgunga qadar ilmiy nazariya edi. Bu masalani I.P. Pavlov (1849-1936) va uning maktabdoshlari yechdi, oliy nerv faoliyati haqidagi bilimlari ustida ishladi. Nevrologiya sohasida erishilgan yutuqlar dastlab nerv sistema kasalliklari haqidagi bilimlar tibbiyotda mustaqil soha sifatida ajralib chiqishidir. Bu soha nevropatologiya deb nom oldi. Nevropatologiya yangi yutuqlari patologoanatomya sohasidan elektrofiziologiya shuningdek kasalliklarning klinik simptomlari ma'lumotlari asosida boyitiladi.

Buyuk namoyanda Moskva maktabi nevropatologi va psixiatri S.S. Korsakov (1854-1900) xisoblanadi. U psixiatriya yo'nalishidagi nozologiyalar asoschisi S.S. Korsakov 12 yil psixiatrik klinikada ishlab rus psixiatriyasini dunyo miqyosiga kutardi.

V.K. Rot (1848-1916) talantli klinisist-nevropatolog, mo'shak kasalliklarini samarali o'rganish bilan shugullandi. Uning «Mo'shaklar ko'rishi haqida» monografiyasi bu izlanishlarning umumlashmasi xisoblanadi. V.K. Rot o'sha vaktlarda mo'shak atrofiyasi formalarini aniq sistemalashtirdi.

G.I. Rossolimo (1860-1928) talantli klinisist bo'lishi bilan birga o'tkir vrach pedagog. Unga bolalar nevropatologiyasi, psixonevrologiya, med psixologiya kabi kator ishlar tegishli. *G.I. Rossolimo* sovet defektologiyasiga asos soldi. U moskvalik nevropatologlar va psixiatr jamoasining uzgarmas a'zosidan biri «S.S. Korsakov nomli Nevropatologiya va psixiatriya jumali» redaktori.

V.M. Bexterov XIX – asr buyuk olimlaridan biri, miya pustlogidagi alohida sohalarni kuzgatish va tormozlash metodlarini qo'llash bilan katta tajriba ishlarini olib bordi. U bosh miya pustlogida joylashgan funksiyalarida murakkab muommolarni yechishda katta xissa qo'shdi. V.M. Bexterov asabiy-ruxiy kasalliklarni gipnoz va ta'sir etish bilan davolashni o'sha paytlarda Rossiyada keng qo'llaganlardan biri

xisoblanadi. U alkogolizmni davolash maksadida kollektiv gipnoz metodini qo'llashni ishlab chiqdi.

O'zbekistonda nevropatologiya rivojlanishi buyuk olim – nevropatologlar akademik Raximjonov A.R. va akademik Madjidov N.M. lar nomi bilan bog'liq.

Sunggi yillarda nerv sistemasining infeksiyon zararlanishi chuko'r o'rganilmokda. Nerv sistemasining qon-tomir kasalliklari va nerv sistemasining yalliglanishi kasalliklari leptomeningit, meningoensefalit, epilepsiya va tutqanoq sindromlari, nerv sistemasining endogen intoksikatsiyasi profilaktikasi, davolash metodlari, klinik davosi asosi sinchiqlab tekshirildi.

Bo'lim I.

Nerv sistemasining funksional anatomiyasi va fiziologiyasi

Bo'lim 1.1. Bosh miya va orqa miyaning klinik neyroanatomiyasi.

Bosh miya nervlari. Tuzilishi, funksiyalari shikastlanish sindromlari tamoyillari.

Nerv sistemasining asosiy funksiyasi – doimiy tashqi muhit sharoitlari o'zgarib to'rgan sharoitda kechadi va fiziologik jarayonlarni nazorat qilish bilan xarakterlanadi. Nerv sistemasi oraliq tashqi muhitga moslashishini ta'minlaydi va barcha ichki jarayonlarni va ularni doimiyligini (gomeostaz) ni nazorat qiladi – masalan tana harorati, AKB, to'qimalarning va ularni kislorod bilan ta'minlashini boshqaradi.

Nerv sistemasi markaziy va periferik tuzilmalardan tashqil topgan. Markaziy nerv sistemaga bosh va orqa miya kiradi. Ularning 2 lasi xam bir biri bilan evolyusion fiziologik va funksional uzviy bog'liqdir, keskin chegarasiz birin- ketin keladi.

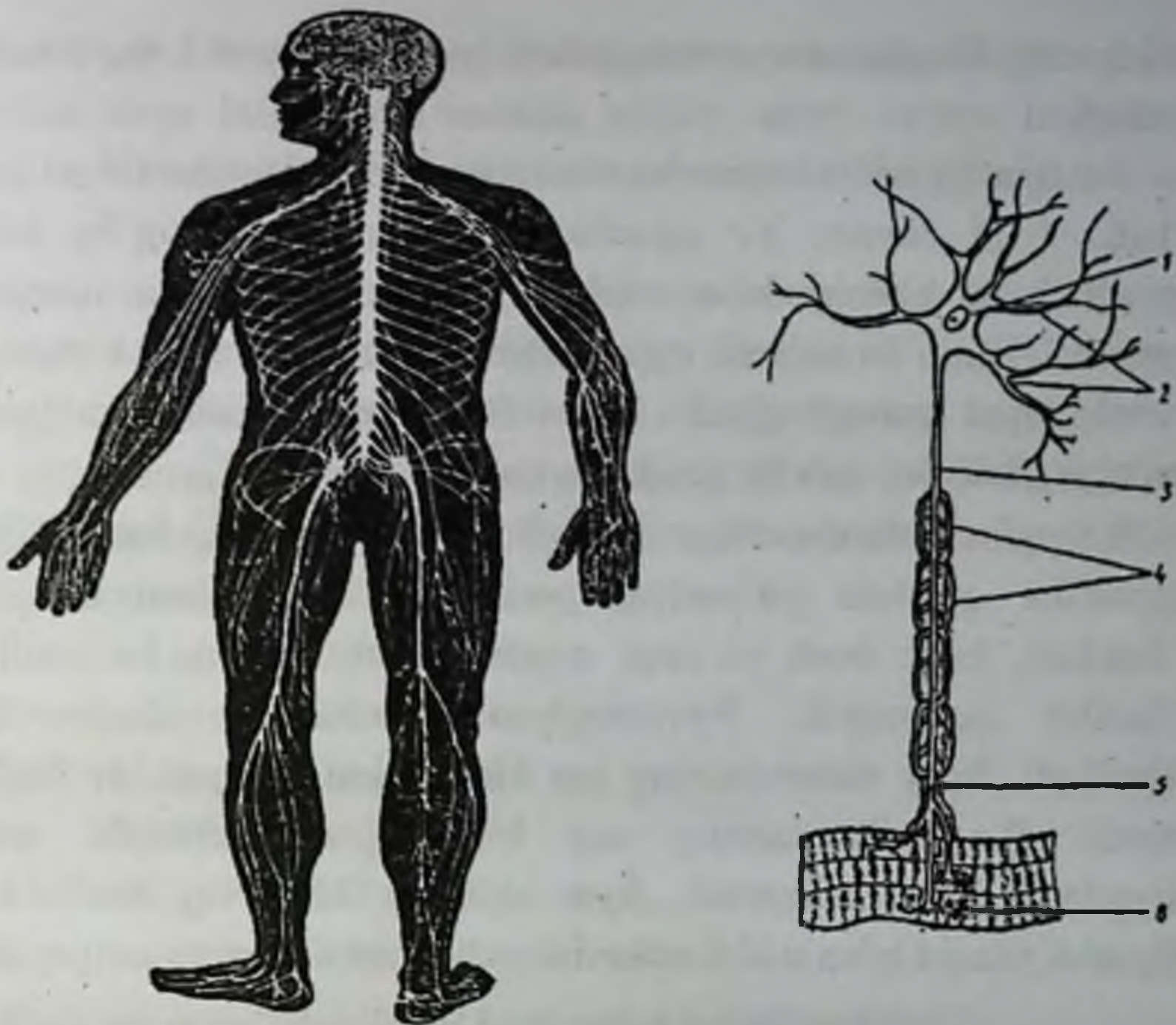
Periferik nerv sistemaga bosh miya, orqa miya nervlari va nerv shoxlari kiradi.

Neyron – nerv sistemasining asosiy struktura funksional birligidir, neyron tanasi yadro, yadrocha va ularning atrofida esa protoplazma mavjud. Neyronda bir necha dendrit va 1 ta markaziy akson farqlanadi.

Nervnaya sistema (sxematicheskoy izobrajeniyeye).

Nerv hujayrasini asosiy elementlari bo'lib:

1. *mitoxondriya* – uning energetik almashinuvini ta'minlaydi
2. *yadro, yadrocha* – sitoplzmatik to'r, ribosomalar oqsil sintezlash funksiyasini ta'minlaydi.
3. *lizosomalar va fagosomalar* – hujayra ichi oziqlanishining asosiy organellalari.
4. *akson, dendritlar* – va sinapslar alohida-alohida hujayralarning morfofunktsional bog'liqligini ta'minlaydi.



Sxema neyrona: 1 — telo neyrona; 2 — dend-rity; 3 — akson; 4 — miyeli-novaya obolochka; 5 — osevoy silindr; 6 — nervno-myshечный sinaps

Nerv hujayralarining bir-biri bilan o'zaro bog'liligi sinapslar yordamida amalga oshadi. Impulslarning o'tkazilishi mediator ishtiroqida bo'ladi. Xozirgi paytda neyromediatorlarning 30 xili ma'lum (asetilxolin, serotonin, dofamin, noradrenalin, gamma-aminomoy kislota va boshqalar). *Nerv sistemasida impulslar hujayralarning dinamik polyarizasiya qonuniga mos xolda o'tkaziladi. Nerv impulslari nerv xujayrasining dendritlari bilan qabo'l qilinadi va ularning nerv hujayrasi tanasiga uzatiladi va akson tomon beriladi.*

Dendritlarning asosiy funksiyasi bu impulslarni nerv hujayrasi tanasiga o'tkazishdir. Akson esa hujayra tanasidan olib ketadi. Shundan kelib neyron bir necha "kirish" va 1 ta "chiqish" yo'llariga ega. Bunday informatsiyani qabo'l qilish va o'tkazish faqat nerv sistemasiga xos

xususiyatdir. Bunda nerv sistemasidagi impulslar faqat 1 ta yo'nalishda uzatiladi.

Faoliyatiga ko'ra neyronlar sezuvchi, harakatlantiruvchi va aralash bo'ladi. 1 ta neyron bir qancha neyronlar bilan bog'liq bo'ladi. Neyronlarning bir-biri bilan zich tegib turish qismini sinaps deb nomlanadi. Biron funksiyani regulyasiya qiluvchi neyronlar kompleksini nerv sistemasi tashqil qiladi. Biron funksiya bajarishga moslashgan neyronlar xar doim xam bir joyda joylashmaydi.

Ko'pgina terapevtik, xirurgik va boshqa kasalliklarning diagnostika qilishda palpasiya, perkussiya, ausqo'ltasiyadan keng qo'llaniladi, lekin bosh va orqa miyaning tekshirishda bu usullardan qo'llanilib bo'lmaydi. Nevrologiyada funksional diagnostikadan qo'llaniladi. Nerv sistemasining xar bir bo'limi ma'lum bir faoliyatni bajaradi. Bu bo'limlarning xar birining shikastlanishi ma'lum faoliyatlarni izdan chiqaradi. Agar shifokor MNSning tuzilishini va faoliyatini yaxshi bilsa u shikastlanish uchog'ini osongina aniqlaydi.

Bosh miya

Bosh miya miya qutisida joylashgan bo'lib, uning og'irligi 1300 dan 2600 gr oralig'i hisoblanadi. Tashqi tarafdan bosh miya 3 ta parda bilan uralgan – qattiq parda (dura mater), qon tomirli (pia mater) va o'rgimchaksimon (arachnoidea). Bosh miyaning 3 ta yuzasi mavjud: tashqi, asosiy-bazal va medial yuzalardir.

Bosh miya yarim sharlari bir biri bilan qadoqsimon tana bilan bog'lanib turadi. Bosh miyada quyidagi 4 ta qismlardan – peshona, ensa, tepa, chakkadan tashqil topgan. Bosh miyaning yuzasida egatlar bo'lib, u miya yuzasini kattalashtiradi. Tashqi, ya'ni qonveksital yuzadagi eng katta egat markaziy roland egati bo'lib, u peshona qismini chakka qismidan ajratib turadi. Silviyev egati tepa bo'lagini peshona va chakka bo'lakdan ajratib turadi.

Ensa chakka egati (g. oxipitalo-temporalis) chakka bo'lagining ensa bo'lagidan ajratib turadi.

Bosh miya asosida paragippokamp, kamar va til egriliklari mavjud. Shu bilan birga bosh miya asosida xidlov nervi, ko'ruv kesishmasi (xiazma optikum) so'rg'ichsimon tana – corpus mamillaria ko'rinib turadi.

Bosh miya po'stloq qismi organizmning hamma faoliyatini boshqarish sohasi hisoblanadi. I.P.Pavlov fikriga ko'ra – bosh miya po'stlog'i analizatorlari kompleksi va ularning miyadagi tugal qismlari bo'lib hisoblanadi. Po'stloq yupqa qo'lrang moddadan tashqil topgan bo'lib, uning qalinligi 1 dan 3-4 mmgacha bo'ladi. U quyidagi qavatlardan tashqil topgan:

1. moleqo'lyar
2. tashqi donador qavat
3. tashqi piramidal qavat
4. ichki donador qavat
5. ichki piramidal qavat
6. multiform plastinka

Bosh miya po'stlog'idagi faoliyatlar lokalizatsiyasi.

Peshona bo'lagi po'stlog'ida markaziy egatdan oldinda ixtiyoriy harakatlar zonasi joylashgan. Ko'pgina po'stloq zonalari juft bo'lib, ular ikkala yarim sharlarda simmetrik joylashadi, lekin bundan tashqari miyada juft bo'lmagan markazlar ham mavjud. Bo'larga nutq, o'qish, yozish, sanash markazlari hisoblanadi. Bu markazlar dominant, ya'ni yetarlicha rivojlangan yarim sharda joylashadi. Ko'pchilik odamlarda bu markazlar chap yarim sharda joylashadi. O'ng yarim sharlari rivojlangan shaxslar ko'proq kuch sarflanuvchi ishlarni chap qo'lda qiladilar, ya'ni chapaqay hisoblanadi. O'ta murakkab ruxiy funksiyalar po'stloqning katta zonalari faoliyati hisobiga amalga oshib, po'stloqdagi bu zonalarni ajratish qiyin. Bu faoliyatlarning butun bo'lib miya po'stlog'i amalga oshiradi. Bosh miya po'stlog'ining maydonlari topografiyasini va ularning shikastlanish belgilarini to'liq ko'rib chiqamiz. Ma'lumki, oldingi markaziy egrilikdan orqada xar bir yarim sharlarda 6 ta proyeksion zonalar mavjud.

Harakat analizatorlarining pustlokk markazi.

Bu markaziy burmaning Bortman buyicha 4,5 – maydonlariga to'g'ri keladi. Bu markaz jo'ft bo'lib ikkalayarim sharda ham o'chraydi. Markaziy oldingi burma periferiya bilan o'tkazuvchi yo'llar bilan bog'langan. O'tkazuv yo'llari o'zaro kesishgan bo'lib bitta yarim shar tananing qarama-qarshi tomonlarini boshqaradi.

Markaziy egrilikni patologik jarayonlar bilan shikastlanishi natijasida tananing ma'lum qismlarida kionik sudorchilar paydo bo'ladi. Ma'lum qismlarning ta'sirlanishi natijasida markaziy yoki gemiparalich rivojlanadi. Bunda asosan oyoq va qulda o'zgarishlar bo'ladi.

Sezgi analizatorini po'stloq qismi – orqa markaziy egrilik.

Brodman bo'yicha 1,2,3 va undan tashqari tananing 5,7 jo'ftlariga to'g'ri keladi. Sezgi analizatori qanchalik yuqori joylashsa shunchalik tananing pastki qismlarini boshqaradi.

Ko'pgina nervlar bilan ta'minlangan a'zolar – til, kaft, bilaklarni boshqaruvchi markazlar ko'p qismni egallaydi.

Orqa markaziy egrilik periferik qismlar bilan og'riq, tempratura, taktil, mo'shak bo'g'im sezgi yo'llari orqali bog'lanadi.

Sezgi yo'llari o'zaro kesimi natijasida orqa egrilik tananing qarama qarshi tomonlarni boshqaradi.

Patologik jarayonlarnatijasida parasteziyalar, djekson tutqanoqlari yuzaga keladi.

Ko'ruv analizatorining po'stloq markazi – Ensaning medial qismini 17 – maydoniga to'g'ri keladi – shikastlanishidan gomotik gemponopsiya (yarim ko'rish) qarama qarshi ta'rafida rivojlanadi.

2 tomonlama shikastlansa to'liq ko'rlik rivojlanadi. Undan tashqari ko'ruv gamyutinasiyalari, fotopsiyalar kuzatiladi.

Bundan tashqari 18,19 – maydonlar ham ko'ruv markaziga kiradi. Bu markazlarda agnaziya rivojlanadi.

Eshituv analizatorlari po'stloq markazi – yuqori chakka egriligi – Geshli egriligi 22,42 maydonlar – Salvi egatchasidan pastroqda. Markazlarni ta'sirlanishi natijasida eo'itish galyutinasilari – xushtak,

shovqin va boshqalar kuzatiladi. Karlik, bir tomonlama karlik rivojlanadi.

Xid va ta'm sezish analizatorlari – bosh miya limbik qismining medial sohaga ya'ni gippokalip ilmog'i va ammon shoxchaga to'g'ri keladi.

Ta'sirlanishidan ta'm va xid sezish buziladi. Proyeksion zonalar orasida assosiativ zona joylashgan bo'ladi. Bosh miya sosida miya ustuni ko'rinadi. Ustuniga miya oyoqchalari, Varaliyev kuprigi, uzunchoq miya, miyacha va to'rt tepalik joylashgan.

Miya asosi miyaning asosiy qismi hisoblanadi undan nafas, yurak – qon tomir boshqaruvchi markazlar joylashgan. Miya asosidan barcha o'tkazuv yo'llar o'tadi. Miya asosidan 12 jo'ft nerv boshlanadi.

Miya qorinchalari.

Miya qorinchalari – Ularga periferik va III, IV qorinchalar kiradi.

Chetki qorinchalar yarim sharlar chuqrligida joylashgan, uni tubida qon tomirlar tutamlari joylashgan bo'lib ularda orqa va bosh miya suyuqligi ishlab chiqariladi.

Qorinchalararo teshik orqali chetki qorinchalar III qorincha bilan bog'lanadi. III qorincha ko'ruv dumboqlari joylashgan. Vodopravod orqali IV qorincha bilan bog'lanadi. Uni tubida rombsimon chuqurcha joylashgan unda bosh miya nervlarining yadrosi joylashgan. Qorinchalar sistemasidagi patologiyalarda likvar aylanishi, bosh og'rig'i gidrosefal sindrom rivojlanadi.

Bosh va orqa miya pardalar.

Bosh va orqa miya pardalar – bosh va orqa miyada 3 ta qattiq, to'rsimon va yumshoq pardalar mavjud. Pardalar miyani xar xil ta'sirlardan saqlaydi. Qattiq miya pardasi o'simtalari va sesternalarmexaniq tayasirlardan saqlaydi.

To'rsimon va yumshoq miya pardalari suyuqlik aylanishini miya tuqimasini oziqlanishini ta'minlaydi.

Qattiq miya pardasi.

Qattiq miya pardasi - miyani tashqi pardasi hisoblanadi va 2

qavatdan iborat. Tashqi qavati kalla suyagini ichki pardasini, ichki qavati fibroz tuqimalardan iborat bo'lib miyani bevosita qoplaydi.

Kalla suyagini ichida bu 2 qavat qo'shilib bosh miya o'rog'i (Falx cerebelli), miyacha urog'i (Falx cerebelli), miyacha chodiri (tentorium cerebelli), egar diafragmasi (duafragma sellae), ularni o'zaro ajralgan joylari sinuslarni xosil qiladi.

Eng kattalari yuqori va pastki sagittal, ko'ndalang va to'g'ri sinuslardir. Bo'lar orqali venoz qon ichki bo'yintiriq venasiga quyiladi.

To'rsimon parda.

To'rsimon parda – qattiq miya pardasi ostida joylashgan va undun subdural bo'shliq bilan ajralgan. Bu parda ostida subaraxnoidal bo'shliq joylashgan, unda orqa miya suyuqligi joylashadi. Shu bo'shliq xar xil joylarida sistemalar hosil qiladi. Likvor subaraxnoidal bo'liq to'rsimon va yumshoq pardalar orasida sirqo'lyasiyalanadi.

Qattiq parda umurtqa pog'onasini epidural bo'shliq bilan ajralgan. O'rta va to'rsimon pardalar qattiq pardadan subdural bo'shliq bilan yumshoq parda esa to'rsimon osti bilan (ot dumi sohasida) terminal qorinchani va u orqa miya suyuqligi bilan to'lgan bo'ladi.

Orqa miya suyuqligi.

Orqa miya suyuqligi miya qorinchalaridagi tomirlar chiqadigan. Yon qorinchalaridan likvor III chi qorinchaga undan silviyev yo'li bo'yicha IV chi qorinchaga va undan miya va orqa miya to'rsimon osti bo'shlig'iga o'tadi. Suyuqlik uzluqsiz sutkasiga taxminan 600 ml ishlab chiqariladi va uzluqsiz asosan venoz sistema orqali ajraladi.

Likvor qisman limfa sistemasi orqali so'riladi. Likvor harakati tomirlar pulsasiyasi nafas, bosh va tana harakati yordamida amalga oshiriladi. Orqa miya suyuqligi tarkibiga kiradi: suv, hujayralar, limfositlar, oqsil, glyukoza, xloridlar, elektrolitlar, mikroelementlar, vitaminlar, gormonlar.

Normada likvor tiniq, rangsiz miqdori katta odamda 120-150 ml, sitozi (limfositlar) 7-12 ta 1 mkl; glyukoza 0.5-0.8 g/l, oqsil miqdori 0.12-0.33 g/l, bosimi 200 ml suv.ust. (yonbosh holatda).

Orqa miya suyuchligining fiziologik ahamiyati turli tuman. Avvalambor u miyani gidravlik yostig'i hisoblanadi va miyani chayqalishidan mexanik himoya qiladi. Shuningdek u moddalar almashinuvida qatnashadi, bosh miya orqa miyaga oziqlantiruvchi mahsulotlarni yetkazadi va ulardan almashinuv mahsulotlarini olib chiqadi; elektrolit balansni saqlaydi va miya ichki muhitini turg'unlashtiradi.

Gematoensefalik to'siq.

MNS qon tomirlarning o'ziga xos xususiyati shundaki ular astrositlar bilan izolirlangan bo'ladi va ularni tomirlari orqali yirik moleqo'lyar o'ta olmaydi, faqatgina gazlar va mayda moleqo'lyali oziqlantiruvchi moddalar kiradi. Bu chegaralanish gematoensefalik to'siq nomini olgan. Shuningdek miyadan qonga moddlarni o'tishi chegaralangan. Gematoensefalik to'siqni shikastlanishi miya faoliyatining og'ir buzilishi olib keladi.

Nerv sistemasining qon bilan ta'minlanishi.

Bosh miya qonli ikkita juft magistral tomirlardan: umurtqa va ichki uyqu arteriyasidan oladi. Umurtqa arteriyasi o'mrov osti arteriyasini tarmog'i hisoblanadi. U bosh miya chanog'iga umurtqalarning qo'ndalang usishi teshigi orqali yo'naladi va katta ensa teshigi orqali kiradi. Miya ustuni: sohasida umurtqa arteriyalari bitta umumiy usunga qo'yiladi. Ular 2 ta orqa miya arteriyasiga bo'linadi va o'rta miya, ko'prik, miyacha katta yarim sharlari ensa bo'lagini qon bilan ta'minlaydi. Bundan tashqari undan ikkita orqa miya arteriyasi (oldingi va orqa) ajraladi. Sanab o'tilgan arteriyalar vertebra-bazillyar qiladi. Karotit basseyni ichki uyqu arteriyasinnig tarmoqlaridan bo'ladi. Ichki uyqu arteriyasi umumiy uyqu arteriyasining tarmog'i hisoblanadi. U kalla bo'shliqiga ichki uyqu teshiklari orqali kiradi va bir nechta: ko'z arteriyasi, orqali qo'shuvchi va oldingi so'rg'ichsimon arteriyasi tarmoqlarni beradi.

Ichki uyqu arteriya oldingi va o'rta miya arteriyalariga bo'linadi. Oldingi miya arteriyasi peshona bo'lagining oldingi bo'limini va yarim

sharlar ichki yuzasini, o'rta miya arteriyasi peshonaya po'stloq qismining ko'p qismini tepa va ensa bo'laklarni po'stloq osti bo'laklarini va ichki kapsulani katta qismini qon bilan ta'minlaydi. Oldingi o'rta va orqa miya arteriyasi miyaga radial kiruvchi arteriyalar ustunimi boshlab beradi.

Ikkala oldingi miya arteriyalari oldingi qo'shuvchi arteriyalar xam birikadi. Orqa qo'shuvchi arteriyalar orqa va o'rta miya arteriyalarinin qo'shadi. Shunday qilib miya yarim sharlari ichki yuzasida turli xil tizim tomirlar o'zaro birikishi natijasidan katta miya arterial xolqasi yoki Villizev xalqasi xosil bo'ladi. U miya magistral tomirlarining birida qon oqishi buzilishida kollateral qon aylanish yuzaga kelishida katta rol o'ynaydi. Ichki uyqu yoki umurtqa arteriyalarining bir tomonlami beqilishi qarama-qarshi tomondagi villizev xalqasi tomoirlar tizimi yordamida kompensasiyalanadi. Po'stloqning qo'lrang moddasi oq moddaga nisbatan ko'proq qon bilan ta'minlanadi. Bosh miya orteriyalari oxirgi arteriyalar xisoblanmaydi chunki arteriolalar va venullalar o'zaro anastamoz xosil qiladi. Miya qattiq pardasi tashqi uyqu arteriyasi tarmoqlari orqali qon bilan ta'minlanadi.

Venoz qon oqimi tomirlar chigali va miyaning chuqur qismlaridan katta miya venasi (Galen venasi) orqali amalga oshadi va to'g'ri venoz sinusga qo'shiladi. Boshqa sinuslarga miya yuzagi venalari quyiladi. Qattiq miya pardasi sinusidan qon ichki bo'yin turuq venasi orqali va keyinchalik yuqori qovak venaga quyiladi.

Orqa miyani qon bilan ta'minlanishi.

Orqa miyani qon bilan ta'minlanishi oldingi va orqa orqa miya arteriyalari hisobiga amalga oshadi. Oldinig orqa miya arteriyalari uzunchoq miya asosida umurtqa arteriyalari chiqib orqa miya chegarasida bit ta toq orqa miya orteriyasiga qo'shilad va u orqa miya bo'ylab pastga yo'naladi. Orqa miya arteriyalari umurtqa arteriyalarining oldingiga nisbatan pastroqdan chiqadi va orqa miyaning orqa yuzassi bo'ylab pastga yo'nalad.

Orqa miyani arteriyalari qon bilan ta'minlanishi (ko'ndalang

kesim)

1. oldin orqa miya arteriyasi 2. baradovchataya arteriya 3. orqa orqa miya arteriyasi

4. aylanib o'tuvchi arteriya.

Oldingi va orqa orqa miya arteriyalariga aortadan segmentar tarmoqlar umurtqa arteriyalari tizimining tugun arteriyalari qo'shiladi.

Orqa miyaning arterial qon bilan ta'minlashida 3 ta basseyn farqlanadi:

1) yuqori (segmentlar S₁₀-T₃), umurtqa arteriyalaridan qon oladi

2) o'rta (T₄-T segmentlar), aortaning ildiz arteriyalari qon bilan ta'minlaydi

3) pastki (T₃-S segmentlar) Ita ildiz orarteriyasi Adam, kekich arteriyasi orqali qon bilan ta'minlaydi. U pastki qovurg'alari yoki bel aretriyasi tarmog'i hisoblanadi.

Venoz qon orqa miyadan bir xil nomlanadi arteriyalari bilan paralell ketuvchi venalar orqali oladi va umurtqa kanali venoz chigaliga quyiladi.

Tekshirish uchun savollar va topshiriqlar.

Nerv tizimini struktur birligi nima?

Nerv tizimini qanday vazifalari bajaradi?

Orqa miya tuzilishi?

Katta yarim sharlar bo'laklari va bosh miya qon bilan ta'minlash basseynlari sanab o'ting.

Gematoensefalik to'siqnin ahamiyami nimada?

Miyacha – muvozanat va harakatni koordinasiya qiladigan organ. Tananing tinchlikda va harakatdagi muovzatantini boshqaruvchi markaziy organ. Miyacha anatomik 2 ta yarim shardan va ularni birlashtiruvchi chuvlchangdan tuzilgan. Chuvulchang va miyacha yarim sharlari chuqur ko'ndalang yoriqlar bilan fragmentasiyalanadi. Miyacha oqa va qo'lrang moddadan tashqil topgan. Qo'lrang modda miyachaning po'stloqini xosil qiladi va joylashadi.

Orqa miyaning qo'lrang moddasi nerv hujayralarining yig'indisidan iborat va gorizontaal kesmada xuddi uchib ketayotgan kapalak yoki "N" rasmni eslatadi. Qo'lrang modda markazida tor markaziy kanal mavjud. Bu kanal ko'ndalang kesmani 2 ga, ya'ni oldingi qo'lrang bitishma va orqa qo'lrang bitishmaga ajratadi.

Orqa miyaning qo'lrang moddasidan tuzilgan oldingi shoxlar, yon shoxlar, orqa shoxlar taffovut qilinadi. Bu yerda harakatlantiruvchi piramida yo'lining 2- neyron xujayralari joylashgan. Orqa miya oldingi shoxlarining shikastlanishi periferik falajlik rivojlanishiga olib keladi va mo'shaklar atoniyasi, areffleksiyasi va atrofiyasiga olib keladi. Yon shoxlarda vegetativ trofik funksiyaga javob beruvchi hujayralar joylashgan. Yon shoxlar asosan orqa miyaning ko'krak qismida yaxshi rivojlangan. D₁-D₂ oralig'ida siliospinal simpatik markaz joylashgan, shu sohaning shikastlanishi Klod-Bernar-Gomer – yarim ptoz-mioz-enoftalm sindromini yuzaga keltiradi. Shunday qilib yon shoxlarning shikastlanishi vegetativ trofik buzilishlarga: og'riqsiz panarisiy, soch va timoqlarning to'qilishiga olib keladi. Orqa miyaning orqa shoxlarida yuqori og'riq sezgisining o'tkazuvchi yo'llarining 2 neyronlari joylashgan. Ularning shikastlanishi sezgining segmentar buzilishlariga olib keladi, chuqur sezgi saqlanib qolgan bo'ladi.

Orqa miyaning ok moddasi o'tkazuvchi yo'llardan tashqil topgan bo'lib, oldingi, yon, orqa ustunlarga bo'linadi. Oldingi ustundan kesishmagan piramida yo'li, ekstrapiramida yo'llari utadi. Yon ustundan yukoriga kutariluvchi va pastga tushuvchi yo'llar utadi. Orqa ustundan yukoriga kutariluvchi yo'llar utadi.

