

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

«САЛОМАТЛИК-2» ЛОЙИҲАСИ

Умумий амалиёт врач қўлланмаси

Тошкент – 2011

Тиббиёт фанлари доктори, профессор Икромов Адхам Илхомович тахририяти остида

Қўлланма Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2009 йил 23 март 80 сонли буйруғига мувофиқ умумий амалиёт врачлари кўрсатадиган тиббий ёрдам ҳажмига мослаб тузилган.

Тузувчилар:

- | | |
|--------------------|--|
| Алимов А.В. | – ТошПТИ, т.ф.д. профессор |
| Нармухамедова Н.А. | – ТТА, доцент, т.ф.н., УАВ ўқитувчиси |
| Косимов Ш.З. | – ТошВМОИ, доцент, т.ф.н., УАВ ўқитувчиси |
| Хусинова Ш.А. | – СамТИ, доцент, т.ф.н., УАВ ўқитувчиси |
| Мавлянова Д.А. | – ТошПТИ, УАВ ўқитувчиси |
| Аблакулова М.Р. | – СамТИ, УАВ ўқитувчиси |
| Хакимова Л. | – СамТИ, УАВ ўқитувчиси |
| Саипова М. | – АндТИ, УАВ ўқитувчиси |
| Цой Е.С. | – УАВ ўқитувчиси, ЖССЖ нинг ноинфекцион касалликлар ва атроф муҳит бўйича миллий ходими |
| Шомансурова Э.А. | – ТошПТИ, доцент, т.ф.н., амбулатория тиббиёти кафедра мудири |
| Ахмедова И.М. | – РМИПТМ етакчи илмий ходим, т.ф.д., тренер БКИУОБ |
| Бабаджанова Ш.Д. | – Республика перинатал маркази директори ўринбосари |
| Мавлянова И.Н. | – Республика перенатал маркази акушер-гинекологи |
| Фузайлов Ф.З. | – «Саломатлик-2» ва «Оналар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлаш» лойиҳаларини амалга ошириш қўшма бюросининг мутахассиси |
| Азимова Н. | – «Саломатлик-2» лойиҳаси маслаҳатчиси |

Раҳматнома:

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош мутахассисларига: Абдуллаев С.П., Алимов У.Х., Акбаров М.М., Абдуллаев М.И., Валиев Э.Ю., Гафуров Б.Г., Гайбуллаев А.А., Джубатова Р.С., Даминов Б.Т., Исмаилов С.И., Мамутов Р.Ш., Мусабоев Э.И., Набиев А.М., Рустамова М.Т., Ризамухамедова М.З., Сабилов Д.М., Султанов С.Н., Сулейманова Д.Н., Убайдуллаев А.М., Ходжанов Ш.Х., бошқа рецензентларга Адилова Б.Т., Захидова М.З., Камилова У.К., Дурманов Б. ва олий ўқув юргларида ҚВП врачларини қайта тайёрлаш ўқув марказлари ўқитувчиларига қўлланманинг мазмунини бойитишда қўшган ҳиссалари учун миннатдорчилик билдирамиз.

Ушбу қўлланма Соғлиқни сақлаш вазирлигининг «Саломатлик-2» ва «Аёллар ва болалар соғлигини мустаҳкамлаш» лойиҳаларини амалга ошириш қўшма бюроси томонидан Халқаро ривожланиш ассоциацияси иштирокидаги «Саломатлик-2» лойиҳаси доирасида ишлаб чиқилди ва нашр этилди.

МУНДАРИЖА

15-БЎЛИМ. АКУШЕРЛИК

(Ш.А. Бабаджанова, Н.А. Нармухамедова)

Ҳомиладорликка тайёргарлик кўриш	19
Туғруқ муддати бўйича акушерлик калькулятори	20
Ҳомиланинг ривожланиши	20
Физиологик ҳомиладорлик	21
Асосий антенатал парвариш	21
Ҳомиладорлик давридаги одатий нохуш ҳолатлар	23
Ҳомиладорлик давридаги инфекциялар	25
Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон кетиши	29
Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорлик	30
Абортлар	30
Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кейинги қон кетишлар (туғруқдан олдин қон кетиш)	32
Ҳомиладорлар темир танқислик камқонлиги	33
Ҳомиладорликда резус–номутаносиблик	34
Ҳомиладорликда қандли диабет	35
Асоратланган ҳомиладорлик	35
Сурункали гипертензия	36
Ҳомиладорлик билан боғлиқ гипертензия	36
Гестацион гипертензия	36
Презеклампсия (енгил, оғир)	37
Эклампсия	38
Муддатдан аввал туғруқ хавфи. Муддатдан аввалги туғруқ	39
Туғруқ	40
Физиологик туғруқдан кейинги давр	42
Туғруқдан кейинги даврда янги туғилган чақалоқ ва онани парвариш қилиш	42
Интергенетик давр	42
Туғруқдан кейинги ҳолатлар	42
Туғруқдан кейинги тушқунлик.	42
Туғруқдан кейинги хавфли белгилар	43
Кўпҳомилали ҳомиладорлик	44
Фойдаланилган адабиётлар	44

16-БЎЛИМ. ГИНЕКОЛОГИЯ

(И.Н. Мавлянова, Н.А. Нармухамедова)

Қорин пастки соҳасида оғрик	46
Эндометриоз	47
Кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари	47

Ҳайз циклининг бузилиши	48
Аменорея	49
Ҳайз олди синдроми	50
Климактерик синдром	50
Вульва ва кин касалликлари	50
Қиндан ажралмалар	51
Бачадон бўйни саратони скрининги	52
Контрацепция	53
Сут безлари касалликлари	58
Бепуштлик	61
Фойдаланилган адабиётлар	62

17-БЎЛИМ. ПЕДИАТРИЯ

(Э.А. Шомансурова, Н.Т. Азимова, И.М. Ахмедова)

Умумий тамойиллар ва парваришлаш хусусиятлари	65
Боланинг ўсиш ва ривожланиш мониторинги	71
Овқатланиш	75
Профилактик эмлаш	77
Янги туғилган чақалоқ ва гўдакларнинг кичик муаммолари	81
Янги туғилган чақалоқнинг физиологик давридаги кўринишлар	81
Янги туғилган чақалоқлар сариклиги	83
Янги туғилган чақалоқларнинг патологик ҳолатлари	84
Туғруқ жароҳатлари	84
Янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги	85
Туғруқ асфиксияси	86
Чала туғилганлик	87
Туғма патологиялар	88
Бемор болани парваришлаш	90
Болалар касалликларини интеграциялашган усулда олиб бориш (БКИУОБ)	90
1 ҳафталикдан 2 ойликкача бўлган бемор гўдакнинг аҳолини баҳолаш ва таснифлаш	91
2 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг аҳолини баҳолаш ва таснифлаш	92
Иситма	93
Фебрил тиришиш	94
Болалар эпилепсияси	95
Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш	96
Овқатланишнинг бузилиши	97
Болалар семизлиги	98

Микроэлементлар ва витаминлар етишмовчилиги	99
Рахит	99
Спазмофилия	100
Ошқозон-ичак тизимининг кенг тарқалган патологик ҳолатлари	102
Гастро-эзофагеал рефлюкс касаллиги	102
Диарея	102
Таъсирланган ичак синдроми	106
Целиакия	106
Ошқозон – ичак тизимининг туғма нуқсонлари	106
Гиршспрунг касаллиги	106
Пилоростеноз	107
Нафас йўлларидаги кенг тарқалган муаммолари	107
Ўткир бронхит	107
Бронхиолит	107
Зотилжам	108
Болалардаги бронхиал астма	109
Болалардаги ЛОР аъзолари муаммолари	112
Ларингитлар	112
Ўткир эпиглотит	112
Болалардаги ўрта кулоқ ўткир отити	113
Болалар инфекциялари	115
Сув чечак	115
Қизамик	115
Қизилча	116
Эпидемик паротит	116
Кўкйўтал	117
Паразитар инвазиялар ва гельминтозлар	117
Лямблиоз	117
Энтеробиоз	117
Аскаридоз	118
Сийдик чиқарув йўллари касалликлари	118
Болалар энурези	119
Тери касалликлари	120
Бичилишлар	121
Импетиго	121
Ортопедик муаммолар	122
Болаларда бўғимлар ва боғламлар шикастланиши	122
Ясси товонлик	122
Сон суягининг туғма чиқиши	122

Артритлар	123
Болалар шикастланиши ва бахтсиз ходисалар профилактикаси	124
Гўдакликдаги тўсатдан ўлим синдроми	125
Болалар хулк-атворининг ўзгариши	126
Ирсий касалликлар	129
Болаларга шафқатсиз муносабат	130
Фойдаланилган адабиётлар	131

18-БЎЛИМ. ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ (М. Саипова, Н.А Нармухамедова)

Қулоқ касалликлари ва симптомлари	133
Қулоқдаги оғрик ва ажралмалар	133
Ташки отит	133
Ўткир ўрта қулоқ отити	133
Сурункали ўрта қулоқ сероз отити	134
Сурункали ўрта қулоқ йирингли отити	134
Ички отитлар	135
Қулоқдаги ёт жисм	135
Қулоқ жароҳати	136
Эшитишнинг бузилиши	136
Болалар карлиги	137
Катгаларда эшитишнинг пасайиши	137
Қулоқдаги шовқин ва бош айланиши	138
Позицион бош айланиши	138
Вирусли лабиринтит	138
Меньер синдроми	139
Бурун ва буруннинг ёндош бўшлиқлари касалликлари	139
Бурун битиши	139
Вирусли риносинусит ёки шамоллаш	139
Аллергик ринит	139
Ноаллергик ёки вазомотор ринит	139
Бурун полиплари	139
Бурун тўсигининг қийшайиши	140
Бурундаги ёт жисм	140
Бурун жароҳати	140
Бурундан қон кетиши	140
Синуситлар	140
Оғиз бўшлиғи касалликлари	141
Томоқдаги оғрик	141
Ўткир фарингит	141

Сурункали тонзиллит	
Ангина	141
Инфекцион мононуклеоз	141
	142
Хиқилдоқ касалликлари	142
Овознинг бўғилиши ва стридор	142
Ларингит	142
Ўткир эпиглотит	143
Сохта бўғма	143
Юқори нафас йўлларидаги ёт жисм	143
Хиқилдоқ стенози	143
ЛОР аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари	144
Фойдаланилган адабиётлар	144
19-БЎЛИМ. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ (Н.А. Нармухамедова)	
Қовоклар, киприklar ва кўз ёши аъзолари касалликлари:	146
Говмичча	146
Халязион	146
Блефарит	146
Қовок абсцесси ва флегмонаси	146
Қовокнинг ичкарига буралиши	146
Қовокнинг ташқарига буралиши	146
Птоз	147
Дакриоаденит	147
Дакриоцистит	147
Рефракциянинг бузилиши	147
Гиперметропия (узокни кўриш)	147
Миопия (яқинни кўриш)	147
Пресбиопия	147
Астигматизм	148
Кўз кизариши	148
Шох парда эрозияси	148
Конъюнктивит	148
Склерит ва эписклерит	149
Субконъюнктивал қон қуйилиши	149
Кўришнинг ёмонлашиши:	149
Катаракта	150
Шисасимон танага қон қуйилиши	150
Тўр парда кўчиши	150
Тўр парданинг марказий артерияси эмболияси	150

Тўр парданинг марказий венаси эмболияси	150
Кўрув нерви неврити	151
Диабетик ретинопатия	151
Кўздаги оғрик	151
Кўз жарохати	151
Ультрабинафша нурлари билан кўзнинг ўткир шикастланиши	151
Кўзнинг кимёвий куйиши	152
Кўзнинг термик куйиши	152
Кўришнинг тўсатдан ёмонлашуви ва оғрикли кечиши:	152
Кератит	152
Увеит	152
Хорионидит	153
Глаукома	153
Фойдаланилган адабиётлар	153
20-БЎЛИМ. НЕВРОЛОГИЯ (Н.А. Нармухамедова)	
Неврологик кўрик	155
Бош ва юз оғриғи	160
Зўриқиш бош оғриғи	161
Мигрень	162
Хортон (кластер) бош оғриқлари	163
Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши	163
Чакка артериити	164
Уч шохли нерв невралгияси	164
Бош айланиши	164
Тремор.	166
Паркинсон касаллиғи	166
Бош мия қон томир касалликлари	167
Бош миёда қон айланишининг ўткир бузилиши	167
Бош мия қон айланишининг ўткинчи бузилиши	167
Бош миёанинг сурункали ишемияси (дисциркулятор энцефалопатия)	169
Периферик нервлар касалликлари	170
Полиневропатиялар	170
Невритлар	170
Радикулопатиялар	171
Тиришиш синдроми	171
Фебрил тиришишлар	171
Эпилепсия	171
Фойдаланилган адабиётлар	172

21-БЎЛИМ. ПСИХИАТРИЯ (Н.А. Нармухамедова)

Рухий ҳолатни баҳолаш	174
Депрессия	175
Соматик шакли (рухий соматик) бузилишлар	178
Неврастения	179
Хавотир ва хавотирли ўзгаришлар	179
Хавотирланиш неврози	179
Фобик ўзгаришлар	179
Саросимлик бузилиш	180
Генерализациялашган хавотирли бузилиш	181
Психоз	182
Шизофрения	183
Психопатия	183
Сексуал бузилишлар	183
Шахсий чегаравий хусусиятлар	184
Ақлий заифлик	185
Фойдаланилган адабиётлар	186

22-БЎЛИМ. ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ**(Л. Хакимова, Д.А. Мавлянова)**

Кичик жарроҳлик Умумий врачлик амалиётидаги роли	188
Боғлов (муолажа) хонасида УАВ бажаришига рухсат берилган жарроҳлик муолажалар рўйхати	189
Амбулатор кичик жарроҳлик учун умумий низом	190
Асосий жарроҳлик муолажалари	191
Маҳаллий оғрикислантириш	191
Чок қўйиш ва олиш	191
Юзаки ва чуқур жароҳатларга ишлов бериш ва боғлам қўйиш	194
Шиналар қўйиш	197
Тери ва тери ости клетчаткасининг катта бўлмаган хавфсиз ўсмаларини олиб ташлаш	198
Бошқа кичик жарроҳлик муолажалари	199
Теридан биопсия олиш	199
Юмшоқ тўқималардаги юзаки ёт таналарни олиб ташлаш	199
Ўсиб кирган тирнокни қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш	200
Сўғалларни олиб ташлаш	201
Ётоқ яралар. Панариция ва паронихиялар. Оёқнинг трофик яралари. Мастит. Олиб бориш тактикаси ва кейинги кузатув	201
Абсцесс. Фурункулез. Флегмоналар	205

Қорин бўшлиғи яъзоларининг ўткир жаррохлик касалликла- ри	206
Ўткир қорин	206
Ўткир аппендицит	207
Қорин девори чурралари	209
Ичак тутилиши	211
Орқа чиқариш йўли касалликлари	213
Орқа чиқариш тешиги ёриқлари	213
Бавосил	214
Парапроктит	214
Варикоз касаллиги	214
Юзаки веналар тромбофлебити	215
Сколиоз	215
Ошқозонни бурун орқали зондлаш	216
Фойдаланилган адабиётлар	216

23-БЎЛИМ. ХАРАКАТ-ТАЯНЧ АППАРАТИ ШИКАСТЛАНИШИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ (Л. Хақимова)

Шикастланган беморларга ёрдам кўрсатиш ва ҳолатини баҳолаш	218
Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши	221
Пайларнинг шикастланиши	221
Бўғимларнинг шикастланиши	222
Қўл – оёқ суяқларининг шикастланиши	223
Қўл суяқлари синиши	225
Оёқ суяқлари синиши	226
Тос суяқларининг синиши	226
Узоқ муддат босилиш синдроми	227
Бош мия шикастланиши	229
Кўкрак қафаси жароҳатлари	231
Қорин жароҳати	235
Фойдаланилган адабиётлар	236

24-БЎЛИМ. ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР (Л. Хақимова, Д.А. Мавлянова)

Юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш алгоритми	238
Кома	239
Асфиксия	240
Чақалоқлар асфиксияси	240
Ёт жисм	242
Чўкиш	242
Осилиш	243

Ўткир нафас етишмовчилиги	243
Астматик статус	244
Ўткир юрак етишмовчилиги	246
Ўпка шиши	246
Қон кетишлар	246
Меъда-ичакдан қон кетиши	247
Бошқа турдаги қон кетишлар	247
Қон кетишни вақтинча тўхтатиш	249
Ўткир қорин	250
Буйрак санчиғи	250
Ўт санчиғи	251
Ўткир буйрак етишмовчилиги	252
Ўткир жигар етишмовчилиги	253
Бош мия шикастланиши	254
Ишемик ва геморрагик инсультлар	254
Тиришишлар	254
Тиреотоксик криз	255
Шок	255
Анафилактик шок	255
Гиповолемик шок	256
Кардиоген шок	257
Септик шок	257
Куйишлар	258
Электр токидан куйиш	259
Заҳарланиш	261
Спиртли ичимликдан заҳарланиш	265
Менингит	266
Кўкракдаги оғриқлар	268
Миокард инфаркти	268
Ностабил стенокардия	268
Гипертоник криз	268
Қўшимча маълумот:	270
Катталар ва болаларда юрак-ўпка реанимациясининг кучай- тирилган шакли	270
Шикастланиш ва қон кетишларда биринчи ёрдам	272
Фойдаланилган адабиётлар	279
25-БЎЛИМ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИ УЧУН АМА- ЛИЙ КЎНИКМАЛАР (Н.А. Нармухамедова)	
Ўпка-юрак реанимацияси	281
Артериал қон босимини ўлчаш	281
Тана вазни индексини аниқлаш	281

Камқонликни ташхислаш учун кўрсаткичларни аниқлаш	282
ЭКГ регистрацияси	282
ЭКГ таҳлил қилиш	283
Ингаляторни қўллаш	283
Пикфлоуметрия	283
Бурундан кон кетишини тўхтатиш	284
Камертонлар ёрдамида эшитиш қобилиятини текшириш	284
Отоскопия	284
Риноскопия	285
Кўриш ўткирлигини аниқлаш	285
Кўрув майдонини аниқлаш	285
Кўзнинг ташқи кўриги	286
Кўз томчи дориларни қўллаш	286
Офтальмоскопия	287
Жинсий олатни кўздан кечириш тартиби	287
Ректал текширув	287
Сийдик пуфагини катетеризация қилиш	288
Антенатал кўрик	288
Кўкрак безларини пайпаслаб кўриш	288
Қин текшируви	289
БИС қўйиш	289
БИС олиш	290
Цервикал каналдан суртма олиш	290
Абсцессни очиш	290
Жароҳатга асептик ишлов бериш	291
Ошқозонни ювиш	291
12 жуфт бош мия нервларини текшириш	292
Ҳаракат сферасини текшириш	292
Сезги сферасини текшириш	293
Рефлексларни – 4 балли шкала бўйича баҳолаш	293
Рухий ҳолатни баҳолаш	294
Тана вазнини ўлчаш (5 ёшгача бўлган болаларда)	294
Бўй ва тана узунлигини аниқлаш (2-5 ёшдагилар)	295
Бош айланасини аниқлаш	295
Кўкрак қафаси айланасини аниқлаш	295
Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани мустаҳаб қилиш	296
Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани эрта-лабки мустаҳаб қилиш	296
Кўкрак ёшидаги боланинг гигиеник ваннаси	296

Бошнинг соч қисмидаги қазғокга ишлов бериш	297
Киндикни парвариш қилиш	297
Она ва болани кўкрак билан эмизишга тайёрлаш	298
Гипотермия ҳолатида ўраш	298
Қулоққа дори томчиларини томизиш	299
Энтеробиозга суртма олиш	299
Умуртқа поғонасини текшириш	299
Суяк-бўғим тизимини текшириш учун махсус синамалар	301

ИЛОВА

5 ёшгача болаларнинг ўсиши ва ривожланишини баҳолаш графиклари (ЖССТ)	306
Туғруқ кунини аниқлаш учун акушерлик калькулятори	323
Маълумотларга асосланган розилик шакли (намуна)	325
Меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар	326

Қисқартмалар

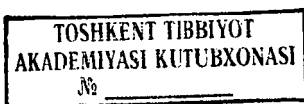
АГ	Артериал гипертония
АҚБ	Артериал қон босим
АҚДС	Бирлаштирилган кўк йўтал-дифтерия-қоқшол зардоби
АДС-М	Бирлаштирилган кўк йўтал-дифтерия-қоқшол зардоби (кичик дозаларда)
АКТГ	Адренкортикотроп гормон
АлАТ	Аланин-аминотрансфераза
АНА	Ангинуклеар антиганачалар
АсАТ	Аспартат-аминотрансфераза
ААФИ	Ангиотензинни айлантирувчи фермент ингибитори
АНА	Ангинуклеар антиганалар
АРВ	Анти ретро вирус
АФП	Альфа-фетопроtein
АЭС	Атом электростанцияси
АЮҚҲ	Айланиб юрувчи қон ҳажми
5-АСК	5 – аминсалицил кислотаси
АҚШ	Америка қўшма штатлари
БТСЁ	Бирламчи тиббий-санитария ёрдами
БА	Бронхиал астма
БЦЖ	Силга қарши вакцина
БАТН	Бўлмачалар аро тўсикнинг нуқсонини
БР	Бирлик
БИС	Бачадон ичи спирали
БКИУОБ	Болалар касалликларини интегрирлашган усулда олиб бориш
БМН	Бош-мия нервлари
БМШ	Бош мия шикастланиши
БМҚАЎБ	Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши

ВМОИ	Врачлар малакасини ошириш институти
ВЮ	Вирусли юклама
В/и	Вена ичига
ВГВ	Вирусли гепатит В қарши вакцина
ГЭРК	Гастро-эзофагал рефлюксли касаллик
ГТЧОТҚ	Гис тутами чап оёқчасининг тўлиқ камали
ГТЎОТҚ	Гис тутами ўнг оёқчасининг тўлиқ камали
ГТЧООШҚ	Гис тутами чап оёқчаси орқа шохчасининг камали
ГТООШҚ	Гис тутами оёқчаси олд шохчасининг камали
ГК	Гипертоник криз
ДАТ	Далилларга асосланган тиббиёт
ДАТМ	Далилларга асосланган тиббиёт маркази
ДФ	Дефибриллятор
ДБК	Дисфункционал бачадондан кон кетиши
ДАҚБ	Диастолик артериал кон босим
ДНК	Дезоксирибонуклеинли кислота
ДПМ	Даволаш-профилактик муассаса
ДВ	Дори воситалари
ДВРҚ	Дори воситаларини рационал қўллаш
ДФК	Даволаш физкультураси
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЖЙБЮК	Жинсий йўл билан юқувчи касалликлари
ИЖК	Ихтиёрый жаррохлик контрацепция
ИФТ	Иммунофермент тахлили
ИЭ	Инфекцион эндокардит
ИЛВ	Ишга лаёқатсизлик варақаси
ИИВ	Ички ишлар вазирлиги
ИТИ	Илмий текшириш институти
ИСМН	Изосорбит мононитрат
МИМВ	Меҳнат ва ижтимоий муҳофаза вазирлиги
МВ	Молия вазирлиги
МНТ	Марказий нерв тизими
МҚАЎБ	Мия қон айланишининг ўткир бузилиши
КТАЯК	Кичик тос аъзолари яллиғланиш касалликлари
КНЧХ	Кучайтирилган нафас чиқариш ҳажми
КХБ	Колония хосил қилувчи бирлик
КОК	Комбинацияланган орал контрацептивлар
КТ	Компьютер томографияси
КФК	Креатинин фосфокиназа
КХТ-10	Касалликларнинг 10-халқаро таснифи
КИК	Комбинацияланган инъекцион контрацептивлар
ЛДГ	Лактат дегидрогеназа
ЛОР	Оториноларинголог
МИ	Миокард инфаркти
М/о	Мушак орасига

НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши восита
НЯК	Носпецифик яралти қолит
НЧЭЮТ	Нафас чиқаришнинг энг юқори тезлиги
НОС	Нафас олиш сони
НЕ	Нафас етишмовчилиги
ОГВ	Оддий герпес вируси
ОИТС	Одам иммунтанқислик синдроми
ОИВ	Одам иммунтанқислик вируси
ОПВ	Орал полиомиелит вакцинаси
ОИ	Оппортунистик инфекция
ОЎЮ	Олий ўқув юрти
ОЮН	Орттирилган юрак нуқсони
ОИТ	Ошқозон –ичак тизими
ОРВ	Орал регидратацион восита
ООЭЕ	Овқатланишнинг оқсил энергетик етишмовчилиги
ПЗЛП	Паст зичликдаги липопротемд
ПСА	Простатанинг специфик антигени
ПТИ	Протромбин индекси
ПФМ	Пикфлоуметрия
ПФ	Президент фармони
ПҚ	Президент қарори
ПЗР	Полимераза-занжирли реакцияси
ПЭП	Перенатал энцефалопатия
РКС	Рандамизациялашган клиник синовлар
РНК	Рибонуклеин кислотаси
РШТЁМ	Республика шошилиш тиббий ёрдам маркази
САСИ	Серотонин абсорбциясининг селектив ингибиторлари
СТЕС	Синус тугунчаси етишмовчилиги синдроми
СВТ	Суправентрикуляр тахикардия
СЙИ	Сийдик йўллари инфекцияси
ССБ	Соғлиқни сақлаш бошқармаси
СО	Сифатни ошириш
СТТ	Соғлом турмуш тарзи
ССВ	Соғлиқни сақлаш вазирлиги
СанПиН	Санитар нормалари ва қоидалари
ССБТ	Соғлиқни сақлаш бирламчи тизими
СҚБОСИ	Серотонинни қайта боғлаб олиш селектив ингибитори
СЮЕ	Сурункали юрак етишмовчилиги
САҚБ	Систолик артериал қон босим
СЭС	Санитария эпидемиологик станция
ТЁА	Тугруқ ёшидаги аёл
ТТК	Темир танқислик камқонлиги
ТВИ	Тана вазни индекси
ТТБ	Туман тиббиёт бирлашмаси
ТЗ	Трийодтиронин

Т4	Тетрайодтиронин
ТТГ	Тиреотроп гормон
ТМШ	Туман марказий шифохонаси
ТПК	Тоза прогестинли контрацептивлар
ТПТ	Тоза прогестинли таблеткалар
ТПИК	Тоза прогестинли инъекцион контрацептивлар
Т/ШКМП	Туман/шаҳар кўптармоқли марказий поликлиника
УАВ	Умумий амалиёт врачлари
УҚТ	Умумий қон тахлили
УСТ	Умумий сийдик тахлили
УХ	Умумий холестерин
УВА	Умумий врачлар амалиёти
УЮЧ-тера.	Ультразвук-юқори-частотали терапия
УТТ	Ультратовуш текшируви
УБН	Ультрабинафша нурланиши
ФАП	Фельдшерлик-акушерлик пункти
ФКУ	Фенилкетонурия
КНЧХ	Кучайтирилган нафас чиқариш ҳажми
ХБ	Халқаро бирлик
ХУМБДР	Ҳаёт учун муҳим бўлган дорилар рўйхати
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЧҚГ	Чап қоринча гипертрофияси
ЧҚЕ	Чап қоринча етишмовчилиги
ШАМ	Шаҳслараро мулоқот
ШМШ	Шаҳар марказий шифохонаси
ШМЭК	Врач – меҳнат эксперт комиссияси
ШВП	Шаҳар врачлик пункти
ШМК	Врачлар – маслаҳат комиссияси
ШЭБТСЁТ	Шаҳар экспериментал бирламчи тиббий-санитария ёрдам ташкилоти
ЭЧТ	Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ЭГДФС	Эзофагогастроуденофиброскопия
ЭКГ	Электрокардиография
ЭКС	Электрокардиостимулятор
ЭхоКГ	Эхокардиография
ЭЭГ	Электроэнцефалография
ЮКХ	Юқумли касалликлар хонаси
ЮТН	Юракнинг туғма нуқсони
ЮСЙ	Юқори сийдик чиқарув йуллари
ЮИК	Юрак ишемик касаллиги
ЮЗЛП	Юқори зичликдаги липопротеид
ЮРА	Ювенил ревматоид артрити
ЮТН	Юрак туғма нуқсони
ЮЎР	Юрак-ўпка реанимацияси
ЮЕ	Юрак етишмовчилиги

ЮҚТК	Юрак-қон томир касаллиги
ЮҚТА	Юрак-қон томир асоратлари
ЮҚС	Юрак кискаришлари сони
ЮЭЎ	Юракнинг электрик ўқи
ЮНИСЕФ	Бирлашган миллатлар ташкилотининг болалар фонди
ЎБГ	Ўнг бўлмача гипертрофияси
ЎҚГ	Ўнг қоринча гипертрофияси
ЎСВ	Ўпканинг сунъий вентиляцияси
ЎМИ	Ўткир миокард инфаркти
ЎзР ВМ	Ўзбекистон Республикаси вазирлар маҳкамаси
ЎзР ИТВ	Ўзбекистон Республикаси ижтимоий таъминот вазирлиги
ЎзРССВ	Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
ЎИИ	Ўткир ичак инфекцияси
ЎРВИ	Ўткир респиратор-вирусли инфекция
ЎРК	Ўткир респиратор касаллик
ЎАТЭ	Ўпка артерияси тромбоземболияси
ЎКТХ	Ўпканинг кучайтирилган тириклик ҳажми
ЎзР	Ўзбекистон Республикаси
ЎКЕ	Ўнг қоринча етишмовчилиги
ЎзРМК	Ўзбекистон Республикаси меҳнат кодекси
ЎСОК	Ўпка сурункали обструктив касаллиги
ЎРҚ	Ўзбекистон Республикаси қонунлари
ҚАТН	Қоринчалар аро тўсиқнинг нуқсони
ҚТ	Қоринчалар тахикардияси
ҚФ	Қоринчалар фибрилляцияси
ҚАЕ	Қон айланиш етишмовчилиги
ҚВП	Қишлоқ врачлик пункти
ҚД	Қандли диабет
ҚВА	Қишлоқ врачлик амбулаторияси
ҚУШ	Қишлоқ участка шифохонаси



15-БЎЛИМ. АКУШЕРЛИК

Ҳомиладорликка тайёргарлик кўриш	19
Туғруқ муддати бўйича акушерлик калькулятори	20
Ҳомиланинг ривожланиши	20
Физиологик ҳомиладорлик	21
Асосий антенатал парвариш	21
Ҳомиладорлик давридаги одатий нохуш ҳолатлар	23
Ҳомиладорлик давридаги инфекциялар	25
Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон кетиши	29
Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорлик	30
Абортлар	30
Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кейинги қон кетишлар (туғруқдан олдин қон кетиш)	32
Ҳомиладорлар темир танқислик камқонлиги	33
Ҳомиладорликда резус–номутаносиблик	34
Ҳомиладорликда қандли диабет	35
Асоратланган ҳомиладорлик	35
Сурункали гипертензия	36
Ҳомиладорлик билан боғлиқ гипертензия	36
Гестацион гипертензия	36
Презклампсия (енгил, оғир)	37
Эклампсия	38
Муддатдан аввал туғруқ хавфи. Муддатдан аввалги туғруқ	39
Туғруқ	40
Физиологик туғруқдан кейинги давр	42
Туғруқдан кейинги даврда янги туғилган чакалоқ ва онани парвариш қилиш	42
Интергенетик давр	42
Туғруқдан кейинги ҳолатлар	42
Туғруқдан кейинги тушқунлик.	42
Туғруқдан кейинги хавфли белгилар	43
Кўпҳомилали ҳомиладорлик	44
Фойдаланилган адабиётлар	44

Ҳомиладорликка тайёргарлик кўриш

Ҳомиладорликкача оилавий жуфтликни текшириш, маслаҳат бериш ва даволаш боланинг соғлом туғилиш имкониятини оширади.

Тайёргарликнинг асосий босқичлари

Анамнез йиғиш – соматик ва оилавий анамнез (наслий омиллар), ижтимоий ҳолати, касбий зарарли омиллар ёки зарарли одатлар, акушерлик-гинекологик анамнез.

Маслаҳат бериш – исталган ва соғлом ҳомиладорлик ҳиссини шакллантириш бўйича ёрдам, оналик ва оталик бўйича маълумотлар бериш, ҳомиладорлик даврида кузатиладиган ўзгаришлар бўйича маълумотлар ва соғлом турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар бериш.

Текширувлар – ҳомиладорликнинг кечиши ва оқибатига, она ва бўлғуси боланинг саломатлигига таъсир қилиши мумкин бўлган омиллар ва патологик ҳолатларни аниқлаш. Ота-оналарнинг репродуктив аниқлаш, ОИВ-инфекциясига, захм, сил, гепатит В ва бошқа соматик касалликларга текшириш. Экстрагенитал касалликлар аниқланганда – мутахассисларга юбориш; генетик омиллар мавжуд бўлса – оилавий жуфтликни генетик-мутахассисга юбориш.

Профилактика – қизилчага қарши эмлаш; агар аёл серонегатив бўлса, ҳомиладорлик инкор қилгандан сўнг у қизилчага қарши эмланиши зарур, бунда уч ойгача ҳомиладорликдан сақланиши ва контрацептив воситалардан фойдаланиши керак.

Чекишни тўхтатиш. Чекишнинг ҳомила ҳолатига зарарли таъсири аниқ далиллар билан исботланган. Онанинг чекиши чақалоқ тана вазнининг камайишига таъсир қилади, бундан ташқари чекиш ва ҳомиланинг ўлик туғилиши, ўз-ўзидан ҳомила тушиши ва тўсатдан гўдак ўлими ўртасида ўзаро боғлиқлик мавжуддир.

Спиртли ичимлик истеъмол қилишни тўхтатиш. Спиртли ичимликни ўта кўп миқдорда истеъмол қилиш ҳам чақалоқ тана вазнининг камайишига, ўлик туғилишга, тўсатдан ҳомила тушишига ва ҳомила алкоғолли синдромига олиб келиши мумкин. Ҳомила алкоғолли синдроми Даун синдроми, умуртка поғонаси ёрилиши ва анэнцефалияга нисбатан кўпроқ учрайди. Бундан ташқари аклий заифликнинг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Она томонидан истеъмол қилинаётган спиртли ичимликнинг ҳомилага таъсири унинг миқдори, давомийлиги ва бошқа, ҳали аниқланмаган, омилларга боғлиқдир. Шунинг учун барча ҳомиладор аёлларга спиртли ичимлик истеъмол қилишни катъиян чеклаш тавсия қилинади.

Дори воситаларни қабул қилишни имкони борича камайтириш. Аёлларга врач кўрсатмаси бўлмаса, дори воситларини қабул қилмасликни тавсия қилиш лозим. Таъқиқланган воситаларни қабул қилиш ривожланиётган ҳомилада турли хил нуқсонларни келтириб чиқариши мумкин. Қокани қабул қилаётган онада йўлдош кўчиши келиб чиқиши, гиёҳванд моддаларни вена ичига юбориш эса гепатит, ОИВ-инфекцияси билан зарарланиш ва ҳомила тушиш хавфини келтириб чиқариши мумкин.

Фолат кислотасини тавсия қилиш – ҳомила нерв найи нуқсони, ҳомила танаси ҳамда қўл-оёқлари нуқсонларининг ривожланишини олдини олиш чора-тадбирларига киради. Ҳомиладор бўлишдан 2 ой аввал ва ҳомиладорликнинг 13 ҳафтасигача кунига 4 мг миқдорда қабул қилинади. Агар олдинги ҳомиладорликларда ҳомила нерв найи нуқсони кузатилган бўлса, у ҳолда фолат кислотаси 4 г миқдорда берилди. Самарадорлик – 72% ни ташкил қилади.

Даволаш. Ички аъзолар касалликлари аниқланганда, аёлни даволаш ва соғломлаштириш, ҳамда қачон ҳомиладорлик мақсадга мувофиқлигини ҳал қилиш тавсия қилинади.

Туғрук муддати бўйича акушерлик калькулятори

Ҳомиладорлик ва тахминий туғрук муддатлари сўнги хайз куни бўйича, акушерлик калькулятори асосида аниқланади (*Иловалар бўлимига қаранг, 2-илова*).

Ҳомила ривожланиши

1 триместр

Биринчи ой

1-кун: тухум ҳужайранинг уруғланиши

6-кун: имплантация

14-кун: ҳомила ўлчами 0,6–1,2 см ни ташкил қилади

18-кун: юрак уриши пайдо бўлади

Ой охирида: кўл ва оёқлар шакллана бошлайди.

2-ойнинг охирида:

Юз чизиклари шаклланади.

Организмнинг барча асосий тизимлари шаклланади.

Киритилаётган кимёвий воситаларга нисбатан ўта сезувчанлик бўлади.

Айрим ҳолатларда ҳомила юрак уришини эшитиш мумкин.

Ҳаракатланиш қобилияти ривожланади.

Кўл ва оёқларда кафт, товон ва бармоқлар шаклланади.

Тоғайлар суякларга айланишни бошлайди.

Сут тишлари муртақлари шаклланади.

3-ойнинг охирида:

Ҳомила жинсини аниқлаш мумкин.

Ташқи омилларга сезувчанлик пасаяди.

Оёқлар/ товон ҳаракати.

Имо-ишора ҳаракатлари.

Ютиш ҳаракатлари.

Нафас ҳаракатлари.

2 триместр

4-ой охирида:

Ҳомилада одам пуштини аниқлаш мумкин.

Ўлчами – 20–25 см, вазни – 170 г атрофида.

5-ой охирида:

Ҳомиланинг ҳаракатлари янада тезлашади, аёл уни «ҳомила қимирлаши» сифатида ҳис қилади.

Ҳомила ўлчами – 25–30 см, вазни – 450 г атрофида.

Соч қоплами шаклланади.

Танаси туклар билан қопланади.

Кўл ва оёқ бармоқларида тирноқлар пайдо бўлади.

Юрак уриши аниқ фарқланади.

6-ой охирида:

Муддатдан аввал туғилиш ҳолатларида ҳомиланинг яшаб кетиш эҳтимоли мавжуд

Ўлчами – 35 см, вазни – 650 г атрофида.

Илк туғрук суртмаси пайдо бўлади.

Доимий тишлар муртақлари шаклланади.

Кучли ушлаб олувчи ҳаракатлар бўлади.

3 триместр

7-ой охирида:

Вазни 1300–1400 г.

Ҳомила она иммунитетига эга бўлади.

Туклар йўқолади.

8 ой охирида:

Вазни 2200-2300 г.

Одатда, бош суягининг тепа қисми билан келади.

Ҳомила она иммунитетига эга бўлади.

9 ой охирида:

Ўлчам – 45- 50 см, вазни 3200-3400 г атрофида.

Ҳомила «пастга тушади».

Ҳомила она иммунитетига эга бўлади.

Физиологик ҳомиладорлик

Асосий антенатал парвариш

Ҳомиладорлик давридаги парвариш мақсади – аёлга соғлом бўлишга ёрдам бериш, шу билан бирга, туғилажак боланинг саломатлигини сақлаш. Ҳомиладорлик давридаги парвариш ҳомиладор аёлга кўмак бериш ва қўллаб-қувватлашни ҳамда унинг умр йўлдошига ёки оиласига ота-оналик кўникмаларини эгаллашга ёрдам беради. Шундай қилиб, тиббиёт ходимлари нафақат парваришни, балки керакли маълумотлар бериш, ўқитиш ва ўргатишни амалга оширишлари лозим.

Тиббиёт ходимларининг вазифалари

- саломатликни мустаҳкамлаш ва касалликларни олдини олишга қаратилган чора-тадбирларни амалга ошириш;

- ўз вақтида текшириш ва касалликларни аниқлаш;

- зарур бўлган даволаш ва соғломлаштириш усуллари билан таъминлаш;

- бошқа тиббиёт ходимлари билан ўзаро келишган ҳолда фаолият олиб бориш, масалан, ихтисослашган парвариш ва туғруқдан олдинги ўқитиш бўйича мутахассислар билан ҳамкорлик қилиш;

- аёлни ўз саломатлигини таъминлаш бўйича кўникмаларга ўргатиш;

- қўллаб-қувватлаш сифатида: аёлнинг эҳтиёжларини эшитиш ва унинг ёки оила аъзоларининг ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги давр бўйича барча хавотирларини муҳокама қилиш.

Ҳомиладор аёлга, унинг умр йўлдошига ва оила аъзоларига ҳурмат, эхтиром билан ҳамкор сифатида муносабатда бўлиш, аёл ва унинг оила аъзолари қадриятларини эътиборга олиш ва тушуниш лозим. Аёл тиббий ходимларнинг кўмаги остида ўзининг парвариши ва даволаниши бўйича маълумотларга асосланган ҳолда танлаш имкониятига эга бўлиши керак.

Асоратланмаган ҳомиладорликда асосий врач кўриклари жадвали (ЎзР ССВ 2005 й. 425-сонли буйруғи): ҳомиладорлик даврида 7 маротаба (12 ҳафтагача, 16, 24, 30, 34, 36 ва 38-40 ҳафталарда) ҳамда 1 марта туғруқдан кейин.

Режали кўриқда тавсия қилинадиган муолажалар: артериал қон босимини ўлчаш, бактериурия ва протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, бачадон туби баландлигини ўлчаш, веналарнинг варикоз кенгайиши ва шишларни аниқлаш мақсадида оёқларни кўздан кечириш, резус-омилни аниқлаш, қон таҳлили (қон гуруҳи, гемоглобин даражаси), ҳомилада патологик ҳолатлар эҳтимолини аниқлаш учун бир марталик ультратовуш текшируви (18-20 ҳафталарда), қабулга биринчи марта келишида аёлнинг тана вазни индексини аниқлаш.

Тавсия қилинмайдиган режали донмий муолажалар: кўп марта тана вазнини ўлчаш, пелвиометрия (чанок ўлчамларини аниқлаш), ултратовуш ёрдамида ҳомила юрак уришини баҳолаш, ҳомила ҳаракатларини ҳисоблаш, ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан сўнг ултратовуш текшируви, антенатал кардиотокография (стрессли ва стрессиз синамалар), коннинг биокимёвий таҳлили, ҳомила биофизик ҳолатини баҳолаш, цитомегаловирус, оддий герпес вируси, токсоплазмоз, бактериял вагиноз, хламидиялар скрининги.

Қўшимча парвариш зарур бўлган аёллар

Бу қуйидаги ҳолатлар кузатиладиган аёллардир: юрак, рухий ва кон тизими касалликлари. гипертензив ҳолат, эндокрин бузилишлар ва диабет, аутоиммун бузилишлар, ўсмалар, ОИВ ёки гепатит В билан зарарланганлар, семизлик ёки кам тана вазни ўсмир ҳомиладорлар ва 40 ёшдан ошган аёллар.

Аввалги ҳомиладорлик даврида қуйидаги асоратларга эга бўлган аёллар: муддагдан олдинги туғруқ, оғир преэклампсия, эклампсия, резус-иммунизация, бачадонда чандик, ҳомиладорлик даврида ёки туғруқдан кейинги қон кетиш, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши, кам тана вазни билан туғилган чақалоқ, йирик ҳомила, ҳомиланинг туғма нуқсонлари, ҳамда кўп тукқан аёллар (5 дан ортик ҳомиладорлик ва туғруқ).

Антенатал даврда врач қабулига келиш

Ҳар бир қабул вақтида зарур бўлган антенатал машғулотлар тўғрисида маълумот бериш, аёлни қизиқтирувчи барча саволларни муҳокама қилиш. Айтилса, аёл ва боланинг саломатлигига таъсир қилиши мумкин бўлган омилларга (тиббий, ижтимоий) диққатни жалб этиш зарур.

Биринчи қабул: (12 ҳафтагача)

Қуйидаги махсус маълумотларни бериш лозим: ҳомиладорлик даврида боланинг қандай ривожланиши, «оналар мактаби»га қатнаш, фолат кислотасини қабул қилиш, овқатланиш гигиенаси, овқатланиш билан боғлиқ инфекцияларни олдини олиш, соғлом турмуш тарзи, зарарли одатларнинг салбий таъсирлари, ҳомиладорлик давридаги текширувларнинг умумий шарҳи, шу билан бирга текширув усуллари хавфи, афзалликлари ва чекланишлари тўғрисида маълумотлар бериш зарур.

Текширувлар ва тестлар: қўшимча парвариш зарур бўлган аёлларни аниқлаш ва шу ҳомиладорликни олиб бориш режаси, тана вазни ва бўй ўлчамларини аниқлаб, тана вазни индексини ҳисоблаш, АҚБни ўлчаш, сийдикни экиб текшириш, сийдикда оксилни аниқлаш, қон гуруҳи, резус-омил ва гемоглобин даражасини аниқлаш, резус-иммунизацияни аниқлаш, ОИВ-инфекциясига тест синовини ўтказиш (тест олди маслаҳати ва маълумотларга таянган ҳолда аёлнинг розилиги асосида), захм, кизилча, сўзакни аниқлаш. 25 ёшгача бўлган аёлларга хламидияларнинг кенг тарқалганлиги тўғрисида маълумот бериб, хламидияларга текширишни тавсия қилиш. Ҳомила ривожланиш нуқсонларини эрта аниқлаш мақсадида эрта ультратовуш текшируви ўтказилади. Даун синдромини аниқлаш скрининги (15-20 ҳафтала). Касбга боғлиқ бўлган хавф омилларини аниқлаш зарур.

Иккинчи қабул вақтида (16 ҳафталикда)

Биринчи кўриқда ўтказилган тест ва текширув натижаларини шарҳлаш, муҳокама қилиш ва маълумотларни ёзиб бориш. АҚБни ўлчаш, сийдикда оксилни аниқлаш. Камконликда – темир воситла-

рини буюриш ва овқатланиш бўйича тавсиялар бериш. Ҳомила ривожланиш нуқсонлари бўйича скрининг ўтказиш: ҳомиладорликнинг 18-21 ҳафталари ўртасида УТТ. Агар УТТда йўлдошнинг олдинда келиш ҳолати аниқланса, 32 ҳафталикда УТТ қайтарилди.

Учинчи қабулга келиш (24 ҳафталикда)

АҚБ ўлчаш, протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, гравидограмма, ҳомила юрак уришини аускультация қилиш.

Тўртинчи қабулга келиш (30 ҳафталикда)

АҚБ ўлчаш, протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, гравидограмма, ҳомила юрак уришини аускультация қилиш. Қонда гемоглобин миқдорини аниқлаш, камқонликда – темир препаратлари ва овқатланиш бўйича тавсиялар бериш. Резус-манфий қон билан аёлларда биринчи анти-Д профилактика ўтказиш.

Бешинчи қабулга келиш (34 ҳафталикда)

АҚБ ўлчаш, протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, гравидограмма, ҳомила юрак уришини аускультация қилиш. Резус-манфий қон билан аёлларда иккинчи анти-Д профилактика ўтказиш. Туғруқ бўйича махсус маълумотлар, оғрикни камайтириш бўйича тавсиялар бериш ва туғруқ режасини тузиш.

Олтинчи қабулда (36 ҳафталикда)

АҚБ ўлчаш, протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, гравидограмма, ҳомила ҳолатини аниқлаш; агар думбаси билан келган бўлса, ҳомилани боши томонга айлантиришни тавсия қилиш. Ҳомила юрак уришини эшитиш. Кўкрак сути билан боқиш, янги туғилган чақалокни парваришлаш, чақалокларнинг скрининг тестлари, туғруқдан кейинги парвариш, боладаги хавfli белгилар, туғруқдан кейинги депрессия тўғрисида махсус маълумотлар бериш.

Еттинчи қабул (38-40 ҳафталарда)

АҚБ ўлчаш, протеинурияни аниқлаш мақсадида сийдик таҳлили, гравидограмма, ҳомила ҳолатини аниқлаш; Ҳомила юрак уришини эшитиш. Муддатдан ўтиб кетиш ва чўзилган туғруқ бўйича маълумотлар бериш. 41 ҳафтада туғмаган аёлларга туғруқни кўзғатиш мақсадида шифохонага ётишни тавсия қилиш. Агар аёл бош тортса, ҳомила мониторингини кучайтириш (ҳомила ҳолати ва юрак уришини аниқлаш, камсувилиликни аниқлаш мақсадида УТТ) талаб қилинади.

Ҳомиладорлик давридаги одатдаги нохуш ҳолатлар

Зарда қайнаши

Ҳомиладорликнинг турли даврларида аёлларнинг учдан икки қисмида зарда қайнаши кузатилади. Бу ҳолатнинг кенг тарқалиши меъда бўшашининг секинлашиши ёки қизилўнғач пастки сфинкте-ри ва диафрагмал тешикнинг бўшашганлиги натижасида гастроэзофагеал рефлюкс билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида хлорид кислотанинг ишлаб чиқарилиши камаяди. Кўпинча зарда қайнаши овқатланиш, тананинг эгилиши ва узоқ вақт мобайнида горизонтал ҳолатда бўлганда пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида тана ҳолатининг ўзгариши зарда қайнашининг пайдо бўлишига сабаб бўлувчи омил эканлигидан далолат беради.

Ушбу ҳолатни енгилаштириш бўйича тавсиялар: овқатлангандан сўнг дарҳол эгилмаслик ва ўринга ётмаслик, ухлаш вақтида бош баланд ёстиқда туриши лозим. Тез-тез ва кам-камдан, ухлашдан камида 3 соат олдин овқатланиш зарур. Ёгли

овқатлар, шоколад, қаҳва, газли ва кофеин сақловчи ичимликлар ичишни чеклаш. Чекишни ташлаш. Зарда қайнашида сут ичиш ёки йогурт истеъмол қилиш. Самара бермаса – антацид воситаларни қабул қилиш.

Кўнгил айниши, қайт қилиш

Кўнгил айниши, қайт қилиш – ҳомиладорликнинг эрта даврида кўп учрайдиган белгилардир. Биринчи белгилар ҳомиладорликни 8 ҳафтасида пайдо бўлади. Кўпчилик аёллар (87-91%) белгиларнинг 16-20 ҳафталарга келиб тўхташини кузатадилар. Бу белгилар кўп ҳомидали ҳомиладорликда яққолроқ ва давомий бўлади. Кўнгил айниши сабаби ноаниқдир.

Тавсиялар: Ўткир ва ёғли овқатларни чеклаш, эрталаб қуритилган нон бўлакчаларини ейиш, тез-тез ва кам-камдан овқатланиш. Ушбу ҳолатни енгиллаштириш мақсадида имбир илдизчаси (250 мг х қунига 4 маҳал), В6 витамини (пиридоксин), антигистамин препаратлар ва Найгуан Р6 нуктаси (қўлнинг ички томонининг қафт-билак соҳасида) акупунктураси тавсия қилинади, лекин бу даволаш усулларининг самараси исботланмаган. Кўпинча, кўнгил айниши ва қайт қилиш ҳолатлари ҳомиладорликнинг уч ойлик муддатидан сўнг мустақил равишда ўтиб кетади. Кўнгил айниши ва қусишнинг сувсизланиш ва электролитлар алмашинувининг бузилишига олиб келувчи оғир шаклларида шифохонага ётқизиш ва фаол даволаш талаб қилинади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўнгил айниши ва қайт қилишнинг гипертензия билан бирга кузатилиши хавфли белги бўлиб ҳисобланади.

Веналарнинг варикоз кенгайиши

Ҳомиладорлик даврида кенг тарқалган синдромлардан биридир. Ҳомиладорлик даврида эластик узун пайпоқлардан фойдаланиш веналар варикоз кенгайишини даволашнинг стандарт усули бўлиб ҳисобланади. Бу усул енгиллик келтиради, лекин бу борада рандомизациялашган текширувлар ўтказилмаган.

Тавсиялар: узоқ вақт мобайнида тик туришни чеклаш ва фаол жисмоний машқларни бажариш, тор кийимларни киймаслик, ухлаш вақтида ва ўғришда оёқларни бир оз кўтарган ҳолатда бўлиши, ёнбошлаб ухлаш. Веналар бўйлаб қизариш, зичланиш, ҳамда тана ҳароратининг ошиши ёки тахикардия кузатилса, мутахассисга мурожаат қилиш.

Бавосил

Ҳомиладорлик даврида бавосилни самарали даволаш бўйича ишончли исботланган маълумотлар йўқ. Ўз вақтида қабзиятни олдини олиш ёки даволаш бавосилни намоён бўлиши ва унинг кечиш даражасини енгиллаштиради. Дағал ёки толали овқатларга бой парҳезга риоя қилиш ижобий таъсир қилади.

Тавсиялар: дам олиш, тана вазиятининг оёқларни бир оз кўтарган ҳолатда бўлиши, қабзиятларни олдини олиш ва даволаш. Бавосилнинг намоён бўлиши туғруқдан сўнг камайишини тушунтириш лозим. Агар сезиларли ноқулайликлар келиб чиқса, бавосилга қарши суртмалар қўлланилади.

Қабзиятлар

35-40% ҳомиладорларни қабзият безовта қилади. Асосий сабаб – ичак мушак қавастига прогестероннинг бўшаштирувчи таъсири. Бошқа эҳтимолли сабаблар: овқат клетчаткасини кам миқдорда истеъмол қилиш, жисмоний фаолликнинг камайиши, ҳомиладор бачадоннинг ичакларга босими, камқонлика қарши темир сақловчи воситаларни қўллаш.

Тавсиялар: кун давомида 8 стакандан кам бўлмаган микдорда сув ёки бошқа суюқликларни ичиш, ўсимлик клетчаткаси билан бой махсулотларни – яшил сабзавотлар ва кепакли бўтқаларни истеъмол қилиш. Парҳез самара бермаган ҳолатларда, ични бўшаштирувчи воситалар, фақат ичакда сув ҳажмини оширувчи воситалар (полисахаридлар ва глюкоза дериватлари) қўлланилади. Булар ичак орқали сўрилмайди ва ҳомилага салбий таъсир қилмайди. Ич сурувчи (магний, натрий ва калий тузлари) тузли воситалар, ҳамда минерал ёғлар ҳомиладорлик даврида электролитлар балансининг бузилиши ва ёғда эрувчи витаминларнинг адсорбцияланиш хавфи бўлганлиги учун қўлланилмайди.

Ҳомиладорлик давридаги инфекциялар

10-бўлимга қаранг «Жинсий йўл билан юқувчи касалликлар»

Заҳм

Заҳм ҳомиладорликка ва ҳомиланинг ривожланишига салбий таъсир қилиб, ҳомиладорликнинг асоратланишини келтириб чиқаради: ҳомила тушиши, ўлик бола туғилиши, муддатдан аввалги туғруқ. Бундан ташқари заҳм кўзгатувчиси ҳомилани зарарлаб, туғма заҳм чақириши мумкин. Шунинг учун заҳм скрининги ҳомиладорлик давомида икки маротаба – биринчи кўрик ва 32 ҳафтада ўтказилиши лозим.

Ташҳислаш мақсадида осон ва сезгир усул – Вассерман реакцияси (RW) қўлланилади. Самарали даво пенициллин билан ўтказилади, заҳмнинг тўғри даволаш курсини ўтган аёллар изоляция қилинмайди, боласида эса зарарланиш хавфи бўлмайди, госпитализация зарурияти йўқ.

Сўзак

Сўзак ҳомила қобикларининг муддатдан аввал ёрилишига, муддатдан олдин туғруқка, туғруқдан кейинги даврда инфекцион асоратларга, янги туғилган чақалоқларда конъюнктивитга сабаб бўлиши мумкин.

Сўзакка чалинган аёлларнинг 80% да касалликнинг клиник белгилари намоён бўлмайди. Суртмаларнинг бактериоскопияси кам самаралидир, чунки бу усул сезувчанлиги паст ва ўзига хосдир. Ҳомиладорлик даврида сўзак скринингини ўтказиш тавсия қилинади.

Даволаш натижаси қўлланилган антибиотикларнинг самардорлигига боғлиқ. Ҳомиладорлик даврида пенициллин ёки учинчи авлод цефалоспоринлари танлов препарати бўлиб ҳисобланади. Кўп ҳолларда хламидиоз сўзак билан бирга кечгани учун, бир вақтнинг ўзида уни ҳам даволаш зарур. Шифохонада ётиб даволанишга эҳтиёж йўқ. Даволаш якунлангандан сўнг тузалганликка ишоч ҳосил қилиш мақсадида қайтадан бактериологик текширув ўтказилади. Даволаш курсини ўтган аёл изоляция қилинмайди, агар қайтадан зарарланмаса, бола учун хавф туғдирмайди. Шу сабабли, аёл умр йўлдошини текшириш ва тўғри даволаш қатта аҳамиятга эгадир. Сўзакли конъюнктивит профилактикаси янги туғилган чақалоқларда туғилишидан сўнг бир соат ичида бажарилади: чақалоқнинг кўзларига 0,5% ли эритромицин ёки 1% ли тетрациклин малҳамлари суртилади. Эритромицин малҳами хламидиозни даволашда ҳам самарали восита ҳисобланади.

Хламидиоз

Хламидиоз муддатдан аввалги туғруқ содир бўлишига ва ҳомила ривожланишининг орқада қолишига қатта хавф туғдиради. Даволаш

чоралари кўрилмаса, кам тана вазни бола туғилиши ва неонатал ўлим ҳолатлари кузатилади. Онадан болага инфекциянинг юқиши 30-40% ҳолатларда неонатал конъюнктивит ва зотилжам ривожланишини келтириб чиқариши мумкин. Хламидиоз қўзғатувчисини (*S. Trachomatis*) ташхислаш учун оддий ва арзон лаборатор таҳлил усули ҳали мавжуд эмас. Экспресс-тест ўз ичига бевосита флюоресцент бўяш (сезгирлик 50-90% ни ташкил қилади), иммунфермент таҳлил (сезгирлик 70-85% ва аниқлик 85-100%) ва РНК-ДНК-гибридизация (сезгирлик 50-90%) усуллари олади. Серологик реакция ўткир хламидия инфекциясини аниқлаш имконини бермайди. Белгиларсиз кечаётган хламидиозни аниқлаш учун барчани текшириш тавсия қилинмайди, чунки унинг самараси ва иқтисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқлиги исботланмаган. Асоратланмаган хламидиозни ҳомиладорлик даврида эритромицин билан – 500 мгдан кунига 4 маҳал, 7 кун мобайнида ёки амоксициллин – 500 мгдан кунига 3 маҳал 7 кун давомида даволаш мумкин. Азитромицин ёки клиндамицин билан ҳам даволаш мумкин.

Гепатит В

HBsAg мусбат бўлган аёлларнинг 10-20%ида бу инфекцияни чакалоқларга ўтиши кузатилади, бунда вертикал юқиш ҳолати 90%ни ташкил қилади. Ўткир шаклдаги гепатит В билан касалланган аёлларда чакалоқларга вертикал йўл билан юқиш она ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойида зарарланган бўлса 10% , агар 3 триместрда зарарланган бўлса, 80-90% ҳолатларда кузатилади. Гепатит В тератоген хусусиятга эга эмас, лекин кўпинча болаларнинг кичик тана вазни билан туғилишига олиб келади.

Ҳомиладор аёлларда сурункали вирус ташувчиликни аниқлаш жуда муҳимдир, чунки бундай аёллардан туғилган болалар туғруқ даврида жиддий зарарланиш хавфига эгадир. Туғма инфекциялар қаттароқ ёшдаги орттирилган инфекцияларга нисбатан кўпроқ сурункали вирус ташувчиликка олиб келади, шунинг учун бундай оналардан туғилган болалар гепатит В иммуноглобулини ва вакцина олишлари зарур. Гепатит В нинг талаб этилган иммунопрофилактикаси ўтказилса, кўрак сути билан боқиш боланинг қўшимча равишда зарарланишига олиб келмайди. Шифохонага ётқизиш ва изоляция фақат ўткир вирусли жараёнда зарур бўлиб ҳисобланади.

Сийдик чиқарув йўллари инфекциялари

Асосан 3 хилда намоён бўлади: симптомсиз бактериурия, ўткир цистит ва пиелонефрит. Ҳомиладорлик давридаги асоратлар: муддатдан аввалги туғруқ, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши ва хориоамнионит. Она учун оқибатлар: урологик сепсис, буйрак етишмовчилиги, ўлимга олиб келиши мумкин.

Симптомсиз бактериурия – сийдикнинг 1 мл ўрта порциясида 10⁵ дан ортик колония ҳосил қилувчи элементларнинг аниқланиши. Нисбатан кўп учрайди: ҳомиладор аёлларнинг 3-8% ида. 30% оналарда симптомсиз бактериуриянинг даволанмаган ҳолатларида ўткир пиелонефрит ривожланади; бу ўз навбатида муддатдан олдинги туғруқ, кам тана вазни болаларнинг туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Барча ҳомиладор аёлларга 12-16 ҳафталик муддатларда симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун сийдикни экиб текшириш тавсия қилинади. Симптомсиз бактериурияни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш 80-90% ҳолатларда пиелонефрит ривожланишини олдини олади ва муддатдан аввалги туғруқни 10% га камайтиради.

Ўткир цистит ҳомиладорларда юқори тана ҳарорати, дизурия, сийдик тута олмаслик, тез-тез сийиш билан намоён бўлади. Ҳомиладорлик даврида 1,3-3,4% аёлларда учрайди.

Пиелонефрит. Юқори тана ҳарорати, кўнгил айниши, қусиш, ёнбош томонда оғрик билан кечувчи бактериурия билан характерланади; кўпинча сийдик ажратиш тракти пастки қисми инфекцияси белгилари кузатилади. 1% ҳомиладорларда учрайди. Ҳомиладорлик давридаги ўткир пиелонефрит – хавfli касаллик бўлиб, онада сепсис ҳолатининг ривожланишига ва муддатдан олдинги туғрукка олиб келиши мумкин. Самарали даволаш усули – антибиотикотерапия. Инфекциянинг ўткир шаклида шифохонага ётқизиш ва антибиотикларни вена ичига юбориб, даволаш талаб қилинади. Сийдик ажратиш тракти пастки қисмлари инфекциялари керакли антибиотикларни оғиз орқали қабул қилиб, 5-7 кун давомида даволанилади. Аёлни изоляция қилиш зарурияти йўқ.

В гуруҳ стрептококки

30% га яқин ҳомиладор аёллар зарарланган бўлиши мумкин. Кўп ҳолатларда инфекция ҳомиллага туғрук даврида ўтади. Ҳомиладорлик даврда даволаш стратегияси самарасиздир, тез ривожланувчи қайта колонизация кузатилиши мумкин. В гуруҳдаги стрептококк – неонатал сепсиснинг асосий сабабчисидир (1000 янги туғилган чакалоқларда 0,5-3% ҳолатларда учрайди). Агар бу ҳолатларда даволаш тайинланмаса, болаларнинг ярми нобуд бўлиши, тирик қолганларда эса асоратлар ривожланиши мумкин.

Юқори хавф гуруҳига кирувчи барча аёлларни (муддатдан олдинги туғрук, туғрук даврида тана ҳароратининг ошиши, 18 соатдан ортик сувсиз давр, аввалги боласи стрептококк инфекциясига чалинган аёллар) туғрук даврида антибиотиклар билан даволаш зарур. Бензилпенициллинни вена ичига юбориш схемаси:

- 2,4 г туғрук бошида, сўнг бола туғилишига қадар ҳар 4 соатда 1,2 г;

- 3 г туғрук бошланишида зудлик билан, сўнг бола туғилишига қадар ҳар 4 соатда 1,5 г;

- 5млн., сўнгра бола туғилишига қадар ҳар 4 соатда 2,5 млн.дан.

В гуруҳи стрептококк ташувчилик аниқланган аёлларнинг шифохонага ётиб даволаниш зарурияти йўқ.

Бактериал вагиноз

Микроблар таъсири натижасида келиб чикувчи касаллик бўлиб, қин батериал флорасининг ўзгариши билан характерланади: лактобациллалар микдорининг камайиши ва анаэроб бактериялар (*Gardnerella*, *Mobiluncus* ва *Mycoplasma hominis*) микдорининг ошиши кузатилади. Бактериал вагиноз ҳомиладорлик даврида муддатдан олдинги туғрук, болаларнинг кам тана вазни билан туғилиши, ҳомила қобикларининг муддатдан аввал ёрилиши, хориоамнионит, туғруқдан кейинги эндометрит, Кесар кесишдан кейинги эндометритга олиб келиши мумкин. Анамнезида муддатдан олдинги туғрук кузатилган ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериал вагинозни аниқлаш ва даволаш мақсадга мувофиқдир, бу ўз навбатида ҳомила қобикларининг муддатдан аввал ёрилиши ва болаларнинг кам тана вазни билан туғилиш хавфини камайтиради. Бактериал вагиноз билан ҳомиладор аёлларни шифохонага ётқизиш талаб қилинмайди.

Цитомегаловирус инфекцияси

Ривожланган мамлакатларда 40% га яқин қатта одамлар ва ривожланаётган мамлакатларда 100% қатта одамлар цитомегаловирус

ташувчиларидир. Онанинг ҳомиладорлик даврида зарарланиши (бирламчи зарарланиш) ҳомила учун нисбатан катта хавф туғдиради. Инфекциянинг қайталанишида эса хавф сезиларли эмас. Аёлнинг бирламчи зарарланиши 0,7-4,0% ҳолатларда кузатилиб, бунда тахминан 750 боладан биттаси ривожланиш нуқсонлари билан туғилади: кўриш ёки эшитиш қобилиятининг йўқолиши, қон ивишининг бузилиши, жигар, талок, ўпка касалликлари, руҳий ривожланишнинг орқада қолиши, ўсишнинг бузилиши ва ҳ.к. Кўпчилик ҳолатларда бирламчи зарарланишда клиник белгилар намоён бўлмайди, ҳомиладор аёлларда инфекция антигенларни аниқлаш йўли билан ташхисланади. Барча ҳомиладорлар учун ЦМВга серологик таҳлил ўтказиш тавсия қилинмайди. Ҳозирги вақтда бу инфекцияни даволашнинг самараси исботланган усули мавжуд эмас.

Қизилча

Онанинг ҳомиладорлик даврининг эрта муддатларида (16 ҳафтагача) қизилча билан зарарланиши ҳомиланинг нобуд бўлишига ёки боланинг кам тана вазни билан туғилишига, эшитиш қобилиятининг бузилиши, катаракта, сариклик, пурпура, юракнинг туғма нуқсонлари, гепатоспленомегалия ва руҳий ривожланишнинг орқада қолиши билан туғилишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладор аёлларда қизилчани ташхислашнинг ишончли лаборатор усуллари мавжуд эмас ва бу касалликни даволаш ўтказилмайди.

Агар инфекция онада ҳомиладорликнинг биринчи 16 ҳафтасида ташхисланган бўлса, ушбу ҳолда ҳомиладорликни тўхтатишни тавсия қилиш лозим. Контактдан кейинги профилактика учун барча ҳолларда иммуноглобулин қўллаш тавсия қилинмайди. Қизилчага шубҳа қилинган аёллар бошқа ҳомиладор аёллар билан мулоқотда бўлиши мумкин эмас, чунки улар ўткир инфекция ҳолатида бошқа аёлларни зарарлаши мумкин. Қатъий тарзда изоляциялаш ва юқумли касалликлар шифохонасига ётқизиш талаб қилинади.

Болаларнинг мажбурий эмланиши қизилча билан касалланиш ва болаларнинг туғма нуқсонлар билан туғилишини сезиларли даражада камайтиради. Агар ҳомиладор қизилчага қарши эмланмаган бўлса, ҳомиладорлик юзасидан биринчи марта тиббиёт муассасига мурожаат қилганда (ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасигача) қизилчага нисбатан антитаначаларни аниқлаш (агар имкон бўлса) тавсия қилиниши керак. Ҳомиладор аёлни қизилчага қарши эмлаш мумкин эмас; буни фақат туғруқдан сўнг, ҳомила тушиши ёки ҳомиланинг тўхтатилишидан сўнг ўтказиш мумкин.

Токсоплазмоз

Ҳомиладор аёлларда токсоплазмоз одатда ҳеч қандай клиник белгилар билан намоён бўлмайди. Ҳомиладорлик даврида кўзғатувчи йўлдош орқали кириб, ҳомиланинг нобуд бўлиши ёки ривожланишдан орқада қолишга сабаб бўлиши, руҳий ривожланишдан орқада қолиш, эшитиш ва кўриш нуқсонларининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Онадан болага инфекциянинг ўтиш хавфи кўпинча бирламчи зарарланишда юқори бўлиб, айниқса ҳомиладорликнинг биринчи триместрида хавфлидир.

Махсус даволаш учун спирамицин (қиммат ва кўп мамлакатларда топилмайдиган препарат) ва пириметамин – фолат кислотаси антагонисти (ҳомиладорликнинг 18 ҳафтасигача тавсия қилинмайди) қўлланилади. Токсоплазмоз билан зарарланган ҳомиладорларни изоляция қилиш ва шифохонага ётқизиш талаб қилинмайди.

Туғруқ ёшидаги аёлларда токсоплазмоз профилактикаси бирламчи зарарланиш сонини камайтиради. УАВ аёлларга токсоплазм

моз профилактикаси қондаларини тушунтириши лозим. Овқат маҳсулотларини тўлиқ ва тўғри тайёрлаш, хом ёки хом пишган гўшт маҳсулотларини истеъмол қилмаслик, мева ва сабзавотларни яхшилаб ювиш ва ейшдан аввал тозалаш. Ҳомиладорлар боғ, томорқада ишлаш вақтида тупроқ билан контактда қўлқоплардан фойдаланиши лозим. Ҳомиладорлар мушукларни парваришлаб, тозалашдан воз кечишлари зарур.

Оддий герпес вируси

Янги туғилган чақалоқлар герпеси – оғир даражадаги тизимли вирусли инфекция бўлиб, касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг юқори бўлиши хосдир. Аксарият зарарланиш туғруқ даврида кузатилади. 60% ҳолатларда герпес ҳомиланинг нобуд бўлишига, яшаб қолган болаларнинг эса ногирон бўлишига олиб келади. Оддий герпес вируси билан янги туғилган чақалоқлар туғруқ даврида (90%) зарарланади. 5% ҳолатларда чақалоқларнинг зарарланиш бачадон ичида ҳамда бошқа шахслар (бувиси, буваси, тиббиёт ҳамшираси ёки отаси) билан контакт натижасида кузатилади. Онанинг туғруқ даврида бирламчи зарарланиши 60% ҳолатларда чақалоқларнинг зарарланишига сабаб бўлади. Ҳомиладор аёл кечки муддатларида зарарланиши бола учун жуда юқори хавф туғдиради, чунки бола она организмда химоя антитаналарининг ишлаб чиқарилишидан олдин туғилади. Герпес инфекцияси билан аёлларни изоляциялаш ва шифохонада даволашга зарурият йўқ. Бола билан контакт вақтида шахсий гигиенага риоя қилиш зарур. Ўзбекистонда герпес вируси скрининги тавсия қилинмайди.

Трихомониаз

Бу инфекция жинсий йўл орқали ўтади. Клиник белгилари бўлмаган ҳомиладор аёлни текшириш ва даволаш тавсия қилинмайди. Уларни изоляциялаш ва шифохонада даволаш талаб қилинмайди.

Қин кандидози

Қин кандидози ҳомиладорлик ва ҳомилага таъсир қилмайди. Кўпинча қандли диабет билан касалланган аёлларда кенг таъсир доирадаги антибиотикларни қўлласи натижасида, иммунтанқислик ҳолатларида (масалан, ОИВ-инфекцияси) кузатилади.

Одатда ўз-ўзидан туғруқдан сўнг йўқолади, скрининг тавсия қилинмайди, профилактика чоралари мавжуд эмас. Даволаш: фақат белгилар пайдо бўлганда амалга оширилади. Кандидоз инфекцияси билан аёлларни изоляциялаш ва шифохонага ётқизиб даволаш зарурияти йўқ.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон кетиши

22 ҳафта муддатгача бўлган даврда қиндан қон кетиши билан муножабат қилган ҳомиладор аёлни УАВ зудлик билан умумий аҳволини (пулс, АҚБ, НОС, тана ҳарорати) баҳолаши зарур.

Қон суртилишида, кам миқдорда қон кетишида, камқонлик ва шок ҳолатларининг клиник белгилари кузатилмаса қуйидагилар амалга оширилади: аёлни тинчлантириш; уй шароитида кузатув ташкил қилиш; жисмоний юкларни чегаралаш; ярим ётоқ тартибини тавсия қилиш. Қон кетиши кучайишида шошилинич ёрдам кўрсатиш ва шифохонага олиб бориш режасини ишлаб чиқиш.

Кучли қон кетишида – шошилинич равишда шифохонага ётқизиш.

Геморрогик шок ҳолатида УАВ тактикаси: аспирация хавфини камайтириш мақсадида аёлни ён бошига ётқизиш, вена ичига физиологик эритма ёки Рингер лактатини юборишни бошлаш, гемодинамик кузатув варақасини (вакти, АҚБ, НОС, тана ҳарорати, диурез, ўтказилган чора-тадбирлар, йўқотилган қоннинг тахминий ҳажми) олиб бориш, кислород никобини улаш, ўқитилган тиббий ходим ва қариндошлари билан бирга шифохонага транспортировка қилиш.

Ҳомиладорларда 22 ҳафтагача қиндан қон кетиш сабаблари: бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ўз-ўзидан ҳомила тушиши (хавф солувчи аборт, бошланган аборт, нотўлиқ ёки тўлиқ аборт), елбўғоз, жароҳатлар, бачадон бўйни эрозияси ёки саратони, биринчи навбатда бачадондан ташқари ҳомиладорлик ва абортнинг қиёсий таҳҳисини ўтказиш зарур.

Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорлик

Ҳомила тухумининг бачадон бўшлиғидан ташқарида имплантацияси натижасида ривожланади. Қориннинг пастки соҳасида оғриқлар ва/ёки дисфункционал бачадондан қон кетиши кузатилган фертил ёшидаги, жинсий ҳаёт кечирувчи аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорликка шубҳа қилиш зарур. Кўпинча 25-34 ёшдаги аёлларда ривожланади. Асосан бачадон найида ривожланади – най ҳомиладорлиги (98%).

Хавф омиллари: кичик тос аъзолари яллиғланиш касалликлари (КТАЯК), анамнезида – бачадон найидаги жарроҳлик амалиёти, эктопик ҳомиладорлик, бепушглик ва уни даволаш, бачадон ичи воситаларини қўллаш, эндометриоз, жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари.

Клиник намоён бўлиши. Дисфункционал бачадондан қон кетишлар ва/ёки қориннинг пастки қисмида оғриқ, аменорея бўлиши мумкин.

Аёллар одатда касалликнинг эрта босқичларида мурожаат қиладилар, шунинг учун клиник белгилари яққол эмас ва шок ривожланиш хавфи ҳам юқори эмас.

Бачадондан ташқари ривожланаётган ҳомиладорлик белгилари: аменорея, кўнгил айнаши, сут безларининг бироз шиши, қин ва бачадон бўйинчасининг кўкимтирлиги, бачадоннинг юмшаши, тез-тез сийиш, қориннинг пастки соҳасида оғриқ.

УАВ татикаси. Ҳомиладорликни аниқлаш тестини ўтказиш лозим – зардобда хорионик гонадотропин (ХГТ) аниқлаш (10-20 ХБ/мл дан ортик – мусбат натижа), УТТ (трансвагинал – жойлашиш соҳасини 100% аниқлаш), лапароскопия.

Даволаш: жарроҳлик йўли билан (радикал ёки лапароскопия), дори воситалари билан – метатрексат.

Аъзонинг ёрилишида – қорин бўшлиғига қон кетиши кузатилади.

Клиник белгилари: юқорида айтиб ўтилган белгиларга қўллаш, ҳолсизлик, пулснинг тезлашиши, АҚБнинг пасайиши, қоринда ёки тос соҳасида кучли оғриқ, қорин шиши, қорин девори таъсирланиш белгилари, бачадондан қон кетиш эҳтимоллиги, ҳушдан кетиш, шок қўшилади.

УАВ тактикаси: геморрагик шокда – юқорида кўрсатиб ўтилган тактика ва шошилиш равишида шифохонага ётқизиш.

Абортлар

Етилмаган ёки ҳаётга қобилиятсиз ҳомиланинг туғилиши билан тугалланувчи ҳомиладорликнинг тўхташидир.

Аборт асоратлари: юмшоқ туғрук йўлларининг жароҳатланиши, ичакларнинг жароҳатланиши, септик (инфекцияланган) аборт, септик шок, бачадондан қон кетишлар.

Ўз-ўзидан содир бўладиган аборт

Ҳомиладорликни 22-хафтасигача ҳомиладорликнинг эрта ўз-ўзидан тўхташи. Босқичлари: хавф солувчи аборт, амалга ошаётган аборт, нотўлиқ аборт, тўлиқ аборт.

1. Хавф солувчи аборт. Белгилари: қон суртилиши, ёпик бачадон бўйни, бачадон ўлчами ҳомиладорлик муддатига мос келади, бошқа белгилар аниқланмайди.

Тактика: дори воситалари билан даволаш зарурияти йўқ. Жисмоний фаоллик ва жинсий алоқани чеклаш. Агар қон кетиши тўхтаган бўлса, амбулатор кузатув тавсия қилинади, агар қон кетиши қайта бошланса – мутахассис маслаҳати.

2. Амалга ошаётган аборт. Белгилари: кучли қон кетиши, бачадон бўйинчасининг очилиши, бачадон ўлчамининг ҳомиладорлик муддатига мос келиши, қориннинг пастки қисмида кучли тортувчи оғриқлар ва ҳомила бўлақларининг қисман ажралиши. Зудлик билан шифохонага юбориш.

3. Нотўлиқ аборт. Белгилари: кучли қон кетиши, бачадон бўйинчасининг очилиши, бачадон ўлчамининг ҳомиладорлик муддатига мос келмаслиги, қориннинг пастки қисмида кучли тортувчи оғриқлар ва ҳомила бўлақларининг қисман ажралиши. Зудлик билан шифохонага юбориш.

4. Тўлиқ аборт. Белгилари: енгил қон кетиши, бачадон бўйинчаси ёпик, бачадон ўлчамининг ҳомиладорлик муддатига мос келмаслиги, қориннинг пастки қисмида оғриқ ва анамнезида ҳомила бўлақларининг қисман ажралиши.

Асорати: ҳомила тўқимаси қолдиқларига шубҳа қилинганда УТ-Тга юборилади. Ҳомила тўқимаси қолдиқлари инкор қилинишида ва давом этаётган қон кетиши кузатилмаса, қон кетиши ва яллиғланиши белгиларини истисно қилиш мақсадида динамик кузатув зарурлиги тўғрисида маълумот берилади. Бу белгиларнинг пайдо бўлишида ҚВПга қайта муружаат қилиш тавсия қилинади.

Криминал аборт

Бу керакли малакага эга бўлмаган шахс томонидан ёки тиббиёт стандартларига жавоб бермайдиган шароитда амалга оширилган абортдир. Криминал абортга шубҳа қилинганда асоратларни (юмшоқ жинсий йўлларнинг жароҳатлари, ичак жароҳати, ҳамда септик аборт) инкор қилиш мақсадида аёлни дарҳол шифохонага юборилади.

Септик аборт

Инфекция билан асоратланган аборт. Аёлни асоратларни ташхислаш ва даволаш учун шифохонага юбориш лозим.

Елбўғоз

Хориал толаларнинг меъёрдан ортиқ пролиферацияси. Белгилари: кучли қон кетиш, бачадон бўйинчаси очик, бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатидан катталашган. Узум гужуми кўринишидаги эмбрион бўлақчаларининг ажралиши, тўсатдан кузатилувчи аборт белгилари, қориннинг пастки соҳаларида кучли тортувчи оғриқлар, презклампсия белгилари (гипертензия, протеинурия), ҳомиланининг мавжуд эмаслиги бўлиши мумкин. Аёлни шифохонага юбориш зарур.

Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кейинги қон кетишлар (туғруқдан олдин қон кетиш)

Туғруқдан олдин қон кетиш барча туғруқларнинг 2-5% ни ташкил қилади.

Сабаблари: туғруқ, тўғри жойлашган йўлдошнинг муддатдан аввалги кўчиши, йўлдошнинг нотўғри жойлашиши, бачадон ёрилиши, киндик томирларининг ёрилиши, маргинал томирларнинг ёрилиши, жароҳатлар, бачадон бўйни эрозиялари, бачадон бўйни саратони.

Туғруқ – бачадон бўйнининг қонли-шиллик ажралмалар келиши билан биргаликда ўзгаришига (текисланиши, очилиши) олиб келувчи тўлғоқлар.

Йўлдошнинг муддатдан аввал кўчиши

Тўғри жойлашган йўлдошнинг ҳомила туғилишидан олдин кўчиши. Қуйидаги ҳолатларда кузатилади: кўп тукқан аёллар, 35 ёшдан катта аёллар, анемнезида йўлдош кўчиши кузатилган аёллар, бачадон аномалиялари, бачадоннинг тез қисқариши, пардаларнинг муддатдан олдин ёрилиши, бачадоннинг чўзилиши (кўпҳомилалик, кўп сувлилик), корин жароҳатлари (йиқилиш, жароҳатланиш), гипертензиялар, қандли диабет, тромбофилия, чекиш, кокаин ёки алкоголь истеъмол қилиш.

Белгилар: ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кейин қон кетиши, кориннинг пастки соҳасида доимий ёки даврий оғриқлар, тараңлашган бачадон, ҳомила ҳаракатларининг ёки юрак уришининг пасайиши ёки аниқланмаслиги, шок белгилари.

УАВ тактикаси: аёлнинг умумий аҳволини тезлик билан баҳолаш (пулс, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати) ва тиббиёт ходими билан биргаликда шифохонага юбориш.

Геморрагик шок ҳолатида УАВ тактикаси: аспирация хавфини камайтириш мақсадида аёлни ён бошига ётқизиш, вена ичига физиологик эритма ёки Рингер лактатини юборишни бошлаш, гемодинамик кузатув варақасини (вакти, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати, диурез, ўтказилган чора-тадбирлар, йўқотилган қоннинг тахминий ҳажми) олиб бориш, кислород никобини улаш, тиббий ходим ёки қариндошлари билан бирга шифохонага транспортировка қилиш.

Йўлдош жойлашиш ҳолати ноаниқ бўлса, бармоқ билан қинни текшириш мумкин эмас!

Йўлдошнинг олдинда жойлашиши

Йўлдошнинг бачадон бўйинчаси соҳасида жойлашиши. Бу ҳолат кўп тукқан аёллар, бачадон аномалиялари бор аёллар, аввал Кесар кесиши ўтказган, кўп сонли абортлар амалга оширилган, чекувчи ва ёши катта оналарда кузатилади.

Белгилари: оғриқсиз қон кетиши, кўпинча жинсий алоқадан сўнг, бачадон юмшоқ, ҳомиланинг нотўғри ҳолати ёки ҳомила қисмларининг юқори туриш эҳтимоли кузатилади. Бирламчи тапхислаш клиник белгилар ва УТТ асосида ўтказилади. Агар йўлдош чеккаси бачадон оғзи сағҳида ёки ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача уни ёлиб турса, у ҳолда 28-32-ҳафталарда УТТ қайта қилинади ва гинеколог маслаҳатига йўлланма берилади.

УАВ тактикаси: аёлнинг умумий аҳволини тезлик билан баҳолаш (пулс, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати) ва тиббиёт ходими билан биргаликда шифохонага юбориш.

Геморрагик шок ҳолатида УАВ тактикаси: аспирация хавфини камайтириш мақсадида аёлни ён бошига ётқизиш, вена ичига физиологик эритма ёки Рингер лактатини юборишни бошлаш, гемодинамик кузатув варақасини (вакти, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати,

диурез, ўтказилган чора-тадбирлар, йўқотилган қоннинг тахминий ҳажми) олиб бориш, кислород никобини улаш, тиббий ходим ёки қариндошлари билан бирга шифохонага транспортировка қилиш.

Йўлдош жойлашиш ҳолати ноаниқ бўлса, бармоқ билан қинни текшириш мумкин эмас!

Бачадон ёрилиши

Бу ҳолат анамнезида бачадонда жарроҳлик амалиёти ўтказилган ҳомиладорларда, бачадоннинг туғма аномалиялари мавжуд аёлларда, бачадоннинг ўта чўзилишида, йўлдошнинг ўсиб киришида, ҳомила ўлчамларининг тос ўлчамларига мос келмаслигида, жароҳатланишда келиб чиқиши мумкин.

Белгилари: қиндан қон кетиши, оғриқ, тўлғоқнинг тўхташи, ҳомила юрак уришининг аниқланмаслиги, онада яққол тахикардия ва гипотензия, шок белгилари. Кўп учрайдиган белги – ҳомила юрак уришининг тўсатдан бузилиши.

УАВ тактикаси: аёлнинг умумий аҳолини тезлик билан баҳолаш (пулс, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати) ва тиббиёт ходими билан биргаликда шифохонага юбориш.

Геморрагик шок ҳолатида УАВ тактикаси: аспирация хавфини камайтириш мақсадида аёлни ён бошига ётқизиш, вена ичига физиологик эритма ёки Рингер лактатини юборишни бошлаш, гемодинамик кузатув варақасини (вакти, АҚБ, нафас сони, тана ҳарорати, диурез, ўтказилган чора-тадбирлар, йўқотилган қоннинг тахминий ҳажми) олиб бориш, кислород никобини улаш, тиббий ходим ёки қариндошлари билан бирга шифохонага транспортировка қилиш.

Ҳомиладорларда темир танқислик камқонлиги

Физиологик камқонлик. Ҳомиладорлик даврида айланаётган қон ҳажми ўртacha – 30%га, плазма ҳажми – 40%, қизил хужайралар таркиби – 18-25%га (аввалдан темирнинг етарли миқдорда бўлиш шароитида) ортади. Шунинг учун ҳомиладорликнинг 32-ҳафтасига келиб, гемоглобин даражаси физиологик гемодилуция натижасида камаяди, яъни физиологик камқонлик пайдо бўлади. Қонда гемоглобин ва эритроцитлар таркиби камаяди, лекин ранг кўрсаткичи 1,0-0,85 атрофида сақланади; эритроцитларнинг қуйидаги ўзгаришлари яъни анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз, гипохромия кузатилмайди. Нейтрофилли лейкоцитоз, лимфопения, тромбоцитларнинг бир оз камайиш эҳтимоли бор. Клиник жиҳатдан бу ҳолат белгиларсиз кечиш, ҳомиладорликка меъёрий гемолитик мослашув ривожланади. Кўпинча бу ҳолат темир танқислик камқонлиги сифатида таҳлил қилинади ва врачлар темир препаратларини тавсия қиладилар. Далилларга асосланган тиббиёт маълумотларига кўра, гемоглобиннинг 70г/л дан кам даражадаги миқдори билан намоён бўладиган чин камқонликни даволаш мақсадга мувофиқдир.

Камқонлик – Ўзбекистонда фертил ёшидаги аёллар ва болалар ўртасида кенг тарқалган патологиядир. Фертил ёшдаги аёллар орасида 60% ни ташкил қилади: енгил даражадаги камқонлик – 45%, ўртacha даражадаги 14% ва оғир даражадаги 1% аёлларда учрайди.

Ҳомиладорларда камқонлик сабаблари: темир парчаланишининг ортиси ёки ҳазм бўлишининг бузилиши, ҳомиладорликлар ўртасидаги ораликнинг қисқалиги (2 йилдан кам), темир ва фолат кислотасининг етишмовчилиги. Ҳомиладорларда барча камқонликларнинг 90%ни темир танқислиги камқонлиги ташкил қилади (ГТК).

Барча ҳомиладор аёлларга врач қабулига биринчи марта келишида ва ҳомиладорликнинг 30-32 ҳафталарида қонда гемоглобин миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.

Клиник белгилари: шиллик қаватларнинг рангпарлиги, тез чарчаш ва апатия, терининг қуруқлиги, хансираш, тахикардия. Агар ҳомиладор аёлда гемоглобин даражаси биринчи кўрик вақтида 100-109 ва 32 ҳафтадан сўнг 100-104 г/л ни ташкил қилса, у ҳолда енгил даражадаги камқонлик ташҳиси кўйилади, 70-99 г/л бўлса, ўрта даражадаги ва 70 г/л дан кам бўлса, оғир даражадаги камқонлик деб ташҳисланади.

УАВ тактикаси: ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасигача гемоглобин даражасининг 100 г/л дан кам бўлиши ва камқонликнинг клиник белгилари кузатилса, рационал овқатланиш тавсия қилинади. Икки ҳафтадан сўнг қоннинг қайта таҳлили ўтказилади: агар гемоглобин миқдори меъёрига келмаган бўлса, темир препаратлари тайинланади.

Ҳомиладорликнинг 26-34 ҳафталарида гемоглобин даражасининг 100 г/л дан кам бўлиши ва камқонликнинг клиник белгилари кузатилмаса, у ҳолда рационал овқатланиш тавсия қилинади; физиологик гемодилуция ҳисобига темир препаратларини тайинлаш шарт эмас. Агар гемоглобиннинг шундай даражасида клиник белгилар ривожланса, у ҳолда рационал овқатланиш билан бирга перорал темир препаратлари кўшилади.

Гемоглобин миқдори 70 г/л дан кам бўлса – гематолог маслаҳатига йўлланма бериш.

Диққат: темир препаратлари фақат шифохона шароитида тайинланади.

Туғруқдан аввалги кунларда темир препаратлари тўхтатилади, туғруқдан сўнг эса даволаш чоралари ўтказилади.

• тўғри овқатланиш, овқатланиш вақтида чой, қаҳва истеъмол қилмаслик;

- паразитлар инвазиясига текшириш;
 - темир препаратлари ва фолат кислотасини тайинлаш;
 - даволаш самара бермаса – гематолог маслаҳати;
 - гемоглобин даражасини 4-6 ойдан сўнг қайтадан аниқлаш.
- (ЎЗР ССВ 5.09.05й. 425-сонли буйруғи).

Овқатланиш бўйича маслаҳатлар: гўшт ва балиқ ўз таркибида енгил ҳазм бўладиган икки валентли темир сақлайди. Таркибида Витамин С бўлган мевалар, кўкатлар – темирнинг ҳазм бўлишига ёрдам беради, овқат маҳсулотларидаги уч валентли темирни икки валентли ҳолатга айланишига кўмаклашади. Овқатланиш вақтида чой ва қаҳва ичишни чеклаш. (2-3 соатдан сўнг мумкин), рационда нон миқдорини камайтириш.

Ҳомиладорликда резус-номутаносиблик

Резус-иммунизация – ҳомиладорларда Резус гуруҳига хос бўлган фетал эритроцитлар антигенларнинг киришига жавобан антиганачаларнинг пайдо бўлиши. Антиганачалар йўлдош оркали кириб, ҳомила эритроцитларини парчалайди, камқонликни ҳамда асосан ҳомила жигарида компенсатор қон ҳосил бўлишини келтириб чиқаради. Резус-манфий аёлларда ҳомиладорлик тахминан 1,5% ҳолатларда ўз-ўзидан ҳомила тушиши ёки муддатдан олдинги туғруқ билан асоратланади. Изоиммунизациянинг ривожланиш хавф даражаси онанинг қон оқимига тушадиган резус-антигенлар миқдорига боғлиқ бўлади.

Ташҳислаш: ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон гуруҳини ва резус-омилни аниқлаш; ҳомиланинг зарарланиш хавфидан далолат берувчи қондаги резус-антиганачаларни текшириш.

Туғруқдан олдинги анти-Rho(D) иммуноглобулин билан профилактика чораси барча резус-манфий аёлларга (боланинг отаси

резус-мусбат конга эга бўлган тақдирда) ҳомиладорликнинг 28 ва 34 ҳафталарида ўтказилади. Улар 100 мкг (500 ХБ) анти-Rho(D) иммуноглобулин олишлари керак. Туғруқдан кейинги профилактика учун биринчи 72 соат давомида шундай дозада қўлланилади.

УАВ тактикаси: резус-манфий кон билан ҳомиладор аёлни гинеколог маслаҳати ва назорати, ўз вақтида профилактика чораларини кўриш учун юбориш.

Чуқурлаштирилган махсус текшириш усуларини (УТТ, амниотик суюқликда билирубиннинг спектрофотометрик таҳлили, ҳомиланинг кон гуруҳи ва резус-мослигини аниқлаш) ўтказиш мақсадида шифохонага ётқизиш талаб қилинади. Шифохонада донорнинг резус-манфий эритроцитларини ҳомилага бачадон ичи орқали қуйиш ва зарурият бўлганда, муддатдан аввал туғруқ фаолияти амалга оширилади.

Ҳомиладорликда қандли диабет

Қандли диабетнинг клиник шакли тахминан 325 ҳомиладорнинг бирида учрайди. Улардан 10%ини туғишга қарор қилган қандли диабет билан касалланган аёллар ташкил қилади. Қолган 90% ҳолатларда бу гестацион қандли диабет бўлиб, фақат ҳомиладорлик даврида кузатилади ва туғруқдан сўнг йўқолади. Кўпинча бу ҳолат белгиларсиз ёки яққол бўлмаган симптомлар билан кечади ҳамда ҳомиладорларда хавотирлик чақирмайди. Оч қоринга текшириш вақтида қондаги қанд миқдори 7 ммол/л дан ортик бўлади, бундай ҳолатларда овқатланишдан 2 соатдан сўнг қанд миқдорини текшириш тавсия қилинади. Агар қонда қанд миқдори 11 ммол/л дан кам бўлса – бу гестацион диабет, агар 11 ммол/л дан юқори бўлса – қандли диабет белгисидир.

Қандли диабет аниқланганда ҳомиладор аёлни эндокринолог билан бирга олиб борилади: ҳар ойда қондаги қанд миқдорини назорат қилиш, овқатланиш ва парҳезга риоя қилиш бўйича маслаҳатлар бериш, танлов препарати – ҳомилага нисбатан хавфсиз бўлган инсулин тавсия қилинади. Аёлларга она ва бола учун бўлиши мумкин бўлган асоратлар туғрисида маълумотлар бериш лозим. Қондаги қанд миқдоридан қатъий назар, углевод алмашинувининг бузилиши ҳомила ривожланишига таъсир қилади. Кўп учрайдиган асоратлар: йирик ҳомила, ҳомила ва ўпка ривожланишининг орқада қолиши, умумий популяцияга нисбатан туғма аномалияларнинг учраш сонининг уч баробар ортиши кузатилади.

Кесар кесиши йўли билан туғруқ жараёни фақат қатъий акушерлик кўрсатмалари бўйича – она тос ўлчамлари ва ҳомила ўлчамларининг яққол номуносивлиги ҳолатларида амалга оширилади.

Асоратланган ҳомиладорлик

Гипертензив ўзгаришлар

Ҳомиладорлик ва туғруқ даврида гипертония 90% ҳолатларда учрайди. Буларнинг орасида кўпинча (5-6%) протеинуриясиз ҳомиладорлар гипертензияси, айрим ҳолатларда (1%) – сурункали гипертензия, преэклампсия ва эклампсия кузатилади.

Таснифи:

- Сурункали гипертензия
- Ҳомиладорлик сабабли ривожланган гипертензия:
 - гестацион гипертензия (протеинуриясиз);
 - преэклампсия;
 - эклампсия;

• сурункали гипертензияга ҳомиладорлар гипертензиясини кўшилиши

Гипертензия мезонлари. Артериал гипертензия – 4 соат оралик билан икки марта ўлчаш давомида систолик АҚБнинг 140 мм сим уст дан ошиши ва/ёки диастолик АҚБнинг (Коротков V тони) 90 мм сим. уст дан ошиши. Гипертензияни ташхислашда аввалдаги АҚБ кўрсаткичларини қўллаш тавсия қилинмайди – систолик босимни 30 ёки диастолик босимнинг 15 мм сим. уст дан ошиши.

Сурункали гипертензия

Мезонлари. Сурункали гипертензия: ҳомиладорликнинг биринчи 20 ҳафтаси давомида САБ – 140 ва ундан юқори ёки ДАБ – 90 мм сим уст ва ундан юқори бўлиши. Тугруқдан 12 ҳафтадан сўнг ҳам кузатилади. Эссенциал (ҳомиладорликнинг биринчи ярмида сабабсиз ривожланади) ва иккиламчи бўлиши мумкин – буйракдаги, томирлар ёки эндокрин бузилишлар, аорта коартацияси натижасида келиб чиқади. Сурункали гипертензияда АБнинг юқори даражаси буйрак ва планцентар перфузияни ушлаб туради, босимнинг тушиши эса – перфузияни кискаради. АҚБ даражаси ҳомиладорликдан аввал аниқланган даражадан пастга туширилмаслиги керак.

Олиб бориш

• патронажни кучайтириш. Ҳар куни АҚБни назорат қилиш;
• мутахассислар билан кўрик. Қонда тромбоцитлар, билирубин, мочевино, ферментларни аниқлаш;

• агар аёл ҳомиладорликкача антигипертензив воситаларни қабул қилган ва назорат остида бўлса, у ҳолда ҳомиладорликка қарши кўрсатмалар бўлмаса, шу препаратларни қабул қилишни давом эттириш;

• ДАБ 110 ва ундан юқори ёки САБ 160 мм.сим.уст. ва ундан юқори бўлса, антигипертензив препаратлар тайинланади;

• кўшимча дам олишни тавсия қилиш;

• ҳафтада 1 мартадан кам бўлмаган ҳолатда протеинурияни аниқлаш мақсадида кунлик сийдик таҳлилини ўтказиш;

• аёл ва унинг оила аъзоларига эклампсиянинг хавфли ёки ҳаётга таҳдид солувчи белгилари тўғрисида маълумот бериш. Протеинурия ёки эклампсиянинг хавф солувчи белгилари пайдо бўлишида презклампсияни ташхислаш ва зарур чораларни кўриш;

• ҳомиланинг ўсиши (гравидограмма) ва ҳолатини (имконият бўлса – доплерометрия) кузатиш. Ривожланишнинг оғир даражада орқада қолишида – туғруқ жараёнини бошлаш масаласини кўриб чиқиш.

Ҳомиладорлик билан боғлиқ гипертензия

Ҳомиладорлик сабабли ривожланган гипертензия ёки гестацион гипертензия – ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг ДАБнинг 90 мм сим уст ва ундан юқори ёки САБнинг 140 мм сим уст ва ундан юқори даражада 4 соат ораликда икки марта аниқланишидир. Тугруқдан 12 ҳафтадан сўнг йўқолади.

Фарқланади:

1. Гестацион гипертензия (протеинуриясиз).

2. Презклампсия (енгил ва оғир).

3. Эклампсия.

1. Гестацион гипертензия (протеинуриясиз)

Мезонлари. Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг ДАБнинг 90 мм сим. уст. ва ундан юқори ёки САБнинг 140 мм сим. уст. ва

ундан юқори даражада 4 соат ораликда икки марта аникланиши кузатилади. Протеинурия бўлмайди.

Олиб бориш

- патронажни кучайтириш. Ҳар куни АҚБни камида 1 мартаба назорат қилиш;

- ҳафтада камида 1 марта протеинурияни аниклаш мақсадида сийдик таҳлилини ўтказиш;

- ҳомила аҳволини ҳар ҳафта назорат қилиш. Гравидограмма. Оғир даражадаги ҳомила ривожланишининг орқада қолишида шифохонага юбориш;

- аёл ва унинг оила аъзоларига экламписянинг хавфли ёки ҳаётга таҳдид солувчи белгилари тўғрисида маълумот бериш;

- ДАБ 110 ва ундан юқори ёки САБ 160 мм сим. уст. ва ундан юқори бўлса, антигипертензив препаратларни тайинлаш ва 2 ёки 3 даражадаги шифохонага ётқизиш.

- протеинурия ёки хавфли белгилар пайдо бўлганда презкламписяни ташхислаш ва зарур чораларни кўриш.

2. Презклампися

Барча ҳомиладорларнинг 3%да ривожланади. Бутун дунёда ҳар йили 100 000 аёлнинг ўлимига сабаб бўлади. Ўзбекистонда оналар ўлимининг асосий сабабларидан биридир. 25% ҳолатларда болаларнинг кам тана вазни билан (1500 г дан кам) туғилиши кузатилади. Ўлик туғилиш хавфи 9,6 мартага ошади. Оналарда кузатиладиган оқибатлар – эклампися, жигар ва буйрак етишмовчилиги, ўпка шиши, мияда қон қуйилиши ва бошқалар. Презклампися енгил ва оғир даражаларга фарқланади.

Енгил презклампися

Мезонлари. 4 соат ораликда ДАБнинг 90 дан 110 мм сим уст гача ортишининг икки марта ёки ДАБнинг – бир марта 110 мм сим. уст. аникланиши ҳамда протеинурия кузатилиши. Протеинурия – 24 соат давомида оксилнинг 300 мг (0,3 г) ва ундан ортик миқдорда сийдик орқали экскрецияси. 4 соат оралик билан сийдикнинг 2 та порциясини таҳлил қилиш мумкин.

Олиб бориш

- шифохонага ётқизиш;

- аёл ва унинг оила аъзоларига экламписянинг хавфли ёки ҳаётга таҳдид солувчи белгилари тўғрисида маълумот бериш;

- АҚБни кунига 2-3 мартадан кам бўлмаган ҳолатда ўлчаш, кун ора протеинурияни назорат қилиш;

- кўшимча дам олишни тавсия қилиш;

- одатдаги овқатланишни тавсия қилиш (суюқлик ва туз миқдорини чегараламаган ҳолда);

- тиришишларга қарши, антигипертензив, диуретик воситаларни тайинламаслик;

- ҳомила аҳволини назорат қилиш (гравидограмма, имкониятга кўра доплерометрия). Оғир даражадаги ҳомила ривожланишининг орқада қолишида – муддатдан аввал туғруқ масаласини ҳал қилиш.

- қонда тромбоцитлар, билирубин, мочевино, ферментларни аниклаш – ҳафтада 1 марта;

- АҚБнинг кўтарилиши, протеинурия даражасининг ортиши ёки хавф солувчи эклампися белгилари пайдо бўлишида – оғир презклампися ҳолатида кўриладиган чораларни амалга ошириш.

Оғир презклампися

Мезонлари. 4 соат ораликда ДАБнинг 110 мм сим. ст. ва ундан баланд кўтарилишининг икки марта (ёки бир марта 120 мм сим.

уст.) ёки САБнинг – 160 мм сим. уст. ва ундан юкори аниқланиши ҳамда протеинурия кузатилиши. Шунингдек, протеинурия билан кузатиладиган барча гипертензия ҳолатлари ва эклампсиянинг ҳаётга хавф солувчи белгиларидан бирининг кузатилиши: кучли бош оғриги, эпигастрал соҳада ва ўнг қовурга ости соҳасида оғрик ва ёки кўнгил айниши, тиришиш олди белгилари (гиперрефлексия, тўсатдан пайдо бўлган тарқоқ шишлар, айникса бел ва юз соҳасида), ферментлар, билирубин, мочевина микдорининг ошиши, диурезнинг кунига 400 мл гача камайиши, тромбоцитопения, ўпка шиши.

Олиб бориш

- ДАБ 110 мм сим. уст. ва ундан юкори бўлса – 10 мг нифедипин *per os*: агар 10 дақиқадан сўнг ДАБ ўзгармаса, дозани қайтариш. ДАБ 90 мм сим. уст. дан паст бўлмаслиги керак;

- тиришишларга қарши терапия магний сульфат билан бошланади. Юкламали доза: 4 г: 25%-ли 16 мл т/и 20 дақиқа давомида юборилади. Ушлаб турувчи доза: соатига 1-2 г (64 мл 25%-ли магний сульфат эритмаси 450 мл физиологик эритмага нисбатан олинади). Агар доимий равишда томир ичига томчилаб юбориш имкони бўлмаса, у ҳолда 20 дақиқа давомида томир ичига тўхтовсиз 4 г (25%-ли 16 мл) магний сульфат юборилади. Сўнг мушак орасига 10 г 50% ли эритмаси: ҳар бир думба соҳасига 5 г дан 1 мл лидокаин билан бирга бирта шприцда юборилади. Ушлаб турувчи доза: 5 г магний сульфат (50%-ли эритмаси) ва 1 мл лидокаин м/о турли думба соҳасига ҳар 4 соатда юборилади;

- кайтадан юборишдан аввал куйидагиларга ишонч ҳосил қилиш лозим: нафас сони бир дақиқада 16 дан кам эмас, тизза рефлекслари аниқланади, сўнгги 4 соат давомида сийдик ажралиши соатига 30 мл дан кам эмас. Юқорида айтиб ўтилган белгилар пайдо бўлса, магний сульфат билан даволашни тўхтатиш зарур;

- препарат юкори дозаси таъсирида нафас тўхташи кузатилса – ЎСВ га ўтказилади (никоб билан қопча, зарур бўлса интубация ва антидот сифатида глюконат калций: 1 г (10% ли – 10 мл) в/и секинлик билан нафас тикланишига қадар ва магний сульфат ножўя таъсирлари бартараф қилингунича юборилади;

- аёлни шифохонага ётқизиш;

- ҳар соатда ҳаётини муҳим функцияларни (АҚБ, пулс, нафас, ўпканинг пастки бўлақлари, рефлекслар) баҳолаш ва ҳомила юрак уришини назорат қилиш. Қонда тромбоцитлар, мочевина, билирубин, ферментлар микдорини таҳлил қилиш; ҳомила аҳволини баҳолаш (УТТ, доплерометрия);

- 24 соат ичида туғруқни ўтқизиш;

- магнезия билан олиб борилаётган терапияни туғруқдан сўнг 24 соат ичида давом эттириш.

3. Эклампсия

Мезонлари. Тиришишлар (генераллашган, эпилепсия ва бошқа аниқ патология билан боғлиқ бўлмаган ҳолат), ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан сўнг ДАБ – 90 мм сим уст ва ундан юкори ва протеинурия – кунига 0,3 г/л.

Эклампсия хуружи фазалари

Продромал –10-12 сония давом этади, кўзлар айланма ҳаракатланади ёки диққатли қараш кузатилади, юз ва қўл мушакларининг қисқариши, ҳуш йўқотилиши мумкин.

Тоник –20-30 сония давом этади. Мушаклар қаттиқлашиши, диафрагма спазмлари, нафас тўхташи, шиллик каватлар, лаблар,

амалга оширилади. Келувчи қисми пайпаслашда: юмалоқ, қаттиқ ва силлиқ ҳосила аниқланади – ҳомила бошини ёки юмшоқ қисмини – думбаларни, ҳамда ҳомила пуфагини – унинг бутунлиги ва мавжудлигини аниқлаш лозим.

Туғрукнинг биринчи даври – бачадон бўйинчаси очилиши нотўлиқ – 10 см гача; ҳомила бошчаси атрофида бачадон бўйни аниқланади. Туғрукнинг иккинчи даври – бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши – 10 см; ҳомила бошчаси атрофида бачадон бўйни аниқланмайди. Туғрукнинг учинчи даври – боланинг туғилиши, лекин йўлдош ҳали ажралиб чиқмаган.

Агар аёл туғрукнинг биринчи даврида бўлса – уни умр йўлдоши ёки бошқа қариндошлари билан биргалликда туғрук муассасасига зудлик билан юбориш зарур. Агар аёл туғрукнинг иккинчи даврида бўлса ва даврнинг тугаш белгилари бўлса, туғрукни қабул қилинг. Туғрукнинг тез тугаш белгилари: тўлғоқлар, ораликнинг юпқалиги, шиши, жинсий ёриқ очиқ, ҳомила боши кўринади.

УАВ тактикаси: мутахассисни уйга чақириш, аёлни тинчлантириш, ёрдамчини аниқлаш, стерил қўлқоплар, қайчи, киндикни боғлаш учун мослама, туғрук жойига солинадиган тоза йўргак ёки чойшаб, болани артиш учун учта тоза йўргак, иссиқ кўрпа, туғрукдан сўнг аёл учун гигиеник тагликларни тайёрлаш керак. Хонани иссиқ ҳарорат (25°C дан паст бўлмаган), ёруғлик манбаи билан таъминлаш. Аёлга қулай бўлган ҳолатни эгаллашга кўмаклашиши (ярим ўтирган, ўтирган, чўккалаб, тиззасида ва б.) иложи борича вертикал ҳолат бўлиши лозим – аёлга чалқанчасига ётиш мумкин эмас: тўлғоқ вақтида аёлнинг ўзи ихтиёрий равишда кучаниши мумкин – уни мажбурлаш керак эмас. УАВ оқиб турган сув остида қўлини ювиши ва стерил қўлқопларни кийиши зарур. Ҳомила боши мустақил равишда туғилиши керак, ораликни ҳимоя қилмаслик, фақат зарурият бўлганда анусни салфетка билан беркитиш мумкин. Бошчанинг туғилишида аёл оғиз орқали нафас олиши лозим. Бола бўйнининг киндик билан ўралиш эҳтимолигини аниқлаш учун текшириш керак. Агар киндик билан ўралиш кучли тортилмаган бўлса, болани туғун орқали қабул қилинади ёки киндик эҳтиёткорлик билан бўйиндан чиқариб олинади, агар кучли тортилган бўлса, у ҳолда киндикни иккита қисқич билан қисилади ва уларнинг ўртасидан қирқилади.

Туғилган бошчани онанинг чап ёки ўнг сонига ўгирилади, бунда елкаларнинг ички айланиши (1-2 дақиқа давомида) содир бўлади, сўнг елкалар мустақил тарзда туғилади. Агар елкаларнинг мустақил равишда туғилиши кечикса, бу ҳолатда боланинг бошчасидан эҳтиёткорлик билан ушланади (қўл қафтлари қулоқ соҳасида бўлади) ва олдинги елка қов ёйи остига келишига қадар пастга тортилади. Шундан сўнг бошчани юқорига бир оз кўтарилади ва ораликдан орқа елкалар чиқади. Одатда қийинчиликсиз кечувчи бола танасининг туғилиши кузатилади. Бола онанинг қорнига қўйилади, туғилиш вақти белгиланади, сўнг артилади ва илиқ пеленка билан ёпилади; бир вақтнинг ўзида боланинг нафас олиб чиқариши баҳоланади (янги туғилган чақалоқ туғилганидан сўнг биринчи 30 сония ичида нафас олишни бошлайди). Агар бола қичқирса ёки нафас олишни бошласа (кўкрак қафаси бир дақиқада 30 дан кам бўлмаган ҳолатда кўтарилади) – уни онаси билан қолдирилади; агар бола 30 сония ичида нафас олишни бошламаса, у ҳолда реанимация чоралари кўрилади. Биринчи дақиқаларда киндикка иккита қисқич қўйилади (киндик халқасидан 10 см масофада ва ундан 2 см ташқарида) ва уларнинг ўртасидан қирқилади. Боланинг териси онанинг кўкрак соҳаси териси билан мулоқатда эканлигига

ишонч ҳосил қилиш керак, она ва боланинг усти, айниқса боланинг боши ёпилади. Яна бир ҳомила борлиги аниқлаш учун онанинг қорни пайпасланади, агар бўлмаса йўлдош даври бошланади.

Аёлнинг аҳволини баҳолашда кўпинча туғруқнинг учинчи даври қон кетиши билан асоратланишини ҳисобга олиш керак, шунинг учун агар мутахассис бўлмаса ёки асоратлар вужудга келса аёлни зудлик билан умр йўлдоши ёки қариндошлари билан туғруқ муассасасига юборилади.

Яқин вақт орасида юборишнинг имкони бўлмаса, УАВ йўлдош туғилишини қабул қилади. Туғруқнинг учинчи даврини 2 йўл билан олиб бориш мумкин – фаол (агар УАВ фаол олиб бориш кўникмаларига эга бўлса) ва кутувчи: аёлнинг умумий аҳволини диққат билан назорат қилиш, тери ва шиллиқ қаватларнинг ранги, АҚБ ва йўқотилаётган қон миқдорини назорат қилиш. Лекин йўқотиладиган қон миқдори доимо чин йўқотилишга мос келмайди – бачадон девори ва йўлдош ўртасида қон тўпланиши ҳисобига ташқи қон кетишсиз сезиларли даражадаги қон кетиши мумкин. Қутиладиган тактикада йўлдош мустақил равишда ажралиб чиқади. Йўлдош ажралганидан сўнг ундаги нуксонни инкор қилиш учун кўздан кечириш керак. Йўлдошни махсус контейнерга солиб, аёл билан бирга туғруқ муассасига юборилади.

Физиологик туғруқдан кейинги давр

Туғруқдан кейинги даврда янги туғилган чақалоқ ва онани парвариш қилиш.

(«Педиатрия» бўлимига ҳам қаранг).

Ўргатилган ходимлар томонидан:

- боланинг онаси билан уйга чиқарилгандан сўнг биринчи уч кун давомида фаол патронаж бошланади;
- туғруқдан сўнг 42 кун давомида зарур бўлган патронажли парвариш билан таъминланади:

а) кузатув, туғруқдан кейинги қайта тикланишни таъминлаш;

б) она ва янги туғилган чақалоқда туғруқдан кейинги асоратларни ўз вақтида аниқлаш, профилактика чораларини кўриш ва даволаш;

в) зарурият бўлганда талаб қилинадиган даражадаги тиббий ёрдамга йўлланма бериш;

г) она ва болани парвариш қилиш, болани кўкрак сути билан боқиш (кўкракка тўғри тутиш ва ҳ.к.), интергенетик даврга (туғруқлараро оралиқ) риоя қилиш бўйича маслаҳат бериш.

Интергенетик давр (туғруқлараро оралиқ) – сўнгги туғруқдан сўнг 3 йил – она организмни қайта тиклаш ва соғлом бола туғиш учун кейинги тўлақонли ҳомиладорликка тайёрланиш мақсадида тавсия қилинади.

Туғруқдан кейинги ҳолатлар

Туғруқдан кейинги тушқунлик

Ҳаётга кизиқишнинг йўқолиши, иштаҳанинг йўқолиши, ҳаракатлар учун куч ва мақсаднинг йўқлиги, уйқуга кийин кетиш, нотинч уйқу, уйқу давомийлигининг узайиши, йиғлоклик. Кўпинча ёш оналарда келиб чиқади.

КВП шароитида туғруқдан кейинги тушқунликни даволаш. Болани овқатлантирилишига таъсирини ҳисобга олган ҳолда антидепрессантлар.

Маслаҳат бериш: врач ўз шахсий фикрларини билдирмай қўлаб-қувватлаган ҳолда тинглаш, дўстона (буюрмасдан) маслаҳат бериш. Онага бошқа ишларини четга суриб, болани парваришлаш, бола билан кўпроқ мулоқотда бўлиш ва у ҳақида ўйлашни тавсия қилиш; жисмоний машқларни бажариш, яхши овқатланиш ва ўзига қараш, шахсий кундалик олиб бориш; оила аъзоларига унинг ҳолати тўғрисида ва ижобий шароит яратиш бўйича маълумот бериш, бола бутун оила диққат эътиборида бўлиши тўғрисида тавсиялар бериш. Агар аёлнинг аҳволи яхшиланмаса, мутахассисга юбориш.

Тугрукдан кейинги психоз боладан алоҳида ҳолда шифохонада даволанади. Она ўз сутини соғиб беради, психотроп препаратлар қабул қилаётган она сутини бериш тавсия қилинмайди.

Ота-оналарнинг хавfli касалликлар ёки туғма нуқсонлар билан туғилган болага нисбатан таъсирланиши – қайғу, шок, ваҳима, инкор қилиш, айбдорлик ҳисси, жаҳл. Ота-оналарга ёрдам – бола билан чамбарчас алоқада бўлишни тавсия қилиш, уларни қизиқтирувчи масалаларни тушунтириш (зарур бўлса бир неча марта), соғлиқни сақлаш тизими ходимларига қаратилган жаҳлни кўрсатиш ҳолатларига тайёр бўлиш.

Боланинг ўлимига нисбатан реакция – шок ҳолати, ғам, кучли йўқотилиш ҳисси, жаҳл, соғлиқни сақлаш тизими ходимларига қаратилган жаҳлни кўрсатиш ҳолатлари, қачондир яна болани бўлишга шубҳаланиш. Лактация пайдо бўлишида умидсизлик ва ҳайрон бўлиш. Эр-хотин ўртасидаги муносабат муаммолари. Бундай ота-оналарга УАВ томонидан аксарият қўлаб-қувватланиш талаб қилинади; улар билан эътибор билан ва эҳтиёткорлик билан мулоқотда бўлиш: болани эслатувчи айрим нарсаларни сақлаб қўйишни тавсия қилиш, ёрдам учун мурожаат қилиш мумкин бўлган махсус муассасалар рўйхатини бериш, онани тугрукдан кейинги тўлақонли парвариш билан таъминлаш, яна ҳомиладор бўлишга шошмасликни тавсия қилиш.

Тугрукдан кейинги хавfli белгилар

Аёл ва болада тугрукдан кейинги хавfli белгилар пайдо бўлишида зудлик билан мутахассисга мурожаат қилиш зарур.

Аёлдаги хавfli белгилар

- жинсий йўллардан қонли ажралмалар келишининг кучайиши;
- жинсий йўллардан нохуш хиднинг келиши;
- корин пастки соҳасида оғрик;
- тана ҳароратининг 38°C ва ундан юқори бўлиши;
- тери қопламларининг рангпарлиги;
- тиришишлар;
- сут безларининг қизариши ёки оғриклилиги.

Боладаги хавfli белгилар

- овқатланишдан бош тортиш;
- қусиш;
- қон аралаш ич келиши;
- тана ҳароратининг 38°C ва ундан юқори бўлиши;
- иситишдан сўнг ҳам тана ҳароратининг 36°C дан кўтарилмаслиги ва ундан паст бўлиши;
- оғир нафас ёки кўкрак қафаси соҳаларининг тортилиши;
- ҳаракат фаоллигининг сусайиши, ҳолсизлик;
- қўзғалувчанлик; тиришишлар;
- киндик қолдиғида (жароҳатида) қизариш ёки йирингли ажралма келиши.

Кўп ҳомилали ҳомиладорлик

Тахмин қилинадиган муддатга нисбатан бачадон ўлчамларининг катта бўлишида шубҳа қилинади. УТТ ёрдамида ташхис тасдиқланади.

Олиб бориш тактикаси: бир ҳомилали ҳомиладорликка нисбатан кўпроқ асоратлар келиб чиқишини ҳисобга олган ҳолда туғруқдан аввалги даврда диққат-эътибор билан кузатув олиб бориш талаб қилинади. Асоратлар: муддатдан аввалги туғруқ, презэклампсия, кўпсувлилик, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши, туғма нуқсонлар, ҳомиланинг нобуд бўлиши.

Бу асоратларни эрта ташхислашнинг муҳим шартлари – врач томонидан доимий кўрик ва ҳомиладорлик даврида УТТ. Кўпинча Кесар кесиши талаб қилинади. Янги туғилган чакалоқларда асфиксия хавфи юқоридир. Одатдаги режа бўйича реанимация чоралари кўрилади, ҳар бир бола учун алоҳида бригада, иситтичли стол ва бошқалар талаб қилинади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. ЎЗР ССВ № 425 буйруғи, 5 сентябрь 2005 й.
2. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J.irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.
3. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л., «Клинические рекомендации для практикующих врачей», М.:ГЭОТАР-МЕД 2002 й. 1242 бет.
4. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н.Денисов таҳрири остида. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 1146 бет.
5. Мёрта Дж. «Справочник врача общей практики». М.: «Практика» нашриёт уйи, 1998 й.1230 бет.
6. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М.: «Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
7. «Акушерство». «Справочник Калифорнийского университета», К. Нисвандер, А. Эванс таҳрири остида М., 1999 й. 540 бет.
8. Мерей Энкин ва б. «Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка». 2003 й. 240 бет.
9. «Общая врачебная практика». Ф.Г.Назиров. Таҳририяти остида М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.
10. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.
11. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима. М.: ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

16-БЎЛИМ. ГИНЕКОЛОГИЯ

Қорин пастки соҳасида оғрик	46
Эндометриоз	47
Кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари	47
Ҳайз циклининг бузилиши	48
Аменорея	49
Ҳайз олди синдроми	50
Климактерик синдром	50
Вульва ва қин касалликлари	50
Қиндан ажралмалар	51
Бачадон бўйни саратони скрининги	52
Контрацепция	53
Сут безлари касалликлари	58
Бепушглик	61
Фойдаланилган адабиётлар	62

Қорин пастки соҳасида оғрик

Туғруқ ёшидаги аёлларнинг 15% қорин пастки соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар ва уларнинг 40% УАВга мурожаат қиладилар. Қорин пастки қисмидаги оғриқлар гинекологик ва ногинекологик сабаблар билан фарқланади (16.1-жадвал).

16.1-жадвал

Оғриқ таснифи

Гинекологик		Ногинекологик	
Ўткир	Сурункали	Ўткир	Сурункали
Бачадондан ташқари ҳомиладорлик	Эндометриоз	Аппендицит	Қўзғатилган ичак синдроми
Инфекция	Кавшарланган жой	Цистит	Нерв касалликлари
Эндометриоз	Миоматоз	Неврологик патология	Мушак ва бўғим касалликлари
Миоматоз тугунни буралиши	Тухумдон кистаси	Колит	Ичак ёки сийдик пуфағи саратони
Дисменорея	Венада кон юришини сусайиши	Психоген (рухий)	
Тухумдон кистаси (буралиши, кон қуйилиши)	Тос аъзолари яллиғланиши касалликлари		

Анамнез: оғриқ пайдо бўлган вақти, характери, жойлашиши, давомийлиги, оғриқни кучайтирувчи ёки камайтирувчи омиллар, ҳайз цикли билан боғлиқлиги (ҳомиладор бўлиши мумкин), диспареуния (оғриқли жинсий алоқа), ичак ёки сийдик пуфағи дисфункцияси, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, сийдик ажратиш йўллари инфекцияси, кичик чанок аъзоларида ўтказилган жарроҳлик амалиёти.

Текширув: умумий кўрик, 4 босқичда ўтказиладиган махсус гинекологик текширув: ташқи жинсий аъзолар кўриги, кўзгулар ёрдамида кўрик, бимануал ёки ректовагинал текширув.

Ташқи жинсий аъзолар кўриги қуйидагиларни баҳолашга ёрдам беради:

- ташқи жинсий аъзолар, уретра ва анус соҳасининг яллиғланиши;

- қизлик пардаси ҳолати (бузилган, бузилмаган, битиб кетган);

- қин олди ҳолати – шиллик қавати ранги.

Кўзгулар ёрдамида кўрик. Қуско кўзгуларини қинга киритишдан олдин, чап қўл икки бармоғи билан кичик жинсий лаблар очилади. Кўзгуни ёпиқ ҳолда қин гумбазигача киритиб, кейин очилади ва бачадон бўйни кўринади. Қин шиллик қавати ранги, бачадон бўйни ўлчами, шакли, ҳолати, ташқи қин дахлизи, цервикал канал ажралмаларига эътибор берилади.

Кўзгулар ёрдамида кўрик ўтказишда қуйидагилар баҳоланади:

- қин шиллик қавати, бурмалари, ранги, яллиғланишли ўзгаришлар, ажралмалар характери, кондилома ва бошқалар борлиги;

- бачадон бўйни шакли, чандикли деформацияси;

- ташқи қин дахлизи ҳолати, цервикал канал ажралмалари характери;

- бачадон бўйни қин қисми шиллик қаватининг ҳолати.

Бимануал текширув. Қинга ўнг қўлнинг II ва III бармоқлари қин орқа гумбазига киритилади, чап қўл билан қорин девори пайпасланади ва бачадон ҳолати, ўлчамлари, шакли, консистенцияси, ҳаракатланиши, оғриқлилиги аниқланади. Бармоқларни қиннинг ён-

бошига суриб, бачадон ортиқлари, шакли, консистенцияси, ўлчами, кимирлаши, оғриқлиги аниқланади. Найлар ва тухумдонлар ўзгаришсиз бўлса, пайпаслаганда аниқланмайди. Қин гумбазлари ҳолати ҳам текширилади (инфилтратлар, оғриқ борлиги).

Ректовагинал текширув кин девори, тўғри ичак ёки тўғри ичак-қин тўсиғида патологик жараёнга гумон килинганда бажарилади. Бунинг учун тўғри ичакка ўнг қўлнинг ўрта бармоғини, қинга эса – кўрсаткич бармоқни тикиб, кичик тос аъзолари қорин девори орқали пайпасланади.

УАВ тактикаси. Ўткир оғриқларда сабабни аниқлаш, бачадондан ташқари ҳомиладорликни инкор этиш, мутахассис маслаҳатига йўллаш тавсия этилади.

Сурункали оғриқда шикоятлари, анамнези ва объектив кўриқдан сўнг оғриқнинг ҳайз цикли билан боғлиқми (мунтазам, циклик оғриқ) ёки ацикликми, бошқа аъзолар ва тизимлар касаллиги туфайлими, аниқланади.

Оғрикни дифференциал ташхислаш

Оғриқли ҳайз – альгоменорея. Ҳайзнинг биринчи уч кунда қориннинг пастки қисмида ўткир ёки хуружсимон оғриқ. Кўнгил айниши, қайт қилиш, ич кетиши мумкин. Ҳайз вақтида кўп қон кетса, қон умумий таҳлилида гемоглобин ва яллиғланишни инкор этиш учун ЭҚТ аниқланади. Даволашда 80-90% ҳолларда НЯҚВ (мефенам кислотаси, ибупрофен, индометацин) самаралидир; чунки улар простагландинлар ишлаб чиқаришни тўхтатади. Ҳайз циклини меъёрлаштириш учун комбинацияланган орал контрацептивлар (КОК) тавсия этилади.

Диспареуния. Оғриқли жинсий алоқа; оғриқ ҳайз цикли билан боғлиқ. ТЕАнинг 10% да учрайди. Оғриқ юзаки (қин даҳлизи) ва чуқур (ичкарида) бўлиши мумкин. Ҳар қандай ҳолларда психоген (рухий) омил бор (оғриқ туфайли жинсий алоқадан кўркув ҳисси пайдо бўлади). Юзаки диспареуния сабаблари: атрофик, инфекцияцион вульвит, кольпит, вагинизм, қизлик пардаси ёки киннинг атрезияси, эпизиотомиядан кейинги чандик, уретрит. Бу ҳолларда УАВ лидокаин гели қўллашни тавсия этади.

Чуқур диспареуния сабаблари: эндометриоз, кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бачадоннинг орқага қайилганлиги, жуда кам ҳолларда – тухумдонлар саратони. Бу ҳолларда – гинеколог маслаҳати тавсия этилади.

