

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA`LIM,  
FAN VA INNOVATSIYA VAZIRLIGI  
O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**



**X.X. Xamrayev., G.A. Axmedova**

**“TERAPIYA VA GERONTOLOGIYADA HAMSHIRALIK ISHI”**

*Fanidan 50910203- “Hamshiralik ishi”  
mutaxassisligi bo`yicha  
DARSLIK*

**SAMARQAND 2026**

**UDK: 614.253.5:616-083(075.8) / T 41**

**BBK: 53.5ya73 / T 41**

Xamrayev Xamza Xamidullayevich, Axmedova Gulchehra Abdullayevna, Bobokalonova Sanobar Nuritdinovna, Raxmatillo Saydulloyevich, Muhammadiyev Nizomiddin Axmadovich, Terapiya va gerontologiyada hamshiralik ishi fanidan darslik, Samarqand: “ARTEX NASHR” nashriyoti, 2026.–236 bet.

#### **Tuzuvchi:**

**Xamrayev Xamza Xamidullayevich** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti Dotsent N.A. Abdullayev nomidagi 1-son ichki kasalliklar kafedrasini mudiri, t.f.n., dotsent.

**Axmedova Gulchehra Abdullayevna** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti Dotsent N.A. Abdullayev nomidagi 1-son ichki kasalliklar kafedrasini dotsenti, PhD.

#### **Hammualiflar**

**Bobokalonova Sanobar Nuritdinovna** – Soʻzangaron Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat salomatlik texnikumining Terapiya kafedrasini mudiri.

**Rasulov Raxmatillo Saydulloyevich** – Soʻzangaron Abu Ali ibn Sino nomidagi Jamoat salomatlik texnikumi katta oʻqituvchisi

**Muhammadiyev Nizomiddin Axmadovich** -Samarqand Abu Ali Ibn Sino nomidagi Jamoat salomatligi texnikumining Terapiyaga oid fanlar kafedrasini mudiri, katta oʻqituvchisi

#### **Taqrizchilar:**

**Xoljigitova Muxayyo Berdiqulovna DSc., dotsent** - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti ichki kasalliklar propedeutikasi, kafedrasini mudiri, dotsent.

**Maxmudova Muxabbat Madrimovna t.f.d., dotsent.** -Urganch davlat tibbiyot instituti. Ichki kasalliklar va dermatovenerologiya kafedrasini dotsenti.

**ISBN: 978-9910-5369-4-6**



© ARTEX NASHR, 2026

© Axmedova Gulchehra Abdullayevna, Bobokalonova Sanobar Nuritdinovna,  
Raxmatillo Saydulloyevich, Muhammadiyev Nizomiddin Axmadovich

## MUNDARIJA

KIRISH.....	5
I BOB. TERAPIYA VA GERONTOLOGIYA HAQIDA TUSHUNCHA. ....	6
1.1 Terapevtik va gerontologik kasalliklar fanining rivojlanish tarixi va xususiyatlari.....	6
1.2 Ichki kasalliklar fanining rivojlanish tarixi .....	7
1.2. Terapevtik va gerontologik kasalliklar haqida tushuncha .....	9
1.3 Sog'lom turmush tarzini tadbiq qilishda umumiy amaliyot hamshirasining vazifasi.....	10
1.4. Bemorlarni bevosita va bilvosita tekshirish usullari. Hamshiralik ishida bemorni holatini baholash .....	11
1.5. Bemorlarda obyektiv va subyektiv tekshirish usullari. ....	12
II BOB. QARIYALARDA NAFAS OLISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARINING KECHISHI. ....	34
2.1. O'tkir va surunkali bronxit .....	34
III BOB. QARIYALARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINING KECHISHI. ....	63
3.1. Yurak qon-tomir a`zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.....	63
IV BOB. QARIYALARDA OVQAT HAZM QILISH TIZIMI KASALLIKLARINING KECHISHI. ....	82
V BOB. Buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida hamshiralik ishi.....	139
5.1 Buyrak va siydik ajratish a'zolari anatomo-fiziologik xususiyatlari.....	139
Siydik ajralishing buzilishi.....	140
5.2.Arterial gipertenziya-arterial bosimning buyrak kasalligi sababli ko'tarilib ketishi.....	141
Bel sohasida og'riq.....	141
5.3 Glomerulonefrit, pielonefrit kasaligining etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi.....	142
5.4 O'tkir va surunkali piyelonefrit.....	154
5.5 Buyrak tosh kasalligi kasaligining etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi .....	162
5.6 Buyrak va siydik yo'llari a'zolari kasalliklarida kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish .....	171
VI BOB. QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI .....	173
6.1 Qon va qon yaratish a`zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.	

Kamqonlikning mohiyati, tarqaganligi, etiologiyasi, asosiy guruhlar.....	173
6.2 Qon yo‘qotish oqibatida kelib chiqadigan kamqonlik .....	174
6.3 Temir yetishmovchiligidan paydo bo‘ladigan kamqonlik .....	175
6.4 Vitamin b <sub>12</sub> (folat kislota) yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonliklar .....	178
6.5. Gemolitik anemiya.....	181
VII BOB. ICHKI SEKRETSIYA BEZLARI VA MODDALAR ALMASHINUVI KASALLIKLARIDA BEMORLARNI PARVARISH QILISH. QARIYALARDA ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARINING KECHISHI..	187
7.1 Ichki sekretiya bezlarining anatomo-fizologik xususiyatlari. Qalqonsimon bez kasalliklari .....	187
7.2. Qandli diabet kasalligi. Qandli diabet asoratlari.Qariyalarda endokrin tizimi kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari..	190
VIII BOB. ALLERGIK HOLATLARDA HAMSHIRALIK ISHI .....	203
8.1 Allergik holatlarda hamshiralik ishi.....	203
8.2 TERIGA ALLERGIK SKARIFIKATSION SINAMALARNI QO‘YISH .....	209
8.3 Anafilaktik shok, Kvinke shishi, o‘tkir eshakemi sabablari, klinikasi, kechishi, tez yordam ko‘rsatish, bemorlarni kuzatish va parvarish qilish .....	210
8.4 Zardob kasalligi.....	215
8.5 DIAPEDEZ.....	216
IX BOB.SUYAK MUSHAK VA BIRIKTIRUVCHO TO‘QIMA KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI. QARIYALARDA SUYAK-MUSHAK BA BIRIKTIRUVCHI TO‘QIMA KASALLIKLARINING KECHISHI. ....	221
9.1 Revmatoid artrit kasalligining mohiyati, etiologiyasi, klinikasi, kechishi, diagnostikasi, davolash usullari, bemorlarni kuzatish, parvarish qilish, oldini olish choralari .....	221
9.2 Qariyalarda tayanch-harakat tizimi kasalliklari kechishining o‘ziga xos xususiyatlari .....	229
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI.....	234

## KIRISH

Respublikamizda kadrlar tayyorlash borasida amalga oshirilayotgan islohotlar mehnat bozori talablariga muvofiq raqobatbardosh kadrlar tayyorlash tizimi shakllanib va rivojlanib bormoqda. Tibbiyot texnikum va kollejlarda bo‘lajak tibbiyot xodimlarini kasbiy faoliyatga tayyorlashda ularning professional kasbiy tayyorgarligiga va kasbiy kompetensiyasini shakllantirish ta’limning oldida turgan dolzarb masalalardan biridir. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 6-sentyabrdagi “Professional ta’lim tizimini yanada takomillashtirishga doir qo‘shimcha chora tadbirlar to‘g‘risida”gi PF-5812-son farmoni umumiy o‘rta, o‘rta maxsus va Oliy ta’lim tizimi o‘rtasidagi uzviylik va uzluksizlikni yanada rivojlantirishga dasturil amal bo‘lib xizmat qiladi. Prezidentimiz Sh. M. Mirziyoyevning bugungi kunda ta’lim sohasida faoliyat yuritayotgan pedagog xodimlariga bo‘lgan e’tibori, barcha pedagog kadrlar zimmasiga yanada kattaroq mas’uliyat yuklaydi. Chunki buning zaminida bugungi kunda raqobatbardosh o‘z kasbining mohir va bilimdon egasi bo‘lgan, jamiyatda o‘z o‘rnini qiynalmay topa oladigan, mustaqil fikrlay oladigan, jamiyatimizning kelajakdagi quruvchisi bo‘lgan o‘quvchilarni tarbiyalashday mas’uliyati borligini har doim takror va takror aytib o‘tadilar. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 9-dekabrda “O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi farmoni tibbiyot yordamining samaradorligi, sifati va ommabopligini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish tizimini shakllantirish, tashxis qo‘yish va davolashning yuqori texnologik usullarini joriy etish, patronaj xizmati va dispanserizatsiyaning samarali modellarini yaratish orqali sog‘lom turmush tarzini qo‘llab-quvvatlash va kasalliklarni profilaktika qilishdir. Respublikada sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish chora-tadbirlarini amalga oshirish doirasida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatishning zamonaviy tizimini shakllantirish borasida muayyan natijalarga erishilib kelinmoqda.

## I BOB. TERAPIYA VA GERONTOLOGIYA HAQIDA TUSHUNCHA.

### 1.1 Terapevtik va gerontologik kasalliklar fanining rivojlanish tarixi va xususiyatlari.

Terapiya lotincha soʻz boʻlib, ichki aʼzolar degan maʼnoni bildiradi. Terapiya fani ichki aʼzolar kasalliklari haqidagi fandır.

*Inson organizmidagi aʼzolari funksiyasining organic oʻzgarishi yaʼni kasallik* — tashqi va ichki muhitning zararli taʼsiri natijasida organizm hayot faoliyatining vaqtincha yoki butunlay pasayishi yoxud yoʻqolishiga olib keluvchi jarayondir. Kasallik organizmga maʼlum bir turdagi mikroorganizmlar va bakteriyalar tushishi tufayli hamda bir necha boshqa sabablarning birgalikdagi taʼsiri natijasida kelib chiqadi (meʼda shilliq pardasining yalligʻlanishi — gastrit, odatda, tartibsiz ovqatlanish, kundalik rejimga amal qilmaslik, chekish, ichish, shuningdek, boshqa aʼzolarning kasalliklari tufayli kelib chiqadi). Kasallikning paydo boʻlishi va kechishiga qarshi kurashishda organizmning himoya qilish va moslashish xususiyati katta ahamiyatga ega.

*Keltirib chiqaruvchi sabablari (etiologiya)* deganda, kasallikning paydo boʻlish omillari tushuniladi. Bu sabablar tashqi va ichki boʻlishi mumkin. Tashqi omillar: mexanik (yaralanish, har xil jarohatlanish va boshqalar), fizik (organizmga elektr toki, yuqori va past harorat, yorugʻlik taʼsiri), kimyoviy (zaharli moddalar, oziq-ovqat mahsulotlari orqali va boshqalar), biologik (organizmga kirgan zambrugʻlar va mikroblar), allergik omillar (allergen — gul changlari, boʻyoqlar, dori-darmonlar va boshqalar). Sotsial sharoit va salbiy his-hayajonlar ham kasallik keltirib chiqaradi. Ichki omillarga, masalan, uyush, anginani keltirish mumkin.

*Allergiya* — organizm reaktivligi oʻzgarib qolishi oqibatida uning turli moddalarga ortiqcha sezgir boʻlib qolishidir. Odam ilgari qaysi omilga duch kelgan boʻlsa, shu omilga ortiqcha sezuvchan boʻlib qoladi.

*Immunitet* — organizmning maʼlum bir infeksiyon omilni oʻziga yuqtirmasligi, unga nisbatan qarshilik koʻrsata olishi. U tabiiy— tugʻma yoki orttirilgan va sunʼiy boʻlishi mumkin.

Kasalliklarning kechishiga qarab oʻtkir, yarim oʻtkir va surunkali kasallik xillari boʻladi. **Oʻtkir** kechadigan kasallik 4 bosqich (davr)da oʻtadi: kasallikning yashirin (latent), prodromal (dastlabki), avj olish va tuzalish davri. Biroq, koʻpgina kasalliklarning avj olishi va oʻtishida bunday davrlarni aniq ajratib boʻlmaydi. Har bir kasallik maʼlum belgilar, alomatlar bilan namoyon boʻladi. Bu belgilar **simptomlar** deb ataladi. Masalan, yoʻtal bronxlar yalligʻlanishi — bronxit simptomidir. Simptomlar subektiv (masalan, gipertoniya kasalligida seziladigan

bosh og'rig'i) va obektiv bo'lishi mumkin (yurak parogida stetoskop yoki fonendoskop yordamida yurak eshitib ko'rilganda shovqin borligi ma'lum bo'ladi). Kasallik simptomlari laborator tekshiruv usullarida ham aniqlanadi.



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

**1- rasm**  
turgan davr deb ataladi (masalan, xronik gastritda bo'ladigan remissiya).

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

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

**Patogenez** — kasallikning kelib chiqish sabablari va rivojlanishini o'rganadi.

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

Tekshirilayotgan kasallik to'g'risidagi tibbiyot xulosasi **tashxis** deb ataladi. Tashxis qo'yilgandan keyin kompleks ravishda davolash muolajalari boshlanadi. U rejim asosidagi davo turlari (ambulatoriya, kasalxona yoki sanatoriyada davolanish)ni o'z ichiga oladi.

**Dietoterapiya** — parhez taomlar bilan davolash, parhez taom bemorning oziq moddalarga bo'lgan fiziologik ehtiyojlarini ta'min-lab beradigan va kasallikning o'tishini yengillashtirib, shifo bo'ladigan ovqatdir. Parhez taomlar, asosan, 25 ta deb belgilangan. Bemorning tashxisiga ko'ra ma'lum parhez stol buyuriladi. Masalan, gastrit kasalligida parhez № 1a yoki № 1.

**Dori-darmonlar** bilan davolash deganda, dori moddalarni turli yo'llar bilan organizmga kiritish, ya'ni ichirish, teri ostiga, muskullar orasiga, venadan, shuningdek, fizioterapevtik apparatlar yordamida tushuniladi.

**Fizioterapiya** usulida davolashga — ingalatsiyalar, ultrabinafsha nurlari, tubus, dorsanval, parafin va boshqalar yordamida davolash kiradi.

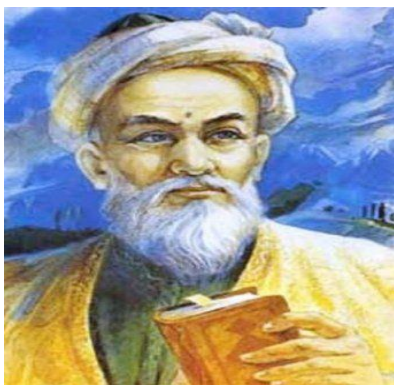
## 1.2 Ichki kasalliklar fanining rivojlanish tarixi

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

**Gippokrat** - eramizdan avvalgi V asrda yashab o'tgan qadimgi yunon hakimi, tibbiyot asoschisi hisoblanadi. Gippokrat diagnostikasi bemorning o'zini qanday tutayotganini sinchiklab o'rganish, uni diqqat bilan kuzatish, uning ahvolini tartib bilan so'rab-surishtirish, shuningdek, bemor a'zo va sistemalarining holatini, badan terisi va shilliq pardalarini ko'zdan 1-rasm

kechirish, paypaslab ko'rish, qisman dukkullatib ko'rishga asoslangan bo'lib, u, asosan, o'zining sezgisiga suyanardi, xolos. Gippokrat odamning orqa ichagini ko'rishda naychadan, ayollar bachadonini ko'rishda esa naychali uskunadan foydalangan.

**Abu Bakr al-Roziy** (865 —925) sharqning mashhur tabibi, qomuschi olimi. Uning tabobat sohasidagi asarlari jahon tabobati rivojlanishida ulkan ahamiyat kasb etadi. Roziyning tabobatga oid eng yirik asari „Kitob alhoviy“ („Qamrab oluvchi kitob“) deb ataladi. Bu kitob Roziygacha tib ilmi sohasida ma'lum bo'lgan barcha ma'lumotlarni o'z ichiga oladi va hajmi jihatdan Ibn Sinoning „Qonun“ kitobidan ham katta.



**Abu Ali ibn Sino** (980—1037) Buxoro shahri yaqinidagi Afshona qishlog'ida tug'ilgan. Ibn Sino adabiyot, musiqa, falsafa, matematika kabi fanlar ustida ko'p izlanishlar olib borgan. U Xorazm va Eronda saroy tabibi bo'lib xizmat qilgan, tibbiyotdagi beqiyos xizmatlari, kashfiyotlari uni butun dunyoga mashhur 2-rasm qildi. „Tib qonunlari“ Ibn Sinoning shoh asari hisoblanib, beshta kitobni o'z ichiga olgan.



**M.Y. Mudrov** (1776—1831) Moskva universiteti professori. U bemorni tekshirish sxemasini yaratdi va bemor to'g'ma'lumotlarni tartib bilan qayd qilib borish imkonini 3- rasm beradigan hujjat — kasallik tarixini amaliyotga joriy etdi. U tibbiyotda 4- rasm profilaktik yo'nalishning asoschisi hisoblanib, parhezning muhimligini ta'kidlab o'tgan, kasallikning vujudga kelishida tashqi muhitning ta'sirini aniqlagan.



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



5- rasm

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

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

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

## 1.2. Terapevtik va gerontologik kasalliklar haqida tushuncha

**Terapevtik va gerontologik kasalliklar** — bu ikki soha, ularning har biri o'ziga xos xususiyatlarga ega. Yuqorida ta'kidlab o'tilgandek terapiya so'zi "davolash" degan ma'noni anglatadi, shuning uchun terapevtik kasalliklar — organizmning turli tizimlari va a'zolarida yuzaga kelgan kasalliklar bo'lib, ularni davolash bilan shug'ullanadi. Terapevtik kasalliklar odatda ichki organlar bilan bog'liq, masalan, yurak, buyrak, o'pkalar va boshqa ichki tizimlarning kasalliklari. Terapevtik muolajalar bemorlarning holatini yaxshilash, simptomlarni yengillashtirish va sog'liqni tiklashga qaratilgan. Bu kasalliklarga quyidagilar kiradi:

- Yurak va qon tomir kasalliklari (masalan, gipertoniya, infarkt)
- O'pka va nafas olish tizimi kasalliklari (masalan, pnevmoniya, bronxit)
- Ichak va oshqozon kasalliklari (masalan, gastrit, ichak infeksiyalari)
- Endokrin tizimi kasalliklari (masalan, diabet, gormon buzilishlari)

**Gerontologik kasalliklar:** Gerontologiya — bu qarish jarayoni va qarilik bilan bog'liq sog'liq masalalarini o'rganadigan fan. Gerontologik kasalliklar esa, odatda, yoshni ulug'langan odamlar bilan bog'liq bo'lib, qarish va undan kelib chiqadigan holatlar bilan aloqador. Bu kasalliklar odatda organizmdagi turli tizimlar va a'zolarning yomonlashishi bilan bog'liq. Gerontologik kasalliklar ko'pincha surunkali, uzoq muddat davom etadigan kasalliklardir. Bu kasalliklarga quyidagilar kiradi:

-Yuzaga keladigan nevrologik kasalliklar (masalan, Alzheimer kasalligi, Parkinson kasalligi)

-Kardiovaskulyar kasalliklar (yurak xastaliklari, qon tomir kasalliklari)

-Osteoporoz va artrit kabi skelet tizimi kasalliklari

-Endokrin tizimi kasalliklari (masalan, qandli diabet)

-Tizimli immunitet buzilishi va infeksiyalar

Gerontologik kasalliklarni davolashda ko'pincha uzoq muddatli yondashuv, reabilitatsiya, fizioterapiya va ko'proq individual yondashuvlar qo'llaniladi.

### **1.3 Sog'lom turmush tarzini tadbiiq qilishda umumiy amaliyot hamshirasining vazifasi.**



**6- rasm**

Sog'lom turmush tarzini tadbiiq qilishda hamshira juda muhim rol o'ynaydi. Ular odatda bemorlarning salomatligini yaxshilash, kasalliklarni oldini olish va sog'liqni saqlashni rivojlantirishda yordam beradi. Hamshiralar sog'lom turmush tarzini yaratish va qo'llab-quvvatlashda quyidagi vazifalarni bajaradilar.

**Ta'lim va maslahatlar berish:** Hamshira bemorlarga va ularning oilalariga sog'lom turmush tarziga oid zaruriy ma'lumotlarni taqdim etadi. Masalan, to'g'ri ovqatlanish, muntazam jismoniy faoliyat, zararsiz odatlar va ruhiy sog'liqni saqlash bo'yicha maslahatlar.

***O'quv sessiyalarini o'tkazish:*** Hamshiralar sog'liqni saqlash tadbirlarini tashkil etishadi, masalan, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash, gigiena, immunizatsiya va boshqa profilaktik chora-tadbirlar haqida ma'lumot berish.

***Profilaktik xizmatlar ko'rsatish:*** Hamshira jismoniy tekshiruvlar, qon bosimini o'lchash, qon sinovlarini o'tkazish va boshqa profilaktik tekshiruvlarni amalga oshiradi, bu orqali sog'liqdagi muammolarini erta aniqlashga yordam beradi.

***Ruhiy va emosional qo'llab-quvvatlash:*** Sog'lom turmush tarzini saqlash nafaqat jismoniy, balki ruhiy salomatlikni ham talab qiladi. Hamshiralar bemorlarga stressni kamaytirish, ruhiy salomatlikni yaxshilash va ijobiy fikrlash usullarini o'rgatishda yordam beradi.

***Sog'lom odatlar va yomon odatlarni tahlil qilish:*** Hamshira bemorlarning kundalik odatlarini, masalan, tamaki chekish, alkogol iste'moli, yomon ovqatlanish kabi sog'liqni buzadigan odatlarni aniqlaydi va ularni sog'lom odatlar bilan almashtirishga yo'naltiradi.

***Jismoniy faollikni rag'batlantirish:*** Hamshiralar bemorlarni jismoniy faollikni ko'paytirishga undaydi. Ular jismoniy mashqlarni o'rgatish va bemorlar uchun mos jismoniy faoliyatni tanlashda yordam beradi.

***O'zgarishlarni monitoring qilish:*** Hamshiralar bemorning sog'lig'ini doimiy ravishda kuzatib boradilar, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlashda yuzaga kelgan o'zgarishlarni tahlil qilib, zarur o'zgarishlar kiritadilar. Shunday qilib, hamshira sog'lom turmush tarzini amalga oshirishda bevosita ishtirok etadi va bemorlarning sog'liqni yaxshilashga, kasalliklarning oldini olishga yordam beradi.

#### **1.4. Bemorlarni bevosita va bilvosita tekshirish usullari. Hamshiralik ishida bemorni holatini baholash**

Har bir bemorning holatini baholash hamshiralarning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorga nisbatan hamshiradan juda ko'p narsalar talab qilinadi: bemorning kelib chiqishi, kasallik tarixi, umumiy ahvoli, kasallik va hayot anamnezi, boshqa ma'lumotlar va hokazo. Mazkur ma'lumotlar asosida bemorning keyingi davolanish jarayoni olib boriladi va kuzatilib boriladi.

Bemorning fizikal va psixoiqtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ishning eng asosiy yo'nalish bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini baholash asosan hamshiraning amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir. Suhbatlashish, bemorning umumiy

holatini tekshirish, maslahatlar bemorning umumiy holatini baholash me'zoniga kiradi.

Bemorni umumiy tekshirish vaqtida klinik topilmalardan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga, palpatsiya perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari kiradi. Bularning hammasi hamshira uchun ma'lumotlar bazasi bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yig'indisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bo'lib qoladi.

Bemorni davolashda hamshiradan fizikal baholashning har xil yo'nalishlari talab etiladi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Hamshira o'zining ish tajribasi va amaliy ko'nikmalari asosida fizikal baholash asoslarini yanada kengaytirilgan holda puxta o'zlashtirishi mumkin.

### **1.5. Bemorlarda obyektiv va subyektiv tekshirish usullari.**

*Umumiy ma'lumot yig'ish usullari:* suhbatlashish, umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holati, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari, adabiyotlar ro'yxati, palpatsiya, auskultatsiya va perkussiya fizikal baholashning asosini tashkil etadi. Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi),– bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot – tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi.

Bemor haqida ma'lumot to'plashning aniq bir usuli mavjud emas. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar hamshira to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari har xil bo'lishi mumkin. Usullarning bir – biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Hamshira o'zini yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashishi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi shart.

*O'zaro suhbatlashish (so'rov)* -bemor bilan suhbat qurish. Bu paytda hamshira bemorga tegishli muammolar haqida ma'lumot yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishga so'zsiz yordam beradi. Bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, hamshiraga nisbatan ishonch paydo bo'lishi ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Hamshiraning so'zlashuv odobi, muomalasi, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil qildirib uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot – sub'yektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Agar bemor fizik yoki psixoemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki do'stlarini jalb etish zarur.

Hamshira ilk savollar orqali bemorning holati qay darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vaqti- vaqti bilan qo'zg'aladigan xastaliklar) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. Hamshira bemorga quyidagi savollar bilan murojaat qilishi mumkin:

- O'z so'zingiz bilan sizni nima bezovta qilishini aytib bering;
- Shuning uchun ham siz bizga murojaat etdingizmi?;
- Bu muammo sizni avval ham bezovta qilganmi?
- Sizning ahvolingizga nima ta'sir qila olishi mumkin?
- Qaysi holatda ahvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga qanday qarashadi?
- Oilangiz sog'lig'ingiz haqida g'amxo'rlik qiladimi?
- Sizningcha biz, ya'ni tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishimiz

mumkin?

***Hamshiralik ishida anamnez yig'ish*** – bemor bilan bo'lgan o'zaro suhbatni hujjatlashtirishdir. Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashingiz darkor. Hamshira quyidagi keltirilgan savollar orqali bemorda kechadigan dardlarni baholashi mumkin:

- Dard kechishi haqida : « qayeringiz og'riydi?»
- Dardning boshlanishi va davom etishi haqida: « Qachon dard paydo bo'ldi?» , «Qachondan beri davom etib kelmoq-da?»
- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniqlash: « 0 dan 5 ballgacha tizimda baholasak, sizningcha dardingiz qan-day jadallikda?»
- Tashqi muhitning ta'siri : «Qaysi hollarda dard kucha-yadi?, og'riqni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»
- «Bu dard sizga qay darajada ta'sir etadi?, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»
- «Siz o'z dardingizni qanday baholay olasiz?, bu dard ha-yot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun, barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab kechadi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi kifoya. Hamshira bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini

yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi. Shuni bilish lozimki, «hamshira haqiqati» bu bemorga sog'lig'iga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu – konstruktiv ijodiy- xarakterga ega bo'lishi kerak. Bizning fikrimizcha ushbu suhbat bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan sahna asariga o'xshaydi. Birinchi qismi bu subyektiv tomoni bo'lib, unda bosh rolni ijro etuvchi bemor bo'lib hisoblanadi. Ammo hamshira bu rol ijrosini boshqara olishi kerak, aks holda bu suhbat monologga aylanib, kutilgan natijani bermasligi mumkin. Ikkinchi qismi bu obyektiv tomoni bo'lib, unda hamshira asosiy rolni ijro etadi. U ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim. Shuni ta'kidlash lozimki, birinchi va ayniqsa, ikkinchi qismlarning samaradorligi hamshiraning bevosita bilim doirasiga, uning kengligiga va chuqurligiga bog'liqdir.

### **Palpatsiya (palpatio)**



Bemorni so'rab-surishtirilgandan va ko'zdan kechirilgandan so'ng paypaslab tekshiriladi. **Palpatsiya**- paypaslash ma'nosini anglatadi. Ko'pchilik holatlarda palpatsiya bilan bir vaqtda ko'zdan kechirish birgalikda o'tkaziladi. Qo'l kaftlari, barmoqlar va barmoq uchlari yordamida hamshira tekshirilayotgan tanani qism yoki a'zoning, yumshoqligini, elastikligini, qattiqlanishini va

7- **rasm** haroratini sezadi, hamda uning holati va o'lchamini aniqlaydi. Bu usuldan limfa tugunlari, qalqonsimon bez, ko'krak qafasi, yurak qon – tomir tizimi va ayniqsa, qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda muhim ahamiyatga ega. Ko'krak qafasini palpat-siyasida uni elastikligi, tovushning titrashi, qovurg'alardagi og'riq (yoriqlar, siniqlar) va qovurg'alararo oraliq (nevrалgiyalar, miozitlar va b.)lar tekshiriladi. Bu usul yurak-tomirlar tizimini tekshirishda (yurak cho'qqi zarbi xususiyatini aniqlashda, mushuk xirillashi simptomini mitral klapan nuqsonlarini aniqlashda) qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda palpatsiya usuli muhim o'rin egallaydi. Bu usul **Obrazsov V.P.** va **Strajesko P.D.** olimlari tomonidan yaratilgan bo'lib, metodik chuqur sirpanuvchi palpatsiya deb nomlanadi.

Palpatsiya tekshirish usuli yordamida periferik pulsning sonini va sifatini baholashimiz mumkun.

### **To'qillatish usuli yordamida tekshirish (percussion)**

**Perkussiya** (percussion) – tana yuzasiga to'qillatish, per-kussiya qilinayotgan sohadagi zich organlarni yoki to'qimalarni aniqlash, ularni havo yoki suyuqlik bilan to'lganligini aniqlash uchun qo'llaniladigan usuldir. Perkussiyada hosil qilinadigan

tovushlar to'qimalarning zichligiga qarab farq qilinadi. Hamshira perkussiyaning natijalarini baholashni bilishi kerak. Perkussiya jarayonida to'qimalarning tebranish harakatlari faqat 6 - 7 sm chuqurlikgacha tarqaladi, bu usul chuqur joy-lashgan patologik jarayonlarni aniqlash uchun yaramaydi.

### **To'qillatishning asosiy tartiblari**

1) To'qillatish usuli yordamida tekshirilayotganda bemorning vaziyati qulay bo'lishi kerak, u o'tirgan yoki turgan holatda bo'lishi va faqat og'ir ahvoldagi bemorlar yotgan holatda bo'ladi.

2) Xona iliq va jimjit bo'lmog'i maqsadga muvofiq.

3) Hamshira qulay vaziyatni egallaydi.

4) Uriladigan barmoq to'qillatish sohasiga zich qo'yiladi.

5) To'qillatishda kaft harakati bilan ishlanishi, bir xil kuchni ishlatilishi, barmoqlar perpendikulyar (tik) holatda bo'lishi, qisqa-qisqa urilishi kerak.

6) Topografik to'qillatishda baland tovushdan past tovush tomon boriladi va chegara chizig'i barmoq plessimetrning (aniq) tiniq tovush tomonidan belgilanadi.

7) Qiyosiy to'qillatish faqat simmetrik sohalarda olib boriladi.



**To'qillatish** - tana yuzasiga urganda chiqadigan tovushni o'zgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli hisoblanadi. Bu usul dastlab L.Auenbrugger tomonidan (1761) taklif qilingan. Tananing har xil qismlarini to'qillatganda har xil tovush eshitiladi. To'qillatish tovushining xususiyati shu to'qillatgan organning zichligiga, cho'ziluvchanligiga, tarangligiga bog'liqdir. To'qillatishda tebranish harakati paydo bo'lib, u bizning

**8- rasm** qulog'imizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan o'zida havo tutmaydigan a'zolar mutlaq bo'g'iq tovush beradi. Shuning uchun jigar taloq, buyrak, havosiz o'pka, suyuqliklarni to'qillatishda bir-biridan farq qilishi qiyin. Ko'krak qafasini va qorin bo'shlig'ini to'qillatganda paydo bo'ladigan tovushlar ular tutgan havo miqdoriga bog'liq. Hozirgi vaqtda barmoqni barmoqqa urib to'qillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita to'qillatish deyiladi. Barmoqni-barmoqqa to'qillatganda faqat qo'l panjasi ishlashi kerak. To'qillatish bir xil kuch bilan, tez va qisqa, barmoqni perpendikulyar (tik) bo'lgan holatda bajarilishi kerak.

Bevosita to'qillatish ko'rsatkich barmoq yordamida bajariladi. To'qillatishlardagi tovushlar farqi orqali a'zoning chegaralari, kattaligi, joylashishi aniqlanadi.

Topografik to'qillatish orqali har bir a'zoning joylashish shakli va kattaligi aniqlanadi. Ko'krak qafasining simmetrik sohasini to'qillatish orqali patologik o'choq qayerda joylashganligini aniqlashimiz mumkin.

To'qillatishda quyidagi maqsadga muvofiq har xil kuch bilan uriladi: kuchi bo'yicha to'qillatish tovushi qattiq (tipik;) va sekin (bo'g'iq) bo'lishi mumkin, balandligi bo'yicha - baland va past, aks etishi bo'yicha - timpanik, notimpanik va metall tovushini aks ettiruvchi tovushlar farqlanadi. Tovush balandligi tovush tebranishi tezligiga bog'liq. Masalan: o'pka to'qimasida havo ortib ketganda (emfizema) to'qillatish tovushi past bo'ladi (tebranish tezligi 70-80 sek). Me'yoriy tebranish tezligi 100-130 sek ga teng. O'pka to'qimasi qattiqlashganda u 400 gacha ko'payadi.

### **Auskultatsiya (auskultasio)**



*Auskultatsiya* – organizmda hosil bo'ladigan tovushlarni (fonendoskop yordamida) kasalliklarni aniqlash maqsadida eshitib ko'rish usuli hisoblanadi. Auskultatsiyada normal tovushlarning variatsiyasini tanish lozim. Amaliy tajribani ortib borishi bilan normadan

**9- rasm** tashqaridagi siljishlarni farqlashni o'rganiladi. Faqat ko'nikmalarni bilish va tajribaga ega bo'lish orqali patologik tovushlarni baholash mumkin.

Bu usul organlarning ishlab turgan vaqtida hosil bo'ladigan tovushlarni eshitib ko'rishdan iborat. Shunga qarab organning normal yoki kasal holatda ekanligi to'g'risida fikr yuritsa bo'ladi. Auskultatsiya tekshirish usulining amaliyotga keng joriy etilishi fransuz vrachi Laennik nomi bilan bog'liq. ***Bevosita va bilvosita auskultatsiya tafovut qilinadi.*** Bilvosita auskultatsiya kasal tananing u yoki bu qismiga to'g'ridan – to'g'ri quloqni qo'yib eshitish, bevosita auskultatsiya esa maxsus tibbiyot asboblari (fonendoskop yoki stetoskop) yordamida eshitib ko'rish.

Fonendoskoplar odatda menbranali qismdan tashkil topadi. Agarda fonendoskop teriga yengil tegib tursa, past tonni ustunligi bo'lgan tonlar yaxshi eshitiladi. Agar diafragma eshitiladigan joyga zich yopishtirilib eshitilsa, yuqori tonning ustunligi bo'lgan tovush aniqlanadi.

Auskultatsiya tekshirish usulini o'tkazish mahalida tashqi muhitdagi shovqinning darajasi nazorat qilinishi kerak, ya'ni xona tinch holatda bo'lishi kerak. Bemorni eshitib ko'rayotganda undan gapirmaslikni iltimos qilinadi.

#### *Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish*

Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda muhim hisoblanadi. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida siz bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishingiz zarur. Umumiy kuzatishlarga bemor bilan suhbat va uni umumiy ko'rigi kiradi. Oby'ektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletkachasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan

birga patologik o'zgarishlar yoki depressiya borligini ham inobatga olishingiz zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Etnik kelib chiqishiga qarab bemorning yuz rangini hamda gavda tuzilishini kuzatishingiz kerak. Mazkur ko'rik orqali siz ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lasiz. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, tibbiyot xodimi va bemorning qulay vaziyatni egallashi lozimdir. Shunga ko'ra bemor ko'rigi vizual baholanadi.

Bemorni umumiy ko'rik vaqtida badanining biror bir qismi nazardan chetda qolmasligi uchun yaxshilab ko'rikdan o'tkazganingizga ishonch hosil qilishingiz kerak. Odam organizmining tuzilishi barcha tizimlar bo'yicha tekshiriladi.

Qanday tekshirish usullaridan foydalanilmasin quyida-gilarni bilishingiz kerakdir: rang ko'satkichlari, hid bilish, o'lchov, simmetriya va harakat (yoki uning mavjudsizligi) va boshqalar. Bemorning ahvolini baholashda uning holatini qay darajada ekanligini aniqlab olish shart, masalan, ko'zlarning holati, ko'krak qafasi va gavdaning tuzilishi ko'zdan kechiriladi. Bulardan tashqari bemorga to'g'ri va aniq tashxis qo'yish uchun muhim bo'lgan boshqa belgilarga ham e'tibor qaratish lozim. Demak bemorni quyidagi reja asosida tekshiruvdan o'tkazamiz:

**Bemorning es-hushini aniqlash.** Bemorning es-hushi saqlangan yoki xiralashgan bo'lishi mumkin.

**1.Stupor (stupor).** Mazkur holatda bemor atrofidagilarga befarq, savollarga noaniq, kechroq va qiyinchiliklar bilan javob beradi.

**2.Sopor holati (sopor).** Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana o'z holatiga qaytadi.

**3.Koma holati (coma).** Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Koma quyidagi kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyilishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri alkogolizm, morfin, veronal va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo)da tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Yuqorida keltirilgan kasalliklarda bemorning haddan tashqari vajohatliligi, es-hushining noaniqligi sababli atrofdagilarga zarar keltirish holatlari kuzatiladi.

**Bemorning holati.** Bemorning quyidagi holatini kuzatish mumkin:

**1.Faol holat** - mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda o'zi yura oladi.

**2.Passiv (sust) holat-** qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e'tiborsiz bo'ladi va o'zgalar yordamiga muhtoj bo'ladi .

**3. *Majburiy holat*** - bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat. Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak qon-tomir xastaliklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma`qul ko'radilar.

Majburiy holatga - boshqa kasalliklar ( bronxial astma, bronxoektaz, plevrit, yallig'lanish, peritonit, appenditsit va hokazo) bilan xastalangan bemorlar misol bo'la oladi. Bronxial astma xastaligiga chalingan bemorlar odatda o'z joylarida yotmaydilar, aksincha stulda qo'llari bilan tizzani ushlab tong ottiradilar. Bunday holatda nafasni yordamchi mushaklari nafas aktida ishtirok etadi va bemorning ahvolini oz bo'lsa-da yengillashadi.

Ba`zi bir kasalliklar ( o'tkir peritonit, appenditsit) da qorin qismida qattiq og'riqlar paydo bo'lsa, oyoqni ikki qatlab chalqancha yotiladi.

Oshqozon osti bezi raki , diafragmal plevrit, umurtqa sili xastaliklarida bemor ko'pincha yotishni ma`qul ko'radi. Bunday holat qorindagi og'riq hissini sekinlashtiradi.

Oshqozon yara (yazva) kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq asta- sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Ko'p hollarda mana shunday majburiy holatlar shifokorga kasallikni aniqlashga yordam beradi.

***Konstitutsiya***-funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki orttirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik. Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a`zolarining pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish-profilaktika chora-tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga egadir (mehnatni, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish va h.k.). Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

***Tana vaznini o'lchash.*** Bemorni maxsus tibbiy tarozida vazni o'lchanadi. Ertalab nahorda oddiy kiyimda va siydik pufagi to'ldirilmagan holda gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorni vaznini o'lchashdan oldin tarozi

sozligini tekshirib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirib o'lchashni boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi.

**Yuz qiyofasi.** Yuz qiyofasini ko'zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuzga qarab kasallik og'irligi (o'tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o'tkir peritonit, uremiya va boshqa o'tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko'zlari o'tirib, yuzda shish va ter paydo bo'ladi. Yuzning bu ko'rinishini birinchi bo'lib tibbiyot asoschisi Hippokrat aniqlagan va bu- facies Hippocratica – shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug'ma yoki orttirilgan nuqsonlarida ham yuz turli xil o'zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya'ni lab burchaklarining ko'karishi (akrotsianoz) illatlari yuzaga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida ham yuzda o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho'zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida).

Silda esa «habitus phtizicus»-oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo'ladi.

Endokrin xastalıkları (Bazedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o'zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertiroz kasalligida Bazedov yuzi (facies Basedovica) ya'ni ko'zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo'rquv hissi va qovoqlarning dag'allashishi namoyon bo'ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo'ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarini qizarishi va kattalashishi, burun, jag', qovoq, lab, tilning keskin kattalashishi kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo'rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, sariqlik belgisi o'pka yallig'lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a'zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infeksiyalarda: maleriya, qaytalangan tif, serebrospinal me-ningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo'ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo'ylab tarqaladi.

**Burun.** Burun, yonoq suyaklari, jag'larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun), turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug'ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo'rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak tomir xastaliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak qon-tomir tizimi xastalıkları va qon kasallıkları (leykoz, Verlgof kasalligi,

trombotsitopatiyalar), Singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar, uremiya, va boshqa holatlarda uchrashishi mumkin. Miyaga qon quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig'lanishida burun burmasini bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

**Og'iz.** Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shishishi va qonashiga, o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziqlarni kuzatish mumkin.

Turli xil infeksiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infeksiyalarda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta – katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir formasida yaqqol nomoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshaydi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B<sub>12</sub> vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangda bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip-qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar serrozida til qip-qizil tus(malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til surg'ichlari yassilanadi.

**Sezgi a'zolari.** Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Shuning uchun ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv organlarining holati (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosila-lari)ga e'tibor qaratish lozim. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm) kuzatiladi. Bir tomonlama ekzoftalm – ko'z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig'lanish jarayonlari va o'smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya esa ko'z gavharining o'tirib qolishi kuzatiladi. Shoh va to'r pardasining sariq rangda bo'lishi gepatit, o't pufagi va yo'llari tosh kasalligi, o'sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o'sma xastaliklaridan darak beradi. Ko'z gavhariga e'tibor berganda albatta uning o'lchami, holati, yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Morfin, opiy, turli xildagi giyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko'z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin.

Ko'z soqqasini qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi, shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko'z qorachig'i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qonning quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko'z qorachig'i kengayadi. Ko'z gavharlarining bir xil bo'lishi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko'z gavharlari hajmining har xil bo'lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

**Teri.** Teri qoplamini ko'zdan kechirganda birinchi nav-batda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga e'tibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o'tkir va surunkali qon yo'qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko'p qon yo'qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo'qotish va homilaning rivojlanmasligi), qon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi)da surunkali va og'ir kechadigan infeksiyon kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi oqibatidan ham kelib chiqadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, gipertoniya, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. To'satdan boshlangan rangparlik bemorning ko'p qon yo'qotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlari paydo bo'ladi. Bulardan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir hepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon- tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida arteriya qonlarini yurak bosimi bilan harakatga keltirmasa, O<sub>2</sub> bilan to'yinmasdan arteriya kapilyarlari o'pka arteriyalariga aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz qonida gemoglobinning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida sianoz holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik sianoz deb nomlanadi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas organlarining yallig'lanishlari) ga gazzimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir sianoz tug'ma yurak parogida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simpto-

mining davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiq-limon rangidan – to'q sariq rangigacha kirishi mumkin bo'ladi.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilchaosti, shilliq qavati) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi. Bu tus asta sekinlik bilan butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to'q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste'mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'ladi.

Ayollar ko'krak sohasi terisining rangini o'zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo'lishi homiladorlik-dan darakdir. Ko'rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitili-go), yoki kichik-kichik dog'chalar (Leucoderma) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Terini ko'zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo'lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho'ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to'lishiga bog'liqdir. Teri rangining quyidagi o'zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo'zarishi), qizarishi, ko'karishi, sarg'ayishi, yer rangida bo'lishi mumkun.

Terining oqarishi vaqtinchalik funksional (kuchli og'riq, hayajon, qo'rqish va h.k.tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k.tufayli) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g'azablanganda, tashqi harorat ta'sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo'lishi mumkin.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o'pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko'karish ko'pincha do'ng joylar (burun uchi, quloq suprasi, labda) periferiya (barmoqlarda, tirnoqlar)da (akrotsianoz) ko'rinadi. Sarg'ayish har xil tusda ko'rinishi mumkin: och sariqlikdan (sub'ikterik), to'q, sariqlikkacha. Sariqlik ko'p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko'zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon bo'ladi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib organizmda hech qanday funksional buzilishlarga olib

kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petixiya) toshmaning asosiy shakliy ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi.

Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlamada badanda toshmalarning toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiq, zaxmdagi chandiq, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligini ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligida ko'proq xos bo'ladi.

Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. U ichki sekretiya bezlari kasalliklari diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi.

Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora cho'pisimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'zdan kechirishda shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarining hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini ko'rish mumkin.

### **Kasalxona va oilaviy poliklinikalarda yuritilgan tibbiy hujjatlar.**

Poliklinikada yuritiladigan hujjatlar odatda bemorlarning tibbiy holatini kuzatish, davolash va boshqa xizmatlarni taqdim etish uchun zarur bo'lgan barcha ma'lumotlarni o'z ichiga oladi. Bu hujjatlar odatda quyidagilarni o'z ichiga oladi:

***Bemorning tibbiy kartasi*** – har bir bemorning umumiy tibbiy tarixi va uning shaxsiy ma'lumotlarini o'z ichiga oladi. Bu kartada bemorning oldingi tashxislari, davolanishi, amaliyotlar, allergiya va boshqa muhim ma'lumotlar mavjud.

***Ambulator karta*** – poliklinikaga tashrif buyurgan har bir bemor uchun alohida yuritiladigan hujjat. Bu karta bemorning tashriflari, tashxislar, davolash natijalari, berilgan dori-darmonlar va boshqa tibbiy xizmatlar haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

***Tashxisnoma*** – bemorga qo'yilgan tibbiy tashxisni o'z ichiga oladi, bunda shifokorlar bemorning holatini aniqlash uchun olib borilgan tahlillar va tekshiruvlar natijalari keltiriladi.

**Dori-darmonlar va retseptlar** – bemorga berilgan dorilar ro'yxati va ularga bo'lgan ehtiyojlar haqida ma'lumotlar, shuningdek, kerakli dori-darmonlarning retsepti.

**Izohli bayonnoma** – bemorning davolash jarayoni davomida shifokor tomonidan kiritilgan izohlar va tavsiyalar.

**Tibbiy test natijalari** – laboratoriya tahlillari, rentgen, ultratovush tekshiruvlari, EKG va boshqa diagnostika natijalari.

**Davolash va rehabilitatsiya rejasi** – bemorning davolanish jarayoniga oid reja, shu jumladan, fizioterapiya yoki boshqa qo'shimcha yordamlar.

**Yotqizishlar va bemor kuzatuvoti** – poliklinika va kasalxonalarda bemorni yotqizish yoki kuzatish zarur bo'lsa, bu haqdagi ma'lumotlar.

Bu hujjatlar har bir bemorning holatiga qarab o'zgarishi mumkin, lekin umumiy maqsad tibbiy yordamni to'g'ri va samarali tarzda tashkil qilishdir.

### **Bemorlarni tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirish**

**Rentgenografiya** – a'zo va to'qimalarni rentgen apparati yordamida rasmga olib tashxislashga asoslangan tekshirish usuli.

Rentgenoskopiya usulida tekshirilayotgan a'zo tasviri ekranda ko'riladi. Kontrast moddalar yuborib, a'zolar faoliyati o'rganiladi.

### **Tekshirish usullari**

#### **1-jadval**

Flyuorografiya	Rentgen nuri yordamida ko'ks oralig'i a'zolarini tekshirish usuli
Kompyuter Tomografiya	Qattiq to'qimalarni tekshirish uchun samarali usul.
MRT	Zararsiz va yumshoq to'qimalarni har bir kesimini ko'rish imkoni tug'iladi.
Endoskopiya	Ichki a'zolarini kovak qismlarini ko'radi.
Doppler	Suyuqliklarni oqim bo'ylab yo'nalishini tekshiradi.
Radioizotop tekshirish usuli	Ovqat hazm sistemasida, siydik ayiruv a'zolarini tekshirishda qo'llaniladigan usuldir.
Pikfloumetriya	O'pka faoliyatini baholash uchun qo'llaniladigan tekshirish usullari.
Fonokardiografiya	Yurak tonlarini eshitishga mo'ljallangan tekshirish usullari.

Ultratovush vositasida jigar va o't yo'llarini aniqlash tekshirishning asosiy usullaridan biri bo'lib qolmoqda. Ultratovush usuli yordamida surunkali gepatit, jigar sirrozi, jigar o'smasi, qorin bo'shlig'idagi suyuqlik (assit), jigar kistasi, o't pufagi va o't yo'llaridagi toshlar, ularning yallig'lanishi aniqlanadi. Qalqonsimon bezni UTT qilish uchun alohida tayyorgarlik talab qilinmaydi. Ultratovush yordamida tekshirishda hech qanday sabab bo'lmasa ham tekshiruvdan o'tishi

mumkin. Bu kasallik bemorlar maxsus tayyorgarlichsiz ham tekshirishdan o`lishlari mumkin. Bu kasalliklarning profilaktikasiga yordam beradi. Tekshiruv jarayonida bemor tinch va harakatsiz o`tiradi yoki yotadi. Ultratovush tekshiruvining chuqurlashtirilgan turlari bosh miya exoensefalografiyasi, yurak exokardiografiyasi, jigar fibroskaner tekshiruvi deb ataladi.

**DopplerKG (Doppler kardiografiya)** suyuqlik oqimini tekshirish usuli bo`lib, bunda yurak ichi va yurak tomirlaridagi qon oqimi tekshiriladi. Bunda yashil va qizil rang bilan oqim ko`rinib turadi. Qizil rang arterial oqim hisoblanadi. Doppler Kggga ko`rsatmalar: yurakda shovqinlar eshitilsa;

Ko`krak qafasi va yurak sohasidagi og`riqlarda;

- oyoqlar shishganda; rangi oqarib, holsizlik; hansirash, havo yetishmasligi;

- Tez charchash, lab atrofi ko`karishi; miokard infarktida Ko`krak qafasi jarohatlanganda; yurak operatsiyalaridan oldin

va keyin; gipertoniya kasalligida; aterosklerozda; onkologiyada antibiotiklar bilan davolaganda;

- yurak klapanlari yangi qo`yilganda; bolaning vazni oshmasa, gipotrofiyada; doimiy bosh og`riqlarida.

Bemor tekshiruvga ko`p miqdorda ovqat iste`mol qilmasdan me`yorda ovqatlanib kelishi kerak.

**Pikfloumetriya** – nafas chiqarishning eng yuqori tezligini maxsus moslama – pikfloumetr yordamida aniqlash bo`lib, u o`pkaning faoliyatini shu jumladan, nafas o`tkazish yo`llarini torayish darajasini obyektiv baholash imkoniyatini beradi. Pikfloumetriya (pnevnotaxometriya) – kuchli nafas chiqargandagi havoning eng yuqori hajmi yoki nafas chiqarishning eng yuqori tezligi (PSV)ni ko`rsatadi. Nafas chiqarishdagi havo tezligi katta va o`rta bronxialarning obstruksiyasi kattaligiga bog`liq. Astmatik kasalliklarda obstruksiya jarayonlari katta va o`rta bronxiolalarda tarqalganligi sababli pikfloumetriyani qo`llash bronxial astmaning diagnostikasi va monitoringini yengillashtiradi. O`pkaning surunkali obstruktiv kasalliklarida obstruksiyalar kichik bronxiolalarda joylashgan bo`lib, pikfloumetriya usuli bu kasalliklarda diagnostika va monitoringi usuli bo`lib xizmat qilmaydi. Bemor testni pikfloumetrni gorizontol holda ushlab, tik turgan holatda (agar buni iloji bo`lsa) bajaradi. Bemordan chuqur nafas olib so`ngra pikfloumetr munshtugini lablari bilan mahkam berkitgan holda pikfloumetr trubkasiga tez nafas chiqarishini so`raladi. Bu testni uch marta o`tkazib eng yaxshi natijani yozib qo`yiladi. Pikfloumetriya ko`rsatkichlarini baholashda hattoki bir kishini o`zida ham pikfloumetriya ko`rsatkichlarida sezilarli farq bo`lishi mumkin. Har bir insonga o`zining kunduzgi va tungi tartibi xarakterlidir. Kunduzgi va tungi ko`rsatkichlar farqlarini aniqlash uchun variatsion testlar o`tkaziladi.

**Endoskopiya.** Endo – ichki, skopiya – ko`raman degan ma`noni bildirib, kovak a`zolari optik asbob bilan ko`rib tekshirishdir. Endoskopiya ichki bo`sh organlar: qizilo`ngach, me`da, o`n ikki barmoqli ichak, bronxlarning ichki yuzasi ko`zdan kechiriladi. Endoskopiya o`tkazish uchun maxsus asbob (endoskop) qo`llaniladi. Endoskopdagi alohida optik moslama a`zoni ko`zdan kechirib chiqishga, biopsiya qiluvchi moslama esa gistologik tekshirish uchun fotosistemi a`zo bo`shlig`ining fotosuratini tushirib olishga imkon a`zodan kichik bir bo`lakni olishga imkon beradi. Endoskopiya orqali alohida a`zolari tekshirishda bronxlar bronxoskop, qizilo`ngach- ezofoskop, me`da va o`n ikki barmoqli ichak-gastroduodenoskop, yo`g`on ichak-kolonoskop, to`g`ri ichak rektoskop yordamida tekshiriladi.

**Bemorlarga tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirishning afzalliklari.**

**Aniqlik va ishonchlilik:** Tibbiy asbob-uskunalar yordamida olingan natijalar odatda juda aniq va ob`ektiv bo`ladi. Bu bemorning holatini tahlil qilishda xatoliklarni kamaytiradi va davolashni samarali rejalashtirish imkonini beradi.

**Erta aniqlash:** Ko`plab asbob-uskunalar yordamida kasalliklar yoki ularning bosqichlari erta aniqlanishi mumkin. Bu esa davolashning samaradorligini oshiradi va bemorning holatini yaxshilash imkonini beradi.

**Qulaylik:** Ba`zi tibbiy asbob-uskunalar bemor uchun kamroq qulaylik yaratadi, masalan, non-invaziv usullar yordamida tekshiruvlar o`tkazilishi mumkin (masalan, ultratovush tekshiruvi).

**Tez natijalar:** Ko`plab tibbiy asbob-uskunalar yordamida tekshiruvlar tez amalga oshiriladi va natijalar darhol olish mumkin, bu esa bemorning holatiga tezda baho berish imkonini yaratadi.

**Tashxisning to`liqroq va kengroq yondashuvi:** Tibbiy asbob-uskunalar tahlil qilishda turli omillarni hisobga olishga yordam beradi, masalan, qon bosimi, yurak urishi yoki organlarning holatini aniqlash.

**Uzluksiz monitoring:** Ba`zi uskunalar bemorning holatini doimiy ravishda kuzatib borish imkoniyatini beradi. Bu esa kasalliklarning kutilmagan rivojlanishini oldini olishga yordam beradi.

**Keng ko`lamdagi kasalliklarni tekshirish:** Tibbiy asbob-uskunalar yordamida keng ko`lamdagi kasalliklarni tekshirish mumkin, ularning ichiga yurak kasalliklari, diabet, onkologik kasalliklar, nevrologik muammolar va boshqalar kiradi.

Shu sababli, tibbiy asbob-uskunalar bemorlarning holatini tekshirishda muhim rol o`ynaydi, chunki ular to`g`ri tashxis qo`yish va davolash rejasini tuzish uchun zarur ma`lumotlarni taqdim etadi.

Kontrast moddalar tibbiyotda, xususan, tasvirlash tekshirishlari (masalan, rentgen, kompyuter tomografiya, magnit-rezonans tomografiya) uchun qo`llaniladi.

Ular radiologik tasvirni aniqroq olish va patoloji o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi. Kontrast moddalar organizmda joylashgan tuzilmalar o'rtasidagi farqlarni ko'rsatishga yordam beradi. Ular bo'ylab tomirlar, organlar yoki to'qimalar o'rtasidagi farqlarni yaxshilashadi.

### **Kontrast moddalar**

**Kontrast modda** — bu tibbiy tasvirlarni olishda, masalan, rentgenografiya, kompyuter tomografiyasi (KT), magnit-rezonans tomografiya (MRT) kabi diagnostik usullarda tasvirning aniqroq va batafsil ko'rinishini olish uchun qo'llaniladigan moddadir. Kontrast moddalari organning yoki to'qimaning tasvirini yaxshilash uchun qo'llaniladi, chunki ular radiatsiya yoki magnit maydonlaridan turli xil xususiyatlarga ega bo'lib, tibbiy tasvir olish jarayonida aniqroq va osonroq differentsatsiya qilishga yordam beradi. Masalan, agar qon tomirlarining tasvirini olish kerak bo'lsa, kontrast modda qon tomirlarini yaxshi ko'rsatadi, bu esa shifokor uchun aniq tashxis qo'yishga yordam beradi.

### **Rentgen va kompyuter tomografiyasida ishlatiladigan kontrast moddalar:**

**Yodli kontrast moddalar:** Eng ko'p ishlatiladigan kontrast moddalardan biri bo'lib, ular asosan rentgenografiya va kompyuter tomografiyasida qo'llaniladi. Yodli moddalar organizmda suv bilan eriydi va rentgen nurlari o'rtasidagi farqlarni yaratib, tasvirni yaxshilaydi. Bularga misol qilib Iohexol, Iodixanolni keltirishimiz mumkin.

**Bariy moddalar:** Ba'zan, oshqozon-ichak tizimining tasvirlanishida ishlatiladi. Bariy moddalar, asosan, bariy sulfatga asoslanadi va ularning rentgen nurlari bilan o'zaro ta'siri orqali tasvirni yaxshilaydi.

Magnit-rezonans tomografiyasida ishlatiladigan kontrast moddalar:

**Gadoliniyli kontrast moddalar:** Gadoliniiy asosida tayyorlangan kontrast moddalar, MR tekshiruvlari uchun ishlatiladi. Ular yuqori magnit maydonida boshqacha tarzda ishlaydi, bu esa to'qimalarni yaxshiroq ko'rsatadi. Bularga gadopentetate dimeglumine, gadodiamidlar kiradi.

Kontrast moddalarni tayyorlash va qo'llash:

**Doza:** Kontrast moddalarning dozasini shifokor bemorning yoshi, vazni va tekshiruvning turiga qarab belgilaydi.

**Tashqi qo'llanilishi:** Kontrast moddalar odatda venaga yuboriladi, lekin ba'zida ular ichak orqali yoki boshqa yo'llar bilan ham qo'llanilishi mumkin.

**Monitoring:** Kontrast moddalarni qo'llashdan oldin va so'ng, shifokor bemorning holatini va reaksiyalarini diqqat bilan kuzatib boradi, chunki ba'zi bemorlar kontrast moddalariga allergik reaksiyalar ko'rsatishi mumkin.

**Effekt:** Kontrast moddalar tasvirni aniqroq qilish uchun ishlatiladi, lekin ba'zi holatlarda ular bartaraf qilinishi kerak.

**Ehtiyot choralar:** Kontrast moddalar, ayniqsa yodli yoki gadoliniyli kontrast moddalar ba'zi bemorlarda allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, shuning uchun ularni qo'llashdan oldin bemorning allergik tarixini o'rganish zarur. O'tkir buyrak yetishmovchiligi yoki boshqa jiddiy kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda kontrast moddalar ehtiyotkorlik bilan qo'llaniladi.

### **Tibbiy asbob-uskunalar bilan ishlaganda texnika xavfsizligi qoidalariga amal qilish**

O'rta tibbiyot xodimi asbob-uskunalar tibbiy apparaturalar bilan ishlaganda ularni ishlatish yo'riqnomasi bilan tanishgan bo'lishlari, asbobning sozligini tekshirgan bo'lishlari lozim. Ayniqsa rentgenologik tekshiruv bo'limlarida xavfsizlik texnikasiga qat'iy amal qilish lozim. Rentgenodiagnostika vaqtida nurlanmaslik uchun barcha ehtiyot choralarini ko'rilgan holda, bemorni maxsus himoyalash, shuningdek, shifoxona hududi va yo'lakda ehtiyot choralarini ko'rish kerak. Tirik organizmlar uchun rentgen nuri xavfli hisoblansa ham, ko'pgina inson kasalliklarida yagona diagnostika usuli hisoblanadi. **15- rasm**



Bitta flyurografiya tekshiruvida 60 millirentgen qabul qilinsa, bitta rentgenografiya tekshiruvida 500 millirentgen qabul qilinadi. Bu tabiiy nurlanishning bir yillik me'yoriga teng. Maxsus xonada bemorni himoyalash maqsadida, rentgen tekshirilmaydigan sohalar uchun maxsus qo'rg'oshinli fartukdan foydalaniladi. Rentgen tekshiruvi faqat qat'iy ko'rsatmalar bo'yicha o'tkaziladi. Profilaktik maqsadda 1 yilda bir marta o'tkaziladi. Rentgenologik tekshiruv bo'limlarida Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan qabul qilingan yo'riqnomalarga asosan xavfsizlik texnikasiga rioya qilinadi. Bemor xavfsizligini ta'minlash uchun radiodiagnostika apparatlari, asboblari va boshqa jihozlar, radiofarm vositalaridan foydalanish, ularni saqlash, hisobga olish, kontrast modda yuborish qat'iy nazoratga olinib, qoidalarga rioya qilinadi. Bemorni tekshirishni eng qisqa muddatlarda o'tkazishga yo'naltirilgan choralar qo'llaniladi. Rentgen xonada ishlovchi xodimning texnika xavfsizligiga rioya qilishi asboblarni doimiy inventarizatsiyasini o'tkazish bilan amalga oshiriladi. Rentgen xonada maxsus himoyaga rioya qilinmaganda, xona pasportidan mahrum qilinadi. Rentgen xonani qurishda rezina himoya o'rnatiladi, xona eshigi esa qo'rg'oshinli bo'lishi kerak. Rentgen xona qoidaga ko'ra 1-qavatda joylashadi, 4 tomonidan qalinligi 6,5 sm sement va porox aralashmasi bilan qoplanadi. Shunday holatda radiatsiya qo'shni binolarga ta'sir qilmaydi.

## **Bemorlarda laborator tekshiruv usullari.**

### **Klinik va biokimyoviy laboratoriyasining tuzilishi.**

Klinik va biokimyoviy laboratoriya — tibbiyot muassasalarida tahlil va tekshiruvlar o'tkazish uchun mo'ljallangan muhim bo'limlardir. Ularning tuzilishi quyidagi asosiy komponentlardan iborat bo'lishi mumkin:

**Qabul va ro'yxatga olish bo'limi:** Pasientlar tomonidan yuborilgan tahlillarni ro'yxatga olish, ular uchun identifikatsiya raqamlarini taqdim etish, tahlil uchun namunalarni olish.

Klinik laboratoriya bo'limi.

**Mikrobiologiya:** Infektsiyalarning turini aniqlash uchun turli mikroorganizmlar (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar)ni o'rganish.

**Gematologiya:** Qon tahlilini o'tkazish, qonning tarkibiy qismlarini (eritrotsitlar, leykotsitlar, trombotsitlar) o'lchash.

**Immunologiya:** Immun tizimining holatini tekshirish, turli xil immunologik reaksiyalarni aniqlash.

**Endokrinologiya:** Gormonlar va metabolik jarayonlar bilan bog'liq analizlar.

Biokimyoviy laboratoriya bo'limi.

**Qon biokimyoviy tahlillari:** Qon plazmasidagi turli kimyoviy moddalar (qand, xolesterin, yog'lar, elektrolitlar, oqsillar)ni o'lchash.

**Urinaliz:** Turi bo'yicha (pH darajasi, protein, glukoza va boshqalar) siydikni tekshirish.

**Jigar va buyrak funksiyalarini baholash:** Jigar fermentlarini va buyraklarni tekshirish.

Tahlil va natijalarni chiqarish bo'limi.

-Tahlillarni analiz qilish va natijalarni shifokorlarga yoki pasientlarga taqdim etish.

-Kompyuter tizimlari yordamida tahlil natijalarini avtomatik qayta ishlash.

**Texnik bo'lim:** Laboratoriya asbob-uskunalari, analizatorlar, mikroskoplar va boshqa jihozlarni ishlatish va ularga texnik xizmat ko'rsatish.

**Sifat nazorati:** Tahlilning aniqligi va ishonchliligini ta'minlash uchun muntazam sifat nazorati va validatsiya ishlari.

**Arxivlash bo'limi:** Tahlil natijalarini saqlash va kelajakda foydalanish uchun arxivlash. Bu tuzilish klinik va biokimyoviy laboratoriyalarning umumiy kontseptsiyasini aks ettiradi, lekin har bir tibbiy muassasada ularning tuzilishi va ishlash jarayoni ba'zi o'zgarishlarga ega bo'lishi mumkin.

### **Qon, siydik, balg'amni tekshirishning diagnostik ahamiyati**

Qon, siydik va balg'amni tekshirish tibbiyotda ko'plab kasalliklarni aniqlashda muhim diagnostik ahamiyatga ega. Ular turli organlar va tizimlarning holatidan

dalolat beradi va shifokorlarga to'g'ri tashxis qo'yishda yordam beradi. Quyida ularning har birining diagnostik ahamiyati haqida qisqacha ma'lumot:

**Qonni tekshirishning asosiy maqsadi** — organizmning sog'lig'ini baholash, turli kasalliklarni aniqlash, sog'liqni kuzatish va zarur bo'lsa, davolash rejasini tuzishdir. Qon tekshiruv orqali quyidagi maqsadlarga erishish mumkin:

1. **Kasalliklarni aniqlash:** Anemiya, infeksiyalar, diabet, jigar va buyrak kasalliklari, yurak xastalari kabi muammolarni aniqlash.

2. **Organizmning holatini baholash:** Qon tahlilida xolesterin, glyukoza, gemoglobin kabi ko'rsatkichlar orqali organizmning umumiy sog'lig'ini tekshirish.

3. **Kasalliklarning oldini olish:** Ba'zi kasalliklar rivojlanishidan oldin ular haqida ogohlantiruvchi belgilarga ega bo'lish mumkin.

4. **Dori-darmonlar va davolanish samaradorligini kuzatish:** Agar biror muammo bo'lsa, qancha davolanish kerakligini va dori-darmonlar samaradorligini kuzatish.

Qon tahlili turli xil testlarni o'z ichiga olishi mumkin, masalan, umumiy qon tahlili, biokimyoviy tahlil, gormonal testlar va boshqalar. Bu tahlillar shifokor tomonidan sog'likni nazorat qilish va davolashda muhim vosita bo'lib xizmat qiladi.

**Siydikni tekshirishning maqsadi**-turli kasalliklar va sog'liq muammolarini aniqlashdir. Bu tekshiruv orqali organizmda bo'layotgan o'zgarishlarni, shu jumladan:

1. **Jigar va buyrak faoliyatini baholash:** Siydikda oqsil, qonda shakar yoki boshqa kimyoviy moddalar ko'rsatilishi bu organlarning faoliyatiga ta'sir qilishi mumkin.

2. **Infeksiyalarni aniqlash:** Siydikda mikroblar yoki yallig'lanish belgilarini aniqlash orqali siydik yo'llaridagi infeksiyalarni, masalan, sistitni (siydik pufagining yallig'lanishi) aniqlash mumkin.

3. **Suv va elektrolit muvozanatini tekshirish:** Siydik miqdori va tarkibi orqali organizmning suyuqlik balansini, shuningdek, elektrolitlarning (sodium, kalium) darajasini aniqlash mumkin.

4. **Qandli diabet va boshqa metabolik kasalliklarni aniqlash:** Siydikda glyukoza (shakar) bo'lishi diabetni ko'rsatishi mumkin.

5. **Boshqa kasalliklar:** Siydikda qonni ko'rish buyrak toshlari, shikastlanish yoki boshqa yallig'lanish kasalliklarini ko'rsatishi mumkin.

Siydik tekshirish uchun, asosan, ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va silindrlar (soni) qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat mobaynida olib boriladi. Yorliqda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinama o'tkazishga monelik qiladigan hollar

yo`q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig`may qolsa, qoldig`i ikkinchi shishaga quyiladi va qog`ozga qo`shimcha siydik miqdori yozib qo`yiladi.

Siydikni tekshirish, umumiy sog`liqni saqlash rejasining muhim qismidir va ko`plab kasalliklarni erta bosqichda aniqlashga yordam beradi.

**Balg'amni tekshirishning maqsadi** — nafas yo'llaridagi kasalliklarni aniqlash va ularga to'g'ri davolashni belgilashdir. Balg'amni tekshirish orqali shifokorlar nafas yo'llaridagi infeksiyalar (masalan, bronxit, pnevmoniya), yallig'lanish jarayonlari, allergiya yoki boshqa salomatlik muammolarini aniqlashlari mumkin. Balg'amda mavjud bo'lgan bakteriyalar, viruslar, yo'qolgan hujayralar yoki boshqa moddalar, shuningdek, saraton kabi jiddiy kasalliklar haqida ham ma'lumot beradi.

Balg'amni tekshirish quyidagi holatlarda amalga oshirilishi mumkin:

1. **Infeksiyalarni aniqlash** – bakterial yoki virusli infeksiyalarni tekshirish uchun.
2. **Kasalliklarni monitoring qilish** – nafas yo'llaridagi holatni kuzatish, davolanishning samaradorligini baholash.
3. **Alomatlarni aniqlash** – o'pka yoki bronxial tizimda yuzaga kelgan alomatlar sababini aniqlash.
4. **Saraton va boshqa jiddiy kasalliklar** – balg'amda o'zgarishlar saraton yoki boshqa jiddiy holatlarni ko'rsatishi mumkin.

Balg'amni analiz bajarish orqali shifokor nafas yo'llarining holatini to'liq tasavvur qilib, eng to'g'ri davolashni belgilashi mumkin.

**Axlat tahlili usullari, yig`ish va maqsadi.** Axlat yo`g`on ichakda shakllanadi va ovqat qoldiqlaridan, asosan o`simlik kletchatkasidan iborat bo`ladi. Axlat massasining bir qismi tirik va o`lgan mikroblardan iborat. Axlatning tarkibi ovqatning qandayligi va hazm yo`llarining faoliyatiga bog`liq.

Axlat defekatsiya aktidan so`ng mikroorganizmlar va fermentlar ta`siri ostida unda o`zgarishlar yuz berib ulgurmasdan, imkon boricha iliqligida olinadi. Tekshiruvga olinadigan axlat toza, quruq va qattiqroq, imkon boricha shisha idishga yig`ilishi lozim. Laboratoriyaga axlatni qog`oz, karton va gugurt qutichalarida yuborish tavsiya etilmaydi. Bankada bemorning ismi-sharifi, otasining ismi, manzili (bo`lim, palata) tekshiruv maqsadi, kuni va yuborgan kishining imzosi yozilgan qog`oz bo`lishi kerak.

Qurib qolishi, oksidlanishi va pashshalar orqali infeksiya tarqalishining oldini olish uchun axlatni qopqoqli idishda saqlash lozim. Odatda axlatni tekshirishga ertalab, uyqudan keyin olinadi. Bemor tuvakka o`tiradi, hamshira axlatni umumiy ko`zdan kechiradi, axlatni yog`och kurakcha yoki shpatel bilan bankachaga solinadi. Axlatni shunday ko`rinishda umumiy tekshirishga jo`natiladi. Gijja tuxumlariga tekshirish uchun axlatning kamida uch joyidan olinadi va

iliqligida laboratoriyaga jo`natiladi. Axlatni yashirin qon oqishiga tekshirish uchun bemor uch kun mobaynida go`sht va baliq mahsulotlari, shuningdek, yod, brom va temir saqlagan dorilar iste'mol qilmaydi; to`rtinchi kuni axlat olinib laboratoriyaga jo`natiladi. Axlatni dizenteriya qo`zg`atuvchilarini aniqlash uchun ingliz aralashmasi deb ataladigan modda solingan maxsus probirkalarda laboratoriyaga jo`natiladi. Istalgan paytda axlatni tekshirishga jo`natish uchun har bir bo`limda shunday aralashmali probirka bo`lishi kerak Kasallikning qanchalik tez va to`g`ri davolanishi laboratoriya va instrumental tekshiruvlarning to`g`ri va tez o`tkazilishiga bog`liq. Bu tekshiruvlarning o`tkazilishida tibbiyot hamshirasining o`rni muhim hisoblanadi.

Hamshiraning asosiy vazifasi – bemorning xavfsizligi va qulayligini ta'minlash, shuningdek, laboratoriya tahlilining to'g'ri o'tkazilishi uchun barcha zaruriy chora-tadbirlarni ko'rishdir.

### **Labarator tekshirish uchun kerakli ashyolar va bemorlarni tayyorlashda tibbiyot hamshirasining vazifalari**

Labarator tekshirish uchun kerakli ashyolar va bemorlarni tayyorlashda tibbiyot hamshirasining vazifalari quyidagilardan iborat:

#### **1. Bemorni tayyorlash:**

- Bemorning tibbiy tarixini yig'ish va ularning shaxsiy ma'lumotlarini tekshirish.
- Bemorni tahlilga tayyorlash uchun zarur bo'lsa, kerakli yo'riqnomalarni berish (masalan, och qolish, suv ichmaslik, dori-darmonlarni to'xtatish).
- Bemorni tahlil uchun kerakli holatga keltirish, masalan, qon namunalari olishdan oldin bemorni tinchlantirish va tayyorlash.

#### **2. Tibbiy ashyolarni tayyorlash:**

- Test uchun zarur bo'lgan barcha ashyolarni tayyorlash (qon olish uchun maxsus pipetkalar, reagentlar, namunalarni saqlash uchun idishlar va boshqa kerakli materiallar).
- Olingan namunalarni to'g'ri etiketlash va saqlash uchun barcha chora-tadbirlarni ko'rish.

#### **3. Test va tahlil usullarini tushuntirish:**

- Bemorni tahlil usuli haqida to'g'ri va aniq tushuntirishlar berish, bemorlar uchun zaruriy savollarni javoblash.

#### **4. Gigiyenik sharoitlarni yaratish:**

- Hamshira barcha ashyolarni sterillash va dezinfeksiya qilishni ta'minlash.
- Bemorni tahlil olish uchun zarur sanitariya sharoitlari bilan ta'minlash.

**5. Yordam ko'rsatish va kuzatish:**

○ Bemorni tahlilni o'tkazish davomida va undan keyin kuzatib borish, zarurat tug'ilganda yordam ko'rsatish (masalan, qon olishda bemor xiralashgan yoki holsizlangan bo'lsa).

**6. Natijalar bilan ishlash:**

○ Olingan natijalarni tegishli laboratoriya xodimlariga yetkazish.

○ Zarurat tug'ilganda, bemorga natijalar haqida ma'lumot berish (agar bu hamshiraga tegishli bo'lsa).

**Nazorat uchun savollar.**

1. Terapiya fani nimani o'rgatadi?
2. Simptomlar yig'indisi nima deb ataladi?
3. Terapiya faniga asos solgan olimlarni aytib o'ting.
4. Qariyalar kasalliklarini o'rganadigan fan nima deyiladi?
5. Gerontologik kasalliklar deganda nimani tushunasiz.
6. Subyektiv tekshirish usullariga nimalar kiradi?
7. Palpatsiya va perkusiyaga nima?
8. Majburiy vaziyat nima?
9. Hayotiy ko'rsatkichlarga nimalar kiradi?
10. Tanaometr qismlarini sanab bering.

## II BOB. QARIYALARDA NAFAS OLIISH TIZIMI A'ZOLARI KASALLIKLARINING KECHISHI.

### 2.1. O'tkir va surunkali bronxit

Nafas a'zolari tizimi burun yo'llari, hiqildoq, traxeya, bronxlar, o'pkani o'z ichiga oladi. O'pka tashqi tomondan yupqa elastik biriktiruvchi to'qima—plevra pardasi bilan o'ralgan boiadi. O'ng o'pka uch: ustki, pastki, o'rta; chap o'pka esa ikki: ustki va pastki bo'lakdan tashkil topgan. O'pka ko'krak qafasida joylashgan. O'ng va chap o'pka o'rtasida kekirdak, qizilo'ngach, qon tomirlari, ayrisimon bez, nerv tolalari, limfa tomirlari va tugunlari va yurak joylashgan. O'pkaning pastki yuzasi ko'krak bilan qorin o'rtasidagi to'siq — diafragmaga tegib turadi.

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

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

Nafas olganda o'pka kengayadi, o'pkaga taxminan 700 sm<sup>3</sup> hajm havo kiradi. Nafas chiqarilganda ko'krak qafasi hajmi kichrayadi. Sog'lom odamda nafas harakatlarining soni minutiga 15—20 taga teng bo'ladi.

O'pkaning tiriklik sig'imi: sportchilarda (sog'lom odamlarda)—5000 ml<sup>3</sup>; erkaklarda — 2500 ml<sup>3</sup> boiadi.

Nafas organlari faoliyatini uzunchoq miyada joylashgan nafas olish markazi idora etadi.

O'pka muhim a'zo bo'lib, qon aylanish ham unga bog'liq. O'pka arteriyasi yurakning o'ng qorinchasidan chiqqanidan keyin o'pkada juda katta kapillar to'rini hosil qiladi.

#### O'tkir bronxit

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

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

O'tkir bronxit tarkibida yuqori miqdorda azot oksidi, oltin-gugurt angidridi, xlor, brom, ammiak bug'lari, fosgen, difosgen, iprit, liyuzit, fosfororganik brikmalar bo'lgan havodan, shuningdek, ko'p miqdorda chang-g'uborlar bo'lgan havodan uzoq vaqt nafas olish natijada ham rivojlanishi mumkin.

**Klinik manzarasi.** Kasallik quruq iztirobli yo'tal, to'sh suyagi atrofida og'riq, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos o'zgarishlar bilan boshlanib, yallig'lanish bronxlarga tarqalgach, hansirash va ketma-ket yo'talish paydo bo'ladi, bemorlar yo'talish vaqtida ko'krak qafasining pastki qismida og'riq sezadilar. Behollik, terlash, tana haroratining  $37,7 - 38^{\circ}$  ga ko'tarilishikuzatiladi. Yo'tal bilan avval shilliq, keyinchalik shilliq -yiringli balg'am ajraladi. **25- rasm**



Perkussiyada o'pkadagi tovush o'zgarmaydi. Auskultatsiyada o'pkada tarqalgan quruq hushtaksimon yoki g'o'ng'illovchi xirillashlar eshitiladi, yo'taldan so'ng xirillashlar kamayishi kuzatiladi. Kasallikning 2—3- kuni nam xirillash paydo bo'lishi mumkin.

Rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi.

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

Qonda leykotsitlar ortadi (neytrofillar  $8 - 12 \cdot 10^9/l$ ), ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) ortadi.

**Davolash.** O'tkir bronxitning engil turi bilan og'rikan bemorlar ko'pincha uyda davolanadilar. Og'ir formasida bemorni kasalxonaga yotqizish zarur. Bemor yotgan xona toza, yorug' va tez-tez shamollatib turiladigan bo'lishi kerak. Issiq, achchiq, qovurilgan ovqatlar, shilliq pardalarni ta'sirlantiradigan mahsulotlar va spirtli ichimliklarni iste'mol qilish qat'iy man etiladi. Bemorni sovuq qotishdan, qattiq isib ketishdan asrash kerak bo'ladi.

Yo'tal qoldiruvchi dorilardan —libeksin, glauvent 2—3 mahal, vitamin S ichish buyuriladi. Balg'am ko'chishini engillashtirish uchun termopsis, altey damlamasi, mukaltin, bromgeksin 0,008 g, bronxolitin, sodali ingalatsiya buyuriladi.

Antibiotiklar: 500 000 TV (ta'sir birlik) penitsillin har 4—6 soatda mushak ostiga yuboriladi.

Sulfanilamid preparatlaridan: sulfademizin, sulfadimetoksin 0,5 g dan 3—4 mahal ichish buyuriladi (bemorda qarshi ko'rsatmalar bo'lmasligi kerak).

CHalg'ituvchi vositalar: kurakka gorchichniklar qo'yish, oyoqqa issiq vannalar qilish, ingalyasiya qilish.

## Surunkali bronxitlar

Surunkali bronxit, ko'pincha, o'z vaqtida davolaniq qilinmagan va davosi oxirigacha olib borilmagan o'tkir bronxitning oqibati hisoblanadi.

Surunkali bronxitning sabablari: o'z vaqtida davolanmaslik, oxirigacha davolanmaslik, organizmning zaiflashib qolishi, chekish; sovqotish; zararli bug'lar, gazlar, kimyoviy moddalar, xronik pnevmoniya, uremiya, qonning yaxshi aylanmasligi. Xronik bronxitlarda zo'rayib boradigan tarqoq yallig'lanish kuzatiladi.

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

1. Yallig'lanish xarakteriga qarab:
  - kataral surunkali bronxit;
  - yiringli surunkali bronxit.
2. Funktsional xarakteriga qarab:
  - obstruktiv surunkali bronxit;
  - obstruktiv bo'lmagan surunkali bronxit.

**Klinikasi.** Asosiy belgilari: yo'tal, balg'am ajralishi, hansirash. Bemor ertalab uzoq yo'talib, ko'p yoki oz miqdorda shilimshiq aralash yiringli balg'am tashlaydi. Vaqt o'tishi bilan yo'tal kuchayadi, ba'zan xuruj qilib, bemorni faqat kunduzi emas, balki kechasi ham bezovta qila boshlaydi. Kasallik qo'zigan yoki asorat bergan hollarda tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Surunkali bronxit asorat berib, bir qancha patologik holatlar, aksari o'choqli pnevmoniya (bronzopnevmoniya), bronxoektazlar, o'pka emfizemasi va boshqalar paydo bo'lishi mumkin. Surunkali bronxitda o'pka emfizemasining qo'shilishi bemorning hansirab turadigan bo'lishiga olib keladi, ayni vaqtda odam faqat jismoniy zo'riqishdan hansiraydigan bo'lsa, keyinchalik tinch turgan holatlarda ham hansiraydigan bo'lib qoladi. Bemorning teri qoplamlari va ko'zga ko'rinib turadigan shilliq pardalari ko'kimtir tusga kirib, yuzi kerkib turadi. Auskultatsiyada tarqoq quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

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

**Davolash.** Surunkali bronxitni davolash o'tkir bronxitni davolash kabidir. Antibiotiklar dozasi biroz ko'proq buyurilishi mumkin, ba'zan sefamezin, kefzol, sefazolin kabi antibiotiklar buyuriladi. Ba'zi hollarda ikkita va undan ortiq antibiotik qo'shib berilganda, yaxshi natija beradi. Sulfanilamidlar tayinlanadi. Davolashda florani antibiotikka ta'sirchanligini va organizmni antibiotik ko'tara olishini aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Kasallikning oldini olish uchun yuqorida keltirilgan sabablarni bartaraf etish zarur. Organizmni chiniqtirish, surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida aniqlash

va davolash uchun mahalliy shifoxonada profilaktik tibbiyot ko'rigidan o'tish lozim.

**Parvarishi.** Nafas a'zolari kasallikka chalingan bemorlar yorug', keng, yaxshi shamollatiladigan palatalarda bo'lishlari kerak. Tibbiyot hamshirasi kichik tibbiyot xodimining xonani har kuni ho'llab artib-tozalashini kuzatib boradi. Karavot qulay, bosh tomoni biroz baland qilib ko'tarilgan bo'lishi, bemorni sovqotishdan ehtiyot qilish, yo'tal kuchi bo'lsa, „yumshatadigan" ichimlik berish, chiqadigan balg'amni maxsus tufdonlarga tashlash kerak. Tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmalarini aniq bajarishi, dorini vaqtida, belgilangan soatlarda berishi, bemorlarni hatto tunda davo o'tkazish uchun uyqudan uyg'otishi kerak.

### **Zotiljam va bronxial astma kasalligida hamshiralik ishi**

Bronxial astma infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, bronxlar muskulaturasi tortishib, qisqarishi natijasida, odamning birdan nafasi qisib, bo'g'ilib qolishi, keyin yopishqoq balg'am tashlashi bilan kuzatiladi. Allergen ta'sirida (allergenlar organizmga uzoq vaqt ta'sir qilib turganda) organizmda ma'lum o'zgarishlar paydo bo'lishi kasallik uchun zamin yaratadi.

Oziq-ovqat mahsulotlari, dorilar, turli o'simliklarning gul changlari, gullarning hidlari, kimyoviy modalar, uy changi, soch, yostiq pari, har xil bakteriyalar, zamburug' mog'orlari, gilam qili, gazetalar, jurnallar, kitoblar changi, ba'zi hasharot yoki hayvonlar (ularning hidi, juni ajralmalari), parfumeriya vositalari va boshqalar allergenlar hisoblanadi.

Bolalarning qizamiq, ko'kyo'tal, zotiljam, bronxit va yuqori nafas yo'llari kasalliklari bilan og'rishi ham bronxial astma paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.

**Klinik manzarasi.** Odamning, ko'pincha, kechasi nafasi qisib, bo'g'ilib qoladi. Kasallik yanada avj olib borganida xuruji kunduzi ham tutib turishi mumkin. Odamning sovuq qotib qolishi, asabiylanishi, chekishi, ma'lum bir bo'yoq hidlari, chang (jun changi) ning dimog'ga urilishi va boshqalar bunga sabab bo'lishi mumkin. Kasallik xuruji tutib qolgan mahalda bemor o'tirib oladi, qo'llari bilan karavot yoki o'rindiqlik chetlariga suyangan holda nafasini engillashtirishga urinadi. Nafas qisqarganda bemorning lablari, hatto tirmoqlarigacha ko'karib ketadi, yuragi guppillab uradi, uni ter bosadi, bemor nafasi qattiq qisganida hatto o'lib qolaman deb qo'rqadi, xuddi mushukka o'xshab xirillab nafas oladi. SHu paytda spazmni yo'qotadigan birorta dori ichirilsa yoki in'eksiya qilinsa, bemorning nafas olishi engillashib, yo'tal bilan oq sarg'ish balg'am tashlaydi. So'ng holsizlanib bo'shshib, uyquga ketadi. Bemor ko'zdan kechirib ko'rilganda ko'krak qafasi eng ko'p nafas olish holatida turadi. Perkussiya qilib ko'rilganda quticha tovushi chiqadi. Auskultatsiyada bir talay quruq xirillashlar aniqlanadi. Kasallik xuruji kasallik boshlanishida 10—20 daqiqa, uzoq davom etib borganida bir necha soatgacha

cho‘ziladi, ba‘zan bir sutkadan ortiqroq davom etadi. Bu bemorning ahvoli umuman yomonlashib qolishiga, yurakning o‘pka tufayli dekompensatsiyalanishiga olib keladi. Bronxial astma xurujining uzoq tutib turishi astmatik holat deb ataladi. Bronxial astma bilan og‘rigan bemorning balg‘amida Krushman spirallari Sharko — Leyden kristallari aniqlanadi. Qon tekshirib ko‘rilganda eozinofillar ko‘paygan bo‘ladi.

**Davolash.** Bronxial astma xurujlari aksari kechasi tutib qoladi, shu sababli tibbiyot hamshirasi boshlanib kelayotgan hansirashni payqashi, navbatchi shifokorga ma‘lum qilishi, bemorga yordam ko‘rsatishga harakat qilishi lozim.

Kasallik xuruj qilib turgan paytda toza havo kelib turishini ta‘minlash, bemorni issiq qilib o‘rab qo‘yish va ortiqcha harakatlardan ehtiyot qilish lozim. Bemorni qulay (yarim o‘tirgan) holatga keltirib qo‘yish zarur, orqasiga 2-3 ta yostiq, boshi ostiga esa bolish qo‘yiladi. Bemorning nafas olishi osonroq bo‘lsin deb, siqib turgan kiyimlari echiladi yoki bo‘shatiladi. Balg‘am yumshashi uchun bemorga ishqor aralashtirilgan suv yoki issiq sut beriladi. Oyoqqa xantal vannasi qilish, ko‘krak qafasiga bankalar yoki xantal qo‘yish bemor ahvolini ancha engillashtiradi. Kislorod yostig‘idan nafasga namlangan kislorod beriladi. Preparatlardan: 0,5—1 ml 0,1% atropin eritmasi teri ostiga, 10 ml 2,4% eufillin vena ichiga yuboriladi. Og‘ir hollarda gormonlar olib turadigan bemorlarga muskullar orasiga 30 mg prednizolon yuboriladi. Cho‘ntak ingalyatorlari: astmopent novadrin, salbutamol va boshqalardan foydalanish mumkin. Bemorlarni tinchlantirish maqsadida valeryanka, brom berish mumkin. Infeksion omilga qarshi antibiotiklar qo‘llaniladi.