Orqa miyaning alohida segmentlari orasida zich bog'lanishlar bo'lib, ular maxsus assosiativ xujayra va tolalar tomonidan amalga oshiriladi. Bu apparatga orqa miyaning xususiy apparati deyiladi.

Orqa miyaning xar bir segmenti uz tomonining ma'lum bir qismini innervasiya qiladi: teri-dermatoma, mo'shak-miotoma, ichki organ – splanxlotoma. Bunday kesma metomer deb aytiladi.

1.2. Bo'lim. Reflektor sfera va harakat sferasi. Harakat yo'llari tuzilishi. Markaziy, periferik falajliklar. Harakat sferasi shikastlanishi sindromlari.

Topografik nuqtai nazardan nerv sistemasi markaziy va periferik bo'limlarga bo'linadi. Markaziy bo'limga – bosh va orqa miya, periferik bo'limga- miya o'zaklari, gangliylar, chigallar, nerv va ularning tugal qismlari kiradi.

Refleks – ta'sirotda nisbatan javob reaksiyasi bo'lib, nerv sistemasi tomonidan amalga oshiriladi. Reflekslar oddiy reflektor yoy tomonidan amalga oshadi. Reflektor yoyida 3 ta qismi farq qilinadi:

1. reseptor, markazga intiluvchi, afferent
2. markaziy, efferent
3. oralik neyron

Reflektor yoy sxemasi;

1. qism -umurtqalararo tugunda joylashgan sezgi yo'lining 1 chi neyroni;
2. qism- orqa miyaning oldingi shoxida joylashgan kortikomusqo'lyar yo'lining 2 chi neyroni;
3. qism- qo'shimcha, oralik neyron.

Bu orqa miyaning xususiy segmentar apparatining faoliyatidir.

Reflekslar bo'linadi:

1. Shartsiz – tug'ma doimiy, nasliy yo'l bilan o'tadi, ularning yoylari tug'ilish momentiga to'g'ri kelib butun hayot davomida saqlanib qoladi. Lekin ular kasallik natijasida o'zgarishi mumkin.
2. Shartli reflekslar – individual rivojlanish jarayonida yangi ko'nikmalar sifatida yuzaga keladi, shartsiz reflekslar bazasida rivojlanadi.

Ta'sirlovchini ta'siri joyiga qarab qo'yidagi reflekslar farqlanadi:

1. Pay reflekslari
2. Periostal refleksi
3. Teri reflekslari:

- korin refleksi
- oyok-kaft refleksi
- kremaster refleksi
- 4. shilliq parda reflekslari:
 - qon'yuktival
 - korneal
 - yutkun.

Reflekslarni tekshirish metodikasi

Reflekslar patologiyasi.

Reflekslarni kiyimdan xoli qo'l va oyoqlarda tekshiriladi. Mo'shaklar bo'shashgan holda bo'lishi kerak.

Pay refleksi oshgan, sust yoki umuman bo'lmasligi mumkin. Xatto bitta refleksning oshishi patologiya borligidan dalolat beradi.

Agar bir tomondagi refleks ikkinchi tomondagiga qaraganda yuqori bo'lsa – bunga anizorefleksiya deyiladi.

Teri reflekslari pasayishi yoki yo'qolishi shu reflekslarning segmentar apparati shikastlanishi, yoki piramidal yo'li butunligining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Shilliq qavat reflekslari: korneal reflekslarning pasayishi yoki yo'qolishi uch shoxlik yuz nervi shikastlanganda yoki miya ustunidagi patologik o'zgarishlarda yuzaga keladi.

Patologik reflekslar. patologik reflekslar deb – sog'lom odamlarda fiziologik sharoitlarda mavjud bo'lmagan, piramida yo'llarning shikastlanishida aniqlanadigan reflekslarga aytiladi. Patologik reflekslar – bukuvchi va yozuvchi tipda bo'ladi. Yozuvchi tipdagi reflekslarga – Babinskiy, Oppengeym, Sheffer, Gordon reflekslari, bukuvchilarga – Rossolimo, Bexterev-Mendel, Jukovski reflekslari kiradi.

Harakatlantiruvchi sfera.

Ta'sirlovchiga javob efferent harakatlantiruvchi yo'llar tomonidan amalga oshiriladi. Agar bu javob shartsiz refleks xarakterida bo'lsa,

unda ularni orqa miyaning, miya ustunining, miyachaning, po'stloq osti ekstrapiramidal sistemaning boshlovchi yo'llari amalga oshiradi. Bunday harakatlarga ixtiyorsiz harakatlar deyiladi.

Agar javob shartli refleks xarakterida bo'lsa va po'stloq impulslari natijasida yuzaga kelsa, unda javob bosh miya po'stlog'idan boshlanuvchi yo'llar tomonidan amalga oshiriladi. Bu harakatlar ixtiyoriy harakatlar deyiladi.

Harakatlantiruvchi piramidal yo'l yoki ixtiyoriy harakat yo'li ikkala yarim sharlarning oldingi markaziy egriligidan boshlanadi. Birinchi neyronning uzun o'simtasi – akson, bosh miyaning oq moddasining, ichki kapsulaning orqa tizzchasining miya ustunidan o'tib, kesishma xosil qiladi. Keyin yo'l orqa miyaning yon ustunilaridan o'tib, uning oldingi shoxida tugallanadi. Bu yerda 2 chi periferik neyron joylashgan. Uning aksonlari oyoq va qo'llardagi mo'shaklarga yo'naladi va ularning innervasiya qiladi. Shunday qilib, oyoq va qo'l mo'shaklari karama-karshi yarim shardan ildizchalar, periferik nervlar orqali innervasiyalanadi.

Tekshirish metodlari.

1. Musqo'l atrofiyasini aniqlash uchun musqo'llar umumiy ko'rigi : psevdogipertrofiya, fibrilyar va fassiqo'lyar tortishuvlar.
2. Aktiv harakatlar xajmi.
3. Passiv harakatlar – harakat xajmi, aniqlangan qontraktura.
4. Musqo'llar kuchini aniqlash.
5. Musqo'llar tonusini aniqlash.
6. Giperkinezni aniqlash – tremor, xoreya, atetoz va boshqalar.
7. Kasalni yurish holatiga etibor berish – spastik, gemiparetik va paretik.

Harakat buzilishlari semiotikasi.

Piramida yo'lining jaroxatlanishi impuls utmasligi okibatida musqo'llar harakatda katnasha olmaydi – bu falajlik bo'ladi.

Plegiya – musqo'llarda impuls kelmasligi okibatida ular harakatda katnasha olmaydi.

Harakat butunlay yukolmasligi parez deyiladi.

Falajlik (parez) tarkalganligiga karab turlari:

1. monoplegiya (monoparez) – bitta qo'l yoki oyok harakatining buzilishi.
2. Paraplegiya (paraparez) – ikkita qo'l yoki ikkita oyok harakatining buzilishi.
3. Triplegiya (triparez) – ikkita qo'l va bitta oyokning harakati buzilishi.
4. Tetraplegiya (tetraparez) – ikkita qo'l va oyoklarning harakati buzilishi.
5. Gemiplegiya (gemiparez) – tanani yarim qismini harakatining buzilishi.

Markaziy (spastik) falajlik markaziy harakat neyronining xoxlagan sohasining jaroxati natijasida kuzatiladi. Falajlikka xos xarakterli belgilardan asosiylari bu- tonusning oshishi, pay va periostal reflekslarning oshishi va patologik reflekslarning paydo bo'lishidir.

Tizza kopkogi va tovonda patologik reflekslar rivojlangan.

Teri refleksleri yukolgan yoki susaygan. Patologik reflekslar paydo bo'lgan (Babinskiy, Oppengeym, Rossolimo).

Periferik falajlik (atrofik falajlik) periferik harakat neyronlarining jaroxatlanishi natijasida kelib chiqadi. Bu falajlik uchun muqo'llar tonusi susayishi (gipotoniya) yukolishi (atoniya) xarakterli, pay va periostal reflekslar susayishi yoki yukolishi (arrefleksiya), susayishi, musqo'llarda degenerativ uzgarishlar - atrotfiya, fibrilyar, va fassiqo'lyar tortilishlar xarakterli.

Bosh miya pustlogi harakat zonasining chandiklanish jarayonlari, miya pardalarining yalliglanishlarida, usmalarda va boshqa jaroxatlanishlarda tananing karama – karshi tomonlarida musqo'llar tortishish belgilari nomoyon bo'ladi. Jekson epilepsiyasi kuzatiladi. Bosh miya harakatlari zonasining usmalari natijasida ung tomon zararlansa chap tomon falajlanadi, bunda musqo'llar tonusi spastik tipda oshadi.

Orqa miya falajligi: Orqa miya zararlanishida markaziy va periferik falajlik uchrashi kuzatilishi mumkin.

Periferik falajlik – orqa miya oldingi shoxini jaroxatlanishidan kelib chiqadi. Markaziy falajlik orqa miya piramida yo'llarining jaroxatlanishi natijasida kelib chiqadi.

Bosh miya yarim sharlarining striopallidar sohasi jaroxatlanishi sindromi.

Pallidar sistemaning jaroxatlanishi parkinson yoki akinetik-rigidlik sindromi kelib chiqadi.

Bunga ekstrapiramidal yozuvchi va bukuvchi musqo'llar tonusining buzilishi sabab bo'ladi.

Bradikineziya harakatlarni sekinlashishi yoki akineziya ularning yukolishi, tremor qo'llarning, boshning, pastki jagning kaltirashi. Stiriar sistemani jaroxatlanishi gipotoniya, giperkineziya bilan xarakterlanadi.

Qo'yidagilar kup uchraydi: xoreya – tez tartibsiz harakatlar.

Tik - musqo'llarda kiska vaktli klonik tortishish yuz beradi.

Yuz gemispazmi yuz yarim qismida musqo'llarning tortilishlari.

Miokloniya – musqo'llarni tez kiskarishi. Atetoz — musqo'llarni sekin kiskarishi.

Miyacha zararlanganda kuzatiladigan simptomlar.

Miyacha jaroxatlanganda harakat koordinasiyasi buzilishi kuzatiladi.

Nistagm — kuz olmasini ritmik titrashi.

Adiodoxokinez — qo'lni chuzgan holatda harakat qilganda orqada kolish.

Statik ataksiya — statik holatni buzilishi, Romberg holatida tura olmaslik.

Mastga uxshab yurish—oyoklarni keng tashlab yurish.

Dismetriya — harakat amplitudasini buzilishi.

Musqo'llar tonusini susayishi.

Bo'lim 1.3. Sezgi sferasi. Sezgi yo'llarining tuzilishi. Tekshirish usullari. Sezgi buzilishi semiotikasi

Xamma ichki va tashqi muxitdan keladigan ta'sirotlar sezgi analizatorlari orqali kabo'l qilinadi.

Analizator — tashqi ta'sirotni kabo'l qilib, analiz qiladi.

Nerv sistemasi analizatorlar kompleksidan tashqil topgan:

1. reseptorlar
2. o'tkazuvchi yo'llar
3. bosh miya pustlok qismi xujayralari.

Reseptorlar klassifikasiyasi.

1. Teri reseptorlari — ekstrareseptorlar
2. Ichki organlar — intrareseptorlar.
3. Musqo'l bugimlardagi reseptorlar — proprio reseptorlar

Teri analizatorlari — tashqi ta'sirotlarni kabo'l qiladi.

1. ogrik, taktil, xarorat — sezgilarni kabo'l qiladi.

Chuko'r sezgi turlari:

1 Mo'shak-bugim sezgisi 2 turda bo'ladi:

a) passiv harakatlar sezgisi;

b) tananing fazodagi holati;

2. Vibrasiya sezgisi.

3. Bosim va ogirlik sezgisi.

Murakkab sezgilar qo'yidagilardan tuzilgan.

a) teriga chizilgan shakllarni aniqlash;

b) diskriminasiya;

v) stereagnoz;

g) kinestetik;

Sezuvchi afferent yo'llarning asosiy xususiyatlari:

1. Uch neyronli yo'l.

2. Kesishgan yo'l.

3. Birinchi neyronning xujayrasi MNS dan tashqarida, umurtqalararo gangliyalarda joylashadi, ikkinchisniki orqa miyaning

orqa shoxlarida (yuzaki sezuvchanlik). Uchinchi neyronning xujayralari ko'ruv do'mbog'ida joylashgan. Sezuv analizatorining po'stloq markazi ikkala yarim sharlarning orqa markaziy pushtasida joylashgan.

Sezgi buzilishlari semiotikasi.

Nevrologiyadagi "umumiy sezuvchanlik" tushunchasi harorat, taktil va mo'shak va paylardagi sezuvchanlikni o'z ichiga oladi. Uni og'riq, harorat, taktil sezgilari tegishli ekstroseptiv (yuzaki) va mo'shak-bo'g'im sezgilari, tebranish xissi, shuningdek ichki organlarni sezish kabilarni qamrab oladigan interseptiv (chuqur) turlari farqlanadi.

Umumiy sezuvchanlikning buzilish simptomlari miqdoriy (obektiv) va sifat (subyektiv) turlarga bo'linadi.

Miqdor buzilishlariga quyidagilar kiradi:

Anesteziya-bir yoki bir necha turdagi sezuvchanlikning butunlay yo'qligi (analgeziya - og'riq);

Gipersteziya-sezuvchanlikning ortishi;

Gipesteziya-sezuvchanlikni pasayishi;

Sezuvchanlikning dissosiasiyasi-ma'lum maydonda faqat bir turdagi sezuvchanlikning buzilishi;

Sezuvchanlikning sifat buzilishlariga quyidagilar kiradi:

Parasteziya-uvishish, qichishish, sovuq qotish, chumoli yurishi, xiqichoq tutishi ko'rinishidagi yolg'on xissiyotlar;

Dizesteziya-ta'surotlarni teskari qabo'l qilish (sovuqni issiqlik, siypalashni og'riq tarzida);

Giperpatiya-ta'sir qilingach sezuvchanlikning uzoq vaqt yashirin suratda pasayishi, sungra birdan uzoq muddatli og'riq xissiyoti;

Og'riq-kup uchrovchi xilma xil ko'rinishdagi sezgi simptomi. Og'riq sezuvchanlik sistemasining xar kanday maydonini tasirlanganida yuzaga keladi. Lekin periferik nervlar, orqa miya orqa shoxlari, bosh miya sezgi nervlariniing pustloklari orqa va bosh miya kobigi va ko'ruv dumbogi shikastlanganda og'rik kuchli bo'ladi.

Og'riq mahalliy (shikastlanish joyiga bog'liq), proyeksion (shikastlanish joyidan pastrokda, nervning periferiyasida yuzaga keladi),

irradiasion (ikastlangan nerv innervasiya qiluvchi joylarga tarkaladi), kauzalgik (periferik nerv shikastlangandagi azoblovchi , gijimlovchi ogrik).

Sezuvchi o'tkazuvchi yo'llarning shikastlanish darajasiga karab sezgi buzilishlarining bir necha tipi farklanadi.

Periferik tip - sezuvchanlik buzilgan maydonlarda mazko'r periferik nervlar innervasiya qiluvchi maydonlarga to'g'ri keladi (polinevritda-qo'lkop ,paypok).

Segmentar tip - sezgi buzilishining yaxlit "ko'rtka" , "yarim ko'rtka" ko'rinishida orqa miyaning orqa shoxlari va orqa putlok qismi shikastlanishi bilan bog'liq buzilishi.

O'tkazuvchan tip - sezuvchanlikning buzilishi jaroxatlangan joydan pastda yuzaga keladi (shim ko'rinishida).

Sezuv yo'llarining shikastlanishi bir qator sindromlarni yuzaga keltiradi .

Mononevritik sindrom - periferik tipga tegishli barcha sezuvchanlikning buzilishi og'riq, parasteziyalar ko'rinishida va bir vaqtda sust falajliklar (parezlar) va vegetativ buzilishlarning yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi.

Ildizcha (radiqo'lyar) sindromi- tana va ko'l oyoqlarni bo'ylamasiga yaxlit o'rab oluvchi og'riqlar va paresteziyalarning paydo bo'lishi, barcha sezuvchanlikning segmentar tipda buzilishi va reflekslarning susayishi bilan xarakterlanadi..

Orqa miya tugunining shikastlanish sindromi - orqa miya shikastlanish simptomlari va o'rab oluvchi lishay - seroz suyuqlikli pufakchalar bilan namoyon bo'ladi.

Orqa miya orqa shoxlari shikastlanish simptomi- bunda sezuvchanlikning dissosiasiyalashgan buzilishi- taktil va chuqur sezgilar saqlangan xolda og'riq va harorat sezuvchanligini segmentar tipda yo'qolishi bilan xarakterlanadi.

Gemianesteziya bosh miyada sezgi yo'llarining bir tomonlama shikastlanishi. Umumiy sezuvchanlikning barcha ko'rinishlarinin qarama qarshi tomonda buzilishi bilan xarakterlanadi.

Pustlokning tepa qismi shikastlanganda sezuvchanlikning murakkab ko'rinishdagi buzilishlari - astereognoziya, lokalizasiya sezgisining buzilishi va teri – kinestetik sezgirlikning buzilishi yuzaga keladi.

Talaba bilishi kerak:

1. Yuzaki va chuqur sezgilarni tekshirish
2. Patologik reflekslarni tekshirish
3. Turli kasalliklardagi simptomlar majmuasini o'rganish
4. Piramidal yo'l anatomiyasi va fiziologiyasini
6. Ekstrapiramida sistemasi anatomiyasi va fiziologiyasi
7. Ekstrapiramida sistemasining shikastlanish simptomlarini aniqlash
8. Mo'shak tonusini tekshirish
9. Akinetik – rigidlik sindromini aniqlash
10. Gipotonik- giperkinetik sindromni aniqlash

Talaba qila olishi kerak :

1. Harakatni tekshirish usullarini.
2. Ataksiyani tekshirish usullarini.
3. Markaziy va periferik falajliklarni aniqlash va differensiasiyalash usullarini.

Nazorat savollari:

1. Refleks nima?
2. O'ng qo'lni boshqaruvchi piramida sistemasi xujayralari qayerda joylashgan?
3. Markaziy neyronning shikastlanish belgilari?
4. Markaziy gemipligiyada qorin reflekslari chaqiriladimi?
5. Jekson epilepsiyasi qanday namoyon bo'ladi?
6. Ekstrapiramidal innervasiyada miyaning qaysi qismlari ishtirok etadi?
7. Qanday giperkinezlarni bilasiz?
8. Ekstrapiramida sistema shikastlangandagi mo'shaklar gipertonusi markaziy falajlikdagi mo'shak tonusidan qanday farqlanadi?

1.4 Bo'lim Bosh miya nervlari. Tuzilish tamoyillari, funksiyalari, shkastlanish sindromlari.

Bosh miyadan 12 juft nerv ajraladi. Ulardan I, II, VIII juftlari sezuvchi; III, IV, VI, VII, XI, XII juftlari harakatlantiruvchi; V, IX, X juftlari aralash xisoblanadi. Ularning kupchiligi asosan III, VII, IX, X juftlarida vegetativ tolalar mavjud. Sezuvchi nervlar analizatorlarning periferik qismlarini tashqil qiladi: xidlov (I), ko'ruv (II), eshituv (VIII) va tam bilish (VII, IX).

I juft xidlov nervi - N. Olfactorius.

Xidlov nervi. Buning patologik uzgarishlarida xid bilishning pasayishi (*giposmiya*), yoki umuman bo'lmasligi (*anosmiya*), xidga sezuvchanlik oshishi (*giperosmiya*), xid bilishni buzilishi (*dizosmiya*) va xid sezish gallyusinasiyalari kuzatiladi.

Zararlanish simptomlari – giposmiya yoki anosmiya burun shilliq qavatini mahalliy zararlanishi bilan kechadi (o'tkir va surunkali rinit).

Giperosmiya – isterikyada kuzatiladi, kam hollarda xomilador ayollarda xam kuzatiladi. Xid sezish gallyusinasiyalari – tezlikdagi paresteziya epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda boshlang'ich faza (aura) bilan bo'lishi mumkin

II shox ko'ruv nerv - n. Opticus.

Funksiyasi – ko'rish va qorachiq reaksiyasining ko'z to'rsimon pardasiga yorug'lik nuri tushishidan boshlanadi.

Zararlanish sindromlari:

Ko'ruv nervi zararlanishi bilan ko'ruv o'tkirligi pasayishi, ko'rlik –amavroz kuzatiladi. Ensa sohasi zararlanish hisobiga ko'ruv gallyusinasiyalari bilan kechadi (shakllar, yuz, kino kadrlari, ayrim vaqtlarda mikropsiya, metamorfopsiya).

III shox ko'z harakatlantiruvchi nerv – n. Oculomotorius.

IV shox g'altaksimon nerv – n. Trochlearis

VI shox uzoglashtiruvchi nerv – n. Abducens.

Ko'z olma harakatlari bir nechta nervlar xisobiga amalga oshiriladi: ko'zni harakatlantiruvchi (III), g'altaksimon (IV) va uzoqlashtiruvchi (VI). Oxirgi ikkita nerv I tadan mo'shakni innervasiyalaydi, mo'shakni katta qismi ko'z olmasi harakatlantiruvchi nerv (III) xisobiga amalga oshiriladi. Klinikada barcha nervlar I vaqtni o'zida tekshiriladi, shuning uchun bo'larni birgalikda ko'rib chiqishimiz mumkin.

Zararlanish sindromlari:

1. Ptoz – yuqorigi qovoqni osilib qolishi.
2. Diplopiya – ko'z oldida 2 ta ko'rish (asosan zararlangan mo'shak tarafdan qaraganda).
3. Mo'shakni falashlik tarafidan ko'z olma harakatining chegaralanganligi.
4. Gilaylik.

V shox uch shoxli nerv – n. Trigeminus.

Uch shoxli nerv. Zararlanganda nevralgia kuzatiladi. Uch shoxli nerv nevralgiasini xurujsimon ko'rinishda kechadi, yuzning yarmida sanchuvchi og'riq, peshona sohaga, kuzga, yukori va pastki jaglarga irradiyasiyalanishi bilan xarakterlanadi. Nerv shoxlarini zararlanishi natijasida innervasiya sohasidagi barcha sezuvchanliklar buziladi.

Uch shoxli nerv tuguni zararlanishi og'riq bilan kechadi. Zararlangan nerv yadrosi og'riq va xarorat sezgisini qonsentrik zonalarda buzilishi ko'rinishida kechadi. Uch shoxli nerv yoki uning tarmoklari zararlanishi xurujsimon og'riq, ayrim hollarda yosh oqishi, sanchuvchi tiklar bilan kechadi. Harakatlantiruvchi yadro va uch shoxli nerv tolalari zararlanganda chaynov musqo'li parezi kuzatiladi.

Shikastlanish simptomlari.

1. Yuz sohasida o'tkir sanchuvchi og'riqlar.
2. Nerv shoxlarining chiqish joyida og'riqlar.
3. Og'riq zonalari.

4. Shikastlangan nerv shoxlari innervasiya qiluvchi sohalarda hamma turdagi sezgilar yo'qolishi. Og'iz bo'shlig'idagi sezgilar yo'qolishi (ta'm+boshqa).

5. Chaynov mo'shaklarining parezi va falajliklari (harakatlantiruvchi yadro yoki uch shoxli nervining mayda tolalari shikastlanganda).

VII yuz nervi – n. facialis.

Yuz nervi aralash nervi hisoblanadi. Massiv harakatlantiruvchi tolalar mimika mo'shaklarini va yuz va bo'yinning ayrim mo'shaklarini innervasiya qiladi. (quloq atrofidagi mo'shaklar, ensa, ikki qorinchali mo'shakning orqa qorinchasini, teri osti mo'shagi).

Shikastlanish simptomlari.

1. Yuz nervining shikastlanishining markaziy va periferik turlari farqalanadi. Periferik shikastlanishda, yuzning yarmida xamma mimika mo'shaklarining falajligi kuzatiladi. Markaziy falajlanishda burun-lab burmasi tekislanadi, og'iz burchaklarining tushishi (shikastlangan tomonga qarama-qarshi tomonda).

2. Ko'z yorug'ining kengayishi (periferik falajlikda).

3. Koshlarni ko'tarib bo'lmaydi (periferik falajlikda).

4. Lagoftalm, Bell fenomeni (periferik shikastlanganda).

5. Burun lab burmalarini silliqdashishi.

6. Xushtak chalib bo'lmaydi.

7. Tilning oldingi 2/3 qismida ta'm sezishning yo'qolishi.

VIII juft - daxliz-chig'anoq neri – n. Vestibulocochlearis.

Bu nerv ikki xil sezuvchi nervlarning faoliyatini birlashtiradi. Pars cochlearis – chig'anoq qism, pars vestibularis dahliz qism.

Dahliz-chig'anoq nervi shikastlanganda eshitish pasayadi (*gipokuziya*), kar bo'lib qolish darajasigacha (*akuziya*), ayrim paytda eshitish faoliyati oshib ketadi (*giperakuziya*). Eshitish apparatining ta'sirlanishi shovqin hissini, chayqalish, xushtak, quloqlarda va boshda shovqin, eshituv gallyusinasiyalar paydo bo'lishi mumkin. Vestibo'lyar apparatni buzilishi sistemali bosh aylanishi, nistagm, ko'ngil aynishi,

qusish, harakat vaqtida bosh og'rig'i kuchayishi bilan kechishi mumkin. Bu simptom-kompleks vestibo'lyar sindrom, yoki vestibo'lyar *atoksiya* atamasi bilan nomlanadi.

Zararlanish simptomlari:

Chig'anoq qism:

1. Ko'l soat yurishi va karsakni eshitib bo'lmaydi.
2. Rinne probasi, kamerton probasini o'tkazganda suyak o'tkazuvchanligi tarkibida havo 1:2 nisbatda, eshinishi yo'qolganiga qaramay.
3. Veber probasi kamerton yordamida tekshirilganda bir tarafga laterilizasiyalanadi, qarama-qarshi tarafda zararlanadi.

Tashqi qism:

1. Gorizonta nistagm (sekinlik komponenti asosan zararlangan sohada).
2. Zararlangan sohada barmoq-burun proba musbat.
3. Kalorik probaga reaksiyaning pasayishi.

IX shox - til-yutqin nervi – n. Glossopharyngeus.

Bu aralash nerv, asosan sezuvchan. Harakatlantiruvchi qismi unchalik katta emas. Faqatgina yutqin mo'shagini innervasiyalaydi. Buni zararlanishi yutishni buzilishi bilan kechadi (disfagiya), xira ovoz (disfoniya), yutqin hamda tanglay reflekslarining yukolishi bilan kechadi.

Zararlanish simptomlari.

1. Og'iz bo'shlig'i va yutqinning sezuvchanligini yo'qolishi.
2. Tilning orqa 1/3 qismida sezgining yo'qolishi.
3. Yutqin refleksini yo'qolishi.
4. Yutishni buzilishi (yaqqol emas).

X shox - adashgan nerv – n. vagus.

Adashgan nerv ko'plab funksiyani o'z ichiga oladi. U me'da- ichak trakti va yurak ko'ndalang targ'il mo'shaklarni innervasiya qilishdan tashqari, ko'pgina ichki organlarning parasimpatik nervi bo'lib xam

hizmat qiladi. Nevrologik diagnostika qilishda yumshoq tanglay, xiqildoq va yutqin innervasiyasi buzilishlari katta ahamiyatga ega.

Zararlanish simptomlari:

1. Zararlangan tarafda yumshoq tanglayni osilib qolishi.
2. Yutqin refleksini yo'qolib qolishi.
3. Ovoz boylamlarining falajligi.
4. Yutishni qiyinlashishi.
5. Dimoqda gapirish, xushtaksimon ovoz.
6. Puls chastotasi va nafas olishni buzilishi.

XI shox - qo'shimcha nerv – n. Accessorius.

Ko'krak-umrov-so'rg'ichsimon mo'shak boshni qarama-qarshi tarafga va tepaga buradi. Trapesiyasimon mo'shak yelka kamarini ko'taradi, yelkani qisish funksiyasini bajaradi. Ikkala mo'shak nafas kuchayishi aktida qatnashadi. Qo'shimcha nerv kam hollarda zararlanadi. Ikki taraflama zararlanishda yelkani qisish kuzatiladi, yelkani ko'tarolmaslik kuzatiladi.

Zararlanish simptomlari.

1. Yelkani ko'tarish vaqtidagi nimjonlik.
2. Boshni zararlangan tarafga qarama-qarshi tarafga burishdagi nimjonlik.
3. Trapesiyasimon va ko'krak-umrov-so'rg'ichsimon mo'shakda (faqatgina periferik falajligida) atrofiya va fassiqo'lyasiyaning kuzatilishi
4. Saalamov tortishuv simptomi.

XII shox - nerv - til osti nervi- n.hypoglossus.

Uni shikastlanishi tilning atrofiyasi va til uchini kiyshayib kolishiga olib keladi.

Shikastlanish simptomlari.

1. Shikastlangan tarafga til uchining deviasiyasi.
2. Til atrofiyasi va fassiqo'lyasiyasi (periferik falajlanishda).
3. Talaffuzni buzilishi (tilni ikki tomonlama shikastlanishida – dizartriya).

Ikki tomonlama to'liq shikastlanishida talaffuz umuman yukoladi - anartriya. Bemor tilini ogzidan chiqara olmaydi - glossoplegiya. Uzunchok miyadagi ikkita uchok paydo bo'lishi bo'lbar falajlikka, yadro usti jarayonlar – psevdobo'lbar uzgarishlarga olib keladi.

Bo'lbar sindrom - IX, X, XI, XII nervlar innervasiya qiladigan nerv yadrolarining zararlanishi natijasida yuzaga keladi falajliklik, yutinish buziladi; dizartriya, til musqo'llarining atrofiyasi va fibrilyasiyasi, tanglay va yutinish reflekslarining susayishi, yumshok tanglay parezi; nafas olish va qon-tomir buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Psevdobo'lbar sindrom - bu IX, XI va XII juft nervlarining markaziy neyronlarining shikastlanishi natijasida rivojlanadigan markaziy falajlik. Bo'lbar sindromida falajlik rivojlanadi, fakat atrofiya va fibrillyasiya kuzatilmaydi. Oral avtomatizm simptomlari kuzatiladi. Psixik aktivlikni pasayishi, majburiy yiglash, qo'lish kuzatiladi. Nafas va qon-tomir sistemasida uzgarishlar kuzatilmaydi.

1.5. Nerv sistemasi shikastlanishi sindromlari.

Bosh miya funksiyasini buzilishlari.

Bosh miya funksiyalari bosh miya yarim sharlari xisobiga boshqariladi. Shuning uchun patologik simptomlar jaroxatlanish joyiga va tarkalganligiga bog'liq.

Nutq buzilishlari.

Afaziya - nutq buzilishi. Nutq markazlari peshona, chakka va tepa sohalarida joylashgan.

Motor afaziya - peshona sohasi shikastlanishida kuzatiladi, bemor nima gapirilganligini tushinadi, lekin javob bera olmaydi.

Sensor afaziya - bemor uziga nisbatan gapirilayotgan fikrni tushinmaydi, lekin kup gapiradi, gapining ma'nosi bo'lmaydi. Chakka sohasi shikastlanganda kuzatiladi.

Amnestik afaziya - bemor buyumlarni bilib turadi, lekin ularni nomini aytib bera olmaydi. Chakka-tepa-ensa burchagi shikastlanganda yuzaga keladi.

