

ТИББИЁТ КОЛЛЕЖЛАРИ ўҚУВЧИЛАРИ УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ



Т. Ю. УМАРОВА И. А. ҚАЮМОВА
М. Қ. ИБРАГИМОВА

ҲАМШИРАЛИК **ИШИ**



“АБУ АЛИ ИБН СИНО”

**Т.Ю.Умарова, И.А.Қаюмова,
М.Қ.Ибрагимова**

Ҳамширалик иши

*Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлиги,
Ўрта махсус касб-ҳунар таълими маркази томонидан олий
маълумотли ҳамширалар ва тиббиёт коллежлари учун дарслик
сифатида тавсия этилган.*



Муаллифлар — т.ф.н Т.Ю.Умарова, И.А Қаюмова, М.Қ.Ибрагимова
Тақризчилар — I Тошкент тиббиёт институти умумий амалиёт врач-
лари тайёрлаш кафедраси доценти т.ф.н. Н.А.Ах-
медова.

Ўз.Р. Соғлиқни сақлаш вазирлиги Ўқув-услуг идо-
раси директори муовини т.ф.н. И.М.Турсунова.

Олий маълумотли ҳамширалар ва тиббиёт коллежлари талабалари учун муължал-
ланган ушбу ўқув дарслиги тиббиёт ҳамширасининг бугунги кунда аҳолининг турли
гуруҳларига кўрсатадиган тиббий хизмати, унинг клиник тиббиёт соҳасидаги кас-
бий амалий фаолияти ва уни бажариш асосларини ўз ичига олган. Дарсликда
ҳамширанинг асосий касбий фаолияти, унинг одамларга кўрсатадиган тиббий ёр-
дамини, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ҳамширалик иши буйича тавси-
яларини ҳисобга олган ҳолда, аниқ ўқитиладиган клиник фанлар — педиатрия,
терапия, жарроҳлик, акушерлик ва гериатрияда ҳамширалик жараёнини қўллаш
муаммоларини имкон даражасида ёритишга ҳаракат қилинган.

У 4108010000-33
М 354 (04)-2003 —қатъий буюртма 2003

ISBN 5-638-00960-4

© Абу Али ибн Сино номидаги
тиббиёт нашриёти, 2003 й.

МУҚАДДИМА

Республикамиз истиқдол туфайли миллий мустақиликка эришгандан сўнг жаҳон ҳамжамиятининг тенг ҳуқуқли аъзоси сифатида оламга танилди. Республикамизнинг тиббиёт тизими бозор иқтисодиёти шароитида ўз ўрнини топиб, шу билан бирга аҳолига сифатли тез тиббий ёрдам кўрсатиш, соф инсонпарварлик сийсати замирида иш юритиши замон тақозосидир. Республикамиз мустақиликка эришгач, Соғлиқни сақлаш тизимида ҳам жуда катта ўзгаришлар рўй бера бошлади. Соғлиқни сақлаш тизимининг эски модели асосан стационар хизматини кенгайтириш ва тараққий эттиришдан иборат бўлиб, касалхоналарда ўринлар сонини кўпайтириш асосий мақсадлардан эди. Бунда дастлабки тиббий санитария бўғинига қўшимча тармоқ сифатида қаралиб, ундан тўлалигича фойдаланилмаган, ҳар бир регионга хос бўлган шароитлар эса эътиборга олинмаган.

Қишлоқ врачлик пунктлари, поликлиника— амбулатория мақомини ўзгартириш, кундузги ва оилавий шифохоналар хизматини йўлга қўйиш, СКАЛ (махсус малакали амбулатория хизмати) ва шошилинч ёрдам марказлари ишини ривожлантириш республикадаги тиббий ислохотларнинг асосини ташкил қилади. Аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишни тубдан ўзгартириш, саломатликни тиклаш санитария-профилактика ишлар кўламини кенгайтириш, хориждаги мавжуд илғор тажрибаларни кенг ўрганиш даври келди. Ҳукуматимиз ана шу муҳим давр талабидан келиб чиққан ҳолда замоннинг юксак талабларига жавоб бера оладиган, кенг тафаккурга, чуқур билимга эга бўлган мутахассисларнинг янги авлодини тарбиялаб етиштиришни долзарб масалалардан бири деб ҳисобламоқда. Шу мақсадда Олий Мажлис томонидан қабул қилинган «Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури», «Таълим тўғрисидаги Қонун»лар фикримизнинг исботидир. Аҳоли соғлиғини сақлаш борасидаги муаммоларни ижобий ҳал этишда ҳамшира хизматини тубдан ўзгартириш заруратга айланмоқда. Соғлиқни сақлаш тизими учун тайёрланадиган кадрларнинг салоҳиятини яхшилаш мақсадида халқимизнинг ўзига хос демографияси, касаллик кўрсат-

кичлари, тарихий ва маънавий бойликларини назарда тутиш муҳим. Дунёдаги ривожланган мамлакатларнинг соғлиқни сақлаш тизими ҳамширалик иши вазифаларига аҳоли соғлиғини сақлаш, касалликларнинг олдини олиш, беморлар парвариши, аҳолига соғлом турмуш тарзи бўйича йўлланмалар бериш, уларнинг турли гуруҳлари билан алоҳида иш олиб бориш, ҳамшира ташхисини қўйиш ва ҳамширалик ишида қўлланиладиган ҳужжатлар юри-тиш ва бошқалар ки-ради.

Республика-мизда биринчи марта чоп этилаётган ушбу китоб касбга йўналтириш асосларини ўзи-да мужассамлаштириб, беморлар парваришининг назарий асосларини, замонавий муолажа ба-жариш техникаси қоидаларини, терапия, педиатрия, жарроҳлик, акушерлик ва геникология, паллиатив медицина, гериатрия ва оилавий медицинада ҳамширалик ишининг XXI асрдаги истиқ-болли муаммоларига бағишланди.

Дарслик асосан аъзолар тизими яъни нафас, ҳазм аъзолари, юрак ва қон томирлар, эндокрин, нерв, гепатолиенал ва бошқа аъзолар асосида тузилган.

Қайд этилган аъзолар касалликлари уч авлод: болалик, катта ёшдагилар ва кексалик даврини ўз ичига қамраб олган бўлиб, улар кўрғазмали ҳолда ёритилган. Бу китобнинг ўзига хослигини яна бир карра таъкидлайди. Дарсликда йўл қўйилган хато ва камчи-ликлар бўйича фикр ва мулоҳазаларни муаллифлар миннатдорчи-лик билан қабул қиладилар.

Муаллифлар.

КИРИШ

Ҳамширалик иши тушунчаси бу биринчи навбатда давлатнинг иқтисодий, (социал) ижтимоий ва географик жойлашуви билан боғлиқ мавжуд соғлиқни сақлаш тизими ва унинг ривожланиш даражасига нисбатан функционал мажбуриятлари аниқ белгиланган ҳамшираларининг, тиббиёт ходимлари ва жамоанинг ҳамширалик ишига муносабати ва инсон шахсий дунёқарашларининг йиғиндисидир. 1980 йилларда ЖССТ уюшмасининг экспертлари «Ҳамширалик иши» тушунчасига қуйидагича таъриф беришган: «Ҳамширалик иши бу инсонлар ўртасидаги муносабатнинг амалиётидир, тиббий ҳамшира эса, ҳар бир беморни индивидуал шахс сифатида ўрганиб, касаллик туфайли уларда юзага келган эҳтиёжларни аниқлай билиши лозим».

Афсонавий Флоренс Найтингейл 1859 йили ўзининг машҳур «Беморлар парвариши тўғрисидаги ёзувлар» китобида ҳамширалар ишини қуйидагича таърифлаган: «Ҳамширалик иши — беморни қуршаб турган муҳитни, унинг соғайиши йўлида қўллаш учун йўналтирилган ҳаракатдир».

Флоренс Найтингейл ўз фикрини давом эттириб шундай дейди: — Ҳамширанинг вазифаси беморга шундай шароит яратиб беришдан иборатки, бунда табиат ўзининг даволовчи қудратини намоён қилсин.

Врачнинг амалий фаолияти, даволаш иши, барча билим ва ҳаракатлари маълум бир беморнинг аниқ бир касаллигини даволашга қаратилган бўлади. Ҳамширалик иши касалликдан кўра кўпроқ бемор одамга ёки одамлар гуруҳига, яъни оилага, жамоага қаратилган бўлиб, инсонлар, уларнинг оилалари, умуман аҳоли соғлиғи билан боғлиқ бўлган муаммо ва эҳтиёжларни ҳал қилишга йўналтирилганлиги билан врачлик фаолиятидан фарқ қилади.

Ҳамширалик иши мустақил йўналишга эга бўлиб, даволаш иши билан бир қатордан жой олишга ҳақлидир. Бу эса ўз навбатида тиббиёт ҳамшираси вазифалар доирасини кенгайтиради, уни врач берган топшириқларининг оддий ижрочиси мавқеидан жуда юқори поғонага кўтаради.

бугунги кун ҳамширасига қуйидаги мажбуриятлар юклатилган:

1. Беморлар парвариши.

2. Касалликларнинг олдини олиш.

3. Соғлиқни сақлаш.

4. Беморларни оёққа турғазаш ва реабилитация масалалари.

Ҳамширанинг кучли ташкилотчи, менеджер, педагог ва психолог бўлиши замон талабидир. Замонавий ҳамшира мезонларига мос келиш учун ҳамшира саломатлик меъёрини ва беморлар парвариши асосларини билиб қолмасдан, балки беморларнинг руҳий ҳолатини ҳам баҳолай билиш зарур.

Ҳамшира касаллик симптоми ва синдромларини, касалликка олиб келувчи омилларни эмас, балки ҳар бир бемор учун алоҳида:

— индивидуал парваришнинг комплекс дастурини ишлаб чиқиши;

— албатта врач маслаҳатига асосланиши;

— ҳамширалик кузатувини ташкил этиши;

— беморга ижтимоий ва психологик ёрдам кўрсатишни ташкиллаштиришни режалаштириши лозим.

Бугунги кунда ҳамширалик ишининг асосий мақсадлари:

— Аҳолига ва даволаш-профилактика муассасалари раҳбарларига ҳамширалик ишининг ҳозирги даврда долзарблиги ва устувор йўналишга эга эканлигини тушунтириш;

— ҳамширанинг профессионал мажбуриятларини кенгайтириш йўли билан унинг имкониятларини ўстириш ва ундан унумли фойдаланиш, аҳолининг ҳамшира хизматига бўлган эҳтиёжларини тўла қондириш;

— юқори савияли тиббиёт ҳамшираларини, ҳамширалик иши менежерларини ҳамда ўрта ва олий маълумотли ҳамшираларни тайёрлаш учун ўқув жараёнини таъминлаш ва ўтказиш;

— тиббиёт ҳамшираларида ўзига хос фикр юритишни шакллантиришдан;

Ҳамширалик ишининг вазифалари эса:

— ходимлар билан ишлаш бўйича бошқарув ва ташкилотчилик ишларини кенгайтириш ва ривожлантириш;

— аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш жараёнида соғлиқни сақлаш ва бошқа ташкилотлар фаолиятини уйғунлаштириш;

— тиббиёт ходимларининг малака ва касбий маҳоратини ошириш бўйича ишлар олиб бориш;

— ҳамширалик иши бўйича янги технологияларни ишлаб чиқиш ва амалда татбиқ этиш;

— ҳамширалик иши бўйича маслаҳат ишларини амалга ошириш;

— ҳамшираларни замонавий тиббий ахборот билан таъминлаш;

— профилактика, санитария-тарғибот ишларини олиб бориш;

— ҳамширалик иши соҳаси бўйича илмий изланишлар олиб бориш;

— ҳамширалик ишини яхшилаш бўйича сифат мезонларини ишлаб чиқиш ва уни амалда қўллаш ва блардан иборат.

Ҳозирги даврда мамлакатимизда тиббиёт ҳамшираларини тайёрлаш ва уларни ихтисослаштириш борасида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йилда чиқарган Фармони асосида Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш бўйича Давлат дастури қабул қилинди. Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишнинг асосий вазифаларидан бири, аҳолини кафолатланган ва сифатли бирламчи тиббий-санитария ёрдами билан таъминлаш ҳамда аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини мустақамлаш ва такомиллаштиришдан иборатдир. Аҳолига биринчи тиббий-санитария ёрдами ва тез тиббий ёрдам кўрсатишни ислоҳ қилиш ўз навбатида ҳамширалик ишини такомиллаштиришда ҳам ўзгаришлар киритилишини тақозо этади.

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) — қуйидаги асосий вазифаларни бажаришни ўз ичига олади:

— саломатликни ҳимоя қилиш муаммолари ва уларни ҳал этиш йўллари тушунтириш;

— оқилона овқатланиш ва тоза ичимлик суви билан таъминлашга эришиш;

— оналик ва болаликни ҳимоя қилиш, оилани режалаштириш;

— эндемик касалликларнинг олдини олиш ва уларга қарши курашиш;

— асосий юқумли касалликларга қарши вакцинация қилиш;

— кенг тарқалган касалликларнинг олдини олиш, асосий зарур воситалар билан таъминлаш ва бошқалар.

Бу вазифаларни бажаришда тиббиёт ҳамширасига асосий ўрин ажратилган.

Ҳозирги пайтда Жаҳон ҳамширалик амалиётида 31 та дан ортиқ парвариш моделлари мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардан иборат: беморни аниқлаш, бемор муаммоларининг манбалари, ҳамширанинг ўрни, вазифаси, ҳамширалик аралашуви, унинг йўналишлари, кутилган натижа ва бошқалар. Юқорида айтиб ўтилган 31 та моделлар ичидан энг кўп тарқалгани эволюцион — мослашув (Канада ҳамширалик Ассоциацияси), қўшимча — тўлдирувчи (В. Хендерсон), бемор хулқ-атвори тизими (Джонсон), мослашув модели (К. Рай) ва ўзини-ўзи парвариш қилишдаги камчиликлар (Д. Орэм) моделлари шулар жумласидандир.

Ҳамширалик ишини янада ривожлантириш мақсадида 1997 йили Республикада биринчи ўрта тиббиёт ходимлари ва фармацевтлари Ассоциацияси тузилди ва Низоми тасдиқланди.

Ассоциациянинг асосий мақсади халқ саломатлигини муҳофаза қилиш борасида ўрта тиббиёт ходимларини бирлаштириб, тажриба алмашиш учун хорижий мамлакатларга юбориш, уларнинг тиббий билим ва малакаларини оширишга кўмаклашиш, тиббий амалиётни кенг кўламда йўлга қўйиш, ҳамширалик ишини ривожлантириш, тиббий таълим тизимини ислоҳ қилишга ҳисса қўшишдир.

Ассоциациянинг асосий вазифаларидан яна бири соғлиқни сақлаш соҳасида халқаро муносабатларни кенгайтириш, хусусий шаклда ёки жамоатчилик асосида тузилган ташкилотлар, давлат органлари, бирлашма ва корхоналар билан ҳамкорлик қилиш, тиббиётнинг турли йўналишларида илмий, маданий ва ижтимоий алоқалар ўрнатишдир.

Ўзбекистонда 1999 йил январ ойида ўрта тиббиёт ходимлари ва фармацевтлари Ассоциацияси қошида медицина ҳамшираларининг мувофиқлаштирилган уюшмаси ташкил этилди.

ҲАМШИРАЛИК ИШИ ТАРИХИ

ҚАДИМГИ ШАРҚ ВА ЎРТА ОСИЁ ТАБОБАТИ

Ўрта Осие халқларининг дастлабки ахлоқий ва маънавий дунё-қарашлари, умуминсоний, миллий маънавий қадриятларнинг пайдо бўлишида қадимий «Авесто» китоби асосий қомусий асар вазифасини ўтаган. Унда исломгача бўлган даврда инсонлар ёвуз руҳлардан — хасталиклардан халос бўлишда яхшиликнинг ғалабасига ишониш (даво топиш) ҳақидаги қарашлар: яъни тиббиёт соҳасидаги дастлабки фалсафий қарашлар ўз аксини топган.

«Авесто» нинг XVII қисмида соч ва тирноқларни олиш ҳақида кўрсатма берилган. Жумладан, олинган соч ва тирноқларни турар жойлардан 10, оловдан 20, 30 қадам узоққа кўмиб ташлаш тавсия қилинади. Бу тавсия ҳозирги кунда ҳам сақланиб қолган. Уларни билиш ва риоя этиш ҳар биримиз учун фойдалидир.

Қадимий китобда шунингдек, табиатнинг софлиги яъни экологиянинг бузилишига қарши курашиш зарурлиги ҳам таъкидланади. Ҳозирги кунда экологиянинг бузилиши натижасида қўплаб касалликларнинг юзага келиши бу фикрнинг тўғрилигини тасдиқламоқда.

Зардуштийлар таълимотида соғлом тан орқали соғ фикрга эга бўлиш мумкин деган ғоя илгари сурилади. «Ёвуз руҳларни (хасталиклар сабабини) енгиб, уларни бўлажак она вужудидан узоқлаштириш, боланинг соғ-саломат дунёга келишини таъминлаш мақсадида махсус доя аёллар зурриётларни ҳимоя қилувчи маъбудага сиғинганлар (Авестода Висё — уруғ, насл илоҳи). Ёш онанинг кўз ёришига етти кун қолганида сув бўйига (канал, қудуқ, дарё), ўчоқ бошига бориши, сигир соғиши, хамир қилиши таъқиқланади. Унинг рўзғор ишларига аралашиши мумкин эмас дейилган. Тугилган бола учун эса қирқ кун чилла сақлаганлар. Кўҳна даврлардан буён мавжуд бундай расм-русумлар авлодни вояга етказишда онани асраб-авайлаш, халқ, миллат, қолаверса-жамият учун муҳим аҳамиятга эгадир.

«Авесто» китобининг қутлуғ юбилеи арафасида Ўзбекистонда 2001 йилнинг — «Оналар ва болалар йили» деб эълон қилиниши ҳам ўзига хос бир рамзийликдир.

«Авесто» да касалликларни даволашда дори-дармонларга оид бир қанча маълумотлар ҳам қайд этилган. Аҳамиятлиси шундаки, китобдаги бир қатор тавсиялар асосида турли гиёҳлардан оғриқни қолдирувчи, юмшатувчи, вужудни мустаҳкамловчи, тетиклаштирувчи ва захарланишга қарши доривор воситалар тайёрланган. Зардуштийликнинг ушбу қадимий китоби бу борада бизга доимо маънавий озуқа оладиган манбалардан бири бўлиб қолади.

Шарқнинг машҳур табиби, қомусчи олим Абу Бакр Муҳаммад ибн Закириё ибн Яҳё Ар-Розий (865-925) табобат соҳасида ўз даврининг Жолинуси (Галени) саналган, фалсафа, риёзиёт, кимё соҳасида юксак муваффақиятларга эришган ва 30 ёшида Бағдод шаҳрида тиббиётни ўрганишга киришган. Ар-Розий бир қанча вақт мобайнида Рай — Бағдод шифохоналарини бошқарган. Унинг табобатга оид 36 та асари бизгача етиб келган. Розийнинг энг муҳим асарларидан «Тиббиётга оид билимлар мажмуаси», ўн жилддан иборат «Мансурга бағишланган тўплам» (Almonsorius), «Чечак ва қизамиқ ҳақидаги китоб»ларидир. Ар-Розий чечакка қарши эмлаш кераклиги ҳақида биринчи бўлиб фикр билдирган. У жарроҳликда биринчи бўлиб қўй ичагидан тайёрланган ип (кетгут) дан фойдаланган.

«Almonsorius» асарининг бир неча боби чақалоқ ва гўдак болаларни овқатлантириш ва уларни парваришlashга бағишланган. Ар-Розийнинг бу асари кейинчалик, оврупа ва бутун дунёда педиатриянинг тараққиётига асос бўлган.

Ар-Розий бошқарган шифохоналар ихтисослаштирилган бўлиб, уларда кўз, ичак касалликлари, жарроҳлик бўлимлари ташкил этилган ва тузилиши жиҳатидан ҳозирги клиник шифохоналарни эслатган.

Унинг кўп сонли тиббий асарлари орасида «Болалар касалликлари» китоби алоҳида эътиборга моликдир. Ар-Розий асарлари кўплаб оврупа халқлари тилларига таржима қилиниб, чоп этилган ҳамда асрлар давомида Букрот, Гален, Ибн Синонинг асарлари билан бир қаторда кўпгина дорилфунунларда дарслик сифатида қўлланиб келинмоқда.

Абу Али Ибн Сино (980-1037)йили Бухоро шаҳри яқинидаги Афшона қишлоғида амалдор оиласида туғилган. У Бухоро шаҳрида аввало қуръон ва адаб илмини олади. Ибн Сино 10 ёшга етмасдан барча дарсликларни тўлиқ ўзлаштиради. Арифметика, алгебра билан шуғулланади. Уйда Абу Абдуллоҳ ан-Нотимий раҳбарлигида мантиқ, геометрия, астрономия фанларини, хусусан табобатни севиб ўқийди. Ундаги туғма истеедод ва меҳнатсеварлик дарсларни осон ўзлаштиришга имкон берар эди. Тиб илмида у жуда камол топди. 17 ёшида Бухоро халқи орасида моҳир табиб сифатида танилди.

Сомонийлар давлатининг бошлиғи Нур ибн Мансур касал бўлиб қолади, сарой табиблари уни даволашга ожизлик қиладилар. Бухороликлар Ибн Синони саройга амирни даволашга таклиф қиладилар. Бемор тез фурсатда оёққа туради. Бунинг эвазига Ибн Сино сарой кутубхонасидан фойдаланиш имкониятига эга бўлади. Бу кутубхона Яқин Шарқдаги энг катта ва бой кутубхоналардан бири саналар эди.

Ибн Сино 1010 й. дан Хуросоннинг Гургон амирлигида хизмат қилади. Гургонда «Тиб қонунлари» асарининг 1-китобини ёзишга киришади. У қуланж (колит) касаллигига чалинади. Касаллик зўрайиб, уни тутқаноқ тутадиган бўлади, шу дарддан 1037 йили 57 ёшида Ҳамадонда вафот этади.

Ибн Синонинг «Тиб қонунлари» ҳақида:

Абу Али Ибн Сино 450 дан ортиқ қимматли асарлар яратган бўлиб, замонлар ўтиши билан фақат 242 та асари сақланиб қолган. Мана шу асарларнинг 43 таси табобатга оиддир. Ибн Синонинг тиббиётга оид энг йирик асари, умуман унинг ижодидаги шоҳ асар «Тиб қонунлари» дир.

Тиб қонунлари беш китобдан иборат:

Биринчи китоб — табобатнинг назарий асослари ҳамда амалий табобатнинг умумий масалалари ҳақида маълумот беради. Унда табобат илмининг таърифи, унинг вазифалари, хилт ва мижоз ҳақидаги таълимот баён қилинади. Кейин одам танасининг оддий аъзолари — суяк, тоғай, артерия, вена, пай, бойлам ва мушаклар ҳақида маълумот берилади.

Иккинчи китобда даво табобатида қўлланиладиган дори-дармонлар ҳақида зарурий маълумотлар баён қилинган.

Учинчи китоб — инсон танасининг бошидан товонигача бўлган аъзоларда юз берадиган «хусусий» ёки «маҳаллий» касалликлар ҳақида маълумотлар бериб, «хусусий патология ва терапия» га бағишланган.

Тўртинчи китобда киши аъзоларидан бирортасига айнан хос бўлмаган умумий касалликлар таърифланади.

Бешинчи китоб фармакопея бўлиб, унда мураккаб таркибли дори-дармонлар тайёрлаш ва улардан фойдаланиш усуллари баён қилинган. Ибн Синонинг тиб ҳақидаги «Уржуза» шеърый асари ҳам мавжуд.

Замонавий тиббиётнинг ривожланишига рус олими Н.И.Пирогов, швейцар ёзувчиси Анри Дюнан, англиялик Флоренс Нейтингейллар ҳам ўз ҳиссаларини қўшишган.

XIX аср ўрталарида Николай Иванович Пирогов (1810-1881) Русияда ҳамширалар уюшмасига асос солди. 1844 йилда Петербургда хайр-эҳсон ташкилотлари маблағи ҳисобига шафқат ҳамширалари уюшмаси тузилди. Бу уюшмага асосан бева аёллар аъзо

бўлганлар. Улар беморларни жанг майдонларида ва уйларида парвариш қилиш билан шуғулланганлар.

Крим уруши (1853-1856) йилларида 20 нафар шафқат ҳамшираси Н.И. Пирогов бошчилигида жанг майдонларида қахрамонлик кўрсатишди, ўз ҳаётларини аямасдан ярадорларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиб, уларни жанг майдонларидан олиб чиқдилар ва ўз касбларига садоқатли эканликларини намойиш этдилар.

XIX асрда Европа мамлакатларида ҳамширалик ишининг ривожланишида англиялик буюк инсон Флоренс Найтингейл (1820-1910) муҳим роль ўйнади.

Флоренс Найтингейл Флоренция (Италия)да аристократлар оиласида дунёга келиб, ўз даври аёллари орасида юқори билим ва савияга эга бўлган. У камбағалларга ва беморларга ёрдам бериш, уларнинг аҳволини енгиллаштириш чораларини излаган. Лекин у яшаган даврларда ночор аҳволда қолганларга, касалларга ёрдам бериш олий табақа хонадонига мансуб бўлган аёлларга муносиб иш эмас, деб ҳисобланган. Шунга қарамай Флоренс шахсий бахтини, азиз ота-оналарига бўлган юксак муҳаббатини касал ва ночор одамларга ёрдам бериш эътиқодига содиқ қолиш йўлида қурбон қилди. У 1851 йили Германияда пастор Ф.Флендернинг ҳамширалар уюшмасига кириб ўқиб, ҳамшира маълумотига эга бўлади ва ўқитувчилар касалхонасида ишлай бошлади. Лондондаги вабо касаллиги эпидемиясида касалхонада жасорат кўрсатади. Унинг номи эл назарига тушади. Унга қироллик касалхонасида ишлаш таклиф этилади. Уруш туфайли унинг режалари бузилади.

Уруш вақтида Англия армияси ҳарбий тиббий хизматнинг ёмон ташкил этилганлиги сабабли катта талофатлар кўради.

Бу пайтда ҳарбий Вазирликка волонтерлар (кўнгиллилар) отряди ишини ишониб топшириш учун тажрибали одам зарур эди. Бу одам Флоренс Найтингейл бўлиб чиқди.

У юрагида ўти бор кўнгилли 38 та аёллар билан ҳарбий госпиталга, Скутарияга (Туркия) боради. У ерда уларни чириб кетган ифлос бараклар, бит, сиркалар босган кўрпа-тўшаклар, ёқилғи, кийим-кечаклар, боғлов материаллари тақчиллиги кутарди. 2000 та яраланган солдатлар чириган тахталарда, вабо, ич терлама касалликлари билан касалланган беморлар билан аралаш ётардилар. Флоренс ва унинг сафдошлари бунга қарши иш бошлаб, санитария амалиётини татбиқ этдилар. Улар ўлим кўрсаткичини 42% дан 2% га туширдилар. Урушдаги хизматлари Флоренсни янада машҳур қилди. Она юртида улкан кема унинг номи билан аталди. Урушдан сўнг Флоренс ўз фаолиятини фаол давом эттирди, у энди ҳамширалик ишининг аҳамияти ва ҳамширалар тайёрлаш масаласи тўғрисида кўп мақолалар, китоблар ёзди. Бу китоблар катта

олқишларга сазовор бўлди. У 1880 йилда Лондонда авлиё Фома касалхонаси қошида ҳамшираларни синаш мактабини очди. Шунинг учун ҳам Буюк Британия аёллари орасида Флоренс Найтингейлнинг обрўси жуда ҳам баланд эди. Флоренс 90 ёшида вафот этди.

Ҳар йили 12-май Флоренс Найтингейл туғилган куни, унинг хотираси учун «Ҳамширалар куни» сифатида нишонланади. Дунёда кўпгина тиббиёт мактаблари унинг номи билан аталади.

Тиббий ҳамширалар тайёрлашда, Қизил Хоч ва Қизил ярим ой жамиятларининг ташкил топишида швейцариялик тадбиркор Анри Дюнаннинг ҳиссаси катта. У 1859 йилнинг июн ойида Шимолий Италияда уруш олиб бораётган Франция императори Наполеон III билан учрашиб, музокаралар олиб бориш учун сафарга отланади. Сафар давомида Анри Дюнан Франция ва Италия армиялари ўртасидаги қонли тўқнашувнинг гувоҳи бўлади ва жанг майдонида ҳалок бўлаётган минглаб жангчиларни, ярадорларни кўради. У кўрган-кечирганларидан шундай кўрқувга тушадики, ҳатто бу ерга нима учун келганини ҳам унутади. Анри Дюнан Кастильон қишлоғидаги ибодатхонани вақтинча ҳарбий госпиталга айлантириб, жангчиларга ёрдам кўрсата бошлади. Жанг майдонларида Дюнан билан биргаликда аёллар ҳам ўз кучларини аямай, руҳан тушмасдан ва жирканмасдан тиббий ҳамшира бўлиб ишладилар.

Дюнан Женевага қайтиб келгач, «Сальферино ҳақидаги хотиралар» китобини ёзади ва китоб кўйидаги икки жумла билан тугалланади:

— ҳар бир мамлакатда уруш вақтида ярадорларга ёрдам кўрсатиш бўйича кўнгиллилар гуруҳи тузилсин;

— биринчи ёрдам кўрсатиш бўйича гуруҳлар белгилаб, тиббий ҳимоя қилиш ҳақида давлатлараро келишувга эришилсин.

1863 йил Анри Дюнан Женеванинг бошқа яна тўрт фуқароси билан ярадорларга ёрдам кўрсатиш халқаро қўмитасини ташкил қилди. Бу қўмита кейинчалик Қизил Хоч халқаро қўмитасига айланди. Шу заминда биринчи миллий жамиятлар тузилди.

1864 йилда ўтказилган дипломатик конференция жанг майдонидаги ярадорларнинг аҳволини яхшилаш бўйича биринчи Женева Конвенциясини қабул қилди.

Ушбу Женева Конвенцияси бугунги кунда кўйидагиларни ҳимоя қилади:

— жанг майдонидаги ярадор ва касалларни;

— денгиздаги кема ҳалокатидан зарар кўрганлар, ярадорлар ва касалларни;

— ҳарбий асирларни;

— ҳарбий тўқнашувлар вақтида маҳаллий фуқароларни.

Бугунги кунда 150 та Қизил Хоч ва Қизил Ярм Ой миллий жамиятлари мавжуд. Уларнинг асосий вазифалари — донорлик,

касалликларнинг олдини олиш ва муҳтожларга ёрдам бериш, биринчи ёрдам кўрсатишдан ва блардан иборат.

1919 йилдан бошлаб уларнинг ҳаммаси Федерацияга бирлашди.

Ўзбекистонда Қизил Хоч ва Қизил ярим ой жамияти 1925 йилда ташкил этилди. Ҳозирги даврда Қизил Хоч ва Қизил ярим ой жамияти аҳолининг санитария маданиятини оширишга, уни Ватан санитария мудофаасига тайёрлашга, меҳнаткашларнинг меҳнат ва турмуш шароитларини соғломлаштиришга ёрдам беради. Бепул донорликни тарғиб қилади ва бу ишга аҳолини жалб этади.

ТИББИЁТ ҲАМШИРАЛАРИНИНГ ХАЛҚАРО КЕНГАШИ ВА УНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

1899 йилда Лондонда ўтказилган конференцияда англиялик ҳамшира Бедфорд Фенвик биринчи бўлиб халқаро ҳамширалар Кенгашини ташкил қилиш тўғрисида фикр билдирди. Бу фикр асосида ҳамширалар фаолиятини дунё миқёси даражасига етказиш ётарди. Шундай қилиб, бу конференцияда тиббиёт ҳамширалари халқаро ташкилотининг ташкилий қўмитаси тузилди ва унинг Низомини ишлаб чиқиш режалаштирилди. 1900 йилнинг июл ойида Лондонда, ҳамширалар халқаро ташкилотининг иккинчи йиғилишида унинг Низоми қабул қилинди. Бу Низом бугунги кунда ҳам фаолият кўрсатмоқда. Ташкилотнинг биринчи Президенти қилиб Бедфорд Фенвик сайланди. 1922 йилдан бошлаб ушбу ташкилот фаолиятини ёритувчи «бюллетень», 1929 йилдан «Ҳамшираларнинг халқаро шарҳи» ойномаси чоп этила бошлади. Ташкилот 1971 йилдан бошлаб 12-майни «Ҳамширалар куни» деб эълон қилди. Халқаро ҳамширалар Кенгашининг вазифалари: мустақил давлатлар ҳамдўстлиги давлатларида тиббиёт соҳасида олиб борилаётган ислохотлар, тиббиёт ходимларининг тажриба алмашиши, янги технологиялар бўйича ишлаш, тиббий таълим тизимини ислоҳ қилиш, юқори маънавият ҳамширалар тайёрлаш ва қайта ўқитишдан иборатдир.

ЖАҲОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАШКИЛОТИ

БМТ нинг 1945 йил феврал конференциясида ЖССТни тузиш тўғрисида қарор қабул қилинди.

1946 йил соғлиқни сақлаш бўйича Нью-Йоркда ўтказилган Халқаро конференцияда 51 мамлакат делегатлари ва Халқаро жамоат ташкилотлари вакиллари қатнашдилар ва унда ЖССТнинг Низоми ишлаб чиқилиб қабул қилинди. ЖССТ нинг муваққат комиссияси тузилиб, унинг таркибига 18 та давлат вакиллари киритилди.

1948 йил 7 апрелда 26 та мамлакат томонидан ЖССТнинг Низоми тасдиқланди. Шунинг учун ҳар йили 7 апрел Халқаро «Саломатлик куни» сифатида нишонланади.

ЖССТнинг олий устувори — Жаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеясини унга аъзо мамлакатлар сайлайди. Унинг сессияси йил сайин чақириб турилади. 1980 йилда ЖССТ га аъзо бўлган мамлакатлар сони 155 тага етди.

ЖССТнинг вазифаларига юқумли ва юқмайдиган касалликлар (сил, таносил ва паразитар касалликлар, юрак томир касалликлари, хавфли ўсмалар ва б)га қарши кураш, халқаро стандартлар белгилаш, дори моддаларининг сифати ва қўшимча таъсири ҳамда наркотик моддалар устидан назорат ўрнатиш, тиббиёт фанининг энг муҳим масалалари (токсикология, фармакология, атроф-муҳит гигиенаси ва б.) бўйича ҳамда соғлиқни сақлаш соҳасидаги тадқиқотларни координациялаш, уларни ўтказишга кўмаклашиш ва бошқалар кирази. ЖССТ халқаро карантин соҳасида қатор тадбирларни амалга оширади: чечак, ўлат, вабо билан касалланиш ҳоллари тўғрисида барча мамлакатларга ўз вақтида хабар беради. У журналлар, бюллетенлар, вақтли нашрлар чиқаради.

Ташкилот халқаро симпозиумлар, конференциялар чақириб туради. 1978 йилда Олмаота шаҳрида дастлабки тиббий-санитария ёрдамини уюштириш масалалари бўйича Халқаро конференция ўтказилиб, унда соғлиқни сақлаш тизимининг йўналишлари ва ютуқлари эътироф этилди.

1992 йилда Ўзбекистон Республикаси БМТига аъзо бўлди.

II б о б

ҲАМШИРАЛИК ИШИНИНГ НАЗАРИЙ АСОСЛАРИ

«ЛЕМОН» ДАСТУРИ — ҲАМШИРАЛИК ИШИ БЎЙИЧА БИЛИМ МАНБАИ

1988 йили Австриянинг Вена шаҳрида ЖССТнинг Европа регионал бюроси иштирокида «Ҳамширалик иши» бўйича I-Европа конференцияси бўлиб ўтди ва бунда «Лемон» дастурига асос солинди.

Leaning — Le — Лемон (Lemon)

Materiales — М

On — О

Nursing — N

М — ҳамширалик иши бўйича ўқув материаллари маъносини билдиради.

«Lemon» — ЖССТнинг тиббиёт ҳамширалари, доялар, фельдшерлар ва бошқа ўрта тиббиёт ходимларини «Ҳамширалик иши» бўйича ўқув материаллари билан таъминлаш борасидаги лойиҳасидир.

«Lemon» тўпламининг 1988 йили Вена шаҳрида «ҳамширалик иши» бўйича 1-Европа конференциясида қабул қилинган лойиҳаси ҳамшираларимиз билимидаги баъзи жузъий камчиликларни йўқотиш, уларнинг дунёқарашини кенгайтириш, ЖССТ ўртага ташлаган «Ҳамма соғлом бўлсин» шиорини амалга кенг тадбиқ этиш ишларига хизмат қилади. Дастур Вена конференциясида ҳамширалик иши соҳасида бошланғич тайёргарлик ўқув дастури бўйича айтилган барча тавсияларга асосланган ҳолда тайёрланган.

Ушбу дастур 12 бобдан иборат бўлиб, улар қуйидагилардан ташкил топган:

1. Ҳаёт, саломатлик ва атроф муҳит.
2. Ҳамширалик иши ва ижтимоий фанлар.
3. Мулоқот ва муносабатлар.
4. Ҳамширалик жараёни ва ҳужжатлар.
5. Соғлиқни мустаҳкамлаш ва тиббий санитар билимлар.
6. Физиология ва анатомия масалалари.
7. Ота ва онанинг соғлиғи.
8. Ҳамширанинг клиник амалиёти.
9. Касб этикаси ва ахлоқи масалалари.
10. Ҳамшира саломатлиги ва меҳнат хавфсизлиги.
11. Ҳамширалик ишидаги асосий ўзгаришлар.
12. Ўқув маълумотларига оид кўрсатмалар.

