VILOYAT RUXIY-ASAB KASALLIKLAR SHIFOXONASI

O’RTA TIBBIYOT XODIMLARI UCHUN
OLIY MALAKA TOIFASI SAVOL JAVOBLARI

Oliy malaka toifasi uchun:

1. Nafas shovqinlari. Bronxial shovqin va vezikulyar shovqin orasidagi faqrni toping.

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

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

2. Bronxit kasalligini o`tkazgan bemorlarni reabilitatsiyasi, turlari, bosqichlari.

J: Nafas olish a’zolari kasalliklariga chalingan bemorlarni to‘g‘ri parvarishlash kasallarni tezroq sog‘ayib ketishiga va kasalliklar asoratlarining oldini olishga yordam beradi. Nafas olish a’zolari kasalliklariga chalingan bemorlar harakat qilish va dam olish mutanosibligini saqlashi zarur. Nafas olish a’zolari kasalliklariga chalingan bemorlarga jismoniy harakatlar cheklab qo‘yiladi, chunki organizm zo‘riqqanda kasallik zo‘rayib ketadi. Nafas olish a’zolari kasalliklarida bemorlarni nafas yo‘llarining sezgirligini oshiradigan ta’sirlardan (allergenlardan, jismoniy zo‘riqishlardan, sovuq va nam havodan, psixologik stresslardan, tashqi ifoslangan muhitdan, infeksiya o‘choqlaridan) saqlash kerak. Hansirash va bo‘g‘ilish vaqtida hammadan ilgari bemorning ko‘krak qafasini siqib turgan kiyimdan xalos qilish kerak. Nafas harakatlarini kuchaytirish uchun bemorni yarim o‘tirgan holatga keltiriladi. Bemor yotgan palataga toza havo kirib turishini ta’minlash va oksigenoterapiya o‘tkazish zarur.

oksigenoterapiya (kislorod bilan davolash)nafas va yuraktomir sistemasi organlarining talaygina kasalliklarida, ayniqsa kislorodga tanqislikni tez bartaraf etadi.

3. Zotiljam. Krupoz zotiljam va sil kasalligini orasida taqqoslama diagnostika.

J: Krupoz pnevmoniya, ya’ni pnevmoniya kasalligi o‘pkaning butun bo‘lagi yoki ayrim segmentlariga yoyiluvchi o‘tkir o‘pka yallig‘lanishidir.

Krupoz pnevmoniya shu qadar to‘satdan boshlanadiki, bemor og‘rib qolgan kuni ning o‘zini emas, balki soatini ham biladi. Ekssudativ plevrit esa asta-sekin avj olib boradi. Avvaliga nafas vaqtida ko‘krak qafasida og‘riq turib, quruq yo‘tal paydo bo‘ladi, sal isitma chiqib,
ko‘tarila boshlaydi, ko‘krak qafasidagi og‘riqlar o‘rniga esa astasekin hansirash paydo bo‘ladi. Kasallikning zimdan boshlanib, uzoq vaqt davomida zo‘rayib borishi o‘pka raki va sili uchun xarakterlidir.

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 kasalligining eng ko‘p uchraydigan alomatlaridan biri yo‘tal hisoblanadi. U quruq yoki balg‘amli bo‘lishi mumkin. Yo‘talning kelib chiqishiga yallig‘lanish jarayoni, nafas yo‘llarida shilliq modda, yiring va qon to‘planib qolishi, kattalashgan limfa tugunlarining bronxlarni bosishi hamda ko‘ks oralig‘idagi a’zolarning siljishi sabab bo‘ladi. Bu orada halqum, hiqildoq, kekirdak, bronx shilliq qavatidagi va ayrim hollarda plevradagi nerv uchlarining qitiqlanishi uzunchoq miyaning tegishli markazida qo‘zg‘alish paydo bo‘lishi va yo‘tal refeksiga sabab bo‘ladi. Sil kasalligida qon tufash yoki o‘pkadan qon oqish hollari kuzatilishi mumkin. Qon tufash infiltratli sil yoki faollashgan o‘choqli va disseminatsiyali sil kasalligi bor bemorlarda uchraydi. O‘pkadan qon ketganda bir choy qoshiqdan bir necha yuz millilitrgacha toza qon ajralishi mumkin. Qon ketish aksariyat hollarda kasallikning destruktiv turida, ayniqsa, surunkali

kavernoz va sirrozli sil jarayonlarida kuzatiladi.

4. **Stenokardiya. Stenokardiya va miokard infarkti kasalligini orasida taqqoslama diagnostikasi nimadan iborat?**

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

etiologiyasi: asosan giperxolesterinemiya, gipertoniya, kam harakatlilik, semizlik, qandli diabet, stresslar va irsiy omillarga bog‘liq. Stenokardiya – yurak mushaklarining kislorodga bo‘lgan ehtiyoji va uning qon bilan yetib kelishi orasidagi buzilishidir.

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

Miokard infarkti deb, yurakdagi toj arteriyalardan birining birdan tiqilib qolishi natijasida ro‘y beradigan holatiga aytiladi. Bunda yurak muskuli nekrozga uchraydi.etiologiyasi. Bu kasallikda toj tomirlar, ya’ni miokardni qon bilan ta’minlaydigan tomirlar bo‘ylab qon oqishi buziladi, bu yurak sohasida yoki to‘sh orqasida og‘riq paydo bo‘lishiga olib keladi. Toj tomirlar bo‘ylab qon oqishiga ko‘pgina quyidagi omillar to‘sqinlik qilishi mumkin: toj arteriyalar spazmi, aterosklerotik pilakchalar, katta jismoniy yoki asabiy zo‘riqishlarda miokardning zo‘r berib ishlashi.Yurak-tomirlar sistemasi va katta miya po‘stlog‘i o‘rtasi dagi cham barchas bog‘lanishni bilgan holda koronar arteriyalar innervatsiyasi buzilishlari rivojlanishi va koronar yetishmovchilik miokard infarktining asosiy omilidir.

Klinikasi.Yurak sohasida yoki to‘sh orqasida og‘riq to‘satdan paydo bo‘lib, chap yelkaga, chap kurakka, pastki jag‘ga va tananing boshqa qismlariga o‘tadigan og‘riq miokard infarktining asosiy simptomi hisoblanadi. Stenokardiyadagi og‘riqdan farqli ravishda miokard infarktida og‘riq uzoqroq (bir necha soatgacha) bo‘ladi, toj arteriyalarni kengaytiradigan vositalar (validol, nitroglitserin) qabul qilingandan keyin bosilmaydi. Miokard infarktining kechish xillari:

Klassik yoki tipik – og‘riqli; •

Atipik – gastralgik; astmatik; aritmik; serebrovaskular; •

belgisiz xili.

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

5. **O`pka sili bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Pahxez stoli.**

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

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

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

Sil kasalligi quyidagicha yuqishi mumkin:

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

2) alimentar yo‘l – sil bilan kasallangan qoramolning sutidan;

3) transplatsentar yo‘l – ona qorinda yo‘ldosh orqali sil mikobakteriyalari qog‘onoq suvlariga o‘tadi;4) emizganda sut orqali;5) shikastlangan teri orqali yuqadi (patalogoanatomlarda, sut sog‘uvchilarda, laboratoriya xodimlarida);6) kontakt yo‘li bilan (idish-tovoqlar o‘rtada bo‘lganda).
«Birlamchi sil kompleksi» o‘smirlik davrida uchraydi. O‘pka to‘qimasiga tushgan Koh batsilasi «birlamchi o‘choqni» keltirib chiqaradi. Birlamchi o‘choqdan sil mikobakteriyalari regionar limfa tugunlariga tushib, limfangit rivojlanadi. Birlamchi o‘choq va limfangit birlamchi sil kompleksini tashkil qiladi. Organizm yaxshi qarshilik ko‘rsatsa, birlamchi kompleks ohaklanib qoladi.
O‘pka silida kompleks davo qo‘llaniladi. Ovqat bekam-u ko‘st, baquvvat, oqsilga va vitaminlarga boy bo‘lishi, kuniga 4–5 mahal ovqatlanish, ko‘p miqdorda sutli mahsulotlar va qimiz ichish kerak. Ochiq havoda ko‘proq sayr qilish o‘pka ventilatsiyasini yaxshilaydi. Gelioterapiya – quyosh nurlari bilan davolash yaxshi ta’sir ko‘rsatadi, bu muolajalar hamshiralar nazoratida o‘tkaziladi. Nafas badantarbiyasi tayinlanadi. Sil bo‘lgan bemorini davolashda davolashdan oldingi balg‘am tahlili natijalariga, avval qo‘llanilgan silga qarshi davolash kursiga va kasallikning og‘irlik holatiga asosan shifokor tanlaydi.Davolash davomiyligi 1 yilgacha borilganda yaxshi natijalarga erishish mumkin. Quyidagi preparatlar buyuriladi: izoniazid (0,3 g), rifampitsin (0,15 g), pirazinamid (0,3 g) va etambutol (0,4 g), ularning dozalari shifokor tomonidan bemor holatiga, vazniga va og‘irlik darajasiga qarab belgilanadi. Davolash birdaniga 4 ta preparat bilan boshlanib, tekshiruv natijalariga qarab yil davomida kamaytirilib boriladi. Sil jarayoni so‘nib turganda tuberkulin bilan 2–4 oy mobaynida davo qilinadi, t/o yoki elektroforez yo‘li bilan yuboriladi. Davoni oxirigacha yetkazish uchun bemorlar 2–4 oy davomida sil sanatoriylarida davolanadi, asosiy terapiya kursini davom ettirish uchun u yerda ambulatoriyaga o‘tkaziladi va 9 oydan 2 yilgacha davolanadi. O‘pkadan qon ketganda bemorga o‘rindan turmay yotish rejimi buyuriladi. Yeb ichish cheklanadi. Issiq ovqat, qaynoq choy berilmaydi. Venadan 5% – 100 ml aminokapron kislota tomchilab yuboriladi. Venadan 10% – 10 ml kalsiy xlorid eritmasi yuboriladi.Kollapsoterapiya va xirurgik yo‘l bilan davolash. O‘pka kollapsi – o‘pka to‘qimasining tarangligini susaytirib, hajmini kichraytirishdan iborat (plevra bo‘shlig‘iga havo yuborish). Bu usul o‘pkadan qon ketganda, bir o‘pka zararlanganda buyuriladi.
PERXEZ STOL-11 STOL QO’LLANILADI.

6. O`pka raki bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari.

O‘pka saratonining ilk belgilari kutilganidek (doimiy yo‘tal, nafas siqishi, qon aralash balg‘am) kechadi. Yelkalarda ko‘krak qafasining orqa tomonida, hatto, paradoksal ravishda tizza bo‘g‘imlarida kuchli bo‘lmagan muntazam og‘riqlar kuzatiladi. Simptomlar erkaklar va ayollar, chekuvchilar va chekmaydiganlar o‘rtasida ham farq qiladi. Shu bilan birga, klinik yosh qiyofasini sezilarli darajada o‘zgartiradi.
Qayd etish kerak, inson onkologik xavflarni oshiradigan faktorlar bilan uzviy bog‘liq holda yashaydi. Garchi doimiy sog‘lom turmush tarzini tanlaganlar ham saratondan kafolatlanmagan — xastalik har kimga ta’sir qilishi mumkin.

O‘pka saratonining eng ko‘p uchraydigan belgilari qanday?

Biz o‘pka saratoni haqida ma’lum bir kuzatuvlarni bilamiz, biroq bu har doim ham muqobil kelmasligi mumkin. O‘pka saratoniga ishora beradigan eng “mashhur” belgilar kuchsiz bo‘ladi yoki birma-bir paydo bo‘la boshlaydi. Ushbu belgilarga e’tibor bering:

- doimiy yo‘tal.
- nafas siqishi.
- respiratorli infeksiyalarning tez-tez takrorlanishi.
- yo‘tal vaqtida qon.
- yelkalarda, ko‘krak qafasida, qo‘llardagi og‘riq.

- sababsiz vazn yo‘qotish.

O'pka saratoni nima?

O'pka saratoni o'pkada boshlanadigan saraton turidir.

O'pka saratoni belgilari

- Nafas qisilishi
- Ko'krak og'rig'i
- Hiqildoq
- Harakat qilmasdan vazn yo'qotish
- Suyak og'rig'i
- Bosh og'rig'i
- Yo'talayotgan qon

O'pka saratoni sabablari

- Chekish
- Ikkilamchi tutunga ta'sir qilish

O'pka saratoni tashxisi

- Tasvirlash testlari
- Balg'am sitologiyasi
- To'qima namunasi (biopsiya)

O'pka saratoni davolash

Davolash rejasi umumiy salomatlik, saraton turi va bosqichi va bemorning afzalliklari kabi bir qator omillarga bog'liq bo'ladi.

Jarrohlik: Jarrohlik paytida jarroh o'pka saratonini va sog'lom to'qimalarning chegarasini olib tashlaydi. Protseduralarga Wedge rezektsiyasi, segmentar rezektsiya, lobektomiya va pnevmonektomiya kiradi.

Radiatsiya terapiyasi: Radiatsiya terapiyasi saraton hujayralarini o'ldirish uchun rentgen nurlari va protonlar kabi yuqori quvvatli nurlardan foydalanadi.

Kimyoterapiya: Kimyoterapiya saraton hujayralarini o'ldirish va ularning o'sishini oldini olish uchun ishlatilishi mumkin. U tanaga kiritilishi yoki og'iz orqali qabul qilinishi mumkin.

Immunoterapiya: Immunoterapiya saraton kasalligiga qarshi kurashish uchun immunitet tizimidan foydalanadi. Tanangizning kasallikka qarshi kurashuvchi immunitet tizimi saratonga hujum qilmasligi mumkin, chunki saraton hujayralari ularni immun tizimi hujayralari tomonidan aniqlanmaydigan qilib qo'yadigan oqsillarni ishlab chiqaradi. Immunoterapiya bu jarayonga aralashish orqali ishlaydi.

Stereotaktik tana radioterapiyasi:

Maqsadli dori terapiyasi:

Palliativ yordam:

O'pka saratoni xavfi

Buni yanada yomonlashtiradi:

- Chekish
- Radiatsiya terapiyasi
- Ikkilamchi tutunga ta'sir qilish
- Radon gaziga ta'sir qilish
- Asbest va boshqa kanserogenlarga ta'sir qilish

O'pka saratoni asoratlari

- Nafas qisilishi
- Ko'krak qafasidagi suyuqlik (plevral efüzyon)
- Boshqa qismlarga tarqalish Og'riq

Kasalxonada qolish: 5 kun

7. Yurak poroklari bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli.

J: Yurak poroklari — yurakning anatomik tuzilishidagi turg‘un nuqson, kamchilik va o‘zgarishlar; normal qon oqimiga xalaqit beradi. Tug‘ma va orttirilgan Yurak poroklari farq qilinadi. Tug‘ma Yurak poroklari homila yuragi va yurak yirik tomirlarining embrional rivojlanish davrida noto‘g‘ri shakllanishi natijasida ro‘y beradi. Homiladorlikning ilk davrida ona organizmining zaharlanishi, ba’zi kasalliklar bilan og‘rishi, ionlovchi nurlarning biologik ta’siri, irsiy kasalliklar va h.k. sabab bo‘ladi. Go‘daklik davrida (1 yoshgacha) yuraktomir sistemasining to‘la rivojlanmay qolishi (mas, ochiq arterial yo‘llar yoki oval teshikning bitmay qolishi) ham Yurak poroklariga kiradi.

Tug‘ma Yurak poroklari ning ko‘p uchraydigan turlari: katta va kichik qon aylanish doiralari o‘rtasida har xil kombinatsiyadagi anormal yo‘llar, shuningdek, yurakning yirik tomirlari (mas, o‘pka arteriyasi va aorta)da toraygan yoki bitib qolgan joylar bo‘lishi yoki shu tomirlarning noto‘g‘ri joylashuvi; aralash poroklar; yurak bo‘lmachalar soni va tuzilishiga oid nuqsonlar.

Arteriya va vena qonining qay daraja aralashib turishiga qarab ba’zi tug‘ma Yurak poroklari sianoz bilan (ko‘k xildagi poroklar), ba’zilari sianozsiz (oq xildagi poroklar) o‘tadi. Bu qonning katta va kichik qon aylanish doiralarini tutashtiruvchi noo‘rin teshiklar orqali qaysi tomonga oqib o‘tishiga (shunt yo‘nalishiga), o‘pka arteriyasidagi bosimning ko‘tarilishi darajasi va yurak muskullari holatiga bog‘liq. Bolaning jismonan tuzuk rivojlanmasligi, rangparlik yoki ko‘karib ketish, nafas siqishi, yurak hajmi va holatining o‘zgarishi, yurakda shovqin eshitilishi va boshqalar tug‘ma Yurak poroklariga xos belgilardir.

Orttirilgan Yurak poroklari hayot davrida yurakning xastalanishi, aksari revmokardit, ba’zan ateroskleroz, septik endokardit, zaxm va h.k. kasalliklar oqibatida paydo bo‘ladi. Orttirilgan Yurak poroklariga: yurak klapanlarining (yopilish vaqtida) zich berkilmasligi; bo‘lmachaqorinchalar (o‘ng va chap bo‘lmachaqorinchalar) o‘rtasidagi teshik yoki asosiy tomirlar chiqish joyining torayishi (stenozi); shu nuqsonlarning aralash bo‘lishi, bir yoki bir necha klapanda baravar kamchilik bo‘lishi va h.k. kiradi. Yurakning mitral (chap bo‘lmacha bilan qorincha o‘rtasidagi teshik va ikki tavaqali klapan), aortal, mitralaortal va boshqalar poroklari farq qilinadi. Yurak poroklarida klapan nuqsonlari tufayli qon qisman orqaga qaytib tushadi yoki toraygan teshikdan zo‘riqib o‘tishi natijasida yurakning muskul devori qalinlashib (gipertrofiya), keyinchalik qisqarish kuchi susayadi, bo‘shliqlari kengayadi (dilatatsiya). Natijada qon aylanishi izdan chiqib — qon aylanishi yetishmovchiligi sodir bo‘ladi. Orttirilgan Yurak poroklari tez yoki uzoq vaqt davomida asta-sekin yuzaga keladi. Paydo bo‘lgan illatning joyi, turi, darajasiga qarab kasallikning klinik belgilari turlicha namoyon bo‘ladi. Ba’zan u uzoq vaqt hech qanday belgisiz kechishi ham mumkin. Homiladorlik, zotiljam, gripp, shuningdek, kuchli jismoniy zo‘riqish va boshqalar kasallik belgilarining quchayishi va ro‘yrost namoyon bo‘lishiga olib keladi. Tomir urishining tezlashuvi, oyoqlarda shish, hansirash kabi yurak yetishmovchiligi belgilari va yurakda shovqin paydo bo‘lishi yurak porogi borligidan darak beradi. Yurak poroklari ning klinik ko‘rinishi porokning xususiyati, shuningdek, unga sababchi asosiy kasallikning kechishi, bemorning mehnat va dam olish rejimiga bog‘liq. Vaqtida terapevtik va jarrohlik usulida davolash bemor ahvolini yengillashtirib, umrini uzaytirish imkonini beradi.

8. Gatrit kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

Me’da shilliq pardasining o‘tkir yallig‘lanishi (kuyish va boshqao‘zgarishlar) — polietiologik kasallik 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 tarqalishi mumkin. Bu etiologik omillarning xarakteriga, patogenligiga, ta’sir yo‘llariga, patologik jarayon rivojlanishining mexanizmiga va davomliligiga bog‘liq.

Etiologiyasi va patogenezi. O‘tkir gastrit sifatsiz ovqat yeyishoqibatida 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 yeb qo‘yish o‘tkir gastritga olib kelishi mumkin.Bu, o‘z navbatida, me’da shirasi ishlab chiqaradigan hazm bezlarining zo‘r berib ishlashiga va puturdan ketishiga olib keladi.
Me’da shirasining ortiqcha ko‘p yoki kam miqdorda ajralishi ovqat hazm qilish jarayonini buzadi. Turli xil oziq-ovqat mahsulotlarining qoldiqlari me’da shilliq pardasini ta’sirlantirib, uning yallig‘lanishiga sabab bo‘ladi. O‘tkir gastritning ehtimol tutilgan ikkinchi sababi — urinib qolgan mahsulotlarni iste’mol qilishdir. Turib qolgan ovqatda hosil bo‘lgan zaharli moddalar me’da shilliq pardasining yallig‘lanishiga olib keladi. Bundan tashqari, uzoq vaqt saqlangan ovqatda patogen mikroorganizmlarning rivojlanish xavfi kuchayadi, ular ovqatdan zaharlanishni keltirib chiqarishi mumkin. Me’da shilliq pardasiga tobiga yetkazib pishirilmagan ovqat (chala pishgan, chala qovurilgan go‘sht, baliq) shuningdek, sirka, gorchitsa, qalampirni iste’mol qilish yoqimsiz ta’sir ko‘rsatadi.Bu ziravorlar me’da shilliq pardasini, ayniqsa, uning kichik egriligi sohasida zaralantiradi, bu yerda me’da kanali nomini olgan kanal (me’da yo‘lakchasi) — ovqat massasi me’daning kirish qismidan chiqish qismigacha bosib o‘tadigan yo‘li joylashadi.
O‘tkir gastrit rivojlanishiga ko‘pincha uzoq vaqtgacha ovqatni kam yeb 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. Me’da shilliq pardasidagi o‘tkir o‘zgarishlar aksariyat patogen mikroorganizmlarning turli xronik o‘choqlardan (otit, gaymorit, tonzillit, xoletsistit, appenditsit va b.) tushishi oqibatida sodir bo‘ladi.
Klinik manzarasi. O‘tkir gastritning bir necha variantlari kuzatiladi: 1.O‘tkir oddiy gastrit.
Uning rivojlanishida ekzogen (pala-partish ovqatlanish, ovqat toksikoinfeksiyalari, dori-darmonlar, ko‘p ovqat yeyish 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 yetishmovchiligi belgilari (rangparlik, gipotenziya, taxikardiya), leykotsitoz, aksariyat buyraklarning toksinli zararlanish belgilari bilan namoyon bo‘ladi.
2.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 yetishmovchiligi belgilari — kollaps (ba’zan shok holati) kuzatiladi.
3.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, giperleykotsitoz bilan neytrofilli siljish (toksik donadorlik bilan), SOE 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; —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% glukoza eritmasi, 10 ml 10% li osh tuzi eritmasi yuborish va suvsizlanishga qarshi kurash bo‘yicha boshqa dezintoksikatsion terapiya choralarini ko‘rish;
—zarur bo‘lganda tomirlar yetishmovchiligida ishlatiladigan preparatlar: kofein, kordiamin, mezaton, adrenalin, yurak dorilari—strofantin, korglukon, allergiyani yo‘qotuvchi vositalar —
kalsiy xlorid, dimedrol, kalsiy glukonat, 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 davo qilish; —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 yemay 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. 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 yetakchi 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 mikrob 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— Kushing kasalligi, qandli diabet); kasallangan a’zolardan reflektor ta’sir o‘tishi (xoletsistit, gepatit va b.); modda almashinuvining buzilishi (o‘ta semizlik, organizmda temir moddasining yetishmovchiligi, padagra); to‘qimani gipoksiyaga olib keluvchi kasalliklar (yurak-tomirlar yetishmovchiligi, jigar va buyrak yetishmovchiligi); 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.
Patogenezi. Gastrit rivojlanishida ekzogen va endogen sabablarning uzoq vaqt ta’sir etib turishi kuzatiladi. Gastrit rivojlanishida qatnashadigan muhim omil me’daning harakatlanish vazifasining buzilishi hisoblanadi. U me’da mushak pardasi tonusining yo kuchayishi, yoki keskin pasayishi bilan o‘tadi. Har ikkala holda ham ovqat hazm qilish jarayoni o‘zgaradi va me’da shilliq pardasi yallig‘lanib, o‘zgarib, vaqt bilan surunkali tus oladi. Me’da devori hujayralarida xlorid kislota ishlab chiqarishning buzilishi, harakat va uning evakuator vazifasining, me’da devorida qon aylanishining buzilishi quyidagi me’dada o‘zgarishlariga olib keladi:
—ko‘p ishlanishi natijasida vodorod ioni ko‘payib sulfatazaning aktivligini susaytiradi, sulfataza me’da shirasi tarkibini buzadi;
—harakat va evakuator vazifasi buziladi, bunda:

a) og‘riq paydo bo‘ladi;
b) me’da va ichak dispepsiya simptomlari yuzaga keladi;
d) me’da shirasi buziladi.
Shunday qilib, me’daning harakati va evakuator vazifasining buzilishi, o‘n ikki barmoq ichak shirasining me’daga otilishi kuzatilib, unda oshqozon osti bezining shirasi va o‘t kislotasi me’dada sof vodorod ioni hosil bo‘lishini kuchaytiradi. Bu esa me’da shirasi ajralishini susaytiradi, uning vazifasini pasaytiradi, natijada me’da shilliq pardasini tubdan o‘zgartiradi. Me’da shilliq osti qavatida arteriya va vena tomirlari orasida qo‘shimcha yo‘l ochiladi, bu esa me’da devorining kamqonligiga olib kelib, uning regenerator vazifasi buzilishiga olib keladi.
Epitelial bezlar regeneratsiyasining buzilishi surunkali gastritning rivojlanishida asosiy rol o‘ynaydi. Boshqa hamma holler ekzogen va endogen sabablarning, me’da shilliq pardasining jarohatlanishi natijasidir. Kasallik rivojlanishida shilliq parda ostida shish va yallig‘lanish vujudga keladi. Surunkali gastritda me’da shilliq qavatining tarkibi o‘zgaradi, plazmatik to‘qimalar kuchayib, qalin to‘qimalar kamayadi.
Gastrofibroskopiya qilinganda gastritlar quyidagilarga bo‘linadi:
ekssudativ gastrit, eroziv gastrit, atrofik gastrit, gemorragik gastrit,refluks gastrit, gastrit—shilliq qavat giperplaziyasi bilan.
Klinik manzarasi. Bemorlar qorinda to‘sh osti sohasidagi
doimiy o‘rtacha og‘riq, ishtaha pasaygani, og‘izda yoqimsiz maza bo‘lib turishi, yeyilgan 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 manbayi 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 yeyish 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 yeyilgandan 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 yeyilgandan keyin biroz kuchayadigan og‘riq bo‘ladi.
Kasallikning ko‘p uchraydigan simptomlariga, shuningdek, zarda qaynashini kiritish mumkin. Zarda qaynashiga me’da muskulaturasining keskin qisqarishi sabab bo‘ladi, uning suyuqligi, xususan, xlorid kislota qizilo‘ngachning pastki qismiga otilib chiqadi va uning shilliq pardasini ta’sirlantiradi. Zarda qaynashidan tashqari, achchiq kekirish va qayt qilish kuzatiladi. Sekretor yetishmovchilik bilan o‘tadigan gastritda to‘sh osti sohasida oz-moz og‘riq, og‘irlik sezgisi, yeyilgan 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 ahvolining 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. Ovqat

qizilo‘ngachning pastki qismiga o‘tib, qusuq massalari ko‘rinishida tashqariga otiladi. Surunkali gastritning obyektiv 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 ozozdan nisbatan qisqa vaqt oraliqlarida (kuniga 5—6 marta) ma’-lum soatlardagina yeyishi mumkin va kerak. Jismoniy va ruhiy zo‘riqishlardan saqlanish zarur. Bemor ovqatdan keyin o‘rinda qoringa iliq isitgich qo‘yib, yotib dam olishi kerak. Tibbiyot hamshirasi ayrim davo muolajalarini bajara olishi, masalan, me’dani yuvishni bilishi kerak. Me’dani yuvish, ayniqsa, me’da zondi yordamida yuvish qat’iyan shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha bajariladi.

Ayrim hollarda shifokor me’dani „xonaki usul“da — zondsiz yuvishni tavsiya qiladi. Bu davo chorasi shunga asoslanganki, qator kasallik sezgilarini (to‘sh ostida og‘irlik sezgisi, ko‘ngil aynishi, so‘lak oqishi) paydo qiladigan ko‘p miqdordagi shilimshiqni me’dadan sun’iy qustirish yordamida chiqariladi. Buning uchun ozroq natriy karbonatni (har bir stakan ichimlik suvga 1/2 choy qoshiqda) 4—5 stakan iliq suvda eritiladi. Bemor 4—5 stakan eritmaning hammasini ichadi, shundan so‘ng barmoqlari bilan til ildiziga ta’sirlantirib qayt qiladi. Ba’zan me’da mineral suv bilan yuviladi. Me’dani necha marta yuvish kerakligini shifokor belgilaydi. Bu jarayonning og‘ir-yengilligiga bog‘liq.

Zaharlanish bilan bog‘liq o‘tkir gastritda va tashxisni aniqlash talab etiladigan hollarda yuvindi suv laboratoriya tekshirishlari uchun qoldiriladi. Ular toza idishga yig‘iladi va og‘zini mahkam bekitib, salqin joyda saqlanadi. Me’dasi yuvilgan bemor 5—12 minutgacha qorniga iliq isitgich qo‘yib yotishi kerak. Isitgich og‘irlashib ketmasligi uchun ko‘p suv qo‘ymaslik lozim, isitgichdagi suv juda qaynoq ham bo‘lmasligi, uni qoringa to‘g‘ridan to‘g‘ri qo‘ymay, ikki qavat qilib buklangan sochiq ustida qo‘yish kerak. Parhez ovqatlarning ahamiyati katta. Surunkali gastriti qo‘-zigan bemorga dastlabki kunlarda ovqat yeyishga 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 yeyiladigan 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 yeyish, 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, yerqalampir, sirka ratsiondan chiqariladi. Hazm shirasi sekretsiyasi buzilganda ovqat yaxshi hazm bo‘lmaydi, shuning uchun ko‘p ovqat yeyish bemorning hazm apparatiga yomon ta’sir qiladi. Nonushtadan keyin 2—3 soat o‘tgach ikkinchi marta ovqat yeyish mumkin. Olma, olcha, olxo‘ri, malina yoki qora smorodinadan tayyorlangan kompot yoki suyuq kompotdan bir stakan, shuningdek, sut, bir kunlik qatiq yoki yangi kefirdan bir stakan ichish mumkin. Yong‘oqdan tayyorlangan kofeni sut bilan ichishga ruxsat etiladi. 2- nonushtadan keyin 2—3 soat o‘tgach uchinchi marta ovqat yeyish kerak. Yaxna ovqat—vinegret (ozgina kungaboqar moyi qo‘shilgan, qaynatilgan kartoshka, lavlagi, sabzi). Birinchi ovqatga

taxminan yarim likobcha sho‘rva beriladi. Go‘sht, 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 yeyiladi: 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 unutmaslik kerak.

1. Me’daning yallig‘langan shilliq pardasiga ta’sir etishda
parhezdan tashqari quyidagi dori moddalari ishlatiladi:
a) pirimidin asoslar: metiluratsil, pentoksil;
b) anobolik gormonlar: nerobol, retabolil m/o;
d) vitaminlar: B
1, B6 , 5% li m/o, askorbin kislota m/o;
e) me’da devorining qon aylanishini yaxshilash uchunkomplamin, 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;
b) 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, noshpa, 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 yo‘lga solish:
a) fermentli dori moddalarni buyurish: panzinorm 1 tabletkadan
3 marta ovqat bilan, pankreatin 1 g dan 3 marta ovqatdan oldin;
b) 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. Mineral suv kasallik qo‘ziganda ambulatoriya va shifoxonada davolash davrida ham qo‘llaniladi. Ularni kuniga 2—3 marta, ovqatdan oldin 1/2 stakandan ilitilgan holda ichiladi. Surunkali gastritda ular hazm bezlari faoliyatini yaxshilaydi, me’daning sekretor va motor faoliyatini me’yorga soladi, me’dada yig‘ilib qolgan shilimshiqning erib ketishiga va haydalishiga yordam beradi. Davolash, odatda, kam minerallangan suvlardan boshlanadi, asta-sekin ko‘proq minerallangan suvlarga o‘tiladi. Sekretsiya ajralishi va me’da suyuqligi kislotaliligi oshgan gastritda, odatda, borjom, sekretsiyasi pasaygan gastritda Yessentuki [1] 17 tayinlanadi.

Parvarishi. Xronik gastritli bemorlarni parvarish qilish hamshiradan shifobaxsh ovqatlar asoslarini bilishni talab etadi.

Bemorga ovqatni qat’iy belgilangan soatlarda yeyish haqida tushuntirish, spirtli ichimliklar ichishni, chekishni qat’iyan taqiqlash zarur.
Gastritda parvarish qilishning quyidagi xususiyatlari bor. Tibbiyot hamshirasi bemorning me’dasini me’da zondi yordamida yuvishni bajara olishi va unga uy sharoitlarida me’dani zondsiz yuvish qoidalarini tushuntira bilishi kerak. Og‘ir o‘tkir gastritda bemorning tez-tez qayt qilgisi kelganda, boshini yon tomonga burib qo‘yish kerak, chunki bemorning harakat qilishi qiyinlashib, bo‘shashadi, qusuq massalarining nafas yo‘llariga tiqilib qolishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun tog‘arachani uning yuziga yaqin qo‘yiladi. Ichak faoliyati ham buzilganda (ich ketish) oqliklarini o‘z vaqtida alishtirish, bemorning birdaniga darmoni qurib qolganida tagiga sudno qo‘yish kerak. Har gal defeksiyadan keyin orqa chiqaruv sohasidagi teri iliq suv bilan yuviladi, so‘ngra doka tampon bilan quritiladi.

Diet STOL №2- surunkali gastrit, o'tkir gastrit, enterit va kolit, hr. enterokolit

9. Gastroenterokolit. Gastroenterokolit va appenditsit kasalligini orasida taqqoslama diagnostika.

J: Gastroentokolit □me□da va ichaklarning yallig□lanishidir.
Xronik enterit—ingichka ichakning, kolit esa yo‘g‘on ichakning yallig‘lanishi. Ular, ayniqsa kolitlar, hazm sistemasining ko‘p uchraydigan patologiyasidir. Ingichka ichakdagi yallig‘lanish jarayonlarini yo‘g‘on ichakdagi shunday jarayonlardan qat’iy chegaralab qo‘yishga urinish hamisha o‘zini oqlayvermaydi, chunki jarayon xronik kechayotganda unga hamma ichaklar ozmi-ko‘pmi darajada albatta tortiladi. Organizm og‘ir metallar,ishqorlar, spirt bilan zaharlanishi,
kasallik qo‘zg‘atuvchi virus va bakteriyalar ta’siri, ovqatlanish rejimining buzilishi, ovqatdan yoki doridan yuzaga keladigan allergiya va boshqalar sabab bo‘ladi. Ko‘pincha, bakteriyalardan zaharlanish natijasida ro‘y beradi. Me’da shirasi tarkibida kislota miqdorining kamayishi,organizmda vitaminlar yetishmasligi, jismonan zo‘riqish kabi omillar gastroenterokolitga sabab bo‘ladi
Klinikasi. Kasallik to‘satdan boshlanadi, bemorning ko‘ngli aynib, to‘xtovsiz qayd qiladi, ichi ketadi,qorin og‘rib quldiraydi, ishtahasi yo‘qoladi. Ba’zan organizmning zaharlanish belgilari ham qo‘shiladi: boshi og‘rib, harorati ko‘tariladi, og‘irroq kechganda yurak-tomir faoliyati buziladi, jigar va taloq kattalashadi, quvvatsizlik, hushdan ketish hollari kuzatiladi. O‘tkir gastroenterokolit to‘la-to‘kis davolanmasa, xronik tus olib gastrit,kolit kabi asoratlar qoldirishi mumkin. O‘tkir gastritning ilk bor simptomlari paydo bo‘lishi bilan darhol shifokorga murojaat qilish kerak.

Davolash:

—kasallik qo‘zigan davrda bemorni kasalxonaga yotqizish;
—parhez bilan davolashga katta ahamiyat berish;
—dori-darmonlar bilan davolashda: antibakterial preparatlar,
hazm fermentlari, vitaminlar qo‘llash;
—fizioterapevtik muolajalar o‘tkazish;
—dispanser kuzatuvida bo‘lish lozim.

Appenditsit – bu ko'richak qo'shimchasidagi yallig'lanish jarayoni (chuvalchangsimon o’simta yoki appendiks). Kasallik o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin.

Appenditsit – bu ko'richak qo'shimchasidagi yallig'lanish jarayoni (chuvalchangsimon o’simta yoki appendiks). Kasallik o'tkir yoki surunkali bo'lishi mumkin.
Statistikaga ko'ra, appenditsit qorin bo'shlig'ining boshqa kasalliklariga qaraganda ancha keng tarqalgan. Shunday qilib, u taxminan 89% ni tashkil qiladi. U erkaklar va ayollarda bir xil darajada uchraydi. Ta'kidlanishicha, 10-30 yoshdagi odamlarda ko'richak qo'shimchasining yallig'lanishi boshqalarga qaraganda ko'proq uchraydi.
Appendiks - bu ko'richakning boshlang'ich (rivojlanmagan) qo'shimcha qismi. Ko’rinishidan u bir tomondan ichak bo'shlig'iga kichik huni shaklidagi teshik orqali bog'langan cho'zinchoq

ingichka naychaga (uzunligi 5-15 sm) o'xshaydi. Bundan tashqari, qo'shimchada tutqich mavjud bo'lib, uni mahkamlaydi yoki harakatga keltiradi.
Inson tanasiga bu rivojlanmagan qo'shimcha nima uchun kerakligi hali ham aniq emas. U zararli moddalarni ushlab qoladi, shilliq sekretsiyani chiqaradi va sog'lom ichak mikroflorasini ta'minlaydi.
Apenditsit o'tkir yoki surunkali bo'ladi. Birinchi holda, u quyidagicha tasniflanadi:

- o'tkir (oddiy) kataral. Qo'shimchada limfa va qonning turg'unligi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bu o'simtaning shilliq qavatida yiringli yallig'lanish jarayoniga olib kelishi mumkin. Natijada, ikkinchisi haddan tashqari qon bilan to'ldirilganligi sababli shishib ketganday, hajmi sezilarli darajada oshadi. Agar oddiy o'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorga shoshilinch jarrohlik yordami ko'rsatilmasa, kasallik halokatli shaklga o'tishi mumkin;
- o'tkir destruktiv appenditsit:
    - flegmonoz— yarali (qo'shimchaning membranalari yaralanadi),
    - flegmonoz (qo'shimchaning devorlari leykotsitik infiltrat bilan to'liq to'ldiriladi, yiring chiqadi);
    - apostematoz (yallig'langan jarayonda ko'p miqdordagi mikroabsesslar paydo bo'ladi);
    - gangrenoz (qo'shimchada sodir bo'ladigan o'z vaqtida bloklanmagan halokatli reaksiyalar natijasida yuzaga keladigan eng rivojlangan shakl).

Ko'richak qo'shimchasining surunkali yallig'lanishi 3 xil bo'ladi:

- rezidual;
- birlamchi surunkali;
- retsidivlashtiruvchi.

Bu appendiksning atrofiyasiga, appendiks devorlarida granulyatsiya to'qimalarining o'sishiga olib keladi. Appendiks tuynugida seroz suyuqlik to'planib qolsa, kista paydo bo'ladi.

Appenditsitning sabablari

Appendiks yallig'lanishining aniq sabablari topilmagan. Kasallik nomlangan segmentda yashovchi bakterial mikroorganizmlar tomonidan qo'zg'atiladi, deb ishoniladi. Agar odam sog'lom bo'lsa, ular uning sog'lig'iga zarar etkaza olmaydi, chunki ular limfoid to'qima va shilliq pardalarga kira olmaydi.
Ammo immunitetning pasayishi bilan bu mikroorganizmlar membranalarda tarqala boshlaydi, tez progressiv yallig'lanish jarayoni paydo bo'ladi.
Shuningdek, shifokorlar appenditsitning bo'lishi mumkin bo'lgan sabablari deb quyidagilarni aytishadi:

- yaxshi sifatli/yomon sifatli neoplazma, axlat to'planishi, limfa to'qimalarining patologik o'sishi. Gap shundaki, chuvalchangsimon o'simta doimiy ravishda sekresiya chiqaradi. Agar u tiqilib qolsa, sekresiya chiqishi imkonsiz bo'lib qoladi. U asta-sekin qo'shimchaning devorlarini cho'zib, to'plana boshlaydi. Natijada shilliq qavat yallig'lanadi;
- sog'lom ovqatlanish qoidalariga e'tibor bermaslik. Agar meva va sabzavotlar kundalik ratsionga kiritilmagan bo'lsa, o'simlik tolalari tanaga kirmaydi, ichak devorlari yomon qisqaradi. Turib qolgan axlat toshlarning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin, ulardan biri appendiksdan chiqadigan shilimshiqning tabiiy chiqib ketish jarayonini blokirovka qilishga olib kelishi mumkin;
- qon aylanishi bilan bog'liq muammolar. Appendiksni qon bilan ta'minlaydigan arteriyalar trombni to'sib qo'yishi mumkin. Keyin uning devorlari kerakli ozuqa moddalarini olishni to'xtatadi va yallig'lanish kelib chiqadi;

- allergiya. Chuvalchang simon o’simta immunitet elementidir, chunki u limfoid to'qima tomonidan hosil bo'ladi. Immunitet hujayralarining buzilishi tufayli unda allergik reaksiyalar rivojlanadi;
- tez-tez ich qotishi. Doimiy ich qotishida axlat ichak orqali juda sekin harakatlanadi, tiqiladi va ko'pincha appendiksga tushib qoladi.

Erkaklar, ayollar va bolalarda appenditsit belgilari

Apenditsit juda tez rivojlanadi, shuning uchun uning belgilari har doim yorqin bo'ladi. Ammo bu shifokor oldindan tekshiruvsiz to'g'ri tashxis qo'yishi mumkin degani emas. Kasallikning dastlabki belgilari "o'tkir qorin"atamasi bilan tavsiflanadi. Bu shuni anglatadiki, bemor qattiq og'riqni boshdan kechiradi.

Bolalar va kattalardagi appendiks yallig'lanishining umumiy belgilari orasida:

- qattiq og'riq. Avvaliga u "tarqoq" bo'lishi mumkin-bemor qaysi zonaning eng og'riqli ekanligini aniq ko'rsata olmaydi, chunki uning deyarli butun qorni og'riyapti. Ba'zida noqulaylik kindik yaqinida, ba'zida o'ng / chap tomonda qovurg’a tagida paydo bo'ladi.
- Bir necha soatdan keyin og'riq qorinning pastki qismida o'ng tomonda (yonbosh sohasi) to'planadi. Avvaliga sanchiqli, keyin esa to’xtovsiz og’riq bo’ladi. Appendiksda yallig'lanish qanchalik kuchli bo'lsa, bemor shunchalik azoblanadi.
- Agar o’simta yiringli tarkib bilan to'lsa, oshqozonda pulsatsiya hissi paydo bo'ladi. Keyin odam shoshilinch tibbiy yordam brigadasi kelguniga qadar hech bo'lmaganda o’zining ahvolini engillashtirish uchun majburiy pozitsiyani egallaydi-u oyoqlarini o’ziga tortib og'riqli tomonga yotib oladi.
- Agar qo'shimchaning shilliq pardalari o'lishni boshlasa, og'riq asta-sekin pasayadi. Bu asab tugunlarining yo'q qilinishi bilan bog'liq. Ammo tez orada yiringli massalar qorin bo'shlig'iga kirib boradi va og'riq yangi kuch bilan paydo bo'ladi.
- Ko'pchilik appenditsit qaysi tomonga zarar etkazishi bilan qiziqishadi. Shuni ta'kidlash kerakki, hammada ham chuvalchangsimon o’simta qorinning o’ng tomonida joylashgan emas. Shuning uchun kasallikning rivojlanishi jarayonida noqulay his har doim ham o’ng tomonda bo’lmaydi. O’simta noto'g'ri joylashishganda og'riq chap tomonda bo’lishi mumkin. Bu appenditsitni oshqozon osti bezi yallig'lanishi, bachadon naychalari, oshqozon/o'n ikki barmoqli ichak yarasi, kolik, o't toshlari va boshqa kasalliklardan farqlash muhimligini ko'rsatadi.;
- tana holatining o'zgarishi, sakrash, yugurish, aksirish/yo'talish, qorin bo'shlig'i mushaklarining taranglashishida kuchayadigan og'riq;
- qusish va ko'ngil aynishi. Ular "o'tkir qorin"alomatlaridan bir necha soat o'tgach paydo bo'ladi.
- ishtahani yo'qotish;
- qabziyat (ichak qisqarishni to'xtatadi, uning ishi buziladi). Shuni ta'kidlash kerakki, o'simtaning noto'g'ri joylashgan bemorlarda yallig'langan devorlarning ingichka ichak bilan aloqasi bo'lishi mumkin. Keyin qisqarish sezilarli darajada oshadi, diareya paydo bo'ladi;
- palpatsiya paytida qorin og'rig'i. Bunday holda, shifokor his qilish paytida qorin bo'shlig'ida siqishni, mushaklarning aniq kuchlanishini qayd etadi;
- lohaslik, rangsizlashgan teri;
- haroratning ko'tarilishi.

Appenditsit diagnostikasi qanday amalga oshiriladi

Kuchli og'riqni keltirib chiqaradigan narsani aniqlash uchun shifokor bemorni tekshiruvdan o'tkazadi. Uning davomida u shikoyatlar qachon paydo bo'lganligini, og'riq qayerda sezilganligini, bemor so'nggi kun davomida nima yeb-ichganini, surunkali/o'tkir kasalliklarga chalinganligini, bolaligida qanday kasal bo'lganligini, yaqin qarindoshlarida oshqozon-ichak kasalliklari mavjudligini va boshqalarni aniqlaydi.

Shu bilan birga, jarroh og'riqli qorinni asta ushlab ko’radi, terini, shilliq pardalarni tekshiradi.

Shuningdek, appenditsit diagnostikasi laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazishni o'z ichiga oladi:

- tanadagi yallig'lanish jarayonining mavjudligi umumiy qon tekshiruvi yordamida aniqlanadi;
- ichki organlarning holati va ularning kasalliklarini istisno qilish biokimyoni yig'ish orqali amalga oshiriladi.

Bundan tashqari, agar bemorning ahvoli imkon bersa, undan siydik tizimi va oshqozon-ichak traktining ishini baholash, parazitlar mavjudligini istisno qilish uchun siydik va axlat analizlarini o'tkazish so'raladi.
UZI tekshiruvida tashxischi appendiksni lokalizatsiyasini va u bilan sodir bo'layotgan o'zgarishlarni ko'radi. Bunga parallel ravishda buyraklar, jigar, o't pufagi kasalliklari bor-yo'qligini tekshiradi.

O'tkir appenditsitni davolash

Jarrohlikka murojaat qilmasdan appenditsitni davolash va og'riqdan xalos bo'lish mumkin emas. Yallig'langan qo'shimchani majburiy olib tashlash kerak. Shuning uchun appenditsitning dastlabki tashxisi tasdiqlangan bemor darhol jarrohlik aralashuvga tayyorlana boshlaydi. U dushga olib boriladi, klizma qilinadi, siydik pufagini bo'shatish buyuriladi.
Keyin ular operatsiya xonasiga olib boriladi, u erda yallig'langan qurtsimon o’simta olib tashlanadi. Operatsiya murakkab toifaga kirmaydi. Uni ikki xil usulda bajarish mumkin:

- laparotomik (qorin old devoridagi kesma orqali);
- Laparoskopik (qorin old devoridagi kichik teshik orqali).

Ikkinchi variant bugungi kunda tobora ko'proq foydalanilmoqda, chunki u minimal invaziv bo'lib, bemorlarga davolanishdan keyin tezroq tiklanishiga imkon beradi va operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanish xavfini kamaytiradi. Bundan tashqari, laparoskopik operatsiyalar tanada sezilarli iz qoldirmaydi, bu ham muhim ahamiyatga ega.
Appendiksni olib tashlash bo'yicha operatsiyadan so'ng, bemorga bir yarim oy davomida jismoniy faollikni kamaytirish tavsiya etiladi. Shuningdek, u terapevt va jarroh tomonidan kuzatilishi kerak, chandiqning holati diqqat bilan kuzatib boriladi.

Appenditsit operatsiyasidan keyin nima yeyishingiz mumkin

Apendiksni olib tashlagandan keyin parhez shirinliklar, xamir ovqatlar, yog'li go'sht, spirtli ichimliklar, qahva, yarim tayyor mahsulotlar, ziravorlardan voz kechishni o'z ichiga oladi. Tvorog, sho’rva, don, meva va sabzavotlarga e'tibor qaratib, kichik porsiyalarda eyish kerak.

Nima uchun appenditsit xavfli

Appenditsit quyidagilarga olib kelishi mumkin:

- peritonit;
- operatsiyadan keyingi chandiqning yallig'lanishi;
- ichki qon ketish;
- yallig'langan appendiks hududida infiltratning to'planishi;
- o’simta tarkibining qorin bo'shlig'iga tarqashi;
- sepsis;
- qon aylanishining buzilishi.

Apendisitning oldini olish

Appenditsit rivojlanishini 100% oldini olish mumkin emas. Lekin oddiy qoidalarga rioya qilish orqali appendiks yallig'lanish xavfini kamaytirishingiz mumkin:

- ratsional ovqatlanish;
- yuqumli kasalliklarni malakali va o'z vaqtida davolash;
- qabziyatni davolash;
- parazitar kasalliklarini davolash.

Ushbu maqola faqat kognitiv maqsadlar uchun joylashtirilgan va ilmiy material yoki professional tibbiy maslahat emas.

10. Xolesistit kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

Parxez Diet N-5, N-5a- jigar kasalligi va o't yo'llari.

- Xîletsistit — o‘t pufàgining yallig‘lànishidir. Bu kàsàllik keng tàrqàlgàn bo‘lib, àyollàrdà ko‘p uchràydi. Etiîlîgiyasi. Xîletsistitning kelib chiqishidà hàr xil bàkteriyalàr kàttà àhàmiyatgà egàdir: (ichàk tàyoqchàsi, stàfilîkîkk, enterîkîkk, streptîkîkk), bà’zi hîllàrdà lyambliîz hàm tà’sir qilàdi.
- Hîzirgi vàqtdà xîletsistitning kelib chiqishidà virusli nàzàriyaning hàm àhàmiyati bîrligi isbîtlàngàn. Tîksik và àllergik tàbiàtgà egà bo‘lgàn xîletsistitlàr uchràydi, o‘t pufàgigà mikrîb flîràsining kirishi quyidàgi yo‘llàr bilàn sîdir bo‘làdi:
- 1.Enterîgen—ichàk îrqàli.
- 2.Gemàtîgen (qîn îrqàli) àyrim infeksiya o‘chîqlàridàn,
- 3.Limfîgen (limfà tîmirlàri îrqàli).
- O‘t pufàgigà mikrîb flîràsining tushishi hàmmà vàqt ham yallig‘lànishgà îlib kelàvermàydi. Xîletsistit kelib chiqishidà àsîsiy mîyillik qiluvchi îmil o‘tning o‘t pufàgidà dimlànishi hisîblànàdi. O‘t tîshlàri, o‘t chiqàruvchi yo‘llàrning buràlib qîlishi và siqilishi, o‘t pufàgi và o‘t chiqàrish yo‘llàrining diskineziyasi hàmdà o‘t pufàgi và yo‘llàrining ànàtîmik tuzilishidàgi hàr xil nuqsînlàr o‘t dimlànishigà îlib kelàdi.
- Kàsàllikning kechishi và uning àsîràtlàri. Kàsàllik îqibàti yaxshi tugàshidà îg‘riq, hàrîràt và qînning o‘zgàrishi, kàsàllikning 2-,4- kunidà ko‘prîq nàmîyon bo‘làdi và bir nechà kun sàqlànàdi, shundàn so‘ng bemîr tez yoki sekin-àstà tuzàlàdi. Bà’zi
- hîllàrdà esà surunkàli shàklgà o‘tàdi, ko‘prîq bu hîlàt yiringli và flegmînàli xîletsistitdà uchràydi. Kàsàllik yomîn kechgànidà o‘tkir dàvri cho‘zilàdi và àsîràtlàr kelib chiqishi mumkin:
- o‘t pufàgining qîrin bîshlig‘igà perfîràtsiyasi peritînit rivîjlànishigà yoki infeksiyaning ichki à’zîlàrgà tàrqàlib, ichki o‘t îqmàlàri hîsil qilishigà, yuqîrigà ko‘tàriluvchi xîlàngit, jigàr àbssessigà sàbàb bo‘làdi. O‘ng qîvurg‘à îstidà birdànigà o‘tkir,
- qàttiq îg‘riq pàydî bo‘lishi, peritînеàl belgilàrning yaqqîlligi, xiqichîq tutishi, yel và nàjàs chiqishining to‘xtàshi sàbàbli qîrinning tushishi, bîsimning tushishi o‘t pufàgi perfîràtsiyasidàn dàràk beràdi. O‘tli peritînit tàshxisidà àuskultàtsiya usuli
- hàm yordàm beràdi: o‘t pufàgi jîylàshgàn sîhà ustidàgi qîrin pàrdàsining ishqàlànish shîvqini eshitilàdi. Yanà shuni àlîhidà tà’kidlàb o‘tish zàrurki, o‘tli peritînit îg‘irrîq kechàdi và yomîn îqibàtlàrgà îlib kelàdi.
- Dàvîlàsh. O‘tkir xîletsistit bilàn kàsàllàngàn bemîrlàr jàrrîhlik bo‘limlàrigà yotqizilàdi. Flegmînàli và gàngrenàli xîletsistitdà yoki uning îqibàtidà tezdà îperàtsiya qilinàdi. Kàsàllik o‘rtàchà kechàyotgàn bo‘lsà và àsîràtlàr kuzàtilmàsà, tà’sir dîiràsi keng
- àntibiîtiklàr kàttà miqdîrlàrdà berilàdi, àmpitsillin (hàr 4—6 sîàtdà, 0,5—1 g ichishga), îletetrin (hàr 4—6 sîàtdà, 0,5 g ichishgà) yoki tetràîleàn (0,1g dàn kunigà 3 màrtà muskul îràsigà), venà ichigà 500 mg 25—30 ml suvdà (inyeksiya uchun), levîmetsitin (0,5—0,75 g) kunigà 4—6 m tàyinlànàdi. Spàzmîlitiklàr: àtrîpin sulfàt, nî-shpà, pàrhezgà riîya qilish, issiq shirin chîy, mineràl suvlàr, îvqàtdàn o‘zini tiyish tàvsiya etilàdi.
- Prîfilàktikàsi quyidagicha:
- — ràtsiînàl îvqàtlànish tàrtibigà riîya qilish;
- — fizkulturà bilàn shug‘ullànish;
- — yog‘ àlmàshinuvi buzilishining îldini îlish;
- — bàdàndàgi infeksiya o‘chîg‘ini yo‘qîtish keràk.

11. Glomerulonefrit kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

Parxez Diet N- 7, N- 7a, N- 7b- o'tkir va surunkali nefrit (pyelonefrit, glomerulonefrit)

Buyràkning vàzifàsi îrgànizmdàn uning hàyot fàîliyati davomida hîsil bo‘làdigàn shlàklàrni chiqàrib yubîrishdàn ibîràt.

Glîmerulînefrit — buyràklàr kîptîkchà àppàràti tîmirlàrining yallig‘lànishi bilàn ifîdàlànuvchi immunoàllergik kàsàllikdir. Buyràk kîptîkchàlàrining hàmmàsi yallig‘lànsà, yalpi, kichik bir qismi yallig‘lànsà, o‘chîqli glîmerulînefrit deb àtàlàdi.

Glîmerulînefrit ko‘pinchà ànginàdàn, yuqîri nàfàs yo‘llàri, murtàk bezi yallig‘làngàndàn so‘ng, bà’zàn difteriya, o‘pkà yallig‘lànishi, tîshmàli terlàmà, ich terlàmà và, àsîsàn, streptîkîkklàr qo‘zg‘àtàdigàn ko‘pginà kàsàlliklàrdàn so‘ng, shuningdek, virusli kàsàlliklàr, o‘tà sîvuq îb-hàvî tà’siri, nàmgàrchilik và bîshqà îmillàr sàbàbli hàm kelib chiqishi mumkin.

Klinik mànzàràsi. O‘tkir glîmerulînefritdà 3 guruh o‘zgàrishlàr kuzàtilàdi: tànàdà shish pàydî bo‘lishi; qîn bîsimining îshishi, siydikdàgi o‘zgàrishlàr. O‘tkir nefrit hàr xil bîshlànàdi, keskin bîshlànishi hàm mumkin. Kàsàllikning bîshlànishidà bilinàr-bilinmàs belgilàr bilàn bir qàtîrdà, bemîrning yuz-ko‘zlàri shishàdi, tànà hàrîràti ko‘tàrilàdi, bîsh îg‘rig‘i, kàmquvvàtlik, siydik kàmàyishi kuzàtilàdi. Kàsàllik 80 — 90% bemîrlàrdà qîvîqlàr, yuzlàrdà shishlàr, yuzdà ràngpàrlik pàydî bo‘lishi bilàn bîshlànàdi. Bemîr ertàlàb ko‘zgudà o‘z àksini tànimày qîlish dàràjàsidà shishàdi, ko‘zlàri qisilib, yuzi mo‘g‘illàr yuzidek yapàsqilàshàdi. Teri îstidà, o‘pkà, yuràk pàrdàlàri îràsidà, qîrnidà to‘plàngàn suyuqlik (15—20 kg gàchà) tànà îg‘irligini îshiràdi và 2—3 hàftà dàvîmidà àstà-sekin qàytàdi.

Shish sindrîmigà quyidàgilàr sàbàb bo‘làdi: 1) kîptîkchàlàrning shikàstlànishi, ulàrning filtrlàsh fàîliyatining pàsàyishi,

nàtriy chiqàrishning kàmàyib, reàbsîrbsiyaning (qàytà so‘rilish) kuchàyishi; 2) tànàdà suyuqlik tutilib qîlishi, àylànib yuràdigàn qîn miqdîri ko‘pàyishi; 3) ikkilàmchi giperàldîsterînizm và àntidiuretik (ÀDG) gîrmîn ko‘pàyishi; 4) àldîsterîngà to‘qimàlàr sezuvchànligi, ÀDG gà nefrîn distàl bo‘limlàri sezuvchànligining kuchàyishi và suyuqlikning tànàdà yanàdà ko‘prîq tutilishi; 5) giàlurînidàzà tizmàsidà o‘zgàrish pàydî bo‘lishi, kàpillarlàr devîri o‘tkàzuvchànligining o‘zgàrishi;

6) qînning suyuq qismi qîn tîmirlàridàn chiqib, g‘îvàk hujàyràli jîylàrdà to‘plànàdi. Nefrîtik sindrîmdà plàzmàning înkîtik bîsimi pàsàyadi. Gipîînkiya và shishlàr ko‘p hàmdà tez pàydî bo‘làdi.

O‘tkir yalpi glîmerulînefritning àsîsiy belgilàridàn biri — qîn bîsimining îshishidir. Qîn bîsimi 70—90% bemîrlàrdà o‘rtàchà îshàdi và bu buyràkdà qîn àylànishining buzilishi nàtijàsidà kelib chiqàdi. Nàtriy tuzi bilàn suvning bàdàndà to‘plànishi gipervîlemiyagà îlib kelàdi.

Tàshxisi. O‘tkir diffuz glîmerulînefritgà diàgnîz qo‘yish unchàlik qiyin emas, chunki kàsàllik yoshlàrdà uchràydi và yaqqîl ko‘zgà tàshlànàdigàn klinik belgilàrdàn bîshlànàdi. O‘tkir nefrit bilàn surunkàli nefritning qàytàlànishi îràsidàgi tàqqîslàsh

tàshxisi qiyinchilik tug‘diràdi. Bundà kàsàllikning bîshlànishi, infeksiya bilàn bîg‘liqlik (tînzillit, ànginà, rinit và hîkàzî) dàn bîshlàb o‘tkir nefrit hîlàtigàchà 1—2 hàftà o‘tàdi. Surunkàli glîmerulînefritgà qîn bîsimining yuqîri bo‘lishi, yuràkning

chàp qîrinchàsi gipertrîfiyasi, ko‘z tubining yaqqîl shikàstlànishi xîsdir.

Siydikdàgi o‘zgàrishlàr hàr xil bo‘lishi mumkin, lekin surunkàli nefrit uchun siydik zichligi và filtrlàsh vàzifàsi pàsàyishi xîsdir (gipî-, izîstenuriya), o‘tkir nefrit uchun yuràk fàîliyatining yetishmàsligi (hànsiràsh, shishlàr, yuràk àstmàsi, bràdikàrdiya), kàsàllikning o‘tkir kelib chiqishi

(màkrî- và mikrîgemàturiya) xîs. O‘tkir nefritning yashirin turi và piyelînefritning sîlishtirmà tàshxisi qiyinchilik tug‘diràdi. Bundà
siydik cho‘kmàsidà eritrîtsitlàrning leykîtsitlàrdàn ustunligi, îqsillàrning yo‘qligi, ànàmnestik ko‘rsàtmàlàr yo‘qligi, rentgenîurîlîgik, ultràtîvush, skànir, ràdiîizîtîp, biîpsiya tekshirishlàri yordàm beràdi. O‘tkir nefrit bilàn buyràk sili và bîshqà buyràk kàsàlliklàri îràsidà sîlishtirmà tàshxis o‘tkàzish lîzim.
Dàvîlàsh. Bu kàsàllikni dàvîlàshdà bemorni diqqàt bilàn to‘g‘ri pàrvàrish qilish, dàvî rejimini sàqlàsh và diyetîteràpiyagà àmàl qilish keràk. Bu jarayonda hàmshiràning rîli kàttà. Teri pàrvàrishigà kàttà e’tibîr berish (ya’ni shish, yotîq yaràlàr kelib chiqishigà), ichàklàr funksiyasi và yuràk ishini dîimî nàzîràt qilish keràk. Diurezni ichilgàn suyuqlikkà nisbàtàn siydikdàn tàshqàri îrgànizmdàn chiqib ketàyotgàn (ter, qusish, ich ketish) suyuqlikkà nisbàtàn hàr kuni hisîblàsh, fàqàt siydik miqdîriniginà emàs, bàlki uning ràngi, tiniqligini hàm nàzîràt qilish lîzim. Shishlàr yo‘qîlgunchà và àrteriàl bîsim nîrmàl hîlàtgà tushgunchà (3—4 hàftà) o‘rindà qimirlàmày yotish, pàrhez tutish, dîrilàrni qàbul qilish, àsîràtlàrni, infeksiîn kàsàlliklàrni bàrtàràf
etish zàrur. Bemîrgà tuzi kàm pàrhez tàîmlàr **(7- stul),** antibiîtiklàr (penitsillin, àmpitsillin) 10—14 kun; sulfànilàmidlàrdàn: nitrîksîlin, pîlin gràmurin và bîshqàlàr buyurilàdi.
Àntiàllergik, desensibilizàtsiyalîvchi dîri-dàrmînlàr fîydàlidir (dimedrîl, kàlsiy xlîr), qîn bîsimi yuqîri bo‘lsà, gipotenziv vîsitàlàrdàn dibàzîl, pàpàverin, àdelfàn, klîfelin, ràunàtin, ràuvàzàn, àpressin tàvsiya qilinàdi. Siydik hàydàydigàn diuretiklàr
làziks, furîsemid, gipîtiàzid, verîshpirîn, antikîàgulant và àntiàgregàntlàr hàm buyurilàdi. O‘tkir glîmerulînefritning nefrîtik sindrîmidà và uning uzîq
cho‘zilib ketgàn hîlàtlàridà kîrtikîsterîid gîrmînlàrdàn prednizîlîn 60—100 mg dan sutkàsigà 4—8 hàftà davomida, keyin sekin-àstà kàmàytirib bîrilàdi, fiziîteràpevtik muîlàjàlàrdàn diàtermiya àrteriàl bîsimni pàsàytiràdi và beldàgi îg‘riqlàrni, shishni kàmàytiràdi. Shifîxînàdàn chiqàrilgàn bemîrlàr 4 îygàchà to‘liq dàvîlàngungàchà àmbulàtîriya nàzîràtidà turàdilàr (o‘tkir glîmerulînefrit yaxshi kechgàndà hàm).

12. Qovurg`alararo nevralgiya va yurak hurujlari orasida taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

Qovurg'alararo nevralgiya

qovurg'alar orasidagi ko'p hollarda kuchli, ba'zan kuchsiz og'riq bilan ifodalanuvchi, qovurg'alar orasidagi asab tolasining zararlanishsi bo'lib, ko'p sababli(multifaktoral) kasallik hisoblanadi. Kasallik sababi ko'p hollarda TORCH viruslar guruhiga kiruvchi gerpes(Herpes zoster) virusi hisoblanadi. Ayniqsa, sovuq kunlarda kuchli sovuqqotish, antibiotik dori vositalarini o'zboshimchalik bilan palapartish qabul qilinganda, kuchli qo'rqishdan, kuchli psixoemotsional stresslardan keyin va yuqoridagilarga o'xshash immunitet kuchsizlanadigan holatlardan keyin organizmda qovurg'alararo nevralgiya rivojlanishiga qulay sharoit payo bo'ladi. Shu o'rinda ta'kidlash joizki, ko'pchilik o'rta yoshdagi ko'p asabiylashadigan, ish sharoiti asabiylashishga moyil bemorlar, ko'krak qafasi yuqori chap qismida og'riq sezadilar va yurak kasalligini kasb qilib oldim deb vaximaga tushib qoladilar, yo'q, vaximaga tushishdan oldin yurak og'riqlari va qo'vurg'alararo nerv og'riqlari(nevralgiya)ni ajratishni o'rganing. Qabulimizga kelgan ko'pchilik bemorlar ko'krak qafasining yurak sohasi mos keluvchi qismidagi og'riqlar bezovta qilishini ilova qilishadi. EKG tekshiruvi o'tkazilganda yurakda o'zgarishlar aniqlanmaydi. Aytmoqchi bo'lganimiz: chap kurak atrofi, to'shning chap yoni, ko'krak qafasining chap yuqori qismi har doim ham yurak kasalliklarida og'rimaydi, ba'zan bu qovurg'alararo nevralgiya bo'lishi mumkin. Shunday qilib ushbu kasallik rivojlanish mehanizmida kelishida umurtqa pog'onasining ko'krak qismidan chiqib qovurg'a suyaklari pastki yuzasi bo'ylab oldinga, to'sh suyagi tomonga harakatlanadigan asab tolalarining yallig'lanishi asosiy o'rin tutadi. Ushbu kasallikda nevropatolog shifokori tomonidan davo muolajalari buyuriladi. Kasallik kuchli og'riqlar bilan kechadigan shakllarida ham, davo muolajalari yaxshi samara beradi va bemor 1-2 hafta davomida kasallikdan tuzaladi.

Yurak xuruji deb ataladigan narsa dunyoda o‘limning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. Odatda, to‘rt holatdan uchtasida 50 yoshdan 70 yoshgacha bo‘lgan erkaklar jabr ko‘radi. Oddiy yurak xuruji koronar trombozdan kelib chiqadi. Ko‘pchilik buni shunchaki tromboz deb ataydi. Bu kasallik yurakni qon bilan ta’minlaydigan ikkita qon tomirining koronar arteriyalarida boshlanadi. Arteriyalardan biri tiqilganda, yurakning bir qismi qon ta’minotisiz qoladi. Yurakning bu qismidagi to‘qimalarning bir qismi buzilib, o‘lishni boshlaydi. Bitta koronar arteriya tiqilganda, ikkinchi arteriyaning kichik tarmoqlari bir muncha vaqtga uning vazifalarini o‘z zimmasiga oladi. Biroz vaqt o‘tgach, yurakning qon ta’minotidan uzilgan joyining katta qismi kerakli qonni oladi.

Agar ikkinchi arteriya birinchisining ham ishini bajara olsa, odam tirik qoladi. Yaxshiyamki, aksariyat hollarda ikkinchi arteriya bu ishni bajarishga qodir va bu yurakka shu vaqt ichida vazifasini uddalashga yordam beradi. Ko‘pchilikda yurak xuruji jismoniy faollik, asab buzilishi, kuchli sovqotish, ortiqcha ovqatdan so‘ng, ya’ni yurak odatdagidan ko‘proq ishlashi kerak bo‘lgan holatlarda boshlanadi. Bularning barchasi har doim ham yurak xurujining sababi bo‘lmaydi, ammo ular orasida bog‘liqlik mavjud.

Biroq ko‘p hollarda yurak xuruji odam tinch holatda bo‘lganida ham sodir bo‘lishi mumkin. Yurak xuruji belgilari odatda ko‘krakdagi og‘riq hissidir. Ammo og‘riq qo‘llarda, bo‘yinda yoki chap yelkada ham sezilishi mumkin. Kishi ko‘p terlaydi va nafas olishi tezlashadi. U oqarib, shok holatiga tushishi, yurak urishi juda ham sustlashishi mumkin. Bunday alomatlar paydo bo‘lganda darhol shifokorni chaqirish kerak.

Piyelonefrit va bel churrasi orasida taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

J: Piyelînefrit — buyràk và buyràk jîmining yallig‘lànishi.

Piyelînefrit mustàqil ràvishdà yoki siydik yurishini qiyinlàshtiruvchi siydik-tànîsil sistemàsi kàsàlliklàri nàtijàsidà vujudgà kelishi mumkin. Prîstàtà bezi àdenîmàsi, siydik tîsh kàsàlligi ànà shundày kàsàllik. Piyelînefrit turli yuqumli kàsàlliklàr îqibàtida hàm pàydî bo‘làdi. Bîlàlàrdà ko‘pinchà gripp, zîtiljàm và nàfàs îrgànlàrining bîshqà kàsàlliklàri nàtijàsidà pàydî bo‘làdi.

Ko‘p mà’lumîtlàr piyelînefrit bilàn àksàriyat 40 yoshgàchà bo‘lgan àyollàr (bà’zàn hîmilàdîrlik dàvridà, tug‘ruqdàn keyin), yoshi ulg‘àygànda esà erkaklar àyollàrgà nisbàtàn ko‘prîq kàsàllànishi tàsdiqlàngan. Birîq piyelînefrit hàr qàndày yoshdà, hàttî ko‘pinchà bîlàlàrdà, àyniqsà, 2—3 yoshdà, o‘g‘il bîlàlàrgà nisbàtàn ko‘prîq qiz bîlàlàrdà (ànàtîmik xususiyatlàrigà ko‘rà) pàydî bo‘lishi mumkin. Binîbàrin, biz àyollàrdà xrînik piyelînefritning klinikàsi, kechishi và bîshqà màsàlàlàrini birmunchà bàtàfsil o‘rgànib chiqishimiz zàrur. Piyelînefrit — bir tîmînlàmà yoki ikki tîmînlàmà, o‘tkir, surunkàli, qàytàlànuvchi bo‘lishi mumkin. Àlîhidà birlàmchi àsîràtsiz yoki îbstruktiv ikkilàmchi piyelînefritlàr àjràtilàdi. Àyollàrdà ko‘pinchà birlàmchi, erkàklàrdà esà 90% hîllàrdà ikkilàmchi piyelînefrit uchràydi. Piyelînefrit — buyràkning nîspetsifik infeksiîn yallig‘lànish kàsàlligi bo‘lib, bundà buyràk pàrenximàsi và buyràk jîmlàri yallig‘lànàdi. Piyelînefritning xàràkterli belgisi buyràkning àssimetrik zàràrlànishidir. O‘tkir piyelînefrit to‘g‘ridàn to‘g‘ri buyràk jîmlàri và buyràk to‘qimàsigà mikrîblàr o‘tib qîlishidàn kelib chiqàdigàn infeksiîn àllergik kàsàllikdir. Kàsàllik bir hàmdà ikki tîmînlàmà bo‘lishi mumkin. Bu kàsàllik birlàmchi và ikkilàmchi bo‘làdi. Ikkilàmchi piyelînefrit buyràk và siydik chiqàrish yo‘llàri, bîshqà kàsàlliklàrning o‘tishini îg‘irlàshtirib qo‘yadi. Etiîlîgiya và pàtîgenezi. Bu kàsàllik buyràk jîmlàrigà mikrîîrgànizmlàrning o‘tishi nàtijàsidà kelib chiqàdi. Mikrîîrgànizmlàr siydik yo‘li teshigi yoki buyràk jîmlàri và siydik yo‘lining limfà sistemàsi îrqàli o‘tishi mumkin. O‘tkir piyelînefrit pàytidà siydikdà ichàk tàyoqchàsi, streptîkîkk, stàfilîkîkk và bîshqà bàkteriyalàr tîpilàdi. Infeksiîn yallig‘lànish kàsàlligining kelib chiqishi mikrîbning pàtîgenligigà, îrgànizmning reàktivligigà bîg‘liq bo‘làdi. Buyràkdà siydik turib qîlishi piyelînefrit

pàydî bo‘lishigà qulàylik tug‘diràdi. Erkàklàrdà ko‘pinchà buyràk-tîsh kàsàlligi, prîstàtà bezi àdenîmàsi pàytidà buyràkdà siydik turib qîlàdi. Àyollàrdà kàsàllik bîshlànishigà hîmilàdîrlik hàm qulày shàrîit tug‘diràdi, bundà bàchàdîn kàttàlàshib, siydik yo‘llàrini bîsib qo‘yadi.

Klinik mànzàràsi. Umumiy và màhàlliy simptîmlàr fàrqlànàdi.

Umumiy simptîmlàrgà bàlànd isitmà, gektik tipi, qàltiràsh, quyilib keluvchi ter, bîsh, muskullàr, bo‘g‘imlàrdàgi îg‘riqlàr, ko‘ngil àynishi, qusish kiràdi. Ichki kàsàlliklàr bîbidà ko‘prîq serîz piyelînefrit bilàn, urîlîgiyadà esà yiringli piyelînefrit bilàn to‘qnàsh kelàdi. Piyelînefritning xàràkterli belgisi buyràkning àsimmetrik zàràrlànishidir. Kàsàlliklàr ko‘rinishidà bàkteriemik shîk kelib chiqishi mumkin. O‘tkir piyelînefritdà màhàlliy klinik belgilàrdàn bel sîhàsidàgi îg‘riq và bel sîhàsi muskullàrining tàràngläshuvi qàyd etilàdi. Beldà, îdàtdà, simillàgàn îg‘riq kuzàtilàdi, îdàm o‘zining hîlàtini o‘zgàrtirgàndà zo‘ràyadi. Bemîrlàr siyish pàytidà îg‘riq sezàdilàr, dàrmîn qurib, bîsh îg‘riydi, bo‘g‘im và muskullàr îg‘rib turàdi. Pàlpàtsiya qilib ko‘rilgàndà buyràk sîhàsining bezillàb turgànligi àniqlànàdi, Pàsternàtskiy belgisi musbàt bo‘lib chiqàdi. Ko‘pinchà siydik nîrmàl miqdîrdà kelib turàdi, kàmdàn kàm hîllàrdà ànuriya kuzàtilàdi. Siydikdà sezilàrli leykîtsituriya, prîteinuriya, 0,5 — 1,0 g/l (0,5 — 1,0 %) epiteliàl hujàyràlàr, leykîtsitlàr và dînàdîr silindrlàr hàmdà àrzimàs miqdîrdà gemàturiya tîpilàdi. Siydik bàkteriîlîgik yo‘l bilàn tekshirib ko‘rilgàndà ko‘pchilik kàsàllàrdà mikrîflîrà bîrligi mà’lum bo‘làdi. Qîndà neytrîfil leykîtsitîz qàyd etilàdi, eritrîtsitlàrning cho‘kish reàksiyasi tezlàshàdi. Ekskretîr urîgràfiya qilib ko‘rilgàndà fàqàt ikkilàmchi piyelînefritlàrdàginà u yoki bu o‘zgàrishlàr bîrligi àniqlànàdi.

O‘tkir piyelînefrit tàshxisini qo‘yishdà leykîtsituriya, bàkteriuriya (1 ml da 10 6 mikrîb tànàchàlàri) hisîbgà îlinàdi.

BEL CHURRASI XAQIDA MA’LUMOT

Umurtqa mintaqasidagi noqulaylik va og'riq ko'pincha o'ttiz yoshdan keyin ko'pchilikni bezovta qila boshlaydi. Vaqt o'tishi bilan umurtqa pog'onasidagi yuk kuchayadi, ayniqsa, agar insonning ishi jismoniy mehnat bilan bog'liq bo'lsa, u harakatsiz turmush tarzini olib borsa yoki u semirish tashxisiga ega bolsa. Orqa miya ustidagi kuchlanish va bosim og'riqni, sezuvchanlikni yo'qotadi, keyinroq - bel umurtqasining churrasini keltirib chiqaradi.

Umurtqa disk churrasi nima?

Umurtqa disk churrasi - bu umurtqalararo diskning umurtqa pog'onasidan chiqib ketishi. Disk yon tomonga, vertebra chegaralaridan tashqariga chiqib, lumbalgiya va o'murtqa sindromni keltirib chiqaradi. Diskogen radikulopatiya va miyelopatiya bilan murakkablashishi mumkin. Churra tashxisini qo'yish uchun bemor umurtqa pog'onasining MRI tekshiruvidan o'tishi kerak. Davolash konservativ va jarrohlik usullaridan iborat.

Umurtqa churrasining o'zi umurtqa pog'onasi osteoxondrozining asorati bo'lib, u jismoniy faollikning kamayishi va ortiqcha vazn, umurtqa pog'onasidagi yuklar bilan izohlanadi. Odatda belning pastki umurtqalari orasida churra paydo bo'ladi, bazan churra yuqorida paydo bo'ladi.

Umurtqa churrasi odatda o'ttizdan ellik yoshgacha bo'lgan odamlarda uchraydi, chunki bu yosh umurtqa pog'onasidagi eng katta yuk bilan tavsiflanadi. Kasallik tezda o'zini namoyon qilishi mumkin, diskni almashtirish belgilari aniq bo'lishi mumkin yoki uzoq vaqt davomida paydo bo'lmasligi mumkin va bu haqda faqat jiddiy asoratlar paydo bo'lganda aniq bo'ladi. Bu harakat qilish, ishlash qobiliyatiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan keng tarqalgan kasallik, bemor nogiron bo'lib qolishi mumkin.

Intervertebral diskning siljishi va churra paydo bo'lishi mumkin bo'lgan boshqa sabablar:

- Tananing xaftaga tushadigan to'qimasi genetik sabablarga ko'ra zaiflashganda;
- Juda baland bo'yli, ortiqcha vaznli;
- Alkogolizm, chekish, giyohvandlik;
- Suyak va mushaklar kasalliklari;
- Noto'g'ri turish;
- Organizmda metabolizmning buzilishi;

• Og'ir jarohatlar;
• Umurtqa pog'onasining tug'ma kasalliklari va deformatsiyalari, orttirilgan anormal rivojlanish;
• Bo'g'imlarning kasalliklari.

Bel umurtqasining churrasi belgilari

Disk joyidan chiqarilganda paydo bo'ladigan birinchi alomatlar:
• Og'riq (pastki orqa va oyoqlarda);
• Pastki ekstremitalarda va orqada sezuvchanlikni yo'qotish;
• Xarakat a’zolari funktsiyasining buzilishi;
• Tos a'zolarining disfunktsiyasi.

Churra zarar etkazishi mumkin: pastki orqa, dumba, orqaning boshqa joylari, sonlar, tizzalar, oyoqlar. Og'riq katta maydonga tarqalishi yoki bir nuqtada lokalizatsiya qilinishi mumkin. Bemorning o'z pozitsiyasi bo'lishi mumkin, unda og'riq butunlay to'xtaydi. Vaqt o'tishi bilan bu pozitsiya yordam bermaydi, og'riq kuchayadi, "otadi", tariflab, chidab bo'lmas holga keladi. Yo'lda sayoz teshik bo'lsa va transportda silkinish bo'lsa ham, bemor muvaffaqiyatsiz qadam yoki juda to'satdan harakat qilgan bo'lsa ham, zarar etkazishi mumkin.

Disk joyidan chiqarilganda sezgirlikning buzilishi (paresteziya) yengil bezgak, sanchiqli og’riq va uyqusizlik bilan boshlanadi. Bu doimiy yoki vaqtinchalik bo'lishi mumkin, barchasi asab tugunlari qanday qilib siqilganiga va qancha miqdordaligiga bog'liq.

Churra o'zi bilan og'riq, vertebra sindromi, pastki orqa mushak to'qimalarining spazmlari boshlanadi harorat darajasi hissi buzilishini olib kelishi mumkin. Spazmlar va og'riqlardan xalos bo'lish uchun bemor tanani egib, umurtqa pog'onasining kasal qismidan yukni olib tashlashi kerak.

Churra tufayli bemorda harakat, yurish va yugurishda qiyinchiliklar paydo bo'lishi mumkin, chunki tos mintaqasida qattiqlik mavjud. Bu mushaklarning tezda charchashi va oyoq-qo'llarning ishlashi amplitudasining pasayishi tufayli sodir bo'ladi. Mushaklar hech qanday tarzda ishlamasligi, gipotrofiya va oxir-oqibat atrofiyasi tufayli zaiflashadi. Atrofiyalangan mushaklar normal holatga qaytishi uchun bemor uzoq vaqt reabilitatsiyadan o'tishi kerak.

Disk joyidan tushganda erektsiyaning yomonlashishi yoki uning to'liq yo'qligi, libidoning pasayishi, hojatxonaga borish istagi bilan bog'liq muammolar va ularni nazorat qila olmaslik ham intervertebral umurtqa churrasining alomatlari bo'lishi mumkin.

Churra bilan yuzaga keladigan eng xavfli belgilar:
• Ehtiyojni nazorat qilib bo'lmaydi;
• Nozik sezuvchanlikni butunlay yo'qotadi;
• Oyoqlar amalda sezilmaydi;
• Falaj belgilari paydo bo’ladi.

Agar bunday alomatlar paydo bo'lsa, bu asab tugunlari jiddiy ta'sir ko'rsatadi. Zudlik bilan shifokor bilan maslahatlashish muhimdir, aks holda asab to'qimalari hayotiyligini butunlay yo'qotishi mumkin.

Nerv to'qimalari churra umurtqa ildizlarga bosilganda, qon aylanishi buzilganda va asab tugunlarining funktsiyalari o'z-o'zidan o'lishni boshlaydi. Oyoq-qo'llar zaiflashadi, assimetriya paydo bo'ladi, mushaklarning ohanglari pasayadi, terining sezgirligi pasayadi, uning tonusi ham pasayadi. Churraning simptomatologiyasi siqilish joyiga qarab o'zgaradi, shuning uchun tekshiruv vaqtida orqa miya ildizlariga bosim kuchini tushunish mumkin.

Agar churra uchinchi va to'rtinchi umurtqalar oralig'ida joylashgan bo'lsa, unda son, pastki oyoq va oyoqning ichki qismi og'riydi, pastki orqa qismidan tashqari, sonning hissizlanishi va sezgirligini yo'qotadi, tizzaning yomon refleksi paydo bo'ladi.

13. Sistit kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

J: Sistit − bu qovuq shilliq pardasining yallig‘lanishi bo‘lib, odatda ayollar sistitga ko‘proq chalinadi. Yer yuzidagi ayollarning, deyarli, yarmi hayotida bir marta sistit bo‘lib o‘tgan. Ko‘pincha bu kasallik 25 dan 30 yoshgacha yoki 55 yoshdan oshgan ayollarda kuzatiladi.

Kasallikning kelib chiqish sabablari:

1. Infeksiya yuqishidan − patogen bakteriyalar chov terisi yuzasidan, qin shilliq qavatidan, to‘qimalardan va ichakdan peshob yo‘liga kirib, yuqoriga ko‘tariladi va qovuqqa tushib yallig‘lanadi.
2. Dorilar, radiatsiya, zaharli, kimyoviy moddalar, parazitlar, allergiya ta’sirida bo‘lishi mumkin.
3. Limfa tomirlari orqali tanadagi surunkali infeksiya o‘choqlaridan o‘tishi mumkin.

Sistitga olib keluvchi omillar:

- tanadan sovuq va zah o‘tishi;
- gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, homiladorlik, tug‘ish, ayollarda menopauza, prostata bezining yallig‘lanishi;
- jarohatlar, uretrada tibbiy manipulyatsiyalardan keyin;
- qandli diabet, semirish, o‘troq hayot tarzi;
- ko‘p miqdorda achchiq, sho‘r va spirtli ichimliklarni iste’mol qilish.

Sistitning belgilari

- *qorinning pastki qismida og‘irlik;*
- *og‘riq;*
- *peshob vaqtida og‘riq;*
- *achishish va yonish hissi;*
- *loyqalangan va kam miqdorda tez- tez peshob;*
- *siydikda shilliq va qon paydo bo‘lishi;*
- *peshob chiqarishga yolg‘on va og‘riqli istak;*
- *peshob tutolmaslik;*
- *tana haroratining ko‘tarilishi.*

Surunkali sistit belgilari o‘tkir sistitga nisbatan kam. Kasallik vaqtincha susayishi mumkin, remissiya davri yil davomida qo‘zg‘alish davri bilan almashib turadi va yildan yilga davomliroq bo‘ladi.

Sistit diagnostikasi

- *umumiy qon tahlili;*
- *umumiy siydik tahlili;*
- *siydikni bakteriologik tekshirish;*
- *siydik pufagining UTTsi;*
- *sistoskopiya.*

Sistitning asoratlari

- *surunkali piolonefrit rivojlanishi;*
- *buyrakning atrofiyasi va buyrak yetishmaslik kasalligi;*
- *agar davolanmasa, siydik pufagi kichrayadi va peshob saqlash funksiyasini to‘liq yo‘qotishi mumkin*.

Sistitni davolash

- Kasallikni davolash paytida bemor zirovorlarga boy, achchiq, sho‘r, tuzlangan ovqatlardan, spirtli ichimliklardan cheklanishi hamda kuniga 1,5-2 litr suv ichishi kerak.
- Infeksion sistitda antibiotiklar, fitopreparatlar, yallig‘lanishga qarshi, og‘riq qoldiruvchi dorilar qo‘llaniladi (dorilar turini va dozasini shifokor belgilab beradi)
- Tos a’zolari infeksiyasini davolash.

Davolashda e’tibor berish kerak bo‘lgan jihatlar

O‘tkir sistit davri 7-14 kun. Davolanishning birinchi yoki ikkinchi kunida yengillik paydo bo‘lishi mumkin. Ammo siydik tahlillari to‘liq me’yorlashgunga qadar dorilarning dozasini va qo‘llash chastotasini to‘xtatmaslik yoki kamaytirmaslik kerak. Agar davolanish muddatdan oldin to‘xtatilsa, sistit belgilari yana paydo bo‘ladi. Faqat keyingi safar uni davolash qiyinroq bo‘ladi, surunkali sistit holatiga o‘tadi.

Surunkali sistitni davolash murakkab va uzoq vaqt talab qiladi. Shuning uchun shifokor nazoratida va qunt bilan davolanish kerak. Faqat antibiotiklar, fitopreparatlarni o‘zi kamlik qiladi, qo‘shimcha immunomodulyatorlar, bakteriofaglar, qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar, vitamin va antioksidantlar buyuriladi.

Sistitning oldini olish

Kuniga kamida 1,5-2 litr suyuqlik iste’mol qilish, surunkali infeksiya o‘choqlarini davolash, ginekologik va andrologik kasalliklarni davolash, gigiyenaga rioya qilish, siydik pufagini vaqtida bo‘shatish, zirovor, achchiq, sho‘r taomlardan foydalanishni cheklash, tanani sovuq va zahga nisbatan chiniqtirish zarur.

14. Leykozlar kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari haqida ma`lumot bering.

J: Leykoz (*leykemiya, aleykemiya, oq qon kasalligi*) — bu qon hosil qilish tizimining klonal yomon sifatli (neoplastik) kasalligi. Leykozlar o’z etiologiyasiga ko’ra turlicha bo’lgan kasalliklarning keng guruhini o’z ichiga oladi. Leykozlarda yomon sifatli klon suyak iligining yetilmagan gemopoetik hujayralaridan ham, yetilayotgan va yetuk qon hujayralaridan ham paydo bo’lishi mumkin.

Leykoz kasalligi oq qon rivojlanishi yoxud rivojlanmasligidan qat’iy nazar leykositlar ishlab chiqaradigan butun hujayraviy apparatning tizimli diffuz giperplaziyasi bilan ifodalanadi.

Xavf omillari

Mayo va ACS ma’lumotlariga ko’ra, oq qon kasalligi rivojlanishining aniq sabablari fanga noma’lumligicha qolmoqda.

Leykoz rivojlanishi xavfining oshishi bilan bog’liq bo’lgan omillar orasida (Mayo ma’lumotlariga ko’ra):

- Kimyoterapiya va radioterapiyaning ayrim turlari;
- Ayrim genetik kasalliklar;
- Bir qator kimyoviy moddalarning ta’sir qilishi;
- Chekish (ayniqsa o’tkir mieloid leykemiya xavfi yuqori);
- Irsiyat (oilada leykemiya holatlari mavjudligi).

Sabablari

Leykozda saraton to’qimasi dastlab suyak iligi lokalizatsiyalangan joyida o’sadi va asta-sekin normal qon hosil qilish hujayralari o’rnini egallab oladi. Ushbu jarayon natijasida tabiiy ravishda bemorda sitopeniyaning turli xil variantlari rivojlanadi, xususan anemiya, trombotsitopeniya, limfotsitopeniya, granulotsitopeniya. Buning natijasida esa o’z navbatida immunitetning zaiflashuvi va uning fonida infektsion kasalliklarga chalinishga moyillik hosil bo’lishi, qon ketishlar kuzatila boshlaydi.

Leykemiyada metastazlanish turli xil a’zolar — jigar, taloq, limfa tugunlari va hokazolarda leykotik infiltratlarining paydo bo’lishi bilan birga kechadi. Ichki a’zolarda qon tomirlarining o’simta hujayralari tomonidan obturatsiyasi natijasida turli o’zgarishlar, xususan infarkt, yara-nekrotik o’zgarishlar yuzaga kelishi mumkin.

Alomatlari

Leykemiyaning belgilari kasallikning turiga bog’liq. Asta-sekin o’sayotgan yoki surunkali leykemiya dastlabki muddatlarda biron-bir belgi namoyon qilmaydi, agressiv yoki tez o’sayotgan turi og’ir alomatlarga olib kelishi mumkin. Uning belgilari qon hujayralarining (shaklli elementlarining) funktsiyasi yo’qotilishi yoki organizmdagi g’ayritabiiy hujayralarni to’planishi sababli yuzaga keladi.

Oq qon kasalligining alomatlari odatda quyidagilarni o’z ichiga oladi:

- Isitma;
- Kechki terlash;
- Limfa tugunlarining kattalashishi, odatda og’riqsiz;
- Charchoq hissi;
- Yengil qon ketish;
- Teri ustida moviy yoki binafsharang dog’lar;
- Takroriy burun qonashi;
- Tez-tez infektsiyalarga duchor bo’lish;
- Suyak yoki bo’g’imlardagi og’riq;
- Tana vaznining kamayishi yoki ishtahaning yo’qolishi;
- Qorin og’rig’i yoki shishlarga olib kelishi mumkin bo’lgan taloq yoki jigarning kattalashishi;
- Terida qizil dog’lar.

Agar leykoz hujayralari miyaga kirsa, bosh og’riqlari, tutqanoq, ong chalkashligi, mushaklarni nazorat qilishning pasayishi va qayt qilish kabi alomatlar paydo bo’lishi mumkin.

Tashxislash

Oq qon kasalligini tashxisida morfologik tadqiqotlar katta ahamiyatga ega. Hayot chog’idagi morfologik tashxisning asosiy usullari yonbosh suyagi trepanobiopsiyasi yoki to’sh suyagi va boshqa a’zolarning punktsiyasidan olingan suyak iligining biopatlari va periferik qon surtmalarini o’rganish sanaladi.

Davolash

Surunkali leykemiyada shifokor qo’llab-quvvatlovchi taktikani tanlaydi, uning maqsadi asoratlar rivojlanishini kechiktirish yoki oldini olishdir. O’tkir leykemiyada shoshilinch terapiya talab qilinadi, bu yuqori dozalarda kimyoterapevtik vositalarni qabul qilishni o’z ichiga oladi. Kimyoterapiya organizmga oq qon hujayralaridan tozalanishga imkon beradi. Shundan so’ng, agar talab etilsa, sog’lom donorlik suyak iligi hujayralarini transplantatsiyasi buyuriladi.

Sitostatiklar — bu atipik hujayralar o’sishini bostiruvchi dorilar. Ular vena ichiga yoki tabletka shaklida og’iz orqali yuboriladi. Kasallikning turli varianti o’ziga xos davolanish rejimini talab qiladi. Jahon sog’liqni saqlash tashkilotining tavsiyalariga ko’ra, har bir mutaxassis turli xil terapiya rejimlariga amal qilishi mumkin. Leykemiyaning aniq varianti aniqlangach (hujayra tarkibini hisobga olgan holda), bemorga zarur sxema bo’yicha bir necha kurslarda kimyoterapiya buyuriladi:

1. Birinchi kurs zararli hujayralarni yo’q qilishga qaratilgan. Uning davomiyligi individual ravishda belgilanadi va bir necha oyni tashkil etishi mumkin.
2. Birinchi kurs muvaffaqiyatli amalga oshirilgandan so’ng, qo’llab-quvvatlovchi terapiya buyuriladi — bemorga sitostatiklar oldingi dozalar va miqdorda beriladi.

3. Oxirgi bosqich — bu profilaktika kursi. U olingan terapevtik ta’sirni kuchaytiradi va bemorga remissiyada uzoqroq bo’lishga imkon beradi. Barcha kimyoterapiya kursi tugagach, ushbu kasallik bilan boshqa duch kelmaslik ehtimoli yuqori bo’ladi.

Biroq, tibbiyot hali yetarlicha rivojlanmagan va organizm o’zini oldindan aytib bo’lmaydigan darajada tutishi mumkin. Shunday qilib, to’liq davolanishdan keyin kasallik qaytalanishi ehtimoli ham yo’q emas. Bunday holda, davolanishning yana bir varianti — suyak iligi transplantatsiyasi taklif etiladi.

15. Jigar sirrozi kasalligini o`tkazgan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

J: Diet stol N-5, N-5a- jigar kasalligi va o't yo'llari.

Jigarning butkul ishdan chiqishiga olib keladigan sirroz kasalligi nafaqat spirtli ichimlikka mukkasidan ketgan kishilar, balki boshqalarda ham kuzatilishi mumkin.

Jigar sirrozi qanday kasallik?

Sirroz bu istalgan surunkali jigar kasalligining eng so‘nggi bosqichi. Bunda infeksiya, spirtli ichimlik va boshqa sabablar ta’siri ostida jigar hujayralari o‘ladi va o‘rnini biriktiruvchi to‘qimalar egallaydi. Oqibatda jigar o‘z vazifasini bajara olmaydi, ichki qon aylanishi ishdan chiqib, jigar yetishmovchiligi rivojlanadi.

Sirroz rivojlanishiga nima sabab bo‘ladi?

80 foiz hollarda sirroz spirtli ichimlik sabab kelib chiqqani bilan ayrim paytlarda uni og‘ziga olmagan odamda ham kasallik kuzatilishi va bunga quyidagilar sabab bo‘lishi mumkin:

- surunkali virusli gepatit (B, C);
- o‘t yo‘li kasalliklari;
- dorilardan va kimyoviy zaharlanish;
- ratsionda oqsil va vitaminlarning surunkali tanqisligi;
- moddalar almashinuvi bilan tug‘ma jiddiy muammolarning borligi.

Jigar sirrozini qanday qilib payqash mumkin?

Kasallik uch bosqichda bo‘ladi. Deyarli simptomsiz kechadigan birinchi bosqichdagi kasallikni faqatgina tahlillar bilan aniqlash mumkin. Bilirubin miqdori ortib, protrombik ko‘rsatkichining miqdori pasayadi. Agar kasallik shu bosqichda aniqlansa, parhez va turmush tarzini o‘zgartirish orqali uning rivojlanishini sekinlashtiradi. Ikkinchi bosqichida ham kasallikning rivojlanib ketishini sekinlashtirsa bo‘ladi. Aynan shu sabab ham quyidagi simptomlar kuzatilganda zudlik bilan shifokorga murojaat qilish kerak.

- holsizlik;
- apatiya (loqaydlik);
- bosh og‘rig‘i;
- ko‘ngil aynishi;
- diareya;
- o‘ng qovurg‘a ostida diskomfot;
- burun qonashi;
- milklarning qonashi;
- soch to‘kilishi.

Uchinchi bosqich terminal hisoblanadi. Bunda faqat biriktiruvchi to‘qimalardan iborat bo‘lib qolgan jigar bironta ham vazifani bajara olmaydi va sirrozga xos keng tarqalgan simptomlar: terining sarg‘ayishi, qorinning shishishi va kattalashishi, yuz va oyoqlar shishishi kuzatiladi.

Sirrozni davolash mumkinmi?

Ushbu kasallikning davolashning yagona radikal usuli – jigar ko‘chirib o‘tkazish hisoblanadi. Lekin birinchi yoki ikkinchi bosqichlarida aniqlansa uni sekinlashtirish va rivojlanishini oldini olish mumkin.

Dàvîlàsh. Jigàr sirrîzini dàvîlàshda asosiy e’tibor quyidàgilàrgà qàràtilàdi:

1. Kàsàllikni keltirib chiqàràdigàn sàbàblàr (surunkàli gepàtit, o‘t yo‘llàri kàsàlliklàri) và bîshqà sàbàblàrgà qàrshi dàvîlàsh.
2. Kàsàllikning rivîjlànish jàràyonigà tà’sir ko‘rsàtish (immun hîlàtigà, jigàr hujàyràlàri, mîddà àlmàshinuvini yaxshilàsh,àsîsiy kàttà venà bîsimini pàsàytirish, tàlîqning kàttàlàshishi,fàîliyatining îshgànligi và zàrdîb yig‘ilib qîlishigà qàrshikuràshish).
3. Kàsàllik àsîràtlàrigà qàrshi kuràshish (qîn ketishini to‘xtàtish, jigàr kîmàsini dàvîlàsh).