**Xurujlar oralig‘ida** davolash, xurujning oldini olish choralari bronxlar astmaning patogenetik turiga bog‘liq. Atopik bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarda xonadonda allergenga duch kelishni to‘xtatish, allergiyaga sabab bo‘luvchi taomlarni ovqat tarkibidan chiqarish, uy changiga yuqori sezuvchanlik bo‘lganda gigienik tadbirlar o‘tkazilishi zarur. Bemorlarga desensibilizatsiyalovchi davolash o‘tkaziladi. Infeksion shamollash jarayonlari tasdiqlangan hollarda antibakterial davolash o‘tkaziladi. Infeksionallergik astma qaytalanishining oldini olish maqsadida immuno-stimulyatorlardan (levomizol, polisaxaridlar, T — aktivin, natriy nukleinat) foydalanish tavsiya qilinadi.

**Kasallikning oldini olish.** Bemorlar „Kislovodskiy“ va „SHimoliy Kavkaz“, shuningdek, O‘zbekistonning „Oqtosh“ hamda „Zomin“ sanatoriyalarida davolanishlari mumkin.

Kasallikning og‘ir kechishi ko‘p hollarda bemorlarni nogironlikka olib keladi. Ayniqsa, yomon oqibat yoshi katta odamlarda kuzatiladi. Ammo o‘rinli va to‘g‘ri davolanganda, zarur bo‘lgan quvvatlab turuvchi davolash o‘tkazilganda kasallik engil kechadi, bemorlar uzoq muddat ish qobiliyatini saqlab qoladilar.

Bemorni parvarish qilishda palataga kislorodni markazlashgan holda beradigan moslama keltirilgani ma'qul, bunday moslama bo'lmaganda tibbiyot hamshirasi postni etarli miqdorda kislorod yostiqlari bilan ta'minlashi kerak. Bronxial astmasi bor bemorlarda funksional karavotdan foydalanish tavsiya etiladi. Bronxlar spazmi bo'g'inishga olib kelishi ehtimol tutilgan bronxial astmali bemorlarga tibbiyot hamshirasi katta ahamiyat berishi zarur. Bemorni o'rinda qulay vaziyatda, bosh tomonini baland qilib o'tkazishi, bemorning sovqotishiga yo'l qo'ymay, xonaga sof havo kirishini ta'minlashi, kislorod bilan nafas oldirishi kerak. Bemor yo'talayotgan bo'lsa, tibbiyot hamshirasi shifokor ko'rsatmalarini aniq bajaradi, bir chimdim natriy gidrokarbonat qo'shilgan issiq sut ichiradi, balg'am ko'chiradigan mikstura beradi, bemorni sovqotishdan ehtiyotlab, o'rab-chirmaydi.

### **O'tkir o'choqli va krupoz pnevmoniya**

O'tkir zotiljam nafas olish a'zolari kasalliklari orasida ko'p uchraydigan, asosan, o'pka to'qimalari (alveola, oraliq to'qima, mayda qon tomirlari)ning o'tkir yallig'lanishi bilan kechadigan kasallikdir. Bu kasallik o'rta hisobda har 10000 aholiga 16 tadan to'g'ri keladi.

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

Sabablari (etiologiyasi). O'tkir zotiljam kasalligini keltirib chiqaruvchi sabablar quyidagilar:

—bakteriyalar: pnevmokokklar, stafilokokklar, streptokokklar, Frindlender tayoqchasi, enterokokk, protey, ichak tayoqchasi va boshqalar;

—viruslar, gripp, paragripp, rinosinitial viruslar, adenoviruslar;

—mikoplazmalar;

—rikketsiyalar: Ku—rikketsiyalari;

—zamburug'lar: kandidozlar, aspergilloz, koksidioz;

—fizik va kimyoviy omillar: aspiratsiya, jarohat, radioaktiv nurlar ta'siri.

O'tkir zotiljamga, asosan, 54% dan 74% gacha hollarda pnevmokokklar sabab bo'ladi. Gripp epidemiyasi vaqtida kasallikni virus va bakteriyalar (ko'pincha stafilokokklar) birgalikda keltirib chiqaradi.

O'tkir zotiljamning rivojlanishiga qattiq sovuq qotish, jismoniy va ruhiy o'ta toliqish, tananing zaharlanishi hamda kasallikka qarshi kurashish qobiliyatining susayishi va boshqa bir qancha omillar sabab bo'ladi.

O'tkir zotiljam kasalligi har xil sabablarga ko'ra yuzaga kelishi hamda o'pkaning har xil qismlarida joylashishi, yallig'langan qismlarining katta-kichikligi va boshqa belgilariga ko'ra bir-biridan farq qiladi.

## O'tkir krupoz zotiljam

Krupoz zotiljamda o'pkaning bitta yoki bir nechta bo'lagi yoki segmenti yallig'lanadi. O'pkadagi patomorfologik o'zgarishlar uzluksiz davom etadigan 4 bosqichda o'tadi.

1.Qonga to'lish (giperemiya) bosqichida o'pka to'qimasida giperemiya paydo bo'lib, kapillarlarning o'tkazuvchanligi oshishi natijasida alveolalar ichida yallig'lanish eksudati to'planadi. Bu bosqich 12 soatdan 3 kungacha davom etadi. Ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo etishmasligi paydo bo'ladi. Yo'talganda, chuqur nafas olganda og'riq kuchayadi. Bemorning nafas olishi (ayniqsa, o'pkaning katta qismi yallig'langanda) tezlashadi va yuzaki bo'ladi; labi, burni, qulog'i biroz ko'karadi; labi, og'iz, burun atrofiga uchuqlar toshadi.

Qonga to'lish davri kasallikning boshlang'ich — dastlabki kunlariga to'g'ri keladi. Bunda bemorning umumiy ahvoli og'ir, tana harorati yuqori darajada (39—40°) bo'lib, eti junjikadi. Ko'krak qafasining sanchib og'rishi va havo etishmovchiligidan shikoyat qiladi. Bemorda avval quruq, so'ngra shilimshiq balg'am ajraladigan yo'tal paydo bo'ladi. Tez-tez nafas oladi, nafas olishi ko'krakdagi sanchiq kuchaygani sababli yuzaki bo'ladi, yo'taladi. Qon aralash shilliq balg'am ajraladi. Perkussiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida qisqargan perkutor yoki bo'g'iq timpanik tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida vezikular nafasning susaygani, bundan tashqari, qisqa muddatli erta paydo bo'ladigan krepatatsiya eshitiladi. Ayrim vaqtlarda plevra ishqalanishining shovqini eshitiladi.

Kasallikning 2 bosqichida bemor yo'talganda temir zangi rangidagi balg'am ajraladi (o'zgargan gemoglobin borligi sababli). Bemorning umumiy holati anchagina og'ir bo'lib, o'pkani yallig'langan tomonida paypaslab ko'rilganda ko'krak qafasi elastikligi kamayganligi, og'riq borligi, tovush dirillashi kuchayganligi aniqlanadi. Perkussiya qilinganda esa o'ta bo'g'iq tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda esa bronxial nafas shovqini eshitiladi.

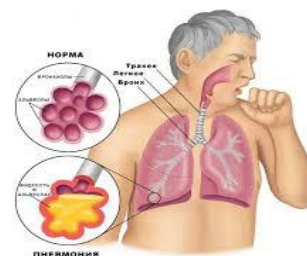
Kasallikning 3 bosqichida esa tana harorati krizis yoki lizis yo'l bilan pasayib, shilliqli balg'am ko'proq ajrala boshlaydi. Bemorning umumiy holati yaxshilana boshlaydi. Paypaslaganda og'riqning kamayganini yoki yo'qolganini, tovush dirillashi pasayganligini, ko'krak qafasi rezistentligining tiklanayotganini aniqlash mumkin. Perkussiya qilinganda biroz bo'g'iq tovush, auskultatsiya qilinganda bronxovezikular nafas shovqini dag'al krepatatsiya va ho'l xirillashlar eshitilishi mumkin.

Krupoz zotiljamda nafas olish a'zolaridan boshqa a'zolarida ham sezilarli o'zgarishlar sodir bo'lishi mumkin.

Yurak-tomirlar sistemasida yurak urishi tezlashishi, arterial qon bosimi pasayishi mumkin. Yurak tonlari susayadi. Bu o'zgarishlar qari, holsizlangan bemorlarda jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Markaziy nerv sistemasida bo'ladigan patologik o'zgarishlar ko'proq spirtli ichimliklarni iste'mol qiladigan bemorlarda uchraydi.

Buyrak sistemasida quyidagi o'zgarishlar yuz beradi: kasalning siydigi kamayadi, uning solishtirma og'irligi oshadi, ayrim hollarda siydik bilan oqsil ajralib chiqadi. Kasallikni to'liq aniqlash uchun bemorning qoni, balg'ami, siydigi, laboratoriyada tekshiriladi. Bemorning qoni umumiy analiz qilinganda qonda leykotsitlar soni neytrofillar hisobiga ko'payadi (leykotsitoz). Leykotsitlar formulasi chap tomonga siljiydi, eritrotsitlar soni ko'payadi. Eritrotsitlarning cho'kishi tezlashadi. Bemorning balg'amidagi o'zgarishlar kasallikni kechish bosqichlariga bog'liq ravishda 1- bosqichda shilliqli, 2- bosqichda qon aralash (temir zangiga o'xshash), 3—4- bosqichlarda shilliqli va yiring aralash bo'ladi.



Krupoz zotiljam kasalligini aniqlashda rentgen usuli bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. Old va yon tomondan tushirilgan rentgen tasvirlarda kasallangan o'pka bo'lagi soyasining zichlash-ganligini ko'rish mumkin. Rentgenogrammada yallig'lanish o'pkaning qaysi; bo'lagidaligini, hajmini aniqlash mumkin.

**Davolash.** Krupoz zotiljam bjjan og'rikan bemor, albatta, kasalxonada davolanishi kerak. Davolanish tadbirlari har xil usullarda olib boriladi.

1. Bemorni kasalxonada rejimiga rioya qilishini ta'minlash va uni to'g'ri ovqatlantirish.
2. Dorilar yordamida davolash: 1) etiologik; 2) patogenetik; 3) simptomatik davolash.
3. Fizioterapevtik davolash.
4. Dispanser ko'rigidan vaqt-vaqtida o'tkazib turish va ambulatoriyada davolash.

Bemor, asosan, kasalxonada davolanishi yoki uyda kasalxonada sharoiti yaratilishi kerak. Ayniqsa, tana harorati yuqori ko'tarilgan bemor o'rinda yotishi, ko'p suyuqlik ichishi, vitamin va oqsillarga boy ovqatlarini iste'mol qilishi lozim.

**Etiologik davolash** uchun bemorga, asosan, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari va nitrafuran birikmalari beriladi. Bular ichida antibiotiklar bilan davolash asosiy usul bo'lib, bunda uchta asosiy shartga e'tibor beriladi:

- a) antibiotiklar bilan davolashni, kasallik qo'zg'atgan mikroblar aniqlanishini kutmasdan, iloji boricha barvaqt boshlash;
- a) antibiotiklar miqdorini etarli belgilash va ularning qondagi va o'pka to'qimalaridagi konsentratsiyasi bir xilda saqlanib turishiga erishish;

d) dori ta'sirini klinik va bakteriologik tekshirishlar yordamida kuzatib borish.

Antibiotiklarni bemorga tayinlashdan oldin kasallik qo'zg'atgan mikroblar turlarini va bemorning antibiotiklarga sezuvchanligini hisobga olish kerak. Agar grammusbat mikroblar bo'lsa, penitsillin, yarimsintetik penitsillin va sefalosporinlar; grammanfiy bo'lsa, aminoglikozid, levomitsetin tavsiya qilinadi.

Antibiotiklar har qancha yaxshi ta'sir ko'rsasada, 10 kundan so'ng ularni boshqasi bilan almashtirish lozim. Antibiotiklarni bemorning tana harorati normaga tushgandan keyin 5 kundan ortiq qo'llash tavsiya etilmaydi

Sulfanilamid preparatlar: sulfalen, sulfadimezin, katta dozalarda 6—7 g dan 1—2 kun beriladi. Kasallikning 3—5-kunlari kuniga 5—4 g dan beriladi.

Uzoq vaqt ta'sir etuvchi sulfanilamid preparatlaridan sulfadimetoksin, sulfamonometoksin kuniga 1—2 g dan 7 kun davomida beriladi.

Biseptol sulfanilamidni 1tabletkadan har 12 soatda ichish tavsiya etiladi. Bemorga uzoq vaqt antibiotiklar berilganda, kandidoz, zamburug' kasalligi kelib chiqishining oldini olish uchun levorin (500 000 TV dan kuniga 4 marta) ichish tavsiya etiladi.

**Patogenetik davolash.** O'tkir zotiljam og'ir, sust rivojlanganda immunomodulator preparatlar (interferon, levomizol, Taktivin) tavsiya qilinadi.

Bemor organizmining qarshiligini oshirish uchun S, V guruh vitaminlari, biogen stimulyatorlar, adoptogen dorilar beriladi (aloe, jenshen, limonnik va eleuterokokk damlamalari). Bronx yo'llarini ochish uchun bronxolitik dorilar qo'llaniladi (eufillin, efedrin), balg'amni yumshatuvchi dorilar (mukaltin, bromgeksin, termopsis) beriladi.

**Simptomatik davolash.** Bemorni quruq yo'tal bezovta qilganda yo'talga qarshi dorilar (kodein, libeksin, tusupreks, altey, termopsis damlamalari) beriladi. Bemorda intoksikatsion sindrom boshlangan bo'lsa, dezintoksikatsion davolash olib boriladi (bemor venasiga reopoliglyukin, gemodez tomchilatib yuboriladi). Kasal tanasida kislorod etishmasligi belgilari paydo bo'lsa, kislorod beriladi.

Krupoz zotiljam kasalligida fizioterapevtik muolajalarni (banka, xantal) qo'llash mumkin.

Bemorning harorati normallashtirishdan so'ng diatermiya, induktotermiya, SVCH, UVCH va hokazo qo'llaniladi. Yuqorida ko'rsatilgan dorilar qo'llanilgandan keyin bemorning umumiy holati, o'zini sezishi yaxshilansa, tana harorati normallashtirilsa, kasallikning klinik, laboratoriya, rentgenologik belgilari yo'qolsa, kasal sog'aygan hisoblanadi. O'tkir zotiljam engil va o'rtacha og'irlikda o'tsa, bemor o'z vaqtida to'g'ri davolan-ganda 3—4 hafta davomida sog'ayib ketadi. Kasallik og'ir o'tsa, cho'zilib, sust davom etsa, bemorning immunologik himoya qobiliyati past bo'lgan taqdirda har xil asoratlar kelib chiqishi mumkin.

**Kasallikning oldini olish tadbirlari (profilaktikasi).** Bemorning sanitariya-gigiena tadbirlarini to'g'ri bajarishi (to'g'ri mehnat rejimi, havoni chang-gazlar, kimyoviy bug'lar bilan iflos-lanishdan saqlash), bemorga yuqori va past haroratli havo, elvizak ta'sir qilishining oldini olish lozim. Tanani chiniqtirish, o'z vaqtida to'g'ri va etarli ovqatlanishni rejalashtirish kerak. Nafas yo'llari-ning har xil yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida davolash; o'tkir zotiljam kasalligini keltirib chiqaruvchi omillardan: tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi kurashish kasallikning kamayishiga imkon beradi.

### **O'tkir o'choqli zotiljam**

O'tkir o'choqli zotiljam kasalligi bir yoki bir necha bo'lakchalarning o'tkir yallig'lanishidan kelib chiqadi.

Yallig'lanish jarayoni, asosan, bronxlardan boshlangani uchun bronx zotiljam (bronxopnevmoniya) deb ataladi. Yallig'langan o'choqlarning katta-kichikligiga qarab, mayda o'choqli, yirik o'choqli va tutashgan o'choqli zotiljam farqlanadi. Yallig'langan o'choqlarning tutashishi natijasida o'pkaning segmenti, bo'lagi zararlanishi mumkin.

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

**Kasallikning klinik manzarasi.** Keltirib chiqaruvchi sabablar yallig'lanish o'chog'ining katta-kichikligiga, bemorning umumiy ahvoli, yoshiga qarab turlicha namoyon bo'ladi. Ayrim hollarda o'choqli zotiljam o'tkir boshlanib, bemorning tana harorati birdan 38—39° darajaga ko'tarilib, bemor sovuq qotadi yoki, ko'pincha, kasallik asta-sekin biror kasallikdan (gripp, bronxitdan) so'ng boshlanib, bemor, asosan, umumiy holsizlik, boshi og'rishi, yo'tal, balg'am ko'chishi, ayrim hollarida ko'krak qafasida sanchiq qo'zg'atuvchi quruq yo'tal, ishtahasining sustligidan shikoyat qiladi. Bemorning tana harorati 4—5 kungacha notekis, 37—38° ga ko'tarilib turadi. Qari, holsizlangan bemorlarda tana harorati subfebril yoki me'yorida bo'lishi mumkin, lekin ular ko'p terlashdan shikoyat qiladilar. Bemorning nafas olishi tezlashib, lablari ko'karishi mumkin. Ko'krak qafasi palpatsiya

qilinganda oyoq titrashida o'zgarish sezilmaydi. Perkussiya qilinganda o'zgarishlar kam bo'ladi. Yallig'lanish o'chog'i o'pka markazida bo'lsa, perkussiya qilinganda o'zgarish mumkin. Yallig'lanish chog'i o'pkaning chetki qismida joylashgan yoki bir necha choqlar tutashgan bo'lsa, bo'g'iq perkutor tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda o'pkaning yallig'lanish sohasi ustida ho'l xirillagan hamda tarqalgan quruq xirillash eshitiladi. Albatta, bu auskultativ o'zgarishlar yallig'lanish o'chog'ining katta-kichikligiga bog'liq bo'lib, tutashgan o'tkir o'choqli zotiljamda ho'l xirillashlar o'pkaning katta qismida eshitilishi mumkin.

Yurak-tomirlar sistemasi tekshirilganda yurak tonlarining bo'g'iqlanishi, pulsning tezlashganligi, arterial bosimning pasayishga moyilligi kuzatiladi.

Rentgenologik tekshirish natijasida bemor o'pkasida har xil kattalikdagi notekis chegarali qora dog'lar ko'rinadi. O'pkada qonning dimlanishi, bronxlar va bronxlar usti yallig'lanishi hisobiga o'pkaning tomir qismi kengayganligi qayd qilinadi. Bemor qoni umumiy tekshirilganda qondagi leykotsitlar soni neytrofillar hisobiga ko'paygan, leykotsitar formulaning chapga siljigani, ECHT ning biroz tezlashgani ko'rinadi. Bemorning balg'ami uncha ko'p emas, biroq yiringli shilimshiq bo'ladi.

O'tkir o'choqli zotiljam o'z vaqtida to'g'ri davolansa, ko'pincha butunlay tuzalib ketadi. Hozirgi vaqtda kam uchraydigan asoratlar: quruq, ekssudativ plevrit, o'pka absessi, o'pka gangrenasi, pnevmoskleroz. Bemor yaxshi davolanmasa, hozirgi vaqtda ko'p uchraydigan asoratlar kuzatiladi: kasallik sust rivojlanadi, kasallik belgilari uzoq davom etib, surunkali zotiljamga o'tishi mumkin.

**Parvarishi.** Kasallik avj olgan davrda bemorga qat'iy yotoq rejimi buyuriladi, bemorning kiyimlari, choyshablari tez-tez almashtirib turilsadi, mo'l-ko'l suyuqliklar ichiriladi, bemor yuqori kaloriyalik, vitaminlarga boy ovqatlar iste'mol qilishi, u yotgan xona tez-tez shamollatib turilishi kerak. O'rinda uzoq yotgan bemorlardsa yotoq yaralarning oldini olish uchun chora-tadbirlar ko'rish maaqsadga muvofiqdir. Bu kasallik ko'pincha isitma va et junjikishi 1 bilan o'tadi. Bu holda bemorni isitish, yon-atrofiga grelkalar qo'yib chiqish, qaynoq, achchiq, shirin choy ichirish kerak. Tana harorati ancha ko'tarilganda muzli xaltacha qo'yish mumkin. Haroratning pasayishi aksari ko'p ter ajralishi bilan o'tadi. Bunday hollarda hamshira bemor badanini quruq sochiq bilan artishi, ich kiyimini alishtirishi va bir daqiqa ham ho'l ich kiyimda bo'lmasligini kuzatib borishi lozim.

### **O'pka absessi, quruq va ekssudativ plevritlar etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

#### **O'pka absessi**

O'pka absessi yiringlash, o'pka to'qimasida o'choqli nekroz hamda emirilish va bo'shliqlarning hosil bo'lishi bilan kechadigan og'ir kasallik.

**Sabablari.** Keyingi o'n yillik ichida antibiotik dorilar ta'siriga chidamli bo'lgan floraning paydo bo'lishi o'pka absessi kelib chiqishida muhim o'rin tutadi. Ko'pincha o'pka absessi streptokokklar, stafilokokklar, Fridlender tayoqchasi, ichak tayoqchasi, viruslar va bakteriyalar assotsiatsiyasi keltirib chiqargan o'choqli zotiljamdan keyin rivojlanadi. Sovuq qotish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kasallik rivojlanishiga sabab bo'luvchi omil hisoblanadi.

**Patogenezi.** O'pkada yiringlash jarayonining rivojlanishi, bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, o'pka to'qimalarida qon aylanishining yomonlashuvi va nekroz, organizmning kasalliklarga qarshilik ko'rsatishining kamayishi, reinfeksiya o'tkir zotiljamdan so'ng o'pka absessini keltirib chiqaradi.

**Klinik belgilari.** Kasallikning kechishini ikki bosqichga ajratish mumkin:

1. Infiltratsiya.

1. Yiringlash o'chog'ining bronx yo'liga yorilishi. Infiltratsiya fazasi (1 bosqich). O'pka absessi zotiljamdan keyin rivojlanganda, infiltratsiya bosqichida bemor ahvolidan to'satdan yomonlashuvi, tana haroratining ikkinchi marta juda baland  $40^{\circ}$  bo'lishi, bemor og'zidan yoqimsiz hid kelishi, 27- rasm



2. kulrang-yashil rangdagi balg'am ko'chishi (200—300 ml yoki 1—1,5 stakan), qattiq terlash, sovuq qotish, azobli yo'tal, ko'krak qafasida og'riq, adinamiya, artralgiya, taxikardiya kuzatiladi.

Infiltratsiya fazasida ko'krak qafasi perkussiya qilinganda o'pka tovushining bo'g'iqlashganligi, paypaslab ko'rilganda tovush tebranishining susayishi, auskultatsiyada bronxial nafas, quruq va mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi.

Qon tekshirilganda: leykotsitoz ( $15 \cdot 10^9/l$ ), ECHT-50-60 mm/soat aniqlanadi, peshob (siydik) da oz miqdorda proteinuriya kuzatiladi.

Balg'am ko'chishining birdan ko'payishi (500-700-1000 rnl gacha), tana haroratining normaga yaqinlashuvi, ko'krak qafasida og'riq, hansirash, qonda leykotsitlar miqdorining kamayishi yiringlash o'chog'ining bronx yo'liga yorilganligidan va bronxlar drenaj funksiyasining tiklanganligidan, kasallik 2 bosqichga o'tganligidan darak beradi.

Balg'am 2 yoki 3 qavatli bo'lib, 1- qavati ko'pikli, 2- qavati sariq yiringli, 3- qavati har xil mayda elementlardan iborat bo'ladi.

Kasallik 2 bosqichining klinik ko‘rinishi kasallikning qanday kechishigabog‘liq bo‘ladi. Kasallikning 15—20- kuniga kelib yo‘tal va balg‘am ko‘chishi kamayib, zaharlanish belgilari yo‘qolsa, bemor sog‘aygan, bemor ahvoli sezilarli yaxshilanib, o‘pkada yupqa qobiq bilan o‘ralgan kovak hosil bo‘lsa, kasallik surunkali turga aylangan hisoblanadi. **28- rasm**



Bemorni rentgenologik yo‘l bilan tekshirish kasallikning infiltratsiya bosqichida o‘pkaning zararlangan qismida qorayish borligini, ikkinchi bosqichda infiltratsiyaning kamayishi va o‘pkada bir yoki bir nechta kovakchalar hosil bo‘lganligini ko‘rsatadi, kovakchalarda gorizontol holatdagi suyuqlik borligi ko‘rinadi.

Kasallikning 2 bosqichida, agar bemor sog‘aygan bo‘lsa, o‘pkada bo‘shliqlarning yo‘qolganligi ko‘rinadi. O‘pka absessi plevrage yorilganda, piopnevotoraks rivojlanishi, yurak va nafas etishmovchiligi, ko‘pincha shok holatlari kuzatilishi mumkin.

O‘pka absessi diagnozi kasallikning klinik manzarasi va rentgenogrammlar asosida qo‘yiladi.

**Davolash.** O‘pkadagi yiringli kasalliklarni davolash bronxlar drenaj xossasini tiklash va o‘pkadagi yiringlash o‘chog‘ini yo‘qotish, kasallik qo‘zg‘atgan mikroorganizmlarga ta‘sir qilish, zaharlanish simptomlariga qarshi kurash, bemorning kasallikka chidamliligini oshirish tadbirlarini o‘z ichiga oladi.

O‘pkadagi yiringlash o‘chog‘i bronxoskopiya, ko‘krak qafasini punksiya qilish, bemorni balg‘am ko‘chishini engillashtiradigan holatda yotqizib qo‘yish, aerozollar bilan davolash, davolash gimnastikasi kabi omillardan foydalanib yo‘qotiladi.

Yuqori dozada antibiotiklar: penitsillin, ampitsillin, oksatsillin, klaforan, separin, dalatsin kabilarni bemorga ichirish, mushak orasiga, vena qon tomiriga, traxeyaga yuborish tavsiya qilinadi.

Zaharlanish belgilariga qarshi kurashish uchun 400 ml dan glyukoza, gemodez vena qon tomiriga yuboriladi.

Kasallikning oldini olish uchun o‘tkir va surunkali zotiljam kasalliklarini o‘z vaqtida aniqlash, to‘g‘ri va oxirigachadavolash kerak.

O‘pkasida absessi bor kasallar parvarish qilinarkan, ulardan talaygina balg‘am chiqib qolishi mumkinligini esda tutish kerak. Kasalni ko‘pincha Kvinke holatida yotqizib qo‘yish o‘rinli bo‘ladi, shunda balg‘am chiqib turishi osonlashadi. Kasal Kvinke holatida yotganida balg‘am tiqilib qolib, nafasni bo‘g‘ib qo‘ymasligiga e‘tibor berish, ayniqsa, kechasi qarab turish kerak. Buning uchun bemorning boshi yon tomonga burib qo‘yilishi lozim. Tufdon har kuni bo‘shatilishi,

tozalab yuvilishi, ayrim hollarda qaynatilishi zarur. Tibbiyot hamshirasi muntazam ravishda bemor pulsini sanashi, arterial bosimni o'lchashi, nafas olishini kuzatishi va bemorning ahvoli yomonlashib qolsa, zudlik bilan shifokorga murojaat qilishi kerak.

### **Bronxoektatik kasallik**

Bronxoektatik kasallik—bronx devori va atrofdagi to'qimaning chuqur destruktiv o'zgarishga uchrashi natijasida mayda bronxlarning kengayib ketishi hamda yiring to'planishi bilan kechadigan kasallik.

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

**Klinik manzarasi.** Kasallikda 3 davr farq qilinadi: **1 davrda** bemor o'zini sog'lom deb hisoblaydi, ahyon-ahyonda yo'tal tutib, shilimshiqli balg'am tashlab turadi, odatda, buni shamollash yoki chekishdan ko'rishadi. Yilning sovuq va zax paytlarida kasallik og'ir o'tadi, odamning madori qurib, lanj bo'laveradi, yo'tal zo'rayadi. Bu davrda perkussiya va auskultatsiyaga xos belgilar kuzatiladi, faqat bronxografiya yoki bronxoskopiyada bronxoektazlar topilishi mumkin.

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

**3 davrda** bronxlar bilan o'pkada sezilarli o'zgarishlar, o'pka-yurak etishmovchiligi, har xil asoratlar qayd etiladi. Bemorlarda tana harorati ko'tarilib turadi, doim bir talay (sutkasiga 1 gacha) qo'lansa balg'am tushishi bilan o'tadigan yo'tal tutadi. Ko'krak qafasi bochkasimon shaklga kirib boradi. Tirnoq falangalari yo'g'onlashib, barmoqlar nog'ora cho'plari ko'rinishiga kiradi, tirnoqlar esa soat oynalari shaklini oladi. Perkussiya mahalida ba'zi joylarda bo'g'iqroq tovush

chiqsa, boshqa joylarda „quticha tovushi" eshitiladi. Nafas susaygan, bir talay qattiq, quruq va nam xirillashlar bo‘ladi. Qonda leykotsitoz kuzatiladi, eritrotsitlarning cho‘kish tezligi kuchayadi.

Bronxoektazlarning 3 davrida yurak va nafas faoliyati buziladi, bunda ko‘pincha anemiya qo‘shiladi. Bemorlar mehnat qobiliyatini yo‘qotib, ishga yaroqsiz bo‘lib qoladilar. Bronxoektazlar bir qancha asoratlar berishi mumkin: o‘pkadan takror-takror qon ketishi, pnevmoniyalarning tez-tez qo‘zib turishi, sepsisshular jumlasidandir.

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

Kasalxonada karavotda bunday bemorlarning birmuncha boshqacharoq holati kuzatiladi: karavotning oyoq tomoni biroz yuqori (25—30 sm ga) bo‘lishi kerak (Kvinke holati). Bu bronxoektazlarda to‘planib qolgan balg‘amning oson chiqib keti-shiga yordam beradi. Karavotning oyoq tomonini, odatda, 3—4 soatga ko‘tarib qo‘yib, orada tanaffuslar qilib turiladi. Tibbiyot hamshirasi bemor shunday holatda yotganida o‘zini qanday sezayotganini vaqt-vaqtida so‘rab turishi kerak. Tana yuqori ko‘tarilib qolgani munosabati bilan u o‘zini yomon sezadigan bo‘lsa, karavotni odatdagi holatga keltirib qo‘yish va buni shifokorga ma’lum qilish lozim. Bronxoektatik kasallikda kundalik ratsionni tegishlicha pishirilgan go’sht va baliq mahsulotlariga boyitish yo‘li bilan oqsilga mo‘l qilib qo‘yish kerak. Balg‘amni chiqarib tashlash uchun balg‘am ko‘chiradigan vositalar, jumladan, termopsis o‘ti buyuriladi. Hozirgi vaqtda balg‘amni so‘rib olib tashlab, bronxlarni yuvish va bronxlar ichiga antibio-tiklar yuborish usuli qo‘llaniladi. Antibiotiklar bronxlar ichiga yuborilishi (endobronxial yo‘l bilan bir qatorda mushak ostiga m/o ham) yuborib turiladi. Kasallikning dastlabki davrlarida sanatoriya va kurortlarda davolanish yaxshi natija beradi.

**Profilaktikasi:** bronxit, pnevmoniyaga o‘z vaqtida va qunt bilan davolash, organizmni chiniqtirib borishdan iborat.

Bunday kasallarni parvarish qilishda yuqorida aytilganidek, karavotning oyoq tomonini biroz yuqori (25—30 sm ga) ko‘tarib 4o yish kerak (Kvinke holati). Karavotning oyoq tomonini 3—4 soatga ko‘tarib qo‘yib, orada tanaffuslar qilib turiladi. Tibbiyot jmsHIRasi bemor shunday holatda yotganida o‘zini qanday sazayotganini vaqt-vaqtida so‘rab turishi, tana yuqori ko‘tarilgani sababi u o‘zini yomon sezadigan bo‘lsa, karavotni odatdagi holatga keltirib qo‘yish va bu haqda shifokorga ma’lum qilish lozim. Har bir bemorning qopqog‘i burab bekitiladigan o‘z tufdoni bo‘lishi zarurligi ustidan hamshira nazorat qilib borishi va ozoda kuzatishi kerak.

**Plevrit**—plevra pardalarining yallig‘lanish kasalligidir.

Plevrit ko‘pincha mustaqil kasallik bo‘lmay, o‘pka yoki, ba‘zan plevra pardalariga qo‘shni a‘zolar kasalliklari asorati sifatida rivojlanadi.

**Sabablari.** Kasallik rivojlanishiga olib keluvchi sabablar turlichadir. Sabablariga ko‘ra plevritlarni ikki guruhga bo‘lish mumkin: infeksiyon, ya‘ni plevra pardalariga u yoki bu mikroblar ta‘sir qilishi bilan bog‘liq bo‘lgan va mikroorganizmlar bilan bog‘liq bo‘lmagan (aseptik) plevrit.

Infeksiyon plevritga quyidagilar sabab bo‘ladi:

- bakterial tayoqchalar (pnevmonokokk, stafilokokk va boshqalar);
- virus, rikketsiy, mikoplazmalar;
- zamburug‘lar;
- sil;
- zaxm, brutsellyoz, ich terlama va toshmali terlama.

Infeksiya bilan bog‘liq bo‘lmagan plevritga quyidagilar sabab bo‘ladi:

- o‘smalar;
- biriktiruvchi to‘qimaning sistem kasalliklari;
- shikastlanish va jarrohlik yo‘li bilan davolash bilan bog‘liq rivojlangan plevrit;
- o‘pka arteriyasining tromboemboliyasi, o‘pka infarkti sababli rivojlangan plevrit;
- boshqa sabablarga ko‘ra (o‘tkir leykozlar, gemorragik diatezlar, infarktdan keyingi Dressler sindromi va boshqalar).

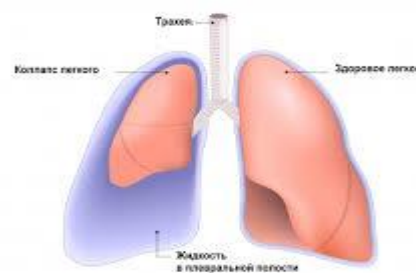
### **Quruq plevrit**

Quruq plevritning sabablariga ko‘pincha plevra pardalarining yallig‘lanishi, u esa o‘pka yoki ko‘krak ichidagi limfa tugunchalaridagi sil kasalligiga bog‘liq bo‘ladi.

Quruq plevrit pnevmoniya, revmatizm, kollagenoz, o‘pka infarkti va o‘sma kasalliklarida ham rivojlanishi mumkin. Quruq plevritda plevranning qavatlarini yallig‘lanadi, giperemiya, shish paydo bo‘lib, qalinlashadi.

Ko‘pincha quruq plevrit ekssudatli plevrit rivojlanishidan oldin paydo bo‘ladi

**Klinik manzarasi.** Kasallik birdan qattiq og‘riq bilan boshlanishi mumkin. Og‘riq ko‘krak qafasida paydo bo‘ladi. Diafragma sohasi plevrasi shikastlanganda og‘riq o‘ng qovurg‘a ostida bo‘ladi. Ba‘zi hollarda „o‘tkir qorin belgilari“ga o‘xshaydi. Og‘riq chuqur nafas olganda, yo‘talganda, so‘zlashganda kuchayadi. Eng kuchli og‘riq kasallikning boshlanishida



kuzatiladi. Ekssudat paydo bo‘lib, plevra qavatlarini 29- rasm bir-biridan ajralganda

og'riq kamayishi mumkin, ba'zi hollarda quruq yo'tal bo'ladi. Kasal umumiy ahvolining o'zgarishi asosiy kasallikka bog'liq bo'lib, umumiy ahvol qoniqarli bo'lishi yoki bemor o'zini noxush sezishi mumkin. Tana harorati o'zgarmagan, gohida subfebril bo'lishi mumkin. Nafas olganda ko'krak qafasining yallig'langan tomonidagi harakat sog' tomoniga nisbatan sustroq bo'ladi. Kasal ko'proq sog' tomonida yotishga harakat qiladi. Ko'krak qafasi paypaslab ko'rilganda shikastlangan tomonda og'riq va mushaklarning qattiqlashganligi aniqlanadi. Perkussiya qilib ko'rilganda o'pka pastki che-tinmg harakati (ekskursiyasi) cheklangan bo'ladi. Auskultatsiyada shikastlangan tomonda nafas shovqini sustlashadi, plevranning ishqalanish shovqini eshitiladi.

Rentgen usulida tekshirilganda yallig'langan tomonda diafragma harakatining chegaralanganligi kuzatiladi.

Qonni tekshirib ko'rganda neytrofilli leykotsitoz va eritrotsitlarning cho'kish tezligi biroz oshganligini aniqlash mumkin. Kasallik 1—3 hafta davom etib, keyin tuzalishi yoki ekssudatli plevrit rivojlanib ketishi mumkin. Uzoq davom etadigan plevrit o'pka yoki limfa tugunchalarida faol sil kasalligi mavjudligidan dalolat beradi.

**Davolash** choralari asosiy kasalliklarni (sil, zotiljam, o'pka absessi va boshqalar) tugatishga qaratiladi va umumiy davolash prinsiplari bo'yichaolib boriladi. Kasallikning belgilariga qarab analgetiklar, yo'talga qarshi dorilar buyuriladi. Kasallikning oqibatlar va bemorning ish qobiliyati asosiy kasallikning kechishiga bog'liq bo'ladi.

### **Ekssudativ plevrit**

Ekssudatli plevrit plevra pardalarining plevra bo'shlig'iga yallig'lanish suyuqligi (ekssudat) yig'ilishi bilan kechadigan kasallikdir. Ekssudat sifatiga ko'ra seroz, fibrinoz, gemorragik (qon aralash), yiringliva aralash bo'lishi mumkin.

Ekssudatli plevritning yuzaga kelish sabablari yuqorida keltirildi.

**Klinik manzarasi.** Kasallik ba'zi hollarda asta-sekin, ba'zida tana haroratining to'satdan ko'tarilishi, ko'krak qafasida sanchiq, qiynaydigan yo'tal bilan birdaniga boshlanadi. Bemor tekshirib ko'rilganda uning, majburiy holatda, ba'zan kasallangan yonboshida yotganligi, unga havo etishmayotganligi, ko'karganligi, ko'krak qafasining kasallangan tomonini nafas olishda sust qatnashayotganligini kuzatish mumkin. Ko'krak qafasi paypaslab ko'rilganda kuchsizroq kasallangan tomonda tovush titrashini ish, perkussiya qilib ko'rilganda esa shu tomonda perkutor tovushning bo'g'iqlashganligini aniqlash mumkin. Suyuqlik ko'paygan sayin bo'g'iqroq perkutor tovush dastlab ko'krak qafasining orqa yonbosh tomonlarida aniqlanadi. SHundan so'ng ekssudatning yuqori chegarasi o'ziga xos parabolik qiyiq chiziq, ya'ni asta-sekin pastlashib boradigan

Damuazo chizig'i bo'ylab joylashadi. Rentgen usulida tekshirilganda zich, yuqori chegarasi bir tekis qiyiq soya ko'riladi.

Ekssudatli plevrit zotiljam asorati sifatida rivojlanganda, qonda leykotsitoz, ECHT oshishi kuzatiladi. Tana harorati yuqori bo'lganda siydikda oqsil ajralganini (proteinuriya) aniqlash mumkin.

Ekssudatli plevritning kechishi 1,5—2 oy davom etishi mumkin.

**Davolash.** Ekssudatli plevrit asosiy kasallikka qarab davolanadi. Yiringli plevritlarda muntazam ravishda yiringni olib, o'rniga— plevra bo'shlig'iga antibiotiklar yuborib turiladi.

Yallig'lanishga qarshi dorilar (salitsilatlar, pirazon guruhidagi dorilar, indometatsin), analgetiklar, o'ta sezgirlikni kamaytiruvchi va yo'talga qarshi dorilar qo'llaniladi.

Suyuqlik miqdori ko'p bo'lib, ko'ks oralig'i a'zolari siljib, o'pka-yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'lganda plevrani punksiya qilib, ekssudat olib tashlanadi. Oltinchi qovurg'alar orasida kurakdan pastga tomon boradigan chiziq bo'ylab maxsus yo'g'on igna bilan teshik ochiladi. Igna uchi plevra bo'shlig'iga tushgan bo'lsa, u vaqtda ignadan tashqariga ekssudat chiqib keladi. Plevra punksiyasi uchun Poten apparatidan foydalaniladi. Punksiyani shifokor bajaradi, bu vaqtda hamshira stulda o'tirgan bemor yonida turib, shifokorga qarashadi. Olingan suyuqlik shpritsdan probirkalarga quyiladi va mikroskopiya uchun surtmalar qilinadi.

Plevrit bilan og'rigan bemor o'rnidan turmasdan yotishi kerak. Ekssudat so'rilayotgan davrda nafas gimnastikasi tavsiya etiladi.

Kasallik oqibati va bemorning mehnatga layoqatliligi, ekssudatli plevritga sabab bo'lgan asosiy kasallikka, bemorning yoshiga, nafas olish va yurak-tomirlar a'zolarining ish faoliyatiga bog'liq.

Plevritning oldini olishga taalluqli muhim tadbir asosiy kasallik (pnevmoniya, o'pka sili, revmatizm)ni davo qilishdir.

Plevrit bilan og'rigan bemorlarni **parvarish qilishda** tibbiyot hamshirasi kasallikni keltirib chiqargan asosiy sababga e'tibor berishi, bemorning o'rin-ko'rpalari qulay bo'lishi, og'ir hollarda yotoq yaralarining oldini olish uchun chora-tadbirlar ko'rish kerak.

Plevra punksiya qilinayotgan paytda tibbiyot hamshirasi hushyor turishi stulda o'tirgan bemor yonida turib shifokorga ko'maklashishi lozim. Mana shu muolaja vaqtida bemor o'zidan ketishi mumkin. Bunda zudlik bilan yurak-tomirlarni quvvatlaydigan dori-darmonlar (kamfora, kofein) ineksiya qilinadi va bemor doimiy kuzatuvda bo'ladi.

## O'pka emfizemasi va o'pka sili kasalligida hamshiralik ishi

**O'pka emfizemasi**- o'pkada havo miqdorining ko'payib ketishi, **pnevmoskleroz** –o'pkaga biriktiruvchi to'qimaning o'sib ketishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, nafas yo'llarining surunkali kasalliklari asorati hisoblanadi.

Etiologiyasi. Bu kasallik bronxial astma, surunkali obstruktiv bronxit kabi kasalliklardan keyin rivojlanadi. Kasallik rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablarga sovuq qotish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish kiradi. Bu kasallik bilan ko'proq erkaklar kasallanadilar.



**Klinikasi.** Nafas siqilishi, hansirash emfizema va pnevmosklerozning eng asosiy belgisi hisoblanadi. Kasallikning dastlabki davrlarida hansirash, nafas siqishi 30-rasm faqat jismoniy zo'riqishda paydo bo'ladi. Bemor ko'proq ertalab bezovta bo'ladi, balg'am ajralishi esa nafas siqishini ozgina bo'lsa ham engillashtiradi. Kasallikning yana bir simptomi yo'taldir. Yo'tal oz miqdorda qiyin ajraladigan balg'am bilan bo'ladi.

O'pka eshitib ko'rilganda juda ko'p quruq xirillash aniqlanadi. O'pkada asta-sekin emfizema belgilari paydo bo'ladi. Ko'krak qafasi bochkasimon kengaygan, perkussiyada „qutichasimon tovush"i eshitiladi. Teri qoplaminig ayrim sohalari ko'karib turadi. Kasallik kuchaygan davrda qon tahlilida leykotsitlar ko'payib, ECHT orshgani qayd qilinadi.

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

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

Profilaktikasi. O'pka surunkali kasalliklarining oldini olishda tibbiyot hamshirasining o'rni muhim. O'pkaning o'tkir kechadigan kasalliklari — yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklari, o'pka sili, zotiljam kasalliklarining eng dastlabki belgilari paydo bo'lgandayoq shifokorga mmrojaat qilish surunkali

kasalliklarning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Chekish, alkogolli ichimliklarni ko'p iste'mol qilish nafaqat nafas yo'llari kasalliklari, balki boshqa kasalliklarni ham keltirib chiqarishi haqida aholi o'rtasida tushuntirish ishlarini olib borish kerak. Hozirgi zamon tibbiyot hamshirasi faoliyatini ko'proq profilaktik yo'nalishda olib borilishi ko'zda tutilmoqda.

### **O'pka sili**

Sil surunkali yuqumli kasallik bo'lib, o'pka, turli a'zo va to'qimalarda o'ziga xos o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan kechadigan kasallik. Sil kasalligi qadim zamonlardan ma'lum. Silning kelib chiqishida, asosan, ikkita omil: kasallikning yuqumli turi bilan og'rikan odam va shu kasallikka chalingan hayvon, asosan, qoramol epidemiologik jihatdan katta ahamiyatga ega.

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

**Etiologiyasi.** O'pka silini qo'zg'atuvchisi — sil mikobakteriyasi, Kox batsillasi (BK) dir (Kox nomli nemis olimi nomiga qo'yilgan). Asosiy infeksiya manbayi o'pka sili bilan og'rikan bemor. Sil mikobakteriyalari bemorlarning balg'ami, siydigi, axlati bilan ajralib chiqadi.

Sil kasalligi quyidagicha yuqishi mumkin:

1) aerogen yo'l (90% hollarda) — havo tomchi yo'li, chang bilan (yo'talganda, aksirganda);

1) alimentar yo'l — sil bilan kasallangan qoramolning sutidan;

2) transplatsentalar yo'l — ona qorinda yo'ldosh orqali sil mikobakteriyalari qog'onoq suvlariga o'tadi;

3) emizgandasut orqali;

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

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

### **2) Batsilalar chiqib turish-turmasligiga qarab o'pka silining turlari:**

1. BK+ musbat (ochiq formali— sil bemor balg'ami bilan batsilalar chiqarib turadi).

1. BK + — sil batsillalari vaqt-vaqti bilan chiqadi.

2. BK — manfiy — sil batsillalari chiqmaydi.



**31- rasm**

**Klinikasi.** Ko‘pchilik bemorlarda tana haroratining ko‘tarilishi bilan boradi yoki undan oldinroq anchagina alomatlar paydo bo‘ladi. Masalan, tajanglik yoki, aksincha, loqaydlik, bo‘shashish, atrofga befarq qarash, uyqusizlik yoki uyquchanlik kuzatiladi. Bu alomatlarining barchasi sil intoksikatsiyasi zaminida paydo bo‘ladi. Xuddi shu sabab vegetativ nerv sistemasining buzilishiga: terlash, ko‘pincha kechasi yoki ertalabga yaqin, taxikardiya, ishtahaning yomonlashuvi, dispeptik o‘zgarishlarga olib keladi. Undan tashqari, darmonsizlik, tez charchash, ozib ketish kuzatiladi.

Sil kasalligining eng ko‘p uchraydigan alomatlaridan biri yo‘tal hisoblanadi. U quruq yoki balg‘amli bo‘lishi mumkin.

Sil kasalligida qon tuflash yoki o‘pkadan qon oqish hollari kuzatilishi mumkin. Qon tuflash infiltratli sil yoki faollashgan o‘choqli va disseminatsiyali sil kasalligi bor bemorlarda uchraydi. O‘pkadan qon ketganda bir choy qoshiqdan bir necha yuz millilitrgacha toza qon ajralishi mumkin. Qon ketish aksariyat hollarda kasallikning og‘ir turlarida kuzatiladi.

Bemor ko‘zdan kechirilganda:

- badan terisi oqarib turadi;
- ko‘zlari chaqnab turadi;
- ko‘krak qafasining torayishi va ichga tortib turishi kuzatiladi;
- ozib ketadi;
- bo‘yin, qo‘ltiq osti, chovdagi limfa tugunlari kattalashib, zich bo‘ladi (qattiqlashadi).

**Perkussiyada** fibroz sil va plevritda o‘pkalar ustida perkutor vush bo‘g‘iqroq bo‘ladi, o‘pka emfizemasi qo‘shilgan bo‘lsa, “quticha tovush” eshitiladi.

**Auskultatsiyada** o‘pkadagi infiltrativ va fibroz o‘zgarishlar ustida bronxial nafas eshitiladi. Kavernoza silda yirik pufakchali nam xirillashlar, kavernalar ustida esa „amforik“ nafas eshitiladi. Qonda neytrofil leykotsitoz, ECHT kuchayadi. Balg‘am tekshirilganda sil tayoqchalari topiladi. Balg‘am ajralmasa, bronxlarning yuvindi suvlari tekshiriladi.

Rentgenologik tekshirganda va mantu sinamasi musbat bo‘lsa, sil borligidan dalolatdir. Rentgenologik tekshirganda o‘pkada yallig‘lanish o‘chog‘i va bu o‘choqdan o‘pka ildiziga tutashgan „o‘tkazuvchi yo‘lka“ni va o‘pka ildizidagi limfa tugunlarining kattalashganligini ko‘rish mumkin. O‘pka silida quyidagi asoratlar uchraydi:

- o‘pkadan qon ketishi;
- yiringli plevrit (empiema);
- o‘pka-yurak etishmovchiligi;

**Davolash.** O‘pka silida kompleks davo qo‘llaniladi.

1. Ovqat bekam-u ko'st, baquvvat, oqsilga va vitaminlarga boy bo'lishi, kuniga 4—5 mahal ovqatlanish, ko'p miqdorda sutli mahsulotlar va qimiz ichish kerak.

2. Ochiq havoda ko'proq sayr qilish o'pka ventilatsiyasini yaxshilaydi. Gelioterapiya — quyosh nurlari bilan davolash yaxshi ta'sir ko'rsatadi, bu muolajalar hamshiralar nazoratida o'tkaziladi.

3. Nafas gimnastikasi tayinlanadi.

4. Silga qarshi preparatlar buyuriladi:

tubazid (sutkasiga 0,5—0,9 g), ftivazid 0,5 g dan 2—3 mahal (sutkada 1—1,5 g); metazid 0,5 g dan 2 mahal, saluzid 5%—10% m/o, v/i yoki intrabronxeal yo'l bilan yuboriladi. Streptomitsin m/o 1 g (1 sut 1 mln TV) yoki intrabronxeal ingalatsiyalar, plevra orasiga. PASK (paraaminosalitsilat kislota) sutkasiga 6—15 g sut bilan ichiladi, rifampitsin 0,15 g kapsulalarda 3—4 mahal, etambutol 0,4 g 2—3 mahal ichishga buyuriladi.

Davoni oxirigacha etkazish uchun ambulatoriyaga o'tkaziladi va 9 oydan 2 yilgacha davolanadi.

Konservativ davo yordam bermaganda xirurgik davo o'tkaziladi. Xirurgik davo — kasallangan o'pka bo'lagini rezeksiya qilishdir (olib tashlash).

**Profilaktikasi.** Ximioprofilaktika quyidagi hollarda buyuriladi:

- bemor bilan muloqotda (kontakt) bo'lgan kishilarga;
- tuberkulinga sezgir bo'lgan kishilarga;
- kasalligi qo'zishi mumkin bo'lgan kishilarga.

Silning oldini olish uchun spetsifik profilaktika, aholini ommaviy ravishda flyurografiya bilan o'tkazib turish zarur.

Spetsifik profilaktika — BSJ emlash va qayta emlash (vaksinatsiya revaksinatsiya) va ximioprofilaktikadan iborat.

BSJ da elkaning tashqi yuzasiga 0,1 ml fiziologik eritmada eritilgan 0,05 ml vakcina yuboriladi. 4—6 hafta o'tgach emlash joyida infiltrat paydo bo'ladi, 2—4 oy saqlanadi, keyin chandiq hosil bo'ladi. SHu vaksinatsiya 6—7 yilgacha immunitet hosil qiladi, keyin revaksinatsiya o'tkaziladi. Revaksinatsiya 7—12—17 yoshda, so'ngra 30 yoshgacha har 7 yilda qilinadi.

Quyidagi odamlarga mantu qilinmaydi:

- reaksiya musbat bo'lganlarga;
- o'tkir infeksiyon kasallik bilan og'rikanlarga;
- allergik reaksiyalari bor kishilarga;
- og'ir yotgan kasallarga.

**Parvarishi.** Sil bilan og'rikan bemor o'ziga alohida e'tiborni talab qiladi. Silga qarshi muassasada ishlaydigan tibbiyot hamshirasi bemorlarga muomala qilishda, ayniqsa, sabr-toqatli va muloyim bo'lishi, u yoki bu muolajalarning

zarurligini ularga tushuntirib berishi, ularning shikoyatlarini toqat bilan tinglashi kerak. U balg'amni faqat cho'ntakda olib yuriladigan tufdonga tashlash kerakligini, rejimga amal qilish sil bilan og'rikan kasal uchun eng muhim davo omillaridan biri ekanligini tushuntirishi lozim. O'pka sili bilan og'rikan bemorlar uzoq, ba'zan bir yilgacha statsionarda yotib davolanishadi.

Bemorlarga jismoniy, ruhiy osoyishtalik buyuriladi. Bemor ko'proq toza havoda bo'lishi yoki u yotgan xona havosi tez-tez almashtirilib turilishi kerak, xona chang bo'lmasligi, nam latta bilan tez-tez artib turilishi lozim. Balg'amni dezinfeksiya qilish uchun tufdon tubiga ozroq 0,5 % li xloramin eritmasi solib qo'yiladi.

Qariyalarda nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari muhim tibbiy mavzu bo'lib, yuqori yoshdagi odamlarning nafas olish tizimi ko'pincha bir nechta kasalliklar va holatlar bilan bog'liq bo'ladi. Bu kasalliklar ko'pincha nafas olish tizimining zaiflashishi, immun tizimining pasayishi, va organizmning boshqa fiziologik o'zgarishlari tufayli kuchayadi. Quyida qariyalarda nafas olish tizimi kasalliklarining kechishi va ularni parvarishlashda e'tiborga olish kerak bo'lgan ba'zi jihatlar keltirilgan:

### **Nafas olish tizimi kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari.**

- **Bronxial astma:** Qariyalarda bronxial astmaning kechishi o'ziga xos bo'lishi mumkin. Ularning nafas yo'llari ko'proq yallig'lanishga moyil bo'lib, simptomlar ko'pincha kuchayadi. Nafas qiyinlashuvi, yo'tal, va nafas olishda siqilish seziladi.
- **Pnevmoniya:** Qariyalar pnevmoniyaga ko'proq duchor bo'lishadi, chunki ularning immun tizimi zaiflashadi. Pnevmoniya, asosan, mikroblar yoki viruslar tufayli yuzaga keladi va tezda murakkab holatlarga olib kelishi mumkin.
- **Kronik obstruktiv o'pkali kasallik (KO'OK):** Bu kasallik, asosan, chekish va havodagi ifloslanishlar tufayli yuzaga keladi. Qariyalarda KO'OK tez rivojlanishi va nafas olish qiyinlashuvi bilan kechishi mumkin.
- **O'pka fibrozisi:** Bu kasallikda o'pkada to'qimalar zararlangan va o'zgarishlarga uchraydi. O'pkadagi bu jarayon qariyalarda tezlashadi va nafas olishning yanada murakkabroq bo'lishiga olib keladi.

### **Kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari**

- **Nafas olish mashqlarini amalga oshirish:** Qariyalarda nafas olish tizimini yaxshilash uchun maxsus nafas mashqlarini amalga oshirish zarur. Bu

mashqlar o'pkalarning sig'imini oshirishga yordam beradi va nafasni chuqurlashtiradi.

- **Yengil va to'g'ri ovqatlanish:** Yaxshi ovqatlanish immun tizimini mustahkamlashda va umumiy salomatlikni saqlashda muhimdir. Qariyalarga foydali vitaminlar va minerallarni o'z ichiga olgan dietani taqdim etish zarur.
- **Doimiy suyuqlik iste'moli:** Nafas olish tizimi uchun suyuqliklar juda muhimdir. Ular nafas yo'llarini tozalashga va shilliq qavatni yengillashtirishga yordam beradi.
- **Dori-darmonlar:** Kasalliklarning turiga qarab, qariyalarga to'g'ri dori-darmonlarni tanlash zarur. Misol uchun, bronxial astma uchun bronxodilatatorlar, pnevmoniya uchun antibiotiklar va KO'OK uchun kortikosteroidlar qo'llanilishi mumkin.
- **Yengil jismoniy faoliyat:** Jismoniy faoliyat, masalan, piyoda yurish, nafas olish tizimining kuchayishiga yordam beradi, ammo ortiqcha yorg'inlikdan saqlanish zarur.
- **Pnevmoniyadan oldini olish:** Qariyalar uchun pnevmoniyaga qarshi vaksinalarni olish juda muhim. Shuningdek, toza havoda nafas olish va infeksiya bilan kasallanishdan saqlanish kerak.

### 3. Qariyalarga maxsus diqqat

- **Muntazam tekshiruvlar:** Nafas olish tizimi kasalliklarini erta bosqichda aniqlash va davolash uchun qariyalarni muntazam ravishda tekshiruvdan o'tkazish zarur.
- **Sosial qo'llab-quvvatlash:** Qariyalar uchun jismoniy va ruhiy yordam, shu jumladan, oilaviy va ijtimoiy qo'llab-quvvatlash muhimdir. Bu holatlar, ularning kasallik bilan kurashishda yanada muvaffaqiyatli bo'lishlariga yordam beradi.

Qariyalar uchun nafas olish tizimi kasalliklari bilan kurashish ko'p jihatdan individning umumiy salomatligiga, muammolarni erta aniqlashga va to'g'ri parvarishlashga bog'liqdir. Shuning uchun bu yoshdagi odamlar uchun kasalliklarni yaxshi boshqarish muhim ahamiyatga ega.

#### **Qariyalarda nafas olish tizimi a'zolari kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari**

- 1) Qari bemorlarda pnevmoniyaning klinik kechishi va davolash
- (1) Pnevmoniyaning klinik kechishi (anatomo – fiziologik o'zgarishlar bilan birga)

*Nafas tizimi.* Nafas a'zolari shilliq qavatida atrofik jarayonlar, traxeobronxial daraxt tog'aylarida distrofik va fibroz – sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi. Alveolalar devori yupqalashadi, ularning elastikligi pasayadi, membranasi qalinlashadi. O'pkalarning umumiy hajmining strukturasi o'zgaradi: hayotiy sig'im kamayadi, qoldiq hajm oshadi. Bularning hammasi o'pkada gaz almashinuvini buzadi, ventilyasiyaning samaradorligini kamaytiradi. YOsh bilan bog'liq o'zgarishlarning xarakterli xususiyati bu nafas tizimining zo'riqib faoliyat ko'rsatishidir. O'pka ventilyasiyasining yosh bilan bog'liq o'zgarishlari, uning zo'riqib faoliyat ko'rsatishining eng muhim sabablaridan biri bronxial daraxtdagi anatomo – fiziologik o'zgarishlar (bronxlar devorining infiltratsiyasi, sklerozlanishi) natijasida bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishidir. Bronxial o'tkazuvchanlikning yomonlashishi shu bilan birga o'pkalar elastikligining kamayishi bilan bog'liq. Havo o'tkazuvchi yo'llar hajmining oshishi, natijada o'lik bo'shliqning ortishi o'pkalarda gaz almashinuvini yomonlashtiradi.

*Pnevmoniya.* O'pka ventilyasiyasining samaradorligining pasayishi, bronxlar devori faoliyatining yomonlashishi, mahalliy va umumiy immunologik reaktivlikning pasayishi qari bemorlarda takroriy pnevmoniyalar uchun sharoit yaratadi. Bunga uzoq vaqt yotoq rejimini talab qiladigan kasalliklar ham moyillik qiladi. Bunda bronxlarda sekret qolib ketadi, ularda dimlanish yuzaga keladi, atelektaz sohalari paydo bo'ladi, organizmning himoya kuchlari susayadi. Keksalik va qarilik davrida penvmoniyaning qo'zg'atuvchilari sifatida pnevmokokklarning ahamiyati kamayib, streptokokklar, abakterial agentlar va ayniqsa viruslarning ahamiyati oshadi. Krupoz pnevmoniyalar uchrashi keskin kamayib kichik o'choqli jarayonlar ko'proq kuzatiladi.

### **Pnevmoniyaning simptomlari va diagnostikasi**

Pnevmoniyaning asosiy belgilari tana haroratining oshishi, yo'tal, qaltirash, ko'krak qafasida sanchuvchi og'riqlar, nafasning buzilishi bo'lib, bu simptomlar uzoq davom etadi. Lekin qari bemorlarda apatiya, anoreksiya holatlari ham pnevmoniyaning erta aniqlanishiga yordam beradi. Ob'ektiv tekshiruvda: perkutor tovush va ovoz dirillashining qisqarishi, bronxial nafas. Eng xarakterli simptomi quruq va nam krepatatsiyalovchi xirillashlar hisoblanadi. Leykotsitoz yaqqol bo'lmaydi.

Kasallik og'ir kechadi: ko'p hollarda nafas tizimi a'zolaridagi yoshga bog'liq va patologik o'zgarishlar fonida nafas etishmovchiligi yuzaga keladi. Pnevmoniyada qari bemorlarda ko'pincha boshqa a'zo va tizimlar faoliyati ham buziladi, reparativ jarayonlar susayadi. Pnevmoniya diagnostikasida dastlab so'rab – surishtiriladi, agar sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni o'z ichiga olgan so'rab – surishtirishdan keyin pnevmoniya borligiga shubha bo'lsa, qator tekshiruv usullari: ko'krak qafasi rentgenografiyasi, qon va balg'am (balg'amni ekish) tahlili o'tkaziladi. Pnevmoniya

tashxisi shu tahlil natijalarini umumlashtirilgandan keyin qo'yiladi. Rentgen suratda bakterial pnevmoniyada infitsirlangan to'qimalar nurlarni ushlab qolganligi uchun oq soyalar ko'rinishida, sog'lom to'qimalar esa nurlarni o'tkazganligi uchun qora soya ko'rinishida bo'ladi. Virusli pnevmoniyada xarakterli to'rsimon o'zgarishlar va o'choqli qorayishlar ko'rinadi. Agar bunday hollarda o'pka cho'qqilarida o'zgarishlar bo'lsa, bu sildan dalolat beradi. SHunday qilib, ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruv natijalari asosida aniq tashxis qo'yiladi.

### **Pnevmoniyani davolash**

Antibiotikoterapiya o'tkazilganda ko'p hollarda kandidoz va avitiminolalar rivojlanadi. Kompleks terapiyada to'liq parvarish qilishning ahamiyati ortadi (og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish, nafas gimnastikasi, yotoq yaralar profilaktikasi, to'la qimmatli ovqatlanish, etarlichi suyuqliklar qabul qilish va b.).

Bronxlarning drenaj faoliyatini yaxshilash uchun butun davolanish davomida balg'am ko'chiruvchi va mukolitik preparatlar qo'llaniladi. Bronxial obstruksiyaning davolash uchun bronx kengaytiruvchi vositalar beriladi. Dezintoksikatsion terapiya ko'p suyuqliklar ichirish bilan va agar moneliklar bo'lmasa infuzion yo'l yordamida amalga oshiriladi. Pnevmoniyaning klinik ko'rinishlari va asoratlariga qarab simptomatik terapiya o'tkaziladi. Kasallik sust kechganda va infiltratning so'rilishi sekin bo'lganda biogen stimulyatorlar – aloe ekstrakti, FIBS, shishasimon tana tavsiya qilinadi. Umumiy ahvoli yaxshilanib, tana harorati subfebril va normal bo'lganda fizioterapevtik davolash tavsiya qilinadi: aerozol terapiya, detsimetrli induktotermiya, dorili elektroforez, ko'krak qafasi massaji, davolash gimnastikasi.

### **Pnevmoniya bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi**

Pnevmoniyaning simptomlarini kuzatish (ishtahasizlik, charchash). Pnevmoniya simptomlarini kuzatish nafaqat uni erta aniqlash va davolash, balki uning profilaktikasi uchun ham zarur. Pnevmoniyaning tipik simptomlari tana haroratining  $38^{\circ}\text{S}$  dan oshishi, yo'tal, balg'am, nafas buzilishi, ko'krak qafasida og'riq, umumiy holsizlik va b. bo'lib, lekin qari bemorlarda bu simptomlar kuzatilmayligi va ular aniqlanganda esa bemor juda og'ir ahvolda bo'lishi mumkin. Qari bemorning odatdagi holatidan farq qiladigan hollarni aniqlash muhim, masalan, "ishtahaning nisbatan bo'lmasligi", "umumiy faollikning bo'lmasligi", "tarqoq holat", "harakatlar susayishi," "tez charchash", bo'lib, bu holatlar pnevmoniyaning erta aniqlanishida zarur hisoblanadi. SHundan kelib chiqqan holda hamshira hayotiy zarur ko'rsatkichlar (yuqori tana harorati, pulsning tezlashishi, nafasning tezlashishi, o'pkalarda shovqinlar, kislorod bilan to'yinishning pasayishi) ni va pnevmoniya simptomlarini kuzatish bilan birga bemor umumiy holatidagi o'zgarishlarni e'tiborga olishi, umumlashtiruvchi baholash o'tkazishi va o'zining harakatlarini kasallikni erta aniqlash va davolashga qaratishi kerak.

Bundan tashqari, qari bemorlarda rezerv kuchlarining kamligi, pnevmoniya tufayli ovqat qabul qilishning cheklanishi yoki davolanishning bir qismi sifatida ovqatlanmaslik - bu omillar organizmning suvsizlanishiga, ovqatlanishning buzilishga olib kelishi mumkin. Bunday hollarda bemorga etarli miqdorda suyuqliklar berish va ovqatlanishini nazorat qilish zarur hisoblanadi. Bundan tashqari uzoq vaqt yotoq rejimida yotganda kuzatiladigan ishlatilmaslik sindromi kabi ikkilamchi buzilishlarning oldini olish maqsadida bemorning kuchi sarflanishini kamaytirib, uning jismoniy holati nazorat qilinishi kerak.

### **Aspiratsiya va bo‘g‘ilishning oldini olish**

Aspiratsiyaning oldini olish: til muskullari, chaynov va yuz muskullari qisqaruvchanlik faoliyatining pasayishi natijasida til, til osti suyagi va xalqumning tushib qolishi kuzatiladi va natijada yutish vaqtida xalqum etarlicha ko‘tarilmaydi va xiqildoqning noto‘liq bekilishi yuzaga kelishi mumkin. Keyinchalik yo‘tal va yutish reflekslari susayadi. Qari bemorlarda yutish bilan bog‘liq muammolar paydo bo‘lib, qabul qilinadigan ovqat va suyuqlik tasodifan nafas yo‘llariga va o‘pkalarga tushib qolib aspiratsiyaga olib keladi.

Aspiratsiyaning quyidagi turlari farqlanadi: birinchisida bemor **popexivaetsya**, va buni aniq biladi (aniq aspiratsiya), boshqa holatda esa bemor buni sezmaydi, masalan, uyqu vaqtida ovqat qoldiqlari, so‘lak tarkibidagi bakteriyalar nafas yo‘llariga, o‘pkalarga tushadi (yashirin aspiratsiya). Yashirin aspiratsiya nafas yo‘li himoya tizimining normal bo‘lmagan faoliyat ko‘rsatgan holatda kuzatiladi, masalan, insult va b. kasalliklar natijasida yo‘tal refleksining buzilishi, bemorda tashqi yo‘talning bo‘lmasligi tufayli bemorning o‘zi holatini sezmaydi, shuning uchun unga e‘tiborli bo‘lish kerak. Qari bemorlarda ko‘pincha aspiratsion pnevmoniya kuzatilib, uning 90%ini yashirin aspiratsiya tashkil qiladi. Bemorlar orasida dastlab yutinish faoliyati pasaygan bemorlar aniqlanadi va uning oldini olishning eng samaral usullaridan biri – og‘iz bo‘shlig‘ini parvarish qilish amalga oshiriladi.

Bo‘g‘ilishning oldini olish: til harakatchanligining kamayishi, so‘lak ajralish hajmining kamayishi, tishlarning bo‘lmasligi qarilik bilan birga chaynash funksiyasining pasayishiga kompleks ta‘sir qiladi. Shuning uchun qarilar ovqatni katta bo‘laklar bilan yutganda uni etarlicha chaynashmaydi va bo‘g‘ilish yuzaga keladi. Bundan tashqari bo‘g‘ilish pnevmoterapiya tufayli ovqatdan saqlanayotgan qariyalarda ham kuzatiladi, chunki ularda ovqat qabul qilish va chaynash funksiyalari pasayishi kuzatiladi. Ovqat tayyorlanayotganda uning tarkibi, bo‘laklar hajmi va ovqatni qabul qilinayotganda tananing holati – bularning hammasi har bir bemorning ovqatni qabul qilish va yutish funksiyasining holatini hisobga olgan holda ishlab chiqiladi.

Gastroezofagal refllyuks natijasida yuzaga keladigan bo'g'ilishga ham e'tibor berish kerak. Bu zond orqali ovqatlanadigan bemorlarga ham tegishli. Bunday bemorlarga ovqat qabul qilgandan keyin bir soat davomida 60 ° dan yuqori holatda o'tirishni ta'minlab berish kerak.

Bo'yinni oldinga biroz egilgan holatida og'iz bo'shlig'i gigienasini o'tkazish tartibiga rioya qilish kerak. Bundan tashqari hamshira birdaniga bo'g'ilish yuzaga kelganda tez yordam ko'rsata olishi uchun bunday holatlarda qilinadigan harakatlarni o'rganib olgan bo'lishi kerak.

### **Ovqat bilan bog'liq g'oyalari va ovqat qabul qilish bo'yicha instruktaj**

Isitmalayotgan bemorga ko'p miqdorda suyuqlik beriladi – kuniga 1,5 l gacha. Ovqat engil hazm bo'ladigan, vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Ovqatni tez – tez, kam – kam berish kerak. Kasalxonada isitmalayotgan bemorni hamshira ovqatini ediradi va suyuqlik ichiradi. Bemor uyda davolanadigan bo'lsa hamshira bemorning qarindoshlariga uni nima bilan, qanday ovqatlantirish kerakligini tushuntiradi.

Bundan tashqari, aspiratsiya natijasida pnevmoniya rivojlanishining oldini olish uchun bemorning chaynov va yutish funksiyalari holatini hisobga olgan holda ovqatni to'g'ri tanlash, ovqat qabul qilayotganda to'g'ri tana holatini tanlash kerak, e'tibor konsentratsiyasi buzilgan bemorlarga osoyishta ovqat eyishi uchun qanday qilib sharoitlar yaratish kerakligi o'rgatiladi.

### **Nafas va balg'amni ajratish bo'yicha instruktaj**

To'shakda o'tira olmaydigan bemor ham oyoq va qo'llari bilan passiv va faol harakatlar, o'pka ventilyatsiyasi maqsadida bir necha chuqur nafas olish va chiqarish harakatlarini bajarishi kerak, va o'pkalar tomonidan kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini oladi. Bunday mashqlarni bemor kuniga 2- 3 marta bajarishi kerak.

### **Og'iz bo'shlig'i gigienasini rejalashtirib amalga oshirish**

Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, kasalxona tashqi va ichi pnevmoniyalarining katta qismini aspiratsion pnevmoniya tashkil qiladi. Bu pnevmoniyalar asosan yashirin aspiratsiya tufayli yuzaga kelganligi uchun yashirin aspiratsiya xavfi yuqori bo'lgan, ya'ni insult va tana harorati bir necha marta ko'tarilishi natijasida 32- rasm ovqatni qabul qilish va yutish funksiyalari buzilgan bemorlarda og'iz bo'shlig'i gigienasini o'tkazish zarur. Tishlarini o'zi mustaqil yuva olmaydigan og'ir bemorlarda og'iz bo'shlig'ini hamshira, uyda esa qarindoshlari tozalashadi. Har safar ovqat eyilgandan keyin hamshira shpatel, paxta yoki doka sharikni olib uni furatsillinning suvli eritmasi yoki choy sodasi eritmasiga ho'llab, bemorning tishlarini, milkklarini, til va lunjning shilliq qavatini tozalaydi. SHundan keyin shu eritma bilan bemorga og'zini chayish tavsiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'ini yuvishda katta shprints yoki rezina ballondan ham



foydalanish mumkin. Yuvishdan oldin bemor o‘tqiziladi yoki yarim o‘tirgan holda o‘tqiziladi (suyuqlik nafas yo‘llariga tushmasligi uchun), bo‘yin va ko‘krak qismi kleyonka bilan yopiladi, dahan tagiga lotok yoki tog‘oracha qo‘yiladi. Navbat bilan og‘iz burchaklari shpatel bilan tortilib, og‘iz bo‘shlig‘i uncha yuqori bo‘lmagan bosim ostidagi oqim bilan yuviladi.

Olinadigan tish protezlari bo‘lgan bemorlarga kechasi ularni olib qo‘yish, sovun bilan yaxshilab yuvish va ertalabgacha quruq toza stakanga qo‘yish, ertalab esa yana yuvib keyin ishlatish tavsiya qilinadi. Parvarish rejasiga og‘iz bo‘shlig‘i gigienasini kiritish va uni amalga oshirish pnevmoniyaning oldini oladi va pnevmoniyadan tuzalish jarayonini tezlashtirishga xizmat qiladi.

### III BOB. QARIYALARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARINING KECHISHI.

#### 3.1. Yurak qon-tomir a`zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.

Organizmning barcha hujayralari ma'lum biologik ish bajarish uchun to'xtovsiz ravishda kislorod va oziq moddalar yetkazib berilishi hamda moddalar almashinuvi oqibatida hosil bo'ladigan keraksiz mahsulotlarning chiqarib tashlanishini talab qiladi. Bu vazifalarni qon va uni harakatga keltiruvchi yurak-tomir sistemasi bajaradi. Yurak og'irligi 300 gr atrofida chap bo'lma va o'ng qorincha (yurakning chap yarmi), o'ng bo'lma va o'ng qorincha (yurakning o'ng yarmi)dan iborat. Yurak bo'lmalari bilan yurak qorinchalari orasida ichki parda burmalaridan hosil bo'lgan klapanlar bor. Chap bo'lma bilan chap qorinchasida boshqa qorincha klapani (2 tavaqali, mitral klapan) o'ng bo'lma bilan o'ng qorincha o'rtasida esa o'ng bo'lma qorincha klapani (3 tabaqali trikuspidal klapanida) joylashgan. Klapanlar yurak bo'linmalari tomonidan yurak qorinchalari tomonga qarab ochiladi, bu yurak qisqarganda qonning faqat bir tomonga yurak bo'lmalaridan qorinchalarga o'tishiga imkon beradi. Qon kalta va kichik qon aylanish doiralari bo'ylab oqadi. Bu doiralar ingliz olimi Vilyam Gatvey tomonidan 1628-yilda kashf etilgan. Tomirlarda qon yurakning ishi sababi oqadi. Odam tinch turgan vaqtda qon bu doiralar bo'ylab 22–25 sekundda bir marta aylanib chiqadi. Mushaklar ish bajarganida qonning oqishi ortadi. Doira bo'ylab qonning aylanib chiqishi 8 sekundga qadar kamayadi. Odam tomirlarining umumiy uzunligi 100000 km ga teng. Yurak tomirlarda qon uzoq oqishini ta'minlaydigan asosiy motordir.

U ma'lum bosim ostida arteriyalarga qonni haydab, venalardan uni qayta so'rib oladigan, umr bo'yi to'xtovsiz mehnat qiladigan a'zodir. Chap qorinchadan aorta, o'ng qorinchadan o'pka arteriyasi boshlanadi. Aorta bilan o'pka stvolining bosh qismida tegishli klapanlar bor. Yarim oysimon klapanlar deb ataladigan bu klapanlar qon oqish tomonga qarab ochiladi. Chap bo'lma to'rtta o'pka venasi, o'ng bo'lma esa ustki va pastki kovak venalari quyiladi. Qon o'ng bo'lma o'ng qorinchadan o'pka arteriyasi stvoli orqali o'pkaga boradi. O'pka arteriyasi o'pkada mayda-mayda tarmoqlar va kapillyarga bo'linadi. Bular alveolalar devorini o'rab turadi, shu yerda qondan karbonat angidrid ajralib chiqib, nafas olinganda havodagi kislorod qonga o'tadi. Arterial qon to'qimalarga, chap yurak bo'lmasiga, undan esa chap qorinchada tushadi. Chap qorinchadan arterial qon aorta va arteriyalar tarmog'i orqali butun organizmga tarqaladi. Yurakning asosiy qismi (o'rta qavat)ni ko'ndalang targ'il mushak miokard tashkil etadi. Biriktiruvchi to'qimadan iborat yurak uchi pardasi endokarda yurak klapanlarini hosil qiladi.

Yurak perikard (yurak oldi xaltasi) bilan o`ralgan bo`lib ichki va tashqi varaqdan iborat Perikard diafragma bilan tutashib ketgan. Perikard varaqlari orasidagi suyuqlik yurak qisqarganida uning bemalol (ishqalanmasdan) harakat qilib turishiga imkon beradi. Yurakning oralig`ida mahkam joylashgan bo`lib ikki yon tomondan o`pka, past tomondan diafragma yuqori tomondan esa tomirlar dastasi bilan chegaralangan. Yurakning asosiy vazifasi ilishdir. Yurak qisqarishi, o`ng bo`lmasining ustki kovak vena quyiladigan joyida yana yurak o`tkazuvchi sistemasining, bosh qism sinusbo`lma tugunida (Kis-Flag tugunida paydo bo`ladigan qo`zg`alishga bog`liq. Bu erolda qo`zg`alish bo`lma qorincha tuguni Ashxoff-Tovar tuguni, o`ng bo`lma bilan chap qorincha o`rtadagi to`siqni bir qismi)ga o`tadi, keyin esa bo`lma-qorincha dastasi (Gis dastasi bo`ylab tarqalib boradi. Gis dastasi yurakning chap o`ng qorinchalariga boradigan 2ta shoxcha (oyoqchaga) bo`linadi bu shoxchalar yurak chap va o`ng qorinchasida maydamayda tolalarga bo`linib ketadi, bular yurakni o`tkazuvchi Purkina tolalari deb ataladi. Yurakning qisqarish faoliyati quyidagicha yuzaga chiqadi qisqaradi, qorinchalar esa vaqtda bo`shagan bo`ladi, keyin qorinchlar qisqarib, bo`lmachalar bo`shashadi. So`ngra qisqa tanaffus boshlanadi. Miokard qisqarishi sistola, miokard boshlanib, yurak bo`shliqlarining kengayishi esa diastola deb aytiladi. Yurakning chap qorinchasi har safar qisqarganida arteriyalar o`zaniga 50 ml atrofida qon tushadi. Chap qorincha qisqargan vaqtda (sistola paytida) arteriyalardagi qon bosimi odamning yoshi, tana tuzilishiga qarab, simob ustining millimetrlari bilan aytganda normada 115 dan 145 gacha borsa, diastola vaqtda 55 mm dan 90 mm gacha boradi. Bu bosimning birinchisi sistola yoki maksimal arterial bosim, ikkinchisi diastola yoki minimal bosim deb ataladi.

Tomirlar sistemasining bir qismi, ya`ni o`ng qorinchadan o`pka arteriyasining chiqish joyidan to 4 ta o`pka venasining chap bo`lmaga quyilish bo`lgan qismi kichik qon aylanish doirasi deyiladi. Tomirlar sistemasining qolgan qismi, ya`ni aorta va uning tarmoqlaridan tortib to ustki va kovak venalargacha bo`lgan qismi katta qon aylanish doirasi deb ataladi.

Yurak-qon tomir kasalliklarida bemorlarning umumiy shikoyatlari va belgilari.

Yurak sohasida, og`riq qo`zib turadigan og`riqlar ko`pincha yurak mushagini oziqlantiruvchi toj tomirlar orqali yurakning qon bilan yetarlicha ta`minlanmasligiga bog`liq. Bu chap kurak, yelka, pastki jag` u boshqalarga o`tishi mumkin.

Yurak yetishmovchiligining tutib-tutib turadigan qisayotgandek bo`lib seziladigan og`riq xarakterlidir. Sanchuvchi, doimiy, qattiq og`riqlar yurak nevrozlariga xos bo`ladi.

Yurak kasalliklariga aloqador og`riq yurak revmatik jarayonidan zararlangan (revmatik koronarit) da, anevrizmada, perikarditda paydo bo`lishi mumkin, perikarditdagi og`riq asosan perikard yallig`langanda unga fibrin ipsimon tushib qolishi natijasida yuz beradi. Bu og`riq doimiy tusga kiradi. Validol, nitrogliserin kabi dorilar og`riqni qoldiradi. Yurak nevroziga og`riq aksari yoki cho`qqisida bo`lib, hech qayerga tarqalmaydi, faqat tinchlantiruvchi dori-darmonlar qabul qilingandagina og`riq qoladi. Og`riq shuningdek sifilitik aortitda va aorta qopqoqlari yetishmovchiligida ham kuzatiladi, lekin bu og`riq stenokardiyada ko`riladigan og`riqlar kuchli bo`lmaydi. U aortadagi tomirining ta`sirlanishi tufayli yuz beradi.

Nafas qisishni jismoniy zo`riqish (balandlikka ko`tarilish, jismoniy ish bajarish) tufayli kuzatiladi. Jismoniy zo`riqishga o`rgangan shaxslarda bunday kasallik belgisi qiyinroq yuzaga chiqadi. Nafas qisish sabablari asosan kichik qon aylanish doirasida qon dimlanganda aniqlanadi. Ba`zan nafas birdan bo`g`ilish xuruji tutishidan qisadi. Xastalik aksari o`pka arteriyasi emboliyasida, o`pka shishuvi, pnevmotoraks, o`pka va yurak kasalliklarida qayd etiladi, yetishmovchilik tufayli paydo bo`lgan chap qorinchadagi bo`g`ilish xuruji asosan tunda boshlanadi, ertalab borib to`xtaydi. Bu yurak astmasi deb ataladi. Bo`g`ilish xurujlari odatda to`satdan, aksari kechasi tutib qoladi. Bo`g`ilish xuruji tutgan mahalda bemor birdan havo yetishmay qolganini sezadi, ko`kragida g`arg`araga o`xshagan xirillashlar paydo bo`ladi. Qon aralash balg`an tushadi. Ana shunday xuruj yurak astmasi deb ataladi.

Shishlar - o`ng qorincha yetishmasligi tufayli kelib chiqadi. Avvaliga shishlar kechga paydo bo`ladi, tuni bilan esa yo`qolib ketadi. Ularning paydo bo`lishi, birinchi galda venalar bilan kapillyarda bosim ortib ketishiga bog`liqdir. Qon yurishuvining sekinlashib qolishi va kapillyarlar o`tkazuvchanligining kuchayishi natijasida to`qimalarga suyuqlik o`tadi.

Qon tupurish – o`pka infarkti yoki pnevmoniya ko`rinishida asorat boshlanganligini ko`rsatadi. Mitral qopqoq shikastlanganda, jumladan mitral qopqoq yorig`i torayganda, miokard infaktida boshqa yurak-tomir kasalliklari o`tkir chap qorinda yetishmovchiligida ham bemor qon tufurishi mumkin.

### **Ateroskleroz**

Ateroskleroz - arteriyalarning ichki intima kavatiga lipidlar (yoglar) yigilishi natijasida tomirlaning torayishiga olib keladigan kasallikdir.

**Kelib chiqish sabablari:** asosan giperxolesterinemiya, chekish, kam harakatlik, semizlik, qandli diabet, stresslar va irsiy omillarga bogliq.

**Klinik manzarasi.** Ateroskleroz kasalligi ikki davrni bosib o`tadi. Birinchisi boshlang`ich davr bo`lib, klinik manzarasi boshlanguncha bolgan vaqt. Bu davr arterial qon tomirlarda qon oqimining sekinlashishi, tomirning torayishi bilan

ifodalanadi. Qonda giperxolesterinemiya, aterogen lipoproteidlar ko‘payadi. Bu o‘zgarishlar ateroskleroz kasalligi vujudga kelishiga zamin desa bo‘ladi.

Ikkinchi davr ateroskleroz kasalligining klinik manzarasi bilan o‘tadi. Bu davr uch bosqichdan iborat:

I bosqich — ishemik, qon tomirlarining ateroskleroz tufayli torayishi natijasida a‘zolarining qon bilan ta‘minlanishi buziladi, distrofik o‘zgarishlar sodir bo‘ladi;

II bosqich — trombonekrotik qon tomirlarda ateroskleroz tufayli tromb bo‘ladi yoki organda katta-kichik o‘choqli infart bo‘ladi;

III bosqich — sklerotik (fibroz) tomirlar aterosklerozi natijasida, organlarda chandiqli o‘zgarish yuz beradi.

Ateroskleroz kasalligi boshlang‘ich davrda ko‘p yillar bilinar-bilinmas kechadi.

Sub‘ektiv ma‘lumotlar, shikoyatlar quyidagicha:

— yurak, ko‘krak, to‘sh orqasi sohasida og‘riq, ba‘zan stenokardiya tipi bo‘yicha irradiatsiya bilan;

— bosh og‘rig‘i va og‘irlik sezish, bosh aylanishi, quloqda shovqin eshitish;

— oyoqlarda og‘riq va madorsizlik;

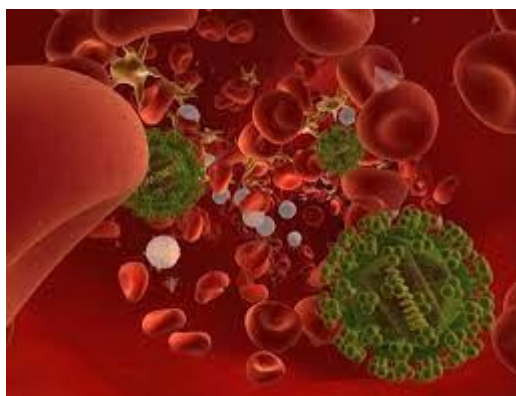
— qorinda noaniq og‘riq, qorin dam bo‘lishi;

— yurak urishi, yurganda yoki tinch turganda nafas qisishi;

— eshitish, xotira, ko‘rish qobiliyati susayishi;

— uyqu buzilishi, tushlar ko‘rish;

— ish qobiliyati pasayishi va boshqalar.



46- rasm

O‘bektiv ma‘lumotlar, ko‘zdan kechirganda: bemorning umumiy ahvoli, o‘rindagi vaziyati, kasallik bosqichi va asoratlar borligiga bog‘liq. Bemorlar yoshiga nisbatan katta ko‘rinadilar, terisini ajin bosgan, quruq, atrofik, sochlari barvaqt to‘kiladi va oqaradi, mayda venalari kengayadi, ayrim arteriyalari egri-bugri va ushlab ko‘rilganda qo‘lga qattiq unnaydi, ko‘zlaridagi yaltiroq joziba pasayadi, lablarida sianoz, tinch turganda nafas qisishi va yurak dekompensatsiyasida shishlar bo‘lishi mumkin.

Toj tomirlar aterosklerozi surunkali toj tomirlar etishmovchiligi ko‘rinishida yuzaga chiqadi, ya’ni yurak sohasida og‘riq, stenokardiya, yurak urishi, nafas qisishi va boshqalar.

**Aterosklerotik kardioskleroz belgilari:**

—toj tomirlar etishmovchiligi;

—miokard qisqarishi qobiliyatining buzilishi—yurak etishmovchiligi (chap yoki o‘ng qorincha yoki total yurak etishmovchiligi);

—yurak ritmi va o‘tkazuvchanligi buzilishi (ekstrasistoliya, titroq aritmiya, turli darajalardagi yurak blokadasi va bosh.).