«Lemon» маълумот материалларини аниқ режа асосида, тартиб билан мунтазам равишда ўрганиб бориш лозим, айниқса ҳар бир бобнинг кириш қисмига мақсад ва вазифаларига эътибор қилиб, муҳокама этилса самарали натижага эришиш мумкин.

ҲАМШИРАЛИК СОҲАСИДАГИ АСОСИЙ ЎЗГАРИШЛАР

Лидерлик тушунчаси — ўз имкониятларини тўла ишга солиш йўли билан бошқаларга таъсир кўрсатиш ва уларни ҳам ўз имкониятларини тўлароқ бажаришларига даъват қилиш демакдир. Зарур ҳолатларда ҳамширанинг раҳбарлик вазифаси маълум мақсадни амалга оширишда бошқаларга таъсир кўрсата олишида намоён бўлади. Раҳбарнинг расмий ва норасмий турлари мавжуд бўлиб, расмий раҳбар — маъмурият томонидан тайинланади ва фаолият кўрсатади. Норасмий раҳбар — илғор шахс — маъмурият

томонидан тайинланмайди, лекин ўз имкониятининг кенглиги билан раҳбар бажараётган вазифаларни бажаришда ижобий намуна кўрсата олади.

Раҳбарликка номзод ҳамшира бир қатор имкониятларни ўзида мужассам қилган бўлиши яъни ходимлар билан яхши муносабатда бўлиши, зарур ҳолатларда муҳим қарорлар қабул қила олиши, ходимлар ўртасида ўзининг ақл-заковати билан обрў-эътибор қозониш каби фазилатларга эга бўлиши лозим.

Раҳбарлик услубларини илмий далиллар асосида қуйидагиларга ажратиш мумкин:

1. Яккахон раҳбар
2. Халқпарвар раҳбар
3. Раҳбар
4. Тазйиқни тўла бекор қилувчи сифатларга эга бўлган раҳбар.

Бошқариш ва раҳбарлик — бу тушунчалар бир-бирига ўхшаш бўлишига қарамай бир-биридан фарқланади.

Раҳбарлар ҳар хил масалаларни ҳал қилишда кўпчилик билан муносабатда бўлсалар, бошқарувчи фақат касби доирасидагилар билан чекланади. Тадбиркор ҳамшира у ва бу сифатларни ўзида мужассамлаштириши мумкин, аксарият ҳамширалар ўз хизмат доирасида раҳбарлик вазифаларини бажарадилар. Баъзи ҳамширалар онгли равишда бошқариш услубидан фойдаланадиган бўлса, бошқалари хатоларга йўл қўйиш, синаб кўришлар орқали эришадилар.

Иккинчи гуруҳни ташкил қилувчи раҳбар ўз иш фаолиятида ишчи муҳитни ҳосил қилиб, малакали ва малакасиз ходимларни ўз иш фаолиятини оширишга ва беморларни сифатли даволаш ва парваришга ундайдилар.

Бошқариш жараёнида тиббий санитария ёрдами соҳасида ҳамшираларнинг ўрни, фаолияти ўзгариб соғлиқни сақлаш тизимининг асосий бўлагига айланиб бормоқда. Шу жараёнда ўрта тиббиёт ходимлари бошқарувини қуйидаги йўналишда ифодалаш мумкин.

Ҳамширалик бошқаруви

Корпоратив

1. Соғлиқни стратегик жиҳатдан режалаштириш.
2. “Ҳамширалик иши”ни бошқариш.
3. Ташкилот ва муассасалар умумий бошқарувини назорат қилиш.

Касбий

1. Ҳамшира имконияти доирасида маслаҳат бериш.
2. Соғлиқни муҳофаза қилиш сиёсатини ишлаб чиқиш.
3. Маблағ билан таъминлаш.
4. Ҳамширалик жараёнини бошқариш.

6246

Ҳамширалик иши фалсафаси

Тиббиёт фалсафаси тушунчаси бу янгилик эмас. Қадим замонлардан маълумки, кўпгина тиббиёт намоёндалари фақат даволаш қобилиятига эга бўлибгина қолмасдан, мусиқа яратиш, асарлар ёзиш, астрономия, физика, математика фанларига қизиқиш билан бирга буюк файласуф ҳам бўлганлар. Масалан Абу Али ибн Сино ўз даврида «Шифо китоби» деб номланган фалсафий тиббиёт энциклопедиясини ёзган. Тиббий фалсафий қарашлар тўғрисида Платон, Сократ, Гиппократ, Абу Али ибн Сино, Гален ва Горацийлар фикр юритганлар.

Фалсафа деганда инсоннинг қандай фикрлаши, унинг эътиқоди ва ҳаёт тўғрисидаги тушунчалари тушунилади.

Фалсафа оламни алоҳида ва қисмлари ўзаро боғлиқ, бир бутун ҳолда ўрганадиган фандир. Шу нуқтаи назардан ҳар бир киши, ҳар бир бемор бутун бир олам. Соғ одам ёки бемор билан қанчалик кўп ва диққат билан суҳбатлашар экансиз уни қанчалик чуқур фикрли, чексиз билимли, ўзига хос хулқ-атвор ва феълга эга инсон эканлигига ишонч ҳосил қиласиз. Унинг жисмоний азоблари ва руҳий қийналишларини билиш эса сизни янада мураккаброқ муаммолар оламига олиб киради. Шундай экан, бемор билан узоқ вақт, касаллик даврининг асосий қисмида бирга бўлувчи ҳамшира фалсафий фикр юритувчи, масалага кенг ва чуқур ёндошувчи мутахассис бўлмоғи зарур.

Шундан хулоса қилиш мумкинки, ҳамширалик иши фалсафаси, бу ҳамширанинг ўз фаолиятига бўлган муносабати, ҳамширалик ишига олам бутунлиги нуқтаи назаридан қараши ва бунда ҳамширанинг ўрни тўғрисидаги дунёқарашни акс эттиришидир.

ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ

Америка ва Ғарбий Европа замонавий ҳамширалик иши моделининг асосий ва ажралмас тушунчаларидан бири — ҳамширалик жараёнидир.

Ҳамширалик жараёни бу ҳамшира амалиётида қўллайдиган ва илмий асосланган усул бўлиб, соғлиқни сақлаш амалиётида ҳамшира ўрнининг янги тушунчасини беради ва ундан нафақат техник томондан яхши тайёргарликни балки бемор парваришига ижодий ёндошиш, беморга алоҳида шахс сифатида муносабатда бўлишни талаб этади.

Ҳамширалик жараёни: **Биринчидан**, беморнинг парваришга бўлган эҳтиёжларини, **иккинчидан**, у беморнинг асосий эҳтиёжлари ва ундан кутилган натижаларнинг оқибатларини, **учинчидан**,

бемор эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган парвариш режасини аниқлайди. **Тўртинчидан**, ҳамширалик ишининг самарадорлиги, касбий маҳорати аниқланади. Энг асосийси, ҳамширалик жараёни ёрдам кўрсатишнинг сифатини назорат қилишни кафолатлайди.

Ҳамширалик жараёнининг афзаллик томонлари:

— ҳамшира парваришига тизимли ва шахсий ёндошишда бемор ва унинг оиласининг парваришни режалаштириш ва таъминлашда фаол қатнашиши таъминланади. Касб фаолияти мезонларини /стандарт/ кенг қўллашга имконият яратилади.

— беморнинг асосий муаммо ва эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган вақт ва воситалардан самарали фойдаланилади;

— тиббий ҳамширанинг ёрдами ва маҳорат сифати кафолатланади;

— ҳамширанинг тиббий хизматга оид касбий маҳорат, жавобгарлик ва ишончлилик даражаси намоён этилади;

— тиббий хизмат кўрсатишнинг хавфсизлиги таъминланади.

Ҳамширалик жараёнининг босқичлари:

Беморни текшириш, ҳолатини баҳолаш /эҳтиёж ва муаммоларни аниқлаш/, ҳамширанинг ёрдам режасини тузиш, режани амалга ошириш ва ўзгаришларни киритган ҳолда натижаларни баҳолаш (*1-схема*).

Текширув мақсади — беморнинг ёрдам сўраб мурожаат қилган вақтидаги соғлиги ҳақида, бир-бири билан боғланган ва асосланган ҳолда ахборот тўплашдан иборатдир. Текширув субъектив ва объектив бўлиши мумкин. Ахборот берувчи беморнинг ўзи бўлиб, у ўз соғлиги ҳақида сўзлаб бериши — субъектив ахборотдир. Ахборот берувчилар — беморнинг оила аъзолари, иш бўйича хизматдошлари, дўстлари, тасодифий йўловчилар бўлиши мумкин. Улар агар бемор бола, руҳий бемор ёки ҳушсиз ҳолда бўлса ахборот берадилар. Объектив ахборотга ҳамшира ўтказган текширувлар натижаси кириб, улар анамнез, (ижтимоий аҳволи, бемор яшаётган ва ишлаётган муҳитдаги ўзаро муносабатлар), маданий, маънавий аҳволи, /дини/, руҳий ҳолати /характери, шахсий хусусиятлари, ўзини баҳолаш, қарор қабул қилиш қобилияти/ ва физикавий текширувлар натижаларини аниқлашдан иборат. Ахборот йиғиш давомида тиббий ҳамшира бемор билан «даволаш» муносабатларини ўрнатади:

— бемор ва унинг қариндошлари даволаш муассасасидан нима кутаётганини аниқлайди;

— беморни даволаш босқичлари билан таништиради;

— беморни ўз аҳволини тўғри баҳолашга ўргатиб боради;

— қўшимча текширувни талаб этадиган ахборотни йиғади (юқумли бемор билан мулоқот, бошидан кечирган касалликлар ва операциялар);



— «бемор-оила», бемор ва оиласининг касалликка муносабатини аниқлайди. Ҳамширалик жараёнининг 1-босқичи натижаси бу ҳамширанинг бемор ҳақида тўпланган ахборотни унинг касаллик тарихига аниқ бир йўналишда ёзишидир. Ҳамширалик касаллик тарихи юридик баённома, яъни тиббиёт ҳамширасининг мустақил касбий ҳужжатидир. Ҳамширалик касаллик тарихининг мақсади ҳамшира фаолиятини назорат қилиш, шифокор буйруқлари ва ўзи тузган парвариш режасини амалга ошириш, ҳамширалик иши сифатини ва ҳамширалик маҳоратини таҳлил қилишдир.

Ҳамшира текширув натижаларини таҳлил қилишни бошлаши билан ҳамширалик жараёнининг 2-босқичи бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини қўйишга ўтади (2-схема).

Бу босқичнинг мақсади биринчидан, бемор организмнинг пайдо бўлиши мумкин бўлган муаммоларга жавоб реакциясини аниқлашдан иборат. Беморнинг муаммолари мавжуд ва пайдо бўлиши мумкин бўлган муаммолардан иборат бўлади.

Иккинчидан, ушбу муаммоларнинг келиб чиқишига сабаб бўлган омилларни аниқлаш лозим.

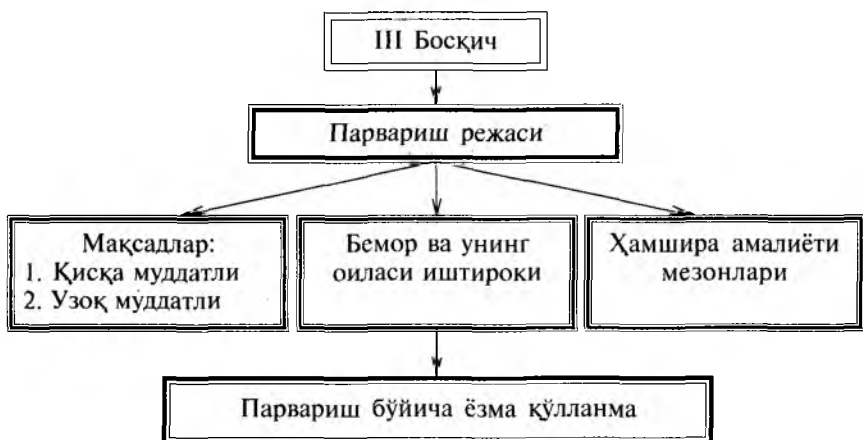


Учинчидан, беморнинг ушбу муаммоларини олдини олиш ёки ҳал қилиши мумкин бўлган кучли томонларини аниқлашдир. Беморнинг соғлиғи билан боғлиқ муаммолари бир нечта бўлиши мумкин ва ҳамшира уларнинг орасидан энг муҳимини аниқлай олиши лозим. Муҳимлиги бўйича муаммолар бирламчи, оралиқ ва иккиламчи бўлиши мумкин. Даволанмаса оғир оқибатларни келтириб чиқарувчи муаммолар бирламчидир. Оралиқ муаммолар бемор ҳаётига хавф солмайдиган эҳтиёжлардир. Иккиламчиси эса беморнинг касаллигига ҳеч қандай муносабати йўқ муаммолардир.

Иккинчи босқичнинг эндиги вазифаси ҳамширалик ташхисини ифодалашдан иборат. 1982 йили Карлсон, Крафт ва Макгюрелар ҳамширалик иши дарслигида ҳамширалик ташхисига қуйидагича таъриф берадилар: «Ҳамшира ташхиси ҳамшира текширувлари натижасида аниқланган ва унинг аралашувини талаб этадиган бемор соғлиғи ҳолатидир». Тиббиёт ҳамшираси касалликни эмас, балки беморнинг ўз касаллиги ва ҳолатига бўлган ўзгаришини аниқлайди.

Ҳамшира текширув, ташхис қўйиш ва беморнинг бирламчи муаммоларини аниқлагандан сўнг, парвариш мақсади, кутилаётган натижалар ва унинг мудратини белгилаб, ҳамширалик жараёнининг 3-босқичига— ҳамширалик ёрдамини режалаштиришга ўтади (3-схема).

Парвариш режаси ҳамширалик ишини амалга оширади, унинг кетма-кетлигини ва бошқа мутахассислар билан алоқасини таъминлайди. Парваришнинг ёзма режаси малакасииз парвариш хавфини камайтиради. Бу ҳамширалик ёрдамнинг сифатини аниқ-



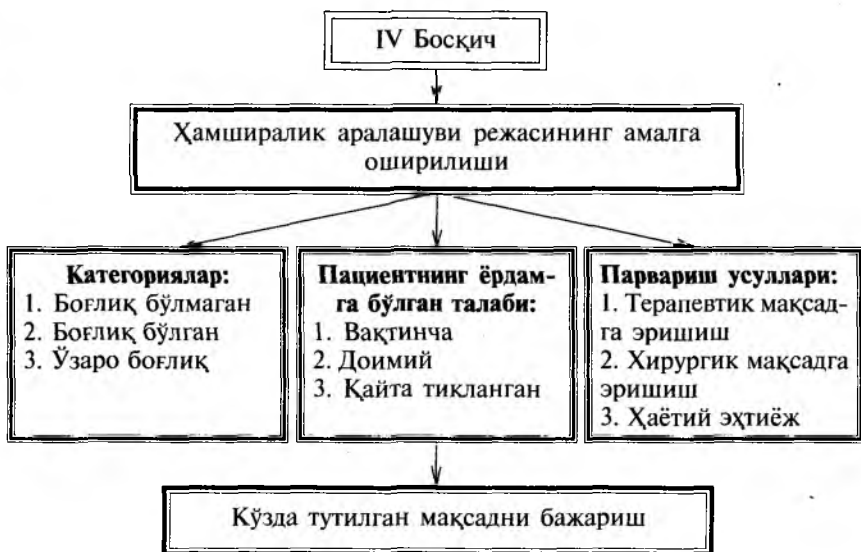
ловчи юридик хужжат бўлиб қолмай, ҳамшира парваришини таъминлашга зарур бўлган материаллар ва жиҳозлар учун кетган иқтисодий сарф-харажатларни кўрсатувчи ҳужжат ҳамдир. Режалаштирилган парвариш бемор ва унинг oilasi иштирокининг зарурлигини назарда тутати ва ундан кутиладиган натижалар мезонини ўз ичига олади. Парвариш қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: мақсад ва вазифаларга эриша оладиган, ҳар бир вазифани бажариш учун аниқ режа белгиланган бўлиши зарур. Мақсадни аниқлаш, уларни амалга оширишда бемор, унинг oila аъзолари ва бошқа мутахассислар иштирок этадилар. Ҳар бир мақсад ва кутиладиган натижани баҳолаш учун вақт ажратилади. Мақсадлар қисқа ва узоқ муддатли бўлиши мумкин. Қисқа муддатли мақсадлар бу қисқа вақт ичида, 1—2 ҳафта давомида амалга оширилади. Улар касалликнинг ўткир босқичида аниқланади ва шошилиш ҳамширалик парвариши режасига муҳтож бўлади. Узоқ муддатли мақсадлар икки ҳафтадан кўпроқ вақт ичида амалга оширилади. Улар касалликнинг қайталанишини, асоратларнинг олдини олишни, соғлиқни тиклаш ва ижтимоий мослашувга қаратилган бўлади. Бу мақсадларни амалга ошириш кўпинча беморнинг касалхонадан чиқиш вақтига тўғри келади.

Мақсадларни аниқлаш ва амалга оширишда ҳаракат, мезон ва шароитни ҳисобга олиш муҳим.

Тиббиёт ҳамшираси парвариш мақсади ва вазифаларини аниқлаб олгач, бемор парвариши бўйича ёзма қўлланма тузади. Беморнинг парвариш режаси ҳамшира амалга оширадиган вазифаларни ўз ичига олиб, улар касаллик тарихига ёзиб борилади.

Ҳамширалик жараёнига яқун ясаган ҳолда, ҳамшира қуйидаги саволларга жавоб бера олиши керак:

— парваришнинг мақсади қандай?



— мен парвариш қилаётган бемор шахс сифатида ким? Беморнинг атрофидагилар, уларнинг касалликка муносабатлари, ёрдам бериш имкониятлари, тиббиётга ва беморга, даволаш муассасасига муносабатлари қандай?

— бемор парваришидаги мақсадларни амалга оширишда ҳамширанинг вазифалари қандай?

— мақсад ва вазифаларни амалга оширишдаги йўналишлар, усуллар қандай?

— оқибатлари қандай бўлиши мумкин?

Ҳамшира бемор парвариши бўйича режа тузгач, уни амалга оширишга киришади. Бу ҳамширалик жараёнининг тўртинчи босқичи — ҳамшира ҳаракатлари режасини амалга оширишдир. Унинг мақсади беморни парваришlash, унинг ҳаётий эҳтиёжларини қондиришда ёрдам бериш, ўргатиш ва маслаҳат беришдан иборатдир (4-схема).

Кўйилган мақсадларни бажариш

Ҳамшира ҳаракатларини амалга оширишнинг 3 та асосий тури мавжуд: мустақил, тобе ва ўзаро боғлиқ. Ҳаракат турлари бемор эҳтиёжлари асосида аниқланади.

Мустақил ҳамшира ҳаракати шифокор ёки бошқа мутахасис талабисиз, ўзининг фикрига асосланган ҳолда амалга оширилади. Масалан: беморни ўз-ўзига хизмат қилишга ўргатиш, унга соғлиғи бўйича маслаҳатлар бериш ва ҳоказолар.

Тобе ҳамшира ҳаракати шифокорнинг ёзма буйруғи ва унинг назорати остида амалга оширилади. Бу ерда ҳамшира — бажарувчи ролида бўлиб, бажараётган иши учун масъулдир. Масалан: беморни ташхис, текширувларга тайёрлаш, инъекцияларни амалга ошириш ва бошқалар.

Ҳозирги замон талабларига кўра ҳамшира шифокорнинг буйруқларини кўр-кўрона бажармаслиги, яъни тиббий ёрдамни кафолатлаш мақсадида беморга у ёки бу муолажа лозим ёки лозим эмаслиги, дори миқдори тўғри танланганлиги, ушбу муолажага монеликлар бор-йўқлигини аниқлай олиши лозим. Керакли муолажани тўғри ёки нотўғри бажарган ҳамшира шу муолажани белгиланган шахс билан баробар жавобгар ҳисобланади.

Ўзаро боғлиқ бўлган ҳаракат тиббиёт ҳамширасининг шифокор ва бошқа мутахассислар (физиотерапевт, ЛФК ҳамшираси) билан биргаликдаги фаолиятини билдиради.

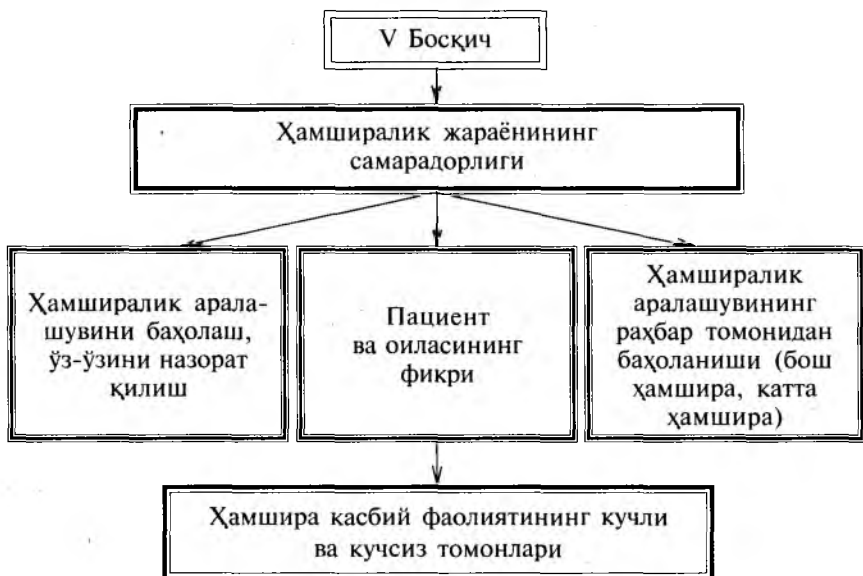
Тиббий ҳамшира бир неча усулларни: кундалик ҳаётий эҳтиёжлар билан боғлиқ ёрдам, терапевтик ва хирургик мақсадларга эришиш бўйича парваришни қўллаган ҳолда белгиланган режани амалга оширади.

Беморнинг ёрдамга бўлган эҳтиёжи вақтинчалик, доимий ва реабилитацион тикловчи бўлиши мумкин. Вақтинчалик парвариш қисқа вақтга мўлжалланади. Ўз-ўзига хизмат қилиш имконияти бўлмаган беморга ёрдам доимий бўлади, м: қўл ёки оёқ ампутацияси, умуртқа поғонасининг асоратли жараҳати ва блар. Тикловчи ёрдам узоқ муддатли жараён бўлиб, унга массаж, нафас гимнастикаси, ЛФК мисол бўла олади.

Беморлар парвариши бўйича ўтказиладиган тадбирларни амалга ошириш усуллари орасида ҳамширанинг беморга маслаҳати катта ўрин тутаети. Маслаҳат — ҳиссий интеллектуал руҳий ёрдамдир. Ҳамширалик жараёнининг 4-босқичи 2 та стратегик йўналишда амалга оширилади:

— беморнинг шифокор буйруқларига ўзгаришини кузатиб, назорат қилиб, уни касаллик тарихига қайд қилиш;

— беморга ҳамшира ташхиси қўйилгач, ҳамширалик парвариш режасини тузиш, ундаги ўзгаришларни кузатиб назорат қилиб, касаллик тарихига қайд қилиш. Бу босқичда бемор аҳволидаги ўзгаришни назорат қилиб, режага ўзгартиш киритилади. Жараённинг якуний босқичи — ҳамширалик жараёнининг самарадорлигини баҳолаш. Унинг мақсади ҳамшира парваришига бемордаги ўзгаришларни, кўрсатилган ёрдам сифати, олинган натижаларни баҳолаш ва якун чиқаришдир. Парваришнинг сифати ва самарадорлигини баҳолаш катта ҳамшира томонидан амалга оширилади, ҳамширанинг ўзи томонидан эса ҳар бир навбатчиликнинг боши ва охири ўз-ўзини назорат қилиш сифатида ўтказилади (5-схема).



Тизимли баҳолаш жараёни ҳамширадан эришилган натижаларни кутилганлари билан таққослаб, таҳлил қилиш қобилиятига эга бўлишни талаб қилади. Бу босқичда беморнинг ҳамшира томонидан ўтказилган тадбирлар тўғрисидаги фикри катта аҳамиятга эгадир. Бутун ҳамширалик жараёнини баҳолаш бемор касалхонадан тузалиб чиққанида, бошқа даврлаш муассасасига юборилганида, вафот этганида ёки узоқ вақт касалхонада ётганида ўтказилади. Лозим бўлганда ҳамшира тадбирлари режаси қайта кўриб чиқилади, тўхтатилади ёки ўзгартишлар киритилади. Белгиланган мақсадларга эришилмаса, баҳолаш уларга эришишга халақит бераётган омилларни аниқлашга имкон беради. Агар ҳамширалик жараёни натижаси муваффақиятсизликка учраса, хатони топиш ва ҳамширалик аралашуви режасини ўзгартириш учун у қайтадан бошланади.

Шундай қилиб, ҳамширалик аралашуви натижаларни баҳолаш ва ўзининг касбий фаолиятидаги кучли, заиф томонларини аниқлашга ёрдам беради.

Ҳамшира ходимлари

Ҳамширалик ишининг асосий бурчи беморга тез тиббий ёрдам кўрсатишда мустақил бўлишидир. Бунда унга тиббий ёрдам бригадасининг барча аъзолари — шифокорлар, ҳамширалар, кичик тиббий ходимлар, лаборантлар ёрдам берадилар. Ҳозирги кунгача

беморлар парвариши ҳамширалик иши жараёнининг диққат марказида турарди. Бу беморнинг клиник, жисмоний ва руҳий эҳтиёжларига жавоб бериб, унинг ҳуқуқларини ҳимоя қилади. Беморни даволаш давомида унинг мустақил бўлишида тиббиёт ҳамширасининг меҳнатсевар, саранжом-саришта, тартибли, меҳр-шафқатли, ижодий фикрлаш қобилияти ва пухта билимга эга бўлиши каби фазилатлари асосий ўрин тутари. У бу ерда ҳам бажарувчи, ҳам ташкилотчи сифатида муҳим ўринни эгаллайди.

Тиббий муассасаларда беморни даволашни ташкил қилиш ва таъминлашда асосий ролни катта ҳамширалар ўйнайдилар. Улар бир вақтнинг ўзида лидер, раҳбар вазифасида бўладилар. Беморга кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг сифати ва даражаси ҳамшира — раҳбарнинг ишига боғлиқ бўлади.

Жамиятдаги ва соғлиқни сақлаш тизимидаги ўзгаришлар билан боғлиқ ҳолда ҳамширанинг раҳбар, педагог, тарбиячи бўлишига тўғри келади.

Даволаш муассасаларида ҳамшира фаолиятининг самараси қабул қилинган қарорнинг тўғри ёки нотўғрилигига, беморнинг тузалиш жараёнига қараб белгиланади.

Ҳамшира қайси шароитда, ким бўлишидан, қатъий назар доимо мустақил қарор қабул қила олиши керак.

ПРОФИЛАКТИК МЕДИЦИНА

Тиббиётнинг асосий вазифаси инсон соғлиғини сақлаш ва йўқотган соғлиғини тиклашдан иборат. Соғлиқни сақлаш соҳасида ҳар бир инсоннинг ўз «маслаҳатчиси» бўлиши, бу албатта — билимли, соғлом турмуш тарзига риоя қиладиган, илмий жиҳатдан асосланган ҳаёт меъёрларини тарғиб қиладиган тиббиёт мутахассиси бўлиши лозим.

Саломатлик ҳақида тушунча

Охириги ўн йил ичида инсонлар соғлиғини сақлаш масаласи илмий асосда ечила бошланди. Натижада икки атама — саналогия ва валеология атамалари пайдо бўлди.

Саналогия — касалликлар, шикастланиш ва бошқа патологик ҳолатлар натижасида бузилган фаолиятни тиклаш жараёнини ўрганади.

Валеология — саломатлик ҳақидаги таълимот бўлиб (атамани 1980-йил И. Н. Брехман тавсия қилган), соғлиқни сақлаш, мустаҳкамлаш, инсон ҳаётини узайтириш ва меҳнат қобилиятини сақ-

лаш йўллари ни ўрганadi. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилувчи олий маълумотли ҳамшира саломатлик, шахсий ва жамият саломатлиги тўғрисида аниқ тушунчага эга бўлиши лозим.

ЖССТи саломатликка қуйидагича таъриф беради: «Саломатлик-касалик ёки жисмоний нуқсоннинг йўқлиги эмас, балки инсоннинг жисмоний, руҳий, ижтимоий жиҳатдан осойишталик ҳолатидир».

«Соғлом бўлиш яхши, касалик эса ёмон» эканлиги тўғрисида ҳамма аниқ тасаввурга эга. Касалик маъносига қараганда, саломатлик маъносини тушунтириш қийинроқ. Шунга қарамасдан саломатликни баҳолаш муаммоси амалиёт учун муҳимдир.

Жамият жисмоний саломатлигининг асосий кўрсаткичларидан бири — бу узоқ умр кўришидир.

Тиббиёт ходимларининг вазифаси нафақат инсон саломатлигини сақлаш ёки тиклаш яъни узоқ умр кўришга эришиш, балки фаол узоқ умр кўришга эришишдир. Инсоннинг соғлиғи, унинг субъектив кўрсаткичлари яъни шикоятларининг йўқлиги ва объектив кўрсаткичлари унинг юқори меҳнат қобилиятини сақлаши билан белгиланади.

Тиббиёт ходимлари саломатликни тўлиқ ва сифатли баҳолаш учун тиббиёт амалиётида «соғлом» ва «деярли соғлом» тушунчаларини кўп қўллайдилар. Одамни тўлиқ текширишда бирор касалик ҳолати ёки аъзолар тузилишида авж олувчи ўзгаришлар бўлмаса «деярли соғлом» тушунчаси қўлланади. Шунини айтиш лозимки «деярли соғлом» одамлар сайёрамиз аҳолисининг асосий қисмини ташкил қиладилар. Булар сурункали касаликлар билан оғриб, соғайиб кетган, гўёки шикастланиш натижасида соғлиғига жиддий нуқсон етмаган ҳар хил ёшдаги одамлардир.

Кундалик ҳаётда ва клиник амалиётда «меъёр» деган ибора ҳам жуда кўп ишлатилади. Бузилган фаолиятнинг дастлабки ҳолатига қайтиши тўғрисида гап кетганда тиббиёт ходимлари «кўрсаткичлар меъёрлашди» деган иборани ишлатадилар.

Замонавий текширишга асосланган мослашув назарияси бўйича организмнинг қуйидаги ҳолатлари ажратилади:

- қониқарли мослашув ҳолати;
- фаол таранглик ҳолати;
- қониқарсиз мослашув ҳолати;
- мослашувнинг бузилиши.

Бу ҳолатлар саломатликдан касаликка ўтишда ўткинчи давр ҳисобланади. Бу ҳолатларга ташхис қўйиш учун мураккаб нейрофизиологик, биохимик, гематологик ва бошқа текширувлар ўтказилади, бу текширувлар махсус лабораториялар ва фаолиятни ташхислаш хоналарида амалга оширилади.

«Нозологик ҳолатларгача» ташхис қўйишда субъектив (сўраб-суриштириш) ва объектив маълумотлардан фойдаланилади. Саломатликни таъминлашда организм физиологик тузилишининг функционал имкониятлари жуда катта.

Демак, саломатликни баҳолашда нафақат тинч ҳолатда, балки фаол зўриқишда, яъни фаол синамалар ўтказиш жараёнида ҳам ташхис қўйиш лозим.

Тиббиёт ҳамшираси жамият аъзолари саломатлигини сақлашда, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилишда «жамият саломатлиги» тушунчаларидан фойдаланиши зарур.

«Жамият саломатлигини» баҳолашнинг ўрганишда тиббиёт ходимлари социал, табиий ва биологик омилларни инобатга олиши лозим. Тиббиёт ҳамшираси аҳоли саломатлигини таъминлаш борасидаги профилактик ишларни олиб боришда уч гуруҳ кўрсаткичлардан фойдаланади:

- демографик кўрсаткичлар;
- аҳолининг жисмоний ривожланганлик кўрсаткичлари;
- касалланиш, шикастланиш, ногиронлик кўрсаткичлари.

Тиббиёт ҳамшираси аҳоли орасида профилактика ишларини олиб боришда уларга саломатлик мезони ва йўналишини тушунтириши лозим. Чунки бутун халқ саломатлигининг мезони ва йўналишини ишлаб чиқиш бу гоят катта, қийин ва маъсулиятли вазифадир.

Инсон саломатлигини таъминлашда нафақат тиббиёт ходимлари, балки илм-фаннинг бошқа тармоқлари, ишлаб чиқариш орқали ҳукумат ҳам иштирок этиши лозим. Қўйилган мақсадга бирламчи профилактик тадбирлар орқали эришилади.

Мақсадга эришиш учун қуйидагилар:

1. Инсон онги (болалиқдан ўз соғлиғига нисбатан тўғри тарбиялаш).
2. Меҳнат ва дам олиш тартибини тўғри йўлга қўйиш.
3. Ҳаракат (бадан тарбия, спорт, чиниқиш).
4. Рационал овқатланишлар эътиборга олинади.

Соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва касалликларнинг олдини олиш

Саломатликнинг диалектик маъноси инсоннинг турмуш тарзига боғлиқдир. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилаётган тиббиёт ҳамшираси унинг таърифини ҳам яхши билиши лозим.

Тартибли турмуш кечириш, соғлиқни мустаҳкамлашга йўналтирилган фаол ҳаёт соғлом турмуш тарзининг таркибий қисмидир.

Профилактик тадбирлар инсон саломатлигига таъсир қилувчи турмуш тарзининг замини ҳисобланади, уни ташкил қилиш ҳукуматимиз ижтимоий сиёсатининг муҳим, асосий вазифасидир.

Эпидемиологик, социал-гигиеник ва бошқа замонавий тушунчалар ёрдамида шароит ва турмуш тарзининг инсон соғлиғига бевосита таъсирини исботловчи ҳақиқатлар аниқланган.

Гигиена, таобат, экология соҳасидаги билимсизлик, кун тартибига риоя қилмаслик, тўғри овқатланмаслик, меҳнат ва дам олишни тўғри йўлга қўймаслик, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, чекиш, камҳаракатлик, руҳий-эмоционал зўриқишлар, буларнинг ҳаммаси инсон саломатлиғига таъсир кўрсатиб, бир томондан касалликлар сабаби, иккинчи томондан соғлиқнинг бузилиш омиллари ҳисобланади. Тиббиёт ҳамшираси аҳоли ўртасида олиб бориладиган соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлаш тўғрисидаги тарғибот ишларида бу сабабларнинг, инсон соғлиғига таъсирини тўхталиб ўтиши лозим.

Соғлом турмуш тарзи меъёрларига риоя қилиш ва уни ташкил қилишда катта қийинчиликлар юзага келади, аҳоли саломатлигини сақлаш ва яхшилашда бу нафақат амалий, балки назарий аҳамиятга эгадир. Соғлом турмуш тарзини ташкил қилиш умумхалқ иши бўлиб, бунга риоя қилишда соғлиқни сақлаш ходимлари намуна бўлишлари лозим.

Касалликларнинг олдини олиш соғлом турмуш тарзининг асоси эканлигини тиббиёт ҳамшираси яхши тушунмоғи ва маориф ишларини шу йўналишда олиб бориши лозим.

Соғлом турмуш тарзи жамият ривожланишининг ҳозирги босқичида инсон ҳаёти учун зарур бўлиб, мамлакатда ўтказилаётган катта ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар кафолати ҳисобланади.

Соғлом турмуш тарзи инсоннинг ҳар томонлама етук ривожланишида маълум даражада таъсир кўрсатади.

Тарихда ҳар бир халқнинг ўз ёзилмаган саломатлик қонунлари мавжуд бўлиб, унда ахлоқ-одоб, муомала, меҳнат, дам олиш, овқатланиш маданияти ва бошқалар мужассамланган. Бу қонунлар асрлар давомидаги кузатувлар ва тарихий тажрибалар натижасида пайдо бўлган ва шаклланган.

Мамлакатнинг келажаги ҳар томонлама соғлом, жисмоний жиҳатдан кучли бўлган ёшларгина ўзларига юклатилган вазифани бажара оладилар.

Шу сабабли, тиббиёт ходимлари ёшлар орасида соғлом турмуш тарзининг шаклланишига кўпроқ эътибор беришлари лозим.

Сўнгги йилларда айрим касалликлар «ёшармоқда», масалан юрак-қон томир касалликлари асосан ёши катта одамларда учраётгани эди, ҳозирда ёшлар орасида ҳам жуда кенг тарқалган. Тиббиёт ҳамшираси ўз санитария-маориф тадбирларида касалликларнинг ривожланиш заминида инсон турмуш тарзи билан боғлиқ омилларни инобатга олиши лозим.

Саломатликнинг асосий омиллари

Ҳар бир инсон ота-она томонидан насл-насаб шажарасини яхши билиши, уларнинг соғлиги, касалликларга мойиллиги, турмуш тарзини ва ижтимоий келиб чиқишини яхши билиши керак. Янги оиланинг шаклланишида ушбу сабаблар айниқса муҳимдир. Ўтмишда ҳали генетика фани бўлмаганда келин-куёвнинг насл-насаб шажараси — уч, беш авлоди муҳокома қилинган. Ҳозирги вақтда ушбу вазифани генетик хизмат маслаҳатхоналари бажардилар. Сизнинг саломатлигингиз ва узоқ умр кўришингиз ота-онангизга боғлиқдир! Фақат табиий овқат маҳсулотлари билан овқатланиш инсон соғлигини сақлашда муҳим ўрин тутди.