Эндометриоз. Оғриқли ҳайз кўриш, жинсий алоқада чуқур диспареуния, бепуштлиқ. Гинекологик кўрувда – бачадон ва унинг ортиқлари ҳаракатланишини чегараланиши, бачадон ва қин ортида юзаси нотекис ҳосилалар борлиги аниқланади.

УАВ тактикаси – гинеколог маслаҳатига йўллаш.

Бачадон миомаси. Оғриқли ва кўп миқдорда ҳайз кўриш, жинсий алоқада чуқур оғриқ. Бачадон ўлчамларининг катталаниши ва шакли асимметрик бўлиши.

УАВ тактикаси – гинеколог маслаҳатига йўллаш.

Баъзан аёллар қоринни пастки соҳасида ҳайз циклининг ўртасида ва овуляция билан боғлиқ оғриқларга шикоят қиладилар. Бу оғриқ – овулятор оғриқ деб аталади. Текширув ўтказиш шарт эмас, оғриқни камайтириш учун анальгетиклар – парацетамол буюрилади.

Кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари

Баъзан қорин пастки соҳасида ўткир оғриқ, диспареуния, ди-зурия, қиндан йирингли ажралмалар билан кечади. Кўриқда бача-

дон бўйнининг оғрикли экскурсияси, бачадон ортиклари шишган ва оғрикли, бачадон бўйнидан кўп миқдорда ажралмалар, тана ҳароратининг кўтарилиши аниқланади. Қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз ва ЭҚТнинг ошиши кузатилади. Сабаблари: хламидиоз, гонорея, трихомониаз ва бошқалар. 10% дан кўпроқ ҳолда най бепуштлиги бўлиши мумкин, бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфи эса 10 марта ошади.

УАВ тактикаси

Ҳомиладорлик тўхташи хавфи ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик инкор этилади, жинсий ва жисмоний тинчлик тавсия этиб, гинекологга йўналтирилади.

Кичик тос аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликларини нотўғри даволаш сурункали яллиғланиш касалликларига олиб келади: қорин пастки соҳасида оғрик, ҳайз цикли бузилиши, ҳайзда кўп қон йўқотиш, дипареуния билан ифодаланади. Пайпаслашда қорин пастки соҳасида оғрик, бимануал текширувда – бачадон бўйнининг оғрикли экскурсияси, бачадон ортиклари шишганлиги аниқланади. Яллиғланиш сабаблари хламидия ва гонококкли инфекция бўлиши мумкин. Сабаби аниқланмаган сурункали оғриқда аёл гинекологга йўналтирилади. Ташхис аниқлангандан сўнг, узок вақт давомида комбинацияланган антибиотикотерапия қўлланади: метронидазол 400 мг ва доксициклин 100 мг 2 маҳалдан 2 ҳафта давомида. Ҳомиладорлар ёки эмизикли аёлларга доксициклин ўрнига эритромицин 500 мг 2 маҳалдан қўлланади.

(Ошиқозон-ичак тизими касалликларида оғриқлар – 13-бўлим, «Ошиқозон-ичак тизими касалликлари»; сийдик йўлларида оғриқлар – 14-бўлим, «Буйрак ва сийдик чиқарув йўллари касалликлари»; умуртқа погонаси, бўғимлар ва мушаклардаги оғриқлар – 8- бўлим, «Ревматология, скелет-мушак тизими касалликлари» да келтирилган).

Ҳайз циклининг бузилиши

Ҳайз цикли бузилишининг 50% да физиологик қон йўқотиш, дисфункционал бачадондан қон кетиши (ДБК) ёки меноррагия (ҳар ойда ҳайз вақтида 80 мл дан ортиқ қон йўқотилиши) кузатилади. Ҳайз цикли бузилишининг бошқа сабаблари: бачадон миомаси, бачадон аномалияси (икки шохли бачадон), кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, эндометриоз, эндометрий полипи, бачадон ичи спирали (БИС), эндометрий саратони.

Шикоятлар ва анамнез аниқланаётганда қон кетишнинг ҳажми, давомийлиги ва характери (қон қуйқалари), оғриқлар, контрацептив воситалар қўллаш, медикаментоз маълумотларга эътибор берилди. Умумий кўрикда камқонлик, гинекологик кўрикда – қатталашган, оғрикли, ҳаракати чегараланган бачадон (айниқса сурункали яллиғланиш ёки эндометриозда); ортиклар оғриклиги топилади. Қон умумий таҳлилида – гемоглобин ва гематокрит миқдори камайиши кузатилади, инфекция гумон қилинганда – бачадон бўйни ва цервикал каналдан суртма олинади. Патология аниқланса, кичик тос аъзолари УТТ тавсия этилади.

Дисфункционал бачадондан қон кетиши – жинсий органларда органик патология йўқ ҳолларда кўп миқдорда қон кетиши.

УАВ тактикаси. Қон касаллигини инкор этиш. Юқори дозали (этинилэстрадиол миқдори 35 мг дан юқори) КОКларни 3 ҳафта қўллаш билан гемостазга эришилади. Альтернатив даволаш усули – кичик дозали орал контрацептивларни қўллаш – кунига 3-4

таблеткадан бир ҳафта давомида, кейин эса 1 таблеткадан икки ҳафта давомида. Самара бўлмаса, бемор гинеколог маслаҳатига йўналтирилади. Анемиянинг белгилари яққол ифодаланган бўлса темир сакловчи препаратлар қўлланади. КОКларни одатдаги дозادا 2-3 ой давомида (ва ундан кўпроқ) қабул қилиш билан қайта қон кетишининг олди олинади.

Гинеколог маслаҳатига кўрсатмалар:

- аёл 40 ёшдан катта;
- бачадон қатталашган;
- ҳайзлар орасида қон кетиши;
- жинсий алоқадан кейин қон кетиши;
- ҳайзлар орасидаги даврда тосда оғриқлар;
- самарасиз медикаментоз даво.

Кучли қон кетишида аёл зудлик билан касалхонага ётқизилади. Тугруқ ёшидаги аёлларда ҳомиладорликни инкор этиш керак, чунки қон кетиши ҳомила ташлаш ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлиши мумкин. УАВ ҳомиладорлик синовини ўтказиб, ижобий натижада – аёлни шифохонага юборади.

Бачадондан қон кетишининг сабаблари: тухумдонлар поликистози, эндометриоз, бачадон миомаси, бачадон бўйни саратони, кичик тос аъзолари яллиғланиш касалликлари, БИС, гормонал контрацептивлари, дори воситалари (кортикостероидлар, антидепрессантлар, транквилизаторлар, юрак гликозидлари, антикоагулянтлар), жигар циррози, гипотиреоз.

УАВ тактикаси – бачадондан қон кетишининг сабабини аниқлаш ва гинекологга йўллаш.

Аменорея

6 ой ва ундан ортиқ вақтда ҳайзнинг йўқлиги.

Олигоменорея – ҳайзнинг сийраклашиб қолиши. Физиологик аменорея жинсий етилишгача, ҳомиладорлик ва лактацияда, постменопаузада кузатилади.

Патологик бирламчи аменорея – 14 ёшда бўй ўсишининг ортда қолиши билан бирликда ҳайз кўрмаслик, иккиламчи жинсий белгиларнинг ривожланмаганлиги. Кўпинча ривожланиш аномалияларида (қизлик пардаси ва қин атрезияси), генетик патологияда (Тернер синдроми) учрайди.

Иккиламчи аменорея – илгари ҳайз кўрган аёлларда 6 ой давомида ҳайзнинг йўқлиги Сабаблари: пролактинома, стресс ҳолати, ҳомиладорлик, спортчилар (гимнастикачиларда аменорея кўп учрайди), тана вазни камайиши, эрта менопауза ёки кеч менархе, гормонал контрацептивлар, кимёвий ёки нури терапия.

Белгилар: ҳомиладор ёки эмзикли бўлмаган аёл кўкрагидан суюқлик ажралиши, озиш, гирсутизм, кўп терлаш, бирдан исиб кетиш, қорин пастида циклик оғриқ.

Кўриқда: беморнинг бўйи ва вазнига (одатда ТВИ 18 дан паст), жинсий ривожланиш белгиларига ёки аномалияларига эътибор бериледи. Бимануал текширишда бачадон ўлчамлари ва тухумдонларда ҳосилалар бор-йўқлиги аниқланади.

Агар беморда қизлик парда бутун бўлса, вагинал кўриқ ва бимануал текширув ўтказилмайди. Фақат иккиламчи жинсий белгилар текширилади, гирсутизм, кахексия, тизимли касалликлар инкор этилиб, уни кичик тос аъзолари УТТга юборилади.

Ҳайз олди синдроми

Ҳайздан бир неча кун олдин пайдо бўлиб, ҳайз келгандан кейин йўқолувчи патологик симптомлар (100 дан ортик) йигиндиси. Кўп ҳолларда асаб зўриқиши, йиғлоклик, сержаҳллик, депрессия, тана вазни ортиши, метеоризм, сут безларининг дағаллашиши, бош оғриғига шикоят қиладилар.

УАВ тактикаси юқоридаги белгиларни йўқотишга қаратилади. Даволаш – симптоматик бўлиб, қуйидагилар тавсия этилади: КОК, антидепрессантлар, бета-блокаторлар, алпрозолам, верошпирон, энотера мойи, жисмоний машқлар, игна билан даволаш.

Климактерик синдром

Охириги 6-12 ой ичида ҳайз кўришни тўхташи. Кўпроқ 50 ёшдан ошган аёлларда кузатилади. Постменопауза – ҳайз кўришни 12 ойдан кўп вақт давомида йўқлиги.

Менопауза вақтида тухумдонларнинг циклик функцияси йўқолади: эстрадиол миқдори камайиши ва фолликул-стимулловчи гормон миқдорини кўпайиши сабабли аменорея ривожланади – бу ҳолат климактерик синдром деб аталади.

Клиникаси. Климактерик синдромга менопауза даври бошланишидан анча олдин ҳайз кўриш циклининг ўзгариши характерлидир. Одатда 40 ёшдан кейин ҳайз қисқариши, ҳайзлар орасидаги вақтнинг узайиши, ҳайзнинг 2-3 ойда бир марта келиши ва секин-аста умуман тўхташи кузатилади. Бу ёшда кўпинча бачадондан қон кетишлар кузатилади. Кеч даврда сакланган (54 ёшдан катта) ҳайз кўриш онкологик касалликларни гумон қилишга ундайди. Бирдан иссиқлик ёки тер қуйилиши, юрак уриб кетиши кузатилади.

Даволаш. Эстрогенлар билан ўрин босувчи гормонал терапия ўтказилади. Альтернатив даво: жисмоний ва нафас олиш машқлари, тоза ҳаво бу қуйилишларни 50% гача камайтиради. Қин қуруқлиги, шиллик каватининг атрофияси, сийдик тутмаслик, никтурия, императив чакириклар аниқланади. Эстрогенларни маҳаллий қўллаш бу белгиларни камайтиради («Овестин», «Эстриол» – шамчалари биттадан 2 ҳафта давомида, тунга). Менопауза бошланиши билан ЮИК хавфи 2 марта ошади, агар анамнезида суяк синишлари ёки стероидларни узоқ вақт давомида қабул қилиш бўлса, ўрин босувчи гормонал терапия ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Вульва ва қин касалликлари

Вульвит – ташқи жинсий аъзолар (вульва) яллиғланиши бўлиб, ташқи жинсий аъзоларда кичиш, ачишиш, баъзан умумий беҳоллик кузатилади. Бу ҳолат кўпинча қин ажралмаларидаги патоген микроорганизмлар сабабли келиб чиқиб, қиннинг зарарланиши – вульвовагинит билан бирга кечади.

Бартолинит – қин олди катта безининг яллиғланишидир. Яллиғланиш жараёни безнинг чиқарув йўлини ёпилиб қолишига ва абсцесс ривожланишига олиб келади. Белгилари: зарарланган томонда катта ва кичик жинсий лабларнинг қуйи қисмларида шиш ва гиперемия, қинга кириш жойини тўсиб қўювчи оғриқли ҳосила. Бартолин бези кистаси ўз-ўзидан йўқолиши мумкин. Абсцесснинг эрта босқичларида антибиотиклар самаралидир ёки ўзи ёрилиши мумкин. Бундан бошқа ҳолларда зудлик билан гинекологга жарроҳлик амалиёти ўтказишга юборилади.

Вульва дистрофияси кўпинча аёлларда менопауза вақтида кузатилади. Белгилари: кичиш, териси атрофияга учраган, баъзан ок

пилакчалар аниқланади (лейкоплакия). Гинекологга биопсия олиш учун йўлланади.

Даволаш: гиперпластик дистрофияда стероидлар маҳаллий қўлланилади, гипопластик дистрофияда эстрогенлар ёки тестостерон маҳаллий қўлланилади. Атипик ҳужайралар аниқланса – жароҳлик амалиёти ўтказилади.

Атрофик вагинит кинда оғрик, диспареуния, контактли кон кетиш билан ифодаланади. Қиннинг шиллик қавати – оқарган ва курук. Эстрогенларни маҳаллий қўллаш самаралидир, шу билан бирга ўрин босувчи гормонал терапия ўтказиш мумкин.

Қиндан ажралмалар

Ҳамма аёлларда киндан оқ рангли, хавода сарғаядиган, физиологик ажралмалар келади. Ажралма миқдори ҳайз цикли, жинсий фаоллик, КОК ишлатиш, ёши, руҳий зўриқиш ва ҳомиладорликка боғлиқ. 95% ҳолларда УАВ ўз фаолиятида қуйидаги сабабли ажралмаларни учратади: бактериал вагиноз; кандидозли вагинит; трихомонадали вагинит, цервицитлар (гонококкли, хламидияли ёки герпесли).

Шикоятлари: кичишиш, қўланса хидли ажралмалар, вульва шиши ва таъсирланганлиги, қорин пастки қисми ва ораликда оғрик, диспареуния, ҳайзда кон қўп кетиши, ҳайз оралигида кон кетиши, иситма.

Кўрикда – қорин пастки қисми сезувчанлиги ошиши, бимануал кўрикда оғрик, бачадон бўйни эрозияси ёки контактли кон кетиши, ажралмалар.

Текширув: ажралмалар таҳлили ва экиш, бачадон бўйнидан суртма таҳлили.

Бактериал вагиноз

Қин флорасида лактобациллар ўрнини шартли-патоген анаэроб микрофлора (гарднерелла, анаэроблар, микоплазмалар) эгаллаши сабабли ривожланган клиник синдром. Вақтидан илгари туғруқ, хорионамнионит, кичик тос аъзолари яллиғланиш касалликлари, туғруқдан ёки абортдан кейинги эндометрит ривожланишига олиб келувчи омилдир. Асосий шикояти: киндан кул рангли, қўланса («балик хиди») ажралмалар. Қичишиш, ачишиш, жинсий алоқа вақтида дискомфорт бўлиши мумкин.

Даволаш: 50% ҳолларда ўз-ўзидан тузалиш кузатилади. Биринчи қатор танлов препарати: метронидазол – бир марта 2 г ёки 7 кун давомида кунига 2 марта 400-500 мг дан ичишга, ёки 5 кун давомида 5 г дан интравагинал қўлланилади. Клиндамицин – ҳафта давомида 2 %ли креми 5 г тунга кин ичига ёки 300 мг дан кунига 2 марта ичишга. Жинсий шерикни даволаш шарт эмас.

Кандидоз вагинит

Тери ва шиллик қаватларни зарарлантирувчи замбуруғли яллиғланиш касаллиги. Хавф омиллари: сурункали касалликлар, ўсмалар, кандли диабет, авитаминозлар, кенг таъсир доирали антибиотикларни узоқ вақт қабул қилиш (тери ва қиннинг шиллик қавати меъърий микрофлорасини бузади). Аёлларда ташки жинсий аъзолар кандидози (вульвит) ёки вульвовагинит қўп учрайди. Касаллик ташки жинсий аъзоларда кичишиш, ачишиш, киндан оқ рангли ажралмалар келиши, жинсий алоқа вақтида кучли оғриқлар билан ифодаланади.

Даволаш. Биринчи қатор препарати: миконазол (кин суппозиторийлари) – 3 кун давомида 200 мг дан 1 марта ёки клотримазол (кин

таблеткалари) 100 мг дан кунига 2 марта 3 кун, ёки флуконазол 150 мг ичишга. Юкори самарали воситалар – 14 кун давомида кетоконазол 200 мг дан кунига бир марта қабул қилинади.

Трихомонадали вагинит. Белгилари: киндан кўп миқдорда, очяшил рангли, йирингли, қўланса ҳидли ажралмалар, кин ва вульва шиши ва қизариши. Жинсий шерикларнинг ҳар иккаласи даволанади, метронидазол – бир марта 2 г ичиш ёки 7 кун давомида 500 мгдан кунига 2 марта ичиш, тайинланади.

Бачадон бўйни саратони скрининги

Бачадон бўйни саратони скрининги – саратон профилактикаси бўлиб, бачадон бўйни ҳужайраларининг эрта ўзгаришларини аниқлаш ва даволаш йўли билан амалга оширилади. ПАП-синов (Папаниколау бўйича цитологияга суртма) – бачадон бўйни саратонини олдини олиш учун энг самарали усулдр.

Скрининг ўтказиш бўйича тавсиялар

- аҳолига ахборот бериш ва аёлларни доимий текширувга жалб этиш;

- скрининг ўтказишдан олдин ахборот бериш;
- конфиденциаллик ва анонимликни таъминлаш;
- гигиеник шароитларга риоя қилиш.

ПАП-синов 21 ёшдан бошлаб ҳамма аёлларга ўтказилиши шарт.

Суртмани қачон олган яхшироқ?

- ҳайз тамом бўлгандан 7 кундан кейин, лекин кейинги ҳайз келишидан камида 12 кун олдин;

- синов ўтказишдан олдин 24 соат спермицидлар, даволаш шамчалари ишлатмаслик, жинсий алоқа қилмаслик лозим;

- туғруқдан 3 ойдан сўнг;

- кин инфекциясини даволагандан сўнг, кейинги цикл ўртасида;

- менопаузадаги аёлларга ҳар қандай вақтда.

Скрининг ўтказиш вақти.

Аёл 30 ёшдан катта бўлса – 2-3 йилда бир марта; агар у хавф гуруҳига кирса – ҳар йили; 70 ёшдан катта бўлса ёки тотал гистероэктомия ўтказган бўлса, скрининг ўтказилмайди.

Пап-суртма олиш қондаси

Керакли асбоблар ва материаллар: кин кўзгуси, шпател (ёғочли, пластикли), пахтали шарик, махус чўтка, предмет ойнаси, фиксатор (спирт).

Суртма олиш техникаси. Кўзгуни кинга киритишдан олдин чап қўл бармоқлари билан кичик жинсий лаблар очилади. Кўзгуни ёпиқ ҳолда кин гумбазига киритиб, кейин очилади ва бачадон бўйни кўринади. Қин шиллик кавати ранги, бачадон бўйни ўлчами, шакли, ҳолати, кин даҳлизи, цервикал канал ажралмаларига эътибор берилади. Бачадон бўйни ташки қисмидан Эйр шпатели билан суртма олинади. Шпателнинг узун оёғини бачадон бўйнининг ташки қисмига зич қўйиб, 360 градусга тўлиқ айлантирилади. Цервикал каналдан суртма махус чўткачада олинади: чўткача црвикал каналга шундай киритиладики, ташки бўғиздан чўтка мўйчаларининг сўнгги катори кўриниб туриши керак, эҳтиёткорлик билан 90 градусга айлантирилади. Сўнгра олинган ажралмалар маркировка учун жой белгиланган предмет ойначасига суртилади, кейинги 30 секунд давомида 96% этил спирти ёки махус аэрозоль ёрдамида фиксация

қилинади. ПАП-суртма йўлланмасида Ф.И.Ш., туғилган йили, охириги ҳайз санаси, суртма олинган сана кўрсатилади.

Контрацепция

Гормонал контрацепция турлари:

- комбинацияланган орал контрацептивлар (КОК);
- факат прогестинли таблеткалар (ТПТ);
- факат прогестинли инъекцион контрацептивлар (ТПИК);
- комбинацияланган инъекцион контрацептивлар (КИК);
- тери ости имплантантлари.

Комбинацияланган орал контрацептивлар – самарали ва хавфсиз контрацепция усули. Бу таблеткалар эстроген ва прогестиндан иборат. КОКлар таркиби бўйича моно-, икки- ва уч фазаликларга бўлинади.

Перл индекси – 0,1–0,8 (бир йил давомида контрацептив восита қўллаш вақтида 100 аёлдан канча аёлда қўтилмаган ҳомилдорлик бўлиши), жинсий алоқа вақтида қўшимча чоралар қўлланмайди. КОК қабул қилиш давомида ҳайз кўриш оғриқсиз, қиска, доимий. Аёл узоқ вақт давомида исталмаган ҳомилдорликдан сақланиши мумкин. Таблеткаларни қабул қилиш тўхтатилса, фертилик яна тикланади. Темир танқислиги анемиясини ёки унинг оғир даражага ўтишини олдини олади. Бачадондан ташқари ҳомилдорлик, тухумдон кистаси, тухумдон ва эндометрий саратони, кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, сут безлари ўсмалари, дисменорёя каби патологиялар ривожланишини камайтиради.

Доимий, регуляр ҳайз циклида КОК қабул қилиш ҳайзнинг биринчи 5 кунда бошланади. Бир кути (21 таблетка) ичиб бўлингандан сўнг, 7 кун танаффус қилинади, сўнгра кейинги кутидаги таблеткаларни қабул қилиш бошланади. Агар кутида 28 таблетка бўлса, кейингисини танаффуссиз ичилади.

КОКни болани кўкракдан бокиш тугагандан сўнг, ёки бола 6 ойлик бўлгандан кейин қабул қилиш тавсия этилади. Агар аёл эмизмаса, туғруқдан 3 ҳафта кейин, ҳомила ташлаш ёки абортдан кейин – 7 кун давомида КОК қабул қилишни бошлаш мумкин. Контрацепциянинг бошқа туридан фойдаланишни тўхтатилганда, тезда КОК тавсия этилади.

Қўллаш бўйича тавсиялар: навбатдаги таблетка турли сабабларга кўра ўз вақтида қабул қилинмай қолганда, уни тезда ичиш лозим, кейингисини эса ўз вақтида қабул қилинади. 2 таблеткани ўтказиб юборилганда ҳам худди шундай қилинади. Лекин 2 дан ортиқ таблетка ичилмай қолганда, аёл жинсий алоқадан сақланиши ёки бир ҳафта давомида тўсиқли усуллардан фойдаланиши лозим.

Бачадондан қон кетишида КОКни қуйидаги схема бўйича қўллаш мумкин:

- 1-кун – 1 таблеткадан ҳар 2 соатда, 6 марта;
- 2-кун – 5 табл.;
- 3-кун – 4 табл.;
- 4-кун – 3 табл.;
- 5-кун – 2 табл.;
- 6-кун – 1 табл.

Кейин одатдагича қабул қилинади: *1 табл. кунига 1 марта, доимо куннинг бир вақтида, овқатдан кейин.*

КОК қўллашга қарши кўрсатма: тромбофлебит, бош миё томирлари зарарланиши, митрал стеноз, артериал гипертензия (АҚБ – 160/100 ва ундан юқори), мигрень, кўкрак бези хавфли ўсмаси, жисгар касалликлари, сабаби аниқланмаган қон кетишлар.

Ножўя таъсири: кўнгил айниш, ҳайзлар орасида кон кетиши, бош оғриги, кўкрак безларида оғрик, тана вазни бироз ошиши, аменорея.

УАВ тактикаси: КОК 3 ой давомида қабул қилингандан кейин, аёл қабулга келиши, пайдо бўлган саволларга жавоб олиши, ножўя таъсирлари ва таблеткалар билан таъминланишни муҳокама этиши лозим. Кейин эса, йилда бир марта текширишдан ўтказилади.

Тоза прогестинли контрацептивлар (ТПК) овуляцияни тўхтатади, эндометрий атрофиясини чакиради, цервикал шилликни қуюлтиради, сперматозоидларни бачадонга киришини кийинлаштиради. Қуйидаги турлари бор:

- фақат прогестинли таблеткалар – Мини-пили, Фемулен, Овретт, Микронор, Экслютон, Микролют;
- фақат прогестинли инъекцион контрацептивлар – Депо-Провера (ДМПА), Нористерат, Дориксаз, Мерестрон;
- прогестин-сакловчи имплантантлар – Норплант (6 капсула 5 йилга);
- прогестин- сакловчи БИВ – Лево-Нова (5 йил), Прогестасерт (1 йил), Мирена (5 йил).

Фақат прогестинли таблеткалар сут ишлаб чиқаришга таъсир қилмайди, шу сабабли эмизикли аёлларга тавсия қилинади. Сут безлари ўсмалари, эндометрий ва тухумдон саратони, кичик тос аъзолари яллинганиш касалликларини олдини олади. Қандли диабет, семизлик, артериал гипертония, мигрень, камқонлик, веналар варикоз кенгайишига чалинган, норегуляр, оғрикли ва кўп кон йўқотиладиган ҳайзларда тавсия этилади.

35 ёшдан ошган аёллар ҳайзнинг 1-кунидан бошлаб кунига 1 таблеткадан, доимий, танаффуссиз ичиши мақсадга мувофиқдир. Аборт ёки ҳомила ташлашдан сўнг зудлик билан ёки биринчи 5 кун ичида қабул қилишни бошлаш керак. Эмизикли аёл туғруқдан 6 ҳафтадан, эмизмайдиган аёл эса туғруқдан 3 ҳафтадан сўнг ТПК қабул қилишни бошлаши керак.

Аёл бир ёки бир неча таблетка ичишни унутса, унда конли ажралмалар ёки ҳайз орасида кон кетишлар кузатилади ва ҳомиладор бўлиш хавфи ортади.

Ножўя таъсири: ҳайз орасида кон кетишлар, аменорея, бош оғриги ва сут безларида оғрик.

УАВ тактикаси: ёш аёлларга боласини эмизишдан тўхтатгандан сўнг КОК қабул қилишни тавсия этиш мумкин, чунки у самарали усулдир. 35 ёшдан ошган аёллар ТПК ни ножўя таъсирлари бўлмаса, узоқ ва чегараланмаган вақт давомида қабул қилишлари мумкин.

Тоза прогестинли инъекцион контрацептивлар (ТПК) юқори самарали усул бўлиб (биринчи йил қўлланиши давомида 100 аёлга 0,3 ҳомиладорлик), контрацептив таъсирининг давомийлиги 2-3 ой давом этади. Ҳайз кўришда кон кетишини, оғриқни камайтиради, темир танқислиги камқонлигини олдини олади; бачадондан ташқари ҳомиладорлик, эндометрий саратони, бачадон фибромаси, кўкрак безлари ўсмалари ривожланишининг олдини олади. Узоқ вақт таъсир этувчи, фертилик тикланадиган контрацепцияни хоҳловчи ва таблеткаларни ҳар куни ичишни хохламайдиган аёлларга тавсия этилади.

Ҳайзнинг биринчи 7 кунда, аёл эмизикли бўлса, туғруқдан 6 ҳафтадан сўнг, абортдан сўнг эса зудлик билан бошланади.

Инъекция учун бир марталик шприцдан фойдаланилади ва думбага чуқур юборилади, инъекция қилинган жой уқаланмайди.

Депо-Проверанинг қайта инъекцияси 3 ойдан, Норэстерат – 2

тўсишдан иборатдир. Эркакларда вазэктомия ўтказишда ҳар иккала най боғланади ва сперматозоидлар уруғ суюқлигига тушмайди. Аёлларни стериллашдан кўра, вазэктомия хавфсизроқ ва уни амалга ошириш осонроқ ҳисобланади. ИЖК болалар сони етарли бўлган оилалар, ҳомиладорлик ва контрацепциянинг бошқа турлари учун қарши кўрсатмалари бўлган аёллар учун энг оптимал усулдир.

ИЖК ўтказиш учун аёл ёзма равишда розилик билдириши лозим («Иловалар» бўлимига қаранг). Уни ўтказишдан олдин тўлик тиббий ва ижтимоий анамнез йиғиш, умумий ва гинекологик кўрикдан ўтказиш, қон таҳлили (гемоглобин), қиндан ва бачадон бўйнидан (цитология) олинган суртма таҳлили ўтказилади.

Стерилизацияни туғруқдан кейин 2 кун давомида ёки 7 кун ўтгандан сўнг, ёки 6 ва ундан кўпроқ ҳафтадан кейин ўтказиш мумкин; ҳомиладорликни эрта муддатда юз берган абортдан кейин – дарҳол, ҳомиладорликни кеч муддатда юз берган абортдан 7 кундан сўнг ўтказиш тавсия этилади. Аёл қуйидагиларни билиши лозим: стерилизация аёллар гормони ишлаб чиқарилиши, ҳайз цикли, жинсий фаолиятига таъсир кўрсатмайди.

Вазэктомияни хоҳлаган вақтда ўтказиш мумкин; эркак қуйидаги маълумотни билиши лозим: бу жарроҳлик амалиёти эркаклар жинсий гормонлари ишлаб чиқарилиши, жинсий фаолияти ва жинсий алоқа вақтидаги ҳиссиётларига таъсир қилмайди.

Бу жарроҳлик амалиётлари махсус тайёрланган тиббий ходим томонидан амалга оширилиб, одатда асоратланмайди. Аёлларда инфекция ривожланиши ёки қон кетиши, кам ҳолларда ички аъзолар шикастланиши, анестезия хавфи бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси: Биринчи ташриф жарроҳлик амалиётдан сўнг 7 кун давомида амалга оширилади. Кесилган жойни текшириб, беморни қизиқтирган саволлар муҳокама этилади.

Шошилич контрацепция

Шошилич контрацепция – бу ҳимояланмаган жинсий алоқадан кейинги контрацепциядир, бошқача номи – посткоитал ёки «кейинги тонг контрацепцияси».

Усулни қўллаш учун шошилич ҳолатлар:

- зўрлаб амалга оширилган жинсий алоқа;
- презерватив йиртилганда;
- БИС сурилиб ёки тушиб қолганда;
- аёлда КОК ёки ТПТ тугаб қолганда;
- жинсий алоқада контрацепция усулларидан фойдаланилмаса,

лекин аёл ҳомиладорликдан сақланишни хоҳласа.

1. Ҳимояланмаган жинсий алоқадан кейин 72 соат давомида КОК 4 таблеткаси, яна 12 соатдан сўнг яна 4 таблеткаси қабул қилинади.

2. Ҳимояланмаган жинсий алоқадан кейин 72 соат давомида 1 таблетка ТПТ – Постинор яна 12 соатдан сўнг яна 1 таблеткаси қабул қилинади.

3. Ҳимояланмаган жинсий алоқадан кейин 5 кун давомида БИС қўйиш.

УАВ тактикаси: ҳайзнинг бир ҳафтадан ортиқ кечикиши ёки бошқа белгилар пайдо бўлса, қабулга келишини, доимо контрацепция усулларидан фойдаланишни маслаҳат беради.

Табий контрацепция усуллари.

Лактацион аменорея усули қуйидаги шартлар бажарилганда 98% аёлларда самаралидир: туғруқдан кейин 6 ой давомида болани фақат кўрак сути билан боқилса, қунига 8-12 марта кўракка тутилса, эмизিশлар ораси, шу жумладан тунги эмизিশлар ораси ҳам 6 соатдан ортмаса, ва аменорея давом этса.

Жинсий алоқадан сакланиш даври – бу овуляция вакти аниқланиб, ундан олдин жинсий алоқадан сакланишдир. Самараси паст – ушбу усулдан фойдаланувчи ҳар 100 жуфтликка 1 йилда 10-30 ҳомиладорлик тўғри келади. Жавобгарлик ҳар иккала жинсий шерикда бўлиб, бу усулни қўллаш стресс ҳолатига олиб келиши мумкин. Аёлнинг ҳайзи номунтазам бўлса, бу усулни қўллаш кийин бўлади.

Базал ҳароратни ўлчаш усули ҳар куни эрталаб, аёл уйқудан уйғониши билан ҳароратни ўлчашга асосланган. Ҳайз циклининг 1-фазасида одатда ҳарорат 37°C дан паст бўлиб, овуляциядан кейин $0,2-0,4^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади. Ҳайз циклининг биринчи фазасида, шу билан бирга ҳарорат кўтарилганидан сўнг 3 кунгача жинсий алоқадан сакланиш лозим.

Цервикал шиллик усули овуляцияда шилликни 8-10 см гача чўзилиш симптомига асосланган. Овуляциядан сўнг шиллик чўзилиши камайди. Цервикал шиллик охириги чикишидан 4 кундан сўнг хавфсиз давр бошланади.

Календар усули хавфсиз даврни аниқлаш учун қўлланади; бунинг учун охириги 6 ой ичидаги энг узун ва энг қисқа ҳайз цикли аниқланади. Уруғланиш мумкин бўлган биринчи кун – энг қисқа ҳайз цикли минус 18 кун, уруғланиш мумкин бўлган охириги кун – энг узун ҳайз цикли минус 11 кун.

Симптотермал усул – календарь, цервикал ва ҳарорат усуллари элементларининг йиғиндисидир, бир неча усулдан фойдаланиш овуляция фазасини аниқроқ белгилашга ёрдам беради ва жинсий алоқадан сакланиш кунларини камайтиради.

Сут безлари касалликлари

Сут безлари аёл репродуктив тизимининг бир қисми бўлиб, унинг тўқимаси тухумдон гормонлари, пролактин, плацентар гормонлар ва организмнинг бошқа эндокрин безлари гормонлари билвосита таъсири учун мўлжал ҳисобланади.

Сут безлари касалликларининг УАВ фаолиятида энг кўп учрайдиган белгилари: сут безларида оғриқ ва ўсма, териси рангининг ўзгариши; кўкрак учидан ажралмалар; унинг ичига тортилиши ва деформацияси.

Аёлнинг кўкрагида ўсма аниқланганда, анамнез йиғиш қуйидагича: ёшига эътибор бериш (саратон 30 ёшгача кам учрайди), ўсма аниқланган вақт, ҳайз цикли билан боғлиқлиги, ўсма аниқлангандан бошлаб унинг ўлчамлари ва шаклининг ўзгариши, ҳомиладорлик ва эмизиш, оилавий анамнез, қабул қилаётган дори воситалари (айниқса КОК ва ўрин босувчи гормонотерапия). Кўкрак безлари кўригида, уларнинг ассиметриклиги; кўкрак ва кўкрак учи атрофи рангининг ўзгариши, веноз расмининг кучайишига эътибор бериш лозим.

Пайпаслашни перифериядан марказга томон – тўғри ёзилган қўл билан, бармоқларни букмасдан, олдин – қўлтиқ остини, кейин спиралсимон ҳаракат билан кўкрак учи томонга бажарилади. Аёлга кўкрак безлари УТТ, маммография ва биопсия ўтказиш тавсия этилади.

Ўсма сабаблари: мастопатия, сут бези саратони, фиброаденома, сут йўллари эктазияси, липома, сут бези кистаси ёки абсцесси ва бошқалар.

УАВ тактикаси:

- агар ўсма аниқланса – аёлни тинчлантириш, ўзининг кўкрак безларини ҳар ойда ўзи текширишни ўргатиш керак; кейинги кўрик 6 ҳафтадан сўнг ўтказилади;

- агар атрофдаги тўқималар билан боғлиқ бўлмаган ўсма аниқланса, аёл тор мутахассисга йўналтирилади;

• асимметрик тугунчалар топилганда ҳам тор мутахассисга йўналтирилади, агар аёл 35 ёшдан кичик бўлса, 6 ҳафтадан сўнг қайта кўрик тавсия этилади.

Сут безларида оғрик кузатилса, чуқур анамнез йиғилади ва сут безлари ҳолати худди ўсмалардек текширилади. Оғрик сабаби аниқланади, сут безлари касалликларидаги (сут бези саратони, фиброаденома, сут йўллари эктазияси, липома, сут бези кистаси ёки абсцесси) оғрик бошқа касалликлардаги иррадиацияловчи оғриқдан дифференциал ташхисланади.

УАВ тактикаси:

• оғрик циклик, ҳайз билан боғлиқ бўлса, тугунчалар аниқланмаса, НЯҚВ ёки оддий маҳаллий анестетиклар тавсия этилади;

• оғрик циклик бўлмаса – НЯҚВ тавсия этилади;

• оғрик қамаймаса – тор мутахассисга йўналтирилади.

Тугрук ёшидаги аёлларда баъзан кўкрак учидан ажралмалар кузатилади. Бундай ҳолатда шикоятлари аниқланади, анамнез йиғилади ва дифференциал ташхислаш ўтказилади. Ажралмалар сабаби: физиологик (хомиладорлик), сут йўллари эктазияси, сут йўллари папилломаси, сут бези саратони. Ажралмалар геморрагик ёки кон аралашган характерда бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси:

• ажралма тиник рангли, кон аралашмаган бўлса, унинг сабаби дори воситалари бўлиши мумкин;

• аёл 50 ёшдан катта ёки кичик бўлса, лекин унда иккала сут йўлидан геморрагик ажралмалар аниқланса – тор мутахассисга йўналтирилади;

• ажралмалар катта миқдорда бўлса – тор мутахассисга йўналтирилади.

Кўкрак учи экземасида сут бези саратони инкор этилади ва тор мутахассисга йўналтирилади.

Сут безларнинг яхши сифатли ўсма касалликлари

Сут бези дисплазияси ёки мастопатия – сут безларнинг энг кўп яхши сифатли ўсма касаллигидир. Мастопатия ёки сут безининг фиброз-кистозли касаллиги тугунчали ва диффуз шаклларда бўлади. Ўсмалар характерига кўра фиброз ёки безсимон бўлади.

Фиброаденома ўзига хос клиник кўринишга эга бўлиб, пайпаслаганда чегараланган, юмалок ёки ярим сферик шаклли, эластик консистенцияли, сут безининг юкори қисмида жойлашган, диаметри 5 см атрофидаги тугунчалар аниқланади. Фиброаденомалар кўпроқ 20-40 ёшли аёлларда учраб, жарроҳлик амалиётини талаб этади. Етилмаган фиброаденомалар жинсий етилиш давридаги ёш кизларда учрайди, доимий ҳайз бошланганда ҳеч қандай давосиз ўтиб кетади.

Сут безлари аденомаси кўпинча кизлар ва ёш аёлларда учрайди (15-20 ёш), аниқ чегараланган ўсма, тери билан боғланмаган, юмшак эластик консистенцияли. Аденомани даволаш – безни секторал резекцияси.

Сут безлари кистаси локал фиброаденоматознинг кўринишларидан биридир. Деярли барча кисталар силлик деворли камера бўлиб, ичи тўқ рангли тўқима суюқлигига тўлган, консистенцияси таранглашган, тери билан боғланмаган бўлади. Кисталар инфекция билан зарарланганда яллигланиш ва юзадаги тери кизариши мумкин.

Сут йўллари папилломаси – фиброаденоматознинг кўринишларидан биридир. Бу касаллик учун кўкрак учидан сариқ рангдаги

тиник ёки қонли ажралмалар келиши хосдир. Даволаш жаррохлик йўли билан: папилломали соҳа кесиб олиб ташланади.

Мастит

Сут безларининг яллиғланиши, одатда тугрукдан 2-3 ҳафтадан сўнг ривожланади.

Ташҳислаш. Аниқ чегараланган, одатда конус шаклли қаттиқлик пайпасланади. Тана ҳарорати – 39°C дан юкори, кўкрак безлари шишган, отрикли, териси қизарган. Касаллик сабаби кенгайган сут йўллари, кўкрак учи ёриқлари орқали сут беzi тўқимасига инфекция кириши ва яллиғланиш чақирисиدير. Даволанмаса, сут беzi абсцесси ривожланиши мумкин.

УАВ тактикаси. Иситмада – зудлик билан антибиотиклар қабул қилиш (цефалоспоринлар 1-авлод, макролидлар): цефалексин ёки эритромицин – 500 мг кунига 3 марта.

Иситма ва сут беzi абсцесси бўлмаса – кўкракни бўшатиш йўли билан даволанади: лактостазда кўкракдан сутни соғиб ташлаш. Кўкракни иссиқ тутиш. Болани эмизишни зарарланган кўкракдан бошлашни тавсия этиш. Аёл сут сўргичидан фойдаланиши мумкин. Аёлга, иситма кўтарилганда врачга мурожаат қилиш шартлигини тушунтириш шарт.

Абсцесда – жаррох маслаҳати, абсцессни кесиш ва дренажлаш тавсия этилади. Йиринг ажралиши тўхташига қадар, болани эмизиш мумкин эмас.

Сут беzi саратони скрининги

Сут беzi саратони – энг кўп учрайдиган хавфли ўсма, айниқса 55-60 ёшли аёлларда кўп аниқланади.

Охирги 10 йилда сут беzi саратони билан касалланиш кўпайди: ҳар 9 та аёлдан биттасида учрайди. Саратоннинг энг кўп жойлашиши – сут безининг юкори-ташки квадранти.

Сут беzi саратонини эрта аниқлаш скрининг ўтказишнинг асосий мақсади бўлиб, ушбу касалликдан келиб чиқувчи ўлимни камайтиради.

Хавф омиллари: аёлда менопаузани 50 ёшдан кейин бўлиши; аёл тугмаган ёки биринчи туғрук 30 дан катта ёшда (3 марта кўпроқ касалланади); онасида ёки опасида (2 марта кўп) ёки ҳар иккаласида (6 марта кўп) сут беzi саратони ёки фиброз-кистозли мастопатия (3-5 марта кўп) бўлганини кўрсатувчи оилавий анамнез.

Скрининг

Кўкрак беzi саратонини аниқлашнинг энг ишончли усули – маммография. Уни 40 ёшдан катталарда 2 йилда 1 марта ва 50 ёшдан катталарда 1 йилда 1 марта ўтказиш керак. Безларда чегараси аниқ бўлмаган, қаттиқ тугунчалар топилса, зудлик билан ташҳислаш лозим (пункцион биопсия цитологик таҳлил билан, биопсия гистологик таҳлил билан).

Белгилари. Харакати чекланган, устидаги териси озгина тортилган қаттиқ ҳосила аниқланади. Касалликнинг кечки босқичларида – кўкрак учининг ичига тортилиши, терининг инфильтрацияси ва яраланиши, ўсма жойлашган зонада шиш кўринади. Шишли-инфильтратив турида сут безининг кучли ифодаланган шиш ва инфильтрация хисобига катталашиши кузатилади, бунда тери қалинлашган ва қизарган. Педжет саратони кўкрак учи ёнидаги сут йўллари эпителийсидан бошланиб, секин ривожланади. Олдин кўкрак учи қалинлашиши, ичкарига тортилиши ва яраланиши кузатилиб, кейин эса сут беziда қаттиқ ҳосила пайдо бўлади.

Анамнез йиғишда менархе (биринчи ҳайз кўриш ёши) ёшига ва ҳайз цикли хусусиятларига, жинсий ҳаёт, хомиладорлик ва болани эмизишлар, контрацепция усуллари, кўкракда косметик мақсадда ўтказилган жарроҳлик амалиётлари, тўқима биопсияси ёки киста олиш, оилавий анамнез кабиларга алоҳида эътибор бериллади.

Кўкрак безлари кўриги улар симметриклиги, ўлчами, шакли, тери ҳолати ва рангини (кызариш, қаттиқлик, лимон пўстига ўхшаш, чандик) аниқланади. Оғрикли соҳалар ва уларнинг жойлашиши (диффуз, ўчоқли). Кўкрак учи ва ареола ҳолати (кўкрак учи ичкарига тортилган, ареола соҳасида – кызариш, шиш). Кўкрак учидан ажралмалар (сутли, сероз, жигарранг, яшил-кулранг, тиник, қон аралаш, қонли). Лимфатик тугунлар ўмов усти, қўлттик остида пайпасланади.

Бепуштлиқ

Асосий ҳолатлар

Бепушт никоҳ деб, 1 йил давомида контрацептивларсиз доимий жинсий алоқа натижасида хомиладорлик бўлмаган ҳолларда айтилади. 15% оилавий жуфтликлар ушбу муаммога дуч келадилар.

Аёлларда бепуштлиқ сабаби

Овуляциянинг бузилиши (30%):

– поликистоз тухумдонлар; тана вазни ўзгаришлари билан боғлиқ ановуляция;

– гипогонадотроп гипогонадизм: Колмен синдроми; идиопатик; тана вазни ўзгаришлари билан боғлиқ;

– гиперпролактинемия: пролактинома, дори воситали (психофармакологик);

– гипотиреоз;

– тухумдонларни вақтидан илгари бўшашиши: Тернер синдроми; фолликулестимулловчи гормонга рецепторлар етишмовчилиги; аутоиммун полигландуляр синдром; бошқа генетик хусусиятли сабаблар: аутоиммун генез; галактоземия; нурли ёки кимёвий терапия.

Эндометриоз (20%)

Бачадон найлари дисфункцияси (15%) яллиғланиш жараёни, қорин бўшлиғида жарроҳлик амалиёти, эктопик хомиладорлик, жарроҳлик стерилизациясидан сўнг ривожланади.

• *Бачадонга боғлиқ сабаблар:* бачадон туғма аномалиялари, ўсмалар, полиплар, бачадон ичи синехийлари (Ашерман синдроми).

• *Жинсий ҳаёт муаммолари:* вагинизм, жинсий алоқа бир ҳафтада 1 мартадан кам.

Эркакларда бепуштлиқ сабаби

Сперма пайдо бўлиши ва чиқарилишининг бузилиши (30-40%). Крипторхизмда мойяларни кеч жойига тушириш (4 ёшдан кейин), орхит, варикоцеле, гипогонадотроп гипогонадизм, гиперпролактинемия. Кляйнфельтер синдроми, 47, ХУУ, 46, ХХ кариотибли эркаклар ва бошқа хромосомали аномалиялар. Сперматогенезни тўхташи, муковисцидоз, мойя саратони, химиотерапия, спиртли ичимликлар кўп ичиш, сперматозоидлар аномалияси, ретроград эякуляция, уруғ чиқарув йўли обструкцияси, тизимли касалликлар, эректил импотенция, сперма сифатсизлиги, дори воситалари, психосексуал бузилишлар, иммун бепуштлиқ (аёлларда сперматозоидлар антигенига антигеначалар бўлиши).

УАВ тактикаси

Бола кўришдан маҳрумлик – оила учун қаттиқ бахтсизликдир, шунинг учун врач томонидан қўллаб-қувватланишни талаб этади. Маслаҳатга эр-хотин биргадликда таклиф этилади.

Аёлдан анамнез йиғиши: ҳайз цикли, олдинги ҳомиладорликлар, илгари фойдаланган контрацепция усуллари, инфекция, жарроҳлик амалиёти (гинекологик ва бошқалар), жинсий ҳаёт анамнези.

Эркаклардан анамнез йиғиши: мойяларни ёрғоққа тушиш вақти, пубертат даврда жинсий ривожланиш, паротит ва бошқа инфекциялар, жинсий аъзолар шикастланиши, пестицидлар ва бошқа кимёвий моддалар таъсири, нурланиш, наркотиклар, алкоголь, эрекция, эякуляция.

Текширув: тизимли ҳолатда, УАВ эр-хотинни бирламчи текширувдан ўтказиб, кейин тор мутахассисга йўллаши мумкин. Аёлларни текшириш: гинекологик, УТТ, прогестеронни 21-кунда, пролактин ва ТТГ қонда концентрацияси, гистеросальпингография.

Ихтисослашган муассасада: қонда гормонлар концентрацияси, фолликула ривожланишининг назорати, УТТ, гистероскопия, зарур ҳолда – лапароскопия, эндометрий ва тухумдонлар биопсияси, хромосомали таҳлил, генетик синовлар.

Эркакларни текшириш: андрологик кўрик, сперма таҳлили.

Ихтисослашган муассасада: уруғ суюқлиги таҳлили, гормонлар концентрацияси (гонадотропинлар, тестостерон, пролактин, ТТГ, калконсимон без гормонлари), мойялар ва простата бези УТТ, хромосомали таҳлил, мойя биопсияси.

Даволаш – ихтисослашган муассасада. Даволаш вақтида УАВ мутахассислар билан бирга фаолият кўрсатади. Даволаш самараси – 60%.

- ановуляцияда – овуляцияни стимуловчи гонадотроп гормон препаратлари;

- эндометриозда – консерватив ёки жарроҳлик йўли билан даволаш;

- антиспермал антиганачалар аниқланганда – кортикостероидлар;

- сперманинг бошқа патологиялари, бачадон найлари ўтказувчанлигини ифодаланган бузилишида ва жарроҳлик амалиёти самарасизлигида – экстракорпорал уруғлантириш;

- сабаби ноаниқ бўлган бепуштлиқ – гаметаларни (тухум хужайра ва сперматозоидлар) бачадон найига кўчириб ўтказиш – самараси 30%.

Даволаш самарасизлигида эр-хотинга руҳий кризисдан чиқишга ёрдам бериш. Кейинроқ эса бола асраб олиш мумкинлигини айтиш.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J.irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.

2. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л., «Клинические рекомендации для практикующих врачей», М.:ГЭОТАР-МЕД 2002 й. 1242 бет.

3. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н.Денисов тахрири остида. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 1146 бет.

4. Дж.Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.

5. «Общая Врачебная Практика по Джону Нобелю». М., «Практика» нашриёт уйи. 2005 й. 1760 бет.

6. «Общая врачебная практика». Ф.Г.Назирова тахрири остида. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.

7. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва бошқалар. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.

8. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима. М.: ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

9. «Наглядные акушерство и гинекология». Эррол Р. Норвиту хаммуаллифлари билан, 2006 й.

17-БЎЛИМ. ПЕДИАТРИЯ

Умумий тамойиллар ва парваришlash хусусиятлари	65
Боланинг ўсиш ва ривожланиш мониторинги	71
Овқатланиш	75
Профилактик эмлаш	77
Янги туғилган чақалоқ ва гўдакларнинг кичик муаммолари	81
Янги туғилган чақалоқнинг физиологик давридаги кўринишлар	81
Янги туғилган чақалоқлар сариклиги	83
Янги туғилган чақалоқларнинг патологик ҳолатлари	84
Тугруқ жароҳатлари	84
Янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги	85
Тугруқ асфиксияси	86
Чала туғилганлик	87
Туғма патологиялар	88
Бемор болани парваришlash	90
Болалар касалликларини интеграцияlashган усулда олиб бориш (БКИУОБ)	90
1 ҳафталикдан 2 ойликкача бўлган бемор гўдакнинг аҳволини баҳолаш ва таснифлаш	91
2 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг аҳволини баҳолаш ва таснифлаш	92
Иситма	93
Фебрил тиришиш	94
Болалар эпилепсияси	95
Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш	96
Овқатланишнинг бузилиши	97
Болалар семизлиги	98
Микроэлементлар ва витаминлар етишмовчилиги	99
Рахит	99
Спазмофилия	100
Ошқозон-ичак тизимининг кенг тарқалган патологик ҳолатлари	102
Гастро-эзофагеал рефлюкс касаллиги	102
Диарея	102
Таъсирланган ичак синдроми	106
Целиакция	106
Ошқозон – ичак тизимининг туғма нуқсонлари	106
Гиршпрунг касаллиги	106
Пилоростеноз	107
Нафас йўлларидаги кенг тарқалган муаммолари	107
Ўткир бронхит	107
Бронхиолит	107
Зотилжам	108
Болалардаги бронхиал астма	109
Болалардаги ЛОР аъзолари муаммолари	112
Ларингитлар	112
Ўткир эпиглотит	112
Болалардаги ўрта кулоқ ўткир отити	113
Болалар инфекциялари	115
Сув чечак	115
Қизамиқ	115
Қизилча	116
Эпидемик паротит	116
Кўкйўтал	117
Паразитар инвазиялар ва гельминтозлар	117
Лямблиоз	117

Энтеробиоз	117
Аскаридоз	118
Сийдик чиқарув йўллари касалликлари	118
Болалар энурези	119
Тери касалликлари	120
Бичилишлар	121
Импетиго	121
Ортопедик муаммолар	122
Болаларда бўғимлар ва боғламлар шикастланиши	122
Ясси товонлик	122
Сон суягининг туғма чиқиши	122
Артритлар	123
Болалар шикастланиши ва бахтсиз ходисалар профилактикаси	124
Гўдакликдаги тўсатдан ўлим синдроми	125
Болалар хулқ-атворининг ўзгариши	126
Ирсий касалликлар	129
Болаларга шафқатсиз муносабат	130
Фойдаланилган адабиётлар	131

БТСЁ буғимида кўрсатилаётган тиббий ёрдам, ўсмир ва болаларнинг саломатлигини яхшилаш имконини туғдириши исботланган: постнатал ўлим кўрсаткичи бирламчи тиббий ёрдам тизими ривожланган давлатларда анча кам.

Ўзбекистон аҳолисининг 41,3% ни болалар ва ўсмирлар ташкил этади. Охириги йилларда педиатрик ёрдам кўрсатишда УАВ нинг роли сезиларли ошди. УАВ фаолиятининг катта қисмини педиатрик ёрдам эгаллайди. Барча умумий мурожаатларнинг 40%ни 15 ёшгача бўлган болалар ташкил этади, улардан 4 ёшгача бўлган болалар кўпроқ мурожаат этади. Педиатрик ёрдам: профилактика (соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, эмлаш, овқатланиш тавсиялари ва хавфсизликни таъминлаш), даволаш (УАВ даражасида) ва реабилитацияни ўз ичига олади.

Умумий тамойиллар ва парваришlash хусусиятлари

Туғруқхонада болаларда фенилкетонурия (ФКУ) ва туғма гипотиреоз скрининги ўтказилади.

Гўдак патронажи

Гўдак туғилгандан сўнг биринчи соатларида неонатолог кўрик ўтказилади. Туғруқхонадан чиққандан кейин 3 кун ичида биринчи патронаж ўтказилади. УАВ неонатолог кўриги билан танишиб, В гепатитга қарши ва БЦЖ вакцинасини олганини № 112 шаклга белгилаб қўяди. Кейин – 21-кунда (чала туғилган болаларни – 1 ойгача ҳар ҳафта), кейинчалик – 12 ойликкача ҳар ойда 1 марта ва 3 ёшгача – ҳар кварталда кўрилади.

Ота-оналар билан суҳбат: онани қизиқтирган ва болага тегишли саволларини муҳокама қилинг, хомиладорлик ва туғруқ даври хақида сўранг.

Гўдакни текшириш. УАВ болани қуйида келтирилган кетма-кетлик бўйича текширади.

Янги туғилган чақалоқни текшириш

Умумий кўрик

Туғруқ муддатига нисбатан вазни. Оқимтир, сариклик ёки цианоз. Синдромлар бўлиши – белгилар гуруҳи ёки алоҳида Даун синдроми ва Тернер синдроми белгилари. Териси – туғма холлар (доғлар), меконий қолдиқлари, травматик цианоз, тошмалар, лануго ёки вақтидан ўтиб туғилишнинг бошқа белгилари.

Бош ва юз

Бошнинг айланаси. Кефалогематома. Катта лиқилдоқ – ўлчами ва кучайиши. Кўкрак-ўмров мушагининг шишиши. Қулоқ супрасининг қўшимчаси. Птоз. Кагаракта. Қизил дермографизм. Субконъюнктивал қон қуйилиши. Лаб тиртиқлиги. Поттер юзи. Бўри танглайи (юқори танглайнинг очиклиги, оғиз бурун йўлларида бўшлиқ орқали бириккан).

Қўллар

Қўл ва бармоқлар пропорционаллиги. Меъерий ҳаракатлар. Бармоқлар орасида пардалар бўлиши. Кафт ичи бурмалари. Бармоқлар сони. Қўшимча бармоқлар. Бармоқлар йўқлиги. Эрб фалажи. Шишлар.

Кўкрак қафаси

Қийшайиши. Кўкрак қафасининг кенгайиши. Нафас сони (меъёрда – 1 дақиқада 60 тадан кам). Нафас олиш ва чиқаришдаги қўшимча нафас шовқинлари.

Юрак-қон томир тизими

Пульс (сон ва билак артериясида). Юрак тонлари. Юрак шовкинлари.

Қорин бўшлиғи

Киндик инфекцияси. Киндик чурраси. Жигар (ҳар доим пайпасланади). Буйрақлар (пастки қисми пайпасланади). Талок пайпасланмайди.

Жинсий аъзолари

Ўғил болалар: жинсий аъзо ўлчами ва шакли, уретранинг ҳолати. Тухумлар – мойка тушмаган ёки ривожланмаган, чурра ёки гидроцели борлиги.

Қиз болалар: катта клитор. Қиндан қон келиши. Қин орқа бурмасининг чети.

Оёқлар

Сон артериясидаги пульс. Пропорционалиги. Маймоқлик. Тос-сон бўғими дисплазияси.

Марказий асаб тизими

Боланинг хулқ-атвори. Йиғлоқлик. Моро рефлексининг симметриклиги. Тана қисмлари ҳаракати бир хиллиги.

Елка

Умуртка чуқурлашиши. Spina bifida (ривожланмаган умуртка). Сколиоз.

Оғиз бўшлиғи

Танглай тешиги (бўри танглай). Сўлак окшининг кўпайиши (қизилўнғач атрезияси билан боғлиқ бўлиши мумкин). Эпштейн маржонлари.

Шартсиз рефлекслар бошини ва елкаларини 15 см баландга кўтаради. Елгага энгил тегилганда бошини кўтаради. Бунга жавобан – қўлларини кўкракка йиғиб олади ва тезда симметрик ёзади (бу ҳолат 6 ойдан кейин ўтиб кетади).

Маслаҳат бериш

- ФКУ ва гипотериоз касалликларига текширилганлигини аниқлаштиринг, витамин А ичирилганлигини билинг.

- Меконийнинг ва сийдикни биринчи 24 соат ичида ажралишига эътибор беринг: меконийнинг келмаслиги муковисцидоз ёки Гиршпрунг касаллигидан дарак беради. Агарда сийдик ажралиши камрок ва бола қулоқлари пастроқ жойлашган бўлса Поттер синдромини кидиринг, сийдик қопи пайпасланмаслиги бунинг тасдиғидир.

- Болада уйку ва кўкрак сути билан боқиш муаммолари борлигини она билан муҳокама қилинг, парваришlash бўйича тавсиялар беринг.

6 ойгача болалар кўриги ва парваришlash**1 ойлик**

Онадан сурштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Бола кўриги

Вазни, бўйи (17.1-жадвал) ва бош айланаси, дисморфизм белгилари, юрак аускультацияси; қизил дермографизм, тос-сон бўғим дисплазияси борлиги, тухумнинг мойка тушмаганлиги (крипторхизм).

Боланинг ўсиши ва ривожланиши*Мотор ривожланиши (17.2-жадвал)*

- Бошини тутиши: Ётган ҳолдаги болани эҳтиёткорлик билан кўтариб ўтирган ҳолатга келтириш – бунда бола бошини эгилган ҳолатда тутати, 6 ҳафтага келиб – бошини тўғри тутиб олади.

- Рефлекс Моро (туғилгандан)

- Бола юзини пастга қаратиб, горизонтал ётқизинг. Бош танага нисбатан бир чизикда ёки бир оз кўтарилган, оёқлари ёзилган (10 ойликда йўқолади).

• Болани юзи билан текис жойга ётқазинг – бола бошини шу захоти кўтариши керак.

Кўришни текшириши

• Бола юзига эътибор беринг, у асосан юқорига қарайди. Онадан сўранг, кўкрак билан эмизилганда бола қаерга қарайди.

• Болани орқаси билан ётқазинг ва бошини ён томонга қаратинг. Бола юзи олдида рангли буюмни (25 см ўлчамли) бир томондан иккинчи томонга ҳаракатлантинг – бола буюм ҳаракатини кўз билан кузатиши ва бошини бир оз (90° гача) буриши керак. Агарда бола кўзи 6 ҳафтадан кейин бир томондан иккинчи томонга айланиб юрса, уйқудан турганда ёки кулганда бу ҳолат кузатилса – кўз муаммоси борлигига гумон қилинг.

Эшитишни ва нутқни текширинг (туғилгандан)

• Шақилдоқни бола кўрмаса, кулоқдан 15 см узоқликда шақиллатинг: бола тинчланиши керак ёки шақилдоқ томонга ўтирилиши керак. Агарда ўзгариш сезилмаса, бу синамани 2 ҳафтадан кейин яна такрорланг, манфий натижа бўлса, болани мутахассисга юборинг.

• Боланинг ёнида қарсақ чалинг – бола эътибор бериши керак. Ота-онадан сўранг, бола уйдаги шовкинларга эътибор берадими.

Хулқ-атвори

Кулади (10 ҳафтагача, ўртача – 5 ҳафтагача). Она юзига караш учун ўтирилади (туғилгандан).

Безовталаниш белгилари

Нигоҳи йўқлиги ва буюмларни кузатмаслиги, шовкинларга эътиборсизлиги, шартсиз рефлекслар ассиметриклиги, бола кулмаслиги.

Маслаҳат бериш

Она билан эмлаш, кўкрак сути афзалликлари тўғрисида, болани исиб кетмаслиги, қуйишлар, боланинг уйқудаги ҳолати, ота-она хонада чекишининг зарари, касаллик белгилари ва қандай чора кўриш кераклиги каби мавзуларда суҳбат ўтказинг.

2 ойлик

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи ва бош айланаси. Шартсиз рефлекслар (17.2-жадвал). Психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг.

Боланинг ўсиш ва ривожланиши

Мотор ривожланиши (17.2-жадвал)

Нигоҳини узоқ вақт катталар юзига ёки қимирламайдиган буюмга қаратиб туради. Қоринда ётиб бошини кўтаради ва бир муддат тутиб туради. Алоҳида товушлар чиқара бошлайди.

Хулқ-атвори

Кулади (10 ҳафтагача, ўртача – 5 ҳафтагача). Бошини ён томонга буриб товуш кидиради.

Безовталаниш белгилари

Нигоҳ йўқлиги ва буюмларни кузатмаслиги, шовкинларга эътиборсизлиги, шартсиз рефлекслар ассиметриклиги, бола кулмаслиги.

Маслаҳат бериш

Она билан эмлаш, кўкрак сути афзалликлари тўғрисида, болани исиб кетмаслиги, қуйишлар, уйқудаги боланинг ҳолати, хонада ота-она чекишининг зарари, касаллик белгилари ва қандай чора кўриш кераклиги каби мавзуларда суҳбат ўтказинг.

3 ойлик

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи ва бош айланаси. Шартсиз рефлекслар (17.2-жадвал). Психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг.

Мотор ривожланиши

Бола вертикал ҳолатда нигоҳини узоқ вақт катталар юзига ёки ўйинчокка қаратиб туради. Болага гапирганда у эътиборини қаратади. Бир муддат қоринда ёта олади, елкаларини тираб бошини юқори кўтаради. Қўлтик остидан кўтарилганда оёқларини ерга тирайди. Бошини вертикал ҳолатда тутиб туради (катталар қўлида).

Маслаҳат бериш

• Онадан боланинг ривожланиши, хулқи, уйқуси, кўриш ва эши-тишини сўраб билинг.

• Ота-оналарни хавотирга солувчи саволларни муҳокама қилинг.

• Болани овқатлантиришда ва касалликлар олдини олиш ҳақидаги саволларни муҳокама қилинг.

• Бола билан мулоқотда бўлишни ва ўйинлар ўйнашни тушунтиринг.

• Бахтсиз ҳодисалар олдини олиш қондаларини муҳокама қилинг – боланинг йиқилиши, захарланиши, куйиши.

4 ойлик

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи ва бош айланаси. Шартсиз рефлекслар (17.2-жадвал). Психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг

Мотор ривожланиши

Яқин қариндошларини таний олади, позитив эмоция билан жавоб беради (кулади). Келаётган товушларни кўзи билан қидиради. Осилиб турган ўйинчокларни олади ва узоқ кузатади. Товушлар чиқаришни бошлайди. Қўллари билан она кўкрагини ушлаб туради. Жойида айлана олади.

Маслаҳат бериш

• Онадан боланинг ривожланиши, хулқи, уйқуси, кўриш ва эши-тишини сўраб билинг.

• Ота-оналарни хавотирга солувчи саволларни муҳокама қилинг.

• Болани овқатлантиришда ва касалликлар олдини олиш ҳақидаги саволларни муҳокама қилинг.

• Бола билан мулоқотда бўлишни ва ўйинлар ўйнашни тушунтиринг.

• Бахтсиз ҳодисалар олдини олиш қондаларини муҳокама қилинг – боланинг йиқилиши, захарланиши, куйиши.

5 ойлик

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи ва бош айланаси. Шартсиз рефлекслар (17.2-жадвал). Психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг.

Мотор ривожланиши

Яқин қариндошларини таний олади, позитив эмоция билан жавоб беради (кулади). Келаётган товушларни кўзи билан қидиради. Осилиб турган ўйинчокларни олади ва узоқ кузатади. Товушлар чиқаришни бошлайди. Қўллари билан она кўкрагини ушлаб туради. Жойида айлана олади.

Маслаҳат бериш

• Онадан боланинг ривожланиши, хулқи, уйқуси, кўриш ва эши-тишини сўраб билинг.

- Ота-оналарни хавотирга солувчи саволларни муҳокама қилинг.
 - Болани овқатлантиришда ва касалликни олдини олиш ҳақидаги саволларни муҳокама қилинг.
 - Бола билан мулоқотда бўлишни ва ўйинлар ўйнашни тушунтиринг.
 - Бахтсиз ҳодисалар олдини олиш қоидаларини муҳокама қилинг
- боланинг йиқилиши, захарланиши, куйиши.

6 ойдан 1 ёшгача болалар кўриги ва парвариши

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Боланинг вазни, бўйи ва бош айланаси. Дисморфизм белгилари. Юрак ва ўпка аускультацияси. Тос-сон бўғим дисплазияси борлигини ва боланинг юришини текширинг. Крипторхизм. Гилайлик. Бошқа болалар билан мулоқоти.

Психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг.

Маслаҳат бериш

• Онадан боланинг ривожланиши, хулқи, уйқуси, кўриш ва эшитишини сўраб билинг.

• Ота-оналарни хавотирга солувчи саволларни муҳокама қилинг.

• Болани овқатлантиришда ва касалликлар олдини олиш ҳақидаги саволларни муҳокама қилинг.

• Бола билан мулоқотда бўлишни ва ўйинлар ўйнашни тушунтиринг.

• Бахтсиз ҳодисалар олдини олиш қоидаларини муҳокама қилинг

– боланинг йиқилиши, захарланиши, куйиши.

1-2 ёшгача болалар кўриги ва парвариши

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи. Юриш қобилияти. Юрак ва ўпка аускультацияси. Крипторхизм ва психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал)

Эмлаш ўтказинг.

Маслаҳат бериш:

Боланинг ривожланиши, унинг хулқи, уйқуси, кўриш ва эшитиши, нутқ ривожланиши, бошқа болалар билан сўзлашиши, травматизм профилактикаси тўғрисида суҳбатлашинг.

2-5 ёшгача болалар кўриги ва парвариши

Онадан суриштиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи. Юриш қобилияти. Юрак ва ўпка аускультацияси. Крипторхизм ва психомотор ривожланишини текширинг (17.3-жадвал).

Эмлаш ўтказинг.

Маслаҳат бериш:

Боланинг ривожланиши, унинг хулқи, уйқуси, кўриш ва эшитиши, нутқ ривожланиши, бошқа болалар билан гаплашиши, травматизм профилактикаси тўғрисида суҳбат қилинг.

• Тошларни парваришлаш қоидаларини тушунтиринг (стоматолог кўриги 2-4-ёшда), гигиеник кўникмаларни билиши.

Хавотирлантирувчи белгилар

Оддий сўзлар туза олмаслиги (3-4 ёшда). Гапни тушунмаслиги (3-4 ёшда). Ноаниқ гапириш. Ҳарфларни тўлиқ талаффуз қилолмаслиги.

5-6 ёшгача болалар кўриги ва парвариши

Онадан суршитиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи. Юрак ва ўпка аускультацияси. Кўз ўткирлиги ва бинокуляр кўриш. Психомотор ривожланиши (17.3-жадвал).

Маслахат бериш:

- Боланинг ривожланиши, хулқи, уйқуси, бошқа болалар билан гаплашиши.

- Тишларни парваришlash, гигиена, травматизм профилактикаси бўйича тавсиялар беринг.

Хавотирлантирувчи белгилар: эътиборсизлик, гиперактивлик синдроми, нутқнинг бузилиши.

7 ёшли болалар кўриги ва парвариши

Онадан суршитиринг. Бола тўғрисида онасини нималар безовта қилаётганлигини билинг.

Боланинг кўриги

Вазни, бўйи. Юрак ва ўпка аускультацияси. Кўз ўткирлиги ва бинокуляр кўриш. Психомотор ривожланиши (17.3-жадвал).

Маслахат бериш:

- Боланинг ривожланиши, унинг хулқи, уйқуси, бошқа болалар билан гаплашиши.

- Тишларни парваришlash, гигиена, травматизм профилактикаси бўйича тавсиялар беринг.

Хавотирлантирувчи белгилар: юриш ҳаракатининг бузилиши. Мактабдаги дезадаптация – хулқ-атворини бузилиши ва ёзув нутқи шаклланиши нуқсони.

Ўсмир болаларни олиб бориш хусусиятлари

Ўсмир ва онадан суршитириш. Уларнинг безовталигини билиш: уйқуси, хулқ-атвори, бошқалар билан мулоқот қилишнинг қийинлиги.

Кўрик

Вазни, бўйи. Юрак, ўпка аускультацияси. Иккиламчи жинсий аъзо белгилари ривожланганлигини текшириш.

Маслахат бериш

- Чекиш, алкоғолизм ва наркоманиянинг зарари, профилактикаси, контрацепция ҳақида.

Хавотирлантирувчи белгилар: жисмоний ва жинсий ривожланишнинг бузилиши, кутилмаган хулқ-атвор, қаттиққўллик, агрессия.

Болани парваришlash ва тарбияlash тўғрисида йўриқнома

- Бола биринчи икки йилликда акли тез ривожланади, шунинг учун кичик болаларни ўйинлар, бошқа болалар билан қизиқтириш керак, фаол ўзгаришлар, товушларни эшитиш, буюмларни ушлаб кўриш ва буюмлар номини ўргатиш лозим.

- Кундалик тартибга риоя қилиш (овқатланиш режими, уйқу, гигиенага риоя қилиш ва бошқалар) болада одобли хулқ-атвор ва хотиржамликни ривожлантиради.

- Болани мулоқот қилишга ўргатиш, бола билан сўзлашиш уни тинглаш ва у билан ўйнаш.

- Болалар учун ўйин – бу уларнинг ишидир. Ўйин орқали бола ўз қобилиятини ривожлантиради ва муаммоларини ечишни ўрганади, бунинг учун ҳаракат қилади, кузатади ва керакли вазиятда қайтаради.

- Ўйинчоқларнинг замонавийлиги бола ривожланиши учун муҳим эмас. Болани ривожлантирувчи ўйинчоқларни уй шароитида ясаш мумкин.

- Касалликлар боланинг нормал ўсиши ва ривожланишига таъсир этади. Бунинг олдини олиш мақсадида, «Болаларни тўғри овқатлантириш ва парваришlash қўлланмаси» га хос ўз вақтида болани эмлаш ва тўғри овқатлантириш лозим. Иложи борича касалланган болани врачга кўрсатиш керак.

- Агарда ҳамма оила аъзолари бола тарбияси билан шугулланса, қайғурса, у билан мулоқотда бўлса ва ўйинлар ўйнаса, бола кўп нарса тез ўрганади.

Болани жисмоний зарар ва эмоционал қайғуришдан сақласа (зўрлашдан ёки кучли нафратдан), кўникмаларни ўрганиши ва ривожлантиши, руҳий соғлиғини сақлашига ишончи ошиши осон бўлади.

Боланинг ўсиш ва ривожланиш мониторинги

Боланинг жисмоний ёшига мос ривожланишини махсус график ёрдамида баҳоланади. *(Илова бўлимида 1 иловага қаранг: «5 ёшгача болаларнинг ўсиши ва ривожланишини баҳолаш графиклари»).*

Қўйидаги кўрсаткичларни ҳисоблаш: ёшига нисбатан узунлиги/бўйи; ёшига нисбатан вазни; узунлиги/бўйига нисбатан вазни; ёшига нисбатан ТВИ. Боланинг жисмоний ривожланиши тўғрисида тўлиқ маълумот олиш учун, бу кўрсаткичларни бир неча ўлчов кетма-кетлиги бўлиши керак, юқорида кўрсатилгани каби ўтказилган вақти, диаграмма тузиш.

Бўй эгрилик ўлчами интерпретацияси

- Бўй графикадаги '0' рақами билан белгиланган чизик, медиана (ўрта чизиги) ҳисобланади, бу ўртача кўрсаткичга эга. Бошқа чизиклар Z-кўрсаткичли чизиклар дейилади, бу ўртача кўрсаткичли масофани билдиради. Нуқта ёки тенденция, медианадан узокрокда бўлса, масалан '3' ёки 'манфий 3', бу бўй ўсишида муаммолар борлигидан далолат беради.

- Меъёрида ўсаётган болада бўй чизиги тахминан медианага параллель жойлашади. Чизик юқори ёки пастда ҳам жойлашиши мумкин.

- Ҳар қандай тенденциядаги кескин ўзгариш (боланинг бўйи чизигини меъёрдан юқорига ёки пастга ўзгаришига олиб келади) сабабларини ўрганиш ва уларни бартараф этиш.

- Ясси горизонтал чизик боланинг ўсмаётганини билдиради. Бу ҳолат стагнация деб аталади ва буни ўрганиб чиқиш керак.

- Z-кўрсаткичли чизикни кесиб ўтган бўй чизиги хавф борлигини билдиради. Врач ўзгариш тенденцияси бошланиш нуктасига асосланиб (медианага нисбатан) ва ўзгариш темпини ўрганиб чиқиб, хавфни тасдиқлаши мумкин.

Бўй ва ривожланиш муаммоларини график асосида аниқлаш

Ҳар бир бўй чизиги олдида эгриликлар бор, улар бўй муаммоларини билдиради, графикда нуқта билан белгиланган, Z-кўрсаткичли чизикдан юқорида ёки пастда жойлашган:

- Манфий 2 ва манфий 3 қийматидаги чизиклар орасидаги жойлашган нуқта, «манфий 2дан пастда» деб аниқланади.

- 2 ва 3 қийматидаги чизиклар орасидаги жойлашган нуқта, «2дан юқори» деб аниқланади.

Нукталар жойлашувига қараб муаммолар аниқланади:

- Паст бўйли ёки жуда паст бўйли.
- Пасайган (етарли бўлмаган) ёки жуда кам тана вазни.
- Овқатда оксил-энергетик стишмовчилик (ООЭЕ)/озгинлик, ООЭЕ/озгинлик оғир даражаси.

- Ортикча вазн хавфи, ортикча вазн, семизлик.

Бўй ва ривожланиш муаммоларини бўй графика (чизиги) асосида аниқлаш

Медианадан Z-кўрсаткичли масофа	Бўй кўрсаткичлари			
	Ёшига нисбатан тана (бўй) узунлиги	Ёшга нисбатан вазни	Тана (бўйи) узунлигига нисбатан вазн	Ёшга нисбатан ТВИ
Юқори 3 га	Изох, 1-бандга каранг	Изох, 2-бандга каранг	Семизлик	Семизлик
Юқори 2 га			Ортиқча вазн	Ортиқча вазн
Юқори 1 га			Ортиқча вазн хавфи («Изох», 3-бандга каранг)	Ортиқча вазн хавфи («Изох», 3-бандга каранг)
0 (медиана)	Меъёрида	Меъёрида	Меъёрида	Меъёрида
Паст 1 га	Паст бўйли хавф	Камвазнлик хавфи	ООЭЕ/ озгинлик хавфи	ООЭЕ/ озгинлик хавфи
Паст 2 га	Паст бўйли («Изох», 4-бандга каранг)	Камвазнлик	ООЭЕ/ озгинлик ўртача даражаси	ООЭЕ/ озгинлик ўртача даражаси
Паст 3 га	Жуда паст бўйли («Изох», 4-бандга каранг)	Жуда камвазнлик	ООЭЕ/ озгинлик оғир даражаси	ООЭЕ/ озгинлик оғир даражаси

Изох:

1. Бу диапазонда турган бола жуда узун бўйга эга. Узун бўйлик кам ҳолларда муаммолар келтириб чиқаради, агарда унда эндокринологик бузилишлар бўлмаса (ўсма, бўй ўстирувчи гормон таъсири), шунингдек ота-оналар нормал бўйли бўлса, бола ўзининг ёшига нисбатан узундир.

2. Боланинг ёшига нисбатан вазни шу диапазонга тўғри келса, муаммо борлигини билдиради, бу ҳақда вазн тана узунлиги/бўйи кўрсаткичига ёки ёшига нисбатан ТВИ асосланган.

3. Агар белгиланган нуқта 1 чизигидан юқори жойлашса, хавф борлигидан дарак беради. 2 z-кўрсаткичли чизигининг ёнга кетиши аниқ хавф борлигини билдиради.

4. Боланинг бўйи паст ёки жуда паст бўйли бўлса, ортиқча вазнли бўлиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқлардаги асосий шартсиз рефлекслари

Рефлекс	Тарифлаш	Ёши, ойи.
Бабкин қафт-оғиз рефлекси	Қафтга бармоқ теккизилса, оғзини очиши (баъзан кўзларини кетиши, оёқларни ёзилиши)	3 ойгача

Эшерих оғиз (хартум) рефлекси	Юқориги ва пастки лабларини босган-да лабларини чўзиши	1 ойгача
Сўриш рефлекси	Оғиз атрофи ва лаблар силанса, лаб ва тилнинг ритмик ҳаракати.	2 ойгача
Куссмаул кидириш рефлекси	Юз ёноғи ва оғиз бурчаги силанса, бошини буриши ва лабларини олдинга чўзиши	2-4 ойгача
Спинал автоматизмлар		
Химоя рефлекси	Қоринга ётқизилганда бошини шу томонга буриши (2-3 ойдан кейин – қўлига тиралиши)	2 ойгача
Таянч ва кадам рефлекси	Олдинга энгаштирилганда оёқларини тўғрилайди ва уларга таянади, кадам ҳаракатини қилади (3 ойдан кейин – туриш)	3 ойгача
Робинсон ва Верком тутиб олиш рефлекси	Кафтга қўйилган нарсани беихтиёр ушлаб олади. Товонни юзаси силаб қўрилганда оёқ бармоқларини букади.	3 ойгача
Бауэр эмаклаш рефлекси	Қорин билан ётганда товон юзасини кафт билан босилса эмаклашга ҳаракат қилади.	1-4 ойгача
Моро ҳаракат бошлаш (старт) рефлекси	Баланд товушга (бола устида қарсақ чалинганда) қўлини ёзиши ва бармоқларни букиши (ўз танасини кучоклашиши), сон устига уриб қўрилганда оёқларини ёзиши.	4 ойгача

17.3-жадвал

БОЛАНИНГ НОРМАЛ ПСИХОМОТОР РИВОЖЛАНИШИ (0-7 ЁШ)

Ёши, ой	Моторикаси	Нозик ҳаракатлар	Атроф-муҳит билан мулоқоти	Нутқ
1	Қорнида ётганда иягини кўгаради		Ҳаракатланаётган буюмни кузатиши	Эшитиши, кулиши
2	Қоринда ётиб бошини тутиб туради	Қўлларини бирга ушлайди	Нигохини фиксациялайди, товуш томон қарайди	Товушни эшитади, кулади, товуш чиқаради
3	Қорнида ётиб тирсагига тиралади, ағдарилади	Қўлларини спонтан ёзади, ўйинчоқларни ушлаб олади	Мулоқотни қўллайди, мусиқа эшитади, кулади	Кулади, товуш чиқаради

6	Ёрдамсиз бир неча вақт ўтиради	Ўйинчоқка интилади ва қўлдан-қўлга олади	Онасини танийди, бегоналардан қўрқади ва ўйин ўйнайди	Кўп мураккаб товушлар чиқаради
9	Ўрнидан туради, таянади	Майда буюмларни иккита бармоғи билан олади	Катталар билан ўйнайди ва қўлини силкитиб хайрлашади. Пиёлада суюқлик ичади	Товушларни қайтаради (ойи, амаки)
12	Қўлидан ушласа, юришга ҳаракат қилади	«Мумкин эмас» дейилган буюмни олмайди	Бақиради ва сўралганларни бажаради (бер, олиб кел)	2-3 та ахамиятгли қисқа сўзлар гапиреди
18	Ёрдам билан зинадан юради	Қошиқ билан овқатланади, тушунарсиз чизади	Катталар ҳаракатини қайтаради	Аниқ 6 та сўз гапиреди
24	Коптоқни оёғи билан тепади, югуради	6 та кубик ёрдамида «уй» қуради, гоҳ ўнг, гоҳ чап қўли билан ҳаракат қилади	Бошқалар билан ўйнайди, тугмаларини ечади, кийингиришда ўзига ёрдам беради	2-3 сўздан иборат жумлаларни гапиреди
30	Зинадан оёқларини қўйиб юради	9 та кубик ёрдамида уй қуради	Ўйинчоқларини йиғиштиради	Ўзини «мен» деб чақиради, тўлик исмини билади
36	Бир оёқда туради, 3 гилдиракли велосипедда юради	Айлана чизиши мумкин	Қўлларини ювади, ҳожатга боради. Тугмаларини такади	Шеърлар билади, 3 тагача буюмларни санайди. 4 та рангни ажратади.
48	Бир оёқда сакрайди	Кубиклар ёрдамида модел қуради	Болалар билан ўйинлар ўйнайди	Воқеаларни гапириб беради. Ўз исмини айтади
60	Арконда сакрайди, икки гилдиракли велосипедни минади	Учбурчак чизади	Оёқ кийим ипини боғлайди. Мустақил кийинади	10 гача ва ундан кўп санайди. Сўзларни боғлаб гапиреди

6-7 ёш	Қаторда турганда тез ҳаракат қилиб жойини ўзгартиради, теннис ўйнайди, конкида учиш ҳаракатларини тезлик билан бажаради	Қийин геометрик фигураларни айтади, тугмача тикади, расм чизишда рангларни тўғри танлай олади	Гуруҳли ўйинларни хоҳлайди. Одамларни кўринишига қараб таҳлил қилади. Ўзининг ва бошқаларнинг ҳаракати учун қайғуради.	Кўшув ва айирув каби оддий мисолларни ечади. Сўз бойлиги кенг. Бўғимли ўқийди. Тескарисига 10 дан санаб беради.
-----------	---	---	--	---

Бола ривожланиши меъёрдан орқада қолса, чуқур текширувлар ўтказиш керак ва эътиборни кўникмалар ривожланишига қаратиш керак.

Овқатланиш

Табий овқатлантириш

Кўкрак сути ўзида бола учун зарур озиклантирувчи моддаларни барчасини оптимал миқдорда, инфекцияга қарши муҳим омиллар (IgA, лизоцим, лактоферрин, макрофаглар) ва микроорганизмларга қарши антитаначалар сақлайди.

6 ойгача фақат кўкрак сути билан боқиш – бола учун энг яхши озиклантиришдир.

Кўкрак сути билан боқишнинг афзалликлари:

- Ичак ва респиратор инфекциялари билан касалланишдан сақлайди.

- Семизлик хавфини камайтиради.

- Она ва бола ўртасида ҳиссий боғлиқликни таъминлайди.

- Она сути шишачадан боқишдан кўра арзон ва қулай.

- Аёлни кўкрак беzi саратонидан сақлайди.

- Онанинг 6 ойгача бевакт ҳомиладорликдан сақлайди.

Боланинг кўкракка тўғри тутишнинг 4 асосий жиҳатлари

1. Чақолокнинг боши ва танаси бир тўғри чизикда туриши керак.

2. Чақолокнинг юзи кўкракка қараган, бурни эса кўкрак учи сатҳида жойлашган бўлиши керак.

3. Чақолокни она танасига яқинроқ тутиш лозим.

4. Агар чақолоқ янги туғилган пайти бўлса, унинг фақат боши ва елкасини эмас, балки бутун танасини тутиб туриш лозим.

Кўкрак билан боқишнинг 4 муҳим тамойиллари

Кўкрак сути билан боқиш қуйидаги ҳолларда муваффақиятли кечади:

1. Она ўзини яхши ҳис қилса.

2. Боланинг самарали эмишига шароит яратиш учун, кўкракка тўғри қўйилиши таъминланса.

3. Бола талабига кўра эмизилса.

4. Атрофдаги шарт-шароит эмиши учун ёрдам берса.

Эмиши техникаси. Кўкракка болани эрта тутиш (биринчи 2 соатда) физиологик ҳисобланади. Бола талабига кўра, кунига 6-8 марта эмизилади. Кўкракнинг тез-тез бўшатилиши сут беzi фаолиятини фаоллаштиради. 1-2 ҳафта давомида ҳар сафар иккала кўкракдан ҳам эмишиш лозим, лактация тикланиб олгандан сўнг эса, иккала кўкракдан навбатма-навбат эмизилади. Қолган сут соғиб ташланади. Сутни етарлиги боланинг қониқишидан, хотиржам уйқусидан (2-4 соат) ва вазн-

ни адекват ортишидан билинади. Тез-тез тарозида тортиб кўриш керак эмас, бу онани хавотирланишига ва лактация камайишига олиб келади.

Бола иккала кўкракни эмгандан кейин ҳам безовта бўлса, 2 соатдан кам ухласа ва вазни ортмаса, назорат тарозисида тортиш керак.

ЖССТ кўкрак сути билан боқишга 6 ойгача ҳеч қандай қўшимча қўшмасликни (куёш нурининг етишмаслигида D витамини ва иссик мавсумда сувдан ташқари) тавсия этади.

Кўкрак сутини шишачага соғиб олиш

Она бир оз вақт йўқ бўлса, у ўз сутини стерил шишачага соғиб кетиши (мослама ёки қўл билан) ва бирон кимса болани шишачадан овқатлантириши мумкин. Кўкрак сути музлатилиши ва лозим бўлганда эритилиши мумкин. Шишача стерил ва сутни сувли баняда илтиш керак.

Онага лактация тиклангунча бундай қилиш мақсадга мувофиқ эмаслигини тушунтиринг.

Сунъий овқатлантириш

Агарда кўкрак сути билан боқишни сақлаб қолиш имкони бўлмаса (онада ОИВ, силнинг фаол шакли), сутли аралашмалардан фойдаланиш мумкин. Сутни она сутига яқин, таркиби темир ва витаминларга бой аралашмадан тайёрлаш керак. Ота-онага болага фақат санонат корхоналарида ишлаб чиқарилган, мослаштирилган аралашмалар беришни тавсия қилинг. Шишачалар тоза ювилган бўлиши шарт ва 6 ойгача шишачаларни стериллаш лозим. 9 ойгача болаларга мослаштирилмаган сигир сути тавсия этилмайди, чунки яхши ҳазм бўлмайди ва ичак фаолияти бузилишига олиб келади.

Қўшимча овқат

6 ойдан қўшимча овқат бериш мумкин, уни бошида бир марта ва кейинчалик кўпроқ марта эмизиш ўрнига берилади.

Қўшимча овқат сабзавотлар бўтқасидан бошланади (120-140 гр. 3-4 мл ўсимлик ёғи билан), шу билан бирга шарбатлар ва мева бўтқалари берилади. Иккинчи қўшимча овқат – қайнатилган сабзавотлар бўтқаси – биринчи қўшимча овқатдан 2-4 ҳафтадан кейин берилади, бунга 3 гр. ўсимлик ёғи ёки сарёғ қўшилади, умумий овқат ҳажми кунига 200 граммга етказилади. 7-8 ойларида сабзавотли шўрва, гўштли шоре (25-50 мл дан), бир ёшга яқин – қайнатилган балиқ берилади.

Овқат аллергияси. Кўп ҳолларда аллергия кенг тарқалган икки маҳсулотда – сигир сути ва ёрмалардаги глютен сабабли учрайди. Бундай ҳолларда маҳсус тайёр лактоза, сут оксиди ва ёки глютен сақламайдиган овқатлардан фойдаланилади.

Атопик дерматит ва целиакия пайдо бўлмаслиги учун 1 ёшгача бўлган болаларга сигир сути, бугдой, сули, арпадан қилинган овқатлар берилмайди. Шунинг учун эмизикли болага сут, катикни (аллергияси бор болаларга творог ҳам) 9-12 ойликгача, алергик хавф камайгунгача бермаслик керак. Бола ҳаётининг 1-йили охирида печенье, нон (10-20 гр кунига), манна ёки сули бўтқаси (глютен сақловчи) берилади – бу энтероколит хавфини камайтиради.

6 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларга тавсия қилинадиган қўшимча озик-овқат маҳсулотлари

Кўкрак сути бола учун асосий озикланиш манбаи бўлишни давом этади. Бола ёшига мос кўкрак сути билан боқишни сақлаш, боланинг касалланиши ва ўлим хавфини камайтиради. Болага энергияни асосий озик-овқат маҳсулотлари беради. Уларга дуккакдилар (гуруч, бугдой, маккажўхори, тарик), илдиз мевалилар (картошка, сабзи) ва мевалар (олма, банан) қиради. Бундан ташқари бошқа озик-овқат маҳсулотлари ҳам муҳимдир.

- чорвачилик махсулотлари: жигар, гўшт, товук, балик, тухум;
- сут махсулотлари: пишлок, йогурт, катик, кефир, творог (9 ойгача бўлган кўкрак сути билан бокилмайдиган болаларга мослаштирилган сут ва сут махсулотлари, 9 ойдан кейин – сигир сути берилади);
- кўкатлар ва сарик рангдаги сабзавотлар: (карам, картошка, сабзи, ковок, шолғом);
- мевалар: олма, шафтоли, ўрик, банан, апелсин;
- дуккаклинлар: ловия, мош, нўхат;
- ёғлар ўсимлик ёғи ва сариёғ.

Профилактик эмлаш

Ўзбекистонда миллий профилактик эмлаш таквими (3-жадвал) юқумли касалликлар иммунопрофилактикасини ташкил қилиш ва амалга ошириш, қондалар ва нормативлар билан регламентланган – «СанПиН № 0239-07 06.11.07 й.»дан, қўшимча (1) 09.02.09 й. «Пентовалент вакцинаси билан профилактик эмлашни таквимга киритиш тўғрисида».

17.4-жадвал

Профилактик эмлаш таквими

Ёши	Вакцина номи
1 кун	ВГВ-1
2–5 кун	БЦЖ-1, ОПВ-0
2 ой	АКДС-1 +ВГВ-2+ ХИБ-1, ОПВ-1
3 ой	АКДС-2 +ВГВ-3+ ХИБ-2, ОПВ-2
4 ой	АКДС-3+ ВГВ-4+ ХИБ-3, ОПВ-3
12 ой	КПК-1
16 ой	АКДС-4, ОПВ-4
6 ёш	КПК-2
7 ёш	АДС-М-5, ОПВ-5, БЦЖ-2
14–15 ёш	БЦЖ-3
16 ёш	АДС-М-6

Изох: ХИБ-Хемофилюс инфлюэнза Б тури (Н1b)

Эмлашга қарши кўрсатмалар 17.5-жадвалда келтирилган. Тиббий ходим томонидан ўткир касалликларни инкор этиш учун кўрик ва термометрия ўтказилгандан сўнг эмлашга рухсат этилади. Эмлашдан олдин қон, сийдик, иммунологик текширувлар талаб қилинмайди. Эмлашдан бош тортиш ота-оналар имзоси ёки иккита тиббий ходим имзоси билан тасдиқланади.

17.5-жадвал

Профилактик эмлашни ўтказишдаги тиббий қарши кўрсатмалар рўйхати

Вакцина	Қарши кўрсатмалар
Ҳамма вакциналар	Кучли реакция ёки илгариги вакцина асорати
Ҳамма тирик вакциналар	Иммунтанқислик ҳолати (бирламчи) Иммуносупрессия; хавфли касалликлар Ҳомиладорлик

БЦЖ	Бола туғилгандаги вазни 2000 г дан кам Келлоидли чандик
АКДС	Асаб тизимининг кучайиб борувчи касалликлари Анамнезида афебрил тиришишлар
Қизамик, паротит, қизилчага қарши тирик вакциналар, аралашган ди- ва три-вакциналар (қизамик-паротит, қизамик-қизилча- паротит)	Аминоглицозидлардан кейинги оғир турли аллергия реакция Қизамик ва паротит вакцинаси (асосан, чет элники, товуқ эмбрионида тайёрланган); товуқ тухуми оксиглига анафилактик реакция бериши.
Гепатит В га қарши вакцина	Қандолатчилик ачитқисига аллергия реакция
ХИБ	ВГВ ва АКДС га тегишли ҳамма қарши кўрсатмалар

Изоҳ: Ўткир инфекция ва ноинфекцион касалликлар, сурункали касаллик ўткирланиши эмлашни ўтказишга вақтинчалик қарши кўрсатма бўлади. Тузалиб, 2-4 ҳафтадан кейин, реконвалесценция ёки ремиссия давларида режали равишда эмлаш ўтказилади. Оғир бўлмаган ЎРИ, ўткир ичак ва бошқа касалликларда, тана ҳарорати меъёрлашиши билан эмлаш ўтказилади.

Ўткир ва сурункали касалликлар кўзғалишида режали эмлашни чеклаш, унинг хавфлиликдан эмас, балки касалликлар асоратлари фонида эмлаш оғир ўтмаслиги учун чекловдир. Эпидкўрсатмаларга асосан, шунингдек қочоқлар, ва мигрантларни ҳам оғир бўлмаган УРК да, УИИ сида 380 гача иситма кўтарилганда ҳам эмланади. Эмлаш учун тайёргарлик керак эмас, балки бор касалликларни даволаш эмлашга вақтинча қарши кўрсатма бўлиши мумкин. Эмлаш олдида «Соғлиқни яхшилаш», «гемоглобин кўрсаткичини кўтариш», адаптогенлар, витаминлар бериш ва бошқа шу каби чоралар (эмлашга тайёргарлик) ўтказиш самараси исботланмаган; шунинг учун, керак бўлса, улар эмлашдан кейин ўтказилиши мумкин.

Ёлгон қарши кўрсатмалар – эмлашга қарши асосланмаган тиббий чекловга куйидаги ташхислар киради: перинагал энцефалопатия (ПЭП) ва бошқа стабил ёки тузалаётган неврологик ҳолатлар, астма, экзема, камқонлик, юрак туғма нуқсонлари, тимуснинг катталашуви, узок вақт антибиотик, стероидлар билан даволаниш ва бошқалар. Шунингдек, сепсис, гемолитик сариклик, зотилҷам ўтказган болалар, оливий анамнезида тутқаноқ касали борлар, тўсатдан болалар ўлими синдроми, эмлашга кучли реакция кузатирилганлиги тиббий чекловга асос бўлолмайди. Бундай тиббий чекловлар врачнинг бола учун қайгуришини эмас, балки унинг билими етарли эмаслигини билдиради.

Эмлашни ҳамкорликда бажариш. Ҳамма боланинг ёшига мос бўлган вакциналар, ҳаммасини бир вақтда олиши мумкин (м/о – тананинг ҳар хил жойига). БЦЖ, шприц ва игналар контаминация бўлмадлиги учун, бошқа эмлашларга нисбатан алоҳида хонада, бошқа эмлашлардан олдин ёки кейин қилинади.

Оптимал интервал инактивлашган вакциналарнинг дозаси ва орал полиомиелит вакцинаси (ОПВ) қилиниш ораси тахминан 1-2 ойни ташкил қилади, эмлашлар орасидаги интервални иложи борица

чўзмаслик керак, бу иммун қават сусайишига олиб келади. Бир ёки бир нечта доза ўтказиб юборилганда, узилишни таквим интервали асосида давом эттирилади. Тирик вакциналарни ҳар хил интервал билан инактивлашган вакциналардан кейин қилиш мумкин, инактивлашган вакциналарни 1 ойдан кам бўлмаган муддатда – тирик вакциналардан кейин қилиш ҳам мумкин.

Алоҳида гуруҳ болалари учун вакцинация. Аллергияси бор болаларни касалликнинг ремиссия даврида (тўлиқ ёки қисман) эмлаш мумкин, керак бўлса антигистамин воситаларни эмлашдан 1-2 кун олдин ва 3-5 кун эмлашдан кейин бериш мумкин. Стероидлар ингалицияси ва малҳамлари эмлашга таъсир кўрсатмайди. Эмлаш олдидан бронхиял астмаси бор болалар β-агонистли базис давосини 1/3 дозага кўпайтириш мумкин. Асаб тизими патологияси бор болаларда, касаллик зўрайишини истисно этгандан кейин режа асосида, яъни олаётган дорилар фонида эмланади. Фебрил тиришиши бор болаларга, АКДС дан кейин 1-2-кунлар ва тирик вакциналардан кейин – 5-кундан парацетамол бериледи. Иммунтанқислик ҳолатида инактивлашган вакциналар хавфсиз, тирик вакциналар 3 ойдан кўп вақт ўтгандан сўнг қилинади. Кортикостероидлар маҳаллий ва тизимли қўлланилганда ушлаб турувчи дозаларининг вакцинацияга қарши кўрсатма бўлмайди; даволаш курси 2 ҳафтадан кам бўлса, эмлаш даводан кейин ўтказилади, 2 ҳафтадан кўп даволаниш зарур бўлса (преднизолон 2 мг/кг/сут) – 1 ойдан кейин эмланади. Қон, зардоб (10-20 мл/кг) қуйиш, иммуноглобулин юбориш (1-2 доза) тирик вакциналар учун 3-6 ойга, т/и иммуноглобулини – 6-12 ойга чеклов талаб қилади. Тирик вакцинадан кейин 2 ҳафтагача кон препаратлари юборилмайди, агар бу зарур бўлса – унда эмлашни юқорида кўрсатилган муддатда қилинади.

Эмлаш реакцияси – эмлашга кўрсатилган кўрсатмадаги қўтилган ҳолатлар: тана ҳароратини кўтарилиши (баъзида фебрил тиришиш билан) ва қўтилмаган маҳаллий реакциялар бўлиши. Кам ҳолларда оғрик реакцияси бўлади (АКДС дан кейин қаттиқ қичкириш), аллергияси бор болаларда – терида ўзгаришлар (кўп ҳолларда озик-овқат натижасида) кузатилади. АКДС дан кейин тана ҳарорати кўтарилишини олдини олиш мақсадида, эмлашнинг 1-2 кунлари парацетамол бериш тавсия этилади.

Эмлаш асоратлари кам учрайди, эмлашдан кейинга даврда пайдо бўлган кўп касалликлар эмлашга боғлиқ эмас (17.6-жадвал). Эмлаш асоратлари кам ҳолларда вакцинанинг сифати ва эмлаш техникасининг бузилиши натижасида юзага келади; ҳар бир болада индивидуал кечиши, қўтилмаган реакциялар бериши мумкин (17.7-жадвал). Вакцинани юбориш техникасига риоя қилинмаганда ва қарши кўрсатмаларни инобатга олмаганда пайдо бўлган асоратлар учун врач жавобгардир.

Даволаш. Анафилактик шокда ва коллаптоид реакцияларда шокка қарши тўплам қўлланилади (эмлаш ўтказилаётганда тўплам бўлиши шарт): шошилишч адреналин гидрохлориди (0,1%) ёки норадреналин гидротартрати (0,2%) тери остига ёки мушак орасига 0,01 мл/кг (норадреналин 0,01 мг/кг) бирламчи дозада қилинади, максимал – 0,3 мл, керак бўлса қайта, 20 дақиқадан сўнг, бемор оғир ҳолатдан чиқишига қадар қилинади. Вакцина тери остига қилинган бўлса, абсорбцияни камайитириш учун адреналиннинг иккинчи дозаси вакцина қилинган жойга юборилади; эмлаш мушак орасига қилинганда адреналинни бу жойга юборилмайди (мушак

кон томирларини кенгайтиради), имкон бўлса жгут қўйилади. Адреналин самарасиз бўлганда, томир ичига 10-20 мл физиологик эритма юборилади. Н1 – ва Н2 – блокаторлар (димедрол ёки пиполфен циметидин билан 15-30 мг/кг/сут), бронхоспазмда – зуфиллин 2,4% 4 мг/кг қўллаш мақсадга мувофиқдир, болани ёнбош қилиб О2 берилади, тери остига кофеин 10% 1-1,5 мл юборилади, кристаллоидлар эритмалари инфузия қилинади. Нафас олиш бузилганда – ЎСВ ўтказилади. Стероидлар адреналин ўрнини босмайди, лекин кейинги белгиларни камайтиради; преднизолон 1-2 мг/кг/сут юборилади.

Энцефалик реакцияларда қайта тиришиш кузатилса, м/о диазепам 0,05 мг/кг, магний сульфати 0,2 мл/кг юборилади.

Аллергик реакциялар антигистамин воситалар билан даволанади.

17.6-жадвал

Эмлашдан кейинги даврда рўйхатга олинанидиган ноҳуш ҳолатлар

Реакция	Ҳолатлар
Маҳаллий	<ul style="list-style-type: none"> • Эмлаш жойида абсцесс: бактериал, стерил • Лимфаденит, йирингли • Оғир маҳаллий реакция: бўғимдан ташқари шиш, 3 кундан кўп оғриқ ва кизариш ёки госпитализация қилиш зарурияти
МАТ томонидан ноҳуя белгилар	<ul style="list-style-type: none"> • Ўткир ланж фалаж: ҳамма ўткир ланж фалажлар, яъни вакцина ассоцирланган полиомиелит (ВАП), полирадикулонейропатия – Гийен-Барр синдроми (юз нервнинг изоляцияланган фалажидан ташқари) • Энцефалопатия: тиришишлар, 6 соатдан кўп вақт давомида ҳушнинг бузилиши билан кечади ва/ёки бир ва ундан кўп кунгача ҳулқ-атвор ўзгариши кузатилади. • Энцефалит, эмлашдан кейин 1-4 ҳафта ичида пайдо бўлади: белгилари худди энцефалопатия сингари ва оркамия суюқлиги плеоцитози ва/ёки вирус ажралиши • Менингит • Тиришишлар: ўчоқли белгиларсиз – фебрил ва афебрил
Бошқа ноҳуя белгилар	<ul style="list-style-type: none"> • Аллергик реакциялар: анафилактик шок, анафилактик реакция (ларингоспазм, ангионевротик шишлар, эшакеми), терида тошма. • Артралгиялар: персистирланган, транзитор • Ялли БЦЖ-инфекция • Иситмалаш: енгил (38,5°C гача), оғир (40°C гача) ва гиперпирексия (40°C дан юкори) • Коллапс: тўсатдан оқариш, мушак атонияси, 1-чи кун ҳушини йўқотиш • Остеит/остеомиелит: БЦЖ дан кейин 6-16 ой ўтиб • Узок, 3 соатдан кўп вақтгача йиғлаш/кичқириш • Қонда қўзғатувчисининг ажралиши билан кузатилгани сепсис • Токсик шок синдроми: бир неча соатдан кейин ривожланади, 24-48 соатдан кейин ўлим кузатилади • Эмлашдан кейин 4 ҳафта ичида бошқа жиддий ва хос бўлмаган бузилишлар, шу жумладан, бошқа сабабларсиз ўлим ҳодисаси кузатилади.

БЦЖ ўрнида абсцесс ривожланса, шу жой аспирация қилинади, 10%-ли фтивазид малҳами қўйилади; лимфаденит ривожланса – изониазид (10 мг/кг/сут) берилади ва бир курс даво ўтказилади.

Эмлаш асоратлари

Асоратлар	Вакцина	Муддат *
Анафилактик шок	АКДС, АДС, ЖКВ, ВГВ, ОПВ	4 соат
Коллапс ҳолати (мушак тонусининг пасайиши, тери ранги оқариши, хушни йўқотиш ёки уйқучанлик, юрак-кон томир ёки нафас етишмовчилиги)	АКДС	3 кун
Энцефалопатия (МАТ функциясининг бузилиши, бош ичи босимининг ошиши, 6 соатдан кўп вақт давомида хушнинг бузилиши, тиришиш, ЭЭГ – секин тўлқинлар)	АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 кун 5-15 кун
Резидуал тиришиш ҳолати (39°C дан паст ҳароратда тиришиш эпизоди, агар улар эмлашгача кузатилмаган бўлса ва эмлашдан кейин 1 йил давомида тақрорланса)	АКДС, АДС, ЖКВ, ЖПВ	3 кун 5-15 кун
Тромбоцитопеник пурпура	ЖКВ, кизилча, КПК	7-30 кун
Сурункали артрит кизилча,	КПК	42 кун
Елка неврити	АС, АДС, АДС-М	2-28 дни
Паралитик полиомиелит вакцина ассоцирланган полиомиелит – Соғлом эмланганда – Иммунотанкисликда эмланган – Контактдаги шахсда	ОПВ	30 кун 6 ой хоҳлаган вақт

* Шу давр ичида асоратлар пайдо бўлса, эмлашдан кейинги асоратлар деб ҳисоблаш керак.

Янги туғилган чақалоқ ва гўдакларнинг кичик муаммолари

Янги туғилган чақалоқнинг физиологик давридаги кўринишлар

Миля – ёғ беги ажралиш йўлининг бекилиши натижасида, бурун усти ва пешонада оқ тошмалар пайдо бўлиши. Миляни сиқиш мумкин эмас, инфекцияланади. Улар 2-ойнинг охирларида ўтиб кетади.

Транзитор гипотермия – гўдак тез совуқ қотиши ёки исиб кетиши натижасида юзага келади. Бу чақалоқдаги терморегуляция тизимининг тўлиқ ривожланмаганлигини билдиради. Гўдакни жуда иссиқ кийинтириш керак эмас: тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилганда ҳам гўдак терламайди. Агарда шу ҳолат кузатилса, тезда болани счинтиринг ва кўкракка тутинг.

Тана вазнини йўқотиш. Меконий (биринчи нажас) ва сийдикни ажралиши ва биринчи кунлари она сутининг кам ажралиши тана вазни йўқолишига олиб келади. Туғилгандан кейин биринчи 3-4 кунлар бола

вазни камаяди. Меъёрда умумий вазни 10% гача йўқотиши мумкин, кўп йўқотилса врачлар ёрдами талаб этилади. Онда сут пайдо бўлмаган бўлса ҳам, вазн йўқотишни камайтириш учун, болани кўпроқ кўкракка тутиш керак, чунки оғиз сутида кўп фойдали моддалар бор. Бола ҳаётининг 10 кунларига келиб, туғилганидаги вазни тиклана бошлайди.

Жинсий криз. Туғруқ вақтида она организмидан кўп миқдорда гормонлар ажралиб, бола организмга ўтади. Жинсий криз кўкрак безларининг қатталашиши, ўғил болаларда ташки жинсий аъзолари шиши, қизларда қиндан қонли ажралма келиши, қатта ва кичик уятли лаблар орасида оқимтир қараш бўлиши билан кузатилади.

Янги туғилган чақалоклар нажасининг хусусияти. Чақалок ҳаётининг 2 кун меконий – биринчи ахлат, қорамтир рангда, зич консистентли бўлиб ажралади. 3–4 кунлари нажас суюқлашади, шилликли ва кўкимтир бўлади – бу ўтиб кетувчи кўринишдир. Ҳаётининг 1 ҳафтаси охирида нажас меърлашади: сарғимтир рангли ва бўтқасимон консистенцияли бўлади.

Янги туғилган чақалоклар сийдигининг хусусиятлари. Чақалок ҳаётининг биринчи кунлари кам сийдик ажратади, 3–4 кунларга келиб сийдик ажралиши кўпаяди ва яққол тиник бўлиб, тагликда оч кизғиш рангли доғ қолдиради. Бу эса, бола сийдиги билан сийдик кислотга тузлари ҳам ажралаётганини билдиради. Ҳаётининг 1 ҳафтаси охирида сийдик доимий рангга ўтади.

Физиологик эритема. Қон оқимининг тезлиги ва қон томирлар кенгайиши натижасида гўдак танасининг қизариши бўлади. Туғилгандан кейинги биринчи соатларда гўдакнинг териси қизил тусга қиради, ҳаётининг иккинчи кунда эса, бу янада кучаяди. Физиологик эритема пайдо бўлиши билан болани ҳаво ваннасини қабул қилиши учун бир муддат ечинтириб қўйиш, ёки бир оз кутиш керак. Физиологик эритема бола ҳаётининг биринчи ҳафтаси охирида ўтиб кетади.

Токсик эритема. Териди қизилсимон учуқ ёки пуфакчалар – гўдак ҳаётининг 2–5 кунларида физиологик эритема фонида тананинг қизиб кетишидан ёки тери ишқаланишидан пайдо бўлади (масалан, сочик билан артилганда). Токсик эритемада ҳам ҳаво ваннаси тавсия этилади. Тошма тошиши яна бир неча кун давом этиб, секин-аста йўқолиб кетади. Токсик эритема пиодермияга олиб келиши мумкин – бу тери касаллиги бўлиб, териди йирингли тошмалар пайдо бўлиши билан кечади.

Ичак хуружи. Гўдак ҳаётининг биринчи уч ойлигида 70% болаларда функционал ичак хуружи кузатилади. Бошқа ҳолатларга нисбатан бу патология эмас, балки ошқозон-ичак йўлининг янги шароитга мослашувиди (ахир 9 ойгача гўдак ошқозон-ичак тракти «нишламаган», биринчи 2–3 ҳафтада эса она гормонлари таъсирида бўлган)

Хуруж – қоринда хуружсимон оғриқ, боланинг безовталиги билан намоён бўлади. Пайдо бўлиш сабаблари: асаб-мушак аппаратининг ва ичак ферментатив тизимининг функционал етилмаганлиги, ичакка ҳаво йнгилишига мойиллиги натижасида ичакда босим ошиб ва мушак спазмини қақиради.

Хуруж пайдо бўлишининг асосий «УЧЛИК» қоидаси:

- бола ҳаётининг учинчи ҳафтасидан хуруж бошланади;
- ҳар кун тахминан уч соат давом этади;
- асосан биринчи уч ойликкача бўлган болаларда учрайди.

Клиник кўриниши

Ташқи кўринишидан соғлом бўлган бола сабабсиз йнглайди ва инжикланади. Хуружлар куннинг иккинчи ярмида бошланади: эми-

зиш вақти ёки ундан кейин, гўдак оёқларини қоринга йиғиб, безовталанади, кейинроқ қизариб ва қичқиришни бошлайди. Физикал текширувларда меъёрдан ташқари ўғаришлар аниқланмайди.

Қиёсий ташҳис: ичак хуружи, гастрозентерит, мезаденит. Жуда хавфли касалликлар: ичак инвагинацияси, ўткир аппендицит, ичак тутилиши. Хуружни қабзият ҳам қақариши мумкин.

УАВ тактикаси

Гўдак болалардаги функционал ичак хуружини даволаш ва оғрик синдромини қамайғиришда қуйидагилар тавсия қилинади:

1) Ота-оналарга ёрдам кўрсатишни тушунтириш;

2) Ўткир оғрикда ўша захоти қоринни илиқ тутиш ва бола ҳолатини ўзгартириш (вертикал ҳолат) оғрикни қамайғиради. Эмизиш вақтида шовқин ва кескин ҳаракатлардан сақланиш. Бола қорни оч бўлмаслиги лозим. Бола эмгандан кейин қусиб юбормаслиги учун, болани 10-15 минут вертикал ушлаб туриш. Хуруж вақтида болани ўйинчоқлар билан қалғитиш, қўлда кўтариш. Метеоризмда бола қорни соғат йўналиши бўйича енгил уқалаш. Дори воситалари билан даволаш талаб этилмайди.

Янги туғилган чақалоқлар сариклиги

Умумий ва статистик маълумотлар

Сариклик 50% етук туғилган болаларда ва 80% дан кўпроқ чала туғилган болаларда кузатилади. Кўп ҳолларда бу физиологик сариклик бўлиб, даво талаб қилмайди. Патологик ҳаракатли сарикликка гумон қилинганда, қондаги боғланган ва боғланмаган билирубинни текшириш талаб қилинади.

Физиологик сариклик

Етук туғилган чақалоқлар қонда эритроцитлар емирилиши, фетал гемоглобин (HbF) бўлиши натижасида, қон зардобидан боғланган билирубин миқдори ошиб кетади. Бола ҳаётининг 3-кунларида сариклик пайдо бўлиши ёки кечроқ ва 10-кунларига бориб йўқолиши ҳаракатли. Физиологик сариклик кўп учрайди, лекин сарикликка олиб келадиган бошқа сабаблар истисно этилгандан кейингина ташҳис қўйиш мумкин. Физиологик сарикликда баъзан ёруғлик билан даволаш ўтказилади.

Патологик сариклик

Метаболизм ва билирубин экскрецияси бузилишида кузатилади. Эрта клиник белгилар биринчи 24 соат ичида пайдо бўлади ва етук болаларда 10 кун, чала туғилган болаларда 2 ҳафтадан кўп вақт давомида сақланади. Асосий сабаблари: чақалоқлар гемолизик касали, эритроцитоз, наслий фермент етишмовчилиги, она сутидан сарғайиш, дориларнинг ноҳўя таъсири, сепсис, гипотиреоз, ўт йўли атрезияси. Санаб ўтилган сабабларда педиатр маслаҳати муҳимдир.

Янги туғилган чақалоқлар гепатити

Кўп учрайдиган сабаблардан бири боғланмаган гипербилирубинемия бўлиб, узок сариклик билан кечади. Мутахассис маслаҳати ва давоси талаб этилади.

Ўт йўллари атрезияси

Бола туғилгандан сўнг кучайиб боровчи сариклик ҳаракатли. Ўз вақтида жарроҳлик амалиёти ўтказилмас, билиар циррози ва асоратлар ривожланади (болаларнинг кўпи ҳаётининг биринчи икки йилида ўлади). Самарали портоэнтэростомиядан кейин билирубин алмашинуви меъёрлашади, тирик қолиш 50-70% ни ташкил этади.

Гўдак болани сариқликка текшириш

Сариқлик аниқланса, кўрикни табиий ёруғлик бор хонада ўтказиш керак. Ҳар бир соҳа терисини, тери ости ёғ қаватигача энгил босиб кўрилади. Агарда терида сариқлик пайдо бўлса, унда гўдакда сариқлик бор бўлади. Сариқликнинг оғирлик даражасини баҳолаш учун, сариқлик тарқалган жойни Крамер шкаласи бўйича аниқлаш керак. (17.1-рasm).

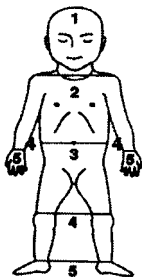
• Гўдак, 24 соатдан кичик, унда сариқлик бўлса, *оғир сариқлик* деб таснифланади. Ҳар қандай гўдак кафти ва товонида сарғимтирлик бўлса, уларга ҳам «*оғир сариқлик*» деб ташхис қўйилади.

Даволаш. Гипогликемияни даволаш керак. Бола ЗУДЛИК билан шифохонага юборилади. Онага болани қандай қилиб йўлда илик ҳолатда тутиб кетиш тушунтирилади.

• Гўдак, 36 соатдан катта, сариқлик бўлса, сариқлик кафт ва товонга тарқалмаган бўлса, «*сариқлик*» деб ташхис қўйилади.

Даволаш. Онага гўдакни парваришлашни тушунтиринг. Кафт ва товонда сариқлик пайдо бўлса, зудлик билан врачга мурожаат этиш кераклигини айтинг.

• Агар гўдак 3 ҳафтадан катта бўлса, баҳолаш учун шифохонага юборинг. Кейинги ташриф – 1 кундан сўнг.



Зона	1	2	3	4	5
ОБС мкмоль/л	100	150	200	250	>250

17.1-рasm. Модификация қилинган Крамер шкаласи
(ОБС – зардобдаги умумий билирубин)

Янги туғилган чақалокларнинг патологик ҳолатлари**Туғруқ жароҳатлари**

Бола туғилиш вақтида етказилган механик жароҳат. Хавфли омиллар: макросомия, вақтидан илгари туғилиш, ҳомиланинг тос ўлчамига тўғри келмаслиги, патологик туғруқлар, чўзилган туғруқлар, думбаси билан келиши.

Кефалогематома – суяк пардага қон қуюлиши, икки суяк чегаралари билан чегараланган, бир томонлама, кўп ҳолларда бош суягининг тепа соҳасида кузатилади. Туғруқдан кейин бир неча соат ўтиб бўртиш пайдо бўлади. Даво талаб қилмайди (жарроҳлик аралашуви асоратларга олиб келиши мумкин, масалан, инфекция). Оқибатлари: камқонлик ва гипербилирубинемия.

Бош суяги ичига қон қуюлиш – кам учрайди. Сабаби – туғруқни нотўғри олиб бориш, бир неча марта болани вакуум орқали олишга ҳаракат қилиш. Тиришишлар, респиратор дистресс, шок кузатилади. Шошилинч равишда невропатолог кўриги талаб этилади.

Субапоневротик қон қуюлиш – қоннинг кўп қисми эпикраниал апоневрозда йигилади, елка билан ётганда – бу сезилмайди, бошнинг энса қисмида юмшоқ ҳосила пайдо бўлади. Даволаш консерватив. Кучли қон кетганда – қон қуйилади.

Ўмров суягининг синиши – энг кўп учрайдиган туғруқ жароҳати. Кўпинча – яшил новда турида синиш – тез асоратсиз тuzалади. Сабаби – елка дисточияси ва думбаси билан келиши. Кўпинча ёндош патология кузатилади: елка тутамининг шикастланиши ва /ёки пневмоторакс.

Узун суяқлар синиши – қийин туғруқларда кузатилади. Тез ва деформациясиз тuzалади.

Бош мия нервларининг шикастланиши – кўпинча юз нерви шикастланади, юз ассиметрияси, айниқса елкада. Даволаш – спонтан, 2-3 ой давомида.

Елка тутамининг шикастланиши. Сабаби: думбаси билан келганда елка дисточияси, боши билан келганда бўйнидан қаттиқ тортиш. Кўпинча бошқа жароҳатлар билан бирга келади. Елка тутамининг қисман шикастланиши : фалаж

Эрба фалажи – елка тутами юқори қисми шикастланиши (C5-6) – елка ва тирсак мушакларини қамраб олади;

Клюмпке фалажи – елка тутами пастки қисми шикастланиши (C7-8 и T1) – қафт ва биллак. Шикастланиш тарқалиши ва тури касаллик кечишига қараб аниқланади. Агарда патологик белгилар 3 ойдан кўп сақланиб турса – болалар невропатологига юборилади.

Елка тутамининг тўлиқ шикастланиши – қўл бутунлай қимирламайди, сезувчанлик йўқолади. Кечиши: жуда секин тикланиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги

Онада йўқ бўлган омил, отадан ҳомилага ўтиб, она иммунизацияланишини қақирриш натижасида пайдо бўлган иммун конфликт.

Асосий ҳолатлар. 85% ҳолларда резус-манфий онанинг ҳомиласи резус-мусбат бўлиши ва кам ҳолларда қон гуруҳи тўғри келмаслигида кузатилади.

Этиологияси. Она ва бола қонининг резус-омиллари ва қон гуруҳлари тўғри келмаслиги.

Диагностикаси. Сарикликнинг эрта клиник белгилари бола ҳаётининг биринчи 36 соатида пайдо бўлади.

Шиш тури – жуда оғир ҳолат, болалар кўпинча ўлик туғилади ёки ҳаётининг биринчи соатларидаёқ ўлади. Мумсимон оқариш, тери қопламлари енгил сариқ ёки цианотик, тери ости ёғ қавати шиши, бўшлиқларда эркин суюқлик, геморрагик синдром, гепатоспленомегалия кузатилади. **Сариқлик тури** – сариқлик бола туғилган заҳоти ёки ҳаётининг биринчи куни пайдо бўлади, қоғонок суви ва бирламчи суртмаси сариқ рангда, гепатоспленомегалия бўлади. **Камқонлик тури** – анча енгил бўлиб, туғруқдан 7-10 кундан кейин терининг оқариши кузатилади, жигар ва талоқ бироз қатталашади.

Лаборатор ташхислаш. Умумий қон таҳлилида периферик қонни текшириш ва ретикулоцитлар миқдорини санаш, она ва боланинг қон гуруҳини аниқлаш, Кумбс синамаси (боғланган ва боғланмаган), боғланган ва боғланмаган билирубин концентрациясини аниқлаш. Сариқлик бола ҳаётининг биринчи 24 соат ичида

пайдо бўлганда, киндик қонидан билирубин концентрацияси ошиши ёки конъюгирилган билирубин фракцияси 34 мкмол/л ва удан кўп бўлиши – патологик сарикликка тахмин қилишга асос бўлади.

Қиёсий ташҳис. Туғма гемолитик камқонлик ва дори воситалари чақирган гемолитик камқонлик.

УАВ тактикаси. Антитаначалар титрини (ҳомиладорлик даврининг бир неча ҳафтасида) даврий аниқлаш. 1:16 ва юқори бўлса кейинги текширувлар ўтказилиши лозим. Бу ҳолда муддатидан олдин туғдириб олишни ижобий ҳал қилса бўлади, агарда ҳомила ичи трансфузияси хавфидан, туғдириб олиш хавфи юқори бўлмаса, ҳомиладорликни 34 ҳафтасидан кейин туғруқ ўтказиш лозим. Янги туғилган чақалоқларда гемолитик касаллик бўлса, зудлик билан шифохонага юбориш.

Профилактикаси. Ҳамма аёлларни биринчи қабулдаёқ реузусомилга текшириш. Резус-манфий аёлларга 200-300 мкг антирезус-иммуноглобулини юбориш.

Туғруқ асфиксияси

Чақалоқ туғилгандан кейин ўпкадаги газ алмашинувининг йўқлиги, яъни бўғилиш – тирик туғилишнинг бошқа белгилари бўлиши билан бирга нафас олишга қурби етмаслигидир.

Этиологияси. Янги туғилган чақалоқларни ўтқир асфиксияга олиб келаётган 5 та асосий механизм:

- Киндик орқали қон билан таъминланишининг узилиши (киндикнинг чин тугунлари, унинг босилиши, бола бўйнига ёки тананинг бошқа жойларига қаттиқ ўралиб қолиши);
- Йўлдош орқали газ алмашинувининг бузилиши (вақтидан олдин тўлик ёки нотўлик йўлдош кўчиши, йўлдошнинг олдин келиши);
- Йўлдошнинг она қисмида ноадекват гемоперфузияси (кучли фаолликдаги тўлғоқ, онадаги ҳар хил этиологияли артериал гипо- ва гипертензия);
- Онада қон оксигенациясининг ёмонлашуви (камқонлик, юрак қон томир касалликлари, нафас етишмовчилиги);
- Чақалоқ нафас олиш кучининг етишмовчилиги (ятроген – она олган дорилар таъсири, ҳомила миясининг антенатал шикастланиши, ўпканинг туғма нуқсонлари ва бошқалар).

Клиникаси. Енгил неонатал асфиксияда бола нафас олиши секин, нерегуляр ёки тўхташи, ЮҚС – 100 зарб/дақиқа ва ундан кўп, мушак тонуси сезилмайди, таъсирларга кучсиз реакция. Цианоз, монотон инграш, физиологик рефлекслар сўнган бўлади. Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда 1 дақиқадан сўнг – 4-6 балл.

Ҳаётининг биринчи соатларида ўта кўзгалувчанлик пайдо бўлади, қўлда майда тремор характерли. Туғилганда ўртacha гипоксия ўтказган болалар аҳволи, адекват даволанса, тезда яхшиланади ва 3-5 кундан кейин аҳволи қониқарли бўлади.

Лаборатория назорати: умумий қон таҳлили, гематокрит сони, кислота-ишқорий ҳолат, қонда глюкоза, қонда электролитлар, қон ва сийдикнинг биохимик таҳлили, коагулограмма.

Қиёсий ташҳис. Кардиореспиратор депрессияга олиб келувчи ҳолатлар, бош суяги ичига қон қуйилиши, туғруқ вақтидаги бош суяги ичи ва спинал жароҳатлари.

Даволаш. Реанимация:

- болани иссиқ тутиш: қуритиш, ултрабинафша иситгич тагига ётказиш;

сариклик, гепатомегалия, қусиш, анорексия, вазни йўқотиш, сепсис, Марказий асаб тизими (МАТ) сўниши, ўсишнинг бузилиши кузатилади. Эрта ташхислаш ва эрта даवони бошлаш, меъърий интеллектни саклаб қолиш мумкин. Кўп давлатларда галактозмия мажбурий скрининги дастурлари бўлиб, касаллик эрта ташхисланса, даволаш самарали бўлади.

Лимфатик-гипопластик диатез

Лимфатик-гипопластик диатез – лимфатик тизим, тери, юкори нафас йўллари шиллик қавати касалликларига мойиллик туғдирувчи ҳолатдир.

Асосий кўрсатмалар

• Мактабгача бўлган болаларнинг 18-21% да учрайди. Организм реактивлигининг пасайиши натижасида, лимфоид тўқималар гипеплазияси бир вақтда айрим эндокрин безлар ва ички аъзолар гипеплазияси билан бирга келади.

Хавф омиллари

- Антенатал даврдаги ёмон шароит.
- Туғилганда вазн-буй кўрсаткичларининг юкорилиги.
- Ҳар ойда вазн-буй ўсиш кўрсаткичларининг нотекис ва нотурғунлиги.

Ташхислаш

Кўрик. Ортикча вазн. Калта бўйин ва тана, узун оёқ-қўллар. Лимфополиаденопатия, танглай ва томок муртак безлари гипеплазияси, аденоидли вегетация, тимомегалия бўлади. Терининг салкиши ва оқимтирилиги. Сабабсиз йўтал, аралаш ҳансираш характерлидир.

Лаборатор ташхислаш – лимфоцитоз, эозинофилия, моноцитопения, гипеплипидемия, гипехолестеринемия.

Рентгенологик текширув – тимомегалия.

ЭКГ – аритмия, миокардда моддалар алмашинуви бузилишлари, камаллар.

Қиёсий ташхис. Экссудатив диатез, лимфатик безлар сили билан.

УАВ тактикаси

• Пархез – меъъридан ортик ёғ ва енгил хазм бўлувчи углеводлар, туз ва суоқликларни чегаралаш.