**Bosh miya tomirlari aterosklerozi:** bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, xotiraning susayishi, qo‘llar tremori, nutq va xatning buzilishi, ko‘z tubining o‘zgarishi, tromboembolik asoratlarning belgilari va boshqalar kuzatiladi.

**Arteriyalar aterosklerozi belgilari:**

—buyraklar arteriyalari aterosklerozi: buyraklarning zararlanish simptomlari—proteinuriya, mikrogematuriya, ba’zan silinduriya, simptomatik gipertenziya, buyrak dekomensatsiyasi belgilari;

—ichak tutqich arteriyalari aterosklerozi: qorin dam bo‘lishi, noaniq og‘riqlar, ichakdan qon ketishi, ichak tutilishi belgilari .

**Oyoq tomirlari aterosklerozi:** oyoq panjasi barmoqlari, boldir mushaklarida og‘riq, sezuvchanlikning pasayishi, puls yo‘qolishi, dam-badam oqsoqlanish simptomi, mahalliy gipotermiya, yaralar hosil bo‘lishi va boshqalar.

**Laboratoriya ko‘rsatkichlari:**

—umumiy siydik analizi: o‘rtacha proteinuriya, mikrogematuriya, kamroq silindruriya;

—lipid almashinuvi: giperxolesterinemiya, fosfolipidlar miqdori oshishi, fosfolipidlar va xolesterin, letsitin va xolesterin nisbatining buzilishi va boshqalar;

—qondagi protrombin miqdori — protrombin miqdori oshishi tromb hosil bo‘lishiga moyillik keltirib chiqaradigan omil hisoblanadi;

—qonning ivish sistemasi va ivishga qarshi sistemasi omillarini tekshirish.

**Davolash yo‘llari** quyidagicha:

—mehnatni to‘g‘ri tashkil qilish, sport, fizkultura mashg‘ulotlari, etarlicha jismoniy aktivlik, organizmni chiniqtirish kerak va boshqalar;

—chekishdan voz kechish, alkogolli ichimliklarni iste‘mol qilmaslik;

—uyquni tartibga solish, yaxshi dam olish, oila va ishxonada normal psixologik sharoit yaratish va nerv sistemasiga ijobiy ta‘sir qiladigan boshqa choralarni ko‘rish;

—ovqatlanishni normaga keltirish (ovqat ratsionida lipo-proteinlarga, to‘yingan yog‘ kislotalarga boy mahsulotlarni chegaralash). Dori-darmonlar bilan davolash, asosan, lipid almashinuviga ta‘sir etadi, xolesterinning ichakda so‘rilishini

kamaytiradigan va sintezini sekinlashtiruvchi klofibrat (0,5 miskleron, atromid 20 kun, uch mahal, ovqatdan oldin ichishga beriladi).

Litenol — losh qoshiqdan (ovqatdan oldin), 1—2 oy mobaynida.

Araxiden — 10—20 tomchidan, sutkasiga 2 marta.

Ateroid — 60 mg dan, uzoq vaqt mobaynida.

Diosponin — sutkasiga 300 mg dan, 10 kunlik kurslar, 45 kun mobaynida, yod preparatlari 5—10 tomchidan (5% li eritmasi), bir stakan sutda bir oy mobaynida, takror kurslar bilan tavsiya etiladi.

Estrogenlar — follikullin, estradiol, qalqonsimon bez gormonlari (tireoidin).

Metionin, xolin, RR, B, B<sub>6</sub> B<sub>12</sub> B<sub>5</sub> S vitaminlari.

Tomir kengaytiruvchilar — sustak, erinit, natriy nitrat, papaverin.

YUrak dorilari, siydik haydovchi, simptomatik davo.

Antikoagulantlar — geparin va boshqalar.

Ateroskleroz bemorlari dispanser hisobiga olinadilar.

**Asoratlari.** Miokard infarkti, kardioskleroz, yurak ritmining buzilishi, yurak etishmovchiligi; insult (va uning oqibatlarini); psixoz, buyrak etishmovchiligi; ichak infarkti, qon ketishi, ichakning tutilib qolishi, oyoq barmoqlarining jonsizlanib qolishi va boshqa tromboembolik asoratlari.

Profilaktikasi. Birlamchi ateroskleroz rivojlanishiga qarshi ko‘riladigan choralar; ikkilamchi aterosklerozning yanada avj olishini to‘xtatish va har xil asoratlarning oldini olish maqsadida o‘tkaziladi.

**Parvarishi.** Ateroskleroz kasalligi bilan kasallangan bemorlarning shikoyatlari ateroskleroz qaysi tomirda ko‘p uchrashiga bog‘liq. Aorta aterosklerozida birdaniga o‘rindan turganda bosh aylanib, hushdan ketish holatlari kuzatiladi. SHuning uchun hamshira bemorlarni doim kuzatishi lozim. Bemor og‘ir ahvolda bo‘lsa, hamshira yotoq yaralarning oldini olish chora-tadbirlarini ishlab chiqadi. Bemorni ovqatlantirishni to‘g‘ri tashkil etish hamshiraning vazifalaridan biri hisoblanadi.

### **Gipertoniya (xafaqon) kasalligi**

Gipertoniya (essensial yoki haqiqiy gipertenziya) kasalligining asosiy belgisi maksimal va minimal arterial bosimning ko‘tarilishi bilan bog‘liq holda, organizm yoki a‘zolarida hech qanday organik o‘zgarishlarsiz, tomirlar tonusining boshqarilishi va yurak faoliyatining izdan chiqishi hisoblanadi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Kasallikning sabablari va shakllanish mexanizmlari oxirigacha aniqlanmagan. Irsiy moyillik bilan ba‘zi bir tashqi omillar ta‘sirining birgalikda qo‘shilib kelishiga hal qiluvchi ahamiyat beriladi. Gipertoniya kasalligi etiologiyasi va patogenezida irsiy omillar va ijtimoiy muhit, kasbkor, endokrin o‘zgarishlar (yog‘ bosish, diabet, gonadalar funksiyasining buzilishi, ayniqsa, klimatrik davrda va h.k) ga katta ahamiyat beriladi.

## **Arterial gipertenziyaning ichki a'zolari zararlashi bilan bog'liq tasnifi**

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) (VOZ) va Butundunyo jamiyatining gipertenziya bo'yicha 1993- yil tavsiyasi.

I bosqich: ichki a'zolarida obektiv zararlanish belgilari bo'lmasligi.

II bosqich: quyidagi organlar birortasining zararlanish belgilari:

—chap qorincha gipertrofiyasi.

—qorachiq arteriyasining markazlashgan va lokal torayishi;

—siydikda oksil paydo bulishi-proteinuriya;

III bosqich: ichki a'zolar zararlanishining bir necha simptomlari, asosan:

—yurak: stenokardiya, miokard infarkti, yurak etishmovchiligi;

—bosh miya: miya qon aylanishining vaqtincha buzilishi, insult, gipertonik ensefalopatiya;

—ko'z tubi: ko'rish nervi o'simtasiga qon quyilishi va shishli, ekssudat;

—buyrak, plazmada kreatinning oshishi, buyrak etishmovchiligi;

- tomirlar: aorta anevrizmasi.

**Klinik manzarasi.** Funktsional buzilishlar bosqichida bosh og'rishi (doimiy emas, aksariyat asabiy zo'riqishlar so'ngida yoki ulardan keyin, vaqt-vaqtda bosh aylanishi, serjahllik, yaxshi uxlay olmaslik qayd qilinadi.

Arterial bosim muttasil ko'tarilmaydi, odatda, u xavotirlanish, charchashga bog'liq. Bu davrda arterial bosim raqamlari normal raqamlardan unchalik oshmaydi. Arterial bosimni har ikkala qo'lda 2—3 martadan ulchash tavsiya etiladi. Bu aniq raqamlarga erishishga imkon beradi. Bir marta o'lganda bemorning hayajonlanishi va tomirlarning reflektor qisqarishi sababli sfigmonometr ko'rsatkichlari arterial bosimning haqiqiy qiymatidan yuqori bo'lishi mumkin.

I va ayniqsa, II bosqichda sanab o'tilgan shikoyatlar doimiy bo'lib qoladi, arterial bosim barqaror ko'tarilgan bo'ladi. Bu bosqichlarda puls tezligi, tarangligi (tomirlarning sklerotik o'zgarishi), yurak chegaralarining chapga kengayganligi (chap qorincha gipertrofiyasi) qayd qilinadi. Ko'z tubi tekshirilganda tomirlardagi sklerotik o'zgarishlar (arteriyalar toraygan va egri-bugri, venalar esa reflektor kengaygan) aniqlanadi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida yurakning chapga hamda aortaning kengaygani qayd qilinadi. EKG da aterosklerotik kardioskleroz belgilari aniqlanadi.

Kasallik rivojlanishining miya turida bosh aylanishi, kuchli doimiy bosh og'rig'i qayd qilinadi, miyada qon aylanishi buzilishi, insult yuz berish ehtimoli bor.

Yurak turida — miokard infarkti rivojlanishi ehtimol tutilgan aterosklerotik koronarosklerozga xos sub'ektiv va ob'ektiv simptomlar bo'ladi. Nihoyat buyrak funksiyasi buzilganda, buyrak etishmovchiligi holatlari asta-sekin rivojlanadi.

Gipertoniya kasalligi kechishida ko'pincha **gipertonik kriz** nomini olgan holat — kasallikning yangi simptomlari paydo bo'lishi yoki mavjud simptomlarning

kuchayishi bilan xarakterlanadigan holat kuzatiladi. Turli noqulay tashqi ta'sirotlar (o'ta toliqish, qattiq hayajonlanish, issiqlab ketish, ko'p ichkilik ichish, chekish) yoki gipertoniya kasalligi rivojlanishidagi muayyan qonuniyatlar sababli birdaniga bosh aylanadi, bosh og'rig'i kuchayadi, arterial bosim anchagina ko'tariladi. Ba'zan ko'ngil aynaydi, bemor qayt qiladi, birdaniga holsizlanib qoladi, hushidan ketadi. Miyada qon aylanishi buzilishi natijasida harakatlar, nutq buzilishi mumkin. Og'ir hollarda miyaga qon quyiladi (insult). Gipertoniya krizi „yurak turi" bo'yicha rivojlanishi mumkin, bunda yurak toj-tomirlari spazmi bilan birga miokard infarkti yuz berishi ehtimol tutilganda yurak sohasidagi qisadigan og'riq asosiy simptom hisoblanadi. Gipertoniya kasalligi **xavfsiz (asta-sekin kechadigan) yoki xavfli (tez kechadigan)** bo'lishi mumkin. Simptomatikasi haqida aytilganda fikrlarning hammasi gipertoniya kasalligining xavfsiz ko'rinishiga taalluqli. Xavfli ko'rinishi avvalo tez va og'ir kechishi bilan ajralib, 2—3 yil, ba'zan esa bir necha oy davom etishi mumkin.

Kasallikning bu turi kuchli bosh og'rig'i, bosh aylanishi kabi asosiy klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Arterial bosim raqamlari g'oyat yuqori, kasallik boshlangandan keyin tez orada yurak-tomirlar sistemasining organik o'zgarishlari topiladi. Ko'z tubi ancha buziladi chap qorincha gipertrofiyaga uchraydi. Kasallik go'yo hech qanday bosqichlarni bosib o'tmaydi, aniqrog'i birdaniga III bosqich — organik o'zgarishlar bosqichi rivojlanadi. Aksariyat tez vaqtda buyrak etishmovchiligi bilan shishlar rivojlanadi, ko'rish funksiyasi izdan chiqadi, siydikda talaygina patologik o'zgarishlar, anemiya paydo bo'ladi. Gipertoniya kasalligining xavfli turiga qunt bilan davo qilinganda u xavfsiz turga o'tishi mumkin.

**Davolash.** Funksional buzilishlar bilan o'tadigan boshlang'ich bosqichda davolash asosini bemor uchun mehnat va turmushning optimal sharoitlarini yaratish, sedativ (tinchlan-tiruvchi) vositalar (Bexterev miksturasi, Valeriana preparatlari) tayinlash tashkil etadi. Uyqu buzilganda uxlatuvchi dorilar (barbituratlar: uyqudan 20—30 minut oldin, 0,1—0,2 g dan fenobarbital yoki 1—2 tabletka seduksen, elenium) tavsiya qilinadi. Bemor asabni ortiqcha charchatmaydigan va jismoniy jihatdan og'ir bo'lmagan ishga o'tishiga to'g'ri keladi.

Funksional buzilishlar bosqichida sanatoriy-profilaktoriyda davolanish katta foyda beradi (dam olishi, uxlash, parhez ovqatlar iste'mol qilish, sedativ vositalar va suv bilan davolanish).

2 bosqichda bemorni ozroq muddatga (3—4 hafta) kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiq, unga arterial bosimni pasaytiradigan dori-darmonlar (kuniga 3 marta 0,04 g dan papaverin, dibazol eritmasidan 1% li teri ostiga yoki 1 ml dan mushak orasiga, eufillin 0,3 g dan shamchalarda va h.k.) tayinlanadi. Hozirgi vaqtda yuqoridagi preparatlardan yaxshi naf bo'lmagani uchun kalsiy yo'llari

blokatorlaridan foydalanilmoqda (bu moddalar kalsiy moddasining tomirlar devorining muskul qavatiga kirishiga to'sqinlik qiladi va tomirlar devorini bo'shashtiradi). Bu moddalardan izadrinning uzaytirilgan ta'sirga ega preparatlari (lomir), felodipin (plendil), amlodipin (norvaks) ni bemorlar yaxshi qabul qiladilar. Yana qon tomirlar torayishi mexanizmiga ta'sir etuvchi biologik moddalarga nisbatan (angiotenzin lning angiotenzin 2 ga aylanishiga ta'sir etuvchi blokatorlar) — enalapril (enamp, enam, renitek), ramipril, lizinpril qo'llanilmoqda. Siydik haydovchi vositalardan gipotiazid, triampur, magniy sulfat (20% li 10 ml eritmasi mushak orasiga) yaxshi naf beradi.

### **Yurakning ishemik kasalliklari**

Yurak mushaklarni qon bilan ta'minlaydigan toj arteriyalarining ateroskleratik o'zgarishi sababli rivojlanadigan bu xastalik hozirgi kunda dunyoda keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. Bu kasallikda bir qator boshqa xastaliklar ham uchrab turadi: stenokardiya, miokard infarkti va infarktdan keyingi kardioskleroz shular jumlasidandir.

Epidemiologiyasi. YUIK, asosan, shahar aholisi orasida tarqalgan.

Kelib chiqish sabablari, asosan, gi perxolesterinemiya, gipertoniya, chekish, kam harakatlik, semizlik, qandli diabet, stresslar va irsiy omillarga bogliq.

Tasnifi.

I Yurakning to'satdan to'xtab qolishi.

II. Stenokardiya.

1. Harakat stenokardiyasi: a) ilk paydo bo'lgan stenokardiya (4 haftadan kam), b) barqarorlashgan harakat stenokardiyasi; d) zo'rayib borayotgan harakat stenokardiyasi.

1. Beqaror stenokardiya: a) ravon stenokardiya (o'z -o'zidan paydo bo'ladigan stenokardiya); b) uzayib ketgan stenokardiya; d) stenokardiyaning alohida turi (prinsmetall stenakordiya).

IIIMIokard infarkti: a) katta o'choqli (transmural); b) kichik o'choqli.

IV. Infarktdan keyingi kardioskleroz.

V. Yurak maromining buzilishi.

VI. Yurak etishmovchiligi.

Yurak ishemik kasalligi tasnifi (O'zbekiston kardiologlarining 2000- yil IV sezdidagi o'zgarishiga asosan):

1. Yurakning to'satdan to'xtab qolishi (yurakning birinchi marta to'xtashi).

2. Stenokardiya:

a) barqaror harakat stenokardiyasi (FK ko'rsatilgan holda);

b) barqaror boimagan stenokardiya;

— birinchi marta ro'y bergan stenokardiya;

— zo'rayib boradigan harakat stenokardiyasi;

- angiospastik stenokardiyasi;
- infarkdan keyingi erta stenokardiya;
- jarrohlikdan keyingi erta stenokardiya.

### 3. Miokardning og‘riqsiz ishemiyasi.

#### 1. Miokard infarkti:

- Q-QM — tishchali;
- Q-NQM — tishsiz.

#### 2. Infarkdan keyingi kardioskleroz.

#### 3. Yurak ritmining buzilishi (formasi ko‘rsatilgan holda).

#### 7. Yurak etishmovchiligi (formasi va stadiyasi ko‘rsatilgan holda).

**Etiologiyasi.** Kasallikning kelib chiqishida yuqorida keltirilgan omillar sabab bo‘lgan toj arteriyalaridagi patologik o‘zgarishlar katta ahamiyat kasb etadi. Kasallik, asosan, toj arteriyalarining aterosklerozi asosida rivojlanadi.

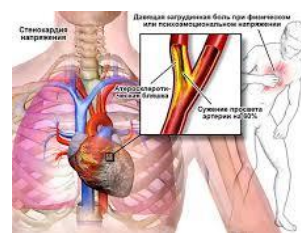
Kamdan kam hollarda xastalik gipertoniya kasalligi, obli-teratsiyalovchi endartiritlarda, revmatik vaskulitlarda va zahm oqibatlarida vujudga kelishi mumkin.

Miokard infarkti, odatda, miokardga kelib turgan qonning toj arteriyalari orqali butunlay oqmasligi natijasida rivojlanadi. Ko‘pincha bunga tromb yoki tromboemboliya sababchi bo‘ladi.

Kardiospazm ham ahamiyatlidir. Bu dard, asosan, ilmiy xodimlar, rahbar lavozimlarda ishlaydigan kishilar orasida keng tarqalgan. Salbiy stress, toj arteriyalarining uzoq vaqt mobaynida ta’sirlanish hollari ham bu dardga chalintiradi.

## Stenokardiya

Stenokardiya yurak mushaklarining kislorodga bo‘lgan ehtiyoji va uning qon bilan etib kelishi orasidagi muvozanatning buzilishidir. U surunkali yurak ishemik kasalligining eng ko‘p uchraydigan turlaridan biri bo‘lib, asosan (90%), toj arteriyalarining aterosklerozi tufayli rivojlanadi. SHuningdek, u tomirlarni o‘smalar 47- rasm ezib qo‘yganda va kishi qattiq ruhan iztirob chekkan (10%) hollarda uchraydi.



## Turg‘un stenokardiyaning funksional sinflarga bo‘linishi

Barqarorlashgan stenokardiya quyidagi sinflarga ajratiladi:

I IFunksional sinf — stenokardiya xuruji faqatgina tez va ko‘p bajarilgan jismoniy ishdan keyin paydo bo‘ladi.

II. Funksional sinf — stenokardiya xuruji tez yurganda, zinadan ko‘tarilganda, baland tog‘ga chiqqanda, sovuq qotganda, stressdan hayajonlanganda, ertalab paydo bo‘ladi.

III. Funksional sinf — stenokardiya xuruji hatto tekis yo‘lda yurganda (200—500 metrlik masofaga), birinchi qavatga ko‘tarilganda yoki past tepalikka

chiqqanda ham paydo bo'lishi mumkin. Bemorning jismoniy harakati sezilarli darajada chegaralangan bo'ladi.

IV. Funksional sinf engil jismoniy harakatdan keyin, ba'zan esa tinch turganda ham paydo bo'ladi. Bemorning jismoniy harakati yaqqol cheklangan va ahvoli og'ir bo'ladi.

**Klinik ko'rinishi.** Stenokardiyaning klinik ko'rinishi faqat shu kasallikka xos bo'lgan belgilar bilan boshqa yurak kasalliklaridan ajralib turadi. Stenokardiya xuruji ko'pincha jismoniy harakat paytidan yoki undan keyin to'sh orqasida yuzaga keladigan achishadigan kuchli og'riq paydo bo'ladi.. Og'riq borgan sari kuchayib, nafas olishning qiyinlashishiga olib keladi. Bunda og'riq chap kurakka, chap qo'l va bo'yin sohasiga ham tarqaladi. SHu paytda bemor juda ham qattiq qo'rquv his qilib, og'riq tarqalguncha bir zum qimirlamasdan, o'z joyida o'tiradi. Xuruj paydo bo'lishining eng dastlabki onlarida bemor, odatda, nitroglitserin kabul kilsa og'riq avval kamayib, keyin esa umuman tarqalib ketadi. Agar stenokardiya xuruji paytida EKG qilinsa, unda ST segmenti o'rta chiziq (izochiziq)dan biroz ko'tarilgani yoki aksincha, pastga yo'nalgani kuzatiladi. Bu belgi miokard ishemiyasi rivojlanayotganidan dalolat beradi. Stenokardiya xuruji odatda bir necha sekunddan 10 daqiqagacha davom etadi. Agar og'riq 10 daqiqadan ortiqroq bo'lsa, miokard infarkti bor deb shubha tug'ilishi kerak. Bundan tashqari, stenokardiya xurujida qon bosimi sal oshadi yoki uzgarmaydi, bemor rangi oqarib ketadi, pulsi tezlashadi.

**Davosi.** Stenokardiya kasalligini davolash jarayonida bir necha qoidalarga amal qilish kerak. Bunda, asosan, og'riqlarni yo'qotish, toj arteriyalarini kengaytirib, miokardga kislorodning kerakli miqdorda etishini ta'minlash va miokard infarkti rivojlanishining oldini olish zarur. Bu maqsadda hozirgi kunda keng miqyosda ishlatiladigan toj arteriyalarini kengaytiruvchi dorilar — nitroglitserin, nitrosorbid, sustak, erinit, nitret, nitrong, kordafen, korinfar, nitropeton kabi vositalar yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, tinchlantiruvchi trunkvilizatorlar (rudotel) va barbituratlar (parsantin, kurantil, eufillin) tayinlanadi. Sustak degan dori, ayniqsa, samarali hisoblanadi. Toj arteriyalarining mayda tarmoqlari va kapillarlarini kengaytiruvchi kurantil ham yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Ko'pincha stenokardiya xuruji yurak urish maromini buzib, ekstrosistoliya, ya'ni yurakning navbatdan tashqari urishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu holda izoptinni 1,0 ml dan vena ichiga yuborgan ma'qul. SHu bilan birga, boshqa dorilar ham buyuriladi (kordaron, xinidin, ritmilen). Stenokardiya xurujlarini bartaraf etish va oldini olish maqsadida bemorlarga ancha vaqt interkondin berib turish kerak. Kechqurun yotishdan oldin yarim tabletka aspirin ichilsa, miokard infarktining oldini olish mumkin boladi.

**Parvarishi.**Hamshira bemorning kayfiyatiga va ahvoliga, pulsi, A/B, nafasining tezligiga qarab boradi. Xuruj davrida har qanday aktiv harakatlar bemorga to'g'ri kelmaydi. Bemorning ovqat ratsionida osh tuzi miqdorini cheklab qo'yish kerak. Qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatadigan dudlangan, o'tkir taomlar, sergo'sht sho'rvalar istisno qilinadi. Chekish va ichkilik ichishning zararli ekanligini hamshira bemorning o'ziga va uning qarindosh-lariga tushuntirib beradi.

Revmatik isitma - davolanmagan streptokokk tomog'ining asorati (A guruhi streptokokk infeksiyasidan kelib chiqadi).

Revmatik isitma tana to'qimalariga zarar etkazishi mumkin, bu ularning shishishiga olib keladi, lekin uning eng katta xavfi yurakka etkazilishi mumkin bo'lgan zarardadir. Vaqtning yarmidan ko'pi revmatik isitma yurak klapanlarining chandiqlanishiga olib keladi. Bu chandiqliklarni toraytirishi va klapaning to'g'ri ochilishi yoki yopilishini qiyinlashtirishi mumkin, bu sizning yuragingizni tanangizning qolgan qismiga qon quyish uchun qattiqroq ishlashiga olib keladi. Ushbu qopqoqning shikastlanishi revmatik yurak kasalligi deb ataladigan holatga olib kelishi mumkin, bu esa vaqt o'tishi bilan konjestif yurak etishmovchiligiga olib kelishi mumkin.

Revmatik isitma infeksiyaning o'zi emas, balki davolanmagan streptokokk infeksiyasining natijasidir. Sizning tanangiz streptokokk infeksiyasini sezganida, u unga qarshi kurashish uchun antikorlarni yuboradi. Ba'zida bu antikorlar sizning bo'g'imlaringiz yoki yurak to'qimalariga hujum qiladi. Agar antikorlar yuragingizga hujum qilsa, ular yurak klapanlarining shishishiga olib kelishi mumkin, bu esa klapanlarning "eshiklari" ning chandiqlariga olib kelishi mumkin (varaqqalar yoki qopqoq deb ataladi).

Tomoqqa chalinganlarning 0.3% dan kamrog'i revmatik isitma bilan kasallanadi. Bu isitma ko'pincha 5 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi, ammo kattalarda ham bu holat bo'lishi mumkin. Shifokorlarning fikricha, zaiflashgan immunitet ba'zi odamlarda revmatik isitma bilan kasallanish ehtimoli ko'proq bo'lishi mumkin. Rivojlangan mamlakatlarda antibiotikli dori-darmonlar isitma bilan kasallanganlar sonini kamaytirgan bo'lsa-da, hali ham minglab holatlar qayd etilgan.

Revmatik isitma belgilari odatda streptokokk infeksiyasini yuqtirganingizdan keyin 1-6 hafta o'tgach boshlanadi. Ular

- isitma
- Bilak, tirsak, tizza yoki to'piqda bo'g'imlarda og'riq yoki shish
- Tirsaklar yoki tizzalar ustidagi teri ostidagi kichik shishlar (tugunlar deb ataladi)
- Ko'krak, orqa yoki oshqozonda ko'tarilgan qizil toshma
- Oshqozon og'rig'i yoki kamroq ochlik hissi

- Zaiflik, nafas qisilishi yoki juda charchagan his qilish

Sizning shifokoringiz sizda streptokok infeksiyasi bor-yo'qligini aniqlash uchun tomoq madaniyatini o'tkazishdan boshlaydi.

Keyin shifokoringiz yuragingizni tinglash uchun stetoskopdan foydalanadi. U sizning bo'g'imlaringizdagi tugunlarni ham qidiradi. Ba'zida qon testlari, ko'krak qafasi rentgenogrammasi yoki elektrokardiogramma. Aniqroq tashxis qo'yish uchun (EKG yoki EKG) kerak bo'lishi mumkin.

Revmatik isitmani darhol davolash kerak. Agar 3 kundan ortiq davom etadigan tomoq og'rig'i bo'lsa yoki tomoq og'rig'i bilan birga isitma va bosh og'rig'i bo'lsa, tomoq madaniyati uchun shifokoringizga murojaat qilishingiz kerak. Agar sizda tomoq og'rig'i bo'lmasa, lekin isitma va terida toshmalar bo'lsa ham, bu streptokok infeksiyasini ham anglatishi mumkin va siz testdan o'tishingiz kerak. Esingizda bo'lsin, revmatik isitma davolanmagan streptokok infeksiyasidan kelib chiqishi mumkin, shuning uchun infeksiyani yomonroq holatga olib kelishidan oldin davolash juda muhimdir.

Agar isitmaning bu turi revmatik yurak kasalligiga yoki yurak klapanlarining shikastlanishiga olib kelgan bo'lsa, shifokoringiz sizga ko'p yillar davomida doimiy ravishda antibiotiklarni qabul qilishni tavsiya qilishi mumkin. Revmatik isitma bilan og'rigan ba'zi bemorlar umrining oxirigacha antibiotiklarni qabul qilishlari kerak. Qanday bo'lmasin, jarrohlik yoki stomatologik muolajadan oldin har doim shifokor yoki tish shifokoringizga revmatik isitma tarixi haqida aytib berishingiz kerak. Bunday muolajalar bakteriyalarning qon oqimiga kirib, yurak klapanlarini yuqtirishiga olib kelishi mumkin.

Agar shifokoringiz sizga streptokok infeksiyangiz borligini aytsa, u antibiotikli dori buyuradi. Dori-darmonlarni qachon va qanday qilib shifokor aytganidek qabul qilishingiz juda muhimdir. O'zingizni yaxshi his qila boshlaganingiz uchun dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatmang. Ko'p odamlar bir necha kunlik terapiyadan keyin o'zlarini yaxshi his qilishlarini payqashadi, shuning uchun ular dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtatadilar. Tomoq og'rig'i qaytmasa ham, qonda antibiotiklar bo'lmasa, streptokok bakteriyalari ko'payib, yurak va boshqa organlarga ta'sir qilishi mumkin.

Agar streptokok infeksiyangiz revmatik isitmaga olib kelsa, shifokoringiz tanangizdagi to'qimalarda shishishni kamaytirish uchun yallig'lanishga qarshi dorilar yoki aspirinni buyurishi mumkin. Ba'zida bemorlar tanadagi ortiqcha suv va tuzdan xalos bo'lishga yordam beradigan diuretik qabul qilishlari kerak. Ularni qancha vaqt qabul qilishingiz sizning yoshingiz, qancha xurujlarni boshdan kechirganingiz va semptomlaringiz qanchalik og'irligiga bog'liq.

Ba'zi bemorlarda revmatik isitma yurak qopqog'ini shikastlaydi. Bunday hollarda shifokor shikastlangan valfni tiklash yoki almashtirish uchun jarrohlik amaliyotini tavsiya qilishi mumkin.

### **O'tkir qon tomirlar yetishmovchiligi etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

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

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

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



**48- rasm**

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

Shok O'tkir tomir yetishmovchiligining keng ifodalangan turidan iborat, shok aksariyat og'ir shikastlanishda, kuyishda, o'tkir miokard infarktida, allergik reaksiya (anafilaktik shok)da yuz beradi. Shokning rivojlanish mexanizmi organizmning ro'y-rost yuzaga chiqqan nerv-reflektor reaksiyasiga asoslangan (patologik buzilishlar zaminidagi qattiq og'riqda, og'ir ruhiy iztiroblarda). Shok gumoral omillar ta'sirida, masalan, kuyish, shikastlanish oqibatida to'qima parchalanganda, majaqlanganda to'qimalardan plazma bilan

birga, yemirilgan tomirlardan chiqadigan to‘qima suyuqligi yo‘qotilganda kuzatiladi. Buning natijasida qonga gistaminsimon moddalar nomini olgan moddalar tushadi. Bu tomirlarni kengaytiradi, ular tonusini pasaytiradi, shuningdek, arterial bosimni keskin tushirib yuboradi.

Travmatik shokning ikki bosqichi farq qilinadi: *erektal* bosqich— qisqa muddatli qo‘zg‘alish, so‘ngra *torpid* — pasayish bosqichi. Bemor es-hushini yo‘qotmagan bo‘lib, havo yetish- mayotganidan noliydi, teri qoplamlari oqarib ketgan, sovuq ter bosgan, pulsi va nafasi tezlashgan, arterial bosimi pasaygan bo‘ladi. Shokning klinik manzarasi ko‘p jihatdan uni keltirib chiqargan kasallik simptomlari bilan bog‘liq.

Shokda davolaxh. Davolash tadbirlari kompleksida imkon boricha MNS faoliyatini yaxshilash ko‘zda tutiladi. Shu bilan birga organizmda suyuqlik miqdorini ko‘paytirish, tomirlar tonusini oshirish choralari ko‘riladi. Kuchli og‘riqda narkotik- lar (morfin, pantopon) yuboriladi yoki novokainli blokada qilinadi.

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

Arteriyaga qon yoki qon o‘rnini bosadigan suyuqliklar quyish, ko‘p suyuqlik ichirish, izotonik natriy xlorid eritmasi, glukoza eritmalarini (venaga yoki teri ostiga) yuborish lozim.

Bemor doimiy kuzatuvga muhtoj bo‘ladi. Shokka qarshi tadbirlar bilan birga, asosiy kasallikka davo qilinadi.

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

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

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

Keyinchalik venaga tomchilab (minutiga 20—40 tomchi) taxminan 5ml 1% li mezaton eritmasi yoki 5ml 1% li norad- renalin eritmasi 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasida yoki shun- cha miqdor 5% li glukoza eritmasida kiritiladi. Agar quyish boshlangandan keyin 5min o'tgach arterial bosim ko'taril- masa, dori yuborish tezligini minutiga 50—70 tomchigacha oshirish zarur.

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

Qon quyishda mos kelmaslikka individual sinama, shuningdek, biologik sinama (3 marta) o'tkazish tavsiya etiladi. Bemor

yaxshi shamollatilgan xonada bo'lishi kerak, tashqi ta'sirotlar (yorug' chiroq, shovqin) bartaraf qilinadi.

Parvarishi. O'tkir tomirlar yetishmovchiligi vujudga kelganda bemor parvarishi har bir holatda (hushdan ketish, kollaps, shok) o'z xususiyatlariga ega. Lekin har bir holatda ham hamshira tezkor harakat qilib bemor parvarishini rejalashtiradi. Bemorga osoyishtalik yaratish, uni isitish, toza havoni ta'minlash, issiq ovqat va ichimliklar berish kerak. Qon tomir yetishmovchiligi- ning turlarini nazarga olgan holda, shoshilinch yordam rejasi yuqorida aytib o'tilgandek o'tkaziladi.

### **Qariyalarda yurak – qon tizimi kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari**

*Yurak qon – tomir tizimi.*

Qarish jarayonida yirik arterial stvollarning ichki qavatining qalinlashishi, muskul qavatining atrofiyasi, elastik tolalar sonining kamayishi va kollagen tolalarning oshishi kuzatiladi va bu tomir elastikligining kamayishi hamda uning rigidligining rivojlanishiga olib keladi. Natijada puls to'lqinlari tarqalishining tezligi oshadi, tomirning umumiy periferik qarshiligi oshadi va A/B ko'tarilishiga olib keladi. Lekin hatto uzoq umr ko'ruvchilarda ham A/B 150/90 mm sim. ust. dan oshmaydi. Yosh o'tishi bilan aylanib yuruvchi qon hajmining qayta taqsimlanishi hayotiy muhim a'zolar, birinchi navbatda bosh miya va yurak hisobiga oshadi.

Keksa va qari odamlar uchun to'g'ri sinusli ritm normal hisoblanadi. Lekin yurak qisqarishlarining soni yosh o'tishi bilan kamayadi. Yurak ritmining stabilligi biroz kamayadi, bu yurakka bo'ladigan nerv ta'sirotlari kamayishi bilan bog'liq.

Qarilikda qon aylanish regulyasiyasining xarakteri o'zgaradi. Yurak qon - tomir tizimining reflektor reaksiyasi inert bo'lib qoladi va bu vegetativ nerv tizimi funksiyasining susayishi bilan bog'liq. Yurak qon – tomir tizimi faoliyatining buzilishi natijasida neyrohumoral regulyatsiya mexanizmlari buziladi va bu o'zgarishlar qariyotgan organizmning adaptatsion qobiliyatlarini pasaytiradi.

#### *Yurak etishmovchiligi*

Keksalik va qarilik davrida yurak etishmovchiligi rivojlanishining asosiy sabablari rivojlanib boruvchi aterosklerotik kardioskleroz, arterial gipertenziya, o'pka – bronx kasalliklari, o'pka arteriyasi tromboemoliyasi, anemiya, o'tkir infeksiyon kasalliklar, paroksizmal taxiaritmiya va boshqa omillar hisoblanadi.

#### (1) Yurak etishmovchiligining simptomlari va diagnostikasi

Simptomlari:

- Hansirash
- Taxikardiya
- Taxiaritmiya
- Shish sindromi
- Tez charchash
- Aqliy mehnat qobiliyatning pasayishi
- Bosh aylanishi
- Uyqusizlik
- Kechqurunlari kuchayadigan qo'zg'alish va harakat bezovtaliklari

Qari odamlarda yurak etishmovchiligining dastlabki bosqichlaridagi simptomlar yoshlarga qaraganda kamroq rivojlanadi. Masalan, xarakterli simptom bo'lgan hansirashga qarab yoshlarda yurak etishmovchiligining darajasini aniqlash mumkin, yoshi katta bemorlarda hansirash aralash xarakterda, ya'ni yurak va o'pka patologiyasining natijasi hisoblanadi. Yosh bemorlarda taxikardiya yurak etishmovchiligining darajasiga mos keladi, qari bemorlarda esa miokarddagi metabolik va struktur o'zgarishlar yurak etishmovchiligining dekompensatsiya bosqichida yurak qisqarishlari sonini oshirish imkoniyatini pasaytiradi. SHu bilan birga taxikardiya va taxiaritmiya qarilarda yoshlarga nisbatan yurak qon – tomir tizimi rezervlarni tezroq tugatadi, yurak etishmovchiligi rivojlanishini tezlashtiradi. Shish sindromi yurak etishmovchiligining darajasiga mos kelmaydi, bu suv – elektrolit va oqsil almashinuvining yoshga bog'liq o'zgarishlari bilan bog'liq. Tez charchash, aqliy mehnat qobiliyatining pasayishi, bosh aylanishi, uyqu buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, harakat bezovtaliklari serebral qon aylanishning yomonlashishi bilan bog'liq. Asoratlarga me'da va ichaklardagi qonaydigan yaralar, tromboembolik jarayonlar, pnevmoniyalar, buyrak va siydik yo'llari yallig'lanish kasalliklari kiradi.

Yurak etishmovchiligining diagnostikasi:

- Qonning gematologik va biokimyoviy tahlili
- EKG ko'rsatkichlari
- Exokardiografik tekshiruv
- Magnit – rezonans tomografiya (MRT)
- Yurak kateterizatsiyasi
- Buyrak va jigar faoliyatini tekshirish
- Zo'riqish testlari va b.
- Nevropatolog va okulist maslahati

Yurak etishmovchiligini davolash

Yurak etishmovchiligining darajasiga bog'liq holda periferik vazodiyatatorlar, siydik haydovchilar, yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Siydik haydovchilar qisqa kurslarda, kichik dozalarda (yosh bemorlar uchun o'rtacha terapevtik dozaning ½ tabl.) tavsiya qilinadi va elektrolit almashinuvi hamda kislota – ishqor muvozanati albatta nazorat va korreksiya qilinadi. Saluretiklar qabul qilinganda kaliy preparatlari va kaliyga boy parhez tavsiya qilinadi. Yurak etishmovchiligini davolashning asosiy komponenti bu gipoksiyaga qarshi kurashishdir (kislород ingalyasiyasi).

1) Yurak etishmovchiligi bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi

(1) Azoblanishlar (nafas qiyinchiliklari) va ularni yengillashtirish

Asosiy azoblanishlar bu o'pkalardagi dimlanish sababli yuzaga keladigan nafas olish qiyinchiliklari va hansirashdir. Quyida og'riqni kamaytirish uchun parvarish choralari keltirilgan:

Tananing holati: tananing yuqori qismini ko'tarib, diafragmani tushirib nafas hajmi oshishini ta'minlash

Kislород ingalyasiyasi: gipoksiya holatini kamaytirish uchun o'tkaziladi.

Osoyishtalikni ta'minlash: kislородning minimal sarflanishini ta'minlash. Jismoniy zo'riqishda kislородga ehtiyoj oshadi va nafas olishning qiyinlashishi, hansirash yuzaga keladi.

(2) Yurakni ortiqcha zo'riqtiradigan hayotiy omillar ta'sirini kamaytirish (haddan tashqari jismoniy zo'riqish, dorilar qo'llash, ovqatlanish, bo'shalishlar) va mos keladigan instruktaj

Yurakni zo'riqtiradigan omillarga harakatchanlik, dorilarni qabul qilmaslik, osh tuzini ko'p iste'mol qilish, defekatsiya vaqtidagi zo'riqish tufayli qon bosimining oshishi, chekish, haroratning keskin o'zgarishi, infeksiyon kasalliklar va boshqalarni kiritish mumkin. Ushbu omillar ta'sirini kamaytirish uchun yurak etishmovchiligining darajasini hisobga olgan holda dam olish va boshqa

faoliyatlarni mos holda tanlash, yurakka zo‘riqishni kamaytirish uchun xonadagi haroratni boshqarish, ko‘chaga chiqish uchun mos kiyim tanlash va yuqoridagilarning barchasi bo‘yicha bemorga ko‘rsatmalar berish kerak. Dori preparatlari ovqat mahsulotlari haqidagi ma‘lumotlar pastda keltirilganligi uchun bu erda ko‘rsatilmagan. Instruktajda yurakning holati, uning muhimligi bemorga tushunarli so‘zlarda tushuntiriladi. Uning hayot tarzini kuzatib borib, har bir harakatidagi noqulay omillarni bartarf qilish kerak.

(3) Og‘iz orqali uzoq vaqt dori qabul qilinganda qo‘llab – quvvatlash

Quyida dori bilan davolanayotgan qari bemorni nazorat qilish mazmuni keltirilgan:

Bemor shifokor tavsiya qilgan dorilarni to‘liq qabul qilayotganini tekshiriladi, uning yuragining holatini hisobga olgan holda bemorga tushunarli so‘zlarda dorining samarasi va uni qabul qilish muhimligini tushuntirish. Ba‘zi hollarda jadval tuzib bemor dori qabul qilayotgani yoki qilmayotganini jadvalda belgilash.

Yurak glikozidlari digitalisdan zaharlanishga, diuretiklar esa gipokaliemiyaga sabab bo‘lishi mumkin. SHuning uchun ularning simptomlarini kuzatib borib, ular paydo bo‘lganda vrachga xabar berish kerak.

Arterial bosimni tushiradigan dorilar qabul qilinganda o‘rnidan turganda kuzatilish mumkin bo‘lgan ortostatik buzilishlarni hisobga olgan holda tananing bir holatdan ikkinchi holatga o‘tkazilishini ta‘minlash.

(4) Ovqatlanish, suyuqlik qabul qilish – arterial bosimni ushlab turish, qabziyatning oldini olish

Bunday ovqat tarkibida tuz 6- 10 g ni tashkil qilishi kerak, ovqat engil hazm bo‘ladigan va sifatli oqsillarga boy bo‘lishi kerak. Shifokor tavsiya qilgan suyuqlik miqdoridan ko‘p ichmaslik kerak. Osh tuzi kam bo‘lgan ovqat iste‘mol qilinganda bemorda ta‘m sezishning o‘zgarishi (sho‘r ta‘mni sezish qobiliyatining buzilishi) muammosi paydo bo‘ladi va bemor bunday ovqatni eyishdan bosh tortishi mumkin. SHuning uchun ovqatni shunday tarkibda tayyorlash kerakki, (ziravorlar, tuz o‘rnini bosuvchilar bilan) bemor uni esin. Kasalxonadan chiqqandan keyin bemorning oila a‘zolari ushbu sharoitlarni davom ettirishda yordam berishlari kerak.

## IV BOB. QARIYALARDA OVQAT HAZM QILISH TIZIMI KASALLIKLARINING KECHISHI.

### **O'tkir va surunkali gastrit etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Me'da qorin bo'shlig'ida joylashgan. U kardial qism (kardiys) me'daning tubi (organning o'rta qismi), pilorik bo'limdan tashkil topgan. Me'daning chiqish qismlaridan iborat. Me'daning jigarga qarab turadigan kichik egriligi va taloqqa qarab turadigan kichik egriligi va taloqqa qarab turadigan katta egriligi tafovut qilinadi. Me'da devori to'rt qavatdan tashkil topgan – seroz parda (tashqi qavat), muskulli qavat, shilliq parda (ichki qavat). Me'da shilliq pardasining bezlari pepsin, xlorid kislotasi va shilimshiq ishlab chiqarib turadi. Me'daning asosiy funksiyalari sekretor va motor funksiyalardir. Bundan tashqari me'da so'rish va ajratish funksiyalarini ham bajaradi, lekin bu funksiyasi me'da shirasi ishlab chiqarishdan iborat. Me'da shirasida bo'ladigan pepsinlar bilan albumozlargacha parchalaydi, xlorid kislotasi esa ovqatni ichakda hazm bo'lish uchun tayyorlab beradi. Bir kechakunduz mobaynida me'dada 1,5–2 litr me'da shirasi ishlanib chiqadi. Me'daning harakat funksiyasi peristaltikasi borligiga, ya'ni me'da devorining kardial bo'limidan pilorik bo'limiga qarab ritmik tarzda qisqarib borishiga bog'liqdir. Me'daning peristaltik harakatlari vaqti-vaqti bilan kuchayib, vaqti-vaqti bilan susayib turadi. Me'daning qisqarish funksiyasi ham, sekretor funksiyasi ham innervatsiyasi bilan mahkam bog'langandir, me'da innervatsiyasi adashgan nerv bilan simpatik nerv tarmoqlari tufayli yuzaga chiqadi. Me'da sekretoriya protsessining nervlar bilan idora etilishida hozir shartli reflektor, neyrogumoral va ichak fazalari tafovut qilinadi. Birinchi fazada me'da shirasi bosh miya po'stlog'i orqali sezgi organlardan boradigan javob reaksiyatari (ovqatning ko'rinishi, hidi va boshqalar) natijasida ajralib chiqadi. Neyrogumoral fazada me'daga ovqat tushib, tarkibiy qismlari so'rilganidan keyin me'da shirasi ajraladi. Ichak tomonidan stimullanishning ham ahamiyati bor.

Ichak pilorusdan boshlanadi va orqa chiqarish teshigi bilan tugallanadi. U uch bo'limga: o'n ikki barmoqli ichak, ingichka ichak va yo'g'on ichakka bo'linadi. O'n ikki barmoqli ichak taqa ko'rinishida joylashgan bo'ladi. Uzunligi taxminan 25 cm ni tashkil etadi. On ikki barmoqli ichakda jigardan keladigan o't bilan me'da osti bezining shirasi bir-biriga aralashadi, me'da osti bezining tarkibiga oqsillarni parchalaydigan tripsin, yog'larga ta'sir ko'rsatadigan lipaza va uglevodlarni parchalaydigan amilaza bo'ladi.

Yo'g'on ichak o'ng yonbosh sohasida ko'r ichak bilan boshlanib, chambar ichakning yuqoriga ko'tariluvchi qismidan so'ng ko'ndalang qismiga, keyin esa

pastga tushuvchi qismiga aylanadi. Shundan keyin to`g`ri ichak bilan tutashib ketadigan sigmasimon ichak keladi, to`g`ri ichak orqa chiqarish teshigi bilan tugallanadi.

**Umumiy simptomatologiya va obyektiv tekshirish usullari So`rab-surishtirish.** Me`da kasalliklarini aniqlashda eng

avval ularning kelib chiqish tarixini sinchiklab o`rganish lozim. Bunda quyidagilarga ahamiyat berish, borligini va uning sifatini tekshirish kerak. Bunda ovqatda qancha miqdorda oqsil, uglevod, yog` va vitamin moddalari borligi yoki ulardan qaysi biri ko`proq iste`mol qilinganligi aniqlanadi.

Bemor qachon va qanday ovqatlaniganligi, uning kasb-kori, qanday dorilarni shifokor ko`rsatmasiz qabul qilgani, chekish vaspirtli ichimliklar ichishi kabilar so`rab-surishtiriladi. Bemorlar ko`pincha og`riq, ishtaha yo`qligidan, ko`ngil behuzur bo`lishi, qayt qilish, kekirishdan shikoyat qiladilar.

Me`da kasalligi bilan kasallangan bemorlar o`z vaqtida davolanmasalar yara o`smaga aylanib ketishi mumkin. Bunda ba`zi me`da va 12 barmoqli ichak yarasi bor bemorlarda hech qanday og`riq bo`lmasligi mumkin. Me`da kasalligida og`riq faqat kuz yoki bahor faslida zo`rayadi.

Odam ko`ngli ayniganidan keyin ko`pincha qusadi, lekin ko`ngil aynib turganida kishi qusmasligi ham mumkin.

**Ishtaha o`zgarishi** (kuchayishi yoki pasayib qolishi) talaygina kasalliklarda uchraydi. Me`da va me`da osti bezining raki uchun mutlaqo ishtaha aynishi kuzatiladi, bu yeb bo`lmaydigan moddalar (ko`mir, gil va boshqalar)ga ruju qo`yish bilan namoyon bo`ladi. Ishtahaning aynishi homiladorlarda, me`da shirasi kislotalari kam bo`lgan, anemiyasi bor kasallarda qayd qilinadi.

**Qusish** – Qusuq massasi tarkibida ovqat aralashmasi bo`lishi, me`daning evakuator vazifasi anchagina buzilganligidan dalolat beradi. Kofe quyqasi aralash qusish esa o`t yo`llari patologiyasida kuzatiladi. Ba`zan bemor axlat aralash qusadi, bu esa tez-tez ichkilik ichish tamaki chekish oqibatida hamda ingichka va yo`g`on ichaklar buralib qolishidan yuzaga keladi.

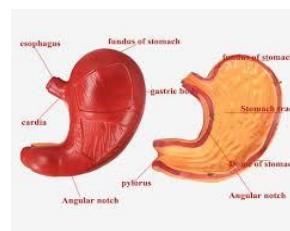
Ich buzilishi – ichak infeksiyalari, zaharlanish hodisalari, endogen intoksikatsiyalar (diabet, uremiya), ovqat allergiyalari mahalida kuzatiladi. Ich ketish mexanizmi ichak peristaltikasining kuchayishi, ichakda ovqat so`rilishining buzilishi, shuningdek, ichakda yallig`lanish jarayonlari bo`lib, ichak yo`liga undagi retseptorlarni ta`sirlantiradigan bir talay sekret tushib turishi natijasida qayd etiladi. Ich qotishi, ya`ni qabziyat axlatning ichakda uzoq (2 sutkadan ortiqroq) turishidir.

### **O`tkir va surunkali gastritlar**

O`tkir gastrit - me`da shilliq pardasining o`tkir yallig`lanishi kasalligi hisoblanadi, u kimyoviy, termik va bakterial omillar tomonidan qo`zg`atiladi. O`tkir

gastritlarda jarayon shilliq pardaning yuza epiteliysi bilan chegaralanib qolishi yoki hatto mushak qatlami va seroz pardaga tarqa-lishi mumkin.

**Etiologiyasi va patogenezini.** O'tkir gastrit sifatsiz ovqat eyish oqibatida yoki o'tkir ziravorlar, shuningdek, kuchli alkogolli ichimliklar va ayniqsa, ularning surragatlarini (samagon) iste'mol qilish natijasida paydo bo'ladi. O'ta issiq ovqat ham zararli ta'sir ko'rsatadi. Ba'zan ayrim dorilarning qo'shimcha ta'siri (asetilsalitsilat kislota, brom, yod preparatlari, sulfadimezin) o'tkir gastrit sababchilaridan biri bo'lishi mumkin. Ovqatni keragidan ortiqcha eb qo'yish o'tkir gastritga olib kelishi mumkin. **60- rasm**



O'tkir gastritning ehtimol tutilgan ikkinchi sababi — urinib qolgan mahsulotlarni iste'mol qilishdir. Uzoq vaqt saqlangan o'vqatda patogen mikroorganizmlarning rivojlanish xavfi kuchayadi, ular ovqatdan zaharlanishni keltirib chiqarishi mumkin.

Me'da shilliq pardasiga tobiga etkazib pishirilmagan ovqat (chala pishgan, chala qovurilgan go'sht, baliq) shuningdek, sirka, gorchitsa, qalampirni iste'mol qilish yoqimsiz ta'sir ko'rsatadi

O'tkir gastrit rivojlanishiga ko'pincha uzoq vaqtgacha ovqatni kam eb yurilgandan keyin me'daning birdaniga to'lib ketishi sabab bo'ladi. Tamaki chekish me'da shilliq pardasiga nihoyatda zararlidir. Chekish jarayonida tamakidan juda zararli qatronsimon modda hosil bo'ladi.

### **Klinik manzarasi.**

O'tkir gastritning bir necha turlari kuzatiladi:

#### **O'tkir oddiy gastrit**

Uning rivojlanishida ekzogen (pala-partish ovqatlanish, ovqat toksikoinfeksiyalari, dori-darmonlar, ko'p ovqat eyish va b.) va endogen (o'tkir infeksiyalar, modda almashinuvining jiddiy buzilishlari, radiatsiyadan zararlanish, azotemiya va b.) omillar muhim rol o'ynaydi. Og'riq simptomlari sabab bo'ladigan omillar ta'siridan 4—6 soat o'tgach paydo bo'ladi va ko'ngil aynishi, og'riq, behollik, bosh aylanishi, qusish, ich ketish va keyinchalik suvsizlanish va o'tkir tomirlar etishmovchiligi belgilari (rangparlik, gipotenziya, taxikardiya), leykotsitoz, aksariyat buyraklarning toksinli zararlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

#### **O'tkir korroziv gastrit**

Me'da shilliq pardasiga kislotalar, ishqorlar, og'ir metallarning tuzlari, yuksak konsentratsiyali spirt va boshqalar ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Kasallik klinikasi zahar tabiatiga, zararlanish darajasiga bog'liq va toksinli modda yutib yuborilishi bilan yuzaga chiqadi. Bemorlar og'zida, to'sh orqasida va epigastral sohada achishadigan og'riqdan, azob beradigan, ba'zan qon aralash qusishdan shikoyat qiladilar, labda, og'iz, tomoq shilliq pardasida kuyish alomatlari bo'ladi, tovush

bo'g'iladi, stridor nafas, qorin pardasi ta'sirlanishi simptomlari bo'ladi, neytrofilli leykotsitoz, og'ir hollarda esa o'tkir tomir etishmovchiligi belgilari — kollaps (ba'zan shok holati) kuzatiladi.

### **Flegmonali gastrit.**

Kamroq uchraydi, turli bakterial flora tomonidan qo'zg'atiladi va o'tkir boshlanishi, et junjikishi, gipertermiya, keskin adinamiya, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, leykotsitoz, ECHT oshishi va yallig'lanishning boshqa alomatlari bilan xarakterlanadi. Prognozi xayrli emas. Davolash xirurgik yo'l bilan bo'ladi.

#### **O'tkir gastritni davolash:**

—bemorni kasalxonaga joylashtirish, parhez rejimiga rioya qilish (bemorlarga 1a parhez stoli buyuriladi);

—me'dadan toksinli omillar va boshqa sababchi omillarni haydash bo'yicha tadbirlar: 2% natriy bikorbanat yoki kaliy permanganat qo'shilgan qaynagan, iliq suv bilan yuvish, 30 g magniy sulfat, aktivlangan ko'mir kabilari berish;

—venaga tomchilab fiziologik eritma, 5% glyukoza eritmasi, 10 ml 10% li osh tuzi eritmasi yuborish va suvsizlanishga qarshi kurash bo'yicha boshqa dezintoksikatsion terapiya choralarini ko'rish;

—zarur bo'ganda tomirlar etishmovchiligida ishlatiladigan preparatlar: kofein, kordiamin, mezaton, adrenalin, yurak dorilari—strofantin, korglikon, simptomatik terapiya, umuman quvvatga kiritadigan vositalar (vitaminlar, insulin va b.) kiritish;

—flegmanoz gastritda — operatsiya yo'li bilan davolash yoki antibakterial preparatlar (antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar) bilan davolash;

—kollaps yoki shok bo'lgan taqdirda tegishli davolash tadbirlari o'tkaziladi.

Biror intoksikatsiya bilan bog'liq bo'lgan o'tkir gastritni davolash, avvalo, organizmga tushgan zararli omilni tezroq bezarar qilish va chiqarib tashlashdan iborat. Buning uchun me'da iliq suv bilan yuviladi. Dastlabki 1—2 kun ovqat emay turiladi. Keyinroq — parhezga qattiq amal qilinadi.

Og'riqni qoldirish uchun qator dori-darmonlar, xususan, belladonna preparatlari tayinlanadi.

Shifokor nazoratisiz qo'llaniladigan dorilarning qo'shimcha ta'siriga aloqador bo'lgan medikamentoz gastritda kasallik keltirib chiqargan dori qabul qilishni to'xtatish zarur.

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

Odatda, o'tkir gastrit davolash ta'siri ostida birmuncha tez (2—3 sutkada) sog'ayish bilan yakunlanadi, biroq o'z vaqtida davolash qilinmaganda yoki bemor davolash

rejimini buzganda (yoq-maydigan ovqatlar eyish, ichkilikni iste'mol qilish) gastrit xronik turga o'tadi, qorinni to'lib ketganidek his qilish, to'sh ostidagi og'irlik kasallikning boshlang'ich simptomlaridan hisoblanadi.

### **SURUNKALI GASTRITLAR**

Surunkali gastrit me'daning surunkali distrofik yallig'lanishi bo'lib. unda me'daning shira ajratishi va harakat qilishi buziladi. Surunkali gastrit ovqat hazm qilish a'zolari orasida etakchi o'rinni egallaydi.

**Etiologiyasi.** Rivojlanish sabablari ko'p, aksariyat hollarda bir necha sabablarga ko'ra rivojlanishi mumkin:

- ekzogen sabablar;
- endogen sabablar.

Surunkali gastritning kelib chiqishida ekzogen sabablarga 1982- yilda avstraliyalik olimlar Varren va Matchkllar spiralga o'xshagan bakteriyaning rolini ta'kidlaganlar. Uning nomi Kampil pilori bakteriyasi deb atalgan. Keyinchalik (NR) deb yuritildi.

Oshqozon qavati biopsiya qilib tekshirilganda shu mikroob 100% hollarda topilgan. Ovqatlanishning buzilishi (ovqatlanish me'yorining buzilishi, o'ta to'yib ovqatlanish, to'liq chaynamasdan yutish, qattiq, achchiq, issiq ovqatlar iste'mol qilish va h.k.). Chekish va spirtli ichimliklar ichish, asabiy zo'riqish, kasbga oid zararli moddalardan ta'sirlanish (metall, paxta changlari, kislota va ishqorlar), dori moddalarni uzoq vaqt iste'mol qilish.

Endogen sabablarga: surunkali yallig'lanish (og'iz bo'shlig'i, halqum va nafas olish organlarining yallig'lanish kasalliklari, o'pka sili, surunkali xoletsistit, enterokolit va h.k.); endokrin bezlari kasalliklari (Addison kasalligi, gipoterioz, buqoq, Itsenko— Rushing kasalligi, qandli diabet); kasallangan a'zoldan reflektor ta'sir o'tishi (xoletsistit, gepatit va b.); modda almashinuvining buzilishi (o'ta semizlik, organizmda temir moddasining etishmovchiligi, padagra); to'qimani gi poksiyaga olib keluvchi kasalliklar (yurak-tomirlar etishmovchiligi, jigar va buyrak etishmovchiligi); allergiya natijasidagi surunkali gastrit kiradi. Ekzogen sabablar orasida oziq-ovqatlar, endogen sabablarda esa qorin bo'shlig'i a'zolari yallig'lanishi asosiy o'rinni egallaydi. O'tkir gastrit o'z vaqtida davolanmasa, surunkali gastrit rivojlanishi mumkin.

**Klinik manzarasi.** Bemorlar qorinda to'sh osti sohasidagi doimiy o'rtacha og'riq, ishtaha pasaygani, og'izda yoqimsiz maza bo'lib turishi, eyilgan ovqat, ba'zan palag'da tuxum hidi, achchiq suyuqlik bilan kekirish, zarda qaynashi, ba'zan qusishdan noliydilar. Surunkali gastritda bu hodisalar asta-sekin rivojlanadi.

Gastritda og'riqqa me'da muskulaturasining cho'zilib ketganligi yoki tortishib qisqarishi sabab bo'ladi. YAllig'langan shilliq parda har qanday mexanik ta'sirotda og'riq manbai bo'lib qoladi.

Siqilishdan kelib chiqadigan og‘riqqa me‘da shirasi kislotaliligining oshganligi sabab bo‘lishi mumkin.

Nordon me‘da shirasi ajralishi me‘daga ovqat tushganda ro‘y beradi, shuning uchun og‘riq ovqat eyish bilan bog‘liq bo‘ladi. Me‘da nordon suyuqlikdan ozod bo‘lganda pilorusning reflektor spazmi to‘xtaydi, shuning uchun me‘dadagi og‘riq pasayadi yoki qusishdan, me‘da shirasining xlorid kislotani neytrallashga yordam beradigan natriy gidrokarbonat ichilgandan keyin batamom to‘xtaydi. Agar og‘riq shira haydaydigan ovqat eyilgandan keyin paydo bo‘lsa, og‘riqqa me‘da shirasining ortiqcha ajralishi sabab bo‘lganligi haqida fikr yuritish mumkin.

Normal va oshgan sekretsiyali surunkali gastritda qorinda to‘sh osti sohasida me‘da paypaslab ko‘rilganda doimiy, ovqat eyilgandan keyin biroz kuchayadigan og‘riq bo‘ladi.

Kasallikning ko‘p uchraydigan simptomlariga, shuningdek, zarda qaynashini kiritish mumkin. Zarda qaynashiga me‘da musku-laturasining keskin qisqarishi sabab bo‘ladi, uning suyuqligi, xususan, xlorid kislotasi qizilo‘ngachning pastki qismiga otilib chiqadi va uning shilliq pardasini ta‘sirlantiradi. Zarda qaynashidan tashqari, achchiq kekirish va qayt qilish kuzatiladi. Sekretor etishmovchilik bilan o‘tadigan gastritda to‘sh osti sohasida oz-moz og‘riq, og‘irlik sezgisi, eyilgan ovqat, palag‘da tuxum yoki havo bilan kekirish qayd etiladi. Bunda bemorning umumiy ahvoli unchalik yaxshi bo‘lmaydi, ishtahasi yomonlashadi, mehnat qobiliyati pasayadi, ichi suyuq ketadi. Gastrit monoton (bir xil) kechadi. Kuzatish natijasida bemor ahvolidan yomonlashgani ko‘rinmasa-da, ayni vaqtda „tinch“ davrlar ham bo‘lmaydi. Sekretsiyasi pasaygan gastrit aksariyat shunday kechadi. Oshgan yoki normal sekretsiyada kasallik to‘lqinsimon rivojlanadi: qo‘zish davrlari jarayoni so‘nish davrlari bilan almashinib turadi. Qusish—gastritning belgisidir, aksariyat u pasaygan sekretsiyali gastritda, me‘dada ovqat moddasi yoki suyuqlik tutilib qoladigan harakat vazifasi susaygani ko‘rinadi. Me‘da anchagina to‘lib ketganda uning muskulaturasi reflektor siqilishga uchraydi. **61- rasm**



Ovqat qizilo‘ngachning pastki qismiga o‘tib, qusuq massalari ko‘rinishida tashqariga otiladi. Surunkali gastritning obektiv belgilari ko‘p emas. Til oqimtir karash bilan qoplanishi mumkin. Qorin palpatsiya qilib ko‘rilganda to‘sh osti sohasida og‘riq qayd qilinadi, biroq ayrim hollarda og‘riq bo‘lmaydi.

**Davolash.** Davo mehnat va turmush tartibini me‘yorga keltirishdan boshlanadi. Har bir bemor uchun shaxsiy davo tadbirlarini davolovchi shifokor belgilaydi. Davolashning ayrim umumiy prinsiplariga to‘xtalib o‘tamiz. Bemor ovqatni oz- ozdan nisbatan qisqa vaqt oraliqlarida (kuniga 5—6 marta) ma‘lum soatlardagina eyishi mumkin va kerak. Jismoniy va ruhiy zo‘riqishlardan saqlanish

zarur. Bemor ovqatdan keyin o‘rinda qoringa iliq isitgich qo‘yib, yotib dam olishi kerak.

Parhez ovqatlarning ahamiyati katta, 1-parhez stoli buyuriladi. Surunkali gastriti qo‘zigan bemorga dastlabki kunlarda ovqat eyishga ruxsat etilmaydi, surunkali gastritning o‘rtacha ifodalangan hollarida, ayniqsa, remissiya bosqichida parhez ovqatlar birmuncha xilma-xil bo‘ladi. Parhez tayinlashda ko‘pgina omillar: yosh xususiyatlari, bemorning odatlarini hisobga olish kerak. Surunkali gastritli bemorning taxminiy menyusi organizmning hayot faoliyati uchun zarur barcha ovqatlanish komponentlari (oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, mineral tuzlar)ni o‘z ichiga oladi. Ertalabki birinchi marta eyiladigan ovqat hajmi jihatidan katta bo‘lmasligi kerak, chunki uyqudan keyin hazm shiralari ishlanishi birmuncha sekinlashgan bo‘ladi. Ovqat mahsulotlarining bir qismi ichakni ta’sirlantirishi va uning ishini buzishi (masalan, ich ketishi) mumkin. Nonushtaga yaxshisi manniy bo‘tqasi yoki guruchli bo‘tqa, bug‘da pishgan kotlet eyish, bir stakan qaynoq bo‘lmagan suyuqroq choy ichish kerak, shuningdek, kartoshka yoki sabzi pyure, bug‘da pishgan oqsilli omlet, qaynatilgan yog‘siz baliq, qaynatilgan gulkaram, qaynatilgan lavlagi tavsiya etiladi.

Kofe, kakao ichmaslik kerak, chunki bu ichimliklar o‘z tarkibida me‘da shilliq pardasiga yomon ta’sir qiladigan moddalar saqlaydi. Qalampir, xantal, erqalampir, sirka ratsiondan chiqariladi. Hazm shirasi sekretsiyasi buzilganda ovqat yaxshi hazm bo‘lmaydi, shuning uchun ko‘p ovqat eyish bemorning hazm apparatiga yomon ta’sir qiladi.

Nonushtadan keyin 2—3 soat o‘tgach ikkinchi marta ovqat eyish mumkin. Olma, olcha, olxo‘ri, malina yoki qora smorodinadan tayyorlangan kompot yoki suyuq kompotdan bir stakan, shuningdek, sut, bir kunlik qatiq yoki yangi kefir dan bir stakan ichish mumkin

2- nonushtadan keyin 2—3 soat o‘tgach uchinchi marta ovqat eyish kerak. YAxna ovqat—vinegret (ozgina kungaboqar moyi qo‘shilgan, qaynatilgan kartoshka, lavlagi, sabzi). Birinchi ovqatga taxminan yarim likobcha sho‘rva beriladi.

Go‘sh, tovuq, baliq bulonlari shira haydovchi ta’siriga ega va sekretsiyasi pasaygan gastritda berilishi lozim. Kisel va kompotni krijovnik, qulupnay, nordon olma, pishmagan nok, qizil va oq smorodina, ryabinadan tayyorlamaslik kerak.

Tushlikdan 2—3 soat o‘tgach tushlikdan keyingi ovqat—(poldnik) bir stakan choy bilan bulochka yoki buterbrod bilan ozroq yangi sariyog‘, yoki kefir, bir kunlik prostakvasha, sut, kompot, kisel beriladi.

Beshinchi martasida kechki ovqat eyiladi: qaynatilgan kartoshka, do‘lma, meva sharbati qo‘shilgan guruchli yoki manniy bo‘tqasi, tvorog bilan sut, jigar pashtet, ilitilgan tuxum, suyuqroq qilib damlangan choy, qandli iliq sut. Gastritga

davo qilishda to'g'ri tayinlangan parhez ovqatlarning ahamiyati kattaligini unutmash kerak.

1. Me'daning yallig'langan shilliq pardasiga ta'sir etishda parhezdan tashqari quyidagi dori moddalari ishlatiladi:

a) xlorid kislotani neytrallash uchun almagel, maaloks, alyumag va h.k;

b) vitaminlar: V1, V6, , askorbin kislota m/o;

v) me'da devorining qon aylanishini yaxshilash uchun komplamin, 2 ml m/o, kuniga bir marta 1 oy mobaynida.

2. Me'da shirasi ishlab chiqarishni yaxshilash, me'da ichidagi kimyoviy o'zgarishlarni yo'lga solish uchun:

a) sof me'da shirasi 1 osh qoshiqdan 3 mahal ovqat bilan birga;

a) 5% li xlorid kislota 1 choy qoshiqdan yarim stakan suvga ovqat bilan birga;

d) betatsid, asidin-pepsin yarim stakan suvga 1 tabletkadan solib, 3 mahal ovqat bilan birga beriladi.

3. Me'daning harakat vazifasiga ta'sir etish: papaverin, no-shpa, atropin sulfat 0,1% li eritmadan 6—8 tomchi, ovqatdan 30—40 minut oldin, platifillin 1 ml 0.2% li eritma t/o, fizioterapevtik usul, issiqlik bilan davolash usullari (induktotermiya, parafin aplikatsiyasi, ozokerit). Kalsiyni novokain bilan elektrofarez qilish.

4. Ichakda ovqat hazm bo'lish jarayonini yoiga solish:

a) fermentli dori moddalarni buyurish: panzinorm 1 tabletkadan 3 marta ovqat bilan, pankreatin 1 g dan 3 marta ovqatdan oldin;

a) enteroseptol, meksaform, intestopan ichak mikroflorasiga ta'sir etadi.

Sanatoriya-kurortda davolanish ham g'oyat muhim. Bizning mamlakatimizda bunday davo „CHinobod“, „Toshkent mineral suvlari“ kabi davolash maskanlarida va boshqa joylarda olib boriladi.

Parvarishi. Xronik gastritli bemorlarni parvarish qilish hamshiradan shifobaxsh ovqatlar asoslarini bilishni talab etadi. Bemorga ovqatni qat'iy belgilangan soatlarda eyish haqida tushuntirish, spirtli ichimliklar ichishni, chekishni qat'iy taqiqlash zarur.

Profilaktikasi o'tkir gastrit profilaktikasi kabi bo'lib, bu ovqatdan zaharlanish, sanoat va maishiy zaharlardan zaharlanishning oldini olishni o'z ichiga oladi. Oziq-ovqat mahsulotlariga yaxshi pazandalik ishlovi berishga, ayniqsa, yirik umumiy ovqatlanish korxonalarida tayyorlash jarayoni ustidan sanitariya nazorati olib borish ovqatdan zaharlanishdan saqlab qoladi. Surunkali gastritning oldini olish uchun qorin bo'shlig'i a'zolarining ham o'tkir, ham surunkali yallig'lanish kasalliklari: kolit, xoletsistit, appenditsitga qunt bilan o'z vaqtida davo qilish zarur. Bundan tashqari, otit, gaymorit kabilarni o'z vaqtida davolashning ahamiyati katta.

Spirtni ichimlik, ayniqsa, qo'lda tayyorlangan alkogolli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi uzil-kesil kurash olib borish zarur. CHekishga qarshi kurash ham surunkali gastrit profilaktikasining zarur qismi hisoblanadi.

Og'iz bo'shlig'ida ovqatga mexanik ishlov berishda to'la qimmatli chaynov apparati muhim rol o'ynaydi, shuning uchun tishlarini o'z vaqtida davolatish va kerak bo'lsa, sun'iy tish qo'ydirish me'da kasalliklari, shu jumladan, gastrit profilaktikasi hisoblanadi.

### **Me'da va 12 barmoqli ichakning yara etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi—sikl bilan davom etadigan surunkali kasallik bo'lib, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda yara paydo bo'lishi bilan kechadi. Yoki boshqacha ta'rif berish ham mumkin.

Yara kasalligi—turli-tuman klinik manzara bilan va me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak shilliq pardasida gastroduodenal zonadagi sekretor trofik jarayonlarni tartibga solib turadigan nerv-gumoral mexanizmlarning buzilishi natijasida yara hosil qilish bilan siklli kechadigan kasallikdir. Shu sababli oshqozon shirasida pepsin va xlorid kislota ko'paygani holda, undagi shilliqning himoya qilish xususiyati pasayadi va yara paydo bo'lishiga olib keladi. **62- rasm**



Bu kasallik har xil yoshda, ayniqsa, 30—40 yoshda ko'p uchraydi. Aholining 5% i shu kasallikka chalinadi. Shaharlik aholi qishloqlardagiga nisbatan ko'p, erkaklarda ayollarga nisbatan 6—7 marta ko'p uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqish sabablari ko'p bo'lganligidan (40 tagacha) bu kasallik polietiologik hisoblanadi. Bu sabablar 2 ta katta: asosiy va yordamchi guruhga bo'linadi. Asosiy sabablarga doir bir necha nazariyalar mavjud:

1. Mexanik nazariya: qattiq, dag'al, achchiq, sho'r, yomon chaynalgan ovqatning oshqozon shilliq qavatiga mexanik ta'siri natijasida yara paydo bo'ladi.

2. Nevrogen nazariya: ruhan charchash, o'tkir va surunkali ruhiy kechinmalar, barotravma, bosh miyaning jarohatlanishi tufayli oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak faoliyatining buzilishi natijasida yara paydo bo'ladi.

Peptik nazariya: bunga, asosan, oshqozon shirasida xlorid kislota va pepsin ko'payadi, shu bilan bir qatorda, oshqozon shirasidagi shilliqning himoya qilish xususiyati kamayib, o'z-o'zini hazm qilishi kuzatiladi.

3. Infektsion nazariya, 1988- yilda aniqlangan spiralsimon bakteriya *Helicobacter pylori*ning oshqozonda yara hosil bo'lishida ishtirok etishi ilmiy

tekshirishlarda isbotlandi.

Yordamchi sabablar:

1. Odamning tuzilishi va irsiy xususiyatlari, oshqozonda yordamchi shilliq bezlarining ko'payishi, qon gruhi, alohida xususiyatlari.
2. Tashqi sharoit ta'siri (namlik, havo bosimi, harorat).
3. Tamaki chekish va ichkilik ichish.
4. Qo'shimcha kasalliklar (ovqat hazm qilish kasalliklari— jigar sirrozi va h.k.).

Kaxallikning rivojlanish jarayoni yaxshi o'rganilmagan. Har xil sabablar natijasida miya qobig'i va gi potalamo-gipofiz tizimi faoliyatidagi o'zgarish (kortikoliberinni ko'p ishlab chiqarish natijasida gi pofizda AKTG gormoni ishlab chiqarish ko'payadi) natijasida vegetativ nerv tizimi parasimpatik qismining faolligi oshadi. Vagotoniya oshqozon va o'n ikki barmoq ichak harakatini o'zgartiradi va oshqozon shirasini oshiradi. Bu sabablar organizmning irsiy-konstitutsional xususiyatlari bilan birga, kislota-peptik faoliyatining oshishiga olib keladi. Bunga buyrak usti bezining kortizol ishlab chiqarishi oshishi natijasida gastritning ko'payishi ham sabab bo'ladi. Yana buyrak usti bezi faoliyatining o'zgarishi oshqozon shilliq pardasining kislota— peptik ta'siriga qarshilik faoliyatini pasaytiradi, natijada shilliq pardaning regeneratsiya faoliyati pasayadi, shilliq kam ishlab chiqarilishi natijasida shilliqning xususiyati buziladi. Oshqozon harakatining buzilishi o'n ikki barmoq ichak yarasida uning ovqat moddalaridan bo'shashining tezlashishi, oshqozonda ko'p miqdordagi nordon suyuqlikning o'n ikki barmoq ichakka tushishiga olib keladi.

Oshqozon yarasi kasalligida harakat va evakuatsiya faoliyati buzilishi natijasida oshqozondagi ovqat evakuatsiyasining pasayishi va o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'idagi ovqat moddalarining oshqozonga o'tishi kuzatiladi. O'n ikki barmoq ichak yarasida kislota-peptik faoliyatining oshish omili va oshqozonning bo'shalishi tezlashishi ahamiyatli bo'lganda, oshqozon yarasida esa regenerativ faoliyatning pasayishi, oshqozon bo'shashining pasayishi bilan shilliq modda himoya faoliyatining pasayishi katta ahamiyatga ega.

Kasallik turlari.

1. Klinik-morfologik belgilariga qarab: oshqozon yara kasalligi va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi.
2. Yaraning joylashishiga qarab: me'daga kirish qismida, chiqish qismida, kichik egrilik sohasida, o'n ikki barmoq ichak sohasi va h.k.
3. Kasallikning kechishiga qarab: qaytalanishi, pasayib qaytalanishi, pasayishi.
4. Kasallikning og'ir-yengilligiga qarab: yengil kechadigan, surunkali (o'zgarmaydigan), kuchayib boradigan.

5. Asoratlariga qarab: asoratli, asoratsiz.

Asoratlari. Oshqozondan qon ketishi, penetratsiya, oshqozonning perforatsiyasi, o'smaga aylanishi, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak stenozi.

Kasallik belgilari. Asoratlanmagan yara kasalligining asosiy belgisi og'riqdir. Ko'p bemorlarda me'da sohasidagi og'riq kuchli kechuvchi, sanchiqli bo'lsa, ba'zilarida kuchsiz va siquvchi og'riq bezovta qiladi. Og'riq belgisining ifodalanganligi yaraning chuqurligiga, me'da harakat faoliyatining buzilish darajasiga, bemorning o'ziga xos sezuvchanligiga bog'liq. Og'riq belgisining paydo bo'lishi mavsumiy bo'lib, ko'proq bahor va kuz oylarida kuzatiladi. Bu davrda kasallik ko'proq qaytalanadi. Og'riq xuruji paytida bemorlar majburiy holatni (qoringa yotib, oyoqlarni qorni tomonga bukib, oldinga engashib) egallashga harakat qiladilar va bunda og'riqning biroz pasayishiga erishadilar.

Yara kasalligida og'riq ma'lum darajada takrorlanib, kunning ma'lum vaqtlarida kuzatiladi va ovqatlanishga bog'liqdir. Ovqatlanish bilan bog'liq og'riqning erta, kech, och qoringa va tungi turlari kuzatiladi. Ovqatlanishdan keyin qisqa muddatda (20—30 daqiqada) paydo bo'ladigan erta og'riqlar me'da yara kasalligiga xos. Och qorinda bezovta qiladigan, tungi va kech (ovqatlanishdan 1,5—3 soat o'tgach paydo bo'ladigan) og'riqlar o'n ikki barmoq ichak yara kasalligiga xos bo'lib, ovqatlanish og'riqni pasayishiga olib keladi. Natriy gidrokarbonat va boshqa antatsid dorilarni qabul qilish ham og'riqlarni kamaytiradi. Yara kasalligining og'riqsiz turi mavjudligini ham yodda saqlash lozim. Yara kasalligidagi og'riq qator dispeptik belgilar: ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, kekirish, qabziyat bilan kechadi. Yara kasalligi bilan og'riq bemorlarda ishtaha yo'qolmaydi, ammo ovqatlanish bilan doimiy takrorlanuvchi og'riq tufayli bemorlar ovqatlanishdan yuz o'giradilar. Shu sababli kasallik qaytalanish davrida bemorlar yana ham ozib ketadilar.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda ularning ozg'inligi, asabiylashganligi, ko'p terlashga moyilligi, ifodalangan qizil, ba'zan ba'zi bemorlarda oq dermografizm aniqlanadi. Til ko'zdan kechirilganda uni karash qoplaganligi, yorilishlar, trofik o'zgarishlarini aniqlash mumkin.

Rentgen nuri bilan tekshirilganda yara kasalligining asosiy belgisi — „tokcha“ belgisi bemorlarning  $\frac{3}{4}$  qismida aniqlanadi. Yara kasalligini aniqlashda gastroduodenofibroskop bilan tekshirishning ahamiyati muhim. Laboratoriya tekshirish usullaridan najasda yashirin qonni muntazam aniqlash ahamiyatli. Qonashni aniqlash yara kasalligi qaytalanmaganligidan dalolat beruvchi belgi hisoblanishi mumkin.

Hozirgi vaqtda diagnostika maqsadlarida peritoneoskopiya (laporoskopiya) — qorin bo'shlig'i o'rganlarini laporoskop yordamida ko'zdan kechirish qo'llanilyapti.

Davolaxh. Oshqozon yarasi bilan og'rikan bemorlar yara xuruji kuchaygan bosqichda kasalxonada davolanadilar. Kun tartibiga, ovqatlanish tartibiga qattiq rioya qiladilar. Parhez ovqatlar buyuri- ladi (№—1, a.v. parhezi).

Yara kasalligida oqsil, yog', uglevodlar, vitaminlar, mikroelementlar fiziologik me'yorda bo'lishi shart. Ovqatlanish kuniga 5 marta buyuriladi. Ovqatlar yaxshi qaynatilgan, maydalangan va bug'da pishirilgan bo'lishi kerak.

Yog'liq go'sht, baliq, sho'rvalar, sabzavot va qo'ziqorin quyuq qaynatmalar, pishirilmagan, maydalanmagan va sho'r ta'mli sabzavot va mevalar, tuzlangan va dudlangan meva va go'sht mahsulotlari, achchiq, xamir mahsulotlari, qora non, sovuq ichimliklar, muzqaymoq, tarkibida ko'p miqdorda SO<sub>2</sub> saqlagan mineral suvlar iste'mol qilish taqiqlanadi.

Dori-darmonlar bilan davolash quyidagi asosiy yo'nalishlarda olib boriladi:

— markaziy asab tizimi faoliyatini yaxshilovchi, tinchlantiruvchi, uyqu chaqiruvchi;

— ortiqcha ishlab chiqarilgan xlorid kislota pepsinni neytrallash va biriktirib oluvchi;

— oshqozon va o'n ikki barmoq ichak harakati va o'tkazuvchanligini yaxshilovchi;

— shilliq himoya qavati faoliyatini ko'paytiruvchi;

— shilliq qavat to'qima elementlari regenerativ xususiyatlarini oshiruvchi va distrofik yallig'lanish jarayonini kamaytiruvchi.

— campilobacter piloriga qarshi antibakterial davolash. M—xolinolitiklar (atropin, metatsin, platifillin va boshqalar) tayinlanadi. Bu dori moddalari og'riqni qoldirishda yordam beradi. 0,1% atropin eritmasidan 0,5—1ml, 0,1% li metatsin eritmasidan 0,2 ml, platifillin eritmasidan 1—2 ml, kuniga 2—3 marta, ovqatdan 30—40 minut oldin buyuriladi.

Gastrotsepin xlorid kislota ishlab chiqarishni 10—12 soatga pasaytiradi. Bir sutkada 75—100 mg, kuniga 2 marta buyuriladi. U 4—5 haftada yaraning chandiqlanishiga olib kelib, boshqa moddalar singari nojo'ya ta'sirga ega emas, shuning uchun uni glaukoma, yurakning ishemik kasalligi, xafaqon kasalligi, nevrosteniya va boshqa kasalliklar bilan kechganda ham qo'llash mumkin.

Gistamin N<sub>2</sub> retseptorlarning sezuvchanligini kamaytirish maqsadida simitidin, ranitidin va famotidinlar qo'llaniladi.

Parvarixhi. Poliklinika shifokori kuzatuvi ostida bo'lgan bemor tayin qilingan dori-darmonlar va mineral suvlarni ichish bilan birga gigiyenik

tavsiyalarni ham bajarishi: yaxshi chaynab yeyishi, sutkasiga kamida 8—9 soat uxlashi, tishlar ahvolini kuzatib borishi,

zarur bo'lganda protez tishlar qo'ydirishi kerak. Ratsional kun tartibiga rioya qilish lozim: har kuni sof havoda sayir qilish (kamida 1 soat), fizkultura mashqlari kompleksini bajarishi lozim.

Bemor me'da va o'n ikki barmoq ichakni yara kasalligidan parhezga uzoq vaqt qat'iy ravishda, hatto ahvoli yaxshilangan- dan keyin ham amal qilgan taqdirdagina xalos bo'lishi mumkin. Bemor o'zini soppa-sog' his qilishi mumkin, biroq kasallik remissiya fazasiga o'tgan, biroq, umuman, tugatilmagan bo'ladi. Parhez buzilganda kasallik qo'zishi mumkin. Yara kasalligiga qarshi ovqatlanish kursi bir oy: bemor 10—12 kun parhez №—1 a, 10—12 kundan keyin parhez №—1 b, so'ngra parhez №—1 oladi. Maksimal darajada ehtiyot qiladigan parhezlar №—1a va №—1 b og'riqlar va dispeptik hodisalarning (zarda qaynashi, achchiq kekirish, ko'ngil aynishi) to'xtashiga yordam beradi. Ratsionga o'simlik moyi kiritish ichak funksiyasiga yaxshi ta'sir etadi (qabziyatni yo'qotadi). Me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi bilan kasallangan bemorlar mehnatga layoqatli bo'lganlaridan keyin ham uzoq vaqtgacha (1 yildan 3 yilgacha) parhez qilib yuradilar. Turli-tuman ovqatlar yeyishga davolovchi shifokor ruxsatidan keyingina o'tish lozim.

Yara kasalligi sababli operatsiyaga ko'rsatmalar xirurg bilan hamkorlikda belgilanadi, asoratlari xirurgik davolanadi.

Tibbiyot hamshirasi parhez buzilishining oldini olishi kerak. Bemorda „kofe quyiqa“ aralashgan va „qatronsimon“ axlat paydo bo'lganda (qon ketish belgilari) bu haqida shifokorga xabar qilishi lozim. Yara kasalligida davo qilishning muhim shartlariga to'g'ri parhez rejimini tayinlash, bemorning ishtahasi yaxshi bo'lishi to'g'risida g'amxo'rlik qilish va og'iz bo'shlig'ini qunt bilan parvarish qilish kiradi. Tibbiyot hamshirasi bemor har gal ovqatdan so'ng og'zini chayishini kuzatib borishi lozim. Buni u mustaqil bajara olmasa, hamshira og'iz bo'shlig'ini birorta dezinfeksiya qiladigan eritma bilan artib qo'yadi. Og'iz bo'shlig'ini baloncha bilan yuvsa ham bo'ladi. Yuqori jag' tishlarini artishda quloqoldi bezining chiqaruv yo'liga infeksiya tushirmaslik uchun lunjini shpatel bilan tortib turish kerak.

### **Me'da raki kasalligi etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Me'da-ichak yo'llaridan rak xastaligiga eng ko'p duchor bo'ladigan a'zo me'dadir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra hamma rak xastaliklari orasida me'da raki 40% ni tashkil etadi. Oshqazon o'smasi o'lim ko'pligi jihatidan boshqa hamma xavfli kasalliklardan ajralib turadi. Etiologiyasi aniqlanmagan, lekin o'sma sog'lom o'zgarmagan oshqozonda to'satdan paydo bo'lmaydi. Shu

nuqtayi nazardan me'da rakini o'z vaqtida aniqlash va davolash nihoyatda katta ahamiyatga ega.

Me'da rakiga ko'pincha 50—60 yoshdagi kishilar duchor bo'ladi. Zamon statistika ma'lumotlariga ko'ra me'da poliplari- ning malignizatsiyasi 30—50% hollarda, me'da yara kasalligining rakka aylanishi 7—10% (hatto 20% gacha) hollarda qayt qilingan. Har bir tibbiyot xodimi me'da rakining oldini olish usullarini hamda parvarish qilishning deontologik xususiyatlarini bilishi lozim.

Quyida me'da rakiga olib keluvchi sabablar haqida, uning klinik simptomlari, tekshirish usullari haqida kerakli ma'lumotlar berilgan.

### **Me'daning o'sma kasalligi**

Me'daning o'sma kasalligi (raki) me'daning zararlangan shilliq parda hujayralari (epiteliy) dan rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Aholining irsiy moyilligi, turmush tarzi, ovqatlanish odati va boshqa omillar bu xastalikning paydo bo'lishiga ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi.

Hozirgi vaqtda ovqatlanish gigiyenasining tubdan yaxshilanganligi uchun bu makkor kasallik kamayib bormoqda. Ma'lumki, me'da raki faqat kishini zararlantiradi.

Klinik tekshirishlar ko'rsatishicha, xastalik ko'pincha me'da shirasi kam ajraladigan odamlarda kuzatiladi. Ovqat bilan birga me'daga tushgan kanserogen (zararli) moddalar normal me'da shirasi bilan yuvilmaydi va me'da shilliq pardasiga uzoq ta'sir etib turadi, natijada normal to'qimalar o'sma to'qimalariga aylanadi. O'z vaqtida ovqatlanmaslik, och yurish va birdan ko'p ovqat yeyish, ichkilik ichish, og'iz bo'shlig'ini toza tutmaslik xastalikning paydo bo'lishiga sharoit yaratadigan salbiy omillar hisoblanadi.