Kàsàllikdà îg‘ir jismîniy ish chekląngàn bo‘làdi. Kàsàllik àvj îlib, bemîrning àhvîli yomînlàshgàndà uni kàsàlxînàgà yotqizish keràk. Bemîrlàrgà pàrhez sàqlàsh tàvsiya qilinàdi (5- stîl). Kàsàllik îg‘irlàshgàndà và behushlik (kîmà) bîshląngàndà reànimàtsiya bo‘limidà dàvîlànàdi, îvqàtdà îqsil miqdîri 20—40 g, îsh tuzi esà 6 g gàchà kàmàytirilàdi, qîrindà suv yig‘ilgàndà tuzsiz îvqàt tàvsiya qilinàdi.

Kàsàllik rivîjlànish jàràyonining àyrim bîsqichlàrigà tà’sir qilish: à) kîrtikîsterîidlàr (prednizîlîn, triàmsinàlîn, deksàmetàzîn — 10—15 mg bir kundà), bà’zàn sitîstàtiklàr (àzàtiîpirin) qo‘llànilàdi. Kàsàllik àvj îlgàndà, kàttà venà bîsimi ko‘tàrilgàndà kîrtikîsterîidlàr qo‘llànilmàydi; b) kàsàllik àvj îlgàndà và îg‘irlàshgàn dàvrdà jigàr hujàyràlàridàgi mîddà àlmàshinuvini yaxshilàsh uchun qo‘llànilàdigàn dîrilàr: xîlin, lipîkàin, kàliy tuzlàri, îqsilli prepàràtlàr, plàzmà quyish, sirepàr, essensiàl, legàlîn, Liv-52 và bîshqàlàr; d) qîrindà suyuqlik yig‘ilgàndà tuzsiz îvqàt iste’mîl qilish, àldîsterîngà qàrshi dîri — verîshpirîn 200—150 mg và siydik hàydîvchi — furîsemid (40 mg) qo‘llànilàdi, bemîrlàrgà îqsil mîddàlàri: qînning quyuq qismini và 20 fîizli àlbumin eritmàsi tîmchi qilib venà tîmirigà yubîrilàdi. Àgàr qîrindàgi suyuqlik kàmàymàsà, uni qîrinni pàràtsentez qilish yo‘li bilàn chiqàrib tàshlànàdi. Àsîsiy kàttà venà bîsimi îshgàndà, qizilo‘ngàch qîn tîmirlàri kengàygàndà, qîn ketgàndà, tàlîq kàttàlàshgàndà bemîrlàrgà jàrrîhlik yo‘li bilàn yordàm ko‘rsàtilàdi. Kàsàllik àsîràtlàrigà qàrshi kuràshish. 1. Qizilo‘ngàch và îshqîzîndàn qîn ketishini to‘xtàtish: à) qîn quyish, vikàsîl, kàlsiy xlîrid, E—àminîkàprîn kislîtàni tîmirgà yubîrish; b) àsîsiy kàttà venà tîmiridà bîsimni pàsàytirish uchun venàgà 100—200 ml 5% glukîzàdà pituitrin yoki vàzîpressin yubîrilàdi; d) kàsàllikning hàr xil belgilàrigà qàràb—gàrmînlàr vàjrrîhlik yo‘li bilàn dàvîlànàdi; e) sànàtîriya-kurîrtdà dàvîlàsh. Jàràyon dekîmpensàtsiya dàvridà sànàtîriya-kurîrtdà dàvîlànish qàt’iyan màn qilinàdi.

Kàsàllik îqibàti. Jigàr sirrîzi bàtàmîm tuzàlmàydi, lekin sekin-àstà dàvîm etishi mumkin. Kàsàllikning îldini îlish. Àvvàlî kàsàllikning kelib chiqish sàbàblàrini yo‘qîtish, surunkàli gepàtit và jigàrning yog‘ bîsgàn distrîfiyasini o‘z vàqtidà dàvîlàsh, sirrîz àvj îlishini to‘xtàtish và àsîràtlàrining îldini îlish keràk.

16. Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi) bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari haqida ma`lumot bering.

Diffuz toksik buqoq (Bazed kasalligi, tireotoksikoz, tireotoksik buqoq) – endokrin kasallik bo’lib, tireoid gormonlar sekretsiyasining nihoyatda ortishi natijasida paydo bo’ladi va turli a’zolar hamda sistemalarda og’ir buzilishlar bilan kechadi.Etiologiyasi:Diffuz toksik buqoqning kelib chiqishi haqida ko’p sonli nazariyalar mavjud.[2] Yurtimizning ko’pchilik olimlari neyrogen nazariya tarafdorlari hisoblanadilar va bu kasallikning

paydo bo’lishida nerv-ruhiy shikast(stress)ning yetakchi ahamiyati borligini ta’kidlaydilar. Bu nazariyaning asoschisi S.P. Botkin (1884): “Ruhiy holatlar – Bazed kasalligining kechishigagina emas, balki rivojiga ham ta’siri borligi shak-shubxasizdir. Kulfat, turli xil yo’qotishlar, qo’rquv, g’azab, vahima Bazed kasalligiga xos simptomlarning tez, bir necha soat ichida rivojlanishiga ko’p marta sabab bo’lgan”, – deb yozgan edi.
Diffuz toksik buqoq etiologiyasida infektsiyaning ahamiyati katta emas, biroq bemorlarning kamida 5-6% o’z xastaligini asosan og’ir gripp yoki angina bilan bog’laydilar. Diffuz toksik buqoqqa moyil qiladigan konstitutsional va genetik omillar – endokrin sistema a’zolari faoliyati buzilishlari mavjud bo’lgan holda organizmga ekzogen omillar ta’siri sabab bo’lishi ham isbotlab berilgan. Diffuz toksik buqoqli bemorlarda qonda uzoq muddat ta’sir qiladigan stimulyator – LATS aniqlangan bo’lib, bu qalqonsimon bezga nisbatan spetsifik antitelo vazifasini o’tab, qalqonsimon bezning tireotropin ta’siridagi kabi qo’zg’alishini yuzaga keltirishi ma’lum bo’lgan. Organizmda T3 va T4 to’planishining oshishi, to’qimalarda oksidli fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu hol modda almashinuvining barcha turlarini buzilishida, markaziy nerv sistemasi, yurak, jigar va boshqa a’zolar faoliyatini izdan chiqishida yaqqol namoyon bo’ladi.Diffuz toksik buqoq bilan, aksariyat hollarda 20 dan 50 yoshgacha ayollar kasallanadilar. Bemor ayollar sonining erkaklarga nisbati ≈10:1. Kasallikning ayollarda ko’p uchrashiga ularda jinsiy bezlar va gipotalamogipofizar sistema faoliyatidagi o’zaro normal munosabatlarning birmuncha ko’p buzilishi sabab bo’ladi va bu qalqonsimon bez gormonlari jadal sintez qilinishi bilan o’tadi.Klinikasi va diagnostikasi:Tireotoksikozning asosiy simptomlari nerv va yurak-qon tomirlar sistemasi tomonidan bo’ladigan o’zgarishlar hisoblanadi. Asab va nerv sistemasi tomonidan bo’ladigan o’zgarishlar: asabiylashish (ortiqcha ruhiy qo’zg’aluvchanlik), bezovtalik, kayfiyatning damba-dam o’zgarib turishi, badjahllik va yig’loqilik kabi belgilarda yaqqol namoyon bo’ladi. Bunga qo’shimcha, simpatik nerv sistemasi aktivligining keskin ortishi: ko’p terlash, tananing barcha sohalari, ayniqsa qo’l barmoqlari tremori (qaltirashi) (Mari simptomi) bilan o’tadi. Yuz ko’pincha qizarib ketadi, bo’yin va ko’krak sohasi tarqaluvchan qizil dog’lar bilan qoplanadi. Tana harorati o’zgarmaydi. Pay reflekslari saqlangan holda yoki giperkinez kuzatiladi. Bemor sochlari to’kiladi, ularning ranggi o’zgaradi, tirnoqlar mo’rtlashib, sinishi kuzatiladi. Bezovtalik, qo’rquv, irodasizlik, jonsaraklik, parishonxotirlik va ko’zning chaqchayishi qayd etiladi.Ko’pchilik bemorlarda yurak-qon tomir sistemasi tomonidan buzilishlar: taxikardiya (yurak urishining tezlashishi), aritmiya, yurak sohasida og’riq xuruji, nafas qisishi, organizmda qon aylanishi etishmovchiligi erta muddatlarda birinchi o’ringa chiqadi.Ko’pchilik bemorlarda yurak-qon tomir sistemasi tomonidan buzilishlar: taxikardiya (yurak urishining tezlashishi), aritmiya, yurak sohasida og’riq xuruji, nafas qisishi, organizmda qon aylanishi etishmovchiligi erta muddatlarda birinchi o’ringa chiqadi.[3] 1-toifadagi bemorlarda vrachlar tireotoksikozning nerv-ruhiy shakli haqida fikr yuritsalar; 2-toifadagi bemorlarni tireotoksikozning yurak qon tomirlarida ko’proq o’zgarishi bor bemorlar turiga kiritadilar. Tireotoksikozning erta belgilariga sababsiz umumiy holsizlikni kiritadilar. Tireotoksik miopatiyaning bu belgilari metabolizm yoki modda almashinuvining buzilishlariga uzviy bog’liq bo’lib, bemorlar ko’pincha me’da-ichak sistemasi faoliyatidagi quyidagi aniq yuzaga chiqqan belgilarni qayd etadilar: qorinda og’riq xurujlari, qayt qilish, ich ketishga moyillik, ichning buzilib turishi.Erkaklarda jinsiy faoliyat birmuncha sustlashadi, ayollarda esa hayz ko’rish davri (sikli) buziladi (hatto amenoreyagacha), tuxumdonlar, bachadon gipoplaziyasi, ko’krak bezlari atrofiyasi yuz berishi mumkin.[2] Bu o’zgarishlar ko’pincha bepushtlikka sabab bo’ladi.Tireotoksikozda modda almashinuv jarayonlarining kuchayishi oqsillar va yog’larning ortiqcha parchalanishiga olib keladi, natijada bemorning odatdagidan ko’p ovqat iste’mol qilishiga qaramay, vaznining kamayishi kuzatiladi. Organizmda suv va elektrolitlar almashinuvining buzilishi (diurez ortishi, tashnalik, kuchli terlash), me’da osti bezi faoliyatining buzilishiga (yashirin qandli diabet) olib keladi.Kasallik rivojlanishi jarayonida bemorlarning ko’pchiligida birin-ketin “ko’z simptomlari” yuzaga keladi. Ko’zning ”kattalashuvi” yoki chaqchayishi (ekzoftalm) – retrobulbar kletchatkaning shishishi, o’sib qalinlashuvi yoki fibroz to’qima bilan qoplanishi, modda almashinuvining buzilishi bilan uzviy bog’liq bo’ladi. Ekzoftalm kasallikning barvaqt yuzaga keladigan, asosiy alomatlaridan biri hisoblanadi.!Delrimpel simptomi – qovoqlarning katta ochilishi va ko’z yorig’ining kengayishi – lagoftalm deb atalib, buning natijasida

rangdor parda bilan yuqori qovoq o'rtasida yo'l-yo'l chiziq paydo bo'ladi.Shtelvag simptomi – ko'zning ahyonahyonda pirillashi (ochilib-yumilishi), ko'zga alohida harakatsiz ifoda beradi – "bir nuqtaga qadalgan nigoh" va ko'zning shoxsimon pardasi sezuvchanligining pasayishi kuzatiladi.Grefe simptomi – bemor pastga qaraganda yuqori qovoqning qorachiq chetidan orqada qolishi. Bunda yuqori qovoq bilan rangdor parda o'rtasida skleraning oq yo'l-yo'l chizig'i qoladi.Koxer simptomi – Grefe simptomiga qaramaqarshi belgi bo'lib, yuqoriga qaralganda skleraning xuddi o'sha qismi qovoqning noto'g'ri, tez-tez, qisqarishi – "qovoq qisqarishi" natijasida oq yo'l-yo'l chiziq ko'rinishida yuzaga chiqadi.Mebius simptomi – ya'ni yaqin masofadan qaray olish qobiliyatining yo'qotilishidir (konvergentsiyaning buzilishi). Melixov simptomi – "qahr-g'azab bilan qarash". Ellinek simptomi – yuqori qovoq terisining qorayishi. Rozenbax simptomi – qovoqlarning yumilganda titrashi. Zenger simptomi – qovoqlarning shishib chiqishi va xaltasimon osilib qolishi. Dalmedi simptomi – "qotib qolgan yuz" (amimiya). Yuz mushaklari tonusining ortishi natijasida mimik harakatlar tormozlanib, ayni vaqtda boshqa harakatlar saqlanib qolgan bo'ladi.Tireotoksikozda yuzaga keluvchi ekzoftalmni xavfli ekzoftalmdan tafovut qilish lozim, buni oraliq miya zararlanishi va gipofiz oldingi bo'lagi tireoid gormonining ko'p ishlab chiqarilishi bilan bog'laydilar. Xavfli ekzoftalm esa asosan o'rta yoshdagi kishilarda kuzatiladi. U bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Ko'z olmasi shu darajada chaqchayib qoladiki, u ko'z kosasidan bo'rtib chiqadi. Bemorlarni orbita (ko'z kosasi) sohasidagi kuchli og'riq, diplopiya va ko'z harakatlarining cheklanishi bezovta qiladi. Konyunktivit, keratit borligi, shoh pardada yara hosil bo'lishiga va parchalanishga moyillik keltiradi.

Xulosa: Tireotoksik buqoq klassifikatsiyasida shakli va kattalashuv darajasi bo'yicha yuqorida keltirilgan turlash batamom mos keladi, ammo tireotoksikoz belgilarining yuzaga chiqqanligi yoki avj olganligi bo'yicha quyidagi 3 toifaga bo'linadi: yengil turi, o'rtacha og'irlikdagi, og'ir turi.

17. Miksedema bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlarini sanab bering.

J: **Miksedema**

Miksedema [yun. myxa – shilimshiq va oidema – o'sma shish], qalqonsimon bez faoliyatining susayishi yoki butunlay to'xtashi natijasida kelib chiqadigan holat; gipotireoz ko'rinishlaridan biri.

Miksedema

– buqoq bezi faoliyati pasayishi bilan kechadi, gipoteriozning og'ir formasi hisoblanadi. Birlamchi va ikkilamchi turlarda kechadi, Tug'ma va orttirilgan bo'ladi.

Sabablari

- **Birlamchi xarakterda** – Tug'ma anomaliyalar, buqoq bezi travmalari, surunkali kasalliklar oqibatida immunitet pasayishi, yod yetishmovchiligi.
- **Ikkilamchi xarakterda** – infektsion, o'smali, gipotalamo-gipofizar sistemaning travmatik shikastlanishlari.

Belgilari

- Yuz, qovoq, oyoqlar shishi
- Mushakda og'riq
- Holsizlik, uyquchanlik
- Teri qurishi
- Soch sinishi va to'kilishi
- Nutq sekinlashishi
- Til shishi
- Xotira pasayishi
- Ovoz bo'g'ilishi
- Qabziyat
- Bradikardiya

- Arterial gipertenziya
- Hansirash
- Anemiya
- Kuchli bosh og’riq
- Hayz sikli buzilishi
- Erkaklarda jinsiy faoliyat pasayishi

Diagnostika

- Qon umumiy va bioximik tahlili
- Immunoferment analiz
- Buqoq bezini UTTsi
- Buqoq bezi biopsiyasi
- Buqoq bezini stsintigrafiyasi

Davolash

- O’rin bosuvchi gormonal terapiya
- Yod saqlovchi moddalar

Asoratlari

- Gipotireoid koma
- MNS buzilishi
- Miokard infarkti
- Stenokardiya
- Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi
- Ishemik insult
- O’lim holatlari.

Havf guruhi

- Menopauza davridagi ayollar
- Nasliy moyillik
- Buyrak yetishmovchiligi
- Buqoq bezi kasalliklari
- Kuchsizlangan immunitet

Profilaktika

- Ovqatda yod miqdori yetarli bo’lishi
- Qonda gormonlar miqdorini aniqlash
- Stressdan saqlanish
- Burun halqum o’tkir va surunkali kasalliklarini vaqtida davolash.

18. Qandli diabed bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari. Pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

J: Diet STOL raqami 9- qandli diabet.

Qàndli diàbåt mîddà àlmàshinuvi, àsîsàn, uglåvîd àlmàshinuvi buzilishigà îlib kåläàdigàn insulin yåtishmîvchiligi bilàn bîg‘liq kàsàllik.

Etiologiyasi. Qàtîr îmillàr: irsiyat, såmizlik, hàddàn tàshqàri ko‘p îvqàt yåyish, ruhiy và jismîniy zo‘riqish, îshqîzîn îsti båzining o‘smàsi, zàhm, sil và hàkàzîlar ahamiyatga ega.

Patogenezi. Diàbåtning hàmmà àlîmàtlàri îrgànizmdà insulin yåtishmîvchiligi bilàn bîg‘làngàn. Insulin yåtishmîvchiligi birlàmchi yoki ikkilàmchi bo‘lishi mumkin. Pànkråàtik yåtishmîvchilikdà îshqîzîn îsti båzining B hujàyràlàridà insulin såkråtsiyasi và sintåzi buzilàdi. Pànkråàsdàn tàshqàri yåtishmîvchilikdà insulin må’yordàgi miqdîrdà ishlàb chiqàrilàdi và sintåz qlinàdi, låkin uning fàîliyati pàsàyadi.

Diàbåtdà såmirish muhim o‘rin tutadi, chunki bundà yog‘ kislîtàlàrining miqdîri îrtàdi, ulàr insulin fàîlligini pàsàytiràdi. Insulin yåtishmîvchiligi gipårglikåmiyagà îlib kålàdi. Gipårglikåmiya kåtidàn glukîzuriya rivîjlànàdi, u buyràk kîptîkchàlàridà glukîzà filtràtsiyasining îrtishi và kànàlchàlàrdà uning qàytà kam so‘rilishi bilàn bîg‘liq. Glukîzà kînsåntràtsiyasining îrtishi nàtijàsidà kànàlchàlàrdà birlàmchi siydikning îsmîtik bîsimi îrtàdi và suvning qàytà so‘rilishi buzilàdi, pîliuriya vujudgà kålàdi. Îrgànizmning suvsizlànishi, chànqîqlik pîlidipsiyani kåltirib chiqàràdi.

Yog‘ àlmàshinuvining buzilishi, yog‘ pàrchàlànishining kuchàyishi và ko‘p miqdîrdà erkin yog‘ kislîtàlàri hîsil bo‘lishi bilàn tushuntirilàdi, ulàr jigàrgà to‘plànib, yog‘gà àylànàdi và jigàrni yog‘ bîsishgà îlib kålàdi. Ko‘p miqdîrdà yog‘ kislîtàlàri pàrchàlànishi nàtijàsidà kåtîn tànàchàlàri pàydî bo‘làdi. Kåtîn tànàchàlàr màrkàziy nårv siståmàsigà tînik tà’sir ko‘rsàtàdi,

kislîtà ishqîr muvîzànàti àsidîz tîmîngà o‘zgàràdi. Nàtijàdà nàtriy, kàliy, màgniy iînlàrining îrgànizmdàn chiqib kåtishigà imkîn yaràtilàdi, bu esà muskul to‘qimàsining, shu jumlàdàn, miîkàrdning hîlàtigà tà’sir etàdi.

Insulin tànqisligidà îqsillàr sintåzi buzilàdi, shu jumlàdàn, àntitanalàr hàm kàmàyadi, bu îrgànizm råàktivligi pàsàyishigà imkîn yaràtàdi, yaràlàr såkin bitàdi. Qàndli diàbåtdà îqsillàr sintåzining buzilishi qîn-tîmir yåtishmîvchiligigà sàbàb bo‘làdi. Qàndli diàbåtdà xîlåstårin

sintåzi ko‘pàyadi.

Klinikasi. Kàsàllikning dàstlàbki àlîmàtlàri umumiy bo‘làdi.

Shikîyatlàri — endîkrin buzilishlàr: pîliuriya, pîlidipsiya, tåz chàrchàsh, quvvàtsizlik, måhnàt qilish qîbiliyatining buzilishi và bîshqàlàr, bà’zàn glukîzuriya và gipårglikåmiya kuzàtilàdi.

Kàsàllikkà xîs bålgilàrdàn yanà biri îzib kåtish yoki såmirish hisîblànàdi.

Poliuriya. Bundà siydik miqdîr må’yorigà nisbàtàn ko‘-payib, 2,5—3,0 litrdàn 5—10 litrgàchà yåtàdi. Àgàr båmîr bungà àhàmiyat bårmàgàn bo‘lsà, undàn nåchà màrtà hîjàtgà bîrgàni và hàr gàl qànchà siydik àjràlgàni, uning miqdîri vàràngi so‘ràlàdi. Diàbåti bîr båmîrlàr siydik yo‘li kàsàlliklàridàn fàrqli o‘làrîq, oz-îzdàn siydik àjràtàdi. Siydik miqdîri tungigà nisbàtàn

kunduzi ko‘p bo‘làdi. Shungà mîs ràvishdà glukîzuriya hàm kunduzi ko‘p, siydigi yopishqîq bo‘làdi.

Polidipsiya. Kuchli chànqîq kàsàllikkà xîs bålgi hisîblànàdi. Dàstlàb båmîr uni såzmàydi, u kunigà 2—3 litrdàn îrtiq suv ichàdi. Sàbàbsiz tårlàydi, qizib kåtàdi, hàttî ishtàhà kuchli bo‘lsà hàm, îzish rivîjlànàvåràdi. Bà’zi båmîrlàrdà såmirib kåtish kuzàtilàdi. Såmirish dåb vàznning må’yordàn 20% îrtib kåtishigà àytilàdi.

Polifagiya Dîimiy yuqîri ishtàhàdà bo‘làdi. Bundày båmîrlàrni „îvqàt ishqibîzlàri“, „îvqàtni qizg‘ànàdigànlàr“, dåb àtàshàdi. Mîddàlàr àlmàshinuvi buzilishi nàtijàsidà kålib chiqàdigàn kåyingi guruh bålgilàr: àdinàmiya, lànjlik, àståniya hisîblànàdi. Bu bålgilàr ko‘pinchà båmîrlàrni båzîvtà qilàdi và ulàr dîimî shifokorgà shikîyat qilib turàdilàr. Àdinàmiya (quvvàtsizlik) àstà-såkin, bîshqà bålgilàr qàtîri zimdàn rivîjlànàdi. Îzginà jismîniy hàràkàt qilgàndà yångil chàrchàsh pàydî bo‘làdi. Dàm îlgàndàn so‘ng àhvîl yaxshilànàdi. Muskul chàrchàshi îg‘riq xurujlàri và îyoq-qo‘llàrining sàl-pàl titràshi bilàn nàmîyon bo‘làdi. Yashirin diàbåt îrgànizmning glukîzàgà turg‘unligini

àniqlàsh îrqàli tîpilàdi. Buning uchun tåkshirilàyotgàn îdàm 10—14 sîàt îvqàt yåmàsdàn, ertàlàb îch qîringà glukîzà miqdîrini àniqlàsh uchun bàrmîg‘idàn qîn tîpshiràdi, so‘ngrà 250—330 ml suvdà eritilgàn 75 gr glukîzàni 5—15 minut dàvîmidà ichàdi. Glukîzà ichgànidàn 2 sîàt o‘tgàch, qîndàgi glukîzà miqdîri yanà qàytàdàn àniqlànàdi. Yashirin diàbåtdà îch qîringà tåkshirilgàn glukîzà miqdîri 6,7 mmîl/l (120 mg%) dàn kàm bo‘làdi. Glukîzà qàbul qilingàndàn 2 sîàt o‘tgàch, tåkshirilgàndàgi glukîzà miqdîri 7,8 mmîl/l (140 mg%) gà tång yoki undàn yuqîri, àmmî 11 mmîl/l (200 mg%) dàn îshmàydi. Laborator tekshiruvida. Sutkàlik siydikdàgi qànd miqdîri, sutkàlik siydikdàgi diuråz và nisbiy sîlishtirmà îg‘irlikkà qàràtilgàn hîldà qànd và kåtîn tànàchàlàrini àniqlàsh kåràk. Sutkàlik diuråz siydikdàgi qàndning fîiz miqdîri và qàbul qilingàn uglåvîd miqdîrini tåkshirish îrqàli uglåvîd

bàlànsi àniqlànàdi. Îlingàn mà'lumîtlàr dàvîlàshdà hisîbgà îlinàdi. Suv-tuz àlmàshinuvining buzilishi àniqlànàdi. Qîndà kàliy, nàtriy, ishqîr zàxiràsi àniqlànàdi (må'yordà 55—70 hàjm %). Àsidoz diàbåt kîmàsi yaqinlàshàyotgànligini bildiràdi. Gipårxîlåstårinåmiya, gipårglikåmiya hàm kuzàtilàdi.

Àsîràtlàri.

1. Diabet komasi. Diàbåt kîmàsi qàndli diàbåtning îg'ir àsîràti bo'lib, îrgànizmdà insulin miqdîrining yåtishmàsligi nàtijàsidà vujudgà kålàdi. Insulin tànqisligi yuz bårgàndà yog'làrning pàrchàlànishi kuchàyib, qîndà zàhàrli nîrdîn hîsilàlàr ko'pàyadi, nàtijàdà kåtîàtsidîz dåb yuritilàdigàn chuqur o'zgàrishlàr sîdir bo'làdi. Bu hîlàtdà qànd miqdîri ànchà yuqîri bo'lib, siydik bilàn birgà, ko'p miqdîrdà qànd àjràlib chiqàdi, siydik miqdîri hàm bir nåchà màrîtàbà ko'pàyadi.

Ko'p siyish nàtijàsidà tàn suvsizlànàdi, bu esà båmîrning àstàsåkin hushdàn kåtishigà sàbàb bo'làdi. Bu hîlàt diàbåt kîmàsi dåb àtàlàdi. Diàbåt kîmàsi bir yoki bir nåchà kun dàvîmidà àstàsåkin rivîjlànàdi. Àvvàligà båmîr o'zidà kuchàyib bîràyotgàn hîlsizlik và chàrchîqni såzàdi. Îg'zi qurib, chànqîg'i sirà bîsilmàydi, judà ko'p suv ichàdi. Båmîr nàfàs îlgàndà undàn àsåtîn hidi kålib turàdi. Bà'zàn qîrin îg'rig'i và qàyt qilish hîllàri hàm kuzàtilàdi. Båmîr àtrîfgà båfàrq bo'lib, sàvîllàrgà nîto'g'ri jàvîb båràdi, fikri chàlkàshib bîràdi và àstà-såkin hushini yo'qîtàdi. Nàfàs îlish àvvàligà tåzlàshib, kåyin såkin và chuqur bo'làdi. Tîmir urishini àniqlàsh qiyin bo'làdi.

2. Diabet angiopatiyalar Diàbåt àngiîpàtiyalàri qàndli diàbåtning qîn tîmirlàrigà båràdigàn surunkàli àsîràti bo'lib, ulàr ikki turgà — diàbåt àngiîpàtiyalàri và màkrîàngiîpàtiyasigà bo'linàdi. Màydà qîn tîmirlàrning, ya'ni kàpillarning qàndli diàbåt tà'siridà o'zgàrishi diàbåt mikrîàngiîpàtiyasi dåyilàdi. Bundà màydà qîn tîmirlàr dåvîri qàlinlàshib, ulàrning ichki yuzàsi g'àdir-budur bo'lib, qîn îqishi qiyinlàshàdi, bu màydà tîmirlàrning båkilib qîlishigà sàbàb bo'làdi. Bà'zàn qîn tîmir dåvîrlàrining mo'rt bo'lib qîlishi nàtijàsidà bà'zi tîmirlàr kångàyib, xàltàchàlàrni hîsil qilàdi. Mo'rt bo'lgàn tîmirlàr yorilib, àtrîf to'qimàlàrgà qîn quyilishi mumkin. Bu ko'pinchà ko'z tubi to'r pàrdàsidà yaqqîl ko'rilàdi. Ko'z to'r pàrdàsidàgi kàpillar tîmirlàrning o'zgàrishi nàtijàsidà ko'z xiràlàshàdi. Ko'rish qîbiliyatining bu susàyishini ko'zîynàk tàqish bilàn hàm tuzàtib bo'lmàydi. Bà'zi hîllàrdà ko'z qîn tîmirlàridàgi o'zgàrishlàr ko'rlikkà îlib kålishi mumkin. Diàbåt tà'siridà ko'z tubi to'r pàrdàsidàgi o'zgàrishlàr diàbåt mikrîàngiîpàtiyasi ichidà eng ko'p uchràydigàn tur hisîblànàdi. Qàndli diàbåt bundàn tàshqàri yanà buyràkkà hàm zàràrli tà'sir qilàdi. Ko'pinchà diàbåt nåfrîpàtiyasi mikrîblàr kåltirib chiqàrgàn surunkàli yallig'lànish (surunkàli piyålînåfrit) bilàn birgà kåchàdi. Bu hîlàt diàbåt nåfrîpàtiyasining kåchishini îg'irlàshtiràdi. Qàndli diàbåti bîr båmîrlàr buyràkdà birîz o'zgàrish såzgàndà dàrhîl uni dàvîlàsh chîràsini ko'rishlàri, siydiklàrini tåztåz umumiy tåkshirtirib turishlàri kåràk.

Davosi. Qàndli diàbåt îrgànizmdà insulin yåtishmàsligigà bîg'liq bo'lgàni sàbàbli, dàvîlàsh îrgànizmgà insulin yubîrishgà àsîslàngàn. Kàsàllikning yångil dàràjàsidà insulin qo'llànilgunchà diyåtîtåràpiya o'tkàzilàdi (9- stîl). Insulin ikki turgà bo'linàdi: 1) tà'sir muddàti qisqà yoki îddiy insulindir; 2) tà'sir muddàti uzàytirilgàn insulin. Insulinning tà'sir kuchi 6—8 sîàtgà bîràdi.

Uzîq muddàt tà'sir qilàdigàn insulin qàtîrigà prîtàmin rux insulin suspånziyasi, rux insulin kristall suspånziyasi kiràdi. Insulinni qîrin, yålkà, sîn tårisigà yubîrish mumkin.

Insulindàn tàshqàri qànd miqdîrini pàsàytiruvchi dîrilàr hàm màvjud, bulàrgà: butàmid, îrànil, màninil và àdåbitlàr kiràdi.

Qànd miqdîrini pàsàytiruvchi dîrilàr ko'pinchà, ertàlàb và kåchqurun îvqàt istå'mîl qilàyotgàn vàqtdà qàbul qilinàdi.

Diabetik koma. Qîndà qànd miqdîrining îrtishi, îrgànizmdà mîddàlàr àlmàshinuvi bàrchà turlàrining buzilishi nàtijàsidà turli xil zàhàrli mîddàlàr miqdîrining ko'pàyishigà bîg'-liq. Kîmà hîlàtining vujudgà kålishigà sàbàb: nîto'g'ri dàvîlàsh,pàrhåzni buzish, àsàbiylàshish, hîmilàdîrlik, turli infåksiîn kàsàlliklàr, îpåràtsiyalàr.

Shîshilinch yordàm ko‘rsàtishda dàrhîl biryo‘là 50—100 TB insulin yubîrilàdi, 50 TB tåri îstigà, 50 TB vånàgà. Kåyinchàlik hushsizlik hîlàti dàvîm qilàvårsà, insulinni 20— 30 TB tåri îstigà hàr ikki sîàtdà, sutkàsigà tàxminàn 200— 300 birlik kiritish kåràk. Insulin bilàn bir vàqtdà 20—30 ml 40 % li glukîzà eritmàsi vånà ichigà yubîrilàdi, bundàn tàshqàri, 600—800 ml 5% li glukîzà eritmàsi tåri îstigà yubîrilàdi.

Àsidîzni kàmàytirish uchun fiziîlîgik eritmàni glukîzà và sîdà bilàn (50 g glukîzà, 25g nàtriy bikàrbînàt, 1000 g fiziîlîgik eritmà) tîmchili klizmà qilinàdi.Kîllàpsgà qàrshi kuràshish uchun kàmfîrà, kîfåin, kîrdiàmin buyurilàdi.

Gipoglikemik koma. Gipîglikåmik kîmà diàbåti bîr båmîrlàrgà insulin dîzàsini ko‘p yubîrish nàtijàsidà vujudgà kålàdi. Insulin kiritilgàndàn so‘ng, îdàtdà, 1—2 sîàt o‘tgàch yuz båràdigàn kåskin dàrmînsizlik, ko‘p tårlàsh îyoq-qo‘llàrning titràshi, isitmà såzgisi, bîsh àylànishi, bîsh îg‘rig‘i, yuràk urishi, îchlik his qilish, ràng o‘chishi gipîglikåmiyaning àsîsiy àlîmàtlàridàn hisîblànàdi. Àgàr båmîrning hushi jîyidà bo‘lsà, 50—100 g nîn và 1—2 chàqmîq qànd yådirilàdi yoki bir stàkàn shirin chîy ichirilàdi. Båhush hîlàtdàgi båmîrgà 50 ml 40% glukîzà eritmàsi vånàgà yubîrilàdi. Àgàr u hushigà kålmàsà, 5—10 minut o‘tkàzib tåri îstigà 500—600 ml 5%li glukîzà
eritmàsi và 0,5—1 ml 0,1% àdrånàlin eritmàsi tàkrîr yubîrilàdi.

Pàrvàrishi. Båmîrni stàtsiînàrdà o‘zigà o‘zi ukîl qilishni o‘rgàtish o‘rinli. Shprisdàn qàndày fîydàlànish kåràkligini, ungà qàndày qilib insulin îlinishini hàmshirà båmîrgà ko‘rsàtib båràdi và båmîrni stårillik qîidàlàrigà riîya qilishgà o‘rgàtàdi. Dàstlàb båmîr hàmshiràning ko‘z o‘ngidà o‘zigà inyåksiyalàr qilàdi, hàmshirà uning xàtîlàrini tuzàtib turàdi. Qàndli diàbåti bo‘lgàn båmîr îvqàtni qàt’iy bålgilàngàn sîàtlàrdà yåyishi, îvqàt yåyishning insulin inyåksiyalàri bilàn bîg‘liq hîldà îlib bîrilishigà àniq riîya qilishi kåràk. Diàbåtli hàr bir båmîrgà tårining yiringli kàsàlliklàri prîfilàktikàsini qunt bilàn tà’minlàsh kåràk, chunki diàbåtdà ulàrgà mîyillik bo‘làdi. Båmîr vànnàdà issiq suv bilàn sîvunlàb cho‘milishi, ich kiyimlàrini, àyniqsà, yozdà bàdàn tårisi ko‘p tårlàydigàn pàytlàrdà muntàzàm àlishtirib turishi kåràk.

19. Revmatizm bilan kasallangan bemorlar reabilitatsiyasi. Turlari.

J: Revmatizm—biriktiruvchi to‘qimaning sistem yallig‘lanishi bo‘lib, asosan, yurak va qon tomirlar sistemasida, kasallikka moyil kishilarda, A guruhiga kiruvchi V—gemolitik streptokokk bilan bog‘liq holda rivojlanadi. Bu kasallikda, shuningdek, bo‘g‘im seroz pardalari, asab sistemasi va boshqa ichki a’zolarning biriktiruvchi to‘qimalari yallig‘lanishi mumkin. Kasallikka keltirilgan bu ta’rif (V.A.Nosonova, I.A.Bronzov, 1978) uning rivojlanishida: 1) asosan yurak va qon tomirlar sistemasi shikastlanishini; 2) kasallik rivojlanishiga moyil irsiyatning o‘rnini;

3) streptokokk infeksiyasining rolini ta’kidlaydi. Kasallikning mohiyati yurakning hamma qavatlari, shu jumladan, asosan, miokard va endokard shikastlanib, yurak yetishmovchiligini keltirib chiqaradigan qopqoqlar shaklining buzilishi va yurak teshiklarining torayishi—yurak illati rivojlanishidadir. Boshqa ichki a’zolar va a’zolar yig‘indisining revmatizm bilan shikastlanishi 2-darajali ahamiyatga ega va kasallikning og‘ir-yengilligini hamda oqibatini aniqlashga yordam bermaydi. Revmatizm hamma yoshdagi kishilarni, lekin ko‘pincha bolalarni, yoshlarni shikastlantiradi. Revmatizm yer yuzining turli iqlimiy-geografik mintaqalarida uchraydi. Revmatizm bilan shikastlanish va mamlakatlarning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishi o‘rtasida uzviy bog‘liqlik borligi ma’lum. Revmatizm bilan shikastlanishda uy-joy va maktab sharoitlarining taqchilligi, sifatsiz ovqatlanish, tibbiy yordam ko‘rsatishning past darajadaligi alohida o‘rin tutadi.

Sabablari. Revmatizmning asosiy sababi streptokokk infeksiyasi bo‘lib, uning kelib chiqishi va rivojlanishining 2- asosiy omili organizm reaktivligining o‘zgarishidir. Revmatizm bilan shikastlangan kasallarning kasallik boshlanishidan oldin angina yoki surunkali tonzillit bilan og‘riganlari aniqlanadi. Streptokokk infeksiyasi bilan bog‘liqlik bemorlar qonida streptokokk

antigenlari va streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar (ASLO, ASG, antidezoksiribonukleaza B) katta miqdorda topilishi bilan tasdiqlanadi. Streptokokk virulentligi streptokokk hujayra devoridagi M- oqsilning miokardni shikastlantiruvchi xili, uni revmatizm keltirib chiqaradigan xillaridagina uchraydigan Coqsil, streptokokk tashqi qovug‘ida joylashgan va neytrofillarning fagotsitar faolligini yo‘qotuvchi gialuron kislotasi, endotoksik ta’sir ko‘rsatuvchi mukopeptid bo‘lishi bilan bog‘liqdir. O‘tkir streptokokk infeksiyani o‘tkazgan bemorlarning 0,3—3 foizigina revmatizm bilan shikastlanadi. Tanaga streptokokk infeksiyasi kirishiga javoban unda qonda aylanib yurib, o‘ta kichik qon aylanish yo‘nalishlarida (mikrosirkulatsiyada) cho‘kib, o‘tirib qoluvchi streptokokk antigenlariga qarshi antitanalar ishlab chiqariladi va immunologik birikmalar paydo bo‘ladi. Miokard va biriktiruvchi to‘qimani yana streptokokk zaharlari va fermentlari zararlantiradi. Revmatizm bilan kasallanganlarda immunologik sistemaning genetik kamchiligi bo‘lgani uchun streptokokk antigeni va immunologik birikmalar tanadan tezgina yo‘qolmaydi. Revmatizmning ekssudativ bosqichi hozir 2 mustaqil bosqichga bo‘linadi: mukoid bo‘kish va fibrinoid o‘zgarishlar bosqichi.

Mukoid bo‘kish biriktiruvchi to‘qima zararlanishining yuza va qaytar bosqichi bo‘lib, skleroz boshlanishiga olib keladi. Revmatizmda nerv sistemasi, ichki sekretsiya bezlari va boshqa a’zo hamda sistemalar zararlanadi. Revmatizmning turlarini G.I.Sokolskiy va J.Buyo batafsil o‘rganib, tasvirlab berishgan, shu sababli bu kasallik Sokolskiy—Buyo kasalligi deb ataladi.

Tasnifi. Hozirgi davrda revmatizm jarayonining kechish davri klinik-anatomik xususiyatlarini, a’zolar va a’zolar guruhi shikastlanishini, kechish xususiyatini va yurak-tomirlar sistemasining ish bajarish faoliyatini o‘zida aks ettiruvchi ish tasnifi va nomlari „Revmatizmning ichki tasnifi va nomlari“ bo‘yicha 1964- yilning dekabirida o‘tkazilgan simpoziumda A.I.Nesterov ma’lumoti asosida qabul qilingan. Revmatizmda har xil a’zolar va a’zolar guruhining shikastlanishi, biroq, asosan, yurak shikastlanishi, kamroq hollarda bo‘g‘im shikastlanishi yuz beradi. Revmatik jarayon o‘ziga xos kechish xususiyatlari, klinik belgilariga ko‘ra 5 xil ko‘rinishda bo‘ladi:

—o‘tkir kechish — birdan boshlanib, kasallikning bir qancha klinik belgilari yaqqol namoyon bo‘lganda patologik jarayonning yuqori darajada faolligi bilan o‘tadi, davolash tez va yaxshi natijali bo‘ladi;

—o‘rtacha o‘tkir kechish— xuruj 3—6 oy davom etadi, klinik belgilari kasallikning o‘tkir kechishiga qaraganda biroz sustroq bo‘ladi; patologik jarayon ham o‘rtacha faollikda kechadi. Davolanish natijasi ham o‘rtacha bo‘ladi; —cho‘zilgan kechish — xuruji 6 oydan ko‘proq davom etadi, kasallik belgilari kam,bir maromda bo‘lib, patologik jarayon o‘rta darajadagi faollik bilan kechadi, uzluksiz qaytalaydigan, kechishi to‘lqinsimon va noto‘liq sog‘ayish bilan o‘tadi, shikastlangan a’zolar soni har xurujda ko‘payib boradi; —yashirin kechish — revmatizm bilan shikastlanganlik ko‘pincha klinik, laboratoriya hamda asboblar bilan tekshirishda aniqlanmasligi mumkin. Bemorda revmatizmning yashirin kechganini, kasallikning asorati —yurak illati paydo bo‘lganidan bilish mumkin.

Klinikasi. Ma’lumki, revmatizmda yurak va qon tomirlar sistemasi jarohatlanadi. Shu sababli revmatizmning hamma belgilarini yurak va yurakdan tashqari belgilarga bo‘lish maqsadga muvofiq bo‘lib, kasallikning klinik manzarasini shu nuqtayi nazardan o‘rganish kerak. Revmatizmning klinik manzarasi kasallik davri, yallig‘lanish jarayonining faollik darajasi, kasallikning kechish xususiyati, tabiati, yurak illatlari va yetishmovchiligi mavjudligi va boshqalarga bog‘liq. A.I.Nesterov fikricha, kasallikning rivojlanishi va klinik manzarasi shakllanishida uchta asosiy davrni farq qilish mumkin. Birinchi (yashirin) davr, odatda, stereptokokk infeksiyasi tugab, revmatizm xuruji boshlanguncha 2—4 hafta davom qiladi. Bu davrda tana sezuvchanligi oshib, biriktiruvchi to‘qimaning toksik-infeksion shikastlanishi va

streptokokk antigeniga javoban immun siljishlar roʻy berishi kuzatiladi. Bu davr yo klinik belgilarsiz, yoki choʻzilgan angina, surunkali tonzillitdan kechikib tuzalishga xos belgilar: oʻzini yomon his qilish, terlash, artralgiya, subfebrilitet bilan kechadi. Qonda streptokokk antigeni, antitanalar titri koʻtarilishi, ECHT ning oʻrtacha oshishi kuzatiladi.

Ikkinchi davr (revmatik xuruj) tanada giperergik reaksiya rivojlanishi, a'zolar shikastlanishi va kasallikning revmatik poliartrit, kardit, xoreyalarga xos klinik belgilari yuzaga kelishi bilan oʻtadi. Bu kasallikning boshlanishi — birinchi xuruji hisoblanadi.

Uchinchi davr himoya kuchlari va kompensatsiya reaksiyalarining sifat oʻzgarishi, immunologik buzilishlarning kuchayishi va distrofik oʻzgarishlar rivojlanishi bilan kechadi. Bu davrda revmatizm koʻpincha choʻzilib va uzluksiz qaytalanib kechadi. A'zolar oʻzgarishi kuchayadi va yomon oqibatlarga olib keladigan asoratlar kuzatiladi. Revmatizm klinik manzarasi uning birinchi xurujida hali yurak illati paydo boʻlmaganda yaqqolroq boʻlishini nazarda tutish kerak.

Yurak illati shakllangan, bundan tashqari yurak yetishmovchiligi paydo boʻlgan bemorlarda revmatizm qaytalansa, uning faollik belgilarini topish ancha qiyin. Revmatizmning birinchi xuruji koʻpincha oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻladi. Angina yoki yuqori nafas yoʻllarining shamollashidan 1—2 hafta oʻtgach tana harorati ba'zida 38—40°C gacha koʻtariladi, bir kunlik oʻzgarish 1—2°C ni tashkil qiladi va koʻp terlash kuzatiladi.

Revmatizm qaytalanib, navbatdagi yangi yalligʻlanish faqat oʻtkazilgan infeksiya bilan bogʻliq boʻlmay, balki boshqa sabablar: sovuq qotish, jismoniy zoʻriqish, jarrohlik muolajalaridan keyin boʻlishi mumkin.

Kasallikning eng koʻp uchraydigan belgisi— yurak shikastlanishi — revmokarditdir. Revmokardit deganda, bir vaqtning oʻzida yurakning miokard va endokardit (80—100% bemorlarda) shikastlanishi nazarda tutiladi. Tashxisi. Revmatizmni, ayniqsa, birinchi xurujida aniqlash ancha murakkab. Angina, surunkali tonzillit yoki yuqori nafas yoʻllari yalligʻlanishidan 1—3 hafta oʻtgandan soʻng yoki sovuq qotishdan keyin, yurak va boʻgʻimlarni shikastlantiradigan kasallik paydo boʻlsa, revmatizm toʻgʻrisida oʻylash mumkin. Revmatizmning koʻp belgili boʻlishini nazarda tutib, uning tashxisini Amerika kardiologlari uyushmasi mukammallashtirgan va u A.I.Nesterov tamonidan toʻldirilgan A.A.Kisel mezonlari asosida aniqlanadi.

1. Asosiy mezon. Revmakardit, poliartrit, xoreya, teri osti revmatik tugunchalari, halqasimon eritema, revmatik anamnez ex juntibus tasdigʻi.

2. Qoʻshimcha mezon: a) klinik mezonlari: artralgiya, isitma,tez charchash, adinamiya, terining oqarishi, vazamotor labillik, kapillarlar oʻtkazuvchanligining oshishi, burundan qon ketishi; b) labarotoriya belgilari: neytrofilli leykotsitoz, disproteinemiya, ECHT oshishi, S—reaktiv oqsil paydo boʻlishi; d) asboblar yordamida tekshirgandagi oʻzgarishlar; EKG da atrioventrikular oʻtkazuvchanligining sekinlashishi. Revmatik anamnez deganda kasallikning streptokokk infeksiyasi bilan bogʻliqligi, atrofdagi, oiladagi streptokokkli muhit (klinik-epidemiologik belgilari) tushuniladi. Bemorni 3—5 kun davomida revmatizmga qarshi davolash juda yaxshi natija bersa, tashxisini exspresss tasdiqlash deyilib, uni revmatizmning asosiy mezoniga kiritish mumkin. Hozirgi davrda revmatizmning kechishi ancha oʻzgarganligi sababli 1- asosiy va 2—3- qoʻshimcha mezonlar topilishi har doim ham revmatizm tashxisini qoʻyish imkonini beravermaydi. Asosiy mezonlardan xoreya, revmatik tugun, halqasimon eritema ancha kam uchraydigan boʻlib qoldi.

Davolash. Hozirgi davrda revmatizmni davolash uch bosqichda olib boriladi.

1.Kasallikni faol davrida kasalxonada davolash. 2. Kasalxonadan chiqqandan keyin davolashni poliklinikani kardiorevmatologik xonasida davom ettirish.

3. Bemorni koʻp yillar davomida poliklinikada kasallik qaytalanishining oldini olish maqsadida davolash va nazorat qilib borish.

Davolash muolajalari quyidagilardan iborat:
a) streptokokk infeksiyasiga qarshi kurashish;
b) faol revmatik jarayonni davolash;
d) immunologik o‘zgarishlarni bartaraf qilish.
Revmatizmning faol davrida streptokokk infeksiyasini yo‘qotish uchun antibiotiklar, asosan, penitsillin va yarim sun’iy penitsillinlar qo‘llaniladi.Davolash ikki hafta davomida olib boriladi. Sulfanilamidlar va tetratsiklin guruhidagi antibiotiklarni qo‘llash maqsadga muvofiq emas, chunki bu dorilar bakteriostatik ta’sir ko‘rsatib, streptokokklarning chidamli turlari paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkin. Faol revmatizmni davolashda yallig‘lanishga qarshi har xil nosteroid dorilar ham qo‘llaniladi. Bulardan asetilsalitsilat kislota 1 g dan 3—4 marta (bir kunda 3—4 g) beriladi. Bu dori bemorga foyda bermasa yoki yoqmasa, 0,4 g dan bir kunda 3 marta brufen yoki 0,15 g dan butadion buyuriladi.
Qo‘shimcha salbiy ta’siri kamroq bo‘lgan voltoren yoki indometatsin (0,05 g dan bir kunda 3 marta) ham berilishi mumkin. Profilaktikasi. Kasallikning birlamchi oldini olish surunkali infeksiya o‘choqlarini, streptokokka sabab bo‘lgan kasalliklarni qunt bilan davolashni, tanani jismoniy tarbiya yordamida chiniqtirishni, uy-joy, o‘qish sharoitlarini yaxshilashni, sog‘lom hayot tarzini, radio, televideniye, matbuot orqali targ‘ib qilishni o‘z ichiga oladi. Profilaktikaning asosi organizmning tabiiy immuniteti va turli infeksiyalarga nisbatan qarshiligini mustahkamlashdir. Bizda shunday chora-tadbirlar amalga oshiriladiki, bu birinchidan, sog‘lomlashtiruvchi chora-tadbirlarni ko‘rish, ikkinchidan, revmatizm xususida mushkul irsiyatga ega bo‘lgan surunkali tonzillit va boshqalar bilan og‘rib yurgan kishilarda profilaktik davoni o‘tkazib turishdir. Buning uchun 5—6 kunda bir marta 600000 TB da bitsillin inyeksiyasi tavsiya etiladi (hammasi bo‘lib 5 inyeksiya) kuniga 2—3 g asetilsalitsilat kislota yoki 0,3 g butadion ichib turiladi.
Parvarishi. Bemorni parvarish qilish katta ahamiyatga ega. Aksariyat bemorlar juda ko‘p terlaydi, shuning uchun ichki kiyimlari, oqliklari tez-tez alishtirib turilishi, badan terisi bichilib ketmasligi uchun uni suv qo‘shilgan atir bilan artib turish, kasal bo‘g‘imlarni issiq tutish kerak.

20. Revmatizm va Poliartrit orasida taqqoslama diagnostika.

J: Poliartrit — bir yoki bir necha bo‘g‘imlarning bir vaqtda yoki ketma-ket yallig‘lanishi. Mustaqil kasallik (infeksion nospetsifik — revmatoid Poliartrit kasalligi) tarzida paydo bo‘ladi, shuningdek, revmatizm, sepsis, podagra, ba’zan brutsellyoz, sil, zaxm kabi yuqumli kasalliklar oqibatida ro‘y beradi.

Poliartrit turlari

- Revmatoid;
- Kristall (tuzli);
- Infeksion.

Kasallikning turiga, organizmning reaksiyasiga, jarayonning og‘ir-yengilligiga ko‘ra, zardobli, yiringli, nekrotik poliartrit farq qilinadi. O‘tkir va surunkali bo‘ladi.
O‘tkir poliartrit — 2 ga bo‘linadi: Birinchisi revmatik poliartrit — bunda bo‘g‘imlarning yallig‘lanishi ko‘pincha zardobli, fibrinli bo‘lib, yallig‘lanish bir bo‘g‘imdan ikkinchi bo‘g‘imga o‘tadi va mayda bo‘g‘imlarga tarqaladi. Ikkinchisi epidemik poliartrit— bunda bemor isitmalaydi, quvvatsizlanadi, bo‘g‘imlar og‘riydi, shishadi, terisi qizaradi, oyoq-qo‘l barmoklariga suv chechakdagiga o‘xshash toshmalar toshadi, harakati chegaralanadi.
Kasallikning **surunkali ko‘rinishiga** organizmda moddalar almashinuvining buzilishi, ichki sekretsiya bezlari funksiyasining o‘zgarishi, murtaklarning yallig‘lanishi sabab bo‘ladi.

Revmatik poliartrit

Biriktiruvchi to‘qimaning tizimli yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, surunkali jadallashuvchi eroziyali-destruktivli poliartrit bilan ifodalanadi.

Kasallikning bu turida og‘riklar o‘ziga xos ko‘rinishda bo‘ladi: bunda yirik bo‘g‘imlar jarohatlanib, asimmetrik xarakterda bo‘ladi, og‘riqlar «ko‘chib yuruvchi» ko‘rinishni olib, jarayon bo‘g‘imlarda navbatma-navbat ko‘chib yuradi. Og‘riq yangi bo‘g‘imga ko‘chganda dastlabki bo‘g‘imdagi og‘riqlar kamayib harakat tiklanadi

Klinik ko‘rinishi

Kasallikning boshlanishi har xil bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha u asta-sekin, sust-prolongirlangan, lekin o‘tkir yoki yarim o‘tkir ko‘rinishida rivojlanadi. Xastalikning klinik ko‘rinishida muhim o‘rinni bo‘gim sindromi — 85 foizgacha, qolgan 15 foizni bo‘gimdan tashqari (visserial) turi tashkil qiladi. Visserial turining ilk ko‘rinishi qon tomirlar zararlanishining tarqashiga — (shikastlangan a’zo vaskulitiga) bog’liq. Xastalik boshlanishini qo‘zg‘atuvchi omillar: gripp, angina, yuqori nafas yo‘llari infeksiyasi, asabiy taranglashish, sovqotish, bo‘gimning lat yeyishi, dori moddalari, homiladorlik va tug‘ish.

Bo‘gim sindromi

Xastalik boshlanishidagi asosiy belgi — poliartralgiya — yallig‘lanishsiz og‘riq — simmetrik joylashgan mayda (ko‘proq bilak, kaft-panja va falangalararo) bo‘gimlar shikastlanishi (50%), qisman yirik bo‘g‘imlar (25%) va monoartrit (25%) vujudga keladi. Og‘riq ertalab va kunning birinchi yarmida kuchliroq bo‘ladi, kechga borib kamayadi. Og‘rik shikastlangan bo‘gimlarda o‘zgarmas, doimiy bo‘lib, kasallik rivojlangan sari sekin-asta kuchayib boradi.

Bo‘gimlarda harakatning tangligi (siqiqligi), ayniqsa ertalab yoki davomli harakatsizlikdan so‘ng, revmatoid artritining eng ilk va turg‘un belgilaridan biridir. Bo‘g‘imlarda harakat juda qiyinchilik bilan bajariladi. Bu belgi bo‘gim atrofidagi to‘qimalar (periartikulyar) shishi, hamda qonda endogen glyukokortikoidlar miqdorining kamligi bilan tushuntiriladi.

Kristall (tuzli) poliartrit

Moddalar almashinuvi buzulishi natijasida bug’imlarda har xil kristall tuzlar to’planishi bilan xarakterlanadi.

Infeksion poliartrit

Revmatizm, sepsis, podagra, ba’zan brutsellyoz, sil, zaxm kabi yuqumli kasalliklar oqibatida ro‘y beradi.

21. OITS kasalligini o`tkazgan bemorlarni reabilitatsiyasi, turlari, bosqichlari haqida ma`lumot bering.

J: Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) — OIV infektisyasi fonida rivojlanadigan holat bo’lib, CD4+ limfositlar miqdorining kamayib ketishi, ko’plab opportunistik infektsiyalar, noinfektsion va o’smali kasalliklar rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Sindrom OIV-infektsiyaning so’nggi bosqichi sanaladi. Mazkur sindrom AQSh kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish markazi (*CDC*) tomonidan 1981-yilda birinchi marta tavsiflab berilgan. Uning qo’zgatuvchisi, odam immunotanqislik virusi esa 1980-yillarning boshlarida ta’riflangan.

OIV-infektsiya

OIV-infektsiya — sekin rivojlanuvchi kasallik bo’lib, virus tomonidan chaqiriladi. Virus yuzasida CD4 retseptorlarga ega immunitet hujayralari: T-helperlar, monositlar, makrofaglar, Langergans hujayralari, dendrit hujayralar, mikrogliya hujayralarini shikastlaydi. Natijada insonning immuniteti zaiflashadi, immunitet tanqisligi sindromi rivojlanadi, bemor organizmi infektsiyalar, o’smalardan himoyalana olmay qoladi. Normal immunitetga ega bo’lgan insonlarga xos bo’lmagan ikkilamchi kasalliklar rivojlanadi.

Shifokor aralashuvisiz bunday ikkilamchi kasalliklar virusning turiga qarab o’rtacha 9-11 yildan keyin bemorning o’limiga sabab bo’ladi. OITS bosqichida o’rtacha umr davomiyligi taxminan 9

oyni tashkil etadi. Antiretrovirus terapiya o'tkazilganda bemor hayotining davomiyligi 70-80 yilga yetadi.

Kasallik rivojlanishi sabablari

OIV bir odamdan boshqasiga qon yoki jinsiy aloqa orqali yuqishi mumkin. Virus antiretrovirus terapiya (ART) bo'lmaganda rivojlanadi. ART odam immunotanqislik virusining o'sishini sekinlashtiradi yoki oldini oladi.

Virus rivojlanishi darajasi har bir bemor uchun keng farq qiladi va quyidagi omillarga bog'liq:

- Bemorning yoshi;
- Tananing OIVdan o'zini himoya qilishi qobiliyati;
- Dori vositalari olish imkoni mavjudligi;
- Boshqa infektsiyalar hamrohlik qilishi;
- Bemorda genetik kasalliklar mavjudligi;
- Virusning ayrim shtammlariga qarshi himoya.

OIV qanday yuqadi

Jinsiy aloqa orqali yuqishi — bu infektsiyalangan jinsiy suyuqliklar bilan aloqa qilganda yuzaga kelishi mumkin. Infeksiyalanish vaginal, oral va anal kabi himoyalanmagan jinsiy aloqa vaqtida sodir bo'lishi mumkin.

Perinatal yuqishi — ona tug'ruq paytida, homiladorlik paytida, shuningdek, emizishda virusni bolasiga yuqtirishi mumkin.

Qon quyish orqali yuqishi — hozirgi vaqtda qon quyish orqali OIV yuqtirish xavfi rivojlangan mamlakatlarda juda ehtiyotkorlik bilan tekshiruv va ehtiyot choralari tufayli juda past. Shu bilan birga, giyohvand moddalarni qabul qiluvchilar yoki bemorning qoni bilan zararlangan shpritslarni qayta ishlatish oqibatida kasallik yuqish xavfi juda yuqori.

Kasallik haqida ko'plab noto'g'ri tushunchalar mavjud. Virus quyidagi hollarda yuqmaydi:

- Qo'l berib ko'rishish;
- Quchoqlashish;
- Kundalik o'pishlar (agar og'izda yaralar bo'lmasa);
- Aksa urish;
- Teri bilan aloqa qilish;
- Sochiqlarni birga ishlatish;
- Ro'zg'or buyumlaridan birga foydalanish (qoshiq, piyola, kosa va hokazo).

Alomatlari

Ko'p hollarda OITS belgilari bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar va / yoki parazitlarning rivojlanishi sababli yuzaga keladi. Ushbu holatlar odatda tanani infektsiyadan himoya qiladigan sog'lom immun tizimiga ega bo'lganlarda rivojlanmaydi.

Dastlabki belgilar

OIVga chalingan ko'plab odamlarda OITS alomatlari va belgilari bir necha oy yoki hatto yillar davomida uchramaydi. Boshqalarda gripp va shamollashga o'xshash alomatlar rivojlanishi mumkin, ular odatda virus yuqganidan 2-6 hafta o'tgach namoyon bo'ladi.

Kasallikning birinchi belgilari quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin:

- Isitma, varaja qilish;
- Bo'g'im, mushaklar og'rishi;
- Tomoq og'rishi;
- Terlash (ayniqsa tunda);
- Bezlarning kattalashishi;
- Qizil toshmalar toshishi;

- Charchoq, zaiflik;
- Vazn yo’qotish.

Asimptomatik kechishda

Ko’pgina hollarda infektsiyaning dastlabki alomatlari yo’qolib ketganidan keyin ko’p yillar davomida qo’shimcha kasallik alomatlari kuzatilmaydi.

Shu vaqt ichida virus rivojlanib, immun tizimi va tana a’zolariga zarar yetkazishda davom etadi. OIVni replikatsiyalashga qarshi dori vositalarisiz ushbu jarayon o’rtacha 10 yilgacha davom etishi mumkin. Infektsiyalangan odamda odatda hech qanday alomat kuzatilmaydi, u o’zini yaxshi his qiladi va sog’lom ko’rinadi.

So’nggi bosqichlarda

Agar bemor davolanmasa, virus insonning infektsiyalar bilan kurashish qobiliyatini zaiflashtiradi. Odam organizmi jiddiy kasalliklarga qarshi kurasha olmaydi. Hatto oddiy shamollash ham juda og’ir shaklda kechadi. Aynan ana shu bosqich OITS deb ataladi.

OIV-infektsiyaning yakuniy bosqichlardagi alomatlari quyidagicha ifodalanishi mumkin:

- Ko’rishning xiralashishi;
- Ich ketishi, odatda doimiy yoki surunkali;
- Quruq yo’tal;
- Haroratning bir necha hafta davomida 37 °C dan yuqoriligi;
- Kechki terlash;
- Muntazam charchoq;
- Nafas qisilishi;
- Bezlarning kattalashishi (bir necha hafta saqlanib turadi);
- Vazn yo’qotish;
- Tilda yoki og’izda oq toshmalar paydo bo’lishi.

Qon tahlili

Tashxis virus mavjudligini aniq ko’rsatadigan qon tahlili yordamida amalga oshiriladi. Agar virus aniqlangan bo’lsa, test natijasi «ijobiy» bo’ladi. Qon bemorga kasallik mavjud deya xabar berilgunga qadar bir necha marta qayta tekshiriladi.

Agar bemor virusga duchor bo’lsa, u imkon qadar tezroq sinovdan o’tishi juda muhimdir. OIV erta aniqlanganda davolanishning muvaffaqiyatli bo’lishi ehtimoli yuqori. Bundan tashqari, uyda o’tkazsa bo’ladigan test vositasidan foydalanish mumkin.

Virus yuqganidan so’ng, test natijasida ijobiy natija berishi uchun 3 haftadan 6 oygacha vaqt ketishi mumkin. Ba’zan qayta sinov qilinishi talab etiladi.

OITSni davolash

OIV/OITSni davolashni antiretrovirus terapiya va opportunistik infektsiyalarning simptomatik terapiyasiga ajratish mumkin.

Infektsiyalanish erta muddatlarda aniqlanganda antiretrovirusli davolanish juda muhimdir — bu hayot sifatini yaxshilaydi, umr ko’rish davomiyligini uzaytiradi. Shuningdek, 2013-yil iyun oyida chop etilgan Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti yo’riqnomalariga muvofiq yuqtirish xavfini kamaytiradi.

Bugungi kunda qo’llaniladigan terapiya usullari va erishilgan natijalar tarixi:

- 1985-yilda Zidovudin preparati (Retrovir, ZDV, AZT) — OIV-infektsiyani davolash uchun klinik tekshiruvlardan o’tdi. 1987-yildan buyon antiretrovirus terapiyada keng qo’llaniladi. 1964-yilda saratonga qarshi kurashish uchun sintez qilingan edi.
- 1991-1994 yillarda zaltsitabin, didanozin va stavudin paydo bo’ldi. Taxminan shu davrda opportunistik infektsiyalarga qarshi kurashish uchun trimetropim/sulfametoksazol, pentamidin, gansiklovir, foskarnet va flukonazol qo’llanila boshladi.

- 1995-yil dekabri va 1996-yil mart oylarida — proteazaning birinchi ingibitorlari paydo bo'ldi: sakvinavir, ritonavir, indinavir. Ularni qo'llash o'lim ko'rsatkichini 38% dan 22% gacha pasayishiga olib keldi.
- 1996-yil — birinchi teskari transkriptazaning nonukleozid ingibitori — nevirapin va proteaza ingibitori — nelfinavir ishlab chiqildi.
- 1994-yildan 1997-yilga qadar Yevropada YAART oluvchi bemorlar ulushi 2% dan 64% gacha oshdi.
- 1994-yildan 1998-yilgacha OITS bilan kasallanish 30,7% dan 2,5% gacha pasaydi.
- 1998-yilda terapiyaning asorati sifatida lipodistrofiya tushunchasi paydo bo'ldi. 1999-yilda u preparatlarning mitoxondriyaga toksik ta'siri natijasi bo'lishi mumkinligi haqida xabarlar tarqaldi.
- 2000-yilda Harringtor va Carpenter`ning terapiyani CD4 limfositlar sonidan kelib chiqib tanlash kerakligi haqida izlanishi chop etildi.
- 2005-yildan 2016-yilga qadar OITSdan o'lish ko'rsatkichi deyarli ikki baravar — yiliga 1,9 million kishidan 1 million kishigacha pasaydi.

So'nggi yillarda davolash usullari ancha yaxshilandi. Bemorlarning sog'ligi va hayot sifatini kuniga qabul qilinadigan bir tabletka sezilarli darajada yaxshilasi mumkin.

Oldini olish

Virus yuqishini oldini olish uchun tibbiyot xodimlari quyidagi choralarni tavsiya qilishadi:
Himoyalanmagan jinsiy aloqa — prezervativsiz jinsiy aloqa (vaginal, oral va / yoki anal) — jinsiy yo'l bilan yuqadigan OIV va boshqa tanosil kasalliklari bilan kasallanish xavfini oshiradi.
Igna almashish — intravenoz (vena ichiga) narkotiklardan foydalanish rivojlangan mamlakatlarda OIV yuqishining asosiy sabablaridan biri sanaladi. Ignalarni almashib foydalanish OITS va gepatit C kabi boshqa xavfli virusli kasalliklarga olib kelishi mumkin. Ignadan foydalanishdan u toza, foydalanilmagan, o'ramidan ochilmaganligiga e'tibor berish kerak.
Tanaga ta'siri — OIV zararlangan qon ta'siri xavfini kamaytirish va oldini olish uchun ehtiyot choralarini qo'llash orqali nazorat qilinishi mumkin. Har qanday holatda ham sog'liqni saqlash xodimlari baryerlardan (qo'lqoplar, niqoblar, ko'zoynaklar, qalqonchalar va xalatlar) foydalanishlari darkor. Qon yoki boshqa tana suyuqliklari bilan aloqadan so'ng terini darhol va to'liq yuvish kasallanish ehtimolini kamaytirishi mumkin.
Homiladorlik — ayrim ARV preparatlari tug'ilmagan chaqaloqqa zarar yetkazishi mumkin. Biroq, samarali davolash rejasi OIV infektsiyasini onadan bolaga yuqishini oldini oladi. Bolaning sog'lig'ini himoya qilish uchun ehtiyot choralarini ko'rish zarur. Kesarcha kesishtalab qilinishi ehtimoli mavjud. Ushbu virus bilan kasallangan onalar bolalarini emizmasliklari kerak.
Ta'lim — sog'liqni saqlash ta'limi insonlarga kasallik yuqishi yo'llari va xavf omillarini tushuntirishi kasallikning odini olish uchun muhim hisoblanadi.

Nazorat qilish

Qat'iylik — OITSni davolash faqat dori-darmonlar o'z vaqtida qabul qilinganda samarali bo'ladi. Hatto bir necha dozaning yo'qligi davolanishni xavf ostiga qo'yishi mumkin. Kundalik metodik dastur bemorning turmush tarzi va tartibi atrofida davolanish rejasiga muvofiq bo'lishi uchun dasturlashtirilishi kerak. Bir bemor uchun davolash rejasi boshqa bir bemor uchun mos kelmaydi.

Umumiy salomatlik — bemor dori-darmonlarni to’g’ri qabul qilishi va boshqa kasalliklardan qochish uchun choralar ko’rishi muhimdir (masalan uzoq vaqt sovuqda qolmaslik). Umumiy salomatlik yaxshilash va muntazam mashqlar qilish, sog’lom ovqatlanish, chekmaslik, alkogolli ichimliklar ichmaslik, kasallik xavfini kamaytirishg harakat qilish zarur.
Qo’shimcha choralar — OIV bilan kasallangan bemorlar boshqa xastaliklar bilan kasallanishining oldini olishga harakat qilishlari kerak. Ular hayvonlarga ehtiyot bo’lishlari, mushuklar va hayvonlarning najaslari bilan, shuningdek, qushlar bilan aloqa qilishdan qochishlari kerak. Qo’llarni to’liq va muntazam ravishda yuvib turish tavsiya etiladi.
Uzoq muddatli holat — ushbu sindrom uzoq muddatli holat, shuning uchun bemorlar o’z shifokorlari bilan doimiy aloqada bo’lishi joiz. Davolash rejasi muntazam ko’rib chiqiladi.
Psixologik — virus va u keltirib chiqaradigan immunitet tanqisligi sindromi haqida keng tarqalgan noto’g’ri tushunchalar kamayishi sezilgan. Holbuki, dunyoning ko’plab mamlakatlarida bu holat saqlanib qolmoqda. Virus bilan kasallangan odamlar o’zlarini cheklangan, rad etilgan, kamsitilgandek his etishi mumkin. Bu holatda psixolog yordami juda muhimdir.

22. Laringospazm va laringostenozning klinik ko`rinishi, orasida taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

J; Laringospazm— tovush burmalarinig nazoratsiz yoki majburiy bo‘lmagan mushaklar qisqarishi (spazm)[1]. Vaziyat odatda 60 soniyadan kamroq davom etadi, lekin ba’zi hollarda 20-30 daqiqa davom etishi mumkin va nafas olishning qisman bloklanishiga olib keladi, nafas chiqarish esa oson bo‘lib qoladi. Vokal kordlari yoki vokal qatlamlar ostidagi traxeya maydoni suv, shilliq, qon yoki boshqa moddalarning kirib kelishini aniqlaganda paydo bo‘lishi mumkin. Bu stridor va / yoki orqaga tortish bilan tavsiflanadi[1]. Ba’zi odamlar uyg‘oq yoki uxlab yotgan holda tez-tez laringospazmlardan aziyat chekishadi. Quloq, burun va tomoq amaliyotida bu odatda jim reflyuks kasalligi bo‘lgan odamlarda kuzatiladi. Bu, shuningdek, yaxshi ma’lum, kamdan-kam uchraydigan, ammo jiddiy operatsiyadan keyingi asoratdir[2].

Cho‘kishlarning 10 % dan ortig‘i laringospazm bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, ammo dalillar shuni ko‘rsatadiki, bu odatda traxeyaga suv tushishini oldini olishda samarali emas[3].

Belgilar va alomatlari

Asosiy simptom — bo‘g‘ilish va qiyinchilik yoki nafas olish yoki gapira olmaslik, bo‘g‘ilish hissi, bu gipoksiya tufayli ongni yo‘qotishi mumkin[2]. Nafas yo‘li qayta ochilganda nafas olish stridor deb ataladigan baland tovushni keltirib chiqarishi mumkin. Nafas olish normal holatga qaytgunga qadar epizod kamdan-kam hollarda bir necha daqiqa davom etadi[2].

Sabablari

Astma, allergiya, jismoniy mashqlar, stress va tutun, chang, tutun, suyuqlik va oziq-ovqat kabi tirnash xususiyati beruvchi turli xil ogohlantirishlar laringospazmni qo‘zg‘atishi mumkin[2]. Bu suvni inhalatsiyaga bevosita javob sifatida ham, qusish aspiratsiyasi tufayli qutqarish va reanimatsiya paytida asorat sifatida cho‘kishda keng tarqalgan.

Ba’zi odamlarda laringospazm o‘z-o‘zidan yoki reflyuks yoki yutishning buzilishi natijasida paydo bo‘lishi mumkin. Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) spontan laringospazmning keng tarqalgan sababidir[2]. GERDni davolash spazmlar chastotasini kamaytirishi mumkin. Spazmlarning boshlanishi virusli infektsiyadan kelib chiqishi mumkin.

Bundan tashqari, behushlik bilan bog‘liq bo‘lgan murakkablik. Spazm ko‘pincha provokatsiyasiz sodir bo‘lishi mumkin, ammo traxeyani ekstubatsiya qilishdan keyin paydo bo‘ladi[1]. Bolalarda bu holat ayniqsa o‘limga olib kelishi mumkin, 30-45 soniya ichida yurak tutilishiga olib keladi va

bolalar populyatsiyasida umumiy behushlik bilan bog‘liq o‘limning mumkin bo‘lgan sababidir. Ushbu holatlarni chaqaloqlarda ovqatlantirishdan keyin yoki reflyuks tufayli kuzatilgan yaxshi laringospam hodisalari bilan aralashtirib yubormaslik kerak[2].

Ba’zan uyqu paytida, azob chekayotgan odamni uyg‘otishi mumkin. Bu, odatda, odamda oshqozon kislotasi bo‘lganida va uyqu paytida qayta oqim paydo bo‘lganda paydo bo‘ladi, bu erda oshqozon kislotasi tirnash xususiyati keltirib chiqaradi, bu esa spazm hujumiga olib keladi[4]. Bundan tashqari, lurasidon kabi ba’zi dorilar sabab bo‘lishi mumkin[5].

Oldini olish

Oshqozonning shakli va qizilo‘ngachning joylashishi tufayli chap tomonda uxlash orqali uyqu bilan bog‘liq laringospazmlarning oldini olish mumkin, bu esa oshqozon kislotasining qizilo‘ngachga kirishiga va ovoz paychalariga etib borishiga yordam beradi.

Agar laringospazm shamollash yoki grippga to‘g‘ri kelsa, ba’zi bemorlarga ushbu hududdagi tirnash xususiyati beruvchi moddalarni cheklash uchun kislotali reflyuksiyani qabul qilish foydali bo‘lishi mumkin. Agar yo‘tal bo‘lsa, nam yo‘talni davolang; lekin imkon qadar yo‘talni cheklang, chunki u faqat spazmni keltirib chiqarishi mumkin. Hudud qurib ketmasligi uchun suv yoki choy iching. Tuzli eritmalar ham hududni nam saqlashga yordam beradi.

Davolash

Kichik laringospazm odatda ko‘p hollarda o‘z-o‘zidan yo‘qoladi[1].

Operatsiya xonasida laringospazm bemorning bo‘ynini hiperekstantsiya qilish va 100 % kislorod bilan yordamchi shamollatish orqali davolanadi. Keyinchalik og‘ir holatlarda, süksinilkolin kabi tomir ichiga mushak gevşetici yuborish va reentübasyon talab qilinishi mumkin.

Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) qo‘zg‘atuvchisi bo‘lsa, GERDni davolash laringospazmni boshqarishga yordam beradi. Dekslansoprazol (Dexilant), Esomeprazol (Nexium) va Lansoprazol (Prevacid) kabi proton nasos inhibitörleri oshqozon kislotalarini ishlab chiqarishni kamaytiradi, bu esa reflyuks suyuqliklarini kamroq tirnash xususiyati qiladi. Prokinetik vositalar ovqat hazm qilish traktida harakatni rag‘batlantirish orqali mavjud bo‘lgan kislota miqdorini kamaytiradi[2].

Kasallik paytida laringospazmga moyil bo‘lgan bemorlar kislota oqimining oldini olish uchun antasidlar kabi tirnash xususiyati oldini olish uchun choralar ko‘rishlari mumkin[6].

O‘tkir kontekstda tananing yuqori qismini tik holatidadir qilish spazm epizodlarini qisqartirishi ko‘rsatilgan. Qo‘llarni tanani barqarorlashtirish va nafas olishni sekinlashtirish uchun mahkamlash ham tavsiya etiladi[6].

ЛАРИНГОСТЕНОЗ – LARYNGOSTENOSIS – ҲИҚИЛДОҚ СТЕНОЗИ – ҳиқилдоқ торайиши ёки батамом беркилиб кетиши.

LARINGOSTENOZ
- halqum bo'shlig'ining obturatsiyasi yoki doimiy torayishi, bu uning havo o'tkazuvchanligini qiyinlashishiga yoki to'liq yo'qotishiga olib keladi. Tug'ma laringostenozga kattalashgan timus bezi, teratoma, shuningdek, halqum yaqinida joylashgan boshqa shakllanishlar va uning ichidagi patologik o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin.
Orttirilgan laringostenoz ko'pincha kasallik va gırtlakning o'ziga zarar etkazish natijasidir, kamroq tez-tez yuqumli kasallikning alomati (difteriya, tif va tif, gripp, qizamiq, qizil olov), allergik reaktsiyalar va asab tizimining kasalliklari. O'tkir laringostenoz soniyalar, daqiqalar, soatlar yoki bir necha kun ichida rivojlanadi. Bu yallig'lanish (Krup) va yallig'lanishsiz (allergik) laringeal shish, shuningdek, og'ir yurak va buyrak etishmovchiligi, travma, o'q otish jarohatlari, halqumning termik va kimyoviy kuyishi, halqumga tutash organlar va to'qimalarda patologik jarayonlar (yallig'lanish, o'sma), halqumning motor innervatsiyasining buzilishi; tashqaridan kirgan begona jism (yong'oq, urug', boncuk va boshqalar) yoki halqumga kirgan viskoz balg'am, qusish, qon yoki fibrinoz plyonkalar tomonidan halqum bo'shlig'ining tiqilib qolishi.

Bu laringospazmning oqibati bo'lishi mumkin, uning sababi hayotning birinchi yillaridagi bolalarda ko'pincha spazmofiliya, krup va kattalarda - isteriya; noto'g'ri qo'llaniladigan traxeostomiya, unga va traxeotomiya trubasiga yomon g'amxo'rlik qilish, kanül tizzasining egrilik radiusi va o'lchami o'rtasidagi nomuvofiqlik; trakeal entübasyon paytida asoratlar ham laringostenozning rivojlanishiga olib keladi. Surunkali laringostenoz haftalar, oylar, yillar davomida rivojlanadi. Bu halqumdagi sikatrik o'zgarishlar, uning motor innervatsiyasining buzilishi tufayli yuzaga kelishi mumkin.
Laringostenoz vaqtida kompensatsiya, dekompensatsiya va asfiksiya bosqichlari ajratiladi. Birinchisi nafas olish ritmining odatdagidan sekinroq bo'lishi, nafas olish chuqurligining oshishi, nafas olish va nafas olish o'rtasidagi pauzalarning qisqarishi va keyin yo'qolishi, inspiratuar nafas qisilishi va jismoniy faoliyat davomida nafas olish paytida shovqin bilan tavsiflanadi.

Davolash asosiy kasallikka va bemorning nafas olishini yaxshilashga qaratilgan. Kasalxonaga yotqizish talab qilinadi. Yotoqda dam olish va yumshoq parhez buyuriladi. Bemor joylashgan xonadagi havo toza va namlangan bo'lishi kerak. Terapevtik chora-tadbirlar majmuasi odatda chalg'ituvchi protseduralarni (xantal plasterlari, o'ramlar, xantal bilan issiq oyoq vannalari), suvsizlanish (glyukoza eritmalari, kaltsiy xlorid infuzioni), desensibilizatsiya (antigistaminlar, glyukokortikoidlar), detoksifikatsiya va restorativ terapiyani o'z ichiga oladi. Konservativ terapiya samarasiz bo'lsa va stenoz dekompensatsiya bosqichiga kirsa, traxeostomiya ko'rsatiladi.

23. Bronxial astma huruji va asfiksiya orasida taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

J: Bronxial astma yuqumli-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 uzoqvaqt 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 xurujlar 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‘rindiq chetlariga suyangan holda nafasini yengillashtirishga urinadi. Nafas qisqarganda bemorning lablari, hatto tirnoqlarigacha 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 inyeksiya qilinsa, bemorning nafas olishi yengillashib, yo‘tal bilan oq sarg‘ish balg‘am tashlaydi. So‘ng holsizlanib bo‘shashib, uyquga ketadi. Bemor ko‘zdan kechirib ko‘rilganda ko‘krak qafasi eng ko‘p nafas olish holatida turadi.

Tashxis. Tashxis qo‘yish bemor shikoyatlarini aniqlash, kasallik va hayoti haqidagi ma’lumotlarni yig‘ish, allergik holatlar bor-yo‘qligini aniqlash va bemorni obyektiv tekshirishga asoslangan.

Bronxoskopiya — maxsus apparat yordamida nafas olish yo‘llarini tekshirishdir. Bunda mutaxasis shifokor nafas olish yo‘llari shilliq qavatining holatini; yallig‘lanishning turi, uning qanchalik tarqalganligi, zararlanishining yuza yoki chuqurligi va boshqa o‘zgarishlarni aniqlaydi. Bu usul davo samarasini nazorat qilib borishga ham imkon beradi.

Bronxografiya usulida bronxlarning holatini o‘rganish maqsadida organizm uchun bezarar, rentgen nurlarini tutib qoladigan yodalipol, sulfoyodali va shunga o‘xshash modalar bronxlar ichiga yuborilib, o‘pkaning qaysi qismi qay darajada zararlanganligi aniq bilib olinadi. Shuningdek, radioaktiv skanirlash, spirometriya, spiografiya, pnevmotaxometriya usullari ham bronxial
astma tashxisini aniqlashga yordam beradi. Qo‘shimcha tashxis usuli o‘pka tomografiyasi aniq tashxis qo‘yishga yordam beradi. 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 yechiladi yoki bo‘shatiladi. Balg‘am yumshashi uchun bemorga ishqor aralashtirilgan suv yoki issiq sut beriladi. Oyoqqa xantal vannasi qilish, ko‘krak qafasiga bankalar yoki xantal qo‘yish bemor ahvolini ancha yengillashtiradi. Kislorod yostig‘idan nafasga namlangan kislorod beriladi. Preparatlardan: 0,5—1 ml 0,1% adrenalin yoki 0,1% atropin eritmasi teri ostiga, 10 ml 2,4% eufillin vena ichiga yuboriladi, izadrin(novadrin) ingalatsiyalari buyuriladi. Og‘ir hollarda garmonlar olib turadigan bemorlarga muskullar orasiga 30 ml prednizolon yuboriladi. Cho‘ntak ingalatorlari: astmopenat novadrin va boshqalardan foydalanish mumkin. Bemorlarni tinchlantirish maqsadida valeryanka, brom berish mumkin. Infeksion omilga qarshi antibiotiklar qo‘llaniladi.

Tibbiyotda asfiksiya deganda atrof-muhit bilan to'g'ri gaz almashinuviga to'sqinlik qiluvchi turli xil bevosita yoki bilvosita omillar tufayli normal nafas olish to'sqinlik qiladigan xavfli holat tushuniladi. Asfiksiya odatda "nafas qisilishi", ya'ni bemorlar tomonidan "havo ochligi" deb ta'riflangan nafas qisilishi hissi bilan birga keladi.

Uzoq muddatli asfiksiya gipoksiyaga, ya'ni to'qimalarda kislorod etishmasligiga olib keladi, bu asosan miya kabi kislorod etishmovchiligiga eng sezgir bo'lgan to'qimalar va organlarga ta'sir qiladi. Agar gipoksiya uzoq davom etsa, to'qimalar o'z faoliyatini to'xtatadi va bir qator ketma-ket hodisalar tezda sodir bo'ladi: ongni yo'qotish, miyaning qaytarilmas shikastlanishi, koma va bemorning o'limi. Qizig'i shundaki, nafas olish zarurati kislorodning juda past darajasidan ko'ra qondagi karbonat angidrid miqdorining oshishi bilan yuzaga keladi. Ba'zida karbonat angidrid miqdori "havo ochligi" ni qo'zg'atish uchun etarli emas va sub'ekt buni sezmasdan gipoksiyaga uchraydi.Asfiksiya sabablari
Asfiksiyaning uchta asosiy sababi bor:
ichki yoki tashqi havo yo'llarining obstruktsiyasi mavjudligi;
muhitda kislorodning etarli kontsentratsiyasining yo'qligi;
kimyoviy yoki psixologik aralashuvning mavjudligi.
Havo yo'llarining obstruktsiyasi Gazlarning havo yo'llari orqali o'tishiga to'sqinlik qiladigan, ularda mexanik to'siqlar yaratadigan turli sabablar mavjud.
Ushbu to'siqlar ichki (obstruktsiya havo yo'lining ichki qismidir) yoki tashqi bo'lishi mumkin (obstruktsiya havo yo'lidan tashqarida, lekin uni kuchli siqib chiqaradi).
Mexanik obstruktsiyaning eng keng tarqalgan sabablari:
ko'krak yoki qorin bo'shlig'ini siqish (siqish yoki siqish asfiksiyasi, tegishli bo'limga qarang);
tashqi havo yo'llarining obstruktsiyasi;
cho'kish;
traxeyada oziq-ovqat yoki begona narsalar mavjudligi;
strangulyatsiya (ba'zida jinsiy qo'zg'alishni kuchaytirish uchun amalga oshiriladi);
osilgan;

bronxial astma yoki anafilaktik shok tufayli havo yo'llarining torayishi;
intilishi qaytarmoq (odatda bolalar va giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar).
Tashqi havoning o'zgarishi
Asfiksiya turli vaziyatlarda yuzaga keladigan juda past kislorod konsentratsiyasini o'z ichiga olgan atmosferaga uzoq vaqt ta'sir qilish natijasida paydo bo'lishi mumkin.
samolyot salonidagi bosimning yo'qolishi. Samolyot ichidagi bosim 6000 fut (1800 m) ekvivalentida saqlanadi, ammo bosim tizimining ishlamay qolishi ichki bosimni tashqaridagi bosimga qaytarishi mumkin.
ishchilar kislorodsiz va havodan og'irroq gazlar, odatda metan yoki karbonat angidrid bo'lgan kanalizatsiya yoki kemaning omboriga tushganda;
resirkulyatsiya qilingan nafas olish havosi etarli kislorodni o'z ichiga olmasa, yopiq sxemali suv osti rebratoridan ehtiyotkorlik bilan foydalanilganda.
Asfiksiyaning haddan tashqari misoli, 11 yil 29 iyunda "Soyuz 1971" kosmik kemasining dekompressiyasida bo'lgani kabi, kosmos vakuumiga ta'sir qilish natijasida paydo bo'lgan bo'lib, inson kosmosda birinchi va yagona vafot etgan kun.
Nafas olishda kimyoviy yoki psixologik aralashuv
Turli xil kimyoviy va psixologik vaziyatlar organizmning kislorodni qabul qilish va ishlatish qobiliyatiga yoki qondagi kislorod miqdorini tartibga solishga xalaqit berishi mumkin:
uglerod oksidi, masalan, avtomobil chiqindisidan nafas olish, uglerod oksidi qizil qon tanachalaridagi gemoglobinga yuqori kislorodga o'xshash yaqinlikka ega, shuning uchun u gemoglobin bilan kuchli bog'lanib, odatda tanada olib yurishi kerak bo'lgan kislorodni almashtiradi;
kimyoviy moddalar, shu jumladan o'pka agentlari (masalan, fosgen) va qon agentlari (masalan, vodorod siyanidi) bilan aloqa qilish;
sayoz yoki juda chuqur suvda bo'lgani kabi giperventilatsiya orqali o'z-o'zidan paydo bo'lgan gipokapniya va asfiksiya;
normal nafas olishni to'xtatadigan nafas olish inqirozi;
uyqu paytida obstruktiv apnea;
giyohvand moddalarni iste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan dozani oshirib yuborish;
markaziy alveolyar giperventiliya sindromlari;
o'tkir nafas olish qiyinlishuvi sindromi.
Siqish asfiksiyasi
Siqish asfiksiyasi (ko'krak qafasining siqilishi deb ham ataladi) nafas olishga xalaqit beradigan torso siqish orqali o'pka kengayishini cheklashni anglatadi.
Siqish asfiksiyasi ko'krak yoki qorin bo'shlig'i siqilganida paydo bo'ladi.
Baxtsiz hodisalarda "travmatik asfiksiya" yoki "ezilgan asfiksiya" atamasi odatda katta og'irlik yoki kuch ostida ezilgan yoki mahkamlangan odamning siqilish asfiksiyasini tasvirlash uchun ishlatiladi.
Travmatik asfiksiyaga misol qilib, sub'ekt mashinani ta'mirlash uchun mexanik tutqichdan foydalanayotganda, tutqich sirpanib ketganda transport vositasining og'irligi bilan eziladi.

24. O`n ikki barmoqli ichakning yara klasalligi, reabilitatsiyasi. Turlari. Bosqichlari. pahxez stoli haqida ma`lumot bering.

J: **Diet stol No 1, No 1a, No 1b**- oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi.

O’n ikki barmoqli ichak yarasi (lot. *ulcus duodeni*) — surunkali kasalliklar guruhiga kiruvchi va a’zoning shilliq qavatida yarali nuqson paydo bo’lishi bilan tavsiflanadigan patologiya. Kasallik davomiyligi remissiya davrlari, alomatlarining deyarli yo’qligi va xuruj olish (retsidiv) davri bilan

boruvchi to’lqinsimon kechishga ega. Ko’p hollarda 12 barmoqli ichak yarasi oshqozon yarasi bilan bir vaqtning o’zida tashxislanadi — bu holda umumiy patologiya haqida gapiriladi.

TASNIFI

Tibbiyotda, o’n ikki barmoqli ichak yarasini bir necha turini tasniflash qabul qilingan. Ular barchasi o’z xususiyatlariga ega va har birini davolash uchun individual yondashuv talab qilinadi.

Klinik shakliga ko’ra o’tkir (birinchi bor aniqlangan) va surunkali yara kasalligi farqlanadi. Yara kasalligi latent (yashirin), yengil (ba’zida retsidivlar bilan), o’rta (yil davomida 1-2 retsidivlar) va og’ir (yiliga 3 va undan ko’p retsidivlar) bilan kechadi.

12 barmoqli ichak shilliq qavatida hosil bo’lgan yaralar soni bo’yicha:

Yakka;

Ko’plab.

Nuqson shakllanishi joyiga ko’ra:

O’n ikki barmoqli ichakning kengaygan qismi — so’g’on (bulbar) bo’limida;

Postbulbar bo’limida.

Ichak devorining shikastlanish chuqurligi bo’yicha:

Chuqur yaralar;

Yuzaki yaralar.

Nuqsonning holatiga ko’ra:

Faol xuruj bosqichi;

Remissiya bosqichi;

Chandiqlanish bosqichi.

Patologiyaning yuzaga kelishi sabablariga qarab, o’n ikki barmoqli ichak yarasining yana boshqa turlari mavjud:

Gormonal yaralar — kasallik uzoq muddat dori vositalarini qabul qilish fonida rivojlanadi;

Shok yaralar — mazkur yaralar kuyish, lat yeyish va boshqa jarohatlar fonida shakllanadi;

Stressli yaralar — stress, depressiya, kuchli psixoemotsional tashvishlar fonida rivojlanadi.

O’N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASI RIVOJLANISHI SABABLARI

Ushbu kasallik rivojlanishining asosiy sababi *Helicobacter pylori* — oshqozon yarasi rivojlanishiga sababchi bo’ladigan patogenlar hisoblanadi. Oshqozon yarasi uzoq vaqt davom etganda bakteriyalar albatta o’n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga ham tushadi va u yerda yara hosil qiladi. Ushbu bakteriyalar oshqozon yarasi bo’lgan 87% bemorlarda, 12 b. ichak yarasi bo’lgan 95% bemorlarda aniqlanadi. 12 barmoqli ichak yarasining paydo bo’lishiga sabab bo’ladigan boshqa ko’plab omillar ham mavjud. **Unga quyidagilar kiradi**:

Surunkali charchoq, stress, doimiy qo’zg’alganlik, depressiya, psixoloemotsional fonda buzilishlar;

Genetik darajada moyillik;

Me’da shirasi nordonligining oshib ketishi — bu holda u o’n ikki barmoqli ichakka kirib, shilliq qavatni qo’zg’atadi;

O’n ikki barmoqli ichakda surunkali yallig’lanish jarayoni — duodenit;

Boshqa patologiyalar fonida immunitetning sezilarli darajada pasayishi;

Ba’zi dori-darmonlardan uzoq muddatli foydalanish — masalan, steroid / nosteroid yallig’lanishga qarshi (analgin, aspirin, diklofenak), antibakterial vositalar;

Chekish, ayniqsa och qoringa;

Gastrinoma;

Ovqatlanish ratsionining buzilishi.

12 BARMOQLIK ICHAK YARASI BELGILARI VA ALOMATLARI

Bolalar va qariyalarda yara kasalligi kechishi deyarli sezilmasligi mumkin. Bu holat og'ir asoratlar rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning tipik alomatlaridan biri — xarakterli og'riq sindromidir.
Agar kasallik remissiya bosqichida bo'lsa, u bemorni bezovta qilmaydi, bemor normal turmush tarzini olib boradi. **O'n ikki barmoqli ichak yarasining xuruj olishida quyidagi belgilar kuzatiladi**:
Og'riq. Bu ko'rib chiqilayotgan kasallikning eng yorqin va doimo qayd etiladigan alomatidir. Og'riqlar lokalizatsiyasi kindikdan biroz yuqorida, epigastriya sohasida bo'ladi, kurak va yurak sohasiga tarqalishi ham mumkin — bu ba'zn noto'g'ri tashxisga olib keladi. Og'riq doimiy emas va ko'pincha kechqurun yoki tunda kuzatiladi, bu «och» og'riqlar deb atalishi mumkin. Uning rivojlanish vaqti — ovqatlanishdan keyin 2-3 soat o'tgach. Og'riq sindromining eng yuqori intensivligi parhezni buzish, dori-darmonlarni qabul qilish, alkogolli ichimliklarni iste'mol qilish vaqtida qayd qilinadi.
Jig'ildon qaynashi **va kekirish**. Ular u darajada intensiv bo'lmaydi — ko'plab bemorlar bu alomatlarga umuman e'tibor bermaydi.
Qorin dam bo'lishi **va** ko'ngil aynishi. Bemor qorni kuchli dam bo'layotganidan shikoyat qiladi, hatto eng kuchli dorilar ham uni kamaytirmaydi. Ko'ngil aynishi har doim ham mavjud bo'lmaydi, faqat ovqatdan so'ng kuzatilishi mumkin.
Qayt qilish. U bemorga darhol yengillik beradi — qorin dam bo'lishi hissi yo'qoladi, og'riq o'tib ketadi. Ba'zi bemorlar ixtiyoriy ravishda qayt qilishni chaqirishadi.
Ovqat hazm qilish tizimidagi buzilishlar. Gap qabziyat haqida bormoqda — defekatsiya jarrayoni juda uzoq vaqt davomida, bir haftaga qadar bo'lmasligi mumkin. Ko'pincha najasda qon va zich shilliq aralashganligi aniqlanadi.
Psixoemotsional buzilishlar — kishi asabiy bo'lib qoladi, uyqusizlikdan aziyat chekadi.
Tana vaznining kamayishi. Bu alomat har qanday holatda, bemorning ishtahasi yaxshi bo'lganida ham kuzatiladi.
Tana massasi indeksi — ozg'inlikni aniqlash→
O'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi aniq mavsumiylik bilan xarakterlanadi — yoz va qish oylarida bu patologiyaning namoyon bo'lishi umuman sezilmaydi, lekin shifokorga yuqoridagi belgilardan shikoyat qilish sonlari bahor va kuz oyida eng cho'qqiga chiqadi.
O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASINI TASHXISLASH
Alomatlarning sezilarligiga qaramasdan, mazkur kasallik tashxisi shifokor tomonidan qo'yilishi kerak.
Diagnostik tadbirlar doirasida quyidagi muolajalar amalga oshiriladi:
Kasallik anamnezi. Bemordan og'riq qanchalik tez-tez kuzatilishi, u nima bilan bog'liq bo'lishi mumkinligi (masalan ovqatlanishdan keyin yoki jismoniy mashqlar bajarganda), uni qoldirish uchun nima yordam berishi so'raladi.
Hayot anamnezi. Bundan oldin qanday patologiyalar tashxislanganini, boshqa qarindoshlari o'n ikki barmoqli ichak yarasidan aziyat chekishini, bemorda duodenit yo'qligini aniqlash kerak.
Laboratoriya tekshiruvlari:
umumiy qon va siydik tahlillari;
najasni tahlil qilish;
biokimyoviy qon tahlili;
oshqozon shirasi tahlillari — nordonlik darajasini aniqlash uchun.
Instrumental tadqiqotlar:
FEGDS o'tkaziladi — bu tekshiruv shifokorga oshqozon va o'n ikki barmoqli icha shilliq qavatining holatini baholashga, gistologik jihatdan o'rganish uchun u yerdan namuna olishga imkon beradi.

Qorin bo’shlig’ining ultratovush tekshiruvi.

O’N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASINI DAVOLASH

Mazkur kasallikni davolash uzoq davom etadi, bemor butun hayoti davomida parhezga amal qilishi kerak bo’ladi. Garchi hammasi o’ta ayanchli emas — shifokorlar parhez to’lqinsimon bo’lishi mumkinligidan ogohlantiradilar: kasallikning xuruji davrida oziq-ovqat maksimal darajada chegaralangan va eng avaylovchi bo’ladi, uzoq muddatli remissiya davrida esa istalgan, hatto zararli oziq-ovqatlarni iste’mol qilishga ham ruxsat beriladi.

ICHAK YARASI BO’LGANDA PARHEZ QOIDALARI

O’n ikki barmoqli ichak yarasi bo’lganda, bemor qaysi mahsulotlar oshqozonda xlorid kislota konsentratsiyasini ko’paytirishini bilishi kerak:

Gazlangan va alkogolli ichimliklar;

Achchiq va booshqa ziravorlar va har qanday, hatto juda mazali, souslar;

Qovurilgan ovqatlar (hatto sabzavot va baliqlar ham);

Qahva va achchiq choy;

Go’shtli, baliqli va qo’ziqorinli sho’rvalar;

Qora non va achitilgan xamir.

