

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM
VAZIRLIGI**

**TERAPIYA VA HARBIY-DALA TERAPIYASIDA HAMSHIRALIK
ISHI**

Ta'lim soxasi – «Sog'liqni saqlash» - 720000

5720600 - "Oliy hamshiralik ishi" ta'lim yo'nalishi uchun darslik

TOSHKENT 2012

Mualliflar : **I.S. Razikova** professor TTA Xamshiralik ishi kafedrası
D.Ya. Aliqulova assistent TTA Xamshiralik ishi kafedrası
Q.Q. O'talov assistent TTA Xamshiralik ishi kafedrası
Z.T. Haydarova assistent TTA Xamshiralik ishi kafedrası

Taqrizchilar:

B.T.Xolmatova - TTA Oliy ma'lumotli hamshira fakulteti dekani,
Tibbiyot fanlari doktori, professor

I.A.Shomansurova - Toshkent Pediatriya Tibbiyot institutining Pediatriyada
poliklinika va reabilitologiya kafedrası mudiri: t. f. n. dosent.

Darslik TTA MUHida muhokama qilindi.

« ____ » _____ 2012 yil № ____ bayonnoma

Darslik TTA Ilmiy Kengashida tasdiqlandi.

« ____ » _____ 2012 yil № ____ bayonnoma

TTA Ilmiy Kengashi kotibi

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Salomova F.U.

MUNDARIJA

Kirish so'zi.....5

Hamshiralik jarayoning terapiyada tashkil qilish shartlari.....6

Ichki klinink kasalliklarining asosiy alomatlari, tashxis tamoyillari va davolash

O`pka nafas yo'llari kasalligining alomatlari.....13

O`pkaning yiringli sindiromi.....14

O`pka pardasi bo`shlig`ida suyuqlik mavjudligi alomatlari.....15

Atopik bronxial astma.....17

O`pka emfizemasi.....24

O`pka yetishmovchiligi.....25

O`pka - yurak sindromi.....27

Yurak-qon tomir sistemasi kasalliklarining asosiy alomatlari

Qon-tomir tizimining yetishmovchiligi alomatlari.....29

Chap qorincha o`tkir yetishmovchiligi alomatlari.....32

O`ng qorincha yetishmovchiligi.....32

Miokardning yallig`lanish alomatlari.....34

Arterial gipertoniya alomatlari.....36

Yurak mushaklari nekrozi sindromi.....37

Revmatik yallig`lanish sindiromi.....39

Oshqozon-ichak trakti kasalliklari sindromi

Oshqozon shilliq pardasining o`tkir yallig`lanish simptomlari.

Oshqozon shilliq pardasi yallig`lanish sindiromida xamshiralik jarayoni.....42

12- barmoqli ichak ning surunkali yallig`lanish sindromi.....47

Surunkali ingichka ichak yallig`lanish sindiromi - surunkali enterit.....48

Yo`g`on ichakning yallig`lanish sindromi.....50

| | |
|--|----|
| Oshqozon osti bezlarining surunkali yalig`lanish sindromi-surunkali pankreatit.. | 52 |
| Jigar va safro xaydash yo`llari kasalliklari sindromi..... | 53 |
| Jigar pareximasining surunkali yallig`lanish sindromi..... | 55 |
| Jigar sirrozi..... | 60 |
| Jigar-xujayralarida yetishmovchilik sindromi | 62 |

Buyrak va siydik chiqqaruvchi sistemalarning kasallik sindromi

| | |
|--|----|
| Buyrak parenximasining o`tkir yallig`lanish sindromi..... | 64 |
| Buyrak parenximasining surunkali yallig`lanish sindromi..... | 66 |
| Siydik tutilish sindromi..... | 68 |

Anemiya sindromida hamshiralik jarayoni

| | |
|--|----|
| Anemiya sindromida hamshiralik jarayoni..... | 69 |
|--|----|

Xarbiy dala terapiyasida hamshiralik ishi

| | |
|--|-----|
| Radiatsiya nurlaridan zararlanish..... | 77 |
| Nur kasalligi..... | 78 |
| O`tkir nur kasalligi | 78 |
| Surunkali nur kasalligi | 88 |
| Yaradorlarda ichki a`zolar kasalliklari..... | 90 |
| Portlash to`lqini ta'sirida ichki a'zolarida kelib chiqadigan kasalliklar..... | |
| Uzoq ezilish holati..... | 101 |
| Kuyish kasalligi..... | 104 |
| Vaziyatli masalar to`plami..... | 107 |
| Testlar to`plami..... | 121 |
| Amaliyotda o`tkaziladigan amaliy ko`nikmalarni bajarish algoritmi | 131 |

KIRISH SO'ZI

Darslic tibbiyot oliygohlarida hamshiralik ishi bo'yicha bakalavr darajasiga erishish uchun ta'lim olayotgan talabalarga tavsiya etiladi. "Terapiyada hamshiralik ishi va Harbiy dala terapiyasi" fani hamshiralik ishining zamini bo'lib, kasalliklarga hamshiralik yondashuvini, parvarishning yangicha usulini, salomatlik tushunchasi, uning ko'rsatkichlari, salomatlikka ta'sir etuvchi omillar, sog'liqni saqlashning ustuvor yunalishlari, salomatlikni tiklash choralari kabi masalalarini o'rgatadi. Bolalar, ayollar, aholining ijtimoiy muxofazaga muxtoj guruhlari bilan ishlashni ko'zda tutadi, terapiyada hamshiralik ishi bo'yicha hamshiralik jarayonini bilish nuqtai nazaridan ta'lim beradi, hamshira tashxisi, deontologiya masalalari va shaxslararo muloqot (kommunikatsiya), sanitariya-oqartuv ishlarining yangi shakllarini va hamshiralik ishining klinik aspektlarini o'rgatadi.

Darslic oliy ma'lumotli hamshiralar uchun tibbiyot oliygohlari tomonidan tavsiya etilgan namunaviy dastur asosida yozildi.

Hamshiralik jarayonining terapiyada tashkil qilish shartlari

Hamshiralik jarayoni, bu-ichki kasalliklar (terapevtik) bilan og'rikan bemorlarni parvarishi, shifokor belgilagan muolajalar to'liq olinishini nazorat qilishning tashkiliy to'zilishidir. Bu usul - hamshiralik yordami ko'rsatio'shni tashkil etish uslubi, odatda, bemor bilan hamshiraning o'zaro muloqotini o'z ichiga oladi. Bu holatda bemorga qandaydir xastalanish holati emas, balki kasal shaxs sifatida qaralishi muhim ahamiyat kasb etadi.

Hamshira puxta bilim egasi, tez fikrlash hamda tahlil qilish qobiliyatiga ega bo'lishi shart. Shuning uchun ham, hamshiralik ishi - hamshiraning fikrlash qobiliyati va faoliyatidan iborat bo'ladi.

Hamshiralik ishining 3 ta asosiy tavsifi - karakteristikasi bor: maqsad, tashkil qilish, bilim darajasi (hamshiraning ijodiy qobiliyati).

Hamshiralik ishida hamshiraning maqsadi quyidagilardan iborat bo'lmog'i lozim:

1. Bemorni parvarishlash va nazorat qilishda uning muammo va ehtiyojlarini muvofiqlashtirish;
2. Bemorni parvarishlashda ko'zda tutilgan maqsad va erishilgan samaraning ahamiyatini aniqlash;
3. Bemorning har xil ehtiyojlarini qondirish borasida hamshiralik mahoratini qo'llash.
4. Hamshiralik ishining samaradorligini baholash.

Bu jarayonning tashkiliy qismi, ya'ni tibbiy ko'rik, hamshiralik tashxisini qo'yish, rejalashtirish, rejaning amalga oshirilishi va olingan natijalarni baholash hamshiralik ishining tarkibiy qismini tashkil etadi. Va nihoyat, uchinchi tasnifi - hamshiraning bilim darajasi turli qiyinchilik va muammolarni o'z bilim, ko'nikma va malakasi yordamida yechish imkonini beradi.

Bu jarayonning tarkibiy qismi, bemorni hamshiralik k'o'rigidan otkazish, uning holatiga tashxis qo'yish (muammo va extiyojlarini aniqlash), aniqlangan extiyoj (muammo)larni qoniqtirish maqsadida yordamni rejalashtirish, zaruriy hamshiralik aralashuvi rejasining amalga oshirilishi va olingan natijalarni baholash.

a) tibbiy ko'rik, bu - bemorning sog'lig'i haqidagi ma'lumotlar asosida olingan natijalardir. Ular asosida maqsadli surovlar, ya'ni bemorning hayot tarzi, uning shikoyatlari, haqiqiy kasalligi, qanday kasalliklar bilan og'rigani, allergik

kasalliklarga moyilligi, shuningdek, bemorni bezovta qilayotgan boshqa muammolar haqida surishtirishdan iborat.

Bu ma'lumotlarni olishda nafaqat bemorning o'zi, balki uning atrofida qilari, oila a'zolari, ishxonasidagi hamkasblari hamda tibbiy xodimlar va tibbiy ko'rik kartalari ham muhim ahamiyat kasb etadi. Eng asosiysi - bemor bilan hamshira o'rtasida o'zaro hamkorlik, hamfikrlilik paydo bo'lishiga urg'u berilishi kerak. Ko'pchilik hollarda bu ma'lumotlarni olish uchun bemordan yaxshisi topilmaydi, chunki u bergan ma'lumotlar aniq tashhis qo'yishda muhim ro'l o'ynaydi. Bemor yosh bola, ruhiy kasal yoki bexush bo'lgan hollarda ma'lumotlar oila a'zolaridan olinadi.

Tibbiy ko'rik kartasi yoki tibbiy xujjatlar bemorning o'tmishdagi kasalliklari, uni davolash uslublari va erishilgan natijalar haqida ma'lumot beradi. Bularni o'rganish esa hamshiraning bilim darajasini oshirishga hamda bemor to'g'risida ko'proq ma'lumot olishga yordam beradi.

Shundan so'ng bemorni yaxshilab tekshirish, ya'ni uning ruxiy holati, tana to'zilishi, fe'l-atvori va muloqot saloxiyatini bilib olish zarur. Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirilayotganda, rangi, qayishqoqligi, har xil toshma, chandiq va tiralgan joylarga diqqatni qaratish kerak. Shuningdek, teri osti yog' qatlami, qorin devori, oyoq tomirlarining varikoz kengayishi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligini ham baholash zarur.

Tibbiy ko'rikda, shuningdek, bemorni tekshirishning jismoniy usullarini qo'llash, ya'ni palpatsiya - paypaslash (kasal joylarni barmoq bilan paypaslab ko'rish) yordamida ovoz tebranishi, ko'krak qafasining to'zilishi, og'riq nuqtalari; perkussiya - badanga barmoq bilan urib ko'rib eshitish orqali ko'krak qafasi, o'pka, tana, son suyagi, timpanik, zaiflashgan - timpanik; o'pkalarning pastki chegarasi va chekka qismlarining harakatchanligi, tepa qismining balandligi va Krening maydonining kengligi, asosiy nafas olish yo'llarini eshitish, bronxial va vezikulyar nafas olish, o'nga qo'shimcha xirillash, zo'rayish, o'pka pardasining tovushi, Gippokrat shovullashi, tomchilarning tovushi hamda bronxofoniyani aniqlash zarur.

Bu ma'lumotlarni yig'ib bo'lgandan so'ng hamshiralik tashxisi qo'yiladi. Hamshiralik tashxisi bu - bemorning hozir ko'rinib turgan va ayni damda yashirin bo'lsa-da, yo'zaga chiqishi aniq bo'lgan kasalligini aniqlashdir.

Bu bosqichning asosiy maqsadi quyidagilarni hamrab oladi:

1) yo'zaga chiqqan va ayni damda yashirin ko'rinishda bo'lgan, shuningdek, bemor tanasining kasallikka qarshi kurashish davrida paydo bo'lgan muammolarni aniqlash;

2) bu muammolarni keltirib chiqaruvchi omillar;

3) muammolarni hal etishda yoki ular haqida ogohlantirishda bemor tanasining kuchli tomoni. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qorin bo'shlig'idagi og'riq, so'lak ajrashi, ich ketishi, qabziyat, uyqusizlik, nafas siqishi, vaxima, bezovtalik va boshqalar shular jumlasidandir.

Shuni ham ta'kidlash joizki, hamshiralik tashxisi kasallikni davolash jarayonida uning kechishiga qarab o'zgarib turishi mumkin.

Hamshiralik tashxisini qo'yish davrida hamshira bemorning ruxiy holati o'zgaruvchan bo'lib qolishiga ahamiyat berishi lozim: odamovilik, asabiylashish, tajovo'zkorlik, yig'loqilik, ruhiy siqilish, savollarga javob berishni istamaslik. Bu holatlarning hammasi hamshiralik tashxisini qo'yishda e'tiborga olinishi shart. Hamshiralik tashxisini shifokor tashxisi bilan chalkashtirmaslik kerak.

Ularning tafovuti:

| Shifokor tashxisi | Hamshira tashxisi |
|---|--|
| <p>- kasallikni aniqlash;</p> <p>-kasallik kechishi davomida o'zgarmasligi mumkin;</p> <p>shifokorlik amaliyoti doirasida muolaja tayinlash;</p> <p>- odatda, organizmda yo'z beruvchi patafizilogik o'zgarishlar bilan bog'liq</p> | <p>-kasallik tufayli organizmning qarshi kurashga qaratilgan maqsadini amalga oshirish;</p> <p>- har kuni yoki kun davomida, organizmning kasallikka qarshi kurash davridagi o'zgarishlarga qarab o'zgartiriladi;</p> <p>-hamshiralik vakolati va tajribasi doirasidagi aralashuv;</p> <p>- bemorning o'z sog'lig'i haqidagi tasavvuriga ko'ra</p> |

Masalan, shifoxonaga harakati cheklangan bemor keltirildi. Uning dastlabki muammosi - qimirlay olmaslik yoki chegaralangan harakat. Ikkinchi muammo

(yashirin holdagi) - yotaverishdan badan uyushib, jonsiz bo'lib qolish xavfi. Ikkala holatda ham hamshira o'zi uchun amaliy choralarni belgilab oladi, yotoq yarasi paydo bo'lishi yashirin holat oshkora muammoga aylanmasligi uchun uni nazardan qochirmaydi.

Hamshira aniqlangan tashxisni kasallik varaqasiga yozib boradi. Ularning har biri bo'yicha alohida chora - tadbirlar rejasi va taktikasi ishlab chiqiladi. Bu hamshiralik jarayonining uchinchi tarkibiy qismi bo'lib, uning maqsadi xizmat ko'rsatish birinchi darajadagi ahamiyatga ega bo'lishi, yo'z berishi mumkin bo'lgan oqibatlarni aniqlash va bemorni parvarish qilish rejalarini ishlab chiqishdan iborat.

Hamshira amalga oshiradigan chora - tadbirlar: bemorni parvarish qilish choralarni belgilash; bemorni parvarish qilish uchun reja to'zish, kutilgan natijalarni rejalashtirish; kerakli maslaxatlar berishga tayyorlanish. Reja, bu - harakatlanish tartibini aniqlab olishdir. Shuningdek, reja asosida yana bemorni parvarish qilishdagi tadbirlar bemorni qo'shimcha tibbiy kurik usullariga tayyorlash; laboratoriya tekshiruvlari uchun biologik materiallarni olish; bemorni shifokor ko'rsatmalari bo'yicha davolash hamda boshqa mutaxassislar bilan maslaxatlashuvni rejalashtirish va h.k. bu holatda bemor rejaning asosini tashkil etishi lozim. Hamshiraning asosiy maqsadi: qisqa muddatli - 7 - 10 ko'nga mo'ljallangan, davomli - uzoqroq muddatga mo'ljallangan bo'lishi kerak. Maqsad yozish davrida: harakat, mezon, sharoitni xisobga olish lozim.

Masalan: hamshira bemorga 2 kun davomida o'z - o'ziga insulin in'eksiyasini qilishni o'rgatishi zarur.

Harakat - in'eksiya qilish;

Mezon - 2 kun davomida.

Sharoit - hamshira yordamida.

Hamma tadbirlarni rejalashtirgan hamshira ularni bajaradi. Bu hamshiralik jarayonining to'rtinchi bosqichidir.

Rejaning bajarilishini amalga oshirish harakati.

Bu bosqich maqsadining asosini bemorni kerakligicha parvarishlash bilan birga, shifokor ko'rsatmalari o'z vaqtida bajarilishini ta'minlash, ya'ni bemorni har xil tekshiruvlarga tayyorlash, tekshiruvlar uchun biologik materiallarni olish (qon, peshob, axlat, balg'am, oshqozon ichi suyuqligi), dori-darmonlarni o'z vaqtida

tarqatish, har xil in'eksiyalarni qilish, zarur shifokorlar maslaxatlarini tashkil etish, bemorni ko'zatish va parvarish qilish choralarini o'z vaqtida bajarish.

Bu harakatlarni amalga oshirish rejalashtirilgan tadbirlarni bajarib bo'lib, ular bemorning hayotiy ehtiyojlarini qondirishga yordam beradi; bemorning oila a'zolarini uni parvarishlashga o'rgatish va maslaxatlar berish; bemorni parvarish qilish muhim ahamiyat kasb etadi.

Rejalashtirilgan tadbirlarga bog'liq holda amalga oshirishning 3 ta asosiy bosqichi mavjuddir:

a) nomustaqil - bunda shifokorning kursatmalari talab qilinadi, lekin hamshiraning bilim va malakasidan foydalanish zarur. Masalan, bemorga belgilangan dorilarni berish, in'eksiya va tomchi dorilarni yuborish, oshqozon va o't pufagi suyuqligini olish uchun zond yuttirish, bemorni maxsus ko'riklardan o'tishga tayyorlash va h.k.;

b) mustaqil - hamshira bevosita faoliyatining bir qismidir. Qoidaga muvofiq, uning harakati hamshiralik amaliyoti bilan tartibga solinadi: soch, ko'z, og'iz bo'shlig'i, teri parvarishi, harakatsiz yotgan bemorning badani uvishib qolishining oldini olish, bemorni yuvintirish;

v) o'zaro bog'langan - hamshiraning boshqa tibbiyot mutaxassisleri bilan qaror va farmoyishlar orqali hamkorlikdagi faoliyati. Qaror, bu – ko'rik davomida hamshiraning bajarilishi lozim bo'lgan muolajalar belgilangan rejasi.

Bemorning yordamga muxtojligi vaqtincha, doimiy yoki sog'liqni tiklab olgo'ngacha bo'lishi mumkin. Masalan, vaqtinchalik yordam qisqa muddat ichida (O'NK – o'tkir nafas yo'li kasalligi, ya'ni ORZ) kerak bo'ladi. O'zini boshqara olmaydigan, ya'ni umurtqa pog'onasining ko'krak qismi jaroxatlangan bemorga doimiy yordam zarur bo'ladi.

Sog'liqni tiklab olgunigacha beriladigan yordam bemor o'zining kundalik ehtiyojlarini qondirishning yangi ko'nikmalariga ega bo'lib, mustaqil harakatlanadigan va o'zini parvarishlay oladigan bo'lgunicha ko'rsatilishi talab qilinadi. Bemorni parvarish qilish tadbirini amalga oshirishda maslahat ham muhim o'rin tutadi. Aynan maslahat tufayli hamshira bemorning sog'ayishiga yordam beribgina qolmay, balki bemorlar, ularning oila a'zolari hamda tibbiy hodimlar o'rtasida samimiy aloqalar urnatilishiga kumaklashadi.

Maslaxat - bu ta'sirchan, aqliy va ruhiy yordamdir. Hamshira bemorni har qanday kasallik ta'sirida yo'z beradigan va yo'z berishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarga tayyorlashda yaqin ko'makdosh bo'ladi. Bu maslahatlarga ehtiyoj

sezuvchi bemorlar qatoriga sog'lom hayot tarziga qaytayotgan bemorlar, ya'ni chekishni tashlamoqchi, ozmoqchi bo'lganlar va h.k. ham kiradi. Bemor hayotiga xavf soluvchi kasalliklar davrida esa uning oila a'zolari har qanday mudxish holatga tayyor turish uchun dalda beruvchi maslahatga muxtoj bo'ladilar.

Hamshira parvarishi bemorning sog'lig'i borasidagi muammolarni hal etish, yashirin, ammo yo'zaga chiqishi mumkin bo'lgan muammolarning oldini olish hamda sog'liqini tiklash uchun kerakdir.

Va, nihoyat, oxirgi bosqich - natijalarni baholash.

Hamshira harakatlarini baholash - berilgan hamshiralik yordamining bemorga qanday ta'sir qilganida namoyon bo'lib, hamshiralik jarayonini yakunlovchi bosqichi hisoblanadi, uning maqsadi esa bemorlarni parvarish qilish borasidagi chora - tadbirlar qay darajada egallanganligini aniqlashdir.

Hamshira bemorni tinchlantirish uchun u bilan suhbatlashgan yoki o'nga og'riq qoldiruvchi ineksiya qilgan bo'lsa, u holda hamshira bir oz vaqt o'tgandan so'ng bemorning ahvolidan albatta xabar olishi, qanday o'zgarishlar bo'layotganini aniqlashi shart.

Hamshiralik ishini umumiy baholash bemorning butunlay sog'ayib ketganida, boshqa bo'limga o'tkazilayotganida, uzoq muddatli davolashni talab etilganda yoki bemor vafot etganida amalga oshiriladi.

Bu bosqich 3 ta jihatni o'z ichiga oladi:

1. Bemorning hamshira aralashuviga bergan bahosi. Bu baho mehribon, salbiy, tajovo'zkor, do'stona va xokazo bo'lishi mumkin.
2. Sog'lig'ining yaxshilanishi uchun qilinadigan aralashuvlar (in'eksiya, tomchi dorilar va boshqa muolajalar) haqida bemorning fikri.
3. Ko'zda tutilgan maqsadni baholash - bemorning umumiy holati va sog'lig'i qanchalik tez yaxshilansa, ko'zda tutilgan maqsad shunchalik to'g'ri bo'lib chiqadi.

Yuqoridagilardan tashqari, hamshira ichki kasalliklar bilan og'riq bemorlarni to'g'ri yo'nalishda parvarish qilishda kasallik simptomlarining asosiy belgilarini va ularning rivojlanish darajasini bilishi kerak.

Xulosa qilib aytganda, hamshira tashxisi, bu - hamshira tomonidan bemor salomatligidagi muammolarining aniqlanishidir.

Mualliflar Karlson, Kraft va Makgyure tomonidan 1982 yilda yozilgan "Hamshiralik ishi" qo'llanmasida: "Hamshira tashxisi bu - hamshira ko'rigi orqali bemorning umumiy ahvoli (hozirgi sog'liqi yoki yashirin, ammo kasallikdan kelib chiquvchi holati)ga qo'yilgan va Hamshira - hamshiraning bevosita aralashuvini talab qiluvchi tashxisdir" degan yangi ta'rif paydo bo'ldi.

Hamshiralik jarayonini amalga oshirishda quyidagi vazifalarni bajarish yordam beradi:

- davolash jarayonini qo'shimcha muolajalarsiz sifatli va qisqa muddatda amalga oshirish;

- shifokorlarga bo'lgan talabni "Hamshiralik bo'limlari, uylari, Hospis"larini juda kam shifokorlar bilan birga tashkil qilish hisobiga kamaytirish;

- hamshiraning davolash jarayonidagi rolini oshirish kerak, bu holat hamshiraning o'z mehnatiga yarasha jamiyatda ijtimoiy mavqeini yanada balandroq bo'lishiga erishishda muhim ahamiyat kasb etadi;

- hamshiralarning har tomonlama keng ko'lamli ma'lumotga ega bo'lishlariga ko'maklashish, davolash jarayonini yuqori malakali hamshiralar bilan ta'minlashda yordam beradi.

Ichki klinik kasalliklarning asosiy simptomlari, tashxis tamoyillari va davolash. O'pka nafas yo'llari kasalligining simptomlari.

O'pka to'qimalarining yallig'lanish sindromi – o'pkada zardob yig'iluvchi zotiljam, o'choqli zotiljam, o'pka sili xastaliklarida ko'zatilib, tana haroratining ko'tarilishi, isitmali qaltiroq tutishi, nafas olish va yo'talishda, o'pkaning zararlangan qismida og'riq turishi, buning natijasida bemor yo'tala olmay qiynalishi va nafas olishning yo'zakiligi ko'zatiladi. 2 kundan so'ng oz miqdordagi shilimshiq yopishqoq balg'am (gohida qonli) paydo bo'ladi. Eritrotsitlarning parchalanib ketishi natijasida tez orada balg'am qizqish jigarrang tusga ("zanglagan" balg'am) kiradi. Balg'am ko'chishi ortib boradi, lekin sutkasiga 100 ml.dan oshmaydi.

Kasallik to'zala borgan sari balg'amning yopishqoqligi kamayib, ajralishi osonlashadi va uning qo'ng'ir rangi yo'qolib boradi.

Bemorni ko'rishning 1 - kunidayoq yo'zning giperemiyasi ko'zatiladi va zararlangan tomonda ko'proq bilinadi, lablar sianozi, akrosianoz va burun va burun kataklarida, yo'z va lablarda gerpetik toshmalar paydo bo'ladi.

Ko'pincha, yo'zaki, tez - tez nafas olinishi ko'zatilib, o'pkaning yallig'langan qismida harakatlanish chegaralangan bo'ladi. Kasallikning 1 - kunida o'pkani barmoq bilan urib eshitishdayoq kasallangan qismda qisqa ovozning pasayishi holatlari aniqlanadi. Kasallikning dastlabki davrida ovoz titrashi bir muncha kuchayadi, avjiga chiqqanda esa aniq kuchayadi.

Dastlabki eshitib ko'rishda susaygan vezikulyar nafas aniqlanadi, 2 -bosqichda esa bronxial nafas eshitiladi. Aksariyat hollarda kasallikning birinchi kunlaridanoq krepitasiya holatlari (cripitatio inducs), o'pkadagi oz miqdordagi tarqoq quruq va nam xirillash aniqlanadi. Kasallikning o'pka pardasiga tarqalishida o'pka pardasining ishqalanish - tebranish shovqini ko'zatiladi.

Kasallikning 2 - bosqichida ko'p hollarda organizmning zaharlanishi simptomlari; bosh og'rishi, serzardalik, bo'shashish, uyqusizlik, bequvvatlik ko'zatiladi. Og'ir holatlarda xayajonlanish, ongning xiralashuvi, alaxsirash, ruhiy holatning o'zgarishi, gallyusinasiya ko'zatiladi. Tananing boshqa a'zolarida ham o'zgarishlar sodir bo'ladi: taxikardiya, qon bosimining pasayishi, ba'zi hollarda yurak faoliyatining keskin susayishi (kollaps) holatlari, o'pka arteriyasi II to'n tovushning boshqacha holatlari yo'zaga keladi. Keksaygan va qari kishilarda yurak va yurak toj tomirlari yetishmovchiligi, ba'zi hollarda yurak urishi maromining bo'zilishi ko'zatiladi.

Rentgen tekshiruvda o'pkaning ma'lum bir bo'g'inlarida dog'lar ko'zatiladi. Qonning tahlilida esa neytrofil leykositoz $20 \cdot 10^9$ l gacha, neyrofil yadro tayoqchalarining chapga surilishi 6 - 30 % atrofida ekanligi ma'lum bo'ladi. Shu jumladan, nisbiy limfopeniya ham ahamiyatga ega. EChT ning o'sishi, fibrogenlar, sial kislotasi, seromukoid, zardoblarning yuqoriligi ko'zatiladi. S-reaktiv oqsilga nisbatan ijobiy reaksiya. Isitmalayotgan davrida peshob (siydik) taxlilida mo'tadil proteinuriya, silindruriya, kam miqdorda eritrotsitlar aniqlanishi mumkin. Sog'ayish jarayonida ahvol yaxshilanadi, yo'tal kamayadi, nafas olish keskinlashib, keyin sekin-asta mo'tadillashadi, bu holatda krepitatsiya eshitiladi, tekis xirqiragan tovushlar kamayib boradi.

Hamshira tashxisi: alaxsirash, titrash, kukrak qafasida og'riq, shilimshiq -yiringli yo'tal yoki qo'ng'ir balg'amli yo'tal.

Tekshirish rejasi: bemorni davolash va parvarish qilish.

Rejani amalga oshirish: hamshira bemorni rentgen tekshiruviga tayyorlaydi, biologik materialni (qon, balg'am) oladi, bemorni davolash bo'yicha shifokor tavsiyalarini bajaradi (dorilarni o'z vaqtida ichirib, in'eksiyalarni yuboradi va h.k.),

tavsiyaga ko'ra bemorni mutaxassislar (onkolog, ftiziatr) maslahatiga tayyorlaydi va bemorni parvarish qiladi (xonani shamollatadi, zarur bo'lganda kislorod beradi, yotar joy va kiyim-boshlarning o'z vaqtida almashtiradi, tufdonlarni dezinfeksiya qiladi, zarur bo'lganda bemorni ovqatlantiradi, o'rinda ag'darilishiga yordam beradi) va ko'zatuv olib boradi (nafas olish tezligini ko'zatadi, tomir urishini va yurak qisqarish tezligini sanaydi; qon bosimini o'lchaydi, fiziologik o'zgarishlarni ko'zatib boradi), tavsiyaga ko'ra gorchichnik va bankalar quyadi va h.k.

O'pkaning yiringli sindromi

O'pkaning yiringli sindromi - juda og'ir xastalik bo'lib, u intoksikatsiyaning, o'pka to'qimalari chirishi va bo'shliqlar paydo bo'lishi hamda nekrozning birga davom etishi bilan ifodalanadi. O'pkada yiringlash (o'pka absessi) 2 bosqichda kechadi: infiltratsiya yoki yiring tuplanish bosqichi va bo'shliq(kovak) paydo bo'lish jarayoni. O'pkada yiringlash jarayonining kechishi bronx - drenaj funksiyasining bo'zilishi, qon aylanishining bo'zilishi, o'pka to'qimalarining qon bilan ta'minlanishi bo'zilishi va nekrozi, infeksiyalarning tushishi, makroorganizm ta'sirining susayishida ko'rinadi.

Yiringlash sindromi doimiy yoki ba'zi-ba'zida kuchayuvchi isitma, juda ko'p terlab titroq tutishi, qaltirash, jaroxatlangan tomondagi og'riqlar, quruq yo'tal, agar surunkali bronxit bo'lsa, unda kam miqdordagi shilimshiq yoki shilimshiq-yiringli balg'amlar bilan harakterlanadi. Ko'p hollarda intoksikatsiya simptomlari: umumiy holsizlanish, darmonsizlanish, ishtahaning qochishi, bosh og'riqi ko'zatiladi. Bemorni ob'ektiv tekshirilganda, nafas olish chog'ida kasallangan ko'krak qafasi qismida orqada qolishi, yiringlagan joyda kuchsiz ovoz titroqi, vezikulyar nafas olish kuchsizligi, bronxit birga kechayotgan joy ustida bo'lsa, unda g'uvillagan, quruq xirillash, perkussiyada esa yiringli zaiflashgan yoki to'mtoq perkutor tovush borligi aniqlanishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda esa qirralari aniq dumaloq soyaning borligi aniqlanadi. Qonni tahlil qilinganda, leykositoz $20 \cdot 10^9$ l gacha, leykoformulaning chapga siljishi, metamielositlar yonigacha so'rilishi, EChTning ortishi ko'zatiladi. Yiringli, qo'lansa hidli balg'am miqdorining keskin ko'payishi (500-1000 ml gacha) yaraning bronx ichiga yorilganini ko'rsatadi.

Balg'am tarkibidan mayda qon tomirchalari ham topilishi mumkin. Bu holatda bemorning ahvoli yaxshilanadi, issig'i tushadi, intoksikatsiya simptomlari kamayib, titrash yo'qoladi. Balg'amning kuchishi bemorning ma'lum bir holatida ko'p ko'zatiladi (drenaj paydo bo'ladi). Jismoniy tekshiruvda ovozning titrashi, timpanik perkutor tovush, bronxial nafas olish, agar bo'shliq bronx bilan ingichka yoriq orqali ulangan bo'lsa, qush nafas olish (amforik) ko'zatiladi. Agar bushliqda qandaydir miqdorda suyuqlik (sekretlar) saqlangan bo'lsa, u holda yirik yoki o'rta

tovush pufakchalarining xirillashi eshitiladi. Rentgenologik tekshiruvda qirralari aniq dumaloq qismi ko'rinadi, agar bo'shliqda suyuqlik (sekret) qolgan bo'lsa, unda gorizontol holatdagi qorong'lashgan joylar aniqlanadi. Qonni tahlil qilishda, leykositning o'zgarmay turgani va EChTning ko'payganligi, ammo keyinchalik pasayishi saqlanib qoladi. Balg'am tekshirilganda ko'p miqdordagi leykotsit va elastik tolalari aniqlanadi.

Hamshira tashxisi: isitma, titrash, ko'krak qafasidagi og'riq, darmonsizlanish, bosh og'riqi, yiring aralash balg'amli yo'tal.

Tekshirish rejasi: parvarish, ko'zatish va davolash. bemorni rentgenologik, laboratoriya tekshiruvlariga tayyorlash, bemorni davolash bo'yicha shifokor tavsiyalarini o'z vaqtida bajarish (dorilarni o'z vaqtida tarqatish, in'eksiya va tomchidorilarni yuborish) boshqa turdagi davolash muolajalari (fizioterapiya, davolovchi jismoniy tarbiya (LFK), uqalash, oksigenoterapiya)ni tashkil etish, bemorni parvarish qilish va ko'zatish tadbirlarini amalga oshirish.

Rejani amalga oshirish: tavsiyalarning o'z vaqtida va maqsadli bajarilishi (har xil turdagi antibiotiklar, sulfanilamidlar, nitrofuranlar, nistatin yoki levorin, mukolitik). Laboratoriya tekshiruvi uchun o'z vaqtida biologik materiallarni olish (qon, siydik, balg'am). Fizioterapiya usulini qo'llash uchun fizioterapevt-shifokor bilan maslahatlashish; LFK shifokori bilan davolovchi jismoniy tarbiya (LFK) va uqalash muolajalarini tayinlash haqida maslahatlashish. Palatani o'z vaqtida shamollatish, dezinfeksiyalovchi vositalar bilan xonani tozalash, tufdonlarni yuvish va dezinfeksiyalash, yotar joy va kiyim-boshlarni o'z vaqtida almashtirish, yotoqli bemorlar parvarishi, ularda drenaj paydo bo'lishi va balg'am kuchishi yengillashishi uchun kuniga 4-5 marta, 20-30 daqiqaga joyini almashtirib, harakatlantirish; yurak-qon tomir sistemalarining faoliyatini (tomir urishi, yurak qisqarish chastotasi, qon bosimini o'lchash) va o'pka-bronxlar tizimining (nafas olish chastotasi, ajralayotgan balg'am miqdori), jismoniy faoliyatni ko'zatiib borish.

O'pka pardasi bo'shliqida suyuqlik mavjudligi alomatlari

O'pka pardasi bo'shliqida suyuqlik mavjudligi alomatlari (ekssudativ plevrit) - kasallangan bo'shliq qismining yallig'lanishi bo'lib, bu holat o'pka pardasi bo'shlig'ida suyuqlikning to'planishi bilan birga kechadi.

Bo'g'shliqlarning yallig'lanishiga o'pkada va ko'krak qafasi ichidagi limfa bezlarida sil kasalligi xuruji, o'pkada surunkali o'ziga xos bo'lmagan kasalliklar zotiljam, o'pkadagi yiringlash jarayonlari, o'tkir va surunkali infeksiyon xastaliklar (ich terlama, va toshmali terlama), revmatizm, kollagenozlar, o'pkadagi xavfli

o'smalar sababchi bo'ladi. Xaddan ziyod sovib ketish ularni qo'zg'atuvchi omil hisoblanadi. Bu holat o'pka bo'shlig'i alveolarining yallig'lanishi va birinchi navbatda, ularda fibrin -(qon ivishi natijasida hosil bo'ladigan erimaydigan oqsil modda)ning to'planishi bilan harakterlanadi. O'pka pardasi yallig'lanishi bo'shliqdagi suyuqlikning tarkibiga ko'ra, seroz-fibrinozli (tolali), gemorragik, yiringli, xilezli va aralash bo'ladi. Sababi noma'lum va yalliglanmaganlik holatida o'pka pardasi bushliqida suyuqlik mavjud bo'lishi bo'shliqning yiringlaganini bildiradi. Kasallik sekin-asta yoki juda tez, harorat ko'tarilishi, chuqur nafas olganda yoki sog'lom tomonga egilganda va yo'talganda ko'krak qafasida sanchiqli og'riq turishi bilan boshlanadi. Yo'tal, odatda, quruq va og'riqli bo'ladi. Bemorni tekshirish paytida, ko'krak qafasining kasal tomoniga yotqizilganda sianoz, ko'krak qafasining xastalangan tarafi nafas olishda ortda qolishi, nafas siqish holatlari aniqlanadi. Suyuqlik to'planayotganda bemorlarning ahvoli og'irlashib, kasallangan tomonda simillagan og'riq sezishadi, agar suyuqlik ko'p to'plansa, kasallikning o'pka bilan ko'krak qafasi oralig'ida sog'lom tomonga qarab siljishi-o'tishi oqibatida o'tkir nafas siqilishi holatlari yo'zaga keladi. Suyuqlik to'lgan qismi orqa qo'ltiqosti tomonda, odatda, parabolik qiyshiq (Damuazo yuli) da joylashadi. Shu munosabat bilan 3 ta zonaga bo'linadi: siqilgan o'pkaning uzoqqa yopishish zonasi (Garlyanda uchburchagi), gidrotoraks zonasi va kasallikning sog'lom tomonga qarab siljishi (Rauxfus-Grokko uchburchagi). Siqilgan o'pkani jismoniy tekshirish paytida o'pkani barmoqlar bilan siqib ko'rilgan paytda ovoz titrashi va bronxofoniya, timpanik perkutor tovushning zaiflashishi, auskultatsiyada bronxial nafas aniqlanadi. Gidrotoraks zonasida: ovoz titrashi va bronxofoniya ko'zatiladi, shuningdek, nafas olishni aniqlab bo'lmaydi, ohangning kuchayishi perkutor usulda aniqlanadi, kasallikning siljish zonasida (Rauxfus-Grokko uchburchagi)ham shu holat ko'zatiladi.

Hamma tekshiruvlardan so'ng (bemor haqida ma'lumot yig'ilgandan so'ng) hamshira tashxisi qo'yiladi: isitma, darmonsizlik, ko'krak qafasida og'riq, nafas siqish, quruq yo'tal, titrash, loxaslik. Bemorni ko'zatisht va parvarish qilish, laboratoriya tekshiruvlarini o'tkazish, davolash bo'yicha shifokor ko'rsatmalarini hamda ftiziater va onkologlarning maslahatini amalga oshirish rejasi to'ziladi.

Rejaning amaliyotda qullanilishida bemorni rentgenologik, biologik asosda o'tkaziladigan laboratoriya tekshiruvlariga, o'pka pardasi parasenteziga tayyorlash, shifokorning bemorni davolash borasidagi tavsiya va ko'rsatmalarini aniq bajarish, dorilarni o'z vaqtida tarqatish va in'eksiyalarni yuborish muhim ahamiyat kasb etadi. Rentgenologik tekshiruvda o'pkaning kasallangan qismi qorong'ilashgan holda bir tomonga nishab bo'lib yiqilgan suyuqlik bilan ko'rinadi.

Tashxislash va davolashda pleural punksiya (pleural parasentez-davolash va diagnostika maqsadida badanga shpris ignasi yoki maxsus igna suqish muhim ahamiyat kasb etadi. Bu maqsadlarni amalga oshirish uchun hamshira anesteziya, ya'ni og'riqsizlantirish uchun sterillangan shpris, novokain eritmasi, yo'd eritmasi, terini tozalash uchun spirt, igna uchun kanyullari bor rezina trubkali punksiya ignasi va shprisini, Mor yoki Pean qisqichini, 50 ml.li Jane shprisi, pleural punktati yig'ish uchun idish hozirlab qo'yishi zarur. Parasentez orqa qultiqostidan 8-qovurqalar orasidan, 9-qovurg'aning yuqori chekkasi bo'ylab olib boriladi. Punktat olingach, undagi oqsilning miqdori, pleural suyuqlikning zichligi, ekssudat va transsudatlarni aniqlash uchun Rivalent namunalari olinadi.

Davolashning asosiy tamoyillari shamollash va silga qarshi vositalar, umumiy mustaxkamlash, vitaminoterapiya, pleural suyuqlik chiqarib tashlanganidan so'ng fizioterapevt-shifokor maslahati bilan davolovchi jismoniy tarbiya (LFK) va boshqa fizioterapevtik muolajalari tayinlanadi.

Nafas siqishi. Bu simptom ko'pincha bronxial astma kasalligida uchraydi. Bronxial astma, bu - nafas yo'llarining allergik yallig'lanishi bo'lib, kasallikning dastlabki davrlarida nafas yo'llarida kasallikning qaytalanishi xastalik endi boshlangan paytda davolansa, to'zalishi mumkinligi bilan harakterlanadi.

Atopik bronxial astma

Atopik bronxial astma - (yuqumsiz-allergik) va yuqumli-allergik astma turlari mavjud. Atopik astmada odam organizmida antitelalar paydo qiluvchi har qanday omil xastalik sababchisi bo'lishi mumkin. Allergenlar dorilar, hayvonlar tuki va o'simlik changlari, shuningdek, oddiy va murakkab turkumli kimyoviy moddalar bo'lishi ham mumkin.

Yuqumli-allergen turida bronxial astmaning rivojlanishiga mikroblil flora asos bo'ladi. Bundan tashqari, etiologik omillar psixogen, iqlim sharoiti (o'ta sovi ketish, insolyatsiya), shuningdek, jismoniy zo'riqish ham bronxial astmaning rivojlanishiga asos bo'ladi. Klinik ko'rinishi: bronxial astmaning klinik kompleks simptomlari nafas siqishi, xushtaksimon nafas olish, davriy bug'ilish holatlari (tiklanuvchi bronxial torayish, ya'ni obstruksiya, bu holatlar ko'pincha ko'p miqdorda balg'am ajralishi bilan yakun topadi. Bronxial astmaning atopik formasini harakterli tomoni shundaki, u allergen bilan muloqotda bo'lgan paytda bo'g'ilish xuruj qilishi bilan ajralib turadi. Allergen bilan muloqot to'xtatilgani tamoni bo'g'ilish xuruji ham to'xtaydi. Bunda bo'g'ilishdan oldin, odatda, auraning ko'p shaklliligi (polimorfizmlar)ning paydo bo'lishi (tomirlar kengayib-torayib turishi va ko'p miqdordagi shilimshiq suyuqlik ajralishi bilan namoyon

bo'luvchi vazomotor rinit, bosh og'riqi, oigren, eshak yemi, teri qichishishi, tomoqda achishish va qichishish, yo'tal, Kvinke shishi va x.k.) yo'z beradi. Yuqumli-allergik bronxial astmada bo'g'ilish xuruji ko'pincha kuz va qish davrida, o'tkir nafas olish yo'llari kasalliklari, bronxit, pnevmoniya bilan og'rikan kishilarda tez rivojlanadi. Bunday bemorlarning aurasi ko'p hollarda yo'tal bilan ifodalanadi. Xurujlar, odatda, o'rtacha va og'ir darajali uzoq davom etuvchi va umumiy muolajalar kor qilmaydigan, ko'pincha astmatik holatga (status asthmaticus) o'tib ketadi. Ba'zi hollarda stafilakokk toksini va streptokokka sezuvchanligi aniqlanadi. Nafas siqish xurujining asosiy klinik simptomlari chegaralangan harakatdagi ko'krak qafasida (diafragmaning quyi holati) nafas chiqarishning o'zayishi, xushtaksimon nafas olish, tarqoq, doimiy o'zgaruvchan quruq xirillash sifatida namoyon bo'ladi. Bemor doim ortopnoe holatida: stolga qo'llari bilan tiralib, old tomonga egilgan holatda o'tiradi. Teri qatlami rangsiz, yordamchi mushaklar taranglashgan, yurak-tomir soxasida taxikardiya, yurak tovushlarining noaniqligi, o'pka emfizemasi tufayli yurakning simillab og'rish chegarasi aniqlanmaydi. Yuqumli-allergik astma formasining xuruji ko'p miqdordagi shilimshiq yopishqoq-yiringli balg'amning ko'chishi bilan tugaydi.

Hamshira tashxisi: ko'pincha uzoq va quruq yo'talli nafas siqishi, taxikardiya, sianoz, majburiy holat, holsizlik. Bemorni ko'zatish va parvarish qilish rejasini: bemorni qo'shimcha tekshiruvlarga tayyorlash: laboratoriya tekshiruvi uchun biologik materiallar (qon, balg'am) tayyorlash, shifokor tavsiyalarini bajarish, shifokor kelguncha birinchi tez yordam ko'rsatish, bemorni boshqa mutaxassislar ko'rigiga tayyorlash. Hamshira rejasini amaliyotga tadbiiq etish: Bemorda nafas siqish xuruji boshlanganda, birinchi navbatda shifokor kelgo'nga qadar hamshira birinchi yordam ko'rsatishi zarur; bemorni tinchlantirish, jismoniy va ruxiy xotirjamlikni ta'minlash, bemorni qulayroq joylashtirish, havo kirishi uchun oynani ochish, kislorod berish, gorchichnik (xantal) qo'yish, issiq ichimlik berish, navbatchi yoki davolovchi shifokorga xabar berish va shifokor tavsiyalarini bajarish. Xuruj avj olganda, qonning taxlilida eozinofiliya va bazofiliya aniqlanadi. Balg'am tekshiruvdan o'tkazilganda esa uchlik: eozinofilning yuqori darajasi, Sharko-Leyden kristallari mavjudligi va Kurshman spirallari aniqlanadi. Xuruj avj olganda tashqi nafas olish funksiyasi tekshirilganda O'TSning keskin kamaygani, qoldiq hajm va funksional qoldiq sig'imning ortganligi ko'zatiladi.

Bronxlar o'tkazuvchanligini bo'zilishi yaqqol ko'rinishi esa muxim xususiyatlardan biridir.

Davolash tamoyillari: atopik bronxial astma formasida, allergenlar aniqlangan bo'lsa, etiologik terapiyani qo'llash tavsiya etiladi. Bemorni allergenlardan halos etish, parhez saqlash, allergiya beruvchi maxsulotlarni iste'mol qilmaslik, uy

changiga sezuvchanligi oshgan bemorlarni muxofazalash gigiena choralarini ko'rish kerak. Allergen omillarni bartaraf etishda o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan giposensibillovchi muolaja qilish kerak. Bu muolajani o'pka sili xastaligi, xomiladorlik, kardioskleroz, revmatik yurak porogi, tireotoksikoz, buyrak faoliyatining bo'zilishi, jigar xastaliklari, ruxiy kasalliklar, o'pka faoliyatida yetishmovchilik bo'lgan holatlarda qo'llash mumkin emas. Bronxlarning o'tkir yallig'lanishi simptomi yoki o'tkir bronxit nafas olish organining tez-tez qaytalab turuvchi kasalligidir. Bronxning o'tkir yallig'lanishi nafas yo'llari kasalliklari, gripp asoratlari, paragripp, adenovirus infeksiyasi, shuningdek, qizamiqning og'ir turi, ko'kyo'tal, difteriya bilan og'rigan bemorlarda tez-tez ko'zatiladi. Ko'p hollarda o'tkir bronxit gripp viruslarining bakterial holatga ta'siri, fagositozning og'ir kechishi nafas olish yo'llarining bakterial florasining faollashuviga olib kelish oqibatida ko'zatiladi. Bunday bemorlarning balg'amida inflyuensa tayoqchalari, pnevmokokk, gemolitik streptokokk, oltin rangli stafilokokk, Fridlender tayoqchasi va boshqalar aniqlanadi. Ularni keltirib chiqaruvchi omillar: shamollash, ichkilikka ruju quyish, surunkali intoksikasiya (zaharlanish), chekish, bundan tashqari, yuqori nafas olish yo'llarida yallig'lanish (tonzillit, rinit, sinusit va b.) holatlari o'tkir bronxitning yo'zaga kelishiga sabab bo'ladi. Bu kasallikni keltirib chiqaruvchi boshqa omillarga esa azot oksididan nafas olish, sulfat kislotasi va sulfat angidridi, serovodorod, xlor, ammiak, brom bug'lari, shuningdek, harbiy zaharlovchi moddalar (xlor, fosgen, difosgen, iprit, lyuizit) bilan zaharlanish kiradi. Ko'p hollarda o'tkir bronxitni kelib chiqishiga o'ta changli havodan, ayniqsa, organik havodan nafas olish sabab bo'ladi. Klinik ko'rinishlari: quruq va qichitqi yo'talning paydo bo'ladi, ko'krak qafasi ichida og'riq va achishish seziladi, keyin bu jarayon katta va kichik bro'nxlarga o'tadi, Bu esa nafas olish yo'llarining bo'zilishiga xurujli yo'tal, nafas siqishga olib keladi. 2-3 kundan keyin shilimshiq, shilimshiq-yiringli balg'am, ba'zi hollarda qonli balg'am ajralib chiqa boshlaydi. Ko'pchilik bemorlarda ko'krak qafasining pastki qismida yo'tal va diafragmaning talvasali, qisqarishi tufayli og'riq paydo bo'lishi, umumiy holsizlik, darmonsizlik, charchoq, umurtqa pog'onasi va oyoq-qo'llarda og'riq, ayrim hollarda qattiq terlash ko'zatiladi. Tana harorati normal va me'yordan salgina ortiq bo'lishi, og'ir hollarda 38°S gacha va undan yuqori ko'tarilishi mumkin. Agar o'tkir bronxit gripp oqibatida yo'zaga kelsa, unda tana harorati 39°S va undan yuqori kutarilishi mumkin, Bunda ko'pincha herpes labialis aniqlanadi, halqum va bo'g'iz shilliq pardasining giperemiyasi, ayrim hollarda nuqtali qon quyilish holatlari ko'zatiladi. Badanni barmoq bilan urib tekshirilganda o'pka ovozi eshitiladi. Auskultatsiyada kasallikning dastlabki kunlarida o'zun vezikulyar nafas chiqarish, tarqoq quruq xirillash va xushtaksimon xirillash aniqlanadi, yo'talganda xirillash miqdori o'zgaradi. 2-3 kundan keyin har xil

xirillash ovozlari qo'shiladi. Yurak-qon tomir tizimi tomonidan taxikardiya, asab tizimi tomonidan bosh og'rig'i, charchoq, uyquning bo'zilish holatlari ko'zatiladi.