Me'da polipi, me'da raki, me'da devori shilliq pardasining atrofik o'zgarishlari rak oldi me'da kasalliklari qatoriga kiradi.

Patologik anatomiyasi. Me'da raki ko'pincha pilorusda (60—70%), kichik egrilikda (20—25%) qayt qilinadi.

Proksimal bo'limda me'daning orqa devorida kamroq kuzatiladi. Kasallik mikroskopik o'sishi bo'yicha 3 xil bo'ladi. Bunda uning belgilari va metastaz berib o'sishi, o'sish turlariga aloqadordir. O'smaning ekzofit o'sishi o'ziga xos xususiyatga ega bo'lib, chegarasi aniq bo'ladi, u shaklan polipga, toshma yoki qo'ziqoriga o'xshaydi. O'smaning endofit o'suvchi turida chegarasi bo'lmaydi, u shilliq parda ostida, asosan, limfa tomirlari orqali me'da devorlari bo'ylab keng tarqalib boradi. Shuning uchun ham me'da shilliq pardasidagi burmalar yo'qola borib, tekislangan holga o'tadi. Me'da shilliq

pardasi xavfli o'smasining aralash ekzoendofit turi ham uchraydi, klinik belgilari ko'proq endofit belgilarga o'xshaydi va yanada xavfliroq hisoblanadi, chunki xavfli o'sma hujayralari katta masofaga (5—7 sm) tarqalishi mumkin. O'sma mikroskopik turli darajada rivojlangan adenokartsinoma hujayralaridan tuzilgan. Me'da raki, asosan, limfa yo'llari bo'ylab tarqaladi va tez orada regionar limfa bezlariga metastaz beradi. Kasallik qon tomirlar orqali ham tarqalib, bunda, asosan, jigarga metastaz beradi. Me'dada ham, boshqa a'zolar kasalliklaridagi kabi xavfli o'sma to'g'ridan to'g'ri atrofdagi a'zolarga o'sib kirishi mumkin. Bu yo'l rakni endofit turida kasallik me'dani hamma qavatlarini qoplagandan so'ng atrof a'zolarga tarqalganligini ko'rsatadi. Xavfli o'sma me'daning qaysi joyida rivojlanganiga qarab tarqaladi, shunda u me'da osti beziga, yo'g'on ichak charvisiga, asosan, jigarning chap qismiga—qizilo'ngachning pastki sohasiga o'tishi mumkin. Me'da raki chap o'mrov suyagi ustki limfa beziga metastaz bersa, Virxov metastazi deb, tuxumdonlarga tarqalsa, Kruksenberg metastazi, chanoq suyagi tubi bo'limiga tarqalsa Shnitsler metastazi deb ataladi. Kasallikning oxirgi bosqichlari o'ta xavfli bo'lib, bemorning halok bo'lishiga olib keladi.

Olimlar o'tkazgan klinik tekshirish ko'rsatishicha, metastaz, hatto xavfli o'sma me'daning faqat shilliq pardasida rivojlanganda ham paydo bo'lishi mumkin. Me'da raki quyidagi klinik bosqichlarga ajratiladi:

I bosqich. Me'daning shilliq pardasida va shilliq parda ostida joylashgan kichik o'smalar hali atrofga tarqalmagan bo'ladi.

II bosqich. Me'daning mushak qavatida joylashib, hali seroz pardaga o'tmagan. Metastazning oxirgi davrida charvi karsinomatozi bo'lib, u assit bilan kechadi. O'sma ancha joyni egallashi, hatto jigarga ham o'tishi mumkin (gematogen yo'l). O'sma o'pka, buyrak usti bezlariga, suyaklarga kamroq tarqaladi. 20% bemorning nobud bo'lishiga sabab —me'da raki keltirib chiqargan asoratlardir. Qon ketishi, peritonit, ichaklarning buralib qolishi va boshqalar shular jumlasidandir.

III bosqich. Kattakon o'sma regionar bezlarga, me'daning hamma devorlariga tarqaladi, atrofdagi a'zolar yallig'langan bo'ladi, me'da harakati chegaralanadi, kattagina regionar metastazlar aniqlanadi.

IV bosqich. O'sma chegaralangan hajmda bo'lib, metastaz beradi.

Me'da rakining TM sistemasi bo'yicha tasnifi

T<sub>1</sub>—epiteliy ichi o'smasi.

T<sub>2</sub>—me'daning faqat shilliq pardasi yoki shilliq parda ostida joylashgan o'sma.

T<sub>3</sub>—chuqurroq joylarga kirib borgan,deyarli anatomik tuzilmalarning yarmini egallagan o'sma.

T<sub>4</sub>—chuqur invaziyalangan, a'zoni yarmidan ko'prog'ini egallagan, lekin atrof a'zolarga hali tarqalmagan o'sma.

T<sub>5</sub>— biror a'zoni batamon egallagan yoki boshqa a'zolarga tarqalgan o'sma.

Regional limfatik tugunlarga tarqalgan

O—limfatik tugunlarga metastaz bermagan. H<sub>1</sub>—perigastral, faqat limfa tugunlarini zararlagan o'sma.

H<sub>2</sub>—quyidagi limfa tugunlarini zararlagan o'sma: me'daning chap qismidagi qorin pardasi, jigar, taloqqa tegishli qon tomirlar, o'n ikki barmoq ichak tugunlari. Bularni faqat jarrohlik yo'li bilan olib tashlash mumkin.

H<sub>3</sub>—aorta yo'li limfa tugunlari bo'ylab,charvi va chov arteriyalari bo'yicha tarqalgan o'smalar. Bularni jarrohlik yo'li bilan olib tashlab bo'lmaydi.

M— ko'pgina joylarga tarqalgan, metastazlangan o'sma. M<sub>1</sub>— o'smaning ko'p joyga tarqalgani aniqlanmagan.

M<sub>2</sub>—ko'pgina joyni egallagan.

R—gistapatologik mezon.

R<sub>1</sub>—o'sma faqatgina shilliq pardaga tarqalgan.

R<sub>2</sub>—o'sma faqat shilliq parda ostiga tarqalgan bo'lsa-da, lekin mushaklarga o'tmagan.

R<sub>3</sub>—o'sma mushaklarni zararlagan, ammo seroz pardaga o'tmagan.

R<sub>4</sub>—o'sma seroz pardani zararlantirib, atrofdagi boshqa a'zolarga ham o'tadi.

Klinik manzaraxi. Kasallik uzoq vaqt davom etsa ham, shaklan juda kichik bo'lib,me'daga zarar yetkazmaydi, shu sababli biror klinik belgi yuzaga chiqmaydi. Me'da raki belgilari o'sma me'da devorlariga tarqalgandagina uning anatomik va funksional vazifalariga ta'sir etadi, natijada klinik belgilar namoyon bo'ladi.

Kasallikning rasmana ifodalangan belgilari— qorinning yuqori qismida, ba'zan qovurg'alarning chap yoki o'ng tomonida og'riq paydo bo'lishi. Og'riqning belga tarqalishi—o'smaning me'da osti beziga yoki qorin pardalariga tarqalishi natijasida paydo bo'ladi.

Og'riq ba'zan ovqat yeyilganda seziladi yoki usiz ham kuzatilishi mumkin. Ko'pincha bemor bular haqida aniq ma'lumotlar bera olmaydi. Me'da raki sababli kelib chiqadigan og'riq, odatda, biron infeksiya qo'shilganda, o'sma parchalanganida, metastaz biron a'zoga va limfa tugunlariga mexanik bosim orqali ta'sir ko'rsatganda paydo bo'ladi. Bunda ko'pincha ovqat hazm qilish funksiyasi buzilaadi, og'iz bemaza bo'ladi, bemor kekiradi,

jig'ildon qaynaydi, og'izdan badbo'y hid keladi. Quvatsizlik, ozib ketish, kamqonlik me'da rakining umumiy

belgilari hisoblanadi. Bemorni tekshirib ko'rganda rangi oqargan, bedor, ozib ketgan, ba'zan to'sh ostida o'sma aniqlangan va atrofdagi a'zolarga metastaz bergan bo'ladi.

A.I.Savitskiyning ko'rsatishicha, kasallikni aniqlashda alohida belgilar, ya'ni „kichik klinik sindrom“ deb atalgan belgilarga ahamiyat berish kerak.

Bu sindromga quyidagi belgilar kiradi:

–kasalligi bo'yicha shifokorga murojaat etishdan bir necha hafta yoki hatto bir necha oy oldin bemor sababsiz paydo bo'lgan quvatsizlik, salga charchash, ish qobiliyatining pasayishi;

–ishtahaning taboro pasayishi, hatto odatdagi ovqatlardan voz kechishi;

–ovqat yegandan so'ng me'dada, to'sh ostida og'irlik sezishi;

–sababsiz ozib ketish;

–ruhiy tushkunlik alomatlari.

Bu belgilar bemorlarning qariyb 80% ida uchraydi, kasallikni aniqlashda bunga ahamiyat berish kerak. Me'da rakining klinikasi o'smaning qaysi joyda o'sayotganiga, shakliga va tarqalganligiga bog'liq.

Tashxisi. Me'da rakini aniqlashda quyidagi usullardan foydalanish mumkin:

1. Me'dani rentgen nurlari yordamida tekshirish.

2. Me'dani gastroskop yordamida tekshirish.

3. Laparoskopiya usuli.

Me'da rakini erta aniqlashda ilk simptomlar va gastroskopiya tekshirish usuli katta ahamiyatga ega.

Qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish: me'da suyuqligini, periferik qonni, Gregersen sinamasi, gidrokamera yordamida, kontrast fotonusxalar metodi, radioaktiv indikatsiya usuli. Bundan tashqari, qorinni to'rtta holatda palpatsiya qilish, jigar va o'mrov osti soha- larini ushlab ko'rish, barmoq bilan rektal tekshirish klinik tekshirishning ajralmas tarkibiy qismlaridan hisoblanadi.

Davolash. Me'da rakiga, asosan, operatsiya usuli bilan davo qilinadi, konservativ metodlar esa batamom sog'ayib ketish imkonini bermasada, bemor iztiroblarini ma'lum darajada yengillashtiradi va shubhasiz, ularning umrini uzaytirishga yordam beradi. So'nggi paytlarda organizmning himoya kuchlarini oshirishga qaratilgan immunoterapiya usulida davolash jadal suratlarda olib borilmoqda.

Profilaktikasi. Me'da rakining oldini olish usullari 2 xil — gigiyenik va klinik yo'nalishda olib boriladi.

Gigiyenik profilaktikaga shaxsiy va ovqatlanish gigiyenasiga amal qilish — chekmaslik, ichkilik ichmaslik, ovqatlanish tartibiga rioya qilish kabi qoidalar

kiradi. Ovqatlarni sifatli va to'yimli qilib tayyorlash ko'pincha bu kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Lekin mahsulotlarni ortiqcha qovurish ovqatda zararli benzi piren moddasining oshib ketishiga va vitaminlarning kamayishiga olib keladi.

Klinik profilaktika deyilganda, rak oldi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolash tushuniladi.

Parvarishi. Onkologiya bo'limida ishlaydigan hamshiraning asosiy xususiyatlaridan biri bu insonparvarlik va bemorga bo'lgan mehr-oqibatdir. Hamshira etika va deontologiya prinsiplariga asoslangan holda bemor parvarishini rejalashtiradi. Bemor agar og'ir ahvolda bo'lsa, hamshira bemorni o'z vaqtida ovqatlantirishi, o'rin-ko'rpa va ich kiyimlarining tozaligini nazorat qilishi kerak. Bu yotoq yaralarning oldini olishda muhim rol o'ynaydi. O'rnidan turmay yotadigan bemorlarning boshini yoki karavotining bosh tomonini biroz ko'tarib qoshiqda, kichik-kichik porsiyalar bilan ovqatlantiriladi. Bo'yin va ko'kragiga salfetka tutiladi. Suyuq ovqatni choynakchadan berish mumkin.

Bemorga doimiy g'amxo'rlik qilish zarur.

### **Surunkali gepatit va jigar serrozi etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Jigar organizmning bosh laboratoriyasi deb ataladi. Bu muhim organ qorin bo'shlig'ida, o'ng qovurg'alar ostida joylashgan. Massasi 1,5 dan 2 kg gacha bo'lgan jigar pay apparati va qorin ichki bosimi yordamida doimiy vaziyatini saqlab turadi. U diafragmada (orqadan va yuqoridan), ichaklarga, o'ng buyrakka (pastdan), oldingi qorin devoriga (oldindan) tegib turadi. Jigarda ikkita asosiy bo'lak: o'ng (katta) va chap (kichik) bo'lak farq qilinadi. Bu bo'laklar orasida o'yiqlik bo'lib, bu yerda o't pufagi — o't suyuqligi turadigan organ joylashgan. O't pufagi tanasi o'n ikki barmoq ichakka yopishib turadi. Unga 50 ml gacha (normada) sig'adi, uzunligi — 10 sm, eni — 2—4 sm, qopcha shaklida. Jigarning asosiy struktura birligi gepatotsit—jigar hujayrasi hisoblanadi. Gepatotsitlar jigar bo'laklarini hosil qiladi, bo'lakchalar yuqorida eslatib o'tilgan bo'laklarga gruppalanadi. Jigar bo'lakchalari va bo'laklari orasida biriktiruvchi to'qima va makrofaglar sistemasi hujayralari (retikulo-endotelial sistema) bo'ladi. Biriktiruvchi to'qima butun organ orqali o'tib, gepatotsitlarni go'yo jipslashtirib turadi. Gepatotsitlarda muhim hazm sekreti—o't ishlanib, u gepatotsitlar orasida bo'ladigan o't yo'llarini hosil qiladigan o't kapillarlariga tushadi. Jigardan chiqayotganda ular umumiy jigar yo'lga quyiladi. Jigarning qon ta'minoti darvoza vena bilan birga jigarga jigar darvozasi sohasida kiradigan jigar arteriyasi orqali amalga oshiriladi. Darvoza venasi orqali jigarga venoz qon tushadi, darvoza vena jigar

bo‘lakchalari va bo‘lakcha ichida joylashgan jigar venalari kapillarlarini to‘ri o‘rtasida mayda venalar to‘rini hosil qiladi. Qon kapillarlardan jigar venalari orqali pastki kavak venaga tushadi.

Arterial qon jigarga jigar arteriyasi orqali tushadi.

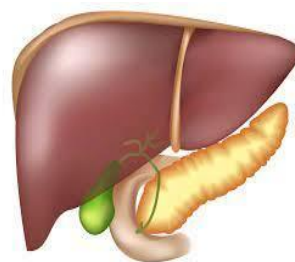
Jigar makrofaglari sistemasida kupfer hujayralari bo‘ladi. Bu hujayralarning funksiyalaridan biri bilirubin (eritrotsitlar halokatidan keyin qon pigmentlaridan) hosil qilish. Jigar vegetativ nerv sistemasining simpatik va parasimpatik qismidan innervatsiya qilinadi. Jigarning eng muhim tashqi sekretiya funksiyalaridan biri o‘t ajratishdir. O‘tda bilirubin, xolesterin, o‘t kislotalari, kalsiy, fosfor va boshqa moddalar bor. O‘t gepatotsitda ishlanib, o‘t pufagida yig‘iladi, u yerdan vaqt-vaqtida o‘n ikki barmoq ichakka (avvalo unga ovqat massasi tushganda) otilib turadi. O‘t pufagi devorining mushak tolalari adashgan nerv ta'sirida qisqaradi va simpatik nerv ta'sirida bo‘shashadi.

Jigar kasalliklarini diagnostika qilishda bilirubinni aniqlashning ahamiyati katta. Normada bilirubin miqdori Endrashek bo‘yicha 1,7 — 17,1 mkmol/l bo‘ladi. Qondagi bilirubinni aniqlash uchun diazoreaktiv bilan reaksiya qilinadi: qon zardobiga reaktiv qo‘shilganda pushtirang hosil bo‘ladi. Agar mexanik (obturatsion) sariqlik bo‘lsa, sariq bo‘yalish birdaniga paydo bo‘ladi (bevosita tez reaksiya), jigar (parenximatoz) sariqligida pushtirang bo‘yalish bir necha minut o‘tgach paydo bo‘ladi (bevosita sekinlashgan reaksiya).

Jigarning organizm hayot faoliyatdagi ahamiyati benihoya katta. Odam organizmiga ovqat bilan tushadigan oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, vitaminlar hazm apparatida singiydi va qon oqimi bilan jigarga boradi. Bu yerda aytib o‘tilgan moddalarni turli organlar va sistemalar osonlikcha o‘zlashtiradigan mahsulotlarga aylantirib beradigan ximiyaviy reaksiyalar sodir bo‘ladi. Masalan, uglevodlar jigarda glikogenga aylanadi, u zarurat bo‘lganda jigardan qonga glukoza ko‘rinishida tushadi. Jigarning oqsil almashinuvida roli shundan iboratki, u organizm uchun zarur albumin, I faktor (fibrinogen) yoki protrombin hosil bo‘lishida qatnashadi.

O‘t suyuqligisiz, xususan, o‘t kislotalarisiz yog‘larning ichakda hazm bo‘lishi va so‘rilishi mumkin emas. Jigarda xolesterin hosil bo‘ladi. Jigar organizmlarning to‘g‘ri hayot kechirishi uchun zarur bo‘lgan vitaminlar va qator mikroelementlar saqlanadigan o‘ziga xos xazina. Jigarning eng muhim funksiyalaridan biri toksinga qarshi funksiyasidir, unda organizmga tushadigan ba'zi bir zaharli moddalar zararsizlantiriladi.

Xronik (surunkali) gepatit—jigar parenximasi, uning mezinximasi (stromasi) va



tomirlarning xronik zararlanishi bo‘lib, morfologik o‘zgarishlari jihatidan, klinik manzarasi, rivojlanish xususiyatlari bo‘yicha ham g‘oyat turli-tuman kasalliklar guruhidir. 63- rasm

Bu guruhga turli morfologik formalari: diffuz va o‘choqli, asosan, gepatotsellular va mezenximal, yallig‘li va distrofik (degenerativ) formalari kiritilgan. Xronik gepatit—jigarning keng tarqalgan, hamisha aniqlanavermaydigan va ro‘yxatga oli- navermaydigan xronik kasallik. U o‘tkir virusli gepatit bilan bevosita aloqador bo‘lgani va aksariyat sirrozga aylanmay, ko‘p yil kechishi hatto sog‘ayib ketish mumkinligi jihatidan katta ahamiyatga ega. Standartlangan nomenklatura va xalqaro mezonlarga binoan xronik gepatit—jigarda kamida 6 oy davom etadigan yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, u jigar sirroziga aylanishi mumkin.

Uning rivojlanishiga o‘tkir virusli gepatit (asosiy sababi), toksinli, toksin-allergik omillar, ichkilik, me‘da-ichak yo‘llari, o‘t pufagi kabi kasalliklar sabab bo‘ladi. H.H.Mansurov ma'lumotlariga ko‘ra o‘tkir virusli gepatitdan keyin xronik gepatit rivojlanishi 85% hollarda, A.F.Blyuger (1981) ma'lumotlariga ko‘ra 65% hollarda yuz beradi. U „A“ ham emas, „B“ ham emas, gepatitlardan keyin eng ko‘p, kamroq —„A“ va „B“ gepatitlardan keyin paydo bo‘ladi. Shu bilan birga xronik gepatit o‘tkir virusli gepatitning yengil formalaridan keyin 27,3% hollarda, og‘ir va sariqliksiz bilan o‘tadigan formalaridan keyin 52,3% va 73% hollarda rivojlanadi.

S.D.Podimova (1984) xronik gepatitning quyidagi tasniflarini taklif qiladi.

*Ftologik tasnifi:*

- virusli „A“, „B“, „A“ ham emas, „B“ ham emas;
- toksik;
- toksik-allergik (dorilardan);
- alkogolli;
- nospetsifik reaktiv gepatit;
- ikkilamchi billiar gepatit, jigardan tashqari xolestazda.

*Morfologik tasnifi:*

- agressiv;
- persistiraydigan;
- xolestatik.

*Klinik tasnifi:*

- asli xronik aktiv gepatit;
- lupoid (autoimmun);
- sust kechadigan (xavfsiz);
- xolestatik.

*Jigarning funksional holatiga ko'ra:*

- kompensatsiyalangan;
- dekompensatsiyalangan.

Butun dunyo gepatologlari assosiativasi tavsiya etgan surunkali gepotitlarning (SG) yangi tasnifi (Los Anjeles, 1994) quyidagicha:

I. Etiologiyasiga ko'ra:

- autoimmun gepatit;
- surunkali gepatit B;
- surunkali gepatit D;
- surunkali gepatit C;
- etiologiyasi aniq bo'lmagan surunkali virusli gepatit (G,F,T);
- kriptogen surunkali gepatit;
- dorilar chaqiruvchi SG;
- birlamchi billiard jigar sirrozi;
- birlamchi sklerozlovchi xolangit;
- Vilson —Konovalov kasalligi;
- birlamchi antitripsin yetishmovchiligi;
- jigarning alkogoldan shikastlanishi.

II. Faollik darajasiga ko'ra (gepatositlarning nekrozi bo'yicha)

Faollik indeksi Faollik darajasi

1—3 minimal SG

4—8 yumshoq SG

9—12 o'rtacha SG

13—18 og'ir SG

**III. Surunkali gepatit bosqichini aniqlash (fibros bo'yicha)**

2-jadval

Kasallik bosqichlari ko'rsatkichi	Ma'lumot	Belgilari
0 bosqich	Fibroz yo'q	Fibroz yo'q
I bosqich	Yumshoq fibroz	Peripartal fibroz
II bosqich	O'rtacha fibroz	Parto-partal septalar
III bosqich	Og'ir fibroz	Parto-sentral septalar
IV bosqich	Sirroz	Sirroz

Surunkali aktiv gepatit klinik sindromlariga sitolitik, yallig'lanish, xolestatik, astenovegetativ, dispeptik, gemorragik, gipersplenizm sindromlari kiradi.

Sitolitik sindrom (jigar hujayralari yetishmovchiligi bilan). Klinik belgilari: bemor ozib ketadi, terisi sargʻayadi, gemorragik toshmalar paydo boʻladi, tana harorati koʻtariladi, markaziy asab tizimi faoliyati oʻzgaradi, til qizargan, yaltiroq, soʻrgʻichlari yassilanib tekislangan (atrofik) boʻladi, qoʻl kaftining ichki yuzasi, muskullar ustidagi terisi silliqanib qizaradi (palmar eritma), terida mayda tomir „yulduzcha“lari paydo boʻladi. Qoʻl barmoqlarida va tirnoqlarida oʻzgarish boʻladi, soch oʻsishi sekinlashadi, toʻkiladi. Koʻkrak bezi kattalashadi.

*Mezenximal yalligʻlanish sindromi:* tana harorati oshadi, boʻgʻimlar ogʻriydi, taloq kattalashadi, limfa bezlari kattalashadi, qon tomirlarining yalligʻlanish belgilari (terida, oʻpkada) paydo boʻladi.

*Xolestatik sindrom:* terida qichima paydo boʻladi, sargʻayadi, dogʻ tushadi, ksantelazma, isitma, siydik rangi toʻqlashishi paydo boʻladi.

*Astenovegetativ sindrom:* kamquvvatlik, ishlash qobiliyatining pasayishi, boʻshashish, holsizlanish, asab buzilishi, bosh ogʻrishi, tinka qurishi, ozish, ipoxondriya paydo boʻladi.

*Dispeptik sindrom:* koʻngil aynishi, ishtahaning pasayishi, kekirish, oshqozon atrofida ogʻriq, qorinning kattalashuvi, dam boʻlishi, qabziyat alomatlari koʻrinadi.

*Gemorragik sindrom:* burun, milklarning qonashi, teriga gemorragik toshmalarning toshishi kuzatiladi.

*Gipersplenizm sindrom:* splenomegaliya kuzatiladi. Laboratoriya belgilari: kamqonlik, qonda trombositlar va leykotsitlar miqdorining kamayganligi aniqlanadi.

Surunkali aktiv gepatitda har xil darajada ifodalangan astenovegetativ, dispeptik, sitolitik, mezenximal-yalligʻlanish, xolestatik sindromlar rivojlanadi. Surunkali aktiv gepatit sabablari ichida eng koʻp tarqalgani oʻtkir virusli gepatitdir. Kasallik qoʻziganda bemorlar oʻng qovurgʻa ostida ogʻirlik va doimiy simillaydigan ogʻriq, madorsizlik, tez charchash, koʻngil aynishi, ishtaha pasayganligi, ichkilikning koʻtara olmasligi, ichak faoliyati buzilganligidan shikoyat qiladi. Kasallik qoʻzigan davrda terida sariqlik, qichishish, harorat koʻtarilishi, boʻgʻimlarda va muskullarda ogʻriq paydo boʻladi.

Paypaslab koʻrilganda jigar kattalashganligi, qattiqlashganligi, ogʻriq borligi aniqlanada. Jigar pastki qirrasi oʻtkirlashadi, baʼzi bemorlarda taloq kattalashadi.

Surunkali persist gepatitning klinik belgilari kam va juda yaqqol boʻlmaydi. Bemorlarda kam quvvatlik, charchash, koʻngil aynish, jigʻildon qaynashi, oʻng qovurgʻaning tagida ogʻirlik va ogʻriq paydo boʻladi. Obyektiv tekshirilganda teri sargʻayganligi, teri oʻzgarishlari, harorat koʻtarilishi deyarli uchramaydi. Jigar paypaslanganda biroz kattalashganligi va qattiqroq boʻlib qolganligi aniqlanadi. Remissiya vaqtida qonda oʻzgarishlar boʻlmaydi. Kasallikning qoʻzish davrida

aminotransferazlarning faolligi qisman oshishi, albuminlarning biroz kamayishi va globulinlarning oshishi bilan namoyon boʻladigan giperproteinemiya bemorlarning yarmida kuzatiladi. Surunkali xolestatik gepatit jigar ichidagi oʻt yoʻllarida oʻt yigʻilib qolishi (xolestaz) sababli rivojlanadigan kasallikdir.

Kasallikni qoʻzish davrida bemorlarda terida qichishish, sargʻayish, keyinchalik ichakda yogʻda eriydigan vitaminlar soʻrilishi buzilganligi sababli koʻz xiralashishi, milklarda va terida gemorragiya belgillari, artralgiya paydo boʻladi.

Obyektiv tekshirilganda terida sariqliq, pigmentatsiya, ksantelasmalar, qichish oʻrinlari koʻriladi. Jigardan tashqari belgilari (palmar eritma, qon tomir „yulduzchalari“) deyarli uchramaydi. Jigar biroz kattalashadi, qattiqlashadi, pastki qirrasi silliq boʻladi.

Davolaxh quyidagicha boʻlishi mumkin:

1. Spetsifik etiotrop davolash, ya'ni asosiy kasallikni davolash.

2. Patogenetik davolash—gormonal preparatlar—prednizolon, deksametazon va immunologik jarayonlar—antitanalar va autoantitanalar hosil boʻlishini susaytiradigan, yalligʻlanish reaksiyalarini, fibroz toʻqima hosil boʻlishini kamaytiradigan dorilar.

3. Umuman quvvatlantiradigan va simptomatik vositalar — vitaminlar (B-gr, C), vikasol, glukoza, insulin, zarur boʻlganda yurak dorilari va siydik haydaydigan dorilar, oʻt oqib chiqishiga yordam beradigan vositalar.

4. Parhez bilan davolash.

5. Dispanser kuzatuv.

6. Sanatoriya-kurortda davolash.

7. Xirurgik davolash metodlari.

Ayrim hollarda xronik gepatit boshlanishidan uning letal natija bilan tugashiga qadar atiga 1—2 yil va hatto bundan kam fursat oʻtsa, boshqa hollarda bir necha oʻn yilliklar kerak boʻladi.

Asoratlari: jigar yetishmovchiligi, burundan, qiziloʻngach, meʼda va ichak varikoz venalaridan qon ketishi, tromboz, pnevmoniya, sepsis, oriqlab ketish, jigar sirroziga aylanishi, rakka aylanishi.

Profilaktikaxi. Oʻtkir gepatit bilan ogʻrigan bemorlarni oʻz vaqtida va jiddiy eʼtibor berib davolash zarur. Oʻtkir gepatit boʻlgan bemorlarni dispanserlash, ularga parhez rejimini oʻrgatish, sanitariya-oqartuv va sogʻlomlashtirish tadbirlari (toksik va ximiyaviy moddalar, oʻsimlik zaharlari, zamburugʻlar xususida).

Har xil dorilar va zaharli moddalardan zaharlanishning oldini olish, sogʻlom turmush tarziga rioya qilish.

Parvarishi. Davo qilishning muhim shartlariga toʻgʻri parhez rejimini tayinlash, bemorning ishtahasi yaxshi boʻlishi toʻgʻrisida gʻamxoʻrlik qilish,

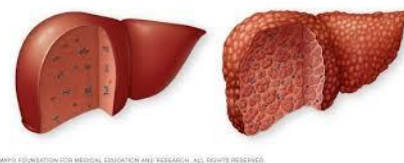
uyidan kelayotgan ovqatlarni nazorat qilish, teri parvarishiga alohida e'tibor berish, bemor ahvoli og'ir bo'lsa, yotoq yaralarning oldini olish, harorati ko'tarilganda kiyim- boshlarini tez-tez almashtirib turish kerak. Hamshira bemorning ahvolini, faoliyatini, o'zini qanday sezayotganini, kayf-u ruhiyatini kuzatib boradi. Bemorning ahvolidagi ro'y bergan har qanday o'zgarishni hamshira davolavchi shifokorga ma'lum qilib turadi. O'rnidan turmay yotgan bemorlar ularning boshini yoki karavotining bosh tomonini biroz ko'tarib qoshiqda, kichik-kichik porsiyalar bilan ovqatlantiriladi. Badanining terisi chidab bo'lmas darajada qichishib turadigan bemorlarning qashinganida badan terisiga yiringli infeksiya o'tkazib qo'yishiga yo'l qo'ymaslik uchun qo'llari toza bo'lishiga qarab borish, tirnoqlarini vaqtida olib turish kerak.

### **Jigar sirrozi**

Jigar sirrozi — surunkali jigar xastaligi bo'lib, surunkali gepatit kasalligining og'ir asorati hisoblanadi. Bunda morfologik jihatdan jigarning bujmayib qolishi va faoliyatining keskin buzilishi, jigar hujayralari — gepatotsitlarning halok bo'lishi kuzatiladi.

Jigar sirrozining *kelib chiqishida* ko'pgina omillar sabab bo'ladi. Bu sabablar gepatotsitlarning shikastlanishiga va ularni o'limga olib keladi. Shuni ham hisobga olish kerakki, bu jarayon asta-sekin rivojlanib borishi yoki qaytalanib turishi mumkin.

Kasallikning kelib chiqishida jigarning g viruslar ta'sirida shikastlanishi katta ahamiyatga ega. Virusli gepatit B dan keyin 3—5% hollarda surunkali aktiv gepatit rivojlanadi va keyinchalik ulardan 40—60% i jigar sirroziga o'tadi. Bu esa surunkali aktiv gepatit bilan og'rigan bemorlarning 50—55% ini tashkil qiladi. 66- rasm



Virusli gepatitning gepatit C formasida surunkali gepatit 60—70% kuzatiladi, 20% i jigar sirroziga o'tadi. Gepatit B ga delta virusi qo'shilishi (gepatit D) jigar sirrozini barvaqt rivojlantiradi. Kam hollarda jigar sirrozi surunkali, asta-sekin kechadigan gepatitdan keyin kelib chiqadi va 5 yil mobaynida 0,8—1,0% bemorlarda rivojlanadi.

Dunyo bo'yicha o'tkir virusli gepatit bilan bir yilda 2 million odam kasal bo'ladi, shundan 1% qismigina kasallikning surunkali formasiga o'tadi. Va keyinchalik jigar sirrozi rivojlanadi.

Jigar sirrozi kelib chiqishida dorilarning ham ta'siri katta. Hozirgi vaqtda 200 dan ko'proq jigarni shikastlantiruvchi dori birikmalari ma'lum. Dorilarni ko'p vaqt yoki katta dozada qabul qilinganda ular jigar strukturasi va funksiyasiga ta'sir qiladi (A.F.Blyuger, 1975). Bu kasallik spirtli ichimliklarni iste'mol qilish natijasida ham kelib chiqadi. Hayvonlarda eksperiment qilib ko'rilganda ko'p

vaqt spirtli ichimliklardan zaharlanish, sifatli ovqatlanishiga qaramasdan, jigarda ferment hosil qilish jarayonini buzadi va gepatotsitlarning distrofik o'zgarishiga olib kelishi aniqlangan.

Alimentar sabablar — ovqat ratsionida oqsillar va vitaminlarning (ayniqsa, vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, folat kislota) yetishmovchiligi jigar sirrozini keltirib chiqaradi. Ko'p hollarda ichki sabablarga ko'ra oshqozon-ichak yo'llaridan oqsil va vitaminlarning qonga so'rilishi buziladi va natijada oqsil, vitamin tanqisligi vujudga keladi. Bu esa jigar sirrozi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Tropik iqlimga xos bo'lgan mamlakatlarda parazitlar ta'sirida jigarning surunkali shikastlanishi ham keyinchalik jigar sirroziga olib keladi. Biliar jigar sirrozi hujayralarda zardobning yig'ilib qolishi yoki jigardan tashqari o't yo'llarida zardobning butkul o'tmay qolishida (xolestaz) rivojlanadi. Xolestaz sabablari surunkali xolangit, jigarning ichki o't yo'llari va jigardan tashqaridagi o't yo'llari shaklining o'zgarishi va bekilib qolishidir (birlamchi biliar sirroz). Bundan tashqari, o't yo'llarining boshqa sabablar, o'smalar ta'sirida siqilishi, ko'p vaqt o't toshlari va gelmintlar bilan bekilib qolishi ikkilamchi biliar sirrozni keltirib chiqaradi. Modda almashinuvining buzilishi va endokrin omillar ham jigar sirrozini keltirib chiqarishi mumkin (tireotoksikoz, qandli diabet va b.).

Ba'zi hollarda jigar sirrozining kelib chiqish sababi aralash bo'lib, bir vaqtning o'zida organizmga bir qancha sabablarning ta'sirida kelib chiqadi.

Kelib chiqish sabablari har doim ham jigar sirrozi rivojlanishini ko'rsatmaydi. Bir xil shikastlantiruvchi agent sirrozning turli xil morfologik variantlarini keltirib chiqarishi mumkin; kelib chiqishi har xil sabablar, aksincha, o'xshash morfologik o'zgarishlarga olib keladi. Ko'pincha 20—30% bemorlarda jigar sirrozining kelib chiqish sabablarini aniqlab bo'lmaydi. Lekin bu guruhdagi bemorlar ilgari virusli gepatitning yashirin, sariqsiz formasini o'tkazgan bo'lishlari mumkin.

Kasallikning rivojlanish jarayoni. Jigar sirrozi kasalligining boshlanishida jigar hujayralari — gepatotsitlarning o'lishi kuzatiladi. Jigar hujayrasining o'rniga biriktiruvchi to'qimalarning rivojlanishi kuzatiladi. Bu rivojlangan biriktiruvchi to'qima, ikkilamchi o'zgarmay qolgan jigar to'qimasi (gepatotsit) ni zararlantiradi va bu to'qimalarni sekin-asta qisib qo'yib yo'qotadi, bu esa surunkali gepatitning jigar sirroziga o'tishi demakdir. Bundan tashqari, gepatotsitlarning halokati jigar to'qimalarining regeneratsiyasini oshiradi, bu esa yangi tugunchalarning hosil bo'lishiga olib keladi. Gepatotsitlarning halokati halok bo'lgan hujayralarning ta'sirida jigarning yallig'lanish reaksiyasi asosiy sabablardan biri hisoblanadi. Jigar sirrozidagi yallig'lanish jarayonida jigarda har xil darajada kechadigan to'qimalar

o'zgarishi kuzatiladi. Oqibatda jigar to'qimalarining tuzilishi o'zgaradi, qon tomirlarida qon aylanishi buziladi, qon tomirlari siqilib, ularda qon bosimi oshadi, bu esa gepatotsitlarni yana halokatga olib keladi. Jigardagi qon bosimining oshishi jigarda qon aylanish sistemasini buzadi. Portal gi pertoniya vujudga keladi. Qorin bo'shlig'ida suv yig'ilishiga va qorataloqning kattalashishiga olib keladi. Qorinning oldingi devorida, terining ustida qon tomirlarining kengayishi kuzatiladi.

Patologo-anatomik manzarasi. Jigar sirrozining morfologik manzarasi uchta asosiy jarayon: jigar hujayralari distrofiyasi va o'lishi, ularning tugunli regeneratsiyasi, biriktiruvchi to'qima rivojlanishi bilan ajralib turadi.

Makroskopik ko'rinishi. Jigar anchagina zichlashgan, yuzasi notekis, egri-bugri bo'ladi. Regeneratsiya tugunlarining katta- kichikligiga qarab katta tugunli va kichik tugunli sirrozlar qayd qilinadi. Jigar ayrim hollarda kattalashgan, boshqa hollarda esa normadan farqsiz yoki kichraygan (atrofiya bosqichida) bo'ladi. Qorataloq kattalashgan, zichlashgan, ba'zan portal sistemasi venalarining kengayganligi ko'rinadi. Jigar sirrozining asosiy 3 ta varianti o'zining morfologik ko'rinishiga ega.

Gistologik tekshirib ko'rilganda jigar hujayralarining distrofik o'zgarishlari, yallig'li mayda o'choqli distrofiyasi, hujayralarning o'lishi, fibroz o'choqlari, fibroblastlar, proliferatsiya kuchayishi va ko'p sonli kollagen tolalar hosil bo'lishi aniqlanadi.

Sirroz jarayonining faolligi jigar to'qimalarining distrofik va regenerator tugunlar hosil qilishi, stromalardagi yallig'lanish jarayonining kuchayishi bilan xarakterlanadi. Jarayon rivojlanib borgan sari, jigar qo'pol morfologik o'zgarishlarga uchraydi. Jigar to'qimalarining regeneratsiya tugunlari hamda ko'p miqdorda biriktiruvchi to'qimalar bilan almashinuvi ko'payadi. Bu esa jigar og'irligining kamayishiga (normada 1100—1600 g) va buj- mayishiga, jigar ichki o't yo'llarining xolestaziga va portal sistemasining gipertoniyasiga olib keladi.

Jigar sirrozining tasnifi. Gastroenterologlarning Gavana (1956) anjumaniga binoan jigar sirrozlari morfologik va klinik belgilariga ko'ra portal, postnekrotik, biliar va yaralash turlariga bo'linadi. Keyinchalik jigar sirrozlarining yangi xalqaro tasnifi (Akapulko, Meksika, 1974) qabul qilingan, uning asosini morfologik va etiologik prinsiplar tashkil qiladi. Bu prinsiplar bir-birini to'ldiradi.

*A. Kelib chiqish sabablariga ko'ra:*

- 1) virusli gepatit;
- 2) ichkilik natijasida;
- 3) o't yo'lining kasalliklari;

- 4) toksinlar va dorilar;
- 5) modda almashinuvining buzilishi;
- 6) autoimmun o'zgarishlar;
- 7) ovqatlanishdagi yetishmovchiliklar;
- 8) kriptogen (kelib chiqishi noma'lum), 40% gacha va bundan ko'proq.

*B. Morfologik va klinik ko'rinishi bo'yicha:*

- 1) kichik tugunchali;
- 2) katta tugunchali;
- 3) aralash. Katta va kichik tugunchalarning diametri 3 mm dan katta va kichikligi bilan farqlanadi.

*D. Faollik jarayoniga qarab:*

- 1) faol;
- 2) rivojlanib boruvchi;
- 3) faol emas.

*E. Funktsional buzilishlarning ko'rsatkichlariga qarab:*

- 1) kompensatsiyalashgan;
- 2) dekompensatsiyalashgan.

*Jigar sirrozining klinik manzarasi har xil sindromlardan iborat:*

- 1) asabning buzilishi;
- 2) jigar hujayralari faoliyatining buzilishi;
- 3) jigar hujayralarining yallig'lanishi, nekroz alomatlari;
- 4) jigarda immun yallig'lanish;
- 5) o't yo'llari faoliyatining buzilishi (xolestatik sindrom);
- 6) hazm a'zolari faoliyatining buzilishi (dispeptik sindrom);
- 7) taloqning kattalashishi (gipersplenizm);
- 8) gemorragik sindrom bo'lganda qontalashish, milkdan, burundan qon ketishi;
- 9) gepato splenomegaliya.

Jigar sirrozi bo'lgan kishilarda jigardagi yallig'lanishni hujayralar buzilishining ko'p-kamligiga, klinik simptomlarining qay darajada yaqqol ko'ringaniga qarab quyidagi faollik darajasi aniqlanadi:

- 1) kuchsiz faollik;
- 2) o'rtacha faollik;
- 3) keskin faollik. Yuqorida keltirilgan sindromlar hammasi bir davrda bo'lmasligi ham mumkin.

Asoratlari. Oshqozon, qizilo'ngach, ichakdan qon ketishi; jigar faoliyatining asta-sekin buzilishi; jigar-buyrak yetishmovchiligi; sirrozning o'sma (rak) ga o'tishi; jigar asosiy katta vena qon tomirining tiqilib qolishi; o't yo'llarida tosh paydo bo'lishi (biliar sirrozda); koma.

Jigar sirrozining turlari:

- 1) kichik tugunchali (portal) jigar sirrozi;
- 2) katta tugunchali — jigar hujayralarining halokatidan so‘ng rivojlanadigan jigar sirrozi;
- 3) o‘t yo‘llari buzilishi natijasida kelib chiqadigan jigar sirrozi.

*Kichik tugunchali (portal) jigar sirrozi.* Portal sirrozi eng ko‘p uchraydigan jigar sirrozi bo‘lib, bu kasalliklar ichida 40 foizni tashkil qiladi. Kasallik boshlanishida bemorlarda alohida shikoyatlar bo‘ladi. Asta-sekin ishtaha pasayadi, bemor yog‘liq ovqatlarni xush ko‘rmaydi, ko‘ngli ayniydi, qusadi, ichi buziladi, quvvatsizlik, tez charchash, ish faoliyati pasayadi. Eng doimiy alomat — o‘ng qovurg‘a tagida og‘irlik va og‘riq paydo bo‘ladi. Sekin-asta qorin kattalashadi, oyoqda shish paydo bo‘ladi. Oshqozon-ichak sistemasining yuqori qismidan qon ketish alomati paydo bo‘ladi, burundan qon oqadi, ba‘zan badan sarg‘ayadi. Uyqu buziladi, hayajonlanish oshadi, bu esa jigar sirrozida bosh miya faoliyatining buzilish alomatidir.

Sirrozning kelib chiqish sabablari — ichkilik ichish, o‘tkir virusli gepatit, ovqatda oqsil va vitaminlarning yetishmasligi. Kasallarda jigar sirrozi belgilari sekin-asta rivojlanadi, terida qon tomir „yulduzchalari“ paydo bo‘lishi; ko‘krak bezining katta- lashishi, badanda, yuzda tuklarning kamayishi; terining xiralashishi; ko‘z pardasining sarg‘ayishi aniqlanadi. Asosiy bel- gilardan — jigarning biroz kattalashishi, jigarning o‘tkir qirrali, qattiq holatda bo‘lishi, taloqning kattalashishi kasallarning yarmida uchraydi. Kasallik rivojlanishida bemorlarda ozish, ko‘krak va qorinning oldingi qismida vena qon tomirlarining bo‘rtib ko‘rinishi, ba‘zan kindikda churra, oyoqda shish paydo bo‘lishi, taloqning kattalashishi, qorinda suv yig‘ilishi kuzatiladi. Shunday qilib, portal gipertoniyaning asosiy belgilari: qizilo‘ngach, gemorroidal, kindik atrofidagi venalarning bo‘rtishi (caput medusae), assit, splenomegaliya bo‘ladi.

Kasallarda kamqonlik, oq qon tanachalari, trombotsitlarning kamayishi kuzatiladi; bilirubinning oshishi, oqsil modda almashinuvida albuminlarning kamayishi, globulin va fibrinogenlarning oshishi, xolesterin va protrombinning kamayishi kuzatiladi. Oshqozon va yo‘g‘on ichak tomirlarining kengayganligi rentgen, gastrofibroskopiya va rektoromanoskopiya yo‘li bilan tekshiriladi.

Jigar to‘qimalarining halokatini aniqlashda radionuklid usuli qo‘llaniladi.

Portal jigar sirrozida radioaktiv modda tekis tarqalmaydi; jigarning tashqi qirralarida kam, taloqda ko‘p tarqaladi. Laparoskopik va jigarni punksiya qilib tekshirilganda, jigar hujayralarining o‘zgarishi va nekrozi aniqlanadi. Kasallikning boshlanishida laparoskop bilan jigar kattalashganligi va unda kichik tugunchali sirroz holati, portal qon bosimining ko‘tarilishi, so‘nggi davrda esa kichik va katta tugunchali sirroz holati ko‘riladi.

Alkogolli portal sirrozda punksiya qilib tekshirilganda, jigar holatining quyidagi o'zgarishi aniqlanadi: a) gepatotsitlarni yog' qoplashi; b) kichik tugunchali o'zgarish; d) jigar to'qi- malarining fibrozi. Ayniqsa, jigarining alkogoldan zaharlanishining asosiy belgisi jigarda Mallori gialin tanachalarining borligidir. Ular hujayra yadrosi oldida joylashgan fibrinli tolalar kabi ko'rinadigan oqsildir. Bular hujayraning nekroziga olib keladi.

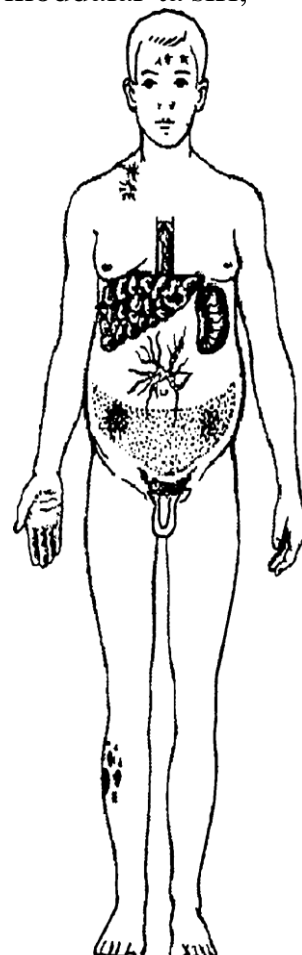
*Katta tugunchali jigar sirrozi.* Jigar halokatidan so'nggi sirroz hamma sirrozlarning ko'p qismini tashkil qiladi, bunga, asosan, virus sabab bo'ladi. Ko'pincha yoshlar, o'rta yoshdagi odamlarda uchraydi. Sirrozning bu turi tez rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Kasallik avval jigar hujayralarining yetishmovchiligi bilan boshlanib, keyin portal vena qon tomiri bosimining ko'tarilishiga olib keladi.

Kasallik qaytalanganda alomatlari o'tkir virusli gepatit yoki surunkali gepatit (SG) belgilarining qaytalanganiga o'xshaydi.

Badan sarg'ayadi, isitma ko'tariladi, asab buziladi, dispeptik va sitologik belgilar rivojlanadi. Kasallik boshlanishida badan sarg'ayadi, qorinning yuqori qismida og'riq paydo bo'ladi, isitma ko'tariladi. Dispeptik belgilar rivojlanadi, kamquvvatlik paydo bo'ladi. Bu belgilar kasallik qaytalanganda ko'payadi, qaytalanmaganda pasayadi.

Surunkali aktiv gepatitdan (SAG) keyin rivojlangan, jigar halokatidan so'nggi sirrozda bo'g'imlarda og'riq, badanda ko'kimtir toshmachalar aniqlanadi. Kasallik sabablari kasallarning shikoyatidan aniqlanadi. Ko'pchilikda ilgari o'tkazilgan infeksiyali gepatit kasalligi, ba'zilarida har xil zaharli moddalar ta'siri, dorilarni ko'tara olmaslik alomatlari bo'ladi.

*Sirroz belgilari:* kasallikning tez rivojlanishi; jigar holatining yetishmovchiligi. Badan terisi asta-sekin sarg'ayadi, badanda ko'kimtir toshmachalar ko'payadi. Kasallik qaytalanganda har bir a'zoda suyuqlik yig'iladi, qorinda suv yig'iladi. Jigar va taloq kattalashadi. Jigarining qirrasi o'tkir bo'lib, og'riydi. Jigar faoliyati pasayadi, vena tomiri bosimining oshish alomatlari kuchayadi. Laboratoriya yo'li bilan tekshirilganda gepatotsitlar faoliyatining pasayish belgilari: qonda bilirubinning oshishi, xolesterin, protombinning kamayishi, oqsil almashinuvining o'zgarishi, globulinlar miqdorining oshishi, albuminning kamayishi, fermentlar miqdorining oshishi, LDG<sub>4—5</sub> fraksiyasi aniqlanadi.



Taloq faoliyatining oshishida kamqonlik, trombotsitlarning kamayishi ku- zatiladi. Immunofluoessent va radioimmun usuli bilan gepatit B ning antigenini yoki jigar sirrozini aniqlash mumkin. Ayniqsa bu sariqlik alomati bo‘lmagan gepatitlarni aniqlashda alohida ahamiyatga ega. Bunday hollarda sirroz og‘ir kechadi, ko‘p a‘zolar zararlanadi.

67rasm

Portal qon tomiri bosimining ko‘tarilish belgilari: qizilo‘ngach, oshqozon va gemorroidal venalarning kengayishi, kindik atrofidagi venalarning bo‘rtib chiqishi rentgen, gastrofibroskop va rektoromanoskop yo‘li bilan aniqlanadi.

Radioizotop usuli, laparoskop bilan jigarni punksiya qilib tekshirish ko‘p muhim ma'lumotlar beradi.

*Biliar jigar sirrozlari.* Biliar sirrozlar jigar sirrozlarining 5— 10% ini tashkil qiladi. Birlamchi (asosiy BBS) va ikkilamchi (IBS) bilial sirrozlar bo‘ladi. Birlamchi bilial sirroz, asosan, ayollarda, ikkilamchi bilial sirroz surunkali xolestatik gepatit (SAG) natijasida kasallikning yakunida rivojlanadi. Kasallikning kelib chiqish sabablari surunkali xolestatik gepatitdagi kabi- dir.

Birlamchi bilial sirroz (BBS) jigar hujayralarida zardob yig‘ilib qolishi, ikkilamchi bilial sirroz jigardan tashqarida, ba‘zan jigarning yirik ichki o‘t yo‘llarida zardob o‘tishining buzilishidan kelib chiqadi. Ko‘pincha birlamchi bilial sirroz o‘t yo‘llarining oddiy siqilishi natijasida paydo bo‘ladi. Biliar sirroz 3 oydan 1/2 yilgacha vaqt davomida rivojlanadi. Biliar jigar sirrozining asosiy belgisi —o‘t yo‘llarida zardob yo‘nalishining susayishidir, so‘nggi alomatlari portal venalardagi qon bosimining biroz ko‘tarilishi va jigar hujayralari faoliyatining pasayishi kuzatiladi. Kasallarning dastlabki shikoyatlari jigarda zardob yurishining susayishiga bog‘liq. Badan sarg‘ayadi, teri qichiydi, qon ketishi, suyaklarda og‘riq (ayniqsa, qovurg‘a va orqada), ich ketishi kuzatiladi. Qorin bo‘shlig‘ida suv yig‘ilishi esa kasallikning so‘nggi davrlarida bo‘ladi.

Birlamchi bilial sirroz dastlab xolestatik gepatit bilan og‘rigan kishilarda, ikkilamchisi oldindan o‘t yo‘llarida kasallik bo‘lgan shaxslarda uchraydi. Ikkilamchi turida o‘t yo‘lida og‘riq xuruji va haroratning ko‘tarilishi kuzatiladi. Bemorlarda zardobning yig‘ilib qolish alomatlari bo‘ladi: badan sarg‘ayadi, teri kuchli darajada pigmentlanadi, teri qalinlashadi, dag‘allashadi, quruqlashadi, terida qichishish belgilari, ko‘z qovoqlarida, oyoqning kaft qismida, dumg‘azada ksantoma, terida qontalashish alomatlari bo‘ladi. Suyaklarni urib ko‘rganda, og‘riq seziladi, barmoqlarning uchi yo‘g‘onlashadi — bu esa surunkali zardob yurishining pasayishiga olib keladi. Suyakda yemirilish suyak- ning ustki qismida shish paydo bo‘lishi bilan bog‘liqdir. Tomirlarning „yulduzsimon“

ko‘rinishi boshqa sirrozlarga nisbatan kamroq rivojlanadi, juda katta hajmda bo‘ladi, taloq biroz kattalashadi. Kasallikning so‘nggi davrlarida ko‘krak va qorinda, terining ustki qismida qon tomirlarning bir-biriga chambarchas ulanib ketishi hamda qorinda suv yig‘ilishi (portal qon bosimining ko‘tarilish alomatlari) kuzatiladi. Qorinda suv yig‘ilishi jigar sirrozining o‘tkirlik bog‘liq. O‘tkirlik pasaysa, suv yig‘ilishi kamayadi. Diagnozni aniqlashda quyidagilarga asoslanish lozim.

1. Zardob yurishining pasayishi: a) amaliy laboratoriya natijalari, b) birlamchi biliar sirrozda immunologik o‘zgarishlar, d) portal qon bosimining ko‘tarilishi. 2. Kasallik asoratlari: a) jigardan tashqari o‘t yo‘llarida o‘tning yig‘ilib qolishi, b) sirrozning morfologik xususiyatlari — o‘t yig‘ilib qolishining laboratoriya belgilari; bilirubin miqdorining oshishi juda yaqqol ko‘rinadi (342 mk mol/l yoki 20 mg % dan yuqori, bunday hollarda, ayniqsa, bog‘langan bilirubin, umuman, lipidlar, fosfolipidlar va xolesterin miqdori oshadi; triglitseridlar miqdori oshmaydi). Globulin va lipoproteidlar miqdori oshadi, ba’zi fermentlarning faolligi ko‘tariladi. Birlamchi biliar sirrozda immunologik ko‘rsatkichlar o‘zgaradi: Ig, G va IgM (ko‘proq, IgM) titri oshadi, gemoglobinlar miqdori ko‘tariladi, (ECHT) eritrotsitlarning cho‘kish tezligi oshadi. Ikkilamchi biliar sirrozda ECHT ning oshishi jigardagi yallig‘lanishga bog‘liq. Mitoxondriyalarga qarshi antitanalar yuqori titrda bo‘ladi.

Birlamchi biliar sirrozi tashxisi quyidagilarga asosanadi: jigar bo‘lakchalararo o‘t yo‘llarining kuchli buzilishi, portal yo‘llarining yarmidan ko‘pida bo‘lakchalararo o‘t yo‘llarining yo‘qligi, jigar bo‘lakchalarining chekka qismida zardobning yig‘ilib qolishi; portal tomirlarning kengayishi, parenximaning infiltratsiyasi va fibrozi. Ikkilamchi biliar sirrozning morfologik alomatlari: jigar ichki yo‘llarining kengayishi, jigar bo‘laklari chekka qismidagi holat natijasida zardob „ko‘llari“ paydo bo‘lishi, jigarning ayrim qismlarida jigar bo‘lakchalarining o‘zgarmay qolishi.

Taqqoslab tashxis qo‘yishda sirroz, jigarning birlamchi o‘sma kasalligi, perikardit, qon kasalliklaridan miyeloleykoz, exinokokkoz, amiloidoz, gemaxromatoz bilan solishtirish kerak bo‘ladi. Umuman, tashxisni ifodalashda quyidagilarga asoslanish kerak: 1) kasallik sabablari; 2) morfologiyasi: kichik tugunchali, katta tugunchali, aralash; 3) morfogenezi bo‘yicha jigar hujayralarining halokatidan so‘ng, portal sirroz, biliar sirroz, aralash; 4) klinik-funksional holati va boshqalar.

Davolash. Jigar sirrozini davolashda asosiy e‘tibor quyidagilarga qaratiladi:

1. Kasallikni keltirib chiqaradigan sabablar (surunkali gepatit, o‘t yo‘llari kasalliklari) va boshqa sabablarga qarshi davolash.

2. Kasallikning rivojlanish jarayoniga ta'sir ko‘rsatish (immun holatiga, jigar

hujayralari, modda almashinuvini yaxshilash, asosiy katta vena bosimini pasaytirish, taloqning kattalashishi, faoliyatining oshganligi va zardob yig'ilib qolishiga qarshi kurashish).

3. Kasallik asoratlariga qarshi kurashish (qon ketishini to'xtatish, jigar komasini davolash).

Kasallikda og'ir jismoniy ish cheklangan bo'ladi. Kasallik avj olib, bemorning ahvoli yomonlashganda uni kasalxonaga yotqizish kerak.

Bemorlarga parhez saqlash tavsiya qilinadi (5- stol). Kasallik og'irlashganda va behushlik (koma) boshlanganda reanimatsiya bo'limida davolanadi, ovqatda oqsil miqdori 20—40 g, osh tuzi esa 6 g gacha kamaytiriladi, qorinda suv yig'ilganda tuzsiz ovqat tavsiya qilinadi.

Kasallik rivojlanish jarayonining ayrim bosqichlariga ta'sir qilish: a) kortikosteroidlar (prednizolon, triamsinalon, deksametazon — 10—15 mg bir kunda), ba'zan sitostatiklar (azatiopirin) qo'llaniladi. Kasallik avj olganda, katta vena bosimi ko'tarilganda kortikosteroidlar qo'llanilmaydi; b) kasallik avj olganda va og'irlashgan davrda jigar hujayralaridagi modda almashinuvini yaxshilash uchun qo'llaniladigan dorilar: xolin, li pokain, kaliy tuzlari, oqsilli preparatlar, plazma quyish, sirepar, essensial, legalon, Liv-52 va boshqalar; d) qorinda suyuqlik yig'ilganda tuzsiz ovqat iste'mol qilish, aldosteronga qarshi dori — veroshpiron 200—150 mg va siydik haydovchi — furosemid (40 mg) qo'llaniladi, bemorlarga oqsil moddalari: qonning quyuc qismini va 20 foizli albumin eritmasi tomchi qilib vena tomiriga yuboriladi. Agar qorindagi suyuqlik kamaymasa, uni qorinni paratsentez qilish yo'li bilan chiqarib tashlanadi. Asosiy katta vena bosimi oshganda, qizilo'ngach qon tomirlari kengayganda, qon ketganda, taloq kattalashganda bemorlarga jarrohlik yo'li bilan yordam ko'rsatiladi.

Kasallik asoratlariga qarshi kurashish. 1. Qizilo'ngach va oshqozondan qon ketishini to'xtatish: a) qon quyish, vikasol, kalsiy xlorid, E—aminokapron kislotani tomirga yuborish;

b) asosiy katta vena tomirida bosimni pasaytirish uchun venaga 100—200 ml 5% glukozada pituitrin yoki vazopressin yuboriladi; d) kasallikning har xil belgilariga qarab—garmonlar va jrohlik yo'li bilan davolanadi; e) sanatoriya-kurortda davolash. Jarayon dekompensatsiya davrida sanatoriya-kurortda davolanish qat'iy man qilinadi.

Kasallik oqibati. Jigar sirrozi batamom tuzalmaydi, lekin sekin-asta davom etishi mumkin.

Kasallikning oldini olish. Avvalo kasallikning kelib chiqish sabablarini yo'qotish, surunkali gepatit va jigarning yog' bosgan distrofiyasini o'z vaqtida davolash, sirroz avj olishini to'xtatish va asoratlarining oldini olish kerak.

Jigar kasalliklarida behushlik (ensefalopatiya) va koma. Jigar kasalliklari modda almashinuvining har xil buzilishi natijasida (ayniqsa, azotli birikmalarning metabolizmi) bosh miya faoliyatining buzilishi (ensefalopatiya) ga va jigar faoliyatining buzilishi (koma) ga olib keladi. Bu o'zgarishlar 2 xil bo'ladi:

1) ichki (jigar to'qimasi yoki jigarning halokati); 2) tashqi jigar to'qimalarining halokati (jigar vena qon sistemasi, uning bosimining oshishi, jigar katta vena qon tomiri sistemasi orqali umumiy qon aylanishiga har xil zaharli moddalarning tushishi) bilan bog'liq.

*Bosh miya faoliyatining buzilishi* — ensefalopatiya ko'pincha jigar hujayralari faoliyatining buzilishi, ayniqsa, gepatotsitlar- ning halokati natijasida paydo bo'ladi. Jigar sirrozi kasalligida bosh miya faoliyatining buzilishiga olib keluvchi sabablar: ichkilik ichish, jigar va miyaga zararli ta'sir qiluvchi dorilar, sil kasalligida ishlatiladigan uyqu dorilar, og'riq qoldiruvchi dorilar. Narkoz berish, operatsiya, ayniqsa, jigarda anastomoz hosil qilish. O'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, oshqozon va ichakdan qon ketishi, ovqatda oqsil moddasining ko'p bo'lishi. Qorin bo'shlig'idan ko'p suyuqlik chiqarish. Siydik haydaydigan dorilarni noo'rin qo'llash. Bosh miya faoliyatining buzilishida (ensefalopatiya) jigar faolligining keskin susayganligi tufayli qonda paydo bo'lgan zaharli moddalar sababchidir. Jumladan, ammiak, aromatik aminokislotalar, metionin, merkaptan hamda fenol va indolning birikmalari. Bemorlarda ensefalopatiya bo'lganda bu kimyoviy zaharli moddalarning miqdori bemor qonida ko'payganligi aniqlangan. Bular markaziy nerv sistemasiga zaharli ta'sir ko'rsatadi. Ammiak yo'g'on ichakda hosil bo'ladi. Jigarda esa ammiakdan mochevina paydo bo'ladi va siydik orqali chiqariladi. Jigarning metabolit funksiyasi buzilganda ammiakning miqdori qonda oshib ketadi (giperammonemiya). Chunki ichaklardan kelayotgan qon jigarda sirroz bo'lgani uchun boshqa anastomozlar orqali jigardan o'tmay katta qon aylanishiga tushadi. Shunday qilib, ammiak bosh miya hujayralarini zaharlaydi. Jigar sirrozining 90% ida rivojlangan ensefalopatiyaning og'ir- yengillik darajasi qondagi ammiakning miqdoriga bog'liq bo'lgan (A.S.Loginov, 1987).

Organizmدا kislota, ishqor va elektrolitlar muvozanatining buzilishi ham bosh miya faoliyatining buzilishiga olib keladi. Jigar faoliyati pasayganda nafas markazining ishi qo'zg'aladi, o'pka ventilatsiyasi kuchayadi va bu qonda SO<sub>2</sub> ning kamayishiga olib keladi, bu miyada qon aylanishini kamaytiradi. Qonda SO<sub>2</sub> ning kamayishi organizmda pirozum va sut kislotalarining ko'payishiga olib keladi, pirovardida, ishqorning ko'payishi (alkaloz) kislotalarning

ko'payishi bilan almashinadi va buyrak funksiyasining yetishmovchiligi rivojlanadi.

Surunkali jigar kasalliklarida qonda natriy xlorid va kaliy, to'qimalar ichida magniy va rux miqdori kamayadi. Ba'zan qonda kaliy va magniy miqdori shunchalik kamayadiki, kasallarda tushkunlik, uyquchanlik va befarqlik holati paydo bo'ladi. Ba'zan jigar sirrozi kasalligida bosh miya faoliyatining buyrak funksional holatining buzilishi kuzatiladi, jigar-buyrak sindromi rivojlanadi. U buyrak tomirlarining siqilishi, siydikni qayta filtrlashning pasayishi, siydik kamayishi va qonda qoldiq ko'payishi bilan ifodalanadi. Bosh miya alohida ahamiyatga ega. Ba'zi jigar kasalliklarida jigar to'qimalari halok bo'lishi natijasida qonda qand miqdori kamayib ketadi, bu glikoneogeneznining buzilishi bilan bog'liq. Bunda uglevod modda almashinuvida paydo bo'ladigan oraliq moddalar — pirouzum kislota, sut kislotasi, limon kislotasi, ketaglutar kislotalar ko'payadi. Piro- uzum kislota parchalanishidan aseton hosil bo'lib, ular hammasi organizmga zaharli ta'sir ko'rsatadi. Murakkab modda almashinuvining buzilishi natijasida nerv hujayralari ham zararlanadi. Jigar ensefalopatiyasi o'tkir va o'rtacha o'tkir holda o'tishi mumkin. O'tkir jigar ensefalopatiyasida ko'p o'tmay bemor koma holatiga tushadi.

Jigar ensefalopatiyasining 4 davri bo'ladi: jigar ensefalopatiyasining 1- va 2- davrini *komadan oldingi* davr, 3 va 4- davrini *koma* davri deb yuritiladi. Jigar ensefalopatiyasining boshlang'ich davrida bemor bo'shshish, charchash, ishtaha yo'qligidan shikoyat qiladi. Bemor hadeb uxlayveradi, sariqlik ko'payadi, jigar og'riydi va uning hajmi kamayadi, ba'zan bemor badani titraydi. Qonda birikmagan bilirubin miqdori ko'payadi. Bemorning es-hushi kirdi-chiqdi bo'lib qoladi.

Jigarning faol hujayralari soni kamayib, sintezlash faoliyati keskin yomonlashadi. Qonda umumiy oqsil 65 g/l, albumin 30 g/l, xolinesteraza 1000 birl/l, xolesterin 2,9 mk mol/l, protrombin indeksi miqdori 60% dan pasayib ketadi. Bemorda gemorragik sindrom rivojlanadi. Qon zardobidagi aminotransferazalar faolligi uch baravar ko'payadi.

Komaning klinik manzarasi. Jigar komasi surunkali gepatit og'irlashganda va aksariyat jigar sirrozidan so'ng gepatotsitlarning yoppasiga yemirilishi natijasida rivojlanadi.

Komaning boshlanish davrida bemor behush yotadi. U faqat inyeksiya qilganda og'riqni sezadi. Ko'z shilliq pardasida, terida sarg'ayish va qichishish alomatlari, har xil toshmalar va qon tomirlarning yulduzchasimon kengayishi kuzatiladi. Kasallarning tili oq karash bilan qoplanadi, terisidan, badanidan, og'zidan qo'lansa jigar hidi keladi. Bu metilmerkaptanning nafas va ter bilan chiqishiga bog'liq. Qorinni paypaslab ko'rganda jigar haj- mi

kichiklashgani, qirrasi o'tkirlashgani, ustki sathi notekis, qattiqlashgan tugunchalar borligi aniqlanadi. Kasallik avj olganda qon bosimi pasayadi. Ko'z qorachig'i yorug'da o'zgarmaydi. Puls notekis, bemorlar qattiq uyquga — behushlik holatiga tushadilar. Behushlik paytida bemorning nafas olishi tezlashadi, nafasi Kussmaul yoki Cheyn—Stoks holida, yurak tovushlari bo'g'iq bo'ladi. Paylarda aniqlanadigan reflekslar yo'qoladi, markaziy asab sistemasi zaharlanganda yuzaga keladigan o'zgargan reflekslar paydo bo'ladi.

Ayrim hollarda oshqozon-ichak va burundan qon ketishi kuzatiladi. Bemorlar qoni laboratoriya yo'li bilan tekshirilganda ular kamqonlik, leykotsitlar, trombositlar va umumiy oqsil, albumin, protrombin indeksi miqdorining kamayishi, gemaglobulin, fibrinogen, bilirubin va azot ko'rsatkichining oshishi, jigarining zaharlanishiga qarshi faoliyatining keskin kamayishi kuzatiladi.

Davolash. Davolash uchun bemorlarga kuniga 3 martagacha qon tomirga tomchilab suyuqlik yuborib turiladi: glukoza, fiziologik suyuqlik, natriy bikarbonat, gemodez, sorbitol, oqsilli gidrolizat, glutamin kislotalar— poliglukin, reopoliglukin, anabolik gormonlar, vitaminlar, qonni tozalash, plazmoforez, gemosorbsiya, gemodializ usuli bilan va behushlikda paydo bo'lgan turli belgilarga qarshi davolanadi.

Parvarishi. Jigar kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni diqqat bilan kuzatib, parvarish qilib borish kerak. Buyurilgan rejim andek buzib qo'yilganida ham aksari bemorlarning ahvoli yomonlashib qoladi. Bemorning o'rnidan turmay yotishi katta ahamiyatga ega. Jismoniy aktivlikni cheklab qo'yish organizmning energiya sarflarini pasaytiradi va shu bilan shikastlangan jigarga tushadigan og'irlikni kamaytiradi. Bundan tashqari, o'rinda yotgan mahalda badanning bir tekis isib borishi jigarda qon aylanishini yaxshilaydi, bu— funksiyalarining asliga kelishiga yordam beradi. Hamshira og'ir kasallarni ovqatlantirib qo'yadi, kasallarning qarindosh-urug'lari olib keladigan oziq-ovqat mahsulotlarining sifatini tekshirib ko'radi. Jigar kasalligi assit paydo bo'lishi bilan birga o'tayotgan bo'lsa, beriladigan suyuqlik cheklab qo'yiladi, shu bilan birga bir kecha-kunduzlik osh tuzi dozasi 4—5 gr gacha kamaytiriladi. Assit kuchayib boradigan bo'lsa, qorin bo'shlig'ini punksiya qilishga to'g'ri keladi. Punksiyadan keyin bemor o'rnidan turmay yotib turishi lozim. Tibbiyot hamshirasi bemordagi bog'lam holati ustidan kuzatib, dokaning shish suyuqligi shimilgan ustki qavatlarini vaqt-vaqtida alishtirishi, bog'lamning asta-sekin bo'shashib ketmasligiga qarab turishi kerak. Kaxeksiya bosqichidagi jigar sirrozi bilan kasallangan bemor alohida parvarish qilishga muhtoj bo'ladi. Hamshira bunday bemorda yotoq yaralarni profilaktika qilishni ta'minlashi lozim.

**O't yo'llari kasalliklari: o'tkir va surunkali xoletsistitlar, o't tosh kasalligi etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Xoletsistit — o't pufagining yallig'lanishidir. Bu kasallik keng tarqalgan bo'lib, ayollarda ko'p uchraydi.

Etiologiyasi. Xoletsistitning kelib chiqishida har xil bakteriyalar katta ahamiyatga egadir: (ichak tayoqchasi, stafilokokk, enterokokk, streptokokk), ba'zi hollarda lyamblioz ham ta'sir qiladi.

Hozirgi vaqtda xoletsistitning kelib chiqishida virusli nazarlanishning ham ahamiyati borligi isbotlangan.

Toksik va allergik tabiatga ega bo'lgan xoletsistitlar uchraydi, o't pufagiga mikroflorasining kirishi quyidagi yo'llar bilan sodir bo'ladi:

1. Enterogen—ichak orqali.
2. Gematogen (qon orqali) ayrim infeksiya o'choqlaridan,
3. Limfogen (limfa tomirlari orqali).

O't pufagiga mikroflorasining tushishi hamma vaqt ham yallig'lanishga olib kelavermaydi.

Xoletsistit kelib chiqishida asosiy moyillik qiluvchi omil o'tning o't pufagida dimlanishi hisoblanadi. O't toshlari, o't chiqaruvchi yo'llarning buralib qolishi va siqilishi, o't pufagi va o't chiqarish yo'llarining diskineziyasi hamda o't pufagi va yo'llarining anatomik tuzilishidagi har xil nuqsonlar o't dimlanishiga olib keladi.

O't yo'llari tonusi va harakat funksiyasining buzilishi, turli xil emotsional holatlar, endokrin va vegetativ tizimlar faoliyatining zararlanishi, har xil kasalliklar natijasida ovqat hazm qilish tizimining patologik o'zgargan a'zolaridan kelib chiquvchi turlicha reflekslar ta'sirida yuzaga keladi. O'tning o't yo'llarida, pufagida dimlanib qolishiga yana ichki a'zolarining tushishi, homiladorlik, kam harakatlilik, vaqtida ovqatlanmaslik kabi omillar ta'sir etadi. O't-tosh kasalligi asosida xoletsistitning kelib chiqishi bir qancha ta'sirotlarga bog'liq. Bular o't pufagi devorining doimo toshlardan ta'sirlanishi, o't-tosh kasalligiga ikkinchi kasallik bo'lib qo'shilgan o't pufagining diskineziyasi hisoblanadi. Bundan tashqari, infeksiya o't toshlariga joylashib olib, o't pufagida yallig'lanish jarayonini chaqiradi. O't yo'llarining diskineziyasida pankreatik shiraning shu yerga tushishi sababli shiradagi tripsinni sitokinazalar ta'sirida aktivlashishi natijasida xoletsistit rivojlanishiga olib keladi. O't pufagida yallig'lanish jarayonining birdaniga kelib chiqishiga ko'p ovqat yeyish, ayniqsa, juda yog'li va o'tkir ovqat iste'mol qilish, sovuq qotish, boshqa organlardagi yallig'lanish jarayoni ham ta'sir qiladi.

O'tkir va surunkali xoletsistit bo'ladi. O'tkir xoletsistit o't qopining o'tkir yallig'lanishidir, uning rivojlanishida mikroflorasining o't qopi devoriga

ko'proq gematogen yo'l bilan tushib, shikastlanishi kuzatiladi. Kasallik rivojlanishida qopchadagi o't toshlari, qon aylanishining buzilishi, bo'yinchasining buklanib qolishi, o'tning turg'unligi, me'da osti bezi shirasining o't yo'llariga tushishi katta rol o'ynaydi.

Patologoanatomik ko'rinishi. O'tkir xoletsistit kataral, flegmonali, gangrenali xoletsistitlarga bo'linadi.

1. O'tkir kataral xoletsistitda o't pufagining shilliq qavati shishadi, qizaradi, epiteliysi ba'zi joylarda yig'ilgan bo'lib, gistologik tekshirilganda uning qizargani, yallig'langani, shishgan- ligi va shilliq hamda shilliq osti qavatlarining leykotsitlar bilan infiltratsiyasi aniqlanadi.

2. Yiringli xoletsistitda o't pufagi ko'pincha taranglashadi, tortiladi, uni o'rab turuvchi qorin parda xiralashadi, fibrinli pardalar bo'lishi mumkin, pufak bo'shlig'ida esa yiring to'planadi. Shilliq qavati shishgan, ba'zi joylarda eroziyalangan, shish va yallig'langan infiltrat o't pufagi devorining hamma qavatlarini o'z ichiga oladi va unda abscesslar paydo bo'ladi.

3. Flegmonali xoletsistitda o't pufagi devori barcha qavatlarining segment yadroli leykotsitlar bilan diffuz infiltratsiyasi yaqqol namoyon bo'ladi, shilliq qavat nekrozi va yemirilishi yuz beradi, ba'zan devorining teshilishi ham kuzatiladi.

4. Gangrenali xoletsistitda nekrotik jarayon o't pufagi devorining barcha qavatlariga tarqaladi.

Klinik ko'rinishi. O'tkir xoletsistit o'ng qovurg'a osti va qorin osti sohasida birdaniga paydo bo'ladigan og'riqlar bilan boshlanadi.

Ko'pincha og'riqlar o'ng yelkaga va o'ng kurak sohasiga tarqaladi. Bir necha soat davomida og'riq kuchayadi, lekin o't- tosh sanchig'ida uchraydigan og'riqlar kabi kuchli bo'lmaydi. Og'riqlar o't pufagini o'rab turuvchi visseral qorin pardaning ta'sirlanishiga bog'liq. **68- rasm**



Harakat, chuqur nafas olish og'riqni yanada kuchaytiradi. Bemor ko'pincha o'ng tomonga va orqaga egilgan bo'lib, majburiy holatda o'tiradi, tana harorati oshadi, yuz-beti rangpar, ahvoli og'ir, ingraydi, qaltirash paydo bo'ladi. Haroratning oshishi va titrash yiringli va flegmonali xoletsistitdan darak beradi. Til quruqlashadi, oq karash bilan qoplanadi. Xuruj aslida ko'ngil aynishi, qayta-qayta qusish, qorin dimlanishi bilan o'tadi, qabziyat kuzatiladi, bemor bezovta bo'ladi. Qorni paypaslanganda o't chiqaruvchi tizimlar uchun xos bo'lgan og'riq bilan ifodalangan Ortner, Zaxarin, Obrazsov-Merfi, Vasilenko belgilari, Frenikus belgisi, qorin pardaning ta'sirlanishi kabi belgilar ijobiy natija beradi. Qorin yuzaki palpatsiya qilinganida o'ng qovurg'a ostida, ayniqsa, o't pufagi proeksiyasida qattiq og'riq kuzatiladi, mana shu sohada qorin oldingi devori mushaklarining taranglashuvi aniqlanadi. Ba'zida qorin devori yupqaligida

mushaklarda ogʻriq borligi va himoyaviy taranglanishiga qaramasdan choʻzilgan va ogʻriqli oʻt pufagini paypaslash mumkin. Sariqlik kuzatilmaydi. Oʻtkir xoletsistitda duodenal zondlashni oʻtkazish mumkin emas. Bemor umumiy holatining ogʻirlashuvi, yuqori harorat, titrash, taxikardiya, oʻng qovurgʻa ostida qorinning ogʻrishi kuzatiladi.

Qonda neytrofil leykotsitoz (15—20, 10 l), ECHT ning oshishi flegmonali va gangrenali xoletsistitdan darak beradi. Termografiya yordamida oʻt pufagi proeksiyasi sohasida terining gipertermiya oʻchogʻini aniqlash mumkin. Oʻtkir xoletsistit tashxisida exografiya katta ahamiyatga ega, ayniqsa, kechadigan jarayon tekshirilganda uning dinamikasini bilish uchun bir necha soatdan keyin (ertasiga) ogʻir holatlarni tashxis qilishda kompyuterli tomografiya qoʻllaniladi. Exografiya va tomografiya nazoratida baʼzi bir davo muolajalari oʻtkaziladi, oʻt pufagi punksiya qilinadi va uning ichidagi yalligʻlangan suyuqlik olib tashlanadi, uning boʻshligʻiga antibiotiklar yuboriladi.

Kasallikning kechishi va uning asoratlari. Kasallik oqibati yaxshi tugashida ogʻriq, harorat va qonning oʻzgarishi, kasallikning 2-,4- kunida koʻproq namoyon boʻladi va bir necha kun saqlanadi, shundan soʻng bemor tez yoki sekin-asta tuzaladi. Baʼzi hollarda esa surunkali shaklga oʻtadi, koʻproq bu holat yiringli va flegmonali xoletsistitda uchraydi. Kasallik yomon kechganida oʻtkir davri choʻziladi va asoratlar kelib chiqishi mumkin: oʻt pufagining qorin boshligʻiga perforatsiyasi peritonit rivojlanishiga yoki infeksiyaning ichki aʼzolarga tarqalib, ichki oʻt oqmalari hosil qilishiga, yuqoriga koʻtariluvchi xolangit, jigar abscessiga sabab boʻladi. Oʻng qovurgʻa ostida birdaniga oʻtkir, qattiq ogʻriq paydo boʻlishi, peritoneal belgilarning yaqqolligi, xiqichoq tutishi, yel va najas chiqishining toʻxtashi sababli qorinning tushishi, bosimning tushishi oʻt pufagi perforatsiyasidan darak beradi. Oʻtli peritonit tashxisida auskultatsiya usuli ham yordam beradi: oʻt pufagi joylashgan soha ustidagi qorin pardasining ishqalanish shovqini eshitiladi. Yana shuni alohida taʼkidlab oʻtish zarurki, oʻtli peritonit ogʻirroq kechadi va yomon oqibatlariga olib keladi.

Davolash. Oʻtkir xoletsistit bilan kasallangan bemorlar jarrohlik boʻlimlariga yotqiziladi. Flegmonali va gangrenali xoletsistitda yoki uning oqibatida tezda operatsiya qilinadi. Kasallik oʻrtacha kechayotgan boʻlsa va asoratlar kuzatilmasa, taʼsir doirasi keng antibiotiklar katta miqdorlarda beriladi, ampitsillin (har 4—6 soatda, 0,5—1 g ichishga), oletetrin (har 4—6 soatda, 0,5 g ichishga) yoki tetraolean (0,1g dan kuniga 3 marta muskul orasiga), vena ichiga 500 mg 25—30 ml suvda (inyeksiya uchun), levo- metsitin (0,5—0,75 g) kuniga 4—6 m tayinlanadi. Spazmolitiklar: atropin sulfat, no-shpa, parhezga rioya qilish, issiq shirin choy, mineral suvlar, ovqatdan oʻzini tiyish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi quyidagicha:

- ratsional ovqatlanish tartibiga rioya qilish;
- fizkultura bilan shug‘ullanish;
- yog‘ almashinuvi buzilishining oldini olish;
- badandagi infeksiya o‘chog‘ini yo‘qotish kerak.

Surunkali xoletsistit — o‘t qopining surunkali yallig‘lanishidir. Surunkali xoletsistit o‘tkir xoletsistitdan so‘ng kelib chiqadi, ammo ko‘proq mustaqil ravishda va asta-sekin o‘t-tosh kasalligi asosida kelib chiqadi. Ko‘pincha surunkali xoletsistit sekretor yetishmovchilik bilan o‘tadigan gastrit, surunkali pankreatit va hazm a'zolari kasalliklari hamda semirish kasalligi bo‘lgan bemorlarda uchraydi. Surunkali xoletsistitlarni tibbiy jamoat- chilik tomonidan qabul qilingan tasnifi mavjud emas. Quyida A.M.Nogaller (1979) taklif qilgan tasnifni keltiramiz.

1. Og‘irlik darajasi bo‘yicha:

a) yengil; b) o‘rtacha og‘ir; d) og‘ir turi.

2. Kasallikning kechish bosqichlari bo‘yicha:

a) qaytalanishli; b) pasayib boruvchi qaytalanishli;

d) remissiya davri (barqaror va beqaror).

3. Asoratlanishi bo‘yicha:

a) asoratlanmagan; b) asoratlangan.

4. Kechish turlari bo‘yicha:

a) qaytalanuvchi; b) sust kechuvchi; d) almashinib kechuvchi.

Klinik ko‘rinishi. Surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlar o‘ng qovurg‘a ostida to‘mtiq og‘riqlarni sezadilar, bu og‘riqlar doimiy bo‘lib, yog‘li va qovurilgan ovqat iste‘mol qilganda 1—3 soatdan keyin paydo bo‘lib, yuqoriga, o‘ng yelkaga, bo‘yinga, o‘ng kurakka tarqaladi.

Dispeptik o‘zgarishlar: og‘izda taxir va metall mazasini sezish, havo bilan kekirish, ko‘ngil aynishi, meteorizm, defekatsiyaning buzilishi, qabziyatning ich ketishi bilan almashinib turishi kuzatiladi. Nevrasteniya belgilari: ta'sirchanlik, uyqusizlik.

Sariqlik kam uchraydi, asosan, jigarning ikkilamchi shikastlanishida qorin sohasi paypaslab tekshirilganda va perkus- siyada meteorizm aniqlanadi. Qorinning yuzaki palpatsiyasida, qorin oldingi devorida o‘t pufagi sohasida og‘riq va sezuvchanlik aniqlanadi. Qorin pressi mushaklarning qarshiligi (rezistentligi) oshadi. Ko‘pincha og‘riq bilan ifodalanuvchi Myusse-Georgiyev, Grekov-Ortner, Obrazsov-Merfiy, Vasilenko belgilari musbat bo‘ladi.

Surunkali xoletsistit asoratlarida surunkali gepatit, xolangit rivojlanadi, jigar kattalashishi mumkin. Palpatsiyada jigar chetlari zichlashgani va og‘riq seziladi. Surunkali xoletsistitda duodenal zondlash katta ahamiyatga ega:

o‘tning „B“ porsiyasini olish qiyinlashadi, chunki o‘t pufagining konsentratsiyalash xususiyati va pufakchanning reflektor faoliyati buzilishi kelib chiqadi. O‘tning „B“ porsiyasi „A“, „C“ porsiyasidan ko‘ra xiraroq va to‘qroq bo‘ladi.

Xoletsistografiyada o‘t pufagi shaklining o‘zgarganligi, rentgenogrammada uning ko‘rinishi aniq emasligi ko‘rinadi.

Ultratovush bilan tekshirilganda uning devorlarining qalinlashganligi va unda konkrementlar yo‘qligi aniqlanadi.

Kechishi: 1) latent; 2) takrorlanuvchi; 3) og‘ir kechadigan— yiringli bo‘ladi.

Asoratlari: surunkali xolangit, gepatit qo‘shiladi. Pankreatit bo‘ladi, chunki 70% hollarda umumiy o‘t yo‘li va pankreatik yo‘llar o‘n ikki barmoq ichakka tushishi oldidan qo‘shiladi. Yallig‘lanish jarayoni o‘t pufagida toshlar yig‘ilishiga olib keladi.

Davolash. Davo terapiyasining maqsadi:

1) infeksiyaga qarshi kurashish;  
2) og‘riq sezgilarini yo‘qotish, o‘t chiqarish yo‘llari spazmining oldini olish;

3) o‘t haydovchi vositalarni qo‘llash.

Ta'sir doirasi keng antibiotiklar: oletetrin, eritromitsin, ampitsillin, glikozitsilin, monomitsin beriladi.

Sulfanilamid preparatlari: sulfademizin, ulfapiridazin ishlatiladi. O‘t yo‘llarini deskineziyasini yo‘qotish uchun spazmolitik- lar va xolinolitiklar beriladi.

Yallig‘lanish jarayoni tugayotgan davrda issiq fizioterapevtik muolajalarni o‘ng qovurg‘a ostiga qo‘yish tavsiya etiladi (diatermiya, UVCH, indukteriya). O‘t haydovchi dorilar: alloxol, degidroxol, xolenzim. O‘simliklardan tayyorlangan o‘t haydovchilar: qaynatma (250 ml suvga 10 g) „bessmertnik“ guli, makkajo‘xori popuklari qaynatmasi va damlamasi (250 ml suvga 10 g) 1 kunda 3 martadan 1 osh qoshiqda, 0,005—0,01 g berberin sulfat tabletkasidan buyuriladi.

Sulfat magniy eritmasi, karlovari tuzi, naftusya, sintetik o‘t haydovchi preparatlar: oksafenamid, sikvalon, nikodinni ichish tavsiya qilinadi. Profilaktika maqsadida parhez ovqatlanish, „Chinobod“, „Toshkent mineral suvlari“, „Sari-Og‘och“, „Chortoq“ sanatoriya va kurortlarida davolanish tavsiya etiladi.

Parvarishi. Rejimni tashkil etish va bemorni parvarish qilishdan maqsad kasallikning zo‘rayib ketishi va qo‘zib qolishining oldini olishdan iborat. Parhezga amal qilib xolesteringa boy masalliq larni cheklab qo‘yish juda muhim hisoblanadi.

Masalliq larni qaynatib pishirilgan holda berish lozim. Yetarli miqdorda (kuniga 6—8 stakan) suyuqlik ichib turish oʻtning oʻn ikki barmoq ichakka tushib turishiga yordam beradi. Oʻt haydovchi preparatlarni bemor ovqat mahalda ichishini hamshira nazorat qilib turi- shi kerak.

### **Oʻt-tosh kasalligi**

Oʻt-tosh kasalligi keng tarqalgan kasalliklardan biri. Ma'lumotlarga qaraganda, bu kasallik juda keng tarqalgan boʻlib, har oʻnta odamdan bittasi oʻzida tosh olib yuradi. Yosh oʻtib borgan sari bunday odamlar soni ham ortib boradi, ammo hamma ham kasal boʻlavermaydi. Hayotda hech kasal boʻlmaganlarda ham tosh topilishi mumkin. Hisobotlarga qaraganda, shunday kasallik bilan ogʻrigan bemorlarning taxminan 10% ida tosh borligi aniqlangan.

Oʻt-tosh kasalligi—organizmda modda almashinuvi buzilishi natijasida oʻt pufagi yoʻllarida tosh paydo boʻlishi, ularda oʻt dimlanib qolishi bilan kechadi.