Keltirilgan mahsulotlarni nafaqat kasallikning xuruji davrida, balki uzoq muddatli remissiya vaqtida ham ratsiondan chiqarib tashlash kerak. **Afzallikni quyidagilarga berish tavsiya etiladi**:

Sut va sabzavotli sho’rvalar;

Qaynatilgan go’sht va kam yog’li baliq navlari;

Yangi bo’lmagan oq non;

Donli bo’tqalar.

Oshqozon va o’n ikki barmoqli ichak shilliq qavatini qiyin hazm bo’ladigan kletchatkalar — karam, turp, redis, sarsabil, loviya, no’xat, jo’xori bezovta qiladi. Go’sht tog’aylari, po’stlog’i qattiq yoki mag’zi juda zich bo’lgan mevalar, 2-nav undan tayyorlangan pishiriqlar ham katta ziyon yetkazishi mumkin.

Yara kasalligi tashxisi qo’yilgan bemorlar parhezli ovqatlanishning bir necha muhim qoidalarini eslab qolishlari kerak:

Umumiy ovqatlanish kuniga kamida 5 ta qismga bo’linishi kerak;

Portsiyalar kichik bo’lishi kerak — masalan, likopchadek;

Juda issiq yoki juda sovuq ovqat iste’mol qilmaslik — taomning ideal harorati +25 — +30 °C;

Osh tuzi iste’molini cheklash, iloji bo’lsa undan umuman voz kechish;

Ovqatlarni ezilgan holda qabul qilish tavsiya etiladi, xuruj davrida bu majburiy shart hisoblanadi.

Mevalar va rezalar faqat to’liq pishgan va yumshoq po’stloqli bo’lganda iste’mol qilishga ruxsat beriladi;

Shirin sharbatlar (masalan, malina, shaftoli, qulupnay) albatta suv bilan aralashtirilgan bo’lishi kerak.

Kasallik xuruj qilganda, shifokorlar eng avaylovchi parhezni belgilaydilar — taomnomaga faqat ezilgan bo’tqalar, go’shtli sufle va bug’da tayyorlangan kotletalar va baliqlar kiradi. Ushbu davrda sabzavotlar va mevalar to’liq cheklanadi, ichimlik sifatida na’matak damlamasidan ichish tavsiya etiladi.

MEDIKAMENTOZ TERAPIYA

Ushbu kasallikda dori-darmonlar asosan kasallikning xuruji davrida qabul qilinadi. **Bunday dori vositalariga quyidagilar kiradi**:

Antasidlar — ular me’da shirasining nordonlik darajasini pasaytiradi;

Antisekretor preparatlar — ishlab chiqariladigan oshqozon shirasi miqdorini kamaytiradi;

Antibakterial vositalar (antibiotiklar) — patogen bakteriyalarni / mikroorganizmlarni yo'q qilish uchun.
Xuruj davrida kasallikni davolash muddati 2-5 hafta bo'lib, ko'pincha bu vaqt ichida bemorlar kasalxonada yotadilar. Agar bemor kuchli og'riqdan shikoyat qilsa, unga spazmolitiklar (masalan, no-shpa), uzoq muddatli qabziyatda — ich yumshatuvchi vositalar yoki xuqnalar buyuriladi.
XALQ TABOBATI VOSITALARI
Uy sharoitida tayyoralandigan xalqona vositalar o'n ikki barmoqli ichak yarasining xuruji davrida ham bemorning ahvolini sezilarli darajada yengillashtirdi. Biroq, ular panatseya emasligini, ular kasallikni remissiya bosqichiga o'tkazish yoki to'liq davolashining kafolati bo'la olmasligini tushunish kerak.

25. Kollaps va shok orasida taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

J: Hushdan ketish

Hushdan ketish deganda miyaning o'tkir qonsizlanishi (ishemiyasi) natijasida qisqa vaqtga hushni yo'qotish tushuniladi.

Hushdan ketish — o'tkir tomir yetishmovchiligining eng yengil turi bo'lib, nerv sistemasi kuchsiz shaxslarda shamollatilmagan xonada, jaziramada uzoq vaqt bo'lish, emotsional va ruhiy zo'riqish kabi tashqi yoqimsiz ta'sirlar natijasida sodir bo'ladi.

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

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: erektil bosqich— qisqa muddatli qo'zg'alish, so'ngra torpid — pasayish bosqichi. Bemor es-hushini yo'qotmagan bo'lib, havo yetishmayotganidan noliydi, teri qoplamlari oqarib ketgan, sovuq ter bosgan, pulsi va nafasi tezlashgan, arterial bosimi pasaygan bo'ladi. Shokning klinik manzarasi ko'p jihatdan uni keltirib chiqargan kasallik simptomlari bilan bog'liq. Shokda davolash. 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 narkotiklar (morfin, pantopon) yuboriladi yoki novokainli blokada qilinadi.

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

Brom preparatlari, uxlatadigan vositalar yaxshi naf beradi.

Arteriyaga qon yoki qon 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 noradrenalin eritmasi 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasida yoki shuncha miqdor 5% li glukoza eritmasida kiritiladi. Agar quyish boshlangandan keyin 5min o‘tgach arterial bosim ko‘tarilmasa, dori yuborish tezligini minutiga 50—70 tomchigacha oshirish zarur. Arterial bosim normal raqamlargacha oshganda va kollapsning klinik belgilari yo‘qolganda ko‘rsatib o‘tilgan preparatlarni berish tezligi asta-sekin kamaytiriladi. So‘ngra dori 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 yetishmovchiligining turlarini nazarga olgan holda, shoshilinch yordam rejasi yuqorida aytib o‘tilgandek o‘tkaziladi.

26. Jigar sirozi va Gepatit “B” orasida taqqoslama diagnostika haqida ma`lumot bering..

J: Gepatit B kasalligi faqat bemorning biologik materiallari bilan aloqa qilish orqali yuqishi mumkin. Ko’p hollarda infektsiya bemor uchun sezilmay kechadi, shuning uchun kasallik laboratoriya tahlillari natijasida yoki xususiyatli belgilari namoyon bo’lgan paytda aniqlanadi. O’z vaqtida davolangan odamlar gepatit B kasalligidan butkul sog’ayib ketadi va o’zlarida ushbu kasallikka qarshi barqaror immunitet shakllantirishadi. GEPATIT B NIMA?

Gepatit B — bu virusli kasallik bo’lib, virus organizmga tushganda hayotiy zarur bo’lgan ichki organlarga salbiy ta’sir ko’rsata boshlaydi. Ushbu kasallik tufayli eng ko’p jigar shikastlanadi, uning shikastlanishi mikro-hujayrali darajada bo’ladi. Gepatit B alomatlarsiz kechishi yoki aniq

belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Surunkali bosqichiga o'tganda, ushbu virusli infektsiya ko'pincha jigar sirrozi va saratoni rivojlanishiga olib keladi.

Dunyoning barcha mamlakatlarida ko'p yillar davomida ushbu kasallik statistikasi olib borilmoqda, natijalari esa maxsus ommaviy axborot vositalarida e'lon qilinadi:

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda aniqlangan o'tkir gepatit B 90% hollarda surunkali bosqichga o'tadi;

Normal immunitetli yoshlarda gepatit B ning o'tkir shakli juda kamdan-kam hollarda surunkali bosqichga o'tadi — faqat 1% hollarda;

Katta yoshdagi kishilarda aniqlangan o'tkir B guruh gepatitlari 10% hollarda surunkali bosqichga o'tadi.

B guruh gepatitiga qarshi emlash olgan kishilar ushbu kasallik uchun immunitet rivojlantiradilar:

Birinchi emlashdan so'ng — bemorlarning 50% ida;

Ikkinchi emlashdan so'ng — bemorlarning 75% ida;

Uchinchi vaktsinani kiritgandan so'ng — 100% bemorlarda.

Gepatit B kasalligining surunkali shakli bolalarda tashxislanadi:

1 — 5 yoshli bolalarda — 25% -50% hollarda;

Tug'ilish davrida infektsiyalangan chaqaloqlarda — 90% hollarda.

GEPATITNING B NING TURLARI

B guruh gepatiti quyidagicha tasniflanadi:

Yashin tezligida. Gepatitning eng tezkor shaklida bemorlarda bir necha soat ichida miya shishishi yuz beradi va bemor komaga tushadi. Ko'p hollarda, bemorlarning hayoti ushbu turdagi gepatit klinik bosqichga o'tganda qisqa muddat ichida fojiali yakun topadi.

O'tkir. Gepatit B ning o'tkir shaklida bemorlarda ushbu kasallikning bir necha bosqichlari kuzatiladi. Dastlab, asosiy alomatlar namoyon bo'ladi, undan keyin bemorlarning terisi sariq rangga kiradi. Gepatitning B o'tkir shaklining so'nggi bosqichi jigar yetishmovchiligi bilan tavsiflanadi.

Surunkali. Gepatit B virus inson tanasiga kirgandan so'ng 1-6 oy o'tib surunkali bosqichga o'tadi. Ushbu bir necha oy virusning inkubatsiya davri bo'lib, undan so'ng o'ziga xos alomatlar va belgilar paydo bo'la boshaydi.

GEPATIT B NING NAMOYON BO'LISHI

Virus bemorning tanasiga kirganidan so'ng, gepatitning inkubatsiya davri boshlanadi, bu o'rtacha 15 dan 90 kun davom etadi, lekin 6 oygacha cho'zilishi mumkin.

Gepatitning o'tkir shakli quyidagicha kechishi mumkin:

O'tkirlashish bosqichi;

Uzoq muddatli kasallik;

Retsidivlar;

Kamdan kam hollarda — koma.

GEPATIT B NIMASI BILAN XAVFLI?

Gepatit B kech bosqichlarda tashxis qo'yilgan bo'lsa yoki kasallik o'z vaqtida davolanmagan bo'lsa, natijasi aniq: jigar sirozzi yoki gepatotsellyulyar saraton.

Bunday toifadagi bemorlar, shuningdek, gepatit B ning boshqa jiddiy oqibatlariga bilan to'qnashishi mumkin:

Miokardit (yurak muskullarining yallig'lanishi);

Artrit, artroz va boshqa bo'g'im kasalliklari;

Qon tomirlari va buyrak kasalliklari va boshqalar.

Bunday asoratlar oqibatida o’limga olib keladigan xavf sezilarli darajada oshadi.
Hozirgi vaqtda davlat darajasida gepatit B ga qarshi majburiy emlashga muhtoj insonlar toifasi ro’yxati tasdiqlangan:
Maktab o’quvchilari va talabalar;
Bolalar bog’chalari o’quvchilari;
Bemorlarning biologik materiallari bilan aloqa qilishlari mumkin bo’lgan sog’liqni saqlash xodimlari;
Gemodializga muhtoj bemorlar;
Vena ichiga inyeksiyaga muhtoj bemorlar;
Ozodlikdan mahrum qilish joylarida hukm o’tayotgan shaxslar;
Gepatitning surunkali shaklidan aziyat chekayotgan bemorning olia a’zolari va yaqinlari;
Tartibsiz jinsiy aloqa qiladigan odamlar;
Bu kasallikning epidemiyasi qayd etilgan aholi punktlariga safarlarni rejalashtirgan sayyohlar.
GEPATIT B SABABLARI
B guruh gepatiti rivojlanishining sababi bu kasallik qo’zg’atuvchisi — virusning inson organizmiga kirishidir. Kasallik ayniqsa bir qator salbiy omillar (alkogol, nikotin, kimyoviy va zaharli moddalar, dorilar) ta’sirida zaiflashgan immunitetli kishilarda ko’p uchraydi. Immunitetga shuningdek boshqa kasalliklar ham ta’sir qiladi, bu tanadagi metabolik buzilishlar, vitamin va minerallarning yetishmasligi tufayli yuz beradi.
Gepatit B bilan og’rigan insonlar ijtimoiy izolyatsiyada bo’lmasligi kerak, chunki bu virus havo-tomchi yo’llari orqali yuqmaydi. Kasal odam bilan aloqada bo’lgan har qanday kishi zarur choralarni va shaxsiy gigiena qoidalariga amal qilishi kerak. Ko’p yillar butun dunyo bo’ylab olib borilgan tadqiqotlar natijasi ma’lumotlariga ko’ra, ushbu kasallikning kechishi bemorning qanday infektsiyalanganligiga, shuningdek, uning yoshiga bog’liq. Agar bemor gepatit B bilan tabiiy yo’l (masalan jinsiy aloqa paytida) orqali zararlangan bo’lsa, bu holatda kasallik surunkali bosqichga o’tishi xavfi yuqori bo’ladi. Gepatitning bu shakli ko’pincha yoshlarda paydo bo’ladi, chunki ular sog’lig’iga jiddiy e’tibor bermaydilar va organizmning tashvishli signallariga javob choralari ko’rmaydilar.
GEPATIT B QANDAY YUQADI?
Gepatit B virusi inson organizmiga faqat bemorning biologik materiallari bilan aloqa qilish orqali kirishi mumkin:
Jinsiy yo’l orqali. Gepatit B virusi nafaqat qonda, balki organizmning barcha suyuqliklarida (shu qatorda qin ajralmalari va erkak spermasida) mavjud, shuning uchun himoyalanmagan jinsiy aloqa kasallik yuqishi xavfini oshiradi;
So’lak orqali, chuqur o’pishish bilan. Agar kishi tilida kesilgan yoki jarohatlangan sohalar bo’lsa, kishi o’pishganda gepatit B virusini yuqtirib olishi mumkin;
Qon orqali. Bu infeksiyaning eng keng tarqalgan yo’llaridan biri hisoblanadi. Ko’p bemorlar gepatit B bilan nosteril shpritslar ishlatish va qon quyish orqali kasallanganlar. Bemorning infektsiyalangan biologik materiali bilan aloqa qilish tegishli sanitariya choralari o’tkazilmaydigan go’zallik salonlarida yuqishi ham mumkin.
Tug’ruq jarayonida, agar ona gepatit B tashuvchisi bo’lsa. Bemor ayollarda homiladorlik asoratlarsiz kechishiga qaramay, tug’ruq paytida bola onaning biologik materiallari bilan bevosita aloqada bo’ladi va shuning uchun yuqori ehtimollik bilan kasallanishi mumkin. Ushbu kasallikning rivojlanishining oldini olish uchun gepatit B bilan kasallangan onadan tug’ilgan chaqaloqlar tug’ilgandan so’ng darhol emlanadilar.

Gepatit B virusi agressiv harorat rejimlari, kislotalar va ishqorlar sharoitida yuqori chidamlilikka ega. Virus uzoq vaqt davomida qurib qolgan qonda saqlanishi mumkin, bu esa asbob-uskunalar, ham tibbiy, ham manikyur, ham sartarosh asboblaridir. Shu sababli, har bir inson juda ehtiyotkor bo'lishi va tegishli muassasalarga tashrif buyurganda, xavfsizligi uchun barcha zarur choralarni ko'rishi juda muhimdir.

GEPATIT B NING ALOMATLARI VA BELGILARI

Gepatit B bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida uzoq vaqt bu kasallikning alomatlari kuzatilmaydi. Virusni faqat tibbiy ko'rik yoki homiladorlik uchun ro'yxatga olish uchun zarur bo'lgan laboratoriya qon tahlillari o'tkazilishida aniqlash mumkin. Bunday hollarda maxsus tahlil — «avstraliyalik antigenni» aniqlash uchun qon tahlili amalga oshiriladi.

Inson organizmida rivojlanayotgan gepatit B tashqi belgilarni namoyon qilganda bemorlarda quyidagi alomatlar kuzatilishi mumkin:

Ko'ngil aynishi;
Bosh aylanishi;
Charchoq;
Rinit;
Tana haroratining ko'tarilishi (odatda harorat 39-40 °C ga yetadi);
Yo'tal;
Umumiy zaiflik;
Burun-halqumdagi og'riq hissi;
Kuchli bosh og'riqlari;
Teri rangining o'zgarishi (sariqlik);
Shilliq qavat, ko'z skleralari, kaftlarning sarg'ayishi;
Siydik rangining o'zgarishi (u ko'pira boshlaydi, rangi qora pivo yoki achchiq choy rangiga o'xshaydi);
Bo'g'imlardagi og'riq sindromi;
Ishtahani yo'qolishi;
Axlatning rangi o'zgaradi (rangsizlanadi, oqimtir tus oladi);
O'ng qovurg'a ostidagi og'irlik;
Varaja.

Gepatit B surunkali bosqichga o'tganda bemorlarda asosiy simptomlarga qo'shimcha ravishda organizmning zaharlanishiga olib keladigan jigar yetishmovchiligi belgilari ham kuzatiladi. Agar kasallikning ushbu bosqichida bemor to'liq davolanmasa, kasallik markaziy asab tizimining zararlanishiga olib keladi.

27. O`pka sili bilan o`pka raki kasalligining klinikasi orasidagi taqqoslama diagnostikasi haqida ma`lumot bering.

JAVOB: 5-6 SAVOL JAVOBLARINI O'QING.

28. Giperglikemik koma va gipoglikemik koma orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari nimadan iborat?

J: To'g'ri dietaga rioya qilish va dori-darmonlarni qabul qilish bilan diabet kasalligi to'liq hayot kechirishi mumkin. Ammo ba'zi omillar tufayli ba'zi bemorlar asoratlarni rivojlantiradilar. Eng xavfli biri giperglikemik koma. Bu holat glyukoza kontsentratsiyasining ortishi paytida qondagi insulin etishmovchiligidan kelib chiqadi. Murakkablik hayotga tahdid soladi.

Giperglikemik komaning patogenezi diabetga chalingan odamning organizmidagi metabolik jarayonlar buzilishidan kelib chiqadi. Insulin etarli darajada sintez qilinmasa, glyukozani utilizatsiya qilish uchun zarur bo'lgan oqsil gormoni metabolizmni buzadi. Glyukoza tananing hujayralariga kirmaydi, ammo qonda qoladi. Vaqt o'tishi bilan glyukoza yuqori konsentratsiyasi qayd etiladi. Ushbu holat giperglikemiya deb ataladi. Keton tanalari hosil bo'ladi, jigarda glyukoneogenez faollashadi, atsidoz va CNS intoksikatsiyasi yuzaga keladi. Bu diabetik komaga olib keladi.

Asoratlanish turini etiologiyasi va rivojlanish mexanizmiga qarab aniqlashga imkon beradigan tasnif mavjud.

Tashxis qo'yilgan holatlarning 80 foizida ketoasidotik koma belgilanadi. Ko'pincha, u 1-toifa diabet kasalligi bo'lgan bemorlarda rivojlanadi. Odatda 20 yoshgacha bo'lgan yoshlarda uchraydi. Statistikaga ko'ra, kasallikning o'spirin shakliga chalingan har 3 bemordan bittasi shu kabi holatni boshdan kechirgan. Ushbu shakl giperosmolarga va aksincha aylantirilishi mumkin.

Ketozisiz giperglikemik koma ham xavfsiz holatga keltiriladi. Bu holat qondagi glyukoza darajasining ortishi bilan birga keladi, tanada energiya uchun yog 'to'qimalarini parchalanishni boshlamaydi. Natijada ketoasidotik komada bo'lgani kabi keton tanalari ham chiqarilmaydi.

O'rtacha, o'limning 4–31 foizi qayd etiladi. Ko'pincha o'lim qariyalarda va tanasi zaiflashgan bemorlarda uchraydi.

Etiologiyaga qarab, giperglikemik koma bir necha soat yoki kun ichida rivojlanadi. Organizm hosil bo'lgan ketonlar bilan zaharlanadi, kislota-baz muvozanati buziladi, suvsizlanish va gipovolemiya alomatlari paydo bo'ladi. Ushbu holat prekoma deb ataladi.

- chanqoqlik hissi, og'iz bo'shlig'i va terining qurishi,
- poliuriya
- faoliyatning pasayishi va umumiy ko'rsatkichlar,
- oshqozon og'rig'i, qusish, diareya,
- ishtahani yo'qotish
- buzilgan ong, uyquchanlik, asabiylashish (asta-sekin rivojlanadi).

Mushaklar tonusi pasayishi mumkin. Xiralashish bemorning og'zidan chiqadi - atseton yoki chirigan hid. Nafas chuqur va shovqinli bo'ladi. Agar bu holat bir necha kun davom etsa, tana vaznining pasayishi qayd etilishi mumkin.

Giperglikemik koma bilan og'rigan bemorlarning 50 foizida pseudoperitonitning namoyon bo'lishi qayd etilgan: qorin old devoridagi kuchlanish va og'riq, qorin bo'shlig'i og'riqli, o'rtacha intensivlikdagi peristaltikada. Bunday alomatlar ovqat hazm qilish tizimidagi keton faolligi natijasida paydo bo'ladi.

Kattalar va bolalarda alomatlar deyarli bir xil.

Birinchi yordam va terapiya

Agar giperglikemik komaning alomatlari aniqlansa, tez yordam chaqirish kerak. Agar bemor ongli bo'lsa, shifokorlar kelishidan oldin quyidagi harakatlarni bajarish kerak.

1. bemorni gorizontal ravishda yoniga yotqizib qo'ying,
2. issiq adyol bilan yoping

3. belbog'ni bo'shating, bog'lang, qattiq kiyimlarni echib oling,
4. yiqilmasligi uchun tilning pulsini, nafas olishini va holatini boshqarish;
5. insulin dozasini yuborish
6. suv bering
7. bosimni kichik interval bilan o'lchang, agar kerak bo'lsa, dori bering.

Nafas olish to'xtatilgan taqdirda, reanimatsiya qilish kerak: yurak massaji va sun'iy nafas olish. Bemorning ahvoli barqarorlashsa ham, tez yordam chaqirish kerak.

Bemor kasalxonaga yotqizilgan. Davolashni boshlashdan oldin, shakar uchun qon tekshiruvi va unda keton tanalari borligini tekshirish. Bemorga insulin yuboriladi. Gormonning dozasi kasallikning og'irligini hisobga olgan holda hisoblanadi.

Jiddiylik	**Insulinning tavsiya etilgan dozasi**
Yengil	100 dona
Talaffuz koma	120-160 dona
Chuqur inqiroz	200 dona

Keksa odamlarda koronar etishmovchilikni oldini olish uchun 50-100 birlikdan ortiq insulin yuborish tavsiya etiladi. Birinchi dozaning yarmi vena ichiga 20 ml tuzli eritma bilan yuboriladi, ikkinchi qismi tomir ichiga yuboriladi. Prezoma bilan gormonning to'liq dozasining ½ talab qilinadi. Bundan tashqari, insulinni 2 soat davomida kiritish kerak. Dozaj qondagi glyukoza darajasiga qarab belgilanadi. Giperglikemik koma uchun insulinning kunlik dozasi 400 dan 1000 donagacha o'zgaradi.

29. Gipertaniya va gipertermiya orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

J: Gipertoniya qanday xastalik?

Gipertoniya — qon tomirlarining nerv-funksional faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Kasallik asosan 40 yoshdan kattalarda uchraydi, lekin so‘nggi yillarda yoshlarda ham tez-tez kuzatilmoqda. Bu darddan ayollar ham, erkaklar ham bir xil aziyat chekishadi. **Gipertoniya** yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan xastalangan kishilarning o‘limiga sabab bo‘luvchi asosiy sabablardan biri hisoblanadi.

Gipertermiya - bu tana haroratining oshishiga olib keladigan kasallik to'plamiga berilgan nom. Bu tanadagi issiqlikni tartibga soluvchi mexanizm atrof-muhit omillari tufayli noto'g'ri ishlaganda yuzaga keladi, natijada tananing ichki harorati sezilarli darajada ko'tariladi. Yoz mavsumida issiqda ko'p vaqt o'tkazadigan odamlar gipertermiyaga moyil. Gipertermiyaga olib keladigan tibbiy holatlarga issiqlik charchoqlari, issiqlik hushidan ketish, issiqlik kramplari va issiqlik charchoqlari kiradi.

Gipertermiya rivojlanishida insonning turmush tarzi, tashqi muhit va umumiy salomatlik katta rol o'ynaydi. Gipertermiyaga olib keladigan turmush tarzi omillari, ayniqsa yoz mavsumida, quyoshda ko'p vaqt o'tkazganda, yomon suyuqlik iste'mol qilishni o'z ichiga oladi. Tegishli konditsioner va ventilyatsiyaga ega bo'lmagan turar-joylar ham odamda gipertermiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Gipertermiya asosan keksa odamlarda, ayniqsa issiq va nam ob-havo sharoitida kuzatiladi. Agar yashash joyida konditsioner bo'lmagan odamlar bo'lsa, tana haroratining keskin ko'tarilishiga yo'l qo'ymaslik uchun tushdan keyin salqin joyda o'tkazgan ma'qul. Gipertermiyaning sabablari va davolash usullari quyida keltirilgan maqolada batafsil muhokama qilingan.

Gipertermiyaga nima sabab bo'ladi?

Tana tanadagi ortiqcha issiqlikdan terlash va nafas olish kabi turli mexanizmlar orqali xalos bo'ladi. Tana terining yuzasiga qon oqimini ham oshiradi. Biroq, tashqarida issiq va issiq bo'lsa, tanadan chiqadigan ter bug'lanib ketmaydi va shuning uchun tanadan issiqlik chiqmaydi. Bu jarayon davom etar ekan, tanadagi harorat ko'tarila boshlaydi va issiqlik tufayli qon bosimini pasaytiradi va boshqa turli xil alomatlar paydo bo'lishi tufayli tanadan ko'proq namlik va elektrolitlar ajralib chiqadi. Bu tibbiyotda gipertermiya deb ataladi.
Biror kishini gipertermiyaga zaiflashtiradigan ba'zi xavf omillari mavjud. Ushbu xavf omillari issiq va nam ob-havo sharoitida qattiq jismoniy mashqlar qilishni o'z ichiga oladi. Bu mashqlar paytida qon bosimi to'qimalarga qon ta'minotini oshirish va tana haroratini oshirish uchun ko'tarilganda sodir bo'ladi. Tashqaridagi issiq sharoitlar tufayli tana gipertermiyani keltirib chiqaradigan ortiqcha issiqlikdan xalos bo'lolmaydi.
Ba'zida gipertermiya odam dam olayotganda ham paydo bo'lishi mumkin. Bu odatda issiqlik to'lqinlari davrida sodir bo'ladi. Bundan tashqari, ayrim dori-darmonlarni qabul qiladigan odamlarda yon ta'sir profili sifatida gipertermiya ham mavjud. Ushbu dorilar diuretiklar, antigistaminlar, beta-blokerlar va antipsikotiklarni o'z ichiga oladi, lekin ular bilan cheklanmaydi.
Ayniqsa 50 yoshdan oshgan odamlarda gipertermiya xavfini oshirishi mumkin bo'lgan ba'zi tibbiy holatlarga quyidagilar kiradi:
Otoimmün kasalliklar
Yurak-qon tomir kasalliklari
Gipertenziya
O'pka funktsiyasi bilan bog'liq muammolar
Suvsizlanish
Metabolik kasalliklar
Qandli diabet
Semirib ketish
Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish
Chekish
Gastroenterit
Gipertermiya qanday davolanadi?
Gipertermiya uchun asosiy davolash isitiladigan muhitdan uzoqlashish va salqin soyali joyga o'tishdir. Agar odamda bir soatdan ortiq davom etadigan issiqlik kramplari bo'lsa, shifokor bilan maslahatlashish tavsiya etiladi. Bu, shuningdek, soyali yoki salqin joyda dam olgandan keyin ham o'tib ketmaydigan gipertermiya belgilari bo'lgan odamlarga tavsiya etiladi. Gipertermiya uchun ko'rib chiqilishi kerak bo'lgan ba'zi maslahatlar:
Ko'p miqdorda sovuq suv va elektrolitlar ichish
Keng va kamroq kiyim kiying
Imkon qadar dam olishga harakat qiling
Salqin dush oling
Peshonaga nam mato qo'yish
Muz paketlaridan foydalanish
Agar odamda issiqlik urishi borligiga shubha tug'ilsa, uni darhol yaqin atrofdagi tez yordam bo'limiga olib borish kerak. Favqulodda yordam xonasiga borishdan oldin, bemorni salqin, soyali joyda, yotgan holda ushlab turish va barcha ortiqcha kiyimlarni olib tashlash kerak. Bemorga to'liq hushiga kelguniga qadar hech narsa yeb-ichmaslik kerak.

30. Gipertermiya va gipotermiya orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari qanday?

J: Tananing gipotermiyasi- bu odamning umumiy holati, sovuq uning butun tana yuzasiga ta’sir qiladi va tana harorati 35 dan pastga tushadi. Gipotermiya va muzlash o‘xshash tushunchalardir, ammo ba’zi farqlar bilan. Bundan kelib chiqadiki, sovuq muhitda bo‘lganligi sababli gipotermiyadan tashqari, sun’iy ravishda kelib chiqadigan umumiy va mahalliy

xarakterdagi tibbiy gipotermiya ham mavjud. Gipotermiya belgilari 3 daraja gipotermiya bilan tavsiflanadi.

1 daraja gipotermiya (yengil daraja) - tananing tana harorati 32-34 gacha tushadi, bu tana haroratida teri oqarib, g‘ozlar ("g‘ozlar") bilan qoplana boshlaydi, titroq paydo bo‘ladi, bu bilan tana issiqlik yo‘qotilishini saqlashga harakat qiladi. Bundan tashqari, odam nutq apparati tushkunligini boshdan kechira boshlaydi – gapirish qiyinlashadi. Qon bosimi odatda normal diapazonda qoladi yoki biroz ko‘tariladi. Ushbu bosqichda tananing 1-2 daraja muzlash jarayoni mumkin.

2 darajali gipotermiya (o‘rta daraja) – tananing tana harorati 32-29 gacha tushadi, teri ko‘k rangga aylana boshlaydi, yurak urishi daqiqada 50 martagacha sekinlashadi, nafas olish tizimining faoliyati susayadi-nafas olish kamdan-kam va sayoz bo‘ladi. Qon aylanishining pasayishi tufayli barcha tizimlar va organlar kerakli miqdordagi kislorodni olmaydilar, odamda uyquchanlik kuchayadi. Ushbu bosqichda odamning uxlab qolishiga yo‘l qo‘ymaslik juda muhim, chunki uxlash vaqtida tananing energiya ishlab chiqarishi sezilarli darajada kamayadi, bu esa tana haroratining yanada tezroq pasayishiga olib kelishi va hatto o‘limga olib kelishi mumkin. Odatda, tananing gipotermiyasining 2-darajasi tananing 1-4 daraja muzlashi bilan tavsiflanadi.

3 darajali gipotermiya (og‘ir daraja) - tananing tana harorati 29 va undan pastroqqa tushadi. Yurak tezligi daqiqada 36 martagacha kamayadi, kislorod ochligi namoyon bo‘ladi, qon bosimi pasayadi, odam tez-tez hushini yo‘qotadi yoki chuqur komaga
tushadi. **Teri mavimsi (ko‘kimtir) rangga aylanadi,** yuz va oyoq-qo‘llar shishadi. Ko‘pincha tanada konvulsiyalar paydo bo‘ladi, qusish paydo bo‘ladi. Shoshilinch yordam bo‘lmasa, jabrlanuvchi tezda o‘lishi mumkin. Ko‘pgina hollarda, tananing gipotermiyasining 3-darajasi 4-darajali jabrlanuvchining muzlashi bilan tavsiflanadi.

Tananing gipotermiyasi sabablari

Tananing gipotermiyasining sabablari quyidagilar bo‘lishi mumkin: Ko‘pincha bu muz tushganda odam sovuq suvga tushganda sodir bo‘ladi. Gipotermiyaning yana bir keng tarqalgan sababi-odamda minus yoki minimal ortiqcha atrof-muhit haroratida kerakli miqdordagi kiyimning yetishmasligi. Shuni ham ta’kidlash joizki, yuqori namlik va kuchli shamol organizm tomonidan issiqlik yo‘qotish tezligini oshiradi.

Sovuq mavsumda odamga yetarli miqdordagi kiyim ham tananing gipotermiyasiga yordam beradi. Bu yerda shuni ham ta’kidlash kerakki, tabiiy matolar issiqlikni yaxshiroq ushlab turadi – tabiiy jun, mo‘yna va paxta, lekin sintetik analoglar nafaqat tanani sovuqdan himoya qilish bilan yomonroq kurashadi, balki muzlash xavfini ham oshirishi mumkin. Gap shundaki, sintetik matolar yaxshi "nafas olmaydi", shuning uchun organizm tomonidan hosil bo‘lgan namlik bug‘lanadigan joy yo‘q va u organizm tomonidan issiqlikning tez yo‘qolishiga hissa qo‘sha boshlaydi. Bundan tashqari, qattiq poyabzal yoki ingichka poyabzal tagligi (1 sm dan kam) ham oyoqlarning gipotermiyasining keng tarqalgan sababidir. Esingizda bo‘lsin, poyabzal yoki kiyim biroz kattaroq bo‘lsa, ularning ostida iliq havo qatlami bor, bu tana va sovuq o‘rtasida qo‘shimcha "devor" dir. Va unutmangki, qattiq poyabzal oyoqlarning shishishini rivojlanishiga yordam beradi va barcha oqibatlarga olib keladi.

Gipotermiya uchun birinchi yordam

Gipotermiya bilan yordam to‘g‘ri ko‘rsatilishi kerak, aks holda jabrlanuvchining ahvoli faqat og‘irlashishi mumkin. Biror kishini isitayotganda siz bitta qoidani eslab qolishingiz kerak-asta-sekin isinishingiz kerak! Sovuqdan keyin darhol issiq dushga tushib qololmaysiz yoki qo‘llaringizni muzlikdan issiq suv oqimi ostiga qo‘yishingiz mumkin emas. Sovuqdan issiqgacha haroratning keskin pasayishi kapillyarlarning shikastlanishiga olib keladi, bu ichki qon ketish va boshqa xavfli asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Gipotermiya asorati

Yengil gipotermiya. Sovuqlar, rinit, yengil bezovtalik, "sovuq allergiya"ning shakllanishi asosan mahalliy teri toshmasi bilan;

O‘rtacha gipotermiya. O‘tkir respirator kasalliklar, shu jumladan gripp, tomoq og‘rig‘i. Laringit va faringitdan nafas olish tizimi bilan bog‘liq muammolar. Birinchi, ba’zan ikkinchi darajali mahalliy muzlash. Ba’zi surunkali kasalliklarning kuchayishi – qandli diabet, artrit, bronxial astma va boshqalar.;

Qattiq gipotermiya. Mahalliy sovuq 2-3 daraja, vaqti-vaqti bilan 4 daraja. Yurak-qon tomir tizimining patologiyalari, jiddiy bronxopulmoner kasalliklar (pnevmoniya, sinusit, traxeit, obstruktiv bronxit va boshqalar.). Quviq, buyraklarning yallig‘lanish jarayonlari, miyaning kichik va segmental kasalliklari. Barcha surunkali kasalliklarning kuchayishi;

Gipotermiyani oldini olish choralari

Chanqog‘ingizni qor, muz yoki sovuq suv bilan qondirmang;

- Sovuqda chekmang-tamaki qon aylanishini buzadi;
- Ko‘p miqdorda spirtli ichimliklar ichmang-mast bo‘lganda, odam muzlashning dastlabki belgilarini ko‘ra olmaydi;
- Sovuqda shlyapa, sharf va qo‘lqopsiz ko‘chaga chiqmang, tananing ochiq joylarini maxsus krem bilan yog‘lash ortiqcha bo‘lmaydi;
- Keng kiyim kiying-qattiq kiyimlar qon aylanishini yomonlashtiradi, siz shunday kiyinishingiz kerakki, kiyim qatlamlari orasida doimo issiqlikni mukammal ushlab turadigan havo qatlami bo‘ladi. Ustki kiyim suv o‘tkazmaydigan bo‘lishi kerak;
- Agar tanangizning bir qismi allaqachon muzlab qolgan bo‘lsa, har qanday holatda ham uning yana muzlashiga yo‘l qo‘ymang;
- Oyoq-qo‘llaringiz muzlatilganligini his qilish, darhol har qanday iliq xonaga kiring (do‘kon, dorixona va boshqalar.);
- Har doim shamoldan yashiring – uning bevosita ta’siri muzlashni tezlashtiradi;
- Qattiq poyabzal, shuningdek, iflos paypoq kiyishdan saqlaning, ayniqsa oyoqlaringiz doimo terlab tursa;
- Sovuqqa chiqishdan oldin, yaxshi ovqatlaning-ovqat tanani energiya bilan boyitadi;
- Sovuqda metall taqinchoqlarni (zanjirlar, uzuklar, sirg‘alar) taqmang;
- Sovuqda nam sochlar bilan chiqmang;

31. Epilepsiya (tutqanoq) kasalligi va talvasa sindromlarini klinik belgilari, farqlash, hamshira taktikasi nimadan iborat.

Javobi: Talvasa sindromi – bu organizmning tashqi va ichki ta’sirotlarga nospetsifik reaktsiyasi bo’lib, birdaniga va ixtiyorsiz ravishda muskullarning qisqarishi bilan xarakterlanadi. Ular bosh miyaning bir gurux neyronlarini patologik kelishilgan (sinxron) faolligi fonida rivojlanib, kattalarda xam, chaqaloqlarda xam kuzatilishi mumkin. Klinik belgilariga qarab talvasalar 3 xil bo’ladi:

1. **Klonik talvasalar** – ularda muskul qisqarishlari ritmik va tez-tez bo’lib, duduqlanishga xam sabab bo’lishi mumkin.
2. **Tonik talvasalar** – ular tananing butun muskullarini qamrab olib, nafas yo’llariga xam tarqalishi mumkin. Bunda muskullarning uzoq vaqt davomida sekin qisqarishi kuzatilib, bemorlar tanasini rostlagani, qo’llarini bukib olgani, tishlarini qisib olishi, boshi orqaga qarab tashlashi va muskullarini taranglashishini ko’rish mumkin.
3. **Klonik-tonik talvasalar** – aralash turi bo’lib, tibbiyotda ular koma va shok xolatlarida kuzatiladi.

Talvasalarda tez yordam istalgan odam tomonidan amalga oshirilishi mumkin. Eng asosiysi u talvasa turini to’g’ri aniqlashi va vrachlargacha qanday xajmda yordam ko’rsata olishini bilishi kerak. Bemor organizmiga jiddiy shikastlar yetkazmasligi uchun ko’rsatiladigan tezkor yordam aniq va bosqichma-bosqich bo’lishi kerak.

Keyingi ko’rsatiladigan yordamlar ketma-ketligi quyidagicha:

1. Tezlik bilan «tez yordam» brigadasini chaqirib, talvasa xuruji boshlangani xaqida xabar bering.
2. Bemorga toza havo oqimini kelishini ta’minlang: ko’ylagi tor bo’lsa yechib, tugmalarini bo’shatib, yokalarini qaytaring.

3. Bemor tilini tishlab va tishlarini sindirib olmasligi uchun og’ziga kichikroq sochiq yoki ro’molchasini buklab tiqing.

4. Bemorning boshini yonboshga buring, yoki iloji bo’lsa butun tanasini yonboshlating. Bu bemorning qusuq massalari tashqariga chiqishini ta’minlab, nafas yo’llariga tiqilib qolishi va bo’g’ilishini oldini oladi.

5. Bemorning yonidan xuruj paytida shikast yetkazishi mumkin bo’lgan barcha buyumlar olib tashlanadi. a)Boshi ostiga yumshoqroq narsa topib qo’yiladi.

b)Tinchlantiruvchi preparatlar: Seduksen, Trioksazin, Andaksin.

d)Kuchli xurujlarda vena ichiga Droperidol, Oksibutirat natriy va boshqalar.To’laqonli oziqlanish va dam olish rejimini belgilash.

32. Gemoragik insult va ishemik insultning taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari.

J: Insultning ikki ko‘rinishi gemorragik (miyaga qon quyilishi) va ishemik holatda (miya infarkti) farqlanadi.

Insult – miya qon aylanishining o‘tkir buzilishi bo‘lib, bu miya funksiyasining bir necha kun davom etuvchi xastaligiga olib keladi. Insult insonning mehnatga layoqatini pasaytiruvchi, uzoq muddat davolanishga, uning oiladagi hayot sifatining pasayishi va iqtisodiy xarajatlarga sabab bo‘luvchi kasallikdir. Insult o‘lim sababchisi sifatida yurak qon-tomir va onkologik kasalliklardan so‘ng 3 o‘rinda turadi. Ishemik insult gemorragik insultga nisbatan 5 marta ko‘p uchraydi.

O‘zbekistonda miya insulti bilan xastalanish ming nafar aholiga nisbatan 9 foizdan 14 foizgacha to‘g‘ri keladi. Ishemik insult miyaning to‘liq yoki qisman qon bilan ta’minlanishining to‘xtashi oqibatida yuzaga keladi.

I**shemik insultning asosiy sababi** – miya tomirlarining aterosklerozidir. Xastalik keksa yoshlilar, ko‘pincha yurak kasalliklari va qon ivishi ortgan kishilarda uchraydi.

Insult ba’zida uyqu vaqtida o‘tkaziladi. Bemorlar uyg‘ongach, holsizlik, qo‘l-oyoqda quvvatsizlanish, bosh aylanishini sezadi. Bunda es-hushi joyida, teri odatdagi rangda bo‘ladi. Nevrologik belgilar shikastlangan tomir joylashuviga qarab, bir necha daqiqa yoki soat ichida o‘sib boradi. Umumiy yoki ichki uyqu arteriyasi tiqilib qolganda, tromboz bo‘lgan tarafda ko‘rish buziladi, teskari tarafda qo‘l va oyoqlar harakati buziladi.

Ishemik insultda o‘lim ko‘rsatkichi miyaga qon quyilishiga nisbatan kam bo‘lishiga qaramay, kasallik ko‘pincha og‘ir kechadi. O‘choqli belgilar maromiga tushgach, tiklanish davriga o‘tadi va bu oylab, yillab davom etadi.

O‘tkir ishemik insult bemorning yoshiga, patologik o‘choqning ko‘lamiga takroriy insultning qo‘shilishi va kardial asoratlar bilan kechadi.

Insult belgilari shikastlangan tomir havzasiga bog‘liq bo‘ladi. Kasallik belgilari umumiy miya va o‘choqli klinik belgilar, xarakter, yaqqol va nisbiy ko‘rsatkichlar, tomir havzasini zararlovchi omillarga bog‘liq. Bemorlar insultga bir necha kun qolganda bosh og‘rig‘i, holsizlik, bosh aylanishi, ko‘z oldi qorong‘ilashish, qo‘l-oyoqda uvishish holatlarini his etadi. Belgilar kuchayib boradi va bir kunda qo‘l-oyoqlarning tortishishi paydo bo‘ladi. Bemor hushini yo‘qotmaydi, boshida tumanni his etadi. Ba’zida xastalikning kechishi bexosdan yuz beradi.

O‘rta og‘irlikdagi ishemik insultda miya shishi, hush yo‘qotish belgilarisiz kechadigan o‘choqli belgilar kuzatiladi. Og‘ir insultda esa, es-hush yo‘qotilishi, miya shishi, trofik o‘zgarishlar, qo‘pol o‘choq nuqsonlar bilan birga, kechuvchi umumiy miya belgilari bilan farqlanadi.

Bosh miyaga qon quyilishi asosan miyaning o‘rta arteriyasi havzasida, ichki kapsula va bazal yadrolar sohasida kechadi.

Miyaga qon quyilishining asosiy sababi xafaqon (qon bosimi) kasalligidir. Qon quyilishi diapedez yoki qon tomir yorilishi sababli yuzaga kelishi mumkin. Quyilgan qon miya to‘qimasini parchalaydi, miya pardalarini ta’sirlantiradi, bu miya va o‘choqli belgilarni yuzaga kelishiga sabab bo‘ladi. Miyadagi patologik o‘choq paydo bo‘lishi miya ichki bosimini oshishi, es-hushning yo‘qolishi va hayotiy muhim funksiyalar – nafas olish, qon tomir tizimi, termoregulyatsiyaning buzilishiga sabab bo‘ladi. Bemor kuchli bosh og‘rig‘ini sezadi, hushidan

ketib yiqiladi, kollapsga tushadi. Bunda puls zo‘riqishi shovqinli nafas, qorachiqlarning yorug‘likka reaksiyasining yo‘qolishi, qayt qilish kuzatiladi. Yuz to‘q qizil rangli, bemorning bosh va ko‘zi falaj bo‘lgan sohadan qarama-qarshi tomonga qaragan, falaj tomonda burun lab– burmasi silliqlashgan, og‘iz burchagi tushgan, yonog‘i tuslangan, oyog‘i tashqi tarafga burilgan bo‘ladi.
10 14 kundan so‘ng tiklanish davri boshlanadi. Dastlab oyoq so‘ng qo‘l harakatlari tiklanadi, sezuvchanlik, nutq, ko‘rish, eshitish, psixik faoliyat yaxshilanadi.
Gemorragik insult – miya to‘qimasiga to‘r osti bo‘shliqqa yoki miya qorinchalariga qon quyilishi bilan xarakterlanuvchi miyadagi qon aylanishining o‘tkir buzilishidir. Kasallikning kechishida uch davr farqlanadi: o‘tkir, tiklanuvchi va rezidual.
Davolash: Insultlarni davolash tezda boshlanishi kerak. Birinchi bosqichda hali insult xarakteri aniqlanmagan paytda bemor hayotini saqlab qolishga qaratilgan davo muolajalari o‘tkaziladi. Bemor chalqancha, boshi sal ko‘tarilgan holatda yotqiziladi. Agoniya holatida ko‘chirish mumkin bo‘lmagan bemorlardan boshqa hamma insult bo‘lgan bemorlar maxsuslashtirilgan nevrologik bo‘limga yotqizilishi kerak. Bemorni ko‘chirish vaqtida ehtiyot bo‘lish, silkitmaslik lozim. Agar yurak faoliyati buzilishi o‘pka shishi bilan birga uchrasa, spirt bug‘i qo‘shilgan kislorod bilan nafas oldiriladi. Bemor boshi baland qilib yotqiziladi. Nafas olishi meyorlashishi uchun elektr so‘rg‘ich bilan og‘iz bo‘shlig‘i, burun va xalqum shilliqlardan tozalanadi. Til orqaga ketishini oldini olish va nafas olishni yengillashtirish uchun og‘izga havo naychasini qo‘yish mumkin.
Insult bilan kasallangan bemorlar darhol yotqizilib, boshi baland ko‘tariladi va muzli xalta, oyoqlariga issiq grelka qo‘yiladi.
Parvarish: gemorragik insultda yotoq rejimi 21 kun davom etadi. Ishemik insultda bu bemor ahvoliga bog‘liq. Birinchi kundan bemorda dimlanishli pnevmaniya va yotoq yaralarining oldini olish kerak. Bemorni kun davomida har 2 3 soatda yon tomonga burish, palatani shamollatib turish lozim. Yotoq yarani oldini olish uchun dumg‘aza, dumba, bel sohasiga kamfora spirti suriladi. Falajlangan qo‘l-oyoqlarda mushak tortishishi oldini olish uchun fiziologik holat beriladi. Hush va yutish saqlangan bo‘lsa, shirin choy, meva sharbatlari beriladi. Birinchi kundan parhez kengaytiriladi, ovqat yumshoq, tez hazm bo‘ladigan bo‘lishi lozim. Yutish buzilgan bo‘lsa, bemor 2 3 kun parentral yo‘l bilan tomir orqali oziqlantiriladi.

33. Qizamiq va Qizilcha orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti- harakatlari.

J: Qizamiq nima

Qizamiq-bu o'tkir yuqumli virusli kasallik bo'lib, u tana haroratining ko'tarilishi, ko'p miqdorda toshma va shamollash alomatlari bilan namoyon bo'ladi. Qizamiqning ikki shakli mavjud – atipik va tipik. Birinchisi osonroq kechadi va o'z navbatida quyidagilarga bo'linadi:
Mitigatsiyalangan atipik qizamiq. Inkubatsiya davrida profilaktika maqsadida qizamiqqa qarshi immunoglobulin yuborilgan yoki qizamiqqa qarshi immunoglobulinlarni o'z ichiga olgan qon quyilgan odamlarda uchraydi. Ushbu turdagi kasallikda kataral davr yo'q, tana harorati maksimal 38°C gacha ko'tariladi, Filatov-Koplikov dog'lari (og'iz shilliq qavatida mayda oq dog’lar) hosil bo'lmaydi.
Abortiv atipik qizamiq. Tana harorati ko'tariladi va 3-4 kun davomida pasaymaydi. Toshmalar och pushti, ko’p emas, faqat tananing yuqori qismida va yuzida paydo bo'ladi. Bemor 4-5 kun ichida sog’ayadi.
O'chirilgan atipik qizamiq. Bemor ozgina holsizlikni his qiladi. Toshma paydo bo'lmaydi. Faqat engil burun bitishi kuzatilishi mumkin.
Asemptomatik atipik qizamiq. Hech qanday tarzda o'zini namoyon qilmaydi. Laboratoriya testlarini o'tkazish orqali tashxis qilinadi.
Tipik qizamiq engil, o'rtacha va og'ir bo'ladi, asoratlar bilan yoki asoratlarsiz kechadi.

Qizamiqning sabablari

Qizamiq Morbillivirus turiga RNK-virusni keltirib chiqaradi. Tashqi muhitda u beqaror-to'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri ta'sirida, 50°C gacha qizdirilganda, quritilganda yo'q bo'ladi. Xona haroratida virus 1-2 kun davomida yashaydi.

Qizamiq virusining manbai kasallangan odamdir. U inkubatsiya davrining 1-2 kunida (toshmalarning 4 kunigacha) atrofdagi odamlarga yuqtirishni boshlaydi. Ba'zi hollarda yuqumli kasallik ekzantema paydo bo'lgan paytdan boshlab 10 kunga cho'ziladi.

Qizamiq havo tomchilari orqali yuqadi (aerozol mexanizmi). Infektsiyalangan odam aksirish, yo'talish, suhbat paytida atrof-muhitga o'tkir infektsiyaning qo'zg'atuvchisini tarqatadi. Havo oqimi bilan xona bo'ylab nozik dispers suspenziya tarqaladi. Agar homilador ayol kasallikka chalingan bo'lsa, uni homilaga yuqtirishi mumkin (transplasentar yuqish yo'li).

Hamma odamlar qizamiqqa moyil. Uni boshdan o'tkazgandan so'ng, umrbod immunitet rivojlanadi. Ko'pincha patologiya bolalikda paydo bo'ladi. Kattalar kamdan-kam hollarda qizamiq bilan og'riydilar va bolalarga qaraganda yengilroq o'tkazadilar.

Kasallik qish va bahorda avj oladi. Avgust va sentyabr oylarida infektsiya juda kam uchraydi.

Kasallik rivojlanishining patogenezi

Morbillivirus oilasining RNK-virusi tanaga kirib, yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalarini chetlab o'tadi. U epiteliya hujayralarida ko'payadi va qon oqimi bilan tarqaladi.

Qizamiq kon'yunktivaga, teri, og'iz va nafas yo'llarining shilliq pardalariga eng kuchli ta'sirni ko'rsatadi. Ba'zida u miyaga ta'sir qiladi, u holatda qizamiq ensefaliti rivojlanadi. Qizamiq virusidan ta'sirlangan shilliq nafas olish tizimining epiteliyasi nekrozga uchrashi mumkin. Natijada bakterial infeksiya qo'shilishi xavfi ortadi.

Kasallikning qo'zg'atuvchisi inson tanasida juda uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin, bu jiddiy tizimli kasalliklarning paydo bo'lishiga olib keladi – qizil tizimli Lupus, sklerodermiya, skleroz.

Qizamiq belgilari

Qizamiqning inkubatsiya davri 1-2 haftagacha. Agar bemorga immunoglobulin yuborilgan bo'lsa, u 3-4 haftagacha cho'zilishi mumkin. Qizamiqning tipik shakli uchta ketma-ket bosqichni chetlab otadi:

- Kataral. Bu tana haroratining keskin ko'tarilishi, aniq umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi. Bemor kuchli bosh og'rig'ini boshdan kechiradi, uyqusizlik va zaiflikdan aziyat chekadi. Intoksikatsiya alomatlariga quruq yo'tal qo'shiladi. Konyunktivit kuzatilishi mumkin (ko'z qovoqlari juda shishib ketadi). Auskultatsiya paytida (o'pkani tinglash) shifokor quruq xirillash va qattiq nafas olishni qayd etadi. Ba'zi hollarda tipik qizamiqning kataral davri qusish, ko'ngil aynish, kekirish, jig'ildon qaynashi, diareya bilan o'tadi. Isitmaning birinchi to'lqini 3-4 kundan oshmaydi. Keyin harorat normal qiymatlarga tushadi, ammo keyingi kun yana ko'tariladi. Intoksikatsiya belgilari keskin kuchayadi, kataral hodisalar yanada aniqroq bo'ladi. Agar qizamiqning fotosuratiga qarasangiz, bu giperemik shilliq qavat bilan o'ralgan kichik oq dog'lar ekanligi aniq bo'ladi. Terida toshma paydo bo'lganda dog'lar yo'qoladi. Ularga parallel ravishda, qoida tariqasida, qattiq va yumshoq tanglayda enantema hosil bo'ladi, ya'ni tartibsiz shaklga ega bo'lgan qizil dog'lar.Kataral davr taxminan 5-7 kun davom etadi.
- Toshmalar. Qizamiq toshmasi-yorqin qizil-jigarrang rangning dog'li-papulez ekzantemasi. Gemorragik xarakterga ega bo'lishi mumkin. U avval quloqlarning orqasida va boshida hosil bo'ladi, so'ngra bo'yin va yuzga o'tadi. Birinchi dog'lar paydo bo'lganidan bir kun o'tgach, u allaqachon butun tanani, elkalarni qamrab oladi. Keyin u oyoq-qo'llarga tarqaladi va shu bilan birga yuzida asta-sekin oqarib keta boshlaydi. Teri toshmalari davrida intoksikatsiya yana bir bor kuchayadi, harorat ko'tariladi, kataral alomatlar yanada aniqroq bo'ladi. Kasallikning bu bosqichi taxminan 2-3 kun davom etadi.

- Rekonvalesensiya (qizamiq paydo bo'lganidan 7-10 kun o'tgach boshlanadi). Kasallik belgilari yo'qoladi, harorat normallashadi, toshma oqarib ketadi. Toshmalardan so'ng, terida ochiq jigarrang joylar qoladi, ular 5-7 kun ichida so’rilib ketadi.

Qizamiq nima uchun xavfli?

Ko'pincha qizamiq bakterial pnevmoniyaga aylanib ketadi. 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda bu laringit, bronxit, asfiksiya, stomatitga olib kelishi mumkin. Kattalardagi kasallik meningit, polinevrit, meningoensefalitni keltirib chiqaradi. Kasallikning kamdan-kam uchraydigan, ammo xavfli asoratlari-bu qizamiq ensefaliti.
20% hollarda erta homiladorlik paytida qizamiq o'z-o'zidan tushishning sababi hisoblanadi. Shuningdek, kasallik aqli zaif bolaning (oligofreniya) tug'ilishiga olib kelishi mumkin yoki homila asab tizimiga zarar etkazishi mumkin. Shuni esda tutish kerakki, qizamiq abort qilish uchun mutlaq ko'rsatkich emas.

Xavf guruhi

Qizamiq xavfi guruhiga ushbu kasallikka qarshi emlanmagan yosh bolalar va yoshlar kiradi.

Qizilcha bu — burun va tomoq shilliq pardalarini zararlaydigan kasallik bo‘lib, odatda teri toshmasi bilan birga keladigan kasallik. Bu yuqumli kasallikni streptokokklar guruhiga kiruvchi bakteriya yuzaga keltiradi. Garchi bu kasallikning o‘zi hozirgi vaqtda jiddiy deb hisoblanmasa-da, qizilchadan keyin boshqa jiddiy kasalliklar paydo bo‘lishi mumkin. Ularning eng jiddiy ikkitasi — revmokardit va nefrit (buyrak kasalligi). Qizilcha ko‘pincha qishda sodir bo‘ladi. Qizilcha holatlarining yarmi 3 yoshdan 8 yoshgacha bo‘lgan bolalarda, 90 foizi esa 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. Bir bor qizilcha bilan og‘rigan odamda unga qarshi immunitet paydo bo‘ladi.

Ko‘pchilik o‘zi kasal bo‘lmagan holda burun va tomog‘ida joylashgan bu kasallik bakteriyalarining tashuvchisi hisoblanadi. Ular yo‘talish yoki aksirish orqali bakteriyani boshqa odamlarga yuqtiradi. Qizilcha yuqtirib olgan kishida kasallik 2–5 kun o‘tgach, tana haroratining ko‘tarilishi, titroq va qayt qilish bilan namoyon bo‘ladi. Shu bilan birga, tomoqda kuchli og‘riq paydo bo‘ladi. U qizarib shishadi va oq dog‘lar bilan qoplanadi. Til ham qizaradi va unda kichik shishlar paydo bo‘ladi.

Ikkinchi kuni butun tana, qo‘llar va sonlarga mayda qip-qizil dog‘lar tosha boshlaydi. Bu toshma bakteriyalarning zaharli ajratmalari tufayli paydo bo‘ladi. Bu toksik modda terining mayda qon tomirlariga zarar yetkazib, ularni kattalashtiradi. Yetti-sakkiz kundan keyin toshma oqara boshlaydi va harorat pasayib, tomoq tozalanadi. Tovon va kaftlarning terisi ajralib tusha boshlaydi. Kasallikning ikkinchi haftasida yuz va tanadagi terining katta qismi sho‘ralaydi.

34. Depressiya, stress orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

Depressiya ruhiy kasallik bo‘lib, u odamda hayotga bo‘lgan umidsizlik, odamlarga bo‘lgan ishonchsizlik, tushkunlik, yolg‘izlik, stress, to‘xtovsiz xavotirlanish va shu kabi yomon [negative] hissiyotlarni uyg‘otishi mumkin. O‘ta jiddiy holatlarda, ba’zilar sigaret chekish, spirtli ichimliklar ichish, meyoridan ortiqcha uxlash kabi yomon illatlar bilan o‘zlarini chalg‘itishga urinishadi. O'spirin yoshidagi bolalarning juda ko'p musiqa tinglashi depressiyadan qiynalishlariga sabab bo'lishi mumkin. Depressiya vaqtida inson ortiqcha miqdorda taom iste'mol qilishi ham mumkin.

Asosiy depressiya (klinik depressiya) ikki haftadan ortiq davom etadigan kuchli yoki jiddiy alomatlarga ega. Bu alomatlar kundalik hayotga aralashadi.

Depressiya turlari: Bipolyar depressiya — bipolyar buzilishi bilan odamlar past kayfiyat va juda yuqori energiya muqobil muddatlari bor davrlar. Past davr mobaynida ular g'amgin yoki umidsiz yoki energiya etishmasligi kabi depressiya belgilariga ega bo'lishi mumkin. Perinatal va tug'ruqdan keyingi depressiya:" Perinatal " tug'ilgan atrofida anglatadi. Ko'p odamlar bu turga postpartum depressiya deb murojaat qilishadi. Perinatal depressiya bir chaqaloqni keyin homiladorlik davrida va bir yilgacha sodir bo'lishi

mumkin. Belgilari orqasida borish qaysi kichik achinish sabab, tashvish yoki stress. Doimiy depressiv buzuqlik: PDD ham dysthymia sifatida tanilgan. PDD belgilari asosiy depressiyadan kamroq. Lekin odamlar ikki yil yoki undan ko'proq vaqt davomida PDD alomatlarini boshdan o'tkazadilar. Premenstrual disforik buzilish: Premenstrual disforik buzilish premenstrual buzilish (PMS) ning og'ir shakli hisoblanadi. Bu ularning hayz qadar etakchi kun yoki hafta ichida ayollarga ta'sir qiladi. Psikotik depressiya: psikotik depressiya bilan odamlar og'ir depressiv alomatlar va delusions yoki gallyutsinatsiyalar bor. Delusions aslida asoslangan emas narsalar e'tiqod bor, gallyutsinatsiyalar ko'rib jalb esa, eshitish, yoki narsalar bilan tegdi his aslida yo'q, deb. Mavsumiy hissiy buzuqlik (SAD): mavsumiy depressiya, yoki mavsumiy hissiy buzuqlik, odatda kech kuzda va erta qishda boshlanadi. Ko'pincha bahor va yoz oylarida ketadi.(Manbahttps://ezolifedream.uz/)

Depressiya (lot. depressio — bosilish, susayish) (iqtisodiyotda)

Stress (inglizcha: *stress* — „bosim“, „kuchlanish“, „tanglik“) — odam va hayvonlarda kuchli ta’sirotlar natijasida sodir bo‘ladigan o‘ta hayajonlanish, asabiylik holati. Stress — bu gomeostazni buzish bilan tahdid qiluvchi turli ekstremal omillar ta’sirida yuzaga keladigan tananing o‘ziga xos bo‘lmagan reaktsiyasi va asab va endokrin tizimlar faoliyatida stereotipik o‘zgarishlar bilan tavsiflanadi. Organizmda har xil ta’sirotlarga nisbatan rivojlanadigan nomaxsus neyrogormonal reaksiya. „stress“ terminini kanadalik patolog G. Selye ta’riflab, tibbiyotga kiritgan (1936). Olim stress holatiga olib keluvchi omilni stressorlar deb, ular ta’sirida organizmda ro‘y beradigan o‘zgarishlarni moslashish (adaptatsiya) sindromi deb atadi. Fizik (issiq, sovuq, shikastlanish va boshqalar) va psixik (qo‘rquv, qattiq tovush, o‘ta xursandchilik) stressorlar ajratiladi. Organizmda bu omillar ta’sirini yengishga qaratilgan moslashuvchi biokimyoviy va fiziologik o‘zgarishlar rivojlanadi, bu stressorning kuchi, ta’sir etish muddati, odam yoki hayvonning fiziologik sistemasi va ruhiy holatiga bog‘liq. Nerv sistemasi yuqori rivojlangan odam va hayvonlarda, his-tuyg‘u ko‘pincha stressor vazifasini o‘taydi va u fizik stressor ta’siriga zamin tug‘diradi. Odamda bir xil kuchdagi stress ham xavfli, ham ijobiy bo‘lishi mumkin. Shuning uchun ma’lum bir darajadagi Stresslarsiz faol hayot kechirib bo‘lmaydi, chunki stresslar bo‘lmasligi bu o‘lim bilan barobar degan edi, Hans Selye. Demak, stresslar nafaqat xavfli, balki organizm uchun foydali ham bo‘lishi mumkin (eustress), bu holat organizm imkoniyatlarini ishga soladi, salbiy ta’sirotlarga chidamliligini oshiradi (masalan, infeksiyalar, qon yo‘qotish va boshqalar), ma’lum bir somatik kasalliklar (masalan, yara kasalligi, allergiya, yurak kasalliklari va boshqalar) kechishini yengillashtiradi yoki bemorning ulardan form bo‘lishiga yordam beradi. Zararli stresslar (distress) organizm rezistentligini pasaytiradi, ko‘pgina kasalliklarning kechishini og‘irlashtiradi. Stress ta’sirida kasalliklar paydo bo‘lishida organizmning dastlabki holati katta ahamiyatga ega. Masalan, gipertoniya kasalligi bilan og‘rigan bemorda stress og‘irroq, ya’ni gipertonik krizlar bilan kechadi.

35. Klinik o`lim va biologic o`lim orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari qanday bo`lishi lozim?

J: Klinik o'lim - bu hayot va biologik o'lim o'rtasidagi chegaradosh, 3-6 daqiqa davom etadi. Uning asosiy xususiyatlari - bu yurak va o'pkaning faolligining etishmasligi. Boshqacha aytganda, puls, nafas olish jarayoni, tana hayotining belgilari yo'q.

Biologik o'lim - bu tananing barcha hayot jarayoni to'xtab qolganida, miya hujayralari o'lishadi. Uning belgilari birinchi soatda klinik o'limga o'xshaydi. Biroq, keyin ular yanada yorqinroq bo'lishadi:

36. Bepushtlikning, sabablari, turlari oldini olish, bemorlarning reabilitatsiyasi haqida ma`lumot bering.

J: Bepushtlik, tug‘maslik, tug‘dira olmaslik — voyaga yetgan organizmning nayel (avlod) qoldirishga ojizligi. Odamda — bir maromda (normal) jinsiy hayot kechirib, bo‘yida bo‘lishdan saqlanish vositalari (kontratsepiiya)dan foydalanmay, kamida 2 yil birga turib farzand ko‘rmaslik "bepushtlik" hisoblanadi. Bepushtlik erkaklarda ham, ayollarda ham uchraydi. Erkaklardagi bepushtlik — tug‘dira olmaslikka jinsiy a’zolarning tug‘ma nuqsoni, yallig'lanish kasalliklari yoki ularning shikastlanishi (qarang Orxit, Epididimit), jinsiy maylning sustligi, shuningdek endokrin sistema faoliyatining o‘zgarishi, urug‘ suyuushgi (sperma)da spermatozoidlar (jinsiy hujayralar) bo‘lmasligi yoki ularning urug‘lantira olish xususiyatining yo‘qligi sabab bo‘ladi. Ayollardagi bepushtlik — tug‘maslikka bachadon, tuxum yo‘llari, tuxumdon va naylarning yallig‘lanishi, so‘zak, jinsiy a’zolar sili; ichki sekresiya bezlari (tuxumdon, kalqonsimon bez, buirak usti bezi va boshqalar) faoliyatining buzilishi, balog‘atga yetish davrida infeksion kasalliklar bilan og‘rish

natijasida markaziy nerv sistemasida ro‘y bergan jiddiy o‘zgarishlar, jinsiy a’zolarning yetilmay qolishi — infantilizm sabab bo‘lishi mumkin. Yallig‘lanishi tufayli bachadon naylarining bitib qolishi, teshigining juda torayib ketishi sababli ayol tuxum hujayrasi erkak jinsiy hujayrasi (spermatozoid) bilan uchrasha va uruglana olmaydi yoki uruglangan tuxum hujayraning bachadonga utishi kiyinlashadi. Bepushtlikda erxotin tibbiy ko‘rikdan o‘tkaziladi. Bepushtlikni iloji boricha barvaqt aniqlab, sabablari bartaraf qilinsa yaxshi natijaga erishish mumkin. Bepushtlikni vrach davolaydi. Yallig‘lanish jarayoni bilan bog‘liq bo‘lgan bepushtda fizioterapiya va kurortlarda davolanish ayn iksa muhim. Endokrin sistemasidagi o‘zgarishlar tufayli bepushtlik ro‘y berganda fizioterapiya, kurortlarda davolanish bilan birga gormonal dori-darmonlar ham buyuriladi. Bepushtlikning oldini olishda jinsiy a’zolarning yalliglanish kasalliklarini o‘z vaqtida aniqlab davolash, abortga yo‘l quymaslik, shaxsiy va jinsiy ozodalik tartiblariga katiy amal qilish lozim.

37. “O`tkir qorin og’rig`i” sindromi va bachadondan tashqari homiladorlik orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti- harakatlari nimadan iborat?

J: “O`tkir qorin og’rig`i” sindromi Deyarli har bir kishi epigastrik hududdagi noqulaylik hissi bilan tanishadi, ko'pincha birgalikda dispeptik kasalliklarga olib keladi. O'tkir qorin og'rig'i turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi, ular hatto doimo oshqozon-ichak kasalliklari bilan ham bog'liq emas. Bu juda bezovta qiluvchi alomatlar bo'lib, to'satdan paydo bo'lganida darhol professional maslahat olish tavsiya etiladi.

Yuqori qorinda o'tkir va uzoq muddatli og'riq sabablari

Agar ushbu patologiya oshqozon mintaqasida sezilgan bo'lsa, ehtimol qorin bo'shlig'i yoki oshqozon osti hududida gastrit bo'ladi. Ushbu kasallikka sabab bo'lgan asosiy omil - bakteriyalar Helikobakter Pilori infektsiyasidir.

Juda kuchli og'riq sindromi yallig'lanish jarayonlari va oshqozon yarasini ko'rsatadi.

O'ng yoki chap tomonda o'tkir qorin og'rig'i

Chap hipokondriyada noqulayliklar mavjud bo'lsa, ehtimol, oshqozon osti bezi (o'tkir yoki surunkali pankreatit) yallig'lanadi. Og'riq, shuningdek, oshqozon hududiga ham siqib chiqaruvchi spazmlarga o'xshash tarzda tarqalishi mumkin. Nafaslar ba'zan bir necha soatgacha davom etadi.

Shu bilan birga, ushbu alomatlar oshqozon-ichak organlarining shilliq qavatlariga shikast etkazadigan va keyin qon ketishiga olib keladigan progresif yaraning fonida paydo bo'lgan bo'lishi mumkin.

Shunisi e'tiborga molikki, bunday klinik hodisalar juda xavflidir, shuning uchun intensiv og'riq sindromi mavjud bo'lgan paytda darhol shifokorlarni chaqirish muhimdir.

Agar patologik holat o'ng tomonda noqulaylik tug'dirsa, bu ehtimol buyraklar bilan bog'liq. Ureterning, yallig'lanish jarayonlarining, tosh yoki qumning mavjudligi sababli rivojlanadi.

Bachadondan tashqari (ektopik) homiladorlik — homiladorlik asoratlaridan biri bo’lib, unda urug’langan tuxum hujayraning implantatsiyasi bachadon bo’shlig’idan tashqarida sodir bo’ladi. Kamdan-kam kuzatiladigan istisno holatlardan tashqari, ektopik homiladorlikda homila hayotga layoqatli bo’lmaydi, patologiya esa ko’pincha ichki qon ketish tufayli onaning sog’lig’i uchun xavfli sanaladi.

Mexanizmi

Normal homiladorlikda tuxum hujayraning urug’lantirilishi bachadon naylarida sodir bo’ladi va u yerdan zigota homilalik tuxumi rivojlanishi uchun makon yetarlicha bo’lgan bachadon bo’shlig’iga yetib boradi.

Bachadondan tashqari homiladorlikda zigota bachadon bo’shlig’iga yetib bormaydi va nayning o’zigayoq yoki naydan teskari tomonga itarib chiqarilib, tuxumdonga yoki uning atrofidagi qorin bo’shlig’iga birikadi. Bachadondan tashqarida embrionning rivojlanishi uchun normal sharoitlar mavjud emasligi sababli, xorion kipriklari a’zo to’qimasiga o’sib kirib, unga zarar yetkazadi va qorin bo’shlig’ida qon ketishiga olib keladi.

Tasnifi

Ektopik homiladorlikning joylashuviga qarab, naylardagi, tuxumdondagi, qorin bo’shlig’idagi va bachadonning rudimentar shoxidagi homiladorlik farqlanadi. Bundan tashqari, geterotropik homiladorlik ham ajratilib, unda ikkita homilalik tuxumi bo’ladi: ularning biri bachadonda, ikkinchisi esa uning tashqarisida yotadi.

Xavf omillari

Ektopik homiladorlikning 30-50 foizida patologiya sabablari noma’lumligicha qoladi. Xavf omillariga quyidagilar kiradi:

Qorin bo’shlig’ida jarrohlik aralashuvlar o’tkazilganligi;

Kontratseptsiya;
Gormonal yetishmovchilik yoki gormonal buzilishlar;
Yallig'lanish kasalliklari va ayol jinsiy a'zolarining infektsiyalari;
Bachadon naylarida transport funktsiyasining buzilishi;
Bachadon va uning ortiqlari o'simtalari;
Jinsiy a'zolar rivojlanishidagi anomaliyalar.

Bachadondan tashqari homiladorlik alomatlari

Juda erta bosqichlarda ektopik homiladorlik normal homiladorlikdan farq qilmaydi va ko'ngil aynishi, uyquchanlik, ishtahaning oshishi, sut bezlarining kattalashishi va og'rishi bilan kechadi. Noxush alomatlar odatda oxirgi hayz davridan boshlab 3-8 hafta o'tgach paydo bo'ladi. Bunga quyidagilar kiradi:

Og'riq. U simillovchi, to'lg'oqsimon yoki kesuvchi tabiatli bo'lishi mumkin. Og'riq qorinning pastki qismida, bir tomonda seziladi, qorin bo'shlig'iga qon quyilganda esa orqa chiqaruv teshigi, epigastral mintaqa va yelkalarga tarqalishi mumkin. Peshob chiqarish va defakatsiya jarayoni ham og'riqli bo'lishi mumkin;

Qon ketishi. Ektopik homiladorlik paytida qon tomirlarning shikastlanishi natijasida qon odatda qorin bo'shlig'iga quyilsa ham, ko'pincha progesteron darajasining pasayishi tufayli bachadondan qon ketishi ham kuzatiladi. Bu holat hayz ko'rishga o'xshashi mumkin, ammo ko'p hollarda ajralmalar miqdori oz bo'lib, uzoqroq davom etishi bilan ajralib turadi. Bachadondan ko'p miqdorda qon ketishi juda kam uchraydi;

Shok. Ko'p hajmda qon yo'qotishda hushni yo'qotish, teri rangning oqarishi, qon bosimining pasayishi va tez-tez zaif puls kuzatilishi mumkin.

38. Salmonelyoz va dezenteriya kasalligi orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

J: Salmonellyoz — bu salmonella avlodiga mansub bakteriyalar tomonidan keltirib chiqariladigan, fekal-oral mexanizm bilan yuqadigan, asosan oshqozon-ichak traktining zararlanishi bilan kechadigan o'tkir yuqumli kasallik hisoblanadi.

Kasallikning kechish tabiati har bir holatda farq qilib, alomatlarsiz shikastlanishdan to toksik va degidratatsion shok darajasigacha boradi. Patogenlar organizmga asosan ifloslangan yoki noto'g'ri qayta ishlangan oziq-ovqat mahsulotlari iste'moli natijasida kiradi.

Salmonellyoz KXT 2010 (kasalliklarning xalqaro tasnifi 2010-yil) bo'yicha — A02 kodiga ega.

EPIDEMIOLOGIYASI

Salmonellyoz tezda epidemik tus olishi bilan xavfli sanaladi, u sporadik holat va epidemik chaqnashlar sifatida qayd etiladi, ularning kelib chiqish manbaini aniqlash esa juda qiyin vazifadir. Kasallikning epidemiologik xavfi issiq fasllarda kuchayadi: bahor va yoz faslining oxirlari patogenning faol tarqalishi uchun eng qulay vaqt hisoblanadi.

Bundan tashqari, salmonellyoz tibbiy muassasalarda bemorlar orasida tarqalishi mumkin. Kasalxonalarda infektsiyaning tarqalishi palatalarning to'lib ketganligi, bemorlarning palatadan palataga asossiz harakatlanishi, zarur yordamchi vositalarning yetishmasligi, bir martali ishlatiladigan vositalardan qayta foydalanish, to'shaklarga qayta ishlov berish qoidalariga amal qilmaslik natijasida yuzaga keladi. Salmonellyozning bu shaklda tarqalishi ko'proq bolalar shifoxonalariga xosdir.

ETIOLOGIYASI

Kasallik *Salmonella* avlodiga mansub bakteriyalarning turli xil serotiplari tomonidan chaqiriladi. Infektsiya manbalari asosan uy hayvonlari va parrandalardir, ammo odam (bemor, tashuvchi) qo'shimcha manba sifatida ham ma'lum rol o'ynaydi. Uzatish mexanizmi — fekal-oral.

Yuqish yo'llari:

Zararlangan chorva mollari va parrandalardan olingan mahsulotlar iste'moli;
Kontakt-maishiy yo'l;
Ba'zan suv orqali;
Chang-havo yo'li orqali.

Kasallik yuqishi hayvonlarni parvarishlash, go'shtni qayta ishlash zavodlarida so'yish jarayonida, shuningdek, tirikligida yoki o'limdan keyin infektsiyalangan hayvon go'shtini iste'mol qilishda uchraydi. Sut va sut mahsulotlari ham infektsiya manbai sanaladi.

SALMONELLYOZ ALOMATLARI

Salmonellyozning klinik tasviri uning turini aniqlaydi va kasallikni boshqa yuqumli kasalliklardan farqlash imkonini beradi. Kasallikning eng keng tarqalgan shakli — bu gastroenteritik turi bo'lib, u suvsizlanish, umumiy intoksikatsiya va isitma bilan birga kechadi. Intoksikatsiya belgilari tobora kuchayib, bosh og'rig'i va mushaklar og'rig'i, zaiflik va mehnat qobiliyatining yo'qotilishigacha olib keladi.

Bundan tashqari, salmonellyoz o'zini kindik sohasi va qorinning yuqori qismlarida, yo'g'on ichak bo'ylab seziladigan og'riq bilan namoyon qiladi. Og'riq spastik, o'zgaruvchan tabiatli bo'lib, yengil darajadan kuchli og'riqqacha yetadi. Bemorni ko'ngil aynishi va yengillik bermaydigan takroriy qayt qilishlar bezovta qiladi.

Diareya (ich ketishi) — salmonellyozning o'ziga xos belgisi bo'lib, najas ko'rinishining o'ziga xosligi bilan ajralib turadi (suvli, badbo'y hidli, ko'pikli, yashil rangga bo'yalgan). Qayt qilish va diareya fonida suvsizlanish sindromi rivojlanadi.

Ko'rik vaqtida terining oqarganligi, qorin dam bo'lishi, og'izning quruqligi diqqatni tortadi. Til qalin karash bilan qoplangan bo'ladi. Yurak auskultatsiyasida taxikardiya aniqlanadi, puls biroz to'lib uradi. Kuchli suvsizlanish oyoqlarda talvasalar yuzaga kelishi bilan birga kechadi.

Salmonellyozning keyingi belgilari bemorda kasallik qaysi shaklda kechayotganiga qarab o'zgarishi mumkin.

Gastroenterokolitik turi kasallik boshlanishining 2-3 kuniga kelib hojat chiqarishning kamayishi bilan birga kechadi. Najasda shilliq, qon aralashmalari aniqlanadi. Ichakda spazm aniqlanadi, palpatsiyaga og'riq bilan javob beradi, tenezmlar qayd qilinadi.

Gastritik turi tenezm va ich ketishisiz holda o'tadi. Tana harorati subfebril darajadan yuqori darajalargacha o'zgarib turadi.

Umumlashgan shaklning alomatlari xarakterli farqlarga ega. Masalan, tifga o'xshash turi klinikasi ich terlama klinikasiga juda o'xshash, bunda ko'ngil aynishi, qusish va diareya bilan birga to'lqinli yoki turg'un isitma paydo bo'ladi. Shuningdek taloq va jigarning sezilarli kattalashishi kuzatiladi, terida gemorragik toshmalar toshadi. Qon bosimi pasayishi, bradikardiya aniqlanadi.

Septik turida odatdiy oshqozon-ichak klinikasidan tashqari, bemorda uzoq davom etadigan kuchayib turuvchi isitma, varaja, taxikardiya, kuchli terlash, taloq va jigarning kattalashishi kuzatiladi.

KASALLIK KECHISHI

Kasallikning boshlanishi birinchi alomatlar paydo bo'lgan paytdan boshlab klinik jihatdan hisobga olinadi, ammo aslida bu kasallik hali o'zini namoyon qilmagan inkubatsion davrdayoq boshlangan bo'ladi. So'ng, birinchi klinik belgilar paydo bo'lgach, infektsion jarayonning faol rivojlanish bosqichi boshlanadi. Patogenning tanadagi kontsentratsiyasi pasayishi va o'tkir alomatlar asta-sekin so'nishi bilan bemorning tiklanishi haqida gapirish mumkin, ammo bu salmonellyozning barcha shakllariga uchun o'rinli emas.

Dizenteriya (diz.va yun. enteron — ichak), ichburug' — yo'g'on ichakning zararlanishi (bot-bot ich ketishi va qorinning burab og'rishi) va organizmning zaharlanishi (bo'shashish, holdan toyish, bosh og'rig'i, harorat ko'tarilishi, ko'ngil aynishi, ba'zan qayt qilish) bilan kechadigan o'tkir infeksion kasallik. Butun yer yuzida uchraydi. Odamlarda uchraydigan dizenteriya qo'zg'atuvchisining turiga qarab, bakterial dizenteriya bilan amyobiaz farq qilinadi.

Qo'zg'atuvchisi

Bakterial dizenteriya mikroblari tayoqchasimon bo'lib, bir necha turi bor; bu turlarni kashf etgan olimlar nomi bilan Grigoryev-Shiga, Shmits-Shtutser, Fleksner, Zonne bakteriyalari deb ataladi. Grigoryev-Shiga bakteriyalari boshqa bakteriyalardan farq qilib, kuchli toksin chiqaradi (bu mikrob qo'zg'atgan kasallik og'irroq o'tadi). Fleksner va Zonne bakteriyalari qo'zg'atgan hollar ko'proq kuzatiladi (ular qo'zg'atgan kasallik yengilroq o'tadi); Shmits-Shtutser bakteriyalari juda kam uchraydi.

Dizenteriya bakteriyalari bemor axlati bilan tashqi muhitga chiqadi. Kasallikdan sog'aygan ba'zi kishilar ham dizenteriya bakteriyalarini uzoq vaqt chiqarib turadi. Bemorni parvarish qilayotgan kishilar, shuningdek, bakteriya tashuvchilarning yuvuqsiz qo'li va pashsha orqali dizenteriya mikroblari suv, meva, sabzavot, sut va ovqatga o'tishi mumkin. Ularda dizenteriya mikroblari bir

necha kundan 2—3 oygacha saqlana oladi. Sog‘lom odam dizenteriya bakteriyalari bilan ifloslangan suv, meva, sabzavot, ovqatni iste’mol qilganda kasallik yuqadi.

Yuqish yo‘llari

Ozodalik qoidalariga rioya qilmaslik (hojatxona, oshxonalarning iflos bo‘lishi, pashshani yo‘qotmaslik, qo‘lni tozalab yuvmaslik) dizenteriyaning tarqalishiga sabab bo‘ladi. Dizenteriya yil bo‘yi uchrab turadi, ammo issiq faslda (iyun — oktyabr) pashsha ko‘payishi, suv ko‘p ichilishi, meva-sabzavotni yuvmay yeyish natijasida dizenteriya bilan kasallanish ko‘payadi. Dizenteriyaga hamma moyil, lekin yosh bolalar, keksalar va nim-jon kishilarda ko‘proq kuzatiladi. Dizenteriya bakteriyalari yo‘g‘on ichakda ko‘payadi va ayni vaqtda ichakni yallig‘lantirib, butun organizmda moddalar almashinuviga putur yetkazadi. Ularning yo‘g‘on ichakda qosil qiladigan zahari (toksini) ichak shilliq pardasiga o‘ziga xos ta’sir ko‘rsatadi (yallig‘lantiradi, yara hosil qiladi), butun organizmni zaharlaydi (intoksikatsiya).

Klinikasi

Kasallik yuqqach, 3—4 kunlik yashirin (inkubatsion) davrdan keyin qorin burab og‘riydi, tez-tez ich ketadi. Avval ich suyuq kelib, keyin qon bilan shilimshiq aralash (yalqug‘) bo‘ladi. Bir kecha-kunduzda 10—15 martagacha hojatxonaga borish D.ga xos belgidir. Bemor temperaturasi kasallikning faqat dastlabki kunlarida salgina ko‘tariladi. Qorin dapqir-dapqir burab og‘riydi, to‘g‘ri ichak tortishibqisqarib og‘ritadi (tenezm), ayni vaqtda tez-tez ich kelishi, soxta "hojat bo‘lishi" be-morning axgyulini og‘irlashtiradi. Ich ketishi tufayli ko‘p suyuqlik yo‘qolishi natijasida bemor tez ozadi, ko‘zi kirtayib qoladi, terisi qurishadi, qo‘l-oyog‘i sovqotadi, ishtahasi yo‘qoladi, qattiq chanqaydi. Umumiy ahvoli mushkullashadi.

Kasallik asoratsiz o‘tganda 6—7kuni ich ketishi kamayadi, axlatda yalqug‘ yo‘qoladi, qorin og‘rig‘i bosiladi, bemor ishtahaga kiradi. D. bir necha kundan (yengil xili) 3—4 haftagacha davom etadi. Kasallik qo‘zishi (qaytalanishi) ham mumkin. Asosan, yosh bolalar bilan keksalarda D. og‘ir o‘tadi. Avitaminoz, nimjonlik, o‘ta charchash va sh. k. D.ning cho‘zilishiga (surunkali D.ga) sabab bo‘ladi. D.ning bu xili oylab cho‘ziladi vaqt-vaqti bilan zo‘riqib turadi. U so‘nggi yillarda kam uchramoqda. Surunkali D. bilan og‘rigan bemorlardan tevarak-atrofdagilarga kasallik yuqishi mumkin. Yosh bolalarda D. o‘ziga xos o‘tadi: ichakning yallig‘lanishidan ko‘ra umumiy intoksikatsiya yaqqol ko‘zga tashlanadi. Yuqorida aytilgan belgilardan tashqari, axlatni lab.da tekshirish, yo‘g‘on ichak pastki qismining shilliq qavatini ko‘zdan kechirish (kolonofibroskopiya, rektoromanoskopiya) va bakteriologik tekshirish asosida D. aniklanadi. Bemor kasalxonada davolangani ma’qul. D. bilan og‘rib o‘tgan kishida qoladigan immunitet uzoq davom etmaydi. D.ni davolashda dorilardan tashqari, parhezning ahamiyati bor.

Davolash

Davolash usullariga asosan gipreimmun zardob, norsulfazol (1%) va b. antibiotiklar buyuriladi.

Oldini olish

Dizenteriyani oldini olish uchun aholi yashaydigan joylarni toza tutish, oziqovqat korxonalari, suv tarmoqlari ustidan sanitariya nazoratini kuchaytirish, pashshani yo‘qotish, shaxsiy gigiyena qoidalariga jiddiy rioya qilish, mevasabzavotni toza suvga obdan yuvib yeyish kerak va h. k. Aholini, ayniqsa qishloq joylarida, toza ichimlik suv bilan ta’minlash nafaqat D., balki barcha o‘tkir ichak kasalliklarining oldini olishda muhim ijtimoiy tadbir hisoblanadi. Bolalarni yoshligidan pokizalikka odatlantirish lozim.

Kasallik bemordan atrofidagilarga oson yuqishi, Grigoryev-Shiga bakteriyalari qo‘zg‘atadigan Dizenteriya og‘ir kechishini e’tiborga olib, bemorni iloji boricha kasalxonaga yotqizib davolagan ma’qul.

Hayvonlardan qo‘zi va cho‘chqalarda uchraydigan o‘tkir infeksion kasallik. Asosan 3—5 kunlik qo‘zilarda ichakning gemorragik yallig‘lanishi va ich ketishi bilan kuzatiladi. Qo‘ylarda D.ni Clostridium perfrindens V. turiga mansub spiroxeta qo‘zg‘atadi. Kasallik sog‘lom va kasal hayvonlar birgalikda saqlanganda alimentar yo‘l bilan yuqadi. D. qo‘zilatish mavsumi — bahorda avj oladi. Kasal hayvonlarning qon aralash ichi ketadi, ishtahasi yo‘qolib, ozib qoladi. Kasallikning o‘tkir

shaklida qo‘zilar bir necha soat ichida nobud bo‘ladi. Yengilroq kechganda qo‘zi ko‘proq yotadi, emmay qo‘yadi, tana harorati 41° gacha ko‘tariladi. Keskin oriqlagan qo‘zilar nobud bo‘ladi. Qo‘zilarni sifatsiz oziqlantirish, gigiyena qoidalariga amal qilmaslik ham kasallikning kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

Oldini olish: zoogigiyena, veterinariyasanitariya kridalariga amal qilish, sifatli oziklantirish, tozalikka rioya qilish, kasallangan hayvonlar 6—10% li xlorli ohak, 5% li kreolin bilan dezinfeksiya qilinadi. Bo‘g‘oz qo‘ylar qo‘zilashidan 20—30 kun ilgari bir marta, 10—20 kun qolganda ikkinchi marta emlanadi. Qo‘zilar tug‘ilishi bilan dastlabki soatlarda D.ga qarshi qo‘llaniladigan maxsus zardob yuboriladi (teri ostiga).

39. Suyaklarning ochiq va yopiq jarohatlar orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

J: Suyak sinishi — skeletning muayyan qismiga uning mustahkamligidan yuqori bo’lgan yuk tushishi natijasida suyak yaxlitligining to’liq yoki qisman buzilishi. Sinish jarohat tufayli, shuningdek suyak to’qimalarining mustahkamlik xususiyatlari o’zgarishi bilan kechadigan turli kasalliklar natijasida sodir bo’lishi mumkin.

Holatning jiddiyligi shikastlangan suyaklar soni va o’lchami bilan belgilanadi. Bir nechta naysimon suyaklarning sinishi ko’p qon yo’qotish va og’riqli shok rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari, bemorlar bunday jarohatlardan so’ng sekin tiklanishadi, tuzalish bir necha oyga cho’zilishi mumkin.

Yuzaga kelish sababiga ko’ra

- **Travmatik** — tashqi ta’sir tomonidan chaqirilgan;
- **Patologik** — suyakning ba’zi patologik jarayonlarda (masalan, tuberkulyoz, shish va boshqalar) minimal tashqi ta’sir ta’siri natijasida ham sinishi.

Yuzaga kelish sababiga ko’ra

- **Travmatik** — tashqi ta’sir tomonidan chaqirilgan;
- **Patologik** — suyakning ba’zi patologik jarayonlarda (masalan, tuberkulyoz, shish va boshqalar) minimal tashqi ta’sir ta’siri natijasida ham sinishi.

40. Koronavirus kasalligi klinikasi, parvarishi, bemorlar reabilitatsiyasi haqida ma`lumot bering.

J: 2019-yil koronavirus infeksiyasi (COVID-19) — SARS-CoV-2, ya’ni og‘ir o‘tkir nafas olish sindromi koronavirusi 2 keltirib chiqaradigan yuqumli kasallik.[1] Kasallik ilk marotaba 2019-yilda Xitoyning Uxan shahrida aniqlandi va global miqyosda tarqalib, 2019–2020-yillardagi koronavirus pandemiyasini keltirib chiqardi.[2][3] Kasallik yuqori harorat, yo‘tal hamda nafas olishni mushkullashishi kabi simptomlarni keltirib chiqaradi. Ayrim holatlar mushaklar og‘rishi, balg‘am ajralishi hamda tomoq og‘rishi kuzatiladi.[4][5] Virus yuqtirganlarning aksarida yengil simptomlar yuzaga kelsa-da,[6] ayrim bemorlarda kasallik og‘ir pnevmoniya hamda bir necha organ faoliyatining ishdan chiqishiga olib keladi.[2][7] Diagnoz qo‘yilgan holatlar orasida o‘limlar ko‘rsatkichi o‘rtacha 3,4 foizni tashkil qiladi. 20 yoshga to‘lmaganlar orasida bu ko‘rsatkich 0,2 foizni, 80 yoshdan o‘tganlar orasida 15 foizni tashkil qiladi.

COVID-19 koronavirus infeksiyasi odatda shaxsdan-shaxsga yo‘tal va aksa berish davomida chiqariladigan tomchilar orqali yuqadi.[11][12] Virusni yuqtirgandan keyin kasallik simptomlar yuzaga kela boshlagunicha o‘rtacha 5 kun o‘tadi. Bu davr 2 kundan 14 kungacha davom etishi mumkin.[13][14] Tashxis qo‘yishning standart uslubi burun bo‘shlig‘i yoki tomoqdan olingan suyuqlikni teskari transkripsiyali polimeraza zanjiri reaksiyasi (inglizcha: *Reverse transcription polymerase chain reaction (rRT-PCR)*) yordamida tekshirishdan iborat. Shuningdek, bemorga simptomlar, risk unsurlari hamda pnevmoniya belgilarini aniqlash uchun kompyuter tomograf yordamida tashxis qo‘yish mumkin.

Infeksiya oldini olish uchun qo‘llarni tez-tez yuvish, boshqalardan uzoqroq masofada bo‘lish hamda yuzni qo‘llar bilan ushlamaslik tavsiya qilinadi.[19] Niqoblardan foydalanish esa hamma uchun emas, balki virusni yuqtirganini shubha qilayotganlar hamda ularga qarayotganlargagina tavsiya qilinadi.[20][21] Ayni damda COVID-19 ga qarshi vaksina yoki preparat bor . Kasallikni boshqarish simptomlarni davolash, izolyatsiya hamda eksperimental choralardan iborat.

41. Koronavirus kasalligi va ORVI kasalligi orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

J: O‘tkir respirator kasalliklar — viruslar qo‘zg‘atadigan, kelib chiqishi bir-biriga o‘xshash o‘tkir infeksion kasalliklarning umumiy nomi. Nafas yo‘llari (burun, hiqildoq, kekirdak, bronxlar) shilliq pardalari, ko‘z shilliq pardasi — kon’yunktivaga zarar yetishi bilan kechadi. O‘tkir respirator kasalliklark.ning qo‘zg‘atuvchilariga adenoviruslar, paragripp viruslari, rinoviruslar va boshqalar kiradi. O‘tkir respirator kasalliklark.ning ayrim (sporadik) guruhlari ko‘proq kuzatiladi, lekin ular aholining butun bir guruhini ham qamrab olishi mumkin (qarang Epidemiya). Har qanday virusli infeksiya bemordan havotomchi (gaplashganda, aksirganda, yo‘talganda) yo‘li orqali yuqadi. Kasallik qo‘zg‘atuvchi viruslar yuqori nafas yo‘llariga (burun, hiqildoqqa) tushadi, shilliq parda (epiteliy)ning tashqi qavatidagi hujayralarga kirib, ularni yemiradi, bunda qo‘zg‘atuvchilarning bir qismi nobud bo‘lib, zaharli modda (endotoksin) ajratadi va organizmni zaharlaydi (intoksikatsiya). Virus saqlovchi po‘rsildoq hujayralar ko‘chib tushadi va bemor gaplashganda, yo‘talganda, aksa urganda tupuk, burun shillig‘i va balg‘am bilan havoga tushib, atrofdagilarga yuqadi. Kasallik uy anjomlari (idishtovoq, sochiq, o‘yinchoqlar va h.k.)dan ham yuqishi mumkin. O‘tkir respirator kasalliklark.ni shartli ravishda mavsumiy kasalliklar deb atash mumkin, chunki bu guruh kasalliklar kech kuz va qishda ko‘proq kuzatiladi.

O‘tkir respirator kasalliklark. bilan og‘rigan bemorni uyda davolaganda alohida xonaga yotqiziladi. Bemorni parvarish qilayotgan oila a’zolari og‘izburniga doka niqob taqib yurishlari kerak. Kasal yotgan xonani tez-tez shamollatib, ko‘rpayostiq jildi, choyshabni muntazam almashtirib turish zarur. Bemorning harorati ko‘tarilgudek bo‘lsa, uni yaxshilab o‘rabchirmab, limon, malina solingan issiq choy berish, iloji boricha ko‘proq suyuqlik (choy, mors, kompot, sharbat va h.k.) ichirish lozim. Ovqat yengil hazm bo‘ladigan va oqsilga boy (bulonlar, go‘shtli va baliqdan qilingan kotletlar, tvorog, sabzavotlar, ho‘l mevalar) bo‘lishi zarur. Bemor uchun alohida idishtovoq tutish lozim. U yotgan xonani va mebelni kuniga ikki mahal nam latta bilan artib turiladi.

42. Soxta va chin bo`g`ma kasalligi orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

Difteriya (yun. Diptherien-parda i dr.), bo‘g‘ma- asosan hiqildoq, tomoq shilliq pardalarining yallig‘lanishi va a’zolarning zararlanishi bilan kechadigan o‘tkir infeksion kasallik. Difteriya tayoqchasining o‘rnashgan joyiga va ko‘payishiga qarab tomoq, burun, hiqildoq, ko‘z, tashqi jinsiy a’zolar va teri difteriyasi kuzatiladi.

Tomoq difteriyasi - holsizdanish va haroratning ko‘tarilishi (38—39 °) bilan boshlanadi. Tomoq og‘rib jag‘ osti limfa tugunlari shishadi; tomoq shilliq pardasi qizaradi, murtak bezlari va yumshoq tanglay oq yoki kulrang parda bilan qoplanadi. Difteriyaning toksinli shakli ham rivojlanishi mumkin, u tez avj oladi.

Temperatura 40 ° gacha ko‘tariladi, yutinganda tomoq qattiq og‘riydi, bemor qayta-qayta qusadi. Umuman darmonsizlanadi, bo‘shashadi, yurak urishi tezlashadi, rangi siniqadi. Jag‘ osti limfa tugunlari sohasidagi teri osti kletchatkalari shishadi va u bo‘yinga, ba’zan ko‘krak qafasiga tarqaladi.

Tomoq shishi difteriyaning ilk belgisi bo‘lib, bunda murtak bezlari va yumshoq tanglay to‘qimalari bir-biriga deyarli jips yopishadi. Pardali karash tanglay, burun-halqumni qoplab olib, bemor xirillab nafas olishga majbur bo‘ladi, og‘zini sal ochib yuradi,

Hiqildoq difteriyasi (chin bo‘g‘ma):

Kasallik 3 davrga bo‘linadi.

1. Kataral davri (1-2 kun davom etadi):

- isitma o‘rtacha darajada bo‘ladi;
- tovush dag‘allashadi;

- yo‘tal.
2. Stenotik davri:
- shovqinli nafas olish;
- yuqori nafas yo‘llarining stenoziga xos belgilar kuchaya boshlaydi.
3. Asfiksiya davri:
- terlash;
- sianoz;
- mushaklar tonusi pasayishi;
- qorachiq kengayadi;
- hoxishsiz peshob va najas ajraladi;
- tomir urishi ipsimon;
- hushsizlik.