Hamshira tashxisi: yo'tal, darmonsizlik, tez charchash, nafas siqishi, taxikardiya, isitmali alaxsirash, uyquning buzilishi.

Parvarish rejasini to'zish: ko'zatisht va parvarish qilish, tekshiruv va shifokor tavsiyalarini bajarish.

Rejani amaliyotga tatbiq etish: mustaqil harakat qilish - bemorni ko'zatisht va parvarish qilish usullari: tomir urish tezligini, nafas tezligi, qon bosimini o'lchash, xonani shamollatish, gorchichnik va banka qo'yish;

Biologik materiallarni (qon, siydik, balg'am) laboratoriya tekshiruvlariga yuborish, bemorni ko'krak qafasi qismining rentgenologik tekshiruviga tayyorlash, tashqi nafas olish funksiyasini tekshirish, dorilarni o'z vaqtida tarqatish, dori vositalarini yuborish. qon taxlil qilinganda, unda leykositoz 8×10^9 l, EChTning tezlashishi; balg'amda mikrofloralarning ko'p miqdordaligi; tashqi nafas olish funksiyasi tekshirilganda O'TSning pasayishi va nafas tezligi ko'ayishi; mayda bronxlar tekshirilganda bronxlar o'tkazuvchanligi va kuchaygan hayotiy hajmining bo'zilganligi; rentgenologik tekshiruvda esa o'pka o'zagidagi soyalar kengaygani ko'zatiladi. Fizioterapevtik muolajalar (kaliy yod, kalsiy xlor, eufillin bilan elektroforez qilish, LFK)ni belgilash uchun fizioterapevt vrach maslaxati bilan tashkil qilinadi.

Davolash tamoyillari: davolash ko'pincha uyda, uy haroratini, bir xil mutadil haroratda saqlagan holda amalga oshiriladi. Dorilardan - shamollashga qarshi, issiq tushiruvchi va og'riq qoldiruvchi xususiyatga ega bo'lgan amidopirin, aspirin va boshqalar qo'llaniladi.

O'tkir bronxitning og'ir kechish holatlarida, gripp epidemiyasi davrida keksa kishilarni, shuningdek, darmonsiz bemorlarni shifoxonaga yotqizish hamda antibiotiklar tayinlanishi kerak. Balg'amni suyultirish uchun termopsis damlamasi, altay (gulxayri) ildizi ekstrakti va damlamasi, mukaltin, 3 foizli kaliy yodid eritmasi, ishqorli ingalyasiya, davolovchi jismoniy tarbiya tayinlanishi kerak. Bronxospazm holatida bronholitik vositalar: teofedrin, va efedrin, 0,025 g, 0,15g eufillin tabletkalari bir kunda 3 marta tayinlanadi. Og'riqli quruq yo'talda esa kodein, dionin, gidrokodon, libeksin, baltiks tayinlanadi. Qo'shimcha muolajalar: ko'krakka va kuraklarga gorchichnik, banka qo'yish, oyoqqa issiq vanna qabul qilish, ko'p miqdorda issiq suyuqlik ichish, tarkibida ishqoriy eritmalar bo'lgan mineral suvlar ichish tavsiya etiladi. O'tkir bronxit surunkali bronxitga o'tib ketmasligi uchun uni o'z vaqtida oxirigacha davolash zarur.

Surunkali bronxlar yalliqlanishi simptomlari - bronxlar devor qatlami va bronxlar daraxti shilliq pardalari yalliqlanishining uzoq davom etib, huruj qilib turishi bilan karakterlanadi. BJSST ekspertlarining fikricha, "surunkali bronxit kasalligi bilan og'riqan bemorlar qatorasiga 2 yil va 3 oy davomida yo'talgan va muntazam balg'am ajratib turgan holat kiradi. Bu o'pka-bronxlar tizimining ko'p uchraydigan kasalligi bo'lib, keyingi paytda uning ko'payib borayotgani qayd etilmoqda. Bu kasallik bilan ko'proq 50 yoshdan oshgan insonlar, shuningdek, erkaklar ayollarga nisbatan 2-3 barobar ko'proq og'rishadi.

Surunkali bronxit kelib chiqishidagi asosiy omil, bu ifloslangan havodan nafas olish oqibatida shilliq parda muntazam qichishib shikastlanishidir. Noqulay iqlim sharoiti: tumanli nam havo, ob-havoning keskin o'zgarishi ham muhim ahamiyatga ega. Shilliq pardaning chang yoki tutun, ayniqsa, tamaki tutuni tufayli qichishishi, nafas olish yullarida shilimshiq'larning ko'payishiga olib keladi, natijada balg'amli yo'tal vujudga keladi. Surunkali bronxit chekuvchilar orasida boshqalarga nisbatan 3-4 marta ko'p uchraydi.

Surunkali bronxit etiologiyasida ba'zi kasb egalari-tamaki va jun ishlab chiqaruvchilar, un maxsulotlari va kimyoviy zavodlarda ishlovchilar, tog'-kon ishchilari va shaxtyorlarda kasbiy omil sifatida ko'p ko'zatiladi. Katta shaharlardagi havoning oltingugurt gazi, kislota bug'lari, avtotransportlarning ishlangan gazlari, tutunlar bilan ifloslanganligi ham bu kasallikning kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Surunkali bronxitning rivojlanishiga nafas olish organlarida infeksiya manbai mavjud bo'lishi (surunkali tonzillit, sinusit, bronxoektaz), kichik qon aylanishi doirasidagi turg'unlik holati (yurak faoliyatidagi yetishmovchilik) ta'sir ko'rsatadi. Infeksiyalarning birlashishi esa surunkali bronxitning og'ir kechishiga, ya'lig'lanish bronxlar devorining ichki qismlariga tarqalishiga, mushaklar va qayishqoq paylarning zararlanishiga sabab bo'ladi. Surunkali bronxitning kechish davrida, ayniqsa, kuchayib ketishida, bakterial infeksiyaning ishtiroki aniqlangan. Ko'p hollarda balg'amdan yoki bronx ichidagi ajralmadan stafilokokk, streptokokk, inflyuensa va pnevmokokk tayoqchalari, ba'zan esa yiringli ko'k tayoqcha, Fridlender tayoqchasi topiladi. Surunkali bronxit gripp epidemiyasi davrida avj oladi. Xozirgi vaqtda o'pka-bronxlar tizimining surunkali yallig'lanish jarayonlari kechishining nasliy moyillik omillariga ham e'tibor berilmoqda.

Klinik ko'rinishi: surunkali bronxitning tez-tez uchraydigan va asosiy simptomlari yo'tal (quruq yoki nam), har xil miqdordagi va ko'rinishdagi balg'am ajralishi, o'pkada havo aylanishi va bronxlar o'tkazuvchanligining bo'zilishidir. Ko'pchilik bemorlarda, odatda, chekuvchilarda, ko'p yillar

davomida uncha kuchli bo'lmagan quruq yo'tal, shilimshiq balg'am tashlash uchraydi, ular ko'pincha ertalab yuz beradigan, bu holatga ko'p ham e'tibor bermaydilar. Keyinchalik bu yo'tal kuchayib, har xil noqulayliklarni keltirib chiqaradi, sovuq va nam ob-havoda, tana sovib ketganda yuqori nafas yo'llarining infeksiyon kasalliklardan keyin yanada zo'rayib, yo'talganda vaqti-vaqti bilan shilimshiq-yiringli yoki yiringli balg'am chiqishiga olib keladi. Kasallikning dastlabki davrida yirik bronxlar zararlanadi. Bronxlar o'tkazuvchanligining bo'zilishi unchalik sezilmaydi: nafas siqishi sekin-asta rivojlanadi, bu paytda yo'tal ko'p miqdorda yiringli yoki shilimshiq-yiringli balg'am ko'chishi bilan harakterlanadi. Kasallikning avj olishi va kichik bronxlarning zararlanishi jarayonida bronxlar o'tkazuvchanligining bo'zilishi (obstruktiv bronxit) nafas siqishning rivojlanishi bilan kechadi. Dastlab nafas siqishi jismoniy zo'riqishdan keyin paydo bo'lib, keyinchalik doimiy tus oladi. Kasallik zo'rayganida u ayniqsa, qattiqroq seziladi. Mayda bronxlari zararlangan bemorlarda nafas siqishdan tashqari sianoz va issiqdan sovuqqa chiqqanda xurujli yo'tal holatlari ko'zatiladi. Obstruktiv bronxitning kechishida emfizemalar va surunkali o'pka-yurak xastaliklarining rivojlanishi qonuniy holdir.

Kasallikning istalgan bosqichiga bronxospastik sindromning qushilishi natijasidagi ekspirator dispnoe ham qo'shilib ketishi ko'zatilishi mumkin. Kasallikning klinik ko'rinishida bronxospazm yetakchilik qilishi, shu bilan birga allergik holatlar (vazomotor rinit, dorilar yoki oziq-ovqat allergiyasi, qonda va balg'amda eozinofillarning borligi) ko'zatilishi tufayli bu kasallik astmatik bronxit deb ataladi. Kasallik zo'raygan paytda tana haroratining ko'tarilib, gohida juda yuqori darajada bo'lishi, umumiy holsizlanish, terlash, uta toliqish, yo'tal paytida har xil guruh mushaklarining og'rishi ko'zatiladi. Kasallikning boshida perkutor tovush kam o'zgaradi, lekin emfizemaning rivojlanishi natijasida pukillagan tovush borligi, o'pkaning quyi qismi harakatlanishining susayishi aniqlanadi. Auskultasiyada kasallik simptomlarining vaqtincha zaiflashuvi (remissiya) davrida nafas vezikulyar bo'lishi yoki emfizemaning hisobiga zaiflashgan vezikulyar nafas eshitilishi mumkin. ba'zi joylarida nafas olish qiyinlashgan bo'lib, biroz xirillash bilan kechadi. Kasallik zo'rayganda, xirillash quruq yoki nam bo'lib, miqdori juda o'zgaruvchan bo'lishi mumkin. Bronxospazm borligi tufayli chuqur nafas chiqarishda hushtaksimon xirillashlar eshitiladi, ularning miqdori nafasning tezlashishidan ko'payib boradi.

Hamshira tashxisi: quruq yoki nam yo'tal, nafas siqishi, darmonsizlik, tez charchash, terlash, tana haroratining kutarilishi.

Rejani amaliyotga tatbiq etish: bemorni ko'zatish va parvarish qilish usullari, biologik materiallarni (qon, siydik, balg'am) laboratoriya tekshiruvidan utkazish, bemorni rentgenologik, bronxoskopik tekshiruvga tayyorlash, dorilarni o'z vaqtida tarqatish, shifokor tavsiyasi bilan in'eksiya va tomchi dorilarni yuborish. qon taxlilida biroz neytrofil leykositoz borligi va EChTning tezlashgani ko'rinadi. Astmatik bronxit bilan og'rigan bemorlarda -eozinofiliya chiqadi. Emfizemalar va nafas olish yetishmovchiligida gemoglobin birmuncha kutarilgan holatdagi eritrositoz ko'zatiladi. Biokimyoviy tekshiruvlar natijasida fibrinogen, sial kislotasi ,S-reaktiv oqsil miqdorining kutarilgani aniqlanadi. Astmatik bronxidlarning balg'amlari tekshirilganda, ularda eozinofillar, Sharko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari aniqlanishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda esa o'pkaning qattiqlashgani, emfizema mavjudligida esa o'pka maydonining shaffofligi oshganligi, diafragmaning past joylashgani va zichlashgani, harakatchanligi kamaygani ko'zatiladi. Bronxoskopiya qilinganda bronxlarning buralgani va toraygani, yonlama bronx tomirchalari miqdorining kamaygani, silindrik va xaltasimon bronxoektazlar aniqlanishi mumkin.

Davolash tamoyillari: kasallik zurayganida uni shifoxona sharoitida davolash maqsadga muvofiq bo'ladi. Kasallik avj olgan paytda antibakterial muolaja asosiy tarkibiy qismi hisoblanadi. Mikrofloraning antibiotiklarga sezuvchanligini xisobga olgan holda muolaja qilinsa, davolash samarasi yuqoriroq bo'ladi. Surunkali bronxit uzoq davom etgan bemorlarda kasallik zuraygan paytda keng ko'lamdagi antibiotiklarni qullash talab etiladi. Sulfanilamidlar kam hollarda qo'llaniladi. Zamburuqli asoratlarni davolash va profilaktika qilish uchun flunol, fo'ngkeyr qo'llaniladi. Drenaj funksiyasini tiklash uchun balg'am kuchiruvchi vositalar (termopsis tinitmasi, gulxayri asosidagi tinitma va dorilar) qo'llaniladi, 3 foizli kaliy yodid eritmasi uta samarali balg'am kuchiruvchi vositadir: yopishqoq balg'amda fermentlar termopsis, xemotripsin, ximopsin, ribonukleaza va aerosol shaklidagi bronholitiklar (salbutamol, dtek) ko'rinishida qo'llaniladi. Faqat qattiq va tinkani qurituvchi yo'talda kodein qabul qilish mumkin. Balg'am kuchirishning samarali usullaridan biri ishqorli eritmalar bilan ingalyasiya qilish, ko'p issiq suyuqliklar iste'mol qilish, mineral suvlar ichishdir. Bronxospazmda efedrin, eufillin, teofillin va boshqalar tavsiya etiladi. Kompleks terapiyaning muhim tarkibiy qismlari antigistamin preparatlari (dimedrol, suprastin). Bronxospazmning jadallashuvida kortikosteroidli muolaja qo'llaniladi. Kasallik uta zurayib ketganda bronxoskopik davolash muxim ahamiyatga ega. Unda Ringer eritmasi, furagin yoki soda bilan, bronxlarning yiringli suyuqlik tuplangan yopilib, tiqilib qolgan joylari tozalanadi va bronxlar o'zagiga dori vositalari (antibiotiklar, gormonlar, fermentlar) yuborib yuviladi, jarayon susaygach esa fizioterapiya muolajalariga

(sollyuks, UFO, UVCh, novokain, kalsiy xlor bilan kukrak qafasiga elektroforez qilish, LFK bilan shuqullanish) o'tiladi.

O'pka emfizemasi

"O'pka emfizemasi" termini (grekcha-emphysae-puflamoq, tebratmoq) o'pka to'qimalarida havoning yuqori darajada havo to'planib qolishi bilan karakterlanuvchi, patologik jarayonni bildiradi. O'pka emfizemasi birlamchi va ikkilamchi turlarga ajratiladi. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari (O'tkir va surunkali bronxit, bronxial astma) oqibatida rivojlanadigan ikkilamchi formasi diffo'zli emfizemaga nisbatan ko'proq uchraydigan xili xisoblanadi. Emfizemaning rivojlanishida o'pkani shishirib ichki bronxlar ichidagi va alveolyar bosimning kutarilishi (uzoq yo'talish, sozandalarda, puflab chalinadigan asboblarni chaluvchilar, qushiqchilar va boshqa kasb egalaridagi) tashqi nafas olish apparatining zuriqishi, o'pka to'qimalari qayishqoqligi (elastikligi) va kukrak qafasining yosh utgan sari harakatlanishi (keksalik emfizemasi) o'zgarishi kabi omillar katta o'rin tutadi. Emfizemaning birlamchi turi rivojlanishida nasliy omillar, xususan, q-antitripsin nasliy taqchilligi muxim ahamiyatga ega. Bu yetishmovchilik oqibatida ximoyalanih xususiyati susayib, yalliqlanish qaytalagan holda bronxlar tarmoqi shilliq pardasi va o'pka parenximasini leykositlar va mikroob xujayralaridan xalos bulgan proteolitik fermentlarning shikastlovchi ta'siridan asrayolmaydi. Bu "ortiqcha fermentlar" qayishqoq to'qimalarning zararlanishiga, alveolyar tusiqlarning ingichkalashib bo'zilishiga olib keladi. O'pka emfizemasi interstisial va alveolyar bo'ladi. Interstisial emfizema o'pka stromasiga havo kirishi bilan karakterlanadi (peribronxial, perilobulyar), ko'pincha umurtqa bilan kukrak qafasi orasidagi emfizema, teri osti emfizemasiga qushilib uchraydi. Alveolada ortiqcha havo tuplanadigan alveolyar emfizema nisbatan ko'proq uchraydi. Alveolyar emfizema diffo'zli va chegaralangan bo'lishi mumkin. O'pka kasalligining surunkali obstruktiv asoratlari natijasida yo'zaga keladigan alveolyar diffuzli emfizema turi ko'p uchraydi. Obstruksiya mavjudligida nafas chiqarish qiyinlashadi. Bu esa nafas olish mushaklarining zuriqishi oqibatida sodir bo'ladi. Har bir nafas olishda havo aylanishi jarayonining bo'zilishi rivojlanadi, Alveolalar ichidagi kislorod bosimi pasayadi va uglekislota bosimi ko'payishi ko'zatiladi. Alveolalar ichidagi havo aylanishining bo'zilishi alveolalarning cho'zilishini kuchaytiradi, natijada alveolalar orasidagi tusiqlarning qayishqoqligi yuqolishiga sabab bo'ladi. Alveola devorlarining cho'zilishi mayda kapillyar tomirlarga qon oqib borishini qiyinlashtiradi. O'pka to'qimalarining qayishqoqligi yuqolishi, yalliqlanishi, fibroz o'zgarishlari, bronxospazm gazlarning alveolyar-kapillyar membrana orqali diffo'zlanishini shikastlaydi, arterial gipoksemiya va giperkapniyalarning rivojlanishiga olib keladi. Alveolyar gipoksiya kislorod

tanqisligi o'pka tomirlarida reflektor bosimning kutarilishiga olib keladi. O'pka tomirlari tomonidan 3 xil o'zgarishlar yo'z beradi:1) kichik qon aylanish doirasi tomirlarining siqilishi natijasida o'pkada gipertoniyaning rivojlanishi;

2) o'pka arteriyasida aterosklerozning paydo bo'lishi;

3) alveolalararo tusiqlarning nobud bo'lishi natijasida o'pka kapillyarlarining bushab qolishi.

Alveolyar gipoksemiya bir qator kompensator reaksiyalar sodir bo'lishi, gemoglobin miqdori ortishiga, eritrositoz bilan birga aylanuvchi qon bosimining kutarilishi, uning yopishqoqligi oshishi, o'ng qorinchaning zuriqishi oqibatida o'pka gipertenziyasi yo'zaga keladi va o'pka-yurak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari. O'pka emfizemasida kasallik holati nafas yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Bu holat mavjud nafas yetishmovchiligi yo'z bermaydigan emfizema aloxida ajralib turadi va uni gipoksemiya darajasining mezoni asosida aniqlanadi. Gipoksemiyaning yengil darajasida sianoz mavjud emas, gemoglobinning kislorodga tuyinganligi 80 foizdan yuqori, arterial qondagi kislorod bosimi simob ustunining 50 mm.dan yuqori. Urtacha gipoksemyada sianoz mavjud bo'lib, gemoglobinning kislorodga tuyinganligi 60-80%, arterial qondagi kislorod bosimi s.u. 30-50 mm.ni tashkil etadi. Og'ir gipoksemyada ham sianoz kuzatiladi, gemoglobinning kislorodga to'yinganligi 60 % dan past, arterial qondagi kislorod bosimi s.u. 30 mm.dan past bo'ladi.

O'pka yetishmovchiligi

O'pka yetishmovchiligining dastlabki va doimiy alomati, bu - nafas siqishidir. Nafas siqishining ko'rinishiga qarab, nafas yetishmovchiligining 3 darajasi ajratiladi:

1-daraja - jismoniy zo'riqish oqibatida yuzaga keladi;

2-daraja-uncha og'ir bo'lmagan jismoniy harakatdan;

3-daraja- tinch holatdagi nafas siqish.

1-darajali nafas siqishini bemorlar ko'pincha ishlash qobiliyatining susayganiga e'tibor bermay, jismoniy zuriqishdan deb biladilar. Bronxitning mavjudligida esa yo'tal bronxospazm tarzida ko'rinadi. Kukrak qafasi bochkasimon tus olgan, old-orqa ulchovi kengaygan, qovurqalar burchagi tumtoq, o'mrov suyagi chuqurchalari kengaygan, qovurqalar gorizontal holatda, qovurqalar orasi kengaygan holatlari aniq ko'rinadi. O'pkaning quyi qismi osilib qolgan, pastki

chekkalarining harakatlanishi chegaralangan. Auskultasiyada vezikulyar nafas susaygan, nafas chiqarish vaqti o'zaygan, bronxit mavjudligida esa quruq va nam xirillash eshitiladi. Yurak urishi tovushlari pasaygan, o'pka arteriyasida 2-ton eshitilishi mumkin. O'pka chegarasining pastki qismining pastroq osilib qolgani evaziga jigar qovurqalar orasidan burtib chiqib turadi.

2-darajali nafas yetishmovchiligi uncha og'ir bo'lmagan jismoniy zuriqishdan, shamollashdan keyin ko'zatilib, zotiljam, O'tkir nafas yo'llari kasalliklarida, surunkali bronxitning xurujida kuchayadi. Bemorlarda sovib ketish va jismoniy zuriqish oqibatida rivojlanadigan sianoz "issiq" sianozdir. Nafas yetishmovchiligining 3-darajasi o'ng qorincha yetishmovchiligi oqibatidagi o'pka-yurak etishmovchiligi simptomlarining ko'rinishi bilan karakterlanadi. Keyinchalik uglekislotalar bosimining oshishi va gipoksemiya rivojlanishi natijasida og'ir bexushlik (koma)holatini kelib chiqishi mumkin. Kasallik uzoq kechadi. O'pkada surunkali yalliqlanish jarayonining avj olishi nafas etishmovchiligining kuchayib borishi bilan bog'liqdir.

Hamshira tashxisi: har xil darajada aks etgan nafas siqishi, ishga layoqatlilik pasayishi, tez charchash, yo'tal, sianoz, qul-oyoqlarning shishishi. Bemorni ko'zatish va parvarish qilish rejasi: Qo'shimcha tekshirish usullari (rentgenologik, tashqi nafas olish funksiyasini tekshirish), biologik materiallar (qon, siydik, balg'am)ni laboratoriya tekshiruvidan utkazish, bemorni davolash buyicha shifokor kursatmalarini bajarish, bemorlarni mutaxassislar bilan maslaxatga tayyorlash. Rejani amaliyotga tatbiq etish. Yurak-qon tomir tizimi (tomir urishi, yurak urushi, AqB) va nafas sistemasi funksiyalarini muntazam ko'zatish, bemorni parvarish qilish (og'ir kasallarni ovqatlantirish, oqiz bushliqi, ko'zlari, terisini parvarishlash, yotib qolgan bemorlarda yotoq yaralar xosil bo'lishini oldini olish, yotar joy va kiyim-boshlarni o'z vaqtida almashtirish, bemorni yuvintirish), bemorni Qo'shimcha tekshiruvlarga tayyorlash uchun biologik materiallar olish, dorilarni to'g'ri va o'z vaqtida tarqatish, teri ostiga yuboriladigan in'eksiyalarni yuborish, oksigenoterapiya o'tkazish, xonani vaqti-vaqti bilan shamollatish. Rentgen tekshiruvida o'pka maydonining tiniqligi, diafragma gumbazining pasayib qolgani va harakatlanishi chegaralangani, qovurqalar orasining kengaygani, ildiz yoni atrofi qismidagi manzara kuchaygani aniqlanadi. Yurak vertikal osma holatni egallaydi, o'ng qorincha birmuncha kattalashgan bo'ladi.

1-bosqichdagi havo yetishmasligida yuzaki nafas olish tekshirilganda, o'pka xayotiy funksiyalarining kamayishi, qoldiq havo xajmining ortishi ko'zatiladi. 2-boqichda esa qoldiq havo xajmining ortishi davom etadi, nafas olish tezlashgani natijasida daqiqalik nafas olish soni ko'payishi kuzatiladiki, Bu o'pkada havo

aylanishi va xayotiy funksiyalar pasayishiga olib keladi. Arterial qonning kislorod bilan tuyinishi kamayadi, arterial qonda uglekislotalarning tuplanishi kuchayadi. Oksidlanmagan modda almashinuvining tuplanishi natijasida nafas asidozi rivojlanadi. Giperkapniya va dekompensasiyalangan nafas asidozining rivojlanishi MNS jaroqatlanish belgilari (serebral) kasalliklar (bosh og'riqi, bosh aylanishi, serjaxllilik, uyqusizlik), ruxiy holatning buzilishi (depressiya, uyquchanlik)ga, uglekislotalar va natriyning surilishi (reabsorbsiya) kuchayishi oqibatida suyuqlik tuplanishiga olib keladi. Bular bilan bir vaqtda EKGda ritmning bo'zishi va taxikardiya ham yo'z berishi mumkin.

Davolash tamoyillari. O'pka emfizemasining avj olishiga sabab bulgan asosiy kasallikni, nafas etishmovchiligiga qarshi kurash muolajalarini tatbiq qilishga qaratilishi kerak. O'pkada surunkali yalliqlanish jarayoni avj olganda antibakterial preparatlar, bronxospastik sindromda-bronholitik vositalar tavsiya etiladi. Balg'amning yaxshi kuchishi uchun balg'am kuchiruvchi dorilar, proteolitik fermentlar tavsiya etiladi.

Profilaktika. O'pka emfizemasini oldini olishda O'tkir va surunkali bronxit, zotiljam, bronxial astma, shuningdek, burun-xalqum qismidagi yalliqlanish kasalliklarini tuqri davolash muxim ahamiyat kasb etadi. Aholini yalpi dispanserizasiyadan utkazish tadbirlari o'pka emfizemasining dastlabki davrlarida davolashni, bemorlarni chiniqtirish va zararsiz ish joylariga joylashtirish imkonini beradi.

O'pka-yurak sindromi

O'pka-yurak sindromi - "O'pka-yurak sindromi" atamasi bu bronxial apparat, o'pka tomirlari, ko'krak qafasining deformatsiyasi yoki o'pka funksiyasini buzuvchi boshqa kasalliklar oqibatida yo'zaga keluvchi kichik qon aylanish doirasi gipertaniya tufayli o'ng qorincha gipertrofiyasi bilan ifodalanuvchi patologik holatdir. Surunkali o'pka - yurak sindromi ko'p yillar davomida vujudga kelib, dastlab yurak etishmovchiligisiz, keyin esa o'ng qorincha dekompensasiyasi bilan kechadi.

Etiologiya: surunkali O'pka-yurak sindromi kasalligining kelib chiqish sabablarini 2 ta katta guruxga bo'lish mumkin:

- 1) o'pka ventilyasion-respirator funksiyalarining birlamchi zararlanadigan;
- 2) o'pka tomirlarini birlamchi zararlanadigan kasalliklar.

Birinchi guruxga o'pka-bronx apparatining yuqumli-yalliqlanish kasalliklari (surunkali bronxit, surunkali zotiljam, bronxoektatik kasallik, o'pka silining o'pka

emfizemasi bilan rivojlanishi yoki usiz) kiradi. O'pka - yurak sindromi rivojlanishiga bronxial astma, usma usish jarayoni, o'pkada usimtalar paydo bo'lishi, o'pkani zararlovchi kollagenozlar, silikoz, antrakoz va boshqa o'pka bilan bog'liq kasb kasalliklari kiradi. Kukrak qafasi eskursiyasining bo'zilishi (kifoskolioz, torakoplastika, plevral (o'pka pardasi) fibrozi, poliometit, semirish) kasalligida ham O'pka-yurak sindromi kelib chiqadi. O'pka tomirlar tizimini birlamchi jaroxatlaydigan kasalliklar guruxga o'pka arteritlari, dastlabki o'pka gipertoniyasi va kichik qon aylanish doirasi tizimidagi tromboembolitik jarayonlar kiradi.

Klinik ko'rinishlari. Surunkali o'pka-yurak sindromining kompensasiya va dekompensasiya (birmuncha tiklangan va tiklanmagan) bosqichlarini farqlash kerak. Birmuncha tiklangan davrda klinik ko'rinish, asosan, asosiy kasallikning simptomlari, ularning sekin-asta yurak o'ng tomon gipertrofiyasi simptomlari bilan birga qushilib ketishi aniqlanadi. O'ng qorincha gipertrofiyasi klinik ko'rinishi, odatda, har safar ham yaqqol namoyon bulavermaydi. Ko'pchilik bemorlarda epigastral soxada tomir urishi, o'pka arteriyasida II ton aksenti aniqlanadi. Keng ko'lamdagi klinik ko'rinishlar dekompensasiya bosqichi o'pka-yurak sindromida ko'rinadi. Bemorlarning asosiy shikoyati bu - nafas siqishi va yurak yetishmovchiligidan iborat bo'ladi. Nafas siqish jismoniy zuriqish, sovuq havodan nafas olish, yotganda zurayib boradi. Bemorlar ko'pincha yurak soxasidagi jismoniy zuriqish bilan bog'liq bo'lmagan va nitrogliserin ham ta'sir qilmaydigan og'riqdan shikoyat qiladilar. O'pka-yurak sindromida yurak atrofidagi og'riqlarning sababi miokardning metabolik bo'zilishidadir, shuningdek, o'ng qorincha gipertrofiyasida yurak tomirlari qon aylanishining yetishmovchiligida ham ko'rinadi. Yurak soxasidagi og'riqlarning yana o'pka gipertoniyasi va o'pka ustun arteriyasining cho'zilishi natijasida yurak tomirlari urishi refleksi yo'zaga kelishi bilan izoxlash mumkin. Ob'ektiv tekshiruv utkazilganda, ko'pincha sianoz aniqlanadi. O'pka kasalliklarining asosiy simptomlaridan xisoblangan diffo'zli "issiq" sianoz asosida "sovuq" sianoz, ya'ni akrosianoz paydo bo'ladi. Yalliqlanish jarayonining kuchayishi va yo'talning zurayishida sianoz avj oladi. Sianoz-qon kislorodga tuyinmasligi natijasida teri va shilliq pardaning kukimtir tusga kirishi. O'pka-yurak yetishmovchiligining asosiy simptomlari, Bu-buyin tomirlarining burtishi, shishidir. Nafas etishmovchiligida nafas chiqarganda buyin vena tomirlari shishgan bo'lsa, o'pka-yurak yetishmovchiligida buyin venalari nafas olishda ham chiqarishda ham burtib turaveradi. O'ng qorincha gipertrofiyasi epigastral soxasida tomir urishi bilan harakterlanadi.

Yurak-qon tomir sistemasi kasalliklarining asosiy alomatlari

Qon-tomir tizimining yetishmovchiligi alomatlari

Yurak soxasidagi og'riqlarning paydo bo'lishi og'riq sezish simptomlari bilan karakterlanadi. Yurak soxasidagi og'riq, jiddiy shikoyat bo'lib, uning kelib chiqish sabablarini bemordan batafsil so'rab bilish zarur. Ular har xil yurak kasalliklarida (stenokardiya, miokard infarkti, endokardit, perikardit, vegeto-tomir distoniyasi, miokardit, aorta oqzi stenoz va b.), shuningdek, plevritda, qovurqalararo nevrалgiya, miozitet, qovurqalarning shikastlanishida paydo bo'lishi mumkin. Og'riqning kelib chiqish sabablari (jismoniy yoki ruxiy zuriqish, stress, xayajonlanish); ularning aniq tarqalgan chegarasi (yurakning tepa qismiga, kukrak orti - "kaft" va "musht" simptomlari); og'riqning xarakteri (g'ijimlovchi, kuydiruvchi, o'tkir, tumtoq, siquvchi, sanchuvchi va x.k.); doimiy yoki xurujsimon davomiy yoki qisqa muddatli bo'lishi aniqlanadi. Og'riq kasal joy yoki a'zodan boshqa yerlarga tarqalgandek tuyuladi (ishemik yurak kasalligi (IYuK) da chap qo'lga, chap yelkaga, chap kurakka, chap buyinning yarmi va pastki jaqga). Bemorning qay holatda turganda og'riq paydo bo'lishi muxim ahamiyatga ega (stenokardiyada-bemor turgan joyida qotib qoladi, miokard infarktida - bemor bezovtalanib, o'zini quygani joy topolmay, toqatsizlanadi, miokarditda - og'riqning tarqalishi ko'zatilmaydi, lekin ba'zan anginoz ko'zatiladi; perikarditda-yalliqlangan perikard yaproqchalariga fibrin tuplanishi natijasida og'riqning paydo bo'lishi, odatda, uning doimiy yoki jadal-balandligi o'zgarib turishi bilan aniqlanadi). Vegeto-tomirlar distoniyasida og'riq doimiy va har xil xayajonlanishlar oqibatida yo'z berib yurakning yuqori qismida seziladi, boshqa joylarga tarqalmaydi. qon aylanishi bo'zilganda, yurak porogida, bemorlar ko'pincha jigarga keskin qon quyilib tuplanib qolishi, glisson qobiqning cho'zilishi natijasida o'ng qovurqalar ostidagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Og'riq simptomlari asosan bemorning sub'ektiv ma'lumotlari, shuningdek, uskunar yordamida aniqlanadi: EKG faqat og'riq paydo bo'lgan paytda ishlatilgandagina samara berishi mumkin (manfiy T-tishcha yoki S-T-aralash segment paydo bo'ladi), yoki veloergometrda jismoniy zuriqishga tolerantlikni tekshirish. Miokard infarktida EKG va ExoKG muxim ma'lumotlar beradi.

Davolashning asosiy tamoyillari-og'riq qoldiradigan dorilardan tashkil topadi: nitrogliserin yoki validolni til tagiga quyib quyiladi. Miokard infarkti avj olgan paytda narkotikli analgetiklar, neyroleptanalgetiklar (droperidol, fentanil) qabul qilinadi. Ko'zatish o'z ichiga quyidagilarni hamrab oladi: tomir urishini sanash, arterial qon bosimi, yurak urishi, bosh miya qon bosimini ulchash; bemorni parvarish qilishda esa: palatani shamollatish, polni dezinfeksiyalovchi moddalar

bilan muntazam yuvish, yotikli bemorlarni yuvintirish, yotar joy-yostiqlik jild va choyshablarni o'z vaqtida almashtirish, ularni ovqatlantirish va profilaktika qilish kiradi.

Tomir sistemasining yetishmovchilik simptomlari: xushdan ketish, kollaps-yurak faoliyatining keskin susayishi, shoklarda aks etadi.

Xushdan ketish - miya gipoksiyasi natijasida qisqa muddatga to'satdan xushni yuqotish. Bu stress holatlarda, qon yuqotishda, qattiq og'riqlik va jaroxatlarda sodir bo'ladi. Xushdan ketish bosh aylanishi, holsizlik, tashnalik, qo'l-oyoqlarning uvishishi bilan namoyon bo'ladi, qo'l-oyoqlik mo'zlaydi, nafas olish sekinlashadi, ko'z qorachiqi torayadi. Xushdan ketishning davomiyligi bir necha soniyadan 1-2 daqiqagacha boradi.

Hamshira tashxisi: keskin holsizlik, bosh aylanishi, tashnalik, qo'l-oyoqlikning uvishishi, teri rangining oqarib ketishi.

Tez yordam berish: bemorning yoqasini yechib quyish. Bemorning boshini pastga qilib yotqizib, yuziga muzdek suv sepish, paxta yoki dokani novshadil spirti bilan xo'llab xidlatish kerak. Zarurat bo'lganda bemorga kofein, kordiamin, kamforaning yog'li yoki spirtli aralashmasini (teri ostiga) yuborish mumkin. Qo'l va oyoqlariga grelka qo'yib, issiq choy berish kerak.

Kollaps - yurak faoliyatining keskin susayishi bo'lib, qon bosimining birdan pasayib ketishi va qon aylanishi xajmi kamayishi bilan harakterlanadi. Bu ko'pincha intoksikatsiyada, yuqumli kasalliklarda, ko'p qon yuqotganda, yurak-qon tomir kasalliklarida kuzatiladi. Ko'zdan kechirilganda, terisi oqargani, yuz bichimi «o'tkirlashishi» ko'rinadi, bemorni sovuqlik ter bosadi, qo'l-oyoqlari muzlaydi, holsizlanish, bosh aylanishi, karaxt bo'lib qolish va savollarga zo'rg'a javob berish holatlari kuzatiladi. Tomir tez-tez uradi, yumshoqlik, bilinar-bilinmas ham bo'lishi mumkin, qon bosimi pasayib boradi.

Hamshira tashxisi: umumiy keskin holsizlik, bosh aylanishi, karaxtlik, tana terisining oqarishi, gipotoniya.

Tez yordam berish: kollapsni yo'zaga keltirgan holatni qanday bartaraf etish mumkin: qon yuqotganda-qonni to'xtatish (vaziyatga qarab jgut bog'lash), qattiq g'riqlikda-og'riqlik qoldiruvchi in'eksiyalar yuborish; infeksiyada - bakteritsid va bakteriostatik dorilar; intoksikatsiyada-oshqozonni yuvib, klizma qilish, so'ngra qon bosimini ko'taruvchi in'eksiyalar qilinadi: 10 foizli kofein va kordiamin eritmalarini teri osti yoki yonboshdan yuborish. Zarur bo'lganda 0,1 % li noradrenalin eritmasini 1 ml yoki 1 ml mezatonni 200-500 ml glyukozaning

izotonik eritmasiga qo'shib yuborish kerak. So'ngra Bobrov apparatida oksigenoterapiya o'tkazib, issiq choy yoki qaxva berish kerak.

Shok holati - organizmning barcha hayotiy funksiyalari keskin to'xtashi bilan namoyon bo'ladi. Shok holati erektillik (bezovtalanish), qisqa muddatli va torpid, ya'ni ancha davom etuvchi ruxiy ezilish fazalariga bo'linadi. Shokning sabablari: shikastlanish, qattiq og'riq, ko'p qon yuqotish, qon guruxi to'g'ri kelmagan qonni quyish, anafilaksiya. Bemorlarning yuz tuzilishi soxtalashadi, atrofdagilarga nisbatan beparvolik paydo bo'ladi, og'riqni sezish tuyg'usi keskin buziladi, nafas olishi yo'zakilashadi, qon bosimi keskin pasayadi, diurez susayib, so'ngra anuriya paydo bo'ladi. Tana terisining rangi kulrang-tuproq rangida, yopishqoq mudek ter bilan qoplangan, qo'l-oyoqlari muzdek. Bu alomatlar vegetativ asab sistemasi faoliyatining buzilishi va teriga qon oqib kelishining susayishi oqibatida paydo bo'ladi. Yuzadagi vena tomirlari ichki tomonga botgan, tirnoq osti rangsiz va ko'pincha sianotik bo'ladi. Ko'pincha oshqozon-ichak trakti tomondan ko'ngil aynishi, qusish, qorinda og'riq turishi kabi alomatlar paydo bo'ladi. Bu esa qorin bushliqidagi bo'zilishi oqibatida shok holati kelib chiqadi, degan notuqri xulosaga olib keladi. Oshqozon-ichakda "stress-yara" va duodenitlar oqibatida qon ketishi ham ko'zatilishi mumkin. Yurak urishining pasayishi natijasida buyrakda qon aylanishi susayadi, buning oqibatida oliguriya, so'ngra anuriya paydo bo'ladi. Shok holati 3 darajaga bo'linadi:

1-daraja-teri qatlami shiliq pardalari rangsizlanadi, sust terlash ko'zatiladi, tomir urishi qoniqarli, ya'ni bir daqiqada 90-100 atrofida bo'ladi, qon bosimi 90-60 mm.s.u. diurez normada. Es-xushi joyida.

2-daraja-axvol o'rtacha yoki og'irroq, keskin oqarib ketish, sianoz, adinamiya, daqiqalik tomir urishi susaygan, diurez past (400 ml.gacha), qon bosimi 80-40 yoki 60-40 mm. s.u. Tomir urishi bilinar-bilinmas, es-xushi unchalik joyida emas;

3-daraja-eng og'ir holat. Tashqi alomatlar quyidagicha namoyon bo'ladi; qul-oyoq muzlaydi, tomir urishi keskin pasayadi, teri qoplami nam, buyrakda qonni filtrlash to'xtaydi, anuriya rivojlanadi, qon bosimi 50-40 mm. s.u. yoki aniqlanmaydi, es-xushi chalkash yoki og'ir bexushlik (koma) holati yo'z beradi.

Hamshira tashxisi: umumiy keskin holsizlik, adinamiya, ongning xiralashuvi, karaxtlik, taxikardiya, gipotoniya, oliguriya yoki anuriya, ko'ngil aynash, qusish, qorinda og'riq, teri rangining oqarganligi.

Tez yordam berish: birinchi navbatda shok holatini keltirib chiqargan sabablarni aniqlash zarur: qon ketayotganda-qonni to'xtatish, qattiq og'riqda-og'riq qoldiruvchi ukollar qilish, narkotik analgetiklar, neyroleptanalgeziya (droperidol,

fentanil) yuborish, qon xajmini tiklash, (bir xil rezusli, guruxli va qon urnini bosuvchi vositalarni quyish). Anafilaktik shok holatida-ukol urni yoki tishlangan joyga 0,1 foizli adrenalini eritmasi yuboriladi, agar iloji bo'lsa ukol yoki tishlangan joydan teparoqqa jgut bog'lash kerak, so'ngra qon bosimini nazorat qilgan holda teri ostiga yoki venaga shok holatidan to'la chiqqo'nga qadar tomchilatib yuborish kerak.

Chap qorincha o'tkir yetishmovchiligining simptomlari

Bu chap qorincha miokardi qisqarish funksiyasining keskin susayishi va yurak astmasi hamda o'pka shishi natijasida yo'zaga keladi. Yurak astmasi xuruji, odatda, kechasi, bo'qilish va quruq yo'tal bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar boshni balandroq ko'tarib yoki oyoqni osiltirib utirishga majbur bo'ladilar. Terida sianotik soyali rangsiz holat ko'zatilib, nafas olish qiyinlashadi, quruq xushtaksimon xirillashlar ham paydo bo'lishi mumkin. Agar yurak astmasi o'pka shishishi bilan og'irlashsa, unda bemorning axvoli yomonlashadi, buqilish kuchayib, ko'piksimon och pushti (qonli) balg'amli yo'tal paydo bo'ladi. Auskultasiyada o'pkada jarangsiz, past-baland, nam xirillashlar, baland quruq xirillashlar eshitiladi. Yo'zning sianozi kuchaya boradi. Tomir urishi tezlashadi, qon bosimi pasayib ketadi, buyin venalari burtadi.

Hamshira tashxisi: quruq yo'tal, so'ngra ko'piksimon balg'amli yo'tal, bo'g'ilish, holsizlik, sianoz.

Tez yordam: bemorni tinchlantirish, ruxiy va jismoniy tinchlik, bemorning boshini baland qilib quyish. Oyoq-qo'llarni 20-30 daqiqaga jgut bilan boqlash yoki 300-400 ml qon olish mumkin. qora terga botmaslik uchun Bobrov apparatida spirt bilan oksigenoterapiya olib borish kerak. Bu holatda nafas markazi funksiyasining "susaytirish" uchun morfinning 1 foizli eritmasini 1 ml dan va atropinni 0,1foizli eritmasini 0,5 ml dan teri ostiga yuborish kerak.

O'ng qorincha yetishmovchiligi

O'ng qorincha o'tkir yetishmovchiligi simptomlari astmatik holatda, total va subtotal zotiljamda va o'pka arteriyasining emboliyasida kuzatiladi. Bu holat shiddatli kechadi va o'limga olib keladi. O'pka arteriyasi emboliyasida kukrak ortidagi qattiq og'riqdan paydo bo'ladi, nafas siqish, quruq yo'tal, bosh, bo'yin, yelka sianozida yaqqol ko'rinadi. Yurak eshitilganda o'pka arteriyasi tepasidagi II ton aksenti, o'pkada quruq xushtaksimon xirillash eshitiladi.

Hamshira tashxisi: nafas siqish, quruq yo'tal, bosh va yelka sianozi, taxikardiya.

Tez yordam: astmatik statusda bronholitiklar (eufillin, ventolin, salbutamol, berotek aerezollar), kortikosteroidlar esa katta dozada, yurak glikozidlari: o'pka arteriyasi emboliyasida yoki jarroxlik yo'li - embolektomiya yordamida yoki konservativ yo'l - kateter orqali streptazlar, streptokinazlar, urokinazlar, streptodektazlar yuboriladi, ular embolni eritadi va tashqariga chiqishiga yordam beradi.

O'ng qorincha yetishmovchiligining asosiy klinik ko'rinishlari: taxikardiya, jigarining kattalashishi, bu chap qovurqa ostida og'irlik sezish bilan kechadi, davolashga moyil periferik shishishlar. Yurak tekshirilganda tomir urishining bo'g'iqligi, o'pka arteriyasida 2-ton aksenti aniqlanadi. Botkin soxasi va qilichsimon usimta asosida uch tabaqali klapan yetishmovchiligi oqibatidagi sistolik shovqin eshitiladi. Biroq o'pka arteriyasi klapani yetishmovchiligi bor ba'zi bemorlarda ikkinchi qovurqa orasida chap tomonidan Grexem-Still diastolik shovqini eshitiladi. Qon bosimi odatda, me'yorida yoki past yuradi. Qon harakati susayib, yurakda qon tuplanishi ko'zatilganda arterial gipertoniya simptomlari namoyon bo'ladi. Bir qator bemorlarda gipoksemiya, giperkapniyaning mavjudligi tufayli qonda gistamin singari moddalarning tuplanishi va gastroduodenal sistemada shilliq pardaning rezistentligining kamayishi natijasida oshqozon yarasi ko'zatiladi. O'pka-yurak yetishmovchiligining asosiy simptomlari o'pkada yalliqlanish jarayoni avj olishi bilan birga kichik qon aylanish doirasida gipertoniya vujudga kelishi bilan yaqqol ko'zga tashlanadi. O'pka-yurak yetishmovchiligi bilan og'rikan bemorlarda gipertermiyaga moyillik bo'lib, zotiljam xuruj qilmaganda ham kam holatlarda tana temperaturasi 37 °C dan yuqori bo'ladi. Terminal bosqichda shishlar ko'payib, jigar kattalashadi, oliguriya, markaziy asab sistemasi ishining bo'zilishi (bosh og'riqi, bosh aylanishi, boshda shovqin bo'lishi, uyquga moyillik, loqaydlik), paydo bo'ladi va bu gipoksemiya, giperkapniyaning ko'payishi va noishqoriy modda almashinuvi maxsulotlari tuplanishi bilan bog'liqdir.

Hamshira tashxisi: har xil darajadagi nafas siqishi, sianoz, taxikardiya, qul-oyoqlarning shishishi, tez charchash, bosh og'riqi, bosh aylanishi, uyqusizlik, loqaydlik.

Parvarish rejasi: bemorni Qo'shimcha tekshiruvlarga tayyorlash (kukrak qafasi rentgenoskopiyasi, EKG, tashqi nafas olish funksiyasi), biologik materiallarni (qon, siydik, balg'am), laboratoriya tekshiruviga tayyorlash enteral va paranteral tarzda dorilarni yuborish.

Rejani amaliyotga tatbiq etish. Yurak-qon tomir sistemasining umumiy holatini ko'zatish (puls, AqB, YuqS), nafas tezligi, oshqozon-ichak trakti funksiyasi: og'ir

bemorlarni ovqatlantirish, har bir ovqatlanishdan keyin oqiz bushliqini tozalash, ko'z, quloq, teri profilaktikasini utkazish, yotarjoy va kiyimlarni o'z vaqtida almashtirish, har bir xojatdan so'ng bemorni yuvintirish, xonani shamollatish, xonani muntazam dezinfeksiya vositalari bilan tozalash, bemorni rentgen va biologik tekshiruvlarga, EKG va tashqi nafas funksiyasini tekshirishga olib borish, tekshiruv uchun biologik materiallarni olish. qonda eritrositoz, gemoglobin miqdori oshganligi, EChTning soatiga 10-15 mm.gacha kamayganligi qayd etiladi. Yalliqlanish jarayoni xuruj qilganda leykositozning chap tomonga surilishi, shuningdek, α va β -globulinlarning ko'payishi, fibrinogenning, S-reaktiv oqsillarning ortishi ko'zatiladi. Kukrak qafasi rentgen qilinganda, ba'zi hollarda o'pka emfizemasi va diffo'zli pnevmoskleroz mavjudligi aniqlanadi. Yurak tekshirilganda o'ng qorincha gipertrofiyasi simptomlari ko'zatiladi. EKG da R-(R-pulmonale) o'tkir tishchali, II, III standart ulanishlarda va AVF da, kukrak ulanishlarida o'ng qorincha gipertrofiyasi (R baland tishchasi V-1-2da va chuqur-S tishcha) ekanligi qayd etiladi.

Davolash tamoyillari. O'pka-yurak yetishmovchiligi kompleks muolajasining asosiy tarkibiy qismi, bu avvalo, asosiy kasallikni davolashdir. O'pkada kuchli yalliqlanish jarayoni ketayotgan davrda antibakterial terapiya olib boriladi. Bronxospazm belgilarida bronholitiklar, glyukokortikoidlar tavsiya etiladi. Yopishqoq balg'am mavjud bo'lsa, balg'am kuchiruvchi vositalar tavsiya etiladi. Kichik qon aylanish doirasida qon bosimini tushirish uchun selektiv q-adrenoblokatorlar, kalsiy antagonistlari qullaniladi.

Miokardning yallig'lanish alomatlari

Miokardning yallig'lanish alomatlari - yurak mushaklarining yallig'lanishi kasalligi bo'lib, yuqumli, yuqumli-allergik yoki tabiatan yuqumli toksik xususiyatga ega bo'ladi. Miokarditning kelib chiqish sabablari virusli, bakterial infeksiyalar, yiringli-septik kasalliklar, bo'g'ma, ich terlama, brusellyoz, sil, toshmalı terlama kasalliklari bo'lishi mumkin.

Yuqumli-allergik miokarditning nospesifik guruxga ajratilib, uni qo'zqatuvchi streptokokk, stafilokokk mikroblari bodomsimon bezlarda, burun bushliqidagi usimtalarda, tishlarda joylashib oladi. Bu mikroorganizmlar spesifik mikrobli harakatni chaqirmasa-da, balki organizmning allergiyaga moslashishiga moyillik bildirib, miokarditning rivojlanishiga yordam beradi. Miokardit xomiladorlik toksikozida, nurlanish va kuyish davrlarida ham paydo bo'lishi mumkin.