Oʻt-tosh kasalligi bilan koʻpincha ayollar kasallanadi. Kasallikning kelib chiqishida turmush sharoitining ahamiyati katta. Kasallik koʻpincha toʻladan kelgan odamlarda uchraydi.

Oʻt-tosh kasalligining rivojlanishiga turli yuqumli kasalliklar (qorin terlamasi, ichburugʻ, enterokolit, koʻrichak, gijjalar, yalligʻlanish jarayonlari), shuningdek, qorin dam boʻlishi, su- runkali ich qotish, koʻkrak-qorin toʻsigʻining sust harakatlanishi ham kasallikka sabab boʻlishi mumkin. Oʻt-tosh kasalligi irsiy xususiyatga ega boʻlishi ham mumkin.

Oʻt-tosh kasalligi rivojlanishida moddalar almashinuvining buzilishi va oʻt tarkibining oʻzgarishi katta ahamiyatga ega. Jigardagi disxoliya jarayoni oʻt tarkibidagi qiyin eriydigan moddalarni, asosan, xolesterinni choʻkishiga imkon yaratadi. Xolesterinning choʻkishi esa, oʻt tarkibida xolesterin koʻpayganda sodir boʻladi. Lekin, baʼzan xolesterin meʼyorida boʻlsa ham choʻkishi mumkin. Xolesterin suvda erimaydi, oʻtda esa oʻt kislotalari yordamida ushlab turiladi. Oʻt kislotaga yetishmovchiligida xolesterin tosh hosil boʻlishiga sabab boʻladi. Oʻtning tarkibi va uning ichakka tushishi ovqatning xususiyatiga va uni qabul qilish darajasiga bogʻliq. Seryogʻ, sergoʻsht va boshqa oqsilga boy boʻlgan ovqatlar hamda xolesterin, bilirubinga boy konservalangan mahsulotlar oʻt ajralishiga imkon beradi. Shuning uchun kasallik koʻpincha koʻp ovqat yeydigan, semirishga moyilligi boʻlgan, ichak harakati sust odamlarda uchraydi. Notoʻgʻri ovqatlanish va shoshilib ovqat yeyish, ovqat vaqtida diqqatning boʻlinishi, ovqatlanish maromining buzilishi ham oʻt-tosh kasalligini keltirib chiqaruvchi sabablardan biri. Xolesterin, kalsiy tuzlari, bilirubin, bundan tashqari, oqsil tosh hosil boʻlishida ishtirok etadi. Tarkibiga koʻra toshlar xolesterinli, rangli, aralash boʻladi.

Oʻt-tosh kasalligining klinik koʻrinishi har xil, asosan, asoratli va asoratsiz turlarga ajratiladi. Oʻt-tosh kasalligining asoratsiz turi dispepsiya, oʻt

yoki jigar sanchig'i ko'rinishida bo'ladi, dispeptik holat kasallikning doimiy belgisi bo'lib hisoblanadi. Bemor vaqt-vaqti bilan paydo bo'ladigan qorin ustidagi va o'ng qovurg'a ostidagi og'riqdan, qorin dimlanishidan, kekirish, vaqt-vaqti bilan qusishdan shikoyat qiladi. Kasallar ko' - pincha tuxum, pishloq, yog'li ovqatlar, xamirni ko'tara olmaydilar. Ba'zan, ovqat yegandan 3—4 soat o'tgach o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ladi. U orqaga va o'ng kurak sohasiga tarqalishi mumkin. Ich ketib, najasda ko'p miqdorda o't ajraladi. O't-tosh kasalligining o'ziga xos belgisi jigar yoki o't sanchig'i deb ataluvchi og'riq paydo bo'lishidir, og'riq xurujsimon bo'ladi. Og'riq qo'qqisdan yuzaga kelishi, ba'zan unga ba'zi bir belgilar qo'shilishi mumkin. Ko'pincha xuruj yog'li ovqat yegandan so'ng paydo bo'ladi. Ayniqsa, spirtli ichimlik ichish, botmaydigan ovqat iste'mol qilish, sovqatish, o'ta charchash, egilib ishlash, hayajonlanish, qo'rqish va hokazolar ham kasallik xurujiga sabab bo'ladi. Ayollarda kasallik hayz ko'rishdan oldin yoki u boshlanganda, homiladorlik vaqtida, tuqqandan so'ng paydo bo'ladi.

Odatda xuruj kunning birinchi yarmida, ya'ni o'n ikki barmoq ichak ovqat bo'tqasi bilan eng ko'p ta'sirlangan vaqtda, o't ko'p oqishi natijasida boshlanadi. Og'riq o'tkir, ba'zida chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi.

Oshqozon kasalligidagi qusishdan farqli o'laroq, bu kasallikda qusgandan so'ng bemorning ahvoli yengillashmaydi. Qator hollarda, ayniqsa yurak kasalligi bilan og'rig'an bemorlarda yurak-qon tomir sistemasida o'zgarish vujudga keladi, marom buziladi, bradikardiya, ekstrastologiya, stenokardiya xuruji, yurak astmasi xurujlari, oyoq-qo'llarning muzlashi kuzatiladi. Og'riq xuruji vaqtida reflektor anuriya boshlanishi mumkin, xuruj oxirida ko'p miqdorda tiniq siydik ajraladi. Nerv sistemasining qo'zg'alish belgilari paydo bo'ladi, boldir muskulining tortilishi va umumiy tutqanoq tutishi mumkin. Og'ir hollarda es yo'qoladi. Ko'pincha qisqa vaqt harorat ko'tariladi, xuruj vaqtida bemor bezovta bo'ladi, u har xil vaziyatni oladi.

Qorinni tekshirganda uning dam bo'lishi, devori taranglashishi mumkin. O'ng qovurg'a ostida hamda o't pufagi sohasida keskin og'riq aniqlanadi. Ma'lum nuqtalarda: o't pufagi, qorin- ning yuqori qismida, umumiy o't yo'li va oshqozon osti sohasida, yelka, VII, IX, XII umurtqa sohasida, ko'krak burchagida, diafragma sohasida, o'ng qovurg'a osti yoki qovurg'a yoyi barmoqlar bilan tebratilganda keskin og'riq paydo bo'ladi (Ortner ijobiy belgisi). Qorinni mukammal tekshirish xuruj to'xtagandan so'ng amalga oshiriladi. Xuruj bir necha daqiqadan bir necha soatgacha, ba'zan 1—2 kungacha davom etadi. Jigardagi og'riq goh to'xtab, goh paydo bo'ladi.

Qon tahlili. Qonda leykotsitlar ko'payadi. Agar xuruj bir necha kundan ortiq davom etsa, o't yo'lining tiqilishi yoki torayishi natijasida mexanik

sariqlik paydo bo'ladi. Bu holda qonda billirubin ko'payadi, qisqa vaqt najas rangi o'zgaradi.

Toshning o't pufagi bo'ynida yoki pufak yo'lida bo'lishiga parhezning buzilishi, kuchli hayajonlanish, kamquvvatlik sabab bo'ladi.

Kasallik alomatlari. O't pufagi sohasida sanchiqli og'riq turishi kuzatiladi. Og'riq ko'pincha qisqa vaqtli bo'ladi. Agar tosh kichik bo'lsa, u umumiy o't yo'lga o'tib ketadi yoki o't pufagiga qaytadi. Agar tosh katta bo'lsa, pufak yo'li bekilib qoladi. Natijada kuchli og'riq ro'y beradi. Sariqlik kuzatilmaydi. Paypaslaganda o't pufagi kattalashganligi aniqlanadi. O'n ikki barmoq ichakni zondlaganda o'tning „B“ ulushi bo'lmaydi.

Xoletsistografiyada o't pufagi soyasini aniqlab bo'lmaydi. Bir necha haftadan so'ng o't pufagi istisqosi rivojlanadi. O'ralgan o't pufagidan o't so'rilib ketadi, pufak o't pufagi devorlaridan sizib chiquvchi tiniq suyuqlik oq o't bilan to'ladi. Ba'zan o't so'- rilib, pufak bo'shab qoladi. O't pufagi istisqosining asosiy belgisi qorinning o'ng yarmida, o'ng to'g'ri muskulning tashqi qirrasida oval yoki noksimon shish paydo bo'lishidir. U jigar bilan bog'langan bo'lib, nafas olganda va paypaslaganda harakatchan, og'riqsiz yoki og'riqli bo'lishi mumkin. Sariqliq, qichishish, bradikardiya kuzatilmaydi. Xuruj o'tgandan so'ng bemorning umumiy ahvoli uncha o'zgarmaydi. Harorat me'yorida yoki subfebril bo'ladi.

Xuruj vaqtida bemor o't (safro) tashlab, qayt qiladi. O't sanchig'idagi og'riqqa morfin og'rig'i deyiladi, chunki u faqat narkotik inyeksiyasi bilan bartaraf qilinadi.

Davosi. O't-tosh kasalligida ko'p hollarda xirurgik davo qilish zarur. Terapevtning vazifasi bemorni operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyingi davrda davolashdan iborat. Terapevt o't pufagidagi yallig'lanish jarayoniga davo qilish bilan birga, umumiy mustahkamlaydigan terapiya ham tayinlaydi, zarurat bo'lganda esa qo'shni organlar va sistemalarga davo qiladi. Aksariyat, operatsiya ximiyaviy tarkibi, shakli va katta-kichikligi turlicha konkrementlar bilan to'lgan o't pufagini olib tashlashdan iborat. Operatsiya o't pufagi va o't yo'llari kasalliklariga davo qilish bir zvenodangina iborat.

Parvarishi. Kasallikning zo'rayib ketishi va qo'zib qolishi oldini olishning asosiy choralaridan biri ovqatlanish rejimini tashkil etish va parhezga qat'iy rioya qilishdan iborat. Ayniqsa, o't-tosh kasali bor, buning ustiga yog' bosib ketgan odam xamir ovqatlar, pecheniy, tuxum bilan shakar qo'shib qorilgan xamirdan tayyorlangan mahsulotlarni cheklab qo'yishi kerak. Ovqatni 4 soat oralab, oz-ozdan, tez-tez yeb borish o't pufagining vaqtida bo'shalib turishiga yordam beradi. Odam o'tirganda o't pufagining bo'shalishi qiyinroq bo'ladi, shu sababdan o't-tosh kasalligi bilan og'rikan va o'tirib ishlaydigan odamlarga tana

vaziyatini o'zgartirib turish bilan aloqador gimnastika mashg'ulotlari, nafas mashg'ulotlarini kun davomida bir necha marta takrorlab turish tavsiya etiladi.

### **Qariyalarda ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari**

Chaynov muskullari va so'lak bezlarida atrofik o'zgarishlar rivojlanadi. So'lak sekretsiasinini pasayishi, tishlarning tushishi, chaynov muskullarining susayishi ovqatning og'iz bo'shlig'idagi mexanik ishlovini yomonlashtiradi, uning qayta hazm bo'lishi uchun noqulay sharoit yaratiladi. Qizilo'ngach shilliq qavatida atrofiya kuzatiladi, uning muskulaturasining tonusi susayadi, peristaltikasi susayadi. Me'daning shilliq va muskul qavatlarida ham atrofiya kuzatiladi. Arterial tomirlarning sklerozlanishi, kapillyarlar zichligining kamayishi me'daning qon aylanishini yomonlashtiradi. Me'daning sekretor faoliyati pasayadi: me'da sekretining miqdori kamayadi, xlorid kislota, pepsin va gastromukoprotein produksiyasi kamayadi. Yosh o'tishi bilan ichaklar uzunligi oshadi, ichak shilliq qavatining qalinligi kamayadi. Bu o'zgarishlar so'rilish jarayonining buzilishiga olib keladi.

Me'da raki onkologik kasalliklar orasida ko'p tarqalgan kasalliklardan hisoblanib, umumiy yomon sifatli kasalliklarning taxminan 40% ni tashkil qiladi.

Me'da rakining **etiologiyasi** oxirigacha aniqlanmagan. Me'da raki bilan erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq kasallanadi. Keksa yoshdagi odamlar, 50 yoshdan oshganlar me'da raki bilan ko'proq kasallanadilar. Irsiy moyillik ham qandaydir ahamiyat kasb etadi. SHuningdek, me'da rakining tarqalishi ovqatlanish xususiyatlariga ham bog'liq. Yog'siz ovqatlar, meva va sabzavotlarni ko'p iste'mol qiladigan odamlar ziravorlar, o'tkir alkogolli ichimliklari ko'p iste'mol qiladigan odamlarga nisbatan me'da raki bilan kamroq kasallanadilar. Noregulyar ovqatlanadigan odamlar ovqatlanish rejimiga rioya qiladigan odamlarga nisbatan ko'proq kasallanadilar.

Me'da raki rivojlanishiga ko'pincha surunkali gastrit, me'da poliplari moyillik qiladi. SHuningdek, me'daning surunkali kallyoz yaralari rakka aylanishi mumkin. Me'daning surunkali kasalliklari fonida organizm immun statusining pasayishi viruslar bilan birga me'da rakiga olib kelish ehtimoli bor.

O'sma ko'p hollarda me'daning piloroantral sohasida joylashib qolgan qismlarda kamroq rivojlanadi. Turli organlarga metastazlar berishi qon va limfa tomirlari orqali yuzaga keladi.

Me'da rakining 4 ta bosqichi farqlanadi:

I- bosqich – o'smaning diametri 2 sm katta emas, shilliq qavat chegarasida o'sadi.

II- Bosqich – o'smaning diametri 4- 5 sm, shilliq qavati va muskul qavatiga o'sib kiradi, limfa tugunlarida metastazlar kuzatiladi.

III- Bosqich – o'sma me'daning seroz va seroz osti qavatlariga infiltratsiyalanadi, regional limfa tugunlarida ko'plab metestazlar kuzatiladi.

IV- Bosqich – o'smalar har xil o'lchamda va har xil xarakterda, uzoq metestazlar (boshqa a'zolariga) kuzatiladi.

(1) Me'da rakining simptomlari va diagnostikasi

Kasallikning 3 ta davri farqlanadi:

- Boshlang'ich
- Kasallikning aniq klinik namoyon bo'lish davri
- Terminal

Kasallikning **erta davrida** kichik belgilar sindromi muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Ularga quyidagi simptomlar kiradi: tez charchash, holsizlik ishtaha pasayishi, ba'zi ovqat mahsulotlarni ko'tara olmaslik (go'sht, baliq), me'da diskomforti belgilari (kekirish, epigastral sohada og'irlik, me'da to'lib ketish hissi), ruhiy depressiya, apatiya.

**Aniq klinik belgilar davri** quyidagi simptomlar bilan xarakterlanadi: epigastral sohada og'riqlar, anoreksiya, kamdan kam hollarda bulimiya, ozish, ko'ngil aynish, qusish, me'dadan surunkali qon ketishi, uzoq vaqt lixoradka. Ko'zdan kechirilganda teri rangpar yoki ersimon tusda. Palpatsiyada ba'zi hollarda mahalliy og'riqlar va qorinning old devori muskullarining rigidligi aniqlanadi, ba'zida esa o'smani paypaslash mumkin. Ba'zi odamlarda uzoqlashgan metastazlar aniqlanadi. Perkussiyada me'da sohasining kengayganligi aniqlanadi.

Kasallikning **terminal bosqichi** epigastral sohada, o'ng qovurg'a ostida (buyraklarga metastaz), orqa tomonda (me'da osti beziga metastaz), ba'zida suyaklarda kuchli, holdan toydiruvchi og'riqlar, butunlay ishtahasizlik, ko'ngil aynish belgilari bilan xarakterlanadi. Keskin holsizlik, har safar ovqatlangandan keyin qusish, ozib ketish, lixoradka, teri quruq, ersimon rangda, ba'zi hollarda assit kuzatiladi.

Orqa miyaga metestaz berganda bemorning yurishi o'zgaradi – bir tomondan ikkinchi tomonga chayqalib yurish ("o'rdaksimon yurish"). O'mrov usti limfa tugunlaridagi metastazlarni palpator yoki vizual aniqlash mumkin.

Ozish sekin asta kaxeksiyaga o'tib boradi.

Bemor o'sma intoksikatsiyasi va yurak qon – tomir etishmovchiligi holatidan o'ladi.

**Asoratlari.** Kasallik qizilo'ngach chiqish qismining stenozi bilan asoratlanishi mumkin. O'sma me'daning antral yoki pilorik qismida joylashganda privratnik stenozi rivojlanib, u qusish bilan xarakterlanadi.

Me'da – ichakdan qon ketishi: me'da devorinng perforatsiyasi o'sma parchalanganda kuzatiladi.

**Diagnostika.** Me'da raki rentgenoskopiyada oson aniqlanadi. O'sma joylashgan joyda perkutor tovush aniqlanmaydi. Me'da devorining o'smali infiltratsiyasi uning deformatsiyasiga, ba'zida buralib qolishiga olib keladi. Me'daning antral va pilorik qismidagi o'smalar uning stenoziga olib keladi.

Gastrofibroskopiya katta diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, uning yordamida o'smaning xarakteri, o'lchami aniqlanadi, shuningdek, gistologik tekshiruv uchun biopsiya olinadi.

Diagnostika maqsadida sitologik usul keng qo'llaniladi. Tekshiruv uchun materialni me'dani natriy xlorid eritmasi bilan yuvilganda olinadi. Biopsiya o'sma tashxisini 80% aniqlikda tasdiqlash imkonini beradi.

Qonda ECHT ning tezlashishi, kamqonlik, leykotsitoz aniqlanadi.

Najasni yashirin qonga tekshirish usuli musbat natijalar beradi.

Laparoskopiya me'da rakining kechki diagnostikasida, asosan o'smani operabelligini aniqlash uchun qo'llaniladi.

#### Me'da rakini davolash

Asosan jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Jarrohlik yo'li bilan davolashga ko'rsatma barcha birinchi bosqichdagi o'smalar hisoblanadi. Operatsiya me'da bir qismining rezeksiyasi yoki total gastroektomiya, mahalliy limfa tugunlarni olib tashlash, zararlangan sohalarni olib tashlashdan iborat.

Kasallikni konservativ davolash tuzalishga olib kelmaydi, lekin bemorning azoblanishlarini kamaytirib, umrini uzaytirish imkonini beradi. Davolash 3 yo'nalishda olib boriladi:

- Ximioterapiya
- Nur terapiya
- Simptomatik terapiya

Gastroektomiyadan keyin anemik sindrom kuchayib borib, dispepsik buzilishlar bilan birga namoyon bo'ladi. Bu me'da shilliq qavatida ishlab chiqariladigan Kasl omilining yo'qligi bilan bog'liq.

Total gastroektomiyadan keyin umumiy buzilishlar ham kuzatiladi: asteniya, ozish, o'zini yomon his qilish. Bu asoratlarning oldini olish mumkin. Bunda bemorga tavsiya etilgan ovqatlanish rejimi va parhezga rioya qilish kerak.

Me'da raki bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiraik parvarishi

Bemor tashxisini bilish huquqiga ega, lekin faqat vrach bemorga tashxisni qachon va qanday shaklda xabar berishni hal qiladi. Hamshira tashxisni yashirib, bemorni parvarish qilganda unda tuzalishga ishonch uyg'otishi kerak.

#### O'z – o'zini parvarish qilish

Bemorning holatiga bog'liq holda turli maqsadlar qo'yiladi, masalan, kasallikning takrorlanishini oldini olish uchun hayot tarzini o'zgartirish, shu bilan

birga gastroektomiyadan keyingi ahvoliga mos holda nojo'ya ta'sirlarga qarshi choralar ko'rish va davolash, keyinchalik esa o'smaning terminal davrida hayotini sog'lom odamlardek o'tkazishi, nima bo'lganda ham bemorda o'z – o'ziga parvarishni amalga oshirib, unda o'ziga ishonchni oshirish kerak.

Masalan, bemor hayot tarzini gastroektomiyadan keyin ahvoliga moslashtirish uchun ovqatlanish rejimida quyidagilarga e'tibor berish kerak:

A) Me'daning hajmi kichrayganligi sababli hazm qilish funksiyasi va b. pasayadi, shuning uchun ovqatning hajmi kamaytirilib, uni qabul qilish soni oshirilishi kerak.

V) So'lakning ajralishini stimulyasiya qilish uchun ovqatni kichik porsiyalarda iste'mol qilish kerak.

S) Ovqatning sifatiga alohida ahamiyat bergan holda ovqatlanish rejimini o'zgartirish (engil hazm bo'ladigan, kaloriyali ovqatni tanlash)

D) Suyuqliklar qabul qilganda suvsizlanishning oldini olish maqsadida me'daning kengayishgan olib keladigan gazlangan ichimliklar ichishni cheklash

E) Ovqatlangandan keyin tananing holati: me'daning qisman rezeksiyasida o'tirgan holatni ta'minlash, demping – sindromning oldini olish uchun yotgan holatni berish.

Bemorning xohishsiz va o'zgarishlar muhimligini tushunmasdan turib uning uzoq vaqt davomida yaratgan hayot tarziga o'zgartirishlar kiritish qiyin bo'ladi. Lekin agar bemor bu qoidalarga rioya qilmasdan yashaydigan bo'lsa, natijada u azoblanishi mumkin. SHuning uchun hamshira bemorning yangi hayot tarziga moslashishi uchun bemorga o'z- o'zini parvarish qilish qobiliyatlarini oshirishida yordam berishi kerak.

Bundan tashqari, o'z- o'ziga parvarish ko'nikmalarni mustahkamlashda o'rab turgan muhit ta'siri ham kattadir. Shuning uchun hamshira bemorni o'rab turgan muhitni ham hisobga olib, kerak bo'lganda uni o'zgartirishi kerak.

#### Bemorning ovqatlanishi

Oqsil va o'simlik mahsulotlari etarli bo'lmasligi holdan toyish, avitaminozga olib keladi. Ba'zi bemorlar aksincha, ovqatlanish rejimiga uzoq vaqt rioya qila olmay uni buzadilar, natijada ichaklar faoliyati buzilib, hazm qilish va oziq moddalarning so'rilishining buzilishi natijasida kamqonlik yuzaga keladi.

#### Parhez bilan davolash

Bemor va uning qarindoshlari kasalxonadan chiqayotganda parhez va ovqatlanish rejimi haqida to'liq ko'rsatmalar oladilar. Bemorga osh tuzi cheklangan, etarli darajadagi oqsilli, fiziologik to'la qimmatli parhez tavsiya qilinadi. Hamma ovqatlar qaynatilgan yoki bug'da pishirilgan bo'lishi kerak. Ovqatlanish rejimiga, parhezga rioya qilganda bemor mehnat qobiliyatining to'liq tiklanishi 4- 6 oyda boshlanadi.

## Har kunlik hayotida yordam

Bemorning to'liq fiziologik reabilitatsiyasi kechroq, ya'ni operatsiyadan keyin birinchi yilning oxirida boshlanadi.

Onkologik bemor o'sma tashxisini bilgandan keyingi shokdan keyin uning ahvoli og'irlashmasa, kasallik uning barcha fikrlarini egallamasa, u uchun zarur bo'lgan ishlar bilan shug'ullanib, ulardan qoniqish olishiga xalaqit bermasa uning hayoti to'laqonli hisoblanadi.

**Bemorning reabilitatsiyasi** – bu bemorning buzilgan ruhiy, moral, jismoniy va fiziologik holatini tiklashga qaratilgan individual rejani ishlab chiqish va amalga oshirish.

Uni hayotga tatbiq qilish uchun ko'pgina onkologik davolash muassasalarida maxsus davolashdan oldingi bo'limlar – reabilitatsion bo'limlar mavjud. Lekin reabilitatsion bo'limlarda yotgan vaqtda organizmning hamma buzilgan sistemalarini qayta tiklash iloji bo'lmaydi. Tashxis, uzoq muddatli, og'ir davolanish tufayli kelib chiqqan nerv – ruhiy o'zgarishlar oilaviy va turmushdagi sog'lom omillarning uzoq vaqt ta'sirini talab qiladi.

### **Hazm tizimi (pastki bo'limi) kasalliklari bilan xastalangan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi**

1) Qari bemorlarda yo'g'on ichak rakining klinik kechishi va davolash

(1) Yo'g'on ichak rakida klinik holati (anatomo – fiziologik o'zgarishlar bilan birga)

To'g'ri ichak raki boshqa lokalizatsiyadagi raklar orasida 6- 7 o'rinda turadi, barcha o'sma kasalliklari orasida esa 4- 5 % ni tashkil qiladi. Ichaklardagi barcha o'smalar orasida esa birinchi o'rinni egallaydi. (70 – 80%).

To'g'ri ichak rakiga olib keladigan kasalliklarga to'g'ri ichakdagi surunkali yallig'lanish jarayolarni (proktitlar, yaralar), gemorroyning asoratlari – yoriqlar, oqmalar va asosiysi poliplar kiradi.

#### **Prognoz.**

To'g'ri ichak rakining operabelli formalarida prognoz yaxshiroq. 5 yillik tuzalish 50% dan ortiq kuzatiladi.

#### **Yo'g'on ichak rakining simptomlari va diagnostikasi**

To'g'ri ichak rakining simptomatik klinikasi erta davrlarda boshqa jinsiy a'zolar raki kabi aniq belgilardan iborat bo'lmaydi. Faqatgina o'sma ichak bo'shlig'iga o'sganda yoki yaralanganda bemorlarda najas o'tayotganda noxush sezgilar, og'riq, qon va shilliqli najas, najasning deformatsiyasi (lentasimon najas) kuzatiladi. Gemorroydan farqli ravishda najasda qon defekatsiyaning oxirida emas, balki boshida paydo bo'ladi. Keyinchalik defekatsiyaga tez – tez chaqiruvlar, ko'p miqdorda badbo'y hidli, qon – yiringli massalar ajralishi, ich ketish bilan almashinib turadigan qabziyat kabi belgilar qo'shiladi.

Vaqt o'tishi bilan kasallik belgilari kuchayadi, og'ir hollarda ichak tutilishi, qon ketish, yallig'lanish asoratlari (abscess, flegmona, peritonit) kuzatiladi. O'sma siydik pufagi, qinga o'sib oqmalar rivojlanadi, siydik yo'llari bosiladi va b.

**Diagnostika.**To'g'ri ichak rakini aniqlashda ko'p qo'llaniladigan va oddiy usullardan biri bu to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish usulidir. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish bemorni qorniga yotgan, yon tomonga yotib tizzalarini bukkan, yoki tizza- tirsak holatda o'tkaziladi. Barmoq bilan o'smani aniqlashning iloji bo'lmaganda cho'kkalab o'tirgan holatda tekshiriladi.

Ikkinchi eng asosiy tekshirish usuli rektoromonoskopiya yoki kolonoskopiya bo'lib, ichakni ko'rish bilan birga biopsiya olish imkonini beradi. Bu usul albatta zarur, chunki to'g'ri ichak rakida jarrohlik usuli bemorning ahvolini og'irlashtirishi mumkin, shuning uchun tashxisning morfologik tasdig'isiz jarrohlik usulini bajarish mumkin emas.

Uchinchi tekshirish usuli yuqoriroqda joylashgan o'smalar uchun rentgenologik tekshirish usuli hisoblanadi.

Tekshiruv uchun bemorlar klinik simptomlar, najasni qonga tekshirish va qonda karsinoembrional antigenni aniqlash tahlillarining natijasidan keyin tanlanadi. Buyraklarda metastaz yo'qligini tasdiqlash uchun ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi.

#### Yo'g'on ichak rakini davolash

To'g'ri ichak rakini radikal davolash jarrohlik usuli bilan amalga oshiriladi, lekin hozirgi vaqtda operatsiyadan oldingi davrda nur terapiyasi o'tkazish borasida izlanishlar olib borilmoqda. Asosan 2 tipdagi operatsiyalar o'tkaziladi: to'g'ri ichakni qorin – oraliq orqali ekstirpatsiya qilib, qorin devoriga kolostoma qo'yish, qorin – anal rezeksiyasi sigmasimon ichakni tushirib, fiziologik tashqi teshik terisiga tikish yo'li.

Operatsiyaning ikkinchi tipi yuqorida joylashgan o'smalarning erta davrlarida bajariladi.

To'g'ri ichak rakining rivojlanib boruvchi formalarida palliativ (bemor ahvolini engillashtiradigan) davo o'tkaziladi, ya'ni kolostoma qo'yiladi, bu bemorni defekatsiya akti vaqtida kuchli og'riqlardan xalos qiladi hamda o'sma o'sishini sekinlashtiradi.

Agar bemorning ahvoli to'g'ri kelsa to'g'ri ichakning progressivlanuvchi o'smalarida nur yoki ximioterapiya ham palliativ davoga qo'shimcha ravishda o'tkaziladi.

To'g'ri ichak rakining retsidivlari ko'pincha chandiqlar va oraliqning yumshoq to'qimalari sohasida rivojlanadi. Chegaralangan retsidivlar takroriy kesish va nur terapiya yordamida davolanadi.

2) Kolostoma qo'yilgan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi

(1) Operatsiyadan oldingi parvarish

Kolostoma qo'yishda qaror qilishda yordam berish va bemorning roziligi.

Operatsiyadan oldin kolostoma haqida tushuntirish ishlari olib borish zarur. Operatsiyadan oldingi instruktaj va kolostomani o'zi parvarish qilish bo'yicha tushuntirishlarni bemorning operatsiya va kasallik haqidagi bezovtaliklari, vrachning tushuntirishlarini hisobga olgan holda hamda bemorning qat'iyati va kolostomani parvarish qilishga tayyorgarligini tahlil qilgan holda olib borish kerak. Bemor kolostomani parvarish qilish haqida tasavvurga ega bo'lishi uchun uning jismoniy holati va tayyogarliligini hisobga olgan holda videomateriallar ko'rsatish, mulyajlar va inventarlar vositasida yordam ko'rsatiladi.

Yosh o'tishi bilan ko'rishning pasayishi, qo'l va barmoqlar deformatsiyasi sababli bemorlar operatsiyadan keyingi kolostomani qo'yishga ishonchni va hatto operatsiyaning o'zini o'tkazishga qat'iyatligini yo'qotishlari mumkin. Shuning uchun tibbiy xodim bemorning oilasi bilan birgalikda bemorning qat'iyatini mustahkamlashga harakat qilib, bemorni bezovta qiladigan muammolarni birin – ketin hal qilishlari kerak.

Kolostomani qo'yish joyining ahamiyati. Kolostomani qo'yish joyini hal qilish teridagi burmalar borligi va b. sabablar tufayli qiyinlashishi mumkin. SHuning uchun bu masala operatsiyagacha hal qilinishi kerak. O'z – o'zi parvarish qilish uchun sharoit yaratish kerak, bemor turgan, o'tirgan, yotgan holatlarida o'z qo'llari bilan harakatlanish qobiliyatini hisobga olish kerak. Kolostomani tanaga oson yopishtirish mumkin bo'lgan joyni tanlash.

(2) Operatsiyadan keyingi parvarish. Kolostoma bo'lganda o'z – o'zini parvarish qilish ko'nikmalariga o'rgatish va oila hamda parvarish qiluvchi shaxslarning birgalikdagi harakatining zarurligi. Ob'ekt qari bemor bo'lishiga qaramay o'z – o'zini erta parvarish qilish uchun sharoit yaratib uni shunga stimulyasiya qilish kerak. O'z- o'zini parvarish bo'yicha instruktajni hammasini bir martada emas, qismlarga bo'lib, sekinlik bilan olib borish kerak. Agar bemor parvarish qilishni xohlamay buni oilasiga qo'yib bersa buning o'zining sabablari bo'lishi kerak. Buning sababi uning erinchoqligi, o'z- o'zini parvarish qila olishiga ishonmasligi bo'lishi mumkin. Instruktajga bemorni shoshiltirmasdan etarli vaqt ajratish kerak. Stoma almashtirilayotganda bemor hammasini buzib qo'ydim deb o'ylamasligi uchun inventarning ifloslanishiga olib keladigan sharoit yaratish kerak. Agar bemor o'z- o'zini parvarish qilishning qandaydir qismini bajara olmasa bunda oilasining yordami talab qilinadi. Bemorga instruktaj oila a'zolari ishtirokida berilishi kerak, chunki bemor kasalxonadan chiqqandan keyin ular qiyin vaqtlarda yordam bera olishlari kerak. Bemorning terisi quruq bo'lganligi sababli terida muammolar yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun bemorga stomani

almashtirayotganda terini ham parvarish qilishi, ya'ni uni avval yumshoq mato bilan artib, keyin iliq suv bilan yuvish kerakligini tushuntirish kerak.

Hayot faoliyatini olib borish va ovqatlanish bo'yicha instuktaj. Bemorga daftar tutib, unga ishlatiladigan ingredientlarning ta'sirini yozib borish kerakligi tavsiya qilinadi. Daftarga u o'zining kuzatuvlarini yozadi: ovqatlangandan keyin najasning holati, ovqatning qattiqligi, turi, qovurilganlik darajasi, yumshoqligi va b. Bemorga bunday hayot tarziga o'rgatib defekatsiya vaqtini nazorat qilish va normal ijtimoiy hayotni olib borishni ta'minlashga erishish mumkin. Va aksincha, bunday hayot tarziga rioya qilmaslik hayotining og'irlashishiga olib keladi. Bemor najas konsistensiyasi va chastotasini o'zgartiradigan dorilarni ishlatishni ham bilishi kerak.

## AMALIY QISM

### Me'dani yuvish (zaharlanganda yordam ko'rsatish)

1. Tayyorlanadi: steril, yo'gon me'da zondi, voronka, 1 chelak yuvish uchun eritma (0,1% li kaliy permanganat eritmasi, 4,2% li natriy gidrokarbonat eritmasi, suv), 1 litrli ko'zacha, kleyonkali fartuk, kleyonka, suv solish uchun tog'ora, sochiq, «Jane» shpritsi, qo'lqop.

2. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.

3. Qo'l yuviladi va quritiladi.

4. Fartuk va qo'lqop kiyiladi.

5. Bemordan ko'ylak tugmachalarini yechish so'raladi (kamar, protez tish, galstuk yechiladi).

6. Bemor to'g'ri o'tqaziladi: stulga suyangon holda boshi oldinga engashgan, oyoqlari bir oz ochilgan holda o'tqaziladi.

7. Bemorning bo'yin va ko'kragiga kleyonka fartuk tutiladi.

8. Pinset yordamida stiril, nam zond olinadi. O'ng qo'l bilan yopiq uchidan 10-15 sm oralikda ushlanadi, chap qo'l bilan ikkinchi uchi ushlanadi.

9. Me'daga qancha santimetrda zond kiritilishi aniqlanadi.

10. Bemordan og'iz ochish va burun orqali chukur nafas olish so'raladi. Zondning yopiq uchi til ustiga qo'yiladi.

11. Bemordan yutinishi so'raladi. Har bir yutinganda zond asta-sekin yuboriladi. Zond belgilangan qismigacha kiritiladi.

12. Zondning ikkinchi uchiga varonka kiygiziladi.

13. O'rnatilgan varonka bemorning tizzasigacha tushuriladi va yuvush uchun tayyorlangan eritma bilan to'ldiriladi.

14. Eritma solingan voronka asta-sekinlik bilan ko'tariladi.

15. Voronka yana asta-sekin tizzagacha tushiriladi va ichidagi suyuqlik tog'oraga tushuriladi.

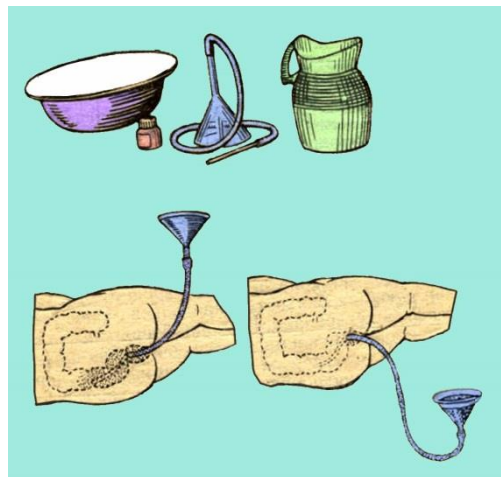
16. Muolaja me'dadan toza suv tushguncha 15 -16 marta qaytariladi.

17. Salfetka bilan zond uchi o`raladi.
  18. Asta-sekinlik bilan zond me`dadan chiqariladi va salfetka bilan artiladi.
  19. Bemor oldidan kleyonka olinadi va ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
  20. Qo`lqop va fartuk yechiladi va zararsizlantiriladi.
  21. Me`da yuvilgandan so`ng bemor ahvoli kuzatiladi.
- Eslatma: me`da yuvilgan suv vrach ko`rsatmasi bilan laboratoriyaga yuboriladi. Qolgan qismi zararsizlantiriladi.

**Ovqat hazm qilish a`zolari kasalliklari bilan og`rigan bemorni laborator tekshirish usullarga tayyorlash**  
**Qusayotgan bemorlarga yordam ko`rsatish**

1. Qo`l yuviladi va quritiladi.
2. Tayyorlanadi: tog`ora, kleyonka, sochiq yoki salfetka, noksimon balon, suv, lotok.
3. Qo`lqop va fartuk kiyiladi.
4. Bemor qulay vaziyatda o`tqaziladi.
5. Bemorning ko`krak kafasiga kleyonka yoki kleyonkali fartuk tutiladi, protez tishlari bo`lsa olib qo`yiladi.
6. Bemorning oyoq orasiga tog`ora qo`yiladi.
7. Bemorning boshi, peshona qismi ushlab turiladi.
8. Og`iz bo`shlig`i salfetka yordamida kusus moddalaridan tozalanadi.
9. Og`iz bo`shlig`i tozalanadi.
10. Bemor lablari artiladi.
11. Bemorni qulay vaziyatda yotqiziladi.
12. Bemordan xabar olib turiladi.
13. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.

Eslatma: Vrach ko`rsatmasi bilan qusuq moddalari laboratoriyaga yuboriladi. Qusuq moddalari orasida qon qoldig`i aniqlansa, vrach chaqiriladi va yordam ko`rsatiladi.



69- rasm

**Sifonli klizma o`tkazish**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo`l yuviladi va quritiladi.
3. Tayyorlanadi: uzunligi 1 metr bo`lgan yo`gon me`da zondi, 1 litr suv sig`adigan voronka, xona haroratidagi 10 litr suv, ko`zacha, chelak, kleyonka, fartuk, vazelin moyi, qo`lqop, bemor tagini yuvish uchun ishlatiladigan asboblari.

4. Qo`lqop va fartuk kiyiladi.
5. Kushetkaga kleyonka solinadi. Bemor oyoqlarini bukkan holda chap yon boshiga yotqiziladi.
6. Zondning yopiq uchi 30-40 sm uzunlikda vazelin moyi surtiladi.
7. Bemor dumbalari keriladi va orqa teshikka 30-40 sm ichkariga zond kirgaziladi.
8. Bir uchiga varonka kiygiziladi.
9. Varonka pastga tushiriladi va kerakli suyuqlik bilan to`ldiriladi.
10. Varonka asta-sekin ko`tariladi.
11. Asta-sekin voronka pasga tushiriladi va ichidagi suyuqlik chelakka quyiladi.
12. Bu muolaja bir necha marta takrorlanadi (toza suv tushguncha).
13. Voronka olinadi. Rezina naycha qoldiriladi, rezina naychaning bir uchi tog`oraga tushiriladi (qolgan suyuqlik va gaz chiqishi uchun).
14. Muolajadan so`ng bemor tagi yuviladi.
15. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
16. Qo`lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.

#### **Gaz chiqarish naychasini qo`llash**

1. Tayyorlanadi: steril gaz chiqarish naychasi, kleyonka, sudno, vazelin moyi va salfetka.
2. Bemor chap yonboshiga oyoqlarini bukkan holda yotqiziladi. Tagiga kleyonka solinadi.
3. Sudno bemor tagiga qo`yiladi.
4. Qo`l yuviladi va quritiladi.
5. Qo`lqop kiyiladi.
6. Gaz chiqarish naychasiga vazelin moyi surtiladi.
7. Chap qo`l bilan dumbalar keriladi va o`ng qo`l bilan naycha 20-30 sm ichkariga aylanma harakat bilan kiritiladi.
8. Naychaning ikkinchi uchi sudnoga tushiriladi.
9. Gaz chiqarish naychasi bir soatga qo`yiladi.
10. Naycha asta-sekin olinadi va bemor tagi yax shilab arilib, vazelin moyi surtib qo`yiladi.
11. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
12. Qo`lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.



**70- rasm**

## TOZALASH KLIZMASINI O`TKAZISH

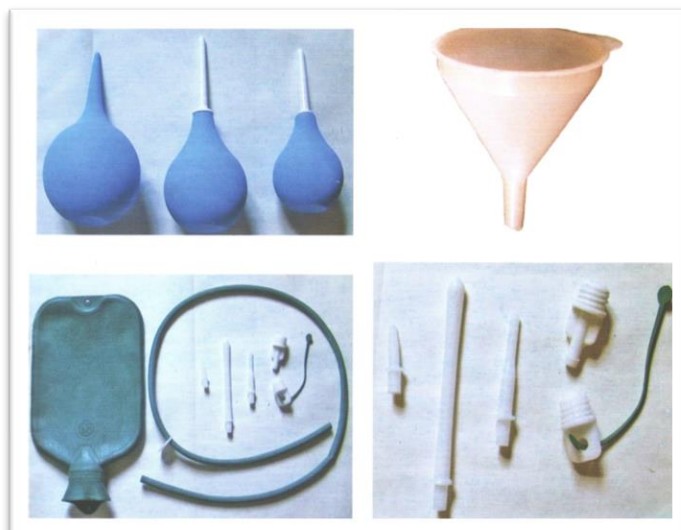
**KERAKLI JIHOZLAR:** Esmarx krujkasi, uchlik, shtativ, vazelin moyi, tuvak, (sudno), kleyonka, qo`lqop, bemor tagini yuvish uchun ishlatiladigan ashyolar, choyshab, fartuk, niqob.

1. Qo`lqop va fartuk kiyiladi.
2. Esmarx krujkasiga 1-1,5 litr iliq (200C)li suv quyiladi.
3. Krujka shtativgaosiladi.
4. Krujkadagi rezina ventil ochiladi va suv bilan to`ldiriladi. Ventil yopiladi.

5. Kushetkaga kleyonka yopiladi. Uchlikka vazelin moyi surtiladi.

6. Bemor oyoqlarini bukkan holda chap yonboshiga yotqiziladi.

7. Chap qo`l bilan bemorning orqa chiqaruv teshigi ochiladi (dumbasi keriladi) va o`ng qo`l bilan orqa chiqaruv teshikka uchlik kiritiladi.



71- rasm

8. Ventil ochiladi va suv sekin oqishi kuzatiladi.
9. Suv tugaganidan so`ng ventil yopiladi va uchlik asta - sekin chiqariladi.
10. Bemordan bir necha daqiqa o`rinda yotish so`raladi.
11. Sudno qo`yiladi va bemor bo`shanadi.
12. Sudnoda faqat suv bo`lsa, tozalash klizmasi qaytariladi.
13. Muolajadan so`ng bemor tagi yuviladi.
14. Ishlatilgan asboblari zararsizlantiriladi.
15. Qo`lqop yechiladi va konteynerga tashlanadi.

## ABDOMINAL PUNKTSIYA O`TKAZISH

Abdominal punktsiya – qorin bo`shlig`ini davo va tashxis maqsadida teshishdir.

**KO`RSATMALAR:**Jigar tsirrozi (astsit).

**KERAKLI JIHOZLAR:** Troakar – diametri 3 – 4 mm yo`g`on o`tkir kuchli mandrenli metall naycha, drenaj uchun rezina naycha.

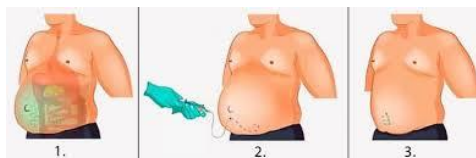
1. Qisqich.
2. Shpitslar.
3. Astsitik suyuqlik uchun probirkalar.
4. Astsitik suyuqlik uchun tog`ora.
5. Steril bint, doka salftkalar, sochiq.
6. Paxta.

7. Leykoplastir.
8. Spirt, yod eritmasi yoki xloretil, novshadil spirt, kordiamin eritmasi, 20 % li kofein eritmasi.

### **BAJARILISHTARTIBI:**

1. Muolajadan bir kun oldin bemorga tozalov huqnasi qilinadi.
2. Bevosita muolajadan oldin bemor qovug'ini bo'shatadi.
3. Punktsiyadan 20 daqiqa avval teri ostiga 1 % li promedoldan 1 ml, 0,1 % li atropindan 0,5 ml birga yuboriladi.
4. Bemor stulga suyangan, oyoqlari orasiga tog'ora, qo'yilgan xolda o'tiradi.
5. Punktsiya o'tkazish uchun hamshira qo'llari operatsiyadagi kabi yuviladi.
6. Muolaja vaqtida hamshira bemorni yelkalaridan ushlab uning axvolini nazorat qilib turadi va tartib bilan shifokorga kerakli asboblarni olib beradi. Kerak bo'lsa bemorga shifokor buyurtmasiga binoan shoshilinch yordam ko'rsatadi.

7. Hamshira punktsiyadan so'ng b emorni aravachada xonasiga olib borib qo'yadi va bir necha soat axvolini kuzatadi.



8. Astsitik suyuqlikning miqdori o'rganib

olinadi va steril probirkalarga quyib laborato-riyaga yorliq bilan jo'natiladi. 72- rasm

9. Qolgan suyuqlik 3 % li xloramin bilan zararsizlantirib kanalizatsiyaga oqiziladi.

### **Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida shoshilinch yordam ko'rsatish va parvarishlash**

Me'dadan qon ketganda bemorni parvarishlash va muolajada qatnashish

#### ***Me'da-ichakdan qon ketish***

Me'da-ichakdan qon ketish yashirin davrga ega — qon ketishdan boshlab qon aralash qusish yoki qatronsimon axlatning paydo bulishigacha. Sungra keskin bosh aylanish, umumiy quvvatsizlik, teri rangining oqarishi, pulsning tezlashishi (bir daqiqada 100—140 marta), nafas olishning tezlashishi, quloqlarda shovqin va jaranglash, ko'z oldida qora nuqtalar paydo bo'lishi, yurak atrofida ogriq bulishi mumkin. Bemor uziga nima bo'lganini bilmaydi, hushdan ketishi mumkin (hushidan ketish odatda qisqa muddatli bo'ladi). Ko'ngil aynish va qon aralash qusish, qatronsimon axlat qayd qilinadi.

#### ***Me'da-ichakdan qon ketganda birinchi yordam***

- Zudlik bilan shifokorni chaqirish.
- Bemorni uringa yotqizish, oyoq tomonini kutarib qo'yish.
- Epigastral sohaga (kindikdan yuqori) muz solingan xaltachani qo'yish.
- Puls va arterial bosimni kuzatish.
- Ovqat va suv berilmaslik.

- Mustaqil xarakatlanishga va muskullar zurayishiga yo'l o'yilmaslik, sanitar mashinaga bemor zambilda olib boriladi.

### **Jigar sanchig'ida yordam berish**

O'ng qovurg'a ostida qattiq og'riq tutib qolishi jigar sanchig'i va o't – tosh kasalligining eng xarakterli belgilaridan xisoblanadi. Kasallik xuruji bir necha daqiqadan, soat va xatto kun davomida kuzatilishi mumkin. Ko'pincha xuruj yog'li ovqat eyish, sovqotish, og'ir ruxiy kechinmalar yoki jismoniy zo'riqishlardan keyin paydo bo'ladi.

#### **KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Muz xalta.
2. Isitgich.
3. Issiq va iliq suv.
4. Sochiq.
5. Lotok.
6. Tog'ora.
7. Esmarx krujkasi, uchlik, vazelin.
8. Doka salfetkalar.
9. Og'riq qoldiradigan dori vositalar: 1 ml 1 % li promedol eritmasi, 2 ml 2 % li no – shpa eritmasi, 5 ml baralgin, 2 ml 50 % li anal'gin eritmasi, atropin sul'fat eritmasi.
10. Shpitslar va ignalar.

#### **BAJARILISH TARTIBI:**

1. Bemorni butunlay tinch qo'yish zarur.
2. Shifokor buyurgan bo'lsa jigar soxasiga muz solingan xalta ba'zan isitgich qo'yiladi yoki issiq vanna o'tkaziladi.
3. Bemorga ko'proq choy, gazi chiqarib yuborilgan va kam minerallashgan ishqoriy mineral suvlar ichiriladi.
4. Bemor qayt qilayotganida uni qulay xolda o'tkazib yoki yotqizib qo'yish, boshini ushlab turish, qayt qilib bo'lganidan keyin og'zini chayib tashlash uchun suv berib, iyagini sochiq bilan artib qo'yish, o'rniga yotqizib, issiq qilib o'rash zarur.
5. Ich kelmay qolganida ichni tozalaydigan xuqna qilinadi.
6. Xarorat ko'tarilayotgan paytida bemorning ustini o'rab, boshiga muzli xalta qo'yiladi.
7. Badan terisi qichishib turadigan bo'lsa uni dam issiq, dam sovuq suv bilan artiladi.
8. Bemorga og'riq qoldiradigan dori moddalar yuboriladi.
  - a) 2 ml 2 % li no – shpa eritmasi mushak orasiga.
  - b) 0,5 - 1 ml 0,1 % li atropin sul'fat eritmasi teri ostiga.
  - v) 2 ml 50 % anal'gin eritmasi mushak orasiga.
  - g) 5 ml baralgin eritmasi mushak orasiga va boshqalar.

9. Shifokor ko'rsatmasiga binoan yuqorida ko'rsatilgan dori vositalari natijasiz bo'lsa narkotik anal'getiklarni 1 % li promedol eritmasi mushak orasiga yuborgan ma'qul.

10. Shoshilinch yordam ko'rsatilgandan so'ng bemorni zambilda reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi.

### **O't sanchig'ida shoshilinch yordam ko'rsatish**

**Kerakli jihozlar:** tonometr, sekundomer.

**Xom ashyo:** suyuq sovun, steril qo'lqop, ketonal 2ml, no-shpa 2%-2ml, atropin sulfat 0,1%-1ml, shprits 5-10 ml, paxta, etil spirti.

#### **Shoshilinch yordam choralari**

1. Og'riqni bartaraf qilish uchun:

- Ketonal-2ml m/o;
- No-shpa 2%-2-4 ml m/o; yoki
- Platifillin 0,2%-1 ml m/o yoki
- Atropin sulfat 0,1%-1 ml t/o;
- Baralgin – 5 ml v/i in'eksiya qilinadi;

2. Bemor qusganda yordam ko'rsatiladi.

Bemor ahvoli muntazam kuzatib, baholab boriladi;

Sanchiq uzoq davom etib, tez-tez qaytalansa va teri qoplamlari sarg'aysa bemor kasalxonaning xirurgiya bo'limiga gospitalizatsiya qilinadi.

## V BOB. Buyrak va siydik yo'llari kasalliklarida hamshiralik ishi

### 5.1 Buyrak va siydik ajratish a'zolari anatomo-fiziologik xususiyatlari

Buyraklar juft organ hisoblanib, katta loviya shakliga ega. Uning uzunligi 10–12 cm, og'irligi 150–170 gr. Buyraklar qorin bo'shlig'idan tashqarida, umurtqa pog'onasining ko'krak-bel sohasiga nisbatan chap va o'ng taraflarda joylashgan (12-ko'krak va 1, 2, 3, bel umurtqasi). O'ng buyrakni ustida jigar, chap buyrakning tepasida esa taloq joylashgan. Buyrak o'zining cho'kkisida buyrak usti bezi bilan diafragma tegib turadi. Buyraklar qorin pardasining orqasida joylashgan.

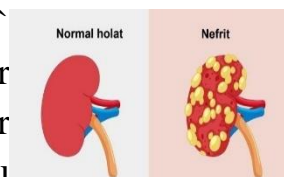
Buyrak parenximasi ikki qavatdan iborat:

1. Po'stloq qismi.
2. Miya qismi.

Po'stloq qismida buyrak arteriyasining tarmoqlaridan tashkil topgan buyrak koptokchalari joylashgan bo'lib, har bir koptokcha maxsus kapsula bilan o'ralgan (Shumlyanskiy-Boumen kapsulasi). Bu kapsula o'ziga xos filtr rolini o'ynaydi. Inson organizmiga kerakmas bo'lgan moddalar kapsulaning davomi bo'lgan naychalarga o'tadi va organizmdan siydik orqali ajratiladi. Naychalar buyrakning po'stloq va miya qatlamlarida joylashgan. Naychalar buyrakka kelib tushadi. Bu yerda siydik yig'iladi. Siydik nayi orqali chiqib ketadi. Ayollarning siydik kanali keng va erkaklarnikiga nisbatan 3–4 sm ga kalta.

#### Ayirish sistemasi yo'llarining faoliyati

Buyraklarning barcha faoliyati siydik hosil qilishdan iborat bo'lib, ichki muvozanat bir xil bo'lishiga qaratilgan. Buyraklarda 1 daqiqa davomida o'rtacha hisobdan 125 ml filtrat paydo bo'lib, 1 ml siydik hosil bo'ladi. Buyraklardan 1 daqiqa davomida 1 l qon tozalanib (shlaklardan) o'tadi. Sog'lom inson 1 sutkada 2 l siydik ajratadi. Buyraklarda renin ishlab chiqariladi. U tomirlarning tonusiga javobgar hisoblanib, gipertoniyaning boshlang'ich davriga ham javobgar. Markaziy asab tizimi buyraklarning faoliyatiga jiddiy ta'sirini qiladi. Shuningdek, buyraklar faoliyatiga gipofizning orqa qismi garmoni – AKTG va buyrak usti bezining garmoni – aldosteron ta'sir ko'rsatadi. Buyraklar siydik hosil qilishdan tashqari, gemodinamikada, oqsil, uglevod va yog' metabolizmida ishtirok etishadi. Buyraklar shuningdek, sekretor faoliyatini olib borishadi: eritropoetin, renin, prostoglandinlar ishlab chiqarishadi. Biroq buyrakning eng muhim vazifasi – bu siydik hosil qilish va ajratishdir.



73- rasm

Ular organizmga kerakmas bo'lgan moddalarni (shlaklarni), suvda erigan tuzlarni chiqarib tashlaydilar. Buyraklari og'riغان bemorlarni davolash natijalari

to`g`ri diagnostikaga va kasallik simptomlarining to`g`ri interpretatsiyasiga bevosita bog`liq.

Klinik holatlar va simptomlar

### **Shishlar**

Shishlar ertalab yuzda paydo bo`ladi. Shishlar avj olgan sari, bo`shliqlarga tarqaladi va umumiy shishlarga olib keladi (anasarka). Yurak xastaliklarida uchraydigan shishlardan farqli o`laroq bu yerda bemorlarda majburiy holat bo`lmaydi, chunki nafas qisish va sianoz kuzatilmaydi

### **Siydik ajralishing buzilishi**

Sutkasiga 500 ml dan kam siydik ajralishi – oligouriya deyiladi. Sutkasiga 200 ml dan kamroq siydik ajralishi – anuriya deyiladi. Bu holat o`tkir glomerulonefritda, o`tkir buyrak yetishmovchiligida, shuningdek, organizmdan ko`p miqdorda suyuqlik chiqib ketganda (qattiq qusish, ich ketishi) kuzatiladi. Agar mutlaqo siydik ajralmasa – bu haqiqiy anuriya deyiladi. Lekin agar buyrak siydikni yaxshi ajratsa va siydik siydik qopida to`planib, biror sabab bilan (o`simta, tosh, prostata) siydikyo`llaridan chiqolmayotgan bo`lsa – bu aldamchi anuriya deyiladi. Sutkasiga 2000 ml oshiq siydik ajralishi poliuriya deyiladi. Kunduzgidan kechasigi siydik miqdori ko`proq bo`lsa – bu nikturiya deyiladi. Og`riqli siydik ajralishi ko`pincha siydik yo`llarining yallig`lanishi (sistit, uretrit), prostatit, toshning siljishidan darak beradi. Buyraklar silida ham siydik ajralishining buzilishi kuzatiladi.

**Siydikning o`zgarishi** (siydik sindromi). Buyrak kasalliklarida siydikni tahlili o`zgaradi.

**Siydik rangining o`zgarishi.** Makrogematuriya – siydikda qon paydo bo`lishidir. Makrogematuriya ko`pincha tosh siydik yo`llaridan siljib o`tayotganda hosil bo`ladi. Bunda siydikning rangi qizg`ish bo`ladi. Agar makrogematuriya hech qanday og`riqsiz va bexosdan paydo bo`lsa – bu o`simta yoki sil kasalligidan belgi hisoblanadi. Buyrakda yallig`lanish bo`lsa, (glomerulonefrit) bunda mikrogematuriya kuzatiladi, ya`ni siydik tahlilida eritrotsitlar ko`p bo`ladi. Ba`zi holatlarda bemor ichayotgan dori vositalari ham siydikning rangi o`zgarishiga sabab bo`lishi mumkin: aspirin ichsa – pushti, fenol bilan zaharlanganda – qora, kuyganda – to`q sariq, siydikda urat tuzlari ko`pligida – qizg`ish jigarrang bo`ladi.

**Siydik tarkibining o`zgarishi.** Peshob tarkibini laborator tekshiruvlar aniqlaydi. Buyrak kasalliklarida gematuriyadan tashqari proteinuriya kuzatiladi. Peshob tahlilida proteinuriya aniqlansa, albatta, qayta tekshirish tavsiya qilinadi. Bunda peshobni tahlilga topshirishdan oldin bemorda og`ir jismoniy zo`riqish yoki oqsilga boy ovqat yeganmi deb so`rash lozim. Silindruriya – peshobda silindrlar chiqishi. Leykotsituriya – peshobda ko`rish maydonida 5 tadan ortiq leykotsit bo`lsa yoki Nicheporenko sinamasida  $2-2,5 \times 10^6/1$  dan ortiq va tekshiruv usuli bo`yicha

4,0x10<sup>6</sup>/sutdan ortiq bo`lsa bu leykotsituriya deyiladi. U ko`proq piolonefritda, sistitda, siydik chiqaruv yo`llarining yallig`lanishida uchraydi.

## **5.2.Arterial gipertenziya-arterial bosimning buyrak kasalligi sababli**

### **ko`tarilib ketishi.**

Ko`proq diastolik arterial bosim ko`tarilishi bilan xarakterlanadi. Buyrak kasalligida undagi qon aylanishi buziladi, natijada buyrak renin ishlab chiqaradi, u o`z navbatida angiotenzinga aylanib, arterial bosimni ko`taradi.

### **Bel sohasida og`riq**

Buyrak kapsulasi kengaygani yoki siydik yo`llarini tosh bekitib qo`yganligi sababli belda og`riq vujudga keladi. Buyrak to`qimalari yallig`lanishi oqibatida (glomerulonefrit, pielonefrit) uning kapsulasi kengayadi va kuchli og`riq kelib chiqadi.

Shishlar bo`lganda hamshira bemorning ovqatlanishiga, suyuqlik iste`mol qilishiga ahamiyat beradi va diurezni nazorat qiladi. Bemorlarning har kunidagi tekshiruv natijalarini hamshira yozib boradi va shifokorlarga ko`rsatadi. Shifokorlar shu ko`rsatkichlarga qarab bemorning davosi samaradorligini bilib turadi. Bemorda yotoq yarasini oldini olish lozim (tekis o`rin-joy, rezina chambar, o`rindagi vaziyatini tez-tez almashuvi, yostiqchalar).

Buyrak gemodinamikasini yaxshilash maqsadida bel sohasiga issiq grelka qo`yiladi. Peshob keskin kamayganda (oligouriyada) bel sohasida diatermiya o`tkaziladi yoki Vishnevskiy bo`yicha paranefral novokain blokadasini qilinadi. Ikkala muolaja ham buyrakning gemodinamikasini yaxshilaydi va diurezni ko`paytiradi. Paranefral blokada muolajasida hamshira shifokorga yordamlashadi, instrumentlarni va dorilarni tayyorlaydi, bemorning blokadadan keyingi ahvolini kuzatadi. Agar bemor siydigini ushlab turolmasa, hamshira albatta matrats ustiga klyonka to`shashi kerak. Bemorga dumg`aza tagiga havo bilan shishiriladigan rezina tuvak qo`yiladi, erkaklarda har doim tuvak oyoq orasida bo`lishi lozim. Bemorlarni tez-tez yuvintirib turish kerak, so`ng terini yaxshilab artish, bichilishning oldini olish maqsadida yog` surib qo`yish lozim. Ichki kiyimlarni tez-tez almashtirishi lozim. Rezina tuvakni permanganat xlorli ohak eritmasi bilan dezinfeksiya qilinadi. Oddiy shamollashlar nefritni zo`riqishiga sabab bo`lishi mumkin. Shu sababli bunday emorlarga peshob tahlilini tez-tez o`tkazilib turish kerak. Bunday odamlar quruq va issiq xonalarda ishlashi kerak. Spirtli ichimliklarni iste`mol qilmasligi zarur.

### **Arterial gipertenziya**

Bemorni tinchlantirish, bosh tarafini ko`tarib gorizontol holatda yotqizish, oyoqlariga grelka qo`yish, peshonasiga sovuq kompress qilish lozim.

**Bel sohasida ogʻriq.** Kuchli ogʻriqlarda bemorga spazmolitik vositalar va narkotik analgetiklar beriladi, issiq grelka bel sohasiga qoʻyiladi, bemorni issiq vannaga oʻtkazib, ogʻriq sindromini bartaraf qilish mumkin. Hamshira bemorda ogʻriq sindromi qolguncha yonida boʻladi. Ogʻriq tarqalgandan soʻng peshob tahlilini qilish lozim. Peshobning tarkibiga qarab bemorga parhez tayinlanadi. Peshobda urat tuzlari boʻlsa, goʻsht, kofe, kakao, goʻshtli va qoʻziqorinli qaynatmalar mumkin emas. Fosfat tuzlari boʻlsa, sut mahsulotlari, tuxum, koʻkat mumkin emas.

**Davolanayotgan bemorlarga hamshiralik parvarishi.** Buyrak kasalliklarini davolashda dietoterapiya (parhez) katta ahamiyatga ega. Bunday bemorlarni davolashda antibakterial vositalar, spazmolitiklar, vitaminlar va ferment preparatlar, antigistamin va peshob haydovchi preparatlar, gipotenziv vositalar, kortikosteroidlar va sitostatiklar keng qoʻllaniladi. Agar bemorning ahvoli qoniqarli boʻlsa, bu vositalar kompleks tarzda ishlatiladi. Asoratlar xirurgik yoʻl bilan davolanadi. Hamshira bemorning dori vositalarini asosiy taʼsirini, nojoʻya taʼsirini, dorini yuborish yoʻllarini, taʼsir muddatini, bir marotaba va maksimal dozasini bilishi shart. Shuningdek, bemor oʻzi ham bu maʼlumotlarga ega boʻlishi kerak, chunki u oʻzining ahvolini oʻzi nazorat qiladi.

### **5.3 Glomerulonefrit, pielonefrit kasaligining etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Glomerulonefrit — buyraklar koʻptokcha apparati tomirlarining yalligʻlanishi bilan ifodalanuvchi immunoallergik kasallikdir. Buyrak koʻptokchalarining hammasi yalligʻlansa, *yalpi*, kichik bir qismi yalligʻlansa, *oʻchoqli* glomerulonefrit deb ataladi. Glomerulonefrit koʻpincha anginadan, yuqori nafas yoʻllari, murtak bezi yalligʻlangandan soʻng, baʼzan difteriya, oʻpka yalligʻlanishi, toshмали terlama, ich terlama va, asosan, streptokokklar qoʻzgʻatadigan koʻpgina kasalliklardan soʻng, shuningdek, virusli kasalliklar, oʻta sovuq ob-havo taʼsiri, namgarchilik va boshqa omillar sababli ham kelib chiqishi mumkin.

Oʻtkir glomerulonefritning rivojlanish jarayonini immuno- allergik angina yoki boshqa streptokokkli kasallik bilan ogʻ- rigan odamning qonidagi streptokokk antigenlari bilan unga qarshi paydo boʻlgan antitanalar oʻzaro birikmalar hosil qiladi. Bu birikmalar qon orqali borib, buyrak koʻptokchalarining bazal membranasi yuzasiga tushadi, uni zararlantiradi va xemotaksis hodisasini keltirib chiqaradi; polinuklearlar, biologik faol moddalar, gistamin va serotonin ajratib chiqaradi va oqibatda koʻptokchalarda oʻzgarish, giperergik yalligʻlanish paydo boʻladi. Immun birikmalar hosil qilishda faqat bakteriya

antigenlari emas, balki boshqa xil antigenlar (oqsil antigenlar, dori moddalarining antigenlari va boshqalar) ham ishtirok etadi. Immun komplekslar tarkibidagi komplementning parchalanishidan hosil bo'lgan moddalar kapillar tomirlari devorlarining o'tkazuvchanlik qobiliyatini kuchaytiradi. Koptokchalar zararlanishida koagulatsiya tizimining buzilishi ham katta ahamiyatga ega. Immun guruhlar ta'sirida trombositlar jipslashuvi kuchayadi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashadi, natijada zardob kallikrinogeni faollashadi, kininlar miqdori ko'payadi, bundan tashqari, trombositning III va IV omillari trombositdan ajralib chiqadi. Natijada kapillarlar devoriga fibrin o'tirib oladi. Bunga javoban mezotelial va endotelial hujayralar ko'payib, fibrinni qoplab oladi. Shu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho'kishi tezlashadi. Fibrinning hajmi xastalikning kechish darajasiga ta'sir qiluvchi omil hisoblanadi. Tabiiyki, bunda bemorning baquvvatligi va tashqi muhitning ta'siri ham katta rol o'ynaydi. Koptokchalar kapillarlarining bazal membranasi o'tkazuvchanligining ortishi natijasida siydikdagi o'zgarishlar yuzaga chiqadi.

Patologik anatomiyasi. Yalpi glomerulonefritning o'tkir kechadigan xilida buyrak o'lchovlari o'zgarmaydi, buyrakni qoplovchi parda oson ko'chadi. Buyrak yuzasida va kesmasida nuqtasimon dog'lar (bo'rtib turadigan qizil dog'lar) paydo bo'ladi. Bu dog'lar yallig'lanish natijasida kattalashgan malpigi tanachalari (buyrak koptokchalari)dir. Mikroskopda kuzatilganda kasallikning dastlabki kunlarida buyrak koptokchalarining kattalashgani, qizargani, qizil va oq qon tanachalari shu yerda to'planib, to'xtab qolgani ko'rinadi. Keyinchalik koptokchalar qonsirab ketgani, oqarib, tomirlari yorilib ketgani kuzatiladi.

Klinik manzarasi. O'tkir glomerulonefritda 3 guruh o'zgarishlar kuzatiladi: tanada shish paydo bo'lishi; qon bosimining oshishi, siydikdagi o'zgarishlar. O'tkir nefrit har xil boshlanadi, keskin boshlanishi ham mumkin. Kasallikning boshlanishida bilinar-bilinmas belgilar bilan bir qatorda, bemorning yuz-ko'zlari shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, kamquvvatlik, siydik kamayishi kuzatiladi. Kasallik 80 — 90% bemorlarda qovoqlar, yuzlarda shishlar, yuzda rangparlik paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemor ertalab ko'zguda o'z aksini tanimay qolish darajasida shishadi, ko'zlari qisilib, yuzi mo'g'illar yuzidek yapasqilashadi. Teri ostida, o'pka, yurak pardalari orasida, qornida to'plangan suyuqlik (15—20 kg gacha) tana og'irligini oshiradi va 2—3 hafta davomida asta-sekin qaytadi. Shish sindromiga quyidagilar sabab bo'ladi: 1) koptokchalarning shikastlanishi, ularning filtrlash faoliyatining pasayishi, natriy chiqarishning kamayib, reabsorbsiyaning (qayta so'rilish) kuchayishi; 2) tanada suyuqlik tutilib qolishi, aylanib yuradigan qon miqdori ko'payishi; 3) ikkilamchi gi peraldosteronizm va antidiuretik

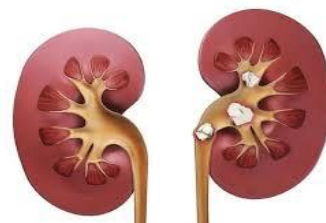
(ADG) gormon ko‘payishi; 4) aldosteronga to‘qimalar sezuvchanligi, ADG ga nefron distal bo‘limlari sezuvchanligining kuchayishi va suyuqlikning tanada yanada ko‘proq tutilishi; 5) gialuronidaza tizmasida o‘zgarish paydo bo‘lishi, kapillarlar devori o‘tkazuvchanligining o‘zgarishi;

6) qonning suyuq qismi qon tomirlaridan chiqib, g‘ovak hujayrali joylarda to‘planadi. Nefrotik sindromda plazmaning onkotik bosimi pasayadi. Gipoonkiya va shishlar ko‘p hamda tez paydo bo‘ladi.

O‘tkir yalpi glomerulonefritning asosiy belgilaridan biri — qon bosimining oshishidir. Qon bosimi 70—90% bemorlarda o‘rtacha oshadi va bu buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Natriy tuzi bilan suvning badanda to‘planishi gipervolemiyaga olib keladi.

Qon bosimining oshishi va koptokchalar zararlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron zanjirining ta‘sir doirasi kuchayadi, buyrakning depressor (tomir tarangligini kamay- tirish) faoliyati pasayishi oqibatida kasallik yuzaga chiqadi. Bu hodisani quyidagicha tushuntirish mumkin.

Sistolik bosim 180 mm, diastolik bosim simob ustuni hisobida 100 — 110 mm ko‘tariladi. Arterial qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi yurak faoliyatini qiyinlashtiradi, bu o‘tkir yurak yetishm ovchiligi sifatida (ko‘p hollarda chap qorincha yetishmovchiligi) ko‘rinadi. Bu o‘tkir yurak yetishmovchiligi hansirash, yo‘tal va yurak astmasi kabi ko‘rinishlarda aks etadi. Chap qorincha kengayishi yuz beradi. Yurakning nisbiy chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi.



74- rasm

Ko‘p hollarda yurak cho‘qqisida funksional xarakterdagi sistolik shovqin eshitiladi, o‘pka arteriyasida II ton aksenti eshitiladi, kamroq hollarda „galop“ ritmi kuzatiladi. O‘pkalarda quruq va nam xirillashlar eshitiladi. EKG da I, II va III uslubda R va T tishlari o‘zgarishi, ba‘zi hollarda chuqur Q tishi va QRS kompleksining voltaji kamayishi kuzatiladi. O‘tkir nefritning dastlabki simptomlaridan biri sutkalik siydikning kamayishidir (400—700 ml), ba‘zi hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikning kamayishi, yallig‘lanishdan so‘ng koptokchalarda bo‘ladigan o‘zgarishlar oqibatidir, chunki yallig‘lanish koptokchalarda filtratsiyaning susayishiga olib keladi. Siydikning solishtirma og‘irligi va uning nisbiy zichligi pasaymaydi. O‘tkir nefritda siydik sindromi — proteinuriya, silindruriya, makro va mikrogematuriya bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan koptokchalar kapillarlar devorlari orqali mayda dispers albuminlargina emas, globulinlar va fibrinogen ham ajralib chiqadi. Siydikda oqsillar soni 1 dan 10 % gacha bo‘ladi, ba‘zi hollarda 20 % gacha ko‘payadi. Lekin siydikda oqsillar faqat dastlabki 7—10 kun mobaynida ko‘payib

ketadi. Shuning uchun kech tekshirishlarda siydikda albuminlar miqdori uncha baland bo'lmaydi (1 %dan kam). Uncha katta bo'lmagan proteinuriya ayrim hollarda kasallikning boshlanishidanoq yuzaga chiqadi, boshqa hollarda esa, umuman, bo'lmاسligi ham mumkin. Siydikda oqsillarning kam miqdori o'tkir nefritda ko'p vaqt saqlanishi mumkin. Bu holat 3—4—6, ba'zida 9—12 oyda umuman yo'qoladi. Gematuriya — o'tkir glomerulonefritning doimiy va albatta yuz beradigan belgisidir. 13—15 foiz hollarda makrogematuriya, boshqa hollarda mikrogematuriya aniqlanadi, bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10—15 tadan ko'p bo'lmaydi.

O'tkir glomerulonefritda silindruriya kuzatilmasligi mumkin. Faqat 75% bemorda gialin, donali, ba'zan epitelial silindrlar topiladi.

Oq qon tanachalari — leykotsitlar glomerulonefritda kamdan kam uchraydigan belgi bo'lib, leykotsitlarning soni eritrotsitlarnikidan kam bo'ladi. Leykotsitlarning eritrotsitdan kamligi siydik cho'kmasini Kakovski — Addis, Nechiporenko usullarida tekshirib aniqlanadi.

Buyrak faoliyati pasaygani tufayli ba'zan qonda oz miqdorda azot qoldig'i, mochevina miqdori ko'payishi mumkin. Azotemiya uzoq davom etmaydi.

O'tkir nefritda qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar kamayishi kuzatiladi.

Anemiyaga gidremiya (qon shishi, boshqacha aytganda qon suyulishi) va nefrit rivojlanishiga sabab bo'lgan infeksiya (masalan, septik endokardit) olib keladi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligi keskin boshlanib, shish, hansirash, bosh og'rig'i, bel og'rig'i, siydik miqdorining kamayishi, siydikda oqsil va qon paydo bo'lishi, arterial qon bosimining ko'tarilishi bilan ifodalanadi. Shish 2—3 hafta mobaynida kuzatiladi, so'ngra siydik miqdori ko'paya borib (poliuriya), arterial qon bosimi pasayadi, siydikning solishtirma og'irligi kamayadi, lekin proteinuriya, mikrogematuriya uzoq davom etishi mumkin.

O'tkir nefritning ikkinchi — yashirin o'tuvchi turi ko'pincha *surunkali nefrit* turiga o'tadi. Bu turida kasallik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash, oyoqlarda shish paydo bo'lishi bilan kechadi. Izchillik bilan o'tkazilgan tekshiruvlarda siydik tarkibida o'zgarishlar topiladi, bu o'zgarishlar 2—3 oy davom etishi mumkin.

O'tkir nefrit buyrak eklampsiyasiga olib kelishi mumkin. Eklampsiya arterial qon bosimi balandligi va haddan tashqari shish ko'payganda rivojlanadi. Buyrak eklampsiyasida bemorning ko'zi zaiflashadi, tez-tez mushaklari tirishib, tomir tortishadi, hushidan ketadi, u tilini tishlab olishi, beixtiyor axlat va siydigini tuta olmasligi mumkin. Bu ahvol dori-darmondan keyin tuzaladi.

O'tkir glomerulonefritning yana bir og'ir asorati nefrotik sindrom bo'lib, u ko'p oqsil yo'qotish, nihoyatda og'ir shishlar, qon tarkibida oqsilning kamayishi, disproteinemiya bo'lishi, xolesterinning ko'payishi (giperxolesterinemiya) bilan ifodalanadi. Nefrotik sindromning patogenezi ko'pchilik tomonidan tan olingan immunologik konsepsiyaga asoslangan. Nefrotik sindromni eksperimentda hosil qilish uchun nefrotoksin zardobini yuborib chaqirilgan. Nefrotik sindrom rivojlanishida buyrak bazal membranasining buzilishi ahamiyatga ega. Bazal membranada buyrak oqsillariga qarshi antitanalar o'tirib oladi va doimiy ravishda komplementar reaksiya sodir bo'lishiga olib keladi. Nefrotik sindrom avjga chiqqanda qonda komplement kamayadi. Buyrakka qarshi antitanalar ko'payadi.

Immunitetga ta'sir qiluvchi dorilar, steroid gormonning nefritga ijobiy ta'siri bu kasallikning immunoallergik xususiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi.

Nefrotik sindrom rivojlanishini izohlovchi ikkinchi taxmin modda almashinuvining buzilishi (metabolizm) konsepsiyasidir. Bu konsepsiya bo'yicha oqsilning siydik bilan qo'shib chiqishi, buyrak ko'ptokchalarining filtrlash xususiyati buzilishi oqibatidir. Zamonaviy tekshiruvlarning ko'rsatishicha, nefrotik sindromda buyraklarda va siydikda eruvchan oqsillarning aktivligi oshishi, qonda gistamin ko'payishi, buyraklarda lizosom fermentlarning yuqori konsentratsiyasi, ularning yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqarishi aniqlangan. Zardobda oqsil balansining buzilishi, ularning mayda dispers oqsil fraksiyalarining chiqishiga hamda organizmda immunologik siljishga olib keladi.

Boshqa ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, oqsil sintezining buzilishi nefrotik sindromda retikulo-endotelial tizimning ish qobiliyati o'zgarishi natijasida vujudga keladi. Nefrotik sindromda hosil bo'ladigan qon tarkibidagi yog'larning ko'payishi kompensator xarakterda bo'lib, bu qon tarkibidagi oqsillarning kamayishiga teskari proporsionaldir. Patogeneza shishlarning paydo bo'lishini qon tarkibidagi oqsilning kamayishi va plazmadagi kolloid-osmotik bosimning kamayishi bilan bog'lama kerak. Nefrotik sindromda organizmda natriyning ushlanib qolishi, uning qayta so'rilishi (reabsorbsiya) kuchayishi, ikkilamchi (gi peraldosteronizm) aldosteronning qayta ko'p ishlab chiqarilishi bilan bog'liq va bu, o'z navbatida, qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Nafaqat buyrak kapillarlari o'tkazuvchanligining kuchayishi, balki boshqa to'qimalarda kapillar to'rlarning immunologik zararlanishi ham nefrotik sindromga olib keluvchi omildir.

Klinik nuqtayi nazardan patogeneza eng muhimi oqsilning siydik orqali chiqishi bo'lib, bu nefrotik sindromda 3 g/sutkagacha va undan ko'p kuzatiladi. Siydikda oqsilning paydo bo'lishi, asosan, ko'ptokchalar bazal membranasining zararlanishi va o'tkazuvchanligining kuchayishiga, shu bilan birga, ko'ptokchalarning filtri orqali yirik oqsil molekulalarning kirishiga bog'liq. Yana shuni ham ko'rsatib o'tish kerakki, fagotsitlarning normal funksiyasi

bazal membranalarda oqsil molekulalarning kirishiga to'sqinlik qiladi. Podotsitlar funksiyasining buzilishi natijasida oqsillar ushlanib qololmaydi va ular bazal membrana orqali kiradi. Yil davomida izsiz kechadigan har qanday o'tkir nefritning kechishi xronik nefritga olib keladi. Shuni ham ko'rsatib o'tish kerakki, o'tkir boshlangan diffuz glomerulonefrit ba'zan o'rtacha o'tkir ekstrakapillar nefritga olib keladi va uning yomon progressiv kechishi yaqin oylarda surunkali buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Tashxisi. O'tkir diffuz glomerulonefritga diagnoz qo'yish unchalik qiyin emas, chunki kasallik yoshlarda uchraydi va yaqqol ko'zga tashlanadigan klinik belgilardan boshlanadi. O'tkir nefrit bilan surunkali nefritning qaytalanishi orasidagi taqqoslash tashxisi qiyinchilik tug'diradi. Bunda kasallikning boshlanishi, infeksiya bilan bog'liqlik (tonzillit, angina, rinit va hokazo) dan boshlab o'tkir nefrit holatigacha 1—2 hafta o'tadi. Surunkali glomerulonefritga qon bosimining yuqori bo'lishi, yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi, ko'z tubining yaqqol shikastlanishi xosdir.

Siydikdagi o'zgarishlar har xil bo'lishi mumkin, lekin surunkali nefrit uchun siydik zichligi va filtrlash vazifasi pasayishi xosdir (gipo-, izostenuriya), o'tkir nefrit uchun yurak faoliyatining yetishmasligi (hansirash, shishlar, yurak astmasi, bradikardiya), kasallikning o'tkir kelib chiqishi (makro- va mikrogematuriya) xos. O'tkir nefritning yashirin turi va piyelonefritning solishtirma tashxisi qiyinchilik tug'diradi. Bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlarning leykotsitlardan ustunligi, oqsillarning yo'qligi, anamnestik ko'rsatmalar yo'qligi, rentgenourologik, ultratovush, skanir, radioizotop, biopsiya tekshirishlari yordam beradi. O'tkir nefrit bilan buyrak sili va boshqa buyrak kasalliklari orasida solishtirma tashxis o'tkazish lozim.

Davolash. Bu kasallikni davolashda bemorni diqqat bilan to'g'ri parvarish qilish, davo rejimini saqlash va diyetoterapiyaga amal qilish kerak. Bu jarayonda hamshiraning roli katta. Teri parvarishiga katta e'tibor berish (ya'ni shish, yotoq yaralar kelib chiqishiga), ichaklar funksiyasi va yurak ishini doimo nazorat qilish kerak. Diurezni ichilgan suyuqlikka nisbatan siydikdan tashqari organizmdan chiqib ketayotgan (ter, qusish, ich ketish) suyuqlikka nisbatan har kuni hisoblash, faqat siydik miqdorinigina emas, balki uning rangi, tiniqligini ham nazorat qilish lozim. Shishlar yo'qolguncha va arterial bosim normal holatga tushguncha (3—4 hafta) o'rinda qimirlamay yotish, parhez tutish, dorilarni qabul qilish, asoratlarni, infeksiyon kasalliklarni bartaraf etish zarur. Bemorga tuzi kam parhez taomlar (7-stol), antibiotiklar (penitsillin, ampitsillin) 10—14 kun; sulfanilamidlardan: nitroksolin, polin gramurin va boshqalar buyuriladi. Antiallergik, desensibilizatsiyalovchi dori-darmonlar foydalidir (dimedrol, kalsiy xlor), qon bosimi yuqori bo'lsa, gi potenziv vositalardan dibazol, papaverin, adelfan, klofelin,

raunatin, rauvazan, apressin tavsiya qilinadi. Siydik haydaydigan diuretiklar laziks, furosemid, gi potiazid, veroshpiron, antikoagulant va antiagregantlar ham buyuriladi.

O'tkir glomerulonefritning nefrotik sindromida va uning uzoq cho'zilib ketgan holatlarida kortikosteroid gormonlardan pred- nizonon 60—100 mg dan sutkasiga 4—8 hafta davomida, keyin sekin-asta kamaytirib boriladi, fizioterapevtik muolajalardan diatermiya arterial bosimni pasaytiradi va beldagi og'riqlarni, shishni kamaytiradi. Shifoxonadan chiqarilgan bemorlar 4 oy-gacha to'liq davolangungacha ambulatoriya nazoratida turadilar (o'tkir glomerulonefrit yaxshi kechganda ham).

Oqibati. O'tkir nefritda butunlay sog'ayish kuzatiladi. O'tkir nefrit kasalligidan odam o'ladi. U faqat miyaga qon quyilishi, yurak funksiyasining yetishmasligi, o'pka yallig'lanishida yuz beradi. O'tkir nefrit 1/3 hollarda surunkali turga o'tadi. O'tkir nefritning oqibati ma'lum darajada kasallikning erta aniqlanishi va to'g'ri davolanishiga bog'liq. Hozirgi vaqtda kortikosteroidlar qo'llanilishi tufayli kasallik ancha kamaydi. O'tkir davrda kasallar ish qobiliyatini yo'qotadilar va kasalxonalarda yotishlari kerak. Tipik kechishida 2—3 oydan keyin to'la tuzaladi. Kasallar ishga qaytishlari mumkin. Siydik sindromi va albumin qoldig'i bo'lsa ham o'tkir nefrit kasalligi bilan og'rigan bemorlarni dispanserda kuzatib turish kerak. Bu, asosan, siydik sindromi bilan og'rigan bemorlar uchun juda muhim. Kasallik qaytarilmasligi uchun organizmdagi infeksiyon zararlanshlarining oldini olish kerak. Kasal yil davomida sovqotish, ayniqsa nam, sovuq ta'siri bilan bog'liq ishlardan o'zini asrashi kerak.

Profilaktikasi. O'tkir glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlar ro'yxatga olinib, shifoxonadan chiqqandan so'ng har 10 kunda, keyinchalik 1 oyda bir marotaba, so'ng 2—3 oyda bir marotaba hamshira tomonidan nazoratga chaqirilib, tekshirilib turiladi. Bu kasallik bilan og'rigan bemorlar sovuq va namgarchiligi yuqori bo'lgan xonalarda ishlamasliklari, og'ir mehnat bilan shug'ullanmasliklari kerak. Bu kasallik bilan og'rigan bemor ayolga

3 yilgacha homilador bo'lish mumkin emas. Bemor quruq va issiq iqlimli kurortlarga yuboriladi. Infeksiyon kasalliklar va infeksiya o'choqlarini davolash, og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish va sovqotishdan saqlanish kerak.

### **Surunkali yalpi glomerulonefrit**

Surunkali glomerulonefrit — buyrak koptokchalarining uzoq davom etadigan immunoallergik yallig'lanishidir. Bu kasallik buyrak koptokchalarining asta-sekin shikastlanishi hisobiga buyrak faoliyatining susayishi, arterial qon bosimining oshishi va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi.

Sabablari. Surunkali nefrit o'tkir glomerulonefritdan so'ng va birlamchi surunkali glomerulonefrit sifatida ham rivojlanadi. Surunkali glomerulonefrit aksari immun tabiatli bo'lib, zardoblar, vaksinalar, antigenlar, zaharli moddalar, ba'zi dorilar, sovuq ta'sirida rivojlanadi. Ba'zi dorilar „o'tkir“ zaharli buyrak kasalliginigina emas, balki yalpi glomerulonefrit rivojlanishiga ham olib kelishi mumkin. Surunkali glomerulonefrit sil, zahm, bakterial endokardit, gemorragik vaskulit, tugunli periar- terit va boshqa kasalliklarda ham rivojlanadi.

Patogenezi. Nefritning surunkali ko'rinishi makroorga- nizmdagi immunologik, ayniqsa, autoimmun o'zgarishlar darajasiga bog'liq.

Patologik anatomiyaxi. Surunkali glomerulonefritning klinik ko'rinishi va buyrakdagi anatomik o'zgarishlar bir-biri bilan sindrom ustun bo'lsa, buyrak hajmi katta, ustki pardasi oson ajraydigan, yuzasi silliq, och kulrang bo'ladi (katta oq buyrak). Po'stloq qismi kengaygan och kulrang bo'lib, qizg'ish miya qismidan ajralib turadi. Mikroskopda buyrakning ilonizisimon naychalari kengayganligini, epiteliy to'qimasida shish, buj- mayish, donachali yoki vakuolali distrofiya hodisalarini ko'rish mumkin.

Buyrakni punksiya biopsiya usuli bilan tekshirish natijasida surunkali glomerulonefritning quyidagi gistologik turlari farq qilinadi: 1) pardali (membranali) glomerulonefrit — buyrak ko'ptokchalarining bazal pardasida to'qimalarning birlashuvi va qalinlashuvi bilan kechadi; 2) to'qimalar ko'payib zichlashuvi bilan kechuvchi (mezangial) glomerulonefritda ko'ptokchalar to'qima elementlarining o'zgarishi kuzatiladi; 3) ko'ptokchalarda biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi (fibroplastik glomerulo- nefrit). Glomerulonefritning so'nggi bosqichida buyrak bujmayadi, o'lchamlari kichrayadi, miya qismi donachalari bilan qoplanib, po'stoq qismi yupqalashadi.

Ko'ptokchalar bo'shab, o'rnida biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi, buyrak bujmayadi, buyrakning ikkilamchi bujmayishi paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Surunkali glomerulonefritning klinik manzarasi uning turlariga bog'liq. Xastalik, asosan, uch guruh sindromlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. 1. Siydikdagi o'zgarish- lar: proteinuriya, gematuriya, silindruriyadan iborat. 2. Qon bosimi ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan o'zgarishlar. 3. Badanda shish paydo bo'lishi sababli paydo bo'lgan o'zgarishlar. Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik turlari farq qilinadi.