Физиологик овқатланишнинг илмий текширишлар натижасида ишлаб чиқилган асосий қоидалари рационал овқатланишга асосланган бўлиб, улар қуйидагилардан иборат:

— кунлик овқат рационининг калорияси суткалик ишлатилган энергияни қоплаши лозим;

— инсонга керакли овқат калорияси унинг ҳолати, жинси, ёши, касбига боғлиқдир;

— овқат рационидида албатта витаминлар, минерал тузлар, сув бўлиши керак;

— овқат рационининг 1/3 қисми ҳайвон, 2/3 қисмини ўсимлик маҳсулотлари ташкил қилиши керак;

— овқат маҳсулотлари таркибида балласт моддалар бўлиши лозим;

— таомларнинг ташқи кўриниши, ҳиди, мазаси «иштаҳали», меъда ширасини ишлаб чиқишга таъсир этиши лозим;

— овқатланиш тартибини тўғри ташкил этиш, овқатланиш вақти унинг кун давомидаги миқдори I, II касб гуруҳлари учун уч маротаба, III, V касб гуруҳлари учун тўрт маротаба бўлиши лозим;

— калория бўйича овқатни тўғри тақсимлаш: биринчи нонушта- 25%, иккинчи нонушта 15%, тушлик 45%, кечки овқат 15%ни ташкил қилиш лозим;

— оқсил маҳсулотлари (гўшт, балиқ, дукакдилар)ни асосан куннинг биринчи ярмида, сутли, ўсимликлардан тайёрланган овқатларни куннинг иккинчи ярмида истеъмол қилиш лозим;

— калорияни ҳисоблаганда овқатнинг ўзлаштирилиш фоизи ни инобатга олиш лозим (ўсимлик маҳсулотлари — 80% гача, ҳайвон маҳсулотлари — 90-96 % гача);

— тушлик уч қисмдан иборат: кўкатлар, 1- ва 2-иссиқ таом, 3-ширинликлар;

— қора нон истеъмол қилиш;

— овқат ҳазм бўлишини яхшилаш учун овқатланиш вақтида осойишталик бўлиши лозим;

— ўта тўйиб овқатланиш мумкин эмас, чунки тўқлик ҳисси овқатланиб бўлгандан 15-20 минут ўтгач пайдо бўлади.

Шахсий гигиена омиллари. Тананинг табиий ўсишининг пойафзал, кийим танлашга боғлиқлиги аввалдан маълум. Аммо ҳозирда кийимлар, пойафзаллар, безаклар, парвариш буюмлари таркибида соғлиққа зарар етказадиган синтетик толалар мавжуд.

Ички аъзоларнинг соғлом бўлиши саломатлик гаровидир. Бунда нафас олиш гимнастикаси, профилактик жиҳатдан гипоксия ва гипертонияга қарши машғулотлар билан шуғулланиш соғлиқни сақлашда муҳим роль ўйнайди.

Манфаатлар, касбнинг қобилиятга боғлиқлиги психологик ва валеологик занжирнинг кейинги бўғини бўлиб, у инсоннинг ҳаётда ўз ўрнини топиши демакдир.

Ўзини мувофиқ баҳолашга асосланган ушбу омилларнинг мажмуи гигиенанинг асосий таркибий қисмига киради.

Жамият, жамоа, оилага бўлган муносабат /ижтимоий экология/

Инсон табиати биологик ва ижтимоий омиллар билан бевосита боғлиқ бўлиб, у нафақат биологик, балки ижтимоий ривожланиш маҳсулидир. Унинг жамиятдан ташқарида шаклланиши, яшаши мумкин эмас ва инсон доимо мулоқотда бўлиши лозим! Инсон учун энг катта жазо бу жамиятдан ажралишдир (турма, ёлғизлик, ҳайдалиш). Ҳайдалиш, жамиятга кераксиз бўлиш бу нохуш туйғудир. Жамиятнинг асосини оила ташкил қилади. Оила унинг аъзолари соғлиғини таъминлаб турувчи энг кучли, бақувват омилдир.

Оила — бу инсоннинг ижтимоий экологиясидир. Ҳар бир оила ўзига хос белгилари билан ажралиб туради, аммо ҳамма оилалар учун ҳаёт қонун-қоидалари бир хил. Бир-бирини тушунадиган, яхши муносабат, тинч-тотувлик ҳукм сурадиган оила — соғлом оила демакдир.

Инсон кўп вақтини жамиятда ўтказди. Уларнинг кайфияти, ўзини қандай ҳис қилиши одамларнинг бир-бирига бўлган муносабатига боғлиқ.

Ҳаракат ва саломатлик

Ҳаракат — бу ҳар хил ёшдаги одамлар учун физиологик жараён бўлиб, у организмнинг ўсиши ва ривожланишида муҳим рол ўйнайди. Ҳаракат организмдаги барча аъзо ва тизимлар фаолиятига катта таъсир кўрсатади. Ҳаракат соғлом турмуш тарзининг

таркибий қисми бўлиб, нафақат социал, балки биологик табиатга ҳам эгадир.

Таянч-ҳаракат тизими ва ички аъзолар мушаклар ҳаракатининг механик шаклини таъминлайди, мушаклар борлигини ўзи асослаб беради.

Япон тадқиқотчиларининг аниқлашича, организмнинг меъърий фаол ҳолати ва соғлиғини сақлаш учун одам кунига 10000 қадам юриши лозим, бу ўрта ҳисобда 7—8 км.ни ташкил қилади.

Узоқ йиллар давомида жисмоний меҳнатнинг 90%и ва ундан кўпини инсон ўзи бажарган. XX асрдан бошлаб эса бунинг акси, яъни инсоннинг ҳаракат фаоллиги камая борди. Маълум меъёрдаги ҳаракатсизлик эса инсон саломатлигига салбий таъсир кўрсата бошлади. Шу сабабли тиббиёт ҳамшираси ҳаракатнинг аҳамияти тўғрисида тарғибот ишларини олиб бориши лозим, айниқса ўрта ёшдаги одамлар учун ҳаракат муҳим ўрин тутаети. Чунки бу даврда инсоннинг амалий тажрибаси ва билими ортади. Шу билан бир қаторда бу ёшда (40—60 ёш) қўшимча имкониятлар ва ташқи муҳит омилларига нисбатан организмнинг қаршилик кучи сусаяди. Тиббиёт ҳамшираси ўз тарғибот ишларида қуйидагиларни тушунтириб бориши лозим:

Соғлом турмуш тарзи 70—75 ёшларда ҳам қониқарли меҳнат қилиш қобилиятини сақлашга ёрдам беради, бунинг учун мушакларни ишлатиб туриш, ҳаракат фаоллиги камчилигининг ўрнини босиш учун зарурдир.

Ҳозирда 40—60 ёшли одамлар учун жисмоний тарбия машғулотлари усуллари ва уларни ташкил қилишнинг 7 та йўналиши ишлаб чиқилган:

- организмнинг аниқ талабларини қониқтириш йўналиши;
- организмнинг имкониятларига мос йўналиш;
- жисмоний тарбияда қўлланиладиган усулларнинг ўзига хос сифати;
- бир бутунлик таъсири;
- фаол дам олишни кенг қўллаш;
- «кундалик ва умр давомида» йўналиши;
- таъсир қилиш йиғиндиси.

Инсон ҳаётида ҳаракатнинг аҳамияти жуда катта ва ҳаётнинг асосий белгиси ҳаракат десак тўғри бўлади. Шу билан бир қаторда инсон соғлиғига салбий таъсир этувчи омил — гиподинамияни унутмаслигимиз лозим.

Гиподинамия (кам ҳаракатлик)— жисмоний фаолликнинг сусайиши бўлиб, юрак — томир, нафас, нерв, эндокрин, ҳазм, таянч-ҳаракат тизими касалликларининг асосий сабаби ҳисобланади. У 50 ёшга етмаган минглаб одамларни вақтинчалик ногирон-

лик ва ўлимга олиб келади. Руҳий узилиш ҳодисалари, оғир неврозлар, меҳнат қобилияти кескин пасайишининг жисмоний жиҳатдан кучсиз одамларда кўп учраши илмий исботланган.

Тиббиёт ходимлари жисмоний машқлар турларини ва уларни тавсия этишни билишлари керак. Соғлиққа таъсири бўйича югуриш биринчи ўринда туради. Югуриш юрак-қон томир тизимига яхши таъсир қилиб, ўпканинг ҳаётий сифimini оширади, моддалар алмашинувини, мушак, нерв, эндокрин тизими фаолиятини яхшилади. Натижада организмнинг меҳнат қобилияти ва ташқи муҳитнинг ноқулай таъсиротларига қаршилиги ошади.

Ёши катталарга югуришни тавсия қилишда тиббиёт ҳамшираси учта асосий қоидага риоя қилиши:

- маълум меъёрсиз тез югуришни тавсия этмаслик;
- толиққанда тез югурмаслик;
- биринчи хавfli белгиларда машқни тўхтатиш кераклигини айтиши лозим.

Югуриш машқларидан олдин юришни қўллаш лозим. Юриш жисмоний машқларнинг бир тури бўлиб, юришда ҳаракатнинг маълум ўлчови муҳим аҳамиятга эга: умумий масофа, қадам узунлиги ва сони, дам олиш даврининг сони ва муддати. Юришдан югуришга ўтиш аста-секинлик билан амалга оширилиши лозим. Чарчаш, толиқиш меъёрий физиологик ҳолат бўлиб, бу дам олиш кераклигидан далолат беради.

Чиниқиш ва саломатлик

Чиниқиш — организмнинг совуқ, иссиқ, қуёш радиацияси ва турли хил метереологик омилларнинг зарарли таъсиротларига чидамлилигини оширишга қаратилган тадбирлар йиғиндисиدير. Чиниқишнинг соғлиқни мустаҳкамлаш, шамоллаш ва бошқа касалликларнинг олдини олишда қадимги усуллардан бири эканлигига тиббиёт ҳамшираси ўз тарғибот ишларида тўхталиб ўтиши лозим.

Ўзгариб турувчи иқлим шароитлари: иссиқ, совуқ, қуруқ ёки нам атмосфера босими таъсирида инсон онги ва иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда организмнинг ҳимоя механизмлари ишга киришади. Натижада қон томирлар тораяди ёки кенгаяди, моддалар алмашинуви бузилади.

Шундай қилиб, организм ташқи муҳит шароитларига мослашиб боради. Чиниқиш даражаси қанча кўп бўлса, одам шунча соғлом бўлади.

Тиббиёт ҳамшираси соғлом турмуш тарзини тарғиб қилар экан, чиниқишнинг қуйидги қоидаларини билиши лозим:

- мунтазамлилик;
- аста-секинлик;
- ўзига хос ёндошиш;
- ҳар томонламалик;
- фаоллик тартиби;
- маҳаллий ва умумий муолажаларни биргаликда қўллаш;
- ўз-ўзини кузатиб бориш.

Чиниқишда мунтазамлилик йўналишларига риоя қилиш муҳим ўрин тутади. Узоқ танаффус қилинганда орттирилган ҳимоя таъсири сусаяди ёки бутунлай йўқолади. Чиниқишни оддий усуллардан бошлаш ва аста-секинлик билан яхши натижаларга эришиш мумкин. Ёш болалар ва катта ёшдаги одамларнинг чиниқишда аста-секинлик қоидаларига риоя қилишлари муҳим аҳамиятга эга.

Организмни чиниқтиришнинг: ҳаво ванналари, сув муолажалари, куёш ванналари каби турлари мавжуд.

Ҳиссиёт, стресс ва саломатлик

Ҳиссиёт — бу одамнинг ички ҳаяжонини, теварак-атрофга бўлган муносабатини тавсифловчи жараён.

Руҳий ва соматик жараёнларни бошқаришда ҳиссиётлар муҳим аҳамиятга эга. Инсон ҳиссиёти ва сезилари ҳаёт фаолияти ёки шахс ва жамиятнинг ўзаро муносабатида фойдали таъсир даражасини ифодаловчи одоб-ахлоқнинг нозик ўлчови ҳисобланади.

Бирламчи ҳиссий қўзғалишда бош мия қон-томирлари, вегетатив ва эндокрин марказлар фаолияти таъсирланади. Одам қаттиқ ҳаяжонланганда юзи оқаради ёки қизаради, тахикардия, брадикардия, гипотония ёки гипертония, мушаклар гипотонуси ёки гипертонуси кузатилади. Тер, ёғ ва бошқа безлар фаолияти ўзгаради. Қўрққан одамда кўз катталашиб, қорачиғлари кенгайди, артериал босим кўтарилади.

Ташқи таъсиротлар натижасида организмда ўзгаришлар содир бўлади. Г. Селье бу ҳолатни «стресс» деб номлаган. Стресснинг асосий босқичлари:

— хавотирланиш даври: артериал босим, тана ҳароратининг пасайиши, ҳазм аъзоларида функционал ўзгаришлар ва ҳоказолар;

— қаршилик даври: артериал босим, тана ҳароратининг кўтарилиши;

— чарчаш даври.

Стресс даврлари бу умумий мослашиш синдромининг бир кўриниши бўлиб, унинг асосида адреногипофизар тизимида бирламчи ўзгаришлар кузатилади. Ҳаяжонланиш, кучли ҳиссиёт анализаторлар билан боғлиқ бўлиб, булар ичида кўриш ва эшитиш асосий доминант (бошқарувчи) вазифасини ўйнайди.

Стресснинг пайдо бўлишида турли хил омиллар: юқори ва паст ҳарорат, тўқнашув вазиятлари, турмуш шароитининг кескин ўзгаришлари, турли хил фармокологик воситаларнинг таъсири бўлиши мумкин. Салбий таъсиротларни бартараф қилиш йўллари ни тиббиёт ҳамшираси беморларга тушунтириши лозим. Аммо ҳамма стресслар ҳам инсон учун зарарли эмас. «Яхши стресс» бу эустресс — организмни янги шароитларга мослашиш учун сафарбар қилади. «Ёмон стресс» — дистресс — неврозлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Стресс турлари

1. Ўткир стресс — бирдан ривожланади.
2. Сурункали стресс — кучли ва нисбатан кучсиз бўлиб, организмга узоқ вақт давомида таъсир қилади.

Экологик омиллар ва саломатлик

Малакали тиббиёт ҳамширалари ишининг муҳим йўналишларидан бири бу юқумли касалликлар профилактикасидир. Юқумли касалликларнинг ривожланишида атроф-муҳит омиллари муҳим ўрин тутаяди. Чанг, тебраниш, шовқин, кимёвий моддалар, нурланиш, асабий ва жисмоний зўриқиш инсоннинг меҳнат қилиш жараёнига таъсир қилиб, (касбий зарарланиш) турли касалликларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин.

Атроф-муҳитнинг ифлосланиши ҳам кўпгина касалликларнинг кўпайишига сабаб бўлмоқда:

- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги;
- атеросклероз, юрак-қон томир, гипертония касаллиги;
- неврозлар, нейротоксик дистония.

Афсуски ушбу рўйхат ҳар йили янги касалликлар билан тўлиб бормоқда, бунинг сабаби ишлаб чиқариш техникасининг ривожланиши, қишлоқ хўжалигини кимёлаштириш, меҳнатни муҳофаза қилишга ажратилган маблағнинг етишмаслигидир.

Юқорида келтирилган касалликлар моҳиятига қараб касбий ва экологик бўлиши мумкин.

1. Касб касалликларининг ривожланишига маълум бир касб сабаб бўлади (шовқин, тебраниш, нурланиш ва бошқалар).

Касб касалликлари — зарарли шароитларда меҳнат қилганлар орасида кўпроқ ривожланади. Масалан ўпканинг чангдан касалланиши, пневмосклероз, бронхит, нурланиш, ўткир ва сурункали заҳарланиш (химик моддалардан) ва бошқалар.

2. Экологик касалликлар атроф-муҳитнинг зарарли омиллари таъсирида ривожланади. Бу омиллар инсонга нафақат ишлаб чиқаришда, балки уйда, кўчада, дам олиш жойларида ҳам таъсир

қилиши мумкин. Улар инсон организмга мутаген, тератоген, канцероген, токсик (эмбриотоксик), аллергик, иммунодепрессив таъсир қилади. Организмга зарарли химик моддалар овқат маҳсулотлари, ичимлик сувлари ва бошқа йўллар орқали тушиши мумкин.

Оила ва саломатлик

Оила жамиятнинг бир бўлаги бўлиб, узоқ йиллар давомида ҳуқуқий қонунлар ва дин асосида шаклланиб келган. Жамиятимизда никоҳ эркак ва аёлнинг тўла ихтиёрийлигига, манфаатлари умумий, муштарак бўлишига асосланади. Ўзбекистон Республикаси Конституциясида оиланинг давлат ҳимоясида бўлиши, никоҳ аёл ва эркакнинг ўз ихтиёри билан билдирилган розилигига асосланиши кўрсатиб ўтилган. Қонунда кишиларнинг бир неча никоҳда бўлишлари, яқин қариндош-уруғлар, ақли заиф кишилар билан никоҳ тузиши таъқиқланади. Бу оилада соғлом фарзанд дунёга келишида асосий омил бўлиб ҳисобланади.

Оиладаги шарт-шароит, «руҳий иқлим» одам ҳаётига кўп жиҳатдан таъсир қилади. Чунки оиладан бизнинг ҳаётимиз бошланади, оила бизни дунё билан таништиради, биринчи кўникмалар, барча қувонч ва ташвишларни кечирришга ёрдам беради.

Оилада биз ҳар бир инсон учун муҳим бўлган меҳр-муҳаббат, таянч-ёрдамни оламиз.

Оилавий ҳаёт эр ва хотиннинг бир-бирлари ва фарзандлари тўғрисида ғамхўрлик қиладиган ва болаларини тарбиялайдиган мактабдир. Оиладаги соғлом муҳит, соғлом оиланинг шаклланишида муҳим ўрин тутди.

Ш 606

БИОТИББИЁТ ЭТИКАСИ

Замонавий тиббиёт соҳасида этика масалалари доираси турли атамалар билан белгиланмоқда: «шифокор этикаси», «тиббиёт этикаси», «тиббиёт деонтологияси», «биоэтика», «биотиббиёт этикаси». Бу атамаларнинг моҳиятини тушуниш учун уларнинг қисқача тарихи билан танишиш лозим. Эрамиздан 1500 йил олдин қадимий ҳинд шифокорлари касбий қасамёд қабул қилганлар. Европа тиббиётида ҳозиргача ўз кучига эга бўлиб келаётган қадимий грек шифокори Гиппократ этикаси, айниқса унинг машҳур қасамёди муҳим аҳамият касб этади. Гиппократ тиббиёт этикасининг асосий мутахассислик йўналишлари қуйидагилардан иборат:

1. Ҳаётга ҳурмат.

2. Беморга зарар етказмаслик.
3. Бемор шахсини ҳурматлаш.
4. Шифокор сири.
5. Касбга ҳурмат.

Мустақил ҳамширалик касб этикасини яратишида рус олими Н. И. Пироговнинг ўрни катта. Унинг фикрича ҳамширанинг асосий вазифларидан бири бемор парваришини, кузатувини ташкил қилиш, амалга ошириш ва соғайишга ишонтириш. Тиббиёт деонтологияси — бурч ҳақидаги таълимот бўлиб медицина этикасининг бир қисмини ташкил қилади. Ҳозирги вақтда бу икки атама — «тиббиёт этикаси» ва «тиббиёт деонтологияси» ёнма ён қўлланилади. Биоэтика — замонавий тиббиётнинг муаммоли масалаларини этик йўналишда ўрганиб, булар қуйидаги тушунчаларни ташкил қилади:

Сунъий уруғлантириш, аборт, стерилизация (уруғсизлантириш), инсон ўлимининг янги тушунчаси (мия ўлими), эвтаназия (осон, енгил ўлим), аъзоларнинг трансплантацияси (бирор аъзони бир одамдан иккинчи одамга кўчириб ўтказиш), тиббий генетик маслаҳат ва бошқалар.

Биоэтик текширувларда тиббиёт ходимларидан ташқари философлар, ҳуқуқшунослар ва бошқа касб эгалари иштирок этадилар. Биоэтика — замонавий илмий текширишларнинг фанлараро боғланган соҳасидир. Биоэтика бу замонавий тиббиётда инсон муаммолари ва ҳуқуқларини ўрганувчи фандир. Инсонлар ҳуқуқини кафолатлаш фақат назарий масала бўлибгина қолмай, амалий ҳамдир. Биоэтиканинг ривожланишида кўпгина махсус давлат корхоналари ҳам иштирок этмоқда. Улар замонавий тиббиёт шароитида инсонлар ҳуқуқини ҳимоялашни кафолатлайди. Биотиббиёт этикасининг асосий йўналишлари қуйидагилардан иборат:

- инсонпарварлик, инсон шахсини, фазилатларини ҳурмат қилиш;
- шахсни, ахлоқ-одобини ҳурмат қилиш;
- эзгулик яхшилик хусусияти;
- ҳаққўйлик.

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИ ВА БЕМОРЛАР ЎРТАСИДАГИ ЎЗАРО МУНОСАБАТЛАР

Ҳозирги замон биотиббиёт этикаси негизида бемор ва тиббий ходимлар ўзаро муносабатларининг бир қанча моделлари аниқланган (Америка биоэтика шифокори Роберт Вич 1992).

1. Патерналистик модели бу тиббиёт ходимининг беморга ота ўз фарзандига каби муносабатда бўлишидир.

2. Инженерлик модели — бунда шифокор ёки ҳамшира ўз бемори организмидаги маълум фаолиятларни аниқлаб, қайта тиклашга ёки қийинчиликларни бартараф этишга ёрдам беришидир.

3. Контракт модели бу тиббиёт ходими ва бемор орасида тўлиқ муносабат ҳосил бўлишидир. Умумий мақсадга интилган ҳолда шифокор ва ҳамшира беморнинг «ўртоғи» бўлиб қоладилар. Албатта, бу моделнинг ҳам ижобий ҳам қарама-қарши томонлари бор. Масалан маълум сурункали кечувчи касалликлар билан шикастланган беморлар ўз аҳволига баҳо бера олишлари керак (босим даражаси, қонда, сийдикда қанд миқдори ва шу билан биргаликда хуруж пайтида ўзларига ёрдам олишда тайёр бўлишлари лозим).

Касбий сир

Гиппократ қасамёдига биноан тиббий ходим бемор ишонган сирни сир тутмоғи лозим. Ўрта асрда яшаб ижод қилган буюк шарқ табиби Абу Али ибн Сино: «Барча сўраб-суриштирувчилардан сиринг сақла, сиринг сенинг асиранг, агар сен уни сақлай олсанг, ва сен унинг асирисан агар у фош бўлса», деган эди.

Касбий сир этик нуқтаи назардан биринчидан: беморга нисбатан ҳурмат, инсоний фазилатларини улуғлаш, қонуний ҳуқуқларини ҳимоялаш; иккинчидан: ҳаёт фаолияти давомида ўзгаларга зарар етказмаслик ва бемор тузалишида муваффақиятларга эришиш бўлиб ҳисобланади. Агар тиббий ходим касбий сирни сақлай олса беморнинг соғлиғига наф келтириши мумкин. Бахтга қарши касбий сирни сақлай билмаслик тиббий ходимлар фаолиятида кўп учрайди. Бунинг олдини олиш мақсадида билим олиш давомида талабаларни ахлоқ-одоб меъёрлари, бемор билан ўзаро муносабат, касбий сирни сақлай билишликка ўргатиш лозим. Касбий сирни сақлаш муаммоси этик муаммо бўлибгина қолмай, ҳуқуқий ҳамдир.

КАСБИЙ ХАТОЛАР. ЯТРОГЕНИЯЛАР

Тиббий ходимларнинг касбий хатолари мавзуси тиббиёт этикасида муҳим ўринни эгаллайди. 1837 йилда Н.И. Пирогов «Ҳар бир виждонли (тиббиёт ходими) шифокор, айниқса ўқитувчи ўз хатоларини ўзгалар қайтармаслиги учун эълон қилиши лозим, бу эса ўз ўрнида бошқаларни хатога йўл қўймаслигининг олдини олади», деган эди. Сўнгги йилларда тиббиёт ходимлари томонидан йўл қўйилаётган касбий хатолар текширув, ташхислаш, даволаш усулларининг мураккаблиги туфайли вужудга келмоқда, шу

билан бирга кўп ҳолларда касалликларнинг атипик кечиши ва тиббий ходимларнинг малакасизлиги сабаб бўлмоқда. Ятрогениялар (грекча *iátrós* — врач, шифокор, геппао-яратмоқ) касаллик ҳолатлари бўлиб, тиббиёт ходимининг эҳтиётсизлиги нотўғри ҳатти-ҳаракати туфайли вужудга келадиган руҳий ўзгаришлари йигиндиси ҳисобланади. Масалан: беморлар ўз касалликларидан ваҳимага тушиб, арзимас ўзгаришларни бўрттириб қабул қиладилар ва кўрсатадилар. Сўнгги йилларда ятрогения ҳоллари кенгайиб бормоқда, бунда дори моддалари таъсирида касаллик ҳолатининг келиб чиқиши маълум ўрин эгаллайди. Кўп ҳолларда беморларнинг дори воситаларидан нотўғри фойдаланиши ҳам ятрогенияларга сабаб бўлмоқда.

ИНСОН РЕПРОДУКЦИЯСИГА ТИББИЙ АРАЛАШУВ

Замонавий биотиббиёт этикасида инсоннинг туғилиши ва ўлими кўп баҳсларга сабаб бўлмоқда. Медицина аралашуви бир томондан бепуштликни даволашга йўналтирилган бўлса, иккинчи томондан ҳомиладорликнинг олдини олиш ва ҳомилани бузиш бўлиб, кўп муаммоларга сабаб бўлмоқда. Бу муаммолар ечими эса мураккаблигича қолмоқда.

Янги репродуктив технологиялар. Бепуштликни даволашда сунъий урчитиш — сунъий инсеминация (донор спермасини кириштиш), экстракорпорар урчитиш ва эмбрионни кўчириш усуллари қўлланилади. Сунъий урчитиш усули 200 йил мобайнида танилган ва тиббиёт амалиётида янгиланиб, оммалашган ҳолда қўлланилмоқда. Бу усул этик муаммолар билан боғлиқ бўлиб, донордан сир сақлашни талаб этади.

Сунъий аборт (ҳомилани бузиш). Аборт муаммоси инсоннинг репродуктив саломатлиги ва ҳуқуқларига боғлиқ. Репродуктив саломатлик деганда инсоннинг жинсий алоқадан қониқиши, фарзанд туғиш ёки туғмасликни мустақил ҳал қилиши тушунилади. Репродуктив ҳуқуқ бу репродуктив саломатликни танлашда ижтимоий шароитларни яратишдир. Репродуктив ҳуқуқларга инсоннинг фарзанд кўриш сони, улар орасидаги муддатни мустақил ҳал қилиш ҳуқуқи киради. Бу ҳуқуқ эр ва хотиннинг оилани режалаштириш ҳақидаги фикрига боғлиқ. Бу фикр баъзан сунъий аборт билан тугалланиши мумкин. Аборт масаласи бу хавфли ёки хавфсиз масала бўлмай, балки аёлнинг ҳуқуқий масаласидир.

Контрацепция — бу қутилмаган ҳомиладорликнинг олдини олишдир. Оилани режалаштиришнинг замонавий асосларидан

бири туғишни назорат қилиш, яъни контрацептивлардан фойдаланишдир.

Контрацепцияларнинг қуйидаги усуллари фарқланади: анъанавий, замонавий (стерилизация, оғиз орқали, бачодан ичига кiritиладиган ва бошқалар).

Аёлларнинг контрацепцияни танлаш ҳуқуқи уларнинг саломатлигини сақлаш ҳуқуқидир. Маълумки, кўп аёллар ҳаёт жараёнида камида 20 йил атрофида кутилмаган ҳомиладан кўрқиб яшайдилар. Контрацепцияларни қўллаш уларни бу кўрқувдан халос этади.

Стерилизация (уруғсизлаштириш). Ҳозирги кунда контрацепция усуллари орасида стерилизация ўзига хос аҳамиятга эга бўлиб XX асрда бу усулга қизиқиш жуда катта эди. Ўтган асрнинг биринчи ярмида бу усул мажбурий тус олди. 50-йиллардан бошлаб туғишни режалаштириш борасида миллий дастурлар ишлаб чиқилиши билан, бу усулдан маълум давлатлар ўз йўналишларида фойдалана бошладилар. Ҳозирги даврда оилани режалаштиришда эр-хотин ўзаро келишиб бу усулни танлаш ҳуқуқига эга (айниқса оилада ирсий касалликлар мавжуд бўлса).

Назарий, амалий ва генетик изланишлар ривожланган сари тиббиётда янги тушунчалар ва атамалар ҳосил бўлмоқда, булар: ўлим ва ўлиш, аутопсия, инсон миясининг ўлиши, эвтаназия кабилардир.

Ўлим ва ўлиш. Инсонларнинг бу тушунчага муносабати турлича бўлиб, бунда тиббий дунёқараш диний, фалсафий, руҳий дунёқарашлар билан узвий боғлиқдир. Бунга эрампиздан олдинги 270—341 йилларда яшаб ижод қилган донишманд Эпикура қуйидаги тарифни берган эди. «Ёмонликлар ичида энг кўрқинчлиси ўлимдир, у бизга боғлиқ эмас, чунки биз мавжуд бўлсак у яқинлашмайди, ўлим содир бўлса биз яшамаймиз.»

Аутопсия — (грек. «autos» — мен ва «opsis» — кўриш демакдир) мурдани ёриб, ўлим сабабларини аниқлаш ёки аъзо ва тўқималарни трансплантация (кўчириш) мақсадида олиш тушунилади.

Инсон миясининг ўлими — юрак фаолияти сақланиб туриб, бош мия барча фаолиятларининг издан чиқиши тушунилади ва бу «кома» номи билан аталиб, ҳозирги кунда жаҳон тиб адабиётида «миянинг ўлими» деган атама билан тасдиқланган. Юз йиллар давомида ўлим белгиси юрак ва нафас фаолияти тўхтагандан сўнг қайд қилинган. 60—70 чи йилларда кўп давлатларда миянинг ўлим ҳолатини — инсоннинг ўлими деб ҳисобладилар. Бундай қарашлар олдин шифокорлар орасида тарқалиб, сўнг уларга бошқа жа-

моатчилик гуруҳлари қўшилди. Лекин бугунги кунгача «мия ўлими» масаласи жамоатчилик орасида турли фикрларга эга.

Эвтаназия (грек. Еу — яхши ва thonatos — ўлим) — енгил, азобсиз, яхши ўлим деган маънони англатади. Замонавий тиббиётда бу атаманинг тўлиқ ифодаси — тузатиб бўлмайдиган беморни азоблардан халос этиш мақсадида ўзи билган ва тушунган ҳолда ҳаётдан кўз юмдиришдир. Кейинги йилларда тиббиётда эришилган ютуқлар туфайли бемор ўлими билан боғлиқ бўлган деонтологик муаммоларга катта этибор берила бошланди.

Ф.Бенон фикрича: «Шифокорнинг бурчи фақат бемор соғлигини тиклабгина қолмасдан, балки шу касаллик натижасида пайдо бўладиган азоб-уқубатларни, оғриқни енгиллаштириш ва давосиз касалликда беморнинг ўлимини енгил, тинч ва азобсиз кечишига ёрдам беришдан иборатдир». Эвтаназия фаол ва суст усулда амалга оширилиши мумкин. Фаол эвтаназия бирор ҳаракат натижасида амалга оширилса, суст эвтаназия бу ҳаракатни бажаришдан бош тортишдир. Суст эвтаназия бу оғир беморни даволашни тўхтатиш орқали унинг ўлимини тезлатишдир. Масалан: сунъий нафас беришни тўхтатиб қўйиш. Фаол эвтаназия аҳволи оғир, узоқ муддат сурункали касаллик яъни хавfli ўсма касаллиги билан оғриб келаётган беморлар, туғма мажруҳлар, марказий нерв системаси шикастланганлар ўлимини маълум бир воситалар орқали тезлатишдир. Бундан ташқари ихтиёрий ва ихтиёрсиз эвтаназия фарқланади. Ихтиёрий эвтаназия — «хабардор қилиш» асосида бўлса, ихтиёрсиз эвтаназия — масалан оғир нуқсонлар билан туғилган чақалоққа бўлган муносабат асосида амалга оширилади. Бугунги кунда эвтаназия ҳақида турли қарама-қарши фикрлар мавжуд. Эвтаназия тарафдорлари бу сўзни — «ёқимли, енгил ўлим» деб баҳоласалар, бунга қарши бўлган давлатлар тиббиётдаги Гиппократ қасамёдига тўғри келмайдиган қотиллик сифатида изоҳлайдилар. Бундан ташқари эвтаназияни шифокор ёки ҳамшира ўтказишга маънан тайёрми ва ҳақлими? Трансплантация мақсадида эвтаназиядан фойдаланмасликка ким кафолат бера олади? Ҳозирда фақат Голландия (Нидерланд) дунё бўйича «Эвтаназияни» мамлакат миқёсида расман қонунлаштирган давлат ҳисобланади. Бу жуда қалтис ва нозик муаммо бўлиб, шифокор деонтологияси нуқтаи назаридан бошқа давлатларнинг тажрибасини, тиббиёт анъаналарини беморлар ва уларнинг қариндош-уруғлари, яқинлари муносабатини, психологиясини, жамоатчилик фикрини ўрганишни тақозо этади. Ҳозирги кунда кўп давлатларда бу усулни нисбатан хоҳловчилар кам эмас, лекин дунё миқёсида уни инкор этувчилар сони кўпроқ.

ҲАМШИРАЛИК ИШИДА МЕНЕЖМЕНТ

Менежмент асослари:

Мамлакатнинг сиёсий иқтисодий ҳаётида содир бўлаётган ўзгаришлар, ишлаб чиқаришни бошқаришда демократик тамойилларнинг ривожланиши тиббий муассаса раҳбарлари ва хизматчиларидан бошқарувнинг замонавий услуб ва шакллари чуқур ўрганишни талаб қилади.

Менежмент — бошқарув деган сўзни ифодалаб, кенг маънода самарали натижаларга эришиш учун кам вақт ва куч сарфлаб, бошқарув объектига узлуксиз таъсир этиш жараёнидир. Бошқарув бу қадимги санъат ва янги фандир. Бошқарув сиёсий-иқтисодий, технологик, ижтимоий ва ахлоқий тизимларнинг бир қисми бўлиб ўзининг йўналиши, тамойиллари ва услубига эга. Соғлиқни сақлаш тизимида бошқарув асослари ҳам ўзига хос хусусиятларга эга. Масалан мақсадли бошқарув:

- аниқ, қисқа ифодаланган мақсадни ишлаб чиқиш;
- аниқ режаларни ишлаб чиқиш ва уларга эришиш;
- иш ва натижаларни узлуксиз назорат қилиш ва белгилаш;
- режалаштирилган натижаларга эришиш учун янги чора-тадбирларни қўллаш.

Ҳозирда бошқарув жамият ривожланишининг асосий омили бўлиб қолди.

Бугунги кунда:

- бошқарув замонавий жамиятнинг умумий ва бош вазифасидир;
- бошқарувнинг асосий вазифаси — билимнинг самарадорлиги;
- бошқарув нафақат иш фаолияти, балки маданият ва тизим бойлигидир;
- бошқарув инсоният фаолиятининг маҳсули бўлиб, шу билан бирга умуминсоний муаммо ҳисобланади;
- бошқарув иқтисодий ва ижтимоий ривожланишни барпо қилади.

Бошқарувнинг асосий илмий тамойиллари:

- бошқарувга тартибли ёндошиш;
- бошқарувнинг мақсадини аниқлаш;
- ишчиларни рабатлантиришнинг моддий ва маънавий усуллари бирга қўллаш;
- бошқарувда режали ва бозор усуллари бирга қўллаш.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги бошқарув ўзига хос бошқарув бўлиб, бунда соғлиқни сақлаш ташкилотларининг асосий мақса-

ди одамлар соғлигини сақлаш ва шу билан жамият саломатлигини яхшилашдир. Аҳолининг соғлиги миллий бойликнинг асоси бўлиб, миллий даромаднинг маълум қисми соғлиқни сақлашга ажратилади, ammo моддий бойлик яратиш учун соғлиқ ҳам заҳира сифатида «ишлатилади». Умуман олганда ўртача умр кўриш мамлакат иқтисоди, миллий хўжалик самарадорлигининг асосий кўрсаткичи бўлиши мумкин. Соғлиқни сақлаш соҳасида бошқарувнинг самарадорлигини баҳолашда буни албатта инобатга олиш зарур.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги бошқарув тамойиллари:

— Соғлиқни сақлаш тизими ташкилотларининг мақсадлари бошқа соҳалар мақсадларидан ўзгача бўлиб, бу жараён нафақат қийинлиги билан, балки натижаларни хулосалаши билан фарқ қилади.

— Соғлиқни сақлаш тизими ташкилотларида ўз ишчилари хизмат фаолиятини назорат қилиш жуда паст даражада (бу шифокорларга оид) бўлганлиги учун маъмурий муассаса ходимлари тиббий хизмат кўрсатиш миқдорини эмас, балки сифатига қайғуришлари лозим.