Miokarditning klinik ko'rinishlari. Bemorlar umumiy darmonsizlik, subfebril harorat, tez charchash, jismoniy harakatdan so'ng nafas siqishi, ayrim hollarda

kechasi yurak soxasidagi og'irlik va noqulaylik, ba'zi hollarda anginoz tipidagi og'riq bo'lishidan shikoyat qiladilar. Bemorlar kurikdan utkazilganda ularda sianoz, belda va oyoqda shishish, kuk tomirlar (bosh va yo'zdan yurakka boradigan qon tomirlari)ning burtishi, sianoz bilan birga rangparlik aniqlanadi. Kasallik og'ir kechganda tomir urishi sustlashib, oraliqi qisqaradi.

Hamshira tashxisi: umumiy darmonsizlik, toliqish, nafas siqish, yurak soxasida og'riq, subfebril harorat.

Parvarish rejasi - Qo'shimcha instrumental va laboratoriya tekshiruvlari, davolash tamoyillari, dispanser ko'zatuvi.

Hamshiralik rejasini amalga oshirish: Parvarish - palatani doim shamollatib turish, tozalash, to'yingan kislorod berish, shaxsiy gigienani saqlashda va ovqatlantirishda yordam berish; tomir urishini, qon bosimini, yurak chastotalari soni, arterial qon bosimini nazorat qilish, umumiy axvolini ko'zatisht, bemorni biologik materiallar (qonning biokimyoviy va umumiy taxlili, qonda leykositoz, eozinofiliyalarning urtamiyonaligi aniqlanadi; EChTning ko'payishi, oqsil fraksiyalarining o'zgarishi, SRB va sial kislotasining ortishi, bemorni EKG va ExoKG, FKGga tayyorlash; shifokorning tavsiyalarini o'z vaqtida bajarish (dorilarni o'z vaqtida ichirish, tomchi dori va in'eksiyalarni o'z vaqtida yuborish).

Davolash tamoyillari: miokarditni davolash 3 tarkibiy qismdan iborat:

- 1) miokardit asosiy kasallik sifatida namoyon bulganda;
- 2) allergik tarkibiy qismlarning miokarditga ta'siri;
- 3) yurak-qon tomir etishmovchiligi va aritmiyani davolash.

O'tkir miokardit bilan og'riqan bemorlar kasallikning o'tkir davri tugagunga qadar qat'iy yotoq rejimida bo'lishi shart. Bu rejimni klinik va EKG xulosalari natijasiga qarab o'zgartirish tavsiya etiladi. Ovqatlanganda vitaminlar, ayniqsa, S vitamini yetarli bo'lishiga katta e'tibor berib, osh to'zi iste'molini kamaytirish zarur. Dori preparatlaridan antibiotiklar, salisilatlar, desensibillovchi vositalar (suprastin, loratadin va x.k.), kortikosteroidlar (prednizon, prednizolon) tavsiya etiladi. Yurak yetishmovchiligini davolashda yurak glikozidlari (strofantin, korglikon) qo'llaniladi. Kasallikning o'tkir jarayoni utib bulgandan so'ng aritmiyani extiyotlik bilan davolash zarur. Remissiya bosqichida dispanser nazorati yilda 1-2 marta utkaziladi. Otolarinolog va stomatolog nazorati yilda 1 marta; umumiy qon va siydik taxlili-yilda 2 marta; biokimyoviy taxlil, EKG, FKG yilda-1 marta.

Arterial gipertoniya simptomlari

Arterial gipertoniya simptomlari. Gipertoniya kasalligining asosiy belgisi arterial bosimning kutarilishi xisoblanadi. Butun dunyo soqliqni saqlash tashkilotining kardiologiya komiteti gipertoniya da sistolik bosimni 160 mm. s.u. va undan yuqori, diastolik bosim uchun 100 mm. s.u. dan yuqori bulgan holatini qabul qilgan. qon bosimining kutarilishi bir qator kasalliklarda ko'zatiladi; buyrak, endokrin sistemasining shikastlanishi, ateroskleroz, aorta koarktasiyasi, yirik tomirlarning torayishi va x.k. Bu gipertoniya asosiy simptomatik yoki kasallikdan kelib chiqqan ikkinchi xastalik xisoblanadi. Bu kasallik keng tarqalgan bo'lib, hamma yoshda uchrashi mumkin.

Gipertoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar: bu - asabiy zuriqishlar bilan bog'liq bulgan mexnat, ruxiy shikastlanish, ta'sirchan iztirob, xaddan ortiq zuriqish, ruxiy-asabiy charchoq, irsiy moyilliklardir.

Klinik ko'rinishi qon bosimi darajasi kutarilishi parenximatoz organlarning funksional holati, neyroendokrin sistemasi ishi, gemodinamika, qonning reologik xususiyatlari va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. qon bosimida ko'pincha qattiq bosh og'riqidan shikoyat qilinadi. Bu bosh og'riqi migrenga o'xshash bo'lib, uzoq davom etadi va qusish bilan yakunlanadi. Ba'zan bosh og'riqi tufayli ko'z oldi qoronqilashadi. Gipertoniyaning asosiy belgilari bosh aylanishi, quloq shanqillashi, yurak soxasida og'riq, tez charchash, jismoniy kuchsizlikdan iborat. Gipertoniya kasalligining asoratlari: gipertonik kriz, miokard infarkti, miya qon aylanishining bo'zilmesi, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi, ko'z tur pardasi qatlamining kuchishini qayd etish joiz.

Hamshira tashxisi: bosh og'riqi, bosh aylanishi, qayt qilish, yurakda og'riq, holsizlik, darmonsizlik, ko'z oldining qoronqilashishi.

Parvarish rejasi: bemorni ko'zatish va parvarish qilish, bemorni qo'shimcha instrumental va laboratoriya tekshiruvlariga tayyorlash, davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, boshqa mutaxassislarining maslaxatini tashkil qilish, dispanser ko'zatuvi, reabilitasiya tamoyillari.

Hamshiralik parvarish rejasini amalga oshirish. qon bosimi keskin oshganda, bemorni tinchlantirish, jismoniy va ruxiy tinch sharoit yaratish, gardanga gorchichnik quyish, palatani shamollatish, vaziyat taqozo qilsa, bemorni ovqatlantirish, shaxsiy gigiena qoidalarini bajarish; qon bosimini, tomir urishini, yurak qisqarishlar soni, bosh miya bosimini nazorat qilish; bemorni biokimyoviy, umumiy qon; siydik taxliliga, EKG, ExoKG, UZT tekshiruvlariga tayyorlash.

Davolash tamoyillari: qon bosimi bor bemor parhez qilishi va osh to'zini kuniga 4 gr.gacha iste'mol qilishlari tavsiya etiladi. Ortiqcha vaznlilar ozishi uchun haftada bir marta parhez qilinadigan kunlar utkazilishi kerak. Chekish va alkogol ichimliklar ichish mumkin emas. Gipertoniya xastaligining ilk bosqichlarida qon bosimini pasaytiruvchi, ya'ni sedativ dorilar tavsiya etiladi. Xozirgi kunda qon bosimini pasaytiruvchi vositalarning 3 xil turi keng tarqalgan: 1) asab sistemalarining simpatik nerv oxirlariga tormozlovchi ta'sir kursatadigan; 2) arteriolalarning tekis mushaklarini bushashtiruvchi; 3) saluretiklar.

Yurak mushaklari nekrozi sindromi

Yurak mushaklari nekrozi sindromi. Miokard infarkti yurak muskullarining nekrozi ishemik uchoqining avj olishi bilan harakterlanadi, klinik simptom komplekslarning paydo bo'lishi bilan organizmda moslashish reaksiyasi sodir bo'ladi, Bu esa asta-sekin gemodinamikaning bo'zishi va gomeostazning o'zgarishiga va dekompensasiyaga olib keladi.

Etiologiya: bemorlarning 97-98 foizida miokard infarktining kelib chiqishiga koronar arteriyalarning aterosklerozi sabab bo'ladi. Ba'zi hollarda Bu kasallikning kelib chiqishiga ishemik va nekroz miokardning ayrim joylarda rivojlanishi natijasida metabolik o'zgarishlar yo'z berib, oqibatda yurak tomirlarida (koronar) qon aylanishi bo'ziladi. Yurak tomirlarida qon aylanishining bo'zishi, birinchidan, koronar arteriyada ateroskleroza kuchayishi; ikkinchidan, ateroskleroza oqibatida koronar arteriyalarning trombozi (tomirlarda qonning tiqilma xosil bo'lish jarayoni) holatining qushilishi; uchinchidan, neyroqumoral faktorlarga bog'liq bo'ladi.

Klinik ko'rinish. Miokard infarktining asosiy klinik simptomi uning tipik kechishidagi (status anginosus) qattiq og'riq bilan namoyon bo'lib, kasallikning boshida boshlangan og'riq borgan sari zurayaveradi. Og'riq xuruji 86-95 % da tebranib turadi. Ko'pincha og'riq xurujining jadal rivojlanishi kurakda prekardial xududda: ba'zi hollarda og'riq kukrak qafasining hammasi joyida, kamdan-kam hollarda og'riqlarning atipik tarqalishi ko'zatiladi. Infarkt miokardining tipik ko'rinishida og'riq ikkala qulda yoki chap yelka, buyin, pastki jaq qismida paydo bo'ladi. Miokard infarktida og'riq xurujining harakterli tomoni shundaki, stenokardiya xurujidagi og'riqqa nisbatan juda kuchli bo'ladi va uzoq davom etadi. Og'riq har xil ko'rinishda: Buquvchi, siquvchi, jizillatuchi, achishtiruvchi va x.k. bo'lib, u nitrogliserin va boshqa tomir kengaytiruvchi dorilar yordamida bosilmaydi, balki narkotik analgetiklar, narkoz, neyroleptoanalgeziyalarni qullash talab etiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, teri qatlamining rangparligi, akrosianoz, keng ko'lamdagi miokard infarktida esa prekardial soxada ko'zga

ko'rinadigan darajadagi tomir urishi seziladi. Miokard infarktining birinchi kunida har xil turdagi ritmning bo'zilishi kuchli taxikardiya bilan birga ko'zatiladi. Birinchi kunning oxiri, ikkinchi kunning boshida tana haroratining 37-38°Sgacha kutarilishi ko'zatiladi. Bu kasallikning 30 foizini atipik holat tashkil etadi. U yoki bu simptomlarga bog'liq holda kasallikning quyidagi klinik formalari ajratiladi; 1) anginoz yoki og'riqli; 2) astmatik; 3) astralgik; 4) periferik; 5) serebral (apoplektik formali); 6) aritmik; 7) og'riqsiz; 8) simptomsiz.

Miokard infarktining laboratoriya kursatkichlari. Kasallikning 1-kuni so'nggida leykositoz $8 \cdot 10^{12}$ - $12 \cdot 10^{12}$ l, 3-kunida leykositozning pasayishi va EChTning kutarilishi -"qaychi" simptomi ko'zatiladi. Fermentlar tarkibining; kreatinkinazlar, laktatdehidrogenazlar, fibrinogenlar, S-reaktiv oqsillar, sial kislotasi, xlorda erib ketuvchi mukoproteinlar va x.k. ko'payadi.

Davolash tamoyillari: Yotoq rejimi, og'riq qoldiruvchi muolajalar, antikoagulyantlar, Ye vitamini, kaliy preparati, koronaroaktivlar.

Miokard infarktining asoratlari: 1) kardiogen shok; 2) O'tkir yurak yetishmovchiligi; 3) trombendokardit; 4) O'tkir miokard anevrizmi; 5) miokardning nekrozi va yurak tamponadasi; 6) ritm va utkazuvchanlikning Bo'zilishi; 7) Dressler sindromi; 8) ichak va qovuq atoniyasi; 9) oshqozondan qon ketishi; 10) ruxiy holatning buzilishi.

Surunkali qon aylanishi yetishmovchiligi sindromi. Bu kasallikni har qanday yurak-qon tomir kasalliklari keltirib chiqarishi mumkin. qon aylanishi yetishmovchiligining kechishiga kura ular 3 jarayonga bo'linadi:

1-jarayon sub'ektiv simptomlar bilan harakterlanadi: jismoniy zuriqishdan keyin nafas siqishi, tez charchash, kechga borib "poyabzal siqishi" simptomlari(oyoq shishlari xisobiga).

2-jarayon yo chap yoki o'ng qorinchadagi yetishmovchilik bilan harakterlanadi. Chap qorinchadagi etishmovchilikda bemorni jismoniy harakatdan so'ng nafas siqishi, taxikardiya, o'pka auskultasiya qilinganda quruq xirillashlar eshitiladi. O'ng qorinchadagi yetishmovchiligida esa katta qon aylanish doirasidagi susayish natijasida taxikardiya yo'zaga keladi. O'ng qovurqalar orasida og'riqlar, buyin venalarining burtib ketishi, jigarning kattalashishi va oyoqlarning shishishi, akrosianoz ko'zatiladi.

3-jarayonda boshqa a'zo va sistemalar funksiyalarida yetishmovchilik yo'zaga kelishi oqibatida distrofik o'zgarishlar o'ng va chap qorinchada yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bu bemorlar og'ir bemorlar

xisoblanib, ularni muntazam ravishda yurak glikozidlari va siydik xaydovchi dorilar bilan davolash tavsiya etiladi.

Hamshira tashxisi: qon aylanishi yetishmovchiligining qaysi bosqichi kechayotganiga qarab quyiladi. Ko'zatishtish va parvarish qilish rejasi, qo'shimcha tekshirish usullari, davolash tamoyillari, dispanser ko'rigi.

Parvarish rejasi: bemorni ko'zatishtish va parvarish qilish, bemorni Qo'shimcha instrumental va laboratoriya tekshiruvlariga tayyorlash, davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, boshqa mutaxassislarning maslaxatini tashkil qilish, dispanser ko'zatuvi, reabilitatsiya tamoyillari.

Revmatik yallig'lanish sindromi

Revmatik yallig'lanish sindromi. Revmatizm bu - yuqumli - allergik kasallik bo'lib, u ko'pincha yurak-qon tomir sistemasidagi biriktiruchi to'qimalarning yalliqlanib, zararlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Bu kasallik har qanday yoshda uchrashi va surunkali kechishi mumkin.

Etiologiya. Revmatizmning rivojlanishida streptokokklar (A-guruxiga mansub q-gemolitik streptokokk) birinchi o'rinni egallaydi. Ko'pincha streptokokk infeksiyasi burun - xalqum doirasini (angina, tonsillit, faringit) zararlaydi. Boshqa etiologik faktor, bu-revmatizmning suyak surushi, ya'ni nasldan naslga o'tishidir. Revmatizmning spesifik ko'rinishi, bu - allergiyaning sustlashgan ko'rinishidir. Auto-allergik jarayon koagulyatsiya sistemasining davomlilik bilan undan kinin va vazoaaktiv aminlarning (gistamin, serotonin) ajralishiga olib keladi, bu esa yalliqlanish uchoqida mikrosirkulyatsiyaning bo'zilishiga sabab bo'ladi, oqibatda fagositoz jarayoni tugallanmaydi.

Revmatizmning klinik ko'rinishlari. Revmatizmning klinik ko'rinishi xilma-xildir. Ularning 3 bosqichini alohida aytib utish maqsadga muvofiq bo'ladi:

1-bosqich organizmning streptokokk infeksiyasi bilan sensibilizatsiya holati yo'zaga keladi (kataral yoki lakunar angina, surunkali tonsillitdan so'ng) ning umumiy simptomlari, ya'ni loxaslik, ko'p terlash, artralgiya, bosh og'riqi, subfebrilitet bilan harakterlanadi, qonda streptokokk antigeni, antitela titrining ko'payishi bilan aniqlanishi mumkin.

2-bosqich giperergik reaksiyaning a'zolar klinik simptomatikasi bilan harakterlanadi: revmatik poliartrit, kardit, xoreya yoki ularning aralashgani. Klinik ko'rinishning rivojlanishi revmatizm kasalligining boshlanishi deb izoxlanadi. qonda ASL-0, ASG, ASK titrlarining oshishi aniqlanadi;

3-bosqich qaytalanuvchi yunalish, revmatik jarayonning qaytalanishi bilan harakterlanadi. U biriktiruvchi to'qimalar va, ayniqsa, zararlangan a'zolarida kechayotgan chuqur immunologik, yalliqlanish va distrofik jarayonlarni aks ettiradi.

Revmatizm kasalligining kechishiga qarab bir necha formalarga bo'linadi: **subklinik forma** - kasallikning boshlanishi va kechishi yashirin bo'ladi. Klinik ko'rinishi bosh og'riqi va ishtaxa yuqligi, bo'g'imlardagi og'riqlar bilan kechadi. Harorat subfebril, yurak toni susaygan, taxikardiya ham ko'zatilishi mumkin. Aniq tashxis faqat klapanlar porogi (nuqsoni) paydo bo'lganidan so'ng qo'yiladi.

O'tkir forma tusatdan boshlanib, bo'g'imlardagi kuchib yuruvchi og'riq va kardit (ko'pincha pankardit) ning rivojlanishi bilan ajralib turadi. EChTning oshishi, neytrofil surilish leykositoz, streptolizin -0, a-2 globulinlar titrlarining ko'payishi ko'zatiladi. EKG qilinganda T-tishchasining o'zgargani, A-V blokadaning 1-darajasi paydo bo'lib, ta'sirchanlik bo'zish mumkin.

Xuruj oldi formasi poli- yoki monosiklik kechishi mumkin. Ko'pincha bu holat 3 oydan 6 oygacha cho'ziladi. Bu jarayon ko'p hollarda kasallikning zurayishiga olib keladi. Revmatizmning klinik ko'rinishida kardit (endomiokardit), bosh omil sifatida namoyon bo'lib, ba'zi hollarda juda og'ir kechadi

O'tkir revmatizm giperpiretik formasi - kasallikning birinchi yoki ikkinchi xaftasining oxirida boshlanadi va yuqori -41-42 °S tana harorati bilan kechadi. Loxaslik holati kelib chiqib, alaxsirash. uyqusizlik, yurak urishi tez, titrash, tomir tortishib qolishi, tez-tez nafas olish va x.k. ko'zatiladi. Bu holda yurak-qon tomir sistemasining zararlanishi kam uchraydi. Periferik qonning chukindi namunalari, immunoglobulinlarning o'zgarishi revmatizm tashxisini tasdiqlaydi. Kasalning o'zluksiz qaytalanuvchi formasi kasallik avj olgan davrda zararlangan to'qimalarda ekssudativ tarkibiy qismlarning yalliqlanishi ko'rinishi bilan harakterlanadi. Diffuzli miokarditning paydo bo'lishi polisindromal klinik ko'rinishlarni belgilaydi, og'ir holatlarda-serozitlarning har xil turlari pankarditga qushilishi, o'pka vaskuliti ko'zatiladi. Bu esa o'z navbatida yurak yetishmovchiligi va tromboembolik asoratlarni keltirib chiqaradi.

Uzoq davom etadigan qaytalanuvchi forma ko'proq uchraydi. Bu paytda yurak klapanlari porogi kasalligi negizida qaytalanuvchi revmokardit kasalligi bilan og'riqan bemorlarda uchraydi. Revmakardit uzoq davom etadi, 6 oydan ko'p, torpid, asoratlarsiz va tuliq remissiyasiz. Revmatik perikardit, odatda, pankarditda ko'zatiladi. U quruq va ekssudativ bo'lishi mumkin. Bemorlar yurak soxasidagi og'riqdan, harakatlanayotganda nafas olishning tezlashishidan, og'riqning chap

yelka va qulga tarqalishidan shikoyat qiladilar. Ekssudativ perikarditda yurak chegaralari kengayadi, simillab og'rish keskin kuchayib, nafas olganda o'zgarmaydi. Yurak tonlari bo'g'iq, noaniq, perikardit ishqalanishning shovqini eshitiladi. Buyin vena qon tomirlari burtib ketgan. Venoz qon bosimi kutarilgan. **Ekstrakardial zararlanish** - bu formaga yurak soxasiga tegishli bo'lmagan bo'g'implarning zararlanishi bo'lib, o'nga simmetriklik, uchuvchanlik, yirik bo'g'implarning zararlanishi va ijobiy xotima topish xosdir. Yallig'lanishning hamma turlari kuzatiladi. Revmatizmda buyrakning zararlanish holati 80 %ni tashkil etadi. Ko'pincha u kichik buyrak sindromi shaklida kechadi (proteinuriya, mikrogematuriya) va ba'zi hollarda surunkali tus oladi.

Davolash tamoyillari: odatda, 3 bosqichli davolash qo'llaniladi:

- 1) kardiorevmatologik shifoxonada kasallikning aktiv davrini davolash;
- 2) bemorni poliklinika kardiorevmatologik kabinetlarida yoki shahar tashqarisidagi sanatoriyalarda reabilitasiya tadbirlarini utkazish bilan davolashni davom ettirish;
- 3) doimiy ko'p yillik dispanser ko'zatuvi va poliklinikada profilaktik davolash.

Oshqozon-ichak trakti kasalliklari sindromi. Oshqozon shilliq pardasining o'tkir yalliqlanishi simptomlari.

Oshqozon shilliq pardasi yallig'lanish sindromida xamshiralik jarayoni.

O'tkir oddiy gastrit - uning kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi: a) O'tkir ekzogen gastritning kelib chiqishiga sifatsiz oziq-ovqat maxsulotlarini, o'tkir alkogolli ichimliklar, achchiq, yoqli, uta qaynoq yoki uta sovuq ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, uta tuyib ovqatlanish (alimentar gastrit); b) ba'zan ko'p va uzoq vaqt davomida dori preparatlarini-salisilatlar, yod, brom, sulfanilamidlar va boshqalarni qabul qilish (dori gastriti); v) ba'zi yuqumli kasalliklar (qizamiq, qizilcha, difteriya, gripp, o'pka absessi) asoratlari sifatida (gematogen gastrit); g) ba'zi oziq-ovqat maxsulotlariga nisbatan allergik reaksiya (allergik gastrit).

Klinik ko'rinishi: odatda, parhez bo'zilganidan 6-12 soat utgandan so'ng umumiy darmonsizlik, oqizda badbo'y hid, epigastriyada og'riq va og'irlik, kekirish, ko'ngil aynash, yeyilgan ovqatni safro bilan birga qusish, tashnalik ko'zatiladi. Til oq karash bilan qoplangan. qorin dam bo'ladi. Epigastral soxani paypaslaganda og'riq seziladi. Tana harorati subfebril harakterda. Allergik gastrit juda tez boshlanib, og'ir kechishi mumkin, ba'zida dispepsik ko'rinishdagi umumiy intoksikasiya simptomlari: bosh og'riqi, bosh aylanishi, adinamiya ko'zatiladi. Ko'zaturav davomida teri rangining rangparligiga diqqatni qaratish lozim. Taxikardiya, gipotoniya, og'ir holatlarda yurak faoliyatining keskin susayishi ko'zatiladi. Chuqur paypaslab tekshirilganda, epigastriyada og'riq borligi aniqlanadi. Tana harorati normal yoki kutarilgan bo'lishi mumkin. Gastrit bilan og'rikan bemorlarning oshqozon tarkibi tekshirilgandagi, persekresiya va kislotalikning ko'payib ketishi, bu esa oshqozon sekretor funksiyalarining zuriqishiga olib keladi. Suyuqlikni ko'p yuqotish (qusish, ich ketish) natijasida qonda gemoglobin va eritrositlar miqdorining oshishi (qonning quyilishi)ga olib keladi.

Davolash tamoyillari:

- 1) oshqozonni (1:10000) kaliy permanganat iliq eritmasi yoki 0,5 %li natriy gidrokarbonat bilan yuvish;
- 2) oshqozon yuvib bulingandan so'ng to'zli ich suradigan vosita (20-30 g magniy sulfat yoki natriy sulfat eritmasi) ichiriladi;
- 3) yotib davolanish rejimi;
- 4) dastlabki ikki kunlikda och yotiladi;

- 5) organizm suvsizlanganda -teri ostiga 500-1000 ml izotonik eritmasini yuborish;
- 6) og'riqda -belladonna, atropin, papaverin;
- 7) kollapsda-kofein, kordiamin, noradrenalin.

Oshqozon shilliq pardasining surunkali yalliqlanish simptomlari- surunkali gastrit nospesifik surunkali yalliqlanish jarayoni har xil darajadagi atrofiyaning rivojlanishi bilan harakterlanadi. Bunda morfologik o'zgarishlar klinik ko'rinishlari va buzilishlari bilan, eng avvalo, oshqozon sekretor funksiyalari, shuningdek, motor va inkretor faoliyat darajasining buzilishi bilan birga qo'shilib ketadi.

Xozirgi surunkali gastrit klassifikatsiyasi 4 ta ya'ni: etiologik, morfologik, funksional va klinik har xil darajadagi o'z ichiga oladi.

1. Etiologik omillar

- 1) ekzogen gastritlar; a) ovqatlanish rejimining-ovqatlanish tartibi va ovqatlanishning sifati va miqdori uzoq vaqt davomida bo'zish; b) alkogoli ichimliklar va nikotinni iste'mol qilish; v) issiqlik kimyoviy va mexanik agentlar ta'siri; g) kasbiy zararlanishning ta'siri: ishqoriy buqlar va yoqli kislotalarning (sovun pishirish va margarin zavodlari), paxta, kumir, metall changi yutilishi, ziravorlar ko'p solingan pishmagan gushtni sistematik tarzda iste'mol qilish (konserva sanoati);
- 2) endogen gastrit: a) boshqa xastalangan a'zolar -ichak, ut pufagi, oshqozon osti bezlarining patologik reflektorlar ta'sirida.b) vegetativ asab sistemalari va endokrin a'zolari gipofiz, buyrak usti, qalqonsimon bezdagi bo'zilishlar bilan bog'liq bulgan gastrit-; v) gematogen gastrit (moda almashuvining bo'zilishi bilan bog'liq surunkali infeksiyalarda); g) gipoksemik gastrit (surunkali yurak yetishmovchiligida, pnevmosklerozda, o'pka emfizemasi, O'pka-yurak sindromida); d) allergik gastrit (allergik kasalliklarda)

2. Morfologik o'zgarishlariga ko'ra:

- 1) yo'zaki, ya'ni sirtqi gastrit;
- 2) bezlarni atrofiyasiz zararlovchi gastriti;
- 3) atrofik gastrit: a) urtacha; b) ifodali; v) epiteliy qayta o'zgargan ko'rinishi; g) atrofik-giperplastik gastrit;
- 4) antral gastrit

5) eroziv gastrit

3. Oshqozon sekretor funksiyasi bo'ziligiga ko'ra:

1) normal va yuqori sekresiyali gastrit

2) sekresiya yetishmovchiligi urtacha ifodalangan gastrit, (xlorid kislota konsentrasiyasining qo'zqatuvchi namunasi natijasida 20 titrasyon birlikdan pasayishi; pepsin konsentrasiyasining 2,5 dan 1 g% gacha kamayishi, mukoprotein konsentrasiyasining 23 % dan pastligi, gistaminga ijobiy reaksiya).

3) keskin sekresiya yetishmovchiligi mavjud gastrit (oshqozon suyuqligida xlorid kislotaning yuqligi, pepsin konsentrasiyasining 1 g% gacha pasayishi yoki umuman yuqligi, mukoproteinining yuqligi, gistaminorefrakter reaksiya).

4. Klinik kechish tamoyiliga ko'ra:

1) kompensasiyalangan gastrit (yoki remissiya fazasi): klinik simptomlarning mavjud emasligi, sekresiya funksiyalarining normal yoki sust ishlashi;

2) dekompensasiyalangan gastrit (avj olish, zurayish fazasi); klinik simptomlarning aniq ko'rinishi, muolaja yordamida davolash qiyin kechadi, keskin sekretor yetishmovchilik.

3) surunkali gastrit- sekretor funksiyasi saqlangan yoki kutarilgan. Gastritning Bu formasi ichkilik va tamakiga berilgan kishilarda ko'p uchraydi. Bemorlar jiqildon qaynashi, achchiq kekirishdan qiynalishadi, qayt qilishadi; Oshqozonda kuyib-achishish, Oshqozonda tosh turgandek og'irlik, kukrakostida og'irlik sezishadi, u odatda achchiq va o'tkir ta'mli ovqat iste'mol qilingandan 2-3 soat keyin boshlanadi. Ishtaxa doim saqlanib, goxida juda zur bo'ladi.

Hamshira tashxisi: jiqildon qaynashi, achchiq kekirish, ba'zida qusish, achishishni sezish, qon bosimi, epigastriyada og'irlik, qabziyat, serjaxllik, uyqu bo'zilishi, beqaror kayfiyat, tez charchash, qizil dermografizm, arterial gipotoniya, bradikardiya, sulak oqishi, Qo'shimcha tekshiruv usullari: rentgenologik tekshiruvda oshqozon burmalar qalinligi oshgani aniqlanadi, mushaklar tonusining ortishi, ichaklarning tulqinsimon harakatlanishi kuchaygani ko'zatiladi. Gastroskopiya qilinganda esa shilliq pardaning shishgani ko'rinadi.

Surunkali sekretor yetishmovchilik gastriti: ozod xlorid kislota va pepsin yetishmovchiligi, ya'ni axiliya klinik simptomlari ko'rinadi. Bu atrofik jarayonni aniqlash uchun gistamin bilan namuna olish kerak. Teri ostiga 0,5 mg gistamin yuborilganda, ozod xlorid kislotasi yuq bo'lsa, bu oshqozon bezlari nobud bulganligini kursatadi.

Birinchi planga dispepsik bo'zilishlar: havo aralash, ba'zida palaqda tuxum xidi keluvchi kekiriq, qayt qilish, kukrak ostida og'irlik sezish; oqiz bushliqidan noxush xid kelishi, ba'zida och qoringa qusish, ko'pincha ich ketishlar chiqadi. Xlorid kislotasining yetishmasligi surilishi bo'zilishiga olib kelib, temir tanqisligi anemiyasiga sabab bo'ladi. A, S, ayniqsa V gurux vitaminlarning surilishi bo'ziladi.

Hamshira tashxisi: havo aralash yoki palaqda tuxum xidi keluvchi kekiriq, ko'ngil aynashi, epigastrial soxada og'irlik sezish, oqizdan badbuy xid kelishi, och qoringa qusish, ich ketishi, Qo'shimcha tekshiruv usullari: rentgen qilinganda, oshqozon shilliq pardasi rel'efining tekisligi, yupqalashgani va zichlashgani ko'rinadi. Gastrokopiya: a) oshqozon shilliq pardasi kulrang tusga kirgan; b) oshqozon shilliq pardasi burmalari yuqolishi oqibatida yupqalashib, tekis bo'lib qolgan; v) qon tomirlari ko'rinib turadi; g) ba'zida joylarga qon quyilgan.

Davolash tamoyillari:

a) parxez (stol № 2)

b) axiliyada urnini bosuvchi terapiya (oshqozon suyuqligi yoki pepsinli xlorid kislota eritmasi, betasid);

v) teri ostiga vitamin V6, V12,S nikotin kislotasi(vitamin RR) yuborish;

g) davolovchi jismoniy tarbif (LFK);

e) sanatoriy va kurortlarda davolanish (Essentuki-17, Jeleznovodsk, Ijevsk mineral suv buloqi, Chinobod sanatoriyasi)

j) fizioterapiya muolajalari

Profilaktika:

1) jamoaviy (umumiy ovqatlanishni sanitar ko'zatuvi);

2) individual (ovqatlanish tartibi)

Oshqozon shilliq pardasi va 12-barmoqli ichak destruksiyasi sindromi. Yara kasalligi bu - surunkali qaytalanuvchi xastalik bo'lib, u tartibga soluvchi mexanizmlar (asab va gormonal), shuningdek, oshqozon ovqat xazm qilishining bo'zilishi oqibatida oshqozon va 12-barmoqli ichakda peptik yara paydo bo'lishidir. Yara kasalligi XX asrning eng keng tarqalgan xastaliklaridan biridir. Etiologiya: yara kasalligi kelib chiqishiga asos yaratuvchi etiologik faktorlarni 5 guruxga bo'lish mumkin:

1. oshqozonda ovqat xazm qilishning bo'zilishi va shilliq pardaning qarshilik kursatuvchi kuchining susayishi oqibatida yaraning paydo bo'lishiga olib keluvchi oshqozon va 12-barmoqli ichak funksional-morfologik o'zgarishlari bilan bog'liq;
2. Harakatdagi mexanizmlarning tartibi bo'zilishi-asab va gormonal (birinchi tomondan bosh miya qobiqi kortikal impulslar orqali oshqozonga ta'sir utkazadi, ikkinchi tomondan oshqozon mexano-, baro-, xemoreseptorlar orqali bosh miyaga oshqozondagi o'zgarishlar xaqida xabar beradi).
3. Konstitusional va naslga xos xususiyatlar.
4. Tashqi muxit ta'siri: ruxiy stresslar, jismoniy stress (kuyish, jaroxatlanish, ovqatlanish rejimi va ritmi bo'zilishi, chekish va boshqa etiologik faktorlar).
5. Yondosh kasalliklar va dori vositalari.

Xozirgi kunda ma'lum bulgan faktorlar ichida yara kasalligini keltirib chiqaruvchi omil bu-oshqozon va 12-barmoqli ichakdagi asab sistemasi tartibining Bo'zilishi, eng avvalo, trofik jarayonlarning (ya'ni asab trofiklari) kechishi asablar tomonidan boshqarilishining bo'zilishi ekanligi aniqlangan. Shu bilan birga bu a'zolarning funksional holatini aniqlovchi gumoral va endokrin mexanizmlarning bo'zilishida ruy beradi. Tajovo'zkor (peptik faktor, oshqozon va 12-barmoqli ichak motor-evakuator funksiyasining Bo'zilishi) va ximoya (shilliq pardaning sekresiyasi va bikarbonatlar, shilliq pardaning qon bilan ta'minlanishi, epiteliyning regenerasiyasi) faktorlar orasidagi munosabatning Bo'zilishi oxir-oqibatda destruktiv o'zgarishlar va yara paydo Bo'lishiga olib keladi.

Klinik ko'rinishi: bemorlar epigastral soxadagi og'riqdan shikoyat qiladilar; davriy og'riqlar - og'riq bir necha xafta davom etib, keyin butunlay yuqolishi ko'zatiladi; mavsumiy - baxor va kuzda xuruj qiladi; ritmiklik - oshqozonning tula yoki Bushligiga bog'liq; 12-barmoqli ichakning yara kasalligida - kechasi och qorinda og'riq turadi, unda ritm shunday Bo'ladi: ochlik -og'riq - ovqat iste'mol qilgach-og'riq yuqoladi. Ovqat tanavvul qilinganda og'riq yuqolib, oradan 1,5-4 soat utgach yana og'riq qaytalanadi. Og'riqning harakteri va intensivligi har xil bo'lishi mumkin: simillab, qattiq og'riq, xurujli og'riqlar bo'lishi ham mumkin. 12-barmoqli ichak yarasida og'riqning kasal joy yoki boshqa a'zolarga - orqa tomonga, kukrak qafasiga, qovurqalar ortiga tarqalishi ko'zatiladi.Og'riqlardan tashqari bemorlarni jiqildon qaynashi, ko'ngil aynashi, ovqatlangandan so'ng 1-4 soatdan keyin og'riqning zuridan qusish azoblaydi, ishtaxa normal yoki kutarinki Bo'ladi, lekin bemorlar og'riqdan qurqib, ovqatlanmaslikka harakat qiladi. Ko'zdan kechirish - epigastriyada giperpigmentasiya (grelkani tez-tez ishlatish

natijasida). Palpasiyada - epigastral soxada og'riq: Glinchikov, Opyanxovskiy, Boasa simptomlari musbat. Perkussiya-Mendel simptomining musbatligi.

Hamshira tashxisi: og'riq, ko'ngil aynashi, jiqildon qaynashi, qusish, nordon kekirish.

Laboratoriya kursatkichlari: gipersekresiya, giperasiditas. Bemor axlatida yashirin qon borligi reaksiyasining musbat.

Rentgenologik tekshiruv - "nishi" simptomi aniqlanadi.

Gastrofibroskopiya -yara aniqlanadi.

Asoratlari:

- 1) qon ketish;
- 2) perforasiya;
- 3) penetrasiya;
- 4) stenozi;
- 5) Malignizasiya.

Davolash tamoyillari: 1) 1-2 haftalik yotib davolanish rejimi; 2) parxez (stol № 1 va uning a va b variantlari); 3) antasidlar (natriy bikarbonat, kalsiy karbonat, karbonad angidrid va kuydirilgan magneziya, alyuminiy fosfat, alyuminiy uglekislotasi, almagel, vikalin); 4) antiholinergik modda (benzogeksoniy, gangleron, argenal, pirilen va b.); 5) sedativ preparatlar; 6) vitaminlar; 7) yaraga qarshi aralashmalar; 8) oksiferiskarbon; 9) simetidin, gastrofarm, 10) trixopol.

12-barmoqli ichakning surunkali yallig'lanish sindromi.

Surunkali duodenit. **Etiologiya:** surunkali duodenit-polietiologik kasallikdir. 12 barmoqli ichakning shilliq pardalarining yalliqlanishiga badxazm va achchiq ovqat, O'tkir alkogolli ichimliklarni iste'mol qilish; asabiy holatning doimiy ravishda uzoq bo'zilishi oqibatida xaddan tashqari asabiylashish va reflektor qorin bushliqining zararlanishi sabab bo'ladi. Ko'pincha surunkali duodenit oshqozon, jigar, o't qopi va yo'llari, ichaklardagi yalliqlanish bilan birga kechadi.

Klinik ko'rinishi: yaraga doir, gastritga doir, pankreatitga doir va aralash klinik formalariga bulinadi. Yaraga doir surunkali duodenitda bemorlar tundagi yoki qorin ochgandagi xurujsimon og'riqlar, to'ngi og'riqlardan shikoyat qilishadi, Bular ovqat iste'mol qilinishi bilan bog'liq bo'lib, ovqatlangandan so'ng og'riqlar

tuxtaydi, jiqildon qaynashi, nordon kekirish, qorinning dam bo'lishi holatlari paydo bo'ladi. Ko'ngil aynashi tez-tez, qusish esa kam ko'zatiladi. Holesistit va pankreatitga doir surunkali duodenit formasida ut pufagi va oshqozon osti bezlari funksiyasining bo'zilishida ko'zatiladi.

Ob'ektiv ko'ruv: til karashligi, piloroduodenal soxa paypaslanganda og'riq sezilishi, kasallik avj olganda - ozish, gipovitaminoz asoratlari ko'zatiladi.

Hamshira tashxisi: og'riqlar, nordon kekirish, ko'ngil aynashi, darmonsizlik, adinamiya, bosh og'riqi, vegetoasteniya.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: duodenofibroskopiya yalliqlanish, atrofiya, eroziya va shilliq osti gemorragiyalarni ko'rsatadi.

Rentgenologik tekshiruvda shilliq parda reliefi va ichak konturining o'zgarishi, evakuator-motor funksiyalarining bo'zilish simptomlari ko'rinadi.

Kasallikning kechishiga ko'ra-remissiya va zurayish fazasiga ajratiladi.

Asoratlari - yarali va eroziyalari formalarida qon ketishi.

Davolash tamoyillari: xuruj qilganda parhez № 1 tayinlanadi; sedativ preparatlar (natriy yoki kaliy bromid, valeriana, seduksen, trioksazin), spazmolitiklar (atofin sulfat, beladonna, platifillin gidrotartrat, spazmolitin, metasin, no-shpa), antasidlar (vikamin, natriy gidrokarbonat, kalsiy karbonat, almangel, fosfalyugel, Burje aralashmasi), 12-barmoqli ichak shilliq pardasi qarshiligini kuchaytiruvchi (nerobal, retabolil, metilurasil, DOKSA, likviriton, vitaminlar).

Surunkali ingichka ichak yallig'lanish sindiromi - surunkali enterit

Etiologiya: surunkali enterit xilma-xildir: ular 1) alimentar bo'zilishlar; palapartish ovqatlanish, alkogolizm 2) qurqoshin, simob, fosfor, mishyak birikmalari bilan surunkali zaharlanish, 3) dorilardan zararlanish; 4) oziq-ovqat allergiyasi; 5) parazitlar zararlanish; 6) radiasiyadan zararlanish; 7) tuqma enzimopatiyalar zararlanishi.

Klinik ko'rinishi: u har xil ko'rinishdagi simptomlar bilan harakterlanadi. Og'riqlar doim bulmay, simillab yoki spastik harakterda, kindik atrofida tuxtaydi, aynan qorin barmoq bilan tekshirilganda unda og'riq seziladi (birmuncha chapda, kindik tepasida Porges simptomi), qatqorinning ingichka ichagida og'riq (Shternberg simptomi). Tananing silkinishi, harakat qilishidagi og'riq perivisserit simptomlari bo'lishi mumkin.

Surunkali enterit asosan ko'p hollarda; 1) enteral dispepsiya sindromi; 2) enteral koprologik sindrom; 3) surilish yetishmovchiligi sindromi, Bu poligipovitaminoz, anemiya, shuningdek, har xil ichki organlarda distrofik o'zgarishlar oqibatida sodir bo'ladi.

1. Enteral dispepsiya sindromi dispepsik shikoyatlar: ichaklarda og'irlik xis qilish, qorin shishishi va dam bo'lishi, qorin quldirashi, , Bu ichakda ovqat xazm qilish va surilish qorindan ovoz chiqishi paytida, ichak ichidagi axlat chiqib ketishi sekinlashuvi oqibatida sodir bo'ladi. Enteritning og'ir holatida ovqatdan so'ng demping sindromini eslatuvchi holat paydo bo'ladi.

2. Enteral koprologik sindrom: tez-tez (sutkada 15-20 martagacha) butqasimon, xazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari bor, lekin shilimshiqlar ko'rinmaydi, ko'pincha qulansa, xidli, ko'pikli ko'rinishda ich keladi. Unga polifekaliya harakterlidir: axlatning umumiy miqdori sutkada 1,5-2,0 kg. gacha yetishi mumkin.

3. Surilish yetishmovchiligi sindromi bemorning ozib ketishi (og'ir hollarda kaxeksiyagacha) ko'zatiladi, umumiy holsizlik, darmonsizlik, ishlash qobiliyatining pasayishi aks etadi.

Laboratoriya tekshiruvlaridan gipoproteinemiya, gipoholesterinemiya, anemiya: temir tanqisligi (temir surilishining bo'zilishi oqibatida) yoki V-12 ning yetishmasligi anemiyasi; qonda rang kursatkichi normal bulgan aralash anemiya ko'rinishda aniqlanadi.

Kam hollarda gipovitaminoz holati: terining quruqligi, angulyar stomatit, soch tukilishi, tirnoqlarning sinuvchanligi, polinevrit, "shapkurlik" ko'zatiladi. Enteritning og'ir ko'rinishida yurak muskullari, jigar, buyrak va boshqa a'zolarida distrofik o'zgarishlar ko'zatiladi.

Hamshira tashxisi: ich ketish, ko'p ich ketish, ko'ngil aynashi, qorin soxasida og'riqlar, meteorizm, terining quruqligi, tirnoqlarning sinuvchanligi, soch tukilishi va x.k.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: laborator (qon, axlat), instrumental-rentgenologik: bariyli suyuqlikning ingichka ichakdan tez utib ketishi, ba'zida shilliq pardaning shishib yuqonlashgan burmalari; og'ir hollarda atrofiya jarayonlari ta'sirida ularning silliqanishi ko'zatiladi.

Davolash tamoyillari: № 4-4a parxez stoli tavsiya qilinadi, remissiyaning kengaygan va avj olgan bosqichida esa uta kuchli parxez qilinadi. Ovqat rasioni oqsillar miqdoriga yetarlicha boy bo'lishi kerak (130-150 g). qiyin eriydigan mol yoqlari ta'qiqlanadi, xuruj davrida yoqlar miqdori vaqtincha 60-70 g gacha

kamaytiriladi. Kundo'zgi rasionda uglevodlar miqdori 400-450 g gacha, lekin klechatka miqdori ko'p bulgan maxsulotlarni chegaralash lozim. Disbakteriozni bartaraf etish uchun eubiotiklar: kolibakterin, bifi-2 dumbakterin, bifikol, xilak-forde tavsiya etiladi. Enterit avj olganda: intestopan, meksaform, meksaza, xazm qildiruvchi ferment preparatlar: abomin, panzinorm, festal va x.k. tavsiya etiladi.

Yo`g`on ichakning yallig`lanish sindromi

Yo`g`on ichakning yallig`lanish sindromi - surunkali kolit, ovqat xazm qilish organlarining ko'p uchraydigan kasalligidir.

Etiologiyasi juda xilma-xil. Etiologiya tamoyiliga ko'ra; 1) yuqumli kolitlar, ularni ichak infeksiyalari (salmonellalar, ba'zida sil mikobakteriyalari) chaqiradi.

- 2) kasallik qo'zg'atuvchi zamburug'lar koliti (kam uchraydi);
- 3) protozoy kolitlar, amebiaz qo'zqatuvchilari tufayli paydo bo'ladi;
- 4) parazitlar kolitlar (gelmintoz);
- 5) "alimantar" kolitlar, ovqatlanish rejimini va kundalik parxez ovqatlanishni qupol bo'zish oqibatida yo'zaga keladi;
- 6) "yondosh" kolitlar, ular surunkali axilik gastrit, pankreatit va x.k. bilan birga kechadi;
- 7) toksik kolitlar, ekzogen intoksikasiyaning uzoq kechishidan paydo bo'ladi;
- 8) allergik kolit, u ovqat allergiyasidan kelib chiqadi;
- 9) yuqon ichak devorlarining mexanik qo'zqatilishi oqibatida (ich qotish, koprostazlar, o'sma tufayli ovqat utishi torayishida, bushashtiruvchi xuqna (klizma)larning ko'p qilinishida) kelib chiqqan kolitlar;
- 10) medikamentoz kolitlar - norasional va vrach tavsiyasisiz antibiotik dorilar qabul qilish, disbakteriozning rivojlanishi.

Klinik ko'rinishi: asosiy sabablardan biri bu ich ketishning o'zgarishi: ich ketishi kuniga 2-3 martadan 10-15 martagacha yoki ich qotish. Ichakning yetarli darajada bushamaganligi, kam miqdorda bo'tqasimon yoki suyuq shilimshiqli axlatning ajrashi ichakning tuliq bushashiga xalaqit beradi.

Surunkali kolitning tez-tez uchraydigan simptomlari, bu qorindagi simillab og'rish bo'lib, ko'pincha qorinning yon va pastki qismlariga tarqalmaydi, balki ovqat iste'mol qilingandan so'ng va xojatdan oldin og'riq kuchayadi.

Proktit (tuqri ichakning yalliqlanishi) avj olganda og'riqli tenezmalar paydo bo'lib, defekasiyadan so'ng ham og'riq saqlanib turishi mumkin. Og'riq tozalovchi klizma paytida paydo bo'lib, issiq qilinganda (grelka, kompress), holino va spazmatiklar qabul qilinganda tuxtaydi. Bemorlarning umumiy holati unchalik yomonlashmaydi, lekin holsizlik, umumiy darmonsizlik, ishlash qobiliyatining pasayishi, astenonevrotik sindrom (serjallik, yiqloqilik, yomon uyqu va x.k.) bo'lishi mumkin.

Og'ir kolitning uzoq davom etishi bemorning ozishiga sabab bo'ladi. Palpasiya qilinganda, yuqon ichak proeksichsida og'riq, taranglik, tortishgan joylar aniqlanadi. Koprologik tekshiruvlarda: ko'p miqdordagi shilliq, leykositlar, ba'zida eritrositlar chiqadi.

Kolonoskopiya juda katta ma'lumot beradi, Bu esa yuqon ichakning shilliq pardasini va uning harakterini, morfologik o'zgarish darajasini, eroziya va yaralarni aniqlashga yordam beradi, qon taxlil qilinganda: urtacha leykositoz, EChTning tezlashishi.

Davolash tamoyillari: kasallik xuruji davrida tez-tez va oz-ozdan Bo'lib ovqatlanish (sutkasiga 4-6 marta), parxez (mexanik ayovchi), yetarli darajada oqsilga boy (100-120 g), oson xazm bo'ladigan o'simlik yog'lari (100-120 g) va uglevodlar (400 g atrofida).

Dori-darmonli muolaja: a) antibiotiklar-tetrasiklin guruxi: levomisetin; b) sulgin, ftalazol terapevtik dozada; v) enteroseptol; g) bifikol; d) aloe ekstrakti, pelloidin; ye) autogemoterapiya; j) vitaminoterapiya.

Ich surganda: Burishtiruvchi va urab oluvchi: tanalbin, tansal, vismut nitrat asosi, oq gil (tuproq), damlamalar - ilon utning ildizi, krovoxlebka qaynatmasi (1 kunda 1 osh qoshiqda 3-6 marta), na'matak damlamasi yoki qaynatmasi, cheremuxa (shumurt-oq, xushBuy gulli daraxt yoki Buta), chernika, olxa quddasi, zveroboy uti (qizilpoycha) va b.

Meteorizmnda: a) aktivlangan kumir (0,5 g, kuniga 3-4 marta); b) yalpiz damlamasi (5,0-200,0 gr. 1 osh qoshiqda kuniga bir necha marta); v) moychechak (romashka) guli (10,0-200,0 g 1-2 osh qoshiqda kuniga bir necha marta).

Ich ketganda: a) ovqat rasioniga biriktiruvchi to'qimalarga boy maxsulotlar (poliz ekinlari, mevalar, asosan artilgan yoki qaynatilgan holda) kiritiladi; b) LFK, qorin massaji; v) spazmolitiklar; g) Bushashtiruvchi vositalar (purgen, it shumurt preparati, vazelin yoqi); d) fizioterapevtik muolajalar (ichakni tozalash, balchiqli applikasiya, diatermiya); ye) sanator-kurort davo.

Oshqozon osti bezlarining surunkali yalliqlanish sindromi –

surunkali pankreatit.