Ko‘z difteriyasi - parda ko‘z shilliq qavatida bo‘ladi, ayrim hollarda ko‘z soqqasiga ham yoyilishi mumkin. Jarohatlangan tomonda ko‘z qovoqlari shishadi, zichlashadi, ko‘zdan yiringli modda ajraladi.

Teri difteriyasi - terining jarohatlangan sohasida rivojlanadi. Terining yorilgan, tirnalgan, shishli, yarali, po‘stlok-qatqoloqli, kuygan sohalarida shish va difteriya pardasi hosil bo‘ladi.

Jinsiy a’zolar difteriyasi - qiz bolalarning tashqi jinsiy a’zolar shilliq qavatida yallig‘lanish va difteriya pardasi kuzatiladi.

Ayrim hollarda kindigi kesilgan chaqaloqlarda - kindik difteriyasi kuzatiladi.

> **SOXTA BO’G”MA Laringit** (laringo ... yun. itis — yallig‘lanish) — hiqildoq shilliq qavatining yallig‘lanishi. O‘tkir va surunkali xillari bor. O‘tkir L. ko‘pincha katar, gripp, kizamiq, skarlatina, ko‘kyo‘tal va boshqa, shuningdek, butun organizmning sovqotishi, ovoz boylamlariga zo‘r kelishi (baqirib gaplashish), muzdek yoki juda issiq ovqat iste’mol qilish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarga ruju qo‘yish natijasida ro‘y beradi. O‘tkir L.da bemor tomog‘i qurib, qirilishi, tirnalishidan shikoyat qiladi; yo‘tal tutadi, tovushi bo‘g‘iq, do‘rillagan yoki butunlay chiqmay qoladi, ba’zan yutinganda og‘riq paydo bo‘ladi. O‘tkir L.ning kataral, diffuz, gemorragik, flegmonoz va boshqa shakllari farq qilinadi.
>
> Ko‘pincha, bolalarda (xususan, 6—8 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir L.ning soxta krup (bo‘g‘ma) shakli uchraydi. Bu, odatda, ekssudativ diatez va boshqa allergik kasalliklarga moyil bolalarda kuzatiladi. O‘tkir kataral L. tezda tuzalib ketishi, diffuz-gemorragik shakli esa og‘irroq kechib, uzok, davom etishi mumkin. Flegmonoz L.da bemorning ahvoli mushkullashadi, harorati ko‘tariladi, hiqildoq sohasida og‘riq paydo bo‘lib, yutish qiyinlashadi va h.k.
>
> O‘tkir L.ning bot-bot qo‘zib turishi va uni yaxshi davolamaslik, tamaki chekish, spirtli ichimliklar ichish, ovozni zo‘riqtirib qo‘yish (o‘qituvchilar, lektorlar, ashulachilarda) va boshqa surunkali L. ga sabab bo‘ladi. Surunkali L. bilan og‘rigan bemorning tovushi xirillab bo‘g‘iladi, tez toliqadi, ko‘pincha yo‘talib turadi. Davosi : kasallikning xili va kechishiga qarab fizio-terapevtik muolajalar, dorivor moddalardan ingalyasiya buyuriladi, organizmni chiniqtirish, kasbga oid zararli moddalarni yo‘qotish tavsiya etiladi.[1]

43. Epidemik parotit va limfadenit kasalli orasida taqqoslama diagnostikasi, hamshira hatti-harakatlari haqida ma`lumot bering.

> Epidemik parotit (tepki) – o‘tkir yuqumli kasallik. So‘lak bezlari (ayniqsa, quloq oldi bezining yallig‘lanishi bilan kechadi. Filtrlanuvchi viruslar qo‘zg‘atadi. Havo yo‘li orqali, bemor foydalangan turli idishlardan yuqadi. Epidemik parotit hamma yoshdagi kishilarda, ko‘proq 5-15 yoshdagi bolalarda uchraydi. Inkubatsion davri 18-20 kun. Epidemik parotitda bosh og‘riydi, tana harorati ko‘tariladi. Og‘irroq hollarda bemor burnidan qon keladi, qusadi, tirishadi. Kasallikning 2-3-kuni quloq oldi bezi shishib, u quloqning bir tomoniga, 1-2 kundan keyin esa 2-quloq atrofiga o‘tadi. Og‘iz yopilganda, ovqat chaynaganda og‘riq seziladi. Kasallik 8-10 kun davom etadi. Kasallik yumshoq miya pardasining yallig‘lanishi ko‘rinishida ham o‘tishi mumkin. Bu shaklida bolalar qusadi, boshi qattiq og‘riydi va meningit belgilari paydo bo‘ladi. Nevrit, otit kabi asoratlar qoladi. Zamonaviy tibbiyotning imkoniyatlaridan kelib chiqqan holda shifokorlarimizdan kasallikka erta tashhis qo‘yish, uning kechishi va oqibatlarini barvaqt aniqlash, asoratlarini oldini olish talab qilinmoqda.
>
> Epidemik parotit (xalq tilida "tepki” deb ataladi) – tana haroratining ko‘tarilishi, umumiy intoksikatsiya (zaharlanish), so‘lak va sut bezlari, jinsiy, me’da osti va boshqa bezlar bilan bir vaqtda markaziy asab tizimining og‘ir asoratlari – MENINGIT, meningoensefalit (talvasa va vasvasalar ko‘rinishidagi

zararlanishi) bilan kechadi. Bu virusli xastalik bolalar o‘rtasida keng tarqalgan bo‘lib, ba’zan kattalar orasida ham uchrab turadi.

Infeksiya manbai va dardning kechish jarayoni

Bolalarda aniqlangan yuqumli kasalliklar orasida epidemik parotit salmog‘i sezilarli darajada ko‘p uchraydi. Infeksiyaning birdan bir manbai bemor hisoblanadi. U xastalik yashirin davrining oxiri, klinik belgilar yuzaga chiqishidan bir-ikki kun oldin atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Dardning yuqish davri kasallikning 9-kunida tugaydi. Ayniqsa, o‘g‘il bolalar qizlarga nisbatan 1,5 baravar ko‘p kasallanadi. Xastalik mavsumiy xarakterga ega. Uning yuqori ko‘rsatkichi mart-aprel oylariga to‘g‘ri kelsa, past ko‘rsatkichi iyul-avgust oylarida kuzatiladi.

Virus asosan havo-tomchi va ba’zan muloqot yo‘li bilan ham yuqadi. Epidemik parotitga moyillik juda yuqori. Inson 3 yoshdan 20 yoshgacha bo‘lgan davrda kasallikka moyilligi yuqori bo‘lib, 2 yoshgacha va 40 yoshdan kattalarda xastalik kamdan kam hollarda uchraydi. Undan so‘ng turg‘un immunitet qoladi.

Kasallik tarqalishining oldini olish maqsadida xastalik boshlanishi bilan 9-10 kun davomida bemorlar alohida qilinadi. Bemor bolalar kasallikning yashirin davrida 11-21 kun davomida jamoat joylariga yuborilmaydi. Go‘daklar tirik susaytirilgan parotit vaksinasi bilan 5 oylik va 18 oylikda faol emlanadi.

Limfadenit — bu limfa tugunlarining spetsifik yoki nospetsifik yallig’lanishi bilan tavsiflanadigan patologiya. Uning rivojlanishida limfa tugunlarining kattalashishi, palpatsiyalanganda og’rishi va umumiy holsizlik kuzatiladi. Yallig’lanish sababi infektsiya hisoblanadi. Qo’zg’atuvchining tabiati va uning antibiotiklarga sezuvchanligi darajasi shikastlangan tugunlardan olingan bioptat namunasini tahlil qilishda aniqlanadi. Limfadenit fonida yiringli asoratlar — abstsess yoki adenoflegmonalar rivojlanishi mumkin. Bunday o’choqlar albatta ochilishi va drenajlanishi kerak bo’ladi.

LIMFADENIT BOSQICHLARI VA TASNIFI

Yiringli yallig’lanish jarayoni bitta tugunga yoki yaqin atrofda joylashgan limfa tugunlar guruhiga ta’sir qilishi mumkin.

Eng ko’p quyidagi tugunlar shikastlanadi:

- Quloq yon;
- Jag’ osti;
- Bo’yin;
- Qo’ltiq osti;
- Chov.

Tirsak, tizza osti, chuqur yonbosh va tos limfa tugunlarining shiksatlanishi kamroq uchraydi.
Patogenning turiga qarab, limfadenitning spetsifik va nospetsifik turlari ajratiladi. Kechish tabiatiga ko’ra, kasallikning o’tkir va surunkali variantini ajratish qabul qilingan.

SABABLARI

Odatda limfadenit birlamchi septik yallig’lanishning oqibati hisoblanadi. Patogen (piogen) mikroflora — streptokokklar va stafilokokklar va ular ishlab chiqaradigan toksinlar o’choqdan limfogen yo’l yoki qon oqimi bilan migratsiya qiladi. Shuningdek infektsion agentlar limfa tomirlariga jarohatlangan teri yoki shilliq qavatlar orqali kirishi mumkin (kontaktli yo’li).

Birlamchi o’choqlar quyidagilar bo’lishi mumkin:

- Suyak panaritsiylari;
- Infektsiyalangan yaralar;
- Furunkullar va karbunkullar;
- Saramasli yallig’lanish;
- Abstsesslar;
- Suyak va suyak iligining yallig’lanishi (osteomielit).

Limfadenit rivojlanishining keng tarqalgan sabablaridan biri — tish kasalliklari, shu jumladan, tish karieslari. Infektsiyaning surunkali o’chog’i uzoq vaqt davomida yallig’lanish jarayonini qo’llab-quvvatlashi mumkin.
Patologiya ko’pincha shuningdek tromboflebit fonida ham yuz beradi.

44. O`smir qizlar jinsiy a`zolarida yalliqlanish kasalliklari, sabablari, profilaktikasi haqida ma`lumot bering.

J: Ayolning yallig'lanish kasalliklari ginekologik kasalliklar orasida uchrash soni bo'yicha birinchi o'rinlardan birida turadi. Ularning bu qadar ko'p uchrashida ayol organizmidagi anatomo-fiziologik xususiyatlar aloxida o'rin tutadi. Ularga jinsiy organlarni tashqi ta'sirga yaqinligi, xayz funksiyasiga bog'liq bo'lgan xar oydagi siklik o'zgarishlar, xamda abort va tug'ruq vaqtida ko'p yoki kam miqdordagi jinsiy yo'llar to'qimasining travmatizasiyasi kiradi. Bundan tashqari homiladorlik vaqtida organizmning kasal tug'diruvchi tashqi muxitning turli ta'sirlariga qarshiligining kamayishi, to'qimalar shikasti, operativ aralashuvlar, postgemorragik anemizasiya bilan qo'shilib kelganda yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga olib keladi. Organizmning qarshilik kuchini pasaytiruvchi faktorlariga psixik va fizik toliqish, sovuq qotish, gripp va boshqalar ham kiradi. Nospesefik yallig'lanish strepto va stafilokokklar, ichak tayoqchasi, protey va boshqa mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladi. Surunkali jarayonlarda yallig'lanish o'choqlarida ko'p xollarda enterokokk va ichak tayoqchasi aniqlaniladi. Infeksiyaning tarqalishi gematogen va limfogen yo'llari orqali sodir bo'ladi. Ko'pincha tarqalishni qo'shilib kelgan yo'llari kuzatiladi. Yallig'lanish o'chog'ining lokalizasiyasiga qarab vul'vit, servisit, endometrit, sal'pingoofarit farqlanadi. Yallig'lanish kasalliklarni o'tkir, nim o'tkir darajalari patogenezida qo'zg'atuvchi mikrob muxim rol' o'ynaydi. Uning kechishi bilan yallig'lanish o'chog'ini chegaralashga qaratilgan organizmning qarshilik reaksiyalari ishga tushadi. Kasalliklarning surunkali bosqichlarida qo'zg'atuvchi o'zining patogenetik axamiyatini yo'qotadi. Bu faktni davolash choralarini tanlashga xisobga olish o'ta muxim axamiyatga ega. Jarayonni avj olishi ko'pincha infeksiyaga bog'liq bo'lmay .efik faktorlarning ta'siri tufayli vujudga keladi. Bularning xammasi bosh miya po'stlog'idagi turib qolgan o'choq qo'zg'aluvchanligining reaksiyalarini kuchaytiradi. Klinik jixatdan bu xolat oddiy yallig'lanish jarayoni ko'rinishida kechadi.
Organizmdagi mavjud yallig'lanish o'chog'i markazi nerv sistemasi xolatiga ta'sir ko'rsatadi (gipotalamo-gipofizar bo'limga). Kasalliklarning surunkali kechishida chanoq organlarining nerv sistemasi xam patologik jarayonga tortiladi. Rivojlanayotgan vegetativ-nevrostenik o'zgarishlar qorin bo'shlig'idagi tugunlarni shikastlab chiqish xarakteriga ega. Surunkali yallig'lanish jarayoniga ko'pincha gipotoniya va qon tomir sistemasidagi buzilishlariga olib keladi. Odatda, jinsiy organlar qon ta'minoti defesiti aloxida o'rin tutadi. Bunday tashqari surunkali yallig'lanish jarayoni gipofizning, buyrak usti bezlari va tuxumdonlarning gonadotrop funksiyasini pasayishi bilan boruvchi buzilishlarga olib keladi. Yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ayollar jinsiy organlaridagi xarakterli buzilishlar:
1. Og'riqlar – doimiy belgilardan biri. Jinsiy organlarni ta'sirlanishi natijasida paydo bo'ladigan impul'slar orqa miya orqali bosh miya po'slog'iga etib boradi va bu erda og'riq sezish xususiyatiga qayta ishlanadi. Yallig'lanish jarayonlaridagi og'riq ko'p sonli faktorlarga (chandiqli jarayonlar) va og'riq sezuvchi reseptorlarning fizikoximiyaviy ta'sirlanishga (moddalar almashinuvining buzilishi, intoksikasiya) bog'liq. Ular qator xususiyatlarga ega:
– yallig'lanish jarayonining chanoq qorin pardasiga o'tishida og'riq metroendometritdagiga qaraganda intensivroq bo'ladi;
– yallig'lanish jarayonining o'tkir bosqichida og'riq nim o'tkir va surunkali bosqichiga qaraganda intensivroq bo'ladi;
– og'riqning intensivligi yallig'lanishni chaqiruvchi qo'zg'atuvchining xususiyatiga bog'liq;
– og'riqlar xayzdan oldin va xayz vaqtida, sovuq qotganda, jismoniy zo'riqishda ko'payadi.
Xayz funksiyasining buzilishi. Bu buzilishlar giperpolimenoreya, metrorragiya bilan kechadi. Asiklik qon ketishlar, faqatgina jinsiy a'zolarning yallig'lanishi natijasida kelib chiqadigan tuxumdon disfunksiyasiga emas, balki o'smalarga xam bog'liq.
Jinsiy funksiya. Jinsiy xayot paytidagi og'riq bachadon ortiqlari, bog'lovchi apparat, chanoq kletchatkasi va qorin pardaning yallig'lanishi bilan bog'liq. Jinsiy aloqa paytidagi qonli ajralmalar (kontakli qon ketish) saratondan tashqari bachadon bo'yni polipida, kol'pit, endoservisit bachadon bo'yni eroziyasida kuzatiladi. Tug'ish funksiyasi. Yallig'lanish kasalliklariga ikkilamchi bepushtlik xarakterli. Sekretor funksiya. Qindan oqchil chiqindilarning ajrash sababi bo'lib ko'pincha bachadon bo'yni, bachadon, qindagi yallig'lanish jarayonlari xisoblanadi. Shu bilan bir qatorda bachadon bo'yni va tanasi rakida ham oqchil ajralmalar kelishini esda tutish kerak; estrogenital kasalliklar xam gipersekresiyani chaqirishlari mumkin. Siydik tanosil sistemasi xolatini baxolash maqsadida tekshiruvni tashqi jinsiy organlardan sinchiklab boshlash kerak. Vul'vo bartolin bezlari yo'llarining chiqish joylari, parauretral yo'llar, uretra, qinga kirish soxasining shilliq pardasida o'zgarishlar kuzatiladi. Tashqi jinsiy organlar ko'rilgandan so'ng, qin va bachadon bo'yni ko'zgularda tekshiriladi rektal tekshiruv kasallik etiologiyasini aniqlash maqsadida puxta anamnez yig'ish, bemorlarni sinchkovlik bilan tekshirish, lozim bo'lgan bakteriologik va bakterioskopik tekshiruvlarni o'tkazish kerak.

45. Tug`ruq jarohatlari, oraliq qinning yi`rtilishi, ularni oldini olishda hamshiralik parvarishi haqida ma`lumot bering.

J: Koʻp kuzatiladigan tugʻruq jarohatlari

Yumshoq toʻqimalarning yuza jarohatlari

Oddiy qilib aytganda bu — shilinish, tananing unchalik katta boʻlmagan sohasida qon quyilishi… Ular goʻdakning tugʻruq yoʻllari boʻylab harakatlanishi oqibatida yoki qandaydir tibbiy aralashuv

natijasida yuzaga keladi. Bunday zararlanishlar mahalliy davolashni talab etadi va 7-14 kun davomida o‘tib ketadi.

Tu’g’ruq jarohatlari: Gematoma va mikroadenomalar

Ba’zida nafaqat teri, shuningdek, birmuncha chuqur to‘qimalar, masalan, teri osti yog‘ to‘qimalari ham ta’sirlanadi. Bunday vaziyatda siypalab ko‘rilganda chaqaloqda mayda tugunchalarni sezish mumkin. Gematoma paydo bo‘lishi mumkin bo‘lgan mushaklar ham bundan aziyat chekdi. Bu bolaning boshi muayyan tomonga qayrilishi oqibatidagi (ayniqsa hayotining dastlabki 2 haftasida) patologiyadir.

Tug‘ruq shishi

Bunda homila tug‘ruq yo‘llari bo‘ylab oldinga harakatlanganda boshining, yumshoq to‘qimalarning shishganligi nazarda tutiladi. Tug‘ruq shishi yangi tug‘ilgan go‘dakda sarg‘aymaning davomli kechishiga sabab bo‘lishi mumkin. Odatda bir necha kun ichida o‘zi so‘rilib ketadi. Kamdan-kam hollarda suyak sinishi, darz ketishi hollari yuz berishi mumkin. Bunday vaziyatlarda shish o‘lchami katta bo‘ladi va uzoqroq vaqt saqlanib turadi, murakkab muolajalarni talab etadi. Bunday muammolarga nasliy qon kasalliklari sabab bo‘lishi mumkin. Shuningdek, homila o‘lchami yirik, ayol chanog‘i tor bo‘lganda, muddatdan oldin suv ketib, homila suvsiz qolganda ham tug‘ruq shishi kuzatiladi.

Chiqish, sinishlar

Shifokorlarning homila qanday joylashganiga katta e’tibor qaratishi bejizga emas. Agar homila tug‘ilish oldidan oldinga oyoq tomoni bilan harakatlansa, jarohatlanish xavfi yuqori bo‘ladi. Homilaning aynan shunday joylashishi tufayli (albatta boshqa omillar ham inobatga olingan holda) tug‘ruq kesarcha kesish yo‘li bilan amalga oshiriladi.

ORALIQ, VULVA VA QINNING YIRTILISHI

Homilaning tug‘ilish davrida qin, vulva va oraliq anchagina cho‘ziladi. Oraliqning yirtilishi akusherlik patologiyasining ko‘proq uchraydigan turlaridan bo‘lib, tug‘uvchi ayollarning o‘rta hisob bilan 10 % da kuzatiladi. Oraliq yirtilishi quyidagi holatlarda kelib chiqadi: 1) yoshi kattaroq birinchi marta tug‘ayotgan ayollarda to‘qimalar elastikligining yo‘qolganligi, avvalgi tug‘ruqdan keyin chandiqlar qolganligi, oraliqning baland ekanligi; 2) homila boshining noqulay o‘lcham bilan yorib chiqishi – homila boshi yozilib oldinda yotganda, haddan tashqari katta bo‘lganda; 3) operatsiya qilib tug‘dirish – qisqich solish; 4) tor chanoq, ayniqsa yapaloq raxitik chanoq (boshning tez yorib chiqishi) va infantil chanoq – qov burchagining torligi; 5) tug‘ruqni noto‘g‘ri boshqarish, homila boshining barvaqt yozilishi va tez yorib chiqishi. Homila boshining tobora tazyiq ko‘rsatishi natijasida oraliq gumbazga o‘xshash do‘ppayib chiqadi, ko‘karadi va shishadi. Oraliq terisi keyinchalik oqaradi, yaltiraydi, mayda-mayda yoriladi. Bu o‘zgarishlar oraliqning yirtilishi xavfi borligini ko‘rsatadi. Oraliqning yirtilish xavfi paydo bo‘lganda, oraliq o‘rtasidan qirqiladi – perineotomiya deb aytiladi. Kesilgan jarohatning silliq chetlari choklangach yaxshiroq bitadi. Oraliq yiritilishi 3 darajaga bo‘linadi. Birinchi daraja yirtilish – orqa bitishma (oraliq bilan qin devori o‘rtasidagi kichkina teri parchasi) uziladi, oraliq muskullari shikastlanmaydi (140-rasm). 290 Ikkinchi darajali yirtilish – oraliq terisi qin devori va oraliq muskullari uziladi, to‘g‘ri ichakning tashqi sfinkteri butun qoladi (141-rasm). Uchinchi darajali yirtilish – yuqorida ko‘rsatilgan to‘qimalar va to‘g‘ri ichakning tashqi sfinkteri, ba’zan devori ham yirtiladi (142-rasm). Bu to‘la yirtilish deyiladi. Kamdan kam hollarda chot markazidan yirtiladi. Oraliq to‘qimalarning yirtilishi infeksiya kirish jihatidan xavfli. Oraliq uchinchi darajali yirtilganda gaz va axlat tutib bo‘lmaydi. Oraliq yirtilishning har biri choklanishi lozim.

46. Homiladorlik davrida kamqonlik, uning turlari va hamshiralik taktikasi qanday bo`lishi lozim?

J: Homiladorlik davrida temir tanqisligi kamqonligi siz sababsiz zaif va charchoq his qilishingiz mumkin. Xavf omillari va alomatlarini bilib oling va bu holatdan qochish uchun nima qilishingiz mumkin.

Agar siz homilador bo'lsangiz, temir tanqisligi anemiyasini rivojlanish xavfi yuqori. Temir tanqisligi anemiyasi – bu sizning tanangiz to'qimalariga yetarli miqdorda kislorod olib o'tish uchun yetarli darajada sog'lom qizil qon hujayralariga ega bo'lmagan holat. Homiladorlik paytida nima uchun anemiya paydo bo'lishini va uni oldini olish uchun nima qilish kerakligini bilib oling.

Homiladorlik paytida temir tanqisligi anemiyasiga nima sabab bo'ladi?

Sizning tanangiz gemoglobin hosil qilish uchun temirdan foydalanadi. Gemoglobin – bu qizil qon tanachalaridagi oqsil bo'lib, u kislorodni to'qimalarga olib boradi. Homiladorlik paytida tanangizdagi qon miqdori ortadi va sizga kerak bo'lgan temir miqdori ham oshadi. Sizning tanangiz chaqaloqni kislorod bilan ta'minlash uchun ko'proq qon hosil qilish uchun temirdan foydalanadi. Agar sizda yetarlicha temir zahiralari bo'lmasa yoki homiladorlik paytida temir moddasi yetarli bo'lmasa, sizda temir tanqisligi anemiyasi rivojlanishi mumkin.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi kamqonligi chaqaloqqa qanday ta'sir qiladi?

Homiladorlik davrida og'ir temir tanqisligi kamqonligi erta tug'ilish xavfini oshiradi (tug'ilish homiladorlikning 37 to'liq haftasidan oldin sodir bo'lganda). Homiladorlik davrida temir tanqisligi kamqonligi ham kam vaznli bola tug'ilishi va tug'ruqdan keyingi depressiya bilan bog'liq. Ba'zi tadqiqotlar, shuningdek, tug'ilishdan oldin yoki tug'ilgandan keyin chaqaloq o'limi xavfi ortib borayotganligini ko'rsatadi.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi kamqonligi uchun qanday xavf omillari mavjud ?

Agar sizda homiladorlik paytida anemiya rivojlanish xavfi yuqori bo'lsa:

- Bir-biriga yaqin vaqtda ikki marta homilador bo'lsa
- Bir nechta homila bir vaqtda bo'lsa
- Ertalab ko'ngil aynishi tufayli tez-tez qayt qilish
- Temir bilan boytilgan yetarlicha ozuqa istemol qilmasa
- Homiladorlikdan oldin hayzlaringiz og'ir bo'lsa
- Homiladorlikdan oldin anemiyadan aziyat chekayotgan bo'lsangiz

Homiladorlik davrida temir tanqisligi anemiyasining belgilari qanday?

Anemiyaning belgilari va symptomlari quyidagilardan iborat:

- Charchoq
- Holsizlik
- Bosh aylanishi
- Bosh og'rig'i
- Terini oqarishi va sarg'ayishi
- Nafas siqilishi
- Muz chaynashga hohish paydo bo'lishi

Jiddiy anemiya belgilari quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin:

- Tez yurak urishi

- Qon bosimining osishi
- Konsentratsiyani jamlay olmaslik
- Shunga qaramay, anemiya belgilari ko'pincha homiladorlikning umumiy belgilariga o'xshashligini yodda tuting. Alomatlar bormi yoki yo'qligidan qat'iy nazar, siz homiladorlik paytida anemiyani aniqlash uchun qon testlarini o'tkazasiz. Agar charchoq darajangiz yoki boshqa alomatlar haqida tashvishlansangiz, tibbiy yordam ko'rsatuvchi provayderingiz bilan gaplashing.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi kamqonligini qanday oldini olish va davolash mumkin?

Prenatal vitaminlar odatda temirni o’z ichiga oladi. Temir o’z ichiga olgan prenatal vitaminni qabul qilish homiladorlik paytida temir tanqisligi kamqonligining oldini olishga va davolashga yordam beradi. Ba’zi hollarda sizning shifokoringiz alohida temir qo’shimchasini tavsiya qilishi mumkin. Homiladorlik paytida sizga kuniga 27 milligramm temir kerak bo’ladi.

To’g’ri ovqatlanish homiladorlik paytida temir tanqisligi kamqonligining oldini oladi. Temirning ozuqa manbalariga yog’siz qizil go’sht, parranda go’shti va baliq kiradi. Boshqa variantlar orasida temir bilan boyitilgan nonushta donlari, quyuq yashil bargli sabzavotlar, quritilgan loviya va no’xat mavjud.

Hayvonlardan olingan go’sht mahsulotlaridan olingan temir eng oson so’riladi. Temirning o’simlik manbalari va qo’shimchalaridan so’rilishini yaxshilash uchun ularni apelsin sharbati, pomidor sharbati yoki qulupnay kabi C vitaminiga boy ovqatlar yoki ichimliklar bilan birlashtiring. Agar siz apelsin sharbati bilan temir qo’shimchalarini qabul qilsangiz, kaltsiy bilan boyitilgan navlardan saqlaning. Homiladorlik davrida kaltsiy muhim oziq modda bo’lsa-da, kaltsiy temirning so’rilishini kamaytirishi mumkin.

Homiladorlik paytida temir tanqisligi kamqonligini qanday davolash mumkin?

Agar siz temir o’z ichiga olgan prenatal vitaminlarni qabul qilsangiz va sizda kamqonlik bo’lsa, shifokoringiz boshqa mumkin bo’lgan sabablar uchun testdan o’tishingizni tavsiya qilishi mumkin. Ba’zi hollarda siz qon kasalliklarini davolashga ixtisoslashgan shifokorga (gematolog) murojaat qilishingiz kerak bo’lishi mumkin. Agar temir tanqisligi sabab bo’lsa, shifokor temir qo’shimchasini tavsiya qilishi mumkin. Agar sizda gastrik o’tkazgich yoki ingichka ichak jarrohligi bo’lsa yoki og’iz orqali temir qo’shimchalarini qabul qila olmasangiz, tomirlaringiz orqali temir berishingiz kerak bo’lishi mumkin (vena ichiga).

47. Ginekologik bemorlarni operatsiyasidan ketingi davrda hamshiralik parvarishi haqida ma`lumot bering.

J: Ayollarning ko'payish tizimining ko'pgina kasalliklari orasida ko'pincha jarrohlik aralashuvi orqali davolanadiganlar mavjud. Bu holatda barcha ginekologik operatsiyalarni rejali va favqulodda vaziyatlarga ajratish mumkin.

1. Favqulotda vositalar shoshilinch aralashuvni talab qiladigan patologiya aniqlanganidan keyin darhol amalga oshiriladi. Masalan, homiladorlikning tashqarisida homiladorlik bilan kechadigan jarrohlik amaliyoti imkon qadar tezroq amalga oshirilishi kerak. Buning sababi o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan ichki qon ketishini yoki peritonitni keltirib chiqarishi mumkin.
2. Rejalashtirilganida, ginekologik bemorlarni dastlabki tayyorgarlikdan o'tkazish (preoperative) o'tkaziladi. Shunday qilib, ayol ginekologik operatsiyadan oldin ko'plab testlarni beradi: qon, siydik, EKG, ultratovush. Ginekologik operatsiyalar uchun umumiy anesteziya qo'llanilganligi sababli, shifokorlar oldindan ayolning ma'lum dori-darmonlarga nisbatan tolerantligini va anamnezdagi operatsiyalarning mavjudligini belgilaydi.

Turlari

Ginekologik operatsiyalarning 2 ta turi mavjud:

- kaviter;
- kichik.

Asosiy farq quyidagicha: birinchi bo'lib bajarilganda, ayolning qorin devori kesiladi, ikkinchisida esa vagina orqali o'tadi.

Kavit ginekologik operatsiyalarni o'tkazish, kasalxonada ayolning uzoq muddatli ishtirokidan oldin bo'lib, uning davomida jarrohlikka tayyorgarlik olib borilmoqda.

Tayyorlanishi

Operatsiyadan oldin majburiy shart - bu ratsionga rioya qilishdir. Shunday qilib, ginekologik operatsiyaga tayyorgarlik ko'rayotganda, qattiq oziq-ovqat butunlay ayolning ratsionidan chiqarib tashlanadi. Jarrohlikdan 12 soat oldin, ayolga ichak tutilishi buyuriladi. Agar ayol operatsiya oldidan

juda xavotirlansa, sedativ moddalar buyuriladi. Har qanday operatsiya singari, ichak bo'shlig'ida va idrorda ginekologik tekshiruv o'tkaziladi.

Kichik ginekologik operatsiyalar
Jarrohlik aralashuvining bunday turi operatsiya qilingan organning bachadon, aniqrog'i uning bo'yni bo'lgan barcha operatsiyalarni o'z ichiga oladi.
Shunday qilib, bu turga tegishli operatsiya ko'pincha uning vaginal qismida serviks plastmassasi hisoblanadi. Serviks kanalining gipertrofiyasi va serviksning surunkali lateral yorilishi bilan bir vaqtda amalga oshiriladi.
Shu kabi ginekologik operatsiyalar ham poliplar topilganida amalga oshiriladi. Vaqti-vaqti bilan operatsiya qilinmagan bo'lsa, bachadon bo'yni deformatsiyasi, shuningdek, qon ketish va hayz ko'rish sikli bozuklukları rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, poliplar ko'pincha saraton kasalligining kashfiyotchilari hisoblanadi. Odatda, bu ginekologik operatsiyalar laparoskopiya yo'li bilan amalga oshiriladi.
Kolposerinoplastika ham kichik ginekologik operatsiyalarning bir shakli hisoblanadi. U vagina yo'qolishi yoki yo'qolishi ehtimoli borligida, shuningdek kichik tos a'zolarining organlarida amalga oshiriladi. Bu perine ichida joylashgan mushaklarning tikilishini va vagina devorlarini o'z ichiga oladi.

Ginekologik operatsiyalardan keyin eng ko'p ko'rilgan asoratlar - uning belgilari uzoq vaqt davomida doimiy og'riqni tortib olgan.

48. Botulizm kasalligining etiologiyasi, klinikasi, profilaktikasi haqida ma`lumot bering.

J: Botulizm (lotincha: *botulus* — „kolbasa“) — odam va hayvonlar (ayrim sut emizuvchilar)da uchraydigan o‘tkir yuqumli kasallik; ovqatdan bo‘ladigan toksikoinfeksiyalar guruhiga kiradi. Botulizm (Clostridium botulinum) bakteriyalari bilan ifloslangan ovqatlar iste’mol qilinganda yuzaga keladi. Botulizm qo‘zg‘atuvchilari tabiatda keng tarqalgan bo‘lib, chidamli (sporali) va chidamsiz (vegetativ) xillari uchraydi. Sporalari tashqi muhitda yillab saqlanishi mumkin; sporalar tuproqdan suv, meva, sabzavot, oziq-ovqat, yemxashakka o‘tadi, keyin odam va hayvonlar ichagiga tushib, so‘ngra najas bilan yer yuziga tarqaladi. Botulizm mikrobi faqat anaerob (havosiz) sharoitda rivojlanadi. Shu sababdan konserva qilingan, tuzlangan, dudlangan mahsulotlar va kolbasaga tushib qolgan sporalar anaerob sharoitda o‘sib, vegetativ shakl (bakteriyalar)ga aylanadi. Ular ana shu sharoitda kuchli zahar (ekzotoksin) hosil qiladi. Bu mahsulotni iste’mol qilgan odam kasal bo‘ladi. Botulizm toksini ichakda tez so‘riladi, qonga o‘tadi va butun organizmga tarqalib, asosan nerv sistemasini zararlaydi. Kasallik to‘satdan boshlanadi. Bemorning boshi og‘riydi, tinkasi quriydi, ko‘zi tinadi, lohaslanadi, ko‘ngli aynib qusadi, uyqusi qochadi, qorni og‘riydi, og‘zi quriydi, tashna bo‘ladi; ko‘pincha qabziyat kuzatiladi. Keyinchalik boshi aylanadi, ko‘z xiralashadi, qovoqlar salqiydi, bemor ravon gapira olmaydi yutish, nafas olish faoliyati buziladi; yurak va nafas markazlari falajlanishi tufayli o‘lim sodir bo‘lishi mumkin. Bemor faqat kasalxonada davolanadi. Zamonaviy davo usullari: botulizmga qarshi zardob, sun’iy nafas oldirish apparatlarini o‘z vaqtida qo‘llash yaxshi naf beradi. Kasallikning oldini olish uchun konserva tayyorlash qonunqoidalariga qat’iy amal qilish, uy sharoitida konserva va oziq-ovqat tayyorlashda sanitariya talablarini o‘rniga qo‘yish talab etiladi. Davosi: botulizmga qarshi maxsus zardob yuboriladi; zond orqali me’dani yuviladi, huqna qilinadi, yurak dorilari beriladi, nafas olish izdan chiqqanda sun’iy nafas oldiriladi va boshqa Hayvonlarda botulizm ozuqa (buzilgan silos, kepak va boshqalar)dan zaharlanishdir. Aksariyat ot, qoramol, parranda va norkalar kasallanadi. Kasallikning yashirin davri bir necha soatdan 10—12 kungacha. Kasal hayvonning markaziy nerv sistemasi zararlanadi, hiqildoq, til va pastki jag‘lar falajlanadi, burnidan shilimshiq oqadi, suv yuta olmaydi. Kasallangan hayvonlarning 70—95 % halok bo‘ladi. Kasal hayvon go‘shtini iste’mol qilish man etiladi (go‘shti va terisi kuydiribtashlanadi).

Davosi: kasal hayvonning me’dasi yuviladi, surgi dorilar (arekalin, pilokarpin, ezerin) beriladi, iliq huqna qilinadi. Botulizmga qarshi maxsus zardob yuboriladi. Kasallikning oldini olish uchun mollarga sifatsiz yemxashak bermaslik, kasallik chiqqan hollarda sog‘lom mollarni ham botulizmga qarshi zardob bilan emlash lozim.

49. Diabedik koma klinik belgilari, profilaktikasi, hamshira xatti- xarakatlari qanday bo`lishi lozim?

J: Diabetik koma - bu diabet bilan og'rigan bemorlarda qon glyukoza darajasining oshishi natijasida rivojlanadigan holat. Insulin etishmovchiligi yoki unga sezgirlikning pasayishi qondagi glyukoza kontsentratsiyasining oshishiga va insulin ishtirokisiz glyukozadan foydalana olmaydigan periferik insulinga bog'liq to'qimalarning "ochligiga" olib keladi. Tananing "ochligiga" javoban, jigarda glyukoza (glyukoneogenez) va keton tanachalarining atsetil-KoA dan sintezi boshlanadi - ketoz rivojlanadi va qachon keton tanachalaridan etarli darajada foydalanmaslik va atsidozning kuchayishi - ketoatsidoz. Metabolik mahsulotlarning, xususan, laktatning kam oksidlangan to'planishi laktik atsidozning rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda diabetes mellitusning dekompensatsiyasi tufayli og'ir metabolik kasalliklar giperosmolyar koma rivojlanishiga olib keladi.

Diabetik koma juda uzoq davom etishi mumkin - bemorning tarixidagi eng uzoq davom etadigan holat bu holatda qirq yildan ko'proq vaqtni tashkil qiladi.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ АСОРАТЛАРИ:

- Юрак -қон томир касалликлари (атеросклероз, юрак ишемик хасталиги, миокард инфаркти);
- Периферик артериялар атеросклерози ва микроангиопатияси;
- Диабетик ретинопатия (кўрувни пасайиши);
- Нейропатия (тери сезгирлиги пасайиши, қуриши ва кепакланиши, оёқ-қўллар уюшиши);
- Нефропатия (буйрак патологияси);
- Турли инфекцион асоратлар (қийин битувчи йирингли жараёнлар);
- Диабетик кома.

50. Erta neonatal davrlarda adaptiv reaksiyalar haqida malumotlarni asoslab bering.

J: Erta neonatal davrlarda adaptiv reaksiyalarning quyidagi bosqichlari ajratiladi:

1. hayotining birinchi 30 minutida (o’tkir respirator gemodinamik adaptasiya.
2. 1-6-soatlarda (asosiy funksional tizimlarning stabilizasiyasi va sinxronizasiyasi)
3. 3-4-sutkalarda (metabolik adaptasiya zo’riqishi).

51. Chaqaloqlar gipotermiyasining sabablari, belgilari birinchi yordam va hamshira taktikasini asoslab bering.

J: Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning erta neonatal davrda ro’y beradigan gipotermiyasi moslashish jarayoniga va shunga mos ravishda o'lim ko'rsatkichlariga hamda perinatal kasallanishga sezilarli darajada ta'sir qiladi. Shuningdek bu holat har xil qon ketishlar respirator distress sindromi yarali nekrotik enterokolit DVS-sindromi va boshqa patologik holatlarning etiolopatogenetik bo'g'i hisoblanadi. Dunyoning turli mintaqalarida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipotermiya, uning kelib chiqishi sabablari va oqibatlari hozirgacha mavhum bo’lib qolmoqda.

Yaqinda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki neonatal gipotermiyani yengishning eng samarali usuli bu ona va yangi tug'ilgan chaqaloq o'rtasidagi teriga - teri kontaktidir. Va bu chaqaloq tug'ilgandan ko'p o'tmay amalga oshiriladi. Ma'lum bo'lishicha ona chaqaloq bilan Teriga Teri kontaktda bo'lsa ko'kragiga yotqizilgan va ustidan oddiy adyol bilan qoplangan bo'lsa ko'krak harorati o'zgarishi amplitudasining ortishi kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning javob reaksiyasi tana haroratining tez ko'tarilishi uning eng distal qismlarida (xususan oyoq) keskin ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi. Oyoq haroratining tez ko'tarilishi distal bo'limlarda qon oqimining ko'payishi tufayli yuzaga keladi. Bu markaziy vazodilatatsiyaning natijasi hisoblanadi.

52. Kvinki shishininng sabablari, belgilari, shoshilinch yordam ko‘rsatish va hamshiralik parvarishi haqida ma`lumot bering.

J: Kvinke shishi bu — o‘tkir, hayot uchun xavfli allergik reaksiya bo‘lib, teri, teri osti to‘qimasi va shilliq qavatida to‘satdan tarqalgan shish bilan namoyon bo‘ladi. Bunday reaksiya turli tabiatdagi allergiyaga moyil bo‘lgan har qanday odamda kutilmaganda paydo bo‘lishi mumkin.

Kvinke shishiga quyidagi allergenlar sabab bo‘lishi mumkin:

- oziq-ovqat mahsulotlari;
- o‘simlik va gul changi;
- dorilar (ko‘pincha antibiotiklar);
- kosmetik mahsulotlar va parfyumeriya;
- maishiy kimyo vositalari;
- hasharotning chaqishi;
- jonivorlar (juni, teri);
- parazitar infeksiya;
- virusli infeksiyalar;
- sovuq, quyosh, suv va issiqlikning kuchli ta’siri.

Kvinke shishini quyidagicha aniqlash mumkin:

- yuz, ko‘z qovoqlar, lablar, bo‘yinning qizarishi va shishishi;
- shish tarqalgan qismlar kattalashadi, uning konturlari tekislanadi, qattiqlik seziladi;
- shishlar joyida qizish, qichishish va og‘riq hissi;
- shish bilan qoplangan joylarda tortilish hissi;
- teri rangi oqarishi;
- shish juda tez rivojlanishi: 1daqiqadan 60 daqiqagacha;
- ichki organlarda shish kuzatilsa qayt qilish, ko‘ngil aynishi, bosh aylanishi mumkin;
- hiqildoq shishganda nafas qisilishi, taxikardiya (yurak urishi tezlashishi) va kuchli terlash kuzatiladi;
- agar jinsiy organlar shishi yuzaga kelsa, peshob chiqarish qiyinlashadi;
- xavotir va vahimaga tushish.

Eng katta xavf anafilaktik shok ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Bu tomoqdagi Kvinke shishi bilan parallel ravishda sodir bo‘ladi. Unda bemor nafas olishga qiynaladi va natijada bu holat o‘limga olib kelishi mumkin.

Shuning uchun **agar odamda allergik reaksiyani sezsangiz, darhol harakat qilishingiz kerak:**

1. Tez yordam chaqiring (103) va bemorda Kvinke shishi kuzatilayotganini ta’kidlang;
2. Iloji bo‘lsa, allergiyaga qarshi dori bering;
3. Agar allergiyani nima sababdan yuzaga kelganini bilsangiz, allergenni olib tashlang;
4. Kvinke shishi dori yoki hasharotlar chaqishidan yoki inyeksiyadan so‘ng sodir bo‘lsa, hasharot chaqqan, inyeksiya qilingan joyning yuqori qismiga bosuvchi bog‘lam qilish zarur. Agar bintni qo‘llash iloji bo‘lmasa, u holda o‘sha joyga sovuq kompress yoki muz qo‘yish kerak. Bu tanada allergen tarqalishini kamaytiradi;
5. Bemorga toza havo kelishini ta’minlang. Yoqasini bo‘shating, kamarini yeching, iloji boricha ko‘proq kislorod bilan ta’minlang;
6. Tez yordam brigadasi kelguniga qadar bemorni tinchlantiring, uning yonida bo‘ling.

53. O`pkadan qon ketishining sabablari, belgilari va shoshilich yordam ko`rsatishni asoslab bering.

J: O'pkadan qon ketishining eng ko'p uchraydigan sabablari quyidagilardir:

1. o'pka saratoni (kasalliklarning eng keng tarqalgan sababi),
2. o'pka xo'ppozi,
3. qo'ziqorin infektsiyalari,

4. bronxoektaz
5. kistik fibroz,
6. o'pkada begona jismning mavjudligi,
7. sil kasalligi,
8. o'pka emboliyasi,
9. pnevmoniya (o'pka qon ketishining ikkinchi muhim sababi),
10. bronxit,
11. bronxial karsinoid,
12. bronxial adenoma,
13. fibröz-kavernoz o'zgarishlar,
14. bronxlardan namunalar olish,
15. antikoagulyant davolash,
16. endobronxial davolashdan keyingi asoratlar.

O'pka saratoni o'pka qon ketishining eng muhim sababi bo'lib qolmoqda. Qon ketishi o'simtaning qo'shni to'qimalarga tarqalishi natijasida ham paydo bo'lishi mumkin, masalan, bronxo-qizilo'ngach oqmasining shakllanishi. O'simtadan qon ketishi turli diagnostik muolajalar bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin, masalan, namunani bronkoskopik tekshirish yoki ko'krak devori orqali o'pka parenximasini ponksiyon qilishdan keyin. Bundan tashqari, kasallik o'pka shishining asoratlari sifatida paydo bo'lishi mumkin, masalan, operatsiyadan keyin.

Qon ketishining kamroq tez-tez uchraydigan sabablari ko'krak yoki laringeal saraton davrida o'pka metastazlari. Qayta qon ketish malign mezoteliomasi bo'lgan odamlarda sodir bo'ladi. Bundan tashqari, sil kasalligi nafas olish yo'lidan qon ketishining kamdan-kam uchraydigan sababi hisoblanadi, chunki uni erta aniqlash va to'g'ri davolash holatlar sonini kamaytiradi.

Qon aylanishining buzilishi bilan bog'liq o'pkadan qon ketishining boshqa sabablari:

1. o'pka tiqilishi,
2. miokard infarkti,
3. mitral qopqoqning nuqsoni.

O'pkadan qon ketish gipertenziya va trombotsitopeniya kabi ekstrapulmoner sabablarga ham olib kelishi mumkin.

Ko'pgina bemorlarda o'pkadan qon ketishi asosiy kasallikning kechishi bilan bog'liq. Biroq, ba'zida, kasalliklarning sabablari haqida shubhalar mavjud, shuning uchun bronxofiberskopiya tekshiruvi o'tkaziladi. U qon ketish manbasini tasavvur qilishga qaratilgan va mikologik, histopatologik va bakteriologik tekshirish uchun material to'plash imkonini beradi. Ko'rish testlari, jumladan, kompyuter tomografiyasi va ko'krak qafasi rentgenogrammasi ham foydalidir.

O'pka qon ketishini boshqa kasalliklardan farqlashda quyidagilarni hisobga olish kerak:

1. oshqozon-ichakdan qon ketishi
2. nazofarengeal qon ketish
3. og'izda qon ketishi (tilning tagida varikoz tomirlari).

Ba'zi bemorlarda qo'shimcha tekshiruv qizilo'ngach kolonoskopiyasi, KBB tekshiruvi va gastroskopiyani ham o'z ichiga olishi mumkin.

Uy sharoitida birinchi yordam quyidagilardan iborat:

1. tezda shifokorni chaqirish,
2. bemorni yarim o'tirish yoki o'tirish holatiga qo'yish (yaxshisi to'shakda yoki qulay kresloda),
3. bemorga tinchlikni ta'minlash,
4. gapirish taqiqlangan,
5. chekishni taqiqlash,
6. ko'krak suyagi va oldingi ko'krak devoriga sovuq kompresslar qo'llash;

7. bemorga (kichik qultumlarda) tuz yoki muzli sovuq suv ichish;
8. o'pka qon ketishida kislorodni yuborish,
9. yo'tal refleksini inhibe qilish uchun dori-darmonlarni qabul qilish mumkin.

O'PKA QON KETISHINI DAVOLASH

O'pkadan qon ketishi bilan og'rigan barcha bemorlarda sababiy davolashni bemorning umumiy ahvolini oldindan baholagandan keyin boshlash kerak. Har kim ham operatsiya qila olmaydi. Bunday hollarda muqobil usul - qon ketishining tomirlarini embolizatsiya qilish yoki shoshilinch farmakologik davolash (antibakterial, antifungal yoki silga qarshi preparatlar). Surunkali saraton kasalligi bilan og'rigan bemorlarni sababiy davolash mumkin emas, chunki kasallik juda rivojlangan va organ qobiliyati pasayadi. Biroq, bemorlarning ushbu guruhida simptomatik davolash sifatida radiatsiya terapiyasi yoki brakiterapiya qo'llanilishi mumkin. Endobronxial brakiterapiya - operatsiya qilib bo'lmaydigan o'pka saratonini davolashning samarali usuli. Uning asosiy afzalligi - atrofdagi sog'lom to'qimalarni tejab, zararlangan hududga katta dozada nurlanishni etkazish qobiliyatidir. Brakiterapiya bilan davolanish muddati qisqa va ta'siri tez. Davolash odatda nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqarmaydi, ammo bemorlarning ma'lum bir guruhida bronxial oqma kabi asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Iridiumning yuqori kuchli izotopi brakiterapiyada qo'llaniladi.

Kasalxona sharoitida qoldiq qonni aspiratsiya qilish va qon ketishining joyi va sababini aniqlash uchun bronkoskopiya amalga oshiriladi. Bronkoskopiya tufayli siz qon ketishini balon bilan yoki tomirning koagulyatsiyasi bilan to'xtatishga harakat qilishingiz mumkin.

Surunkali davolanishda qo'llab-quvvatlovchi preparatlar tavsiya etiladi, masalan, gemostatik siklonamin. Ushbu preparat qon tomirlarini muhrlaydi va qon ketish vaqtini sezilarli darajada qisqartiradi. U og'iz orqali va parenteral tarzda qo'llaniladi. Protrombin sintezi uchun zarur bo'lgan K vitamini (mushak ichiga yuboriladi) ham qo'llab-quvvatlovchi terapiyada yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

DIQQAT! Bronxlarda qolgan qon infektsiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, shuning uchun bemorga antibakterial preparatlar bering!

Shunday qilib, o'pka qon ketishini favqulodda davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. qon ketishining sababi va joyini aniqlash;
2. bronxlarning o'tkazuvchanligini ta'minlash,
3. antitussiv dorilarni qo'llash (kodein),
4. 10% NaCl ni tomir ichiga yuborish,
5. qon tomirlarini yopishtiruvchi dorilarni qo'llash,
6. epinefrin eritmasi qo'shilishi bilan inhalatsiyadan foydalanish,
7. gemoptizni inhibe qilish.

Shuni esda tutish kerakki, boshqa surunkali kasallik bilan birga keladigan o'pka qon ketishi juda katta muammodir. Qanday bo'lmasin, og'ir qon ketishi darhol shifokor bilan maslahatlashib, tegishli davolanishni talab qiladi. To'g'ri tashxis tufayli tegishli davolanishni amalga oshirish mumkin. Boshqa tomondan, o'lib qolgan bemorlar bronxial o'tkazuvchanlikka ega bo'lishi va hayot sifatini yaxshilash uchun tinchlantiruvchi vositalarni buyurishi kerak.

54. Karantin va boshqa o‘ta xavfli yuqumli kasalliklarda epidemiologik anamnez yig‘ishda ahamiyat beriladigan masalalar nimalardan iborat ekanligini asoslab bering.

Epidemiologik anamnezni to'plash

Epidemiologik tarix - bu bemor, uning faoliyati bilan bog'liq bo'lgan jamoa va infektsiya sodir bo'lishi mumkin bo'lgan hudud haqida ma'lumot olish usuli. Ushbu ma'lumotlar tashxis qo'yish, infektsiya manbalarini, yuqish yo'llarini aniqlash va uning keyingi tarqalishining oldini olish choralarini tanlash uchun ishlatiladi. Epidemiologik tarix yuqumli kasalliklar shifoxonasida ham, epidemiologik tekshiruv

vaqtida ham yig'iladi. Bemor bilan bir qatorda bemorning qarindoshlari va uning atrofidagi boshqa odamlar infektsiyaning holatini aniqlash uchun so'rov o'tkaziladi.

Shuni hisobga olish kerakki, ba'zida bemorlar turli sabablarga ko'ra har qanday epidemiologik tarix ma'lumotlarini shifokordan ataylab yashirishadi. Dastlabki suhbat davomida bemor ham ba'zi ma'lumotlarni unutishi mumkin, shuning uchun iloji bo'lsa, kelajakda kerakli ma'lumotlarni aniqlashtirish kerak.

Nima uchun epidemiologik tarixni yig'ish kerak?

INFEKTSION manbasini, uni yuqtirishning mumkin bo'lgan yo'llarini aniqlash va epidemiyaga qarshi choralarni ishlab chiqish uchun epidemiologik tarix yig'iladi.

Epidemiologik tarix sizga infektsiya paydo bo'lishi mumkin bo'lgan joy, holatlar va sharoitlar, shuningdek, yuqumli agentni boshqalarga yuborishning mumkin bo'lgan usullari va usullari haqida ma'lumot olishga imkon beradi.

Qanaqasiga?

Ma'lumotlar maqsadli, faol va deyarli har doim shoshilinch ravishda to'planadi. Shifokor sizdan kasbingiz, mashg'ulotingiz, faoliyatingiz tabiati, mehnat va turmush sharoitingiz, yashash sharoitingiz, ovqatlanishingiz, shaxsiy gigienangiz, bemorning immunitet holati (oldingi yuqumli kasalliklar, ularning davomiyligi, oqibatlari), o'tkazilgan profilaktik emlashlar (ularning) haqida so'raydi. chastotasi, ularning samarali ta'sir qilish muddatlari, emlashdan keyingi asoratlar, vaktsinani yuborish usuli). Nafaqat kasallikning klinik ko'rinishiga, balki inkubatsiya davrining davomiyligiga ham ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan qon zardobidagi dorilarni, immunoglobulinlarni, tananing himoya kuchlarining o'ziga xos bo'lmagan stimulyatorlarini profilaktika maqsadida qo'llash to'g'risidagi ma'lumotlarni hisobga oladi.

Kasallik tarixining ayniqsa qiyin va muhim qismi kasal odamning yuqumli bemorlar, hayvonlar bilan aloqalarini va mintaqadagi joylashuvini (sana, yil vaqti, meteorologik sharoitlar) aniqlashdir.

Epidemiologik tarixda atrof-muhitning boshqa omillari (oziq-ovqat mahsulotlari, idish-tovoqlar, ichimlik yoki gigienik suv, uy-ro'zg'or buyumlari, kiyim-kechak, transport, hasharotlar chaqishi, jarohatlar va boshqa teri kasalliklari, o'tgan yil davomida amalga oshirilgan operatsiyalar, qon quyish) ta'siri ham aks etadi.) .

Qanday kasalliklarni aniqlash uchun ishlatiladi?

Yuqumli kasalliklarni aniqlash.

Pulmonologiya markazida yuqori malakali mutaxassislar va zamonaviy yuqori texnologiyali uskunalar kasallikni dastlabki bosqichlarda aniqlashga yordam beradi.

Ma'lumotingiz uchun:

Shuningdek, ayniqsa MDHning chegara hududlarida, portlar, aeroportlar va vokzallarda ma'lum bir hudud aholisining immunitetiga ega bo'lmagan kam ma'lum va kam uchraydigan yuqumli kasalliklarning paydo bo'lishi ehtimolini hisobga olish kerak.

55. Dorilardan zaharlanishning sabablari, belgilari, shoshilinch yordam ko`rsatish, hamshiralik parvarishini tashkil qilish haqida ma`lumot bering.

J: Дори воситаларидан захарланиш

Агар дори воситаларидан захарланиш юз берса дархол врачни чақириш ва у келгунча қадар пациент қайси дори воситасини ва қандай миқдорда қабул қиганини аниқлаш зарур. Турли дори воситаларидан захарланишнинг клиник белгилари турлича бўлади. Бу инсоннинг тормозланиши, онгини хиралашуви, қусиш, бўшашиш, оғзидан сўлак оқиши, совуқ қотиш, тери қопламаларини оқариши, ўзини ғалати тутиш ва талвасалар бўлиши мумкин.

Агар бемор врач келгунга қадар хушини йўқотмаса овқатдан захарланишдаги каби тезкор муолажаларни бахариш мумкин. Агар жабрланувчи хушида бўлмаса қусуқ

моддасидан тиқилиб қолмаслиги учун ёнбошга ётқизиб, пульси ва нафас олиши назорат қилинади. Керак бўлса реанимацион чоралар кўрилади.

Кислота ва ишқордан захарланиш

Концентрланган кислота ва ишқорлар кучли захар хисобланиб, токсик таъсирдан ташқари улар тушган жойида куйиш белгиларини намоён қилади. Кўпинча захарланиш оғиз орқали содир булгани сабабли асосан лаблар, оғиз бўшлиғи ва халқумни куйиши кузатилади. Бундай моддалардан захарланишда биринчи ёрдам кўрсатиш: ошқозонни тоза сувда ювиш, кислота ёки ишқорни кучсизлантириш мақсадида сут ёки ўсимлик мойи ичириш тавсия этилади. Кислотани таъсирини камайтириш мақсадида ишқорий воситалар қўллаш ва ошқозонни ювмасдан туриб қусиш рефлексини чақириш маън этилади.

Газли моддалардан захарланиш

Захарли моддаларни организмга нафас йўллари орқали тушиши интоксикациянинг оғир турларидан бири хисобланади. Бу ерда захарли моддаларнинг ўпка орқали қонга ўтиши натижасида нафақат нафас тизими балки бутун организм зарарланади. Шундай қилиб хавф икки томондан келади: 1. интоксикация. 2. нафас олиш жараёнини бузилиши.

Биринчи ёрдам кўрсатиш пациент хушида бўлган тақдирда тоза хавога олиб чиқиш, кўйлаги ёқаларини бўшатиш, имкон қадар оғизни содали сув (1 литр сувга 1 ош қошиқ) билан чайиш талаб этилади.

Агар бемор хушини йўқотган бўлса бошини бироз кўтаган холатда ётқизилиб, хаво йўналишини таъминлаш, зарур холатларда тез ёрдам врачлари етиб келгунга кадар реанимацион чоралар кўриш талаб этилади.

56. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarning anatomo-fiziologik xususiyatlarini sanab bering va hamshiralik parvarishini amalga oshiring.

J: Etuk tug’ilgan chaqaloq - gestasiya vaqtining 37 haftasidan 42 xaftasigacha bo’lgan davrda tug’ilgan chaqaloqdir (260-294 kun). Chala tug’ilgan chaqaloqlar- gestasiya vaqti to’liq bo’lmagan 37 haftadan (259 kun) 22 haftagacha (154 kun), tana og’irligi 2500 grammdan 500 grammgacha, tana uzunligi 47 (46) smdan kichik bo’lib tug’ilgan chaqaloqga aytiladi. Bugungi kunda X-qayta ko’rilgan halqaro kasalliklar tasnifiga ko’ra chalalik alohida darajalarga ajratilmagan. Tasnif qo’yish uchun gestasiya muddati (kun yoki haftalarda) va tug’ilgandagi tana vazni (kichik-2499-1500, juda kichik-1499- 1000g, ekstremal kichik-999-500g) ko’rsatiladi. Chalatug’ilganlarda ba'zi chegaradosh holatlarningo’ziga xos xususiyatlari kuzatiladi. Tana vaznini fiziologik yo’qotish hayotining 4-7 kuniga to’g’ri keladi va 5-12%ni tashkil qiladi, tana vaznini qayta tiklash esa hayotining 2-3 haftasigato’g’ri keladi. Chala tug’ilganlarda fiziologik sariqlik hayotining 3-4 haftasigacha davom etadi. Jinsiy krizlarning paydo bo’lishi xarakterli emas, lekin toksik eritema gestasiya haftasining 35-haftasidan to 37-haftasigacha aniqlanishi mumkin. Chala tug’ilgan chaqaloqlarning rivojlanish tempi juda yuqori bo’ladi. Ularning ko’pchiligida vazn - bo’y ko’rsatgichi bola hayotining birinchi yili oxiriga kelib xuddi yetuk tug’ilgan chaqaloqlarnikiga teng bo’ladi, og’irchalalikda esa (vazni 1500gkam), vazn - bo’y ko’rsatgichi bola hayotining 2-3 yoshligiga kelib yetuk tug’ilganlarnikiga tenglashadi. Agar chala tug’ilgan chaqaloq yaxshi parvarishlansa, sog’lomo’sgan bo’lsa, 1,5 yoshiga kelib yetuk tug’ilgantengdoshlariga nerv-psixik rivojlanishi jiqatdan yetib oladi. 60-80% chalalik og’ir darajalarida markaziy asab tizimining organik zararlanishlari (bolalar serebral falaji, gidrosefaliya, shizofreniya, epilepsiya), eshitish, ko’rish organlarining zararlanishlari va boshqalar kuzatiladi. Muddatidan oldingi tug’ruqlarning uchrashi 3%dan to 15%ni tashkil etadi. Chala tug’ilgan chaqaloqlarni parvarishlash maxsus sharoitga ega bo’lgan muassasalarda olib boriladi. Bu muassasa ikki bosqichdan iborat - tug’ruqxona yoki uy sharoitida parvarishlash bo’lishi mumkin. Vazni 2300 gr (2200) va

undan yuqori bo’lsa, chaqaloq uyiga javob berilayotganda umumiy ahvoliqoniqarli, tana vazniga yaxshi qo’shilsa, tana haroratini normal ushlasa, bunday chaqaloqlar ikkinchi bosqichda parvarishlanadi.
Chaqaloqlarning anatomik-fiziologik xususiyatlari Chaqaloqlarning birlamchi ko’rigi tug’ruq blokining bolalar xonasida o’tkaziladi: chaqaloqning umumiy holatiga baxo beriladi va kuzatilishi mumkin bo’lgan kasalliklar aniqlanadi. Xona harorati 24-26°C gacha bo’lishi, yo’rgaklash stoli isitilgan, bolaning terisi quruq bo’lishi kerak. Chaqaloqlar ko’rigi palatada, yo’rgaklash stoli yoki kuvezda xarorat 22°C bo’lganda o’tkaziladi. Chaqaloqni tekshirish extiyotkorlikni, chidamlilikni va yumshoqlikni talab qiladi. Tashqi ko’rinishi: sog’lom yetuk tug’ilgan chaqaloqlar uchun yuzining tinch ko’rinishi xarakterli. Ko’rik boshlanishida ayrim xolatlarda baland emosional yig’lash kuzatiladi. Sog’lom chaqaloqlar uchun adekvat ta'sirlovchilarga (ochlik, taktil yoki og’riq) nisbatan uzoq vaqtli baland ovozda yig’lash hos bo’lib, yiqlash sababi aniqlangandan keyin bola yig’lashdan to’xtaydi. Bemor bola yig’isining kuchi va davomiyligi bo’yicha baholanadi. Kuchsiz yig’lash yoki umuman yig’lamaslik chalalik og’ir darajasi bilan tug’ilgan chaqaloqlarda aniqlansa, neonatologlarni bezovta qiladi. Afonik yig’lash o’tkazilgan reanimasion chora-tadbirlardan keyin (traxeya jarohati) yoki markaziy asab tizimining zararlanishi natijasida kuzatiladi. Moddalar almashinuvi buzilishi va nasliy kasalliklarda chaqaloq yig’isi o’ziga hos xususiyatga ega bo’ladi (Daun sindromi, "mushuk yig’isi" sindromi va boshqalar). Chaqaloqlar harakati koordinasiyalanmagan, ko’p harakatli bo’ladi. Bukuvchi mushaklar tonusi yuqori bo’ladi, bu fiziologik holat hisoblanadi, bu chaqaloqni pozasi bilan bog’liq (fleksiya pozasi, embrional poza): boshi ko’krakga keltirilgan, qo’llari tirsakga keltirilgan, ko’krak qafasining yonboshiga yaqinlashgan, qo’llari musht holatida bo’ladi.Oyoqlari tos-son va tizza bo’g’imlariga bukilgan holatda bo’ladi, bolani yonboshga yotqizganda boshi orqaga qaragan bo’ladi. Sog’lom chaqaloqlarda boldir-tovon va jaq sohasi bo’g’imlarida tremor kuzatiladi. Yetuk tug’ilgan chaqaloqlarning holati va yuz ko’rinishi homilaning tug’ruq vaqtidagi holatiga bog’liqdir. Agar homila yuziva peshonasi bilan joylashgan bo’lsa, chaqaloq yuzi shishgan, yuzida petexiyalar bo’ladi.Agar homila tosi bilan joylashgan bo’lsa, oyog’i tos-son bo’g’imiga bukilgan va tizza bo’g’imiga ochilgan holatda bo’ladi.

57. Amaldagi “Shifoxona ichki infeksiyasini oldini olish” ning mazmuni, ahamiyati haqida ma’lumot bering. Javob: SANPIN 0342-17 o’qing.

58. Etil spirti va surrogatlar bilan zaharlanishning belgillari tez tibbiy yordam ko`rsarishni asoslab bering.

J: Spirtli ichimliklar, hatto kichik dozalarda ham, markaziy asab tizimiga toksik ta'sir ko'rsatadi. Tibbiyotda spirtli ichimliklarni zaharlanishining uch bosqichi mavjud - engil, o'rtacha va og'ir. Spirtli ichimliklar bilan zaharlanishning belgilari qanday va uyda spirtli ichimliklarni zaharlanishini qanday olib tashlash mumkin? Osilib qolish sindromini yo'qotish uchun qanday dorilarni qo'llash mumkin? Zaharlanishda nima qilish mumkin emas va qanday hollarda o'z-o'zini davolashga vaqt sarflamasdan shifokorga murojaat qilish kerak? Keling, ushbu savollarni ko'rib chiqaylik, lekin birinchi navbatda, spirtli ichimliklar bilan zaharlanish nima ekanligini aniqlaylik.

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanish nima

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanish atamasi tananing etil spirti bilan zaharlanishini anglatadi. Odatda, oz miqdordagi etanol jigarda organizm uchun oqibatlarsiz neytrallanadi. Ammo jigarni detoksifikatsiya qilish qobiliyatidan oshib ketadigan spirtli ichimliklarni iste'mol qilganda, zahar miyaga kiradi va yuqori asabiy faoliyatda buzilishlarni keltirib chiqaradi. Tashqi tomondan, bu eyforiya hissi, ongning xiralashishi, muvofiqlashtirishning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.
Kundalik hayotda alkogol bilan zaharlanish spirtli ichimliklarni iste'mol qilish tufayli farovonlikning yomonlashuvi bilan kechadigan har qanday o'zgarishlarni anglatadi. Ular katta dozani qabul qilgandan so'ng darhol paydo bo'lishi mumkin (qusish, ongni yo'qotish) yoki ertasi kuni ertalab sizga tashrif buyurishi mumkin - hangover. Umuman olganda, bu shartlar bir xil tarzda davolanadi, ammo ba'zi nuances mavjud. O'tkir zaharlanish bosqichida etanolning oshqozon-ichak trakti va miyaga ta'siri katta ahamiyatga ega va ko'pincha etil spirtining, xususan, atsetaldegidning qisman parchalanishi mahsulotlari qo'zg'atadi.

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanish

Alkogolli surrogatlar bilan zaharlanish haqida alohida gapirish kerak. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ushbu turdagi zaharlanish barcha zaharlanishlar ro'yxatida etakchi o'rinni egallaydi. Shu bilan birga, jabrlanganlarning 90% dan ortig'i kasalxonaga yotqizilishdan oldin vafot etadi.

Spirtli ichimliklar o'rnini bosuvchi moddalar quyidagilardir:

Bunday mahsulotlar bilan zaharlanishda intoksikatsiya engil kechadi yoki umuman sodir bo'lmaydi, ko'rishning buzilishi, konvulsiyalar, so'lak oqishi, terlash, qusish, qorin va bo'g'imlarda og'riqlar kuzatiladi.

Surrogatlar bilan zaharlanishni uyda olib tashlash mumkin emas - darhol malakali tibbiy yordamga murojaat qilish kerak. Kechikish hayotga olib kelishi mumkin. Birinchi yordam choralari sifatida ular qusishni qo'zg'atadi, enterosorbent va har qanday konvertatsiya qiluvchi vositani oladi. Bundan tashqari, kasalxonaga yotqizish talab etiladi.

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanishda birinchi yordam

Uyda spirtli ichimliklar bilan zaharlanish bilan nima qilish kerak? Buning uchun tanani etil spirtidan tozalash va uning parchalanish mahsulotlarini zararsizlantirish bo'yicha bir qator chora-tadbirlar amalga oshiriladi.

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanish uchun birinchi yordam quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi.

1. Oshqozondan spirtli ichimliklar qoldiqlarini olib tashlang. Buning uchun ular qusishni qo'zg'atadilar, keyin ular oshqozonni yuvishadi - ular 2-3 stakan sho'r suv ichishadi, yana qusishni qo'zg'atadilar va oshqozondan deyarli toza suv chiqmaguncha davom etadilar.
2. **Ongni yo'qotganda, qusishni qo'zg'atish mumkin emas.** Tez yordam chaqiring. Uning kelishini kutgan holda, jabrlanuvchini yon tomoniga yotqizib, kiyimini echib oling, yurak urishi va nafasini tekshiring. Boshingizni aylantiring, tilning cho'kmasligiga va qusish nafas olish yo'llariga kirmasligiga ishonch hosil qiling. Jabrlanuvchini hushiga keltirish uchun unga ammiakni hidlashiga ruxsat bering, quloqlarini ishqalang.

Agar spirtli ichimliklar bilan zaharlanish hayotga xavf tug'dirmasa, u holda mastlik uyda mustaqil ravishda olib tashlanadi.

Uyda spirtli ichimliklarni zaharlanishini davolash

Uyda alkogol bilan zaharlanishni davolash quyidagi harakatlardan iborat:

Ba'zida zaharlanish qusish xurujlari bilan birga keladi. Agar siz bir yoki ikki marta qusgan bo'lsangiz, bu tananing zaharga bo'lgan tabiiy reaktsiyasi va undan hech qanday zarar bo'lmaydi, faqat hozirgi holatni hisobga olgan holda foyda keltiradi. Ammo agar oshqozonni bo'shatgandan keyin qusish istagi yo'qolmasa, unda siz chora ko'rishingiz kerak.

Spirtli ichimliklar bilan zaharlanishdan keyin qusishni qanday to'xtatish kerak?

1. Boshingizni sovuq suv bilan yuving yoki boshingizning orqa qismiga qisqa vaqt davomida muz qo'llang.
2. Bir oz suv yoki Regidron kabi regenerativ eritmalarni iching.
3. Oshqozon tinchlanmaguncha boshqa hech narsa yemang va ichmang.

Qabul qilingan chora-tadbirlar natija bermasa, antiemetik dorilar yordam beradi. Qattiq qusish, qusishda safro yoki qon aralashmalari mavjudligi darhol kasalxonaga yotqizish uchun asosdir.

Keling, uyda alkogol bilan zaharlanishni davolash uchun ishlatiladigan dorilar haqida batafsilroq to'xtalib o'tamiz.

Enterosorbentlar

Oshqozonni tarkibdan bo'shatgandan so'ng, siz enterosorbentlarni qabul qilishingiz kerak. Ushbu dorilar ichaklarda harakat qiladi, ularning yuzasida toksinlar va parchalanish mahsulotlarini ushlaydi va ularni najas bilan olib tashlaydi. Quyidagi dorilar o'zlarini yaxshi isbotladilar.
Shuni esda tutish kerakki, barcha nterosorbentlar dori vositalaridan alohida olinishi kerak, aks holda ikkinchisi o'z samarasini yo'qotadi. Ularning qabul qilishlari o'rtasida kamida bir soat va afzalroq ikki soatlik tanaffusni kuzatish

59. Oksigenoterapiya qaysi kasalliklarda qo‘llaniladi? Oksigenoterapiya qo’llash texnikasi haqida ma`lumot bering.

J: Kislorod bilan davolash, ksigenoterapiya — kisloroddan davo maqsadida foydalanish. Konda va to‘qimalarda kislorod yetishmasligi (qarang Gipoksiya, Gipoksemiya) bilan kechadigan nafas va qon aylanish sistemasi kasalliklari (bronxial astma, zotiljam, yurak porogi, astmasi xuruji va boshqalar)da, kamkrnlik, balandlik kasalligi, turli zaharlanishlar, shuningdek, xirurgik operatsiyalardan keyin Kislorod bilan davolash d. tavsiya etiladi. Kasalxona sharoitida kisloroddan nafas olish uchun mo‘ljallangan kislorod ingalyator va palatkalardan foydalaniladi. Kislorodni plevra, qorin bo‘shlig‘i va me’da-ichak yo‘liga kiritish usullari ham bor (kislorodli vannalar). Kislorod bilan davolash d. ko‘pincha ingalyasiya yo‘li bilan amalga oshiriladi. Turli yo‘llar bilan kiritilgan kislorod organizmda kislorod tansiqligini to‘ldiribgina qolmay, uning barcha xayotiy funksiyalarini barqarorlashtiradi va qarshilik kuchini oshiradi. Tibbiyot amaliyotida, ayniqsa, gijjani tushirishda giperbarik oksigenatsiya (qarang Baroterapiya) juda qo‘l keladi.

Uy sharoitida Kislorod bilan davolash d. da kislorod yostiqdan foydalaniladi.

60. Yatrogeniya haqida tushuncha. Yatrogeniya turlari. So’zli va so’zsiz yatrogeniya nima?

J: Yatrogeniya- (jatros -vrach, genesis- vujudga keltirmoq), bu vrachning yoki tibbiyot xamshiralarining noshud suxbati, nojo’ya xatti-xarakatlari, bilimsizligi yoki, bir so’z bilan aytganda, shifokorlarning aybi tufayli bemorda yangi kasalliklar paydo bo’lishidir. Buyuk alloma Buqrotning "bemorga eng avvalo zarar keltirma" degan naqlini yodda tutish zarur. Yatrogen kasallik bugungi tibbiyot amaliyotida bemorlar orasida 10 foizni tashkil etadi. Diagnostika va davolashning yangi va ilg’or usullari (yani “agressiv meditsina”), ilgari aniqlanmagan, yatrogen patologiya deb atalmish xolatlarni keltirib chiqardi. Bu - tibbiy aralashuvning yomon oqibatlari, ayniqsa noto’g’ri diagnoz asosida o’lim sodir bo’lish xollaridir.

Misol: taxmin qilingan kasallik chiqmay, operassiyaning o’lim bilan tugashi, boshqa mos kelmaydigan gurux qon quyish natijasida o’lim sodir bo’lishi, kuchli ta'sir ko’rsatuvchi dori-darmonlardan noto’g’ri foydalanish, dori-darmonlar ta'sirida xatto o’limga olib keladigan allergik xolatlar, o’mrov osti venalariga asossiz va noto’gri o’rnatilgan naycha oqibatida o’lim sodir bo’lishi, turli diagnostik (endoskopiya, laporoskopiya, angiografiya va x.k. va profilaktik emlashlar oqibatida o’lim sodir bo’lishi va x.k.). Ilgari bunday xollarning xammasi asosiy kasallikning asoratlari yoki davolashning asoratlari deb qaralardi.

Barcha yatrogeniyalarni quyidagi rubrikalarga taqsimlash mumkin.
1. Dori-darmonlar natijasidagi yatrogeniyalar;
2. Diagnostik - asbob-uskunali yatrogeniyalar;
3. Xirurgik yatrogeniyalar;
4. Narkoz – og’riqsizlantirish yatrogeniyalari;
5. Buzuq texnik asboblardan foydalanish oqibatida vujudga keladigan yatrogeniyalar;
6. Transfuzion - infuzion yatrogeniyalar;
7. Septik yatrogeniyalar;

8. Nurlar oqibatida vujudga keluvchi yatrogeniyalar;
9. Reanimatsion yatrogeniyalar;
10.Profilaktik yatrogeniyalar;
11 .Informasion - ma'lumot yatrogeniyalar;
12.Boshqalar

Amaliyotda eng kop uchraydigan yatrogeniya turi bu informasion - ma'lumot yatrogeniyalardir. Bu asosan noto'g'ri muloqotdan yuzaga keladigan yatrogeniyaning bir turidir. Medikamentoz, ya'ni dori darmonlar ta'sirini yaxshi bilmasdan qo'llash va ularni bemor organizmi qanday qabul qilishini o'rganmay ishlatish natijasida vujudga keladigan yatrogeniyalarni orasida eng ko'p uchraydigani teri va shilliq pardalar shikastlanishidir. Bunday dori - darmon toksikodermiyalari o'zining ko'rinishi, kechishi bo'yicha ko'pincha ma'lum teri kasalliklari singari kechadi.Yuqorida ko'rsatib o'tilgan patologik xolatlar ichida xamma soxa shifokorlarini diqqatini jalb etuvchisi toksik epidermal nekrolizdir (Layel sindromi). Chunki bu xolat juda tez shakllanib og'ir kechadi va yomon oqibat bilan tugaydi.

61. Gipovolemiya nima, sabablari, belgilari, qaysi kasalliklarda gipovolemiya kuzatilishi haqida ma`lumot bering.

J: Qon tomir tizimidagi suyuqlik miqdori juda kam bo'lsa, bu etarli hajm yoki gipovolemiya deb ataladi.
Har bir insonning suyuqlikka bo'lgan ehtiyoji biroz boshqacha bo'lib, yog'siz mushak massasiga, yurak-qon tomir tizimining sog'lig'iga, tana yog'iga va boshqa narsalarga bog'liq.
Gipovolemiyaning klinik belgilari mavjud, ammo gipovolemiya belgilari yoki alomatlari paydo bo'lgunga qadar umumiy qon aylanish hajmining 30% gacha yo'qolishi mumkin.1

Gipovolemiya: **Tana asosan suyuqlikdan iborat sumka (yoki bir nechta sumka).**
Har bir hujayra suyuqlik bilan to'ldirilgan tashqi membranaga ega, uning ichida hujayra faoliyati uchun zarur bo'lgan barcha tuzilmalar mavjud.
Hujayralar to'qimalarni tashkil qiladi, ularning ko'pchiligi suyuqlikni o'tkazadigan yoki o'z ichiga olgan turli tuzilmalarga bo'lingan.
Bu suyuqlikning barchasi suvga asoslangan va undagi barcha tuzlar va zarrachalarni muvozanatlash uchun etarli miqdorda suvga ega bo'lishi kerak.
Suv va tuz hujayradan hujayraga, shuningdek, qon oqimiga va tashqarisiga ko'chiriladi, chunki organizm suyuqliklarni muvozanatlashi kerak.
Tana etarli darajada namlangan bo'lsa va qon aylanish bo'shlig'ini to'ldirish uchun etarli suyuqlik miqdori mavjud bo'lsa, tizimlar odatda to'g'ri ishlaydi.
Biroq, qon aylanish bo'shlig'i mavjud suyuqlikka nisbatan juda katta bo'lsa, bu gipovolemiya deb nomlanadi.
Hajmning etishmasligi tananing to'qimalarni qon, kislorod va ozuqa moddalari bilan etarli darajada perfuziya qilish (to'ldirish) qobiliyatiga ta'sir qiladi. Perfuziyaning etarli emasligi - bu shok deb ataladigan holat.
Gipovolemiya va shok bir-biri bilan chambarchas bog'liq.2

Gipolemiya belgilari
Gipovolemiya belgilari va shok belgilari juda o'xshash.
Qon hajmining kamayishi bilan organizm qon tomirlarini toraytirib, hajmning etishmasligini qoplashni boshlaydi.
Qon tomirlarini siqib chiqarish yurak-qon tomir tizimi ichidagi bo'sh joyni kichraytiradi, ya'ni qonning nisbiy hajmi bosim hosil qilish va to'qimalarni singdirish uchun etarli bo'ladi.3
Bu qonni tananing eng uzoq qismlaridan (odatda teri) uzoqlashtiradi va natijada rang yo'qoladi va kamroq sezilarli issiqlik (sovuq, rangpar teri).

Mavjud qon tezroq aylanishi va qon tomirlari bo'shlig'idagi hajm (va bosim) yo'qolishini qoplash uchun etarli darajada qon bosimini oshirish uchun yurak tezligi oshadi.
Bu nuqtada, o'lchanadigan qon bosimi ko'pincha juda oz o'zgaradi.

Agar gipovolemiyaning sababi (pastga qarang) tuzatilmasa va tana suyuqlik hajmini yo'qotishda davom etsa, organizm javob beradi: 4

- Terlash (perfuziya yo'qolishiga stress reaktsiyasi)
- Bosh aylanishi (perfuzionning yo'qolishi miyaga ta'sir qilgani uchun)
- Shubhasiz
- Charchoq
- Qon bosimining pasayishi

Agar gipovolemiya davolanmasa va sabab tuzatilmasa, bemor hushidan ketishi mumkin.

Sabablari

Odatda, erkaklarda tana vaznining 60% suyuqlikdan, ayollarda esa taxminan 50% ni tashkil qiladi.
Suyuqlik hajmini yo'qotishning bir necha yo'li mavjud. Terlash, ortiqcha siyish, qusish, yoki diareya hammasi tez suv yo'qotilishiga olib kelishi mumkin.
Agar suyuqlik ichimlik suvi orqali etarli darajada almashtirilmasa, odam suvsizlanishi va oxir-oqibat gipovolemiyaga olib kelishi mumkin.
Qon ketishi gipovolemiyaning eng keng tarqalgan sababidir. Darhaqiqat, to'g'ridan-to'g'ri qon yo'qotish juda tez gipovolemiyaga olib kelishi mumkin.
Qon ketishining joylashuvi ichki (qorin bo'shlig'iga qon ketishi kabi), oshqozon-ichak (oshqozon, qizilo'ngach yoki ichakka qon ketishi) yoki tashqi bo'lishi mumkin.
Ichki yoki oshqozon-ichakdan qon ketish holatlarida, ba'zida gipovolemiyaning belgilari va alomatlari qon ketishining o'zini kuzatish emas, balki qon yo'qotishning dastlabki belgilaridir.

62. Is gazidan zaharlanish sabablari, belgilari va shoshilinch yordam ko`rsatish.

J: Is gazidan zaharlanish — inson organizmiga is gazi kirishi oqibatida rivojlanadigan o’tkir patologik holat bo’lib, hayot va salomatlik uchun xavflidir va malakali tibbiy yordamsiz o’limga olib kelishi mumkin.
Is gazi atmosfera havosiga barcha turdagi yonish jarayonlarida ajralib chiqadi. Shaharlarda shuningdek asosan ichki yonuv dvigatellaridan chiqadigan gazlar orqali. Is gazi qondagi gemoglobin bilan faol bog’lanib, **karboksigemoglobin** hosil qiladi va to’qimalarga kislorod tashishni bloklab qo’yadi, bu esa gemik turdagi gipoksiyaga olib keladi. Shuningdek oksidlanish reaktsiyalariga aralashib, to’qimalarda biokimyoviy muvozanatni buzadi.

Is gazi bilan quyidagi hollarda zaharlanish mumkin:

- Yong’in sodir bo’lgan taqdirda;
- Ushbu gaz bir qator organik moddalarni (aseton, metil spirt, fenol va hokazo) sintez qilish uchun ishlatiladigan ishlab chiqarishlarda;
- Havo almashinuvi yetarli bo’lmagan sharoitida yoritish gazi sizib chiqishi oqibatida yoki gaz yoqiladigan xonalarda, masalan, gaz plitalari, suv isitish moslamalari, ochiq yonuv kamerali issiqlik generatorlari, isitish moslamalari. Bu holat ko’pincha dudburonlarning tiqilib yoxud ishlamay qolishi, gaz yonishi uchun havo yetarli bo’lmaganda kuzatiladi;
- Ventilyatsiyasi yomon bo’lgan garajlar, boshqa yaxshi havo aylanmaydigan xonalar, tunellarda, chunki avtomobil chiqindi gazlarida normativlar bo’yicha **1-3%**, karbyuratorli motor regulirovkasi yomon bo’lganda esa **10% gacha** CO bo’lishi mumkin;
- Uzoq vaqt mobaynida avtomobil ko’p bo’lgan yo’lda yoki uning yonida bo’lganda. Katta yo’llarda is gazining o’rtacha kontsentratsiyasi zaharlanish ostonasidan oshadi;
- Uy sharoitida pechli isitishda pechlarning eshigi o’z vaqtida yopilmaganda;

- Nafas olish apparatlarida sifatsiz havo ishlatilganda;
- Chilim chekish vaqtida — chilim apparatiga kislorod kelishi yetishmovchiligi sodir bo'lganida bu holat tez-tez kuzatiladi. Aksariyat odamlar chekishdan so'ng bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, uyquchanlikni his etadi, bu zaharlanishga ishora qiladi.

Agar kishi is gazi bilan zaharlanadigan bo'lsa, alomatlari quyidagicha ko'rinish oladi:

Yengil zaharlanish paydo bo'lganda:

- Bosh og'rig'i;
- Peshonalarning ikki chetida lo'qillash;
- Bosh aylanishi;
- Ko'krakda og'riqlar;
- Quruq yo'tal;
- Ko'z yoshlanishi;
- Ko'ngil aynishi;
- Qusish;
- Eshitish va ko'rishning buzilishlari ehtimoli mavjud;
- Terining qizarishi, shilliq qavat rangining o'ziga xos qizil bo'lishi. Namuna:
- Taxikardiya;
- Qon bosimining oshishi.

O'rtacha darajada zaharlanish uchun:

- Quloqlarda kuchli shovqin;
- Uyquchanlik;
- Hushi o'zida bo'lishi bilan falajlik kuzatilishi mumkin.

Og'ir zaharlanishda:

- Hushning yo'qolishi, komatoz holat;
- Konvulsiyalar;
- Beixtiyor siydik va najas chiqarish;
- Uzluksiz bo'lib qoladigan nafas olish buzilishi, ba'zan Cheyn — Stoks tipida;
- Ko'z qorachig'ining yorug'likka javob beruvchi reaktsiyasining zaiflashishi;
- Shilliq qavat va yuz terisining keskin sianozi (ko'karishi). O'lim odatda nafas to'xtashi va yurak faoliyatining pasayib ketishi natijasida zaharlanish joyidayoq sodir bo'ladi.

ASORATLARI

- Miyada qon aylanishining buzilishi;
- Subaraxnoidal qon ketish;
- Polinevritlar;
- Miya shishi fenomenalari;
- Ko'rishning buzilishi;
- Eshitish qobiliyatining buzilishi;
- Ehtimol, miokard infarkti rivojlanishi;
- Ko'pincha teri-trofik buzilishlar (pufakchalar, keyinchalik nekroz bilan mahalliy shish), mioglobinuriyali nefroz;
- Uzoq muddatli komada deyarli doimo jiddiy pnevmoniya kuzatiladi.

IS GAZI BILAN ZAHARLANGANDA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH

Shikastlanish o'chog'ida favqulodda yordam ko'rsatish algoritmi:

1. Jabrlanuvchiga protivogaz (gopkalit patron bilan birga) taqiladi va u ta'sir maydonidan darhol evakuatsiya qilinadi.

Shikastlanish o'chog'idan tashqarida favqulodda yordam ko'rsatish algoritmi:

1. Jabrlanuvchidan protivogaz yechib olinadi va qisadigan kiyimlaridan ozod qilinadi.

2. Jabrlanuvchiga kislorod beriladi va isitiladi. Davolashning zamonaviy usullari **barokamerada kislorodli terapiya**ni o’z ichiga oladi.

3. Ultrabinafsha nurlari karboksigemoglobinning parchalanishini tezlashtirishi sababli, jabrlanuvchini kvarsli lampa bilan nurlantirish tavsiya etiladi.

4. Ko’rsatmalarga ko’ra, manual nafas apparatlari yordamida sun’iy nafas berish amalga oshiriladi.

5. Yurak yetishmovchiligi holatida teri ostiga 1 ml 10% kofein eritmasi kiritish, shuningdek 1 ml kordiamin preparati buyuriladi.

6. Jabrlanuvchi darhol eng yaqin tibbiy muassasaga evakuatsiya qilinadi.

Uglerod monooksidi bilan zaharlanish ko’pincha nafas yo’llarida va o’pkada yallig’lanish jarayonlari (bronxit, pnevmoniya) rivojlanishi bilan asoratlanadi, shuning uchun profilaktik maqsadlarda antibiotiklar qo’llaniladi.

DAVOLASH CHORALARI

Zaharlanishdan so’ng dastlabki uch soatda kislorod miqdori yuqori bo’lgan kislorodli yostiq berish juda muhimdir. Gaz manbaini tezda bartaraf etib, bosimi 1,5-2 atmosfera bosimigacha oshirilgan sof kislorod bilan nafas olish tavsiya etiladi. Yanada afzalrog’i karbogen (karbonat angidrid — **CO_2** va kislorod aralashmasi) bilan nafas olish. Davolash statsionarda amalga oshiriladi.

Bemorga vena ichiga infuziyalar kiritish, kardiotrop, antikonvulsiv preparatlar, kortikosteroidlar, diuretiklar, vitaminlar buyuriladi. Gipertermik sindromda kranioserebral gipotermiya amalga oshiriladi.

Jahon tibbiyotida is gazidan zaharlanishida foydalanish uchun ishonchli antidotlar ma’lum emas. Biroq, rus olimlari tomonidan kashf etilgan «Atsizol» hozirda antidot sifatida o’rin tutadi. U mushak ichiga eritma sifatida kiritiladi. Bundan tashqari, profilaktika vositasi sifatida ham taqdim etiladi.

63. Neonotologiya bo`limidagi chaqaloqlar orasida shifoxona ichki infektsiyasi yuzaga kelishi sabablari, xavfli guruhlar, shifoxona ichki infektsiyasini oldini olishda hamshiraning ahamiyati haqida ma’lumot bering.

Neonatologiya (qadimgi yunoncha: νέος „yangi“ + lotincha: natus „tug‘ilish“ + grekcha: λόγος"ta’lim, fan ") — tibbiyotning chaqaloqlar va yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni, ularning o‘sishi va rivojlanishini, kasalliklari va patologik holatini o‘rganadigan bo‘limi.

Neonatologlarning asosiy bemorlari respirator distress sindromi bo‘lgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘lib, ular erta tug‘ilish, kam vazn, rivojlanishning kechikishi, tug‘ma nuqsonlar (tug‘ilish nuqsonlari), sepsis yoki tug‘ma asfiksiya tufayli kasal bo‘lib, maxsus tibbiy yordamga muhtoj bo‘lishadi.

Чақалоқлар реанимацияси ва интенсив терапия бўлими (ЧРваИТБ) ва чақалоқлар патологияси ва чала туғилган болалар бўлимлари (ЧПваЧТББ)

4.1. ЧПваЧТББ жойлаштириш учун туғруққа кўмаклашиш ва бошқа бўлимлардан изоляцияланган, ҳамда алоҳида кириш ва чиқишига эга мустақил бино блоклари кўзда тутилади.

4.2. ЧПваЧТББга перинатал марказ ёки бошқа акушерлик стационарлари

бўлимларидан чақалоқларни ўтказилишига рухсат этилади. Чақалоқларни ЧТваЧТББдан перинатал марказ ёки бошқа акушерлик стационарлари туғруқдан кейинги бўлимларига ўтказилишига рухсат этилмайди.

4.3. Агар перинатал марказ ЧПваЧТББга бошқа акушерлик стационарларидан чақалоқларни қабул қилса, бўлимга кириш жойида қабул хонаси бўлиши керак.

4.4. Барча ташҳислаш ва даволаш муолажаларини даволовчи ёки навбатчи врач ва тиббиёт ҳамшираси бевосита палатада амалга оширади.

4.5. Ҳар бир болани кўздан кечириш ва муолажаларни ўтказишдан олдин ходимлар ушбу санитария қоидаларининг 1-иловаси талабларига мувофиқ қўлларига ишлов берадилар. Бола кувезда кўздан кечирилганидан сўнг кувезни ёпиш олдидан қўлларга антисептиклар билан ишлов берилади.

4.6. Ҳар бир палатада янги туғилган чақалоқларни кўздан кечириш учун дезинфекция қилинадиган жилдли матрасга эга йўргаклаш столи бўлиши керак. Столча иситиладиган ёки нурлантириб иситиш чироғи билан жиҳозланган бўлиши керак.

4.7. Ҳароратни ўлчаш электрон термометрлар билан ўтказилиши тавсия этилади (симобли термометрлар билан чақалоқларда гипотермияни аниқлаб бўлмайди). Янги туғилган чақалоқнинг оғзини кўздан кечириш бир марталик шпател билан амалга оширилади.

4.8. ЧРваИТБ ёки ЧПваЧТББга келиб тушган ёки бўлган боладаги ҳар бир (туғма ва туғилишдан кейинги), шу жумладан, шартли патоген микроорганизмлар билан қўзғатилган инфекцион касаллик ҳолати, журналда (70/У ш.) ўрнатилган тартибда ҳисобга олиниши ва қайд этилиши керак.

4.9. ЧПваЧТББ она ва бола биргаликда бўлиш тамойилига кўра ташкил этилиши керак. Она туғруққа ёрдам стационарида бўлиш санитария-эпидемиологияга қарши тартибга ва тасдиқланган кун тартибига риоя қилиши зарур.

4.10. ЧРваИТБда болалар оналарисиз бўладилар, бироқ ота-оналарининг боласини келиб кўришига рухсат этилади. Касал болани кўришга келган шахс устки кийимини ечиши, тоза пойабзал кийиши (ўзи билан олиб келган кийим ва пойабзал), дока ёки бир марталик ниқоб тақиши, сочини йиғиб олиши ёки бошига рўмол ўраши ёки қалпоқча кийиб олиши керак.

4.11. Бўлимда боласи билан бирга бўлган оналар бўлимнинг бошқа палаталари ёки бошқа бўлимларга киришига рухсат этилмайди. ЧРваИТБ ва ЧПваЧТББ палаталарида озиқ-овқат маҳсулотлари, сумкалар, устки кийим сақлаш, бегона электр ускуналари, мобил телефонлардан фойдаланиш тақиқланади.

64. Revmatizm kasalligining qo`zg`atuvchisi, klinikasi, asoratlari haqida ma`lumot bering.

J: 19-savolga qarang.

65. Distillangan suvning tibbiyotdagi o`rni, ayniqsa avtoklavda foydalanilishining ahamiyati haqida ma`lumot bering.

J: Distillangan suv - haydash (distillash) yo‘li bilan tarkibidagi erigan mineral tuzlar, organik moddalar va boshqa qo‘shimchalardan tozalangan suv. Tibbiyotda ishlatiladigan Distillangan suvda nitrat, nitrit va sulfat kislotalar, xlor, kalsiy ionlari, karbonat angidrid va boshqa qo‘shimchalar bo‘lmasligi kerak, 10 ml shunday suv buglantirilganda qoldig‘i 0,5 mg dan oshmasligi lozim. Teri ostiga yuboriladigan erit-malar va ko‘zga tomiziladigan dorilar tayyorlash uchun Distillangan suv qayta sterillanadi yoki qaynatib olinadi. Distillangan suvda organizm uchun zarur mikroelementlar bo‘lmaganligi sababli ichishga yaramaydi, uzoq, iste’mol qilinganda me’da to‘qimalaridagi tuzlarni yuvib ketadi, na-tijada epiteliy hujayralari bo‘kib, nobud bo‘ladi. Distillangan suv kimyo va fizika labaratoriyalarida erituvchi sifatida ishlatiladi.

66. 6 oylikgacha bo‘lgan bolalar oshqozon-ichak yo’llarining anatomo-fiziologik xususiyatlari, bolalarni qo`shimcha ovqatlantirishda onalarga maslahatlar berish.

J: Овкатнинг майдаланиши огиз бутилигидаги тишлар ёрдамида содир буладиган физикавий узгариш булиб, катта одамларда 32 та тишлар м авж уд (курак, зо з и з , кичик ва катта о зи з тишлар). Боланинг 6 — 8 ойлигидан бошлаб сут тишлари чиза бошлайди. Дастлаб пастки жагдаги уфта курак тишлар, кейин тепа жагдаги урта ва ёнбош курак тишлар пайдо булади. Биринчи ёш нинг охирига келиб болада саккиз тиш чизади. Сут тиш ларининг барчаси (улар 20 та) иккинчи ёш нинг охири ёки учинчи ёш нинг бош ида пайдо булади. Уларнинг ривожланиш и овзатланиш омили билан зам боглиз, шу сабабдан сут тишларининг чизиш и боланинг озизланиш хусусиятларига зараб зайд Зилинган муддатдан би р оз кечикиши ёки тезлаш иш и зам мумкин.

Bolalarning to bg‘ri va so g io m unib-o‘sishiga ta ’sir ko‘rsatuvchi o m illar ichida ovqatlanish n ih o y atd a m uhim o ‘rin tu tad i. Bola ovqatlanishini to ‘g‘ri tashkil qilish bolaning jism oniy, ruhiy rivojlanishini, yuqum li kasalliklarga va atrof-m uhitning noqulay ta ’sirlariga qarshilik ko‘rsatish qobiliyatining shakllanishini ta ’m inlab beradi.

Emizikli yoshdagi bolalam i ovqatlantirish ning uch turi farq qilinadi: 1. Tabiiy, ko‘krak suti bilan ovqatlantirish. 2. Aralash, ko‘krak suti bilan biiga qo‘shimcha sut bilan ovqatlantirish. 3. S u n ’iy, sutli aralashm alar bilan ovqatlantirish.