Total afaziya - xamma nutq turlari buziladi. Bu keng maydon buzilishida kuzatiladi. Xuddi shu holatda sanash buziladi - akalqo'liya. Nutqni buzilishi bilan birgalikda yozish (agrafiya), ukish (aleksiya), sanash (akalqo'liya) kabi buzilishlar xam kuzatilishi mumkin.

Anartriya - artiqo'lyasion apparat parezi yoki falajlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda nutq aniq chiqmaydi.

Mutizm (sokovlik)- yoshligidan gapirish xususiyatini yukotgan bemorlarda kuzatiladi.

Skandirlashgan nutq - miyacha shikastlanishi natijasida kuzatiladi.

Apraksiya - maksadga yunaltirilgan harakatlarni bajara olmaslik, ya'ni bir maksad uchun ketma-ket ishlarni bajaraolmaydi. Bu chakka-ensa-tepa sohalari shikastlanishida kuzatiladi. Ideator, qonstruktiv, motor turlari farklanadi.

Ideator apraksiyada – harakat rejasini tuzish buziladi.

Qonstruktiv apraksiya - bemor bo'laklardan butun yasay olmaydi (chuplardan kvadrat yasay olmaydi).

Motor apraksiya- plan tuzolmasligidan tashkari bemor ularni amalga xam oshiro olmaydi.

Apraksiya turlaridan biri yoza olmaslik – agrafiya mavjud.

Agnoziya - ta'sirlantiruvchilarni farklay olmaslik. Turi kaysi soha shikastlanishiga karab farklanadi. Ko'ruv, eshituv, ta'm bilish va umumiy - astereognoz turlari mavjud.

Aleksiya - ukish va yozilgan narsani tushinish buziladi.

Psixoemosional buzilishlar.

Bosh miyaning xar kandy sohasi shikastlanishida kuzatiladi.

Kupincha psixikani buzilishi peshona sohasini shikastlanishida kuzatiladi. Bunda intellektni keskin pasayishi, kizikishlarning kamayishi, emosional labillik, befarklik tartib - qoidaga, apatiya, urishkoklik, xazillarga moyillik, giperseksualizm kuzatiladi.

Peshonani ikki tomonlama shikastlanishida va kadoksimon tanani oldingi qismini shikastlanishida abo'liya (irodani yukolishi) kuzatiladi. Bemorlar butunlay befark bo'lib koladi.

Peshona xamda pustlok osti aloka sohalari shikastlanganda oral avtomatizm va tutib kolish fenomeni rivojlanadi.

Yarim sharlar medial sohasini shikastida emosiya, ko'rkish, vaxima, umumiy tormozlanish, oriyentir buzilishi, xotirani ayniksa oxirgi xodisalarni unutish kuzatiladi.

Miya moddalarini shikastlanishi simptomlari.

Miya pardalarini shikastlanish simptomlari pardalar yallig'langanda yoki miya ichi bosimi ko'tarilganda yuzaga keladi. Ular subyektiv va obyektiv turlarga bo'linadi.

Subyektiv belgilarga: *kuchli bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, ta'sirchanlik, aqliy qobilyatni susayishi.*

Obyektiv simptomlar: *meningial holat (poza) – bemor yon tarafdin yotgan holatda, boshi orqaga tashlangan, umurtqa pog'onasi ravog'i orqaga chiqqan, oyoqlari buqilgan holat.*

Ensa sohasi musqo'llari rigidligining oshishi – bemor boshini umuman oldinga tashlolmaydi.

Kering simptomi – son – chanoq xamda tizza bug'imlarida buqilgan holatda tizza bug'imini yoza olmaslik.

Miyacha shikastlanishi.

Miyacha shikastlanishi xarakterli belgilariga statikani buzilishi, koordinasiyaning buzilishi va mo'shaklar gipotoniyasi kiradi.

Miyacha asosi shikastlangan vaqtda organizm statikasi ya'ni tayanch nuqtaning stabilligi buziladi. Miyacha yarim sharlar shikastlangan vaqtda uni inertlikka qarshi ta'siri buziladi, kinetik xamda lokomotor ataksiya yuzaga keladi.

Tekshirish usullari.

1. Adiodoxokinez.
2. Barmoq - burun sinamasi.
3. Tovon – tizza sinamasi.
4. Nistagm.
5. Nutq buzilishi.
6. Xusni xatni o'zgarishi.

7. Romberg pozasi.
8. Yurish.

Vegetativ nerv sistemasini buzilish simptomlari.

Simpatik va parasimpatik nerv sistemasi xamda animal nerv sistemasi o'zaro bog'liq.

Vegetativ o'zgarishlar qon – tomir tonusini buzilishi termoregulyasiya neyroendokrin, modda almashinuvi, siydik ayirish, defekasiya xamda jinsiy funksiyalarni buzilishi bilan namayon bo'ladi.

Simpatik qism tonusi oshganda bemorlarda taxikardiya, arterial bosim oshishi, nafas olishni tezlashishi midriaz, vaxima, ozish, ich qotishi kuzatiladi.

Vagotoniya pulsi sekinlashadi, arterial bosim pasayadi, mioz, bemorlarda semirishga moyillik kuzatiladi, xushdan ketish, ko'p terlash kuzatiladi.

Vegetativ nerv sistemasini periferik qismlarini shikastlanishida teri rangida (oqarish, qizarish, ko'karish) o'zgarishlar, oyoqlarning sovushi, teri ajralishning buzilishi, shish, soch- tirnoqlar usishining buzilishi kuzatiladi. Undan tashqari simpatalgiya va trofik o'zgarishlar kuzatiladi.

Orqa miya shikastlanish sindromi.

Orqa miya shikastlanganda bitta qism emas 2-3 sigment birdaniga shikastlanadi va og'ir klinik sindromlar rivojlanadi. Orqa miya patologiyasida qaysi qismi shikastlanganligi harakat buzilishlariga qarab aniqlasa bo'ladi.

Orqa miya to'liq ko'ndalang shikastlanishini topik diagnostikasi.

1. *Buyin sohasini to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – markaziy tetraplegiya qul oyoqlarga boruvchi piramida yo'llarining shikastlanishi xisobiga yuzaga keladi. Tetraanesteziya, tetraataksiya va chanoq a'zolarining markaziy shikastlanishi -axlat va siydikni o'tkir ushlanishi sifatida yuzaga keladi.

2. *Orqa miya buyin kengligining to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – bunda aralash tetraplegiya, ya'ni qullarning periferik falajligi va

oyoqlarning markaziy falajligi bilan ifodalanadi. Tetraanesteziya, tetraataksiya va chanoq a'zolarining markaziy shikastlanishi- o'tkir siydik va axlat ushlanishi sifatida yuzaga keladi.

3. *Ko'krak qismining to'liq kundalang shikastlanishi* – qullarga ta'sir qilmaydi. Oyoqlarda spastik paraplegiya, paraanesteziya, paraataksiya, siydik va axlatning o'tkir ushlanib qolishi.

4. *Bel kengligining to'liq shikastlanishi* – oyoklarda sust periferik paraplegiya, paraanesteziya, paraataksiya va o'tkir axlat va siydik ushlanishi bilan kuzatiladi.

5. *Bel qonusining tuliq kundalang shikastlanishi* – chanoq a'zolarining periferik shikastlanishi sifatida chin siydik va axlat ushlanmasligi, anagenital sohani anesteziyasi namoyon bo'ladi.

Orqa miyaning to'liq kundalang shikastlanishi o'tkir miyelitda, keng shikastlanishlarda va boshqa kasalliklarda kuzatiladi.

Orqa miyaning yarim kundalang shikastlanishi.

Orqa miyaning yarim kundalang shikastlanishida Broun-Sekar sindromi kuzatiladi. Bunda shikastlangan tarafda periferik falajlik, chuko'r sezgining buzilishi, karama-karshi tarafda yuzaki sezgisini buzilishi kuzatiladi. Odatda Broun-Sekar sindromi orqa miyaning usmalarida kuzatiladi.

Orqa miyaning kaysi qismi shikastlanishini aniqlash aniq topik diagnoz qo'yish uchun kerak bo'ladi. Buni reflekslarni va sezgini to'liq tekshirish bilan aniqlasa bo'ladi. Segmentlar shikastlanmaguncha reflekslar saklanadi. Segmentlarni shikastlanishi shu qism reflekslarini yukolishiga olib keladi. Refleks xosil qiladigan segmentdan yukorisidagi segment shikastlanganda shu reflekslarni kuchayishiga olib keladi.

Topik diagnoz uchun sezgini yukolishi xam katta ahamiyatga ega. Chunki ma'lum bir segment shikastlanishi shu soha terisining sezgisini yukolishiga olib keladi.

Chanok organlari buzilishining klinik ko'rinishi.

Siydik pufagi va to'g'ri ichakni innervasiyalovchi vegetativ markazlar orqa miyaning bel-dumgaza bo'limidan chiqadi. Simpatik

nerv sistemasi sfinkterlar ishini ta'minlab beradi. Parasimpatik nerv sistemasi esa siydik pufagi va to'g'ri ichak devori musqo'llarini innervasiya qiladi. Orqa miya bel qismidagi simpatik markaz shikastlansa chin siydik va axlat tutaolmasligi rivojlanadi. Siydik pufagiga tushgan siydik tuxtatishsiz to'g'ridan - to'g'ri tashkariga chiqariladi. Spinal parasimpatik markaz shikastlanganda bemorlarda soxta siydik tutaolmaslik va axlat tutaolmaslik rivojlanadi, siydik pufagiga tushgan siydik to'xtalishsiz to'g'ridan-to'g'ri tashqariga chiqariladi. Spinal parasimpatik markaz shikastlangan bemorlarda soxta siydik tutaolmaslik rivojlanadi. Bunday holatlarda sfinkterni mexanik kuzgalishi xisobiga oz mikdorda siydik ajraladi, siydik pufagida doimiy koldik siydik koladi. Xamda axlat tutilishi xam yuzaga keladi. Bunday bemorlarni tos organlari funksiyasini diqqat bilan tekshirish kerak va urosepsis rivojlanishi mumkin bo'lganligi uchun uz vaktida kateter qo'yish va tozalovchi klizmalar qilish kerak.

Siydik va axlatni tutilib kolishi ikki taraflama bosh miya yarim sharlari pustlok qismi shikastlanishi xisobiga yuzaga keladi. Bunday paytda siydik pufagi bo'shashmaydi, u yiringlashi xam mumkin. Shuning uchun tezlik bilan kateterizasiya qilish kerak.

Enurez (kechki siydikni tutaolmaslik) yosh bolalarda mustaqil kasallik bo'lishi mumkin.

Defekasiyani buzilishi mexanizmi xam siydik ajralishini buzilishiga uxshashdir.

Dumgaza segmentidagi spinal markazni shikastlanishi bo'lganda yoki uni pustlok bilan boglovchi yo'llarda shikastlanish bo'lganda jinsiy zaiflik-impotensiya ko'rinishidagi jinsiy buzilish yuzaga keladi. Charchaganda, nevrozlarda, psixik kasalliklarda jinsiy moyillik oshishi yoki kamayishi mumkin.

Talaba bilishi va bajarishi kerak:

1. Chuko'r va yuzaki reflekslarni chakira olish.
2. Piramida yo'lining fiziologiyasi va anatomiyasi.

3. Shartli va shartsiz reflekslarni yuzaga keltiruvchi sistema asosini bilish kerak.

4. Ekstrapiramida sistemaning anatomiyasi va funksiyasini bilish.

5. Miyacha va ekstrapiramida sistemani shikastlanishi simptomlarini aniqlash.

6. Musqo'l tonusini aniqlash.

7. Akinetik- rigidlik sindromini aniqlash

8. Gipotonik- giperkinetik sindromni aniqlash.

Student bilishi kerak.

1. Yuzaki va chuko'r sezgi yo'llarining anatomiyasi va fiziologiyasi.

2. Sezgi analizatorining shikastlanishi darajasiga bog'liq bo'lgan sezgi buzilishi turini aniqlash.

3. Sezgi analizatorlari shikastlanishi ogirligiga bog'liq bo'lgan sezgi buzilish shaklini aniqlash.

Student bilishi kerak.

1. Yuzaki sezgi tekshirish usullari.

a) ogrik, temperatura, taktil

b) nerv stvolini tortilish simptomini tekshirish

v) ogrik nuktalarini aniqlash.

2. Chuko'r sezgini tekshirish.

Tekshirish uchun savollar.

1. Kanday analizatorlarni bilasiz?

2. Analizatorlar kanday qismlardan iborat?

3. Kanday yuzaki sezgi turlarini bilasiz va ularni tekshirish usullarini bilasiz?

4. Kanday chuko'r sezgi turlarini bilasiz va ularni tekshirish usullarini bilasiz?

5. Yuzaki sezgi buzilish turlarini ayting va ularga xarakteristika bering.

6. Chuko'r sezgi buzilish turlarini ayting.

Student qila olishi, bilishi va eslab kolishi kerak.

1. Bosh miya nervlarini tuzilishini bilish kerak
2. Bosh miya nervlarini u yoki bu turdagi patologiyasi simptomlarini bilish kerak.
3. Bemorni shikoyatini to'g'ri aniqlash kerak.

Tekshirish uchun savollar.

- 1 Bosh miya nervlari funksiyasiga ko'ra kandy turlarga bo'linadi?
2. Kachon xid sezish gallyusinasiyasi yuzaga keladi?
3. Vestibo'lyar nervi shikastlanishiga xos simptomlarni ayting
4. Kuzni harakatlantiruvchi, galtaksimon va uzoklashtiruvchi nervlar shikastlanganda kandy simptomlar yuzaga keladi?
5. Yuz nervi shikastlanganda kuzatiladigan simptomlarni ayting.
6. Qo'shimcha va til osti nervlarini shikastlanishi simptomlarini ayting.
7. Uch shoxlik nerv shikastlanganda kuzatiladigan bemorlarning shikoyati.
8. Til- yutkin nervi shikastlanganda kuzatiladigan shikoyatlar.
9. Sayyor nervi shikastlanganda kuzatiladigan simptomlarni ayting.

II Bo'lim. Nevrologik bemorlarni tekshirish va davolashning asosiy tamoyillari.

Nevrologik bemorlarni tekshirish

Nevrologik bemorlarni tekshirish pasport ma'lumotlarini tuplash, bemor shikoyatlari va anamnezini yigishdan boshlanadi. Anamnez (xotirlash) bu kasallikning rivojlanishi va bemorning oldingi xayoti haqidagi ma'lumotlar yigindisi.

Shikoyatlari bilan tanishib chiqkandan keyin, kasallikni birinchi belgilaridan boshlab tekshiruv o'tkazilayotgan vaqtgacha bo'lgan kasallik anamnezi yigiladi.

Bunda diqqat-e'tibor simptomlarni dinamikasiga va o'tkazilgan davo muolajalarni samarasiga karatish kerak. Anamnezni muxim ahamiyatga ega ikkita qismi – xayot anamnezi: xayot anamnezida bemorning tugilishi, bolalik va usmirlikda rivojlanishi, o'tkazgan kasalliklari yashash va mexnat sharoitlari zararli odatlari va kasallik haqida ma'lumotlar tuplanadi.

Anamnez yigib bo'lgandan keyin bemorni tekshirishga utiladi.

Umumiy kuzdan kechirish va ichki organlarni tekshirib bo'lgandan keyin bemorni nerv sistemasini tekshirishga utiladi (nevrologik status).

Bosh miya nervlari faoliyatini tekshirish usullari.

Xidlov nervi funksiyasini tekshirishda turli moddalar (yalpiz, kamfora, kerosin) solingan probirkalardan foydalaniladi. Pasiyent bo'larni farklay olishi kerak.

Ko'ruv nervi funksiyasi: ko'rish o'tkirligi, ko'rish maydoni, yoruglikni sezish va kuz tubini tekshirish orqali aniqlanadi. Bu tekshirishni oqo'list o'tkazadi.

Kuzni harakatlantiruvchi, galtaksimon, uzoklashtiruvchi nervni funksiyasini tekshirish uchun qo'yidagilar:

Kuz yorigini kengligi, ptoz yukligi, gilaylik, kuz olmasining yonga, yukoriga, pastga harakati xajmi, qonvergensiya aniqlanadi.

Korachiqni tekshirishda: uning shakli, ulchami, yoruglikka reaksiyasi, akkomodasiyasi aniqlanadi.

Uch shoxlik nervi: tekshirishda uchlik nerv tarmoklari chiqadigan nuktalarni bosib ko'rishdan tashkari yuzning simmetrik qismlarini sezuvchanligi xam aniqlanadi.

Pastgi jag harakati chaynov musqo'llari atrofiyasi bor yukligi tekshiriladi.

Yuz nervini funksiyasini tekshirish: yuzni tinch holatda tekshirishdan boshlanadi va assimetriyasi aniqlanadi. Bunda yuzning tortilish, teri burmalarining tekislanishi, kuz yorugini kengayishi, ogiz burchagining tushishi kuzatiladi.

Mimika musqo'llarining funksional kobiliyatini aniqlash uchun bemorga koshini kutarish, kuzni yumish, lunjini shishirish, tishni ko'rsatish buyuriladi. Periferik falajlikda yuzning butun yarmida mimika buziladi. Markazda fakat pastki qismidagi mimika buziladi. Yuz nervi shikastlanishi darajasini aniqlash uchun va shu bilan birga eshitish, yosh ajratish, sulak ajratish, tilni yarmidagi ta'mni sezish xususiyatlari xam tekshiriladi.

Daxliz - chiganok nervini tekshirishda eshitish va muvozanat aniqlanadi. Eshitish funksiyasini tekshirishda kamertonlar tuplami, masofada shivirlab gapirish xamda audiometriya tekshiruvlaridan foydalaniladi. Vestibo'lyar funksiyasini tekshirish maxsus kreslo (Barani), sentrifuga, kalorik sinamalar yordamida aniqlanadi.

Til - yutkin nervi va adashgan nerv funksiyasini yumshok tanglay harakati, tovush jarangi, ovoz tinikligi, tilning orqa uchligini ta'm sezish xususiyatiga karab aniqlanadi. Qo'shimcha nerv funksiyasini tekshirish yelkani kutarish va uzoklashtirish, ko'raklarni umurtqaga yakinlashtirish, boshni yonga burish bilan tekshiriladi. Shu bilan birga trapesiyasimon musqo'l va tush-umrov-surgichsimon musqo'l atrofiyasini aniqlash uchun kuzdan kechiriladi.

Til osti nervini funksiyasini tekshirish uchun bemordan tilini chiqarish suraladi, tilning harakat xajmi, til mo'shaklarini atrofiyasi bor yukligi ko'riladi.

Reflektor harakat funksiyasini tekshirish.

Harakat buzilishlarini aniqlash va baxolash uchun harakat xajmi, mo'shaklar tonusi va reflekslar tekshiriladi.

Harakat xajmini aniqlash uchun navbatma-navbat oyok-qo'llarni turli bugimlariga harakatlar buyuriladi va mo'shaklar ishi kuzatiladi.

Mo'shaklar tonusi dinamometr yoki karshilik darajasi orqali baxolanadi.

Aktiv harakatlarni bajara olmaslik falajlik deb xisoblanadi. Mo'shaklar kuchini nisbatan kamayishi chuko'r parez, bir oz kamayishi yengil parez deb ataladi. Klinik amaliyotda mo'shaklar kuchini 5 balli shkala buyicha baxolanadi. 5 baldan (norma) 0 gacha (to'liq falajlik, xar kanday harakat va mo'shak kuchini yukligi). Yashirin parezni aniqlash uchun Barre sinamasidan foydalaniladi.

Barre sinamasini yukori turida bemorga qo'llarni yukoriga kutarish suraladi, zararlangan tomonda qo'l tez charchaydi va tushirib oladi.

Barrei sinamasini pastki sinamasida chalkancha yoki korinda yotgan bemor oyoklarini tizza bugimini bukish buyuriladi, shikastlangan tomonda oyok tez charchaydi va tezrok pastga to'shadi. Mo'shak tonusini aniqlash uchun oyok va qo'l bugimlaridan passiv harakatlar bajariladi. Normada bo'shashgan mo'shaklar bir oz karshiligi aniqlanadi: markaziy parez va falajlikda mo'shaklarning spastik tarangligi periferik parez va falajlikda mo'shaklar gipotoniyasi kuzatiladi.

Mo'shaklar trofikasi vizual tekshiriladi. Mo'shaklar simmetrikligi, atrofiyalar bor yukligiga etibor beriladi. Atrofiyani simmetrik tomonlarini ulchash bilan aniqlanadi.

Chuko'r va yuza reflekslar farklanadi. Ularning yoylari nerv sistemasining ma'lum qismlarida tugallanadi.

Chuko'r reflekslar qo'yidagi sohalarda kup tekshiriladi.

Bilak-kaft (karporadial) bunda bilak suyagini bigizsimon usigiga bolgacha bilan o'rganda kaft yengil buqiladi.

Biseps – ikki boshli mo'shak payiga bolgacha bilan o'rganda yelkani buqilishi kuzatiladi.

Trisepts – tirsak bugimini yarim buqilgan holatda uch boshli mo'shak payiga bolgacha bilan urilganda bugim yoziladi.

Tizza kopkogi payiga bolgacha bilan urilganda buqilgan tizza yoziladi. Axill payiga bolgacha bilan urilganda kaft tovon tomonga buqiladi.

Chuko'r reflekslar harakat yo'lini periferik neyronlari zararlanganda pasayadi, markaziy neyroni zararlanganda chuko'r reflekslar kuchayadi.

Yuza reflekslarga qo'yidagilar kiradi:

Shox parda (korneal) shox pardaga ta'sir ettirilganda kovokning yumilishi.

Yutkin devorlariga ta'sir ettirilganda yutal, kusish aktini paydo bo'lishi kuzatiladi. Korin (yukori, o'rta, pastki) devoriga tugnogich bilan shtrix ta'sir ettirilganda mo'shaklarni kiskarishi kuzatiladi.

Oyok-kaftning tashqi kirgogiga shtrixli ta'sir ettirilganda barmoklar buqilishi kuzatiladi.

Bosh miya pustlogi jaroxatlanganda kuzatiladigan patologik reflekslar.

Bo'larga qo'yidagi patologik reflekslari kiradi:

Xartum refleksi: yukorigi yoki pastki lablarni bolgacha yordamida ta'sirlaganda ogizning aylana mo'shaklari kiskarishi xisobiga lablar duppayib chiqadi.

Kaft-iyak refleksi: tenor sohasini chiziksimon ta'sirlaganda iyak mo'shaklari kiskaradi.

Ushlash refleksi: (Yanishevskiy) kaft sohasini ta'sirlaganda proksimal falangalar kiskarib bemor predmetni ushlaydi va qo'lini musht qiladi.

Piramida yo'llari jaroxatlangada qo'l barmoklari va oyok panjasi uchun xarakterli patologik reflekslar.

Babinskiy simptomi - oyok tagining tashqi kirasini chiziksimon ta'sirlaganda bosh barmokning kuchsiz kiskarishi bilan namoyon bo'ladi.

Yukorigi Rossolimo simptomi: II-V qo'l barmoklarini oxirgi falangasiga urilganda boshqa barcha barmoklarning yozilishi kuzatiladi.

Pastki Rossolimo simptomi: II-V oyok barmoklarini oxirgi falangasiga urilganda oyok barmoklarini yozilishi.

Ixtiyorsiz harakatlar

Ixtiyorsiz harakatlarning namoyon bo'lishi musqo'llar tonusining oshishi, mimika holati, yurish xarakteri, harakatni bajarish tempi, harakatni tez boshlash va boshqarish, sinkineziya, tremor va boshqa zuraki harakatlar bilan yuzaga chiqadi.

Amimiya harakatlarining sekinlashishi (bradikineziya) harakat sustligi (oligokineziya), musqo'llar tonusining plastik oshishi, ekstrapiramida sistemasining (kora substansiya va ok modda) zararlanishida, giperkinez va gipotoniya dumsimon yadro va pustlok(skorlupa) zararlanishidan dalolat beradi.

Harakat koordinasiyasi.

Harakat koordinasiyasini baxolash uchun yurish xarakteri va bir kator diagnostik sinamalardan foydalaniladi.

Romberg sinamasi: bemor oyoklarini birlashtirib, qo'lni oldinga uzatib kuzini yumadi. Agar miyacha zararlangan bo'lsa bemor yon tomonga yiqilib ketadi.

Barmok-burun sinamasi: bemor kuzlarini yumib qo'llarini yon tomonga uzatadi. Navbati bilan qo'llarini bosh barmogini burun uchiga tekkizadi. Barmokni burun uchiga tekiza olmaslik miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Tizza-tovon sinamasi: bemor chalkancha yotgan holatda, bir oyogi tovonini ikkinchi oyogi tizzasi ustiga qo'yiladi va boldir suyagi buylab pastga suriladi. Bemor to'g'ri bajarolmasligi miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Adiodoxokinez sinamasi: bemor qo'llarini uzatgan holatda, qo'llarini aylanma harakat qildiradi. Shu qo'lning birortasi orqada kolishi miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Harakat koordinasiyasining buzilishi nistagm, skandirlashgan nutq

va mo'shak tonusi uzgarishi bilan namoyon bo'ladi.

Miyacha ataksiyasi bilan birgalikda *sensitiv ataksiya* xam uchrab turadi, bunda musqo'l bugim sezgisi buzilishi bilan kechadi.

Sezuvchanlikni tekshirish.

Bemorda sezuvchanlikni tekshirish xar xil ta'sirlovchi buyumlar orqali amalga oshiriladi.

Ta'sirlantirish tananing turli qismlariga xar ikala tomondan o'tkaziladi.

Bosh va yuzdan boshlab buyin, qo'llar, tananing oyoklari tekshiriladi. Tananing simmetrik qismlarining sezuvchanligi solishtiriladi.

Ogrik sezgisini aniqlash uchun ignadan, xarorat sezishini aniqlash uchun ilik (+17 S) va issik (+40 S) suv solingan probirkadan, taktil sezgi uchun paxta bo'lagidan foydalaniladi.

Chuko'r sezgini tekshirish musqo'l-bugim sezgisi, mayda bugimlarda passiv xarakterlar bilan aniqlanadi.

Vibrasiya sezgisini aniqlash uchun harakatga keltirilgan kamerton oyokchasini tananing turli simmetrik qismlariga qo'yilib sezish vakti sekundomerda aniqlanadi. Shu bilan birga sezuvchanlikni murakkab turi aniqlanadi.

Stereognoz - bemor kuzlarini yumib utirgan holatda qo'lga tanish buyum beriladi va nimaligi suraladi.

Tanaga chizilgan shakllarni sezuvchanligini aniqlash - bemor terisiga utmas buyum bilan xar xil xarf yoki shakllar chiziladi va uning nomi suraladi.

Teri kinestetik sezgisi - barmok bilan terini ustidan yengil aylanma harakat qilinadi va harakatning yo'nalishi suraladi.

Diskriminasion sezuvchanlik - bemor kanday masofada ikkita nukta sezish aniqlanadi.

Yukorida olingan ma'lumotlar topik tashxisga asos bo'la oladi.

Oliy nerv faoliyatini tekshirish.

Nerv sistemasi kasalliklarga tashxis qo'yish uchun va nutq, ukish,

yozish, xisoblash, gnozisi va paraksisni tekshirish muxim ahamiyatga ega.

Nutq tekshirish. Bemorga avvalo oddiy vazifalar aytiladi kuzni yumish, qo'lni kutarish va keyin murakkablashtirib boriladi. Motor afaziyani suxbat va suzlarni takrorlash yo'li bilan aniqlanadi.

Amnestik afaziyani aniqlash uchun bemorga tanish bo'lgan buyumlarni ko'rsatib uning nomi suraladi. Nutqning buzilishida bosh miya pustlogi zararlanganda dizartriya, skandirlashgan nutq va mutizmni ajrata olish kerak.

Vegetativ nerv sistemasini funksiyasini tekshirish.

VNS baxolashda bemorning tana tuzilishi, teri osti yog kavatining rivojlanganligi, teri rangi va namligi, tana xarorati, puls, nafas, AKB, korachiqning kengligi xisobga olinadi. Buning uchun bir kator sinamalar o'tkazish kerak.

Dermagrafizm sinamasi - kukrak kafasining yukorigi qismi chiziksimon ta'sirlantiriladi. Bunda vagotoniya kora dermagrafizm va simpatikotoniya esa ok dermografizm aniqlanadi.

Klinostatik sinama - bemor vertikal holatdan gorizontal holatga utganda puls 10-12 taga kamayadi.

Ortostatik sinama - bemor gorizontal holatdan vertikal holatga utganda puls 10-12 ur/min ga, qon bosimi 5-10mm.s.u.ga oshadi.

Kuz-yurak refleksi - soglom odamda kuz olmasi bosilganda puls 6-12 ur/min.ga kamayadi.

Solyar refleksi - kuyosh chigali bosilganda puls 4-12 ur/min.ga kamayadi.

Aspirin sinamasi - bemorga 1gr tabletkada aspirin ichiriladi. Bu soglom odamlarda diffuz terlashni yuzaga keltiradi. Gipotalamus va uning tarkibiy tuzilmalari zararlanganda terlash kuzatilmaydi.

Teri xaroratini aniqlash - bu elektrotermometr yordamida tananing simmetrik joylarida o'tkaziladi.

Qo'shimcha tekshirish usullari.

Lyumbal punksiya - MNS yalliglanish kasalligi, miya tukimasi va

miya pardasi ostiga qon qo'yilish kasalligini aniqlash uchun qo'llaniladi.

Oftalmologik tekshiruv - kuz tubi qon tomirlari va ko'ruv nervi diskining holati, ko'ruv maydoni, ko'rish o'tkirligi va rang ajratish xususiyati aniqlanadi.

Rentgenografiya - jaroxat va jaroxatsiz kechadigan kasalliklarda qo'llaniladi. Bu to'g'ri va yon proyeksiyalarda olinadi. Kraniogrammada bosh suyagining ulchami, butunligi, choklari va yosh bolalarda liqildoklarga e'tibor beriladi. Rentgenografiya umurtqa pogonasi buyicha asosiy diagnostik usulardan biri. Spondilogrammada umurtqa tanasi shakli va ulchamiga e'tibor beriladi. Shu bilan birga umurtqalararo yorikka, suyak tukima strukturasi e'tibor beriladi.

Elektroensefalografiya miya biopotensiyalarini kompyuterda yozib olish. Normada EEG tulkinlari bir xil bo'lmagan tulkin va amplitudalardan iborat. alfa-ritm, betta-ritm, delta-ritm, teta-ritm farklanadi.

O'tkir tulkinlar va sekin yukori vattli tulkinlar miyaning epilepsiya davrida xurujga tayyorgarligini bildiradi: Bosh miya usmalarida ularning tarkalish x-ritmda kuchsiz bo'lishi va f-tulkinlar paydo bo'lishi titrok razryadi paydo bo'lishi mumkin.

EEG narkoz chuko'rliqini baxolaydi va miya ulimi qonstantasida axamiyatga ega.

Reensefalografiya: - bosh tukimalarini elektr tokiga karshiligini aniqlashgi asoslangan, miyada qon aylanishini tomirlarni qon bilan tulishini, miya tomirlari tulish va venoz okimi holatini o'rganuvchi usul.

Elektrodlarni joylashishiga karab karotid va vertebrobazilyar bosimlar tekshiriladi.

REG - asosan serebrovasqo'lyar, gipertoniya kasalliklarida kuprok ma'lumot beradi.