Etiologiya: 1) O'tkir uzoq cho'zilgan pankreatit; 2) ovqatlanish tartibining bo'zilishi, yoqli, achchiq, hamirli taomlarni ko'p ist'emol qilish; 3) surunkali alkogolizm, ayniqsa ovqatda oqsil va vitaminlarning doimiy yetishmasligi; 4) semirish; 5) surunkali holesistit, ut pufagi toshi kasalligi; 7) surunkali qon aylanishining bo'zilishi; 8) oshqozon osti bezi tomirlarining aterosklerozi; 9) yuqumli kasalliklar (ich terlama, qorin tifi, virusli gepatit); 10) ba'zi gelmintozlar; 11) qurg'oshin, simob, fosfor, margimushlardan surunkali zaharlanish; 12) allergik holatlar.

Klinik ko'rinishi: surunkali pankreatit xilma-xil Bo'lib, ko'p hollarda quyidagi belgilar bilan kechadi:

- 1) epigastral soxada (yoki) chap qovurqa osti soxasida og'riq;
- 2) har xil dispepsik ko'rinishlar (ko'ngil aynash, qayt qilganda ham axvol yengillashmasligi, ich ketish bilan almashib turuvchi qabziyat, meteorizm va x.k.);
- 3) pankreatogen deb nomlangan ich ketishi;
- 4) ozish (tana og'irligining kamayishi);
- 5) qandli diabetning qushilishi.

Dispepsik simptomlar: ishtaxa yuqolishi, ko'ngil aynash, qusish, yoqli ovqatni ko'ngil tusamasligi, gipersalivasiya, kekirish, kuchli ochlik, tashnalik, oshqozonda quldurash, meteorizm, ich ketish. Oshqozon osti bezlarida tashqi sekresiya funksiyasining bo'zilishi xisobiga ozish simptomlari sodir bo'ladi. Axlat yoqli, u tekshirilganda: steatoreya, kreatoreya, amiloreya; xuruj vaqtida tana harorati subfebril.

Hamshira tashxisi: og'riq, ko'ngil aynash, qusish, kekirish, meteorizm va x.k.

Laboratoriya tekshiruv usullari: leykositoz, EChTning ortishi, qon va siydikda diastazaning ko'p miqdordaligi, giperglikemiya, glikozuriya.

Surunkali pankreatit formalari:

- 1) qaytalanib turuvchi;
- 2) og'riqli;
- 3) soxta usmali (sariq kasal);

4) sklerotik;

5) yashirin.

Jigar va o't yo'llari kasalliklari sindromi

Sariqlik simptomlari jigar kasalliklari patologiyasida asosiy o'rinlardan birini egallaydi. U teri va shilliq pardaning sariq rangga kirishi va qonda safroning bilirubin pigmentlari va modda almashinuvining ortiqcha tuplanishi bilan namoyon bo'ladi. Sariqlik odatda, ko'zning oq pardasi, tilning pastki tomoni, tanglayning sariq tusga kirishidan aniqlanadi. Keyin yo'z terisi, oqiz va burun atrofi, qul va oyoq kaftlari va nixoyat, terining butunlay hamma qismi sarqayadi. Shuni aytib utish kerakki, bilirubin har xil to'qimalarni notekis bo'yaydi. Sariqlik terining olovrang-sariq rangda bo'lishi terida bilirubin tuplanib qolganidan darak berib, bu holat kasallikning boshlanish davriga xosdir. Uzoq davom etgan sariqlikda terining rangi yashil-sariq rangda bo'lib. Bu bilirubinning oksidlanishi natijasida - biliverdin moddasining tuplanib qolganidan darak beradi. Agar sariqlik juda uzoq davom etsa, unda teri qoramtir-oltinrangga kiradi.

Sariqlikning asosiy sabablaridan biri, bu-pigmentlar almashinuvining bo'zilishidir.

Sariqlik jigar usti (gemolitik), jigarda va jigar osti (mexanik) turlari bo'lishi mumkin. Jigar usti sariqligi: qonda ozod bilirubinning ko'p miqdordaligi-tuqri bo'lmagan Van-Den-Berg reaksiyasi; duodenal tarkib bir tekis buyalgan; axlat gipoholik, siydikda urobilinogen.

Jigar sariqligi: qonda boqlangan bilirubin miqdorining ko'pligi- tuqri bo'lmagan, sekinlashgan van-den-Berg reaksiyasi; duodenal tarkib sust buyalgan; siydikda bilirubin va urobilinogen.

Jigar osti sariqligi (holemiya sindromi): qonda ko'p miqdordagi boqlangan bilirubin-tuqri bulgan shiddatli van-den-Berg reaksiyasi; axlat aholitik, siydikda bilirubin.

Davolash tamoyillari: asosiy kasallikni davolash.

Portal gipertoniya sindromi: ko'pincha qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi vena gipertoniyasi bilan birga kechadi. Portal gipertoniyaning zurayishida etiologik faktorlar-portal sirroz, virusli gepatit, portal fibrozli surunkali gepatit, biliar sirroz, karsinoma metastazalari, polikistoz, portal yoki taloq venasi trombozi, surunkali yurak zararlanishi va x.k. sababchi bo'ladi.

Klinik ko'rinishi: yuqori portokaval anastomoz ko'p uchraydigan simptomlardan qonli qusish yoki qizilo'ngachdan qon ketishi xisoblanadi.

Jigar sirrozida doim jigar xujayralari zararlanishi va portal gipertenziya oqibatida assit rivojlanadi, Bu kapillyar utkazuvchanligi oshishi, qorin bushliqida assitik suyuqlik tuplanishiga sabab bo'ladi. Bunda qorin dam bo'lishi (meteorizm), shishish alomati, qabziyat ko'zatiladi. Buning oqibatida anastomozning urta portkoval turi rivojlanib, "medo'za boshi" simptomi-qorinning old devori terisi ostidagi venalarida ko'zatiladi. qorin Bushliqidagi suyuqlik 50-60 l gacha yetishi mumkin.

Hamshira tashxisi: qon ketishi, assit, meteorizm.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: kindik venasini Buj yordamida tekshirish; ajralib turuvchi rangli moddalarni yuborish orqali teri osti va jigar osti portografiyasi.

Davolash tamoyillari: palliativ jarroxlik aralashuvi va simptomatik davolash, shuningdek, asosiy kasallikni davolash.Og'riqli sindrom: jigar va ut xaydovchi yullar kasalliklarida bir qancha og'riqli nuqta va zona ajratiladi: chap va o'ng tomonlarni ham tekshirish zarur.

1) pufakli nuqta (Ker simptomi) qovurqa aylanasi va qorin mushaklarining tuqri kesishish nuqtasi tashqi chegarasining;

2) Merfi simptomi-ut pufagi ustiga barmoq quyilib, nafas olish suraladi, nafas chiqarayotganda barmoq qovurqa ostiga botiriladi va nafas olayotganda og'riq seziladi;

3) Vasilenko simptomi - bemordan qorinni shishirish suraladi, qovurqaostiga urib quyiladi-holesistitda og'riq seziladi.

4) epigastral nuqta;

5) holedoxo-pankreatit xudud (zona)-kindik chiziqi va qorinning oq chiziqi orasida xosil bulgan burchak bissektrisasi buylab 3-4 sm;

6) Frenikus simptomi - harakatlanuvchi mushaklarning pastki qismini barmoq bilan paypaslaganda, holesistitda o'ng tomonda og'riq seziladi;

7) kurak suyagi xududi - holesistitda o'ng kurakning pastki qismida og'riq seziladi;

8) Ortner simptomi – qo'l kafti qirrasi bilan qovurqa osti urib kuruladi. Og'riqli sindrom dispeptik simptomlar bilan bo'lishi mumkin: ko'ngil aynash, qusish, safro, meteorizm.

Hamshira tashxisi: og'riq, ko'ngil aynash, qusish, meteorizm.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: rentgenologik usul, O'ZI, duodenal zond yuttirish, qonni tekshirish.

Jigar parenximasining surunkali yallig'lanish sindromi.

Parenxima-biriktiruvchi to'qimali stroma va kapsula bilan chegaralangan ichki organlarning ishlab turgan o'ziga xos asosiy elementlari (mas., jigar, buyrak, o'pka epiteliyasi va b.)

Etiologiya: surunkali gepatitning asosiy sabablaridan bulgan o'tkir virusli gepatitning avj olishiga toksik, toksik-allergik omil, alkogol, oshqozon-ichak trakti, ut pufagi kasalliklari sabab bo'ladi. Surunkali gepatitning rivojlanishida yuqumli leptospiroz, Q-lixoradka, yuqumli mononukleoz, bezgak kasalliklari ham sabab bo'lishi xaqida ma'lumotlar bor.

Surunkali gepatitning klassifikatsiyasi: 1) virusli; 2) toksik ; 3) toksik-allergik; 4) alkogolli; 5) nospesifik reaktiv; 6) ikkilamchi surunkali biliar gepatitning jigar tashqarisidagi holestozi.

Klinik faktorlar buyicha; 1) surunkali aktiv gepatit; 2) lyupoid (aktivlashgan tajovo'zli-autoimmun); 3) sust kechuvchi (bezarar yoki persistik); 4) surunkali holestatik gepatit. qaytalanuvchi (agressi urtacha aktivlik bilan) surunkali gepatit: kam hollarda gepatitning o'tkir formasidan jigar sirrozining erta rivojlangan qaytalanib turuvchi formasiga utishi ko'zatiladi.

Surunkali gepatitning bu formasi kasallikning qaytalanishi -residiv va vaqtincha zaiflashuvi-remissiya bosqichlari bilan kechadi. qaytalanish darajasi har xil, ko'pincha 1-2 yil davomida kasallanish 10 martagacha yo'z beradi. Residiv simptomlari, odatda, tana haroratining kutarilishi bilan boshlanadi. Klinik simptomlari esa, odatda, o'tkir formani qaytaradi: talvasaga tushish, umumiy holatning yomonlashishi, ko'p hollarda ishtaxaning yuqolishi, sariq kasalining yangidan paydo bo'lishi, jigarning kattalashishi va funksional kursatgichlarning yomonlashishi ko'zatiladi. Kasallikning tez-tez qaytalanishi jigarparenximasining sezilarli darajada o'zgarishiga olib keladi, u kattalashadi, qalinlashadi, chetlari o'tkirlashib, taloq kattalashadi, bemor tana og'irligini yuqotadi, jigarning funksional kursatgichlari keskin o'zgaradi va bemorda jigar sirrozining klinik va morfologik ko'rinishi paydo bo'ladi.

Surunkali tajovo'zli gepatit oqibatida boshqa organlarning zararlanishi ko'p uchraydi. Bir vaqtning o'zida jigar va ut xaydovchi yullari zararlanishi (ut yullari diskineziyasi) ham mumkin. Bu gepatit oshqozon osti bezlari faoliyatining bo'zilishi- kukrak qafasini urab oluvchi og'riq, qon zardobida amilazaning

ko'payishi, steatoreya, kreatoreya, amiloreya va ba'zida qon zardobida tripsin aktivligining o'zgarishi bilan birga kechadi. Buyrakning zararlanishi 7-45 % ni tashkil qiladi. Ba'zi bemorlarda siydik tarkibi o'zgarishi ko'zatiladi: oqsillar kam miqdorda, gematuriya va silindruriya (siydikning yetarlicha quyuq bo'lishiga qaramay). Buyrakning filtrasion va reabsorbsion funksiyalarining endogen kreatinin buyicha bir tekis pasayishi ko'zatiladi.

Lyupoid gepatit. Ko'pchilik tadqiqotchilar fikriga kura, Bu kasallikda autoimmun jarayonlari tufayli jigar xujayralari zararlanadi, Bunda zararlovchi agentlar har xil turdagi virusli gepatitlar bo'lishi mumkin. Lyupoid gepatit quyidagi alomatlar bilan harakterlanadi. 1)gammaglobulinemiya; 2) qonda antitelalar mavjudligi, LE-faktor bilan birga; 3) jigarning limfoid infiltrasiyasi;4) kortikosteroidlar bilan davolash yaxshi samara beradi; 5) gepatitning boshqa autoimmun kasalliklar bilan kechishi.

Klinik ko'rinishi: kasallik ko'pincha yosh ayollarda ko'zatiladi (21 yoshgacha-60 %, 40 yoshgacha-6 %).

Kasallikning boshlanishi o'tkir bo'lib, u yuqumli gepatitni eslatadi yoki simptomlari yetarlicha bo'lmaydi. Bu kasallikning yaqqol ko'rinishi yoki avj olishi xomiladorlik yoki tuqish davrida, shuningdek, jarroxlik operasiasidan keyin, dorilarni qabul qila olmaslikda va x.kda ko'zatiladi. Bemorlar tekshirilganda, ular odatda yaxshi jismoniy rivojlangan bo'lib ko'rinadilar.

- 1) uning doimiy simptomlaridan sariq kasalligi, ba'zida u vaqti-vaqti bilan seziluvchi va kuchayib boruvchi harakterga ega bo'ladi, m-n, xayz kurish davrida;
- 2) hamma bemorlarda tana haroratining davriy kutarilib turadi;
- 3) doim yuldo'zsimon tomirlar ko'rinadi, ba'zida daqal xusnBo'zarlar, har xil teri toshmalari, erkaklarda-ginekomastiya;
- 4) jigar va taloq kattalashgan;
- 5) portal gipertoniya simptomlari- "medo'za boshi", bavoasil (gemorroiy), assit va qon ketishi kasallikning og'ir bosqichida aniqlanadi.

Hamshira tashxisi: sariq kasalligi, gipertermiya, gepato- va splenomegaliya, yuldo'zsimon tomirlar, assit, meteorizm va b.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: periferik qonda LE-xujayralari aniqlanadi, giperbilirubinemiya (tuqri reaksiyada), transaminazalar aktivligining kuchayishi, albuminlarning bir tekis pasayishi va gamma-globulinlarning keskin kutarilishi, chukma reaksiyalarning musbatligi.

Surunkali aktiv gepatitni davolash prinsiplari: 1) rejim: jismoniy va ruxiy tinch holat. Kasallikning boshlanish davri bo'lsa, jismoniy va ruxiy toliqadigan ish qilmaslik. Kun urtasida qisqa muddatli dam olish. Kasallik xuruj qilsa, yotib davolanish. Bu vaqtda jarroxlik operasialari va emlashlarga faqat vrach nazorati ostida ruxsat beriladi.

2) parxez stoli № 5 Pevzner buyicha: yoqli go'sht va baliq, achchiq gazaklar, qovurilgan taomlar, to'zlangan va dudlangan maxsulotlar yeyish mumkin emas. Ovqatlanish kuniga 4-5 maxal bo'lishi kerak;

3) medikamentoz, ya'ni dorilar bilan davolash: 1 gurux-jigar xujayralari almashinuvini yaxshilovchi dorilar; 2 gurux-shamollashga qarshi va immunodepressiv ta'sir ko'rsatuvchi preparatlar;

4) jigar xujayralarining almashiuvini yaxshilovchi preparatlar (gepatoprotektorlar):- vitaminlar: V-1 (tiamin) 0,01-0,02 ml kuniga 3 marta; teri ostiga-tiamin xloridning 5% li eritmasi 1 ml.dan yoki tiamin bromidning 6 % eritmasi 1ml. Davolash kursi: 20-30 in'eksiya - vitamin V-6 (piridoksin) 0,025 g/sutkada, teri ostiga 1 ml.dan 50 %li, 20-30 ta in'eksiya; - vitamin 12 va folat kislota (5 mg dan kuniga 3 maxal): teri ostiga sianobolamin 100 mkg (0,01 % li eritma 1 ml dan), 20-50 ta in'eksiya;- vitamin S-300-500 mg yoki teri ostiga 5 %li eritma 1 ml dan, 20-30 dona;- kokarboksilaza (tiamin-pirofosfat) 50-150 mg/sutkada kurs 15-30 dona;-lipoevaya kislota (lipamid) rer os ovqatdan so'ng 1-2 ta tabletkadan 3-4 maxal, 0,025 g li 30-60 kun ichiladi. qayta davolanish kursi 1 yilda 2-3 marta; vena tomiriga 4-10 mg/sutkada, Bu faqat jigar xujayralarining keskin yetishmovchiligida qo'llaniladi;- essensiale ampula 5 ml dan venaga yuboriladi. 10 ml li ampulasi venaga tomchilatib glyukoza eritmasi yoki bemorning qoni bilan birga yuboriladi. Kuniga 3-6 kapsuladan: 30-45 kun.

-aminokislotalar va gidrolizat oqsillar: glyutamin kislota 0,25 g dan kuniga 1-1,5 g; gidrolizin (L-103), gidrolizat kozein, aminopeptid, aminokrovin venaga tomchilatib 250-300-450-500 ml dan

3. 2) shamollashga qarshi va immunodepressiv vositalar (glyukokortikoid gormonlar, delogil, plakvinil va b. immunodepresantlar-azatioprin).

Levamizol (dekaris)-nospesifik immunomodulyator, bo'g'iq fagosit va limfositlar funksiyalarini normal holatga kelgunicha qayta tiklovchi immunostimullik xususiyatiga ega. Levamizol tabletkada ko'rinishida 50 yoki 150 mg dan ishlab chiqariladi. U har xil sxemada qo'llaniladi: 1) 150 mg/s dan xaftada 3 kun; 2) 150 mg/s dan kunora; 3) 150 mg/s dan xaftada 1 marta. quvvatlovchi doza xaftasiga 100-50 mg dan. Davolash kursi davomiyligi 1 oydan 1 yilgacha.

Dispanserizasiya. Surunkali aktiv gepatit bilan og'riqan bemorlar dispanser nazoratida bo'lishlari kerak, unda bemorning jismoniy va emosional zuriqishlarini nazorat qilish va kasallikning klinik formasini ishlab chiqarish faoliyatini xisobga olgan holda ishga joylashtirish, preparatlar bilan davolash kurslari 1 yilda 2-3 marta tavsiya qilinadi. Bemorni nazorat qilish va laboratoriya tekshiruvidan utkazish har 3-4 oyda, immunodepressiya terapiyaning qullanishida esa oyda 1-2 marta.

Surunkali persistik (bezarar) gepatit. Bu kasallik Botkin kasalligining o'tkir formasini eslatuvchi kabi birdan paydo bo'ladi yoki sekin-sekin rivojlanadi, xuddi dastlabki surunkali kasalliklarga uxshab. Kasallikning avj olishiga har xil omillar; jismoniy va ruxiy zo'riqishlar, insolyasiya yoki sovib ketish, jarroxlik operasialari, dorilarni kutar olmaslik, interkurrent infeksiyalar, parxezni buzish, kortikosteroid terapiyaning tuxtatilishi, fizioterapiya, kurort faktorlari, xomiladorlik va x.k. sabab bo'ladi. SPG kasallikning kam residiv va remissiya davri bilan harakterlanadi, Bu davrda bemorlar tuliq ishlash faoliyatlarini saqlab qoladilar.

Ko'zdan kechirish: teri qatlami och kulrang-sarqish tusda bo'ladi, ba'zida pigmentli doqlar bilan qoplanadi, sariq kasalligi odatda, intensiv Bulmaydi, ba'zida teri qichishishi ko'zatiladi. Palpasiya: jigar shishgan, chetlari normal yoki taranglashgan, og'riqli bo'lishi mumkin, usti silliq, taloq barmoqqa kam seziladi.

Hamshira tashxisi: ko'ngil aynash, qusish, oqizda achchiq maza, kekirish, betartib ich ketish, gepatomegaliya, gipertermiya.

Qo'shimcha tekshirish usullari: UTT, qon-giperbilirubinemiya (tuqri reaksiya). Jarayon avj olganda: umumiy holati yomonlashishi, kamquvvatlilik, sariqlik paydo bo'lishi yoki avj olishi, talvasaga tushish, dispepsik buzilishlar, ozish, meteorizm o'ng qovurqa ostida og'riq, jigarning va, ba'zida, taloqning ham kattalashishi tipik holat xisoblanadi. Laboratoriya kursatkichlari: transaminazalar va aldolazalar aktivligining kutarilishi, holinesterazalar aktivligining bir tekis pasayishi, timol va sulema probasining o'zgarishi, keyinchalik alfa-2 darajasi va gamma-globulin, fibrogenlarning kutarilishi, albumin fraksiyasining kamayishi, giperproteinemiyaga moyillik aniqlanadi. qon zardobida temir va bilirubin darajasi oshadi. Davomiyligi uzoq-20 yilgacha.

Natija - odatda yaxshi tugaydi, lekin ba'zida yoqli distrofiya yo'z berishi mumkin.

Davolash tamoyillari: rejim - yengillashtirilgan va chegaralangan jismoniy va ruxiy faoliyat. 8-9 soatlik yaxshi uyqu va tinch sharoit. Kasallik avj olganda stasionar davo. Dieta. Xuruj davrida -parxez № 5 yoki 5-a. Aktiv Bo'lmagan

davrda umumiy stol-parxez №15, alkogol va yoqli gusht ta'qiqlanadi ovqatlanish 4-6 marta. Dori terapiyasi. Aminotransferazlar, timol namunalari aktivligi oshganida 0,25-0,5 g/s li delagil 20-40 kun davomida qabul qilinadi. V vitaminlar guruxi, askorbin kislotasi, kokarboksilaza va b. Davomiyligi 20-30 kundan yiliga 1-2 marta; Legalon (korsil) -kuniga 1-2 drajedan 3 maxal ovqatdan so'ng, 1-3 oy. Asoratlari: allergiya-teri qichishishi, qichitqi.

Liv-52-kuniga 1-2 drajedan 3 maxal 30-40 kun davomida.

Jigar gidrolizati -ripazol, progenar, seripar, 5-10 ml dan flakonlarda ishlab chiqariladi, teri ostiga 5 mg/s dan yuboriladi, 20-30 dona. Jigarda aktivlik yoki dekompensasiya jarayonida qabul qilish man etiladi.

Dispanserizasiya. Har yili vitamin B guruxi 20-30 kun tavsiya etiladi. Dastlabki 2 yilda har 4-6 oyda 1 marta, remissiya davrida yilda 1-2 marta utkaziladi.

Surunkali holestatik gepatit - jigar xujayralarining ut ajratish funksiyasining bo'zishi natijasida kelib chiqadigan jigar ichki holeztazi bilan harakterlanadigan patologik jarayondir.

Klinika: odatda, holesistit va holangit simptomlari seziladi: o'ng qovurqaostida og'riq, u o'ng tomon kukrak qafasiga tarqaladi, parxez bo'zilganda kuchayadi (achchiq, yoqli, hamir ovqatlar), haroratning kutarilishi, dispepsik Bo'zilishlar (ishtaxaning o'zgarishi, ko'ngil aynash, qusish, ich ketish), sariqlik, qichima bo'lishi mumkin, nisbatan bezarar kechadi.

Ko'zdan kechirilganda: har xil tezlikda kechuvchi sariq kasalligi, terida taram-taram tinalgan izlar ko'rinadi. Paypaslaganda jigar 1,5-3 sm kattalashgani, og'riqli, qattiq bo'ladi.

Hamshira tashxisi: og'riq, gipertermiya, sariqlik, dispepsik sindrom.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: UZI, laboratoriya usullari: leykositoz, EChTning ko'payishi, formulaning chapga surilishi. Jigar funksional sinamalari kechroq-billiar sirrozga utayotganda bo'ziladi. qonda bilirubin kutariladi.

Davomiyligi: 15-20 yil va billiar sirrozga utishi extimoli bor.

Davolash tamoyillari: parxez, ut xaydovchi, spazmolitiklar, avj olganda antibiotiklar va aktiv gepatitda qullangan tavsiyalar.

Surunkali o't pufagi yalliqlanishi. Ovqat xazm qilish sistemasi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarga nisbatan surunkali holesistit bilan og'rigan bemorlar 30-38 % ni tashkil etadi.

Etiologiya: 1) ut-tosh kasalligi; 2) achchiq yoki yoqli ovqat yeyish; 3) og'ir narsa kutarish; 4) silkinmoq (piyoda va transportda); 5) oshqozon va oshqozon osti bezlarining yalliqlanishi.

Klinika: og'riq-asosiy simptom. Og'riqning tarqalish strukturasi, lokalizatsiya, irradiatsiya, karakteri va sabablarini batafsil surab bilib olish kerak (qusish, haroratning kutarilishi, sariq kasalligi, ich ketish). Surunkali holesistitda og'riq o'ng qovurqaosti, ba'zi hollarda bir vaqtda kukrak osti soxasiga o'tadi. Surunkali holesistitda dastlab og'riq o'ng kurak, o'ng yelka, o'ng qovurqalar ostida seziladi. Og'riq o'ng kurakka, umrovga, yelka muskullari, kam hollarda chap qovurqa ostiga o'tishi mumkin.

Hamshira tashxisi: og'riq, ko'ngil aynash, qusish, kekirish, betartib ich ketish, talvasa.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: qonda - leykositoz, EChTning oshishi, duodenal zondlashda -2 ta porsiyada leykositlar miqdorining oshishi kuzatiladi.

Jigar sirrozi

Jigar sirrozi - surunkali jigar yalliqlanishi kasalligi, gepatositlarning o'lishi, regeneratsiya tugunlarining rivojlanishi, biriktiruvchi to'qimalarning tez rivojlanishi, arxitektonikaning bo'zilishi, jigarda funksional yetishmovchilikka olib keladi hamda boshqa a'zo va sistemalarni zararlaydi. Jigar sirrozi-jigarning surunkali rivojlanib boradigan kasalligi. Jigar parenximasining distrofiyasi va nekrozi hamda uning bir qismini biriktiruvchi to'qimaga almashinishi bilan ifodalanadi. O'tkir virusli gepatit (jigar yalliqlanishi), alkogol, turli kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish, oziq ovqatda vitamin va oqsil yetishmasligi, ba'zi dorilarni ko'p miqdorda iste'mol qilish jigar sirroziga sabab bo'ladi.

Klinika kasallikning kechishi bosqichiga qarab: 1-bosqich-boshlanqich yoki kompensatsiya bosqichi. Minimal ko'rinishda jigar strukturasi o'zgarishi. O'ng qovurqa ostidagi og'riqdan shikoyat: simillagan og'riq to'lqinsimon tarqaluvchi, meteorizm, ozib ketish, astenizatsiya.

Kurikdan utkazilganda: holati qoniqarli, teri qatlamining rangparligi, palmar eritema. Palpatsiyada: jigar kattalashgan, tarang, bir oz og'riqli, chetlari O'tkir, portal gipertenziya sindromi simptomlari bo'lishi mumkin: oyoqning pastnozi, assit (sezilmaydigan), splenomegaliya (sezilmaydigan).

Laboratoriya kursatkichlari: normal.

Davomiyligi: bir necha oydan bir necha yilgacha.

2-bosqich - bunda jigarning asosiy funksiyalari bo'zilgan. Holsizlik kuchayib, o'ng qovurqaostida og'riq zurayadi, dispepsik bo'zilish avj oladi, gemorragik sindrom (burundan, bachadondan, bivosildan, qizilo'ngach venalaridan qon ketish), teri qichishishi, asteniya (depressiya, serjallik, tajovo'zkorlik), endokrin sistemasi funksiyasining bo'zilishi (dismenoreya, amenoreya, bola tashlash bo'lishi ham mumkin), talvasa. Jigar kattalashgan, tarang, portal gipertenziya ko'rinishi: assit, "medo'za boshi", bivosil (gemorroj), oyoqning shishishi, splenomegaliya mavjud.

Hamshira tashxisi: 1-bosqichda: o'ng qovurqaostida og'riq, tulqinsimon, meteorizm, ozib ketish, asteniya, gepatomegaliya, splenomegaliya, assit; 2-subkompensasiya bosqichida: keskin darmonsizlik, o'ng qovurqa ostida og'riq, dispepsik buzilishlar (ko'ngil aynash, qusish, giporeksiya), gemorragik sindrom (burundan, bachadondan, bivosildan, qizilo'ngachning kengaygan venalaridan qon ketishi), teri qichishishi, depressiya, serjallik, tajovo'zkorlik, dismenoreya, amenoreya, sariqlik, palmar eritema, teleangiektaziya, "baraban tayoqchalari" sindromi, gipertenziya, assit, "medo'za boshi", bivosil, oyoqning shishi, gepatomegaliya, splenomegaliya. 3-bosqichda: qonning quyulmasligi, qizilo'ngachdan, bivosildan qon ketishi, splenomegaliya, ich qotish, meteorizm, anoreksiya, karaxtlik, holsizlik, kundo'zi uyquchanlik, kechasi uyqusizlik, kuchli teri qichishishi, serjallik va x.k.

Laboratoriya kursatkichlari: trombositopeniya, limfopeniya, EChT-50 mm/soatgacha, gamma-globulin miqdorining kutarilishi, barcha chukma namunalar ijobiy, fermentlar aktivligi 1,5 barobarga oshgan, giperbilirubinemiya.

3-bosqich dekompensasiyada. Parenximatoz sindromi va tomir yetishmovchiligi asosiy sindromlardir; portal gipertenziya sindromi-shishi sindromi, assit, gemorragik sindrom (qonning quyulmasligi, qizilo'ngachdan, bivosildan, bachadondan, oshqozondan qon ketishi va x.k), bakteriyalar sindromi. Yuqumli septik alomatlar bo'lishi mumkin. Og'ir jigar nekrozi, jigar-xujayralari yetishmovchiligi va koma holatlari ham bo'lishi mumkin.

Asoratlari: jinsiy zaiflik: tireoidit, osteomalyasiya, osteoporoz (vitamin D va kalsiy yetishmasligi oqibatida suyaklar murtlashib, tez sinishi).

Oqibati: o'lim.

Biliar sirroz: jigar ichidagi holestaz asosiy sababdir. Bu surunkali holestatik gepatit asosida rivojlanadi.

Klinika: o'ng qovurqa ostida og'riq, ko'ngil aynashi, ut bilan qusish, oqizda achchiq ta'm, meteorizm, ich surushi, ishtaxaning qochishi, teri qichishishi, talvasa. Teri va ko'z oq pardasining sarqayishi ko'zatiladi, kasallik avj olganda bu rang tuqlashadi. Terida taram-taram qashilgan izlar, ksantomalar va ksantelazmalar ko'rinadi. Palpasiya qilinganda jigar kattalashgan, og'riqli, jigar chetlari o'tkir, ustki qismi silliq. Taloq ham kattalashishi va portal gipertenziya ko'zatilishi mumkin.

Hamshira tashxisi: og'riq, teri sariqligi, ko'ngil aynashi, qusish, meteorizm, teri toshmasi, betartib ich ketish.

Qo'shimcha tekshiruv usullari: qon leykositoz, EChTning ortishi.

Davolash tamoyillari: surunkali holestatik gepatit singari.

Jigar-xujayralarida yetishmovchilik sindromi

Jigar-xujayralarida yetishmovchilik sindromi (Koma holati). Jigar komasi jigarning O'tkir va surunkali kasallanishi, xujayralarning yoppasiga nekroz bo'lishi, shuningdek, jigar xujayralarida boshqa patologik jarayonlarning kechishi oqibatida sodir bo'ladi. Fosh qiluvchi faktorlar: jigar funksiyasini bo'zuvchi faktorlar: alkogolni suiste'mol qilish, qon ketishi, har xil dorilarni qabul qilish (opiatlar, morfin, barbituratlar va x.k.) Og'ir asidozni ammoniy xloridni qabul qilish keltirib chiqaradi. Dietada oqsillarning keragidan ortiq bo'lishi, ayniqsa, jigar sirrozi bilan og'riqan bemorlarda dekompensasiya jarayonining portokaval anastomozlar bilan kechishi koma holatining rivojlanishiga olib keladi.

Klinik ko'zatuvida yana boshqa faktorlar ham ko'zatiladi: asabiy xayajon, yuqumli kasalliklar, jarroxlik operasiyalar, notuqri ovqatlanish.

Klinika: kichik gepatargiya va katta gepatargiyani ajratish zarur. Gepatargiya-jigar yetishmovchiligidan kelib chiqadigan klinik sindrom bo'lib, prekoma holati xisoblanadi. Gepatargiya o'tkir va surunkali gepatit, jigar sirrozi, raki, organizmning gepatotrop zaharlar (benzol, ftorotan, zaharli zamburuqlar) va ba'zi bir dori moddallari (parasetamol, antibiotiklar, aminazin) bilan zaharlanishi oqibatida kelib chiqadi. Jigar xujayralari total nekrozga uchraydi. Bemor alaxsiraydi, qayt qiladi, boshi og'riydi, terisi sarqayib, yurak urishi tezlashadi. va x. bemorning axvoli og'irlashib, jigar komasi yo'zaga kelishi mumkin. Uning asosida organizmni o'z-o'zini zaharlashi; fikrlash qobiliyatining pasayishi, eyforiya, ba'zan depressiya va apatiya, kayfiyatning o'zgaruvchanligi, uyquning bo'zilishi, ongning bo'zilishi, qulning bilinar-bilinmas qaltirashi, nutqning bo'zilishi, gallyusinasiya, kundo'zgi uyquchanlik, keyin katta gepatargiya, es-xushini yuqotish darajasidagi

toliqish(koma)holati. Reflekslar pasayadi, patologik reflekslar paydo bo'ladi. Harakatlanishda betoqatlik, klonik shaytonlash. Kussmaul nafas tipi ko'zatiladi. Siydik va axlatni ushlolmaslik. Og'izdan jigar xidi kelishi, keyin gemorragik diatez belgilari - milklar va burun qonashi, oshqozon-ichak tarktidan qon ketish va x.k. Jigar kattalashishi yoki kichiklashishi mumkin.

Hamshira tashxisi: eyforiya, depressiya, apatiya, kayfiyatning o'zgaruvchanligi, uyquning bo'zilishi, qo'l qaltirashi, nutqning bo'zilishi, gallyusinasiya, ongning xiralashishi, Kussmaul nafasi, og'izdan jigar xidi kelishi, milk, burun, oshqozon-ichak traktida qon ketishi, sariqlik, anemiya, leykositoz va x.k.

qon tekshirilganda: anemiya, leykositoz, EChTning ortishi, protrombin, fibrogenlarning kam miqdordaligi, bilirubinning ko'p miqdordaligi, azot chukmasi; giponatriemiya, gipokoliemiya, o'lim muqarrar.

Buyrak va siydik chiqqaruvchi sistemalarning kasallik sindromi

Buyrak parenximiyasining o'tkir yallig'lanish sindromi.

O'tkir diffuz glomerulonefrit (O'GN) Bu ikkala buyrakning yuqumli-allergik omilli yallig'lanish bo'lib, bunda nefron apparati ko'ptokchasi zararlanishi bilin kechadi. Glomerulonefrit- buyrak ko'ptokchalari va to'qimasining yallig'lanishi: angina, tish kariesi yoki shamollashdan keyin rivojlanadi. Belgilari: belda og'riq Bo'lib, harorat kutariladi, siydik kam ajralib, rangi o'zgaradi. Badanda shishlar paydo bo'ladi.

Etiologiya: O'tkir glomerulonefritning kelib chiqishiga ko'pincha angina, tonzillit, yuqori nafas organlari kasalliklari sabab bo'ladi. Streptokokkning glomerulonefritdagi roli uning streptokokk kasalliklaridan keyin kelib chiqqan nefritning paydo Bo'lishini tasdiqlaydi. Lekin streptokokk yagona etiologik faktor emas. O'GN pnevmoniyadan so'ng ham rivojlanishi mumkin (streptokokk, pnevmokokk), ich terlama va toshmali terlama, difteriya, brusellyoz. Ba'zi tadqiqotchilar nefritning virusli etiologiyasini ham kursatadilar. Eng asosiy faktor bu organizmning shamollashidir. Odatda, bemor angina, faringit yoki boshqa yuqumli kasallikdan to'zalgandan keyin o'zini soppa-soq deb xisoblaydi. Xaqiqatda esa O'GNning yashirin holati vujudga keladi.

Yashirin davrning tugashida bemorda holsizlik, chanqov, siydik ajralishining kamayishi, ertasi kuni esa yuzlarning bo'rtishi paydo bo'ladi. Ko'pincha bemorlar bosh og'riqiga, havo yetishmasligi yoki bo'g'ilishdan shikoyat qiladilar, siydik rangining o'zgarishi "gusht yuvindi rangi" o'xshashi xosdir. O'GNning klinik ko'rinishini 3 sindromga bo'lish mumkin: shish, buyrak gipertoniyasi, siydik sindromi 70-90%.

Shishlar kelishi O'DG ning tez-tez uchraydigan simptomi xisoblanadi.

Buyrak gipertoniyasi (70-87%) qon bosimining ko'tarilishi, odatda, kasallikning og'irligiga qarab har xil darajada bo'lishi mumkin. Odatda, sistologik bosim 180 mm. s.u. gacha kutarilishi, diastolitik esa 115-120 mm s.u. gacha bo'lishi mumkin. Puls tekshirilganda, bradikardiya, qon bosimining kutarilishi va karotid sinusli baroreseptorlar reflektor qitiqlanishida kelib chiqadi. Tomir urishi qattiq va tula. Ko'p hollarda gemodinamik bo'zilishlar, natriy va suvning ushlanib qolishi natijasida qon sirkulyasiyasi xajmining oshishiga olib keladi, Bu bemorlarda ortiqcha suyuqlik-shish 7-9 litrgacha bo'lishi mumkin. Bunday hollarda qon bosimining kutarilishi yurak charchaydi, yurak bushliqining kengayishi va qon aylanishi doirasida etishmovchilik kuzatiladi. Qon aylanishining buzilishi

natijasida taxikardiya, nafas siqish, sianoz, ortopnoe: o'pka auskultasiya qilinganda nam xirillash ko'zatiladi.

Hamshira tashxisi: har xil darajadagi tana shishishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, yurak soxasida og'riq, nafas siqishi, sianoz, gepatomegaliya, taxiakardiya yoki bradikardiya.

Hamshira rejasi: parvarish va ko'zotishni tashkil etish, shifokor tavsiyalarini bajarish, mutaxassis maslaxatlari va qo'shimcha tekshiruv usullariga tayyorlash.

Hamshira rejasini amalga oshirish: bemorni ko'zotish va parvarish qilish, shifokor tavsiyalarini o'z vaqtida bajarish, qo'shimcha tekshiruv usullariga tayyorlash, dorilarni o'z vaqtida tarqatish, in'eksiya va tomchilarni o'z vaqtida yuborish, bemorni tor mutaxassislar maslaxatiga tayyorlash.

Rentgenologik tekshiruvda-yurak soyasining chap va o'ngga kengayishi. EKG-tishchalar voltajining pasayishi, intervalning ko'payishi R-Q (A-V blokadaning 1 darajasi), T tishchalarning zichlashishi va 2 fazaliligi. Ko'z tubi tekshirilganda, qon bosimi doim oshib yuruvchi bemorlarda arteriyalarning torayishi va ba'zi venalarning kengayishi ko'zatiladi. Siydik laboratoriya tekshiruvidan o'tkazilganda: diurez, odatda, kamaygan, lekin zichlashish baland - 1,020 va undan yuqori. Proteinuriya-kasallikning birinchi kunlaridan seziladi. Oqsil miqdorini 1% dan yuqori, ba'zida 5-12 %. Oqsilni yuqotish sutkasiga 3 g ni tashkil etadi.

Asoratlari: 1) oligoanuriya kasalligining o'tkir fazasi o'tkir buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan kechadi. Kasallikning birinchi kunlarida: oligoanuriya qancha uzoq cho'zilsa, qon zardobida azot va uning fraksiyalari chukindilarining shuncha ko'p miqdorda bo'lishiga sabab bo'ladi. Agar oligoanuriya 8 kundan ortiq davom etsa, Bu yomon oqibatlardan darak beradi.

2) O'tkir chap qorincha yetishmvochiligi (yurak astmasi va o'pka shishishi):

3) Buyrak eklampsiyasi (ensefalopatiya): yuqori arterial qon bosim, miya ichki qon bosimi oshishi, miyaning shishi.

Profilaktika - halqum, bodomsimon bez, sinusit, teridagi yuqumli streptokokklarni o'z vaqtida davolash, organizmni chiniqtirish.

Davolash:

1) yotoq rejimi

2) parxez № 7 (suv va to'zni keskin chegaralash)

3) medikamentoz terapiya: a) yurak yetishmovchiligida glikozidlar; b) gipotenziv vositalar (dibazol, papaverin); v) eklampsiyaning boshlanqich simptomlarida qon chiqarib tashlash, magniy sulfat eritmasi, aminaz eritmasining 2,5 % 25-50 mg li eritmasi, ganglioblokatorlar, 40 %li glyukoza eritmasini 200-250 ml dan venaga yuborish, vitaminlar V, Ye, S, R; g) desensibilizasiya terapiyasi (kalsiy glyukonat, dimedrol, suprastin). Agar arterial qon bosimi 3 oydan yuqori bo'lsa va gematuriya va protenuriya 6 oy davom etsa kasallik surunkali formaga o'tgan xisoblanadi.

Buyrak parenximasining surunkali yallig'lanish sindromi

Buyrak parenximasining surunkali yallig'lanish sindromi (SGN). SGN - uzoq davom etuvchi, aktiv, buyrak kasalligining ikki yoqlama diffo'z aktiv immunologik yalliqlanishi bo'lib, natijada ko'ptokchalarning o'limiga olib keladi. Bunday o'zgarishlar esa buyrak faoliyatining pasayishi, arterial gipertoniyaning rivojlanishi buyrakning qovjirashi va buyrakning surunkali yetishmovchiligiga olib keladi.

Etiologiya: ko'p hollarda SGN davolanmasagan tuqri o'tkir glomerulonefritning oqibatida kelib chiqadi. Bunda makroorganizmning surunkali zaharlanishi autoimmun o'zgarishlaryo'zaga keladi.

Klinika. SGN ning yetakchi simptomlaridan: shish, buyrak gipertoniyasi, siydik va buyrak faoliyatining bo'zilishi. Xozirgi vaqtda XGNning quyidagi klinik turlari:

- 1) nefrotik (albuminuriya, shishlar);
- 2) gipertonik turi;
- 3) aralash;
- 4) latent.

Nefrotik turi: siydikda oqsil miqdorining (giperproteinuriya) ko'pligi bilan karakterlanadi, plazmada oqsil miqdorining kamayishi (gipoproteinemiya), holesterin ko'payishi(giperholesterinemiya) (18-25 mmol/l) va umumiy shishlar, yo'zda, teri osti qavatida, xatto og'iz bo'shliqida ham total shishlar paydo bo'ladi. Buyrakda yalliqlanish belgilari paydo bo'lishi mumkin: buyrakning filtrlash funksiyalarining susayishi, arterial qon bosimining kutarilishi ko'zatiladi.

Gipertonik turi: Bunda arterial gipertoniya uzoq davom etuvchi sindrom Bo'lib, siydik va shish sindromlari kam darajada ko'zatiladi. EKGda chap qorincha gipertrofiyasi belgilari paydo bo'ladi. Yurak auskultasiyasida 1 tonning yuqori, baland eshitilishi va aortada 2 ton aksenti eshitiladi. Turqun diastolik bosim juda

ham karakterli belgi xisoblanadi. Okulist kuruvida ko'z tubining sust neyretinit ko'rinishi arteriyalarning torayishi bilan bog'liq.

Aralash forma: Bu formada ham nefritik, ham gipertonik formalar ko'zatiladi. Bu og'ir forma xisoblanadi.

Latent kechuvchi turida: klinik belgilar bulmasdan faqat arterial qon bosim 130/100, 200/120 bo'lishi bemor shikoyatisiz aniqlanadi, siydik sindromining sust ko'rinishi bilan ifodalanadi.

SBening terminal formasi: SBening uremiya ko'rinishida kechadi. Uremiya-Buyrak faoliyati bo'zilishi tufayli organizmning siydik bilan zaharlanishi. Uremiyada buyrak suv-to'z almashinishi bo'zilishi natijasida, kislota-ishqor muvozanatini rostlay olmay qoladi, oqsil almashinuvining zaharli maxsulotlari tuplanadi, nerv-gumoral regulyasiya ham o'zgaradi, bu esa organizmdagi barcha organ va sistemalar faoliyatining bo'zilishiga olib keladi.

O'tkir va surunkali uremiya farq qilinadi. Uremiyada bemorni loxaslik, quvvatsizlik, tez toliqish, bosh og'riqi, uyqu bo'zilishi, ishtaxa yuqolishi, xotira pasayishi ko'zatiladi, teri qurishib qichishadi, bemor tez-tez tashna bulaveradi, ozib ketadi: ayrim organlardan qon ketadi, ko'z xiralashadi, oldi olinmasa uremik koma holati vujudga keladi. Etakchi sindromlar: dispepsik, nevrologik, gipertonik va b. Dispepsik sindrom: ishtaxaning pastligi, ovqatdan ko'ngil aynash, tashnalik, oqiz qurishi, ko'ngil aynash, qusish, epigastral soxada og'rilik, teri qichishishi bezovta qilishi bilan ko'zatiladi. Teri qatlami odatda och-sariq rangda, bu anemiya va organizmda uroxrom pigmentining o'zilishida ko'rinadi. Terida taram-taramlik ko'zatiladi. Til quruq, quyuq oq-sariq karash bilan qoplangan. Og'izda noxush xid (siydikning sulak bezlari bilan ajralishi xisobiga). Stomatit, gingvit, enteroklit, eroziyalı gastrit, kolit rivojlanadi. Ich ketishi ko'zatiladi. Nefrologik sindrom: adinamiya, holsizlik, apatiya bilan kechadi. Bemorlar betoqat bo'lib, kundo'zi uyquchan, kechasi uyqusiz bo'lishadi. Tonik talvasa, boldir mushaklarining fibrillyar titrashi ko'zatiladi. olish Kussmaul nafas bo'lishi paytida organizmda kislota-ishkor muvozanatini bo'zilishi va bosh miyada qon ta'minlanishini bo'zilishi yo'zaga keladi. Ko'z qorachiqi torayadi, Arterial qon bosimi juda baland bo'lib, korreksiya qiberilib bshlmaydi. Yurak yetishmovchiligining belgilari yo'zaga keladi. Seroz qobiqlaridan mochevina ajralishi natijasida, fibroz plevrit, pnevmonit, perikarditlar yo'zaga keladi. Auskultasiyada o'pkada nam xirillashlar va perikardda ishqalanish shovqini eshitiladi. Bemorlar ozishadi, ba'zida kaxeksiya darajasiga yetadilar. qonda giporegenerator anemiyasi. Toksik leykositoz (20.30.1012/1 gacha chap tomongan surilgan). EChT tezlashgani aniqlanadi.

Hamshira tashxisi: umumiy darmonsizlik, teri qichishishi, shish, asabiylash, deresssiya, apatiya, kayfiyatining o'zgarib turishi, bradikardiya yoki taxikardiya, nafas siqishi, o'pka pardasi va plevrada ishqalanish shovqini, milklar qonashi va x.k.

Hamshira rejasi: ko'zatish va parvarishni tashkil qilish, shifokor tavsiyalarini bajarish, Qo'shimcha tekshiruv usullari, bemorlarni mutaxassis konsultasiyalariga tayyorlash.

Hamshira rejasini amaltga oshirish: bemorni ko'zatish va parvarish qilish, biologik materiallarni (qon, siydik) tekshirish, dorilarni o'z vaqtida tarqatish, in'eksiya va tomchi dorilarni yuborish, bemorlarni mutaxassis konsultasiyasiga olib borish.

Davolash: 1) to'zsiz parxez (stol №7)

2) vitaminoterapiya: S, V, A.

3) kortikosteroidlar

4) gipotenziv vositalar

Siydik tutilish sindromi

Siydik tutilish sindromi - bu sindrom siydik xaltasi bushamasligi holati bo'lib, anuriyadan farqi shundaki siydik chiqarish yoki buyrak obstruksiyasi ko'zatilmaydi. Bemorni kuchli siyish qistashi bezovta qiladi. (bu holat anuriyada ko'zatilmaydi). Siydik tutilishi - o'tkir holat qisoblanib, bemorni tez sur'atda urologik bo'limga yotqizilishiga kursatma bo'ladi. ST - ko'p kasalliklarning asorati sifatida namoyon bo'ladi. Bunda ikkita guruqqa ajratiladi:

1- guruq - bevosita siydik ajratish va jinsiy a'zolar patologiyasi (buyrak kasalligi, prostata bezi, siydik pufagi va siydik chiqarish kanali kasalliklari)

2- guruq - siydik ajratish va jinsiy a'zolar tizimi kasalligi bilan bog'liq bo'lmagan sabablar (MNS kasalliklari, funksional - reflektor sabab, dori bilan)

ANEMIYA SINDROMIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Ma'lumki, qon tomir sistemasining markaziy a'zosi - yurakdir. Yurak organizmda qonning to'xtovsiz harakatlanib turishini ta'minlab beradi. Qon tomirlar yurakdan uzoqlashgan bo'lib, borgan sayin tobora maydalashib, ingichkalashib boradi. Pirovard natijada ular juda mayda tomirlar, ya'ni kapillyarlarga aylanadi.

Kapillyarlarning har biri odam sochidan 15 baravar ingichka bo'ladi. Ular butun organizmdan o'tadi. Kapillyarlarni umumiy uzunligi astronomik rahamlar bo'yicha 100000 km ga boradi. qon sistemasi qon yaratish a'zolari (ko'mik, limfa tuguni, taloq) va periferik qondan tarkib topqap, qon suyuq qism (plazma) va shaklli elementlardan iborat.

Organizmdagi qon miqdori 5-6 litrni tashkil etadi. Eritrositlar, trombositlar va leykositlar shaklli elementlarni tashkil etadi. Eritrositlar asosan suyak ko'migida, leykositlar - taloqda va limfatik tugunlarda, trombositlar qizil suyak ko'migida ishlab chiqariladi. Qonda 50- 10 l gacha eritrositlar bo'ladi. Eritrositlar tarkibida nafas fermenti - gemoglobin bo'lgani uchun ular o'pkadan organizm hujayralariga kislorod yetkazib beradigan va o'pkadan karbonat angidrid gazini olib ketadigan hujayralar hisoblanadi. Bundan tashqari, eritrositlar bir qancha aminokislotalar, toksinlar va ba'zi dorimoddalarini ham bir joydan ikkinchi joyga tashiydi. Sog'lom odamning 100 g qonida 13 - 16 g foiz gemoglobin bor. Leykositlar kapillyarlarning endoteliy hujayralari orasidan, bazal membranalardan o'ta oladi. Ular organizmni mikroblardan, shuningdek qon yoki to'qimaga tushib qolgan yot moddalardan saqlaydi. Organizmga kirgan zararli mikroorganizmlar (bakteriyalar, viruslar, mikroskopik zamburug'lar va boshq), shuningdek jonsiz zarralarning leykositlar tomonidan yo'q qilinishi fagositoz deb, buni amalga oshirgan leykositlar esa fagositlar deb ataladi. Normada odamda 1 ml qonda 4000-9000 leykosit bo'ladi. Sitoplazmada maxsus donalar bor yo'qligiga qarab, barcha leykositlar ikki guruhga; donali leykositlar yoki granulositlarga va donasiz leykositlar yoki agranulositlarga bo'inadi. Granulositlar asidofil (eozino-fillar), bazofil, neytrofil granulositlarga bo'inadi.