• Кун тартиби – тоза ҳавода бўлиш, чиниқиш муолажалари, уқалаш ва гимнастика.

• Муртак безлари санацияси, аденоиднинг 2-3 даражаси кузатилса – аденоэктомия.

• Тимус бези ҳаёт учун муҳим аъзоларни босиши белгилари пайдо бўлса – преднизолон 1-2 мг/кг/сут 7-10 кун давомида.

Болалар экземаси

Тери ва шиллик қаватнинг қайталанувчи инфилтратив-дескваматив шикастланиши, яллиғланиш жараёни чўзилиши ва аллергик реакциялар ривожланишига мойиллиги билан характерланади.

Асосий кўрсатмалар

Белгилар пайдо бўлиши – кўпинча янги туғилган чакалоқлар ҳаётининг биринчи ойида кузатилади.

Хавфли омиллар: онанинг ҳомиладорлик вақтида аллергенларга бой озик-овқат маҳсулотларини меъъридан кўп истемол қилиши (сут, цитруслилар, кахва, шоколад).

Ташхислаш. Яққол экссудатив компонент, кўп тошмалар, иккиламчи инфекция асоратига мойиллиги билан фаркланади. Таснифи бўйича экзема бир неча кўринишга бўлинади:

– *Чин (идиопатик)* – ўткир яллиғланишли шишли эритема билан, гурухли, майда, кулранг папулалар ёки пуфаклар тошиши, бўқиши ва қатқалоқ ҳосил қилиши кузатилади;

– *микробли* – сурункали инфекция ўчоғи бор жойда ривожланади, ўткир яллиғланишли, кескин чегараланган йирик фстонли ўчоқлар ҳосил қилади;

– *себореяли* – себореяси бор беморлар терисида, тер безларига бой жойларда пайдо бўлади (бошининг сочли қисми, кулоқ супраси), эритематоз-кипикланувчи папуласимон доғ, сарғимтир рангли.

Лаборатор таъқишлаш. Диатез кучайишида қонда кучсиз лейкоцитоз, эозинофилия, лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ бир оз кўтарилиши, баъзан нормо- ёки гипохром камқонлик кузатилади.

Қиёсий ташхис. Нейродермит, терининг замбуруғли шикастланиши, лимфатик- гипопластик диатез.

УАВ тактикаси. Рационал овқатланиш – оксиллар, ёғлар, углеводлар овқатланиш турига қараб, ёшига мос миқдорда бўлиши керак. Кўкрак сути билан боқилаётган болада диатез пайдо бўлса, она рационидан аллергенларга бой маҳсулотларни олиб ташлаши керак. **Медикаментоз даво:** 22-бўлимга қаранг «Дерматология».

Бемор болани парваришлаш

Болалар касалликларини интеграциялашган усулда олиб бориш (БКИУОБ) тўғрисида қисқача маълумот

БКИУОБ – бу болалар ўлими ва касаллигини камайтириш, саломатлигини тиклаш, 5 ёшгача бўлган болалар ўсиш ва ривожланишини яхшилаш стратегиясидир. Даволаш чоралари ва жараёни боланинг соғлом ўсишини таъминлайди, профилактик чораларни ўтказишга ва бола ҳолатини аниқ ва тўлиқ баҳолашга имкон беради. Касалликни оддий клиник белгилар билан аниқлашга ва эмпирик давони қўллашда сезувчанлик ва специфик балансга риоя қилишга асосланган.

Тиббий ходим бола аҳволини аввало умумий хавф белгиларига асосланиб баҳолайди:

– бола касал вақтида тиришиш бўлганми. Иситмалаш натижасида тиришиш пайдо бўлади, лекин бола соғлиги учун хавф солмайди. Бошқа ҳолатларда тиришиш менингит, церебрал безгак ёки ҳаёт учун бошқа хавфли муаммоларда бўлади;

– бола ҳушсиз ёки летаргик ҳолатда. Болада жиддий касаллик борлиги аниқ. Летаргик бола ухламайди, лекин товушларга ва ҳаракатларга нормал эътибор бермайди.

– бола ича олмайди ва эма олмайди. Бола ича олмаслиги жуда кучсизлиги ёки юта олмаслигидандир. Бутунлай она берган маълумотларга таянмасдан, балки, она болани қандай боқаётганини ёки суюклик ичираётганини кузатиш керак;

– ҳар қандай овқат ва суюкликдан кейин қусиш бу жиддий касаллик белгиси бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда бола дориларни ва регидрация учун суюкликларни ича олмаслигини кўзда тутиш керак;

– *агар болада бир ёки бир неча кўрсатилган белгилар бўлса, уни жиддий касал деб қараш керак, ва кўпинча шифохона давосига муҳтож. Давони тез бошлаш учун, зудлик билан болага хавф солувчи жиддий касаллик сабабларини ва ўлим ҳолатларини баҳолаш керак:*

• **ЎРИ, диарея** ва иситмалаш (асосан, менингит ва кизамик сабабли);

• *Овқатланиш статуси ва унинг бузилиши ҳам ўлимга олиб келиши мумкин.*

Кўп учрайдиган ҳолатлар (йўтал ёки нафас қийинлиги, диарея, иситма, кулоқ ва томоқ муаммолари) ни сўраб-суриштириб, болани объектив текшириб, овқатланиш ҳолати (кўринарли оғир озгинлик ва камқонлик) ва эмлаш статуси аниқлаб, бола сало-

матлигининг бошқа муаммолари ҳам аниқлаштирилади.

Тиббий ходим ҳар бир касалликни шифохонагача бўлган даво зарурияти ва шифохонага, махсус давога, маслаҳатга юборишни ёки уйда даволашни аниқлаш учун таснифлайди.

1 хафталикдан 2 ойликкача бўлган бемор гўдакнинг аҳволини баҳолаш ва таснифланг

I. Баҳолаш

Гўдакдаги муаммолар ҳақида онадан сўранг

- Аниқланг: ушбу ташриф бирламчими ёки иккиламчими?
- Ташриф иккиламчи бўлса, ушбу схеманинг пастки йўриқномалардан фойдаланинг:

- Ташриф бирламчи бўлса, бактериал инфекция эҳтимолини изланг.

Сўранг: Гўдакда шайтонлаш кузатилганми?

Гўдак тинч ҳолатида

- бир дақиқадаги нафас сонини сананг, нафас тезлашган бўлса, қайта сананг;

- кўкрак кафасининг кучли тортилишини изланг;
- бурун қанотларининг керилишини изланг;
- инкиллаб нафас олиш борми, қараб эшитиб кўринг;
- кўздан кечиринг ва ушлаб кўринг: ликилдокни бўртиб туриши борми;

- кўздан кечиринг, қулоқларидан йиринг оқадими,
- киндигини кўздан кечиринг: кизариш ёки йиринглаш борми, кизариш киндик атрофидаги териға тарқалганми;
- тана ҳарорагини ўлчанг (ёки ҳарорат кўтарилганми, пасайганми пайпаслаб кўринг);

- терида йирингчаларни изланг. Улар кўпми ёки йирикми;
- кўздан кечиринг, бола летаргик ҳолатдами ёки хушсизми;
- гўдак ҳаракатларини баҳолаш. Одатдагидек, кўпрок ёки камрок.

Ҳамма гўдак болаларни таснифланг ва давони белгиланг

Белгилари	Таснифлаш	Даволаш
Тиришиш	Агарда шу	Мушак ичига анти-
Нафас тезлашиши (бир дақиқада 60 ва ундан кўпрок)	белгиларнинг бирортаси бўлса	биотикнинг биринчи дозасини юборинг
Кўкрак кафаси кучли тортилиши Бурун қанотларининг керилиши	жиддий бактериал инфекция	Гипогликемияни профилактик даво қилинг
Инкиллаб нафас олиши	инфекция	Зудлик билан шифохонага юборинг
Ликилдокнинг бўртиб чиқиши	эҳтимоли бор	Шифохонага олиб боришда, йўл-йўлакай болани қандай иситишни онага маслаҳат беринг
Қулоқдан йиринг оқиши		
Киндик ва атрофидаги терининг кизариши		
Иситма (37,5°C ва ушлаб кўрсангиз – иссик)		
Терида кўп ёки йирик йирингчалар бор		
Летаргик ҳолатда ёки хушсиз		
Ҳаракатлари одатдагидан камрок		

Киндикнинг кизариши ёки йиринг оқиши Теридаги йирингчалар	Маҳаллий бактериал инфекция	Мос келадиган анти-бактериал воситани беринг Онани маҳаллий инфекцияни уй шароитида даволаш ва гўдакни парваришlash бўйича ўргатинг Кейинги ташриф 2 кундан сўнг.
--	-----------------------------	---

2 ойликдан 5 ёшгача бўлган боланинг аҳолини баҳолаш ва таснифлаш

1. Аниқланг: исми, ёши, вазни ва ҳарорати.
2. Онадан сўранг боланинг қандай муаммолари бор. Ушбу мурожаат бирламчи ёки иккиламчи эканлигини аниқланг.
3. Боланинг аҳолини жадвалда кўрсатилгандек баҳолаш:

Белги	
Умумий хавф белгилари: бола ича олмайди ёки эма олмайди ҳар қандай овқат ёки суюқликдан сўнг қайт қилади тиришиш летаргик ҳолатда ёки беҳуш	
Йўтал ва нафас қийинлиги	
Неча кундан буён	Бир дақиқадаги нафас сонини сананг Нафас тезлашишини аниқланг Кўкрак қафасининг тортилиши борми Эшитинг, стридор борми
Диарея	
Неча кундан буён, нажасида қон борми?	Умумий аҳолига қаранг: летаргик ҳолатда ёки ҳушсиз; безовта ёки бетокатми; Кўз ҳолатини кўринг (киртайган ёки йўқ). Болага суюқлик таклиф этинг: ича олмайди; ёмон ичади; ютокиб ичади; Қорин тери бурмасининг реакциясини текширинг: бурма секин текисланади – 2 сония ёки жуда секин – 2 сониядан кўпроқ.
Иситма	
Неча кундан буён: 5 кундан кўпроқ бўлса, ҳар куни кузатилдими? Охириги 3 ой ичида бола кизамиққа чалинганми?	<i>Мавжудлигини кўздан кечиринг, ишонч ҳосил қилинг:</i> – энса мушаклари ригидлигини – кизамиқ белгиларини – ялпи тошма – йўтал, тумов, кўзлари кизариши – оғиздаги яралар (чуқур ва кагта) – кулоқдан йиринг ажралиши – шох парда хиралашиши

Томоқдаги оғрик	
Томоқда йиринг Бўйин лимфа тугунлари катталашishi Суюқлик ича олиши	Қаранг, томоқда йиринг борми Пайпаслаб кўринг, бўйин лимфа тугун- лари катталашганми
Кулоқ муаммолари	
Кулоқда оғрик Кулоқдан ажралма оқадими Окса, қачондан буён	Қаранг, кулоғидан йиринг оқадими Пайпасланг, кулоқоркасида оғрикли шиш борми
Озиқланишнинг бузилиши ва камқонлик	
Кўзга ташланадиган оғир озғинлик Кўл кафтлари оклиги – яккол ёки ўртача Иккала оёқ панжалари шиши Вазнининг ёшига мос келиши: кам, меъёрда	
Эмланиш статуси	
Бугун эмланиши керак бўлган вакциналарни ва кейинги эмлашга келиш санани белгиланг	
Кўкрак сути билан боқиш	
Болани эмизиб боқасизми? Агар, ҳа бўлса – кунига неча марта. Ке- часи ҳам эмизасизми? Кўкрак сутидан ташқари, бола бошқа овқат ва суюқлик истеъмол қиладими: нималарни, кунига неча марта, қанча ҳажмда. Болани ким ва қандай овқатлантиради? Касаллик вактида болани овқатлантириш усули ўзгардими, қандай ўзгарди?	

Иситма

Ҳарорат 41°C дан паст бўлганда бола ҳаёти учун хавфсиз, ин-
фекция билан курашишга ёрдам беради. Иситма тушишида бола
ахволи яхшиланмаса хавотирланишга сабаб бўлади. Янги туғилган
чақалоқларда тана ҳарорати меъёрдан юқори бўлишидан кўра па-
сайиб кетиши – болада безовталиқ чакиради. Иситманинг баландли-
ги касаллик оғирлигига ҳар доим тўғри келавермайди.

Этиологияси

Бола ҳаётининг биринчи 3 ойлигида 95% сабаби – вирусли ин-
фекциядир. Янги туғилган чақалоқларда кўп тарқалган сепсиснинг
бактериал кўзгатувчилари – стрептококклар В гуруҳи, *E. coli* ва
Listeria monocytogenes (камроқ – *S. aureus*) дан. Бола 3-36 ойликлари-
да инфекция ўчоқларисиз иситмаси 39°C дан юқори бўлиши 3-5%
ҳолатларда бактериемиядан дарак беради.

Ташхислаш

Бола ҳаётининг биринчи 3 ойлиги

Анамнези: ҳомиладорлик, туғруқ, сийдик йўллари инфекция-
си, жинсий аъзолар, онанинг иситмалаши, бола туғилгандаги вазни
ва кейинги ўзгариши, инфекция белгилари (уйқучанлик, жиззаки-
лик, кучсиз эмиши, ранги оқариши), иситманинг бошланиши ва
кўтарилиши тўғрисида маълумотлар.

Физикал текширув. Умумий кўрик. Жиззакилик, уйқучанлик, ре-
активлик пасайиши кузатилади. Асосий физиологик кўрсаткичлар:
тўғри ичак ҳароратини ўлчаш. Тахикардия – иситма, гиповолемия,
шок ҳисобига бўлади. Тахипноэ – зотилҷамда.

Бола 3-36 ойлиги

Анамнези: алоҳида аъзолар шикастланиш симптомлари ва умумий
симптомлар (жиззакилик, уйқучанлик, эмизишдаги қийинчиликлар,

тери ранги оқариши, реактивликнинг пасайиши). *Физикал текширув. Умумий кўрик.* Болада бактериемия бўлса ҳам соғлом кўриниши ва доимги жисмоний активлиги сақланган бўлиши мумкин. Баъзида иситма – касалликни ягона белгисидир. ЮКС, АҚБ, нафас олиш тезлиги ва тана ҳарорати текширилади. Менингеал симптомлар кузатилади, йўтал, хансирашлар, ҳуштаксимон нафас, периферик кон айланишининг бузилиши, сувсизланиш белгилари, корин, кулоқдаги оғрик, тери, суяк ва бўғимлар шикастланиши кузатилади.

Умумий лаборатор-асбобий текширувлар. УҚТ (кўпинча нейтропения, лейкоцитоз – ҳар доим эмас), умумий сийдик таҳлили, кўкрак кафаси рентгенографияси. Қон, сийдик, орка мия суюқлиги экмаси; орка мия суюқлигидаги бактериал антигенларни аниқлаш таҳлили шифохонада ўтказилади.

УАВ тактикаси

3 ойдан кичик бола иситмалашда – зудлик билан педиатр кўриги ўтказилади. Анамнезида фебрил тиришиш бўлса, зудлик билан иситмани тушириш. Иситма 38°C дан юқори бўлса, асосий касалликни даволаш, тинчликни таъминлаш; кўп суюқлик ичириш ва ҳавони намлаш – бу дегидратацияни олдини олади. Иссиқлик ажраллишини кучайтириш учун бола счинтирилади ва илик сув билан артилади. Артиш учун спирт сакловчи суюқликлар ва совуқ сувдан фойдаланилмайди: улар тери ҳароратини тез туширади ва кон томирлар торайишига олиб келади, бу эса иссиқлик ажралишини пайсаттиради. 38°C дан юқори иситмада ҳароратни пасайтирувчи воситалар буюриш: биринчи қатор дорилардан – парацетамол, 20мг/кг бир марта, кейин 15мг/кг ҳар 6 соатда ичиш. Кичик ёшдаги болаларга аспирин буюрилмайди, бу Рейе синдромини чакиради. НЯҚВ: иккинчи қатор дорилардан – ибупрофен (суюқ ҳолда) 10-15 мг/кг ҳар 6-8 соатда. Ота-онага маслаҳат: болани энгилроқ кийинтиринг, лекин бутунлай счинтириб юборманг. Болани ўраб ташламанг. Тез-тез ва кам-камдан суюқлик беринг (яхшиси сув).

Фебрил тиришиш

6 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг 3-5% да иситмалаш ($38,5^{\circ}\text{C}$ дан юқори иситма) фонида кузатилади. Кейинчалик эпилепсия ривожланиши хавфи кам (хавфли омили йўқларда 1% камроқ ва оиласида эпилепсия бор болаларда – 10%). Тиришиш кўп ҳолларда ҳароратни кўтарилишида ёки юқори чўққисиде юзага келади.

Этиологияси. Иситманинг сабаблари: инфекция ва МАТ ўчоқли шикастланишидир.

Таъхислаш

Тана ҳароратини $38,5^{\circ}\text{C}$ дан юқори кўтарилиши. Кўпинча тиришиш бўлмагунча иситмани аниқлашмайди. Тиришиш – иситмалаш даврининг бошида симметрик тоник-клоник тиришишлар оёқ ва/ёки қўлларда кузатилади. Асоратланмаган фебрил тиришиш – қиска вақтли (15 дақиқагача) тароқ тиришиш, иситманинг биринчи 24 соатида МАТ инфекцияси ва метаболик бузилишлар бўлмаганда ҳам кузатилади. Асоратланган ёки порциал тутқаноклар 15 дақиқадан кўп давом этиб, нормал тана ҳароратида ҳам кузатилади. Лаборатор-асбобий текширувлар: тиришиш қайталана ЭЭГ ўтказиш керак (асоратланган иситма – тана ҳарорати нормал бўлганда пайдо бўлади ёки неврологик ўчоқ симптомлари фониде юзага келади). Люмбал пункция ўтказишни мутахассис аниқлайди.

УАВ тактикаси

Ота-оналарга хуруж қайта пайдо бўлишининг олдини олишни ўргатиш (масалан: парацетамолни эртароқ бериш, болани нам

сочик билан артиш). Тиришишга қарши терапия ҳар доим талаб қилинавермайди. Агар керак бўлса, бензодиазепинлар ишлатиш мумкин (лоразепам – бошланғич дозаси 0,05-0,1 мг/кг, макс – 4 мг 1-4 дақиқа давомида. Самараси бўлмаса, иккинчи доза берилади – 0,10 мг/кг. Диазепам – бошланғич дозаси 0,1-0,2 мг/кг макс. – 10 мг 1-4 дақиқа давомида. Самараси бўлмаса, иккинчи доза берилади – 0,25-0,4 мг/кг) ва тутқанок давомийлигини билиш учун дори юборилган вақт белгиланади. Қайта хуружларда, шунингдек валпроев кислотаси ва фенобарбитал самаралидир. Фебрил тиришиш профилактикаси тутқанокқа қарши ўхшаш профилактик даво талаб қилмайди, ундан ташқари, агарда тиришиш тез-тез такрорланмаса ва бола ҳаётига хавф солмаса (эпилептик статус) даво қилинмайди. Невропатолог кўригига юборишга кўрсатма: биринчи марта 18 ойликда ёки 3 ёшдан кейин қайта тиришишлар кузатилса ва унчалик юқори бўлмаган тана ҳароратида пайдо бўлса ёки неврологик ўчоқ симптомлари билан келса, асоратланган ҳисобланади.

Болалар эпилепсияси

Эпилептик тутқанок – бу алоҳида нозологик бирлик бўлмасдан, симптомлар мажмуаси эҳтимолидир. Эпилепсия ҳолати деб ўткир метаболик бузилишларсиз ва МАТ инфекцияларисиз қайта тутқаноклар кузатилиши аталади. Болалар орасида учраши 3-5% ни ташкил этади. 60% беморларда эпилепсия болалиқдан бошланади.

Этиологияси – бош мия жароҳати, туғруққача даврда жароҳат олиш, менингит, энцефалит, хосилалар пайдо бўлиши, метаболик ўзгаришлар, мия қон айланишининг бузилиши, токсик моддалар таъсири. Қўшимча касалликлар фониди ва врач маслаҳатига риоя қилмаслик, тутқанокқа қарши дори воситаларининг метаболизмга учиради тутқанокларни чақиради.

Ташхислаш

Тарқалган тутқанок (катта эпилептик тутқанок) кўпинча аурасиз ва ўчоқли бузилишларсиз бошланади. Тоник фазаси давомийлиги 1 дақиқачага бўлиб, бунда кўз олмасининг орқага кетиши кузатилади. Нафас мушаклари тоник қисқариши ўпка вентиляцияси бузилишига олиб келади ва цианоз чақиради. Кейин клоник тиришиш оёқ-қўлларда кузатилади, давомийлиги 1-5 дақиқа; ўпка вентиляцияси яхшиланади. Сўлак оқиши, тахикардия, метаболик ва респиратор ацидоз кузатилиши мумкин.

Парциал мотор тутқанок. Типик кўриниши қўллардан ёки юздан бошланади; бош, кўз олмаси эпилептик ўчоққа қарши ён томонга оғади. Катта эпилептик тутқанокни эслатиши мумкин. Тутқанок белгилари бўлиб Тодд фалажи бўлиши мумкин. Оғир парциал тутқаноклар айрим ҳолларда аура билан бошланади (эмоционал реакциялар, қоринда ва бошдаги оғрик, томоқда нохушлик ҳисси). Улар катта эпилептик тутқанокни, абсансларни чақираши мумкин. Бошқа ҳолатларда симптомларни ажратиш жуда қийин: автоматизмлар – югуриш, лабини тишлаб олиш, кулгу, қутилмаган мимика ёки бошнинг ҳаракатлари.

Типик абсанслар болалиқдан, кўпинча 3 ёшдан бошланади. Тутқанок вақтида нигоҳи қотиб қолади, баъзан қўл қалтираши ёки бошни эгиш ҳаракати бўлади. Тутқанок давомийлиги 30 сониягача, такрорийлиги – кунига кўп марта. Гипервентиляция ёки ёруғлик нури остида пайдо бўлиши мумкин. 10-20% типик абсанси бор беморларда баъзан катта эпилептик тутқаноклар пайдо бўлиши мумкин. Усмирлик даврига келиб (75% ҳолларда) тутқанок йўқолиб кетади.

Инфантил спазмлар (Уэст синдроми) тарқок миоклоник тутканоклар кузатилади. Бола ҳаётининг биринчи йилларида пайдо бўлади. Улардан кейин психомотор ривожланишнинг орқада қолиши кузатилади.

Қиёсий ташҳис: хушдан кетиш, болалар аффектив-респиратор тиришиши, кома, нарколепсия, ассоциирланган мигрень, яхши сифатли позицион бош айланиши, истерия билан ўтказилади.

УАВ тактикаси

Текширув ва керакли даво буюриш учун *мутахассисга юбориш*. Тиришишга қарши терапия, керак бўлса, жарроҳлик амалиёти: эпилептик ўчоқ ёки кадокли танани олиб ташлаш.

Мутахассисга юборишга кўрсатмалар: биринчи марта кузатилган тутканок, узоқ давом этган тутканок (15 сониядан кўп), кўп такрорланадиган, киска вақтли тутканоклар, гўдаклар тиришишига тахмин, сабабсиз ривожланишдан орқада қолиш.

Ота-оналарга ўргатиш: «эпилепсия» ташҳиси ота-оналарда хавотирлик ва кўрқув чақиради. Улар аниқ маълумотга муҳтождирлар: тутканок вақтида нима қилиш кераклиги, қандай хавф омилларини бартараф қилиш кераклиги (чўмилиш, бир ўзи велосипед миниши, ортикча гамхўрлик), давога розилиги (асосан ўсмирлар), тутканокдан ташқари даврда дориларни тўхтатиш мумкинлиги ва бошқалар тўғрисида.

Давони мутахассис буюради.

Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш

Боланинг жисмоний ривожланишдан орқада қолишини ташхислаш учун, оғирлик ёки бўйи жадвалдаги 3-чи процентилдан пастда жойлашган бўлади.

Этиологияси

Жисмоний ривожланишнинг орқада қолиш сабаблари ҳар хил: ташки муҳитни ёмон таъсири, ижтимоий ва рухий омиллар таъсиридир. Улар ташки ва ички сабабларга бўлинади. Ташки сабаблар: болани ёмон парваришлаш, овқатланишнинг бузилиши; ички сабаблар – бола қорни тўймаслик (онанинг кўкрак сўргичи яссилиги, қаттиқ танглай тиртиклиги, ЮТН, неврологик бузилишлар, хулқининг бузилиши); йўқотишлар (қусиш, стеаторея, буйрак касаллиги); озик моддалар ҳазм бўлишининг бузилиши (сурункали инфекция, метаболик бузилишлар, эндокрин касалликлар, наслий синдромлар) қиради. 90% жисмоний ривожланишдан орқада қолиш ҳолати сабаблари – овқатланишнинг бузилиши ва оилавий паст бўйликдир.

Ташхислаш

Ташхис қўйишда анамнез инobatта олинади: оилавий паст бўйликда ва чала туғилган болаларда бўйнинг ўсиш тезлиги камрок бўлади.

Физикал текширув. Эътибор неврологик белгиларга қаратилади, қаттиқ танглай тиртиклиги, нафас ва ошқозон-ичак бузилишлари, тўғри овқатланишни баҳолаш керак.

Лаборатор-асбобий текширувлар. Агарда жисмоний ривожланишнинг орқада қолишини ички сабабларига гумон қилинса, унда қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, сийдик бактериологик экмаси, экскретор урография, фенилкетонурия синамаси, қалқонсимон без гормонларини ва кариотинни текшириш керак.

УАВ тактикаси

Педиатр маслаҳатига юборилади. Мутахассис тавсиялари бажарилишини назорат қилиш. Рухий қўллаб-қувватлаш.

ОВҚАТЛАНИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Пастда келтирилган кескин оч қолишлик муаммоларида болаларни шифохонага юбориш лозим:

- Овқатланишда оксил-энергетик етишмовчиликнинг оғир даражаси/кескин озғинлик (3 Z-кўрсаткичли чизикдан пастда, шунга нисбатан «оғирлик-узунлик/бўйи» ва «ТВИ-ёши»)

- Кахексиянинг клиник белгилари (масалан, яққол озғин кўринади – «тери ва суяк»).

- Болалар пеллаграсининг клиник белгилари (масалан, умумий шиш; нимжон ва кам сочлар; тўқ ёки ёрилган/қипикланувчи тери қийқимлари)

- Иккала оёқ панжалари шиши.

УАВ тактикаси

Тўйиб овқатланмаган болада кўшимча касалликлар (масалан, диарея) ёки соғлиқнинг сурункали муаммолари, овқатланишдаги бузилиш муаммоларини кучайтиради. Бундай ҳолларда иложи борича касаллик ёки муаммони даволаш керак. Агар бундай имконият бўлмаса, бола шифохонага юборилади. Агар, сиз болада сурункали соғлиқ муаммоси борлигини билсангиз (масалан, ОИВ/ОИТС) ёки гумон қилсангиз, уни мутахассис маслаҳатига юборинг ёки тахлиллар ўтказинг.

Семизлиги бор болаларни тиббий текширувдан ўтказишга юборилади. Онага юбориш сабабларини ва унинг муҳимлигини тушунтиринг. Ўсиш журналининг ташриф қоғозига қайд қилинг, бу ёзувларни онага кўрсатинг. Она болани қачон ва қаерга олиб боришни билишига ишонч ҳосил қилинг. Бола шошилинич парвариш олганлиги ва тиббий маълумот берилганлигини назорат қилинг.

Болада кахексия ва болалар пеллаграсининг клиник белгиларини текширинг.

Жиддий оч қолишнинг клиник белгилари аниқлиги, болани тарозда тортишга ечинтиргандаёқ кўринади. Шу ерда **кахексия белгилари ва болалар пеллаграсини** аниқлаш муҳим, чунки улар шошилинич махсус парвариш талаб қилади – махсус овқатланиш тартиби, қаттиқ назорат, антибиотиклар ва бошқалар. Бундай синдромли болалар, вазнидан қатъий назар, шошилинич ёрдам бўлимига юборилади.

Кахексия

Жиддий оч қолиш нағжасида болада кескин озғинлик (мушак ва ёғ тўқималарининг кўп йўқолиши); унинг юз кўриниши қариганликни, нигоҳи эса безовталиқни кўрсатади. Қовурғалари кўриниб туради. Думбаси ва сон тери бурмалари осилиб қолади «қопсимон шим». Оғирлик/ёши ва оғирлик/бўйи кўрсаткичлар нисбати жуда пасайган бўлади.

Болалар пеллаграси

Бунда жиддий оч қолиш, бола мушаклари атрофияси кузатилади, лекин озғинлик умумий шиш туфайли сезилмаслиги мумкин. Бола одамови, инжик, касал бўлиб кўринади ва овқат емайди. Юзи думалок (шиш ҳисобига) ва сочлари нимжон, кам ва баъзан рангсиз бўлади. Терида симметрик рангсизланган қисмлар кузатилади, кейинчалик бу жойлар қипиклашади. Пеллаграли бола кўпинча кам вазли бўлади, лекин шиш туфайли чин вазни аниқланмайди.

Кахексия пеллагра билан бирга келиши

Болалар пеллаграси ва кахексия – ҳар хил ҳолат бўлиб, оч қолиш туфайли тарқалган жойларда баъзан бирга келиши мумкин. Масалан, болада кескин озғинлик (кахексия белгиси) ва бир вақтда тери ва соч бузилиши ёки шиш (болалар пеллаграси белгиси) бўлиши мумкин.

Иккала оёқ панжалари шиши

Иккала оёқ панжалари шиши – болани, ҳаттоки пеллагра белгилари кузатилмаса ҳам, зудлик билан шифохонага юборишни талаб қилади. Шиш иккала оёқ панжасида аниқ бўлиши керак (агарда битта оёқда шиш бўлса, бу ёки яра, ёки инфекция бўлади). Шишни текшириш учун оёқни кафтингизга олинг ва сизнинг қатга бармоғингиз оёқ устида бўлсин. Бош бармоғингиз билан оёқни астагина бир неча сония давомда босинг. Агарда қўлингизни олгандан кейин чуқурча қолса, болада шиш бўлади ва автоматик равишда болада жуда камвазлик бор деб ҳисобланади. Сиз болани вазни ва бўйини ўлчанг, ТВИни ўлчаманг (шиш ҳисобига). Болани махсус шифохонага юборинг.

Овқатланишнинг оксил-энергетик етишмовчилиги (ООЭЕ) – овқатланиш ва тўқималар трофикасини сурункали бузилиши бўлиб, тана вазнининг тана узунлигига нисбатан камайиши билан характерланади.

Этиологияси

Экзоген сабаблари: алиментар (қўшимча овқатланмаслик, озиқ моддалар дисбаланси), инфекция, токсик (захарланиш, қуйиш), ижтимоий омиллар (тарбиядаги етишмовчилик, оилада паст ижтимоий ҳолат). Эндоген сабаблари: конституцион аномалиялар, эндокрин ва нейроэндокрин ўзгаришлар, аъзолар нуқсони, наслий энзимопатия, ичакда сўрилишнинг бузилиши (целиакия, дисахаридоз етишмовчилиги, малабсорбция синдроми), озиқ моддалар парчаланishiнинг бузилиши (муковисцидоз).

Ташҳислаш

Ҳаёт анамнези – ҳомиладорлик кечиши, токсикозлар, она касалликлари, туғруқ кечиши, болага ҳар ойлик тана вазни қўшилиши, ўтказган касалликлари, оиланинг ижтимоий-иқтисодий ҳолати, оилавий энзимопатия. Кўрик – антропометрик кўрсаткичлар: тери ва тери ости қаватининг ҳолати, ЖССТ ўсиш жадвали.

Клиник кечиши ООЭЕ даражасига боғлиқ:

- энгил даражали озгинлик (вазни бир оз кам) – Z-кўрсаткичи 1 дан паст, сезиларсиз қорин териси ёғ қаватининг камайиши;
- ўртача даражали озгинлик (вазни кам) – Z-кўрсаткичи 2 дан паст, умумий аҳволи оғир, тери эластиклиги пасайган, фақат юзда тери ости ёғ қавати сакланган;
- оғир даражали озгинлик (вазни жуда кам) – Z-кўрсаткичи 3 дан паст, умумий аҳволи жуда оғир, териси қуруқ окимтир кулранг ранга, тери ости ёғ қавати йўқ.

Лаборатор текширув

Умумий қон таҳлили – гипохром камқонлик, умумий сийдик таҳлили, қон ва сийдик биохимик таҳлили, иммунограмма, копрограмма, нажасни дисбактериозга текшириш.

УАВ тактикаси

ООЭЕ энгил даражасида – бор касалликларни даволаш. Рационал овқатланиш.

ООЭЕ ўртача ва оғир даражаларида – педиатрга юбориш.

Болалар семизлиги

(3- бўлимга қаранг. «Умумий врачлик амалиётида жамият соғлигини сақлаш ва профилактика асослари»).

Сурункали овқатланишнинг бузилиши, ортиқча тана вазни билан характерланади, шунингдек тўқималар гидрофиллиги бўлади.

Этиологияси. Болаларнинг балансланмаган овқатланишидир. Узлуксиз қуруқ сут махсулотларини эритиб беришлик. Оилада конституционал семизлик. Болада эндокрин касалликлар. Гиподинамия.

Ташхислаш. Ҳаёт анамнезидан – овқатланиш тури, қўшимча овқат бериш, наслий бўлиши. Тана вазнининг юкори даражада ноте-кис ошиши, тана тузилиши пропорциясининг бузилиши, инфекция касалликлар чўзилувчан кечигишга мойиллиги, полигиповитаминоз белгилари, тери ранги оқариши ва салкиши, уйку ва терморегуля-циянинг бузилиши бўлади.

Лаборатор ташхислаш – камқонлик, гиперлипидемия, гипер-холестеринемия, канд микдорининг ҳар хил ўзгариши кузатилади.

ТВИ орқали аниқланади – ТВИ/ёшига нисбати («5 ёшгача болалар ўсиш жадвали», ЖССТ кўрсатмалари). ТВИ ўлчада, тана ваз-нини (кг) бўйи квадратига бўлинади (м) ёки болалар ТВИ жадвали орқали топилади («болалар ТВИ» кўрсатмалари).

Бир нечта семизлик даражаси бор: ортикча вазн, семизлик 1, 2 ва 3 даражалар.

Қиёсий ташхислаш – Иценко-Кушинг синдроми. Лимфатико-гипопластик диатез.

УАВ тактикаси. Семизликка олиб келган сабабларни аниқлаш ва бартараф қилиш. Рационал пархез – углевод ва ёғларни чегаралаш, енгил хазм бўладиган углеводлар ўрнига мевалар ассортимент-тини кўпайтириш керак. Ҳаракат тартиби, спорт секциялари, ДФК, укалаш, сув муолажалари тавсия этилади.

Ўз вақтида қўшимча касалликларни аниқлаш ва даволаш. Се-мизликнинг 2 ва 3 даражаларида эндокринолог маслаҳатига юбо-рилади.

Микроэлементлар ва витаминлар етишмовчилиги

Камқонлик – 11- бўлимга қаранг. «Гематология».

Рахит

Рахит – эрта болалик даври касаллиги бўлиб, витамин Д етишмовчилиги натижасида пайдо бўлади, суяк тўқимасининг бузилиши, кейинчалик суяк деформацияси ривожланиши билан характерланади.

Хавф омиллари

Онанинг ҳомиладорлик токсикозлари, экстрагенитал касалли-клар, чала туғилганлик, узоқ муддат тутқанокка қарши дорилар, глюкокортикоидлар қабул қилгани, ОИТ касалликлари, қуёш нури етишмовчилиги олиб келади.

Ташхислаш

Фарқланади:

- Витамин Д етишмовчилиги (аниқланмаган);
- Фаол рахит.

Витамин Д етишмовчилиги клиник белгиларга асосланиб ташхисланади. Клиник белгиларига кўра, қуйидаги даврларга бўлинади.

Бошлангич даври – безовталиқ, кўп терлаш, бош суяги чо-клари ва қатта ликилдоқ чети ботиклиги, касаллик 2-3 ойликда бошланади.

Авж олиш даври – краниотабес, «этикдўз кўкраги», Гаррисон бўртиғи, «рахитик тароқ ва билакузук», «дур шодаси ипи», рухий ривожланишдан орқада қолиши, ички аъзоларни функционал ва морфологик ўзгаришлари бўлади, булар ҳаётининг иккинчи ярим йилида ривожланади.

Реконвалесценция даври – ўзини хис қилиши яхшиланади, не-врологик ва вегетатив ўзгаришлар камаяди.

Қолдиқ даври – мушак гипотонияси, суякнинг турғун қолдиқли ўзгариши.

Фаол рахит текширув натижалари бўйича қуйидагича таъхисланади:

– *лаборатор таъхислаш* – калций, фосфор ва ишкорий фосфатазалар миқдори;

– *рентген-текширув* – остеомаляция, остеопороз, остеоид тўқима гиперплазияси белгилари.

Даволаш

Парҳез. Кўрак сути билан боқиш тавсия этилади.

Медикаментоз даво. Витамин Д нинг даволаш дозаси касаллик даражасига боғлиқ:

1-чи – 1000-1500 ХБ/сут, 30 кун

2-чи – 2000- 3500 ХБ/сут, 30 кун

3-чи – 3500-5000 ХБ/сут, 45 кун

Витамин Д тўғри келмаганларга УБН тавсия этилади – 1-2 ой давомида 20 сеансгача.

Калций, калий, магний воситалари, витаминли терапия, уқалаш, ДФК.

Ангенатал профилактикаси: Ҳомиладорлар шахсий гигиенасига риоя қилиш, тоза ҳавода сайр қилиш.

Тўлақонли парҳез, ДФК билан шуғулланиш. Ҳомиладорликнинг 32-ҳафтасида, киш ва баҳорда витамин Д 500 ХБ миқдорда 8 ҳафта давомида буюрилади.

Тугрукдан кейинги профилактика: ҳамма болаларга витамин Д 500 ХБ бирликда буюрилади. Табиий овқатланиш, етарлича инсоляция (эрталаб ва пешиндан кейин 15 дақиқа қуёш ванналари, лекин тўғридан-тўғри қуёш нуридан сақланиш лозим).

17.8-жадвал

Рахит ва рахитсимон касалликлар клиник кўринишининг умумий тавсифи

Касаллик	Манифестация муддати	Бирламчи клиник кўринишлари	Махсус белгилари
Витамин-Д-етишмовчилик рахити	1,5 – 3 ой	Инжиклик, йиғлоқилик, уйқу бузилиши, терлаш, иштаҳа пасайиши, мушак гипотонияси	Суяк ўзгаришлари: кра-ниотабес, пешона, бош усти бўртиқлари, рахитик тароқ, билак узук, баъзан оёқлар деформацияси. Рентген: тизимли остеопороз
Фосфат-диабет	1 ёш 3 ой	Оёқлар деформациясининг яққол кўриниши, қўл бармоқларида рахитик биллак узук, оёқ мушаклари гипотонияси	Оёқларнинг кучайиб борувчи варусли деформацияси. Метафизлар кўпол деформацияси. Найсимон суякларда бир томонлама суяк усти қаватини калинлашуви (кўпинча медиал)

де Тони-Добре-Фанкони касаллиги	2 ёш 6 ойлик-3 ёш	«Сабабсиз» иситма. Полиурия, полидипсия, мушаклар огриги.	Вақт-вақти билан иситма, кўп суяклар кучайиб борувчи деформацияси, жигар катталашуви, қабзиятга мойиллик, суяк тўқимасининг умумий шикастланиши. Буйрак тубуляр ацидозига, фосфат диабетига, рахитга нисбатан яққол остеопороз ривожланади. Дистал ва проксимал диафиз қисмлардаги трабекуляр чизиклар.
Буйракнинг тубуляр ацидоз	5-6 ой – 2-3 ёшлар	Полиурия, полидипсия, инжиклик, йиғлокилик, кучли мушак	Полиурия, полидипсия, мушак гипотонияси, то адинамиягача, жигар катталашуви, қабзиятлар. Оёқлардаги кучайиб
		гипотонияси, мушак огриклари.	борувчи валгусли деформациялар. Умумий тизим остеопорози, метафиз контурларининг ноаниклилиги. Рахитик зонанинг кенглиги – 2 см. Кўп ҳолларда суякнинг концентрик атрофияси.

Спазмофилия

Рахит ва целиакция касаллиги бор болаларда қондаги калций миқдорининг 1,8 ммол/л ва ундан камайишида ривожланади.

Ташҳислаш

Яширин ва аниқ спазмофилияларга ажралади.

Яширин спазмофилия. Кўпинча юз Хвостек феномени (қулок олди уриб кўрилганда, юз, оғиз олди, бурун, пастки ковоклар мушакларининг тезлик билан қисқариши), Труссо феномени (елкани эластик жгут билан босилганда, қўл бармоқларининг «акушер қўли» кўринишида тиришиши кузатилади) ҳолатлари кўп учрайдиган симптомлардир.

Аниқ спазмофилия. Кўпинча бола йиғлаганда ёки чўчиб кетганда ларингоспазм юзага келади. Карпопедаль спазми кузатилади – қафт ва товон дистал мушакларининг спазми: қафт «акушер қўли» ҳолатини олади, товон – қатта бармоқ товон ости томонга тортилади.

Бола ёшининг 6-18 ойларида клиник, биокимёвий, рентгенологик текширувлар рахит борлигини билдиради ва асаб-мушак кўзғалиш симптомлари кўпайиши ташҳислашни енгиллаштиради. Ҳамма касал болаларда қон зардобдаги ионлашган калций концентрацияси камаяди.

УАВ тактикаси

Даволаш. Калций ичишга (1-2% калций хлорид сут билан) 4-6 г/кун 2 кун, кейин 1-3 гр 1-2 ҳафта давомида буюрилади. Тез таъсир этувчи 10% ли калций глюконат эритмаси т/и (5-10 мл секин юборилади – брадикардия бўлиши мумкин). Ичишга витамин Д 2000-5000 ХБ буюрилади.

Ошқозон-ичак тизимининг кенг тарқалган патологик ҳолатлари

13- бўлимга қаранг. «Ошқозон-ичак тизими касалликлари».

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК)

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги – бу ошқозон ичи суоқлигини қизилўнғачнинг дистал қисмига қайта тушишидир.

Асосий кўрсатмалар

Тахминан 4-ойликкача бўлган болаларнинг 67%да кунига бир марта овқат қалқиши кузатилади. Бунга ОИТ моторикасининг етилмаганлиги сабабида деб қаралади. Физиологик ва патологик бўлиши мумкин. Рефлюксни юзага келтирувчи омиллар: ошқозон бўшагининг тутилиши, қизилўнғач перисталтикасининг бузилиши, ошқозон кенгайиши, қисқа қизилўнғач.

Ташхислаш

Қалқиш – кўкрак ёшидаги болаларда кўп учрайдиган симптом, зўриқишсиз ва оғриқсиз пайдо бўлади, овқатдан кейин тезда ёки бир неча вақтдан сўнг овқатни оғиздан бир оз миқдорда ивиб қолган сут кўринишида келишининг бир неча эпизодлари кузатилади.

Катгарок болаларда бу кўриниш енгил қусиш, зарда қайнаши, дисфагия, овқатни секин чайнаб ейиши, оғиздан ёмон ҳид келиши билан кузатилади.

Узоқ вақт сақланган ГЭРК бир нечта асоратлар келтириб чиқаради: рефлюкс-эзофагит, камқонлик, жисмоний ривожланишдан қолиш, аспирация, рецидив зотилжам, бронхиал астма, апноэ, тўсатдан болалар ўлими синдроми.

Инструментал текширув усуллари – ОИТнинг юқори қисми рентенографияси, изотопли сканирлаш, эндоскопик текширув ва биопсия, қизилўнғач монометрияси.

УАВ тактикаси

- Физиологик ГЭРК – кам-камдан овқатлантириш, овқат куюқрок бўлиши керак. Овқатланиб бўлгандан кейин, болани қорнига ётқизиш ва бош қисмини бир оз кўтариб қўйиш.

- Патологик ГЭРК.

Антацидлар. Вақт-вақти билан алюминий ва магний сакловчи дори воситалари буюрилади (алюминий гидроксиди, аралаш дори-лар – алюминий гидроксиди ва магний гидроксиди) 0,5-1 мл/кг дан овқатдан 1-3 соат кейин ва кечасига буюрилади.

H2-рецепторлар блокаторлари: циметидин 5-10 мг/кг дан, ҳар 6-8 соатда буюрилади. Кейинчалик секин-аста дори тўхтагилади ва фақат кечасига ичишга буюрилади.

ОИТ моторикасига таъсир этувчи дори-лар. Метаклопрамид 0,1-0,2 мг/кг ҳар 6-8 соат буюрилади.

Медикаментоз даводан самара бўлмаса, *жарроҳликка тегишли* саволларни ечиш мақсадида мутахассисга юборилади.

Диарея

Умумий маълумотлар. Ўзбекистонда 5 ёшгача бўлган болалар орасидаги ўлим сабаблари бўйича биринчи ўринда турувчи касаллик диарея бўлиб, болалар асосан сувсизланиш даражасининг оғирлигидан ўлади. Вирусли диарея – бир ёшгача бўлган болалар орасидаги кўп учрайдиган ичак дисфункциясига сабаб бўлади.

Диарея – кўп миқдорда, тез-тез, суоқ ёки сувсимон ахлат, кунига 3 ва ундан кўп марта келишидир.

Этиологияси. Болаларда ўткир диарея кўп тарқалишининг сабаблари:

- вирусли гастроэнтерит (ротавирусли инфекция);
- бактериал гастроэнтерит;
- энтеротоксин ажратувчи қўғатувчилар – *E.coli*, *V.cholerae*, *C.perfringens*, *Staph.spp*;
- энтеротоксин ажратмайдиган қўғатувчилар – *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Yersinia spp*;
- паразитар касалликлар: амебиаз, лямблиоз, криптоспоридиоз;
- ичакдан ташқари инфекциялар: ўрта кулок отити, сепсис, сийдик чиқарув йўли инфекцияси;
- псевдомембраноз колит: қўғатувчиси – *Clostridium difficile*.

Клиникаси

Нажаснинг ташки кўринишига қараб ОИТ шикастланиш даражасини билиш мумкин. ОИТ юкори қисмининг шикастланишида нажас кўп миқдорда, сувсимон, оч яшил ёки яшил рангда, ялтирок; пастки қисмининг шикастланишида – оз миқдорда, жигарранг, кўпинча кон ва шилликли, ҳар хил консистенцияли бўлади.

Диарея вақтида суяқ нажас билан сув ва электролитлар (натрий, калий ва бикарбонатлар) йўқотилади. Бу ҳолат адекват тикланмаса, сув ва электролитлар етишмовчилигига олиб келади ва *сувсизланиш* ривожланади. Сувсизланиш даражаси йўқотилган сув миқдорини кўрсатувчи симптомлар ва белгиларга асосланиб таснифланади (17.9-жадвал). Регидратация сувсизланиш даражасига кўра ўтказилади.

Ўткир диарея (acute diarrhea) – 14 кунгача давом этган диарея.

Персистирловчи (чўзилган) диарея – ўткир бошланиб, 14 ва ундан кўп давом этадиган диарея.

УАВ тактикаси

Қуйидаги ҳолларда нажасни бактериологик экиш таҳлили ўтказилади:

- нажасда кон бўлса;
- персистирловчи диареяда (14 кундан кўп);
- маҳаллий турар жойида ўИИ кузатилган бўлса (масалан, вабо);

17.9-жадвал

Диарея билан оғриган болаларда сувсизланиш даражаси мезонлари (ЖССТ, БКИУОБ)

Оғир сувсизланиш		
Аҳволи, хуши Чанқаш Кўзлари Тери бурмаси	Қуйидаги белгилардан иккитаси бўлганда: Летаргик/хушсиз Ича олмайди ёки ёмон ичади Киртайган Жуда секин текисланади (2 сониядан кўпроқ)	В режа асосида регидратация, стационар даво
Ўртача сувсизланиш		
Аҳволи, хуши Чанқаш Кўзлари Тери бурмаси	Безовта ва бетокат Ютокиб ичади Киртайган Секин текисланади	Б режа асосида регидратация, амбулатор даво. Регидратациядан кейин онага уй шароитида даволашни ва қачон зудлик билан қайтиш лозимлигини тушунтиринг. Аҳволи яхшиланмаса – кейинги ташриф 5 кундан сўнг

Сувсизланиш йўқ		
Аҳволи, хуши Чанқаш Кўзлари Тери бурмаси	Ўртача ёки оғир сувсизланиш белгилари йўқ	А режа асосида уй шаронтида даволанади. Онага қачон зудлик билан қайтиш лозимлигини тушунтиринг. Аҳволи яхшиланмаса – кейинги ташриф 5 кундан сўнг

Даволаш:**В режа. Оғир сувсизланишни даволаш**

Зудлик билан томир ичига суюқлик юбориш, кейин – орал регидратация ўтказиш.

Томир ичига суюқлик юборишни зудлик билан бошланг. Бола суюқлик ича олса, венага суюқлик юбориш билан бирга ОРВ ичиринг.

Изох: Рингер лактат эритмаси (уни яна инъекция учун Хартамн эритмаси деб аталади) томир ичига юбориладиган суюқликларнинг энг яхшисидир. Агарда у бўлмаса, у ҳолда физиологик эритма – 0,9% ли NaCl ишлатиш мумкин. Алоҳида 5% ли глюкоза эритмасини қўллаш (декстроза) самарасиздир.

Оғир сувсизланишда болага т/и суюқлик юбориш

Ёши, ойи	Аввал 30 мл/кг юборинг:	Сўнгра 70 мл/кг юборинг:
12 ойликдан кичик	1 соатда	5 соатда
12 ойликдан катталар	30 дақиқада	2,5 соатда
Пульс аниқланмаса ёки суёт бўлса муолажани қайтаринг.		

Б режа. Ўртача сувсизланишни ОРВ ёрдамида даволаш

Таклиф этилган ОРВ микдорини тиббий муассаса шаронтида 4 соат давомида беринг

• Биринчи 4 соат ичида берилиши лозим бўлган ОРВ микдорини аниқланг.

Ўртача сувсизланишда болага суюқликни юбориш

Ёши *	4 ойлик-кача	4-12 ойлик	12 ойликдан-2 ёшгача	2-5 ёшда
Вазни, кг ОРВ, мл	6 дан кичик 200-400	6-10 гача 400-700	10-12 гача 700-900	12-19 гача 900-1400

* Боланинг вазни номасълум бўлса, ёшидан фойдаланинг. ОРВнинг тахминий миқдорини (мл) бола вазнини (кг да) 75 га кўпайтириб ҳам топиш мумкин.

• Агар бола кўпроқ ОРВ ичгиси келса, белгилангандан кўпроқ беринг. Онага ОРВни болага қандай беришни кўрсатинг. Суюқликни пиёладан тез-тез култумлатиб беринг. Агар бола қайт килса, 10 дақиқа кутиб турунг. Сўнгра секин давом эттиринг.

• Болани хоҳлаган пайтда кўкрак билан эмизишни давом эттиринг.

4 соатдан сўнг:

• Бола аҳволини қайта баҳоланг ва сувсизланиш даражасини таснифланг;

• Даволашни давом эттириш учун мос келадиган режани танланг;

• Болани овқатлантиришни тиббий муассасада бошланг.

Она даволаш тугашига қадар тиббий муассасада қоқолмаса, унга уй шаронтида (А режа бўйича) даволаш қондаларини тушунтиринг

А режа: Диареяни уй шароитида даволаш

Онага уй шароитида даволашнинг 4 коидаси бўйича маслаҳат беринг: кўшимча суюқликлар бериш, цинк препарати, овқатлантиришни давом эттириш, бола билан қачон қайтиш лозимлигини билиш.

1. Кўшимча суюқликлар бериш (бола қанча ича олса, шунча микдорда)**Онага тавсия этинг:**

a. кўкрак билан тез-тез ва узоқ эмизинг;

b. бола фақат эмаётган бўлса, унга кўкрак сутига кўшимча равишда ОРВ ёки тоза сув беринг;

c. бола фақат кўкрак сути билан боқилмаётган бўлса, унга куйидаги суюқликлардан биттаси ёки бир нечасини беринг: ОРВ эритмаси, озиқ маҳсулотлари негизидаги суюқликлар (масалан, шўрва, гуруч қайнатмаси, йогурт асосидаги суюқликлар) ёки тоза сув.

Паст осмоляр ОРВ суюқлигини уйда бериш куйидаги ҳолатларда айниқса муҳим, бола бунгача Б ёки В режа бўйича тиббий муассасада даво олган бўлса, диарея кучайса, бола стационарда қайтолмаса.

Онани паст осмоляр ОРВни тайёрлаш ва беришга ўргатинг.

Онага уйда фойдаланиши учун 2 пакет ОРВ беринг.

Онага, одатдаги микдорга кўшимча қанча суюқлик беришни тушунтиринг. 2 ёшгача ҳар бир суюқ нажасдан сўнг 50-100 мл, 2 ёш ва ундан катталарга ҳар бир суюқ нажасдан сўнг 100-200 мл.

Суюқлик бериш қоидаларини тушунтиринг: суюқликни тез-тез пиёла ёки қошиқдан қултумлаб ичириш; агар бола қайт қилса, 10 дақиқа кутиб туриб, сўнг секин давом эттириш. Диарея тўлиқ тўхтамагунча кўшимча суюқлик беришни давом эттириш.

2. Цинк препаратини ичириш: 6 ойликкача – 1/2 таблетка (10 мг), 6 ойдан катталар – 1 табл./кунига (20 мг) 10-14 кун давомида.

Цинк препаратини ичиришни онага кўрсатинг:

1. Гўдак болалар учун: таблеткани озгина тоза сувда, соғиб олинган сутда ёки ОРВ эритмасида эритиб, пиёла ёки қошиқ билан беринг;

2. Катта болаларга: таблеткани чайнашга ёки тоза сувда эритиб берса бўлади.

Онага бола учун цинк препаратларини тўлиқ олиш муҳимлигини тушунтиринг.

Чўзилган диарея

Чўзилган диарея – бу қонли ёки қонсиз диарея; ўткир бошланади ва 14 ва ундан кўп кунлар сувсизланиш белгиларисиз давом этади.

Оғир чўзилган диарея**Ташҳис**

Агарда болада чўзилган диарея сувсизланиш белгилари билан кечса, бу ҳолат оғир чўзилган диарея деб таснифланади.

Даволаш. Шифохонада: сувсизланиш даражаси аниқланиб, Б ёки В режа асосида даволанади.

Болаларда ОРВ эритмаси билан даволаш доимо самарали, лекин баъзан глюкоза эритмаси кийин сўрилади ва сувсизланиш даражасини кучайтиради. Бундай болаларга ОРВ эритмасининг сўрилиши тикланишига қадар, томир ичига суюқлик куйиш муҳимдир.

Чўзилган диареяли болаларни ҳар доимгидек антибиотиклар билан даволаш самарасиздир, лекин айрим болаларга бактериал инфекция қўшилган бўлса махсус антибиотик даво ўтказилади.

Таъсирланган ичак синдроми

Кўзгалган ичак синдроми – болалардаги кенг тарқалган сурункали диарея сабабчисидир.

Этиологияси ноаник. Касаллик ривожланишида стресс ҳолатлари аҳамиятга эга.

Текширув ва ташҳислаш. Кўпинча 1-5 ёшли болалар ўртасида учрайди. Анамнезида – рациони ўзгариши натижасида сувсимон ич келиши. Физикал текширувлар ва нажас таҳлили – меъёрда, ривожланиши бузилмаган, нажас экмаси таҳлили – манфий. Ташҳис сурункали диареянинг бошқа сабаблари истисно қилингандан сўнг қўйилади.

Даволаш. Асосий мақсад – ич кетишни тўхтатиш, ўсиш ва ривожланишни нормаллаштириш. Ота-оналар боланинг касаллигини хавфли деб ўйламайди. Рационни коррекциялашади. Агарда парҳез ёрдамида даволаш самарасиз бўлса, шифохонага юборилади. Диареяга қарши воситалар буюрилмайди. Нуксонларни истисно қилиш учун, контраст моддалар билан рентгенологик текширув ўтказилади.

Целнакия

Глютин моддасини туғма кўтара олмаслик. Асосан боланинг 9-18 ойликларида ташҳисланади.

Асосий симптомлари – иштаҳанинг йўқолиши, безовталиқ, уйқучанлик, жисмоний ривожланишдан орқада қолиши кузатилади (унгача болалар яхши ривожланади). Сўрилиш бузилиши синдроми ривожланади (малабсорбция), метеоризм ва ич кетиши билан пайдо бўлади. Нажас кўпинча ўткир ҳидли бўлади.

Ташҳислаш мезонлари. Нажас орқали ёғ экскрециясининг ошиши. Ингичка ичак биоптати гистологик текширилганда – қилчаларда кўпол ўзгаришлар, безли эпителий атрофияси кузатилади.

Даволаш. Рационда глютен сақловчи озиқ-овқатлардан бутунлай сақланиш: ачитқили нон, макаронлар, қотган нон, қандолат маҳсулотлари, буғдой ва сули бодроклари, қора ун, буғдой ёрмалари, пиво, балиқ ва бошқа маҳсулотлар, қиздирилган қотган нон, шўрва концентратлари ва соуслар истеъмол қилмаслик. Парҳез кўп миқдорда оксил, углевод, клечаткалар ва кам миқдорда ёғ сақлаши керак. Авитаминозни даволаш.

Ошқозон-ичак тизимининг туғма нуқсонлари

Гиршпругн касаллиги

Касаллик (ичакнинг туғма аганглиози, туғма мегаколон) тўғри ичак ва йўғон ичакнинг ҳар хил жойларида туғма интрамурал тутамининг йўқлиги билан ҳарактерланади. Касаллик учраши 1:5000. 10% ҳолатларда касаллик оилавий анамнезида бордир.

Этиологияси ноаник.

Ташҳислаш

Анамнез: Янги туғилган чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунда пайдо бўлади (меконий келмаслиги) ёки биринчи ҳафтасида (ўтли қайт қилиш, қорин дамлаши). Кечроқ турғун қабзият кузатилади. *Ректал текшируви:* бошида орқа йўл сфинктери қисилган, тўғри ичак эса бўш, кейинчалик нажас ва газ фаввора каби отилиб чиқади. Катгароқ болалар йўғон ичагида нажас массаси пайпасланади. *Лаборатор ва инструментал текширувлар:* қорин бўшлиғининг шарҳли рентгенографияси, ирригоскопия, ректал манометрия ва тўғри ичак биопсияси.

УАВ тактикаси. Гиршпругн касаллигига гумон қилинган бемор мутахассисга юборилади.

Пилоростеноз

Пилоростеноз – ошқозон пилорик қисми ўтказувчанлигининг бузилиши. Кўп ҳолларда туғма учрайди.

Биринчи симптомлар бола ҳаётининг 2 ва 4 ҳафталари ўртасида пайдо бўлади, 5% – болаларда туғилган заҳоти кузатилади.

Учраши – 4:1000 янги туғилган чақалоқларга нисбатан. Эркак жинсида кўп тарқалган (4:1).

Ташҳислаш

Асосий симптом – фавворасимон, нордон хидли, ўт ажралмасиз қусиш. Қабзиятлар, тана вазнининг камайиши. Эпигастрал соҳада қорин дамлиги, асосан эмизилгандан кейин. Дегидратация – тўқималар тургорининг пасайиши, қатта ликилдоқнинг ботиши. Перисталтика кўриниши.

Пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурга ости ёки эпигастрий соҳасида зичлашган, ҳаракатчан, оғриксиз, ҳосила бўлиб, клиник белгилари билан кечади.

Ошқозоннинг кучли перисталтикаси унинг қум соат шаклини эгаллаши билан кўринади. Агарда ошқозон пилорик қисми пайпасланмаса, унда УТТ, эндоскопия ёки рентгенография ўтказилади (барий билан). Ошқозон тўлиқ реттенограммасида ҳаво бўлиб, барийнинг секин ўтиши, ипсимон торайиш кўриниши ва пилорик каналининг чўзилиши кўринади.

УАВ тактикаси. Жарроҳ маслаҳатига юборинг. Даволаш – жарроҳлик амалиёти.

НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ КЕНГ ТАРҚАЛГАН МУАММОЛАРИ

6 – бўлимга қаранг «Нафас олиш аъзолари касалликлари»

ЖССТ маълумотларига кўра, дунёда 5 ёшгача бўлган болалар ўртасидаги ўлим ҳолатларининг тахминан 20% нафас йўллари пастки қисмининг ўткир инфекциялари; улардан 90% зотилжам ривожланиши билан боғлиқдир.

Ўткир бронхит

Этиологияси: 95% – вируслар, 5% – микоплазма, хламидиялар қақиради.

Ташҳислаш. Вирусли бронхит токсикозсиз ривожланади, кўпинча 1-3 кун давомида субфебрил ҳарорат, хансираш – ўртгача (50 мартагача), обструкция клиник белгиларисиз кечади.

УАВ тактикаси. Азобли қуруқ йўталда – йўталга қарши воситалар берилади. Керак бўлса – муколитиклар. Микоплазмали ва хламидияли бронхитга гумон қилинганда – макролидлар (эритромицин, макропен) буюрилади.

Бронхиолит

Этиологияси. Респиратор-синцитиаль вируси, парагрипп, грипп, энтеровируслар.

Ташҳислаш. ЎРВИ дан 1-3 кун ўтиб обструктив бронхит ривожланади: хуштаксимон хириллашлар, кўп бўлмаган қуруқ йўтал, хансираш – 50 марта, баъзан 60-70 тагача. Бронхиолит обструкцияси шиллик қаватининг шиши ва гиперсекрецияси билан боғлиқ. Кўп майда пуфакли хириллашлар, хансираш – бир дақиқада 70-90 бўлишлиги ҳосдир.

УАВ тактикаси. Орал регидратацияси 100 мл/кг/сут гача. Яққол обструкцияда: ичишга β -агонистлар (салбутамол 1 мг), β -агонистлар самарасиз бўлса – шифохонага юборилади.

Зотилжам

Зотилжам – ўпка паренхимасининг ўтқир инфекцион касаллиги, нафас етишмовчилик синдроми ва/ёки функционал, рентенограммадаги инфилтративли ёки ўчоқли ўзгаришларга асосланиб ташхисланади.

Этиологияси: вирусли, бактериал (пневмококкли, стафилококкли), атипик (микоплазмали). Зотилжам кўп ҳолларда 5 ёшдан кичик болаларда учрайди.

Клиникаси. Иситмалаш, ҳолсизлик, иштаханинг йўқолиши, йўтал, йирингли балғам ажралиши, аускультацияда: ўпкада тарқок хириллашлар, кучсиз нафас билан намоён бўлади.

Даражасига кўра оғир бўлмаган, оғир ва жуда оғир зотилжамларга ажратилади. (17.10-жадвал).

17.10-жадвал

Зотилжамни оғирлик даражасига кўра таснифлаш, даволаш (ЖССТ)

Белги ёки симптом	Оғирлик даражаси	Даволаш
Йўтал ёки нафас кийинлиги ва қуйидаги симптомлардан биттаси бўлса: – марказий цианоз – оғир нафас етишмовчилиги (масалан, бошни пастга эгиш ҳаракати) – ича олмайди (эма олмайди), ҳар қандай овқат ва суюқликдан сўнг қайт қилади – тиришиш, летаргик ёки беҳуш	Жуда оғир зотилжам	Госпитализация. Тегишли антибиотиклар тавсия этилади. Кислород берилади. Нафас йўли ўтказувчанлиги таъминланади. Иситма бўлса, иситмага қарши восита буюрилади.
Йўтал ёки нафас кийинлиги ва қуйидаги симптомлардан биттаси бўлса: – нафас олганда қовурғалар ости тортилиши (кўкрак қафасининг пастки қисми) – Бурун қанотларининг керилиши – Инкиллаб нафас олиши (гўдақларда)	Оғир зотилжам	Юқорида кўрсатилганлар
Ёшига нисбатан нафас тезлашган: – 2 ойдан кичик – 60/дақиқа ва ундан кўп – 2-11ой – 50/дақиқа ва ундан кўп – 1-5 ёш – 40/дақиқа ва ундан кўп Ўпкада аниқ нам хириллашлар Кучсиз ёки бронхиал нафас	Зотилжам	Амбулатор даво. Тегишли антибиотикни 5 кунга тавсия этилади. Хавфсиз восита билан томоқни юмшатиш ва йўтални енгиллаштириш. Онага қачон зудлик билан қайтиб келиш кераклигини тушунтирилади. Режали кўрик – 2 кундан кейин.

Зотилжам белгилари йўқ	Зотилжам йўқ	Уй шароитида даволаш. Зарурият тугилса – антибиотик буюрилади.
	Йўтал ёки шамоллаш	Хавфсиз восита билан томоқ юмшатилади ва йўтал енгиллаштирилади. Онага қачон зудлик билан қайтиб келиш кераклиги тушунтирилади. Режали кўрик – агар аҳволи яхшиланмаса, 5 кундан кейин. Агар йўтал 30 кундан кўпроқ давом этса, сурункали йўтални олиб бориш бўйича кўрсатмага биноан тактика олиб борилади.

УАВ тактикаси. Оғир ва жуда оғир зотилжамда шифохонага юборилади. Оғир бўлмаган зотилжамда тегишли антибиотик даво ўтказса бўлади. Амалиётда этиологик ташхислаш қийинлиги туфайли эмпирик даво ўтказилади.

Болада оғир зотилжам белгилари йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Оғир бўлмаган зотилжам давоси.

Оғир бўлмаган зотилжам амбулатор даволанади.

ОИВ-инфекцияси бўлмаса: котримаксазол – 4мг/кг триметоприм ва 20 мг/кг сулфаметаксазол ёки 25 мг/кг амоксициллин кунига 2 маҳал ичиш 3 кун давомида.

ОИВ-инфекцияси бор болага антибиотик даво – амоксициллин 5 кун давомида буюрилади.

Кейинги кузатув

- Онага болани кўкрак сути билан боқиш тавсия этилади.

- Нафас олиш енгиллашса (хансираш камайса), тана ҳарорати пасайса, бола иштаҳаси яхшиланса, 3 кунлик антибиотик даво тўхтатилади.

- Агар болада нафас тезлашуви, тана ҳарорати ва эмиши яхшиланмаса, бундай ҳолатларда антибиотикларни иккинчи авлодига ўтилади.

Болалардаги бронхиал астма

6 – бўлим «Нафас олиш аъзолари касалликлари» ва 24- бўлим «Шошилинч ҳолатлар»га қаранг.

Ташхислаш

Ташхисни астма хуружи вақтида нафас чиқаришнинг чўзилишига, хуштаксимон хириллашга, ортопноэ, оғирлик даражасига, шунингдек кўшимча текширувлар натижасига асосланиб қўйилади.

Кўп ҳолларда болаларда атопик астма учрайди. Агарда ташхис ноаниқ бўлса, у ҳолда дозаланган ингальторда салбутамолнинг азрозолли ингальяцияси синама равишда қўлланади.

Астмада ҳолат бирданига енгиллашади: нафас тезлашуви, кўкрак қафасининг тортилиши ва бошқа нафас етишмовчиликлари камаяди (агар оғир даража бўлса, у ҳолда бир неча доза талаб қилиши мумкин).

5 ёшгача бўлган болаларда астматик статус симптомлари
 – Гаплашиш вақтида яққол ҳансираш;
 – Овқатланишда яққол ҳансираш;
 – Нафас олиш тезлиги 50 ва ундан кўп /дақиқа;
 – Пульс 140\дақиқа ва ундан кўп;
 – Гўдак ёшдаги болаларда ёрдамчи мушаклар иштироки даражаси баҳоланади.

Кўйидаги белгиларнинг бирортаси кузатилса, зудлик билан шифохонага юборилади (17.11-жадвал)

17.11-жадвал

Болалардаги бронхиал астма кечиши мезонлари

Белги	Енгил даража	Ўртача оғир даража	Оғир даража
1	2	3	4
Хуружлар сони	ойда 1 мартадан кам	Ойда 3-4 марта	Ҳафтада 1 мартадан кўп
Хуруж характери	Енгил	Ўртача оғирликда ташқи нафас функцияси бузилиши билан	Оғир ёки астматик статус
Тунги хуружлар	Баъзида ёки йўқ	Ҳафтада 2-3 марта	Ҳар куни
Жисмоний активлик	Меъёردа	Пасайган	Кескин пасайган
Пневмотахометриянинг суткалик кўрсаткичи	20% дан кам	20-30%	30%дан кўп
Ремиссия характери	Симптомсиз, ташқи нафас функцияси меъёردа	Клиника ва ташқи нафас функцияси тўлиқ бўлмаган ремиссия	Нафас етишмовчилигининг сақланиши
Ремиссия даври	3 ой ва ундан кўп	3 ойдан кам	1-2 ой
Жисмоний ривожланиши	Бузилмаган	Бузилмаган	Бузилган
Хуружни тўхтагиш усули	Спонтан ёки бир доза бронхолитик	Бронхолитиклар ингаляцияси, баъзан т/и, м/о, аэрозолли стероидлар	Т/и ва м/о инъекция, бронхолитиклар ва стероидлар.

УАВ тактикаси

• Базис даво, бронхлар шиллик қавагидаги яллиғланишни камайтиришга қаратилган.

• Хуружни даволаш.

Бронхиал астамада базис даво касалликни оғирлик даражасига қараб ўтказилади. (17.12-жадвал).

Бронхиал астмани даволашдаги қадамлар

Терапия	1-қадам. Енгил да- ража	2-қадам. Ўрта оғир даража	3-қадам. Оғир даража
Хуруж олдини олишга қаратилган базис терапия			
Яллиғланишга қарши даво	Кромогликат натрий кунига 4 марта ёки недокромил натрий кунига 2 марта	Кромогликат на- трий кунига 4 марта ёки недокромил на- трий кунига 2 марта. Самараси кам бўлса 6-8 хафтадан кейин стероидлар инга- ляциясига алмаш- тириш (ўртача доза) Инга- ляцион стероид- лар (юқори доза)	Н о т ў л и қ симптомлар на з о р а т и - да – дозани кўпайтириш ёки орал стероидлар қўшиш (қиска курс)
Стероидларга қўшимча узок таъсир этувчи бронходилята- торлар	Кўрсатма йўқ	Узок таъсир этув- чи теофиллинлар ёки узок таъсир этувчи β 2 – аго- нистлар	Узок таъсир этувчи тео- филлинлар ёки узок таъ- сир этувчи β 2 – агонистлар
Симптоматик даво (тезда симптомларни йўқотиш учун)			
Бронходилята- торлар	Онда – сонда: ингаляцияда узок таъсир этувчи β 2 – агонистлар ва (ёки) интраптропий бромид ёки қиска таъсир этув- чи теофиллин бир мар- талиқ доза 5 мг/кг	Ингаляцияда қиска таъ- сир этувчи β 2 – аго- нистлар кунига 4 марта ва (ёки) интраптропий бромид ёки қиска таъсир этувчи теофиллин бир марталиқ доза 5 мг/кг	

Давони назорат қилиш

Касаллик даражасининг яққоллиги объектив белгиларга асосланади (диспноэ, ёрдамчи мушаклар иштироки, яққол нафас шовқинлари, пневмотахометрия, оғир хуружда – артериал қондаги гемоглобинни кислород билан тўйинтириш – SaO_2 , қондаги газлар. Астманинг кечиши ва базис давосини назорат қилиш учун отоналар кундалиқ тутишлари керак, улар кундалиқка астма симптомларини (хуштаксимон нафас ва хириллашлар, ҳансирашлар, тунги симптомлар, астма хуружи), пневмотахометрия кўрсаткичларини (5 ёшдан қатта болаларда), дорилардан фойдаланишларини ёзиб юришлари лозим. Кундалиқ тутиш ўзини назорат қилишга ва касаллик муаммоларини мустақил ҳал қилишга ўргатади. Давонинг самараси – доимий малакали назоратдир. Навбатдаги кўрикда врач отоналар кундалигини ўрганиб чиқади, объектив кўрик (ташки нафас функцияси) ва базис даво самарасини баҳолайди ва керак бўлса давони коррекциялайди.

Профилактикаси. Ҳамма қўзғатувчи омиллар, аллергенларни йўқотиш керак.

Санаторияда даволаниш; ота-оналарга денгиз бўйи курортларда касаллик қайталаниши мумкинлиги огоҳлантирилади, шунинг учун бола у ерда бўлишининг оптимал муддат – 2 ва ундан ортик ойдир.

Профилактик эмлаш ҳаммага ўтказилади, у стабил ҳолатларда – спонган ёки медикаментоз ремиссия даврида қилинади. Эмлаш муддати сўнгги хуруждан кейин индивидуал белгиланади, кўп ҳолларда 2-3 ҳафтагача; эпид. кўрсатмага асосан эмлашни эрта ўтказса бўлади. Базис даво (шу жумладан, ингалицияда стероидлар) эмлашни ўтказишга қарши кўрсатма бўлмайди, узок вақт стероидларни (2 ҳафта ва кўп) тизимли равишда 20 мг/кун дозада қабул қилаётганларни эмлаш мумкин эмас.

Махсус иммунотерапия олаётган болаларга аллерген инъекциясини олгандан 2-4 ҳафтадан кейин эмлаш ўтказилади ва худди шундай муддатдан сўнг инъекциялар қўллаш яна давом эттирилади.

Болаларда ЛОР аъзолари муаммолари

Ларингитлар

Халқум шиллик қаватининг ўткир ва сурункали яллиғлиниши. Вирусли инфекция эпидемиясида кўп учрайди – кеч куз, киш, эрта баҳор.

Ташҳислаш

Клиник белгилари: овоз бўғилиши, кўпол, бўғиқ йўтал, инспиратор хириллашлар. Нафас қийинлиги даражаси ва кўкрак қафаси экскурсияси бола тинч ҳолатида баҳоланади. Анамнези. Ларинготрахеит, секин-аста ривожланувчи, жуда секин ўтиб кетувчи ва тўсатдан бошланадиган касалликларга нисбатан оғир кечувчи ҳолатдир. Агарда, ларингитли беморнинг тана ҳарорати бир неча кун юкори бўлса, адекват даводан кейин ҳарорати тушмаса, бунда болада зотилжам ёки бактериал трахеитни истисно қилиш керак.

Даволаш

Нафас етишмовчилиги ифодаланишини баҳолаш. Овоз бўғилиши ва кўпол ларингитли йўтални уй шаронтида даволаш мумкин.

Инспиратор хириллаши бор болалар, кўкрак қафаси тортилиши бўлмаса, тезда тузалади ва шифохонада даволашни талаб қилмайди.

Вирусли ларингитнинг этиотроп давоси (70% ҳолда – парогрипп вируси) ўрганилмаган. Стенозли ларингитда дексаметазон – 0,6 мг/кг м/о ёки преднизолон самарали. Кейинроқ шу дозани 1-2 марта қайтариш мумкин. Самараси секин кўринади. Шовкинли, хуштаксимон нафасда небулайзер ёрдамида адреналин ингалицияда юборилади 0,5–1,0 мг/кг 5-10 дақиқа давомида.

Беморга ёрдам кўрсатилиб, 1-2 соатдан кейин шифохонага юборилади ёки поликлиника шароитида керакли вақт давомида назорат қилинади.

Шифохонага юборишга кўрсатмалар

– Болалар кўкрак қафасининг қовурғалар ораси билинарли тортилишида ва ёрдамчи мушакларни нафас олишида иштирок этишида интенсив даво муҳим бўлиб, зудлик билан шифохонага юборилади.

– Иситма пайдо бўлса, одатдаги даво ёрдам бермаса, бактериал трахеит ёки зотилжамга гумон қилиш керак. Зудлик билан шифохонага юборилади.

Ўткир эпиглоттит

Халқум усти ва ён атрофидаги структураларнинг тез кучайиб борувчи инфекцион касаллиги бўлиб, нафас йўлларининг ҳаётга хавф солувчи обструкциясини чакиради.

Кўпинча 2-7 ёшли болалар касалланади. *Haemophilus influenzae* b тури (Hib) чакиради.

Эпиглотитга жиддий гумон қилинганда, бола оғзини очишга ва томоғини кўришга ҳаракат қилманг; зудлик билан болани ота-она ҳамроҳлигида шифохонага олиб бординг.

Агар болада эпиглотит бўлмаса, лекин белгилари шу касалликни эслатса, уй шароитида даволаш учун, шифохонадан чиқаришдан олдин, томоқ ва ҳалқум усти текширилиши лозим.

Нафас йўллари обструкцияси хавфи бўлса, биринчи навбатда беморга никоб орқали кислород бериш керак.

Агарда бемор ахволи яхшиланмаса, трахеяни интубацияси ёки трахеяни йўгон игна билан пункция қилинади (муолажани танлаш врачнинг билиши ва тажрибасига боғлиқ).

Hib га қарши эмлаш касалликни камайтиради.

Клиникаси

Мактаб ёшигача бўлган болаларда тўсатдан стридор, дисфагия, сўлак ажралиши ва юқори иситма, овознинг бўғилиши, ҳансираш билан бошланади. Томоқда кучли оғрик бўлади. Бола мажбурий ҳолатни эгаллайди, нафас олишни енгиллатиш учун бўйнини чўзади.

Вирусли крулдан фарқи (ларингитдан) эпиглотитда кўпинча йўтал бўлмайди.

Даволаш

• Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш учун зудлик билан шошилинч чоралар кўриш.

• Болани чўчитадиған, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва томоқни шикастлайдиған муолажаларни ўтказишдан сақланинг.

• Болани тинчлантиринг, уни она қўлида ушлаб тургани яхшироқ. Болага кислород бериш муҳим, агарда, бола чўчимаса, оғзи олдида никобни тутиб туриш керак. Зудлик билан шифохонага юборилади.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклашда шошилинч чоралар

• Никоб орқали кислород бериш. Кўпинча юқори нафас йўлларида босимни ошириш, уларнинг кенгайишига олиб келади.

• Агарда никобли кислороддан самара бўлмаса – ҳалқумни интубация қилиш зарур.

• Агарда 10-20 сек ичида интубация қилинмаса ёки врачнинг интубация ўтказиш тажрибаси бўлмаса, ҳалқумни унга перпендикуляр ҳолда қалқонсимон без ва тоғай орасидан йўгон игна билан пункция қилиш керак. Кейин игнага 20-мл шприц уланади, уни эса ўтказувчи ёрдамида вентилицион қопга уланади. Вентилиция учун 100% ли кислороддан фойдаланилади.

• Антибиотикотерапия: цефуроксим т/и; эпиглотит касаллигини кўп кўзгатувчиларига – гемофил таёқчалар ва β – гемолитик стрептококкларга самарали восита бўлиб ҳисобланади.

Болаларда ўрта кулок ўткир отити

Ўрта кулок ўрта отити – ўрта кулок бўшлиғидан суюклик ажралиши ва эшитишни ёмонлашиши, кулокнинг ўткир яллиғланишининг яққол кўринишидир.

Ўрта кулок секторли отити – яллиғланиш белгилари йўқ (эшитишни ёмонлашишидан ташқари), лекин ўрта кулок бўшлиғида доимо суюклик бор (экссудат, трансудат). Ўрта кулок бўшлиғида суюклик бўлмаса, ўрта кулок отити ташҳиси қўйилмайди.

Кўп касалланиш: октябрь-декабрь ва март-май. Отитнинг болаларда учраши 40:1000. Кўпинча 5 ёшгача бўлган болалар (ўғил болалар) касалланади; чакирувчиси *Haemophilus influenzae*, баъзан

пневмококлар. Евстахийев йўлининг тикилишига олиб келадиган юкори нафас йўллари катарал инфекциялари билан узвий боғлиқ.

Хавф омиллари

ЎРВИ (риновирус, аденовирус, респиратор-сентициал инфекция, грипп). Аденоиднинг катгалашиши эшитув йўлининг дисфункциясига олиб келади. Тамаки тутунидан нафас олиш.

Ташхислаш

Отоскопия: ноғора парда ҳаракатининг бузилиши, хиралашган, сарғимтир ёки қизил рангда, томирлар инъекцияси, бўртиши. Ёруғлик конуси йўқолган. Ноғора парда орқасидаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин.

3-4 ёшли боланинг эшитишини пичирлаб гапириш билан ёки камертон орқали текшириш мумкин (ота-оналар назорати муҳимдир).

Асосий симптомлари: кулоқдаги оғриқ, тунги безовталиқ, эшитишни бузилиши, кулоқдан суюқлик келиши, иситма, иштаҳанинг ёмонлашиши ёки ОИТ бузилиши (гўдақларда қусиш, абдоминал оғриқ ва диарея бўлиши мумкин).

Анамнезида юкори нафас йўллари инфекциясини ўтказганлиги.

Ноғора парда соҳасида энгил кизариш ва кулоқ олди соҳасининг кўзгалиши, отит белгилари бўлиб ҳисобланмайди. Булар ЎРВИ симптомлари бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси

Номедикаментоз даволаш ва маслаҳат. Совкотишдан ва тамаки чекилган хонадан, эшитув йўлига сув тушишидан сақланиш (ноғора парда перфорациясида сувда сузмаслик). Агарда ажралма бўлса, эҳтиётлик билан эшитув каналини пахтали тампон билан, чуқур киргизмасдан тозалаш. Эшитув каналини ювиш мумкин эмас.

Медикаментоз даволаш: Энгил даражали кечишда: оғрикни қолдириш учун – парацетамол. 10 тадан 8 та ҳолатда ўрта кулоқ ўтқир отити ўз ҳолича тузалиб кетади. Яхши парваришлаб, антибиотикларсиз даволаш мумкин. Ўтқир перфорациялар доимо спонтан тузалади ва эшитишни йўқолишига сабаб бўлмайди.

Отит ўртача оғир ва оғир клиник кечишида антибиотик билан даволанади.

Антибиотикларни танлаш

4 ёшдан кичик болалар

- Амоксициллин 40 мг/кг/сут (максимал доза – 80 мг/кг/сут) 2 маҳал (асоратланмаган ҳолатларда).

- Ко-тримаксазол 2 маҳал.

- Амоксициллин ва клавулан кислотаси 2-3 маҳал.

- Цефалоспоринлар II авлоди

4 ёшдан катта болалар

- Амоксициллин 40 мг/кг/сут (максимал доза – 80 мг/кг/сут) ёки феноксиметилпенициллин 100000 БР/кг/сут 2 маҳал (асоратланмаган ҳолатларда).

- Ко-тримаксазол 2 маҳал

- Амоксициллин ва клавулан кислотаси 2-3 маҳал.

- Цефалоспоринлар II авлоди.

- Азитромицин.

Антибиотикотерапия кўпинча 5–7 кун ўтказилади. Бош кўтарилган ҳолатда ухлаш. Касалликнинг биринчи кунлари – бурунга қон томирларни торайтирувчи томчилар томизиш. Антигистамин воситалар самарасиз. Кулоқ томчиларидан сақланиш. *Консерватив давонинг самарасизлиги ва асоратларда – мутахассисга юбориш;* тимпаноцентезга кўрсатма (парацентез). Беморнинг кейинги ташрифида эшитишни ва ноғора парданинг ҳаракатини баҳолаш керак.

Агарда охирги 6 ой ичида болада 3 ва ундан ортиқ отит кузатилса, профилактик антибиотикотерапия ёки жаррохлик даво ўтказилади (масалан, аденоидни олиб ташлаш).

Ўткир тонзиллит (ангина) – «ЛОР – муаммолари» бўлимига қаранг.

Болалар инфекциялари

9 – бўлимга қаранг. «Юқумли касалликлар».

Сувчечак

Кенг тарқалган ва жуда юқувчан касаллик. Кўзгатувчиси – varicella zoster вируси, герпесвируслар оиласига киради. Сувчечак ўтказгандан кейин, организмдан йўқолиб кетмайди, балки орқа мия ганглияларида латент ҳолатда сақланади. Вирус қайта фаоллашганда ўраб олувчи темираткини пайдо бўлишига олиб келади.

Эпидемиологияси

Йилнинг совуқ ойларида касалланиш кўпаяди. Асосан 2-8 ёшгача бўлган болалар касалланади. 75% шаҳар болалари сувчечак билан 15 ёшида касалланади, 90% – 20 ёшгача. Вирус сувчечакли ёки ўраб олувчи темиратки беморидан ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Сувчечакли бемор танасида везикулалар борлигида юқувчан ҳисобланади.

Ташҳислаш

Инкубацион даври – 10-21 кун. Продромал даври: 2-3 кун давом этиб, умумий симптомлар сезиларсиз бўлиб, иситмалаш, бош оғриғи, миалгия характерли. Авж олиш даври: тошмалар кўпинча бошнинг соч қисмига, юз (оғиз шиллик қаватида ҳам), танага тарқалади; тошмалар полиморф хусусиятли (бир вақтда везикулалар, папулалар ва қатқалоклар кузатилади); кучли кичишиш характерли.

УАВ тактикаси

Кўп ҳолларда симптоматик даво. Тинчлик тавсия этилади; иситмада – парацетамол (аспирин – қарши кўрсатма), кўп суюқликлар ва енгил овқатлар, кичишишда – Н1-блокаторлар ичишга буюрилади. Бола тирноклари тоза ва калта қилиб олинган бўлиши керак, бу кичишиш изларини олдини олади. Кучли кичишишда бола қўлига пахтали қўлқоп кийдириб қўйилади. Иммунтанкис ҳолатли беморларга ацикловир буюрилади.

Профилактикаси. Сувчечакли бемор билан контактда бўлганларга, varicella zoster вирусига қарши иммуноглобулин билан нофаол иммунизация ўтказилади.

Қизамиқ

Юқори юқувчан инфекция. Кўзгатувчиси – РНК-сақловчи вирус (парамиксовируслар).

Эпидемиологияси

Ҳаво-томчи йўли билан юқади. Бемор тошма пайдо бўлгунча юқумли бўлади. Юқиш – кўпинча 5 кунда бўлади. Касаллик ўтказгандан кейин турғун иммунитет қолади.

Ташҳислаш

Инкубацион давр – 10-14 кун.

1. Продромал давр – 3-4 кун давом этади: юқори ҳарорат, иштахасизлик, ич кетиши, йўтал, ринит, конъюнктивит, Коплик доғи, қизамиқ энантемаси.

2. Авж олиш даври. Қизил рангли доғсимон-папулёз тошмалар характерли: биринчи қулоқ атрофларида пайдо бўлади, биринчи кунда –

юзига, иккинчи кунда – танага, учинчи кунда – оёқ-қўлларга тошади (бу вақтга келиб, юздаги тошмалар «очилади»). Тошмалар элементлари бир-бири билан қўшилади, босиб кўрганда оқаради. Тошма тошгандан тахминан 5 кундан кейин харорат пасаяди, ўзини хис қилиши яхшиланади.

3. Тузалиш даври: тошмалар оқаради, оқимтир тусга киради, кипикланиш бошланади. Бир муддатгача йўтал сақланади, лекин ўзини хис этиши одатда тез яхшиланади.

УАВ тактикаси

Симптоматик даво. Йўталга ва иситмага қарши дори воситалари буюрилади. Бола қоронги хонага жойлаштирилади. Харорати меъёрга келгунигача ётоқ режими кўрсатилган.

Профилактикаси – фаол иммунизация (АКДС).

Қизилча

Қизилча кўзгатувчиси – РНК-сақловчи вирусдир (тогавируслар). Инфекция кўпинча энгил кечади. *Ҳомиладорларда катта хавф келтириб чиқаради – тератоген эффектга эга.*

Эпидемиологияси

Ҳаво-томчи йўли билан юқади, сувчечак ва қизамиққа нисбатан кам юкучван. Бемор 10 кун олдин, касаллик бошланишига қадар юқумли бўлади. Касаллик ўтказгандан кейин турғун иммунитет қолади.

Ташҳислаш

Инкубацион давр – 14-21 кун. Тарқоқ доғсимон-папулезли тошма ва қичишиш характерли. Харорат меъёрда ёки субфебрил бўлиши мумкин.

Фарингит, ринит, баъзан танглай шиллик каватида энантема бўлиши эҳтимоли бор.

Тошма: доғсимон-папулезли, пушти рангли, тошма элементлари бир-бирига қўшилмайди; олдин юзда ва бўйинда бошланади, кейин эса тана ва оёқ-қўлларга тарқалади; 2-3 кун туради; ўздан кейин пигментация ёки кипикланиш қолдирмайди.

УАВ тактикаси

Кўпинча симптоматик даво. Тинчлик тавсия этилади. Иситмада парацетамол буюрилади.

Эпидемик паротит

Ўткир инфекцион касаллик. Кўзгатувчиси – парамиксовирус, сўлак безлари эпителийси ва мия кавати тўқималарини шикастлайди.

Эпидемиологияси

90% беморлар жинсий етилиш давригача касалланади. Касаллик ўтказгандан кейин турғун иммунитет қолади. Ҳаво-томчи йўли билан юқади, ёпиқ жамоаларда инфекция юқиши эҳтимоли катта.

Ташҳислаш

Инкубацион давр – 11-23 кун. Кўпинча, сўлак безларининг катталашишидан 5-7 кун олдин, иситма кўтарилади, ҳолсизлик ва бош оғриғи пайдо бўлади. Биринчи навбатда кулоқ олди безлари шикастланади: кўп ҳолларда олдин бир томонлама, кейинчалик, 1-2 кунда иккинчи томони ҳам катталашади. Икки томонлама кулоқ олди безларининг шикастланиши 70% ҳолда кузатилади. Касалликни яширин кечиш эҳтимоли бор.

Асоратлари. Кўп учрайдиган: орхит, серозли менингит; кам учрайдиган: офарит, энцефалит, артрит, панкреатит, карликлик.

УАВ тактикаси

Симптоматик даво. Иситмада – парацетамол. Кўп суюқликлар ичиш ва энгил овқатлар сийш тавсия этилади. Махаллий қуруқ иссиқ.

Профилактикаси – фаол иммунизация. Тирик аттенуирлашган вакцина қўлланилади.

Кўкйўтал

Нафас йўллари шикастланиши билан кечадиган болалар инфекцияси. Қўзгатувчиси – *Bordetella pertussis*.

Эпидемиологияси

Ҳаво-томчи йўли билан юқади. Кўкйўталга қарши фаол иммунизация ўтказилиши ва ҳаёт тарзининг яхшиланиши инфекция тарқалишини камайтиради. Тўғри, иммунизация ўтказиш касаллик клиникасини ўзгартириб юборди – ҳозирги вақтда кўкйўталнинг атипик тури кўп учрайди.

Ташхислаш

Инкубацион давр – 7-14 кун. Кўкйўталнинг учта даври ажратилади: катарал, спазматик йўтал ва энгиллашиш даври. Беморлар катарал даврда жуда юқумли ҳисобланади.

Катарал давр (7-14 кун): иштаҳа йўқолиши, ринит, конъюнктивит, қуруқ йўтал.

Спазматик йўтал даври (1 ойгача): хуружсимон репризли йўтал, кўпинча тунда, қушиш (кўпинча хуруж сўнгиди), лимфоцитоз.

Энгиллашиш даври (1-3 ҳафта): секин-аста хуруж такрорланиши ва оғирлиги камаяди.

УАВ тактикаси

Антибиотиклар фақат катарал давр самарали: кўпинча эритромицин ишлатилади. Йўталга қарши дорилар кам самарали. Бемор хонасини яхшилаб шамоллатиш, чанг бор хонада бўлмаслиги керак. Спазматик йўтал даврида беморга тинчлик муҳим, кўп овқат еб қўймаслик зарур.

Профилактикаси. Фаол иммунизация.

Паразитар инвазия ва гельминтозлар

Лямблиоз

Қўзгатувчиси – *Giardia intestinalis* – энг оддий жгутли паразитлар, кўпинча диарея чакиради; одамдан, ҳайвонлардан ёки ифлосланган сувдан ўтади. Лямблиоз ҳамма жойда тарқалган.

Ташхислаш

Кўп ҳолларда инфекция белгисиз кечади. Қорин соҳасида нохушлик, ич кетиши, қорин дам бўлиш эҳтимоли бор. Аксарият ҳолларда, бу белгилар 7-10 кун сақланиб туради. Нажасда қон бўлмайди. Нажас кўп микдорда, ёмон хидли, стеаторея кузатилади.

Нажас ёки дуоденал суюқлик микроскопия қилинганда ҳаракатчан трофозоитлар кўринади. Шаклланган нажасда цисталарни кўриш мумкин.

Даво антипаразитар терапиядан иборат:

- 1) фуразолидон – 5 мг/кг/сут 4 маҳал 7-10 кун давомида.;
- 2) метронидазол – 15 мг/кг/сут (750 мг/сут гача) 3 маҳал 5-10 кун давомида;
- 3) мепакрин – 6-9 мг/кг/сут (300 мг/сут гача) 3 маҳал 5-7 кун давомида.

Профилактикаси санитар-гигиеник чоралар ўтказишдан иборат.

Энтеробиоз

Энтеробиоз – *Enterobius vermicularis* (острица) – болалардаги кенг тарқалган гижжа инвазияси. Паразит тухуми қўл, кийим, уй

чанги орқали юқади. Етилган урғочилари тунда ташқарига ўрмалаб чиқади ва орқа тешик атрофи терисига тухум қўяди

Ташҳислаш. Энг аниқ симптом – орқа тешик атрофи кичиши; кичиш кучлилигидан бола ухлай олмайди, безовталанади, гиперреактивлик ва тунги энурез кузатилади.

Гижжа тухумини аниқлашда, орқа тешик соҳасига ёпишқоқ тасма қўйиш (ёки 50% ли глицерин эритмасига ботирилган пахтали тампон қўйиш) ёрдам беради. Текширувни эрталаб бола уйғониши билан ўтказилади, кейин микроскопия қилинади. Бир марталик таҳлил зарарланганликни 50% гача, уч марталик таҳлил – 90% гача аниқлайди.

Даволаш

Агар касаллик оиланинг бир аъзосида аниқланса, унда ўша бир одам даволанади. Қайталаниш ҳолларида ёки оиланинг икки ва ундан ортик аъзоси зарарланган ҳолда, давони оиланинг барча аъзоларига буюрилади. Даволашни пастда келтирилган схемалардан бири асосида ўтказилади.

1) мебендазол – 100 мг бир марта. 2 ҳафтадан сўнг қайта қабул қилинади. 2 ёшдан катта болаларга тавсия этилади.

2) пирантел – 10-20 мг/кг (1 г гача) бир марта. 2 ҳафтадан кейин даво такрорланади.

Профилактикаси

Қўлларни ювиш ва тирноқларни тагидан олиш. Ўз вақтида тўшак ва ички кийимларни алмаштириш, шунингдек эрталабки таҳорат қилиш.

Аскаридоз

Аскаридоз – *Ascaris lumbricoides* гижжаси инвазияси, асосан мактабгача ва кичик ёшдаги болалар орасида тарқалган.

Клиникаси

Кўп беморларда касаллик симптомсиз кечади. Оғир шаклларида коринда оғрик пайдо бўлиши мумкин. Личинка миграцияси даврида жигар, ичак ва асосан ўпкалар шикастланади.

Ўпка босқичи. Клиник белгилари кам ҳолларда пайдо бўлади ва кўп миқдордаги гижжаларни аъзоларга ўтишига боғлиқ, йўтал, қонли балғам, иситма, эозинофилия ва ўпкада инфилтратлар бўлади.

Ичак босқичи. Ишгаҳанинг пасайиши, кўнгил айниши, коринда оғрик, нажасни тутолмаслик. Болаларда бош оғриғи, уйку бузилиши, кўзгалувчанлик.

Ташҳислаш

Микроскопияда аскарیدا тухуми балғам ёки нажасда топилади. Ўпкада учар инфилтратлар борлиғи, эозинофилия, кучли йўтал (асосан тунда) аскарیداга гумон қилишга асос бўлади.

Даво қўйидаги схемаларнинг бири бўйича ўтказилади:

1) пирантел – 11 мг/кг (1 г гача) бир марта;

2) мебендазол – 100 мг кунига 2 марта 3 кун давомида. 2 ёшдан катта болаларга буюрилади;

3) пиперазин – 75 мг/кг/сут (3,5 г/сут гача) 2 кун давомида.

Профилактикаси санитар-гигиеник чоралар ўтказишдан иборат.

Сийдик чиқарув йўллари касалликлари

Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, фимоз, парафимоз, крипторхизм, баланопостит –14-бўлимга қаранг. «Буйрак ва сийдик чиқарув йўллари касалликлари».

Бичилишлар

Оддий контактли дерматит турларидан бири. Улар терини таглик билан алоқа жойларида пайдо бўлади, бунда тери бурмалари шикастланмайди. Агарда тошма контактдан бошқа жойларга тарқалса, унда себореяли дерматит ёки диффуз нейродерматитга гумон қилиш керак. Бичилишлар учун тери қизариши ва кипикланиши характерли, оғир ҳолатларда – пуфаклар ва эрозиялар.

УАВ тактикаси

Ота-оналарга тавсия: бир марталик, намликни яхши тортиб олувчи ва ҳаво ўтказувчи тагликлардан фойдаланиш, уларни вақтида ўзгартириш; боланинг думбаси ва чов ўртасини илиқ сув билан ювиш, куришиб артиш, ингичка қатламда малҳам суртиш (цинкли/вазелин). Кунига бир неча марта – чов орасига ҳаво ванналари қилиш. Ҳафтада 2 марта совунлаб ювиш. Талқ, куқунлар ишлатманг, полиэтиленли иштончалар кийдирманг. Агарда тагликлар ишлатсангиз, уларни тез-тез ювиш, яхшилаб чайиш ва дазмоллаш керак.

Медикаментоз даво

Умумий тамойиллар: юмшатовчи воситаларни қўллаш мумкин – цинк оксиди ва канақунжутли ёки вазелинли мой. Узок вақт кортикостероид, айниқса фторлашганларни қўллашдан сақланинг. Инфекцияга гумон қилинганда микроскопия ва экма ўтказилади.

Импетиго

Болалар орасида кенг тарқалган контагиоз тери инфекцияси, пустулезли, буллезли ва қатқалоқ элементлари пайдо бўлиши билан характерланади. Кўп ҳолларда касаллик илиқ ва нам ҳавода пайдо бўлади ва тўғридан тўғри контактда юкади.

Этиологияси

Болаларда импетиго пайдо бўлиш сабаблари – β -гемолитик стрептококк А гуруҳи (*Streptococcus pyogenes*) ва *Staphylococcus aureus*.

Ташхислаш

Везикуло-пустулез шакли папулалар билан характерланади, секин-аста везикулаларга айланиб, кейинчалик 5 мм гача диаметрдаги, ингичка қизарган чамбарли, оғрикли пустулаларга ўтади. Пустулалар ёрилганда асалсимон экссудат ажралади; кейинчалик ёриқлар устида қатқалоқ пайдо бўлади.

Буллэз шакли: терининг қизил доғга ўхшаш шикастланиши бўлиб, қизарган жойлар фонида буллалар пайдо бўлади (шикастланиш диаметри – бир неча миллиметрдан, то сантиметргача). Буллаларни ёрилиши натижасида, устки қисмида ингичка силлиқ плёнка ҳосил бўлади. Буллэзли импетигони кўпинча *Staphylococcus aureus* чакиради.

Стрептококкли шакли маҳаллий аденопатиялар билан характерланади.

Ҳаттоки кенг тарқалган юзаки импетиголарда ҳам иситма кам учрайди.

Лаборатор ташхислаш Грамм бўйича бўялиш ва пустила асосидан олинган ажралма, яра юзасидан, булла элементларидан олинган суюқлик экмаси натижаларига асосланади.

Даволаш. Стрептококкли импетигонинг оғир шаклида пенициллин V (250 мг дан кунига 3 ёки 4 маҳал, 10 кун давомида); стафилококкли импетигода – ичишга диклосациллин, цефалексин ёки эритромицин.

Экма натижалари олгунга қадар стрептококкга ва стафилококкга қарши даво ўтказиш керак.

Эмизикли болалардаги диффузли нейродермит, себореяли дерматитлар – 12-бўлимга қаранг. «Дерматология».

Болалардаги юрак-қон томир тизими муаммолари. Юрак шовқинлари, юракнинг туғма нуқсонлари, ревматизм, орттирилган юрак нуқсонлари – 5-бўлимга қаранг «Юрак-қон томир касалликлари».

Ортопедик муаммолари

Болаларда бўғимлар ва боғламлар шикастланиши

Тўлиқ бўлмаган нурсимон суяк бошчасини чиқиши

1-5 ёшгача бўлган болалардаги кўп учрайдиган шикастланиш. Шикастланиш, агарда болани қўлидан тортса ёки қўтарса, юзага келади.

Репозиция. Яқинда шикастланиш олганда тўғрилаш осон – биринчи қўл супинация ҳолатда бурилади ва кейин нурсимон суяк бошчаси босилади, ҳалқасимон боғлам томонга итарилади. Бу вақтда қарсиллаган товуш эшитилади ва шу заҳоти белгилари камаяди. Эски шикастланиш бўлса, репозиция қилиш самарасиз бўлади. Бундай ҳолатларда махсус боғлам қўйилади. Симптоматикаси спонтан йўқолади.

Товон чиқиш ҳолати

Олдинги катта болдир-таран боғламининг ёрилиши – кенг тарқалган пай шикастланишидир. Тортиб кўриш синамаси мусбат бўлса (товонни олдинга тортиб кўрилганда, болдир суягидан ажралганлик ҳисси бўлади) ушлаб турувчи боғлам, баъзан пластр қўйишга, шунингдек жаррохлик даво ўтказишга (кўп ҳолларда) кўрсатма бўлади. Мутахассис маслаҳати муҳимдир.

Тизза усти чиқиши

Ўсмирлар орасидаги кенг тарқалган чиқиш ҳисобланади. Тизза усти латерал томонга силжиганда, репозицияни тез муддатда ўтказиш керак.

Репозиция. Тизза бўғимидан болдирни ёзилишида, оёқни медиал йўналишда тизза қопқоғини босиш керак.

Гемартроз аспирацияси. Сезиларли ифодаланган гемартроз аспирация қилинади, ёғ томчилари борлигига аҳамият бериш лозим. Оператив ёки консерватив даволашни танлаш учун мутахассис маслаҳати керак.

Ясси товонлик

Ясси товонлик – товон деформацияси ҳисобланади: узунасига ва/ёки қўндаланг текисланиши, пронация ва ташқарига бурилиши билан биргалликда бўлади. Товон таги 4 ёшгача бўлган болаларда яхши ривожланмаган бўлиб ва юпқалашини физиологик ҳолат ҳисобланади. Кўпинча киз болаларда кузатилади. 16-25 ёшларда яққол намоён бўлади.

Ташҳислаш

Белгилари: юрганда тез чарчаш, товонда ва болдирларда оғрик, айниқса куннинг охирида кучаяди. Товон оғирлиги, латерал тўпик соҳасида шиш кузатилади.

УАВ тактикаси. Ортопед маслаҳатига юборилади.

Сон суягининг туғма чиқиши

Янги туғилган чақалокларда тос-сон бўғими дисплазияси кенг тарқалган: 1:50, сон суяги чиқиши – 1:500. 30% ҳолатларда – чиқиш икки томонлама бўлади. Ўғил болаларга нисбатан киз болаларда 6 марта кўпроқ учрайди.

Этиологияси. Хавф омиллари: думбаси билан туғилиши, хомилдорлик токсикози, ота-оналар ёши 40-45 ёшда бўлиши.

Ташхислаш

Белгилари: сон суяги бошчаси орқага ва юқорига силжиган бўлади. Оёқ калгалашади. Соннинг аддуктор бурмалари ассимметрияси кузатилади. Маркс-Ортолани синамаси мусбат. 2 ойдан кейин – кўпинча манфий бўлади. Рентгенографияда ўзгаришлар бўлмайди. Агарда давони ўз вақтида бошламаса, сон суяги бошчаси тос чуқурчасидан ташқарида қолади ва бола кеч юрадиган ва оксоклайдиган бўлади.

Оммавий текшириш. Ҳамма янги туғилган чакалоқлар, сон суягининг туғма чиқишини истисно қилиш учун туғруқхонада текширилади. Маркс-Ортолани синамаси бу патологияни аниқлашда асосий усул ҳисобланади. Шунингдек УТТ чакалоқлардаги юқори чиқиш хавфида – туғруқни думбаси билан келиши ва қариндошлардаги туғма сон суяги чиқишида кенг маълумот беради. Янги туғилган чакалоқларни, сон суяги туғма чиқишини ташхислашда рентгенография ишлатилмайди, у каттароқ ёшдаги болалар учун қўлланади.

УАВ тактикаси

Болани ортопед маслаҳатига иложи борича эртароқ юбориш керак. Эрта ташхислаш ва даволаш бир неча ой ичида тўлиқ тузалишга олиб келади. Бола жинсий етилишга қадар назорат қилинади. Тос-сон суяги бўғимида назорат рентгенографияси ўтказилиши шарт.

Артритлар

5% болалар тунда оёқдаги огрикка шикоят қилиб уйғонади. Огриклар кўпинча психоген бўлади, лекин чуқур текширувни талаб қилади. Болаларда артритлар тарқалиши йилига 1/1000 нисбатта тўғри келади.

Этиологияси

Инфекциялар, яллиғланиш касалликлари – сурункали артритлар, қон касаллиги, ёмон сифатли ўсмалар, таянч-ҳаракат аппарати патологиялари қиради.

Ювенил ревматоид артрит (ЮРА) – тизимли касаллик бўлиб, 3 ойдан кўп вақт давомида, бўғимларни яллиғланишли шикастланиши билан кечиши характерли. Жиддий тиббий ва социал муаммо бўлиб ҳисобланади. Касалликни бошланиши 16 ёшгача кузатилади.

ЮРА бошланишидаги кенг тарқалган вариантлар:

– *Стилл синдроми* (ЮРАнинг 10% ида) 5 ёшгача бўлаган болалар ўртасида ривожланади. Клиник белгилари: юқори ремиттирловчи иситма, пушти рангли макуло-папулезли тошма, артралгия, артрит, миалгия ва тарқоқ лимфаденопатиялар бўлади. Шунингдек -гепатоспленомегалия, перикардитлар, плевритлар кузатилади.

Қиёсий ташхис: ёмон сифатли ўсмалар (лейкемия, нейробластома); инфекция. Лаборатор ва серологик кўрсаткичлар: ЭЧТ, нейтрофиллар, тромбоцитлар, С-реактив оксил ошиши; антинуклеар антиганачалар (АНА) топилади.

– *Олигоартрит* (4 та бўғимгача). ЮРА нинг кенг тарқалган шакли (50-60%). 1-5 ёшларда пайдо бўлади. 85% ҳолда беморлар – қиз болалар. Биринчи бўлиб тизза ва болдир-товон бўғимлари шикастланади, кўпинча ассиметрик бўлади. 50% беморларда сурункали иридоциклит ривожланади, даволанмаса, кўришни йўқолишигача олиб келади. Лаборатор ва серологик кўрсаткичлари: ЭЧТ, нейтрофиллар, тромбоцитлар, С-реактив оксил ошиши; 80% беморларда АНА топилади.

– *серопозитив полиартрит* (ревматоид омил бор). Касаллик 6-12 ёшларда бошланади. 80% беморлар – қиз болалар. Ҳар хил бўғимлар шикастланади. Серологик кўрсаткичлари: АНА – 75% да, РО – 100% беморларда. Оқибати яхши эмас;

– *серонегатив полиартрит* (ревматоид омил йўқ). Касаллик 1-15 ёшларда бошланади. 90% беморлар – киз болалар. Ҳар хил бўғимлар шикастланади. Серологик кўрсаткичлари: АНА – 25% беморларда, ревматоид омил йўқ. Окибати: оғир артрит ривожланади.

ЮРАнинг қиёсий таъхиси: инфекция (бруцеллез, сил, кизилча); ревматизм; Шейнлейн-Генох касаллиги; травматик артрит; гиперҳаракатчанлик синдроми; лейкомия; ўроксимон-хужайрали камқонлик; тизимли кизил югурдак ва бириктирувчи тўқиманинг бошка касалликлари.

УАВ тактикаси

Болаларда артрит белгилари топилса педиатр-ревматологга юбориш шарт, бу эса жараёни эрта сурункаланишидан ва беморни ногиронликдан сақлайди. Артритли беморни парваришлаш ва кейинчалик реабилитация катта эътиборни талаб қилади, бу – медикаментоз терапия; физиотерапевтик чора-тадбирлар, даволовчи жисмоний тарбия ва меҳнат терапияси, болалар ва уларнинг ота-онасини ўқитиш ва руҳий мадад бериш. Медикаментоз терапия: НЯҚВ, кортикостероидлар ва иммуносупрессорлар (кўрсатмага асосан). Касаллик фаол босқичида беморни эмлашдан сақланинг.

Болалар шикастланиши ва бахтсиз ҳодисалар профилактикаси

«Бахтсиз ҳодиса» тушунчаси, олдиндан айтиб бўлмайдиган ва тасодифан бўладиган муаммони адекват ёритиб бериш мақсадида, секин-аста «травма» терминидан ажратиб олинган. Шикастланиш – охириги 40 йил ичида болалар ўлимига олиб келувчи сабаблардан ҳисобланади: бошка сабабларга нисбатан 4 марта кўпроқ ўлимга олиб келади. Шикастланиш билан шифохонага тушган бемор боланинг 30 тасидан бирида ўлим кузатилади. Жароҳат характери шикастлантурувчи омил турига ва ёшга хос белгиларга боғлиқ.

Йиқилиб тушиш – шикастланишнинг энг кўп учрайдиган тури, болалар орасидаги шикастланишдан ўлим сабаблари ичида тўртинчи ўринда туради. Йиқилиб тушишдан пайдо бўладиган шикастланиш, кўпроқ бола юришни бошлайдиган даврга тўғри келади, кейинчалик пасайиб боради. Йиқилишда ўлим ҳодисаси юз беришнинг иккита чўққиси бор: биринчиси – бола юра бошлагандаги давр, иккинчи – ўспирилик даврида кузатилади.

Йиқилиш профилактикаси. Тўсиқлар (зинада туткич, деразаларда кулф). Болаларни бир муддатга бўлса ҳам, кроватда ёки йўрғаклаш столида қаровсиз қолдирмаслик. Тўшакдан кроватнинг юқори чегарасигача масофа 54 см дан кўпроқ бўлиши керак. Хонадан стол, ўткир бурчакли ва чеккали барча нарсаларни чиқариб ташлаш керак.

Чўкиш – болалар ўлимига кўп сабаб бўлувчи жароҳат. Ўғил болалар орасида чўкиш сабабли ўлим иккинчи ўринни эгаллайди.

Чўкиш профилактикаси. Барча 4 ёшгача бўлган боланинг чўмилишида қатъий назорат зарур. Чўмилиш ҳавзаларни тўсиқлар ва кулфланадиган дарвоза билан таъминлаш керак. Бола сувга шўнғишидан олдин, бассейн чуқурлигини аниқ текшириб кўриш керак. Болаларни назоратни пасайтирмаган ҳолда сузишга ўргатиш керак. Барча отоналар реанимацион ёрдам кўрсатиш бўйича ўқитилиши керак.

Йул-транспорт жароҳатлари – болалар ўлимида биринчи ўринни эгаллайди. Болалар ўлими юқори чўққига икки ойлик даврида чиқиб, мактаб ёшида секин пасаяди ва ўсмирлик даврида яна чўққига чиқади.

Йул-транспорт-жароҳати профилактикаси. Болалар учун ўтиргичлардан ва хавфсизлик камаридан фойдаланиш. Йўлларни све-

тофорлар ва тезликни чекловчи белгилар билан таъминланганлиги. Тротуарлар ва пиёдалар ўтиш жойларидан юришини тавсия қилиш. Тунги вақтда ёруғликни қайтарадиган кийим кийишни тавсия қилиш.

Куйишлар – йўл-транспорт ва чўкиш жароҳатлари сабабларидан кейинги учинчи ўринни эгаллайди.

Куйиш профилактикаси. Хонани тутунга сезгир мосламалар ва ўт ўчиргичлар билан жиҳозлаш.

Иситувчи жиҳозлар болалар қўли етмайдиган жойда бўлиши керак. Бўш турган розеткалар махсус қалпоқча билан бекитиб қўйилиши керак.

Қайнок ичимликлар ичаётганда кагталарга болани қўлга олиш тақиқланади.

Овқат тайёрланаётган пайтда болаларни хавфсиз жойга қўйиш.

Ёт жисмлар аспирацияси – бир ёшгача бўлган болаларда ўлимга энг кўп сабаб бўлади. Асфиксия профилактикаси. Майда қисмли ўйинчоқларни бермаслик. Кичкина нарсаларни болага бермаслик ва унинг яқинида сақламаслик. Овқат етарлича майдаланган бўлиши керак. Овқатланиш вақтида гаплашиш ва эркалаш мумкин эмас. Кичик ёшдаги болаларга ёнғоқ, қаттиқ дуккакдилар, хом сабзавотлар, сақич, сўрувчи кандлар бериш мумкин эмас. 3 ёшгача бўлган болаларга таблеткалар бериш тавсия қилинмайди.

Заҳарланиш икки даврда ўз максимумига етади: 1 – 5 ёшгача болалар орасида (тасодифий заҳарланиш) ва ўсмирлик (суицидал уринишлар ёки ўз жонига қасд қилиш имитацияси).

Заҳарланиш профилактикаси. Барча дориларни ва кимёвий моддаларни қулф остида сақлаш. Қўрғошин сақловчи бўёқлардан узоқ бўлиш. Жиддий психологик муаммолари бўлган ўсмирлар билан мулоқотни асраш. Болаларга дори воситаларини назоратсиз истемол қилишнинг хавфлари тўғрисида ахборот бериш.

Гўдакликдаги тўсатдан ўлим синдроми

Бу кўкрак ёшидаги боланинг ҳар қандай, тўсатдан қутилмаган ўлими бўлиб, сабаблари аутопсиядан кейин ҳам ноаниқ бўлиши мумкин. 1 ҳафталикдан 1 ойгача бўлган болалар ўлимнинг асосий сабаблари. Ўлим 2-4 ойликкача бўлган болаларда, асосан ўғил болаларда кузатилади. АҚШда бу синдром 1000 янги туғилган чакалоқлардан 2-3 тасида кузатилади. Қиш ойларида учраши ошади.

Этиологияси ва хавф омиллари

Этиологияси ноаниқ. Бевосита ўлимга олиб келган вазиятга аҳамият камроқ бўлиб, кўпроқ сурункали патология кидирилади. Хавф омиллари аниқланса, баъзи ҳолларда ўлимни олдини олиш мумкин. Хавф омиллари: боланинг қорни билан ухлаши; ота-она ёки бошқа оила аъзоларининг чекиши; қизиб кетиш, ўпканинг интеркуррент касалликлари; икки ёки кўп ҳомилали; туғилгандаги камвазник, ижтимоий-иктисодий ҳолатнинг пастлиги; тажрибасиз ёш она; оилада кўп болалар ўлими (туғишган ака ва сингиллар).

Ташхислаш

Тўсатдан гўдақлар ўлими синдроми қутилмаган ҳолатдир. Болалар уйқусида, секин ва оғриқсиз ўлиши мумкин. Тўшак чойшаби ёки қусуқ массаси билан бўғилиш одатда ўлим сабаби бўлмайди, ваҳоланки бола атрофида ошқозондаги овқат қолдиқлари бўлиши ҳам мумкин. Енгил касалликлар, масалан ринитда, баъзан ўлим кузатилиши мумкин, лекин у боланинг тўсатдан ўлимига олиб келмайди.

Агарда реанимацион чора-тадбирлар яхши ўтказилса ва бола тирик қолса, болани чуқур текширилади. Анамнез йиғишда ва физикал текширувда гипотермия ҳолати, сепсис, зотилжам, ёт жисмлар

аспирацияси, эпилептик шайтонлаш, гипoadренал криз, захарланиш, жароҳатларни истисно қилиш керак. Анамнездан: ёндош ҳолатлар симптомларини аниқлаш, ўткир ва сурункали касалликлар, дори воситаларни ишлатиши тўғрисида маълумот олиш. Физикал текширувда боланинг умумий ҳолатига баҳо берилади. ЮҚТ, АҚБ, НОС ва тана ҳарорати текширилиши лозим; неврологик ва нафас тизими текширувлари ўтказилади.

УАВ тактикаси

Ўлимга олиб келувчи бошқа сабабларни истисно қилиш учун, анамнез йиғиш ва физикал текширув ўтказиш зарур; боласи ўлган онанинг лактациясини сўндириш учун (хоҳишига кўра) дори воситалари ва уйку дориларни танлаш; ўлган бола оила аъзоларига шошилинч руҳий мадад бериш – ота-онасига, акаларига ва опаларига; ўлим ҳақида суд-тиббий экспертига хабар бериш керак.

Гўдакликдаги тўсатдан ўлим синдроми профилактикаси. Ота-онага маслаҳат: иложи борича гўдак бор хонада чекмаслик. Болани ухлашга қоринда ётқизманг. Болани қизиб кетишидан, иссиқ ёпинчиклар билан ўраб қўйишдан сақланинг. Бола ухлайдиган хона яхши шамоллатиладиган бўлиши керак. Алоҳида кроватда ухлаши, ундан юмшоқ буюмларни ва яхши илинтирилмаган ётоқ анжомларини олиб ташлаш керак. Болани шундай ётқизиш керакки, уйку вақтида ёпинчик остига сирғаниб кетмаслиги лозим. Бола безовталанишида ўз вақтида врачга маслаҳат олиш учун мурожаат қилиш керак. Кўкрак сути билан боқилгани сақлаб қолинг.

Болалар хулқ-атворининг бузилиши

Ривожланган давлатлардаги болалар орасидаги руҳий бузилишлар 12:100 нисбатни ташкил этади, ўсмирлар орасида эса 15, 16:100. Кўпинча хулқ-атворнинг бузилиши, кам ҳолларда – хавотирланиш ва депрессия учрайди, бу ҳолатлар аниқланмай қолади, чунки кўп врачлар буларни болаларда учрашига тахмин ҳам қилишмайди. Бола ривожланишининг асосий давлари аниқланган (17.13-жадвал). Шахсият хусусиятлари ва кўкрак ёшидаги хулқ-атвор хусусиятлари кўпинча бола катта бўлганда ҳам сақланиб қолади. Кўп текширувчилар шуни таъкидлашадик, боланинг кейинги ривожланишига асос бўлиб, ҳаётининг фақат биринчи даврида атрофимиздаги оламни танишидан бошланади.

17.13-жадвал

Ривожланиш давлари

Ривожланиш давлари	Асосий характеристикаси
• Кўкрак ёшидагилар	Ишонувчанлик
• Кичик ёшдагилар	Мустақиллик
• Мактабгача ёшдагилар	Ташаббускорлик
• Кичик мактаб ёшидагилар	Меҳнатсеварлик
• Ўсмир ёшдагилар	Индивидуаллик

Биринчи бор бола билан учрашганда, унинг хулқ-атворини баҳолаш аҳамиятга молик бўлиб, нормада ҳар бир ёш учун хулқнинг турлари бор:

- 2 ёшда – кулоқ солмайдиган: уришқоқ, ортиқча қизиқувчанлик;
- 3 ёшда – ишончли: меҳрли, оқил, меҳрибон;
- 4 ёшда – ҳафсаласиз: дағал, талабчан, гапга кирмайдиган, мослаша олмайдиган;
- 5 ёшда – жозибали: уйғунлик, мустақил;

6 ёшда – киришувчан: тан олдиришга интилувчан, қизиқувчан, аммо бошлаган ишини тез унутади;

7 ёшда – мураккаб: ахлоқона ишларга мойил, қайсар, бировнинг фикрини тан олмайдиган;

8 ёшда – чидамли: вазмин, ишончли;

9 ёшда – шовкинли: ҳаракатчан, саргузаштлар кидирувчи.

Ғазабланиш

1-2 ёшда кузатилади. Асосий олиб келувчи омил – чарчаш. Бу пайтгача хотиржам юрган бола тўсатдан агрофдагиларни тепа бошлайди, кичкиради, ўйинчоқларни ота бошлайди.

Ота-онадан суриштиринг, нима билан боғлайди. Бола бу билан бирор нимадан норозилигини намойиш қилади.

Даволаш. Ота-онага тушунтиринг, агар боладаги ғазабланиш хуружда томошабинлар бўлса ва ҳар сафар ўзи талаб қилган нарсасига эришса, бундай ҳолатга кўникма ҳосил қилади ва доим шуни талаб қилади. Болани эшиги очик хонада ёлғиз қолдиришни тавсия қилинг. Ғазабланишига сабаб бўлувчи вазиятлардан узоқроқ бўлишни, бунинг имкони бўлмаса бирор ўйин билан эътиборни чалғитишни тавсия этиш керак.

Болалардаги аффектив-респиратор тиришишлар

6 ойдан 6 ёшгача, кўпроқ 2-3 ёшли болаларда учрайди. Ғазабланиш вақтида ёки кўрқув ва оғриққа жавобан пайдо бўлади. Хуруж вақтида бола йиғлашга киришиб кетади, кейин чуқур нафас олиб тўхтади, тери рангининг оқариши, кейинчалик цианоз бўлади. Нафас узоқ вақт тўхташи натижасида бола хушидан кетади, қисқа муддатли тиришишлар пайдо бўлади. Хуружлар давомийлиги 10-60 сония.

Даволаш. Биринчи навбатда ота-онани тинчлантириш зарур. Хуружлар вақт ўтиши билан ўз-ўзидан ўтиб кетишини, бу боланинг ақлий ривожланишига таъсир қилмаслигини ва бу эпилепсия эмаслигини тушунтириш керак. Болани тўри тарбиялаш ва хуруж чакирадиган вазиятларни олдини олиш тавсия қилинади.

Хулқ-атворининг бузилиши

Хулқ-атворнинг бузилиши – болаларда энг кўп учрайдиган руҳий бузилишдир – 3-5:100.

– Жалб қилувчи хулқ-атвор, доимий итоатсизлик;

– Орғиқча уришқоқлик ва безорилик;

– Қилган ишидан афсус қилмаслик;

– Қаҳри каттиклик, агрессивлик;

– Ахлоқона таъсирларга мойил;

– Мулоқотга кириша олмаслик;

– Ўзлаштира олмаслик (50%);

– Гиперактивлик ва диққатнинг бузилиши (30%).

Мойиллик келтирувчи омиллар: болага кам эътибор бериш, қайғурмаслик, ота-она муносабатларининг совуқлиги, оилада ижтимоий шароитнинг ёмонлиги, болага аёвсиз муомала қилиш, ёмон шериклар.

Гиперактивлик ва диққатнинг бузилиши синдроми

Болаларда тарқалиши 1:100. Ўғил болаларда 3 марта кўпроқ учрайди. Асосан кўрак ёшида кўрина бошлайди. Хос: импульсивлик, гиперактивлик, кўзгалувчанлик, гамгинлик, тез чалғувчанлик, диққатни жамлашнинг бузилиши, мактабда ўзлаштириш пастлиги.

Даволашни илжси борича эрта бошлаш керак.

– Биринчи навбатда ота-онага маслаҳат: оилада илик вазиятни юзага келтириш, бир-бирига меҳр кўрсатиш ва қайғуриш. Оила ичидаги келишмовчиликларни бартараф қилишга ёрдам бериш (оилавий психотерапия). Боланинг бўш вақтини режалаштириш (тўғарақлар, спорт),

унинг кизиқишини ривожлантиришга қулайликлар яратиш. Буларнинг барчаси боланинг ўз-ўзига юкори баҳо беришига, ўз олдига қўйилган мақсадга эришиш учун интилишига олиб келади. Ота-оналар ҳар бир болага бир хил эътибор қаратиши ва қайгуриши лозим.

– Хулқ-атворни коррекцияловчи дастурлардан фойдаланиш.

– Лозим бўлса, болалар психотерапевтига юбориш.

Уйқунинг бузилиши

Кўп болалар ярим йилгача тунда уйқусидан уйғониб кетади ёки умуман ухламайди. Ҳаётининг иккинчи йилида бола гапира бошлаганида туш кўриш ва кўркинчли босинқирашлар кузатилиши мумкин.

Даволаш. Ота-онага тушунтиринг, бола эркалаш ва парваришга мухтож, лекин ортиқча раҳмдиллик қилиб, ўз ёнингизга ётқизманг. Болани тинчлантириб, ўз ўрнига ётқизинг. Кун тартиби. Уйқудан олдин бир хил ҳаракатлар (сут ичиш, ётоқ кийимини кийдириш, тишларни тозалаш). Тинч мусика, кучсиз ёруғлик, юмшоқ ўйинчоқлар болани ухлашига ёрдам беради. Медикаментоз даво ўтказилмайди, баъзан қисқа вақтга седатив ёки уйқу воситалари буюрилади (хлоралгидрат).

Дудукланиш

Кўпинча дудукланиш пир-пир учиши билан бирга келиб, МАТ органик шикастланиши билан боғлиқ эмас. 80% ҳолатларда дудукланиш 18-19 ёшларда ўтиб кетади.

Даволаш: Кўп ҳолларда ўз-ўзидан ўтиб кетади, лекин логопедга юбориш тавсия этилади.

Тик ҳолати

Ҳеч қандай мақсадсиз тез ихтиёрсиз, стереотип ҳаракатдир. Кўпинча бир йил давомида ўтиб кетади.

Дислексия

Меъёрий ақлий ривожланиш элементларига (IQ) ўхшаш ҳарфлар ажратишга қобилиятсиз бўлади. Махсус ўқитиш дастурлари самарали.

Болалар аутизм

Болаларда 4:10 000 нисбатда тарқалган. Кўпроқ 3 ёшгача бўлган ўғил болаларда ривожланади. 80%да ақлий заифлик бор. Жиль де ла Туретт синдромида, туберозли склерозда, эпилепсияда (13 ёшдан кейин 30% да) кузатилади.

Таъхислаш: Касаллик 1-2 ёшларда бошланади.