EXO ensefalografiya: - bosh miya ichida joylashgan ultra- tovush tulkinlarini xar-xil xosilalardan nomoyon bo'lishiga asoslangan.

Tekshiruvda strukturalarning o'rta chizikda joylashishiga axamiyat beriladi. Ular normada 6mm dan uzoklashmaydi. Agar o'rta strukturalar

o`rta chizikdan 6mm ga uzoklashgan bo`lsa, bu bosh miyada patologik jarayon (gematoma, usma, absess) borligini bildiradi.

Doplerografiya: - tomirlar qon harakatini va qon tomir o`tkazuvchanligini, okim tezligini aniqlovchi usul. Bu usul bilan nafaqat magistral tomirlar, balki intrakranial tomirlarda qon okimini aniqlash mumkin. Bu usul qon-tomir patologiyasini, miya ulimini aniqlashda qo`llaniladi.

Elektromiografiya: - musqo`llar biopotensiallarining funksional holatini, nerv impul`slarining nerv tolasi orqa miya o`tkazgich orqali o`tkazilishini aniqlaydi.

Markaziy va periferik neyronlar zararlanganda uzgarishlar yuuga keladi.

Pnevmoensefalografiya: - orqa miyaga lyumbal punksiya qilinib 11-70 ml kislorod yuboriladi. Xavo yukoriga kutariladi. Korinchalar tur parda osti bushligini tuldiradi, sung rentgenografiya qilinadi.

Karotid yoki vertebral angiografiya uyku arteriyasi yoki umurtqa arteriyasiga 10-15 ml qontrast modda yuborilib, bosh miyani asosiy qon tomirlari kranioqrammada aks ettiriladi.

Angiografiya och koringa o`tkaziladi.

Bu metodlar invaziv bo`lib ogir asorat berishi mumkin.

Nevrologik kasallarni davolashni asosiy tamoyillari.

Nevrologik kasalliklarni davolashda bir nechta usullar: parxez, medikamentoz terapiya, fizioterapiya muolajalaridan foydalaniladi.

Davolash 3 guruxga bo`linadi:

1. Tabiiy vositalardan.
2. Medikamentoz davo.
3. Psixoterapiya.

Shu bilan birga etiologik, simptomatik, patogenetik davo va rehabilitasiya olib boriladi.

Etiologik davo: kasallikka olib kelingan omil bartaraf etiladi.

Patogenetik davo: patogenezni xar-xil bo`limlariga ta`sir qiladi.

Simptomatik davoda: simptomlar yukotiladi.

Bemorning mexnat faoliyati kayta tiklanadi.

Reabilitasiya kichiq yoshdagi bolalarga harakat suxbat sferasini korreksiya qilish.

Nevrologik kasalliklarni davolashda fizioterapiya katta ahamiyatga ega. Periferik nerv sistemasini kasalliklarini o'tkir boskichida UVCh, UFO, DDT, amplipuls keng qo'laniladi.

Remissiya davrida elektroforez, lazer, ultratovush terapiya va parafin terapiya o'tkaziladi. Harakat buzilishlarida massaj, LFK o'tkaziladi va IRT keng qo'laniladi. Sanatoriya- ko'rttda dam olish buyuriladi. Profilaktik, davolovchi va kayta tiklash ishlari olib boriladi.

Nevrozlarni, serebral aterosklerozni, bosh miyada qon aylanish buzilishining yengil va o'rta darajali asoratlarni davolashda uglekislotali (Kislovodsk, Pyatigorsk, Yessentuki), ionbromli (Yeysk, Nalchik) balneologik usullardan foydalanish keng ahamiyatga ega.

Oltinugurt vodorodli sixatgoxlarda (Sernovodsk, Sochi, Xilovo, Yeysk, Angira), radonli (Beloko'rixa, Pyatigorsk), xlorli - natriyli (Staraya Russa, Totma, Xilovo, Leningrad ko'rtli zonasi) va azotli-kremniyli (Goryachinsk, Talaya) suvlari bilan davolanish uchun qo'yidagi kasalliklar bilan ogrigan bemorlarga ko'rsatma beriladi:

Periferik asab sistemasi kasalliklari, markaziy nerv sistemasining shikastidan sunggi asoratlari, neyroinfeksiya va neyrointaksikasiya asoratlari.

Nevrologik kasalliklarni effektiv davolash uchun qo'yidagi loyli usulida davolanish sixatgoxlari (Anapa, Pyatigorsk, Yeysk, Staraya Russa, Xilovo, Marsial suvlar, Sadgorod, Leningrad va Kaliningrad ko'rtli zonalar). Asosiy ko'rsatmalar - Periferik asab sistemasining kasalligida va travma asoratining remissiya boskichida. Qo'shib kelgan patologiyali bemorlar uchun tabiatli sixatgoxlarda va kupfaktorli shifo ta'sirlarida qo'yidagi sixatgoxlarda davolanish mumkin: Pyatigorsk, Anapa, Yeysk, Sergiyevli Mineral suvlar, Beloko'rixa, Talaya, Staraya Russa, Xilovo.

Sanator-sixatgox davolanishga karshi ko'rsatma:

Barcha o'tkir boskichidagi kasalliklarida, xavfli usmalarda,

xomiladorlikda.

Asoratli insultlarda (4-6 oydan erta bo'lmagan), xavfsiz usmalarda, tarkalgan sklerozlarda, nasliy-degenerativ kasalliklarida maxaliy nevrologik sanatoriyalarga yuboriladi.

Asoratli umurtqa singan bemorlarning orqa miyaning shikastlanishi bilan va uz-uziga xizmat qilish chegaralanib kolganlarga, davolanish maxsus sanatoriyalarda va sixatgoxlarda olib boriladi (Sergiyev mineral suvlarida, Sadgorod, Saki, Slavyansk, Yurmala).

Mustaqil nazorat uchun savollar va topshiriklar.

1. Harakat funksiyasi kandy tekshiriladi?
2. Ogrik sezgisi kandy tekshiriladi?
3. Nerv sistemasini tekshirishni kandy metodlarini bilasiz?
4. Insulni davolash tamoyillarini ayting.
5. Osteoxondrozni davolashda kandy preparatlardan foydalaniladi?

III. Bo'lim. Nevrologik bemorlarni asosiy parvarishlash tamoyillari

Nevrologik bo'limida xamshiraning ishi.

Nevrologik bo'limida xamshiralar ishi judayam zarur va kiyin xisoblanib, bu yerda kiyin, yerdamga muxtoj va psixologik ogir bemorlar davolanadi va shu bo'lim uzining maxsusligi bilan ajralib turadi.

Davolovchi vrachning ko'rsatmalarini uz vaktida va sifatli bajarilishiga, sanitar holat va bemorlarni belgilangan rejimga rioya qilishga xamshira bevosita majburiyatni xis qiladi. Xamshira xavfli favqo'lotdagi holatlarda birinchi tibbiy yerdamni ko'rsatish majbur va vrachni chakirishi lozim. Shuningdek erta reabilitasiyada va ogir bemorlarda profilaktik usullarni qo'llay olishda xamshiraning urni katta.

Xamshiraning ish kuni navbatchiliklarni kabo'l qilib olishdan boshlanadi.

Navbatchilikni topshiruvchi xamshira bilan birga bemorlarni birga ko'rib, ularni holati bilan tanishib chiqib va postidagi barcha xujjatlarni va narsalarni kabo'l qilib oladi.

Shuningdek xamshira ertalabki qonferensiyada katnashib, vrach bilan birgalikda bemorlarni ko'rib va vrachning davolash, parvarishlash to'g'risidagi ko'rsatmalarini kabo'l qilib oladi. Ko'rsatmalarni bajarishda xamshira bemorga bergan dorilarni kabo'l qilishini kuzatib turishi kerak.

Bo'limda xamshira kichiq tibbiyet personali ishini boshqarib turadi, kichiq tibbiyet personali sanitar-gigiyenik ishlarni olib borib va bemorlarni parvarish qilishga karashadi.

Xamshira palatadagi tozalikni va shinamlikni, ularni uz vaktida xavosini shamollatib turishini va kvarslanishini nazorat qilib turadi.

Xamshira davolash rejimi tamoyilini bilishi va bo'limda uni tadbik qilishi shart. Uz postining bekasi xisoblanib, u xamma narsani uz vaktida bajarib va kayfiyati yaxshi bo'lib, yaxshi psixologik fonni keltirib yaratadi, baland ovozda gapirish, bakir-chakir va nomunosib xulk-atvorlarga yo'l qo'ymaydi. Bo'limda psixologik atmosferada

personallar deontologiya qoidalariga rioya qilishi va professional etika juda zarurdir. Madaniyatli va xurmatli munosabatlar bilan ish olib borishi kerak.

Bemor bo'linga kabo'l qilinishi bilan xamshira kerakli ma'lumotlarni bemorga tushuntiradi, bo'limning rejimi bilan tanishtirib, palataga joylanishiga yerdam beradi. Bemorga e'tiborli va shirin suzli munosabati, tibbiyot kiyimida vrachning ko'rsatmalarini aniq bajarilishi, keskin xamshiraning obruli ishchiligini bildirib bunday xamshiralarga bemorlar uz ishlari va muammolari bilan murojat qilishlari mumkin.

Nevrologik bo'limida eng kiyinchiligi bor bemorlar qo'yidagilardir:

surunkali yukori kuzgaluvchanlikka ega, salbiy holatlarga ega bemorlardir. Shuning uchun xamshira nafaqat yukori bilimga ega bo'lishi kerak va professional chidamlikka ega bo'lishi kerak.

Bemorlarning karindoshlari bilan suxbatlashganda muomalali bo'lishi kerak, bemorlar bilan esa vazmin – bosiklik, e'tiborli gaplashishi kerak. Bemorga "siz" bilan murojat qilishi kerak, yoki ismi, sharifi buyicha. Bemorga ovoz tonini kutarishga yo'l qo'ymaslik kerak.

Kasbiy sirni jiddiy saklab, bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni tarkalishiga yo'l qo'ymaslik va "suz aseptikasiga" rioya qilishi, bilib-bilmasdan gapirib yuborishga yeki davolashni to'g'riligini muxokama qilishga yo'l qo'ymaslik, tekshiruvlar natijalari va davolanish to'g'risida vrachga murojat qilishlarni tavsiya qilish kerak. Ko'rsatmalarni bajarayetganda vrachni, medpersonallarni xurmat qilish maksadga muvofikligini tushuntirishi lozim. Xamshiraning vazifalaridan yana bittasi bemorlarga madaniy xordik chiqarish uchun (gazetalar, adabiyotlar) sanbyulletenlarni tarkatish, "salomatlik derazasi" uyushtirishi lozim.

Xamshiraning kup vakti bemorga ketadi, shuning uchun u tuzalmas-ogir bemorlar uchun yagona suxbatdosh va "dunyo derazasi" xisoblanadi. Demak uning fikrlari, maslaxatlari, tavsiyalari bemorlarga judayam kerakdir. Bemorlarni tibbiyotdan kiziktirayetgan savollari bo'lganda u tushuntirib berishi mumkin yoki kaysi adabiyetlardan

ukishini tavsiya qiladi. Xamshira bemorlarni va karindoshlarini gigiyenaga urgatadi. Asab sistemasi kasalliklari profilaktikasi va parvarishiga urgatadi.

Nevrologiyada xamshira jarayoni

Zamonaviy soglikni saklash maskanida xamshira vrachning partneri bo'lib, barcha davolash jarayenining boskichlarida va uning yaxshi utishiga javobgarlikni xis qilish kerak. Bu masalalar xamshira jarayeni ostida amalga oshiriladi.

Professor G.M. Perfilyeva fikri buyicha, xamshira jarayeni nevrologiyada juda zarur, chunki u bemorni jismoniy mustaqilligini ta'minlab beradi.

Bemor bilan ishlaganda, xamshira bilan bemor orasida bir-biriga ishonch munosabatlari kuzatiladi, parvarishlash haqida tushuntirish ishlarini olib boradi. Bemor bilan alokani boglab olish judayam muxim, bemorni eshitish, uni uz suzlarini oxirigacha gapirishni kutib va uni nima bezovta qilayetganini aniqlashdir.

Birinchi boskich xamshira jarayeniga kiradi, tibbiyet xamshirasining tekshiruv o'tkazishi, pasport qismi, shikoyatlari, obyektiv tekshiruv, ijtimoiy ma'lumotlar tuplash va bemorning ruxiy holatini baxolash. Bu boskichni o'tkazish bemorning muammo va talablarini buzilishi va ularni aniqlash imqonini beradi. Bundan kelib chiqadiki, extiyoj – bu biror bir narsani yetishmovchiligi, muammo esa – bemorni uz-uziga yordam bera olmaydigan vaziyat xisoblanadi.

Nevrologik kasallarda kupincha qo'yidagi extiyoj buzilishlari kuzatiladi (Mas-lou tasnifi buyicha): yemok, ajratmok, harakatlanmok, tozalanmok, mulokot.

Ikkinchi boskich bemor muammolarini aniqlash yoki xamshira darajasida tashxislash, ya'ni bemor sogligi holatini yozish.

Xamshira tashxisi uz ichiga bemorni jismoniy, emosional-psixologik, sosial va ruxiy holatini uz ichiga oladi.

Nevrologik bemorlarga qo'yidagi tipik xamshira tashxislari xos:

➤ umurtqani turli bo'limlarini shikastlanishi bilan bog'liq ogriklar

➤ tananing kaysidir qismida noxush sezgilar

➤ kasallik bilan bog'liq turli lokalizasiya va xarakterdagi bosh

ogrik

➤ kasallik bilan bog'liq kungil aynishi, kusish

➤ shol (ogrik) sababli jismoniy faollikning susayishi

➤ uz- uzini parvarishlash imqoniyatining yukligi

➤ mustaqil ovqatlanishning imqoni yukligi

➤ ortikcha vazn

➤ siydik ushlay olmaslik va tutilishi

➤ xojatga borolmagani uchun ichaklar bo'shashini buzilishi

(yotgan xolda defekasiya)

➤ yotoq yara xosil bo'lish xavfi

➤ qontraktura xosil bo'lish xavfi

➤ upkada dimlanish belgilari xosil bo'lish xavfi

➤ bo'limdagi shovkin (ogrik) xisobiga uykuni buzilishi

➤ nutq buzilishi xisobiga mulokotni kiyinlashuvi

➤ emosional holat bilan bog'liq jamoat tomonidan parvarish

➤ yordamchilarsiz kolishdan xavfsirash, ishonchsizlik

➤ uz kelajagidan ko'rkish.

Tashxislar birlamchi, tez yordam ko'rsatishni talab qiluvchi; oralik (ulim xavfi yuk) va ikqilamchi (kasallikka alokasi yuk) ga bo'linadi. Tashxis qo'yilgandan sung uchinchi boskichga utiladi.

Uchinchi boskich xamshira ishini rejalashtirish xisoblanadi (xamshira aralashuvi). Xakikatga yakin maksadlar aniqlanadi, kiska muddatli, uzok muddatli va xamshira ish rejasi tuziladi. Xamshiralarni parvarish buyicha rejalashtirgan ishi xamshiralalar kasallik tarixiga yoki xamshira parvarish varakasiga yozib boriladi.

Turtinchi boskich rejalashtirilgan ishni amalga oshirish bilan yakunlanadi. (hamshira aralashuvi)

Ish rejani amalga oshirish bemorlarni xamshiralik parvarish qilish standartiga muvofiq o'tkaziladi. Bunda parvarishni birlamchi rejasi tuziladi, rejani xamma punktlari buyicha belgilar qo'yib boriladi.

Xamshira faoliyatining uchta kategoriyasi farklanadi:

Karamlik (shifokor ko'rsatmalarini uning nazorati ostida bajarish)

Mustaqil (shifokor ko'rsatmasiz xamshira uz tashabbusiga ko'ra harakat qilishi)

Uzaro karamlik (shifokor bilan xamshiraning va boshqa mutaxassisning uzaro xamkorlikdagi faoliyat)

Beshinchi bosqich – **xamshiralik xizmatini samaradorligini baxolash.**

1. Rejalashtirilgan natijani erishilgan natija bilan takkoshlash.
2. Rejalashtirilgan xizmatni samaradorligini baxolash.
3. Agar kutilgan natijalarga erishilmagan bo'lsa, kelajakda baxolash va rejalashtirish.

4. Jarayonning barcha boskichlarini tankidiy taxlil qilish va kerakli tuzatishlar kiritish.

Xamshiralik jarayonida xamshira, bemorning uzi yoki uning karindoshlari katnashadilar.

Misol: 43 yoshli bemorda noqo'lay harakatdan sung belda ogrik ung oyokka tarkalishi bilan paydo bo'ldi. Bemor buyin-kukrak osteoxondrozi bilan stasionarda davolanmokda.

Obyektiv: bemor egilib turadi, kimirlamaslikka harakat qiladi, umurtqa kiyshaygan, bel umurtqasi sohasida kuchli ogrik, ung orqa mo'shaklari taranglashgan. Puls 92 ta /min, ritmik, AKB 145/80, NOCh 19ta/min

Masala:

1. Xamshiralik tashxisini qo'ying.
2. Tashxisga asoslanib xamshiralik yordam maksadini aniqlang
3. Xamshiralik faoliyati rejasini tuzish.
4. Xamshiralik faoliyati samaradorligini baxolang.

Javob:

1. Xamshiralik tashxisi: belda ogrik tufayli harakat cheklanishi.
2. Maksud (kiska muddatli) 20 minut ichida ogrikni yukotish.
3. Xamshiralik faoliyatini rejalashtirish:
 - xamshira shifokorni chakiradi
 - xamshira bemorni yotishiga va to'shakda qo'lay holat tanlashiga yordamlashadi
 - xamshira tabletka beradi
 - xamshira shifokor ko'rsatmasiga binoan analginni 50%-2ml va dimedrolni 1%-1ml li eritmasini tayyorlaydi va mo'shak orasiga kiritadi
 - xamshira bemor axvolini kuzatib boradi.

Eslatma: maksadga yetishish uchun bemorni tinchlantirish lozim. Aralashuv xar punktida bemorlarga muomalani tushuntirish va roziligini olish kerak.

4. 20 minutdan sung xamshira faoliyatini bajarganligini baxolash: ogrik kamaydi, bemor harakatlana oladi, bemorga taxtali to'shak xozirlash kerak.

Nevrologik bemorlarni parvarish qilishni asosiy qoidalari

Nevrologik bemorlarni davolash samaradorligi nevrologik bemorlarni to'g'ri parvarish qilishga kup bog'liqdir.

Nevrologik bo'limlar tinch, kungilga yokadigan jixozlar bilan ta'minlangan bo'lishi kerak. Bosh ogrigi bilan kechuvchi kasalliklarda, bemorlarga tinchlik va sokinlik juda muxim xisoblanadi. Masalan: meningitlarda shovkinni yukotish va yoruglikni kamaytirish lozim.

Boshqa kasalliklarda xam, masalan umurtqa pogonasida osteoxondrozida bemorga kandy holatni kabo'l qilish lozimligini aytib xam bemor axvolini yengillashtirish, ogriklarni kamaytirish mumkin. Bel-dumgaza radiqo'litida agar bemor sog tomonga yotib, oyogini korniga yakinlashtirib yotsa ogrik kamayadi. To'shak tekis va kattik bo'lishi uchun yogoch doskalardan matras ostiga qo'yish juda foydalidir.

Tibbiyot xamshirasi bemorlarni parvarish qilishni tashqillashtirish va ta'minlashni bilishi lozim. Ayniksa uz-uziga xizmat ko'rsata olmaydiganlar, shol tufayli yordamga muxtoj, nutq, xush buzilishlari, chanok buzilishlari bo'lgan bemorlarga muximdir.

Nevrologik bemorlarni tula-tukis parvarish qilish uchun yukori darajadagi xamshira va kichiq xamshira (sanitarka) kerak.

Harakat buzilishlari bilan bemorlarni parvarish qilish

Harakat buzilishi asab tizimi kupchilik kasalliklarida aniqlanadi. Ularga markaziy va periferik shol, ataksiya, parkinsonizm, giperkinezlar, ogrik tufayli harakatni cheklanishi kiradi. Bunday hollarda tibbiyot xamshiralarning vazifalariga kiradi:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarkatish, inyeksiyalar, yotoq yaralariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va xok).
2. Gigiyenik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarni almashtirish, teriga ishlov berish va xok.)
3. Bemorlarni ovqatlantirish.
4. Sanitar- okartuv tadbirlari.

Ayniksa shol bo'lgan bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi va ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak.

Bemorning choyshabi (chexol) doimo tozalab, kokib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga klenka yoki maxsus klenka koplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniksa, yotoq yaraga karshi matraslar ishlatilganda paxta-kogozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari extiyojga karab ammo xaftasiga kamida bir marta, gigiyenik vannadan sung almashtiriladi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda xamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi.

Yotoq yara profilaktikasi.

Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani kup uchraydigan joylarda (dumgaza va dumba, son orqa sohasi, tovon) axamiyat bergan xolda,

bemorni xar choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga karab turish lozim.

Xaar kuni bu joylarga kvars lampasi, rezinali chambar qo'yish lozim. Teri xar kuni suv shimdirilgan salfetka bilan artiladi va kamfora spirti, odekolon, arok yoki oshxona uksusi bilan artiladi. Teriga ishlov bergandan sung ko'ritiladi. Bemorni bir kunda bir necha marta ostini yuvish lozim, chunki siydik va axlatni burmalarda xosil qilib tuplanishi mumkin.

Zotiljam profilaktikasi.

Yotoq bemorlarni yonboshga agdarib turish zotiljam profilaktikasida xam muxim urin tutadi. Karama - karshi ko'rsatma bo'lmagan holatda bemorlarga yotoqda yarim - utirishni maslaxat beriladi. Tananing yukorigi qismini kutarilishi nafas olishning yaxshilanishiga xamda nafas olish va chiqarishning chuko'rlashuviga olib keladi. Shu maksadda orqani ukalash, gorchichnik, banka qo'yish xam muxim urin tutadi. Shuningdek xonaning xaroratini tekshirib turish, bemorni sovqatishini oldini olish xamda rejali ravishda xonani kvarslash va shamollatish lozim.

Kontraktura profilaktikasi.

Falajlikning 4,5-kunlardan boshlab mo'shaklarda atrofik jarayonlar, xamda bugimlarda qontrakturalar rivojlanadi. Falaj bo'lgan sohadagi qontrakturani oldini olish maksadida shu sohaning xar bir sigmentini ukalash va shu sohada passiv harakatni yuzaga keltirmok lozim. Bu davolovchi mashgulotni 5-10 dakika mobaynida bir necha bor kuniga, 1-2 soat oralab o'tkazish zarur. Davolovchi mashgulot va ukalashni bemorning yakinlariga urgatish mumkin. Karama - karshi tomondagi qontrakturalar uchun davolovchi mashgulotdan sungi tanaffuslarda falaj sohaga maxsus holat beriladi. Qo'llar uzoklashtirilgan, supinasiya holatida fiksasiyalanadi. Oyoklar to'g'rilanadi, oyokning tagiga tayanch qo'yiladi, tizza bugimi tagiga bolish qo'yiladi. Tizza va tovon to'g'ri burchak asosida bo'lishi kerak.

Umumgigiyenik koyidalar.

Bemor shaxsiy gigiyenaga rioya qilishi uchun kuniga kamida ikki marta yuvinib, chumilib turishi lozim, qo'llarini tez-tez yuvishi kerak. Ogiz bushligini toza tutishi lozim. Bemorlarni tishini tozalashga yordam berish kerak, ogir bemorlarda milkini artish, tishlarini dokali tampon (bor kislotasi yoki soda) bilan obrabotka qilish zarur. Kuzdan ajralgan, kipriklarga yopishib kolgan ajralmalarni ilik antiseptik eritma yordamida namlangan tampon bilan artiladi.

Undan tashkari burun, qo'lok, soch., sokol va tirmoklarni xam shunday parvarishlash lozim.

Bemorlarni ovqatlantirish.

Bemorlarni parvarish qilishda oziklantirish muxim urinni egallaydi. Nerv kasalliklarida yutish aktining buzilishi xam kuzatiladi. Agar yutish akti kiyinlashgan bo'lsa, u xolda individual qonsistensiyaga ega bo'lgan ovqat tanlanadi. Masalan aksariyat bemorlar kattik yoki suyuk ovqatlarni iste'mol qila olmaydilar, ammo butkasimon ovqatlarni iste'mol qiladilar. Bemorlarni ilik, shirin ovqat bilan extiyotkorlik xamda shoshilmasdan ovqatlantirish lozim. Agar yutish to'liq buzilganida yoki bemor xushsiz bo'lsa unda oziklantirish nazogastral zond orqali amalga oshiriladi. Shifokor steril gliserin surtilgan zondni taxminan 50sm belgisigacha yuboradi. Yutal tutishi, nafasning kiyinlashuvi, sianoz bor- yukligini shifokor kuzatib turdi. Ovqatlantirishdan oldin 100ml suyuklik yuboriladi, o'tkazuvchanlikni aniqlash maksadida, sungra asosiy ozika yuboriladi.

Tos a'zolar faoliyatini nazorat qilish.

Bosh va orqa miya shikastlanishlarida tos a'zolarining faoliyati buzilishi kuzatilishi mumkin. Xavfli tomoni shundaki, bu holatda peshob va najasning turib kolishi kuzatiladi, bu qo'shimcha organizmning zaxarlanishiga olib keladi. Peshobning turib kolishida kuniga ikki maxal (ertalab va kechko'run) siydik kopini steril, gliserin yoki vazelin surtilgan kateter bilan kateterlash o'tkaziladi.

Siydik kopi peshobdan bo'shaganidan sung, siydik kopini antiseptik eritma bilan yuviladi. Agar chin siydik usholmaslik holati kuzatilsa xamda siydik kopida yalliglanish jarayoni yuzaga kelsa, bu holatda xam siydik kopi antiseptik eritma bilan yuviladi va xar kateter qo'yganda siydik kanalini shikastlamaslik uchun 5-6 kunga kateter qo'yiladi.

Shuningdek tos a'zolari faoliyati buzilishida defekasiya bo'lmasligi kuzatiladi. Bunday bemorlarga kun oralab 1-2l suv yoki gipertonik eritma bilan tozalovchi xukna qilinadi. Bemorning xolsizlik darajasiga karab usimlik maxsulotlari va zigir yoki vazelin moyi 2st. l beriladi.

Peshob usholmaslik holatlarida ayollarga pampers, erkaklarga tashqi siydik kabo'l qilgich maslaxat beriladi. Peshob va najas ushlay olmaslik holatida kattalar uchun antifekal baryerli, shimib oluvchi taglik tutish maslaxat beriladi. Pampersni almashtirishda albatta gigiyena qoidasiga rioya qilgan holatda, iflos bo'lgan sohalar suyuk sovun va suv bilan yuviladi.

So'zlashuv mulokoti buzilgan bemorlarni parvarish qilish.

Suzlashuv mulokoti buzilgan bemorlarni parvarish qilish katta sabr va aniqlikni talab qiladi. Bu holatda suzlashuvni yukotgan bo'lishiga karamay bemorlarda ma'lum darajada xushi va kizikishi saklangan bo'ladi. Bu holatda xamshiraning vazifasi bemor bilan mimika, imo-ishora, yozma (agar yoza olsa) ravishda mulokotga kirishishdir. Motor afaziya holatida xamshira bemorga (xa yoki yuk) deb javob beruvchi savollar beradi.

Agar bemor xamshiraning gapiga tushunmasa u xolda xamshira tushuntirish maksadida imo-ishoradan foydalanadi;

Masalan: bemorning qo'lini kutarib shu bilan birga «qo'lingizni kutaring» deydi.

Suzlashuv mulokoti buzilgan bemorlarni parvarish qilishda bemorlarga to'g'ri talaffuz qilishini nazorat qilish lozim.

IV Bo'lim. 5.1 Miyada qon aylanishining buzilishi.

Asab tizimi kasalliklari orasida kup ulimga sabab bo'lishi yoki mexnat kobiliyatini turgun buzilishlariga olib kelishi bilan tomir patologiyasi oldingi urinlarni egallaydi. Rivojlangan mamlakatlarda miya tomirli kasalliklardan ulim ko'rsatkichi yurak va usma kasalliklaridan sung 3-urinda turadi. Insult o'tkazgan bemorlarning 25% birinchi sutkada, 40% 2-3 xaftada, yashab kolganlarning 50% 4-5 yilda xayotdan kuz yumadi.

Miyada qon aylanishi yetishmovchiligini asosiy sabablari serebral ateroskleroz va gipertoniya kasalligi, kam hollarda tomir anomaliyalari (anevrizmalar, patologik buqilmalar, torayishlar), revmatizm, vasqo'litlar, yurak patologiyasi, kandli diabet, qon kasalliklari bo'lib xisoblanadi.

Miyada qon aylanishi buzilishining qo'yidagi klinik shakllari ajratiladi:

A. Qon aylanishi yetishmovchiligini dastlabki belgilari (KAYeDB).

B. Utuvchi qon aylanishi buzilishi (UKAB).

- Tranzitor ishemik atakalar.
- Gipertonik ishemik krizlar.
- O'tkir gipertonik ensefalopatiya.

V. Insult.

- Subaraxnoidal qon qo'yilishi.
- Gemorragik insult.
- Ishemik insult.
- Kichiq insult.
- Oldin o'tkazilgan insult koldigi (1 yildan kuprok).

G. Zurayuvchi miya qon aylanishi buzilishi.

Miyada qon aylanishi yetishmovchiligining dastlabki belgilari.

Bu tashxis miya qon aylanishi yetishmovchiligining dastlabki klinik belgilarini ko'rsatadi va miyani tomirli shikastlanishini nisbatan

erta shakliga e'tibor karatish, xamda kasallikni rivojlanishini oldini olish va uz vaktida davolash maksadida ajratiladi.

Ateroskleroz, arterial gipertenziya, vazomotor distoniyalar etiologik omillar xisoblanadi. Odatdagi holatlarda bemorlar uzlarini yaxshi xis qilishadi, lekin miyani kislorodga extiyojini oshiruvchi (akliy zurikish, jismoniy charchash va xok) holatlarda bir kator shikoyatlar paydo bo'ladi.

Bemorlar bosh ogrigi, bosh aylanishi, boshda shovkin, xotirani buzilishi, ish kobilyatini pasayishiga shikoyat qilishadi. KAYeDB tashxisi bemorda oxirgi 3 oy davomida 1 xaftada 1 necha marta kasallik belgilarini takrorlangan holatlarda qo'yiladi. Bunda asab tizimida organiq shikastlanish belgilari bo'lmaydi.

Davolashda tomir kasalligi, AB ni to'g'rilash, miyada qon aylanishini yaxshilovchi preparatlarni buyurish (kavinton, sinnarizin), sedativ vositalar (valeriana tindirmasi, pustymik), polivitaminlar, nootropilar (aminalon, pikamilon, nootropil). Bemorni kun tartibini normallashtirish kerak, uykuni 8-9 soatgacha uzaytirish va parhez tanlash kerak.

Yengil ishlarni bajarish, davriy ravishda dam olish uylari va sanatoriylarda dam olish tavsiya qilinadi.

O'tuvchi miyada qon aylanishi buzilishi.