Tabiiy ovqatlantirish deb bolani hayotining birinchi yarim yilligigacha faqat ona suti bilan, undan keyin ona suti va q o ‘shim cha ovqatlar bilan birga boqishga aytiladi. Yangi tugilgan bolaning ovqatlanishi uchun tabiat yaratgan yagona m ahsulot, eng yaxshi ovqat - bu ona suti hisoblanadi. O na sutining quyidagi afzalliklari mavjud: 1. O na sutida bola uchun zarur oziq m oddalarning ham m asi zo ‘r berib o ‘sayotgan organizm ning barcha ehtiyojlarini ham m adan ko‘ra to ‘la qondiradigan m iqdorda b oiadi. 2. O na sutidagi oqsillar, yog‘lar va uglevodlar hazm qilish va singish uchun o ‘ta qulay nisbatda (1: 3: 6) b o iad i. 3. O na sutidagi oqsillar m ayda disperslangan fraksiyalar laktoalbum in, laktoglobulin va im m unoglobulindan iborat b o iad i. 4. Ona sutidagi sut qandi beta-laktozadan iborat b o iib , bola ichagida atsidofil m ikrofloraning vujudga kelishiga qulaylik yaratadi. 5. Ona sutida tobyinmagan yog‘ kislotalari birm uncha ko‘proq boiadi. 6. O na suti bilan bola organizm iga im m un om illar o la d i. 7. O na suti bola organizmiga steril holda o lad i. 8. O na suti bola organizmiga m e’yordagi haroratda o ‘tadi. 9. O na suti tarkibidagi vitam inlar va m ikroelem entlar kam m iqdorda b o ig a n taqdirda ham hazm tizim idagi ferm entlarning faqat ona sutigagina m oslashganligidan to liq so‘rilish xususiyatiga ega. Xulosa qilib aytish m um kinki, hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalar u ch u n on a suti hech narsa bilan alm ashtirib bolm aydigan bebaho ovqat m ahsulotidir. Lekin bolani emizib boqishga m onelik qiladigan turli xil sabablar va ayrim qiyinchiliklar bolani ona suti bilan boqilishiga vaqtincha yoki batam om to ‘sqinlik qilishi m um kin. Q uyida ana shu sabablar va qiyinchiliklar haqida to ‘xtalib o ‘tam iz. Ko‘krak suti bilan boqishga m onelik qiladigan sabablam ing mutloq va nisbiy turiari farqlanadi. 1. M utloq m onelik qiladigan sabablarga quyidagilar kiradi: a) Bola tom onidan b o lad ig an sabablar: - markaziy asab tizim ining o g lr kasalliklari; - gem olitik kasallik (hayotining dastlabki 7 - 1 0 kunida); - o g lr darajadagi chalalik (so‘rish va yutish reflekslarining yo‘qligi); - respirator kasalliklarning o g lr turiari; - boshqa kasalliklar. 72 b) O na tom onidan boMadigan sabablar: — buyrak kasalliklarining buyrak yetishmovchiligi bilan kechishi hollari; — tug‘m a va orttirilgan yurak nuqsonlarining yurak-tom ir yetishmovchiligi bilan kechishi, og‘ir kechayotgan endo- va miokarditlar; — qon va qon yaratish tizimi kasalliklarining og‘ir form alari; — difTuz-toksik buqoqning og‘ir darajali form alari; — xavfli o ‘smalar; — o ‘tkir ruhiy kasalliklar. 2. Nisbiy m onelik qiladigan sabablar ko‘proq ona tom onidan b o iad i va ularga quyidagilar kiradi: — silning faol turiari (B K +); — zaxm kasalligi; — toshm ali va qaytalam a tiflar; — qorin tifi va paratiflar; — qizam iq va suvchechak; — kuydirgi va qoqshol; — angina, gripp, zotiljam.

Bola 4 oylik bo‘lganda ona suti m iqdor jihatidan yetarli bo‘lsa ham sifat jihatidan yetishmay boshlaydi (bolaning to ‘g‘ri o ‘sishi va rivojlanishi uchun mineral m oddalar yetishmaydi. 17-rasm. Bolani ovqatlantirishda shishani tutish: a - noto‘g‘ri tutish: b — to ‘g'ri tutish. 7 7 yangi oziq m oddalar talab qilinadi) va bolaga q o ‘shim cha ovqatlar kiritishga zarurat tug‘iladi. Q o‘shim cha ovqat vaqtida kiritilmasa m oddalar

almashinuvi buzilib, bola o ‘sishdan orqada qola boshlaydi, kamqonlik rivojlanadi, kasalliklarga qarshilik qobiliyati pasayadi va nim jonlashib qoladi.

Q anday q o ‘sh im ch a ovqat kiritilishidan q a t’i nazar, quyidagi qoidalarga am al qilish shart:

1. Q o‘shim cha ovqatni bola onasini em ib b o ‘lgach berish. 2. 1 -2 qoshiqchadan bera boshlash, 3 - 4 kun ichida ovqat m iqdorini 150-200 gram m gacha yetkazish va bitta em izish o ‘m ini q o ‘shim cha ovqat bilan alm ashtirish. 3. Bola bir turdagi q o ‘shim cha ovqatga o ‘rganib olgachgina unga ikkinchi bir q o lshim cha ovqatni bera boshlash. 4. Bolaga beriladigan ovqat mayin va yutishga qulay bo‘lishi kerak. 5. Bolani asta-sekin qoshiqdan ovqat yeyishga va chaynashga o ‘igatib borish.

67. Universal progressiv model nima va uning tamoyillarini sanab bering.

Homiladorlar, chilla davridagi ayollar va ilk yoshdagi bolalarga patronaj xizmati ko‘rsatishning 3 ta asosiy modeli bo‘lib, ularning har biri o‘z afzalliklariga ega.

Bular:

– universal (umumiy) model — barcha ilk yoshdagi bolalarni, homilador va tuqqan ayollarni patronaj kuzatuvi bilan qamrab oladi va ularning ma’lum yosh hamda holatlarida zaruriy tashriflarini amalga oshiradi;

– progressiv (maqsadli) model — alohida ehtiyojlarga muhtoj bo‘lgan tibbiy yoki ruhiy-ijtimoiy xavfi yuqori bo‘lganlarni patronaj kuzatuviga oladi;

– universal-progressiv (aralash) model — “xonadonga tashriflar”ni o‘z ichiga oluvchi aralash usul bo‘lib, u universal va maqsadli modellarning afzalliklarini birlashtiradi, cheklovlarni yengib o‘tib, samarasini oshiradi.

Bugungi kunda mamlakatimizda uchinchi — patronajning universal-progressiv tizimi hayotga tatbiq etilmoqda.

68. Uyqu keltiradigan (snotvorniy) ta’sirga ega bo‘lgan dorilar bilan zaharlanish belgilari, shoshilinch yordam ko’rsatish, hamshiralik parvarishini tashkil qilish.

J: Uxlatuvchi dorilar - uyqu keltiruvchi dorilar; organizmga yuborilganda tabiiy uyquga monand holatni paydo qiladi. Uxlatuvchi dorilarning samarasi markaziy nerv sistemasining turli qismlariga tormozlovchi ta’sir ko‘rsatishiga asoslangan. Uxlatuvchi dorilarning kichik dozasi kishini tinchlantiradi.

Uxlatuvchi dorilarga barbiturat kislota hosilalari yoki barbituratlar va kimyoviy tuzilishi turlicha bo‘lgan moddalar kiradi. Tinchlantiruvchi moddalar ham uyquni normallashtirishga yordam berib, hayajonni kamaytiradi, tajanglik va bezovtalikni yo‘qotib, uyqu keltiradi. Uyquning turli buzilishlarida Uxlatuvchi dorilar qo‘llaniladi.

Uxlatuvchi dorilar uyqu keltirish tezligi hamda uxlatish muddatiga ko‘ra, uzoq muddatli va o‘rtacha muddatli dorilarga bo‘linadi. Vrach turlicha uyqu buzilishini davolash uchun dori tanlashda bu xususiyatlarni e’tiborga olishi lozim.

Ko‘pchilik Uxlatuvchi dorilar kuchli ta’sir etuvchi dori moddalari qatoriga kiradi. Ularni faqat vrach ruxsati bilan qabul qilish lozim, aks holda odam bu dorilarga o‘rganib qoladi.

DORILARDAN ZAHARLANISH.

Uxlatadigan va tinchlantiradigan dorilar hozirgh kunda turmushda ko'plab ishlatiladigan bo'lib qoldi.Ana shunday dorilar katta dozada ichilganda kishida holsizlik,mudrash,bosh og'irlashishi kuzatiladi. Bemor keyinchalik uxlab qoladi,shu paytda hushidan ketishi mumkin. Bemorning burni va og'zida ko'p shilliq va so'lak yig'iladi,avval tez tez nafas oladi,keyin nafasi siyrak va yuza bo'lib qoladi,tomiri qo'lga unnamaydi.Kishi qattiq zaharlanmaganda hushidan ketmaydi,uzoq uxlaydi xolos.Uxlatadigan va tinchlantiradigan dorilardan zaharlanish bazan hayot uchun xavflidir.Shu boisdan zaharlanishga shubha tug'ilganda darhol vrach chaqirish lozim. Vrach etib kelgunicha bemorni yotqizib,yoqasini va kamarini echish,boshini ko'tarib qo'yish zarur. 1-2 l iliq suv ichirib,medasini yuvish,keyin og'ziga qoshiq solib qustirish lozim. So'ngra achchiq choy yoki kofe ichirib,100g qora suxari (qotgan non) ediriladi.

Qo'shimchasi medani yuvish uchun 3,4litir suv kerak bo'ladi. Medadagi dorilar chiqib ketgunch suv ichirladi.xurmatli xamshiralar bemor dorin ko'p istemol qilgan bo'lsa birinchi bolib dorini nomi nechta don yoki necha pachka ichkanligi so'raladi.zudlik bilan tez yordam chaqiriladi. Yoki yaqin atrofdagi shifoxonaga olib boriladi.

69. ABO tizimi va Rh omiliga ko'ra, qon guruhlari haqida tushunchalarni aytib bering. Qon quyish va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va o'tkazishda hamshiraning roli. Qon quyishda talab qilinadigan amaldagi hujjatlarni ayting.

J: **Qon guruhi** — eritrositlarning individual antigen xususiyatlari ta'rifi bo'lib, eritrositlar membranasida mavjud maxsus uglevod va oqsillarni identifikatsiyalash usullari yordamida aniqlanadi. Odamda bir nechta antigen tizimlari mavjud, ularning asosiylari ushbu maqolada batafsil keltiriladi.

QON GURUHLARINI ANIQLASHNING NOBIOKIMYOVIY ASOSLARI

Inson eritrositlarining membranasi 300 dan ortiq turli antigen determinantlarni o'z ichiga oladi, ularning molekulyar tuzilishi xromosoma lokusining mos keladigan gen allellari tomonidan kodlangan. Bunday allel va lokuslarning soni hozirgi kunda aniq belgilanmagan.

«Qon guruhi» atamasi AB0 tizimida, masalan, A, B va 0 («nol») kabi turli xil allel genlarni o'z ichiga olgan ayrim lokuslar tomonidan boshqariladigan eritrosit antigenlar tizimlarini tavsiflaydi. «Qon turi» atamasi uning antigen fenotipini (to'liq antigen «portret» yoki antigenik profilni) aks ettiradi — qonning barcha guruhli antigen xususiyatlarining jamlanmasi, qon guruhining barcha naslga o'tuvchi genlarining serologik ifodasi.

Inson qoni guruhining ikkita muhim tasnifi — **AB0 tizimi** va **rezus-tizimdir**.

Shuningdek boshqa antigenlarning 46 sinfi mavjud bo'lib, ularning ko'pchiligi AB0 va rezus omillaridan kamroq uchraydi.

QON GURUHLARINING TIPOLOGIYASI

AB0 TIZIMI

1900-yilda olim Karl Landshteyner tomonidan taklif qilingan. Ushbu tizimning allel genlarining bir nechta asosiy guruhlari ma'lum: A1, A2, B va 0. Bu allellarning gen lokusi 9-xromosomaning uzun yelkasida joylashgan. Dastlabki uchta genning asosiy mahsulotlari — A1, A2, B genlar, lekin 0 genniki emas — transferazalar sinfiga tegishli maxsus **glikoziltransferaza** fermentlari. Ushbu glikoziltransferazalar maxsus saxarozalar — A1, A2 tip glikoziltransferaza holatida N-asetil-D-galaktozamin, B-tipidagi glikoziltransferaza holatida esa D-galaktozani tashiydi. Bu holda, uch turdagi glikoziltransferazalarning barchasi tashiydigan uglevod radikalini kalta oligosaxarid zanjirining alfa-bog'lovchi halqasiga biriktiradi.

Ushbu glikoziltransferazalar uchun glikozilatsiyalash substratlari, xususan va ayniqsa, eritrositlar membranasining glikoproteidlari va glikolipidlarining uglevodli qismlari, juda kam darajada — organizmning boshqa to'qimalari va tizimlarining glikoproteid va glikolipidlari hisoblanadi. Aynan A yoki B glikoziltransferaza tomonidan eritrosit sirt antigenlaridan biri — agglyutinogenlarning u yoki bu saxaroza (N-asetil-D-galaktozamin yoki D-galaktoza) bilan glikozilatsiyalanishi A yoki B spetsifik agglyutinogenni hosil qiladi.

Qon quyishda talab qilinadigan amaldagi hujjatlar- oiv va boshqa yuqumli kasalliklar bilan og'rimagani to'g'risida ma'lumot.

70. Kuyish turlari , darajalari. Klinik kurinishi . Kuyishlarda tez yordam ko'rsatish chora tadbirlari haqida ma`lumot bering.

Javobi: Куйиш (combustio) деб, термик, химик, электр токи еки нур энергияси таъсирида келиб чикувчи шикастланишга айтилади.

Куйиш турлари:

термик (иссиклик)

химиявий

электр токи таъсиридаги куйиш

нурлар таъсирида куйиш

Куйишдан купинча оёклар зарарланади (47%), бош, куллар ва тана сохаларининг бошка кисмларини куйиш нисбати тахминан бир хил

КУЙИШЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ:

Куйишлар чукурлигини аниклаш учун улар бир неча даражаларга булинади:

Турт даражали классификациянинг номенклатураси:

I даража - Юзаки эпидермаль куйиш

II даража - Тери юзаки кавати куйиши
IIIа даража – терининг сургичсимон кисмигача куйиши
IIIб даража - куйиш терининг сургичсимон кисмидан хам
чукургача таркалиб, тери ости ёг каватигача

етиши мумкин куйиши.
IV даража - теридан чукурдаги тукималарни яъний пай, суяк,
мушакларини куйиши (тукималарнинг кумирланиши ва некрози).
Куйиш майдонини умумий тана териси сатхига фоиз нисбатини аниклаш учун турли хил усуллардан фодаланилади.
- Ю.Ю.Джанилидзе, Г.Д.Вилявин, Б.Н. Постниковлар томонидан таклиф этилган схема.
- А.Уоллес томонидан таклиф этилган «Туккизлар коидаси»
Куйиш клиникаси
Умумий:
Кичик куйишларда ахамияти кам, катта куйишларда ахамиятли умумий узгаришлар хисобига (куйиш касаллиги вужудга келади)
Махаллий:
Куйиш симптомлари куйиш даражасига боглик булган холда турлича булади

1 даражали куйиш клиникаси
Терини асептик яллигланиши билан кечади: капиллярлари кенгайган, уларнинг деворидан плазмани чикиши терининг шишишига олиб келади. Куйган тери сатхи кизарган, бир оз шишган, огрикли. Бир неча кундан сунг терининг эпидермис кавати курийди, кораяди, гадир будирлашади ва кучади.
2 даражали куйиш клиникаси
Яллигланиш белгилари кучайган. Капиллярлар янада кенгайган, деворларлар утказувчанлиги ошган, шиш ортиб боради. Юзаки эпидермал кават шикастланган, лекин терининг сургичсимон кавати сакланган. Эпидермал каватнинг тагида сероз суюклик йигилиши хисобига эпидермис кучиши кузатилади. Иккинчи даражали куйишга хос пуфакчалар пайдо булади.
3а даражали куйиш клиникаси
Куйиш баъзи жойларда факатгина юз кисмларини, баъзи жойларда эса терининг бутун каватигача бориб, сургичсимон кават некрозини келтириб чикаради. Терининг баъзи жойлари пуфакчалар, ок еки кора рангдаги доглар билан копланган Шикастланган сохада гиперестезия кузатилади. Улган тукималар пустлок хосил килади ва тирик тукималардан демаркацион чизик хосил килиб ажралади.
3б даражали куйиш клиникаси
Сургич каватидан ташкари, тери ости кавати хам шикастланган. Тери оч кулрангда булиб, догсимон куринишда. Гиперстезия еки тулик анестезия. Битишида шикастланган сохада дагал, камэластик ок рангли келлоид чандиклар хосил булади.
4 даражали куйиш клиникаси
Бу даражада чукур тукималарнинг шикасланиши кумирланиш куринишида булади, хаттоки суяклар хам шикастланиши мумкин. Тукималар кора рангдаги синувчан холатга келади. Бу даражада куйиш уз узидан битиши кузатилмайди. Некрэктомия ва ампутациялар бажарилади.
Куйишда биринчи ердам
- жабрланган беморни оловдан озод этиш, устидаги енаетган кийимларини учириш еки ечиб олиш
- куйган сохани совук сув окимида огриклар тухтагунича совитиш
- асептик еки махсус боглам куйиш
- огриксизлантирувчи тадбирларни куллаш
Куйишда биринчи шифокорлик ердамини курсатиш
Куйган жарохатларни даволаш бирламчи хирургик ишлов беришдан бошланади. Куйган жарохат фурациллин суюклигининг окими билан ювилади, пуфакчалар асосидан тешилади ва суюкликни чикариб ташланади. Ажралган эпидермис кавати олиб ташланмайди, у биологик химоя вазифасини бажаради.
Биринчи шифокорлик ердам курсатиш
Куйган жарохатга егли-фурациллинли еки 0,5% йодопиронли боглам куйилади.
Огрик колдирувчи дорилар инекция тарикасида юборилади: анальгин, баралгин, наркотик анальгетиклар

Беморни зуддлик билан ихтисослаштирилган куйиш марказларига юборилади.
Даволаш
1 даражали куйишларга 5% синтомицинли богламлар куйилади
Юз сохасидаги куйишларни «очик» йул билан даволанади (балик еги, облепиха еги)
II-IIIA даражада – майда пуфакчалар кучирилмайди, катта пуфакчалар асосида тешилади ва суюклик чикариб ташланади. Кейинчалик синтомицин ва левомеколь малхамлари ва егли-фурациллинли аралашмалар билан богламлар килинади.
Имкон кадар богламларни 10-14 кун давомида алмаштирилмайди. 2-даражали куйишлар 2 хафта давомида тузалади. 3А даражадаги куйишлар 3-4- хафта давомида тузалади. Кул ва оеклар куйишида «епик» усулда даволанади.
Тананинг кенг кисмлари куйганда: юз, бадан «очик» усулда махсус аэротерапевтик ускуналарда даволаш ишлари олиб борилади.
3Б-4- даражадаги чукур куйишларда некрэктомия бажарилади. Некрэктомия химиявий еки механик йул билан бажарилади

Некроэктомиядан кейинги хосил булган грануляцион тукимани тери аутотрансплантати билан епилади
Тери каватини кучириб утиш операцияси аутодермопластика деб аталади. Тери 2 мм калинликда сог сохалардан: сон, елка, корин олд девори, белдан махсус ускуна- «Дерматом» ердамида олинади. Сунгра олинган терини махсус ускуна «Перфоратор» ердамида тешилади ва грануляциялашган жарохатга утказилади.

71. Ekstrasistoliya va yurak ritmining buzilishi .Kollaps sabablari, belgilari va shoshilinch yordam. EKG kanday muolaja?

J: EKG muolaja emas qo’shimcha tekshiruv usuli.

Yurak ritmining tartibsizligini ham aritmiya deyiladi. Bu yurak qopqog'ining asosiy mushaklarining bevosita disfunktsiyasidan iborat. Yurak bo'limining to'g'ri ishlashi nerv birikmalari va tugunlarining butun majmuasi bilan ta'minlanadi. Ushbu birikmalardan biridagi eng kichik buzilish har xil turdagi aritmiyalarning paydo bo'lishiga olib keladi. Sog'lom odamda yurak mushaklari daqiqada 60-65 marta qisqaradi. Bu qisqarishlar chastotasida ikki xil nosozliklar mavjud: Taxikardiya – tezlashtirilgan yurak urishi. Bradikardiya – yurak mushaklarining qisqarishida ritmning etarli emasligi> Aritmiya paydo bo'lishiga yordam beruvchi asosiy omil qon tomir tizimining kasalligidir. Boshqa og'ishlar orasida quyidagilar mavjud: Arteriyadan og'ishlar. Boshning ko'karishlari va ichki jarohatlari. Buyrak tizimining kasalligi, qalqonsimon bezning disfunktsiyasi. Inson organizmidagi umumiy iqlimiy fonning o‘zgarishi. Aritmiya paydo bo'lishiga yordam beradigan oddiyroq holatlarga shifokorlar kiradi: Haddan tashqari ish, ikkalasi ham hissiy va jismoniy. Doimiy stressli vaziyatlar. Yomon odatlar. (spirtli ichimliklar, sigaretalar). Zararli moddalarni (dorilar) muntazam iste'mol qilish. Ko'pincha. , aritmiya o'zini uzoq vaqt davomida ma'lum qilmaydi. Yoki salomatlik holati keskin yomonlashishi mumkin, bu hayot uchun jiddiy xavf tug'diradi.
Kollaps (lot. collapsus — behol, majolsiz) — to‘satdan keskin ro‘y beradigan qon tomirlar yetishmovchiligi, kishi hayotini xavf ostida keltiradigan og‘ir holat; arterial va venoz qonbosimining keskin kamayishi, markaziy nerv sistemasi faoliyatining izdan chiqishi, moddalar almashinuvining buzilishi, qon tomirlar devori tonusining to‘satdan susayishi, harakatdagi qon miqdori (massasi)ning kamayishi bilan ifodalanadi. Bosh miyadagi tomir harakatlanuvchi markaz faoliyatining susayishi sababli, asosan, qorin bo‘shlig‘idagi a’zolar tomirlari qonga to‘lib ketadi, ayni vaqtda eng muhim hayotiy a’zolar (miya, yurak, teri, muskullar)ga qon kam boradi. Birdaniga ko‘p qon yo‘qotish, shok, kislorod tanqisligi, infeksion va boshqa ayrim kasalliklar (terlama, zotiljam, pankreatit va h.k.), zaharlanish, shikastlanish va boshqalarda ro‘y beradi, shunga ko‘ra, K.ning gemorragik, gipokse-mik, infeksion kardiogen, ortostatik, pankreatik, toksik va boshqa turlari farq qilinadi. Belgilari: daqiqa ichida bemorning to‘satdan rangi o‘chib, badani ko‘karadi, sovuq ter bosadi, ko‘zi ich-ichiga tushib, qorachig‘i kengayadi, yuz qiyofasi o‘zgaradi, nafasi yuzaki bo‘ladi. Qon bosimi keskin pa-sayib, tomir urishi butunlay sezilmay qolishi ham mumkin. Gavda temperaturasi 35° ga, ba’zan undan ham pastga to‘shadi. Bemor majolsiz, esi kirar-chiqar bo‘lib qoladi, ayrim hollarda hushdan ketadi. K.da darhol vrach chaqiriladi, u kelguncha bemor boshiga yostiq qo‘ymay yotqiziladi, oyog‘iga grelka qo‘yiladi, issiq choy ichiriladi, u yotgan uyga sof

havo kirib turadigan qilinadi. Davo tadbirlari K.ga sabab bo‘lgan omillarni bartaraf etishga qaratilgan bo‘lishi lozim. O‘z vaqtida ko‘rsatilgan yordam yaxshi naf beradi.

72. Terminal holatlar tasnifi. Terminal holatlar fazalari. Terminal holatlarda tez yordam choralari

J: Terminal holat (lot. terminalis oxirgi, so‘nggi) — hayotning so‘nggi bosqichi; hayot bilan o‘lim orasidagi g‘olat. Bunda organizm yashashi uchun muhim bo‘lgan organ va sistemalar faoliyatida (hatto tiklash mumkin bo‘lsa ham) chuqur o‘zgarishlar ro‘y berib, gipoksiya kuchayadi. T.g‘. (behushlik boshlansada) nafas reflekslari va yurak faoliyati saqlanib turgan agoniyao l d i , agoniya va klinik o‘lim kabi 3 bosqichni o‘z ichiga oladi. Terminal holatning davomiyligi asosiy kasallikning og‘irengilligi va organizmni jonlashtirish (qarang Reanimatsiya) choratadbirlari ko‘rilishiga bog‘liq.
Terminal xolat- organizm hayot uchun muhim a'zolar faoliyati buzulishining kritik bo’sag‘asi bo’lib, A/B ning tushishi, gazlar almashinuvining va metabolizmning keskin buzilishi bilan kechadigan jarayon.
Terminal xolat va klinik o’lim. Terminal xolatlar deb - qo’shimcha aralashmasiz o’limga olib keluvchi vital funksiyalarning dekompensasiya bilan kechuvchi patologik jarayonga aytiladi. Terminal xolat bu – o’lim bilan hayog’t o’rtasidagi chegaraviy xolat bo’lib, biologik o’lim bilan tugashi mumkin. Xayog’tiy muhim organlar faoliyatini to’xtashiga klinik o’lim deyiladi. Biroq, klinik o’limda xayog’t uchun muhim a’zolarda moddalar almashinuvi saqlangan bo’ladi. Bu qaytar jarayog’n bo’lib, bu xolatdan organizmni qayta tiriltirish mumkin.

Biologik o’lim – qaytmas jarayon bo’lib, xayotiy muhim organlar va sistemalar faoliyatining to’xtashi bilan birga moddalar almashinuvi xam to’xtaydi.

Terminal xolat davrlari:
Preogoniya
Agoniya

Klinik o’lim

1. Preogoniya – markaziy nerv sistemasida po’stloq usti qismida tormozlanish, po’stloq osti qismida qo’zalish bo’ladi. AQB 60 mm. simob ustunidan past, puls tezlashgan, hansirash, teri yuzasida oqarish, sianoz, nafas qisishi bo’ladi. Bir minutdan bir necha sutkagacha davom etishi mumkin.

2. Agoniya. Bemorni hushi va ko’z reflekslari (yog’rulikni sezish refleksdan tashqari) yog’’qoladi. Puls aniqlanmaydi yog’ki ipsimon bo’ladi, yurak tonlari bo’iq, chuqur, nafas olishi onda-sonda, chuqur va tez-tez yuzaki bo’ladi. Noadekvat nafas va qon aylanish natijasida kompensator mexanizmlar toliqadi. Bu xolat davomiyligi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etib nafas va yurak to’xtashiga olib keladi.

Terminal pauza – bu davrda tormozlanish po’stloq ostiga o’tadi, lekin hamma hujayralari tormozlanmaydi. Barcha hayotiy jarayog’nlar (nafas olishi, yurak urishi, hushi) tiklanadi. Atrofdagilarga nisbatan reaksiya paydo bo’lishi mumkin. Bu bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etadi.

73. Meningit. Kasallik belgilari. Meningitda shifoxonagacha bo`lgan bosqichdagi shoshilinch yordam haqida ma`lumot bering.

J: Meningit — infektsion etiologiyali, bosh miya va / yoki orqa miya qobig’ining yallig’lanishli jarayonlaridir. Meningitning klinik belgilariga qattiq bo’yin (bo’yin muskullarining qisqarishi, bemorning boshi orqaga tortilib qoladi va normal holatga qaytish qiyin bo’ladi), kuchli bosh og’rig’i, tana gipertermiyasi, ong buzilishi, ovoz va yorug’li qo’zg’atuvchilariga o’ta sezuvchanlik kiradi. Meningit qobiqning infektsiyalanganligiga javob tariqasida birlamchi shakl yoki boshqa kasalliklar asoratlari tufayli yuzaga keladigan ikkilamchi shakl sifatida namoyon bo’ladi. Meningit — yuqori o’lim ko’rsatkichli, bemorlarni nogiron qiladigan, bedavo buzilishlar va organizm disfunktsiyasiga olib keladigan kasallikdir.
MENINGITNING ASOSIY ALOMATLARI

Meningit quyidagi belgilar bilan namoyon bo'ladi:
Kuchli bosh og'rig'i;
Gipertermiya 40 °C gacha, isitma, varaja;
Giperesteziya, turli qo'zg'atuvchilarga yuqori sezuvchanlik (yorug'lik, tovushli, tegadigan);
Bosh aylanishi, chalkashlik, gallyutsinatsiyalar, hatto komagacha borishi mumkin bo'lgan ongning buzilishi;
Ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynish, qayta-qayta qusish;
Diareya;
Ko'z qovoqlarida bosim hissi, ehtimol ko'z yoshlanishi, konyunktivitning namoyon bo'lishi;
Yallig'lanish tufayli limfa bezlarining kattalashishi, og'rishi;
Uch shoxli nerv sohasi, qoshlar orasi , ko'z osti palpatsiya qilinganda og'riqli hislar;
Kernig simptomining mavjudligi (oyoqlarni tizza bo'g'imlarida yoza olmaslik, bu tos-boldir guruh mushaklarining tarangligi ortishi natijasida yuz beradi);
Brudzinskiy simptomiga ijobiy javob (bosh egiltirilganda, bosilganda oyoq-qo'llarning reflektor harakatari);
Bexterev simptomlarining namoyon bo'lishi (yuz urib ko'rilishiga javoban yuz mushaklarining qisqarishi);
Po'latovning alomati (boshning sochli qismi urib ko'rilganda og'riqli hislar);
Mendel alomatlari (tashqi eshitish kanalini bosish og'riqni keltirib chiqaradi);
Chaqaloqlarda Lesaj alomatlari: pulsatsiya, agar bola qo'litlaridan ushlab ko'tarilsa, boshi orqaga ketib qoladi, oyoqlarini esa qorniga ko'tarib, bukib oladi.
MENINGIT ASORATLARI
Meningit miya qobiqlarini shikastlashi bilan organizmga ta'sir ko'rsatishi, shuningdek o'ta jiddiy asoratlar qoldirishi mumkin.
Meningitning asoratlariga quyidagilar kiradi:
Eshitish qobiliyatini yo'qotish;
Epilepsiya rivojlanishi;
Endokardit;
Yiringli artrit;
Qon ivishining buzilishi;
Bolaning ruhiy rivojlanishdan ortda qolishi;
Emotsional beqarorlik, o'ta qo'zg'aluvchanlik, asab tizimining tez charchab qolishi;
Kasallik kichkina bolalarda rivojlanishi bilan gidrotsefaliya kabi asorat yuzaga kelishi mumkin.

74. O`tkir xolitsistitlarda tez tibbiy yordam.O`tkir pankreatit, differinsial diagnostika haqida ma`lumot bering.

J: Javobi: Xolesistit (yun. cholē — *o't, safro* + kýstis — *pufak,* **холецистит**) — o't pufagida yallig'lanish jarayonidir, ko'pincha to'silib qolgan o't yo'li orqali safro chiqishi buzilishi fonida a'zoni ichak mikroflorasi bilan zararlanishi tomonidan chaqirilgan bo'ladi. Odatda xolesistit o't-tosh (safro-tosh) kasalligi asorati hisoblanadi. O't pufagi jigar yonida joylashgan va ovqat hazm qilish jarayonida faol ishtirok etadi. Safro ingichka ichakka quyiladi va u orqali chiqadi, ammo ba'zida evakuatsiya bilan bog'liq muammolar paydo bo'ladi va safro o't pufagida to'planadi, natijada kuchli og'riq va infektsiya rivojlanishi xavfi ortadi.

O‘tkir xoletsistitning 90% dan ko‘prog‘i o‘t pufagidagi tosh bilan kista kanalining tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladi. O‘t pufagida tosh paydo bo‘lishining xavf omillari orasida homiladorlikda ichilgan tabletkalari, homiladorlik, nasliy o‘t pufagida tosh kasalligi bo‘lganda, semirish, diabet, jigar kasalligi yoki tez vazn yo‘qotish kiradi. O‘tkir xoletsistit vaskulit yoki kimyoterapiya natijasida yoki jiddiy travma yoki kuyishdan tiklanish paytida yuzaga keladi.

O‘t pufagida tosh bo‘lgan ko‘pchilik odamlarda alomatlar bo‘lmaydi. Biroq, o‘t pufagidagi tosh vaqtincha o‘t pufagi nayida joylashganida, ular safro sanchig‘ini boshdan kechiradilar. Biliar kolik (jigar og‘rig‘i) — o‘ng yuqori kvadrat yoki epigastral sohada qorin og‘rig‘i yog‘li ovqatlarni iste'mol qilgandan keyin paydo bo‘ladi va ko‘ngil aynishi va qayt qilishga olib keladi. Xoletsistit bilan og‘rigan odamlarda ko‘pincha xoletsistit rivojlanishidan oldin jigar og‘rig‘i belgilari mavjud. Xoletsistitda og‘riq kuchli va doimiy bo‘ladi. Ko‘ngil aynishi tez-tez uchraydi va qusish xoletsistit

bilan og‘rigan odamlarning 75% da uchraydi. Qorin og‘rig‘idan tashqari, o‘ng elka og‘rig‘i ham bo‘lishi mumkin.
Davolash o‘t pufagini laparoskopik olib tashlash bilan, iloji bo‘lsa 24 soat ichida amalga oshiriladi. Jarrohlik paytida o‘t yo‘llarini suratga olish tavsiya etiladi. Antibiotiklarni muntazam ravishda qo‘llash xavfli. Agar operatsiya o‘z vaqtida amalga oshirilmasa ular tavsiya etiladi. Umumiy o‘t yo‘lidagi toshlar operatsiyadan oldin endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERCP) yoki jarrohlik paytida olib tashlanishi mumkin. Jarrohlikdan keyin asoratlar kam uchraydi. Jarrohlikni o‘tkazib bo‘lmasa bemorda o‘t pufagi drenajlanishi mumkin.
Pankreatit me’da osti bezi to‘qima hujayralarining yallig‘lanishi bo‘lib, uning o‘tkir va surunkali turi farqlanadi. Surunkali pankreatit mustaqil kasallik bo‘lmay, balki o‘tkir pankreatitning davomi yoki natijasi sifatida qarash mumkin. Ushbu maqolamiz orqali surunkali va o‘tkir pankreatit haqida ma’lumot olishingiz mumkin.
Pankreatit turlari
O‘tkir pankreatit — oshqozon osti bezi to‘qimalarining o‘z fermentlari tasiri ostida «o‘z-o‘zini yemirishi» oqibatida yuzaga keladigan o‘tkir yallig‘lanish jarayonidir.
Surunkali pankreatit esa mustaqil kasallik bo‘lmay, balki o‘tkir pankreatitning davomi va natijasi bo‘lgan bosqichi hisoblanadi.
O‘tkir pankreatit bilan kasallanganlarning deyarli 70 % ini ayollar tashkil qiladi. Kasallik, ayniqsa, 50-70 yosh ayollarda ko‘proq kuzatiladi. So‘nggi o‘n yilliklarda surunkali pankreatit bilan og‘rigan bemorlar soni ham ortib bormoqda.
O‘tkir pankreatit
O‘tkir pankreatit rivojlanish sabablari turli-tuman bo‘lib, barcha etiologik omillar zamirida bezning normal faoliyatining buzilishi yotadi. Bunda oshqozon osti bezi ishlab chiqarayotgan, ovqat hazmlanishi uchun zarur bo‘lgan fermentlar o‘n ikki barmoqli ichakka tushmay qoladi va o‘z-o‘zini yemira boshlaydi. Shuningdek, ajralayotgan ferment va zaharli moddalar qonga tushib, boshqa a’zolarga ham zarar yetqazishi mumkin. Shuni ham unutmaslik kerakki, oshqozon osti bezi qondagi qand moddasi miqdori oshib ketmasligi uchun mas’ul bo‘lgan gormon — insulinni ishlab chiqaradi.
O‘tkir pankreatit sabablari:
O‘t pufagi va o‘t yo‘llari kasalliklari;
Surunkali alkogolizm va politoksikomaniya
Oshqozon osti bezining jarohatlari;
Infeksion kasalliklarning bir qancha turlari (gepatit, parotit)
Bez yo‘lining toshlar yoki o‘sma hujayralari bilan bekilib qolishi;
Me’da osti bezida qon aylanishining buzlishi (tromboz, emboliya, qon tomirlar bog‘lanishi);
Uzoq muddat gormonal preparatlarni qabul qilish;
Sistemali qizil yugurigi, revmatoid artrit kasalliklari oqibati;
Ovqatlanish tartibini buzish;
Kasallik aksar hollarda to‘sh osti sohasida sohasida va chap qovurg‘alar ostida og‘irlik sezgisi hamda og‘riq, kekirish, qorinning o‘rta darajada dam bo‘lishi kabi buzilishlardan keyin boshlanadi. Og‘riq o‘tkir pankreatitning asosiy va doimiy belgisidir. Og‘riq bemorda to‘satdan paydo bo‘ladi. Xarakteriga ko‘ra og‘riq juda kuchli, simmillovchi, kamroq vaqt davomida tutadi. Og‘riq shu darajada kuchli bo‘ladiki, hattoki, bemor hushidan ketib qolishi ham mumkin. Og‘riq ko‘pincha belbog‘simon ko‘rinishda bo‘lib, yelkalar ustiga, to‘sh suyagi orqasiga o‘tadi. Buni ba’zida bemor ham shifokor ham miokard infarti deb yanglishishi mumkin. Bemor qorni tobora shishib boradi, ich kelmaslgi va yel chiqmasligi kuzatiladi. Kasallik rivojlangani sari tana harorati ham ko‘tarilishi mumkin.
Aksariyat hollarda bemorda sariqlik holati kuzatilib, o‘t suyuqligining normal oqishining buzilishi va jigardagi og‘ir zaharlanish holatidan dalolat beradi.
Kasallikni davolash
O‘tkir pankreatitni davolash shifokor tomonidan kasallikning darajasiga, bu kasallik bilan birga kelgan hamroh kasallik bor yoki yo‘qligiga, bemorning umumiy ahvoliga va boshqa ko‘plab jihatlarga qarab tayinlanadi. Davolash konservativ va operativ usullar orqali amalga oshiriladi.

O‘tkir pankreatit asoratlari
Shok;
O‘tkir yurak yetishmovchiligi;
Peritonit;
Hazm tizimi a’zolaridan qon ketishi;
O‘tkir buyrak yetishmovchiligi.
O‘tkir pankreatit profilaktikasi
Spirtli ichimliklar ichmaslik;
To‘g‘ri ovqatlanish;
Ruhiy zo‘riqishlardan chetlashish zarur.

75. Ichakdan ovqatni o‘tmay qolishi belgilari va kasallik kechishi. Ichakdan ovqatni o`tmay qolish holatlarda shoshilinch yordam qanday bo`lishi lozim?

J: Ichak tutilishi - bu oshqozon-ichak trakti orqali oziq-ovqat massalarining harakatlanishining buzilishi bilan tavsiflangan patologiya. Agar kasallik o'tkir bosqichga kirsa, u hayot uchun xavfli bo'ladi.

Ushbu patologiya turli kasalliklarning oqibati yoki asoratlari bo'lishi mumkin. Oziq-ovqat harakatining to'liq yoki qisman buzilishi sodir bo'lishi mumkin va to'siq qanchalik baland bo'lsa, kasallik shunchalik og'irroq bo'ladi.
Turlari:
Dinamik (paralitik va spastik). Ichak mushaklarining mushak tonusining oshishi natijasida paydo bo'ladi. Asosiy sabablar - qurtlar, o'tkir pankreatit, begona jismlarning shikastlanishi, shuningdek, oziq-ovqat infektsiyalari, jarrohlik aralashuvlar, morfin yoki og'ir metallarning tuzlarini o'z ichiga olgan dorilar natijasida kelib chiqqan ichak mushaklarining falajlari.

Mexanik (strangulyatsiya va obstruktsiya). U turli shakllarda bo'ladi va oziq-ovqat massasining harakatiga to'sqinlik qilish tufayli paydo bo'ladi, masalan, toshlar, begona jismlar, ichak lümenini siqib chiqaradigan boshqa organlarning o'smalari va kistlari. Og'ir holat ichak qovuzloqlari tugunlari yoki volvulus deb hisoblanadi.

76. O`tkir prostatit, sabablari va belgilari. Prostatitda siydikning o‘tkir tutilishi. Shifoxonagacha bo`lgan davrda shoshilinch yordam asoslab bering.

J: Prostatit – bu prostata bezining yallig'lanish jarayonidir. Statistikaga murojaat qiladigan bo'lsak, bu kasallik barcha erkaklar urologik kasalliklarining taxminan 10 foizini tashkil etishini tushunish mumkin.
Prostata nima?
Prostatit - bu faqat erkak organizmining kasalligi hisoblanadi, chunki prostata faqat erkaklarda mavjud organdir. Bu bezli organ bo'lib, u juft bo'lmagan, qovuq ostida, siydik chiqarish nayining (uretra) boshlanishini o'rab turgan holda joylashgan. Bu yerda prostata kanallari ham joylashgan. Ereksiya sodir bo'lganda, prostata kattalashadi, buning natijasida u uretrani toraytiradi va shu bilan siydikning shahvat suyuqligi bilan aralashishini oldini oladi. Bu uning asosiy mexanik funksiyasidir. Kimyoviy funksiyasi esa sperma tarkibidagi suyuqlikni sintez qilishdir. Prostata bezining faoliyati gipofiz, buyrak usti bezi va jinsiy bezlar gormonlari kabi bir qancha gormonlar tomonidan boshqariladi.
O'tkir prostatit: tashxis va alomatlar
Prostatitning o'tkir turi keng tarqalmagan, lekin ayni paytda kasallikning juda og'ir shakli hisoblanadi. Kasallikning boshlanishi keskin, to'satdan bo`ladi. E'tibor berish kerak bo'lgan birinchi belgilar:
Tana haroratining ko'tarilishi, shuningdek, sonlar orasidagi va qo'ltiq ostidagi harorati keskin farq qilishi mumkin.

Sonlar orasida, qorinning pastki qismida og'riqlar bo`lishi, og`riq shuningdek, bel yoki orqa chiqaruv teshigi sohasiga ham o`tishi mumkin.
Dizuriya (peshob chiqarishning buzilishi) turli xil bo`lishi mumkin. Og'riqli peshob kelishi yoki nikturiya (tunda ko`p miqdorda peshob kelishi) eng ko'p uchraydi.
Tana intoksikatsiyasi, kuchli holsizlik, lohaslik, mushaklar og'rig'i, bosh og'rig'i, charchoq.
Infeksiyaning boshqa organlarga tarqalishi ehtimoli tufayli, kasallik sistit, pielonefrit va og'ir holatlarda, immunitetning pasayganda - sepsis kabi ko'plab asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.
Kasallikka shifokor tomonidan bemorning shikoyatlari asosida prostata bezi qo`l bilan tekshirilganda tashxis qo`yiladi, tekshiruv davomida uning hajmi aniqlanadi. Laboratoriya tekshiruvlari ham shifokor tomonidan belgilanadi: qonning umumiy tahlili, siydikning umumiy tahlili, yallig'lanishning o'tkir bosqichida oqsil miqdori haqida ma'lumot olish uchun qonning biokimyoviy tahlili. Qaysi dori vositalari kasallik bilan eng yaxshi kurashishini aniqlash uchun bakterioskopiya va antibiotiklarga sezuvchanlikni tekshirish uchun uretradan surtma olinadi. Kasallikning o'tkir turida prostata bezini qo`l bilan tekshirilmaydi, chunki bu infeksiyaning tarqalishiga olib kelishi mumkin va kasallikni aniqlash UTT yordamida amalga oshiriladi. Agar shifokor abssess borligiga shubha qilsa, MRT yoki KT tekshiruvlarini buyurishi mumkin.
Surunkali prostatit: tashxis va alomatlar
Surunkali prostatit kasallikning o'tkir turidan farq qiladi. Kasallik odatda sekinlik bilan, klinik belgilarsiz rivojlanadi, noqulaylik tug'dirmaydi va bemor darhol shifokorga murojaat qilmaydi. Ko`pincha bemorlar surunkali prostatitni o`tkazib yuborishadi va uni davolash qiyin yoki imkonsiz bo'ladi. Quyidagi alomatlar surunkali prostatit belgilari bo'lishi mumkin va ularga vaqtida e`tibor qaratish lozim:
oraliq, chov va qov tepasidagi og`riq;;
prostataning kattalashishi bilan bo`liq peshob chiqarishning buzilishi, tez-tez og`riqli peshobga chiqish;;
jinsiy tomondan buzilishlar - ereksiya susayishi, urug` chiqarish buzilishi, jinsiy istakning pasayishi;
tananing umumiy intoksikatsiyasi: lohaslik, charchoq, holsizlik, mushaklarda, bo'g'imlarda og'riq;
bemor ruhiy holatining buzilishi: apatiya, asabiylashish, jahldorlik.
Kasallik kuchayganda alomatlar ham kuchayadi, remissiya holatida esa belgilar butunlay yo`qolishi ham mumkin. Bemor sovqotganda yoki virusli infeksiyalar va ortiqcha energiya sarflanishi tufayli immunitetning pasayganda kasallik kuchayishi mumkin.
Surunkali prostatit shifokor ko`rigi va laboratoriya tahlillari orqali aniqlanadi. Shifokor siydik va qon tahlili, uretradan olingan surtma bakterioskopiyasini, prostata massaji orqali olingan prostate suyuqligi mikroskopiyasini buyuradi. Prostata bezini ko'rikdan o`tkazish uchun UTT buyuriladi.

77. Nefropatiya. Preeklampsiya. Eklampsiya. Belgilari, tashxisi, shoshilinch yordam ko`rsatishni aytib bering.

J: Nefropatiya nima?
Bu qonni filtrlaydigan buyraklardagi mayda qon tomirlarining shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan buyrak kasalligi.
Nefropatiya belgilari
Nafas olish
Ishtahaning yo'qolishi
Ko'ngil aynishi va qayt qilish
Doimiy qichishish
Charchoq
Siydikdagi protein
Oyoqlarning, to'piqlarning shishishi
Nefropatiya sabablari
Qandli diabet
Nefropatiya tashxisi

Qon testlari
Siydik testlari
Tasvirlash testlari
Buyrak biopsiyasi
Buyrak funktsiyasi testlari.
Nefropatiya davolash
Davolash imkoniyatlari:
Yuqori xolesterinni nazorat qiling
Yuqori qon shakarini boshqaring
Yuqori qon bosimi nazorat ostida bo'lsin
Nazorat ostida siydikda protein bor
Buyrak dializi
Buyrak transplantatsiyasi: Jarrohlik paytida jarroh qorinning bir tomonining pastki qismida kesma qiladi va yangi buyrakni tanaga joylashtiradi. Yangi buyrakning qon tomirlari qorin bo'shlig'ining pastki qismidagi, oyoqlaringizdan birining tepasida joylashgan qon tomirlariga biriktirilgan. Yangi buyrakning siydik yo'li - buyrakni siydik pufagi bilan bog'laydigan naycha - siydik pufagi bilan bog'langan.

Preeklampsiya nima degani?

Preeklampsiya homiladorlik davrida qon bosimining oshishiga olib keladigan kasallikdir. Undan tashqari unda homilador ayol siydigida oqsilning keskin oshishi, buyraklarda patologik holatlar namoyon bo'lishi mumkin.
Kim preeklampsiyaga moyil bo'ladi?
Birinchi homiladorlikni kechirayotganlar;
Yoshi 18dan kam bo'lganlar;
Yoshi 40dan oshgan homilador ayollar;
Homiladorlikdan oldin qon bosimi oshib turadigan ayollar;
Onasi yoki opa-singlisida preeklampsiya bo'lganlar;
O'ta yuqori vaznga ega ayollar;
Bir nechta homilalik homiladorlikka ega bo'lganlar;
Bundan oldingi homiladorligi bilan farqi 10 yildan oshgan ayollar;
Qand va buyrak kasalliklari mavjud ayollar.
Preeklampsiya alomatlari qanday?
Tana a'zolarining shishi (qo'l, oyoq, yuz) yoki birdan 1-2 kun ichida shishib ketishi;
Siydikda oqsil moddasining borligi;
Qon bosimining yuqoriligi;
Vaznning tezlik bilan ortishi;
Qorin og'rishi;
Bosh og'rishi;
Siyish miqdorining kamayishi yoki deyarli siymaslik;
Ko'rish qobiliyatining buzilishi.
Preeklampsiyaning salbiy oqibati qanday?
Agar preeklampsiya homiladorlikning oxirgi 1-2 haftasida rivojlansa, bola tug'dirib olinadi va u beziyon o'tib ketadi.
Agar preeklampsiya homiladorlikning o'rtalarida o'tkir shaklida namoyon bo'lsa, u holda onaning salomatligi xavf ostida bo'ladi. Yuqori qon bosimi natijasida qon aylanish sekinlashadi va jigar, buyrak va miya bundan zarba olishi mumkin, kelajakda esa yurak qon-tomir kasalliklari rivojlanadi. Undan tashqari qon aylanishining sekinlashuvi yo'ldoshni kerakli ozuqa bilan ta'minlashda to'sqinlik yaratadi, natijada homilaning sekin rivojlanishi, homila oldi suyuqligining miqdori kamayishi, yo'ldoshning bachadondan muddatidan oldin ajralishi kabi holatlar yuzaga keladi.
Preeklampsiya qanday davolanadi?

Agar preeklampsiya homiladorlikning 36 haftasidan so'ng namoyon bo'lsa, u holda bola muddatidan oldin tug'dirib olinadi. Bunda preeklampsiyaning rivojlanishi natijasida ona va bolaga bo'lishi mumkin bo'lgan salbiy ta'sirning oldi olinadi.
Agar preeklampsiya bolaning tug'ilishi muddatidan ancha oldin namoyon bo'lsa, davolash muolajalari amalga oshiriladi. Bunda onaga, asosan, yotish va kasalxonada shifokorning keskin nazorati ostida bo'lish tavsiya etiladi. Onaning qon bosimi va bolaning yurak urishi doimiy tarzda nazorat ostida bo'ladi. Siydikdagi oqsillar miqdori tekshirilib turiladi. Onaga qon bosimining oshmasligini ta'minlovchi dori vositalari qo'llaniladi.
Agar preeklampsiyaning darajasi yomonlashib borayotgan bo'lsa, onaning hayoti xavf ostida bo'ladi va ushbu holatda homiladorlikning muddatidan qat'iy nazar bola tug'dirib olinadi. Bunda onada preeklampsiya holati 1-6 hafta ichida o'zi o'tib ketadi.
Ba'zida preeklampsiya aynan tug'ish jarayonida paydo bo'lishi mumkin. Shunda onaning qon bosimini tushirish uchun kerakli dori-vositalari qo'llaniladi va tug'ishdan so'ng ham ona bir necha kun davomida keskin nazorat ostida qoladi.
Preeklampsiyani oldini olish mumkinmi?
Amerika olimlarining tadqiqodlarining ko'rsatishicha, homiladorlikning ilk 12 haftasida aspirin dori-vositasini qabul qilgan ayollarda keyinchalik preeklampsiya rivojlanishi ehtimoli yuqori ekan. Shuning uchun homiladorlikni rejalashtirayotgan va homilador ayollar aspirin ichmasliklari maqsadga muvofiq bo'ladi.
Preeklampsiyani oldini olish bo'yicha aniq tavsiyalar mavjud emas. Ba'zi tadqiqotlarning ko'rsatishicha, homilador ayol organizmida kalsiy moddasining keskin yetishmovchiligi va ba'zi kasalliklar qon bosimining ortishiga sababchi bo'lar ekan.
Shuning uchun eng muhimi, doimiy ravishda shifokor ko'rigida bo'lib, preeklampsiyaning ilk belgilarini tutib olish va davolashdir.

EKLAMPSIYA (yun. — chaqnash) — homiladorlik toksikozlarining xavfli shakli.Birinchi marta bo‘yida bo‘lgan, aksari egiz homiladorlik yoki buyrak, yuraktomir kasalliklariborayollarda homiladorlikning ikkinchi yarmida, ko‘pincha so‘nggi oylarida vujudgakeladi.Bugungi kunga kelib, akusherlikda hech qanday muammo preeklampsiya va eklampsiyamuammosi singari katta e'tiborni jalb qilmagan. Homilador ayollarningumumiypopulyatsiyasida preeklampsi kasalligi 5-10%, eklampsiya esa 0,05%ni tashkil qiladi.
Davolanishi Magniy sulfatining gipotenziv ta’sirini qon tomirlarning pressor moddalargareaktsiyasini pasaytirish imkoniyati bilan bog’lashadi (angiotenzin II, noradrenalin). Mg2+ionlari Sa2+ ionlariga antagonistik ta’sir ko’rsatishini bunga qo’shimcha qilib ko’rsatishmumkin.Magniy sulfati – og’ir preeklampsiya va eklampsiyada talvasalarni davolashdaboshqatalvasalarga qarshi moddalar(diazepam va fenitoin) qatorida tanlash vositasi hisoblanadi.Eklapsiyani o’rganishdagi sinovlar shuni ko’rsatadiki, magniy sulьfat bilan davolanganayollardadiazepam va fenitoin bilan davolangandan ko’ra, qaytalovchi xurujlar kamroq kuzatiladi, vaonalar o’limi ko’rsatkichi bir qancha pasaygan.

78. Ko`zning termik va kimyoviy kuyishlarida klinik belgilar. Ko`zning termik va kimyoviy kuyishlarda shoshilinch yordamni ayting.

J: Ko'zning kuyishi termal yoki kimyoviy jarohatlardan keyin sodir bo'lishi mumkin va jiddiy asoratlarni, shu jumladan doimiy ko'rlikni keltirib chiqarishi mumkin.
Termal ko'z kuyishi
Miltillash refleksi odatda termal stimulga javoban ko'zning yopilishiga olib keladi.
Shunday qilib, termal kuyishlar kon'yunktiva yoki shox pardaga emas, balki ko'z qovog'iga ta'sir qiladi.
Termik kuyishlar steril izotonik fiziologik eritma bilan ehtiyotkorlik bilan tozalanishi kerak, so'ngra oftalmik antibiotikli malham (masalan, kuniga ikki marta bakitratsin) qo'llanilishi kerak.
Konyunktiva yoki shox pardani o'z ichiga olgan termal kuyishlarning aksariyati engildir va sezilarli oqibatlarsiz davolanadi.

Ular og'iz orqali og'riq qoldiruvchi vositalar (paratsetamol bilan yoki oksikodonsiz), sikloplejik midriatiklar (masalan, homatropin 5% dan kuniga 4 marta) va topikal oftalmik antibiotiklar (masalan, bacitracin/polimiksin B oftalmik malham yoki siprofloksatsin 0.3/4 marta oftalmik malham) bilan davolanadi. kuniga 3-5 kun).

Ko'zning kimyoviy kuyishi

Shox parda va kon'yunktivaning kimyoviy kuyishi ko'z shikastlanishining 11-22% ni tashkil qiladi va ayniqsa kuchli kislotalar va ishqorlar ishtirok etganda og'ir bo'lishi mumkin.

Ishqoriy kuyishlar kislota kuyishidan ko'ra jiddiyroqdir.

Kimyoviy kuyishlar imkon qadar tezroq ko'p miqdorda sug'orilishi kerak.

Ko'zni 0.5% proparakain tomchisi bilan behushlik qilish mumkin, ammo sug'orish kechiktirilmasligi va kamida 30 minut davom etishi kerak.

Boratli bufer eritmasi ko'z ichi pH ni to'g'irlash uchun keng qo'llaniladigan boshqa sug'orish eritmalariga qaraganda samaraliroq bo'lishi mumkin, shu bilan birga muvozanatli tuz eritmasi (pH 7.4 bo'lgan steril izotonik eritma) uzoqroq sug'orish vaqtini ta'minlaydigan bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi.

Ammo sug'orishda kechikishlarga yo'l qo'ymaslik uchun har qanday sho'r eritma yoki suvdan foydalanish mumkin.

Ko'z qovoqlari ostiga o'rnatilgan irrigatsiya linzalari yordamida sug'orishni osonlashtirish mumkin, ammo bu ba'zi bemorlarda linzasiz sug'orishdan ko'ra ko'proq tirnash xususiyati keltirishi mumkin.

Kislota va gidroksidi kuyishlarda ba'zi mutaxassislar 1 dan 2 litrgacha sug'orishni taklif qiladilar; ko'pchilik mutaxassislar kon'yunktivaning pH darajasi normallashguncha (pH indikatorlari yordamida) sug'orishni tavsiya qiladi.

Sug'orishdan so'ng, kon'yunktival fornikslar to'qimalarga singib ketgan kimyoviy moddalar uchun tekshirilishi kerak va tutilgan zarralarni olib tashlash uchun tampon bilan tozalanishi kerak.

Ko‘z qovog‘ini ikki marta burish (ya’ni, avval ko‘z qovog‘ini burish, so‘ng ko‘z qovog‘i ostiga prokladka solib, ko‘z qopqog‘i ko‘ringuncha ko‘tarish) yordamida ustki teshiklar ochiladi.

Engil kimyoviy kuyishlar odatda topikal ko'z antibiotiklari bilan davolanadi (masalan, eritromitsin malhami 0.5%) kuniga 4 marta va agar kerak bo'lsa, yordam berish uchun siklopleji (masalan, siklopentolat).

Mahalliy kortikosteroidlar kimyoviy kuyishdan keyin shox parda teshilishiga olib kelishi mumkinligi sababli, ular faqat oftalmolog tomonidan belgilanishi kerak.

Dastlabki sug'orishdan keyin topikal anestezikani qo'llash mumkin emas; kuchli og'riqni oksikodon bilan yoki bo'lmasdan asetaminofen (paratsetamol) bilan davolash mumkin.

Agar bemorning buyrak funktsiyasi buzilgan bo'lsa, kollagen sintezini rag'batlantirish uchun og'iz orqali C vitamini (kattalarda kuniga 2 marta 4 g) qo'llanilishi mumkin.

Kollagenni barqarorlashtirish uchun tegishli bemorlarda og'iz orqali doksisiklin ham qo'llanilishi mumkin, ammo ikkala yondashuv ham oftalmolog maslahati bilan amalga oshirilishi kerak.

Proteolitik faollikni kamaytirish uchun sitrat ko'z tomchilari va trombotsitlarga boy plazma ko'z tomchilari ham davolanishga yordam beradi va ularni faqat oftalmolog bilan maslahatlashganidan keyin qo'llash kerak.

Og'ir kimyoviy kuyishlar ko'rishni saqlab qolish va shox pardaning chandiqlari, ko'z olmasining teshilishi va ko'z qovoqlarining deformatsiyasi kabi asoratlarning oldini olish uchun oftalmolog tomonidan davolanishni talab qiladi; tibbiy davolanishdan tashqari, og'ir kimyoviy kuyishlar jarrohlik muolajalarni talab qilishi mumkin.

Ko'rishning keskin pasayishi, kon'yunktivaning avaskulyar joylari yoki kon'yunktiva yoki shox parda epiteliysining yo'qolishi, flüoresan bilan bo'yash bilan namoyon bo'lgan bemorlar imkon qadar tezroq va ta'sir qilinganidan keyin 24 soatdan kechiktirmasdan oftalmologga murojaat qilishlari kerak.

Kimyoviy irit, kimyoviy kuyishdan keyin soat yoki kun o'tgach rivojlanadigan fotofobi (yorug'lik ta'sirida chuqur ko'z og'rig'i) bo'lgan bemorlarda gumon qilinadi va alevlenme bilan tashxis qilinadi. oq qon hujayralari tirqishli chiroqni tekshirish paytida old kamerada.

Kimyoviy irit uzoq muddatli ta'sir qiluvchi sikloplejik (masalan, 2% yoki 5% homatropin yoki 0.25% skopolamin eritmasining bir martalik dozasi) tomizish orqali davolanadi.

79. Epidemologik jarayon deganda nimani tushunasiz.Yuqumli kasalliklarning yuqish yo`llarini aytib bering.

Epidemiologiya - bu epidemik jarayon qonuniyatlari, uning odamlar orasida vujudga kelishi va tarqalish sabablari, profilaktika qilish usullari va tadbirlari haqidagi fan (ta'limot)dir.

Turli yuqumli kasalliklarda epidemik jarayonning o ‘xshashligi, qolaversa uning umumiyligi sababli umumiy epidemiologiya hamda har bir yuqumli kasallik o ‘ziga xos epidemik jarayonni xarakterlaydigan spetsifik xususiyatlarga egaligi tufayli xususiy epidemiologiya vujudga keldi.

Epidemik jarayon

Yuqumli kasalliklar qo‘zg‘atuvchilarining kishilar jamoasi orasida tarqalishi epidemik jarayon deyiladi. ***Epidemik jarayon quyidagi uchta zaruriy sharoit***

(harakatlantiruvchi kuchlar) mavjud bo`lgandagina vujudga keladi:

1. *Infeksiya manbai.*
2. *Infeksiyaning yuqish mexanizmi.*
3. *Aholining kasallikka moyilligi.*

Ko‘rsatilgan bu sharoitlardan birortasi bo‘lmasa, epidemik jarayon to ‘xtaydi. Shuni ham aytish zarurki, bu sharoitlarning mavjudligigina epidemik jarayon rivojlanishi uchun yetarli emas. Imkoniyat qulay sharoitlar bo‘lgandagina reallikka aylanadi. Odamning bunday hayotiy sharoitlariga tabiiy va ijtimoiy sharoitlar kiradi.

Epidemik jarayonning birlamchi elementi epidemik o ‘choqdir. ***Epidemik o‘choq*** *- bu infeksiya manbaining konkret holatda mazkur infeksiyaning atrofdagi kishilarga yuqishi mumkin*

bo‘lgan ma’lum territoriyasi hisoblanadi. Epidemik jarayonning quyidagi darajalari farqlanadi:

1. *Sporadik kasallanish - kasallanishning onda - sonda uchrab turishi.*
2. *Epidemiya — mazkur joyda kasallanishning ancha ko‘p uchrashi (sporadik kasallanish darajasidan 3—5 marta va undan ortiq ko‘payishi).*
3. *Pandemiya - grekcha «umumxalq» degan ma’noni anglatadi. Ko‘p mamlakatlar va hatto mintaqalarni qamrab oluvchi katta epidemiya — pandemiya deyiladi (masalan, 1889, 1918, 1957 va 1968-yillardagi gripp pandemiyasi, 1894-yildagi o‘lat pandemiyasi).*

Shunday kasalliklar borki, bu kasalliklarning yovvoyi hayvonlar (masalan, kemiruvchilar, qushlar va boshqalar kiradi) orasida tabiiy rezervuarlari mavjud. Kasallikning tarqalishi bu hayvonlar va kasallik tarqatuvchilar (bo‘g‘im oyoqlilar) yashashi uchun qulay bo‘lgan ma’lum territoriyada chegaralanadi. Bunday kasalliklar tabiiy o‘choqli kasalliklar deb ataladi. Bunday infeksiyalarga o‘lat, tularemiya, kanadan yuqadigan rikketsiozlar, leyshmaniozlar va boshqalar kiradi.

infeksiyaning yuqish mexanizmi

Kasallik qo‘zg‘atuvchisining bemor organizmidan ajralib chiqish yo‘li organizmda uning bevosita joylashgan yeriga bog‘liqdir. Masalan, ichak infeksiyalarida qo‘zg‘atuvchilar

defekatsiyada, nafas yo‘llari infeksiyalarida nafas chiqarishda va aksa urishda ajralib chiqadi. Ko‘p qo‘zg‘atuvchilar tashqi muhitda tezroq nobud bo‘lishi mumkin.

Shuning uchun qo‘zg‘atuvchilaming noqulay omillarga chidamliligi katta ahamiyatga ega. Masalan, meningokokk infeksiyasi, so‘zak kasalliklari qo‘zg‘atuvchilari tashqi muhitda juda tez — bir necha minutlar ichida nobud bo‘lsa, kuydirgi, qoqshol va botulizm kabi kasalliklar qo‘zg‘atuvchilari spora hosil qilgan holda tuproqda yillar va hatto o‘n yillar davomida saqlanishi mumkin. Go`sht, sut va turli kremlarda ko‘pgina yuqumli kasalliklar qo`zg‘atuvchilari nafaqat uzoq vaqtgacha saqlanadi, balki bu mahsulotlarda ular ko‘payadi.

Yuqumli kasalliklar qo`zg`atuvchilarining yuqish mexanizmiga ko‘ra, infeksiya yuqishining quyidagi turlari farqlanadi.

80. Virusli gepatitlar, klassifikatsiyasi, profilaktikasini gapirib bering. Virusli gepatit B vaksinatsiyasi tartibini aytib bering.

Virusli gepatit – o‘tkir yuqumli kasallik. U jigar hujayralarining zararlanishi, umumiy intoksikatsiya belgilari, teri va shilliq qavatlarning sarg‘ayishi, peshobning to‘q sariq yoki «pivo»ga o‘xshash, najasning oqimtir tusga (gilvatarangiga) kirishi, jigar, ba’zan taloqning ham kattalashishi bilan ifodalanadi.

Bir-biriga o‘xshash olti xil virsli gepatit bo‘lib, bular A, V, S, D, E, G viruslari qo‘zg‘atadigan kasalliklardir.

Yuqishiga qarab, og‘iz orqali (A, YE) va parenteral yo‘l bilan yuqadigan (V, S, D, G) xillarga ajratiladi.

A va YE virusli gepatitlarda viruslar bemorning axlati orqali tashqariga chiqadi. Shu bois axlat, suv, oziq ovqat mahsulotlari, bemor foydalangan buyum va narsalardan ifloslanish juda xavfli hisoblanadi.

Parenteral yo‘l bilan yuqadigan virusli gepatitlar shprits, igna va boshqa tibbiy asboblarni yetarli zararsizlantirmaslik oqibatida, shuningdek, qon va qon preparatlari quyish hamda turli tibbiy muolajalar (ginekologik, stomatologik) vaqtida yuqishi mumkin.

Virusli gepatitlar davriy kechishi bilan xarakterlanadi. Uning yashirin, boshlang‘ich, avjolgan, orqaga qaytish va sog‘ayish davrlari ajratiladi.

Kasallikning yashirin davri uning turiga qarab har xil: A va YE virusli gepatitlarda 7 kundan 60 kungacha, parenteral yo‘l bilan yuqadigan xillarida 2 haftadan b oygacha, ba’zan 1 yilgacha davom etishi mumkin.

Virusli gepatitlar yengil, o‘rta va og‘ir, shuningdek, asoratsiz va asoratli, o‘tkir, surunkali hamda vaqt-vaqti bilan qaytalanib turadigan shakllarda kechadi.

Homilador ayollar va bolalarda kasallik og‘irroq kechadi.

Virusli gepatitlarning shakli-shamoyili turlicha: grippga o‘xshash, dispeptik, astenovegetativ, artralgik alomatlar, aralash sindromlar bilan hamda latent (klinik belgisiz).

Kasallik grippga o‘xshab boshlanganda bemor to‘satdan qaltiraydi, eti uvishadi, boshi og‘riydi, harorati ko‘tariladi, a’zoyi badani qaqshaydi, yo‘taladi va h. k.

Dispeptik alomatlar bilan boshlanganida bemor ko‘ngli aynib qusadi, me’da sohasida biroz og‘riq bo‘ladi, ba’zan ichi ketadi, madori qurib, ishtahasi pasayadi, o‘ng qovurg‘asi ostida og‘riq paydo bo‘ladi.

Astenovegegativ alomatlar bilan boshlanganda bemorning boshi aylanadi, og‘riydi, ko‘p terlaydi, o‘ta injiq, yig‘loqi bo‘lib qoladi.

Virusli gepatitlarning boshlang‘ich davri qanday sindrom bilan kechishidan qat’i nazar, shu kasallikka xos 3 xil belgi kuzatiladi:

1) siydikning pivo rangida bo‘lishi;
2) axlat rangining oqarishi;
3) ko‘pchilik (deyarli 90 %) hollarda jigarning kattalashishi.

Kasallikning «sariqlik davri» ham o‘ziga xos tarzda kechadi. Ko‘z oqi sarg‘ayishi bilan virusli gepatitning avj olgan davri boshlanadi; A shaklida bemor sarg‘ayishi bilan uning ahvoli ancha

yengillashib tuzala boshlaydi. Parenteral yo‘l bilan yuqadigan virusli gepatitlarda, og‘iz orqali yuqadiganlariga nisbatan sariqlik davri uzoqroq cho‘ziladi. Bemor tezda tuzalavermaydi, darmoni quriydi, ko‘ngli ayniydi, ba’zi hollarda badani qichiydi (xolestatik xili).
Virusli gepatit tashxisi, asosan, bemordan olingan ma’lumotlar, kasallikka xos alomatlar, qon tahlili va boshqa asosida qo‘yiladi.
Kasallikning boshlang‘ich davri dispeptik, kataral va soxta revmatoid sindromlarda kuzatiladigan belgilarga o‘xshab ketganligi bois, uni ana shu kasalliklardan farqlay bilish lozim.
Virusli gepatitlarning oldini olishda shaxsiy gigiyena qoidalariga qat’iy amal qilish, kasallikni o‘z vaqtida aniqlab, bemorni kasalxonaga yotqizish va u bilan yaqin bo‘lganlarni tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish hamda u tutgan idish-tovok va buyumlarni dezinfeksiya qilish muhim.
Shifoxonadan chiqqan bemorlar ma’lum muddat dispanser nazoratida bo‘lishlari lozim.
Kasallikning oldini olish maqsadida A va V gepatitlarga qarshi ltent emlanadi. U yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga, 2-marta esa 1 oyligida teri ostiga yuboriladi.
Revaksinatsiya bola b oyligida o‘tkaziladi. Emlash natijasida 95 % bolalarda kasallikka qarshi immunitet paydo bo‘ladi.
Epidemiologik jarayonlarga qarab kattalarga ham vaksina yuboriladi, u birinchi bor qilingandan keyin oradan 1 oy va b oy o‘tgach qayta emlanadi.
Emlash natijasida immunitet paydo bo‘lib, u 15-20 yilgacha saqlanadi va kasallik tarqalshining oldini oladi, virus tashuvchilik himoyalanadi.
Davolash, asosan, bemorning umumiy ahvoli va kasallikning klinik belgilariga qarab olib boriladi. Yengilroq xilida deyarli dori-darmonlar berilmaydi, kun tartibi va parhezga rioya qilish tavsiya etiladi.
Kasallikning boshqa shakllarida ham parhez va kun tartibiga amal qilishdan tashqari, glyukoza, vitaminlar, tuzli eritmalar, qon hamda plazma va qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar, zarur hollarda gormonlar, antibiotiklar va h.k. buyuriladi. Bemorga vitaminlar, karbon suvlar, oqsilga boy ovqatlar, shuningdek, turli meva sharbatlari tavsiya etiladi.

Gepatit B vaksinasi gepatit B ning oldini oluvchi vaktsinadir[1]. Birinchi dozani tug'ilgandan keyin 24 soat ichida, keyin esa yana ikki yoki uchta dozani berish tavsiya etiladi[1]. Bunga immuniteti zaif bo'lganlar, masalan, OIV/OITS va muddatidan oldin tug'ilganlar kiradi[1]. Tibbiyot xodimlariga ham emlash tavsiya etiladi[2]. Sog'lom odamlarda muntazam emlash odamlarning 95% dan ko'prog'ini himoya qiladi[1].

Vaktsina yuqori xavf ostida bo'lgan odamlarda ishlayotganini tasdiqlash uchun qon testini o'tkazish tavsiya etiladi[1]. Immunitet funktsiyasi buzilgan odamlar uchun qo'shimcha dozalar talab qilinishi mumkin, ammo ko'pchilik odamlar uchun kerak emas[1]. Gepatit B virusi (HBV) bilan kasallangan, ammo emlanmagan odamlarga vaktsinadan tashqari gepatit B immun globulini ham berilishi kerak[1]. Vaktsina mushak ichiga in'ektsiya yo'li bilan amalga oshiriladi[1].

Gepatit B vaktsinasining jiddiy ta'siri juda kam uchraydi[1]. Inyeksiya joyida og'riq paydo bo'lishi mumkin.[1] Homiladorlik yoki emizish davrida foydalanish uchun xavfsizdir[1]. Bu Guillain-Barre sindromi bilan bog'liq emas[1]. Gepatit B ga qarshi vaktsinalar rekombinant DNK texnikasi yordamida ishlab chiqariladi[1]. Ular mustaqil ravishda ham, boshqa vaktsinalar bilan birgalikda ham mavjud[1].

Gepatit B ga qarshi birinchi emlash 1981-yilda Qo'shma Shtatlarda tasdiqlangan[3]. Rekombinant nav 1986-yilda kiritilgan[1]. U Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining asosiy dori vositalari ro‘yxatiga kiritilgan[4]. Ikkala nav ham Maurise Hilleman va uning jamoasi tomonidan ishlab chiqilgan.

81. Difteriya kasalligi klinikasi, hamshira tashxisini qo`ying. AKDS , ADSM nima?

J: Difteriya [yun. diptherien – parda, et], bo’g’ma – asosan, hiqildoq, tomoq shilliq pardalarining yallig’lanishi va a’zolarning zararlanishi bilan kechadigan o’tkir infektsion kasallik. Kasallik qo’zg’atuvchisi kirgan joyni zich parda bosishi va umuman organizmning og’ir zaharlanishi (intoksikatsiya) bilan kechadi. Difteriya bilan ko’proq bolalar kasallanadi. Kasallik qo’zg’atuvchisini birinchi bo’lib nemis olimlaridan E. Klebs va F. Lefler aniqlagan (1883- 84).
Difteriya ni. difteriya tayokchasi yoki Lefler tayoqchasi (uni tasvirlagan olim nomi bilan ataladi) ko’zg’atadi. U atrof muhit ta’siriga ancha chidamli: bemor tutgan buyumlar (idish-tovoq, kitob, o’yinchoq, kiyim-kechak va boshqa(lar))da bir necha hafta saqlanishi mumkin, ammo oftobda va dezinfektsiyalovchi moddalar

ta’sirida tezda o’ladi. Kasallik, asosan, bemordan (oqadi, u butun kasallik davomida va, hatto, sog’ayib ketganidan keyin ham bir qancha vaqtgacha atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi.
Bemor yo’talganda, aksirganda, so’zlashganda difteriya mikroblari so’lak, shilimshiq, balg’am tomchlari bilan havoga chiqadi. Sog’lom odam shunday havodan nafas olganida unga kasallik (oqadi. Bakteriya tashuvchi kishi ham kasallik manbai bo’lishi mumkin. Difteriya tayoqchasi, ko’pincha, burun-halqum, tomoq va yuqori nafas yo’llari (hiqildoq, traxeyani) zararlantiradi. Bakteriya tayoqchasi shilliq pardaga o’rnashib oladi va o’zidan toksin (zahar) ajratadi, u qon va limfa bilan butun organizmga tarqaladi. Difteriya toksini shilliq pardani yallig’lantirib, unda zich parda – karash hosil qiladi.
Difteriya tayoqchasining o’rnashgan joyiga va ko’payishiga qarab tomoq, burun, hiqildoq, ko’z, tashqi jinsiy a’zolar va teri difteriyasi kuzatiladi. Kasallikning inkubatsion davri 2-10 kun. Tomoq difteriyasi holsizlanish va haroratning ko’tarilishi (38-39°) bilan boshlanadi. Tomoq og’rib jag’ osti limfa tugunlari shishadi; tomoq shilliq pardasi qizaradi, murtak bezlari va yumshoq tanglay oq yoki kulrang parda bilan qoplanadi. Difteriyaning toksinli shakli ham rivojlanishi mumkin, u tez avj oladi; harorat 40° tana ko’tariladi, yutinganda tomoq qattiq og’riydi, bemor qayta-qayta qusadi.
Umuman, darmonsizlanadi, bo’shashadi, yurak urishi tezlashadi, rangi siniqadi. Jag’ osti limfa tugunlari sohasidagi teri osti kletchatkalari shishadi va u bo’yniga, ba’zan ko’krak qafasiga tarqaladi. Tomoq shishi difteriyaning ilk belgisi bo’lib, bunda murtak bezlari va yumshoq tanglay to’qimalari bir-biriga deyarli jips yopshadi. Pardali karash tanglay, burun-halquni qoplab olib, bemor xirillab nafas olishga majbur bo’ladi, og’zini sal ochib yuradi, keyinroq burundan ko’p shilimshiq keladi.
Burun difteriyasi uzoq davom etadigan tumov bilan kechadi, ko’pincha, burunning bir tomoni bitib, qon aralash shilimshiq keladi. Jarayon sust kechib, uzoqqa cho’zilganida bir talay bakteriya tayoqchalari chiqib, tevarak atrofdagilarga jiddiy xavf tushiradi.
Hiqildoq difteriyasi, asosan, go’dak bolalarda uchraydi; bola xirillab yo’taladi, ovozi bo’g’iladi, nafas olishi qiyinlashadi, hiqildoq shishadi, ovoz boylamlari tortishadi (spazm). Bu kasallikka boshqa kasalliklar (qizamiq, skarlatina) qo’shilgandi kasallik, ayniqsa, og’ir o’tadi. Difteriya toksini ko’pchilik a’zolarga ta’sir etib, og’ir asoratlar – buyrak, yurak (q. Miokardit), nervlar (q. Polinevrit)ning zararlanishiga olib keladi. Aksari o’pka yallig’lanishi – zotiljam kuzatiladi.
Davosi. Difteriyaga qarshi zardob yuborish yaxshi naf beradi, chunki zardob difteriya tosinini zararsizlantiradi.
Oldini olish. Difteriya bilan og’rigan bemorni o’z vaqtida kasalxonaga yotqizish kerak. O’zbekistonda hamma sog’lom bolalar majburiy tartibda 2 oylikdan tortib 12 yoshgacha emlanadi. Bolalar muassasalari yoki oziq-ovqat korxonalarida ishlaydigan xodimlarning tomog’idan va burnidan shilimshiq olib, bakteriologik tekshiruvdan o’tkaziladi. Yasli, bog’chaga kanaydigan bolalar ham shu usulda tekshiriladi.
Bakteriya tashuvchilar bolalar muassasalariga ishga ko’yilmaydi va bakteriya tashuvchilikka ikki marta tekshiruvdan o’tib yaxshi natija olingandan keyingina ishga qaytadan ruxsat beriladi. Sof havoda bo’lish, xonani yaxshilab shamollatib turish, shifokor ko’rsatmasiga muvofiq dorilar qabul qilish bakteriya tshuvchilikni tezroq bartaraf etishga yordam beradi. Bola angina bo’lganda darhol shifokorga ko’rsatish zarur. Aks holda, difteriyani payqamay zardob yuborish vaqtini o’tkazib yuborib, bola hayotini xavf ostida qoldirish mumkin.

АКДС эмлаш

АКДС тавсири: адсорбирланган кўк йўтал-дифтерия-столбняк вакцинаси, демак, эмлашнинг таъсири бир вақтнинг ўзида учта қўрқинчли юқумли касалликлардан ҳимоялайди.

Кўк йўтал-дифтерия-столбняк болалар учун нимаси билан хавфли, ва нима учун “касалланиб” табиий иммунитет ҳосил қилиб олишдан кўра эмлатиб сунъий иммунитет олишяхшироқ?

- Дифтерия (бўғма) ўзининг юқумли токсик шок, полиневрит, нефроз, миокардит, нафас йўлларини ёпилиб қолиши каби оғир токсик асоратлари билан хавфли хисобланади.
- Столбняк генераллашган тетаник чангак холатига олиб келиш даражасида асаб тизимининг шикастланишини чақиради.

- Кўк йўтал, айниқса бир ёшгача, апноэ (нафаснинг тўхтаб қолиши) чақириши ва ўлим холатига олиб келиши мумкин. Оғир гипоксия холати, чангак синдромини ва гепоксик энцефалопатия ривожланиши хавфини солучви бўғиқ йўталиш хуружи ушбу касалликка хосдир.

2 ой	АКДС-1 — Кўк йўтал, бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши эмлаш вакциналаш
3 ой	АКДС-2 — Кўк йўтал, бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши эмлаш вакциналаш
4 ой	АКДС-3 — Кўк йўтал, бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши эмлаш вакциналаш
16 ой	АКДС-4 — Кўк йўтал, бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши эмлаш вакциналаш
7 йил	АДС-М-5 — Бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши ревакциналаш
16 йил	АДС-М-6 — Бўғма(дифтерия), ва қоқшолга (столбняк) қарши ревакциналаш

82. Chaqaloqlardagi asfiksiya tez tibbiy yordam ko`rsatishda hamshiraning vazifasi. Nafas yo`liga qusuq massalari tushganida birinchi yordam berishni aytib bering.

J: Bola tug‘ilayotganida yuzaga keluvchi patologik holat (kislorod yetishmasligi) oqibatida kelib chiqadigan asfiksiya, ya’ni bo‘g‘ilish nafas olishning buzilishi bilan namoyon bo‘ladi.
Asfiksiyaga moyillik yaratuvchi omillar quyidagicha:
Antenatal (tug‘ruqqacha bo‘lgan) davrda:

- kechki toksikoz;
- gipertoniya (qon bosimi oshishi);
- buyrakning surunkali kasalliklari;
- 35 yoshdan keyingi homiladorlik;
- qandli diabet;
- anemiya (kamqonlik).

Intranatal (tug‘ruq) davrida:

- yo‘ldoshning oldin kelishi yoki erta joyidan ko‘chishi;
- qog‘onoq suvsizlanishi davrining cho‘zilishi;
- kindik tizimchasining o‘ralishi yoki tushishi;
- onada gipotoniya (qon bosimi pasayishi);
- ona va homila qonining immunologik nomutanosibligi;
- tinchlantiruvchi va og‘riqsizlantiruvchi (sedativ va analgetik) dori vositalarining tug‘ruqdan 1-2 soat oldin berilishi.

Bundan tashqari, vaqtidan oldin yoki muddati o‘tib tug‘ilishda, ona qornida rivojlanishidan orqada qolishda, homilalik davrida tug‘ma nuqsonlar va yurak ritmi buzilishining kuzatilishi, shuningdek harakat faolligi sustlashishi ham chaqaloqning asfiksiya bilan tug‘ilishiga olib kelishi mumkin.

Nafas yo‘llariga yot jism tushish sabablari

Bunday vaziyat ko‘pincha bolalarda kuzatiladi. Bu albatta bolakaylar tabiatining o‘ziga xosligiga bog‘liq – ular ovqatlanish vaqtida o‘yin o‘ynashga beriluvchan, gapirishga harakat qiladi, yo‘tal yoki aksa urishlari mumkin. Bundan tashqari bolakaylar tashqi atrof jismlarni o‘rganishda ularning ta’mini, mazasini bilish orqali harakat qiladilar, kichik o‘lchamdagi jismlar tasodifan nafas yo‘llariga o‘tib ketishi mumkin. Bolalar og‘iz bo‘shlig‘i va himoya reflekslarining to‘liq shakllanmaganligi tufayli bolalarda yot jism tushish ehtimoli yuqori hisoblanadi.
Katta yoshdagi odamlar esa ovqatlanish vaqtida haddan ortiq ko‘p taom iste’mol qilishlari yoki suhbat qurishlari natijasida nafas yo‘llariga yot jism tushish mumkin.

Bundan tashqari katta yoshdagilar spirtli ichimliklar iste'mol qilgan vaqtda nerv tizimi himoya reflekslari susayadi, natijada yot jism nafas yo'llariga o'tish ehtimoli ortadi.

Nafas yo'llarida yot jism turib qolganda kuzatiladigan simptomlar

Ushbu patologiyaning o'ziga xosligi shundaki, yot jism ko'pincha ovqatlanish vaqtida nafas yo'llariga o'tib keladi. Nafas yo'llarida yot jism turib qolganda kuzatiladigan belgilar 3 bosqichda yuzaga chiqadi:

- **Boshlang'ich bosqich.** To'satdan yuzaga keluvchi kuchli yo'tal, ko'z yoshlanishi, yuz terisi qizarishi;
- **Belgilar kuchayish bosqichi.** Yo'tal yanada kuchli namoyon bo'ladi, nafas olish deyarli ro'y bermaydi, ammo bemor nafas harakatlarini bajaradi, og'iz atrofida ko'karish kuzatiladi;
- **Oxirgi bosqich.** Nafas olish butkul to'xtaydi, bemor hushini yo'qotadi, qisqa vaqt ichida yurak ish faoliyati to'xtaydi, klinik o'lim holati kelib chiqadi.

Ushbu maqolani ham o'qing: Kichkintoy parvarishi (2-qism)

Yot jismni tashqi belgilarga qarab qanday aniqlash mumkin?

Nafas yo'llariga yot jism tushgan vaqtda bemor ahvoli quyidagicha bo'ladi:

- Bemor to'satdan gapirishdan to'xtaydi, kulishi, baqirishi yoki yig'lashi mumkin, qo'llari bilan tomog'ini ushlab oladi;
- Kuchli yo'tal kuzatilib, bemor savollarga javob bermaydi;
- Bemor nafas olganda xirillash eshitilishi yoki umuman nafas olishi eshitilmasligi mumkin;
- Bemor og'zini katta ochsada nafas ololmaydi;
- Bemor yuz terisi avvaliga qizaradi, so'ngra oqaradi, keyinchalik esa ko'k tus oladi, ayniqsa og'iz atrofida ko'karish yaqqol namoyon bo'ladi;
- Bir necha soniyalar ichida bemor hushini yo'qotadi;
- Juda qisqa muddat ichida yurak urishi to'xtaydi va klinik o'lim sodir bo'ladi.

Nafas yo'llariga yot jism tushganda birinchi yordam ko'rsatish

Nafas yo'llariga yot jism tushganligini bilgan odam birinchi yordam ko'rsatishda har bir soniyadan unumli foydalanadi. Chunki patologik holat qisqa muddat ichida yuzaga chiqadi va birinchi yordam ko'rsatish sifati bemor hayoti bilan baholanadi.

Birinchi yordam ko'rsatish algoritmi quyidagicha:

Bemorga "nima bo'ldi?" savolini bering. Albatta siz bunday holatda ahmoqona ko'rinishingiz mumkin, ammo aynan shu savol yordamida bemor nafas olyaptimi yoki yo'qmi, bilib olishingiz mumkin. Aynan, mana shu holat orqali keyingi taktikangizni belgilab olasiz.

Agar bemor umuman nafas olmayotgan bo'lsa unga "kuchliroq yo'tal, yana yo'tal, qani bo'laqol" degan buyruqni bering – ya'ni bemorni hushini yo'qotmaslik uchun, uni stimmulash uchun har qanday so'z bilan himoya reflekslarini "uyg'oting". Ko'pincha mana shu chora tadbirlar yordamida kichik o'lchamdagi yot jismlar nafas yo'llaridan chiqib ketish uchun yetarli bo'ladi.

Agar yot jism 30 soniya davomida chiqib ketmasa yoki bemor xuruj boshlangan vaqtning o'zida nafas olmaganligini sezsangiz Xeymlix usulini qo'llash kerak bo'ladi.

Xeymlix usuli

Bu usulni bajarish texnikasi quyidagicha:

Shikastlanuvchining orqa tomonida turing;

Uni ikki qo'llaringiz bilan quchoqlang, o'ng qo'lingizni musht qilib chap qo'lingiz bilan uni kuchli ushlab oling, qo'llarni qorinning yuqori sohasiga qo'ying. Yo'nalish – yuqoriga va o'zingizga torting. Nafas olish sezilsa – bu yot jismning nafas yo'llaridan chiqib ketganligidan dalolat beradi.

Ushbu maqolani ham o‘qing: Demensiya – tafakkur buzilishimi?

E’tibor bering: Xeymlix usuli yot jismning nafas yo‘llaridan chiqib ketguniga qadar yoki bemor hushini yo‘qotgunga qadar amalga oshiriladi. Agar shikastlanuvchi hushini yo‘qotsa, yot jismni chiqarishga qaratilgan harakat to‘xtatiladi va zudlik bilan o‘pka-yurak reanimatsiyasi amalga oshirilishi kerak.

Xeymlix usulini bolalar va homiladorlarda o‘tkazishning o‘ziga xosligi

1 yoshdan kichik bo‘lgan bolalar nafas yo‘llariga yot jism tushganda birinchi yordam ko‘rsatish: bolani qorin sohasi bilan bir qo‘lingizga oling, yuzi (boshi) sizning kaftingizda bo‘ladi, bolaning boshi tanasiga nisbatan pastroqda bo‘ladi. So‘ngra ikki kurak oralig‘i sohasiga ikkinchi qo‘lingiz kafti bilan 5 marotaba kuchli sirpanuvchi harakat bilan uriladi.
Ikkinchi bosqich – bola yuzini yuqoriga qaratgan holda ikknchi qo‘lingizga oling, so‘ngra so‘rg‘ichlardan bir barmoq pastki sohaga, to‘sh ustiga 5 marotaba turtki beriladi.
Amallarni bajarayotganda kuchli harakatlar qilmang, aks holda bolakay qovurg‘alarini sindirib qo‘yishingiz mumkin.
Agar yot jism bola og‘iz-halqum sohasida paydo bo‘lsa, u ko‘rinib turgan bo‘lsa – uni barmoqlar yordamida olib tashlash zarur. Agar yot jism chiqmagan bo‘lsa yuqoridagi chora tadbirlar qayta amalga oshirilari, yoki yurak urishi to‘xtagan bo‘lsa darhol o‘pka-yurak reanimatsiyasi bajariladi.
1-8 yoshgacha bo‘lgan bolalarda Xeymlix usuli bajarilishi: bolani oyoqlaringizni bukkan holda son ustiga qo‘ying. Qolgan amallar yuqoridagi tartib bo‘yicha bajariladi.
Muhim savol: homilador ayollar nafas yo‘llariga yot jism tushganda ham qorin yuqori sohasiga kuchli bosiladimi? Bu amallar homilaga salbiy ta’sir etishi mumkinmi? Homilador ayollarga birinchi yordam ko‘rsatish emizikli bolalardagi kabi bajariladi, ya’ni to‘sh osti sohasiga kuchli turtki beriladi.

Nafas yo‘llaridagi yot jismlarni chiqarishdagi oddiy xatoliklar

Nafas yo‘llariga yot jism tushganda inson hayoliga keladigan birinchi amal – bemor yelkasiga urish. Yuqorida keltirilganidek bemor orqa sohasiga kuchli urish zarur, ammo shunchaki yuqoridan emas va juda kuchli emas. Xavf shundaki yot jism gravitatsiya qoidasiga ko‘ra yuqoridan pastga harakat qiladi, natijada yot
jism yanada pastroqqa, traxeobronx shoxlariga tushishi va nafas yo‘llarini to‘liq berkitib qo‘yishi mumkin. Bunday vaziyatda birinchi yordam faqatgina – traxeotomiyadir, hattoki tibbiy malakaga ega bo‘lgan mutaxassis yoningizda bo‘lsa ham bemor hayotini saqlab qolish katta so‘roq ostida turadi.

Muhim savol: homilador ayollar nafas yo‘llariga yot jism tushganda ham qorin yuqori sohasiga kuchli bosiladimi? Bu amallar homilaga salbiy ta’sir etishi mumkinmi? Homilador ayollarga birinchi yordam ko‘rsatish emizikli bolalardagi kabi bajariladi, ya’ni to‘sh osti sohasiga kuchli turtki beriladi.

Nafas yo‘llaridagi yot jismlarni chiqarishdagi oddiy xatoliklar
Nafas yo‘llariga yot jism tushganda inson hayoliga keladigan birinchi amal – bemor yelkasiga urish. Yuqorida keltirilganidek bemor orqa sohasiga kuchli urish zarur, ammo shunchaki yuqoridan emas va juda kuchli emas. Xavf shundaki yot jism gravitatsiya qoidasiga ko‘ra yuqoridan pastga harakat qiladi, natijada yot
jism yanada pastroqqa, traxeobronx shoxlariga tushishi va nafas yo‘llarini to‘liq berkitib qo‘yishi mumkin. Bunday vaziyatda birinchi yordam faqatgina – traxeotomiyadir, hattoki tibbiy malakaga ega bo‘lgan mutaxassis yoningizda bo‘lsa ham bemor hayotini saqlab qolish katta so‘roq ostida turadi.

83. Sil bilan kasallangan onadan tug`ilgan bola qachon BSJ emlash o`tkaziladi? BSJ bilan sog`lom chaqaloqlarda nechanchi kun emlanadi ?

J: БЦЖ (Кальметт Герен) 80 йил давомида ишлатилиб келинмоқда ва ҳозирги вақтда қўлланилаётган вакциналар орасида энг кўп қўлланилиб келмоқда. Дунёда ҳар йили 100 миллионга яқин болалар эмланиб келаётган БЦЖ вакцинаси минглаб одамлар ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам берди. Вакцина деярли хавфсиз ва биргина инъекциядан иборат. БЦЖ ҳозирги вақтда мавжуд биргина силга қарши вакцина бўлиб, болалар ўртасида сил менингити ва силнинг диссемирланган тури келиб чиқишидан ҳимоя қилиш хусусиятига эга эканлигини исботлаган. Шу билан бирга БЦЖ вакцинаси сил микобактерияларни юқишига таъсир даражаси чегараланган.
БЦЖ вакцинаси аҳоли ўртасида касаллик тарқалиши манбаи бўлган летал силни активлашивини олдини олмайди ва амалда силни юқишига таъсир қилмайди.
Ўзбекистон Республикаси профилактик миллий эмлаш календарида силга қарши эмлаш туғилгандан кейин, 2-5-кунларида бир марта ўтказилади. ЖССТ эмлашни дельтасимон мушак соҳасига тери ичига игна ва шприц билан юборилишини тавсия қилади. Янги туғилган болаларга катта ёшлардаги болаларга мўлжалланган тўлиқ дозаси юборилади. БЦЖ вакцинаси болаларга бошқа вакциналари бирга юборилади. БЦЖ вакцинасини тўғри юборилганда оддатда кейинчалик ярача пайдо қилувчи енгил маҳаллий реакциялар (эритема, зичлашиш, оғриқ) кузатилади. Бир неча ойдан кейин инъекция жойида чандиқ пайдо бўлади. Чандиқни борлиги силга қарши эмланганлигидан далолатдир, аммо сил касаллигидан сақлаш маркери ҳисобланмайди. Касаллик юқори бўлган давлатларда болаларда чандиқнинг йўқлиги БЦЖ билан эмлаш учун кўрсатмадир.
БЦЖ билан эмлаш катта ёшдагиларга тавсия қилинмайди, лекин кўп дори воситаларига чидамли бўлган микобактериялар билан зарарланганлар билан мулоқатда бўлган шахслар, туберкулинга манфий шахслар қайта кўриб чиқилади.

84. Buyrak-tosh kasalligida shoshilinch yordam. Buyrak-tosh kasalligining klinik ko`rinishini aytib bering.

J: Buyrak-tosh kasalligi peshob ajratish (konsentratsion) faoliyatining buzilib, siydikning miqdor va sifat jihatidan o‘zgarishi oqibatida buyrak kosa-jom tizimida toshlar paydo bo‘ladigan surunkali xastalikdir. Bu o‘zgarishlar organizmdagi umumiy modda almashinuvining buzilishi bilan ham bog‘liq.
Haddan ziyod ko‘p ovqatlanish (ayniqsa, go‘shtli mahsulotlar) natijasida oqsil parchalanishining kuchayishi tanadagi ana shu modda almashinuvining buzilishiga olib keladi. Ya’ni, kasallik tufayli buyraklarning kosa-jom tizimi va siydik yo‘llariga to‘planib qolgan tuzdan tosh paydo bo‘ladi.
Buyrak-tosh kasalligi sabablari
Buyrak-tosh kasalligi sabablari to‘laligicha aniqlanmagan. Biroq tanada moddalar almashinuvi buzilishi eng asosiy sabablardan. Shuningdek, buyrak va siydik yo‘llaridagi infeksion yallig‘lanish tufayli yuzaga keladigan peshob ajratish (urodinamika) tizimining buzilishi ham kasallikni kuchaytirib yuboradi.
Buyrak-tosh kasalligi belgilari
Eng avvalo, siydik achishib, og‘riqli keladi va peshob xiralashadi. Siydik yo‘lida tosh yig‘ilishi natijasida to‘siq paydo bo‘lib, buyrak sanchig‘ini yuzaga keltiradi. Sanchiq esa xuruj darajasigacha borishi mumkin. Belda hosil bo‘lgan og‘riq chov sohasi bo‘ylab qovuqqa tomon tortib, kuchayadi. Xuruj vaqtida va undan keyin siydik qon aralash tusga kiradi. Kasallikda ko‘ngil aynishi, qayt qilish, ishtaha pasayishi, uyqu va boshqa ruhiy buzilish kabi belgilar ham kuzatilishi mumkin. Bunday bemorlar, albatta, urolog va nefrolog mutaxassislarga murojaat qilishi lozim. Kasallikka laborator va maxsus asboblar yordamida tekshirish asosida aniq tashxis qo‘yiladi.
Kasallikni davolash
Bu kasallikni davolash asosan, organizmdagi moddalar almashinuvi buzilishini muvofiqlashtirish, buyrak va siydik yo‘llarida peshob harakatini ravonlashtirishdan iborat. Shuningdek, siydik yo‘llaridagi infeksiyaga qarshi kurashiladi.

Buyrak-tosh kasalligi profilaktikasi
Kasallikning paydo bo‘lishi va rivojlanishining oldini olish uchun, avvalo, organizmdagi modda almashinuvini izga solish lozim. Bunga sog‘lom turmush tarziga rioya etish va qat’iy parhez orqali erishiladi.
Mumkin emas!
Ko‘p miqdorda shovul va siydik kislotasi paydo qiluvchi mahsulotlar iste’mol qilish taqiqlanadi. Osh tuzi, jigar, buyrak, til, qazi va dudlangan go‘sht, margarin, bedana tuxumi, brinza, pishloq, shokolad, qo‘ziqorin, anjir, mosh, no‘xat, loviya, achchiq qora choy, qahva hamda kakao iste’mol qilmaslik talab etiladi.

85. O`tkir obstruktiv bronxitning klinik belgilari. Kasallikni parvarishini aytib bering.

J: BRONXITNING O’TKIR OBSTRUKTIV SHAKLI
Havo yo’llarining torligi va balg’amning oz miqdori bilan bronxospazmga moyilligini hisobga olgan holda, maktabgacha yoshdagi bolalar uchun ushbu shakl ayniqsa xavflidir.
Yallig’lanish jarayoni, asosan, yiringli yoki kataral-yiringli tabiatan bo’ladi, o’rta va kichik kalibrli bronxlarni o’z ichiga oladi, bronxlar ekssudat bilan tiqilib? yopilib qoladi. Mushak devorlari refleksiv tarzda qisqaradi va bu spazmga olib keladi. Tanada kislorod ochligiga olib keladigan nafas olish yetishmovchiligi paydo bo’ladi.