Белгилари:

1) Мулоқот қўникмаларининг йўқлиги (санаб ўтилганлардан 2 та белгиси бўлса ҳам) – одамларни ажрата олмаслик; агрофдагиларга бефарқлик; таклид қилмайди; ўйинларда иштирок этмаслик; одамлар билан мулоқот қилишга хоҳиши йўқлиги (хамсухбат кўзига қарамайди);

2) Нутқ ривожланишининг бузилиши (санаб ўтилганлардан 1 та белгиси бўлса ҳам):

Бижир-бижир гапи ва ўйин ҳаракатлари, нутқ мимикаси йўқлиги; новербал мулоқотнинг бузилиши; нутқ тузилиши ёки мазмуни бузилиши; мулоқотни бошлай олмаслик ва кириша олмаслик;

3) Ҳаракат активлигининг бузилиши, тасаввур этишни йўқлиги (санаб ўтилганлардан битта белги бўлса) – стереотип ҳаракатлар; диний тартиби; бирламчи ҳаёт тарзидан кучли ўзгарувчан реакцияси; ўйин қобилияти йўқлиги;

4) Хулқ-атворнинг бузилиши – ғазабланиш, гиперактивлик, агрессив хулқ-атвор, ҳавф сезгисининг йўқлиги, қўлда ушлаб турганда қаршилиқ кўрсатиши ёки аксинча – бўйсунуши, ўзгаришларга қаршилиқ кўрсатиш, эшитмасликка олиш, ўзини қатталарга қиёсламайди, кам ухлайди.

Даволаш. Болалар аутизмга гумон қилинганда – болалар психиатрига юборилади. Давони қанчалик эрта бошласа, шунча самарага эришиш мумкин. Хулқ-атвор психотерапияси. Логопед билан шуғулланиш. Дори воситалари (транквилизаторлар, антидепрессантлар, тиришишга қарши воситалар) фақат қўшимча касалликларда буюрилади.

Ирсий касалликлар

Тиббий аралашувни талаб этувчи юрак туғма нуқсонларининг учраши, тирик туғилган болаларнинг 3% ни ташкил этади. Ҳамма ЮТН туғилгандан кейин тезда аниқланавермайди. Кўп касалликлар (ЮТН, ўпка ривожланиш нуқсони, буйрак касаллиги, психомотор ривожланишини орқада қолиши) кеч ташхисланади. 10% неонатал давридаги болалар ўлими ЮТНдандир.

Этиология. Ирсий омиллар (моноген, хромосомали, кўп омилли); атроф-муҳит омиллари – тератогенлар (10%); аниқланмаган этиологияли – спорадик – наслга хавф туғдирмайди.

Аҳволини баҳолаш. Диспластик белгиларни топиш (масалан, қорачиклар орасининг кичрайиши) – бошқа аномалияларни аниқлаш учун, чуқур текширувлар ўтказиш. 50% диспластик белгилари бор болаларда ирсий касалликлар топилади. Анамнези: пренатал ривожланиши (онанинг дорилар қабул қилиши), оилавий анамнези қиради. Кўрик – дисэмбриогенез пайдо бўлиши. Неврологик ўзгаришлар бўлиши.

Қўшимча текширув усуллари: УТТ, компьютер томографияси, магнит-резонансли текширув, суяк рентгени, ДНК тахлили (тор мутахассис буюради) ўтказилади. УАВ доимо назорат қилади.

Тиббий-генетик маслаҳат оилага жуда муҳим, агарда наслик касалликлар ва туғма нуқсонлари – шажара тахлили, миллати, яқин қариндошлар никохи (хавфни оширади) бор оилаларга маслаҳат муҳим.

Пренатал даврда ташхислаш – хомила ривожланишининг эрта даврида, туғма нуқсонларни ва ирсий касалликларни аниқлашда ёрдам беради:

- *Альфа-фетопротеин (АФП)* – 16-18 ҳафталикда, онанинг кон зардоби текширилади: АФП миқдорининг ошиб кетиши МАТ нинг туғма нуқсонини, қорин олд девори дефектини билдиради; қамайиши – Даун синдроми ва бошқа трисомияларни билдиради.

- *УТТ* – хавфсиз усул бўлиб, структурали аномалияларни аниқлашда ёрдам беради;

- *Амниоцентезга кўрсатма*, бемор бола туғилиши хавфи, ушбу усул асоратлари хавфидан юқори бўлганида ўтказилади (0,25-0,5%).

Ирсий касалликлар хавф омиллари: 35 ёшдан катта аёллар, Альфа-фетопротеин миқдори ошган (қамайган) хомиладорлар, боласида Даун касали бор аёллар; ирсий касалликлари бор оилалар.

Асоратлари: бола тушиши, қоғоноқ сувининг кетиши, хомирани игна билан пункцияси- жароҳати, асептик қондалар бузилиши- инфекция.

Хромосомали аномалиялар – хромосома миқдори ва тузилишининг ўзгариши билан боғлиқ.

Олиб бориш тактикаси, ҳар бир болада ўзига боғлиқ муаммоларига кўра танланади. БТСЕ командасига, мутахассислар, ижтимоий хизматчилар, таълим бошқармаси, кўнгилчилар жамияти жалб қилинади. Доимий назорат қилинади.

Даун синдроми

Кенг тарқалган хромосомали аномалия. Кўп учрайдиган сабабларидан – 21 хромосома трисомияси, баъзан мозаикали трисомия

21 ёки ота-оналарнинг бирида транслокация. 40 ёшдан катта аёлларда Даун синдроми билан бола тугилиши – 1:100 га тенг.

Клиник белгилари: энса суягининг яссиллиги, кенг ясси (монголоид) юз, кўзлари катта ва паст жойлашган, эпикант, оғзи ва бурни кичик, тили осилган, кафт ягона бурмаси, гипотония, ривожланишдан орқада қолиш, ЮТН.

Даун касаллигида туғма юрак касаллиги, кўз, кулок, калконсимон без касаллиги, семизлик бўлади. Эрта таъхислаш ва даволаш ривожланишни орқада қолишини камайтиради.

УАВ тактикаси. Ота-онага (керакли ҳажмда) синдром ва унда ёрдам бериш тўғрисида маълумот бериш. Ижтимоий адаптацияда ёрдам бериш (ота-она ва бошқаларга). Даун синдроми бор одамларнинг кўпчилиги, агар улар ўқитилган бўлса, мустакил яшаши мумкин. Айрим болалар оддий мактабларда, бошлангич синф ўқув дастурларини ўзлаштириши мумкин.

Даволаш. Даун синдроми бор беморлар одатий касаллик билан, оддий тиббий муассасаларида даволанади. Типик муаммоларни ечиш учун – бундай болалар Даун синдроми бор беморлар учун мўлжалланган махсус муассаса ёки пансионатларга юборилади.

Болаларга шифқатсиз муносабат

Болаларни қийноққа солиш, ёмон парваришlash, камситиш ва жинсий жиноятларни ўз ичига олади. 2 ёшгача бўлган болалар қийноққа солиниши, 5 ёшгача бўлган болалар орасида ёмон парвариш, 5 ёшдан катталарда – жинсий жиноятлар учрайди. Қиз болалар кўп ҳолларда зўрланади. 75% ҳолларда зўрловчи – болаларга таниш бўлган шахс, кўпинча зўрловчи ва зўрланган бир оиладан бўлиши мумкин.

Умумий тушунча

- Шавқатсиз муносабат – бола устидан режалаштирилган зўрлаш ёки боланинг ёмон парваришlash натижаси.
- Қийнаш – болага етказиш мумкин бўлган жароҳат ёки боланинг ота-оналари ёки боқувчиси томонидан олди олинмаслик ҳолатлари. Олинган жароҳат характери ота-онанинг (васий) сўзларига тўғри келмаса, қийнашга гумон қилиш мумкин.
- Болани ёмон парваришlash – болани сувсиз ва оч қолдириш, парвариш қилмаслик, тиббий ёрдам кўрсатмасликдир.
- Камситиш – боланинг руҳиятига ёмон таъсир қилиб, жамиятдаги ўз ўрнини йўқолишига олиб келади.
- Жинсий жиноятлар – болани жинсий алоқага тортиш, улар бундай ҳолатларга онгли равишда рози бўлишмайди, чунки улар жинсий алоқани тушунишмайди.
- Инцест – қариндошлар билан жинсий алоқа қилиш.

Жинсий жиноятларда болаларни милиция ходими кўриқдан ўтказиши шарт.

УАВ анамнез йиғиши, бола хулқ-атворини аниқлаши керак. Ёлғиз ҳаракат қилманг, милицияга шошилиш хабар беринг. Кўпинча болалар ҳақиқатни айтишга кўрқадилар. Врач фақат бола томонида бўлиб, унинг ҳавфсизлигини таъминлаши шарт.

УАВ синчковлик билан боланинг тан жароҳатини кўриши (таърифланмайдиган жароҳат, гематомалар, чандиклар, куйишлар, синишлар, хушдан кетиш, кўп сонли эски жароҳат ва бошқалар) ва ота-оналар томонидан болага нисбатан кўрсатилган кўпол муомала гумон қилинса, зудлик билан милицияга хабар бериши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Алимов А.В., Шамансурова Э.А., Мавлянова Д.А., Махкамова Г.Г. «Педиатрия для ВОП» – Тошкент, 2005 й.
2. Ахмедова Д.И., Рахимджанов Ш.А. «Рост и развитие детей». Услубий қўлланма – Тошкент, 2006 й.
3. Болалар касалликларини интегрирлашган усулда олиб бориш. – ЖССТ, 2005 й.
4. «Общая Врачебная Практика по Джону Нобелю». М., »Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
5. Дж.Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.
6. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J.irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.
7. «Педиатрия». ГЭОТАР – МЕД, М. 2002 й.
8. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н. Денисов ва б. тахририяти остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2002 й. – 1242 бет.

18-БЎЛИМ. ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

Қулоқ касалликлари ва симптомлари	133
Қулоқдаги оғриқ ва ажралмалар	133
Ташки отит	133
Ўтқир ўрта қулоқ отити	133
Сурункали ўрта қулоқ сероз отити	134
Сурункали ўрта қулоқ йирингли отити	134
Ички отитлар	135
Қулоқдаги ёт жисм	135
Қулоқ жароҳати	136
Эшитишнинг бузилиши	136
Болалар карлиги	137
Қатталарда эшитишнинг пасайиши	137
Қулоқдаги шовқин ва бош айланиши	138
Позицион бош айланиши	138
Вирусли лабирингит	138
Меньер синдроми	139
Бурун ва буруннинг ёндош бўшлиқлари касалликлари	139
Бурун битиши	139
Вирусли риносинусит ёки шамоллаш	139
Аллергик ринит	139
Ноаллергик ёки вазомотор ринит	139
Бурун полиплари	139
Бурун тўсигининг қийшайиши	140
Бурундаги ёт жисм	140
Бурун жароҳати	140
Бурундан қон кетиши	140
Синуситлар	140
Оғиз бўшлиғи касалликлари	141
Томоқдаги оғриқ	141
Ўтқир фарингит	141
Сурункали тонзиллит	141
Ангина	141
Инфекцион моноклеоз	142
Ҳиқилдоқ касалликлари	142
Овознинг бўғилиши ва стридор	142
Ларингит	142
Ўтқир эпиглотит	143
Сохта бўғма	143
Юқори нафас йўлларидаги ёт жисм	143
Ҳиқилдоқ стенози	143
ЛОР аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари	144
Фойдаланилган адабиётлар	144

Кулоқ касалликлари ва симптомлари

Кулоқдаги оғрик ва ажралмалар

Кулоқдаги оғрик – бу умумий врач амалиётида кўп учрайдиган шикоятдир. Кулоқдаги оғрик сабаблари кулоқ инфекциялари ёки хиқилдоқ, тишлар, бўйин лимфа безлари, юз нерви, бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиш касалликлари белгиси кўринишида бўлади.

Ташки отит

Касаллик мижозлар чўмилганидан кейин ёки кулоқни кичиши натижасида инфекция тушганида кузатилади. Бунда кучли оғрик, кулоқ супрасини пайпасланганда ёки кулоқ солинчагидан тортилганда оғрик кучаяди ва кулоқдан гоҳида ёмон хидли ажралмалар кузатилади. Текшириб кўрилганда – эшитув йўли терисида диффуз яллиғланиш, эшитув канали шишганлиги, ажралма ва гувалачалар борлиги аниқланади. Кулоқ олди ва кулоқ орка лимфатик безлар қатталашганини аниқлаш мумкин.

УАВ тактикаси – беморга чўмилганда кулоқ тешиқларини пахта билан ёпиш, сувда сузмаслик ва сув тагига шўнғимаслик тавсия қилинади. Эшитув йўллари 70% ли спирт билан, 3% ли борат кислотанинг спиртли эритмаси билан ёки спиртли пиликлар билан тозаланади, антибактериал малҳамлар (гиоксизонли, тетрациклинли), шишларда – 4% ли ацетат алюминий эритмаси қўйилади. Ичишга антибиотиклар буюрилмайдди. Маҳаллий: 2% ли сирка кислотаси эритмаси ва 1% ли – гидрокортизон 5 томчидан кунига 3 маҳал – 10 кун давомида томизилади. Аралаш дори воситалари: отинум, отипакс, отизол, кенакомб 5 томчидан кунига 3 маҳал – 10 кунга буюрилади. Кулоқ орқасига ярим спиртли компресс қўйиш мумкин. Кўшимча: оғриксизлантирувчи парацетамол, физиотерапевтик муолажалар – УЮЧ-терапия, УБН, лазеротерапиялар ўтказилади.

Профилактикаси: кулоқни чўпча, сочтўғноғич билан тозаламанг, чўмилгандан кейин кулоқда нам қолмаслиги керак, агарда беморда экзема натижасида кичишиш бўлса, стероидли кулоқ томчиларини ишлатиш лозим. Маҳаллий даводан самара бўлмаса, ичишга антибиотиклар буюрилади ва мутахассисга юборилади.

Ўткир ўрта кулоқ отити

Ўткир ўрта кулоқ отитининг ташхисий мезонлари: кулоқда санчувчи, пульссимон, зирқирама оғрик характерли, тунда оғрик кучаяди, тишларга, чаккага ва бошнинг яرمига таркалади, кулоқ битиб қолиши ва шовқин эшитилиши, иситма ва ҳолсизлик кузатилади.

Ноғара парданинг ёрилиши билан оғрик пасаяди, бунда йирингли ёки қонли ажралмалар кузатилади. Кулоқ супрасини тортиб ёки пайпаслаб кўрилганда оғриксиз бўлади. Отоскопда текширилганда – ноғара парданинг кизариб ва бўртиб тургани, қон қўйилиши кузатилади, марказий тешилиш ва йирингли ажралмалар аниқланади. Кўпинча касаллик сабабларини клиник таққослашда қийинчилик туғдиради, 80% ҳолларда касаллик 3 кун давомида давосиз ўтиб кетиши ҳам мумкин.

УАВ тактикаси

1. Антибактериал терапия: амоксициллин – ҳар қандай ёшда энг қулай дори восита бўлиб ҳисобланади. Болаларга 40 мг/кг кунига 3 маҳал ичишга – 10 кун давомида буюрилади. Катталарга: 750 мг дан кунига 2 маҳал ёки 500 мг дан кунига 3 маҳал – 5 кун давомида буюрилади. Амоксициллин самара бермаса – доксициклин 100 мг кунига 2 маҳал, цефаклор 250 мг кунига 3 маҳал, амоксициллин/клавуланат

(амоксиклав, аугментин) тавсия этилади. Пенициллинга сезувчанлик юқори бўлса – азитромицин 30 мг/кг кунига 1 маҳал буюрилади.

2. Анальгетиклар (оғриқда): парацетамол (15 мг/кг ҳар 6 соатда.) ёки НЯҚВ (ибупрофен 10 мг/кг ҳар 6 соатда.) оғриқни қолдириш учун буюрилади.

3. Маҳаллий даво: перфорациягача – бурун катакларига қон томирларни торайтирувчи дори воситаларни кунига 3–4 маҳал томизилади (нафтизин, галазолин, санорин, називин, назол, пиносол). Антисептик воситалари (томчи ёки пилик): 2,5% ли левомецетинли спирт, 3% ли борат кислотасининг спиртли эритмаси, отизол, неладекс қўллаш мумкин. Қиздирувчи ярим спиртли компресс ёки куруқ илик боғламлар қўйилади.

Профилактикаси. Даводан самара бўлмаса ёки касаллик тез қайталанса, ЛОР врач маслаҳатига юборилади. Ота-оналарнинг чекиши болаларда отит касаллигини келиб чиқиш ҳавфини кучайтиради.

Мастондиг – сўрғичсимон суяк усти териси таранглашуви ва кизариши, субфебрилитет, эшитишнинг пасайиши, қулоқдан доимий ажралма келиши билан характерланади.

УАВ тактикаси: ЛОР врач маслаҳатига юборилади ва шифохонада даво ўтказилади.

Қулоқнинг ўраб олувчи темирatkиси – Рамсай-Хант синдроми қулоқ супраси терисида везикуляр тошмалар тошиши, мимик мушаклар парези, эшитишни ва мувозанатни бузилиши билан характерланади. Тошмадан сўнг герпетик невралгия ривожланиши мумкин. Бу касалликни аниқланганда тошмалар тошишининг биринчи соатларида вирусга қарши – ацикловир 800 мг дан кунига 4 маҳал– 10 кун давомида буюрилади.

УАВ тактикаси: ЛОР врач маслаҳатига юборилади.

Фурункулёз – ташки эшитув каналидаги соч қопчасининг инфекцияланиши бўлиб, қулоқ супрасини босиб қўрилганда ёки оғизни очганда кучли оғриқ кузатилади. Отоскопда текширилганда – эшитув каналида фурункул бўлади. Қандли диабетни истисно этиш учун қондаги қанд микдорини аниқлаш лозим. Даволаш: анальгетиклар, маҳаллий иллик муолажалар – юзга иссиқ ванна, илик иситгични қўйиш, антибиотиклар – амоксициллин ёки флюксоксациллин ичишга тавсия этилади.

Сурункали ўрта қулоқ сероз отити. Евстахия найи ўтказувчанлигининг бузилиши билан, сурункали бактериал ёки аллергик риносинуситлар, юмшоқ танглай ва аденоидларда доимий манфий босим ноғара пардага таъсир этиши ва ундан окма ажралишига олиб келиши билан характерланади. Отоскопда текширилганда: ноғара парданинг қалинлашиши, ноғара парда бўшлиғида қулранг ёки тиник сарғимтир суюқлик бўлиши аниқланади. Бунда ноғара парда ҳаракатчанлиги бузилиши, доимо таранг холда бўлиши, ичига тортилган жойида холестеатома пайдо бўлиши кузатилади. Асосан бу кичик ёшдаги болаларда ривожланиб, эшитишни пасайиши ва нутқ ривожланишини орқада қолишига таъсир этади. Катталарда сурункали ўрта қулоқ сероз отити бурун ҳалқум ўсмаларида ривожланади.

Даволаш: 2 ҳафтадан кейин ноғара парда бўшлиғидаги окма ўз-ўзича йўқолиши мумкин. Қон томирларни торайтирувчи воситалар – псевдоэфедрин кунига 3–4 маҳал (2–4 кундан кўп эмас) ва аллергик ринитда Н1-блокаторлар буюрилади. Самолётда учганда бемор ухламаслиги лозим, сақич чайнаш муҳим ёки евстахия найини кенгайтириш машқларини бажариш керак (пуфакчани бурун билан шишириш, юти-

ниш машқларини бажариш) ва бошқалар. Даводан самара бўлмаганда ёки болаларда касаллик чўзилувчан турига ўтса, ЛОР врачлари маслаҳатига миригготомия ва ноғара пардани дренажлаш учун юборилади.

Сурункали ўрта қулоқ йирингли отити. Ноғара парданинг перфорацияси натижасида, қулоқдан доимий йирингли ажралма ажралиши ва узоқ давом этиши, енгил ёки ўртача оғирликдаги қарлик ривожланиши билан характерланади. Агарда яллиғланиш жараёни ички қулоққа тарқалса, нейросенсор қарлик юзага келиб, бунда бош айланиши, мувозанатни бузилиши ва мимик мушаклар фалажи кузатилади. Давони ва назоратни ЛОР врачлари олиб боради. Баъзан ноғара пардани жароҳлик йўли билан тиклаш мумкин. Давога бактериологик текширув ўтказилади.

Даволаш 3 этапда олиб борилади:

1) маҳаллий: ноғара пардани қуритиш, йирингдан ва бошқа патологик ажралмалардан тозалаш – ноғара парда бўшлиғини қуруқ пахтали тампон, 3% ли перекис водородга ботирилган тампон билан ва протеолитик ферментлар ёрдамида тозалаш;

2) дори воситалари: ципрофлоксацин, норфлоксацин, полимиксин В буюриш;

3) ноғара парда тешилишини ёпиш – ёрилган жой четларини 10-25% ли кумуш нитрати, 10% ли йоднинг спиртли эритмаси билан куйдириш.

Ўшунинг билан болалардаги шамоллаш касалликларидан ва ўрта қулоқ отитидан, болаларни кўкрак сути билан боқиш асосий профилактик чора ҳисобланади. Болаларда бурун орқали нафас олишни тиклаш учун, ўз вақтида оғиз бўшлиғи инфекцияларини, буруннинг ёндош бўшлиқларини, томоқни санация қилиш керак. Инфекцион касалликларнинг носпецифик ва специфик профилактикаси эмлаш бўлиб, бу болалардаги респиратор инфекция билан касалланишни камайтиради. Кўп ҳолларда қизамиқ ва скарлатина касалликлари сурункали ўрта қулоқ йирингли отитига сабаб бўлади.

Ички отитлар. Вирусли лабиринтитни кўп ҳолатларда эпидемик паротит вирусини чақиради. Бош айланишсиз ва тўсатдан нейросенсор қарлик юзага келиши касаллик учун характерли. Вирусли лабиринтит учун – вестибуляр лабиринтни қайтмас шикастланиши ҳосил. Бактериал лабиринтит ўткир ёки сурункали ўрта қулоқ отити ёки минингит асоратланганда ривожланади. Симптомлари – қарлик, кучли бош айланиши, кўнгил айнаши ва қусиш билан кечади. Бундай ҳолларда зудлик билан шифохонага ЛОР врачига юборилади.

Қулоқдаги ёт жисм – умумий врач амалиётидаги болаларда кўп учрайдиган муаммо бўлиб ҳисобланади. Ёт жисмлар ёнғоқлар, тақинчоклар, данаклар, тошчалар – қулоққа тикиш мумкин бўлган ҳамма нарсалар бўлиши мумкин. Гоҳида қулоқ ичига ҳашоратлар ўрмалаб кириши мумкин. Агарда эшитув йўли шикастланмаган бўлса, ёт жисм безовта қилмайди, ёт жисмни узоқ вақт қулоқ ичидан олиши ташқи қулоқ отити ривожланишига сабаб бўлади.

УАВ тактикаси: иккала қулоқни текшириб қўриш, шиш ва яллиғланиш бўлса мастоидит ҳақида ўйлаш керак. Ёт жисмни қулоқдан олишда бемор қимирламай ўтириши лозим, ёш болаларда оғрикисизлантириш мақсадида анальгетиклар қўллаш мумкин. Ҳашоратни олиб ташлаш учун олдиндан қулоққа ёғ ёки спирт қуйиш керак. Юмшаган ёт жисмни сувнинг тез оқими билан, сим илгаги, илмоқ ёки кичик кюретка билан олиб ташланади. Агар ёт жисм ноғара пардага яқин жойда ёки перфорация ўрнида бўлса, бундай беморларни зудлик билан отоларинголог маслаҳатига юборилади.

Профилактикаси. Бемор чўмилганида қулоқ тешикларини вазелинли пахта билан ёпиб қўйиши кераклиги тўғрисида маслаҳат беринг.

Қулоқ жароҳати

Ташқи қулоқ шикастланишига тирналиш, лат ейиш, гематомалар, йиртилишлар, қулоқ супрасини қисман ёки тўлиқ ампутацияси киради.

УАВ тактикаси: Лат ейиш ва тирналишларни тананинг бошқа қисмларидаги лат ейиш ва тирналиш каби даволанади. Тоғай усти йиртилишида гематома пайдо бўлади, бу эса тоғайни ишемик некрозига олиб келади, тоғай инфекцияланиши – абцесс ҳосил қилади. Беморни зудлик билан ЛОР врачига юбориш керак. Катта бўлмаган инфекцияланмаган жароҳатга бир неча чок қўйилади ва бир неча кундан кейин олиб ташланади. Чуқур ёки инфекцияланган жароҳатларни ЛОР врачлари доволайди.

Ўрта қулоқ шикастланишига баланд товушлар, баротравма, ёт жисмини ноғара пардадан ўтиб кетиши сабаб бўлади. Қалла суяги асосини синиши юз нерви ва эшитиш суякчаларини шикастланиши билан кечиши мумкин (кондуктив карлик юзага келади). Ўзангининг силжиган ҳолатида перилимфа оқиб кетади (бош айланиши ва нейросенсор карлик юзага келади). Перилимфатик фистула ҳосил бўлиши натижасида эшитув аста-секин пасаяди. Ҳар қандай ҳолатларда беморни зудлик билан ЛОР врачига юбориш керак.

Тўсагдан тезланиш ёки тормозланиш, бошга зарба берилиши **ички қулоқ шикастланишига** олиб келиши мумкин. Бу эшитишнинг пасайиши, бош айланиши, мувозанатнинг бузилиши, қулоқда шовқин бўлиши билан характерланади. Суяклар шикастланишини аниқлаш учун қалла суяги рентгенограммаси, компьютер томографияси қилинади, қулоқ шикастланиши билан келган беморларда аудиометрия ўтказилади. Прогноз ижобий – мустақил ўтиб кетади.

Баротравма атмосфера босимининг ўзгариши натижасида юзага келади (самолётнинг қўтарилишида ёки чуқурликка шўнғиганда) ва қулоқдаги оғриқ, бош айланиши, кондуктив карлик, ноғора парда перфорацияси билан характерланади. 2-3 ҳафта ичида спонтан ҳолда ўтиб кетади. Профилактика мақсадида самолёт қўнаётган вақтда бир неча марта бурун ва оғизни ёпиб нафасни чиқариш тавсия этилади, бунда эшитув найи очилади. Самолётда учишдан олдин ва қўнишдан 2 соат олдин псевдоэфедрин 120 мг қўллаш тавсия этилади. Агар беморда ўрта қулоқда оқма бўлса, самолётда учишдан сақланиши лозим.

Эшитишнинг бузилиши

Ахолининг тахминан 10-15% эшитишнинг бузилиши билан касалланган. Эшитишнинг бузилиш сабаблари:

- ташқи қулоқда товуш тўлкини йўлида тўсиқ пайдо бўлиши – булар олтингугурт тикини, шиш ва ажралмалар тўлиб қолиши, атрезия ёки эшитиш йўли ўсмаси;
- ноғора парда ва эшитув суякчаларини ҳаракатчанлигининг бузилиши, отосклероз;
- чиғаноқ, эшитув нерви ва эшитув анализаторларининг шикастланиши.

Карлик икки хил бўлади: кондуктив (олтингугурт тикини, эшитув йўлида ёт жисм, ноғора парда перфорацияси, ўрта қулоқ оқмаси, отосклероз) ва нейросенсор (менингит, қизамиқ, Меньер касаллиги билан оғриган беморларда, ототоксик дорилар таъсири – аминогликозидлар олиб келади).

Болалар карлиги

Ўтиб кетувчи карлик болаларда ўрта кулоқ инфекцияларида юзага келади, доимий карлик жуда кам учрайди (1-2 та 1000 кишига). Эшитишнинг пасайишини ота-оналар ёки ўқитувчилар дарҳол сезишади, бу ҳолда хулқ атвор, нутқ, талаффуз муаммолари юзага келади. Ўз вақтида керакли чора тадбирларни кўриш учун эрта ташхислаш муҳим.

УАВ тактикаси. Анамнез йиғиш, умумий ривожланишни, эшитишни, нутқни ва талаффузни баҳолаш. Эшитиш пасайишининг сабабларини аниқлаш. Керакли даво буюриш ва эшитув протези ўрнатиш учун мутахассисга юбориш.

Катталарда эшитишнинг пасайиши

Аксарият эшитишнинг пасайиши сезилмасдан кулоқда шовқин пайдо бўлиши билан бошланади. Аниқлаш учун шивирлаб гапириш, Ринне ва Вебер синамаларидан фойдаланилади. Отоскопияда ташқи эшитиш йўли (олтингугурт тикини йўклигига ишонч ҳосил қилиш) ва ногора парда яхшилаб текширилади. Эшитишни сезиларли пасайиш ҳолати аниқланганда ЛОР врачлари маслаҳатига аудиометрия ва ёрдамчи воситалар танлаш учун юборилади.

ЛОР врачлари маслаҳатига беморларни қуйидаги ҳолларда юборилади:

- карликнинг аниқланмаган шакли;
- тўсатдан пайдо бўлган (олтингугурт тикинисиз) карлик;
- ассиметрик карлик – хавфли касалликларни истисно қилиш (акустик невринома, назофарингеал карцинома, холестеатома).

Эшитиш пасайишининг кўп учрайдиган сабаблари

- **Отитлар** – юқорига қаранг.
- **Олтингугурт тикини** – уни юмшатиш учун 5% ли бикарбонат натрий эритмаси ёки ўсимлик ёғи томизилади – кунига 3 маҳал 2-3 кун давомида, кейин кулоқни Жанне шприци билан ювилади.
- **Шовқинли карлик** – юқори частотали товушнинг таъсири карликни юзага келтиради. Шовқинда ишлайдиган ишчилар шовқиндан сақланишлари ёки эшитув аппаратини тақишлари керак. Шовқинли карлик дискотека ишчиларида, харбий хизматчиларда, спортчиларда кузатилиши мумкин.

УАВ тактикаси: ЛОР врачига эшитишни баҳолаш ва эшитув аппарати билан таъминлаш учун юборилади.

- **Қарлик карлиги** – чиганок ва эшитув анализаторларининг марказий бўлимини кучайиб борувчи дегенерациясидир. Бунда беморлар паст частотали товушларни яхши, юқори частотадигаларни – ёмон эшитишади. Эшитувни яхшилаш учун витаминлар ва кўп миқдорда витамин сакловчи озиқ-овқатлар ёрдам беради.

УАВ тактикаси: ЛОР врачига эшитишни баҳолаш ва эшитув аппарати тавсия қилиш учун юборилади.

- **Отосклероз** – бу касаллик асосида суяк лабиринттидаги икки томонлама чегараланган дистрофик жараён бўлиб, эшитишнинг пасайиши ва кулоқдаги шовқин бўлиши характерлидир. Отосклероз эпидемиологияси: касаллик билан 30-45 ёшдаги аҳолининг тахминан 1% касалланган, асосан аёллар ўртасида (63-84%) учрайди, хомиладорлик ва туғруқдан кейин касаллик кучаяди. Симптомлари: эшитишнинг пасайиши ва кулоқдаги шовқин бир томонлама бўлса, кейинчалик икки томонлама бўлиши мумкин. Асосий даволаш усули – жарроҳлик.

УАВ тактикаси: ЛОР врачига юбориш.

- **Икки томонлама нейросенсор карлик** 50 ёшдан катталарда эшитишнинг йўқолиши ва нутқнинг бузилиши билан характерланади.

УАВ тактикаси: ЛОР врачига эшитишни баҳолаш ва эшитув аппарати тавсия қилиш учун юборилади.

• **Ретрокохлеар карлиги** чиганок олди нервнинг чиганок қисми, мия устини ёки эшитув анализаторининг марказий қисмининг шикастланишида юзага келади. Сабабалари: инфекция оқибатида, мия қон томирлар касалликлари, жароҳатлар ва қон қуйилишларда бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси: ЛОР врачига эшитишни баҳолаш ва эшитув аппарати тавсия қилиш учун юборилади.

Қулоқдаги шовқин ва бош айланиши

Қулоқдаги шовқин – беморларни ташқи товушлар таъсири- сиз товушларни эшитиши харктерли. Аҳолининг тахминан 15% қулоқдаги шовқин касаллиги билан касалланган. Агарда беморни ҳар куни уйқуда қулоқдаги шовқин безовта қилса, бу ҳолат кўп ҳолларда депрессия кўриниши бўлиши мумкин. Шовқин сабаблари: бош мия жароҳати, Меньер касаллиги, камқонлик, АҚБ ошиши, айрим дори воситаларни (халқали диуретиклар, аминогликозидлар, аспирин, НЯҚВ) ишлатганда юзага келади.

УАВ тактикаси: руҳий қўллаш, мусикаларни эшитиш мослама- си орқали ёки радио орқали эшитиш тавсия этилади. Бетасерк ёки антидепрессантлар буюрилади. Эшитишнинг пасайишида беморни сурдологга юборилади. Агарда шовқин бир томонлама бўлиб ва кар- лик билан кечса, бунда беморни ЛОР врачига акустик невриномани истисно қилиш учун юборилади.

Бош айланиши

Бемордаги бош айланиш давомийлиги ва хуружлар такрорланиши, кўнгил айнаши, эшитишнинг йўқолиши, қулоқда шовқин, ўтказган вирус- ли инфекцияларни аниқлаш керак. (кўринг 20– бўлим «Неврология»).

Бош айланиш сабаблари: позицион бош айланиши – бир неча секунддан, бир неча минутгача давом этади. Меньер касаллиги – бир неча минутдан, бир неча соатгача давом этади. Периферик (лаби- ринтит ёки жароҳатлар) ёки марказий шикастланишлар (тарқалган склероз, инсульт, ўсма) – 24 соатдан кўп узок давом этувчи бош айланиши билан кечади. Текширув: анамнез йиғиш, кўшимча сим- птомлар ёки бошқа касалликларни аниқлаш, АҚБ ўлчаш, эшитиш бузилишини баҳолаш, Ренне ва Вебер синамаларини ўтказиш. Не- врологик кўрик – мувозанат синамаси, бош мия нервлар фаолияти ва нистагми аниқлаш, Халпайк синамасини ўтказиш.

Позицион бош айланиши. Тўсатдан бош айланиши пайдо бўлиб, бир неча секунд давом этади. Бу ҳолат эшитишнинг бузилишисиз, тана ҳолатини ўзгартирганда юзага келади. Кўп ҳолларда бош-мия жароҳатларидан ёки вирусли инфекциядан кейин пайдо бўлади.

УАВ тактикаси: бош айланишини камайтириш учун беморга ўгириш ёки ётиш тавсия этилади. Агарда бош айланиши давом этса, ЛОР врач маслаҳатига лабиринтдаги отолитларни йўқотиш учун Эпли синамаси (бош ҳолатини тез ўзгартириш позицияси) ўтказиш учун юборилади.

Вирусли лабиринтит юкори нафас йўлларида ўтказган вирусли инфекциядан кейин юзага келади. Тўсатдан бош айланиш бошланиши, кўнгил айнаши ва қусиш билан кечади. Лекин эшитишнинг йўқолиши кузатилмайди. Отоскопияда ноғора парда ўзгаришсиз бўлади.

Даволаш: седатив воситалар, циклизин ёки прохлорперазин бу- юрилади. Одатда симптомлар 2-3 ҳафтадан кейин йўқолади. Агарда безовталик давом этса, бундай ҳолларда ЛОР врачига юборилади.

Меньер синдроми. Қайталанувчи бош айланиши хуружи, кўнгил айнаиши, кулоқда шовкин, кучайиб борувчи карлик характерли. ЛОР врач маслахати тавсия этилади.

Бурун ва буруннинг ёндош бўшлиқлари касалликлари

Бурун битиши – бурун касалликларининг кўп учрайдиган симптоми бўлиб ҳисобланади. Буруннинг бир томонлама битишига бурундаги турғун анотомик ўзгаришлар олиб келиши мумкин, буларга бурун тўсиғи қийшиқлиги, полиплар, ўсмалар характерлидир. Икки томонлама буруннинг битиши риносинуситларда, аллергик ва ноаллергик ринитларда, полинозларда кузатилади.

Вирусли риносинусит ёки шамоллаш – умумий врач амалиётидаги тез-тез учрайдиган ҳолат бўлиб ҳисобланади. Умумий симптомлар фонида (лоҳаслик, чарчаш, қалтираш, томоқда оғрик, тана ҳароратининг кўтарилиши) риносинусит симптомлари пайдо бўлади – бу буруннинг битиши, тумов ва тиник ажралма ажралиши, баъзан кулоқнинг битиши билан кечади. Шамоллаш давомийлиги 3-5 сутка давом этади. Симптоматик даво ҳароратни пасайтирувчи воситалар (парацетамол, аспирин), бурунга қисқа вақтли кон томирларни торайтирувчи томчилар томизиш буюрилади ва бурунни физиологик эритма билан ювиш, кўп суюқлик ичиш тавсия этилади.

Аллергик ринит тарқалган касаллик бўлиб, мавсумий ёки йил бўйи кузатилиши мумкин. Бунда ўтиб кетувчи бурун битиши, тумов, бурундан тиник ажралма ажралиши, тез-тез акса уриши, кўз ёши оқиши, бурун, кўз, танглай қичишиши характерли. Дарахтлар гули, дуккаклилар, ўтлар, ҳайвон жуни, уй чанглари, моғор замбуруги аллерген бўлиши мумкин. Қон таҳлилида – эозинофилия, кон зардобидо юкори микдорда иммуноглобулин Е бўлади. Риноскопияда бурун шиллик қавати шишиши ва ажралма ажралиши кузатилади.

УАВ тактикаси – аллерголог маслахатига аллергенни аниқлаш учун юборилади. Аллергенлар ва ҳайвонлар билан контактни чегаралаш (доимо хонани намли тозалаш, махсус тўшақлар ва синтетик тўқимали ёстиқлар қўллаш, ёток хонадан гиламларни олиб ташлаш). Даволаш: бурунга қисқа вақтли кон томирларни торайтирувчи томчилар томизиш, касаллик қайталанганда глюкокортикостероид томчилар томизиш (0,1% ли беклометазон 2 дозада кунига 2 маҳал, 4-6 ҳафта) тавсия этилади. Антигистамин воситалар седатив бўлмаган самарага эга (лоратадин 10 мг кунига 1 маҳал).

Ноаллергик ёки вазомотор ринит йил бўйи кузатиладиган аллергик ринитга ўхшаш бўлади. Ҳароратни ўзгаришида ва ҳаво намлиги ошганда, совуқ ва иссиқ овқат еганда, хавотирли ҳолатларда кузатилади. Кўпинча тамаки, атир ёки айрим ичимликлар касалликнинг қайталанishi омили ҳисобланади. Симптоматик даво: бурунга кортикостероидли томчилар томзилади, бурундан сувсимон ажралма ажралганда ипратропиум бромид ёрдам беради ва қисқа вақтга – псевдоэфедриндан фойдаланилади.

Бурун полиплари кўп ҳолларда 40 ёшдан катта эркакларда учрайдди. Кўпинча аллергик ринити ёки сурункали синусити бор беморларда кузатилади. Симptomлари: бурундан нафас олишнинг қийинлиги, бурун битиши, сувсимон ажралма ажралиши, хид билишнинг бузилиши кузатилади. Риноскопияда силлик ва оқимтир оёқчали полиплар аниқланади, кўп ҳолларда бу икки томонлама, бурун шиллик қаватида ёки буруннинг ёндош бўшлиқларида пайдо бўлади. Даволаш: йирингли ажралма ажралганда антибиотиклар ичишга буюрилади, бурунга

стероид томчилари (бекламетазон 0,1% ли кунига 2 маҳал) томизилади. Консерватив даво самарасиз бўлганда ЛОР маслаҳатига юборилади ва оператив даво тавсия этилади.

Бурун тўсиғининг қийшайиши жароҳатлардан кейин катта ёшдагиларда учрайди. Бир томонлама ёки икки томонлама нафас олишнинг қийинлиги билан кечади. Даволаш – ЛОР врачига оператив йўл билан даволанади.

Бурундаги ёт жисм кўп ҳолларда болаларда учрайди, бир томонлама бурундан ажралма ажрალიши ва бурундан ёкимсиз хид келиши кузатилади. Ҳеч қачон ёт жисм юза жойлашганидан катъий назар, мустақил равишда олиб ташлаш мумкин эмас, бунда ёт жисмни чуқурроқ киришига олиб келади ва шикастни чуқурлаштиради. Бундай ҳолатларда ЛОР врачига муурожаат этиш керак.

Бурун жароҳати бурун терисида, бурун тоғайида ёки ўрта деворида гематома бўлиши билан кечади. Бурун суякларининг синишида кўпинча бурун шиллик қаватидан қон кетади. Пайпаслаб кўрилганда тарқалган оғрик бўлиб, суяк бўлакларининг силжиши кузатилади.

Чора-тадбирлар:

- бемор антикоагулянтлар ва НЯҚВ қабул қилиш-қилмаслигини, илгари бурундан қон кетиш ҳоллари кузатилганини аниқлаш;
- АҚБ ўлчаш (илгариги АҚБ кўрсаткичларига солиштириш);
- беморда шок ёки нафас йўллари беркилиб қолиш белгилари борлигини аниқлаш;
- кўп ҳолларда бурундан қон кетишни оддий усул билан тўхтатиш мумкин: бурун қанотларини бурун тўсиғига 5-10 мин давомида босиб туриш. Агар муз бўлса бурун устига қўйиш, қон халқумга оқмаслиги учун бемор бошини олдинга эгиш.
- тез-тез ва кўп миқдорда буруннинг олд қисмидан қон кетганда Киссельбах зонасини маҳаллий анестезия ёрдамида куйдириш. Қон тўхтамаганда буруннинг олд томпанадаси бажарилади. Агарда қон тўхтамасе ёки яна қон кетиш қайталанса ЛОР врачига юборилади.

Бурундан қон кетиш одатда бурун тўсиғи қон томирларидан юзага келади. Сабаблари: қон томирлар дегенератив ўзгаришлари, ҚБ ошиши, бурунни қовлаш, ЎРВИ, аллергияк ринитлар, қон касалликлари.

Бурундан қон кетиш одатда бурун тўсиғи қон томирларидан рўй беради. Сабаблари: қон томирларининг дегенератив ўзгариши, АҚБни ошиши, бурун қовлаш, ЎРВИ, аллергияк ринит ва қон касалликлари.

Биринчи ёрдам кўрсатиш зарур ва зудлик билан ЛОР врачига шифохонага юбориш.

Биринчи ёрдам – беморни бошини кўтарган ҳолда ўтқизиш ёки ётқизиш, шишни қамайгириш учун бурун соҳасига муз қўйиш. Бурундан қон кетишни тўхтатиш учун қон томирларни торайтирувчи аэрозоллардан фойдаланиш.

Синуситлар

Ўткирсинусит – бурун бўшлиғи ва буруннинг ёндош бўшлиқлари шиллик қаватининг бактериал касаллиги бўлиб ҳисобланади. Кўп ҳолларда ЎРК дан кейин, кам ҳолларда олдинги тишлар инфекциясидан кейин ривожланади. Бурун битиши ва йирингли ажралма ажрალიши, оғрик, зўриқишда ёки бошни олдинга эгганда оғрик кучайиши характерли. Пайпаслаб кўрилганда – буруннинг ёндош бўшлиқлари проекциясида оғрик, бурун чиғаноқларининг шишиши, бурундан йирингли ажралма ажрალიши кузатилади.

УАВ тактикаси: буг билан ингаляция, антибиотиклар (амоксиклав, эритромицин) 10-14 кунга буюрилади. Бурунга кон томирларни торайтирувчи воситалар 2-4 кундан кўп қўллаш мумкин эмас. Аллергик фонда Н1-блокаторлар буюрилади. Бурун бўшлиғида оқим бўлмаса ва кучли оғрик бўлса, ЛОР врачига буруннинг ёндош бўшлиғини пункция қилишга ва ювишга юборилади.

Сурункали синусит – ланж кечувчи, қайталанувчи, буруннинг ёндош бўшлиқлари шиллик қаватининг турғун қалинлашуви билан кечадиган касаллик бўлиб ҳисобланади. Буруннинг турғун битиши, доимий ажралма ажралиши, айникса эрталабки қуюқ ажралма кўп микдорда бўлиши билан кечади. Бурун орқали ажралманинг ҳалқумга тушиши сурункали йўтал чақиради ва юз соҳасидаги оғрик кузатилади.

Даволаш: антибиотиклар (клиндамицин, цефалоспоринлар ва доксициклин), глюкокортикоид бурун томчилари ва кон томир торайтирувчи воситалар буюрилади. Даво самарасиз бўлса ЛОР врачига юборилади.

Бурун фурункуллари – 22- бўлимга қаранг. «*Жарроҳлик касалликлари*».

Оғиз бўшлиғи касалликлари

Томокдаги оғрик. Йил давомида ҳар бир врач тахминан 120 та томоқ патологияси билан беморни кўради, шулардан 70% вирусли этиологияга эга.

Ўткир фарингит – ҳалқумни вирусли инфекцияси бўлиб, кейинчалик бактериал микрофлоранинг қўшилиши ҳам кузатилади. Ютинишдаги оғрик, томоқ қуриши ва куйиш ҳисси, тана ҳароратининг кўтарилиши, бўйин лимфа тугунларини катталашуви билан кечади. Катталарда – бош оғриғи, тумов, йўтал кузатилади. Текшириб кўрилганда – ҳалқум шиллик пардаси қуруқ, кизарган, шишган, караш билан қопланган бўлади. Даволаш: томоқни чайиш, кўп микдорда илик суюқлик ичиш, парацетамол 500 мг дан ҳар 6 соатда ичишга тавсия этилади, суперинфекция ҳолларида – антибиотиклар (амоксициллин, эритромицин) буюрилади.

Сурункали тонзиллит – бодомсимон безлар яллиғланиши бўлиб, кўпинча гемолитик стрептококклар чақиради. Ютинганда оғрик, томоқ қурилиши ва тирналиш ҳисси, лимфатик тугунлар катталашуви кузатилади, баъзида томоқдан ёқимсиз ҳид келиши безовта қилади. Текшириб кўрилганда бодомсимон безлар кизарган, қатламсимон, босиб кўрилганда қуюқ, сарғиш суюқлик ажралади. Даволаш: томоқни чайиш, кўп микдорда илик суюқлик ичиш, парацетамол 500 мг дан ҳар 6 соатда, антибиотиклар – амоксициллин, эритромицин ичишга буюрилади. Йил давомида 4 ва ундан ортик маротаба касаллик қайталанганда ЛОР врачига даволаниш тавсия этилади (тонзилэктомия).

Ангина – бодомсимон безларнинг ва ҳалқумнинг бактериал яллиғланиши бўлиб, асосан стрептококклар чақиради. Касаллик ўттириб бошланади, томоқдаги кучли оғрик, ютинганда кучаяди, иситмалаш, қалтираш, ҳолсизлик, лимфа безларининг катталашуви ва оғрикли бўлиши билан кечади. Оғиз бўшлиғини текшириб кўрилганда – ҳалқум, бодомсимон безлар, равоқчалари ва тилча шиллик пардаси кизарган, сарғимтир караш билан қопланган, бўйин лимфа безлари катталашган, оғрикли бўлади. Антибиотикотерапия: амоксиклав 625 мг ёки цефалексин – 500 мг кунига 2 маҳал 7-10 кунга ичишга буюрилади.

Бодомсимон беzi атрофи абсцесси – яллиғланган инфильтрация ва оғиз-халқум абсцесси. Ўсмирларда ва 20-40 ёшли катталарда тонзилит қайталагандан кейин кузатилади. Симптомлари: бир томонлама томоқда кучайиб борувчи оғриқ, иситмалаш, лоҳаслик, ютинганда оғриқ, дисфагия, сўлак оқиши, оғиздан ёқимсиз хид келиши, ноаниқ гапириш бўлади. Шикастланган бодомсимон безлар кўпинча шишиши, қизариши, тилча ва юмшоқ танглай қарама-қарши томонга оғиши мумкин, юмшоқ танглай шишиши ва қизариши кузатилади. Шикастланган бодомсимон безларни пайпаслаб кўрилганда флюктуация бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси. Зудлик билан шифохонанинг ЛОР бўлимига юбориш.

Инфекцион мононуклеоз. Тонзилит ўсмирлар ёки катта ёшдаги беморларда бир ҳафтадан кўп давом этса, инфекцион мононуклеоз борлигини истисно қилиш керак. Касалликни Эпштейн-Бар вируси чакиради. Инфекциянинг инкубацион даври – 4-14 кун. Симптомлари: томоқда оғриқ, ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, периферик лимфа безлари, жигар ва талок катталашиши, танглайда петехияли тошмалар пайдо бўлади. Беморни инфекцион шифохонага юбориш.

Ҳиқилдоқ касалликлари

Овоз бўғилиши ва стридор – овоз товуши ва тембри ўзгариши бўлиб, овоз бойламларида неврологик ёки мушак патологияси бўлганда рўй беради.

Сабаблари:

- Маҳаллий: – ЎРИ (энг кўп), ларингит, қаттиқ бақариш оқибатида жароҳат олиш, кучли йўтал, қусиш, инструментал текширувлардан кейин, карцинома, гипотиреоз, акромегалияда кузатилади. Неврологик касалликлар: овоз бойламлари фалажи, мотонейрон касалликлар, миастения, тарқалган склерозда бўлади.

- Мушаклар касалликлари: мушаклар дистрофиясида кузатилади.
- Функционал ҳолатларда пайдо бўлади (пастда ёзилган).

Овоз бўғилиши билан 3 ва ундан кўп ҳафта давом этаётган беморларни ЛОР-врачига карциномани истисно қилиш учун юбориш.

Ларингит – ҳиқилдоқнинг инфекция натижасида яллиғланиши бўлиб, йўтал ёки қичқирганда овоз зўриқиши натижасида касаллик келиб чиқади. Ўткир ларингит ЎРВИ вақтида пайдо бўлиб, тана ҳароратини кўтарилиши, бурун битиши, овоз бўғилиши, сўзлашиш вақтида оғриқ сезиши билан касаллик бошланади. Сабаблари кўпинча вирус бўлиб, баъзида иккиламчи бактериал инфекция қўшилиши мумкин. Симптоматик даво: овоз бойламларига тинчлик, парацетамол – 500 мг ҳар 6 соатда ва буғли ингалиция буюрилади. Бактериал инфекцияларда – амоксициллин 500 мг дан кунига 3 маҳал 5-7 кун ичишга буюрилади.

Овоз бойлами тугунлари овознинг бўғилишига сабаб бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда овозни кўп ишлатиб зўриқтириш натижасида юзага келади – асосан қўшиқчи, маърузачиларда кузатилади. Ларингоскопия ўтказганда тугунларни аниқлаш мумкин. Даволаш: овоз бойламларига тинчлик тавсия этилади. Агарда бемор аҳволи яхшиланмаса, ЛОР врачига юборилади, жарроҳлик йўли билан тугунларни олиб ташланади.

Функционал овоз бўғилиши рухий стресслар натижасида юзага келиб, овоз бойламлари фалажи пайдо бўлганда касаллик ривожланади. Бунда овоз пасайиб, пичирлаб гапириш, баъзан овозни бутунлай йўқолиши кузатилади. Кўпинча ёш аёлларда учрайди. Ўсма касаллигини истисно қилиш учун, ЛОР врачлари маслаҳати зарур. Даволаш – нутқ машқи билан даволаш ва психологик мадад бериш.

Стридор – бу дағал хуштаксимон шовкин бўлиб, кичик ва кўкрак ёшидаги болаларда нафас олаётганда нафас йўли торайиши туфайли пайдо бўлади. Нафас йўлининг торайиш белгилари бўлиб: нафас олишнинг тезлашуви, тери рангининг оқариши ёки цианози, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг ишгиروي кузатилади. Сабаблари: туғма хикилдоқ аномалияси, эпиглотит, ёлгон бўғма (ларинготрахеобронхит), ёт жисм, хикилдоқ жароҳати ёки хикилдоқ фалажи олиб келади.

Ўткир эпиглотит

Бактериал инфекция хикилдоқ копкоғи шишишини чакиради ва нафас йўлини обструкциясига олиб келади. Касаллик тўсатдан стридор пайдо бўлиши, сулак оқиши, дисфагия, иситмалаш билан бошланади. Бунда йўтал йўқ, овоз бўтқиқлашган, бола ўтирганда бўйинни чўзиб ўтириши кузатилади. Эпиглотитга тахмин қилинганда, болаларда хикилдоқ текширилмайди, бу қўшимча нафас йўли обструкциясига олиб келиши мумкин. Зудлик билан «Тез ёрдам» чакириш ва болани ота-онаси билан шифохонага юбориш керак.

Хикилдоқ текшируви шифохонада рсанимацион имкониятлар бўлган холларда ўтказилади.

Даволаш: антибиотикларни вена ичига буюрилади.

Сотта бўғма – хикилдоқнинг дифтериясиз келиб чиқадиган ўткир торайиши, кўп холларда 1-3 ёшли болаларда ўРК кейин пайдо бўлади. Вирусли ва спастик турлари бор. Вирусли бўғма ёки ўткир бурма ости ларингити вирусли инфекциядан (парагрипп) 2-3 кундан кейин пайдо бўлади. Бунда хурувчи йўтал, стридор, бўғилиш билан бошланиши характерли. Даволаш: совутилган, намланган ҳаво билан нафас олдириш, адреналинли ингалиция, глюкокортикоидлар томир ичига, иложсиз вазиятда – трахея интубацияси ўтказилади. Спастик бўғманинг пайдо бўлиш сабаби ноаниқ, вирусли инфекция, аллергия, гастро-эзофагал рефлюкснинг таъсири борлиги тахмин қилинади. Стридор билан кечувчи нафаснинг бўғилиш хуружи, тўсатдан продромал белгиларсиз одатда кечаси пайдо бўлади. Даволаш – совутилган, намли ҳаводан нафас олдириш, агарда ёрдам бермаса – глюкокортико-стероидларни ичишга ёки адреналинли ингалиция буюрилади.

Юқори нафас йўлларидаги ёт жисм

Нафас йўлига ёт жисмнинг тушиши хушдан кетиш ҳолатига олиб келади. Кўпинча бу овқатланиш пайтида юзага келади. Одам бирданига томоғини чангаллаб гапира олмайди, нафас бўғилиши ва цианоз пайдо бўлади. Бундай холларда тезда нафас йўли ўтказувчанлигини Геймлих тадбирини қўллаш йўли билан тиклаш лозим: беморни орқадан кучоқлаб, эпигастрия соҳасига бир неча марта босиб қўйиб юбориш, самара бермаса – шифохонага зудлик билан жўнатиш.

Хикилдоқ стенози – бу трахея ичи торайиши бўлиб, бунда нафас йўллари ва ўпкага ҳаво ўтишининг бузилиши бўлиб хисобланади. Стенозлар: ўткир– киска вақт ичида (1ойгача) пайдо бўлади ва сурункали – секин ривожланувчи турларига фаркланади. Сабаблари: хикилдоқ ва трахея шишиши, ларингит, трахеит, бронхит, хикилдоқ ан-

гина, кизамиқ, дифтерия, скарлатина, ўсмалар, аллергия реакциялар, ёт жисм, ҳикилдоқ ва трахея жароҳати, бронхоскопиядан кейинги ҳолат, интубациялар олиб келади. Асосий симптомлари: юрганда хансираш пайдо бўлади, нафас олишнинг секинлашуви, трахея ичи торайиши, кейинчалик тинч ҳолатда стридорли нафас кўшилади, тери рангининг оқариши, ёрдамчи мушаклар ёрдамида нафас олиш ва қовурғалар орасининг тортилиши натижасида хансираш юзага келади, трахея ичи торайиши кучайиб боради. Учинчи босқичда – тез-тез юзаки нафас, кучли стридор, тери қопламлари оқимтир-кўкиш рангда бўлиши, акроцианоз, мажбурий ўтирган ҳолат, тахикардия, трахея ичи кескин торайиши кузатилади. Тўртинчи босқичда – асфиксия: энгикиб-энгикиб нафас олиш, баъзан нафас олишни тўхташи, юрак фаолиятининг кескин сустлашиши, пульс аниқланмаслиги, тери қопламлари оқимтир-қулранг рангда бўлиши. Юрак уришдан тўхташ эҳтимоли бор.

УАВ тактикаси 1- ва 2- босқичларда – ЛОР врач маслаҳатига юбориш, 3- ва 4- босқичларда – шифохонада даволаш.

ЛОР аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари

УАВ амалиётида ҳикилдоқ **карциномаси** кўпинча аёлларга нисбатан эркаклар орасида кўпроқ учрайди. Ўсмалар пайдо бўлишида тамаки чекиш асосий омил ҳисобланади. Карциноманинг эрта белгилари овоз бўғилиши, кейинчалик стридор кўшилиши, дисфагия ва оғриқ билан кузатилади.

УАВ тактикаси: ЛОР врач маслаҳатига ларингоскопия ўтказиш ва биопсия олиш учун юборилади. Жарроҳлик ва нур терапия йўли билан даволаш ўтказилади. Ўз вақтида замонавий ташхислаш ва даволаш натижасида 80-90% беморлар умри беш йилгача чўзилгани аниқланган.

Бодомсимон безлар ўсмаси бу кўп ҳолларда қари ёшдагиларда кузатилади. Бодомсимон безларнинг бир томонлама қатталашуви ва шишиши, дисфагия, тозилит, қулоқда оғриқ билан кечиши характерли.

УАВ тактикаси: ЛОР врач маслаҳатига юбориш.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, N. Everitt, J. Irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.

2. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н. Денисов ва б. таҳририяти остида, М. «ГЭОТАР-МЕД», 2002 й. – 1242 б.

3. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н. Денисов таҳририяти остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 1146 бет.

4. Дж. Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи, М., 1998 й. 1230 бет.

5. «Общая Врачебная Практика по Дžoу Нобелю». М., «Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.

6. «Общая врачебная практика». Ф.Г. Назиров таҳририяти остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.

7. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.

8. Харрисон Т. «Внутренние болезни». «Практика» нашриёт уйи., М. 2002, 1–2 Т. 3176 бет.

9. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного», Инглиз тилидан таржима. М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

10. «Оториноларингология». Ю.М. Овчинников таҳририяти остида, М. 2002 й. 248 бет.

19-БЎЛИМ. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Қовоклар, киприклар ва кўз ёши аъзолари касалликлари:	146
Говмичча	146
Халязион	146
Блефарит	146
Қовоқ абссесси ва флегмонаси	146
Қовокнинг ичкарига буралиши	146
Қовокнинг ташқарига буралиши	146
Птоз	147
Дакриоаденит	147
Дакриоцистит	147
Рефракциянинг бузилиши	147
Гиперметропия (узоқни кўриш)	147
Миопия (яқинни кўриш)	147
Пресбиопия	147
Астигматизм	148
3. Кўз кизариши	148
Шох парда эрозияси	148
Конъюнктивит	148
Склерит ва эписклерит	149
Субконъюнктивал қон қуйилиши	149
Кўришнинг ёмонлашиши:	149
Катаракта	150
Шишасимон танага қон қуйилиши	150
Тўр парда кўчиши	150
Тўр парданинг марказий артерияси эмболияси	150
Тўр парданинг марказий венаси эмболияси	150
Кўрув нерви неврити	151
Диабетик ретинопатия	151
Кўздаги оғрик	151
Кўз жароҳати	151
Ультрабинафша нурлари билан кўзнинг ўткир шикастланиши	151
Кўзнинг кимёвий қуйиши	152
Кўзнинг термик қуйиши	152
Кўришнинг тўсатдан ёмонлашуви ва оғрикли кечиши:	152
Кератит	152
Увеит	152
Хориондит	153
Глаукома	153
Фойдаланилган адабиётлар	153

Ковоклар, киприклар ва кўз ёши аъзолари касалликлари

Ковокнинг яллиғланиш касалликлари

Говмичча – киприк толаси фолликулининг яллиғланиши. Ковоклар чеккасининг оғрикли шиши ва кейинчалик йиринг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Тавсия: яллиғланган фолликулдан киприк толасини олиб ташлаш, кўзга илик компресс қуйиш (термосдан чиқувчи пар), кунига 3–4 марта ципрофлоксацинли кўз томчиларини томизиш. Флегмона ривожланишини олдини олиш мақсадида беморни кузатиш лозим.

Халязион – мейбомиев беzi йўлини бекилиб қолиши натижасида сурункали гранулематоз яллиғланишидир. Бунга ковок чеккасидан ташқарида зич, оғриксиз тугунчанинг пайдо бўлиши хосдир. Даволаш: глюкокортикоидлар инъекцияси, самараси бўлмаса – халязионэктомия ўтказилади.

Блефарит – ковок чеккасининг яллиғланиши бўлиб, бунда ковок чеккаси қалинлашади, кипикланади, қатқалоклар билан қопланади ва ярачалар пайдо бўлади. Оддий, тангасимон (себореяли дерматитларда учрайдиган) ва ярали (стафилококкли) блефаритлар фарқланади. Симптомлари: кичишиш, ачишиш, кўз ёши оқиши. Тавсиялар: ковок чеккасини болалар шампунига шимдирилган пахтали тампон билан тозалаш, мейбомиев беzi оқимини яхшилаш учун ковокларни уқалаш. Кечаси ковок чеккасига антибактериал кўз суртмаси (1% ли эритромицин суртмаси) суртिलाди. Оғир ҳолатларда – антибиотикларни ичишга (доксциклин – 100 мг кунига 2 маҳал, 6–10 кунга) буюрилади.

Ковокнинг контактли дерматити – кенг тарқалган ҳолат бўлиб, ковок терисининг ишқаланишидан, косметик воситалар (сочлаки, совун) билан таъсирланишидан, пайдо бўлади. Асосий симптомлари – ковок кичиши ва шиши. Тавсия: ковокларни антисептик воситалар билан ювиш, таъсирлантирувчи моддаларни қўлламаслик ковоклар устини кунига 4 маҳал намлаш. Яллиғланиш белгилари камайгандан сўнг ковокни 0,5% ли гидрокортизон суртмаси билан кунига 3–4 маҳал тўлиқ тузалишига қадар уқалаш.

Ковок абсцесси ва флегмонаси – ковокнинг оғир инфекцион-яллиғланишли шикастланиши бўлиб, бунинг натижасида ковокнинг шишиши, кўздаги оғрик, иситмалаш туфайли кўриш хиралашади. Объектив кўрикда: ковок шиши ёки абсцесси кузатилади. Бундай ҳолатларда беморни зудлик билан шифохонага юборилади.

Ковокнинг бошқа касалликлари

Ковокнинг ичкарига буралиши – бу ҳолатда ковок ичкарига буралиб, киприклар шох пардага тегиб қолади. Натижада кўз ичиди ёт жисм хисси бўлиб, кўз ёши оқиши ва конъюнктивит кизариши кузатилади. Шох парданинг узок таъсирланиши натижасида, шох пардада яра ва хиралашган ўчоқлар пайдо бўлади.

УАВ тактикаси: киприклар эпипляцияси, ковокқа пластр ёпиштириш, даво самарасиз бўлганда беморни жарроҳлик йўли билан даволаш учун офтальмологга юбориш.

Ковокнинг ташқарига буралиши – бу ҳолатда ковок ташқарига буралиб қолади. Сабаблари: юз нервининг шикастланиши, қарилқдаги бириктирувчи тўқиманинг бушашиши натижасида ковокнинг ташқарига

буралиши ва тери эластлигининг пасайиши олиб келади. Конъюнктивга шикастланишида: кизариш, таъсирланиш, кўз ёши оқиши, гипертрофия, кейинчалик яралар пайдо бўлиши кузатилади.

УАВ тактикаси: асоратлар ривожланишидан аввал беморни жарроҳлик йўли билан даволаш учун офтальмологга юборилади.

Птоз – ковокнинг пастга тушиши, ковокни юқорига кўтариб турувчи мушаклар функцияси бузилиши натижасида келиб чиқади. Кўп ҳолатларда туғма, бир томонлама птоз учрайди. Сабаблари: ковок мушаклари фалажланиши, миастения, дистрофик миотония, зўрайиб борувчи офтальмоплегия ва бошқалар олиб келади.

УАВ тактикаси: яққол ривожланмаган птозда даво буюрилмайди, яққол птозда – беморни офтальмологга юборилади, даволаш жарроҳлик усули билан амалга оширилади.

Кўз ёши аппарати касалликлари

Дакриоаденит – кўз ёши безининг яллиғланиши. Фарқланиши:

1. **Ўткир** (вирусли ва бактериал) дакриоаденит. Вирусли дакриоаденит учун – кўз соққасининг ташки қисмида оғрик ва шиш хисси, оғриқли қағтиқ яллиғланган инфилтрат, юқори ковокнинг ташки чеккасида қаварик, ковокнинг пастга тушиши, кулоқ олди лимфа безлари катталаниши кузатилади. Тузалиш 1-2 ҳафтадан кейин. Ўткир бактериал дакриоаденит кам учрайди, лекин оғир кечади, кўз ёши беги йиринглаб абсцесс пайдо бўлиб, теридан ёриб чиқади. Антибиотикларни маҳаллий қўллаш ва ичишга тавсия этилади.
2. **Сурункали** бактериал дакриоаденит – кўз соққасининг юқори ташки қисмида йирик хосила бўлиб, шу томонга қаралганда диглопия пайдо бўлади, кўз бурун ва пастки томонга сурилади, кўп ҳолларда кўзда қуруқлик кузатилади. Беморларда каналкулит – кўз ёш каналчаларининг яллиғланиши тез-тез учрайди, кўз ёши оқиши, кўзнинг кизариши, гиперемия ва каналчалар соҳаси териси шишиши пайдо бўлади.

Дакриоцистит. Бурун-кўз ёши найчаси беркилиб, кўз ёши копининг яллиғланишига олиб келади, кўпинча ўрта ёшли аёлларда учрайди. Беморларни шиш натижасида кўз ёши копи бўртиб туриши, ковоклар кизариши, кўздан ёш оқиши безовта қилади.

Ичишга ёки маҳаллий қўллашга антибиотиклар, кўз ёши копини уқалаш буюрилади ва офтальмолог маслаҳатига юборилади. Офтальмолог найчани ювади, абсцессни дренаж қилади ва керак бўлганда дакриоцисториностомия ўтказилади.

Рефракциянинг бузилиши

Гиперметропия ёки узокни кўриш – рефракция аномалияси, яъни фокус нуктаси тўр парда ортига тушади. Беморлар узокдаги буюмларни яхши кўра олишади. Окулист маслаҳатига коррекцияловчи қаварик ёки мусбат линзали кўз ойнаклар тавсия этилади.

Миопия ёки яқинни кўриш – рефракция аномалияси, бунда фокус нуктаси тўр парда олдига тушади, шунинг учун беморлар яқиндаги буюмларни яхши кўра олишади. Окулист маслаҳатига коррекцияловчи ботик ёки манфий линзали кўз ойнаклар тавсия этилади.

Пресбиопия – гиперметропиянинг бир кўриниши бўлиб, бунда яқиндан кўришни ёмонлашиши, инсон ёши катталаниши билан гавҳарнинг физиологик ўзгариши юзага келади. Гавҳар кам эластик-

ли бўлиб қолади ва секин-аста ўз шаклини ўзгартириш қобилияти камаяди. Бунинг натижасида инсон узокни яхши кўради ва яқиндаги буюмларни ёмон кўра бошлади, бундай ҳолатларда 40 ёшдан бошлаб коррекцияловчи кўз ойнак тақиб юришга муҳтож бўлади.

Астигматизм – шох парданинг ҳар хил меридиандаги рефракция бузилиши натижасида кўришнинг пасайиши. Окулист маслаҳати, цилиндрик линзали кўз ойнак тавсия этилади.

Ғилайлик – кўз олмасининг нотўғри ҳолатда туриши. Ҳамкор ғилайлик – бунда кўз нигоҳининг йўналишидан қатъий назар, кўз олмасининг меъёрий ҳолатидан силъжиганлиги сақланиб қолади, паралитик ғилайлик – кўз олмаси ҳолатининг ўзгариши нигоҳнинг йўналишига боғлиқ.

- ҳамкор ғилайлик (яқинлашувчи ва узоклашувчи) – кўзни ҳаракатга келтирувчи мушак тонусининг кучсизлиги натижасида юзага келади, кўпинча наслий бўлиб болалик даврида намоён бўлади;

- паралитик ғилайлик кўзни ҳаракатга келтирувчи мушак парези ва фалажи натижасида пайдо бўлади.

Ғилайлик аниқланганда окулист маслаҳати тавсия этилади.

Кўз қизариши

Умумий врачлик амалиётида кўзларнинг жароҳатланиш белгиларидан бири бўлиб кўзнинг қизариши ҳисобланади. Бундай шикоятлар билан мурожат этган беморларда асосий эътиборни кўришнинг бузилиши, кўздан ажралма ажралиши ва кўздаги оғрикнинг пайдо бўлишига қаратиш керак.

Кўз қизариши билан кечувчи касалликларни қиёсий ташҳислаш.

Ўткир глаукома хуружи тўсатдан кўришнинг ёмонлашиши билан кўзнинг қизариши ва кўзда қаттиқ оғрик пайдо бўлиши билан ифодаланади. Беморни зудлик билан ёруғ жойга ўтказиб, иккала кўзга 1% ли пилокарпин кўз томчиси томзилади, имконият бўлса оёққа илиқ ванна қилинади, чаккага зулук қўйилади, м/о анальгетиклар, диуретиклар қилинади (диакарб 250 мг) ва офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Шох парда эрозияси. Майда ёт жисмлар шох парда бутунлигини шикасатлаши ва эрозияга олиб келиши мумкин. Кўпинча шох парда эрозиясига контакт линзалар, тирноқ ёки макияж қалами билан етказилган шикастлар сабаб бўлади. Бунинг натижасида конъюнктив ва кизариши ва кўз ёши оқиши кузатилади. Фонар ёки офтальмоскоп орқали кўрилганда ёт жисмни кўриш мумкин. Ёт жисмни физиологик эритма билан ювиб ташланади, анальгетиклар, антибиотиклар ва эпителизацияловчи маҳаллий дори воситалари буюрилади. Зарурият бўлса кўзга боғлам қўйилади ва офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Конъюнктивит. Кўз олмаси конъюнктивасининг ва ковокнинг қизариши ва кўздан ажралма ажралиши билан кечадиган диффуз яллиғланиш касаллиги.

Ноинфекцион ва инфекцион конъюнктивит турлари фарқланади.

Ноинфекцион турлари ичида кўпроқ кучли кичишиш билан кечадиган аллергик конъюнктивитлар учрайди, уларга қуйидагилар хос:

- полиноз, ринит ва кўп акса уриш;

- баҳорий катар – юкори ковокнинг шиллик пардасида «тош йўлак» кўринишидаги йирик ўсимталар борлиги;

– атопик конъюнктивит – терида везикулалар ва намланишлар каби ўзгаришлар чақиради;

– контакт линзалар тақиш натижасида сўргичлар гиперплазияси билан кечувчи конъюнктивит. Бунда ковоқнинг ички юзасида сўргичлар (1-2 мм) ўсиши билан кечади;

– кимёвий моддалар таъсири натижасида келиб чиқувчи контакт конъюнктивит.

Инфекцион конъюнктивит – бактериал, вирусли ва замбуруғли бўлади. Болаларда бактериал ва вирусли конъюнктивит бир хил нисбатда учрайди, катталарда асосан вирусли конъюнктивит кўпрок (85%) учрайди. Бактериал конъюнктивитга кўздан кўп микдорда шиллик-йирингли ажралма ажралиши характерли. Даволаш: кўзни антисептик эритма билан ювиш (фурацилин ёки оч-пушти рангли калий перманганат эритмаси билан), маҳаллий – антибактериал (0,3% ли ципрофлоксацин ёки офлоксацин эритмаси томизиш) томчи кунига 4 маҳал 7-10 кун давомида, уйқудан олдин антибактериал (1% ли эритромицин ёки 0,3% ли ципрофлоксацин) малҳам тавсия қилинади.

Аденовирусли конъюнктивитда: кўздан сувсимон ажралма ажралади, кичишиш, ачишиш, кўздаги оғриқ безовта қилади, бўйин лимфа тугунлари катталашади ва конъюнктиванда фолликулалар (шиллик ости қаватида лимфоцитлар тўпланиши) пайдо бўлади. Дезинфекцияловчи ва вирусга қарши дори воситалар бемор ахволини енгилаштиради. Бу конъюнктивит ўта юқумли бўлганлиги учун болалар 2-3 кунга мактабдан озод қилинади, алоҳида сочик берилиб, қўлларини тез-тез совунлаб ювиш тавсия қилинади.

Склерит ва эписклерит. Эписклерит – кўзнинг (склеранинг) бириктирувчи тўқима қавати юқори қатламининг яллиғланиши. Касаллик ўткир, кўзнинг кизариши ва кўздаги тўмтоқ оғриқ билан бошланади, ажралмалар бўлмайди, кўришга таъсир қилмайди. Даволаш ўтиб кетади, лекин офтальмолог маслаҳати керак бўлади.

Склерит секин-аста кўздаги оғриқ пайдо бўлиши билан бошланиб, чаккага ёки жағ соҳасига иррадиация қилади, ёруғликдан кўрқиш, баъзан кўздан ёш оқиши характерли. Кўз олмасини пайпаслаб кўрилганда оғрикли бўлади. Кўп ҳолларда бу икки касаллик бириктирувчи тўқима тизимли касалликларининг белгилари бўлиши мумкин, шунинг учун даволашни НЯҚВ ёки глюкокортикоидларни ичишга буюришдан бошланади. Офтальмолог маслаҳати зарур.

Субконъюнктивал қон қуйилиши – кўзнинг енгил жароҳатларида конъюнктива остидаги майда қон томирлар ёрилиши, қаттик кучаниш ёки зўриқиш (йўтал, қусиш) натижасида юзага келади. Икки томонлама субконъюнктивал қон қуйилиши АГ, ҚД ёки коагулопатия фонидида пайдо бўлади. Алоҳида даво буюрилмайди, 3% ли калий йодид эритмаси (2 томчидан кунига 3 маҳал) буюрилади, қон қуйилиши 2-3 ҳафтада сўрилиб кетади.

Кўришнинг ёмонлашиши

Бемор кўришни ёмонлашишига шикоят қилганида умумий амалиёт врач, кўришнинг бузилиш симптомлари тўсатдан ёки секин-аста бошланган вақтини аниқлаши керак. Агарда кўришнинг ёмонлашиши бир томонлама бўлса, кўз олмасининг ўзида ёки кўрув нервининг шикасти борлигини аниқлаш, агарда, кўришнинг икки томонлама симметрик ёмонлашиши кузатилса – МАТ да шикаст борлигини аниқлаш лозим. УАВ бемордаги кўришнинг пасайиши даражасини Сивцев-Головин (ёки Шеллин) жадвали ёрдамида, тахминий кўрув майдонини Дондерс бўйича ва ранг ажратишни аниқлаши керак. Кўзнинг ташқи кўригида қорачикнинг қизил

рефлекси сусайиши – кератит ёки катарактани, кўз тубидаги ўзгаришлар эса – тўр парданинг шикастланишини билдиради.

Кўришнинг тўсатдан ёмонлашуви билан оғриқсиз кечувчи касалликларнинг қиёсий ташҳиси

Кўришнинг тўсатдан оғриқсиз ёмонлашуви кўз ички пардаларининг турли касалликларида юзага келади.

Катаракта

Умумий врач амалиётида кўп учрайдиган касалликлардан бири бўлиб, гавҳарнинг қисман ёки бутунлай хиралашуви, кўриш ўткирлигини пасайиши ва бунда бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин. 90% катталарда қарилик катарактаси ривожланади. Хавф гуруҳига – узоқ вақт кортикостероид қабул қилганлар, қандли диабет, гипопаратиреоз билан касалланганлар, айрим наслий касалликлари бор беморлар қиради. Оғриқсиз кучайиб борувчи кўриш ўткирлигини пасайиши, беморларни кўз олдида парда пайдо бўлиши билан безовта қилади. Текшириб кўрилганда: кўриш ўткирлигининг пасайиши, гавҳарнинг хиралашгани топилади. Кўриш ўткирлиги ёруғда сезиш даражаси пасаяди, гавҳарнинг ҳамма қатламлари диффуз хиралашуви – «ялтирок гавҳар» кузатилади. Касалликнинг бошланғич даврдан бошлаб медикаментоз даво ўтказилади: тауфон 2 томчидан кунига 3 маҳал узоқ вақт давомида, витаминли томчилар (квинакс, катахром) кунига 3 маҳал томзилади. Касалликнинг кечки босқичида – катарактани экстракция (олиб ташлаш) қилинади (катарактадаги кўрув ўткирлиги 0,3 дан кам бўлса жаррохлик давога кўрсатма бўлади) ва сунъий гавҳар имплантацияси ўтказилади.

Шишасимон тана ичига қон қуйилиши

Бемор кўз олдида сузиб юрувчи доғларга шикоят қилади, кўпинча қандли диабет, камқонлик фониди ёки тўр парда кўчишида юзага келади. Кўрик вақтида ўтувчи ёруғликда кўз қорачиғи қизил нурланиши сусайган бўлиб, бунда тўр парда аниқ кўринмайди. Зудлик билан офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Тўр парда кўчиши кўз олдида ёруғлик учқуни ва «парда» пайдо бўлиши, кўришни «туман ичидаги» каби пасайиши билан ифодаланади. Симптомлар жароҳатлардан ёки кўз операцияларидан кейин, кўпинча катта ёшдаги эркакларда пайдо бўлади. Текшириб кўрилганда: кўрув майдонининг йўқолиши, кўз туби офтальмоскопия қилиб кўрилганда – тўр пардани бурмаланиши ва гумбазсимон осилиб қолиши кузатилади. Беморни зудлик билан кўз касалликлари шифохонасига юборилади.

Тўр парданинг марказий артерияси эмболияси тўсатдан бир кўзда кўришнинг пасайиши билан ифодаланади, кўп ҳолларда тромбозэмболияга мойиллиги бор беморларда кузатилади (мигрень, орттирилган юрак нуксонлари, қон томир касалликлари бор беморлар қиради). Текшириб кўрилганда: кўзнинг кўрув ўткирлиги ва кўрув майдони бирданига пасаяди, кўз тубининг марказий чуқурча атрофида қизил ўчоқ аниқланади, худди «олча данаги» оқимтир тўр парда фониди турганидек кўринади.

Зудлик билан офтальмолог маслаҳатига юборилади, врачга кўзни эҳтиёткорона уқаланади ва ҳар 10-15 дақиқада қоғоз халтадан нафас олдирилади (бу қон томирларни кенгайтиради).

Тўр парданинг марказий венаси эмболияси – АГ, қандли диабет, глаукома касаллиги бор беморларда узоқ вақт кўриш ноаниқлиги кузатилади. Текшириб кўрилганда: кўз тубида қон то-

мирлар ўзгариши, веналар кенгайганлиги кузатилади, кўп миқдорда қон қуйилишлар («эзилган помидор» симптоми) ва пахтасимон экскудатлар аниқланади. Шошилиш кўз касалликлари шифохонасига юборилади ва қон ёпишқоклигини ва қуюшқоклигини камайтирувчи дори воситалари буюриш тавсия этилади.

Кўрув нерви неврити кўпинча ёш аёлларда учрайди ва секин-аста (бир неча кун ичида) кўришнинг ёмонлашуви ва кўз ҳаракати вақтида кўздаги оғрик билан кечади. Кўз тубидаги ўзгаришлар шиш (диск чегарасининг ноаниқлиги) ва кўрув нерви дискиннинг оқимтирлиги билан ифодаланади.

Офтальмолог маслаҳатига юборилади. Иккала кўз кўрув нервининг шикастланишида глюкокортикоидлар ва диуретик дори воситалари самарали бўлади. Кўзнинг ўткирлиги аста-секин тикланади.

Диабетик ретинопатия – 7-бўлимга қаранг «Эндокринология».

Кўздаги оғрик

Кўз касалликларида беморларнинг врачга кўп муружат қилишига сабаб кўз жароҳати натижасида пайдо бўладиган оғриқдир. УАВ кўз жароҳати билан келган бемор ҳолатини баҳолай билиши керак ва жароҳат бемор кўзининг кўриш ёмонлашувига олиб келса, зудлик билан офтальмологга юбориши лозим.

Кўзни баҳолашда жароҳат механизми ва жароҳатга олиб келган буюм ўлчамини аниқлаш керак. Стандарт схема асосида: ковоклар, конъюнктивалар, склералар, кўзнинг ўткирлиги, кўзнинг кўрув майдони ва ранг ажрагуви баҳоланади, шох парда, кўзнинг олдинги камераси, гавҳар, кўз туби (тўр парда, қон томирлар, кўрув нерви диски), қорачик ўлчами, шакли ва унинг ёруғликка реакцияси, кўзнинг ҳаракатланиши текширилади.

Кўз жароҳатида кўзда оғрик чақирадиган сабаблардан бири – ёт жисмнинг конъюнктивда, склера ва шох пардада бўлиши, бу эса кўздан кўз ёши оқишига, ёруғликдан кўркишга, блефароспазм (шох парда синдроми) ва кўзда дискомфорт ҳисси бўлишига олиб келади. Шох парда синдроми интенсивлиги ва кўрув ўткирлигининг пасайиши шох парда шикастланишидан далолат беради.

УАВ тактикаси: ёт жисм кўз конъюнктивасида юзаки жойлашса физиологик эритма билан ювилади, лидокаин билан бирга кўз томчилари томизилади. Конъюнктива шикастланишида ёки склерада ёки шох пардада ёт жисм бўлса, кўзга енгил боғлам қўйилиб, зудлик билан шифохонага офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Ультрабинафша нурлари билан кўзнинг ўткир шикастланиши (электрофтальмия). Кўпинча бу ҳолат пайвандчиларда учрайди, химояловчи кўз ойнак тақмаслиги, узок вақт қуёш остида бўлиши, офтобда товланиши ва оппоқ қорда чана учиши (қорли кўрлик), кварц чирокларидан фойдаланиш сабаб бўлади. Асосий клиник белгиларидан: кўздаги оғрик, ёруғликдан кўркиш, кўздан ёш оқиши, блефароспазм бўлиб, нурланишдан 6-12 соатдан кейин кўзни ноаниқ кўриши кузатилади. Текшириб кўрилганда: конъюнктива шишган ва гиперемияланган, шох пардада эрозия бўлиши мумкин.

УАВ тактикаси: иккала кўзга лидокаинли томчи томизилади, антибактериал кўз малҳами, эпителизациялаштирувчи дори воситалари томизилади (солкосерил ёки актовегин кўз гели), ҳамма дориларни кунига 3 маҳал буюрилади. Оғир шикастларда – ичишга анальгетиклар буюрилади, кўзга боғлам боғланади. Агар 2 кундан кейин бемор аҳволи яхшиланмаса, офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Кўзнинг кимёвий куйишига кўз ичига кислота, ишқор, ўювчи препаратлар тушиши ёки ёшлантирувчи газ таъсири олиб келади. Характерли белгилари: каттик оғрик, ноаник кўриш ва блефароспазм кузатилади. Текшириб кўрилганда – кўз гиперемияланган, ковок териси ва конъюнктива шишган, субконъюнктивал кон куйилиши, оғир ҳолатларда – склера ғадир-будир бўлиши, шох парда хиралашуви ва шишиши кузатилади.

УАВ тактикаси: тоза сув билан ювиш, коқшолга қарши зардоб юбориш, лидокаин ёки дикаин ва антибактериал кўз томчилари томизиш, кўзга боғлам боғлаш ва офтальмолог маслаҳатига юбориш керак. Куйишнинг оғир даражасида – даволаш шифохонада ўтказилади.

Кўзнинг термик куйиши кўзни иссиқ буюмлар билан контактда бўлиши натижасида юзага келади (сочни жингалакловчи асбоб, тамаки учкунни ёки электр буюмлари). Шикастланган беморни кўз оғриғи, ёт жисм бор хисси, кўз ёши оқиши, кўришнинг ёмонлашиши безовта килади. Текшириб кўрилганда: ковоклар, киприклар ва кўз атрофи терисининг куйиши, конъюнктива гиперемияси ва шишиши, шох парда оқариб қолиши кузатилади.

УАВ тактикаси: лидокаин ёки дикаин, антибактериал кўз томчилари томзилади, кўзга боғлам боғланади ва зудлик билан шифохонага офтальмологга юборилади.

Кўришнинг тўсатдан ёмонлашуви ва оғриқли кечиши

Кўз кўришининг тўсатдан ёмонлашиши, оғриқ билан кечиши ва конъюнктиванинг қизариши кўз пардасининг яллиғланиш касаллигига хосдир.

Кератит – шох парда қатламининг инфекцион яллиғланиши, кейинчалик шох парданинг бутунлигини бузилишига ва яралар пайдо бўлишига олиб келади. Кўз жароҳатлари бактериал инфекциялардан кейин ёки контакт линзалар тақиб юрувчиларда касаллик ривожланади.

Шох парда ярасининг келиб чиқиш сабаблари:

- кучсизлантирилган кўз (масалан, кератоувент билан узоқ даволашни натижасида);

- кўзнинг бошка касалликлари, ўраб олувчи темиртки, бунда шох парданинг нормал сезувчанлиги йўқолади.

- шох парданинг ифлосланган нарса билан юзаки жароҳати (масалан, шох пардани новда, хас-чўп билан шикастланиши)

- контакт линзаларни тақиб юришга мослашиб қолиши.

Шох парданинг шикастланиши худди ўраб олувчи темиртки сингари кўз тўлиқ ёпилмайдиган ҳолатда кузатилади. Лупа ёрдамида текшириб кўрилганда шох парда ярасини кўриш мумкин. Жароҳат натижасида шох пардадаги майда нуқсонларга антибактериал кўз томчилари томизиш тавсия этилади ва кўзга боғлам кўйилади. Ўраб олувчи темиртки натижасидаги кўздаги ўзгаришни шифохона шароитида офтальмолог даволайди. Давонни нотўғри олиб борилиши натижасида яраларни тузалиши, шох пардани хиралашуви ёки шох пардани перфорацияси билан туғаш мумкин. Инфекция бутун кўзга тарқалиши мумкин (эндофтальмит, панофтальмит). Бу кўзнинг жуда оғир асорати бўлиб, бундай ҳолатларда беморни шошилинч шифохонага мутахассис маслаҳатига юборилади.

Увент – кўзнинг кон томирли пардасининг яллиғланиши бўлиб ҳисобланади. Иридоциклит – кўзнинг рангдор пардаси ва киприксимон тананинг яллиғланиши, ўткир ости ва аста-секин оғрик пайдо бўлиши, ёруғликдан кўркиши, кўз ёши оқиши, блефароспазм ва кўришнинг пасайиши билан кечади. Иридоциклит тизимли касалликларда ҳам намоён бўлиши мумкин, буни синчиклаб йиғилган анамнез

ва тўлик кўрик ўтказиш йўли билан инкор қилиш мумкин. Текшириб кўрилганда: конъюнктура гиперемияси, асосан шох парда атрофида (илдиз олди кизариш), гоҳида қорачик торайган ёки нотўғри шаклда бўлади. Зудлик билан беморни офтальмолог маслаҳатига юборилади.

Хорионидит – кўзнинг ўз қон томирли қаватининг яллиғланиши бўлиб, кўп ҳолларда токсоплазмоз, туберкулез, ОИТС, тизимли касалликлар фонида касаллик юзага келади. Иккала кўзнинг шикастланиш эҳтимоли бор. Бемор кўришнинг пасайишига, кўз олдида майда доғлар пайдо бўлишига, буюмларни аниқ кўриниши бузилганлигига шикоят қилади. Кўрик вақтида – конъюнктура ва склера ўзгаришсиз бўлади. Кўз тубида (сарик доғ соҳасида) ва тўр парда перифериясида – яллиғланиш ўчоқлари, тўр пардада эса қон қуйилишлар бўлиши мумкин. Офтальмолог маслаҳати тавсия этилади.

Глаукома – бу касаллик, кўз ичи босимини ошиши (КИБ) билан, шох парда яссиланиши натижасида суюқлик чиқиб кетиш оқимини пасайиши, гавҳарнинг қалинлашиши ва қорачикнинг кенгайиши билан ифодаланади. Кўпинча қари ёшдагиларда, айниқса аёлларда учрайди. Тўсатдан ноаниқ ёки туман ичида кўриш, ёруғлик келган томонда камалак халқалари ва қоронғуликда ёки хира ёруғликда кўзда оғрик пайдо бўлади. Хуруж вақтида – бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш ва терлаш кузатилиши мумкин.

Текшириб кўрилганда: кўришнинг пасайиши, кўзда бир томонлама оғрик бўлиб, оғрик пастки, юқориги жағларга ва чаккага иррадиация қилади, қовоқлар шишиши ва конъюнктивалар гиперемияси, қорачик нисбатан кенгайиши ва ёруғлик реакцияси йўқлиги кузатилади. Шох парданинг шишиши натижасида қорачик қизил рефлекс кучсизланади. Кўз ичи босими ошади (нормада 16-26 мм.с.м.у.).

Даволаш: кўз ичи босимини пасайтириш мақсадида – бета-блокаторлар (кўзга тимолол 0,5% ли 1 томчидан ёки 1% ли пилокарпин эритмаси 1-2 томчидан кунига 4-6 маҳал томизилади), оёққа илик ванна қилинади, чаккага зулук қўйилади, аналгетиклар қилинади. Ацетазоламид 250-500 мг ичишга буюрилади. Офтальмолог маслаҳатига зудлик билан юбориш тавсия этилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J. Irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.
2. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н. Денисов ва б. тахрири остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2002 й. – 1242 б.
3. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н. Денисов тахрири остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 1146 б.
4. Дж. Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.
5. «Общая Врачебная Практика по Джону Нобелю». М., «Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
6. «Общая врачебная практика» Ф.Г. Назиров тахрири остида, М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.
7. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения», Бишкек, 2005 й. 304 бет.
8. Харрисон Т. «Внутренние болезни». «Практика» нашриёт уйи., М. 2002, 1–2 Т. 3176 бет.
9. Barbara Bates «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

20-БЎЛИМ. НЕВРОЛОГИЯ

Неврологик кўрик	155
Бош ва юз оғриғи	160
Зўриқиш бош оғриғи	161
Мигрень	162
Хортон (кластер) бош оғриқлари	163
Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши	163
Чакка артериити	164
Уч шоҳли нерв невралгияси	164
Бош айланиши	164
Тремор	166
Паркинсон касаллиғи	166
Бош мия қон томир касалликлари	167
Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши	167
Бош мия қон айланишининг ўткинчи бузилиши	167
Бош миянинг сурункали ишемияси (дисциркулятор энцефалопатия)	169
Периферик нервлар касалликлари	170
Полиневропатиялар	170
Невритлар	170
Радикулопатиялар	171
Тиришиш синдроми	171
Фебрил тиришишлар	171
Эпилепсия	171
Фойдаланилган адабиётлар	172

Неврологик кўрик

УАВ ўз амалиётида турли хил неврологик ўзгаришларга дуч келади. Периферик нерв тизими касалликлари, тиришиш ҳолатлари, бош мия қон томир касалликлари аҳоли орасида кенг тарқалгандир.

Нерв тизими марказий ва периферик (вегетатив) нерв тизимига бўлинади. Марказий нерв тизими бош ва орқа миядан ташкил топган; периферик нерв тизимига 12 жуфт бош мия нервлари, 31 жуфт орқа мия нервлари (8 жуфт бўйин, 12 жуфт кўкрак, 5 жуфт бел, 5 жуфт думгаза, 1 жуфт дум) ва периферик нервлар киради.

Беморнинг ҳолатини баҳолаш учун нерв тизимининг алоҳида ҳар бир бўлимининг фаолиятини аниқлаш мақсадида неврологик кўрик ўтказиш талаб қилинади:

- А. Олий руҳий фаолиятлар
- Б. Бош мия нерв функциялари
- В. Ҳаракат тизими ҳолати ва мияча функцияси
- Г. Сизги сфераси функциялари
- Д. Вегетатив сфера функцияси
- Е. Рефлекслар

А. Олий руҳий функцияларни баҳолаш

Онгни баҳолаш, хотиранинг бузилишини аниқлаш (ҳаёт ананезини йиғиш), вақт ва жойда ориентир олиши (ой, кун, йил), фикрлашнинг бузилиши (умумий маълумотларни билиш, «ким президент, бўлаётган ходисалар»), нутқнинг ўзгаришини (сўзларни харфлаб талаффуз қилиш ёки ҳисоблаш) баҳолаш зарурдир.

Б. Бош мия нервларининг функциясини баҳолаш (БМН)

1. I жуфт БМН – ҳид билиш нерви: буруннинг ҳар бир томони алоҳида ҳидли моддалар (совун, қаҳва, конфетлар) ёрдамида текширилади. Ёш ўтиши билан ёки бош мия пешона қисмининг зарарланишида ҳид билишнинг сусайиши кузатилиши мумкин.

2. II жуфт БМН – кўрув ёки оптик нерв: жадваллар ёрдамида кўриш ўткирлиги текширилади. УАВ кўрув майдонини қуйидагича текширади: шифокор беморнинг қаршисига ўтиради, беморга бир кўзини юмишни ва унинг буруннинг қаншарига қарашни айтади. Шифокор секинлик билан ўз бармоғини перифериядан марказга (юқорига, пастга, ташқарига, ичкарига) йўналтириб, бемор бармоқни кўргунига қадар ҳаракатлантиради ҳамда ўз кўрув майдони билан солиштиради. Кўз туби офтальмоскоп ёрдамида текширилади.

3. III, IV ва VI жуфт БМН – кўзни ҳаракатлантирувчи, ғалтак нерви ва узоклаштирувчи нервлар. Қуйидагилар аниқланади: кўз ёриқларининг бир хиллиги ва кенлиги (птоз, экзофтальм, эндофтальм), қорачиклар шакли (тўғри юмалоқ, нотўғри шаклда), уларнинг кенлиги ва тенглиги, ёруғликка нисбатан ҳаракатининг баробарлиги. Ёруғликка нисбатан қорачикларнинг бевосита ҳаракати: бемор олдинга қарайди, шифокор беморнинг кўзларини қафтлари билан беркитади, сўнг навбат билан ҳар бир кўзини очади: меъёрида қорачик тезда тораяди. Қорачикларнинг ҳамкор реакцияси: беморнинг бир кўзини беркитган ҳолда, бошқа кўз қорачигининг реакцияси кузатилади. Конвергенцияни аниқлаш: бемор қаншарга яқинлаштирилаётган болғачага қарайди – кўз олмалари яқинлашади, қорачиклар тораяди (III жуфт нерви юқори қовоқни кўтарали). Кўзларнинг пастга, юқорига, ўнга ва чапга ҳаракати текширилади.

4. V жуфт БМН – уч шохли нерв.

Ҳаракат функциясини баҳолаш: оғизни очишда, ёнга ҳаракатлантиришда пастки жағнинг ҳолатига аҳамият берилади. Юздаги сезувчанлик учта соҳада (уч шохли нерв нукталари) текширилади: офтальмик (қошлар устида), юқори жағ (ёноқ суягида) ва пастки жағда.

5. VII жуфт БМН – юз нерви: юзнинг юкори ва пастки қисмларининг симметриклигига, тик касалиги мавжудлигига эътибор қилинади; бемордан пешонасини буруштириш, қошларини яқинлаштириш, кўзларини каттик юмиш, тишларини кўрсатиш, хуштак чалиш сўралади.

6. VIII жуфт БМН – эшитув нерви: эшитиш қобилияти ва баланс текширилади. Ҳар бир қулоқнинг эшитиш ўткирлиги алоҳида текширилади. Бемор шифокорга ён томонлама туради, эшитув йўлини бармоғи билан беркитади ва шифокор кетидан пичирлаб айтган сўзларини қайтаради. Меъёрида соғлом одам пичирлаб айтилган сўзларни 6 м дан эшитади. Эшитиш қобилиятининг бузилиш белгилари бўлса, Вебер ва Ринне синамалари ўтказилади.

7. IX – X жуфт БМН – тил-томок ва адашган нервлар.

Нутқни баҳолаш: овознинг бўғилиши – овоз бойламларининг фалажланиши натижаси бўлиши мумкин, бурун орқали гапириш – юмшоқ танглай фалажланиши натижасида бўлиши мумкин. Томоғига бирор нарса тикилиб йўталиши ёки суяк овқатнинг бурун орқали қайтиши. Юмшоқ танглайнинг ва тилчанинг симметриялиги; шпатель ёрдамида ҳалқумнинг орқа деворига ёки юмшоқ танглайга теккизиб қушиш ва танглай рефлекслари текширилади.

8. XI жуфт БМН – қўшимча орқа мия нерви (трапециясимон ва тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакларни иннервация қилади): бемордан елкаларини кўтариш, бошини ўгириш, куракларини яқинлаштириш, қўлларини горизонтал сатҳдан юқорига кўтариш сўралади.

9. XII жуфт БМН – тил ости нерви: оғизнинг айланма мушакларининг ҳолати аниқланади (атрофиялар, фибрилляр тортишишлар борлиги), тилнинг титраши, чиқарилган ҳолатда ўрта чизик бўйлаб туришига (қийшайиш зарарланган томонга йўналган ҳолда кузатилади) аҳамият берилади.

В. Ҳаракат тизими ҳолатини ва миёча функциясини баҳолаш

Кўздан кечиришда мушаклар атрофияси ёки уларнинг титраши аниқланади. Патологияга шубҳа қилинганда, симметрик соҳаларда қўл-оёқларнинг ҳажми ўлчов тасмаси билан ўлчанади. Мушаклар тонуси бўғимлардаги пассив ва фаол ҳаракатларда баҳоланади, мушаклар кучини эса – шифокор ҳаракатларига қаршилиқ бўйича баҳоланади (балларда):

0 – мушакларнинг қисқариши аниқланмайди, 1 – енгил қисқаришлар кузатилади, 2 – оғирлик кучи бўлмаганда фаол ҳаракатлар, 3 – оғирлик кучига қарши фаол ҳаракатлар, 4 – оғирлик кучига қаршилиқ билан фаол ҳаракатлар, 5 – меъёридаги куч.

Меъёрий ҳамкор ҳаракатлар беморнинг юришига кўра баҳоланади (бемор аввал очик кўзлари билан, сўнг ёпик кўзлари билан бир неча қадам ташлайди, тезда қайрилади, тўхтайдди, тўғри чизик бўйлаб юради). Патологик ҳамкор ҳаракатлар Бабинский синамаси билан баҳоланади – чалқанчасига ётган, қўллари кўкрак соҳасида қовуштирилган бемордан ўтириш сўралади. Асинергияда тананинг букилишида оёқлар кўтарилади.

Г. Сизги сфераси функциясини баҳолаш

Текшириш давомида қуйидаги сезги турлари аниқланади:

– юзаки (оғриқ сезгиси). Беморнинг терисига, кескин оғриқ чақирмаган ҳолда, тўғноғич ёки игна билан қиска, тез бўлмаган санчиклар қилинади, бемор эса таъсирланишни «ўткир» ёки «тўмтоқ» сифатида баҳолаб айтади;

– тактил (тегиш сезгиси) – терига енгил сирпанувчи ҳаракат орқали пахта ёки юмшоқ бўёқ қалам теккизилади. Бемор сезса «ҳа» деб жавоб беради;

– чуқур (мушак-бўғим, вибрацион, кинестетик, икки-фазоли). Бўғимларда дистал бўлимлардан проксимал бўлимларигача пассив

ҳаракатлар қилинади, бемор бўғимдаги силжишни 1-2 градус бурчаги остида фарқлаши лозим.

Оғрикли нукталар текширилади: энса нервлари, паравертебрал нукталар, қовурғалар аро нерв йўллари бўйлаб ва қўлларда нерв ўзаклари бўйлаб, ўтирғич нерви нуктасида (думба бурмалари ўртасида), сон нерви нуктасида (чов бурмалари ўртасида), болдир мушакларининг орқа гуруҳларининг ўртаси бўйлаб оғрикли нукталар аниқланади.

Д. Вегетатив сферани УАВ аниқламайди

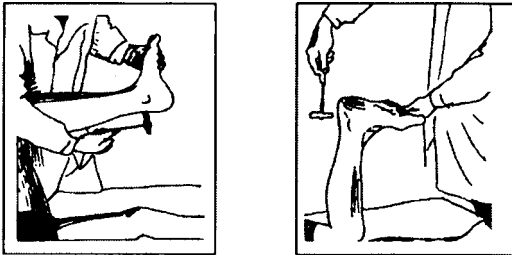
Е. Рефлексларни аниқлаш

Рефлекс – қўзғатишга жавобан ихтиёрсиз реакциядир. Меъърий ва патологик рефлекслар фарқланади. Чуқур пай рефлекслари неврологик болғача ёрдамида баҳоланади.

Ахилл рефлекси – ахилл пайига болғача билан уриш орқали чақирилади. УАВ беморга тиззалари билан стулга туришни сўрайди, стул орқасига қўллар қўйилади ва оёқ товони стул чеккасидан осилиб туради. Рефлекс оёқ панжасининг орқага енгил букилиши билан намоён бўлади. (20.1-расм).

20.1-расм.

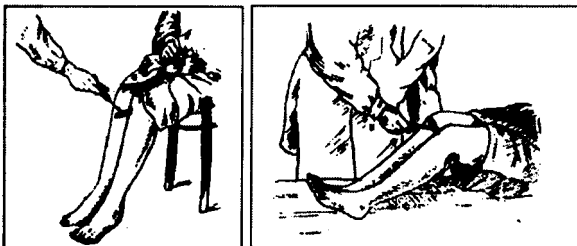
Ахилл рефлексини баҳолаш

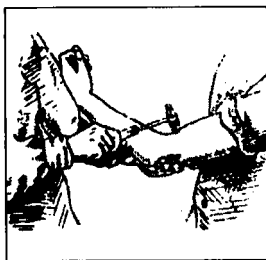


Тизза рефлекси болғача билан тизза копкоғидан пастрокка соннинг тўрт бошли пайига уриш орқали текширилади. Бемор стулда ўтирган, оёқлари бир оз тизза соҳасида очилган, оёқ таги ерга эркин теккан ҳолатда бўлади. Ётган беморларда рефлекслар чалқанча ҳолатда, оёқлари тос-сон ва тизза бўғимларида енгил букилган ҳолатда текширилади. Шифокор чап қўлини оёқлар оғирлигининг бир қисмини бир текис қамраб олган ҳолатда тизза остига қўяди ва тўрт бошли мушак пайига болғача билан уриб текширади. Бунга жавобан болдирнинг енгил ёзилиши кузатилади. (20.2-расм)

20.2-расм

Тизза рефлексини баҳолаш

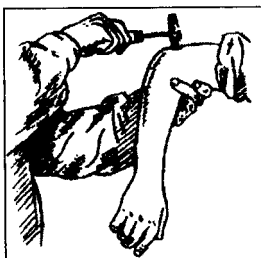




20.3-расм.
Елка рефлексини баҳолаш

Елка рефлекси. Бицепс рефлексини ёки елканинг икки бошли мушак пайи рефлексини текшириш учун шифокор текширилувчининг билагини тирсак бўғимида бир оз букиши ва ўзининг чап қўл билагида эркин жойлаштириши (пронация ва супинация ўртасида) лозим. Бир вақтнинг ўзида чап қўлнинг бош бармоқ охириги фалангаси билан бемор мушак пайини пайпаслайди. Болғача билан шифокор бош бармоғи охириги фалангасига уради. Бунга жавобан текширилувчида қўлнинг тирсак бўғимида енгил букилиш кузатилади. (20.3-расм).

Елканинг уч бошли мушак пай рефлекси. Трицепс-рефлексини чакириш учун бемор қўлини ташқарига, юқори ва бир оз орқага йўналтирилади ва елкадан фиксацияланади. Билаги елкага нисбатан тўғри бурчак остида осилган ҳолатда бўлади. Болғача билан елканинг уч бошли мушак пайига, тирсак ўсиғи устида урилади. Бунга жавобан қўлнинг тирсак бўғимида енгил ёзилиши кузатилади. (20.4-расм).



20.4-расм.
Елканинг уч бошли мушак пай рефлексини баҳолаш



20.5-расм.
Карпорадиал рефлексини баҳолаш

Карпорадиал (шилорадиал) рефлекс. Бемор бицепс-рефлексини баҳолашдаги вазиятда бўлади. Болғача билан билак суягининг бигизсимон ўсиғига урилади. Бу қўлнинг тирсак бўғимида букилишини ва билакнинг пронациясини чақиради. (20.5 расм).

Бош мия нервларининг зарарланиш белгилари

БМНлари функциясини баҳолаш неврологик ва сурункали тизимли касалликларни ташхислаш учун зарурдир. Бу белгиларни аниқлашда (жадвал 20.1) УАВ зарарланиш даражасини (мушаклар, нейромушак бирикмалар, нерв толалари, бевосита мия устунни) ва сабабини тахминан билиши керак.

Беморни даволаш ва кузатиш невропатолог билан бирга олиб борилади.

БМН зарарланиш белгилари ва сабаблари

БМН	Белгилар	Сабаблар
1 жуфт – хид сезиш нерви	Хид билишнинг бузилишини кўзларни юмган ҳолда турли ҳидли воситалар ҳидини аниқлаш тести орқали ўтказилади.	Жароҳат, мия пешона қисмининг ўсмаси, менингит
2 жуфт – кўрув нерви	Кўришнинг бузилиши аниқланади: – кўриш ўткирлигини аниқлаш (Снеллен ёки Сивцев жадвали ёрдамида) ва кўрув майдонини аниқлаш- корачикларни кўздан кечириш (ўлчами, шакли, ёруғликка	Бир кўзда кўришнинг бузилиши – кўзнинг ёки кўриш нервининг зарарланиши. Иккала кўзда кўришнинг бузилиши – нервнинг босилиши (гипофиз аденомаси, уйқу артерияси
	реакцияси, аккомодация) – офтальмоскоп ёрдамида коронги хонада кўз тубини текшириш	аневризмаси) Кўрув майдонининг торайиши (инсульт, абсцесс, ўсма)
3 жуфт – кўзни ҳаракатлан-тирувчи нерв	Птоз, корачикнинг кенгайиши, кўзларнинг иккиланиши, нистагм	Қандли диабет, чакка артериити, захм
4 жуфт – ғалтак нерви	Пастга қараганда иккиланиш, бош эгилганда йўқолади	Кўз олмаларининг жароҳатланиши
5 жуфт – уч шохли нерв	Қошлар устида, лунж соҳасида ва пастки жағлар устида оғрик. Тилнинг бир томонга қийшайиши	Уч шохли нерв невралгияси, камраб олувчи темиратки, бурун бўшлиғида карцинома
6 жуфт – узоклаш-тирувчи нерв	Узоққа қараганда горизонтал диплопия	Инсульт, мия ичи босимининг ошиши
7 жуфт – юз нерви	Юзнинг қийшайиши, юз чизикларининг бир томонлама текисланиши	«Белл» фалажи, полиомиелит, ўрта отит, бош суягининг синиши, ўсмалар, камраб олувчи темиратки, инсульт
8 жуфт – эшитув нерви	Эшитиш қобилияти пичирлаб гапириш орқали баҳоланади, Ринне ва Вебер синамалари билан баҳоланади. Вестибуляр бузилишлар – мувозанат орқали, кўзларнинг юқорига, пастга ва ён томонларга ҳаракатланишида нистагм аниқланиши орқали текширилади	Меньер касаллиги, инсульт, камраб олувчи темиратки, невринома, дорилар (фуросемид)

9,10 жуфтлар – тил-томоқ ва адашган нервлар	Нуткни баҳолаш (бўғилиш) Танглай (қусиш) рефлекс, «а-а» дейишда юмшоқ танглайнинг ҳаракати	Жароҳат, миянинг зарарланиши, бўйин соҳасидаги ўсмалар
11 жуфт – кўшимча нерв	Трапезиясимон мушак – карама қаршилиқда елкаларни узоклаштириш Тўш-ўмров-сўргичсимон мушак – карама- қаршилиқда бошни чапга, ўнгга қаратиш	Полиомиелит, мия ўсмалари, инсульт, бош суяги жароҳатлари, сил.
12 жуфт – тил ости нерв	Тилнинг титраши ва жароҳатланиш томонга қийшайиши	Жароҳат, мия устунининг зарарланиши, бўйин ўсмалари.

Бош ва юз оғриғи

Барча ёшда кенг учрайдиган белгилардан биридир. 60% га яқин эркаклар ва 76% га яқин аёллар 12-29 ёш орасида ҳар ойда бош оғриғи хуружларини ҳис қиладилар. Оғрик ўткир 3 ойгача ва сурункали 3 ойдан ортиқ давом этиши мумкин.

Оғрикни келтириб чиқувчи кўп учрайдиган сабаблар:

1. Бирламчи келиб чиқувчи бош оғриғи бош оғрикларнинг 95%ини ташкил қилади. Улар орасида мигрень, зўриқиш бош оғриғи ёки психоген бош оғриклар, хортон (кластер) бош оғриғлари кўп учрайди.

2. Иккиламчи бош оғриклар қуйидаги вазиятларда ривожланади: бош мия жароҳатлари, цереброваскуляр касалликлар, бош суяги ичи шикастланишлари (мия ичи гипертензияси, ўсма, гематома, абсцесс, инфекция, гипоксия, гиперкалния), эндокринопатиялар, қулоқ, бурун ва томоқ аъзолари касалликлари, турли моддаларни сууистеъмол қилиш.

Беморларни текшириш

Оғрикнинг характери, жойлашиш соҳаси, интенсивлиги, оғрикни камайтирувчи ёки кучайтирувчи омиллар ва ёндош шикоятлар бўйича анамнез йиғиш зарур.

Анамнездан стресс ҳолатлари, мойиллик келтирувчи омиллар, касбий зарарли омиллар, наслий мойиллик аниқланади.

Беморларни кўздан кечирिश

- АҚБ, юрак уриш сонини аниқлаш, тана ҳароратини ўлчаш;
- юрак-кон томир тизимини пайпаслаш, перкуссия ва аускультация ўтказиш;
- бурун ёндош бўшлиқларини босиб текшириш (уриб кўриш);
- чакка ва энса артерияларини пайпаслаш;
- бўйин мушакларини пайпаслаш ва умуртка поғонаси бўйин қисмида ҳаракат ҳажминини аниқлаш (бўйин мушаклари ригидлигини аниқлаш учун бўйинни букиш);
- корачиқ реакциясини, кўриш майдонини ва кўз тубини текшириш;
- юз соҳасида сезувчанликни текшириш (икки томонлама уч шохли нервни баҳолаш);
- мимика мушаклари кучини баҳолаш (икки томонлама юз нервни баҳолаш).

Асбобий текширув усуллари (электроэнцефалография, магнит-резонанс ва компьютер томографияси) факат невропатолог тавсиясига кўра ўтказилади.

Даволашнинг умумий тамойиллари

1. Беморларни ўргатиш. Беморга бош оғриғининг сабаби тушунтирилади, аниқланган ташхис тўғрилиги ва даволаш режаси тушунтирилади. Стресс ҳолатлари деярли барча бош оғриқларида кагга аҳамиятга эгадир; ҳаттоки иккиламчи бош оғриқларини стресс ҳолатларида даволаш кийинрок бўлади.

Бўшашиш ва стресс ҳолатларидан чиқиш усуллари, аутотренинг ўргатилади:

- анальгетикларни узоқ вақт қабул қилмаслик;
- турмуш тарзини хуружларни олдини олишга мослаштириш;
- хуружларни ўз вақтида даволаш, уларнинг сонини ва оғирлигини камайтириш.

2. Даволаш: биринчи қатор анальгетиклар ва симптоматик даво одатда самарали бўлади, наркотик препаратлардан эҳтиёт бўлиш зарур.

3. Оғриқ хуружларини олдини олиш. Дори воситаларсиз даволаш бўйича маслаҳатлар: мушаклар зўриқиши натижасидаги бош оғриқларида Ламаз бўйича нафас машқлари, мигреньда – кўзларга совуқ нам боғлам қўйиш, фаол жисмоний машқлар, физиотерапия, рефлексотерапия, укалаш.

4. Бемор билан бирга кейинги кузатув режасини тузиш лозим.

Зўриқиш бош оғриғи

Бош оғриши орасида энг кўп учрайдиган сабаблардан бири, бу зўриқишдан кейинги бош оғриғидир; 70% га яқин беморларни 20 ёшдан сўнг шундай бош оғриқлар безовта қилади. Психоген оғриқлар ёки зўриқиш бош оғриқлари кўпинча аёлларда учрайди.

Ҳалқаро таснифга кўра (1988) зўриқиш бош оғриғининг иккита тури фаркланади: вақтинчалик ва сурункали.

Вақтинчалик тури учун оғриқнинг бир ойда 7-15 кун давомида 30 дақиқадан – 2 соатгача давом этиши, сурункали турида – бир ойда 15 кундан ортиқ давом этиши, ёруғ ораликларсиз доимий оғриқлар бўлиши хосдир. Бошнинг энса, чакка, ва пешона соҳаларида тарқалган оғриқлар, икки томонлама бўлиши, бошни тасма ёки гардиш сифатида қамраб олувчи, кўпинча аниқ вақтдан сўнг қайталанувчи, айниқса стрессдан сўнг кузатилувчи оғриқлар хосдир.

Кўшимча белгилар: ҳолсизлик, кайфиятнинг тушиши.

Ташхислаш мезонлари: икки томонлама тарқок бир хил кучли оғриқ, шлем, каска ёки гардишсимон турдаги бир оҳангда сиқувчан табиатдаги оғриқ, пульсациясиз, ўртгача даражали бўлиши мумкин. Ёндош белгиларнинг бўлмаслиги ёки уларнинг заифлашган кўриниши: кўнгил айниши, фото- ва фонофобия аниқланади. Касалликнинг бошланиши 20-30 ёшга тўғри келади.

Даволашнинг асосий тамойиллари

• самарали бўлган воситалар – трициклик антидепрессантлар: амитриптилин ёки имипрамин – кунига 25-50 мг ва серотонин қайта қамраб олинишининг селектив ингибиторлари – флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), пароксетин (паксил);

• транквилизаторлар: клоназепам (антилепсин), альпрозолам (кассадан, ксанакс);

• перикраниал ва бўйин мушакларининг зўриқиши ва оғриқлилигида НЯҚВ, парацетамол (максимал 4 г/кун), лекин ҳар кун ичишдан эҳтиёт бўлиш лозим, аспирин, миорелаксантлар (сирдалут, мидокалм).

Ўтказилган даволашнинг самараси бўлмаса невропатолог маслаҳати тавсия қилинади.

Мигрень

10-38% одамларда, эркакларга нисбатан кўпинча аёлларда (4:2) мигрень кузатилади. Беморларнинг 80% бир маротаба бўлса ҳам мигрень хуружини ўтказган бўлади, айникса 25-33 ёшларда кузатилади.

Халқаро таснифга мувофиқ бош оғриғи (1988) қуйидагича фаркланади: аурасиз мигрень, аурали мигрень, болаларда даврий синдромлар, асоратланган мигрень.

Асосий белгилар

- аёлларда бош оғриғи хуружлари ҳайз цикли ёки овуляция билан мос келади;
- хуружларни айрим маҳсулотлар, хидлар, ҳавонинг ўзгариши, эмоционал ёки жисмоний юкламалар кўзгатиши мумкин;
- оғриқдан аввал аура кузатилиши мумкин: кайфиятнинг, ҳулқнинг, идрок қилишнинг ўзгариши, иштаҳанинг бузилиши, кўнгил айнаши, диарея;
- симилловчи оғрик бир томондан бошланади (пешона, чакка), сўнг 2-5 соат давом этиб, кучаяди, пульсацияловчи характерга эга бўлади;
- хуружнинг давомийлиги 8-12 соат. (давосиз – 2-72 соат.);
- ёндош белгилар: кўнгил айнаши, қусиш, ёруғликдан ва товушлардан қўрқиш;
- енгиллик келтирувчи омиллар: уйқу, қусиш, қоронғи хонада дам олиш ва тинчлик.

Клиник ташҳисий мезонлар

1. Хуруж вақтида қуйида келтирилган камида 2 белгининг бирга келиши:

- а) оғрикнинг бир томонлама жойлашиши;
- б) пульсацияловчи характерга эга бўлиши;
- в) кучли чидаб бўлмайдиган оғрик;
- г) юриш вақтида ва бошқа жисмоний юкламада кучайиши.

2. Қуйида келтирилган ёндош белгилардан бирининг кузатилиши:

- а) кўнгил айнаши;
- б) қусиш;
- в) ёруғликдан қўрқиш;
- г) товушлардан қўрқиш.

3. Хуруж давомийлиги – 4 – 72 соат.

4. Анамнезида камида 5 хуружнинг бўлиши.

Даволаш

Кўзгатувчи омиллардан эҳтиёт бўлиш (кизил вино, пишлок, шоколад).

Хуружни вақтида тўхтатиш мақсадида даволашни ўз вақтида бошлаш.

Мигрень хуружини даволаш

- эрготамин томчилари ёки таблеткалари, ригетамин, дигидергот – назал спрей ва комбинациялашган таблеткалар: кафергот, кофеетамин, ингаллятор;
- анальгетиклар: аспирин (эрувчи шакллари), парацетамол (1 г), комбинациялашган таблеткалар: седалгин, пенталгин, спазмалгон, спазмавералгин, солпадеин ва б.;
- НЯҚВ (ибупрофен, напроксен);
- суматриптан – имигран 50, 100 мг ичишга ёки т/о – 6 мг. Шу гуруҳнинг янги воситалари – золмитриптан, зомил – таблеткалар 2,5 ва 5 мг дан;
- метоклопрамид (бош оғриғини ва кўнгил айнашини).

Профилактика мақсадида дори воситалари билан даволаш

- серотонин антагонистлари – сандомигран (табл.0,5 мг), лизинил (0,035 мг ичишга) ва ципрогефтадин (4 мг) 1 таблеткадан кунига 3 маҳал, 3-4 ой давомида тавсия қилинади;
- бета-блокаторлар: пропранолол (10-30 мг/кун) ва атенолол (25-50 мг/кун), кальций антагонистлари: нимодипин, верапамил, циннаризин;
- яққол вегетатив белгилар ривожланишида, хавотирли ҳолатларда ва юқорида кўрсатиб ўтилган воситаларнинг самарасизлигида, даволашга транквилизаторлар қўшилади: альпрозолам (кассалан, ксанакс) ва трициклик антидепрессантлар – амитриптилин кунига 10-50 мг, имипрамин ёки доксепин 10 мг дан тавсия қилинади;
- НЯҚВ – напроксен.

Ўтказилган даволашнинг самараси бўлмаса невропатолог маслаҳати тавсия қилинади.

Хортон (кластер) бош оғриклари

Катга ёшдаги аҳоли орасида кластер бош оғриклари 0,1% тарқалган бўлиб, аёлларга нисбатан эркакларда 6 мартаба кўп учрайди.

Асосий белгилар

- ўткир кучли бир томонлама хуружсимон бош оғрикларнинг кузатилиши, кўз атрофида ёки чакка чуққурчаси соҳасида оғриқлар бўлиши ҳамда оғриқларнинг давомийлиги 3 соатгача давом этиши хосдир;
- кўпинча бош оғриқ хуружлари кун ёки тунда бир вақтнинг ўзида келиб чиқади, бир кунда 2-3 мартаба (айрим ҳолларда 8 мартабагача) 1- 2 ой мобайнида кузатилади, сўнг ёруғлик даври яъни бош оғриқсиз давр бўлади;
- касалликнинг авж олиши мавсумий (баҳор-куз) характерга эга бўлиб, ташқи омиллар таъсирида кўзғатилиши мумкин – руҳий-эмоционал стресслар, алкогольли интоксикация;
- оғриқ хавотир, нотинчлик, психомотор кўзғалишлар билан бирга кечиши мумкин;
- бир томонлама тумов, кўз ёши оқиши, кўзнинг кизариши, миоз, птоз, ковокларнинг шиши, пешона ва юзининг терлаши хосдир.

Невропатолог маслаҳати тавсия қилинади.**Хуруж вақтида даволаш**

- имконият бўлса 10-15 дақиқа давомида кислород билан нафас олиш;
- эрготамин ингальяция ҳолатида 0,36 мг/доза, 1-3 нафас;
- лидокаин 4%-ли 1 мл интраназал;
- суматриптан 6 мг т/о ёки дигидроэрготамин 1 мг т/о.

Профилактика

- преднизолон – 30-60 мг дозасини секин-аста 5 мг/кун 4 ҳафта мобайнида тушурган ҳолатда буюрилади;
- литий – 350-400 мг кунига 2 маҳал, 3-4 ҳафта давомида;
- индометацин – 50 мг кунига 2 маҳал;
- верапамил – 240 мг/кун 1 ой давомида;
- амитриптилин ёки доксепин – 10-50 мг/кун.

Бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиши

Катталарда кузатиладиган иккиламчи бош оғриқларининг кўп учрайдиган сабабларидан биридир. Одатда оғриқ пешона

соҳасида жойлашиб, бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Айрим ҳолатларда маҳаллий тана ҳароратининг ошиши ва ёндош бўшлиқлар устидан пайпаслаганда оғриклилик аниқланади.

Даволаш:

- антибиотиклар: амоксициллин – 500 мг кунига 3 маҳал ёки ампициллин 500 мг кунига 4 маҳал;
 - цефалексин – 500 мг кунига 2-3 маҳал;
 - азитромицин – биринчи дозаси 500 мг, сўнг яна 4 кун 250 мг дан.
- Қўлланманинг «ЛОР» бўлимида кенгрок ёритилган.

Чакка артериити

Қарияларда чакка соҳасида бош оғриғининг пайдо бўлиши билан намоён бўлади, ревмагик полимиалгия фонида ҳам кузатилиши мумкин. Пайпаслаганда чакка артерияси одатда зўрикқан ва оғриқли бўлади. Қон таҳлилида ЭЧТнинг кескин ошиши аниқланади.

Ревматолог маслаҳати тавсия қилинади.

Уч шохли нерв невралгияси

Уч шохли нерв тармоқларининг иннервация соҳаларида бир томонлама кучли оғриқлар билан намоён бўлади. Оғриқлар овқат истеъмол қилиш вақтида ёки юздаги триггер нукталарига тегиш вақтида кучаяди. Неврологик белгилар кузатилмайди.

Даволаш. Танлов препарати карбамазепин, бошланғич дозаси – 100 мг дан кунига 2 маҳал, дозани 500 мг/кун гача ошириш мумкин.

Бош айланиши

Бош айланиши – беморнинг атрофдаги нарсаларни ёки танасининг патологик ҳаракатланишини сезиши; мижозлар бу сезгиларни «силкиниш, чайқалиш, атрофидаги буюмларнинг ёки хонанинг айланиши» сифатида тасвирлайдилар.

Вестибуляр анализаторнинг периферик ёки марказий бўлимларининг зарарланишида келиб чиқиши мумкин. Бош айланишини даволашда асосий чора-гадбир патологик жараённинг аниқ соҳасини ва келиб чиқиш сабабини аниқлашдан иборатдир. Бош айланиши кузатилган беморларнинг 85%да вестибуляр аппаратнинг периферик бўлимининг зарарланиши, 15% да эса марказий асаб тизими касалликлари ташхисланади.

Бош айланишига шикоят қилинганда хуружнинг давомийлигини, келиб чиқиш сабабини ва қайси белгилар билан бирга келишини аниқлаш лозим. Периферик бўлим касалликларига эшитиш қобилиятининг йўқолиши, қулоқларда шовкин, лекин неврологик бузилишларнинг бўлмаслиги хосдир. Бош айланиши ўткир ривожланиб, кўнгил айниши ва қусиш билан бирга кечади. Марказий бўлимнинг касалликларида (мия ўсмалари) эшитиш қобилиятининг йўқолиши кузатилмайди, лекин бошқа неврологик белгилар аниқланади, масалан, хушдан кетиш, ютишнинг қийинлашиши ва нутқнинг ўзгариши, қўл ва оёқларда ҳолсизлик ва увишиш кузатилади.

Бош айланиши сабаблари:

- онда-сонда, бир неча секунд ёки минут давом этувчи бош айланиши позицион бош айланишига хосдир;
- хуружсимон, бир неча минутдан бир неча соатгача давом этувчи бош айланиши кўпинча Меньер касаллигида ривожланади;
- узоқ вақт давом этувчи (2-3 кун) бош айланиши вестибуляр нейронит учун хос, бундан ҳам узоқ вақт давом этувчи бош

айланиши (3-10 кун) – ўткир лабиринтит ёки ички кулок жароҳатларига хосдир. Бош айланишининг бундай хуружлари марказий бўлимнинг зарарланишида кузатилиши мумкин: инсулт, мия ўсмалари, тарқок склероз;

- беморларни узоқ йиллар мобайнида безовта килувчи бош айланишлари оила ёки иш шароитида келиб чикувчи эмоционал зўриқишдаги психоген бош айланишларига хосдир.

Хавфсиз позицион бош айланиши

Хавфсиз позицион бош айланиши – кўп учрайдиган вестибуляр бузилишларга киради. Бунда қисқа вақтли бош айланиш хуружлари, кўрпа-тўшакда бош ўрнини ўзгаришида ёки бошни энгаштиришда келиб чикувчи бош айланиши кузатилади. Бошнинг кескин ҳаракатида позицион нистагм келиб чиқиши мумкин. Кўпинча бу белгилар жароҳатланишдан сўнг ёки 50 ёшдан ошган беморларда вирусли инфекция ҳолатларида пайдо бўлади. Касалликни ташхислашда Холлпайк синнамаси қўлланилади: беморнинг бошини ён томонга буришда ва горизонтал сатҳдан пастрокка эгишда бир неча секунд давомида бош айланиши ҳамда нистагм келиб чиқиши мумкин. Даволашда вестибуляр машқлар тавсия қилинади – бош, бўйин ва елкалар учун машқлар, сўнг улар секин-аста мураккаблаштириб борилади. Агар бир ойдан сўнг машқлар самара бермаса, беморни ЛОР-шифокори маслаҳатига юборилади.

Меньер касаллиги

Бу касаллик учун кучли бош айланиш хуружлари, кўпинча кулокларда шовкин ва битиш ҳисси, авж олиб боровчи ва кўпинча бир томонлама эшитиш қобилятининг пасайиши хосдир. Бош айланиши, кўнгили айнаши, қусиш билан бирга кечиб, 30 дақиқадан 12 соатгача давом этиши мумкин. Меньер касаллиги билан беморларни зудлик билан ЛОР-шифокори масалаҳатига юбориш зарур.