UMKAB – bir sutkadan oshmaydigan o'tkir boshlanuvchi uchokli yoki umumiy miya simptomlari yoki ularni birga kelishi bilan namoyon bo'luvchi miyada qon aylanishi buzilishi xisoblanadi. Ularga kichiq tomirlarga tromb tiqilishi, tromboemboliya, angiospazm, miyada qon aylanishini buzuvchi gemodinamik buzilishlar va boshqa mexanizmlar natijasida uncha katta bo'lmagan qon qo'yilishlar, yoki infarktlar bo'lishi mumkin.

Bunday patologiyaning sababi miya tomirlarining sklerozi, gipertoniya kasalligi, arterial gipotoniya, qon ivishi va kuyushkokligini ortishi, buyin osteoxondrozi bo'lishi mumkin.

UMKAYe paydo bo'lishiga jismoniy va ruxan zurikishlar, alkogol iste'mol qilish, kizib ketish va boshqalar yordamlashadi.

UMKAYe Tranzitor ishemik ataka va gipertonik krizlarga bo'linadi.

Tranzitor ishemik atakalar uchokli simptomatika (oyok va qo'llarni xolsizligi, nutqni buzilishi, diplopiya va boshqa), umumiy miya simptomlari, yoki ularsiz, yoki ularni kuchsiz rivojlanish fonida yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi. Simptomatika tomir spazmi lokalizasiyasiga bog'liq. Tranzitor ishemik ataka kupincha vertebrobasilyar, ba'zan karotid basseynida paydo bo'ladi.

Vertebrobasilyar basseynida qon aylanishi buzilsa bosh aylanishi, kungil aynashi, kusish, ensa sohasida ogrik, ko'rish buzilishi (ikqilanish, ko'ruv maydonini tushib kolishi), eshitishni pasayishi, yurishdagi buzilishlar paydo bo'ladi.

Karotid basseynida qon aylashida buzilish bo'lsa doimiy bo'lmagan gemitip buyicha parezlar, falajliklar, sezishni buzilishi, nutqni va yozishni buzilishi bo'lishi mumkin.

Gipertonik serebral kriz bosh ogrigi, kungil aynash, kusish, ba'zan tormozlanish yoki arterial gipertenziya fonida psixomotor kuzgalishlar bilan xarakterlanadi. Miya shishi xisobiga meningeal simptomlar kuzatiladi.

Gipertonik kriz o'tkir gipertonik ensefalopatiyadan turgun organik belgilar yukligi bilan farkanadi. O'tib ketuvchi miyadagi qon aylanish buzilishlari bilan bog'liq simptomlar 24 soat ichida yo'qoladi.

Davolash: tinchlik ko'zda tutiladi, nevrologik simptomatika paydo bo'lganida va yo'qolgach 2-3 hafta davomida yotoq rejimiga rioya qilinadi. Dorilar bilan davolash etiopatogenezga ko'ra va insultlarni davolash sxemasiga muvofiq: miyada qon aylanishi yetishmovchiligida yurak glikozidlari va tonusni oshiruvchi vositalar (korglyuqon, strofantin, sulfokamfokain, kofein) angiospazmlarda tomir kengaytiruvchi preparatlar (eufillin, klofellin, kavinton) qon ivishi ortganida antikoagulyantlar buyuriladi.

Insult.

Miya insulti deb, miyadagi qon aylanishining to'satdan buzilishiga aytiladi. Oqibatda miya to'qimalarida destruktiv o'zgarishlar yuzaga keladi va uning organik shikastlanishining turg'un simptomlari paydo bo'ladi. Insultning 2 xil ko'rinishi farqlanadi: gemorragik (miyaga qon quyulishi) va ishemik (miya infarkti).

Insult-miya qon aylanishini o'tkir buzilishi bo'lib, bu miya funksiyasining 1 necha sutka davom etuvchi patologiyasiga olib keladi. Insult-bu axolining mehnatga layoqatini pasaytiruvchi, uzoq muddat hospitalizatsiyasiga olib keluvchi kasallarning turg'un nogironlanishiga, ularning oilalarida xayot sifatining pasayishiga va davlatni sezilarli iqtisodiy xarajatlariga sabab bo'luvchi patologiyadir. Insult – o'lim sababchisi sifatida yurak qon tomir va onkologik kasalliklardan so'ng uchinchi o'rinda turadi va bundan 14 % ni tashqil qiladi (Mankovskiy N.B 2000 y). Ishemik insult o'rta xisobda gemorragik insultga nisbatan 5-6 marta ko'p uchraydi (G.IAvakyan 2000 y). "Ishemik insult, miya infarkti va o'tkir serebral ishemiya" tushunchalari adabiyotlarda sinonim sifatida ishlatiladi. O'zbekistonda miya insulti bilan xastalanish 1000 aholiga 0.9 dan 1.4 gacha o'zgarib turadi (Majidov.N.M va boshqalar 1998 yil). Toshkentda 1000 aholiga 1.5 ta to'g'ri keladi.

O'tkir ishemik insult yuqori darajada letallik bilan xarakterlanadi. Bu faqat bemorning qariligiga, patologik o'choqning ko'lamiga, takroriy insultning erta qo'shilishiga emas, balki kardial asoratlar, bo'lmachalar xilpirashi o'lim ko'rsatkichlarini oshiradi (Soksena. R I va boshqalar 2001 y). Bunda insultning oqibatlari turli faktorlarga – bemorning yoshi, arterial gipertenziyaning borligiga, qandli diabet, yurak yetishmovchiligi, o'tkazilgan insultlar mavjudligi, bemorning irqi kabilarga bog'liq. B.S. Valenskiyning ma'lumotlariga ko'ra, ishemik insultdan o'lim sababi 12-37 %, besabab 5282%, miyaga qon quyulishi 32-64% araxnoidal qon quyulishlar bo'lib hisoblanadi.

Insultlar 80% hollarda o'rta miya arteriyalarida, 20% hollarda boshqa arteriyalarda yuzaga keladi. Insultning klinikasi shikastlangan tomir havzasiga bog'liq. Insultning klinik simptomatikasi umumiy miya

va o'choqli simptomlar, xarakter, yaqqol va nisbiy ko'rsatkichlar bir qator omillar jumladan tomir xavzasini zararlovchi yetakchi patogenetik zanjirga asoslanadi (Troshin V.D 2000).

Bemorlar insultga bir necha kun qolganda bosh og'rig'i, holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashuvi, qo'l oyoqlarda uvishish kabilarni his etadi. Belgilar kuchayib boradi v bir kunda qo'l oyoqlarning gemiparezi paydo bo'ladi. Bemor xushini yo'qotmaydi, lekin boshida tumanni his etishadi. Ba'zida kasallikning kechishi bexosdan bo'lishi mumkin, bunda o'tkir davrda gemorragik insultdan farqlab bo'lmaydi. Ishemik insult uch og'irlik darajasiga ega (Troshin V.R 2000).

Kichiq insult – ahamiyatsiz o'rtacha nevrologik simptomatika yuzaga kelgach uch hafta ichida regressiyaga uchrashi bilan xarakterlanadi. O'rta og'irlikdagi ishemik insult klinikasida miya shishi, xush yo'qotish belgilarisiz kechadigan o'choqli simptomatika kuzatiladi. Og'ir insultga esa es xush yo'qotilishi, miya shishi, vegetativ trofik o'zgarishlar, qo'pol o'choq nuqsoni ko'pincha dislokasion simptomlar bilan birga kechuvchi umumiy miya simptomlari xos. (Gusev Ye.I 1992 y).

Miya infarktining o'chog'ini aniqlash tomirlarning okklyuziyasi, stenoz yoki tromboemboliyasi oqibatida yuzaga kelgan simptomlar va topik sindromlar analiziga asoslanadi. O'ng tomonlama gemiplegiyaning rivojlanishi oz yoki ko'p miqdorda ifodalangan afaziya ko'rinishidagi nutq buzilishi bilan kechishi mumkin. Miya po'stlog'ining tepa qismi va miya ichki kapsulasining zararlanishida bemorda anozoognoziya, metomorfopsiya, autotopognoziya yolg'on ko'rinishlari bilan, ko'ruv maydonida tana tuzilishining qiyshayib ko'rinishi o'z holatini tushunmaslik kabilar rivojlanadi.

O'rta miya arteriyasining alohida tarmoqlarining ko'p uchrovchi okklyuziyasida noto'liq sindromlar: pastki shoxlari okklyuziyasida qo'lning va mimika musqo'llarining qontrolateral parezi bilan kechuvchi motor afaziya, falajlangan qo'l va oyoqlarda yuzaga kelgan vazomotor trofik o'zgarishlar: sovuq qotish, sianoz, shish, bo'g'imlarda og'riq bilan

kechuvchi artropatiyalar ularning bujmayishiga – kontraktura va atrofiyalarning rivojlanishiga sabab bo'ladi. (Avakyan G.N 2000 y) O'rta miya arteriyasining butun havzasida qon aylanishi buzilganida qontrilateral gemiplegiya va gemianesteziya qontrilateral gomonom gemianopsiya, afaziya (dominant yarim shar shikastlanganda) yoki aproktoagnoziya va anozoognoziya (dominant bo'lmagan yarim shar shikastlanganida) kuzatilishi mumkin.

Kupincha o'tkir yarim shar insultlarida asosiy klinikaga yondosh tarzda tutqanoq sindromi kuzatiladi. Bu holat o'rta va katta yoshdagi bemorlarga xos shikastlanish po'stloqning motor qismlariga yaqin kortiko-subkortikal qismlarida kechib, AKB ning nisbiy oshishi va kam ahamiyatli somatik o'zgarishlar bilan kechadi (B.G.Gafurov 2000 y).

Yuqoridagi ko'p yillik klinik tekshiruvlar, kliniko- morfologik taqqoslashlar, shuningdek ko'p miqdordagi miya insulti o'tkazgan TashVMOI asab kasalliklari klinikasidagi kasallardagi gormono-gumoral o'zgarishlarning tahlili o'tkir qon- tomir miya jarayonini 4 bosqichga bo'lish imqonini berdi.

Birinchi – O'tkir osti davri (2-5 kun) o'choqdagi tomir-miya jarayonining davom etishi, o'choqqa qo'shni joylarda ikqilamchi morfofunktsional o'zgarishlar, ba'zida umumiy miya simptomlarining dominantlik qilishi, gumoral va gormonal shuningdek boshqa ingridiyentlarning siljishi bilan xarakterlanadi.

Ikkinchi – O'tkir davri (1-1.5 oy) o'tkir tomir miya jarayonining stabilizasiyasi va organizasiyasi bilan xarakterlanadi. Klinik kechishida birinchi o'ringa qandaydir darajada regressiyaga uchray boshlagan o'choqli serebral nuqsonlar chiqadi. Bundan kelib chiqib erta regressiyalanuvchi (reqonvalessent) bosqich xaqida gapirishimiz mumkin. Bu bosqichning oxirida gormono-gumoral ko'rsatkichlar va boshqa ingridiyentlar norma darajasiga yetib keladi.

Uchinchi – Kech regressiyalanuvchi davr (6 oygacha). O'tkir tomir- miya jarayoni tuliq tashqillanadi va stabillashadi. Bunda o'choq atrofidagi va uchoqdan uzoqda joylashgan morfofunktsional o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Miya va boshqa organlarning

kompensator mexanizmi aktivlashadi. Gormono–gumoral va boshqa qo`shimcha ko`rsatkichlar qon- tomir miya jarayonini stabillashganini va ularda asosan sistemali tomir jarayoni kuchayayotganligini ko`rsatadi.

To`rtinchi – Surunkali davr (6 oy va undan ko`p) o`tkir qon-tomir miya jarayoni va postinfarkt va postgemorragik o`choqlar stabillashadi (postgemorragik kista va chandiqli uzgarishlar). Bu jarayonlar miyaning kompensator mexanizmlari qo`shilishi bilan davom etadi. Miyaning yo`qotilgan funksiyasiing tiklanishi sekinlik bilan kechadi, lekin buyrak usti bezida xususiy va potensial rezervlarning defisiti borligini ham eslatib utish kerak. Kasallikning klinikasida miya insultining serebral defekti belgilari bilan birga poliorgan yetishmovchilik bilan xarakterlanuvchi sistemali qon- tomir jarayonining belgilari ham namoyon bo`ladi. Miya infarktining kechishi, miyadagi morfofunktsional o`zgarishlar, organizmning gomokinetik ko`rsatkichlari va yuqoridagilarni hisobga olgan holda, kasallikning har bir bosqichida ma`lum terapevtik yondashish lozim, lekin terapevtik taktika induvidual bo`lishi lozim. (A.R.Raximjanov 1999 yil).

Gemorragik insult.

Bu miya to`qimasiga (parenximatoz qon quyulish) to`r osti bo`shliqqa (subaraxnoidal) yoki miya qorinchalariga (ventriqo`lyar qon quyulish) qon quyulishi bilan xarakterlanuvchi miyadagi qon aylanishini o`tkir buzilishi. Aralash shakllari ham uchrashi mumkin.

Kasallikning klinik ko`rinishlari qon quyulish o`lchami va lokalizasiyasiga bog`liq. Kasallik kechishida uchta davr farqlanadi: o`tkir, tiklanuvchi va rezidual.

Bosh miyaga qon quyulishi.

Asosan miyaning o`rta arteriyasi xavzasida, ichki kapsula va bazal yadrolar sohasida kechadi, miyaga qon quyulishining asosiy sababi xafaqon kasalligidir. Qon quyulishi diapenez yoki qon tomir yorilishi sababli yuzaga kelishi mumkin. Quyilgan qon miya to`qimasini parchalaydi, miya pardalarini ta`sirlantiradi, bu esa miya va o`choqli

simptomlarni yuzaga kelishiga olib keladi. Miyadagi patologik o'choq paydo bo'lishi miya ichki bosimini oshishi, es- xush yo'qolishi va xayotiy muhim funksiyalar- nafas olish, qon tomir sistemasi, termoregulyasiyaning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Kasallik fizik yoki emosional zo'riqishda dastavval paydo bo'ladigan belgilarsiz o'tkir boshlanadi (apopleksiform). Bemor kuchli bosh og'rig'ini sezadi, xushidan ketib yiqiladi, kollapsga to'shadi. Bunda AQB ning oshishi, puls zo'riqishi shovqinli nafas, qorachiqslarning yorug'likka reaksiyasining yo'qolishi, qayt qilishga chaqiruvlar kuzatiladi, yuzi to'q qizil rangli, bemorning boshi va ko'zi falaj bo'lgan sohadan qarama qarshi tomonga qaragan (bemor o'choq tomonga qaragan) bo'ladi, falaj tomonda burun lab-burmasi silliqdashgan og'iz burchagi tushgan, yonog'i tuslangan, oyog'i tashqi tarafga burilgan. Bemorni tekshirganda gemiplegiya, musqo'llar tonusini pasayganligi falajlangan oyoq va qo'llarning tushib ketishi, Babinskiy patologik simptomi, shuningdek minimal simptomlar xam aniqlanishi mumkin. 1-2 sutkada tana harorati 41 darajaga ko'tarilishi mumkin, 2-3 sutkada pnevmoniya yoki o'pka shishi rivojlanadi, yotoq yaralar paydo bo'ladi. Qo'shimcha tekshiruvlarda ko'z tubida gemorragiyalar, qonda leykositoz, EEG da sust to'lqinlar (teta va delta ritm) paydo bo'lishi, ba'zida EhoEGda M-Eho da siljishlar, likvorning bosimi oshgan, 1-sutkada qon aralashmasi aniqlanadi. 3-5 kun davomida ksantaxromiya aniqlanadi.

Bemorlarning ahvoli odatda o'ta og'ir, o'lim ko'rsatkichi 60%. Yaxshi kechganda bemor komatoz holatdan doimiy chiqib boradi, es-hushi oydinlashadi, o'choqli simptomatika yaqqollashadi. Bemorlarda gemiplegiya, gemianesteziya ba'zida gemianopsiya aniqlanadi. Chap yarim shar shikastlanganda nutq, o'qish, yozish buziladi. O'ng yarimshar shikastlanganda psixika buziladi, apraksiya, agnoziya va parakinez(falajlanmagan sohalarda avtomatik harakatlar kuzatiladi).

10-14 kundan so'ng tiklanish davri boshlanadi. Dastlab oyoq so'ng qo'l harakatlari tiklanadi, sezuvchanlik, nutq, ko'rish, eshitish ,psixik

faoliyat yaxshilanadi. Falajlik spastik tus oladi. Tiklanish intensivligi doimiy susayadi va rezidual davr boshlanadi.

Ventriqo'lyar (qorinchalari) qon quyilishi og'ir kechadi. Unga bosh aylanish, hushini yo'qotish, koma, Cheyn-Stoks tipidagi shovqinli nafas kabilar xos, puls tezlashgan, qo'zg'algan, tana harorati 40 darajaga ko'tarilgan; qaltirashsimon tremor, ko'p ter ajralishi, likvorda qon kuzatiladi.

Gornetoniya-mo'shakning tonik qo'zg'alishlari gipotoniya bilan almashib turadigan xos belgi hisoblanadi. Ko'pincha bemorlar 2-3 kun ichida o'ladi.

Subaraxnoidal qon quyilishlar ancha yosh kishilarda yuzaga keladi. Asosiy sabab bosh miya tomirlar anevrizmining yorilishi. Anevrizmaning yorilishiga fizik va emosional zo'riqishi, miya shikastlari sabab bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanib unga kuchli bosh og'rig'i, psixomotor qo'zg'alishlar (kasal qichqiradi boshini ushlab oladi), yuzi qizargan, harorati ko'tarilgan, ensa mo'shaklari rigidligi aniqlanadi. Kernig va Brudzinskiy simptomlari aniqlanishiga xos. Likvorda yangi qon aralashmasi va bosim oshishi aniqlanadi. Letallik 30% hollarda. Residiv qon quyilishlar ehtimoli bor.

Ishemik insult (miya infarkti).

Ishemik insult miyaning to'liq yoki qisman qon bilan ta'minlanishining to'xtashi oqibatida yuzaga keladi. Bunga ta'minlovchi tomirlarning trombozi, emboliyasi, magistral tomirlar patologiyasi yoki AQB ning birdan tushishi sabab bo'ladi.

Ishemik insultning asosiy sababi- miya tomirlarining aterosklerozidir. Shu sababdan u keksa yoshlilarda ko'pincha yurak kasalliklari va qonning ivishi ortgan kishilarda uchraydi.

Bosh miya tomirlari trombozi tipidagi ishemik insult doimiy yuzaga keladi. Unga kasallarning bir necha soat, sutka va hattoki 1 oy oldin sezadigan insult boshlanishining belgilari-parasteziyalar, qisqa muddatli parezlar, ko'rish, eshitish va boshqa sezgilarning buzilishi kabi darakchilar xos.

Ba'zida insult uyqu vaqtida o'tkaziladi. Bemorlar uyg'ongach holsizlik, qo'l-oyoqlarda quvvatsizlanish, bosh aylanishini sezishadi. Bunda es- hush saqlangan, AQB normada, teri qoplamalari normada yoki odatdagi rangda. Nevrologik simptomatika shikastlangan tomir joylashuviga qarab bir necha daqiqa yoki soat ichida o'sib boradi. Karotid havzadagi qon aylanishinig buzilishi tananing qarama-qarshi tomonidagi mono va gemiplegiya ko'rinishidagi sezuvchanlikning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Chap yarim sharning shikasti nutq, o'qish va yozishning buzilishi bilan o'ng yarim sharning buzilishi esa aprakto- agnozika buzilishlar bilan kuzatiladi. Umumiy yoki ichki uyqu arteriyasi tiqilib qolganda optiko-piramida sindromi rivojlanadi, bunda tromboz bo'lgan tarafda ko'rish buziladi teskari tarafda qul va oyoqlar harakati buziladi.

Vertebrobazilyar basseynida qon aylanish buzilganda ko'rish maydoni tushib qolishi, ikkita ko'rish, koordinasiya buzilishi, boshqa miyacha va vestibulyar buzilish belgilari kuzatiladi. Yutishni buzilishi, fonasiya va alternatsiyalanuvchi falajlik bilan birgalikda bo'lbar simptomlar ham bo'lishi mumkin.

Embolik insult to'satdan rivojlanadi. Bemor xushini yuqotadi, lekin koma kupincha chuko'r va davomli bo'lmaydi. Emboliya manbai bo'lib bosh magistral tomirlari boshlanish joyidagi yemirilgan aterosklerotik yostikcha, yurak trombozi, endokard va yurak klapanlari kasalliklari bo'lishi mumkin. Uchokli simptomlar kupincha aorta, chap umumiy uyqu arteriyasi va chap ichki uyqu arteriyasini davomi xisoblangan chap miyaning o'rta arteriyasiga tiqilgani uchun chap yarim sharni jaroxatlanishi bilan bogliq bo'ladi.

Ishemik insultda qushimcha tekshirish usullarida qonda leykositoz, protrombin indeksini 110 – 115 % gacha ortishi, EEG da patologik sekin tulqinlar, REG da uchoq tomonda pulsasiyani susayishi aniqlanadi. Angiogrammada tomirlar formasi va kengligi o'zgarganligi, egri- bugriligi, anevrizmatik kengayishlar ko'riladi, likvor kupincha o'zgarishsiz bo'ladi.

Ishemik insultda ulim ko'rsatkichi (20-30%) miyaga qon quyilishiga nisbatan kam bo'lganligiga qaramasdan, ko'pincha og'ir kechadi. Uchoqli simptomlar stabillashgandan keyin tiklanish davriga utadi, bu davr oylab va yillab davom etadi xamda qoldiq holatlar davriga utadi (rezidual).

Davolash: Insultlarni davolash tezda boshlanishi kerak. Birinchi etapda xali insult xarakteri aniqlanmagan paytda bemor xayotini saqlab qolishga qaratilgan davo muolajalari o'tkaziladi. Buni differensiallashmagan yordam deb ataladi. Dastlab bemorni chalqancha boshini sal ko'tarilgan holatda yotqiziladi. Protez tishlari bo'lsa olib tashlanadi, kiyimlarini tugmasi yechiladi, agar bemor qussa boshini yon tomonga buriladi va og'iz bo'shlig'ini tozalanadi.

Agoniya holatida ko'chirish mumkin bo'lmagan bemorlardan boshqa xamma insult bemorlar maxsuslashtirilgan nevrologik bo'limga yotqizilishi kerak. Bemorni ko'chirish vaqtida ehtiyotkor bo'lishi kerak, bemorni silkitmasdan, zinadan chiqib tushganda muvozanatni saqlash kerak.

Differensiallashmagan davo o'tkir yurak qon tomir buzilishlarini bartaraf qilishga yunaltirilgan. Yurak foaliyati buzilganda dopamin v/i ga tomchilab, strofantin 0,05 % -0,5 ml v/i ga yoki korglyuqon 0,06 % - 0,5ml v/i ga, kordiamin 1 ml t/o ga, sulfokamfokain 10%-2 ml t/o ga buyuriladi. Qon bosimi oshib ketganda klofelin 0.1 % - 0,5 - 1ml m/o ga yoki 10-20 ml steril fiziologik eritmada 3 - 5 min davomida asta sekin v/i ga, atenolol, yengil holatlarda v/i ga eufillin 2,4 % li- 5ml buyuriladi. Agar yurak faoliyati buzilishi o'pka shishi bilan birga uchrasa spirt bug'lari qushilgan kislorod bilan nafas oldiriladi, bemor boshi baland qilib yotqiziladi, oyog'iga jgut quyiladi, 300 ml qon olib tashlanadi. Nafas olishi me'yorlashishi uchun elektr surg'ich bilan og'iz bo'shlig'i, burun va xalqum shilliqlardan tozalanadi. Tili orqaga ketishini oldini olish va nafas olishni yengillashtirish uchun og'izga havo naychasini quyish mumkin. Qusishni va qusuq massasini nafas yo'llariga aspirasiyasini oldini olish uchun burun orqali oshqozonga ingichka zond quyiladi. Bemorni holati xar ikki soatda o'zgartirilib turiladi. Agar bu

choralar nafas yo'llari tiqilishini bartaraf eta olmasa traxeotomiya amalga oshiriladi xamda traxeya va bronxlardagi shilliqni surib olinadi. Miya shishini bartaraf etish uchun degidratasiya o'tkaziladi (10% gliserinning fiziologik eritmadagi eritmasi v/i ga, deksametazon, laziks 2-8 ml bir sutkada, mannit, mochevina, furasemid).

Miyani gipoksiyaga chidamligini oshiruvchi va psixomotor quzg'alishlarni kamaytiruvchi dori vositalari buyuriladi (natriy oksibutirat, faustan, relanium, droperidol).

Ringer eritmasi, natriy xlorid, kaliy xlorid yuborish orqali suv tuz almashinuvi korreksiya qilinadi. Miyadagi metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun v/i pirasetam 20%-5ml, serebrolizin 1-5ml yuboriladi.

Insult bilan kasallangan bemorlarni diferensiallangan davolash qo'yidagicha amalga oshiriladi. Gemoragik insultda bemor yotkiziladi, boshiga baland kutargan holat beriladi va muzli xalta qo'yiladi, oyoklariga issik grelka qo'yiladi. Qon tuxtatuvchi preparatlar buyuriladi: aminokapron kislota 100ml v/i tomchilab sutkasiga 4-6 marta, pamba v/i, qontrikal v/i, vikasol, disinon. Miya tomirlarini spazmini oldini olish uchun v/i tomchilab nimotop 5-10 ml yoki lidokain 2% -2ml yuboriladi.

Ishemik insultda bemor gorizontal yotkiziladi, bosh sal kutariladi. Miyadagi gemodinamikani yaxshilovchi preparatlar buyuriladi (kavinton, trental, nisergolin), qonning reologik xususiyatini yaxshilash uchun v/i tomchilab reopoliglyukin, reoglyuman, gemodez yuboriladi. Qon yopishkokligini kamaytirish uchun antikoogulyantlar buyuriladi: geparin 20-40 ming YeD dan sutkasiga 5 kun mobaynida. Uni bekor qilishdan 1-2 kun oldin bilvosita antikoogulyantlar qo'shiladi (sinkumar, fenilin). Antikoogulyantlarni kabo'l qilish vaktida ulardan zaxarlanishni oldini olish uchun qon ivish ko'rsatgichlarini, siydik taxlilini kat'iy nazorat qilish kerak (PTI 60%dan kamaymasligi kerak). Bunday bemorlarga oksigenatorlar: sitoxrom, aktovegin, solkoseril buyuriladi.

Ba'zi bir insult bemorlarda, xususan miya tomirlari anevrizmida, korinchalarga qon qo'yilganda neyroxirurgik amaliyot o'tkaziladi.

Parvarish: gemorragik insultda yotoq rejimi 21 kunni tashqil qiladi. Ishemik insultda bemorning axvoliga bog'liq xolda 10-20 kundan iborat. Birinchi kundan boshlab bemorda dimlanishli pnevmoniya va yotoq yaralarni oldini olish kerak. Buning uchun bemorni kun davomida xar 2-3 soatda yon tomonlariga burish kerak. Ko'krak qafasiga banka, gorchichnik quyish, kerak bo'lsa antibiotik buyurish, palatani regulyar shamollatib turish kerak. Yotoq yaralarini oldini olish uchun dung'aza, dumba, bel sohasiga kamfora spirti surtiladi. Anatomik burmalarni tekislash dung'aza ostiga shishirilgan rezinali halqa quyish, tovon ostiga paxtali xalqa quyish yoki bemorni singdiruvchi tagliklarga, yotoq yaralariga qarshi ko'rpachalarga yotqizish kerak. Hosil bo'lgan yotoq yaralarga bepenten, lifuzol, Vishnevskiy malhamlari bilan ishlov beriladi. Sutka davomida ikki marta bemorni yuvintiriladi, tishlari va og'iz bo'shlig'i yuviladi. Falajlangan qul oyoqlarda mo'shak kontrakturasini oldini olish uchun qul -oyoqlarga fiziologik holat beriladi. Agar bemorni hushi va yutish saqlangan bo'lsa, birinchi kundan boshlab shirin choy, meva sharbatlaridan berish mumkin. Ikkinchi kundan parxez kengaytiriladi, lekin ovqat yumshoq va tez hazm bo'ladigan bo'lishi kerak. Agar hushi va yutishi buzilgan bo'lsa dastlabki ikki-uch kun mobaynida parentral oziqlantiriladi (glyukoza, albumin yoki gidrolizin). Keyin nazogastral zond quyiladi va ovqat aralashmalari beriladi.

Siydik tutilganda siydik pufagiga kateter quyiladi va o'z vaqtida bo'shashi nazorat qilinadi. Ich kelmay qolganda ichak motorikasini stimullovchi preparatlar (besakodil, gudtalaks, izfenin) beriladi, kerak bo'lsa ikki uch kunda bir marta tozalovchi klizma qilinadi.

Bemor holati stabillashganda va ahvoli yaxshilanish belgilari paydo bo'lganda, massaj, yotgan holatda ShJT buyuriladi.

Keyinchalik bemor qisqa vaqtga o'tqiziladi va kun sayin utirish davomiyligi oshirib boriladi. Tiklanish davrida falajlangan qul-oyoqlarga issiq muolajalar, elektrostimulyasiya buyuriladi. Nutq buzilganda bemor bilan logoped shug'ullanadi.

Bemor kasalxonadan chiqarilgandan so'ng dispanser nazoratiga olinadi, hamda nevropatolog va terapevt kuzatuv ostida keyingi davolash amalga oshiriladi.

Erta insult o'tkazgandan keyingi holat.

Gemorragik va ishemik insultlarning patogenezi va patomorfologik uzgarishlar bo'lishiga karamasdan bu kasallik rezidual davrida nevrologik simptomatikasi bir xil kup hollarda o'rta miya arteriyasi basseynining shikastlanishi xisobiga insult o'tkazgan. Bemorlarda gemiparez va sezuvchanlikning buzilishi saklanib qoladi. Chap yarim shar shikastlanishida nutq xam buziladi. Vernik-Man holati rivojlanadi, bunda falajlangan tomonda bemorda qo'l buqilgan holatda (bukuvchi musqo'llarning gipertonusi) oyoq esa tug'ri saklangan (oyoq yozuvchi musqo'llarning gipertonusi), harakatlar noravon bo'lib koladi. Sirkumfirlangan yoki aylanma harakat falajlikka uchragan oyoq tug'ri huddi uzaygandek qadam tashlash yarim aylana harakat bilan kechadi. Insult o'tkazgan bemorlarda miya qobiliyatini yo'qotishini asosiy sababi harakat va nutqning buzilishi bo'lgani sababli reabilitasiya ishlari ushbu nuqsonlarni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Poliklinika, dispanser reabilitasiya markazlarida va sanatoriyalarda bemorlarga shifobahsh mashqlar, massaj, fiziomuolajalar, balneoterapiya, logoped mashg'ulotlari o'taziladi.

Bemorlarga qon bosimini korreksiyalovchi, mikrosirqo'lyasiyani yaxshilovchi (ko'rantil, kavinton qon ivishini pasaytiruvchi aspirin 0,25g dan bir kecha kunduzda) kabi dori vositalari buyuriladi, shu bilan birga vitaminlar, biostimulyatorlar, nootrop dori vositalari ko'rsilari o'tkaziladi.

O'tkir miya qon aylanishi yetishmovchiligining birlamchi va ikqilamchi profilaktikasi farqlanadi. Birlamchi profilaktikasi insultning oldini olish va pasaytirishga qaratilgan bo'ladi. U rasional tartib, to'g'ri ovqatlanish, xatarli omillarni pasaytirishni o'z ichiga oladi (emosional zo'riqish, ko'p ovqat yeyish, chekish, alkogol, gipodinamiya) o'z vaqtida miya qon aylanishini buzilishi boshlang'ich belgilarini

davolashni o'z ichiga oldi. Ikqilamchi profilaktika insultlarni ikqilamchi residivlanishini oldini olishga qaratilgan bo'lib dispanser kuzatuv davrida olib boriladi.