— Соғлиқни сақлаш тизимининг бошқа соҳалардан фарқловчи белгиси бу тиббий ходимларнинг юқори ихтисослиги ва шу билан бир қаторда турли хил мутахассис гуруҳларининг бир-бирига ўзаро боғлиқлигидир. Шунинг учун ҳам соғлиқни сақлаш тизимида бошқарувни шундай мутахассис олиб бориши керакки, у нафақат бошқарув илми ва амалиётини, балки тиббий билимнинг асосларини ҳам яхши билиши лозим.

Менежерлар — бошқарув бўйича аниқ вазифани амалга оширадиган маълум даражадаги кишилардир. Ташкилотнинг қандай бўлишидан қатъий назар бошқарувда уларнинг ўрни катта.

Менежмент — бу лойиҳа, дастур ва ташкилий ишларга раҳбарлик қилувчи, маълум қоида ва шароитлардан келиб чиққан ҳолда иш олиб борувчи фаол шахсдир.

Менежер — бошқарувчи вазифалари:

— бошқарув, сардорлик, шахсларнинг ўзаро муносабати;
— ахборотни текшириш ва тарқатиш, фикрларни умумий ифодалаш;

— қарор қабул қилиш, ишбилармонлик, тартибсизликни бартараф этиш, захирани тақсимлаш, музокаралар олиб боришдир.

Менежмент бошқаруви 3 та поғонадан иборат бўлиб:

— бирламчи қуйи поғона — бу катта тиббиёт ҳамшираси ҳисобланади ва бевосита қўл остидаги ходимларини бошқаради;

— ўрта поғонадаги бошқарув — бу муассаса катта ҳамшираси бошқаруви бўлиб, қуйи поғона ходимларини назорат қилиш ва улар фаолиятини йўналтириш ҳуқуқига эга;

— юқори поғонадаги бошқарувчи — бу муассасада ҳал этиладиган барча муҳим масалаларга жавоб берувчи шахс, яъни муассаса шифокори ҳисобланади.

Унинг мажбурият бурчи кадрларни танлаш, малакасини ошириш, керак бўлса уларни қайта гуруҳлашдир.

Вазифаси: ҳамшираларни бошқариш, улар фаолиятини кузатиш, шу жумладан мутахассислик даражасини сақлаш, қўллаб-қувватлаш.

Демак менежер — бу малакали бошқарувчи яъни «турғунлик» давридаги бошқарувчидан тубдан фарқ қилиб, янгиликларга интилувчи шахсдир.

Бошқарувчи иш юритишига қараб 3 турга ажратилади:

— ўта танқидий бошқарувчи — ишчиларга ўз ҳукмини ўтказиш учун етарли даражада ҳуқуққа эга бўлган;

— демократик бошқарувчи — ўз ҳукмини ўтказмасликка ҳаркат қиладиган;

— эркин бошқарувчи — ўз вазифаларини назорат қилишда ишчиларига тўлиқ эркинлик берадиган.

Бюджетдаги тиббий муассасаларни суғурталаш бозор муносабатларининг ривожланишида соғлиқни сақлаш бошқаруви соҳасида бир қанча муаммоларни келтириб чиқаради. Соғлиқни сақлаш тизимида бозор иқтисодиётига ўтиш даврининг асосий мақсади:

— малакали тиббий хизмат бўйича аҳоли эҳтиёжини тўлиқ қондириш;

— аҳолининг ҳамма табақаларига бир хил хизмат кўрсатиш;

— ходимлар ишининг самарадорлигини ошириш;

— ҳозирги вақтда бошқарув бўйича махсус билимга эга бўлган мутахассис кадрлар етиштириш шу жумладан ҳамширалик ишида ҳам.

Биламизки тиббий хизматнинг сифати нафақат даволаш, балки парваришга ҳам боғлиқдир. Демак, ўрта тиббиёт ходимлари хизматининг самарадорлигини таъминлаш тиббий хизмат муаммоларини ҳал қилишга ёрдам беради.

Шу кунгача бошқарувчи вазифаларига касбий билимларга ва беморни парвариш қилиш бўйича тажрибага эга бўлган ҳамширалар тайинланган, лекин бу ҳамширалар бошқарув билимларига эга бўлмаганлар.

Демак, бизда малакали менежерлар бўйича катта етишмовчиликлар бўлган ва бошқарув учун самарали таъсир қиладиган омиллар назарда тутилмаган:

— мутахассислик билими;

- иш муддати;
- маъмурият соҳасидаги билим;
- ишни режалаштира олиш;
- маъсулиятли қарорларни қабул қилишда қатнашиш;
- иқтисодий ишларни олиб бориш қобилияти;
- қатъиятли, маданиятли, виждонли, янгиликка интилувчанлик;
- ташкилотчилик, ишбилармонлик ва педагогик қобилияти;
- шахсий фазилатлари;
- фикрлаш қобилияти.

Ҳозирги кунда ҳамшира бошқарувчи қуйидаги вазифаларни бажариши лозим:

- ўрта поғона ходимларининг иш фаолиятини назорат қилиш;
- маълум бўғин иш фаолиятини режалаштириш;
- даволаш-профилактика муассасасининг дастур ва маблағларини режалаштиришда қатнашиш;
- иш сифатини баҳолаш учун қўйилган талабларни назорат қилиш;
- тўхтовсиз ахборот билан таъминлаб бориш;
- иш фаолияти бўйича ҳисобот олиб бориш;
- тиббий ходимлар ўртасида иш вазифаларини тақсимлаш ва бошқариш;
- ходимларнинг малакасини оширишда қатнашиш;
- тиббиёт муассасасининг тизим ва сиёсатини аниқлаш.

Демак даволаш-профилактика муассасаларининг барча бошқарув жабҳаларида менежерлар хизмати керак бўлади.

Ҳозирги кунда ҳар бир бошқарувчи мутахассислик фаолиятидан ташқари қуйидагиларга амал қилиши шарт:

Эга бўлиши керак	}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Қобилиятга. 2. Билимга. 3. Шахсий сифатларга.
Фикрлаши	}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стратегик, иқтисодий минтақавий бир-бирига боғлиқ ҳолда. 2. Объектнинг стратегик ва тактик бошқаруви. 3. Бошқарув усуллари. 4. Бошқарув объекти.
Билиши	}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бошқарув объектига киришни. 2. Боғланиш тизимини. 3. Объектни. 4. Бошқарувни.

Бўлиши керак

1. Ростгўй.
2. Ишбилармон.
3. Ўз ташкилотига содиқ.
4. Хушмуомала.
5. Иродали.

Амал қилиши

1. Қонунга.
2. Менежер гурурига.

Билиши керак

1. Муассаса стратегиясини аниқлашни.
2. Вазифа ва мақсад қўйишни.
3. Таҳлил қилишни.
4. Режалаштиришни.
5. Таваккалчиликни.
6. Ходимлар билан ишлашни, ишлаб чиқариш ва унинг сифатини бошқаришни.
7. Олдиндан кўра билишни ва муаммоли масалаларни ҳал этишни.

Менежерлар учун асосий талаблар:

- ходимлар бошқарувини аъло даражада баҳолаш;
- ташкилот фаолиятидаги қонунларни тушуниш;
- стратегик фикрлаш.

Менежер даражасига етишишда ёрдам берувчи қизиқарли, фойдали ва амалий маслаҳатлар қуйидагилардан иборат. (Глоссарин МАНГО, 1994)

1. «Мен» сўзини иложи борича камроқ, «бизлар» ни кўпроқ ишлатиш.

2. Ким ўзини бошқара олмаса, бошқаларни ҳам бошқара олмаслигини тушуниш.

3. Ишчилар тўғри иш олиб боришса, уларга максимал эркинлик бериш.

4. Ишчиларнинг эски хатоларини унута олиш.

5. Кам гап бўлиш.

6. Муомалали, сабр-тоқатли бўлиш. Уришқоқлик кучсизлик белгиси, буни унутма!

7. Ўзинг ҳазил қил ва ишчиларингга ҳам ҳазил қилишга рухсат бер.

8. Ишчиларинг ўз соҳасида сендан билимлироқ бўлса, бундан кўрқма!

9. Бошқалар олдида ишчингга танбеҳ берма.

10. Танбеҳ беришда аввал барча усулларни, ёрдам бермаса ҳукмингни тўлиқ қўлла.

11. Ўз хатоларингни очиқ тан ол.

12. Ишчининг ҳар бир фаолиятини рағбатлантир.

Ҳозирги кунда бошқарувнинг 3 асосий концепцияси мавжуд.

1. **Маъмурий тизим.** Бунда бошқарув расмий равишда бошқарилади.

2. **Ижтимоий-психологик тизим.** Унинг асосида инсоний муносабатлар ётади.

3. **Тартибли ёндошиш.** Бу бошқарувнинг ҳар хил усулидир.

Ҳ Ғ Ғ

ҲАМШИРАЛИК ИШИДА МАРКЕТИНГ

«Маркетинг» тушунчаси инглизча «market» (бозор) сўзидан олинган бўлиб, бозорда молларни айирбошлаш фаолият жараёни ҳисобланади. Тиббиёт маркетингида эса тиббий хизматлар мажмуи тушунилади. Шунинг учун соғлиқни сақлашни ислоҳ қилиш шароитида мулкчилик шаклидан қатъий назар, даволаш-профилактика муассасаларида ишловчи тиббиёт ходимлари бозор муносабатларининг тамойилларига итоат қилган ҳолда иш юргизишни ўрғанадилар. Бунда маркетинг бўйича олинган билимлар янги шароитга тезроқ мослашишга ёрдам беради.

Ушбу тушунчанинг иккинчи моҳияти — бизнес концепцияси бўлиб, бунда бозор талабларининг устиворлиги ишлаб чиқариш талабларидан устун туради. Соғлиқни сақлаш тизимида пуллик тиббий хизмат кўрсатишнинг сони йилдан-йилга ортиб бормоқда. Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан 1997 йил 10 октябрда тасдиқланган «Республикада соғлиқни сақлаш тизимида ислоҳ қилиш давлат дастури» бўйича соғлиқни сақлаш даволаш-профилактика муассасаларининг ўз-ўзини босқичма-босқич молиялаштиришга ўтиши кўзда тутилган 2107-сон Фармони асосида тиббий хизмат истеъмолчилари — аҳоли ўзининг жамғармасидан маълум маблағни сарфлаб ўзига тўғри келадиган тиббиёт муассасасини танлаши ва ўзининг шартларини ишлаб чиқишини йўлга қўйишни белгилаши мумкин.

Бу тушунчанинг учинчи моҳияти — маркетинг ғоясини ривожлантириш, ассортиментларни режалаштириш, ахборот йиғишнинг самарадор усуллари ўрғанувчи мустақил фан сифатида қаралишидир.

Соғлиқни сақлаш тизимида маркетинг пайдо бўлишининг асослари қуйидагилар ҳисобланади:

1. Аҳоли саломатлигининг ёмонлашуви.
2. Аҳоли тиббий ёрдам сўраб қилган мурожаатининг камайиши.
3. Тиббий ёрдам сифатига талабнинг ортиши.
4. Тиббий хизмат кўрсатиш даражасининг пастлиги.
5. Йирик шаҳарларда талабга нисбатан таклифнинг кўплиги.

6. Нодавлат тиббий муассасаларнинг ривожланиши.

7. Давлатга қарам бўлмаган тиббий хизмат харидорлари ҳисобига молиялаштиришнинг янги манбааларининг пайдо бўлиши.

8. Тиббий муассасаларни молиялаштириш усуллариининг ўзгариши.

Бугунги кунда маркетинг терминининг жуда кўплаб тушунчалари мавжуд бўлиб, бу хизматнинг қийинлиги ва кенг қамровлигидан далолат беради. Биз унинг қуйидаги тушунчалари устида тўхталамиз:

— маркетинг — бу товар ва хизматларнинг ишлаб чиқарувчидан истеъмолчи ёки ишлатувчиларга етиб боришини бошқарадиган фаолият;

— маркетинг — айирбошлаш йўли билан муҳтожлик ва эҳтиёжни қондиришга қаратилган инсоний фаолият тури;

— соғлиқни сақлаш тизими маркетинги бу харидор талабларини комплекс ўрганишга таянган ва мақсадли йўналиш асосида ишлаб чиқарувчиларга тиббий хизматлар бўйича таклифлар тузишнинг маълум тамойил, усул ва тадбирлар тизими;

— маркетинг — соғлиқни сақлаш тизими хизматларини ишлаб чиқаришни иқтисодий асослаш ва бошқариш, даволаш-профилактика жараёнида нарх сиёсати, истеъмолчиларга хизматларни йўналтириш ва уни реализация қилишни режалаштириш жараёнининг йиғиндисидир.

1809-1881 йилларда маркетингнинг асосий элементлари, хусусан: бозорни таҳлил қилиш, асосий сервис сиёсати ва нарх сиёсатининг турлари биринчи марта К. Маккормик томонидан қўлланилган.

Маркетингни мазмунан изоҳлаш учун қуйидаги тушунчаларни кўриб чиқамиз: муҳтожлик, эҳтиёж, талаб, товар айирбошлаш, шартнома, бозор. Бу тушунчалар коммерция фаолиятида ҳам, ижтимоий фаолиятда ҳам бир хил характерга эга.

Маркетинг пойдевори асоси сифатида қўйилган ғоя, бу инсоннинг муҳтожлик ғояси ҳисобланади. **Муҳтожлик — инсонга бирор нарсанинг етишмаслигини сезишдир.** Булар физиологик, ижтимоий ва шахсий муҳтожликлар бўлиши мумкин. Агарда муҳтожлик қондирилмаса, инсон ўзини жуда ожиз-ва бахтсиз сезади. Масалан, фалаж одамнинг бошқа инсон ёрдамига муҳтожлиги.

Маркетингнинг иккинчи бошловчи ғояси бу инсоннинг эҳтиёж ғоясидир.

Эҳтиёж — индивид шахси ва маданий даражасига мос махсус шаклга эга бўлган муҳтожлик ҳисобланади. Ишлаб чиқарувчилар хизмат ва инсоний эҳтиёж ўртасида боғлиқлик ўрнатишга ҳаракат қиладилар. Масалан беморнинг маълум бир дорига нисбатан муҳтожлиги.

Талаб — хизматни харид қилиш имконияти сингдирилган эҳтиёждир. Ҳар бир инсон молиявий имкониятидан келиб чиққан ҳолда ўзини қониқтирадиган хизматни харид қилишга ўрғанади, чунки ҳар бир инсоннинг имконияти чегаралангандир. Масалан оёқ веналари касаллигига чалинган аёл бирламчи навбатда врач томонидан тавсия этилган даволовчи пайпоқларни харид қилади.

Инсоннинг муҳтожлиги, эҳтиёжи ва талабига қараб уни қониқтирадиган товар ва хизматлар бўлади.

Хизмат деганда — инсон эҳтиёжларини қониқтирадиган, бозорда уни харид қилиш, ишлатиш учун чиқариладиган ҳамма нарса тушунилади.

«Товар» сўзини бошқа сўзларга алмаштириш мумкин, жумладан: «эҳтиёж қондирувчи», «ўрнини қопловчи», «таклиф» ва ҳ.к. Тиббиётда тиббий хизмат, фармацевтика ишлаб чиқариш маҳсулотли, тиббий техника ва ҳ.к. қўлланади.

Инсон ўз муҳтожлиги ва талабларини қондиришни айирбошлаш ёки алмаштириш орқали олиб борса ўша ерда маркетинг юзага келади.

Алмаштириш ёки айирбошлаш — объектга бирор-бир нарсани таклиф қилиб, ўрнига ўзини қониқтирадиган нарсани олиш акти тушунилади.

Алмаштириш — маркетингнинг асосий тушунчаларидан биридир.

Ихтиёрий алмаштириш маълум шартларга асосланиб бажарилади:

- алмаштирувчилар сони 2 кишидан кам бўлмаслиги;
- ҳар бир томон маълум бир нарсага эга бўлиши ва шу нарса аввало иккинчи томонни қизиқтириши;
- ҳар бир томон гаплашиш (коммуникация), ўз маҳсулотини ўзи олиб кетиш қобилиятига эга бўлиши;
- ҳар бир томон бошқа томон қилаётган таклифни рад этиш ёки қабул қилишда эркин бўлиши;
- ҳар бир томон бошқа томон билан иш олиб бориш мақсадга мувофиқлигига ёки яхшилигига (фойда кўришига) ишониши лозим.

Ушбу юқорида келтирилган 5 та шарт алмаштиришнинг асосий имкониятларидан ҳисобланади. Унинг бўлиш-бўлмаслиги ўзаро тузиладиган шартноманинг шартларига боғлиқ.

Маркетинг фаолиятининг асосий ўлчов бирлиги бу ўзаро тузилган шартномалар сони ҳисобланади.

Шартнома — иккала томон ўртасида баҳоланган нарсаларни тижорага бўли билан ўзаро алмаштириш демакдир. Шартномани амалга ошириш учун бир неча шароитлар мавжуд бўлиши керак:

1. Камида 2 та баҳоланган — муҳим объектларнинг бўлиши.
2. Уни амалга оширишнинг келишилган шартларининг мавжудлиги.

3. Амалга оширишнинг келишилган вақти.

4. Амалга оширишнинг келишилган жойи.

Шартнома шартлари Ўзбекистон Республикаси қонунчилиги ҳомийлигида қўриқланади (Ўзбекистон Республикасининг Фуқаролик кодекси, тадбиркорликни қўллаб-қувватлаш қонуни ва бошқа меъёрий ҳужжатлар).

Шартномани оддий бериб қўйишдан фарқлаш лозим. Оддий беришда бир томон иккинчи томонган бирор объектини бериб унинг ўрнига тўғри келадиган бошқа ўзига керакли объектни олмайдди. Аммо, шартнома тузилган пайтида баҳоланган объектларнинг ўзаро алмаштирилиши билан олиб борилади. Масалан битта ўзида мавжуд бўлган УТТ аппаратини бошқа бир ДПМга бериб ўрнига «сунъий буйрак» аппаратини олиши ва ҳ.к.

«Шартнома» тушунчасининг ўзи бозор тушунчаси демакдир.

Бозор деганда — хизматларни потенциал ишлаб чиқарувчи ва харид қилувчиларнинг бир жойда тўпланиб, товарларни ўзаро айирбошлаш (алмаштириш) фаолиятини амалга ошириши тушунилади.

Ривожланган мамлакатларда харидор ва сотувчи тўпланиб шартномани амалга оширадиган расмий жой (бозор) бўлиши шарт ҳам эмас. Ҳозирги замон алоқа воситаларидан фойдаланиб телевиденида реклама бериш, харидор билан ўзаро кўришмасдан телефон орқали юзлаб буюртмаларни қабул қилиш мумкин.

Соғлиқни сақлаш тизимида потенциал хизматларни ишлаб чиқарувчи ва харид қилувчиларнинг бир жойда тўпланиб, хизматларни ўзаро айирбошлаш (алмаштириш) фаолиятини амалга оширадиган бозор муҳим ўрин тутди.

Ҳозирда фаолият кўрсатаётган бозорнинг бош хусусиятларидан бири ишлаб чиқарувчиларнинг истеъмолчиларга нисбатан устиворлигидир. Бунақа бозорларнинг номи «сотувчи бозори» деб юритилади (даставвал товар ишлаб чиқарилади ва харидор чўнтагидаги пулга қаттиқ қураш кетади).

Республикамизда соғлиқни сақлаш тизимидаги даволаш-профилактика муассасаларининг кўпчилиги бюджет таъминотидан ўз ўзини босқичма-босқич пул билан таъминлаш ва аралаш таъминлашга ўтиши, хусусий нодавлат секторининг ташкил топиши ва пуллик хизмат турларининг кўпайиши бозорнинг хилма-хиллигини таъминламоқда. Уларнинг ҳаммаси тиббий хизмат бозорининг кенгайишига олиб келмоқда. Шунинг учун ҳам барча йўналишдаги фаолият турларини кўрсатадиган ДПМлар бозори таркиб топди. Бунда сотувчи ролида ДПМлар бўлса, харидор ролида хизматни харид қилувчилар — аҳоли, корхона, ташкилот ва бошқалар ҳисобланади. Соғлиқни сақлаш тизимининг маълум ривожланиш босқичларига қадар бозорда хизмат сотувчи эмас, балки харид қилувчилар каттароқ устунликка эга бўлдилар. Бозор шароитида хизматни ташкил қилиш ва унинг реализацияси, харидор

учун кураш олиб бориш фаолиятлари билан шуғулланиш иккала томон учун ҳам жуда муҳим ҳисобланади. Шунинг учун бу фаолият билан маркетинг хизмати шуғулланади.

Бозор ҳар доим маълум даражада назоратга муҳтож бўлиб туради. Бунда ташкилотчи, ўртада турувчи, арбитр ва б.қ.лар хизмати лозим бўлади. Ушбу вазифани фақат ҳукумат аъзоларидан тuzилган таркибий қисм орқали давлат бажариши мумкин ва улар томонидан олди-сотди ишларини нормал олиб борилишини таъминлайдиган ҳуқуқий ва иқтисодий шароитлар туғдирилади.

Оқибатда **бозор** — ўзаро боғланган элементларнинг мажмуаси ҳисобланиб, уларга тижорат банки, меҳнат биржаси, таъминотчи, харидор, иш берувчилар истеъмолчилар иттифоқи ва б.қ.лар киради. Мана шулар товар ишлаб чиқарувчиларнинг фикрига қараганда, давлат ўртасида турувчилар тизими ҳисобланади. Уларнинг ишлаб чиқариш қуввати ва ресурсларига, ташкилий таркибга эга бўлган ўзининг ички тизими мавжуддир. А.А. Модестов ва бошқа муаллифлар (1993 й.) турли бозорлардан ташкил топган қуйидаги жамият саломатлик бозорини ишлаб чиқдилар:

- муниципал соғлиқни сақлаш бозори;
- хусусий амалиёт мутахассислари бозори;
- давлат соғлиқни сақлаш бозори;
- мижозлар бозори;
- ғоялар бозори;
- фарминдустрия бозори;
- тиббий техника бозори;
- жамият саломатлиги бозори;
- тиббий таълим тизими бозори;
- тиббий хизмат бозори;
- тиббий суғурта бозори.

Юқорида келтирилган бозорларнинг ҳар бири қисмларга бўлиниши мумкин. Барча ДПМлар, ҳар бир мутахассис у ишлаб чиқараётган хизмат ёки товар бирданига ҳамма харидорларга ёқиб ёки тўғри келиб қолиши мумкин эмаслигини тушунадилар. Шунинг учун ҳам улар бозорнинг маълум бир сегментига хизмат кўрсатишни кўзда тутадилар. Ҳар бир сотувчи харидорларга яхши хизмат кўрсатиш учун энг яхши сегментларни эгаллашга ҳаракат қилдилар. Бунда жуғрофий, демографик, психографик кўрсаткичлар муҳим ўрин тутди. ДПМлар амалиётида бозорнинг маълум соҳаси бўйича айрим сегментларни аниқлаш катта аҳамият касб этади. Шундай қилиб, юқорида келтирилган 11 та бозорни турли хил жуғрофий бирликларга бўлиш мумкин: республика, минтақа, вилоят, шаҳарлар, туманлар, қишлоқлар ва бошқалар.

Бозорнинг **демографик** бўлиниш тамойили: жинс, ёш, оила катта-кичиклиги, яшаш жойи ва ҳ.к. асосида қисмларга бўлинади.

Психографик бўлиниш тамойили бўйича тиббий хизмат истеъмолчилари жамиятдаги ўрни, турмуш тарзи ёки шахсий тавсифга мансуб бўлган белгиларига мос равишда гуруҳларга бўлинади.

Жамият саломатлик бозорида тиббий хизматлар бозори асосий ва ҳал қилувчи бозорлардан ҳисобланади.

Тиббий хизмат бозори — тиббий технологиялар, тиббий техника жиҳозлари, тиббий фаолиятни ташкил қилиш усуллари, ҳозирги бозор иқтисодиёти шароитида истеъмол қилинаётган фармакологик воситалар мажмуаси ҳисобланади.

Бу тушунча тиббий ташкилотлар, бошқарув идоралари, мулкчилик шакли ҳар хил муассасаларнинг тиббий мутахассисларига таълуқлидир.

Бозор катта ва кичик даражаларда ўзгариб турадиган таркибни англатади. Катта даража деганда туман, шаҳар, вилоят, мамлакат миқёсида фаолият кўрсатиш тушунилади. Кичик даража деганда эса ташкилот, муассаса даражасида фаолият юритиш тушунилади.

Бугунги кунда республикамиз соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишда асосий эътибор поликлинника тизимини ривожлантиришга, қишлоқда тиббий-санитар ёрдамни такомиллаштиришга қаратилган.

Соғлиқни сақлаш тизимида суғурта тиббиёти жорий этилиши мўлжалланаётган бир пайтда жамият саломатлик бозорида маркетингнинг асосий тамойиллари қуйидагилардан иборат бўлади:

1. ДПМлари ўзининг иш фаолиятини юритиш учун бозорнинг қуйидаги турли йўналишларидан: муниципал соғлиқни сақлаш, хусусий амалиёт мутахассислари, давлат соғлиқни сақлаш, миждозлар, гоёлар, фарминдустрия, тиббий техника, жамият соғлиғи, тиббий таълим тизими, тиббий хизмат, тиббий суғурта бозорларидан тегишли импульсларни олади.

2. Аҳоли учун янги хизматни ишлаб чиқариш ёки эскисини такомиллаштириш пайтида ДПМ бу хизматга истеъмолчилар бўлишини, уни бозорнинг қайси қисмига чиқариш лозимлигини ва режалаштирилган нархда шу бозорда сотилиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда ўз йўналишини ишлаб чиқаради.

3. ДПМ аҳолининг тиббий хизматга бўлган эҳтиёжини нафақат ўрганади ва қониқтиради, балки ўзига мақбул бўлган йўналишда талаб тузади.

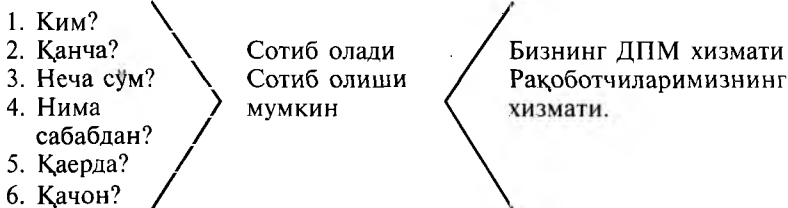
4. ДПМ бугунги кунда нафақат аҳолини қониқтираётган турли хилдаги даволаш, диагностика, қайта тиклаш ва бошқа эҳтиёжларни ҳисобга олиши, балки келажакда янги тиббий технологиялар, меҳнатни ташкил қилишнинг янги шаклларининг пайдо бўлиши муносабати билан тақдим қилинадиган хизматларни ҳам ҳисобга олиб иш юритиши лозим (масалан бепуштлик диагности-

каси, меъда-ичак яра касалликларида лапароскопия усулидан фойдаланиш ва ҳ.к.).

5. Бозорда узоқ муддатга мустақкам ўрнашиш орқали катта даромадлар олиш тиббий хизмат турларини ривожлантиришни талаб этади (масалан туғиш ёшидагиларга кичик абортлар, 50 ёш ва ундан катталарда простата беzi аденомасини консерватив усулда даволаш ва ҳ.к.).

Қуйида тиббий хизмат истеъмолчисининг психологиясини таҳлил қилишга батафсилроқ тўхталиб ўтамиз.

Истеъмолчининг психологиясини ўрганиш бу савол-жавоб орқали амалга оширилади.



Агарда ДПМ бозорда маълум мувафаққиятларга эришмоқчи бўлса, юқорида келтирилган саволларни атрофлича ўрганиб чиқиши зарур.

1- савол. Ким?

Тиббий хизмат харидорлари тўғрисидаги аниқ маълумотларга эга бўлган тақдирдагина тиббий технологияларни такомиллаштириш ва янгилаш ҳамда уни талаб қилган бозорни эгаллаш мумкин. Масалан, туғруқ ёшидаги аёлларга кичик абортлар таклиф этиш ва бошқалар.

2-савол. Қанча?

Бу саволга маълум вақт оралиғида қабул қилинган у ёки бу хизмат турининг қайтарилиши тўғрисидаги ахборотни ўрганиш ва таҳлил қилиш пайтида жавоб олинади. Масалан педиатр болага 10 сўм турадиган умумқувват берувчи уқалашнинг 10 тасини буюрса, 10 та сеанс нархи «маълум» сўмни ташкил қилади. Бундай сеансдан беморга бир йилда бир неча маротаба буюрилса, нафақат бир йилда битта бемор болага тўғри келадиган сеанслар сони ва жами олинажак маблағни ҳисоблаб олиш, балки поликлиникада шунақа сеансларни олиш учун қанча бемор мурожаат этиши ва улардан тушадиган маблағлар миқдорини ҳисоблаб чиқариш мумкин.

3-савол. Қанчадан?

Бу саволга жавоб аниқ бир хизматга белгиланган нархга боғлиқ. Нарх белгилашда 2 хил усулдан фойдаланилади: сарф-харажат ва шунга ўхшаш маҳсулотлар нархи асосида. Маҳсулотнинг сўнгги нархи уни тузиш усулларига боғлиқ бўлади. Нарх белги-

лаш сарф-харажат билан ўлчаниши тўғрироқ ва устунроқ ҳисобланади. Шу сабабли иқтисодчилар нарх белгилашда шу сиёсатни олиб бордилар. Менеджерлар маҳсулот ва хизматларга нарх белгилашда сарф-харажатлар (иш ҳақи, мажбурий ажратмалар, аренда ва б.қ.лар)га асосландилар. Биринчи усулда чиқарилган нархда «даромад» ва «рақобатчилар нархи» биргаликда ҳамма юқорида келтирилган тўртала кўрсаткичлар ҳам киритилган бўлади. Демак иккала усулда турли хил услубларни қўллаб ҳисоблаб чиқилганда ҳам бозор баҳоси келиб чиқади ва бир-бирига мос тушади.

Ишлаб чиқарувчилар томонидан монополия нархи қўйилиши ҳам мумкин (юқори нарх стратегияси).

Номинал нархи прејскурантлар, ахборотномалар, биржа ҳужжатларида нашр этилади.

4-савол. Қандай қилиб?

Ушбу саволга фақат хизмат, танлаш мезони, сотиб олиш бўйича қарорлар ва бошқалар тўғрисидаги ахборот манбаларини билган ҳолда жавоб бериш мумкин.

Маҳсулот (хизмат)ни сотиб олиш жараёни босқичма-босқич олиб борилади:

- муаммони тўлиқ тушуниш;
- ахборот излаш;
- турли вариантларни баҳолаш;
- сотиб олиш тўғрисида қарор қабул қилиш;
- сотиб олишга билдирилган фикрлар.

Мисолларда келтирилган 5 ҳолатни кўриб чиқамиз.

Масалан ёш она иккинчи ҳомиладорликдан сўнг кутилган болани туғишга қарор қилган дейлик. Биринчи ҳомиладорлик жараёни боланинг ўлик туғилиши билан якунланган. Аёл иккинчи ҳомиладорликда маълум пул тўлаш йўли билан соғлом бола туғиш мақсадида туғруқхоналар тўғрисидаги ахборотни излайди. Аёл изланиш давомида ўзи истаган бир неча туғруқхоналар тўғрисида ахборотлар тўплади. Эндиги навбат уларнинг ичидан қайси бири яхши эканлигини таққослаш йўли билан аниқлаш ва ўзига мақбул бўлган вариантда тўхташи. Унинг асосан юқори малакали мутахассислари, истеъмолчига нисбатан диққат-эътиборли, ўзига мақбул нарх ва яшайдиган манзилига яқин, бошқалардан мавқеи юқори бўлган муассасани танлаши. Натижада она яхши тугаган туғруқ жараёнидан ва ўз мақсадига эришганидан хурсанд.

5-савол. Нима учун?

Ушбу саволга жавоб бериш учун истеъмолчининг ички ҳистуйғулари ва ўзини тутиш механизмларини А. Маслоунинг инсон эҳтиёжларининг 5 поғонали иерархик таркиби графиги бўйича кўриш мумкин.



Инсон бирламчи эҳтиёжларни қониқтиргандан сўнг янада юқорироқ эҳтиёжларни қондиришга ҳаракат қилади.

Ҳар қандай ДПМ аҳолига янги хизмат турини тақдим этишдан олдин ушбу хизмат инсон саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлашга бўлган асосий эҳтиёжини қондиришдек, касалликдан ҳимоя қилишдек олий неъматдан баҳра олишни тақдим этадими ёки йўқми деган фикрларни чуқурроқ ўйлаб кўрмоғи керак бўлади.

6-савол. Қаерда?

Ушбу хизмат тури қайси ДПМда энг юқори савия ва сифатда амалга оширилади — қишлоқ врачлик пункти, поликлиника, касалхонада ва ҳ.к.

7-савол. Қачон?

Бу ерда аниқ хизматга қўйилган талабни йил давомида, ойлар, ҳафталар, кунларда ва кунларнинг соатларда ўзгаришини ҳисобга олиш мақсадга мувофиқдир.

Нархни белгилаш. Маркетинг тушунчасининг кейинги тартибий қисми — нархни белгилашдир.

Нарх белгилаш босқичлари:

1-босқич — нарх қўйишни белгилаш вазифаси (нархни белгилаш танлови — хизматнинг бозорда тутган ўрни, кундалик бозор ҳолатини ҳисобга олиб муассасанинг узоқ муддатли мақсадларига боғлиқ).

2-босқич — талаб имкониятининг катта-кичиклигини аниқлаш (бўлажак нархнинг энг баланд баҳосини қўйиш, қайсики бунда сотув масаласи муаммо бўлиб қолади).

3-босқич — ортиб қолган маҳсулотни баҳолаш (уларнинг умумий миқдорига қараб паст нарх белгиланади, бу нархни яна пастайтириш ишлаб чиқаришни инқирозга олиб келади).

4-босқич — рақобатчиларнинг маҳсулот (хизмат)лари ва нархларини таҳлил қилиш.

5-босқич — нарх белгилаш усулларини танлаш:

— ўртача қўшимча даромад;

— инқирозга учрамасликнинг таҳлили ва мақсадли даромадни таъминлаш;

— хизмат ёки товарга сезилувчан нарх қўйиш;

— кундалик нархлар даражасига қараб нарх белгилаш;

— ёпиқ савдода нархни белгилаш;

— охири нархни истеъмолчи, дистрибьютор, диллер, муассаса ходимлари, рақобатчилар ва давлат ташкилотларининг психологиясини ҳисобга олиб белгилаш.

Маркетинг тушунчасининг кейинги тартибий қисми — хизмат (маҳсулот)ларни сотиш учун тарқатиш усулларини ва бозорда олдинга суриш тизимларини ишлаб чиқишни талаб этади.

Маҳсулот ва хизматларни бозорда сотиш ва тарқатишни олдинга суриш

Тиббий хизмат (маҳсулот)ларни сотиш учун тарқатиш фаолияти деганда — хизмат (маҳсулот)ларни ишлаб чиқарувчидан истеъмолчига етказиб берилишини таъминлайдиган фаолият тушунилади.

Маркетинг тушунчасининг кейинги тартибий қисми — бозорда хизмат (маҳсулот)ни ўтказиш. Маълумки, хизмат (маҳсулот)нинг сотилиши учун авваламбор харидор керак бўлишидан ташқари ҳеч бўлмаганда ушбу хизматнинг борлигини, унинг хусусиятларини, нималарга ишлатилишини ва ундан фойдаланиб ўз эҳтиёжини тўлиқ ва сифатли қондириши мумкинлигини харидор билиши лозим. Ёки бошқача айтганда, истеъмолчига хизмат (товар) тўғрисида тўлиқ ахборот бериш ва унинг устунликларига харидорни ишонтириш керак бўлади.

Бу нарсага ДПМ ёки фирманинг мулоқот сиёсати орқали эришилади. Умуман бу иш 4 асосий йўналишда олиб борилади:

— реклама (хизмат (маҳсулот) ва ДПМ ёки фирманинг диққатни ўзига тортувчи устунликлари тўғрисида тижорат ахбороти);

— шахсий сотув (уни сотиш учун харидорларга оғзаки тушунтириш, шахсий муносабатларни ўрнатиш ва сақлаш);

— сотувни рағбатлантириш (харидорлар, сотувда ўртада турувчилар ва сотувчиларни фасллар ёки бошқа нарх тушириш, кредит бериш, сотувдан мукофот тайинлаш, лоторея, намунавий нусхаларни бепул тарқатиш, доимий мижозларни рағбатлантириш ва ҳ.к. фаоллаштириш);

— ташвиқот (хизмат, (маҳсулот)ларга харидорларнинг фикрини ўзгартириш мақсадида йигилишлар ўтказиш).

Бугунги бозор иқтисодиёти шароитида аҳолининг сотиб олиш имкониятига иқтисодий омиллар қаттиқ таъсир кўрсатади жумладан, оилавий кирим миқдори, нарх, иқтисодий етишмовчилик, ишсизлик, инфляция, миллий валютанинг курси, давлатнинг сугурта ва бюджет сиёсати ва б. лар.

Ҳозирги пайтда жамиятимиз аҳолисининг бир неча асосий қатламларга, яъни жамиятнинг ҳолатини аниқлайдиган ижтимоий гуруҳларга бўлиниш ҳолати кузатилмоқда:

1. Бошқаларга нисбатан юқорироқ турмуш даражасига эга бўлган шахслар қатлами. Улар катта сармоёга эга бўлганликлари учун ўз эҳтиёж ва талабларини бемалол қондира оладилар, жумладан соғлиқни сақлаш тармоғида ҳам (массажистлар хизмати, саломатлик маркази, косметологик, стоматологик, санатор-курорт даволаш, нуфузли ДПМларда даволаниш ва ҳ.к.).