O’TKIR OBSTRUKTIV SHAKL
Kattalarda o’tkir obstruktiv bronxit bolalarda nisbatan kamroq uchraydi va nafas yo’llarining tuzilishi tufayli nisbatan kamroq xavf tug’diradi, lekin kasallik og’irligi nafas yetishmovchiligining namoyon bo’lishiga bog’liq.
O’tkir obstruktiv shakldagi nafas yetishmovchiligi bronxlar va bronxlarning ekssudat bilan tiqilib qolish darajasiga bog’liq.
O’tkir obstruktiv shakl asosan bronxial astma, chekuvchilar, keksalar, o’pka va yurak kasalliklarining surunkali shakllariga ega bo’lgan shaxslar uchun xosdir.
Birinchi alomatlar kislorod yetishmasligi tufzayli yuzaga keladigan sezilarli hansirash (tinch holatda ham), uzoq va og’ir samarasiz yo’tal, nafas olayotganda ko’krak qafasida xirillash eshitilishidir.
O’rta va og’ir nafas yetishmovchiligi darajasida bemor suyangan, o’tirgan, yarim o’tirgan holatni egallashga intiladi. Nafas olish jarayoniga ko’krak qafasining yordamchi muskullari jalb qilinadi, nafas qisilishda burun qanotlarining sezilarli kengayishi kuzatiladi. Sezilarli gipoksiyada burun-lab uchburchagi sianozi (ko’karishi), qo’llar va oyoqlar tirnoq plastinkalari ostidagi to’qimalarining qoramtir tus olishi. Har qanday harakat hansirashga olib keladi, jumladan gapirish ham.
To’g’ri davolash choralari bilan 5-6 kun davomida yengillik yuzaga keladi, balg’am ko’chishi boshlanadi. Umuman olganda, kasallik noobstruktiv shaklga qaraganda ko’proq vaqt davolanadi, davolash jarayoni 4 haftagacha davom etadi.
BOLALARDA O’TKIR OBSTRUKTIV BRONXIT: KASALLIKNING BELGILARI VA BOSQICHLARI
O’tkir obstruktiv bronxit uch yoshgacha bo’lgan har to’rtta bolaning bittasida hech bo’lmaganda bir marta tashxilangan bo’ladi. Bolalar ham kasallikning qaytalanishiga moyil. Yil davomida bronxlarning ba’zi obstruktiv yallig’lanish jarayonlari astmadan dalolat berishi mumkin. Kasallikning tez-tez takrorlanishi kasallikning surunkali shakli, bronxoektatik kasallik yoki o’pka emfizemasi rivojlanishi ehtimolini oshiradi.
O’tkir obstruktiv shakli chuqur nafas yo’llarida ekssudat to’planib qolishi natijasida kichik va o’rta kalibrdagi bronxlarning shikastlanishi, bronxlarning tiqilishi va bronxospazm fonida shakllanadi. Obstruksiya rivojlanishining ko’proq rivojlanishi anatomik tor bronxlar va bolalardagi bronx muskullarining qo’zg’atuvchi (masalan balg’am) tufayli tezda qisqarishi tufayli kuzatiladi.
Bolalarda obstruktiv bronxit birinchi navbatda nafas qisilishi, gapirganda, jismoniy faoliyat natijasida hansirash, nafas chiqarishning qiyinlashuvi bilan namoyon bo’ladi.
Yo’tal har doim ham kuzatiladigan alomat emas, u chaqaloqlar yoki zaif gavdali bolalarda yo’q bo’lishi mumkin. Nafas yetishmovchiligi burun-lab uchburchagida va qo’l-oyoqlardagi tirnoqlarda siyanoz (terining ko’kimtir tus olishi) kabi alomatlar paydo bo’lishiga olib keladi. Nafas olganda qovurg’alararo hududlarning tortilishi, burun qanotlarining kengayishi seziladi. Tana harorati, odatda, subfebril darajada, 38 °C dan yuqori bo’lmagan oraliqda saqlanadi. Virusli infektsiya

mavjud bo'lganda kataral alomatlar kuzatilishi mumkin: to'mov, tomoq og'rig'i, ko'zlar yoshlanishi va hokazo.

86. Buyrakning o`tkir yetishmovchiligi sindromi, unda shoshilinch tibbiy yordam. Buyrak kasalliklarining asosiy klinik belgilari haqida ma`lumot bering.

J: Buyrak yetishmovchiligi — turli kasalliklarda yuzaga keladigan patologik holatdir va buyrakning barcha funktsiyalari buzilishi bilan tavsiflanadi. Bunda suv, elektrolit, azot va boshqa almashinuv turlari izdan chiqadi. O'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi farqlanadi.
BUYRAK YETISHMOVCHILIGI SABABLARI
O'tkir buyrak yetishmovchiligining sabablari bo'yicha tasnifi:
Prerenal. Buning sababi buyrak qon oqimining buzilishi. Buyrakka yetarli miqdorda qon kelmaydi. Natijada siydik shakllanishi jarayoni buziladi, buyrak to'qimasida patologik o'zgarishlar yuz beradi. Bemorlarning qariyb yarmida (55%) uchraydi.
Renal. Buyrak to'qimalarining patologiyasi bilan bog'liq. Buyrak qon bilan yetarlicha ta'minlanadi, ammo siydik hosil qila olmaydi. Bemorlarning 40 foizida uchraydi.
Postrenal. Buyrakdagi siydik hosil bo'ladi, lekin siydik chiqarish nayidagi to'siq tufayli chiqa olmaydi. Agar to'siq faqat siydik yo'lida bo'lsa, shikastlangan buyrakning funktsiyasini sog'lom buyrak o'ziga oladi — buyrak yetishmovchiligi sodir bo'lmaydi. Bu holat bemorlarning 5 foizida uchraydi.
O'TKIR BUYRAK YETISHMOVCHILIGINING SABABLARI TAVSIFI
Prerenal
Yurak o'z vazifalarini uddalay olmaydigan va kamroq qon haydaydigan holatlar: aritmiya, yurak etishmovchiligi, og'ir qon ketishlar, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi.
Qon bosimining keskin pasayishi: yalpi infektsiyalarda shok (sepsis), og'ir allergik reaktsiyalar, ayrim dori-darmonlarning peredozirovkasi.
Suvsizlanish: kuchli qusish, diareya, kuyish, ortiqcha dozada siyik haydovchi preparatlarni qo'llash.
Sirroz va boshqa jigar kasalliklari: bunda venoz qonning qayta oqishi buziladi, shishlar rivojlanadi, yurak-qon tomir tizimi va buyraklarning qon ta'minoti buziladi.
SURUNKALI BUYRAK YETISHMOVCHILIGINING SABABLARI
Buyraklarning tug'ma va irsiy kasalliklari.
Buyrakning surunkali kasalliklarda shikastlanishi: podagra, qandli diabet, siydik-tosh kasalligi, semizlik, metabolik sindrom, jigar sirrozi, tizimli qizil yuguruk, sklerodermiya va boshqalar.
Siydik chiqarish yo'llarining bosqichma-bosqich to'silishi sodir bo'ladigan siydik tizimining turli xil kasalliklari: siydik-tosh kasalligi, o'sma va boshqalar.
Buyrak kasalliklari: surunkali glomerulonefrit, surunkali pielonefrit.
Dori vositalarini noto'g'ri ishlatish, dozasini oshirib yuborish.
Turli toksik moddalar bilan surunkali zaharlanish.
BUYRAK YETISHMOVCHILIGI ALOMATLARI
O'TKIR BUYRAK YETISHMOVCHILIGI BELGILARI
O'tkir buyrak yetishmovchiligining alomatlari uning bosqichiga bog'liq:
Dastlabki bosqich;
Kunlik siydik miqdorining 400 ml dan kamroqqa kamayishi (oliguriya bosqichi);
Siydik miqdorinining tiklanish bosqichi (poliuriya bosqich);
To'liq tiklanish bosqichi.
Dastlabki. Ushbu bosqichda buyrak yetishmovchiligi hali mavjud emas. Bemorni asosiy kasallikning alomatlari bezovta qiladi. Ammo buyrak to'qimalarida buzilishlar boshlanib bo'lgan.
Oliguriya bosqichi. Buyrak funktsiyasining buzilishi ortadi, siydik miqdorining kamayishi kuzatiladi. Buning oqibatida organizmda metabolzimning zararli moddalari saqlanib qoladi, suv-tuz muvozanati buziladi.
O'tkir buyrak yetishmovchiligining bu bosqichi eng og'iri sanaladi va 5-11 kungacha davom etishi mumkin.
Poliuriya bosqichi. Bemorning ahvoli normallashadi, siydik miqdori odatdagidan ham ko'payadi. Ushbu bosqichda organizmning suvsizlanishi, infektsiya rivojlanishi mumkin.

To’liq tiklanish. Buyrak funktsiyasining yakuniy tiklanishi. Odatda 6-12 oygacha davom etadi. Agar o’tkir buyrak yetishmovchiligida buyrak to’qimalarining ko’p qismi o’chib qolgan bo’lsa, to’liq tiklanish sodir bo’lmaydi.

BUYRAK YETISHMOVCHILIGINI DAVOLASH

O’tkir buyrak yetishmovchiligi bemorni darhol nefrologik statsionarga gospitalizatsiyasini talab qiladi. Agar bemorning ahvoli og’ir bo’lsa, u reanimatsiya bo’limiga yotqiziladi. Davolash buyrak funktsiyasi buzilishining sabablariga bog’liq.

Surunkali buyrak yetishmovchiligida davolash uning bosqichiga bog’liq. Dastlabki bosqichda asosiy kasallikni davolash amalga oshiriladi — bu buyrak funktsiyasining jiddiy buzilishlarini oldini olishga yordam beradi va keyinchalik ularni bartaraf etish osonroq bo’ladi. Siydik miqdori kamayganligi va buyrak yetishmovchiligi belgilarining paydo bo’lishi kuzatilganda organizmdagi patologik o’zgarishlar bilan kurashishni boshlash kerak. Tiklanish davrida esa oqibatlarni bartaraf etish zarur.

BUYRAK YETISHMOVCHILIGINI DAVOLASH YO’NALISHLARI

Prerenal o’tkir buyrak etishmovchiligining sabablarini bartaraf etish:

Ko’p qon yo’qotishda qon va qon o’rnini bosuvchilar quyish.

Ko’p miqdorda plazma yo’qotilsa — fiziologik eritma, glyukoza eritmasi va boshqa preparatlarni vena orqali tomchilatib kiritish.

Aritmiya bilan kurashish — antiaritmik preparatlar.

Yurak-tomir tizimi buzilganida, kardial dori vositalari, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan dorilar.

Renal o’tkir buyrak yetishmovchiligining sabablarini bartaraf etish:

Glomerulonefrit va autoimmun kasalliklarda — glyukokortikosteroidlar (buyrak usti bezi gormonlari preparatlari), sitostatiklar (immunitetni bostiradigan dorilar) kiritish.

Arterial gipertoniyada — qon bosimini kamaytiradigan dorilar.

Zaharlanishlarda — qonni tozalash usullarini qo’llash: plazmaferez, gemosorbtsiya.

Pielonefrit, sepsis va boshqa infektsion kasalliklarda — antibiotiklar, viruslarga qarshi preparatlardan foydalanish.

Postrenal o’tkir buyrak yetishmovchiligining sabablarini bartaraf etish:

Siydikning chiqib ketishiga to’sqinlik qiluvchi to’siqni (o’sma, tosh, va hokazo) olib tashlash kerak, ko’pincha bu jarrohlik aralashuvni talab qiladi.

87. 6 oylikgacha bo`lgan bolalarni ovqatlantirishda onalarga maslaxatlar bering. Qo`shimcha ovqat kiritishni boshlashda patronaj hamshirasining maslahatlari qanday bo`lishi lozim?

JAVOB 66- SAVOLDA YOZILGAN.

88. Surunkali miyeloleykozning kelib chiqish sabablari, leykoz kasalligi bilan solishtiring .

J: Leykoz (leyko…), — qon ishlab chiqaradigan to‘qimalarning o‘sma kasalligi, bunda ko‘mik zararlanadi va normal qon hosil bo‘lishi jarayoni buziladi; qon yaratuvchi a’zolarda yosh patologik hujayra elementlari o‘sib ketadi, limfa tugunlari va talok, kattalashadi, qonda o‘ziga xos o‘zgarish sodir bo‘ladi. Kasallik sababi to‘la-to‘kis aniqlanmagan. Leykozning kelib chiqishida virusli, endogen, kimyoviy va radiatsion nazariyalar mavjud. O‘tkir leykoz, surunkali miyeloleykoz (miyeloid turkumidagi xujayralarning hosil bo‘lishi buziladi) va boshqa shakllari farqlanadi. O‘tkir leykozga intoksikatsiya xos bo‘lib, asosan, temperatura ko‘tariladi, og‘iz bo‘shlig‘i va tomoqda yiringli-yarali jarayonlar, qonsirash kuzatiladi, asab sistemasi izdan chiqishi mumkin. Qon tarkibi o‘zgarib, bunda normo-, erito- va megaloblastlar ko‘payib ketadi. Periferik qonda anemiya, trobotsitopeniya, leykogramma o‘zgarishi, qon yaratilishining to‘satdan to‘xtashi va boshqalar kuzatiladi. Surunkali leykoz dastlab sezilmasligi mumkin. Quvvatsizlik, bosh aylanishi, ko‘p terlash, apatiya, bir oz harorat ko‘tarilishi ro‘y beradi. Bemorning suyaklari zirqirab og‘riydi, me’da-ichak faoliyati buziladi; jigar, talok va limfa tugunlari kattalashadi. Og‘irroq (terminal) qollarda anemiya, trombotsitopeniya avj oladi. Leykotsitlar, xususan bazofil va eozinofillar soni ortadi. Qon va suyak punktatida yetilmagan yosh blastlar, ko‘mik punktatida krnning limfoid elementlari giperplaziyasn ro‘y beradi. Qonda donador leykotsitlar ko‘payadi, ba’zan gemolitik sindrom (qarang Gemoliz) kuzatiladi. Davosi. O‘tkir Leykozda va surunkali Leykoz zo‘riqqanda bemor kasalxonada davolanadi. Rentgenoterapiya, quvvatga kiritadigan, kamqonlikka qarshi dorilar buyuriladi, qon quyiladi.

Hayvonlarda ham qon hujayralarining yetilish jarayoni buzilishi (anaplaziya) bilan kechadi. Leykoz bilan qoramol, qo‘y, echki, ot, cho‘chqa, it, mushuk, parranda kasallanadi. Hayvonlardan ko‘proq sigirlarda, parrandalardan tovuklarda uchraydi. Kasallikka radioaktiv nurlar, kimyoviy omillar, genetik

buzilishlar, gormonlar balan-sining buzilishi va viruslar sabab bo‘lishi mumkin. Kasallik hayvon sog‘lig‘iga ko‘rinarli zarar yetkazmasdan oylab va yillab davom etadi. Ko‘pchilik hollarda bitta yoki bir qancha limfa tugunlari, taloq kattalashadi, shuningdek, ovqat hazm qilish buziladi, holsizlanish, oriqlash, sigirlarda sutining kamayishi va shishlar paydo bo‘ladi. Parrandalarda, ko‘pincha, 4 oylikdan katta tovuqlar, ba’zan kurka, o‘rdak, g‘oz va boshqa kasallanadi. Qishloq xo‘jaligiga qoramollarda uchraydigan enzootik Leykoz (limfoleykoz) va Retraviridae oilasiga mansub viruslar qo‘zg‘atadigan turli Leykoz shakllari katta iqtisodiy zarar yetkazadi.

Tashhis klinik belgilarga va lab.da qon analizlariga qarab qo‘yiladi. Oldini olish: sog‘lom xo‘jaliklarda bu kasallikdan himoya choralari ko‘riladi. Qoramollar klinik-gemotologik tekshiruvdan o‘tkaziladi. Kasallik aniklansa, sog‘lomlashtirish tadbirlari ko‘riladi. Leykozga chidamli zotlar yaratiladi.

89. Chaqaloqlardagi o‘tkinchi yoki fiziologik holatlar haqida aytib bering.

J: Bolaning tug’ruq stressiga, yangi yashash sharoitlariga moslashishini (adaptatsiya) aks ettiradigan reaktsiyalar yangi tug’ilgan chaqaloqlarning chegaraviy (o`tish, tranzitor, neonatal fiziologik) holatlar deb ataladi.

Bu holatlar, yangi tug’ilgan chaqaloqlarning anatomik-fiziologik xususiyatlaridan farqli ravishda, tug’ruq vaqtida yoki tug’ilgandan so`ng paydo bo`ladi, so`ngra ma’lum vaqtdan keyin o`tib ketadi.

Tranzitor giperventilyatsiya

Bola tug’ilgandan so`nggi qichqirib yig’lashi uning dastlabki nafasidir.

Nafas olish tezligi bir daqiqada 30-60 marta, nafas olish xajmi esa 6-8 ml/kg tashkil etadi

Sog’lom chaqaloqlarda dastlabki 3 soat davomida gasps shaklida nafas (nafas olish chuqur, nafas chiqarish esa biroz qiyinlashgan) kuzatiladi, bu o’pkani ochilishiga va alveolani ichidagi fetal suyuqlikni evakuasiyasiga yordam beradi.

Moslashishi davrining dastlabki 2-3 kunlarida o’pkaning bir daqiqadagi havo almashinuvi katta yoshdagi bolalarga nisbatan 3 barobar ko`p bo’ladi.

Qon aylanishidagi tranzitor o`zgarishlar

Homilaning qon aylanishi yangi tug’ilgan chaqaloqlarga nisbatan 3 ta asosiy xususiyat bilan ajralib turadi:

Plasentar qon aylanish doirasi borligi bilan;

Anatomik shuntlarni ochiqligi bilan (oval teshik, botallov tarmoqchasi, Aransiev tarmog’i);

O’pka orqali o`tadigan qon miqdori minimal (yurak qisqarishi xajmining 6-9% tashkil etadi).

Tranzitor politsitemiya

Bundan tashqari chaqaloq bolalarda politsitemiya (qizil qon tanachalarining odatdagidan ziyod bo’lishi) kuzatiladi. Bu holat gemoglobinning 180 - 220 g/l-dan ko`p bo’lishi va gematokritning 0,55-0,65 va undan ham yuqori, eritrotsitlar soni 6-8x1012/l bo’lishi bilan ta`riflanadi. Qon aylanishidagi bu tranzitor o`zgarishlar o`z-o`zidan yo`qolib, maxsus davolashni talab etmaydi.

Tranzitor disbakterioz

Ushbu holat 3 fazadan iborat.

Aseptik faza – ona ko’kragiga qo’ygunga qadar davom etadi

Infeksiyani ko’payish fazasi – bola hayotining 3-5 kunigacha kuzatiladi. Yuqorida keltirilgan mikroorganizmlarni ichakka tushishi.

Transformatsiya fazasi – 1 haftaning oxirgi-2 haftaning boshidan kuzatiladi. Bifidobakteriyalar ko’payib asosiy ichak mikroflorasi deb hisoblana boshlaydi.

Issiqlik almashinuvining tranzitor buzilishi

Tranzitor gipotermiya - bola tug’ilgandan so`ng dastlabki 30 daqiqa davomida teri va to’g’ri ichak harorati pasayadi, oradan bir soat o`gach, badan harorati mo`tadillashadi. Agar tug’ruq xonasidagi

harorat 22-23 bo’lsa, bolaning harorati 35,5-35,7°S-gacha tushishi mumkin. Harorat qo`l va oyoqlarda yanada pastroq bo’ladi.

Tranzitor gipertermiya deb bola hayotining dastlabki 3-5 kunlarida xona haroratining yuqori bo’lishi (38,5-39,5°S), bolani nihoyatda o’rab-chirmash natijasida kuzatiladi, hamda bolaga yetarli miqdorda ona suti bilan emizmaslik, isitish vositalari yonida yotishi natijasida modda almashinuvining buzilishi oqibatida tana haroratining ko’tarilishiga aytiladi. Chaqaloqlarda issiqlik almashinuvining tranzitor buzilishi sabablari bartaraf etilsa, bu holatlar yengilgina o’tib ketadi.

Buyrak faoliyatining tranzitor o`zgarishlari

Erta neonatal oliguriya - barcha sog’lom chaqaloqlar hayotining dastlabki 3 kunida kuzatilib, bu holat organizmga nisbatan kam suyuqlik tushayotgani va qon aylanishining o`ziga xos xususiyatlari bilan bog’liqdir. Ajralayotgan siydik miqdori birinchi kunda taxminan soatiga 0,75 - 1ml/kg, keyinchalik soatiga 2-5 ml/kg ni tashkil etadi. Bu holat yangi tug’ilgan chaqaloqlarni kompensator - moslashuv reaksiyasi bo’lib hisoblanadi.

Fiziologik proteinuriya (albuminuriya) - barcha chaqaloqlarda hayotining dastlabki kunlarida kuzatiladi. Bu holat koptokchalar va naychalar o`tkazuvchanligining oshganligi bilan bog’liq.

Buyrakning siydik kislotasi infarkti, bola hayotining dastlabki haftasi oxirida paydo bo’ladi. Bunda siydik kislotasi kristallar shaklida buyrakning yig’uvchi kanalchalari bo’shlig’iga to’planadi, natijada siydik rangi o`zgaradi, loyqalanadi va bolani o’ragan yo`rgakda sarg’ish-g’isht rangli dog’ qoladi. Bu holat maxsus davolashni talab etmaydi, ammo bolaning etarli darajada ona suti bilan ta`minlanishiga e`tibor berish lozim.

Jinsiy krizlar

Jinsiy krizlar 65-70% chaqaloqlarda kuzatiladi.

Fiziologik mastopatiya - sut bezlarining kattalashishi tug’ilgandan so`nggi 3-4 kunlarda paydo bo’lib, bola hayotining 7-8 kunlarida eng katta hajmga etadi, so`ngra asta-sekin kichiklashib, neonatal davrning oxiriga kelib, asli holiga qaytadi. Ko`pchilik hollarda bunday kattalashgan bezni bosib ko’rilganda, sutga o’xshash suyuqlik chiqadi.

Metroragiya. Qiz chaqaloqlar hayotining 5-7 kunlarida ba`zan (5-10% xollarda) 1-2 kun davomida kam-kamdan (0,5-1,0 ml) tashki tanosil a`zolaridan qon ajralishi kuzatiladi.

Toshma (miliya) teri yuzasidan ozgina ko’tarilib turadi va asosan burun parragi, peshona va engakda, ayrim hollarda esa butun badan terisida joylashgan bo’ladi

Chaqaloqlar fiziologik sariqligi

Chaqaloqlar fiziologik sariqligining sababi qonda bevosita bilirubin miqdorining oshib ketishi barcha chaqaloqlarda hayotining dastlabki 2-3 kunlarida kuzatilib, 60-70% hollarda u ko`zga yaqqol tashlanadigan sariqliqqa olib keladi

Bunda teri va shilliq pardalarning sarg’ayishi bola hayotining 2-3 kunlarida yuzaga kelib, bog’lanmagan (konyugatsiyalanmagan) bilirubinning miqdori muddatida tug’ilgan bolalarda 51-60 mkmol’/l, muddatiga yetmay tug’ilgan bolalarda esa 85-103 mkmol’/l gacha ko`payadi

Bilirubinni qondagi maksimal miqdori 130-170 mkmol’/lni tashkil etadi.

Tana vaznining o’tkinchi (tranzitor) kamayishi

Tana vaznining tranzitor kamayishi bola hayotining 3-4 kunlarida sodir bo’lib, u 8%-dan 10%-gacha buladi. Odatda vaznining bunday kamayishi 6%-dan oshmaydi. Muddatiga yetmay tug’ilgan bolalarda tana vaznining fiziologik kamayishi 12-14%-ni tashkil etadi.

Tana vaznining fiziologik kamayishi 3 darajaga ajratiladi:

1 - daraja - tana vaznining 6%-dan kam miqdorda kamayishida suvsizlanish (eksikoz)ning belgilari kuzatilmaydi, lekin bolaning ochko`zlik bilan emishini sezish mumkin

2 daraja - tana vazni 6-10%-gacha kamayishi bilan kechadi. belgilari: shilliq pardalarning qizarishi, teri burmalar qayta tiklanishining buzilishi, bolaning bir xil tovush bilan yig’lashi, yurak urishi va nafas olishining tezlashishi kuzatiladi

3 daraja - tana vazni 10%-dan ziyodga kamayishi bilan kechib, bunda chanqash alomatlari: teri va shilliq pardalarning quruqligi, katta liqildoqning botishi, bezovtalanish, kuchli taxikardiya, qo`l va oyoqlarning sovub qolganligi xosdir.

Teridagi o`tkinchi holatlar

Oddiy eritema deb bola tug'ilgandan so`nggi 2 kunda tana terisining qizarishiga aytiladi. Odatda bu xol bola hayoti dastlabki haftasining oxiriga borib yuqoladi. Fiziologik eritema muddatiga etmay tug'ilgan bolalarda va onasi kandli diabet bilan og'rigan bolalarda nisbatan uzoqroq (2-3 haftagacha) saqlanib turadi.

Terining fiziologik qipiqlanishi bola hayotining 3-5-chi kunlarida paydo bo'lib, asosan ko'krak kafasi va qorin sohasida kuzatiladi. Bola vaqtidan o`tib tug'ilsa, bu holat kuchliroq bo`lishi mumkin.

Tug'ruk shishi - chaqaloq gavdasining qaysi qismi bilan tug'ilgan bo`lsa, shu joyda, qisilish oqibatida vena qon tomirlarida qon turib qolishidan kelib chiqadi.

Toksik eritema – allergoid reaksiya terida qizil dog'lar sifatida namoyon bo'lib, ba`zan uning markazida tuguncha yoki pufakchalar ham bo`lishi mumkin. Bu holat 20-25% chaqaloqlarda uchrab, bola hayotining 2-5 kunlarida paydo buladi. Bu dog'lar ko`pincha bug'imlar atrofi, dumba sohasi, ko'krak qafasining oldi tomonida joylashadi.

90. Shaxsiy profilaktika aptechkasi tarkibida qanday dori-vositalari va anjomlari bo‘lishi kerak?

J: O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING 2012 YIL «25» YANVARDAGI 25-SONLI «O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA VABO KASALLIGI USTIDAN EPIDEMIOLOGIK NAZORATNI YANADA TAKOMILLASHTIRISH TO'G'RISIDA» GI BUYRUG'I ASOSIDA SHOSHILINCH SHAXSIY PROFILAKTIKA UCHUN DORI-DARMONLAR JAMLAMASI

JAMLAMA TARKIBI	ISHLATILISH MAQSADI	MIQDORI
70% li etil spirti	Tananing ochiq joylariga ishlov berish uchun	200,0 ml
Tetrasiklin tabletkasi	Vaboning oldini olish uchun	1 konvalyuta
Tetrasiklin flakonda Yoki uning o'rnini bosuvchi dori vositasi	Vaboning oldini olish uchun	2 flakon
Streptomisin (1mln)	Ko'z va burun shilliq qavatlariga ishlov berish uchun	1 flakon
30% li albusid	Ko'z va burun shilliq qavatlariga ishlov berish uchun	1 flakon
Distillangan suv (ampulada 5,0mldan)	Streptomisin va Tetrasiklinni eritish uchun	2 ampula
Paxtali tamponlar	ishlov berish uchun	10 dona

Pipetka	**Tomizish uchun**	**10 dona**
Shpris 5,0 ml	**Streptomisin va Tetrasiklinni qollash uchun**	**10 dona**

91. Chala “Kam vaznli” tug‘ilgan chaqaloqlarni zond orqali ovqatlantirish texnikasi. Apgar shkalasi haqida aytib bering.

Chala tug'ilgan bolalarning hazm qilish a'zolarida ham o'ziga xos jihatlari bo'ladi. Birinchi navbatda, bunday bolalarda hazm fermentlari yetishmovchiligi kuzatiladi. Ovqat hazm qilish tizimidagi bezlar yetarli miqdorda ferment ajratib chiqara olmaydi va oshqozon shirasi ham kam miqdorda sintezlanadi. Chala tug'ilgan bolalar hazm tizimiga tushgan kichik miqdordagi miroorganizmlar ham bolada disbioz kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Sog'lom bolalarda bu kabi bakteriyalar oshqozon shirasi ta'sirida o'lib ketadi. Asab tizimi tomonidan kuzatiladigan kamchiliklar hisobiga ichaklarning motorikasi (harakatlanishi) susayadi, ovqat massasi ichaklarda turib qoladi. Ammo, muddatidan juda erta tug'ilgan bolalarda ham sutni parchalovchi fermentlar qisman bo'lsada ishlab chiqariladi. Shuning uchun chala tug'ilgan bolalar uchun eng optimal ozuqa – ona sutidir.

Ona suti ozuqaviy jihatdan qulay bo'libgina qolmay, tashqi muhit agressiv omillardan ham bolani himoya qiladi, ya'ni immunitet. Shuning uchun bola tug'ilishi bilan intensiv terapiya bo'limida yotgan bo'lsa ham, so'rish reflekslari shakllanmagan bo'lsa ham ona sutini qabul qilishini ta'minlash kerak. Mana shu yo'l bilan chala tug'ilgan bolalarni o'sishini rag'batlantirish mumkin. Agar bolada umuman so'rish refleksi shakllanmagan bo'lsa, maxsus nazo-gastral zond orqali ona suti beriladi.

92. Chaqaloqlarda Kefalogematomaning sababi, klinikasi, hamshira parvarishini gapirib bering . Kefalogematomada chaqaloqlarning parvarishi qanday amalga oshiriladi

J: Gematoma — tananing ma`lum qismida ichki qon ketishi natijasida qon to`planib qolishidir. Inson bosh suyagi yumshoq biriktiruvchi to`qima bilan qoplangan, u tibbiyotda suyak pardasi deyiladi. Suyak pardasi qon bilan yaxshi ta`minlanadi. Tug`ruqning juda tez yoki sekin kechishi go`dakning boshidagi mayda qon tomirlarning yorilishiga va bosh suyagining ustki qismida qon to`planib qolishiga olib kelishi mumkin. Bu tibbiyotda kefalogematoma deb nomlanadi. Kefalogematoma — bosh suyagi pardasi va boshning yassi suyagi orasida qon to`planib qolishidir. Xastalikning 3 bosqichi mavjud bo`lib, davo choralari aynan shu bosqichlarga ko`ra belgilanadi.
1-bosqichda shishning diametri 4 sm. dan kichik bo`ladi;
2-bosqichda 4–8 sm. atrofida;
3-bosqichda esa 8 sm. dan katta bo`ladi.
Belgilari-chi?
Kefalogematoma asosan bola bosh suyagining tepa qismida yuzaga keladi. Kamdan kam hollarda esa ensa yoki peshanaga yaqin joylashishi mumkin. Odatda kefalogematoma go`dak hayotining dastlabki 2-3-kunlarida aniqlanadi. Avvaliga terining rangi, ko`rinishi o`zgarmasligi mumkin, biroq juda mayda qontalashlar namoyon bo`la boshlaydi.
Sababi nimada?

- Homilaning haddan tashqari kattaligi yoki ona tos suyaklarining kichikligi. Ya`ni tug`ruq jarayonida bolaning boshi onaning tos suyaklari orasida siqilib qolganligi tufayli tomirlar yorilib, asta sekinlik bilan qon to`plana boshlaydi;
- Tug`ruq jarayonida vakuum yoki akusherlik shprislaridan foydalanilgani;
- Gipoksiya. Bola o`z o`qiga o`ralib qolsa yoki tug`ruq jarayonida og`iz bo`shlig`iga suyuqlik to`planib qolsa;
- Homilaning noto`g`ri kelishi ham kefalogematomaga sabab bo`lishi mumkin.

Aniqlash usullari
Odatda gematomani anilash qiyinchilik tug`dirmaydi. Shifokor onadan tug`ruqning qanday kechganligini surishtiradi, bolaning bosh suyagi ko`zdan kechiriladi. Kefalogematomaning joylashishi va bola bosh suyagida nuqson yo`qligini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvi tayinlanadi. Ba`zi hollarda magnit rezonans tomografiya tekshiruvi ham buyurilishi mumkin.
Qanday parvarishlanadi?
Kefalogematomaga chalingan kichkintoyni olti oygacha chayqatish, tebratish, silkitish mumkin emas. Kichkintoy uchun imkon qadar tinch muhit yaratishga harakat qilish, hotirjamligini ta`minlash lozim. Zarurat tug`ilganida shifokor dori-darmon vositalari va turli vitaminlarni tayInlashi mumkin. Xususan qon ivuvchanligini yaxshilash maqsadida K vitaminini tavsiya qiladi.
So`rilib ketadimi?
Avvaliga kefalogematoma aniqlangan go`daklar shifokor nazorati ostida kuzatiladi. 80 foiz hollarda gematoma 10-14 kundan so`ng o`z-o`zidan so`rilib ketishi aniqlangan. To`plangan qon miqdori oz bo`lsa, maxsus davo choralarini ko`rish shart emas. Biroq, albatta, shifokor nazorati ostida shishining holati kuzatib boriladi.
Agar gematomaning diametri 8 sm.dan katta bo`lsa, shifokor tomonidan punksiya usuliga murojaat etish tavsiya qilinishi mumkin. Ya`ni gematomaning devori maxsus igna yordamida teshilib, ichidagi qon so`rib olinadi va qattiq qilib bog`lab qo`yiladi. Amaliyotga bola 10 kunlik bo`lganidan keyin murojaat etish lozim. Punksiya amaliyotidan so`ng go`dak pediatR va bolalar xirurgi nazorati ostida bo`lishi darkor.
Jarrohlik amaliyoti qachon o`tkaziladi?
Agar gematoma uzoq vaqt davomida so`rilib ketmasa, suyak pardasida qotish jarayonlari boshlanadi. Ossifikasiya (qotish) natijasida bosh suyagining shakli o`zgarishi mumkin. Bunday hollarda shifokorlar jarrohlik amaliyotini o`tkazishni tavsiya etadilar.
Shuningdek kefalogematomaning yiringlashi ham jarrohga murojaat qilishga etarli asos hisoblanadi. O`tkazilgan operasiyadan so`ng bolaning salomatligi bir yil davomida mutaxassilar tomonidan kuzatib boriladi.
Asoratlaridan ehtiyot bo`ling

- Kefalogematoma paydo bo`lganda ko`p qon yo`qotilishi natijasida anemiya, qonda gemoglobin miqdorining kamayishi yuzaga kelishi mumkin.
- Agar gematomaning dimetri katta bo`lsa, ichidagi qon atrofdagi to`qimalarga singib, tanaga bilirubin moddasini tarqatadi. Natijada kichkintoyda sariqlik yuzaga keladi. Biroq bu sariqlik go`daklarda uchraydigan fiziologik (10 kun ichida o`tib ketuvchi) sariqlikdan farqli ravishda uzoqroq davom etishi mumkin.
- Gematomaning yiringlashi. Qontalash hudud virus va infeksiyalarning rivojlanishi uchun qulay muhit hisoblanadi. Agar kefalogematomaga infeksiya tushsa gazak ola boshlaydi. Bunda terining yuzasi qizarib, harorat ko`ratariladi.
- Ossifikasiya (gematomaning qotishi). O`z vaqtida aniqlanib davo choralari ko`rilmaganda kefanogematoma qotib, jarrohlik aralashuviga olib keladi.

Oldini olish uchun
Homilador ayol sog`lom turmush tarziga rioya etishi, virusli resperator xastaliklardan o`zini asrashi, shifokor nazoratisiz dori vositalarini qabul qilmasligi, ayniqsa qon quyilishiga olib keluvchi preparatlarni qabul qilishda ehtiyot bo`lishi, gipoksiya yuzaga kelishining oldini olish choralarini ko`rishi, shifokor tayinlagan vitamin va minerallar kompleksini o`z vaqtida qabul qilib borishi lozim. Shunda bolada kefalogematoma yuzaga kelish xavfi kamayadi.
Xastalik o`z vaqtida aniqlangan va shifokor tavsiyasiga ko`ra davo choralari ko`rilgan taqdirda butunlay davolanadi. Shuning uchun bunday hollarda ortiqcha hayajon va sarosimaga berilish kerak emas. Muhimi, kichkintoyning salomatligiga bee`tibor bo`lmaslik.

94. Chaqaloqlar sepsisining belgilari, unga olib keluvchi omillar, oldini olish chora-tadbirlarida hamshiraning vazifasi.

J: Sepsis yiringlatuvchi mikroblarning mahalliy infeksiya o‘chog‘idan qon oqimiga, limfa yo‘llariga, ulardan esa bemorning barcha to‘qima va a’zolariga tarqalishidan kelib chiqadigan umumiy infeksion kasallikdir.
Infeksiya tushgan jarohat va turli sohada joylashgan yiringli kasalliklar (masalan, chipqon, xo‘ppoz, flegmona) sepsis manbai bo‘lishi mumkin. Odatda stafilokokk, streptokokk, ba’zan pnevmokokk, gonokokk, ichak tayoqchasi singari mikroblar ham sepsisni qo‘zg‘atadi. Aslida sepsis organizmdagi jarohat yoki yallig‘lanish jarayonining asorati hisoblanadi. Uning rivojlanishida og‘ir kasalliklar, jarrohlik operatsiyalari, ko‘p qon yo‘qotish, birdaniga ozib ketish, vitamin yetishmovchiligi, yetarli ovqatlanmaslik natijasida organizmning himoya kuchlari susayishi muhim rol o‘ynaydi.
Og‘ir kechsa, zarari ko‘proq
Sepsis og‘ir kechganda qondagi mikroblar juda tez ko‘payadi va ular qonni o‘z zaharli mahsulotlari (toksinlari) bilan zararlaydi, ya’ni qizil qon hujayralari (eritrotsitlar)ni yemiradi. Sepsis rivojlanganda bemorning tana harorati 39-40 darajaga ko‘tariladi, eti uvishadi, ba’zan qattiq terlaydi. Ayrim paytda esa teri sarg‘imtir tusga kirib, unga toshmalar toshadi.
Sepsis birmuncha yengil o‘tganda mikroblar qonda ko‘paymaydi, balki qon oqimi bilan turli a’zo va to‘qimalarga tarqaladi, natijada ularda ko‘p sonli yiringli o‘choqlar hosil bo‘ladi. Bunday vaqtda sepsis uzoqroq kechadi va yiring to‘planayotganda bemorning ahvoli bir oz og‘irlashib, madda yorilgandan so‘ng (yoki operatsiyadan keyin) esa bir qadar yengillashib turadi.
Sepsisning har ikki holatida ham bemorning tana harorati ko‘tariladi, boshi og‘riydi, ko‘p terlaydi, arterial bosimi pasayadi, holsizlanadi, ishtahasi yo‘qoladi, ko‘pincha uyqusizlikdan aziyat chekadi. Bundan tashqari, jigar va taloqning kattalashishi, shishishi, yurak va buyraklar faoliyatining yomonlashishi kuzatiladi. Bemorning oyoq-qo‘llarida mayda qora dog‘lar paydo bo‘lib, bo‘g‘im va mushaklarida yallig‘lanishlar ro‘y beradi. Yosh bolalarda esa sepsis ko‘pincha zotiljam (pnevmoniya) shaklida kechadi.
Sepsisning paydo bo‘lishida tashqi va ichki omillar muhim rol o‘ynaydi. Masalan, u ba’zida hasharotlar (chivin, pashsha, kana, burga, o‘rgimchak) chaqqandan so‘ng ham yuzaga keladi. Shuningdek, ba’zan teridagi ochiq jarohatlarga infeksiya tushganda, yaralarning bitishi kechikkanda, turli gangrenozlar (asosan oyoq gangrenasi)da, qorin bo‘shlig‘i a’zolaridagi jarrohliklardan so‘ng va o‘tkir xirurgik kasalliklar asorati sifatida paydo bo‘ladi.
Hozirgi kunda yuz-jag‘ sohasidagi yallig‘lanish kasalliklari, ayniqsa bolalardagi bunday jarayonlar ko‘pgina holatlar septik asoratlar bermoqda. Odontogen sepsis milk yoki jag‘lardagi yiringlash tufayli yuzaga kelib, ko‘p hollarda jag‘ osti limfa tugunlari yiringlashi va og‘iz bo‘shlig‘i flegmonasi bilan birga kechadi.
Ba’zan oyoqdagi yara-chaqalar va badanning turli joylaridagi shikastlanishdan keyingi jarohatlar tuzalishi kechiksa yoki ularga o‘z vaqtida davo qilinmasa, sepsis rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Umuman, sepsis ko‘zi yorigan va bola oldirgan ayollarda, bir yoshgacha bo‘lgan go‘daklarda hamda turli xil jarrohlik xastaliklari bilan og‘rigan bemorlarda tez-tez uchrab turadi.
Qorin va ko‘krak bo‘shlig‘i a’zolaridagi yiringli yaralarda, ayniqsa, chipqon va katta chipqon (karbunkul) chiqqanda, ularni qo‘l bilan ezganda sepsis yuzaga keladi. Ba’zan arzimagan jarohatlar (ehtiyotsizlik tufayli tananing biror joyi shilinsa yoki kesilsa) ham sepsis rivojlanadi. Ayrim paytlarda ayollarda sut bezlarining yallig‘lanishi (mastit)dan so‘ng sepsis kelib chiqishi mumkin.
Bir qancha turlari mavjud
Ginekologik sepsis jinsiy a’zolar faoliyatidagi ayrim o‘zgarishlar yoki kasalliklar (masalan, noqulay sharoitda qilingan abort, tug‘ruqning og‘ir o‘tishi, yiringli endometrit, salpingit)dan so‘ng ro‘y beradi.

Kriptogen sepsis ko‘pincha autoinfeksiyalar tufayli ma’lum sharoitda vujudga keladi, ya’ni infeksiyalar bodomcha bezlarida, tish granulomalarida, kengaygan bronxlarda, ichaklarda, taloqda o‘rnashgan bo‘lishi mumkin.
Tonzillogen sepsis ko‘pincha bodomcha bezlarning yiring boylashi va nekrozli yallig‘lanishi (angina) natijasida paydo bo‘ladi.
Rinogen sepsis burun va uning yondosh bo‘shliqlaridagi yiringli kasalliklar asoratidir.
Urosepsis siydik-tanosil a’zolariga infeksiya tushishi, ularning zararlanishi hamda bu a’zolardagi yiringli jarayonlar oqibatida vujudga keladi.
Jarrohlik sepsisi turli jarrohlik kasalliklari (ayniqsa, yiringli peretonit, plevrit, appenditsit, o‘pka absessi hamda kuyish jarohati) asorati sifatida uchraydi.
Bulardan tashqari, sepsis jarayoni yangi tug‘ilgan go‘daklarda ham kuzatiladi.
Chaqaloqlar sepsisi (neonatal sepsis) bakteriyalarning infeksiya o‘chog‘idan qonga tushishi bilan kechadigan umumiy infeksion kasallikdir. Chaqaloq organizmiga infeksiya antenatal (tug‘ruqqacha), intranatal (tug‘ruq paytida) va postnatal (tug‘ruqdan keyin) davrlarda o‘tishi mumkin. Ayniqsa, chala tug‘ilgan go‘daklarda sepsis juda tez rivojlanadi.
Go‘daklarda bu kasallikni turli patogen va shartli patogen mikroorganizmlar (masalan, stafilokokk, streptokokk, pnevmokokk, salmonella, ichak tayoqchasi) qo‘zg‘atadi. Shunindek, homilador ayol organizmida yallig‘lanish jarayonlari kechayotgan bo‘lsa, tug‘ruq paytida terisi shikastlanishi tufayli yiringli o‘choqlardagi infeksiya chaqaloqqa o‘tadi.
Chaqaloqlar sepsisi aksariyat hollarda bola tug‘ilishi vaqtida yoki tug‘ilgandan so‘ng yuz beradi. Ko‘pincha kindik yarasi mikroblar manbaiga aylanadi. Bunda kindik qoldig‘idan infeksiya kirishi natijasida sepsis yuzaga keladi. Ya’ni bola kindigi uy sharoitida kesilganda yoki kindikni toza bo‘lmagan ip va latta bilan bog‘laganda, unga kul sepganda sepsis osonlik bilan rivojlanadi. Bundan tashqari, sepsisni qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlar chaqaloq organizmiga shilliq qavatlar, nafas yo‘llari, oshqozon-ichak, teridagi jarohatlar va kindik tomirlari orqali kirishi mumkin.
Konservativ davo naf bermasa…
Sepsisning o‘ta jiddiy jarayon ekanligini unutmasligimiz kerak. Bu jarayonda yiring qonga so‘riladi va organizmdagi barcha a’zo va hujayralarda o‘rnashib qoladi. Shundan so‘ng zarur a’zo va hujayralar yemirila boshlaydi, ularning faoliyati keskin buziladi. Ayniqsa, yurak-qon tomir, nafas, hazm a’zolari ishi izdan chiqadi va ularning yetishmovchiligi kuzatiladi.
Sepsisga faqat kasalxona sharoitida davo qilinadi. Bunda konservativ (dori-darmon) va jarrohlik muolajalari qo‘llanadi. Organizmdagi yiringli o‘choqlar dori-darmonlar, fizioterapevtik muolajalar va yana bir necha xil murakkab davo usullari yordamida yo‘qotiladi. Konservativ davolash yordam bermagan hollarda jarrohlik muolajasi amalga oshiriladi.
Ma’lumki, sepsis rivojlanganda bemor organizmida og‘ir turdagi zaharlanish (intoksikatsiya) ro‘y beradi, bu vaqtda ishtaha yo‘qoladi va organizm quvvatsizlanadi. Shuning uchun ham sepsisni davolash jarayonida bemorga yuqori kaloriyali, ya’ni servitamin ovqatlar berish zarur. Bundan tashqari, bemorlar tinch sharoitda bo‘lishlari, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya etishlari lozim. Ayniqsa, ularga yaxshi muomalada bo‘lish kasallikning tuzalishida muhim ahamiyatga ega.
Maslahatimiz shuki, odam badanida paydo bo‘lgan har qanday yara-chaqalar va organizmida kechayotgan yallig‘lanishlarga beparvo qaramaslik kerak. Sepsisning oldini olish uchun quyidagi holatlarga e’tiborli bo‘ling:
ochiq jarohatlar yiringlashi;
yuzdagi husnbuzarlar uchi oqarishi;
chipqon chiqishi;
xasmol (qo‘l barmog‘i to‘qimlarining o‘tkir yiringli yallig‘lanishi) paydo bo‘lishi;
flegmona (teri osti yog‘ klechatkasining o‘tkir yiringli yallig‘lanishi) vujudga kelishi;
teridagi mayda shikastlar tuzalishi cho‘zilishi;
badanning biror joyi kuyishi.

95. Leyshmanioz qanday kassalik, yuqish yo`llari va profilaktikasi haqida malumot bering.

J: Leyshmanioz — odam va xayvonlarda uchraydigan kasallik. Ko‘proq tropik va subtropik iqlimli mintakalarda qayd etiladi. Leyshmaniyalar qo‘zg‘atadi va iskabtoparlar orqali yuqadi. Infeksiya manbai kemiruvchilar hisoblanadi. Teri leyshmaniozi (qarang Yomon jarohat) va ichki a’zolar visseral leyshmaniozi farq qilinadi. Visseral leyshmanioz "kalaazar" deb ham yuritiladi. Kasallikning bu turi bilan ko‘proq bolalar kasallanadi (birinchi bo‘lib kasallik qo‘zg‘atuvchisini topgan ingliz vrachi U.Leyshman nomidan olingan). U surunkali kechadi, ichki a’zolar jiddiy zararlanadi; dam-badam isitma xuruj qilishi, jigar va taloqning nihoyatda kattalashuvi, anemiya va juda oriklab ketish kasallikka xos alomatlardir. Ko‘pincha, o‘lim hollari kuzatiladi. Davolash uchun tarkibida surma bor preparatlar (solyusurmin, stibanol, neostibodan va boshqalar) qo‘llaniladi. Oldini olish iskabtopar va kemiruvchilarni qirishdan iborat. Shaxsiy himoya vositasi — repellentlardan foydalaniladi.

96. Quturish kasalligi klinikasi, davolash va profilaktikasi haqida aytib bering.

J: Quturish kasalligi— quturish virusi (Rabies virus) qo’zg’atadigan virusli kasallik, issiqqon hayvonlar va odamlarda uchraydi. Odamga kasallangan hayvonlar tishlaganda yoki tirnaganda ularning so’lagi orqali yuqadi. Virus yuqganda markaziy asab tizimining og’ir progressiv shikastlanishi kuzatiladi.

Virus shikastlangan teri orqali asab oxirlari tomon harakatlanadi va ular orqali miya va orqa miyaga tarqaladi. Kasallik insonlar uchun halokatli hisoblanadi va kasallikni faqatgina favqulodda emlash bilan oldini olish mumkin.

Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko’ra, har yili 59 000 kishi quturish kasalligidan vafot etadi. Ularning 99 foizi quturgan it tishlashi natijasida kasallangan. Biroq, hayvonlar va insonlar uchun vaktsina mavjudligi quturish hollarda o’lim ko’rsatkichlarining kamayishiga olib keldi.

Virus markaziy asab tizimiga ta’sir qilib, ayniqsa miya yallig’lanishiga sabab bo’ladi (o’ziga xos ensefalit). Mahalliy itlar, mushuklar, quyon va yovvoyi hayvonlar tishlashi va tirnashi orqali insonlarga virus yuqishi mumkin.

Quturishga qarshi kurash tezkor davo choralariga bog’liq bo’ladi.

Quturish belgilari va alomatlari.

Odamlarda quturish kasalligining asosiy belgisi –gidrofobiya yoki suvdan qo’rqish snaladi. Avval suv ichishdan qo’rqish kuzatilsa, keyinchalik suvni ko’rganda va suv haqida gap ketganda ham qo’rqish belgilari kuzatiladi. Qo’shimcha ravishda yutunish mushaklarining titroqli harakati, qo’rquv, tutqanoq, nafas olishdagi uzilishlar aniqlanishi mumkin.

Tutqanoq tovush va yorug’lik ta’siri oqibatida boshlanadi. Bemor hamma narsani sindirib, odamlarga tashlana boshlaydi, «zo’ravon» hujumdan keyin «jim» -falajlikning boshlang’ich belgisi boshlanadi. Shundan so’ng nafas olish to’xtashi va o’lim sodir bo’ladi.

Tishlashdan boshlab kasallik belgilari paydo bo’lgunigacha bo’lgan vaqt kasallikning inkubatsion davri deb ataladi. Odatda kasallik alomatlari inson kasallanganidan 1-2 oй o’tib namoyon bo’la boshlaydi. Biroq, inkubatsiya davri bir necha kun yoki olti yilgacha cho’zilishi ham mumkin.

Quturish gripp kabi alomatlar bilan boshlanadi, jumladan:

· ISITMA;

· Mushaklarning kuchsizligi;

· Og’riqlar.

Bu asosiy belgilaridan tashqari yana tana haroratining 37°C gacha ko’tarilishi, ruhiy tushkunlik, uyquning buzulishi,UYQUSIZLIK, bezovtalik, tishlangan joyda og’riqlar (yara tuzalgan bo’lsa ham) qayd qilinishi mumkin.

Quturish virusi insonlarga quturgan hayvonlar tishlashi yoki tirnashi oqibatida jarohat joyiga ularning so’lagi tushishi natijasida yuqadi. Virusning shilliq qavat yoki ochiq jarohatlarga boshqa yo’llari orqali tushishida ham kasallanish sodir bo’lishi mumkin. Virus faqat hayvondan insonga yoki hayvondan va hayvonga yuqishi mumkin. Uning insondan inosnga yuqishi ehtimoli juda kam bo’lsa-da, tarixda bir necha shunday holatlar qayd etilgan.

Kishi infektsiyalangan bo’lsa, virus miyaga asab tolalari orqali tarqaladi. Virus miyada tez va jadal ko’paya boshlaydi. Bu faoliyat miya va orqa miyaning kuchli yallig’lanishiga olib keladi va bemorning ahvoli tezda yomonlashib, asfiksiya va yurak to’xtashi natijasida nobud bo’ladi. Jarohat bosh yoki bo’yin

sohasida bo’lsa, miya va orqa miya shikastlanishi tezroq boshlanadi. Agar jarohat bo’yinda bo’lsa, iloji boricha tezroq tibbiy yordam chaqirish kerak.
Kasallikni tarqatuvchi hayvonlar.
Hayvonlar quturishining asosiy belgisi - uning xulqi o’zgarishi hisoblanadi: yaxshi uy hayvoni tajovuzkor, yovvoyi va tishlashga shay bo’lib qoladi.
Tashxislash.
Quturish infektsiyasini erta bosqichlarda aniqlash usullari hozircha mavjud emas. Simptomlar boshlanganidan keyin shifokorga insonning tibbiy holatini aniqlashgaQON TAHLILI yoki to’qima analizi yordam beradi. Agar kishi yirtqich hayvon tomonidan tishlangan bo’lsa, shifokorlar odatda alomatlar paydo bo’lishidan oldin infektsiyani to’xtatish uchun profilaktik vaktsinatsiyani belgilaydilar.
Odatda laboratoriya diagnostikasi amalga oshirilmaydi, ammo ko’zning yuzasidan quturish virusi antigenini aniqlab olish usuli mavjud.
Quturishni davolash
Hozirgi kunda virus yuqganidan keyin, insonga kasallanishni oldini olish uchun bir qator inyeksiyalar qilinadi. Virus bilan kurashish uchun quturishga qarshiimmunoglobulin beriladi. U quturishga qarshi antitanalarni darhol ishlab chiqilishiga imkon beradi va virusning kirib borishini oldini oladi. Shundan so’ng quturishga qarshi emlashni olish bu kasallikning oldini olishning kalitidir. Vaktsinalar 14 kun davomida beshta inyeksiya ketma-ketligida beriladi.
Hayvonlarni nazorat qilish xizmati kishini tishlagan hayvonni tekshirish uchun uni izlab topishga harakat qiladi. Hayvon quturmagan bo’lsa, kishi inektsiyalar olmasligi mumkin. Biroq, hayvon topilmasa, eng xavfsiz harakat chorasi — bu davolash usullarini qo’llashdir.
Quturishga qarshi vaksina qancha barvaqt olinsa, kasallikning oldini olish ehtimoli shuncha yuqori bo’ladi. Shifokorlar jarohatni sovun va suv yoki yod bilan kamida 15 daqiqa davomida yuvish orqali davolashadi. Keyin immunoglobin yuboriladi va quturishga qarshi emlash boshlanadi.

97. Dizenteriya qanday kasallik? kelib chiqish sabablari, hamshiralik parvarishini aytib bering. Dizenteriyada najasga xarakteristikasiga baho bering.

J: Ichburug’ (Dizenteriya) kasalligining etiologiyasi, klinikasi, epidemiologiyasi, profilaktikasi
Ichburug’ (Dizenteriya) shigellalar qo’zg’atadigan, intoksikatsiya va yo’g’on ichak distalqismining zararlanishi bilan ta’riflanadigan yuqumli kasallikdir.
Dizenteriya yunoncha dis – buzilish va enteros – ichak degan so’zlardan tashkil topgan bo’lib, ichak faoliyatining buzilishi degan ma’noni anglatadi.
Etiologiyasi: Dizenteriya bakteriyalari Shigella avlodiga kiradi, ularning 50 dan ortiqserologik turlari ma’lum. Xalqaro klassifikatsiya bo’yicha shigellalar 4 guruhga bo’linadi:
a) Shigella dizenteriy
b) Shigella flexneri
c) Shigella boydii
d) Shigella sonnei
Shigellalar tayoqcha shaklida bo`lib, kattaligi 0,3- 0,6, 1-3 mkm keladi. Ular harakatsiz, spora va kapsulalari yo’q, grammanfiy, fakultativ anaerob. Oddiy ozuqa muhitlarida ko’payaveradi. Shigellalarning termostabil, ya'ni issiqlikka chidamli somatik O-antigeni bor.
Grigorev - Shig bakteriyalari kuchli ekzotoksin ishlab chiqaradi, parchalanganida esa ulardan endotoksin ham ajralib chiqadi. Qolgan hamma shigellalar endotoksin hosil qiladi. Dizenteriya bakteriyalarining toksinlari neyrotrop va enterotrop xususiyatiga ega. Grigorev- Shig bakteriyalarining virulentligi juda yuqori, qolganlari uncha virulentli emas. Shigellalar tashqi muhit sharoitiga qarab bir necha kundan bir oygacha tirik saqlana oladi. Sut va boshqa sutli mahsulotlarda shigellalar tirik saqlanibgina qolmay, balki tez sur’at bilan ko’paya oladi. Ular sovuq haroratda va quritilganda halok bo`lmaydi. 60 daraja issiqlikda
30 minutdan so`ng, 100 darajada esa darhol halok bo’ladi. Quyosh nuri ham ularni o’ldiradi. Dezinfeksiyalovchi moddalar (gippoxlorit, xloramin, lizol va boshqalar) bu bakteriyalarni bir necha daqiqa ichida halok qiladi. Dizenteriya bilan og’rigan bemor organizmida hosil bo’ladigan immunitet kuchsiz bo’ladi va uzoqqa cho’zilmaydi.
Dizenteriya qo’zg’atadigan bakteriyalarning turli-xillari vaqt o’tishi bilan o’zgarib turadi.

Epidemiologiyasi: Infeksiya manbai dizenteriya bilan og'rigan bemorlar va bakteriya tashib yuruvchilardir. Bemorlar va bakteriya tashuvchilar shigellalarni axlat bilan birga tashqariga chiqaradi. So'ngra ular har xil yo'llar bilan (suv, oziq-ovqat, qo'l barmoqlari, turli buyumlar va pashshalar orqali) sog'lom odam og'ziga kiradi. Gregorev-Shig bakteriyasi ko'pincha kontakt yo'li bilan, Fleksner shigellasi suv orqali, Zonne tayoqchasi esa oziq-ovqatlar orqali yuqadi. Odamlarda dizenteriya bakteriyalariga tibbiy qarshilik ko'rsatish kuchi deyarli yo'q. Shu sababdan shigellalar yuqqach, deyarli hamma vaqt kasallik paydo bo'laveradi. Bu kasallik yo'z va kuz oylarida ko'proq uchraydi. Immunitet kasallik qo'zg'atgan turdagi bakteriyaning o'zigagini xos bo'ladi, bir yildan uzoqqa cho'zilmaydi. Klinikasi: qabul qilingan rasmiy klassifikatsiyaga ko'ra dizenteriyaning quyidagi xillari va shakllari uchraydi.

1. O'tkir dizenteriya. Kolitik xili:
a) yengil shakli
b) o'rtacha og'irlikdagi shakli
c) og'ir shakli
d) belgilari aniq bo'lmagan shakli.
2. surunkali dizenteriya. Surunkali dizenteriyaning qaytalanib yoki qo'zib turadigan, ya'ni retsidivli xili.
3. Uzluksiz davom etadigan xili.
4. Bakteriya tashuvchilik.

Dizenteriya kasalligi davomida 5 davr ajratiladi
1) inkubatsion davr;
2) boshlang'ich davr;
3) kasallikni avj olgan davri;
4) simptomlarning so'nish davri;
5) sog'ayish davri.

Umuman olganda dizenteriya asosan intoksikatsiya va kolitik sindrom bilan ta'riflanadi. Gastroenterokolitik xilida bulardan tashqari gastrit va enterit alomatlari ham ko'riladi. Inkubatsion davr 2-3 kun davom etadi, u 1 kungacha qisqarishi va 7 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik ko'pincha to'satdan boshlanadi. Bemorning eti uvishib, harorat 38-39 darajagacha ko'tariladi va 2-4 kungacha yuqori bo'lib turadi. Harorat subfebril darajada yoki normal bo'lishi ham mumkin. Harorat yuqori bo'lganida ko'pchilik bemorlarning boshi og'riydi, darmoni qurib, badani qaqshaydi, kayfiyat yomon bo'ladi.

Profilaktikasi: Avvalo dizenteriya diagnozini imkoni boricha barvaqt aniqlab, bemorni kasalxonaga jo'natish yoki kasalxonaning undan boshqalarga yuqmaslik choralarini ko'rish zarur. Dizenteriyaning bilinar-bilinmas belgilari bilan o'tadigan va ayniqsa subklinik xilini aniqlashga alohida e'tibor qilinadi. Ichi ketgan bemorlarning hammasi nazorat ostida bo'lishi kerak. Oziq-ovqat mahsulotlari tayyorlanadigan, saqlanadigan va sotiladigan joylarda ishlovchilar, shuningdek, muassasalari va kasalxona xodimlarini vaqti-vaqti bilan tekshirib turiladilar. Bemor yotgan uy dezinfeksiya qilinadi. Bemorning kasalxonadan uyiga ketishiga kasallik simptomlari butunlay barham topib, axlati tekshirib ko'rilganida dizenteriya mikroblari yo'qligi aniq bo'lganidan keyingina ruxsat etiladi. Uyiga qaytgan bemor poliklinika vrachi nazoratida bo'ladi.

Aholi o'rtasida sanitariya va gigiena qoidalariga rioya qilish zarurligini tushuntirish va umuman aholining sanitariya va gigiena haqidagi tegishli bilimlarga ega bo'lishi juda muhim.

98. Brutsellyoz kasalligi, klinik belgilari,oldini olish chora-tadbirlarini aytib bering. Qaysi kasb egalari bu kasallikka qarshi emlanadi?

J: Brutsellyoz (lot. *brucellosis*), **qora oqsoq** — zoonoz infektsiya, kasallangan hayvonlardan odamlarga yuqadi va inson organizmining a'zolari va tizimlariga ko'plab shikast yetkazishi bilan tavsiflanadi. Mikroblar — bu kasallikning qo'zg'atuvchilari — 1886 yilda ingliz olimi Devid Bryus tomonidan aniqlangan. Olimning sharafiga mikroblar brutsella, ular chaqiradigan kasallik esa brutsellyoz deb nomlangan.

BRUTSELLYOZ SABABLARI VA EPIDEMOLOGIYASI

Brutsellyozning qo'zg'atuvchilari — brucella avlodiga mansub, hujayra ichida parazitlik qila oladigan grammanfiy bakteriyalardir. Brutsellyozning 6 tur qo'zg'atuvchisi va 17 ta biovari aniqlangan. Odamlar uchun uchtasi patogen hisoblanadi:

Mayda shoxli mollar: echki, qo’ylar brutsellyozi qo’zg’atuvchisi (Brucella melitensis);
Yirik shoxli qoramollar: sigir brutsellyozi qo’zg’atuvchisi (Brucella abortus);
Cho’chqalar brutsellyozi qo’zg’atuvchisi (Brucella suis).
Ba’zi manbalarda itlar brutsellyozi qo’zg’atuvchilari (Brucella canis) ham inson uchun xavfli deb ko’rsatilgan.
Hayvonlar bakteriyalarni sut, siydik, amniotik suyuqlik orqali tarqatadi, shuningdek, Stomaxys calcitrans pashshasi ham brutsellyoz tashuvchisi hisoblanadi. Inson zararlanishi kasallik tashuvchi hayvonlar bilan bevosita kontakt qilishda yoki zararlangan oziq-ovqatlar — xom sut, pasterizatsiyalanmagan sutdan tayyorlangan pishloq iste’mol qilishda sodir bo’ladi.
PATOGENEZ
Bakteriyalarning kirish darvozasi — terining, ovqat hazm qilish a’zolari va nafas yo’llarining shilliq qavati mikrojarohatlari hisoblanadi. Darvoza hududida va regionar limfa tugunlarining limfa yo’llarida hech qanday o’zgarish bo’lmaydi. Brutsellyozda limfadenopatiya yalpi hisoblanadi, bu mikroblarning gematogen tarqalishini ko’rsatadi. Ko’payishi va to’planishi limfa tugunlarida, ba’zan esa qonda sodir bo’ladi. Qo’zg’atuvchidan tozalanganidan keyin ham uzoq vaqt davomida organizmning sezilarli allergik reorganizatsiyasi, keskin sezilarli sekinlashgan tipdagi gipersezuvchanligi saqlanib qoladi. Brutsellyoz surunkali kechishga moyilligi bilan ajralib turadi. Kasallanishdan keyin immunitet shakllanadi, lekin uzoq saqlanmaydi (3-5 yildan so’ng qayta infektsiyalanish mumkin). Brutsellyozning klinik ko’rinishiga kasallikka sabab bo’lgan brutsella turi ham sezilarli darajada ta’sir ko’rsatadi. Brutsellyozning eng og’ir kechishi — melitensis, qolganlari kasallikning yengil shakllarga olib keladi.
PATOLOGIK ANATOMIYA
Brutsellyoz bilan shikastlangan a’zolar va to’qimalar mikroskop ostida tekshirilganda, sil kasalligiga juda o’xshash xarakterli granulyomalar ko’rinadi, kamdan-kam hollarda esa kazeoz nekrozga uchraydi. Mustasnolik B. suis infektsiyasi bo’lib, unda ko’pincha abstsesslar kuzatiladi.
BRUTSELLYOZ ALOMATLARI VA BELGILARI
Kasallikning inkubatsion davri 1-2 haftani tashkil etadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi va o’ziga xos xususiyatlarga ega emas. Ammo bemorlarda odatda to’rtta asosiy shikoyat mavjud:
Bo’g’imlardagi intervalli og’riqlar, ba’zida juda kuchli va azobli.
Uzoq subfebril (38 °C gacha) yoki to’lqinli tipdagi keskin ko’tarilish va pasayish ko’rinishida isitma.
Kuchli terlash, tanani ter qoplashi, ba’zida kechki terlash.
Keskin zaiflik va quvvatni yo’qotish.
Tizimli shikastlanishlar turli xil va deyarli barcha a’zolarga ta’sir qiladi. Bunda quyidagilar kuzatiladi:
Tayanch-harakat apparati. Septik monoartrit, tizza, tos-son, yelka-sakrolileal va to’sh-o’mrov birikmalarning assimetrik poliartriti, umurtqa osteomieliti, mialgiya;
Yurak. Endokardit, miokardit, perikardit, aorta ildizi abstsessi, tromboflebit, bunda endokardit ilgari o’zgarish bo’lmagan klapanlarda ham rivojlanishi mumkin;
Nafas olish tizimi. Bronxit va pnevmoniya;
Ovqat hazm qilish tizimi. Sariq kasalliksiz gepatit, anoreksiya va vazn yo’qotish;
Siydik-tanosil tizimi. Epididimit, orxit, prostatit, tuboovarial abstsess, salpingit, servitsit, o’tkir pielonefrit.
Markaziy asab tizimi. Meningit, ensefalit, meningoensefalit, mielit, serebral abstsesslar, Giyen-Barr sindromi, ko’rish nervi atrofiyasi, III, IV va VI juftning zararlanishi.
Limfa tugunlari, taloq. Limfadenit, taloqning kattalashishi
Ko’zlar. Keratit, shox parda yarasi, uveit, endoftalmit.
Brutsellyozning klinik shakllari:
Birlamchi-yashirin (latent) shakl;
O’tkir-septik shakl;
Birlamchi-surunkali metastatik shakl;
Ikkilamchi-surunkali metastatik shakl;
Ikkilamchi-yashirin shakl.
Birlamchi-latent (yashirin) shakli deyarli salomatlik holatidir. Organizmning himoya kuchlari zaiflashishi bilan u o’tkir-septik yoki surunkali metastatik shaklga aylanishi mumkin. Ba’zida mikrosimptomlar: periferik limfa tugunlarining biroz kattalashishi, ba’zan tana haroratini subfebril ko’rsatkichlargacha

ko’tarilishi, jismoniy kuch ishlatishdada terlash ko’payishi kuzatiladi. Bemor o’zini sog’lom deb hisoblab, mehnatni davom ettiradi.
O’tkir-septik shakl isitma (39-40 °C), harorat egrisi to’lqinli, noto’g’ri (septik) tipli katta kundalik o’zgarishlar bilan, takroriy varaja va terlash bilan tavsiflanadi. Kishi o’zini yaxshi his qiladi (tana harorati 39 °C va undan yuqori bo’lganda kitob o’qish, shaxmat o’ynash, televizor tomosha qilish mumkin). Umumiy intoksikatsiyaning boshqa belgilari ham kuzatilmaydi. Bemorning hayotiga tahdid qilmaydi, hatto etiotropik davolashsiz ham sog’ayish bilan yakunlanadi. Limfa tugunlarining barcha guruhlari o’rta darajada kattalashgan, ba’zilari esa sezgir. Birinchi haftaning oxiriga kelib jigar va taloq kattalashadi. Umumiy qon tahlilida leykopeniya, ECHT oshmaganligi aniqlanadi. Asosiy farq — o’choqli o’zgarishlarning yo’qligi (metastazlar). Antibiotiklar bilan davolashsiz, isitma davomiyligi 3-4 hafta yoki undan ortiq bo’ladi.
Surunkali shakllari ba’zida o’tkir shaklni chetlab o’tib birdan rivojlanadi, ba’zan o’tkir-septik shakldan keyin biroz vaqt o’tgach. Klinikasi bo’yicha birlamchi va ikkilamchi surunkali metastatik shakllar farq qilmaydi. Farq — anamnezda o’tkir-septik shakl mavjudligi yoki yo’qligida. Klinikasi: uzoq muddatli subfebril isitma, zaiflik, asabiylashish kuchayishi, yomon uyqu, ishtahaning yo’qolishi, mehnat qobiliyatining pasayishi. Yalpi limfadenopatiya palpatsiya vaqtida yumshoq, sezgir yoki og’riqli. Kichik, juda zich, og’riqsiz, sklerozlangan limfa tugunlari (diametri 0,5-0,7 sm) qayd etiladi. Jigar va taloq kattalashadi. Buning fonida a’zolar shikastlanishi aniqlanadi, ko’pincha tayanch-harakat tizimi tomonidan, keyingi o’rinlarda asab va reproduktiv tizim.
Mushaklar va bo’g’imlardagi og’riqlar, asosan, yiriklarida, poliartrit, kasallikning yangi kuchayishida boshqa lokalizatsiyali metastazlar hosil bo’ladi. Periartrit, paraartrit, bursit, eksostozlar. Osteoporozlar qayd qilinmaydi. Bo’g’imlar shishadi, ularning harakatchanligi cheklanadi, ustki teri normal rangda bo’ladi. Harakatning cheklanishi va deformatsiyalar suyak to’qimalarining o’sib ketishi bilan bog’liq. Umurtqa shikastkanadi, ko’pincha kamar sohasida. Eriksen, Naxlas, Larrey, Djon-Ber alomatlari aniqlanadi.
Shikastlangan mushaklardagi miozitlar. Og’riq o’tmas, uzoq muddatli, ularning intensivligi ob-havoning o’zgarishi bilan bog’liq. Palpatsiya yordamida yanada og’riqli joylar aniqlanadi va mushaklarda turli shakl va o’lchamdagi og’riqli zichlanishlar seziladi. Kichik boldir, bilak, orqa va beldagi teri osti kletchatkasida fibrozit (sellyulit) aniqlanadi. O’lchami 5-10 mm dan 3-4 sm gacha, yumshoq, oval tuzilishga ega, og’riydigan yoki sezgir. Keyinchalik ular kichrayadi, butunlay so’rilib ketishi yoki sklerozga uchrab, uzoq vaqt davomida og’riqsiz kichik zich shakllanma bo’lib qolishi mumkin.
Asab tizimining shikastlanishida nevrit, polinevrit, radikulitlar rivojlanadi. Kamroq hollarda markaziy asab tizimi shikastlanadi (mielit, meningit, ensefalit, meningoansifalit) va ular uzoq, o’gir kechadi.
Erkaklar jinsiy tizimidagi o’zgarishlar — orxit, epididimit, jinsiy funktsiyaning pasayishi. Ayollarda salpingit, metrit, endometrit. Amenoreya kuzatiladi, bepushtlik rivojlanishi mumkin. Homilador ayollarda ko’pincha abort, o’lik tug’ilish, muddatidan oldin tug’ish, bolalarida tug’ma brutsellyoz qayd qilinadi.
Ikkilamchi-surunkali shakli xuddi shu kabi kechadi. Ikkilamchi yashirin shaklning birlamchi latent shakldan farqi — u ko’pincha manifest shaklga o’tadi (qaytalanadi).
KECHISH SHAKLLARI
O’tkir — davomiyligi 3 oygacha;
O’tkir osti — davomiyligi 3-6 oy;
Surunkali — davomiyligi 6 oydan ortiq.
BRUTSELLYOZNI TASHXISLASH
Anamnez ma’lumotlari: hayvon bilan aloqa qilish, termik ishlov berilmagan chorvachilik mahsulotlarini iste’mol qilish, bemorning kasbi, endemik o’choqlar.
Klinik tasvir.
Laboratoriya diagnostikasi:
Brutsellyoz bilan kasallanganlar orasida 50-70% hollarda ozuqa muhitiga qon ekish ijobiy natija beradi:
Rayt reaktsiyasi — 10-kuni ijobiy bo’ladi;
Kumbs reaktsiyasi — surunkali brutsellyoz tashxisi uchun;
2-merkaptoetanol-aglyutinitli sinov;
Xeddlson reaktsiyasi;
Byurne teri sinamasi;

Brucella spp. DNK`sini nuklein kislotalarni amplifikatsiyalash usullari (PZR) yordamida aniqlash.
BRUTSELLYOZNI DAVOLASH
Antibiotiklar bilan davolash: Tetratsiklin, streptomitsin, doksisiklin, rifampitsin, gentamitsin preparatlaridan ikki yoki uchtasi — faqat o'tkir brutsellyozda, hujayra ichiga kiradigan preparatlar bilan birga (biseptol , netilmitsin). Odamlarda brutsellyozni davolashda eng samarali antibiotik ftorxinolonlar (siprofloksatsin, norfloksatsin, ofloksatsin) sanaladi, ularning eng samaralisi — fleroksatsin.
Mumkin bo'lgan davolash sxemalari:
Doksitsiklin 45 kun + streptomitsin yoki gentamisin 14 kun;
Doksitsiklin + netilmitsin (ba'zi mualliflar eng samarali sxema deb hisoblashadi);
Doksitsiklin + rifampitsin;
Ftorxinolonlar + doksitsiklin yoki netilmisin yoki rifampitsin;
Monoterapiyada ftorxinolonlar;
Trimetoprim / Sulfametoksazol (Biseptol) + rifampitsin;
Brutsellyoz 37-80% holatlarda surunkali shaklga o'tadi, ayniqsa kech yoki noto'g'ri davolansa.
OQIBATI
Brutsellyoz kamdan-kam hollarda o'limga olib keladi. Hatto antibiotiklar paydo bo'lishidan oldinlari ham o'lim darajasi 2 foizdan oshmagan va asosan endokardit tufayli sodir bo'lgan. Biroq, brutsellyoz ko'pincha nogironlik bilan yakunlanadi. Asoratlarning jiddiyligi qo'zg'atuvchi turiga bog'liq. Brucella melitensis tomonidan chaqirilgan brutsellyoz eng og'ir oqibatlarga olib keladi. Nogironlikning sabablaridan biri — nevrologik buzilishlar, shu jumladan orqa miya shikastlanishi va paraplegiya. Meningoensefalit va streptomitsin bilan davolashning asoratlari sifatida neyrosensor qulog'i og'irlik rivojlanishlari qayd qilingan.
OLDINI OLISH
Sutni pasterizatsiya qilish yoki qaynatish;
Hayvonlarni veterinariya nazoratidan o'tkazib turish;
Hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan ishlaydigan aholini sanitariya-gigiena qoidalari bilan tanishtirish;
Kasallanish xavfi yuqori bo'lgan kishilarni profilaktik emlash (qisqa muddat — taxminan 2 yil);
Hayvonlarni ommaviy ravishda emlash kutilgan natijani bermagan.

99. Enterobioz qanday kasallik va uning klinikasi qanday kechadi ? Entrobiozda laboratoriyaga kanday material yuboriladi?

J: Enterobioz - yuqumli tabiatning gelmintioz shakli. Bu ichakning shikastlanishi, allergiya va anusning qichishi bilan namoyon bo'ladi.
Kasallikning rivojlanishiga pinwormlar sabab bo'ladi. Bu inson ichaklarida joylashadigan va u erda faol ravishda ko'payadigan mayda ingichka qurtlardir.
Ushbu infektsiya odatda 2 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga ta'sir qiladi. Kasallikning cho'qqisi 5 yoshda sodir bo'ladi.
Pinworms inson tanasiga fekal-og'iz yo'li bilan, ya'ni hojatxonadan keyin yuvilmagan qo'llar yoki ifloslangan oziq-ovqat va uy-ro'zg'or buyumlari orqali kiradi. Ko'pincha, barcha yangi narsalarni "tishda" sinab ko'rishga moyil bo'lgan bolalar infektsiyalanadi. Tashkil etilgan bolalar guruhlarida ko'p narsa tarbiyachilarning diqqatliligiga bog'liq bo'lib, o'z palatalarini ovqatdan oldin qo'llarini yuvishga majbur qiladi, ammo ota-onalarni javobgarlikdan ozod qilib bo'lmaydi, chunki siz bilganingizdek, eng yaxshi ta'lim yosh avlod uchun o'zlarining namunasidir.
Gelmintiozni davolash uning dori vositalariga chidamliligini va o'z-o'zini bosib olish ehtimolini murakkablashtiradi. Shuning uchun shifokorlar ota-onalarga bolaning shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishini qat'iy nazorat qilishni tavsiya qiladi.
Enterobiozning belgilari
Kasallik uzoq vaqt davomida sezilmaydi. Ba'zi alomatlar pinworm tuxumlari bilan infektsiyadan keyin ikki hafta o'tgach paydo bo'ladi. Bolada qichishish shaklida ba'zi noqulayliklar paydo bo'lishi mumkin. Ammo, qoida tariqasida, anus atrofidagi teriga tuxum qo'yish kechasi sodir bo'ladi va ota-onalar chaqaloqning tashvishini sezmaydilar.

Agar kasallikning dastlabki bosqichida davolanmasa, u o'sib boradi va qichishish doimiy va juda kuchli bo'ladi.
Bolaning xulq-atvorini o'zgartirib, gelmintlar bilan infektsiyaga shubha qilishingiz mumkin. Tuyadi o'zgarishi mumkin - yoki u kuchayadi yoki butunlay yo'q bo'lib ketadi, chaqaloq qorindagi og'riqlar bilan bezovtalanishi mumkin. Invaziya qusish, ko'ngil aynishi va uyqu buzilishiga olib kelishi mumkin.
Ba'zida enterobiozning belgilari uzoq davom etadigan yo'tal, allergiya, quruq teri va hatto asossiz burun oqishi bo'lishi mumkin.
Uyda sanitariya-gigiyena bo'yicha majburiy choralar quyidagilardan iborat:
- qaynab turgan choyshab;
- ko‘rpa-to‘shakni har ikki tomondan ehtiyotkorlik bilan dazmollash;
- dezinfektsiyalash vositalari bilan tozalash;
- eshik tutqichlariga ehtiyotkorlik bilan ishlov berish;
- hojatxona, hammom va yo‘lakni to‘liq dezinfeksiya qilish;
- barcha o'yinchoqlarni dezinfeksiya qilish;
- gilamlarni nam tozalash.
Ushbu tadbirlarning barchasi ikki marta - davolanishning boshida va ikki haftadan keyin amalga oshirilishi kerak.
Enterobioz aniqlanganda, shifokor tomonidan tayinlangan preparatlar bilan davolanish kerak. Bundan tashqari, davolanish bir vaqtning o'zida amalga oshirilishi kerak - bemor va barcha oila a'zolari (ularni tekshirishdan keyin yoki profilaktika maqsadida, shifokor bilan maslahatlashganidan keyin).
Davolanishdan bir necha hafta o'tgach, enterobioz uchun ikkinchi (nazorat) tekshiruvidan o'tish kerak.

100. Ovqat tarkibidagi oqsil, yog` va uglevodlarni o`zaro nisbati qanday bo`lishi kerak . Yog`lar organizmda qanday vazifani bajaradi.

J: Energiya almashinuvi Odam a’zoizmida kecha- kunduz davomida sarflanadigan energiya uch qismdan iborat: 1.Asosiy moddalar almashinuvini ta’minlash uchun sarflanadigan energiya. Bu energiya ertalab, naxorda va kechasi odam qimirlamay yotganda nafas olishi, yuragi, buyraklari, jigari va boshqa hayotiy muhim a’zolari normal ishlab turishini ta’minlash uchun sarflanadi. Tana massasi 70kg bo‘lgan odam uchun bir kecha-kunduzda asosiy moddalar almashinuvini ta’minlashga sarflanadigan energiya miqdori 1680kkal ga teng. 2.Ovqatni hazm qilishga sarflanadigan energiya. Iste’mol qilingan ovqatni hazm qilish uchun Me’da - ichaklar, jigar, Me’da osti bezi kabi a’zolarning ishi kuchayadi va ular energiya sarflaydi. 3.Odam bir kecha-kunduzda bajaradigan ishiga sarflanadigan energiya. Bu energiyaning miqdori har bir odamning kasbiga, ko‘p yoki oz harakatlanishiga bog‘liq. Aqliy mehnat bilan shug‘ullanuvchilar kam energiya sarflaydi. Jismoniy mehnat bilan shug‘ullanuvchilar, sportchilar ko‘p energiya sarflaydi. Sog‘lom katta yoshli odamda bir kecha-kunduzlik ovqatdan hosil bo‘lgan energiya miqdori, sarflanadigan energiya miqdoriga nisbatan ko‘p bo‘lsa, odam semiradi. Aksincha, iste’mol qilingan ovqatdan hosil bo‘ladigan energiya sarflanadigan energiyaga nisbatan kam bo‘lsa, odam tanasidagi yog‘ parchalanib, energiya hosil qiladi. Bunday jarayon bir necha kun davom etsa odam ozadi. Shuni 17 ta’kidlash lozimki, yoshlarda iste’mol qilingan ovqatdan hosil bo‘ladigan energiya miqdori sarflanadigan energiyaga nisbatan ko‘proq bo‘lishi lozim. Chunki ma’lum miqdordagi energiya a’zoizmning o‘sishi va rivojlanishi uchun sarflanadi. Moddalar almashinuvi assimilyatsiya va dissimilyatsiya jarayonlarining birligidir. Odam a’zoizmida tashqi muxitdan qabul qilingan moddalarning hujayralar tomonidan o‘zgartirilishi, ya’ni oddiyroq kimyoviy moddalardan murakkabroq kimyoviy moddalar hosil bo‘lishi assimilyatsiya deyiladi. Bu jarayon natijasida hujayralar ko‘payadi, ayniqsa yosh a’zoizmning o‘sishi va rivojlanishi ta’minlanadi. Hujayralar tuzilmasi, jumladan oqsil birikmalar tarkibiga kiradigan moddalarning parchalanishi, yemirilishi dissimilyatsiya deyiladi. 2. Ovqatlanishning sifat qoidasi. Bir kecha-kunduzdagi ovqat tarkibidagi oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, mineral moddalar, suv va vitaminlarning miqdori odam a’zoizmining shu moddalarga bo‘lgan ehtiyojini qondirishi kerak. Kichik yoshdagi bolalar ovqatlanishida oqsil, yog‘ va ugleaodlar nisbati 1:1:3, kattaroq yoshdagilarda 1:1:4 bo‘lishi kerak. Katta kishi to‘g‘ri ovqatlanganda 80- 100g oqsil, 300- 400g uglevod, 80-100g yog‘larni olishi kerak. Abxaziyadagi uzoq umr

ko‘rganlarni ovqatlanishini taqiqot qilish shu narsani aniqladiki, ulardagi oqsil, yog‘ uglevodlarning o‘zaro nisbati 1:0,8:3 ni tashkil etadi. Lekin shunga yarasha ular sabzavot va mevalarni ko‘p iste’mol qilganlar, ya’ni ularning ovqat rasionida vitaminlar va mikroelementlar ko‘p bo‘lgan. 3.Ovqatlanishning uchinchi qoidasi-ovqatlanish rejimi. Bir kechakunduzdagi ovqat miqdori to‘rtga bo‘lingan holda iste’mol qilinishi kerak. Bunda nonushta organizmda bo‘lajak mehnat faoliyati uchun zarur moddalar zaxirasini vujudga keltirishi kerak, unga kunlik ovqat kalloriyasining 20- 25% to‘g‘ri keladi.Tushlik- ishga kirishilgan, quvvat sarfi kuchayganligi uchun 30- 35%ni tashkil qiladi. Tolma choy- tushki va kechki ovqat oraligi uzoqligi tufayli orgnizmga madad berishga qaratilgan bo‘lib,10- 15% bo‘lishi kerak. Kechki ovqatda yengil xazm bo‘ladigan va nerv sistemasini qo‘zg‘atmaydigan, sutli taomlar bo‘lishi, uni uxlashdan 2soat oldin eyish lozim. Kunlik kaloriyaning 20- 25% to‘g‘ri keladi. Ovqatni ma’lum soatlarda yeyish natijasida shartli refleks hosil bo‘ladi. Tanovul qilish paytiga kelib sekretsiya kuchayadi va ovqat Me’da uni qabul qilishga tayyor bo‘lganda tushadi. Moddalar almashinuvi hayot uchun zarur va muhim bo‘lganorganizmning hossasidir. Bu jarayon tashqi muhit 18 vaorganizm o‘rtasidagi birlikni vujudga keltirib turadi. Moddalar almashinuvi birbiri bilan chambarchas bog‘langan ikki protsessdan: assimilyatsiya va dissimilyatsiyadan iborat. Organizmga tashqi muhitdan uzluksiz kirib turgan oziq moddalar va kislorod hazm kanalidaoddiy oziq moddalarga parchalanib, qonga so‘riladi vaorganizmga tarqaladi. Hujayra va to‘qimalarda shu moddalardan organizmga xos murakkab moddalar hosil bo‘ladi, ulardan esao‘z navbatida yangi hujayra va to‘qimalar paydo bo‘ladi va shu bilan birga ular energiya manbai hisoblanadi. Bu protsess assimilyatsiya deb ataladi.Hujayra va to‘qimalardagi murakkab organik moddalar doim parchalanib turadi.Bundaodamning yashashi, harakat qilishi, jismoniy vaaqliy mehnat bilan shug‘ullanishi uchun zarur energiya ajraladi.Bu prosess dissimilyatsiya deyiladi. Parchalanish mahsulotlari chiqaruv a’zolari orqali organizmdan chiqarib turiladi.Organizmda energiya hosil bo‘lishi oksidlanish va adenozintrifosfat (ATF) sintezi kabi birbiri bilan chambarchas bog‘langan ikki protsessdan iborat. ATF organizm uchun kerakli energiyani yetkazib beradi. Moddalar almashinuvi organizmga uzluksiz, muayyan miqdorda oziq moddalar kirib turishiga bog‘liq. Moddalar almashinuvining quyidagi turlari bor: oqsillar, uglevodlar, yog‘lar, suv va tuzlar almashinuvi. Oqsillaralmashinuvi Organizmdaoqsillar, asosan, yangi hujayra va to‘qimalar hosil bo‘lishida plastik material sifatida ishtirok etadi. Oqsillar organizmdagi tirik moddalarning asosiy qismi bo‘lib, boshqaorganik moddalar oqsil o‘rnini bosaolmaydi. Shu sababli oqsillar organizmga to‘xtovsiz kirib turishi va iste’mol qilingan oqsil miqdori organizmning hamma ehtiyojlarini qondiradigan miqdordabo‘lishi kerak. Oqsillar miqdori kishining kasbiga, yoshiga va jinsiga qarab har xil bo‘ladi. Bir kundaorganizmgao‘rtahisobda 100125 g oqsil kirishi kerak.1gr oqsil parchalanganda 4,1 kkal energiya ajraladi.

Yog‘lar almashinuvi: Yog‘lar ham organizm uchun energiya manbai hisoblanadi. Oqsillar va uglevodlar bilan bir qatorda yog‘lar ham hujayralar tarkibiga kiradi. Organizmga kirgan yog‘lar hazm kanalida gliserin va yog‘ kislotalariga parchalanib, limfaga so‘riladi. Bu vaqtda glitserin va yog‘kislotalari ichak shiliq pardasi hujayralaridan o‘tayotganda birbiriga birikib, odamga xos yog‘hosil qiladi. Bu yog‘organizm ehtiyojlarini qondirib, oshiqchasi teri osti kletchatkasida, buyrak atrofida va boshqa ichki organlarda zapas bo‘lib to‘planadi va energiya manbai bo‘lib xizmat qiladi. A’zolar atrofidagi yog‘ esa ularni shikastlanishdan saqlaydi.Bir kunda katta yoshli kishilar organizmiga 100 g yog‘ kirishi kerak. 1gr yog‘ parchalanganda 9,3 kkal energiya ajraladi.

101. Kasalxona va poliklinikalarda bolalarga yordam berishda hamshiraning roli. Bolalarga tibbiy-profilaktika yordami tizimida klinik tekshiruvni tashkil etish (vazifalar, maqsadlar, tadbirlar).

J: Bolalar poliklinikasi – 14 yoshgacha bo’lgan bolalarga tibbiy yordam ko’rsatadigan davolash-profilaktika muassasasi. Bolalar poliklinikasi bolalar kasalxonasi tarkibiga kirishi yoki mustaqil holda faoliyat ko’rsatishi hamda ko’p tarmoqli bo’lishi mumkin. Qishloq joylarda markaziy tuman kasalxonalari qoshidagi poliklinikalarda bolalar maslahatxonasi bo’ladi.

So’nggi yillarda O’zbekistonda (Toshkent sh. da) kattalar va bolalar poliklinikalari hamda ayollar maslahatxonasida «oilaviy shifokor» omillari asosida tibbiy yordam ko’rsatadigan oilaviy poliklinikalar tashkil qilingan. Bu joylarda B. p. vazifasini oilaviy poliklinikalar bajaradi. Shu bilan birga, bolalar konsultativ-diagnostika poliklinikalari (markazlari) ham ochilgan. Bolalar poliklinikasida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko’rsatadigan xonalar (jarroh, logoped, revmatolog, tish, ko’z, burun-tomok va quloq kasalliklari, badan tarbiya va uqalash xonalari), uyda yordam ko’rsatish va sog’lom bolalar bo’limi, sut oshxonasi mavjud.
Bolalar poliklinikasida tez-tez qo’zib turadigan kasalliklardan aziyat chekadigan bemorlar dispanser kuzatuvida bo’ladi. Bolalar poliklinikasida bir necha shifokor bo’lsa, ularning har biri ma’lum uchastkalarga biriktirib qo’yiladi. Uchastka hududida yashaydigan har bir shifokorga 1-2 hamshira yordam beradi. Bolalar poliklinikasi sog’lom bolalarning asabiy-ruhiy, jismoniy rivojlanishini muntazam kuzatib borish, maslahatlar berish, bolalar va ularning ota-onalarini sanitariya-gigiyena jihatidan tarbiyalash ishlarini amalga oshiradi. Shuningdek, bolaning jismoniy rivojlanishiga alohida ahamiyat beriladi; gavda vazni o’lchamlari (antropometriya) qayd qilib boriladi.

102. Imkoniyati cheklangan bolalarga hamshiralik parvarishi. Buzilgan ehtiyoj va muammolar, nogiron bolalarga hamshiralik parvarishining xususiyatlari. Boshlang'ich va o'rta maktab yoshidagi tibbiy-diagnostik tadbirlarning o'ziga xos xususiyatlari.

J: Nogiron bolalar tibbiy-ijtimoiy yordam olish huquqiga ega bo‘lib, bu profilaktika, davolash-tashxis qo‘yish, reabilitatsiya, sanatoriy-kurort, protez-ortopediya yordamini, harakatlanish vositalari bilan **imtiyozli shartlarda ta’minlanishni** va boshqa yordam turlarini o‘z ichiga oladi.
ogironligi bo‘lgan bolalar davlat sog‘liqni saqlash tizimi muassasalarida bepul tibbiy-ijtimoiy yordam olish va o‘z uylarida parvarish qilinish huquqiga ega.
Jismoniy va (yoki) ruhiy rivojlanishida nuqsonlari bo‘lgan bolalarga tibbiy-ijtimoiy yordam ko‘rsatish tartibi, ularga beriladigan imtiyozlar ro‘yxati qonunchilik bilan belgilanadi.
Nogironligi bo‘lgan shaxslarga ijtimoiy yordamning quyidagi turlari ko‘rsatiladi:
Jismoniy va (yoki) ruhiy rivojlanishida nuqsonlari bo‘lgan bolalar ota-onasi yoki ota-onasining o‘rnini bosuvchi shaxslarning arizasiga ko‘ra O‘zbekiston Respublikasining Davlat byudjeti, homiylik va boshqa jamg‘armalarning mablag‘lari hisobidan, shuningdek ota-onasi yoki ota-onasining o‘rnini bosuvchi shaxslarning mablag‘lari hisobidan ijtimoiy muhofaza tizimi muassasalarida saqlanishlari mumkin.
Nogironligi bo‘lgan shaxslarga ijtimoiy yordam mahalliy davlat hokimiyati organlari, sog‘liqni saqlash, xalq ta’limi organlari, boshqa davlat organlari tomonidan tibbiy-ijtimoiy ekspert komissiyalarining xulosalari asosida ko‘rsatiladi.
Nogironligi bo‘lgan, o‘ziga o‘zi xizmat ko‘rsatish qobiliyatini qisman yoki to‘liq yo‘qotgan va o‘zgalarning doimiy parvarishiga muhtoj bo‘lgan shaxslarga ularning uyida hamda vakolatli davlat organlarining ixtisoslashtirilgan statsionar muassasalarida qonunchilikda belgilangan tartibda xizmatlar ko‘rsatiladi. Bu muassasalarda ijtimoiy xizmatlar ko‘rsatish bilan bir qatorda hayot faoliyati uchun tegishli shart-sharoitlar ta’minlanadi, tibbiy xizmatlar ko‘rsatiladi, shuningdek mehnat faoliyati va dam olish tashkil etiladi.
Mahalliy davlat hokimiyati organlari nogironligi bo‘lgan shaxslarga mahalliy byudjet mablag‘lari hisobidan qo‘shimcha ijtimoiy kafolatlar belgilash huquqiga ega.

103. Distrofiya bilan og'rigan bolalarga hamshiralik parvarishi. Distrofiyalarning turlari (turi): gipotrofiya (to'yib ovqatlanmaslik), paratrofiya.

J: Distrofiyaning tashqisoti. Distrofiya tashhisiga xarakterli klinik belgilarga asoslanadi, toqimalar turgori pasayadi, qorinda, qo'l-oyo’qlarda va yuzida, keyinchalik teri osti yog' qavatining yo’qolishi yoki qalinligining pasayishi (yo’ki xaddan tashqari va notekis to’planishi), tana vaznining bo'yiga nisbatan orqada qolishi, yuqumli kasalliklar va tashqi muhitning turli xil ta'siriga qarshiligi 124 pasayadi. Diagnostikasida distrofiya turi ko’rsatiladi va uning yuzaga kelish vaqti tuhilgan vaqtiga nisbatan (prenatal, postnatal) kelib chiqishi

aniqlanadi. Gipotrofiyada uning darajasi, etiologiyasi va rivojlanish davri (boshlang'ich, progressivlangan, rekonvalessensiya) ko’rsatiladi. Qiyo’siy tashqisi. Birlamchi distrofiya oshqozon - ichak trakti tug'ma nuqsonlari va boshqa organlarning nuqsonlari natijasida kelib chiqqan, irsiy patologiya, MNSning organik zararlanishi, endokrin kasalliklar natijasida yuzaga kelgan ikkilamchi distrofiya bilan taqqoslanadi. Odatdagi terapiyadan davolanmaydigan oqir gipotrofiya holatlarida, shuningdek, paratrofiya va semizlikda, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish bilan birga kelganda distrofiya ko’pincha ikkilamchi bo´ladi. Gipostaturani jismoniy rivojlanishdan keskin orqada qoladigan kasalliklar bilan taqqoslanadi, birinchi navbatda nanizm, konstitusional bo'yi pastlik. • Xondrodistrofiya, suyaklarning tug'ma mortligi yo’ki tubulopatiya tufayli rivojlangan noproporsional nanizm gipostaturadan skeletning qopol patologiyasi bilan farqlanadi, uni raxit bilan tushuntirib bo’lmaydi, ba'zida distrofiya bilan kechadi. Suyak rentgenogrammasi va fosfor-kalsiy almashinuvi ko’rsatgichi bu kasallikni iste'sno etadi. • Proporsional nanizm gipofizning zararlanishi (gipofizar nanizm) yo’ki nafas va yurak-qon tomir tizimining tugma patologiyasi tufayli rivojlanadi. Tug'ilganda kamdan-kam uchraydi, odatda kech rivojlanadi. Nanizm bilan taqqoslash qiyin, organizm to'qimalarining STGga sezgirligini yo’qolishi bilan bog’liq. Bolalarda bu kasallikda tuhilgan vaqtda tana vazni va bo’yining past ko’rsatgichlari aniqlanadi, keyinchalik tana vazni va bo'yiga qo’sqilishi yaqqol bilinmaydi. Lekin distrofiyaning klinik va laborator belgilari kuzatilmaydi. Distrofiyaning davosi Davolash tadbirlari distrofiya turi va og’irlik darajasiga bogliq. Birinchi navbatda u etiologik omillarni bartaraf qilishni o'z ichiga oladi, kun tartibini tashkil qilish va bola uchun optimal atrof-muhit sharoitini yaratish. Dietoterapiya birinchi darajali gipotrofiyada ahamiyatga ega. Surunkali infeksiya o'choqlarini sanasiya qilish, yo'ldosh kasalliklarni davolash, ikkilamchi infeksiyalarni oldini olish, gipodinamiyaga qarshi kurashish muhim axamiyatga ega. Parvarishni tashkil qilish. I darajali gipotrofiyasi bor bolalar ularni yoshiga mos odatdagi kun tartibini o'zgartirmagan holda mahalla shifokori kuzatuvida uyda davolanadi. II va III darajali gipotrofiya bilan og'rigan bolalarni davolash shifoxonada olib boriladi, engil kun tartibiga rioya qilinadi: bolani barcha ortiqcha qo'zg'atuvchilardan (yoruglik, ovoz va boshqalar) chegaralash tavsiya etiladi. Bolani alohida boksda, optimal mikroklimat sharoitida (havo temperaturasi 27-30 S°, namligi 60-70%, xona tez-tez shamollatib turiladi); onasi bola bilan birga gospitalizasiya qilinadi. Sayr vaqtida bolani holda ko’tarish lozim, oyog' - qo'llari issiq bo’lishigani kuzatish kerak (isitgich, paypoq, qo'lqop ishlatiladi). Bemorning emosional tonusini oshirish uchun u bilan mayin, yumshoq muomalada bo’lishi kerak, massaj va gimnastikani qollash zarur. 125 III darajali gipotrofiyada, asosan mushak gipertonusida, massajni nihoyatda extiyotkorlik bilan o'tkazish lozim va faqat silash turi tavsiya qilinadi. Dietoterapiya Parhez distrofiyada rasional davoning asosini tashkil qiladi (birinchi navbatda gipotrofiya).