Agranulositlar - bu limfositlar va monositlardir. Trombositlar trombositlar hosil bo'lishida faol ishtirok etadi. Ular tomirlarda chetki tomonda turib, eritrositlarning kapillyarlar devoridan o'tib ketishiga yo'l qo'ymaydigan to'siq bo'lib qoladi. Trombositlar tomirlar tonusini kuchaytiradigan serotonin degan moddani ishlab chiqaradi. Ular gistaminni adsorbsiyalab oladi, shuningdek antitelo tashuvchilari bo'lib hisoblanadi. Trombositlar 8 kundan 12 kungacha umr ko'radi.

1. Anemiya kasalligi xaqida tushuncha:

Anemiya (kamqonlik) eritrositlar va gemoglobin miqdorining kamayib ketishi bilan xarakterlanadi. Anemiya ko'p qon yo'qotganda (shikastlanganda), qizil suyak ko'migi funksiyasi pasayganda, organizmga qon yaratilish jarayonlari uchun zarur moddalar, sianokobalamin yoki temir etarlicha tushmaganda rivojlanadi. Anemiyalar etiologik va klinik morfologik turlariga ko'ra tuzilgan N. I. Kassirskiy va G. A. Alekseevlar taklif etgan tasnifga ko'ra quyidagicha ifodalanadi:

1. Qon yo'qotish oqibatida kelib chiqqan postgemorragik anemiyalar:

O'tkir postgemorragik

Surunkali postgemorragik

2. Qon qosil bo'ishi buzilishidan kelib chiqqan anemiyalar:

Temir tanqisligi anemiyasi

Temirga to'yinish anemiyasi

3. Vitamin V12 va folat kislotasi tanqisligidan kelib chiqadigan anemiyalar:

Gipoplastik va aplastik

Metoplastik anemiyalar

4. Jadal qon yemirilishidan kelib chiqadigan anemiyalar (gemolitik):

Eritrositopatiyalar

Fermentopatiyalar

Gemoglobinopatiyalar

5. Antitelolar, bevosita gemolizin va boshqa shikastlovchi omillar bilan bog'liq anemiyalar.

POSTGEMORRAGIK ANEMIYALAR

Postgemorragik anemiyalar o'tkir hamda surunkali turlarga bo'inadi. Kasallik jarohatlar, tomirlar shikastlanishi, o'pka, qizilo'ngach venalaridan qon ketishi, o'tkir va ko'p qon yo'qotilishi natijasida kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Bemorning umumiy ahvoli ancha og'ir bo'lib, u bosh aylanishidan, ko'zlarining oldi qorong'lashishidan, quloqlari shangillab turishidan, ko'ngil aynishidan noliydi. Avvaliga bemor bezovtalanadi, so'ngra hushidan ketib qoladi yoki kollaps boshlanadi. Bemorning rangi haddan tashqari oqarib ketganini, tez-tez nafas olayotgani ko'zga tashlanadi. Puls tezlashgan, ba'zan aritmik, arterial bosim pasaygan bo'ladi. Etnash, beixtiyor siyish, qusish kuzatiladi. Yurak eshitib ko'rilganda sistolik shovqin kamayishi hamda retikulositoz, o'rtacha trombositoz paydo bo'nishi qayd etiladi. Kasallik oqibati qanchalik va nechog'li qon ketishiga bog'liq bo'ladi.

SURUNKALI POSTGEMORRAGIK ANEMIYA

Surunkali postgemorragik anemiyaning kelib chiqish sabablari va patogenezi hozirgi kungacha noma'lumligicha qolib kelmoqda. Ammo xastalikning me'da-ichak yo'lidan qon ketganda, gohida hayz siklining buzilish tufayli bachadondan qon ketib turgan mahallarda rivojlanishi kuzatilmoqda.

Klinik manzarasi. Ko'p qon ketishi natijasida qon birdaniga kamayib ketadi va o'tkir postgemorragik anemiya alomatlari ko'riladi. Bemor quvvatsizlanib, boshi aylanishidan, nafasi qisishidan, yuragi tez-tez uryshidan hamda ishtahasi yomonligidan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirilganda teri bilan shilliq pardalar oqarib, yuz kerikib turganligi, boldirlar shishib ketganligi ma'lum bo'ladi. Puls kichik, taxikardiya kuzatiladi, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Qon tekshirilib ko'rilganda gipoxrom anemiya uchun xarakterli bo'lgan retikulositlar soni ko'payib qoladi. Qonda gemoglobinga boy yirik eritrositlar, giperxrom makrositlar bo'ishi ayniqsa xarakterlidir. Oq qon tomonidan avvaliga leykositoz

aniqlanib, bu keyinchalik leykopeniyaga o'tadi. Bunday anemiyada trombositlar miqdori ham kamaygan bo'ladi (trombositopeniya).

Davolash va profilaktikasi. Bemorlarni davolash uchun zudlik bilan qon oqishini to'xtatish (operasiya, jgut qo'yish, qon oqish sababini bartaraf qilish), qon hosil qilishni tartibga solish va yo'qolgan qon o'rnini to'ldirish uchun birinchi guruhlarni qon, eritrsitlar massasini tomchilab quyish kerak bo'ladi.

Agar kamqonlik juda kuchaygan bo'sa, operasiyadan oldin katta miqdorda qon (500-800 ml) kuyiladi, qon o'rnini bosadigan suyuqliklar (oqsil preparatlari, fiziologik eritma, 5 foizli glyukoza eritmasi) hamda plazma quyilsa, maqsadga muvofiq bo'ladi, qon to'xtatuvchi vositalardan 10,0 ml 10 foizli kalsiy xlorid va aminokapronat kislotalar venaga, vikasol eritmasi esa teri ostiga yuboriladi.

Umummustahkamlaydigan dorilar (kofein, mezaton, adrenalin, kordiamin) tayinlanadi. Organizmda temir zapasini tiklash uchun asta - sekinlik bilan katta miqdorlarda temir preparatlari berib boriladi. Tarkibida temir laktat, gematogen, glyukoza va mis sulfat tutgan gemostimulin preparatlari ham tavsiya etiladi. Gemostimulin kuniga 3 maqal 0,6 g dan tabletkalar holda buyuriladi. Temir va oqsillar (kuniga 120 gacha) yetarli miqdorda tayinlanadi. Ovqat tarkibidagi yog'lar kamaytiriladi. Ovqat rasionida meva, sabzavotlar va A, B hamda S vitaminlarga boy bo'lgan maxsulotlar yetarlicha bo'ishi kerak. Bemorlarga Jeleznovodsk va Kislovodsk kurortlarida davolanish tavsiya etiladi.

TEMIR TANQISLIGI ANEMIYASI

Organizmda temir yetishmasligidan kelib chiqadigan anemiyalar temir tansisligi anemiyasi deb ataladi. Oqirligi 70 kg bo'gan soqlom odam organizmida 4-5 g tyomir moddasi bo'lib, uning asosiy qismi gemoglobinda (3 g dan ko'p) bo'ladi. Organizmdagi deyarli barcha temir turli oqsillarning tarkibiy qismi hisoblanadi. Ulardan eng muhimi - gemoglobin bo'lib, uning vazifasi kislorodni o'pkadan to'qimalarga yetkazib berish hisoblanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik kelib chiqishil.1 uzoq davom etadigan va ko'p qon ketadigan hayzlar, bachadondan qon ketishi, burun qonashi, me'da-ichak va buyrak kasalliklari, gemorragik diatez va boshqalar muhim hisoblanadi. Bundan tashqari, organizmning temirga bo'gan ehtiyojining oshishi, tez-tez homilador bo'lib bolani uzoq vaqtgacha emizish (2-5 yilgacha, organizm gijja invaziyalari bo'ishi va boshq.) anemiyalar rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Temir yetishmasligidan kelib chiqadigan anemiyalar kechikkan xloroz va erta o'smirlar xlorozi kabi turlarga bo'linadi.

Erta o'smirlar xlorozi - o'smirlar. ayniqsa yosh qizlarda kuzatiladi. Kasallik rivojlanishiga nefro-ekdokrin buzilish, jinsiy bezlar gipofunksiyasn, organizmda temirning tug'ma yetishmasligi, tashqi sharoit hamda ovqat tarkibida yog'lar, vitaminlar yetishmasligi sabab bo'ladi.

Kechikkan xloroz - ayollarda klimaks davri oldidan va klimaks boshlanish davrida qayd etiladi.

Xastalik ayollarda asosan 30-45 yoshlarda me'dada xlorid kislota miqdori pasayib ketishi oqibatida temirning so'rilishi buzilishi sababli paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorlarda umumiy beqolliq, ish qobiliyatining pasayishi, uyquchanlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin bo'lishi, bosh og'rishi, nafas qisishi, ba'zan yurak sohasida oqriq bo'lishi kuzatiladi. Bundan tashqari, bemorlar ich buzilishi, bo'r, loy, tuproqlarni yeyish istagi bo'lishi hamda ayollar hayz siklining buzilishidan noliydilar, bemorlarni ko'zdan kechirganda badan terisining oqarib turganligi ma'lum bo'ladi. Teri quruqshab, po'st tashlab turadi. Sochlar mo'rtlashadi, barvaqt oqaradi hamda to'kilib ketadi, tirnoqlar ham mo'rtlashadi, yaltiroqligi yo'qolib, shakli o'zgaradi. Yurak tekshirib ko'rilganda taxikardiya aniqlanadi, uchida esa sistolik shovqin eshitaladi. Qon tahlilida rang ko'rsatkichi past bo'ladi, eritrositlar soni kamayib qondan gipoxrom anemiya borligi topiladi, ko'proq darajada esa gemoglobin miqdori pasayganligi kuzatiladi.

Davolash. Ovqat oqsillar (sutkasiga 120 g gacha), vitaminlar va temirga boy bo'ishi kerak (chala pishgan go'sht, mevalar, tuxum, tvorog). Temir preparatlaridan temir laktat, gemostimulin, ferro-kal tabletkalari, aloe bilan temir sharbati, feramid, ferbitol, ferrum Lek va boshqalar bilan davo qilinadi. Temir laktat me'dada oson ionlashadi hamda ichakda yaxshiroq so'riladi. Preparatlar hayz kunlarini hisobga olmaganda 2-3 oy davomida katta miqdorlarda ishlatiladi. Gemostimulin va ferrokalni 2 tabletkadan kuniga 3 maqal askorbinat kislota bilan ichib turish yaxshi natija beradi. Temir preparatlarini qon yaratish stimulyatorlari bo'lmish vitamin V_6 , V_{12} , askorbin kislota va folat kislotalar hamda ichak bezlarining yallig'lanishini oldini olish uchun pankreatin va kalsiy karbonat bilan birga qo'llash tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Surunkali qon yo'qotish kuzatiladigan turli xil etiologik omillarni bir vaqtda davolash, bolalarni to'qri ovqatlantirish, homilador ayollar ustidan kuzatuvlar olib borish, me'da-ichak kasalliklarini hamda turli infeksiyalarni o'z vaqtida davolashdan iboratdir.

VITAMIN B12 TANQISLIGI ANEMIYALARI (ADDISON - BIRMER KASALLIGI)

Pernisioz anemiya - vitamin B12 va folat kislotaning endogen yetishmrvchiligi bilan bog'liq bo'lgan surunkali kasallik bo'lib hisoblanadi. Xastalik birinchi marta 1855 yilda Addison va 1888 yilda Birmer tomonidan tasvirlangan. Olimlar bu kasallikka pernisiyoz anemiya deb nom berganlar. Addison - Birmer kasalligi bilan odatda 35-40 yoshdagi, kamdan-kam hollarda 22- 27 yoshdagi odamlar kasallanadilar.

Etiologiyasi va patogenezi. Addison - Birmer xastaligi organizmda vitamin V_6 yetishmasligi va uning o'zlashtirilishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Bundan tashqari, gijja invaziyalari, me'da shillyq pardasining patologiyasi, me'da, ingichka ichak anastomozlari, ingichka va yo'g'on ichak (enterokolitlar) jigar kasalliklari (gepatit, jigar sirrozi), dori preparatlari va turli kimyoviy moddalarning qon yaratilish sistemasiga toksinli ta'siri kabilar kasallikning asosiy omillari hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Bemorlar umumiy beqollik, ish qobiliyatining pasayishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, nafas qisishi, quloqda shovqin, jismoniy harakatdan yurak

urishi tezlashishi, yurak sohasida sanchiqli og'riqlar bo'lishi, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketishi hamda qorinda og'riq bo'lishidan noliydilar. Bundan tashqari, ular achchiq ovqat yegandan so'ng tilning achishishi, barmoq uchlarining uvishib qolishi va u yerda chumoli yurayotganday sezilishi hamda qo'l va oyoq panjalarining sanchib turishidan shikoyat qiladilar.

Ayrim hollarda tana harorati ko'tarilib turadi. Ko'zdan kechirilganda teri qoplamlari limon - sariq tusli rangpar bo'ladi. Til og'riqli va malinasimon bo'lib qoladi. Yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Jigar kattalashgan, og'riqsiz, qon tekshirilganda gemoglobin va eritrositlar miqdori kamaygan, rang ko'rsatkichi me'yoridan oshgan bo'ladi. Axlat tekshirilganda esa sterkobilin fermenti miqdori oshganligi aniqlanadi.

Davolash. Asosan parqez katta o'rin tutadi. Bemorlarga xom buzoq jigaridan 200 g dan kuniga hamda 120-140 g qaynatilgan mol yoki qo'y go'shti buyuriladi. Bundan tashqari, yangi mevalar, sabzavotlar iste'mol qilish tavsiya etiladi. Dori preparatlaridan vitamin V12 kasallikning oqir yengilligiga qarab, 100-200 mkg dan 6-7 kun mobaynida toki peryferik qon tarkibida va qon zardobida vitamin V12 me'yorga kelgunga qadar mushak orasiga qilib boriladi. Agar bemor vitamin V12 ni parenteral usulda yuborganda ko'tara olmasa, uni ga-stromukoprotein bilan birga ichish tayinlanadi. Agar vitamin bilan davolash yaxshi natija bermasa, immunodyopressantlar sifatida kortikosteroid gormonlar (prednizolon, prednizon) buyuriladi. Ichishga yoki parenteral yo' bilan folat kislota kuniga 50-60 mg dan vitamin V12 bilan birga tayinlansa, maqsadga muvofiq bo'ladi. Pernisioz anemiya gipoxrom anemiyaga o'tganda (davolash munosabati bilan) kuniga 3-4 g dan temir preparatlari buyuriladi. Zarur bo'ganda pernisiyoz anemiyali bemorlarga qon yoki eritrositar massa quyiladi. Profilaktikasi. Me'da-ichak va boshqa kasalliklar, xastalik qaytalanishining oldini olish hamda etarli va to'a qimmatli ovqatlardan iboratdir.

Shunday qilib, Anemik sindrom - bu xar xil kasalliklarda uchraydigan va gemoglobin xamda eritrosit miqdori pasayishi bilan xarakterlanadigan sindromdir. Anemik sindrom belgilari:

1. Umumiy xolsizlik, tez charchash, bosh ogrishi, bosh aylanishi, kuz oldi tinishi, xansirash, taxikardiya, kulokda shovkin bulishi, diqqat buzilishi, xotira pasayishi, uykuchanlik kuzatiladi;
2. Ob'ektiv: teri va shillik kavatlar rangpar, taxikardiya va yurak chukkisida yumshok funksional sistolik shovkin bulishi Bilan xarakterlanadi. Anemik sindrom quyidagi xolatlarda uchraydi:

O'tkir postgemorragik anemiya

Temir tanqislik anemiyasi

Megaloblast anemiyalar (Vitamin V 12 va foliy kislotasi tanqislik anemiyasi)

Gipoplastik va aplastik anemiyalar

Gemolitik anemiyalar

- 1) Tug'ma gemolitik anemiyalar membranopatiya, fermentopatiya, gemoglobinopatiya;
- 2) Orttilgan gemolitik anemiyalar autoimmun GA, chaqaloklar gemolitik kasalligi, PTG va b.

Bizning regionimizda ham anemik xastaliklarning, jumladan anemiyaning so'nggi 2007 yil mobaynida Uz SSV olingan malumotlarga kura axolimizning gemogloblin kursatkichi 96,91 Respublikamiz bo'yicha, Toshkent shaxrida esa, 98,23 kursatkichlari kuzatildi, bu esa anemiyaning yildan yilga deyarli bir necha marotaba oshganligidan dalolat beradi. Aslini olganda, anemiya bilan xastalanish va ulim kursatkichlari turli mamlakatlarda turlicha bulib, ular tugrisida esa anik ma'lumotlar kam bulsa xamki, kasallik va ulim kursatkichlari bu joylarda xam yukori ekanligi shubxa tugdirmaydi. Shunisi ajablanarli, xam achinarliki, tibbiyot soxasidagi yutuklar samarasiga karamay anemiyaning ortib borishi dolzarb muammoligicha qolmokda. Kayd etilgan muammolar va rakamlar tagida inson xayoti sifatining kasallanish tufayli keskin yomonlashuvi va shu bois jamiyat xayotida tulakonli ishtirokining buzilishi, va nixoyat, eng daxshatlisi, bevakt ulim yotadi. Shuningdek anemiya tufayli gudak va yosh bolalarning asoratli kasalliklari, xayotdan kuz yumishi xollarining xam kupayib borishi dunyo olimlarini baxamjixat kurashishi, yangi strategiya yullarini ishlab chikishi, yangi dori-darmonlarni kashf etishi va kullashi lozimligini kursatayapti.

ANEMIK SINDROMLARDA XAMSHIRALIK JARAYONI

Xamshiralik jarayonining 1 - bosqichi malumotlar tuplash bosqichi:

Umumiy ko'zdan kechirish:

Bunda avvalo bemorning umumiy ahvoliga ahamiyat beriladi. Ko'pgina qon kasalliklarining terminal bosqichida bemor juda ogir, ba'zan hushsiz xolatda bo'lishi mumkin. Teri va shillik qavatlar tabiiy yoruglikda ko'riladi. Masalan yuvenil xlorozda teri "alebastr oqarish"ga o'xshaydi, ayrim xollarda yashil tusli oqarish bo'ladi. B12 tanqisligi anemiyasida teri mumsimon sarg'ishrok oqargan. Gemolitik anemiyada teri va shillik qavatlar sap-sariq bo'ladi. Surunkali leykozda teri kulrang-er rangida bo'ladi. Eritremiyada teri olchasimon qizil, u ayniqsa yuzda, bo'ynida va qo'l panjalarida rivojlangan gemorragik diatezlarda teriga har xil shakl va kattalikdagi qon quyulishlar kuzatiladi (peteziya, purpura). O'tkir leykozlarda ko'p uchraydigan simptomlardan nekroz yarali angina va stomatit xisoblanadi.

Paypaslash. Suyakni paypaslashda ogrik bolishi mumkin. Diaqnoz uchun kimmatli ma'lumotni limfa tugunlari va talokni paypaslash beradi. Limfa tugunlarini ancha kattalashishi limfaleykoz, limfagranulematoz va limfasarkomalarda kuzatiladi. Bu kasalliklar uchun limfa tugunlarining sistemali va kop shikastlanishi xarakterli. Leykozlarda va xavfli limfomalarda limfa tugunlari ogriksiz, teri bilan yopishmagan, yiringlamaydi va okma xosil bo'maydi. Ular xamirsimon konsistensiyada.

Limfogradulematozda, ayniksa limfasarkomalarda limfa tugunlari kattik, bir-biri bilan yopishgan kata konglomeratlar (15-20 sm) xosil kiladi. Talokni paypaslash bemor orkasi yoki ong yoni bilan yotganda bimanual bajariladi, vrachning chap ko'i ko'tik osti chiziklari bo'yicha 7 va 10 kovurqa orasida bo'ladi, o'ng ko' esa kovirqa chetida, 10 qovurqaning oxirgi tutashgan joyida bo'ladi. Paypaslashda talokning o'chamiga, ogrikligiga, shakliga, xarakatchanligiga, egatlariga e'tibor

berish kerak. Ko'p kasalliklarda talok kattalashadi. Surunkali mieloleykozlarda talok juda kattalashib korinning chap yarmini egallab oladi, o'rta chizikcha borib, uning pastki kutbi kichik chanokkacha tushadi.

Tukkilatish. Tukkilatish M. G. Kurlov bo'yicha bajariladi. Bu bemor turgan yoki yotgan xolatda bajarilishi mumkin. Tukillatish sekin ko'tiq osti o'rta chiziqi bo'yicha aniklanadi. Odatda bu chizikda talok ko'ndalang joylashadi va eni 4-6 sm bo'ladi. (9-11 kovurqalar orasida) Taloqning uzunligi 10 kovurqa bo'yicha aniklanadi.

Eshitish. Eshitish deyarli qo'lanilmaydi. Perisplenit bo'ganda talok soxasida korinparda ishkalanish shovqini eshitaladi.

Xamshiralik jarayonining 2 - bosqichi - Axborotni to'plab bo'gach, xamshira tomonidan "tashxis" quyiladi. Xamshiralik jarayonining keyingi bosqichi asosiy simptomlar va muammolarga tayangan xolda amalga oshiriladi, yani xamshira tashxisi shakllantiriladi.

Ushbu bosqichning maqsadi:

1. Anemik sindromlarda pasientning mavjud yoki paydo bo'ishi mumkin bo'gan muammolarni, organizmning kasallikka qarshi javob reaksiyasi sifatida paydo bo'ladigan xolatlarni aniqlash.
2. Anemik sindromlarda muammolarni paydo bo'ishiga tasir qiluvchi asosiy omillarni aniqlash.
3. Anemik sindromlarda pasientning o'z muammolarini xal qilishga, uning oldini olishga qaratilgan kuchli imkoniyatlarni aniqlash.

ANEMIK SINDROMLARDA XAMSHIRALIK TASHXISI: umumiy bexollik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashishi, quloqlar shang'illashishi, ko'ngil aynishi, tez-tez nafas olish, puls tezlashishi, arterial bosim pasayishi, qusish, tilning achishishi, barmoq uchlarining uvishib qolishi, qo'l va oyoq panjalarining sanchib turishi, tana harorati ko'tarilishi.

ANEMIK SINDROMDA PARVARISHNI REJALASH:

1. Bemorni yotoq rejimi bilan ta'minlash.
2. Ovqatlanishini nazorat ostiga olish.
3. Shifokor tavsiyalarini vaqtida bajarish.
4. Tavsiyadagi dori moddalarini qabul qilish sxemasini nazorat ostiga olish.
5. Tana xaroratini nazorat qilish va yordam ko'rsatish.

Xamshiralik jarayonining 4 - bosqichi – Xamshira tadbirlarni rejaga kiritilgandan so'ng uni bajarishga kirishadi. Bu xamshiralik jarayonining to'rtinchi bosqichidir. Xarakat yani bevosita muolajalarning amalga oshirish, rejani bajarishga kirishilganligini kursatadi. Bu bosqichning asosiy maqsadi pasientga zarur bo'gan maxsus parvarishni taminlash, vrach ko'rsatmalarini o'z vaqtida bajarish, bemorni turli instrumental, rentgenologik tekshiruvlarga tayyorlash, biologik ajratmalarni tekshrish uchun olish, dori preparatlarni o'z vaqtida tarqatish va ineksiyalarni qilish, boshqa zaruriy mutaxassis vrachlarning maslaxatini tashkillashtirishning, bemorni kuzatish va parvarish qilish bilan bogliq muolajalarini o'z vaqtida amalga oshirishdir.

Xamshiralik jarayonining 5 - bosqichi - xamshiralik jarayonini yakunlovchi bosqichi bo'lib, samarani baxolashdir. Bu bosqichning maqsadi xamshira amalga oshirgan tadbir va muolajalarga bemorning reaksiyasi, foyda darajasini aniqlashni o'z ichiga oladi. Baxolash bosqichi uch yunalishni o'z ichiga oladi:

1. Bemorning xamshira xatti xarakatiga reaksiyasini baxolash.
2. Bemorning muolajalar to'qrisidagi fikrini bilish.
3. Belgilangan maqsadning bajarilishini baxolash.

Yuqorida qayd etilganlardan tashqari xamshira anemik sindromlarda bemorlarni to'qri kuzatish va o'z vaqtida parvarish qilish uchun kasallikning rivojlanish mexanizmini, simptomlarini yaxshi bilishi kerak.

Xarbiy dala terapiyasida hamshiralik ishi

RADIASIYA NURLARIDAN ZARARLANISH

Turli xil ionlovchi nurlar ta'siridan inson tanasida nurlanish bilan bog'liq dardlar kelib chiqadi. Ionlovchi nurlar tarkibi elektromagnit va korpuskulyar nurlardan iborat. Elektromagnit nurlarga o'z navbatida rentgen nurlari, gamma nurlar va zararlangan zarrachalarning qattiq jismlardan yutishi natijasida yo'zaga keluvchi korpuskulyar tormozlangan nurlanishlar kiradi. Korpuskulyar nurlanish esa alfa, beta zarrachalar, shuningdek proton va neytronlar oqimidan iborat. Rentgen va gamma nurlari tanadan utib ketadi. Ularning tirik to'qimalarga ta'siri natijasida tez uchadigan neytronlar qosil bo'ladi va ular to'qima molekulalarini ionlab quyadi. Alfa zarrachalar musbat zaryadlangan geliy yadrolaridan iborat bo'lib, tarkibida ikki proton va ikki neytron mavjud. Beta zarrachalariga manfiy zaryadlangan elektronlar va musbat zaryadga esa pozitronlar deb qarash kerak.

Rentgen va gamma nurlarining tirik to'qimalardan utish xususiyati unlab santimetr, beta zarrachalarniki 2,5 mm va alfa zarrachalarniki esa millimetrning yo'zdan bir ulushi bilan ulchanadi. Shuning uchun ham neytronlar atomlarni ionlamasdan, balki ularning yadrolariga ta'sir etadi. Ionlovchi nurlarning ta'sir darajasi ular miqdoriga, ya'ni tanadan qancha nur utganiga bog'liq.

Tirik to'qimalarning nurlanish birligi qilib grey olingan (1grey 100 rad ga teng).

IONLOVCHI NURLANISHNING BIOLOGIK TA'SIRI

Ionlovchi nurlar to'qimalarga bezosita va bilvosita ta'sir etadi. Bu nurlarning to'qimalarga bevosita, tuqridantuqri ta'sir etishi natijasida ularning biomolekulalari ionlashib qo'zqaladi. Nurlarning bilvosita ta'siri esa to'qima tarkibidagi suvning radioliz jarayoni bilan bog'liq bo'lib, oqibatda qosil Bulgan parchalanish maqsulotlari uta faol xususiyat kasb etadi va hujayra tarkibiga kiruvchi barcha organik moddalarni oksidlab qo'yadi.

Bevosita nurlanish ta'sirida xromosomalar, bilvosita ta'sir tufayli suv radiolizi maqsulotlaridan to'qimalar zarar kuradi, deb hisoblanadi. hujayra va to'qimalarining nurlanishga naqadar sezgirligi ularning faolligiga bog'liq. hujayralar qanchalik mitotik yul bilan bo'linib ko'paysa, ularning nurlanishga sezgirligi ham yuqori bo'ladi. Limfoid va mieloid to'qimalar nurlanishga eng sezgir to'qimalar bo'lib, ulardan so'ng ichak va teri epiteliysn, ovqat qazm qilish hamda endokrin bezlarishshg sekret ishlab chiqaruvchi hujayralari, mushak, toqay, suyak va biriktiruvchi to'qimalari turadi.

Nurlar ta'sirida qonda radiotoksinlar qosil bo'lishi va aylanishi oqibatida ularning ichki a'zolar faoliyatini boshqara olmay qolishi yotadi. Nurlanishning tashqi belgilari (olimlar Ye. V. Gembisskiy va F. I. Komarov ko'zlatishicha) ko'plab omillarga bog'liq. bular -nur turlari (gamma, beta, neytron va b. q.), ularning miqdori va quvvati, nurlovchi manbaning joylashishi (tashqi ma'lum masofadagi manbadan va ichki - odam ichiga nurlovchi modda tushishidan), odam tanasiga nurlarning bir tekis, notekis bir joyga yoki tananing ma'lum qismiga ta'sir etishi, qancha vaqt ichida qay miqdorda nurlanishdan iborat.

NUR KASALLIGI

Nur kasalligi atom va vodorod bombasi portlagandan hosil bo'luvchi mexanik, issiqlik va ionlovchi nurlanish ta'sirida yuzaga keladi. Shuningdek bu kasallik yadro reaktorlari portlab ketganda, davolash maqsadida organizm nurlatilganda ham ko'zlatilishi mumkin. Atom bombasi portlaganda portlash to'liqini, issiqlik va ionlovchi nurlanish hosil bo'ladi. Bombaning qanchalik quvvatli ekanligiga qarab, ta'sir maydoni ham shunchalik katta bo'ladi. Bir kilotonnadan bir megatonnagacha quvvatli bombalarning ta'sir maydoni farqi portlash to'liqini ko'lami hisobida 8 dan 33 kilometrgacha, issiqlik ta'siri 6 dan 30 kilometrgacha masofani va ionlovchi nurlar ta'sir ko'lami 3 dan 6 kilometrni tashkil etadi. Bomba portlaganda hosil bo'luvchi ionlovchi nurlar tashqaridan gamma nurlar va neytronlar oqimi ko'rinishida ta'sir etadi. Shuni unutmaslik kerakki, o'rta va yirik atom bombalar portlaganda ko'proq aralash ta'sir nurlar, issiqlik va portlash to'liqini ta'siridagi aralash jarohatlar olish ko'zlatiladi. O'tkir nurlanish bilan bir qatorda kuyish va yarador bo'lish kuzatiladi. Kichikroq bombalar portlaganda esa asosan nur kasalligining har xil ko'rinishlari asosiy o'rin egallaydi.

O'tkir va surunkali nur kasalligi atom bombasi portlagan paytda ham, bomba portlashidan hosil bo'lgan nurlovchi bulut ta'sirida ham yo'zaga kelishi mumkin. Atom reaktorlari portlashi natijasidagi nurlanish paytida tana va a'zolarga manba yaqinligi, tananing ayrim joylari shu atrofdagi narsalar bilan tasodifan himoyalaniq qolishi tufayli, nur tanaga bir tekis ta'sir etmaydi. Nur kasalligi oqirligi va kechishiga o'ura o'tkir va surunkali bo'ladi.

O'tkir nur kasalligi

O'tkir nur kasalligi hozirgi paytda nur kasalligi o'z kechishiga ko'ra, yengil, o'rta, og'ir va juda og'ir ko'rinishlarda o'tadi. 1 greydan 2 gacha bir tekis nur olgan tanada kasallik yengil o'tadi. 2 dan 4 gacha urta, 4 dan 6 greygacha og'ir va 6 greydan oshganda juda og'ir nurlanish holatlari ko'zlatiladi. Bir grey dan 10 greygacha nurlanish olgan tanada asosan suyak iligi zararlanishi bilan bog'liq

o'zgarishlar ruy berib, o'tkir nur kasalligining bu ko'rinishi suyak iligi nomini olgan. 20 greygacha nurlanish olgan hollarda qon ishlab chiqaruvchi a'zolardan tashqari, ichak epiteliysi zarar kuradi. Ichakdagi o'zgarishlar shu qadar tez kechadiki, bemor qon ishlab chiqaruvchi a'zolardagi jarayon izdan chiqmay turib ham nobud bo'lishi mumkin. 20 greydan ko'proq nurlanish oqibatida o'tkir nur kasalligi toksik va serebral ko'rinishlarda kechib, bunda bir kechakundo'z, hatto bir necha soat ichida bemor o'lishi mumkin. Harbiy terapevtlar uchun suyak iligidagi o'zgarishlar bilan kechuvchi nur kasalligini o'rganish ahamiyatlidir. Bu kasallikning o'ziga xos tomonlaridan biri, uning davriy kechishidir. Bunda 4 davr ko'zatiladi:

- 1) boshlang'ich yoki organizmning nurlanishga dastlabki javob davri;
- 2) yashirin yoki kasallik belgilari go'yo yuqolib borayotgandek davr;
- 3) qo'zg'alish yoki kasallikning barcha belgilari yo'zaga chiqadigan davr;
- 4) tuzalish davri.

Bunday davrlarga bo'lish zaminida aniq terapevtik qoida bor: nur kasalligi qo'zg'alib, barcha belgilari namoyon bo'lmasa, bemorlar shifoxonaga yotqizib davolanmaydi va hatto mehnatga layoqatli deb topilishi mumkin. Kasallik yengil kechganda bemorlar shifoxonaga yotqiziladi, lekin hech qanday maxsus davo choralari ko'rilmaydi. Ba'zi hollarda, nurlanish 2 greyga yaqinlashsa, uzoq bo'lmagan agranulositoz holati kuzatilib, bunda yuqumli asoratlarning oldini olish uchun antibiotiklar qo'llash mumkin. O'rtacha og'ir holatda kechuvchi o'tkir nur kasalligi deyarli barcha bemorlarda agranulositoz va qonda trombositlar kamayishi bilan kechadi. Bunday bemorlar barcha tibbiy uskunalarga ega shifoxonalarga yotqizilib, boshqalardan ajratilgan holda qon preparatlari, antibiotiklar, qon ishlab chiqaruvchi a'zolar faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar bilan davolanishlari kerak. Kasallik oqir kechganda suyak iligi bilan bir qatorda me'da-ichak a'zolari faoliyati ham izdan chiqadi. Bunday bemorlar hujayralarda kechuvchi murakkab jarayonlarni davolash tajribasiga ega bo'lgan maxsus jarroqlik va qon quyish shifoxonalariga yotqizilishi kerak.

O'tkir nur kasalligi o'ta og'ir kechgan hollarda A. I. Vorobev fikricha suyak iligi yaxshilab ko'chirib o'tkazilmasa, bemor sog'ayishiga umid qilib bo'lmaydi. Shuning uchun bunday bemorlar yuqori malakali, turli tibbiy sohadagi mutaxassislar ishlaydigan, maxsus qon kasalliklari shifoxonalarida davolanishlari zarur.

O'tkir nur kasalligi belgilari. *Kasallikning boshlanqich davri.* Kasallikning dastlabki, belgilari bemor qancha nur olganiga qarab namoyon bo'ladi. Nurlanish kam bo'lganda 18-24 soat, urtacha miqdordagi nurlanishda 4-10 soat, kuchli nurlanish olganda esa 1 - 3 soatdan so'ng odam kam harakat bo'lib, uyqu bosadi, tana harorati ko'tarilib, ko'ngli ayniydi, qusadi. Ko'p miqdorda nurlanganlar ko'p qayt qiladi, sillasi qurib, ba'zan qushidan ketadi.

Chernobil shaxridagi AES portlaganda 1986 yil 25 apreldan 26 aprelga o'tar kechasi "tez yordam"da navbatchilik qilgan Pripyat shaxrlik shifokor V. P. Beloko shunday hikoya qiladi: "Un sakkiz yashar yigitni olib kelishdi. U ko'ngli aynib, boshi qattiq og'riyotganligidan shikoyat qilib, qusa boshladi. Uni mashinaga olib kirmasimdanoh ahvoli og'irlasha boshladi. Aqli ozib, tildan qola boshladi, rangi oppoq oqarib ketdi. Yana uch-to'rt kishi ham boshi qattiq og'rib, tomoq bug'ilishi, ko'ngli aynishidan shikoyat qilishar va qusishardi. Ertalab soat oltalarda o'zinning ham boshim og'rib, tomog'im qusayotganini, oyoqlarimdan mador ketayotganini his etdim".

Chernobil AES da zarar ko'rganlarni saralash paytida bemor tinimsiz qusa bersa, samolyotda Moskvadagi maxsus 6 - shaqar shifoxonasiga yuborib, o'tkir nur xastaligidan davolashardi. Agar bemorning ko'ngli sal-pal aynib, kasallikning boshqa belgilari bo'lmasa, uni Kiev shaxrida qoldirishardi. Afsuski, nurlanganlarning qay darajada nur olganligini kursatuvchi asboblardan ishdan chiqqan edi. Oz va o'rtacha miqdorda nur olganda qon tarkibida bir oz neytrofilli leykositoz, og'ir hollarda tezda leykopeniya yo'zaga keladi, eritrositlarning cho'kish tezligi (EChT) odatda bir qadar sekinlashadi. 3-4 kundan so'ng kasallik yashirin davrga o'tadi va u 3-5 kundan 14-21 ko'ngacha davom etadi. Bunda bemor ahvoli odatda yaxshilanadi, lekin periferik qon o'zgarishlari zurayadi, neytro va limfopeniya, trombositopeniya va retikulositlar soni kamaygan holda leykopeniya avj oladi.

Kasallikning qo'zg'alish davri uning belgilari tez namoyon bo'lishi bilan kechadi. Bemor holsizlanib, zaharlanish belgilari yo'zaga keladi. Teri ostiga qon quyiladi. Og'iz bushlig'i shilliq qavati, tomoqlar yara bo'lib ketadi. O'tkir nur kasalligi og'ir kechganda og'ir yarali eroziv enterokolit qo'shilib, tana harorati ko'tarilib ketadi. Yurakda og'ir distrofiya, nekroz, o'pkada qon quyilgan zotiljam o'choqlari paydo bo'ladi. Ichki sekresiya bezlari faoliyati bo'zilib, jinsiy a'zolar zararlanadi, goho bepushtlik rivojlanadi. Yengil hollarda nerv sistemasida funksional vegetativastenik hodisalar, og'ir hollarda bosh miyaning turli bo'limlariga qon quyilishi natijasida nerv sistemasining organik buzilishlari yo'zaga keladi. Ko'pincha ichaklar faoliyati izdan chiqadi. Teri qizarishi, pufaklar va shish, hatto

yaralar paydo bo'lishi mumkin. Qon tarkibi manzarasi. Trombositlar soni xavfli rahamlar (20-30 ming) gacha va undan ham kamayib ketadi. Dastlabki uch kun ichida bemorlar qonida limfositlar darajasi pasayadi. Nurlanishning dastlabki soatlarida oshgan leykositlar soni suyak iligidagi sog'lom, nurlanishga chidamli hujayra - tayoqcha yadroli va segment yadroli leykositlardan iborat granulositlar sarf bo'lishi bilan kamayib ketaveradi. Leykositlardagi morfologik o'zgarishlar ularda vakuolalar, neytrofilarda toksik donachalar yo'zaga kelishida namoyon bo'ladi. Leykositlar eng past ko'rsatkichgacha kamayib (0,1 o 109/l), agranulositoz, mutloq limfopeniya va chuqur trombositopeniya holati kelib chiqadi. Kasallikning qo'zg'alish davri oxiriga kelib, kamqonlik paydo bo'ladi va zo'rayadi. Limfositlar sonining kamayib, ularning fagositar faolligi pasayishi bilan organizmning kasalliklarga qarshi kurashish qobiliyati sussayib ketadi va bu qo'shimcha asoratlarga sabab bo'ladi.

O'tkir nur kasalligiga ko'pincha zotiljam, sepsis, tomoq va quloq og'riqi qo'shilishi mumkin. Barcha yuqumli xastaliklar nurlangan bemorlarda og'ir kechadi. Bunda tana harorati ko'pincha ko'tarilib ketadi. Kasallyk qo'zg'algan davr uchun xos belgilardan biri teri va shilliq qavatlar ostiga qon quyilishidir.

Og'ir hollarda katta hajmdagi joylar, ichki a'zolarga (me'da-ichak, bachadon va b. q.) qon quyilishi va qon ketishi kuzatiladi. Bunday qon ketish va qon quyilishlarga trombositlar sonining kamayib o'z vazifasini bajara olmay qolishi, tomirlar devori o'tkazuvchanligining oshib ketishi, qon ivituvchi omillarning yetishmasligi sabab bo'ladi. To'sh suyagi tekshirib ko'rilganda qon hujayralarining yetilishi susayib, keyinchalik suyak iligida hujayralar qolmasligi - pansitopeniya ko'zatiladi. Og'ir hollarda mielokariositlar soni 3-3 o 109/ l. gacha kamayadi. Suyak iligida gipoplastik anemiyaga xos retikulyar hamda plazmatik hujayralar, tiniq bo'lmagan donador neytrofillar va limfositlar paydo bo'ladi.

Isitma. O'tkir nur kasalligi xuruj qilganda tana harorati odatda juda yuqori ho'ladi. Gipertermiya vaqt jihatidan agranulositoz bilan bir vaqtga to'g'ri keladi.

Yurak – tomir tizimi. Nurlangan bemorlarning tomir urishi tezlashib, yurak hajmi kattalashadi, yurak zarblari bo'g'iq bo'lib, yurak ustida sistolik shovqin eshitiladi, qon bosimi pasayadi. Elektrokardiograf miokardning diffo'z zararlanishiga xos belgilarni ko'rsatadi.

Ovqat hazm qilish a'zolari. O'tkir nur kasalligida ingichka ichak epiteliysi zararlanib, ichak devori o'tkazuvchanligi oshadi va organizmning kasalliklarga qarshi kurashish qobiliyati pasayib, turli xil yuqumli xastaliklar avj oladi. Natijada ovqat hazm qilish va oziq moddalari surilishi bo'zilib, organizm

zaharlanadi. Bemorning ishtahasi pasayib, ko'ngli ayniydi, qorni shishib qusadi, ichi ketadi. Gastroenteritga xos bu belgilardan tashqari, ingichka ichak teshilishi, ichak o'ralib qolishi va ichak shilliq qavatida shishib ketishi ham mumkin.

Nerv sistemasi. Bemor asabi tekshirib ko'rilganda unda loqaydlik, karaxtlik, pay reflekslarining susayishi ko'zatiladi. Og'ir hollarda miya po'stloqining ta'sirlanishi, nerv sistemasining organik zararlanishi kabi belgilar namoyon bo'ladi. Sog'ayish davrida qondagi ko'rsatkichlar yaxshilanadi. Periferik qonda leykogrammaning chapga to mielosit va promielositlarga surilishida ifodalangan neytrofillar, retikulositlar, trombositlar va limfositlar soni tezda ko'payadi. Suyak iligida regenerasiya holati ko'zatiladi. Bunda eritroleyko va trombopoez jarayonida uchraydigan, hali yetilmagan hujayralar soni oshib, mitoz davrini boshdan kechirayotgan hujayralar hamda mielokariosntlar miqdori ko'payadi. Sog'ayish davrida bemorning tana harorati pasayib, ishtahasi ochiladi, umumiy ahvoli yaxshilanib, qon quyilishi to'xtaydi, yuqumli asoratlar yuqoladi". Qon ko'rsatkichlari, yurak va qantomirlar faoliyati yaxshilanadi. Nerv sistemasining zararlanish belgilari kamayadi. Lekin sog'ayish uzoq davom etib, astenik belgilar, qon kursatkichlari o'zgarib turadi. Buning uchun yillar o'tishi bilan o'tkir nur kasalligining uzoq asoratlari: kataraktalar, xavfli o'smalar, leykozlar, irsiy kasalliklar kelib chiqishi mumkin.

O'tkir nur kasalligining o'ta og'ir ko'rinishida dastlabki alomatlar juda tez - bir necha o'n minut yoki birinchi soatlarda namoyon bo'ladi. Bunda bemor to'xtovsiz qayt qiladi, holsizlanib hushidan ketadi. Ana shunday shiddat bilan boshlangan kasallik yashirin davrsiz o'tib, organizmning umumiy zaharlanishi, suyak iligi qon ishlab chiqarishining bo'zilishiga xos belgilar namoyon bo'lishi mumkin. Kasallik avj olgan davrda teri osti va shilliq qavatlariga qon quyilishi, yuqumli asoratlar, ichak zararlanishi kabi belgilari ham seziladi. Odatda bemorlar kasallikning 2 - haftasidayoq vafot etadilar.

Aralash nurlanish xususiyatlari. Tashqi muhitdagi nurlovchi manba va nurlovchi moddaning birgalikdagi ta'siri natijasida aralash nurlanish sodir bo'ladi. Organizmga radioaktiv moddalar asosan og'iz va nafas yullari, shuningdek yara va kuygan joylardan tushadi, kupincha aralash nurlanish radioaktiv zararlangan joylarda jangovar harakatlar olib borilganda uchraydi. Bu hollarda asosan gamma nurlar ta'siri kuchli bo'lib, odam ichiga, yara va kuygan joylariga tushgan radiaktiv izotoplar kasallikni yana ham oqirlashtiradi, keyinchalik turli asoratlarga sabab bo'ladi.

Aralash nurlanish hollarida og'izda bo'ladigan o'zgarishlar yaqqol ko'zga tashlanadi. U og'iz bo'shliqi shilliq qavatiga 500 rad (5 grey), nur ta'sir etganda

ko'zatilib, birinchi soatlardayoq og'iz shilliq qavati shishib ketadi. Shish biroz pasayib 3-4 kundan so'ng yana kuchayadi, og'iz qurib, shilliq qavatida yaralar paydo bo'ladi. Aralash nurlanishga xos belgilardan yana biri, konyunktivit, yuqori nafas yo'llari shilliq qavati va terining ochiq joylarida nurlanishning dastlabki kunlari yo'z beradigan o'zgarishlar hisoblanadi. Aralash nurlanish paytida ichak faoliyatining bo'zilib, qondagi noxush o'zgarishlar tez rivojlanadi. Kasallik kechishida ichga tushgan u yoki bu radioaktiv moddalar ichki a'zolarga saralab ta'sir etishi mumkin. Masalan, lantan - jigarda, stronsiy, ittriy va sirkoniy - suyaklarda, uran - buyrakda va yod - qalqonsimon bezda to'planib, ana shu a'zolari zararlaydi. Radioaktiv moddalar miqdori ko'proq bo'lsa, yuqorida ko'rsatilgan ichki a'zo va to'qimalarda asta-sekin organik o'zgarishlar yo'zaga kelib, ko'rsatilgan kasallikning so'ngi bosqichlarida suyaklarda, ichki a'zolar va qonda noxush asoratlar paydo bo'ladi.

Neytronlardan zararlanishning klinik xususiyatlari. Gamma nurlar kabi neytron nurlari ham subletal va letal dozalarda ta'sir etganida organizmni zararlab, asosan qon ishlab chiqaruvchi to'qimalar va me'da ichak shilliq pardasiga ta'sir etadi. Kasallik belgilari ham ana shularga qarab namoyon bo'ladi. Lekin neytron nurlari ta'sirida kelib chiqadigan o'tkir nur kasalligining o'ziga xos tomonlari ham bo'lib, xastalikni aniqlash va oqibatini belgilashda ularni hisobga olish zarur. Neytron nurlar ta'sirida kelib chiqadigan o'tkir nur kasalligining klinik belgilari bu nurlar tanada notekis taqsimlanishi va me'da-ichak o'zgarishlarining namoyon bo'lishi bilan aniqlanadi. To'qimalar neytronlarni o'ziga kuchli singdirib oladi va bu yutilgan nur dozasi juda tez o'tib ketadi. Garchi neytron nurlari yirik biologik ob'ektlar (odam tanasi)dan o'tayotib quvvati pasaysa ham, neytronlar reaksiyasi oqibatida hosil bo'luvchi gamma nurlanish ham umumiy nurlanish ta'sirini oshiradi. Natijada suyak ko'migi va ichaklarga o'tadigan neytron nurlari to'qimalarda ushlanib qolib (umumiy dozaning 20 foizigina o'tadi) organizm asosan ikkilamchi gamma nurlanishdan zarar kuradi. Neytron nurlari ta'sir etganda yashirin davr o'tkir nur kasalligidan qisqa bo'ladi. Agranulositoz tez rivojlanib, kasallik avj olgan paytidagi belgilar va yuqumli asoratlar tez namoyon bo'ladi. Ichaklardagi o'zgarishlar ham yaqqol seziladi. Kasallikning asoratsiz turida qon tarkibidagi ijobiy o'zgarishlar tezroq bo'lib, bu suyak ko'migining zararlanmagan joylari va qon ishlab chiqaruvchi a'zolarining zo'r berib ishlashi tufaylidir. Neytron nurlanishning asosiy belgilari mahalliy ko'rinishdadir. Bunda ayniqsa teri va shilliq qavatda yaralar paydo bo'ladi.

O'tkir nur kasalligining turlarini aniqlash. Bu xastalikni erta aniqlash uchun periferik qon va suyak ko'migiga nur ta'sir etgan paytdagi dastlabki o'zgarishlarni bilish juda muhimdir. O'tkir nur kasalligi yengil kechganida (1-2 gy) qon va suyak

iligida dastlabki ta'sir belgilari deyarli bilmaydi. Ba'zi bir nurlangan kishilar 3-5 soatdan so'ng ko'ngli aynishi, qayt qilishi mumkin. Yashirin davr 30-35 necha kundan iborat. Kasallik yengil kechib, bemorlar davolanmasdan sog'ayib ketadilar. O'tkir nur kasalligi o'rtacha og'irlikda kechganda (2- 4 gy) nurlanishdan ikki soat o'tgach, bemorning ko'ngli aynib madori quriydi, qayt qiladi, tana harorati ko'tariladi. Bunday alomatlar faqat bir kecha-kunduz davom etadi. Yashirin davr 15-20 kundan iborat. Jabrlanganlarga maxsus tibbiy yordam ko'rsatilishi zarur. O'tkir nur kasalligi og'ir kechgan hollarda (4-6 gy) nur ta'sir etgandan so'ng 30-60 minut o'tgach, bemor ketma-ket qusadi, boshi og'riydi, madorsizlanadi. Terisi qizib, tana harorati oshadi. Dastlabki reaksiya 3 kun davom etib, yashirin davr 8-17 kunni tashkil etadi. Bemorga maxsus tibbiy yordam ko'rsatilishi zarur. O'z vaqtida davo qilinsa, u sog'ayib ketadi. O'tkir nur kasalligi o'ta og'ir o'tgan hollarda (6- 10 gy) 15 daqiqadan so'ng bemor qusa boshlaydi. Teri va shilliq qavati qizarib tana harorati ko'tariladi. Dastlabki alomatlar 3-4 kun davom etadi. Ikkinchi hafta oxiriga borib bemorning joni uziladi. Suyak kumigini ko'chprib o'tkazish ham kamdan-kam hollardagina yaxshi natija beradi. O'tkir nur kasalligining ichak formasi 10-12 gy nur olganda kelib chiqadi. Kasallikning rivojlangan davri og'ir enterit, tananing suvsizlanishi, qon ketishi va yuqumli asoratlar bilan kechadi. Nurlanganlar birinchi hafta oxiriga borib o'ladilar. 20-25 gy va undan ko'p nurlangan kishilarda o'tkir nur kasalligining toksik va serebral turlari ko'zatiladi. Nurlar ta'sir etishi bilan to'xtovsiz qayt qilish, ich ketishi, es-hushni yuqotish, kun oxiriga borib miya shishish belgilari, tirishib qolish va Bulbar buzilishlar ko'zatiladi. Bemor odatda uch kun ichida hayotdan ko'z yumadi.