Вестибуляр нейронит

Тўсатдан келиб чикувчи кучли, 2-3 кун давом этувчи бош айланиш хуружлари билан намоён бўлади. Кўпинча кўнгили айнаши, қусиш, эшитишнинг йўқолиши билан бирга кечади; неврологик белгилар кузатилмайди. Одатда юқори нафас йўллари вирусли инфекцияларидан сўнг ривожланади. Хуруждан сўнг бир неча кун давомида хуружнинг қолдиқ белгилари сақланиши мумкин. ЛОР-шифокор маслаҳати тавсия қилинади.

Ҳаракат касаллиги – чайқалиш

Касаллик тет-тез қайталанувчи ҳаракатлар натижасида (арғимчокларда учиш, бошнинг кескин қайрилиши ёки айланиши ва б.) келиб чиқади. Бош айланиши шу ҳаракатлар натижасида пайдо бўлувчи кўнгили айнаши, қоринда нохуш сезгилар, кўп миқдорда сўлак ажралиши ва қусиш билан бирга кечиши мумкин.

УАВ тактикаси: горизонт чизиғида кўзларни визуал фиксациялаш маслаҳат берилади, шундан сўнг белгилар камайиши мумкин. Дори воситалар билан даволаш талаб қилинмайди.

Бош айланиши билан кечувчи бошқа касалликлар

Бош айланишининг бошқа сабабларига ташки эшитув йўлининг ёт жисми ёки олтингугурт тикинлари, ўрта кулок отити, отосклероз, мастоидит, кулок жароҳатлари ҳамда ототоксик воситаларни (ген-таминин, стрептомицин, тиазидли диуретиклар, аспириин, кофеин, фенитоин) узоқ вақт мобайнида қабул қилиш, алкоголь ва гиёҳванд моддаларни сунистеъмол қилиш киради.

Қўлланманинг «ЛОР» бўлимида маълумотлар кенг ёритилган.

Тремор

Тремор (титраш) — турли мушаклар гуруҳининг кискариши натижасида тананинг турли қисмларининг бир маромдаги, беихтиёр тебранишидир. Локал ёки тарқок бўлиши мумкин, кўпинча қўл панжаларининг, бошнинг, лабларнинг, пастки жағ, айрим ҳолларда эса оёқлар ёки тананинг юқори қисмининг титраши кузатилади. Аниқ бир тана вазиятида ёки ҳаракатида келиб чиқади, уйқу вақтида йўқолади. Титраш инсон ҳаётида, маиший ва иш шароитида ҳалакит беради, ҳаттоки ногиронликка олиб келиши мумкин. Кучайган физиологик тремор, метаболик бузилишлардаги тремор, эссенциал тремор, айрим касалликлардаги тремор, кўпинча Паркинсон касаллигидаги тремор фарқланади.

Паркинсон касаллиги

Ноаниқ этиологияли ҳаракат бузилишларининг пайдо бўлиши, базал ядролар ва бош мия пўстлоғининг зарарланиши билан кечувчи касалликдир. Касалликнинг тарқалиши 1-3% ни ташкил қилади; ривожланган мамлакатларда аёлларга нисбатан эркакларда 1,5 маротаба ортиқ, 50 ёшдан ошганларда кўп учрайди.

Эрта бошланган клиник белгилар — бир томонлама тинч ҳолатда титрашнинг пайдо бўлиши, мувозанатнинг бузилишсиз ёзишнинг ўзгариши кузатилади. Кейинчалик секин-аста мушакларнинг ригидлиги, ҳаракатнинг секинлашиши, юришда қарақлик, мувозанатнинг бузилиши ва юришнинг ўзгариши кўшилади. Касалликнинг кенг ривожланган босқичида типик ташқи белгилар пайдо бўлади — имо-ишоранинг сусайганлиги, кўзни кам пирпираши, секин монотон нутқ, секинлашган ҳаракатлар, юришнинг бошида ва кўрпа-тўшакда бурилишда қийинчилик. Мушаклар тонуси мумсимон ригидлик ёки «тишчали гилдираю» кўринишида ўзгаради. Кўпинча касалликнинг эрта босқичларида тинч ҳолатдаги «пилюлярни юмалатишни» эслабувчи титраш сезилади, бу беморнинг тинч ҳолатида йўқолади. Қадди букилган, қадам ташлашда оёқлари шалдирайди, қўллар юришда қатнашмайди.

Айрим беморлар юриш вақтида мувозанатни қийинчилик билан саклайдилар, натижада майда қадамлар билан юради. Беморлар узок вақт давомида ноқулай вазиятда ҳаракатсиз ўтиришлари, юриш вақтида эса дарҳол тўхтаб олмаслиги ва йиқилиб кетиши мумкин. Вегетатив белгилар ҳам ҳосдир: терлаш, терининг ёғликлиги, қабзият ва ютишнинг қийинлашуви ва «овқатнинг тикилиши» билан кечувчи ошқозон-ичаклар моторикасининг секинлашиши, сийдик ажралишининг енгил бузилиши, уйқунинг бузилиши кузатилади. Касалликнинг ривожланиб боришида хотиранинг ва идрокни бузилиши (деменция ҳолати), абстракт фикрлаш, ҳисоблашда қийинчилик ва депрессия ривожланади.

Ҳаракат тизимини баҳолашда тананинг ҳолатига, ихтиёрсиз ҳаракатларга, мушакларнинг ҳолатига, ҳаракатлар координациясига ва юришга эътибор бериш зарур. Беморларда ҳаракатни бошлаш, тез-тез қарама-қарши ҳаракатларни бажариш қийинчилиги ва қўл ҳаракати амплитудасининг кискариши кузатилади, бемор бутун тана-си билан ўтирилади.

УАВ тактикаси. Даволашни невропатолог тайинлайди, УАВ вазифасига беморнинг ҳаракат фаоллигини назорат қилиш қиради: укалаш, даволовчи жисмоний машқлар, тана вазиятини коррекцияловчи ва юришда ҳаракатлар координациясини яхшиловчи машқлар. Ёрдამчи мосламалардан фойдаланиш йиқилишнинг олдини олишга кўмак беради. Эрталаб ва кундузи оксил сақловчи маҳсулотларни чегаралаган ҳолда парҳез тутиш тавсия қилинади.

Дори воситалар билан даволаш: леводопа 100 мг дан кунига 3 маҳал, кўнгил айнишини олдини олиш мақсадида таблеткани овқатдан сўнг қабул қилинади. Препаратни яхши кўтара олишда кунлик дозани 1 таблеткага ҳар 3–4 кунда 4 ҳафта мобайнида ошириш мумкин. Одатда даволашнинг бошидан 2 ҳафта ичида самараси кўринади. Касаллик авж олганида, бу препарат билан даволаш тавсия қилинади.

Кўпинча комбинацияланган терапия қўлланилади: леводопа билан бошланади, сўнг кичик дозаларда дофамин агонистлари (бромкриптин – 2,5 мг/кун, сўнг 3 ой давомида; кунига 3 маҳал дозасини 2,5 мг га оширилади) қўшилади. Комбинацияланган терапия ноҳўя таъсирларни камайтириш (биринчи навбатда, ҳаракат фаоллиги ўзгаришларини) ва ҳаёт давомийлигини узайтириш мақсадида қўлланилади.

Амантадин ҳам паркинсонизмга қарши таъсир кўрсатади, 100 мг/кун ичишга, сўнг дозасини кунига 3 маҳал 100 мг гача оширилади. Самараси одатда узоқ вақт давом этмайди, шунинг учун препаратни бўлиб-бўлиб қўллаш тавсия қилинади.

Бош мия қон томир касалликлари

Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши

Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши (БМҚАЎБ) – мия қон айланиши бузилиши натижасида неврологик симптомларнинг тўсатдан келиб чиқишидир. Кўпинча 50 ёшлардаги аёлларда, кишлоқ аҳолиси орасида учрайди. Ишемик ва геморрагик инсультларнинг учраш нисбати 3:1 ни ташкил қилади (20.2–жадвал). Ўлим кўрсаткичи – 17,4%, ногиронлик – 83,8%ни ташкил қилади.

Хавф омиллари: катта ёшдагилар, артериал гипертония, ЮИК, қандли диабет, чекиш, наслий мойиллик, гиподинамия, КОК қабул қилиш.

Таснифи

1. Бош мия қон айланишининг ўткинчи бузилиши (БМҚАЎБ) қисқа вақт давом этувчи мия ишемияси билан характерланиб, бунда келиб чиқувчи неврологик белгилар 24 соат ичида тўлиқ йўқолади.

2. Неврологик белгиларнинг нисбатан турғун сақланиши (24 соатдан 1 ҳафтагача) кичик инсультни ташхислашга асос яратади.

3. Неврологик белгиларнинг секин-аста кучайиб бориши авж олиб борувчи инсультларга хос бўлиб, булар геморрагик ёки ишемик бўлиши мумкин.

4. Тугалланган инсультга секин-аста неврологик белгиларнинг камайиши ва бемор умумий ҳолатининг яхшиланиши хосдир.

Инсультнинг клиник манзараси

Инсульт учун қуйидаги неврологик белгиларнинг тўсатдан пайдо бўлиши хосдир:

- ҳаракат бузилишлари – ҳолсизлик, бир ёки икки томонлама қўл ва оёқларда ҳаракатнинг қийинлашиши;
- сезувчанликнинг камайиши ёки йўқолиши, бу ўзгаришларнинг бир ёки иккала қўл ва оёқларда шу томоннинг ўзига тарқалиши;
- ўқиш, ҳисоблашда нутқнинг қийинлашиши;
- бир кўзда ёки кўзнинг бир қисмида кўришнинг йўқолиши;
- мувозанатнинг бузилиши;
- кўрувда иккиланиш билан кечувчи бош айланиш хуружи, кўнгил айниши ва қусиш билан кечувчи ютишнинг ёки нутқнинг бузилиши.

- Умумий мия белгилари ҳам кузатилиши мумкин:
- ҳаракатларда кучаювчи кескин бош оғриқлари, кўзларда оғрик;
 - бош айланиши, кўнгил айнаши, қусиш, қулоқларда битиш хисси, бошда шовкин хисси, умумий ҳолсизлик;
 - эс-хушнинг бузилиши ёки йўқотилиши – қарахтлик, сопор, психомотор кўзғалишлар, кома.

20.2-жадвал.

Ишемик ва геморрагик инсультларни қиёсий ташхислаш

Геморрагик инсульт	Ишемик инсульт
Ёшлар ва ўрта ёшдагилар	Ёши катталар
Артериал гипертензия	ЮИК, ҳилпилловчи аритмия, юрак нуксонлари, юрак етишмовчилиги
Жисмоний ёки эмоционал юкламадан сўнг тўсатдан бошланиши	Секин-аста бошланиши, кўпинча кечаси кузатилади
Умумий мия белгиларининг ўчоғли неврологик белгилардан устун келиши	Ўчоғли неврологик белгиларнинг касаллик бошланишидан бошлаб устунлик қилиши
Касаллик бошланишида хушнинг гангиши ва кейинги авжланиб бориши	Бир оз хушнинг бузилиши билан кейинги умумий аҳволнинг яхшиланиши
Тез-тез кузатиладиган менингиал белгилар, психомотор кўзғалишлар	Нервлар функциясининг тушиб қолиш белгилари устунлик қилади

Агар уй шароитида коматоз ҳолатидаги беморни сўраб – суриштириш имконияти бўлмаса, у ҳолда инсультли қомани бошқа коматоз ҳолатлардан (диабетик, жигар, интоксикацион ва б.) фарқлаш зарурдир.

Қуйидаги неврологик белгиларнинг мавжудлиги инсульт қомани ташхислашга имкон беради:

- турли катталиқдаги қорачиқлар;
- бир томонда лунжларнинг шиши «лунж елкани» симптоми;
- бир томонлама қўл ва оёқларда ҳаракатнинг сусайиши ёки йўқлиги, «кўтарилган қўл-оёқ ўрма қамчи каби тушади»;
- патологик Бабинский симптомининг пайдо бўлиши;
- бир томонда оғрикга ҳаракатнинг сусайиши ёки йўқолиши.

Шошилиш ёрдам чоралари

1. Қоникарли нафасни сақлаб туриш
2. Турғун қон айланишини сақлаб туриш
3. Тутқанок синдромини олдини олиш.

Нафаснинг қоникарлилиги

Умумий ҳолатни баҳолаш – нафас ҳаракатларининг сони ва бир маромдалиги, нафас олишда қўшимча мушакларнинг қатнашиши, оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўллари кўздан кечириш.

Чоралар – зарурият бўлса юмшоқ мато билан оғиз бўшлиғи ва юқори нафас йўллари қусуқ массаларидан бўшатиш, бемор бошини ён томонга айлантириш.

Турғун қон айланишини назорат қилиб туриш – АҚБ 200/120 мм. сим. уст тенг бўлса, тил остига нифедипин 20 мг қўллаш тавсия қилинади.

Тутқанок синдромини олдини олиш м/о га 2,0-4,0 мл диазепам юбориш оркали эришилади.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма

МҚАЎБ билан барча беморлар имконият даражасида касаллик бошланишидан 3 соат давомида шифохонага юборилиши шарт. Бемор 6 соатдан кам вақт давомида шифохонага ётқизилганда инсултдан кейинги ўлим кўрсаткичи бир суткадан сўнг ётқизишга нисбатан уч баробар камдир.

МҚАЎБ билан коматоз ҳолатдаги беморлар интенсив терапия хоналарига ёки РТТ реанимация бўлимларига ётқизилиши шарт.

Инсултдан кейинги қайта тиклаш УАВ назорати остида олиб борилади

1. Имконият бўлса нутқни тиклаш мақсадида логопед билан шуғулланиш, қўл ва оёқларда юриш вақтида ҳаракатларни яхшилаш учун даволовчи жисмоний ҳаракатлар тавсия қилинади, меҳнат терапияси кундалик ўликмаларни тиклашга ёрдам беради. Касалликдан сўнг бошланғич вақтларда оила аъзолари ёки тиббиёт ҳамширасининг парвариши талаб қилиниши мумкин.

2. Қайта инсульт профилактикаси: доимий равишда кунига 75 мг аспирин қабул қилиш, тана вазнини камайтириш, гипохолестеринли парҳез, АҚБ ва қондаги қанд миқдорини назорат қилиш.

3. Депрессия билан курашиш. Ҳар бир беморда ўтказилган инсультга нисбатан психологик реакция ривожланади, айрим беморларда – тушқунлик ҳолати бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда шунга мос равишда даволаш чоралари кўрилади (депрессияни даволашни қаранг).

Бош мия қон айланишининг ўткинчи бузилиши

Ўтиб кетувчи мия қон айланишининг бузилиши (БМҚАЎБ) – 24 соат ичида ўтиб кетувчи бош миёда қон айланишининг бузилишидир. Сабаблар: бош мия томирларидаги девор олди тромблари, мия томирларининг стенози ёки ангиоспазми. УМҚБдан сўнг мия қон айланишининг ўткир бузилиши ривожланиши мумкин, шунинг учун дарҳол даволашни бошлаш зарур.

Асосий симптомлар: қўлларда яққол намоён бўлувчи гемипарез ёки гемипарестезиялар, юз мимика мушакларининг ҳолсизлиги, афазия, ўтиб кетувчи кўрлик, бош айланиши, қиска муддатли хотиранинг йўқолиши.

УАВ тактикаси: гемипарез бўлса – неврология бўлимига ётқизиш; юқорида айтиб ўтилган белгилар яққоллигининг камайишида – невропатолог маслаҳати ва шифокор томонидан уйда кузатув олиб бориш.

Даволаш

1. АҚБ даражасини, тана вазнини, гиперхолестеринемияни коррекция қилиш, чекишга қарши кураш.

2. Аспирин – доимий равишда овқатдан сўнг кунига 75-150 мг қабул қилиш.

3. Аспирин қабул қилишга қарши кўрсатмалар бўлишида – дипиридамол 200 мг кунига 2 маҳал тавсия қилинади.

4. Инсульт ривожланишининг юқори даражадаги хавфи бўлса – хар куни клопидогрел буюрилади.

Бош миянинг сурункали ишемияси (дисциркулятор энцефалопатия)

Мия қон айланишининг бузилиши натижасида бош миянинг кўп шакли зарарланиши кузатиладиган ҳолатдир.

Клиник кечиши 3 асосий симптомлар йиғиндисин билан намоён бўлади: субъектив ва объектив неврологик симптомлар, рухий бузилишлар.

Субъектив неврологик симптомларга бош оғриғи, бош айланиши, бошда шовқин, ақлий чарчаш, хотиранинг пасайиши, уйқунинг бузилиши хос. Объектив неврологик симптомлар псевдобульбар, вестибуло-атактик, амиостатик ва пирамидал синдромларнинг ривожланиши билан намоён бўлади. Рухий ҳолатнинг бузилиши секин-аста деменцияга айланади.

Бундай беморларни олиб бориш тактикасида дисциркулятор энцефалопатияни эрта ташхислаш ва даволаш чораларини ўз вақтида бошлаш жуда муҳимдир.

Даволаш АҚБ даражасини, қондаги қанд ва холестерин миқдорини меъёрлаштиришга қаратилгандир. Бу аспирин (кардиомагнил, тромбо АСС), ноотроп препаратлар (ноотропил, пирацетам, фенотропил), томирларни кенгайтирувчи воситаларни (кавинтон, сермион, актовегин) ўз ичига олади.

Невропатолог маслаҳати тавсия қилинади.

Периферик нерв касалликлари

Полиневропатиялар

Периферик нервлар: ҳаракатлантирувчи, сезувчи ва вегетатив нервларнинг дистал бўлимларининг симметрик зарарланиши билан кечувчи касалликлар гуруҳидир.

Полиневропатия бўлиши мумкин: токсик (шу билан бирга алкоғолли, дори воситаларнинг таъсири натижасида), дисметаболик, наслий ва б.

УАВ тактикаси: невропатолог маслаҳати, даволаш – этиотроп ва симптоматик.

Невритлар

Қуйидаги нервларнинг зарарланиши кўп учрайди:

– **ўрта** – бош бармоқ қарши туришининг бузилиши, бош бармоқ кўтарилиш мушакларининг атрофияси ва бош, кўрсаткич ва ўрта бармоқларда сезувчанликнинг бузилиши кузатилади;

– **билак** – қўл панжаси ва бармоқлар ёзилишининг бузилиши, билак томонидаги мушаклар атрофияси ва бош бармоқ қафт юзасининг сезувчанлиги бузилиши келиб чиқади;

– **тирсак** – бармоқларнинг яқинлашиши ва узоклашиши бузилади, суяклар аро мушакларнинг атрофияси ва жимжилок ва кўрсаткич бармоқнинг сезувчанлиги бузилади;

– **сон** – болдирни ёзиш, текисланган оёқни букиш бузилади, сон тўрт бошли мушагининг атрофияси ва сон олдинги юзасининг сезувчанлиги бузилади;

– **кичик болдир** – оёқ панжасининг ва бармоқларининг ёзилиши бузилади, олдинги қатга болдир суяги мушакларининг атрофияси ва оёқ латерал юзасида, I ва II бармоқлар асосида сезувчанликнинг бузилиши кузатилади;

– **қатга болдир** – оёқ панжаларининг букилиши ва «оёқ учида» юриш бузилади, оёқ панжалари майда мушакларининг атрофияси ва оёқ ости сезувчанлигининг бузилиши кузатилади;

– **соннинг латерал тери нерви** – сон олдинги латерал юзасида сезувчанлик бузилади.

УАВ тактикаси: невропатолог маслаҳати, мутахассис тавсияларини назорат қилиш.

Радикулопатиялар

Радикулопатия – орқа мия илдизчалари касаллиги бўлиб, умуртқа поғонасида оғриқ, оғриқнинг орқа мия иннервацияси йўли бўйлаб тарқалиши билан бирга кечади.

Ёндош белгилар: парестезия, мушакларда ҳолсизлик ва атрофия бўлиш эҳтимоли, мушакларнинг титраши, рефлексларнинг сусайиши ёки йўқолиши.

Келиб чиқиш сабаблари: умуртқалар аро диск пролапс, ўсмалар, дегенератив ўзгаришлар, яллиғланиш.

Радикулит – бир ёки бир неча илдизчаларнинг яллиғланиши, полирадикулоневрит – орқа мия илдизчаларининг кучли яллиғланиши бўлиб, мушакларда ҳолсизлик, қўл ва оёқларда увишиш билан бирга кечади.

УАВ тактикаси – невропатолог маслаҳати ва даволашга юбориш.

Тиришиш синдроми

Тиришиш синдроми, Фебрил тиришишлар – 24-бўлим «Шошилинч ҳолатлар» ва 17-бўлим «Педиатрия» га қаранг.

Эпилепсия

Бемор ёки унинг қариндошлари ўтказилган эпилепсия хуружига шикоят қилса, у ҳолда УАВ аниқ неврологик текширув ўтказиш учун, тиришишлар сабабини аниқлаш ва шифохонада даволаш учун невропатолог маслаҳатига юбориши зарур.

Эпилепсиянинг тарқалиши – катта ёшдаги аҳоли орасида 1% ни ташкил қилади. Сабаблари: бош мия жароҳатлари, инсульт, алкоғолизм, бош мия инфекциялари ва ўсмалари. Наслий мойиллик – 20% ҳолатларда аниқланади.

Хуруждан олдинги белгилар: кайфиятнинг ўзгариши, одағий бўлмаган сезгилар ва хидлар. кўз олдида ёруғлик чакнашлари.

Хуруждан кейинги белгилар: бош оғриғи, мушакларда оғриқ, қўл ва оёқларда вактинчалик ҳолсизлик, тишланган тил, пешоб ва нажасни ушлай олмаслик

Ташхис қўйилгандан сўнг беморни невропатолог кузатиши ва даволаши лозим.

УАВ тактикаси:

- домий кўрик;
- беморни қўллаб-қувватлаш – 80% беморларда медикаментоз даво самарали ҳисобланади;
- беморларга бериладиган маслаҳатлар: машина ҳайдамаслик, трассада велосипедда юрмаслик, баландлик жойларда ишламаслик, хавфли машина ва органик эритувчилар билан ишламаслик;
- оила аъзоларининг кузатиши мақсадга мувофиқдир.

Болаларда эпилепсия

17-бўлимга қаранг «Педиатрия».

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J. Irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.

2. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н. Денисов ва б. тахрири остида., М. «ГЭОТАР-МЕД», 2002 й. 1242 бет.

3. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н. Денисов тахрири остида. М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 114 бет.

4. Дж. Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.

5. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М. »Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.

6. «Общая врачебная практика». Ф.Г. Назиров тахрири остида. М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.

7. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.

8. Харрисон Т. «Внутренние болезни». «Практика» нашриёт уйи., М. 2002, 1–2 Т. 3176 бет.

9. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

10. Карлов В.А. «Неврология». М. МИА, 1999 й. 678 бет.

11. «Неврология» М. Самуэльс тахрири остида. М. »Практика» нашриёт уйи, 1997 й. 970 бет.

12. Гафуров Б.Г., Пулатова Ш.С. «Диагностика и лечение головной боли». Услубий кўлланма. Тошкент, 2002 й. 42 бет.

13. Гафуров Б.Г., Маджидова Ё.Н. «Дисциркуляторная энцефалопатия (Хроническая ишемия мозга)». Услубий кўлланма. Тошкент, 2007 й. 24 бет.

14. Гафуров Б.Г. «Мигрень». Услубий кўлланма. Тошкент, 2009 й. 42 бет.

21-БЎЛИМ. ПСИХИАТРИЯ

Рухий ҳолатни баҳолаш	174
Депрессия	175
Соматик шаклли (руҳий соматик) бузилишлар	178
Неврастения	179
Хавотир ва хавотирли ўзгаришлар	179
Хавотирланиш неврози	179
Фобик ўзгаришлар	179
Саросимлик бузилиш	180
Генерализациялашган хавотирли бузилиш	181
Психоз	182
Шизофрения	183
Психопатия	183
Сексуал бузилишлар	183
Шахсий чегаравий хусусиятлар	184
Ақлий заифлик	185
Фойдаланилган адабиётлар	186

Рухий ҳолатни баҳолаш

Текширув тартиби

1. Паспорт қисми, ҳулк- атвори, текширувга муносабати.
2. Ташқи кўриниши (кийиниши, тозалиги ва бошқалар) ва эс-хуши (турган жойи, вақт, шахсияти, атрофдаги муҳитда ориентир олиши, ҳушнинг бузилиши: карахтлик, сопор, кома, делирия, аменция, онейроид, сумерк ҳолати).
3. Ҳатти-ҳаракати – иродаси ва ҳулк-атвори (тинч, бўшашган, кучланган, қўзғалган, ҳаракатсизлик; қўзғалиш турлари: кататоник, гебефреник, истерик, маниакал, психопатик ва бошқалар; ступор турлари: субступор, каталепсия).
4. Лаёқатли ва мулоқотга эътиборлилиги (реал ҳолатга бўлган муносабати: мулоқотга лаёқатли, танлаб мулоқат қилиши, мулоқотга лаёқатсизлиги, мулоқот вақтида тўсатдан гапирмай қолиши).
5. Шикоятлари
6. Нутқи (баланд, шаклланган, ҳис-туйғули, артикуляция, темпи, боғлиқлилиги ва бошқалар).
7. Фикрлаши (манткий фикрлаши, темпи: секинлашган, тезлашган, «билагонлик», таъсирчанликнинг сабабларга бўлган адекватлиги, фикрлашнинг бузилиши: вазиятни баҳолаши, персеверация, паралогик фикрлаш, символик фикрлаш, фикрлар бўлиниши, шилқим ғоялар, ўзини юқори баҳолаш, васваса ғоялар, васваса мазмуни, ўткирлиги ва тизимли васваса даражаси).
8. Эътиборлилиги (чидамли, хаёлпараст, чалғувчан, тўхтаб қолишга мойиллиги).
9. Хотираси (гипомнезия, гипермнезия, парамнезия, амнезия).
10. Ақл идроки (ўзлаштирилган билим захираси, уни тўлдиришга бўлган қобилияти ва қўллай олиши, кизиқишлари, ўзининг ҳолатига танқидий баҳо бера олиши, келажакдаги режаларни тузиши).
11. Кайфияти (вазиятларга нисбатан адекват муносабати, пасайган, кўтарилган, ғамгин, бўрттирмалик, рухий ҳиссизлик, суицидал фикрлар, эйфория, апатия, эмоционал бефарқлик, эмоционал лабил, аффектив ҳолатга мойиллик).

Рухий ҳолатларни текшириш бўйича қисқа саволнома

1. Бугун нечанчи сана?
2. Бугун ҳафтанинг қайси куни?
3. Бизнинг шахримиз қандай номланади?
4. Телефонингиз рақами ва уй манзилингизни айтинг?
5. Сиз неча ёшдасиз?
6. Туғилган кунингиз?
7. Президентимиз ким?
8. Унгача ким бўлган?
9. Онангизни қизлик фамилиясини айтинг!
10. 20 сонидан 3 тадан айириб боринг!

Ҳар бир тўғри жавоб учун бир балл қўйилади:

0-2 хато: меъёрий

3-4 хато: энгил бузилиш

5-7 хато: ўргача бузилиш

8-10 хато: оғир бузилиш

Депрессия

Умумий врач амалиётида руҳиятни бузилиши энг кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, турли хил клиник кўринишда бўлади, ҳаётий вазиятлар ўзгаришига меъёрий ҳис-ҳаяжонли реакцияни йўқолиши, ҳатто ҳаётига хавф солувчи вазиятларга тушиш ҳолатлари бўлади. Депрессиянинг кузатилиши: 5-10% – эркакларда ва 10-20% – аёлларда, баъзи сурункали касалликлари мавжуд беморларда (онкологик касалликларда, инсултдан ёки миокард инфарктидан кейинги ҳолатларда, Паркинсон касаллигида) 40-50% гача ошади. Депрессия барча ёшда бир хил учрайди ва ижтимоий-маданий, иктисодий, этник омилларга боғлиқ бўлмайди.

Хавф омиллари

Аёллар жинси, ҳис-ҳаяжонли зўриқиш ёки стресслар, тўйиб ухламаслик, узоқ давом этувчи сурункали касалликлар, оила аъзоларида депрессия, наркотик моддалар қабул қилиш хавф омиллари бўлиб ҳисобланади.

Депрессиянинг эрта давридаги шикоятлар: тез чарчаш, оғрик, кўзгалувчанлик, тушкун кайфият ёки қизиқишларнинг йўқолиши кузатилади. Қиёсий ташхиллашда асосий мезонлар – шикоятларга нисбатан жисмоний асосларнинг йўқлиги, оддий терапевтик усулларга нисбатан симптомлар резистентлиги, вақтинчалик стрессомилларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Депрессиянинг мезонлари:

- тушкун кайфиятда бўлиш ёки қайгуриш ҳисси;
- қизиқишларнинг йўқолиши ва ҳеч қандай ҳолатнинг қувонтирмаслиги.

Кўшимча белгилари:

- уйқунинг бузилиши – уйқусизлик ёки уйқучанлик;
- сабабсиз айбдорлик ҳисси ёки ўзини паст назар билан баҳолаш;
- тез чарчаш ёки толиқувчанлик;
- диққатни жамлаш ва қарор қабул қилишнинг қийинлиги;
- ўзини паст назар билан баҳолаш ёки ўзига ишончсизлик;
- келажакка умидсизлик билан қараш
- суицидал ҳаёллар ёки ҳаракатлар;
- иштаханинг ўзгариши;
- тез-тез таъсирчанлик ёки ваҳималик белгилари.

Скрининг ўтказишда қуйидаги саволларни бериш лозим:

1. Сўнгги пайтларда иштаҳа, тана вазни ёки уйқунинг ўзгариши кузатилдими?
2. Сўнгги пайтларда тез-тез тушкун кайфиятда бўлдингизми?
3. Сўнгги ёққан иш билан шуғулланиш сизга завқ берадими?

Депрессия турлари

1. Униполярли депрессия

- Катта депрессия – 5 та классик симптомлар 2 ҳафтадан ортик давом этади
- Дистимия – 2 та классик симптомлар 2 йилдан ортик давом этади
- Ҳайз олди аффектив ўзгаришлар
- Мавсумий (кишки) аффектив ўзгаришлар
- Туғруқдан кейинги депрессия

2. Биполярли депрессия – васваса, бундай ҳолатларда беморларни шифохонага психиатрга юбориш шарт.

МКБ-10 бўйича қуйидаги депрессив эпизодлар ажратилади:

- 1) Депрессивли эпизод – энгил даражали;
- 2) Депрессивли эпизод – энгил даражали соматик симптомларсиз;
- 3) Депрессивли эпизод – энгил даражали соматик симптомлар билан;
- 4) Депрессивли эпизод – ўртача оғирликда;
- 5) Депрессивли эпизод – ўртача оғирликда соматик симптомларсиз;
- 6) Депрессивли эпизод – ўртача оғирликда соматик симптомлар билан;
- 7) Депрессивли эпизод – оғир даражали рухий симптомларсиз;
- 8) Депрессивли эпизод – оғир даражали рухий симптомлар билан.

УАВ тактикаси. Депрессия – бу кучсизлик ёки эринчоклик эмас, бу ҳолатни беморлар энгишга ҳаракат қилишади. Шунинг учун бемор ва унинг оила аъзоларига касалликнинг кенг тарқалганлиги, самарали усуллар билан даволаш лозимлиги ва кенг таъсир доирали дори воситалари мавжудлиги тўғрисида тушунча бериш лозим.

Бемор ва унинг оила аъзоларига бериладиган маслаҳатлар:

Депрессияни даволашда оила аъзоларининг иштироки катта аҳамиятга эга, шунинг учун оила аъзоларига ва беморга қуйидаги нуқтан-назарлар бўйича маълумот бериш лозим:

- депрессия – кенг тарқалган бузилишлардан бўлиб, уни оғир рухий касаллик белгиси деб қараш мумкин эмас;
- депрессияда беморнинг идрок қилиши ўзгаради, ижтимоий чегараланиш шаклланади, шунинг учун кўпинча ёрдамдан бош тортишади, лекин улар учун ёрдам жуда зарурдир;
- беморнинг умидсизликка берилмасликка ва ўз-ўзини айбламасликка даъват қилиш, нохуш ҳаёллар ва айбдорлик ҳиссидан йироқлашишга ўргатиш;
- беморга завқ ва қувонч олиб келувчи фаолиятни аниқлаш;
- суицид хавфини аниқлаш, бошқаларга шикаст етказиш эҳтимоли, беморни доимий назорат қилиш учун оила аъзоларига бундай хавфлар тўғрисида ахборот бериш керак,
- кундалик ҳаётий муаммоларни ва ижтимоий стрессларни аниқлаш, соматик симптомлар ва уларнинг кайфиятга боғлиқлиги тўғрисида сўзлашиш;
- оила аъзолари билан беморни парваришлаш режасини ҳал қилиш, (беморни самарали даволашда оила аъзоларининг тушуниши ва қўллаб қувватлаши муҳим).

Оила аъзоларининг ҳаракатлари:

1. Врачга бемор аҳоли хулқ-атворига нисбатан динамикадаги ўзгариши тўғрисида объектив ахборот бериб туриш.
2. Дорилар қабул қилишини назорат қилиш, депрессияда бемор активлиги пасайиши натижасида, дори ичишни унутиб қўйиши ёки бефарқ бўлиши мумкин.
3. Беморга зарур бўлган эмоционал мадад бериш.
4. Беморнинг суицидал ҳаракатларини назорат қилиш.

Дори воситалари билан даволаш психиатр маслаҳатидан кейин ўтказилади, психиатр ҳар бир ҳолатларда дори турини ва унинг дозасини аниқлаб беради.

Антидепрессантлар тушкун кайфият ва қизиқишнинг йўқолиши 2 ва ундан ортик ҳафта давом этса ва 4 та қуйидаги келтирилган белгилар фонида буюрилади: тез чарчаш, айбдорлик ҳисси, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг пасайиши, диққат ва қабул қилишнинг кийинлиги, ўлим ва суицид ҳақида ўйлаш, ҳаракатда ва сўзлашувда қўзғалувчанлик ёки сустлашганликнинг кузатилиши.

Даволаш тамойиллари:

- давони кичик дозадан бошлаш;

- 2-3 хафтадан сўнг даво самарасини баҳолаш;
- дориларни ҳар куни, 6 ойдан ортиқ вақт давомида қабул қилиш лозим;
- давони мустакил тўхтатиш мумкин эмас.

Енгил депрессияда далаҷойи ичиш самарали, 2-3 чой қошиқ далаҷойини қайноқ сувга солиб, чой қаби дамланади, қунига 2-3 марта ичилади. Ёки 300 мг 0,3% ли далаҷойи экстрактини қунига 2-3 марта ичиш лозим.

Трициклик антидепрессантлар (масалан, мелипрамин) эрта-лаб ва кечкурун кичик дозадан бошлаб берилади (25-50 мг), 10 кун ичида доза 100-150 мг/сут гача оширилади. Бемор кўлига дориларни ҳаммасини бериш мумкин эмас (суцид хавфи мавжуд), аҳволини мунтазам назорат қилиб турилади.

1. Амитриптилин – бошланғич дозаси 12,5 – 25 мг кечаси ичиш тавсия қилинади, 3-4 кундан кейин доза 50-75 мг гача кўпайтирилади, дозани 100-150 мг гача ошириш мумкин. Дори воситасига нисбатан кўникиш бўлмайти. Дорини яхши кўтара олса, 6-8 ой давомида даво ўтказилади. Кўп учрайдиган нождўя таъсирлари: яққол седатив самара, чарчаш ҳисси ва уйқучанлик, оғизни қуриши ва томоқда аччиқлик ҳисси, қатта ёшдаги эркақларда – кўпинча сийдик тутилиши мумкин, аккомодация бузилиши, тахикардия, гипотония кузатилади. Юрак ишемик касалликлари ва жигар фаолияти етишмовчиликларда дори воситасини эхтиёткорлик билан буюриш лозим.

2. Доксепин – амитриптилин сингари трициклик антидепрессантлар гуруҳига қиради. Бошланғич дозаси – 75 мг, кейинчалик дозани қунига 150 мг гача кўпайтирилади, кечасига бир маротаба ичиш буюрилади. Нождўя таъсирлари амитриптилинга ўхшаш, лекин ўргача таъсирли кўринишда намоён бўлади. Дори воситасини ичиш секин-аста тўхтатилади.

3. Бошқа трициклик антидепрессантлар: дезипрамин 75-150 мг, имипрамин 50-150 мг, тразодон 100-400 мг.

Серотонин абсорбциясининг селектив ингибиторлари (САСИ) – кам токсик самарага эга бўлган дори воситаси ҳисобланиб, қунига бир марта эрталаб ичиш буюрилади. Усмирларга ҳам тавсия қилса бўлади. Даво бошланишидан икки-уч хафтадан (асосан флуоксетиндан) сўнг ваҳималик ҳисси кучаяди, шунинг учун диазепам билан бирга 10-15 мг/сут дозада буюриш лозим. Нождўя таъсирлари – иштаҳанинг пасайиши, ошқозон-ичак тизимида нохушлик ҳисси кузатилади.

а). Флуоксетин (флуоксонил, портал, прозак) 20 мг/кун бир маротаба эрталаб ичишга буюрилади. Ваҳималик йўқлигида ва дорининг самарасизлигида даво бошлангандан 6-8 хафтадан кейин дозани 30-40 мг/кун кўпайтириш мумкин.

б). Сертралин (золофт) – айрим ҳолларда ваҳима чақиритиши мумкин ва беморлар дорини енгил кўтара олади. Кунлик доза 50-100 мг бўлиб, қунига бир маротаба ичилади.

в). Пароксетин (паксил) – 10-30 мг. Даво давомийлиги САСИ сингари – 8-12 ойни ташкил қилади. Бу гуруҳ дори воситалари қиммаг туради.

Депрессиянинг бошқа турларини даволаш:

– хайз олди дисфорияси (қайфиятнинг тушиши) – флуоксетин (прозак) 20 мг дан эрталаб 10-14 кун давомида хайздан олдин ичиш тавсия қилинади;

– мавсумий депрессия – ёруғлик терапияси ва пропранолол 20-40 мг дан эрталаб 5.30-6.00 соатлар орасида ичиш тавсия қилинади;

– туғруқдан кейинги депрессияда аёлни оила ва маҳалла аъзолари қўллаб қувватлаши керак. Оғир ҳолатларда ва узоқ кечишида амитриптилин ёки флуоксетин қисқа вақтга тавсия этилади.

Психиатр маслаҳатига юборишга кўрсатмалар

1. Суицид ҳаракатлари ёки атрофдагиларга nisbatan хавф солиш ҳолатларининг бўлиши.
2. Яққол соматик симптомлар туфайли киёсий ташхислаш ўтказишнинг кийинлиги.
3. Депрессиянинг клиник кечишида руҳий бузилиш симптомларининг кузатилиши (васваса, галлюцинация, ступор).
4. Антидепрессантлар билан даволаш самарасиз бўлиши ёки уларнинг яққол ноҳўя таъсирининг пайдо бўлиши.

Соматик шаклдаги (руҳий соматик) бузилишлар

Умумий врач амалиётида жуда кўп руҳияти бузилган беморлар тоифаси учрайди. Бундай беморларни ташхислаш ва даволашда кўп кийинчилик ва муаммолар кузатилади, яъни бундай беморларда соматик шаклдаги бузилишлар учраши мумкин.

Соматик шаклли бузилишлар идрокнинг бузилиши, когнитив функция ва бемор ҳулқ- атворининг ўзгариши билан характерланади. Физикал ва лаборатор-инструментал текширувлар натижалари билан тасдиқланмайдиган соматик симптомлар билан кечади.

Бемор бир неча аъзо ёки тизимларга тегишли бўлган кўплаб асос- сиз шикоятлар билдиреди, текширувлар натижаларига ишонмайди, тур- ли врачларга мурожаат қилади ва беҳудага кўплаб вақтни банд қилади.

Ташхислаш мезонлари

- Текширув натижалари манфий бўлишига қарамай, врачга тез-тез мурожаат этиши.
- Пайдо бўлишини тушунтириб бўлмайдиган ҳар хил сома- тик шикоятларнинг мавжудлиги.
- Шу симптомлардан қутилишга ҳаракат қилиши.
- Йўқ касалликка қайғуриши (ипохондрия).
- Истерик ҳулқ – атвори билан ҳамманинг эътиборини қаратиши.
- Турли мутахассисларга мурожаат этиши ва бир неча марта текширувлардан ўтиши.

Бемор ва унинг онла аъзолари учун ахборот бериш:

Стресс кўпинча соматик шаклли бузилишларнинг бошланиш катали- затори бўлиб ҳисобланади, врач билан бирга белгиларга қарши курашиш лозим, асосийси – шу белгилар билан беморни яшашга ўргатиш лозим.

Беморни олиб бориш тактикаси

- Бемор соматик симптомларига нисъатан, худди реал муам- молари бордек эътиборли бўлиш керак.
- Симптомлар сабабларини тушунтиришга ҳаракат қилманг ёки текширув натижаларига асосан симптомларни инкор этманг.
- Беморни тинчлантиришга ҳаракат қилинг, соғлигига те- гишли муаммолардан чалғиши лозимлигини айтинг.
- Беморга завқ келтирувчи фаолият билан шуғулланишни таклиф қилинг.
- Жисмоний машқлар ва спорт билан шуғулланишга кизиктиринг.
- Қайта текширув муолажалар буюришдан ва тор мутахассисларга юборишдан сақланинг, психиатр маслаҳатини тавсия қилманг.
- Симптомларни камаййтириш учун кўп дорилар буюрманг.
- Беморларга айрим ҳолларда мақсадли антидепрессантлар буюрилганда умумий амалиёт врач томонидан назорат қилиниши керак.

Неврастения

Беморда мослашиш (адаптация)нинг бузилиши, стресс натижасида рухий тушкунлик ёки кучсизлик ҳисси кузатилади. Бунда бемор соматик шикоятларга ёки шикоятларни фожиялаштиришга мойил бўлади.

Бемор ақлий меҳнатдан тез чарчаб қолиши, касбий қобилиятининг пасайиши, фикрлаш ва эътиборни жамлаш қийинлиги, jisмоний кучсизлик ва кам юкламадан беҳол бўлиб қолиши, оғриқ ҳисси ва бўшаша олмасликка шикоят қилади. Бош айланиши, зўриқиш, бош оғриғи, таъсирчанлик, тушкунлик ва безовталиқ кузатилиши мумкин.

УАВ тактикаси. УАВ беморда намоён бўлувчи депрессия, саросимали ёки соматик шаклли ўзгаришлар белгиларига асосланиб маслаҳат ўтказилади.

Хавотир ва хавотирли ўзгаришлар

Хавотирланиш бу тарангли ҳолатда кулфатни кутиш натижасида умумий безовталиқ ҳолати билан характерланади. Яққол соматик симптомлар билан кўринади: бош оғриғи, қалтириш, кўкрак қафасида оғирлик ҳисси, юрак уриб кетиши, қоринда нохушлик ҳисси, терлаш бўлади.

Кўп ҳолларда белгилар янги ёки хавф солувчи шароитда (ҳар биримизга аниқ ҳолатда) пайдо бўлади. Кам ҳолларда патологик бўлиши мумкин, у сабабсиз пайдо бўлиб, жуда кучли ва давомий бўлади. Унинг пайдо бўлиши иш қобилияти, оиладагилар билан муносабати ва беморнинг ҳаёт тарзига таъсир қилиши мумкин.

Эпидемиологияси. Хавотирланиш билан боғлиқ бўлган бузилишлар УАВ амалиётида 18% ҳолатларда аёллар орасида икки баробар кўпроқ учрайди.

Таснифи. Кенг тарқалган турлари: хавотирланиш неврози, саросимали ёки фобик, генерализациялашган хавотирланишга боғлиқ бўлган бузилишларга ажратилади.

Хавотирланиш неврози

Жуда ҳам эҳтиёткор бўлиш ёки бошқа иш фаолияти (ўқиш, иш) дан ёки воқеалардан хавотирланиш кузатилади. Хавотирланиш неврозида 6 ой давомида ҳар куни қуйидаги симптомлардан камида учтаси кузатилади:

- 1) безовталиқ, тажанглик, ғазабланиш ҳолати;
- 2) тез чарчаш;
- 3) эътиборнинг бузилиши, «ўчиб қолишлик»;
- 4) таъсирчанлик;
- 5) мушаклар таранглиги ёки мушаклар кучсизлиги;
- 6) уйқунинг бузилиши (уйқуга кетишнинг қийинлиги ёки безовта бўлиб ухлаш).

Хавотирланиш неврози кўпинча сурункали кечади, 25% беморларда бир ойдан кейин, 60-80% – беморларда бир йилдан кейин қайталаниш кузатилади.

Фобик бузилишлар

Беморларда айрим вазиятларда кўрқув ҳисси пайдо бўлиши, хулқ-атворининг ўзгариши ёки шу вазиятдан қочишга ҳаракат қилишига шикоят қилади. Безовталиқ юрак уриб кетиши билан, ҳаво етишмаслик, яқинлашиб келаётган кулфатни сезиши билан кузатилади.

Фобиянинг ташҳисий мезонлари

1. Аниқ жой ёки воқеага боғлиқ кучли сабабсиз қўрқув,
2. Рухий ва вегетатив симптомлар билан кузатиладиган хавотирланиш

3. Қўрқув беморни шу вазиятдан қочишга мажбурлайди.

Масалан, уйдан чиққанда, очик жойларда, жамоага чиққанда, кўпчилик орасида бўлганда ёки жамоат жойларида, транспортда юрганда кузатилади.

Жуда кенг тарқалган турлари: оддий, ижтимоий ва агарофобиялар фаркланади.

Оддий фобия аниқ битта воқеадан хавотирланиш ёки битта буюмдан қўрқиш билан характерланади. Масалан, қон, ҳайвонлар, имтихон, момақалдирак, қоронғуликдан қўрқиш ва бошқалар. Кўпинча, ўсмирларда 4% – ўғил болаларда ва 13 % – қиз болаларда кузатилади. Симптомлар кўпайганда даво талаб қилинади, хулқ терапияси самарали ҳисобланади. Ижтимоий фобия бу ўзига нисбаган бошқаларнинг эътиборли бўлишидан қўрқиш, камситилишдан қўрқиш кузатилади, шунинг учун беморлар жамоа воқеалари (жамоа орасида чиқишлар, одамлар орасида овқатланиш)дан қочишади. Шунинг учун ўзини паст назар билан баҳолайди ва қўрқишини танқидлайди. Кўпинча ўсмирлик даврида пайдо бўлиб, эркак ва аёлларда орасида бир хил учрайди. Давони САСИ билан бошланади, 6 ойдан ортиқ вақт давомида даволанади, даволаш фониди қайталанса психиатр маслаҳатига юборилади.

Агарофобия – уйдан чиқиш, дўконга бориш, саёҳат қилиш, кўпчиликдан, транспортда юришдан қўрқиши ва бошқалар қиради. Кўпроқ эрта етилган ёшдаги аёлларда учрайди. Саросимали атакалар билан бирга келганда психиатр маслаҳатига юборилади. Даволаш оила аъзолари билан бирга ўтказилади. Тавсиялар: хулқ атвори терапиа ва дори воситалар билан даволаш ўтказилади, яъни САСИ дори воситалари (пароксетин), трициклик антидепрессантлар (имипрамин) буюрилади.

Фобияси бор беморларни олиб бориш тактикаси

Бемор ва оила аъзолари учун ахборот бериш. Фобияни қўрқиш ҳолатини кучайтирувчи воқеадан қочиш йўли билан даволаш мумкин. Врач ва бемор ўртасидаги ҳамкорлик ва ҳамжихатлик бўлса, врач томонидан буюрилган тавсияларни бемор бажарса, шундагина бемор кўқувни енга олиши мумкин.

Беморга бериладиган маслаҳатлар:

- Жисмоний симптомларни камайитириш учун, қўрқувни енгийишда нафасни назорат қилиш усули.

- Қўрқув қақирадиган воқеаларни санаш ва уларга мослашув чора талбирларини тузиш.

- Воқеалар қўрқув қақирса, қисқа вақтли бўлиши, кичик қадамлар билан қўрқувни енгийиш, секин-аста қўрқув вақтини чўзиш.

- Бошида беморни оила аъзолари кузатиши мумкин.

Дори воситалари билан даволаш, дори воситаларисиз даволашдан самара бўлмаганда ўтказилади.

1. Бензодиазепин – диазепам – 2 мг кунига 2 маҳал, альпразолам – 0,25 мг кунига 3 маҳал, клоназепам – 0,5 мг кунига 2 маҳал буюрилади.

2. Яққол хавотирланиш сомларида: мелипрамин – 50 мг ёки нортриптилин – 25 мг кечасига буюрилади.

Саросималик бузилиши

Асосий шикоятлари: хуружни пайдо бўлиши, тушунтириб бўлмайдиган, сабабсиз қўрқув фониди бош айланиши, ҳаво этишмаслик ҳисси, бўғилиш, кўкрак қафасида оғриқ, бутун танани титраши билан пайдо бўлади.

Ташхислаш мезонлари

- Сабабсиз тўсатдан пайдо бўладиган хуруж ёки кўркув, вегетатив симптомлар кучайиши билан, давомийлиги бир неча дақиқадан, 1-2 соатгача давом этиши.
- Хуружлар кўпинча соматик симптомлар билан бошланиши, бемор воқеани ғайри табиий ҳис қилиши, ўзидан ёки назоратни йўқотишдан кўркиши, юрак хуружларидан ёки ўлимдан кўркиши.
- Беморларда хуружларни такрорланишидан кўркиш ҳисси бўлиб, шунга ўхшаш вазиятлардан сақланиши.

Айрим соматик ҳолатлар саросимали хуружларига ўхшаш симптомларни келтириб чиқаради (аритмия, гипертиреоз, стенокардия ва бошқалар). Бундай ҳолатларда кенгрок анамнез йиғиш ва қўшимча текширувлар ўтказиш керак. УАВ амалиётида тахминан 20% беморлар, бир марта бўлса ҳам, саросималик хуружларини бошидан ўтказган бўлиши мумкин, саросималик бузилишлар билан бирга кўпинча агрофобиялар қўшилиб келади. Эркаклар ва аёллар ўртасида тарқалиши – 1 ва 3% нисбатда учрайди. Касалликни ўртача бошланиши – 25-30 ёшларда кузатилади.

Даволаш: ҳулқ-аъворли психотерапия УАВ вазифасига кирмайди, уни мутахассис ўтказилади.

Дори воситалари билан даволаш:**1. Трициклик антидепрессантлар**

• Амитриптилин – бошланғич дозаси 12,5 – 25 мг кечасига, 2-3 кундан кейин аста-секин дозани 50-75 мг/суткасига кўпайтириши. Асосан саросимали бузилиш энгил кўринишли депрессия симптомлари билан биргаликда келганда дори восита самаралидир. Даволаш давомийлиги – 6-8 ойни ташкил қилади.

• Доксепин – бошланғич дозаси – 75 мг суткасига, кейинчалик дозаси 150 мг/суткасига кўпайтирилади, бир марта кечкурунга буюрилади. Ножўя таъсири амитриптилинга ўхшаш, лекин ўртача таъсирли кўринишда намоён бўлади. Дори воситаси аста-секин тўхтатилади.

2. Серотонин абсорбциясининг селектив ингибиторлари (САСИ)

• Флуоксетин – дозада 20 мг/суткасига бир маротаба эрталаб буюрилади. Даво самараси – 3 ҳафтадан кейин кўринади, даволаш давомийлиги – 6-8 ҳафтани ташкил қилади. Даво бошлангандан кейин 2-3 ҳафтада хавотирланиш ҳолати кучаяди, бу даврда (2-3 ҳафта ичида) давони транквилизаторлар билан комбинация қилиш керак: диазепам (10 – 15 мг/суткада), феназепам (0, 75 мг/суткада), бромазепам (3-4,5 мг/суткада). Агарда хавотирланиш сақланса у ҳолда мутахассис маслаҳатига юборилади. Сертралин – хавотирланиш пайдо бўлишида хавфсиз восита бўлиб, беморлар энгил мослашади. Суткалик дозаси – 50-100 мг/сут. бир маротаба эрталабга буюрилади. САСИ билан даволаш давомийлиги – 8-12 ойни ташкил қилади.

Генерализациялашган хавотирли бузилиш

Яққол хавотирланиш белгилари ва руҳий ўзгаришлар билан характерланади.

Ташхислаш белгилари:

- Руҳий кучланиш (безовталиқ, доимий таъсирчанлик, нервоз, диққатни жамлашнинг кийинлиги).
- Соматик ўзгаришлар (мушак таранглиги, ўзгарувчан, бош оғриги, тремор, бўшаша олмаслик, безовталаниш натижасида уйқуга кетишнинг кийинлиги).
- Соматик қўзғалишлар (бош айланиши, терлаш, пульс тезлашиши ёки секинлашиши, оғиз қуриши, ошқозонда оғрик).

Умумий симптомлар: қизиқ кетишлик ёки қалтираш, увишиш ёки санчик сезиши, томоғида нарса тургандек бўлиши ёки ютинишнинг қийинлиги.

Стресслар симптомларни кўзгатади, узоқ вақт сақланиб туради ва кўп ҳолларда қайталанadi. Камида 6 ой давомида хавотирланиш бузилиши безовта қилса, яққол таранглик, безовталаниш ва кундалиқ ҳаётдан ёмон тасаввурлар қилиш ҳисси пайдо бўлади. Касаллик аҳоли орасида 2-5 % учрайди, аёллар эркакларга нисбатан икки баробар кўп касалланади.

Бемор ва унинг оила аъзолари учун ахборотлар бериш

- Стресс ва безовталанишлар соматик ва шунингдек руҳий ўзгаришларни келтириб чиқаради.
- Даволашнинг энг самарали усули бўлиб, стрессларга қарши курашишни ўргатиш (седатив дориларисиз).

Бемор ва унинг оиласига маслаҳат бериш

- Беморга жисмоний тарбия, спорт билан ёки бошқа завқ берувчи машғулотлар билан шугулланишни тавсия этиш.
- Релаксация усули билан тарангликни олиш.
- Асосланмаган хавотир ва хавотирли ҳаёллардан сақланиш усулини тушунтириш.
- Асосланмаган хавотирли вазият келтириш ва беморни бу ҳолатда нима қилиш кераклигини муҳокама қилиш.
- Яқин ҳафталарда бемор қила оладиган аниқ ҳаракатларни аниқлаш.

Шуни назарда тутиш керакки, генерализациялашган хавотирли бузилишлар – бу сурункали бузилиш бўлиб, мутахассис маслаҳати муҳим бўлиб, даво буюрилади ва УАВ томонидан назорат қилинади.

1. Диазепам – 10-15 мг/суткасига 3-4 ҳафта
2. Клоназепам – 0,5-1 мг/суткасига 10-12 ой
3. Доксепин – 25-50 мг/суткасига 3-4 ой
4. Карбамазепин – 100-600 мг/суткасига 6 ой.

Психоз

Бош миёа дисфункцияси характерли симптомлардан ҳисобланади: васваса, галлюцинация, фикрлашни ва нутқни бузилиши билан кузатилади. Психоз ўтиб кетувчи, хуружсимон ва узлуксиз бўлиши мумкин.

Маниакал-депрессивли психоз кўзгалиш босқичи билан кузатилади, бунда кайфиятнинг кўтарилиши, ўзига юқори баҳо бериши, фикрлашни тезлашиши, васваса фикрлар пайдо бўлиши, ўзини танкидий баҳолай олмаслиги билан бирга кечади. Беморлар эмоционал ўзгарувчан, таъсирчан, сезгир бўлади.

УАВ тактикаси: беморни қариндошлари кузатувида шифохонага даволаш учун психиатрга юборилади. Иккинчи босқичда – депрессия симптомлари кузатилади («Депрессия»га қаранг).

УАВ тактикаси: психиатр маслаҳатига юбориш, беморни кузатиш ва давони назорат қилиш.

Туғруқдан кейинги психоз – оғир руҳий бузилиш бўлиб, асосан аёлларда туғруқдан 3-14 кундан кейин пайдо бўлади. Симптомлари: безовталиқ, уйқусизлик, кайфиятнинг ўзгариши, ҳушининг бузилиши ва маниакал психозлар кузатилади. Жонига қасд қилиш ва чақалоққа зиён етказишнинг юқори хавфи туғилади.

УАВ тактикаси: зудлик билан психиатр маслаҳатига ва шифохонада даволанишга йўллаш лозим.

Шизофрения

Шизофрения бу рухиятнинг чуқур бузилиши бўлиб, фикрлашни, идрокни ва хулқ – атворнинг ўзгариши, галлюцинация ва васваслар билан кечувчи касалликдир. Шизофрениянинг тарқалиши 1%ни ташкил этади.

Асосий симптомлари: яққол хавотирланиш, ғайри оддий ҳиссиётлар, ўзидаги «Мен» нинг ўзгариши, эшитув, кўрув, таъм билиш галлюцинациялари, васваса фикрлар, кататоник ҳолатлар бўлади. Шизофренияли беморлар депрессияга чалинувчан бўлиб ва жонига қасд қилишга ҳаракат қиладилар.

УАВ тактикаси: психиатр маслаҳатига юборилади, лозим бўлса шифохонада даволанади.

Даволаш тамойиллари: фармако- ва психотерапия, реабилитация ўтказилади.

Беморни даволашда оила аъзолари ва яқин қариндошларини жалб қилиш лозим. 25-30% ҳолларда эрта шизофрениянинг давоси назорат қилинса, 10 йилдан кўп вақтга турғун ремиссияга эришиш мумкин.

Психопатия

Психопатия – хулқ – атвор (темперамент ва характер) умумий шақлининг ўзгариши, бунда беморнинг жамиятга мослаша ололмаслиги ва рухий дискомфорт сезиши кузатилади. Психопатия 10-13% аҳолининг ҳаёти давомида аниқланиши мумкин. Бундай беморлар врачлар томонидан «кийин» беморлар дейилади. Улар борлиқни реал тасаввур қилишмайди, ноадекват ҳимоя механизмлари ва атрофдагилар билан умумий тил топиша олмаслиги мумкин. Психопатияси бор беморлар жуда ҳасадгўй ва қасоскор, кўпинча улар алам, қаҳр, хомуш, ҳасис, гунмон қилувчи бўладилар. Агарда врач бемор билан мулоқатидан сўнг, ўзини ноқулай ҳис қилиб, ёрдам беролмаслик ёки айбдорлик ҳиссини сезса, у ҳолда бемордан психопатияни истисно қилиш керак.

УАВ тактикаси

1. Нима учун бемор шундай таъсирланишини аниқланг.
2. Беморга тушунганлигиниғизни билдиришга ҳаракат қилинг.
3. Бемор ҳиссини тушунтириш мумкинлигини кўрсатинг.
4. Мутахассис маслаҳатига юборинг.

Сексуал бузилишлар

Эркаклардаги сексуал бузилишларнинг кўриниши:

- 1) эректил дисфункция ёки импотенция;
- 2) вақтидан олдин эякуляция;
- 3) оргазмик дисфункция ёки эякуляциянинг чўзилиши;
- 4) жинсий хоҳишнинг пасайиши.

Бемор бу ҳолатини муҳокама қилишни ҳохламайди, бунинг ўрнига соматик ҳолатларга шикоят қилади – кайфиятнинг пасайиши, эр-хотин муносабатининг оғирлиги. УАВ беморни савол жавоб қилганда унинг маданияти, миллати, дини ва бошқа ҳусусиятларини инобатга олиши керак.

УАВ тактикаси – эр-хотинга маслаҳат бериш.

1. Эректил дисфункция ёки импотенцияда:
 - бир ёки икки ҳафта давомида жинсий алоқадан сақланиш;
 - жинсий алоқасиз ёқимли жисмоний контакт кўникмаларини ўрганиш;
 - жисмоний даво қўллаш (жинсий олатга ҳалқа, вакуумли мослама, интракавернозли инъекция).

2. Вақтидан олдин эякуляцияда:
 - эякуляцияни махсус усул билан чўзиб туриш («кисиш» усули, «стоп-старт» усули);
 - кломипрамин ёки серотониннинг селектив ингибиторини буюриш.
 3. Оргазмик дисфункция ёки эякуляциянинг чўзилишида, эякуляцияни мастурбация ёрдамида ёки жинсий олатни малҳам билан стимуляция қилиш.
 4. Жинсий хоҳишнинг пасайишига ҳар хил сабаблар олиб келиши мумкин (гормонал дефицит, соматик ва руҳий касалликлар, стресс ва бошқалар), релаксация, стрессларни камайтириш, турмуш ўртоғи билан яхши мулоқотда бўлишликни тавсия этиш керак.
- 3 ойдан ортиқ сексуал муаммолар кузатилса – психиатр маслаҳати тавсия этилади.

Аёллардаги сексуал бузилишлар жинсий хоҳишнинг пасайиши билан кечади, вагинизм ёки жинсий олатни қинга киришидаги кин мушагининг спазми, диспареуния, аноргазмия кузатилади.

Бемор ўзидаги сексуал муаммоларни муҳокама қилишни ёқтирмаслигини УАВ ёдда тутиши керак. Улар соматик ҳолатларга, кайфиятнинг пасайишига, эр-хотин орасидаги муносабат муаммоларига шикоят қилишди. Шунинг учун маслаҳат конфиденциал, диний, маданий хусусиятларига нисбатан, этник метърларга риоя қилиб ўтказилади.

Эр-хотинга маслаҳат бериш

1. Жинсий хоҳишнинг пасайишида – сабабларни аниқлаш тавсия қилинади (руҳий жароҳатлар, стресс, эр-хотин муносабати ва бошқалар). Беморни жинсий алоқага нисбатан муносабатини билиш (негатив ёки позитив), аёлга нисбатан турмуш ўртоғининг муносабатини яхшилаш.
2. Вагинизм бу мушак спазми эканлигини тушунтириш, уни бўшаштирувчи машқлар билан, спазмолитиклар, қинни бармоқли дилатацияси йўли билан енгил мумкин.
3. Диспареунияда – қинни етарлича намланмаслиги ва мушаклар таранглиги натижасида жинсий алоқада оғриқ сезиши кузатилади – релаксация, эркалатишларни кўпайтириш, секин аста киритиш, самарасизликда – гинекологга юбориш.
4. Аноргазмияда – жинсий алоқадан олдинги стимуляцияси, жинсий аъзоларни ўзига-ўзи стимуляция қилиш тавсия этилади.

УАВ кўрсатмаларидан кейин ҳам 3 ойдан ортиқ сексуал муаммолар кузатилиб турса, психиатр маслаҳатига юборилади.

Шахсий чегаравий хусусиятлар

Бу гуруҳли бузилиш, бир нечта вазиятларда пайдо бўлиб (уйда, синфда, шифохонда), хулқ-атворнинг ва эътиборнинг бузилиши билан характерланади. Эрта ёшларда пайдо бўлади. Эътиборни ўзгариши – бемор фаолиятини тез ўзгариши, диққатни ва қабул қилишнинг йўқолиши билан тугайди. Бундай болалар беихтиёрий таъсирчан, кўпинча дарсни бўлади ва ишини тугутмасдан яна бошқа нарсаларга чалғийди.

Хулқ-атворнинг ўзгариши шошқалоқлик, ўрнидан туриб кетиш, кўп гапириш ва шовқин солиш, югуриш ва турли вазиятларга тушиш, яхши хулқ атворни талаб қилиш (масалан, жамоа жойларда, синфда дарс вақтида) билан намоён бўлади. Баъзида тажаввузкорли хулқ белгилари пайдо бўлади: каттиққўллик, уришқоклик, ёлғончилик, безорилик, ўғрилик, вандализм. Хулқ атворнинг бузилиши уйдаги ёки мактабдаги стрессларга боғлиқ бўлади.

УАВ тактикаси. Ота-оналарга маслаҳат: хулкнинг ўзгариш сабабларини аниқлаш, доимо тартиб сақлашни талаб қилиш, жазолашдан тийилиш, лекин тартиб қоидаларни талаб қилиш лозим. Хулкнинг бузилишини даволашда дори-дармонлардан фойдаланилмайди

Мактаб ёшидаги болаларда гиперкинетик бузилишларнинг ўткир бошланиши ва кўп тажавузкорли хулк атворда мутахассис маслаҳати зарур.

Ақлий заифлик

Рухиятни орқада қолиши ёки тўлиқ ривожланмаганлик ҳолати бўлиб, когнитив, сўзлашув, ҳаракат ва ижтимоий қобилиятнинг бузилиши билан характерланади.

Болалик даврида оддий ривожланишдан орқада қолишлик аниқланади (юриш, гапириш, ҳожатхона кўникмалари), мактаб вазифаларини бажаришда, бошқа болалар билан мулоқот қилишда, ноадекват хулқи билан қийинчилик кузатиш билан бўлади.

Ўсмирлик даврида – тенгқурлари билан мулоқат қилиш қийинчилиги, ноадекват сексуал хулқ кузатилади. Катталарга қуйдагилар характерли: уй ишларида, оддий ижтимоий функцияларни бажаришда – ишга жойлашишда, никоҳдан ўтишда, болалар тарбиясида қийинчиликлар бўлади.

Ақлий заифликнинг оғирлик даражалари:

- Оғир даража – кўпинча 2 ёшгача аниқланади, бемор фақат оддий гапларни гапира олади, доимий ёрдамга муҳтож;

- Ўртача оғирлик – 3-5 ёшларда аниқланади, бемор катталар назорати билан оддий ишларни бажара олади, уйда бошқарувчига ва назоратга муҳтож;

- Енгил даража – кўпинча мактаб ёшида аниқланади, бемор мактаб вазифаларини бажаришда қийналади, лекин ўзи мустақил енгил ишларни бажаради.

УАВ тактикаси: психиатр маслаҳатига юбориш, ижтимоий ёрдам ва оилани қўллаб қувватлаш, ногиронликка чиқариш ва рухий-неврологик диспансерда даволаш.

Алкоголизм, токсикомания ва гиёҳвандлик – 3-бўлимга қаранг. «Жамият соғлигини сақлаш».

Эпилепсия – 20-бўлим «Неврология» ва 24-бўлим «Шошилинч ҳолатлар»га қаранг.

Ўткир алкоғольли интоксикация – 24-бўлимга қаранг. «Шошилинч ҳолатлар».

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. «Охрана психического здоровья населения Республики Узбекистан в первичном звене здравоохранения» Абдулкасимов Ф.Б. ва б., Услубий кўлланма. Тошкент, 2007 й. 135 бет.
2. Simon Ch. and all. «Оксфордский справочник общей врачебной практики». 2002 й. 1031 бет.
3. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н.Денисов ва б. тахрири остида, М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2002 й. 1242 бет.
4. «Клинические рекомендации и фармакологический справочник». И.Н.Денисов тахрири остида. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 1146 бет.
5. Дж.Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.
6. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М. »Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
7. «Общая врачебная практика». Ф.Г. Назиров тахрири остида. М. ГЭОТАР-МЕД, 2005 й. 996 бет.
8. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.
9. Харрисон Т. «Внутренние болезни». «Практика» нашриёт уйи., М. 2002, 1–2 Т. 3176 бет.
10. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.

22-БЎЛИМ. ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ

Кичик жарроҳлик Умумий врачлик амалиётидаги роли	188
Боғлов (муолажа) хонасида УАВ бажаришига рухсат берилган жарроҳлик муолажалар рўйхати	189
Амбулатор кичик жарроҳлик учун умумий низом	190
Асосий жарроҳлик муолажалари	191
Маҳаллий оғрикисилантириш	191
Чок қўйиш ва олиш	191
Юзаки ва чуқур жароҳатларга ишлов бериш ва боғлам қўйиш	194
Шиналар қўйиш	197
Тери ва тери ости клетчаткасининг қатта бўлмаган хавфсиз ўсмаларини олиб ташлаш	198
Бошқа кичик жарроҳлик муолажалари	199
Теридан биопсия олиш	199
Юмшок тўқималардаги юзаки ёт таналарни олиб ташлаш	199
Ўсиб кирган тирноқни қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш	200
Сўталарни олиб ташлаш	201
Ётоқ яралар. Панариция ва паронихиялар. Оёқнинг трофик яралари. Мастит. Олиб бориш тактикаси ва кейинги кузатув	201
Абсцесс. Фурункулез. Флегмоналар	205
Қорин бўшлиғи яъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари	206
Ўткир қорин	206
Ўткир аппендицит	207
Қорин девори чурралари	209
Ичак тутилиши	211
Орка чиқариш йўли касалликлари	213
Орка чиқариш тешиги ёриқлари	213
Бавосил	214
Парапроктит	214
Варикоз касаллиги	214
Юзаки веналар тромбофлебити	215
Сколиоз	215
Ошқозонни бурун орқали зондлаш	216
Фойдаланилган адабиётлар	216

Кичик жарроҳликнинг умумий врачлик амалиётидаги роли

У ёки бу муолажаларни самарали бажаришга ишончингиз бўлмаса, уларни амалга оширишга ҳеч қачон ҳаракат қилманг. Ўз тажрибангиз ва мавжуд имкониятларингизни чегараланганлигини ҳисобга олинг.

Кичик жарроҳлик – умумий врачлик амалиётининг кўп киррали соҳаларидан бири бўлиб ҳисобланади ва махсус кўникмаларни талаб қилади.

Жарроҳлик муолажаларини бажариш шартлари – тайёргарлик, асбоблар, вақт. УАВ тажрибаси, зарур хона ва асбоблар – бу кичик жарроҳлик муолажаларини ўтказишнинг асосий талабларидир.

Талаб қилинадиган тажрибага эришиш: малака ошириш курсларида, узлуксиз тиббий таълим олиш машғулотларида ўқиш, иш жойида ҳамкасблар (жарроҳлар) билан бирга иш фаолиятини олиб бориш, махсус адабиётларни ўқиш; жарроҳлик муолажаларини амалга ошириш учун зарур бўлган жарроҳлик асбобларига, ускуналарга ва шароитларга эга бўлиш.

Беморлар қулайлик ва воситаларнинг иктисодий жиҳатдан арзонлигига аҳамият берадилар, бу ўз навбатида УАВга бўлган ишончини оширади.

Асбоблар ва материаллар

- Жарроҳлик муолажалари учун алоҳида хона (муолажа хонаси, боғлов хонаси) ажратилади. Бу хона ускуналарни, асбобларни, мосламаларни ва бошқа воситаларни сақлаш учун, беморга қулайлик яратиш ва унга икки томонлама осон яқинлашиш учун кенг бўлиши керак. Яхши ёруғлик манбаи билан таъминланган (кўчириб олиб юрилувчи бестен (соя ҳосил қилмайдиган) лампалари ёки полда турувчи эгилувчан лампа) бўлиши керак. Беморлар боши ва тизза остига қўйиш учун клиёнкали ёстикларнинг бўлиши. Қўлбармоқларда муолажаларни ўтказиш учун баландлигини ўзгартириб бўладиган ҳамда тортмалари мавжуд бўлган столларга эга бўлиш мақсадга мувофиқдир. Хонанинг поли ва деворлари осон ювилиши керак.
- Асбоб ва мосламаларни автоклавда стерилизация қилиш, сўнг стерил биксларда сақлаш зарур. Бир маротабалик асбоблардан, масалан, жароҳатни очиш ва дренажлаш учун бир марталик асбоблар йиғмасидан фойдаланиш мумкин.
- Жиҳозлардан асбоблар учун ҳаракатланувчи стол, патнис (буйраксимон тоғорача ёки лоток), асбоблар учун стерил пакетлар, тери ости инъекциялари учун шприц ва игналар.
- Шошилинч ҳолатлар учун хонада ускуналар ва мосламалар бўлиши инobatга олиниши шарт.
- Вена ичи инфузияси учун мослама ва ускуналар (жгут, игналар, томчилаб юбориш учун тизимлар, стерил эритмалар ва эритмали флаконларни осиб қўйиш учун штатив).
- Никоб билан юбориш учун кислород, бурун шланглари, Амбу қопчаси, оғиз нафас ўтказиш найи ва 2-3 ўлчамдаги никоблар.
- Шошилинч ҳолатлар учун дори воситалар, шу билан бирга парентерал йўл билан юбориш учун 1:1000 нисбатдаги адреналин, диазепам (валиум), атропин ва стероидлар.

- Асбобларнинг стандарт йиғмаси қуйидагиларни ўз ичига олади: 2та скальпель ушлагич (тиғининг механик бўшатилиши мақсадга мувофиқдир); скальпеллар учун тиғлар: № 10, 11, 15, 15с; қон тўхтатувчи қисқичлар: 2 та букилган ва 2 та Микулич типидagi тўғри, 2 та «москит» типидagi тўғри; 2 та игна ушлагич: қатта ва кичик; 2 та турли ўлчамдаги жарроҳлик пинцетлари; турли ўлчамдаги анатомик пинцетлар; 2 та икки учли кенгайтиргичлар; 2 та чокларни олиш учун қайчилар: тўмтоқ ва учли, стандарт ва кичик; сочиқлар учун қисқичлар, юмшоқ зонд.
- 5-0 ва 6-0 ўлчамдаги иплар учун кичик игналар (Р-1 ёки Р-3, PRE-1 ёки PRE-3). Р ёки PRE билан белгиланган игналар қўлда чархланади. Булар жуда учли бўлиб, юздаги жароҳатларни тикиш учун қўлланилади. FS ва CE белгилари билан штампланган игналар унчалик учли бўлмаган, улар тананинг бошқа соҳаларига қўллаш лозим.
- Терини тикиш учун сўрилмайдиган чокли материал қўлланилади. Кўпинча бир ипли нейлон ёки унга эквивалент бўлган 3/0, 4/0, 5/0 ўлчамли чокли материалдан фойдаланилади. 6/0 ўлчамли ингичка чокли материал юз соҳасидаги жароҳатларни тикиш учун қолдирилади. Шойи ва бошқа тўкилган материаллардан қочиш лозим, сабаби улар бактерияларни жароҳат остига киришига шароит яратади.
- Бошқалар: учи пахтали ёғоч таёқчалар, синишларда қўлни боғлаш учун учбурчакли боғламлар (кийик рўмол), ёпишқоқ суюқлик, стерил қўлқоплар, турли диаметрдаги дренаж найлари, ноадгезив боғлов материаллари, дока, докали губкалар, бинтлар, тасмасимон лейкопластир, эластик бинтлар, турли эластик боғламлар.

Кичик жарроҳлик учун қулай бўлган турли хил пакетларни ташкил қилиш мумкин:

Ўсиб кирган тирноқни олиш учун жарроҳлик пакети: ташки амалиёт учун пеленка ва жарроҳлик майдони учун пеленка, 2 та букилган ва тўғри қисқичлар, қайчилар, скальпель учун ушлагич, иккита пинцет, докали шарчалар, салфеткалар ва дренаж.

Жарроҳлик пакети (навбатчи): пеленка, 2 та букилган ва тўғри қисқичлар, қайчилар, скальпель учун ушлагич, иккита пинцет, игна ушлагич, докали шарчалар ва салфеткалар.

Хавфсизлик мақсадида доимо Сиздаги кесувчи асбоблар, иплар, игналар, тампон/салфеткалар сонини аниқ билинг ва муолажадан кейин уларни яна тайёрлаб қўйинг (сонини солиштиринг).

Боғлов (муолажа) хонасида умумий амалиёт врачига рухсат берилган жарроҳлик муолажаларининг рўйхати

Шошилинч жароҳлик амалиёти ва муолажалари

- Жонлантириш чора-тадбирлари (сунъий нафас, трахея интубацияси, трахеостомия, юракни ёпиқ уқалаш, коникотомия).
- Жароҳатларда қон тўхтатиш (қон тўхтатувчи қисқич ёки лигатура қўйиш).
- Қўл-оёқ, тананинг тери жароҳатларини тикиш, ювиш, жарроҳлик йўли билан ишлов бериш, қон кетишини тўхтатиш, ҳаётга қобилиятсиз (ўлган) тўқималарни олиб ташлаш.

- Парафимозда жарроҳлик амалиёти (сикилган ҳалқани кесиш ёки жинсий олат бошчасини тўғрилаш).
- Маҳаллий ва ўтказувчи оғрикисизлангириш.
- Бурундан қон кетишда олдинги тампонада.
- Тери ва тери ости клетчаткаси абсцессларини (бўйин соҳасидан ташқари) ва йиринглаган қадокларни очиш ва дренажлаш.
- Паронихийларни очиш ва дренажлаш.
- Юмшоқ боғламларни қўйиш, қўл-оёқларни шиналаш.
- Жароҳатланишда кўздан кечириш: деформацияларни, томирли ва неврологик бузилишларни аниқлаш.
- Суяк синишлари ёки нуқсонларни аниқлаш мақсадида рентген суратларини таҳлил қилиш.
- Жароҳатланган беморнинг транспортировкасини ташкил қилиш.

Режали жарроҳлик амалиётлари

- Тери ва тери ости клетчаткасининг катта бўлмаган хавфсиз ўсмаларини олиб ташлаш (липома, фиброма, атерома).
- Тери биопсияси.
- Юмшоқ тўқима юзаки ёт таналарини олиб ташлаш.
- Ўсиб қирган тирнокни қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш.
- Тирноқ ости гематомасини дренажлаш.
- Учхлорсиркали ва салицил кислотали боғламлар ёрдамида сўғалларни олиш.
- Тўғри ичакдаги нажас тўпламаларини бармоқ билан олиб талаш.
- Юмшоқ тўқималар ва бўғимлардан йиринг ёки суюқлик аспирацияси.
- Бурун орқали ошқозонни зондлаш.
- Жароҳат ва қуйишларда боғлам қўйиш ва бошқа ёрдам кўрсатиш.

Юмшоқ тўқимадаги ёт таналарни олиб ташлашга кўрсатмалар: юзаки жойлашган, пайласталаниши мумкин. Ёт тана металл бўлса, рентеннологик текширув ўтказмасдан олиш мумкин эмас. Албатта қокшолга қарши зардоб (агар бемор фаол эмланган бўлса, у ҳолда фақат анатоксин) юбориш шарт.

Режали жарроҳлик амалиётини ўтказишга қарши кўрсатмалар: УАВда зарур бўлган тажрибанинг йўқлиги; талаб қилинадиган хона ёки асбобларнинг мавжуд эмаслиги, амалга ошириладиган амалиёт ҳажмининг руҳсат этилган ҳажмга мос келмаслиги, беморнинг оғир ахволи ёки ёндош патологиянинг аниқланиши (масалан, қандли диабет).

Амбулатор кичик жарроҳлик учун умумий низом

- Ҳужжатларни олиб бориш: олинган маълумотлар аниқ, лўнда ёзилган бўлиб, ўз ичига анамнез, умумий кўрик маълумотларини, ташхис ва ўтказилган муолажаларни: қўлланилган дори воситаларининг миқдори, таъсир муддатининг тугаши, ишлаб чиқарилиш шакли, чокларнинг сони ва бошқа маълумотларни камраб олиши керак.
 - Муолажани ўтказиш учун (ҳаттоки кичик муолажалар учун ҳам) беморнинг розилигини олиш: ўтказиладиган муолажа тўғрисида, шу билан бирга унинг фойдаси, ножўя таъсирлари ва асоратлари ҳақида тўлиқ маълумот бериш.
 - Асоратларнинг олдини олиш.
 - Асоратларни эрта аниқлаш.
 - Муолажагача асосий гемодинамик кўрсаткичларни ёзиб олиш.
 - Муолажа вақтида беморнинг ахволини назорат қилиш.

Аралашувдан сўнг беморга бериладиган тавсиялар

- Боғлам қўйиш ва чокларни ечиш кунини белгилаш.
 - Боғламни тоза ва қурук ҳолда сақлаш.
 - Шикастланган қисмни камроқ ҳаракатлантириш. Иммобилизация жароҳатни тезроқ битиши, чандикларнинг камроқ ҳосил бўлиши ва камроқ қон кетишига шароит ярағди.
 - Жароҳатланган қўл-оёқни иложи борича узоқ муддат, айниқса биринчи 24-36 соат ичида қулай вазиятда ушлаш. Бир оз кўтарилган ҳолат шиш, оғрик, қон кетишининг камайишига ёрдам беради ва битишини таъминлайди.
 - Биринчи 24 соат ичида оғрик ва шишни камайтириш мақсадида музли пуфакча қўйиш.
 - Одатий бўлмаган оғрик, шиш, қизариш ёки қон кетишида врач билан боғланиш.
- Юздаги жароҳатларни парвариш қилиш**
- Ҳаво кириши учун жароҳатни очиқ сақлаш.
 - Ҳар қуни ярим аралаштирилган водород перекиси билан ювиш.
 - Ишлов берилгандан сўнг антибиотикли малҳамни юпқа қатлам билан суриш мумкин.
 - Агар муолажа вақтида ёпишқоқ тасма жароҳатга қўндаланг тарзда жойлаштирилган бўлса, у ҳолда ўз жойида 4-7 кун давомида қолиши талаб қилинади.

Асосий жарроҳлик муолажалари**Маҳаллий оғриксизлантириш**

Маҳаллий оғриксизлантиришда нисбатан кенг қўлланиладиган препаратлар – 0,5-2% лидокаин, ксилокаин, прокаин. Маҳаллий оғриксизлантиришда адреналин (1:200000) қўшиш тавсия қилинади – қон кетиш хавфини камайтиради, оғриксизлантириш вақтини узаёттиради. Артерия охирлари ўтадиган соҳаларига адреналин юбориш тавсия қилинмайди (бармоқлар, оёқнинг бош бармоғи, жинсий олат, кулоқлар, бурун). Катталарда маҳаллий оғриксизлантириш учун максимал дозаси – 1% ли 20 мл эритма хавфсиз ҳисобланади. Қариялар ва болаларда камроқ доза қўлланилади. Адреналиннинг юкори дозаси тиришишлар ва юрак аритмиясига сабаб бўлиши мумкин.

Оғриксизлантиришни ўтказиш

Беморни маҳаллий увишиб қолиш ҳиссининг – оғриксизлантиришдан сўнг шу соҳада босилиш ҳиссининг пайдо бўлиши тўғрисида огоҳлантириш зарур. Агар бемор оғрикни ҳис қилса, у ҳолда анестетик микдори оширилади. Терини артиб, ингичка игнани чуқур бўлмаган ҳолатда тери ичига юбориш. Пуфак (пуфакча) ҳосил бўлганидан сўнг, игнани чуқурроқ киритилади. Анестетик юборилишига қадар, игна қон томирига киритилмаганлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида шприц поршени тортиб турилади. Оғриксизлантириш кесиб ташланадиган жароҳатнинг барча соҳаларини камраб олиши лозим. Бу бир неча маротаба игна киритишни талаб қилиши мумкин. Нохуш ҳисларни олдини олиш мақсадида, қайтадан игна киритишни терининг оғриксизлантирилган соҳалари орқали амалга оширишга ҳаракат қилинг. У ёки бу муолажани бажаришгача, оғриксизлантириш самараси номоён бўлишига қадар 2-5 дақиқа ажратиш лозим.

Чок қўйиш ва олиш

Чок қўйишнинг бир неча турлари мавжуддир. Доимо қўйилган чокларнинг сони ва уларни ечиш вақтини назорат қилиш керак. Одатда юз соҳасидаги чоклар 3-5 кундан сўнг, тананинг орқа қисмида

7-14 кундан сўнг, оёқларда 5-7 кундан сўнг олинади. Айрим вазиятларда чок ўрнига тикувчи қовусчалар (скобка) қўллаш мумкин.

Чок қўйиш техникаси

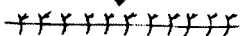
Жароҳат атрофидаги сочлар олинмайди, чунки бу инфекция билан зарарланиш хавфини оширади. Сочларни жароҳат ташқарисида ушлаб туриш учун уларга стерил гел суртилади. Атрофдаги терига антисептик воситалар билан эҳтиёткорлик билан ишлов берилади ва жароҳатни стерил салфеткалар билан ўралади. Жароҳат атрофларини игна билан санчиш, инфекция тарқалишига мойиллик туғдиради, шунинг учун ўтказувчи оғрикисизлантиришни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Жароҳатни тўмтоқ учли игнали шприцни қўллаган ҳолда суюқлик окими билан ювилади. Ҳаётга қобилиятсиз тўқималар ва жароҳатнинг нотекис четлари кесилади. Жароҳатни тортилишсиз тикиш учун жароҳат остидаги тўқимадан ажратилади яъни юзаки қатта бўлмаган жароҳатдан ташқари барча жароҳатларда мобилизация ўтказилади. Тананинг юқори қисми ва қўл-оёқларда жароҳат чеккалари тери ости клетчаткаси ва юзаки фасция орасида ажратилади; бошнинг сочили қисмида – пай қобигининг юзаси бўйлаб; юз соҳасида – тери ости клетчаткаси қалинлиги бўйлаб амалга оширилади. Фасцияни сўрилувчи иплар (масалан, кетгут билан) тикилади. Тери ости клетчаткасига чоклар қўйилмайди. Терини сўрилмайдиган иплар билан тикилади. Юз жароҳатини тикишда 5/0 нейлон билан оддий тугунчали чок қўйиш яхши косметик натижа беради; жароҳат кирғокларидан 2-3 мм масофада чекиниб, ҳар 2-3 мм ораликда қавиклар қилинади. Чоклар олингандан сўнг жароҳатни лейкопластир билан беркитилади.

Тўғри

Ишлов бериш



Мобилизация қилиш



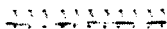
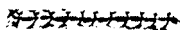
Мобилизация қилиш



Нотўғри



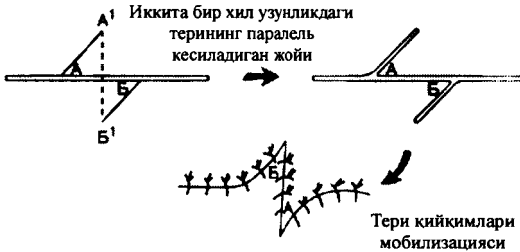
Нотекис киррали жароҳат



Қўпол, деформацияланган чандик

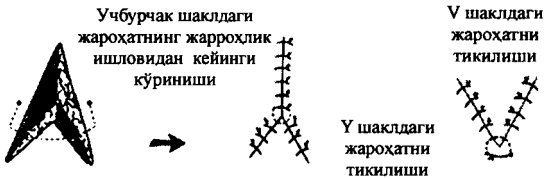
Расм 22.1. Чок қўйиш техникаси.

Z-симон пластика — жароҳат нуқсонини симметрик учрашувчи учбурчаклар билан беркитиш. Тўқималар тортилиши билан тикилган жароҳат дағал, тортилувчи чандиклар ҳосил қилиб, секин битади. Z-симон пластика айниқса жароҳатнинг бўғим букилувчи соҳаси билан кесишиш ҳолатларида тортилишнинг олдини олади.



Расм 22.2. Z-симон пластика.

Учбурчак нуқсонларни ёпиш. Учбурчак чўлтоқ чўққисининг некрозини олдини олиш мақсадида, модификацияланган матрасли чок қўлланилади. Бунда ипни тери ости клетчаткаси орқали ярим айлана ҳолида ўтказилади ва чўлтоқ чўққисидан узоқроқда тугун боғланади.



Расм 22.3. Учбурчак нуқсонларни ёпиш.

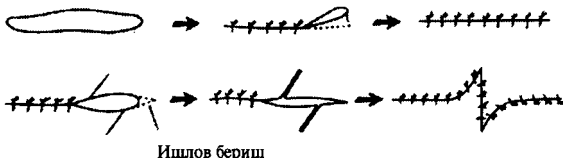
Қияланган жароҳатларни тикиш. Агар жароҳат йўли қия бурчак остида ўтган бўлса, чандикнинг тортилишида «букрилиқ» ҳосил бўлиши мумкин. Шунинг учун жароҳатни беркитишдан аввал унинг кирғоклари тўғри бурчак остида текисланади ва остидаги тўқимадан ажратилади. Агар жароҳат жуда чуқур бўлса, у ҳолда кирғоклар қатламма-қатлам ажратилади.



Расм 22.4. Қияланган жароҳатларни тикиш.

Юмалок ва овал жароҳатларни тикиш. Юмалок жароҳатларни тикишда айрим ҳолатларда «ит кулоқлари» кўринишидаги ҳолат юзага келади. Ортиқча тўкима ажратиб қирқилади ва шу билан тиртиқ узайтирилади. Юмалок жароҳатларни берикитишда альтернатив усул бу – Z-симон пластика.

«Ит кулоғи» кўринишидаги жароҳатга ишлов берилганда чандик узаяди



Рисм 22.5. Юмалок ва овал жароҳатларни тикиш.

Юзаки ва чуқур жароҳатларга ишлов бериш ва боғлам қўйиш

Асосий чора-тадбирлар

1. *Жароҳатни баҳолаш:* сабаби, жойлашиш соҳаси, беморнинг ёши ва умумий аҳволи ҳамда ёндош шикастланишлар ва касалликлар.

2. *Жароҳатни тозалаш:* инфекция ривожланишига мойиллик туғдирувчи омилларни бартараф қилиш.

3. *Жароҳатни ётиш:* боғлам, пластир, чок ёки скобкалар (ковусчалар) қўйиш.

Турли чора-тадбирларнинг даражаси ва ҳажми эришилиши лозим бўлган жароҳат ҳолати ва самарасини баҳолашга боғлиқдир.

Травматик ўткир жароҳатлар

Жароҳатга дастлабки ва якуний ишлов бериш фаркланади:

Жароҳатга дастлабки ишлов бериш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Бемор аҳволини баҳолаш ва ҳаётий зарур кўрсаткичларни турғунлаштириш;

- Қон тўхтагишига қаратилган биринчи ёрдам чора-тадбирларини амалга ошириш;

- Инфекциядан ҳимоя қилиш ва беморларни ташиш вақтида вақтинчалик боғлам қўйиш;

- Зарурият бўлганда – тананинг шикастланган қисмлари ёки оёқ-қўлларни иммобилизация қилиш.

Шок белгилари билан кечувчи оғир жароҳатларга бошланғич ишлов беришдан аввал зудлик билан шокка қарши терапия бошланг талаб қилинади.

Жароҳатга якуний ишлов бериш қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Талаб қилинадиган оғрикисзлантириш ёрдамида ва асептик шароитда жароҳатни текшириш ва ёт таналардан тозалаш (ифлосланган моддалар, мато қисмлари ёки шиша бўлақлари);

- Жароҳатни микроорганизмлардан иложи борича астойдил тозалаш ва қон айланиши бузилган тўқималарни ажратиб кесиб ташлаш;

- Жароҳатни тозалаш тури ва ҳажмига кўра боғлам, чок, ковус ёки тасмалар ёрдамида ёпиш. Шубҳали вазиятларда жароҳат очик қолдирилади ва жароҳат иккиламчи тортилиш билан битади.

Ҳайвонларнинг тишлаши

Ҳайвон (айниқса ёввойи ҳайвон) тишлари билан юзага келади-ган жароҳатлар кўпинча юмшоқ тўқималарнинг йўқотилиши ва синишлар билан бирга кечади.

Хавф омиллари

- Итлар кўпинча куннинг иккинчи ярмида илиқ ва иссиқ ҳаво шаронтида тишлайди, улар ярим ечинган инсонларни ёқтирмайдилар.
- Мушуклар кўпинча эрталаб тишлайди.
- Итлар алкоголь ҳидини ёқтирмайди.

Клиник манзараси. Тишланган жароҳатлар шилинган, тирна-лишлар кўринишида бўлади. Жароҳат чеккалари одатда йиртилган, эзилган бўлади.

Даволаш. Жарроҳлик йўли билан ва дори воситалари билан амалга оширилади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш

Ҳаётга қобилиятсиз тўқималарни олиб ташлаш билан бирга жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишловини бериш.

- Агар тишлаш 12 соатдан ортиқ бўлмаган вақт давомида ку-затиш бўлса, у ҳолда жароҳатни тикиш мумкин.
- Тишлашдан 3-5 кун ўтгандан сўнг, инфекция билан зарарланган жароҳатларда ва бирламчи ишлов бериш билан инфекция ривожланишининг олдини олиш имконияти бўлмаган ҳолатларда бирламчи-кечиктирилган чокларни кўйиш мақсадга мувофиқдир.
- Панжа суякларининг синишида шина кўйиш зарурдир.

Дори воситалари билан даволаш

Кутуриш профилактикаси учун антирабик зардобни юбориш.

1. Агар кутурган ёки кутуришга шубҳа қилинган ҳайвон тишлаган бўлса, у ҳолда бир вақтнинг ўзиде фаол ва суэ эмлаш ўтказилади.

2. Антирабик диплоид ҳужайрали вакцинанинг 5 дозаси (хар бири 1 мл дан) мушак орасига юборилади. Биринчи инъекция илжи борича зудлик билан тишлангандан сўнг, кейингилари эса биринчи инъекциядан сўнг 3, 7, 14, ва 28 кунлари қилинади.

3. Одам антирабик иммуноглобулини бир маротаба 20 ХБ/кг миқдорда вакцинанинг биринчи дозаси билан бирга тайинланади. Ярим дозаси тишланган соҳага, қолган ярми эса мушак орасига юборилади.

4. Эмланишлар касалликнинг клиник белгилари бошланишига қадар самарали ҳисобланади. Ҳайвон 20 кун давомида кузатилади. Кутуриш белгилари пайдо бўлса, ҳайвон йўқ қилинади, бош мияси эса Негри таначаларини аниқлаш учун текширилади

- Қоқшол анатоксинини юбориш (эмланган беморларга, агар сўнгги эмлаш 5 йилдан ортиқ вақт давомида ўтказилган бўлса).
- Одам қоқшолга қарши иммуноглобулини – нотўлик бир-ламчи эмланганларда қўлланилади.
- Ҳайвон тишлаганидан сўнг биринчи 12 соат ичида профи-лактика мақсадида ўтказиладиган терапия:
– пенициллин V (феноксиметилпенициллин) – 500 мг дан кунига 4 маҳал, 3 кун давомида тайинланади (болаларга – 50 мг/кг/сут кунига 2 маҳал).
– амоксициллин – 500 мг дан кунига 3 маҳал. Болаларга – 40 мг/кг/сут дан кунига 3 маҳал тавсия қилинади.

Пенициллинга аллергияси бор беморларга – доксициклин ёки эритромицин тавсия қилинади.

Оқибати: асоратлар кузатилмаса, жароҳат бирламчи тортилиш билан битади.

Куйиш жароҳатлари

Жароҳат сочлардан тозаланилади, сўнг маҳаллий анестетиклар билан ишлов бериб, боғлам билан ёпилади. Одатда жароҳатларга микробларга қарши малҳам ёки суртмалар суртилади, ёпишмайдиган малҳамли боғламлар билан (жароҳатларни ёпиш учун воситалар) ва ажраладиган секретни сўрувчи докали компресс катламлари билан ёпилади. Бундай «ёпиқ терапия» инфекциядан яхши ҳимоялайди ва жароҳатнинг куриши ҳамда куйиш жароҳатини чуқурлашишига олиб келиши мумкин бўлган иккиламчи некроз хавфини олдини олади.

Кичик ва юзаки куйиш жароҳатларида бирламчи ишлов бериш бир вақтнинг ўзида яқуний бўлиб ҳисобланади.

Оғир даражадаги куйиш жароҳатларида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилгандан сўнг, беморни куйиш шоки ва куйиш касаллигини даволаш учун шифохонага юборилади.

Жарроҳлик амалиёти жароҳатлари

Жарроҳлик амалиёти жароҳатлари одатда у ёки бу даражадаги тўқималарнинг йўқотилиши билан боғлиқ эмас, шунинг учун жароҳат инфекцияси кузатилмаган ҳолатларда бирламчи тортилиш билан битишга барча мойиллик мавжуддир. Жарроҳлик амалиётининг ўзига ҳос хусусиятларига боғлиқ ҳолда гематома ва серома ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида, жароҳат ажралмаси ва қон чиқиши учун дренаж қўйилади.

Жарроҳлик амалиёти жароҳатлари қуруқ, яхши сўрувчи ва ҳаво ўтказувчи боғлам билан ёпилади – қонли ажралмаларни тортиб олади ва жароҳатни иккиламчи инфекциядан ҳимоялайди. Боғлам одатда чокларни олгунга қадар қолдирилади. Лекин агар амалиётдан сўнг боғлам қон билан қопланган бўлса, у ҳолда боғламни алмаштириш лозим.

Эпителиал юзаки жароҳатлар

Фақат эпидермис сатҳида кузатилади. Ўз-ўзидан реэпителизация ва чандиксиз битиш кузатилади. Лекин, базал кават остида бевосита жойлашган юпка капиллярлар бутунлигининг бузилиши натижасида юзаки жароҳатларда кучли қонаш ва суюклик ажралиши, ҳамда боғламларга ёпишиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Бундан ташқари бу жароҳатлар кўп сонли нерв толалари охирилариининг очилиши билан боғлиқ ҳолда, кўпинча оғрикли бўлади.

Лат ейишлар механик равишда тозаланилади, зарурият бўлганда – нам боғламлар ёрдамида капилляр қон кетиш тўхтатилади. Шундан сўнг инфекциядан ҳимояловчи ва эпителизация жараёнига кўмаклашувчи боғлам қўйилади. Боғлам жароҳатни нам ва юмшоқ ҳолатда ушлаб туриши ҳамда қуримаслиги ва ёпишиб қолмаслиги керак. Қуриш натижасида битиш секинлашиши мумкин. Агар боғлам ёпишиб қолса, алмаштириш вақтида янги ҳосил бўлган эпителиал ҳужайраларнинг кўчиши кузатилади; боғламни алмаштириш оғрик чакиради. Эпителиал жароҳатлар учун малҳамли боғламлар ёки ёпишмайдиган гелли қопламага эга бўлган сўрилувчи компресслар мос келади.

Совуққа олдириш

Тўқималарнинг маҳаллий атмосферанинг совуқ ҳарорати ёки тери қопламларининг ўта совуқ воситалар билан таъсирланиши натижасида келиб чикувчи жароҳатланишидир.

Совуққа олдиришнинг I, II, III, IV даражалари фарқланади; I ва II даражаси (маҳаллий) УАВ фаолиятига қарашлидир.

- I даража – тери қопламларининг ранглар (айрим ҳолларда кўкимтир), шиш.. Оғрик, кичиш, парестезия, жароҳатланган соҳа бўғимларида қакпаш хисси 5-7 кундан сўнг мустақил равишда йўқолади. Кейинроқ жароҳатланган соҳаларнинг совуққа нисбатан ўта сезувчанлиги пайдо бўлади.

- II даража – кизарганган ёки кўкимтир терида сероз экссудатга эга бўлган пуфакчалар пайдо бўлади (эпидермиснинг базал қаватгача некрози), бу пуфакчалар ўзидан кейин чандик ва грануляция қолдирмайди. Битиш одатда 2-3 ҳафта давом этади.
- III даража – реактив даврнинг бошида геморрагик экссудатга эга бўлган пуфакчалар пайдо бўлади, сўнг – тери ва тери ости клетчаткасининг некрози кузатилади. Тери қопламлари тўқ қизил рангга киради, кейинчалик қора пўстлоқ ҳосил бўлади. Оғрик сезувчанлиги аниқланмайди. Некрозланган соҳаларнинг кўчишидан сўнг грануляция ва чандик қолади. Битиш давомийлиги 1-3 ойни ташкил қилади.
- IV даража – тери барча қаватларининг, суякларнинг ёндош юмшоқ тўқималарнинг некрози кузатилади. Тери – кўкимтир рангда, айрим ҳолатларда геморрагик экссудатга эга бўлган, унча катта бўлмаган пуфакчалар пайдо бўлади. Некрозланган соҳаларнинг кўчиби ажралиши бир неча ойга чўзилади ва одатда нам гангрена ҳамда бошқа йирингли асоратлар билан асоратланади, айрим ҳолатларда эса тўқималарнинг мумификацияси кузатилади.

Клиник манзараси. Фарқланади:

- Яширин давр: клиник белгилар яққол ривожланмаган. Терида сезувчанликнинг йўқолиши, оқариш ёки кўқариш, жароҳатланган тери соҳасидаги тўқималарнинг зичлашиши кузатилади. Жароҳат чуқурлигини аниқлаш қийин.

- Реактив давр: яллиғланиш белгилари пайдо бўлади (шиш, оғрик, кизариш), совуқдан жароҳатланиш соҳасида некроз кузатилади. Жароҳатланиш чуқурлигини совуққа олдиришнинг 2-3 кунларида аниқлаш мумкин.

Даволаш. Биринчи тиббий ёрдам. Жароҳатланган беморни дарҳол иссиқ хонага олиб кириш, нам кийим-кечакларини ва оёқ кийимини алмаштириш, ичиш учун иссиқ суюқлик бериш зарур. Терининг жароҳатланган соҳасига иссиқлик сакловчи боғлам қўйилади. Совуққа олдирилган соҳани юмшоқ тўқима ёки қўл билан ишқаланади. Совуққа олодирилган қўл ёки оёқни 30 дақиқа давомида илик сувда иситилади (40 градусдан юқори бўлмаган); пуфакчалар очилмайди. Совуққа олдиришнинг III ва IV даражасида беморлар шифохонага юборилади.

Шиналар қўйиш

Асосий томоғиллари

Шина учун ишлатиладиган материал туридан катъий назар рию қилиниши зарур бўлган умумий қоидалар мавжуддир.

- Шина қўйишдан аввал пульсни, қўл ёки оёқларнинг жароҳатланган соҳасидан дисталроқ қисмида сезиш ва ҳаракат функцияларини баҳолаш зарур. Шина қўйгандан сўнг шу параметрларни қайта баҳоланади.
- Шина қўйиш ва мустаҳкамлашдан аввал бўғимни жароҳатланиш соҳасидан юқори ва пастки соҳасидан имобилизация қилиш зарур.
- Жароҳатланган соҳада эҳтиёткорлик билан очик жароҳат борлигини текшириш.
- Шина қўйишдан олдин кучли деформация ва жароҳатланишдан дистал қисмда кўқариш кузатилса, ҳамда пульс аниқланмаган ҳолатларда тракция (куч билан тортиш) бажарган ҳолда қўл ва оёқнинг анатомик ҳолатини тиклаш зарур.

- Очик жароҳатдан суяк синиклари чикиб турган бўлса уларни жароҳат ичига киритишга ҳаракат қилмаслик керак.
- Шина қўйишдан аввал кучли босим ва нохуш сезгини олдини олиш мақсадида қўл ва оёқларни юмшоқ материал билан ёпиш зарур.
- Беморни касалхонага юборишдан аввал жароҳат соҳасига шина қўйиш зарур, бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолатлар ва шошилишчи равишда транспортировка талаб қилинувчи ҳолатлар бундан истисно.
- Жароҳатдан дистал соҳада жойлашган заргарлик тақинчокларини ечиш зарур, акс ҳолда шишнинг ривожланиши қўл ва оёқнинг босилиши ва кейинги жароҳатланишига олиб келиши мумкин.

Агар суяк-мушак тизими жароҳатланган беморда шок белгилари ёки шошилишчи равишда транспортировка талаб қилувчи бошқа ҳолатлар кузатилса, у ҳолда қўл ва оёқларнинг анатомик ҳолатини тиклаш ва тахта билан иммобилизация қилиш зарур. Шу тарзда, шошилишчи равишда транспортировка шина қўйишдан муҳимроқ бўлган ҳолатларда мақсадга йўналтирилган иммобилизацияга эришилади.

Тери ва тери ости клетчаткасининг катта бўлмаган хавфсиз ҳосилаларини олиб ташлаш (липوما, фиброма, атерома)

Врач қуйидаги муолажаларни назарий (китоб орқали) эмас балки амалиётда (иш жойида) бажариш бўйича ўқув курсини ўтганлигини тасдиқловчи маълумотлар бўлиши зарур.

- Фақат хавфсиз ҳосилаларни олиб ташлаш мумкин. Хавфли ўсмаларга шубҳа пайдо бўлганда мутахассисга юбориш зарур.
- Фақат УАВ ишонч билан олиб ташлаши мумкин бўлган хавфсиз ҳосилалар (айниқса жойлашиш соҳаси бўйича) олиб ташланади. Юз ёки лаб соҳасидаги ҳосилаларни фақат мутахассис олиб ташлайди, чунки улардан сўнг сезиларли чандиклар қолиши мумкин.
- Барча олинган ҳосилалар формалинга жойлаштирилади ва гистологик текширувга юборилади. Ҳосиланинг жойлашиш соҳаси ва қисми (томони) бириктирилган ёрликда кўрсатилади.

Олиб ташлаш томойлари

Липома – ёғ тўқимасидан ҳосил бўлувчи хавфсиз ҳосила; юмшоқ ва эластик консистенцияга, бўлакчали тузилиш ва аниқ чегараларга эга; оғриксиз, кўп сонли бўлиб, кўпинча қўл ва тананинг юқори соҳасида жойлашади.

Бемордан ёзма равишда розилик олинади; юқори хавф соҳаларида (тана орқа соҳасининг юқори қисмида, кўкрак соҳасида) муолажадан сўнг чандик қолиш эҳтимоли борлиги тўғрисида огоҳлантириш лозим. Сўнг:

- ҳосиланинг чегаралари ва атрофдаги тўқима ҳамда аъзоларга нисбатан жойлашиши аниқланади;
- липома атрофидаги ва остидаги тўқималар 1% ли лидокаин эритмасини адреналин билан бирга юбориб инфилтратсияланади;
- Лангер чизиклари бўйлаб бевосита ўсма устидан тери кесмалари ўтказилади, кесмаларнинг узунлиги ўсманинг 2/3 қисмига тенг бўлиши лозим; йирик липомаларни икки ҳошияли кесмалар билан ажратилади;

- эҳтиёткорлик билан ўсмани бармоқлар билан ажратиб олиниб, бунда унинг барча бўлақчалари олинганлигига эътибор бериш лозим;
- бириктирувчи тўқимали битишмалар аниқланса, уларни қайчи билан кесилади;
- иккиламчи ҳолда ҳосила бутунлигича олинганлиги текширилади;
- тампонлаш ёрдамида қон кетиши тўхтатилади, жароҳатдан эркин ётувчи тўқима бўлақлари олинади;
- тери ости клетчаткасига алоҳида кетгутли иглар билан чок қўйилади;
- терига алоҳида шойили чоклар қўйилади;
- препарат гистологик текширувга юборилади.

Фиброма – одатда қарияларда кузатилади ва уларга хавфли ҳосилага айланиш хос эмас. Бу теридан ҳосил бўлувчи ҳажмли ҳосила бўлиб, бўйин соҳасида, қўлтиқ ости ва чов соҳаларида ҳамда тананинг юқори қисмида жойлашади.

Даволаш одатда жаррохлик йўли билан амалга оширилади, лекин юмшоқ фибромаларни даволамаса ҳам бўлади. Ҳосилани қайчилар ёрдамида ажратиб қиркилади ёки асосидан шойили лигатура билан боғланади, ёки электрокоагуляция ўтказилади, ёки криотерапия амалга оширилади. Одатда оғриқсизлантириш ўтказилмайди.

Бошқа кичик жаррохлик муолажалари

Теридан биопсия олиш

Биопсия турлари: кўпинча юпқа кесмалар ва пункцион биопсия қўлланилади.

- *Юпқа кесма:* рақ олди касалликларда ва хавфли ўсмаларда (меланомадан ташқари) амалга оширилади. Юпқа кесма маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Аввал терига ишлов берилади, сўнг юпқа скальпель ёрдамида кесма ўтказилади, бунда лезвия тери юзасига томон қаритилиб йўналтирилади. Қон кетиши электрокоагуляция ёки босиш ёрдамида тўхтатилади, докали боғлам қўйилади. Одатда бундай биопсиядан сўнг сезилмас даражадаги чандик кузатилиши мумкин.
- *Пункцион биопсия* жуда кенг қўлланилади, чунки бу усул ёрдамида ҳосиланинг қаватма-қават гистологик препарати олинади. Бунинг учун керакли ўлчамдаги игна (кўпинча 4 мм диаметрли) танланади, терига ишлов берилади, маҳаллий оғриқсизлантириш ўтказилади, тери икки томонга тортилади ва шу ҳолатда икки бармоқ билан ушлаб турилади. Игна терига нисбатан қатъий вертикал ҳолатда ушланиб, уни соат стрелкаси бўйлаб айланма ҳаракат қилинади ва бир вақтнинг ўзида босиб, 3 мм баландлиқда цилиндр шаклида ажратма қилинади. Сўнг игна олинади; тўқима устуни анатомик пинцет ёрдамида ушланиб юқорига тортилади ва скальпель ёки қайчи ёрдамида ажратиб кесилади. Олинган материал фиксацияловчи эритмага солинади; қон кетиши босиш ёки электрокоагуляция билан тўхтатилади (зарурият бўлса битта шойили чок, докали боғлам қўйилади).

Юмшоқ тўқималардаги юзаки ёт таначаларни олиб ташлаш

Юмшоқ тўқималардаги юзаки ёт таначалар қуйидаги ҳолатларда олиб ташланади: улар юзаки жойлашган ва пайпаслаш имконияти бўлган тақдирда амалга оширилади.

Металл ёт таначаларни дастлабки рентгенологик текширув ўтказмасдан олиб ташлаш мумкин эмас. Бу амалиётдан сўнг албат-

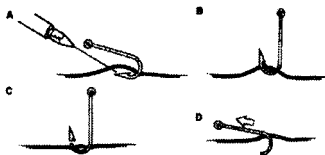
та қоқшолга қарши зардоб (агар бемор фаол эмланган бўлса, фақат анатоксин) юборилади.

Зиранча – инъекция учун қўлланиладиган оддий игна билан илинади ва олиб ташланади. Одатда терини кесиш талаб қилинмайди.

Балиқ тутувчи илгакларни икки усул билан олиш мумкин. Иккала ҳолда ҳам жароҳат йўли бўйлаб олинади.

Биринчи усул:

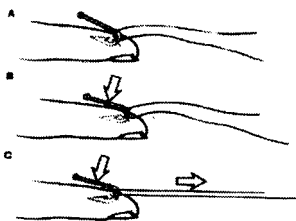
- Илгакатрофидагитўқимани 1-2 мл маҳаллий анестетик билан инфильтрацияланади.
- Илгак мустаҳкам қисқич билан ушланади.
- Скальпель билан (тиғ № 11) тўқималар илгакнинг кертигини эркинлаштириш учун кесилади. Бунда тиғ илгакдан йўнаптирилади.
- Илгак қисқич билан олиб ташланади.



Расм 22.6. Илгак олишнинг 1-усули.

Иккинчи усул: оғриксизлантириш ва терида кесма ўтказиш талаб қилинмайди.

- 10-12 см леска ёки мустаҳкам ипдан тугун қилинади. Тугунни бир томондан илгакка илинади (2 марта атрофидан айлантириб ўтказган маъқул), бошқасини врач ўзининг кўрсаткич бармоғига илинтиради.
- Бошқа қўлининг бармоғи билан илгакнинг ўрта қисмига тишчаларини эркинлаштириш учун босилади, сўнг тугунни кескин тортилади; бунда илгак теридан оғриксиз чиқади.



Расм 22.7. Илгак олишнинг 2-усули.

Ўсиб кирган тирноқни қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш

Ўсиб кирган тирноқ – кўпинча ўсмир ёшидаги ўғил болаларда учрайди. Катталарда бу ҳолат тирноқ кўндоғининг жароҳатланиши ёки деформацияси натижасида келиб чиқади. Типик жойлашиш соҳаси – бош бармоқ тирноғининг латерал қирғоғи.

Мойиллик келтирувчи омиллар: тирноқни нотўғри қирқиш, зич оёқ кийим кийиш, гигиена қоидаларига риоя қилмаслик.

Профилактика: оёқ кийимини тўғри танлаш ва тирноқларни парвариш қилиш, пахтали пайпоқларни кийиш ва уларни тез-тез алмаштириш. Тирноқнинг қирғоғи шундай қирқилиши керакки, унинг учлари тери бурмасидан ташқарига чиқиши лозим, бунинг учун у квадрат шаклга келтирилади.

Олиб ташлаш техникаси

- Терининг эллипсимон қисми ажратилади ва тирноқ валики соҳасида ортиқча тери олинади. Жароҳат битганидан сўнг тўқималарнинг меъёрий ўзаро муносабати тикланади.

Бармоқнинг ўтказувчи оғриксизлантирилишидан сўнг терининг эллипсимон кесмаси ўтказилади. Тирноқдан тери бурмаси четлаштирилади, чок қўйилади. Булар бурмаларни тўғриланган ҳолатда ушлаб туради. Грануляциян тўқима ва детрит ўткир қошиқча ёрдамида олиб ташланади.

- Тери соҳаси электрокоагулятор билан ажратилади. Бу яққол грануляцияларда самарали ҳисобланади. Даволашдан сўнг оғрик кам даражада кузатилади.

Бармоқнинг ўтказувчи оғриксизлантирилишидан сўнг терининг понасимон соҳаси грануляциялар билан бирга электрокоагулятор ёрдамида ажратиб қирқилади, бу йўл билан тирноқ эркинлаштирилади.

Сўғалларни олиб ташлаш

Сўғаллар – одам папилломаси вируси томонидан келтириб чиқарилувчи терининг ҳосиласидир. Қуйидаги турлари фарқланади: оддий, ясси. Ипсимон, бармоксимон, оёқ қафти ости сўғаллари ва ўткир учли кондилломалар.

*Олиб бориш тактикаси**Консерватив даво:*

- 5-20%-ли салицил кислота эритмасининг коллодияси кунига 1-2 марта тавсия қилинади;
- 2-4%-ли формалдегид эритмаси;
- фторурацил малҳами ёки суртмаси – бошқа даволаш усуллари самарасиз бўлганда, айниқса оддий тирноқ олди сўғаллари ва ясси сўғаллар аниқланган беморларда қўлланилади.
- *Криодеструкция*: кислороднинг суяқ икки оксиди ёки суяқ азот қўлланилади. Бу нафақат сўғалларни парчалайди, бундан ташқари вирусларга қарши иммунитетни кучайтиради. Агар сўғал дағал бўлиб, юзасида яққол мугузланиш аниқланса, бу ҳолатда мугузланувчи массалар дастлаб скальпель ёрдамида олиб ташланади.
- *Қириб олиш*: маҳаллий оғриксизлантириш остида сўғаллар ўткир қошиқчалар билан кавлаб олиб ташланади. Бундан сўнг кўпинча чандиклар ҳосил бўлади, шунинг учун доимий босимга учрайдиган тана соҳаларида масалан, оёқ қафтида жойлашган сўғалларни даволашда фойдаланилмагани маъқулдир.
- *Электрокоагуляция*: катта бўлмаган ипсимон ёки бармоксимон сўғалларда қўлланилади, маҳаллий оғриксизлантириш остида амалга оширилади. Катта сўғалларда электрокоагуляция кавлаб олиб ташлаш билан қўлланилади.
- *А витамини ва ретиноид препаратлари*. Ясси сўғалларда маҳаллий 1% ли ретиноид малҳамидан фойдаланиш самарали ҳисобланади. Бошқа усулларнинг самараси бўлмаган ҳолатларда этритинат ичишга тавсия қилинади.

Ётоқ яралар. Панариция ва паронихиялар.**Оёқларнинг трофик яралари. Мастит.****Олиб бориш тактикаси ва кейинги кузатув****Ётоқ яралар**

Кўпинча қарияларда, узоқ муддат ётиб даволанаётган, хушсиз, фалажланиш ва оғир сурункали касалликлар билан даволанаётган беморларда ривожланади.

Мойиллик келтирувчи омиллар: камқонлик.

Белгилари: бошланишида – терининг турғун кизариши, сўнг некроз кузатилади. Ҳосил бўлувчи яраларнинг кирғоклари одатда қавланган кўринишда, булар тез қатталашади. Яранинг тубидан некротик массалар ажралади. *Даволаш:* ётоқ яраларни тозалаш учун физиологик эритмадан фойдаланилади; боғлам қўйилади (ечиш учун жуда эҳтиёткорлик билан ажратилади). *Дори воситалар:* Аскорбин кислотаси – 500 мг кунига 2 маҳал ичишга; йирингли инфекция қўшилганда – антибиотиклар буюрилади. Консерватив даво самара бермаса – некрэктомия ва маҳаллий тўқималар ёки трансплантат билан тери нуқсонини ёпиш амалга оширилади.

Профилактика: беморнинг вазиятини ҳар 2 соатда ўзгартириш лозим; терини доимий кўздан кечириш; тўлақонли овқатланиш ва гигиенага риоя қилиш; сийдик ва нажас ушлай олмасликда терини эътибор билан парвариш қилиш.

Панариция

Қўл ва айрим ҳолларда оёқ бармоқлари тўқималарининг ўткир йирингли яллиғланиши. *Сабаблари:* бармоқлар қафт юзасининг маиший шароитда, ишлаб чиқариш ва айрим ҳолларда маникюр жараёнида майда жароҳатлари. *Мойиллик келтирувчи омиллар:* қандли диабет, қон айланишининг сурункали бузилиши.

- *Тирноқ ости панарицияси* – тирноқ остига кириб қолган ёт таъначалар таъсирида, тирноқ ости гематомаларнинг йиринглаши натижаси билан изоҳланади. *Белгилари:* оғрик, пайпаслаганда оғриклилик, тирноқ остида йирингнинг тўпланиши. *Даволаш:* жарроҳлик йўли билан, амбулатор шароитда ўтказувчи оғриқсизлантириш остида амалга оширилиши мумкин.
- *Тери ости панарицияси* – бармоқлар йирингли зарарланишининг энг кўп учрайдиган шаклидир. *Белгилари:* оғрик, терининг кизариши, шиш, инфилтрация, бармоқни букишда оғрикнинг кескин кучайиши. *Даволаш:* консерватив даво – тўқималарнинг йирингли ўзгариши, лимфангит ёки бармоқлар функциясининг кескин чегараланиши кузатилишига қадар эрта босқичларда тавсия қилиниши мумкин – функционал вазиятдаги тинчлик ҳолати, қўл ёки оёқнинг баландроқ ҳолатда бўлиши, кизариш ва шиш тарқалишининг ҳар кунги назорати, боғламларни ҳар кун и алмаштириш, диоксидин, антибиотиклар: пенициллин, цефалоспоринлар) билан боғлам қўйиш, кучли оғрик безовта қилганда аналгетиклардан фойдаланиш. *Жарроҳлик муолажаси* – оғрикнинг сезиларли даражада кучайишида (яққол оғрик синдроми) амалга оширилади.
- *Пай панарицияси* – тери ости панарициясининг нотўғри даволаш ёки врачга кеч мурожаат қилиш натижасидир. *Белгилари:* оғрик, бармоқнинг кескин шиши, оғриклилик, бармоқ қафт томон букилган ҳолатда бўлади, бармоқни ёзиш кескин оғрикли, юқори тана ҳарорати кузатилади. *Даволаш:* зудлик билан шифохонага юбориш ва жарроҳлик йўли билан даволаш.
- *Бўғим панарицияси* – фалангалараро бўғим ҳалтчасининг йиринглаши. *Белгилари:* оғрик, бармоқ қолбасасимон шишган, бармоқ ўки бўйлаб тўкилатиш кескин оғрик келтириб чиқаради. *Даволаш:* зудлик билан шифохонага юбориш ва жарроҳлик йўли билан даволаш.
- *Суяк панарицияси* – кўпинча тирноқ фалангасида жойлашиб, одатда тери ости панарициясининг нотўғри даволаниши натижасида келиб чиқади. *Белгилари:* тери ости панарициясининг узок вақт давомида кечиши, жароҳатдан йирингли ажралма-

ларнинг чиқиши ва оқмалар кузатилиши, яққол оғрик синдроми, бармоқнинг сезиларли қалинлашиши, пайпаслаганда ёки функционал юкламада оғрик аниқланади. *Даволаш*: зудлик билан шифохонага юбориш ва жаррохлик йўли билан даволаш.

Паронихия

Тирноқ олди валиқининг яллиғланиши. *Белгилари*: кизариш ва шиш, оғрик. *Даволаш*: бошланғич босқичларида консерватив даво – калий перманганат эритмаси билан ивигиш, тирноқ ости валиқининг қўтарилишидан сўнг антисептиклар билан боғлам қўйиш (диоксидин малҳами, левосин, левомикол) ва остидан докали боғлам ўтказиш. Паронихий тирноқ ости панарициясининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Оёқ яралари

Сабаблари: сурункали веноз ёки артериал етишмовчилик, қандли диабет. Тарқалиши: веноз етишмовчилиги сабабли 85% ҳолатларда болдир яралари, артериал етишмовчилик ва қандли диабет сабабли 15% ҳолатларда оёқ панжаси яралари ривожланади.

Текшириш усуллари

Веналар тавақалари ҳолати, оёқ артерияларида пульс, сезувчанлик, қандли диабетни инкор қилиш, УКТ, кон плазмасида глюкоза микдорини аниқлаш, оёқ артериялари УТТ.

Жадвал. 22.1

Сурункали веноз ва артериал етишмовчиликда ривожланувчи яраларнинг белгилари

Белгилар	Сурункали веноз етишмовчилик	Сурункали артериал етишмовчилик
Анамнез	Болдирлардашиш, чуқур веналар тромбози, терини кўчириб ўтказиш	Периферик томирлар атеросклерози қандли диабет, чекиш
Яраларнинг жойлашиши	Болдирнинг медиал соҳасида	Оёқ панжаси
Оғрик	Кам сезиларли ёки ўртача	Ўртача ёки кучли
Шиш	Кузатилади	Кузатилмайди
Оёқ териси	Веналарнинг варикоз кенгайиши, варикоз экзема, тери гиперпигментацияси, терининг ок атрофияси	Тери совуқ, сочларнинг тўкилиши, тери атрофияси, пулснинг сусайиши ёки йўқолиши
Яранинг ўзига ҳос хусусиятлари	Юзаки, чеккалари ноте-кис, ажралма	Чуқур, чеккалари текис, ажралма кам ёки кузатилмайди

Олиб бориш тактикаси

Олиб бориш тамойиллари: беморга яранинг келиб чиқиш сабабларини, барча кўрсатмаларни бажариш зарурлигини тушунтириш. Яра тубидаги тоза грануляциялар – битиш белгисидир. Яраларни некрозланган тўқималардан тозаловчи воситаларни қўллаш. Йирингли инфекция профилактикаси – антибиотиклар.

Даволаш

1. *Эластик бинтлар*; кечаси айрим ҳолларда оёқларни бир оз қўтарган ҳолатда ухлаш ва кундузи 2 марта 45-60 дақиқа давоми-

да кўтариб туриш; ортикча тана вазни аниқланса, озишга ҳаракат қилиш.

Сурункали веноз этишмовчиликда: веноз димланишни камай-тириш, эластик пайпоқлар ва бинтлар, Унна пастаси билан босувчи боғламлар, пневматик компрессия. *Яраларни тозалаш:* физиологик эритма, малҳамлар, геллар; асал ёки қанд, қанднинг йод билан аралашмаси.

2. *Босувчи боғламлар:* 1-2 ҳафтага рух оксиди, парафин, каламин, клиохинол, цинк сақловчи тайёр боғламлар – желатинли боғламлар. Яраларнинг битиши 51 кун ичида кузатилади. Эластик бинтлар қўлланилганда – 129 кунни ташкил қилади.

3. *Бошқа тавсиялар:* асосий касалликни даволаш – веналар варикоз кенгайиши; шишларни даволаш – диуретиклар ёки оёқларнинг кўтарилган ҳолати; маҳаллий қўлланилувчи дори воситаларининг ноҳўя таъсирларини унутмаслик; кортикостероидларни суртмаслик; кўп қаватли боғламлардан фойдаланмаслик; тери нуксонини ёпиш мақсадида жарроҳ маслаҳати.

Яралар ҳосил бўлишининг олдини олиш

Доимий равишда очиқ ҳавода сайр қилиш, рационал овқатланиш, чекмаслик, алкоголь суистеъмом қилмаслик, оёқларнинг бир оз кўтарилган ҳолати, шикастланишлар профилактикаси, юмшатувчи воситалар – варикоз экземада, эластик пайпоқларни кийиб юриш.

Мастит

Сут беzi парехимаси ва бириктирувчи тўқимасининг яллиғланиши. Кўпинча она сути билан овқатлантирувчи аёлларда келиб чиқади. Хавфли касаллик бўлиб, тез ва фаол аралашувни талаб қилади. *Қўзғатувчилар:* *Staphylococcus aureus*, камрок ҳоларда *Escherichia coli* ва *Candida albicans*.

Мойиллик келтирувчи омиллар: лактостаз ва сўрғичлардаги ёриқлар.

Белгилари: тана ҳароратининг ошиши, ҳолсизлик, миалгия, сут безларининг катталаниши ва оғрик. Чидаб бўлмайдиган ёки отувчи характерга эга бўлган оғрик, айниқса овқатлантириш вақтида ва овқатлантиришдан сўнг кузатилиши кандидоз маститга хосдир. Зарарланган томонида терининг қизариши аниқланади.

Кўрик вақтида: пайпаслаганда – ноаниқ чегарали яллиғланиш инфилтрати аниқланади. Абцесс ҳосил бўлиши белгилари – аниқ чегарали инфилтрат ва флюктуациянинг аниқланиши.

Олиб бориш тактикаси

Дори воситаларсиз даволаш: Аёлга қуйдагиларни ўргатиш: сутни тўлиқ соғиб ташлаш; она сути билан овқатлантиришни давом эттириш ва тез-тез амалга ошириш, аввал болага зарарланган кўкракни, сўнг соғ кўкракни бериш; эмизишда аввал кўкракни илик сочиқ билан иситиш, эмизишдан сўнг эса совутиш; овқатлантириш даврида кўкракдаги шишни сўрғич томонга енгил ҳаракатлар билан уқалаш; кўпроқ дам олиш, рационал овқатланиш, кўпроқ суюқлик ичиш.

Дори воситалар билан даволаш: кучли оғриқда – парацетамол;

Антибиотиклар – флуоксациллин ёки цефалексин – 500 мг кунига 4 маҳал 10 кун давомида ичиш тавсия қилинади.

Абцесс ҳосил бўлганда: эмизиш тўхтатилади, мутахассисга юборилади. Йиринг тўплами умумий оғриксизлантириш остида очилади ва дренажланади. Жарроҳлик амалиётидан сўнг антибиотиклар, сутни соғиб ташлаш ва тинч ҳолат буюрилади.

Профилактика: сутни тўлиқ соғиб ташлаш, сўрғичларда ҳосил бўлувчи ёриқларни олдини олиш ва даволаш.