2. Ўрта синфга оид шахслар — улар мунтазам равишда тўлиқ иш маошларини олиб турувчилардир.

3. Ишловчи ёки ишсиз деб атаб бўлмайдиган шахслар, чунки улар корхона ва ташкилотларда ишлаб иш ҳақларини тўлиқ ёки умуман олмайдилар. Уларни ёпиқ ишсизлар деб атасак ҳам бўлаверади, чунки улар меҳнат биржасида рўйхатда турмайдилар.

4. Ижтимоий кам таъминланган ёки умуман таъминланмаган шахслар, қайсики улар ўз нафақа, степендия, ижтимоий таъминот нафақаси, ишсизлик бўйича нафақа олувчи ва бошқалар.

5. Аниқ яшаш жойига эга бўлмаган шахслар.

Тиббий хизмат кўрсатувчилар мана шу юқорида келтирилган тоифадаги гуруҳларнинг эҳтиёжлари, талаблари, ҳамда уларга кўрсатилган тиббий ёрдамнинг ўрнини тўлдириш имкониятларидан келиб чиққан ҳолда ўз иш фаолиятларини режалаштиришлари ва унинг истиқболини ишлаб чиқишлари муҳим ҳисобланади.

VI боб

ҲАМШИРАЛИК АМАЛИЁТИ АСОСЛАРИ

БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ — ДАВОЛАШНИНГ МУҲИМ ВА ЗАРУРИЙ ОМИЛИДИР

Парвариш деганда бемор дардини енгиллатиш, унинг тезроқ соғайишига ва касаллик асоратларининг олдини олишга қаратилган даволовчи, профилактик, гигиеник ва санитар-эпидемиологик тадбирлар мажмуаси тушунилади.

Кўп касалликларда беморлар жисмоний фаоллигининг чекланиши ва ўз-ўзига хизмат кўрсатиш лаёқатининг пасайиши кузатилади. Айрим беморлар бировнинг кўмагисиз ювина ёки овқатлана олмайдилар. Бемор терисини, оғиз бўшлигини тозалаш, унинг физиологик эҳтиёжларини қондириш, тўғри овқатлантириш, парҳез тартибини таъминлаш, оқликларини ўз вақтида алмаштириш каби беморлар парвариши тушунчасига киради. Тиббиёт муассасаларида парвариш тушунчасига тозаликни сақлаш ва юкумли касалликларнинг олдини олишга қаратилган санитар-эпидемиологик тадбирлар ҳам киради. Бу тадбирларга беморларнинг санитар тозалови, уларнинг кийимлари, оқликлари, парвариш буюмларини зарарсизлантиришлар киради. Бемор парваришининг асосий таркибий қисми жисмоний ва руҳий тинчликдан иборат. Бемор ётган хонадаги тинчлик, тиббиёт ходимларининг оғир-вазмин, хушмуомаласи, бемор руҳиятига салбий таъсир этувчи сабабларнинг бартараф қилиниши тиббиёт муассасаларининг беморни даволаш ишлари самарадорлигини оширади.

Бемор парваришига тиббиёт ходимларининг шифокор кўрсатмаларини тўғри амалга ошириш тадбирлари ҳам киради.

Беморлар парваришининг **умумий** ва **махсус** турлари мавжуд.

Умумий парвариш касаллик турига боғлиқ бўлмаган ҳолда ўтказиладиган тадбирларни ўз ичига олади.

Махсус парвариш муайян касалликларда ўтказиладиган қўшимча тадбирлардан иборат. Масалан жарроҳлик, гинекологик ва бошқа касалликларда.

ЭСЛАТМА: Беморларнинг умумий парвариш турларига қуйидагилар киради:

1. Тиббиёт муассасасининг даволаш — муҳофаза ва санитар-эпидемиологик тартибини яратиш ва таъминлаш.

2. Шифокор кўрсатмаларини бажариш, дори-дармонлар тарқатиш, инъекциялар қилиш ва бошқалар.

3. Оғир ётган беморларга шахсий гигиена тадбирларини ўтказишда ёрдам бериш — ювинтириш, оғиз бўшлигини парваришлаш, ётоқ яраларининг олдини олиш, овқат едириш, физиологик эҳтиёжларида ёрдам бериш.

4. Кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда шифокор келгунча шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш.

5. Беморлар ва аҳоли ўртасида санитария-маориф ишларини олиб бориш.

6. Тиббий ҳужжатларни тўлдириб бориш.

Тиббиёт ҳамширасининг энг асосий вазифаси беморлар парвариши ҳисобланади. Хоналарни йиғиштириш ва озода сақлаш, беморга тувак тутиш ва уни тозалаш, гигиеник ванна қабул қилдириш каби тадбирларни кичик тиббиёт ҳамшираси амалга оширади.

ҚАБУЛХОНА БЎЛИМИ. БЕМОРЛАРНИ ҚАБУЛ ҚИЛИШ

Ҳар қандай касалхонада беморларни қабул қилиш бўлими мавжуд бўлиб, у беморларни касалхонага қабул қилиш, қайд этиш, кўздан кечириш, антропометриядан ўтказиш, гигиеник жиҳатдан текшириш, шу билан бирга зарурат бўлса, шошилинч ёрдам кўрсатишга мўлжалланган. Қабулхона бўлимлари марказлаштирилган ва марказлаштирилмаган бўлади. Касалхонанинг ҳар бир бўлимидаги қабулхоналар марказлаштирилмаган ҳисобланади. Ҳозирда беморларга қулайлик яратиш мақсадида қабулхона бўлимлари марказлаштирилмоқда. Қандай хилдаги қабулхона бўлишидан қатъий назар унда қуйидаги хоналар бўлиши лозим:

1. Кузатиш хонаси.
2. Қайд этиш (регистрация) хонаси.
3. Шифокорнинг текшириш хонаси.
4. Покизалаш хонаси.
5. Муолажа ва боғлов хонаси.
6. Изолятор.
7. Ташхис қўйиш хонаси.
8. Ҳожатхона.

Ҳар бир хонага кирган бемор махсус рўйхатдан ўтказилгач, касаллик турига қараб шифокор томонидан текширилади. Ётқизиладиган беморлар (уларнинг умумий аҳволига ва шифокор кўрсатмасига қараб) санитария тозаловидан ўтказилади.

Тиббиёт ҳамширасининг қабулхона бўлимидаги иш фаолияти

Тиббиёт ҳамширасининг вазифаларига қуйидагилар киради:

1. Касалхонага ётқизиладиган бемор ҳужжатларини тўлдириш.
2. Беморнинг битлиқилик ва эҳтимол тутилган юқумли касалликларга қарши дастлабки текшируви.
3. Беморни шифокор хонасига олиб бориш.
4. Санитария-гигиена тозаловини ўтказиш.
5. Беморни бўлимга олиб бориш.

Янги келган беморнинг ҳужжатларини расмийлаштириш касаллик тарихининг паспорт қисмини тўлдиришдан иборат; бунда беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми, манзили, ёши, касб-кори ва касалхонага келган вақти қайд қилинади. Агар бемор оғир ёки беҳуш ҳолда келтирилган бўлса, бу маълумотларни уни олиб келган кишилардан олинади. Қабулхона бўлимига оғир аҳволда келтирилган беморни тезда ихтисослашган даволаш

бўлимига юборилиб, у ерда малакали ёрдам кўрсатилади. Бирок, кўпинча беморнинг аҳволи унга тиббий хужжатларни тўлдириш, уни дастлабки кўздан кечириш ва санитария тозалови ўтказиш имконини бермайди. Беморнинг аҳволи яхши бўлса, тиббиёт ҳамшираси антропометрия ўтказди, уни тарозида тортади ва шундан кейингина уни кўздан кечириш, дастлабки ташхис қўйиш ва санитария тозалови ўтказиш ҳамда қайси бўлимга олиб боришни белгилаш учун шифокор хонасига олиб боради.

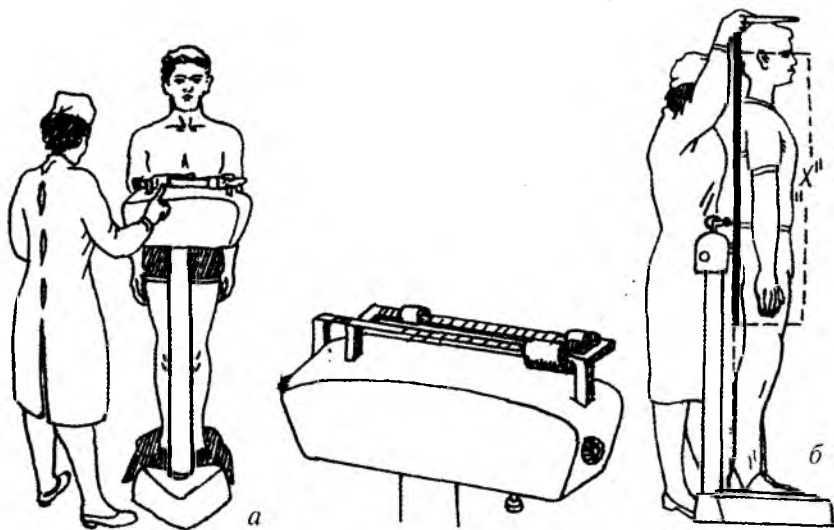
Антропометрия — одамнинг жисмоний ривожланганлигини тана ва унинг қисмларини ўлчаш йўли билан аниқлашдан иборат. Тиббиёт ҳамшираси бўйин ва кўкрак айланасини ўлчайди. Энг оддий антропометрик текширишларни ҳам тиббиёт ҳамширалари шифохоналарда, поликлиникаларда, санаторийларда, дам олиш уйларида ўтказадилар.

Бўйни бўй ўлчагич (ростомер) билан ўлчанади. Асбобнинг тик ҳолда турувчи майдончада ўрнатилган тирговучи бўлиб, унинг сантиметр бўлинмалари ҳамда тирговучнинг горизонтал жойлашган сургичи (мослама) бўлади. Бўйни ўлчашда бемор тиргакка товони, думбалари, кураклари ва энсасини теккизиб орқаси билан туради. Бош шундай ҳолатда бўлиши керакки, ташқи эшитув йўллариининг юқори чеккаси ва кўз бурчаклари битта текис чизикда турсин, сўнгра сургични бошгача туширилади ва шкаладаги бўлинмалар сургичнинг пастки чеккаси бўйича саналади. Айрим ҳолларда беморларнинг бўйини ўтирган ҳолатда ўлчанади, бу ҳолда беморнинг бўйига курсичадан полгача бўлган масофа қўшилади.

Тана вазни тўғри ўрнатилган ва яхши мувозанатга келтирилган тиббий тарозиларда, наҳорга енгил ич кийимда, қовуқ ва ич бўшатилганидан кейин ўлчанади. Оғир ётган беморлар вазнини ўтирган ҳолатида, аввал курсини тарозида ториб, кейин ўлчаш мумкин. Бемор тарози майдончасининг ўртасига калитнинг кўтариб қўйилган ҳолатида эҳтиётлик билан чиқиши фоят муҳим. Бунда қаттиқ силкинишдан сақланиш лозим. Мувозанат ҳолатига келгандан сўнг калит пастга туширилади. Тана вазнини пастки ва юқориги кўрсаткичларда, юклар тўхтаган бўлинмаларнинг иккита сони йиғиндиси бўйича аниқланади.

Кўкрак қафаси айланаси сантиметрли тасма билан олдинги томондан IV қовурга бўйича, орқадан эса куракларнинг бурчаклари остидан ўлчанади. Беморнинг қўллари пастга туширилган бўлиши, у тинч нафас олиши лозим. Ўлчаш нафас чиқариш вақтида, шунингдек максимал нафас олиш чўққисидида бажарилади.

Ўпканинг тириклик сифими спирометр асбобида ўлчанади. Бунинг учун бемор чуқур нафас олиб спирометрга пуфлайди.



1-расм. Антропометрия (а, б).

Эркаларда меъёрда ўпканинг тириклик сифими аёлларникига қараганда катта бўлади.

Мускул кучи динамометр асбобида қўл ва оёқларда алоҳида ўлчанади.

Ҳамшира антропометрик ўлчашлардан сўнг шифокор беморни кўздан кечираётганда иштирок этади, ЭКГ қилиш ва ташхисни аниқлаш учун бошқа шошилиш текширишлар ўтказишда ёрдамлашади, беморни санитария тозалови хонасига олиб боради (1-расм, а, б).

БЕМОРНИНГ САНИТАРИЯ ТОЗАЛОВИ

Қабулхона бўлимининг тиббиёт ҳамшираси беморни санитария тозаловидан ўтказишдан олдин унинг бадан терисини кўздан кечиради. «Педикулёз» (битлиқлик)ни аниқлайди.

Битлар бошда, чов ва кийим чокларида учраши мумкин. Битлар 1,5 дан 4 мм гача ўлчовда бўлади, тухумлари эса 0,6—1 мм дан кам бўлмайди, сиркалар узунчоқ шаклда бўлиб, соч танасининг илдиз қисмига ёпишқоқ моддаси билан ёпишиб олади.

ЭСЛАТМА: Бош ва кийим битлари оғир юқумли касалликлар — тошмали ва қайталама тифнинг ташувчиси ҳисобланади. Шунинг учун тиббиёт ҳамшираси бит ёки сирка аниқланганда зудлик билан дезинфекция ўтказиши зарур.



2-расм. «Педикулёзда» бошни тозалаш (а, б, в, г, д, е, ж, з).

Педикулёз аниқланганда тиббиёт ҳамширасининг ҳаракат алгоритми:

1. Ҳамшира рўмол, халат, қўлқоп кияди.
2. Беморни клеёнка солинган кушеткага ўтқазади (агар унинг аҳволи енгил бўлса).
3. Беморга бажариладиган муолажанинг зарурлигини тушунтиради.

4. Бемор сочларига педикулёзга қарши восита билан ишлов беради.

5. Бемор бошини 20 дақиқага рўмол билан ўраб қўяди.

6. Бемор сочи илиқ сув билан ювиб, артилади ва 10-15 дақиқа давомида майда тишли тароқда таралади.

7. Кийимларни зарарсизлантириш учун қопга жойланади (тиб-биёт ҳамширасининг халатини ҳам) (2-расм, *а, б, в, г, д, е, ж, з*).

8. Қўлқоплар ечилиб, қўллар ювилади.

Гигиеник ванна ва душ қабул қилиш

Бемор аҳволидан келиб чиққан ҳолда санитария тозалови тўлиқ (ванна, душ) ёки қисман (артиш, ювинтириш) бўлиши мумкин.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира қўлқоп кияди.

2. Ювиниш хонаси тайёрланади (ҳарорати +25—28°C даражада).

3. Ванна сатҳи мочалка ёки шчётка ёрдамида совун билан тозаланлади. Сўнг 0,5% ли хлорли оҳак, ёки 2%ли хлорамин (Б) эритмаси ёрдамида зарарсизлантирилиб кейин иссиқ сув билан чайилади.

4. Ванна тешиги тиқин билан беркитилиб, сув билан тўлдирилади (ҳарорат 35—37°C. бўлиши керак).

5. Беморга ваннада қулай ҳолатни эгаллашига ёрдам берилади, сув сатҳи тўш суягигача бўлиб, сирпаниб кетмаслик учун оёқ тагига мослама қўйилади (3-расм *а, б*).

6. Қўлқоплар янгиланади.

7. Беморнинг боши ювилади, танасининг кўп терлайдиган қисмлари (қўлтиқ ости, кўкрак ости безлари, чов соҳаси)ни мочалка ёрдамида ювилади.

8. Ванна қабул қилиш муддати 20—25 дақиқа.

9. Беморнинг ваннадан чиқишига ёрдам бериб, бадани юмшоқ сочиқ билан қуритиб артилади ва кийинтирилади.

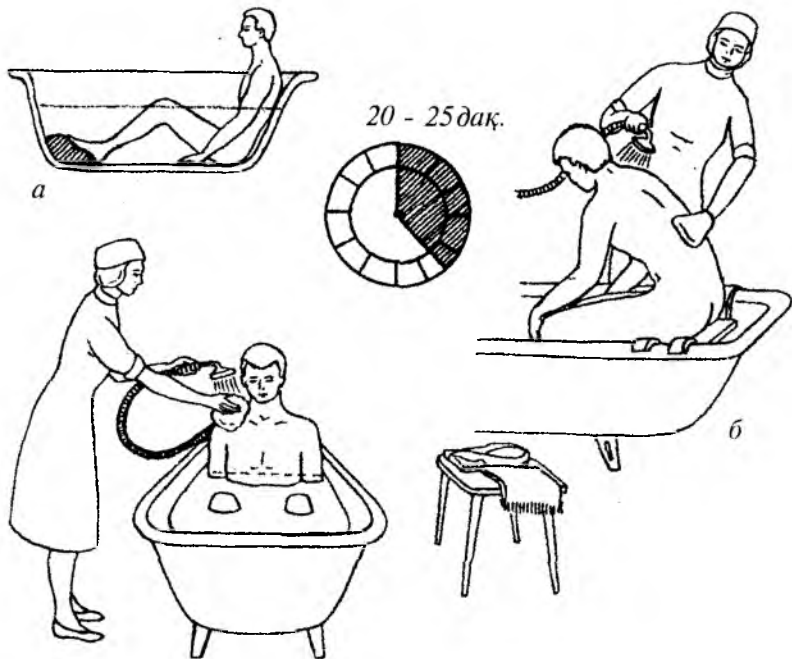
10. Ванна ичидаги сув оқизиб юборилгач, зарарсизлантирувчи модда билан чайиб, иссиқ сув билан ювилади.

11. Мочалкалар 30 дақиқача 3% ли хлорамин эритмасига солиб қўйилади, сўнг чайиб қуруқ ҳолда ёпиқ идишда сақланади.

12. Ваннахона тозаланлади, қўлқоп ечилади.

Гигиеник душ қабул қилиш учун бемор ванна ичига қўйилган стул ёки махсус мосламага ўтказилади ва муолажа юқоридаги тартибда олиб борилади.

Қисман тозалаш учун ҳамшира қўлига қўлқоп кияди. Беморнинг тагига клеёнка солиб, танасини артиш учун намланган оқлиқ тайёрлайди. Аввал тананинг олдинги қисми: кўкрак, қўллар, қўлтиқ



3-расм. Беморнинг санитария тозалови (а-ваннада, б-душда).

ости соҳаси артилади, сўнгра курак артилиб, чойшабга ўраб қўйилади. Худди шу тарзда қорин, оёқлар елка соҳалари артилади. Муолажа охирида клеёнка йигилади, қўлқоп ечилади.

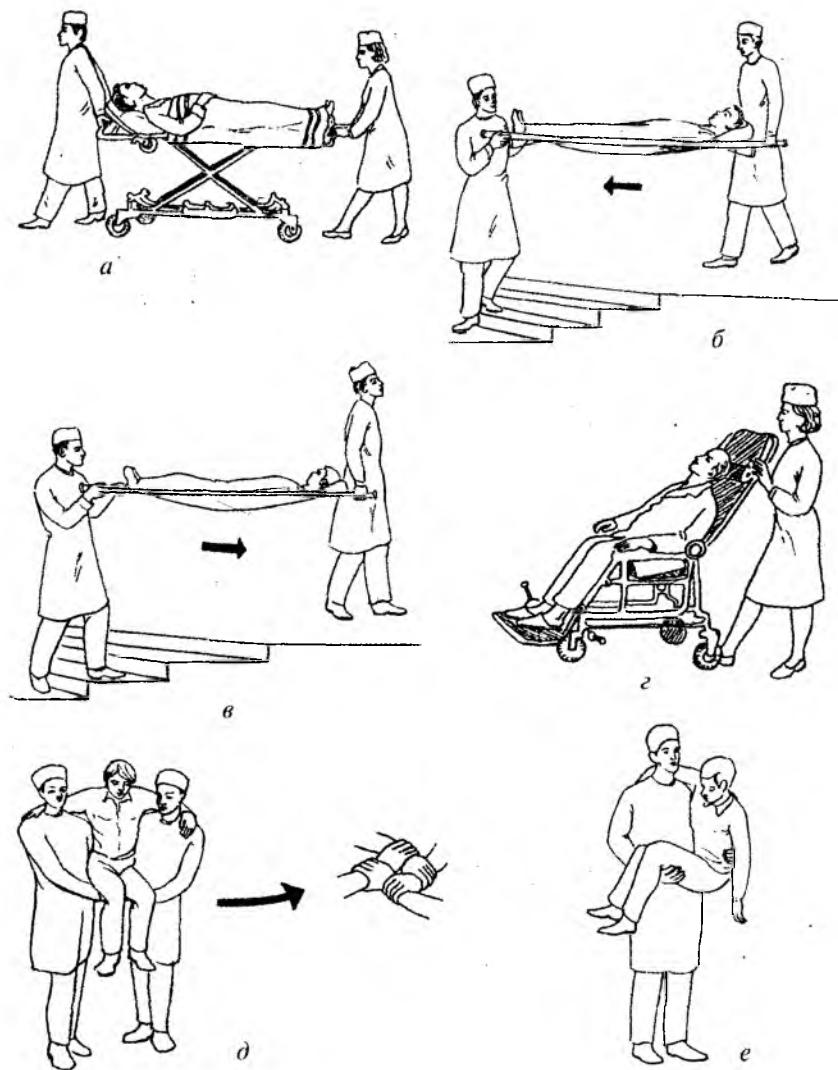
ЭСЛАТМА: Муолажа давомида ҳамшира иштирок этиши шарт. Беморнинг аҳволи ёмонлашса, муолажани тўхтатиш ва биринчи ёрдам кўрсатиш ёки шифокорга хабар бериши лозим.

БЕМОРНИ ТРАНСПОРТИРОВКА ҚИЛИШ

Беморларни бўлимга олиб бориш уларнинг аҳволига қараб қуйидаги усулларда амалга оширилади: замбилли аравада, замбилларда, ўтирадиган аравада, қўлда, пиёда.

Замбилли аравада ташиш. Замбилли аравага оқлик тўшалган бўлиши лозим. Оғир аҳволдаги беморларни уч киши кўтаргани мақсадга мувофиқ. Кўтариш қулай бўлиши учун замбилни каравотга нисбатан тўғри бурчак остида, параллел тақаб қўйиш мумкин. Уччала ходимнинг бемор олдида бир томонлама тургани қулай. Чунки биринчи ходим беморнинг боши, бўйни ва кўкрагининг юқори қисмидан ушлайди. Иккинчи ходим бели ва сонла-

рининг юқори қисмдан, учинчиси эса сон ва болдирларидан тутиб туради. Кутарилган бемор билан замбил 90° га бурилиб, бемор ётқизилади ва усти ёпилади. Оғир ётган беморнинг юборилаётгани ҳақида бўлимга хабар берилади. Беморни хонага олиб келгач, замбилнинг бош томони каравотнинг оёқ томонига йўналтирилади. 3 ёки 2 та ходим беморни кутариб, 90° га ўгирилиб каравотга ётқизади.



4-расм. Беморларни транспортировка қилиш усуллари (а, б, в, г, д, е).

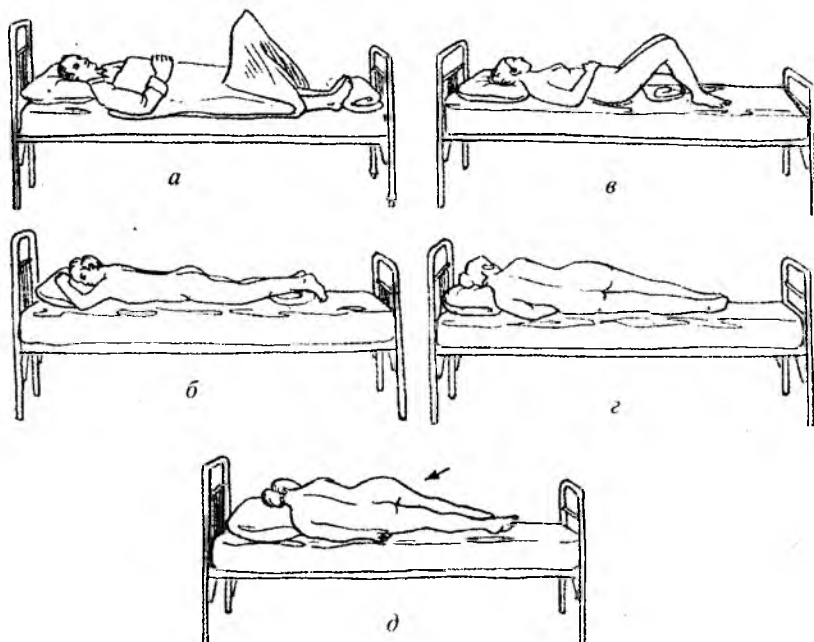
Беморни зинапоядан замбилда кўтарилганда боши олдинга йўналтирилган ҳолда олиб борилади ва замбилнинг орқа томони кўтарилади. Беморни олиб тушилаётганда оёғи олдинга йўналтирилади ва замбилнинг оёқ қисми кўтарилади, орқа томони нисбатан туширилади. Юқоридаги йўналиш орқали замбилда ётиш мувозанати сақланади. Замбил бўлмаса бемор 2 ёки 4 ходим ёрдамида қўлда ташилади. Бемор аста-секин шошилмасдан олиб кетилади.

Ўзи юролмайдиган беморлар бўлимга махсус аравача ёрдамида олиб борилади. Оёқ тирговучи босилиб, аравача олдинга энгаштирилади. Беморни оёқ тирговуч устига туришини илтимос қилиб, сўнгра ёрдамлашиб аравачага ўтқазилади ва мослама асли ҳолатига келтирилади. (4-расм *a, б, в, г, д, е*).

БЕМОРНИНГ ЎРИНДАГИ ҲОЛАТИ

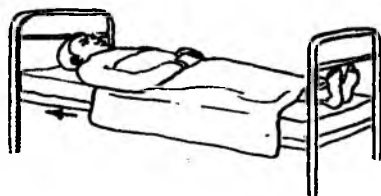
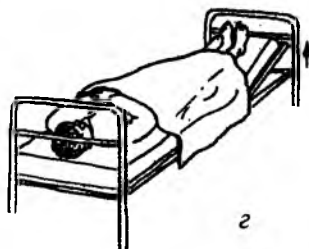
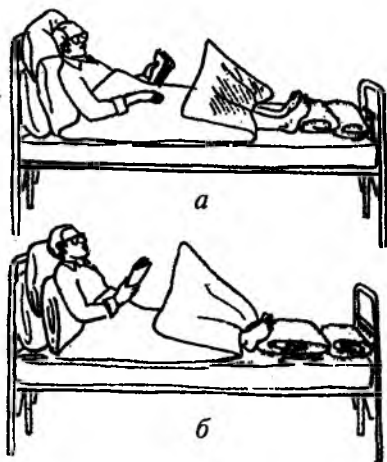
Кўпгина касалликларда беморлар ҳолати турлича кўринишга эга (тула фаол, суст фаол, мажбурий) бўлади (5-расм *a, б, в, г, д*).

Беморлар қониқарли ҳолатда фаол ҳаракатга эга бўлиб, улар барча эҳтиёжларини ўзлари қондира оладилар (мустақил равишда



5-расм. Беморнинг ўриндаги ҳолати: *a* — чалқанча, *б* — қоринда, *в* — чалқанча оёқлар букилган ҳолда, *г, д* — чап ёнбоши билан ётиш.

ўтириб, туриб, овқатланиб, ювиниб ва ҳ. к.). Суст ҳолатдаги беморлар камҳаракат, мустақил ўгирилиб бош, қўларини кўтара олмайдилар. Кўпинча беморлар беҳуш ҳолда бўладилар. Айрим касалликларда беморлар оғриқ ҳиссини камайтириш мақсадида мажбурий ҳолатни эгаллайдилар масалан йўталда, нафас қисганда, оғриқда. Нафас қисганда бемор ўтирган ҳолатни эгаллайди, бу эса нафас олишни енгиллаштиради (6-расм, а, б, в, г, д).



6-расм. Беморнинг турли функционал ҳолатлари: а — ярим ўтирган, б — ўтирган, в — боши кўтарилган, г — оёқ томони кўтарилган, д — боши текис ҳолатда.

Бемор ҳолати буюрилган ҳаракат яъни қатъий ётиш, ётиш, ярим ётиш тартибига ҳар доим ҳам мос келавермайди. Масалан: миокард инфаркти билан оғриган беморлар ҳатто фаол ҳолатда бўлсалар ҳам қатъий ётиш тартибига риоя қилишлари лозим.

Оғир беморлар учун қулай шароит яратиб бериш мақсадида махсус каравотлардан фойдаланилади. Бу каравотларнинг оёқ ва бош томонларини кўтариш ва тушириш мумкин. Ҳозирги вақтда такомиллашган, ҳаракатда енгил каравотлар мавжуд.

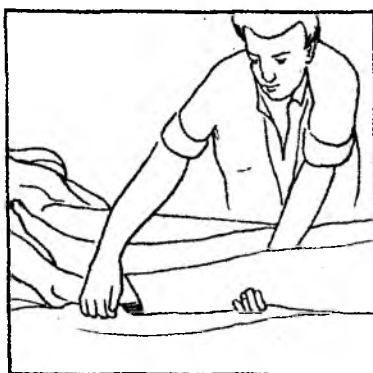
ОДДИЙ ЁКИ МАХСУС КАРАВОТЛАРДА БЕМОРГА БАЪЗИ ҲОЛАТЛАРНИ ЯРАТИШ УСУЛЛАРИ

Беморни чалқанча ҳолатдан «ўнг ёнбошига» ётқизиш алгоритми:

1. Каравотнинг ёнбош қисми туширилади.
2. Бемордан сиз билан бирга ҳаракат қилиш сўралади.
3. Беморга тирсақларини қафтлари билан ушлаш тушунтирилади.



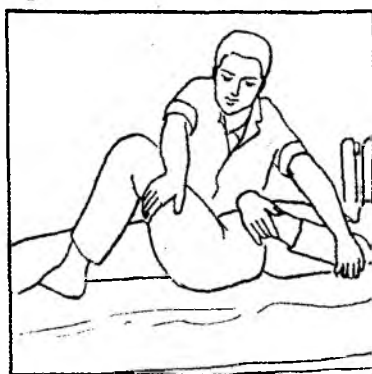
а



б



в



з

7-расм. Беморни чалқанча ҳолатдан «ўнг ёнбошига ётқизиш» (а, б, в, з).

4. Бемор чап оёғини тизза бўғимида букиб, ҳамширанинг ўнг қўли бемор болдирининг пастки қисмида, чап қўли тизза кўзи остида, чап товон ўнг тизза бўғими остида бўлади.

5. Ҳамшира беморни ўнг ёнбошига ётқизиш учун уни пастки сонидан ушлаб куч билан ўзига қаратади.

6. Ҳамшира беморнинг ёнбоши билан қулай ҳолатда ётганлигига ишонч ҳосил қилади (7-расм, а, б, в, г).

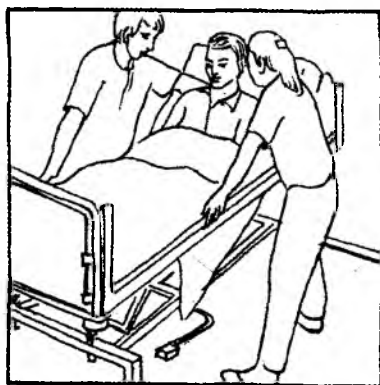
7. Қўллар ювилади.

Беморни ярим ўтирган ҳолатидан ўтирган ҳолатга ўтказиш алгоритми:

1. Иккита санитар беморнинг бош томонидан туриб, қўлларини унинг қўлтиғи остидан ўтказди.

2. Беморнинг аҳволини назорат қилиб, эҳтиёткорлик билан «ўтирган» ҳолат берилади.

3. Ҳамширалардан бири беморни елкасидан ушлайди, иккинчиси ёстиқчани унинг орқасига қўяди.



а



б



в



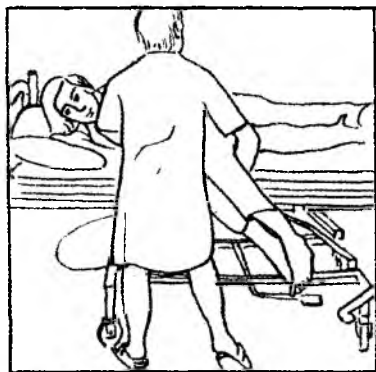
г

8-расм. Беморни ярим ўтирган ҳолатдан ўтирган ҳолатга ўтказиш (а, б, в, г).

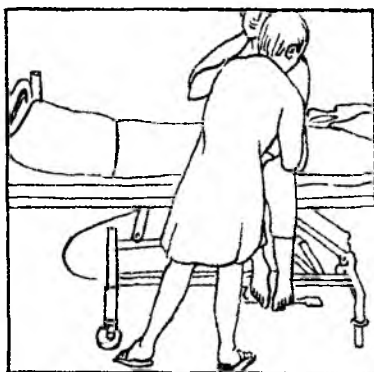
4. Тизза кўзи остига қулай мослама қўйилади.
5. Беморнинг қулай вазиятда ўтирганига ишонч ҳосил қилгач, уни ўраб қўйилади (8-расм, *а, б, в, г*).
6. Қўллар ювилади.

Беморни ёнбошлаб ётган ҳолатидан оёқларини пастга туширган ҳолатда ўтиришига ёрдам бериш алгоритми:

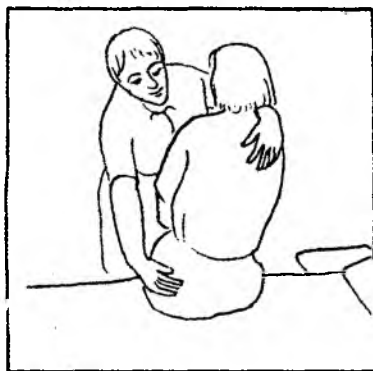
1. Бемор рўпарасида туриб чап қўлни беморнинг чап қўлига, ўнг қўл эса тизза остига киритилади.
2. Беморни ўрнидан аста турғазиб, 90° бурчак остида оёқлари пастга туширилади.
3. Чап қўл билан беморнинг елкасидан ушлаган ҳолда ўтқизиб ўнг қўл билан мувозанат ҳосил қилишни давом эттирилади.
4. Бемор аҳволини назорат қилиб, унинг қулай ўтирганлигига ишонч ҳосил қилмагунча ҳамшира бемордан узоқлашмайди (9-расм, *а, б, в, г*).
5. Қўллар ювилади.



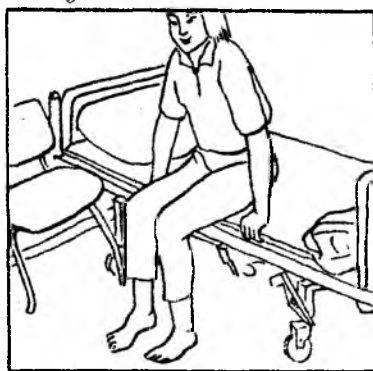
а



б



в

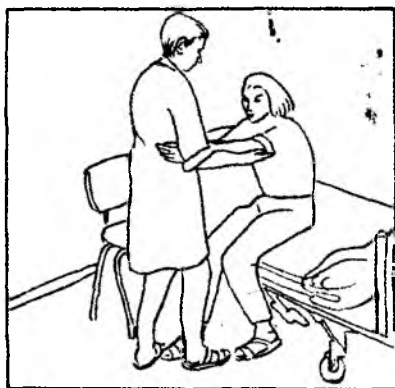


г

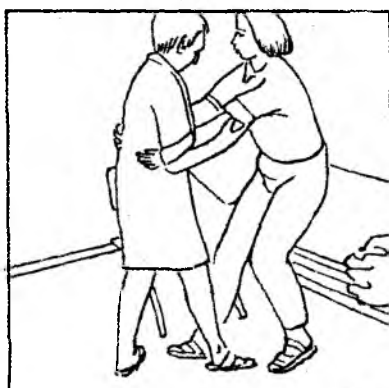
9-расм. Беморни ёнбошлаб ётган ҳолатидан оёқларини пастга туширган ҳолатда ўтиришига ёрдам бериш (*а, б, в, г*).

Беморга каравотдан стулга ўтиб ўтиришда ёрдамлашиш алгоритми:

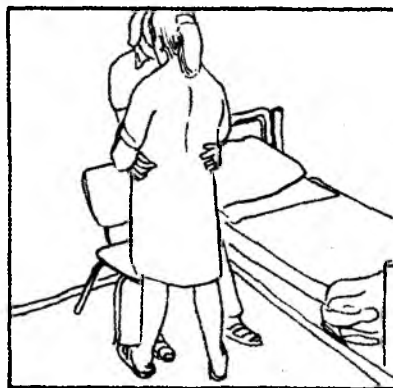
1. Бемор қаршисида туринг.
2. Беморни белингиздан ушлашни суранг, ўзингиз эса унинг елкасидан қучинг. Сизнинг тўпигингиз ва бемор тўпиғи «тўпиққа тўпиқ» йўналишда жойланиши керак.
3. Орқага бир қалам ташлаб, беморга ушлаб туришида ёрдам беринг.
4. Чапга қайрилиб беморни ушлашни давом эттириб унга стул қаршисида туришга ёрдам беринг.
5. Беморга орқасида турган стулга ўтиришини айтинг ва беморни елкасидан ушлаб тиззасини тиззангиз билан маҳкам ушлаб туринг (10-расм а, б, в, д).
6. Бемор ўзини қулай ҳис қилаётганлигига ишонч ҳосил қилмагунча уни ёлғиз қолдирманг.
7. Қўлингизни ювинг.