*1. Yashirin kechuvchi (latent) glomerulonefrit* eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, 44% ni tashkil qiladi. Bu turdagi glomerulonefrit siydikda biroz o'zgarishlar borligi bilan ifodalanadi, qon bosimi oshmaydi, shish ham ko'rinarli darajada bilinmaydi. Xastalik, yashirin davr 30—40 yil o'tgach ham yana yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo'qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko'pincha surunkali

glomerulonefritning yashirin turi yo favquloddaboshqa xastalik bo'yicha shifokorga murojaat qilish yoki dispanserizatsiya vaqtida siydikdagi o'zgarishlar (solishtirma og'irlik pasayganligi, qizil qon tanachalari ko'proq ajralayotgani, tunda siydikning ko'proq ajralishi), qon bosimining biroz oshganligi, ECHT ning tezlashgani, qonda oqsil moddasi kamaygani, xolesterin ko'payganligi asosida aniqlanadi. Aksariyat yashirin kechuvchi surunkali glomerulonefrit buyrak faoliyati buzilib, yetishmovchilik rivojlanganda aniqlanadi. Buyrak yetishmovchiligi esa qonda qoldiq azot, mochevinaning miqdori oshishi bilan yuzaga chiqadi.

2. *Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi.* Siydik orqali katta miqdorda oqsil ajralishi (sutkada 3,5 g dan ko'p), qonda oqsil moddasi (gi poproteinemiya), ayniqsa albumin/globulin koeffitsiyentining kamayishi (disproteiniemiya), xolesterin moddasining ko'payishi (giperxolesteriniemiya — 600 — 800 mg%) bilan ifodalanadi. Bemorlarning badanida gi poproteinemik (oqsil kamayishi natijasida) shishlar paydo bo'ladi. Bunday shishlar boshqa shishlardan farqli bo'lib, yuz-ko'z qovoqlaridan boshlanadi va asta-sekin butun badanga tarqaladi. Ular doimiy xususiyatga ega bo'ladi, hatto ichki a'zolarga, yurak, o'pka va qorin pardalariga, bo'shliqlarga tarqaydi. Teri shilliq pardalari quriydi, mushaklar kichrayadi (atrofiya), oqibat natijada teri bujmayadi.

Siydik orqali oqsil chiqishi bilan birga, qon tarkibida uchglitserid va ozod xolesterin ko'payadi.

Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi nefrotik sindrom va buyrak yallig'lanishi belgilari (siydik bilan qon chiqishi, buyrak filtrlash xususiyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi.

Xastalikning boshlang'ich davrida qon bosimi oshmasligi mumkin, lekin so'nggi davrida balandlashadi.

S. *Surunkali glomerulonefritning gi pertonik ko'rinishi.* Ko'pincha yashirin kechuvchi glomerulonefritga xosdir. Bemorlarni tekshirishda, asosan, qon bosimi ko'tarilganligi aniqlanadi. Qon bosimi xastalikning boshlanishida doimiy bo'lmaydi, aksariyat sovuq va asab buzilishi ta'sirida kechga tomon ortadi. Buyrak faoliyati pasaygach, sistolik va diastolik bosim muntazam oshib borib, 200/120 mm simob 75-rasm ustuniga yetadi, asta-sekin yurak faoliyati ham buziladi, yurak cho'qqisining turtkisi kuchayadi, cho'qqi sohasida I ton susayib, sistolik shovqin paydo bo'ladi, aortada II ton kuchayadi, ot chopganda eshitilgani kabi yurak tovushlari tez va baland gupirlab eshitiladi, so'ngra yurak faoliyati yetishmovchiligi qo'shiladi, yurak astmasi xuruji va hatto o'pka shishi paydo bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritda qon bosimi asta-sekin oshadi, yurakning ishemik kasalligi, stenokardiya rivojlanadi. Ko'z tubidagi tomirlarda o'zgarishlar paydo bo'ladi,



ko'z tubida qon quyilish hodisasi ham uchraydi. Kasallikning oxirgi davridagina ko'z to'r pardasida davolab bo'lmaydigan jiddiy o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Qon bosimi buyrakning qonsirashi va renin faolligining ko'payishi natijasida oshadi. Arterial qon bosimi buyrak yetishmovchiligi davrida va kasallik shiddatli kechganda juda baland va turg'un bo'ladi. Bemorda miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilish hollari ro'y berishi mumkin.

*Surunkali glomerulonefritning aralash ko'rinishi.* Bu ko'rinish uchun qon bosimi oshishi va nefrotik sindrom borligi xosdir. Ammo bu sindromlarning belgilari bir xil darajada yuzaga chiqmasligi mumkin. Aksariyat kasallik avj olgan davrda 1 yoki 2 sindrom yuzaga chiqadi. Masalan, siydikdagi o'zgarishlar sindromi (proteinuriya, gematuriya, silindruriya), bemorning umumiy ahvoli 2—5 yil o'zgarmay, qoniqarli bo'ladi, so'ngra buyrak faoliyatida yetishmovchilik rivojlanadi.

Surunkali glomerulonefritning klinik kechishi 2 bosqichdan iborat: 1. Buyrakning azot ajratish faoliyati saqlanadi. Bu bosqich uzoq davom etib, yashirin o'tadi va faqat siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar orqali namoyon bo'ladi. 2. Buyrak faoliyatining buzilish bosqichi. Bu bosqich xastalik boshlangandan so'ng 1 oydan 30 yilgacha davr ichida boshlanishi mumkin. Xastalikning shiddatli turida tezroq, yashirin o'tuvchi turida kechroq boshlanadi. Bu bosqichda buyrak faoliyati pasayadi. Azot ajratish, siydikni quyushtirish faoliyati pasayadi. Siydikdagi o'zgarishlar kamayadi, solishtirma og'irligi kamayib, 1007—1008 atrofida bo'ladi. Siydik bilan oqsil moddasi muttasil ajralib turadi. Qon bosimi muntazam baland bo'ladi. Badanda shish paydo bo'ladi, qon tarkibidagi mochevina, kreatinin, indikan ko'payadi, oqsil esa kamayadi.

Tashxisi va solishtirma tashxisi. Agar bemor ilgari o'tkir nefrit o'tkazgan hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yaqqol bo'lsa, tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniya surunkali nefrit bo'lsa, tashxis qo'yish mushkullashadi.

Bemor o'tkir nefrit o'tkazmagan bo'lsa, lekin siydigida bir oz oqsil hamda gematuriya aniqlansa, unda buyrakning boshqa kasalliklari haqida (piyelonefrit, buyrak tomirining qisilib qolishi, buyrakning anomaliyasi) o'ylash kerak va shu kasalliklardan farqlash lozim.

Surunkali nefritning gipertonik xilini gipertoniya kasalligi bilan taqqoslash qiyin bo'ladi. Surunkali nefritda siydikdagi o'zgarishlar gipertoniya gacha, yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi gipertoniya kasalligiga nisbatan kamroq bo'ladi.

Gipertoniya xuruji „krizi“ surunkali nefritda kamroq uchraydi. Surunkali nefritda gipertoniya kasalligiga nisbatan yurak toj tomirining aterosklerozi sekin

va kam rivojlanadi. Surunkali nefritni surunkali piyelonefrit bilan taqqoslash tashxisi o'tkazilganda siydik cho'kmasidagi eritrotsitlar, leykotsitlar soniga ahamiyat beriladi. Leykotsitlar sonining ko'pligi, aktiv leykotsitlar bo'lishi, buyrakni rentgenourologik tekshirganda buyrak jomlari strukturasi o'zgarganligi surunkali piyelonefrit borligidan dalolat beradi.

Surunkali nefritning nefrotik xilini buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, jigar sirrozi bilan taqqoslash lozim.

Surunkali nefritning nefrotik xilida buyrakning yallig'lanish belgilari (gematuriya, gi pertoniya), buyrak ko'ptokchalari filtratsiyasining kamayishi va buyrakning konsentratsiya qilish faoliyatining pasayishi diagnoz qo'yishda asosiy rol o'ynaydi. Buyrakni biopsiya qilib tekshirish tashxisini aniqlaydi.

Amiloidozdan farqlash uchun og'iz shilliq pardasi gistologik usulda tekshiriladi. Rentgen nuri yordamida buyrak va siydik ajralish yo'llarini ko'zdan kechirish, izotop va kontrast modda yordamida buyrakning rentgen suratini olish, UZD yordamida tekshirish, buyrak tomirlarini tekshirish (angiografiya) kerak. Buyrak to'qimasini tekshirish — punktsion biopsiya usulini qo'llash xastalikni aniqlashga yordam beradi.

Surunkali glomerulonefritning oqibatlari. Surunkali glomerulonefritda buyrak bujmayishi va buyrak faoliyatining pasayishi, buyrak yetishmovchiligi — surunkali uremiya rivojlanishi kuzatiladi. Bunday noxush oqibat xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan 30 yilgacha davr ichida yuzaga chiqadi. Oxirgi 10—15 yil mobaynida buyrak kasalliklarini aniqlash va davolash sohasida erishilgan yangiliklar, jumladan, davolash jarayonida korti- kosteroidlar va immunodepressiv moddalarning qo'llanishi noxush oqibatlarni kamaytiradi, bemorlarning mehnat qobiliyati uzoqroq saqlanishiga va hatto 14—18% bemorning butunlay sog'ayib ketishiga yordam beradi. Lozim bo'lsa (o'tkir yallig'lanishlar qo'shib qolsa), shifoxonada davolanish buyuriladi.

Surunkali glomerulonefritni davolashda parhezga katta ahamiyat beriladi. Nefrotik va kasallikning aralash turida osh tuzi kam beriladi (sutkasiga 1,5—2,5 g gacha). Siydik ajratish xususiyati buzilmagan bo'lsa, oqsil chegaralanmaydi, o'rtacha 1 kg vaznga 2 — 2,1 g oqsil berish kerak. Bemorning qon bosimi ortiq bo'lsa, osh tuzi kam beriladi (5 g), oqsil va uglevodlar me'yori o'zgarmaydi. Surunkali glomerulonefritning shish bilan kechuv- chi mezangioproliferativ va mezangiomembranoz turlarida glukokortikosteroidlar ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Diffuz fibro-plastik va o'choqli-segmentar glomerulosklerozli nefritda glukokortikosteroidlar buyurish maqsadga muvofiq emas. Xastalik xuruj qilganda, ayniqsa, kasallikning nefrotik turida kortikosteroidlar, masalan, prednizolon buyuriladi. Prednizolon tana og'irligiga nisbatan 1 mg/kg hisobida 3—8 hafta davomida buyuriladi, so'ngra

asta-sekin doza kamaytirib boriladi va sutkasiga 7,5—10 mg ga tushgach, shu dozada uzoq vaqt davomida beriladi. Agar nefrotik sindrom (orqaga qaytmasa) kamaymasa, prednizolon pulsterapiya usulida davolash buyuriladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik turiga glukokortikoidlar yordam qilmasa, prednizolon bilan birga, azatioprin yoki siklofosfamid sutkasiga 150—200 mg buyuriladi. Dorilar dozasi 6—8 haftadan soʻng pasaytiriladi va uzoq vaqt davomida bemorga beriladi (6 oygacha). Agar kortikosteroidlar buyurish mumkin boʻlmasa (qandli diabet, oshqozon yarasi va hokazo), sitostatiklarning oʻzi buyuriladi. Sitostatiklar bilan davolanayotgan bemorlar qonida leykotsitlar va neytrofillar soni tekshirib turiladi. Buyrak parenximasidagi yalligʻlanishni kamaytirish maqsadida indometatsin sutkasiga 50 mg dan 150 mg gacha beriladi. Indometatsin mediatorlarda immunologik jarayonlarni kamaytiradi. Gipertoniya bilan va buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi glomerulonefritda indometatsin buyurilmaydi.

Srunkali glomerulonefrit uning klinik koʻrinishi, kasallik holati va asoratiga qarab davolanadi:

- ma'lum davo rejimini saqlash;
- parhezning chegaralanishi;
- dori moddalari bilan davolash.

Bemorlar sovuq qotishdan, fizik va psixik zoʻriqishdan saqlanishlari kerak. Ularga kechki vaqtda, sovuq ochiq havoda, issiq sexlar va nam sharoitda ishlash taqiqlanadi. Bemorlarga kunduzi 1—2 soat yotib dam olish tavsiya etiladi. Bir yilda bir marotaba shifoxonada davolanishlari zarur. Kasallikning ozgina qaytalanish belgilari paydo boʻlishi bilanoq, bemorni darhol shifoxonaga yotqizib davolash lozim.

Parhez surunkali glomerulonefritning klinik koʻrinishlariga asoslangan holda belgilanadi. Osh tuzi cheklangan stol tayinlanadi (7- stol). Patogenetik davolash sifatida kortikosteroidlar qoʻllaniladi. Shishlarda gormonlar bilan birga, diuretiklar: furosemid, veroshpiron, aldakton belgilanadi. Diurez oshishi uchun poliglukindan foydalaniladi. Gipertoniya qarshi gipotenziv vositalar, antibiotiklar, allergiyaga qarshi vositalar (dimedrol, suprastin), vitamin buyuriladi.

Buyrak koptokchalari va arteriolalari devorlarida fibrin choʻkishini va qon zardobidagi fibrin miqdorini kamaytirish maqsadida teri ostiga yoki vena tomiriga geparin yuboriladi. Geparin teri ostiga kuniga 4 mahal 5—10 ming oʻlchov birligida yuboriladi. Odatda, geparin kindikdan 4 sm pastroqqa, teri orasiga yuboriladi. Qon ivish vaqti Moravits usuli bilan tekshiriladi. Agar trombin qon ivish vaqti va antitrombin III nazorat qilinmasa, geparin 10—15 ming oʻlchov birligida faqat 3 kun beriladi. Geparin bilan davolash vaqtida kurantil, trental buyurish maqsadga muvofiq.

Kasallikning oldini olish. Shu maqsadda o'tkir glomerulonefritli bemorlarni tuzalguncha davolash, bemor badanidagi infeksiya o'choqlarini bartaraf qilish, bemorlarga uzoq vaqt parhez tutish maslahat qilinadi. Surunkali nefrit bilan og'rikan bemorlar sovuq va nam havo ta'siridan o'zlarini ehtiyot qilishlari, sanatoriya va kurortlarda dam olib turishlari lozim. Bemor badanida shish paydo bo'lsa, to'shakda yotib, badanini issiq tutish, ayniqsa, belbog' bilan o'rash tavsiya etiladi. Profilaktikasi quyidagilardan iborat: infeksiyon o'choqlarni yo'qotish (angina, tonzillit, tish kariyesi), og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish, bemor asab buzilishi va jismoniy zo'riqishdan saqlanishi zarur.

Parvarishi. Kasallikning o'tkir davrida hamshira bemorlarni, ayniqsa, yaxshi parvarish qilib turadi, badan terisiga, yurak tomirlar sistemasiga, ahvoliga, qancha siyishiga qarab boradi, sutkalik diurezni o'lchab turadi. Barcha klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarining asliga kelib qolishi bemorning sog'ayganidan darak beradigan mezon bo'lib xizmat qiladi. O'tkir glomerulonefritni boshdan kechirgan bemor jismoniy nagruzkalar, sovqotishdan ehtiyot bo'lishi, quruq, iliq binoda ishlashi kerak. Spirtli ichimliklar ichish qat'iyon taqiqlanadi. Tibbiyot hamshirasi yotoq yaralarni profilaktika qilish uchun har kuni choralar ko'rishi: o'rinni bir necha marta yig'ib, qayta solishi, terini dezinfeksiya qiladigan eritmalar bilan artishi, bemorni yonboshi bilan yotqizib turishi va dumg'azasi tagiga rezina chamber qo'yishi lozim.

#### **5.4 O'tkir va surunkali piyelonefrit**

Piyelonefrit — buyrak va buyrak jomining yallig'lanishi. Piyelonefrit mustaqil ravishda yoki siydik yurishini qiyinlashtiruvchi siydik-tanosil sistemasi kasalliklari natijasida vujudga kelishi mumkin. Prostata bezi adenomasi, siydik tosh kasalligi ana shunday kasallik. Piyelonefrit turli yuqumli kasalliklar oqibatida ham paydo bo'ladi. Bolalarda ko'pincha gripp, zotiljam va nafas organlarining boshqa kasalliklari natijasida paydo bo'ladi. Ko'p ma'lumotlar piyelonefrit bilan aksariyat 40 yoshgacha bo'lgan ayollar (ba'zan homiladorlik davrida, tug'ruqdan keyin), yoshi ulg'ayganda esa erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq kasallanishi tasdiqlangan. Biroq piyelonefrit har qanday yoshda, hatto ko'pincha bolalarda, ayniqsa, 2—3 yoshda, o'g'il bolalarga nisbatan ko'proq qiz bolalarda (anatomik xususiyatlariga ko'ra) paydo bo'lishi mumkin. Binobarin, biz ayollarda xronik piyelonefritning klinikasi, kechishi va boshqa masalalarini bir-muncha batafsil o'rganib chiqishimiz zarur.

Statistika ma'lumotlariga ko'ra piyelonefritli bemorlar orasida ayollar soni tobora oshib bormoqda. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida piyelonefrit o'g'il bolalarga nisbatan qiz bolalarda ikki baravar ko'p aniqlangan. Piyelonefrit

buyrak va siydik chiqarish yo'llari xastaliklari orasida eng ko'p tarqalgan kasallik hisoblanadi. Kasalxonalarni ichki kasalliklar bo'limida piyelonefrit bilan og'rikan bemorlar — 6%, buyrak kasalliklari bo'limida esa 30%ni tashkil qiladi. Piyelonefrit xastaligi bemorlarning yoshiga qarab uch turga bo'linadi. Birinchisi, 3 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida qiz bolalarda o'g'il bolalardan 10 barobar ko'p uchraydi. Ikkinchisi, 18—30 yoshda, uchinchisi nafaqa yoshida, bunda piyelonefrit bilan og'rikan ayollar va erkaklar soni deyarli tenglashadi.

Piyelonefrit — *bir tomonlama* yoki *ikki tomonlama*, *o'tkir*, *surunkali*, *qaytalanuvchi* bo'lishi mumkin. Alohida *birlamchi asoratsiz* yoki *obstruktiv ikkilamchi* piyelonefritlar ajratiladi. Ayollarda ko'pincha birlamchi, erkaklarda esa 90% hollarda ikkilamchi piyelonefrit uchraydi.

### **O'tkir piyelonefrit**

Piyelonefrit — buyrakning nospetsifik infeksiyon yallig'lanish kasalligi bo'lib, bunda buyrak parenximasi va buyrak jomlari yallig'lanadi. Piyelonefritning xarakterli belgisi buyrakning assi- metrik zararlanishidir. O'tkir piyelonefrit to'g'ridan to'g'ri buyrak jomlari va buyrak to'qimasiga mikroblar o'tib qolishidan kelib chiqadigan infeksiyon allergik kasallikdir. Kasallik bir hamda ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bu kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ikkilamchi piyelonefrit buyrak va siydik chiqarish yo'llari, boshqa kasalliklarning o'tishini og'irlashtirib qo'yadi. Etiologiya va patogenezi. Bu kasallik buyrak jomlariga mikroorganizmlarning o'tishi natijasida kelib chiqadi. Mikro- organizmlar siydik yo'li teshigi yoki buyrak jomlari va siydik yo'lining limfa sistemasi orqali o'tishi mumkin. O'tkir piyelonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, streptokokk, stafilokokk va boshqa bakteriyalar topiladi. Infeksiyon yallig'lanish kasalligining kelib chiqishi mikrobnig patogenligiga, organizmning reaktivligiga bog'liq bo'ladi. Buyrakda siydik turib qolishi piyelonefrit paydo bo'lishiga qulaylik tug'diradi. Erkaklarda ko'pincha buyrak-tosh kasalligi, prostata bezi adenomasi paytida buyrakda siydik turib qoladi. Ayollarda kasallik boshlanishiga homiladorlik ham qulay sharoit tug'diradi, bunda bachadon kattalashib, siydik yo'llarini bosib qo'yadi.

Ta'sir etuvchi piyelonefrit kelib chiqishiga sabab bo'luvchi omillar quyidagilar:

— buyrak va siydik yo'li anomaliyalari, siydik chiqib ketishining buzilishiga sabab bo'luvchi toshlar natijasida siydik yo'llarining torayishi, o'smalar, o'rinda uzoq yotish;

— homiladorlik;

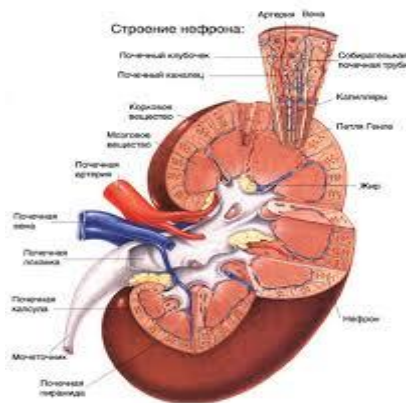
— qandli diabet, podagra va boshqa kasalliklarda moddalar almashinuvining buzilishi (kateterlash, sistoskopiya);

—o‘tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar, surunkali infeksiya o‘choqlari, sovuq qotishlar.

Patologik anatomiyasi. Buyrak kattalashib ketadi. Jom va kosachalarining bo‘shliqlari kengaygan, shilliq pardalari qonga to‘lib, shishib ketgan va qon quyilgan, yiringli fibroz bilan qoplangan bo‘ladi. Mikroskopda tekshirib ko‘rilganda tomirlarning qonga to‘lib turganligi, epiteliyning nekrozlangani, buyrak jomlari bilan kosachalar devorlarida leykotsitlar infiltratsiyasi borligi ma‘lum bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayoni interstitsial to‘qimaga tarqaladi, keyin esa chandiqlanish boshlanadi.

Klinik manzarasi. Umumiy va mahalliy simptomlar farqlanadi. Umumiy simptomlarga baland isitma, gektik tipi, qaltirash, quyi- lib keluvchi ter, bosh, muskullar, bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, ko‘ngil aynishi, qusish kiradi. Ichki kasalliklar bobida ko‘proq seroz piyelonefrit bilan, urologiyada esa yiringli piyelonefrit bilan to‘qnash keladi. Piyelonefritning xarakterli belgisi buyrakning asimmetrik zararlanishidir. Kasalliklar ko‘rinishida bakteriemiya shok kelib chiqishi mumkin.

O‘tkir piyelonefritda mahalliy klinik belgilardan bel sohasidagi og‘riq va bel sohasi muskullarining taranglashuvi qayd etiladi. Belda, odatda, simillagan og‘riq kuzatiladi, odam o‘zining holatini o‘zgartirganda zo‘rayadi. Bemorlar siyish paytida og‘riq sezadilar, darmon qurib, bosh og‘riydi, bo‘g‘im va muskullar og‘rib turadi. Palpatsiya qilib ko‘rilganda buyrak sohasining bezillab turganligi aniqlanadi, Pasternatskiy belgisi musbat bo‘lib chiqadi. Ko‘pincha siydik normal miqdorda kelib turadi, kamdan kam hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikda sezilarli leykotsituriya, proteinuriya, 0,5



— 1,0 g/l (0,5 — 1,0 %) epiteliyal hujayralar, 76 rasm leykotsitlar va donador silindrlar hamda arziyas miqdorda gematuriya topiladi. Siydik bakteriologi k yo‘l bilan tekshirib ko‘rilganda ko‘pchilik kasallarda mikroflora borligi ma‘lum bo‘ladi. Qonda neytrofil leykotsitoz qayd etiladi, eritrotsitlarning cho‘kish reaksiyasi tezlashadi. Ekskretor urografiya qilib ko‘rilganda faqat ikkilamchi piyelonefritlardagina u yoki bu o‘zgarishlar borligi aniqlanadi. O‘tkir piyelonefrit tashxisini qo‘yishda leykotsituriya, bakteriuriya (1 ml da  $10^6$  mikrob tanachalari) hisobga olinadi.

Ultratovush rentgenografiya, zaruratga qarab, ekskretor urografiya (xromotsistoskopiya, retrograd piyelografi) qo‘llanadi. Xromotsistoskopiya qovuqda yallig‘lanish jarayoni borligi, bo‘yoqni ajratib chiqarish susayib

qolganligi ko'rinadi. Yiringli piyelonefritning o'tkir va juda o'tkir turlarida umumiy ahvol og'ir bo'lib, odam qaltiraydi, tana harorati yuqori bo'ladi, intoksikatsiya belgilari ko'rinadi (ko'ngil ayniydi, qayt qiladi, bo'g'imlar og'riydi), qonda  $50,0 \times 10^9/l$  gacha boradigan leykotsitoz topiladi, neytrofillar miqdori 95 — 97% gacha yetadi. Homiladorlarda piyelonefrit alohida kasallik turi hisoblanadi. U subfebril harorat va kam simptomli klinik manzarasi bilan ajralib turadi. Bel sohasida, odatda, og'riq va dizuriya bo'lmaydi. Simptomatikaning kam bo'lishi, tez-tez isitma chiqmasligi, og'riqlar va dizuriya bo'lmasligi diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. To'g'ri tashxis qo'yish uchun homiladorlar siydigini takror-takror tahlil qilib ko'rish zarur bo'ladi.

Davosi. O'tkir piyelonefrit bilan og'rigan kasallar bel sohasidagi og'riqlari yo'qolib, tana harorati asliga kelguncha va dizuriya hodisalari barham topguncha o'rnidan turmay yotishlari kerak. Ovqat oson singadigan, vitaminlarga boy bo'lmog'i zarur. O'tkir ziravorlar istisno qilinadi, siydik yo'llarini yuvish uchun bemorlarga kompot, kisel, meva sharbatlari, mineral suvlar ko'rinishida ko'p suyuqlik ichib turish tavsiya etiladi. Bir kecha- kunduzda iste'mol qilinadigan suyuqlik hajmi 2,5—3,0 litrni tashkil etmog'i lozim. Badanga shish kelib turgan bo'lsa yoki bel og'rig'i kuchaysa, suyuqlik miqdori kamaytiriladi. Tuz miqdori birmuncha cheklab qo'yiladi (kuniga 5—6 gramm).

Buyrak sohasiga fizioterapevtik muolajalar qilinadi. Davoning asosiy usuli antibakterial terapiyadir. Antibakterial preparatni tanlashda mikrofloraning antibiotikka sezuvchanligi tekshirib ko'riladi.

Kasallikning yengil turida bir hafta davomida 4—6 g dan sulfanilamidlar ishlatiladi. Naf bo'lmasa antibiotiklar — penitsillin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin va boshqalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furadonin, furazolin) ishlatiladigan bo'lsa, yaxshi natija beradi. Ular 7—10 kun davomida qo'llanilsa, kuniga 0,1—0,15 g dan 3—4 mahal buyuriladi. Antibiotiklar bilan birga negram, nevigramon, 5- NOK ham buyuriladi. Tana harorati bilan siydik o'zining asl holiga kelgan bo'lishiga qaramay, kasallik qo'zib qolishi mumkin. Dard, ayniqsa, homiladorlik vaqtida paydo bo'lgan bo'lsa, qaytalanishi mumkin.

Profilaktikasi. Surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish va siydikning oqib ketishiga xalal beradigan sabablarni bartaraf etishdan iborat. Og'iz bo'shligi, burun-halqum, me'da-ichak yo'li, jinsiy a'zolar sohasidagi infeksiya o'choqlarini yo'qotish katta ahamiyatga ega. Kolutlarga davo qilish, ayniqsa, homilador ayollarni o'tkir piyelonefrit profilaktikasida muhim ahamiyatga ega. Homiladorlarda simptomsiz o'tadigan bakteriyalar yomon oqibatlariga olib keladi. Bunday bemorlarning ko'pchiligida keyinchalik o'tkir

piyelonefrit paydo bo'ladi. Siydik pufagiga kateter aseptikaning barcha qoidalariga amal qilgan holda qo'yiladi.

### **Surunkali piyelonefrit**

Bu buyrak parenximasi, interstitsial to'qimasi, jom va kosacha birlashmalarining vaqt-vaqti bilan o'ziga xos bo'lmagan qaytalanib turuvchi yallig'lanish jarayonidir.

Etiologiya va patogenez. Ichak tayyoqchasi, stafilokokk, enterokokk, vulgar proteyi, mikroplazma, zangori yallig'lanish tayyoqchasi va boshqa mikroblar piyelonefrit xastaligini eng ko'p qo'zg'atuvchi hisoblanadi. 15% hollarda mikroblar assotsiatsiyaga uchraydi va 15% hollarda qo'zg'atuvchi mikroblarni topib bo'lmaydi, bir qism mikroorganizmlar protoplastlar va L shakllarga aylanishi mumkin. Ular o'zlarining hujayra pardasini yo'qotadilar, bu esa ularni umumiy bakteriologik usullar bilan topishni qiyinlashtiradi. Yuqorida qayd qilingan mikroblar siydik yo'llari epiteliysiga yopishib qolish (adgeziya) qobiliyatiga egadir va shuning uchun bakriyalarning siydik yo'llaridan siydik oqimi bilan yuvilib ketishi qiyinchilik bilan kechadi. Bundan tashqari, bakteriyalar tomonidan ajratiladigan endotoksinlar siydik naylarining peristaltikasini susaytiradi, bu esa, o'z navbatida, buyrak jomi ichidagi bosimni oshiradi va infeksiyaning yuqoriga ko'tarilishiga imkon beradi. Ayniqsa, siydik qobig'i — siydik naylari reflukslari bo'lgan hollarda piyelonefritning rivojlanishida infeksiya, asosan, urinogen yo'llar orqali tarqaladi. Nefrolitiazdagi urodinamikaning buzilishlari siydik yo'llarining strukturasi va anomaliyasi, nefroptoza, prostata adenomasi hamda homiladorlik davridagi gormonal buzilishlar, davolashni glukokortikosteroid bilan olib borish, kontratseptivlar qo'llanilayotgan davrlar — piyelonefritning rivojlanishiga zamin bo'ladi. Infeksiyani gematogen tarqalishida birinchi shikastlanish o'choqlari har joylarda: kariyes tishlarda, tonsillit, gaymorit, o't yo'llarining yallig'lanish o'choqlarida va boshqa joylarda bo'lishi mumkin. Bunda gemodinamikaning buzilishi majburiy tarkibiy qism hisoblanadi. Yuqori siydik yo'llari siydik oqimining buzilishi o'tkir piyelonefrit patogenezidagi muhim qism hisoblanadi. Siydik nayi yoki jomlarining o'tkir okkluziyasi jom-kosacha gi pertenziyasi holida namoyon bo'lib, jom-buyrak reflukslari bilan asoratlanadi va buyrak parenximasida bir qancha gemodinamik buzilishlarni keltirib chiqaradi. Bu esa, o'z navbatida, buyrakning po'stloq qavatini arterial gi poksiyasiga va asosiy medullar moddaning flebostaziga, interstitsial shishga olib keladi. Buyrak jomi kattalashib, fibroz kapsula bilan siqilib qolishi mumkin. Buyrak gipoksiyasi tobora oshib borib, yiringli yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga qulay sharoit yaratib beradi.

Sustlik bilan olib borilgan va asossiz to'xtatilib qo'yilgan davolash tadbirlari o'tkir piyelonefritning surunkali piyelonefritga o'tib ketishiga olib keladi.

Morfologiyasi. Jarayonlarni polimorfligi va o'choqligi piyelonefrit uchun xos bo'lgan belgidir. Buyrak parenximasi kam o'zgargan joylar orasida yallig'langan infiltratlar va yiringlagan mintaqalar uchraydi. Naychalarning eng katta o'zgarishlari — bu epiteliylarning distrofiyasi, atrofiyasi va keyingi bosqichlarda esa uni bo'shab qolishidir, so'rg'ichlarning nekrozi rivojlanishi ham mumkin.

Miya qavatining naychalararo joylarida leykotsitlar to'planishi infiltratsiyasi o'ziga xos bo'lgan belgidir. Jarayon boshlanishi o'choqli, keyin esa diffuz bo'lib, buyrak qisqarishi bilan tugaydi.

Tasnifi. (A.Y.Pitel va boshqalar, 1997).

I. Bir tomonlama, ikki tomonlama:

a) birlamchi;

b) ikkilamchi.

II. Kasallikning kechishi bo'yicha:

a) o'tkir (serozli, yiringli);

b) surunkali;

d) qaytalanuvchi.

III. Kasallik tug'diruvchi mikroblarning kirish yo'llari bo'yicha:

a) gematogen (pastga tushuvchi);

b) urinogen (yuqoriga ko'tariluvchi).

IV. Bemorlarning yoshi, fiziologik holatining o'zgarishlari hamda patologik jarayon mavjudligi bo'yicha:

a) chaqaloqlar, bolalar piyelonefriti;

b) keksa bemorlarda;

d) qand kasalligi bemorlarida;

e) homilador ayollarda;

f) orqa miya kasalligi bilan og'rigan bemorlarda.

V. Urinogen piyelonefrit:

a) siydik yo'llari o'tkazuvchanligi (o'tishi)ning buzilishi;

b) buyragida toshi bor bemorlarda;

d) buyrak sili bemorlarda;

e) boshqa buyrak xastaligi bilan og'rigan bemorlarda.

Klinikasi. Bir tomonlama surunkali piyelonefritning boshlanish davri belgilarisiz kechishi mumkin. Ko'pchilik hollarda kasallik ambulator tekshirishlarda tasodifan siydik tahlil qilinganda, arterial qon bosimi ko'tarilganda va hattoki buyrak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'lganda aniqlanadi.

Tez charchash, darmon qurishi, subfebril harorat, qaltirash, bosh og'rishi, ko'ngil aynashi, ishtahaning yo'qligi, ozib ketish kasallikning umumiy belgilaridir.

Terining quruqligi, yuz rangining yer rangiga o'xshashligi umumiy tekshiruvlarda o'ziga jalb qiladigan belgilardir.

Bel sohasidagi simillovchi og'riqlar, dizuriya, boshlang'ich davrdagi poliuriya, oxirgi davrida oliguriya kasallikning mahalliy belgilari hisoblanadi. Kasallik anamnezida 70% bemorlarni sistit bilan og'rigani aniqlanadi. Bir qism bemorlarda simptomatik arterial gipertoniya rivojlanadi, 30% bemorlarda kasallik boshidan yashirin kechadi. Kasallikning asosiy laboratoriya alomatlari: leykotsituriya, kichik proteinuriya, siydik nisbiy zichligining pasayishi. Nechi porenko sinamasida 1 ml siydikda leykotsitlarning miqdori 4000 dan oshadi.

Qon tahlilida: kamqonlik, leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi ko'zga tashlanadi. Haqiqiy bakteriuriya kuzatiladi, ya'ni siydik 3 marotaba tekshirilganda 1 ml da 100000 dan ortiq mikroob tanachalari topiladi.

Buyrak naychalari funksiyasining erta buzilishi, buyrak konsentratsion funksiyasining pasayishi, siydik osmolarligining kamayishi, ammiak va vodorod ionlari konsentratsiyasining kamayishi kasallik uchun xos belgidir.

Surunkali piyelonefritning erta rentgenologik belgilari quyidagilar: yuqori siydik chiqarish yo'llari tonusining pasayishi, fornikslarning yassilanishi va dumaloqlanishi, kosachalarning cho'zilganligi va qisqarganligi. Keyingi bosqichlarda esa kosa-chalarning keskin deformatsiyasi va bir-biriga yaqinligi, piyelorenal reflukslar, piyeloektaziyalar kuzatiladi. Radioizotop renografiyada ikkala buyrak funksiyasining asimmetriyasi aniqlanadi. Buyrak ultratovush bilan tekshirilganda: buyrakning tashqi ko'rinishi notekisligi, har xil kattalikdaligi, buyrak parenximasi qalinligining kengayganligi, piyeloektaziyalar hamda konkrementlar va tuzlarning borligini aniqlash mumkin. Jarayon rivojlanishi natijasida buyrak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi: kamqonlik, poliuriya, terining quruqligi, ishtahaning yo'qligi, ko'ngil aynash, qusish va boshqalar.

Taqqoslash tashxisi. Piyelonefritni birinchi navbatda glomerulonefrit bilan taqqoslash tashxisi o'tkazish kerak. Glomerulonefrit uchun badandagi shishlar, gipo va disproteinemiya, giperxolesterinemiya, giperlipidemiya, siydik tahlilida esa katta proteinuriya, eritrotsituriya, silindruriya xarakterli bo'ladi.

Interstitsial nefrit bilan piyelonefritning farqi — interstitsial nefritda bemor anamnezida ko'p vaqt analgetiklar, sulfanilamidlar qabul qilganliklari o'zini e'tiborga jalb qiladi, qonda siydik kislotasining miqdori katta bo'ladi, tashxis qo'yishda quyidagi 3 xil belgi katta yordam beradi: 1) poliuriya; 2) buyrak naychalari asidozi; 3) „tuz yo'qotuvchi buyrak“ sindromi.

Gipertoniya kasalligi bemorda qon bosimining oshishi, o'zgarishlar siydikda oldin paydo bo'lgani, bemorning yoshi hamda ekskretor urogrammalardagi xarakterli belgilar yo'qligi bilan farq qiladi. Gipertoniya kasalligi uchun rentgenogramma va radiozot renogrammalarda asimmetriya

yoʻqligi xosdir. Buyrak sili kasalligida siydik tahlilida koʻpincha leykotsituriya kuzatiladi. Kerak boʻlganda maxsus tekshirishlar olib boriladi.

Surunkali piyelonefritni davolash. Davolash siydik oqimini tiklash, kasallik qoʻzgʻatuvchisini aniqlab, uning antibiotiklarga sezuvchanligini hisobga olgan holda antibiotiklar va uroseptiklar berish va mikrotsirkulatsiya jarayonlariga taʼsir qilishdan iborat. Arterial qon bosimi koʻtarilmagan va buyrak yetishmovchiligi belgilari boʻlmagan surunkali piyelonefritda bemorlarning parhezi sogʻlom kishilarning har kunlik ovqatlanishidan farq qilmaydi.

Arterial gipertoniya sindromida osh tuzi, buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda oqsil kam isteʼmol qilinadi. Antibakterial terapiya siydikning bakteriologik tekshiruvlari natijalarini hamda buyrak funksiyasini hisobga olgan holda olib boriladi. Koptokchalar filtratsiyasi miqdori 30% ga kamayganda antibakterial terapiyani ehtiyotlik bilan oʻtkazish kerak, chunki dorilarning toksik taʼsiri rivojlanishi mumkin boʻlganligi uchun ularni davolash konsentratsiyasini topish qiyin boʻladi.

Kasallikni davolash bosqichlarga boʻlingan boʻlib, antibakterial dorilarning katta dozasi va ularni tez-tez almashtirib turish taktikasi ishlatiladi va quyidagi antibiotiklar guruhlaridan foydalanish yaxshi natija beradi: penitsillinlar va yarim sintetik penitsillinlar, aminoglikozidlar, sefalosporinlar va tarivid, fosfomitsin, palin va boshqalar.

I. 1—2 oy mobaynida uzluksiz antibiotiklar bilan davolash, bunda har 7—12 kun mobaynida antibiotiklar almashtirib boriladi.

II. Uzluksiz 6 oy mobaynida davolash, bunda har oyda 10 kun antibiotiklar yoki uroseptik dorilar bilan davolash olib boriladi, qolgan kunlarda esa har xil dorivor oʻtlar bilan davolash davom ettiriladi: makkajoʻxori popugi, suli, oq qayin kurtagi, yalpiz barglari qaynatib ichiladi va fitolizin suvda eritib, isteʼmol qilinadi.

Mikroblar assotsiyasi boʻlganida quyidagi antibiotiklar kombinatsiyasi ishlatiladi, ampitsillin+gentamitsin, ampitsillin + oksatsillin, pefloksatsin+ampitsillin, karbensillin + gentamitsin va boshqalar.

Antibiotiklardan tashqari uroseptiklar ham ishlatiladi: 5- NOK, nitroksolin, furagin, furodonin, urosulfan, bisseptol, nevigramon, negram, gramurin, nolitsin, palin.

Buyrakning chiqarish funksiyasi buzilganda quyidagi anti- biotiklarni qoʻllash tavsiya etiladi: eritromitsin, penitsillin natriy tuzi, ampitsillin. Nitrofuranlar, nevigramon, tetratsiklin, gentamitsindan foydalanib boʻlmaydi. Qonning reologik holatini yaxshilash uchun trental yoki kurantil beriladi.

Buyrak sohasiga diatermiya ishlatish foydali fizioterapiya muolajasidir. Kasallikning remissiya davrida sanatoriya va kurortlarda davolash tavsiya etiladi

(„Truskavets“, „Jelesnovodsk“, „Yessentuki“, „Toshkent mineral suvi“ va boshqalar).

**Profilaktikasi.** Aholi o'rtasida vaqti-vaqti bilan o'tkazib turiladigan tekshiruvlarda bakteriuriyani aniqlash surunkali piyelonefrit profilaktikasida muhim ahamiyatga ega. Aniqlangan bakteriuriyaga qarshi kerakli davolash choralari qo'llaniladi va organizmdagi infeksiyon o'choq qidiriladi. Uzoq davom etuvchi bakteriuriyani yo'qotishda kolit, xoletsistit, gepatit, koprostazni davolash hamda og'iz bo'shlig'ini sanatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. Ayniqsa, homilador ayollardagi piyelonefritda bakteriuriyani yo'qotish piyelonefrit profilaktikasida katta ahamiyatga egadir.

**Parvarishi.** Tibbiyot hamshirasi bemorlarning ovqat va suyuqlik ichish rejimi, ayniqsa ovqatdan tuzni qat'iy chegaralash, turli xil dudlangan, tuzlangan mahsulotlar va marinadlarni mutlaqo iste'mol qilmaslik ustidan kuzatib boradi. Bemorlarga C vitamini miqdori yuqori bo'lgan 7 a- stol tayinlanadi. Sutkalik diurezni kuzatib turish kerak. Hamshira bu ma'lumotlarni kasallik tarixiga har kuni yozib boradi. Buyrak kasalliklari bo'lgan shaxslarning terisi quruq, yorilib turadi, infeksiya tushadi. Ularda yaralar va yotoq yaralar osonlikcha hosil bo'ladi. Ichi va qovug'ining o'z vaqtida bo'shalib turishiga e'tibor qilish zarur. Hamshira shifokorning hamma ko'rsatmalarini o'z vaqtida puxta bajarishi zarur. Qovuqqa infeksiya tushishining oldini olish uchun hamshira kateterlarning sterilligini diqqat bilan kuzatib borishi kerak.

### **5.5 Buyrak tosh kasalligi kasaligining etiologiyasi, klinikasi, kechishi, davosi, hamshiralik parvarishi, profilaktikasi**

Buyrak-tosh kasalligi buyrak va siydik yo'llarida tosh paydo bo'lishidan kelib chiqadigan kasallikdir.

Buyrak-tosh kasalligi dunyoning barcha mamlakatlarida uchraydi, shunga qaramay u bir tekis tarqalmagan va ko'pincha endemik xarakterda bo'ladi. Buyrak-tosh kasalligi yer sharining ko'p qismida uchraydi. Bu kasallik tarqalgan ko'p zonalar muhim hisoblanadi. Shunga ko'ra urolitiazning paydo bo'lishiga olib keladigan sabablardan biri tashqi muhit sharoitlari ekanligini inkor etish qiyin. Masalan, issiq iqlim buyrak-tosh kasalligini keltirib chiqaradi, ter orqali ko'p suv yo'qotish natijasida siydik konsentratsiyasi oshadi, siydik tuzlarga o'ta to'yinib qoladi, ular cho'kmaga tushib, toshlar hosil qiladi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra (V.A.Barsel, 1961) urolitiazning tabiiy o'choqliligi Kavkazorti respublikalarida, O'rta Osiyo va Donbassda, Sverdlovsk viloyatida uchragan.

Buyrak-tosh kasalligi barcha urologik kasalliklarning 30—40% ini tashkil etadi. Bu kasallik hamma yoshdagi odamlarda uchraydi. O.Y.Rejabek bir yarim

oylik qiz boladagi buyrak toshlarini tasvirlagan. Buyrak-tosh kasalligi ko‘pincha 25—45 yoshli

odamlarda, erkaklarda ayollarga qaraganda taxminan 2 barobar ko‘proq uchraydi.

Etiologiya va patogenez. S.I.Spasokukotskiy o‘z vaqtida siydik-tosh kasalligining tabiiy o‘choqliligini tan olmagan va „qayerda faol xirurg bo‘lsa, o‘sha yerda siydik-tosh kasalligi paydo bo‘ladi“, — degan fikrni bayon qilgan. Abdergalden Kichik Osiyoda ichimlik suv va siydik konkrementlarini ximiyaviy tekshirishga asoslanib, siydik-tosh kasalligining tarqalishi ichimlik suvda kalsiy tuzlarining ortiqcha miqdorda bo‘lishiga bog‘liq degan xulosaga kelgan. Bu kasallik haqida gapirilganda ko‘pincha iqlim sharoitlariga ahamiyat beriladi.

Yuqorida aytganimizdek, siydik-tosh kasalligi faqat issiq iqlim sharoitida emas, balki iqlimi o‘rtacha va hatto o‘rtachadan past sharoitlarda, masalan, Shvetsiya, Finlandiya kabi mamlakatlarda ham uchrashi ma'lum.

Ayrim mualliflarning fikricha, siydik-tosh kasalligi paydo bo‘lishida oqsil miqdori kam bo‘lgan ovqatlarni iste'mol qilish katta ahamiyatga ega. Masalan, A.M.Gasparyan va I.M.Ov- chinnikov tosh hosil bo‘lishiga ovqatlanishning buzilishi negizida kislota, ishqor va modda almashinuvining izdan chiqishi sabab bo‘lsa kerak, deb taxmin qiladilar. Siydikda erimaydigan kristallar borligi, siydik yo‘llari yallig‘lanishi va siydikning tutilib qolishi tosh hosil bo‘lishiga olib keladigan sabablardan biri.

Ko‘pgina tadqiqotchilar va klinitsistlar infeksiyon kasalliklarga katta ahamiyat beradilar, masalan, S.M.Rovzing ich terlamadan keyin urolitiaz paydo bo‘lgani haqida xabar bergan. M.A.Mirqosimov bezgak bilan og‘rigan bemorlarni kuzatgan. Bezgak bo‘lgan bemorlarda solishtirma og‘irligi yuqori va urat tuzlari miqdori ko‘p bo‘lgan siydik ajralishi ko‘pchilikka ma'lum.

Turli infeksiyon kasalliklardan 3 yoshgacha o‘lgan 829 nafar bolalarning murdalari yorib ko‘rilganda, ularning 235 tasida (28,3%) buyrak jomchalarida tosh borligi aniqlangan. Dizenteriyadan o‘lgan 519 nafar odamning 174 tasida (33,5%)

buyrak jomchalarida tosh topilgan. Bu dalillar siydik toshlari hosil bo‘lishida yuqumli kasalliklarning ta'siri katta ekanligini isbotlaydi.

Jins bo‘yicha siydik-tosh kasalliklari L.N.Kuzmenkoning (1960) ma'lumotlariga binoan erkaklarda ko‘proq uchraydi. Kuzatilgan 590 bemorning 366 tasi erkaklarda va 225 tasi ayollarda qayd qilingan.

Toshlarning joylanishi bo‘yicha ikki tomonlama toshlar bo‘lishi 50% holda uchraydi. Shuni qayd qilish kerakki, aseptik toshlar siydik yo‘llarining har qanday joyida uchrashi mumkin. Lekin ularning paydo bo‘ladigan joyi faqat

buyraklardir. Infeksiyalangan toshlar siydik yo'llarining har qanday qismida kuzatilishi mumkin.

Ko'pchilik mualliflar aseptik toshlar, avvalo, siydik naychalarida hosil bo'lib, keyin buyrak qadahlariga yoki jomiga o'tib, bu yerda hajmi kattalashadi deb xulosa qiladilar. Toshlarining shakli, katta-kichikligi turlicha bo'ladi. Shakli yumaloq, oval, burchakli, egri-bugri yuzali, ba'zan shoxli va tikanli, marjonsimon va juda yirik bo'lishi mumkin.

Adabiyotlarda buyrakdan 2 kg dan oshiq toshlar olingani yozilgan. Son jihatdan ham toshlar har xil miqdorda bo'ladi.

Klinikaxi. Klinik ko'rinishi jihatdan toshlar bilinmasligi ham mumkin. Odatda, bu kasallikning tipik belgilaridan buyrak sanchig'i, gematuriya va toshlarning siydik bilan chiqishini ko'rsatib o'tish mumkin.

Buyrak sanchig'i bel va yonbosh sohaslarida kuchli, chidab bo'lmas darajada og'riq bo'lishi bilan xarakterlanadi. Og'riq pastga, qovuqqa, jinsiy a'zolarga, moyakka, songa beriladi. Ba'zan bemorda ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorinning shishishi, tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi. Og'riq buyrak jomining siydikka to'lib taranglashishidan kelib chiqadi. Tosh o'z o'rnidan pastga siljishi bilan birga, og'riq ham o'z o'rnini o'zgartira boradi. Agar og'riq o'ng yonbosh sohasida bo'lsa, bu kasallikni yanglishib appenditsit xastaligi bilan adashtirish mumkin.

Toshning pastga siljishi tufayli bemorlar tez-tez siydik qistashidan shikoyat qiladilar. Siydik-tosh kasalligining muhim simptomi siydik bilan tosh ajralib tushishidir. O'tqazuvchanlik tiklangandan keyin og'riq to'xtaydi. Og'riq yurganda, tana vaziyati o'zgarganda kuchayadi, Pasternatskiy simptomi paydo bo'ladi. Bemorda mikro va makrogematuriya paydo bo'lib, bu belgi bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Piuriya belgisi ko'p mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 60 — 70% bemorlarda uchraydi. Piyelonefrit asorati bo'lgan buyrak-tosh xastaliklarida bemorlarning umumiy ahvoli og'irlashadi. Tana harorati 40—41°C gacha ko'tariladi, et junjikadi, bemor terlaydi, boshi og'riydi, alahsiraydi. Pasternatskiy simptomi bemorda musbat bo'ladi. Siydikda piuriya, silindruriya, proteinuriya, qonda leykotsitoz, uning formulasining chapga siljishi kuzatiladi. O'z vaqtida davolanmagan bemorlarda sepsis rivojlanishi mumkin. Yog'to'qimasining flegmonasi va buyrak karbunkuli asorati paydo bo'lishi mumkin.

Anuriya siydik-tosh kasalliklarida 2,5% hollarda uchraydi va bemor hayoti uchun xavf tug'dirishi mumkin. Umumiy rentgenologik tekshirishda buyrak sohasida kalsiy tuzlari, oksalatlar, fosfatlarning soyasini ko'rish mumkin. Uratlar esa deyarli soya bermaydi. Pnevmpiyelografiyada rentgenonegativ toshlarni aniqlash mumkin.

Buyrak va siydik yo'llarining tosh kasalliklarida anuriyaning uch turi kuzatiladi:

1. *Sekretor anuriya*. Bunda buyrak parenximasida yuz bergan chuqur o'zgarishlar (piyelonefrit, nefrit, burushgan buyrak, polikistoz buyrak) sababli siydik ajralib chiqmaydi.

2. *Fkskretor anuriya*. Bu subtotal va obturatsion bo'lishi mumkin. Bunda siydik yo'llari toshdan bekilib qolgan bo'ladi. Anuriyaning bu turi mexanik, soxta anuriya ham deyiladi.

3. *Reflektor anuriya*. Sog'lom buyraklar va sog'lom siydik yo'llari fiksatsiyaning reflektor ta'sirida buyrakdan siydik ajralmay qoladi. Uning buyrak va periferik turlari farqlanadi.

Tashxis, asosan, anamnez va laboratoriya, rentgenologik, ultratovush bilan tekshirishlar asosida aniqlanadi.

Davolash quyidagi tartibda bo'ladi:

- a) og'riqqa qarshi davo;
- b) infeksiyani yo'qotish;
- d) nefro- va uretrolitiaz qaytalashining va asoratlarning oldini olish;
- e) toshlarni eritish uchun hamma imkoniyatlarni ishga solish (elektrogidravlik litotripsiya).

Diyetoterapiya toshlar tarkibini hisobga olgan holda tavsiya etiladi. Dori-darmonlar bilan davolashda asosiy muammo toshlarni eritish uchun mo'ljallangan dorilarni berishdan iborat. Rovatin, rovatineks, sistenal, urolitin, artemizollarning ta'siri shundaki, ular buyrakda giperemiya hosil qilib, qon aylanishini yaxshilaydi, diurezni kuchaytiradi, himoya kolloidlar sonini ko'paytiradi, bakteriostatik ta'sirga ega bo'lib, siydik chiqarish yo'llarining peristaltikasini kuchaytiradi, ayni vaqtda ular spazmolitik va sedativ ta'sirlarga ega bo'lganligidan toshlarning tushishiga sharoit tug'diradi.

Rovatin, sistenal kuniga 3 marta ovqatdan 1/2—1 soat oldin 4—5 tomchidan shakarga tomizib ichiriladi. Davolash kursi bir necha oyga cho'zilishi mumkin. Pyatigorsk, Jelesnovodsk mineral suvlari maxsus ko'rsatmalar bo'yicha ichiriladi. Ovqatlanish rejimi — tuzsiz parhez taomlar.

Bemor osoyishta sharoit bilan ta'minlanadi, issiq vanna qilinadi, morfin, promedol, pantopon, atropin, urotropin, salol, streptotsid, furadonin inyeksiya qilinadi, ko'p suyuqlik ichiriladi. Operatsiya yo'li bilan davolanadi.

Tibbiyot hamshirasi buyrak sanchig'ida bemor hushdan ketishi mumkinligini yodda tutishi va yurak-tomirlar dorilarini (kofein, kordiamin) taxt qilib qo'yishi lozim. Bemorni vannada yolg'iz qoldirish mumkin emas. Iliq vanna va grelka o'rniga issiq suvga ho'llangan sochiq bosish mumkin.

*Buyrak sanchig'i* buyrak-tosh kasalligining asosiy va og'ir asoratidir. Bu holat toshning to'satdan qimirlashi va siydik yo'lida to'siq, dimlanish oqibatida kelib chiqadi. Buyrak sanchig'i siydik yo'llari silliq muskullari spastik qisqarishi natijasidir.

Xuruj to'satdan boshlanadi, uning paydo bo'lishiga qattiq jismoniy zo'riqish, silkitadigan yo'lda yurish, shikastlanish bevosita turtki bo'lishi mumkin. Juda ko'p miqdorda suyuqlik iste'mol qilganda, ba'zan mutloq tinch holatda kechasi uxlayotgan vaqtda ham boshlanishi mumkin.

*Xuruj klinikasi* — belning u yoki bu qismida to'satdan qattiq achishtiruvchi og'riq bo'lib, vaqt-vaqti bilan to'xtab, qay-talanib turadi. Og'riq siydik chiqaruv yo'li bo'ylab va siydik qopi tomonga, chov sohasiga, jinsiy a'zolarga tarqaladi. Odatda xuruj vaqtida og'riqli tez-tez siyish kuzatiladi. Bemor bezovtalanib, o'rnida o'zini har yoqqa tashlaydi, o'ziga qulay holat topishga harakat qiladi. Siydikda qon paydo bo'ladi, bemor rangi oqargan, uni sovuq ter bosadi, ko'ngli aynib, qayt qiladi, ichak parezi bo'ladi, oliguriya, anuriya kelib chiqadi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi, puls tezlashgan, kuchsiz to'lish bilan, og'riqning zo'ridan ba'zan bemor hushidan ketadi. Xuruj bir necha soat, ba'zida esa bir kecha-kunduz mobaynida ham tutib turadi.

*Shoshilinch yordam.* Hamshira bemorga issiq muolajalar: bel sohasiga issiq grelka, vaziyatdan kelib chiqib issiq vanna qilishi kerak. Buyrak sanchig'i xurujida bemor hushidan ketishi mumkin, shuning uchun hamshira vannada bemorni yolg'iz qoldirmasligi zarur. Yurak qon-tomir preparatlari tayyor turishi kerak (kofein, kordiamin, 20—25 tomchi sistenal berish mumkin). Shifokor ko'rsatmalariga ko'ra og'riq qoldiruvchi va spazmolitik moddalr (5 ml baralgin muskul orasiga yoki vena ichiga, juda sekinlik bilan 1 ml atropin yoki platifillin teri ostiga) yuboriladi, agar og'riq to'xtamasa narkotiklar qo'llaniladi.

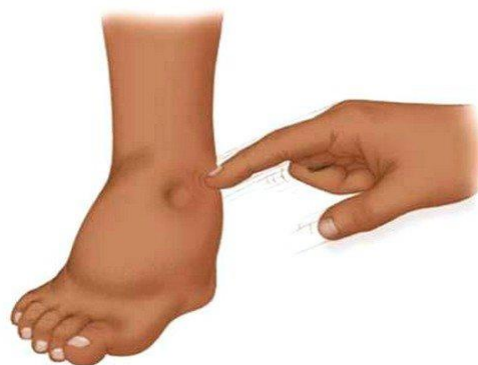
Davolash muolajalari ta'sir qilmagan taqdirda bemor urologiya (jarrohlik) bo'limiga yotqiziladi.

## AMALIY QISM

Badandagi shishni aniqlash

Shish — organizm to'qimalari va bo'shliqlarida ko'p miqdorda suyuqlik to'planishiga aytiladi. Ko'pincha bu holat terida, teri osti yog' qavatida, plevral va qorin bo'shliqlarida, yurak oldi xaltachasida, moyak va boshqalarda uchraydi. Shish suyuqligi suv, natriy va kaliy tuzlari, birmuncha miqdorda oqsil hamda leykotsitlardan iborat.

Tanada shish bor yoqligini aniqlash.



77- rasm

1. Terini engil bosish bilan shishgan joyda barmoqlarning oq izi qoladi.
2. Agarda shish bo'lsa tanada kiyim izlari qoladi.
3. Bundan tashqari, ko'pincha shishgan joy juda sovuq bo'ladi.
4. Shish juda yumshoq bo'ladi.

Bemorda yashirin shish borligini aniqlash.

1. Vizual yoki teginish orqali aniqlab bo'lmaydigan yashirin shish ham mavjud.

2. Bunday hollarda bemor nazorati yordam beradi.
3. Bir hafta davomida tana vazni o'lchanadi.
4. Agar vazn ko'tarilsa, unda yashirin shish mavjud.

#### Pasternatskiy simptomi

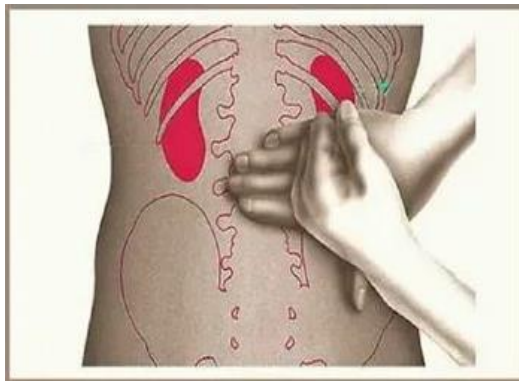
Pasternatskiy simptomi (rus terapevti F.I. Pasternatskiy 1845-1902) – buyrak kasalligining belgisi (xususan, buyrak kolikasi): buyrak proektsiyasida bel sohasiga yengil urishdan keyin og'riqli hislar va siydikda qizil qon tanachalarining paydo bo'lishi yoki ko'payishi. Bu urologik bo'lmagan ko'plab kasalliklarda ko'pincha ijobiy bo'lgan urish alomatidan ko'ra buyrak kasalliklarini tashxislashning aniqroq usuli. Pasternatskiy simptomi ijobiy (og'riq + qizil qon tanachalari) va salbiy bo'lishi mumkin. Ijobiy S. Pasternatskiy buyrak toshlari, glomerulonefrit, pielonefrit, buyrak o'smalari mavjud bo'lganda qayd etiladi.

Pasternatskiy simptomi o'tkazish texnikasi:

-bemor tik turgan yoki o'tirgan holatda bo'lishi kerak.

-shifokor kaftini pastki orqa tomoniga buyraklardan birining proektsiyasiga qo'yadi va ikkinchi qo'lini kaftiga yumshoq musht bilan uradi.

-agar bemor biron bir sababga ko'ra tik holatga kela olmasa, tadqiqot yotgan holda o'tkazilishi mumkin: shifokor bir qo'lini patsining orqa tomoniga qo'yadi.



o'tkazilishi mumkin: shifokor bir qo'lini patsining orqa tomoniga qo'yadi. **78- rasm**

Ichilgan va ajratilgan suyuqlikni hisobga olish

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Bolaga sutka davomida ichadigan suyuqliklar miqdorini yozib borish taklif qilinadi.
3. Boladan tekshiruv o'tkaziladigan kuni ertalab 06.00 da qovuqni bo'shatish so'raladi (siydikning bu miqdori hisobga olinmaydi).
4. Bolaga sutka davomida ajralgan siydiklarini tayyorlab qo'yilgan shisha idishga yig'ishi taklif qilinadi (siydik ertalab 06.00 dan keyingi kun ertalab soat 06.00 ga qadar yig'iladi).

5. Bolaning sutka davomida ichgan suyuqliklari miqdori hisoblab, yozib boriladi.

6. Sutka davomida yig`ilgan siydik miqdori hisoblanadi. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi.

Kerak bo`lsa, siydikni va ishlatilgan buyumlarni dezinfeksiya qilinadi.

### **Buyrak va siydik yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni klinik laborator tekshiruvga tayyorlash**

#### **Addis Kakkovski usuli bo'yicha siydik yig'ish va tekshirish**

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
2. Qo`l yuviladi va quritiladi.
3. Quyidagilar tayyorlanadi: siydik yig'ish uchun toza steril idish, timol kristallari yoki formaldegid, yoki xloroform kristallari, yo`llanma, yuvish uchun ashyolar.
4. Bemorga soat 22<sup>00</sup> gacha qovuqni bo`shatib olish va ertalabki soat 08<sup>00</sup> gacha bo`shatmaslik tushuntiriladi.
5. Bemor tagi yuviladi va toza sudnoga siydik yig`iladi va yig`ilgan siydik steril shisha idishga solinadi.
6. Idishga yo`llanma yopishtiriladi.
7. Qo`lqop yechiladi va zararsizlantiriladi.
8. Klinik laboratoriyaga siydik yuboriladi. Natijasi o`sha kuni yoki ertasiga ertalab olinadi.
9. Natijalari kasallik tarixiga yopishtirilib qo`yiladi.

#### **Siydikni Ambyurje sinamani o'tkazish uchun yig'ish**

Kerakli jihozlar: toza shisha idish

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
  2. Tayyorlangan toza shisha idishga yo`llanma yopishtiriladi.
  3. Bemor qovug`I ertalab bo`shatiladi.
  4. 3 soatdan so`ng bemorning tashqi jinsiy a`zolari yuvilib, tayyorlangan shisha idishga siyishi aytiladi.
  5. Olingan siydik zudlik bilan laboratoriyaga yuboriladi.
  6. Laboratoriyada 1 daqiqada davomida ajratilgan siydikda, normada qancha sjaklli elementlar soni aniqlanadi.
- Normada 1 daqiqada davomida siydikda: leykositlar 2500 gacha, eritrositlar- 1000 gacha, silindrlar- 15 gacha.

**Buyrak kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni asbob – uskunalar tekshiruviga tayyorlash**

**QOVUQNI KATETERLASH USHUN KERAKLI ASHYOLARNI TAYYORLASH VA QOVUQQA KATETER QO'YISH**

**KO'RSATMALAR:** Bemorni muolajadan ogoh qilinadi va muolaja maqsadi bajarilish qoidasi tushuntiriladi. Bemorga muolajadan oldin tagini yuvish zarurligi eslatiladi, og'ir ahvoldagi bemorlarni tagini hamshira yuvadi.

**KERAKLI JIHOZLAR:** Steril yumshoq katetr, stirillangan vazelin, tampon, salfetka, pinset, antiseptik eritmalar (0,21% li furatsillin, 0,1% rivanol), choyshab, kleyonka, siydik yig'ish uchun tuvak va to'siq tayyorlanadi.



**BAJARISH TARTIBI: 79- rasm**

1. Qo'l yuviladi va quritiladi, qo'lqoplar kiyiladi.
2. To'siqni tutib kushetkaga kleyonka va choyshab yozib bemorni chalqancha oyoqlari tizzada bukilib kerilgan holda yotqiziladi. Bemor oyoq tomoniga tuvak qo'yiladi. Pinset bilan katetr olinib unga vazelin surtiladi, qo'lning 3-4- barmoqlari bilan jinsiy lablar kerilib, 1-2- barmoqlar bilan siydik chiqaruv kanalining tashqi teshigiga bir oz kiritiladi, o'ng qo'l bilan antiseptik eritmada ho'llangan tampon bilan artiladi. Steril pintset bilan steril yumshoq katetrni ushlab, so'ng barmoqlar bilan katetr uchidan asta-sekin kiritiladi va qovuqqa tushishi bilan undan darhol siydik ajraladi. Agar katetr kirgizilayotganda bir oz to'sqinlik sezilsa bemorga tinchlanishni maslahat beriladi. Katetr uchi, tuvak yoki siydik yig'ish idishiga solib qo'yiladi. Siydik ajralib bo'lgandan so'ng katetrni asta-sekin olib zararsizlantiriladi.

3. Bemorning qulay vaziyatda yotqiziladi.

4. Barcha ishlatilgan buyumlar va anjomlar zararsizlantiriladi.

Bemor 20-25 daqiqa davomida kuzatiladi

**Siydik tizimini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash**

**Kerakli jihozlar:** yo'llanma, kasallik tarixi, kontrast modda (urografin, verografina), tozalovchi xuqna o'tkazish uchun kerakli ashyolar

**Kerakli xom ashyo:** suyuq sovun, rezinali steril qo'lqop, shprits, spirt, jgut.

**Bajarish algoritmi:**

1. Bemorga muolaja maqsadi va mohiyati tushuntiriladi
2. Bemor roziligi olinadi
3. Muolaja o'tkazishga mone'liklar yo'qligi aniqlanadi
4. Bemor tekshiruvga 2-3 kun avval tayyorlanadi.

5. Ovqat ratsionidan gaz hosil qiluvchi mahsulotlar olib tashlanadi (sut, dukkakli o'simliklar, gazli ichimliklar, kartoshka vab)

6. Bemorga engil xazm bo'luvchi oqsillardan iborat ovqatlar (bo'tqa, kisel, omlet, sho'rva, qaynatilgan baliq vab) tavsiya etiladi.

7. Bemorda meteorizmga moyillik bo'lsa, tayyorgarlik davrida kuniga 1 tabletkadan 3 mahal karbolen hamda moychechak damlamasini ichish tavsiya etiladi.

8. Tarkibida yod saqlovchi vositalarga bemorning allergik reaksiyasini aniqlash maqsadida sinama o'tkaziladi.

9. Bemorga 2 kun avval venaga 1-2 ml kontrast modda yuboriladi va kuniga 2-3 maxal bir osh qoshiqdan kaliy yodning 3%li eritmasi beriladi.

10. Tekshiruvdan 1 kun avval soat 22.00 va tekshiriladigan kun muolajadan 1,5-2 soat avval moychechak damlamasi (2l suvga 2 osh qoshiq) bilan tozalash xuqnasi o'tkaziladi.

11. Tekshiruv ertalab, och qoringa o'tkaziladi.

12. Rentgen xonada bemorning vena ichiga asta-sekinlik bilan 20-40-60 ml (dozani shifokor belgilaydi) rentgenkontrast modda yuboriladi.

13. Rentgenologik tekshiruvni shifokor bajaradi.

**Izoh:** Bemorda yodizm alomatlarini: tumov, qichishish, terida toshmalar, shishlar, et uvishish, harorat ko'tarilishi kuzatilsa muolaja to'xtatiladi. Tozalovchi huqnasiz o'tkazilgan rentgen tekshirish xato va noto'g'ri axbortlarga olib boradi.

### Ultratovush tekshirish usuliga tayyorlash

**Kerakli jihozlar:** ultratovush apparati, kushetka

**Kerakli xom ashyo:** qog'oz salfetka, medeo-gel

**Bajarish algoritmi:**

1. Bemorga UTD olish texnikasi va maqsadi tushuntiradi.

2. Qorin bo'shlig'ining tekshiruvida (jigar, o't pufak, oshqozon osti bezi, qora taloq) bemorning kechgi taomi engil va tarkibida gaz hosil qiluvchi ho'l mevalar, sutlik va unlik tamlardan tashqaridan tashqari. Tekshiruv ertalab nahorga o'tkaziladi. **80- rasm**



3. Buyraklarni va bachadonni tekshirish uchun bemor tekshirishdan 2-3 soat davomida qovug'ini bo'shatmasligi tushuntiriladi.

4. Tekshirishdan oldin bemorga 150-200 ml miqdorida suyuqlik ichish uchun beriladi (mineral suv, kompot, choy)

5. Tekshirilayotgan sohaga gel surtiladi.

## 5.6 Buyrak va siydik yo'llari a'zolari kasalliklarida kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish

### UREMIK KOMADA BEMORGA YORDAM KO'RSATISH

Uremiya (grekchadan urina – siydik, haima – qon) buyrak funksiyasi buzilganliginatijasida organizmning zaxarlanganligini ifodalaydi.U o'tkir xollarda surunkali kasallik-larda ham kuzatiladi.Koma – markaziy nerv sistemasi funksiyasining keskin susayishi. Butunlay xushdan ketish, tashqi ta'sirotlarga javob bermaslik va organizmning hayot uchun muxim funksiyalari boshqarilishning buzilishi bilan ifodalanadi.

Uremik koma – surunkali buyrak yetishmovchiligining oqibati. Surunkali uremiyaning sababsichi surunkali glomerulonefrit, piyelonefrit, buyrak tosh kasalligi, qandli diabet va boshqalar xisobanadi. Uremiya rivojlanishida modda almashinishida xosil bo'ladigan va siydik orqali chiqib ketadigan zaxarli moddalar, ayniqsa oqsil metabolizmning xosilalari:ammiak, siydik kislota, kreatinin, aminokislotalar, indol, fenollar, o'rtacha og'irlikka ega bo'lgan peptidlar va boshqa qator moddalar ushlab qolinadi.

Uremiya asta – sekin boshlanadi. Dastlabki xolsizlik, charchash, qattiq bosh og'rig'i, terining qichishishi, uyqu va ishtaxa yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qayt qilishi, ich surishi kuzatiladi. Og'izdan siydik xidi anqib turadi. So'ng befarqlik, uyquchanlik rivojlanadi va bemor koma xolatiga tushadi. Bemor o'zidan ketadi, qotib qolgandek maxliyo bo'lib etadigan davrlar qo'zg'alish davrlari, gallyutsinatsiyalar, alaxlash bilan almashinib turadi. Mushaklar tarangligi yelka, chanoq, bel soxalarida ko'proq rivojlangan bo'lib, xarakatni qiyinlashtiradi, xamda titrashlar kuzatiladi. Bemor og'zidan siydik xidi kelib turganligi seziladi. Badan terisida siydikchil kristalchalaridan iborat oqish dog'lar paydo bo'ladi. Teri oq – sariq rangga kiradi, quruq bo'lib ketadi, teri ostiga qon quyilishlar kuzatiladi. Ko'pincha tana xarorati pasayadi. Bemor shovqinli yoki xirillab nafas oladi.

**KERAKLI JIHOZLAR:** Esmarx krujkasi, iliq suv, klyonka, tog'ora, vazelin.Yo'g'on ichak nayi, voronka.Rezina balloncha, gaz o'tkazuvchi naycha.Ingichka me'da zondi, Jane shpritsi.2 % li natriygilrobonat eritmasi, lotok.Sochiq.Steril pintset, steril doka, salfetkalar. Shpritslar va ignalar.Bir marta ishlatiladigan sistema.Dori vositalar.5 – ml 3 % li xloralgidrat.40 ml 40 % li glyukoza eritmasi.250 – 500 ml 5 % li glyukoza eritmasi.200 ml 4 % li natriy gidrokarbonat eritmasi.50 ml 10 % kal'tsiy glyukonat eritmasi va boshqalar.

#### BAJARILISHTARTIBI:

1. Shifokor ko'rsatmasiga binoan.a) me'da 2 % li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan yuviladi.b) yuqoriga boradigan tozalovchi xuqna yoki sifonli huqna qilinadi.v) 50 ml 3 % li xloralgidrat eritmasi bilan dorili xuqna qilinadi.g) izotonik natriy xlorid eritmasi yoki 5 % li glyukoza eritmasi 250 ml dan 500 ml gacha tomchi usulida yuboriladi.d) 4 % li natriy gidrokarbonat eritmasi 200 ml gacha tomir ichiga

tomchilab yuboriladi.e) 10 % li kal'tsiy glyukonat eritmasi 50 ml gacha tomir ichiga beriladi.j) bemorni ekstrakorporal gemodializga tayyorlanadi.

2. Bemorni tegishli parvarishlash.

a) og'iz bo'shlig'ini yaxshilab parvarish qilish.

b) teri qoplamlarini sochiq bilan artish.

v) qo'zg'alish vaqtida yordam berish.

g/ qusish vaqtida yordam ko'rsatish.

### **BUYRAK SANCHIG'IDA YORDAM KO'RSATISH**

Buyrak sanchig'i – bel soxasi va qorinda birdan qattiq og'riq tutib qolishi, odatda buyrak – tosh kasalligida toshning siydik yo'li bo'ylab surilishiga bog'liq bo'ladi. Sanchiq ko'pincha odam jismoniy jixatdan zo'r bergani, ulovda yurib, ko'p silkinganidan keyin boshlanadi va bir necha daqiqadan 2 soatgacha va bundan ko'ra ko'proq davom etadi.

#### **KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Isitgich.

2. Issiq suv.

3. Sochiq.

4. Shpitslar va ignalar.

5. Steril paxta sharchalar.

6. Spirt.

7. Dori vositalari: 0,5 % li novokain eritmasi, 2 % li papaverin eritmasi, 0,1 % li atropin eritmasi, 0,2 % li platifillin eritmasi, 50 % li anal'gin eritmasi, no – shpa eritmasi, 1 % li promedol eritmasi.

#### **BAJARILISH TARTIBI:**

1. Bemorga osoyishtalik yaratiladi.

2. Bemorning bel soxasiga isitgich qo'yiladi yoki issiq vannaga tushiriladi.

3. Bemorga ko'proq suyuqlik berib turiladi.

4. Biror og'riq qoldiruvchi vosita mushak orasiga yuboriladi.

2 ml 2 % li papaverin eritmasi.

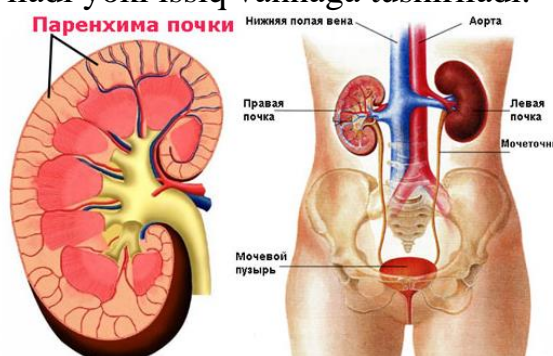
1 ml 0,1 % li atropin eritmasi.

1 ml 0,2 % li platifillin eritmasi.

2 ml 50 % li anal'gin eritmasi. **81- rasm**

5. Shifokor ko'rsatmasiga binoan teri ostiga 1 ml 1 % li promedol eritmasi yuboriladi, zarur bo'lsa bel soxasiga novokain blokadasini shifokor yordamida o'tkaziladi.

6. Dori vositalari naf bermasa bemorni zambilda shifoxonaga olib boriladi.



## VI BOB. QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI

### 6.1 Qon va qon yaratish a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari.

#### Kamqonlikning mohiyati, tarqaganligi, etiologiyasi, asosiy guruhlari

Gematologiya qon va qon yaratish a'zolari, ularning norma- dagi va patologiyadagi tuzilishi va funksiyasi to'g'risidagi fandidir. Hozirgi zamon gematologiyasi qon embriogenezi, morfogenezi va morfofiziologiyasini, qon va qon yaratish a'zolarining norma va patologiyadagi holatini o'rganadi.

Anemiya yoki kamqonlik deganda aslida organizmda qizil qon tanachalari va gemoglobin kamayib ketadigan kasallik holatlari tushuniladi. Anemiyalar issiq iqlimli mamlakatlarda keng tarqalgan bo'lib, bu yerda aholining 10—20% ida qonda gemoglo- binning miqdori 100% dan kamdir. Bundan ham ko'proq kamqonlik bolalarda (30—40%) va ayollarda, ayniqsa, homi- ladorlik davrida uchraydi.

Hamshira gematologik kasallarni umumiy shikoyatlari, klinik belgilari, davolash, oldini olish prinsiplari hamda parhez xususiyatlarini (diyetoterapiya) yaxshi bilishi kerak. Bemorni obyektiv va laborator tekshiruvlari asosida hamshira o'z par- varish rejasini tuzadi. Qon kasalliklarida qon ketishi kuzatilishi mumkin (aniq va yashirin), shuning uchun har bir hamshira bemorlarni kuzatishda juda sezgir bo'lishi, shoshilinch yordam ko'rsata bilishi lozim.

#### **Qon sistemasi to'g'risida qisqacha anatomik- fiziologik ma'lumot**

Bu sistemaga jigar, suyak ko'migi, limfotik tugunlar, taloq kiradi. Bu yerda qon shaklli elementlari: eritrotsitlar, asosan, qizil suyak ko'migida, leykotsitlar taloqda va limfatik tugunlarda, trombotsitlar qizil suyak ko'migida ishlab chiqariladi. Qon oziq moddalarni organizmning hamma hujayralariga yetkazib beradi va zararli mahsulotlarni tashqariga chiqaradi. Qon plazmadan —qondan shaklli elementlar chiqarilgandan keyin qoladigan tiniq suyuqlikdan iborat. Sog'lom odam organizmida qonning umumiy miqdori taxminan 5 litr bo'ladi. Qon plazmasi—suv bo'lib, unda oqsil moddalar, qand, juda mayda yog' zarralari, turli xil tuzlar, erigan holatda kislorod (oz miqdorda) bo'ladi. Qonda  $5 \times 10^{12}/l$  gacha eritrotsitlar bo'lib, ular qonga qizilrang beradi. Eritrotsitlarning yashash davomiyligi taxminan 1 oy, ular ko'proq taloqda parchalanadi, shuning uchun taloqni eritrotsitlar mozori deb ataydilar. Leykotsitlar harakatlanishga qodir, ular organizm uchun yot bo'lgan moddalar, masalan, o'lgan hujayralarni

hazm qila oladi (fagotsitoz). Qonda normada  $3,2 \times 10^9/l$  dan  $11,3 \times 10^9/l$  gacha leykotsit bor.

Trombotsitlar qon ivish jarayonida qatnashadi. Normada ularning miqdori  $180,0 \times 10^9/l$  dan  $320,0 \times 10^9/l$  gacha yoki 1000 eritrotsitga 50 trombotsit to'g'ri keladi.

Hozirgi vaqtda klinik manzarasi o'ziga xos bo'lgan anemiyalarning ko'p uchraydigan quyidagi turlari farq qilinadi.

1. Postgemorragik anemiya, qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladi.
2. Temir moddasi yetishmaydigan anemiya, organizmda temir tanqisligi sababli rivojlanadi.
3. Pernitsioz anemiya (sianokobalamin) yetishmasligiga bog'liq.
4. Gemolitik anemiya, eritrotsitlar parchalanishidan paydo bo'ladi.
5. Gipoplastik anemiya, suyak ko'migi funksiyasi pasayib ketganda rivojlanadi.

## **6.2 Qon yo'qotish oqibatida kelib chiqadigan kamqonlik**

Kamqonlikning bu xili nihoyatda ko'p uchraydi. Juda xilma-xil ixtisoslikdagi hamshiralar shu xildagi kamqonlikni kuzatishadi. Kamqonlikka olib keladigan qon oqishining eng ko'p uchraydigan sabablariga jarohatlanish, abort yoki tug'ish, bachadon raki yoki fibromasi, me'da, ichaklar raki, me'da yoki 12 barmoq ichak yarasi, bavoasil, o'pka sili yoki to'qimaning zo'r berib parchalanishi bilan o'tadigan boshqa o'pka kasalliklari, gemorragik diatezning har xil turlari kiradi. Qon oqqandan keyin kuzatiladigan kamqonlikning klinik manzarasi va o'tishiga qarab uni 2 turga ajratish kerak:

1. O'tkir qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kamqonlik.
2. Surunkali qon yo'qotishdan paydo bo'ladigan kamqonlik. O'tkir qon ketishi qon ko'p yo'qotilgan taqdirdagina kamqonlikka olib keladi. O'tkir qon yo'qotishdan keyingi kamqonlikning umumiy belgilariga quvvatsizlik, quloq shang'illashi, bosh aylanashi, hushdan ketish kiradi. Odam hansirab, yuragi o'ynaydi, ko'zi xiralashadi; bemor oqarib ketadi, lekin sariqlikdan asar ham bo'lmaydi; ko'z skleralari och havorang tusga kiradi, lablari va boshqa shilliq pardalari qonsiz bo'lib ko'rinadi. Qon oqqandan keyin puls dastlab bo'sh, kuchsiz bo'ladi va tezlashib ketadi. Yurakni eshitish nuqtalarida sistolik shovqin eshitiladi. Arterial bosim pasayib ketadi. Kapillarlar turi rangsiz va siyrak bo'ladi. Bu xildagi kamqonlikda aylanib turgan qon miqdori umuman kam bo'ladi. Ba'zan aylanib turgan qon hajmi biroz ko'payib qoladi ham, chunki qon yo'qotish, odatda, suyuqlikning to'qimalardan qonga tez o'tishi bilan davom etadi. Bunda qon suyulgan — gidremik bo'lib

qoladi. Og'ir hodisalarda komatoz holat boshlanib, odam qattiq hansiraydi, tana harorati 34—33° C gacha pasayib ketadi, yurak tonlari arang bilinadi, mushaklar tortishib sianoz paydo bo'ladi. Bu og'ir o'zgarishlarning kelib chiqishi bosh miya va yurak singari a'zolarga kislorod yetishmay qolishi bilan bog'liq.

Tez, takror (surunkali) qon oqishi hatto bir marta juda oz qon yo'qotilganda ham, ba'zan kamqonlikning avj olishiga olib keladi. Biroq ko'p yillargacha shu tariqa oz-ozdan qon oqib turishi kompensator o'zgarishlar natijasida kamqonlik belgilarining kelib chiqmasligiga olib keladi. Har yili necha martadan qon oqib ketishiga to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishidagi bivosildan qon oqishi misol bo'la oladi. Bunday bemorlar dastlabki yillarda qon ketgandan keyin o'z ahvolidagi o'zgarish sezmaydilar, ular qonining tarkibi esa uzoq vaqtgacha normal bo'ladi. Biroq asta-sekin yangidan yangi qon yo'qola borgani sayin ko'mikning ana shu giperfunksiyasi susaya boshlaydi va gipofunksiya holati bilan almashinadi. Qon tarkibida eritrotsitlar, gemoglobin kamaya boshlaydi. Rang ko'rsatkichi 0,6—0,5 gacha pasayadi. Kamqonlik, odatda, keskin gipoxrom xarakterga ega bo'ladi, bu temir yetishmovchiligiga bog'liq.

### **6.3 Temir yetishmovchiligidan paydo bo'ladigan kamqonlik**

Qonda temir miqdori 3,6—5,4 mkmol/l ga tushadi. Bu davrda qonda eritrotsitlar kamayadi, leykotsitlar, trombotsitlar soni o'zgarmaydi. Kamqonlikning 80%ga yaqinini temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlik tashkil qiladi. Bunda qon zardobi va suyak ko'migida miqdori kamayib ketadi. Kasallik erkaklarga nisbatan ayollarda ko'p uchraydi. Temir 12 barmoq ichak va ingichka ichakning yuqori qismida so'riladi, uning so'rilishi 2 bosqichda kechadi:

1. Temirning ichak shilliq qavati hujayralari orqali so'rilishi.
2. Temirning hujayralardan zardobga o'tishi.

Etiologiyaxi va patogenezi. Kasallikning kelib chiqishiga asosiy sabablardan biri qon yo'qotishdir. Oz-ozdan bo'lsa ham uzoq vaqt davomida qon yo'qotilganda organizmda temir miqdori kamayadi. Ovqat tarkibidagi temirning fiziologik so'rilishi chegaralangan. Erkaklar ovqat orqali 18 mg temir iste'mol qilsa, shundan 1—1,5 mg so'riladi. Ayollarda esa iste'mol qilingan 12—15mg temirdan 1—1,5 mg so'riladi. Agar organizmdan sutkasiga 2 mg dan ortiq temir yo'qotilsa, temir yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi. O'zini sog'lom hisoblovchi ayollarning 10—25% da hayz ko'rish vaqtida 40 mg dan ortiq temir yo'qotiladi. Hayz ko'rish vaqtida ko'p qon yo'qotish tufayli ayollarda temirga

bo'lgan talab sutkasiga 2,5—3 mg dan ortiq bo'ladi. Ammo bunday miqdordagi temir ichakda so'rilmaydi. Shunday qilib, bir oyda 15—20 mg temir yetishmasa, bir yilga borib temir yetishmasligi 180—240 mg ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, har bir homiladorlik, tug'ish va emizish davrlarida ayol 700—800 mg dan kam temir yo'qotmaydi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlikning rivojlanishida oshqozon-ichak yo'lidan qon yo'qotish ham katta o'rin egallaydi, bu hol ko'proq erkaklarda uchraydi. Siydik yo'li orqali qon yo'qotish kamqonlikka olib kelmasa ham, har holda siydik orqali doimo eritrotsitlarni yo'qotish temir tanqisligiga olib kelmay qolmaydi. Doimiy qon topshirib yuruvchi donordlarda ham temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlik uchrab turadi. Ba'zan tug'ma temir tanqisligi bo'lishi mumkin. Erta xloroz yosh qizlarda uchrab, balog'atga yetish davriga to'g'ri keladi. Me'da shirasi miqdorining pasayishi natijasida ham kamqonlik kelib chiqishi mumkin. Uni gastrogen kamqonlik yoki axlorgidrid kamqonlik yoki kechikkan xloroz deyiladi.

**Klinik manzarasi.** Klinik belgilari har xil va turli sabablarga bog'liq bo'ladi. Temir yetishmasligining belgilari birdaniga bilinmaydi. Qondagi gemoglobin miqdori keskin kamayib ketganda to'qimalarning kislorod bilan yetarli ta'minlanmaslik belgilari paydo bo'ladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikda bemor umumiy holsizlik, tez charchash, bosh aylanib, quloqlarda shovqin borligi, havo yetishmasligi va yuragining tez urishidan shikoyat qiladi. Ba'zan bemor yurak sohasida og'riq sezadi. Bemorning teri qoplamlari oqargan bo'lib, ba'zan yashilnamo tusda bo'ladi (xloroz so'zi shundan kelib chiqqan). Bemorni tekshirib ko'rilganda yurak tomonidan taxikardiya, yurak cho'qqisi sohasida sistolik shovqin qayd qilinadi, qon bosimi pasayishi mumkin. EKG da T tishcha izoelektrik chiziqda yoki manfiy bo'lishi mumkin.

Kamqonlikning boshqa turlaridan farq qilib, temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikda sideropeniya belgilari bo'ladi. Bunda bemorning teri qoplamlari, tirnoqlari va sochlarida o'zgarishlar qayd qilinadi. Teri qoplamlari quruq bo'lib, oyoq va qo'llarda yorilishlar paydo bo'ladi. Bemorlarning 10—15% da og'iz burchaklari yorilgan bo'ladi. Og'ir turlarida tirnoqlar yupqalashib tez sinadigan bo'lib qoladi. Ko'ylonixiya — qoshiqsimon tirnoq temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikning belgilaridan hisoblanadi.