Абсцесс. Фурункул. Флегмоналар

Юмшоқ тўқималар абсцесси

Абсцесс бу – йиринг билан тўлган ва атрофдаги тўқималардан пиоген мембрана билан чегараланган бўшлиқдир. Мушакларда, тери ости клетчаткасида жойлашади.

Сабаблари: тери қопламларининг шикастланиши, лат ейиш, тирналиш, жароҳатлар, асептика қондалари бузилган ҳолда бажарилган даволаш муолажалари; тери ва тери ости клетчаткасининг ўткир йирингли яллиғланиш натижаси (фурункул, карбункул); юмшоқ тўқима гематомаларининг йиринглаши; оғир касалликларда организм қаршилигининг сусайиши натижаси.

Клиник белгилари: бошланишида аниқ чегараларсиз инфильтрация, сўнг – оғрик, қизариш, шиш, флюктуация, маҳаллий ҳароратнинг ошиши.

Лаборатор текширувлар: УҚТ – лейкоцитоз, ЭҚТнинг ошиши; таркибини бактериологик экиб текшириш.

Олиб бориш тактикаси: асоратланмаган юзаки абсцессларни антибиотикларни тизимли равишда буюрмаган ҳолда очилади ва дренажланади. *Асоратланган бўлса:* жароҳлик йўли билан даволаш – бўшлиқни очиш ва дренажлаш ёки кейинги қуретаж билан кесма ўтказиш, таркибини аспирация қилиш, бўшлиқни дренажлаш ва ювиш, антибиотикларни тайинлаш.

Профилактика: микрожароҳатларни олдини олиш, бир марта-балик шприц ва игналардан фойдаланиш, инъекция вақтида асептика қондаларига риоя қилиш; асосий касалликни даволаш.

Фурункул

Соч фолликуласининг чуқур йирингли-некротик яллиғланиши бўлиб, жараёнга атрофдаги тери ва тери ости ёғ клетчаткасининг қўшилиши кузатилади. Кўп сонли фурункуллар – фурункулез.

Кўзгатувчи: *Staphylococcus aureus.*

Мойиллик келтирувчи омиллар: жароҳатланиш, доимий ишқаланиш, тор ёпик оёқ кийими, окклюзион боғламлар, терлаш.

Кўрик вақтида: қизил, ушланганда иссиқ оғрикли тугун аниқланади.

Тактика: тана юкори қисми ва оёқлардаги якка фурункулларни УАВ даволаши мумкин – очиш ва зарурият бўлса дренажлаш, ҳамда антибиотикларни тавсия қилиш (цефалоспоринлар, алтернатив – амоксициллин, фторхинолонлар, тетрациклинлар).

Кўйдаги ҳолатларда мутахассисга юбориш лозим: агар беморнинг тана ҳарорати ошган ва тизимли ўзгаришлар бўлса; тўқиманинг зарарланиши билан кузатиловчи катта ўлчамдаги фурункуллар; бурун, юз соҳасида ва бошнинг сочли қисмида жойлашган бўлса; кўп сонли фурункуллар; қандли диабет ва иммунтанкислик ҳолати, глюкокортикоидлар қабул қилиниши фонида ривожланган бўлса.

Флегмона

Тери ва тери ости клетчаткасининг тез тарқалувчи инфекцияси. *Кўзгатувчи:* *Staphylococcus aureus.* Кўпинча оёқларда келиб чиқади. Зарарланган соҳа аниқ чегараларга эга бўлмайди. *Мойиллик келтирувчи омиллар:* дерматозлар, оёқ панжалари дерматофитияси, жароҳатлар, жароҳлик амалиёти жароҳатлари, варикоз яралар, лимфостаз.

Ёндош белгилар: тана ҳароратининг ошиши, қалтираш, оғрик, лимфангаит, регионар лимфа тугунларнинг катталаниши, тизимли интоксикация, тахикардия, гипотония.

Олиб бориш тактикаси: ётоқ тартиби, оёқларни кўтарилган ҳолатда бўлиши, оғрик ва тана ҳарорати кўтарилганда аспирин;

антибиотиклар – пенициллинлар, эритромицин, клиндамицин, цефалоспоринлар.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари

Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир жарроҳлик касалликлари жарроҳлик амалиётида алоҳида ўринни эгаллайди. Бу касалликлар тўсатдан бошланиб, турли кучга эга бўлган оғриқ сезгиси билан бирга кечади ва ўз вақтида даволаш чоралари кўрилмаса, перитонит билан асоратланиши мумкин ҳамда бир қатор умумий белгиларга эга бўлади.

Келиб чиқиш *сабабларига* кўра фаркланади:

- Яллиғланиш натижасида келиб чиқувчи ўткир касалликлар (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, панкреатит, перитонит ва х.к.);
- Аъзолар деструкцияси натижасида келиб чиқувчи касалликлар (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак тешилувчи яралари, ошқозон-ичакдан қон кетиши, бачадондан ташқари ҳомиладорликда бачадон найининг ёрилиши, тухумдонларнинг ёрилиши, ичаклар инфаркти);
- Ўткир ичак тутилишининг барча турлари;
- Аёллар жинсий аъзолари касалликлари;
- Кўкрак ва қориннинг очиқ ва ёпиқ жароҳатлари;
- «Ўткир қорин» синдроми билан кечувчи касалликлар.

Ўткир қорин

«Ўткир қорин» ибораси – ташҳис эмас, балки йиғма тушунча бўлиб, ҳаракатлар беморни шифохонага юборишга қаратилгандир. Ташҳислашда касаллик анамнези қатта аҳамиятга эга. Касалликнинг бошланиш вақти (на фақат куни, имконият бўлса, соат ва дақиқаси), оғриқ хусусияти ва бирламчи жойлашиш соҳаси, узатилиши аниқланади. Бундан ташқари шундай хуружларнинг аввал ҳам бўлганлиги, шифохонада даволанганлиги, қандай ташҳис билан шифохонада ётганлиги, жарроҳлик амалиёти ўтказилганлиги аниқланади; аёлларда сўнгги ҳайз вақти, туғруқлар сони, аборт ва бола тушиш сони, гинекологик касалликлари аниқланади.

Белгилари:

- Касалликнинг бошланишида келиб чиқувчи ёки секин-аста ривожланиб, бир неча соат давомида юқори чўққига чиқувчи оғриқ, лекин кўпинча яшин тезлигида ривожланиши (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак тешилувчи яраларида, ичак тутилишининг айрим турларида, ўткир панкреатитда) мумкин.
- Кўнгил айниши ва қусиш (бир ёки кўп маротаба, кам ёки кўп миқдорда), турли характерга эга бўлган қусуқ массалари (овқат аралашмаси, сафро, қон, димланган таркиб, «фекалли» ва х.к.), кекириш, ҳикичок.
- Нажас келишининг ўзгариши, нажас характери (ранги, консистенцияси, қон аралашмаси), ел ушланиши ёки келиши, пешоб ажралиши (меъёрида, тезлашган, қийинлашган, тўлиқ тутилиши, пешоб ажралишида оғриқлилиқ).
- Қон кетиши.
- Бош айланиши, хушдан кетиш, узок вақт хушнинг йўқолиши.

УАВ тактикаси

- «Ўткир қорин» билан беморни шифохонага юбориш энг тўғри ечимдир. Шу билан бирга нима қилмаслик керак ҳамда

фойдали бўлиб кўринган ёрдам, қандай хавfli ҳолатларга олиб келиши мумкинлигини билиш зарур. Оғрик камайиши билан бемор шифохонага ётишдан ҳамда жаррохлик амалиётидан бош тортади, фақат бир неча вақтдан сўнг оғриклар қайталаниши ва умумий аҳволининг ёмонлашишидан сўнг яна тиббий ёрдам учун мурожаат қилиб келади, лекин бу тиббий ёрдам кўрсатиш кечиккан бўлиши мумкин. Ич сурувчи воситаларни қабул қилиш катта зарар келтириши мумкин.

- Ташхисни тўлиқ аниқлаунгача, қорин соҳасига иссиқ грелка қўйиш мумкин эмас, бу қон кетиши ёки яллиғланиш жараёнини кучайтириши мумкин.
- «Ўткир қорин» билан беморларга тинчликни таъминлаш зарур, улар мустақил равишда юриши мумкин эмас, беморларни чалқанчасига ёки ёнбошида ётган ҳолатда шифохонага юборилади.

Ўткир аппендицит

Чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғланиши бўлиб, йиринг қақирувчи микроблар — стрептококклар, стафилококклар, энтерококклар, ичак таёқчалари ва бошқалар томонидан келтириб чиқарилади. Шифохонагача бўлган босқичда ўткир аппендицитнинг суст ривожланган белгилари билан кузатув учун ушлаб туриш мумкин эмас – зудлик билан шифохонага юбориш зарур.

Белгилари:

- Ўткир аппендицитнинг характерли белгиси – оғрикнинг ўнг ёнбош соҳасида бошланиши ва якуний жойлашиши: яллиғланиш қаңчалик юқори даражада ривожланган бўлса, оғрик шунчалик кучли намоён бўлади. Оғриклар турлича бўлиши мумкин, лекин кўпинча тўсатдан ва доимий бўлади.
- Тўлғоқсимон, кесувчи, санчувчи, ўраб олувчи оғриклар аппендицит учун хос эмас. Касалликнинг бошланишидан биринчи 6-12 соат давомида оғриклар кўпинча ўнг ёнбош соҳада жойлашади.
- Кўп ҳолатларда (30-35 % беморларда) касаллик эпигастрал соҳада ўртacha интенсивликдаги оғриклар билан бошланади ва 4-6 соатдан сўнг ўнг ёнбош соҳага силжийди (Кохера-Волкович симптоми).
- 60% беморларни кўнгил айнаиши безовта қилади, 40-45% беморларда рефлектор қусиш билан кечади ва енгиллик келтирмайди. Ўткир аппендицитнинг деструктив шакллари кўп сонли қусиш билан бирга кечади.
- Ошқозоннинг тўлиб кетиш хисси, қоринда оғирлик хисси кузатилади.
- Ичаклар фаолиятининг бузилиши нажас ушланиши ёки нажаснинг суюқ келиши билан намоён бўлади. Айрим ҳолатларда ел ушланиши кузатилади.
- Яллиғланган ўсимтанинг тос ёки ретроцекал соҳада жойлашишида эса пешоб ажралишининг бузилиши келиб чиқади.
- Касалликнинг бошланишида беморларнинг умумий аҳволи – қониқарли. Деструктив шаклларида – оғир бўлади.
- Тана ҳарорати меъерий кўрсаткичлардан 39°C гача тебраниши мумкин. Катта ёшдаги ва қарияларда тана ҳарорати кўрсаткичлари меъерида ёки субфебрил бўлади.
- Пульснинг тезлашиши тана ҳароратининг ошишига мос келади, улар орасидаги фарқ эса интоксикация ва аппендицитнинг деструктив (перитонит) шаклидан далолат беради.

- 60% беморларда тил нам, лекин караш билан қопланган, 10 % беморларда – курук.
- Нафас ҳаракатлари ва йўтал ўнг ёнбош соҳасида оғриқни кучайтиради.
- Чувалчангсимон ўсимта патологик ўзгаришларига хос бўлган симптомларни ажратиб кўрсатиш зарур:
- a) Шеткин-Блюмберг (80-85 %) – ўнг ёнбош соҳасида ўртача босим остида қорин деворидан қўлни кескин олишда, оғриқнинг кескин кучайиши;
- b) Ровзинг (60-70 %) – тушувчи йўғон ичакка турткисимон босим билан ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқнинг пайдо бўлиши;
- c) Воскресенский (сирпаниш симптоми) – қўл қафти билан олдинги қорин девори бўйлаб ўнг ковурга остидан пастга ўнг ёнбош соҳасига тез ҳаракатлангиринганда, ўнг ёнбош соҳасида кескин оғриқнинг пайдо бўлиши;
- d) Ситковский – беморни чап ёнбошига ўтказилганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқнинг пайдо бўлиши.
- Ўткир аппендицитда қон таҳлилидаги ўзгаришлар лейкоциттар формуланинг чапга силжиши, лейкоцитлар микдорининг ошиши билан намоён бўлади. Гиперлейкоцитоз аппендицитнинг оғир кечишида ҳамда болаларда кузатилади.

Болаларда ўткир аппендицит

Болаларда ўткир аппендицитнинг клиник манзараси қуйидагиларга боғлиқ: боланинг ёши, организмнинг реактивлиги, анатомо-физиологик хусусиятлари, чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашиши, ялиғланиш жараёнининг ривожланиш даражаси. Болаларда ўткир аппендицит барча ёшда, қўпинча 5 ёшдан сўнг ривожланиши мумкин.

Белгилари:

Қаттарок ёшдаги болаларда нисбатан ўткир кечмайди. Боғча ёшдаги болаларда умумий белгилар маҳаллий белгилардан устун келади: тана ҳароратининг 38-39 °С гача ошиши, пульс сони ва тана ҳарорати ўртасидаги фарқ, тахикардия, бош оғриши, қайт қилиш, қўнғил айниши.

Маҳаллий белгилар: маҳаллий оғриқлилик чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашишига боғлиқ бўлади (ретроцекал, ретроперитонеал, тос, жигар ости, чап томонлама); мушакларнинг суст таранглашиши (3 ёшгача бўлган болаларда уйқу вақтида яхши аниқланади). *Шеткин-Блюмберг симптоми* (3 ёшгача бўлган болаларда уйқу вақтида яхши аниқланади). Умумий қон таҳлили – лейкоцитоз, лейкоциттар формуланинг чапга силжиши. Касалликнинг тез авж олиб бориши ва патологик жараённинг тез тарқалиши хосдир.

УАВ тактикаси

Қорин соҳасида оғриқ билан барча 3 ёшгача бўлган болалар жарроҳ маслаҳатига юборилиши зарур. Даволаш – жарроҳлик амалиёти.

Қатта ёшдагиларда ўткир аппендицит

- Қатта ёшдагиларда ўткир аппендицит ноаниқ клиник манзара билан кечади. Маҳаллий ва умумий белгилар етарли даражада яққол намоён бўлмайди. Бу ўз навбатида реактивликнинг пасайиши билан боғлиқ бўлади.
- Аппендицит яққол бўлмаган оғриқ хуружи, меъърий тана ҳарорати лейкоцитозсиз ва тахикардиясиз кечади. Олдинги қорин девори мушаклар таранглиги ва қорин деворининг таъсирланиши яққол намоён бўлмайди. Фақат ўсимта соҳасида маҳаллий оғриқлилик аниқланади.

- Оғрик кўпинча кучсиз. Факат аппендикс перфорациясидан сўнг пайдо бўлади. Катталарда ўткир аппендицит клиник кечиши бўйича ичак тутилишига ўхшаш бўлади.

Ҳомиладорларда ўткир аппендицит

- 2-3 ойлик ҳомиладорликдан сўнг бачадоннинг катталашиши ҳисобига кўр ичак ҳолатининг ўзгариши натижасида ўткир аппендицит ўзига хос кўринишда кечади. Кўр ичакнинг юқорига силжиши ҳисобига маҳаллий белгилар юқорироқда жойлашади, ҳомиладорликнинг катта муддатларида эса – ўнг қовурға ости соҳасида кузатилади.
- Мушакларнинг таранглашиши суст намоён бўлади. Ҳомиладор аёлни гинекология бўлимига, албатта жарроҳ кўригини амалга ошириш учун юборилади.
- Ўткир аппендицитни кўпинча буирак касалликлари, бачадон ортиқлари касалликлари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ўткир холецистит, панкреатит, гастрит, энтероколит, овқат токсикоинфекцияси ва бошқа касалликлар билан қўсий ташхислаш зарур.

Қорин девори чурралари

Кўп учрайдиган жарроҳлик касаллигидир. Чурра – бу қорин деворининг мавжуд бўлган ёки орттирилган нуқсонлари орқали, қорин девори олди соҳаси билан ўралган ҳолда қорин бўшлиғи аъзоларининг бўртиб чиқишидир.

Жойлашишига кўра чурралар бўлинади – чов, сон, киндик, бел, қорин оқ чизиги чурралари ва ички – диафрагма табиий тешиги ҳамда қорин девори чўнтақлари чурралари.

Бундан ташқари чурралар туғма ва орттирилган бўлади (жароҳатдан кейинги, жарроҳлик амалиётидан кейинги, сунъий), клиник кечишига кўра – тўғриланувчи ва тўғриланмайдиган, асоратланган ва асоратланмайдиган. Асоратланган чурраларга қуйидагилар қиради: чурранинг қисилиши, чурра ўсмаси, чуррадаги ёт таначалар.

Чурралар ҳосил бўлишининг хавф омиллари

- Наслий мойиллик.
- Ҳомиладорлик, меҳнат шароити билан боғлиқ бўлган қорин деворининг ўзгариши.
- Семизлик, озиш.
- Ўпканинг сурункали касалликларида йўтал.
- Қабзият.
- Оғир юк кўтариш.
- Простата беши аденомасида сийдик ажралишининг қийинлашиши.
- Тана тузилиши (астеник типдаги тана тузилишида кўпинча кузатилади – киндик, кийшик чов, сон чурралари, гиперстенникларда – тўғри чурралар, эркаларда аёлларга нисбатан қорин чурралари кўпроқ ривожланади).
- Қорин апоневрозларининг ва мушакларининг нотўлиқ ривожланиши.

Белгилари:

- Чурра бўртиб чиққан соҳада эпигастрал, киндик, чов соҳаларида оғрик.
- Агар чурра катта ўлчамларга эга бўлса ва қорин бўшлиғидан чиқса, у ҳолда кўнгил айнаши, қусиш ва қабзият кўшилади.
- Қорин бўшлиғига эркин киритилувчи ўсмасимон ҳосила аниқланади.

- «Йўтал турткиси» симптоми: чурра дарвозасига бармоқларни киргазишда беморга йўталиш айтилади.

Асоратланган чурраларнинг клиник кечиши

- Чурра соҳасида кескин оғрик.
- Оғриklar кўнгил айннши, қушиш, хикичок билан бирга кечиb, уларнинг яққоллиги чурра таркибига боғлиқ бўлади. Ингичка ичак қисилишида қушиш оғрик билан бир вақтнинг ўзида қузатилиб, кўп сонли бўлади; йўғон ичак қисилишида – қушиш рефлектор, кечроқ қузатилади.
- Беморнинг умумий аҳволи унинг ёшига, чурра қисилишининг тури ва давомийлигига, ёндош касалликларига боғлиқдир.
- Кўздан кечиришда – чурра бўртмаси зич эластик консистенцияга эга, оғриқли, қорин бўшлигига киритилмайди. Чуррада шиш ривожланишига кўра унинг ўлчами катталашади. Чурра бўртмасининг таъсирланиши яққол бўлади. Чурра қисилишида «Йўтал турткиси» аниқланмайди.
- Чурра перкуссиясида тимпанит (агар чурра халтасида газ сақловчи ичак бўлса) ёки тўмтоқлашиш (агар чурра халтасида чарви ёки шишган ичак, ҳамда суюқлик тўпланган бўлса) аниқланиши мумкин. Эркакларда қисилишни ташхислашда ички тешикда чов каналининг бармоқ орқали текширилишини амалга ошириш зарур.

Асоратланган чурраларни қийёсий ташхислаш

- Чов чурралари пупарт бойлампдан юқорида, тос дўмбоқчасидан ичкарида жойлашади. Сон чурраси чов бойлампдан пастда жойлашади.
- Тўғриланмайдиган чурраларда беморларни ўртача интенсивликдаги оғриklar безовта қилади, лекин ичак тутилиш белгилари бўлмайди. Беморларнинг умумий аҳволи қоникарли, чурра бўртмаси таранглашмаган, юмшоқ эластик консистенцияга эга.
- Чов лимфаденитда яллиғланган, оғриқли, аниқ чегарали кам ҳаракатланувчи тугунчалар аниқланади. Уларнинг устида тери қизарган. Ичак тутилиш белгилари бўлмайди. Яллиғланиш ўчоғини аниқлаш мумкин – инфекция кириш дарвозаси.
- Чов лимфа тугунларига ўсма метастазларида улар зич консистенцияга эга бўлиб, оғриқсиздир.
- Ташхислашдаги хағоликлар, ташки қисилган чурраларнинг кеч аниқланиши одатда қориндаги оғриklar билан келган беморларни чурра чиқиш эхтимоли бўлган соҳаларини текширилмаганда ёки юзаки текширилганда қузатилади.
- Қисилган чов чурраси кўринишида ёрғоқ истисқоси, уруғ найи кистаси ёки истисқоси кечиши мумкин.
- Уруғ найи ва мояк буралиши қориннинг пастки соҳасида оғрик билан кечади. Мояк пайпасланиши жуда оғриқли. Икки томонлама ёрғоқларни пайпаслаш зарур. Агар битта мояк ўз жойида аниқланмаса, у ҳолда қисилган чуррани эмас, балки уруғ найининг буралишига шубҳа қилиш лозим.

Даволаш

- Қисилган чурра билан беморларни фақат жарроҳлик йўли билан даволаш зарур. Қисилган чурраларни тўғрилаб киритиш мумкин эмас.
- Болаларда чов чурраларни даволашнинг ўзига хос томонлари: жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсадга мувофиқ бўлган муддати болаларнинг 6-8 ойлигидир. Жарроҳлик амалиётига нисбий қарши кўрсатмалар бу – экссудатив диатез, бола ёши ва вазнининг мос эмаслиги, яқинда ўтказилган инфекция қасалликлар.

- Эрта режалли жаррохлик амалиёти кисилган чурраларни олдини олишнинг энг самарали чорасидир. Консерватив даво (бандаж) факаг хатто узок муддат давомида жаррохлик олди тайёргарлик ўтказилгандан сўнг ҳам жаррохлик амалиёти ўтказиш имкони бўлмаган беморларга тавсия килиниши мумкин. Консерватив даво (яъни, қисилишни жаррохлик йўлисиз тўгрилашга интилиш) факаггина жаррохлик амалиётига абсолют карши кўрсатмалар (янги миокард инфаркти, мия кон айланишининг бузилиши, ўткир нафас етишмовчилиги) бўлган ҳолатларда амалга оширилади

Ичак тутилиши

Ичак тутилиши – шошилинч жаррохликда энг хавфли патологик ҳолатлардан бири бўлиб ҳисобланади. Ичак тутилиши – уни таркибининг хазм тракти бўйлаб ҳаракатланишининг қисман ёки тўлиқ бузилишидир.

Сабаблари: нажас тўпланиши, ичак атонияси, нажас массаларининг димланиши, қабзият, мегасигмалар ёки долихомегасигмалар.

Ичак тутилишининг клиник кечишида учта фаза фарқланади:

- Биринчи фаза – «Илеусли кичкирик». Ичак тутилишининг эрта белгилари бўлиб, ичак бўйлаб унинг таркиби ҳаракатланишининг бузилиши билан боғлиқдир. Меъёрадаги ичак таркиби ҳаракатининг бузилиши, интоксикация ва перитонитни намоён қилувчи белгилар йиғиндиси билан намоён бўлади.
- Иккинчи фаза — ичаклар мотор функциясининг декомпенсациялашган бузилиши натижасида келиб чикувчи организмдаги чуқур патологик ўзгаришлар кузатилади. Бу девор ичи гемодиркуляциянинг бузилиш фазасидир.
- Учинчи фаза перитонит ривожланиши билан боғлиқдир.

Динамик ва паралитик ичак тутилиши ичакларнинг турғун спазми ёки нимфалажланиши билан намоён бўлади. Ичакнинг мотор функциясининг сусайишидан то ичаклар фалажланишигача асосий ўринни эгаллайди. Бу ошқозон-ичак трактининг барча бўлимларини камраб олади – ошқозон, ингичка ва йўгон ичаклар.

Сабаблар

- Қорин бўшлиғи аъзолари, қорин девори орти бўшлигининг ўткир ва сурункали касалликлари.
- Қорин девори орти бўлимлари, ингичка ичак ва чамбар ичак туткичи жароҳатлари ва гематомалари.
- Марказий ва периферик нерв ҳосилаларининг зарарланиши
- Жаррохлик амалиётдан кейинги нимфалажланиш.

Белгилар: қориннинг авж олиб борувчи дам бўлиши, қориндаги доимий оғрик, тарқок характерга эга, ичаклар перистальтикаси аниқланмайди, нажас ва ел келишининг бутунлай ушланиши кузатилади. Ичак тутилишини ташхислашда қориннинг рентгенологик текшируви алоҳида ўринни эгаллайди, бунда ичакнинг барча бўлимларида газларнинг бир текис тарқалиши билан ингичка ва йўгон ичаклар пневматози аниқланади. Ичакларда газ суюқликдан устун бўлиб, Клойбер юсачаларининг яққоллиги кузатилмайдди. Ичакларнинг барий аралшмаси билан рентгеноконтраст текшируви ўтказилади.

Ичакларнинг обтурацион тутилиши ичаклар ёригининг ичак оралиғидан келиб чикувчи ўсмалар, чандикли торайишлар, ўт пуфаги ва деворини тешиб ўтувчи ўт тошлари, копролитлар билан тикилиши натижасида келиб чиқади.

Странгуляцияцион тутилиш ичак туткичи томирларида кон айланишининг бузилиши билан кечади ва ичак ковузлоқларининг ўқи атро-

фида айланиши натижасида, ичак қовузлоклари ўртасида тугунларнинг ҳосил бўлиши, ичак қовузлокларининг қисилиши ва чурра дарвозасида тутқич томирларининг қисилиши натижасида келиб чиқади. Яққол намоён бўлувчи оғрик синдроми асосий ўринни эгаллайди. Гемостазнинг аниқ бузилишлари кузатилади. Бунга ичаклар некрозининг ва эндотоксикознинг тез ривожланиши ҳам сабаб бўлади.

Битишмали ичак тутилиши — тутилишнинг энг кўп учрайдиган туридир. Кўп ҳолларда бунда обтурацион ва странгуляцион компонентлар биргалликда келади, чунки конгломератларда букланишлар, «иккиўзаклиқ», ичак ёригининг битишма тортишмалари томонидан босилиши ҳисобига обтурация ва жараёнга ичак тутқичининг қўшилиши ҳамда унинг томирларининг босилиши ҳисобига странгуляция кузатилади.

Ичак буралиши — *странгуляцион* ичак тутилишининг оғир шакларидан биридир. Мустақкамланган ичак бўлимида перистальтиканинг кучайиши ҳисобига ичак бўлимининг, айрим ҳолларда эса бутун ингичка ичакнинг ўз ўқи атрофида 90, 180 ва 270 градусга айланиши ривожланиши мумкин. Кўпинча ингичка ичакнинг буралиши, иккинчи ўринда эса – сигмасимон ичакнинг буралиши кузатилади. Буралишда узун ичак (долихосигма) ахамиятли шароитлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Белгилари: тўсатдан пайдо бўлувчи ўткир оғриклар, кўп сонли қусиш, нажас ва ел келишининг ушланиши, бошланғич вақтларда қорин юмшоқ бўлиши мумкин, қорин бўйлаб бир хил оғрикли, Тевенар симптоми – ўрта чизик бўйлаб, киндикдан 2 см юқорида кескин оғриқлилик, перитонит белгилари. Перистальтика эшитилмайди, қорин девори таъсирланиш симптомлари мусбат.

Аралаш ёки қўшма механик ичак тутилиши. Бунга инвагинация киради – бир ичакнинг иккинчисига кириши кузатилади. Катталарда ичаклар инвагинацияси камроқ учрайди (1-10 %). Бир ичакнинг иккинчисига киришида кирган ичак ёриқнинг торайишини келтириб чиқаради, айниқса яллиғланиш шиши ривожланишидан сўнг яққолроқ намоён бўлади. Бир вақтнинг ўзида тутқичнинг инвагинаг билан бирга қисилиши натижасида унда қон айланишининг бузилиши кузатилади. Ингичка ичак, ёнбош-чамбар, кўр-чамбар ва йўғон ичак инвагинациялари ажратилади. Кўпинча (45-60%) кўр-чамбар тури учрайди

Сабаблари: ичакдаги, чувалчангсимон ўсимта, ичак тутқичи яллиғланишли ўзгаришлари, чандиклар, ўсмалар.

УАВ тактикаси – эрта ташхислаш ва шошилиш шифохонага юбориш.

Ўткир ичак тутилишини клиник ташхислаш

- Асосий симптом – тўлғоксимон оғриклар (перистальтик тўлқин келиб чиқиш вақтида пайдо бўлади).
- Оғрик синдромининг шоксимон бошланғич пайдо бўлиши странгуляцион тутилишга ва аксинча секин-аста ривожланиши – обтурацион тутилишга хосдир.
- Қусиш. Аввал рефлектор, тутилишнинг ривожланиб боришига кўра, ошқозон-ичак трактининг проксимал бўлимларининг тўлиб бориши ҳисобига келиб чиқади.
- Юқори тутилишда гипогидратация белгилари пайдо бўлади: юз ифодаси ўткирлашади, тери турғори пасаяди, шиллик қаватларнинг қуруқлиги, чанқаш келиб чиқади.
- Пастки ингичка ичак тутилишида биринчи ўринга оғрик синдроми чиқади, унинг характери ва кучи ичак тутилишининг шаклига боғлиқ бўлади (странгуляция, инвагинация). Қусиш – рефлектор, бир марта. Авж олиб борувчи эндотоксикоз асосий ўринни эгаллайди.
- Ичак тутилишида беморларнинг умумий аҳволи оғир. Нотинч

- ҳолатда. Яққол намоён бўлувчи тахикардия, гипотония.
- Кориннинг дам бўлиши, асимметрияси кузатилади. Кориннинг симметрик катгалашиши тутилишнинг динамик табиати ёки перитонитга ишора қилиши мумкин. Баъзи ҳолларда кўз билан кўрилувчи ичаклар перистальтикаси аниқланиши мумкин.
 - Корин деворига бармоқларнинг кескин турткисимон босими билан унинг чайқалиши, суюқлик ва газ билан тўлган ичак қовузуқларида чайқалиш шовқини (Склярсов симптоми) аниқланади.
 - Чўзилган қовузуқлар устидан перкуссия қилинганда тимпанит (аниқланади), кориннинг алоҳида қисмларида эса – суюқликнинг тўпланиши аниқланади.
 - Пайпаслаганда корин девори таранглашмаган, оғриклилик асосан странгуляцияга учраган ичак қовузуқлари жойлашган соҳаларда кузатилади. Мустаҳкамланган ва баллон кўринишида чўзилган ичак қовузуқлари (Вал симптоми) аниқланиши мумкин.
 - Касалликнинг биринчи соатларида перистальтика кучайган бўлиб, масофадан эшитилиши мумкин. Аускулгацияда гўлдиллаш, томчи товуши симптомини аниқлаш мумкин. Жараённинг ривожланиб боришига кўра перистальтика шовқинлари сусайиб боради ва йўқолади («мозор сукунати» симптоми).
 - Тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда тўғри ичак ампуласининг баллонсимон кенгайиши ва тўғри ичак сфинктери тонусининг бўшашиши натижасида орқа тешикнинг очиклигини (Обухов шифохонаси мусбат симптоми).
 - Инвагинациянинг кўп учрайдиган белгиларидан бири бу тўғри ичакдан конли ажралмалар келишидир.
 - Айрим ҳолатларда ўнг ёнбош соҳанинг ичга ботиб туриши кузатилади (Данс симптоми).
 - Лекин энг асосий белги бўлиб корин бўшлиғида зич эластик консистенцияли, юмалоқ ёки узунчоқроқ шаклдаги, ўртача оғрикли, бир оз ҳаракатчан ўсмасимон ҳосиланинг аниқланиши ҳисобланади.
 - Инвагинатнинг муҳим белгиси бўлиб пайпаслаш вақтида унинг спастик қисқариши, перистальтика натижасида оғриқнинг кучайиши, айрим ҳолатларда инвагинациянинг тўғриланиши ҳисобланади.

Ўткир ичак тутилишини ташхислаш

- Кўкрак қафаси ва корин бўшлиғи шарҳловчи рентгенографияси (-скопия); бунда диафрагманинг туриш баландлиги, унинг ҳаракатчанлиги, суюқликнинг горизонтал сатҳи, «Клойбер косачалари» деб номланувчи симптомни аниқлаш мумкин.
- Барий билан рентгеноконтраст текширув: ичак бўйлаб барийнинг тарқалиб туриши, йўғон ичакнинг ўсмасига шубҳа қилинганда – ирригоскопия тавсия қилинади.

Орқа чиқариш йўли касалликлари

Орқа чиқариш тешиги ёриқлари

Орқа чиқарув йўли шиллик қаватининг ёрилишида келиб чиқади.

Сабаблари: шиллик қаватнинг шикастланиши, масалан қаттиқ нажас массалари ёки асбобий усуллар ёрдамида текшириш натижасида кузатилиши мумкин. *Белгилари:* дефекация акти вақтида оғриқ. Айрим ҳолларда қон кетиши ва қичишиш. Ўткир ёриқлар одатда мустақил ра-

вишда бир неча кун давомида битади. Дефекациядан олдинги кўркув ва кучли оғриқни кутиш қабзият келиб чиқишига ҳамда сурункали ёриқларнинг шаклланишига олиб келади.

Олиб бориш тактикаси: юмшоқ нажас массаларини шакллантириш учун махсус парҳез тавсия қилинади. Жаррохлик аралашуви (сфинктерни мажбурий кенгайтириш, ён сфинктеротомия). Самара кузатилмаган ҳолларда консерватив даво.

Бавосил

Кўпинча 50 ёшдан ошганлар касалланади.

Хавф омиллари: асосан ўтирган ҳолатда ишлаш, клетчатка кам сақлаган овқат истеъмол қилиш.

- Ташқи бавосил: орқа чиқарув тешигидан шиллик ва оз миқдорда қон ажралиши, анал соҳада қичишиш.
- Тактика: нажас массаларини юмшатувчи парҳез, гигиена қодаларига риоя қилиш: ўтирган ҳолатда ванналар қабул қилиш, дефекация вақтида узок ўтирмаслик ва ўта кучанмаслик. Ўткир тромбозда – бавосил тугунларини кесиш.
- Ички бавосил: нисбатан кам оғриқли; қон кетиши ва тугунларнинг тушиши билан кечади. Тактика: тўғри овқатланиш, ичакларни доимий равишда, ўз вақтида бўшагиш, гигиена қодаларига риоя қилиш. Самараси бўлмаганда – жаррохлик амалиёти: криотерапия, дермокоагуляция, склеротерапия ва резинали ҳалқалар билан бойлаш. Геморроидэктомия – консерватив даво самарасиз бўлганида ва бавосилнинг аралаш шаклида амалга оширилади.

Парапроктит

Анал безлари чиқарув йўлларининг тикилиб қолиши.

Белгилари: оғриқ, орқа чиқарув тешигидан шиллик ажралиши.

Ташҳислаш: бармоқ билан ректал текширувда оғриқлилик, баъзан флюктуация аниқланади. Тактика: йиринглаган соҳани очиш ва дренажлаш. Жиддий ҳолатларда антибиотиклар қўлланилади.

Варикоз касаллиги

Варикоз касаллиги ёки веналарнинг варикоз кенгайиши қончасимон бўртмачаларнинг – варикоз тугунларнинг пайдо бўлиши, оёқ юзаки веналарининг нотекислиги ва узайиши билан номён бўлади.

1. Веналарнинг бирламчи веноз кенгайиши – оёқ веналарининг кенг тарқалган касаллиги бўлиб, аҳолининг 10-20% да кузатилади. Асосий сабаб – веналар деворининг ва веноз тавақаларнинг наслий етишмовчилигидир.

Хавф омиллари: оилавий анамнезда аниқланиши, оёқда узок туриш билан боғлиқ бўлган касб, хомиладорлик, семизлик.

2. Веналарнинг иккиламчи варикоз кенгайиши веноз босимнинг ошиши билан изоҳланади. *Сабаблари:* ўтувчи веналар функционал нотўлиқлигида чуқур веналар тромбози ёки тавақаларнинг етишмовчилиги, ривожланиш нуқсонлари, кичик тос аъзолари веналарни босувчи ўсмалари.

Клиник манзараси. Асосий шикоятлари – оёқларнинг косметик нуқсони, тарқок оғриқлар, оғирлик ва тортишиш ҳисси, оёқларнинг тунги тиришиши. Веналарнинг иккиламчи варикоз кенгайишида белгилар асосий касалликка боғлиқ бўлади. Беморлардан албатта чуқур веналар тромбозини бошидан ўтказганлигини сўраш лозим. Посттромбофлетик синдром учун веналар клапан аппаратининг етишмов-

чилиги (шишлар, дерматит, трофик яралар) хосдир. Ташхислаш учун Тренделенбург синамаси ўтказилади. Бемор чалканчасига ётиб, оёғини юқорига кўтарлади. Юзаки веналарнинг тушишишидан сўнг соннинг юқори учдан бир қисмига резинали жгут кўйилади, бемор ўрнидан туради: варикоз веналарнинг пастдан юқорига қараб тез тўлишуви ўтувчи веналарнинг нотурғунлигидан далолат беради. Жгут ечилади: юзаки веналарнинг пастдан юқорига қараб тез тўлишуви қатта тери ости вена клапанларининг етишмовчилигидан далолат беради.

Даволаш: Консерватив усулда – оёқларни бир оз кўтарган вазиятда бўлиши. Эластик пайпоқларни кийиши.

Склеротерапия. Консерватив давонинг самараси бўлмаганида ва асоратлар пайдо бўлганида (кон кетиши, тромбофлебит, трофик яралар) жарроҳлик йўли билан даволаш кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Юзаки веналар тромбофлебити

Тромбофлебит – вена деворининг яллиғланиши бўлиб, унинг ички юзасида тромб ҳосил бўлиши билан бирга кечади.

Клиник кечиши. Асосий шикоятлар – оёқларда оғрик. Веналар бўйлаб зич оғриқли тортилма пайпасланади. Ёндош чуқур веналар тромбозини истисно қилиш мақсадида дуплекс УТГ ёки доплер текширувини ўтказиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Даволаш. Кўпгина беморларга консерватив даво ёрдам беради. Иситувчи компресслар, тортиб бойлаган ҳолда бинтлаш, нонаркотик аналгетиклар (аспирин) қўлланилади. Пиёда юриб сайр қилиш фойдали. Самарасиз консерватив давода жарроҳлик аралашуви кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Сколиоз

Умуртка поғонаси устунининг ён томонлама қийшайиши. Кетириб чиқарувчи сабабига кўра битта эгрилик ёки асосий ва иккиламчи компенсатор эгриликлар келиб чиқиб, улар турғун ёки нотурғун бўлиши мумкин.

Даражаларига кўра сколиознинг клиник манзараси:

- I – умуртканинг кескин бўлмаган ёнга қийшайиши ва қатта бўлмаган торсия даражаси рентгенологик усул ёрдамида аниқланади; қийшайишнинг бирламчи ёй бурчаги 10 градусдан ортиқ эмас;

- II – умуртканинг фронтал сатҳда сезиларли қийшайиши, яққол намоён бўлувчи торсия; қийшайишнинг бирламчи ёй бурчаги 10-30 градус ораллигини ташкил қилади;

- III – яққол деформация, қатта қовурға букрилиги, кўкрак қафасининг деформацияси; қийшайишнинг бирламчи ёй бурчаги 40-60 градус ораллигини ташкил қилади;

- IV – тана юқори қисми тузилишининг яққол деформацияси, умуртка поғонаси кўкрак бўлимининг кифосколиози, тос деформацияси, деформацияловчи спондилоартроз;

Ташхислаш. Беморни тўғри ва энгаштирилган вазиятларда кўздан кечириш; умуртка поғонасининг, кураклар, мушаклар ассиметриясига аҳамият бериледи. Сон елкалари симметриклиги аниқланиб, оёқлар узунлиги ўлчанади. Умуртка поғонаси рентгенографияси икки проекцияда, бемор танасининг горизонтал ва вертикал ҳолатларида ўтказилади.

Даволаш

Асосий тамонллари: умуртка мобилизацияси, деформацияларни коррекциялаш ва коррекцияни ушлаб туриш.

- I ва II даражалари консерватив усулда даволанади. Болаларни 3 ёшгача тўғри ётқизиш, гипсли кроват тавсия қилинади. Тана тузилишига таъсир қилувчи салбий омилларни четлаштириш, стол ва

стул баландлиги боланинг ёшига мос келиши лозим, тананинг орқа мушаклари учун машқлар, укалаш, ДФК.

• Узоқ вақт давомида амалга оширилган консерватив даво самарасизлигида ва сколиознинг III ва IV даражаларида жаррохлик амалиёти тавсия қилинади.

Ошқозонни бурун орқали зондлаш

Мақсад: ошқозонни ювиш.

Кўрсатма: дори воситаларини юкори дозаларда қабул қилиб ўткир захарланиш, сифатсиз овқат, алкоголь, кўзикаришлар ва бошқа токсик агентлар билан ўткир захарланиш.

Қарши кўрсатмалар: кизилўнгач ва ошқозон шиллик қаваглари куйиши ва яралари, кизилўнгач ва ошқозондан кон кетиши.

Тайёрлаш: беморга муолажа моҳияти тушунтирилади.

Жихозланиш: ингичка ошқозон зонди, Жане шприци, челак, фартук, кўлқоплар, 10-12 литр сув.

Беморнинг вазияти: стулда ўтирган ҳолатда (бемор хушида).

Бажариш: зонд юбориш масофаси аниқланади (бемор бўй кўрсаткичидан 100 см айрилади), тиш протезлари олинади. Врач беморнинг ёнида ёки орқа томонида туради, оғиз орқали чуқур нафас олиш айтилади ва сувга ботирилган зонд бурун орқали тил илдизигача киритилади. Сўнг врач беморга бир нечта ютувчи ҳаракатлар қилишини айтади ва бир вақтнинг ўзида зондни кизилўнгачгача 45-60 см кўрсаткичгача киритилади (бу жараёни секин амалга ошириш лозим, акс ҳолда тезлик билан зондни юбориш унинг буралиб қолишига сабаб бўлиши мумкин). Агар зондни киритиш давомида бемор йўталишни бошласа ёки нафаси қисиб, юзи кўкаришни бошлаша, дарҳол зондни чиқариш зарур – у кизилўнгачга эмас, трахеяга тушган бўлади. Зондни керакли белгигача юбориб, Жане шприци кўшилади, ошқозонга сув куйилади ва чайилган сувлар тортилади.

Ясси оёқлик – 17- бўлимга қаранг. «Педиатрия».

Фойдаланилган адабиётлар

1. Собиров Д.М., Алимов А.В., Шарипов А.М., Умарова З.С. ТВМОИ, ТошПМИ, «Руководство по Экстренной медицинской помощи основного и продвинутого уровня». 2007 й. 2-том, 164-169-бет.
2. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701-бет.
3. Дж. Мерта. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230-бет.
4. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М. «Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760-бет.
5. «Хирургия». Ю.М. Лопухин таҳрири остида, Инглиз тилидан таржима. М: ГЭОТАР-МЕД, 1997 й.
6. Конден Р., Найхус Л., «Клиническая хирургия». Инглиз тилидан таржима. Гусева О.А. ва б. М., «Практика» нашриёт уйи, 1998 й.
7. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304-бет.
8. «Всё по уходу за больными в больнице и дома». М.: ГЭОТАР-МЕД. 1999 й.
9. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J.irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031-бет.

23-БЎЛИМ. ҲАРАКАТ-ТАЯНЧ АППАРАТИ ШИКАСТЛАНИШИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

Шикастланган беморларга ёрдам кўрсатиш ва ҳолатини баҳолаш	218
Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши	221
Пайларнинг шикастланиши	221
Бўғимларнинг шикастланиши	222
Қўл – оёқ суяқларининг шикастланиши	223
Қўл суяқлари синиши	225
Оёқ суяқлари синиши	226
Тос суяқларининг синиши	226
Узоқ муддат босилиш синдроми	227
Бош мия шикастланиши	229
Кўкрак қафаси жароҳатлари	231
Қорин жароҳати	235
Фойдаланилган адабиётлар	236

Шикастланган беморларга ёрдам кўрсатиш ва ҳолатини баҳолаш

Шикастланиш – организм ёки унинг бирор бир қисмига механик ёки термик омилларнинг таъсир қилишидан келиб чиқади, буларга: лат ёйиш, яра, суяклар синиши, бўғимлар чиқиши, куйиш, совуқдан ва электр токидан шикастланиш киради.

Катта шикастланиш пайдо бўлиши билан, шикастланиш касаллиги деб ҳисобланади. Шикастланишлик ишлаб чиқариш (саноатда, кишлок хўжалигида) ва ишлаб чиқаришга боғлиқ бўлмаган (транспортда, кўчада, кундалик ҳаётда, спортда) турларга бўлинади.

Кўлларнинг шикастланиши кам ҳолларда ҳаёт учун хавф солади – лекин, узоқ вақт иш қобилияти бузилишига олиб келади. Оёқларнинг шикастланиши жиддий ҳолатлар билан боғлиқ бўлади: ҳаёт учун хавф солиши мумкин бўлган ҳолатлар, булар кўп микдорда қон йўқотиш, сон ва тос суякларининг синишида кузатилади. Кўп сонли жароҳатлар 10-15% вазиятларда учрайди. Шикастланиш билан ҳаётга хавф солувчи ҳолатлар бирга келиши мумкин (физикал текширилганда аниқланади): булар аорта ёйининг ёрилиши, пневмоторакс, гемоторакс, юрак лат ёйиши, ўпка лат ёйиши, қовурғаларнинг дарчасимон синиши натижасида кўкрак қафасининг флотацияси, диафрагма ёрилиши, талок ёрилиши, жигар шикастланиши, бош-мия жароҳати, умуртқа поғонаси жароҳати (бўйин ва бошқа қисмлари), синишлар, чиқишлар, пайлар шикастланиши (рентгенографияда сезилмаслиги мумкин), тос ва узун найсимон суяклар синиши. Мижознинг кўп сонли жароҳатларни баҳолаш ва унга ёрдам кўрсатиш усуллари яқка жароҳатларда (кўл ва оёқлар) кўлланиладигандан фарқ қилмайди.

Суяк-мушак тизимини баҳолаш

Бирламчи баҳолаш

1. Бирламчи ABCD (24-бўлимга қаранг.«Шошилиш ҳолатлар»).
 - ёрдам аввал ҳаётга хавф солувчи ҳолатни коррекциялаш учун кўрсатилади;
 - ҳаёт учун хавф солувчи жароҳатлар аниқланади ва оёқ-кўл бутунлиги текширилади;
 - кўрқинчли кўринишга эга бўлган шикастланишга чалғиманг, чунки у ҳаёт учун хавф солмаслиги мумкин.
2. Суяк-мушак тизимини баҳолаш
 - оғрик – пайпасланганда, ҳаракатланганда, доимий;
 - оқариш – тери ранги оқариши ёки капиллярлардаги қон айланиш вақтининг чўзилиши;
 - парестезия – «санчиб оғриш» ҳисси;
 - пульс – қамайган ёки йўқ;
 - фалаж;
 - босим.
3. Ҳамма синишларда, текширилгунга қадар қон томирлар шикастланиши бор деб тахмин қилиш керак.
4. Шикастланиш анамнези:
 - қаср оғрияпти?
 - нима бўлди? Кўл-оёқларингиз қандай ҳолатда эди?
 - тормозланувчи қучнинг таъсир этгиши кузатилдими?
 - тўғридан-тўғри таъсир этиш кузатилдими?
 - илгари ҳам синишлар бўлганми?

5. Текширув ва пайпаслаш:

- шиш/контгалашлар;
 - қон кетишлар/жароҳат жойи суюқлиги;
 - деформация/оёқ-қўл калталаш (қарама-қарши томон билан солиштириш);
 - ҳаракатнинг чегараланиши, функциясининг йўқолиши (ҳаракат бўлганда ҳам синиш йўқ деб ўйланган);
 - огрикклилик – қўл-оёқларни 2 нуктасида фиксация қилиниб бошқа қўл билан пайпаслаганда, синган жойда огрикклилик сезилади;
 - крелитация – қирсиллаш хисси, суяк парчаларининг ишқаланишидан юзага келади (аниқлашга ҳаракат қилманг);
 - яланғочланган суяк синиклари – яланғочланган суяк синикларисиз очик синиш суяк шикастланиши хавфидан кўра, суяк олди қон томир-нерв тутамлари шикастланиши хавфлироқдир;
 - шикастланиш жойидан пастки қисмини баҳолаш: тери ранги, ҳарорати, сезувчанлиги, ҳаракат функцияси;
 - ишончсизлик туғилса, икки томонни солиштиринг;
 - шубҳа қилинса, шина қўйинг.
6. Кўп сонли шикастланиш кузатилганда синишлар энг кам устунликка эга бўлганлиги туфайли, шифохонагача ҳаммаси ҳам аниқланмаслиги мумкин.

7. Узун доска афзалликлари:

- ҳар бир бўғим ва суякни вақт кетказмасдан шиналаш;
- диққатни критик ҳолатга қаратишга имкон беради.

Суяк-мушак тизими шикастланганда

ёрдам кўрсатиш тамойиллари

- функционал ҳолат бериш;
- синган жойнинг юқори ва пастдаги бўғимларни фиксация қилиш;
- суяк парчаларини шиналаш;
- очик синган жойларни тўлик ёпмаслик;
- шина қўйишдан олдин ва кейин иннервация ва қон айланиш ҳолатини баҳолаш;
- шикастланган қўл-оёқларни эҳтиётлик билан тракция қилиш;
- иложи борича қўл-оёқларни тўғрилигини таъминлаш;
- шикастланган жойда бурчакли деформацияни камайтириш;
- шошилиш ҳолатларда, шунингдек, кўп сонли жароҳатлар олинганига шубҳа қилинса, бутун танани узун доскага иммобилизация қилиш;
- иккала оёқ синишида уларни бирга доскага иммобилизация қилиш;
- Оғрикка қарши терапия:
- – кўкрак қафаси ва бош жароҳатлари йўқлигига ишонч ҳосил қилинмагунча – мумкин эмас;
- қўл-оёқларнинг алоҳида шикастланишида қўллаш мумкин (синиш/пай чўзилиши/чиқиш);
- кам ҳолларда қўлланилади;
- нафас бузилиши йўқлигида ва АҚБ паст бўлмаганда бемор аҳволини енгиллаштириш мақсадида морфин сульфати дозаси титрацияси.

БЕМОР АҲВОЛИНИ БАҲОЛАШ/ЎРДАМ КЎРСАТИШ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОР

Организм тўқималарини изоляциялаш тамойилларига кўра чора-тадбирларни қўллайди ёки изоҳлайди.			
ВОКЕА ЖОЙИНИ БАҲОЛАШ			
Вокеа жойини хавфсизлигини аниқлаш			
Шикастланиш механизмини аниқлаш			
Беморлар сонини аниқлаш			
Керак бўлса, қўшимча ёрдамни сўраш			
Бемор бўйиндаги оғриққа шикоят қилганда ёки бўйин шикастланиши механизми кўрсатилганда умуртқанинг бўйин қисмини стабилизация қилиш			
БЕМОР АҲВОЛИНИ БИРЛАМЧИ БАҲОЛАШ			
Хуш бузилишини аниқлаш			
Нафас йўллари ва нафас ҳолатини баҳолаш	Бемор аҳволини баҳолаш Адекват кислородли терапия бошлаш Адекват вентиляция ўтказилишига ишонч ҳосил қилмоқ Шикастланишига кўра ёрдам кўрсатиш		
Қон айланишини баҳолаш	Баҳолаш ва кўп қон кетишни тўхтатиш Пульсни баҳолаш Тери – ранги, ҳарорати ва ҳолатини баҳолаш		
Шикояти ва ҳаётга хавф солувчи омилларни аниқлаш			
Бемор аҳволидан умумий таасуротлар (оғир, оғир эмас)			
Беморлар транспортировкасини, уларнинг ҳолати устиворлигидан келиб чиқиб амалга оширилади. Беморлар кўп бўлса, тиббий саралаш ўтказилади			
ЙЎНАЛТИРИЛГАН ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ ВА АНАМНЕЗ ЙИҒИШ (ТЕЗДА ТРАВМАТОЛОГИК ТЕКШИРУВ ЎТКАЗИШ)			
Текширув турини аниқлаш (йўналтирилган ёки тезда)			
Ҳаёт учун муҳим кўрсаткичларни баҳолаш			
Ҳозирги шикастланиш ва ўтказган касаллиги тўғрисида анамнез йиғиш			
ДЕТАЛЛАШТИРИЛГАН ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВИ			
Беморнинг боши ҳолатини баҳолаш	Бошнинг соч қисмини ва кулокни текшириш ва пайпаслаш Кўз, юз соҳасини, оғиз ва бурун ҳолатларини баҳолаш		
Бўйин ҳолатини баҳолаш	Бўйинни текшириш ва пайпаслаш Уйку венасини (кенгайиш) ва трахея ҳолатини баҳолаш		
Кўкрак қафаси ҳолатини баҳолаш	Текшириш, пайпаслаш, аускультация		
Қорин ва тос ҳолатларини баҳолаш	Қорин, тосни текшириш Ҳолатини тарифлаш Генитал (оралик) соҳаси – кўрсатма бўлса		
Қўл-оёқлар ҳолатини баҳолаш	Кўрик, пайпаслаш, пульс, сезувчанлик ва ҳаракат функциясини баҳолаш		
Тананинг орқа юзасини баҳолаш	Кўкрак қафаси ва бел соҳаси баҳоланади		
Иккиламчи шикастланишларга нисбатан керакли ёрдам кўрсатиш			
Иккиламчи ABC баҳолаш ва ҳаёт фаолиятини баҳолашни ўтказиш			

Куйишлар ва электротравмалар – 24-бўлимга қаранг «Шошилинч ҳолатлар».

Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши

Юмшоқ тўқимада лат ейиш ва қон қуйилишлар қаттиқ урилиш, тепадан тушиб кетишда, тери бутунлиги бузилмасдан пайдо бўлади. Лат ейишда қисман тери ости ёғ қавати, мушаклар, қон томирлар шикастланади.

Белгилари ва симптомлари: лат еган жойда оғриқ, қон қуйилиш, флюктуация (қон қуйилиш кўп бўлганда) аниқланади.

Врач тактикаси: тинч ҳолат яратиш, 2-3 кунга шикастланган жойга муз қўйиш, боғлам қўйиш, 4-кундан бошлаб иссиқ муолажалар: илиқ сувли грелка, иситадиган компресслар, физиотерапевтик даво ишлаштириш, гематома йиринглаганда уни ёриш.

Мушакларни ёпиқ шикастланиши ҳар хил даражада бўлиши мумкин: мушак қоринчаси сатҳида, мушакни пайга ўтадиган жойида, унинг суякка бириккан жойида кузатилиши мумкин. Кўп ҳолларда елка икки бошли мушагининг ва болдир мушагининг шикастланиши учрайди. Жароҳат тўғридан-тўғри зарб ейиш натижасида пайдо бўлади.

Белгилари ва симптомлари: оғриқ синдроми, гематома, ёрилган мушак жойининг ботиши, агарда тўлиқ ёрилиш бўлмаса функцияси сақланган бўлиши мумкин.

Врач тактикаси. Тўлиқ ёрилмаган мушаклар консерватив даволанади: иммобилизация, муз қўйиш, 3-5 кундан кейин иссиқ муолажалар буюрилади; мушакларнинг тўлиқ ёрилишларида операция қилиш йўли билан даволаш.

Пайларнинг шикастланиши

Пайларнинг тўлиқ ва қисман тери ости ёрилиши ва узилиши кўпинча спортсменларда оғир юк кўтарганда, мушак бирданига қисқариши натижасида юз беради.

Елканинг икки бошли мушак пайининг шикастланиши

Белгилари ва симптомлари:

- мушаклар қисқаришида оғриқ бўлиши;
- беморлар «қирсилаш» сезиши;
- мушак кучи камайиши;
- мушак фаол қисқаришида, мушак сиртки кўринишининг деформацияланиши: проксимал пайининг ёрилишида – мушак дистал томон силжийди, дистал пайининг ёрилишида – проксимал томон силжийди.

Ахилл пайининг шикастланиши (тўғри жароҳатларда, мушак таранглашганда).

Белгилари ва симптомлари:

- жароҳатлар вақтида оғриқ;
- «қирсилаш»;
- оёқ таянч хусусиятининг пасайиши;
- товоннинг олди қисмига оғирлик беришнинг мумкин эмаслиги;
- шикастланган жойда дефект аниқланиши.

Врач тактикаси

- елканинг икки бошли мушак пайининг шикастланишида – операция йўли билан даволаш;
- пайининг дистал қисми узилишида уни билан суягига фиксация қилинади, пайининг бириккан жойидан узилишида – тумшуксимон ўсимтага бириктирилади. Пайининг мушак қисмига ўтишидаги узилишида П-симон чок қўйилади;

- 3-4 ҳафтадан кейин – оёқ имобилизацияси, кейин уқалаш, даволаш гимнастикаси ўтказилади;
- ахилл пайнининг жароҳат натижасида ёрилишида уни тикиб қўйилади;
- пайнинг ўзининг узунасига ёрилиши ёки мушакка ўтиш қисмида ёрилиш бўлса – Чернавский усулида пластик йўли билан тиклаш, пай аллопластикаси. Оёқ 2 ой давомида гипс билан циркуляр имобилизация қилинади. 3,5-4 ойдан кейин оёқга тўлик оғирлик бериш мумкин.

Бўғимлар шикастланиши

Лат ейиш. Белгилари ва симптомлари: бўғим соҳасидаги оғрик, қон қуйилиши.

Врач тактикаси: оддий лат ейишларга босиб турувчи боғлам, совутувчи, иситувчи муолажалар қилинади.

Пай чўзилиши. Пайларни бўғимларга бириккан жойида, бирданига ортиқча ҳаракатда кучли чўзилиш пайдо бўлади. Агарда чўзилиш физиологик ҳолатдан ошса, у ҳолда пай ёрилиши кузатилади.

Белгилари ва симптомлари: ўткир локал оғрик, бўғим соҳасида шиш, қон қуйилиши, функцияси сакланган.

Врач тактикаси: 8-12 кунга гипсли лонгета қўйилади, иситувчи муолажа, физиотерапевтик даво ўтказилади.

Тизза бўғими гемартрози (бўғим бўшлиғига қон йиғилиши).

Белгилари: бўғим контурлари силликланган, теварак-атрофи шишиб катталашган, тизза қопқоғи баллотацияси кузатилади.

Врач тактикаси

- маҳаллий новокаинли анестезия билан бўғимда пункция ўтказилади ва қон олиб ташланади;
- УЮЧ терапия буюрилади;
- гипсли имобилизация;
- даволовчи гимнастика;
- 15 кундан кейин оёққа оғирлик бермасдан юришга рухсат этилади.

Тизза бўғими менискининг шикастланиши

Кўп ҳолларда балоғат ёшдаги эркакларда учрайди. Медиал мениск шикастланиши латерал менискка нисбатан кўп кузатилади.

Белгилари ва симптомлари:

- бўғимда оғрик;
- бўғим гемартрози;
- бўғим контурлари силликланган;
- пайпасланганда бўғим тирқиши йўналиши бўйича оғрик;
- зинапоядан пастга тушишда кучли оғрик («зинапоё» симптоми);
- Байков симптоми (агарда болдир букилган ҳолда ўрта бўғим тирқишини бармоқ билан босиб, кейин болдир ёзилса, оғрик пайдо бўлади).

Врач тактикаси

- Мениск шикастланишида аниқ бўлмаган клиника бўлса консерватив даво ўтказилади: гемартрозда – бўғим пункцияси, 10-15 кунга гипсли лонгета билан имобилизациялаш, кейин уқалаш, иситувчи муолажалар.
- Тизза бўғими блокадасида уни бартараф этиш ёки операция йўли билан даволаш лозим. Мениск шикастланганда – мениск-эктомия ўтказилади.

Қўл-оёқ суяқларининг шикастланиши

Синиш – суяк бутунлигининг бузилиши ҳисобланиб, жароҳат берувчи кучнинг таъсирида содир бўлади.

Таснифи

I. Келиб чиқиши ва сабабларига кўра:

- тугма-хомиладорлик даврида хомила скелетида остеогенез жараёнининг нотўлиқ ривожланиши натижасида юзага келади;
- орттирилган – тугилаётганда ёки ҳаёт давомида юз беради.

II. Сабабларига кўра келиб чиқиши:

- травматик – суяк букилиши ротацияси, сиқилишида кучли механик таъсир натижасида;
- патологик (остеомиелит, ўсмалар, моддалар алмашинувининг бузилиши, сирингомиелия).

III. Синиш жойи тўқималар ҳолатига кўра:

- ёпик;
- очик (терини суякнинг ўтқир парчалари билан шикастланиши).

Қўл-оёқларга шина қўйилмаган ёки пала-партиш қўйилган бўлса ёпик синишлар транспортировка вақтида очик синишларга айланиши мумкин.

IV. Найсимон суяқларнинг шикастланиш локализацияси бўйича: диафизли, метафизли, эпифизли синишлар. Болаларда шикастланиш эпифизар тоғай чизиги бўйича – эпифизолизлар содир бўлади. Агарда синиш чизиги бўғим бўшлиғидан ўтса, у ҳолда бўғим ичи шикастланиши ҳисобланади.

V. Синиш чизиги йўналишига нисбатан: кўндаланг, тўғри, қийшиқ, винтсимон, бўлакли, тешиксимон.

VI. Синиш шакли ва турига нисбатан:

- тўлиқ синишлар – шикастланиш чизиги бутун суяк орқали ўтади, нотўлиқ – суякнинг қисман шикастланиши (дарз кетиши);
- асоратланган синишларда, суяк жароҳатидан ташқари, томирлар, нервлар, ён-атроф аъзолар ҳам шикастланади;
- оддий, қўшма ва аралаш синишлар;
- суяк парчалари силжиши билан ёки силжимасдан синиши;
- болалар ва ўсмирларда суяк парда ости синишлари бўлади («яшил новда» тури);
- суяк синиши силжиши узунасига, энига, бурчак остида, периферияга бўлиши мумкин.

Белгилари ва симптомлари

- синишда оғриқ нерв устунини, суяк парчалари, қон қуюлиши, тўқималар шиши билан шикастлаши натижасида пайдо бўлади;
- деформациянинг сабаби суяк парчаларини силжиши, шиш;
- ҳамма синишлар қўл-оёқ функцияси ва таянч қобилиятини бузилиши билан кечади. Узун найсимон суяк синишида, синишлар силжиши ва оғриқ туфайли бемор ҳаракат қила олмайди.
- патологик ҳаракат суяк кирсилаши (крепитация) билан қузатилиб, суяк парчаларининг силжиши натижасида пайдо бўлади;
- қўл-оёқнинг қалта бўлиб қолиши. Мушак қисқариши натижасида суяк парчаларининг силжиши натижасида пайдо бўлади. Шикастланган томон соғлом томон билан солиштирилади. Очик синишларда тери шикастланиши, ундақ суяк бўртиб чиқиши ва қон оқиши қузатилади;
- тўқималар шиши.

Врач тактикаси:

- қўл-оёқга тинчлик яратиш;
- оғрикларни камайтириш;
- шокнинг олдини олиш;
- суяк парчалари силжишини олдини олиш;
- очик синишларда қон оқишини вақтинчалик тўхтатиш зарур;
- жароҳат жойини кийимлардан бўшатиш, имкон бўлса оғриксизлантирувчи дори воситалари юбориш;
- очик синишларда вақтинча гемостаз ўтказилади: босиб турувчи боғлам, маҳкам боғлам, жгут;
- тинчлик яратиш, суяк парчалари силжишини олдини олиш, оғрикни камайтириш учун иммобилизация қилинади. Вокса жойида қўл остидаги бор нарсалар билан иммобилизация ўтказилади: фанер, картон. Шикастланган қўлларни танага, оёқни – соғлом оёқка фиксация қилинади;
- транспортли иммобилизация иложи борича максимал тинчлик, шикастланган жойни харакатлансизлантиришни таъминлаши лозим;
- иммобилизациядан олдин оғрик қолдирувчи воситалар қилинади (1 мл 2% промедол эритмаси, 2 мл 50% анальгин эритмаси);
- ёпиқ синишларда шиналар оёқ кийим ва кийим устидан боғланади;
- очик синишларда суяк парчаларини тўғрилаш мумкин эмас; жароҳат стерил салфетка билан ёпиб қўйилади;
- камида 2 та бўғим, сон ва елка шикастланишларида эса – 3 та бўғим фиксацияланади. Дағал шиналар устига пахта, сочиқ, юмшоқ кўкат қўйилади, бу томирлар ва нерв толалар эзилишини олдини олади. Стандарт Крамер, Дитерхс ва ЦИТО шиналари қўлланилади.
- оёқ шикастланишида ёғочсимон Дитерхс стандарт шинаси қўлланилади;
- сон суяги синишида зинасимон учта шинадан фойдаланилади: иккитаси бир-бири билан боғланади, яъни қўлтиқ остидан ташқи товонгача, учинчи шина – думба бурмасидан, оёқ бармоқларигача фиксация қилинади;
- ўмров суяги ёки курак суяги синганда – кийик рўмол ёрдамида Дезо боғлами, Дельбе халқаси қўйилади;
- елка суягининг юқори қисми синганда қўлтиқ остига юмалоқланган пахта – дока қўйилади ва кўкрак қафасига бинт билан бойланади. Билак эса кийик рўмол билан бўйинга осиб қўйилади;
- елка диафизи синганда зинасимон шина қўлланилади. 3 та бўғим фиксация қилинади (елка, тирсак, билак-кафт);
- билак синишида тирсак ва билак-кафт бўғимлари фиксация қилинади. Тирсак бўғими тўғри бурчак остида букилган бўлиши керак;
- билак-кафт ва бармоқлар бўғимларининг синишида зинали ёки фанерли шиналардан фойдаланилади;
- даволаш учун иммобилизация қилиш гипсли боғлам қўйишдан иборат. Гипсининг қотиши учун иссиқ сувдан фойдаланилади (40—50 °С);
- гипсли боғламни терига ҳеч нарса суртмасдан қўйилади. Боғламлар циркуляр, лонгетсимон, дарчали, комбинацияланган бўлади. Циркуляр боғламни тарангликсиз боғланади;
- қўл-оёқларда қисилиш пайдо бўлса, боғлам зудлик билан бўшатилади.

Кўл суяклари синиши

Ўмров суяги синиши. Кўпинча ташқи ва ўрта қисми чегарасида юзага келади. Ҳар доим периферик синган суяк синиклари – пастга ва олдинга, марказийси – юқорига ва орқага силжийди.

Белгилари ва симптомлари: синган соҳада – шиш, қон қуйилиши, деформация, оғрик бўлади, албатта билак артериясида пульс ва сезувчанликни текшириш керак, рентгенография ўтказилади.

Врач тактикаси

• Силжишсиз синишда:

– Саккизсимон боғлам, Кузминский, Крамер ёки Каплан шиналари.

– Ўмров суяги синишида кўринарли силжиш бўлса, шунингдек тери бутунлиги бузилиши, қатта диастаз ва қон томир-нерв тўтаи шикастланиши хавфи туғилса – зудлик билан шифохонага юборилади (очик репозиция ва остеосинтез ўтказиш учун).

• Силжишли синишда:

– Болаларда елкани кўтариб, саккизсимон бинтли боғлам билан фиксация қилинади.

– Зудлик билан шифохонага юборилади.

– Жаррохлик амалиётидан кейин иммобилизация – 4 ҳафта.

Елка суягининг синиши. Синишлар суякнинг проксимал қисми, елка суяги диафизиди, дистал метаэпифизига бўлинади. Елка суяги бошчаси билан анатомик бўйин синишининг клиникаси ўхшаш. Елка суяги бошчаси ва анатомик бўйиннинг синишида гемартроз, елка бошчасини пайпаслаб кўрилганда ва суяк ўқига куч берилганда оғрик аниқланади, Елка икки проекцияда рентгенография қилинади.

Врач тактикаси

• елка суяги бошчасининг силжишсиз синишида – иммобилизация 4-5 ҳафта давомида, 3-ҳафтасидан бошлаб – даволаш гимнастикаси буюрилади;

• елка суяги анатомик бўйиннинг силжишли синишида – зудлик билан шифохонага юбориш. (шифохонада наркоз остида ёпик репозиция, қисман силжишли синишда эса операция йўли билан даво ўтказилади).

Елка суяги диафизиди синиши (спиралсимон, қийшиқ, кўндаланг, бўлакчали, силжишли, силжишсиз). Белгилари ва симптомлари: шиш, қон қуйилиши, синиш жойида деформация, суяк синиклари сезилиши, кўл функциясининг бузилиши кузатилади.

Врач тактикаси: диафизли синишларни даволаш – асосан консерватив. Кўндаланг синишларда репозиция ўтказилади ва торақо-брахиал гипсли боғлам билан фиксация қилинади. Шунингдек абдукцион шинадан (аэропланли) фойдаланилади ва тирсак ўсимтаси асосидан суякни тортиш бажарилади.

Билак суяклари синиши (билак ва тирсак суяklarининг яккаланган синишлари, иккала суяк синиши, синишлари-чиқишлари), билак суягининг одатдаги (типик) жойдан синиши.

Белгилари ва симптомлари: силжишли синишда – оғрик, шиш, қон қуйилиши, билак-кафт бўғими соҳасида найзасимон деформация ва унинг функцияси сақланган бўлади.

Врач тактикаси

• силжишсиз синишда – бармоқ учидан то тирсак бўғимигача гипсли иммобилизация 2-3 ҳафтага қўйилади;

• силжишли синишда – бир вақтда кўл билан репозиция ўтказилади ва гипсли лонгета қўйилади. Самарасиз ҳолатларда репозиция Илизаров аппарати ёрдамида ўтказилади.

Оёқ суяклари синиши

Сон суягининг синиши

Сон суяги бўйнининг синиши. Сон суяги бўйнининг медиал синиши, вальгусли синишлар, ёки абдукцион, майдаланган ва варусли (аддукцион) бўлади.

Белгилари ва симптомлари:

Сон суяги бўйнининг майдаланган синиши

- суяк ўкига куч берилганда чов соҳасидаги оғрик, оғрикни юрганда кучайиши;
- ўртача оғрикли;
- бўғимлар ҳаракати сақланган;
- патогномоник белги – қаршилиқ қобилиятини текшириш – тиззани босиб оёкни юқорига кўтарганда оғрикни кучайиши.

Сон суяги бўйнининг вальгусли синиши

- тос-сон суяги бўғимида фаол ҳаракатнинг йўқлиги;
- «ёпишган товонлар» симптоми;
- оёқ – ташки ротация ҳолатида.

Сон суяги диафизи синиши (урчуксимон, юқори, ўрта ва пастки қисми ва тўпик усти синишлари): сон суяги синган жойида оғрик, шиш, суяк парчалари ҳаракатчанлиги, оёқ калталаниши кузатилади.

Врач тактикаси

- тракцион шина қўйишга қарши кўрсатмани аниқлаш (сон суяги бўйнининг синиши). Шокка қарши пневматик шимлар қўллаш мумкин, елкагача узун доска, синган томонни қарама-қарши оёққа бириктириб ва кейин елкагача доскага фиксация қилиш;
- юмшоқ тўқима, қон томирлар, асаб толаларининг шикастланиши, гиповолемик ҳолатни баҳолаш;
- тракцион шиналар сон суягининг ўрта қисми синганда қўлланилади;
- сон суягининг проксимал ёки дистал қисми синишига гумон қилинганда, тос, сон суяги, тизза, болдир товон бўғими синиши (ёки чиқиши) да, шиналар қўлланилмайди.

Тизза усти суягининг синиши унга тўғридан-тўғри таъсир кўрсатилганда юзага келади.

Врач тактикаси

- силжишсиз синишларда – думба бурмасидан то тўпикгача циркуляр гипсли боғлам 4 ҳафтага қўйилади. Иммунизациядан бир ҳафта кейин шикастланган оёқда хасса билан юришга руҳсат берилади;
- силжишли қўндаланг синишда – остеосинтез ўтказилади;
- бўлакли синишларда – пателлэктомия ўтказилади.

Катта болдир ва кичик болдир суягининг синишида очик синишлар эҳтимоли юқори, қон кетиши ва инфекция тушиши мумкин.

Товон суяги синиши йиқилишда оёқ билан тушганда юзага келади. Бу ерда бел-думгаза соҳасида компрессияси юзага келиши мумкин.

Врач тактикаси

- қон айланиш ва иннервация ҳолатига баҳо бериш;
- суякларни тўғри чизикли ҳолатини тиклаш;
- шиналар қўйиш: ёғочли ёки картонли доска, вакуумли шина, ёстиқ ва бошқалар билан ўтказилади.

Тос суякларининг синиши

Тос суякларининг синишига бевосита ёки билвосита кучларнинг таъсири олиб келади. Тос ҳалқаси икки жойидан синишга мойил бўлади. Суяк синиклари магистрал қон томирларни, сийдик копини,

йўғон ичакни, нерв толаларни шикастланишига (бел-думгаза тутами ёки куймуч нерви) олиб келади.

Сабаблари: баландликдан тушиб кетиш, тосни сагитал ёки фронтал текисликда босилиши, автотранспорт ҳалокатлари.

Белгилари ва симптомлари:

- 30% ҳолларда шок билан кечади (оғир шокнинг асосий сабаби – кўп кон йўқотиш);
- ғоваксимон суякдан кўп кон кетиши (1,5-2 л);
- ички аъзолар шикастланишида асоратлар пайдо бўлади (перитонит, сийдик окимлари).

Врач тактикаси

- оғир шикастланган беморга биринчи ёрдам кўрсатиш;
- имкон борича беморга қулай ҳолат бериш;
- ҳаракатни камайтириш учун шина қўйиш;
- замбиллар, доскага фиксациялаш, шокка қарши пневматик шим;
- оғриксизлантириш;
- йўқотилган қонни тиклаш –4000 млгача қон йўқотилган бўлиши мумкин: т/и Рингер лактат, физэритма;
- шошилиш равишида шифохонага юбориш.

Узоқ муддат босилиш синдроми

Синонимлари: травматик токсикоз, краш-синдром, «кутулиш» синдроми, турникет шоки. Бу узоқ вақт юмшоқ тўқимани, кўпинча қўл – оёқларни ёки йирик қон томирларни босилишида келиб чиқадиган оғир патологик ҳолатдир. Ер кимиралишида, портлашларда, уй бузилишида, тош қўчкиларида юзага келади. Оғир клиник кечиши ва юқори ўлим хавфи билан фаркланади.

Узоқ вақт босилиш синдромининг бир нечта турлари ажратилади:

- *узоқ вақт эзилиш синдроми* – юқори компрессия натижасида юмшоқ тўқиманинг бузилиши;
- *позицион босилиш синдроми* – қўл-оёқ юмшоқ тўқимасининг узоқ вақт босилиб туриши;
- *қисқа вақтли босилиш синдроми* – бир вақтда ва бирданига юмшоқ тўқимага босувчи омилнинг таъсири.

Белгилари ва симптомлари:

- *Оериқ* босилиш натижасида бирданига пайдо бўлади ва ўткир қон томир етишмовчилиги ривожланиши юзага келади, бу ўз навбатида нафас, қон айланиш, қон томирлар рефлексор спазми, қон қуюклашиши, сийдик ажралиш фаолиятининг бузилишига олиб келади;
- *Токсемия.* Босилишдан қутулгандан кейин эзилган юмшоқ тўқиманинг токсик моддалари қонга тушади: миоглобин, калий, магний, фосфор, гистамин, кининлар. Миоглобин токсик таъсирга эга, буйрак каналлари блокадаси натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади.
- *Плазмани йўқотиш* қўл-оёқни босилишдан озод қилингандан кейин бошланиб шикастланган қўл-оёқнинг шишиши натижасида тез кучаяди. 4-5 соат давомидаги компрессия натижасида йўқотилган плазма ҳисобига, циркуляция қилувчи дастлабки қон ҳажмининг 50% га камайиши кузатилади. Плазма йўқотиш қоннинг қуюклашишига, қон қуюклашиш тизимини фаоллашувига, шикастланган тўқиманинг шишига олиб келади.

Узоқ вақт босилиш синдроми клиникаси

Узоқ вақт босилиш синдроми клиник кечиши бўйича 3 даврга бўлинади:

- эрта (биринчи 3 кун);
- оралиқ (4-18-кунлари);
- кечки (компрессиядан қутулгандан 18 кундан кейин).

• *I давр – эрта давр.* Травматик шок кўринишида намоён бўлади: яққол оғрик синдроми, психоэмоционал стресс, ностабил гемодинамика. Қўл-оёқни босилишдан озод қилиниб, жгут қўйилмаса, бемор аҳволи бирданига ёмонлашади. Секин-аста – турникет шоки ривожланади. Шикастланган беморда сустлашиш, кучсизлик, бош айланиши, артериал босимни пасайиши, қусиш, чанқаш ривожлана бошлайди. Қўл-оёқлардаги оғрик бошида кучли бўлиб, кейинроқ тўмтоқроқ сезилади ва бир неча соат ўтгандан кейин анестезия пайдо бўлади. Текшириб кўрилганда: шикастланган қўл-оёқ оқарган ёки цианотик, қон қуйилишлар, тирналишлар кузатилади. Қўл-оёқларни ушлаб кўрилганда муздек бўлади. Ҳаракатлари кийинчилик билан бўлиши ёки ҳаракат бўлмаслиги мумкин. Қўл-оёқни босилишдан озод қилингандан 30-40 минутдан кейин шиш кучайиб, ҳажми катталашади. Тахтасимон қаттиқ шиш кузатилади. Қон томирлар пульсацияси йўқолади. Босилган жой териси кўкимтир рангда бўлиб, пуфакларда тиниқ ёки геморрагик суюклик пайдо бўлади. Тана ҳарорати пасайган. Буйрак функцияси: сийдикнинг биринчи порцияси ифлосланган рангда ёки қизғиш рангда бўлиб, эритроцитлар ва оксилларни кўп ажралиши натижасида юзага келади.

• *II давр – оралиқ давр.* Одатда жароҳатланганлар бу даврда жароҳатнинг 8-12 кунларига келиб, ўткир буйрак етишмовчилигидан ўлишади. 5-6 кунларда уремик синдром пайдо бўлади. Азот микдори ошиб кетади. Оёқ-қўллардаги оғриклар камаяди. Шикастланган жой териси, жароҳатда мушаклар тўқималарининг ўлиши кузатилади. Артериал босим ностабил бўлиб, брадикардия кузатилади. Олигоанурияга ўпка етишмовчилиги қўшилади. Кўнгил айниши, қусиш, иштахнинг йўқолиши кузатилади. Буйрак функцияси тикланади.

• *III давр – кечки давр.* Беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати меъёрида. Буйракда оғир ўзгаришлар сақланиб туради. Яралар, некрозлар, остеомиелит, бўғимларни йирингли шикастланиши пайдо бўлади; травматик неврит, бўғимлар контрактураси кузатилади. Иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида сепсисга олиб келиши мумкин.

Узоқ вақт босилиш синдроми тўқималар компрессиясининг давомийлиги, масштаби, локализацияси ва шикастланиш жиддийлигига қараб **учта оғирлик даражасида** кечади:

• *енгил* – 4 соатгача босилиш остида, тана терисининг катта ва жиддий бўлмаган шикастланиш майдони ва чуқурлиги бўлганда содир бўлади. Маҳаллий ўзгаришлар устунлиги кузатилади. Жароҳатланган одам тузалиб кетади;

• *ўртача оғир* – 6 соат давомидаги босилиш. Олигоанурия – 5-14 кун;

• *оғир* – босилиш 6-8 соат давомида. Юмшоқ тўқималарнинг катта қисми шикастланиши юзага келади. Буйрак етишмовчилиги, эндоген интоксикация симптомлари пайдо бўлади;

• *жуда оғир шакли* – 6-8 соатдан кўп вақт босилиш. Жароҳатланганлар биринчи 3 кунда шок ва ўткир буйрак етишмовчилиги натижасида ҳалок бўлишади.

Врач тактикаси

- биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда асосий масъулиятли пайт – шикастланган қўл-оёққа жгут қўйишга кўрсатмани аниқлаш.

Шикастланган қўл-оёқни аниқ яшай олмаслик белгилари бўлганда ва ташқи қон кетиши кузатилганда жгут қўйилади;

- ишемия белгилари: тактил ва оғрикли сезувчанликни йўқолиши, пассив ҳаракат қилолмаслик кузатилади. Бошқа ҳолатларда қўл-оёқлар имобилизация қилинади (шина ёки қўл остидаги нарсалар билан);
- оғрикни камайтириш учун – тери остига ёки мушак орасига 1 мл 1-2% промедол, морфин эритмалари ва кучли оғриксизлантирувчи новокаинли блокада қилинади (ўтказувчан);
- шикастланган қўл-оёқни эртарок музлатиш (муз, қор, совуқ сув). Бу тадбир тўқималарнинг гипоксияга сезувчанлигини камайтиради;
- яра инфекцияси олдини олиш мақсадида кенг спектрли антибиотиклар, қокшолга қарши зардоб қилинади.
- инфузион терапия ўтказилади: реополиглюкин, маннит, 0,25% новокаин эритмаси, 4% карбонат натрий эритмаси, 5% глюкоза эритмаси.
- шошилиш равишида шифохонага юборилади.

БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИ

Шикастланганларнинг ҳар бешинчиси бош мия оғир жароҳатларини олади. БМШнинг ўлим кўрсаткичи бошқа шикастланишларга нисбатан юқори. Оғирлик даражасини баҳолашнинг асосий мезони беморнинг эс-хуши – бунда Глазго шкаласи ишлатилади.

Глазго шкаласи

Баллар	Янги туғилган чақалок	Катталар ва болалар
<i>Кўзнинг очилиши</i>		
4	Ўз-ўзидан	Ўз-ўзидан
3	Гапирганда	Вербал қўзғатиш
2	Оғрикка	Оғрикка
1	Реакцияси йўқ	Реакцияси йўқ
<i>Ҳаракат реакцияси</i>		
6	Меъёрий ўз-ўзидан ҳаракат	Командани бажаради
5	Тегинганда сесканиш	Оғрик тарқалишини чеклайди
4	Оғрикли қўзғатишга сесканиш	Оғрикли қўзғатишда сесканиш
3	Аномал букилиш	Оғрикка аномал букилиш
2	Аномал ёзилиш	Аномал ёзилиш
1	Реакцияси йўқ	Реакцияси йўқ
<i>Вербал реакцияси</i>		
5	Гу-гулаш ва бижир-бижири	Ориентация борлиги
4	Таъсирчан йиғлаш	Чалкаш-чулкаш
3	Оғрикка йиғлаш	Мос бўлмаган сўзлар
2	Оғрикка нисбатан инграш	Носпецифик товушлар
1	Реакцияси йўқ	Реакцияси йўқ

Амалиётда эс-хуш даражасини аниклаш қуйидагича:

Эс-хушни тезда баҳолаш шкаласи

С	Бемор ХУШИДА	Ҳа/Йўқ
В	ВЕРБАЛ кўзгатишдан таъсирланиш	Ҳа/Йўқ
Б	ОҒРИҚЛИ кўзгатишдан таъсирланиш	Ҳа/Йўқ
ОР	ЖАВОБ РЕАКЦИЯСINI умуман йўқлиги	Ҳа/Йўқ

Бош мия чайқалиши. Бош мия чайқалишида умум мия симптомлари юзага келади: хушининг йўқолиши, бош оғриғи, қусиш, кулоқда шовқин, нистагм, тез ўтиб кетувчи нафас ўзгариши, пульс ўзгариши (тезлашиши ёки секинлашиши) кузатилади. *Вегетатив бузилишлар:* кўп терлаш. Ўчоқли шикастланиш симптомлари йўқ.

Врач тактикаси. Тинчлик (ётоқ режими: энгил даражада – 5-7 кун, оғир даражада – 14 кун), бош мия шишини камайтириш мақсадига бошга совуқлик қўйиш, дегидратацион терапия ўтказиш: магний сульфат, диуретиклар – фуросемид, седатив ва уйқу воситалари, оғриқни қолдириш учун – анальгетиклар қилинади.

Бош мия лат ейиши – жароҳатловчи буюм теккан жойда ёки карама-қарши томонда бош мия моддасининг жароҳатланиши, мия тўқимасининг эзилиши.

Белгилари ва симптомлари. *Умуммия бузилиши:* хушсиз ҳолат, қусиш, шайтонлаш, психомотор кўзгалиш ёки сустлашиш. *Ўчоқли симптомлар* (функцияларнинг йўқолиши), бош мия чегараланган жойининг емирилиши натижасида: оёқ-қўлларнинг парези ва фалажланиши, сезувчанликнинг бузилиши, бош-мия нервларининг функцияларининг йўқолиши, нутқ ва кўришнинг бузилиши.

Лат ейиш оғирлик даражаси қараб фарқланади:

• *Энгил даража.* Қисқа вақтга хуш йўқотиш эҳтимоли бор (10-15 дақққа). Ўчоқли симптомлар парез кўринишида. Люмбал пункция – ликворда қон бўлиши ташхислашга асос бўлади.

• *Ўртача даража.* Хушни 2 кунгача йўқотиш. Умуммия белгилари яққол кўринади. Кўзгалувчанлик, шайтонлаш, энса мушакларининг регидлиги, қорачикни ёруғликка реакцияси – суст бўлади. Ўчоқли симптомлар аниқланади – фалажлар, парезлар, кўриш, эшитишнинг пасайиши.

• *Оғир даража.* Мия ярим шарлари тўқималарида ва устунли қисмларида кенг субарахноидал қон қуйилиши кузатилади. Узок вақтга хушнинг йўқолиши – кўпинча кома ҳолати. Дарҳол нафас ва юрак-қон томирларда бузилишлар бошланади. Ликвор босими ошади. Кўп ҳолларда шайтонлаш, парезлар ва гемиплегия туридаги фалажлар пайдо бўлади.

Врач тактикаси

- шикастланган бемор оғзини очиб, шиллик, қон, қусуқ қолдиқлари, ёт моддаларни олиб ташлаш;
- оғиз орқали ҳаво ўтказувчи трубкани қўйиш;
- пульс ва артериал қон босимни назорат қилиш;
- зудлик билан бемор бошини ёнга буриб горизонтал ҳолатда шифохонага юбориш;
- тиришишдан сақланиш учун қўл-оёқни носилкага фиксация қилиш;
- тутканокқа қарши ва седатив воситалардан фойдаланишга эҳтиёж туғилиши мумкин. Мия ичи босими ошишида: уротропин, сийдик ҳайдовчи дорилар, орқа мия пункцияси.

Эпидурал қон қуйилиши. 75% ҳолларда чакка соҳасида юзга келади. Эпидурал бўшлиққа – 80-120 мл ҳажмда қон қуйилади. Жароҳатланишдан кейин бош мия чайқалиши ва лат ёйишига ўхшаш кўринишлар кузатилади. Бош мия ичи артериал қон кетиши давомида: «ёруғлик оралиғи» – қиска ёки бўлмаслиги мумкин, босимли бош оғриқ, кўнгил айниши, тўхтовсиз қусиш, бош айланиши, сустлашиш, бемор ҳушини йўқотиши, брадикардия, нафас тезлашуви, тиришиш, фалажлар, кома, анизокория кузатилади (босилган томонда қорачикни кенгайиши).

Субдурал қон қуйилиши. 250-300 мл гача қон қуйилади. «Ёруғлик оралиғи» кўпроқ давом этади, кам сезиларли. Умумий симптомлари кузатилади: бош оғриғи, ифодали менингеал синдром, қусиш, психомотор кўзғалиш, ҳушининг бузилиши.

Субарахноидал қон қуйилиши. Ўргимчак тўри қавати остига қон йиғилиши. Одатда мияни локал босилиши билан кечмайди. Қон кетиш манбаи – мия қаватлари қон томирларининг шикастланиши. Белгилари ва симптомлари: эс-ҳушининг йўқолиши қарахтлик билан алмашиши, кўзгалувчанлик, қаттиқ бош оғриғи, менингеал синдром, қусиш, ёруғликдан кўрқиш, энса мушаклари ригидлиги.

Врач тактикаси: бошга совуқлик қўйиш, нафас йўллари очиш, кислород бериш, госпитализация.

Калла гумбазининг синишлари. Калла гумбазининг синишлари (бўлакли, босилган) мия шикастланиши билан кечади. Суяк синиклари мия қаватлари томирларини шикастлаб, мия ичига қон кетишига ва миянинг эзилишига олиб келади. Калла гумбазининг синишида ҳушнинг йўқолиши, қусиш, анизокория кузатилади, пешона суяги синишида юзнинг тери ости эмфиземаси пайдо бўлади; суяк синиши локал оғриқ, юмшоқ тўқимага қон қуйилиши, суяк эзилиши билан аниқланади.

Калла суяги асосининг синиши. Кўпинча калла суягининг ўрта чуқурчасида кузатилади, мия қаттиқ қаватининг ёрилиши, қон-томир, бош мия нервлари шикастланиши ва субарахноидал оралиқнинг ёрилиши билан кечади. Белгилари ва симптомлари: ҳушнинг йўқолиши, брадикардия, қусиш, субарахноидал қон қуйилиши, энса мушаклари ригидлиги, Кернинг, Брудзинский симптомлари, орқа мия ломбал пункциясида ликворда қон бўлиши, бош мия нервларининг шикастланиши – юз (парези), кўзни ҳаракатлантирувчи (юқори қовоқ) птози, тарқалувчи ғилайлик, қорачикнинг кенгайиши, кўрув (кўрлик) нервлари ва бошқалар кузатилади. Чакка суяги чуқурчаси пирамидасининг синишида қулоқнинг ноғора пардаси ёрилиши, қон кетиши ва ликворнинг қулоқдан келиши билан кузатилади; калла олди суяги чуқурчасининг синиши (пешона бўшлиғи, панжара суяқлари, орбиталар) – бурундан, оғиздан қон кетиши, кўз атрофида гематома пайдо бўлиши («кўзойнак» симптоми), экзофтальм кузатилади. Калла суяги асоси синиши бош-мия жароҳатларининг кириб ўтувчи тоифасига киради.

Врач тактикаси: зудлик билан госпитализация қилиш, бошга совуқлик қўйиш, седатив, уйқу, антигистамин воситалари, нафасни ва қон айланишни меъёрлаштириш, қон ва ликворни нафас йўлларига тушишини олдини олиш (санация).

КЎКРАК ҚАФАСИ ЖАРОҲАТЛАРИ

Тинчлик даврида кўкрак қафаси шикастланиши 10% ташкил этади. Охириги йилларда кўкрак қафасининг механик шикастланиши 35-50% ошди.

Сабаблари: кўкрак қафасига тўғридан-тўғри уриш, кўчкилар остида қолиш, баландликдан тушиб кетиш, тигли ва ўқ отиш куролларидан жароҳатланиш, йўл-транспорт авариялари. Жароҳатланиш кундалик ҳаётда, ишлаб чиқаришда, спорт билан шуғулланишда содир бўлади.

Кўкрак қафаси жароҳатлари очик ва ётиқ жароҳатлар билан фарқланади.

Ётиқ жароҳатда тери қаватининг анатомик бутунлиги сақланган бўлади. Жароҳатлар (бир томонлама, икки томонлама) кўкрак қафаси ва кўкрак ичи аъзоларининг шикастланиши, гемопневмоторакс, шунингдек тана қисмларининг бошқа жароҳатлари бўлади.

Очик жароҳатлар – санчилган-кесилган, чопилган ва ўқ яра, тегиб ўтувчи, кўр ва ўтиб кетувчи (кирувчи ва чикувчи яралар), ичга кирувчи ва ичга кирмаган, якка ва кўп жароҳатлар бўлади.

Кўкрак қафаси шикастланганда шошилишч диагностика

- шикастланган бемордан қандай қилиб жароҳат олганлиги аниқланади; кўрик, пайпаслаш, перкуссия, аускультация ўтказиш;
- кўкрак қафаси, бўйин, оёқ-қўл ҳажмининг катталаниши, кирсиллаш, одатда тери ости эмфиземасига ҳос;
- перкуссияда юрак тўмтоқлигининг йўқолиши, тез-тез паст пульслар умуртка билан кўкрак қафаси оралиги таранглашувчи эмфиземасини билдиради. Қон оқиши, шиш, деформация, кўкракда локал оғрик бўлиши, суякларнинг синишини ташхислашга имкон беради;
- тез-тез юзаки нафас, акроцианоз, ноилож ҳолат, бўйин веналарининг бўртиши, нафасда кўкрак қафаси ҳаракатининг чегараланиши, перкуссияда кутисимон товуш, нафаснинг йўқлиги одатда пневмотораксга ҳос;
- плевропульмонал шок бемор ахволининг оғирлиги билан ажралиб туради: безовталиқ, тери ранги кескин оқариши, терлаш, ҳансираш, йўтал билан юзаки тўхтаб нафас олиш ва бунда оғрикни кучайиши, кучсиз тез-тез пульс, артериал босимнинг пасайиши, гипоксиянинг кучайиши, цианоз, бўйин веналар бўртиши;
- гемотораксда шикастланган томонда кўкракнинг нафасдаги ҳаракати чегараланган ва ковурғалар ораси силликланган, овоз титраши кучсизланган, перкуссияда тўмтоқ товуш аниқланади, нафас шовқинлари кескин кучсизланган. Юракнинг жароҳатланиши ва тампонадаси, яранинг юрак проекциясида жойлашишига қараб ташхисланади. Клиник кўриниши: тери рангининг оқариши ва цианози, адинамия, ҳушнинг бузилиши, фақат йирик артерияларда тез ва иписимон пульс, систолик ва пульсли АҚБ пастиги, юрак чегараларининг кенгайиши, юрак тонларининг бўғиклашиши, бўйин веналарининг бўртиши кузатилади;
- ичга кирувчи кўкрак ярасини, очик пневмотораксда зудлик билан қўл кафти билан вақтинчалиқ ёпиш, кейин – герметик зич боғлам қўйиш (кесилган клеенка, целлофан бўлаги);
- унча катта бўлмаган кесилган жароҳатларнинг четларини ёпишқоқ пластир билан бир-бирига яқинлаштириш, очик пневмотораксни боғлам қўйиш билан ёпиқ пневмотораксга айлантириш;

- зўриққан пневмотораксда ўрта ўмров суяги чизиғи бўйлаб II коворғалар оралигига игна билан декомпрессия қилиш ва торақотомик резинка трубкани ўрнатиш.



23.1-расм. Зўриққан пневмоторакс

Диагностик пункция плеврал бўшлиқда ҳаво ва қон борлигини аниқлайди. Тотал пневмотораксда пункцияни II коворға оралигида ўмров ўрта чизиғи бўйлаб курак соҳаси текислигида, гемотораксда — VII коворға оралиги орқа қўлтик ости ва курак чизикларида маҳаллий новокаинли анестезия қилиб ўтказилади. Пункция жойини перкуссия, аускультация қилиб ва рентгенологик текширув ёрдамида аниқланади.

Кўп сонли коворғалар синишида айланма боғлам қўйилади. Воқеа жойида айланма боғлам қўйиш транспорт иммобилизацияси ҳисобланади. Кўкрак қафаси ёпиқ жароҳатининг яққол парадоксал ҳаракатларида тортиб турувчи пулвёклар қўйилади. Агарда шикастланган беморни тез транспортировка қилишга шароит бўлмаса, унда синган жойга 1-2% ли новокаинли эритма билан блокада қилинади (10 мл).

Ковурға синиши – коворға анатомик бутунлигининг бузилиши. Кўп ҳолларда катталарда учрайди. Болаларда кам учрайди, бу эса кўкрак қафасининг эластиклиги ва ҳаракатчанлиги туфайлидир. Битта ёки бир нечта коворғалар синиши ва синишлар бир ёки икки томонлама кузатилиши мумкин. Кўпинча V-IX коворғалар қўлтик ости ва курак чизиклари орасидаги соҳада синиши кузатилади. Кўкрак қафаси олдиндан-орқага йўналишда босилганда ён соҳаларда синиш юзага келади. Ён соҳанинг босилишида умуртка поғонаси четлари синиши кузатилади.

Шикастланган кўкрак қафасининг белгилари ва симптомлари:

- синган жойда оғрик, нафас олганда ва йўталганда кучаяди;
- мажбурий ҳаракатсиз ҳолат;
- пайпаслашда – синган жойда кескин оғрик ва шиш;
- синган суяк крепитацияси;
- Диафрагма ҳисобига нафас олиш, гиповентиляция, кейинроқ нафас етишмовчилиги юзага келади.

Бир нечта коворғалар синиши

Бир нечта коворғалар синиши – бу уч ва ундан ортиқ коворғалар синишидир. Кўпинча қариларда учрайди, яъни суяк тўқимаси эластиклигининг йўқолиши туфайли бўлади. Баъзан бир нечта коворғаларнинг синиши шикаст етказувчи буюм таъсир қилган жойнинг ён томонларида рўй беради, бунинг натижасида кўкрак қафасининг бошқа қисмлари билан боғланмаган сегмент пайдо бўлади.

Хусусан IV-VIII коворғалар синиши билан юзага келган олдинги ва олдинги-ён «клапанлар» ҳавфлидир. Бир нечта коворғалар синиши пневмо- ва гемоторакс, умуртка билан кўкрак қафаси оралигининг эмфиземаси билан асоратланади. Ташхислашда

кийинчилик туғилмайди, кўзга кўкрак қафасининг парадоксал ҳаракати кўринади. Синишлар рентгенологик тасдиқланади.

Врач тактикаси

- кучли оғрик туфайли анальгетиклар буюриш (парацетамол);
- чуқур нафас олмасликни беморга тушунтириш;
- агарда анальгетиклар қабул қилгандан кейин ҳам оғрик сақланса, у ҳолда махсус эластик камар тақиш – у нафас олганда кўкрак қафаси ҳаракатини чекламасдан оғрикни камайтиради. Камар кенлиги 15 см бўлиб, тақиладиган ёпишқоқ мослама билан таъминланган бўлиши керак;
- 3-6 ҳафтадан кейин синган қовурғалар битиши бошланади;
- барча шикастланган беморларни, *битта ёки бир нечта қовурғалар синишидан қатъий назар*, асоратлар хавфи эҳтимоли борлиги учун, хусусан қария ёшдагиларни *шифохонага ётқизиш*. Оғрикни камайтириш учун новокаинли блокада қилиш.

Тўш суягининг синиши

Автохалокат натижасида кўкрак қафасининг ёпик жароҳати олган беморларнинг 5% кузатилади. Белгилари ва симптомлари: жароҳатланган жойни пайпасланганда оғрик бўлиб, оғрик нафас олганда кучаяди, кўкрак олди деворининг деформацияси, оғир ҳолатларда – парадоксал нафас – нафас олишда тўшнинг ичкарига тушиб қолиши, перикард шикастланиши ва юрак тампонадаси белгилари ва симптомлари кузатилади.

Врач тактикаси: бемор аҳволини баҳолаш (ABCD), перикард шикастланишида ва юрак тампонадасида – керакли ёрдам кўрсатилади, тўш суягининг силжишисиз синишида симптоматик даво (анальгетиклар) қилинади, силжишли синишида – травматологга юборилади.

Кўкрак қафасининг очик жароҳати

Санчиб-кесувчи, ўқ яра, ичга қирувчи ва ичга қирмаган турларига бўлинади.

Жароҳатнинг ташқи ўлчами кўкрак ичи жароҳат чуқурлигини аниқлаб бера олмайди. Унча катта бўлмаган кириш яраси тагида катта жароҳатлар туриши мумкин.

Ёпик жароҳатларни зонд, бошқа асбоблар ёки бармоқ билан ичга қирувчанлигини текшириш ман этилади.

Ичга қирувчи жароҳатларни клиник белгилари, рентгенологик текшириш асосида ёки бирламчи жаррохлик ишлов беришда ташхислаш мумкин.

Травматик пневмоторакс

Очик пневмоторакс билан кечувчи кўкрак қафаси жароҳатлари кўрсатилган ёрдамни кечиктирилиши, ноқулай иқлим шароити, қоникарсиз транспортировка шароити бемор аҳволига ноўя таъсир кўрсатувчи шикастланишлар қаторига қиради.

Очик пневмоторакс белгилари ва симптомлари: ҳансираш, кўкракда оғирлик ҳисси, йўтал, жароҳат жойидан шовқинли ҳаво чиқиши, рентгенологик кўрсатмалар: ўпканинг пучайиши, умуртқа билан кўкрак қафаси ораллигидаги аъзоларнинг силжиши.

Врач тактикаси

- врач ўзининг шахсий хавфсизлигини таъминлаши даркор;
- кислородни юқори концентрацияда беришни бошлаш;
- ярага уч тарафлама бириктирилган зич ёпиладиган окклюзион боғлам қўйиш. Бу яра орқали ҳаво кириши олдини олади. Агар яра қирувчи ва чиқувчи бўлса, иккала ярага ҳам окклюзион боғлам қўйиш керак.

- умуртка шикастланиши тасдиқланмаса, беморни қулай ҳолатда ётқизиш;
- агарда ичга кирувчи яра қон кетиш билан кузатилса, т/и физиологик эритма қуйиш. Жароҳатланган беморни жарроҳлик бўлимига юбориш.



Шошилинч торакотомияга кўрсатмалар:

- юрак, умуртка билан кўкрак қафаси оралиғи ва ўпка илдизи йирик қон-томирлар яраланиши;
- плевра ичига кўп қон кетиши;
- қон кетишнинг II-III даражаси ва зўриқиш пневмоторакси билан кечувчи оғир ўпка яраланиши;
- трахея ва қизилўнгачнинг кўкрак қисми яраланишида.

23.2-расм. Окклюзион боғлам қўйиш

Қорин жароҳати

Сабаблари: пичок, найза, ханжар, ўк билан жароҳатланиш. Қорин бўшлиғи ичига кирувчи ва ичига қирмаган жароҳатларга бўлинади.

Қорин ичига кирувчи жароҳатлар. Бунга қориндан чиққан қорин чарвиси ёки ичак далолат беради.

Белгилари ва симптомлари: шок белгилари, ички қон кетишлар, ковак аъзоларининг перфорацияси, қорин олди мушакларининг таранглиги, мусбат қорин девори таъсирланиш симптомлари, қорин ётиқ жойларида тўмтоқлик, жигар тўмтоқлигининг йўқолиши, тўғри ичак текшириб кўрилганда – ампула қисмининг олдинги деворининг осилиб қолиши, оғриқ бўлиши, сийдик билан қон ажралиши сийдик чиқарув тизимининг шикастланишидан далолат беради, эвентрация – ички аъзоларнинг жароҳат жойидан чиқиб қолиши кузатилади.

Врач тактикаси

- врач ўзининг шахсий хавфсизлигини таъминлаши зарур;
- ABC бўйича баҳолаш ва ёрдам бериш;
- қон кетишни тўхтатиш;
- зарарланишини олдини олиш, лекин жароҳат жойини тозалашга вақт кетқизмаслик;
- шокка қарши чоралар ўтказиш;
- тинчлик;
- қоринга совутувчи воситаларни қўйиш;
- жароҳат олган беморга сув бериш, қорин бўшлиғидан чиққан аъзоларни тўғрилаш мумкин эмас. Жароҳатга асептик боғлам қўйиш;
- эвентрацияда: аъзоларга нам стерил боғлам қўйиш ва устидан – алюминли фольга ёки курук жароҳат боғлами қўйиш.
- шошилинч равишда шифохонага ётқизиш.



23.3-расм. Эвентрациядаги боғлам

Шикастланган бемор танасига кириб қолган буюм аниқланса, уни олиб ташлаш мумкин эмас. Куйидаги ҳолатлар бундан истисно:

- транспортировкада ҳалақит берса ва уни катталигини камайтириш самарасиз бўлса;
- юракни бевосита уқалашга ҳалақит берса;
- лунж орқали, оғиз бўшлиғи ва халқум ичкари жойлашган структураларини шикастламасдан тешиб ўтган бўлса.

Врач тактикаси.

Беморда танасида санчилган буюм бўлганда: қўл билан буюмни стабиллаштирмақ, жароҳат жойини яланғочлаб қон оқишини тўхтатиш. Буюмни стабиллаштирмақ учун пахта-докали боғлам қўйиш, боғламни қатлам-қатлам қўйиб, кейин лейкопластир билан маҳкамлаш. Шок симптомлари ёки белгилари кузатилса, шокка қарши чора-тадбирларни ўтказиш. Шошилиш равишида шифохонага ўтказиш.



23.4 -расм. Санчилиб қолган буюмга боғлам қўйиш

Қориннинг ичга кирмаган жароҳати Белгилари ва симптомлари:

- қоринда кучсиз оғрик. Агарда транспортировка вақтида кучайган оғриклар шифохонада камайса, бу ичга кирмаган жароҳатдан далолат беради. Беморнинг умумий аҳволи қониқарли, териси одатдаги рангда;
- пульс ва артериал қон босим меъёрида;
- қорин парда таъсирланиш симптоми аниқланмайди;
- ичак перистальтикаси сақланган;
- тўғри ичак ва сийдикни текшириш шарт.

Врач тактикаси

- бирламчи жарроҳлик ишлови бериш;
- асосий даволаш чора-тадбирлари шокка, қон кетишга ва перитонитга қаратилган;

ҲОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Собиров Д.М., Алимов А.В., Шарипов А.М., Умарова З.С. ТВМОИ, ТошПМИ, «Руководство по Экстренной медицинской помощи основного и продвинутого уровня». 2007 й. 1,2-том.
2. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.
3. «Хирургия». Ю.М. Лопухин таҳрири остида, Инглиз тилидан таржима. М: ГЭОТАР-МЕД, 1997 й.
4. Дж.Мерга. «Справочник врача общей практики». «Практика» нашриёт уйи. М., 1998 й. 1230 бет.
5. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М. »Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
6. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.

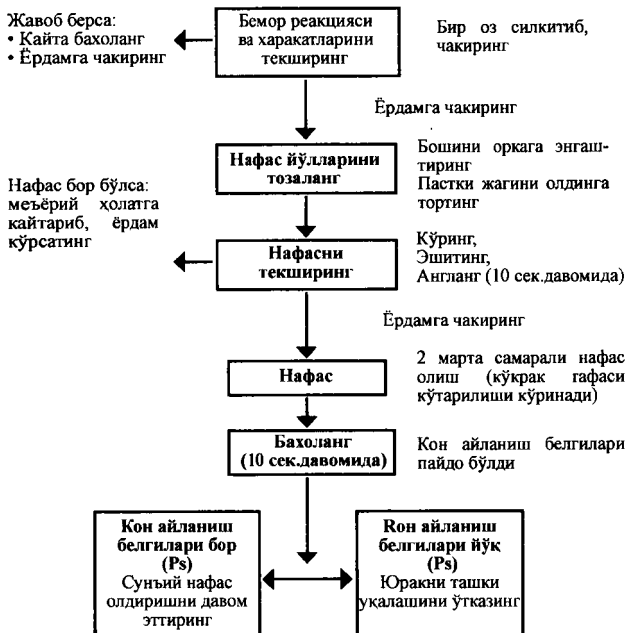
24-БЎЛИМ. ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР

Юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш алгоритми	238
Кома	239
Асфиксия	240
Чакалоклар асфиксияси	240
Ўт жисм	242
Ўқиш	242
Осилиш	243
Ўткир нафас етишмовчилиги	243
Астмагик статус	244
Ўткир юрак етишмовчилиги	246
Ўпка шиши	246
Қон кетишлар	246
Меъда-ичакдан қон кетиши	247
Бошқа турдаги қон кетишлар	247
Қон кетишни вақтинча тўхтатиш	249
Ўткир корин	250
Буйрак санчиги	250
Ўт санчиги	251
Ўткир буйрак етишмовчилиги	252
Ўткир жигар етишмовчилиги	253
Бош мия шикастланиши	254
Ишемик ва геморрагик инсультлар	254
Тиришишлар	254
Тиреотоксик криз	255
Шок	255
Анафилактик шок	255
Гиповолемик шок	256
Кардиоген шок	257
Септик шок	257
Куйишлар	258
Электр токидан куйиш	259
Заҳарланиш	261
Спиртли ичимликдан заҳарланиш	265
Менингит	266
Кўкракдаги оғриклар	268
Миокард инфаркти	268
Ностабил стенокардия	268
Гипертоник криз	268
Кўшимча маълумот:	270
Қатталар ва болаларда юрак-ўпка реанимациясининг кучайтирилган шакли	270
Шикастланиш ва қон кетишларда биринчи ёрдам	272
Фойдаланилган адабиётлар	279

Юрак-ўпка реанимациясини ўтказиш алгоритми

24.1-расм

Ҳаёт учун муҳим параметрларни сақлаб туриш



Пульс ва нафас олишни ҳар минутда текширинг 100 та/мин. 1 дак.
Катталарда – 15 марта босиш 2 нафас олишга
Болаларда – 5 марта босиш 1 нафас олишга

Бўйин шикастланишига гумон қилсангиз, бошни оркага энгаштирманг.

Қачон ёрдам кидириш лозим

Тез ёрдамни зудлик билан чакириш қутқарувчилар ва жабрланганлар учун ҳаётий зарурликдир. Қутқарувчилар бир нечта бўлса, улардан бири реанимация ўтказиши, бошқаси эса – ёрдам кидириши лозим. Қутқарувчи бир ўзи бўлса, зудлик билан, ёки реанимация ўтказишни ёки ёрдам кидиришни танлаши керак. Агар ҳушдан кетишнинг сабаби шикастланиш ёки чўкиш бўлса, агар зарарланган шахс бола ёки чақалок бўлса, қутқарувчи ёрдам кидиришдан олдин 1 минут давомида реанимация ўтказиши лозим. Шу бир минутли жонлангиришдан кейин ҳам жабрланган шахс нафас олмаётган бўлса, зудлик билан ёрдам кидиради.

Пульс ва нафас олиш пайдо бўлса, жабрланган шахсни тиклашни оид ҳолатда – юзи пастга ва ёнбошга қаратилган, бир қўли

ва бир тиззаси букилган ҳолда ётқизилади. Бу ҳолат нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаб, бемор меъда-ичак ичи массаси билан аспирацияланиши хавфини олдини олади.

Умуртқа погонаси бўйин қисми шикастланиши

Орка мия зарарланишига гумон қилинса(бош ва буйин соҳаси билан урилиб йиқилиш), зарарланган шахсга реанимация чоралари қўрсатилаётганда, уни текис жойга ётқизиш керак. Бор бўлса, албатта танасининг орқасига тахта ва ёки бўйин умуртқаларини фиксацияси учун корсетдан фойдаланилади.

Кома

Кома ва прекома ҳолатидаги беморга шошилиш тарзда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам қўрсатилади. Биринчи навбатда зарарланган шахс тикланишга оид ҳолатга келтирилади (агар анамнезида умуртқа погонасининг шикастланиши бўлмаса) ва тез ёрдам чақирилади.

Врач тактикаси

- бемор ҳолатини бирламчи баҳолаш ва бир вақтнинг ўзида коррекция қилиш. Асосий ҳаётий қўрсаткичларни баҳолаш: нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш керакми? (керак бўлса, таъминланг). Нафас борми ва адекватми? (кислород беринг). Қон айланиши борми ва адекватми? (зарур бўлса ЭКГ, томир ичи инфузияси ўтказинг). Хушидами?
- тикланишга оид ҳолатга қайтариш: қарши қўрсатмалар йўқ бўлса (масалан, умуртқа погонаси жароҳати)
- тез ёрдам чақириш
- жабр кўрган шахсни иситиш учун бирор нарсага ўринг
- ташхис қўйишга уришиб кўринг:
- бемор ҳолатини иккиламчи баҳолаш – пульс, НОС, АҚБ, тана ҳарорати, шикастланиш белгилари, ҳушни баҳолаш шкаласи (қуйида келтирилган);
- беморни ёнидагилардан анамнезини гувоҳлардан (ёнидагилардан) сўраш: белгиларнинг бошланиши ва давомийлиги, аллергия анамнез, дори воситалар қабул қилиш, шикастланишлар, тиришишлар, тана ҳароратининг юқорилиги, ўтказилган касалликлар, бемор охири марта овқатланиши ва суюқлик ичиши, ушбу ҳолат ривожланишидан олдин бемор нима қилганлиги;
- теварак-атрофдаги ҳолатни кўриб чиқиш: сунцид излари, дори рецептлари ва бошқалар.
- агар менингит ёки менингококкли септицемия аниқланса – бензилпенициллин биринчи дозасини бериш ва зудлик билан шифонага ётқизиш. Доза: катталар ва 10 ёшдан ошган болаларга – 1,2г; 1-9 ёшли болаларга – 600 мг; 1 ёшдан кичик болаларга – 300 мг (анамнезида пенициллинга аллергияси бўлмаса);
- имконият бўлса, қондаги қано миқдорини ўлчаш: гипогликемия ёки гипергликемияни аниқлаш учун. Гипогликемияда м/о глюкозон 1 мг ёки 50% ли глюкоза 25-50 мл юборилади.

Тезроқ бажаринг:

- нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш;
- кислород бериш;
- томирни инфузиялар учун тайёрлаш;
- стационарга юбориш (гипогликемик ҳолат ёки тиришиш бўлмаса)

Сабаблари

- метабolik бузилишлар: гипогликемия, гипергликемия, гипотермия, алкоғоли интоксикация, гипопитуитаризм
- дори воситалари: гиёхванд модда ёки дори воситалар дозасини ортиб кетиши (седатив ёки гипнотик воситалар, опиатлар, алкоғоль ва бошқалар).
- кон томирлар: инсулт, юрак кон отиб беришининг камайиши, (масалан: миокард инфарктдан кейин), аорта аневризмаси ёрилиши.
- инфекциялар: менингит, септицемия, зотилжам
- марказий асаб тизими: тиришишлар, бош мия шиши (масалан: менингит, субарахноидал кон куйилиш, бош шикастланиши), гидроцефалия, экстра- ва субдурал гематомалар, рухий бузилишлар
- бошқалар: шикастланиш, қариллик.

Ҳушни тез баҳолаш шкаласи

X	Бемор ХУШИДА	ХаЙўк
B	ВЕРБАЛ стимулга реакцияси бор	ХаЙўк
O	ОҒРИҚҚА реакцияси бор	ХаЙўк
PЙ	Умуман РЕАКЦИЯСИ ЙЎҚ	ХаЙўк

Асфиксия

Асфиксия ҳушнинг сақланиши билан – нафас йўллари обструкцияси, стридороз нафас, товуш пасайиши ёки йўқолиши, коворғалар оралиғини нафас олишда ичкарига тортилиши, ифодаланган нафас етишмовчилиги.

Бехуш беморларда асфиксия – нафас олиш жуда қийинлашган ёки кузатилмайди.

Сабаблари: бош ва бўйин шикастланиши, ёт жисм тикилиб қолиши, юқумли касалликлар (ёлғон круп, эпиглотит, халқум орти абсцесси, бўғма), ўсмалар, ангионевротик шиш (Квинке шиши), ларингоспазм, анафилаксия.

Тактика: зудлик билан нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, бу билан нафас олиш ва кон айланишининг тўхтаб қолиши, бош мия зарарланишининг олди олинадди. Тез ёрдам чақириниш ва тезда шифохонага ётқизиши

Янги туғилган чақалоклар асфиксияси

17-бўлимга қаранг. «Педиатрия».

Янги туғилган чақалокнинг реанимацияси

Зудлик билан тез ёрдам чақириниш ва тезда шифохонага ётқизиши.

Соғлом чақалок: туғилганда териси бироз кўкимтир рангда, тонуси яхши, туғилгандан бир неча секунддан сўнг қичқириб йиғлайди, ЮҚС – 120-150 та/мин., туғилгандан сўнг 90 секундда пушти рангга киради.

Нисбатан соғлом чақалок: туғилганда териси кўк рангда, тонуси пасайган, ЮҚС – 100 та/мин. кам, 90-120 секундгача нафас бузилиши давом этади.

Бемор чақалок: туғилганда териси оқарган, тонуси кучли пасайган, суст, ҳаракатлари секин, ЮҚС – 100 та/мин. дан кам, нафас аниқланмайди.

Чақалокнинг ЮҚСни кўқрак қафаси юзасида юрак чўкки турткиси орқали, киндигини пайпаслаш усули, стетоскоп ёрдами-

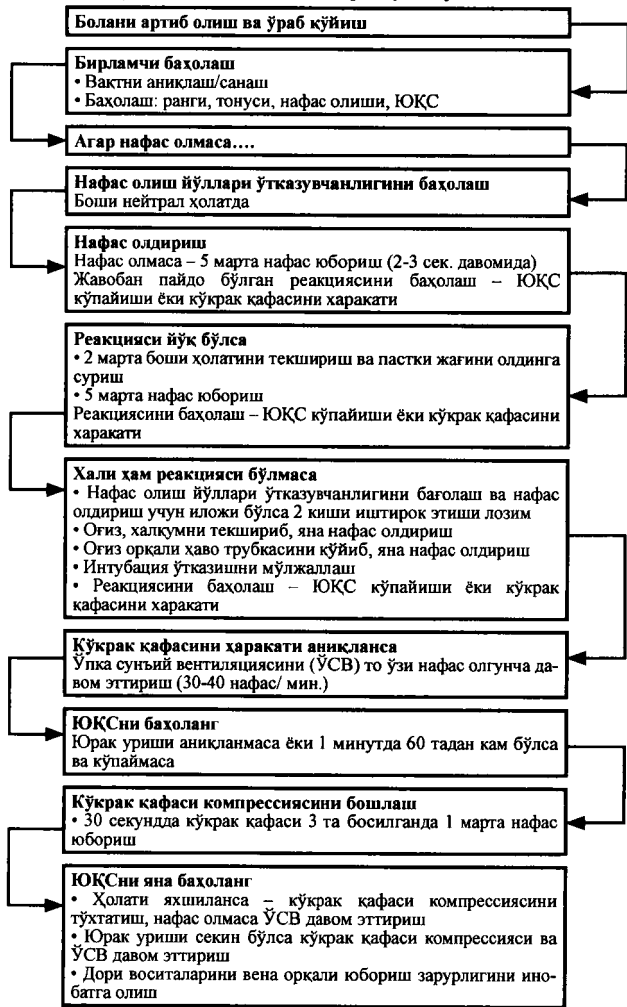
да аускультация қилиш йўли билан аниқланади. Периферик пульс аниқланмайди.

Тезкор баҳолаш: меконий борлиги, йиғлаши ёки қичқирishi (нафас олиш йўллари ўтказувчанлиги), тонус (яхши, пасайган), суст, тери ранги (пушти, қўм-қўқ), вақтида туғилган/вақтига етмасдан туғилган.

Зарур ҳолларда – юрак-ўпка реанимацияси.

24.2-расм

Янги туғилган чақалоқнинг юрак-ўпка реанимацияси



ЁТ ЖИСМ

Нафас йўлларида бўлса: хушдан кетиш, айниқса овқатланиш вақтида – томоғини ушлайди, гапира олмайди, кўкаради.

Биринчи ёрдам – нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш:

Геймлих усули – жабр кўрган шахсни орқасидан иккала қўл билан ушлаб, эпигастрий соҳасига бир неча марта қаттиқ ва тез босилади.

Меъда-ичак йўлларида: ютилган жисмлар одатда меъда-ичак йўлларида эркин ҳаракатланади: танга, тугма, шиша бўлаклари, нина тўғноғич бўлиши мумкин.

Катта ҳажмдаги ёт жисмлар – йирик танга ва соч тўғноғичи эркин ҳаракатланмайди.

Врач тактикаси

Зудлик билан шифохонага юбориш, у ерда кўрсатмаларга кўра қуйидагилар ўтказилади:

- кузатув;
- бош, бўйин, кўкрак қафаси, қорин ва тос аъзолари рентгенографияси;
- бронхоскопия;
- ютилган ёт жисм нажас билан чиқиши мумкинлиги кузатилади (одатда 3 кундан кейин);
- ютилган ёт жисм бир ҳафтада нажас билан чиқмаса қайта рентгенография ўтказилади;
- ёт жисм меъда-ичак йўлларида бир ой давомида жойини ўзгартирмай турса, жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

Чўкиш

Чўкишда сув ўпкага катта ҳажмда жуда кам ҳолларда киради. Сувнинг товуш пайлари билан контактда спазм юзага келади, бу эса ўз навбатида қуйи нафас йўллари юкори нафас йўлларида герметик равишда тўсиб қўяди.

Хавф омиллари: болалик, сузишни билмаслик, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд моддалар қабул қилиш натижасида мастлик, баротравма (акваланг билан шўнғиганда), бош мия ва бўйин шикастланиши, қандли диабетда хушдан кетиш, эпилепсия, юрак аритмияси. Агар чўккан шахс, уни сувдан олгандан кейин 24 соатдан кўп яшаса, у қутқарилган ҳисобланади.

Врач тактикаси

- шахсий хавфсизлик ва чўкиш ҳодиса жойининг хавфсизлиги
- умуртка поғонасининг шикастланиши гумон қилинганда: мијозни сувдан тахтақашда олиб чиқиш ёки кейинчалик умуртка поғонасининг механик иммобилизациясини амалга ошириш.
- мијознинг хушини баҳолаш.
- бирламчи ABCD ўтказиш сувдаёқ бошланади:
 - нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, пастки жағни олдинга суриш;
 - нафас олиш йўллари кўздан кечириш ва тозалаш (кўринган ёт жисмлардан тозалаш);
 - ЎСВни бошлаш
- Меъда чўзилиб кетиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик:
 - Умуртка иммобилизациясини сақлаган ҳолда, нафас олиш йўллари ёт жисмлар -кусук массалари ва ажралмалардан тозалаш учун, уни ёнбошига ётқизиш.
 - Чўзилган меъдани ЎСВга тўскинлик қилишини ёнбошига ётқизилган беморни эпигастрал соҳасига қўл билан босиш

орқали бартараф қилиш мумкин. Геймлих усули фақат юқори нафас йўллари обструкциясида қўлланади.

- ЎСВ вақтида гипотермия бўлишини ҳисобга олиб, чўккан одамдан совуқ ва ҳўл кийимни ечиб олиш, куруқ ва иссиқ чойшабга ўраш лозим.
- 21°C дан паст ҳароратдаги совуқ сувда чўкиш хуш йўқотиш ёки қомага олиб келувчи бахтсиз ҳодиса ҳисобланади. Бу ҳолатда реанимация чора-тадбирлари сувда узоқ қолиб кетганларда ҳам самара бериши мумкин.
- Гипоксия ёки аспирация натижасида иккиламчи бузилишлар юзага келиш хавфи юқори бўлиши сабабли, чўкканлар ҳар доим шифохонага ётқизилади.

Доимо шуни эсдан чиқармаслик керакки, миғозда тиришиш, диабет, спиртли ичимликлар ва гиёҳванд қабул қилиш каби яширин ҳолатлар ҳам чўкишга олиб келиши мумкин.

Осилиш

Асфиксия ва ўлимга олиб келади. Бўйин қисми юмшоқ тўқималарининг шикастланиши, кўпинча умуртка поғонасининг чиқиши кузатилади.

УАВ тактикаси

- тез ёрдам ва милиция чақириш;
- арқонни кесиш ёки бўшаштириш керак, лекин жабрланган шахс бўйнидан арқонни ечиб олиш мумкин эмас (криминалистлар учун);
- нафас олиш йўллари ўтказувчанлиги, ўпканинг адекват вентилизацияси ва қон айланишини таъминлаш;
- ҳар қандай ҳолатда бўйин қисми иммобилизацияси;
- зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Ўткир нафас етишмовчилиги

Сабаблари: кўкрак қафаси ва нафас олиш аъзоларининг шикастланиши, шу жумладан коворғалар синиши; бронхиал астма; анафилактик шок; ЎСОК қўзғалиш даври; гипервентиляцион синдром; ўпка артерияси тромбоземболияси; спонтан пневмоторакс; нафас олиш йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши; зотилҷам ёки ўпка ателектази; ўткир юрак чап қоринчасининг етишмовчилиги; шок.

Ўткир нафас етишмовчилиги белгилари: хансираш, цианоз (камқонлик ва қон кетишларда аниқланмайди), тахикардия, қўзғалиш, кейин эса хушнинг кучайиб боровчи қарахтлиги, хуш йўқотиш, тери намлиги ва тўқ қизил рангга кириши, бурун қанотларининг керилиши, ёрдамчи мушакларнинг нафас олишда қатнашиши кузатилади. Кучайиб боровчи нафас етишмовчилигида қон босимини ошиши гипотензия билан алмашади, айрим ҳолларда брадикардия, аритмия ривожланади ва бундай ҳолат аритмия ва юрак-қон томир етишмовчилиги рўй берган ҳолда ўлим билан тугайди.

Текширув

Физикал кўрик (ўпка артерияси тромбоземболияси белгилари, зўриққан пневмоторакс, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, гиповентиляция), кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текшируви (пневмо-, гидроторакс, коворғалар синиши, зотилҷам ва бошқа бузилишлар).

Ўткир нафас етишмовчилиги сабаби аниқланмасдан олдин, беморга ухлатувчи, тинчлантирувчи, нейролептик ва наркотик сакловчи дори воситаларини, шунингдек наркотикларни қўллаш мумкин эмас.

Тактика

- *Пневмоторакс аниқланса* – парастернал чизик бўйича иккинчи қовурғалар оралигидан резина ёки силиконли дренаж ўрнатилиб, плевра бўшлиғи дренажланади, унинг икки томони сургич ёки сувости клапанига уланади. Плевра бўшлиғида қатта ҳажмда суюқлик тўпланган бўлса (гемо- ёки гидроторакс, плевра эмпиемаси), уни игна ёки троакар ёрдамида пункция қилиб олиб ташланади.
- *Юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши* зудлик билан оғиз бўшлиғи ва халқумни ларингоскоп ёрдамида текшириш, уларни ёт жисм ва бошқа нарсалардан тозалашни талаб этади. Шифохонага босқичда нафас йўллари ёт жисм билан обструкциясида ёрдам кўрсатиш учун Геймлих усулидан фойдаланилади.
- *Меъда-ичак тракти парези ёки параличи, диафрагма ҳолати ва харакатининг бузилишида* – меъда ичидаги бор нарсаларни эвакуация қилиш учун зонд киритилади, бемор танасининг юқори қисми баланд қилиб ётқизилади.
- *Кўкрак қафаси шикастланиши*, корин бўшлиғида ўткир жараён-огриксизлангирувчи препаратлар ташхис қўйилгандан сўнг қўлланилади. Қовурғалараро блокада ўтказилади, қовурғалар синишида синик жойга новокаинли блокада қилинади.