Vertebro-bazilyar yetishmovchilik.

Bu umurtqa va bazilyar arteriyalari basseynida o'tkir va surunkali qon aylanishini yetishmovchiligini ifodalaydi. Asosiy sababi bo'yin osteoxondrozi va shakl buzuvchi spondilyozi. Bosh aylanishi, yurganda gandarlash, quloqda shovqin, ko'rishning bo'zilishi, ko'zda ikqilanish, ensada og'riqlar es-hushni o'tib ketuvchi bo'zilishi kabi belgilar bilan kechadi. Nistagm, ataksiya, eshituvni pasayishi, o'tib ketuvchi tetraparez aniqlash mumkin.

Davolash: osteoxondrozni davolash qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar yordamida o'tkaziladi (nikotin kislotasi, sinnarizin, kavinton) bosh aylanishini yo'qotish uchun betasek, aeron, dedalon buyuriladi.

Surunkali avjlanuvchi miya qon aylanishini buzilishi.

Kasallik serebral ateroskeleroz yoki gipertoniya kasalligi fonida ko'zatiladi va "dissirqo'lyator" ensefalopatiya sindromi ko'rinishida bo'ladi. Ensefalopatiya tushunchasi bosh miya tuqimasi yallig'lanishsiz shikastlanishi hisoblanadi. *Dissirqo'lyator ensefalopatiya* – bu asta-sekin avj olib boruvchi bosh miya qon aylanishini yetishmovchiligi hisoblanadi va u miya tuqimasida diffuz mayda uchoqli o'zgarishlar bilan kechadi va bosh miya faoliyatini buzilishini usishiga olib keladi.

Serebral ateroskeleroz –tomirlar devorining lipoid o'zgarishlar bilan kechadi. Bunda miya arteriyasi intimasiga lipoid moddalar chukib qoladi va qon tomirlar ateramatoz blyashkalar hosil bo'lib, ularning yorug'ligi torayadi. Oqibatda qon tomirlar o'tkazuvchanligi buziladi va miya to'qimasida mayda qon qo'yilishlar va ishemik uchoqlar yumshashi ko'rinishida paydo bo'ladi. Serebral gemodinamika, miya oziqlanishi buziladi va kechki bosqichlarda uning atrofiyasi kuzatiladi.

Dissirqo'lyator ensefalopatiya –serebral aterosklerozning klinik ko'rinishlaridan hisoblanadi. Uning boshlang'ich bosqichlarida boshda og'irlik, quloqda shovqin, bosh aylanish, ta'sirchanlik, ko'z yoshlanib

to'rishi, emosional labillik, xotirani va ish qobiliyatini pasayishi, uyqu buzilishi xos.

Ateroskeleroz rivojlanishi bilan yuqoridagi simptomlar oshib boradi va nerv tizimi organik shikastlanish belgilari paydo bo'ladi: patologik reflekslar, muvozanat, nutq, yozish buziladi; qiziqish doirasi torayadi, egayizm kuchayadi, ish qobiliyati pasayadi.

Kuchli ifodalangan ensefalopatiyada xotira buziladi, intellekt pasayadi, parkinsonik sindrom, aql zaiflik, insultlar rivojlanadi.

Diagnostika xos simptomlarga va ular dinamikasiga, shu bilan birga ko'z tubi qon tomirlarini tekshiruvlari, REG va qon bioximik ko'rsatkichlariga asoslanadi, (qonda b-lipoprotiyedlar, xolesterin miqdori oshadi).

Davolash; tadbirlari lipid almashinuvini (mevakor, lipostabil, setamifin) arterial bosimni me'yorga keltirishga (atenolol, kapoten, klofelin) miya qon aylanishini yaxshilashga (sinnarizin, kavinton, vazobral) eritrositlar agregasiyasini pasaytirishga (ko'rantil, tagren, kompolamin) miyada metabolik jarayonlarni yaxshilashga (pirasetam, nootropil, aminoron) qaratilgan bo'ladi.

Profilaktika: Bemor individual xususiyatlari nazarda tutgan xolda rasional tartibda o'tqiziladi (yetarli uyqu va mehnat, ovqatlar umumiy kaloriyasi chegaralanishi, hayvon yog'larini o'simlik yog'lariga almashtirish, ijobiy emosiyalar).

Spinal qon aylanishning buzilishi.

Spinal qon aylanishi buzilishi serebral kabi o'tkir va surunkali, ishemik va gemorragik bo'ladi. Umurtqa pog'onasidagi patologik jarayonlar bilan birga bir xil sabablar olib keladi

Klinikada radiqo'lomiyeloishemiya yoki dissirqo'lyator miyelopatiya manzarasi kuzatiladi. Shikastlangan sohada og'riq va sust parezlar kuzatilishi mumkin. Patologik uchoqdan pastda spastik falajlik yoki parez, sezuvchanlikning o'tkazuvchanlik turida buzilishi, chanoq a'zolar faoliyati buziladi. Lyumbosakral joylashishda "o'tkinchi oqsoqlanish" simptomi ko'zatiladi.

Tashxis miyelografiya, kompyuter tomografiyada tasdiqlanadi.

Davolash: miya buzilishlar davosi bilan bir xil o'tkaziladi. Ayniqsa parvarish axamiyatga ega, chunki tez yotoq yaralar, sepsis va urosepsis rivojlanishi mumkin.

Savol:

1. Bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi sabablari.
2. Gemorragik insult klinik ishemik insultdan kanday farklanadi?
3. Insultda ko'rsatiladigan shoshilinch yordam nimalardan iborat bo'ladi?
4. Miya qon aylanishining o'tkir buzilishi bilan kasallangan bemorlarni parvarishlashning kanday xususiyatlari bor?
5. Dissirko'lyator ensefalopatiyada qo'llanadigan davolash va profilaktik usullarini ayting.

“Asab tizimining yuqumli kasalliklari – meningokok va tuberqo'lez meningitlari, poliomyelit, talvasa sindromi.”

Meningit – bu bosh va orqa miya kobiklarining yalliglanish kasalligidir.

Meningit kupincha birlamchi kasallik sifatida (neyroinfeksiyalar) uning kuzgatuvchilari (viruslar, mikroblar) ta'sir qilgandan sung yoki kupgina umumiy infeksiyalarda ikqilamchi kasallik sifatida paydo bo'ladi. Miya suyukligi ko'rsatgichlariga ko'ra yiringli va seroz meningitini ajratish mumkin. Tuberqo'lyoz meningitida miya suyukligi uziga xos xususiyatlarga ega. Kasallikning klinik manzarasida meningokok sindromi ustun turadi. Meningitda umumiy yuqumli va umummiya simptomokomplekslar vujudga keladi.

Poliomyelit – o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uni kuzgatuvchisi enterovirusdir. Klinik manzarada kasallikning qo'yidagi boskichlari ajratiladi: prodromal, falajlikdan oldingi, falajlik va koldik ko'rinishlari boskichlari. Kasallikning abortiv, meningial, falajlik, tanachali (poliensefalik), ensefalik shakllari kuzatiladi.

Epilepsiya – surunkali kasallik bo'lib, uning asosida neyron faollikning uzgarishi yotadi. Neyronlar guruxida nogaxoniy yukori voltli chaknashlar sodir bo'ladi. Tutqanoq kelib chiqishining sababi ekzogen, endogen sabablar tufaylidir. Epileptik tutqanoqlar tutqanoq uchogi paydo bo'lganda vujudga keladi va uning kelib chiqishi buyicha qo'yidagi taxminlar mavjud: vazomotor, toksik, shishli va reflektor. Epileptik tutqanoqlar umumlashtirilgan (grand mal) va parsial tutqanoqlarga bo'linadi.

Asab tizimining yalliglanish kasalliklari.

Yalliglanish kasalliklarining tasnifi:

Meningit – bosh miyaning pardalarining yalliglanishi (yumshok);
paximeningit – kattik pardaning shamollashi.

Ensefalit – bosh miya moddasining yalliglanishi.

Miyelit – orqa miya yalliglanishi.

Radiqo'lit – ildizchalar yalliglanishi.

Nevrit – periferik anervning yalliglanishi.

Polinevrit – kup nervlarning yalliglanishi.

Yalliglanish kasalliklari turli xil omillarga bog'liq:

Infeksion omil – gripp, neyrovirus.

Infeksion – allergik jarayon – uni keltirib chiqaruvchi mexanizm infeksiyon omil bo'lib, shundan sung paraallergik omil katta rol uynaydi, masalan surunkali tonzillitda, revmatizmmda.

Travmatik omil, bunda aseptik yalliglanish jarayoni kechadi (miya chaykalishi, lat yeyishi).

Barcha omillarning ichida infeksiyon omillar katta ahamiyatga ega:

- bakterial infeksiyalar.
- virusli infeksiyalar.

Infeksiyalar qo'yidagi yo'llar bilan kiradi:

A) gematogen yo'l bilan;

B) qontakt yo'li bilan- qo'lok, qo'shimcha korinning yiringlashi, lat yeyish, kattik miya pardasi zararlanganda;

V) perinevral yo'l bilan (uk silindr orqali), masalan kuturish kasalligida, poliomyelitda.

5.7. Meningit – miya pardalarining yalliglanishidir.

Meningitning tasnifi: o'tkir va surunkali, birlamchi, ikqilamchi. Birlamchi meningit – bu virusli, bakterial meningitdir.

Birlamchi virusli meningit:

Limfositar xoriomeningit.

Serozli meningit.

Enterovirus meningit – Koksaki va YeSNO (xujayrali) viruslar tomonidan kuzgatiladi.

Birlamchi – bakterial:

Epidemik serebrospinal meningit.

Meningokokkli meningit.

Ikqilamchi meningitlarga qo'yidagilar kiradi:

Postgrippoz, tifoz, tuberqo'lyoz, brusellez, sifilitik, revmatik, tonzillogen, sinusogen, ozdontogen, shishli.

Kuzgatuvchilarning xarakteriga ko'ra meningit qo'yidagilarga bo'linadi:

1. Bakterial.
 - meningokokkli
 - pnevmokokkli
 - stafilokokkli
 - tuberqo'lyoz.
2. Virusli.
 - limfositar
 - xoriomeningit
 - serozli
 - enterovirusli
3. Parazitar meningit.
 - sistosirkoz
 - exinokokkoz
 - posttravmatik

➤ zamburugli

Patomorfologik manzarasiga ko'ra serozli, serozli-fibrinozli, yiringli, gemorragik meningitlar ajratiladi.

Klinika.

Tashxis umumiy miya simptomlari asosida qo'yiladi: diffuz xarakterga ega bo'lgan kattik bosh ogriqi, tana xaroratining kutarilishi. Xar kanday harakat, keskin tovush, yoruglik bosh ogriqini kuchaytiradi. Bosh ogriqi kupincha kusish bilan birga sodir bo'ladi. Bemorlar shovkin, yorokin nurga tokat qila olmaydilar, yumuk kuz bilan yotadilar, umumiy giperesteziya, meningial simptomlar (gardon mo'shaklaming kotib kolishi, Kernig, Brudzinskiy simptomlari).

Bosh suyak, yelka tomirlari asablarning zararlanishi, tutqanoq tutishi mumkin. Orqa miya suyukligi – ayniksa yiringli meningitda loyka, bosim yukori 1 ml da 100-800 gacha, ba'zi vaktlarda 10000-50000 gacha pleositoz, ayniksa limfositlar pleositoz kuzatiladi. Tuberqo'lyoz meningitida esa orqa miya suyukligida shakar mikdori kamayadi, mu'tadil limfositlar pleositoz kuzatiladi.

Davolash: bemorlarni shu zaxotiyok stasionarga yotkiziladi. Kamaytirilgan dozada 1 kg tana ogirlikiga 300-600 g. dan antibiotiklar tayinlanadi. Asosan penisillin, shuningdek boshqa yarimsintetik antibiotiklar kabo'l qilish mumkin. Antibiotiklarni orqa miya suyukligi tozalanguncha 1 ml – 100 katakcha qo'llash lozim. Bu odatda kasallikning 6-8 kunga to'g'ri keladi. Bundan tashkari boshqa dorivor preparatlar, simptomatik terapiya tayinlanadi.

VI. Bo'lim. Nerv tizimining yuqumli kasalliklari

Nerv tizimining yuqumli kasalliklari neyrorinfeksiya nerv tizimiga virus yoki bakteriyalar tushish natijasida yuzaga keladi. Shunga muvofik virus va bakterial neyrorinfeksiyalarga bo'linadi. Bundan tashkari, birlamchi va ikqilamchi neyrorinfeksiyalar farklanadi. Birlamchi neyrorinfeksiyada organizmga kuzgatuvchi tushishi bilanok nerv tizimini zararlaydi (poliomiyelit); ikqilamchi neyrorinfeksiyada – nerv tizimining shikastlanishi organizmdagi biror bir yalliglanish uchogi fonida asorat sifatida namoyon bo'ladi (tuberqo'lezli meningit).

Organizmga kuzgatuvchining tushishi kasallik albatta, rivojlanib ketadi degani emas. Makroorganizmning holati, uning reaktiv ximoya qilish xususiyati uta muximdir. Gematoensefalik tusik kata rol uynaydi. Kuzgatuvchi miya pardasida yoki uning moddasida tarkalishi mumkin. Shunga muvofik nozologik shakllar farklanadi: *meningit* – bish miya moddasining yalliglanishi, *ensefalit* – bosh miya moddasining yalliglanishi, *miyelit* – orqa miya moddasining yalliglanishi, *araxnoidit* – miyaning urgimchaksimon pardaning yalliglanishi, *leptomeningit* – miya yumshok pardaning yalliglanishi, *paximeningit* – miya kattik pardaning kasallanishi va aralash shakllar (meningoensefalit, meningoensefalomiyelit va boshqalar).

Sunggi yillar davomida o'tkazilgan neyrorinfeksiyalar etiologiyalarini va klinikasini o'rganish, ularning kuzgatuvchilarini ajratish, yosh bolalar va kattalarningerta immunizasiyasini o'tkazish uchun vaksina va zardoblar effektiv ishlab chiqarishga imqon beradi.

Meningitlar.

Meningitlar – bosh va orqa miya pardalarining yalliglanishi, bunga karamay kuprok yumshok va urgimchaksimon pardalar zarar ko'radi. Meningitlar birlamchi va ikqilamchi, o'tkir va surunkali, xarakteri buyicha orqa miya suyukligi (likvor): yiring, seroz va gemorragik bo'ladi. Yiring meningitning asosiy turlari meningokkok va ikqilamchi yiringlardir. Seroz meningitlardan virus va tuberqo'lezlilar

tez-tez uchrab turadi. Xamma meningitlar uchun umuminfeksion va meningial sindromlar xarakterlidir.

Umuminfeksion sindrom xarorat oshishi, xolsizlik, leykositoz va qonda EChT oshishi tufayli namoyon bo'ladi.

Meningial sindrom miya pardalarining kuzgalishi bo'lib, qo'yidagi belgilar bilan xarakterlanadi: bosh ogrik, kungil aynish, kusish, shovkin va yoruglik kuzgaluvchanligiga sezuvchanligining oshishi, teri giperesteziyasi, ensa mo'shaklarining regidligi, Lessaj, Brudzinskiy, Kernig simptomlari.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalardagi meningitda kata liqildok bukishi va Lessaj simptomi kuzatiladi.

Meningitning klinik diagnozi, albatta, orqa miya suyukligi tekshirilishi bilan tasdiklanadi va etiologiyasini aniqlash maksadida likvorni (orqa miya suyukligi) bakteriologik va virusologik tekshirish o'tkaziladi. Yiringli meningitlarda likvor xira, okimtir, oksil mikdori 1,5 g/l dan oshadi, sitozi (neytrofillar) 10-50 ming/mkl ga yetadi, bosim oshadi. Bakteriologik tekshiruvda kasallik kuzgatuvchisi aniqlanadi (meningokok, pnevokok).

Shuningdek, seroz meningitlarda likvor bosimi oshadi, lekin u tinik, oksil 1,5 g/l gacha oshadi, sitozi (limfositlar) 1 mkl da yuzlab topiladi. Virusologik tekshiruvda viruslar ajralib chiqishi mumkin.

Gemorragik jarayonlarda likvor pushti ranga buyaladi, sitozi eritrosidlar kupayadi.

Epidemik meningokokli serebrospinal meningit – kuzgatuvchisi meningokok xisoblanadigan birlamchi yiringli meningit. Kish va baxor paytlarida bolalar va usmirlar kuprok kasallanadilar. Kasallikning yukishi xavo-tomchi yo'li bilan yukori nafas yo'llari shillik kavati orqali sodir bo'ladi.

Inkubasion davr 1-3 kun, keyin kasallikning o'tkir boshlanishi kunli bosh ogriqi, kusish, kaltirash, tana xaroratining 39°S - 40°S gacha oshishi; lablarda, tilda, burun sohasida toshishi (gerpes); son, dumba, qo'l terisida gemorragik toshmalar bilan kuzatiladi. Qonda leykositoz $20-30 \cdot 10^9$ EChT – 40-60 mm/s gacha; likvor xira, bosim oshgan, oksil

5g/l, neytrfilli pleositoz 1 litrda 30000*10x6 gacha meningokok aniqlanadi. Kasallik davomiylik 2-6 hafta. Lekin kasallikning atipifik shakllari mavjud: ambo'lator, malinoz, resedivlanuvchi. Ambo'lator shakli yengilrok b/b, yukori nafas yo'llari katari tipi buyicha okib boradi, bir necha kun davom etadi. Malinoz shakli yashin tezligida rivojlanadi, 1 kun davomida ulim ruy berishi mumkin. Resedevlanuvchi shakllari uchun tuzalgandan sung biroz vakt utib meningeal sindrom kaytalanishi xarakterlidir.

Asoratlangan meningokokli meningitda gedrosefaliya, gemiparezlar, ko'ri shva eshitishning buzilishi, tutqanoq tutishi, intellektning pasayishi kuzatilishi mumkin.

Davolash: davolashda peniselinni sutkalik dozasi 60 mln. Ye.D. gacha xar 3-4 soat kabo'l qilinadi yoki gematoensefalik tusik (ampisillin, sefamandol, gentamisin) orqali boshqa antibiotiklardan foydalanish mumkin.

Kuzgatuvchining antibiotiklarga sezgirligini aniqlash va bemorni antibiotiklarni kabo'l qila olish sinamasi o'tkaziladi. Antibiotiklar shkvarda kuzgatuvchi yukolguncha qo'yiladi. Antibiotik bilan bir vaktida uzaytirilgan sulfanilamid-sulfametoksinlar sxema buyicha qo'llaniladi.

Detoksikasiya maksadida gemodez, reoglyuman, reo-poliglyukin qo'yiladi. Miya shishini yukotish uchun laziks, mannitol, glserol, bufenoks vena ichiga 2 ml. dan yuboriladi.

Talvasa va psixamatlar kuzgalishlarni yukotish uchun seduksen, klonazepam, natriy oksibutirati qo'llaniladi. Qon tarkibidagi elektrolitlarni, uning kislotaliligini korreksiyalaydi. Miyada metabolik jarayonlarni yaxshilash maksadida pirasetam vena ichiga 20% – 5ml dan yoki boshqa nootropolar va V guruxidagi vitaminlar qo'llaniladi.

Shuningdek, davolashda yurak glikozidlari, antianemik dorilar, tana xaroratini tushuruvchilar, antigistamin va boshqa vositalar qo'llaniladi. Antibiotiklar likvorda kuzgatuvchi yukolguncha qo'llaniladi.

Ogir hollarda bakteriologik shok tipida kechganda, vena ichiga gidrokartizon eritmasi 0,012 g/kg dozada tana massasiga nisbatan

qo'yiladi. Tomchilab – fiziologik eritma, gemodez, 5%li glyukoza eritmasi, qon plazmasi, reopoliglyukin, strofantin, askorbin kislotasi, prednizolon (0,005 g/kg), kokarboksilaza, penisillin qo'llaniladi va efedrin perfuzion suyukligi qo'shiladi. Shuningdek, ogir holatlarda antibiotiklar endolyumbal qo'llaniladi (benzilpensillin 5-10 ming Ye. D., gentamisin 0,005-0,01 g); elektrolit balansi sutkada 4 marta DOKSA 0,5% -1ml. dan inyeksiya bilan korreksiyalanadi.

Bemorlarga yengil ichimlik, kislorod intalyasiyasi beriladi, nafas olish tuxtaganda apparatga o'tkazish va boshqa reanimasion tadbirlar amalga oshiriladi.

Meningokkokli meningit bilan anganlarni infeksiyon bo'limga gospitalizasiyalashtiriladi. Bakteriologik sogayishdan keyin (kuzgatuvchining yukligi) ularni tamoman davolash uchun nevrologiya bo'limiga o'tkazish mumkin.

Infeksiya uchog'i yaxshilab dezinfeksiya qilinadi, basill tashuvchilar aniqlanadi va izolyasiya qilinadi. Bemorlyar bilan alokada bo'lgan bolalar orqasidan kat'iy tibiy nazorat va ota-onalar bilan tibiy-profilaktik ishlar olib boriladi.

Ikqilamchi yiring meningitlar miya yonida joylashgan organizmda istalgan joyda joylashgan, ayniksa yiringli kasalliklarda asorat sifatida namoyon bo'ladi (otitlar, gaymoritlar, tonzillitlar, abscesslar, bosh miya osteomiyeliti va boshqa).

Kuzgatuvchi (kuprok stafilokkok va streptokkok) qon va limfatik yo'llari orqali miya pardalariga to'shadi. Kasallik klinika buyicha meningokkok meningit kabi okib utadi. Ogir septik holat, organizm keskin suvsizlanishi, oshkozon-ichak buzilishi, orqa miya suyukligining uzgarishini bildirishi xarakterlidir. Yiringli likvor, sarik-yashil, baland neytrofil pleositoz kup oksil (6-30 g/l) tarkibiga oladi. Kelib chiqadigan miya abscess bilan meningoensefalit ko'rinishida asoratlari mumkin.

Davolash: organizmda yiring uchokni yuk qilish lozim. Keyin Meningokkok meningitdagi davolash o'tkaziladi.

O'tkir seroz meningiti – bu miya yumshok pardasi o'tkir seroz yalliglanishidir. Birlamchi (koksaki va YeSNO virusalari bilan

zararlangan limfositar xoriomeningit) va ikqilamchi yuqumli kasalliklar (pnevmoniya, kizamik, gripp, parotit) asorati sifatida namoyon bo'ladi. Asosan kuzgatuvchi viruslar va bagzan mikroblar (tuberqo'lez) xisoblaniladi.

Seroz meningitlar o'tkir boshlanadi, xarorat oshadi, kattik bosh ogrigi, kungil aynish, kusish, kuzlarda ogrik va meningial simptomlar paydo bo'ladi. Ogir holatlarda xush ketish sodir bo'ladi, nafas va yurak faoliyati buziladi, tutqanoq holatlari uchrab turadi. Likvor tinik, oksil 0,66-1,2 g/l, 1 mkl. dagi limfositar pleositoz bir necha yuz xujayragacha bo'ladi. Chuzilgan shakllarda gidrosefaliya rivojlanishi mumkin.

Davolash: lyumbal punksiyalar 5-6 kun davomida kunaro, virusga karshi preparatlar (asiklovir vena ichiga tomchilab xar 8 soatda 0,01 g/kg, dezoksiribonukleaza, immunoglobo'lin vena ichiga tomchilab 3,0), o'rta terapevtik dozada antibiotiklar, antigistaminlar (bronal, tavegil mo'shak ichiga 0,1%-2ml), bosh ogrigini kamaytirish uchun analgetiklar (analgin, baralgin), bosh miya qon bosimini pasaytiridigan preparatlar (laziks vena ichiga yoki mo'shak ichiga 1%-2ml, diakarb, vena ichiga tomchilab mannitol), detoksikasiya (gemodez, reopoliglyukin). Zarur bo'lganda tutqanoqqa karshi (seduksen, geksenal), yurak vositalari (strofantin, korgliqon, sulfokamfokain). Notropik preparatlarni (pirasetam, serebrolizin), S V vitaminlarni keng tayinlandi. Ogir vaziyatlarda sutkasiga 1-2mg/kg prednizolon tayinlanadi.

Tuberqo'leznyy meningit - seroz meningitning bir turi bo'lib yon korinchalarining qon tomir chigallarini, bosh miya nervlarini va miya asosi pardalarini uziga xos zararlaydi. Kupincha baxorda bronx limfa tugunlari va upka sili bilan kasallangan bolalarda asosan namoyon bo'ladi va o'tkir osti shaklida namoyon bo'ladi. 2-3 xafta davlmida umumiy xolsizlik, apatiya, ta'sirchanlik, yigloqilik, ishtaxaning pasayishi, tananing turli joylarida ogrikka shikoyat, subfebril xaroratni sezadi. Keyin bosh orgik birdaniga kuchayadi, kayd qilish paydo bo'ladi, ensa mo'shaklarining regidligi oshadi, Kernig, Brudzinskiy simptomlari yuzaga keladi. Gilaylik, diplopiya, anizokariya, ptoz yuzaga keladi, vegetativ vazifalar buziladi (terlash, terida kizil doglar), es-xushi

buziladi, tutqanoq rivojlanadi, kechrok esa – deserebrasion regidlik yuzaga keladi.

Likvor tinik, o'plessiyalashadi, limfositlar pleositoz – 1 mkl. da yuzlab xujayralar, oksil 1-3 g/l, kand va xloridlar pasayadi, bosim 500 mm suv ustunigacha kutariladi. 1 sutka davomida saklangan likvor yuzasida tuberqo'lez mikobakteriyalar paydo bo'lishi mumkin bo'ladigan yupka fibrin tasmasi xosil bo'ladi.

Davolash: davolashda tuberkuzga karshi preparatlar (streptomisin, tubazid, PASK), gidrokartizon, AKTG, V guruxi vitaminlari va meningitlarni davolash uchun boshqa vositalar qo'llaniladi.

Meningit paytlarida bemorni parvarishlash kata axamiyatga ega. Bunday bemorlar mavjud palatalarni shovkin binolardan uzokrokda joylashtirish joizdir. Xamshira bemorlarning xar xil ta'sirchanligiga sezgirliги oshganini esida tutishi lozim. Shuning uchun palatada kat'iy tinchlikka rioya qilish va xaddan tashkari yoruglikni keskin qilish lozimdir. Ovqat yengil bo'lishi kerak, asosan suyuklik bo'lishi lozim. Ichak va siydik pufagi funksiyalari tekshirilib turilishi lozim. Doimo teri koplamlarini va shillik kavatlarini obrabotka qilib turish kerak, perianganat kaliy kuchsiz eritmasi bilan ogiz bushligini chayib turish kerak.

Araxnoidit – miya yumshok va urgimchaksimon pardalarning seroz yalliglanishi. Araxnoidit sababi bo'lib yalliglanish jarayonlari (meningit, ensefalit, gripp) va miya shikastlanishi xisoblanishi mumkin. Patologik jarayon xarakteriga ko'ra yopishkok, kistoz va aralash araxnoidit farklanadi. Yopishkok araxnoiditda parda v amiya orasida spaykalar mavjud bo'ladi, kistoz araxnoiditda esa suyuklikka tulgan kistlar mavjud bo'ladi. Agar bunday uzgarishlar birga paydo bo'lsa, unda araxnoiditning aralash shakli diagnostikalashadi. Bunga muvofik jarayon lokalizasiyasi miyacha kuprigi burchagi va boshqalarning optikoxiazmal araxnoidit aniqlanadi.

Araxnoidit klinikasi lokalizasiya va morfologik xususiyatlarga bog'liq.

Kasallik utki ryoki o'tkir osti shaklida boshalanadi va bosh ogrigi, kungil aynish, bosh aylanish, subfebril xarorati paydo bo'ladi, shuningdek meningeal sabablar va miya zararlanishining uchok simptomlari (diplopiya, gilaylik, gemiparzom va boshqalar) paydo bo'ladi. Ichki miya bosimi oshadi.

Yopishqoq araxnoidit bemorlarda miyaning kata yarim shar shishib chiqkan yuzasida ildizcha va miya pardalari ta'sirlanish simpomtlari mavjud bo'ladi (bosh ogrik, jekson epilepsiya xuruji tutib kolishi, paresteziyalar).

Kistoz araxnoiditda miya vazifalarining zaiyalanish simpomtlari xarakterlidir (parezlar, paraliyalar, ko'rish yomonlashadi, nutq zaiflashadi).

Opitkoxiazmal araxnoiditda ko'rish vazifalari buziladi: o'tkirlik pasayadi, ko'rish sohasi pasayadi, bir yoki kuz ko'rliigi kuchayadi, ko'rish nervlari atrofiyasi paydo bo'ladi.

Miya kuprigi burchagi araxnoiditi uchun uchlik, yuza, uzok va yakin eshitish nervlari, shuningdek, miya yarim shari zaralanish simptomlari xarakterlidir (nistagm, intension tremor va boshqalar).

Orqa miya araxnoiditga xos simpotmlar utish va tomir yo'llari xisoblaniladi. Kistoz orqa araxnoidit simptomlari tomirlarning zararlanish va orqa miyaning ezilish simptomlari birlashishi bilan ekstramedulyar opuxol kelib chiqishi eslatiladi.

Likvordagi araxnoiditlarda yengil pleositoz, bir necha oksil, ba'zan oksil-xujayra dissosiasiyasi belgilanadi.

Davolash: birinchi navbatda kasallanish sabalarini yuk qilishga yunaltiriladi, kolganida seroz meningitini davolash kabi sxema bilan amalga oshiriladi. Remissiya boskichida surib olish xarakteriga xos bo'lgan preparatlar keng tayinlanadi (mo'shak ichiga lidaza 64 YeD, mo'shak ichiga biosed 1 ml, FiBS, shisha ko'rinish teriga 2 ml p/k). Spaykalarni yirtish maksadida kislородning urgimchaksimon bushligiga lyumbal punksiyalar kiritiladi.

Qonservativ davolashning muvaffakiyatsizligida xirurg yo'llanmasi lozim topiladi.

O'tkir serozli meningit

Klinikasi. O'tkir serozli meningit tusatdan boshlanadi, yukori nafas yo'llarida kataral uzgarish fonida. Xarorat 38-39 gradusga kutariladi. Bosh ogrigi, umumiy xolsizlik, Meningial simptomokompleks yakkol yuzaga chiqmagan. Bu jarayonga bosh miya nervi qo'shiladi. Ba'zan kuz tubida tuplanish yuzaga keladi. Kobik kuzgalishi belgilariga tezda ensefatik simptomlar qo'shiladi: togay, anizorefleks, piramid belgilar, utuvchi gemiparezlar. Orqa miya suyukligi tinik, kata bosim ostida okib chiqadi, tarkibida oksil me'yorida yoki oshgan (0.6-1.2 g/l), oksil reaksiyasi musbat. Ba'zida serozli meningit juda ogir kechadi, unda titrok, kasallikning boshlanishida es xushini bilmaslik kalloptoid xuruji Bilan kechadi. Tana xarorati 1-14 kungacha kutarilib turadi, meningial holat 2-4 xafta kuzatiladi.