O'tkir nur kasalligini davolash. Kasallikning dastlabki noxush simptomlarini bartaraf etish maqsadida qusishga qarshi, ichish va in'eksiya uchun dorilar yuboriladi. Zararlanishning yengil turida ichishga aeron, etaperazin va aminazin tayinlanadi. O'rtacha og'ir, og'ir va juda og'ir kechadigan nur kasalligida qusishga qarshi aminazinning 2,5 foizli eritmasidan 2 ml, etaperazinying 0,6 foizli eritmasidan 1 ml va atropinning 0,1 foizli eritmasidan 1 ml mushaklar orasiga yuboriladi. Yuqorida qayd etilgan barcha dori moddalari kuniga 2-3 martadan tavsiya etiladi. Og'ir hollarda, ya'ni qusish tuxtovsiz uzoq davom etganda, qonda xlor miqdori kamayib ketganda elektrolitlar almashinuvini yaxshilash uchun 500-800 ml natriy xloridning izotonik eritmasi yoki 400-800 ml to'zli "Disol", "Xlorosol", shuningdek siydik haydovchi dorilar (laziks va b. q.) tomirga yuboriladi.

Yashirin davrda kasallik belgilariga qarab organizm quvvatini oshiruvchi hamda gistaminga qarshi vositalar qo'llanadi. Yashirin davr og'ir kechganda organizmni toksinlardan tozalash davom ettiriladi, qon quyilishining oldini oluvchi dori-

darmonlar, antibiotiklar tayinlanadi. Bu davrda bemor trombositlarini olib, muzlatib, undan qon quyilishi hollarida foydalanish tavsiya etiladi. Kasallik rivojlangan davrda yuqumli asoratlarning oldini olish maqsadida leykopeniya va agranulositoz holatlarida ham antibiotiklar tayinlanadi. Odatda keng miqyosda ta'sir etuvchi antibiotiklar (klofaran, tarivid, sefomizin, ampioks, gentamisin va b. q.) dan foydalaniladi. Yuqumli asoratlarning oldini olish uchun antistafilokokk plazmasi va antistafilokokk gamaglobulini tavsiya etiladi. Og'iz bo'shliqi shilliq qavatidagi yarali nekrotik o'zgarishlarning oldini olish va davolash uchun og'iz bo'shligini antiseptiklar eritmasi (rivanolning 0,1% li va furasillinning 0,02% li eritmasi) bilan chanoqash, shundan so'ng chakanda moyi yoki vitamin A ning yog'li eritmasini surtish zarur. Leykositlar soni niqoyatda kamayib, suyak iligida aplaziya holati ko'zatilganda suyak kumigi kuchirib utkaziladi. Bu tadbir maxsus qon quyish shifoxonasida bemor hamda suyak kumigi ko'chiriladigan sog'lom kishi qon guruxi, rezus omili va N - A sistemaga mos kelganda amalga oshiriladi. Leykopeniyani davolashda leykositlar massasi yoki yangi tayyorlangan qondan foydalaniladi. Leykositlar massasi 5-7 milliard qujayradan to'rt kun davomida quyiladi. Chernobil AESi fojiasi davrida qon quyulishining oldini olish uchun trombositlar maseasidan keng foydalanildi. Bir marta quyishga bir donordan olingan trombositlar (urtacha 300109. trombosit olish uchun 200- 250 ml qon zardobi kerak bo'ladi) kifoya qildi. Trombositlar (ular miqdori bemor qonida 20109/l dan kamayganda yoki qon quyulish belgilari sezilishi bilan) oradan 1-3 kun o'tkazib quyiladi. Ikkilamchi kasalliklar kelib chiqishining oldini olish uchun donor qonidagi immun hujayralar faolligini kamaytirish maqsadida quyiladigan qon preparatlari, shu jumladan trombositlar ham 15 grey quvvatidagi nur bilan nurlantirildi. Natijada bemorlarda qon quyilish hollari kuzatilmadi. Ba'zi bemorlarga suyak iligi zararlanishi yashirin davrda kechuvchi bemorlardan olingan trombositlar quyildi. Bunday trombositlar qonida trombositi kamayib ketgan boshqa bemorlarga yaxshi foyda berdi. II va III darajali o'tkir nur kasalligi bilan og'rikan bemorlarga o'rtacha 3-8 marta (300 10e qujayra) trombositlar massasi quyildi. Chernobil falokatidan zararlanganlarni davolashda agranulositozni davolash yoki oldini olish uchun leykositlar massasidan foydalaniladi. Suyak ko'migan ko'chirib o'tkazish nurlanish 6 grey va undan yuqori bo'lganda qo'llaniladi. Bunda qon ishlab chiqaruvchi hujayralarga boy va immun xususiyati kam odam embrioni hujayralari 6 marotaba kuchirilib, ikkilamchi kasalliklar kelib chiqishi xavfi keskin kamaytirildi. Biroq bu bemorlar nurlanishdan 14-18 kun o'tgach, teri va ichak zararlanishidan vafot etdilar. 13 marotaba allogen suyak ko'migi ko'chirib o'tkazildi. Afsuski, bemorlardan yettitasi teri, ichaklar va o'pkaning kuchli zararlanishi tufayli nurlanishdan so'ng 15-25 kun ichida hayotdan ko'z yumdi. Allogen suyak ko'migi kuchirib o'tkazilganlardan (nurlanish dozasi 4,

3, 107 ,gy) faqat ikki bemor hayoti saqlab qolindi. Ulardan biri 5,8 gy, ikkinchisi 10,7 gy nurlangan bo'lib, har ikkalasiga ham opasikgillardan olingan suyak ko'migi ko'chirib o'tkazildi. Oradan 32 kun o'tgach, bu bemorlarda kuchirib o'tkazilgan ko'mikning bir qismi ajralib, ularning o'zi qon ishlab chiqarish a'zolari faoliyatini tiklandi. Chernobil fojiasi kunlarida qulog'i og'rigan bemorlarga "Sandoz" firmasi ishlab chiqqan gammaglobulin; terisi kuyganlarga esa lioksanol tayinlandi. Antibiotiklardan keng miqyosda ta'sir etuvchi sefalosporinlar va ularning hosilalari klorofan, sefamizin va boshqalar qo'llaniladi. Qon quyilishining oldini olish maqsadida tomirlar devorinini mustaqkamlovchi - serotonin va askorutin qo'l keladi (Cherionbnda bu dorilardan foydalanilmadi). Shuningdek, bunday hollarda disionni 2-4 ml dan kuniga 3-4 maqal tomirlarga yuborish yaxshi foyda beradi. Fibrinolizinni faollashtirish maqsadida ingibitorlar: aminokapron kislota, amben (pamba) ishlatiladi. Shilliq qavatlarga qon quyilishining oldini olish maqsadida qon oqishini to'xtatuvchi trombindan foydalaniladi. Yuqumli kasalliklarni davolash va oldini olish uchun ichaklarni steril holga keltirish zarur. Buning uchun 5- 7 kun mobaynida qonga surilmaydigan antibiotiklardan kanamisin sulfat 2 g, 2 g gistomisinga 2 mln nistatni qushib beriladi. Keyinchalik esa agranulositoz holatidan chiqqunga qadar qonga surilmaydigan antibiotiklardan eritma tayyorlanadi. Buning uchun 150 ml suvda 3- 4 g neomisin yoki kanamisin, 1,5 g ristomisin, 1 g polimiksin M eritiladi. Ana shu antibiotiklar aralashmasi 30 ml dan kuniga 5 marta (avval oqiz va tomoq 1 mln birlik nistatin bilan chanqalgach) ichiladi.

O'tkir nur kasalligining ichak simptomini davolash uchun bemorga vitaminlarga boy, yumshoq, kimyoviy tarkibi ichaklarni ta'sirlamaydigan parxez taomlar berilishi zarur. Bundan tashqari, festal, pankreatin kabi dorilar tavsiya etiladi. Organizmga radioaktiv moddalar tushishi natijasida kelib chiquvchi nur kasalliklari. Radioaktiv moddalar tushgan joylarda odamlarga bir vaqtning o'zida gamma nurlar va betta zarrachalar ta'sir etadi. Bunda radioaktiv moddalar, ayniqsa ularning radioaktiv bulut tarkibidagi qismi odamning ichiga tushishi mumkin. Bunday nur kasalligining qanday kechishi, qay ko'rinishlarda namoyon bo'lishi radioaktiv moddalarning miqdoriga, erish va surilishiga, organizmga qanday yo'l bilan tushganiga va uning parchalanish davri hamda izotoplarning qanday chiqib ketishiga bog'liq. Radioaktiv moddalar organizmga nafas yo'li va og'iz orqali yara hamda kuygan joylardan kiradi. Organizmga tushgan ba'zi izotoplar (stronsiy, ittriy, sirkoniy) suyaklarda to'plansa, boshqalari (seziy, lantan) jigarda (gepatotroplar), yana birlari (seziy, ruteniy, natriy) u yoki bu miqdorda butun tana bo'ylab tarqaladi. Uran buyrakda ushlanib qolsa, yod butunlay qalqonsimon bezga singiydi. Organizmga radioaktiv moddalar tushishi natijasida

kelib chiqadigan o'tkir nur xastaligi dastlabki simptomlarining yuqligi yoki juda kam sezilishi, kasallik davrlarining cho'zilishi, ko'proq radioaktiv moddalar tushgan joylar (nafas yullari, me'da-ichak) zararlanishi va organizmga tushgan radioaktiv modda qaysi a'zoni ko'proq zararlashiga qarab har xil kechadi. Zararlanishni davolash va uning oldini olish. Izotoplar odam ichiga nafas yo'li orqali tushganda oqizni chayish, nafas yullarini esa balg'am kuchiruvchi vositalar bilan tozalash zarur. Og'iz orqali ichga tushganda o'sha zahoti yumshoq tanglayni qo'l bilan ta'sirlantirish yoki alomofin berish bilan bemor qustiriladi, zond yordamida me'dasi yaxshilab chayiladi. Me'dadan radioaktiv moddalarni o'ziga singdirib, olib chiqib ketadigan adsorbentlardan bariy sulfat, ion almashlovchi smolalar tayinlanadi. Bundan tashqari, radioaktiv moddalarni me'da-ichak yo'llaridan tezroq chiqarish uchun surgi dorilar va tozalovchi xo'qna qillanadi. Qonga so'rilgan radioaktiv moddalarni tezroq chiqarib yuborish maqsadida kompleksantlardan, ularning eng faoli bo'lgan pentasindan (tomirlarga 5 ml 5 foizli eritmasi yuboriladi) foydalaniladi. Yuqorida sanab o'tilgan tadbirlar bir vaqtda davolash va kasallikning oldini olishda tavsiya etiladi. Aralash nur kasalliklari. Yadroviy va raketalar vositasida olib borilgan urush sharoitida safdan chiqqan kishilarning ko'pchilik qismi aralash nurlangan bo'lib, ya'ni bunda nurdan tashqari kuyish, portlash to'lqini, uqdan yaralanish qo'shib kelishi mumkin. Ana shunday bir necha ta'sirlar organizmda keltirib chiqaradigan patologik jarayon o'ziga xos tarzda kechib, har bir ta'sir ikkinchisn keltirib chiqaradigan qolatni ham chusurlashtirishi mumkpn. (E. V. Gembnskiy, F. I. Komarov). Bu hol bemorning ahvolini og'irlashtiradi, bunda yara va kuygan joylar nekrozi kattalashadi, ularning bitishi qiyin kechadi, yuqumli asorat tanada keng yoyilishi oqibatida organizmning chidami pasayib ketadi, nur kasalligi belgilari tez ko'zga tashlanib, xastalik shiddat bilan kechadi. Aralash nurlanish quyidagi davrlarga bo'linadi. Birinchi davrda nurlanishga xos bo'lmagan belgilar (og'riq, jarohat yoki kuyishdan shok holati, qon ketishi) ko'zatiladi. Kasalning ahvoli nurlanish paytida ko'zatilgandan ko'ra oqirroq bo'ladi. Organizmning nurlanishga dastlabki javob reaksiyasi kuyish va jarohatlanish belgilari bilan niqoblanib, unchalik sezilmaydi. Ikkinchi davrda ham bemor ahvoli og'irligicha qoladi. Asoratlar tez ko'zga tashlanadi. O'tkir nur kasalligining yashirin davri tez utib, leykositoz tezgina leykopeniya bilan almashinadi, kamqonlik va organizm zaharlanishi avj oladi. Bu davrda nurlanish 6 grey dan ortiq bo'lganda o'tkir nur kasalligi belgilari zararlanishning klinik manzarasida yetakchi o'rin tutadi.

Uchinchi davrda o'tkir nur kasalligining qo'zg'alish belgilari paydo bo'ladi va avj oladi. Bemorning ahvoli keskin yomonlashadi. O'tkir nur kasalligiga xos belgilar tez rivojlanib, teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi ko'zatiladi. Jarohat va

nurlanish birgalikda organizmga halokatli ta'sir ko'rsatadi. Yaralarda yuqumli asoratlar paydo bo'lib, butun tanaga keng tarqaladi. Agranulositoz va kuchli kamqonlik yo'zaga keladi. Uchinchi davr bemorlar uchun juda xatarli hisoblanadi. To'rtinchi davrda o'tkir nur kasalligining belgilari astasekin kamayadi, jarohat va kuygan joylar ohista bita boshlaydi. Bir vaqtning o'zida ham yarador bo'lgan, ham nurlangan bemorlarda kelib chiqadigan o'tkir nur kasalligi - bu xastalik alohida o'zi kechgandagidek davolanadi. Lekin aralash zararlangan kishilarga imkoni boricha tezroq (nur kasalligi belgilarini namoyon bo'lganiga qadar) jarroqlik va yuqumli asoratlar kelib chiqishining oldini olishga qaratilgan muolajalar ko'rsatilishi zarur.

Surunkali nur kasalligi

Surunkali nur kasalligi. O'tkir nur kasalligidan farq qilgan holda surunkali nur xastaligi odam tanasiga nurning uzoq vaqt ta'sir etishidan kelib chiqadi. Surunkali nur kasalligi harbiy holatlarda ham, nur bilan ishlovchilar ehtiyot choralarini ko'rmaganlarida ham kelib chiqishi mumkin.

Kasallik belgilari. Surunkali nur kasalligi belgilari nurning miqdoriga, uning tanada qay tarzda tarqalganiga va inson organizmining nurlar ta'siriga naqadar sezgirligiga bog'liq. Shu munosabat bilan hozirgi paytda surunkali nurlanish nurning organizmga ta'siriga kura uch davrga bulinadi.

Birinchi davr nurning tanaga uzoq vaqt mobaynida bir xil ta'sir o'tishi bilan ifodalanadi.

Ikkinchi davr nurning ham tashqaridan, ham odam ichiga tushib ta'sir etish qollarini o'z ichiga olib, bunda nur aloqida bir a'zoga mahalliy ta'sir kursatishi mumkin.

Uchinchi davr umumiy va mahalliy nurlanishlardan iborat turlarni ua o'z ichiga oladi.

Surunkali nur kasalligida tanadan o'tgan nur miqdori bilan kasallikning nechoqli og'ir o'tishi o'rtasidagi munosabat aniqlanmagan. Taxminan 1-1,5 grey nur olgan odamda xastalik belgilari yaqqol sezilmasa, 4-5 grey nur olgan bemorlarda nur kasalligining og'ir kechishi ko'zatiladi, degan fikrlar mavjud. Surunkali nur kasalligi bemor umumiy ahvolining yomonlashuvi bilan boshlanadi.

Bunda: 1) vegetativ va markaziy asab majmuasidagi o'zgarishlar (uyqu bo'zilishi va xotira pasayishi bilan kechadigan nevroz, ko'p terlash va h.k.

- 2) EKG da tishlar voltajining pasayishi, qon bosimi tushib ketishi, bradikardiya bilan kechadigan yurak va tomirlar yetishmovchiligi;
- 3) jigarning kattalashishi, teri va ko'z oining sarqayishi;
- 4) sochlar tukilishi, tirnoqlar yupqalashishi, terinikg qurishi va po'st tashlashi;
- 5) qon tarkibidagi o'zgarishlar;
- 6) teri osti va shilliq qavatlarga qon quyilishi ko'zatiladi.

Kasallikning yengil turida (I darajali surunkali nur kasalligi) yuqorida ko'rib o'tilgan o'zgarishlarni ko'ramiz. Qon tarkibida leykositlar soni o'zgarib turadi. Bunda leykositlar soni kamaya borib (3109/l gacha), neytrofillar ozayib, limfociktlar soni oshishini ko'zatisish mumkin. Kasallikning bu turi yengil kechib, bemorlar ikkinchi oy oxiriga borib soqayib ketadilar. Kasallikning o'rtacha og'ir turida ham kasallik belgilari xilma-xil bo'ladi. Asteniyaga xos belgilar va tomirlar distoniyasidan tashqari, teri ostiga qon quyilishi, ichki a'zolar faoliyati bo'zilisishi va moddalar almashinuvi izdan chiqishini kurish mumknn. Qon tarkibidagi eritrositlar ($3,5-2 \times 10^{12}$) va gemoglobin miqdori kamayadi. Leykositlar va trombositlar soni ham keskin kamayib ketadi. Shu munosabat bilan bemorlar teri ostiga qon quyilishi, milk, burundan, ayollar bachadonidan qon ketishidan shikoyat qiladilar. Turli xil trofik o'zgarishlar yo'z berib, suyaklar zirqiraydi. Yurak sohasida og'riq paydo bo'lib, yurak sekin ura boshlaydi (bradikardiya).

Kasallik yillab davom etadi va qattiq charchash, infeksiyalar ta'sirida zo'rayib turadi. Bunday bemorlar ko'p marotaba davolanishlari kerak. Ko'pincha shundan so'ng ham bemor darddan to'la sog'ayib ketmaydi. Surunkali nur kasalligining og'ir turida qon quyilish, qon ishlab chiqaruvchi a'zolar faoliyatining keskin yomonlashishi, markaziy asab tizimi va ichki a'zolar qaytmas jarayonlar kechishi, yuqumli asoratlar xuruj qilishi ko'zatiladi. Og'ir kamqonlik, leykositlar sonining keskin kamayib, granulositlar qonda yuqolib ketishi va trombositopeniya yo'zaga keladi. Kasallik shiddat bilan kechib, ko'pincha qon quyilishi yoki yuqumli asoratlar tufayli bemor o'limi bilan tugaydi. Ayrim hollarda qon tarkibi va bemorning umumiy ahvoli sal yaxshilapishi bilan ifodalanadigan to'liq bo'lmagan remissiya kuzatiladi.

Kasallikni davolash va oldini olish. Kasallikning oldini olish uchun nur bilan ishlanadigan joylarda xavfsizlik qoidalariga rioya qilish zarur. Bunday joylarda inson organizmiga ta'sir etishi mumkin bo'lgan nur miqdori nazorat etib borilishi lozim. Kasallikka to'liq davo qilinishi zarur. Surunkali nur kasallygining yengil turida quvvatga kirgizadigan va nerv faoliyatini yaxshilaydigan doridarmonlar

(jenshen, limonnik, eleuterokokk va boshqalar), vitaminlar, kichik trankvilizatorlar tayinlanadi. Kasallikning o'rtacha og'ir turida yuqoridagi dori-darmonlardan tashqari, markaziy nerv sistemasi faoliyatini yaxshilovchi, qon va leykositlar ishlab chiqarilishini maromga soluvchi, qon quyulishini to'xtatuvchi dorilar, antibiotiklar, qon va uning tarkibiy qismlari qo'llanadi. Surunkali nur kasalligining og'ir turiga uzoq vaqt chidam va qat'iylik bilan davo qilish zarur. Bunda asosiy e'tibor qon holatini yaxshilashga (eritrositlar, leykositlar va trombositlarni qonga yuborish), yuqumli asoratlarga qarshi kurashga (bakteriyalarga qiron keltiruvchi dorilar, gammaglobulin va b. q.) qaratiladi.

YARADORLARDA ICHKI A'ZOLAR KASALLIKLARI

1853-1856 yillardagi Qrim urushi davridayoq N. I. Pirogov yaradorlarda shok, kollaps, zotiljam va boshqa asoratlarni ko'zatgan edi. Uning fikricha, "Jarohat inson tanasiga boshqalar tasavvur qilganidan ko'ra ancha murakkab ta'sir etadi". N. I. Pirogov ta'riflagan kollaps holati hozirgacha o'z ahamiyatini yuqotgan emas.

Ulug' Vatan urushi davrida jarroh va terapevtlarning kuzatishlaricha, yaradorlarda murakkab patogenez bilan kechuvchi xilma-xil ichki a'zolar kasalliklari aniqlangan. Yaradorlarda hayotiy jarayonlar boshqarilishining bo'zilishi bilan kechuvchi shok, yarador bo'lish natijasida qon bosimi tushib ketishi bilan namoyon bo'luvchi kollaps kabi asoratlar ham ko'zatildi. Urush paytida o'pka, yurak va buyrak kabi ichki a'zolarida o'ziga xos o'zgarishlar aniqlangan. Bu shikastlanishlar murakkab bo'lib, ko'pincha tananing qaysi joyiga o'q tekkanligiga (bosh, kukrak, qorin) bog'liq. Ba'zi shikastlanishlar turli yuqumli kasalliklarga sabab bo'ladi. Yarador bo'lish qon yuqotish bilan kechib, bu kasallikning tuzalishi va asoratlar qolishiga o'z ta'sirini o'tkazadi. Bundan tashqari, jangovar holat (tinimsiz janglar, frontdagi urush to'xtagan davrlar) asablarga kuchli ta'sir etishi, yaradorlar tinkasini quritish bilan birga ular ichki a'zolari faoliyatini yomonlashtiradi. Jaxon urushi yillarida terapevtlarning yaradorlarni davolashlari puxta ishlab chiqilgan edi. Alohida tibbiy batalon va gospitallarda terapevtlar jarroh bilan birgalikda yaradorlarda kelib chiqqan ichki a'zolar kasalliklarini davoladilar.

NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI

Jaxon urushi tajribasi turli xil jarohatlar - o'pka va plevrada asorat qoldirishini kursatdi. Ularni urganish oson bo'lishi uchun 5 guruhga bo'linadi:

1. Pulmonitlar.
2. qon quyilishlar.

3. Atelektazlar.
4. Zotiljamlar.
5. Yiringlash jarayonlari (abscess, gangrenalar).

Pulmonitlar deganda o'q tekkan joydagi shamollash belgilari tushuniladi. Odatda pulmonitlar biror bir belgisiz kechadi. Ayrim hollarda pulmonitlarning o'zi aloqida kasallik manbai (zotiljam, abscess va b. q.) bo'lishi mumkin.

Bosh va ko'krak qafasi shikastlanganda o'pkaga qon quyilishi ko'proq kuzatiladi. O'pka jarohatlanganda o'q tekkan joylarga, ba'zan esa zararlanmagan joylarga qon quyilib, ayniqsa o'q tekkan joylarda har ikkala o'pkada uncha katta bo'lmagan (1-3 santimetr hajmda) qon quyilgan joylar uchraydi. Ko'krak qafasi sohasida og'riq turishi, yo'tal tutishi, hansirash va qon tupurish o'pkaga qon quyilishi belgilari hisoblanadi. Qon tupurish o'pka jarohatlanishining aksariyat (99 %) hollarida jarohat olgan zahoti boshlanadi. Agar o'pkaga ko'p qon quyilgan bo'lsa, tupurish 7-10 kunlab cho'zilishi mumkin. O'pkaga qon quyilish belgilari ham, ko'pincha rentgen, ultratovush yordamida tekshirishlar orqali aniqlanadi. Lekin bu asbob uskunalar bilan jang maydonida foydalanib bo'lmagani sababli, yuqorida kurib o'tilgan tashqi belgilar kasallikni aniqlashda muhim o'rin tutadi. Bunday yaradorlar tekshirib ko'rilganda o'pkaning qon quyilgan joyi ustini barmoqlar bilan urib ko'rilsa, odatdagidan qisqa tovush eshitiladi, shu joy eshitib ko'rilsa, nafas pastligi seziladi. O'pkaning qaysi qismiga qon quyilganligini aniqlash uchun rentgen va ultratovush vositasidan foydalaniladi. Ba'zan o'pkaga qon quyilishi bexatar bo'lib, 2 hafta ichida surilib, bitib ketadi. Ko'pchilik hollarda o'pka to'qimasiga qon quyilishi natijasida gemoaspirasiop atelektazlar kelib chiqadi. Buniig sababi, qonning quyilgan joyidan bronxlarga chiqishi (obturasion atelektaz) yoki mayda bronxlar hamda o'pka to'qimasining quyilgan qon bilan dimlanib qolishidir. Atelektazlar odatda qon quyilgan joy atrofida yoki sog' o'pkada bo'lishi mumkin. O'pkaning qon quyilgan qismi va aspirasion atelektaz urnida ko'pincha o'tkir shamollash jarayoni - o'pka zotiljami kelib chiqadi.

ZOTILJAMLAR

Yarador bo'lish tufayli kelib chiqadigan: ikkilamchi va interkurent zotiljamlar farqlanadi. Kasallikning kelib chiqishi (etiologiyasi). Birlamchi jaroxatlanish bilan bog'liq zotiljamlar o'pkaning shikastlanishi, organizmning shu shikastlanishga bo'lgan ta'siri va o'pkaga o'q orqali yuqumli mikroblar kirishidan yo'zaga keladi. Jarohatlanishdan kelib chiqadigan ikkilamchi zotiljamlar esa neyreflektor yul bilan sog'lom o'pkaga yoki boshqa joyga jarohat yetganda rivojlanadi: Ikkilamchi

zotiljamlar deganda, septik va aspirasiya metastazlari xuruj qilishi oqibatida paydo bo'ladigan o'pkadagi shamollash jarayonlari tushuniladi.

Jaxon urushi davrida shifokorlarning ko'zaticshlaricha, zotiljamlar ko'pincha qorin (kasalliklarning 86%ga yaqini), ko'krak va bosh (18 %), oyoq (17 %) va qo'llar (13 %) sohasi jarohatlanganida ko'zaticshgan. O'pka shamollashiga ko'pincha ko'p qon yuqotish, sovuq urish, o'pkaning surunkali kasalliklari bilan og'rish, organizmda vitaminlar yetishmasligi va holsizlik sabab bo'lgan. Qish paytida yaralanganda, ayniqsa ko'p qon ketganda, yaradorni jang maydonidan tez olib chiqishning iloji bo'lmaganda kuzaticshgan. Urush davridagi zotiljamlar asosan kichik o'choqlidir. 6-10 % hollarda krupoz zotiljam aniqlangan. Zotiljam yaradorlarda jaroxatlanganlaridan bir necha kun, xatto bir necha soat o'tgach boshlanadi va ko'pincha bosh, yo'z, ko'krak hamda qoringa shikast yetganida xuruj qiladi. Keyinroq kelib chiqadigan zotiljamlar qo'l-oyoqlar jarohatlanganda ko'riladi. Shunga ko'ra barvaqt va kech rivojlanadigan zotiljam farqlanadi. Bosh jarohatlanganda kelib chiqadigan zotiljamlar yaralanishdan so'ng bir necha soat yoki dastlabki kunlarda namoyon bo'ladi. Bunda jarayon asosan har ikkala o'pkada kichik o'choqli zotiljamlar yo'zaga kelishi bilan kechadi. O'pka eshitib ko'rilganda uning orqa pastki bo'limlarida nafas pasayib, mayda pufakli xirillashlar eshitiladi. O'pka sohasi barmoqlar bilan urib ko'rilganda bo'g'iq ovoz eshitilmasligi ham mumkin. Tana harorati keskin oshmasdan, ba'zan subfebril bo'ladi. O'pka rentgenda ko'rilgandan so'ng kasallik aniqlanadi. Tana harorati ko'tarilishi jarohat hisobiga ham bo'lishi mumkin. Qon tarkibini o'rganish zotiljamni aniqlashda har doim ham yordam bermaydi. Chunki jarohatlanish oqibatida qonda leykositlar soni oshib, eritrositlarning chukish tezligi oshadi, leykogramma chapga suriladi. Jaxon urushi yillaridagi bosh jarohatlanishidan kelib chiquvchi zotiljam bilan og'rgan bemorlarning ko'pchiligi sog'ayib ketishgan. Yuz va jag' sohasidagi jarohatlar tufayli paydo bo'lgan zotiljamlar og'ir kechib, yaralanishdan so'ng 5-7 kun o'tgach boshlangan. Klinik belgilari aniq namoyon bo'lgani uchun tashxis oson qo'yilgan. Kasallik boshlanishida tana harorati juda ko'tarilib, yo'tal paydo bo'ladi. Bemor yo'talganida shilliq yiringli balg'am ajraladi. Yo'talganda jarohatda og'riq turishi sababli, bemor yo'talni bosishga intiladi. Qon tarkibida leykositlar oshib, eritrositlar chukish tezligi ko'tariladi. Leykogramma chapga suriladi. Zotiljam cho'zilib, plevralar yiringlashidan noxush asorat berishi mumkin. Urush yillari yuz va jag' jarohatlanishidan kelib chiquvchi zotiljamlar oqibati hamisha ham yaxshi bo'lavermagan. Ko'krak sohasi jarohatlanishidan yo'zaga keladigan zotiljamlar zararlangan o'pka tomonida 38,8 %, sog'lom o'pka tomonida esa 83,8 %ni tashkil etgan. Jarohatlanishning dastlabki kunlari ko'pincha yaralanmagan o'pkada zotiljam kelib chiqqan. Keyinchalik jarohat tomondagi o'pkada ham shamollash

belgilari namoyon bo'lgan. Shikastlangan o'pkada avval pulmonitlar yuzaga kelib, uning zaminida zotiljam boshlangan. Boshqacha aytganda, o'pka jarohatlanishi tufayli o'pka to'qimasiga qon quyilib, atelektazlar paydo bo'ladi. Atelektazlarga esa pulmonit sohasidan infeksiya tushadi. Ba'zan mualliflar (N. S. Molchanov, M. S. Bovsi, T. S. Istamanova) fikricha, jarohatlanmagan o'pkada reflektor yo'l bilan zotiljam kelib chiqadi. Ayni vaqtda yaradorlarda o'pka shamollashi ko'p jihatdan yil fasllariga ham bog'liq. Yu. I. Dimshis ma'lumotlariga ko'ra 1942 yilning yozida 17% zotiljam qayd qilingan bo'lsa, o'sha yilning qish oylariga kelib bu ko'rsatkich 53% ni tashkil etdi. Ko'krak sohasi jarohatlanganlarda o'pka shamollaganligining aniqlash ba'zan mushkuldir, chunki u o'pkaga qon quyilishi, plevraning shikastlanishi, ko'krak qafasiga qon quyilishi (gemotoraks) bilan birga kechadi. Lekin tana haroratining juda balandligi, hansirash, o'pkadan kichik pufakli ho'l xirillashlar, barmoq bilan o'pka usti urib ko'rilganda bo'g'iq tovush eshutilishi kasallikni aniqlashga yordam beradi. Ko'krak sohasi jarohatlanganlarda kelib chiqadigan zotiljam ikki guruga bo'linadi:

a) kichik o'choqli zotiljamlar

b) katta va qo'shilgan o'choqli zotiljamlar

Katta o'choqli va bir-biriga qo'shilgan o'choqli zotiljamlarni krupoz zotiljamdan farqlash qiyin. Kichik uchoqli o'pka shamollashlari tana harorati 39 darajagacha ko'tarilib, leykoz soni ham juda oshmasdan kechsa, yirik o'choqli zotiljamlarda tana harorati yana ham ko'tariladi, qonda leykositoz soni keskin ko'payadi. Ko'p qon yuqotgan, ko'krak sohasi jarohatlanganlarda boshlangan zotiljam og'ir kechib, o'lim hollariga sabab bo'lgan. Ko'pincha ko'krak sohasi jarohatlanganidan 11 kun o'tgach, zotiljam boshlanib (bu 75% hollarda kuzatilgan), urush yillari ko'zatishtlariga ko'ra 10-20 kun davom etgan. Yirik uchoqli zotiljamlarda bu muddat uzoqroqdir. Ko'krak sohasi jarohatlanganlarda (ayniqsa, og'ir yaradanganlarda) zotiljam ko'pincha fojiali tugagan. Yirik o'choqli va qo'shilgan o'choqli zotiljamlarga qaraganda o'lim hollari uch marta ko'p kuzatilgan. Bu albatta faqat zotiljam turiga emas, balki jarohatning ham nechoqlik og'irligiga bog'liq bo'lgan. Qorin sohasi jarohatlanishidan kelib chiqadigan zotiljam belgilari dastlabki uch kun ichida namoyon bo'ladi. Birinchi jahon va Qrim urushi paytida asosan qorin sohasidan jarohatlanganlar xalok bo'lishgan.

Vatan urushi davrida tibbiy ko'chirish joylarida tegishli yordam ko'rsatish, yangi davolash usullarini qo'llash tufayli ahvol yaxshilandi. Lekin qorin sohasi jarohatlangan har uch kishining bittasida zotiljam belgilari ham yirik va kichik o'choqli zotiljamdagidek bunda ham o'pka usti barmoqlar bilan urib ko'rilganda bo'g'iq tovush chiqadi, o'pkaning orqa va pastki qismida ho'l xirillashlar

eshitiladi. Odatda qorin sohasi jarohatlanganda ichaklar shikastlanishi, ba'zan peritonit qo'shilishi bilan kasalliklar har xil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Lekin zotiljam qo'shilishi bilan tana harorati keskin ko'tarilib, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, ko'karib hansiraydi, yo'tal tutadi. Ko'pincha zotiljam qo'shilgach, yaraning bitishi yomonlashadi. Bunday zotiljam uzoq cho'zilib, ba'zan bemor o'limiga sabab bo'ladi. (Umurtqa pog'onasi jarohatlangandan so'ng kelib chiqadigan zotiljamlar jarohatlangandan so'ng 10-14 kun o'tgach boshlanadi. Bu kasallikka asosan yaradorlarning qimirlamasdan uzoq yotishlari sabab bo'ladi. Kasallikni aniqlash qiyin, lekin sinchiklab tekshirilganda perkutor tovushning bo'g'iqligi, o'pkada yakkam-dukkan ho'l va quruq xirillashlarni eshitish mumkin. Tana harorati asosan subfebril ko'rinishda bo'ladi. Kasallik uzoq davom etib, ko'p hollarda o'lim bilan tugaydi. Kovak suyaklar va bo'g'imlar jarohatlanganida zotiljam 2-3 haftadan so'ng boshlanib, bunga ham bemorning bir xil holatda uzoq yotishi sabab bo'ladi. Bundan tashqari, kasallik paydo bo'lishida yara sepsisi va yiringli - rezorbtiv isitma muhim ahamiyatga ega. Kasallikning birinchi kunlarida uni aniqlash qiyin. Zotiljam belgilari keyinroq namoyon bo'la boradi. Tana harorati ko'tarilishini jarohat sepsisi bilan tushuntirilsada, rentgen o'pkada shamollash borligini ko'rsatadi. Lekin zotiljam keyinchalik, absesslar paydo bo'lganda sezilishi mumkin. Shuni aytish kerakki, zotiljamga o'z vaqtida to'g'ri davo qilinsa, yarador soqayib ketadi. Afsuski ba'zi hollarda zotiljam cho'zilib surunkali turga o'tishi, o'pka absessi va gangrenasiga olib kelishi mumkin. Zotiljam qo'shilishi yaraning bitishini yomonlashtiradi.

O'PKADAGI YIRINGLI JARAYONLAR

O'pkaga jarohat orqali mikroblar tushishidan unda yiringli jarayonlar boshlanadi. Ayniqsa, o'q yoki snaryad parchasi o'pka to'qimasiga sanchilib qolganda absesslar ko'p paydo bo'ladi. Bunday yiringli jarayonlar rivojlanishida o'pka to'qimasining ezilishi, unga qon quyilishi, yot jismlar tushishi muhim ahamiyatga ega. Faqatgina o'pka jarohatlanishidan so'ng emas, balki yuz, jag' shikastlanishi, yaralar gazak olishidan keyin ham o'pkada yiringli jarayonlar ko'zatiladi. Absesslar jarohatlangandan ancha vaqt o'tgach boshlanadi. Absessning klinik manzarasida ikki davr ko'zatiladi:

- 1) absessning bronx yoki plevra bo'shliqiga yorilishgacha bo'lgan rivojlanish davri
- 2) absessning yorilib, yiringli bo'shliqni bronxlar bilan tutashtirish davri.

Birinchi davrda bemor ahvoli og'irlashib intoksikasiya belgilari namoyon bo'ladi, quruq yo'tal tutib, abscess bor tomonda og'riq turadi. Tana harorati oshib, bemor suv bo'lib terlaydi, varaja tutib, madori ketadi.

Ikkinchi davrda abscess bronx bo'shligiga yorilib, yiringli bo'shliqning bronxlar bilan tutashuvi bemor ahvolini yaxshilaydi. Shu vaqtdan boshlab (agar yiringli bo'shliq bronxlar bo'shlig'i bilan yaxshi tutashgan bo'lsa) sog'ayish boshlanadi. Ko'krak qafasi jarohatlanishi oqibatida plevra kasalliklari yuzaga keladi. Ko'krak qafasining teshilishi - kukrak sohasidagi eng ko'p uchraydigan jarohlardanidir. Bunday jarohatlar ochiq pnevmotoraks holati bilan kechib, uning belgilari anchagina. Plevra bo'shliqi tashqi havo bilan tutashib, bunda plevra bo'shligiga tushgan havo plevra - o'pka shokiga olib keladi. O'q tegib o'tgan ko'krak qafasidagi ochiq pnevmotoraksda quyidagi alomatlar ko'zatiladi: bemor hansirab, ko'karib ketadi, qon bosimi pasayadi, tomir urishi juda tezlashadi. U bukchayib qoladi, qattiq bezovtalanib ahvoli keskin og'irlashadi. Kasallik zo'rayib, bemor o'lib qolishi mumkin. O'q tegishi natijasida paydo bo'ladigan ochiq pnevmotoraks urushdagi eng og'ir jarohlardan biri hisoblanib, yaradorga zudlik bilan maxsus tibbiy yordam ko'rsatilmasa, u qisqa vaqt ichida halok bo'lishi mumkin. Bunday yaradorlarga birinchi tibbiy yordam batalon saralash tibbiy punktida yoki polk tibbiy punktida ko'rsatiladi. Bu yordam yaradan plevra bo'shlig'iga havo o'tishini to'xtatishdan iborat. Buning uchun yara atrofi odatdagidek tozalanib kleenka, leykoplastir, sellofan va b. q. matolar bilan bog'lanadi. Ana shundan so'ng yaradorni alohida tibbiy batalon yoki gospitalga olib borish zarur.

(Gemotoraks - plevraga qon quyilishi ko'krak qafasi yopiq jarohatlanganida qovurg'alar sinishi yoki o'pka to'qimasining shikastlanishi bilan kechib, odatda bir necha marta plevra bo'shlig'idagi qon shpris bilan olinadi va shu tariqa plevra yiringlashiga yo'l qo'yilmaydi. Plevra bo'shligidan qon olib tashlangach, antibiotiklar yuboriladi. Agar plevra yiringlasa (empiema), bemorning ahvoli keskin yomonlashadi. Tana harorati 39°C dan oshib ketadi, qon ko'rsatkichlari shamollashdan darak berib, leykogramma chapga suriladi, eritrositlar chukish tezligi soatiga 40 mm dan oshadi. Bemor ozib ketadi, hansirash paydo bo'ladi. Auskultatsiyada eshitib ko'rilganda nafas past eshitiladi. Plevra bo'shliqi teshilganda undan yiring chiqadi.

YURAK QON-TOMIR KASALLIKLARI

Yurak va tomirdagi kasalliklar jarohat olgan zahoti va bir qancha vaqt o'tgach namoyon bo'lishi mumkin. Jarohatlangan paytdagi yurak urishi tezlashishi, yurak sohasida og'riq turishi va hansirash ko'proq uchraydigan belgilar hisoblanadi.

Ba'zi hollarda yurak urishi soni va maromi buziladi. Ko'pincha yurak urishi tezlashishi yurakda kuchli og'riq turishi bilan kechadi. Og'ir yaradorlarda kollaps va shok holati kuzatiladi. Yurak faoliyatidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda tomirlar ta'sirlanishi belgilari namoyon bo'ladi: yarador o'zini qizib ketganday his qiladi, yo'zi qizarib ter bosadi. Bosh va umurtqa pog'onasi jarohatlanganda yurak urishi sekinlashadi. Ko'krak qafasi jarohatlanganda esa hansirash boshlanadi, yurak sohasida og'riq turib, yurak urishi tezlashadi, rangi keskin oqarib, ba'zan yurak faoliyati izdan chiqadi. EKG da tishlar voltaji pasayib, sinus taxikardiyasi, o'tkazuvchanlik bo'zilganligi belgilari ko'zatiladi.

Davolash jarayonida yaradorlardagi (yuqorida ko'rsatilgan) belgilar yuqolib, miokardit tuzala boradi. Lekin ancha vaqtgacha taxikardiya, yurak chuqqisida birinchi tonning bo'qirligi, yurak sohasidagi og'riqlar saqlanib qoladi. Agar jarohat yuqumli asoratlar bilan kechsa, yurak mushaklari distrofiyaga uchrab, bu bemorning hansirashi, yurak urishi tezlashishi, tomirlar tonusi bo'zilishida namoyon bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashib tana harorati oshadi, qon tarkibida leykositoz, eritrositlar chukish tezligi kuchayadi.

Miokardit asosan jarohatlangandan, so'ng ancha vaqt o'tgach boshlanadi. Miokarddagi yalliqilanishga oid o'zgarishlar uchoqli yoki yoppasiga bo'lishi mumkin. Yoppasiga (diff'o'z) zararlanishda asosan yurakning ishchi mushaklari zarar ko'rib, buning oqibatida bemorda yurak faoliyati izdan chiqadi, o'tkazish majmuasi zarar ko'radi. O'choqli miokarditda ko'pincha impulslar ishlab chiqaruvchi majmualar zararlanadi, shu tufayli bemorda yurak urishi maromining bo'zilishi ko'zatiladi. Shuni aytib utish kerakki, yaradorlarda miokardit yara sepsisi bilan kechadi va bu tana harorati ko'tariliyush, qon tarkibida sepsis holatiga mos o'zgarishlar (leykosiyo'z, EChT kuchayishi) bilan kechadi. Jaxon urushi yillarida oyoqlar va ko'krak qafasi jarohatlangan yaradorlarning ko'pchiligida endokardit kuzatildi. Odatda u yaraning. gazak olishidan paydo bo'luvchi septik jarayon asorati hisoblanadi. Sepsisning umumiy belgilari (tana harorati oshishi, varaja tutish, terlash) bilan bir qatorda yurak qopqoqlari zararlanishi (aorta va mitral qopqoqlar) ham aniqlandi. Endokard yallig'lanishi o'tkir va qaytma endokarditlar ko'rinishida kechadi. Perikardit ham sepsis asorati sifatida uchraydi. Lekin ko'krak qafasi jarohatlanganda yurakning bevosita shikastlanishi va perikardga yuqumli mikroblar tushishi natijasida ham perikardit rivojlanishi mumkin. Kasallikning kechishi ko'proq sepsisning qanday o'tishiga bog'liq. Agar perikard suv yig'ilishi bilan kechsa, yurak kattalashadi, barmoqlar bilan yurak sohasiga urib ko'rilganda bo'g'iqlik maydon kattalashgani seziladi. Perikard quruqlik kechayotgan bo'lsa, yurakda perikard ishqalanishi shovqinini tinglash mumkin. Perikard uzoq davom etadi, ba'zan perikardning kuks oraliqiga yopishib qolganini ko'rish mumkin.

BUYRAK KASALLIKLARI

Yaradorlarda jarohatlanishdan so'ng tez orada reflektor ravishda siydik tutilishi mumkin. 1-2 kun o'tgach siydik chiqarish faoliyati asli holiga keladi. Jarohat infeksiyasi zamirida ko'p hollarda yuqumli toksik nefropatiya kuzatiladi. U jarohatlanishning dastlabki kunlaridayoq boshlanib, buyrakdagi kichik o'zgarishlar (siydikda bitta-yarimta gialin va donachali silindrlar, biroz oqsil paydo bo'lishi) bilan ifodalanadi. Kasallik bir oycha davom etadi va jarohatdagi yuqumli asorat ketishi bilan buyrak faoliyati tiklanadi. Nefritlar odatda jarohatlanishdan so'ng ancha vaqt o'tgach kuzatiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida bemor shishib ketadi, qon bosimi ko'tariladi (sistolik bosim 200 mm s. u., diastolik bosim 100-120 mm. s. u.). Siydik tarkibida oqsillar, qon hujayralari, ko'plab gialin silindrlari, donachali silindrlar uchraydi. Ba'zan buyrak yetishmovchiligi (uremiya) bemor o'limiga sabab bo'ladi. Jahon urushi davrida nefritlar buyrak xastaligi bilan og'rigan yaradorlarning taxminan yarmida ko'zatilgan. Nefrozlar kamroq (buyrak kasalliklarining 6,4 %) uchraydi. U ko'proq yiringli osteomielit bilan og'rigan yaradorlarda ko'zatiladi. Bemorda turli darajadagi shishlar paydo bo'ladi. Siydik tarkibida oqsillar, gialin, donador va mumsimon silindrlar ko'payadi. Gematuriya nefrozlarda uchramaydi. Ba'zi yaradorlar buyragida tosh hosil bo'lishi tufayli ularning buyragi sanchib og'riydi. Bu hol urush sharoitida ko'p kuzatilgan. Buyrak kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash, yaradorlarning tezroq safga qaytishlariga imkon berishi shubhasiz.

ME'DA - ICHAK KASALLIKLARI

Ikkinchi jahon urushi yillari terapevtlar yaradorlarda gastrit, kolit, me'da yarasi kabi me'da-ichak kasalliklarini ham aniqladilar. Gastritlar kechishi odatdagiday edi. Bunda yaradorlar to'sh suyagi ostida og'riq turishi og'izda bemaza ta'm sezish, ich qotishi, ko'ngil aynishi va qayt qilishdan shikoyat qiladilar. Jangovar jarohatlar oqibatida surunkali gastrit qo'zg'aladi. Gastritni me'da yarasidan farq qilish kerak, chunki har ikkalasi ham jarohatlanishning birinchi haftasidayoq yo'zaga keladi. Kolitlar shikastlanishdan ancha keyin paydo bo'lishi mumkin. Bunda qorinda og'riq turishi, meteorizm, ich ketishi, ba'zida tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi. Kolitlarni ichburug', ichak silidan farqlash kerak.

QON TUZILISHIDAGI O'ZGARISHLAR

Jarohatlangan zahoti, qon yuqotish tufayli kamqonlik yo'zaga kelishi mumkin. Odatda kamqonlik yirik tomirlar jarohatlanganida ro'y berib, vaqtida (ayniqsa, qish faslida) tibbiy yordam berilmasa, yarador o'limiga sabab bo'ladi. Qorin sohasi shikastlanganda ichga qon ketib, kamqonlik yo'zaga kelganligi darhol sezilmaydi.

Keyinchalik yaraga yuqumli asoratlar qo'shilishi bilan kamqonlik surunkali kechishi mumkin. Yaradorlarda keyinchalik kelib chiqadigan kamqonlikni o'rganish shuni ko'rsatadiki, bunda asosan eritrositlar yetilishi zarar ko'rar ekan. "Kechki anemiyalar" kelib chiqishiga asosan anaerob ikfeksiya sabab bo'ladi. Bu mikroorganizmlarning qon tarkibini buzuvchi zaharlar ishlab chiqarishi bilan tushuntiriladi. Ko'p qon yuqotishdan o'lish hollarini urush yillari ko'plab olimlar o'rgandilar. Ayniqsa, shifokor Blyalik juda ko'p kuzatishlar olib bordi. Uning ma'lumotlariga kura qon yuqotishdan o'lish 40 % ni tashkil etgan. Ko'proq ichki qon ketish, kamroq tashqi qon ketishdan o'lim sodir bo'lgan. Ko'p qon yuqotish so'nggi kamqonlik va kollaps belgilaridan iborat. Yarador boshi aylanib, hushidan ketadi, tomir urishi juda zaiflashadi, sovuq ter bosadi, ko'karib ketadi. Qon tarkibida eritrositlar kamayib, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash keskin yomonlashadi (gipoksiya). Bu holatga nerv sistemasi ayniqsa sezgirdir: bemor tana holati salgina o'zgartirilganda uning boshi aylanadi, ko'z oldi jimirlab, ko'z ko'rmay qoladi (bu vaqtincha holat), yurak urishi tezlashadi. Qon yuqotishdan so'ng uning tarkibidagi eritrositlar ko'p chiqib ketganiga qaramasdan, eritrositlar soni va gemoglobin miqdori tekshirilganda avvaldagidek bo'ladi. Buning sababi qon yuqotilgach jigar, taloq, mushaklar, teri osti yoq to'qimasi tomirlarga qon chiqishidadir. Bu reflektor tomir to'ldirish davri bo'lib, bundan so'ng gidremik to'ldirish davri boshlanadi. Tomirlarga ko'p miqdorda to'qima suyuqligi - limfa chiqadi. Oqibatda eritrositlar va gemoglobin miqdori kamayadi. Oradan 4-5 kun o'tgach retikulositlar krizi (suyak iligini to'ldirish) davri boshlanib, qizil qon donachalari qon tarkibida yana ko'paya boshlaydi. O'z vaqtida yordam ko'rsatilganda (poliglyukin, reopoliglyukin, eritrositlar massasi, qon quyish) eritrositlar va gemoglobin miqdori 2-3 qaftadan so'ng asl holiga qaytadi.