Ўткир нафас етишмовчилигида беморга кислородли терапия ўтказилаётган вақтда нафас олишнинг сони ва чуқурлигига аҳамият бериш лозим. Кислород ингальяцияси давомида нафас олишнинг тўхташи ва гиповентиляция ўСВ талаб этувчи оғир гипоксик ҳолатдир. У нафас олишнинг қўпол бузилишлари, оғир гипоксия ва гиперкапнияда (хушнинг хираланиши, кўзғалиш ёки қарахтлик, терининг тўқ қизил ёки оқарган-цианотик ранга кириши, тахикардия ёки брадикардия, гипертензия, баъзан тесқариси, гипотензия, НОС I дақиқада 40 тадан кўп, тери намлиги) кузатилади.

- *Терминал ҳолатларда*, бошқача қилиб айтганда, агония олди, агония ва клиник ўлим ҳолатида, тезкор, биринчи навбатда нафас олиш ва қон айланишни тиклашга қаратилган реанимация чоралари, биринчи навбатда, нафас олиш ва қон айланишни тиклашга қаратилади, бу чора-тадбирлар беморни ҳаётга қайтариши мумкин. Бирламчи реанимация чоралари баъзан юрак-ўпка реанимацияси деб аталади: бу ўСВ ва юрак массаждан иборат.
- *Юрак тўхташида* зудлик билан реанимацияни бошлаш зарур, чунки клиник ўлимдан кейин орқага қайтиш даври 4-5 минутдан ошмайди.

Клиник ўлим ҳолатидаги бемор периферик қон айланиши юрак массажи ёрдамида 20-30 минут дақиқада давомида тикланмаса, юрак-ўпка реанимацияси ва бошқа чоралар тўхтатилади. Агар юрак массажи ва ўСВ тўғри бажарилганда, уйқу ва периферик артериялар пульсацияси кузатилмаса, кўз қорачиқлари кенгайганлигича қолса, нафас олиш ва юрак фаолияти тикланмаса, беморнинг тери қопламлари оқарган ёки цианотик бўлса, биологик ўлим ташхисланади ва реанимация чоралари тўхтатилади.

Астматик ҳолат

Астматик ҳолат – бронхиал астманинг чўзилган хуружи бўлиб бронходилятаторлар самара бермайди. Ифодаланган бронхоспазм, бронхлар шиллик қаватининг шиши ва кўп микдорда шиллик ишлаб чиқариш кузатилади.

Бронхиал астманинг ҳаётга хавф солувчи белгилари

- ўпка товушларининг эшитилмаслиги, цианоз;
- брадикардия;
- безовталик, асабларнинг кўзғалиши, ҳушнинг пасайиши;
- нафас чиқаришнинг чўққи тезлиги (НЧЧТ) – 33% ва ундан паст.

Зудлик билан шифохонага юбориш

Тактика

- преднизолон ичиш 30–60 мг (5 ёшдан кичикларга – 20–40 мг) ёки т/и гидрокортизон 200 мг (5 ёшдан кичикларга – 100 мг);
- кислород бериш;
- сальбутамол ёки тербуталин ингаляцияси ёки т/и аминифиллин – 250 мг (тўйдирувчи доза) секин-аста 25 мг/мин. оширмасдан.

ТЕЗ ЁРДАМ МАШИНАСИ КЕЛИШИГА ҚАДАР БЕМОРНИНГ ЁНИДА БЎЛИНГ!

Катталар ва мактаб ёшидаги болаларда астматик ҳолат

Белгилари: галпини охиригача еткиза олмайди; пульс – 100 та/мин. ва ундан кўп; НОС – 25 та/ мин. ва ундан кўп; НЧЧТ – 50% ва ундан кам.

Биттадан ортиқ белги аниқланса зудлик билан шифохонага ётқизилади.

Тактика

- кислород – 40–60%;
- сальбутамол ингаляцияси – 5 мг ёки тербуталин – 10 мг;
- преднизолон – 30–60 мг, ичишга ёки гидрокортизон – 200 мг, т/и;
- 15–30 минут давомида кузатув.

Чўзилган хуружда – зудлик билан шифохонага ётқишиш. Тез ёрдам машинасини кутиш вақтида сальбутамол ёки тербуталин қайта ингаляцияси, ипатропиум 500 мкг ингаляцияси ёки тербуталин т/о ёки аминифиллин – 250 мг, т/и (эуфиллин ичиш мумкин эмас!).

Бемор ҳолати яхшиланса (пульс, НОС камайиши), одатдаги даво ва преднизолон давом эттирилади.

Кейинги кузатув

24 соат давомида пульс, НОС, НЧЧТ кўрсаткичлари назорат қилинади. Ўтказилган даволаш чоралари самара кўрсатмаса, шифохонага ётқизилади.

5 ёшдан кичик болаларда астматик ҳолат

Белгилари: суҳбат вақтида ва чакалоқлар эмаётганида ифодаланган ҳансираш; НОС – 50 та/мин., пульс – 140 та/мин. кўп бўлади; эмизикли чакалоқларда ёрдамчи мушакларнинг нафас олиш актида қатнашиши баҳоланади.

Биттадан ортиқ белги топилса, зудлик билан шифохонага ётқишиш лозим.

Тактика

- кислород – 40–60%;
- сальбутамол ингаляцияси – 5 мг ёки тербуталин – 10 мг, гўдакларга болаларнинг ½ дозаси берилади;
- преднизолон 1–2 мг/кг, энг кўп миқдори 40 мг/сут ичиш буюрилади;
- ингаляциядан кейин 15–30 мин. давомида реакцияси назорат қилинади.

Чўзилган хуружда – зудлик билан шифохонага ётқишиш талаб этилади. Тез ёрдам машинасини кутиш вақтида салбутамол ёки тербуталин ингаляцияси қўлланилади.

Бемор ҳолати яхшиланса, одатда и даво ва преднизолон давом эттирилади.

Ўтқир юрак етишмовчилиги

Ўтқир юрак етишмовчилиги – юрак фаолиятининг бузилиши гемодинамиканинг бузилишига олиб келувчи ҳолатдир. Чап ва ўнг қоринча етишмовчилиги фаркланиб, кўпинча иккаласи ҳам ривожланади: олдин – чап қоринча етишмовчилиги ривожланади, кейин эса ўнг қоринча етишмовчилиги.

Юрак етишмовчилигининг баъзи томонларини даволаш УАВ учун қийин вазифа бўлиб, бундай беморни у кўпинча кардиолог маслаҳатига йўналтиради.

Юрак етишмовчилигининг сабаблари:

- ЮИК (кўпинча анамнезида миокард инфаркти);
- артериал гипертония;
- кардиомиопатия;
- юрак нуқсонлари;
- ўнг қоринча етишмовчилиги юрак касалликларида одатда чап қоринча етишмовчилигидан сўнг ривожланади, лекин ўпка касалликларида у яққаланган бўлиши мумкин (ўпкали юрак).

Клиник кўриниши

- кучайиб борувчи хансираш;
- тез чарчаш;
- юрак астмасининг тунги хуружлари;
- озиб кетиш ёки унинг тескариси – тана вазнининг кўпайиши (шиш ҳисобига);
- чап қоринча етишмовчилиги белгилари: тахикардия, пульс тўлиқлигининг пасайиши, тахипноз, ўпканинг қуйи қисмларида нам хириллашлар, юрак аускультациясида – от дупури ритми, периферик қон айланишининг ёмонлашиши;
- ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари: бўйин томирларининг бўртиши, шиш (айниқса тўпикларда), гепатомегалия, асцит.

Оёқлар шиши ва ўнг қоринча етишмовчилигида шошилинич даво талаб этилмаса, хансираш ва ўпка шиши билан бирга ташҳисланган чап қоринча етишмовчилигида шошилинич даво ўтказиш керак.

Ўпка шиши

- Беморни ётқизиш, кроватнинг бош томонини кўтариш.
- Кислород ингаляциясини маска ёки бурун канюляси орқали 4 л/мин. тезликда бошлаш.
- Периферик веноз катетер ўрнатиш.

Қуйдагилар юборилади:

- трамадол – 50–100 мг ёки метамизол натрий 250 – 500 мг;
- метоклопрамид – 10 мг т/и (морфиндан сўнг кўнгил айнимаслиги учун);
- фуросемид – 20–60 мг т/и;
- нитроглицерин – 300–600 мкг тил остига.

Ўпка шишининг сабабини албатта аниқлаш лозим, унга кўпинча миокард инфаркти, аритмия, кардиомиопатиялар сабаб бўлади.

Қон кетишлар

Меъда-ичакдан қон кетиши

Касаллик кечишининг оғирлиги йўқотилган қон ҳажмига боғлиқ.

Меъда -ичак йўллари юқори қисмидан қон кетиши

Сабаблари: пептик яра, гастритлар, кизилўнгач томирларининг варикоз кенгайиши, дори воситалари (НЯҚВ, стероидлар, антикоагулянтлар), эзофагитлар, меъда ва кизилўнгач саратони, гемангио-

ма, қон касалликлари, бурундан кетаётган қонни югиш. *Бошқалар*: анамнезида – алкоголь, сурункали жигар касалликлари.

Хос белгилар: қон қусиш, мелена (нажаснинг қора рангда ўзига хос хидли бўлиши).

Меъда-ичак йўллари қуйи қисмидан қон кетиши

Сабаблари: дивертикулитлар, колитлар (юқумли ёки яллиғланиш касалликлари), йўғон ичак полипи ёки ўсмалари, бавосил, орқа чиқарув тешиги ёриқлари, ангиодисплазия, гемангиома, қон касалликлари, меъда-ичак трактининг юқори қисмидан келаётган қон.

Хос белгилар: тўғри ичак ва нажасда алвон рангли қон бўлиши.

Қўриқ

Ўтқир даврини ташҳислаш белгилари: хушнинг хиралашиши, қарахтлиги, ёпишқоқ тер, мраморсимон тери, оғрик, айланиб юрувчи қон ҳажми (АЮҚХ) кўрсаткичлари – ЮҚС бирдан кўпаяди; АҚБ – ортостатик гипотония, горизонтал ҳолатда артериал гипотония, шок, аъзоларнинг ишемик бузилишлари.

Тактика

- мижозни зудлик билан шифохонага ётқизишга тайёрлаш;
- тез тиббий ёрдам машинаси келгунча, қон кетиш сабабини аниқлаш учун, мижознинг ёнидагилар қариндошларидан анамнез йиғиш;
- анамнез ва қўриқ натижаларига кўра қон кетиш оғирлигини баҳолаш;
- юқори қисмдан қон кетишига ёки қуйи қисмидан қучли қон кетаётганига гумон бўлса:
 - беморни полга ётқизиб, оёқларини 20-30 см юқорига кўтариш (масалан, оёқларини ёстикка қўйиш);
 - томирни парентерал дори юборишга тайёрлаш;
 - кислород бериш;
 - плазма, суяқликларни т/и юбориш;
 - зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Бошқа турдаги қон кетишлар

Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши

Ўлим билан тугаши – 90%гача. АҚБ пасайиши, қоринда атипик оғриклар, айниқса пульсацияловчи абдоминал массани мавжудлиги қузатилаётган ҳар бир беморда гумон қилиш лозим.

Тактика

- томирни парентерал дори юборишга тайёрлаш;
- зудлик билан шифохонага ётқизиш;
- қариндошларига касалликнинг ёмон оқибатли эканлигини айтиш.

Оғиз, қулоқ ва бурундан қон кетиш (эпистаксис)

Бурун тўсиғидаги қон томири ёрилиши натижасида бўлади.

Сабаблари

- шикастланиш: бош мия, юз шикастланиши; бурунни бармоқ билан қавлаб шикастлаш;
- сомагик: синуситлар, юқори нафас йўллари инфекцияси, гипертензия, қон ивишининг бузилиши;
- қарияларда: артерияларнинг дегенератив касалликлари; АҚБ кўтарилиши; бурунни бармоқ билан қавлаш, ўтқир тумов, аллергик ринит, телеангиэктазия, ўсмалар. Кўпинча сабаби аниқланмайди.

Врач тактикаси

Бош мия шикастланишида бурун ёки қулоқлардан қон кетиши тўхтатилмайди, чунки бу мия ичи босими ошишига олиб келади. Қайтага, қонни йиғиш лозим: гипроскопик боғлам қўйиш мия ичи босимини пасайтиради ва инфекция тушишини олдини олади.

- Агар бурундан боиқа сабабга кўра қон кетса, қуйидаги ёрдам кўрсатилади:
 - бемор антикоагулянтлар, аспирин, НЯҚВ қабул қилишини аниқлаш;
 - АҚБни ўлчаш, шок ёки нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши белгиларини аниқлаш.
- Кўпинча қон кетиш қуйидаги чоралар ёрдамида тўхтатилиши мумкин:
 - бурун учини 10 минут давомида бироз босиб туриш;
 - бурун устига (агар бўлса) муз қўйиш;
 - бошни олдинга энгаштириш, қоннинг постназал бўшлиққа тушишини олдини олиш;
 - беморни бироз олдинга энгаштириб ўткизиш (агар қон ошқозонга тушса, қусиш, аспирация, босим ортиши сабабли бурундан қон кетиши яна давом этиши мумкин);
 - бурундан бир оз бўлса ҳам қайта қон кетишида, бемор режали равишда мутахассис кўригига йўналтирилади;
 - бурундан кучли қон кетишида (30 минутдан ортик) бемор зудлик билан шошилиш ёрдам марказига ЛОР-врачга юборилади.

Ички аъзолардан қон кетиши

Ички қон кетишида кўп миқдорда қон йўқотиш натижасида шок ва ўлимга олиб келиши мумкин. Ички аъзоларнинг жароҳатланиши, тос ва сон суякларининг синиши натижасида кучли яширин қон кетиши мумкин. Масалан, сон суяги ёпик синишида 1 л гача қон йўқотиш мумкин, тос суяги синишида эса, ҳар бир синикдан 500 мл ҳажмда қон йўқотиш мумкин. Ички қон кетишга гумон қилиш шикастланиш механизми, клиник белгилар ва симптомлар асосида пайдо бўлади.

Ҳомиладорлик даврида қон кетиши

15-бўлимга қаранг. «Акушерлик».

Ҳомиладорликнинг III триместрида деярли 4% аёлларда жинсий йўллاردан қон кетиши кузатилади. Қон кетиши пайдо бўлганда, врач унинг сабабини аниқлаши лозим. Биринчи навбатда, аёл ва унинг ҳомиласи учун энг хавфли бўлган, ҳамма қон кетишларнинг 50%ни ташкил этувчи акушерлик асоратлари – плацентанинг олдин келиши ва эрта қўчишини инкор этиш лозим. Ушбу ҳолатнинг оқибати кўпинча уни ўз вақтида ташхислашга боғлиқдир.

Ҳомиладорликнинг кечки давларида қиндан қон кетиш оғриқсиз ҳам кечиши мумкин!

Белгилари

- қоринда оғриқ. Бачадонда ва унинг қисқаришларидаги оғриқлар;
- кўриниб турган қон кетиши 80%, яширин қон кетиши 20% ҳолларда;
- оғриқни бирдан бошланиши, унинг доимийлиги, бачадон ва орқанинг қуйи қисмида жойлашиши билан таърифланади.

Врач тактикаси

Врач қин оркали текшириш ўтказмайди. Ҳомиладор аёл шифохонага ётқизилади. Транспортировка вақтида қуйидагилар ба-жарилади:

- ҳолатини бирламчи баҳолаш;
- анамнез йиғиш ва физикал текширув;
- ҳаёт кўрсаткичлари;
- аниқланган белгиларга қўра миқозга ёрдам кўрсатиш;
- қин соҳасига гигиеник тагликлар қўйиш;
- томирни парентерал дори юборишга тайёрлаш, кислород бериш.

Қон кетишини вақтинча тўхтатиш

Бирламчи тиббий, врачача ва биринчи врач ёрдамида қўлланилади.

Қон кетишини вақтинча тўхтатиш турлари

- томирни бармоқ билан босиш;
- бўғимларни букиш ва ёзиш;
- босувчи боғлам;
- жароҳат тампонадаси;
- оёқ-қўлларни юқорига кўтариш;
- жгут қўйиш.

Томирни жароҳатдан юқорироқда суякка бармоқ билан босиб артериал қон кетишини тўхтатиш мумкин.

Чекка артериясини қулоқ ортиғи олдига босиш, юз артериясини – чайнов мушаклари олдида пастки жағ четига босиш мумкин.

Умумий уйқу артериясини VI бўйин умуртқасининг кўндаланг ўсимтасига халқасимон тоғай ёки тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак ўртаси сағҳида босилади. Ўмров ости артериясини бармоқ билан I қовурғага ўмров устининг ўртасида босилади.

Қўлтиқ ости артериясини – қўлтиқ ости чуқурчасида елка суяги бошчасига, елка артерияси – елка суягига, билак артерияси — қўлнинг билак чуқурчасига босилади.

Қорин аортасини – умуртқа поғонасига мушт билан босилади.

Сон артериясини – қов суягига чов бойламининг ўртасига босилади.

Тизза ости артериясини – сон суяги дистал қисмига орқадан олдинга қараб, бўғим букилган ҳолда босилади.

Оёқ панжаси усти артериясини биринчи бармоқлар оралиғига босилади.

Бўғимларни максимал букиш ёки ёзиш ёрдамида қон кетишини вақтинча тўхтатиши мумкин. Ўмров ости, қўлтиқ ости ёки елка артериялари жароҳатланишида иккала тирсак охиригача тананинг орқасига қайрилади. Сон артерияси жароҳатланишида оёқ тизза бўғимида букилиб, қоринга келтирилади ва маҳкамланади.

Жароҳат тампонадаси. Бу усул капиляр, веноз, паренхиматоз қон кетишларда қўлланилади. Айрим ҳолларда тампонада қон кетишини батамом тўхтатувчи чора бўлиши мумкин.

Босувчи боғлам капиляр, веноз қон кетишларда, бош ва бўйиндан кучли қон кетишларда қўлланади.

Оёқ-қўлларни юқорига кўтариш веноз қон кетишида самаралидир.

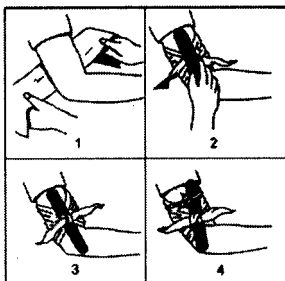
Артериал қон кетиши. *Жгут қўйиш.* Томир бармоқ билан босилгандан сўнг, жгут қўйилади.

Жгут қўйиш

Ампутацияларда, бошқа усуллар самарасиз бўлса, қон кетишини тўхташининг охириги усули, жгут қўйиш ҳисобланади. Уни эҳтиёткорлик билан қўйиш лозим, чунки нерв толалари, мушаклар ва томирларнинг қайтмас ўзгаришларига, натижада қўл-оёқни йўқотишига олиб келиши мумкин.

Жгут қўйиш қондалари:

1. 10 см кенгликдаги 6-8 қаватли бинтни оёқ ёки қўлни қон кетаётган жойдан юқорирокда икки марта ўралади.
2. Бинтга тугунча боғланиб, унга таёкча қўйилади.
3. Учлари таёкча устидан боғланади.
4. Таёкча қон тўхташига қадар буралади.
5. Қон тўхтагандан сўнг таёкча маҳкамланади.
6. Жгут қўйилган вақт ёзиб қўйилади.



24.3-расм. Жгут қўйиш

Жгут қўлланилганда хавфсизлик чоралари.

- кенг бинт қўллаш керак ва уни маҳкамлаш зарур;
- ип, арқон, ремень ёки бошқа терини кесиши мумкин бўлган материалларни ишлатиш керак эмас;
- жгут доим кўришиб туриши керак;
- бўғимларга жгут қўйиш мумкин эмас.

Қон тўхтагунга қадар ҳаво билан тўлдирилган тонометр манжета-таси жгут сифатида ишлатилиши мумкин.

Ўткир қорин

(4-бўлим «Умумий врачлик амалиётда симптомлар, синдромлар ва лаборатор текширувлар» ва 22-бўлим «Жарроҳлик касалликлари»га қаранг)

Буйрак санчиги

Буйрак санчиги – бу сийдик чиқариш йўллари (буйрак жомчалари, сийдик найлари) тош ёки қон куйкаси билан обструкция натижасидаги оғриқдир. Кўпинча 30-50 ёшдаги эркекларда учрайди.

Клиник кўриниши

- бел соҳасида кучли хуружсимон ёки доимий оғриқ, чов, соннинг ички юзаси, ташқи жинсий аъзоларга тарқалиши;
- хуружнинг давомийлиги, одатда, 8 соатдан кўп эмас;
- бемор қайт қилиши мумкин;
- бемор безовта, териси оқарган, совуқ ва нам;
- пайпаслашда зарарланган томон қовурға-умуртқа бурчаги соҳасида оғриқ, тананинг орқа қисми ва қорин олд девори мушаклари таранглашиши аниқланади;
- баъзан макрогематурия бўлади.

Лаборатор ва инструментал текширувлар

- қорин бўшлигининг обзорли рентгенограммасининг 75%да тошлар кўринади (рентгенпозитив, кальций оксалати ва фосфатидан ташкил топган тошлар);

- экскретор урография рентгеннегатив тошларни ва буйраклар функциясини аниқлашга ёрдам беради;
- ноаниқ ҳолатда, масалан, бемор кучли оғрик ва гематурияга шикоят қилса ва гиёҳвандликка гумон бўлса, унга врач олдида таҳлил учун сийдик топшириши тавсия қилинади, қисқа вақт оғриксизлантириш учун индометациннинг ректал шамчалари тавсия этилади.

Оғриксизлантириш:

- метоклопрамид – 10 мг м/о ёки т/и;
- кўп суюқлик ичиш ва фаол ҳаракатланиш;
- кўпинча оғрик ўтиб кетади ва бемор уйга юборилади. Унинг эртасига экскретор урография ўтказилади;
- агар оғрик яна қайтарилса, индометациннинг ректал шамчалари (кунига 2 мартадан кўп эмас) тавсия этилади.

Кейинги даволаш

- диаметри 4 мм дан кичик тошлар 90% ҳолларда ўзи тушади. Агар уларнинг ўлчами 4 мм дан катта бўлса литотрипсия ёки жарроҳлик амалиёти ўтказилади;
- беморга, сийдик билан тушаётган тошларни текшириш учун олиб келиши кераклиги тушунтирилади;
- агар сийдик йўллари обструкцияси 3 ҳафтадан кўп давом этса, қайта экскретор урография ўтказилади;
- сийдик-тош касаллигида гиперкальциемиyani (унинг сабаби кўпинча – гиперпаратиреоздир) инкор этиш керак;
- буйрак санчигида иситма бўлса, пиелонефрит гумон қилинади.

Ўт санчиги

Ўт йўлларининг ўт тошлари ёки қуюқлашган ўт билан обструкциясида сиқилиши натижасида ўт санчиги ривожланади. Ўт тош касаллиги билан турли ёшдагилар касалланади, лекин семиз аёлларда, айниқса кўп тукқан ва перорал контрацептив воситалар қабул қилувчиларда кўпроқ учрайди.

Клиник кўриниши

Анамнезида одатда сариклик ёки ўт санчигига ўхшаш оғрик хуружларини кўрсатади.

- оғрик тўсатдан бошланади, 20 минутдан кейин энг кучли бўлиб, кейин пасаяди ёки бир неча соат давомида шу доимийлигича қолади. Ўт санчигининг давоимийлиги – 20 минутдан 6 соатгача бўлади.
- оғрик ўнг қовурга остида ёки эпигастрийда жойлашиб, ўнг елка ёки куракка тарқалади, баъзан бемор олдинга энгашиб ўтирганда камаяди.
- хуруж вақтида бемор асаби қўзғалган, безовта, букчайиб ётади ёки оғрикни камайтирувчи бошқа ҳолат қидиради. Кекириш, қўнгил айнаши, ўт билан қайт қилиш кузатилади.
- қорин пайпасланганда ўт пуфаги проекциясида оғрик ва қорин олд девори мушакларининг бир оз таранглашуви аниқланади.

60% ҳолларда ўт санчиги ўз-ўзидан ўтиб кетади. 70% беморларда ҳафта, ой, йиллар ўтиб, қайталаниши мумкин. Ўт санчиги кузатилган беморларнинг 10-20% ида асоратлар пайдо бўлади: ўткир ҳолецистит, холангит, ёки панкреатит. Шунинг учун ўт санчигини даволаш лозим, одатда ҳолецистэктомия ўтказилади.

УАВ тактикаси

Шифохонага ётқизиш, мутахассис томонидан текширув ва даволаш.

Ўткир буйрак етишмовчилиги

Ўткир буйрак етишмовчилиги – тўсатдан пайдо бўлувчи патологик ҳолат бўлиб буйрак функциясининг организмдан азот алмашинуви колдикларини чиқаришни ушланиши, ва сув, электролит, осмотик, кислота-ишқорий баланснинг бузилиши билан таърифланади.

Сабаблари

I. Преренал буйрак етишмовчилиги:

- A. АЮҚХ пасайиши.
- Б. Артериал гипотония.
- В. Юрак етишмовчилиги.
- Г. Жигар етишмовчилиги.

II. Ренал-буйрак етишмовчилиги:

- A. Ўткир найчалар некрози (узок давом этган ишемия; нефротоксик моддалар, масалан, оғир металлар, аминогликозидлар, рентгенконтраст моддалар таъсири).
- Б. Артериолалар зарарланиши.
 - 1. Хавфли артериал гипертония.
 - 2. Васкулитлар.
 - 3. Тромботик тромбоцитопеник пурпура, гемолитик-уремик синдром.
- В. Ўткир гломерулонефрит.
- Г. Ўткир интерстициал нефрит (дори воситалар сабабли).
- Д. Буйрак найчалар обструкцияси (ўткир сийдик-тузли нефропатия, миелом касаллик).
- Е. Атероземболия (айниқса, артерияларда муолажа ўтказилгандан сўнг).

III. Постренал буйрак етишмовчилиги

- A. Сийдик найчаси обструкцияси (тромб, тош, ўсма, некрозланган сўргичлар, ташқаридан босилиш).
- Б. Қуйи сийдик чиқариш йўллари обструкцияси (сийдик пуфаги нейроген дисфункцияси, простата безининг аденомаси ва ўсмаси, тош, тромб).

Белгилари ва симптомлари

1. Азотемия (ёки бошланиш) босқич:

- шок (оғрикли, анафилактик, инфекцион-токсик ва бошқалар), гемолиз, ўткир захарланиш, юқумли касалликлар белгилари кўринади;
- диурез камайиши (олигурия – кунлик диурез – 100-500 мл, анурия – 0-100 мл ни ташкил этади);
- адинамия, ишга таъсир қўйиши, кўнгил айнаиши, қайт қилиш;
- мушаклар тортилиши, уйқучанлик, хушнинг қарахтлиги, хансираш;
- тахикардия, юрак чегаралари кенгайиши, тонлар бўғиқлашиши, чўққида систолик шовқин, артериал гипертензия, гиперкалиемия сабабли аритмия, юрак тўхташи;
- коринда оғрик, жигар катталашиши – ўткир уремия белгилари.

2. Диуретик босқич:

- диурез кунига 500 мл дан кўп;
- азотемиянинг камайиши ва гомеостазнинг тикланиши туфайли клиник ҳолатнинг яхшиланиши;
- гипокалиемия.

3. Тикланиш босқичи. Бир йил ва ундан кўп вақт давом этувчи соғайиш даври бошланади.

Лаборатор текширув: УҚТ, УСТ, қон ва сийдикнинг биохимик таҳлили.

Врач тактикаси:

- Сабабларни йўқотиш (сийдик чиқарув йўллари обструкциясини йўқотиш, нефротоксик таъсирга эга бўлган дори воситаларини қабул қилишни тўхтатиш, юқумли касалликларни даволаш, электролит бузилишлар коррекцияси).
- Преренал омиллар коррекцияси: оптимал АЮҚХ ва кон айланшини таъминлаш.
- Парҳез.

Шошилинч ёрдам

- Захарланишда – захарли моддалар антидоти («Захарланиш» қисмига қаранг).
- Гемодинамика бузилишида – шокка қарши чора-тадбирлар (йўқотилган кон ўрнини физиологик суюқлик билан қоплаш).
- Бактериал шок сабабли ривожланган ўткир буйрак етишмовчилигида шокка қарши чора-тадбирлар билан бирга антибиотикларнинг биринчи дозаси ҳам юборилади.
- Ўткир буйрак етишмовчилигининг бошланғич даврида – фуросемид 2-3 мг/кг т/и.
- Зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Ўткир жигар етишмовчилиги

Жигар паренхимасининг ўткир зарарланиши оқибатида унинг функцияси бузилиши билан таърифланади.

Сабоби: вирусли гепатитнинг оғир шакллари, ишлаб чиқариш маҳсулотларидан захарланиш (маргимуш, фосфор ва бошқа бирикмалар), ўсимлик (кўзикоринлар) ва бошқа гепатотроп хусусиятга эга бўлган захарли моддалар, дори воситалари (папоротник экстракти, тетрациклин ва бошқалар), бошқа гуруҳ кон қуйилиши сабабли бўлиши мумкин.

Белгилари

- I босқичда клиник белгилари йўқ, лекин организмнинг спиртли ичимликлар ва бошқа токсик таъсирларга толерантлиги пайдо бўлади;
- II босқичда: сабабсиз беҳоллик, меҳнат қобилиятининг пасайиши, диспепсик бузилишлар, сариклик, геморрагик диатез, асцит, баъзан гипопро테인емик шишлар пайдо бўлиши ва кучайиши.

Лаборатор текширувлар – барча жигар синамаларининг ифодаланган меъёрдан четга чиқиб кетиши; қонда альбумин, протромбин, фибриноген, холестерин миқдорини камайиши. Одатда қонда аминотрансферазалар ошган, айниқса АлАТ, кўпинча камконлик ва ЭҚТ ошиши кузатилади. Жигар комасининг ривожланиш белгилари пайдо бўлади.

Жигар комаси (гепатаргия). Кома олди, кома хавфи ва кома босқичлари ажратилади. Шу билан бирга, паренхиманинг кучли ифодаланган некрози сабабли ривожланувчи жигар-хужайрали (эндоген) кома, ифодаланган портокавал анастамозлар туфайли алмашинув жараёнларидан жигарнинг модда антаминувчи жараёнда деярли қатнашмаслигидан келиб чиққан портокавал (шунтли, экзоген) кома, ва асосан жигар циррозларида учрайдиган аралаш кома фаркланади.

- **Кома олди даври:** кучайиб боровчи анорексия, кўнгил айниши, жигар ўлчамларининг кичрайиши, сарикликнинг кучайиши, гипербилирубинемия, қонда ўт кислотаси миқдорининг ошиши кузатилади. Ундан кейин асаб-руҳий бузилишлар, секин фикрлаш, депрессия, баъзан эса эйфория пайдо бўлади. Кайфиятнинг ўзгарувчанлиги, жаддорлик, уйку бузилиши ҳосилдир. Пай рефлекслари кучайиб, оёқ-қўлларда майда тремор

кўринади, азотемия ривожланади. Фаол даволаш натижасида беморлар бу ҳолатдан чиқишлари мумкин, лекин кўпинча, жигарнинг қайтмас ўзгаришларида, кома ривожланади.

- *Кома даврида* олдин тўлқинланиш бўлиб, кейин ступорга ўтади ва ҳуш бузилишининг кучайиб бориши уни бутунлай йўқолишгача бориши мумкин. Менингеал белгилар, патологик рефлекслар, тиришишлар, ҳаракат безовталиги бошланади. Патологик нафас олиш (Куссмауль, Чейн-Стокс нафаси); кучсиз, аритмик пульс; тана гипотермияси юзага келади. Беморнинг юзи озган, оёқ-қўллари соғуқ, оғзи ва терисидан шу ҳолатга хос бўлган жигар хиди келади, геморагиялар (терида кўкаришлар, бурун, милк, кизилўнгачнинг варикоз-кенгайган томирларидан қон кетишлар ва бошқалар) пайдо бўлади. ЭЧТ, қонда қолдик азот ва аммиак миқдори ошади, гипокалиемия ва гипонатриемия, метаболик ацидоз ривожланади.

Ўткир жигар етишмовчилиги тез, бир неча соат ёки кунларда ривожланади ва ўз вақтида, лекин ўз вақтида даволаш натижасида бу ҳолатни орқага қайтариш мумкин.

Даволаш

Ўткир жигар етишмовчилигида (унинг босқичидан қатъий назар) беморлар зудлик билан шифохонага ётқизилади (вирусли гепатит, лептоспироз ва бошқа юқумли касалликларда – юқумли касалликлар шифохонасига, жигарнинг токсик зарарланишида – токсикология марказларига).

Бош мия шикастланиши

23-бўлимга қаранг. «Ҳаракат-таянч аппарати шикастланиши ва касалликлари».

Ишемик ва геморрагик инсульт

20-бўлимга қаранг. «Неврология».

Тиришишлар

Тиришиш – бош миёда кучли электр разряди туфайли тўсатдан пайдо бўлган ҳуш даражасининг вақтинчалик ўзгариши.

Сабаблари

- инфекция (менингит, энцефалит, болаларда иситма, нейроцистоцирроз);
- метаболик (гипогликемия, гипоксия, гипокальциемия, етарли миқдорда овқатланмаслик);
- туғма (эпилепсия, пре- ва перинатал асоратлар);
- тузилмалар (мия ўсмаси);
- травматик (бош мия шикастланиши, эпилепсия);
- неврологик (эпилепсия).

Эпилептик тиришишларда врач тактикаси

Тиришиш вақтида:

- беморни шикастланишдан асраш – беморга шикаст етказиши мумкин бўлган нарсаларни олиб ташлаш;
- сиқиб турган кийимни бўшатиш;
- беморни ушлаб турмаслик;
- илгари беморда тиришишларни чақирувчи жароҳатлар ёки бошқа сабаблар бўлганлигини аниқлаш.

Тиришишдан сўнг:

- нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш ва кислород бериш;
- конда қанд микдорини аниқлаш ва қарши кўрсатма бўлмаса, глюкоза бериш;
- жароҳатланган бўлса, ёрдам кўрсатиш;
- зарур ҳолда шифохонага транспортировка қилиш;
- агар беморда тиришиш биринчи марта пайдо бўлса, уни албатта шифохонага транспортировка қилиш шарт;
- тиришиш тугагандан сўнг, беморга беҳатар ва қулай ҳолат яратилади.

Эпилептик тиришиш статуси

Тоник-клоник тиришиш хуружлари серияси, улар оралиғида беморнинг ҳуши тикланмайди. Эпилептик статусдан фарқли равишда, тез-тез қайтарилувчи эпилептик тиришиш хуружлари оралиғида беморнинг ҳуши тўлиқ тикланади.

Врач тактикаси:

- диазепам – 5-20 мг т/и юбориш тезлиги 2 мг/мин. ошмаслиги лозим, чунки нафас олиш ва юракнинг фаолияти тўхташи мумкин.
- эпилептик ҳолатни даволаш учун фенобарбитал ҳам ишлатилади.

Фебрил тиришишлар

17-бўлимга қаранг. «Педиатрия».

Тиреотоксик криз

Тиреотоксикозга чалинган, лекин даволанмаган беморларда ривожланади. Хавф омили – жаррохлик амалиёти ва ўтқир юқумли касалликлар.

Клиник кўриниши – тахикардия (ЮҚС 150 та/мин. кўп), безовталик, ҳолсизлик, иситма, аритмия, юрак етишмовчилиги.

Тактика

Антитиреоид препаратлардан калий йодид (ичишга), тузли суюкликлар, кортикостероидлар (гидрокортизон – 400-600 мг/сут ёки преднизолон – 200-300 мг/сут), антиаритмик ва кардиотоник воситалар (бета-адреноблокаторлар, масалан, пропранолол ичишга ёки т/и) қўлланади. Қуйидаги ҳолларда мутахассис маслаҳати талаб этилади:

- ноаниқ ташхис;
- оғир тиреотоксикоз, юрак-кон томир тизими зарарланиши;
- тиреотоксикоз ҳомиладорлик даврида ривожланса;
- офтальмопатия кучайса.

Шок

Периферик қон айланишининг бузилиши сабабли тўқималар перфузияси камайганда шок ривожланади. Асосий белгилари: АҚБнинг пасайиши (баъзан тахикардия), периферик цианоз, ажратиётган сийдик микдорининг камайиши

Анафилактик шок

Ифодаланган тизимли аллергик реакция.

Тарқалган сабаблари

Ҳашаротлар: асалари, ари ва бошқа ҳашаротларнинг чақиши; дори воситалари: антибиотиклар, аспирин ва бошқа НЯҚВ, латекс, терига аллергик синамалар қўйиш; қон препаратлари ва иммун зардлобларини қўйиш, рентгенконтраст моддалар, анестетиклар қўллаш.

Ҳос белгилар

Бир ёки бир неча белги бирга келиши мумкин

- нафас олишининг бузилиши – шовкинли нафас, стридор;
- гипотензия – хушдан кетиш, коллапс.

Бошқа белгилар

Эритема, шиш, қўл ва оёқ қафтлари кичиши, тери кичиши, эшакеми, ринит, кўнгил айнаши, юрак уриб кетиши, конъюнктивит, қайт қилиш, ўлимдан қўрқув ҳисси.

Кўрик

Нафас йўллари (оғиз бўшлиғи/тилнинг шиши), пульс, АҚБ, ўпкада хириллашлар, тери қопламлари текширилади.

Врач тактикаси

Зудлик билан шифохонага ётқизиш учун тез тиббий ёрдам чақириш. У келгунга қадар:

- анафилактик шок ҳолати илгари ҳам бўлганлигини аниқлаш;
- жабр кўрган одамга қулай ҳолат бериш (АҚБ пасайган бўлса, полга ётқизиб, оёқларини юқорига кўтариш; ётган ҳолатда нафас олиш кийин бўлса, уни ўтказиб қўйиш);
- *кислород* – 8-10 л/мин. бериш;
- *сальбутамол ингаляцияси*;
- *адреналин эритмаси* 1:1000, 0,5 мл т/о ёки м/о, тананинг юқори қисмига юборилса яна ҳам яхшироқ бўлади (масалан, дельтасимон мушак соҳасига). Нафас йўллари шиши ва нафас кийинлашиши бўлган ҳамма миждозларга қўлланади.
- биринчи доза самарасиз бўлса, 5 минутдан сўнг инъекцияни яна қайтариш (бир неча марта қайтариш мумкин);
- *антигистамин препарат*: дифенгидрамин – 10 мг т/и ёки 25 мг м/о бир марта;
- *гидрокортизон*: м/о ёки секинлик билан т/и. Дозаси: 1-5 ёшга – 50 мг, 6-11 ёшга – 100 мг, 11 ёшдан катталарга – 100-500 мг;
- бронхоспазмда *сальбутамол ингаляцияси*;
- периферик веноз катетер ўрнатиш, коллоид эритмалар қуйиш.
- зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Адреналин дозаси

- катталарга: 0,5 мл 1:1000 (500 мкг) м/о
- болаларга: 11 ёшдан катталарга – катталар дозаси; 6-11 ёшга – катталар дозасининг ярми (0,25 мл 1:1000 ёки 250 мкг м/о), 2-5 ёшга – катталар дозасининг 1/4 қисми (0,125 мл 1:1000 ёки 125 мкг) м/о; 2 ёшдан кичикларга – катталар дозасининг 1/8 қисми.

Кейинги кузатув

Бир марта анафилактик шок ўтказган барча беморларни мутахассис – аллергологга йўналтирилиш лозим.

Ота-оналарни зарур бўлганда боласи мушаги орасига адреналин юборишга ўргатиш лозим.

Гиповолемик шок

Одатда қон кетиши (ички, ташқи) натижасида, масалан, меъда-ичак тизимидан ёки қорин аортаси ёрилишида ривожланади.

Белгилари

- *эрта белгилари*: тахикардия, пульс 100 та/мин. кўп, терининг оқариши, терлаш, безовталиқ (асаб кўзғалиши);
- *декомпенсация белгилари*: ипсимон пульс ёки ЮҚС, пульс ва АҚБни бирдан камайиши, хушнинг бузилиши, оқарган, совуқ ва ёпишқоқ тери, нафас тезлашган, юзаки, қийинлашган ёки аритмик.

• *бошқа белгилари* – мидриаз, ифодоланган чанков, чанқаш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш, лаблар кўқариши.

Врач тактикаси

- беморга ёрдам кўрсатишда врач узинининг хавфсизлигини таъминлаши зарур;
- нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш ва, зарур бўлса, ЎСВ ўтказиш;
- 100%ли кислород, агар ЎСОК бўлса – 24%ли кислород бериш;
- ташки қон кетишини тўхтатиш (масалан, бурундан ёки жароҳатдан);
- агар имкон бўлса, физиологик эритма инфузияси учун т/и катетери ўрнатиш;
- оёқларни 20-30 см га кўтариш. Агар бемор тос суяги, оёқлари, боши, кўкраги, корни, бўйни ёки умуртқа поғонаси қаттиқ шикастланган бўлса, уни тўғри ётқизиш қўйиш (оёқларини кўтариш мумкин эмас!);
- суяк ёки бўғимлар шикастланишига гумон бўлса, шина қўйиш;
- организм иссиқлик йўқотишига йўл қўймаслик учун мижозни (зарур бўлса) кўрпа билан ёпиш, фақат қаттиқ иситиб юбормаслик;
- зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Кардиоген шок

Юрак қон айланишини етарли таъминлаб беролмайди (масалан, МИ, аритмия, юрак тампонадаси).

Белгилари:

- пульс меъёрда, тезлашган ёки камайган бўлиши мумкин.
- гипотензия (систолик АҚБ 80-90 мм сим.уст.дан паст).
- оғир ҳансираш, баъзан цианоз

Врач тактикаси

- беморга ўтирган ёки ярим ўтирган ҳолат яратиш
- тез ёрдам мошинасини чақириш (ёки мижозни тез шифохонага ётқизиш учун мошина ташкил қилиш);
- 100%ли кислород, агар ЎСОК бўлса – 24%ли кислород бериш;
- сабабига кўра, дори воситалар билан даволаш (масалан, МИда – аспирин, нитроглицерин ва трамадол ёки метамизол натрий; брадикардияда – атропин ва бошқалар);
- имкон бўлса, ЭКГ қилиш ва т/и катетерини ўрнатиш;
- зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Септик шок

Бактериал инфекцияда (масалан, менингококк) токсинлар таъсири натижасида ривожланади.

Белгилари: гипотензия, тахикардия, периферик вазодилатация, пирексия (тана ҳароратини кўтарилиши), тахипноз, терида пурпура кўринишидаги тошмалар учраши мумкин.

Врач тактикаси

- беморни ётқизиш ва оёқларини 20-30 см га кўтариш;
- тез ёрдам мошинасини чақириш (ёки мижозни жойдан-жойга кўчириш учун мошина) ташкил қилиш);
- 100%ли кислород берилишини таъминлаш;
- м/о ёки т/и бензилпенициллин юбориш. Дозаси: 10 ёшдан ошган болалар ва қатталарга – 1-2 г; 1-9 ёшли болаларга – 600 мг; 1 ёшдан кичик болаларга – 300 мг;
- зудлик билан шифохонага ётқизиш.

Кардиоген шокнинг кам учрайдиган сабаблари:

Нейроген – бош мия шикастланганда ёки геморрагиясида (масалан, субарахноидал кон кетиш), *заҳарланишда*, *жисгар етишимовчилигида*.

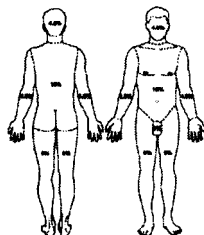
КУЙИШЛАР

Куйишлар мижозни нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши тезлик билан ёки тери бутунлигининг катта майдони зарарланиши натижасида ривожланадиган сувсизланиш ва кучли инфекцияланиш кечки муддатларда ўлимга олиб келиши мумкин.

Куйган майдонни аниқлаш учун «тўққизлик қондаси»дан фойдаланилади (24.4 ва 24.5-расмлар).

Катталар, %

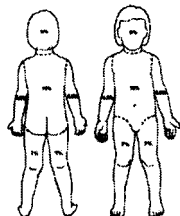
• Бош ва бўйин	9
• Ҳар бир қўл	9
• Тананинг олд қисми	18
• Тананинг орқа қисми	18
• Ҳар бир оёқ	18
• Ташқи жинсий аъзолар	1



24.4-расм. Катталарда куйган майдонни аниқлаш

Ўдақлар ва болалар, %

• Бош ва бўйин	18
• Ҳар бир қўл	9
• Тананинг олд қисми	18
• Тананинг орқа қисми	18
• Ҳар бир оёқ	14%
• Ташқи жинсий аъзолар	1%



24.5-расм. Болаларда куйган майдонни аниқлаш

Врач тактикаси

- ёниш жараёнини тўхтатиш. Агар кийимнинг ёниши ёки туташи кузатилса, уни сув ёки физиологик эритма билан ўчириш. Кийимнинг сезилмай қолиб тутаётган ёки ёнаётган манбъларини аниқлаш учун, мижозни тўла кўздан кечириб чиқиш;
- куйган кийим ва заргарлик тақинчокларни ечиш. Агар кийимнинг синтетик элементлари эриб танага ёпишиб қолган бўлса, уларни ажратишга уриниш керак эмас;
- врач ўзининг хавфсизлигини таъминлаши;
- нафас йўлларининг куйганлиги ёки обструкциясини аниқлаш мақсадида нафас йўлларини баҳолаш ва доимий мониторингини ўтказиш. Агар пациентда нафас йўлларини ёки нафас олишнинг бузилиш аломатлари аниқланса ёки у олов билан ёпиқ фазода контактда бўлган бўлса, у ҳолда унга юқори концентрацияда кислород бериш зарур;
- яралар ифлосланишини олдини олиш чораларини кўриш. Қўл ёки оёқлар куйганда бармоқлар орасига стерил боғлам қўйиш. Ҳосил бўлган пуфакларни тешиш мумкин эмас, куйган жойларнинг юзаларига малҳам дорилар (мазь), лосьон ёки антисептиклардан бирон-бирини суртиш мумкин эмас;

- куйган қисм юзаларига стерил боғлам қўйиш. Куйишнинг катта қўламдаги майдонига нам боғламлар ишлатиш мумкин эмас, чунки бу гипотермия ривожланишига сабаб бўлиши мумкин;
- мижозни энг яқин тегишли тиббий муассасига транспортда етказиш зарур. Йўлда мижознинг ҳолати назорат қилинади, нафас етишмовчилиги ривожланиши, нафаснинг бузилиши ёки шок бўлишини унутмаслик керак.

Куйиш оғирлигини аниқлаш учун қўламдаги омиллар тахлил қилинади:

- куйиш чуқурлиги ва таснифи;
- куйган майдонининг умумий тана майдонига нисбати (%);
- беморнинг ёши;
- ҳамроҳ касалликларнинг бўлиши (нафас йўллари, юрак-қон томири тизими, диабет);
- ассоцирланган шикастланиш (портлаш натижасида жароҳатланиш, йиқилиш, нафас йўллари ўтказувчанлигини бузилиши, болаларга нисбатан зўрлаш).

Кимёвий куйишлар

Кимёвий модда билан контакт натижасида келиб чиққан куйиш.

Сабаби

- *кислоталар* – некрознинг тез коагуляцияон турини келтириб чиқариб чандик ҳосил қилади ва ўз-ўзини чегараловчи жароҳатни вужудга келтиради;
- *ишқорлар* – чуқур жойлашган тўқималарга ўтувчи колликвацион некроз чакириб, жароҳатни катталашишига олиб келади;
- *қуруқ кимёвий моддалар* – сув билан контактда экзотермик реакция чакиради.

Врач тактикаси

Беморга ёрдам кўрсатишда врач ўзинининг хавфсизлигини таъминлаши зарур.

- Куйган жойни катта микдордаги (камида 20-30 минут давомида) сув билан ювиш, бу кимёвий моддани эриб кетишига ёки ювилишига ва бунинг натижасида унинг шикастловчи ҳаракатини камайтиришига ёки тўла тўхтатишига олиб келади;
- Кимёвий моддани, у яна иккинчи бор куйган юзага тушмаслиги учун, эҳтиёткорлик билан ювиш керак. Сув билан ювиш давомида бемор кийимини аста-секин ечиш, пайпоқ ва оёқ кийимини текшириш, чунки кўпинча уларда кимёвий моддалар тўпланadi;
- Агар куйиш қуруқ кимёвий модда туфайли юз берган бўлса, уни қуруқ чўтка билан тозалагандан сўнггина, катта микдорда сув билан ювилади.
- Кўзнинг кимёвий куйишида ёрдам кўрсатиш:
 - кўзни камида 20 минутдан кам бўлмаган вақт давомида сув ёки физиологик эритма билан, кўзнинг латерал бурчаги томонга қарата ювиш;
 - кўзга кимёвий антидот томчилаш мумкин эмас;
 - контакт линзаларни, агар у билан пациент фойдаланса, олиб ташлаш;
- Кимёвий моддани нейтрализация қилиш мумкин эмас, бу кимёвий реакция натижасида қўшимча кимёвий ёки термик жароҳатларга олиб келиши мумкин.

Электр токидан куйиш

Булар одагда ток ўтказувчи предметларнинг яланғоч қисми билан контакт натижасида юз беради (электр асбоблар, электр симлари, чақмоқ уриши ва х.). Электр токи билан куйишда электр манбълари

билан контакт юз берган жойда кириш куйиши ва электр разряд ерга ўтиб кетган жойда чиқиш куйиши кузатилади.

Электр токидан куйишда бўладиган жароҳатлар:

Ташки ва ички куйишлар; суяк-мушак тизими шикастланиши (суяк синиши, чиқиши, мушак йиртилиши), юрак-қон томир тизими (аритмия, юрак тўхташи), нафас олиш тизими (апноэ), асаб тизими (тиришишлар), рабдомиолиз ва буйрак зарарланиши кабилар.

Врач тактикаси

Беморга ёрдам кўрсатишда врач ўзинининг хавфсизлигини таъминлаши зарур.

Мижоз кучланиш остида эмаслигини аниқлаши керак, ток узилганига тўла ишонч ҳосил қилинмагунча мижоз олдига қинлашмаслик.

- кислород бериш, зарур ҳолларда ЎСВ, ЎЮР ўтказиш;
- нафас олиш ва юрак фаолиятини баҳолаш. Мавжуд бўлса ЭКГ ни улаш, зарур бўлса, антиаритмик терапия ўтказиш;
- ташки куйиш жойига мос ёрдам кўрсатиш, албатта электр токининг кириш ва чиқиш жароҳатларини аниқлаш;
- бошқа жароҳатланиш жойлари бўлса, уларга ҳам керакли чора қўллаш;
- электр токидан куйган барча беморларни шифохонага ётқизиш керак.

Ингаляцион куйиш

Ингаляцион куйишга гумон куйидаги ҳолларда қилинади:

- бош, юз, кўкрак, бўйин куйиши;
- юз ва бурун сочлари (кош, киприк, сокол, мўйлов) куйиши;
- овоз бўғилиши, тахипноэ, сўлак оқиши, жойда хушдан кетиш;
- оғиз ва бурун шиллик қаватларининг қизариши;
- оғиз ва бурунда қора қурум;
- қора балғам ажралиши билан кузатиладиган йўтал;
- ёпиқ жойдаги ёнгинда куйиш.

Белгилари: гипоксия, ис газидан заҳарланиш, томоқ ва ҳалқум шиши, йўтал, стридор, товуш бўғилиши, қора қурумли балғам, юзнинг куйиши.

Врач тактикаси

- нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш: шиш бор ёки йўқлигини аниқлаш;
- кислород бериш ва ЎСВ ўтказиш;
- мумкин бўлса, эрта интубация ўтказиш;
- ўпка шиши ривожланса, диуретиклар қўлланилмайди;
- кон айланиши: шокка қарши чоралар;
- систолик АҚБ ва перфузияни тутиб туриш учун бир неча томир орқали физиологик суюқлик куйиш.

Электрдан жароҳатланиш

Ўзгармас ток (масалан, кавшарлаш аппаратидан), ўзгарувчан токка нисбатан тўқималарнинг янада кучлироқ жароҳатланишига олиб келади. Электр жароҳатларда, асосий жароҳатлар электр токининг кириш ва чиқиш жойидан узоқда рўй беради. Электр токи коринчаларнинг фибрилляциясига, суякларнинг синишига, қўл ва оёқлар юмшоқ тўқималарининг ишемик некрозига олиб келади. Шуни ёдда тутиш керакки, электр жароҳатларнинг ташки кўринишлари унча сезиларли эмас. Электр жароҳатлардан сўнг кўпинча руҳий ва неврологик касалликлар ривожланади.

Шошилишч ёрдам.

- электр токини ўчириш ёки жароҳатлангандан симни олиб ташлаш. Бунинг учун ток ўтказмайдиган материаллардан фойдаланилади, масалан, куруқ ёғоч;
- умуртқанинг бўйин қисмини иммобилизация қилишни таъминлаш (мослашган ёки бўйин фиксатори), чунки жароҳатланувчида бўйин умуртқаларининг синиш эҳтимоли бўлиши мумкин;
- қон айланиши ва нафас олиш тўхтаганда – ЎЮР ни бошлаш;
- жароҳат олган одамни шифохонанинг реанимация бўлимига ёки куйиш марказига ётқизиш керак.

Захарланиш

Захарланиш (интоксикация) – инсон организмга кимёвий бирикмалар (захар) таъсир қилишидан келиб чиқувчи патологик ҳолат бўлиб, ҳаёт учун муҳим функцияларни зарарлантиради ва бемор ҳаётига хавф солади.

Захарланишни ташхислаш мураккаб бўлиб, юқори даражада эҳтиёткорликни талаб этади. Қуйидагиларга эътибор бериш зарур:

- бир неча моддадан захарланиш мумкин;
- дори воситаси номини, дозаси ва вақтини қариндошлари, дўстлари, врач ва аптека ходимидан сўраш мумкин;
- қабул қилинган дори воситаси қутисини толиш керак;
- ташхислаш ва даволашга асосий синдром ёрдам беради (24.1-жадвал);
- физикал текширув: АҚБ, ЮҚС, тана ҳароратини аниқлаш, асаб тизими, қорачикларни баҳолаш, қоринни текшириш. Ҳидлар ва ажралмаларга эътибор берилади;
- лаборатор текширув: артериал қон газлари, электролитлар, буйрак ва жигар фаолияти кўрсаткичлари. Қон, сийдик ва ошқозон ичи массасини токсикологик текшируви, лекин беморни даволаш лаборатор таҳлил натижаларини олишга қадар бошланади;
- ЭКГ дарҳол ва сўнгра зарур ҳолларда ўтказилади;
- туғруқ ёшдаги аёлларда ҳомиладорлик истисно этилади;
- токсикология маркази билан боғланилади.

Шошилишч ёрдам

- Биринчи навбатда нафас йўллари ўтказувчанлиги ва вентилизацияси таъминланади. Зарур ҳолда-трахея интубацияси ўтказилади;
- инфузион терапия одатда артериал гипотонияни бартарф этади, унинг самарасизлигида ва ўпка шишида томирларни торайтирувчи воситалар қўлланилади. Фенотиазинлар ва трициклик антидепрессантлар билан захарланганда норадреналин қўлланилади;
- аритмиялар юрак зарарланишидан ёки вегетатив иннервация бузилишидан келиб чиқади ва захарланиш сабабидан келиб чиққан ҳолда даволаш ўтказилади;
- кома ва ҳўшнинг бошқа бузилишларида қуйидагилар қўлланилади:
 - тиамин – 0,1 г/и (Вернике энцефалопатиясида);
 - глюкоза – 50 мл 50% ли суюклиги т/и;
 - кислород.
- Ҳали сўрилмаган моддани йўқотиш. Қайт қилдириш ёки ювиш йўли билан ошқозон тозаланади. Бу биринчи соатларда ёрдам

бериши мумкин. Шунинг учун, кўпинча фаоллаштирилган кўмир берилади, бу усул ошқозонни қайт қилдириш ёки ювишдан ҳам яхши тозалайди. Ошқозон фенотиазин (ошқозон моторикасини тўхтагади), тош ҳосил қилувчи препаратлар, стрихнин ва цианидлар билан захарланишда ҳам тозаланади.

- **Фаоллаштирилган кўмир** ноорганик кислота ва ишкорлар, цианид, литий, темир (II) сульфати ва карбаматлардан ташқари кўп моддаларни ўзига сингдириб олади. Ундан ташқари, фаоллаштирилган кўмир теофиллин, фенобарбитал, карбамазепин каби дори воситаларини қондан ичакка ўтишини таъминлайди. 50-100 г фаоллаштирилган кўмирни сув ёки сорбитолда эритиб, тезда ичириш лозим.

Ошқозонни ювиш. Хушнинг бузилиши ва йўтал рефлeksi йўқолишидан олдин трахея интубацияси ўтказилади. Ошқозон илик физиологик суюқлик (200 мл дан кўп микдорда) билан тоза сув чиққунча ювилади. Ундан сўнг фаоллаштирилган кўмир ични бўшаштирувчи воситалар: цитрат магний – 4 мл/кг (300 мл дан кўп эмас), сорбитол – 1-2 г/кг (150 г дан кўп эмас), сульфат магний ёки сульфат натрий – 25-30 г берилади. Бўйрак етишмовчилигида магний тузлари қўллаш мумкин эмас.

- антидотлар (24.2-жадвал). Агар захарловчи модда аниқланган бўлса, захарланиш маркази билан боғланиб, антидот борлигини суриштириш ва уни қўллаш кўрсатмасини олиш лозим.
- шифхонага ётқизиш. Энг энгил захарланишда ҳам беморни камида 4 соат назоратга олинади. Гиёҳванд моддалар билан захарланишда нарколог маслаҳати ва даволаниш тавсия этилади. Суицидал ҳолат гумон қилинса, бемор доимий назоратда бўлиб, психиатр маслаҳатига кўйиб юборилмайди.

24.1-жадвал

Захарланишни ташхислаш

Синдром	Симптомлар	Сабаблари
1	2	3
Адренергик	Асаб кўзгалиши, артериал гипертония, аритмия, тиришиш	Амфетаминлар Кокаин Кофеин Теофиллин Бета-адреностимуляторлар
Антихолинергик	Териси курук ва кизарган, оғзи қуриши, мидриаз, кўриш тиниклиги пасайиши, тахикардия, гипертермия, қорин шиши, сийдик келмаслиги ёки тез-тез сийиш, асаб кўзгалиши, галлюцинациялар, алахламоқ, қарахтлик, кома	Атропин ва бошқа белладонна алкалоидлари Н ₁ -блокаторлар Трициклик антидепрессантлар Фенотиазинлар
Гемоглобинопатия	Ҳансираш, цианоз, уйқучанлик, қарахтлик, бош оғриғи	Углерод оксиди, Метгемоглобин ҳосил қилувчилар (нитритлар, феназопиридин)

Метаболик ацидоз анионли интервал ошиши билан	Захарланишни чакирган моддага боғлиқ	Метанол Этанол Этиленгликоль Паральдегид Темир препаратлари Изониазид Салицилатлар Вакор (кемирувчиларга қарши модда) Цианидлар
Опиатли	МНТ фаолиятининг ва нафас олишнинг секинлашиши, миоз, артериал гипотония	Морфин ва героин Кодеин Декстропропоксифен Бошқа сунъий ва ярим сунъий опиоидлар
Салицилатли	Гипертермия, тахипноз, респиратор алкалоз ёки кислотанишқор балансининг аралаш бузилиши, гипокалиемия, кулок шанғиллаши	Аспирин Бошқа салицилатлар
Холинергик	Сўлак окиши, бронхорей, бронхоспазм, сийдик ва нажас ушламаслик, мушаклар кучсизлиги, кўз ёши окиши	Ацетилхолин Фосфорорганик инсектицидлар Бетанехол Метахолин Захарли кўзикорин (мухомор)
Цианидли	Кўнгил айнаш, қайт қилиш, хушдан кетиш, кома, брадикардия, p_1O_2 , p_2O_2 га яқин, оғир метаболик ацидоз, цианоз йўқ	Цианидлар Амигдалин
Экстрапирамидал	Дисфагия, тризм, мушаклар ригидлиги, бўйин қийшиқлиги, ларингоспазм	Прохлорперазин Галоперидол Хлорпромазин Бошқа фенотиазинлар

24.2-жадвал

Антидотлар

Захарли модда, синдром	Антидот	Катталар учун доза
1	2	3
Варфарин ва бошқа антикоагулянтлар	Фитоменадион (витамин К)	10 мг м/о, т/о ёки т/и
	Янги музлатилган плазма	Индивидуал танланади

Дигоксин	Антидигоксин	Ўткир Захарланиш: Антидигоксин флаконлари сони = (дигоксин дозаси , мг x 4)/3. Сурункали захарланиш: Антидигоксин флаконлари сони = (қонда дигоксин миқдори, нг/мл x вазн, кг)/100. Антидигоксин 0,9% ли NaCl да эритилади, 15-30 мин давомида юборилади, зарур ҳолда қайтариш мумкин
Изониазид	Пиридоксин	Дозаси қабул қилинган изониазид миқдорига тенг, т/и 5 г гача, 0,5-1 соатда, қолганини т/и инфузияси 1-2 соатда ўтказилади
Ацетилхолинэстераза (АХЭ) ингибиторлари	Атропин	1-5 мг т/и, м/о ёки т/о ҳар 15 мин. да, бронхорея ва сўлак оқиши тўхтагунча
	Пралидоксим	1 г ичишга ёки т/и 15-30 мин. да, зарур бўлса 3 мартага 8-12 соат интервал билан қайтарилади.
Метанол	Этанол	Этиленгликолга қаранг
Метгемоглобинемия	Метилен кўки	1-2 мг/кг т/и 5 мин. да, зарур бўлса 1 соатдан кейин қайтарилади.
Углерод окиси	Кислород	FiO ₂ = 100%, гипербарик оксигенация
Опиатлар	Налоксон	0,4-2 мг т/и, м/о, т/о ёки эндотрахеал усулда, эҳтиёждан келиб чиқиб
Парацетамол	Ацетилцистеин	140 мг/кг ичишга, сўнг 17 марта 70 мг/кг дан ичишга ҳар 4 соатда
Темир препаратлари	Дефероксамин	1 г м/о ҳар 8 соатда, эҳтиёждан келиб чиқиб; артериал гипотонияда – т/и инфузия 15 мг/кг/соат тезликда
Оғир металлар (мис, олтин, қўрғошин, симоб) ва маргимуш	Комплекс ҳосил қилувчи воситалар	
	ЭДТА	1 г т/и 1 соатда, ҳар 12 соатда.
	Димеркапрол	2,5-5 мг/кг м/о ҳар 4-6 соатда.
	Пеницилламин	250-500 мг ичишга ҳар 6 соатда.
	Сукцимер	10 мг/кг ичишга ҳар 8 соатда 5 кун давомида, сўнг ҳар 12 соатда 14 кун давомида

Холиноблока-торлар	Физостигмин	0,5—2 мг м/о ёки т/и 2 минутда, хар 30-60 минут давомида, то захарланиш белгилари йўқолгунча
Цианидлар	Амилнитрит	Хар минутда 15-30 сек. нафас олиш
	сўнгра	
	Нитрит натрий	300 мг (10 мл 3%ли) т/и 3 минут давомида, зарур бўлса 2 соатдан сўнг 150 мг дозада қайтарилади
	сўнгра	
Экстрапирамидал синдром	Дифенгидрамин	25-50 мг т/и, м/о ёки ичишга
	Бензагропин	1-2 мг т/и, м/о ёки ичишга
Этиленгликоль	Этанол	0,6 г/кг т/и 5%ли глюкоза билан 30-45 минут давомида, сўнг инфузия тезлигини 110 мг/кг/соат дан бошлаб, қонда этанол миқдори 100—150 мг% гача ошириб борилади

Спиртли ичимликдан захарланиш

Спиртли ичимликдан маст бўлиш – олдин қайфиятнинг кўтарилиши, бўшашиш, ёқимли асаб қўзғалиши, кейин ўз-ўзини назорат қилолмаслик, тушунарсиз нутқ, координациянинг бузилиши, жаҳлдорлик ва агрессия ривожланиши, ундан кейин эса уйқучанликка ўтиши билан ифодаланади.

Патологик интоксикация – спиртли ичимликнинг кичик миқдорига жавобан ўтқир психотик ҳолат ва ҳаракат қўзғалиши, уришқоқлик, жаҳлдорлик кўринишидаги кучли мастлик ривожланишидир.

Врач тактикаси

Бир неча соат давом этувчи бундай ҳолат вақтида, бемор назорат остида бўлиши талаб этилади, транквилизаторлар ва ухлатувчи препаратлар қўлланади.

Спиртли ичимликдан кома – спиртли ичимликнинг кўп миқдорда қабул қилинишига жавобан комагача бўлган ҳуш бузилиши (бош мия пўстлоғи ва устуни зарарланиши) рўй беради. Бундай беморларда менингит, зотилжам, жигар етишмовчилиги, ошқозон-ичак йўлларида қон кетишини ўтказиб юбормаслик керак.

Врач тактикаси

- т/и глюкоза ва физиологик суюқлик юбориш;
- глюкоза инфузиясини тиамин билан биргалликда ўтказиш;
- ошқозонни ювмаслик;
- ошқозон ичи массаси билан аспирация бўлишини олдини олиш мақсадида, бемор қорнига ётқизилиб, озгина ёнбошига айлан-тирилади.
- аспирация бўлган тақдирда, трахея интубациясини ўтказиш эҳтиёжи туғилади.

Менингит

Шошилинч неврологик ҳолат. Кўпроқ эрта ёшдаги болалар касалланади, айниқса чала туғилганлар, улар орасида касалланганларнинг ярмидан кўпи ўлим билан тугайди.

Менингит гумон этиладиган белгилар (24.3-жадвал)

- иситма ва мия қобиклари қўзғалиши белгиларининг кўшилиб келиши;
 - тобининг айнаши билан бир қаторда петехиал тошмалар пайдо бўлиши ёки хушнинг бузилиши;
 - қатталарда иситма ва эпилептик талвасани кўшилиб келиши;
 - гўдакларда иситма, қатта ликилдок бўртиши, айниқса қайт қилишдан сўнг бўртганлигича қолиши (сувсизланишда ликилдок ичга ботади);
 - менингококкли инфекцияга чалинган бемор билан контактда бўлган шахсда иситма бўлиши.

24.3-жадвал

Болаларда менингит белгилари

Янги туғилган чақалоқлар	1 ойдан 2 ёшгача бола	2 ёшдан қатта бола
<ul style="list-style-type: none"> • Иситма • Уйқучанлик • Овқатдан бош тортиш • Қайт қилиш • Нафас етишмовчилиги • Тиришишлар • Безовталиқ • Сариклик • Қатта ликилдок бўртиши 	<ul style="list-style-type: none"> • Иситма • Қайт қилиш • Юқори қўзғатувчанлик • Уйқучанлик • Тиришишлар • Қатта ликилдок бўртиши • Бошни орқага ташлаш 	<ul style="list-style-type: none"> • Иситма • Қайт қилиш • Уйқучанлик • Бош оғриғи • Энса мушаклари ригидлиги

Врач тактикаси

- тез ёрдам чақиритиш;
- қонни бактериологик текширувга антибиотик қўллашдан олдин олиш;
- беморни шифохонага йўналтиришдан олдин зудлик билан бензилпенициллин қилинади:
 - болаларга: 50000-75000 бирлик/кг т/и ҳар 4 соатда;
 - қатталарга: 2 млн бирликда т/и ҳар 2 соатда ёки 4 млн. бирликда ҳар 4 соатда т/и.

Пенициллинларга аллергияси бўлса – хлорамфеникол ёки ванкомицин қўлланилади.

Менингит билан контактда бўлганларда профилактика ўтказиш

Ҳақат яқин контактда бўлганларга, масалан оила аъзолари-га ўтказилади: 2 кун давомида кунига 2 марта рифампицин – 600 мг қилинади. Болаларга – 10 мг/кг дан, 2 кун давомида кунига 2 марта, 1 ёшгача болаларга – 5 мг/кг, 2 кун давомида кунига 2 марта қўлланилади. Қатталарга ципрофлоксацин – 500 мг бир марта буюрилади.

КЎКРАҚДАГИ ОҒРИҚЛАР

4-бўлим «Умумий амалиёт врачлари фаолиятида симптом, синдром ва лаборатор текширувлар» ва 5-бўлим «Юрак-қон томир касалликлари»га қаранг.

Кўкрагида оғриққа шикоят қилган бемордан сўранг:

- оғриқнинг келиб чиқиши, сабаби ва ўрни;
- давомийлиги;
- бошқа ҳамроҳ симптомлар – совуқ ва ёпишқоқ тер, кўнгил айниши, ҳансираш, юрак уриб кетиши;
- бемор ўтказган касалликлар (юрак-қон томир касалликлари, юқори холестерин миқдори);
- оилавий анамнез (юрак-қон касалликлари);
- тамаки чекиш.

Тактика

- дифференциал ташҳислаш ўтказиш (24.4-жадвал);
- МИга гумон қилсангиз, зудлик билан тез ёрдам чакириш;
- ҳолатини баҳолаш, сабабига кўра ёрдам кўрсатиш;

Агар оғриқ давом этса, бемор ҳолати яхшиланмаса, унинг сабаби аниқланмаса, қайтадан маслаҳат ўтказиш.

24.4-жадвал

Кўкракда ўткир оғриқ сабаблари

Ташҳис	Хос белгилар
МИ	Кўкрак/тўшдаги сиқувчан/босувчан оғриқ, баъзида елка, чап қўл, бўйин ва/ёки пастки жағга тарқалади. Кўпинча кўнгил айниши, терлаш ва/ёки ҳансираш билан бирга кузатилади.
Ностабил стенокардия	МИ га қаранг
Перикардит	Тўш орқасида ўткир оғриқ, тана олдинга энгаштирилса, камаяди. Чап елка, қўл, баъзан қоринга тарқалади. Чап ёнбошда ётиш, нафас олиш, ютиниш ва йўталда кучаяди.
Аортанинг каватланувчи аневризмаси	Тўсатдан кўкракда ўткир, кучли оғриқ пайдо бўлиб, тананинг орқа қисмига тарқалади, АҚБ пасаяди
Ўпка артерияси тромбоземболияси	Ўткир ҳансираш, кўкракда ўткир оғриқ, нафас олишда кучаяди, қон тупуриш ва/ёки ҳушдан кетиш
Плеврит	Кўкракда нафас олишда кучаядиган ўткир локал оғриқ, мавжуд бўлган инфекция симптомлари
Қизилўнғач спазми, эзофагит	Кўкрак марказида оғриқ, кекириш, зарда қайнаш. Антацидлар ёрдам беради
Мушак-суяк оғриғи	Ҳаракатда кучаювчи локал оғриқ. Анамнезида – шикастланиш
Ўраб олувчи темирлатки	Оғриқсизлантирувчи воситаларга кам сезгирли Интенсив равишда ўткир бир томонлама оғриқ. Бир неча кун давом этиб, кейин тошма пайдо бўлади.
Кўкракда идиопатик оғриқ	Сабаби ноаниқ. Кўп тарқалган, айниқса ёшларда ва аёлларда кузатилади.

Миокард инфаркти

Хос белгилар: кўкракда давомли ўткир оғрик, нитроглицерин самара кўрсатмайди.

Бошиқа белгилари: коллапс, баъзан юрак тўхташи; ҳансираш; безовталиқ, ўлимдан кўркув ҳисси; кўнгил айнаш, қайт қилиш; совук ва ёпишқоқ тер; қўллар, пастки жағ, тананинг орқа қисми, эпигастрал соҳада оғрик бўлиши мумкин. ҚД билан оғриган беморларда оғрик кучсиз бўлиши мумкин.

Кўрик: Пульс, АҚБ, бўйин томирларининг бўртиши, юрак тонлари, ўпка аускультацияси (ўпка шиши).

Текширув

ЭКГ – ST сегменти кўтарилиши ёки депрессияси ёки ST сегменти кўтарилиши билан бирга R тишча ўсиши.

УАВ тактикаси

МЙга гумон қилинса, зудлик билан тез ёрдам чақириш ва шифохонага ётқизиш. Оғрик бошлангандан кейин тромболитис таъсирига эга давони бошлаш, у қанча эрта бошланса, шунча самарали бўлади.

МЙга гумон қилинганда шифохонагача кўрсатиладиган ёрдам:

- аспиридин 300 мг (қарши кўрсатмалар бўлмаса);
- анальгетиклар – трамадол 50 – 200 мг ёки метамизол натрий 250 – 500 мг;
- қайт қилишга қарши воситалар – метоклопрамид 10 мг;
- нитроглицерин 0,4 мг дан, 3 марта, ҳар 5 мин., (АҚБ 90 дан юқори, пульс 100 та/мин дан кам бўлса);
- кислород бериш;
- брадикардияда – атропин 300 мкг т/и, кейинги дозалари 300 мкг; зарур ҳолларда 1,2 мг гача;
- тахикардияда – в-блокаторлар (метопролол, т/и 5 мг дан 3 марта ҳар 2-5 минутда).

Тромболитис таъсирига эга давони умумий шифокорлик амалиёти шароитида амалга ошириш мумкин, лекин врач махсус тайёргарликдан ўтиши ва тегишли ускуна талаб этилади.

Инфарктдан кейинги даврда бемор кузатуви

5-бўлимга қаранг. «Юрак-қон томир касалликлари».

Ностабил стенокардия

Кўкрак соҳасидаги оғрик озгина зўриқишда ёки тинчликда ҳам тез-тез қайталанувчи, узок давом этувчи тус олади. Ностабил стенокардияни МИдан дифференциал ташхислаш умумий врачлик амалиёти шароитида мураккабдир.

Тактика худди МИ каби.

Гипертоник криз

Гипертоник криз (ГК)– АҚБнинг бирдан кўтарилиши, регионар қон айланиши бузилишининг клиник симптомлари билан бирга кузатиловчи синдромдир. ГКни ташхислаш мезони бўлиб диастолик АҚБнинг 120 мм сим.уст.дан юқорилиги хизмат қилади.

ГК таснифи

I турдаги криз – АҚБни зудлик билан пасайтиришни талаб этувчи ҳолат (бир соат давомида):

- ўткир гипертоник энцефалопатия;
- ўткир чап қоринча етишмовчилиги;
- аортанинг ўткир қаватланиши;
- эклампсия;

- мияга кон куюлишидаги гипертензия;
- ўткир субарахноидал кон куюлиши;
- миянинг ўткир инфаркти (инсульт);
- ностабил стенокардия, МИ ўткир даври;
- феохромоцитомга;
- мўлжал аъзолар зарарланиши билан кечувчи адренергик криз.

II турдаги криз – АҚБни 12-24 соат давомида пасайтиришни талаб этувчи ҳолат:

- асоратсиз юқори диастолик гипертензия (120 мм сим.устдан юқори);
- хатарли гипертензия;
- ностабил стенокардия;
- юрак астмаси;
- мияда кон айланишининг ўтиб кетувчи бузилиши;
- преэклампсия;
- гипотензив воситаларни бирдан тўхтатиш синдроми;
- жаррохлик амалиётидан олдинги ва кейинги даврдаги гипертензия.

Гипертоник кризни даволаш

Гипертоник кризни шошилиш бўлмаган ҳолда (12-24 соат давомида) даволаш асоратланмаган ва хавфсиз ҳолларда поликлиника шароитида ўтказилади. ГКнинг бу шаклида гипотензив воситалар ичишга буюрилади. АҚБни кун давомида 20-30% гача пасайтириш тавсия этилади.

- **Нифедипин (коринфар, адалат).** ГКни даволаш учун фақат қисқа таъсир этувчи таблетка ёки капсулалар (10 мг, баъзан 20 мг) чайналади ёки бир неча қисмга бўлиб, тил остига ташланади. Эритмасини 5 томчидан ичиш мумкин. 30 минутдан сўнг 5-10 мг дозадан қайта қабул қилиш, сўнг препаратни 4-6 соатдан кейин монотерапия кўринишида ичиш, ёки унга диуретик, β-блокатор ёки ААФИ қўшиш мумкин. Тил остига ташланган нифедипин таъсир қилиш вақти – 1-5 минут, самарасининг давомийлиги – 2-4 соат, энг юқори самараси 30 минутдан сўнг бошланади. Нифедипин тил остига ташланганда миокард ишемияси ривожланиши мумкин. Шунинг учун уни ностабил стенокардия ва миокард инфарктида қўллаш мумкин эмас.
- **Каптоприл (капотен).** Каптоприл ГКни даволаш учун тил остига ташланади. Бирламчи дозаси 6,25-12,5 мг (қунига 100 мг гача), гипотензив самараси 10-15 минутдан сўнг бошланиб, таъсири 4-6 соат давомий этади, энг юқори самараси 1-2 соатдан сўнг билинади. Кейин эса препаратни 25 мг дан қунига 3-4 марта АҚБ назорати остида ичиш тавсия этилади.
- **Фуросемид** 40-80 мг дан буюрилади, гипотензив таъсири 30 минутдан сўнг бошланади, энг юқори самараси 2 соатдан кейин, таъсири 6 соат давом этади.
- **Анаприлин** 20-40 мг дан буюрилади, гипотензив таъсири 45 минутдан сўнг бошланади, энг юқори самараси 2 соатдан кейин, таъсири 6 соат давом этади.

ГКда шошилиш ёрдам кризининг I турида, беморнинг ҳаётига хавф бўлган ҳолатда кўрсатилади. Бу ёрдам бош мия ва ички аъзоларда ривожланиши мумкин бўлган қайтмас асоратлар ва ўлимнинг олдини олади. Беморлар зудлик билан реанимация бўлими ёки интенсив ёрдам палатасига ётқизилади.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТ

Кучайтирилган юрак-ўпка реанимацияси (ЮЎР)
Катталарда кучайтирилган ЮЎР

24.6-расм



24.6-расмга изоҳлар

ДФ электродли ёстикчаларининг жойлашиши: битта электрод кўкрак қафасида тўшнинг ўнг томонига, иккинчиси – чап аксилляр чизик бўйича пастки коворгаларга қўйилади.

Дори воситаларидан фойдаланиш, т/и га юбориш:

- дорилар болюсли (мўлжалдаги дорилар дозасини маълум вақт оралигида киритиш) инъекция кўринишида юборилади;
- 20 мл болюсли инъекция т/и юборилади
- дори воситалари марказий қон айланишига тезроқ қўшилиши мақсадида, оёқ-қўлларни 10-20 секундга юқорига кўтарилади

Адреналин (Этинефрин) – 1 мг т/и ёки 2-3 мг микдорда 10 мл стерил сувда эритилган ҳолда эндотрахеал трубка (ЭТТ) орқали юборилади.

Разряд берилишидан олдин ёки кейин қуйидаги антиаритмик препаратлар, қўлланилади:

1. *Лидокаин* 1-1,5 мг/кг т/и ёки т/о биринчи дозаси, кейин 0,5-0,75 мг/кг т/и ёки т/о 5-10- минутли интервал билан, максимал дозаси – 3 мг/кг

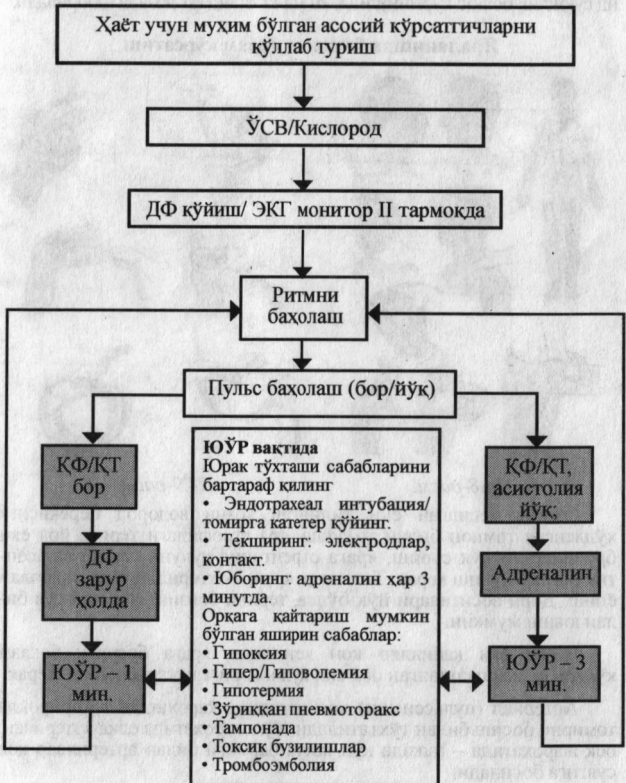
2. *Магнийнинг* дозаси қоринчалар тахикардиясида 1-2 г т/и ёки т/о, 10 мл D5W да, одатда 5-20 минут эритилган ҳолда қуйилади.

Қоринчалар тахикардияси (ҚТ)/Қоринчалар фибриляцияси (ҚФ) – 3 мартагача 200 ж, 200 ж, 360 ж дозада 1 минут давомида разряд берилди. Адреналинни ДФ дан 1 минутдан сўнг юбориш мумкин.

Асистолия – атропин 1 мг т/и ёки т/о, ҳар 3-5 минутда (3 та дозагача). Эндотрахеал трубка орқали 3 мг, 10-20 мл стерил сувда эритилган ҳолда юборилади. Агар асистолия борлигини исботлай олмасангиз, қоринчалар фибриляцияси каби даволанг.

24.7-расм

Болаларда кучайтирилган ЮЎР



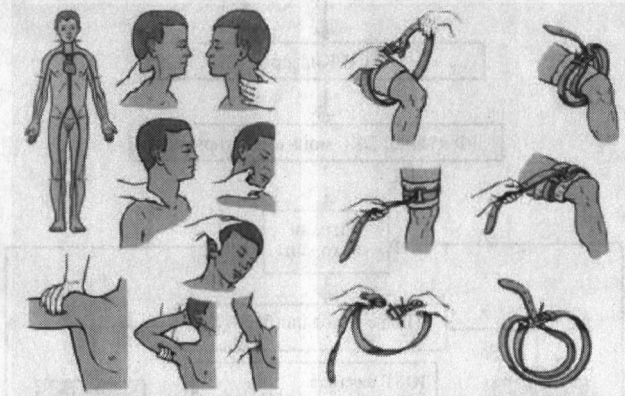
24.7-расмга изоҳлар

• *Пульсни баҳолаш:* болада – бўйин зонаси уйқу артериясида; гўдакларда – елканинг ички қисм зонасида елка артериясида

• *Адреналин (эпинефрин)* – т/и ёки суяк ичига (с/и) 10 мкг/кг (0,1 мл/кг 1:10000 нисбатда эритилади), ЭТТ орқали 100 мкг/кг (1 мл/кг 1:10000 ёки 0,1 мл/кг 1:1000 нисбатда эритилади). Септицемия, анафилактик шокда ифодаланган томирларни кенгайтириш самараси бор ҳолда юрак тўхтаса, юқори дозада ишлатиш мумкинлигини хисобга олинг (масалан, 100 мкг/кг т/и ёки с/и).

• *Қоринчалар фибрилляцияси/Пульссиз қоринчалар тахикардияси:* Педиатрик ЮЎРда кам учрайди. Юрак ДФ 3 та разряд 2 ж/кг, 2 ж/кг, 4 ж/кг дан – биринчи марта; 4 ж/кг, 4 ж/кг, 4 ж/кг – кейинги ҳолатларда берилади. Болада ДФ ёстикчалари қуйидагича жойлаштирилади: битта электрод ўнг ўмровдан пастрокда, иккинчиси чап аксилляр чизикда қўйилади. Гўдакларда – битта электрод кўкрак қафасининг олд юзасида, иккинчиси – тананинг орқа юзасида қўйилади. ЮЎР вақтида навбатдаги ДФ дори воситаси юборилгандан 2 минутдан сўнг амалга оширилади.

• *Суяқликларни т/и юбориш:* қон айланиши етишмовчилиги туфайли юрак тўхташида, адреналин самарасиз бўлган ҳолда, кристаллоид суяқлик болос кўринишида, 20 мл/кг стандарт дозада юборилади.

Яраланишда биринчи ёрдам кўрсатиш

24.8-расм.

24.9-расм.

Озгина кесилган ёки тилинган ярани водород перексидга хўлланган тампон билан тозалаш, яра атрофидаги терига йод ёки бриллиантли кўк суриш, ярага стрептоцид кукуни сепиш ва асептик боғлам қўйиш керак. Тилинган ярани бактерицид пластир билан ёпиш. Дори воситалари йўқ бўлса, терини бензин, совунли сув билан ювиш мумкин.

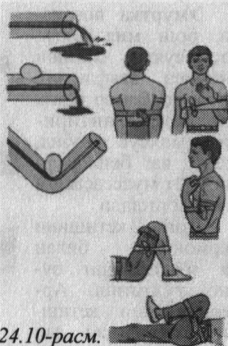
Веноз ёки капилляр қон кетишида, ярага босувчи боғлам қўйилади, жароҳатланган оёқ ёки қўл юқорига кўтариб қўйиш керак.

Артериал (пульссимон) қон кетишни жароҳатдан юқорироқда томирни босиш билан тўхтатилади. Қўл жароҳатида елка артерияси, оёқ жароҳатида – иккала қўл катта бармоғи билан артериялар қов суягига босилади.

Қон тўхтамас, жгут қўйилади. Қон кетишнинг тўхташи ва периферияда пульсни йўқолиши жгут тўғри қўйилганидан далолат беради. Жгут ўрнига камар, сочик, арқон ишлатиш мумкин, лекин уларнинг тагига бир неча қаватли рўмол, дока қўйиш лозим.

Жгут ечилмасдан 1-1,5 соатдан ортиқ туриши мумкин эмас. Вақт ўтгандан сўнг, уни салгина бўшатиш, агар қон ҳали тўхтамаган бўлса, бир неча минутдан сўнг яна тортиб қўйиш керак.

Беморга қоқшолга қарши эмлаш ўтказилади ва ҳолатига кўра шифохонага жўнатилади.



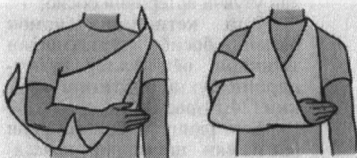
24.10-расм.

Лат ейиш, пай чўзилиши, бўғим чиқиши, суяк синиши, мия чайқалиши

Лат ейишда биринчи ёрдам. Лат ейиш – юмшоқ тўқималарнинг ичига қон қуюлиши билан жароҳатланишидир. Зарб теккан жойга йод суртилади ва совуқ компресс, кейин боғлам қўйилади. Бош, кўкрак, коринга зарб текканда, беморга тинч ҳолат берилиб, шокка қарши чоралар ўтказилади ва шифохонага юборилади. Қорин лат ейишида бемор бирор нарса ичиши ёки ейиши мумкин эмас.

Пай чўзилиши ва ёрилишида биринчи ёрдам. Шикастланиш белгиси бўлиб кучли оғриқ, шиш, гематома, бўғимда оғрикли ҳаракат ҳисобланади. Зарарланган пай соҳасига совуқ компресс, кейин эластик бинт билан қаттиқ сиқиб турувчи боғлам қўйилади. Тўпик ёки тизза бўғимларининг кучли шикастланишида шина қўйилади. Оғриқсизлантирувчи воситалар қўллаш тавсия этилади.

Бўғим чиқишида биринчи ёрдам. Шина қўйилади ва оғриқсизлантирувчи воситалар қўлланади. Чикқан бўғимни, хусусан болдир суяги билан товон суягини бириктирувчи бўғим, тизза, билак ва тирсак бўғимлари чикканда, уларни мустақил равишда ўрнига тушириш тавсия этилмайди, чунки бўғимларни чиқиши кўпинча суяк ўсикларини синиши билан кузатилади. Шикастланган беморни албатта тиббиёт муассасасига олиб борилади.



24.11-расм.

Суяк синишида биринчи ёрдам. Суяк синган жой ва ундан юқорида ва пастда жойлашган бўғимларни ҳаракатсизлантириш учун хамиша қўл остида учрайдиган материалдан шина ясаб боғлашдан иборат. Оғриқсизлантирувчи воситалар қўлланади. Агар шина ясаш учун материал бўлмаса, жароҳатланган қўл танага, оёқни эса соғлом оёққа ёпиштириб боғланади.

Очик синишда, шина қўйишдан ташқари, жароҳат агрофига йод суртиб, стерил боғлам қўйилади ва имкон бўлса бемор қоқшолга қарши эмланади. Беморнинг ҳолати оғир бўлса, шокнинг олдини олиш лозим.

Умуртка поғонаси, бош мия суяги, тос суяги синиши айниқса хавфлидир. Бу ҳолда бемор тўлиқ ҳаракатсизлантирилиб (махсус замбил, тахта ва бошқалар) тиббиёт муассасасига олиб борилади.

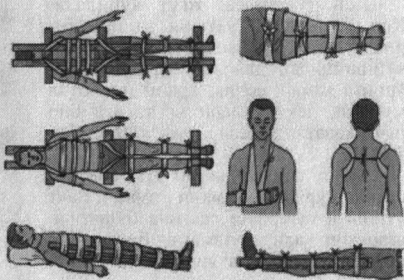
Қон кетишини бармоқлар билан ва бўғимларни букиб тўхтатиш. Артериал қон кетишни жароҳатдан сал юқорирокда томирни суякка босиб тўхтатиш мумкин. Қон томирларни босишга қулай жойлар 24.13-расмда кўрсатилган.

Қон кетишини тўхтатиш:

- юз пастки қисми томирларидан – жағ артериясини пастки жағга босиб;
- пешона ва чаккадан – артерияни қулоқнинг олдида босиб;
- бош ва бўйиннинг қатга жароҳатларидан – уйку артериясини бўйин умурткаларига босиб;



24.13-расм. Қон томирларни босишга қулай жойлар: 1- юз; 2 – пешона ва чакка; 3 – бўйин; 4 – қўлтиқ ости соҳаси; 5 – елка олди соҳаси; 6 – кафтлар; 7 – сон ёки болдир; 8 – оёқ бармоқлари.



24.12-расм.

– қўлтиқ ости ва елка жароҳатларидан – ўмов ости артериясини ўмов усти чуқурчаси суягига босиб;

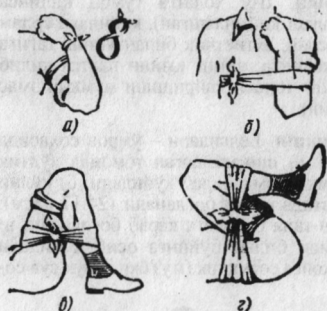
– қўл кафти ва бармоқлари жароҳатларидан – елка олдининг кафтга яқин қисмида иккита артерияни босиб;

– оёқ жароҳатларида – сон артериясини тос суякларига босиб;

– оёқ кафтлари жароҳатларида – оёқ кафтининг орқа томонидан ўтувчи артерияни босиб;

Қон кетишини бармоқ билан босиб тўхтатишдан ташқари, оёқ-қўллар бўғимларини букиб тўхтатиш мумкин (24.14-расм).

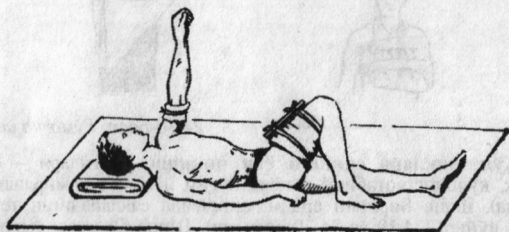
Беморнинг кийимларини (енги ёки шимининг почаси) юқорига қайтариб, биронта матодан валик (юмалоқланган мато) ясалади. Жароҳатланган жойдан юқорирок жойлашган бўғимнинг, букилганда унинг ички юзасида пайдо бўлган чуқурчасига жойлаштирилади ва бўғим валик устида охиригача қаттиқ букилади. Бунда артерия босилади, қон кетиши тўхтайдди. Шу ҳолатда қўл ёки оёқни бемор танасига боғлаб қўйилади.



24.14-расм. Қон кетаётган то-
мирдан юқоридаги бўғимни букиш:
а – елка олдидан; б – елкадан; в – бол-
дирдан; з – сондан.

**Артериал қон кетишни-
ни жгут ёки бурагич билан
тўхтатиш.** Бўғимни букиш
мумкин бўлмаганда (масалан,
худди шу томонда суяк синган
бўлса), кучли артериал қон ке-
тишини жгут қўйиб тўхтатиш
мумкин (24.15-расм).

Жгут ёки у кабилар йўқ
бўлса, чўзилайдиган мато-
дан (галстук, белбоғ, рўмол,
аркон) «бурагич» қўйиш
мумкин (24.15-16 расм).
Матони юқори кўтарилган
қўл ёки оёққа ўраб, тугунча
боғланади. Шў тугунчага
таёқ тикиб, қон тўхтагунча бу-
ралади. Қаттиқ бураш мумкин
эмас. Керакли даражагача бу-
ралган таёқча, очилиб кетмас-
лиги учун боғлаб қўйилади.



24.15-расм. Жгут (елкада) ва бурагич (сонда) қўйиши:
Жгут қўйишдан олдин қўл ёки оёқ юқорига кўтарилган бўлиши лозим.



24.16-расм. «Бурагич» қўйиши

Суяк синиши, бўғим чиқиши, лат ейиши ва пайлар чўзилишида биринчи ёрдам кўрсатиш

Синиш ва чиқишларда асосий вазифа – жароҳатланган қўл ёки
оёқни кимирлатмасдан, унга тинч ва қулай ҳолатни таъминлашдир.

Бош суяги синиши. Йиқилганда бош билан урилиш ёки бошга
қаттиқ зарб бериш натижасида, хушдан кетиш, қулоқ ёки оғиздан
қон кетиши пайдо бўлса, бош суягининг синишига гумон қилинади.
Биринчи ёрдам – бошга совуқлик қўйиш (ичига муз ёки совуқ сув
солинган резина пуфак, совуқ примочка).

Ўмуртқа поғонаси синиши. Шу ҳолатга гумон қилинса (умуртқада кучли оғриқ, қимирлаш қийинлашган), куйидаги ёрдам кўрсатилади: беморни кўтармасдан, эҳтиётлик билан унинг тагига тахта тикилади ёки беморни қорнига, унинг юзини пастга қилиб ётқизилади. Бу вақтда беморнинг танаси қайрилиши мумкин эмас (орқа мия шикастланиши мумкин).

Ўмровлар чиқиши ва синиши. Белгилари – ўмров соҳасида оғриқ ва шиш. Биринчи ёрдам: а) шикастланган томонда қўлтиқ остига пахта, доқа ёки бошқа мато юмалоқлаб қўйилади; б) қўлни тирсақда букиб, тўғри бурчак остида танага боғланади. (24.17-расм); боғламни шикастланган қўлдан тана орқасига қараб боғланади; в) қўлни тирсақдан пастини рўмол билан бўйинга осиб қўйилади (24.18-расм); г) шикастланган жойга совуқлик (муз ёки совуқ сув солинган резинали пуфак).

24.17-расм. Ўмров суяги синиши ёки чиқишида боғлам қўйиши

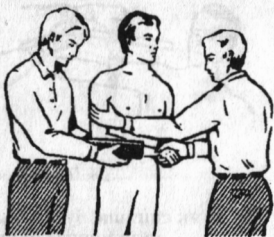


24.18-расм. Рўмолча шакли

Қўл суяклари синиши ёки чиқиши. Белгилари – суяқда оғриқ, қўлнинг нотабиий шакли, бўғим йўқ жой қимирлаши (синишда), шиш. Биринчи ёрдам: аптекада сакланадиган тегишли шина қўйиш (24.19 ва 24.20-расмлар). Шина бўлмаса, ўмров синганда қўлланиладиган қийик рўмол билан бўйинга осиб қўйиш (қўлтиқ остига ҳеч нарса қўйилмайди), кейин танага бинт билан боғлаб қўйиш. Агар қўлни (чиқишда) танага яқинлаштириш имкони бўлмаса, қўл билан тана орасига юмшоқ мато юмалоқлаб қўйилади



24.19-расм. Елка синишида шина қўйиши



24.20-расм. Елка олди синишида шина қўйиши

Қўл кафти ва бармоқлари суяги синиши. Ушбу ҳолат гумон қилинса, қўл кафти кенг шинага боғланади. Бунда шина елка олдининг ўртасидан бошланиб, бармоқлар учига тугайди. Шикастланган қўл кафтига бармоқлар озгина букилган ҳолда бўлиши учун юмалоқланган пахта ёки бинт қўйилади. Шикастланган жойга совуқ нарса қўйиш керак.

Оёқлар суяги синиши ва чиқиши. Белгилари – суякда оғрик, шиш, бўғим йўқ жойда нотабиий шакл.

Биринчи ёрдам: шикастланган оёқни шина, фанера, таёқ ва шунга ўхшашлар билан боғлаб, ҳаракатсизлантириш. Шинанинг

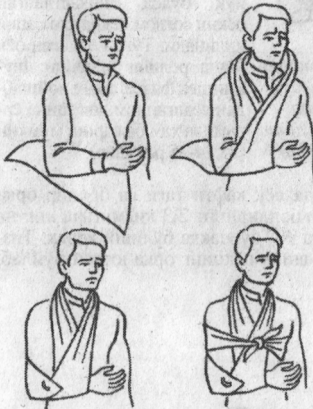


24.21-расм. Елка ва елка олди суяклари синишида шина қўйиш босқичлари:
а – иммобилизация; б – қўлни кўкрак қафасига бинт билан фиксация қилиш

бир томони тосдан юқорига – қўлтиқ остигача бўлиб, иккинчи томони товонга етган бўлади. Ички шина човдан товонгача бўлади. Шина қўйишда оёқни кўтармасдан, таёқча ёрдамида боғламани беморнинг бели, тиззаси ва товони тагидан итариб ўтказилади ва боғланади. Шикастланган жойга совук нарса қўйилади.

Шина қўйиш қондалари

Шина қўйишда фақат синган жойни эмас, балки синикдан юқори ва пастда жойлашган бўғимлар ҳам фиксация қилинади.

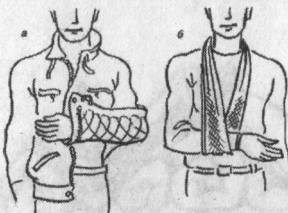


24.22-расм. Қўлни қийиқ рўмол билан фиксация қилиш босқичлари

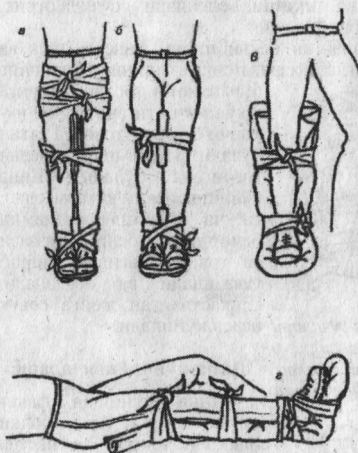
Қўл суяклари синишида шина кафт юзасига ва елка олдига бармоқлар учидан тирсаккача қўйилади; бармоқлар орасига улар ярим букилган ҳолатда бўлиши учун юмалоқланган пахта ёки бинт қўйилади.

Елка олди суяклари синишида шина бармоқлардан 90° бурчак остида букилган тирсаккача қўлнинг уст томонидан қўйилади ва бинт ёки қийиқ рўмол билан бўйинга осиб боғланади (24.21-расм).

Елка суяги синишида биллак-кафт, тирсак ва елка бўғимларини фиксация қилиш керак. Шинани елка олди ва елканинг устки томонидан тирсак 90° бурчак остида букилган ҳолда бармоқлардан то қарама-қарши елка бўғимигача қўйилади. Шина бўлмаса, қўлни қийиқ рўмолга ўраб танага фиксация қилинади (24.22-расм). Ҳеч бўлмаганда қўлни бинт ёки куртка этаги билан иммобилизация қилиш мумкин (24.23-расм).



24.23-расм. Қўлни шиналаш;
а – куртканинг этаги ёрдамида;
б – бинт ёрдамида



24.24-расм. Оёқ суяги синишида шина кўйиши: а – сон синиши; б – болдир синиши; в, г – болдир синишида қалин чойшабдан юмшоқ шина кўйиши (юқори ва ён томондан кўриниши)

Оёқ кафтлари, тўпик ва болдир суяги пастки қисми синишида шина болдирнинг орқа юзаси ва оёқ кафти юзаси бўйлаб бармоқлардан болдирнинг юқорисигича кўйилади. Оёқ кафти болдирга 90° бурчакда бўлиши лозим.

Болдир ва сон суяги синишида тўпик, тизза ва тос-сон бўғимлари 3 та шина ёрдамида фиксация қилинади. 1 – бармоқлардан соннинг ярмигача, 2 – оёқ кафти, болдир ва соннинг ички юзаси бўйлаб, 3 – оёқ ва тананинг ташки юзаси бўйлаб, оёқ кафтидан қўлтиқ остигача. Шина йўқ бўлса, шикастланган оёқни соғлом оёққа фиксация қилинади. Тўғри ёзилган оёқ шина ролини ўйнайди, шунингдек фиксацияни чойшабдан ясалган юмшоқ шина ёрдамида ҳам бажариш мумкин (24.24-25 расмлар).

Тўпик пайлари чўзилишида оёқ кафти таги ва болдир орқа юзаси бўйлаб, бармоқ учларидан болдирнинг 2/3 қисмигача шина кўйилади. Оёқ панжаси болдирга 90° бурчакда бўлиши керак. Тизза бўғими пайлари чўзилишида шина оёқнинг орқа юзаси бўйлаб, тўпикдан думбагача кўйилади.

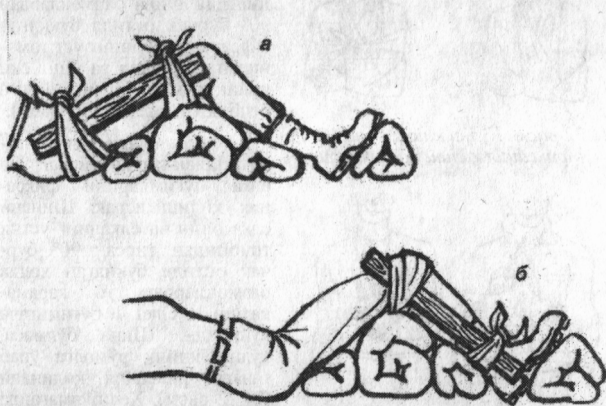


Рис. 24.25. Суяк синишида ҳаммаша қўл остида учрайдиган материалдан ясалган шиналар: а – сон суяги; б – болдир

Фойдаланилган адабиётлар

1. Собиров Д.М., Алимов А.В., Шарипов А.М., Умарова З.С. ТВМОИ, ТошПМИ, «Руководство по Экстренной медицинской помощи основного и продвинутого уровня». 2007 й. 1,2-том.
2. «Общая врачебная практика по Джону Нобелю». М. »Практика» нашриёт уйи, 2005 й. 1760 бет.
3. Oxford Handbook of General Practice, Chapter Emergencies in General Practice. Ch. Simon, H. Everitt, J.irtwistle, B. Stevenson, Oxford University Press, 2002 й. 1031 бет.
4. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч. ва б. «Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения». Бишкек, 2005 й. 304 бет.
5. «Клинические рекомендации для практикующих врачей». И.Н. Денисов ва б. тахрири остида, М. «ГЭОТАР-МЕД», 2002 й. 1242 б.
6. Конден Р., Найхус Л., «Клиническая хирургия». Инглиз тилидан таржима. Гусева О.А. ва б. М., »Практика» нашриёт уйи, 1998 й.
7. К. Нисвандер, А. Эванс. «Акушерство. Справочник Калифорнийского университета». Инглиз тилидан таржима, 2005 й.
8. Собиров Д.М, Хаджибаев А.М. «Стандарты лечения неотложных кардиологических состояний на догоспитальном этапе», ЎзР ССВ, ТВМОИ, 2008 й.
9. «Терапевтический справочник Вашингтонского Университета». М. Вудли ва А. Уэлан тахрири остида, М. »Практика» нашриёт уйи, 1995 й.
10. «Протоколы по неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе». Ўқув қўлланма, Киев. 2002 й.
11. Barbara Bates. «Энциклопедия клинического обследования больного». Инглиз тилидан таржима М. ГЭОТАР-МЕД; 1997 й. 701 бет.
12. «Хирургия». Ю.М. Лопухин тахрири остида, Инглиз тилидан таржима. М: ГЭОТАР- МЕД, 1997 й.

25-БЎЛИМ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИ УЧУН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР

Ўпка-юрак реанимацияси	281
Артериал қон босимини ўлчаш	281
Тана вазни индексини аниқлаш	281
Камқонликни ташхислаш учун кўрсаткичларни аниқлаш	282
ЭКГ регистрацияси	282
ЭКГ таҳлил қилиш	283
Ингаляторни қўллаш	283
Пикфлоуметрия	283
Бурундан қон кетишини тўхтатиш	284
Камертонлар ёрдамида эшитиш қобилиятини текшириш	284
Отоскопия	284
Риноскопия	285
Кўриш ўткирлигини аниқлаш	285
Кўрув майдонини аниқлаш	285
Кўзнинг ташқи кўриги	286
Кўз томчи дориларни қўллаш	286
Офтальмоскопия	287
Жинсий олатни кўздан кечирish тартиби	287
Ректал текширув	287
Сийдик пуфагини катетеризация қилиш	288
Антенатал кўрик	288
Кўкрак безларини пайпаслаб кўриш	288
Қин текшируви	289
БИС кўйиш	289
БИС олиш	290
Цервикал каналдан суртма олиш	290
Абсцессни очиш	290
Жароҳатга асептик ишлов бериш	291
Ошқозонни ювиш	291
12 жуфт бош мия нервларини текшириш	292
Ҳаракат сферасини текшириш	292
Сезги сферасини текшириш	293
Рефлексларни – 4 балли шкала бўйича баҳолаш	293
Рухий ҳолатни баҳолаш	294
Тана вазнини ўлчаш (5 ёшгача бўлган болаларда)	294
Бўй ва тана узунлигини аниқлаш (2-5 ёшдагилар)	295
Бош айланасини аниқлаш	295
Кўкрак қафаси айланасини аниқлаш	295
Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани мустаҳаб қилиш	296
Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани эрталабки мустаҳаб қилиш	296
Кўкрак ёшидаги боланинг гигиеник ваннаси	296
Бошнинг соч қисмидаги қазоқга ишлов бериш	297
Киндикни парвариш қилиш	297
Она ва болани кўкрак билан эмизишга тайёрлаш	298
Гипотермия ҳолатида ўраш	298
Кулоққа дори томчиларини томизиш	299
Энтеробиозга суртма олиш	299
Умуртқа погонасини текшириш	299
Суюк-бўғим тизимини текшириш учун махсус синамалар	301

1. Ўпка-юрак реанимацияси

Кўрсатма: беморнинг нафас ёки юрак фаолиятини тўхташи ва ҳушсизлигида амалга оширилади.

1. Бемор силкитилади ва чакирилади, нафаси текширилади ва уйқу артериясида пульс текширилади.
2. Нафас йўларининг ўтказувчанлиги текширилади (зарурият бўлса) ва оғиз бўшлиғидаги ёт жисмлар бармоқ билан олиб ташланади.
3. Чалқанчасига қаттиқ текис юзага ётқизилади, уйқу артериясида пульс текширилади.
4. Нафас ва пульс аниқланмаса ўпканинг сунъий вентиляцияси ва юракнинг билвосита массажи қилинади.
5. Пастки жағни олдинга чиқарилиб, умуртқа поғонасининг бўйин қисми жароҳатланмаган бўлса, бошни орқага энгаштирилади.
6. 10 сония давомида 2 маротаба бурундан ёки оғиздан пуфланади, кўкрак қафаси ҳаракати кузатилади, тўш суягининг хаҗжарсимон ўсигидан 4 см юқори соҳасига иккала қўл қафтлари қўйилади ва 30 марта босиш ва 2 марта чуқур нафас юбориш билан навбатланади. Нафас ва пульс тикланишига қадар давом эттирилади.
7. Агар 30 дақиқа давомида нафас ва пульс тикланмаса, корачиклар кенгайган бўлса реанимация чораси тўхтатилади.

2. АҚБни ўлчаш

Кўрсатма: барча беморларга поликлиникада, ҚВПда ёки уйда ўтказилади

Асбоблар: тонометр, стетоскоп

1. Тонометр манжетаси танланади ва аппарат текширилади.
2. Беморга муолажа моҳияти тушунтирилади ва унга бир оз дам олиш тавсия қилинади.
3. Беморнинг қўли кийимидан холи қилинади. Унинг қўли шундай жойлашиши керакки, тирсак буклами юрак сатҳида бўлиши керак.
4. Манжетанинг пастки қисми тирсак букламасидан 2,5 см юқорида жойлашганлиги текширилади ва қўл ва манжета орасида бир бармоқ ситиши аниқланади.
5. Тирсак чуқурлигида пульс аниқланади ва стетоскоп қўйилади.
6. Манжета пульс йўқолишига қадар босиб дам берилади ва яна 30 мм.сим.уст қўшилади.
7. Манжетадан сониясига 2-3 мм.сим.уст даражасида ҳавони чиқарилади, Коротков тонининг бошланиши ва қачон тугаши белгиланади.
8. Манжетадан барча ҳаво чиқарилади ва 2 дақиқадан сўнг ўлчаш такрорланади.
9. Икки маротаба ўлчаниш кўрсаткичлари қўшилади ва ўртачаси аниқланади.
10. Ўлчаш иккинчи қўлда амалга оширилади.

3. Тана вазни индексини аниқлаш

Кўрсатмалар: барча беморларга поликлиникада ёки ҚВПда ўтказилади.

Асбоблар: тарози, бўй ўлчагич, калкулятор.

1. Беморга ўтказиладиган муолажа максadini тушунтирилади.
2. Бемор тана вазни аниқланади, кг.
3. Беморнинг бўйи ўлчанади, м.

4. Формула бўйича тана вазни индекси ҳисобланади: вазн бўй квадратига бўлинади. Масалан: вазн – 70 кг, бўй – 1,70 м; (бўй квадрати $1,70 \times 1,70 = 2,89$) ТВИ= $70 : 2,89 = 24,2$

4. Камқонликни ташҳислаш учун кўрсаткичларни аниқлаш

Кўрсатмалар: гемоглобин миқдори камайган барча беморларда (120 дан паст, хомилдорлар ва болаларда – 110дан паст) поликлиника ва ҚВПда ёки уйда камқонлик турини аниқлаш ва тўғри даво востасини тайинлаш учун ўтказилади.

Асбоблар: гемоглобин миқдори, гематокрит, ретикулоцитлар ва эритроцитлар миқдори билан қон таҳлили, калкулятор.

Қуйидаги кўрсаткичлар аниқланади:

1. *Ўртача корпускуляр ҳажм* = гематокрит $\times 10$: эритроцитлар сонига. Масалан: гематокрит – 37%, эритроцитлар сони – 4,2 ўртача корпускуляр ҳажм = $37 \times 10 : 4,2 = 88$.
2. *Гемоглобиннинг ўртача корпускуляр концентрацияси* = гемоглобин : эритроцитлар сони. Масалан: гемоглобин – 140, эритроцитлар сони – 4; гемоглобиннинг ўртача корпускуляр концентрацияси = $140 : 4 = 35$.
3. *Ранг кўрсаткичи* = гемоглобин $\times 0,03$ (коэффициент) : эритроцитлар сони. Масалан: гемоглобин – 130, эритроцитлар сони – 4,2; ранг кўрсаткичи = $130 \times 0,03 : 4,2 = 0,9$.

5. ЭКГ регистрацияси

Кўрсатмалар: юрак ва қон томирларнинг барча патологияларида ўтказилади.

Асбоблар: электрокардиограф, ЭКГ қоғози.

1. Беморга муолажанинг моҳияти тушунтирилади ва аппаратнинг ишлаши текширилади: қоғоз тасмасининг борлиги, ерга ўтказиш мосламасига уланганлиги кўздан кечирилади.
2. Бемор ётқизилади, электродлар қўйиладиган соҳаларидаги кийимлари счилади
3. Қўл ва оёқларга гел суртилади ва электродлар қўйилади: ўнг қўл – қизил, чап қўл – сариқ, чап оёқ – яшил, ўнг оёқ – қора.
4. Кўкрак кафасига электродлар қўйилади:
 - 1 – электрод қизил рангли – тўш суягининг ўнг қирғоғи бўйлаб тўртинчи ковурағалараро соҳага.
 - 2 – сариқ электрод – тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб тўртинчи ковурағалараро соҳага.
 - 3 – яшил – 2 ва 4-чи нукталарни бириктирувчи чизикнинг ўртасига.
 - 4 – жигар ранг электрод – чап ўрта ўмров чизиги бўйлаб бешинчи ковурағалараро соҳага.
 - 5 – қора электрод – чап олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйлаб бешинчи ковурағалараро соҳага.
 - 6 – бинафша ранг электрод – чап ўрта қўлтиқ ости чизиги бўйлаб бешинчи ковурағалараро соҳага.
5. Талаб қилинадиган ҳаракат тезлиги қўйилади ва аппарат ёкилади, тугмаси босилади ҳамда юрак сигналлари олиниб, регистрация қилинади.
6. Текширишдан сўнг қоғозли тасма қирқилади, электродлар олиниб, жойига қўйилади.
7. Журналда беморнинг Ф.И.Ш, унинг ёши белгиланади, ЭКГ тасмасида аниқлаш куни ёзилади.

6. ЭКГ таҳлил қилиш

Кўрсатмалар: ЭКГ олинишининг барча ҳолатларида ўтказилади.

Асбоблар: электрокардиограмма.

1. ЭКГнинг барча ёзилиши кўздан кечирилади, ёзиш тўғрилиги ва тезлиги баҳоланади.
2. Юрак ритми таҳлил қилинади.
3. Юрак уриш сони аниқланади.
4. Юрак электр ўқи аниқланади.
5. Юрак позицияси аниқланади.
6. P, Q, R, T тишчалар кўрсаткичлари таҳлил қилинади.
7. PQ, QT ораликлари таҳлил қилинади.
8. QRS комплекси ва ST сегменти таҳлил қилинади.
9. Хулоса қилинади.

7. Ингаляторни қўллаш

Кўрсатмалар: ингалятордан фойдаланиш зарурияти бўлган беморларни ўргатиш.

Асбоблар: ингалятор.

1. Беморга муолажа моҳияти тушунтирилади.
2. Ингалятор калпоқчаси олинади ва 2-3 сония давомида фаол чайқатилади.
3. Беморга бошни қандай орқага энгаштириш ва ҳавони секин чиқариш кўрсатилади; ингалятор учи лаблар билан зич камраб олинади, бунда ингалятор бош ва кўрсаткич бармоқлар билан ушланади; баллонча туби юқорига қаратилган бўлади.
4. Қандай қилиб секин (3-5 сония) нафас олиш ва бир вақтнинг ўзида бош бармоқ билан баллончани кескин босиш тушунтирилади. Сўнг – оғиз ёпилади, нафас 10 сония давомида ушланади, сўнг эҳтиёткорлик билан нафас чиқарилади.
5. Бир дақиқа давомида тинч дам олинади, зарур бўлса ингаляция такрорланади.

8. Пикфлоуметрия

Кўрсатмалар: нафас чиқариш чўкки тезлиги (НЧЧТ) беморларда нафас йўллари обструкция даражасини аниқлаш мақсадида текширилади.

Асбоблар: пикфлоуметр, ҳаво оқими тезлигини меъёрий кўрсаткичларини аниқлаш учун жадвал, калкулятор.

1. Асбоб ишлаши текширилади (стрелка 0 да).
2. Беморга 5 дақиқалик дам олишдан сўнг муолажа моҳияти тушунтирилади.
3. Иккала қўл билан пикфлоуметр ушлаш кўрсатилади, чуқур нафас олиб ва пикфлоуметрни лаблар билан сиқиб, куч билан нафас чиқарилади.
4. Бемор томонидан муолажанинг тўғри бажарилганлиги текширилади ва натижа ёзилади.
5. Икки маротаба ўлчанади ва НЧЧТ энг катта кўрсаткичи ҳисобга олинади.
6. Жадвалдан беморга жинси ва ёшига кўра мос бўлган НЧЧТ кўрсаткичлари аниқланади.
7. Ҳаво оқими тезлиги камайишини процентларда ҳисоблаш:
Жадвал бўйича мос келган НЧЧТ кўрсаткичлари – 100%,
Беморда олинган НЧЧТ натижалари – X %

X = олинган НЧЧТ натижалари x 100 : (бўлинади) жадвал бўйича мос бўлган кўрсаткичларга.

9. Бурундан қон кетишини тўхтатиш

Кўрсатмалар: бурундан қон кетишда ўтказилади.

1. Беморнинг боши бир оз олдинга энгаштирилади.
2. Бармоқлар билан бурун канотлари 5-10 дақиқа давомида бурун тўсиғига босилади.
3. Бурунга совуқ компресс қўйилади (сув, қор, муз).
4. Самара бермаса, у ҳолда мутахассисга бурун тампонадасини амалга ошириш учун юборилади.

10. Камертонлар ёрдамида эшитишни текшириш

Кўрсатмалар: эшитиш қобилияти пасайганда, шивирлашли нутқ билан текшириш ўтказилади.

Асбоблар: камертон.

Ўтказиладиган муолажа моҳияти беморга тушунтирилади.

Вебер синамаси – товуш латерилизациясини аниқлаш учун ўтказилади.

1. Жаранглаётган камертонни бош тепасига ёки пешона ўртасига қўйилади.
2. Беморлар қайси қулоғи билан камертон жаранглашини эшитаётганлиги сўралади (меъёрида бемор иккала қулоғи билан бир хил эшитади).
3. Агар бемор камертон жаранглашини эшитмаса, синама тақрорланади.

Ринне синамаси – ҳаво ва суяк ўтказувчанлиги солиштириш.

1. Жаранглаётган камертон оёқчасини кулоқ супраси орқасида сўргичсимон ўсикка ташки эшитув йўли сатҳида қўйилади.
2. Бемор камертон жаранглашини эшитиши тўхтаган заҳоти, камертон тезда эшитув йўлига келтирилади ва унинг жаранглашини эшитаётгани сўралади (меъёрида товуш ҳаво орқали суякка нисбатан узокроқ қабул қилинади).

11. Отоскопия

Кўрсатмалар: кулоқда оғриқ ва ажралма келишида ўтказилади.

Асбоблар: отоскоп, кулоқ воронкаси.

1. Беморга текширув муолажасининг моҳияти тушунтирилади ва асбобнинг ишлаши текширилади.
2. Бемор боши ўгирилади ва кулоқ супраси эҳтиёткорлик билан тортилади: катталарда-юқорига, орқага ва бир оз ёнга, мактабгача ёшдаги болаларда – юқорига, ташқарига ва орқага, гўдакларда – пастга тортилади.
3. Отоскопнинг ушланиш қисми қалам қаби ушланади, беморнинг лунжларига қўл панжаси билан ёндошилади.
4. Ўнг кулоқ кўздан кечирилганда беморнинг ўнг томонида турилади ва отоскоп ўнг қўлда ушланади, чап кулоқ – чап томонга ўтилади ва чап қўлга отоскоп олинади.
5. Эҳтиёткорлик билан отоскопнинг кулоқ воронкаси эшитув йўлига бир оз пастга ва олдинга йўналтирилган ҳолатда киритилади.
6. Ташки эшитув йўлида ажралмалар, ёт таначалар, қизариш ёки шишлар кўздан кечирилади.
7. Ноғора пардаси кўздан кечирилади, бунда ранги ва контурларига, ёруғлик конусига, болгача ўзангига, перфорацияга эътибор берилади.
8. Отоскопни кулоқдан эҳтиёткорлик билан чиқарилади, кулоқ воронкаси дезинфекцияланиб ишлов берилади.

12. Риноскопия

Кўрсатмалар: бурунда оғрик, бурун битиши ёки бурундан ажралмалар келишида ўтказилади.

Асбоблар: оториноскоп, бурун учун воронка ёки фонарик ва бурун ойналари.

1. Бурун ойналарининг тайёрлиги текширилади ва беморга текширув муолажаси моҳияти тушунтирилади
2. Бемор боши бир оз орқага қайрилади ва эҳтиёткорлик билан бурун ойналари бурун даҳлиз қисмига киритилади, бунда сезгир бўлган бурун тўсиғига тегилмайди.
3. Муолажани эркин бажарилишини таъминлаш учун риноскопни ушланиш қисми бемор ияки томонидан чап ёки ўнг томонга қаратилган ҳолатда ушланади.
4. Ойналар орқага, сўнг юқорига йўналтирилади ва ўрта ҳамда пастки бурун чиганоклари кўздан кечирилади, бир оз ассимметрия меъёрий ҳисобланади.
5. Бурун бўшлиғи шиллик қаватлари, бурун тўсиғи ва бурун чиганоклари кўздан кечирилади, бунда уларнинг ранги, шишлар борлиги, кон ёки ажралмалар борлигига аҳамият берилади.
6. Бурун тўсиғининг кийшайиши, яллиғланиши ёки перфорациясига аҳамият берилади.
7. Бурундан эҳтиёткорлик билан ойналар олинади ва асбобни дезинфекцияланади.

13. Кўриш ўткирлигини аниқлаш

Кўрсатмалар: кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўзда оғрик ёки кўздан ажралмалар келишида ўтказилади.

Асбоблар: Снелин ёки Сивцев жадваллари.

1. Текширувни амалга ошириш учун жой ва жадваллар тайёрланади.
2. Муолажа тушунтирилади ва беморни жадвалдан 5 м узокликка ўтказилади.
3. Яхши ёритилган ҳолатда, бемор бир кўзини қўли билан беркитиши лозим ва энг пастки қаторни ўқиши керак.
4. Бемор ярмидан сўп ҳарфларини ўқиган қатор аниқланади, бу унинг кўз ўткирлигига мос келади.
5. Бошқа кўзнинг ўткирлиги аниқланади ва натижалари ҳар бир кўз учун алоҳида ёзилади.

14. Кўрув майдонини аниқлаш

Кўрсатмалар: кўришнинг бузилиши ва кўздаги оғриқларда ўтказилади.

Асбоблар: оқ учли қалам ёки ручка ва пахта.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Врач ва бемор бир-бирига қарама-қарши ўтиради ва кўзларига қарайди.
3. Дастлаб чакка кўрув майдонидан аниқлаш бошланади.
4. Врач қўлида оқ учли қаламни ушлайди ва беморнинг чаккасидан 60 см масофадан секин-аста беморнинг чаккасига бемор кўришига қадар яқинлаштирилади
5. Меъёрий кўрув майдонида бемор иккала томондан чаккадан бир хил кўради.
6. Кўрув майдони нуксони бор бўлса унинг чегаралари аниқланади, бунинг учун ҳар бир кўзни алоҳида текшири-

лади: ўнг кўзини ёпиб, бемор чап кўзи билан врачнинг ўнг кўзига қарайди, бунда врач қалам билан (таёқча, ручка) кўрув майдонини юқоридан, пастдан, ўнгдан, чапдан аниқлайди.

7. Сезиларли нуқсонлар аниқланса, мутахассисга юборилади.

15. Кўзнинг ташқи кўриги

Кўрсатмалар: кўздаги оғрикларда, кўздан ажралмалар келишида, кўз кизаришида ўтказилади.

Асбоблар: офталмоскоп ёки фонарик.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Кўзларнинг жойлашиши, симметриклиги, бўртиб чиқиши ёки ботиб киришининг умумий кўриги ўтказилади.
3. Қовоқлар кўздан кечирилади: шишлар, рангининг ўзгариши, патологик ҳосилалар, кўз киприкларининг ҳолати.
4. Кўз ёши аъзолари кўздан кечирилади – кўз ёши беzi, кўз ёши копчасидаги шишлар, кўз ёши ажралиши, кўздаги курукликка аҳамият берилади.
5. Қовоқ конъюктиваси кўздан кечирилади – бемор юқорига қарайди, врач кўрсаткич бармоғи билан қовоқни пастга тортади. Юқори қовоқ конъюктивасини кўздан кечириш учун қовоқни қайириш керак бўлади. Сўнг кўз олмази конъюктивасини кўздан кечирилади. Ранги, томирларнинг ҳолати, ҳосилаларнинг мавжудлиги, ёт таналар бор-йўқлигини диққат билан қарайди.
6. Иккала кўз склералари кўздан кечирилади: икки бармоқ билан қовоқлар юқорига ва пастга кенгайтирилади ва бемордан турли томонга қараш сўралади. Склераларнинг ранги, томирларнинг ҳолати, ҳосилаларнинг мавжудлигига аҳамият берилади.
7. Ён томонлама ёруғлик остида кўз шох пардалари кўздан кечирилади, уларнинг бўртганлиги ва тиниклиги, хираланишлар йўқлиги баҳоланилади.
8. Чакка томонидан ёруғлик остида рангдор парда кўздан кечирилади: шох парда ва рангдор парда орасида бўшлиқнинг борлигига аҳамият берилади, меъёрида шох парда бир оз бўртган, рангдор парда эса ясси.
9. Қорачиқлар текширилади: шакли, ўлчами – 3-5 мм, симметрикчилиги, ёруғлик тушишида торайиши – тўғри ва ҳамкор реакцияси, патологик ўзгариш мавжудлиги – конвергенция ва аккомодация аниқланади.
10. Кўзлар ҳаракати текширилади: бемор болғачанинг учига қарайди, врач 6 та йўналиш бўйича кўзларнинг пассив ҳаракатини текширади.

16. КўЗ ТОМЧИ ДОРИЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Кўрсатмалар: врач томонидан ташҳислаш ёки даволаш учун кўз томчилари буюрилганда ўтказилади.

Асбоблар: пипетка, томчи дорили флакон.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Қўллар ювилади, учига тегмаган ҳолда пипетка олинади.
3. Бемор юқорига қарайди, «каналча» ҳосил бўлиши учун пастки қовоқ тортилади.
4. Пипеткани «каналчага» яқинлаштирилади, лекин унга тегилмайди, 3-4 томчи томизилади сўнг бемор кўзларини 2 дақиқага юмиши мумкин.
5. Бошқа кўзга томизиш қайтарилади.
6. Ортикча суюқлик салфетка ёрдамида артилади.