Diagnoz: Orqa miya suyuklikka xos uzgarish bemorning umumiy holatiga va rivojlanayotgan o'tkir meningitga asoslanib qo'yiladi. Differensial diagnoz-sil meningiti.

Serozli meningit, kuzgatuvchisi Koksaki va ECHO, viruslari kuchli epidemik jarayonida uchraydi, ba'zan sporadik holatida uchrashi mumkin. Kupincha bu kasallik Bilan yosh bolalar kasallanadi.

Etiologiyasi: Koksaki va ECHO, viruslari ichakda kupayadi-enteroviruslar. Bu virus burun xalkum yuvindisi va najasda ajraladi. YeSNO virusi serozli meningitni kuzgatadi. Bu tiplar 4,6,9. YeSNO inglizcha turtta suzning bosh xarflarining yigindisi: Enteric cytopathogenetic humain orhans (viruslar sitopatogenetik effektga ega bo'lib, odam ichagida yakka xolda yashaydi.

Klinikasi: O'tkir serozli meningit tusatdan boshlanadi. Kuchli bosh ogrigi, ensa musqo'llaritortilishi, xaroratining kutarilishi, likvorda limfositar pleositoz kuzatiladi. Faringit kungil aynishi va ekzontema toshishi kuzatiladi. Ogir formasida qo'lok bitshi kuzatiladi. Kasallikning kechishi 1-3 xafta.

Davolash va profilaktikasi. Davosi xudi o'tkir limfositar xoriomeningitga xos. Bemorlarni erta gospitalizasiya qili shva uchokni bartaraf qilish kata axamiyatga ega.

Tuberqo'lyozli meningit. Kupincha yosh bolalarda va 2 yoshdan 6yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Kata yoshdagilarda kam xolda uchraydi.

Etiologiyasi. Tuberqo'lyozli meningit natijasida miliar tuberqo'lyozi kelib chiqadi, ba'zida generalizasiya prosessisiz rivojlanishi mumkin. Tuberqo'lyozli meningit xar doim ikqilamchi bo'ladi, kupincha upka tuberqo'lyozi yoki bronxial limfatik tugunlarining asorati bo'lishi mumkin.

Patologik anatomiyasi. Miya kobigida giperimiyasi, uning xiralashishi dondek kattalashgan, sarik qo'lrang dumbokchalarning oshishi, korinchalarning kengayishi va xiralashgan suyuklik paydo bo'ladi. Mikroskopik tekshiruv - ekssudat limfoid elementlar bilan tulgan, polinukliarlar kam uchraydi. Yumshok miya kobigi kengaygan qonga tulgan, uning devorlari limfoid devorlari limfoid xujayra bilan infiltratsiyalangan. Yumshok miya kobigi ba'zi joylarida tuburqo'la va kazeoz uchoklari uchraydi. Agar to'liq davolansa yalliglanish asoratlari batomom yukoladi va klinik tuzalishi boshlanadi. Tuberqo'lyozli meningit ba'zan surunkali yoki residiv kechadi. Bu holatda chandiklar xosil bo'ladi, yumshok miya kobigi tomirlari va bosh miyaning uzida uzgarish paydo bo'ladi. Bundan tashkari tomirlar chigali va korincha ependimasi zararlanadi, likvor sirqo'lyasiyasi buziladi.

Klinika; kasallik o'tkir osti va sekinlik bilan rivojlanadi. Bu davrda bolalarda kup yiglash bezovtalik kuzatiladi. Shu bilan birga bosh ogrigi, umumiy ogrik, yukori bo'lmagan xarorat, ishtaxa susayishi, kungil aynishi, kayd qilishi, bemorning ozishi va harakatning yukolishi kuzatiladi. Yashirin davri 1-3 xafta davom etadi. Sekinlik bilan meningial belgilar paydo bo'ladi. Bolalarda kata liqildok sohasi kengayadi. Meningial belgiga tez orada miya nervi falajligi qo'shiladi: kuzni harakatlantiruvchi nerv, yuz nervi tarmoklanadi, xarorat 38 gradiusgacha kutariladi, bradikardiya uchraydi. Kechki piramidli

belgilar nomoyon bo'ladi, qo'l oyok falajlanadi. Bexushlik, talvasaga tushishi, vegetativ belgilar tezda avj oladi, xarorat 39-40 gradusgacha kutariladi. Tekshiruvlar natijasida orqa miya suyuukligi – shaffof, dirillok, tinik emas, oksil reaksiyasi musbat, oksil mikdori 1-4 g/l kutariladi, pleositoz boshlanadi, bir necha limfoidlar keyin paydo bo'ladi. Suyuklik 24 soat to'rgandan keyin yupka tursimon vibrinli parda xosil bo'ladi, kand mikdori 10-30mg% kamayadi. Tur pardada Kox tayokchasi topiladi. Pirke reaksiyasi 60-70% musbat. Mantu reaksiyasi 94% uchraydi. Upka tekshirilganda miliar tuberqo'lyozi aniqlanadi.

Davosi; Davolashda tubazid (ftivazid va metazid) streptomisin, PASK. Streptomisin bolalarga yoshiga karab, 4 yoshda 0.2-0.25g sutkada, 4-7 yoshda 0.25-0.3g sutkada, 8-12 yoshda 0.3-0.5g sutkada, kattalarga 0.5-1g sutkada (500000-1000000Yed) va gormonlar beriladi, shuningdek simptomatik terapiya xam qilinadi.

Profilaktika; Tuberqo'lyozni oldini olish aktiv va rasional davolanish.

5.2. O'tkir poliomyelit – poliomyelitis anterior acuta

Bolalarda orqa miya falaji - paralysis spinalis infantilis

Geyne-Medina - morbus Heine - Medine.

Birinchi nomi - poliomyelitis anterior acuta. Anatomik yetishmovchiligi uchraydi: o'tkir yalliglanish serrozli (grekcha suzdan olingan bo'lib – polios) orqamiyaning oldingi shoxi uzgaradi.

Ikkinchi nomi – aytilishicha poliometit klinik holati orqa miya falaji bolalarda rivojlanadi.

Uchinchi nomi – Poliometit kasalligi Geyn-Medina nomi bilan tarixga kiritilgan. Nemis olimi ortoped Yakov Geyne 1840 yilda Poliometit kasalligini aniqlagan. 1890 yilda shved olimi Medina infeksiyon yuqumli kasalligini epidemiologik jixatdan aniqladi va isbotladi. Poliometit kasalligi o'tkir yuqumli kasallik bo'lib kupincha orqa miyaning oldingi shoxini zararlaydi, miya ustunida joylashgan harakatlantiruvchi yadro musqo'li falajlanadi va atrofiyalanadi.

Etiologiyasi: Poliomeelitning kuzgatuvcisi filtrlanuvchi virus, enterovirus guruxiga kiradi, virus diametri 25 mikron, yumalok shaklda, 50 gradus kizdirilganda uladi. 10-12 minut ichida lekin past xaroratda saklanadi, suvda va sutda virus, uy xaroratida 3 oygacha saklanadi, kanalizasiyada.

Bosh miya o'tkir yuqumli kasalliklari (ensefalit).

Ensefalit – bosh miya yalliglanishidir. qo'l rang xujayraning zaralanishi – polioensefalit, ok xujayraning esa – leykoensefalit deyiladi. Ensefalit chegaralangan yoki diffuz; birlamchi va ikqilamchi bo'ladi. Kasallikni kuzgatuvcisi – viruslar va bakteriyalar xisoblaniladi. Ba'zan kuzgatuvcisi ma'lum emas.

Etiologiya buyicha virusli, mikroblilik, toksik, yuqumli toshma, toshma, travmatik ensefalitlar farqlanadi.

Ensefalit okimi o'tkir, o'tkir osti va surunkali bo'ladi.

Epidemik ensefalit Egonomo (letargik ensefalit). 1916 – 1920 yillarda kasallikning yagona epidemiyasi kuzatilgan. Kuzgatuvcisi neyrotropik filtrlanadigan virus deb topilgan.

Klinikada epidemik ensefalit o'tkir va surunkali davrlar aniqlanadi. Kasallik utki rva o'tkir osti shaklida boshlanib, tana xarorati oshishi, umumiy xolsizlik, bosh ogrik va kataral paydo bo'lish kuzatiladi. Keyinroq uykuchilik va uyku formulalarining buzilishi rivojlangan (kunduz kuni uyku bosish va kechasi uykusizlik). Bir paytda kuzda ikqilanish, ptoz, kovergensiyaning buzilishi, anizokoriya paydo bo'ladi. Vegetativ buzilishlar xarakterlidir: gipersalivasiya, sallik, tomir urishining zaifligi, AD, turi katlamlarining ranglanishi. Giperkinezlar, yanlish ko'rish, kuzgalishlar sodir bo'lishi mumkin. Vestibo'lyar apparat zararlanishi ba'zan yuz berishi mumkin. Paralichlar sodir bo'lmaydi.

Likvorda oksil 1,5 g/l gacha va yengil pleositoz (1 mkl da limfositlar 20-30 gacha) oshadi. 3-6 xaftadan sung shifo topishi aniqlanadi. Lekin 20-35% holatlarda bir necha oy yoki yillardan sung postensefalik parkinsonizm rivojlanishi mumkin (Parkinsonizmga karang.).

Davolash: Vena ichiga 5-10 ml 40% geksametilentetramin eritmasi bilan 20 ml 40% glyukoza eritmasini va seroz meningitda boshqa preparatlarni kiritish lozim. Surunkali davrda parkinsonikka karshi davolash amalga oshiriladi.

Kana ensefaliti (baxoriy-yozgi) birlamchi virusli bo'lib, miya va pardaning yiringsiz o'tkir diffuz yalliglanishini kelitirib chiqaradi. Kupincha orqa miyaning kukrak buyin oldi shoxlari va bosh miyaning harakatchan yadro tomiri zararlanadi.

Kuzgatuvchi – Baxor va yoz paytlarida kana chakishi natijasida utadigan neyrotropik virusdir. Zararlangan echkning sutini ichishdan kasallanish mumkin. Epidemik uchogi Sibir, Ural, Uzoq Shark aniqlangan. Kana ensefalitning garb varianti Belorussiyada, Pribaltikada, Leningrad tumanida Ukrainada kuzatilgan.

Kana chakkanidan sung inkubasion davr 7-21 kun. Mo'shaklarda ogrik, xolsizlik seziladi. Kasallikning o'tkir davri kattik bosh ogriqi, kusish, kaltirash, baland xarorat (39-40°S) bilan boshlanadi. Bu paytda meningeal simptomlar paydo bo'ladi, es xush funksiyalari buziladi, yelka, qo'l va buyin mo'shaklari suligan paralichi rivojlanadi. Kukrakka kallaning osilib kolishi (bosh osilib kolish» simptomi), yelaklar pastga tushib kolishi, mo'shaklar atrofiyasi, tanag nisbatan qo'llarning osilib kolishi xarakterlidir. Ba'zan spastik gemiparezlar, epileptik shakl xushdan ketish namoyon bo'ladi. Kana ensefalitning progrediyent ketishda Kojevnikovskiy epilepsiyasi rivojlanadi: umumiy epi xushdan ketishga utib ketadigan biror bir mo'shak guruxlarning doimo majburan tortilib turishi rivojlanadi. Likvorda pleositoz va giperalbuminoz namoyon bo'ladi va ulim 25% gacha yetadi.

Davolash: baxorgi ensefalit kasalxonaga yotkizish lozim, kat'iy yotoq rejimi belgilanadi, xar kuni yoki kun aro 3-5 kun davomida mo'shak ichiga 5-6 ml spesifik gamma-globo'lin kiritiladi. Shuningdek, kana ensefaliti bilan kasallangan odam zardobi, giperimmunli ot zardobi, interferon, degidratlantiruvchi preparatlar (laziks, furosemid, mannit) i simptomatik preparatlar (isitma tushuruvchi, tutqanoqqa karshi) kiritiladi, ogir holatlarda – kortikosteroidlar kiritiladi. Remissiya

boskichida biostimulyatorlar, vitaminlar, massaj, LFK, fizik jarayonlar, balchiq bilan davolash, elektr stimulyasiyasi qo'llaniladi.

Kasallanganlarning tana qismlarida paralich va Kojnekov epilepsiyasi ko'rinishida koldik paydo bo'lishlar kuzatiladi.

Profilaktika: Kasallikni oldini olish uchun kanalarni yuk qilish, yopik kiyimda yurish, tananing ochiq joylarini kanalarni xaydovchi va kuchli xid beradigan preparatlarni surtish lozim. Kata risk bilan kasallanadiganlarni yanvar – mart oyi ichida vaksinasiya, bir yildan sung kayta vaksinasiya o'tkaziladi.

Chivin (yapon) ensefaliti. Bosh miyaning o'tkir yiringsiz yalliglanishi. Kuzgatuvchi – chivin chakishining zararlanashidan utadigan filtrlanadigan virusdir. Inkubasion davr ikki xaftagacha chuziladi. Kasallik tana xaroratining 40°S gacha kutarilishidan boshlanadi, kolaversa kaltirok, kattik bosh ogrigi, kungil aynish, kayd qilish, mo'shaklarda ogrik boshlanadi. Meningeal simptom keskin bilanadi, xis etish funksiyasi buzilgan, mono - yoki gemiparezlar, kayta kayta tortilib turish hollari va tutqanoq xurujlari sodir bo'ladi. Ogir kasallarda bo'lvar paralichi paydo bo'ladi. 50% gacha ulim sodir bo'ladi. Likvor bosimi oshgan bo'ladi, 1 mkl. da 200 ta xujayra gacha pleositoz kuzatiladi.

Davolash: rekonvalessent zardoblarini, giperimun ot zardobini, geksametilntetramin, degidranlantiruvchi va simptomik preparatlarni kiritiladi.

O'tkir kaytalashlar paydo bo'lish kam kuzatiladi.

Ikqilamchi ensefalitlar xar xil yuqumli kasalliklar (gripp, parotit, kizamik, skarlatin, revmatizm, emlash) asorati bilan sodir bo'ladi. Kupincha yosh bolalar kasallanadilar. Nerv tizimida patalogik jarayon tarkalib ketish xarakterini tashiydi. Patogenezda toshma kata rol uynaydi.

Klinika xaroratning oshishi, kattik bosh ogrigi, bosh aylanish va kayd qilish bilan xarakterlanadi. Xis qilishning buzilishi, paralichlar, parezlar, bosh miya nervlarning zararlanishi mumkin. Ikqilamchi ensefalitlarning kelib chiqishi parezlar, tutqanoqlar, rivojlanmagan

intellekt asorati bo'lishi mumkin. Davolash birlamchi ensefalitni davolash tamoyili bilan o'tkaziladi.

Grippoz (toksigemorragik) ensefalit – bosh miya va uning pardalarining o'tkir yalliglanish zararlanishidir (meningoensefalit). Miyada patanatomikcha shishish, qon qo'yilish va likvorda qon paydo bo'lish bilan birga perivasqo'lyar qon qo'yilish rivojlanadi.

Kasallik gripp fonida o'tkir boshlanadi, kupincha yukori nafas yo'llarining kataral uzgarishlari paydo bo'ladi. Kattik bosh ogrik, kungil aynish, bosh aylanish, kuz korachiglarinin kasallanishi, diplopiya, nistagm, ptoz, trigeminal nuktalarining kasallanishi paydo bo'ladi. Ogir holatlarda es-xushi buziladi, kupol uchok simptomlari rivojlanadi (gemiplegiya, afaziya), tutqanoq paydo bo'ladi. Likvor qonga tuladi, oksil 1,5 g/l gacha, pleositoz 1 mkl. da 100ta xujayragacha oshadi. Kasallikning bunday shaklida ulim extimoli attadir.

Davolash: Bu gripvozga karshi preparatlar (xar 8 soatda 0,01 g/kg xisobidan vena ichiga tomchilab 0,2 asiklovir); geksametilentetramin; immunoglobo'lin, interferon; antibiotiklar; sulfanilamidlar; dosenbillashtiruvchi preparatlar (bronal, tavegil, dimedrol); qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydigan preparatlar (kavinton, nisergolin, reopoliglyukin); analgetiklar; vitaminlar; ogir vaziyatlarda – kortikosteroidlar, reanimasion tadbirlarni uz ichiga oladi.

Ensefalit bilan kasallangan bemorlarni davolash murakkabdir, chunki ularda es-xush buziladi, harakatchanlik buzilishi, shuningdek paralichlar, giperkinezlar, bo'lbar sindromlar mavjud bo'ladi. Shuning uchun xamshira teri katlamlarining va shillik katlamlarining tozaligini saklashi, bir kunda eng kam ikki marta bemorlarni yuvintirib qo'yishi, terini kamfor spirt bilan artib turishi, fiziologik ketishlarni kuzatib turishi kerak. Bemorlarning qo'llarini ovqat yeyishdan oldin va keyin yuvib qo'yishi kerak. Ogir kasallarga koshik yoki zont orqali ovqatlanishni tashqil qilishi lozim. Nutq, nafas olish va yutish buzilgani bilan xarakterlangan bo'lbar sindromli bemorlarga maxsus davolanish kerak. Xamshira bemor bilan mulokot urnatibgina kolmay, vital

funksiyalar buzilishda vrachdan oldingi yordam berishi va vrachga tezkor xabar berishi lozim.

Miyelit.

Miyelit – orqa miya yalliglanishidir. Kasallik polietiologik, lekin infeksiyon-allergik xarakterga ega. Yalliglanish uchogi orqa miya kundalang kavatini kamrab oladi, xolbuki ma'lum darajada, asosan pastki kukrak qismida kesish uodir bo'lgandek. Kasallik tana xaroratining oshishi, umumiy xolsizlikning oshishi, kaltirash bilan boshlanadi; paresteziyalar, belda orgik, kukrakda, korinda, oyokda ogrik paydo bo'ladi; pastki paraparez yoki paraplegiya oshadi; chanok a'zolari funksiyalari buziladi (oldin tuxtalish bo'ladi, keyin siydik va axlatning ushlab tura olmasligi seziladi); dum va dumgaza sohasida orqa katlam kasalliklari (prolejn) paydo bo'ladi. Lokalizasiya jarayoniga paralich tipii judayam bog'liqdir. Orqa miya buyin yukorisi segmentlari zararlanish natijasida qo'l va oyok spastik paralichi namoyon bo'ladi. Kukrak qismida zararlanishida oyok oxirlarida spastik paralich boshlanadi va chanok buzilishlari paydo bo'ladi; agar bel kalinlanishi zaralansa, unda oyok oxirlarida kuchsiz paralich rivojlanadi.

Likvorda uncha katta bo'lmagan limfositar pleositoz, oksil 1 g/l gacha mavjud bo'ladi. Ogir kasallarda piyelosistit, urosepsis rivojlanadi. Ikqilamchi infeksiya birlashishi natijasida ulimgacha olib borishi mumkin. Nafas mo'shaklari zararlanganda, buyin qismi miyelitlari ogirlashib okadi va jarayonga miya tomirlari bo'lbar qismi xam jalb bo'ladi.

Davolash: Bu antibiotiklarni, kortikosteroidlarni, dehidratlantiruvchi preparatlarni, vitaminlarni, simptomatik preparatlarni uz ichiga oladi. Kayta tiklash davrda LFK, massaj, fizik proseduralar, biostimulyatorlar, spastik paralichlarda – baklofen, midokalm, skutamil-s ko'rsatilgan. Bel bilan kasallangan bemorlar uchun maxsuslashtirilgan ko'rortlarda balchiq Kir bilan davolash ko'rsatilgan. Funksiyalarning kayta tiklanishi ikki yilgacha davom etadi.

Miyelitda bemorga karash judayam muximdir. Kat'iy yotoq rejimi, orqa katlam yara kasalligi profilaktikasi ko'rsatilgan. Yotoq va yuvinish choyshablari tozaligiga rioya qilish, bemorlarni yonga burish, terisini extiyotkorlik bilan parvarishlash, kamfor spirti bilan artib turish muximdir. Orqa katlam yara kasalligi paydo bo'lganida brilliant yashil eritmasini, kalanxoe mazini, Vishnevskiy mazini, olazolni qo'llash joizdir. Nekrotizlashgan Katlam parvarishlanadi. Siydik tushish tuxtalishida dezinfeksiya qiladigan eritma bilan yuvish bilan birga siydik pufagi kateterizasiya qilinadi.

Poliomiyelit.

Poliomiyelit – yosh paytlarda uchratiladigan yuqumli kasallik bo'lib, orqa miya oldi shoxlari motoneyronlarning va bosh miya nervlari yadrosining zararlanishidir. Kuzgatuvchi – virus, zararlanish xavotomchi yoki alimentar yo'l orqali xosil bo'ladi. Asosan 5 yoshdan kichiqrok bolalar, poliomiyeletga karshi emlanmagan bo'lsa, kasallanadilar.

Inkubasion davr 5-14 kun davom etadi. Kasallik davri turta boskichdan iborat: o'tkir talvasa (preparalitik), paralitik, kaytalanish, va rezidual.

Kasallik o'tkir boshlanadi, tana xarorati 39-40°S gacha oshadi, bosh orgigi oshadi, orqa belda va oxir joylarda ogrik boshlanadi. Tomokda, xalkumda yalliglanish, kayd qili shva ich ketish aniqlanadi. Kupincha es-xush buzilishi, uyku bosishi, madorsizlik, tutqanoq, uzuzidan gapirishlar sodir bo'ladi. 2-3 kuniga esa meningeal simptomlar paydo bo'ladi, yuz giperemirlashgan bo'lib koladi, lekin ogiz atrofi xira uchburchak shaklida koladi. Likvor bosimi oshadi, limfositar pleositoz 200 kl/mkl. gacha bo'ladi.

Davolash: autoimmun yallig'lanish jarayonini pasaytirishga (prednizalon, metipred, deksametazon); fibrolizni pasaytirish, eritrositlar agregasiyasini kamaytirish (geparin, aminokapron kislota, aprotinin, ko'rantil, dimedrol); mo'shak gipertonusini pasaytirish (baklofen, skutamil, midokalm).

Remissiya fazasida immunitetni oshirish (levomizol, timolin, prodigiozin), trombositlar agregasiyasini pasaytirish (ko'rantil, tagren, ksantinol nikotinat), metabolik jarayonlarni yaxshilash (pirositam, nootropil, aminalon) kerak.

Organizmni reaktivligini oshirish va funksiyalarni tez tiklash uchun organizmga pirogenal, propemil yuboriladi, davolovchi gimnastika, massaj tavsiya qilinadi. Fizioterapevtik muolajalardan umurtqaga diatermiya, UFO, elektroforez belgilanadi. Sanator-ko'rt davo mumkin emas.

Diyetaga lipotrop moddalar tutuvchi mahsulotlar (tvorog, baliq, dukkakli) kiradi.

Tarqoq sklerozning effektiv profilaktikasi yo'q, lekin kasallikni oldini olish uchun bemor o'zini sovuqdan, issiqdan, ifeksiyadan (gripp, angina) ehtiyot qilishi kerak. Kasallik homiladorlik paytida avj olishi mumkin.

Neyrorevmatizm.

Bu kasallik infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, bosh miyaning biriktiruvchi to'qimalari, tomirlari shikastlanadi. Ko'pincha neyrorevmatizmning 2 ta formasi uchraydi:

- Miya revmovasqo'liti
- Revmatik ensefalit

Miya revmovasqo'liti miya qon-tomirlarida shikaslanish bo'ladi. Nerv to'qimasida o'choqli o'zgarishlar, mayda va o'rta kalibrdagi arteriyalar trombozi xamda subaroxnoidal qon quyilishlar, emboliya va mikroinsultlar bilan xarakterlanadi. Tana harorati subfebril, to'satdan gemiparez yoki gemiplegiya, afoziya va boshqa o'choqli o'zgarishlar bo'ladi. Es xushi saqlangan.

Revmatik ensefalit o'tkir boshlanadi. Revmatik jarayonning o'tkir fazasida rivojlanadi. Bemorda bosh og'rig'i, qayd qilish, meningeal belgilar, tana temperaturasi 39 gradusgacha, bosh miya o'choqli o'zgarish simptomlari (parezlar, paralich, giperkinez, afoziya, tutqanoq) kuzatiladi. Bemorda alaxlash, galyusinasiyalar, psixomotor

qo'zg'alishlar xam bo'lishi mumkin. Asosan gemorragik revmatik ensefalit og'ir kechadi, insultga xos rivojlanadi.

Revmatik ensefalitning giperkinetik varianti revmatik yoki kichiq xoreya deb aytiladi. Bunda degenerativ o'zgarishlar yallig'lanish jarayonidan ustun turadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi asosan maktab yoshidagi 6-15 yoshda uchraydi. Dastlab yuz mo'shaklari giperkinezi kuzatiladi so'ng koordinasiya buziladi. Mo'shaklar tonusi pasayadi, xotira, diqqat pasayadi. Bemorlar befarq bo'lib qoladi, sababsiz qo'lishida va yig'lashadi.

Xoreya ko'pincha homiladorlarda rivojlanadi. Uni ham revmatizm bilan bog'lashadi va sun'iy abortga ko'rsatma deb hisoblashadi. Revmatik xoreya 1-5 oygacha davom etadi va sog'ayish bilan tugallanadi.

Davolash: kortikosteroidlar (prednizalon, metipred), antibiotiklar (penisillin, ampioks, gentamisin), salisilatlar (natriy salisilat, aspirin), pirazalon unumlari (amidopirin, analgin), antigistamin vositalar (dimedrol, pipolfen, tavegil), gemostatik vositalar (disenon, jelatinol, aminokapron kislota), vitaminlar, nootrop vositalar (serebralizin, pirasitam, nootropil), ko'rsatmaga qarab tutqanoqqa qarshi vositalar (finlepsin, glyuferal).

Neyrosifilis.

Neyrosifilis deganda nerv sistemasining sifilitik shikastlanishida yuzaga keladigan simptomlar kompleksiga aytiladi. Oqish treponema gematoensefalitik to'siqdan o'tgach bosh va orqa miya qobiqlari hamda tomirlarida yallig'lanish jarayonini chaqiradi. Neyrosifilisning erta formasida zararlanishning birinchi yillari yuzaga keladi (meningit, endoarteriit, gumma, nevrit, polinevrit) va kechki zararlangandan so'ng 10-15 yil o'tgach rivojlanuvchi progressiv paralich. Benisillinoterapiya natijasida neyrosifilisning ko'pgina formasi to'liq davolangan. O'tkir sifilitik meningitdan tashqari bu zaxmning ikqilamchi bosqichi bilan og'rigan bemorlarning 1-2% tashqil qiladi,

Bu kasallik uchun belgilarning o'sta-sekin o'sib borishi xos. Tana temperaturasi 38-39 gradusgacha oshadi, psixomotor qo'zg'alishlar kuzatiladi. Meningeal simptomlar tungi xurujsimon bosh og'riqlari, ko'ngil aynish, bosh oylanishi, quloqda shovqin, yorug'likdan qo'rqish, diplopiya, ptoz, g'ilaylik qorachiqning torayishi va ularning sust reaksiyasi kabilar kuzatiladi. Likvor bosimi oshadi. Pleositoz 2000 kl/mkl, oqsil 1.2 gr/l. Ayrim hollarda Vasserman reaksiya musbat bo'ladi.

Zaxmning uchlamchi turida (zararlangandan 5-10 yil keyin) meningovasqo'lyar zaxm rivojlanishi mumkin, bunda miya qobiqlarining surunkali zararlanishi kuzatiladi.

Zararlangandan so'ng 15-20 yil o'tgach rivojlanadi. Bunga xarakterli, sanchuvchi, otuvchi og'riqlar, reflekslar yo'qligi, oyoqdagi chuqur sezgining yo'qolishi, bu bilan bog'liq atoksiya, chanoq tos buzilishlari, qorachiq anomaliyalari – sindrom Argayla-Robertsona (qorichiq deqormasiyasi, anizokoriya yorug'likka reaksiyaning yo'qligi qonvergensiya va akkomodiasiya saqlangan holda), og'ir hollarda paralichlar kuzatiladi.

Avj olib boruvchi paralich kamdan-kam xollada uchraydi. Zararlanganadan so'ng 10-15 yildan so'ng rivojlanadi.

Kasallik kechishida 3 ta bosqich farqlanadi: boshlang'ich – nevrosteniq, ikkinchi – yakkol psixopatologik simptomlar, uchinchi – marazm bosqichi bo'lib, bu bosqichda to'liq psixik va fizik buzilishlar kuzatiladi.

Bosh miya zaxmi bolalarda tug'ma bo'lib, aqliy va jismoniy rivojlanishining orqada qolish bilan xarakterlanadi.

Neyrosifilis diagnozini aniq qo'yish uchun serologik reaksiya katta ahamiyatga ega (asosan Vasserman).

Davolash: antibiotiklar (penisillin, biomisin), zaxmga qarshi preparatlar (yod, vismut), sulfozin. Maxsus sxema bo'yicha ko'rsalar olib boriladi.

VI. Bo'lim. Epilepsiya, ta'siri. Djekson epilepsiyasi.

Epilepsiya – bosh miyani surunkali kasalliga, takrorlanuvchi epileptik xurj bilan xarakterlanadi. Tusatdan neyronlarni zaralanishi natijasida paydo bo'ladi va xar-xil klinik paraklinik simptomlar bilan birga keladi.

Kup ishlatiladigan nomlarning (mukaddas, shaytonli yikituvchi kasallik, oy kasallik) ichida kuprok ishlatiladigan termin epelepsiya dir.

Birinchi bu nom eramizdan avvalgi XI asrda Bogdodagi Avisina kup yozmalarida topilgan. Xozirda bu termin xamma joyda kabo'l qilingan. Grekchasiga epilepsiya xuruj tutyapman degan ma'noni beradi. Bu termin ma'nosi odamga tashqi kuch tomonidagi zarba berilayotganini bildiradi. Qadimiy odamlar shunday dep uylashganki bu xudo yoki shayton tomonidan berilgan degan ta'savvurda bo'lishgan.

Uzok vaktgacha bu kasallikni iloxiy kuchga boglab kelishgan.

Epelepsiya xudo tomonidan gunoxlarga berilgan jazo. Shuning uchun bu kasallikni iloxiy kasallik deb atalgan. Chunki bu eng muxim qism qism rux – bosh miyani zararlaydi. Xudo gunoxlar uchun buni jazoladi va buni uzi davolash mumkin.

Xuruj vaktida odamlar bizning dunyodan chiqib bishka dunyo bilan mulokot qilishadi degan fikirda bo'lgan.

Epelepsiya dunyoda juda kup tarkalgan. U butun yevropalik kasalliklar ichida 5-6 % ni tashqil qiladi.

Etiologiyasi – uzok vaktgacha epelepsiya irsiy kasallik deb kelinadi.

Ilm fanning rivojlanishi ya'ni tekshiruv metodlarining kirib kelishi natijasida bu kasallik dominant ekzogen uchokli genezpit bo'lishi tasdiklandi.

Bu kasallikning xali xam irsiy kasallikligi toortishuvda. Bu kasallikning sabablariga noqo'lay sharoit, nasliy moillik, intrakatap, peripatal postnatal zararlita'sirlar, yashash sharoiti va boshqalar kiradi.

Xozirga zamonda epelepsiya kasalligi rivojlanishda doimiy miyaning organik zararlanishi natijasida paydo bo'ladigan uchok borligi va doimo u aktiv bo'lishi nazarda bor.

Shu vaktida neyronlarini epeleptik aktivlikka ega bo'lishi odamni kasallikning oldingi bo'lgan holatiga bog'liq va ayniksa epeleptik irsiyatga xam bog'liq.