**82- rasm**

Bemorning tili qizarib og'rishi mumkin (glossit), til so'rg'ichlari atrofiyaga uchrashi natijasida u yaltiroq va silliq bo'lib qoladi. Temir tanqisligi anemiyasining belgilaridan yana biri— mushaklarning bo'shshishi, yosh qizlarda tunda siydik

tutulmaslikdir. Bemor qattiq kulganda, yoʻtolganda siydik tutolmay qoladi. Temir yetishmasligidan oshqozon-ichak yoʻlida ham oʻzgarishlar paydo boʻladi—meʼda sekretsiyasi buziladi. Kechikkan xloroz bilan kasallangan bemorlarda taʼm bilish sezgisi buziladi. Bor, kesak, koʻmir kabilarni yeyish istagi paydo boʻladi. Bemor kerosin, aseton, naftalin, mashinalardan chiqadigan gazlarning hidi kabilarni yoqtiradi.

Laborator tekshirishlari. Qonni tekshirganda eritrotsitlar soni oʻrtacha kamayganda gemoglobin miqdori anchagina pasayganligi aniqlanadi. Anemiyaning bu turi gipoxrom anemiyalar qatoriga kiradi. Surtmadagi eritrotsitlar yomon boʻyalgan, ularning diametri kamaygan, leykotsitlar soni normada boʻladi. Erta xloroz yoki kamqonlik gormonal buzilishlar, xususan, tuxumdonlar gormonlarining suyak koʻmigiga ragʻbatlantiruvchi taʼsirining pasayishi natijasi hisoblanadi. Temir yetishmasligidan paydo boʻladigan kamqonlikda qon zardobidagi temir miqdorini aniqlashning ahamiyati katta. Bunda bemor tekshirishga qon topshirish uchun 5 kungacha tarkibida temir boʻlgan preparatlarni qabul qilmay turishi kerak. Qon zardobi- dagi temir miqdori normada 70—170 mkg % yoki 12,5—30,4 mmol/l boʻladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonlikda esa qon zardobidagi temir 10—30 mkg% (1,8—5,4 mkmol/l) gacha pasayib ketishi mumkin.

Davolash. Bemorga tarkibida temir moddasi koʻp boʻlgan ovqatlarni koʻproq isteʼmol qilish tavsiya qilinadi. Temir miqdori goʻsht, jigar, tuxumda koʻp boʻladi. Darhol qon quyishga shoshilmaslik kerak, chunki zardob orqali oʻtadigan gepatit 0,5—20% ni tashkil qiladi. Temir yetishmasligidan kelib chiqqan kamqonlikni davolashda temir preparatlari ishlatiladi. Preparatlarni, asosan, ichishga buyuriladi. Ichakda soʻrilish buzilgandagina temir prepartalari parenteral yoʻl bilan yuboriladi. Temir preparatlaridan ferrokal yaxshi natija beradi, sutkasiga 6 tabletka ichiladi, shuningdek, ferroleks, konferen, orferon, ferramid, ferbitol, ferkoven, ferrumlek kabi dorilar qoʻllaniladi. Davolash muddati 2—3 oy.

Kasallikning oldini olish. Homilador va emizikli ayollar, uzoq vaqt qon yoʻqotgan kishilar, oʻsmir qizlar, donorlarga tarkibida temir koʻp boʻlgan mahsulotlarni koʻproq isteʼmol qilish tavsiya qilinadi (jigar, goʻsht, tuxum). Temir preparatlari berib turiladi (masalan, kuniga 2 tabletka ferroleks). Baʼzida qon tekshirib turiladi. Temir tanqisligi aniqlanganda bemorga uzoq muddat davo qilinadi.

## **6.4 Vitamin b<sub>12</sub> (folat kislota) yetishmasligidan kelib chiqadigan kamqonliklar**

Bu turdagi kamqonliklarda vitamin B<sub>12</sub> va folat kislota yetishmovchiligidan, qon ishlab chiqarishda va, asosan, eritropoyezdagi DNK va RNK sintezi buzilishida kuzatiladi. Ko'pincha alohida vitamin B<sub>12</sub> yetishmasligi va kam hollarda alohida folat kislota yetishmasligi uchraydi.

Vitamin B<sub>12</sub> yetishmasligi sabablari:

I. Vitamin B<sub>12</sub> so'rilishining buzilishi:

- 1) oshqozon fundal qismi bezlarining atrofiyasi (Addison—Birmer kasalligi);
- 2) me'da raki;
- 3) ichak kasalliklari (spru, terminal ilyeit, ichakning su- runkali yaralari, o'smalari);
- 4) oshqozon va ichakdagi operatsiyalar.

II Vitamin B<sub>12</sub> ning yuqori darajada sarflanishi va ilikda o'zlashtirilishining buzilishi:

- 1) ichakning gijja kasalliklari;
- 2) ichak disbakteriozi ;
- 3) jigar kasalliklari (surunkali gepatit, jigar sirrozi);
- 4) gemoblastozlar (o'tkir leykoz, eritromiyeloz).

III. Folat kislota yetishmasligi sabablari:

- 1) ichak kasalliklari;
- 2) ichakda qilinadigan operatsiyalar;
- 3) alkogolizm;
- 4) homiladorlik;
- 5) ba'zi dorilarni uzoq muddat qabul qilish;
- 6) alimantar yetishmaslik.

B<sub>12</sub> yetishmasligi bilan bog'liq kamqonlik.

Birinchi bor bu kasallik 1855- yilda Addison, so'ngra 1868-yilda Birmer tamonidan yozilgan bo'lib, pernitsioz (yomon sifatli) kamqonlik deb nomlangan. Hozirgi vaqtda vitamin B<sub>12</sub> bilan davolash imkoniyati tufayli bu kasallik hayot uchun xavfli bo'lmay qoldi va aytarli yomon sifatli ham emas.

Sabablari va rivojlanishi. Kasallik rivojlanishi vitamin B<sub>12</sub> ni o'zlashtirishda ishtirok etuvchi ichki omil ishlab chiquvchi me'da fundal qismi bezlari atrofiyasi bilan bog'liq. Kasallik autoimmune o'zgarishlar, irsiy omillar, me'da shilliq pardasiga zaharli ta'sirotlar, keksalikdagi atrofik jarayonlar natijasida ham

rivojlanishi mumkin. Ichki omil yetishmasligi ichakda vitamin B<sub>12</sub> soʻrilishining buzilishiga olib keladi va qonda vitamin B<sub>12</sub> yetishmasligi rivojlanadi. Natijada folat kislotaning oʻz aktiv formasi folin kislotaga oʻtishi amalga oshmay qoladi. B<sub>12</sub> yetish- masligi va folat kislotaning aktiv formasi yoʻqligi qon ishlab chiquvchi hujayralarda, asosan, eritroblastlarda DNK sintezining buzilishiga va hujayra boʻlinishining buzilishiga olib keladi. Natijada eritroblastlar kattalashib, megoblastlarga aylanadi. Eritropoyez megoblastik tus oladi.

Patologik anatomiyasi. Addison—Birmer kasalligida ichki aʼzolar rangi oqaradi. Yassi suyaklar koʻmigi toʻq qizilrangda boʻladi. Naysimon suyaklarning epifizi va diafizi koʻmigi qizil- rangdaligi aniqlanadi. Til silliq, yaltiroq, soʻrgʻichlari atrofiyalan- gan boʻladi. Meʼda shilliq pardasi va bezlarida atrofiya aniqlanadi. Atrofik jarayonlar ichakda ham aniqlanadi.

Klinik koʻrinishi. Kasallik kechishi siklik boʻlib, remissiyasi retsidiv davri bilan almashinib turadi. Remissiya davrida qon ishlab chiqarish normoblast boʻlib, kasallikning klinik belgilari kuzatilmadi. Kasallikka xos klinik belgilar va periferik qondagi oʻzgarishlar retsidiv vaqtda kuzatiladi.

Addison—Birmer kasalligi, asosan, keksa yoshdagi erkak- larda uchraydi. Kasallik bilintirmay rivojlanadi. Kasallikning boshlangʻich belgilari quvvatsizlik, tez toliqish, ogʻiz qurishi, dispeptik oʻzgarishlardan iborat. Kam hollarda kasallik asab aʼzolaridagi oʻzgarishlar, paresteziya va sezuvchi nerv ildizlaridagi ogʻriqlar bilan boshlanadi. Kasallik qaytalanganda uchta sindrom (kamqonlik, oshqozon- ichak va nevrologik) belgilar kuzatiladi.

Kamqonlik sindromi belgilari quvvatsizlik, bosh aylanishi, quloqdagi shovqin va oz-moz zoʻriqishda ham nafas olish va yurak urishining tezlashishi bilan kuzatiladi. Miokard gi poksiya natijasida yurak sohasida stenokardiya xuruji singari sanchiqli ogʻriq paydo boʻladi. Yurak choʻqqisida tomirlarga oʻtka- ziluvchi sistolik shovqin eshitiladi, qon bosimi pasayadi. EKG da diffuz oʻzgarishlar kuzatiladi. Koʻzdan kechirilganda teri qoplamlarining oqarganligi, koʻz oqining subikterik rangdaligi aniqlanadi. Teri osti yogʻ qatlami yetarli darajada taraqqiy etganligi kuzatiladi.

Kamqonlik sindromi rivojlanish darajasi uning bosqichi va kamqonlikning rivojlanish tezligiga bogʻliq. Bemor qonining tez kamayishi bosh miyaning qisqa vaqt ichida ishemiyasi natijasida koma holatining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Koʻpincha bemorlar til achishishi va ogʻrshidan shikoyat qiladilar. Til koʻzdan kechirilganda toʻq qizil ogʻriqli yalligʻlangan joylar aniqlanadi. Keyinchalik til murtaklari silliqlashadi va atrofiyalashadi. Bulardan tashqari,

oshqozon-ichak a'zolari tomonidan ishtahaning butunlay yo'qolishi, epigastral me'da sohasida og'riq sezgisi va og'riqlar kuzatiladi. Jigar odatda kasallik qo'ziganda kattalashadi, taloq aytarli kattalashmaydi. Addison—Birmer kasalligida nevrologik o'zgarishlar quyidagilardan iborat: paresteziyalar, sezuvchanlikning buzilishidan, yengil og'riq sezgilardan, oyoq va qo'lning uvushishi. Ko'pincha mushak quvvatsizligi va mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Ba'zida psixik o'zgarishlar, alahsirash, gallutsinatsiya paydo bo'ladi. Kasallik qaytalanganda tana harorati subfebril bo'lishi mumkin.

Laborator tekshiruvi natijalarida qondagi o'zgarishlar o'ziga xos, pernitsioz anemiya giperxrom bo'ladi: rang ko'rsatkichi birdan yuqori (eritrotsitlar umumiy miqdori kamayganda, ulardagi gemoglobin miqdori oshgan bo'ladi), yirik eritrotsitlar— makrotsitlar, shuningdek poykilotsitlar (odatdagi yumaloq eritrotsitlar emas, balki noto'g'ri shakldagi — (silindr, ovalga o'xshash va h. k.), eritrotsitlar uchraydi. Leykotsitlar miqdori kamaygan (leykopeniya), ECHT oshadi.

Davolash. Kasallik muayyan sikl bilan kechadi, aksariyat bahorda qo'ziydi.

Yomon sifatli kamqonlikning davosi 1926- yilda shu kasallikni ham jigar bilan davo qilish kashf etilishi natijasida yaxshi natija beradigan bo'ldi (Mayno va Merfi). Jigar preparatlari bilan davolash yordamida, odatda, mehnat qobi-liyatini to'la tiklashga erishiladi. Shu munosabat bilan bu xildagi kamqonlikning „yomon sifatli“ degan nomi hozir o'z ahamiyatini yo'qotgan.

Jigar bilan davo qilishning naf berishiga sabab shuki, jigar to'qimasida vitamin B<sub>12</sub> ichki omil bilan birikkan bo'ladi. Jigar dimlamasi kuniga kamida 250 g miqdorida beriladi. Odatda, davolanishning birinchi haftasi oxiridayoq bemorlar o'zini yaxshi his qila boshlaydilar, qonda retikulotsitlar soni tezda ko'payadi va qizil qon ko'paya boshlaydi. Jigar bilan davolash muttasil olib borilishi kerak. Bemor ahvoli durust bo'lsa, jigar haftasiga 2—3 martadan buyuriladi. Jigar bilan davo qilishni to'xtatib qo'yish kasallikning qaytalanishiga olib keladi. So'nggi yillarda Birmer kasalligiga davo qilish uchun juda kuchli yangi dorilar topildi. Chunonchi, jigardan folat kislota (vitamin B<sub>12</sub> kompleksining tarkibiy qismi) ajratib olindi; bu modda yangi sabzavotlarda (loviya, pomidor, sabzi, gulkaramda) bo'ladi. U bemorga kuniga 2 martadan 0,02—0,03 mm miqdorida (ichishga yoki parenteral) beriladi.

1948- yilda jigardan vitamin B<sub>12</sub> ajratib olindi, bu vitamin anemiyaga qarshi juda yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Unda 4% kobalt bor. Kasallik qaytalaganda vitamin B<sub>12</sub> mushak orasiga 200— 400 mkg dan, har kuni — 4—6 hafta davomida gematologik remissiyaga erishguncha yuboriladi. So'ngra

mustahkamlovchi davo vitamin B<sub>12</sub> bilan haftasiga bir marta 2 oy davomida, soʻngra oyiga 2 marta yarim yil davomida 400—500 mkg dan oʻtkaziladi.

Kasallik oqibati davolanmaganda yomon tugaydi. Zamonaviy davolash va retsidivning oldini olish kasallik kechishini oʻzgartirib, bemorlar ish qobiliyatini saqlab qolishiga imkon beradi.

## 6.5. Gemolitik anemiya

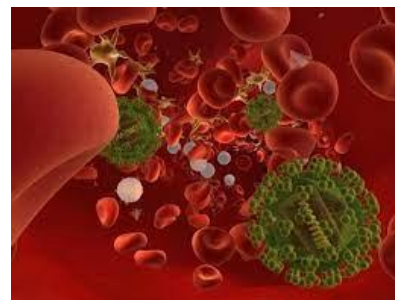
Anemiya bu turining kelib chiqish sabablari xususida bir necha nazariyalar mavjud. Bir nazariyaga binoan, uning negizida qon yaratilishidagi anomaliya yotib, bunda eritrotsitlarning qobiqlari patologik oʻtkazuvchanligi, oʻtarmoʻrtligi bilan ajralib turadi. Boshqa nazariyaga koʻra, gemolitik anemiya eritrotsitlar gemolizi roʻy beradigan aʼzolar funksiyasining oshishi natijasida rivojlanadi. Bu eritrotsitlarning jadal parchalanishiga sabab boʻladi. Gemolitik kamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir.

Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100—120 kuni tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsitlar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (oʻlik etga aylanish) ga uchraydi. Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yashash davri 12—14 kungacha qisqaradi.

Kechishiga qarab gemoliz oʻtkir va surunkali boʻladi. Barcha gemolitik kamqonliklar ikkita katta guruhga boʻlinadi: irsiy va orttirilgan.

*Irsiy gemolitik kamqonlik* eritrotsitlardagi turli genetik yetishmovchiliklarning natijasi sifatida rivojlanadi. Bunday eritrotsitlar funksional jihatdan sifatsiz va zaif boʻladi.

*Orttirilgan gemolitik kamqonlik* eritrotsitlarning yemirilishiga sabab boʻladigan turli omillarning taʼsiri natijasida rivojlanadi (antitanalarning paydo boʻlishi, gemolitik zaharlar, mexanik taʼsirlar va b.).



83- rasm

Klinik manzarasi. Baʼzan kasallik bola hayotining dastlabki kunlarida, biroq koʻpincha balogʻatga yetish davrida aniqlanadi. Bemor darmoni qurishi, ish qobiliyatining pasayib ketayotganligi, oʻng va chap qovurgʻalari ostida ogʻriq borligi, vaqt-vaqtida eti junjikib, harorati koʻtarilib turishidan shikoyat qiladi.

Teri qoplamlari oqargan, ozgina sargʻish, taloq kattalashgan va palpatsiya qilganda ogʻriydi, kasallik uzoq vaqt kechganida jigarining ham kattalashganligi qayd qilinadi.

Kasallik kechishida klinik belgilar kam yuzaga chiqqan davrlar va bemorning ahvoli keskin yomonlashgan, gemolitik krizlar deb nom olgan daqiqalar (taloq va jigar sohasida qattiq og‘riq paydo bo‘lishi, tana harorati ko‘tarilib, qattiq et junjikishi — bu qon shaklli elementlarining parchalanishi bilan bog‘liq) bo‘lishi mumkin, bu davrda sariqlik kuchayadi va darmon quriydi.

Gemolitik sariqlik uchun laboratoriya tekshiruvi ko‘rsatkichlaridagi muayyan o‘zgarishlar xos. Qon tahlili gemoglobinning sezilarli pasaygani (deyarli 50% ga) va eritrotsitlar miqdorining biroz kamayganini (gi poxrom anemiya) ko‘rsatadi, qon zardobi tillarang, undagi bilirubin (bilvosita) miqdori litriga 290,8—307,9 mkmolr/l gacha oshgan (normasi— litriga 17,1 mkmolr/l).

Siydik va axlat normadan ko‘ra anchagina intensiv bo‘yalgan (urobilin ajralishi kuchaygan). Teri qoplamlarining o‘rta darajada sarg‘ayganligi, axlatning aniq-ravshan bo‘yalganligi, taloqning kattalashganligi qayd qilinadi.

Davolash. Gemolitik anemiyaga, agar eritrotsitlarning oshgan gemolizi intoksikatsiya (qo‘rg‘oshin) yoki infeksiya (bezgak) sababli ro‘y bergan bo‘lsa, simptomatik davo qilinadi. Bunday qon yaratilish anomaliyasi sababli anemiya rivojlansa, taloq olib tashlanadi. Bunday operatsiyaga aniq yuzaga chiqqan anemiya ko‘rsatma bo‘lib xizmat qiladi. Kamqonlik kuchli bo‘lgan bemorlarga operatsiyadan oldin eritrotsitar massa quyish lozim bo‘ladi. Glukokortikoid gormonlar foyda bermaydi.

Parvarishi. Kamqonlik kasalligining parvarishi anemiyaning turiga bog‘liq. O‘tkir postgemorragik anemiyada parvarishi, asosan, qonni to‘xtatish va jarohat joyida ikkilamchi infeksiyaning kelib chiqishining oldini olish bilan bog‘liq. Temir moddasi yetarlicha o‘zlashtirilmasligi tufayli kelib chiqadigan anemiyada davo katta dozada temir preparatlari berib turishdan iborat bo‘ladi. Temirning o‘zlashtirilishi yaxshilanishi uchun uni askorbinat kislotasi bilan birga berib borish kerak. Buni hamshira doimiy nazorat qilib boradi. Ovqat xilma-xil, vitaminlarga boy va to‘la qiymatli oqsillari serob bo‘lishi kerak. Buni ham hamshira nazorat qilib boradi. Bemor kasalxonadan chiqib kelganidan keyin ambulatoriyada haftasiga bir yoki ikki marta vitamin B<sub>12</sub> inyeksiyalar holida olib turadi. Hamshira bemorning vaqtida poliklinikaga kelib turishini kuzatib boradi.

## AMALIY QISM

### Eritrotsitlarning cho‘kish tezligini aniqlash

**Kerakli jihozlar:** skarifikator, Panchenkov apparati, 5%li natriy sitrat eritmasi, xlorid kislota eritmasi.

**Xom ashyo:** suyuq sovun, salfetka, paxta, spirt

#### Bajarish algoritmi:

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi, bemorning roziligi olinadi.

2. Hamshira qo‘lini yuvadi.

3. Panchenkov kapillyari 5% li natriy sitrat bilan yuvib tashlanadi. 84- rasm

4. “R” xarfi qo‘yilgan 50 belgisigacha natriy sitrat eritmasi tortib olinadi.

5. Bemor chap qo‘lining IV barmog‘i spirtli paxta bilan artiladi.

6. IV barmog‘ining oxirgi bo‘g‘imi chap qo‘l bilan ushlab o‘ng qo‘l bilan igna sanchiladi.

7. Birinchi chiqqan qon tomchisi spirtli paxta bilan artib tashlanadi.

8. Kapillyarning “K”xarfigacha ikki tomchi qon solinadi va sitrat bilan aralashtiriladi.

9. Sitrat bilan aralashgan qon kapillyarning 0 belgisigacha tortib olinadi.

10. Kapillyar 1 soat tik qilib, Panchenkov apparatiga qo‘yiladi.

11. 1soat o‘tgach, cho‘kib qolgan plazma ustunchasining kattaligi mm ga hisoblanadi.

**Izoh:** normada eritrotsitlar cho‘kish tezligi

Ayollarda – 2-20 mm /soat

Erkaklarda – 1-14 mm/soat

### Qonning ivish vaqtini aniqlash

**Kerakli jihozlar:** skarifikator, buyum oynasi.

**Xom ashyo:** suyuq sovun, salfetka, paxta, spirt.

#### Bajarish algoritmi:

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi, bemorning roziligi olinadi.

2. Hamshira qo‘lini yuvadi.

3. Bemor chap qo‘lining IV barmog‘i spirtli paxta bilan artiladi.

4. IV barmog‘ining oxirgi bo‘g‘imi chap qo‘l bilan ushlab o‘ng qo‘l bilan igna sanchiladi.

5. Birinchi chiqqan qon tomchisi spirtli paxta bilan artib tashlanadi.

6. Keyingi chiqqan qondan 8-10 tomchi buyum oynasiga tushirilib, yig‘iladi.



7. Har 30 sekundda kapillyar 30 /45 burchakka avval bir tomonga og‘dirib, keyin gorizontal holatga qaytariladi, 30 sekund o‘tgach, kapillyar boshqa tomonga og‘diriladi va x.

8. Qon harakati sekunlashuvi qayd qilingan vaqt yoki kapillyar devorida kichik qon ivindilari hosil bo‘lishini qonning iviy boshlaganidan darak beradi.

**Izoh:** normada kapillyar qonning ivish vaqti:

Boshlanishi 30 sekunddan 2 daqiqagacha

Tugashi 3-5 daqiqa

### **QON GURUHLARINI ANIQLASH**

Qon guruhlari – qonning nasldan – naslga o‘tadigan belgilari. Barcha odamlar qonini eritrotsitlar tarkibidagi agglyutinogenlar A, V va plazmadagi agglyutininlar  $\beta$  bor – yo‘qligiga qarab, to‘rt guruhga ajratish mumkin. I – guruh qon plazmasida  $\beta$  – agglyutininlar bo‘ladi, eritrotsitlarda esa agglyutinogenlar bo‘lmaydi. O $\beta$ – I, II – guruh qon plazmasida agglyutinin  $\beta$  eritrotsitlarda esa A agglyutinogen bo‘ladi A $\beta$ -II, III – guruh qon plazmasida agglyutinin eritrotsitlarda esa V agglyutinogen bo‘ladi. V- III, IV – guruh qon plazmasida agglyutininlar bo‘lmaydi, eritrotsitlarda esa A va V agglyutinogenlar bo‘ladi AVO - IV Qon guruhlari umr bo‘yi o‘zgarmaydi. Qon quyishda kishiga faqatgina o‘z guruhi qonini quyish mumkin.

#### **KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Oq likopcha yoki standart chuqurchalar bo‘ladigan maxsus pleksiglas plastinka.
2. 8 ta shisha tayoqchalar.
3. Ko‘zga tomizishga ishlatiladigan 8 ta steril tomizgich.
4. Teriga sanchish uchun steril lantset.
5. Spirt.
6. Spirtdagi yod eritmasi.
7. Izotonik natriy xlorid eritmasi.
8. Steril paxta sharchalar.
9. Bemor familiyasini shishaga yozib quyiladigan qalam (steklograf).
10. Ikki seriyali standart izogemagglyutinatsiya zardobi.

O I guruh zardobi – tabiiy och sariq rangli.

A II guruh zardobi – ko‘k rangli.

V III guruh zardobi – qizil rangli.

AVIV guruh zardobi – sariq rangli.

#### **BAJARILISHTARTIBI:**

1. Tekshirish oldidan avvalo izogemagglyutinatsiya xususiyati bo‘lgan standart zardoblar tekshiriladi. Standart zardoblarning yaroqliligi quyidagi belgilardan ma‘lum bo‘ladi.

a) standart izogemagglyutinatsiya zardoblarning titri 1:32 dan kam bo‘lmasligi kerak va ularni 4 – 8°S shisha apmula va og‘zi berk flakonlarda saqlanadi.

b) xar bir ampula etiketkasida titri, tayyorlangan joyi va muddati ko'rsatilgan bo'lishi kerak.

v) zardob tiniq, loyqalanmagan va chirish belgilarisiz bo'lishi kerak.

g) loyqalangan zardobdan uning titri past yoki muddati o'tgan bo'lsa foydalanish mumkin emas.

d) standart zardoblar 2 – 4 oygacha o'z titrini o'zgartirmasdan qon guruhini aniqlashga yaroqli bo'ladi.

2. Plastinka yoki likopchani yarmiga rangli shisha qalam bilan ikkiga ajratib chiziladi va yarmiga chapdan o'ngga qarab O,A va V belgilari, pastki yarmiga esa xuddi yuqoridagidek O(I), A (II) va V (III) guruhleri yoziladi. Plastinka yoki likopcha chetiga qoni tekshirilayotgan kishining ismi, sharifi yoziladi.

3. So'ng likopchani yuqori yarmiga qon belgilariga mos bo'lgan xar xil tomizgichlar bilan ikki seriyali standart izogemagglyutinatsiya zardobidan yirik tomchidan galma – gal chapdan o'ngga tomon ma'lum bir tartibda tomiziladi. Tomizgich zardob chiqarilgandan keyin shu zaxoti olingan flakonga qayta tushiriladi.

4. Tekshiriluvchi barmog'idan sterillangan bir marta ishlatiladigan lantsset bilan teshiladi.

5. Xar qaysi standart zardob tomchisining o'ng tomoniga ko'pi bilan 2 mm masofaga paster tomizgichi bilan 10 barobar kichik (0,05 ml xajmda) qon tomchisi tushiriladi. **85- rasm**



6. Vaqtini belgilab xar bir tegishli juft tomchi aloxida quruq shisha tayoqcha bilan aloxida- aloxida aralashiriladi va likopcha 5 daqiqa davomida oxista chayqatiladi so'ng reaksiya natijasi xisobga olinadi.

Agglyutinatsiya xosil bo'lishi bilan (3 daqiqa o'tgach) aralashmaga 0,05 ml xajmda natriy xloridning izotonik eritmasi tomiziladi va 5 daqiqa davomida likopcha chayqatilib reaksiyaga uzil – kesil baho beriladi.

Izogemagglyutinatsiya reaksiyaning natijalarini baholash.

Xar qaysi zardob birinchi va ikkinchi seriyalar natijalari bir xil bo'lishi kerak.

1. Bir nomli agglyutinogen bilan agglyutinogen o'rtasidagi reaksiya agglyutinatsiyaga, ya'ni eritrotsitlarning bir - biriga yopishib qolishi, parchalanib erib ketishiga, gemolizga olib keladi. Musbat agglyutinatsiya reaksiyasi aralashma tomchisining loyqalanib, rangsizlanib qolishi, asta – sekin bir – biriga yopishib boradigan xamda izotonik natriy xlorid eritmasi qo'shilganda yo'qolib ketmaydigan ipir – ipirlar, donalar xosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Manfiy reaksiyada tomchi bir jinsli pushti rangligicha qolib, donalari, ipir – ipirlari bo'lmaydi.

2. Musbat va manfiy reaksiyalarning 4 kombinatsiyalari bo'lishi mumkin.

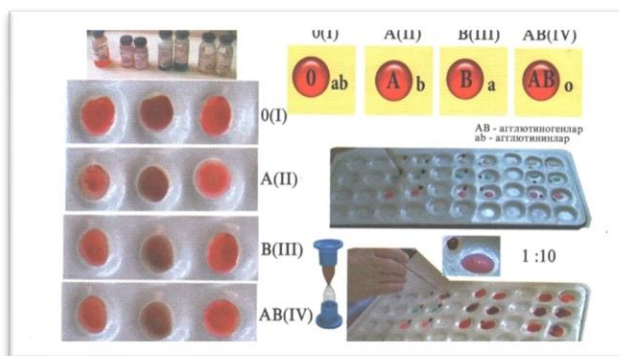
a) standart zardobning uchala guruhida xam eritrotsitlar agglyutinatsiyaga uchramadi – tekshirilayotgan qon O (I) guruhga xosdir.

b) O (I) va V (III) guruhlarning standart zardoblari eritrotsitlarni g'uj bo'lib yig'ilishiga olib keladi, ammo A (II) zardobi bilan agglyutinatsiya xosil qilmaydi – tekshirilayotgan qon A (II) guruhiga mansub.

v) O (I) va A (II) guruhlarning standart zardoblari agglyutinatsiyaga uchradi, V (III) zardobi bilan reaksiya bo'lmaydi – tekshirilayotgan qon guruhi V (III) ekan.

g) standart zardoblarning uchala guruhlari xam agglyutinatsiyani sodir qildi – tekshirilayotgan qon AV (IV) guruhiga mansub.

Ammo aniq xulosaga kelish uchun bu qon guruhini to'rtinchi AV (IV) standart zardobi bilan qayta tekshiriladi, bu xolda xam agglyutinatsiya ro'y bersa qon guruhi IV guruhi deb belgilanadi.



86- rasm

**VII BOB. ICHKI SEKRETSIYA BEZLARI VA MODDALAR  
ALMASHINUVI KASALLIKLARIDA BEMORLARNI PARVARISH  
QILISH. QARIYALARDA ENDOKRIN TIZIMI KASALLIKLARINING  
KECHISHI.**

**7.1 Ichki sekretsiya bezlarining anatomo-fizologik xususiyatlari. Qalqonsimon  
bez kasalliklari**

Qalqonsimon bez hiqildoq qalqonsimon tog‘ayi ustida, bo‘yinning oldingi yuzasida joylashgan. Qalqonsimon bez bo‘yicha bilan birikkan 2 bo‘lakdan iborat. Massasi taxminan 30 gr keladi. Qalqonsimon bez tiroksin gormoni ishlab chiqaradi. Tiroksin tarkibiga yod kirib, u qalqonsimon bezga tashqari-dan (bu yerga qon oqimi bilan keltiriladi), oziq-ovqat mahsulotlari va ichimlik suvdan tushadi. Qalqonsimon bez moddalar almashinuviga ta'sir qiladi: normaga nisbatan ko‘p miqdorda tiroksin ishlab chiqarilishi modda almashinuvining normal bo‘lmagan oshib ketishiga olib keladi. Qalqonsimon bez funksiyasi pasayib ketganda va bu gormon yetarlicha ishlanmaganda, aksincha, moddalar almashinuvi pasayadi.

**Diffuz toksik buqoq (basedov kasalligi)**

Bu kasallik qalqonsimon bezning bir tekis diffuz kattalashuvi va funksiyasining oshishi bilan xarakterlanadi. Kasallik ko‘pincha 20—50 yoshlarda uchrab, ko‘proq ayollar kasallanadilar.

Kasallik kelib chiqishida ruhiy zo‘riqish, salbiy his-hayajonlar, neyro-endokrin buzilishlar, qalqonsimon bezga surinkali infeksiyalar (tonzillit, revmatizm, sil, zahm va b.)ning ta'siri, intoksikatsiyalar muhim o‘rin tutadi. Boshqa ichki sekretsiya bezlari funksiyasining buzilishi (gipofiz) ham ahamiyatga ega. Boshqa ko‘pgina kasalliklarda bo‘lgani kabi bu kasallikda ham irsiyatning rolini inkor etib bo‘lmaydi.

Diffuz toksik buqoq bilan kasallangan bemor yurak urishi, umumiy behollik, tajanglik, ortiqcha terlash, qo‘llar titrashi, uyqu buzilishidan shikoyat qiladi. Obyektiv tekshiruvda qalqonsimon bezning kattalashganligi ma'lum bo‘ladi.



87- rasm 88 - rasm

Kattalashishning bir necha darajalari farq qilinadi: bez bemorning yutish harakatlaridagina ko‘rinishi mumkin va qo‘lga yaxshi unnaydi, bezning kattalashganligi yutish harakatlarisiz ham ko‘rinib turadi, bez shu qadar kattalashadiki, bo‘yinning shakli o‘zgarib qoladi. Palpatsiya qilinganda bez zichligi o‘rtacha, atrofdagi to‘qimalar bilan yopishmagan, pulsatsiya qilib turadi. Ko‘z simptomlari deb ataladigan hodisalar xarakterli: egzoftalm (ko‘zning chaqchayib turishi), ko‘zning kam pirillashi, „uzoq vaqt tikilib turish“ (Shtellvag simptomi), ko‘z soqqasi pastga harakatlantirilganda ustki qovoqning yumilishining kechikishi (Grefe simptomi), konvergensiyaning susayib qolishi (Mebius simptomi), bunda biror buyumni yaqindan ko‘zdan kechirishda unga qarash qobiliyati buziladi. Shuningdek, ko‘zlarning yaltirab turishi va ba’zi bir boshqa simptomlar bo‘ladi. Yurak-tomir sistemasining toksikozi rivojlanishi bilan bog‘liq simptomlari qayd qilinadi: yurakda unchalik kuchli bo‘lmagan og‘riq bo‘lishi ehtimol, taxikardiya—yurak minutiga 100—150 martagacha uradi, puls tezlashgan, arterial bosim oshgan, yurak chegaralari chapga kengaygan, yurak uchi proektsiyasi sohasida sistolik shovqin eshitiladi. Bemorlar, odatda, oriq, teri qoplamlari nam bo‘ladi, tana haroratining o‘rtacha oshishi kuzatiladi. Boshqa a‘zolar va sistemalarda ham patologik o‘zgarishlar qayd qilinadi, bu yo‘talishda (kattalashgan qalqonsimon bezning traxeya va hiqildoqni bosishi sababli), me‘da sekretsiasining kamayishida, tez-tez defekatsiya bo‘lishida, ich ketarga moyillikda, nerv-psixik buzilishlarda yuzaga chiqadi, qon tekshirilganda—leykopeniya, ECHT oshganligi ma‘lum bo‘ladi. Asosiy modda almashinuvini tekshirish (tireotoksikozda u oshgan) va qalqonsimon bezni radioizotop skanirlash (giperfunksiyada qalqonsimon bez yodni normadagiga nisbatan ko‘proq singdiradi) diagnostik ahamiyatga ega. Uzatilgan qo‘l barmoqlarining titrashi xarakterli simptom hisoblanadi.

Davosi. Noxush omillarni bartaraf etish (emotsional zo‘riqish, kasbga aloqador zararliklar), mehnat va turmush rejimini tartibga solish tavsiya qilinadi. Dori-darmon bilan davo qilish: yodni kichik dozalarda ichishga beriladi, kuniga 2—3 marta 0,05 g dan diyodtirozin (3 haftalik kurs), radioaktiv yod bilan davolash buyuriladi. Merkazolil 0,005 g dan kuniga 2—3 marta, ovqatdan keyin buyuriladi. Bundan tashqari, simptomatik davo qilinadi, sedativ, yurak-tomir vositalari, qator hollarda xirurgik davo qilish zarur.

### **Endemik buqoq**

Endemik buqoq deb, patologik kattalashgan qalqonsimon bezga aytiladi. Kasallik odamni o‘rab turgan muhitda yod miqdorining kamayib ketishiga bog‘liq, bu holat ovqat mahsulotlari va ichimlik suvining yodga kam to‘yinishiga va binobarin, organizmga yodning kam tushishiga olib keladi. Joy balandligi dengiz sathidan nechog‘liq yuqorilashgani sayin tuproq va suvdagi yod miqdori kamayib

boradi. Bu qator omillar bilan, xususan, tog‘dan oqib kelayotgan suvning tuproqdagi yod saqlaydigan jinslarni yuvib ketishi bilan bog‘liq. Tog‘li ray onlar (Farg‘ona vodiysi va boshqa rayonlar kiradi), adirlar — endemik buqoq tarqalgan joylardir. Biroq endemik buqoq bo‘yicha tinch bo‘lmagan joylarda ko‘pchilik shaxslarda bu kasallik paydo bo‘lmaydi. Binobarin, bu kasallikning paydo bo‘lishiga tashqi muhitda yod yetishmasligidan tashqari, boshqa omillar ham ta'sir qiladi. Bularga muvozanatlashmagan ovqatlanish (oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, vitaminlar), jismoniy zo‘riqish natijasida organizmning umumiy holsizlanishini kiritish mumkin. Aftidan, irsiyat ham rol o‘ynaydi. Kasallik aksariyat novqiron yoshda —30 yoshga to‘lmagan kishilarda uchraydi. Bemorlarning ko‘pchilik qismi ayollardir. Bemorlarda qonda va qalqonsimon bezda yod miqdorining kamayganligi ma'lum bo‘ladi, qalqonsimon bez hujayralarida kolloid miqdori ko‘payadi. Buqoq tuguni, diffuz va diffuz-tugunli (aralash) bo‘ladi. Ba'zan bezsimon to‘qima o‘sib qalinlashadi, ba'zan esa atrofiyaga uchraydi, ya'ni ular miqdori kamayadi.

Klinikasi. Kasallikning bosh simptomi qalqonsimon bezning kattalashuvi (ba'zan anchagina kattalashuvi) hisoblanib, bu yutishning buzilishiga, nafas olishning qiyinlashuviga olib keladi. Kattalashgan qalqonsimon bez palpatsiya qilinganda zichligi turlicha (ba'zan anchagina qattiq) ekanligi ma'lum bo‘ladi, ba'zan endemik buqoq qalqonsimon bezning o‘zidagi yallig‘lanish jarayoni bilan asoratlanadi, atrofidagi to‘qimalarda xavfli aynish bo‘ladi.

Davosi. Endemik buqoq bo‘lgan rayonlarda profilaktika maqsadida yod preparatlarini go‘daklikdan ichish kerak. Tarkibida yod saqlagan (yodlangan) osh tuzidan (1 kg osh tuziga 25 gr kaliy yod) foydalanish maqsadga muvofiq. **89- rasm**



Endemik buqoq gipoteroioz hodisalari bilan qo‘shilib kelish ehtimoli borligidan 0,2 gr dan tireoidin tayinlanadi. Konservativ metodlar samara bermaganda va buqoq a'zolari mexanik bosib qo‘yganda xirurgik davolashga kirishiladi.

Kasallikning oldini olish uchun baliq yog‘i, dengiz karami, ko‘p yod saqlaydigan mahsulotlarni yeyish kerak. Qishloq xo‘jaligida hayvonlarni boqishda yod qo‘shilgan silos keng qo‘llaniladi.

### **Miksedema**

Kasallik qalqonsimon bez funksiyasining yallig‘lanish va autoimmun jarayonlar natijasida pasayishi bilan bog‘liq.

Miksedema hollari zahmda qayt qilinadi. Miksedemaga endokrin sistemaning boshqa zvenolari (uzoq vaqtgacha rentgen nurlanishida gipofiz oldingi

bo'limining zararlanishi) buzilishi, shuningdek, qalqonsimon bezni uning giperfunksiyasi tufayli olib tashlash sabab bo'lishi mumkin.

**Klinikasi.** Bemorlar loqayd, bo'shashgan, uyquchan bo'lib qoladilar, xotirasi pasayadi, ko'pincha ruhan eziladilar, lohaslik rivojlanadi, ichak ishi buziladi (qabziyat), aql-idrokning pasayish alomatlari paydo bo'ladi. Ko'zdan kechirilganda yuzning salqiganligi, lablarning qalin tortganligi, yog' bosishga moyillik (yog' almashinuvining buzilishi) qayd qilinadi. Teri quruq, shishgan, tana harorati pasaygan. Til va tovush boylamlari shishganligidan nutq biroz sekinlashgan va tushunarsiz bo'ladi, tirnoqlar, sochlar mo'rt bo'lib qoladi va sochlar to'kilib ketadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan, puls sekinlashgan, yurak qisqarishlari chastotasi minutiga 40 martaga pasaygan. Yurak chegaralari kengaygan. Nafas siyraklanishi qayd qilinadi. Asosiy modda almashinuvi normadan pasayadi. Qalqonsimon bez tekshirilganda unda yod miqdorining kamayganligi qayd qilinadi (qalqonsimon bezning bir sutka mobaynida radioaktiv yodni singdirishi normada 30% bo'lgani holda bu kasallikda taxminan 10 % bo'ladi). Kasallik uzoq vaqtga cho'ziladi (15 yil va bundan ko'pga). Davo o'z vaqtida boshlanmaganda, kasallik uzoq kechganda kretinizm rivojlanishi mumkin.

**Davosi.** Tireoidin preparatlari (0,1 dan kuniga 3 marta) 1— 1,5 oy mobaynida yuboriladi. Buyrak usti bezlari po'stloq qatlamida yetishmovchilik bo'lganda gormonlar bilan davolash, piridoksin va siankobalamin vitaminlarini buyurish foydali. Agar miksedema rivojlanishi xronik infeksiya bilan bog'liq bo'lsa, spetsifik terapiya (silga qarshi, zahmga qarshi) maqsadga muvofiq.

**Parvarishi.** Depressiv holatlar yuz berish ehtimoli borligidan bemorlarni statsionarda davolash davrida qunt bilan kuzatib borish zarur. Og'ir hollarda psixik aql pastlik (kretinizm) rivojlanganda parvarishlash bemorga to'la-to'kis xizmat qilishdan iborat. Bemor sun'iy ovqatlantirib turiladi, ichi kelgandan keyin tagi yuvib qo'yiladi, vannada cho'miltiriladi, soch va tirnoqlariga e'tibor beriladi.

## **7.2. Qandli diabet kasalligi. Qandli diabet asoratlari. Qariyalarda endokrin tizimi kasalliklarining kechishi va bu kasalliklarda parvarishlash xususiyatlari**

Qandli diabet modda almashinuvi, asosan, uglevod almashinuvi buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasallik.

**Etiologiyasi.** Qator omillar: irsiyat, semizlik, haddan tashqari ko'p ovqat yeyish, ruhiy va jismoniy zo'riqish, oshqozon osti bezining o'smasi, zahm, sil va hakazolar ahamiyatga ega.

Patogenezi. Diabetning hamma alomatlari organizmda insulin yetishmovchiligi bilan bog'langan. Insulin yetishmovchiligi birlamchi yoki ikkilamchi bo'lishi mumkin. Pankreatik yetishmovchilikda oshqozon osti bezining B hujayralarida insulin sekretsiyasi va sintezi buziladi. Pankreasdan tashqari yetishmovchilikda insulin me'yordagi miqdorda ishlab chiqariladi va sintez qilinadi, lekin uning faoliyati pasayadi.

Diabetda semirish muhim o'rin tutadi, chunki bunda yog' kislotalarining miqdori ortadi, ular insulin faolligini pasaytiradi.

Insulin yetishmovchiligi giperglikemiya olib keladi. Giperglikemiya ketidan glukozuriya rivojlanadi, u buyrak koptokchalarida glukozaning filtratsiyasining ortishi va kanalchalarda uning qayta kam so'rilishi bilan bog'liq. Glukozaning konsentratsiyasining ortishi natijasida kanalchalarda birlamchi siydikning osmotik bosimi ortadi va suvning qayta so'rilishi buziladi, poliuriya vujudga keladi. Organizmning suvsizlanishi, chanqoqlik polidipsiyani keltirib chiqaradi.

Yog' almashinuvining buzilishi, yog' parchalanishining kuchayishi va ko'p miqdorda erkin yog' kislotalari hosil bo'lishi bilan tushuntiriladi, ular jigarga to'planib, yog'ga aylanadi va jigarni yog' bosishga olib keladi. Ko'p miqdorda yog' kislotalari parchalanishi natijasida keton tanachalari paydo bo'ladi. Keton tanachalar markaziy nerv sistemasiga tonik ta'sir ko'rsatadi, kislota ishqor muvozanati asidoz tomonga o'zgaradi. Natijada natriy, kaliy, magniy ionlarining organizmdan chiqib ketishiga imkon yaratiladi, bu esa muskul to'qimasining, shu jumladan, miokardning holatiga ta'sir etadi.

Insulin tanqisligida oqsillar sintezi buziladi, shu jumladan, antitanalar ham kamayadi, bu organizm reaktivligi pasayishiga imkon yaratadi, yaralar sekin bitadi.

Qandli diabetda oqsillar sintezining buzilishi qon-tomir yetishmovchiligiga sabab bo'ladi. Qandli diabetda xolesterin sintezi ko'payadi.

Klinikasi. Kasallikning dastlabki alomatlari umumiy bo'ladi. Shikoyatlari — endokrin buzilishlar: poliuriya, polidipsiya, tez charchash, quvvatsizlik, mehnat qilish qobiliyatining buzilishi va boshqalar, ba'zan glukozuriya va giperglikemiya kuzatiladi. Kasallikka xos belgilardan yana biri ozib ketish yoki semirish hisoblanadi.

*Poliuriya.* Bunda siydik miqdori me'yoriga nisbatan ko'payib, 2,5—3,0 litrdan 5—10 litrgacha yetadi. Agar bemor bunga ahamiyat bermagan bo'lsa, undan necha marta hojatga borgan va har gal qancha siydik ajralgani, uning miqdori va rangi so'raladi.

Diabeti bor bemorlar siydik yo'li kasalliklaridan farqli o'laroq, oz-ozdan siydik ajratadi. Siydik miqdori tungiga nisbatan kunduzi ko'p bo'ladi. Shunga mos ravishda glukozuriya ham kunduzi ko'p, siydigi yopishqoq bo'ladi.

*Polidipsiya.* Kuchli chanqoq kasallikka xos belgi hisoblanadi. Dastlab bemor uni sezmaydi, u kuniga 2—3 litrdan ortiq suv ichadi. Sababsiz terlaydi, qizib ketadi, hatto ishtaha kuchli bo'lsa ham, ozish rivojlanaveradi. Ba'zi bemorlarda semirib ketish kuzatiladi. Semirish deb vaznning me'yordan 20% ortib ketishiga aytiladi.

*Polifagiya* Doimiy yuqori ishtahada bo'ladi. Bunday bemorlarni „ovqat ishqibozlari“, „ovqatni qizg'anadiganlar“, deb atashadi. Moddalar almashinuvi buzilishi natijasida kelib chiqadigan keyingi guruh belgilar: adinamiya, lanjlik, asteniya hisoblanadi. Bu belgilar ko'pincha bemorlarni bezovta qiladi va ular doimo shifokorga shikoyat qilib turadilar. Adinamiya (quvvatsizlik) asta-sekin, boshqa belgilar qatori zimdan rivojlanadi. Ozgina jismoniy harakat qilganda yengil charchash paydo bo'ladi. Dam olgandan so'ng ahvol yaxshilanadi. Muskul charchashi og'riq xurujlari va oyoq-qo'llarining sal-pal titrashi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallikka xos belgilardan yana biri teridagi va to'qimalardagi ba'zi bir o'zgarishlar hisoblanadi. Bu o'zgarishlar moddalar almashinuvi sindromining yomonlashishi yoki yaxshilanishi bilan paydo bo'lib va yo'qolib turadi. Shikoyatlardan yana biri teri qichishi hisoblanadi. Qichishish ko'pincha jinsiy a'zolar sohasida va orqa chiqaruv teshigi atrofida bo'ladi. Uzoq vaqt tuzalmaydigan, qaytalanadigan, odatdagi muolaja bilan davolab bo'lmaydigan chipqonlar diabet bilan birga kechishi mumkin. Ekzemalar, dermatozlar, soch mikroblari, tirnoqlarning trofik yarasi kuzatilishi mumkin. Diabetda jarohatlar sekin bitadi, ichki a'zolar shikastlanishiga xos qator belgilar paydo bo'ladi. Oshqozon-ichak yo'llari tomonidan: og'iz qurishi, kuchli chanqash kuzatiladi. Bemorlar og'zida shirin ta'm paydo bo'ladi. Tishlari qimirlab, tushib ketadi.

Yurak-qontomir sistemasida turli o'zgarishlar: aterosklerozning xilma-xil joylashishi, yurak sanchig'i, miokard infarkti, qo'l-oyoq tomirlari shikastlanishi (oyoq-qo'llarning uvushishi, achishishi, oyoqning sovqotishi va boshqalar) belgilari kuzatiladi.

Asab sistemasi tomonidan nevrillar, polinevrillar kelib chiqadi. Ko'rish, jinsiy a'zolar ishi buziladi. Bemorning hayot tarzini so'rab-surishtirish vaqtida kasallik rivojlanishidagi o'zgarishlar sog'lig'idagi chetga chiqishlarni so'rab-surishtirish kerak, chunki ular diabetdan oldin yoki u bilan birga kechadi. Atrof-muhit sharoiti: kasallik ko'pincha moddiy jihatdan yaxshi ta'minlanmagan oiladagi odamlar orasida, ko'proq shahar aholisi o'rtasida rivojlanadi. So'rashda ovqatlanish xususiyati, yeydigan ovqatning miqdori, uning kaloriyasi, bemorning turmush tarzi, ixtisosi, o'tkir yoki surunkali ruhiy shikastlanishlar bilan bog'liqligiga ahamiyat berish kerak.

Irsiy omil 10—50% hollarda ta'sir etadi. Otasi va onasi kasal bo'lsa, kasallanish xavfli bo'ladi, ulardan biri yoki boshqa qarindoshlari kasal bo'lsa, xavf kamroq bo'ladi.

Streptokokkli infeksiya, gripp, epidemik parotit (tepki), o'tkir va surunkali pankreatit, kalla suyagining, miyaning shikastlanishi, qorindagi jarohatlar katta ahamiyatga ega. Bemorni diqqat bilan ko'rish bemorning vazni ortganligini yoki u ozganligini, charchoqlik sezayotganligini aniqlashga imkon beradi. Lunjning yoki peshonaning o'ziga xos to'q pushtirangga bo'yalishi kasallikka xos belgi hisoblanadi.

Og'iz bo'shlig'i — lablari, tili, halqum shilliq pardalari quruq. Ko'pincha stomatit, gingivit, tish kariyesi, paradontoz kuzatiladi. Yurak-qon tomir sistemasini tekshirganda EKGda o'zgarishlar va toj tomirlarning aterosklerozi aniqlanadi.

O'pka tomonidan bronxitlar, zotiljam, sil uchraydi.

Oshqozon shirasining kislotaliligi pasayadi, jigar kattalashadi.

Buyrakda simptomatik arterial gipertenziya, proteinuriya, retinopatiya, surunkali piyelonefrit, buyrakning aterosklerozi rivojlanishi mumkin.

Ko'zda retinopatiya, katarakta kuzatiladi. Terida chipqon, xo'ppozlar izi, chandiqlar bo'lishi, teri burmalarida bichilish, ekzema, epidermofitiya bo'lishi mumkin.

Qandli diabet alomatlari qanchalik namoyon bo'lmasin kasallikka tashxis qo'yishda, albatta, qondagi qand miqdorini aniqlash katta ahamiyatga ega. Glukoza miqdorini nahorda yoki kunning istalgan vaqtida aniqlash mumkin. Agar nahordagi miqdor 6,7 mmol/l (120 mg%) yoki undan ortiq (200 mg%) bo'lsa, demak bu qandli diabet borligini bildiradi.

Kasallikning klinik belgilariga qarab, qondagi glukoza miqdoriga hamda berilayotgan davoga qarab qandli diabetning yengil, o'rtacha, og'ir turlari farqlanadi. Kasallik yengil kechganda qon va siydikdagi o'zgarishlar uncha katta bo'lmaydi. Odatda, qondagi glukoza miqdori 7,8 mmol/l (140 mg%) dan ortmaydi, kasallikning asoratlari bo'lmaydi, bemorlar ish qobi-liyatlarini saqlab qoladilar.

Kasallik yengil kechganda qand miqdorini pasaytiruvchi preparatlar qo'llanmasdan, faqat parhez yordamida qondagi glukoza miqdorini me'yorda saqlab turish mumkin. Kasallikning yengil turi, asosan, II turdagi diabet bilan og'irgan semiz kishilarda uchraydi, I turdagi diabetda esa kamdan kam aniqlanadi. Vaqt o'tishi bilan ko'pincha bemorlar yaxshi davolanmasligi natijasida kasallik og'irlashib, o'rtacha og'irlikdagi turga o'tadi.

Qandli diabet o'rtacha og'irlikda kechganda qondagi glukoza miqdori 14,0 mmol/l (250 mg%) gacha ko'tariladi, uncha og'ir asoratlar bo'lmaydi, bemorning ish qobiliyati birmuncha pasayadi. Kasallikning bu turida faqat

parhezning o'zigina yordam bera olmaydi. Qondagi glukoza miqdorini saqlab turish uchun parhez bilan bir qatorda, qand miqdorini pasaytiruvchi dorilar ichish, sutkasiga 60 TB gacha insulin qabul qilish zarur bo'ladi.

Qandli diabet og'ir holda kechganda qondagi glukoza miqdori ancha yuqoriga, 14,0 mmol/l (250 mg%) dan yuqoriga ko'tariladi, bemorda diabetning og'ir asoratlari mavjud bo'lib, ularning ish qobiliyatlari pasayadi yoki butunlay yo'qoladi. Kasallikning bu turida qondagi glukozani me'yorida saqlab turish uchun sutkasiga 60 TB dan ortiq insulin talab qilinadi.

Qandli diabetning yuqorida keltirilgan ochiq klinik shakli namoyon bo'lguncha yashirin bosqichni o'taydi. Kasallikning yashirin davri I turdagi diabetda juda qisqa, II turdagi diabetda ancha davomli bo'lib, bir necha yillarga cho'zilishi mumkin.

Yashirin diabeti bo'lgan bemorlarni ko'pincha hech narsa bezovta qilmaydi, kasallikning belgilari deyarli bo'lmaydi. Qondagi glukoza miqdori me'yorida ushlab turiladi. Siydikda qand bo'lmaydi. Ba'zi bir bemorlarda bu davrda teri ostiga yiringli yara chiqishi, milklarning yalliglanib, tish tushib ketish hollari uchraydi. Bu holat yashirin diabet bor deb gumon qilishga asos bo'ladi.

Yashirin diabet organizmning glukozaga turg'unligini aniqlash orqali topiladi. Buning uchun tekshirilayotgan odam 10—14 soat ovqat yemasdan, ertalab och qoringa glukoza miqdorini aniqlash uchun barmog'idan qon topshiradi, so'ngra 250—330 ml suvda eritilgan 75 gr glukozani 5—15 minut davomida ichadi. Glukoza ichganidan 2 soat o'tgach, qondagi glukoza miqdori yana qaytadan aniqlanadi. Yashirin diabetda och qoringa tekshirilgan glukoza miqdori 6,7 mmol/l (120 mg%) dan kam bo'ladi. Glukoza qabul qilingandan 2 soat o'tgach, tekshirilgandagi glukoza miqdori 7,8 mmol/l (140 mg%) ga teng yoki undan yuqori, ammo 11 mmol/l (200 mg%) dan oshmaydi.

*Laborator tekshiruvda.* Sutkalik siydikdagi qand miqdori, sutkalik siydikdagi diurez va nisbiy solishtirma og'irlikka qaratilgan holda qand va keton tanachalarini aniqlash kerak. Sutkalik diurez siydikdagi qandning foiz miqdori va qabul qilingan uglevod miqdorini tekshirish orqali uglevod balansi aniqlanadi. Olingan ma'lumotlar davolashda hisobga olinadi.

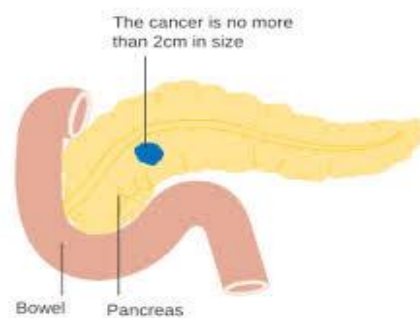
Suv-tuz almashinuvining buzilishi aniqlanadi. Qonda kaliy, natriy, ishqor zaxirasi aniqlanadi (me'yorda 55—70 hajm %). Asidoz diabet komasi yaqinlashayotganligini bildiradi. Giper- xolesterinemiya, giperglikemiya ham kuzatiladi.

Asoratlari.

1. *Diabet komasi.* Diabet komasi qandli diabetning og'ir asorati bo'lib, organizmda insulin miqdorining yetishmasligi natijasida vujudga keladi. Insulin tanqisligi yuz berganda yog'larning parchalanishi kuchayib, qonda zaharli nordon

hosilalar ko'payadi, natijada ketoatsidoz deb yuritiladigan chuqur o'zgarishlar sodir bo'ladi. Bu holatda qand miqdori ancha yuqori bo'lib, siydik bilan birga, ko'p miqdorda qand ajralib chiqadi, siydik miqdori ham bir necha marotaba ko'payadi. Ko'p siyish natijasida tana suvsizlanadi, bu esa bemorning asta-sekin hushdan ketishiga sabab bo'ladi. Bu holat diabet komasi deb ataladi. Diabet komasi bir yoki bir necha kun davomida asta-sekin rivojlanadi. Avvaliga bemor o'zida kuchayib borayotgan holsizlik va charchoqni sezadi. Og'zi qurib, chanqog'i sira bosilmaydi, juda ko'p suv ichadi. Bemor nafas olganda undan aseton hidi kelib turadi. Ba'zan qorin og'rig'i va qayt qilish hollari ham kuzatiladi. Bemor atrofga befarq bo'lib, savollarga noto'g'ri javob beradi, fikri chalkashib boradi va asta-sekin hushini yo'qotadi. Nafas olish avvaliga tezlashib, keyin sekin va chuqur bo'ladi. Tomir urishini aniqlash qiyin bo'ladi.

2. *Diabet angiopatiyalar* Diabet angiopatiyalari qandli diabetning qon tomirlariga beradigan surunkali asorati bo'lib, ular ikki turga — diabet angiopatiyalari va makroangiopatiyasiga bo'linadi. Mayda qon tomirlarning, ya'ni kapillarning qandli diabet ta'sirida o'zgarishi diabet mikroangiopatiyasi deyiladi. Bunda mayda qon tomirlar devori qalinlashib, ularning ichki yuzasi g'adir-budur bo'lib, qon oqishi qiyinlashadi, bu mayda tomirlarning bekilib qolishiga sabab bo'ladi. Ba'zan qon tomir devorlarining mo'rt bo'lib qolishi natijasida ba'zi tomirlar kengayib, xaltachalarni hosil qiladi. Mo'rt bo'lgan tomirlar yorilib, atrof to'qimalarga qon quyilishi mumkin. Bu ko'pincha ko'z tubi to'r pardasida yaqqol ko'riladi. Ko'z to'r pardasidagi kapillar tomirlarning o'zgarishi natijasida ko'z xiralashadi.



90- rasm

Ko'rish qobiliyatining bu susayishini ko'zoynak taqish bilan ham tuzatib bo'lmaydi. Ba'zi hollarda ko'z qon tomirlaridagi o'zgarishlar ko'rlikka olib kelishi mumkin. Diabet ta'sirida ko'z tubi to'r pardasidagi o'zgarishlar diabet mikroangiopatiyasi ichida eng ko'p uchraydigan tur hisoblanadi.

Qandli diabet bundan tashqari yana buyrakka ham zararli ta'sir qiladi.

Ko'pincha diabet nefropatiyasi mikroblar keltirib chiqargan surunkali yallig'lanish (surunkali piyelonefrit) bilan birga kechadi. Bu holat diabet nefropatiyasining kechishini og'irlashtiradi.

Qandli diabeti bor bemorlar buyrakda biroz o'zgarish sezganda darhol uni davolash chorasini ko'rishlari, siydiklarini tez-tez umumiy tekshirtirib turishlari kerak.

Davosi. Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lgani sababli, davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil

darajasida insulin qo'lla- nilguncha diyetoterapiya o'tkaziladi (9- stol). Insulin ikki turga bo'linadi: 1) ta'sir muddati qisqa yoki oddiy insulindir; 2) ta'sir muddati uzaytirilgan insulin. Insulinning ta'sir kuchi 6—8 soat- ga boradi.

Uzoq muddat ta'sir qiladigan insulin qatoriga protamin rux insulin suspenziyasi, rux insulin kristall suspenziyasi kiradi. Insulinni qorin, yelka, son terisiga yuborish mumkin.

Insulindan tashqari qand miqdorini pasaytiruvchi dorilar ham mavjud, bularga: butamid, oranil, maninil va adebitlar kiradi.

Qand miqdorini pasaytiruvchi dorilar ko'pincha, ertalab va kechqurun ovqat iste'mol qilayotgan vaqtda qabul qilinadi.

*Diabetik koma.* Qonda qand miqdorining ortishi, organizmda moddalar almashinuvi barcha turlarining buzilishi natijasida turli xil zaharli moddalar miqdorining ko'payishiga bog'liq. Koma holatining vujudga kelishiga sabab: noto'g'ri davolash, parhezni buzish, asabiylashish, homiladorlik, turli infeksiyon kasalliklar, operatsiyalar. Shoshilinch yordam ko'rsatishda darhol biryo'la 50—100 TB insulin yuboriladi, 50 TB teri ostiga, 50 TB venaga.

Keyinchalik hushsizlik holati davom qilaversa, insulinni 20—30 TB teri ostiga har ikki soatda, sutkasiga taxminan 200—300 birlik kiritish kerak. Insulin bilan bir vaqtda 20—30 ml 40 % li glukoza eritmasi vena ichiga yuboriladi, bundan tashqari, 600—800 ml 5% li glukoza eritmasi teri ostiga yuboriladi. Asidozni kamaytirish uchun fiziologik eritmani glukoza va soda bilan (50 g glukoza, 25g natriy bikarbonat, 1000 g fiziologik eritma) tomchili klizma qilinadi. Kollapsqa qarshi kurashish uchun kamfora, kofein, kordiamin buyuriladi.

*Gipoglikemik koma.* Gipoglikemik koma diabeti bor bemorlarga insulin dozasini ko'p yuborish natijasida vujudga keladi. Insulin kiritilgandan so'ng, odatda, 1—2 soat o'tgach yuz beradigan keskin darmonsizlik, ko'p terlash oyoq-qo'llarning titrashi, isitma sezgisi, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, yurak urishi, ochlik his qilish, rang o'chishi gipoglikemiyaning asosiy alomatlaridan hisoblanadi. Agar bemorning hushi joyida bo'lsa, 50—100 g non va 1—2 chaqmoq qand yediriladi yoki bir stakan shirin choy ichiriladi. Behush holatdagi bemorga 50 ml 40% glukoza eritmasi venaga yuboriladi. Agar u hushiga kelmasa, 5—10 minut o'tkazib teri ostiga 500—600 ml 5%li glukoza eritmasi va 0,5—1 ml 0,1% adrenalini eritmasi takror yuboriladi.

*Parvarishi.* Bemorni statsionarda o'ziga o'zi ukol qilishni o'rgatish o'rinli. Shprisdan qanday foydalanish kerakligini, unga qanday qilib insulin olinishini hamshira bemorga ko'rsatib beradi va bemorni sterillik qoidalariga rioya qilishga o'rgatadi. Dastlab bemor hamshiraning ko'z o'ngida o'ziga inyeksiyalar qiladi, hamshira uning xatolarini tuzatib turadi. Qandli diabeti bo'lgan bemor ovqatni

qat'iy belgilangan soatlarda yeyishi, ovqat yeyishning insulin inyeksiyalari bilan bog'liq holda olib borilishiga aniq rioya qilishi kerak. Diabetli har bir bemorga terining yiringli kasalliklari profilaktikasini qunt bilan ta'minlash kerak, chunki diabetda ularga moyillik bo'ladi. Bemor vannada issiq suv bilan sovunlab cho'milishi, ich kiyimlarini, ayniqsa, yozda badan terisi ko'p terlaydigan paytlarda muntazam alishtirib turishi kerak.

### **INSULIN YUBORISH XUSUSIYATLARI**

Insulin bilan davolash o'rinbosar terapiyadir. Bu muolaja shifokor nazoratida o'tkaziladi. Bemorlarni insulin bilan davolash uchun alohida xona ajratiladi, unda bemorning ahvoli sutka davomida kuzatiladi. Insulin rezina qalpoqcha bilan berkitilgan steril flakonlarda 5 ml dan chiqariladi. 1 ml insulin 40 TB ga teng. Demak, bitta flakondagi 5 ml insulin 200 TB ga ega. Insulin tez ta'sir qiladi, ta'sir davomi 5-6 soat. Preparat bir kecha kunduzda bemor siydigi bilan ajraladigan qandning har 5 grammiga 1 TB hisobida olinishi kerak. Insulinning dozasi har bir bemorga alohida, qondagi qandning miqdoriga qarab aniqlanadi. Oddiy insulinni teri ostiga, mushak orasiga va tomir ichiga yuborish mumkin. Insulinni yuborishda preparatni aniq dozalash uchun qo'shimcha darajalari bo'ladigan yoki 1 ml li maxsus shpritslardan foydalaniladi.

#### **KO'RSATMALAR.**

1. Gipoglikemiya
2. Gepatitlar, jigar tsirrozi
3. Nefroz
4. Yurak porogi
5. O'n ikki barmoq ichak yarasi

**NOHUSH TA`SIRI:** Allergik reaksiya

#### **BAJARILISH TARTIBI:**

1. Shpritsni yig'ish uchun oldindan barmoq uchlari va rezinali qismi spirt bilan yaxshi artiladi.
2. In'yektsiya uchun steril igna bilan shpritsga insulin kerakli miqdorda tortib olinadi.
3. In'yektsiyadan oldin teri yaxshilab spirt bilan artiladi. Dorini yelka va sonning tashqi sohasiga, kurak osti sohasiga, qorinning pastki qismiga teri ostiga yuboriladi. Aytilgan sohalarni lipodistrofiyani oldini olish uchun doimo o'zgartirish shart.
4. Tayinlangan insulin dozalarini o'z vaqtida, oyni belgili soatda har kuni faqat ma'lum bir soatlarda yuborish kerak.
5. In'yektsiyadan so'ng teri yaxshilab spirt bilan artiladi.
6. In'yektsiyadan 20-25 daqiqadan keyin ovqatlantirish juda muhim.

**ASORATI:** Gipoglikemik koma, lipodistrofiya, allergik reaksiyalar

### **Insulin dozasini hisoblash va yuborish**

Oldin bola bir kecha- kunduzda ajratgan siydigidagi qand miqdori grammlarda hisoblab chiqiladi, keyin insulinning sutkalik dozasi aniqlanadi. Sutkalik siydikdagi har 4-5 gr qandga bir birlik (B) insulin olinadi.

Masalan: Bola bir kecha-kunduzda 200 gr qand ajratadi. Demak, u bir sutka mobaynida 40 yoki 50 TB insulin olishi kerak. Insulin organizmga kichik dozadan boshlab kiritiladi, aks holda, gipoglikemiya vujudga kelishi mumkin. Insulinning sutkalik dozasini bemorning ahvoliga qarab 2 yoki 3 martaga bo'linadi. Shunday qilib, mazkur holda bolaga insulinni 20 TB dan 2 marta buyurish kerak bo'ladi. .

Insulin ta'sir birlikda (TB) yoki internatsional birlikda (IB) dozalanadi. Asosiy qoidalar quyidagilardan iborat:

1. Tibbiyot hamshirasi qutidagi va flakondagi yozuvlarni diqqat bilan o'qib chiqishi zarur. Odatdagi insulin tiniq va flakonda 5 ml, har ml.da 40 TB bo'ladi.

2. Insulin faqat teri ostiga yuboriladi. U qonga so'rilar ekan, inyeksiyadan keyin oradan 30-40 min o'tgach, eng yuqori konsentratsiyaga yetadi, shuning uchun odatdagi insulinni ovqatlanishdan 15-20 min oldin yuboriladi.

3. Insulin yuborish uchun yaxshisi, maxsus shprislarni ishlatish kerak. Bunday shprislarni ikkita shkalasi bo'ladi: bittasida preparat hajmini ifodalovchi darajalar, boshqa shkalasida ta'sir birligini ko'rsatuvchi darajalari bor. Insulin shprislari 1 ml. va 2 ml bo'ladi, 1 ml li shpris 40 ga bo'lingan, ya'ni har qaysi bo'linish bir birlik insulinga to'g'ri keladi. Bunday shpris insulin shprisi deyiladi.

4. Shprislarni sterillaganda tibbiyot hamshirasi zinhor soda ishlatmasligi lozim, chunki suvga soda aralashganda insulinni yemirib yuboradi, nega deganda insulin ishqoriy sharoitda yemiriladi.

5. Insulinni aniq dozalash lozim, ya'ni shprisga shunday miqdorda insulin olish kerakki, **91- rasm**



ignaning o'tkazuvchanligini tekshirib ko'rgandan keyin shprisda buyurilgan dozaning aniq miqdori qolsin, chunki dozaning kamayib qolishi ham, ko'payib ketishi ham, diabet bo'lgan bjaning hayoti uchun xavfli.

6. Insulin inyeksiya qilinadigan joy (son, yelka, kurakosti sohalari, qorin va h. k) larni vaqti-vaqti bilan o'zgartirib turish kerak, chunki hadeb bir joyga inyeksiya qilinganda teriosti infiltratlari va boshqa asoratlar kelib chiqishi mumkin.

7. Bir shprisdan ta'siri uzoq davom etadigan insulin va oddiy insulinlarni yuborishiga ruxsat etilmaydi; ularni alohida-alohida yuborish kerak.

8. Tibbiyot hamshirasi insulin dozasini va uni yuborish vaqtini o'zicha o'zgartirishga haqqi yo'q.

9. Insulinni katta dozada yubormaslikka harakat qilish kerak.

10. Tibbiyot hamshirasi bolaga insulin qilgach, 15-20 daqiqadan kechiktirmay uning ovqatlanishini ta'minlashi kerak.

### AMALIY KO'NIKMA

#### Ichki sekretsiya bezlari va modda almashinuvi kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni laborator tekshirish usullari

##### Glyukometr yordamida qondagi qandni aniqlash

**Kerakli jihozlar:** skarifikator, glyukometr, test sinama qog'ozchalari

**Kerakli xom ashyo:** perchatka, spirt, paxta.

##### Bajarish algoritmi

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi, bemorning roziligi olinadi.
2. Hamshira qo'lini yuvadi, steril qo'lqop kiyiladi.
3. 70% spirt va paxta tamponi bilan chap ko'lni 4 chi barmog'i artiladi.
4. Skarifikator yordamida chap ko'lni 4 barmog'i teshiladi.
5. Birinchi tomchi artib tashlanadi.
6. Ikkinchi tomchi test sinama qog'ozchani butun yuzasiga tomiziladi.
7. Test sinama qog'ozcha glyukometrga joylashtiriladi va glyukoza miqdori aniqlanadi.

8. Tajriba glyukometrda mavjud bo'lgan tavsiyalar bo'yicha o'tkaziladi.

**Ilova:** Sog'lom odam qonida glyukoza miqdori: 3,3 –5,5 mmol/ l.

Bu tekshiruv onson va qulay deb hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda glyukometrlarni xar xil turlari mavjud **92 rasm** va ular yordamida qonda glyukozani 0,55 dan toki 27, 7 mml/ l gacha aniqlash mumkin. Glyukometrlarni test sinama qog'ozchalari faqat shu glyukometrga mos bo'ladi va ularni almashtirish mumkin emas.

##### Siydikdagi atsetonni aniqlash (Lange sinamasi)

**Kerakli jihozlar:** Toza shisha idish (200,0 ml xajmdagi), yo'llanma, bemor siydigi, steril qo'lqoplar, reaktiv (natriy nitroprussid, sirka kislota), ammiak



**Xom ashyo:** suyuq sovun, bir martalik qog‘oz salfetka, doka salfetka (15 sm x 20 sm), 0.5% natriy gipoxlorid eritmasi

**Nilander sinamasi:**

**Bajarish algoritmi:**

1. Muolajaga kerakli jihozlar tayinlanadi.
2. Qo‘llar yuviladi va setril qo‘lqop kiyiladi.
3. Probirkaga 5-6 ml siydik olinadi
4. Siydikka bir necha tomchi reaktiv (natriy nitroprussidning 30%li sirka kislotadagi 6%li eritmasi) qo‘shiladi.
5. Aralashmaga ammiak qatlam qilib tushiriladi.
6. Sinama musbat natija bersa, suyuqliklar o‘rtasidagi chegarada binafsha rang xalqa paydo bo‘ladi.
7. Steril qo‘lqop echilida va jihozlar zararsizlantiriladi.

#### **Siydikdagi qand miqdorini aniqlash**

**Kerakli jihozlar:** Toza shisha idish (200,0 ml hajmdagi), yo‘llanma, bemor siydigi, steril qo‘lqoplar, Nilander reaktivi

**Xom ashyo:** suyuq sovun, bir martalik qog‘oz salfetka, doka salfetka (15 sm x 20 sm), 0.5% natriy gipoxlorid eritmasi

**Nilander sinamasi:**

**Bajarish algoritmi:**

1. Muolajaga kerakli jihozlar tayinlanadi.



**93- rasm**

2. Probirkaga 5 qism siydik va 2 qism Nilander reaktivi qo‘shiladi.
3. Aralashma 3 daqiqa davomida qaynatiladi.
4. Qanl bo‘lsa siydik Nilander reaktivi tarkibidagi vismut nitratning ishqoriy muhitida qaytarilib, metall holatdagi vismutga aylanishi natijasida qora rangga bo‘yaladi.
5. Steril qo‘lqop echilida va jihozlar zararsizlantiriladi.

#### **Siydikdagi qandni «FAN» ekspress indikatorlari bilan tekshirish**

**Kerakli jihozlar:**FAN (biofan, glyukofan, monotestlar)

**Xom ashyo talab etilmaydi.**

**Bajarish algoritmi**

1. FAN test qog‘ozchalarini siydikga bo‘ktiriladi.
2. Siydikda glyukoza bo‘lsa, test qog‘ozchalarini rangi o‘zgaradi. Test qog‘ozchalarini rangi berilgan namunalar bilan solishtiriladi

## **Qandli diabet kasalligi asoratlarida shoshilinch yordam Giperglikemik komada yordam ko'rsatish**

Giperglikemik yoki diabetik koma qandli diabet kasalligining og'ir turidir, giperglikemik koma sekin asta boshlanasi. davolash va ovqatlanish tartibi buzilishi, ruhiy va jismoniy zo'riqish, infeksiyalar va intoksikatsiyalar koma boshlanishiga turtki bo'lishi mumkin. Bo'shshish, uyquchanlik, qattiq chanqash, ko'ngil aynishi, qayd qilish, qorinda og'riq bo'lishi koma qarqachisi hisoblanadi. Komada bemor hushini yo'qotadi, badanining terisi quruq bo'lib turadi, nafas olishi shovqinli, siyrak, chuqur (Kussmaulcha nafas) og'izdan atseton hidi anqib turadi. arterial va tana harorati pasayadi. Mushaklar tonusi pasayib ketadi, ko'z soqqalari yumshoq, qorachiq torayadi. qondagi qand miqdori oshdi, keton tanachalar ko'payib ketadi, siydikda atseton aniqlanadi.

### **KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Lotok,
2. Sochiq, doka salftkalar, paxta sharchalar.

3. Rezina baloncha,
4. Esmarx krujkasi.
5. Iliq suv.
6. Vazelin.

Shpitslar, Sistema.

7. Dori vositalari: Kordiamin eritmasi, 20% li Kofein eritmasi, Oddiy insulin, 5% li Glyukoza eritmasi, 0.9% Natriy xlorid eritmasi, 4% li Natriy gidrokarbonat eritmasi.



**94- rasm**

### **BAJARISH TARTIBI:**

1. Behush holatdagi bemor yotqizilib, boshii bir tomonga buriladi.
2. 2 ml/l Kordiamin va 20% Kofein eritmasini teri ostiga yuboriladi.
3. Shifokor korsatmasiga binoan bemorga oddiy insulin 50 – 100 TB da teri ostiga yoki tomir ichiga yuboriladi, Insulin yuborishni bemorni koma holatdan chiqarguncha 25 – 50 TB dan har 2 soatda davom ettiriladi.
4. Insulin yuborish bilan birga tomchilab tomir ichiga 0.9% li natriy xlorid eritmasi, 250 ml gacha 4% li Natriy gidrokarbonat eritmasi, 400 ml 5% li Glyukoza eritmasi yuboriladi.
5. Bemorga tozalash huqnasi qilinadi.

## **KOMALARDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH**

### **Gipoglikemik komada yordam ko'rsatish**

Gipoglikemik koma qandli diabet kasalligining xavfli asoratlaridan biri. Insulin dozasi ko'p miqdorda yuborilganda yoki insulin in'eksiyasidan keyin ovqatlanmaganda gipoglikemik koma rivojlanadi. Qo'qqisdan yoki insulin

yuborilgandan so'ng 1 – 2 soat o'tgach yuz beradigan holsizlik, ochli hissini sezish, ko'p terlash, titrash, bosh o'g'rishi, yurakning tez urushi, gipoglikemik komaning asosiy alomatlaridan hisoblanadi. Esi og'ibroq turadi, teri nam, muskullar tonusi oshgan, tana harorati ko'tarilgan, arterial bosim ko'tarilgan, ko'z qorachiqalari kengaygan yorug'likka reaksiya bo'lmaydi. Qondagi qand miqdori kamaygan.

**KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Qand bo'lakchalari. pechenye, non, 1 stakan choy.
2. 40% li glyukoza eritmasi.
3. 5% li glyukoza eritmasi.
4. 0.1% li adrenalini eritmasi.
5. Shpritslar, Sistema, steril paxta sharchalar, spirt.

**BAJARISH TARTIBI:**

1. Agar bemorning hushi joyida bo'lsa unga 50 – 100 gr non yoki pecheniy va 1 – 2 bo'lak qand beriladi yoki 1 stakan shirin choy ichiriladi.
2. Behush holatdagi bemorga 50 ml 40% li Glyukoza eritmasi tomir ichiga yuboriladi.
3. Bemor reanimatsiya bo'limiga yotqiladi.
4. Bemor hushiga kelmasa shifokor ko'rsatmasiga binoan 5 – 10 daqiqa o'tgach tomchilab tomir ichiga 500 ml 5% li glyukoza eritmasi hamda 0.5 – 1 ml 0.1% Adrenalin eritmasi takror yuboriladi.

## VIII BOB. ALLERGIK HOLATLARDA HAMSHIRALIK ISHI

### 8.1 Allergik holatlarda hamshiralik ishi

Allergik kasalliklar — bu rivojlanishning asosida jarohat yotadigan, ekzogen allergenlarga immunologik ta'sir etadigan kasalliklar guruhidir. Allergik kasalliklar aholining 10% ini tashkil etadi.

Allergiya — atrof-muhitning allergenlar deb ataluvchi ba'zi omillari (kimyoviy moddalar, mikroblar va ularning hayot faoliyatida hosil bo'ladigan mahsulotlar, oziq-ovqatlar) ta'siriga organizmning o'ta sezgir bo'lishi. Allergik kasalliklar qadimdan ma'lum. Ba'zi odamlar ayrim ovqat mahsulotlarini iste'mol qilganda me'dasining ishi buzilib, badaniga eshakyemi toshishini Gi ppokrat (mil.av.V—IV asr), gul isidan ba'zi- larning tumov bo'lishini Galen (II—asr) yozib ketgan. O'simliklar changi dimoqqa kirganda bo'ladigan isitma XIX asrda tasvirlangan.

Allergik kasalliklar butun jahonda tarqalgan bo'lib, tobora ko'payib bormoqda. Har xil dori preparatlarining ko'payishi va ularni qo'llashning o'sishi funksiyalarning neyroendokrin re- gulatsiyasining buzilishi va organizm sensibilizatsiyasining oshishiga olib keladigan shart-sharoitlar yaratishi mumkin. Dorilarga bo'lgan allergiya klinik ko'rinishlarining ko'pligi, ularning o'sishi, hozirgi zamon diagnostikasi, adekvat davolash va profilaktika o'tkazishni talab etadi.

Shunday qilib, allergik kasalliklar — asosida ekzogen allergen (Al)ga immun ta'sir etadigan jarohat yotadigan kasallikdir. Autoallergik kasalliklar — bu asosida xususiy to'qimalar allergenlariga (autoallergenlar) javoban to'qimalar jarohati yotadigan kasalliklar guruhi.

Allergik reaksiyalarda sensibilizatsiya (yuqori ta'sirchanlik) davri ajratiladi — bu allergen bilan birinchi uchrashuv paytidan to allergenning organizmga qayta tushishida yuzaga keladigan allergik reaksiya rivojlanishigacha bo'lgan yuqori ta'sirchanlikning paydo bo'lish davridir.

Allergen antigenning (Ar) hamma xususiyatlariga ega: makromolekularlik, ko'proq oqsil tabiatlik, organizmga begonalilik, sensibilizatsiyaning borligi.

Etiologiyasi. Allergenlar — ekzogen va endogen, atrof- muhit omillari (issiq, sovuq, chang), organizmning reaktiv holati (sensibilizatsiya, yuqori ta'sirchanlik).

Ekzogen allergenlar turli yo'llar bilan organizmga tushib, turli organ va sistemalarning zararlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Bular quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Biologik allergenlar. Mikroblar, viruslar, zamburug'lar, gelmintlar, zardob va vaksina preparatlari.

2. Dori allergenlari. Amalda har qanday dori preparati allergiyaga sabab bo'lishi mumkin.

3. Uy-ro'zg'or allergenlari. Bular orasida uy changi, zax uylar devorida bo'ladigan mog'orlar, suvarak singari hasharotlar tanasining mayda qismlari.

4. O'simlik allergenlari.

5. Oziq-ovqat allergenlari. Sut, tuxum, go'sht, baliq, pomi-dor, sitrus mevalar, shokolad va b.

Oziq-ovqatdan bo'ladigan allergiyani hazm shiralarida ba'zi fermentlar yetishmasligi tufayli odamning ma'lum masalliq'larni ko'tara olmasligidan farq qilish kerak.

6. Sanoat allergenlari. Har xil moylar, bo'yoqlar, turli preparatlar.

7. Fizik omillar alohida allergenlar guruhini tashkil etadi.

Endoallergenlar. Ba'zan organizmning o'z oqsillari, shuningdek, hujayralari ham allergen bo'lib qoladi (endoallergenlar) va organizm bularga odatdagidan boshqacha reaksiya ko'rsatadi, bunga autoallergiya deyiladi. Tabiiy va turmushda orttirilgan endoallergenlar farq qilinadi.

Tabiiylari normal to'qimalarning ba'zi oqsillaridir. Turmushda orttirilganlari ham organizmning o'z oqsillari bo'ladi, lekin bular odam kuyib qolganida, nur kasalligi bilan og'rganida va boshqa hollarda yot xossalarni kasb etadi. Organizm o'z oqsillarini yot oqsillardan ajrata oladi. Odatdagi sharoitlarda organizmning o'z to'qimalari zararlanmaydi, ya'ni ularga qarshi sensibilangan limfotsitlar va antitanalar (autoanti) hosil bo'lmaydi.

Eng ko'p uchraydigan allergenlar dorilardir, ular ko'pincha allergen mezonlariga javob bermaydilar, ular sof kam molekular birikmalardirlar. Lekin ular gaptenlardir (digoksin, digidrolazin, sulfanilamidlar, antibiotiklar va b) va organizmda metabolizm jarayonida antigen xususiyatlarini hosil qiladigan kompleks allergenlar vujudga keladi. Antigen (allergen)ning organizmga tushishi unda sensibilizatsiya chaqiradi.

Sensibilizatsiya — bu organizmning ekzogen yoki endogen bo'lgan antigen (allergen)larga nisbatan immunologik jihatdan vujudga kelgan ta'sirchanlikning oshishi. Sensibilizatsiya tushunchasini faqat organizmda yuz beradigan ma'lum jarayonlar bilan, ya'ni organizmga antigen kirgan paytdan to antitanalar yoki shu antigenga nisbatan sensibilizatsiyalangan limfotsitlarning vujudga kelishigacha bo'lgan paytdagi jarayonlar bilan chegaralash to'g'ridir. Sensibillashgan odam amaliy jihatdan sog'lom va faqat organizmga antigenning qayta tushishi allergik reaksiyaning realizatsiyasiga olib keladi. A.D. Ado (1970) ning ko'rsatmalariga ko'ra allergik reaksiyaning rivojlani- shida uch bosqich mavjud:

1. Immunologik bosqich — bu davr organizmga allergenning tushishidan boshlab to antitana (At)ning yoki sensibillashgan limfotsitlarning va ularning birikmalarining qayta tushgan allergen bilan bog‘liq bo‘lgan barcha immun tizimidagi o‘zgarishlarini o‘z ichiga oladi.

2. Patoximik bosqich — mediatorlar hosil bo‘lish bosqichi. Ularning paydo bo‘lishiga allergenning immunologik bosqichda antitanalar yoki sensibillashgan limfotsitlar bilan o‘zaro bog‘lanishi sabab bo‘ladi.

3. Patofiziologik bosqich yoki klinik ko‘rinishlar bosqichi. U organizmning to‘qimalari, organlari va hujayralarida hosil bo‘lgan mediatorlarning patogen ta’siri (allergik yallig‘lanish) bilan tavsiflanadi. Allergenlar antigen sifatida organizmga kirganida ularga qarshi antitanalar paydo bo‘lib, ular reaksiyaga kiradi va oqibatda qonda gistamin moddasi ajralib chiqib, ular qon tomirlarni kengaytirib, AB pasayishiga, tomirlar o‘tkazuvchanligining kuchayishiga, bronxlar torayib qolishiga va ichak peristaltikasi zo‘rayishiga olib keladi. Allergik reaksiyalarning tarqalishi K.Y.Yuldashevning ko‘rsatkichlariga ko‘ra O‘zbekiston Respublikasi bo‘yicha 16 yosh va undan kattalarda, 1000 aholiga nisbatan, hammasi bo‘lib, 152 tani tashkil etadi.

Allergik reaksiyaning taxnifi. 1930- yilda SOOKE allergik reaksiyalarni klinik belgilarining paydo bo‘lishiga qarab ajratdi: tez hosil bo‘ladigan turi, 15—20 min va sekin hosil bo‘ladigan turi 1—2 sutka davomida. U hozirgi zamon tushunchalaridan uzoqda edi, lekin terminlari shunday qulay ediki, ular tibbiyotga va kundalik foydalanishga puxta o‘rnashdi. Hozirgi vaqt- da Gell va Coombs tavsifnomalari tasdiqlangan. Reaksiya ikki fazada o‘tadi:

### **I. Reagin turi (krapivnitsa, anaf.shok)**

1. Allergenning tushishiga javoban IgE antitanalar (reaginlar) yuzaga keladi, ular Alga retseptorlari bo‘lgan bazofillar va bo‘liq to‘qimalarda o‘rnashadi. Allergenning qayta tushishida esa Ag At reaksiyasi mediatorlarning (gistamin, serotonin va b.) chiqib ketishi bilan birga yuz beradi. Qanchalik reaksiya tez yuz bersa, shunchalik natijasi og‘ir bo‘ladi.

2. Faza 48—72 soat o‘tgach boshlanishi mumkin. Immuno kompetent hujayralarning xemotoksik faktorlari ta'siri ostida va tomirlarning yuqori o‘tkazuvchanligi sharoitida A — At reaksiyasi o‘rniga trombositlar, makrofaglar, eozinofillar migratsiya qiladilar, fagotsitoz kuchayadi, faollik ko‘tariladi (ajralib chiqish reaksiyasi, trombositlar agregatsiyasining oshishi va h.k.). Shuning uchun bemor anafilaktik shokdan



96- rasm

chiqa- rilgach, uni ikki sutka mobaynida kuzatib turish kerak.