17. Офтальмоскопия

Кўрсатмалар: кўздаги оғрик, кўздан ажралма ажралиши, кўз кизаришида ўтказилади.

Асбоблар: офталмоскоп.

1. Офтальмоскоп текширилади, беморга муолажанинг моҳияти тушунтирилади ва уни хонанинг қоронғи бурчагига ўтказилади.
2. Офтальмоскоп ёкилади, кафтда ёруғлик нури текширилади, бемордан врач боши усгидан қарашни сўралади.
3. Беморнинг ўнг кўзини врач ўнг кўзи билан, офталмоскопни ўнг қўли билан ушлаб кўздан кечиради, чап кўзини – чап кўзи билан, асбобни эса чап қўли билан ушлаб текширади.
4. Офтальмоскопни бемордан 40 см масофада ва кўриш ўкидан бир оз ташқарида ўрнатилади.
5. Қорачик рефлекси – қизил рефлекс аниқланади.
6. Офтальмоскопни кўзга тўғри чизик бўйлаб кўз туби тасвири пайдо бўлишига қадар яқинлаштирилади.
7. Кўрув нерви диски топилади ва тўр парда томирлари кўздан кечирилади.

18. Жинсий олатни кўздан кечириш тартиби

Кўрсатмалар: жинсий олатдаги оғрик, ажралмалар келиши, патологик ҳосилалар мавжудлигида ўтказилади.

1. Аввал жинсий олатнинг терисини кўздан кечириш зарурлиги тушунтирилади.
2. Препуциал қопча кўздан кечирилади, фимоз ва парафимоз истисно қилинади.
3. Жинсий олат бошчаси кўрилади, шанкр ва бошчанинг ўсмаси истисно қилинади.
4. Жинсий олат туби атрофидаги тери ва туклар кўрилади, эскориация, бит ва яллиғланишлар истисно қилинади.
5. Сийдик чиқариш канали тешиги кўрилади, сиқиб кўрилади, ажралмалар истисно қилинади.
6. Жинсий олат пайпасланилади ва оғриклилик истисно қилинади.

19. Ректал текширув

Кўрсатмалар: пешоб ажралишининг кийинлашиши ва оғриклигида, тўғри ичак касалликларида ўтказилади.

Асбоблар: резина қўлқоплар, вазелин.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Бемор ёнбошига, врачга орқа томони билан ётқизилади. Думба соҳаси қушетка чеккасида бўлиб, ўнг оёғи тос-сон ва тизза бўғимларида букилади. Кўздан кечириладиган соҳа яхши ёритилган бўлиши керак.
3. Анус атрофи диққат билан қаралади, ёриқлар, зичланишлар, тугунчалар, терининг нотекислиги ва оғриклилиги аҳамият берилади.
4. Қўлқопда кўрсаткич бармоқга вазелин суртилади.
5. Врач икки бармоғи билан думба соҳасини ажратади ва орқа чиқарув тешиги соҳаси кўздан кечирилади.
6. Беморнинг кучанишида кўрсаткич бармоқни анал тешикка қўяди, анус сфинктерининг сиқиш кучи баҳоланилади.
7. Сфинктер бўшашида бармоқни орқа чиқарув йўлига юқори ва тўғрига, иложи борича чуқурроқ киритиб, соат стрелкаси бўйлаб ҳаракатлантирилади, бунда тўғри ичакнинг орқа ва чап деворлари пайпасланади.

8. Тўғри ичакнинг олдинги девори пайпасланишида простата безининг ҳолати баҳоланиб, ён бўлақлари, ўрта эгати пайпасланади. Бунда шаклига, консистенциясига ва оғриклилигига аҳамият берилади; бу ҳолатда пешоб ажралишига чакириқ кузатилиши мумкинлиги тўғрисида беморни огоҳлантириш зарур.

20. Сийдик пуфағини катетеризация қилиш

Кўрсатмалар: сийдик тутилиши ва пешоб ажралиши давомида оғрик кузатилишида ўтказилади.

Асбоблар: резина қўлқоплар, катетер, вазелин, салфетка, антисептик, пешоб йиғиш учун идиш.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Беморни чалқанчасига ётқизилади, салфетка билан ўралган жинсий олат тана юзасига перпендикуляр равишда тортилиб, уретра шиллик қавати бурмалари текисланади, препуциал копча қўтариб тортилади.
3. Жинсий олат бошчасига антисептик билан салфетка ёрдамида ишлов берилади.
4. Катетер вазелин билан суртилади ва уретрага киритилади.
5. Стерил пинч билан сийдик пайдо бўлишига қадар киритилади.
6. Катетер пешоб йиғиш учун идиш билан бириктирилади, препуциал копча ўз ҳолатига қайтарилади.

21. Антенатал кўрик

Кўрсатмалар: барча ҳомиладор аёлларда 16 ҳафталик ва ундан кейинги муддатларда ўтказилади.

Асбоблар: акушерлик стетоскоп, Допплер, сантиметрли тасма. *Леопольд усуллари*

1. Аёлга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Аёлнинг чалқанча ётган, тизза ва тос-сон бўғимларида оёқларнинг ярим букилган ҳолатида қорин шакли кўздан кечирилади.
3. Сантиметрли тасма билан бачадон тубининг туриш баландлиги аниқланади.
4. Бачадон тубида ҳомила қисмлари ҳамда ҳомиланинг ҳолати ва позицияси аниқланади.
5. Пайпаслаган ҳолда ҳомиланинг кимираши, бачадоннинг қисқариши аниқланади.
6. Ҳомиланинг келувчи қисми ва жойланиши аниқланади.
7. Стетоскоп ёки Допплер билан ҳомиланинг юрак уриши эшитилади.

22. Кўкрак безларини пайпаслаб кўриш

Кўрсатмалар: аёлларда кўкрак безларидаги оғрик ёки ҳосилалар аниқланишида ўтказилади.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Аёлдан кўкрак безларини ҳар ой кўздан кечираётганлигини сўралади.
3. Бел соҳасигача ечиниши сўралади.
4. Сут безларининг тери қопламларига, шакли ва ўлчамларига, симметриклигига аҳамият берилади.
5. Сўрғичлар шакли ва ўлчами кўздан кечирилади.
6. Аёлнинг чалқанча ётган ва қўллари бошининг орқасида турган ҳолатида, врач қўл кафти билан ҳар бир сут безини айланма ҳаракатлар билан пайпаслайди, бунда сут безларининг консистенциясига, оғриклилигига ва тутунчалар борлигига эътибор қилади.

7. Сўрғичларни пайпаслашда уларнинг ранги, қонсистенциясига аҳамият беради ва ажралмаларни истисно қилиш мақсадида сиқиб кўрилади.
8. Регионар лимфа тугунлар (қўлтик ости, ўмров усти ва ўмров ости) пайпасланади.

23. Қин текшируви

Кўрсатмалар: барча аёлларда оғриқ ва қиндан ажралмалар келишида, ҳайз циклининг бузилишида, фертил ёшидаги аёлларда профилактика мақсадида ўтказиладиган кўрик давомида ўтказилади.

Асбоблар: резина қўлқоплар

1. Аёлга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Аёлни столга оёқларини тизза ва тос-сон бўғимларида буккан ҳолатда ётқизилади.
3. Стерил қўлқопларда бош ва кўрсаткич бармоқлар билан қатта ва кичик жинсий лаблар очилади ҳамда қинга кириш соҳаси, клитор, уретранинг ташки тешиги, оралиқ кўздан кечирилади.
4. Эҳтиёткорлик билан ўнг қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоқлари қинга киритилади, бунда бош бармоқ юқорига йўналтирилади, номсиз ва жимжилоқ бармоқлар қафтга келтирилади.
5. Бачадон бўйни ҳолати баҳоланади.
6. Врач чап қўлини беморнинг қов устидан қорин соҳасига қўяди, «ички» қўли билан бачадонни юқорига «ташқи» қўл томон кўтаради – бачадон қатталиги, шакли, қонсистенцияси, патологик ҳосилалар мавжудлиги аниқланади.
7. Иккала қўлларнинг сирпанувчи ҳаракати билан бачадон ортиклари – тухумдон ва найлар бачадон ён томонлари бўйлаб пайпасланади.
8. Муолажа оғриқсиз ўтказилади, оғриқ аниқланса, патологик жараён истисно қилинади.

24. Бачадон ичи спиралини (БИС) қўйиш

Кўрсатмалар: контрацепциянинг шу усулини танлаган барча аёлларга ўтказилади.

Асбоблар: резина қўлқоплар, ойна, қисқичлар, бачадон зонди, қадокланган бачадон ичи спирали, қайчи, пинцет ёки қорцанг, пахтали шариклар, антисептик эритма.

1. Аёлга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. БИС тайёрланади:
 - Спирал қоплами қисман очилади, спирал охирилари турли томонларга очилади ва спирал елкачалари аппликаторга қўйилади.
 - Оқ стержень аппликаторга жойлаштирилади, спирал ўлчовчи қарточкага қўйилади.
3. Стерил қўлқопларда қин ойналари киритилади, бачадон бўйинчасига икки марта антисептик восита билан ишлов берилади ва бўйинча пулевкали қисқичлар билан ушланади.
4. Эҳтиёткорлик билан бачадон зонди цервикал канал ва бачадонга киритилади ҳамда унинг ўлчами ва ҳолати аниқланади.
5. Пакетдан олмаган ҳолатда, спирал чегараловчисини мос бўлган узунликка қўйилади.
6. Пакет очилади ва жойлаштирилган аппликатор бачадон бўшлиғига чегараловчи қисмининг бачадон бўйинчасига тегишига қадар киритилади.

7. Оқ стерженни енгилгина итариб, БИСнинг елкачалари эркинлаштирилади ва олинади (бир қўл билан оқ стержень ушлаб турилади, бошқа қўл билан аппликатор БИСнинг елкачаларини эркинлаштириш учун ўзига тортилади).
8. Спираль муртчалари 3-4 см қолдирилиб, учлари стерил кайчилар билан қирқилади
9. Пулевкали қисқичлар олинади, бачадон бўйинчаси кўздан кечирилади ва ойналар чиқарилади.

25. БИСни олиш

Кўрсатмалар: БИСни қўллаш муддати тугаганидан сўнг ёки бунинг натижасида асоратлар ривожланганда ўтказилади.

Асбоблар: резина қўлқоплар, гинекологик ойна, қисқичлар, кайчи, пинцет ёки қорцанг, пахтали шариклар, антисептик эритма.

1. Аёлга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Асбоблар борлиги текширилади
3. Аёлни кўрув столига ётқизилади.
4. Стерил қўлқопларда аёлни бимануал текшируви ўтказилади.
5. Гинекологик ойналар киритилади, бачадон бўйинчаси икки марта антисептиклар билан ишлов берилади.
6. Тор қисқич ёрдамида эҳтиёткорлик билан бачадон бўйинчасида БИС муртчалари ушланади ва спирал тортиб олинади.
7. Олинган спирал аёлга кўрсатилади.
8. Бачадон бўйинчаси кўздан кечирилади ва ойналар олинади.

26. Цервикал каналдан суртма олиш

Кўрсатмалар: аёлларда бачадон бўйинчаси рақини текшириш учун ўтказилади.

Асбоблар: қўлқоплар, ойна, чўткача ёки шпател, буюм ойначаси, мустаҳкамлагич, қалам.

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади ва зарур бўлган асбоблар борлиги текширилади.
2. Аёлни кўрув столига ётқизилади ва ташқи жинсий аъзолар кўздан кечирилади.
3. Врач чап қўли билан жинсий лабларни очади, ўнг қўли билан қинга ойналарни ушлагичи билан думғазага горизонтал ҳолатда киритади.
4. Ойнанинг ушлагичини пастга айлангириб, тавақалари бачадон бўйинчасини тўлиқ кўриш учун очилади.
5. Бачадон бўйинчаси ва ташқи бачадон оғзи кўздан кечирилади.
6. Чўткачани бачадон оғзига киритиб, 3600 га айлангирилади.
7. Суртувчи ҳаракатлар билан буюм ойначасига суртилади, суртма фиксацияланади, аёлнинг Ф.И.Ш ва суртма олинган кун ёзилади.

27. Абсцессни очиш

Кўрсатмалар: абсцессларда ўтказилади.

Асбоблар: қўлқоплар, қорцанг, скалпель, дренаж найча, докали шариклар, шприц, йод эритмаси, 0,5%-ли новокаин эритмаси, спирт, гипертоник эритма.

1. Беморга ўтказиладиган жарроҳлик муолажасининг моҳияти тушунтирилади.
2. Асбоб ва материалларнинг борлиги ва тайёрлиги текширилади.
3. Қўлларга ишлов берилади (10 дақиқа давомида илиқ сув оқимида совун ва чўтка билан ювилади, сўнг 96 %-ли спирт

билан ишлов берилади, тирнок атрофларига – йод эритмаси билан ишлов берилади).

4. Стерил қўлқопларда жарроҳлик майдонига йод ва спирт эритмаси ишлов берилади.
5. 0,5%-линовокаинэритмаси билан маҳаллий оғриксизлантириш амалга оширилади.
6. Тери бурмалари бўйлаб кесма ўтказилади.
7. Бўшлик йирингдан бўшатилади ва дренажланади.
8. Жароҳат устига гипертоник эритма билан боғлам қўйилади.
9. Оғриксизлантириш учун парацетамол ва ҳар куни қайта боғлам қўйиш тавсия қилинади.

28. Жароҳатга асептик ишлов бериш

Кўрсатмалар: жароҳатларда ўтказилади.

Асбоблар: қўлқоплар, корцанг, скаल्पель, ўткир илгак, қайчи, қисқич, докали шариклар, шприц, 5%-ли йод эритмаси, 0,5%-ли новокаин эритмаси, 3%-ли водород перикиси эритмаси, фурациллин эритмаси, антибиотик.

1. Жароҳат сабаби аниқланади ва жароҳатнинг оғирлик даражаси баҳоланади.
2. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
3. Асбоб ва материалларнинг борлиги ва тайёрлиги текширилади.
4. Бемор муолажа столига ётқизилади.
5. Стерил қўлқопларда жароҳат атрофидаги тери тозаланади ва 5%-ли йод эритмаси билан ишлов берилади.
6. Агар жароҳат чуқур бўлмаса, у ҳолда 3% -ли водород перекиси билан ювилади ва антибиотик қуқуни сепилади, жароҳат устига фурациллин эритмаси билан асептик боғлам қўйилади.
7. Агар жароҳат чуқур бўлса, стерил материал билан атрофи камраб олинади, маҳаллий оғриксизлантириш остида жароҳат ревизияси ўтказилади; жароҳат чеккалари ўткир илгак билан очилиб, жароҳат тозаланади ва чеккалари текисланади.
8. Асбоб ва қўлқопларни алмаштиргандан сўнг, қисқич ва тампонлар билан гемостаз ўтказилади.
9. Жароҳат атрофидаги терига йод эритмаси билан ишлов берилади, жароҳатга антибиотик қуқуни сепилади.
10. Чоклар ва асептик боғлам қўйилади.

29. Ошқозонни ювиш

Кўрсатмалар: дори воситалари, овқат маҳсулотлари ва бошқа моддалар билан заҳарланишда ўтказилади.

Асбоблар: назогастрал зонд, қисқич, вазелин, илик сув ёки физиологик эритма

1. Беморга ўтказиладиган муолажанинг моҳияти тушунтирилади.
2. Зарур бўладиган асбоблар борлиги текширилади, назогастрал зонд ўлчами танланади.
3. Беморни чап ёнбошига бошини пастга туширган ҳолатда ётқизилади.
4. Зондга вазелин суртилади, бурун орқали ошқозонга киритилади.
5. Ошқозон ичидаги нарсалар аспирация қилинади, зонд орқали илик сув ёки физиологик эритма юборилади ва зонд қисилади.
6. Бир неча дақиқадан сўнг ошқозондан суюқлик аспирация қилинади.
7. Муолажа тоза сув чиқишига қадар қайтарилади.

30. 12 жуфт бош мия нервларини текшириш

Кўрсатмалар: неврологик белгилар келиб чиқиш ҳолатларида ўтказилади.

Асбоблар: хид чиқарувчи моддалар (совун, валериана, камфора, қаҳва ва б.) болгача, тўғноғич, пахтали тампон, Снеллин жадвали, офтальмоскоп, рангли қоғоз, камертон.

- 1 жуфт – хид сезиш нерви: беморнинг хид сезишини кўзларини юмган ҳолатда текширилади, навбатма-навбат ҳар бир бурун катакларига хид чиқарувчи моддалар яқинлаштирилади.
- 2 жуфт – кўрув нерви: кўриш ўткирлиги, кўриш майдони, кўз туби текширилади.
- 2 + 3 жуфт нервлар – кўзни ҳаракатлантирувчи нерв: қорачиклар ўлчами ва шакли, ёруғликка реакцияси, агар бузилган бўлса қонвергенция ва аккомодация реакциялари текширилади, 3 + 4 (галтак нерви) + 6 (узоклаштирувчи нерв) жуфтлар – кўз олмаларининг ҳаракати, нистагм, қонвергенция, птоз, кўз ёриғи кенглиги текширилади.
- 5 жуфт – уч шохли нерв: ҳаракатлантирувчи толалар текширилади – беморнинг ёпилган жағларида чакка ва чайнаш рефлекслари пайпасланади; сезувчи толалари текширилади – беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда пахта ёки қоғоз бўлағи билан беморнинг юз терисига иккала томондан навбатма-навбат теккизилади.
- 7 жуфт – юз нерви: юзни кўздан кечиришда симметриклигига, тиклар ёки бошқа одатий бўлмаган ҳаракатларга аҳамият берилади, сўнг бемордан пешонасини тириштириш, қошларни бирлаштириш, кўзларини зич юмиш, тишларини кўрсатиш, лунжларини шишириш сўралади ва бунда икки томонлама тўлиқ бажарилишига, симметриклигига, оғрикликка аҳамият берилади.
- 8 жуфт – даҳлиз – чиғанок нерви: эшитиш ўткирлиги текширилади (пичирлаш нутқи ва камертонлар ёрдамида).
- 9 (тил-юткин) ва 10 (адашган нерв) жуфт нервлари: овоз (товуш) текширилади – бўғилиш, манқаланиш ва ютишнинг қийинлашиши (бемор томонидан «а-а» харфини айтишида тилчанинг кўтарилиши, симметриклиги), қусиш рефлeksi.
- 11 жуфт – кўшимча нерв: беморнинг бўйни орқа томондан кўздан кечирилади, бунда трапециясимон мушакларнинг атрофиясига ёки фасцикуляр тортишишларига аҳамият берилади, иккала мушакларни солиштириб, беморни елкаларини кўтариши ва иккала томонга бошини қаратишида қаршилиқни енгиши, мушаклар кучи баҳоланади.
- 12 жуфт – тил ости нерви: сўзларни талаффуз қилишида артикуляцияга аҳамият берилади, беморнинг оғиз бўшлиғида ва ташқарига чиқаришида тил кўздан кечирилади (ҳаракатларнинг симметриклиги, атрофия ёки девиация борлиги).

31. Ҳаракат сферасини текшириш

Кўрсатмалар: юриш, мувозанат бузилишида ва ҳаракатларнинг чегараланишида ўтказилади.

1. Тана ҳолати тинч ҳолатда ва ҳаракат вақтида.
2. Ихтиёрсиз ҳаракатлар (титрашлар, тиклар, фасцикуляр қимирлашлар).
3. Мушак массаси – мушаклар ҳажми ва контурлари.

4. Мушаклар тонуси.
5. Мушаклар кучи – врачнинг қаршилигини енгиб ўтиб, бемор турли ҳаракатларни бажариши (букиш, ёзиш, ушлаш, узоклаштириш, яқинлаштириш), 5-балли шкала бўйича (0-5) баҳоланади.
6. Ҳаракатлар координацияси юриш, оёқ учида юриш, товонда юриш, Ромберг синамаси, бир оёқда сакраш, бармоқ-бурун синамаси, товон-тизза синамаси ўтказилади.

32. Сезги сферасини текшириш

Кўрсатмалар: сезувчанликни бузилишини аниқлаш учун ўтказилади.

Асбоблар: болғача, нина тўғноғич, иссиқ ва совуқ сув билан пробирка, пахтали тампон, геометрик буюмлар (шар, гугурт, ручка) ва камертон.

1. Оғриқ сезгиси беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда аниқланади, бунда нина тўғноғич ёрдамида симметрик соҳаларда қўл ва оёқ учларидан бошлаб текширилади.
2. Ҳарорат сезгиси беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда аниқланади, бунда навбатма-навбат иссиқ ва совуқ сувли пробиркалар қўйиб текширилади.
3. Тактил сезги беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда юзининг симметрик соҳаларида пахтали шарик билан текширилади.
4. Вибрацион сезгилар камертонлар ёрдамида аниқланади.
5. Проприоцептив сезгилар беморнинг кўзлари юмилган ҳолатида текширилади – у врач томонидан бажарилаётган қўл-оёқларидаги ҳаракатлар характерини аниқлаши лозим.
6. Дискриминацион сезги беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда текширилади:
 - стереогноз (ушлаб, буюмларни аниқлаш қобилияти): бемор таниши лозим бўлган турли буюмлар бериб текширилади.
 - графестезия (кафтида ёзиладиган сонларни билиш қобилияти): бемор қўлига нина тўғноғич ёрдамида ёзиладиган сонларни айтиши орқали текширилади.
7. Дискриминацион сезги беморларнинг кўзлари юмилган ҳолатда нина тўғноғичнинг учли ва тўмтоқ учларини теккизиш орқали текширилади, бунда бемор қайси учи эканлигини аниқлаши лозим.
8. Локализация сезгиси беморнинг кўзлари юмилган ҳолатда танасининг турли соҳаларига таъсирлантириш орқали текширилади, бунда бемор соҳаларни аниқлаши лозим бўлади.

33. Рефлекслар – 4 балли шкала бўйича баҳоланади

Кўрсатмалар: неврологик белгилар ривожланишида ўтказилади.

Асбоблар: болғача, нина тўғноғич.

1. Елка икки бошли мушаги пай рефлекси.
2. Елка уч бошли мушаги пай рефлекси.
3. Тирсак-билак рефлекси.
4. Қорин девори рефлекслари.
5. Тизза рефлекслари.
6. Ахиллов рефлекси.
7. Патологик рефлекслари.
8. Оёқ таги рефлекси (Бабинский).
9. Оёқ кафти клонуси.

34. Руҳий ҳолатни баҳолаш

Кўрсатмалар: хотиранинг, кайфиятнинг, идрокнинг ва фикрлашнинг бузилишида ўтказилади.

Асбоблар: сўровномалар.

1. Беморнинг ташқи кўриниши ва ҳулқ-атвори.
 - эс-ҳушининг даражаси;
 - ҳолати ва ҳулқ-атвори;
 - кийими, парваришланган, озода;
 - юз кўриниши;
 - имо-ишора, аффект, одамларга ва буюмларга нисбатан муносабати;
2. Тил ва нутқи.
 - сергаллик;
 - нутқнинг тезлиги;
 - нутқнинг баландлиги;
 - сўзларни айтиши;
 - нутқнинг равлонлиги;
3. Кайфият.
4. Фикрлаш ва идрок қилиши.
 - фикрлаш ҳозир бўлаётгандек;
 - мазмундор фикрлаш;
 - идрок қилиш;
 - инсайт (фикрининг равшанланиши, топмоқ – ўз ҳолатига критик қараш ва муҳокама қилиш) ;
5. Англаш функциялари.
 - беморнинг атроф-муҳитга нисбатан ориентацияси;
 - эътиборли бўлиши;
 - алоҳида ҳолатларни хотирада саклаши;
 - қисқа вақтли хотира;
 - ўқишга қобилияти;
6. Олий англаш функциялари.
 - билим ва луғатий заҳираси;
 - санаш қобилияти;
 - абстракт фикрлаши;
 - тартибларга нисбатан қобилияти;

35. Тана вазнини аниқлаш (5 ёшгача бўлган болаларда)

Кўрсатмалар: 1 ёшгача бўлгунга қадар ҳар ойда ўтказилади; 2 ёшгача – йилига 4 марта (ҳар 3 ойда) ва 5 ёшгача – йилига 2 марта боланинг жисмоний ривожланиш даражаси баҳоланади.

Асбоблар: тарози, йўргак, кийкинди, дез.эритма.

1. Онага ёки қариндошларига текширув моҳияти тушунтирилади.
2. Тарозни текис сатҳга жойлаштирилади, керакли буюмлар тайёрланади, тарози зулфини ёпиқлигини текширилади ва кийкинди ёрдамида лотокка дез.эритма билан ишлов берилади.
3. Қўллар ювилади, лоток устига бир неча қатламланган йўргак солинади (у шкалани ёпиб қўймаслиги ва тарози штанги ҳаракатига ҳалақит бермаслиги керак).
4. Тарози тошини нолга келтирилади, тарози зулфи очилади ва тарози мувозанати тенглаштирилади (палла сатҳи назорат пункти билан мос келиши керак).
5. Тарозининг кенгрок қисмига болани бош қисми билан ётказилади (ёки ўтказилади), зулфи очилади.
6. Тарози «килограммли» тошини штанг ҳаракати пастга келгунгача итарилади, кейин тошни битта бўлинмага чапга сурилади.
7. Мувозанатни аниқлангунгача граммлар тоши аста сурилади.

8. Боланинг тана вазни кўрсаткичи ёзиб қўйилади (тарози тошининг чап томонидаги сонлар ёзиб қўйилади).

36. Бўй ва тана узунлигини аниқлаш (2-5 ёшдагилар)

Кўрсатмалар: 1 ёшгача бўлган болаларда ҳар ойда аниқланади; 2 ёшгача – йилига 4 марта (ҳар 3 ойда) ва 5 ёшгача – йилига 2 марта боланинг жисмоний ривожланиш даражаси баҳоланади.

Асбоблар: бўй ўлчагич, йўргак, кийкинди, дез.эритма.

Боланинг ёшига қараб ва унинг қобилиятига нисбатан, тана узунлиги (ётган ҳолатда) ёки бўйи (турган ҳолатда) аниқланади. Агарда бола 2 ёшга тўлмаган бўлса, унда тана узунлиги, агарда бола 2 ва ундан катта ёшда бўлса – бўй ўлчанилади. Асосан бўй кўрсаткичлари, тана узунлигидан 0,7 см кам бўлади.

1. Текширув моҳиятини онага тушунтирилади ва қўлай жойга горизонтал бўй ўлчагични «ўзига» шкаласини қаратиб жойлаштирилади.
2. Бўй ўлчагични ишчи юзасини кийкинди ёрдамида дез.эритма билан ишлов берилади ва йўргак солинади (у шкалани ёпиб қўймаслиги ва ҳаракатланувчи планка ҳаракатига ҳалақит бермаслиги керак).
3. Бўй ўлчагичнинг ҳаракатланувчи планкасига боланинг боши билан жойлаштирилади ва оёқ тиззаларини енгил босиб тўғриланади.
4. Ҳаракатланувчи планкани тўғри бурчак остида тавонга сурилади ва шкала бўйича боланинг тана узунлиги аниқланади.
5. Болани бўй ўлчагичдан олинади ва натижалар ёзиб қўйилади.

37. Бош айланасини аниқлаш

Кўрсатмалар: 1 ёшгача бўлган болаларда ҳар ойда аниқланади; 2 ёшгача – йилига 4 марта (ҳар 3 ойда) боланинг жисмоний ривожланиш даражаси баҳоланади.

Асбоблар: сантиметрли тасма, йўргак, кийкинди, спирт.

1. Текширув моҳияти ва усули тушунтирилади.
2. Сантиметрли тасма тайёрланади ва 2 томонлама спирт билан ишлов берилади.
3. Болани ётказиб ёки ўтказиб ва тасмани бола бошининг атрофидан ўлчанилади: орқадан – энса дўнглигидан; олдиндан – қош усти дўнглиги.
4. Бош айланаси кўрсаткичи аниқланади ва натижалар ёзиб қўйилади.

38. Кўкрак қафаси айланасини аниқлаш

Кўрсатмалар: 1 ёшгача бўлган болаларда ҳар ойда аниқланади; 2 ёшгача – йилига 4 марта (ҳар 3 ойда) боланинг жисмоний ривожланиш даражаси баҳоланади.

Асбоблар: сантиметрли тасма, йўргак, кийкинди, спирт.

1. Текширув моҳияти ва усули тушунтирилади.
2. Сантиметрли тасма тайёрланади ва 2 томонлама салфетка ёрдамида спирт билан ишлов берилади.
3. Болани ётказиб ёки ўтказиб ва тасмани боланинг кўкрак қафаси атрофидан ўлчанади: орқадан – куракнинг пастки учлари; олдиндан – сўргич айланасининг пастки четлари (ёки балоғат ёшидаги киз болаларда – 4 ковуғанинг юқори қисми сут бези усти).
4. Кўкрак айланаси кўрсаткичи аниқланади ва натижалар ёзиб қўйилади.

39. Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани мустаҳаб қилиш

Кўрсатмалар: туғруқхонадан кейин уй шароитида, кўрик вақтида ёш оналарни ўргатиш.

Асбоблар: йўргак, тоғора илик суви билан, докали салфетка, болалар совуни, стерил ўсимлик ёғи ёки сепиладиган кукун.

1. Онага муолажа тўғрисида тушунтирилади ва керакли буюмлар тайёрланади.
2. Тоғорадаги сув ҳароратини аниқланиб, билак билан текширилади.
3. Боланинг ифлосланган кийими ечилади ва ифлос кийимлар халтасига солинади.
4. Болани чап кўлнинг билак ва кафтига олиниб, докали салфетка ва совун билан мустаҳаб қилинади.
5. Болани столга ётқазиб, сочиқ ёки юмшоқ йўргак билан босиб қурилади.
6. Чов ва думба бурмаларига стерил ўсимлик ёғи сурилади ёки сепиладиган кукун сепилади.
7. Бола йўргакланади ёки кийимлари кийинтирилади.

40. Янги туғилган чақалоқни ва кўкрак ёшидаги болани эрталабки мустаҳаб қилиш

Кўрсатмалар: туғруқхонадан кейин уй шароитида, кўрик вақтида ёш оналарни ўргатиш.

Асбоблар: йўргак, пахтали тампон, қайнаган илик сув, стерил ўсимлик ёғи ёки сепиладиган кукун.

1. Онага муолажа тушунтирилади ва керакли буюмлар тайёрланади.
2. Кўллар совун билан ювилади.
3. Янги туғилган чақалоқнинг эрталабки мустаҳаб ўтказишга жой тайёрлаш (стол, кроват) ва йўргакни тайёрлаш.
4. Болани ечинтириш ва қайнаган илик сувга ботирилган пахтали тампон билан ювинтириш.
5. Боланинг кўзига илик сувга ботирилган пахтали тампон билан ишлов бериш (кўзнинг ташқи бурчагидан ички томонига қараб) ва қурук салфетка билан қуришиш.
6. Стерил ёғга ёки илик сувга ботирилган пахтали пиликни айлана ҳаракат билан бурун йўллари тозаланади.
7. Стерил ёғга ботирилган пахтали пиликни айлана ҳаракат билан эшигув йўллари тозаланади.
8. Зарурият бўлганда ёки ҳафтада бир марта бола кулоқларига ишлов берилади.
9. Бола иягини енгил босиб оғзи очилади ва оғиз шиллик қаватлари кўздан кечиради.
10. Стерил ёғга ботирилган пахтали тампон билан табиий бурмаларга қуйидаги тартибда ишлов берилади: а) кулоқ орқаси; б) бўйин; в) кўлттик ости; г) тирсак; д) билак-кафт; е) тизза ости; ж) болдир-товон; з) чов; и) думба.
11. Бола кийинтирилади ва кроватга ётқазилади.

41. Кўкрак ёшидаги боланинг гигиеник ваннаси

Кўрсатмалар: туғруқхонадан кейин уй шароитида, кўрик вақтида ёш оналарни ўргатиш.

Асбоблар: йўргак, илик сувли ванна, докали салфетка, болалар совуни, стерил ўсимлик ёғи ёки сепиладиган кукун.

1. Онага муолажа тушунтирилади.
2. Ваннани қулай жойга жойлаштирилади, ички қисмини дез. эритма билан ишлов берилади ва қайнок сув билан чайилади.
3. Ванна ичига бир нечта қатламли йўргак солинади (йўргак учлари ванна деворига тегмаслиги керак).
4. Ваннани 1/2 ва 1/3 сувга тўлдирилади, сув ҳароратини текшириладиг (36-37°C), зарур бўлса ванна ичига 5%-ли перманганат калий эритмасидан бир нечта томчи солинади (сув оч пушти ранг бўлгунча).
5. Ванна ичидан кўзачага сув олиб болани чайинтирилади.
6. Болани ечинтирилади, уни қўлга олиб, чап қўл билан тананинг орқа қисми ва бош энса қисмини ушлаб турилади, ўнг қўл билан – думба ва сони ушланади. Аста болани сувга солинади (биринчи оёқларини ва думбасини, кейин – тананинг юқори қисмини). Сув боланинг сўргич чизигигача бўлиши керак, кўкракнинг юқори қисми очик қолади.
7. Ўнг қўл бўшатилади, кейин чап қўл билан бошни ва бола танасининг юқори қисмини ушлаб турилади.
8. Бўш қўлга «қўлқопча» кийилади (унга болалар совуни суртилади) ва болани куйидаги тартибда ювинтирилади: боши (пешонадан энса томон) – бўйни – танаси – қўл-оёқлари (асосан табиий бурмалари яхшилаб ювилади).
9. Болани сувдан кўтариб, юзи билан пастга қаратилади ва кўзачадаги сув билан чайилади.
10. Болани сочққа ўралади ва тери қопламлари босиб куритилади.
11. Табиий тери бурмаларига стерил ўсимлик ёғи ёки болалар сеңкиси билан ишлов берилади.
12. Бола кийинтирилади ва кроватга ётказилади.

42. Бошнинг соч қисмидаги қазғоқга ишлов бериш

Кўрсатмалар: маслаҳат вақтида ёш оналарга ўргатиш.

Асбоблар: йўргак, илик сувли ванна, докали салфетка, болалар совуни, стерил ўсимлик ёғи ёки сепиладиган куқун, сочик.

1. Онага муолажа тўғрисида тушунтирилади.
2. Болани йўргак столига ётказилади ёки ўтказилади.
3. Бола бошининг соч қисмини стерил ўсимлик ёғига ботирилган пахтали тампон билан қазғоқ бор соҳаларига босиб ишлов берилади ва қалпоқчасини кийдириб қўйилади (камида 2 соатга).
4. 2 соатдан кейин гигиеник ваннада бошни ювиб, эҳтиёткорлик билан қатқалоқлари олиб ташланади.
5. Агар чўмилиш вақтида ҳамма қатқалоқлар кетмаса, бир неча кундан кейинги муолажаларда олиб ташланади; зич жойлашган «сочларда ўтирувчи» қатқалоқларни соч билан кесиб ташланади.

43. Киндикни парвариш қилиш

1. Онага киндикни тушиш жараёнида макрофаглар ва сапрофит бактерияларнинг аҳамияти катталиги тушунтирилади, шунинг учун антисептиклардан фойдаланиш меъёрий мумификация жараёнининг бузилишига ва чўлтоқнинг ажралиб тушишига таъсир қилади.
2. Киндикни одатдаги парваришда антисептик воситаларини қўллаш тавсия қилинмайди.
3. Киндик чўлтоғи ва халқаси қурук ва тоза бўлиши керак, уларга турли хил боғлов материалларини қўйиш мумкин эмас.

Киндик тушишининг меъёрий муддати: муддатдан аввал туғилган болаларда – 2 ҳафтагача; ўз муддатида туғилган болаларда – 1 ҳафтагача.

Киндик чўлтоғининг инфицирланиш белгилари куйидагилар:

- киндик чўлтоғидан йирингли ажралмаларнинг ажралиши;
- атрофидаги терининг кизариши;
- ажралмадан ёқимсиз хид келиши;

Киндик чўлтоғи ва ҳалқасининг инфицирланиш белгилари хавфли ҳолат бўлиб, кўпинча антибиотиклар буюришни талаб қилади.

44. Она ва болани кўкрак билан эмизишга тайёрлаш

Кўрсатмалар: туғруқхонадан кейин уй шароитида, кўрик вақтида ёш оналарни ўргатиш.

1. Онасига кўкрак сути билан боқининг афзалликлари, эмизишга тайёрланиш зарурияти ва моҳияти тушунтирилади.
2. Қўлларини совун билан ювиш ва бошига рўмол ўраш сўралади.
3. Кресло ёки тирсак ушлагичли стулга қулай ҳолатда ўтириш тавсия қилинади, оёқлари остига кичик скамейка қўйилади.
4. Онасига болани иккала қўллари билан тўғри чизик бўйлаб ушлаши, боланинг танаси онага қаратилган ва яқинлаштирилган, боши кўкрак сатҳида туриши бўйича масалаҳат берилади.
5. Боланинг оғзига кўкрак сўргичлари теккизилгандан сўнг, у оғзини кенг очишини пойлаш кераклиги ва ареола билан сўргични боланинг оғзига киритиш кераклиги тушунтирилади.
6. Кўкракка тўғри қўйишнинг 4 белгиси текширилади: энгаки кўкракка тегиб туради, оғзи кенг очилган, пастки лаблар ташқарига қайрилган, ареола пастдан кўринмайди.
7. Овқатлантириш самараси бола лунжларининг бир оз шиши билан секин сўрувчи ҳаракатлари, танаффуслар ва эшитилувчи ютиш ҳаракатлари билан тасдиқланиши тушунтирилади.
8. Онага болани бир кеча-кундузда 8-12 маротаба овқатлантириш, ҳар бир овқатлантириш 15-30 дақиқадан кам бўлмаслиги бўйича масалаҳатлар берилади.

45. Гипотермия ҳолатида ўраш

Кўрсатмалар: юқори ҳарорат кузатилганда болаларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатишни масалаҳат бериш вақтида оналарга ўргатиш.

Асбоблар: йўргак, илиқ сув.

1. Онасига муолажанинг мақсади ва ўтказиш тартиби тушунтирилади.
2. Бола ечинтирилади ва тери қопламлари кўздан кечирилади.
3. Юпка йўргак «гормошка» кўринишида буклаб, илиқ сувда намланади.
4. Болани йўргакка шундай ётқизиш керакки, йўргак билан унинг танасини ўраш шароити бўлиши керак, юқори қирғоғи боланинг кулоқ дўмбоғчаси сатҳида бўлиши керак, боланинг жинсий аъзолари гигиеник восита билан ёпилади.
5. Боланинг қўлларини юқорига кўтарилади ва йўргакнинг бир учи билан кўкрак кафаси ва қорни ёпилади.
6. Боланинг қўллари туширилади ва танасига келтирилади ва йўргакнинг бошқа учи билан ўралади.
7. 20-30 дақиқадан сўнг боланинг тана ҳарорати ўлчанади, зарурият бўлса муолажа қайтарилади.

46. Кулоққа дори томчиларини томизиш

Кўрсатмалар: кулоқда оғриқ кузатилганда болаларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича маслаҳатлар бериш вақтида оналарни ўргатиш.

Асбоблар: пахтали пиликлар, кулоқ томчилари, пипетка.

1. Онага муолажанинг мақсади ва ўтказиш тартиби тушунтирилади.
2. Дори воситали флаконни илиқ сувли идишга (50-60°C) қўйилади ва тана хароратигача иситилади.
3. Қўллар ювилади ва қуритилади, бола ётқизилади, бошини соғ томонга қаратилади.
4. Кулоқдан ажралма келишида эшитув йўлини пахтали пиликлар билан тозаланади
5. Томчи пипеткага олинади ва ўзининг тирсак-билак бўғимининг олдинги юзасига бир томчи томзилади.
6. Ташқи эшитув йўли тўғриланади, бир ёшгача бўлган болада – кулоқ дўмбоғчаси пастга тортилади, 1 ёшдан ошган болаларда – кулоқ супрасини орқага ва юқорига тортилади.
7. Ташқи эшитув йўлига пипеткани киритиб, врач томонидан тайинланган микдорда орқа девор бўйлаб дори воситаси томзилади.
8. Боланинг кулоқ олдига бир неча марта босилади (кучли бўлмаган оғриқ синдромида) ва кулоққа пахтали тампон 10-15 дақиқага қўйилади.
9. Онаси 10-15 дақиқа давомида боланинг боши соғ томонга қаратилган бўлиши кераклиги бўйича огоҳлантирилади.

47. Энтеробизозга суртма олиш

Кўрсатмалар: гижжаларни аниқлаш мақсадида ўтказилади

Асбоблар: таёқча, буюм ойначаси, глицерин.

1. Онага муолажа мақсади ва ўтказиш тартиби тушунтирилади.
2. Буюм ойнасига пипетка ёрдамида глицерин томчиси томзилади ва ойначага Ф.И.Ш ёзилади.
3. Қўллар ювилади ва болани чап ёнбошига ётқизилади, бунда юқоридаги оёғи тизза бўғимида букилган бўлади.
4. Чап қўл бармоқлари ёрдамида боланинг думбалари очилади ва таёқча билан перианал бурмалар ва тўғри ичакнинг пастки бўлимларидан суртма олинади.
5. Таёқча билан буюм ойначасига глицерин томчисига суртма қилинади ва устига иккинчи ойнача қўйилади.
6. Йўлланма билан иложи борича зудлик билан лабораторияга юборилади.

48. Умуртқа поғонасини текшириш

1. Юриш. Беморнинг хонага киришида унинг юришини баҳолашга ҳаракат қилинади. Қўлларини бўшаштирган ҳолда хона узунлиги бўйлаб юриш сўралади. Қўлларининг ҳаракатига аҳамият берилади. Бемор оёқ панжаларининг ички ва ташқи томонлари билан юриш сўралади. Қадамлар орасидаги масофага аҳамият берилади.

2. Беморни орқадан ва ён томондан кўздан кечириш. Кураklar орасидаги масофанинг симметриклиги, ёнбош суқлар ўсиклари орасидаги, думба бурмалари орасидаги масофанинг симметриклигига аҳамият берилади. Ён томондан: умуртқа поғонасининг эгриликлари С1-С7 – бўйин лордоз, Т2-Т12 – кўкрак кифози, L1-L5 – бел лордоз.

3. Чўккалаб ўтириб туриш тести. Беморнинг чўккалаб ўтириб туриши (таянч билан ёки қўлларини олдинга чўзган ҳолатда) тос-сон ва

тизза бўғимларидаги ҳаракат чегараланишларини аниқлашга кўмак беради. Чегараланишлар бўғимлардаги дегенератив ўзгаришлардан, мушаклар кискаришининг умумий чегараланишидан ёки ҳолсизлигидан далолат беради. Агар бемор бу синовни бажара олмаса, у ҳолда бошқа текширув усуллари ёрдамида текширилади.

4. Турган ҳолатда умуртқа поғонасининг ҳаракатланиши. Бемор врачга орқа қилиб туради, врач паст ўтирғичда ўтириб, беморнинг ёнбош тос суяги кирраси устидан ушлаб туради. Бемор ёнбошига секинлик билан врач карама-қарши томондаги ёнбош ўқда ҳаракат ҳис қилишига қадар эгилади. Бу меъёрий эгилиш бурчагини кўрсатади (тахминан 40°). Муолажа бошқа томонда ўтказилади ва натижалар солиштирилади.

5. Турган ҳолатда умуртқанинг эгилиши. Ёнбош-думғаза бирикмасининг дисфункциясида кўпинча тананинг орқа томонида оғрик кузатилади. Буни бир неча синовлар ёрдамида баҳолаш мумкин:

Умуртқанинг эгилиш тести. Бемор бўшашиди, врач беморнинг орқасида тиззаси билан туради ва бош бармоқларини билан spina iliaca posterior superior нинг пастки қирғоғига қўяди. Бемор тиззаларини букмаган ҳолда ва қўлларини эркин қўйиб бир оз олдинга эгилади. Врач spina iliaca posterior superior ҳаракатини беморнинг олдинги вазиятига қайтишида баҳолайди. Бу ҳаракатларни бажаришда сколиозни ҳам аниқлаш мумкин. Ҳаракатнинг чегараланишида зарарланган ёнбош-думғаза бирикмаси ўз жойига тезроқ қайтади. Ўткир оғрик ёки умуртқа поғонаси чуррасида бу ҳаракатлар оғрикни кучайтириши мумкин.

Ўтирган ҳолатда умуртқани эгилиш тести. Сакроилеитда ёнбош-думғаза бирикмасида ҳаракатлар чегараланишини аниқлашдаги яхши тестдир. Бемор орқаси бўлмаган стулда ўтиради, врач унинг орқасида – тиззаларида ўтиради. Унинг бош бармоқларини билан spina iliaca posterior superior нинг пастки қирғоғига қўяди. Бемор тиззаларини букмаган ҳолда ва қўлларини эркин қўйиб бир оз олдинга эгилади. Врач spina iliaca posterior superior ҳаракатини беморнинг олдинги вазиятига қайтишида баҳолайди. Бу ҳаракатларни бажаришда сколиозни ҳам аниқлаш мумкин. Ҳаракатнинг чегараланишида зарарланган ёнбош-думғаза бирикмаси ўз жойига тезроқ қайтади.

Ўтирган ҳолатда бўйин ҳаракати ва бошни олдинга эгиш. Бемор ўтказилади. Битта қўл унинг бошининг тепа қисмига, иккинчи қўлнинг бармоғини эса бўйин ва кўкрак умуртқаларининг бирикмиш сохаларига (тахминан 7чи бўйин умуртқаси) қўйилади. Эҳтиёткорлик билан беморнинг боши олдинга шу соҳада ҳаракат сезилгунга қадар эгилади. Меъёрий силжиш бурчаги 80-90° га тенг ёки бемор энгаги билан тўшга тегиши керак.

Бошни орқага эгиш. Меъёрида бемор хонанинг тепа қисмини кўриши керак.

Бошни ён томонларга эгиш. Эгилиш бурчаги 40-45°.

Бўйин ротацияси. Врач ўтирган беморнинг орқасида туради. Унинг ўнг қўли – пешонанинг чап қисмида, чап қўли – 7 бўйин ва 1 кўкрак умуртқалари орасида туради. Беморнинг бошини эҳтиёткорлик билан ўнгга кўкрак қисмида ҳаракат аниқланишига қадар айлантирилади. Меъёрий бурчак – 80-90° ёки беморнинг лунжлари елка устида бўлишигача.

Ўтирган ҳолатда тана юқори қисмининг ротацияси. Врач ўтирган беморнинг орқасида туриб, қўлларини унинг елкаларига қўяди. Беморнинг танасини ўнгга ва чапга айлантиради. Ротацияга бўлган кобилият ёш ошган сари ва коворға-мушак патологиясида пасаяди. Асимметрия баҳоланади.

Ўтирган ҳолатда оёқ панжалари бармоқларига тегтиш. Бемор чўзилган оёқлари билан кушеткада ўтирган ҳолатда қўл бармоқлари би-

лан оёқ бармоқларига тегишга ҳаракат қилади. Қўл ва оёқ бармоқлари орасидаги масофа ўлчанади. Бу тестни бажаришда умуртқанинг ва соннинг иккибошли мушагининг қисқаришини баҳолаш мумкин.

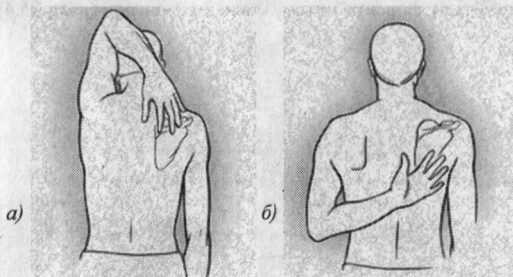
Чалқанча ётган ҳолатда Лассега синамаси. Соннинг орқа мушакларининг қисқарувчанлиги ва ўтиргич нервнинг яллиғланишида илдизчали оғриқлар даражаси баҳоланади. Соннинг букилиш бурчаги аниқланади (меъёрида – 80-90°).

49. Суяк-мушак тизимини текшириш учун махсус синамалари

Елка бўғимини кўздан кечириш

Махсус тестлар

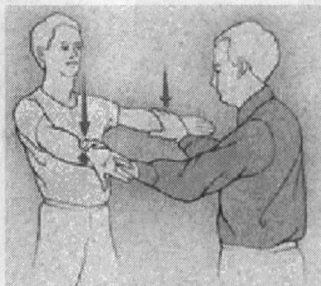
1. *Апплей қичиш тести.* Бемор қарама қарши томондаги куракларга етишга ҳаракат қилади (расм.25.1). Ҳаракатлар амплитудасини аниқлаш учун ўтказилади.



Расм.25.1. Апплей қичиш тести:

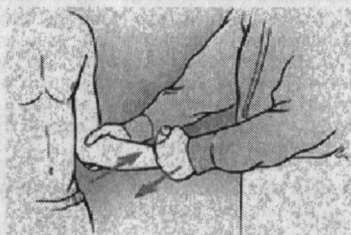
а) абдукция ва ташқи ротация, б) аддукция ва ички ротация

2. *Ўсиқ усти мушаги функциясини текшириш.* Бемор қўлларини тирсақларига қаратилган ҳолатда, бош бармоқлар абдукцияси билан, пастга йўналтирилган ҳолда кўтаришга ҳаракат қилади, бунда врач қаршилиқни таъминлайди (расм.25.2).



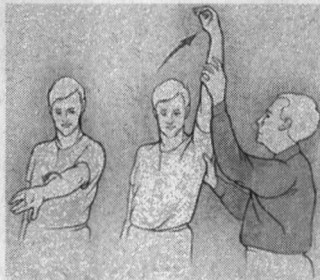
Расм.25.2. «Бўш банка» тести

3. *Ўсиқ ости ва кичик юмалоқ мушак функциясини текшириш.* Бемор қўлини тирсағида 90° бурчак остида букилган ҳолатда ва танасига яқинлаштирилган ҳолда ташқарига ротация қилишга ҳаракат қилади. Врач томонидан қаршилиқ шароити яратилади. (расм.25.3).



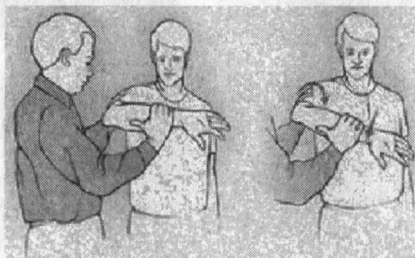
Расм.25.3. Ўсиқ ости ва кичик юмалоқ мушак функциясини текшириш

4. *Нир тести* корақоакромиал ёй остида елка манжетасининг қисилишини аниқлаш учун ўтказилади. Қўл тўлиқ пронация ҳолатида бўлади, форсирланган флексия бажарилади (расм.25.4)



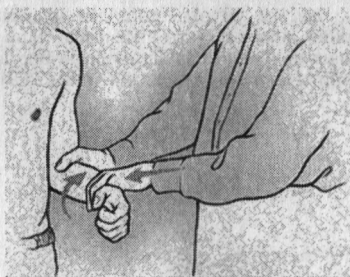
Расм.25.4. Нир тести

5. *Хокинс тести* елка манжетасининг субакромиал қисилиши ёки тендинитини аниқлаш учун ўтказилади. Қўл олдинган чўзилган, 900 бурчак остида кўтарилган, мажбурий ичкарига ротация бажарилади. (расм.25.5).



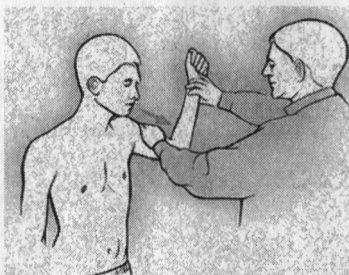
Расм.25.5. Хокинс тести

6. *Ергасон тести* елка икки бошли мушак пайининг нотурғунлиги ёки тонусини аниқлаш учун ўтказилади. Беморнинг қўли 900 остида тирсақда букилган. Врач фаол ҳолатда беморнинг супинацияси ва қўлларини букиши ҳаракатларига қаршилик кўрсатади. (расм.25.6).



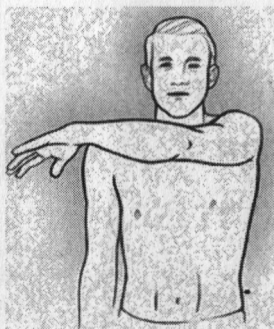
Расм.25.6. Ергасон тести

7. Бўғимлар нотурғунлигини олдиндан аниқлашда чиқиш қўрқуви тести. Беморнинг кўли 900 бурчак остида абдукция ҳолатида, врач ташки ротацияни бажариб, елка суягига орқадан босади. (расм.25.7).



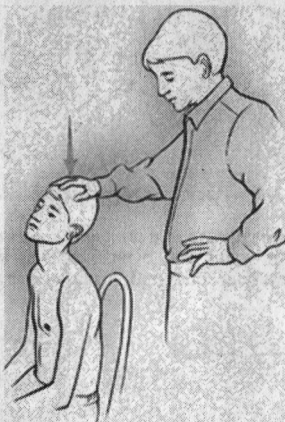
Расм.25.7. Чиқишдан қўрқуви тести

8. Акромиал – ўмров бўғими патологиясини аниқлаш учун қўлларни бирлаштириш тести. Бемор кўлини 900 бурчак остида кўтаради, сўнг фаол аддукция бажаради. (расм.25.8).



Расм.25.8. Қўлларни бирлаштириш тести

9. *Спурлинг тести* умуртқа поғонаси илдизчалари патологик ўзгаришларини аниқлаш учун ўтказилади. Бош орқага бир оз букилиб, зарарланган томонга энгаштирилади бир вақтнинг ўзида умурткага ўк бўйича юклама бажарилади. (расм.25.9).



Расм.25.9. Спурлинг тести

ИЛОВА

1. 5 ёшгача болаларнинг ўсиши ва ривожланишини баҳолаш графиклари (ЖССТ)	306
2. Туғруқ кунини аниқлаш учун акушерлик калькулятори	323
3. Маълумотларга асосланган розилик шакли (намуна)	325
4. Меърий-ҳуқуқий ҳужжатлар	326

5 ёшгача болаларнинг ўсиши ва ривожланишини баҳолаш графиклари (ЖССТ)

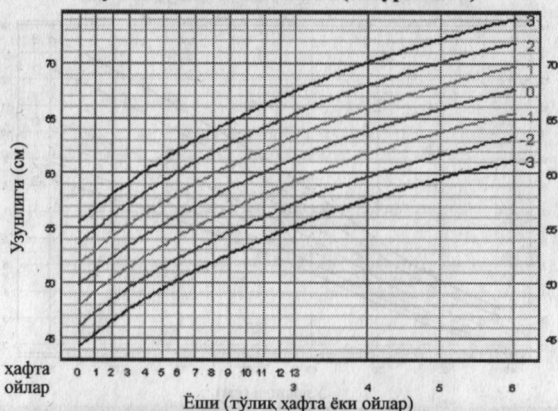
Ўсиш графикини тушуниш. Болалар бўйининг ўсиши меъёردа бўлиши катта аҳамиятга эгадир. Боланинг ёшига кўра бўйининг ўсиш кўрсаткичларини графикга киритилиши, боланинг ўсиши меъёردа ёки меъёردа эмаслигини аниқлашга ёрдам беради.

Врач болангизни вазнини ва бўйини ўлчаб, ёзиб олади. Сўнгра бу кўрсаткичлар графикларга нукта кўринишида кўйилади. Кейинги таширларда ҳам худди шундай қилиниб, кўйилган нукталар бири-бири билан чизик орқали бирлаштирилади. Ҳосил бўлган чизик Сизнинг болангизни ўсиш чизиги дейилади.

Ўсиш чизиклари интерпретацияси

- Ўсиш графикада «0» сони билан кўрсатилган чизик ўртача кўрсаткич – медиана деб аталади. Z-кўрсаткич деб аталувчи бошқа чизиклар эса ўртача кўрсаткичдан бўлган масофани билдиради. Медианадан узокда жойлашган нукта ёки тенденция, масалан '3' ёки '-3', болада бўй билан боғлиқ муаммолар борлигини билдиради.
- Меъёردа ўсаётган боланинг ўсиш чизиги одатда медианага яқин ва параллель жойлашади. Бу чизик медианадан юқорироқ ёки пастроқ жойлашиши мумкин.
- Тенденциянинг ҳар қандай бирдан ўзгариши (боланинг ўсиш чизиги ўзининг нормал йўлидан юқorigа чиқиб ёки пастга тушиб кетса), буни албатта ўрганиб чиқиш, сабабини аниқлаш ва муаммони ҳал этиш керак.
- Тўғри горизонталь чизик бола ўсаётганлиги белгисидир. Бу ҳол стагнация деб аталади. Буни албатта ўрганиб чиқиш, сабабини аниқлаш ва муаммони ҳал этиш керак.
- Z-кўрсаткични кесиб ўтган ўсиш чизиги хавфни кўрсатади. Врач, тенденциянинг ўзгариши қаердан бошланганлигини, ўзгаришлар тезлигини текшириб, хавфни аниқлаши мумкин.

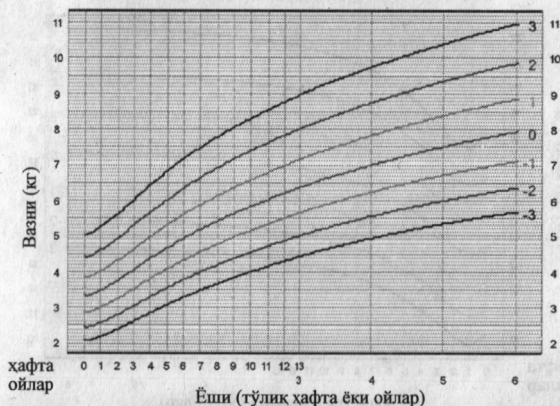
ЎГИЛ боланинг ёшга нисбатан узунлиги Туғилгандан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)



Ушбу график «ёшга нисбатан узунлик» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ўсиш даражасини кўрсатади.

«Ёшга нисбатан узунлик» кўрсаткичи «-2» чизиғидан паст бўлса, боланинг ўсишида қолоқлик борлигини, «-3» пастда бўлса – бўй ўсишида жиддий қолоқлик борлигини кўрсатади.

ЎГИЛ боланинг ёшга нисбатан вазни Туғилгандан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)

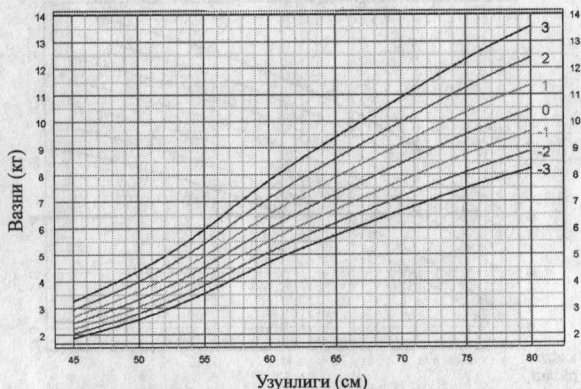


Ушбу график «ёшга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан тана вазни даражасини кўрсатади.

Боланинг ёшига кўра тана вазни нисбати «-2», чизиғидан паст бўлса, вазнида нуқсон бор.

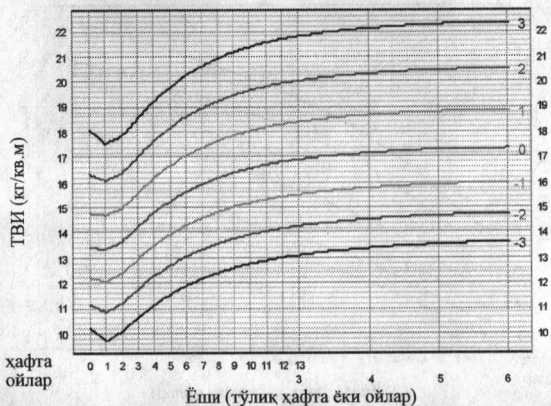
«-3» чизиғидан паст бўлса – вазнида жиддий нуқсон бор. Болалар озиши ёки қвашниржора (болалар пеллаграси) клиник белгилари кузатилиши мумкин.

ЎҒИЛ боланинг узунлигига нисбатан вазни Туғилганидан 6 ойликкача (Z-кўрсаткичи)



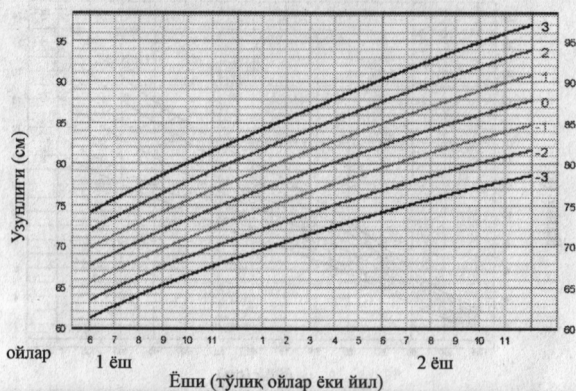
Ушбу график «узунлигига нисбатан вазни» кўрсаткичинини медиана чизиғи («0» ракамли чизик) билан солиштиришда бола узунлигига нисбатан вазни даражасини кўрсатади. Болада вазнини буй узунлигига нисбати «3»дан юкори бўлса, у семизликка чалинган. «2» дан юкори – ортикча вазига эга. «1» дан юкори – ортикча вази хавфини кўрсатади. «-2» дан паст – озгинлик, «-3» дан паст – жиддий озгинлик бор. Зудлик билан махсус парварини бошланг.

ЎҒИЛ боланинг ёшга нисбатан ТВИ Туғилганидан 6 ойликкача (Z-кўрсаткичи)



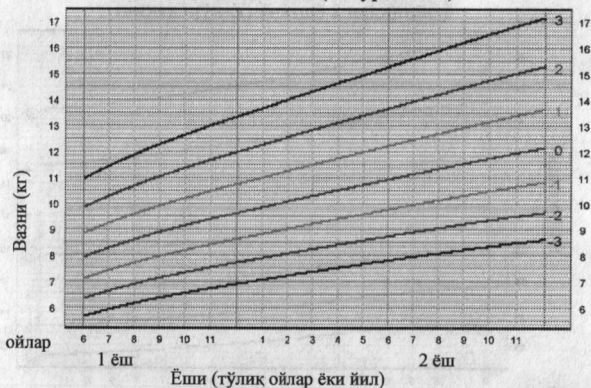
Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичинини медиана чизиғи («0» ракамли чизик) билан солиштиришда ТВИни ёшга нисбатан даражасини кўрсатади. Бу ортикча вазини назорати учун қулай. Ёшга нисбатан ТВИ «3» чизикдан юкориди бўлса, бола семизликка чалинган, «2» дан юкори бўлса – ортикча вазини бор. «1» дан юкори – ортикча вази хавфи борлигини кўрсатади.

ЎГИЛ боланинг ёшга nisбатан узунлиги 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



Ушбу график «ёшга nisбатан узунлиги» кўрсаткичини медиана чизиғи («0») рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга nisбатан ўсиш даражасини кўрсатади. Бўйининг ёшига nisбати «-2» дан пастда бўлса, ўсишда қолоқлик бор. «-3»дан пастда бўлса – бўй ўсишида жиддий қолоқлик бор

ЎГИЛ боланинг ёшга nisбатан вазни 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)

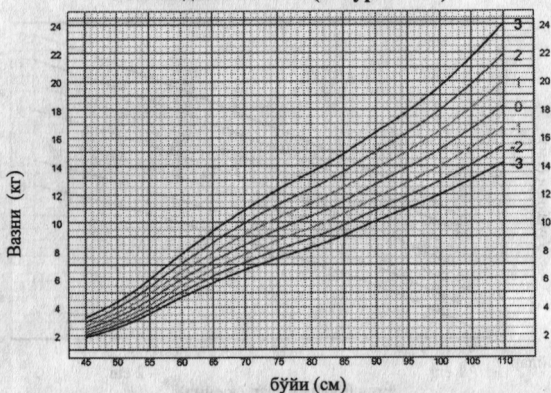


Ушбу график «ёшга nisбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0») рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга nisбатан вазн даражасини кўрсатади.

Бола вазнини ёшига кўра nisбати «-2» дан пастда бўлса, вазнда етишмовчилик бор. «-3» дан паст бўлса вазнда жиддий етишмовчилик бор.

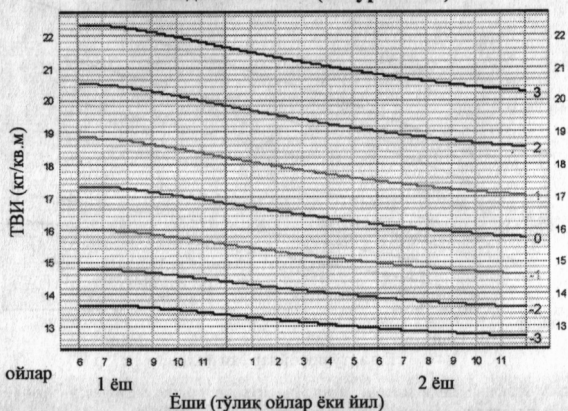
Кескин озиб кетиш ёки квашиоркор (балалар пеллаграси) белгилари кузатилиши мумкин

ЎҒИЛ боланинг бўйига нисбатан вазни 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



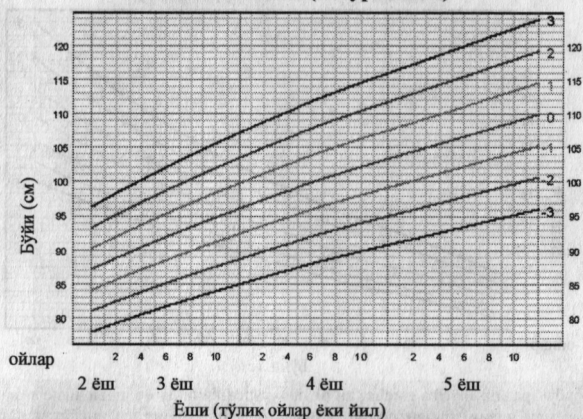
Ушбу график «бўйига нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда бола бўйига нисбатан вазни даражасини кўрсатади. Болада тана вазнини бўйига нисбати «3»дан юқори бўлса, у семизликка чалинган. «2» дан юқори – ортиқча тана вазнига эга. «1» дан юқори – ортиқча тана вазни хавфини кўрсатади. «-2» дан паст – озгинлик, «-3» дан паст – жиддий озгинлик бор. Зудлик билан махсус парваришни бошланг.

ЎҒИЛ боланинг ёшга нисбатан ТВИ 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



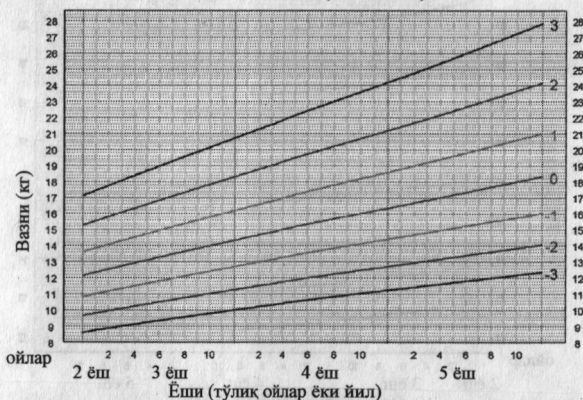
Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ТВИ даражасини кўрсатади. Бу ортиқча вазнига назорати учун қулай. Ёшга нисбати ТВИ «3» чизикдан юқорида бўлса, бола семизликка чалинган. «2» дан юқори бўлса – ортиқча тана вазни бор. «1» дан юқори – ортиқча вазни хавфи борлигини кўрсатади.

ЎҒИЛ боланинг ёшга нисбатан бўйи 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



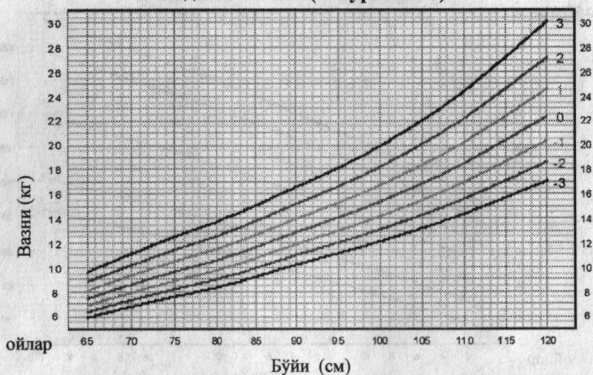
Ушбу график «ёшга нисбатан бўйи» кўрсаткичини медиана чизиги («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ўсиш даражасини кўрсатади. Агар «-2» дан паст бўлса, бўйи ўсишида қолоқлик бор, «-3» дан паст бўлса – бўйи ўсишида жиддий қолоқлик бор.

ЎҒИЛ боланинг ёшга нисбатан вазни 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-индекс)



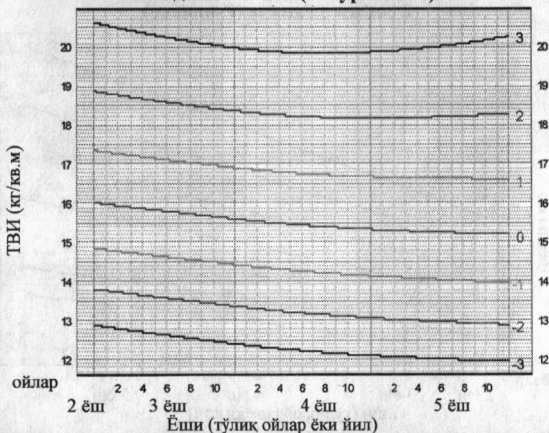
Ушбу график «ёшга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиги («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан тана вазни даражасини кўрсатади. Боланинг ёшга нисбатан вазни «-2» дан пастда бўлса, вазнида етишмовчилик бор, «-3» дан паст бўлса, вазнида жиддий етишмовчилик бор. Кескин озиб кетиш ёки квашиоркёр (балалар пеллаграси) белгилари кузатилиши мумкин.

ЎГИЛ боланинг бўйга нисбатан вазни 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



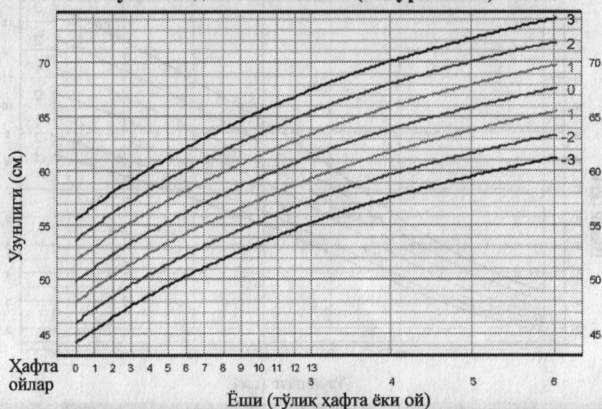
Ушбу график «бўйга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда боланинг бўйигага нисбатан вазни даражасини кўрсатади. Боланинг бўйга нисбатан вазни кўрсаткичи «3»дан юқори бўлса, у семизликка чалинган. «2» дан юқори – ортиқча тана вазнига эга. «1» дан юқори – ортиқча тана вазни хавфини кўрсатади. «-2» дан паст – озғинлик, «-3» дан паст – жиддий озғинлик бор. Зудлик билан махсус парваришни бошланг.

ЎГИЛ боланинг ёшга нисбатан ТВИ 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



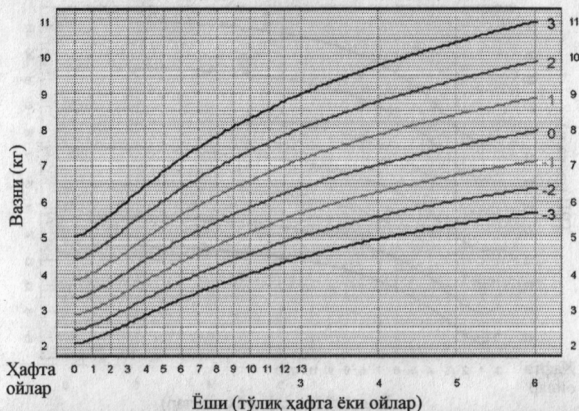
Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ТВИ даражасини кўрсатади. Бу ортиқча вазини назорати учун қулай. Ёшга нисбати ТВИ «3» чизикдан юқорида бўлса, бола семизликка чалинган. «2» дан юқори бўлса – ортиқча тана вазни бор. «1» дан юқори – ортиқча вазни хавфи борлигини кўрсатади.

Қиз болалар учун ўсиш графики
ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан узунлиги
Туғилгандан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)



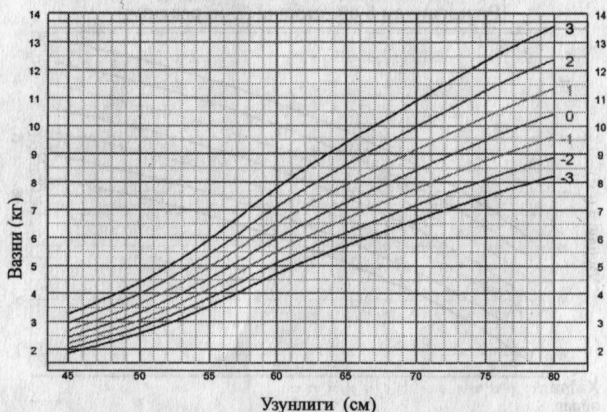
Ушбу график «ёшга нисбатан узунлик» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ўсиш даражасини кўрсатади. «ёшга нисбатан узунлик» кўрсаткичи «-2» чизиғидан паст бўлса, боланинг ўсишида қолақлик борлигини, «-3» пастда бўлса – буй ўсишида жиддий қолақлик борлигини кўрсатади.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан вазни
Туғилгандан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)



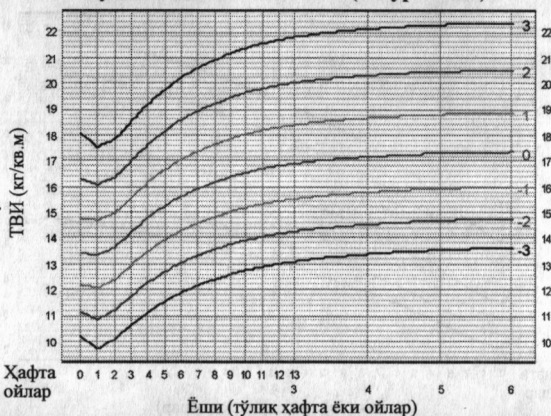
Ушбу график «ёшга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан вазн даражасини кўрсатади. Боланинг ёшига кўра вазн нисбати «-2», чизиғидан паст бўлса, вазнида нуқсон бор. «-3» чизиғидан паст бўлса – вазнида жиддий нуқсон бор. Болалар озиши ёки болалар пеллаграси клиник белгилари кузатилиши мумкин.

ҚИЗ боланинг узунлигига нисбатан вазни Туғилганидан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)



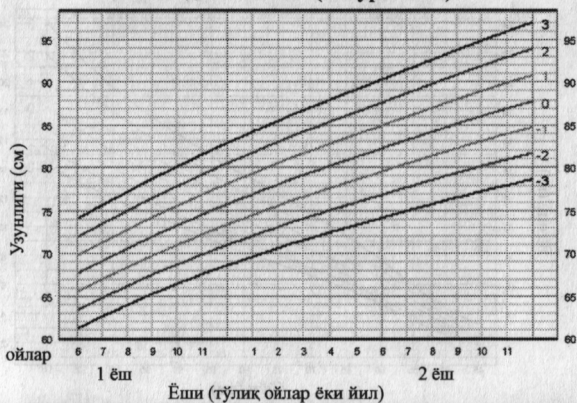
Ушбу график «узунлигига нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиги («0» ракамли чизик) билан солиштиришда бола узунлигига нисбатан вазн даражасини кўрсатади. Болада вазинини буй узунлигига нисбати «3» дан юқори бўлса, у семизликка чалинган. «2» дан юқори – ортиқча вазига эга. «1» дан юқори – ортиқча вазн хавфини кўрсатади. «-2» дан паст – озгинлик, «-3» дан паст – жиддий озгинлик бор. Зудлик билан махсус парварishi бошланг.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан ТВИ Туғилганидан 6 ойликкача (Z-кўрсаткич)



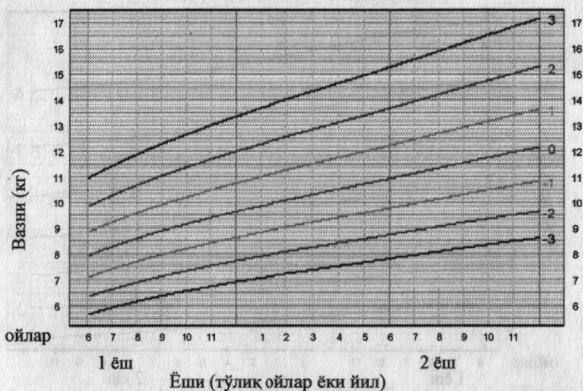
Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичини медиана чизиги («0» ракамли чизик) билан солиштиришда ТВИни ёшга нисбатан даражасини кўрсатади. Бу ортиқча вазини назорати учун қулай. Ёшга нисбатан ТВИ «3» чизикдан юқорида бўлса, бола семизликка чалинган, «2» дан юқори бўлса – ортиқча вазин бор, «1» дан юқори – ортиқча вазн хавфи борлигини кўрсатади.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан узунлиги 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



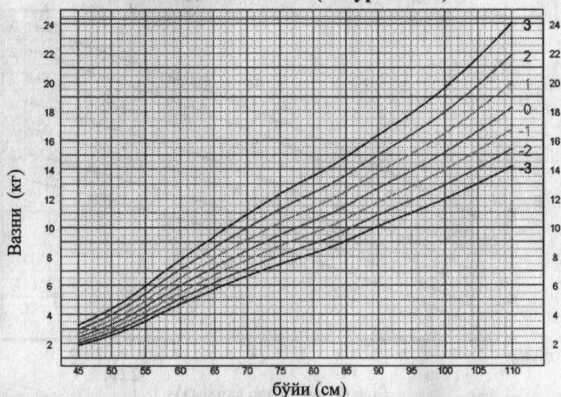
Ушбу график «ёшга нисбатан узунлиги» кўрсаткичини медиана чизиги («0») рақамли чизик билан солиштиришда ёшга нисбатан ўсиш даражасини кўрсатади. Бўйнинг ёшга нисбати «-2» дан пастда бўлса, ўсишда қолоқлик бор. «-3» дан пастда бўлса – бўй ўсишида жиддий қолоқлик бор.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан вазни 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



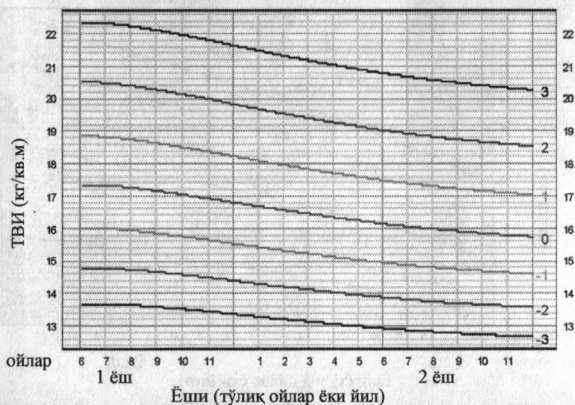
Ушбу график «ёшга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиги («0») рақамли чизик билан солиштиришда ёшга нисбатан вазн даражасини кўрсатади. Бола вазнини ёшга кўра нисбати «-2» дан пастда бўлса, вазнда етишмовчилик бор. «-3» дан паст бўлса, вазнда жиддий етишмовчилик бор. Кескин озиб кетмиш ёки квашиоркор (балалар пеллаграси) белгилари кузатилиши мумкин.

ҚИЗ боланинг бўйига нисбатан вазни 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



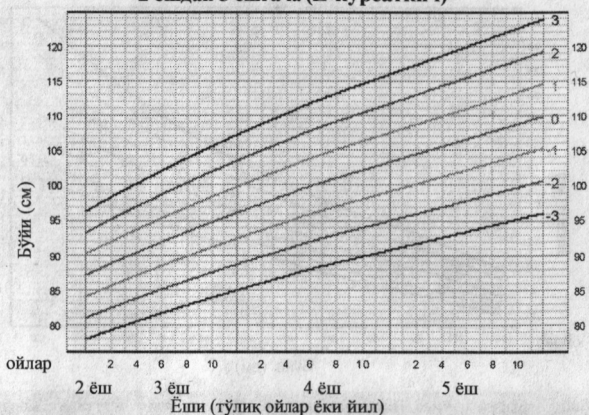
Ушбу график «бўйига нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда бола бўйига нисбатан вази даражасини кўрсатади. Болада тана вазнини бўйига нисбати «3»дан юқори бўлса, у семизликка чалинган. «2» дан юқори – ортиқча тана вази эга. «1» дан юқори – ортиқча тана вази хавфини кўрсатади. «-2» дан паст – озгинлик, «-3» дан паст – жиддий озгинлик бор. Зудлик билан махсус парваришни бошланг.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан ТВИ 6 ойликдан 2 ёшгача (Z-кўрсаткич)



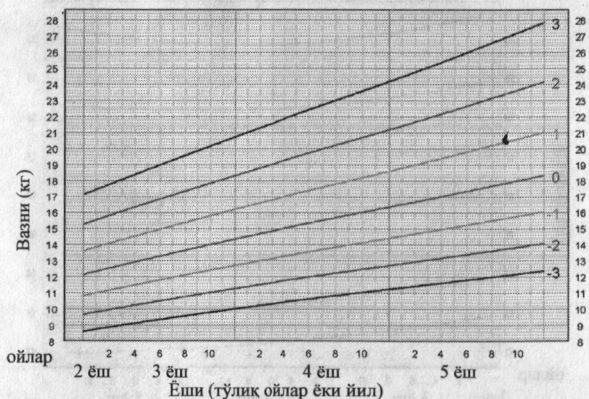
Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ТВИ даражасини кўрсатади. Бу ортиқча вази вазорати учун қулай. Ёшга нисбати ТВИ «3» чизикдан юқорида бўлса, бола семизликка чалинган. «2» дан юқори бўлса – ортиқча тана вази бор. «1» дан юқори – ортиқча вази хавфи борлигини кўрсатади.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан бўйи 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



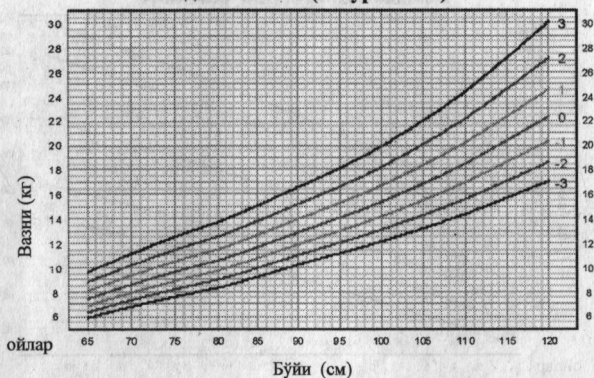
Ушбу график «ёшга нисбатан бўйи» кўрсаткичини медиана чизиғи («0») рақамли чизиқ) билан солиштиришда ёшга нисбатан ўсиш даражасини кўрсатади. Агар «-2» дан паст бўлса, бўйи ўсишида қолоқлик бор. «-3» дан паст бўлса – бўйи ўсишида жиддий қолоқлик бор.

ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан вазни 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-индекс)

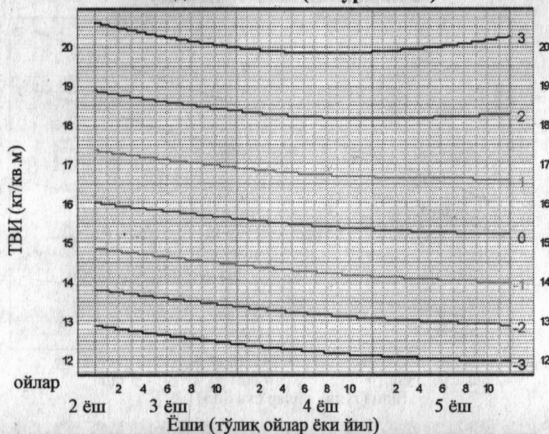


Ушбу график «ёшга нисбатан вазни» кўрсаткичини медиана чизиғи («0») рақамли чизиқ) билан солиштиришда ёшга нисбатан вазни даражасини кўрсатади. Боланинг ёшга нисбатан вазни «-2» дан пастда бўлса, вазни етишмовчилик бор, «-3» дан паст бўлса, вазнида жиддий етишмовчилик бор. Кескин озиб кетиш ёки квашиоркор (балалар пеллаграси) белгилари кузатилиши мумкин.

ҚИЗ боланинг бўйга нисбатан вазни 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



ҚИЗ боланинг ёшга нисбатан ТВИ 2 ёшдан 5 ёшгача (Z-кўрсаткич)



Ушбу график «ёшга нисбатан ТВИ» кўрсаткичини медиана чизиғи («0» рақамли чизик) билан солиштиришда ёшга нисбатан ТВИ даражасини кўрсатади. Бу ортиқча вазни назорати учун қулай. Ёшга нисбати ТВИ «3» чизикдан юқорида бўлса, бола семизликка чалинган. «2» дан юқори бўлса – ортиқча тана вазни бор. «1» дан юқори – ортиқча вазни хавфи борлигини кўрсатади.

Бўй кўрсаткичлари интерпретацияси

Бўй кўрсаткичлари боланинг ўсишини унинг ёшига нисбатан баҳолашга ёрдам беради ва бола ўсишининг куйидаги кўрсаткичлари интерпретациясини тушунтиради:

- узунлиги/бўйи ёшига кўра;
- вазни ёшига кўра;
- вазни узунлиги/бўйига кўра;
- ТВИ ёшига кўра.

Кўрсатилган аниқ кўрсаткичлар боланинг ёши билан боғлиқ бўлиб, унга кўра вақт ўтган сари боланинг ривожланиши ва унинг ривожланиш муаммоларини кузатиш мумкин. Картадан тўғри фойдаланиш ва боланинг жинсига кўра ривожланишини тўғри талқин этиш муҳим аҳамиятга эгадир, чунки ўғил болалар ва қиз болалар турли тезлик билан ривожланади.

Графикда бўй кўрсаткичлари жойлашиши

Боланинг жинсига биноан тўғри келувчи бўй ўсиши кўрсаткичлари чизиги танлаб олинади. Бўй кўрсаткичлари танлаб олинган чизикларда белгиланади. Бу нукталарни белгилаш учун куйидагиларни тушуниш керак:

- **Х-ўқи** – график асосидаги горизонтал чизик. Бўй графикларида Х-ўқида ёши ёки узунлиги, бўйи кўрсатилиши мумкин;
- **У-ўқи** – график чап қисмидаги вертикал чизик. Бўй графикларида У-ўқида узунлиги, бўйи, ТВИ кўрсатилиши мумкин;
- **Кўйилган нукта** – графикдаги нукта, унда Х-ўқидаги (масалан, ёшни кўрсатувчи) нуктадан келувчи тўғри чизик У-ўқидаги (масалан, тана вазнини кўрсатувчи) кўйилган нуктадан келувчи тўғри чизик кесишади.

Масалан. Графикда боланинг ёши (хафта ёки ойларда) Х-ўқида кўрсатилган; тана вазни килограммда У-ўқида кўрсатилган. Графикда белгиланган нукта 6 ҳафталик ва 5 кг ли ўғил болага мос келади. Графикдаги қийшиқ чизиклар белгиланган нукталарни интерпретация қилиш имконини беради.

Тананинг узунлиги, бўйи ёшига нисбатан

Тананинг узунлиги, бўйи кўрсаткичи боланинг ёши катталашган сари унинг танаси узунлиги, бўйини ўсишини кўрсатади. Бу кўрсаткич болаларни узоқ вақт овқатни тўйиб емаслиги, тез-тез касал бўлиши ёки сурункали касалликлар оқибатида бўйи ўсишдан орқада қолганлигини аниқлашга ёрдам беради. Ёшига кўра бўйнинг ўртача кўрсаткичларидан кўра баландроқ болаларни ҳам аниқлаш мумкин, лекин бўй жуда илгарилаб кетиши ҳам муammo борлигини кўрсатади, баъзан бу эндокрин бузилишларда бўлиши мумкин.

Графикда тананинг узунлиги, бўйи кўрсаткичинини ёшига нисбатан аниқлаш учун:

- Вертикал чизикда (лекин вертикал чизиклар орасида эмас) боланинг ёшини тўлиқ ҳафта, ойлар ёки йиллар ва ойларда белгиланг. Масалан, боланинг ёши 5,5 ойлик бўлса, нукта 5 ойлик ёшга мўлжалланган чизикда (5 ва 6 ойлик чизиклар орасида эмас) белгиланади.
- Тананинг узунлиги, бўйини горизонтал чизиклар орасида аниқроқ қўйинг. Масалан, бу кўрсаткич 60,5 см бўлса, нуктани горизонтал чизиклар ўртасида белгиланг.

- Икки ва ундан ортиқ ташрифларда нукталар кўйилгандан сўнг, бола ўсиши динамикасини яхши тушуниш учун, ушбу нукталарни тўғри чизиклар билан бирлаштиринг.

Кўрсаткичлар тўғри белгиланганлигини текширинг, керак бўлса, болани яна ўлчанг. Масалан, тананинг узунлиги, бўйи боланинг олдинги ташрифидаги кўрсаткичлардан камроқ ёки пастроқ бўлиши мумкин. Бу ҳолат сиз қандайдир ўлчашларни тотўғри бажарганлигингизни кўрсатади.

Вазнининг ёшига нисбати

Вазнининг ёшига нисбати кўрсаткичи боланинг вазнида етишмовчилик ёки жиддий етишмовчилик бор-йўқлигини, ундан ташқари болада ортиқча тана вазни ёки семизликка чалинганлигини баҳолаш учун қўлланади. Бола вазнини аниқлаш осонлиги учун ушбу кўрсаткич кўп қўлланади, лекин боланинг ёшини аниқлашни иложи бўлмаса, уни ишлатиб бўлмайди.

Изоҳ: болада ҳар иккала оёқ шиши бўлса, танада суюкликни ушланиб қолиши бола вазнини кўпайтириши мумкин, бу ҳолат болада вазн етишмовчилигини аниқлашда хатоликларга олиб келади. Олинган вазни-ёши ва вазни-бўйини белгиланг, лекин боланинг ўсиши ва ривожланиши тарихи картасида унда ҳар иккала оёқларида шиш бўлган вақтни аниқ кўрсатинг. Бу бола назоратга олинishi, текширувга йўналтирилиши керак, у махсус парваришлар ва коррекцияга муҳтождир.

Графикда тана вазни ёшига нисбатан кўрсаткичини ифодалаш учун:

- Вертикал чизикда ёшининг тўлиқ ҳафтalar ва ойларини белгиланг (лекин вертикал чизиклар орасида эмас).
- Горизонтал чизикда вазнини ёки йилларни ёки улар орасида вазнини кг да ўндан бир аниқликкача, масалан 7,8 кг, кўрсатинг.
- Икки ва ундан ортиқ ташриф маълумотлари нукталар билан ифодаланганда, бу нукталарни тўғри чизик билан бирлаштиринг, боланинг ривожланиш тенденциясини кўриш ва тушуниш сиз учун осон бўлади.

Вазнининг тана узунлиги, бўйига нисбати

Вазнининг тана узунлиги, бўйига нисбати кўрсаткичи айниқса боланинг ёши ноаниқлигида муҳимдир. Тана вазни/тана узунлиги/бўйи чизиғи тана вазнида етишмовчилиги бор болаларни овқатланишда оксил-энергетик етишмовчилик (ООЭЕ) сабабли бўлиши мумкин/оғир даражада озғинлик) аниқлашга ёрдам беради. Бу чизик ортиқча вазни ёки семизликка чалиниш хавфи бор болаларни ҳам аниқлаб беради.

Графикда вазнининг тана узунлиги/бўйига нисбати кўрсаткичини ифодалаш учун:

- Вертикал чизикда тана узунлиги ёки бўйини белгиланг (масалан, 75 см, 78 см). Ўлчамларингизни тўлиқ сантиметргача яхлитланг.
- Горизонтал чизикдан фойдаланиб тана вазнини иложи борица аниқ белгиланг.
- Икки ва ундан ортиқ ташриф маълумотлари нукталар билан ифодаланганда, бу нукталарни тўғри чизик билан бирлаштиринг, боланинг ривожланиш тенденциясини кўриш ва тушуниш сиз учун осон бўлади.

ТВИнинг ёшига нисбати

ТВИнинг ёшига нисбати кўрсаткичи ортиқча тана вазни ёки семизликка чалинган болаларни скринги учун қулайдир.

Графикда ТВИнинг ёшига нисбати кўрсаткичини ифодалаш учун:

- Вертикал чизикда боланинг ёшини тўлиқ ҳафтalar, ойлар ёки йил ва ойларда белгиланг.
- Горизонтал чизикда ТВИни белгиланг (масалан 14, 14,2), ёки чизиклар оралиғида (масалан 14,5) белгиланг. Агар ТВИни аниқлашда калкулятордан фойдаланилган бўлса, сонни ўндан биргача яхлитлаш лозим. Агар жадвалдан фойдаланилган бўлса, ТВИ бутун сонда кўрсатилади.
- Икки ва ундан ортиқ ташриф маълумотлари нуқталар билан ифодаланганда, бу нуқталарни тўғри чизик билан бирлаштиринг, боланинг ривожланиш тенденциясини кўриш ва тушуниш сиз учун осон бўлади.

Графикда жойлаштирилган бўй кўрсаткичлари интерпретацияси

Графикдаги чизиклар сизга графикда нуқта шаклида белгиланган боланинг ўсиши кўрсаткичларини интерпретация қилишда ёрдам беради. «0» чизиги медиана бўлиб, ўртада жойлашган. Бошқа чизиклар Z-кўрсаткичларда берилиб, улар ўрта ҳолат ва кўрсаткичдан қай даражада узоклигини ёритади. Ҳар бир графикдаги медиана ёки Z -кўрсаткич – оптимал ўсиши ва ривожланиши учун қулай шароитда парваришланган болаларнинг ўсиши кўрсаткичлари бўйича ЖССТнинг изланишлари натижаларидан келиб чиккандир.

Графикдаги Z -кўрсаткич чизиклари мусбат сонларда (1,2,3) ёки манфий сонларда (-1,-2,-3) келтирилган. Умуман олганда, медианадан ҳар қандай йўналишда узоклашган нуқта ривожланиш муаммолари борлигини кўрсатади. Бундан ташқари, донмо ўсиш тенденцияси, боланинг ҳолати ва унинг ота-онасининг бўйи каби бошқа омиллар ҳам ҳисобга олиниши лозим.

Ўсиш ва ривожланиш муаммолари

Z-кўрсаткич	Ўсиш кўрсаткичлари			
	Тана узунлиги/ёшдаги бўйи	Ёшдаги вазни	Вазни бўйига	ТВИ ёшига
3 дан юқори	1-изоҳга қаранг	2-изоҳга қаранг	Семизлик	Семизлик
2 дан юқори			Ортиқча вазн	Ортиқча вазн
1 дан юқори				
О (медiana)				
-1 дан паст	Паст бўйлик хавфи	Кам вазнлик хавфи	ООЭЕ хавфи/ озгинлик	ООЭЕ хавфи/ озгинлик
-2 дан паст	Бўйи паст (4-изоҳга қаранг)	Вазни кам	ООЭЕ / енгил даражали озгинлик	ООЭЕ / енгил даражали озгинлик
-3 дан паст	Бўйи жуда паст (4-изоҳга қаранг)	Вазни жуда кам	ООЭЕ / оғир даражали озгинлик	ООЭЕ / оғир даражали озгинлик

Изоҳ:

1. Ушбу диапазондаги бола, жуда баланд бўйга эга. Баланд бўй кўпинча муаммо эмас, лекин ҳаддан ташқари баланд бўлса, бу ҳолат ўсиш гормонини ишлаб чиқарувчи ўсмага гумон туғдирувчи эндокринологик бузилишлар борлигини кўрсатади. Бундай болани мутахассис маслаҳатига йўналтириш лозим, шу билан бирга, агар ота-онасининг бўйи одатдагидек меъёрда бўлса, боланинг бўйи унинг ёшига нисбатан жуда баланд бўлса, у ҳам мутахассис маслаҳатига муҳтождир.
2. Тана вазнининг ёшига нисбати кўрсаткичи ушбу диапазонда жойлашган болада муаммолар бўлиши мумкин, лекин бу ҳақда тана вазнининг тана узунлиги/бўйи нисбати ёки ТВИнинг ёшига нисбати кўрсаткичларига асосланиб фикрлаш мақсадга мувофиқдир.
3. Агар белгиланган нуқта «1» дан юқорида жойлашган бўлса, хавф бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Агар бу нуқта «2» га қараб силжиса, хавф аниқлигини кўрсатади.
4. Бўйи паст ёки жуда паст бўлган болада, ортиқча тана вазни бўлиши мумкин.

Тугрук санасини аниқлаш учун акушерлик калькулятори

Охирги ҳайз санаси

Ойлар	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь
Кунлар	Тугрук санаси					
1	9 окт.	9 нояб.	7 дек.	7 янв.	6 фев.	8 март
2	10 окт.	10 нояб.	8 дек.	8 янв.	7 фев.	9 март
3	11 окт.	11 нояб.	9 дек.	9 янв.	8 фев.	10 март
4	12 окт.	12 нояб.	10 дек.	10 янв.	9 фев.	11 март
5	13 окт.	13 нояб.	11 дек.	11 янв.	10 фев.	12 март
6	14 окт.	14 нояб.	12 дек.	12 янв.	11 фев.	13 март
7	15 окт.	15 нояб.	13 дек.	13 янв.	12 фев.	14 март
8	16 окт.	16 нояб.	14 дек.	14 янв.	13 фев.	15 март
9	17 окт.	17 нояб.	15 дек.	15 янв.	14 фев.	16 март
10	18 окт.	18 нояб.	16 дек.	16 янв.	15 фев.	17 март
11	19 окт.	19 нояб.	17 дек.	17 янв.	16 фев.	18 март
12	20 окт.	20 нояб.	18 дек.	18 янв.	17 фев.	19 март
13	21 окт.	21 нояб.	19 дек.	19 янв.	18 фев.	20 март
14	22 окт.	22 нояб.	20 дек.	20 янв.	19 фев.	21 март
15	23 окт.	23 нояб.	21 дек.	21 янв.	20 фев.	22 март
16	24 окт.	24 нояб.	22 дек.	22 янв.	21 фев.	23 март
17	25 окт.	25 нояб.	23 дек.	23 янв.	22 фев.	24 март
18	26 окт.	26 нояб.	24 дек.	24 янв.	23 фев.	25 март
19	27 окт.	27 нояб.	25 дек.	25 янв.	24 фев.	26 март
20	28 окт.	28 нояб.	26 дек.	26 янв.	25 фев.	27 март
21	29 окт.	29 нояб.	27 дек.	27 янв.	26 фев.	28 март
22	30 окт.	30 нояб.	28 дек.	28 янв.	27 фев.	29 март
23	31 окт.	1 дек.	29 дек.	29 янв.	28 фев.	30 март
24	1 нояб.	2 дек.	30 дек.	30 янв.	1 март	31 март
25	2 нояб.	3 дек.	31 дек.	1 фев.	2 март	1 апр.
26	3 нояб.	4 дек.	1 янв.	2 фев.	3 март	2 апр.
27	4 нояб.	5 дек.	2 янв.	3 фев.	4 март	3 апр.
28	5 нояб.	6 дек.	3 янв.	4 фев.	5 март	4 апр.
29	6 нояб.	7 дек.	4 янв.	5 фев.	6 март	5 апр.
30	7 нояб.		5 янв.	6 фев.	7 март	6 апр.
31	8 нояб.		6 янв.		8 март	

Охирги хайз санаси

Ойлар	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Кунлар	Тугрук санаси					
1	7 апр.	8 май	8 июнь	8 июль	9 авг.	8 сент.
2	8 апр.	9 май	9 июнь	9 июль	10 авг.	9 сент.
3	9 апр.	10 май	10 июнь	10 июль	11 авг.	10 сент.
4	10 апр.	11 май	11 июнь	11 июль	12 авг.	11 сент.
5	11 апр.	12 май	12 июнь	12 июль	13 авг.	12 сент.
6	12 апр.	13 май	13 июнь	13 июль	14 авг.	13 сент.
7	13 апр.	14 май	14 июнь	14 июль	15 авг.	14 сент.
8	14 апр.	15 май	15 июнь	15 июль	16 авг.	15 сент.
9	15 апр.	16 май	16 июнь	16 июль	17 авг.	16 сент.
10	16 апр.	17 май	17 июнь	17 июль	18 авг.	17 сент.
11	17 апр.	18 май	18 июнь	18 июль	19 авг.	18 сент.
12	18 апр.	19 май	19 июнь	19 июль	20 авг.	19 сент.
13	19 апр.	20 май	20 июнь	20 июль	21 авг.	20 сент.
14	20 апр.	21 май	21 июнь	21 июль	22 авг.	21 сент.
15	21 апр.	22 май	22 июнь	22 июль	23 авг.	22 сент.
16	22 апр.	23 май	23 июнь	23 июль	24 авг.	23 сент.
17	23 апр.	24 май	24 июнь	24 июль	25 авг.	24 сент.
18	24 апр.	25 май	25 июнь	25 июл	26 авг.	25 сент.
19	25 апр.	26 май	26 июнь	26 июль	27 авг.	26 сент.
20	26 апр.	27 май	27 июнь	27 июль	28 авг.	27 сент.
21	27 апр.	28 май	28 июнь	28 июль	29 авг.	28 сент.
22	28 апр.	29 май	29 июнь	29 июль	30 авг.	29 сент.
23	29 апр.	30 май	30 июнь	30 июль	31 авг.	30 сент.
24	30 апр.	31 май	1 июль	31 июль	1 сент.	1 окт.
25	1 май	1 июнь	2 июль	1 авг.	2 сент.	2 окт.
26	2 май	2 июнь	3 июль	2 авг.	3 сент.	3 окт.
27	3 май	3 июнь	4 июль	3 авг.	4 сент.	4 окт.
28	4 май	4 июнь	5 июль	4 авг.	5 сент.	5 окт.
29	5 май	5 июнь	6 июль	5 авг.	6 сент.	6 окт.
30	6 май	6 июнь	7 июль	6 авг.	7 сент.	7 окт.
31	7 май	7 июнь		7 авг.		8 окт.

Маълумотли розилик шакли (намуна)

Мен, _____ (Ф.И.Ш.)

кўрсатилган усулда (муолажани кўрсатинг) _____

стериллаш муолажасини ўтказишингизни сўрайман.

Мен бу муолажани ўтказишга ўз хоҳишим билан, ҳеч ким томонидан таъсир ўтказилмаган ва мажбур этмаган ҳолда муурожаат этаяпман.

Мен куйидагиларни тушунаман:

1. Менга ва шеригимга қўллаш мумкин бўлган, вактинча кон-трацепция усуллари борлигини.
2. Менга қўлланадиган муолажа жарроҳлик йўли билан амалга оширилишини ва у ҳақидаги барча маълумотни.
3. Ушбу жарроҳлик амалиётнинг устунликлари билан бирга соғлиқ учун бўлган хавф томонлари; устунликлари ва хавфи билан танишдим.
4. Ушбу жарроҳлик амалиёти муваффақиятсиз бўлиши мумкин.
5. Агар ушбу жарроҳлик амалиёти муваффақиятли ўтса, мен бошқа бола кўрмайман (туға олмайман).
6. Ушбу жарроҳлик амалиёти натижаси қайтмас бўлиши мумкин.
7. Мен жарроҳлик амалиёти бажарилишидан олдин, ундан ҳар қандай вақтда бош тортишим, рад этишим мумкин. Бу ҳолда мен бошқа турдаги тиббий ёрдам ёки хизмат олиш ҳуқуқини сақлаб қоламан.

_____ Сана

Аёл имзоси _____

_____ Сана

Врач имзоси _____

Аёлни жарроҳга йўналтириш лозим бўлган ҳолатлар:

- Жойдаги ўсмасимон ҳосила –
 - кўкрак безларида илгари бўлган қаттиқ тугунчалар фонидан янги пайдо бўлган ўсма;
 - кўкрак безларида ҳайздан кейин қайта кўрикда аниқланган қаттиқ тугунчалар;
 - кўкрак беги абсцесси;
 - кўкрак беги рецидивловчи кистаси.

МЕЪЁРИЙ-ХУҚУҚИЙ ҲУЖЖАТЛАР

№ п/п	Ҳужжат номи	Тартиб рақами ва санаси
	Умумий ҳужжатлар	
1.	ЎЗР «Фукаролар соғлигини сақлаш ҳақида» Қонуни	№ 265-I 29.08.96 дан
2.	ЎЗР «Меҳнатни муҳофаза қилиш ҳақида» Қонуни	№ 839- XII 06.05.93 дан
3.	ЎЗР «Фукароларни давлат нафақаси билан таъминлаш ҳақида» Қонуни	№ 938-XII 03.09.93 дан
4.	ЎЗР «Ўзбекистон Республикасида ногиронларни ижтимоий муҳофазаси ҳақида» Қонуни	№ 422-XII 18.11.1991 дан
5.	ЎЗР «Фукаролар мурожаати ҳақида» Қонуни	№ 446-II 13.12.02 дан
6.	ЎЗР «Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш ҳақида» Қонуни ЎЗР Олий Мажлисининг «ЎЗР «Аҳолини сил касаллигидан муҳофаза қилиш ҳақида» Қонунини амалга ошириш ҳақида» Қарори	№ 215-II 11.05.01 дан № 216-II 11.05.01 дан
7.	ЎЗР «Одам иммунтанқислиги вируси чақирувчи касалликлар профилактикаси ҳақида» Қарори ЎЗР Олий Мажлисининг «ЎЗР «Одам иммунтанқислиги вируси чақирувчи касалликлар профилактикаси ҳақида» Қарорини амалга ошириш ҳақида» Қарори	№ 816-I 19.08.99 дан № 817-I 19.08.99 дан
	Ташкил этиш, бошқариш, молиялаштириш	
8.	ЎЗР Президентининг «Соғлиқни сақлашни қайта қуришни кучайтириш йўналишлари ва давлат дастурини амалга ошириш ҳақида» Фармони ЎЗР Президентининг «Соғлиқни сақлаш тизимини қайта қуришни давом эттириш чора-тадбирлари ҳақида» Фармони ЎЗР Президентининг «ЎЗР соғлиқни сақлаш тизимини қайта қуриш Давлат Дастури ҳақида» Фармони	№ ПФ-3923 19.09.07 дан № ПФ-3214 26.02.03 дан № ПФ-2107 10.11.98 дан
9.	ЎЗР Президентининг «Тиббиёт ходимлари меҳнатига ҳақ тўлаш ҳақида» Қарори	№ ПҚ-229 01.12.05 дан

10.	ЎзР Президентининг «Республика тиббиёт муассасалари фаолиятини ташкиллаштиришни такомиллаштириш чора-тадбирлари ҳақида» Қарори	ПҚ № -700 02.10.07 дан
11.	ЎзР ВМ «Соғлиқни сақлашнинг ҳудудий муассасалари ташкилий тизими ва фаолиятини такомиллаштириш чора-тадбирлари ҳақида» Қарори	№ 48 18.03.08 дан
12.	ЎзР ВМ «Тиббий фаолиятни лицензиялаш тартибини такомиллаштириш чора-тадбирлари ҳақида» Қарори	№ 61 03.04.08 дан
13.	ЎзР ВМ «ЎзР ССВ қошидаги соғлиқни сақлаш тизими раҳбар ходимлар аттестация комиссияси Низомини тасдиқлаш тўғрисида» Қарори	№ 227 25.10.07 дан
14.	ЎзР ВМ «Вазирлар Маҳкамасининг 03.09.99 йилдаги № 414-сонли Қарорига ўзгартирилишлар ва қўшимчалар киритилиши тўғрисида» Қарори	№ 148 19.07.07 дан
15.	ЎзР ВМ «ЎзР ҳукуматининг баъзи қарорларига, хусусан, ВМ нинг 28.09.05 йилдаги № 217 Қарорига ўзгартирилишлар ва қўшимчалар киритилиши тўғрисида» Қарори	№ 129 26.07.06 дан
16.	ЎзР ВМ «Тиббий ходимлар меҳнатига ҳақ тўлашнинг такомиллаштирилган тизимини тасдиқлаш тўғрисида» ги Қарори	№ 276 21.12.05 дан
17.	ЎзР ССВнинг «Республика тиббий муассасалари фаолиятини ташкил этишни такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи (ПФ-3923 ва ПҚ-700 бажарилиши юзасидан)	№ 434 04.10.07 дан
18.	ЎзР ССВнинг «Соғлиқни сақлаш муассасалари номенклатурасини тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи	№ 566 20.12.07 дан
19.	ЎзР ССВнинг «Соғлиқни сақлаш тизими муассасаларида тиббий (врачлик) ва фармацевтик мутахассисликлар ва лавозимлар номенклатурасини тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи 1-илова. «Тиббий (врачлик) ва фармацевтик мутахассисликлар номенклатураси»	№ 160 17.04.06 дан

	2-илова. «Соғлиқни сақлаш тизими муассасаларида олий тиббий маълумотли шахслар тайинланиши лозим бўлган врачлик лавозимлари номенклатураси» 3-илова. «Соғлиқни сақлаш тизими муассасаларида фармацевтик лавозимлар»	
20.	ЎзР ССВнинг «Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини поликлиника тизими-ни умумий амалиёт врач фаолияти таъминлашга бошқичма-бошқич ўтказиш концепциясини тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи (БТСЭнинг шаҳар модели)	№ 12 13.01.06 дан
21.	«Саломатлик-2» ва «Аёллар ва болалар соғлиғини мустахкамлаш» лойиҳалари доирасида мустақил юридик шахс сифатида фаолият юритувчи шаҳар БТСЭ экспериментал муассасаларининг вақтинча штат меъёрлари. ССВ томонидан киритилган.	Молия Вазирлиги, № 12/03-09 08.06.06 Меҳнат Вазирлиги, № 1998 10.06.06 дан
22.	Мустақил юридик шахс сифатида фаолият юритувчи ҚВП штати меъёрлари. ССВ томонидан киритилган.	ССВ, № 06-12/383 15.12.09 дан Молия Вазирлиги, № ДК 420502/1177 15.12.09 дан Меҳнат Вазирлиги, № 79 15.12.09 дан
23.	ЎзР ССВнинг «Давлат томонидан кўрсатиладиган кафолатланган тиббий хизмат ва пуллик хизматни тартибга солиш мақсадида» буйруғи	№ 222 17.05.06 дан
24.	ЎзР ССВнинг «ЎзР соғлиқни сақлаш муассасаларини бошқариш ва молиялаштириш тизимини қайта қуришни давом эттириш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 484 4.10.05 дан
25.	ЎзР ССВнинг «Соғлиқни сақлаш муассасаларини раҳбар ходимларга иш ҳақи тўлаш бўйича тиббий муассасалар турига киритилиши тартиби тўғрисида» низоми	№ 06-3/439, Меҳнат Вазирлиги №11/5112, Молия Вазирлиги № 108 31.12.05 дан Адлия Вазирлигида № 1538 14.01.06 да рўйхатга олинган
26	ЎзР ССВнинг «Тиббиёт ташкилотларини моддий рағбатлантириш ва ривожлантириш жамғармаси тўғрисида» низоми	ССВ № 06-3/436 Қарори, Меҳнат Вазирлиги № 5083, Молия Вазирлиги №107 31.12.05 дан, Адлия Вазирлигида № 1537 14.01.06 да рўйхатга олинган

27.	ЎЗР ССВнинг «Тиббиёт ташкилотларида моддий рағбатлантириш ва ривожлантириш жамғармасидан фойдаланиш бўйича махсус комиссиялар тўғрисида» қарори	ССВ № 06-3/440 Қарори, Меҳнат Вазирлиги №11/5132, Молия Вазирлиги № 109, 31.12.05 дан Адлия Вазирлигида № 536 14.01.06 да рўйхатга олинган
28.	ЎЗР ССВнинг «Тиббиёт ташкилотларини моддий рағбатлантириш ва ривожлантириш жамғармаси шакллантиришни такомиллаштириш мақсадиди» буйруғи	№ 236 25.05.06 дан
29.	ЎЗР Олий Мажлиснинг «Оилада тиббий маданиятни ошириш, аёллар саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом авлод туғилиши ва тарбиялашнинг асосий йўналишларини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори	№ 242 05.07.02 дан
30.	ЎЗР ВМнинг «Меҳнат ҳақини тўлашнинг ягона тариф сеткасини кейинги такомиллаштириш тўғрисида» Қарорига ўзгартиришлар киритилиши ҳақида Қарори	№ 218 26.10.06 дан № 65 09.04.08 дан
31.	ЎЗР ВМнинг «ЎЗР соғлиқни сақлаш муассасаларини молиялаштириш ва бошқариш тизимини қайта қуришни давом эттириш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори	№ 217 от 27.09.05
32.	ЎЗР ВМнинг «Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишни чуқурлаштириш ва экспериментни тугатиш тўғрисида» Қарори	№ 264 08.06.04 дан
33.	ЎЗР ВМнинг «Статистик ва молиявий ҳисоботларни кейинги такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори	№ 227 25.06.02 дан
34.	ЎЗР ССВнинг «Соғлиқни сақлаш тизимида бирламчи ҳисоб-китоб ҳужжатларни тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи	№ 287 26.06.06 дан
35.	ЎЗР ССВнинг «ҚВП фаолиятида меъёрий ҳужжатлар» буйруғи	№ 80 23.03.09 дан
36.	ЎЗР ССВнинг «Аҳолига кўрсатиладиган бирламчи тиббий ёрдам сифатини ошириш тўғрисида» буйруғи	№ 293 27.06.06 дан

37.	ЎзР ВМнинг «Наркотик моддалар, психотроп воситалар ва прекурсорлар билан боғлиқ бўлган фаолиятни лицензилаш тўғрисида» Қарори	№ 315 16.07.03 дан
38.	ЎзР ССВнинг «Наркотик моддалар, психотроп воситалар ва прекурсорларни сақлаш бўйича техник талаблар тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида» Қарори	ССВ №2, ИИБ №2 17.06.01 дан
39.	ЎзР ССВнинг «Гиёҳвандликка чалинган шахслар шугулланиши чегараланган касбий фаолият турлари рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида» Қарори	ССВ № 8, Мехнат Вазирлиги № 46, Касаба уюшмалари Федерацияси № 14-10 07.04.03 дан
Умумий ҳолатлар		
40.	ЎзРнинг «Йод танқислик касалликлари профилактикаси тўғрисида» Қонуни	№ ЎзРҚ-97 03.05.07 дан
41.	ЎзРнинг «Қон ва унинг компонентлари донорлиги тўғрисида» Қонуни ЎзР Олий Мажлисининг «Қон ва унинг компонентлари донорлиги тўғрисида» Қарори	№ 402-II и № 403-II 30.08.02 дан
42.	ЎзРнинг «Сурункали алкоголизм, наркомания ва токсикоманияга чалинган беморларни мажбурий даволаш тўғрисида» Қонуни	№ 753-XII 09.12.92 дан
43.	ЎзРнинг «Психиатрик ёрдам тўғрисида» Қонуни	№ 123-II 31.08.00 дан
44.	ЎзР Президентининг «Ун маҳсулотларини фортификациялаш Миллий Дастури» лойиҳасини амалга ошириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида» Қарори	№ ПП-153 11.08.05 дан
45.	ЎзР ВМнинг «Ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликлар рўйхатини тасдиқлаш ва уларга чалинганларга кўрсатиладиган имтиёزلарни белгилаш тўғрисида» Қарори	№ 153 20.03.97 дан
46.	ЎзР ССВнинг «Хавфсиз донорлик қони ва унинг компонентлари билан таъминлаш бўйича қон хизмати муассасалари фаолиятини тартибга солиш тўғрисида» буйруғи	№162 12.04.07 дан
47.	ЎзР ССВнинг «ЎзР СС тизими муассасалари фаолиятига касалликлар ва саломатлик муаммолари Х Халқаро таснифни киритилиши тўғрисида» буйруғи»	№ 31 22.01.03 дан

48.	ЎЗР ССВнинг «ЎЗРнинг муҳтож фуқароларини протез-ортопедик ва реабилитациянинг техник воситалари билан таъминлаш тартиби ҳақидаги Йўриқномани тасдиқлаш тўғрисида» Қарори	Меҳнат Вазирлиги № 02/1 Молия Вазирлиги № 39 28.02.03 дан Адлия Вазирлигида № 1229 27.03.03 да рўйхатга олинган
	Она ва бола саломатлиги	
49.	ЎЗР Президентининг «Болаликдан ногиронлар туғилишини олдини олиш учун туғма ва наслий касалликларни эрта аниқлаш давлат дастури тўғрисида» Қарори	№ ПК-892 18.06.08 дан
50.	ЎЗР ВМнинг «Она ва бола скрининги» давлат тизимини кейинги ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори	№ 195 23.04.04 дан
51.	ЎЗР ВМнинг «Никоҳдан ўтувчи шахсларни тиббий текшириш низомини тасдиқлаш тўғрисида» Қарори	№ 365 25.08.03 дан
52.	ЎЗР ВМнинг «Аёллар ва ўсиб келаётган авлод саломатлигини мустаҳкамлаш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» Қарори	№ 32 25.01.02 дан
53.	ЎЗР ССВнинг «Аёлларга маслаҳат-ташҳислаш тиббий ёрдамни кўрсатиш ва чақалокларни даволашни кейинги яхшилаш мақсадида» буйруғи	№ 281 25.06.07 дан
54.	ЎЗР ССВнинг «Ўзбекистонда болалар фаровонлигини ошириш бўйича фаолият кўрсатаётган дастур тўғрисида» буйруғи	№ 55 01.02.07 дан
55.	ЎЗР ССВнинг «ЎЗРда кўкрак сути билан боқишни муҳофаза қилиш ва болага дўстона муносабатли шифохона ва муассасаларни кўпайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 81 03.03.06 дан
56.	ЎЗР ССВнинг «Соғлиқни сақлаш бирламчи бўғини муассасаларида она ва бола саломатлиги муҳофазаси кўрсаткичларини рўйхатга олишни яхшилаш тўғрисида» буйруғи	№ 248 06.06.06 дан
57.	ЎЗР ССВнинг «ЎЗР БТСЕ муассасаларида ҳомиладорларга ёрдам кўрсатиш самарасини оширишнинг замонавий технологияларини киритиш тўғрисида» буйруғи	№ 425 5.09.05 дан

58.	ЎЗР ССВнинг «БКИУОБ стратегиясини дипломгача ва дипломдан кейинги тайёргарликка киритишни кенгайтириш тўғрисида» буйруғи 1-илова. «Ўзбекистонда БКИУОБ киритиш стратегияси ва Миллий сиёсати»	№ 484 3.11.03 дан
	Юқумли ва хавfli касалликлар	
59.	ЎЗР «Давлат санитар назорати тўғрисида» Қонуни	№ 657-ХII 03.07.92 дан
60.	ЎЗРССВнинг «Даволаш-профилактика муассасаларида юқумли касалликлар тарқалишига қарши чора-тадбирларни такомиллаштириш тўғрисида» буйруғи	№ 530 31.10.05 дан
61.	ЎЗР ССВнинг «Дезинфекция станциялари фаолиятини такомиллаштириш, дезинфекция, дезинсекция ва дератизация воситаларини сотиб олиш ва таъминлашни тартибга солиш мақсадида» буйруғи	№ 81 19.02.07 дан
62.	ЎЗР ССВнинг «ЎЗР ССВ даволаш-профилактика муассасаларида санитар-гигиеник, эпидемияга қарши ва дезинфекция режимларига риоя қилиш тўғрисида» буйруғи	№ 600 29.12.07 дан
63.	ЎЗР ССВнинг «Вакциналар сақланувчи омборхоналарда ЖССТ/ЮНИСЕФнинг стандарт ишчи муолажаларини киритиш ва ЎЗРда вакциналарни самарали бошқариш тўғрисида» буйруғи	№ 13 11.04.06 дан
64.	ЎЗР ССВнинг «Полиомиелитга қарши эмлаш миллий кунларини ташкил этиш ва ўтказиш тўғрисида» буйруғи	№ 531 31.10.05 дан
65.	ЎЗР ССВнинг «ЎЗРда ОИВ-инфекциясига боғлиқ профилактик чора-тадбирлар такомиллаштириш ва тиббий-ижтимоий ёрдамни ташкил этиш тўғрисида» буйруғи	№ 480 30.10.07 дан
66.	ЎЗР ССВнинг «Вирусли гепатит билан касалланишни камайтириш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 560 30.10.00 дан
67.	ЎЗР ССВнинг «Қутуришни олдини олиш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 490 10.11.04 дан

68.	ЎзР ССВнинг «Қоқшол билан курашиш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 1152 09.11.81 дан
69.	ЎзР ССВнинг «Республикада ўткир диареяли касалликларни олдини олиш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 595 29.12.07 дан
70.	ЎзР ССВнинг «Грипп ва ЎРВИ назоратини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 500 10.10.05 дан
71.	ЎзР ССВнинг «Педикулез билан курашиш чора-тадбирлари тўғрисида» буйруғи	№ 929 15.07.97 дан
	Ўта хавфли инфекциялар	
72.	ЎзР ССВнинг «ЎзР аҳолисини карантинли ва бошқа ўта хавфли инфекциялардан эпидемик муҳофазасини такомиллаштириш тўғрисида» буйруғи	№ 96 18.02.92 дан
73.	Сил касаллигини олдини олиш	№ 160 03.04.03 дан
74.	ЎзР ССВнинг «Республикада яшур касаллигига қарши ўтказилаётган тадбирларни такомиллаштириш ҳақида» буйруғи	№ 150 11.04.01 дан
75.	ЎзР ССВнинг «ЎзРда вабонинг эпидемиологик назоратини такомиллаштириш тўғрисида»	№ 362 14.12.09 дан
76.	ЎзР ССВнинг «ЎзРда куйдиргини олдини олиш бўйича чора-тадбирларни кучайтириш ҳақида»	№ 370 21.12.09 дан
	Дори воситалари	
77.	ЎзРнинг «Наркотик ва психотроп воситалар ҳақида» Қонуни	№ 813-1 19.08.99 дан
78.	ЎзРнинг «Дори воситалари ва фармацевтик фаолият ҳақида» Қонуни	№ 415-1 25.04.97 дан
79.	ЎзР ССВнинг «Врач рецептсиз бериладиган дори воситалари рўйхатини тасдиқлаш ҳақида» буйруғи	№ 422 25.09.07 дан
80.	ЎзР ССВнинг «Асосий дори воситалари рўйхатини тасдиқлаш ҳақида» буйруғи	№ 230 24.07.09 дан
81.	ЎзР ССВнинг «Наркотик ва психотроп воситалар, прекурсорларни сақлаш, бериш, реализация қилиш, таъминлаш, ҳисоблаш ҳақидаги Низомни тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи. ЎзРнинг «Наркотик ва психотроп воситалар ҳақида» Қонунини бажариш мақсадида. (ЎзР Олий Мажлиси баённомалари, 1999 й., 9, 210-б.)	№ 527 28.11.01 дан Адлия Вазирлигида № 1090 29.12.01 да рўйхатга олинган

	Узлуксиз тиббий таълим, аттестация ва сертификация	
82.	ЎзР Президентининг «Тиббиёт ўрта бўғини ходимлари касбий малакасини оширишни рағбатлантиришнинг қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида» Қарори	№ ПК-524 06.12.06 дан
83.	ЎзР ССВнинг «ЎзРда врачлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш тизимини такомиллаштириш ҳақида» буйруғи 1-илова. «ЎзРда врачлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлашнинг вақтинча Низоми» 2-илова. «Врачлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш (бирламчи ва қўшимча мутахассисликка йўналтириш) тартиби ва муддати» 3-илова. «Врачлар малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш тизимида ўқув режалари ва намунавий ўқув дастурларини ишлаб чиқиш талаблари, уларни аккредитациядан ўтказиш тартиби» 4-илова. «ТВМОИда муваффақиятли малакасини оширган ва қайта тайёргарликдан ўтган мутахассисларга бериладиган сертификатлар таърифи»	№ 505 14.11.06 дан
84.	ЎзР ССВнинг «Узлуксиз тиббий таълим бўйича ўқув марказлари низомларини тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи	№ 402 11.09.07 дан
85.	ЎзРССВнинг «ЎзРССВнинг 14.11.2006 йилдаги № 505 ва 05.03.2007 йилдаги № 100 буйруқларига ўзгартиришлар киритилиши ҳақида» буйруғи	№150 04.04.07 дан
86.	ЎзР ССВнинг «ОЎЮнинг УАВ тайёрлаш ўқув марказлари низомини тасдиқлаш тўғрисида» буйруғи	№ 125 22.03.07 дан
87.	ЎзР ССВнинг «Олий ҳамшира иши мутахассислари, ўрта тиббий ва фармацевтик ходимларга малакавий категория берилиши низомини тасдиқлаш ҳақида» буйруғи	№ 50 01.02.07 дан
88.	ЎзР ССВнинг «Малакавий категория бериладиган врачлик ва фармацевтик мутахассисликлар рўйхати тўғрисида» буйруғи	№ 456 25.10.06 дан

89.	ЎзР ССВнинг «2006-2010 йилларда ТББ тиббий ходимларининг узлуксиз тиббий таълими тизимини ривожлантиришнинг асосий кейинги йўналишларини тасдиқлаш ҳақида» буйруғи	№ 379 31.08.06 дан
90.	ЎзР ССВнинг «Раҳбар тиббий ходимлар аттестацияси ҳақида» буйруғи	№ 132 30.03.05 дан

Босишга рухсат берилди 06.04. 2011.
Бичими 84 x 76 1/32. 21 б. т. 17,76 шартли б.т.
Офсет босма усулида босилди. Адади 10612.
Буюртма № 5.
Шартнома № 18.

«Yangiyo'l Poligraph Service» МЧЖ босмахонасида босилди.
Янгийул ш., Самарқанд кўч., 44.