Shu oxirgi irsiy va ortirilgan tushunchalari odamni qonstitusional yoki ortirilgan holatini ko'rsatadi va bu holat kanday bo'lishini va tutqanoqni kaysi turi bo'lishini belgilab beradi.

Ekzogen faktorlar odamda eng katta faktori perepatal uzgarishlarni uziga oladi va bo'lardan travmalar birinchi urinda turadi, (xammaning bosh va ayol tos suyagi bir biriga mos bo'lmasligi va xar-xir aqo'sherlik usullarini kupayishi).

Epelepsiya kelib chiqishda kupgina katta axamiyatga neyron ega bo'ladi (gripp, otitip-yasi, topzinegen revmatik) va bosh miya harakatlari. Bo'larning xammasi maskvaning Bextereva nomli psixiyatriya I.T.I. va Sank-Peterburg Polenova nomidagi neyrojarroxlik instituti ma'lumoti.

Tekshirish natijalari 90 % dan ortigida utadigan serebral leptomeningit Epeleptik yoki meningoensefalit natijasida kelib chiqadi. Shuning uchun epelepsiya kelib chiqishini oldini olishda eng birinchi urinda neyroensefalit va bosh miya jaroxati oldini olish kerak.

Epilepsiya etiologik orasida miya obsesi bo'lishi mumkin. Siyetoserikoz, tuberqo'lyoz va tarkalgan skleroz, miyani qon aylanishi buzilishi, miya churralari, degenerativ atrofiya miyaning gidroseoramiya, arteriovenoz anevrizli va boshqalar.

Alkogol natijasida kelib chiqadigan epelepsiya kam uchraydi. Ba'zi bir kamfora preparatlari ta'sirida xam tutqanoqlar yuzaga kelishi mumkinligi xam aniqlangan.

Epelepsiyaning endogen faktorlariga endogen buzilishlar, vegetativ uzgarilar, moddalar almashuvi buzilishlari, yosh uzgarishlari (jinsiy yetishish davri, klimakterik davr, kasallik davri) kiradi.

Kupchilik mualliflar endokrik toksik epelepsiyasini ajratishadi.

Epelepsiyaning endogen sabablariga irsiy faktor, 20 % ni tashqil qiladi. Ota-otani alkogolizm bilan og'rishi oyniksa xomilador ayollarning surunkali spirtli ichimlik ichishini epelepsiya kelib chiqishi ishda katta rol uynaydi.

Batogenez. Epelepsiya patogenezda epeleptik uchok sohasidan neyronlarning uzgarishlari katta ahamiyatga ega. Bu yangi xujjat rollar (epeleptik neyronlar) yukori chastotali va past amplitudasi harakatga ega. Epeleptik neyronlar epeleptik uchok kaysi xosil qiladi.

Epeleptik tutqanoq qo'ydagi faktorlar natijasida yuzaga keladi.

1. Epeleptik kuzgalishlar, miyadagi xar-xil organik uzgarishlar bilan biglik.
2. Ba'zi bir harakatlar sababi.
3. Ixtogen (busaga xuruji) oldingi tutqanoqlar ta'siri, ya'ni xar galdagi tutqanoq xuruji oldingi va keyingi yuzaga keladigan tutqanoq natijasi xisoblanadi.

Epileptik tutqanoqlar klassifikasiyasi.

A) Generallashgan tutqanoqli tutqanoqlar.

- I. Generallashgan tutqanoqli tutqanoqlar.
 - 1) toneko-klonik, 2) tonik, 3) klonik, 4) mioklonik, 5) chakaloklarniki, 6) epeleptik status tutqanoqlar.
 - II. Klinik tutqanoqlar petitmal-absanslar.
 - 1) oddiy absanslar (kiska muddatli xushdan ketish).
 - 2) Murakkab absanslar (boshqa fenamiklar bilan birga).
 - A) Klinik komponentlar bilan (mioklonik absans).
 - B) Atonik absans V) Akinetik absans G) Giperkinetik absans D)

Vegetativ-viseral absanslar.

B) Polimorf tutqanoqlar lokal (parsial) tutqanoqlar.

I Harakatlar.

1. Jekson harakati. 2) Adversiv harakat. 3) Talaffuz-talaffuz tuxtashi. 4) Mioklonik tutkanogi.

Sensor tutqanoqlar 1) Samato sensor. 2) Ko'rish. 3) Eshitish. 4) Xidlash. 5) Ta'm bilish. 6) Bosh aylanishi.

III. Vegetativ-visseral; visseral (pustlok) umumiy vegetativ (gipotologik, diensefal tutqanoq nomlangan).

Psixopatologik fekamenli tutqanoqlar.

1. Xushning suliar holati (xushning aniqmasligi, demirioz, efektiv, stuporoz paraksumal holat). 2) Avtomatizliar (psixamator tutqanoqlar) 3) Gamyukpitar tutqanoqlar.

V. Ikqilamchi generallashgan tutqanoqlar (bir tomonlama yoki bir tomondan kuchli komatik bo'ladigan).

Klinikasi. Epelepsiyaning asosiy klinik belgisi tutqanoqlar. Xalkaro klassifikasiya buyicha epelepsiya qo'ydagilarga bo'linadi.

1. Generallashgan (umumiy). 2) Jekson yoki qismli. 3) Kojevnikov yoki xar doimlm qismli. 4) Bir tonlama.

Epelepsiya tez-tez kuzatiladi (asab kasalliklari ichida 5-6 % ni tashqil etadi). 1000 ta shaxar axolisi ichida 2-5 bemorga to'g'ri keladi. Bemorlarning asosiy qismini umumiy epelepsiya tashqil etadi.

Epelepsiya bo'linadi: simptomatik va genuin. Simptomatik epelepsiya bosh medali organiq uzgarishlar simptomatik xisoblanadi; usmalar, sistoserkoz, meningoensefalit, va boshqalar. Genugen epelepsiya bosh miyada kupol destruktiv uzgarishlar aniqlanmaydi.

Genuin ba'zida esensial idiopatik, chin xakikiy yoki epeleptik kasalliklar deb ataladi.

Epeleptik xuruj kuyuidagi ko'rinishda kuzatilishi mumkin; 1) katta epeleptik xuruj (Grand mal) 2) kichiq epeleptik xuruj (Petit mal) 3) Epelepsiyaning psixik ekvivamenti. Kupchilik hollarda katta xurujlar kuzatiladi.

Katta epeleptik tutqanoqlar turta boskichda; aura, tonik tutqanoqlar, klonik tutqanoqlar va uykuga bo'linadi. Aura klinikada epeleptik tutqanoqning elishi va keyinchalik xushdan ketish kuzatiladi.

Aura vegetativ, motor, sensor va psixik bo'ladi. Aura doimiy harakatlarga ega bo'lib (xar bemorda uzining, xar doim bir xil va shunday aura) va kiska muddatli xarakterga ega bir necha sekund kuzatiladi. Aura epeleptik sohaning miyadagi epeleptik sohasining kitiklanishi xisoblanadi.

Auradan keyin bemor xushdan ketadi va yiqiladi.

Tutqanoq tonik titrash boskichiga utadi. Bemor kattik ovoz chiqaradi, nafas tuxtaydi, yuzi okaradi keyinchalik esa sionatik tus oladi. Bemorning boshi yon tomonga burilgan va orqaga egilgan holatda bo'ladi. Kuz xam yon tomonga yoki yukoriga kutarilgan bo'ladi, korachiqlar kengayadi va yoruglikka riyasiyasi kuzatilmaydi. Buyin venalari shishgan, jag kattik siqilgan, ogiz burchaklarida sulak ba'zan qon kuzatiladi. Qo'llar tirsak bugimida yozilgan va panjalar musht holatida bo'ladi. Oyoklar tizza va chanok son bugimlar yozilgan holatda bo'ladi. Korin musqo'llari taranglashadi, beixtiyoriy siydik ajralishi va defakatsiya kuzatiladi. Bu faza bir necha sekuntdan yarim minutgacha davom etadi. Tonik titrashlar klonik titrashlarga almashinadi. Klonik titrashlar boskichida bemorning boshi buqiladi, yoziladi va xar tomonga buriladi. Bemorning terisi ter bilan koplanadi. Kasallikning bu boskichi 30 sekuntdan 5 minutgacha davom etadi.

Klonik titrashlardan keyin kupchilik bemorlarda bir necha soat davom etuvchi uyku kuzatiladi. Bemor uygongandan keyin xuddi ogir jismoniy ish qilgandek butun tanasida simillovchi ogrik va xolsizlikni xis qiladi. Tutqanoqlar haqida esa xech nimani eslay olmaydi. Ba'zan ambo'lator avtomatizm belgilari kuzatiladi. Bemorlarda utib ketuvchi parezlar, afaziyalar va bosh ogriklari kuzatiladi.

Kichiq epilepsiya tutqanoqlari – muvozanat yukotilmagan xolda kiska vaktda boshida xush yukolishi bilan xarakterlanadi. Bemor yiqilmaydi, yuzlari okaradi, korachiqlarikengayadi, yoruglikka riyaksiyasi kuzatilmaydi, uzokka yunalgan bo'lad. Yuz mo'shaklarida titrash kuzatiladi, bemorning boshi yon tomonga karagan bo'ladi. Tutqanoq bir necha sekuntdan 30 sekuntgacha davom etadi.

Xurujdan sung bemor bemalol gaplashib uz ishini davom etiradi. Bo'lib utgan vokiylarni bemor eslolmaydi. Fransuzlar kichiq tutqanoqlarni absans deb atashadi. Bolalarda aura kuzatiladi. Tutqanoq boshlanishini oldindan sezib ota-onasining oldiga yoki kravatga borib olishadi.

Ruxiy ekvivalent-xurujdan tashkari kuzatiladigan utib ketuvchi ruxiy burilishlardir. Birdaniga boshlanadi. Bir necha sekunddan bir necha soatgacha davom etadi, xatto bir necha kungacha kuzatilishi mumkin. Kupincha ong tumanlashishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar uzlari bilmagan holatda gapirishadi, yuradi.

Xurujlar orasidan davrada soglom odamlardek ta'savvur koldirishadi. Birok nevrologik statusda bir kator organiq simptomlar aniqlanadi. Qon va likvor taxlili normal bo'ladi. Likvor bosimi oshadi.

Epileptik xarakter; tez xafa bo'lish va ujarlik, ziknalik. Epelepsiya kupincha bolalik va usmirlik davrlaridan boshlanadi, (kupincha 10-22 yoshda) 40 yoshdan keyin va 60 yoshdan keyinxam kuzatilishi mumkin.

Status cpilepticus – epilepsiya kechishidan ogir holat tutqanoqlar soni sutkasiga 200-300 tagacha boradi.

Tutqanoq payitida dastlabki yordam. Tutqanoqqa karshi: seduksen 2,0 ml v/i, geksonal yoki tiopental natriy 10 mg/kg dozada, magniy sulfat, kalsiy xlorid, xloralgidrat 5 % 30-50 ml klizmalarda qo'llaniladi. Yurak qon tomir tushishiga korglyuqon, eufillin, panangin, lyuminal 0,05-0,1.

Tutqanoqlar

Sensor xurujlar: 1) somatosensor, 2) ko'rish, 3) eshitish, 4) hid bilish, 5) ta'm sezish, 6) bosh aylanishi.

III. Vegetativ-vesseral: asosan vesseral (korqali) va asosan umumvegetativ (gipotalamik, boshqachasiga diensefal tutqanoq deb ataladi).

Ruxiy patologik xususiyatli xurujlar:

- 1) Idrokning xira holati (idrokning adashib ketganligi, delirioz, effektiv, stupor paroksizmal holatlar).
- 2) Avtomatizmlar (psixomotoz xurujlar).
- 3) Gallyusinator xurujlar.
- 4) Ikqilamchi generalizlangan xurujlar.
- 5) Gemiqonvulsiv xurujlar (bir tomonlama yoki asosan bir tomonlama)

Klinika; Xurujlar tutqanoqning asosiy klinik simptomi xisoblanadi. Tutqanoqning xalkaro tasniflanishiga ko'ra tutqanoqli xurujlar qo'yidagilardan iborat: 1) generalizlangan (umumiy) xuruj, 2) chala yoki djekson xuruji, 3) doimiy chala yoki kojevnik xuruji, 4) bir tomonlama.

Tutqanoq juda kup uchraydi (asab kasalligiga uchragan kasallar orasida 5-6 %ni tashqil qiladi).

Tutqanoq simptomatik va genuin turlaridan iborat. Simptomatik tutqanoq bosh miyaning organing xastalanishining simptomidir: miyaning ishishi, sistoserkoz, menengoensefalit, uremiya, eklampsiya, va boshqalar. Genuin tutqanoqda bosh miyada qattik destruktiv jarayonning klinik belgilari bo'lmaydi. Genuin tutqanoqni ba'zan essensial idiopatik, haqiqiy, yoki epileptik kasallik deb ataydilar.

Tutqanoqli xurujning ko'rinishlari quyidagicha bo'lishi mumkin: 1) katta tutqanoqli xuruj (Grand mal), 2) kichiq tutqanoqli xuruj (petitmal), 3) tutqanoqning ruxiy tenglamasi. Ko'pincha katta xurujlar kuzatiladi.

Katta tutqanoqli xurujda quyidagi to'rtta bosqich mavjud: aura, tonik tomir tortishishi, klonik tomir tortishishi va uyqu.

Klinik tuzilishda aura deb (yunoncha – shabada, kichiq shamol) tutqanoqli xurujning dastlabki holati, va bilvosita xushdan ketishdan oldin keladigan holatga aytiladi.

Aura vegetativ, motor, sensor va ruxiy bo'lishi mumkin.

Aura doimiylik (xar bir bemorda o'zgacha, har doim bir xil aura) va qisqa muddatlilik xususiyatiga ega. Aura miyaning muayyan qismining simptomi sifatida baxolanadi.

Auradan so'ng bemor xushini yukotib, birdaniga yiqilib to'shadi.

Xuruj tonik tomir tortishishi bosqichiga utadi. Bunda bemor baqira boshlaydi (tutqanoqli baqirigi). Nafas olishi tuxtaydi. Yuzi okara boshlaydi, sungra kizaradi va tezda kum-kuk rangga kiradi. Bosh tomir torishgan xolda chetga qaragan va biroz orqaga tashlangan bo'ladi. Kuzlari xam chetga yoki tepaga qaratilgan, kuz korachigi kengaygan bo'lib, yeruglikka ta'sir qilmaydi. Buyin tomirlari ishgan bo'ladi. Jag kattik siqilgan bo'ladi, ogizning burchagida suyuklik, sulak, ba'zan qon bo'ladi.

Qo'llar tirsak qismida tekkis bo'lib, mushtum siqilgan bo'ladi. Oyoklar tizza suyuklarida va undan yukori qismida uta tekkis. Korin mo'shaklari tortilgan bo'ladi. Odatda ixtiyorsiz siyib qo'yish, ba'zan esa defekasiya sodir bo'ladi. Ushbu faza bir necha soniyadan yarim dakikagacha davom etadi. Nixoyasida klonik tomir tortishish bilan almashadigan titrash yuz beradi. Klonik tomir tortishish boskichida bemorning boshi egiladi va tekislanadi kuch bilan chetga burilib utib ketadi. Terini ter bosadi. Ushbu boskich 30 soniyadan 5 dakikagacha davom etadi.

Klonik tomir tortishish boskichidan sung kup bemorlarda bir necha soatgacha chuzilish mumkin bo'lgan uyku boshlanadi. Uygongandan sung, bemor umumiy singanlik holatida bo'ladi, butun tanasida xuddi ogir jismoniy mexnatdan keyin bo'ladigan zirkiatadigan ogrikni xis qiladi. Xuruj haqida u xech narsani eslay olmaydi.

Ba'zan ambo'lator avtomatizm holati kuzatiladi. Vaktinchalik parezlar, afaziyalar bo'ladi. Bemorlar bosh ogrigini xis qiladidar.

Tutqanoqning kichiq xuruji (Epilepsia minor, petit mal) vazminlikni yukotish bilan davom etmaydigan vaktinchalik xushdan ketishdan iboratdir. Bemor yiqilib tushmaydi. Yuz terisi okarmaydi. Kuz korachigi kengaygan va yeruglikka ta'sir qilmaydi, nigox uzokka karagan. Yuz mo'shaklarining oz-oz tortishib turishi, bosh burilishi bo'ladi. Bir necha soniyadan 30 soniyagacha davom etadi.

Xurujdan sung bemor suxbatni, ishini davom ettiradi. Sodir bo'lgan xodisalar esida bo'lmaydi. Fransuzlar kichiq xurujni absans deb ataydilar, ya'ni "mavjud bo'lmaslik", chunki xuruj paytida bemor guyeki mavjud bo'lmaganday.

Ruxiy tenglamasi – xurujdan xoli ravishda vujudga keladigan vaktinchalik o'tkir ruxiyatning buzilishi, guyo uzi bilan xurujni urnini bosadi. Birdaniga boshlanadi. Bir necha soniyadan bir necha soatgacha va xatto bir necha kungacha davom etadi. Kuprok idrokning xira holati sifatida vujudga keladi. Bemorlar xushsiz holatda harakat qilishi, gapirishi mumkin.

Xurujsiz holatda bemorlar umuman sog odamga uxshaydilar. Lekin asabiy darajada ba'zi organiq simptomlar aniqlanadi. Qon va likvor normal. Likvor bosim oshgan.

Tutqanoqlik xususiyati: yepishib olishlik, holatlilik, muyayanlilik, pedantlilik, tozalik, ta'sirli portovchilik, jaxlning tez chiqishi, xafa bo'lishlik, jaxldorlik, tirishkoklik va ka'tiylik, ekoizm, maydalik. Tutqanoq kupinchilik holatda bolalikdan yoki yeshlikdan bolshanadi. Kupincha 16-22 yoshda. 40 yoshdan sung (Pardu), 60 yoshdan sung – karilik (Senilis).

Statrus epilepticus – tutqanoq davridagi kat'iy xodisasi. Xurujlar bir sutkasiga 200-300 martagacha kaytarilishi mumkin.

Prognoz:

Tashxis, differensial tashxis: uremik xurujlar, xomiladorlarning eklamsiyasi, spazmofiliya (tetaniya) bilan.

Davolanish:

Xuruj paytida birinchi yordam.

Tomir tortishishga karshi: sedksen 2,0 m/i, geksonal yoki tiopental natriy 1 kg ogirlikka 10 ml xisobidan, sulfat magniya, xlorid kalsiya, xloralgidrat 5% 30-50 ml klizmada.

Yurak uchun: korgliqon, eufilin, panangin.

Lyuminal 0,05-0,1.

Difenin, delantin 0,1.

Geksomedin 0,1-1,5 g, bolalarga – sutkasiga 0,1 - 0,75 g.

Tegretol 200-400 mgdan (1-2 t) 2-Z marta.

Trimetin 0,2-0,3, suksilep, morfolep (Petit mal).

Umurtqa osteoxondrozini nevrologik ko'rinishi.

Xozirgi vaktida umurtqa patologiyasi periferik nerv sistemasida asosiy sabab xisoblanadi. degenerativ uzgarishlar joylashishiga karab, diskda (osteoxondroz), umurtqada (spondilez), umurtqalar ora bugimda (spondiloartroz). *Umurtqa osteoxondrozini* klinikasi – degenerativ-distروفik kasallik, umurtqalararo disk xarakterli uzgarishi, umurtqa tanasida osteofit usishishi, umurtqalararo bugimda artroz, tez-tez disk

gurrasi, orqa miya va orqa miya shoxlarida bosish oshishi bo'ladi. Umurtqa osteoxondrozini sabablari turli xil. Ular kuida gilar: disk mikrotravmasi (ogir kucharganda, kattik ezilish, uzok majburiy holat, vibrasiya), shamollash, yakin joylashgan xosil organlardan reflektor ta'sir, umurtqa travmalari, uzgarishlarni ortishi.

Patogen omillar ta'sir ostida umurtqalararo diskda qon aylanishi yemonlashadi, disk yadrosida sklerozlanish tagrayeni boshlanadi, uning atrofidagi fibroz xalka, shakin togayi, sungra umurtqalar tanasida va umurtqalararo bugimda. Natijada fibroz xalka va disk elastikligi yukoladi, mikroyeriklar paydo bo'ladi, diskga kuprok yuklama tushishishi okibatida u turtib chiqadi. Disk chuko'rchasida churra shaqillanadi. Disk turtishi shoxlarda bosim oshishini chakiradi, orqa miya uzining oziklanishi buziladi. Statik va dinamik yukkamillar kabi jarayenida kuprok uchraydi, kupincha u tez-tez umurtqa tannasining bel va buyin kisimlarida osteoxondroz rivojlanishiga olib keladi.

Klinik osteoxondrozni reflektor ko'rinishlari: musqo'l tonusida, shoxlarida, neyrodistrofikasida, visseralida, vegetativ-tomirida va bel sindromi. Klinik Osteoxondroz shakllari joylashish jarayeniga karab turli-xil ko'rinishlari.

Buyin sohasida.

Servikalgiya — o'tkir, buyinda chuko'r xirutsimon ogrik, ensa irradiasiya. Kukrakda, yutal kuchaishi, ogrik. Buyindagi tusatdan bo'ladigan harakatlar, boshni majburiy holatga olib keladi. Surunkali buyin ogrigi. Servikokranialgiya—buyin orqasining simpatik sindromi, umurtqa arteriyasining sindromi. Asosiy sababi—unkovertbral artroz. Ogrik eksi sohasida, chakka zonasida joylashgan, bosh harakatlarini kuchayishi, buyindagi ogrik bilan birga keladi, bosh aylanishi, kungil aynishi, kusish, qo'lokda shovkin va jiringlashi.

Yelka-kukrak periartroz sindromi — yelka bugimini qontrakturasi va ogrigi. Buyin va qo'lda irradiasiyalangan ogrik, bemor qo'lini beliga qo'yib kotib turishi. Bemorni paypaslash qilganda, pay birikkan joylar,

xamda suyak boykomiri, ko'rak musqo'llari va deltosimon musqo'lni gipotrofiyasi

Spinal qon aylanishini buzilish sindromi — belgilari: musqo'llar parezi, sezgini yukolishi, musqo'l atrofiyasini, fibrillyasiyaga uchrashi.

Kardial sindrom — kukrak sohasi va yurakda davomli ogrik bo'lishi EKG normada bo'ladi. Avvaliga ogrik ko'raklararo sohada va yelka ustudi bo'lishi mumkin.

Shoxli sindrom (buyin-kukrak radiqo'liti) — qo'lni ichki yuzasi yoki tashqi yuzasida, buyin sohasilaridan turlixil intensiv, irradiasiyalangan ogriklar bo'lishi, shu yerda giperesteziya yoki gipoyesteziya aniqlanadi. Bosh harakati ogrikni kuchaytiradi, yutal ikki va uch boshli musqo'llarni reflekslari pasayishi, vegetativ-tomir disfunksiya belgilari kuzatiladi. Buyin musqo'llarini taranglanishi, buyinda lordoz kasallik - s5 -s6 -s7-larda belgilanadi.

Kukrak sohada.

Torakalgiya — orqa kukrak sohasida, kukrak xafasida, umurtqa koganosining kukrak qismida, harakat va fizik yuklamalarda kuchli ogrik bo'ladi. Umurtqaning kukrak qismida harakat cheklashganligi. Orqa musqo'llari ziglanishi, skolioz, bemorning kukrak umirtkasi o'tkir usinlariga perkussiya qilish bilan akiklanadi.

Abdominal sindrom — epigastral sohasida, korinda, ung kovurgi ostida, oshkozon-ichak trakti funksiyasi buzilishi bilan boglanmagan.

Bel sohasida.

Lyumbago — dumgaza sohada kattik ogrik bo'lib, yutal, aksirish kabi harakatlarda kuchayadi. Xarakterlari antialgik (ogrikka Karshi yoki majburiy) xalat, skolioz, orqa musqo'llarini birdan kiskarishi, musbat sigilganlari bo'ladi.

Lyumbalgiya — o'rta darajadagi o'tkir yoki surunkali ogrik bel-dumgaza sohada, tukin-simonlar kechadi, sovqatish, harakatlar, ortikcha yuklamalarga kuchayadi. oldidan harakatlar cheklanganligi bilan

belgilanadi, kuchsiz simptomlar ifodalanadi. Kasallik kastki umurtqalararo diskda va o'tkir usixlarda bo'ladi.

Lyumboishialgiya — dumgaza sohasida ogriklar xarakterlanadi, lyumbada oyekka tarkalanadi. Ogriklar diffuz, kechasi kuchayadi, uzgaruvgan ob-xavoda tarkaladi. Bir kancha ogriklar reflektor xarakterga ega, sezgilar kamayadi, va reflekslar buzilishi kuzatiladi.

Krampi sindromi — kasal ko'rumida bakdir uch boshki musqo'li tortishishi, orqa bilan yetganda, oyek naftini notuya harakatlarida bo'ladi. Sindrom ogrikleri remissiya davrida paydo bo'ladi.

Shoxli sindrom — nerv sistemasini eng kup tarkalgan surunkali sindromi. Kabilyatidagi kishilarda rivojlanadi. Asosiy sababi—umurtqa osteoxondrozi bilan umurtqalararo disk gurrasidir, shoxlarni nospesifik yalliglanishi va ezilishi yetakchidir.

Rivojlantiruvchi omillar—sovqatish va fizik yumlamadir. Kasallikda bel-dumgoza sohasidagi ogrik, harakatlarda kuchayadi va oyekni orqa-tashqi yuzasi buylab tarkaladi. Umurtqaning bel sohasida harakatlar kat'iy chegaralangan, kasallanish, antalgik holat bilan ifodalanadi.

Reflektor miotonik reaksiyalar davomida umurtqa segmenti zararlanadi.

Taranglashish, pastki kukrak soha va beldagi musqo'llar qontrakturasi, beldagi lordoz, skolioz yeki kifoskolioz, paravertebral kasallikda disk zararlanishi va pastda joylashgan shoxlarda bo'ladi.

Xarakterli simptomlar: lasega, neri, deje-rina. Oyek buylab yo'l-yo'l ko'rinishda pasayadi. Axillov refleksii sunadi. Tipik reflektor vegetativ tomir disfunktsiyasi (sianoz, gipergidroz), oziklanishi buzilishi, oyek musqo'llarini atrofiyasi va kuzsizlanish.

Osteoxondroz belgilarini rentgenologik farqlari—umurtqalararo yerix torayishi, plastikalar sklerozi bilan birlashadi, osteofitlar, disk gurrasi.

Diagnostikani xarakterli simptomalar va rentgenologik tekshiruv ma'lumotlari belgilanadi. Bel-dumgaza radiqo'liti kelishi. Differensialanishi buyrak kasali bilan, orqa-miya va umurtqa,

spondiloartrit, kichiq chanok organlari kaslligi, surunkali appendisit bilan kechadi.

Davolash:

Ogir hollarda bemor xushiga kelishi, tinchlantirish kerak, ogrik koldiruvchi vositalar kiritiladi, yepliglanishda zararlangan segmentlarga (diklofenak, 2,5% - 3ml. musqo'l ichiga 1 - 2 martakuniga, analgin 50% - 2ml. musqo'l ichiga, baralgin 5ml. musqo'l ichiga, indometasin, piroksikam, revodin) maxalliy ogriklarni, musqo'l tonus buzilishlari yukotish uchun qo'llaniladi: teri ichiga astvaturon, xogonki kasallikda 0,5% ml novokain eritmasi kiritiladi. Ba'zan novokain bilan birga gidrokortizon va vit v12 kiritiladi.

Xamshira blokada qilish uchun tayarlaydi: 20ml. steril shpris, yod, spirt, 40-60 ml. -0.5% li novokain, steril paxta, salfetkalar va vrachga yerdam beradi.

Kasallangan soha ogrik koldiruvchi maz surtiladi: viprotoks, finalgon, dimeksit, etogel, yepishkok plastir, Rozental pastasi.

Ishishni yukotish uchun, angiospazmni yukotish va qon aylanishini yaxshilash uchun—reparil, anavenol, nikotin kislotasi. Moda almashinishini normallashtirish uchun V vitamin guruxi kiritiladi, rumalon.

Tunel sindromlari.

Tunel sindromlari bu, shunday pereferik nerv kasalligi guruxlari tushuniladi va bunda mo'shaklar bilan uralib turuvchi cyyak elementlari, boylam maxsus kanallardan (tunellardan) utuvchi nerv tutamlarining mexaniq shikastlanishidir. Nervning mexaniq shikastlanishi anatomik tor kanalning uzok vakt kompressiyasi yoki surunkali mikrotravmalar natijasida rivojlanib boradi. Qo'yida ko'rsatilgan sindromlar kup holatlarda uchraydi.

Bilak sindromi - bilak kanalidagi gipertrofiyallashgan kaft kundalang boylami o'rta nervini kompressiyasi natijasida qo'l panjasi ogriklik paresteziyasi, barmoklarning kaft yuzasi va oxirgi falanganing ostki yuzasi giperteziyasi, tenar gipotrofiyasi paydo bo'ladi.

Tirsak nervi kompressiyasining bilak sindromi - panjada ogrik, gipesteziya va 4, 5 – qo'l barmoklarining xolsizligi, «tirnokli changal» tipi buyicha qo'l panja mayda mo'shaklari atrofiyasi, qo'l panja deformatsiyasi.

Paresetik meralgiya - paresteziyalar, ogriklar yurganda sonning old-tashqi yuzasi tukimalarida yuzaga keluvchi va kuchayuvchi paresteziyalar, ogriklar trofik buzilishlar. Son tashqi nervining chiqish joyidagi ogrikklilik (karang: rota kaksalligi).

Peroneal (dumgaza nervi) sindrom - tovon osti va tizza ustidagi gipesteziya va ogriklar. Tovonni bukuvchi bugim xolsizligi va gipotrofiyasi. (Karang: son tashqi teri nervi nevriti).

Tarzal kanali sindromi - kechki payt va yurganda kuchayuvchi. Tovu osti (podoshva), barmoklar, tizza orqa bo'limlari ogrikleri, paresteziyalari. Barmoklarni bukuvchi bugim parezi.

Perefirik nervlar tunel sindromlarining kechishi surunkali va progressiyalanuvchidir. Barcha tunel sindromlari uchun bosganda birdan ogriklilik va shikastlangan kanal atrofi perkussiyasidagi birdan ogriklilik yuzaga kelishi xarakterlidir.

Davolash:

Asosiy usul bo'lib, gidrokartizonni perinevral kiritish va nervni bosilishdan, xamda spaykadan bo'shatish-jarroxlilik xisoblaniladi.

Savol va topshiriklar:

1. Nevrit, nevralgiya, polineyropatiya orasidagi fark nimada?
2. Yuz nervi nevritidagi parvarish nimadan iborat?
3. Uch shoxli nerv nevralgiyasi xurujini yechish uchun kandau dorilar qo'llaniladi?
4. Bemorga novokainli blakada o'tkazish uchun xamshira nima tayyorlaydi?
5. Polinevrit natijasida sezish kaysi buyicha buziladi?

**Shuxrat Tashmirovich Niyozov
Guljaxon Xolmo'minovna Utaganova
Orifjon Murodullaevich Ibragimov**

“NEVROLOGIYA”

fanidan

**ASAB KASALLIKLARIDA
XAMSHIRALIK ISHI**

O'quv qo'llanma

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 31.03.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 7,21 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 85/2022

Tel/faks: +998 93 199-82-72, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