## II. Sititoksik turi

Antigen sifatida hujayra yoki uning determinatlari hisoblanadi. Sitotoksiklik haqida hozirgi zamon tushunchalari I.I.Mechnikov, E.S.London, A.A.Bogomoleslar (1901—1908- yillar) ta'limotining keyingi rivojlanishidir, bir necha yillardan keyin birinchi sitotoksik zardob olindi. Antigenning jarohatlangan hujayralari uch xil yo‘l bilan o‘tishi mumkin:

a) komplement muhit sitotoksikligi, bunda vujudga kelgan komplementning faol fragmentlari hujayra membranasini jarohatlaydi;

b) antitanalar qoplagan hujayralar fagotsitozi aktivatsiyasi;

d) hujayra sitotoksikligiga moyil bo‘lgan antitana aktivatsiyasi orqali. Ushbu reaksiya turini yaratishda dorilar asosiy rol o‘ynaydi. Masalan, gidrolazin bilan davolashdagi volchanka sindromi autoimmun gemolitik anemiya sindromi. Klinikada reaksiyaning sitotoksik turi dorilarga bo‘lgan allergiyaning leykotsitopeniya, gemolitik anemiya kabi ko‘rinishlaridan biri bo‘lishi mumkin. Ushbu mexanizm organizmga autoantigenlar tushganda allergik gemotransfuzion reaksiyalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Masalan, chaqaloqlarda kechadigan gemolitik anemiya.

## III. Immun komplekslar bilan jarohatlanish

Ushbu turdagi jarohatlanish  $Ar + At$  immun komplekslari orqali chaqiriladi. U immunkompleks yoki Artyus fenomeni deb ataladi. Allergen tushganda antitana vujudga kela boshlaydi (ayniqsa, IgG va IgM katta rol o‘ynaydi). Antigenlar har xil bo‘lishi mumkin, shu hisobda dorilar ham, antitoksik zardoblar, ingalatsion allergenlar, oziq-ovqat mahsulotlari va b.q. Ko‘pgina komplekslar organizmdan fagotsitoz yo‘li bilan chiqib ketadi, faqat ularning yuqori konsentratsiyalari yoki filtr organlari membranalaridagi

hosilalari bo‘lgan hollar bundan mustasnodir. Eng ko‘p shikastlovchi ta'sir eruvchi komplekslarda bo‘ladi.

Immun komplekslar komplement sistemasini aktivatsiya qiladilar. Shunday qilib, immun kompleksli komplementning fraksiya- laridan biri bo‘lgan Ag + At dan tashkil topadi. Biriktiruvchi to‘qima hujayralarining bazal membranasi jarohatlovchi lizosomal fermentlar roli isbotlangan, kinin-bradikinin tizimiga xos.

III turi zardob kasalligining rivojlanishida, ekzogen allergik alveolitlarda va oziq-ovqatga bo‘lgan allergiyalarda asosiy ro‘l o‘ynaydi. Sistemali anafilaksiya rivojlanishi mumkin.

#### **IV. Sekin rivojlanadigan allergik reaksiya**

Ushbu termin bilan sensibillashgan hayvonlarda va odamlarda allergen bilan kontaktda bo‘lgandan keyin 24—48 soat mobaynida rivojlanadigan allergik reaksiyalar guruhi ko‘zda tutiladi. Yaqqol misol, tuberkuloz mikobakteriyalari antigenlariga nisbatan sensibillashgan kishilarda tuberkulinga bo‘lgan ijobiy reaksiya. Binobarin, keyinchalik aniqlandiki, bunday reaksiyaning vujudga kelishi mexanizmida allergenga sensibillashgan limfotsitlar ta'siri asosiy ro‘l o‘ynaydi.

#### **4-jadval**

#### **Allergik reaksiyalarning turlari**

Ti p	Reaksiya turining nomi	Reaksiyaning immun mexanizmi
I.	Anafilaktik	IgE va ba'zan IgG antitanalar
II.	Sitotoksik	IgG va IgM antitanalar
III.	Artyus — to‘qimalarning immun kompleks orqali jarohatlanishi	Ig va IgM antitanalar
IV.	Sekinlashgan yuqori ta'sirchanlik	Sensibillashgan limfotsitlar

Sensibillashgan limfotsitlar blasttransformatsiya va proliferatsiya jarayonlarini o‘taydilar, DNK va oqsillar sintezining kuchayishi va har xil mediator — limfokinlar sekretsiyasi yuz beradi. Limfokinlar ta'sirida limfotsitlar sensibilizatsiyasi fa- gotsitar faollik aktivatsiyasi yuz beradi, xemotoksik faollik allergenlarga nisbatan makrofaglarni va polimorf yadroli leykotsitlarni jalb etadi va ularni to‘xtalishga chaqiradi. Leykokinlar ham mo‘ljal hujayralarga to‘g‘ridan to‘g‘ri toksik ta'sir ko‘rsatadilar. Buning hammasi allergenning eliminatsiyasiga qaratilgan produktiv turdagi allergik reaksiyaga olib keladi. Allergen saqlangan sharoitlarda qisman nekroz va hujayraning proliferativ

himoyasi yaratiladi va ko‘pincha allergenning sklerozga o‘tishi bilan chegaralanish hodisasi ro‘y beradi. Limfokinlarning har xil tasnifnomalari bor. Ularning eng ko‘p o‘rganilgan faktorlaridan makrofaglar migratsiyasini yo‘qotadigan IL1 5 interleykinlar va boshqalardir.

Klinik ko‘rinishlari. Organospetsifik sindromlar.

1. Jigar sindromi: gepatitning sitoliz belgilari bilan ko‘rinishi (gipertransferemiya va jigar ichi xolestazi).

2. Buyrak sindromi: ko‘pincha o‘tkir interstitsial nefrit yoki nefrotik sindromli glomerulonefrit (membranozli) ko‘rinishida bo‘ladi.

3. O‘pka sindromi: bronxospazm va infiltrativ o‘zgarishlar. Bronxospazm keng tarqalgan.

4. Teri jarohatlari allergiyaning hamma turlariga, ayniqsa, dorilarga bo‘lgan allergiyaga xosdir.

*Krapivnitsa* („eshakyemi“) — terining orqaga qaytadigan pustula va papulali periferiyasi bo‘ylab giperemiya zonasi bo‘lgan elementlari (ko‘pincha markazida shish tufayli oq elementlar) bilan jarohatlanishi. Elementlar tuzilishi jihatidan halqasimon, dumaloq, politsiklik va omuxta turlari bo‘ladi.

*Eshakyemi* (*E*) — urtikariya teriga, ba‘zan shilliq qavatlariga toshmalar bilan kechadigan kasallik. Organizmning allergik reaksiyasi, ayrim ovqatlar (tuxum, shokolad, qulupnay, mandarin, pishloq, qo‘ziqorin, baliq) va dorilar (antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, xinin va b.) ga nisbatan sezuvchanlikning ortishi, hasharotlar (ari, chayon) chaqishi, gul hidlash yoki biror o‘simlik (qichitqi o‘t) tegib ketishi tufayli vujudga keladi. Bir necha soatdan keyin E. batamom yo‘qoladi, ba‘zan qaytalanib turadi. E. ning bot-bot qo‘ziydigan surunkali formasi oylab cho‘ziladi, bu, odatda, organizmda moddalar almashinuvi va me‘da-ichak faoliyatining buzilishi, jigar, buyrak kasalliklari, gijja kasalligi va sekin kechadigan o‘choqli infeksiyalar: murtak bezi, burunning yondosh bo‘shliqlari va quloqning yallig‘lanishi (tonzillit, gaymorit, otit) bilan bog‘liq. Kishilarning issiq yoki sovuqqa nisbatan sezuvchanligining ortishi ham surunkali E. ga sabab bo‘ladi.

Kasallik to‘satdan boshlanadi: badanga shakli har xil, katta- kichik och qizg‘imtir toshmalar toshib, qattiq qichishadi, teridan bo‘rtib chiqib turadi, ular tezda kattalashib, bir-biriga tutashib ketadi, palaxsa-palaxsa bo‘lib chiqqan toshmaning o‘rtasi oqaradi, bemor loxaslanadi, harorati ko‘tariladi, ba‘zan teridagi E. toshmalar juda yirik bo‘lib (yirik E. yoki Kvinke shishi), bunda yumshoq tanglay, halqum va ichki organlarning shilliq qavatlari ham shishishi mumkin. E. ning bu formasi og‘irroq kechadi.

## 8.2 TERIGA ALLERGIK SKARIFIKATSION SINAMALARNI QO'YISH

Skarifikatsiya – to'qimalarni skarifikator bilan tirnash.

### KERAKLI JIHOZLAR:

1. Steril suyuq allergenlar.
2. Skarifikatorlar.
3. Tomizgichlar.
4. 70% li spirt.
5. 0,9% li natriy xlorid eritmasi.

### BAJARILISH TARTIBI:

1. Bilakning ichki satxi soxasi 70% li spirt bilan artiladi.

2. Bir – biridan 3 – 4 sm masofada ( kamida 2,5 sm)aloxida tomizgich bilan har bir flakondan steril allergendan bir tomchi tomiziladi.

3. Har qaysi allergen tomchisi uzunligi 0,5 sm dan tiraladi.

4. Manfiy nazorat uchun 0,9% li natriy xlorid eritmasi bilan parallel testlash o'tkaziladi.

5. Allergik sinamalarining natijalariga 15 – 20 daqiqa o'tgach baho beriladi.



97- rasm

### SKARIFIKATSION SINAMALARNI BAHOLASH:

1. Giperemiyasiz shish – shubhali reaksiyasi ( + )
2. Teri tortilganda skarifikatsiya sohasida shishko'rinishi kuchsiz musbat reaksiya ( + )
3. Teri tortilganda ko'rilgan aniq ravshan shish – musbat reaksiya ( ++ )
4. Diametri 10 mm gacha bo'lgan shish – keskin musbat reaksiya ( +++ )
5. Diametri 10 mm dan ortiq shish yuqori musbat reaksiya ( ++++ )

### ALLERGIK APPLIKATSION SINAMA QO'YISH

Teriga allergic sinamalar qo'yish faqat shifokor – allergolog nazoratida allergologik xonada o'tkaziladi.

### KERAKLI JIHOZLAR:

1. 1 sm atrofida kattalikdagi dokalar.
2. Kattaroq maydondagi tselofan.
3. Leykoplastir.
4. Steril paxta sharchalar.
5. 70 % li spirt.
6. 0,9 % li natriy xlorid eritmasi.

### BAJARILISHTARTIBI:

1. Bilakning ichki sathi sohasi, qorin sohasi yoki orqa sohasi 70 % li spirt bilan artiladi.
2. Teri qurigandan keyin uning yuzasiga 1 sm atrofida kattalikdagi steril allergen bilan namlangan doka qo'yiladi.
3. Doka usti kattaroq maydonda sellofan bilan bekitiladi.
4. Doka chetlaridan chiqmay leykoplastir yopishtiriladi.
5. Parallel holda farqlash uchun 0,9 % li natriy xlorid eritmasi bilan sinama o'tkaziladi.
6. Aplikatsion sinamalarning natijalariga 20 daqiqa, 5 – 6 soat hamda, 1 sutka o'tgach baho beriladi.

#### **APPLIKATSION TESTLARNI BAHOLASH:**

1. Eritema sinama qo'yilgan joyda bo'lishi – kuchsiz musbat reaksiyasi ( + )
2. Eritema va shish bo'lishi – o'rtacha darajadagi musbat reaksiyasi ( + )
3. Eritema shish va oz miqdordagi pufakchalar – musbat reaksiyasi ( +++ )
4. Eritema, shish ko'p miqdordagi pufakchalar, ba'zi vaqtda yara xosil bo'lishi keskin musbat reaksiyasi ( +++++ )

### **8.3 Anafilaktik shok, Kvinke shishi, o'tkir eshakemi sabablari, klinikasi, kechishi, tez yordam ko'rsatish, bemorlarni kuzatish va parvarish qilish**

Angionevrotik sinish (Kvinke) — krapivnitsa bilan yoki usiz paydo bo'lishi mumkin. Chuqur teri osti qavatlarida rivojlanadi, uzoq ushlanib turadi, qichimasi kamroq namoyon bo'ladi, ko'pincha qovoq, og'iz va erkaklar jinsiy organlari atrofida paydo bo'ladi. Halqumning shilliq qavati ostida va oshqozon-ichak traktida paydo bo'lishi laringospazmga va qorin og'rishiga olib keladi. Kvinke shishining hiqildoq sohasida rivojlanishi 25% tashkil qiladi va bemor hayoti uchun juda xavfli bo'ladi. Bemorning ovozi bo'g'iq, tovushi xirillab chiqadi, nafas olishi qiyinlashadi, nafas siqishi inspirator-ekspirator xarakterda bo'ladi. Yuz rangi sianotik bo'lib, so'ng keskin oqarib ketadi. Bemor nihoyatda bezovta bo'ladi. Og'ir hollarida tezda tibbiy yordam ko'rsatilmasa, bemor asfiksiya holatida o'lishi mumkin.

#### **Anafilaktik shok**

Anafilaksiya grekcha so'zdan olingan bo'lib, *ana*—yana, *filarsiya* — himoyasiz, ya'ni himoya qila olmaydigan degan ma'noni bildiradi. Bu kasallik asosida reagin turi yotadi. U bilan kontaktda bo'lgach, klinik belgilari paydo bo'lishi bilan xarakterlanib, qon aylanish sistemasida o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi: gipotoniya va hayotiy muhim

organlarning gipovolemiyasi ishemiyasi bilan, miya, yurak va buyraklar, buyrak o'zgarishlarida anuriya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi DVS bilan yuz berishi mumkin. Teri toshmalari (krapivnitsa), bronxospazm, leykopeniya xarakterlidir.

Anafilaktik shok yurak va qon aylanishi doiralarning o'tkir buzilishi oqibatida quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi:

—teri rangining oqish-ko'kimtir yoki marmarsimon rangga kirishi, sovuq, nam bo'lishi;

—tirnoq osti sathida qon oqishining haddan tashqari sekinlashuvi;

—halovatsizlik, es-hushning xiralashuvi;

—hansirash, nafas olishning qiyinlashuvi — dispnoe;

—siydik miqdorining kamayishi, ya'ni kam siyish — oliguriya;

—tomir urishining tezlashuvi — taxikardiya;

—qon bosimining pasayib ketishi kabi holatlar ana shular jumlasidandir.

Shokning belgilari mayda (kapillar) qon tomirlarga qon kelishining kamayishidan boshlanadi. Shuning uchun ham teri sovuq, nam va ko'kimtir oqish tusga ega bo'ladi, bosh miyaga qon kelishining kamayishi avvaliga bemorda bezovtalik belgilarini keltirib chiqarsa, keyinchalik es-hushning xiralashib, yo'qolishiga olib keladi. Nafas a'zosi bo'lmish o'pkaga qon kelishining kamayishi, o'z navbatida, nafas qisishiga olib kelsa, ajralib chiqayotgan siydik miqdorining kamayishi — buyrak doirasida qon aylanishining kamayishi oqibatidir.

Anafilaktik shok — hayotga tahdid soluvchi holat, o'tkir allergik reaksiyaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri. Aksari penitsillin va boshqa antibiotiklar, shuningdek, shifobaxsh zardoblar, rentgenokonstrast moddalar va boshqalar inyeksiya qilinganidan keyin paydo bo'ladi. Asosiy belgilari: preparat inyeksiya qilinganidan keyin darrov ko'krak siqayotgandek bo'lishi, bo'g'ilish, bosh aylanishi, bosh og'rishi, besaranjomlanish, tinka-mador qurib ketishi, a'zoyibadan qizib ketayotgandek bo'lib sezilishi. Og'ir hollarda bu belgilarga kollaps simptomlari qo'shiladi. Kollaps odamning o'zidan ketib qolishi bilan birga davom etishi ham mumkin, ba'zan komatoz holat boshlanadi. Ayniqsa, og'ir hollarda anafilaktik shokning dastlabki simptomlari paydo bo'lganidan bir necha minutdan keyin odam o'lib qolishi mumkin. Tez yordam tadbirlari ko'rsatilishi lozim.

Adrenalin vena orqali, inyeksiya qilingan joy atrofiga dori yuborish, kislorod, shokka qarshi suyuqliklar, yangi muzlatilgan plazma, yurak preparatlari, pressor aminlar, antigistamin vositalar qo'llaniladi. Manipulatsiya xonalarida tez yordam aptechkalari tayyor turishi va shaxsiy tayyorlovdan o'tgan bo'lishi kerak. Bemor shokdan chiqarilgach, sutka davomida reaksiyaning kech fazasidan asrash uchun kuzatib turilishi lozim.

Kasallikning sabablari. Anafilaksiya fenomeni 1902-yilda ikkita fransuz olimi Portiyer va Richet tomonidan ochilgan. Ular oz miqdordagi yot oqsilni it a'zosiga yuborilganda sezgirlikning yuqori darajada oshib ketishi natijasida itning bir necha daqiqa ichida halok bo'lishini kuzatdilar. Anafilaktik shokning kelib chiqish sabablariga qarab, dori-darmonlarni qo'llash oqibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok, zardob hamda vaksinalarni qo'llash, hasharotlarning chaqishidan vujudga keladigan shoklar farq qilinadi.

H.P.Schuster, H.Schonborn, H.Danep (1975) anafilaktik shok sabablarini 2 turkumga bo'ladilar:

1. Tashxis va davolash maqsadida ishlatiladigan vositalar:

– dori-darmonlar, immun zardoblar;

– o'zida yod saqlagan rentgen kontrast moddalar va boshqa turli testlar uchun dorilar;

– teri orqali allergik kasalliklarni davolash va aniqlash maqsadida ishlatiladigan allergenlar;

– kolloid holatdagi qon o'rnini bosuvchilar;

98- rasm

– qon quyish jarayonida yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan xatoliklar.

2. Hayvonlar zahari:

– asalari, oddiy beli ingichka qovoq ari va boshqalar chaqqanda.

Keyingi vaqtda doriga bo'lgan allergik reaksiyalar tobora ko'payib bormoqda. Har xil kasalliklarni davolashda ishlatiladigan antibiotiklar ichida penitsillindan kelib chiqadigan anafilaktik shok yuqori foizni tashkil etadi. Hozirgi kunda penitsillindan anafilaktik shokka chalinganlar 0,6 — 16% ni tashkil etadi. Dori-darmonlar ishlatishdan kelib chiqadigan anafilaktik shokni ularning tutgan o'rniga qarab quyidagilarga bo'lish mumkin:

1. Tabiiy (penitsillin, bitsillin) va yarim sintetik penitsillinlar (oksatsillin, ampitsillin va boshqalar) guruhi.

2. Tetratsiklin guruhiga kiruvchi dori-darmonlar (tetratsiklin, rondonitsin, metatsiklin, morfotsiklin, glikotsiklin va boshqalar).

3. Streptomitsin va aminoglikozidlar (neomitsin, kana- mitsin, gentamitsin va boshqalar) guruhi.

4. Fenotiazid va ba'zi bir gistaminga qarshi ishlatiluvchi dorilar (aminazin va uning analoglari, pi polfen, diprazin).

5. O'z tarkibida yod saqlaydigan barcha dori-darmonlar (lugol eritmasi, sayodin, yod kontrast dorilar).



© Prof. Dr. H. P. Schuster, H. Schonborn, H. Danep

6. Vitamin B<sub>1</sub> (tiamin bromid) va kokarboksilaza.
7. Barbituratlar (fenobarbital, medinal va boshqalar) guruhiga kiruvchi dorilar.
8. Pirazolin turkumiga kiruvchi dorilar (analgin, antipirin, amidopirin, butadion), asetilsalitsilat kislota va fenil propionatlar (brufen va boshqalar).
9. Novokain, sulfanilamid va uning turkumiga kiruvchi dorilar.
10. Etilendiamin (suprastin va boshqalar) guruhiga kiruvchi dorilar hamda eufillin guruhi.

## II. Sefalosporin guruhi.

Adabiyotda anafilaktik shokning og‘ir ko‘rinishi dori-darmonlar juda oz miqdorda qo‘llanganda ham yuzaga kelganligi haqida ma'lumotlar bor.

Penitsillin antibiotikini ishlatish maqsadida qo‘llanilgan shpris sterilizatorlar ham anafilaktik shok xastaligini boshidan kechirgan bemorlar uchun xavflidir. Odatda, anafilaktik shok konstitutsiyasida anomaliasi bo‘lgan hamda allergik kasalliklarga moyilligi bor bolalarda va katta yoshdagi kishilarda sodir bo‘ladi. Hasharotlar chaqishi oqibatida tana sezgirligining oshib ketishi E.Rayk (1966) ma'lumoti bo‘yicha 5% ni tashkil qilgan bo‘lsa, hozir bu ko‘rsatkich birmuncha ko‘paygan.

Hasharotlar chaqishi oqibatida kelib chiqadigan anafilaktik shok dori allergiyasi oqibatida yuzaga keladigan belgilardan farq qilmaydi, lekin hasharotlar zaharining o‘ziga xos xususiyatlari bor. Hasharotlar zahari ichida asalari zaharigina o‘rganilgan xolos. Anafilaktik shokning kelib chiqishida ovqat allergiyasining o‘rni qanday? Allergenli ovqatlar deb quyidagilar hisoblanadi: sigir suti, yong‘oq, tuxum, pista, pistabodom, pishloq, baliq, shokolad, moshli taomlar, kofe, kakao, sitrusli mevalar, asal, tovuq go‘shiti, pepsi-kola. Anafilaktik shok allergik reaksiyasi hatto bir necha millilitr yoki bir necha tomchi sutga ham qisqa vaqt ichida paydo bo‘lishi mumkin.

Sovuq havoga nisbatan allergik sezgirligi bor bolalarda tananing katta qismiga sovuq ta'sir qilganda (daryo yoki dengizda cho‘milish vaqtida) anafilaktik shok yuz berishi mumkinligini A.D.Ado va Y.A.Poroshina (1976) qayd qilib o‘tishgan.

Kasallikning rivojlanishi. Ma'lumki, anafilaktik shok tez o‘tadigan ximergik ko‘rinishdagi allergik jarayon turiga kiradi.

Anafilaktik shokda odam a'zolarida sodir bo‘ladigan haddan tashqari murakkab jarayonlar rivojlanishini 3 bosqichga bo‘lish mumkin.

1. Immunologik bosqich.
2. Biokimiyoviy bosqich.
3. Anafilaktik shok belgilari keng yuzaga chiqqan kasallikning fiziologik

bosqichi.

Anafilaktik shokda muhim ahamiyat kasb etuvchi davr — odam tanasining sezgirligi oshib, immunologik jihatidan qayta tiklanish jarayonidir. Bunda teri sezgirligini oshiruvchi anti- tanalarning paydo bo'lishi kasallikning rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. Sezgirligi oshgan tana to'qimalari muhim allergenning ko'p miqdorda o'ziga singdirib olish xususiyatiga egadir.

Anafilaktik shokning immunologik bosqichida sezgirligi oshib ketgan a'zoning to'qima va hujayralariga birikkan antitanalar bilan tashqi muhitdan tushgan allergenning to'qnashuvi oqibatida bo'ladigan reaksiya jarayoni sodir bo'ladi.

Anafilaktik shok rivojlanishida bazofil leykotsitlarda, mayda qon tomirlar atrofida shilliq qavat joylashgan g'ovak biriktiruvchi to'qimaning to'yingan hujayralarida allergen-antitana o'rtasida sodir bo'ladigan jarayon muhim ahamiyatga ega.

Allergen-antitana birikmasi oldin qonda sodir bo'lib, so'ngra shokli a'zolar to'qimalarini yemirib, birikishi ham mumkin.

Allergen antitana to'qimalarda morfologik va fiziologik ish qobiliyatini yo'qotadigan o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Natijada, to'yingan to'qimalar hamda qonning bazofilotsitlari degranulatsiyaga uchrab, biologik jihatdan faol moddalarni ko'plab ishlab chiqara boshlaydi, oqibatda tez boshlanadigan allergik reaksiyaning ikkinchi, ya'ni ximergik—patokimyoviy bosqich boshlanadi. Immun birikma bo'lmish allergen-antitana to'qima va qon zardobi tarkibidagi fermentlarning aktivligini pasaytirib yuboradi. Allergen-antitananing to'qnashuvi natijasida proteolitik va li politik fermentlarning aktivligi oshib, oqibat- natijada to'qimalardan gistamin, asetilxolin, geparin, sekin reaksiya beruvchi substansiyali anafilaksin (SRS—A) vazoaktiv kininlar (bradikinin, kallidin) ajralib chiqadi.

Odamda sodir bo'ladigan anafilaktik shokda yuqorida nomi qayd qilingan fermentlar aktivligi oshishi tufayli yashin tezligida to'qimalardan katta miqdorda gistamin ajraladi.

Anafilaktik shokning rivojlanish jarayonida ko'plab gistamin ajralishi bilan bir qatorda, allergen markaziy nerv hosilalari (miyaning po'stloq qismi va po'stloq ostidagi qismini va b.) vegetativ nerv sistemasi funksiyasini qattiq pasaytiradi.

Immun kompleks allergen-antitana birikishi oqibatida to'qimalardan faqat gistamingina emas, balki asetilxolin, geparin, serotoninlar ham ajraladi.

Keyingi vaqtlarda anafilaktik shokning rivojlanishida kininlarning ahamiyati o'rganib chiqildi. Kininlarning oqqon tanachalari diapidezini, qon oqimi tezligini, kapillar qon tomirlar o'tkazuvchanligini oshirib yuborishi,

shuningdek, qon bosimini pasaytirishda, qon tomirlar bo'shligini kengaytirishda ishtirok etishi aniqlangan.

#### **8.4 Zardob kasalligi**

Zardob — yuqumli kasalliklarning yoki mikroblar va hayvonlar zaharidan zaharlanishning oldini olish va davolash maqsadida organizmga yuboriladigan modda. Zardobning himoya va davo xususiyatlari ular tarkibida maxsus birikmalar — kasallik qo'zg'atuvchi agentlarni topish va zararsizlantirish xususiyatiga ega bo'lgan antitanalar borligiga asoslangan. Antitanalar yog' oqsili bor har qanday agentning kirishiga javoban odam yoki hayvon organizmida hosil bo'ladi va uning qoni zardobida uzoq vaqt, ba'zan, umrbod saqlanadi.

Zardob kasalligi — davo yoki profilaktika maqsadida odam organizmiga emlash yo'li bilan begona oqsil (hayvonlarning immun zardobi) yuborilganda ro'y beradigan kasallik. Oldin tegishli zardob qabul qilmagan kishilarda 8—12 kundan keyin zardob kasalligi vujudga kelib, bunda avval ukol qilingan joy atrofiga, so'ngra butun badanga eshakyemiga o'xshash toshma toshib ketadi. Toshma toshgan joy qichishadi, bemor isitmalaydi, ba'zan bo'g'imlar shishib, bezillab turadi, limfa tugunlari bo'rtib chiqadi. Kasallik bir necha soatdan 7—15 kungacha davom etadi va bemor har qanday holda ham sog'ayib ketadi. Zardob kasalligiga yo'l qo'ymaslik uchun hamma zardobni yuborishdan 1—2 soat oldin bir yoki ikki marta tekshirish maqsadida, oz-ozdan yuborib ko'riladi. Kasallik paydo bo'lib qolganda esa asosiy davo yurak-tomir sistemasi faoliyatini quvvatlab turish va qichimani kamaytirishga qaratiladi.

Davolaxh prinsiplari. Dorilarga bo'lgan allergiyaning klinikasi ko'p qirrali bo'lib, turli sabablar: allergik reaksiyalar turi, organizm reaktivligi, sensibilizatsiya, organizmga allergenning tushish yo'liga bog'liq.

1. Birinchi va asosiy prinsip — allergenni aniqlash va qanday yo'l bilan bo'lmasin uni iliminatsiya qilish: dori yuborilgan joyga adrenalin yuborish, jgut qo'yish va h.k.

2. Allergologik anamnezni o'rganish.

3. Gipoallergik parhez tutish.

4. Davolashda antigistamin preparatlarning roli katta, shu bilan birga organizmga ta'sir qilishdagi ba'zi o'rnilar ham ro'l o'ynaydi.

NI retseptorlar blokatorlari:

— dimedrol (0,03—0,05 g 2—3 marta) yoki inyeksiyada;

— fenkorol, antigistamin preparat kabi faol, to'qimalarda gistaminni inaktivatsiya qiladi, antiaritmik xossalari bor;

— diprazin (pipolfen) kuchli sedativ samaraga ega;

—suprastin — antigistamin va periferik antixolinergik faollikka ega.

—tavegil — dimedrolga o'xshash, lekin ta'siri davomli, 6— 12 soatga etadi.

5. Glukokortikosteroidlar (GKS) dorilarga bo'lgan allergiyani davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Dozasi va qo'llash usullari jarohat xarakteriga va kasallikning og'ir-yengillik darajasiga bog'liq. GKSning eng katta dozalari vena orqali anafilaktik shokda yuboriladi. GKS qo'llashga quyidagilar ko'rsatkich bo'la oladi: kvinke shishi va bronxospazm, dorilarga bo'lgan sistematik elementlari bilan allergiyaning hamma hollarida (lixoradka, poliartralgiya, limfadenopatiya).

6. Simptomatik terapiya klinikaga va uning oqimining og'irligiga qarab o'tkaziladi.

7. Dezintoksikatsion terapiya: gemodez, organizmni ekstrakorporal tozalash.

8. Profilaktika, davolash va preparat dozasini diagnozga qarab asosli ravishda tavsiya etiladi. Poliprogrammaziyadan ehtiyot bo'lish kerak. Vaksinatziya va emlashlar instruksiyaga qat'iy rioya qilingan holda qilinishi lozim.

Xatarli allergik kasalliklar ichida ko'p uchraydigani „Anafilaktik shok“ bo'lgani tufayli, biz anafilaktik shokka alohida to'xtalib o'tamiz. Tibbiyot hamshirasi uchun bu juda muhim.

## **8.5 DIAPEDEZ**

Diapedez — qon tomirlari devorlari buzilmagani holda qon shaklli elementlarining qon tomiridan tashqaridagi to'qimalarga chiqishi. Shunday qilib, anafilaktik shokda gistamin va boshqa biologik moddalarning ta'siri natijasida qon tomirlar o'z tarangligini (tonusini) yo'qotadi, oqibatda periferiya qon tomirlar qarshiligining keskin pasayishi tufayli qon bosimi pasayib ketadi. Qon tomirlar tonusining pasayishi periferik qon tomirlarga hamda vena qon aylanish doirasida qonning dimlanishi, qon aylanish doiralarida qon miqdorining keskin kamayib ketishiga olib keladi. Vena qon aylanish doirasida, kapillarlarda qonning to'planishi, qon aylanish doirasida aylanayotgan qonning nisbatan kamayishiga sabab bo'lib, gi povolemiyaga, ya'ni yurakka oqib kelayotgan qonning kamayib ketishiga olib keladi. Natijada to'lish bosimi pasayib ketadi. Yurakning zarbali hajmi ham kamayadi. Keyingi yillarda o'tkazilgan tekshirishlar yurak mushaklari qisqarishi qobiliyatining to'g'ridan to'g'ri buzilishi, yurakda ortib borayotgan qon hajmining kamayishiga olib kelishini isbotlab berdi. Demak, yurak ish unumdorligining pasayishi qon bosimining yanada tushib ketishiga sabab bo'ladi.

Kasallik belgilari. Kasallikning ikki xil ko‘rinishi bo‘lib, belgilari jihatidan juda tez o‘tadigan hamda sekinroq rivojlanadigan turlari farq qilinadi.

Tez — yashin tezligida o‘tadigan anafilaktik shokda kasallikning belgilari haddan tashqari tez boshlanib, rivojlanadi va bir necha daqiqa davomida o‘lim bilan tugaydi.

Bemorda oldiniga holsizlik, to‘sh orqasida og‘riq, ko‘ngil aynishi, o‘lim talvasasi paydo bo‘lib, tezda hushini yo‘qotadi. Bularning hammasi shunchalik tez sodir bo‘ladiki, bemor qanday qilib hushini yo‘qotganligini aytib ulguradi, xolos. Bu holda bemordan sovuq ter chiqadi, rangi bo‘zarib ketadi. Ayniqsa, yuz ko‘rinishi alohida tusga kirib bir necha daqiqa ichida o‘zgarib ketadi. Tomir urishi ipsimon, kuchsiz va yuzaki yoki bilinar- bilinmas bo‘ladi. Agar anafilaktik shok halqum shishi bilan birga sodir bo‘lsa, stridor tusga kiradi. *Stridor* — hiqildoqda o‘sgan o‘sma, hiqildoq mushaklari innervatsiyasining buzilishi tufayli vujudga keladigan xirillab ovoz chiqishi. Bunda bemorning yuz terisi ko‘kargan bo‘lib, bo‘yin venalari bo‘rtib chiqadi va yaqqol ko‘zga tashlanadi.

Ko‘pincha bemorda klonik tortishish alomatlari sodir bo‘lib, u siydigini va ichini tutolmaydi. Ayrim hollarda a'zolarining tabiiy teshiklaridan (og‘iz, quloq, jinsiy a'zolaridan) qon ketish alomati ham kuzatiladi.

Anafilaktik shokning sekinroq o‘tadigan turida kasallikning shiddatli boshlanishi kuzatilmaydi: bemor tanasida issiqlik belgisi, quloq shang‘illashi, holsizlik, tomoqda qichishish alomati, ko‘z shilliq pardasida yallig‘lanish, yosh oqishi, quruq qattiq chiyillash alomati bilan yo‘tal, butun organizm bo‘ylab qichishish sezgisi, qorinda tutib-tutib bo‘ladigan qattiq og‘riq, ich kelishi va siyishga kuchaniq alomatlari (tenezmalar) paydo bo‘ladi. Bemor ko‘zdan kechirilganda terining qizarishi, qavariq toshmalarning toshishi, ko‘z qovoqlarida va quloq pardasida shish bilan bir qatorda, allergik konyunktivit, rinit, o‘pkada esa chiyillaydigan xirillash alomatlari kuzatiladi. Qon bosimi pastga tushib, katta yoshdagi kishilarda simob ustuni hisobida 70/40 mm bo‘ladi. Bu belgilardan so‘ng bemorda alahlash alomatlari paydo bo‘ladi. Bemor es-hushini yo‘qotadi, ko‘z qorachiqslari kengayib, yorug‘likda o‘zgarmaydi.

Tez hushini yo‘qotish, o‘tkir kollaps va tirishish bilan ro‘y beradigan shiddatli anafilaktik shok xavfli holat bo‘lib, bir necha daqiqa ichida bemorni o‘limga duchor qilishi mumkin.

**AMALIY QISM**  
**KVINKE SHISHISHI VA O'TKIR ESHAKEMIDA YORDAM**  
**KO'RSATISH**

Organizmning allergik reaksiyasi ayrim maxsulotlar (tuxum, shokolad, qulpunoy, mandarin, pishloq, qo'ziqorin, baliq va dorilar, antibiotiklar, sul'fanilamidlar, xinin va boshqalarga ) nisbatan sezuvchanlikni oshishi hashoratlar ( ari, chayon ) chaqishi gul xidlash yoki biror o'simlik ( qichitqi o't ) tegib ketishi tufayli vujudga keladi.

Kvinke shishi – allergik yoki irsiy kasallik. Bundan teri osti kletchatkasi yoki shilliq pardalar to'satdan shishib, bora – bora o'z – o'zidan yo'qolib ketadi, lekin ko'pincha qaytalanib turadi. Shishgan joyga barmoq bilan bosib ko'rilganda teri rangi o'zgarmaydi va chuqurcha xosil bo'lmaydi. Xech bir og'riq sezgilari sezilmaydi. Shish bir necha soat davom etadi. O'tkir eshakemi – terida, ba'zan shilliq qavatlarda qichima paydo bo'lishi, qavariq yoki po'rsildoq toshmalar bilan kechadigan kasallik. Xastalik birdan badanning teri qichishidan boshlanadi, qichishayotgan joylarda qizargan mayda – mayda toshmalar, keyinchalik ular bir – biriga qo'shilgandan so'ng kattaligi to'g'nog'ich boshchasidan to gigant o'lchamgacha po'rsildoq va qavariqlar hosil qiladi. O'tkir eshakemi bosh og'rishi va tana harorati 38 – 39° C gacha ko'tarilishi bilan kechadi.

**KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Esmarx krujkasi, vazelin, iliq suv, klyonka, tog'ora.
2. Issiq suv, vanna.
3. Shpitslar va ignalar.
4. Paxta sharchalar.
5. Spirt.Limon sharbati.
6. Dori vositalar: 1% dimedrol eritmasi, 2,5% li diprazin eritmasi, 2% li suprastin eritmasi, 0,1% li adrenalin eritmasi, laziks eritmasi, 1% li prednizolon eritmasi, 0,9% li natriy xlorid eritmasi, 40% li glyukoza eritmasi, ingalayatoridagi aerosollar (izadrin, alupent, salbutamol), 2% li salitsilat spiriti, natriy gidrokarbonat.

**BAJARILISH TARTIBI:**

1. Tozalash huqnasi qayta – qayta qilinadi.
2. Issiq vanna o'tkaziladi.
3. Bemor shifoxonaga yotqizilishi shart.
4. Shifokor ko'rsatmasiga binoan:
  - a) mushak orasiga 1 – 2 ml 1 % li dimedrol, 2 % li suprastin yoki 2,5 % li diprazin eritmasi.
  - b) teri ostiga 0,5 ml gacha 0,1 % li adrenalin eritmasi.
  - g)kerak bo'lsa, mushak orasiga 1.000.000 TB pentsilinaza yuboriladi.

5. Qattiq qichishishni kamaytirish maqsadida terini 2 % li salitsilat spirtida yoki ichimlik soda 1 stakan suvga 1,5 qoshiq soda xisobida yoki yangi limon sharbati bilan artish tavsiya qilinadi.

#### **ANAFILAKTIK SHOKKA QARSHI YIG'INDI**

1. Jgutlar- 2 ta.
2. Shpirlslar sig'imi 2, 10, 20 ml.
3. Bir marta ishlatiladigan sistema – 2 ta.
4. Sterillangan qaychi va skalpel.
5. Paxta.
6. Doka tamponlar.
7. Kislrod yostiq.
8. Til tutqich. **99- rasm**
9. Og'iz kengaytirgich.
10. Spirt 100 ml.
11. 5 – 6 ampuladan dori vositalar.



0,1 % li adrenalin eritmasi, 0,2 % li noradrenalin, 1 % li mezaton, 5 % li efedrin, 2,4 % li eufillin, 40 % li glyukoza, 0,05 % li strofantin, 0,06 % li korglikon, 1 % li dimedrol, 2,5 % li diprazin, 2 % li suprastin, 10 % li kal'tsiy xlorid, 10 % li kal'tsiy glyukonat eritmalari, 200 – 400 ml 5 % li glyukoza eritmasi, 150 – 200 ml 0,9 % li natriy xlorid eritmasi, 125 mg gidrokortizon – gemisuktsinat eritmasi, 100 mg 1 % li prednizolon eritmasi, penitsillinaza 1.000.000 TB.

#### **ANAFILAKTIK SHOKDA YORDAM KO'RSATISH**

Anafilaktikshok – hayotga taxdid soluvchi holat, o'tkir allergik reaksiyaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri. Dori vositalaridan antibiotiklarni nazoratsiz va ko'pincha o'zbilganicha iste'mol qilish vaktsina va shifobaxsh zardoblar, rentgenoktrast moddalar sariqari, qovoqari chaqqanida, gohida oziq – ovqat mahsulotlari anafilaktik shokni keltirib chiqaradi. Ba'zan bemor bir necha daqiqalar ichida o'lib qoladi.

Asosiy belgilar: ko'krak siqayotgandek bo'lib sezilishi, bo'g'ilishi, bosh aylanishi bosh og'rishi, besaranjomlanish, tinka – mador qurib yotishi, qizib ketayotgandek bo'lib sezilishi, qaltirash, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketish, terining qichishi va boshqalar. Og'ir hollarda bronxospazm va kollaps belgilari qo'shiladi va komatoz holat qayd etiladi.

#### **KERAKLI JIHOZLAR:**

1. Shokka qarshi dorilar yig'indisi.
2. Esmarx krujkasi, vazelin, iliq suv, klyonka, tog'ora.

3. Yo'g'on me'da zondi, voronka, tog'ora krujka, iliq suv.
4. Burun kateter, vazelin moyi, leykoplastir, Bobrov apparati, kislorod ballon.

5. Isitgich.

#### **BAJARILISH TARTIBI:**

1. Bemor zudlik bilan o'rniga yotqiziladi, boshini bir tomonga burib qo'yiladi.
2. Darhol shifokor va reanimatolog chaqiriladi.
3. Shifokor kelgunicha in'ektsiya qilingan joyidan yuqoriroq qilib jgut bilan bog'lanadi.
4. In'ektsiya qilingan joyiga yoki ari chaqqan joyiga muz qo'yiladi.
5. Shu joyga 0,5 ml 0,1 % li adrenalिन eritmasi yuboriladi.
6. Shifokor ko'rsatmasiga binoan darhol:
  - a) tomir ichiga 60 mg 1 % li prednizolon eritmasi yoki 125 mg gidrokortizon eritmasi.
  - b) teri ostiga 2 ml dan kordiamin yoki 20 % li kofein eritmasi.
  - v) tomir ichiga 10 ml 2,4 % li eufillin eritmasi.
  - g) mushak orasiga 1 – 2 ml dan 1 % li dimedrol eritmasi yoki 2,5 % li diprazin eritmasi.
  - d) penitsillin dorisiga reaksiya bo'lsa mushak orasiga 1.000.000 TB dan penitsillinaza yuborish zarur.
7. Bemorga namlangan kislorod beriladi.
8. Bemorni issiq o'rab, isitgich qo'yiladi.
9. Zarur bo'lganda me'da yuviladi, tozalash xuqnasi qilinadi va reanimatsion choralar o'tkaziladi.
10. Shoshilinch yordam ko'rsatilgandan so'ng bemorni zudlik bilan reanimatsion bo'limiga yotqiziladi

#### **Nazorat savollar tuzish.**

1. Allergenlar va allergik reaksiyalarni aniqlashda qanday asosiy farqlar mavjud?
2. Anafilaksiyaning belgilari qanday va unga yordam ko'rsatishda qanday qadamlar tashlanishi kerak?
3. Allergenlardan himoyalashning samarali usullari qaysilar?
4. Allergenlarga qarshi davolashda dorilar qanday rol o'ynaydi va ulardan foydalanishda ehtiyotkorlik talab qilinadi?

## **IX BOB. SUYAK MUSHAK VA BIRIKTIRUVCHO TO'QIMA KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI. QARIYALARDA SUYAK- MUSHAK BA BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA KASALLIKLARINING KECHISHI.**

### **9.1 Revmatoid artrit kasalligining mohiyati, etiologiyasi, klinikasi, kechishi, diagnostikasi, davolash usullari, bemorlarni kuzatish, parvarish qilish, oldini olish choralari**

Revmatoid artrit — surunkali bo'g'im biriktiruvchi to'qimasining yallig'lanishi bilan kechuvchi, bo'g'imlarda eroziv- destruktiv xarakterdagi uzluksiz yallig'lanish jarayoni kuchayib boruvchi kasallikdir. Bu kasallikda, bo'g'im to'qimalarida immunologik asosda kechuvchi yallig'lanish rivojlanib, u bo'g'imda, tog'ayda morfologik o'zgarishlarga olib keladi. Keyinchalik bemorda ichki a'zolarining zararlanishi kuzatiladi. Uning asosida immunokompleks ta'sirida bo'ladigan yallig'lanish yotadi.

Etiologiyasi. Revmatoid artritning kelib chiqish sababi aniqlanmagan. Kasallikning rivojlanishida virus infeksiyasiga va boshqa infeksiyon omillarga ahamiyat berilmoqda. Mikroob hujayrasi va uning parchalanishidan sodir bo'lgan molekular komponentlar bo'g'im hujayrasiga tropizm xususiyati tufayli ularda uzoq muddat to'planib, xarakterli immun javobiga olib keladi. Virus DNK hujayrasiga joylashib olib, antigen xususiyatiga ega bo'lgan noinfeksion oqsil tanachalarini sintez va sekretsiyasini kuchaytiradi, bu esa immun reaksiyaning avj olishiga olib keladi.

Kasallikning rivojlanishida irsiy omillar muhim o'rin tutadi. Bemor organizmida o'zgargan immun reaktivlik aniqlangan.

Patogenezi va patanatomiya. Ma'lum bir etiologik shart- sharoitlar natijasida bo'g'imning sinovial qobig'i yallig'lanadi va mahalliy immun reaksiyasi rivojlanadi, bu esa agregatsiyalangan IgG hamda IgA va IgM shakllanishi bilan davom etadi. Bu o'zgargan IgG antigen xususiyatiga ega bo'lib, ularga qarshi immun xususiyatga ega bo'lgan sinovial qobiqning



100- rasm

plazmotsitlarida, limfa tugunlarida va taloqda antitanalar ishlab chiqariladi — ularni revmatoid omil deb ataladi. Agreetsiyalangan IgG (IgA, IgM) PO va komplement bilan o‘zaro ta’sirlanib, bo‘g‘im suyuqligida va sinovial qobiqda immun kompleksi hosil bo‘lishiga olib keladi. Bunga javoban bo‘g‘im to‘qimalarida immun yallig‘lanish rivojlanadi. Sinovial qobiqning plazmatik hujayradan va sensibilizatsiyalangan limfotsitlardan tashkil topgan yallig‘lanishi shakllanib, kengayib boradi — ular to‘qimalarni shikastlantiradi. Immun komplekslar qonda, tanada aylanib yuradi, bu yallig‘lanish jarayonining surunkali kechishiga olib keladi. Artritning asosiy xususiyati biriktiruvchi to‘qi- maning shakllanish va o‘sib borishi bilan kechib, sekin-asta tog‘ay va suyak epifizini yemirib, g‘adir-budurlar, yemirilishlar hosil qiladi. Tog‘ayning yo‘qolishi avval fibroz to‘qimasiga, so‘ngra bo‘g‘imning ankiloziga olib keladi. Bo‘g‘im deformatsiyasi periartikular to‘qimalar (bo‘g‘im xaltachasi, paylari va mushaklarining) o‘zgarishiga olib keladi. Revmatoid artritda bo‘g‘im yallig‘lanishidan tashqari, ichki a’zolarning biriktiruvchi to‘qimasida o‘zgarishlar aniqlanadi. Bu o‘zgarishlar morfologik asosini vaskulitlar va limfoid infiltratsiya tashkil qiladi. Revmatoid artrit patogenezi quyidagi jadvalda keltirildi.

Klinik manzarasi. Rematoid artrit tez-tez qo‘zib, deyarli beto‘xtov zo‘rayib boradigan, surunkali og‘ir xastalik bo‘lganligi tufayli uni erta tashxislash zarur. Ammo kasallikning erta bosqichlarida belgilari o‘ziga xos emasligi sababli uni har doim ham barvaqt aniqlab bo‘lmaydi. Kasallikning boshlanish va kechish turlari har xilligi bu muammoni yanada qiyinlashtiradi. Shunga qaramay, bemor shikoyatlarini, anamnezini, kasallikning obyektiv belgilarini o‘ta sinchkovlik bilan o‘rganish ko‘p hollarda revmatoid artritni o‘z vaqtida to‘g‘ri tashxislash va davolash imkonini beradi.

Kasallik boshlanishida mayda bo‘g‘imlar, ko‘proq bilak, kaft-panja va falangalar, kamroq hollarda oyoq kaft-panjasi va falangalararo bo‘g‘imlar shikastlanganligi sababli shu bo‘g‘imlarda og‘riq paydo bo‘ladi. Og‘riq kunning ikkinchi yarimi va ertalab kuchliroq bo‘lib, kun davomida, ayniqsa, kechga borib kamayadi. Ba’zi bemorlarda og‘riq o‘rindan turgandan so‘ng 20—30 minutdan keyin kamayib borib, yo‘qolishi, ba’zilarida kun bo‘yi bezovta qilishi mumkin. Og‘riq kasallik rivojlangan sari asta-sekin kuchayib boradi. Kasallik kuchli qo‘ziganda og‘riq tun bo‘yi bezovta qilishi mumkin. Og‘riq harakat qilganda kuchayadi. Og‘riq shikastlangan bo‘g‘imlarda o‘zgarmas, doimiy bo‘lib, bo‘g‘imdan bo‘g‘imga ko‘chib yurmaydi, bo‘g‘im va uning atrofidagi to‘qimalar yallig‘langanligi va og‘riq bo‘lganligi sababli ular harakati cheklanganligi kuzatiladi. Bemorlarda ertalab „uyg‘onganda o‘zini qolipdagidek yoki taqalangandek“ sezib, butun tana harakati cheklanganligi kuzatiladi. Kamroq hollarda (15—20%) revmatoid artrit bitta yoki ikkita

bo'g'imni shikastlash tarzida boshlanishi mumkin. Bu holda bilak, tirsak, tovon bo'g'imlari shikastlanishi mumkin. Yelka, ko'ks va umurtqa bo'g'imlari deyarli shikastlanmaydi. Bu bo'g'implarda og'riq kasallikning oxirgi bosqichlarida kuzatiladi. Kasallik uzoq davom etgan bemorlarda shikastlangan bo'g'implarda kuchli deformatsiya rivojlanib, ular harakati butunlay yo'qolishi mumkin.

Bemorlarning kasallik tarixi o'rganilganda ko'proq hollarda (55%) kasallik boshlanishi har xil „turtki“ omillar: gripp, angina, yuqori nafas yo'llari surunkali infeksiya kasalliklar qo'zishi, kamroq hollarda sovqotish, bo'g'im lat yeyishi, homiladorlik va tug'ish, klimaks, ruhiy jarohatlanishlar bilan bog'liqligi aniqlanadi.

Obyektiv tekshirilganda kasallik boshlanishida yoki qo'ziganda bo'g'im ichi va atrofidagi (periartikular) to'qimalar yallig'langanligi sababli ularning shishib, konturi silliqlashganligini, hajmi kattalashganligini, bo'g'im ustidagi terining biroz qizarganini, shakli o'zgarganligini ko'rish mumkin. Bo'g'imda ekssudat ko'proq bo'lsa, paypaslaganda fluktuatsiya ham aniqlanishi mumkin. Qo'l va oyoq panjalari mayda bo'g'imlari simmetrik ravishda shikastlanadi. Yallig'lanish ko'proq qo'l va oyoq kaftlari II va III bo'g'implarida, kaft-panja, bilak bo'g'implarida kuzatiladi. Distal falangalararo, I va V barmoqlar kaft-panja bo'g'imlari revmatoid artritda shikastlanmaydi („mustasno“ bo'g'implar), bo'g'implardagi ekssudativ o'zgarishlarga proliferativ o'zgarishlar qo'shilganda ular shakli o'ziga xos ravishda o'zgaradi, deformatsiyalanadi. Kasallikning rivojlangan bosqichida panja bo'g'implaridagi o'zgarishlar o'ziga xos bo'lib, ba'zida uni „tashrif kartochkasi“ deb ham aytiladi. Ba'zi bemorlarda kaftlar shakli haddan tashqari o'zgarib ketganligi kuzatiladi. Qolgan bo'g'implardagi o'zgarishlar revmatoid artritdan boshqa kasalliklardagi kabi bo'ladi. Shu sababli bo'g'implar faoliyati cheklanib, hatto yo'qolishi mumkin va bemorlar oddiy ehtiyojlarini ham bajarolmay qolib, qo'lida biror narsa tuta olmaydi, kiyimlarini kiya olmaydi, sochini tarolmaydi va juda qiynaladi. Bo'g'implardagi yallig'lanish jarayoni qayta-qayta qo'zib, undagi o'zgarishlar vaqt o'tgan sari kuchayib, kasallik har gal qaytalaganda yangi va yangi bo'g'implar shikastlanib boradi.

Revmatoid artrit rivojlanishi autoimmun xarakterga ega bo'lganligi sababli bu kasallikda yana boshqa to'qimalar va ichki a'zolar ham shikastlanishi mumkin. Tirsak bo'g'imi atrofida 0,5—2 sm kattalikdagi dumaloq paypaslaganda og'rimasdan siljiydigan qattiq revmatoid tugunchalar paydo bo'lishi mumkin. Revmatoid tugunchalar yana proksimal falangalararo, kaft-panja, tizza bo'g'implar tashqi tomonida bosh, kurak, to'sh sohasida joylashishi, ular bitta yoki bir nechta bo'lishi mumkin, hech qachon yallig'lanmaydi va yiringlamaydi. Subperiostal joylashgan bo'lsa, siljimaydi. Revmatoid tugunchalar

kasallikqo‘zish davrida paydo bo‘lib, simmetrik joylashadi, kasallik davolanganda va remissiya davrida to‘liq yo‘qolib ketishi mumkin. Ular kasallikning erta davrida paydo bo‘lishi noxush belgi hisoblanib, u yuqori faollik bilan kechganida kuzatiladi.

Kasallikning erta bosqichida faol artrit rivojlangan davrning o‘zidayoq muskullar atrofiyasi boshlanadi. Revmatoid artrit og‘ir kechsa va faol davri ko‘p qo‘zisa, atrofiya shunchalik tez rivojlanadi va ifodalangan bo‘ladi. Shikastlangan bo‘g‘imlar harakatini bajarishda ishtirok etuvchi yaqin muskullar atrofiyaga uchraydi. Kaftda kaft muskullari, I va V barmoq harakatida ishtirok etuvchi muskullar, bo‘g‘imlarning yoyilishida ishtirok etuvchi muskullar, masalan, bilak bo‘g‘imi shikastlanganda bilak muskullari, tizza bo‘g‘imi shikastlanganda son oldingi guruh muskullari atrofiyasi kuzatiladi. Keyinchalik muskul tonuslari o‘zgaradi.

Muskullarda yana revmatoid mioziti kuzatish mumkin. Revmatoid tenosinovit, tendinit rivojlanishi mumkin. Ba'zi hollarda paylar uzilib ketishi ham mumkin. Ba'zida bo‘g‘imlar harakat qilganda qirsillagan tovush eshitiladi. Kasallik uzoq kechganda kamqonlik rivojlanganligi va teri kapillarlari tonusi o‘zgarganligi tufayli terining rangparligi kuzatiladi. Kaft va barmoqlar uchi terisi ko‘kintir-to‘q pushtirangda bo‘ladi. Shikastlangan bo‘g‘imlar, ayniqsa, kaftlar terisi quruq, rangpar, yupqalashgan bo‘ladi. Shu joylarda pigmentatsiya, giperkeratoz bo‘lishi mumkin. Tirnoqlar yupqalashishi, ularda uzunasiga chiziqlar paydo bo‘lishi, tez sinadigan bo‘lib qolishi mumkin.

Kasallikning faol davrida ba'zi bemorlarda limfadenopatiya — limfa tugunchalarining (jag‘ osti, bo‘yin va b.) kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallik yuqori faollik bilan kechganda revmatoid miokardit (ko‘pincha o‘choqli) va endokardit rivojlanishi mumkin. Kamroq hollarda mitral qopqoqlari yetishmovchiligi shakllanadi va u nisbatan yengil kechib, gemodinamik o‘zgarishlar sodir bo‘lishiga olib kelmaydi. Kam belgili quruq perikardit, ba'zida ekssudatli perikardit aniqlanishi mumkin.

O‘pka to‘qimasi tugunchalar rivojlanishi bilan shikastlanishi mumkin, unda yana alveolit, o‘pka vaskuliti ham uchrashi mumkin. Shu sababli o‘pka yetishmovchiligi, o‘pka emfizemasi yoki pnevmosklerozi belgilari topilishi mumkin. Faqat rentgen usuli bilan tekshirilganda aniqlanadigan quruq plevrit, kam hollarda juda kam suyuqlik yig‘iladigan ekssudatli plevrit rivojlanishi mumkin.

Revmatoid artritda buyraklar shikastlanishi proteinuriya, mikrogematuriya bilan kechadigan revmatoid nefrit, buyrak amiloidozi va nefrotik sindrom (mo‘l proteinuriya va shishlar), revmatoid artritni davolash uchun uzoq qo‘llaniladigan

dorilar (oltin tuzlari) ta'sirida rivojlanadigan nefropatiya, yo'ldosh kasalliklar (piyelonefrit) tarzida bo'lishi mumkin.

Jigar shikastlanishi revmatoid gepatit, jigar amiloidozi va jigarning dori ta'sirida shikastlanishi bilan kechib, jigar va taloq kattalashish mumkin. Revmatoid artrit jigar va taloq kattalashi shi, limfa tugunlarining kattalashishi va leykopeniya bilan kechsa, Felti sindromi deb ataladi.

Oshqozon-ichak tizimida amiloidoz belgilari rivojlanishi mumkin. Asab tizimida ba'zi bemorlarda sezish va harakat buzilishi bilan kechadigan polinevropatiya sindromi paydo bo'lib, ko'pincha distal asab tolalari shikastlanadi. Revmatoid artritda yana so'lak va ko'z yoshi bezlari shikastlanib, og'iz bo'shlig'i va konyunktivit bo'lishi mumkin. Revmatoid artrit endokrin bezlari faoliyati buzilishi bilan kechsa, Shegren sindromi deyiladi. Qon tomiri devorlarida vaskulitlar rivojlanishi, shu sababli barmoqlarning distal qismi va tirnoqlarda qoramtir teri o'z-garishlari — mikroinfarktlar belgisi paydo bo'lishi mumkin. Yirik qon tomirlarida vaskulitlar (arteritlar) rivojlansa, Reyno sindromi belgilari paydo bo'ladi. Ko'zda sklerit belgilari kuza-tilishi mumkin.

Qon analizida eritrotsitlar cho'kish tezligi oshishi, C— reaktiv oqsil paydo bo'lishi, globulinlar, fibrinogen miqdori oshganligi aniqlanadi. Revmatoid artrit og'ir kechib, visserala'zolar shikastlanganda gipoxrom kamqonlik rivojlanadi. Periferik qonda leykotsitlar va neytrofillar soni me'yorida bo'ladi. Revmatoid artrit o'tkir boshlanib, yuqori isitma bilan kechganda leykotsitoz bo'lishi mumkin.

Immunologik o'zgarishlar kasallik boshida sinovial suyuqlikda bo'g'im sinovial qobiqlar plazmatik ishlab chiqaradigan va Valer—Rouz yoki lateks-test sinamalari bilan aniqlanadigan revmatoid omil (RO) ning titri ko'tarilganligi bilan xarakterlanadi. RO titri patologik jarayon darajasi kasallikning zo'rayib borishi va bo'g'imdan tashqari a'zolar shikastlanganligiga bog'liq. Ba'zi bemorlarda „seronegativ“ xili bo'lib, RO topilmaydi. Immunologik o'zgarishlarning boshqa belgilari: Le— hujayralar, yadroga qarshi antitanalar, silliq mushaklarga qarshi antitanalar sistem qizil volchankadan farqlanib, kam titrda aniqlanadi.

Rentgen usuli bilan tekshirilganda bo'g'implarda topiladigan o'zgarishlar 4 bosqichga bo'linadi:

I bosqich — bo'g'imoldi suyaklari osteoporozi.

II bosqich — torayishi biroz buzilishi, bo'g'im tirqishining biroz torayishi, bo'g'im suyaklarida bitta—ikkita yemirilish chuqurchalari paydo bo'lishi.

III bosqich—tog'ay va suyaklarning anchagina buzilishi, bo'g'im tirqishining ifodalangan torayishi, bo'g'implarning qisman chiqishi (podvivixi), suyaklar deviatsiyasi — (ko'pincha V barmoq tomonga siljishi).

IV bosqich — III bosqich belgilari va ankiloz (bo'g'implarning qotib

qolishi).

Kasallikning erta bosqichida bo‘g‘imlarda o‘zgarish bo‘lib, uzoq davom etayotgan kasallikda III—IV bosqichi rivojlanib, ko‘rsatilgan bosqichlar kasallikning vaqt davomida kechishiga ta'sir ko‘rsatadi.

Revmatoid artritda, ayniqsa, bo‘g‘imda ekssudativ o‘zgarishlar ifodalanganda, bo‘g‘imni punksiya qilib, sinovial suyuqlikni tekshirish mumkin. Revmatoid artritda sinovial suyuqlikda hujayralar soni, oqsil ko‘payganligi, mutsin cho‘kmalari, fagotsitlar (RO ni fagotsitoz qilayotgan leykotsitlar, RO si bor immun birikmalar RO) topiladi.

Bo‘g‘im sinovial qobig‘ini punksiya yo‘li bilan biopsiya qilib, morfologiyasi tekshirilganda, sinovial hujayralar proliferatsiyasi va fibrin cho‘kmasiga nisbatan zinapoyasimon joylashishi revmatoid artritga xos bo‘lib, boshqa bo‘g‘im kasalliklaridan farqlanadi.

Revmatoid artritning visseral xilida EKG, ko‘krak qafasi a'zolari rentgen usuli bilan tekshirilib, yurak va o‘pkaning shikastlanganlik belgilari aniqlanadi. Revmatoid artrit o‘tkir va asta-sekin boshlanishi mumkin. Kasallik o‘tkir boshlanganda yuqori isitma, poliartrit tufayli bo‘g‘imlarda qattiq harakatlarning o‘ta cheklanganligi kuzatiladi.

Kasallik asta-sekin boshlanganda bo‘g‘imlardagi og‘riq va shishlarning sekin rivojlanishi, bo‘g‘imlar harakatining biroz qiyinlashuvi, tana harorati o‘zgarmasligi kuzatiladi.

Ko‘proq hollarda revmatoid artrit o‘rtacha o‘tkir boshlanadi. Bu holda turg‘un poliartralgiya, artrit rivojlanib, og‘riq tunning ikkinchi yarmi va ertalab kuchayib, kun davomida va kechga borib kamayadi. Ertalab harakatning chegaralanganligi, o‘rindan turgandan so‘ng 20—30 minutlar o‘tgach kamayishi, ba'zida kun bo‘yi saqlanib qolishi kuzatiladi.

Klinik va laboratoriya belgilariga qarab revmatoid artritning uchta faollik darajasi aniqlanadi: I—minimal, II—o‘rta, III—yuqori darajasi.

Revmatoid artritning quyidagi klinik-patologik variantlari bor: 1) asosan, bo‘g‘im shakli; 2) bo‘g‘im-visseral shakli; 3) revmatoid artritning biriktiruvchi to‘qimaning boshqa yalpi kasalliklari yoki bo‘g‘im kasalliklari bilan birga kelishi; 4) yuvenil revmatoid artrit.

Patologik jarayonning rivojlanish sur'atiga ko‘ra revmatoid artritning asta-sekin zo‘rayadigan, tez zo‘rayadigan va juda tez zo‘rayadigan (xavfsiz) xillarini ajratish mumkin.

Tasnifi. Revmatoid artrit tasnifi 1980- yilda Revmatologlar jamiyatining plenumida qayta ko‘rib chiqilib, qabul qilingan.

Davolaxh. Revmatoid artrit davosi bosqichli bo‘lib, shifoxona-poliklinika-kurortda olib boriladi. Shifohona va poliklinikada davolash quyidagi maqsadlarni o‘z ichiga oladi:

- surunkali infeksiya o‘choqlarini yo‘qotish;
- yallig‘lanish belgilariga qarshi davolash (revmatoid artritning aktivlik darajasini hisobga olgan holda);
- bazis—immunodepressiv davolash (revmatoid artritning sistem ko‘rinishlarida va yallig‘lanishga qarshi o‘tkazilgan davolash muvaffaqiyatli bo‘lmaganda);
- shikastlangan, qotib qolgan (ankiloz) bo‘g‘imlarda lokal davolash, jarrohlik usullari bilan davolash;
- revmatoid artrit bilan og‘rigan hamma bemorlarni ro‘yxatga olib, poliklinikada dispanserizatsiya qilish. Bemorlarni davolash kasallikning aktivlik darajasini kamaytirish, bo‘g‘im funksiyasini tiklash, kasallikning qayta avj olishiga qo‘ymaslikka qaratilishi lozim.

Kasallikning aktivlik darajasini pasaytirish uchun patologik autoimmun jarayonlarga uzoq muddat ta'sir qilib, uning kuchayib borishini to‘xtatish kerak (bazis terapiyasi). Bunday dorilarga oltinli tuzlar, xinolin qatoridagi dorilar, immuno- depressiv dorilar, D—penitsillamin, sulfasalazin, levamizol kiradi.

„Bazis terapiyani“ tavsiya qilish kasallik turiga va aktivlik darajasiga bog‘liq bo‘lib, revmatoid artridda bunday davo shartdir.

Kasallikning bo‘g‘im nisbatan shikastlangan turida, uning erta bosqichlarida, kichik va o‘rtacha aktivlik darajasida xinotin qatoridagi dorilar (rezoxin, delagil yoki plakvenil 02—0,25 g kechki ovqatdan so‘ng) ichish tavsiya qilinadi. Bu dorilar yil davomida ichiladi. Ular plazmatik hujayra aktivligini susaytirishi natijasida sust immunodepressiv ta'sir ko‘rsatadi hamda yallig‘lanishning proliferativ komponentini kamaytirishi mumkin.

Bemor xinolin qatoridagi dorilar bilan yil davomida davolanganda kasallik kuchayib borsa yoki davolashning boshidayoq kasallik kuchayib borsa, fizoterapiya (oltinli tuzlarni qo‘llash) tavsiya qilinadi. Ortiqcha immunoglobulinlar ishlab chiqishni, hujayrada fermentlar aktivligi oksidlanishni ingibitsiya qilib, oltinli tuzlar immunopatologik jarayonlarni to‘xtatadi, shu bilan birga, kasallik kuchayishi ham to‘xtaydi. Oltin buyrakda va retikuloendotelial sistemada to‘planib, uzoq muddatli ijobiy ta'sir qilib, 4—5 yillik remissiyaga olib kelishi mumkin. Quyidagi oltinli tuzlar qo‘llaniladi: sanokrizin, miokrizin, salganal — V, krizanol. 1ml 5% krizanolda 17 mg, 10% krizanolda oltin bor —34 mg. Kursda bemor 1—1,5g oltin preparati olishi kerak. Fizoterapiya o‘tkazilganda bemorlarning 20—30% ida

toksik asoratlari kuzatilib, ular erta (allergik reaksiya holida) va kech (dermatit, stomatit, oshqozon-ichak buzilishlari, toksik glomerulonefrit, agranulotsitoz) kechuvchi belgilar bilan kuzatiladi. Shu tufayli fizioterapiya shifoxona sharoitida o‘tkazilishi tavsiya qilinadi.

Revmatoid artrit og‘ir kechganda, visseropatiya, vaskulit yoki psevdoseptik sindrom hamda boshqa kasalliklar bilan kechganda (buyrak, jigar, teri, ichak, qon kasalliklari, anemiya, leykopeniya, allergiyada) oltinli tuzlar bilan davolash tavsiya qilinmaydi. Oltinli tuzlarni bo‘yida bo‘lgan ayollarga, emizikli onalarga, D—penitsillamin va sitostatiklar bilan davolanayotganlarga bir vaqtning o‘zida berish tavsiya qilinmaydi.

Revmatoid artrit og‘ir va torpid kechganda, bo‘g‘im va visseral o‘zgarishlar kuchayib borganda immunodepressantlar (metotreksat, azatioprin, siklofosfamid) qo‘llaniladi. Bazis terapiya usullariga D—penitsillamin (kuprenil) bilan davolash kiradi.

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilardan salitsilatlar (asetilsalitsil kislota, natriy salitsilat, salitsilamid), pirozolon preparatlari (butadion, reopirin va b.), indoluksus kislota hosilalari (indometatsin, sulindak), feniluksus kislota hosilalari (voltaren, ortofen), propion kislota hosilalari (brufen, naproksen), antranil kislota hosilalari (ponstan) qo‘llaniladi.

Kasallik yuqori — III darajadagi faollik bilan kechsa, nosteroid dorilar ta'siri kam bo‘lsa, glukokortikoidlar beriladi. Bo‘g‘im ankilozi va og‘ir turg‘un sinovitlarda jarrohlik yo‘li bilan davolanadi. Kasallik og‘ir kechganda garmonlar va sitostatiklar bilan pulsterapiya (dorilarni katta miqdorda berish) o‘tkaziladi.

Revmatoid artritni davolash uchun plazmafarez, limfosorbsiya, gemosorbsiya, lazer qo‘llaniladi. Revmatoid artritni davolashda yana fizioterapevtik davolash usullari va remissiya davrida sanatoriy va kurortlarda davolash tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Kasallik qo‘zishi va zo‘rayib borishining oldini olish kerak. Sovqotishdan, zo‘riqishdan saqlash, infeksiya o‘choqlarini to‘liq davolash zarur.

Parvarishi. Revmatoid artrit bilan kasallangan bemorlar, bo‘g‘im harakatlari cheklangan bo‘lgani sababli, ular maxsus parvarishga muhtoj. Hamshira qo‘yidagi tadbirlarni bajarishi lozim:

- shifokor ko‘rsatmalarini aniq bajarish;
- shaxsiy gigiyena tadbirlarini o‘tkazish: bemorlarni yuvintirish, yotoq yaralarni profilaktika qilish, ich kiyimlarni almashtirish va b;
- palatada sanitariya-gigiyenik sharoitni vujudga keltirish va uni saqlab turish;

- bemorlarga qulay o‘rin solib berish va uni ozoda saqlash;
- yuvinish, ovqat yeyish va fiziologik ehtiyojlar vaqtida og‘ir yotgan bemorlarga yordam ko‘rsatish.

## **9.2 Qariyalarda tayanch-harakat tizimi kasalliklari kechishining o‘ziga xos xususiyatlari**

*Tayanch – harakat apparati.* Suyak, tog‘ay va muskul to‘qimalaridagi, boylam apparatidagi yoshga bog‘liq o‘zgarishlar geteroxron va geterotrop distrofik – destruktiv buzilishlar bilan namoyon bo‘ladi va osteoporotik va giperplastik jarayonlar ustunlik qiladi. Odam skeletining qarishi uning bo‘yining kamayishi bilan mutanosib boradi, bo‘yning pasayishi umurtqa egriliklarining oshishi, umurtqalararo disk va bo‘g‘im tog‘aylari balandligining kamayishi hisobiga boradi. Tayanch – harakat apparati qarishi klinik jihatdan yurganda charchash, umurtqa va bo‘g‘imlarda doimiy simillovchi og‘riqlar, yurish va gavda holatining buzilishi, umurtqa va bo‘g‘imlarda harakat cheklanishi va og‘riq, osteoxondrozning neyreflektor va neyrodistrofik belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Suyak to‘qimasining rivojlanib boruvchi emirilishi eng xarakterlidir. Qo‘llarda osteoporoz yoshni taxminiy aniqlash mumkin bo‘lgan elka suyagining katta do‘mbog‘i va panja barmoqlari falangasida kuzatiladi, shuningdek, oyoqlarda son suyagining katta do‘mbog‘i va do‘mboqlararo sohada kuzatiladi. (75 % qarilarda).

Son suyagi bo‘yinchasi sinishining simptomlari va diagnostikasi. Bo‘g‘imlarda harakatlanganda og‘riq, harakat cheklanishi kuzatiladi. Tayanch qobiliyatining yo‘qolishi va oqsoqlanish kuzatiladi. Bemor ayniqsa oyoqlarini ko‘tarilganda kuzatiladigan og‘riqqa shikoyat qiladi. Rentgenologik tekshiruvda sinish chizig‘i aniqlanadi.

SSBS ni davolash. Son suyagi bo‘yinchasi sinishini konservativ davolash usuli – skeletli tortish usuli xisoblanadi.

Tortish uchun odatda oyoqlarga qo‘rg‘oshinli yuk (3 – 5 kg) osiladi.

Ot tovonining oldini olish uchun zarallangan oyoq bo‘g‘imlarini 90° burchak ostida osiladi.

Uzoq vaqt immobilizatsiya qilish kerak emas, chunki gipostatik pnevmoniya .yotoq yaralar, tromboemboliyaning xavfi bor.

Son suyagi bo‘yinchasi sinishini jarrohlik yo‘li bilan davolash osteosintez, endoprotezlash yo‘li bilan amalga oshiriladi. Son suyagi bo‘yinchasi sekin bitishi tufayli (ayniqsa qarilarda), hozirgi vaqtda qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda osteosintez operatsiyasi keng qo‘llanilmoqda.

Suyak bo‘lakchalari maxsus metall mixlar bilan biriktiriladi. Osteosintez joyida osoyishtalikni ta‘minlash suyak hosil bo‘lishini tezlashtiradi.

Son suyani bo'yinchasi singan qari bemorlarda hamshiralik parvarishi

Singan joyni mustahkamlash va harakatsizlantirish. Singan joy uzoq vaqt fiksatsiya qilinganligi sababli kasalxonadan chiqqandan keyin darhol to'g'ri va noto'g'ri tortish boshlanadi. Suyak bo'laklarining to'g'ri joylashishi uchun yotoq rejimiga rioya qilinadi. Bemorga tushunarli so'zlar bilan asosiy maqsad singan joyni tuzatish va bu uchun yotoq rejimi kerakligi tushuntiriladi. Kasalxonada yotganda bemor juda bezovta bo'lib qoladi va shuning uchun bir necha marta tushuntirib, bemorning ahvolini kuzatib turish kerak.

Ruhiy bezovtalikda qo'llab – quvvatlash. Suyak singanda bemor tezda kasalxonaga yotqiziladi. Suyak sinishi har qanday vaqtda kutilmaganda sodir bo'lishi mumkin. Bemor kuchli og'riqni his qiladi va uni o'rab turgan sharoit keskin o'zgaradi. Qarilarda suyak sinishi ko'pincha yiqilish natijasida kelib chiqadi. Ular o'zlarining ehtiyosizliklari tufayli oilalariga bezovtalik olib kelganliklari uchun o'zlarini qiynaydilar, bunga yana harakatning cheklanishi qo'shiladi va ular vahimaga tushib qoladilar. Dastlab jismoniy og'riqlar bartaraf qilinadi. Qari bemor bilan ishonchli munosabat o'rnatib uni kasalxona sharoitiga tayyorlanadi, u suyak sinishini boshdan kechirganligini va bunga ko'nikishi kerakligi tushuntiriladi.

Og'riqni kamaytirishga yo'naltirilgan parvarish.

Sinish paytida kuchli og'riq bo'ladi. Bu og'riqlar ruhiy ta'sir ham qiladi. SHuning uchun og'riqsizlantiruvchi vositalar yordamida og'riq bartaraf qilinadi. Asosiy ehtiyojlarni qondirish va harakat cheklanganda yotoq yaralarning oldini olish.

Singan joyda yotoq rejimni ta'minlash tana harakatining cheklanishini talab qiladi va bu bevosita hayot tarziga ta'sir qiladi. Bemorning o'zi ovqatlanish, fiziologik bo'shalishlar va b. asosiy ehtiyojlarni qondira olmaydi va bunda unga yordam berish kerak.

Tortish, singan joyni kuzatish, asoratlarning oldini olish.

Traksiyani samarali amalga oshirish uchun quyidagilarni kuzatish kerak:

- Tortish to'g'ri yo'nalishda olib borilyaptimi?
- Qo'rg'oshinli yuk vrach ko'rsatmasiga to'g'ri keladimi, krovatga tegilmayaptimi?
- Tortish trosi to'shakka tegilmayaptimi, blokdan chiqib ketmaganmi?
- Boylamning bintlari susayib ketmaganmi?
- Og'riq , uyushish belgilari borligi
- Singan joyda og'riq borligi
- Oyoqlarning harakatchanligi
- Infeksiya, qon ketishlar, terining qizarishi, shish, og'riq, ajralmalar borligi.

Tortish davrida quyidagi asoratlar yuzaga keladi:

**Qon aylanishning buzilishi:** operatsiyadan keyin tortish o'tkazilganda suyak bo'laklari siljiganda ko'pincha, shish, oyoqlarning shishi, kuzatiladi. Periferik arteriyalar pulsatsiyasi, terining rangi, sovuqni his qilishni kuzatib borish kerak.

**Yotoq yaralar:** Yotoq yaralar hosil bo'lishiga moyillik bo'lgan suyak bo'rtmalari sohasiga maxsus gubkalar qo'yish va b. yordamida profilaktika qilinadi.

**Bo'g'imlar kontrakturasi, suyaklar atrofiyasi va muskullar sustligi:** Uzoq vaqt tortilganda ushbu asoratlar rivojlanish ehtimoli yuqori bo'ladi, shuning uchun jismoniy mashqlar bajarib haddan ziyod yotoq rejimining oldini olish kerak.

**Osoyishtalikni ta'minlash:** ikkilamchizararlanishning oldini olish.

**Nevrologik simptomlar:** periferiyada uyushish, sezgi, harakat funksiyalarining buzilishi borligiga e'tibor berish. Ayniqsa, tashqi rotatsiya holatida kichik boldir nervining bosilib qolishida. Shuning uchun oyoqqa o'rtacha holat berib, to'piq uchun mashqlar o'tkazish kerak.

Bemor sog'lig'ini tiklaydigan hamshiralik parvarishi

To'shakdan erta turish.

Bemorning hozirgi vaqtdagi qobiliyatlarini saqlab turish va uning pasayishini oldini olish uchun o'tkaziladi. To'shakda passiv va faol harakatlarni bajarish erta turishga tayyorgarlik sifatida xizmat qiladi.

A) Sog'lom oyoq muskullarini mustahkamlash:

Bo'g'imlar harakatchanligini diapazonida mashqlar o'tkazish (oyoq, tizza, chanoq – son bo'g'imlari), izometrik zo'riqish, qarshilik bilan mashqlar.

V) Zararlangan oyoq muskullarini qo'llab – quvvatlash: Qarshilik bilan mashqlar

S) Qo'llar muskullarini mustahkamlash va qo'llab – quvvatlash: qarshilik bilan mashqlar

D) Ot tovonini profilaktika qilish

E) Krovatga o'tirgan holatni saqlab turish: YArim o'tirgan holatdan boshlab, sekinlik bilan o'tirgan holatga olib borish

Yuqorida ko'rsatilgan mashqlar (A dan E gacha) ni qari bemor ahvolini to'liq tahlil qilinib, fizioterapevt – shifokor bilan maslahatlashgandan so'nggina o'tkazilishi kerak. Bunda albatta mashqlardan keyin dam olishni tashkil qilish kerak, bemorning charchog'i keyingi kunga qolmasligi uchun.

O'z- o'zini parvarish qilish qobiliyatini oshirish va qo'llab –quvvatlash.

Yotoq rejimda parvarishni asosan hamshira qiladi, lekin bemor yotgan holda bo'lsa ham, uning ba'zi harakatlarni qo'llari bilan bajarishini nazorat qilish kerak (yuzini artish). To'shakdan erta turishni operatsiyadan keyingi erta davrlarda amalga oshirish kerakligi uchun iloji boricha uning rejimi darajasiga qarab o'zini parvarish qilishini stimulyasiya qilish kerak. Har kunlik harakatlar diapazoni kengaydan keyin

o‘zi bajara oladigan harakatlarni bajarishi uchun bemorni va sharoitlarni tayyorlash kerak.

## AMALIY QISM

### Bemorga qulay vaziyat yaratish uchun funksional krovatdan foydalanish

1. Krovatni tanlash. Bemorning ehtiyojlariga mos keladigan funksional krovatni tanlang. Bemorning o'lchovlariga mos keladigan krovatni tanlang, bu uning qulayligi va xavfsizligini oshiradi.

2. Bemorni joylashtirish. **Qulay holat:** Bemorni yotqizishda, uning qulay va xavfsiz holatda bo'lishini ta'minlang. Qo'shimcha yostiqlar yoki qoplamalardan foydalaniladi, bu bemorning qulayligiga yordam beradi.

3. Krovatni moslashtirish. Bemorni o'rnini o'zgartirish uchun krovatning balandligini sozlanadi va bemorning bosh va oyoq qismlarini yuqoriga yoki pastga ko'tarish, bu esa og'riqni kamaytirishi mumkin.

4. Harakatlarni osonlashtirish. Bemorning holatini o'zgartirish, o'rnini o'zgartirish uchun krovatning mexanik yoki elektr funksiyalaridan foydalaniladi. **101- rasm**



5. Monitoring va qo'llab-quvvatlash. Bemorni kuzatish: Bemorning holatini doimiy ravishda kuzatib boriladi, agar kerak bo'lsa, yordam ko'rsatiladi.

6. Xavfsizlik choralari. Xavfsizlikni ta'minlash: Bemorni joylashtirganda, xavfsizlikni ta'minlash uchun zarur choralarni ko'riladi (masalan, krovatning chekkalarini qulflash).

### Bo'g'imlar faoliyatini baholash

1. Bemorning bo'g'imlaridagi og'riq, shish, harakat cheklanishi haqida ma'lumot to'planadi. Oldingi kasalliklar, jarrohlik amaliyotlari yoki davolash usullari haqida ma'lumot olinadi.

2. Vizual tekshirish. Bo'g'imlarning ko'rinishini baholanadi (qizil rang, shish, deformatsiya). Teri holati: Bo'g'im atrofidagi terining holatini tekshiriladi (masalan, qizarish, shish).

3. Palpatsiya. Bo'g'imlarni tekshirish: Har bir bo'g'imni qo'l bilan tekshirib, og'riq va shish darajasini aniqlanadi.

4. Harakatlarni baholash. Har bir bo'g'imning harakat diapazonini o'lchash (masalan, flexion, extension). Harakatlarni baholash uchun standart o'lchovlar va diagrammalardan foydalaniladi.

5. Kuchni baholash. Muskul kuchi testlari: Har bir bo'g'im uchun kuchni o'lchash (0-5 ballik sistema).0: Harakat yo'q.1: Mushaklar qisqarishi, lekin harakat yo'q.2: Harakat, lekin gravitatsiyani yengib o'ta olmaydi.3: Gravitatsiyani yengib o'ta oladi, lekin qarshilik ko'rsatmaydi.4: Qarshilik ko'rsatish bilan harakat qiladi.5: Normal kuch.

6. Funktsional testlar. Yurish testi: Bemorning yurish qobiliyatini baholash (masalan, 6 daqiqa davomida yurish).O'z-o'zini parvarish testlari: Bemorning kundalik faoliyatlarini bajarish qobiliyatini baholash (masalan, kiyinish, ovqatlanish).

7. Qiyinchiliklarni aniqlash. Harakat cheklovlari: Bemorning harakatlarida qanday cheklovlar mavjudligini aniqlanadi.O'z-o'zini parvarishdagi qiyinchiliklar: Bemorning o'z-o'zini parvarish qilishdagi qiyinchiliklarini baholanadi.

### **Revmatoid artrit bilan og'rigan bemorlarni fizikal tekshirish**

1. Tarixni o'rganish. Shikoyatlar: Bemorning og'riq, shish, qattqlik va harakat cheklanishi haqida ma'lumot to'planadi. Oldingi kasalliklar, davolash usullari va oilaviy tarixni o'rganing.

2. Vizual tekshirish. Bo'g'implarni tekshirish: Har bir bo'g'imning ko'rinishini baholanadi (qizil rang, shish, deformatsiya).Teri holati: bo'g'im atrofidagi terining holatini tekshiriladi (masalan, qizarish, shish).

3. Palpatsiya. Bo'g'implarni tekshirish: Har bir bo'g'imni qo'l bilan tekshirib, og'riq darajasini aniqlanadi..Harakatni baholash: bo'g'implarni harakatlantirishda og'riqni baholanadi.

4. Kuchni baholash. Muskul kuchi testlari: Har bir bo'g'im uchun kuchni o'lchash (0-5 ballik sistema).0: Harakat yo'q.1: Mushaklar qisqarishi, lekin harakat yo'q.2: Harakat, lekin gravitatsiyani yengib o'ta olmaydi.3: Gravitatsiyani yengib o'ta oladi, lekin qarshilik ko'rsatmaydi.4: Qarshilik ko'rsatish bilan harakat qiladi. 5: Normal kuch. 6. Funktsional testlar. Yurish testi: Bemorning yurish qobiliyatini baholash.O'z-o'zini parvarish testlari: Bemorning kundalik faoliyatlarini bajarish qobiliyatini baholash. 7. Qo'shimcha tekshiruvlar. Laboratoriya tekshiruvlari: Qon tahlillari (masalan, reumatoid faktorni aniqlash).Raqamli tasvirlash: Bo'g'implarning rentgenografiyasi yoki MRT tekshiruvi.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

### Asosiy adabiyotlar ro'yxati

1. Yu. Umarova, I.A. Qayumova. M.Q. Ibragimova “Hamshiralik parvarishi”
2. Toshkent. Abu. Ali. Ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. 2003 yil.
3. G'. O. Haydarov. Sh.X. Ermatov. “Ichki kasalliklar”. Toshkent.
4. Abu. Ali. Ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. 2002 yil.
5. N.R. Paleyev. Medisina hamshirasi spravochnigi.
6. G. Rajabova. “Gerontologiya”. “Ma’rifat-Madadkor” nashri Toshkent – 2002 yil.
7. “Qariyalarimiz – qadriyatlarimiz” uslubiy amaliy qo’llanma. Samarqand – 2002 yil.
8. Xolida Mirfayoz qizi. S.Z. Azizov. “Qariyalarga malham bo’laylik”
9. Toshkent. Abu. Ali. Ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. 2002 yil.
10. Safar Muhammad. “Uzoq yashash sirlari” I – II – III qism. “Shifo info”.
11. “Sihat – salomatlik” jurnali.
12. Ziyaeva M.F. Xodjasheva M.D. “Kattalarda (terapevtik kasalliklar va klinik tekshiruvlar)da hamshiralik parvarishi” “Vorish-nashriyot” Tashkent 2017y
13. Ziyaeva M.F. Xodjasheva M.D. “Sestrinskiy uxod za vzroslymi (terapevticheskie zabolovaniya i klinicheskie obsledovaniya)” Tashkent, “Ilm Ziyoy” nashriyoti, 2015 god.
14. Ermetova D.I. "Terapiya" Tashkent, “Ilm Ziyoy” nashriyoti, 2015 yil.
15. Ziyaeva M.F. Xodjasheva M.D. “Kattalardahamshiralikparvarishi” 1-qism, “Vorish-nashriyot” Toshkent 2014yil.
16. Ziyaeva M.F. “Terapiya” Toshkent, “Ilm Ziyoy” nashriyoti 2014yil.
17. Smoleva E.V. “Sestrinskoe delo v terapii” Rostov- na –Donu, “Feniks”, 2007god.
18. Haydarov G’O. “Ichki kasalliklar” Toshkent, “Abu Ali ibn Sino” nashriyoti, 2002 yil.

### **Qo‘shimcha adabiyotlar**

19. Kalonova I.M. “Kattalarda hamshiralik parvarishi amaliyoti” o‘quv - uslubiy qo‘llanma, Samarkand, 2008yil.
20. Qarshiboev M.T. “Terapiyada amshiralik ishi” metodik qo‘llanma. Toshkent, 2007yil
21. Verner F.P. “Hammabop tibbiyot qo‘llanmasi” Toshkent, G‘afur G‘ulom nashriyoti, 2006 yil.
22. Internet saytlari:
23. [www.med.uz](http://www.med.uz).
24. [www.medical.ru](http://www.medical.ru).
25. [www.minzdrav.uz](http://www.minzdrav.uz).
26. [www.tma.uz](http://www.tma.uz).
27. [www.tashpmi.uz](http://www.tashpmi.uz).
28. [www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz).
29. [www.wikipedia.uz](http://www.wikipedia.uz).
30. <http://bibliotekar.ru>.

ARTEX NASHR

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhih — Madina Mirzakarimova

Texnik muharrir — Raxmonov Shohimardon

Dizayner va sahifalovchi — Raxmonov Shahzod

ARTEX NASHR bosmaxonasida chop etildi.

Samarqand shahar, Alisher Navoiy ko'chasi 27 - uy

Bichimi 60x84 1/16. Times New Roman garniturasida. 20 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 185 /22.06.2026

Tel:(97) 897-80-00