YARADORLARDA ICHKI A'ZOLAR KASALLIKLARINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH

Yaradorlarda turli kasalliklar kelib chiqishining asosiy sababi jarohat turi, oqirengilligi, urni va qushimcha sharoitlarga (shikastlango'nga qadar soqligi qandayligi, stress holatlar va h. k.) bog'liq. Jarohat butun inson organizmi va uni boshqaruvchi sistemalar holatiga yomon ta'sir etadi. Yaradorlarda ichki a'zolar kasalliklarini oldini olish va davolashni mumkin qadar kechiktirmaslik zarur. Yetuk jarrohlik yordamini ko'rsatish, jang maydonidai yaradorlarni o'z vaqtida olib chiqish (ayniqsa, qish paytida) hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Shuningdek yaradorlarni tibbiy xodimlar ko'zatuvida shifoxonalarga jo'natilishini to'g'ri tashkil etish, ularni vitaminlarga boy ovqat mahsulotlari bilan ta'minlash, yuqumli asoratlarga qarshi kurashish, turli sog'lomlashtiruvchi mashqlar o'tkazish

muhim tadbirlardan hisoblanadi. Tibbiy ko'chirish bosqichlari yaradorlarni isitish, issiq ovqat berish, yurak tomirlar faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar yuborish urush yillarida kasalliklarning oldini olishda keng qo'llanildi. Bosh va ko'krak qafasi jarohatlanganda A. V. Vishnevskiy usuli bo'yicha vagosimpatik blokadadan foydalanildi. Bosh va yuz shikastlanishida reflektor yoyini o'zishdan tashqari, aspirasiyaking oldipi oluvchi choralar ham ko'riladi. Bemor dastlabki kunlari yuzi yerga qaratib yotqizilsa, keyinchalik esa yarim o'tirish holati beriladi. Jarrohlikning birlamchi tozalash muolajasi ko'riladi, imkon boricha yot jismlar to'la olib tashlanadi. Zotiljamga sabab bo'luvchi, ichki jarohatlanishlarda kasallikning oldini olish uchun bemorga antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari beriladi. O'pka yalliqlanishini davolash tadbirlari u aniqlagan bosqichdayoq boshlanadi. Bunga jarohatni davolash, organizm chidamini oshiruvchi va o'pkadagi patologik jarayonni bartaraf etishga qaratilgan tadbirlar kiradi. Imkoni boricha, bemorlar yotqizib davolanadi, ularga vitaminlar va oqsilga boy ovqat beriladi, qayta-qayta qon va eritrositlar massasi (kamqonlikda) quyib turiladi. Zotiljamni davolashda keig ko'lamli antibiotiklar ishlatiladi. Yurak tomirlar faoliyati bo'zilganda kofein, glyukoza bilan qo'shib strofantin tayinlanadi, gipoksiya holatida kislorod beriladi. Birinchi kunlardanoq nafas mashqlari o'tkaziladi. Antibiotiklarni to'g'ri tanlash muhim ahamiyatga ega. Zotiljam deb, taxmin qilinayotgan og'ir yaradorlarni kuchsiz antibiotiklar, masalan, penisillin bilan davolash yaramaydi. Bunday bemorlarga klofaran 1g dan kuniga 3 marta, ana shunday miqdorda sefamizin kunga 2 marta, tarivid - 200 tayinlanadi. Bu antibiotiklar keng ko'lamli bo'lib, yaradorlarda stafilokokk, streptokokk va boshqa ko'plab mikroorganizmlar paydo qilgan zotiljamni dazolashda foyda beradi. Qon ketish hollari yuz berganda 5% li aminokapron kislotasi, priopresipitat, yangi muzlatilgan plazma qo'llaniladi. Mahalliy qon ketishni to'xtatish uchun esa fibrin bulut va fibrin pardasi ishlatiladi. Jarohatlanish natijasida sillasi qurib, ozib ketgan yaradorlar tomiriga oqsil gidrolizatlari, yoq emulsiyalari, aminokislotalar aralashmasi yuboriladi.

PORTLASH TO'LQINI TA'SIRIDA ICHKI A'ZOLARDA KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLAR

Rossiya - Turkiya urushi davridayoq shifokorlar portlash ta'sirida ichki a'zolarida kelib chiqadigan o'zgarishlarga e'tibor berishgan. Bu o'sha vaqtda jang maydonida kuchli artilleriya snaryadlari qo'llanilishi bilan bog'liq edi. "Karaxtlik" ("konto'ziya") iborasi shu yillari kelib chiqdi. Snaryad yoki avia bombasi portlaganda havo siqilib, atmosfera bosimi oshib ketishi va portlash ta'siri tugagan

joyda bosimning kamayib ketishi odamlarga jarohat yetkazadi. Birinchi navbatda portlash quloqqa ta'sir etib, quloq pardasini yorishi, o'rta va ichki quloqni shikastlantirishi mumkin. Portlash payti chiquvchi kuchli tovush impulslari ko'p hollarda miyaning akustik zonasiga ta'sir etib - kar bo'lib qolishga, havodagi bosimning keskin o'zgarishi - ichki a'zolari zararlantirishga, portlash to'lqini esa odamni uloqtirib yuborib, turli jarohatlar olishga sabab bo'ladi. Portlash to'lqinining ta'siri birinchi jahon urushidayoq harbiy shifokorlar tomonidan o'rganilgan bo'lib, Ikkinchi jahon urushi davrida harbiy tibbiyot bu yo'nalishda ko'plab kuzatishlarga ega edi. Taniqli nevropatolog, professor M. A. Zaharchenko portlash to'lqini ta'sirini birinchi jahon urushi yillarida o'rganib, nerv sistemasiga oid shikastlanishlar asosiy o'rin tutishini ta'kidladi. Ko'plab jabrlanganlar hushdan ketadilar: ba'zilar darrov o'ziga kelsa, boshqalari anchagacha behush bo'lib yotadilar. Konto'ziyaga uchraganlarning ko'pchiligida hushiga kelganidan so'ng ham eshitish, gapirish, hidlash, ta'm bilish va kurish a'zolari faoliyati tiklanmasligi mumkin. Bu qolat uzoq paytgacha davom etadi va yaxshilab davolanishdan so'ng ko'pchilik hollarda bemor sog'ayib ketadi. Agar jarohat og'ir bo'lsa, konto'ziyaga uchragan odam hushiga kelganidan keyin ham gaplashmaydi, vaqtni farqlamaydi, atrofdagilarga befarq bo'ladi. Kuchli shikastlanganlarda bulbar holatlar ko'zatilib, bu umurtqa va miyaning asosiy arteriyasida qon aylanishining buzilishi bilan bog'liq. Kasallik belgilari yutishning qiyinlashishi, nutqning buzilishi, yurak faoliyatining izdan chiqishi va aritmiyada o'z ifodasini topadi. Portlash to'lqini ta'sirida bosh zararlanib, qo'l va oyoqlar shol bo'lib qolishi mumkin. Shuningdek u yoki bu miqdorda vazomotor bo'zilishlar: kaft va oyoq tagi ko'karishi, yuzning oqarishi va qizarishi, quloyoqlarning sovishi, terlashning kuchayishi ko'zatiladi. Ikkinchi jahon urushi paytida portlash to'lqini ta'siridan o'pkada qator o'zgarishlar kelib chiqishi aniqlandi. Bemor hansiraydi, yo'taladi, o'pkaga qon quyilishi natijasida qon aralash tupuradi. Yurak tomirlar sistemasida bradikardiya va pulsning o'ta o'zgaruvchanligi kuzatiladi. Keyinchalik EKGda sinus bradikardiyasi, ko'p hollarda esa ekstrastoliya aniqlanadi. Ovqat hazm qilish a'zolari faoliyatining buzilishi jarohatlanishdan keyingi dastlabki soatlarda ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, ich ketish va yel ushlay olmaslik kabi belgilarda seziladi. Ba'zan uzoq vaqt (hafta, oylab) karaxtlik, parishonxotirlik, tushkunlik davom etadi. Harakat asta-sekin tiklansada, nutq va eshitishning izdan chiqishi anchagacha saqlanadi. Uyqu buzilishi holati bunda o'ziga xos tarzda namoyon bo'ladi. Bedorlik va uyqu orasidagi chegara yuqolib, har ikkalasidan bemor qoniqmaydi. Portlash to'lqini ta'sirida qon bosimi oshganlar keyinchalik (7-8 oy) shu dardga (gipertoniya) muhtal bo'ladilar. Bosh og'riqi, bosh aylanishi, quloq shang'illashi, uyqusizlik kabi serebral holatlar ko'pchilikda uzoq saqlanib qoladi. Portlash

to'liqining me'da-ichak a'zolariga yana bir ta'siri, me'da yarasi bilan og'riqlarda me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yangi yaralari paydo bo'ladi.

Davolash. Bemor yotib davolanishi zarur. Yengil va o'rtacha og'ir turda og'riqlar bemorlar uchun o'rin-ko'rpa qilib yotish muddati uch haftadan kam bo'lmasligi kerak. Og'ir bemorlar uchun muhlat cho'ziladi. Jarohat tufayli shok holatiga tushganlarga yurak-tomirlar faoliyatini yaxshilash maqsadida kofein, strofantin, kordiamin, mezaton, nafasni izga tushirish uchun esa lobelin va sititon tayinlanadi. Miya shishini qaytarishda magniy sulfat, glyukoza va boshqa dorilar qo'llanadi. Kalla ichi bosimini pasaytirish uchun orqa miya teshiladi. Konto'ziyaga uchragan bemorlarga trankvilizatorlar (tazepam, trioksazin, roqipnol, meprotran va b. q.) albatta berilishi kerak. Uyquni cho'zish va asab sistemasi holatini yaxshilash uchun narkotik dorilar, bemor bezovta bo'lsa, aminazin berish mumkin. Agar vegetativ asab sistemasi va tomirlar reaksiyasi sezilsa, uni kamaytirish maqsadida antigistamin dorilar (dimedrol, shsholfen) tayinlanadi.

UZOQ EZILISH HOLATI

Uzoq ezilish holati (Krash sindromi) ko'plab yumshoq to'qimalarning uzoq vaqt yopiq shikastlanishi natijasida kelib chiqadi. Uning umumiy va mahalliy belgilari bor. Umumiy belgilar shok, o'tkir buyrak yetishmovchyligi va mioglobinuriyadan iborat bo'lib, asosiy belgilar hisoblanadi va kasallik oqibatini aniqlaydi. Uzoq ezilish holati snaryadlar portlashi va bomba tushishi paytida binolar qulashi, tinch davrda shaxta" konlar bosib qolishi, yer qimirlashi paytida uchraydi. Krash sindromi ikkinchi jahoi urushi paytida Bayuoters tomonidan Angliya shaqarlariga nemis samolyotlari bomba tashlaganida kuzatilgan. Bombardimondan zarar ko'rgan 1182 kishidan 3,7% i Bayuoters kuzatishicha uzoq ezilish holati bilan jabrlanga Ashxobodagi yer qimirlash paytida shikastlanganlarning 3,5 foizidan Krash sindromini topgan. Xirosimadagi atom bombasi portlashi oqibatida esa 20% kishilarda bu patologiya aniqlangan.

Klinikasi. Uzoq ezilish holati aylanma davrlar bilan kechgani uchun uch davrga bo'lib o'rganiladi. Bular erta, o'rta va kech davrlardan iborat. Erta davrda (2-3 kun davom etadi) ezib turgan og'irlikdan xalos etilganlarda umumiy va mahalliy belgilar erta (bir necha o'n minut yoki bir necha soat o'tgach) ko'zga tashlanadi. Mahalliy belgilar ezilgan joyning tez, shishishi, terining ko'karishi namoyon bo'ladi. Keyinchalik terida pufakchalar hosil bo'lib, pufak ichida qontalash suyuqlik ko'rinadi. Ana shu payt rivojlana boshlaydigan gemodinamik buzilishlar (qon bosimi pasayishi, yurakning tez urishi va b. q.) boshlanqich davr uchun xos bo'lgan umumiy belgilardir. Uzoq vaqt davompda ezilib yotgan odam (1-2 sutka davomida) ko'pincha qutqarib olinganidan so'ng bir necha soat ichida

hayotdan ko'z yumadi. Ba'zan bitta oyoq yoki qo'l bosilib qolishi mumkin. qutqarib olingandan so'ng qo'l yoki oyoq oqargan, barmoq uchlari ko'kargan bo'ladi. Suyaklar ko'pincha zararlanmaydi. Sezish his qilinmaydi. Tomir urishi bilinmaydi. Bir necha kun ichida ezilgan qo'l va oyoqlar shishib, ikki uch barobar kattalashib ketadi. Ikkinchi davr (3 kundan 10-12 ko'ngacha ko'z oqining sarg'ayishi, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining tobora pasayshb borishi, plazma yuqotilishi, qonning quyilishi va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan kechadi. O'tkir buyrak etishmovchiligi dastlabki soat va kunlarda kuzatilib, vaqt mioglobinuriya tufayli bemornig siydigi qo'ng'ir rangda bo'ladi. Keyinchalik buyraknikg siydik chiqarish faoliyati bo'zilib, qonda azot miqdori oshib ketadi. Armanistondagi zilzila paytida kuzatnlgan uzoq ezilish holatlari odatdagi ana shunday hollardan farq qilmadi. Birinchi kunlardayoq jabr kurganlarda ezilgan to'qimalar va autoliz mahulotlari qonga so'rilishi natijasida organizmning jarohatdan keyingi zaharlanish belgilari yo'zaga keldi. Kasallikning ikkinchi davrida ham bemor darmoni qurib, qusadi, og'ir hollarda 3-7 ko'nga kelib hushdan ketadi. Og'ir zaharlanish oqibatida kelib chiqadigan yurak yetishmovchiligidan o'lim sodir bo'ladi. Kasallik unchalik og'ir kechmaganida ikkinchi hafta oxiridan to 2-3 oygacha (uchinchi davr) buyrak faoliyati tiklanib, siydikda silindr, oqsil, eritrositlar yuqolib boradi. Yumshoq to'qimalarjng ezilish darajasi va qancha vaqt og'irlik ostida bo'lganiga qarab kasallikning engil, o'rtacha og'irlikdagi, og'ir va o'ta og'ir uzoq ezilish turlari farqlanadi. Engil turida yumshoq to'qimalar kam muddat (4 soatgacha) og'irlik ostida eziladi: bunda buyrak faoliyati sal buzilib, bir necha kun ichida bemor sog'ayib ketadi. O'rtacha og'ir turdagi ezilish og'irlik ostida 6 soatgacha qolib ketilganda kuzatilib, bunda bir necha kun mobaynida siydik mioglobin hisobiga rangi o'zgaradi. Bemor kam harakat bo'lib qoladi, ko'ngli ayniydi, zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina va kreatinin miqdori oshadi. Og'ir turda shok bilan birga o'tkir buyrak yetishmovchiligi belgilari: ko'ngil aynishi, qusish, hushdan ketish kuzatiladi. Buyrak mutlaqo siydik ajratmay qo'yadi. O'ta og'ir turi 6-8 soatdan ziyod og'ir yuk ostida qolib ketganda kuzatilib, kuchli shok rivojlanadi, qonda azot miqdori oshib, buyrak siydik ajratmay quyadi. Jabrlanganlar bir ikki kun ichida o'ladilar.

Davolash. Uzoq ezilish holatini davolash uchun asosan shok, o'tkir buyrak yetishmovchiligi va elektrolitlar almashinuvi bo'zilishini bartaraf etish zarur. Yuk ostidan holos etilgan qo'l-oyoq chekkadan markazga qarab, shishib ketmasidan bint bilan siqib bog'lanadi va shina yordamida mahkamlanadi. Agar bosilish oqibatida suyaklar singan yoki **qulosqni** olib tashlash kerakligi ayon bo'lsa, zararlangan joyga jgut qo'yish kerak. Jgut ustki qismi aylanasiga novokain bilan

blokada qilinadi. Asidozga qarshi 3% li bikarbonat eritmasi (400-500 ml dan sutkasiga va 400-800 ml dan laktosol) tavsiya etiladi. Ezilgan a'zoni, qo'l-oyoqni ymmobilizasiya qilishga alohida e'tibor berish kerak. Kasallikning ilk davrida shokka qarshi choralar ko'rib, qon o'rnini bosuvchi preparatlar (poliglyukin, reopoliglyukin) ishlatiladi. Ko'p qon zardobi yuqotilishi munosabati bilan tomirga kuniga 4 litrgacha suyuqlik yuboriladi. Kasallikning ikkinchi davrida o'tkir buyrak yetishmovchiligini davolash zarur. O'rtacha og'ir turdagi uzoq, ezilish holatida o'tkir buyrak yetishmovchiligi funksional karakterda bo'lgani uchun davolash tadbirlariga siydik haydovchi preparatlar (laziks) ham qo'shiladi. Agar shokka qarshi va qon aylanishini yaxshilovchi tadbirlardan keyin ham siydpk ajralmasa, "sun'iy buyrak" apparati yordamida gemodializ qilinadi. Armanistonda jabr ko'rganlarni davolashda gemodializ usulidan ko'p foydalanildi. Uzoq ezilish holatini boshidan kechirayotgan bemorlardagi o'tkir buyrak yetishmovchiligini davolashda siydik ajralishi, qondagi azot miqdori, elektrolitlar (kaliy, kalsiy, natriy) nisbatini doimo kuzatib turish zarur. Kaliy ezilgan yumshoq to'qimalardan qonga ko'p miqdorda so'rilib, yurak mushaklariga zaharli ta'sir o'tishi mumkin. Qonda kaliy miqdori oshib ketganda yurak to'xtab qolishiniig oldini olish maqsadida tomir ichiga 20 ml 10 li kalsiy glyukonat yuboriladi.

Bosqichli davolash usuli. Polk tibbiy punktida shokka qarshi tadbirlar (immobilizasiya, novokain bilan blokada, yurak-tomirlar faoliyatini yaxshilovchi dorilar va h.k.) ko'riladi. Bu tadbirlarning davomi alohida tibbiy batalonda nihoyasiga yetkaziladi. Bemor shok holatidan chiqarilganidan keyin, uni alohida tibbiy batalondan maxsus shifoxonaga (sun'iy buyrak apparatini qo'llash va boshqa davolash tadbirlarini o'tkazish maqsadida) olib boriladi.

KUYISH KASALLIGI

Ikkinchi jaxon urushi jangohlarida quruqlikdagi qo'shinlar ichida kuyish umumiy jarohatlarning 1-1,5 foizini tashkil etgan bo'lsa, flotda bu ko'rsatkich 10 foizga yaqinni tashkil etdi. 1904 - 1905 yillardagi rus yapon urushida kuyganlar soni yana ham ko'p edi. Suyami jangida yarador bo'lganlarning 40 foizi qattiq kuyishdan azob chekkan. Yaponiyaning Xirosima va Nagasaki shahardariga atom bombasi tashlanganida kuyganlar soni yana ham keskin oshdi Atom bombasining kuchli issiklik ta'siri natijasida kuyganlar jabrlanganlarning 80 foizini tashkil etdi. Vetnam urushi davrida ham amerikaliklar og'ir kuyish hollariga olib keluvchi **napalm** bombalarini ishlatishdi. Kuyish kasalligini davolash harbiy shifokorlar uchun vazifadir. Yana shuni unutmaslik kerakki, chuqur va katta kuyishlar ichki a'zolar,

asablar, moddalar almashinuvini izdan chiqarishi tufayli, "kuyish xastaligi" deganda tananing umumiy kasalligini tushunchsh kerak.

Belgilari va kechishi: To'qimalar zararlanishi qandayligiga qarab, kuyish uch darajaga bo'linadi:

I darajali kuyishda teri qizaradi

II darajali kuyishda pufakchalar hosil bo'ladi

III darajali kuyishda esa to'qima o'ladi.

Tanadagi terining uchdan bir qismi yo'zaki kuyib, butun terining 10 foizi chuqur kuysa, kuyish kasalligi rivojlanadi. Kuyish kasalligi kechishida 4 davr kuzatiladi.

Boshlang'ich davr. Bu davrda markaziy asablar tizimining faoliyati keskin buzilishi bilan kechadigan shok holati kuzatiladi. Bunda suv va elektrolitlar, moddalar almashinuvi, qon aylanish izdan chiqadi.

Toksemik davr. Agar bemor shokdan o'lmay qolsa, uchinchi kuni toksemik davr boshlanadi. Bu davr to'qimalardagi oqsilning parchalanish mahsulotlaridan organizmning zaharlanishi bilan kechadi. Bunda tanadan nihoyatda ko'plab plazma yuqoladi, bemor og'riqdan azob chekadi, tana harorati pasayib ketadi, tomir urishi tez va zaif bo'ladi. Bu davr 4-10 kun davom etadi.

Septik davr. Sepsis va yuqumli asoratlar rivojlanishi bilan ajralib turadi. Terining katta kuygan qismi bu asoratlar bilan bog'liq bo'lib, shu tufayli ularda mikroblar rivojlanib, yara, bitishi sekinlashadi.

Tuzalish davri. Yaxshi davo tadbirlari olib borilganda bemor bir - bir yarim oydan so'ng sog'ayib ketadi.

Kasallik belgilari: organizmning umumiy zaharlanishi, yurak-tomirlar va ichki a'zolar faoliyatining buzilishi: zotiljam, nefrit, oqsillar almashinuvi izdan chiqishi, gepatit, kamqonlik kabi qator asoratlar rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

III-IV darajali kuyish hollarida jiddiy asorat sifatida zotiljam kuzatiladi. Nafas yo'llari kuygaida yuqumli mikroblar bronxlar bo'ylab tarqaladi. Terining 10-15 foizi kuyganda kelib chiqadigan kuyish kasalligining birinchi davridayoq, yurak-tomirlar faoliyati izdan chiqadi. Bemorlar yurak sohasida og'riq sezadilar, yurak tez urib, nafas yetishmasligidan shikoyat qiladilar. Kuygandan so'ng dastlabki soatlardayoq, ko'p miqdorda qon zardobi yuqotilishi natijasida qon umumiy miqdori kamayib, yurak miokardiga kam kislorod keladi. Oqibatda keyinchalik

yurak urishi tezlashib, eshitib ko'rilganda yurak chuqqisida sistolik shovqin eshitiladi. Yurak mushaklaridagi o'zgarishlar miokardiodistrofiya ko'rinishida bo'ladi. Ba'zan bemorlarda N. D. Voysexovich ma'lumotlariga ko'ra yurak yetishmovchiligidan o'lim hollari ham kuzatilgan. Kuyishdan keyingi dastlabki soatlarda bemorlarning yarmida EKG patologik o'zgarishlarni ko'rsatadi. (Me'da-ichak faoliyatida ham qator o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Birinchi kunlardayoq bemor ishtahasi pasayib, ichi kuyadi, ko'ngli aynib qusadi. Keyinchalik ishtaha mutlaqo yuqolib, bemor ozib ketadi. Jigar faoliyati o'zgaradi (ayniqsa, III darajali kuygan bemorlarda) Siydik bilan urobilin chiqib, bu jigarning o't ishlab chiqarish qobiliyati susayganligini ko'rsatadi. Shuningdek jigarning zaharlarni tozalash xususiyati ham pasayadi. Qon tarkibida protrombin, qand, bilirubin, plazma oqsillari o'zgaradi. Ayniqsa, qondagi oqsillar miqdori keskin kamayib ketadi. Kuyish kasalligida buyrak faoliyati ham izdan chiqadi. Boshlanqich davrda o'tkir buyrak etishmovchiligi kelib chiqib, siydikda donador gialin va mumsimon silindrlar, ko'p miqdorda oqsil paydo bo'ladi. Qonda azot ko'payib, siydik chiqmay qolishi mumkin. Qon tarkibida o'ziga xos o'zgarishlar ko'rinadi. Boshlanqich davrda qonning quyilishi bilan bir qatorda eritrositlar gemolizi kuzatilsa, keyingi haftaga o'tib bemorlarda kamqonlik rivojlanadi. Kamqonlik eritrositlar ishlab chiqarilishining pasayishi va autoimmo'ngemoliz hamda qonda eritrositlarni gemolizga uchratuvchi antitellalar paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Qonda oqsillar miqdori kuygan yara yo'zasidan zardob chiqishi hisobiga kamayib ketadi. Shuningdek, qon tarkibida natriy miqdori ham kamayib ketadi. Oksidlanish jarayonining sekinlashishi oqibatida to'qimalar yetarlicha kislorod bilan ta'minlanmaydi. Kislota - ishqor muvozanati kislotalar tomon suriladi (asidoz). qonda moddalar almashinuvining oraliq mahsulotlari polipeptidlar, sut kislotasi ko'payadi.

Davolash. Kuyishda birinchi yordam kiyimdagi olovni uchirish va terining kuygan joyiga steril bog'lam qo'yishdan iborat (bunda kuygan joy ustidagi kiyimlar kesib olinadi). Bemorni shikast yetkazmasdan, yo'lda sovqotib qolishidan extiyotlab ko'chirish zarur. Dastlabki soatlarda davolash tadbirlari kuyish shokiga qarshi olib boriladi. Og'riqni qoldiruvchi preparatlar (2 ml 2% li promedol, 2 ml 2% li omnopon va 1 ml dimedrol bilan qo'shib) qo'llanadi. Og'riq kuchli bo'lganda 2 ml droperidol va 1 ml fentayil tavsiya etiladi. Barcha kuyganlarga teri ostiga 1300-3000 ME qoqsholga qarshi zardob qo'llanadi. Shok tibbiy punktida kuyganlarni keyingi bosqichga kuzatish oldidan ular qoniga tuzli zardob urnini bosuvchi dissol, trisol reopoliglyukin, laktasol yuboriladi. Bu eritmalar suv va tuz muvozanati buzilishini, asidozining oldini oluvchi va bartaraf etuvchi miqdorda, (ya'ni 40(K800 mg dan) tayinlanadi. Agar kuyish shoki bo'lsa,

qo'shimcha 60-90 mg prednizolon tomirga yuboriladi. Asidozani bartaraf etish maqsadida laktasoldan tashqari 150-200 ml 5% natriy gidrokarbonat qo'llanadi. Buyrak faoliyati buzilishining oldini olish uchun 150- 300 ml 5% li mannitol ham tavsiya etiladi. Plazma va gemodez quyiladi. Bir kunda 3-4 litr suyuqlik yuboriladi. Suv almashinuvini doimo nazorat etib borib, kuniga 2 litr suyuqlik ajralib chiqishini ta'minlash kerak. Shuningdek glyukozaning izotonik eritmasi ishlatiladi. Kamqonlikda bir necha marta eritrositlar massasi 100-200 ml dan 3-5 kun o'tkazib quyiladi. Qon zardobi har kuni 200-400 ml dan yuboriladi.

Mahalliy davolash usullari: Yirik pufaklar qoldirilib, yiringlaganlari kesiladi. Yara usti ehtiyotkorlik bilan quritilib, ustiga moyli balzamli yoki streptosit emulsiyasi shimdirilgan steril bog'lam bog'lab qo'yiladi. Sharoit bo'lmaganda, kuygan joy keyinroq tozalanib, ustiga tezda steril bog'lam yopiladi. Keyinchalik, bemor maxsus jarrohlik shifoxonalariга kuchirilgach, kuygan joyga tananing kuymagan terisi kuchirib o'tkaziladi.

Vaziyatli masalalar to'plami

1. Bemor 50 yoshda, erkak. Shikoyatlari: kamkuvvatlik, shilimshik-yiring'li balg'am ajratish bilan yo'tal, zax va sovuq havoda tana harorati ko'tarilishi. Bemor 20 yil davomida chekadi. Umumiy axvoli o'rta og'ir, auskultatsiyada o'pkada dag'al nafas, tarkalgan quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

I. Sizing taxminiy tashxisingiz:

A. surunkali yiringli bronxit*

B. o'tkir bronxit

V. surunkali kataral bronxit

G. surunkali pnevmoniya xuruji

D. surunkali bronxit allergik formasi

II. Xamshiralik tashxisini qo'ying:

A. kamkuvvatlik, tana xaroratining ko'tarilishi*

B. yo'tal, balg'am ajratish*

V. xolsizlik, bosh ogrishi

G. quruq yo'tal, ishtaxasizlik

D. yo'tal, ko'krak qafasidagi og'riq

2. Stasionar sharoitida, pnevmoniya bilan ogrigan bemorga shifokor sefazolin antibiotikini 500/3 maxal tavsiya kildi. Xamshira in'eksiyani bajardi, natijada bemorda anafilaktik shok reaksiyasi berdi.

I. Xamshiraning xatosi nimada:

A. xamshira bemordan antibiotiklarga reaksiyasi bor yoki yukligini surab, sinama utkazib, keyin in'eksiyani bajarishi lozim edi.*

B. xamshira in'eksiyani shifokor nazorati ostida bajarishi lozim edi

V. xamshira shifokordan in'eksiyani bajarish uchun ruxsat olishi kerak edi

G. xamshira in'eksiyani sinama o'tkazganidan so'ng bajarishi lozim edi

II. Anofilaktik shok yuz berganda qo'llaniladigan steroid dori-vositasini ko'rsating:

A. prednizolon*

B. deksametazon*

V. emoksipin

G. taufon

III. qaysi dori-vositalari sefalosporinlar gururuxiga kirmaydi:

A. sefamizin

B. klaforan

V. totasef

G. penisillin*

D. gentamisin*

E. linkomisin*

3. Bemor 42 yoshda. Shikoyatlari: tana xarorati 39-40 gradusgacha oshishi, kaltirash, kuvvatsizlik, avval quruq shilimshik balg'am ajralishi, so'ng ra zangsimon balg'amli yo'talga. Umumiy axvoli ogir. Nafas olishi 1 minutda 28ta. Lunjlari qizargan, lablari va burnining uchi ko'kargan. Auskulltasiyada susaygan vezikulyar nafas va krepitasiya eshitiladi.

I. Sizning tashxisingiz:

A. krupoz pnevmoniya*

B. o'choqli pnevmoniya

V. surunkali bronxit avj olish davri

G. o'tkir bronxopnevmoniya

II. Parxez xususiyatlarini tushuntiring:

A. 15-parxez stoli va 13-parxez stoliberiladi*

B. ovkatlanish kam-kamdan, 5-6 maxal*

V. ko'proq kompot va soklar tavsiya etiladi*

G. 7-parxez stoli beriladi

D. ovkatlanish kuniga 3 maxal

E. ko'proq achchik va sho'r maxsulotlar buyuriladi

4. Bemor 50 yoshda umumiy ahvoli ogir, tana xarorati oshgan, yiringli-qon aralash balg'am ajratmokda, rentgenogrammada o'ng o'pkada bir nechta yupqa devorli bo'shliqlar aniqlangan, L-18x10⁹ leycoformula chapga siljigan.

I. Nima haqda o'ylash mumkin:

A. stafilokokkli pnevmoniya*

B. kazeoz pnevmoniya

V. mikoplazmali o'pka yalliglanishi

G. o'pka polikistozi

II. Qanday asoratlarga olib kelishi mumkin:

A. Yalliglanish jarayoni so'rilishining buzilishi*

B. plevra empiemasi*

V. septisemiya

G. meningizm

D. pnevmotora

5. 50 yoshli erkak, spirtli ichimliklar iste'mol qiladi, to'satdan tana xarorati oshgan, yo'tal yopishqoq qoramtir balg'am bilan, rentgenogrammada o'ng o'pka yuqori bo'lagida qorong'ilashish aniqlandi.

I. Aniq tashxis qo'ying:

A. fridlender pnevmoniya*

B. pnevmokokkli pnevmoniya

V. stafilokokkli pnevmoniya

G. mikoplazmali pnevmoniya

D. aralash florali pnevmoniya

II. Kasallikka xos belgilarni ko'rsating:

A. yaqqol leykositoz*

B. o'pka bir bo'lagi yallig'lanishi*

V. doimiy yukori isitma

G. varaja ,plevral og'riqlar

III. Kasallikka xos bo'lmagan asoratlari:

A. meningit*

B. endokardit*

V. osteomielit*

G. o'pka absessi

D. plevra empiemasi

E. plevrit

6. Bemor 47 yoshda. 3 hafta aval to'sh suyagi orti va chap qo'lda siquvchi og'riq asosan ishga yayov ketayotganda boshlangan, qisqa vaqtdan so'ng og'riqlar o'tib ketgan.

I. Bular qaysi kasallikka xos:

A. ibs birinchi bor paydo bo'lgan stenokardiya*

B. ibs spontan stenokardiya

V. stabil stenokardiya fk II

G. ibs rivojlanuvchi stenokardiya

II. Stenokardiya turlarini ko'rsating:

A. nostabil*

B.stabil*

V.kiska muddatli

G.uzok muddatli

7.56 yoshli erkak oxirgi 4 oy davomida dala hovlisida ishlayotganida chap kaftida og'riq xurujlarini kuzatgan, qisqa muddatli dam olishdan so'ng og'riq o'tib ketgan, ikki yildan keyin oldingi shikoyatlar kuchaygan.

I.qanday xastalik xaqida fikr yuritish kerak:

A.zo'riqish stenokardiyasi*

B.qo'l jaroxati asorati

V.osteoxondroz

G.prinsmetal stenokardiyasi

II.Tashxisni nimalarga asoslanib qo'yamiz:

A.kasallik anamneziga*

B.nagruzkali probalar musbatligi*

V.EKG*

G.qonda KFK, LDG miqdorining oshishi

D.rentgonologik tekshirish

8. 49 yoshda, bir yildan beri jismoniy yuklama bilan boglik stenokardiya xuruji bilan bezovtalanadi. Oxirgi 2 kunda og'riqlar doimiylashib nitrogliserin ta'sir qilmay qoldi, qonni umumiy analizida lek. $11 \times 10^9 / l$, echt-12 mm/soat.

I.Qaysi tur kasallikka xos

A.miokard infarkti*

B.rivojlanuvchi stenokardiya

V.prinsmyotal stenokardiya

G.stenokardiya II-fk

II.Miokard infarkt davrlarini ko'rsating:

A.o'tkir*

B.o'tkir osti*

V.postinfarkt*

G.avj olish

D.kuzgalish

E.remissiya

9. 55 yoshli bemorda epigastral soxada kutilmaganda og'riq boshlandi, tushgan infeksiyon kasalxonada oshkozon yuvildi. Shundan so'ng og'riqlar chap tomoniga tarqaldi, aritmiya paydo bo'lib, ekstrasistola aniqlandi.

I.Birinchi yordam ko'rsatish kerak bo'lgan qaysi kasallik to'qrisida bayon etilgan:

A. miokard infarkti*

B. ovkat toksikoinfeksiyasi

V. oshkozon yara kasalligining xuruj davri

G. ko'krak oraligi usmasi /sredosteniya/

II.Birinchi yordam ko'rsating:

A.og'riq sizlantirish*

B.antikoagulyantlarni qo'llash*

V.umumiy kuvvatlovchilar

G.antibiotiklar

10. Bemor o'ng qovurg'a ostida og'riqqa shikoyat qilib keldi. Teri rangi sargaygan, axlati oqargan, siydigi kizargan.

I. Sizning tashxisingiz:

A. yukumli gepatit*

B. ut tosh kasalligi

V. jigar sirrozi

G. o'tkir pankreatit

II. To'qri diagnoz kuyish uchun nima kilish lozim:

A. qonda bilirubin, fermentlarni aniqlash*

B. siydikni ut pigmentiga va urobiling:a tekshirish*

V. EKG qilinadi

G. EXOEG qilinadi

III. Yuqumli gepatitni inkor etish uchun nima qilinadi noto'qri javobni ko'rsating:.

A. jigar UTI bilan tekshirish*

B. qonda kand mikdorini aniqlash*

V. avstraliyskiy antigenni aniqlash

Gaxlatni sterkobiling:a tekshirish

11. Bemorning qondagi umumiy bilirubini 118.1, to'qri bilirubin 86.6, AST-0.48, ALT-0.56, HBSag-manfiy, siydikda o't pigmentlari-+++, najasi rangsiz.

I. Sizning tashxisingiz:

A. mexanik sariqlik*

B. gemolitik sariqlik

V. virusli gepatit

G. lyupoid gepatit

II. Qo'shimcha yana qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak:

A. jigar UTI o'tkazish*

B. ERPG o'tkazish*

V. umumiy qon taxlili

G. siydikda kreatinin va mochevinani aniqlash

III. Jigar kasalliklariga kirmaydi:

A. pankreatit*

B. infeksiyon mononukleoz*

V. gepatit

G. jigar sirrozi

12. Bemor 45 yoshda kabul bo'limiga epigastral soxadagi kuchli og'riqqa, ko'ngil aynish, sovuq ter bosish bilan keldi.

I. Qanday kasallik haqida o'ylash mumkin:

A. oshqozon yarasi teshilishi*

B. o'tkir pankreatit xuruji

V. o'tkir appendisit

G. surunkali gastrit

II. Qanday tekshirishlar o'tkazish kerak:

A. qorin bo'shliqi umumiy rentgenoskopiya qilinadi*

B. qon va siydik tekshiriladi*

V. EKG qilinadi*

G.tomir urishi aniqlanadi

D.EXOEG qilinadi

E.xammasi to'qri

III.Birinchi yordam ko'rsating noto'qri javobni ko'rsating:

A.tozalovchi klizma kilish kerak*

B.o't haydovchilar berish kerak*

V.og'riq qoldiruvchilar qilinadi

G.operasiya qilish kerak

14. Bemor yoshligida osteomieliit bo'lgan, kasalxonada nefrologik bo'limiga yuz soxasidagi shishlarga shikoyat qilib kelgan, siydik analizi - nisbiy zichligi -1023, oksil 2%, chukmada leykositlar, silindrlar aniklandi.

I.Sizning tashxisingiz:

A. buyrak amiloidozi*

B. o'tkir glomerulonefrit

V. surunkali glomerulonefrit

G. surunkali pielonefrit

15. 42 yoshli ael kuchli ruxiy travma natijasida 1.5 oydan keyin ozganini paykagan. Ko'ruv paytida ekzoftalm, taxikardiya, ozg'inlik, minutiga 110 puls, yurakda sistolik shovqin kuzatiladi, nutqi juda tez.

I.Tashxis qo'ying:

A. tireotoksikoz*

B. gipotireoz

V. buyrak usti bezi surunkali yetishmovchiligi

G. qandli diabet

16. Subtotal tireoditektomiya operasiasidan so'ng bemorda 2 oydan keyin apatiya, atrof muxitga qiziqishning pasayishi, ish qobiliyatining va xotiraning pasayishi, uyquchanlik, yuzlari cho'zilishi, bo'yin shishi, teri qoplamlari oqarishi kuzatilgan.

I. Tashxis qo'ying:

A. gipotireoz*

B. qandli diabet

V. tireotoksikoz

G. anemiya

17. Bemor 21 yoshda. Tez yordam vositasida kasalxonaga qabul bo'limiga keltirilgan. Anamnezida 10 yil avval surunkali tonzillit qo'zigani aniqlangan. Xarorati 39°C terisi oqargan, quruq, A/B 140/100mm.sim.ust., auscultasiyada aortada 2 ton aksenti. Umumiy siydik analizi - solishtirma ogirligi-1015, oqsil-0.066, epiteliy 5-6, leykosit 15-20, eritrosit 1-2.bakteriya bor

I.Sizning tashxisingiz:

A. o'tkir pielonefrit*

B. surunkali pielonefrit

V. surunkali glomerulonefrit

G. siydik tosh kasalligi

G.antikoagulyantlar

18.Bo'limda bemor qizilo'ngach saratoni tashxisi bilan ogir yotibdi.

I. Ovkatlanishning qanday turlarini qo'llash mumkin:

A.zondli*

B.koshikdan

V.choynaksimon idishdan

G.vilkadan

II.Bemor ovkatlanib bo'lganidan so'ng qanday parvarish qilinadi:

A.og'iz bo'shlig'i da ovqat qoldiqlari qolmasligi uchun bemorga choy yoki suv beriladi*

B.bemorning og'iz bo'shligi tekshiriladi*

V.bemor og'zini sochik bilan artiladi

G.bemorni yuzi yuviladi

D.bemorning tishlari yuviladi

E.bemorning qo'li yuviladi

III.Qizilo'ngach saratoni bilan yotgan bemorlarga qanday taomlar tavsiya qilinmaydi:

A.qovurilgan*

B.yopik holda qovurilgan*

V.qayntatilgan

G.bug'da pishirilgan

19.Me'da shirasi ingichka zond bilan yig'ilganda probirkalardan birida ipr-ipir qon paydo buldi.

I.Tibbiyot xamshirasi qanday yo'l tutishi kerak:

A.muzli xaltacha kuyishi kerak*

B.grelka kuyishi kerak

V.bemorni tinchlantirish kerak

G.tinchlantiruvchi dori kilishi kerak

II.Zondni qaysi eritmada zarasizlantiriladi:

A.1%li xloraminda*

B.0,1%li xloraminda *

V.5%li xloraminda

G.3%li gipoxlorid natriy eritmasida

III.qaysi kasalliklarda bemorlar zondlanmaydi:

A.gipertoniyada*

B.bronxial astmada*

V.grippda*

G.gastritda

D.oshkozon-yara kasalligida

E.12 barmoq ichak-yara kasalligida

20. 25 yoshli vrach tomonidan yurak shovqinlarini baholash uchun ko'rildi.

Anamnezida revmatizm bilan og'rimagan. Yurak tonlari normada, kardiomegaliya yo'q ,o'ngda 2-qovurg'a oraliq'ida sistolik shovqin eshitiladi.

I.Tashxis qo'ying:

A.idiopatik gipertrofik subaortal stenoz*

B.aortal klapan stenoz

V.funksional shovqin

G.mitral klapan yetishmovchiligi

II.Sistolik shovqin qanday kasalliklarda eshitiladi:

A.o'pka arteriyasi stenoz*

B.mitral klapan yetishmovchiligi*

V.aortal klapan stenoz*

G.mitral stenoz

D.o'pka arteriyasi klapan yetishmovchiligi

E.aortal klapan yetishmovchiligi

III.Funksional sistolik shovqin qanday kasalliklarda eshitilmaydi:

A.revmatizm*

B.aortal klapan stenoz*

V.mitral stenoz*

G.anemiyada

D.bazedov kasalligida

E.infeksion kasalliklarda

21.40 yoshli ayol xamshiraga tez charchashga,xolsizlik asta-sekinlik bilan kuchayib borishga shikoyat qilmoqda. Auskultasiyada yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitilmoqda, hozirda uy yumushlarini ham bajara olmaydi.

I.Qanday kasallik xaqida o'ylash mumkin:

A.mitral stenoz*

B.mitral klapan yetishmovchiligi

V.aortal klapan yetishmovchiligi

G.o'pka arteriyasi stenoz

II.Bemorga nima ko'rsatma bo'la oladi:

A.mitral komissurotomiya*

B.klapan protezlash*

V.bisillin profilaktika

G.antikoagulyantlar

D.digitalis preparatlari

22. 42 yoshli ayol jigar sirrozi tashxisi bilan olib kelindi. Axvoli og'ir, tutqanoq paydo bo'lgan, xushi o'zida emas, sariklik kuchaygan.

I.Qanday tekshirish orkali ahvoli yomonlashganligini aniqlash mumkin:

A.qon zardobida ammiakni aniqlash*

B.bromsulfalen sinamasi

V.gamma globulin aniqlash

G.alfa fyotoprotein mikdorini aniqlash

II.Kasallikning qanday asorati haqida o'ylash mumkin:

A.jigar ensefalopatiyasi*

B.jigar xujayralari yetishmovchiligi*

V.uremik koma

G.jigar-buyrak yetishmovchiligi

D.xolestatik sindrom

III.Bunday xolatda qanday muolajalar o'tkazish noto'qri:

A.qon kuyish*

B.oshkozonni yuvish*

Valbumin kuyish*

G.qonga surilgan ammiakni zararsizlantirish

D.jigar xujayralarida moddalar almashinuvini yaxshilash

E.ta'sir doirasi keng: antibiotiklarni qo'llash

23. Bemor 45yoshda erkak jigar sirrozi tashxisi bilan bo'limga yotqizildi. Bemor axvoli og'ir, hushida teri rangi sarg'aygan, assit, oyoqlarida shishlar bor. Bemor 3-kunga kelib ahvoli ogirlashdi.

I.Qanday kasallik asorati haqida o'ylash mumkin:

A.jigar komasi*

B.uremik koma

V.dorilardan zaxarlanish

G.xolestatik sindrom

II.Qanday dori vositalari ahvoli ogirlashiga olib keladi:

A.diuretiklar ko'p qabul qilish*

B.barbituratlarni uzoq vaqt qo'llash*

V.qorin bo'shligidan ko'p miqdorda suyuqlik olish*

G.antibiotiklar qo'llash

D.vitaminlar yuborish

E.gepatoprotektorlar qo'llash

III.Jigar sirrozi qaysi kasalliklar asorati xisoblanmaydi:

A.surunkali xolesistit*

B.oshqozon yara kasalligi*

V.virusli gepatit

G.gemoxromatoz

24. Bemor 50 yoshda shikoyatlari qiyinchilik bilan kuniga balg'am ajratish, harakatda xansirash, ko'p terlash, tana haroratining ko'tarilishi. Anamnezida ko'p yillardan beri surunkali bronxit kasalligi bilan og'riydi. Perkussiyada o'pkada ikki tarafdin qutichasimon tovush, auskultasiyada tarqoq hushtaksimon quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

I.Sizning taxminiy tashxisingiz:

A.bronxial astma*

B.surunkali obstruktiv bronxit

V.surunkali pnevmoniya

G.o'pka-yurak yetishmovchiligi

II.Qanday kasallik asorati haqida o'ylash mumkin:

A.o'pka emfizemasi*

B.nafas yetishmovchiligi*

V.o'pka atelektazi

G.ekssudativ plevrit

D.pnevmotoraks

25. Bemor 20 yoshda talaba. Shikoyati darmonsizlik, tez charchash, ishtaxa pastligi, quruq yo'tal, kechalari ko'p terlashga va ozib ketishga. Bemor rangi oqimtir, lunjlarida qizillik bor, auskultasiyada o'pkaning o'ng tomoni yukori qismida bronxial nafas eshitiladi.

I.Sizning tashxisingiz:

A.o'pka sili*

B.krupoz pnevmoniya

V.o'tkir bronxit

G.surunkali bronxit

D.bronxopnevmoniya

II.Bemorga qanday tekshirish usullarini o'tkazasiz:

A.ko'krak qafasi rentgenografiyasi*

B.balg'am analizi*

V.umumiy qon analizi

G.siydik analizi

D.EKG

26. Bemor 40 yoshda. Kasalxonaga tunda tusatdan nafas siqib, bug'ilib qolganligi sababli keltirildi. Bemor majburiy o'tirish xolatida, ekspirator hansirash, hushtaksimon xirillashlar bemordan uzoqroqda turganda ham eshitiladi.

I.Tashxis qo'ying:

A.bronxial astma*

B.surunkali obstruktiv bronxit

V.allergik bronxit

G.yurak astmasi

II.Birinchi yordam ko'rsating:

A.eufillin yuborish*

B.kisib turgan kiyimlarni bushatish*

V.bronxolitiklar qo'llash*

G.baralgin yuborish

D.magneziy sulfat yubori

III.Xamshiralik tashxisini qo'ying:

A.nafas sikishi,xansirash*

B.xushtaksimon xirillash*

V.bosh ogrishi,ko'ng'il aynish

G.xolsizlik, belda og'riq

27. Bemor 26 yoshda shikoyati quruq yo'talga, nafas olganda va yo'talganda ko'krak qafasidagi og'riqqa, darmonsizlikka, tana xaroratining 38° C gacha ko'tarilishiga, ko'krak qafasi o'ng tomonida nafas ekskursiyasi chegaralangan, auskultasiyada o'ng tomonda plevraning ishkalanish shovqini eshitiladi.

I.Sizning taxminiy tashxisingiz:

A.quruq plevrit*

B.ekssudativ plevrit

V.pnevmotoraks

G.o'choqli pnevmoniya

II.Qanday tekshirish usullarini o'tkazish kerak:

A.ko'krak qafasi rentgenografiyasi*

B.balg'am analizi*

V.EXOEG

G.qonda azot koldigini aniqlash

III.Qanday kasalliklar asorati bo'lib xisoblanmaydi:

- A.tuberkulyoz
- B.pnevmoniya
- V.birlamchi plevra usmalari
- G.revmatizm*
- D.bronxit*
- E.perikardit*

28.Bemor 36 yoshda, shikoyati havoli kekirishga, ko'ngil aynishga, qorin dam bo'lishga, ich surilishiga va belbogsimon og'riqqa, anamnezida yog'li ovqatlar iste'mol qilgandan so'ng qorin dam bo'lishi va belbogsimon og'riq kuchaygan.

I.Qanday kasallik xaqida o'ylash mumkin:

- A.pankreatit*
- B.xolesistit
- V.gastrit
- G.oshkazon yara kasalligi

II.Davo rejasini tuzing:

- A.yotoq rejim*
- B.antasidlar qo'llash*
- V.og'riq sizlantirish*
- G.klizma qilish
- D.kaloriyali ovqatlantirish
- E.sedativ dorilar berish

III.Antasid dori preparatlariga kirmaydi:

- A.festal*
- B.noshpa*
- V.karsil*
- G.alyumag
- D.almagel
- E.maaloks

29.40 yoshli bemor epigastral soxada ovqat yeyilgandan keyingi og'riqqa, zarda qaynashiga, ko'ngil aynishiga va nordon kekirishga shikoyat qiladi. Kasallik baxor va kuz oylarida bezovta qiladi.

I.Sizning taxminiy tashxising:iz:

- A.oshqozon yara kasalligi*
- B.surunkali gastrit
- V.surunkali pankreatit
- G.12 barmoqli ichak yara kasalligi

II.Qanday tekshirishlar o'tkazish kerak:

- A.umumiy qon va siydik analizi*
- B.EGDFS*
- V.EKG
- G.kolonoskopiya
- D.UZI

III.Qaysi dori preparatlari buyurilmaydi:

- A.gormonlar*
- B.voltaren*

V.alloxol*

G.alyumag

D.omegast

E.metronidazol

30.Bemor 38 yoshda qabul bo'limiga epigastrial sohadagi kuchli og'riqqa, ko'ngil aynish, sovuk ter bosish, bosh aylanishiga, kofe quykasiga o'xshash qusish bilan keldi.