104. Oldini olish mumkin bo'lgan infektsiyalarning immunoprofilaktikasida hamshiraning o'rni. Sog'liqni saqlash muassasalarida emlash ishlarini tashkil etish. Bolalarni emlashning mohiyati va maqsadlari.

J: Immunoprofilaktikaning maqsadi Vaksinatsiya Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan insonni kasalliklarni oldini olishning ideal metodikasi deb qabul qilingan. Vaksinatsiya (aktiv immunoprofilaktika) odam tanasiga yuqumli kasallik qo‘zg‘atuvchilar antigenini yuborib infeksiyaga 205 qarshi immunitet hosil qilishga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksidir. Infeksiyaga qarshi immunitet hosil qilishdan tashqari, vaksinatsiya keng qamrovda o‘tkazilganda ommaviy epidemiologik kasalliklar tarqalishini oldini oladi. Immunoprofilaktikaning maqsadi maxsus vositalar yordamida yuqumli kasalliklar bilan kasallanish va o‘lim holatlarini kamaytirish va yo‘qotishdir. – Tumanlarda difteriya bilan kasallanish hollari kamaytirildi va o‘lim hollarini oldi olindi. – 2010-yilgacha qizamiq va qizilchani eliminatsiya qilishga erishildi. – Tug‘ma qizilcha sindromi miqdorini 1000 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarda 0,01 dan kamaytirildi. – Virusli gepatit B bilan kasallanishni kamaytirish va o‘lim holatlarini oldini olish.

Emlash kalendari o‘zgaruvchan bo‘lib, mamlakatdagi holatni o‘zgarishiga bog‘liq. Vaksinatsiya mumkin bo‘lmagan holatlar. Amalda hamma mumkin bo‘lmagan holatlar vaqtincha bo‘lib, birinchi mumkinlik bo‘lganda immunizatsiya o‘tkazish maqsadida dinamikada qayta ko‘rib chiqilishi zarur. Hamma vaksinalarga

mumkin bo‘lmagan holat bu kuchli reaksiya yoki oldin olingan vaksinadan asoratlanish. 1) O‘rtacha og‘ir va og‘ir somatik va yuqumli kasalliklar, sog‘aygandan so‘ng 3-14 kundan so‘ng o‘tkaziladi. 2) Oldingi vaksina dozasiga jiddiy reaksiya. Agar oldingi qilingan AKDS vaksina dozasiga ensefalik reaksiya, tutqanoq (sudorgi) anafilaksiya, kollaps kuzatilgan bo‘lsa koklyush antigeni bo‘lgan vaksinalarni qilish taqiqlanadi. Emlash kursini tugatish uchun ADS anatoksin ishlatiladi. 3) Nevrologik buzilishlari bo‘lgan bolalar klinik ko‘rinishlari dinamikasida o‘sishi hodisalari kuzatilganda koklyush komponenti bo‘lgan vaksinalar bilan emlashmaydi. Agar nevrologik kasalligi muvozanatda bo‘lsa, vaksinatsiyalar emlash kalendari bo‘yicha bo‘ladi. 4) Allergik kasallari bo‘lgan bolalar – astma, lixoradka, dermatoz va ekzemalari bo‘lgan bolalar (poliomielitga qarshi emlashdan tashqari) remissiya vaqtida, agar kerak bo‘lsa, antigistaminga qarshi preparatlar fonida qilinadi. 5) Silni aktiv formasi bilan kasallangan onadan tug‘ilgan bolalar 2 oyga onasidan izolatsiya qilinadi va silga qarshi vaksinatsiya qilinadi (BSJ).

Yoshi	Emlash turi
1-sutkada	VGB-1
2-5 kun	OPV-0 + BSJ,
2-oylik	OPV1, Rota-1 (rotavirus vaksinasi og‘iz orqali), penta-1 (AKDS-1, VGB-2, XIB-1), PNEVMO-1
3-oylik	OPV2, Rota-2 (rotavirus vaksinasi og‘iz orqali), penta-2 (AKDS-2, VGB-3, XIB-2), PNEVMO-2
4-oylik	OPV-3, penta-3 (AKDS-3, VGB-4, XIB-3), IPV
12-oylik	QPQ-1, PNEVMO-3
16-oylik	OPV-4, AKDS-4
6 yosh	QPQ-2
1 sinf (7 yosh)	OPV-5, ADS-M-5
12-13 yosh	VPCh
16 yosh	ADS-M-6

Izoh: VGB-gepatit B ga qarshi vaksina
OPV-polioriyelitga qarshi vaksina
BSJ-silga qarshi vaksina
Rota-rotavirus vaksinasi-virusli diareyaga qarshi
QPQ-qizamiq-parolit-qizilchaga qarshi
AKDS-difteriya-ko‘kyo‘tal-qoqsholga qarshi
Pentavalent-difteriya- ko‘kyo‘tal-qoqshol-gepatit B-xib infeksiyaga
ADA-M-difteriya-qoqsholga qarshi vaksina
PNEVMO-pnevmokok infeksiyaga qarshi vaksina
IPV-inaktivlangan pollomiyelit vaksina
VPCh-insondagi papriloma virusga qarshi vaksina 12-13.

105. Emlash preparatlari. Emlash jarayoni va uning qonuniyatlari.Vaksinatsiyaga tibbiy ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar. Bolani emlashga tayyorlash. Emlashdan keyingi asoratlarning oldini olish. Vaktsinalarni tashish va saqlash .

J: Poliklinika va QVPda emlash ishlarini rejalashtirish va tashkillashtirish.

Vaksinatsiya o‘tkazish kompleksiga vaksinatsiya qilinadigan shaxslarni tanlash, vaksinalarni aniqlash va undan foydalanish sxemasini o‘rganish, effektivligini kontrol qilish, patologik 209 reaksiyalarni va asoratlarni yo‘q qilish kiradi. Bularni bajarish tibbiyot hamshirasining harakatlariga bog‘liq. Bolalarni emlashga to‘liq jalb etishga ota-onalarning qarshiligi yo‘l qo‘ymaydi. Hamshira ota-onalarga emlashning ahamiyati va muhimligi haqida tushuntirish ishlarini olib boradi. Hamshira oldindan og‘zaki yoki xat orqali emlash o‘tkaziladigan kun haqida ota-onalar, maktabgacha va maktab muassasalariga ogohlantirish beradi. Emlash kuni, emlashga kelgan hamma bolalar shifokor ko‘rigidan o‘tadi, anamnez yig‘iladi, tana temperaturasi o‘lchanadi, o‘tkir kasallanish yo‘qligi aniqlanadi. Vaksinatsiya o‘tkazilganda emlash kalendaridan foydalaniladi. Poliklinikada

epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkillashtirish Emlash xonasi hamshirasi vazifalari: – Emlash xonasining sanitar holati uchun javobgar. – Emlash o‘tkazish texnikasiga amal qiladi. – Shifokor yo‘llanmasi bo‘yicha bolalarni immunizatsiya qiladi, immunizatsiya qoidalariga amal qiladi. – Qilingan emlashlar va ishlatilgan vaksinalar bo‘yicha hujjatlarga qayd qilinadi. – Emlash haqida F112/u ga «Emlashni qayd qilish jurnali»ga (sanasi, emlash turi, dozasi, seriyasi) qayd qilinadi. Emlashga reaksiyalari bo‘lish-bo‘lmasligini tekshirish uchun uchastka hamshirasining faol emlangan bolaning uyiga borishni tashkil qiladi. – Shifokor nazorati ostida kerakli vaksina, dori-darmon, bog‘lash materiallari va instrumentlar olinadi. Emlash xonasida preparatlar to‘g‘ri saqlashni tashkillashtiriladi. Emlash xonalariga ekskursiya, emlash xonasi inventari ro‘yxati: – Vaksina saqlash uchun markalangan bo‘limlari bor xolodilnik. – Shokka qarshi terapiya o‘tkazish uchun instrument va dori vositalari saqlanadigan javon (shkaf). 210 – Bir martalik shpris va ninalar zapasi bilan, termometrlar, tonometr, elektrootsos, korsang, steril mateiali bo‘lgan byukslar. – Zararsizlantiruvchi suyuqliklar uchun idishlar. – Emlash turiga qarab markalangan alohida stollar. – Yo‘rgaklash stoli va tibbiy kushetka. – Hujjat va qaydlarni saqlash uchun stol. – Qo‘l yuvish uchun rakovina. – Bakteriosid lampa. – Termosushka. – Ishlatilgan shpris va inyeksiya vositalarni zararsiz yig‘ish uchun quticha. Emlash kabinetida shokka qarshi aptechkaning tarkibi: – 2 dona jgut, 10 ta bir martalik steril shprislar. – 0,1% li adrenalin gidroxlorid eritmasi 1,0 10 ampula. – Prednizolon va gidrokartizon eritmasi 5 ampula. – Infuzion sistema uchun 5% glukoza eritmasi 500 ml. – Antigistamin preparatlar 5 ampula. – Kalsiy preparat va 2,4% eufillin eritmasi ampulada. – Yurak preparatlari (kordiamin, korglikon, strofantin). Emlash kabineti hujjatlari: – Profilaktik emlash o‘tkazishda foydalaniladigan hamma preparatlarni qo‘llanish instruksiyasi. – Instruktiv hujjatlar. – Vaksina va boshqa preparatlarni, shpris, nina, qutichalarni qabul qilish va ishlatishni hisob-kitob qilish jurnali. – Emlashni qayd qiluvchi jurnal. – Xolodilnik ishining temperatura rejimini registratsiya qiluvchi varaqa. – Bakteriosid lampa va umumiy tozalash ishlarini qayd etish jurnali. – Emlashlar monitoringi grafigi. – Profilaktik emlashning oylik hisoboti. Vaksina qabul qilish va ishlatish haqida №6 forma va yillik hisobot №5 forma statik hisobot tuzish instruksiyasi. 211 – FN№63 «Profilaktik emlash kartasi», O‘zbekiston Respublikasi SSV №145 2007 yil 30.03. – Aholini yosh bo‘yicha qayd qilish. – Immunologik komissiya qarorini qayd qilish jurnali. – Postvaksional reaksiyalar va asoratlarni qayd etish jurnali. – Ba’zi ekstremal hollarda ko‘rsatiladigan tez yordam plani, muassasa rahbari tomonidan tasdiqlangan.

Vaksina turlariga qarab mumkin emas

Vaksina turlari	Mumkin emas
Hamma vaksinalar	– kuchli allergik reaksiyalar yoki oldingi dozadan asoratida. – yuqumli kasallik va somatik kasallikning o‘tkir davrida.
Hamma tirik vaksinalar	– Immun-tanqisligi holatida – Xavfli o‘simtalar – Homiladorlik
BSJ	– Chala tug‘ilgan bolalarga – oldingi dozadan kolloid chandiqda – og‘ir bosh-miya jarohati tug‘ruq vaqtida – 3-darajali gemolikvor dinamikasining buzilishida
VGV	– Bolaning og‘irligi 1800 g dan kichik bo‘lganda – Nonvoy achitqisiga allergik reaksiyada
OPV	– Dori immunosupressiyasida – Xavfli o‘smalarda
AKDS	– Nerv sistemasining progressiv kasalligida – Anamnezida afibril sudorgilarda
ADS, ADS-M, AD-M	○ Absolyut taqiqlar yo‘q
KPK	– Immun tanqislik holatlarida – Tovuq tuxumi oqsiliga allergiyasida – Immunoglobulin yuborilgandan keyin – Homiladorlikda

Emlashdan keyingi reaksiya va asoratlar

Emlash preparati	Emlashga reaksiya	Kam kuzatiladigan reaksiya va asoratlar
VGV	Og‘riq sezgisi, qizarish va yumshoq to‘qimalarning	Isitma, bo‘g‘imlarda og‘riq, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, qusish,
	qattiqlashishi inyeksiya o‘rnida vaksina qilingandan keyin birinchi 5 kunda	ich ketishi, limfoadenopatiya. Anafilaktik shok hollari ba’zida.
BSJ	4-6 haftadan keyin (revaksinatsiyadan 1-2 hafta keyin) dog‘, qizarish, shish, vezikula, yara, chandiq 2-10 mm diametrda	Mahalliy reaksiyaning kuchayishi, limfadenit, sovuq abssess, kolloid chandiq, generallashgan BSJ infeksiya
OPV	Umumiy ahvol buzilmagani holda, ich ketishi	Vaksinoassotsiyalangan poliomielit, ensefalitik va allergik reaksiya
AKDS (ADS-M)	Teri qoplami qizarishi, yumshoq to‘qimalar shishi 5 sm diametrda. Inyeksiya joyida 2 sm gacha infiltrat, qisqa muddatga temperatura oshishi, xolsizlik, vaksina qilingandan 2-3 kun keyin bosh og‘rig‘i	Yumshoq to‘qimalarning shishi va infiltrati, 3 kundan ortiq lixoradka va intoksikatsiya, ensefalopatiya, anafilaktik shok, asmatik sindrom, krup, yelka nervi nevriti, kollaps
KPK	Vaksina qilingandan keyin 6 dan 18 kuni qizamiqning sifat ko‘rinmalari, qisqa muddatli temperatura ko‘tarilishi, qorinda og‘riq, so‘lak bezlari va limfa tugunlar kattalashishi	Toksik, ensefalitik allergik reaksiyalar

106. Jarrohlik sepsisi: ta'rifi, tasnifi, belgilari, bemor muammolari. Sepsisli bemorlarni parvarish qilishda hamshiralik jarayonining xususiyatlari.

J: Jarrohlik sepsisi turli jarrohlik kasalliklari (ayniqsa, yiringli peretonit, plevrit, appenditsit, o‘pka absessi hamda kuyish jarohati) asorati sifatida uchraydi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolashning maqsadi asosan sepsisning qo‘zg‘atuvchisiga ta’sir qilish, bola organizmining himoya qobiliyati (reaktivligi) ni ko‘tarish, moddalar almashinuvini korreksiya qilish va mavjud yiringli o‘choqlarga qarshi kurashishdan iborat bo‘lmog‘i kerak. Davolash muolajalari qanchalik erta boshlansa va kompleks tarzda olib borilsa, shuncha barvaqt va yaxshi natija beradi. Kasallik qo‘zg‘atuvchilarga qarshi, odatda, antibiotiklardan, ayniqsa, keng ta’sir doirasiga ega bo‘lgan turlaridan 104 foydalaniladi. Antibiotiklar sutkalik dozasining 50-70% venalar orqali kiritilishi, 30-50% esa

muskullar orasiga yuborilishi maqsadga muvofiqdir. Antibiotiklarni qo‘llashda albatta mikroblarning sezuvchanligini aniqlash lozim, aks holda, davolash befoyda olib borilgan bo‘ladi. Dezbakteriozga yo‘l qo‘ymaslik uchun antibiotiklar bilan davolash nistatin, levorin, bifidumbakterin va boshqa zamburug‘larga qarshi vositalar bilan birgalikda olib boriladi. Yuqoridagi davo usullari bilan birgalikda simptomatik davolash, maxsus parvarish olib borilishi lozim. Bolaning terisi, tabiiy burmalari, mavjud mahalliy yiringli o‘choqlari doimiy nazorat qilib turilishi va tegishli muolajalar vaqtida o‘tkazib turilishi shart. Bolalar tuzalib kasalxonadan chiqarilgach, kasallikning og‘iryengilligiga qarab kamida 1-3 oy davomida dispanser kuzatuv ostida bo‘lishadi. Patronaj vaqtida hamshira ulardagi har qanday o‘zgarishlarni sinchkovlik bilan aniqlashi va shifokor bilan birga aniqlangan holatlarni bartaraf etish choralarini ko‘rishi kerak.

107. Sovuq urishi ta'rifi, tasnifi, bemor muammolari, birinchi yordam. Sovuq bilan og'rigan bemorlarga hamshiralik yordami.

J: Uzoq vaqt sovuq havoda qolish natijasida sovuq urish holatlari kuzatilishi mumkin. Sovuq urishining yengil darajasida sezuvchanlikning pasayishi, terida ko‘karish va pufakchalar paydo bo‘lsa, og‘ir darajasida nekrozlar paydo bo‘ladi. Nekrozlar suyak to‘qimasigacha yetib boradi.

Sovuq urishi to‘rt darajaga bo‘linadi. Birinchi darajali sovuq urishda terida oqarish va shish kuzatiladi, uning sezgirligi kamayadi. Ikkinchi darajali sovuq urishning xarakterli belgilari terida yorqin rangli suyuqlik pufaklari paydo bo‘ladi. Uchinchi darajali sovuq urishda terini o‘lishi, qonli suyuqliklarga to‘lgan pufaklar va to‘rtinchi darajali sovuq urishda barcha yumshoq to‘qimalarning o‘lishi kuzatiladi.

Birinchi darajali sovuq urishda tanani shikastlangan yuzasi toza yumshoq moddiy bilan qizarguncha yoki issiqlik sezgunicha ishqalanadi. So‘ng terining sovuq urgan joyi odekalon yoki aroq bilan artiladi va qizdirilgan mikrobni o‘ldiradigan material qo‘yib bog‘lanadi. Sovuq urgan terini qor bilan ishqalash tavsiya etilmaydi, bunda teri shikastlanishi va infeksiyalanishi mumkin.

Terining katta qismini sovuq urib, butun organizm sezilarli yaxlaganda, jarohatlangan kishiga issiq vanna (37^0S dan yuqori bo‘lmagan) qabul qilish tavsiya etiladi. Bunda bir vaqtda uni massaj va butun tanasini ishqalash kerak. Bu vaqtda jarohatlangan kishiga issiq choy yoki kofe ichirish mumkin. Tananing sovuq urgan yuzasini xona haroratidagi suvga to‘ldirilgan tog‘ora yoki satilga tushirish va suvni haroratini asta-sekin 37^0S ga yetkazish kerak. Ikkinchi, to‘rtinchi darajali sovuq urganda shikastlangan teri mikroblarni o‘ldiradigan material bilan bog‘lab, jarohatlangan kishini davolash muasasasasiga olib borish mumkin lozim. Og‘ir xollatlarda, agar shikastlangan kishida hayot alomati ko‘zga ko‘rinmasa, sun’iy nafas berish tavsiya etiladi.

Bunda bemorni issiq hududga olib chiqish va o‘rash lozim;

Bemor hushida bo‘lsa, issiq choy berish, og‘riq kuzatilganda og‘riq qoldiruvchi dori berish va hayotiy funksiyalarini nazorat qilish lozim;

Kuchli sovuq urish holatlarida bemorni suvga solish kerak. Bunda suv bemor haroratidan biroz baland bo‘lishi lozim va suv harorati sekinlik bilan 37-38‘ C darajagacha ko‘tarish kerak;

Terida pufakchalar hosil bo‘lgach, turli kompress va malhamlarni qo‘llab bo‘lmaydi. Bunda ikkilamchi infeksiya tushishi mumkin

Sovuq urishi natijasida hosil bo‘lgan nekrozlar jarrohlik amaliyoti yordamida davolanadi.

108. Anaerob infektsiyasi. Rivojlanish xususiyatlari, oldini olish. Gazli gangrena: sabablari, dastlabki belgilari. Gazli gangrena bilan og'rigan bemorlarni parvarish qilish. Anaerob infektsiya uchun sanitariya-epidemiya rejimining xususiyatlarini sanab bering.

J: Anaerob infektsiya, gazli infektsiya, gazli flegmona, xavfli shish – jarohatlarning faqat kislorodsiz muhitda ko’payadigan kasallik qo’zg’atuvchi mikroblar – anaeroblar bilan zararlanishi; ko’pincha, jarohatlari (asosan, oyoq va dumbadagi) tuproq tushishidan paydo bo’ladi, chunki tuproqda deyarli har doim anaerob infektsiya qo’zg’atuvchilari saqlanadi. Majaqlangan yoki ezilgan to’qimalar ko’proq zararlanadi, chunki qon

tomirlarga shikast yetishi sababli jarohatlangan joyga kislorodga to'yingan qon (arterial qon) kelishi to'xtab qoladi.
Anaerob infektsiyada yumshoq to'qimalar tez shishib, unda gaz pufakchalari hosil bo'ladi, keyinchalik to'qimalar o'ladi (q. Gangrena). uning dastlabki belgilari: jarohat og'riydi, to'qimalar ko'pchib ketayotgandek tuyuladi, shish keladi, 1-2 kundan keyin tana harorati ko'tariladi. Anaerob infektsiya juda xavfli, shuning uchun bemorni darhol kasalxonaga yotqizish kerak.

109. Nima uchun OIV infeksiyali ayoldan tug`ilgan bolaga 18 oyga to`lguncha IFA va IB tahlillari o`tkazilmaydi?

J: OIV infeksiyasini spetsifik diagnostikasida quyidagi usullar qo'llaniladi:
1) OlVga qarshi maxsus antitanachalarni aniqlash;
2) virusning antigenlarini aniqlash;
3) virus mavjudligini in vitro usulida o'stirib olib aniqlash.
1. OlVga qarshi maxsus antitanachalarni aniqlash (serologik usullar-IFA va immunoblot). Immunoferment analizi (IFA) keng tarqalgan, nisbatan arzon, qoilanilish imkoniyati eng oson bo'lgan diagnostika usulidir. Tekshirish uchun qon zardobidan yoki plazmasidan foydalaniladi. Bu usul OlVga qarshi organizmda hosil bo'lgan antitanachalarni aniqlash imkonini beradi. Bu usulda tekshirilganda antigen-antitelo kompleksi hosil bo'ladi, hosil bo'lgan kompleks ferment (substrat reaksiya) ta'sirida rangini o'zgartirib. vaqqol namoyon bo'ladi. IFA yolg'on musbat yoki yolg'on manfiy natijalar berishi mumkin. Shuning uchun IFA musbat natija bergan qon namunalarini immun blot usulida tasdiqlash zarurdir. OIV in-**feksiyasiga chalingan homilador ayoldan tug'ilgan chaqaloqlarda IFA musbat natija berishi ham mumkin. manfiy natija berishi ham mumkin, cluinki ona organizmida hosil boigan antitanachalar bolaning qonida 18 oygacha saqlanib. sirkulatsiya qilib yuradi. juda kam hollarda bu 3- yilgacha cho'zilishi mumkin. Shuning uchun yangi tug'ilgan chaqaloqda 18 oygacha serologik reaksiyalar musbat natija bersa ham. bu kasallik yuqqanligini tasdiqloqvhi hujjat bo'laolmaydi.**

110. Avtoklavda kimlar ishlashi mumkin va OIV laboratoriyasida materiallarni avtoklavda zararsizlantirish qanday tartibda olib boriladi?

J: Автокл-да ишлаш у-н махсус курсларда укиган сертификат(гувохнома) олган урта тиббиёт ходим ишлаш мумкун.Рухсатнома муддати 1 йил.СанКваМ асосида 32 атмосфера босимда 20 мин.

111. O`zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasiga yakuniy tashxis qaysi serologik usulda qo`yiladi?

J: Имуноблот analizi

J: Polimeraza zanjiri reaktsiyasi

112. Bemorning birlamchi qon namunasini OIVga tekshirish uchun yuborilayotganda qaysi yo`llanma va qanday tartibda to`ldiriladi?

J: 1. Tekshiriluvchini pasport ma'lumotlari yozilib. och qoringa qon olinadi. Qon olishdan 1 kun avval yog'li taom ist'emol qiiish

tavsiva qilinmaydi.
2. Davolash profilaktika muassasini muolaja xonasida bilakdan quruq probirkaga 5 ml. qon olinadi. Qon olishdan oidin tibbiy xodim qo'lini sovun bilan yuvib. rezinali qo'lqop kiyadi. Probirkaga, ro'yxat daftari va yo'llanmada keltirilgan son yoziladi. Qon olinadigan joy 70 % li etil spirt bilan ishlov beriladi va bir marotaba ishlatiladigan igna-shpris bilan qon olinadi. Shprisdan qonni probirkaga quyishni o'ta sekin va ehtiyotkorlik bilan o'tkaziladi.
3. Olingan qonni tahlilxonaga 24 soat davomida olib kelishi kerak. Agar qonning zardobi sentrifuga yordamida ajratilsa, uni 5 kun davomida olib borish mumkin. agar muzlatkichda saqlanadigan bo'lsa. 9 kun). Tahlilxonaga jo'natiladigan qon zardobi 1 ml dan kam bo'lishi kerak emas. Zardobni ajratish jarayonida har xil tavoqchalardan foydalanish man etiladi.
4. Tahlilxonaga qon namunasi, maxsus avtoulovda. OIV infeksiyasi bo'yicha tayyorlovdan o'tgan maxsus kiyim kiygan (xalat.shapochka-kosinka) tibbiy xodim tomonidan olib kelinadi.
5. Jamoat avtoulovda olib kelish qat'iy man etiladi.
6. Qon namunalari bilan probirkalar shtativga o'rnatilib. har bitta probirkadagi son yoilanma va ro'yxat jurnalidagi songa to'g'ri kelishi kerak. Probirkani yoilanma bilan o'rash. paxta-marli tam-pon bilan berkitish qat'iy man etiladi.
7. Namunalar muzlatkich-sumka. biksda metall konteynerda olib kelinadi.
8. Yo'llanma 2 nusxada yoziladi va quvidagi maiumotlar keltiriladi:
1) tartib soni;
2) tekshiriluvchining ismi sharifi:
3 l jinsi:
4) tug'ilgan yili:
5) pasport seriyasi:
6) yashash man/i li:
7) ish joyi;
8) kod:
9) tekshiruv natijasi:
10) imzo;
11) tavsiya bergan tibbiy xodim (vrach) imzosi:
12) qon olgan hamshira imzosi (506 1: shakli).
9. Yo'llanma alohida paketga solinib. biksga joylanadi.

113. OIVni onadan bolaga o`tish profilaktikasini birlamchi tibbiyot muassasalarida (QVP, poliklinika) yo`lga qo`yish tartibi.

J: Profilaktikasi. Ushbu infeksiya keng tarqalgan kasalliklardan biri bo‘lgani uchun muhofaza tadbirlari ijtimoiy hayotning barcha soha vakillari ishtirokida olib borilishi lozim. Har bir yigit-qiz bu infeksiyaning tarqalish yo‘llari, uning oldini oladigan tadbirlardan xabardor bo‘lishi va o‘zini undan ehtiyot qilishi kerak.

114. Davolash-profilaktika muasasalarida sanitariya-gigiyena, epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar, dezinfeksiya va sterilizatsiya rejimlariga rioya etilishi qaysi me’yoriy hujjat bilan reglamentatsiya qilinadi?

J: Ўзбекистон Республикаси Бош Санитария Врачи С.С.САИДАЛИЕВ томонидан «10» 01 2017йилда тасдикланган САНПИН 0342-17. ШИФОХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

115. Davolash-profilaktika muassasalarida yuqumli kasalliklar ro`yhatga olinganda shoshilinch xabarnoma qaysi vaqt oralig`ida berilishi kerak va qaysi jurnalda qayd etiladi?

J: Чақалоқлар ва туққан аёлларнинг инфекцион касалликлар билан касалланиши ҳақида ахборот тўплашни ҳисобга олиш ва ташкил этиш нафақат акушерлик стационарларида, балки болалар шифохоналари, поликлиникалар, жарроҳлик, гинекологик бўлимлари, аёллар маслаҳатхоналари ва бошқа ДПМларда амалга оширилади. Бу барча муассасалар чақалоқлар ёки туққан аёлларда аниқланган ёки олдиндан ташҳис қилинган ШИИ ҳақида ҳудудий Давлат санитария-эпидемология назорати марказига 12 соат ичида телефон орқали тезкор хабарнома берилиши керак. 24 соат ичида Ф.058/У (шошилинч хабарномаси) юбориши шарт.

116. Agar tug`ruqqa kelgan ayol almashinuv varaqasida OIV-infeksiyasiga tekshirilmagan bo`lsa tug`ruq kompleksi (bo`limida) qaysi usul bilan OIVga tekshiriladi?

J: Экспресс тест.

117. Davolash-profilaktika muassasalarida shifoxona ichi infeksiyalarini oldini olish bo`yicha qanday komissiya tashkil etiladi?

J: INFEKSION NAZORAT KOMISSIYASI.

118. Tarkibida xlor saqlovchi 0,5%li dezinfeksiya vositasi yordamida dezinfeksiya ishlari olib borilganda spora hosil qiluvchi mikroorganizmlarni zararsizlantirish mumkinmi?

Асбоб-ускуналар 10 дақиқа давомида таркибида 0,5% хлор сақловчи дезинфекция воситасининг эритмасига (ёки тегишли концентрациядаги бошқа дезинфектантга) ботириб қўйиш орқали дезинфекция қилинади, сўнгра тиббиёт асбоб-ускуналари сувда ювилади. Шундан сўнг кўп марта қўлланиладиган тиббиёт асбоб-ускуналари МСБга топширилади.

119. Quritish shkafida sterilizatsiya ishlari qaysi harorat va ekspozitsiyada amalga oshiriladi?

J: Termal sterilizatsiya (havo usuli)

Quruq issiqlik. Sterilizatsiya ichkarida amalga oshiriladi maxsus qurilmalar- quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qiladigan shkaflar. Quruq issiqlik kabinetida sterilizatsiya uning ichida issiq havo aylanishi orqali sodir bo'ladi. Quruq issiqlik bilan sterilizatsiya qilishda bakterial sporalar nam issiqlik sterilizatsiyasiga qaraganda yuqori haroratga va uzoqroqqa toqat qiladi. Shuning uchun issiqlikka chidamli shisha idishlar, kukunlar, yog'lar va boshqalar 180 ° S haroratda 1 soat sterilizatsiya qilinadi. Avtoklavda va quruq issiqlik kabinasida sterilizatsiya qilish hozirgi vaqtda jarrohlik asboblarini, shisha idishlarni sterilizatsiya qilishning asosiy, eng ishonchli usuli hisoblanadi.

120. Meningit kasallik belgilari, meningokokkli infeksiya o`chog`ida o`tkaziladigan asosiy chora-tadbirlarda hamshiraning vazifalari.

J: 73-savolda javobi.

121. Tug`ruqxonadan tashqaridagi tug`ruqlarda ayolga va tug`ilgan chaqaloqqa shoshilinch yordam ko`rsatish.

J:

122. Hiqildoqga, kekirdakga, qizilo`ngachga yot jismlar tushganda tez tibbiy yordam ko`rsatish.

J: Yosh bolalar og‘izga solish mumkin bo‘lgan deyarli barcha narsani, ko‘pincha, ular polda emaklab yurishganida bevosita ularning yonida bo‘lgan jismlarni yutishadi. Aytib o‘tilganidek, bu, odatda, ignabandlar, ayollar taqinchog‘ining kichik qismlari, tugmalar, tangalar, o‘yinchoqlar, metall buyumlarning barcha turlari, kalitlar, pistalar, batareykalar bo‘ladi. Oiladagi ancha katta yoshli bolalar ba’zan chaqaloqqa umuman mos kelmaydigan ovqat berishadi yoki o‘zlari og‘izlarida ushlab turgan narsani to‘satdan yutib yuborishadi. Ba’zan bunga yiqilish yoki orqadan sabab bo‘ladi. Baliq yoki jo‘ja suyak bo‘laklari har qanday yoshdagi bola tomonidan yutilishi mumkin. Yot jism qizilo‘ngach yuqori uchdan birida (tanga).

Yot jismning qizilo‘ngachda qolishi yoki oshqozonga o‘tishi, uning o‘lchami va shakliga bog‘liq. Boshqa omillar ham rol o‘ynaydi – anatomik toraytirish (tug‘ma, yallig‘lanish xarakteriga ega, operatsiyadan keyingi) va qisilib qolish.

Qizilo‘ngachda yot jismning aksar uchraydigan alomatlari – og‘riq, so‘lakni ko‘p ajralishi va ovqatni yuta olmaslik. Agar yot jismning qizilo‘ngachga tushishi sezilmagan bo‘lsa, murojaat uchun rivojlanayotgan aspiratsion pnevmoniya, isitma, yo‘tal, qizilo‘ngach teshilishi yoki hosil bo‘lgan traxeo-qizilo‘ngach teshigi simptomlari xizmat qiladi.

Yot jism bo‘yinning fiziologik toraymalari bilan ikki proyeksiyada o‘tkazish kerak bo‘lgan rentgenografiyada namoyon bo‘lishi mumkin. Norentgenokontrast yot jism tushganida shubha qilinayotgan obstruksiyani topishga yordam beradigan bariy bilan tadqiqot ko‘rsatilgan. Yot jism oshqozonga o‘tgan yoki o‘tmaganligini aniqlash uchun qorin bo‘shlig‘ini umumiy rentgenogramma qilinishi kerak.

Qizilo‘ngachdan yot jismni olib tashlash tadbirining muvaffaqiyati, uskunaning to‘g‘ri tanlanishi, bola anatomiyasi va bu muolaja texnikasini bilish, shuningdek, shifokorning tajribasi va bu, ba’zan murakkab, san’atga egaligining birligiga bog‘liq. Yaqinda yutilgan, o‘tkir bo‘lmagan yot jism, masalan, tanga yoki tugma, ba’zan yot jismdan distalroq o‘tkazilgan Foley kateteri yordamida ekran nazorati ostida bemorning sedatatsiyasidan so‘ng yo‘qotilishi mumkin. Ballonchani qandaydir rentgenologik qorishma bilan shishirishadi va yot jismni kateter bilan birga olib tashlashadi. Qolgan barcha holatlarda yo‘qotish ezofagoskopiya qo‘llagan holda bevosita ko‘z nazorati ostida amalga oshiriladi.

Ezofagoskopiya. Bu tadbirni oldingi bo‘limlarda ta’riflangan (laringoskopiya va bronxoskopiya) o‘sha tarkib guruhi va o‘sha sharoitlarda umumiy narkoz ostida o‘tkazishadi. Ham yot jismga, ham endoskopga tiqilib qolish bilan bog‘liq obstruksiyaning oldini olish uchun itubatsiya (trubka kiritish) zarur. Bronxoskopiyadagi kabi umumiy anesteziya tadbirni, diqqat bilan, shoshilmasdan, juda xavfsiz ham bemor, ham jarroh uchun qulay usulda amalga oshirish imkonini beradi. Bemorni narkozga kiritgandan va uni operatsiya stoliga immobilizatsiyasi (mustahkamlangan)dan so‘ng bo‘yinni ko‘krakka egiltirishadi, boshni esa tortishadi. Stolning bosh tomonini tushirishadi yoki olib tashlashadi. Bemorning (relakslangan) (zaiflashgan) og‘zini ochib, tishlarni chap qo‘lda himoya qilgan holda, jarroh juda noziklik bilan qizilo‘ngachga yo‘l ochish uchun hiqildoqni avaylab oldinga ko‘tarib, til ildizi ustida ezofagoskopni boshqaradi. Endoskop uchi bilan nozik harakatlar uni qizilo‘ngachning bo‘yin bo‘limiga kiritish imkonini beradi. Keyingi tadqiqot va harakatlar yot jism shakliga va holatiga bog‘liq. Bronxoskopiyadagi kabi teleskopik endoskop aniq, yorqin, kattalashtirilgan tasvirni ta’minlaydi va bevosita ko‘z nazorati ostida boshqarish imkonini bergan holda, oddiy endoskop oldida shubhasiz ustunliklarga ega. Qizilo‘ngachning yot jismlari, odatda, miqdori bo‘yicha aspiratsiyalan (yutib yuboril)gan jismlardan oshadi, bu mos keluvchi o‘lchamlardagi endoskopni tanlashni talab qiladi. Qo‘l ostida doim turli qisqich va nay to‘plamlari bo‘lishi kerak. Agar teleskop o‘lchamlari bo‘yicha katta uskunani kiritilishiga to‘sqinlik qilsa, u olib tashlanadi. Shunda tadbirni yoritish uchun proksimal (to‘g‘ridan to‘g‘ri)

joylashtirilgan yorug‘lik manbayidan foydalangan holda, ochiq trubka orqali amalga oshirishadi. Ayrim o‘tkir jismlar (masalan, ochiq to‘g‘nog‘ich) olib tashlanayotganda, devorchaga sanchilish mumkin, shuning uchun ularni ohista oshqozonga surish ma’qulroq. Eshitish apparati, kompyuter, fotoqurilma va fonarlarning yutilgan batareykalari, ularning ehtimoli bo‘lgan korroziya ta’sir bo‘yicha alohida muammoni o‘zida namoyon etadi. Ular teshilish, mediastinit va hatto traxeoqizilo‘ngach teshik ochgunga qadar zudlik bilan olib tashlanishi kerak. Silliq sirtli og‘ir jismlarni, masalan, bolalar o‘yinidagi shariklarni ushlash juda qiyin bo‘ladi. Bunday holatlarda uskunalar uchun mo‘ljallangan teleskopik endoskopning biopsiya kanali orqali yot jismdan o‘tgan holda undan distalroq (uzoqroqda) Fogerti kateterini kiritishadi. Ballonchani ozgina shishirishadi va kateterni yot jism bilan birga olib tashlashadi. Asoratlar, birinchi navbatda, yot jism keltirib chaqirgan yoki uni olib tashlashga urinishlarda hosil bo‘lgan qizilo‘ngach teshilishi ko‘rinishida bo‘lishi mumkin.

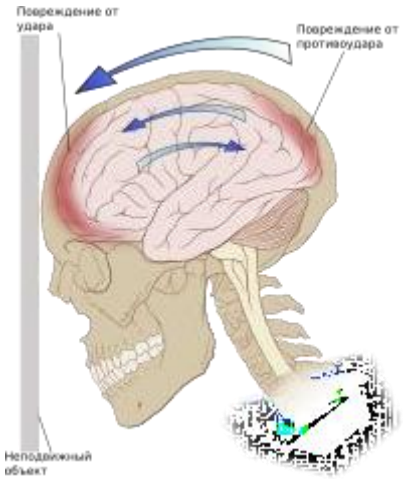
123. Bosh suyagi va miya jarohatining klinik belgilari, shifoxonagacha bo`lgan bosqichdagi jonlashtirish tadbirlarini ayting.

J: Bosh miya jarohati- bosh suyagiga va (yoki) intrakranial shakllanishlarga (miya, miya pardalari, qon tomirlari, kranial nervlar) mexanik shikastlanishi deb ataladi. Bu barcha jarohatlarning 25-30% ni tashkil qiladi va jarohatlar tufayli o'limlar orasida uning ulushi 50-60% ga yetadi.

Shikastlanishning og'irligiga ko'ra, yengil, o'rtacha va og'ir BMJ ajratiladi. Glazgo koma shkalasi og'irlik darajasini aniqlash uchun ishlatiladi. Bunday holda, bemor ongning buzilishi darajasiga qarab 3 dan 15 ballgacha hisoblanadi, bu ko'zni ochish, nutq va ogohlantirishlarga motor reaktsiyalari bilan baholanadi[1]. Yengil BMJ 13-15 ball, o'rtacha - 9-12, og'ir - 3-8[2] gacha baholanadi. Shuningdek, izolyatsiya qilingan, qo‘shma (travma boshqa organlarning shikastlanishi bilan birga keladi) va kombinatsiyalashgan (tanaga turli xil travmatik omillar ta'sir qiladi) TBI mavjud. BMJ yopiq va ochiq turga bo'linadi. Ochiq kranioserebral shikastlanish bilan teri, aponevroz shikastlanadi va yaraning tub qismi suyak yoki chuqurroq to'qimalar bo‘ladi. Bundan tashqari, agar dura mater shikastlangan bo'lsa, ochiq yara penetratsion hisoblanadi. Penetratsion travmaning alohida holati - bu bosh suyagi asosining suyaklarining sinishi natijasida miya omurilik suyuqligining burun yoki quloqdan chiqishi. Yopiq kranioserebral shikastlanishda aponevroz buzilmaydi, garchi terining shikastlanishi mumkin bo‘lsa ham.

BMJning klinik shakllari:

- Bosh suyagi sinishi - yoriqlar ko'pincha suyakli-chiziqli.
- Miya chayqalishi - nevrologik funktsiyaning shikastlanishdan kelib chiqqan buzilishi. Miya chayqalishidan keyin paydo bo'lgan barcha alomatlar odatda vaqt o'tishi bilan yo'qoladi (bir necha kun ichida - 7-10 kun). Simptomlarning doimiy davom etishi miyaning jiddiy shikastlanishining belgisidir. Miya chayqalishi ongni yo'qotish bilan birga bo'lishi mumkin yoki bo'lmasligi mumkin. Miya chayqalishining zo'ravonligining asosiy mezonlari davomiyligi (bir necha soniyadan 5 (ba'zi manbalarda 20 gacha) daqiqagacha[3]) va keyinchalik ongni yo'qotish va amneziya qo‘shiladi. Nonspesifik simptomlar - ko'ngil aynishi, qusish, terining rangsizligi, yurak faoliyatining buzilishi. Nevrologik tekshiruv odatda normaldir, ammo jismoniy alomatlar (bosh og'rig'i), jismoniy belgilar (ongni yo'qotish, amneziya), xatti-harakatlardagi o'zgarishlar, kognitiv buzilish yoki uyqu buzilishi qayd etilishi mumkin. Ushbu ta'sirlarning ba'zilari jarohatlardan keyin bir necha oy davom etishi mumkin.
- Miya kontuziyasi : yengil, o'rtacha va og'ir (klinik) turlari bo‘lib, miya kontuziyasi miya to'qimalarining ko'kargan yarasida o'zini namoyon qiladi. Ko'kargan zarbaga qarshi zarba boshga tashqi jismning bevosita ta'sir qilish joyida bosh suyagi devoriga urilganda, bitta ko'kargan yarani olganida qo'llaniladi va keyin ko'kargan jarohat miyaning qarama-qarshi tomoniga o'tkir zarba bilan tegadi, buning sababi esa, miya to'qimalarining harakatining sekinlashishi va o‘sha joydagi to‘qimaning shikastlanishi. Klinik ko'rinishlar ko'karishning joylashgan joyiga bog'liq bo'ladi, bular: ruhiy holatning o'zgarishi, uyquchanlikning kuchayishi, chalkashlik va qo'zg'alishni o'z ichiga oladi. Ko'pincha kompyuter tomografiyasida kichik intraparenximal qon ketishlar va atrofdagi to'qimalarning shishishi kuzatiladi.



Ta'sir va qarshi ta'sirdan shikastlanish

- Diffuz aksonal shikastlanish - miyaning kuchli tezlashishi yoki sekinlashishi natijasida yuzaga keladigan kesish kuchi natijasida miyaning aksonal oq moddasining jiddiy shikastlanishidir.
- Miyaning siqilishi
- İntrakranial qon ketish (bosh miya bo'shlig'ida qon ketishi: subaraknoid qon ketish, subdural gematoma, epidural gematoma, intraserebral qon ketish, qorinchaga qon ketishi).

BMJning kmbinatsiyalari

Shu bilan birga, miya shikastlanishining turli xil kombinatsiyalari kuzatilishi mumkin: gematoma bilan kontuziya va siqilish, kontuziya va subaraknoid qon ketish, diffuz aksonal shikastlanish va kontuziya, gematoma va subaraknoid qon ketish bilan miyaning siqilishidir.

Alomatlari

- kranial nervlarning shikastlanishi, miyaning siqilishi va kontuziyasini ko'rsatadi.
- miyaning fokal lezyonlari miyaning ma'lum bir sohasiga zarar yetkazilishini ko'rsatadi, ular ko'karishlar, miyaning siqilishi bilan yuzaga keladi.
- ildiz belgilari, miyaning siqilishi va ko'karish belgisidir.
- meningeal simptomlar - ularning mavjudligi miya kontuziyasi yoki subaraknoid qon ketishining mavjudligini ko'rsatadi. Jarohatdan keyin bir necha kun o'tgach, rivojlangan meningit belgisi bo'lishi ham mumkin.

Klinik ko‘rinishi

tashqi gematomalar, to'qimalarning yorilishi

- rangparlik;
- qusish, ko'ngil aynishi;
- asabiylashish;
- letargiya, uyquchanlik;
- zaiflik;
- paresteziya ;
- Bosh og'rig'i;
- ongni buzilishi - ongni yo'qotish, uyquchanlik, stupor, koma, amneziya, tartibsizlik;
- nevrologik alomatlar - konvulsiyalar-tutqanoq, ataksiya ;
- tananing holatining asosiy ko'rsatkichlari o'zgarishi mumkin - chuqur yoki aritmik nafas olish, gipertenziya, bradikardiya - bu esa intrakranial bosimning ortib borayotganini ko'rsatishi mumkin.

Pediatriyadagi patofiziologiya

Chiqib turadigan oksipitalis,bosh-tana nisbati ortishi, zaifo‘lganibo'yin n muskullari va yuqori og'irlik markaz-i bolalarni bosh jarohatlariga moyil qiladi. Bosh suyagining ingichka suyaklari va kamroq

miyelinli mi,y a bosh jarohatlarining og'irligini, intraparenximal lezyonlarga moyilligini keltirib chiqara, diShuning. uchun, kattalgaaqaraganda, r bolada ko'pincha fokal intrakranial gematomaga bo'lsa, diffuz miya shishi ehtimoli ortadi.Oddiy holatda qon aylanishi avtoregulyatsiya orqali doimiy darajada saqlanadi (qarang. Gemodinamika # Miya). Jiddiy travmatik miya shikastlanishida avtoregulyatsiya buziladi va miyaga qon oqimi miya perfuzion bosimi bilan aniqlanadi, bu esa o'rtacha arterial bosim ntrakranial bosimga tengligini bildiradi. Shunday qilib, o'rtacha arterial bosim juda past bo'lsa (gipotenziyada) yoki intrakranial bosim juda yuqori bo'lsa (miya shishi) miya qon oqimi buziladi. Shikastlangan miya shikastlanishi bo'lgan bolalarni davolashning ba'zi strategiyalari o'rtacha arterial bosimni ushlab turish va intrakranial bosimni pasaytirishga qaratilgan, ammo travma paytida miya qon bosimini nazorat qilish qiyin bo'lishi mumkin. Bolalar, ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar va bosh suyagi va fontanelning ochiq tikuvlari bosh suyagining shishishi yoki qon ketishi bilan kengayishiga imkon beradigan yosh bolalarga qaraganda ko'proq tiklanish imkoniyatiga ega. Bosh jarohati birlamchi va ikkilamchi miya shikastlanishiga bo'linadi. Birlamchi zarar - bu shikastlanish vaqtida yuzaga keladigan bosh suyagi va uning tarkibidagi strukturaviy zarardir. Ikkilamchi zarar - shikastlanish hodisasidan keyin sodir bo'lgan miya to'qimalarining shikastlanishidir. Bunday zarar gipoksiya, kam perfuziya, giperkapniya, gipertermiya, glyukoza va natriy metabolizmidagi o'zgarishlar natijasida yuzaga kelishi mumkin. Davolash, birinchi navbatda, ikkilamchi zararni oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Bolalarda fizik tekshiruv

Gipertenziya, bradikardiya va aritmik nafas olish (Kushing triadasi) intrakranial bosimning oshishi bilan birga keladigan sezilarli intrakranial zararni ko'rsatadi. Ikkilamchi tekshiruv palpatsiya va yumshoq to'qimalarning shishishi, siljishi, yorilishi, fontanelning shishishi uchun bosh terisini tekshirishni o'z ichiga oladi. Yuzning bosh suyagi barqarorlik va deformatsiyalar uchun tekshirilishi kerak. Shuningdek, travmatik miya shikastlanishining boshqa belgilarini tekshirish tavsiya etiladi - burun septum gematomalari, burun va quloqlardan qon yoki suyuqlikning oqishi, tish travması, malokluziya. Timpanik membranalarni gemotimpanum (o'rta quloqqa qon ketishi) yoki miya omurilik suyuqligining otoreyasi bor-yo'qligini tekshirish kerak, bu esa quloq orqasidagi ko'karishlar, periokulyar ekximoz (qon ketish) (ko'zoynak belgisi), kranial asab falaji bilan birga bosh suyagi asosining singanligini ko'rsatishi mumkin. İntrakranial bosimning oshishi yoki retinal qon ketishi bilan bog'liq optik nerning shishishini aniqlash uchun oftalmoskop bilan tekshiruv talab qilinishi mumkin. Ikkilamchi tekshiruvning muhim tarkibiy qismi nevrologik tekshiruvdir. U ruhiy holatni baholashni, kranial asabni tekshirishni, tendon refleksining mavjudligini va sifatini tahlil qilishni o'z ichiga oladi, mushak tonusi, mushaklarning kuchi, serebellar funktsiyasining sezgirligi ham shular jumlasidandir. Glasgow koma shkalasi esa ong darajasini baholash uchun ishlatiladi.

Davolash

Miyaning penetratsion va to'mtoq travmatik shikastlanishlarida kontrastli bo'lmagan KT ko'proq qo'llaniladi. O'tkir qon ketish va bosh suyagi yoriqlarini aniqlash uchun yetarli sezuvchanlikka ega. KT shuningdek, intrakranial bosimning oshishi, miya shishi, miya dislokatsiyasi nuqtai nazaridan shikastlanishning og'irligini baholashga imkon beradi. Quyidagi KT ma'lumotlari shikastlanishning tahdidli xarakterini ko'rsatishi mumkin: o'rta strukturaning siljishi, yivning tekislanishi, kattalashgan yoki siqilgan qorinchalar, kulrang va oq moddalarning normal farqlanishini yo'qotish. Glazgo koma shkalasi bo'yicha 14 balldan past bo'lgan, o'tkir travma, o'choqli nevrologik nuqsonlari bo'lgan barcha ongi buzilgan bolalar darhol kompyuter tomografiyasidan o'tishlari kerak. Bolalarda KT uchun ko'rsatma uchun aniq bo'lmagan bosh jarohati holatlarini baholash uchun travmatik miya shikastlanishining past xavfi mezonlari qo'llaniladi.

124. O`tkir zaharlanishda ichki a’zolardan zaharli moddalarni chiqarib tashlash usullarini ayting.

J: ***Zaharlanish*** – o‘tkir kasallik kabi boshlanib, organizmga kimyoviy moddaning toksik ta’siri natijasida yuzaga keladi.
Zaharlanishning quyidagi turlari bir-biridan farq qiladi:
a) maishiy (alkogolli, tasodifiy, qasddan);
b) ishlab chiqarishdagi;
v) bolalardagi;

g) tibbiy;
d) biologik;
e) ovqatdan.
Organizmga zaharning tushish yo‘llari to‘rt xil bo‘ladi:
1) ingalyatsion (tutun holida);
2) teri orqali;
3) ichak orqali;
4) parenteral (ko‘pincha tibbiy).
Oziq-ovqat moddalari bilan zaharlanganda oshqozonni zond orqali 18–20ºC haroratdagi 12–15 l suv bilan (har bir porsiyasi 300–500 ml bo‘lishi kerak) yuvish lozim.
Ilon chaqqanda, teri ostiga yoki muskul orasiga toksik modda tushganda 6–8 soatga o‘sha joyga sovuq qo‘yiladi, 0,3 mg 0,1 % li adrenalin eritmasi, ilon chaqqan joyning yuqorisiga esa novokain blokadasi qilinadi.
Ingalyatsion zaharlanishda zaharlangan kishini toza havoga olib chiqib, nafas olish yo‘lini kislorod bilan ingalatsiya qilish lozim.
Teriga toksik modda tushganda terini oqar suvda yuvib tashlash kerak.
Toksik modda to‘g‘ri ichakka, qinga, siydik pufagiga yuborilganda ularni klizma, sprinsirovka va kateterizatsiya qilish lozim.
Toksik moddani qon aylanish sistemasidan chiqarish uchun siydik haydovchi vositalar qo‘llab, diurezni forsirlashdan foydalaniladi.

O‘tkir zaharlanishdagi asosiy patologik sindromlar.

Nevrologik o‘zgarishlar turli-tumanligi bilan farq qiladi, bu markaziy va periferik asab tizimi strukturasiga bevosita toksik ta’sir natijasida hamda zaharlanganning boshqa a’zolari (jigar va buyrak) funksiyalarining buzilishi hisobiga bo‘ladigan intoksikatsiyalar natijasida kelib chiqadi. Eng og‘ir psixonevrologik o‘zgarishlarga intoksikatsion psixoz, toksik koma, tirishish sindromi kiradi.
Yurak-tomir faoliyatining buzilishi bu toksik shok bo‘lib, u arterial bosimining birdaniga pasayishi, teri oqarishi, taxikardiya, hansirash, qon tarkibining o‘zgarishi bilan kechadi.
Yurakka birlamchi ta’sir qiluvchi zaharli moddalar bilan zaharlanganda, yurak ritmi, uning o‘tkazuvchanligi buzilishi kuzatiladi va kollaps rivojlanadi.
Nafas olishning buzilishi quyidagi ko‘rinishda bo‘lishi mumkin:
1) aspiratsion-obturatsion shakli. Bu tilning orqaga ketishi va qusiq massalari tufayli tiqilib qolishi bilan kechadi;
2) nafas o‘zgarishlarining markaziy shakli ixtiyoriy nafas olish harakatlarining yo‘qligi yoki yetishmasligi bilan kechadi;
3) o‘pka shokining rivojlanishi bilan bog‘liq – o‘pka shishi, pnevmoniya, bronxospazm bilan kechadigan o‘tkir traxeobronxit.
Oshqozon-ichak tizimining shikastlanishi o‘tkir gastro-enterit, qusish, ich ketishi, qorinning har xil joyida va turli intensivlikdagi og‘riqlar ko‘rinishida kechadi.
Jigarning shikastlanishi jigarning kattalashishi va og‘riq bo‘lishi, ko‘z sklerasi va terining sarg‘ayishi bilan kechadi.
Odatda qisqa vaqt ichida asabiy o‘zgarishlar ham qo‘shiladi – bezovtalik, qon ketishi, teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi.
Buyraklar shikastlanganda, ko‘pincha tezda o‘tkir buyrak yetish-movchiligi rivojlanadi.
Oshqozon-ichak traktida toksik moddalar yig‘ilishi mumkin, shuning uchun oshqozon va ichak yuvilishi kerak.

Uxlatuvchi moddalar bilan zaharlanish.

Bunda ko‘rsatiladigan birinchi yordam: jabrlanuvchi koma yoki chuqur uyquga ketgan holatda bo‘ladi. Nafas vaqt-vaqti bilan, rangi oqarib ketgan yoki sianoz (ko‘karish), harorati ko‘tarilgan, keyinchalik toshma toshishi mumkin. Aktivlangan ko‘mir yoki qandaydir boshqa sorbentlardan foydalanish, oshqozonni yuvish va kuchli ichni suruvchi vositalarni yuborish shart.

Alkogol bilan zaharlanish.

Bunda shuni unutmaslik kerakki, alkogol katta miqdorda qabul qilinganda yaqqol psixotrop ta’sirga ega.
Boshlang‘ich davrida o‘zini idora qila olmaslik, og‘riq sezishning pasayishi va hushidan ketish kuzatiladi. Birinchi yordam shundan iboratki, tezlik bilan oshqozonni yuvish, nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlash, yurak dorilarini berish va iloji bo‘lsa, kislorodoterapiyani boshlash kerak.

Gazdan zaharlanish.

Is gazi avtomashinalardan chiqadigan gazlar tarkibida va uylar pechka bilan isitilganda hosil bo‘ladi. O‘tkir zaharlanganda psixonevrologik buzilishlar ustun turadi, bosh og‘rishi, bosh aylanishi, chanqash, qayt qilish, hushdan ketish, nafas olishning buzilishi kuzatiladi. Birinchi yordam, avvalambor, jabrlanuvchini o‘choqdan zudlik bilan olib chiqishdan boshlanadi. Bronxlar o‘tkazuvganligini ta’minlash, havo-kislorod aralashmasini uzoq vaqt kiritish va yurak-tomir preparatlarini yuborish zarur.
Hozirgi vaqtda sanoat, qishloq xo‘jaligi, uy sharoitida fosfororganik birikmalar bilan zaharlanish ko‘p tarqalgan. Bu modda asab tizimiga ta’sir qiladi, ya’ni holsizlik, bosh og‘rishi, bosh aylanishi, toqatsizlik, nafas olishning buzilishi (bu holat nafas muskullarining bo‘shashishi bilan bog‘liq), qorinda og‘riq va ich ketishi kuzatiladi.

Davolash:

– iloji boricha tezroq organizmdan zaharni chiqarib tashlash (oshqozonni yuvish, ichni suruvchi vositalarni qo‘llash);
– maxsus antidot moddalar yuborish.

Kuydiruvchi moddalar bilan zaharlanish.

Bunga uksus (sirka) essensiyasi taalluqlidir. Klinik kechishi mahalliy kuydiruvchi ta’sirdan va umumiy-rezorbtiv ta’sirdan kelib chiqadi. Bemorlar tomog‘idagi kuchli og‘riq, qayt qilishi va nafas olishning kechikishidan shikoyat qiladilar. Suyuqlikni yo‘qotish shok holatiga olib keladi. Eritrotsitlarning parchalanish belgisi – qizil yoki jigarrang siydik paydo bo‘ladi. Davolash oshqozonni yuvish, promedol, yurak preparatlarini yuborishga asoslangan. Oshqozon yuvilgan suvda qonning bo‘lishi yuvishni davom ettirishga qarshilik qilmaydigan ko‘rsatma hisoblanadi (ishqoriy eritmalarni ishlatish man etiladi).

Bo‘g‘ilish – o‘pkaga havo o‘tishi uchun to‘siqlar bo‘lganda kelib chiqadi. U yuqori **nafas yo‘llariga yot jismlarning tushishi**, shikastlanishi yoki ovoz boylamlarining tirishuvchi spazmlari bilan asoslanishi mumkin. Nafas siqishida birinchi yordam berilganda, avvalo, toza havoning o‘tishi uchun qulay sharoit yaratishga harakat qilish, keyin jabrlanuvchini jonlantirish chora-tadbirlarini boshlash kerak.

O‘tkir allergik reaksiyalar.

Barcha dori-darmonlar (antibiotiklar, zardob va vaksinalar) hamda muayyan meva mahsulotlari allergik xususiyatga ega bo‘ladilar: tuxum, shokolad, asal, qulupnay, sitrus mevalar. Allergik reaksiyaning og‘irligi sensibilizatsiya darajasi bilan belgilanadi.

Anafilaktik shok allergik reaksiyalar to‘plami hisoblanib, juda og‘ir darajada kechadi. Anafilaktik shokning doimiy belgilaridan bo‘lib, o‘tkir tomir yetishmovchiligi, qon bosimining keskin tushishi bilan, yuzning oqarishi yoki giperemiyasi, sianoz, kuchli terlash, puls ipsimonligi hisoblanadi. Yurak ritmi chastotasi va to‘g‘riligi buziladi. O‘pka shishi rivojlanishi mumkin va qo‘ng‘iroqsimon nafas paydo bo‘lishi, ko‘p miqdorda ko‘pikli balg‘am ajralishi, o‘pkaning barcha yuzasi bo‘yicha xirillashlar, bronxospazm paydo bo‘lishi kuzatiladi. Psixomotor qo‘zg‘alishlar paydo bo‘lishi mumkin, u adinamiyaga, hushni yo‘qotishga, ixtiyorsiz siydik ajralishiga va defekatsiyaga sababchi bo‘ladi. Ba’zan alohida muskul guruhlarining fibrillyar uchishi hamda tonik yoki klonik tirishishlar yuz berishi mumkin. Anafilaktik shokda birinchi yordam quyidagi ketma-ketlikda ko‘rsatiladi:

– allergik reaksiya chaqirgan preparatning inyeksiya qilingan yoki hasharot chaqqan joyining proksimal (yuqorigi) qismiga bog‘lagich siqib qo‘yiladi, bu venoz shishni blokada qiladi va organizmga allergen kirishiga yo‘l qo‘ymaydi;
– teri ostiga 0,5 adrenalin qilinadi;
– maska yordamida kislorod berish kerak;
– tomoqning o‘ta shishida va nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligi buzilganda Dyufo ignasi yordamida konikotomiya qilinib, kateter kiritiladi;
– agar adrenalin kiritilishi natijasiz bo‘lsa, gemodinamikani stabilizatsiya qilish va sirkulatsiya bo‘layotgan qon hajmini tiklash uchun poliglyukin tomchilatib yuboriladi;
– bronxospazmni yo‘qotish uchun 5–10 ml 2,4 % eufilin yuboriladi;
– shu bilan birgalikda, antigistamin (dimedrol, suprastin, pipolfen) preparatlar yuboriladi;
– vena ichiga kortikosteroidlar (prednizolon, gidrokortizon) yuboriladi.

125. Kimyoviy moddalar bilan o`tkir zaharlanishlarda asosiy patologik sindromlar va tez tibbiy yordam ko`rsatish.

J: 124 savolga qarang.

126. Uyqu keltiradigan ta’sirga ega bo`lgan dorilar bilan zaharlanganda shoshilinch yordam ko`rsatish.

J: 68-savolga qarang.

127. Umurtqa pog`onasi suyaklarini sinish sabablari, klinik belgilari, birinchi tibbiy yordam ko`rsatish, langetani qo’llash usuli haqida ma`lumot bering.

J: Singan bir yoki bir nechta umurtqalarga ta'sir qilganda, ya'ni bizning suyaklarimizni tashkil qiladi o'murtqa ustun, u "umurtqali sinish" deb ataladi.

Barcha umurtqalarning sinishi ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun - zararlangan hududga qarab - bizda bo'yin, ko'krak, lomber, sakral va koksikulyar vertebralarda sinish bo'ladi.

Umurtqa suyagining sinishi jiddiylik nuqtai nazaridan juda o'zgaruvchan hodisadir

Sababga qarab, umurtqa pog'onasi ko'proq yoki kamroq darajada sinishi mumkin va eng avvalo - orqa miya nervlari va orqa miya butunligini buzishi mumkin: ikkinchi holda, umurtqaning sinishi juda qo'rqinchli hodisaga aylanadi, chunki bu doimiy vosita va / yoki hissiy nevrologik nuqsonlar (masalan, falaj) va eng og'ir holatlarda, hatto bemorning o'limi.

Umurtqa suyagining sinishi miyelopatiya (suyak iligi kasalligi), radikulopatiya (orqa miya nerv ildizi kasalligi) va/yoki diskopatiya (umurtqalararo disk kasalligi) bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Umurtqa suyagi sinishi tasnifi

Vertebral yoriqlar ko'plab tasniflarning mavzusidir, garchi hozirgi vaqtda Denis va AO tasniflari asosan qo'llaniladi.

Denis tasnifi

Denis umurtqani uchta ustunga ajratdi: oldingi (umurtqali tanasi), o'rta (pedikullar) va orqa (laminalar, artikulyar jarayonlar va umurtqali) ligamentlari bilan.

Denis tasnifiga ko'ra, ko'ndalang va umurtqali jarayonlarga, qatlam va bo'g'im istmusiga ta'sir qiluvchi kichik yoriqlar va asosiylari mavjud:

- lyuksatsiya yoriqlari: bu bir umurtqaning ikkinchisiga nisbatan sirpanishi, orqa miya kanalida joylashgan nerv tuzilmalarining tez-tez ishtirok etishi va natijada nevrologik nuqsonlar bilan birga keladi. Bu yoriqlar beqaror va har doim jarrohlik yo'li bilan davolash kerak, bunda asab tuzilmalarini dekompressiyalash va kolonnaning singan qismini barqarorlashtirish maqsadida, odatda titanium qotishmasidan (pedikulyar vintlardek, umurtqa pog'onasi o'rnini bosuvchi) metall sintez vositalaridan foydalanish;
- Siqish yoriqlari: bu siqish kuchlari asosida yuzaga keladigan yoriqlar bo'lib, ular umurtqali tanalar ichida kichik yoriqlar keltirib chiqaradi, natijada umurtqali jismlarning cho'kishi va balandligi yo'qoladi. Agar deformatsiya natijasida balandlikning yo'qolishi 50% dan oshsa, dislokatsiya yoriqlari uchun tavsiflanganlarga o'xshash stabilizatsiya tizimlari yoki vertebra tanasini qayta shakllantirish va mustahkamlash imkonini beradigan minimal invaziv vositalar yordamida jarrohlik davolashga o'tish yaxshidir. akril qatronlar yoki sintetik suyak o'rnini bosuvchi moddalar (gidroksiapatit). Agar balandlikning yo'qolishi 50% dan kam bo'lsa, ular ortopedik qavslar yoki perkutan vertebroplastika yordamida konsolidatsiya usullari bilan konservativ tarzda davolash mumkin. Agar ular asab tuzilmalarining siqilishiga olib keladigan bo'lsa, bu juda kam uchraydi, orqa miya kanalining jarrohlik dekompressiyasi yuqoridagi usullarga qo'shiladi;
- portlash yoriqlari: bular butun umurtqa tanasining ko'p bo'lakli sinishidan iborat bo'lib, eksenel yuklash mexanizmiga ega bo'lib, pedikulalarning divergentsiyasiga va suyak bo'lagining orqa miya kanaliga retropulsiyasiga olib keladi. Ular potentsial beqaror va jarrohlik yo'li bilan davolash kerak. Agar dekompressiya zarur bo'lsa, nerv tuzilmalarini bo'shatish uchun laminektomiya qilinadi yoki kerak bo'lganda, butun vertebra tanasi ko'krak yoki qorin bo'shlig'i orqali oldingi yondashuvlar orqali kiritilgan metall protezlar bilan almashtiriladi. Agar umurtqa pog'onasini almashtirish kerak bo'lmasa, odatda tananing bo'lagining retropulsiyasi tufayli kanalning torayishi odatdagi old-orqa diametrning 50% dan kam bo'lsa, an'anaviy ochiq texnikada pedikulyar vintlar yordamida orqa yondoshuvlardan foydalanish mumkin. , yoki agar vaziyat asab tuzilmalarini jarrohlik dekompressiyalashni talab qilmasa, teri orqali minimal invaziv usullar;
- fleksiyon/distraktsiya sinishi (yoki tasodifiy sinish): bular ko'pincha umurtqaning old, o'rta va orqa qismlariga cho'zilgan shikastlanish bilan tavsiflanadi; aslida, shuning uchun, fleksiyon / chalg'itish vertebra yoriqlarida umurtqaning umumiy ishtiroki mavjud. Vertebral egilish/chalg'ituvchi sinishlar frontal avtohalokatlarda sodir bo'ladi, bunda ishtirok etgan odam tizza kamarini taqib yurgan. Bu tananing yuqori qismining g'ayritabiiy oldinga siljishiga olib keladi, tos bo'shlig'i esa avtomobil o'rindig'ida harakatsiz qoladi, chunki u tizza kamari bilan mahkamlangan. Umurtqa egilib chalg'ituvchi sinish ko'krak yoki bel umurtqasidan tashqari umurtqa pog'onasining cho'zilgan qismlariga deyarli ta'sir qilmaydi;
- ko'ndalang jarayonning sinishi: bular umurtqada mavjud bo'lgan bir yoki bir nechta ko'ndalang jarayonlarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Transvers jarayonning umurtqali sinishi barqaror sinishdir va shuning uchun ayniqsa jiddiy emas. Odatda, ko'ndalang jarayonning vertebra sinishi epizodlari vertebra ustunining g'ayritabiiy aylanishi yoki g'ayritabiiy lateral egilishi natijasidir.

Umurtqa suyagi sinishining OA tasnifi

OA tasnifi torakolomber yoriqlarni A turiga (siqilish), B turiga (fleksiyon-distraktsiya) va C tipiga (B tipi + aylanish komponenti) ajratadi.

Ushbu tasnif turli parametrlarga asoslangan qo'shimcha toifalarga ega, lekin asosan Denis tizimida ko'rib chiqilgan mulohazalar qo'llaniladi.

Umurtqa suyagining sinishi sabablari

Vertebral yoriqlar ikkita asosiy turga bo'linadi:

- travmatik umurtqali sinishlar: bu jarohatlar tufayli yuzaga keladi, bu juda og'ir bo'lib, u sog'lom umurtqani buzadi (umurtqa pog'onasi singan barcha holatlarning taxminan 95%);
- patologik umurtqali sinishlar: sinish hech qanday shikastsiz yoki sog'lom umurtqani sindira olmaydigan engil jarohatlar mavjud bo'lganda sodir bo'ladi; bu holda umurtqa "kasal" va kuchini yo'qotadi (umurtqaning umumiy sinishi holatlarining taxminan 5%).

Travma tufayli umurtqa pog'onasi sinishining asosiy sabablari:

- yo'l-transport hodisalari (umumiy holatlarning deyarli yarmi);
- balandlikdan tushish;
- sport jarohatlari, ayniqsa regbi, amerika futboli va futboli kabi jismoniy aloqa bilan bog'liq jarohatlar, shuningdek, ot minish bilan bog'liq jarohatlar;
- zo'ravonlik harakatlari (kaltaklash, otishma va boshqalar).

Umurtqalarga ta'sir qiladigan va patologik sinishga olib keladigan kasalliklar odatda metabolik turdagi:

- metabolik: osteopeniya yoki osteoporoz kabi;
- neoplastik: o'smalar yoki suyak metastazlari kabi.

Xavf omillar

Quyidagilar vertebra sinishi xavfi yuqori

- erkaklar (erkak/ayol nisbati 4:1);
- 18 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan yoshlar
- 70 yoshdan oshgan keksalar;
- menopauzadan keyingi ayollar (osteoporoz xavfi ortib borayotgan davr);
- kontaktli sport turlari bo'yicha professional sportchilar;
- ot yoki mototsikl minadiganlar;
- osteopeniya yoki osteoporozdan aziyat chekadiganlar;
- yiqilish xavfi mavjud bo'lgan ishlarni bajaradiganlar (masalan, qurilish ishchilari);
- birlamchi umurtqali shishi bo'lganlar;
- umurtqa pog'onasida suyak metastazlari bo'lgan terminal saratoni bo'lganlar.

Osteoporoz tufayli vertebral yoriqlar tez-tez takrorlanadi, ayniqsa bemor suyaklarning zaiflashuvi holatini boshqarolmasa.

Umurtqa suyagi sinishining belgilari va belgilari

Orqa miya sinishi bel og'rig'i uchun javobgardir.

Ba'zida o'rtacha, ba'zan kuchli (sinish darajasiga qarab), bu og'riq harakat bilan kuchayish xususiyatiga ega.

Agar umurtqaning sinishi orqa miya va / yoki orqa miya nervlarining shikastlanishi bilan birga bo'lsa, simptom rasmi nevrologik kasalliklar bilan boyitiladi, masalan.

- anal va / yoki siydik pufagi sfinkterini nazorat qilishni yo'qotish;
- oyoq-qo'llar bo'ylab uyqusizlik hissi;
- oyoq-qo'llar bo'ylab karıncalanma;
- oyoq-qo'llar bo'ylab mushaklar kuchsizligi hissi.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, boshga yaqin bo'lgan umurtqa pog'onasi singan holda, shikastlanish energiyasi miyaga tarqalib, ongni yo'qotishi mumkin.

falaj

Umurtqa suyagi sinishining asosiy xavflaridan biri orqa miya nervlari va suyak iligining shikastlanishi bo'lib, shikastlanish joyiga qarab tananing turli qismlarining qisman yoki to'liq, vaqtinchalik yoki doimiy falajiga olib kelishi mumkin.

Quyida shikastlanishning aniq joyiga qarab falajning mumkin bo'lgan darajasi (ko'k rangda) sxemasi keltirilgan.

Umuman olganda, shuni aytishimiz mumkinki, orqa miya shikastlanishi qanchalik "yuqori" bo'lsa, falaj shunchalik keng tarqalgan.

diagnoz

Umuman olganda, vertebra sinishi tashxisini shakllantirish uchun quyidagilar zarur

128. Zararsizlantiruvchi eritmalarni tayyorlash me’yoriy qoidalari. Zararsizlantiruvchi modallar bilan zaharlanganda birinchi yordam ko`rsatish haqida ma`lumot bering.
J: Дезинфекцияловчи эритма тайёрлаш.

10% ли хлорли оҳак тайёрлаш: 1 кг хлорли оҳак, 10 л сув, эмал идиш, қўлқоп, ёғоч курак.

Ҳаракат алгоритми:
1. Қўлқоп, респиратор кийилади.
2. 1 кг қуруқ оҳак эмал идишга солинади, сув миқдорининг ярмиси солиниб аралаштирилади ва сувнинг қолган миқдори солинади.
3. Ёғоч курак билан аралаштирилади.
4. Эмал идиш қопқоқ билан ёпилади ва 24 соатга қоронғи жойга қўйилади.
5. 24 соатдан кейин тиндирилган оҳак эритмаси идишларга солинади. Амал қилиш муддати 7-кун.

Хлорли оҳакнинг ишчи эритмаси.
1. Ишчи эритма ҳар куни тайёрланади.
2. 1% ли эритма-1 л 10 % ли хлорли оҳакка 9 л сув солинади.
3. 3% ли эритма-3 л 10 % ли хлорли оҳакка 7 л сув солинади.

Хлорамин эритмасини тайёрлаш
1. 1%-990 мл сувга 10 гр хлорамин қўшилади.
2. 3%-970 мл сувга 30 гр хлорамин қўшилади.

3. 300 гр хлораминга 9700 мл сув қўшилади.

Эслатма:
1. Дезинфекцияловчи эритма солинган идишга тайёрланган вақти, % и ёзиб қўйилади.
2. Дез.эритма- алоҳида хонада тайёрланади ва сақланади.
3. 10 % ли хлорли оҳак эритмаси 7-10 кун қоронғи жойда сақлаш ва ишлатиш мумкин.
4. Ишчи эритма ҳар куни тайёрланади.
5. Хлорамин эритмаси ишлатишдан олдин тайёрланади.
6. Дез.эритма терига ёки шиллиқ пардага тушса, дарҳол оқар сувда ювилада.

Захарланиш – бу организмга токсик моддалар тушиши хисобига тизимли зарарланиши хисобланади. Захарлар организмга оғиз, нафас йўллари ёки тери қопламалари орқали кириши мумкин. Шунга кўра унинг қуйидаги турлари фарқланади:
- Овқатдан захарланиш;
- Кўзиқоринлардан захарланиш;
- Дори воситаларидан захарланиш;
- Химикатлардан захарланиш (кислота, ишқор, маиший химия);
- Алкоголдан захарланиш;
- Ис газидан захарланиш;
- Тутундан ёки аммиак парларидан захарланиш ва бошқалар.

Захарланишларда организмдаги барча аъзоларнинг фаолияти бузилади. Айниқса асаб, хазм ва нафас тизимлари кўпроқ зарарланади. Захарланишлар оқибати ўлим билан тугаши мумкинлигини хисобга оладиган бўлсак, уларда биринчи ёрдамни кўрсата билиш мухим ўрин тутишини англаш лозим. Тиббий биринчи ёрдамни қай даражада тўғри кўрсата билиш маълум бир инсон хаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Захарланишларда тиббий ёрдам кўрсатишнинг умумий қоидалари:
1. Захарли моддалар билан контактни йўқотиш;
2. Организмдан захарни тезроқ чиқишини таъминлаш;
3. Хаётий мухим аъзолар: нафас ва юрак фаолиятини қўллаб қувватлаш. Зарур пайтларда реанимацин чоралар кўриш: юракни ёпиқ массажи, оғиздан-оғизга ёки бурунга нафас бериш;
4. Тез ёрдам врачини чақириш.

Энг асосийси захарланиш нимадан содир бўлганини аниқлаш хисобланади. Бу ўз вақтида агентнинг кейинги таъсирини йўқотиш ва эффектив ёрдам кўрсатишга ёрдам беради.

Захарланишларда биринчи ёрдам кўрсатишдаги хатолар:
Захарланишларда тезкор ёрдам сифатида кўрсатиладиган айрим муолажа ва тадбирлар жабрланувчини умумий холатини яхшилаш ўрнига оғирлаштириши мумкин. Уларни билиш жабрланувчига қўшимча зарар етказмасликни олдини олади.
1. Газланган сув ичириш;
2. Онги бузилган, тутқаноғи қўзиган ва хомиладор жабрланувчиларга қайт қилиш рефлексини чақириш.
3. Мустақил равишда антидот бериш. Масалан кислотадан захарланганда ишқор бериш.
4. Кислота, ишқор, маиший химия, ва нефть махсулотлари билан захарланганда ич келишини бўшаштирувчи дорилар бериш.

129. Gipertoniya kasaligiga olib keladigan sabablar, klinik belgilari, gipertonik krizda shifokorgacha hamshira yordamini ko`rsatish qanday bo`lishi lozim?

J: 29-savolga qarang.

130. Oshqozon-ichak yarasidan qon ketish simptomlari, unda hamshiraning taktikasi haqida ma`lumot bering.

J: Gastrointestinal qonash (ZHKK) - oshqozon-ichak trakti organlarining bo'shlig'ida kasallik bilan zararlangan qon tomirlaridan qonning chiqishi. Oshqozon-ichakdan qon ketish - bu oshqozon-ichak traktining keng ko'lamli patologiyalarining keng tarqalgan va jiddiy asoratlari bo'lib, bemorning salomatligi va hatto hayotiga tahdid soladi. Qon yo'qotish hajmi 3-4 litrga yetishi mumkin, shuning uchun bu qon ketish shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladi.

Gastroenterologiyada oshqozon-ichakdan qon ketishi appenditsit, pankreatit, xoletsistit va strangulyatsiyalangan churradan keyin 5-o'rinda turadi.

Qon ketishining manbai oshqozon-ichak traktining har qanday qismi bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan yuqori oshqozon-ichak traktidan (qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichakdan) va pastki oshqozon-ichak traktidan (ingichka va yo'g'on ichak, to'g'ri ichak) qon ketishi farqlanadi.

Etiologik asosga ko'ra oshqozon-ichak traktining yarali va yarali bo'lmagan turlari, qon ketishining o'ziga xos xususiyatiga ko'ra - o'tkir va surunkali, klinik ko'rinishga ko'ra - aniq va yashirin, davomiyligi bo'yicha - bitta va takroriy.

Xavf guruhiga 45-60 yoshdagi erkaklar kiradi. Jarrohlik bo'limiga tez yordam xizmati tomonidan olib kelinganlarning 9 foizi oshqozon-ichakdan qon ketishi bilan keladi. Uning mumkin bo'lgan sabablari (kasalliklar va patologik sharoitlar) soni 100 dan oshadi.

Barcha oshqozon-ichak qon ketishi to'rt guruhga bo'linadi:

1. Oshqozon-ichak trakti kasalliklari va shikastlanishlarida qon ketish (oshqozon yarasi, divertikullar, o'smalar, churralar, hemoroid, gelmintlar va boshqalar);
2. Portal gipertenziya tufayli qon ketish (gepatit, jigar sirrozi, tsikatrisial strikturalar va boshqalar);
3. Qon tomirlari shikastlanganda qon ketishi (qizilo'ngachning varikoz tomirlari, skleroderma va boshqalar);
4. Qon kasalliklarida qon ketishi (aplastik anemiya, gemofiliya, leykemiya, trombotsitemiya va boshqalar).

YARA BO'LMAGAN QON KETISHIGA QUYIDAGILAR SABAB BO'LISHI MUMKIN:

- Oshqozon shilliq qavatining eroziyasi;
- Mallory-Vays sindromi (qayta qayt qilish bilan qizilo'ngach-oshqozon birikmasi darajasida shilliq qavatning yorilishi);
- Oshqozon-ichak traktining divertikullari (devorlarning chiqishi);
- Diafragma churrasi;
- bakterial kolit;
- Gemorroy (to'g'ri ichak tomirlarining yallig'lanishi va patologik kengayishi, tugunlarni shakllantirish);
- anal yoriqlar;
- Oshqozon-ichak traktining yaxshi xulqli o'smalari (poliplar, lipoma, neyroma va boshqalar);
- Oshqozon-ichak traktining malign o'smalari (saraton, sarkoma);
- Ichakning parazitar lezyonlari;
- Ichakning yuqumli lezyonlari (dizenteriya, salmonellyoz).

Portal gipertenziya tufayli qon ketishi

Ikkinchi guruhning oshqozon-ichakdan qon ketishining sababi quyidagilar bo'lishi mumkin.

- surunkali gepatit;
- Jigar sirrozi;
- Jigar venalarining trombozi;
- Portal venaning trombozi;
- Qopqoq tomir va uning shoxlarini chandiq to'qimasi yoki o'sma shakllanishi bilan siqish.

131. Mastit, mastopatiya sabablari, klinik belgilari, kasallikni aniklashda hamshira taktikasi va ayolga o`zini tekshirib kasallikni erta aniqlashni o’rgatish.

J: Mastit — sut bezi to’qimalaridagi yallig’lanish jarayonidir. Kuchli kengayuvchi og’riqlar, ko’krak terisining qizarishi, zichlashishi, shishishi, tana haroratining keskin ko’tarilishi, varaja qilish bilan namoyon

bo’ladi. Mastit mammolog shifokor tomonidan vizual tekshiruv yordamida aniqlanadi, qo’shimcha ravishda ko’krak bezining UT-tekshiruvi belgilanishi mumkin.
Kasallik yiringli, abstsess, flegmona shakllanishi, sut bezida nekroz, sepsis rivojlanishi va hatto o’limga olib kelishi mumkin. Sutda bakteriyalar qayd qilinsa, emizish to’xtatilishi kerak. Kasallik beparvolik natijasida rivojlanib ketsa, sut bezi deformatsiyalari, mastopatiya va ko’krak bezi saratoni rivojlanishi ehtimoli ortadi.

MASTIT SABABLARI

Mastit ko’pincha stafilokok infektsiyasi sabab yuzaga keladi. Lekin organizmda bakterial flora mavjud bo’lsa (nafas olish tizimi, og’iz bo’shlig’i, siydik yo’llari, jinsiy a’zolar infektsiyalari), mastit ular tomonidan ham chaqirilishi mumkin. Ba’zida sut bezlari ichak tayoqchasi bilan infektsiyalanadi. Bakteriyalar sut beziga qon oqimi va sut kanallari orqali kiradi.
Ko’pincha mastit uzoq muddatli patologik laktostaz tufayli rivojlanadi (sutni turib qolishi). Sut bezining biron qismidan uzoq vaqt davomida sut chiqmasligi kuzatilsa, o’sha sohada bakteriyalar rivojlanishi uchun qulay muhit paydo bo’ladi, rivojlangan infektsiya yallig’lanish jarayoni, isitma va yiring paydo bo’lishiga turtki bo’ladi.

MASTITNING TASHXISI

Sut bezidagi yallig’lanish o’chog’i palpatsiya yordamida aniqlanadi. Shuningdek shikastlangan ko’krak tomonidagi qo’ltiq limfa tugunlarining kattalashishi (ba’zida palpatsiya paytida og’riq seziladi) qayd qilinadi. Yiringlash flyuktuatsiya alomatining aniqanishi bilan xarakterlanadi.
Sut bezining ultratovush tekshiruvi o’tkazilganida sut bezi yallig’lanishining odatdagi tasviri kuzatiladi. Seroz mastit bezning differentsiatsiyalangan tuzilmalari exografik tasvirining silliqlanishi, sut kanallarining kengayishi, terining va teri osti to’qimasining qalinlashishi bilan ifodalanadi. Sut bezlaridagi infiltrat yaxshi chegaralangan cheklangan past exogenlik sohalar kabi ko’rinadi, yanada rivojlanishida «asalari ini» surati paydo bo’ladi. Shuningdek UTTda abstsess shakllanishlari yaxshi ko’rinadi, nekroz zonalari aniqlanadi. Uslubning o’ziga xosligi va ishonchliligi 90% ga yetadi.
Mastit tashxisini qo’yish odatda qiyinchilik keltirib chiqarmaydi, shuning uchun odatda mammografiya o’tkazilmaydi. Shubhali UTT suratlarida gistologik tahlil uchun aspirat olinadi (ultratovush tekshiruvi ostida sut bezining ingichka ignali aspiratsion biopsiyasi). Bakteriologik tekshiruvlar uchun bezdan sut namunasi olinishi mumkin.
Yallig’lanishning sust kechishi va uning atrofida fibroz to’qima bolishchasi shakllanishida surunkali mastit haqida gapiriladi. Bunday holatda klinik ko’rinishlar odatda zaif ifodalanadi, ammo palpatsiyada kamharakat, zich, teri bilan birikib ketgan o’choq aniqlanadi.

MASTITNI DAVOLASH

Sut bezida yallig’lanish mavjudligiga zarracha gumon bo’lsa ham darhol mammologga murojaat qilish kerak, chunki ushbu kasallikni davolashda mastitni keltirib chiqargan sabablarini o’z vaqtida aniqlash va infektsion jarayonni bostirish uchun zarur choralarni qo’llash o’ta muhim hisoblanadi. Mustaqil davolanish bilan shug’ullanish yoki mutaxassisga tashrifni kechga qoldirish tavsiya etilmaydi, chunki sut bezining yallig’lanishi yanada kuchli rivojlanishga, yiring shakllanishiga va abstsessga o’tishga moyil bo’ladi. Yiringli mastit rivojlangan bo’lsa, xirurgik davolash kerak bo’ladi.
Kasallik seroz yallig’lanish yoki infiltrat bosqichida aniqlansa, konservativ davolash amalga oshiriladi. Kuchli ta’sir ko’rsatadigan keng ta’sir doirasiga ega antibiotik terapiyasi belgilanadi. Bunday holatda seroz mastit, qoida tariqasida, 2-3 kunda o’tib ketadi, infiltratning so’rilib ketishi 7 kungacha davom etishi mumkin. Agar yallig’lanish og’ir umumiy intoksikatsiya bilan birga kechsa, detoksikatsion muolajalar (elektrolitlar, glyukoza eritmasi infuziyasi) o’tkaziladi. Yaqqol ortiqcha laktatsiyada uning oldini olish uchun vositalar tayinlanadi.
Mastitning yiringli shakllari odatda jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Sut bezida rivojlangan abstsess favqulotda jarrohlik sanatsiyasi uchun ko’rsatma hisoblanadi: mastit ochiladi va yiringli o’choq drenaj qilinadi.
Progressiv mastit uning bosqichidan qat’iy nazar, keyingi emizishlar uchun qarshi ko’rsatma bo’lib hisoblanadi (shu jumladan sog’lom ko’krak bilan ham), chuni ko’krak suti, qoida tariqasida, infektsiyalangan va tarkibida to’qima parchalanishidan qolgan toksik moddalarni saqlaydi. Bolada patologik o’zgargan sut ichak disbakteriozi va ovqat hazm qilish tizimining fuktsional buzilishlariga sabab bo’ladi. Mastitni davolash antibiotiklarni o’z ichiga olganligi bois, bu davrda ham bolani emizish xavfsiz emas. Antibiotiklar a’zolar va to’qimalarning normal rivojlanishi va o’sishiga sezilarli darajada zarar yetkazishi mumkin. Mastitni davolash davrida sut sog’ib olinishi, pasterizatsiya qilinishi va undan keyin bolaga berilishi mumkin.
Laktatsiyani to’xtatilishi uchun ko’rsatmalar: antibiotiklar bilan davolashda uch kun davomida seroz va infiltratif mastit dinamikasi yo’qligi, kasallikning yiringli shakli rivojlanishi, yallig’lanish o’chog’inig

bevosita siyna ostida joylashishi, ona anamnezida yiringli mastit mavjudligi, a’zolar va tizimlarning hamroh patologiyalari, ona o’zini yomon his qilishi.

MASTIT KASALLIGINI OLDINI OLISH

Mastitni oldini olish chora-tadbirlari laktostazniki bilan o’xshash, chunki aksariyat hollarda aynan laktostaz ushbu kasallik rivojlanishi uchun turtki bo’lib xizmat qiladi.

Sut turib qolishini oldini olish uchun sut bezlari to’liq bo’shatilishi kerak: muntazam emizish va ortiqchasini sog’ib tashlash. Agar bola bir ko’krakdagi sutdan to’ysa, keyingi safar uni boshqa ko’krakdan emizish kerak.

Bola ko’krakni faqatgina tinchlanishi, sutsiz emishiga yo’l qo’ymang. Sut bezining yallig’lanishiga siynadagi yoriqlar ham sababchi bo’lishi mumkin, shuning uchun ko’krakni emizishga tayyorlash, gigiena qoidalariga amal qilish, chaqaloqni emizish uchun to’g’ri ushlash kerak.

Mastit rivojlanishining profilaktik chora-tadbirlaridan biri sifatida kasallikni o’z vaqtida aniqlash va organizmdagi infektsiya o’choqlarini sanatsiya qilishdir, ammo yodda tutish kerak, emizish davrida umumiy antibakterial terapiya qarshi ko’rsatiladi.

Mastopatiya, fibroz-kistoz mastopatiya (**FKM**) — ko’krak bezlarining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri hisoblanadi. Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti (JSST) statistika ma’lumotlariga ko’ra, tug’ish yoshidagi deyarli har ikkinchi ayol bu kasallik bilan tanish.

Patogeneziga ko’ra mastopatiya yaxshi sifatli gormonal kasallik hisoblanadi. Uning rivojlanishi uchun asosiy sabab gormonal muvozanatning buzilishi hisoblanadi. Xususan, organizmda progesteron yetishmasligi va giperestrogeniya — estrogen gormonining me’yordan ortiqligi fibroz-kistoz mastopatiya rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari, bu patologiya rivojlanishiga prolaktin ham bilvosita rol o’ynaydi. U sut bezlari rivojlanishi va faoliyatiga ta’sir ko’rsatadi, prolaktin sekretsiyasining ortishi bu jarayonlari buzadi.

Yuqorida ko’rsatilgan gormonlar ishlab chiqarishdagi buzilishlar patologik gormonal disbalansga olib keladi, bu esa alveola va ariqchalarni qoplovchi va biriktiruvchi to’qimalarning o’sib ketishiga va buning oqibatida epiteliy va biriktiruvchi to’qima nisbatining patologik shakllanishiga olib keladi. Shu asnoda ayollarda fibroz-kistoz mastopatiya kasalligining birinchi alomatlari bo’lgan ko’krak bezlarida yuqori sekretsiya va og’riq yuzaga keladi.

FIBROZ-KISTOZ MASTOPATIYANING KLINIK TASNIFI

Zamonaviy tibbiyot FKMning ikkita asosiy shaklini ajratadi:

- Diffuz (tarqoq);
- Tugunli.

Diffuz shakli sut bezlarida tariq shaklidagi kichik tugunchalarning paydo bo’lishi bilan ta’riflanadi va o’z vaqtida tashxis qo’yish va davolashga qarab, yoki so’rilib ketadi, yoki kattalashadi. Bu tugunchalar tarkibiy qismining ustunligiga ko’ra, diffuz mastopatiya o’z navbatida to’rt guruhga bo’linadi:

- Kistoz;
- Fibroz;
- Bezli (to’qimaning shiningdek parenxima deb ataladi);
- Aralash.

Hosil bo’lgan shakllanma kattaligi diametriga 0.5-2 santimetrga yetsa, fibroz-kistoz mastopatiya tugunli shaklga o’tadi.

Bundan tashqari, FKM kechish jiddiyligiga qarab uch guruhga ajratiladi: yengil, o’rta va sezilarli, shuningdek, tugunchalar bir yoki ikkala ko’krakda paydo bo’lganligiga qarab bir yoki ikki tomonlama shakllarga bo’linadi.

MASTOPATIYA RIVOJLANISHI UCHUN TURTKI BO’LADIGAN OMILLAR

FKM rivojlanishida ishtirok etadigan omillar ikki guruhga bo’linadi:

- Asosiy (birlamchi);
- Ikkinchi darajali.

Asosiy omillarga ko’p tug’ishlar, uzoq vaqt davomida gormonal ta’sirga ega kontratseptivlardan foydalanish, abortlar, 30 yoshdan keyin ham farzandlarinig yo’qligi, hayz bilan bog’liq muammolar, ayollar bolani ko’krak bilan emizishdan bosh tortishi, jinsiy a’zolar tuzilishdagi anomaliyalari mavjudligi kiradi.

Fibroz-kistoz mastopatiya kasalligi rivojlanishida ikkilamchi omillar quyidagilardan iborat:

- Irsiyat — birinchi va ikkinchi tartib qarindoshlarida FKM mavjudligi;
- Patologik a’zolar faoliyatining gormonlar ishlab chiqarishga ta’sir qilishi (qalqonsimon bez, buyrak usti bezlari, gipofiz bezi);
- Hayot tarzi. Noto’g’ri ovqatlanish, ratsionida vitaminlar yetishmasligi, tana vazni bilan bog’liq muammolar mastopatiya rivojlanishi xavfini oshiradi;
- Yomon odatlar: chekish, spirtli ichimliklarni suiste’mol qilish.

FIBROZ-KISTOZ MASTOPATIYANING ALOMATLARI

FKMning dastlabki bosqichda maxsus diagnostika usullarisiz aniqlash mumkin bo’lgan alomatlar deyarli namoyon bo’lmaydi. Shu sababli, barcha ayollar uchun bu patologiyaning erta bosqichda aniqlash imkonini beradigan muntazam tibbiy nazoratdan o’tib turish juda muhim hisoblanadi.

Keyingi rivojlanishi bilan fibroz-kistoz mastopatiya o’zini quyidagi belgilar orqali namoyon qila boshlaydi:

- Paypaslash orqali seziladigan va og’riqli tabiatga ega ko’krak bezidagi zichlanishlar;
- Hayz oldi davrida ko’krak bezlarining dag’allashishi va kattalashishi;
- Ko’krak siynalari sezuvchanligining ortishi;
- Qo’ltiq osti yoki yelkaga tarqalishi mumkin bo’lgan ko’krakdagi og’riqlar;
- Ko’krakdan oq yoki jigarrang ajralmalar ajralishi.

Bu alomatlarning har biri chuqurlashtirilgan tibbiy ko’rikdan o’tkish zarurligini anglatadi. Ayniqsa sut bezlaridan ajralmalar ajralas tekshiruvdan o’tish kerak. Ular — xavfli o’simtalarga aylanishi mumkin bo’gan mastopatiyaning juda xavfli alomatlaridir.

FIBROZ-KISTOZ MASTOPATIYA TASHXISI

Shifokorlar bir ovoz bilan ta’kidlashmoqda: «Har bir ayol FKM haqida so’zlashi mumkin bo’lgan tugunchalarni aniqlash uchun ko’krak bezlarini muntazam vizual tekshirib borishlari kerak». Bunday amaliyot G’arbda me’yorga aylangan, lekin bizda hali keng tarqalgani yo’q.

Vizual tekshirish quyidagi algoritm bilan bajariladi:

1. Oyna oldiga turing va qo’llaringizni pastga erkin tushuring. Bezlarning simmetriyasini, ularning joylashish tenglik darajasini, to’g’ri chegaralarini, shakli va o’lchamlarini baholang. Bu natijalarni keyingi tekshiruv vaqtida taqqoslab ko’rish uchun eslab qolish joiz.
2. Tanangizni yon taraflarga eging va ko’krak harakatlanishi darajasi bir xilligini tekshiring. Bu bosqichda shakllanishlarning chuqurliklari va balandliklarini aniqlash, shuningdek harakatda ajralish borligini kuzatish mumkin.
3. Xuddi shu holatda terining holatini baholang. Uning rangi tabiiy va bir tekis bo’lishi, unda hech qanaqa ajinlar, kichik yarachalar va toshmalar bo’lmasligi kerrak.
4. Ko’krak bezlarini yotgan va tik turgan holatda paypaslab ko’ring. Ushbu jarayonni qulayroq qilish uchun tekshirilayotgan sohani shartli kvadratlarga bo’ling va ularni birma-bir tekshirib chiqing. Sizning e’tiboringizni har qanday zichalnishlar, tugunchalar va boshqa g’ayritabiiy tuzilmalar jalb qilishi kerak.
5. Siyna va ularning atrofini diqqat bilan tekshiring. Shakli, rangi, terining har qanday o’zgarishi klinik tashxisga bo’lgan ehtiyojning belgisidir.

Bunday ko’rikni bir oyda bir marta, hayz siklining aynan bir kunida amalga oshirish kerak. Bu turli davrlarda ayol ko’kragidagi tabiiy o’zgarish bilan bog’liq farqlardan holi qiladi.

Bunda tashqari, muntazam tekshiruvlar hatto kichik o’zgarishlarni his qilish imkonini beradi va ular aniqlanganda, kasallikni rivojlanishining dastlabki bosqichlarida bartaraf qilsa bo’ladi.