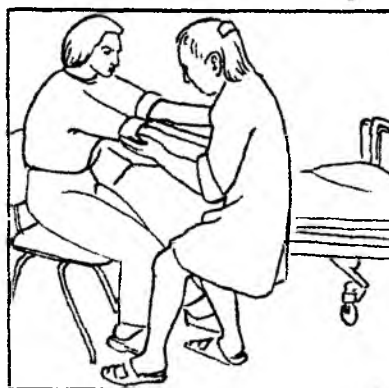
а



б



в



д

10-расм. Беморга каравотдан стулга ўтиб ўтиришда ёрдамлашиш (а, б, в, д).

Беморни стулдан каравотга ўтқозишда ёрдамлашиш алгоритми:

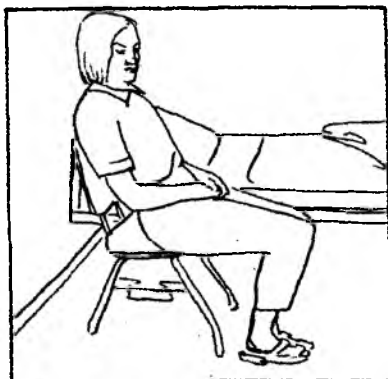
1. Бемор қаршисида шундай турингки, сизнинг тиззангиз ва тўпиғингиз бемор тиззаси ёки тўпиғига таянч вазифасини бажарсин.

2. Бемор оёғини тиззасидан оҳишта букиб унинг орқасидан ушланг, бунда бемор қўллари фаол букилмаган ҳолда тиззасида туради.

3. Беморни оҳишта эгилган ҳолда стулдан туришига ёрдам беринг (11-расм, *а, б, в, г*).

4. Беморни ўнг томонга йўналтириб каравотга ўтиришига ёрдам беринг. Бемор қулай ўтирганлигига ишонч ҳосил қилмагунча қўйиб юборманг.

5. Қўлингизни ювинг.



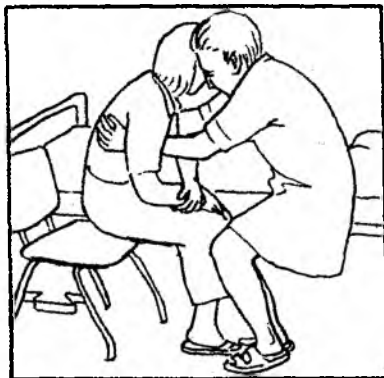
а



б

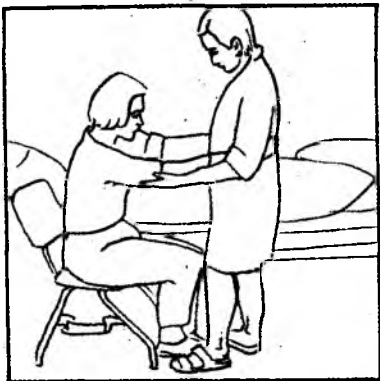


в



г

11-расм. Беморни стулдан каравотга ўтқозишда ёрдамлашиш (*а, б, в, г*).



а



б



в

12-расм. Беморни стулда ўтирган ҳолатидан каравотга ётқизишда ёрдам бериш (а, б, в).

Беморни стулда ўтирган ҳолатидан каравотга ётқизишда ёрдам бериш алгоритми:

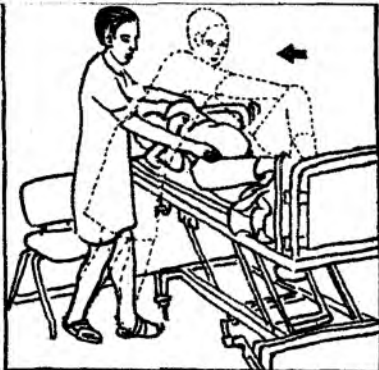
1. Юқорида кўрсатилган ҳаракатларни бажаринг.
2. Беморнинг ўнг томонида туринг, ўнг қўлингизни тизза остига келтиринг, чап қўлингиз билан беморнинг курак сатҳидан ушланг.
3. Бемор оёғини 90° бурчак ҳосил қилиб каравотга кўтаринг, бошини ёстиққа қўйинг (12-расм, а, б, в).
4. Бемор ўзини қулай ҳис қилаётганлигига ишонч ҳосил қилгач, уни ўраб қўйинг.
5. Қўлингизни ювинг.

Беморни «чалқанча» ётган ҳолатдан каравотга ўтқизишда ёрдам бериш алгоритми:

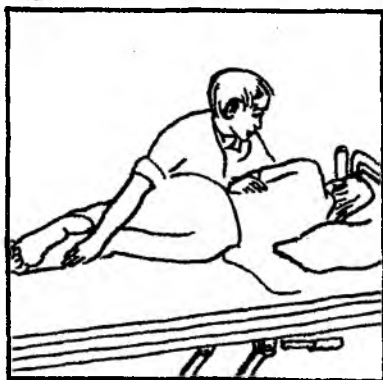
1. Бемордан сиз билан бирга ҳаракат қилишини сўраган ҳолда унинг ўнг тарафидан туринг.



а



б



в



г

13-расм. Беморни чалқанча ётган ҳолатидан каравотга ўтқазишда ёрдам бериш (а, б, в, г).

2. Беморни ёнбошига буринг (13-расм, а, б, в, г).
3. Уни ўтқазинг.
4. Бемор ўзини қулай ҳис этаётганлигига ишонч ҳосил қилинг.
5. Қўлингизни ювинг.

Беморларнинг оқликларини алмаштириш

Бемор ўрни етарлича қалинликда бўлиб, юза қисми таранг ҳамда йиғилмаган, ёстиқлар юмшоқ, кўрпалар йил мавсумига мосланган бўлиши лозим.

Беморнинг ич кийим ва оқликлари ҳафтада 1 мартаба, огир ётган беморларда эса ифлосланишига қараб алмаштирилади. Уларнинг оқлик ва ёстиқ жилдларида чок, бурмалар бўлмаслиги ва улар ҳар куни эрталаб ва кечки уйқудан олдин қайтадан солиниши лозим (нон ушоқлари қоқилади, бурмалар текисланиб, ёстиқ тўғриланади).

Оғир ётган беморнинг ич кийим ва оқлиқларини алмаштириш қуйидагича амалга оширилади.

Беморнинг ич кийимини алмаштириш алгоритми:

1. Ҳамшира қўлини беморнинг думғазаси тагидан киритиб, қўйлагининг этагидан тутиши ва эҳтиётлик билан унинг боши томон яқинлаштириши лозим.

2. Беморнинг иккала қўлини кўтариб, бўйни олдида қайирилган қўйлагини унинг бошидан сўнгра қўлидан ечиб олинади.

3. Беморни кийинтириш учун аввал қўйлакнинг енглари кийгизилади, сўнгра бошидан ўтказилиб, ниҳоят беморнинг этаги текислаб қўйилади.

ЭСЛАТМА: Агар беморнинг қўли шикастланган бўлса, қўйлакни аввал касал қўлига, сўнгра соғломига кийдирилади. Ифлос ич кийимлар клеёнка қопларга солинади ва тезда бемор хонасидан олиб чиқилади. Кирхонага юборишига қадар уларни махсус хонада бакларда ёки қутиларда сақлаш лозим.

Бемор оқлиқларини алмаштириш усуллари:

1 усул:

Беморга ётоқ тартиби буюрилиб, ҳаракат чекланганда.

1. Бемор ўриннинг четига сурилади.

2. Кир чойшабни узунасига бинт каби ўралиб, унинг ўрнига тозаси ёзилади.

3. Беморни тоза чойшаб устига ётқизиб, бошқа томондан кир чойшаб тортиб олинади.



14-расм. Беморнинг оқлиқ ва кийимларини алмаштириш (а, б, в, г, д, е, ж, з, и).

II усул:

Беморға қатъий ётоқ тартиби буюрилиб, ҳаракат чекланганда.

1. Кир чойшаб бош ва оёқ томондан қайириб ёки буклаб чиқилади.

2. Беморни аста кўтарилади.

3. Чойшаб эҳтиётлик билан чиқарилади.

4. Икки томондан бинт каби ўралган тоза чойшабни беморнинг думғазаси тагига қўйилади, сўнгра боши ва оёқлари томон ёзилади (14-расм, *а, б, в, г, д, е, ж, з, и*).

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ АСОСЛАРИ

Қатъий ётиш тартибига риоя қилиши керак бўлган беморларда ичи ва сийдик қопини бўшатишлари учун тувак ва сийдикдон қўлланилади (аёлларда кўпинча сийдик ажратишда ҳам тувак тutilади).

Туваклар резина ва эмалланган металлдан бўлиши мумкин (15-расм, *а, б*).

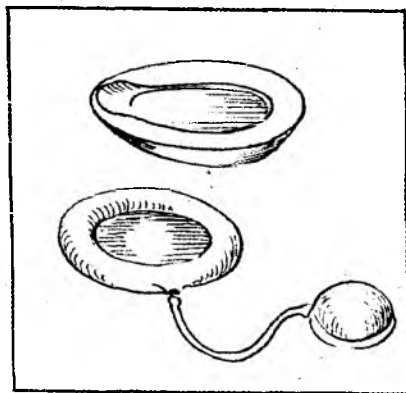
Бемор тагига тувак қўйиш алгоритми:

1. Ҳамшира кўлқоп кияди.

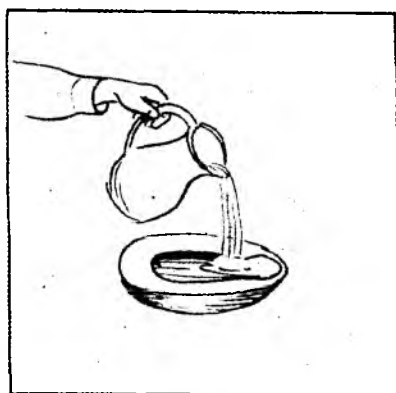
2. Бемор ичи ва сийдик қопини бўшатмоқчи бўлса, ҳамшира тўсиқ ёрдамида беморни беркитади ва тагига клеёнка солади.

3. Тувакни илиқ сув билан чайиб, ичида озгина сув билан олиб келади.

4. Беморга ёни билан ётишга ёрдам берилиб тиззалари аста букилади.

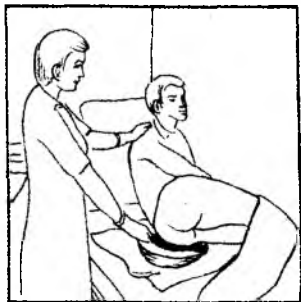


а



б

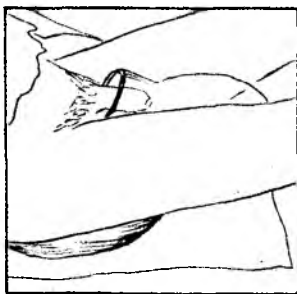
15-расм. Тувак турлари (*а, б*).



а



б



в



г



д



е



ж



з

16-расм. Бемор тагига тувак ва сийдикдонни қўйиш
(а, б, в, г, д, е, ж, з).

5. Ўнг қўл билан тувак қўйилиб, бемор чалқанча ётқизилади.
6. Эркакларга тувак билан бирга сийдикдон ҳам тугилади.
7. Қўлқоплар ечилади.
8. Ёстиқларни тўғрилаб беморни ярим ўтирган ҳолатга келтирилади.

9. Бемор бўшалиб бўлгач, ҳамшира қўлқопларни кийиб уни оҳиста ёнбошига буради, ўнг қўли билан тувакни ушлаб бемор тагидан олади.

10. Орқа чиқарув тешиги тозаланиб, қўлқоплар алмаштирилади.

11. Бемор тагига тоза тувак қўйилади.

12. Ташқи жинсий аъзолари ва орқа чиқарув тешиги илиқ сувда юиб, артилади, тувак, клеёнка ва тўсиқ олинади.

13. Тувак бўшатилиб илиқ сув билан чайилади ва юкумсизлантирилади (хлорамин, хлорли оҳак) (16-расм, а, б, в, г, д, е, ж, з).

14. Қўлқоплар ечилиб, қўллар ювилади.

Беҳол, ётоқ яраси бор ҳамда сийдик ва ахлатни тутолмайдиган беморларга резинали тувак қўлланилади.

Терини павариш қилиш ва ётоқ яраларнинг олдини олиш

Тери ўз вазифасини бажариши учун озода бўлиши керак. Бунинг учун ҳар куни эрталаб ва кечқурун ювиниб туриш зарур.

Тери ҳимоя, сезги, тер ажратиш, иссиқликни идора қилиш, нафас олиш каби 5 та вазифани бажаради.

Тери инсонларни шикастлардан, ортиқча қуёш нуридан, ташқи муҳитнинг, зарарли моддаларидан ҳамда микроорганизмлардан ҳимоя қилади. У орқали организмдан оқсиллар, тузлар, мочевино, урат кислота, креатинин, учувчан кислоталар, холестерин, витаминлар ва бошқалар ажралиб чиқади. Тери моддалар алмашинувида, асосан газлар алмашинувида иштирок этади. Унинг энг муҳим анализаторлик вазифаси терида жойлашган нерв охирилари яъни ташқи муҳитдан организмга таъсир қиладиган турлитуман таъсиротларни (иссиқ, совуқ, оғриқ, босим) қабул қиладиган рецепторлар туфайли амалга ошади. Ёз кунлари ҳарорат юқори даражага кўтарилганда организмнинг иссиқлик таъсирига жавоб реакцияси (тер ажратиш натижасида) ташқи муҳит билан организм ўртасидаги ҳароратни меъёрга туширади. Касал ҳолдаги организм терига ортиқча талаб қўяди. Шунга кўра беморнинг озодаликка риоя қилиши катта аҳамият касб этади. Бадандан ажралаётган ёғ, тер микроб ва чанглар билан қўшилиб терини ифлослантиради. Оғир ётган беморларда терининг қирланиши учун шароит вужудга келади. Касалхонада ётган беморлар ҳафтада бир марта гигиеник ванна ёки душ қабул қилишлари лозим. Оғир ётган бемор-

ларнинг бадан териси ҳар куни бир неча марта нам сочиқ билан артилади. Терини артиш учун зарарсизлантирувчи спиртли эритма, сирка кислотанинг 0,1%ли эритмаси ёки камфора спирти ва бошқалардан фойдаланилади. Оғир ётган беморларда сифатсиз парваришlash натижасида тери бичилишлари ва ётоқ яралар юзага келади.

Ётоқ яра — терининг узоқ вақт босилиб қолиши, маҳаллий қон айланишининг бузилиши ва юмшоқ тўқималарнинг ўлишидир.

Ётоқ яраларнинг пайдо бўлишига уч асосий омил сабаб бўлади:

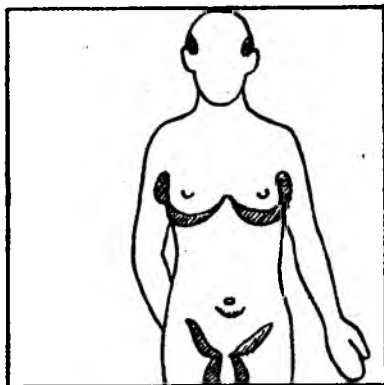
1. Босим: одам вазнининг оғирлигидан тўқима ва суякларга босим тушиб, бу босим тана аъзоларини сиқиб қўяди, тўқималарнинг қон билан етарли даражада таъминланмаслигига олиб келади. Оддий ҳолларда бу нарсалар организмга зарар етказмасда, кўп вақт қимирламай ётганда, тана сезгиси йўқолганда тўқималарга салбий таъсир кўрсатади.

Маълумки, тана аъзоларининг бирор қисмига катта босим таъсир қилиши ишемия (қонсизлик)га олиб келади. Аксинча, кўп вақт ичида меъеридан кам босим бўлса ҳам зарарлидир. Артерия капиллярларида қон босими 30 мм симоб устуниси бўлади, вена капиллярларида эса 10 мм симоб устуниси ташкил қилади. Бу кўрсаткичларнинг ўзгариши капиллярларга салбий таъсир қилиб, шу капиллярларга боғлиқ тўқималарнинг қон билан таъминланмаслиги натижасида ҳалок бўлади. Зарарланган жойларда доимий босим таъсири натижасида 1—2 соатдан кейин ўзгаришлар юзага келади.

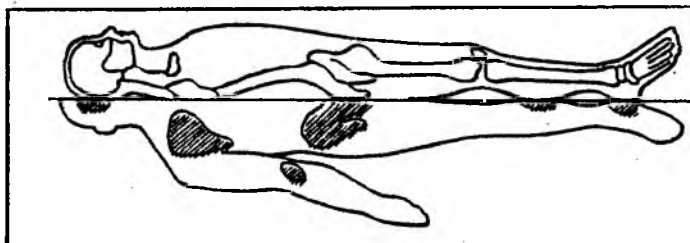
2. Кесувчи кучи: Тўқималарнинг бузилиши, механик зарар кўриши билвосита босим орқали ҳам содир бўлади. Бу ҳол тўқималарнинг сатҳига нисбатан силжиши, ёки кесиклигидир. Пастдаги тўқималарда микроциркуляция бузилади ва тўқималар кислород етишмаслигидан ҳалок бўлади. Тўқималарнинг силжиши одам тушакдан сирғалиб тушганда, ёки бош томонга тортилиши туфайли юзага келади. Бу эса бевосита босим билан тўқималарга катта зарар етказилади. Жиддийроқ ҳолларда лимфатик томирлар ва мускул толалари узилиб кетиб чуқур ётоқ яралар ҳосил бўлиши мумкин. Чуқур шикастланишлар маълум вақтдан кейин юзага чиқади. Чунки юзадаги тери икки ҳафта мобайнида узилган мускул устида ўз ҳолатида туриши мумкин.

3. Ишқаланиш: Ишқаланиш кесувчи кучнинг бир қисми бўлиб юқори тери қатламининг ажралиши ва юзаки яраланишга олиб келади. Ишқаланиш тери намланганда кучаяди. Сийдигини тута олмайдиган беморларда, терлаганда, ҳўл, намни сингдирмайдиган кийим кийиб юрганда, ўзига намликни сингдирмайдиган пластмасса стуллар, тагга қўйиладиган клеёнка тез-тез алмашти-

17-расм. Бичилиш ва ётоқ яралар пайдо бўлиши мумкин бўлган соҳалар (а, б).



а



б

рилмаганда (фойдаланганда) кузатилади. Ётоқ яралар асосан узоқ вақт чалқанча ётишга мажбур бўлган оғир, ҳолсиз беморларда кўпроқ думғаза, кўкрак соҳасида, энса, товон, тўпиқнинг ташқи қисми ва тирсақда пайдо бўлади (17-расм, а, б).

Ётоқ яраларнинг олдини олиш ва даволашни режалаштириш

Ётоқ яраларни олдини олишнинг ишончли усуллари деярли йўқ. Ётоқ яраларнинг олдини олишда тиббий муассасаларда турли хил йўналишлар бўлиб, шулардан энг самарали бўлган усулни қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ётоқ яраларнинг олдини олишда қатор илмий асосланган фикрлар мавжуд.

1. Босимни бартараф қилиш. Бу ётоқ яраларнинг олдини олиш ва даволашдаги асосий вазифалардан биридир. Шу мақсадда оғир ётган беморнинг ҳолати ўзгартириб турилади, бунинг учун тана билан сатҳ ўртасида ҳосил бўлган босимни бартараф қилувчи турли хилдаги мосламалар қўлланилади. Бу қуйидагилардан иборат:

— махсус каравотлар, гидростатик каравотлар, катта ва кенг ҳажмли шишириладиган қоплар ва бошқалар. Бу мосламаларни ишлатишдан мақсад босим кучини кўпроқ майдонга ёйишдир, бу эса бемор танасига камроқ зарар етказди;

— махсус тўшак (гидростатик, пеноматериал);
— ёстиқлар ёки қўй юнгидан қилинган тўшак, ҳаво, сув ёки гел билан тўлдирилган ёстиқлар, резинали чамбарлар ва ҳ. к.

2. Тўқималарни тикловчи, соғайтирувчи ички шароитларни яхшилаш:

— овқат ейиш ва ичак фаолиятини яхшилаш;
— камқонликнинг олдини олиш ва даволаш;
— тана ҳаракати ва соғайиш жараёнига таъсир кўрсатувчи дориларни қўллаш ва даволаш йўналишини тузиш.

3. Тўқималар ҳолатига таъсир этувчи ташқи шароитни мувофиқлаштириш:

— тери бутунлигини сақлаш ва шикастлантирмаслик;
— сийдик ва ахлатни тута олмасликнинг олдини олиш ва даволаш;

— сийдик ва ахлатни тута олмайдиган касаллар парваришини яхшилаш;

— бемор ва уларга қаровчиларга ётоқ яралар ҳосил бўлиши мумкин бўлган жойни эрталаб ва кечқурун 10% ли камфора спирти ёки 0,5% ли нашатир спиртига ҳўлланган дока тампони билан артиб туришни, босимни бартараф қилувчи мосламалардан фойдаланишни, ўз-ўзига ёрдам беришни ўргатиш;

— ётоқ яра пайдо бўладиган жойда тери қизариб қолгудек бўлса бир кеча-кундуз мобайнида 1—2 маротаба 5—10%ли калий перманганат эритмасини суртиб туриш.

Ётоқ яраларни даволашнинг асосий шарти бу шикастланган соҳадаги ҳар қандай босимни йўқотиш, асосий касалликни даволаш ва беморни парвариш қилишдир. Юқоридаги шартларни бемор мустақил равишда бартараф қилиши учун қуйидаги тадбирлар амалга оширилади:

— беморга ва парвариш қилувчиларга ётоқ яралар хавфи ва уларнинг олдини олиш ҳақидаги ахборотни етказиш;

— ёрдамчи воситалар орқали беморнинг ҳаракат қилиш имкониятларини ошириш;

— босим кучини қайтарувчи мосламалар бериш;

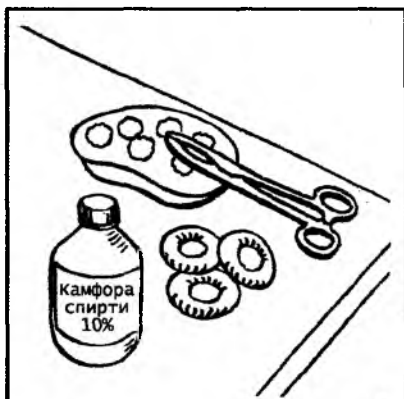
— бемор ҳаракатини чекловчи сабабларни даволаш.

Ётоқ яраларни даволаганда йоднинг спиртдаги 5 ёки 10% ли, калий перманганатнинг 1% ли ёки бриллиант яшилининг 1% ли эритмаларидан фойдаланилади, сўнг қуруқ асептик боғлам қўйилади. Беморнинг қувватини ошириш мақсадида қон ўрнини босувчи суюқликлар, витаминлар ва даволаш чораларининг олиб борилиши мақсадга мувофиқдир.

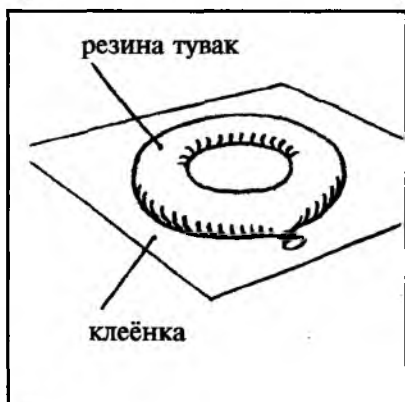
Ётоқ яраларининг маҳаллий даволаниши некрозга учраган тўқималарни тезроқ йўқотишга қаратилади. Бунда протеолитик ферментлар, гипертоник эритма ва қуритувчи боғламларни қўллаш мумкин. Йирингли асоратларда оператив чоралар кўрилади.



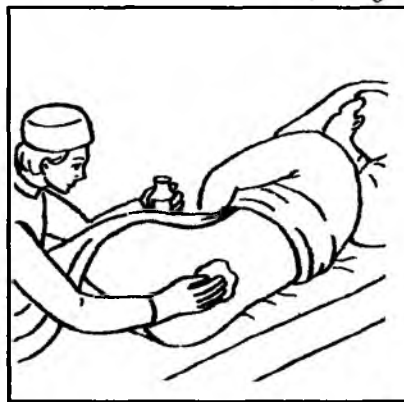
а



б



в



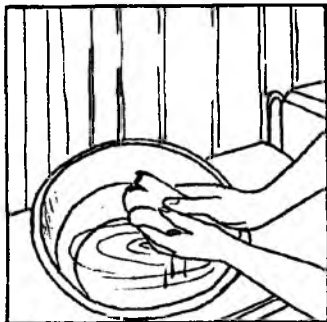
г

18-расм. Ётоқ яраларнинг олдини олиш (а, б, в, г).

Физиотерапевтик тадбирлар некрозга учраган тўқималарни тезроқ йўқотишга ёрдам беради. Жароҳатларнинг тuzалишини тезлаштириш мақсадида маҳаллий биостимуляторлар билан электрофорез (алоэ, стекловидное тело), ультрабинафша нурлар, дарсонвал ва физиотерапиянинг бошқа усуллари қўлланилади. Ётоқ яраларнинг барча даврларида антибиотиклар ва сульфаниламид препаратларидан фойдаланилади (18-расм, а, б, в, г).

Оғир ётган беморлар парваришининг айрим жараёнлари

Беморнинг озода бўлишида ҳамшира ёки кичик ҳамширанинг ўрни жуда катта. Оғир ётган беморни ювинтириш ва танасининг айрим қисмларини тозалаш учун: 2 та «қўлқопча» (1 таси нам, 2 чиси қуруқ) тайёрлаб олинади.



19-расм. Беморни ювинтириш (а, б, в, з).

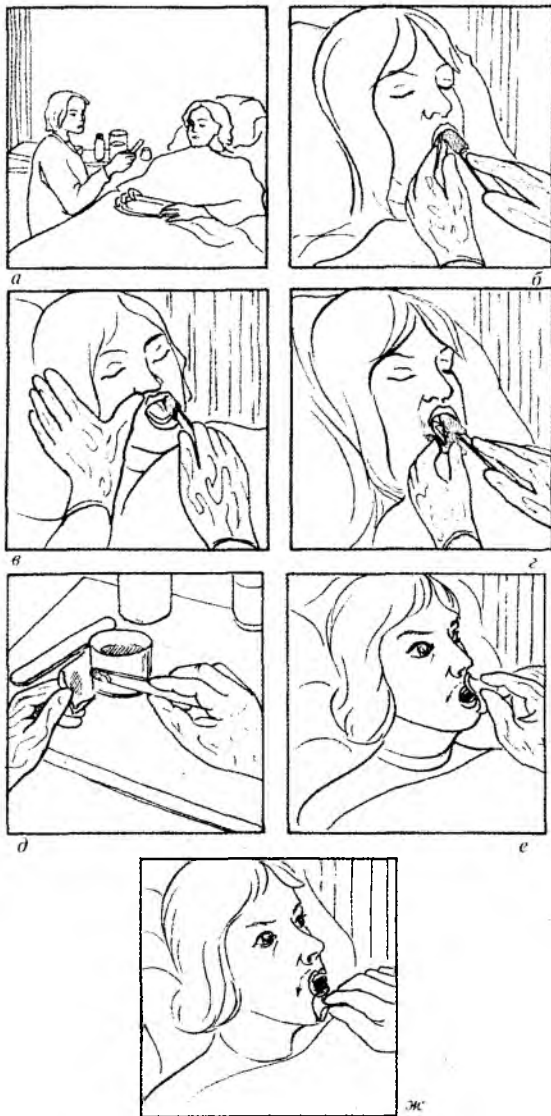
Беморни ювинтириш алгоритми:

1. Илиқ сув солинган тоғора тайёрланади ва «қўлқопча» унга ботириб олинади;
2. «Қўлқоп» ча ўнг қўлга кийилади.
3. Ортиқча сув аста сиқилади.
4. Нам қўлқоп билан бемор юзи артилади сўнг сочиқ билан қуритилади.
5. Қўл ювилади (19-расм, а, б, в, з).

Оғиз бўшлиғи бурун ва кўзни парвариш қилиш. Кўпинча ҳолсизланиб қолган беморларда оғиз бўшлиғида овқат қолдиқларининг тўпланиб қолиши натижасида микроорганизмлар йиғилиб, ёқимсиз ҳидлар пайдо бўлади. Бу ҳолнинг олдини олиш мақсадида уларнинг оғиз бўшлиғини парвариш қилиш лозим бўлади.

Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш учун қуйидагилар тайёрлаб олинади: антисептик эритма, пинцет, шпател, дока салфетка ва қўлқоплар.

1. Беморни қулай қилиб ўтқазилади.
2. Қўллар ювилиб, қўлқоплар кийилади.
3. Чап қўлга шпател олиниб юқори лаблар кўтарилади ва тепа милкларнинг шиллиқ пардаси артилади. Сўнг пастки лаблар тортилади ва милкнинг шиллиқ пардаси артилади.



20-расм. Оғиз бўшлиғи ва бурунни парвариш қилиш (а, б, в, г, д, е, ж).

4. Тилни стерил дока салфетка билан ўраб чап қўл билан оҳиста оғиз бўшлиғидан чиқарилади.

5. Антисептик эритмага ҳўлланган дока салфетка билан тилдаги карашлар олинади ва 2—3 мартаба салфетка алмаштирилиб тил артилади (20-расм, а, б, в, г, д, е, ж).

6. Қўлқоплар ечилади, қўллар ювилади.

Бемор лабларининг ёрилиб кетишига йўл қўймаслик учун қуйидаги муолажа бажарилади:

1. Қўллар ювилиб қўлқоплар кийилади (зарурат бўлса ниқоб ва ҳимоя кўзойнагини тақилади).
2. Шпател билан стерил салфеткага вазелин суртилади.
3. Юқориги ва пастки лаблар вазелин билан артилади.
4. Қўлқоплар ечилиб, қўллар ювилади.

Кўзни парвариш қилиш

Кўзда ҳосил бўлган йирингли ажратмалар натижасида беморнинг киприк ва милклари ёпишиб қолади. Бу ҳолда кўзни антисептиклар — 0,02%ли фурациллин ёки 1—2%ли Na гидрокарбонат эритмасига ҳўлланган стерил тампон ёрдамида артилади. Муолажа учун қўлқоплар, 2 та лоток, стерил пахта тампонлар тайёрланади.

Кўзни парвариш қилиш алгоритми:

1. Қўллар яхшилаб ювилиб қўлқоплар кийилади.
2. Стерил лотокка 8—10та тампон ва юқорида кўрсатилган эритмалардан бирортаси қуйилади.
3. Эритмага намланган тампонни аста сиқиб киприк ва қовоқнинг ташқи бурчагидан ички бурчаги томон ёки тепадан пастга қараб артилади, тампон эса ташланади.
4. Иккинчи томон ҳам юқоридаги тартибда артилади.



21-расм. Кўзни парвариш қилиш (а, б, в, г).

5. Эритма қолдиқлари қуруқ тампон билан артилади (21-рasm, а, б, в, г).

6. Қўлқоплар ечиб, қўллар ювилади.

Заифлашиб қолган беморнинг бурун йўллари пахта тампонлар билан айланма ҳаракат қилиб тозаланади.

Бурун бўшлиғидаги қатқалоқлар вазелин, ўсимлик мойи ёки глицеринга ҳўлланган пахта пилиги ёрдамида айланма ҳаракат билан артилади.

Тирноқларни олиш

Бемор тирноқларини ҳар ҳафтада олиб туриш ва парвариш қилиш лозим. Бунинг учун суюқ совун, оёқ ва қўл учун малҳам, қайчи, махсус эговча, юмшоқ шчётка, лоток ва сочиқ бўлиши лозим.

Тирноқларни олиш алгоритми:

1. Тоғорачадаги суюқ совун қўшилган илиқ сувга бармоқлар 2—3 дақиқага солиб турилади.

2. Бешинчи бармоқни сувдан чиқариб артиб, тирноқни аста-секинлик билан 1—2мм қолдириб олинади.

3. Кетма-кет барча бармоқлар сувдан чиқарилиб ва артилиб тирноқлар олинади, сувда битта бармоқ қолганда иккинчи қўл бармоқлари сувга солинади.

4. Тирноқларга махсус эговча, сўнг юмшоқ шчёткача билан ишлов берлади.

5. Қўл тирноқларига ишлов берилгач, оёқ бармоқлари товон билан бирга бошқа тоғорачадаги илиқ совунли сувга 3—5 дақиқага солиб қўйилади.

6. Оёқ бармоқлари сувдан чиқариб артилади ва сочиқ устига қўйилади (шу вақтда кейинги оёқ бармоқлари сувга солинади).

7. Махсус кесгичлар ёрдамида тирноқлар секинлик билан олинади.

8. Тирноқларга махсус эговча ва юмшоқ шчёткача билан ишлов берилади (22-рasm, а, б, в, г).

9. Юқоридаги тартибда иккинчи оёқ тирноқлари ҳам олинади.

10. Қайчи ва эговчалар дезинфекция қилинади.

11. Қўллар ювилади.

Беморлар сочини парвариш қилиш

Оғир ётган беморларнинг умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда уларнинг сочини ҳафтада бир мартаба ювиб туриш лозим.

Узоқ муддат касалхонада ётган эркаклар сочларини вақти-вақтида калталатиб туришлари, аёллар эса ҳар куни майда тишли тароқда тарашлари лозим. Уксуснинг 1—2%ли эритмасига ботириб олинган майда тишли тароқ сочлардаги қазғоқ ва кирларни яхши тозалайди. Агар беморнинг аҳволи яхши бўлса, унинг бо-



а



б



в



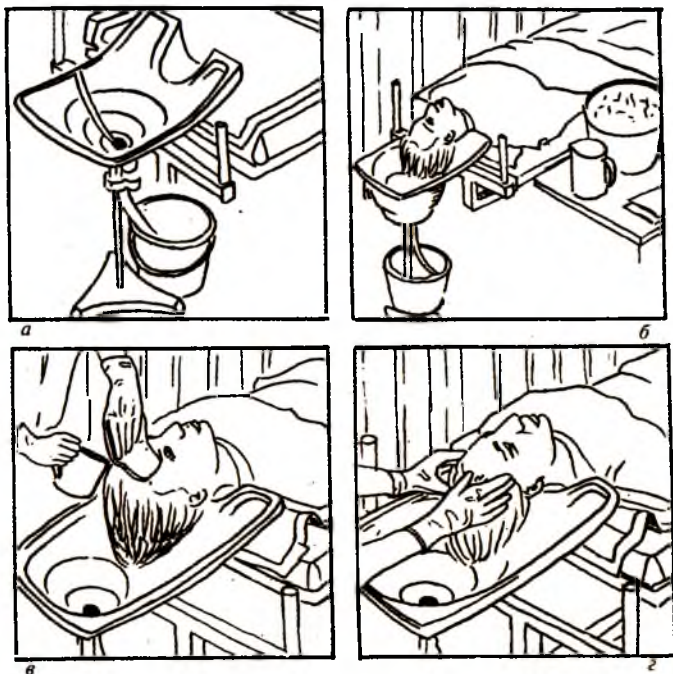
г

22-расм. Тирноқларни олиш (а, б, в, г).

шини гигиеник ванна пайтида ҳар хил ювувчи воситалар ёки хна аралаштирилган сув ёрдамида ювилади. Бемор узоқ вақтгача ўридан турмай ётган бўлса, боши махсус мосламалар ёрдамида ўринда юиб қўйилади.

Оғир ётган беморлар сочини ювиш алгоритми:

1. Керакли нарсаларни тайёрлаб бемор каравотининг ёнига келтирилади.
2. Бемор бошини кўтариб, тўшагини бош тарафидан елкасигача келтириб буклаб қўйилади.
3. Бемор сочини тоғорачага солиб илиқ сув билан ҳўлланади.
4. Сочга шампун ёки совун суртиб кўпиртиргач устидан илиқ сув қуйиб тубигача ювилади.
5. Сочдан тушаётган сувлар тоза бўлгунча ювилади ва таралади.

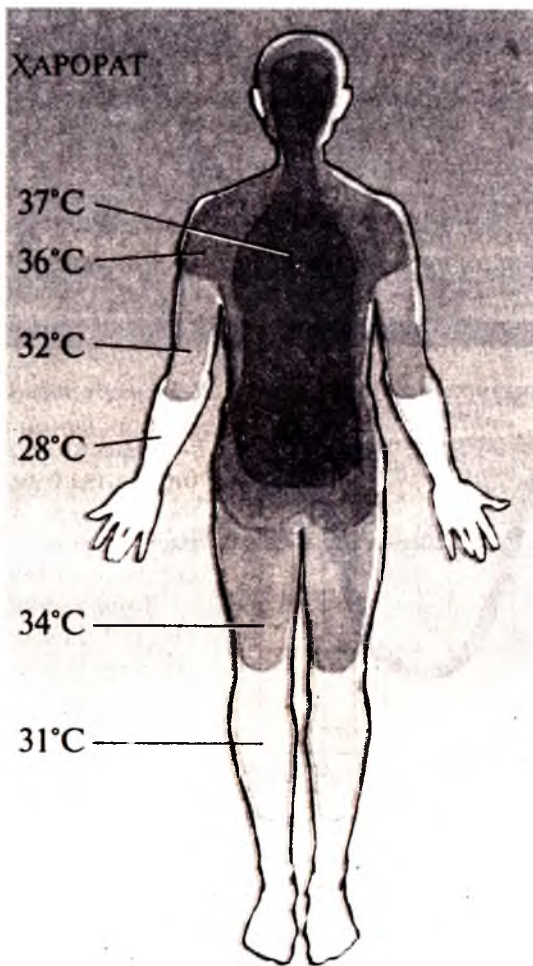


23-расм. Оғир ётган беморлар сочини ювиш (а, б, в, г).