I.Qanday kasallik haqida o'ylash mumkin:

A.oshkozon yarasi teshilishi*

B.o'tkir pankreatit xuruji

V.o'tkir appendisit

G.surunkali gastrit

II.Qanday tekshirishlar o'tkazish kerak:

A.qo'rin bo'shliqi umumiy rentgenoskopiya qilinadi*

B.qon va siydik tekshiriladi*

V.EKG qilinadi*

G.tomir urishi aniqlanadi

D.EXOEG qilinadi

E.xammasi to'g'ri

III.Qanday muolajalarni o'tkazish kerak emas:

A.tozalovchi klizma kilish kerak*

B.o't xaydovchilar berish kerak*

V.og'riq qoldiruvchilar qilinadi

G.operatsiya qilish kerak

31.Bemor 24 yoshda, bosh oqirishiga, yurak soxasidagi og'riqqa va yurak o'ynashi, boshning ritmik ravishda chayqalib turishiga shikoyat qiladi. Bemor yoshligida revmatizm kasalligini o'tkazgan. Badan terisi oqargan, uyqu arteriyasi pulsatsiyasi aniqlanadi, Myusse simptomi +, A/D 200/110 mm.sim.ust.ga teng.

I.Sizning tashxisingiz:

A.aortal klapan yetishmovchiligi*

B.mitral klapan stenozi

V.aortal klapan stenozi

G.mitral klapan yetishmovchiligi

II.Shoshilinch yordam choralarini ko'rsating:

A.yotoq rejim*

B.gipotenziv dorilar qo'llash*

V.yurak glikozidlari yuborish

G.sedativ dorilar berish

III.Gipotenziv dori vositalariga kirmaydi:

A.strofantin*

B.analgin*

V.metrogil*

G.magneziy sulfat

D.verapamil

E.klofelin

32. 48 yoshdagi bemor bir necha yil oldin o'tkazilgan virusli gepatitdan so'ng o'ng qovurga ostidagi og'riq, ko'ngil aynish, holsizlik, ishtaxasizlik, uyquning buzilishi bezovta qilib turgan. Terisi sarg'aygan, qorin assit xisobiga kattalashgan, oyoqlar shishgan.

I.Tashxis qo'ying:

A.jigar sirrozi*

B.surunkali gepatit

V.jigar usmasi

G.Vilson-qonovalov kasalligi

II.Qanday tekshiruvlar o'tkazish kerak:

A.umumiy qon va siydik analizi*

B.qon bioximiyasi*

V.UZD*

G.EXOKS

D.EGDFS

E.MRT

33.Bemor 28 yoshda,erkak. Ertalablari yuz soxasida, kovoklarda shishga, bosh ogrishiga, tana harorati ko'tarilishiga, darmonsizlikka shikoyat qilgan. A/D 150/110mm.sim. ust. Siydik "gusht seli" rangida, miqdori kamaygan.

I.Sizning taxminiy tashxisingiz:

A.o'tkir glomerulonefrit*

B.o'tkir pielonefrit

V.surunkali pielonefrit

G.o'tkir pielosistit

II.Davo rejasini tuzing:

A.yotok rejim*

B.antibiotiklar qo'llash*

V.diuryotiklar qo'llash*

G.yurak glikozidlari berish

D.vitaminlar yuborish

E.spazmolitiklar qo'llash

II.Qanday maxsulotlar tavsiya etilmaydi:

A.achchik va shur maxsulotlar*

B.xamirli ovkatlar*

V.kaynatilgan ovkatlar

G.mevalar va sabzavot maxsulotlari

34.30 yoshli bemor epigastral soxada ovkat yeyilgandan keyingi og'riq ka,zarda qaynashiga, ko'ngil aynishiga shikoyat qiladi. Kasallik baxor va kuz oylarida bezovta qiladi.

I.Sizning taxminiy tashxisingiz:

A.oshkozon yara kasalligi*

B.surunkali gastrit

V.surunkali pankreatit

G.12 barmoqli ichak yara kasalligi

II. Qanday tekshirishlar o'tkazish kerak:

A. umumiy qon va siydik analizi*

B. EGDFS*

V. EKG

G. kolonoskopiya

D. UZI

III. Qaysi dori preparatlari buyurilmaydi:

A. gormonlar*

B. voltaren*

V. alloxol*

G. alyumag

D. omegast

E. myotronidazol

35. 46 yoshli erkak oxirgi 6 oy davomida dala xovlisida ishlayotganida chap kaftida og'riq xurujlarini kuzatgan, qisqa muddatli dam olishdan so'ng og'riq o'tib ketadi, keyinchalik nitrogliserindan so'ng og'riqlar o'tgan.

I. Qanday xastalik haqida fikr yuritish kerak:

A. zo'riqish stenokardiyasi*

B. qo'l jaroxati asorati

V. osteoxondroz

G. prinsmyotal stenokardiyasi

II. Tashxisni nimalarga asoslanib qo'yamiz:

A. kasallik anamneziga*

B. nagruzkali probalar musbatligi*

V. EKG*

G. qonda KFK, LDG miqdaring oshishi

D. rentgonologik tekshirish

36. Bemor 56 yoshda. Shikoyatlari balg'amli yo'talga, ko'krak qafasida og'riq ka, hansirashga, qon tuflashga. Bemor ko'p yillar davomida chekadi. Auskultasiyada o'pkada quruq va nam xirillashlar eshitiladi.

I. Taxminiy tashxis qo'ying:

A. o'pka sili*

B. ekssudativ plevrit

V. o'pka absessi

G. o'pka raki

D. krupoz pnevmoniya

II. Qanday tekshirishlar o'tkazish kerak:

A. ko'krak qafasi rentgenografiyasi*

B. balg'am analizi*

V. EKG

G. angiografiya

TESTLAR TO'PLAMI

1. Zotiljam boshlanqich bosiqichida aniqlanadigan perkutor tovushni ko'rsating:

- A. yaqqol o'pka tovushi
- B. bo'qiq tovush
- V. bo'g'iqlashgan-timpanik*.
- G. qutichasimon

2. Mayda bronx va bronxiolalar bo'shlig'i torayishi qanday holatni keltirib chiqaradi:

- A. ekspirator hansirashni*
- B. inspirator hansirashni
- V. aralash hansirashni
- G. stridoroz nafas olishni

3. O'choqli zotiljamda tukillatishda aniiqlanadi:
- A. yaqqol o'pka tovushi
 - B. bo'g'iq tovush*
 - V. timpaniiq tovush
 - G. qutichasimon tovush
4. Krupozli zotiljamda /Ibosiqich/ tukillatishda aniiqlanadi:
- A. bo'g'iq tovush*
 - B. qutichasimon tovush
 - V. timpanik tovush
 - G. metallsimon tovush
5. Qaysi kasalliklarda balg'am uch qavatga ajraladi:
- A. bronxoektatik kasallik*
 - B. o'tkir bronxit
 - V. bronxial astma
 - G. surunkali bronxit
6. Krupoz pnevmoniya uchun xarakterli balg'amni chiqishini ko'rsating:
- A. 4-5 kundan boshlab zangsimon, keyinchalik shilliiqli va mo'l balg'am ajraladi*
 - B. birinchi kundan boshlab oxirgi kungacha oddiy zangsimon asta-sekin kamayib quruq yo'talga o'tuvchi
 - V. kam miqdorda qiyin ajraluvchi balg'am
 - G. balg'am ajralishi shart emas
7. Bemor o'tiribdi, oyoqlari pastga tushirilgan, aniq sianoz, anasarka bor. Bemor egallagan xolat qanday ataladi:
- A. ortopnoe xolati, o'tkir yoki surunkali chap qo'rincha yetishmovchiligi uchun xos*
 - B. bemorni bronxial astma xuruji vaktidagi xolati
 - V. ekssudatli perikardit bilan ogrigan bemorning majburiy xolati
 - G. yara kasalligi
8. Topografik perkussiyada o'pkaning pastki chegaralari 1 ta qovurg'a pastga tushgan, o'pkaning pastki chegaralari ekskursiyasi ikkala tomonda ham kamaygan, solishtirma perkussiyada qutisimon tovush eshitiladi. Qanday kasallik:
- A. emfizema*
 - B. quruq plevrit
 - V. bronxoektatik kasallik
 - G. surunkali bronxit
9. Krupozli zotiljamga xarakterli emas:
- A. asta-sekin boshlanish*
 - B. qaltirash
 - V. yuqori harorat
 - G. ko'krak qafasida og'riq
10. O'choqli zotiljamga xarakterli emas:
- A. zangli baliham*
 - B. hansirash
 - V. harorat ko'tarilishi
 - G. asta-sekin boshlanish

11. Havo tutuvchi bo'shliqlar usti tukillatilganda qanday tovush aniqlanadi:

- A. timpanik*
- B. qutichasimon
- V. bo'g'iqlashgan
- G. bo'g'iq

12. Nog'ora cho'pi barmoqlari- oyoq va qo'l barmoqlarining oxirgi falanglarini kolbasimon kalinlashishi va tirnoklarning soat oynasimon o'zgarishi qaysi kasalliklarga xos:

- A. iquyidagilarning xammasi*
- B. septik endokarditda
- V. uzok davom etuvchi o'pkaning yiringli kasalliklarida
- G. yurakning tuiqma nuqsonida

13. Bemorda oz miqdorda shishasimon yopishqoq qiyin ajraluvchi balg'am bilan kechuvchi yo'tal kuzatiladi:

- A. bronxial astma*
- B. quruq plevrit
- V. krupoz pnevmoniya
- G. bronxoektatik kasallik

14. Tashiqi ko'rinishi bo'yicha balham qanday baholanadi:

- A. xajmi, konsistensiyasi, hidi, rangi, xarakteri*
- B. rangi, xarakteri, xajmi, xidi
- V. rangi, xidi, mikdori
- G. rangi, xidi

15. Qaysi kasalliklarda balg'am to'la og'iz bilan ajraladi:

- A. bronxoektatik kasallik, o'pka absessi yorilganda*
- B. krupoz pnevmoniya
- V. ekssudativ plevrit
- G. o'pka sili

16. Ekssudativ plevritda suyuqlik xarakterini aniqlash uchun qilinadi:

- A. plevra punksiyasi*
- B. rentgenografiya
- V. bronxoskopoya
- G. tomografiya

17. Og'riq tomonda yotish majburiy xolatini quyidagi bemorlar qabul qiladi:

- A. bronxoektatik kasallik, o'pka absessi, ekssudativ plevrit, o'pkaning krupoz yalliglanishi, Pnevmotoraks*
- B. obturasion va kompression atelektaz
- V. o'pka raki
- G. o'pka emfizemasi

18. Gerpyotik toshma bu nima:

- A. ichida suyukligi bor 0.5-1 mm toshma, ko'pincha labda va burun kanotlarida bo'ladi, u krupoz pnevmoniyada, grippda, bezgakda kuzatiladi*
- B. allergiyada teridan ko'tarilib turuvchi qattiq qichishadigan toshma
- V. qo'rin tiphida, zaxmda, parotitda 2-3 mm, bosganda you'qoluvchi dogli toshma
- G. terilarda mayda gemoragik toshmalar

19. O'tkir bronxitda perkutor tovushni aniiqlang
- A. o'zgarmagan*
 - B. qutichasimon
 - V. bo'iqiqlashgan
 - G. bo'g'iqlashgan-timpanik
20. Plevra bo'shliqida suyuqlik yiqilganda iqanday nafas eshitiladi:
- A. eshitilmaydi*
 - B. kuchayadi
 - V. o'zgarmaydi
 - G. bronxial
21. Bronxial astma xuruji vaktida ko'krak qafasi
- A. emfizematoz*
 - B. paralitik
 - V. voronkasimon
 - G. asimmetrik
22. Bronxial astma xuruji vaiqtida perkutor tovush:
- A. qutichasimon*
 - B. yaqqol o'pka
 - V. bo'g'iqlashgan
 - G. timpaniiq
23. Ekssudativ plevritda suyuqlik xarakterini aniqlash uchun qilinadi:
- A. plevra punksiyasi*
 - B. rentgenografiya
 - V. bronxoskopoya
 - G. tomografiya
24. Badbo'y balg'am aniqlanadi:
- A. o'pka absessida*
 - B. o'pka rakida
 - V. krupozli zotiljamda
 - G. surunkali bronxitda
25. Bronxospazmning auskultativ belgisi:
- A. nafas chikarishning uzayishi va quruq xirillashlar*
 - B. nafas chiqarishning uzayishi va nam xirillashlar
 - V. amforik nafas
 - G. krepitasiya
26. Bronxial astmaga xos belgi:
- A. ekspirator nafas olish*
 - B. inspirator nafas olish
 - V. pastki bulaklarda nam xirillashlar
 - G. suyuq ko'piksimon balg'am
27. Bronxial astma bilan ogrigan bemorlar balihami mikroskopiya kilinganda iqaysi uchlik aniiqlanadi:
- A. eozinofillar.sharko-leyden kristallari.kurshman spirallari*
 - B. makrofaglar.leykositlar.bakterial flora
 - V. eritrositlar.leykositlar.makrofaglar

- G. gematoidin kristallari.xolesterin
28. Bronxial astmaga qaysi shikoyatlar xos:
- A. ekspirator bugilish xuruji, qiyin ko'chuvchi balg'am bo'g'uluvchi yo'tal*
 - B. tana xaroratining ko'tarilishi, ko'krak iqafasida og'riq
 - V. kechasi bilan quruq yo'tal
 - G. tana xaroratining 39-gacha ko'tarilishi
29. Surunkali bronxitda yo'tal qanday bo'ladi:
- A. quruq yoki nam shillik - yiringli balig'am ko'chishi bilan*
 - B. nam juda ko'p mikdorda yiringli baliham kuchishi bilan
 - V. fakat iquuriq
 - G. nam oz mikdorda shishasimon yepishkok. iquyin ko'chuvchi baliham bilan
30. Surunkali bronxit remissiya davrida o'pka perkussiyasida qanday tovush eshitiladi:
- A. o'zgarmagan*
 - B. qutichasimon
 - V. bo'g'iqlashgan
 - G. timpanik
31. Surunkali bronxitga xos auskultativ belgilar:
- A. quruq xirillashlar*
 - B. plevra ishqalanish shovqini
 - V. krepitasiya
 - G. jarangli nam xirillashlar
32. Surunkali bronxitda ko'krak qafasining rentgenologik manzarasi:
- A. o'pkalar ildizining quyuyqlashuvi va arqonsimonligi, o'pka shaklini tursimon bo'lib buzilishi*
 - B. o'pkalar ildizining quyuyqlashuvi va o'pkalarning turli xil qismlarida o'choqli doglar
 - V. o'pkalarning yuqori yoki o'rta qismlarida
 - G. o'pkalar ildiziga yo'l bilan boglangan o'choqli doglar
33. Surunkali bronxit asoratlari :
- A. hamma sanalganlar*
 - B. nafas yetishmovchiligi
 - V. o'pka yuragi
 - G. pnevmoskleroz
34. Surunkali bronxit qo'zish davridagi auskultativ belgilar:
- A. quruq hushtaksimon xirillashlar*
 - B. mayda pufakchali jarangsiz nam xirillashlar
 - V. mayda pufakchali jarangli nam xirillashlar
 - G. soqov o'pka
35. Gerpes qaysi kasallikka hos
- A. krupoz zotiljam*
 - B. o'choqli zotiljam
 - V. surunkali o'pka absessi
 - G. bronxial astma
35. O'tkir zotiljamga xos emas:

- A. kamqonlik*
 - B. echt oshishi
 - V. leykositoz
 - G. disproteinemiya
36. O'pka emfizemasida auskultativ belgi:
- A. vezikulyar nafasning susayishi*
 - B. tarkalgan quruq xirillashlar, vezikulyar nafas
 - V. pastki qismlarda nam xirillashlar
 - G. quruq xirillashlar
37. Atopik bronxial astma uchun xarakterli:
- A. ifodalangan eozinofiliya*
 - B. leykositoz
 - V. neytrofilez
 - G. yukori echt
38. Assit nima:
- A. qo'rin bo'shliqida suyuiqlik yiqilishi*
 - B. qo'rin bo'shliqi.oyoiqlar.kuz ostida shish bo'lishi
 - V. qo'rin bo'shliqi va plevral bo'shliqqa suyuiqlik yiqilishi
 - G. oyoiqda shishlar
39. Anasarka nima:
- A. qo'rin bo'shliq plevrasi bo'shliq perikard bo'shlig'ida suyuiqlik yiqilishi va oyoqlarda shish*
 - B. qo'rin bo'shlig'i va perekardda suyuiqlik yig'ilishi va oyoqlarda shish
 - V. qo'rin xamda plevralarda va oyoqlarda shish
 - G. oyoqlarda shish
40. Karotid o'yini nima:
- A. uyqu arteriyasining aniiq ifodalangan pulsasiyasi*
 - B. uyqu arteriyasi va venalarning aniiq ifodalangan pulsasiyasi
 - V. bo'yinturuq soxa ustidagi pulsasiya
 - G. chap tomonda III-IV kovurgalar orasida pulsasiya
41. Ekg da sinusli aritmiya xarakterlanadi:
- A. interval davomiyligining o'zgarishi bilan*
 - B. kompleks deformatsiyasi
 - V. T- segment siljishi va t-p xar xil
 - G. T-tishchasi manfiy va t-p qisqargan
42. Ot dupuri ritmi qaysi kasalliklarda kuzatiladi:
- A. miokard infarkti, bakterial endokarditi, dekompensatsiyalangan yurak poroklari*
 - B. bakterial endokardit, revmatizm, perikarditda
 - V. perikardit, gipertoniya kasalligi, yurak poroklari
 - G. tireotoksikoz
43. Funktsional va organik shovqinlar nima bilan fariqlanadi:
- A. funksional shovqin-sistolik, doimiy emas, yurak uchi va o'pka stvoli ustida eshitiladi, davomiy emas, o'tkazilmaydi*
 - B. diastolik doimiy aortada eshitiladi
 - V. davomiy ko'pol iqon okimi bo'yicha utkaziladi

G. yuklamadan keyin kuchayadi

44. Arterial bosim nima:

A. bu sistolada arterial sistemaga otiluvchi qon bo'lib, arterial bosim kattaligi yurakning aortada ortib borayotgan qon miqdoriga proporsional*

B. bu sistolada arterial sistemaga otiluvchi qon

V. yurak sistolasi va diastolasi

G. puls chastotasi

45. Fkg nima:

A. yurak faoliyatida xosil bo'luvchi tovush xolatlarini yozib olish*

B. yurak strukturasi ultratovushning impulsiv ko'rinishi

V. yurakda xosil bo'luvchi sistoliklik va diastolik shoviqinlarni yozib olish

G. qopqoqlar ishini yozish

46. Revmatizmning asosiy klinik belgisini ko'rsating:

A. revmokardit, poliartrit, xoreya, xalqasimon eritema, revmatik tugunchalar*

B. perikardit, poliartrit, plevrit

V. artralgiya, kuk terlash, burundan iyon ketish

G. isitma, monoartrit, poliserozit

47. Kardit, poliartrit, teri osti revmatik tugunchalari, xalqali eritema simptomlari qaysi kasalliklarga tegishli:

A. revmatizm*

B. infeksiyon endokardit

V. nospesifik miokardit

G. sistemali qizil volchanka

48. Uzoq muddatli mitral yetishmovchilik nima hisobiga kompensasiya qilinadi:

A. chap qorincha va chap bo'lmacha ishining ortishi hisobiga*

B. ikkala bo'lmacha gipertrofiyasi hisobiga

V. o'ng qorincha gipertrofiyasi hisobiga

G. chap qorincha gipertrofiyasi hisobiga

49. Mitral qopqoq yetishmovchiligida gemodinamikada qanday o'zgaradi:

A. chap qorincha va chap bo'lmachada bosim yukori*

B. yurakning qon siqib chiqarishini pasayishi

V. a/b ni pasayishi

G. chap qorincha sistolik bosimning oshib ketishi

50. Mitral stenoz asorati ko'rsating:

A. yurak astmasi*

B. miokard ishemiyasi

V. miyada qon aylanishning buzilishi

G. sistolik bosimning ko'tarilishi

51. Bemorning aortal stenozga xarakterli belgilari:

A. xushdan ketish va bosh aylanish, yurak soxasida og'riq*

B. qon tuflash, bosh og'riq

V. tez charchash, bosh og'riq, xushdan ketish

G. bo'g'ilish xurujlari, yurak urishi, bexollik

52. Miokard infarktini keltirib chiqaruvchi faktor:

A. hamma ko'rsatilganlar*

- B. miokardning kislorodga bo'lgan extiyojini oshishida
 V. toj qon tomirlar aterosklerozi
 G. tromb hosil qiluvchi vositalarning kuchayishi
53. Miokard infarktida qaychi simptomi nimani bildiradi:
 A. leykositoz pasayishi va bir hafta davomida echt ni kuchayishi*
 B. bir hafta davomida echt susayishi va leykositoz oshishi
 V. bir hafta davomida ldgi pasayishi va alt kuchayishi
 G. altni susayishi va ldgi kuchayishi
54. Normal a/b qanchaga teng:
 A. sistolik 100/140 mm sim.ust.diastolik 60/90 mm sim.ust*
 B. sistolik 90/160 mm sim.ust.diastolik 60/100 mm sim.ust.
 V. sistolik 100/160 mm sim.ust.diastolik 60/100 mm sim.ust.
 G. sistolik 120/180 mm sim.ust.diastolik 80/100 mm sim.ust.
55. Miokard infarktning o'tkir davridagi medikamentoz terapiyaga xos emas:
 A. gemostatik terapiya*
 B. narkotik moddalar
 V. antikoagulyantlar
 G. antiaritmik moddalar
56. Nechiporenko sinamasi nimani ko'rsatadi:
 A. shaklli elementlarni*
 B. tuzlarni
 V. buyrakning ajratuv faoliyatini
 G. konsentrasyon faoliyatini
57. Glomerulonefritda shish nima bilan ifodalanadi:
 A. ertalabki shish ko'proq yuzda*
 B. oyoqlarda shish ko'proq kechga borib kuchayadi
 V. oyoqlarda shish ko'proq uzoq yurgandan keyin paydo bo'ladi
 G. xamma javob to'g'ri
58. Yo'g'on bo'yin – ko'zga yaqqol ko'rinuvchi bu simptom qalqonsimon bez kattalashuvining qaysi darajasiga bogliq:
 A. III daraja*
 B. I daraja
 V. II daraja
 G. V daraja
59. Miksedema xastaligiga /gipotireoz/ nimalar xos emas:
 A. ko'zning 2 la tarafini chaqchayib ketishi, xayron bo'lgan odamdek qarash /ekzoftalm/*
 B. apatiya, eslash qobiliyatining susayishi
 V. ko'z qiyiqlarining torayishi, yuz kerikkan-shishgan, xarakatlar susaygan
 G. qovoqlari shishgan, terisi sargish rangda, gapirish oxangi sust - bir tekis
60. Asosiy almashinuv tekshiriladi:
 A. och qoringa, yotgan xolda, tinch xolatda, osoyishta, normal yorug'likda*
 B. tushlik ovqat vaqtida, tinch yotgan xolatda
 V. kech soat 21 da tinch osoyishta xolatda yotganda
 G. kech soat 22da osoyishta o'tirgan xolatda

61. Gipoglikemik koma qaysi xolatda kuzatiladi:
A. ovqatda uglevodlarni yetishmasligida*
B. bemorlarni qandli diabet bilan davolanganda
V. insulin dozasi kuchaytirilganda
G. ovqat ko'p iste'mol qilganda
62. Semirish xastaligining qaysi turlarini bilasiz:
A. birlamchi, ikkilamchi, lipomatoz*
B. qarilikdagi semirish
V. ikkilamchi qarilikdagi semirish
g. xomiladorlik bilan bog'liq semizlik
63. Qandli diabetga xos belgilar:
A. chankash, ishtaxaning oshishi, ko'p yeyish*
B. xujayralarni organik buzilishi-oshqozon osti bezida insulin sintezining buzilishi
V. qalqonsimon bezning giperfunksiyasi
G. ishtaxaning pasayishi, kam yezilish
D. xansirash, yurak urib ketishi, tanadagi shishlar, uyquchanlik
64. Qondagi qand miqdori va glyukozurik profil qaysi xastalikda aniqlanadi:
A. qandli diabet*
B. tireotoksikoz
V. surunkali buyrak usti bezi yetishmovchiligi
G. miksedema
65. Buyrak kasalligi bilan xastalangan bemorlar uchun parxez stolini ko'rsating:
A. stol-7*
B. stol-5
V. stol-10
G. stol-4
66. Surunkali glomerulonefritga ta'rif bering:
A. buyrakning autoimmun-allergik kasalligi*
B. buyrak jomchalar kasalligi
V. buyrakning distrofik kasalligi
G. buyrakning infeksiyon kasalligi
67. Piuriya, bakteriuriya, albuminuriya qaysi kasallikka xos:
A. surunkali pielonefrit*
B. buyrak amiloidozi
V. surunkali glomerulonefrit
G. o'choqli glomerulonefrit
68. Nefrotik sindrom uchun xos:
A. proteinuriya, giperxolesterinuriya, gipoproteinemiya, shishlar*
B. shishlar, gipoproteinemiya
V. shishlar, giperxolesterinemiya
G. gipertoniya, giperproteinemiya
69. Qaysi kasallik ko'proq buyrak amiloidoziga olib keladi:
A. bronxoektatik kasallik*
B. angina
V. gripp

G. pnevmoniya

70. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida sutkalik diurez 8 l.gacha bo'lishi mumkin:

A. qandli diabetda*

B. o'tkir pielonefritda

V. surunkali nefritda

G. burishgan buyrakda

71. Go'sht yuvilgan suvga o'xshash siydik quyidagi kasalliklarning qaysi biri uchun xos:

A. o'tkir nefrit uchun*

B. parenximatoz sariqlik uchun

V. pielonefrit uchun

G. mexanik sariqlik uchun

72. Surunkali pielonefritda siydikda nima ko'payadi:

A. leykositlar*

B. kristallar

V. tuzlar

G. epiteliy xujayralar

73. Nechiporenko sinamasini qo'llashdan maksad:

A. leykosituriyani anaklash*

B. glyukozuriyani aniqlash

V. albuminuriyani aniqlash

G. siydik mikdorini aniqlash

74. O'tkir glomerulonefritning erta simptomlari:

A. gematuriya, bosh og'rig'i*

B. oliguriya, bosh og'rig'i, gipertoniya

V. poliuriya, chanqoqlik, bosh og'rig'i

G. gematuriya, bosh og'rig'i

75. Siydik yullarini rentgenologik tekshirishda qanday kontrast moddalardan foydalaniladi:

A. sergozon, urotrast*

B. yodognost, bilitrast

V. bilignoz, triotrast

G. xolivit, verognost

76. Xronik pielonefritning nechta formasi bor:

A. 4*

B. 6

V. 3

G. 2

77. Surunkali gastritning asosiy diagnostik usulini ko'rsating:

A. klinik ma'lumotlar

B. rentgenologik tekshirishlar

V. shillik pardani gistologik tekshirish*

G. endoskopik tekshirish

78. Oshkozon-yara kasalligi qaysi yoshda ko'proq uchraydi:

A. 10-20 yosh

B. 20-30 yosh

V. 10 yoshgacha

G. 40 yoshdan keyin*

79. jigar sirrozida assitning hosil bo'lish sabablari:

A. ikkilamchi giperaldesteronizm

B. gipoalbuminemiya

V. portal giperteziya

G. xammasi to'g'ri*

80. H_2 -gistamin blokatorlarini ko'rsating:

A. atropin

B. fenozolin

V. simetidin*

G. intal

Amaliyotda o'tkaziladigan amaliy ko'nikmalarni bajarish algoritmi

Ko'krak qafasi perkussiyasi

Xarakatlar algoritmi

1. Qo'llar tana xaroratida bo'lishi kerak
2. Bemor turgan yoki qo'lini tizzasiga ko'ygan xolatda o'tirishi kerak
3. Perkussiya qilinayotgan bemordan bir tekis nafas olishi so'raladi
4. Tekshirayotgan shifokor bemorning o'ng tomonida turishi kerak
5. Ko'krak qafasida birinchi kiyosiy perkussiya o'tkaziladi
6. A'zolarining joylashuvini aniqlab olingandan keyin topografik perkussiya o'tkaziladi
7. O'pkaning yuqorigi chegarasi aniqlanadi
8. O'pkaning pastki chegarasi aniqlanadi

Ko'krak qafasi palpasiyasi

Xarakatlar algoritmi

1. Bemor qulay holatda o'tirish yoki yotish suraladi
2. Qo'llar tana haroratida isitiladi
3. Qo'llar ko'krak qafasiga simmetrik holda qovurgalararo bo'ylab yuqoridan pastga tushiriladi
4. Bunda ko'krak qafasidagi og'riqlar va ko'krak qafasi rezistentligi aniqlanadi
5. Ovoz tebranishini aniqlash uchun kaftlar ko'krak qafasi simmetrik qismlarga oldindan 2-4 qovurgalar ustiga, orqadan ko'krak ustiga va ostiga, ko'krak yon tomonlariga qo'yib "r" harfi bor suzlarni aytish buyuriladi

O'pka ausqo'ltasiyasi

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorni qulay holatda o'tqizamiz

2. Eshitib ko'rish uchun fonendoskopni sozligini tekshiramiz
3. Ko'krak qafasining simmetrik joylarida ma'lum tartibda eshitiladi
4. O'pkani eshitish uning cho'qqisidan boshlanadi
5. Old yuzasidan yuqoridan pastga
6. Yonbosh yuzasidan qo'ltiqdan pastga
7. Kurak ustki va kurak ostki yuzasidan eshitiladi

Yurak cho'qqisi turtkisini aniklash

Xarakteratlar algoritmi

1. Shifokor o'ng qo'l kafti bilan bemorning to'sh suyagi asosiga qo'yadi (4-5 kovurgalar oraligi)
2. Bunda o'ng qo'l barmoqlar qo'l tiq osti soxasiga yo'naltiriladi va o'rta aksilyar chizig'iga perpendikulyar qo'yiladi
3. Yurak cho'qqi turtkisi butun kaft bilan aniqlangandan so'ng, bukilgan 3 ta barmoq uchlari bilan turtki joyi aniqlanadi
4. Yurak turtkisi aniqlangandan so'ng barmoqlar bilan o'rtacha kuch bilan bosiladi va bunda uning chegarasi, cho'qqi turtkisi kuchi va rezistentligi aniqlanadi

Yurak auskultasiyasi

Xarakteratlar algoritmi

1. Yurak cho'qqisi 5-6 qovurg'a oralig'i o'rta o'mrov chizig'ida
2. Ikkinchi qovurg'alararo to'sh suyagining o'ng qirrasida
3. Ikkinchi qovurg'alararo to'sh suyagining chap qirrasida
4. Xanjarsimon o'siq asosida
5. Botkin-Erba nuqtasida

EKG o'tkazish texnikasi

Xarakteratlar algoritmi

1. EKG maxsus xonada ya'ni,elektr tulkin manbalaridan ajratilgan bulishi kerak; kushetka,elektr tarmogi uzatgichlaridan 2metr masofada bulishi kerak .
(zazemleniya)
- 2.Tekshiruv 10-15 min.dan olgandan so'ng ,shuningdek ovkatlangandan keyin 2 soat utib utkaziladi.
- 3.EKG olish uskunasidagi lenta chikarish tezligi va kalibrovkasini belgilash,qo'l - oeklarga kuyiladigan elektrodlarni rang buyicha tugri tanlash va texnik xavfsizlik choralari kurilgan bo'lishi kerak
- 4.Elektrod kuyiladigan teri yuzasini spirt bilan tozalash,shu yuzalariga natriy xlorning 5-10%li eritmasi bilan namlangan dokalar bilan elektrodlarni o'rnatish.
- 5.Qo'l oyoklardan navbati bilan 1-2-3 standart uzatmalar,chukur nafasda takror 3-standart uzatma hamda kuchaytirilgan uzatmalar orqali EKG olish
- 6.Ko'krak dan navbati bilan 6ta uzatmalar orkali EKG olish
- 7.EKG lentasiga bemorning F.I.Sh.,yoshi , "kasallik tarixi"raqami,ayni EKG olingan sana,lenta chiqarilgan tezlik va kalibrovkasi yozib ko'yiladi.

Miokard infarkt xurujida 1-yordam

Xarakatlar algoritmi

- 1.Bemor gorizental xolatda yotkiziladi,sikib turgan kiyimlar bushatiladi va bemor tinchlantiriladi.
- 2.Til ostiga nitroglisirin yeki volidol tabletkasi beriladi,agar ogrik utmasa,3-5 min.dan keyin takrorlanadi
- 3.Zudlik bilan vrach chakirtiriladi
- 4.Namlangan kislorod beriladi
- 5.Vrach kursatmasiga binoan ogrikni bartaraf etish uchun nonarkotik va narkotik analgetik vositalar in'eksiya xolida yuboriladi
- 6.Bemorga EKG utkazish uchun kerakli vositalarni tayyorlash
- 7.Kon bosimi va pulsni nazorat qilish

8.Kon bosimini oshirish maksadida kardiotonik preparatlar in'eksiya xolida yuborishga tayyorlash

9.Tromblar hosil bo'lishini oldini olish maqsadida fibrinolitik va antikoagulyant preparatlar vrach kursatmasiga binoan yuboriladi

10.Yurak ritmi buzilishini bartaraf etish uchun antiaritmik preparatlarini qo'l lash va bemorning umumiy holatini kuzatish, xamda navbatdagi vrach tavsiyalarini bajarish

Qorin soxasini yuzaki palpasiya qilish texnikasi

Xarakatlar algoritmi

1.Bemor chalqancha yotgan holatda beligacha yechintiriladi, oyoqlar tizza soxasida yarim bukilgan holatda. Qo'llar tana bo'ylab qo'yiladi

2.Shifokor o'ng qo'l barmolarini yengil bukkan holatda bemorning chap yonbosh soxasiga asta qo'yib, sirpanuvchi harakatlar bilan pastdan yuqoriga qarab paypaslaydi .

3.So'ng ra chap yonbosh soxadan boshlab asta-sekin chap kovurga osti soxasiga o'tiladi

4.Epigastral soxa paypaslanadi

5.O'ng qovurga osti soxasi paypaslanadi

6.So'ng ra qorinning o'ng qismi yuqoridan pastga qarab paypaslanadi

7.Palpasiya o'ng yonbosh soxasida o'tqazilib, qorin o'rta qismi va qovuq usti soxasida tugallanadi

8.Yuzaki palpasiyada qorin devori tarangligi va og'riqlar aniqlanadi

Oshkozenni zond orkali yuvish texnikasi

Xarakatlar algoritmi

1.Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi va uning roziligi olinadi

2.O'tqazishga mo'neliklar yo'qligi aniqlanadi

- 3.Zondning me'daga kiradigan qismi aniqlanadi, bunda qoziq tishlardan kindikgacha bo'lgan masofa olinib, unga bemorning kaft uzunligi qo'shiladi
- 4.Bemor orqasini stul suyanchigiga maxkam suyantirib o'tqiziladi
- 5.Bemorda tish protezlari bo'lsa olib qo'yish so'raladi
6. Bemorning oldiga fartuk taqilib oyoqlari ostiga tog'ora qo'yiladi va boshi oldinga ozgina engashtiriladi
- 7.Xamshira oldiga fartuk taqib,qo'lqop kiyadi
- 8.Bemorning o'ng tomonida turib og'iz ochish so'raladi va zondning o'tmas tomoni suv yordamida ho'llanib, zondning uchi til ildiziga qo'yiladi
9. Bemorga zond me'dagacha kiritiladi va bu vaqtda yutish harakatlarini qilib, burun orqali chuqur nafas olish so'raladi
10. Voronka bemor tizzalarigacha tushirilib. me'da ichidagilari chiqariladi va voronkaga suv to'ldirilib (kamida 1 litr), oshkozon yuviladi. Yuvishni toza suv chiqquncha davom ettiriladi
11. Zond sochiq orqali extiyotlik bilan chiqarib olinadi
12. Zond va voronka zararsizlantiruvchi eritmaga solinadi va bemor og'zi salfetka bilan arilib og'iz chayish uchun suv beriladi

Xazm a'zolarini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi
2. Bemorni tayorlash
3. Rengenologik tekshiruvdan bir kun oldin kechqurun va ertalab tozalovchi xuqna qilinadi
4. Bemorga muolajadan 15 min, oldin contrast modda beriladi
5. So'ng ra bemorni rentgen xonasiga olib boriladi

Kurlov buyicha jigar perkussiyasi

Xarakatlar algoritmi

1. O'ng o'rta o'mrov chizig'idan yuqoridan pastga qarab perkussiya qilinadi tovush uzgarishi aniqlanadi. Bu jigar birinchi o'lchamining yuqori nuqtasi xisoblanadi
2. So'ng ra ushbu chizikdan korin soxasidan pastdan yuqoriga qarab perkussiya bo'g'iq tovush aniqlanguncha qilinadi va bu birinchi o'lchamning ikkinchi nuqtasi xisoblanadi. Ikkala nuqta ko'z orqali birlashtiriladi(normada $9\pm 2\text{sm}$).
3. Birinchi o'lchamning yuqori nuqtasidan perpendikulyar xolatda oldingi to'sh chizig'igacha perkussiya qilinadi va ikkala chiziq tutashgan joy ikkinchi ulchamning yuqori nuqtasi xisoblanadi
4. Ushbu liniya buyicha qorin soxasidan yuqoriga qarab tovush o'zgarguncha perkussiya qilinadi, bu ikkinchi o'lchamning pastki nuqtasi xisoblanadi. Ikkala nuqta birlashtiriladi(normada $8\pm 2\text{sm}$)
5. Chap qovurga yoyi bo'ylab tashqaridan ichkariga qarab tovush o'zgarguncha perkussiya qilinadi. Ikkinchi o'lchamning yuqori nuqtasi bilan birlashtiriladi (normada $7\pm 2\text{sm}$)

Buyrak palpasiyasi

Xarakatlar algoritmi

1. Bemor gorizontal xolatda yotqiziladi, oyoqlar tizza soxasida yengil bukilib, qo'llar ko'krakka tortiladi. Shifokorning chap qo'l kafti bemorning o'ng bel soxasiga qo'yiladi
2. O'ng qo'l korin soxasiga kuyiladi, yarim bukilgan barmoqlar bilan qovurg'a yoyi cheti topiladi
3. Bemordan chuqur nafas olish so'raladi, o'ng qo'l barmoqlari qorin bo'shlig'iga chuqur sirpanuvchi xarakter bilan paypaslanadi va chap qo'l bilan uchrashtiriladi(bimanual tekshiruv)
4. Qo'llar uchrashgani sezilishi bilan bemordan chuqur nafas olish so'raladi
5. Buyrakning pastki qutbi o'ng qo'l barmoqlar ostida aniqlanadi va pastga sirpanadi
6. Agar buyraklar paypaslanganda uning shakli, kattaligi va oldingi yuzasidagi

notekislik, g'adir-budirlik aniqlanadi

Siydik tizimi a'zolarini rentgenologik tekshiruvga tayyorlash

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi
2. Muolajani o'tqazilishiga mo'nelik yoqligi aniqlanadi
3. Bemorni tekshiruvga 2-3 kun avval tayyorlanadi. Buning uchun ovqatlanish ratsionidan gaz xosil qiluvchi maxsulotlar olib tashlanadi
4. Tarkibida yo'd tutgan vositalarga bemorning allergik reaksiyasini aniqlash uchun sinama o'tkaziladi. Buning uchun bemorga 2 kun avval venaga kontrast modda yuboriladi va kuniga 2-3 maxal kaliy yo'didning 3% eritmasi beriladi
5. Bemorda meteorizmga moyillik bo'lsa, tayyorgarlik davrida yengil surgi dorilar tavsiya qilinadi
6. Bemorga muolajadan 12-18 soat oldindan ovkat berilmaydi va suyuqliklarni ichish cheklanadi
7. Tekshiruvdan 1 kun oldin kechqurun soat 22-00da va tekshiriladigan kun muolajadan 1,5-2 soat oldin tozalovchi xukna qilinadi
8. Tekshiruvni ertalab, och qoringa o'tkaziladi, shu kuni ertalab bemor ovqatlanishi, suyuqliklar ichishi, dori preparatlarini qabul qilishi mumkin emas
9. Tekshiruvdan oldin siydik qopi bushatiladi
10. Rentgenologik xonaga bemorni yo'llanma va kasallik tarixi bilan kuzatib boriladi
11. Rentgenologik xonada bemorning venasiga asta-sekin 20-40-60 ml. kontrast modda yuboriladi
12. Tekshiruvni shifokor bajaradi

Siydik qopini kateterizasiya o'tkazish texnikasi

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi, mo'neliklar yo'qligi aniqlanadi va ruxan tayyorlanadi
2. Bemor chalqanchasiga orqasi bilan oyoqlarini tizza bo'g'imida bukib, sonlarini kerib, tepaga qarab yotishga yordam beriladi
3. Maxsus xalat, qo'l qoplar kiyiladi
4. Dumbalar ostiga kleyonka va taglik yoziladi
5. Chap qo'l bilan jinsiy lablarni kerib, o'ng qo'l da korsangga doka sharcha qistirib, siydik chiqaruv kanalini yuqoridan pastga tomon xarakatlantirib, jinsiy a'zolari zararsizlantiruvchi eritma bilan yuviladi
6. Korsangga quruq steril doka olib, shu tartibda tashqi jinsiy a'zolar quritiladi va sharchalar zararsizlantiruvchi eritmaga tashlanadi
7. Pinset bilan steril kateterni olib, shpatel yordamida o'ng a steril vazelin surtiladi
8. Chap qo'l bilan jinsiy lablar kerilib, o'ng qo'l da pinset yordamida kateterni ushlab siydik chikarish kanalining tashki teshigiga kiritiladi
9. Siydik osonroq ajralishi uchun qorin devori orkali qovuk soxasi bosiladi
10. Siydik ajralishi tugamasidan oldin asta-sekin kateter chiqariladi va zararsizlantiruvchi eritmaga solinadi

Bogim palpasiyasini utkazish texnikasi

Xarakatlar algoritmi

1. Palpator ogrik, shish, maxalliy harorat, bo'g'im xaltachasida suyuqlik borligi, kreptasiya aniklanadi.

2. Bug'imdagi aktiv va passiv xarakterli harakatlar yordamida bo'g'im harakat aktivligi xajmi, harakat cheklanishi xarakteri aniqlanadi
3. Bemor aktiv va passiv harakatlar qilganda tekshirilayotgan bo'g'im ustiga qo'lni qo'yib, bug'imdagi shovqinlar, g'ichirlashlar aniqlanadi
4. Periartikulyar xosilalar holati aniqlanadi

Bemorlardan bioximik taxlil uchun venadan kon olish texnikasi

Xarakterlik algoritmi

1. Bemorga muolaja moxiyati tushuntiriladi ruxan tayyorlanadi. Bemor urnida yotgan xolatda yoki stol yoniga o'tirish so'raladi
2. Kerakli jixozlar tayyorlanib, qo'llar zararsizlantiriladi va steril qo'lqop kiyiladi
3. Bemor qo'llari maksimal yozish so'raladi, tirsagi tagiga steril salfetka o'ralgan yostiqcha kuyiladi
4. Elkaning pastki 1/3 qismiga jgutni oson yechiladigan qilib bog'lanadi, venalar yaxshi tulishi uchun bemordan mushtini bir necha bor ochib yopish so'raladi
5. Shprisda qon ko'ringach jgutni yechmasdan kerakli miqdorda qon olinadi, jgut yechiladi va steril spirt shimdirilgan paxta qo'yib shpris ignasi chikariladi. Bemordan qo'l ni tirsak bugimidan bukish so'raladi
6. Shpris ignasi probirkaga kiritib, probirka devori bo'ylab olingan qon quyiladi
7. Qo'lqoplar yechiladi va zararsizlantiruvchi eritmaga tashlanadi
8. Yo'llanma bilan olingan qon laboratoriyaga yuboriladi

Anafilaktik shokda birinchi yordam kursatish

Xarakterlik algoritmi

1. Yuborilayotgan dori vositasini to'xtatish, in'eksiya qilingan joy yuqorisiga jgut qo'yish va in'eksiya joyiga sovuq suv namlab qo'yish, xasharot nishini olib tashlash.
2. Bemorga qulay sharoit yaratiladi. Toza xavo bilan ta'minlanadi. Zudlik bilan vrach chaqirtiriladi.

3. Bemor oyog'ini ko'targan xolatda bosh orqaga va yonboshga qaratiladi, til ketib qolmasligi uchun fiksasiyalanadi.
4. Og'izdagi so'lak va ko'piklar rezinali ballonchik yordamida tozalanadi.
5. Oksigenoterapiya o'tkazishga kerakli bo'lgan barcha anjomlar tayyorlanadi.
6. Arterial qon bosimni ko'tarish maqsadida kardiotonik dori vositalarini tayyorlash.
7. Vrach ko'rsatmasiga binoan muolajalarni bajarish: kordiamin 2ml t/o
yoki mezaton 1%-1 ml fiziologik rastvorda yuborish, in'eksiya qilingan joy yoki xasharot chaqqan joy atrofiga adrenalin 0,1%-0,5ml yuboriladi, kolgan 0.5ml adrenalin tananing boshqa qismiga m/oga yuboriladi
8. Qon bosimi va pulsni xar 15 minda o'lchab turiladi.
9. Allergik reaksiyani bartaraf etish maqsadida kortikosteroid gormonal preparatlarni va antigistamin preparatlarni yuborish (prednizolon, dimedrol, suprastin)
10. O'pka shishi rivojlanishini oldini olish maqsadida yurak glikozidlari va diuretiklarni yuborish
11. Talvasa va tutqanoqlarni bartaraf etish maqsadida tutqanoqqa qarshi dori vositalarini yuborish
12. Bemor umumiy ahvolini doimiy nazorat qilish, navbatdagi vrach ko'rsatmalarini bajarish va nafas soni, yurak urishi, kon bosimi, pulsni doimiy nazorat qilish.

Pnevmotoraksda birinchi yordam kursatish

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga qulay sharoit yaratiladi.qa'tiyy yotoq rejimi buyuriladi
2. Zudlik biilan vrach chaqirtiriladi.
3. Oqriq shokini oldini olish maqsadida vrach ko'rsatmasiga binoan bemorga narkotik analgetiklarni yuborish.

4. Yurak yetishmovchiligi belgilari kuzatilganda kardiionik vositalarni(kamfora,kofein),shart bo'lsa yurak glikozidlarini t/i ga yuborish.
5. Nafas yo'llarida havo o'tishini ta'minlash va oksigenoterapiya uchun kerakli vositalar bilan ta'minlash.
6. Nafas yetishmovchiligini bartaraf etish maqsadida zudlik bilan plevral bushliqdagi havoni so'rib olish uchun pnevmotoraks apparatini tayyorlash va o'tkazishda vrachga yordam berish.
7. Nafas olish soni, puls, qon bosimni doimiy nazorat qilish, vrach ko'rsatmalarini so'zsiz bajarish.

O'pka shishida birinchi yordam ko'rsatish

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga qulay sharoit yaratiladi,toza xavo bilan ta'minlanadi va kisib turuvchi kiyimlar echiladi.
2. Zudlik bilan vrach chaqirtiriladi.
3. Yurak zo'riqishini bartaraf etish maqsadida tez ta'sir etuvchi nitrat preparatlaridan nitrogliserin 1 tab til ostiga beriladi
4. Nafas yo'llarida xavo o'tishini ta'minlash va oksigenoterapiya bilan penogasitel uchun kerakli vositalar bilan ta'minlash.
5. Kichik qon aylanish doirasidagi dimlanishni bartaraf etish maqsadida qo'l - oyoklarga jgut qo'yish va xar 15-20min da bo'shatib turish, xamda chalg'ituvchi muolajalarni o'tkazish.
6. O'pkadagi dimlanishni bartaraf etish maqsadida qon olib tashlash va vrach ko'rsatmasiga ko'ra diuretik preparatlarni in'eksiya qilish.
7. Nafas markazi qo'zg'aluvchanligini kamaytirish maqsadida narkotik analgetiklarni in'eksiyaga tayyorlash.

Plevral punksiya o'tkazish texnikasi

Xarakatlar algoritmi

1. Bemorga muolaja maksadi tushuntiriladi
2. Qo'llar yuviladi va kuritiladi
3. Muolajaga kerakli jixozlar tayyorlanadi
4. Bemorga stul suyanchigiga karab utirish suraladi
5. Bemorga stul suyanchig'iga egilish so'raladi
6. Qo'llar zararsizlantiriladi, perchatka kiyiladi, maska taqiladi va xalat kiyiladi
7. Punksiya o'tkazishda vrachga yordamlashadi va bemor xolati kuzatiladi
8. Muolaja o'tkazilgandan so'ng bemor katakda palataga olib boriladi
9. Olingan suyuqlik labaratoriyaga yuboriladi
10. Olingan analiz javoblari kasallik tarixiga yopishtiriladi

Foydalanilgan adabiyotlar:

Asosiy:

1. E. Y. Kosimov "Ichki kasalliklar propedevtikasi" Toshkent 1996 y
2. A.I.Fillipova. "Sestrinskoe delo v terapii" M 2000g.
3. G. P. Kotelnikov. "Sestrinskoe delo". Professionalnie dissiplini. Uchebnoe posobie Rostov na Donu. 2007.
4. Voенno-polevaya terapiya. Gambiskiy. V. V.Komarov.F.I. 1983g.
 - a. I. Fillipova "Sestrinskoe delo v terapii" Moskva 2000
5. V. Pavlov "Sestrinskoe v terapii" Moskva 2000 g
6. V. X. Vasilenko "Propedevtika vnutrennix bolezney" Moskva 1992 g

7. Qo'shimcha:

1. Pod redaksii Yu. P. Nikitina "Vse po uxodu za bolnimi v bolnise i doma" Moskva 1998 g
2. F. Krasnova "Sestrinskoe delo" 2 – tom
3. Zoxidova M. Z., Juraev I. E. Xamshiralik jarayoni va xamshiralik kasallik tarixi sxemasi Toshkent 2002
4. Sestrinskiy prosess i sestrinskie zapisi Toshkent 2002

Internet saytlari: <http://medi.ru>; <http://www.tma.uz>, <http://medprom.ru>,
<http://medinforma.ru>, <http://www.sparv.org>, <http://www.google.ru>,