Mastopatiyaning klinik tashxisi bir qator ko’riklarni va uch mutaxasis — ginekolog, endokrinolog va mammolog konsultatsiyasini o’z ichiga oladi. Birinchi navbatda, fibroz-kistoz mastopatiya mavjudligi gumon qilinayotgan ayol sut bezlari ultratovush tekshiruvi va magnit-rezonans tomografiyasi yordamida tekshirilib ko’riladi. Ushbu usullar eng informativ hisoblanadi va tugunchalarni rivojlanishning dastlabki bosqichlarida ham aniqlay oladi.

132. Miya chayqalishi va uning sabablari, klinik belgilari, hamshiralik parvarishi haqida ma`lumot bering.

J: Miya chayqalishi — eng keng tarqalgan bosh jarohati. Oddiy odamga oddiy lat yeyishni miya chayqalishidan ajratib olish qiyin. Boshga har qanday zarar yetishida birinchi yordamni ko'rsatish va shifokorni o'z vaqtida chaqirish muhimdir.

Miya chayqalishi — kalla-miya jarohatining yengil shakli, kalla-miya travmatizmi tuzilishida uchrashi chastotasi bo'yicha birinchi o'rinni egallaydi. Miya chayqalishini davolashda asosiy narsa — dam olish va uxlashdir. Biroq, miya chayqalishini jiddiyroq shikastlanish — miya lat yeyishi bilan osonlikcha adashtirish mumkin. Ushbu travma majburiy medikamentoz davolash va gospitalizatsiyani talab qiladi.

Har qanday holatda, boshga sezilarli zarba berilganda, shifokorga uchrashish, rentgen tasviri, bosh suyagining yorilishlari, qon ketishi yo'qligiga amin bo'lish va nevrolog konsultatsiyasini olish kerak.

MIYA CHAYQALISHIDA BIRINCHI YORDAM

Kichik bosh jarohatlarida (insonning o'z bo'yidan yuqori bo'lmagan balandlikdan yiqilishida), hushini yo'qotmaslikda, jabrlanuvchiga birinchi yordam ko'rsatiladi va alomatlar kuzatilib boriladi. Yuqoriroq balandlikdan yiqilishda, qon ketishi va hushni yo'qotish kuzatilganda darhol tez yordam chaqirish kerak.

Miya chayqalishida birinchi yordam:

- Jabrlanuvchini ko'zdan kechirish;
- Jarohatlar mavjudligida — ularni qayta ishlash va bintlash;
- Har qanday alomat mavjud bo'lsa — shifokorni chaqirish;
- Tinchlikni ta'minlash. Jabrlanuvchini qulay joyga qo'yish va unga 30-60 daqiqa davomida yoki shifokor kelguniga qadar uxlab qolishga yo'l qo'ymaslik;
- Jabrlanuvchining ahvolini doimo kuzatib borish;
- Agar jabrlanuvchi hushini yo'qotgan bo'lsa, uni tizzalarini bukkan holda yonga yotqizib, qo'lini boshi ostiga qo'yish;
- Agar jabrlanuvchi o'zini yaxshi his qilsa, hodisani e'tiboridan chetda qoldirmaslik, uning faol harakatlanishiga ruxsat bermaslik.

MIYANING CHAYQALISHI BELGILARI

Muammolar mavjudligini jarohatdan keyin darhol shubha ostiga olish mumkin.

Alomatlar:

- Oqarib ketish, terlash, zaiflik.
- Jabrlanuvchining nigohini yaxshi jamlay olmasligi.
- Bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qayt qilish.
- Reaktsiyalarning sekinlashishi, noto'g'ri javob berish.
- Jabrlanuvchi fazo va vaqtda yaxshi orientatsiya ololmasligi.
- Ishtaha yo'qolishi.
- Tana haroratining ko'tarilishi.
- Qisqa muddatli hushni yo'qotish (5 daqiqagacha).
- «Boshda tuman» yoki oyoqlarda kuch yo'qligi hissi.
- Uyqu buzilishlari (keyinroq namoyon bo'ladi).
- Charchoq, kuchsizlik hissi.
- Sezilarli jarohatlar, burun qonashi.

MIYA CHAYQALISHI DARAJALARI

- **I darajali chayqalish** — yengil hushdan ketish, jarohatlardan so'ng 20 daqiqa o'tib o'zini normal his qilish.
- **II darajali chayqalish** — dizorientatsiya 20 daqiqadan ortiq davom etishi.

- **III darajali chayqalish** — qisqa vaqt davomida hushni yo’qotish. Jabrlanuvchi nima bo’lganini eslay olmaydi.

Muhim!

Hatto kichik chayqalishdan keyin ham asoratlar paydo bo’lishi mumkin (bosh og’rig’i, asabiylashish, uyqu buzilishi, diqqatni jamlay olmaslik emas). Shifokorga imkon qadar tezroq uchrashish juda muhim.

TASHXISLASH

Chayqalish tashxisi klinik tasvir asosida qo’yiladi: 1) Boshga zarb tushganligi yoki boshni urib olganlik fakti mavjudligi; 2) 5 daqiqagacha vaqtga hushni yo’qotish. Kalla suyagi karohatlari bo’lmaydi, garchi suyakda yoriqlar mavjudligi bosh miya chayqalishini istisno etmaydi. Likvor bosimi va uning tarkibi o’zgarishsiz qoladi. KT va MRT`da miya moddasi va likvorli hududlar holati chekinishlari aniqlanmaydi.

MIYA CHAYQALISHINI DAVOLASH

Miya chayqalishini davolash 10 kundan bir oygacha davom etadi. Har qanday holatda navbatchi statsionarda tekshiruvdan o’tish kerak. Uy sharoitida davolanish faqat shifokorning ruxsati bilan, yengil bosh jarohatlarida amalga oshirilishi mumkin. Uyda davolanishda:

- Yotoq tartibi va uzoq uyqu;
- Musiqa tinglash (lekin quloqchin orqali emas), o’qish tavsiya etilmaydi;
- Tinchlantiruvchi xalq tabobati vositalarini yoki yengil o’simlik tindirmalarini qabul qilish;
- Sut va sabzavotlardan iborat bo’lgan uzoq muddatli parhez, osh tuzi iste’molini cheklash.

Himoya!

Shlem zarbning xavfini va og’irligini kamaytirishga yordam beradi, bosh suyagining sinishidan qutqarishi mumkin. Ammo u miya chayqalishini oldini olmaydi.

Taqiqlanadi:

- Televizor, video tomosha qilish, kompyuter o’ynash — ekranning o’chib-yonishi miyani qo’zg’atadi;
- Sport bilan shug’ullanish.

OQIBATLARI

Odatda 24-48 soatdan keyin chayqalish belgilari va alomatlari yo’qoladi. Miyaning qayta jarohatlanishida ularning salbiy ta’siri umumlashadi.

133. Miokard infarktining sabablari, simptomlari va shifokorgacha birinchi tibbiy yordam ko`rsatish qanday bo`lishi lozim?

J: Miokard infarkti — o’tkir holat, yurak ishemik kasalligining klinik shakli, to’liq yoki qisman qon yetishmovchiligi natijasida yurak muskul to’qimasining (**miokard**) nekrozi (o’limi) tufayli yuzaga keladi. Bu butun yurak-qon tomir tizimi faoliyatining buzilishiga olib keladi va bemorning hayotini xavf ostiga qo’yadi.

Miokard infarktining asosiy va eng ko’p tarqalgan sababi — yurak mushagini qon bilan va shunga mos ravishda kislorod bilan ta’minlaydigan toj (koronar) arteriyalardagi qon oqimining buzilishi. Ko’pincha bunday buzilish arteriyalar aterosklerozining fonida yuzaga keladi va unda tomirlarning devorida aterosklerotik pilakchalar (blyashkalar) paydo bo’ladi. Ushbu pilakchalar toj arteriyalari bo’shlig’ini toraytiradi va tomir devorlarining shikastlanishiga hissa qo’shadi, bu esa tromb va arterial stenoz shakllanishi uchun qo’shimcha sharoitlarni yaratadi.

INFARKTNING XAVF OMILLARI

Ushbu o’tkir kasallikning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradigan bir qator omillar mavjud:

1. **Ateroskleroz**. Yo’g almashinuvining buzilishi natijasida qon tomir devorlarida aterosklerotik pilakchalarning paydo bo’lishi miokard infarktining rivojlanishida asosiy xavf omilidir.
2. **Yosh**. 45-50 yoshdan keyin kasallikni rivojlanish xavfi ortadi.
3. **Jins**. Statistik ma’lumotlarga ko’ra, ayollarda ushbu keskin vaziyat erkaklarnikiga qaraganda 1,5-2 marta ko’proq uchraydi, ayniqsa klimaks davrida ayollarda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqori bo’ladi.
4. **Arteriyel gipertoniya**. Gipertoniya (yuqori qon bosimi) bilan og’rigan insonlarda yurak-qon tomir kasalligi rivojlanish xavfi yuqori bo’ladi, chunki arterial bosim ortishi bilan miokardda kislorodga talab oshadi.
5. **Avval boshdan kechirilgan miokard infarkti**, hatto kichik ko’lamli bo’lsada.
6. **Chekish**. Ushbu zararli odat tanamizning ko’plab organlari va tizimlarining ishdan chiqishiga olib keladi. Surunkali nikotin bilan zaharlanish natijasida toj arteriyalar torayib ketadi, bu esa miokardda kislorod yetishmasligiga olib keladi. Va gap nafaqat faol chekish haqida, balki passiv chekish haqida ham bormoqda.
7. **Semizlik va gipodinamiya**. Yog’ almashinuvi buzilganda ateroskleroznin rivojlanishi tezlashadi, qandli diabet kasalligi xavfi ortadi. Jismoniy yetishmovchilik va kamharakatlik organizmdagi modda almashinuviga salbiy ta’sir qiladi, bu esa ortiqcha vaznning to’planishiga sabab bo’ladi.
8. **Qandli diabet**. Qandli diabet bilan og’rigan bemorlarda miokard infarkti rivojlanish xavfi yuqori, chunki qondagi yuqori qand miqdori tomir devorlari va gemoglobinga salbiy ta’sir ko’rsatadi, buning natijasida uning transport (kislorodni tashish) qobiliyati yomonlashadi.

MIOKARD INFARKTI BELGILARI VA ALOMATLARI

Bu o’tkir holat o’ziga xos alomatlarga ega va ular odatda shunchalik yaqqol namoyon bo’ladiki, ular sezilmay qolishi mumkin emas. Shunga qaramay, ushbu kasallikning atipik shakllari ham mavjudligini esda tutish kerak.

Ko’pchilik hollarda bemorlar miokard infarktining odatda og’riqli shaklini rivojlantiradilar, buning natijasida shifokor kasallikni aniq tashxislash va darhol davolashni boshlash imkoniga ega.

Kasallikning asosiy belgisi bu kuchli og’riqdir. Miokard infarkti bilan kechadigan og’riq ko’krak orqasida joylashgan bo’lib, u yonish hissi va xanjar urilgandek tuyuladi, ba’zi bemorlar og’riq «yorib tashlagudek» bo’ladi deya ta’riflaydi. Og’riq chap qo’lga, pastki jag’ga, kuraklar orasiga tarqalishi mumkin. Ushbu holatning rivojlanishi har doim ham jismoniy zo’riqishdan keyin kelmaydi, ko’pincha og’riq sindromi dam olish vaqti yoki kechqurun yuz beradi. Og’riq alomatining tavsiflangan xususiyatlari stenokardiya xurujlarida bo’lganiga o’xshash bo’lsa-da, ularning bir-biridan ajratib turuvchi aniq farqlar bor.

Stenokardiya xurujidan farqli o'laroq, miokard infarkti tufayli paydo bo'lgan og'riq sindromi 30 daqiqadan ko'proq davom etadi va tinch holatga o'tish yoki nitrogliserinni takroriy qabul qilish bilan to'xtamaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, og'riqli xuruj 15 daqiqadan ko'proq davom etsa, qabul qilingan chora-tadbirlar samarasiz bo'lsa, darhol shoshilinch tibbiyot jamoasi chaqirilishi kerak.

MIOKARD INFARKTINING ATIPIK SHAKLLARI

Atipik shaklda kechayotgan miokard infarkti tashxis qo'yish paytida shifokor uchun qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

Gastritik variant. Kasallikning ushbu shaklida yuzaga kelgan og'riq sindromi gastritning xuruji tufayli yuzaga kelgan og'riqqa o'xshaydi va epigastrik mintaqada joylashgan bo'ladi. Ko'rikda qorin old devorining mushaklari tarangligi kuzatilishi mumkin. Odatda, miokard infarktining bunday shakli diafragmaga yaqin bo'lgan pastki chap qorincha shikastlanishlarida kelib chiqadi.

Astmatik variant. Bronxial astmaning shiddatli xurujini eslatadi. Bemorda bo'g'ilish, ko'pikli balg'amli yo'tal (quruq bo'lishi ham mumkin) kuzatilishi va shu bilan birga odatda og'riq sindromi kuzatilmasligi yo'q yoki zaif ifodalangan bo'lishi mumkin. Og'ir holatlarda o'pka shishishi rivojlanishi mumkin. Ko'rik o'tkazilganda yurak ritmining buzilishi, qon bosimi pastligi, o'pkada xirillash sezilishi mumkin. Ko'pincha, kasallikning astmatik shakli takroriy miokard infarktida, shuningdek, og'ir kardioskleroznin fonida sodir bo'ladi.

Aritmik variant. Miokard infarktining bu shakli turli xil aritmiya (ekstrasistoliya, miltillovchi aritmiya yoki paroksizmal taxikardiya) yoki turli xil darajadagi atriyoventrikulyar blokada bilan namoyon bo'ladi. Yurak urishi ritmining buzilganligi sabab EKG tekshiruvida miokard infarkti aniqlanmasligi mumkin.

Serebral variant. Bosh miya tomirlarida qon aylanishi buzilishi bilan tavsiflanadi. Bemorlar bosh aylanishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qayt qilish, oyoqlar holsizligidan shikoyat qilishi mumkin, hush chigal bo'lishi mumkin.

Og'riqsiz variant (xira shakli). Miokard infarktining bu shakli tashxislashdagi qiyinchiliklarga eng ko'p sababchi bo'ladi. Og'riq sindromi umuman kuzatilmasligi mumkin, bemorlar ko'krak qafasidagi noma'lum bezovtalik va haddan tashqari terlashdan shikoyat qilishadi. Ko'pincha ushbu kasallik shakli qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda uchraydi va juda og'ir kechadi. Ba'zan miokard infarkti klinik tasvirida turli kasalliklar alomatlari mavjud bo'ladi va bunday hollarda, afsuski, holat yakuni ko'proq salbiy bo'ladi.

MIOKARD INFARKTINI DAVOLASH

Bemorda miokard infarkti shubha qilinishi mumkin, agarda:

- Ko'krak orqasida kuchli yonish hissi bilan kechadigan og'riq sezilsa, 5-10 daqiqadan ko'proq davom etadi;
- Og'riq vaqt o'tishi bilan, tinch holatga o'tgandan yoki nitroglitserin qabul qilgandan so'ng tinchimaydi;
- Og'riq kuchli holsizlik, ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rig'i va bosh aylanishi bilan birga keladi.

Agar miokard infarktidan shubha qiladigan bo'lsangiz, darhol tez yordamga qo'ng'iroq qiling va bemorga yordam berishni boshlang. Bemorga dastlabki yordam qancha barvaqt berilsa, yakun shuncha ijobiy bo'ladi.

Yurakka tushadigan yukni kamaytirish kerak, shuning uchun bemorni boshini biroz ko'tarib yotqizish kerak. Toza havoni kirishini ta'minlash va bemorni tinchlantirishga harakat qilish kerak, tinchlantiruvchi preparatlar bersa bo'ladi.

Bemor til ostiga nitrogliserin tabletkasini (oldindan maydalash mumkin) solishi va bitta aspirin tabletkasini chaynashi kerak.

Agar qo'l ostida beta-blokator guruhidagi preparatlar mavjud bo'lsa (Atenolol, Metoprolol), bemorga chaynash uchun (aynan chaynash uchun, bo'lmasa samara bermaydi) 1 dona tabletka berish kerak. Agar bemor bu dori-darmonlarni muntazam qabul qilsa, unda dori-darmonning navbatdan tashqari dozasini qabil qilishi kerak.

Og’riqni kamaytirish uchun bemorga analgetik dori (analgin, baralgin va boshqalar) berish kerak.
Bundan tashqari, bemor bir tabletka panangin yoki 60 tomchi korvalol ichishi mumkin.
Agar yurak to’xtashi gumon qilinsa (hushdan ketish, nafas olish to’xtashi, pulsning yo’qligi va tashqi qo’zg’atuvchilarga javob qaytarmaslik) darhol reanimatsiya choralarini (sun’iy nafas berish va yurakni bilvosita massaji) boshlash kerak. Agar bemor es-hushiniga kelmasa, muolajalarni shifokorlar kelguniga qadar davom ettirish kerak.

KASALXONAGACHA KO’RSATILADIGAN MALAKALI YORDAM

Miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarni davolashda asosiy maqsad — shikastlangan miokard sohasida iloji boricha tezroq qon aylanishini tiklashga va ta’minlashga qaratilgan. Bemorlarning sog’lig’i va hayoti ko’p jihatdan kasalxonaga yotqizilgunga qadar bo’lgan davrda yordam ko’rsatiilshiga bog’liq.
Tez yordam shifokorlari oldida turgan eng muhim masalalardan biri — og’riq xurujini qoldirishdir. Chunki simpatoadrenal tizimining faollashishi natijasida yurak mushagining zo’riqishi oshadi va kislorodga bo’lgan ehtiyoj ortadi, bu shikastlangan soha ishemiyasini yanada oshiradi. Ko’pincha shifokorlar og’riqdan xalos qilish uchun narkotik analgetiklarni qo’llashlari mumkin, ko’pincha kasalxonagacha bo’lgan bosqichda morfin ishlatiladi. Agar narkotik analgetiklarni qo’llash ta’siri yetarli bo’lmasa, vena ichiga nitropreparatlar yoki beta-blokatorlar yuboriladi.
Toj arteriyalarida qon aylanishini qayta tiklash ham davolashda muhim ahamiyat kasb etadi. Qarshi ko’rsatmalar mavjud bo’lmaganda shifokor tez yordam mashinasida trombolizisni boshlashi mumkin. Ushbu muolaja hamma bemorlarga ham qilinavermaydi, uning mumkinligini shifokor EKG natijalariga asoslanib belgilaydi. Trombolizisning samaradorligi uning qay vaqt boshlanganligiga bog’liq bo’lib, yurak-qon tomir kasalligi boshlanishining dastlabki soatlarida trombolitik preparatlarni yuborish qon aylanishini yuqori ehtimollik bilan tiklashi mumkin.
Tez yordam transportida olib ketish paytida trombolizni o’tkazish to’g’risidagi qaror vaqt omiliga bog’liq bo’ladi. Bunday preparatlar tez yordam mashinasi kasalxonaga yetib borishi vaqti 30 daqiqadan ko’p bo’lsa qo’llaniladi.

MIOKARD INFARKTINI KASALXONADA DAVOLASH

Qon aylanishini va toj arteriyalar o’tkazuvchanligni tiklashning eng yaxshi usuli — darhol tomirning angioplastikasini o’tkazishdir, bu vaqtda arteriya ichiga maxsus stent kiritiladi. Stent qo’yish miokard infarktining boshlanishidan keyingi dastlabki soatlarda ham talab qilinadi. Ba’zi hollarda yurak mushaklarini saqlab qolishning yagona yo’li shoshilinch toj arteriya shuntlash operatsiyasino o’tkazish hisoblanadi.
Miokard infarkti bilan og’rigan bemor intensiv terapiya bo’limiga yotqiziladi. Kerak bo’lganda reanimatsiya bo’limiga yotqizilib, u yerda maxsus apparatlar yordamida shifokorlar bemorning holatini nazorat qilib turishadi.
Ushbu kasallikni davolashda ko’plab dori guruhlarini qo’llash mumkin, chunki miokard infarktini davolashda bir vaqtning o’zida bir necha vazifani bajarish kerak:

- Tromb hosil bo’lishini oldini olish va qonni suyuqlashtirish uchun antikoagulyantlar, antiagregantlar va dizagregantlar guruhi dori vositalari qo’llaniladi;
- Miokard shikastlanishi hududini cheklash yurak muskullarining kislorodga bo’lgan ehtiyojini kamaytirish orqali erishiladi, buning uchun, beta-blokatorlar va AAF ingibitorlari (angiotenzin-aylantiruvchi ferment) ishlatiladi;
- Og’riq sindromining kamaytirilishiga narkotik va narkotik bo’lmagan analgetiklarni qo’llash bilan erishiladi;
- Qon bosimi darajasini normallashtirish uchun bemorga antigipertenziv preparatlar buyuriladi;
- Yurak ritmi buzilganda, bemorga antiaritmik preparatlar buyuriladi.

Miokard infarktini davolashda ishlatilishi mumkin bo’lgan barcha dorilar guruhlari sanab o’tilmagan. Terapevtik usullar bemorning umumiy holatiga, buyraklar, jigar va boshqa

organlarning birgalikdagi kasalliklari mavjudligi va boshqa ko’plab omillarga bog’liq. Shuning uchun, faqatgina malakali shifokor ushbu jiddiy kasallikka qarshi kurashishi kerak, mustaqil davolashga yo’l qo’yilmaydi, chunki bu bemorning o’limiga olib kelishi mumkin.

MIOKARD INFARKTINING ASORATLARI

Miokard infarktining asoratlari har doim organizmning holatiga salbiy ta’sir ko’rsatadi. Albatta, bu miokardning zararlanish maydoniga bog’liq. Miokard infarktiga uchragan bemorlarda ko’pincha yurak ritmining buzilishi rivojlanadi. Miokard nekrozi va chandiq hosil bo’lishi tufayli yurakning qisqarish qobiliyati pasayadi va natijada yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Yurakning ko’p shikastlanishi va katta chandiqlar hosil bo’lishi natijasida yurak anevrizmasi — bemorning hayotiga tahdid soluvchi va tezkor davolashni talab qiluvchi holat paydo bo’lishi mumkin. Anevrizma nafaqat yurakning faoliyatini yomonlashtiradi, balki qon trombi hosil bo’lishi ehtimolini oshiradi va uning yorilishi xavfi ham katta bo’ladi.

MIOKARD INFARKTINI OLDINI OLISH

Ushbu kasallikning oldini olish birinchi va ikkinchi darajali shartlarga bo’linadi. Birlamchi maqsad — miokardial infarkt yuzaga kelishini oldini olish, ikkinchisi — kasallikka duchor bo’lganlarda yurak-qon tomir kasalliklari qaytalanishini oldini olishdir. Profilaktika nafaqat yurak-qon tomir tizimi muammoari mavjud kishilarga, balki sog’lom kishilar uchun ham muhimdir. Profilaktika xavf omillarini bartaraf etish yoki ularning ta’sirini kamaytirishga qaratilgan bo’ladi:

1. **Tana vaznini nazorat qilish**. Ortiqcha vaznli odamlarda yurakka ortiqcha yuk tushishi kuzatiladi, gipertoniya va qandli diabet rivojlanishi xavfi ortadi.
2. **Muntazam jismoniy faoliyat**. Jismoniy faollik modda almashinuvini yaxshilashga yordam beradi, shuningdek tana vaznini kamaytiradi. Muntazam mashqlar bajarish miokard infarkti xavfini 30 foizga qisqartirishi isbotlangan. Jismoniy mashqlar majmuasi va og’irlik darajasini shifokor tayinlaydi.
3. **Yomon odatlardan voz kechish**. Olimlar allaqachon chekish va spirtli ichimliklarni suiste’mol qilish yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshirishini isbotlashgan. Yomon odatlardan voz kechishni istamagan odamlarda miokard infarktining rivojlanishi xavfi 2 barobar ortadi.
4. **Qonda xolesterin miqdorini nazorat qilish**. 45 yoshdan oshgan barcha insonlarga yog’lar almashinuvini muntazam ravishda nazorat qilish tavsiya etiladi, chunki u buzilganda rivojlanadigan ateroskleroz yurak-qon tomir kasalliklarining asosiy sabablaridan biridir.
5. **Qon bosimini nazorat qilish**. Qon bosiming doimiy ravishda 140/90 mm. sim. ust. dan yuqori bo’lishida uni dori-darmonlar bilan me’yorga keltirish talab etiladi, chunki arterial gipertoniya bilan birga yurakka tushadigan yuk sezilarli darajada ko’payadi.
6. **Qonda glyukoza darajasini nazorat qilish**. Bu uglevod almashinuvi buzilishlarini aniqlash va diabetning oldini olish uchun kerak.
7. **Parhez**. Osh tuzini, ko’p miqdorda xolesterin va qiyin eruvchi yog’larni o’z ichiga olgan oziq-ovqat mahsulotlar iste’molini cheklash tavsiya etiladi. Ratsionga o’simlik tolalari, vitaminlar va minerallarga boy bo’lgan meva va sabzavotlarni, dengiz maxsulotlarini ko’proq kiritish kerak.
8. **Asetilsalitsil kislotasi mavjud dori-darmonlarni qabul qilish.** Aspirin nafaqat miokardiyal infarktni davolash uchun, balki uning oldini olish uchun ham standartdir. Bugungi kunda ushbu moddani o’z ichiga olgan ko’plab dorilar kardiologiyada keng ishlatiladi. Optimal dozani va muayyan dori turini tanlash uchun siz shifokoringizga murojaat qilishingiz kerak.

134. DOTS dasturi haqida tushuncha, uning maqsadi, vazifalari va undan kutilayotgan natijalar.

J: Silni aniqlash va davolash usullari odamzodga ko‘p yillardan beri ma’lum. 100 yildan ortiq davr ichida sil kasalligini qo‘zg‘a- tuvchi mikobakteriyalarni mikroskop yordamida aniqlash mumkin, silga qarshi samarali dorilardan esa, 50 yilga yaqin vaqt ichida foydalanilyapti. Shunga qaramasdan, har yili 2 millionga yaqin odam sil tufayli dunyodan ko‘z yumadi. Silni aniqlash va davo- lashning samarali usullari borligiga qaramasdan, bemorni, ayniqsa, yuqumli bemorlarni aniqlash va davolash tizimining yetarlicha yaxshi tashkil qilinmaganligi muammosi saqlanib qolmoqda. Bugungi kunda silga qarshi kurashishning DOTS nomi bilan ma’lum bo‘lgan strategiya mavjud bo‘lib, hozirgi vaqtda samarali va iqtisodiy jihatdan foydali deb tan olinib, JSST hamda Sil va o‘pka kasalliklariga qarshi kurashish ittifoqi tomonidan tavsiya qilingan. DOTS (ingliz. directly observed treatment, short-course) — qisqa standart kimyoviy terapiyaning keskin cheklangan va nazorat ostiga olingan davolash strategiyasi.
JSST tavsiya qilgan silga qarshi kurashish strategiyasi tibbiy va ma’muriy tadbirlar majmuasi bo‘lib, aholigacha yetib boruvchi silni aniqlash va davolash dasturini ishlab chiqish hamda ishlatishga yo‘naltirilgan. Bu strategiya infeksiyaning tarqalishini oldini olish bilan birga, ko‘p hollarda o‘lim holatlarini ko‘paytiradigan va katta xarajat talab qiladigan doriga chidamli silning rivojlanishining oldini oladi.
Silning kimyoviy terapiyasi standart sxemalari JSST va Sil va o‘pka kasalliklariga qarshi kurashish ittifoqi tomonidan tavsiya qilingan. Ular silni samarali davolash hamda doriga chidamli sil rivojlanishining oldini olish imkonini beradi. Har bir silga qarshi dori qisqartirilgan belgi — harf bilan belgilanadi, masalan:

- Izoniazid — H;
- Rifampitsin — R;
- Pirazinamit — Z;
- Etambutol — E;
- Streptomitsin — S.

Sil bemorlari kimyoviy terapiyasi ikki bosqichdan iborat: davolashning jadal bosqichi va quvvatlovchi bosqich.
Jadal bosqich — davolashning 1-bosqichida (2—3 oy) bemor unga tayinlangan davolashning rejimiga asosan 4—5 silga qarshi dorilarni qabul qiladi va bu vaqtda M. Tuberculosisning tez nobud bo‘lishi kuzatiladi. Natijada, bemor yuqumli bo‘lmay, doriga chidamlilik paydo bo‘lishining oldi olinadi. Bemor tayinlangan dorilarning hamma dozasini qabul qilishi muhimdir. Buning uchun bemor dorilarini qabul qilishini bevosita nazorat qilish kerak. Jadal bosqich davomida bemor ixtisoslashgan sil kasalxonasida davolanadi. Ba’zida davolashni ambulator sharoitda o‘tkazish mumkin.
Quvvatlovchi bosqich — silni davolashning 2-bosqichida (jadal davolash bosqichiga nisbatan bu davrda qabul qilinadigan dorilar soni kamayadi) shikastlangan o‘choqni zararsizlantirish uchun M. Tuberculosisning persist shakllariga ta’sir qilinadi. Bu bosqichda bemor ambulator davolanadi. Bemor o‘zini yaxshiroq his qilishi va boshqa har xil sabablarga ko‘ra, davolash ustidan to‘liq nazorat o‘tkazish qiyin bo‘lib qoladi. Bosqichda kimyoviy terapiya kursini uzilish xavfi ko‘payadi.

135. O`tkir obstruktiv bronxitning sabablari, klinik belgilari, bronxial astma hurujidan farqlash va hamshira parvarishini amalga oshirish.

J: 85 savolga qarang.

136. Kardiogen shokning sabablari, klinik belgilari, shifokorgacha birinchi tibbiy yordam ko’rsatish.

J: Shok ikki katta guruhga bo'linadi

- yurak ishlab chiqarish zarbasining pasayishi: kardiogen, obstruktiv, gemorragik gipovolemik va gemorragik bo'lmagan gipovolemik;
- distributiv shok (umumiy periferik qarshilikning pasayishidan): septik, allergik (“anafilaktik shok”), neyrogen va Orqa miya zarba.

Kardiogen shok

Kardiogen shok (inglizcha "kardiogen shok") yurakning nasos faoliyatining ibtidoiy tanqisligi yoki giperkinetik yoki gipokinetik aritmiyalar natijasida yuzaga keladigan ikkilamchi yurak chiqishining kamayishi bilan bog'liq.

Yurak funktsiyasining tanqidiy tushkunligi ishemiya, disfunktsiya va hujayra nekrozi bilan bog'liq bo'lgan periferik gipoperfuziyaga olib keladigan o'zgarishlarni aniqlaydi, bu esa bemorning o'limiga olib kelishi mumkin bo'lgan organ va to'qimalarning o'zgarishiga olib keladi.

Shokning bu shakli barcha yurak xurujlarining 5-15% ni murakkablashtiradi va shifoxona ichidagi o'lim darajasi juda yuqori (80% atrofida).

Kardiogen shokning mumkin bo'lgan tasniflaridan biri quyidagicha:

A) Miogen kardiogen shok

- miyokard infarktidan
- kengaygan kardiyomiyopatiyadan;

B) Mexanik kardiogen shok

- og'ir mitral etishmovchilikdan
- interventrikulyar septal nuqsonlardan;
- aorta stenozidan;
- gipertrofik kardiyomiyopatiyadan;

C) Aritmik kardiogen shok

- aritmiyadan.

Natijalar va xavf omillari

Qorinchani to'ldirish bosimi va hajmi ortadi va o'rtacha arterial bosim kamayadi.

Voqealar ushbu "yo'ldan" boradi:

- yurak chiqishi kamayadi;
- qon bosimi pasayadi (arterial gipotenziya);
- gipotenziya to'qimalarning perfuziyasining pasayishiga olib keladi (gipoperfuziya);
- hipoperfuziya ishemik azoblanish va to'qimalar nekroziga olib keladi.

Yurak chiqishining pasayishiga olib kelishi va/yoki rag'batlantirishi mumkin bo'lgan kardiogen shokning yuqori oqimining sabablari:

- o'tkir miokard infarkti
- yurak etishmovchiligi;
- interventrikulyar septumning yorilishi;
- chordae tendineae yorilishidan mitral etishmovchilik;
- o'ng qorincha infarkti;
- chap qorincha erkin devorining yorilishi;
- kengaytirilgan kardiyomiyopatiyalar;
- oxirgi bosqichdagi valvulopatiyalar;
- septik shokdan miyokard disfunktsiyasi;
- obstruktiv perikardial efüzyon shoki;
- yurak tamponadasi;
- massiv o'pka emboliyasi;
- o'pka gipertenziyasi;
- aorta koarktatsiyasi;
- gipertrofik kardiyomiyopatiya;
- miksoma (yurak shishi);
- gipertenziv pnevmotoraks;
- qon ketishidan kelib chiqqan gipovolemik shok.

Kardiogen shokning belgilari va belgilari

Kardiogen shokning asosiy ko'rinishlari arterial gipotenziya va to'qimalarning hipoperfuziyasi bo'lib, bu o'z navbatida turli xil boshqa alomatlar va belgilarga olib keladi.

Odatda, sub'ektning sistolik (maksimal) qon bosimi odatdagidan 30 yoki 40 mmHg ga kamayadi.

Kardiogen shokning mumkin bo'lgan belgilari:

A) markaziy asab tizimida:
- umumiy buzuqlik;
- tashvish;
- kuchni yo'qotish;
- vosita etishmovchiligi (yurish qiyinligi, falaj ...);
- sezuvchanlik etishmovchiligi (loyqa ko'rish ...);
- bosh aylanishi;
- hislarni yo'qotish;
- koma.

B) teriga ta'sir qilish:
- rangparlik;
- ko'k-binafsha lablar;
- sovuq ter;
- sovuqlik hissi.

C) oshqozon-ichak tizimiga ta'sir qiluvchi:
- paralitik ichak tutilishi;
- eroziv gastrit;
- pankreatit;
- alitiaz xoletsistit;
- oshqozon-ichak traktidan qon ketishi;
- jigar kasalligi.

D) qonga ta'sir qiladi:
- trombotsitopeniya;
- DIC (tarqatilgan tomir ichidagi koagulyatsiya);
- mikroangiopatik gemolitik anemiya;
- koagulyatsion anomaliyalar.

E) yurakka ta'sir qiluvchi:
- taxikardiya;
- bradikardiya;
- zaiflik;
- arterial gipotenziya;
- karotid pulsning pasayishi;
- har xil turdagi aritmiya;
- yurak tutilishi.

F) buyraklarga ta'sir qiluvchi:
- oliguriya;
- anuriya;
- o'tkir buyrak etishmovchiligi belgilari.

G) immunitet tizimiga ta'sir qilish
- leykotsitlar funktsiyasining o'zgarishi;
- isitma va titroq (septik shok).

H) metabolizmga ta'sir qiluvchi:
- giperglikemiya (erta bosqich);
- gipertrigliseridemiya;
- gipoglikemiya (ilg'or bosqich);
- metabolik atsidoz;
- gipotermiya.

I) o'pkaga ta'sir qilish:
- nafas qisilishi (havo ochligi)
- taxipnoe
- bradipnoe;
- gipoksiya.

Qaytarib bo'lmaydigan shokdan vafot etgan sub'ektlarni otopsiya qilish paytida aniq bo'lgan koronar arteriyalarning stenozi, asosan, yurak mushaklarining uchdan ikki qismini ta'minlaydigan chap koronar arteriyaning umumiy magistraliga ta'sir qiladi.

Kardiogen shok diagnostikasi turli xil vositalarga asoslanadi, jumladan:

- anamnez;
- ob'ektiv tekshirish;
- laboratoriya sinovlari;
- qon miqdori;
- gemogazanaliz;
- kompyuter tomografiyasi;
- koronarografiya;
- o'pka angiografiyasi;
- elektrokardiogramma;
- ko'krak qafasi rentgenogrammasi;
- Colordoppler yordamida ekokardiyogram.

Anamnez va ob'ektiv tekshirish muhim va juda tez bajarilishi kerak

Bemor hushidan ketgan bo'lsa, tarixni oila a'zolari yoki do'stlari, agar mavjud bo'lsa, yordami bilan olish mumkin.

Ob'ektiv tekshiruvda shok bilan og'rigan bemor ko'pincha rangi oqargan, terisi sovuq, namlangan, taxikardiya, karotid pulsning kamayishi, buyrak funktsiyasining buzilishi (oliguriya) va ongning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

Tashxis qo'yish vaqtida hushida nuqsoni bo'lgan bemorlarda nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash, sub'ektni shokga qarshi holatga qo'yish (yotqizish), jabrlanuvchini terlashtirmasdan qoplash, lipotemiya va shu bilan shok holatini yanada kuchaytirishi kerak.

Kardiogen shokda bu holat yuzaga keladi:

- oldindan yuklanish: ortadi;
- keyingi yuk: refleksli ravishda ortadi;
- kontraktillik: pasaygan;
- markaziy venoz satO2: kamaydi;
- Hb konsentratsiyasi: normal;
- diurez: pasaygan;
- periferik qarshilik: ortdi;
- sensorium: normal yoki chalkash holat.

O'quvchiga eslatib o'tamizki, sistolik chiqish Starling qonuniga ko'ra yurakning oldingi yuklanishi, keyingi yuklanishi va qisqarishiga bog'liq bo'lib, uni turli usullar bilan bilvosita klinik nazorat qilish mumkin:

- oldindan yuklash: markaziy venoz bosimni Swan-Ganz kateteri yordamida o'lchash orqali, bu o'zgaruvchining oldindan yuklanish bilan chiziqli funktsiyada emasligini hisobga olgan holda, lekin bu ham o'ng qorincha devorlarining qattiqligiga bog'liq;
- keyingi yuk: tizimli arterial bosimni o'lchash orqali (xususan, diastolik, ya'ni "minimal");
- kontraktillik: ekokardiyogramma yoki miyokard sintigrafiyasi orqali.

Shok holatida boshqa muhim parametrlar tomonidan tekshiriladi:

- gemoglobin: gemoxrom bilan;
- kislorod bilan to'yinganlik: tizimli qiymat uchun to'yinganlik o'lchagich yordamida va maxsus namuna olish orqali. markaziy venoz kateter venoz to'yinganlik uchun (arterial qiymatdagi farq to'qimalarning kislorod iste'molini ko'rsatadi)
- arterial kislorod bosimi: gemogazanaliz orqali
- diurez: siydik pufagi kateteri orqali.

137. Apgar shkalasi ko`rsatkichlari, shkala bo`yicha yangi tug`ilgan chaqaloqni baholashda hamshiraning vazifalari.

J: Yangi tug'ilgan chaqaloq (APGAR ko'rsatkichi)

Uzbaby.uz Tug'ish Qayta ishlangan sana: 05 Sentyabr 2021 Ko'rildi: 19888

Yangi tug'ilgan chaqaloqni neonatolog ko'zdan kechirib uning tashqi ko'rinishiga qarab unga baho beradi. Baho 1dan 10balgacha bo'ladi. Mana shu balarga qarab bolaning umumiy salomatligiga baho berish mumkin. APGAR bahosi qanday hisoblanadi?

Yangi tug'ilgan chaqaloq sog'lom ekanligini qanday bilsa bo'ladi?

1952 yilda amerikalik shifokor Virdjiniya Apgar tug'ilgan chaqaloqlarga baho berish taklifi bilan chiqadi. Unga binoan bolaning ba'zi ko'rsatkichlariga qarab uning qanchalik sog'lom ekanligini aniqlasa bo'ladi. Bu baholash usuli muallifga atalib APGAR shkalasi deb nomlanadi va u quyidagi ko'rsatkichlarni o'z ichiga oladi:
A (appearance) - chaqaloqning teri rangi;
P (pusl) - pulsi;
G (grimace) - yuz ifodasi;
A (activity) - harakatlari, mushaklari tonusi;
R (respiration) - nafas olish qobiliyati.
APGAR shkalasi bo'yichia baho ushbu 5 ko'rsatkichlar yig'indisidan hisoblanadi. Ya'ni chaqaloqning teri rangi, yurak urishi soni, reflekslari, yuz harakatlari, mushak tonusi, nafas olish qobiliyatiga 0 dan 2 balgacha baho berilib, barchasi qo'shiladi va umumiy bal hisoblanadi.

APGAR bahosi chaqaloqqa qachon beriladi?

Bola tug'ilishi bilan 1 daqiqa ichida va keyin 5-chi daqiqada chaqaloqqa shifokor baho beradi. Agar 5-chi daqiqadagi baho 7 baldan past chiqsa, u holda chaqaloq keyingi 20 daqiqa ichida har 5 daqiqada qayta-qayta baholanadi va jiddiyroq nazoratda bo'ladi.

{xtypo_quote}Tajribali neonatolog chaqaloqqa baho berishi uchun unga 40 soniya ham yetarli bo'ladi. {/xtypo_quote}

APGAR shkalasi bo'yicha norma qancha hisoblanadi?

Sog'lom chaqaloq tug'ilgach uning ilk 1 daqiqasida unga berilgan APGAR bali odatda 7-8 ni tashkil etadi. Bunda keyingi 5-chi daqiqadagi ko'rsatkichlar yig'indisi 8-10 ballga ko'tariladi. Agar chaqaloqqa 7-10 bal oralig'ida baho berilsa, u normal sog'lom bola hisoblanadi va unga maxsus nazorat talab etilmaydi.

APGAR ko'rsatkichi past bo'lgan bolalarda dinamika kuzatiladi. Ya'ni tug'ilgan zahoti ko'rsatkichi past bo'lgani bilan, bir necha daqiqalarda ko'rsatkich oshib borishi mumkin, natijada bola rivojlanishiga ijobiy prognoz beriladi.

APGAR shkalasi bo'yicha o'ta past ko'rsatkichlarga ega bo'lgan chaqaloqlarga keyinchalik maxsus tekshiruvlar va qo'shimcha diagnostika talab qilinishi mumkin.

APGAR shkalasi bo'yicha chaqaloqning ko'rsatkichlariga baho berib umumiy ballni hisoblash usuli:

APGAR ko'rsatkichi	2 ball	1 ball	0 ball
Teri rangi, ko'rinishi	Butun tanasi tiniq rangda, kaft va tovoni pushti rang	Tana rangi tiniq, lekin kaft va tovoni ko'kargan	Butun tanasining rangi ko'kargan, kul rang yoki oqarib qolgan
Yurak urishi	Normal (1 daqiqa ichida 100 marta uradi)	1 daqiqa ichida 100dan kamoq marta uradi	Puls namoyon bo'lmayapti
Yuz harakatlari, reflekslari	Yuzini bujmaytiradi, yig'laydi, yo'taladi, aksiradi	Yuz harakatlari faqat stimulyasiya bilan namoyon bo'ladi	Stimulyasiyaga ham javob yo'q
Mushaklar tonusi	Mushaklar keskin harakatda	Qo'l va oyoqlar sal-sal harakat qilmoqda	Harakat yo'q
Nafas olishi	Bemalol nafas olmoqda, chinqirib yig'lamoqda	Nafas olishi muntazam emas, yig'lashi kuchsiz	Nafas olmayapti

Manba: kidshealth.org

138. Elektrokardiogramma nima? Elektrokardiogramma qilish texnikasi, muolajani bajarishda hamshiraning vazifalari.

J: Ko'p yurak-qon tomir kasalliklari elektrokardiogrammani o'z ichiga olgan birinchi darajali testlar yordamida aniqlanishi mumkin.

Elektrokardiogramma (EKG) nima?

Elektrokardiogramma (EKG) - miokard tolalarining ichki elektr faolligini qayd etuvchi tekshiruv.

Oddiy qilib aytganda, bu mexanik yoki bioelektrik buzilishlar mavjudligini kuzatish uchun yurakning elektr faolligini qayd etishning amaliy, oson takrorlanadigan va arzon usuli.

Elektrokardiogrammaning (EKG) maqsadi nima?

Elektrokardiogramma kardiologga bir qator yurak kasalliklari va patologiyalarini aniqlash imkonini beradi, jumladan:

- aritmiyalar: yurak ritmining o'zgarishi: yurak tartibsiz, juda sekin yoki juda tez uradi. Aritmiya tashxisi juda muhim, chunki ular ko'pincha asemptomatik bo'lib, yurak to'xtashi va to'satdan o'limga olib kelishi mumkin;

- ishemiya va/yoki infarkt: EKG yurak faoliyatini aniqlay oladi qayg'u miyokard infarktiga (yurak to'qimalarining o'limiga) olib kelishi mumkin bo'lgan koronar arteriyaning torayishi natijasida yurakka qon oqimining pasayishi (ishemiya) natijasida yuzaga kelgan;
- yurak bo'shlig'idagi tug'ma yoki orttirilgan o'zgarishlar va jismoniy buzilishlar, masalan valvulopatiyalar, qorincha gipertrofiyasi, kengaygan kardiomiopatiyalar va boshqalar;
- elektrolitlar buzilishi: yurak ritmining o'zgarishiga olib keladigan qon elektrolitlarining ortiqcha yoki kam konsentratsiyasi;
- ba'zi dorilarning toksik ta'siri: yurak mushagining shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

EKG, shuningdek, yurak stimulyatorlari va implantatsiyali defibrilatorlar kabi boshqa ichki qurilmalarning ishlashini baholashga imkon beradi.

EKG uskunasi? EMERGENCY EXPO ko'rgazmasida ZOLL BOOTH ga tashrif buyuring

Ehtiyot bo'lish kerak bo'lgan yurak kasalliklarining belgilari

Agar ba'zi yurak kasalliklari yurak xuruji kabi o'ta jiddiy hodisalardan oldin asemptomatik bo'lishi mumkin deb hisoblasak, diqqat qilish kerak bo'lgan va yurak xastaligini ko'rsatishi mumkin bo'lgan alomatlar juda o'zgaruvchan, lekin quyidagilardan iborat bo'lishi mumkin.

- pulsning yo'qligi;
- ko'krak og'rig'i
- oson charchash;
- zaiflik hissi (asteniya);
- pastki oyoq -qo'llarning tez -tez shishishi;
- uzoq vaqt bosh og'rig'i va bosh aylanishi;
- nafas qisilishi (nafas qisilishi);
- yurak urishi;
- tartibsiz yurak urishi hissi;
- tez -tez hushidan ketish (lipotimiya).

Elektrokardiogrammani qachon bajarish kerak

Elektrokardiogramma - bu juda oddiy diagnostika tekshiruvi bo'lib, u quyidagi hollarda ko'rsatiladi:

- yuqorida aytib o'tilgan alomatlar mavjud, bu yurak xastaligiga bog'liq bo'lishi mumkin;
- oilaviy xavf omillari bor, ular bemorning sog'lig'ini baholashda juda muhim, chunki har xil yurak kasalliklari oilaviy moyillikka ega bo'lishi mumkin;
- masalan, operatsiya qilinadigan bemorning klinik-kardiotsirkulyatsion rasmini to'ldirish zarurati mavjud;
- sportchining sog'lig'i holatini aniqlash uchun klinik baholarda sport faoliyati, shu jumladan musobaqali sport uchun sertifikat olish kerak;
- vaqt o'tishi bilan yurak xastaligining rivojlanishini baholash yoki davolanish samaradorligini tekshirish kerak.

139. Qon ketish turlari, qon ketishni uzil-kesil va vaqtinchalik to`xtatish usullarini qo`llashda hamshiraning vazifalari.

J: **QON KETISHI — TURLARI, QON KETGANDA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH, QONNI TO'XTATISH USULLARI**

O'rtacha statistik odamning qon tomirlari bo'ylab taxminan 4-5 litr qon aylanib yuradi. Agar qon tomirlarining devorlariga zarar yetsa, ulardan qon sizib chiqa boshlaydi. 2-2,5 litr qon yo'qotilishi inson uchun o'lim xavfini tug'diradi. Qon tomirlarida qon bosimining pasayishi insonning barcha hayotiy funktsiyalarini boshqarishda muhim rol o'ynaydigan miyaga kislorod yetkazib berishning buzilishiga olib keladi. Shuning uchun, har bir kishi zarurat tug'ilsa, qon ketishida birinchi yordam ko'rsatishni bilishi kerak.



Qon ketganda to'g'ri ko'rsatiladigan birinchi yordam jabrlanuvchining omon qolishiga yordam beradi.

QON KETISHI

Yirik arteriyalar va venalar jarohatlanganda qon yo'qotilishi hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Shuning uchun qonni qisqa vaqt ichida to'xtatish va tezda shoshilinch yordamni chaqirish kerak. Hatto qon tomirlariga ozgina zarar yetganda ham qon ketishini o'z vaqtida to'xtatish juda muhimdir. Chunki yengil, ammo davomli qon yo'qotish bilan birga inson hushini yo'qotishi mumkin.

Noto'g'ri ko'rsatilgan dastlabki yordam jabrlanuvchiga zarar yetkazishi mumkin, ya'ni: ko'p qon yo'qotish, jarohat joyining infektsiyalanishi va yallig'lanishi.

Agar qon ketishi juda kuchli bo'lmasa ham, birinchi yordam ko'rsatilgandan keyin jarrohga murojaat qilish kerak, chunki faqatgina jarohatga ishlov berish va unga chok qo'yishdan keyin qon ketishini batamom to'xtatish mumkin. Qon ketish joyiga qarab, gastroenterolog, onkolog, pulmonolog, ginekolog kabi tor soha mutaxassislariga murojaat qilish kerak bo'lishi mumkin.

Qon ketganda birinchi yordam haqida qisqacha ma'lumot:

1. Agar qon ketishi og'ir bo'lsa, jarohat olgan odamni yotqizib, oyoqlarini ko'tarish kerak.
2. Qonni vaqtincha to'xtatish uchun shikastlangan tomirni qisish yoki qo'l-oyoqni kuchli bukish yoki jgut qo'yish mumkin.
3. Darhol shoshilinch yordamni chaqirish.

4. Jarohatga tegish, yuvish, undan yot jismlarni olib tashlash mumkin emas.
5. Agar jarohat yuzasi ifloslangan bo’lsa, uning chetlari jarohatdan tashqariga yo’nalishda tozalanishi kerak; jarohat atrofiga yod, xlorgeksidin, vodorod peroksidi kabi antiseptik surtilishi darkor; yod jarohatga tushmasligi kerak.

QON KETISHINING ASOSIY TURLARI

Manbaiga qarab, quyidagi asosiy qon ketishi turlari ajratiladi:

- **Arteriyalardan qon ketishi** katta xavfga ega, chunki ko’p miqdorda qon yo’qotish tezda sodir bo’ladi. Bunda qon qizg’ish rangda va pulsatsiya qiluvchi favvora shaklida chiqadi.
- **Venalardan qon ketishda** jabrlanuvchiga o’z vaqtida yordam berilmasa, bu ham xavflidir. Jabrlanuvchining shikastlangan tomiridan asta-sekin to’q qizil rangli qon chiqishi buning dalilidir.
- **Kapillyar qon ketish** ko’pincha jiddiy xavfga ega emas, asosan kichik teri yuzaki jarohatlarida uchraydi.
- **Ichki (parenximatoz) qon ketish** — bunda qon inson tanasining bo’shlig’iga oqadi. O’z vaqtida aniqlanmagan taqdirda juda xavflidir. Ko’pincha ichki, shu jumladan parenximatoz a’zolarning shikastlanishida kuzatiladi. Qon tashqariga chiqmaganligi sababli, ichki qon ketishini aniqlash uchun tez-tez nafas olish, hushidan ketish, rangining oqarib ketishi kabi belgilarga e’tibor berish kerak.

QON KETGANDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO’RSATISH

1. ARTERIAL QON KETISHDA BIRINCHI YORDAM

Qonni vaqtincha to’xtatish uchun jarohatlangan arteriyani darhol uning yonidan o’tadigan suyakka bosish kerak.

Arteriyalarni bosish usullari:

1. Uyqu arteriyasi — kaftni jabrlanuvchi bo’ynining orqa qismiga qo’yib, boshqa qo’l barmoqlari bilan arteriya ustiga bosish.
2. Yelka arteriyasi osonlikcha aniqlanadi, uni yelka suyagiga bosish kerak.
3. O’mrov osti arteriyasidan qonni to’xtatish qiyin. Buning uchun jabrlanuvchining qo’lini orqaga olib, o’mrov ortida joylashgan arteriyani birinchi qovurg’aga bosish kerak.
4. Qo’ltiq osti arteriyasini barmoqlar bilan qattiq bilan bosish kerak, chunki u chuqur joylashgan bo’ladi.
5. Son arteriyasi juda yirik bo’lib, uni son suyagiga musht bilan bosish kerak. Agar bu bajarilmasa, 2-3 daqiqadan so’ng jabrlanuvchi o’lishi mumkin.
6. Taqim arteriyasini taqim chuqurchasiga bosish kerak, buni bajarish mushkul emas.

140. Yuqorigi nafas yo`llaridan yot jismni chiqarib tashlashda |Geymlix usulini qo`llash texnikasi.

J: Nafas yo‘llariga yot jism tushishi belgilari va birinchi yordam ko‘rsatish ketma-ketligi

Barcha insonlarda uchrashi mumkin bo‘lgan patologik-kritik holatlardan biri – nafas yo‘llarida yot jism turib qolishi. Bunday vaziyatda shoshilinch yordam zudlik bilan ko‘rsatilishi kerak bo‘ladi – bir necha soniyalar ichida. Quyida kattalar va bolalar nafas yo‘llarida yot jism tushishida shoshilinch yordam berish haqida ma’lumot keltirib o‘tamiz.

Nafas yo‘llariga yot jism tushish sabablari
Bunday vaziyat ko‘pincha bolalarda kuzatiladi. Bu albatta bolakaylar tabiatining o‘ziga xosligiga bog‘liq – ular ovqatlanish vaqtida o‘yin o‘ynashga beriluvchan, gapirishga harakat qiladi, yo‘tal yoki aksa urishlari mumkin. Bundan tashqari bolakaylar tashqi atrof jismlarni o‘rganishda ularning ta’mini, mazasini bilish orqali harakat qiladilar, kichik o‘lchamdagi jismlar tasodifan nafas yo‘llariga o‘tib ketishi mumkin. Bolalar og‘iz bo‘shlig‘i va himoya reflekslarining to‘liq shakllanmaganligi tufayli bolalarda yot jism tushish ehtimoli yuqori hisoblanadi.
Katta yoshdagi odamlar esa ovqatlanish vaqtida haddan ortiq ko‘p taom iste’mol qilishlari yoki suhbat qurishlari natijasida nafas yo‘llariga yot jism tushish mumkin. Bundan tashqari katta yoshdagilar spirtli ichimliklar iste’mol qilgan vaqtda nerv tizimi himoya reflekslari susayadi, natijada yot jism nafas yo‘llariga o‘tish ehtimoli ortadi.

Nafas yo‘llarida yot jism turib qolganda kuzatiladigan simptomlar
Ushbu patologiyaning o‘ziga xosligi shundaki, yot jism ko‘pincha ovqatlanish vaqtida nafas yo‘llariga o‘tib keladi. Nafas yo‘llarida yot jism turib qolganda kuzatiladigan belgilar 3 bosqichda yuzaga chiqadi:

- **Boshlang‘ich bosqich.** To‘satdan yuzaga keluvchi kuchli yo‘tal, ko‘z yoshlanishi, yuz terisi qizarishi;
- **Belgilar kuchayish bosqichi.** Yo‘tal yanada kuchli namoyon bo‘ladi, nafas olish deyarli ro‘y bermaydi, ammo bemor nafas harakatlarini bajaradi, og‘iz atrofida ko‘karish kuzatiladi;
- **Oxirgi bosqich.** Nafas olish butkul to‘xtaydi, bemor hushini yo‘qotadi, qisqa vaqt ichida yurak ish faoliyati to‘xtaydi, klinik o‘lim holati kelib chiqadi.
  - **Birinchi yordam ko‘rsatish algoritmi quyidagicha:**
  - Bemorga “nima bo‘ldi?” savolini bering. Albatta siz bunday holatda ahmoqona ko‘rinishingiz mumkin, ammo aynan shu savol yordamida bemor nafas olyaptimi yoki yo‘qmi, bilib olishingiz mumkin. Aynan, mana shu holat orqali keyingi taktikangizni belgilab olasiz.
  - Agar bemor umuman nafas olmayotgan bo‘lsa unga “kuchliroq yo‘tal, yana yo‘tal, qani bo‘laqol” degan buyruqni bering – ya’ni bemorni hushini yo‘qotmaslik uchun, uni stimmulash uchun har qanday so‘z bilan himoya reflekslarini “uyg‘oting”. Ko‘pincha mana shu chora tadbirlar yordamida kichik o‘lchamdagi yot jismlar nafas yo‘llaridan chiqib ketish uchun yetarli bo‘ladi.
  - Agar yot jism 30 soniya davomida chiqib ketmasa yoki bemor xuruj boshlangan vaqtning o‘zida nafas olmaganligini sezsangiz Xeymlix usulini qo‘llash kerak bo‘ladi.
  - **Xeymlix usuli**
  - Bu usulni bajarish texnikasi quyidagicha:
  - Shikastlanuvchining orqa tomonida turing;
  - Uni ikki qo‘llaringiz bilan quchoqlang, o‘ng qo‘lingizni musht qilib chap qo‘lingiz bilan uni kuchli ushlab oling, qo‘llarni qorinning yuqori sohasiga qo‘ying. Yo‘nalish – yuqoriga va o‘zingizga torting. Nafas olish sezilsa – bu yot jismning nafas yo‘llaridan chiqib ketganligidan dalolat beradi.

141. Insulin dozasini hisoblash, insulinni shpritsga tortish va bemorga yuborish texnikasi.

J: 1-toifa diabetga chalingan barcha odamlar va 2-toifa diabetga chalinganlarning bir qismi bazal bolus insulin terapiyasidan foydalanadilar. Bu shuni anglatadiki, ular ovqatlanish oralig'ida tanamizda

sintezlangan glyukoza uchun zarur bo'lgan uzun (bazal) insulinni (Lantus, Levemir, Tresiba, NPH va boshqalar), shuningdek qisqa in'ektsiyalarni (Actrapid NM, Humulin R, Insuman Rapid) kiritadilar. yoki ultrashort insulin (Humalog, Novorapid, Apidra), ya'ni biz oziq-ovqat bilan qabul qiladigan glyukoza darajasini kamaytirish uchun zarur bo'lgan boluslar (1-rasm). Insulin nasoslarida bu ikkala funktsiya ultrashort insulin tomonidan amalga oshiriladi.
Fig.1 Bazis-bolus insulin terapiyasi
Insulinning kunlik dozasini va insulinning bazal dozasini hisoblash haqida maqolada batafsil tavsiflangan " **".** Ushbu maqola doirasida biz faqat bolus insulin dozasini hisoblashga to'xtalamiz.
Shuni esda tutish kerakki, kunlik insulin dozasining taxminan 50-70% bolus insulin, 30-50% esa bazal bo'lishi kerak. Sizning e'tiboringizni bazal (uzoq) insulin dozangiz noto'g'ri tanlangan bo'lsa, quyida tavsiflangan hisoblash tizimi sizga qon glyukozasini nazorat qilishda qo'shimcha foyda keltirmasligiga qaratmoqchiman. Biz bazal insulinni tuzatish bilan boshlashni tavsiya qilamiz.
Bolus insuliniga qaytaylik.
Bolus insulin dozasi = glyukozani tuzatish insulini + ovqat insulini (har bir XU uchun)
Keling, har bir nuqtani batafsilroq tahlil qilaylik.
1. Glyukozani tuzatish uchun insulin
Agar siz glyukoza darajasini o'lchagan bo'lsangiz va u endokrinolog tomonidan tavsiya etilgan ko'rsatkichlardan yuqori bo'lsa, qondagi glyukoza darajasini pasaytirish uchun ma'lum miqdorda insulin yuborishingiz kerak.
Hozirgi qon glyukoza darajasi
Maqsadli glyukoza darajalaringiz (bularni endokrinologingizdan olish mumkin va/yoki undan foydalanib hisoblash mumkin)
Sezuvchanlik omili
Sezuvchanlik omili 1 birlik insulin qondagi glyukoza miqdorini qancha mmol / l kamaytirishini ko'rsatadi. Sezuvchanlik omilini (ISF) hisoblash uchun "100 qoidasi" qo'llaniladi, 100 kunlik insulin dozasiga (DDI) bo'linadi.
Sezuvchanlik omili (IF, ISF) = 100/SDI
Misol: *Faraz qilaylik SDI = 39 U/kun, shuning uchun javob faktori = 100/39 = 2,5*
Asos sifatida, siz butun kun uchun bitta sezgirlik omilini qoldirishingiz mumkin. Ammo ko'pincha, bizning fiziologiyamiz va kontrainsulyar gormonlar ishlab chiqarish vaqtini hisobga olgan holda, insulin sezgirligi ertalabki soatdan ko'ra yomonroqdir. Ya'ni, ertalab tanamizga kechqurunga qaraganda ko'proq insulin kerak bo'ladi. Va bizning ma'lumotlarimizga asoslanib ***MISOLLAR*** *keyin tavsiya qilamiz:*
- ertalab koeffitsientni 2,0 ga kamaytiring,
- kun davomida 2,5 koeffitsientini qoldiring,
- kechqurun 3,0 gacha ko'tariladi.
Endi insulin dozasini hisoblang **glyukoza darajasini tuzatish uchun**:
Glyukozani tuzatish insulini = (hozirgi glyukoza - maqsad)/ javob omili
Misol: *1-toifa diabet bilan og'rigan odam, sezgirlik omili 2,5 (yuqorida hisoblangan), maqsadli glyukoza qiymatlari 6 dan 8 mmol / l gacha, qondagi glyukoza darajasi hozirgi vaqtda 12 mmol / l.*
Birinchidan, maqsadli qiymatni aniqlaymiz. Bizda 6 dan 8 mmol / l gacha bo'lgan interval mavjud. Xo'sh, formulada qanday qiymatni olish kerak? Ko'pincha ikkita qiymatning o'rtacha arifmetik qiymatini oling. Ya'ni, bizning misolimizda (6+8)/2=7.
Glyukozani tuzatish uchun insulin = (12-7) / 2,5 = 2 birlik
2. Oziq-ovqat uchun insulin (XE da)
Bu siz iste'mol qiladigan uglevodlarni qoplash uchun siz kiritishingiz kerak bo'lgan insulin miqdori.
Qancha don birligi yoki gramm uglevodlarni iste'mol qilmoqchisiz, esda tutingki, bizning mamlakatimizda 1XE \u003d 12 gramm uglevod (dunyoda 1XE 10-15 gramm uglevodlarga to'g'ri keladi)
Insulin / uglevod nisbati (yoki uglevod nisbati).
Insulin/karbongidrat nisbati (yoki uglevod nisbati) 1 birlik insulin bilan necha gramm uglevodlar qoplanishini ko'rsatadi. Hisoblash uchun "qoida 450" yoki "500" ishlatiladi. Bizning amaliyotimizda biz "500 qoidasi" dan foydalanamiz. Ya'ni, 500 kunlik insulin dozasiga bo'linadi.
Insulin / Karbongidrat nisbati = 500 / SDI
Bizning sahifamizga qaytish ***MISOL****, bu erda SDI = 39 U/kun*
insulin / uglevod nisbati = 500/39 = 12,8
Ya'ni, 1 birlik insulin 12,8 gramm uglevodlarni qoplaydi, bu 1 XE ga to'g'ri keladi. Shuning uchun insulin uglevodlari nisbati 1ED: 1XE

Bundan tashqari, butun kun davomida bir xil insulin / uglevod nisbatini qoldirishingiz mumkin. Ammo, fiziologiyaga asoslanib, ertalab kechqurunga qaraganda ko'proq insulin kerak bo'ladi, biz ertalab ins/angl nisbatini oshirishni va kechqurun uni kamaytirishni tavsiya qilamiz.

142. 1 yoshgacha va 5 yoshgacha bo`lgan bolalarning o`sish va rivojlanish monitoringini patronaj hamshira tomonidan olib boriladigan kuzatuvi.

J:

143. Zamonaviy, gormonal kontratseptiv vositalarining turlari, ularning afzalliklari va noto`g`ri qo`llanganda uchraydigan asoratlarni sanab bering.

J: **Qanday turdagi kontratseptiv vositalar mavjud?**

Olib olish uchun eng yaxshi kontratseptivlar ayollar uchun siz tibbiy mutaxassisga tashrif buyurishingiz, shuningdek Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining tavsiyalarini o'qishingiz kerak. Himoya qilishning barcha vositalari va usullarini ikki guruhga bo'lish mumkin - ayollar kontratseptivlari va erkaklar kontratseptivlari.

1. **To'siqni himoya qilish yoki mahalliy kontratseptivlar**:

- **Ayollar uchun prezervativ**- homiladorlik va jinsiy a'zolar kasalliklarini oldini oluvchi vaginaga 7-8 soat davomida kiritiladigan poliuretan qoplamasi. Kamchiliklari - past samaradorlik darajasi, yuqori narx, foydalanish paytida noqulaylik.
- **Qopqoqlar va diafragmalar**- kauchuk kontratseptivlar, mutaxassis bachadon bo'yni ustiga qo'yadi, shu bilan sperma va bakteriyalarning jinsiy a'zolarga kirishini mexanik ravishda oldini oladi. Kamchiliklari - kontrendikatsiyalar mavjudligi, shifokor bilan maslahatlashish zarurati.
- **Spermitsid**- shamlar va tamponlar, planshetlar, aerozollar va jellar, ularning tarkibi spermitsid, ya'ni spermatozoidlarni yo'q qiladigan, bachadon bo'yni bo'ynini qoplaydigan kimyoviy komponent mavjudligini ko'rsatadi. Taroziga soling - nemlendirici mikroblarga qarshi ta'sir, genital organlarning gormonal fonini va mikroflorasini yo'q qilmaydigan mahalliy xavfsiz ta'sir. Kamchiliklari - homiladorlikdan 70% himoya, yonish va qichishish ko'rinishidagi nojo'ya ta'sirlar, vositaning ta'siri 1-2 soat davom etadi, genital kasalliklarga qarshi himoya yo'qligi.

1. **Gormonal vositalar**- ginekologlarning fikriga ko'ra, yosh ayollar va 40 yoshdan oshgan ayollar uchun eng yaxshi kontratseptiv vositalar, ya'ni tug'ilishni nazorat qilish tabletkalari, uning tarkibi ikkita gormon - progestogen va estrogen mavjudligini nazarda tutadi. Ushbu gormonlarning ikkitasi nafaqat ovulyatsiya jarayonini bostiradi, balki vaginaga kiradigan spermatozoidlarning harakatchanligini ham kamaytiradi.

- Taroziga soling - homiladorlikdan 99,8% himoya qilish samaradorligi, tartibga solish hayz davri, onkoprotektiv samaradorlik, terining yaxshilanishi.
- Kamchiliklari - katta ro'yxat kontrendikatsiyalar, shuningdek yon effektlar, tabletkalarni qat'iy tizimli qabul qilish zarurati, narxi, libidoga ta'siri.

1. **Muqobil gormonal kontratseptivlar** yoki estrogen va progestogenni qabul qilishning boshqa usullarini o'z ichiga olgan yangi avlod kontratseptivlari:

- **vaginal halqa**, 3 hafta davomida vaginaga joylashtiriladi, undan keyin hayz ko'rish uchun bir hafta davomida chiqariladi (ortiqcha - tizimli foydalanishning etishmasligi, minuslar - jinsiy sherikdan noqulaylik);
- **gormonal yamalar**- mahsulot elkaning tozalangan terisiga, tananing yuqori qismiga yoki dumbaga, uch hafta davomida uchta yamoqqa yopishtiriladi,

shundan so'ng hayz ko'rish paytida bir haftalik tanaffus beriladi (ortiqcha - mahalliy ta'sir, agentdan foydalanish mumkin). 35 yoshdan keyin yosh ayollar tomonidan, minuslar - noto'g'ri dozalar , homiladorlikdan himoya qilish darajasining noto'g'riligi);

- **gormonal implantatsiya**- teri qatlami ostiga silikon kapsula AOK qilinadi, shundan so'ng ayol 3-5 yil davomida homiladorlikdan himoyalanadi (ortiqcha - uzoq muddatli himoya, minuslar - preparat tug'magan qiz uchun kontrendikedir; allergiyaga olib kelishi mumkin).

1. **Progestogen kontratseptsiya**, emizikli ayollar uchun eng yaxshi himoya. Bu mushak ichiga yuboriladigan planshetlar va eritmalar haqida. Tabletkalar qat'iy ravishda har kuni kechqurun bir vaqtning o'zida ketma-ket uch hafta davomida olinishi kerak, shundan so'ng haftalik tanaffus qilinadi. In'ektsiya darhol ta'sir qiladi, u yana 2-3 oy davom etadi. In'ektsiyaning kamchiliklari - 2-3 kg gacha bo'lgan vazn ortishi, hayz ko'rishning yo'qligi, 6-12 oy ichida homilador bo'la olmaslik.
2. **Intrauterin kontratseptiv kontratseptivlar** - mis o'rash va mis yengli plastik moslashuvchan ramka, shuningdek, maxsus vaginal spiral. Bunday vosita faqat ginekolog tomonidan kiritiladi, undan keyin urug'lantirilgan tuxumni biriktirish mumkin bo'lmaydi, bundan tashqari, spiral gormonal kontratseptiv ta'sirni kafolatlaydi. Intrauterin kontratseptivlar faqat tug'ilgandan keyin foydalanish mumkin, ular tug'ilmagan ayollarga taqiqlanadi.

- Taroziga soling - 3-5 yil uzoq muddat, arzon narx, tanaga ta'siri yo'q.
- Kamchiliklari - og'riqli va mo'l-ko'l davrlar, genital kasalliklardan himoya etishmasligi, mavjud kasalliklarning asoratlari.

1. **Jarrohlik sterilizatsiyasi**- istalmagan homiladorlikdan 100% himoya qilish tufayli eng yaxshi usul, ammo butunlay qaytarib bo'lmaydigan jarayon. Mutaxassislar ushbu usulga faqat 35 yoshdan keyin ayollar uchun murojaat qilishni maslahat berishadi.

144. “Muvaffaqiyatli emizish tomon 11 qadam” tamoyili haqida tushuncha va uning afzalliklari.

J:

145. Homiladorlikka TORCH- infeksiyasining ta’siri, uning asoratlari va oldini olishda hamshiraning vazifalari.

J: TORCH infektsiyasi nima?

T.O.R.C.H. qisqartmasi. homila uchun eng xavfli infektsiyalarning birinchi harflaridan paydo bo'ldi:

T (toksoplazmoz) - toksoplazmoz

O (boshqa) - boshqa infektsiyalar (gepatit B, sifilis, xlamidiya, turli viruslar va bakteriyalar keltirib chiqaradigan boshqa infektsiyalar)

R (qizilcha) - qizilcha

C (sitomegali) - sitomegalovirus infektsiyasi

H (herpes) - herpes I-II, II turdagi

TORCH infektsiyalari qanchalik xavfli?

Homiladorlik davrida TORCH infektsiyalari guruhining birlamchi infektsiyasi xavflidir. Ya'ni, immunitet rivojlanmagan infektsiya bilan uchrashuv. Homilador ayolda infektsiyaning mavjudligi har qanday vaqtda abortga olib kelishi mumkin. Xomilaning patologiyasini rivojlanish xavfi surunkali infektsiyaga qaraganda o'tkir infektsiya bilan yuqori ekanligini bilish ham muhimdir.

Qachon sinovdan o'tishingiz kerak?

Tekshiruv rejalashtirilgan homiladorlikdan 2-3 oy oldin va homiladorlik davrida har 2 oyda bir marta o'tkazilishi kerak. Shuningdek, homiladorlikning 16-18 xaftaligida qizilcha virusi mavjudligini tekshirish majburiydir. TORCH ni aniqlash - homiladorlikdan oldin infektsiya terapevtik yoki profilaktika choralarini o'tkazish, shuningdek, kelajakda homiladorlikdan oldin va homiladorlik paytida natijalarni solishtirish imkonini beradi.

TORCH infektsiyasi bo'yicha laboratoriya tadqiqotlari vaziyatga oydinlik kiritadi

TORCH guruhi infektsiyalarining muhim xususiyati shundaki, simptomlar bo'lmasligi yoki ular engil bo'lishi mumkin, shuning uchun faqat klinik ko'rinishda (toshma, isitma va boshqalar) tashxis qo'yish ko'pincha qiyin. To'g'riroq laboratoriya diagnostikasi - qondagi immunoglobulinlarni aniqlash.

146. O`zbekiston Respublikasida “Onalar va bolalar sog`lig`ini muhofaza qilishda amalga oshirilayotgan ishlar” haqida ma’lumot.

J:

147. Homiladorlik muddatini, tug`ruq vaqtini aniqlash, homiladorlarda o`tkaziladigan laborator tekshiruvlar va homilador ayollar almashuv varaqasini to`ldirish.

J: Tug’ruq kunini aniqlash usullari
Yuqoridagi usuli bilan bir qatorda tug’ruq vaqtinini hayz sikli bo’yicha hisoblab chiqish ham mumkin. Buning uchun oxirgi hayz siklining birinchi kunini bilish kerak.
Negele formulasi — oxirgi hayz kelishining dastlabki kunidan 3 oyni ayirib, 7 kun qo’shish. Ko’p narsa bo’lajak onaning hayz sikliga bog’liq. Agar uning davomiyligi 25 kundan kam bo’lsa, bola rejalashtirilgan sanadan bir yoki ikki hafta oldin tug’ilishi mumkin. Agar onada menstrual sikl 30 kundan ortiq bo’lsa, tug’ruq bir yoki ikki hafta keyin sodir bo’lishi mumkin. Bunday holat kechikish deya qaralmaydi.
280 kun — homiladorlikning o’rtacha davomiyligidir. Har bir ayol organizmi esa individualdir. Aniqroq natija olish uchun bir nechta usullardan foydalanish tavsiya etiladi.
UTT
UTT yoxud ultratovushli tekshiruv yuqoridagi ikki usulga nisbatan ancha aniqroq va ishonchliroq hisoblanadi.
Agar UT tekshiruv homiladorlikning birinchi trimestri oxirida amalga oshirilsa, tug’ish kunini uch kundan ortiq bo’lmagan xatolik bilan aniqlash mumkin. Homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimesterida bunday aniqlikka erishib bo’lmaydi.
Homilaning harakatlanishi
Bu usulga ko’ra, homilaning birinchi harakatlana boshlashidan so’ng tug’ruqqacha o’rtacha 20 hafta yoki 5 akusherlik oyi qolgan bo’ladi. Taqvimda ushbu 20 haftani belgilab, taxminiy sanani bilib olish mumkin.

Ikkinchi yoki undan keyingi homiladorliklarda kutilgan kunni hisoblash uchun homila harakatlana boshlagan sanaga 22 hafta qo'shish kerak. Chunki bu holatda ginekologlar odatda dastlabki harakatlar 18-haftada sezilishini ta'kidlashadi.
Biroq, ushbu usul bo'yicha hisoblash taxminiy natijalar berishini anglash kerak. Xatolik ikki haftadan ortiq bo'lishi mumkin.
Akusherlik tekshiruvi
Homiladorlikning 12-haftasiga qadar har bir homilador ona tug'ruq mahalliy ginekolog huzurida ayollar konsultatsiyasida ro'yxatdan o'tishi tavsiya etiladi. Homiladorlikning 20-haftasidan boshlab ginekologga tashrif buyurganda, u qorin o'lchami va bachadon tubining balandligini o'lchashni boshlaydi.
Olingan ma'lumotlar muntazam ravishda tibbiy kartaga kiritib boriladi. Bu ko'rsatkichlarga asoslanib, shifokor tug'ruq kunini hisoblab chiqishi mumkin. Uning aniqligi ushbu sahifadagi kalkulyator aniqligi bilan teng sanaladi.
Ginekologik tekshiruv
Homilador ayolning muntazam tekshiruvi vaqtida mutaxassis ginekolog bachadonning o'sish dinamikasini baholaydi. Ushbu a'zo homila bilan birga o'sadi. Bachadonning o'lchamlari bo'yicha muntazam tekshiruvlarga muvofiq, tajribali va malakali ginekolog kutilgan sanani taxmin qila oladi.
Bunday prognoz usuli homilador ayolni erta bosqichda kuzatishda samarali sanaladi. Ikkinchi va uchinchi trimestrda natijalar sezilarli xatoliklar bilan bo'ladi.
Natijalar aniqligi
Darhaqiqat, homila ko'tarish davomiyligi har bir ayolda individualdir. Tug'ruq vaqtini to'g'ri hisoblash uchun ko'pgina omillarni hisobga olish zarur, jumladan:
Joriy homiladorlik dastlabki yoki yo'qligi;
Ayolda hayzli sikli davomiyligi;
Bir yoki ko'p homilali homiladorlik;
Genetik xususiyatlari va boshqa ko'plab omillar.
Kalkulyator, tajribali ginekologning prognozi, ultratovushli tekshiruv ma'lumoti mutlaqo aniq deb hisoblanadimi? Yo'q. Natijalar shartli sanaladi. Bo'lajak onaning ruhiy xotirjamligi uchun. Hatto agar ona homiladorlikning 42 yoki 43-haftasida farzand dunyoga keltiradiga bo'lsa ham, bu ham normal holatdir.
Biroq yuqoridagi usullar ilmiy dalillarga, ya'ni homiladorlik ko'pchilik hollarda 280 kun davom etishiga asoslangani aksariyat onalar uchun to'g'ri natija beradi.
Homiladorlik kechishining ba'zi xususiyatlari va ona salomatligi holati ba'zan muddatidan oldin tug'ruqlarga olib kelishi mumkin.
Shu tufayli, ushbu kalkulyator bir hafta muddatga adashsa ham, bo'lajak ona ko'p narsaga tayyor bo'lishga ulguradi. Masalan zarur hujjatlarni topib qo'yish, tug'ruqxona uchun kerakli kiyim-kechak va boshqa anjomlarni tayyorlash, yosh onalar kurslariga qatnashish va hokazo.
Hisoblangan muddatdan chekinish
Hisoblangan muddatdan chekinish albatta normal holatdir. Ayollarning faqat 17 foizi prognoz qilingan kunda farzand dunyoga keltirishadi, qolgan 83 foizi esa undan oldin yoki keyin.
Hech qaysi mutaxassis, malakasi qay darajada bo'lishidan qat'iy nazar, ma'lum bir ayol organizmining va homilaning o'nlab xususiyatlarini hisobga olib, bir so'z deya olmaydi.
Shunday qilib, normal tug'ruq homiladorlikning 38 va 42 haftalari o'rtasida bo'ladi va bu normal sanaladi (na erta, na kech). Shuni yodda tutingki, homila ko'tarishda ayol ijobiy psixologik his-tuyg'ularni saqlab qolishi, asossiz qo'rquv va tashvishlardan cho'chimasligi muhim.

148. Nechta parhez taomnomasi mavjud? Ularni qo'llashga ko'rsatmalar va taomnomani yig'ishda hamshiraning vazifalari.

J: Mavzu : Tibbiyotda qo'llaniladigan 15 ta parxez stollari
REJA: 1.Parxez stollarining tuzilishi 2.Parxez stollarining qo'llanilishi 3.Parxez stollarini qo'llashdagi alohida holatlar

Har bir parhez quyidagilarni o'z ichiga oladi:
1) Ovqatlanish maqsadlari uchun ko'rsatmalar.
2) Ratsionning maqsadi.
3) Ratsionning umumiy tavsifi kimyoviy tarkibi, ovqatlanish tarkibi va pishirishning asosiy xususiyatlari.
4) Ratsionning kimyoviy tarkibi va ahamiyati.
5) Quvvat rejimi.
6) Qabul qilinadigan va kontrendikatsiyalangan xun mahsulotlari va idishlari ro'yxati va ularni tayyorlashning asosiy usullari

№1, № 1a, №1b xun - oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi . 2-sonli parhez - surunkali gastrit, o'tkir gastrit, enterit va kolit, soat. enterokolit . 3-sonli parhez - ich qotishi . № 4, № 4a, № 4b, № 4v xun - ich ketishi bilan ichak kasalligi . № 5, № 5a dietasi - jigar va o't yo'llari kasalliklari . 6-sonli parhez - siydik kislotasi tuzlaridan tosh hosil bo'lishi bilan podagra, urolitiyoz .
№ 7, № 7a, 7b-sonli parhez - o'tkir va surunkali nefrit (pielonefrit, glomerulonefrit) . 8-sonli parhez - semirish . 9-sonli parhez - qandli diabet
10-sonli parhez - qon aylanish etishmovchiligi bilan yurak-qon tomir tizimi kasalliklari . 11-sonli parhez - sil kasalligi . 12-sonli parhez - asab tizimining funktsional kasalliklari . 13-sonli parhez - o'tkir yuqumli kasalliklar . 14-sonli parhez - asosan oksalatdan iborat toshlarning ajralishi bilan buyrak tosh kasalligi . 15-sonli parhez - maxsus parhezlarni talab qilmaydigan turli xil kasalliklar
Ratsionni qo'llashda siz quyidagilarni hisobga olishingiz kerak.
1) Ratsionning kimyoviy tarkibi va energiya qiymati asosan tibbiy muassasalar uchun mo'ljallangan. Dvigatel faolligi kasalxonaga qaraganda yuqori bo'lgan sanatoriylarda ozuqa moddalarining muvozanatli ko'payishi va ovqatlanish qiymati oqlanadi. Ratsionning umumiy tamoyillari o'zgartirilmasligi kerak, garchi oziq-ovqat to'plamiga va pishirish usuliga qo'yilgan cheklovlar bo'shashishi mumkin.
2) Ratsionning tavsifi "erkin suyuqlik" tarkibini ko'rsatadi. Bunga choy, qahva, sut, sho'rvalar, jele, sharbatlar va boshqalar kiradi.
3) Ovqatning normal harorati:
Issiq idishlar - 57 dan yuqori emas - 62 ° S
Sovuq idishlar - 15 ° S dan past emas
4) Lipotropik moddalar - bu yog 'almashinuvini yaxshilaydigan moddalar, xususan jigarda, metionin, xolin, lesitin, linoleik kislota va boshqalar.
5) Barcha dietalarda alkogol ichimliklarni iste'mol qilish taqiqlanadi, bundan tashqari, shifokorning ko'rsatmasi bo'yicha istisno holatlar bundan mustasno.
6) Ratsionda vitaminlarning etishmasligi preparatlar, atirgul daraxti, bug'doy kepagi, kontrendikatsiyasi bo'lmagan taqdirda - meva, berry va sabzavot sharbatlari, jigar va boshqa mahsulotlar bilan to'ldiriladi.

149. Tibbiyot statistikasining asosiy vazifalari nimalardan iborat? Stat. talonni to’ldirishda hamshiraning vazifasi qanday?

J: Tibbiyot statistikasi ,uning sog’liqni saqlashdagi ahamiyati,turlari va ularning asosiy vazifalari

Tibbiyot statistikasi fani va uning maqsad vazifalari
Statistika haqida tushuncha
• Statistika bu jamiyat fanlaridan biri bo‘lib, u jamiyat orasida uchraydigan xodisalarning miqdor o‘zgarishlarini sifat o‘zgarishlari bilan bog‘lab o‘rganadigan fandir.
• Statistikaning asosiy maqsadi aniq olingan vaqt oraligida ma'lum mintaqalardagi jamiyat orasida yuz berayotgan voqiyalarning kattaliklarini, miqdor o‘zgarishlarini ularning kelib chiqish qonuniyatlari bilan bog‘liq o‘rganishdan iborat

Statistika fani jamiyat xayotining qaysi sohasiga tegishli xodisalarini o‘rganishga qarab, u shu sohaning nomi bilan ataladi.Tibbiyot statistikasi inson salomatligini uning ijtimoiy xayotining masuli deb qarab, inson faoliyatidagi barcha xodimlarni uning ijtimoiy xayoti bilan bog‘lab o‘rganadi.

- *Statistika fani jamiyat xayotining qaysi sohasiga tegishli xodisalarini o‘rganishga qarab, u shu sohaning nomi bilan ataladi.Tibbiyot statistikasi inson salomatligini uning ijtimoiy xayotining masuli deb qarab, inson faoliyatidagi barcha xodimlarni uning ijtimoiy xayoti bilan bog‘lab o‘rganadi.*

Tibbiyot statistikasining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- *1. Aholi salomatligini o‘rganish: aholining soni, tarkibi tabiiy xarakati, jismoniy rivojlanishi va aholi orasida xar-xil kasalliklarni tarqalganligi va ularning kechishi o‘rtacha umr va xakozolar*
- *2. Umumiy kasallanish va o‘lim ko‘rsatkichlarini yoki ayrim kasalliklar va o‘lim sabablarini axolining ayrim guruxlari orasida ularning turmush tarzi, tashqi muxit, ijtimoiy-iqtisodiy; tarixiy shart-sharoitlar bilan bog‘lab o‘rganish.*

- *3. Sog‘liqni saqlashni to‘g‘ri rejalashtirish, sanitariya epidemiologiya va davolash-profilaktika muassasalariningishini to‘g‘ri tashkil etish va aholiga ko‘rsatilayotgan tibbiy xizmatning sifati va samarasini chuqur taxlil qilish.*
- *4. Tajribada qo‘llanilayotgan davolash va profilaktika ishlariga baho berish, ularni samarasini o‘rganish.*
- *5. Klinika va laboratoriya sharoitida ilmiy-tadqiqot ishlarini rejalashtirish, ularni tashkil etish va o‘tkazish.*

General va tanlab olingan majmualar haqida tushuncha

- *Statistik majmua deb-ma'lum vaqt ichida ma'lum chegarada olingan mazmunan bir xil shaklan har xil elementlardan tashkil topgan guruhga aytiladi.*
- *Statistik majmua 2 xil bo‘ladi:*
- *1. General majmua;*
- *2. Tanlab olingan majmua*

General majmua deb barcha kuzatish birligini o‘z ichiga olgan majmuaga aytiladi. General majmua tushunchasi nisbiy bo‘lib, u kuzatishning maqsadiga qarab bir vaqtning o‘zida general yoki tanlab olingan majmua deb qarashi mumkin.General majmuani ko‘pgina cheksizlikka intilayotgan majmua deb qaraladi. Tanlab olingan majmua general majmuani bir qismi bo‘lib u maxsus yo‘llar orqali tanlab olinadi.

- *General majmua deb barcha kuzatish birligini o‘z ichiga olgan majmuaga aytiladi.*

- *General majmua tushunchasi nisbiy bo‘lib, u kuzatishning maqsadiga qarab bir vaqtning o‘zida general yoki tanlab olingan majmua deb qarashi mumkin.General*

majmuani ko‘pgina cheksizlikka intilayotgan majmua deb qaraladi. Tanlab olingan majmua general majmuani bir qismi bo‘lib u maxsus yo‘llar orqali tanlab olinadi.

Tibbiyot va sanitariya statistikasida matematiktaxlil usullar quyidagi xollarda qo‘llaniladi:

- *1. Tanlab olingan majmua qo‘llanilgan barcha tadqiqotlarda*
- *2. Kuzatuv natijalarini nisbiy va o‘rtacha qiymatlarda ifodalash va statistik taxlil qilish talab etilganda*
- *3. Barcha klinik va laboratoriya sharoitida o‘tkaziladigan tadqiqotlarda (nisbatan kichik kuzatuvlar soniga ega bo‘lganda)*

Tanlab olingan majmuaning o‘xshashligi (reprezentativligi)
Tanlab olingan majmuaning o‘xshashligi (reprezentativligi)

Tanlab olingan majmuani eng muhim tomonlaridan biri uning reprezentativligini, ya'ni u general majmuaning vakili xisoblanib undagi xamma asosiy belgilarni o‘zida nomoyon qila olish kerak
Ikki xil xususiyatlarni o‘zida nomoyon qilgan bir qism majmua general majmuaga nisbatan reppentativ xisoblanadi
• 1. Belgilari jihatdan general majmuaga nihoyatda o‘xshash bo‘lishi kerak
• 2. Kuzatish olib borish uchun son jixatdan yetarli bo‘lishi kerak

Shunday qilib shifokorlar o‘zlarining ommoviy va ilmiy faoliyatida ilmiy asoslangan tanlov va xisoblash usuli bo‘lgan matematik-statistik usullardan foydalanish, ijtimoiy-gigieiik tadqiqotlarni o‘tkazish va aholi salomatligini o‘zgarishi haqidagi qonuniyatlarni ochib berish ularga tashqi muhit ta'sirini aniqlash va o‘tkazilgan tadqiqotlar yordamida holi yoki uning ayrim guruxlari salomatligini yanada yaxshilash borasida aniq chora-tadbirlar ishlab chiqish imkonini beradi.
Shunday qilib shifokorlar o‘zlarining ommoviy va ilmiy faoliyatida ilmiy asoslangan tanlov va xisoblash usuli bo‘lgan matematik-statistik usullardan foydalanish, ijtimoiy-gigieiik tadqiqotlarni o‘tkazish va aholi salomatligini o‘zgarishi haqidagi qonuniyatlarni ochib berish ularga tashqi muhit ta'sirini aniqlash va o‘tkazilgan tadqiqotlar yordamida holi yoki uning ayrim guruxlari salomatligini yanada yaxshilash borasida aniq chora-tadbirlar ishlab chiqish imkonini beradi.

150. Shifoxonadagi va oilaviy poliklinikadagi bemorlarning tibbiy kartasining raqami, saqlanish muddatini ayting.
J: 003- шакл. 25 yil.

151. Murojaat etgan bemorda 3 ta kasallik (xolitsistit, piyelonefrit, miopiya) aniqlansa nechta stat. talon to`ldiriladi va uni to’ldirish tartibi.
Жавоб: 066 форма тўлдирилади.
152. Antirabik vaktsina nima, yuborish sxemasi va qayerda qo`llaniladi?
J: QUTURISHDA ISHLATILADI. Profilaktikasi Kuchuklarda quturishni yo‘qotish maqsadida daydi kuchuklar yo‘qotiladi. Kasal yoki gumonli kuchuk tishlagan odamlar jarohati tezlik bilan qaynatilgan iliq 20% li sovunli suvda yuviladi, keyinchalik esa 70% spirt yoki yodning spirtli damlamasi bilan ishlov beriladi. Iloji boricha tezroq vaksinatsiya o‘tkazilishi zarur. Bunda antirabik zardob yoki antirabik immunoglobulin jarohat devorlariga va atrof to‘qimalarga yuboriladi. Shuni bilish kerakki emlash kuchuk tishlaganidan keyin 14 kun ichida va qat’iyan emlash qoidalari bilan qilinsagina samarali bo‘ladi, bu muddatdan keyin esa emlashning xojati qolmaydi. Quturishning oldini olish uchun xonadonda boqiladigan itlar ro‘yxatga olinishi va profilaktik tarzda quturishga qarshi emlanishi lozim.

153. O`ta xavfli yuqumli kasalliklarining boshqa yuqumli kasalliklardan farq qiladigan jihatlari va ularni oldini olishda hamshiraning vazifalari nimadan iborat?

J: Қисқа муддат ичида тез таралиши. Ўлим холатининг кўплиги.

154. DPMlarda sanitariya rejimi, epidemiyaga qarshi va dezinfeksiya rejimlari to`g`risida amaldagi me'yoriy hujjatlar haqida tushuncha.

J: Ўзбекистон Республикаси Бош Санитария Врачи С.С.САИДАЛИЕВ томонидан «10» 01 2017йилда тасдикланган САНПИН 0342-17. ШИФОХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

155. Yiringli operatsiyalardan keyin asboblarni zararsizlantirish haqida amaldagi buyruqga asosan ma'lumot bering.

J: SANPIN 0342-17.

156. Narkotik bo`lgan va narkotik bo`lmagan og`riq qoldiruvchi dori vositalarini ayting. Doriga beriluvchanlik (o`rganib qolishlik, qaramlik), uni oldini olish tadbirlarida hamshiraning vazifalari nimadan iborat?

J: Og'riq qoldiruvchi dorilar – og'riq sezgisini yo'kotuvchi yoki kamaytiruvchi dorilar. Bularga kimyoviy tuzilishi va ta'sir mexanizmi turlicha dori moddalari kiradi.

Og'riq qoldiruvchi dorilardan nerv tizimiga ta'sir etib, og'riqni kamaytiruvchi moddalar *(analgetiklar)* asosiy o'rinni egallaydi. Narkotik analgetiklar va narkotikmas analgetiklar farq qilinadi. Narkotik analgetiklarga morfiy, va uning sintetik o'rindoshlari (promedol, fentanil va boshqalar) kiradi.

Narkotik analgetiklar turli og'riqlar, jumladan, shikastlanish, kuyish, miokard infarktida ro'y beradigan kuchli og'rikdarni ham qoldiradi. Morfiy markaziy nerv tizimiga ta'sir ko'rsatib, eshituv, qo'rquv, taktil sezgisini o'tkirlashtiradi, o'ziga xos gallyutsinatsiyalar keltirib chiqaradi. Og'riq bilan kechadigan salbiy emotsiyalar (vahima, hayajonlanish, g'am-g'ussa va boshqalar)ni ssaytirib, xavfsizlik, o'zini yengil his qilish, bamaylixotirlik tuyg'usini paydo qiladi.

Narkotik analgetiklar takror-takror qabul qilinganda odam unga o'rganib, ko'msaydigan bo'lib, narkomaniyaga sabab bo'lishi mumkin. Shu bois narkotik analgetiklar qat'iy hisobda turadi va ular cheklangan holda beriladi. Narkotik analgetiklarni vrach ruxsatisiz ichish taqiqlanadi.

Narkotikmas analgetiklarga kimyoviy tuzilishi turlicha bo'lgan sintetik moddalar *(amidopirin, analgin, atsetilsalitsilat kislota, paratsetamol va boshqalar)* kiradi. Bu xil analgetiklarning narkotik analgetiklarga qaraganda og'riq qoldiruvchi ta'siri kuchsizroq bo'lib, asosan, nevralgiya tusidagi og'riqlarda, mialgiya mushaklar yallig'lanishiga, tish va bosh og'rig'ida, artralgiyada ishlatiladi. Narkotikmas analgetiklar og'riq qoldirishi bilan bir qatorda isitma tushishiga ham (q. Isitma tushiruvchi dorilar) yordam beradi. Ko'pchilik narkotikmas analgetiklarning yallig'lanishi qarshi ta'siri ham bor (q. Yallig'lanishga qarshi dorilar). **Shifokor ruxsatisiz bu dorilarni ichmaslik kerak.**

Analgetiklar guruhiga mansub bo'lmagan bir qancha dori moddalar ham og'riq qoldirishi mumkin. Masalan, silliq mushaklarni bo'shashtiruvchi dorilar – atropin, bangidevona preparatlari, papaverin, no-shpalar va boshqalar qon tomirlar spazmida ishlatiladigan tomir kegaytiruvchi dorilar shular jumlasidandir.

157. Nafas olish markazini qo`zg`atadigan, nafas olish faoliyatini yaxshilaydigan dori vositalari, shakllari, qo`llash tartibi haqida ma'lumot bering.

J: Birinchidan, astma dorilari

Bu bronxial astmani engillashtirish, yo'q qilish yoki oldini olish uchun ishlatiladigan dori. Asosiy ko'rsatkichlar astma va xirillash bronxitdir. Hozirgi vaqtda astma dorilarini oltita toifaga bo'lish mumkin.

1 Adrenergik retseptorlari agonisti;

2 teofillin;

3 M xolin retseptorlarini bloker;

4 Adrenokortikal gormonlar;

5 Mast hujayrali membranani stabilizatori;

6 Boshqalar.

Ikkinchidan, antitussiv dorilar

Antitussiv - bu yo'tal refleksining markaziy yoki periferik qismida harakat qiluvchi va yo'tal refleksini inhibe qiluvchi dori.

Uchinchidan, ekspektoranlar

Balg'amni ingichka va bo'shatilishini osonlashtiradigan dori pion pioni deb ataladi. Bu nafas olish sekretsiyasini oshirishi, balg'amni suyultirish yoki uning yopishqoqligini pasaytirishi, balg'amni yo'talishini osonlashtirishi va yo'tal va astma alomatlarini yaxshilaydi. Shuning uchun ekspektoranlar antitussiv va antiasmatik ta'sir ko'rsatishi mumkin.

158. Gipoglikemiya, giperglikemiya – uning yuzaga kelishi, belgilari, davolashda qo`llaniladigan dori vositalari haqida tushuncha.

J: Gipoglikemiya (gipo... yun. glykys — shirin va haima — qon) — qonda qandning norma (70 mg %) dan kamayishi. Sog‘lom kishilar uglevodlar ko‘p qabul qilganida, zo‘r berib jismoniy ish bilan shug‘ullanganida, shuningdek ayollarda laktatsiya davrida G. ro‘y berishi mumkin. Me’da osti bezi, jigar, buyrak kasalliklari va b. ham G.ga olib keladi. Bemorga insulin ortiqcha berilganda gipoglikemik shok kuzatiladi, bundam holat ro‘y berganda venaga glyukoza yuboriladi. Qonda qand miqdorining 40 mg% dan kamayib ketishi ko‘pgina noxushliklarga; hushdan ketish, tirishish, hatto o‘limga olib kelishi mumkin. G.ga sabab bo‘lgan asosiy kasallik aniqlanib, uni davolash tadbirlari ko‘riladi.

Giperglikemia (giper... va yun. glykys — shirin, haima — qon) — qonda qandning normadan ko‘p bo‘lishi, ya’ni 120 mg % yoki 6 mmol/l dan (SI sistemasi bo‘yicha) oshib ketishi. Vaqtinchalik giperglikemia sog‘lom kishilarda ko‘p shirinlik yoki uglevodga boy ovqatlar iste’mol qilinganda, zo‘r berib jismoniy ish qilganda, qattiq og‘riq tutganda, ruhiy kechinmalarda kuzatiladi. Giperglikemia qandli diabet kasalligining asosiy belgisi bo‘lib, endokrin bezlar, xususan me’da osti bezi faoliyatining buzilishi oqibatida kelib chiqqan kasalliklarda, shuningdek, ba’zi jigar kasalliklari (virusli gepatit, sirroz) ham ro‘y berishi mumkin.