6. Юмшоқ сочиқда артиб қуритилади.
7. Соч қуригандан сўнг рўмол ўралади.
8. Қўллар ювилади (23-расм, а, б, в, г).

ТАНА ҲАРОРАТИ ҲАҚИДА

Бемор тана ҳароратини одатда у шифохонага келганда, жароҳлик аралашувидан олдин ва кейин, ташхислаш муолажалари, қон қуйиш ва шахсий кўрсатмаларидан сўнг ўлчанади. Бемор ҳароратини тез- тез ўлчаб унинг аҳволи кузатиб борилади. Беморда меъеридан ортиқ иситмага хос қизиш кетиш, қизариш ёки оқариш, тери ҳолати, оёқ-қўллари ушлаб кўрилганда уларнинг иссиқ-совуқлиги, қуруқ-намлиги, терлаётганлиги, бадан увишиши, алаҳсираши ва шунга ўхшаш ўзгаришлар борлиги аниқланади. Барча олинган ахборотларни аниқ ёзиш ва ҳисоботга олиш зарур. Соғлом тана ҳарорати меъерий бўлиб, эрталаб ва кечки соатларда озмоз ўзгариб туради. Ҳароратнинг бундай доимийлиги организмда иссиқлик ҳосил бўлиш ва ажралиш жараёнларига боғлиқ бўлади (24-расм). Аммо одам организми шахсий хусусиятларга эга. Лекин барча одамлар ўз тана ҳароратининг меъерий даражасини

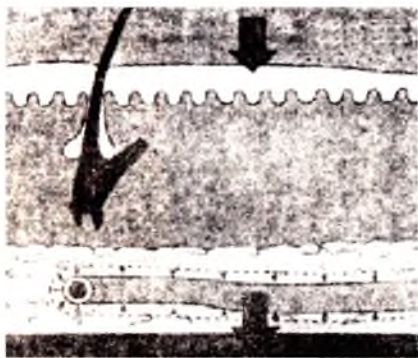


24-расм. Тана қисмларидаги ҳарорат.

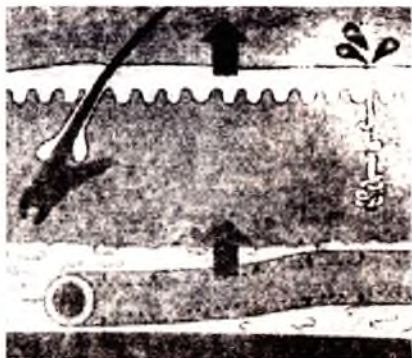
билишлари лозим, чунки $37,2^{\circ}\text{C}$ айрим беморлар учун меъёр бўлса, айримлар учун катта бўлмаган иситма кўринишида ифодаланadi.

Нурланиш натижасида организм қизийди. Моддалар алмаши-нуви, мушаклар қисқариши натижасида иссиқлик ҳосил бўлади ва мураккаб физиологик жараёнлар орқали идора этилади (25-расм).

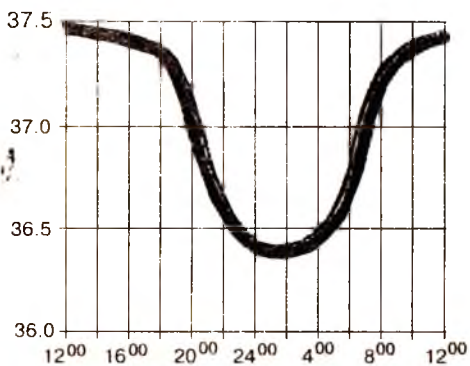
Иссиқлик ажралиши асосан физикавий жараён бўлиб, юқори ҳарорат таъсирида тери рецепторлари таъсирланади, капилляр қон томирлари кенгайиб тери юзасидан иссиқлик ажралиши кучаяди (26-расм).



25-расм. Иссиқлик ҳосил бўлиши.



26-расм. Иссиқлик ажралиши.

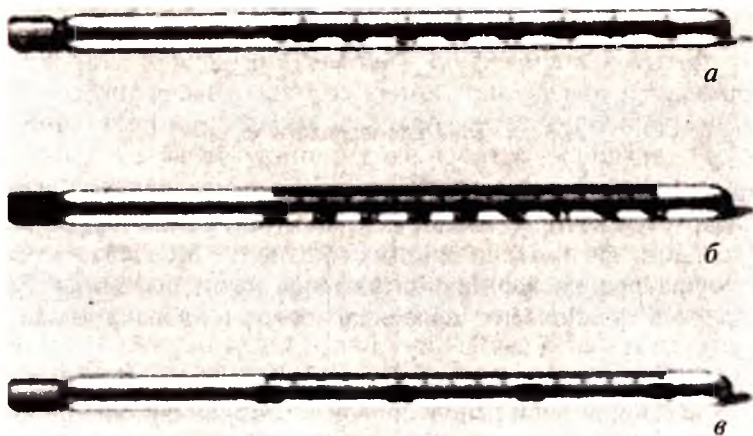


27-расм. Тана ҳароратининг бир суткалик ўзгариши.

Одамнинг тана ҳарорати бир қанча омиллар: жиемоний ҳаракат, биология жараён, стресс ва ташқи таъсиротларга боғлиқ.

Тана ҳарорати бир кечакундуз давомида ўзгариб, энг паст ҳарорат кечаси соат 1.00 дан эрталабки соат 4.00 гача кузатилади (27-расм).

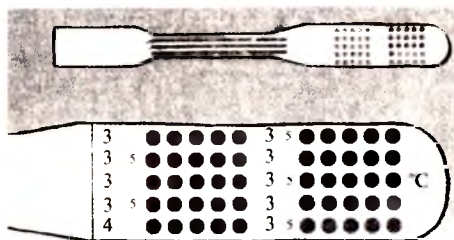
Тана ҳароратини ўлчашда турли термометрлардан фойдаланилади (28-расм, а, б, в).



28-расм. Шишали термометрлар.

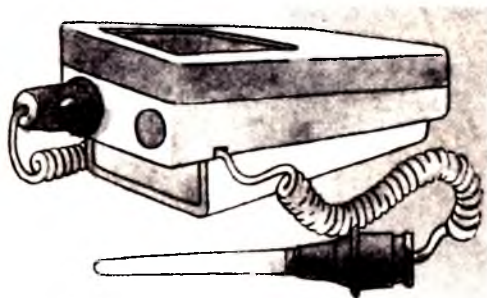


29-расм. Тимпаник термометр.



30-расм. Кимёвий термометр.

Тимпаник (бўш қоғоз кутича чертилганда чиқадиган товуш) термометрлар катта бўлмаган электрон асбоблар шаклида бўлиб, батарейкаларда ишлайди. Улар қулоқ ноғора пардасининг ҳароратини аниқлайди (29-расм).



31-расм. Электрон термометр.

Бир маротаба қўлланиладиган кимёвий термометрлар ҳарорат ўзгарганда ўз рангини ўзгартирадиган, иссиқликни сезувчан кимёвий моддалар билан тўлдирилган, нуқталар кўринишидаги ингичка пластик ясси парчадан иборат (30-расм).

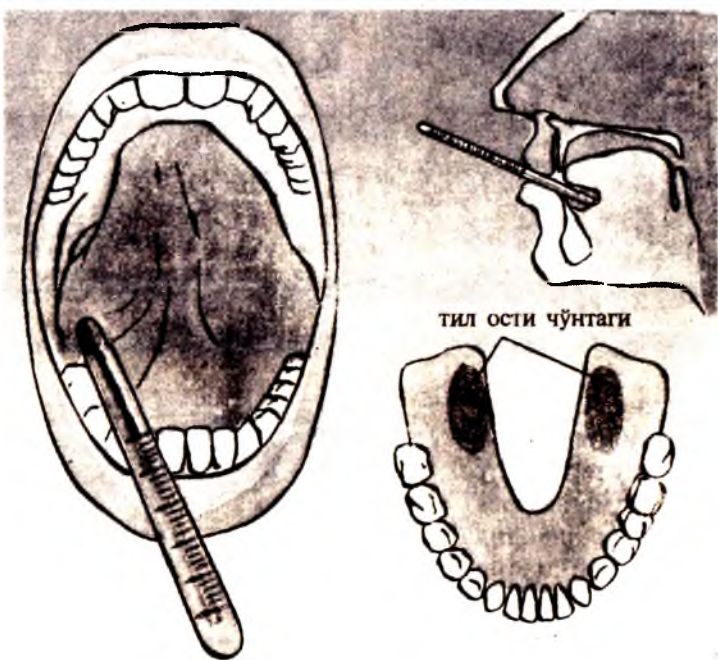
Электрон термометрлар ҳароратни тез ва аниқ ўлчашни таъминлайди. Уларни ишлатишда алмаштириладиган бир марта ишлатиладиган учли зонд қўлланилади (31-расм).

Тана ҳароратини ўлчаш

Тана ҳарорати ҳақида аниқ ва ишончли маълумот олиш учун ҳароратни доимо бир жойда, битта термометрдан фойдаланган ҳолда ўлчаш лозим.

Тана ҳароратини ўлчашдан олдин беморга қулай шароит яратилади. Кўпинча ҳарорат оғизда ҳам ўлчанади. Лекин бемор ёш бола, ёки ақли заиф, оғиз бўшлигида оғриқ ва жароҳатлар бўлганда, шунингдек талваса тутганда бу муолажани қўллаш мумкин эмас.

Агар бемор совуқ ёки иссиқ ичимлик истеъмол қилган бўлса, тана ҳарорати 15 дақиқадан кейин ўлчанади. Муолажа асосан катта ёшдаги беморларда ўтказилади: термометр тил ҳамда, орқа тил



32-расм. Ҳароратни оғиз бўшлиғида ўлчаш.

ости чўнтагига қўйилади ва беморга оғзини 2 дақиқа давомида ёпиб, тиш билан термометрга зарар етказмасдан ушлаб туриши тайинланади (32-расм).

Барча турдаги симобли термометрлар (оғиз, ректал, паст ҳарорат учун) ишлатишдан олдин юқоридан пастга қараб силкитилади. Термометр кўрсаткичи аниқланади. Термометрдан қайта фойдаланиш учун белгиланган қоидага асосан зарарсизлантириб, тоза ҳолатда сақлаш зарур.

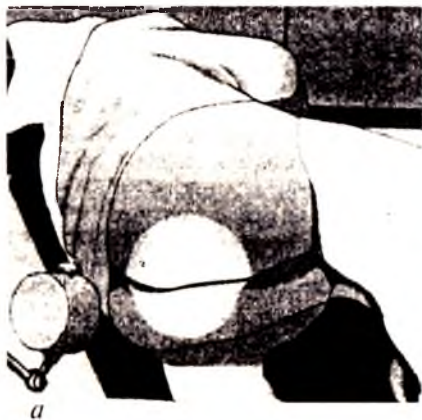
Ҳароратни ўлчашдан олдин қўлтиқ ости соҳасини сочиқ ёки салфетка ёрдамида қуришиб артилади ва кўздан кечирилади. Акс ҳолда термометр кўрсаткичи нотўғри бўлади.

Қўлтиқ ости соҳаси тана ҳароратини ўлчаш учун энг ишончли ва хавфсиз жой ҳисобланади. Ҳароратни ўлчашда ҳамшира термометрни бемор қўлтиғи остида 5 дақиқа ушлаб туради.

Муолажа қуйидагича бажарилади: Термометр беморнинг қўлтиғи остига жойлаштирилиб, қўллари букилган ҳолда кўкрагига қўйилади.

Орқа чиқарув тешиги шикасланишларида ва янги тугилган чақалоқларда ҳарорат тўғри ичак соҳасида ўлчанмайди.

Муолажа бажариш алгоритми: қўлқоплар кийилади, бемор оёқларини буккан ҳолда ёнбоши билан ётқизилади. Тўғри ичак



а



г



б



д



в

33-расм. Ҳароратни ўлчаш турлари
(а, б, в — тўғри ичакда,
г — қўлтиқостида, д — қулоқ
ноғора пардасида).

термометрини ёғлаб, орқа чиқарув тешигига 3—4 см га киргизилади ва 2 дақиқадан сўнг термометр чиқарилади.

Агар термометрни киритишда бирор қаршилик сезилса, муолажа зудлик билан тўхтатилади.

Уни салфетка билан артиб, натижа аниқланади. Орқа чиқарув тешигини артиб, беморга қулай вазиятни эгаллашга ёрдам берилади. Термометр қабул қилинган гигиеник қоидалар асосида тозаланadi.

Ҳозирги вақтда айрим беморларда ҳарорат қулоқ ноғора пардасида ҳам аниқланади. Бунинг учун ечиладиган учликни термометр воронкасига кийдирилади ва эҳтиётлик билан қулоқ йўлига

киритилади. Ўлчаш натижасини 1—2 сониядан сўнг ўқилади (33-расм, *а, б, в, г, д*).

Иситма — бу тана ҳароратининг кўтарилиши бўлиб, организмнинг ҳар хил патоген таъсиротларга фаол жавоб ҳимоя мослашувидир. Касаллик қўзғатувчи омиллар пироген оқсил табиатли бўлиб, улар микроблар, уларнинг токсинлари, зардоблар, вакциналар, жароҳат натижасида ўз тўқималарининг емирилиши, ички қон кетиш, куйиш ва ҳоказолардан иборат. Улар иссиқлик идора этиш марказининг қўзғалувчанлигига таъсир этиб танада иссиқлик ҳосил бўлишини кучайтиради ва натижада танада иссиқлик йиғилиб, ҳарорат кўтарилишига олиб келади. Пирогенлар таъсирида ҳосил бўладиган иситма жигарда моддалар алмашинувининг тезлашувига, ретикулоэндотилеал тизимда, лейкоцитларда ва организмни инфекциядан ҳимоялашда асосий вазифани бажаради.

Эслатма: иситманинг кўринишларига қараб: субфебрил ҳарорат (38°C), фебрил — ўртача ҳарорат ($38^{\circ}\text{—}39^{\circ}\text{C}$), пиретик — юқори ҳарорат ($39^{\circ}\text{—}41^{\circ}\text{C}$) ва гиперпиретик — ўта юқори ҳарорат (41°C) фарқланади.

Давомийлиги бўйича иситмаларнинг қуйидаги турлари мавжуд: қисқа муддатли ҳарорат — бир неча соатдан 1—2 кунгача давом этади, ўткир ҳарорат — 15 кунгача, ўртача ўткир ҳарорат — 45 кунгача, сурункали ҳарорат — 45 кундан ортиқ.

Ҳароратнинг ўзгаришига қараб иситманинг қуйидаги турлари фарқланади.

1. Доимий юқори иситма — тана ҳароратининг бир кеча-кундуз давомида 1°C га ўзгариб туриб 39°C гача кўтарилиши билан характерланади.

2. Ремиттирловчи (бўшаштирадиган) иситма — тана ҳарорати юқори даражага кўтарилиб меъёр даражасигача пасаймай $1\text{—}1,5^{\circ}$ атрофида тебранади.

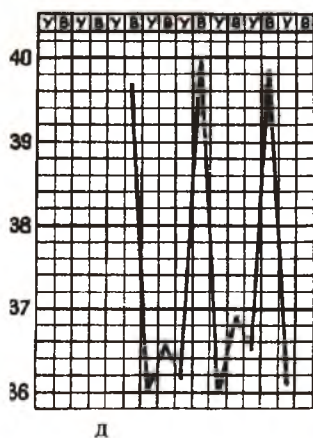
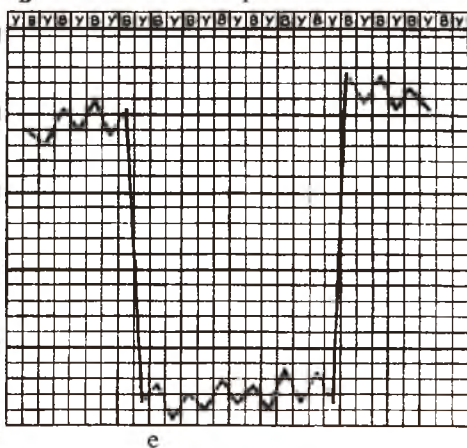
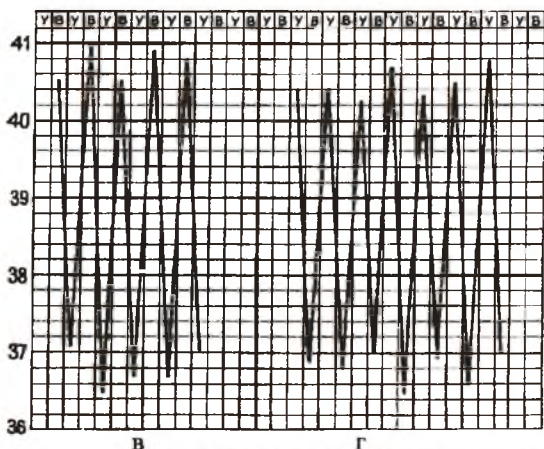
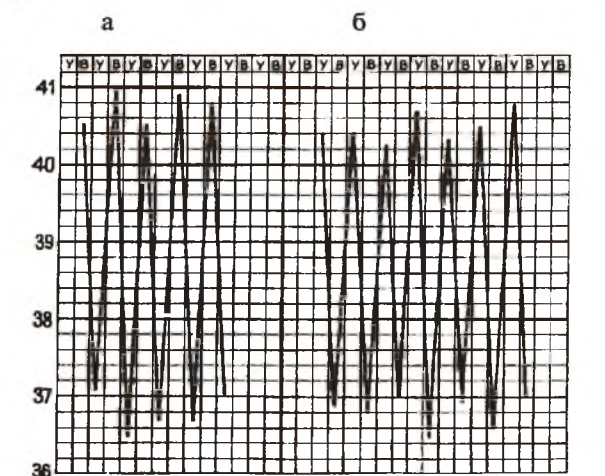
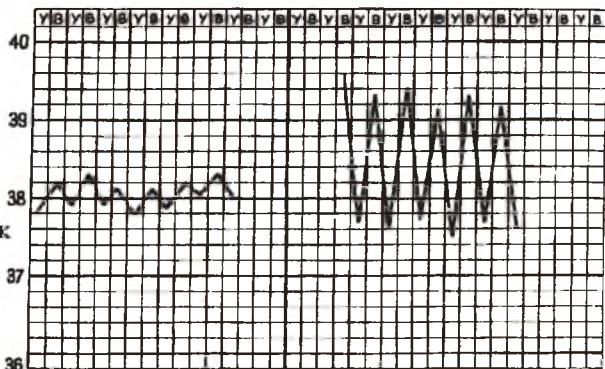
3. Алмашилиб турадиган иситма — юқори ҳароратнинг меъёрий даражасигача 1—2 кун мобайнида тўғри ва турли-туман ўзгариб туришидир.

4. Тўлқинсимон иситма — доимий кўтарилиш давлари субфебрил ёки меъёрий пасайиш билан алмашилиб туради.

5. Тинкани қуритадиган ёки гектик иситма — бир кеча-кундуз давомида $4\text{—}5^{\circ}\text{C}$ га ўзгариб туриши ва ҳароратнинг меъёр ёки субмеъёр (36°C дан паст) рақамларга тушиб кетиши билан таърифланади.

6. Норасо иситма — эрталабки ҳарорат кечқурунгисидан юқори бўлади.

7. Қайталама иситма — бир неча кун давом этадиган баланд иситма даврларининг иситмасиз даврлар билан қонуний алмашилиб туришидир (34-расм, *а, б, в, г, д, е*).



34-расм. Иситма турлари: а — доимий, б — бунаштирувчи, в — гектик, г — норасо, д — ўзгарувчан, е — тўлқинсимон.

ИСИТМАЛАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Иситманинг ўтиши уч даврга бўлинади: ҳароратнинг кўтарилиши, максимал (юқори) даражага чиқиши ва пасайиши. Ҳамшира бу давр хусусиятларини яхши билиши ва беморларни парвариш қилишни кўнгилдагидек бажара олиши зарур.

Биринчи давр — **ҳароратнинг кўтарилиш даври** бўлиб, бунда тананинг иссиқлик ҳосил қилиши иссиқлик йўқотишдан устун бўлади. Бу давр бир неча соатдан бир неча кун ва ҳатто ҳафтагача давом этиши мукин. Бемор ҳароратнинг тез кўтарилишини анча оғир ўтказади: қалтираб эти увишади лаби, оёқ ва қўлларининг учлари кўкариб, боши оғрийд, умумий аҳволи ёмонлашганлигидан шикоят қилади. Бундай ҳолларда ҳамшира беморни зудлик билан ётқизиб оёқларига иситгич қўйиши, иссиқ ичимликлар (иссиқ чой, кофе) ичириши, яхшилаб ўраб қўйиши ва ёлғизлатиб қўймаслиги лозим.

Қасалликнинг иккинчи даврида танада иссиқлик йўқотиш билан иссиқлик ҳосил қилиш нисбатан мувозанатда бўлади. Бу давр бир неча соатдан бир неча ҳафтагача давом этади.

Ҳароратнинг максимал кўтарилиши организмда заҳарланиш ҳолатининг, бош оғриғининг кучайиши, қизиб кетиш, оғизнинг қуриб қолиши, ҳолсизланиш, тананинг қақшаб оғриши билан ифодаланади. Баъзан иситма чўққисида марказий нерв тизимининг қўзғалиши: алаҳлаш, галлюцинациялар кузатилиши мумкин. Бу босқичда беморни ёлғиз қолдириш хавфли бўлиб, бундай ҳолларда тиббий ҳамшира шахсий постини уюштириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Беморнинг аҳволдан тинмай хабар олиб турилади, агар аҳволи ёмонлашиб борадиган бўлса, шифокорни чақириб зарур. Бу даврда беморга суюқ ёки суюқроқ, юқори калорияли ва осон ҳазм бўладиган овқатлар бериш лозим. Беморни оз-оздан суткасига 5—6 марта овқатлантириш, кўп суюқликлар бериш мақсадга мувофиқдир. Бу даврда беморларнинг оғзи қурийд, лаблари ёрилади шунинг учун тиббиёт ҳамшираси уларнинг оғиз бўшлигини вақти-вақтида натрий гидрокарбонатнинг кучсиз эритмаси билан артади ва лабларига вазелин мойи ёки глицерин суртиши лозим. Боши қаттиқ оғриб турган беморнинг пешонасига музли халтача қўйилиб, муз эриган сари уни янгилаб турилади.

НАФАС ФАОЛИЯТИНИ КУЗАТИШ

Нафас аъзолари организмни кислород билан таъминлаш ва карбонат ангидрид газини чиқариш учун хизмат қилади. Соғлом одамда нафас ҳаракатлари сони бир мин.да 16 дан 20 гача ўзгариб

турли. бу ёшга, жинсга, тана вазнига боғлиқ. Ётган ҳолатда беморларда нафас ҳаракатлари бир мин. да 14-16 гача бўлади, тик турган ҳолда 18—20гача. Тана ҳароратининг кўтарилиши, нерв ку валиши, жисмоний ҳаракат кабилар нафас тезлигини оширади.

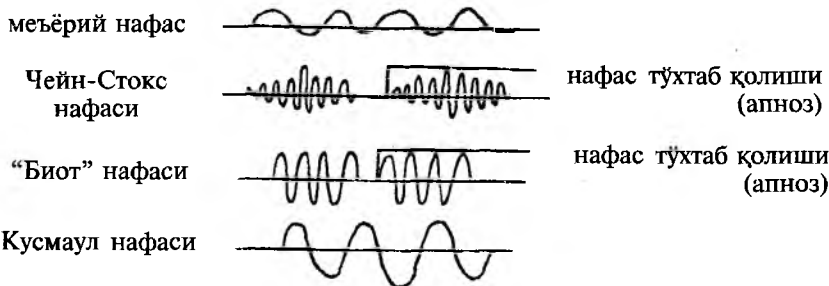
Беморнинг нафас олишини унга сездирмай санаш лозим. Шу мақсадда гуё беморнинг пульсини аниқламоқчи бўлиб, қўли ушланади, иккинчи қўл эса беморнинг кўкрак қафасига қўйилади ва 1 мин. даги ҳаракатлар сони саналади. Нафас бир шароитда ва муайян даражада чуқур бўлиши керак.

Нафаснинг кўкрак, қорин ва аралаш типлари бўлади. **Кўкрак** типидagi нафас олиш аксари аёлларда учрайди. Нафас типлари ташқи ва ички муҳитнинг жуда кўп турли-туман таъсири натижасида юзага келади ва ўзгаради. Эркакларда **қорин** типида нафас олиш кузатилади. **Аралаш** типдаги нафас олиш асосан болаларда кузатилади. Марказий нерв тизими фаолияти пасайганда нафас олиш секинлашади. Огир ҳолларда **Чейн-Стокс**, **Биот** ва **Кусмаул** туридаги патологик нафас олишлар кузатилади.

Чейн-Стокс типидagi нафас — нафас ҳаракатларининг даврий пайдо бўлиши билан боғлиқ, улар орасидаги тўхталишларда нафас ҳаракатлари тобора ошиб бориб, кейинчалик нафас олишнинг батамом тўхташига қадар пасайиб кетади. Биот нафаси 1 дақиқа давом этиши мумкин бўлган катта тўхталишлар билан таърифланади. Кусмаул нафаси бир текис, сийрак нафас кетмакетлиги шовқинли ва кучли нафас чиқариш билан ифодаланади (35-расм).

Нафас аъзоларининг кўпгина касалликлари нафас қисиш, йўтал, қон тупуриш, кўкрак қафасида оғриқ ва тана ҳароратининг кўтарилиши билан намоён бўлади.

Ҳансираш (ҳарсиллаш) нафас олишнинг қийинлашуви бўлиб, ҳаво етишмаслигининг ёқимсиз сезгиси билан кузатилади. Шу сабабли бемор юза ва тезлашган нафас олади. Ҳансираш физиологик ҳамда патологик бўлади. Кўпинча беморларда нафас олиш



35-расм. Патологик нафас турлари.

ва нафас чиқаришнинг қийинлашуви кузатилади. Инспиратор ҳансираш ёки қийинлашган шовқинли нафас кўпинча нафас йўлларида механик тўсиқлар ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади. Экспиратор ҳансираш нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан ифодаланади. У кичик бронхларнинг қисилиши натижасида пайдо бўлади (масалан, бронхиал астмаси бор беморларда). Аралаш ҳансираш нафас олишнинг ва чиқаришнинг қийинлашуви билан ажратилади.

Нафас ҳаракатининг тезлашуви, кўкрак қафасининг қисилиши, ҳаво етишмаслиги ва кучли ҳансираш билан кузатиладиган ҳолат — **нафас қисилиши** дейилади. Тўсатдан ҳосил бўлган нафас қисиш хуружи — **астма** дейилади. Ҳар қандай хуружда (бронхиал ёки юрак астмасида) зудлик билан шошилиш ёрдам кўрсатилади. Бундан ташқари сиқиб турган кийимлар ечилади, ярим ўтирган ҳолат яратилади ва соф ҳавонинг келиши таъминланади ёки зудлик билан оксигенотерапия ўтказилади. Хуруж пайтида дори воситалари фақатгина парентерал йўл билан юборилмай, аэрозолли ингаляция кўринишида ҳам киритилса бўлади.

Тиббиёт ҳамшираси беморга ингаляция кўринишидаги дори воситасини қўллаш қоидадини тушунтириши лозим. Аэрозолли дори воситасининг миқдорини шифокор белгилайди.

Йўтал — бронхлар ва юқори нафас йўлларининг ёт жисмлар ва нафас йўлларининг турли касалликларида шилимшиқ, балғамнинг чиқарилишига қаратилган ҳимоя рефлекс ҳисобланиб, йўтал рефлекси балғам ажратишга имкон беради. Йўтал ёпиқ товуш ёриғидан тўсатдан ва кескин чиқадиган нафасдан иборатдир. Тури бўйича йўтал қуруқ, балғамли ва йирингли бўлиши мумкин. Балғамни кўчириш мақсадида бемор дренаж қилинади.

Балғам тури бўйича шиллиқли, сероз, йирингли, қон аралаш бўлиши мумкин. Айрим касалликларда беморлар бир кеча-кундуз давомида 10—15 мл дан 1 литргача балғам ажратиши мумкин. Балғам махсус туфдонларга ажратилиши лозим. Туфдонлар ҳар куни бўшатилади, ювилади ва зарарсизлантирилади (3%ли хлорамин, 2%ли калий перманганат эритмаси билан). Ажратилган балғам махсус чиқинди қувурларига ташланади. Сил касаллиги шифохоналарида эса махсус дезокамераларда ёқилади.

Балғам лаборатор ташхис учун зарур бўлганда маълум қоидаларга амал қилинган ҳолда йиғилади. Умумий таҳлил учун янги ажралган балғамни оғзи кенг шишали идишга овқатдан олдин йиғилади. Балғамни йиғиш, таҳлилхонага келтириш таҳлил турларига боғлиқ. Балғамни сил микобактерияларига текширишда қуйидагиларни эсда тутиш лозим. Кох таёқчалари 1 мл балғамда 100.000 дан кам бўлмаган ҳолда аниқланади. Балғам таҳлилга 1—3 кун

давомида йиғилади ва совуқ жойда сақланади. Нафас йўлларидаги яллиғланиш касалликларини қўзғатувчи бактерияларга қарши сезувчанликни аниқлаш мақсадида балғамни махсус шакарли шўрва ва қонли агарга тўлдирилган Петри ликопчасига олинади. Балғам ўсмаларнинг атипик ҳужайраларини аниқлаш учун йиғилганда бу ҳужайраларнинг тез парчаланиш хусусиятига эга эканлиги ва шу сабабли йиғилган балғам зудлик билан таҳлилхонага юборилишини эсда тутиш лозим.

Қон тупуриш деб, йўтал вақтида қон ёки қон билан балғамнинг ажралишига айтилади ва бу нафас аъзолари касалликларининг хавfli белгиси бўлиб ҳисобланади. Йўтал турткиси таъсирида нафас йўллари орқали узлуксиз оқимда ажралаётган қон миқдorigа **ўпкадан қон оқиш** дейилади. Қон тупуриш ва ўпкадан қон оқиш хавfli ўсмада, гангренада, ўпка инфарктида, сил, бронхоэктатик касаллигида, ўпка шикастланишларида ва митрал юрак етишмовчилигида кузатилади. Ўпкадан қон оқишини, меъда-ичак йўллари қон оқишидан фарқлаш лозим, ўпкадан оч қизил рангли кўпиксимон, ишқорли муҳитда ивимайдиган қон ажралади.

Меъда-ичак йўлларида кетган қон овқат билан аралашган «кофе қуйқасига» ўхшаш бўлади. Қон тупуриш ҳамда ўпкадан қон кетиш нафас йўллари касалликларида оғир жиддий белги бўлиб, шошилиш ёрдамни талаб этади. Бу ҳолларда кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текшириш билан бирга **томография, бронхоскопия, бронхография**, айрим ҳолларда **ангиография** қилинади.

(томография — ўпкани қаватма-қават суратга олиш)

(бронхоскопия — асбоб ёрдамида кўриш, текшириш)

(бронхография — рентген нурлари билан бронхлари тасвирлаш)

(ангиография — қон томирларга контраст моддалар юбориб, уларни рентгенологик тасвирлаш).

Беморда тўсатдан қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетиш пайдо бўлганда уни ўтқазиб тинчлантирилади, кўкрак қафасига музли халтача қўйилади, совуқ ичимликлар берилади. Қон оқиши тўхтаган ҳолда ҳам бемор қатъий ётиш тартибини сақлаши ва ярим ўтирган ҳолатда бўлиши керак. Беморни овқатлантиришда тез ҳазм бўладиган, витаминларга бой ярим суюқ ва совуқ ҳолдаги овқат маҳсулотлари кичик ҳажмда буюрилади. Совуқ ичимликлар тавсия этилади, аччиқ ва зираворли овқат ман этилади. Хантал ва тиббий банкаларни қўллаш қатъий таъқиқланади. Қон оқишини тўхтатиш мақсадида мушаклар орасига викасол, томирга калций хлорид эритмаси ва аминокaproнли эпсилон кислота киритилади. Айрим ҳолларда бронхоскопия ёрдамида қонаб турган қон томир махсус қон тўхтатувчи (гемостатик) доза пилик билан тўхтагилади.

Кўкрак қафасидаги оғриқлар аксари нафас аъзолари касалликларининг белгиларидан бири бўлади. Улар одатда яллиғланиш жараёнида плевранинг тортилиши билан боғлиқ. Плеврал оғриқлар чуқур нафас олиш вақтида пайдо бўлади. Кўкрак қафасидаги оғриқни камайтириш учун бемор юзаки нафас олишга ҳаракат қилади ва йўтал ҳаракатларини тутиб туради. У мажбурий вазиятни эгаллаб ёнбошлаб ётади, натижада плевра ҳаракатлари чегараланadi ва оғриқ камаяди. Қаттиқ оғриқларда шифокор кўрсатмаси бўйича хантал, йўталга қарши воситалар ва оғриқ қолдирувчи аналгетиклар берилади.

Иситма нафас аъзолари касалликларининг эрта ва тез намоён бўладиган белгиси бўлиб ҳисобланади.

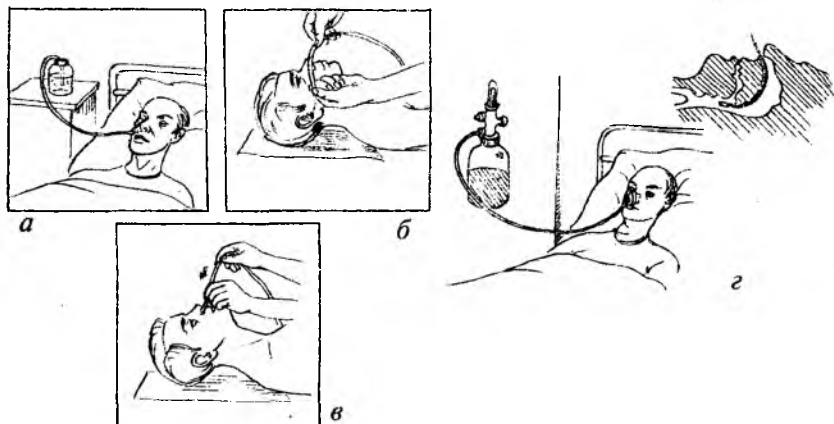
Оксигенотерапия

Кислород билан даволаш (оксигенотерапия) қон айланиш ва нафас аъзолари касаллигида қўлланилади. Беморлар 50%ли кислород тутган кислородли ҳаво аралашмасини узоқ вақт давомида нафасга олишлари натижасида тўқималарда кислород етишмовчилиги бартараф этилади. Соф кислородни нафасга олиш натижасида организмда заҳарланиш рўй бериши мумкин. Бунда оғиз қуриши, тўш суяги орқасида ачишиш, кўкрак қафасида оғриқ, тиришувлар ва ҳоказолар вужудга келади.

Беморларни даволашда асосан 80% гача кислород тутган газ аралашмасидан фойдаланилади. Оксигенотерапияда қўлланиладиган ҳозирги замон аппаратларида махсус мосламалар бўлиб, улар тўйинган кислород аралашмасини беришга мосланган. Углерод оксиди (ис гази) билан заҳарланганда карбоген қўллашга рухсат этилган, унда 95%ли кислород ва 5%ли углерод (IV оксиди) тутган аралашма қўлланилади. Айрим ҳолларда нафас етишмовчилигини даволаш учун гелио-кислород аралашмаси билан ингаляция қилинади. У 60—70% гелий ва 30—40 % кислороддан ташкил топган. Ўпка шишида нафас йўлларида кўпиксимон ажралма ажралиши кузатилган беморга 50% кислород ва 50 %ли этил спирти аралашмаси берилади. Спирт кўпик сўндириш хусусиятига эга. Оксигенотерапия табиий нафас олиш йўллари билан амалга оширилиб, ўпкани сунъий шамоллатиш аппаратлари орқали ҳам қўлланилиши мумкин. Уй шароитида кислород билан даволаш учун кислород ёстиқчасидан фойдаланилади. У резинали қопча бўлиб, резина найча, жўмрак ва мундштукдан иборат бўлади. Ёстиқчанинг сизими 25 дан 75 литргача. Уни кислородли баллондан тўлдирилади. Беморга кислород беришдан аввал мундштук 2—3 қават-

ли нам дока салфетка билан ўралади, сўнг оғизга тақаб қўйилади. Жўмрак очилиб кислород бериш тезлиги тахминий идора этиб турилади. Бемор мундштук орқали нафас олади, бурун орқали эса чиқаради. Кислород ёстиқчасида кислород миқдори нисбатан камайганда бўш қўл билан ёстиқча босилади, бўлмаса кислороднинг нафас йўллариغا келиши қийинлашади. Мундштук қўлланиб бўлингач 3%ли водород пероксид ёки 70%ли этил спирти эритмаси билан 2 мартаба артилади. Оксигенотерапияда бу усулнинг камчилиги шундан иборатки, биринчидан кислороднинг аниқ миқдори ва меъёрини назорат қилиб бўлмайди. Иккинчидан бемор оғзига мундштук тўлиқ тақалмаган бўлса унда газнинг катта миқдорда йўқотилиши кузатилади. Шифохоналарда оксигенотерапия марказлашган тизим орқали беморлар ётган хоналарга юбориш йўли билан амалга оширилади. Кислород билан даволашда энг кўп тарқалган усул бу бурун катетери орқали ингаляция қилишдир. Бунинг учун катетер қайнатилади ва вазелин мойи суртилиб, пастки бурун йўли бўйлаб ютқиннинг орқа деворига 15 см чуқурликка киритилади. Катетернинг ташқи қисмини юзга, чаккага ёки пешонага лейкопластр билан маҳкамлаб қўйиш лозим. Чунки у бурундан чиқиб кетиши ёки қизилўнгачга ўтиб кетиши мумкин. Кислородни юбориш учун дозиметр (миқдор ўлчагич) муртаги очилиб 2—3 дақиқа тезликда кислород юборилади ва назорат қилинади.

Баъзан кислородни махсус зич ёпиладиган хоналар, трахеостомик (нафас олиш учун кекирдакда жарроҳлик йўли орқали тешик очиш), интубацион (нафас олишни тиклаш учун нафас олиш



36-расм. Бурун кететери орқали намланган кислород бериш (а, б, в, г).

йўлларига найча киритиш), ҳамда огиз ва бурун ниқоблари орқали юбориш тавсия этилади. Кислородли аралашма ингаляциясини узлуксиз ёки 30—60 дақиқа давомидаги сеанслар орқали бир кунда бир неча марта олиб борилади. Бунинг учун бериладиган кислород намланган бўлиши лозим. Кислород махсус сувли идиш орқали намланади ёки намлаш буглатгичлар орқали амалга оширилади. Ҳозирги вақтда кўпгина ички аъзолар ва нафас етишмовчилиги касалликларида «гипоксия» (кислород етишмовчилиги) кузатилган ҳолларда, гиперболик оксигенация яъни кислород билан юқори босим орқали махсус барокамераларда (зич ёпилган берк хонада одамнинг барометрик босимга муносабатини текшириб) даволаш қўлланилади (36-расм, *а, б, в, г*).

АРТЕРИАЛ ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ

Пульс деб, томирлар деворининг юрак ҳайдайдиган қон ҳаракати натижасида келиб чиқадиган турткисимон тебранишларига айтилади. Пульс табиати юракдан ҳайдалган қоннинг ҳажми ва тезлиги, ҳамда артерия деворининг ҳолати ва биринчи навбатда унинг силлиқлигига боғлиқ.

ЭСЛАТМА: Пульсни аниқлаш жойлари артериал қон кетишда артерияларни босиб тўхтатиш нуқталаридир.

Одатда пульс билак артериясида аниқланади.

ЭСЛАТМА: Ҳамширалар пульс ритмини (иш маромини, тезлигини) таранглигини аниқлашни билишлари лозим. Пульс томирнинг маромли тебраниш оралиғи билан аниқланади. Агар артерия деворининг тебраниши аниқ бир вақтда содир бўлса, томир уриши **ритмик** деб ҳисобланади. Агар тебраниш бузилса нотўғри томир уриши юзага келади ва **норитмик** пульс кузатилади. Пульс таранглигини аниқлаш учун билак артерияси куч билан босилади бунинг натижасида томир тебриниши умуман тўхтайтиди. Пульс таранглиги систолик артериал босим ҳажмига боғлиқдир. Агар артериал босим меъёрда бўлса, томир ўртача куч билан босилади, бу эса ўрта кучланишдаги пульс ҳисобланади. Юқори артериал босимда томирни босиш қийин, бундай пульс таранг ёки қаттиқ дейилади, агар томирда артериал босим паст бўлса, у енгил босилади ва бундай пульс юшмоқ ҳисобланади.

Артериал пульсни аниқлаш алгоритми:

1. Беморга унинг пульсини аниқлашингизни айтинг ва ундан б. муолажа ҳақида билиш-билмаслигини сўранг, агар билмаса тўшунтиринг.

2. Соат секундомер, қоғоз, қалам тайёрланг.

3. Қўлингизни ювинг.

4. Беморга ўзини бўш қўйиб ётиши ёки ўтиришини айтинг.

5. II, III, IV бармоқларингизни беморнинг билак томирига қўйиб, I бармоғингиз билан аста томирни босиб унинг тебранишини аниқланг.

6. Агар пульс ритмик бўлса томир уришини 30 секунд ичида аниқланг.

7. Томир уриш сонини 30 сек. ичида кузатиб сўнг иккига кўпайтиринг (агар пульс ритмик бўлмаса уни бир дақиқа ичида ҳисобланг).

8. Беморга натижасини айтинг.

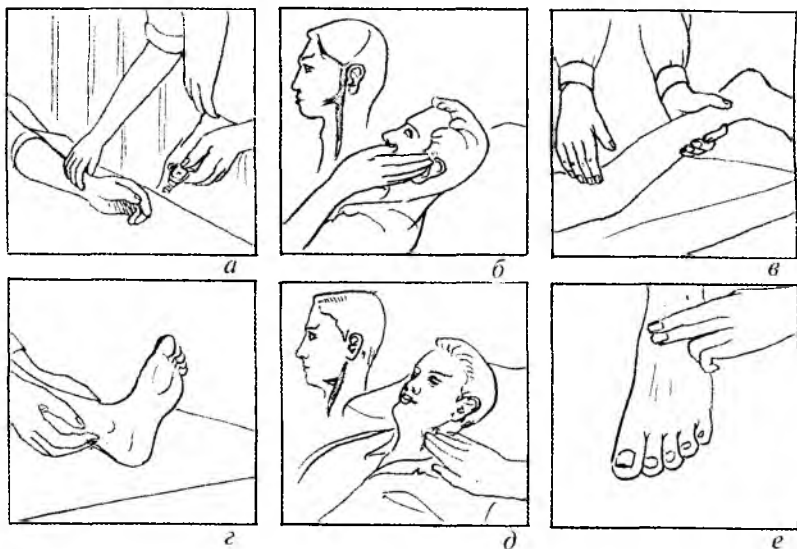
9. Томирни аввалгидан қаттироқ босиб пульс таранглигини аниқланг.

10. Натижани беморга айтинг ва ёзинг.

11. Беморни қулай ўтқазиб ёки ётиб олишига ёрдам беринг.

12. Қўлларингизни ювинг.

Қилган ишингиз натижасини ҳарорат варақасига қизил қалам билан «П» шкаласига ёзинг. Билак артериясидан ташқари пульс-ни чакка, уйқу, чов, тизза ва товон ички юзасида аниқланади. Кетма-кет ҳар бир томони оҳиста босилган ҳолда уйқу артериясида ҳам пульс аниқланади. Агар томир девори қаттиқ босилса юрак уриши секинлашиб беморда бош айланиши, ҳушдан кетиш ва тортишиш пайдо бўлиши мумкин (37-расм, а, б, в, г, д, е).



37-расм. Пульсни билак, чакка, тизза кўзи ости, тўпиқнинг ички артерияси, уйқу артериясида ва тўпиқ олд артериясида ўлчаш (а, б, в, г, д, е).

Чов соҳасида пульс аниқланганда бемор чалқанчасига ётиши лозим. Тизза кўзи чуқурлигида пульсени аниқлаш учун бемор қоринда ётиши керак.

ҚОН БОСИМИНИ ЎЛЧАШ

Юрак қоринчаларидан маълум куч билан отилиб чиқадиган қон миқдорининг қон томирларига урилишига **артериал қон босими** дейилади. Қон босими қон томирлар фаолиятига боглиқ ҳолда турлича бўлиши мумкин. Масалан артериал систолик босим 125 мм симоб устунига тенг бўлса, каниллярлардаги босим 25 мм симоб устунига тенг бўлади. Қон босими бевосита ва билвосита усуллар билан аниқланади. Қон босимини бевосита ўлчаш усули аниқ натижалар олишга имкон беради, лекин бу усул анча оғриқли ва техник томондан мураккаб жараёндир: артерияга манометр билан най орқали бириктирилган шиша канюла ёки игна киритилади. Қон босими асосан билвосита (қонсиз) усул билан аниқланади. Бу усулда сфигмоманометр ва аускультациядан фойдаланилади. Ўлчов натижалари ўлчов асбобининг аниқлиги, қон босимини ўлчаш қоилаларига риоя қилиш каби омиллардан ташқари, шовқин, ҳарорат, сигарет чекишга ҳам боглиқдир.

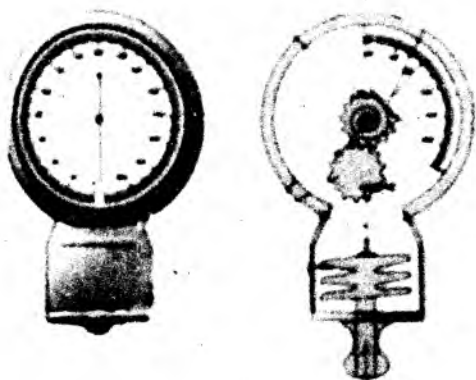
Билвосит усулда қон босимини ўлчаш учун қуйидаги асбоблар — анероид сфигмоманометр, манжетка ва стетоскоп зарур. Манжетка қалин филоф кийдирилган резинали ёстиқча бўлиб, унга ҳавони ҳайдаб берувчи ноксимон найга уланган резина найчали сфигмоманометрдан иборат (38-расм).

Манжетка ва ҳаво ҳайдовчи ноксимон мослама назорат қилувчи клапан билан таъминланган бўлиб у ноксимон найчадан ўта-



38-расм. Қон босимини ўлчаш асбоблари.

ётган ҳавонинг кириш ва чиқишнини идора қилади. Сфигмоманометрларнинг 2 та тури мавжуд (симоб устунли Рива-Рочи ва анероид). Оддий сфигмоманометрда даражали шкала бўлиб, у босимни 0 дан то 300 мм симоб устунигача ўлчаш имкониятига эга. Ҳар бир даражалар орасидаги масофа 2 мм симоб устунига тенгдир (39-расм).



босим

39-расм. Анероид сфигмоманометр.

Анероид сфигмоманометр шинам ва фойдаланишда қулай бўлиб, пружина ва муфтадан иборат. Муолажани бошлашдан олдин сфигмоманометр стрелкаси 0 да турганлигига ишонч ҳосил қилиш керак.



40-расм. Манжетка.

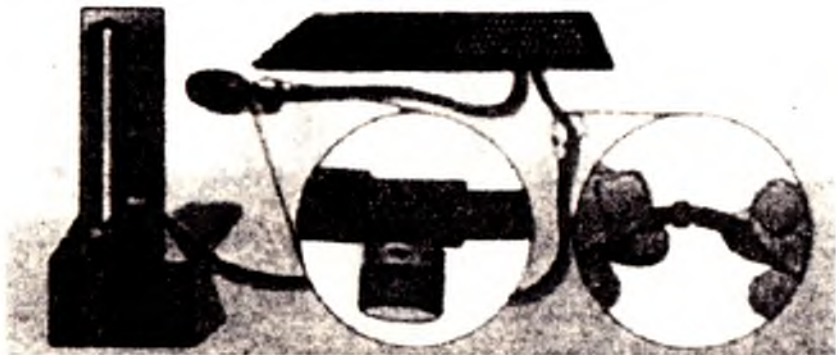
Қўлда босимни ўлчайдиган манжеткалар ҳар хил ўлчовда бўлиб, улар чақалоқлардан тортиб то катта ёшдаги семиз одамларгача мўлжалланган. Бунда албатта мос ўлчамли манжеткаларни танлаш зарур (40-расм).

Манжетка қўлнинг тирсак бўғимидан 2—3 см юқоридан фақат 1 та бармоқ сиғадиган қилиб ўралади. Қон босимини ўлчашдан олдин манжетка тўғри ўралганлигига ишонч ҳосил қилиш лозим.

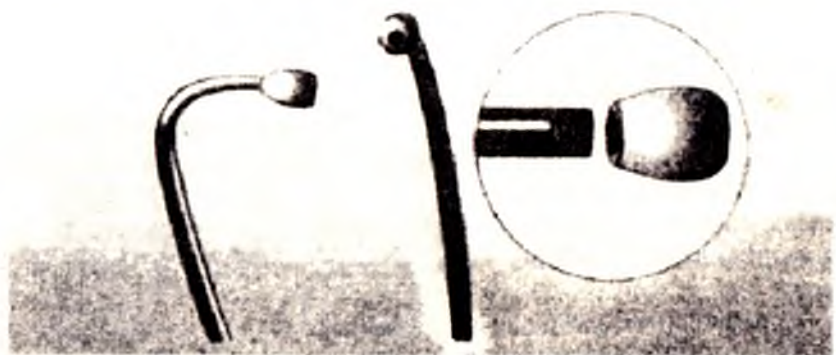
Гилофнинг шикастланиши натижасида ёстиқчанинг манжеткадан чиқиб қолиш эҳтимоли бор. Бундан ташқари эски манжеткалар ёпиштиргичи ёстиқчани шишириш натижасида тез-тез кўчиб тушади. Манжеткадаги нотўғри ўлчамли ёстиқча нотўғри натижалар бериши мумкин.

Ёстиқча узунлиги қўл айланасининг узунлигига мос келиши керак. Агарда керакли ўлчам бўлмаса, қисқа ёстиқча ишлатгандан узун ёстиқча ишлатган яхшироқ.

Ўлчайдиган асбобларнинг барча қисмлари ҳамда туташган жойлари доимий равишда текширилади, чунки ишқаланиш ва меха-



41-расм. Ёстиқча, найлар ва нокча.



a



б

42-расм. Стетоскоп, воронка ва мембрана (а, б).

ник шикастланиш натижасида ҳавонинг чиқиш эҳтимоли, найларнинг букилиб қолиши улар бутунлигининг бузилишига олиб келади (41-расм).

Ҳаво ҳайдовчи нокча беморда қон босимининг 20—30 мм симоб устунидан ошишини тезда аниқлаш имконини бериши керак. Нокчанинг беҳато ишлаши учун қуйидаги шароитлар бўлиши лозим: резина қисмида тешик ва ёриқлар бўлмаслиги, назорат клапани ҳаво чиқармаслиги ва ҳавони секундига 2—3 мм симоб устунни тезлигида чиқариши керак.

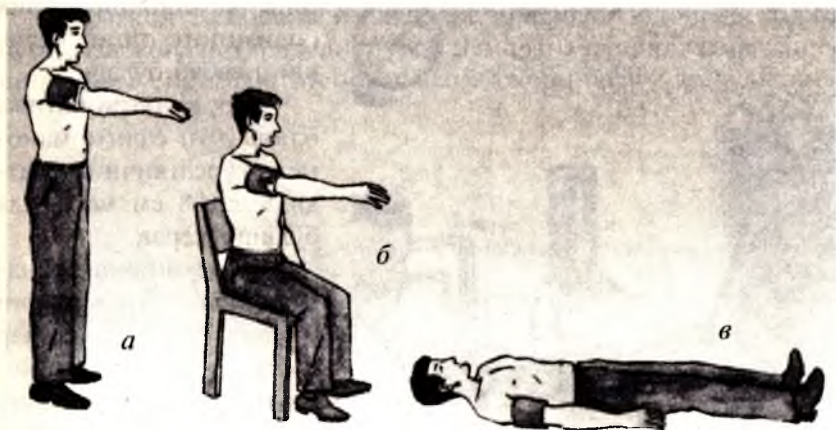
Қон босимини билвосита усулда ўлчашда ишлатиладиган стетоскоп воронка, мембрана ва найлардан иборат. Стетоскопни доимо тозалаб туриш зарур.

Ўлчов асбобларининг барча қисм ва бирлашмаларини механик шикастланишлардан сақлаш керак. Сақлаш вақтида найларнинг букилиб қолиши уларнинг ишдан чиқишига олиб келади. Мембрана паст частотали Коротков товушларини аниқлашга ёрдам беради, воронка эса товушларни узоқ ва яхши эшитилишини таъминлайди (42-расм, *а, б*).

Қон босими вақти-вақти билан ўзгариб туради. Унинг ўзгаришига нафас меъёри, оғриқ, қўрқув, зўриқиш, чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, юқори ҳарорат, атрофдаги шовқин каби омиллар таъсир этади. Юқорида кўрсатилган омилларни бартараф этган ҳолда, қон босимини ўлчаш лозим (43-расм, *а, б, в*).

Бемор меъёрий қон босимини ўлчашдан 30 дақиқа олдин жисмоний зўриқишлардан холи, ўлчашдан камида 5 дақиқа олдин тўлиқ осойишта ҳолатда бўлиши керак.

Бемор имкон борича қон босимини ўлчашдан 30 дақиқа олдин овқат, сув ва чекишдан ўзини тийиши лозим. Бундан ташқари



43-расм. Қон босимини турган, ўтирган ва ётган ҳолатда ўлчаш (*а, б, в*).



44-расм. Беморнинг тулиқ осойишта ҳолатида қон босимини ўлчаш.

чап қўлларда бир-биридан фарқ қилади. Биринчи текширишда қон босими иккала қўлда, кейинчалик битта қўлда ўлчанади ва қайси қўл эканлиги ифодаланади. Босим ўлчанаётганда ўтирган ёки турган беморнинг қўли қовурғалараро бўшлиқ ва тўш суяги сатҳида, ётган ҳолатда эса юрак сатҳида туриши лозим. Қўл мускуллари зўриқиши туфайли олинган натижалар нотўғри бўлмаслиги учун бемор қўлини манжетка билан бирга столга маҳкамлаш тавсия қилинади. Қўлни осилтириб туриш ёки букиш ман этилади (45-расм). Қон босимни ўлчаш 5 дақиқа давом этади. Шу вақт давомида ҳамшира қулай вазиятда ўтириши, бошқа нарсаларга чалғимаслиги ва муолажани тўхтатмаслиги лозим. Манжеткадан ҳавонинг тез чиқиб кетмаслигига эътибор бериши лозим, чунки



45-расм. Бемор қўлини манжетка билан бирга столга маҳкамлаш.

аниқ натижани олишда сийдик қопининг бўшлиғи ҳам катта аҳамиятга эга (44-расм).

Бемор билан суҳбатни босимни ўлчашдан олдин ёки кейин олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Текширишлардан маълумки, босимни ўлчаш вақтида суҳбатда қатнашган беморларнинг қон босими ошиши мумкин.

Қон босими ўнг ва чап қўлларда бир-биридан фарқ қилади. Биринчи текширишда қон босими иккала қўлда, кейинчалик битта қўлда ўлчанади ва қайси қўл эканлиги ифодаланади. Босим ўлчанаётганда ўтирган ёки турган беморнинг қўли қовурғалараро бўшлиқ ва тўш суяги сатҳида, ётган ҳолатда эса юрак сатҳида туриши лозим. Қўл мускуллари зўриқиши туфайли олинган натижалар нотўғри бўлмаслиги учун бемор қўлини манжетка билан бирга столга маҳкамлаш тавсия қилинади. Қўлни осилтириб туриш ёки букиш ман этилади (45-расм). Қон босимни ўлчаш 5 дақиқа давом этади. Шу вақт давомида ҳамшира қулай вазиятда ўтириши, бошқа нарсаларга чалғимаслиги ва муолажани тўхтатмаслиги лозим. Манжеткадан ҳавонинг тез чиқиб кетмаслигига эътибор бериши лозим, чунки бу ҳолат систолик босимнинг пасайиб, диастолик босимнинг ошиб кетишига сабаб бўлади.

Аниқ ва тўғри натижа олиш учун сфигмоманометр кўрсаткичи кўз сатҳида ва 88 см масофада бўлиши керак.

Кўп текширишлар натижасида қон босимини ўлчашда охири рақамлар 0 ёки 5 сонига тўғри келиши аниқланган. Сфигмоманометрнинг ҳар бир даражаси 2 мм симоб

устунига тенглигини ҳисобга олиб, унга нисбатан аниқ рақамни қайд қилади.

Қон босимини аускультация қилиш ва сфигмоманометр ёрдамида ўлчаш Коротков артериал товушларини аниқлашга асосланган. Манжеткадан ҳаво чиқиши бошлангандан сўнг артериал товушларни стетоскоп ёрдамида эшитиш мумкин.

ЭСЛАТМА: Ўқувчи муолажани мустақил бажаришдан олдин ўқитувчининг назорати остида кўникмаларини бир неча маротаба бажариши лозим.

Қон босими тинч шароитда аниқланади. Қўл эркин ҳолда йўналтирилган, кийим-бош сиқмаслиги лозим. Сфигмоманометр ҳамширанинг кўзига яқин масофада бўлиши керак. Манометр беморнинг юрак сатҳида бўлиши шарт эмас, лекин симоб устуни вертикал ҳолатда бўлишини назорат қилиш лозим. Елка артериясини пайпаслаб топиб, манжеткани шундай жойлаштириш керакки, унинг пастки қисми тирсак бўғимидан 2—3 см юқорида, марказий ўқи эса елка артериясида жойлашган бўлсин.

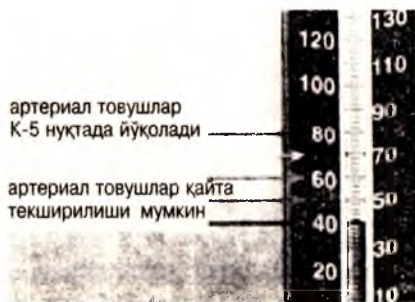
Манжеткани елка артериясидан юқорида ўраб, пульс йўқолгунча ҳаво юбориш лозим. Бу босим даражаси систолик босимга тенг келади. Сўнг ҳаво чиқарилади ва 25—30 секунддан кейин манжетка яна қайта шиширилади (46-расм).

Аускультациянинг йўқолиши ёки «жимжитлик майдони» — бу Коротков артериал товушларининг К5 нуқта атрофида йўқолишидир. Кейинги артериал товушларнинг қайта тикланиши 5—40 мм симоб устунидан сўнг юз беради. Бу нотўғри натижага олиб келиб, систолик босимнинг тушиб кетиши ёки диастолик босимнинг ошиб кетишига олиб келиши мумкин. «Жимжитлик майдони» — 5% беморларда кузатилади (47-расм).

Стетоскоп мембранаси елка артериясидан юқорида, тирсак бўғимида жойлаштирилади, бунда мембрана куч ишлатмасдан секин терига сиқилади. Мембранадаги юқори босим аускультация-



46-расм. Манжеткани жойлаштириш.



47-расм. Аускультацияда шовқиннинг йўқолиши.



48-расм. Манжеткадан ҳавони чиқариш.

га ҳалақит бериши мумкин. Мембрана фиксация қилингандан сўнг тезлик билан манжетка шиширилади.

Стетоскоп вазиятини сақлаган ҳолда, манжеткадан ҳавони 2—3 мм симоб устуни тезлигида чиқариш лозим (ёки бир юрак зарбида) (48-расм).

Манжеткадан ҳаво чиқа бошлаши билан артериал товушларнинг пайдо бўлишига қулоқ солиб, шу билан бир вақтда сфигмоманометр шкаласининг кўрсаткичларини кузатиш лозим (49-расм).

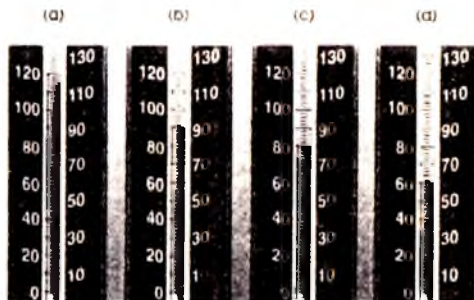
Ҳамшира натижани ёзишда хатоликка йўл қўймаслиги керак, айниқса диастолик босимни ўлчашда.

Агар босимни қайта ўлчаш лозим бўлса, яна шу қўлда ўлчаш учун 1—2 дақиқа кутилади (50-расм).

ОДДИЙ ФИЗИОТЕРАПИЯ МУОЛАЖАЛАРИ ВА ГИРУДОТЕРАПИЯ

Сув билан даволаш — «гидротерапия» — физиотерапевтик даво турларидан бўлиб, у касалликларнинг олдини олиш ва даволаш мақсадида қўлланилади. Сув билан даволашнинг асосий вазифаларидан бири организм учун қулай реакцияга эришишдир. Сув муолажалари таъсир турига қараб турлича бўлади. **Чегараланган таъсир** турига эга сув муолажалари:

— ювиш, артиш (қўл ёки шчётка ёрдамида);



49-расм. Артериал товушларни эшитиш.



50-расм. Қон босимини қайта ўлчаш.

- қўл ёки оёқ ваннаси секин-аста ҳароратни кўтариш билан;
- қўл ва оёққа контраст ванна қўллаш;
- турган ҳолда совуқ сувни қўлга, тиззага, юзга, энсага қўллаш;
- кўкрак қафасига компресслар қўйиш.

Ўртача таъсир кучига эга сув муолажалари:

- оёқ, белга ванналар (белга ўтирган ёки ётган ҳолда), секин-аста ҳароратни кўтариш билан;
- ўтирган ҳолда ишқалаш билан ванна қабул қилиш;
- минерал ванналар;
- турли хил таркибли илиқ ванналар;
- совуқ ишқаловчи ванналар;
- ўтирган ҳолда ўзгарувчан ҳароратли ванналар;
- баданнинг 3/4 қисмига компресс қўллаш ёки нам сочиқ ўраш;
- ўтирган ҳолда бугли ванна қабул қилиш;
- сауна.

Кучли таъсир этувчи сув муолажалари:

- қиздирувчи ванна;
- ҳаммом;
- совуқ ёки иссиқ сувни тезлик билан танага қўйиш.

Сув билан даволашда танада умумий ва маҳаллий ўзгаришлар пайдо бўлиб, улар маълум миқдорда сув ҳарорати билан боғлиқдир. Сув муолажалари ҳароратига қараб совуқ (20°C), салқин (20–30°C), индифферент (34–36°C), илиқ (37–39°C), иссиқ (40°C дан юқори) бўлиши мумкин.

Гидротерапия марказий нерв тизимига ўзига хос таъсир кўрсатади. Индифферент ҳароратдаги сувни қўллаш натижасида танада бўшашиш, тинчланиш уйқучанлик ҳосил бўлади. Совуқ ва иссиқ сув таъсирида кўзгалувчанлик кучлироқ бўлади. Сув билан даволаганда юрак томир фаолиятида ўзгаришлар юзага келади. Совуқ сув таъсирида тери томирлари тораяди, юракнинг қисқариш фаолияти секинлашади, артериал босим ортади. Паст ҳароратдаги сув таъсирида скелет мушакларининг таранглиги ошади. Иссиқ сувнинг таъсири унга қарама-қарши бўлади. Иссиқ ва совуқ сув муолажалари моддалар алмашинуви жараёнини тезлаштириб, организм таранглашувини оширади. Гидротерапияда ҳароратдан ташқари механик омил муолажанинг умумий таъсирини кучайтиради. Сув муолажалари айниқса юрак томир, нерв фаолияти, хафқонлик касаллиги ва организмда моддалар алмашинуви бузилган беморларга тавсия этилади. Монелик ҳоллари: сув муолажалари оғир атеросклероз, қон босимининг юқори даражага кўтарилиши, мия ва тож томирлар қон айланишининг бузилишида ҳамда сил касаллигининг фаол турида қўлланилмайди. Сув муолажала-



51-расм. Ванна қабул қилиш:
 а — умумий, б — маҳаллий.

ни ювиш, ванналар ва б. қўлланилади. Умумий ванна бўлса, бемор танасининг барча қисми сувга туширилади, маҳаллий ваннада қўлни, оёқни ванна қилинади. Таркиби жиҳатидан ванналар: марваридли (сув орқали ҳаво пуфакчалари босим билан чиқарилади), кўпикли (кўпик ҳосил қилувчи моддалар ёрдамида), тебранувчи ва айланма (сувни механик таъсирда кучайтириш), ҳидли, (хвойли) шифобахш гиёҳли, минералли бўлади. Ванна қабул қилиш муддати 10—15 дақиқа, муддатни узайтириш ноҳуш оқибатларга олиб келиши мумкин. Ванналар қабул қилиш вақтида беморнинг умумий аҳволини назорат қилиб туриш лозим, чунки артериал босимнинг ўзгариши пульс тезлиги ва нафас ҳаракатларининг ёмонлашувига сабаб бўлади. Сув муолажаларини артиш, сув қуйиш кўринишида ҳам қўллаш мумкин. Бу даволаш усуллари кундалик шахсий гигиена бўлиб, беморларни даволаш ва парваршига киради. Қисқа муддат ичида совуқ сув билан баданни артиш чиниқтиришнинг битта воситасидир. Совуқ сувга ювиниш томирлар фаолиятини ошириб, юқори ҳароратли беморга яхши натижа беради. Тананинг маълум қисмига контраст сув қуйиш аввалига илиқ кейин совуқ сув ёрдамида амалга оширилади. Муолажадан сўнг тана сочиқ ёрдамида қуритилади (51-расм, а, б).

Беморга иситгич (грелка) қўйиш

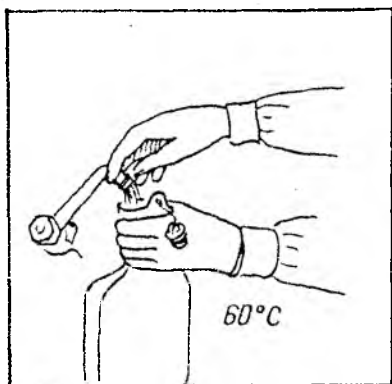
Иситгичлар яллиғланиш жараёнларини сўриш, танани иситиш ва оғриқ қолдириш учун қўлланилади. Иситгич тайёрлашга монелик қиладиган ҳоллар: қорин бўшлигидаги ўткир яллиғланиш (аппендицит, холецистит, панкреатит), ўсмалар, қон оқиши, лат ейиш (дастлабки соатларда) ҳисобланади. Тиббиётда резинали ва электр иситгичлар ишлатилади. Резинали иситгичнинг сифими 1—1,5 литр,

тиқини яхши бураб беркитиладиган ёки тўрт бурчак шаклга эга бўлган мосламадан иборат.

Иситгич қўйиш алгоритми:

1. Иситгичнинг бутунлиги текширилади.
2. Унинг $3/4$ қисми иссиқ сув билан тўлдирилади.
3. Ҳаво чиқариб юборилади.
4. Иситгич оғзи тиқин билан маҳкамланади.
5. Иситгичнинг оғзини пастга қаратиб, қопқоқнинг зичлиги текширилади.
6. Иситгич сочиққа ўралиб беморнинг керакли жойига қўйилади.
7. Иситгич 20 дақиқа давомида қўйилади.

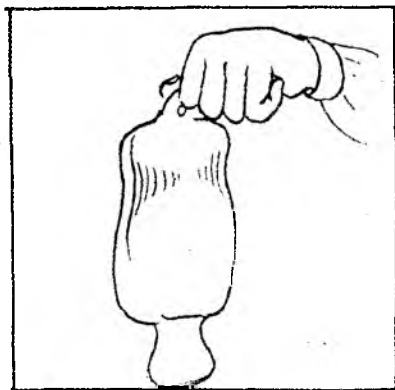
ЭСЛАТМА: Оғир ётган беморлар иссиқлик таъсирини ҳамма вақт ҳам сезавермасликлари сабабли иситгичдан қўйиб қолишлари мумкин. Терида қизариш (пигментация) ҳосил бўлмаслиги учун унга вазелин ёки ёғ суртиш лозим. Ҳушсиз ҳолатдаги, тери сезув-



а



б



в



г

52-расм. Иситгични қўллаш (а, б, в, г).

чанлиги йўқолган беморлар билан ишлашда алоҳида эҳтиёткорлик лозим бўлади. Сувли иситгичлар ўрнига электр иситгич қўллаш мумкин. Унинг иссиқлик даражаси реостат билан бошқарилади (52-расм, а, б, в, г).

Хантал қўйиш

Ханталлар терини таъсирлантиради ва теридаги қон томирларнинг эфирли хантал мойидан кенгайиши билан бемор терисига таъсир кўрсатади.

Кўрсатмалар: Ханталлар оғриқда, ўпка ёки бронхлар яллиғланганда, қон томирлар спазмида ва бошқа қатор касалликларда қўлланилади.

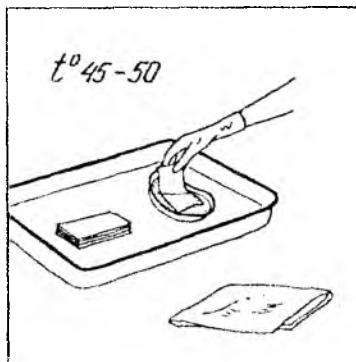
Фабрикада тайёрланган хантал ўлчами 12×18 см қоғоз бўлагидан иборат бўлиб, унга махсус усулда қуруқ хантал ёпиштирилган бўлади. Сифатли ханталлар сифатсизидан ўткир хантал мойининг ҳиди келиб туриши ва уқаланиб кетмаслиги билан фарқ қилади.

Монелик қилувчи ҳоллар: тери касалликларида, қон оқишида хантал қўйиш мумкин эмас.

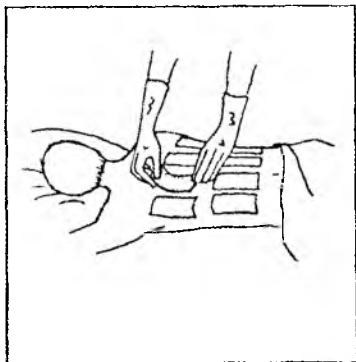
Тери доғлари юз бермаслиги учун хантални ҳар гал битта жойга қўйвермаслик тавсия этилади. Тайёр ханталлардан юқори нафас йўллари касалликлари билан бир қаторда артериал босимни пасайтириш учун оёққа ханталли ванналар қилинади (сув ҳарорати 50°С, хантал миқдори бир челақ сувга 50 гр, ванна муддати 20—30 дақиқа). Ванна қилингандан сўнг оёқни илиқ сув билан чайиб яхшилаб артилади, бемор ўрнига ётқизилади.

Муолажа алгоритми:

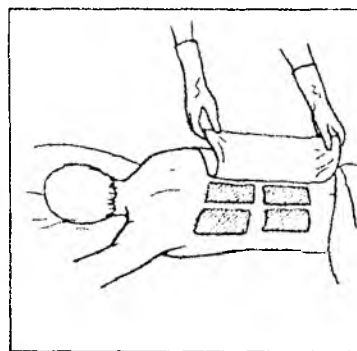
1. Хантал сифати текширилади.
2. Керакли нарсалар қулай жойга қўйилади.
3. Бемор қорни билан қулай ҳолатда ётқизилади.
4. Бемор терисини кўздан кечириб, монелик ҳоллари текширилади.
5. Тери қуруқ сочиқ билан артилади.
6. Лотокка 40—45° ли илиқ сув солинади.
7. Сувга ханталли қоғозлар бирин-кетин ботириб олинади.
8. Сувга ботириб олинган хантал қоғозларни беморнинг курак соҳасига умуртқа поғонасини 2см четлаб 5—6 та қўйилади.
9. Устидан қуруқ юмшоқ сочиқ билан ёпилади.
10. Бемордан бадани ачишяптими ёки йўқлигини сўраб ханталларнинг тўғри қўйилганлиги аниқланади.
11. Бу ҳолатда бемор 15—20 дақиқа ётади.
12. Вақт ўтиши билан ханталлар бемор баданидан бирин-кетин олинади.



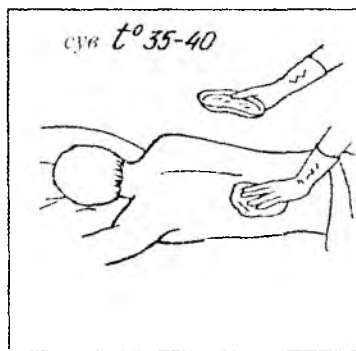
a



б



в



г

53-расм. Хантал қўйиш (а, б, в, г).

13. Хантал олингандан сўнг тери илиқ сув билан ювилади, қури-тиб артилади.

14. Бемор кийинтирилади ва яхшилаб ўраб қўйилади.

ЭСЛАТМА:

1. Хантал ўз вақтида олинмаса терини куйдириши мумкин.

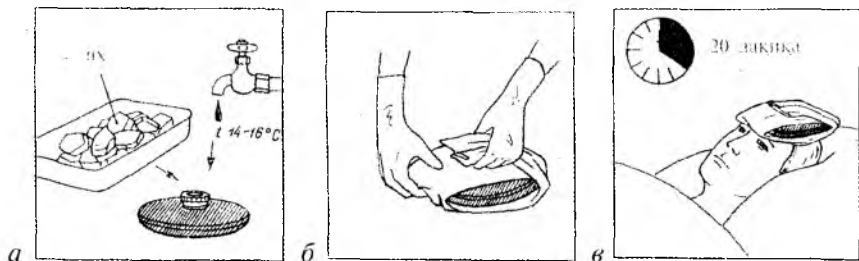
2. Уни газета устидан қўйиш асло мумкин эмас, чунки хантал мойнинг терига бевосита таъсири йўқолади.

3. Баъзан ханталлар мум қоғоз, лока устидан қўйилади.

4. Ханталларни қуруқ ва қоронғи жойда сақлаш лозим. Сақлаш муддати 8—10 ой (53-расм, а, б, в, г).

Беморга музли халгача қўйиш

Қуруқ совуқнинг терига таъсири натижасида қон томирлари торайиши ва чуқур жойлашган тўқималарда сезгининг пасайиши кузатилади.



54-расм. Музли халтачани қўллаш (а, б, в).

Музли халтача қон кетганда, қорин бўшлиғида ўткир яллиғланиш ҳолатларида, лат еганда, иситма кўтарилганда, операциядан кейинги даврда қўлланилади.

ЭСЛАТМА: Сувли халтачани музлатгичнинг совутиш камерасига қўйиб музлатиш мумкин эмас, чунки сув музлатгич катта яхлит сатҳ ҳосил қилади, бу эса қўллаш жараёнида маълум жойнинг яллиғланишига олиб келади.

Муолажа алгоритми:

1. Музли халтачанинг бутунлиги текширилади.
2. Музлатгичда олдиндан тайёрлаб қўйилган муз парчалари халтачага солинади, сўнг устига 12--14°C ҳароратга эга бўлган сув солинади.
3. Халтача оғзи бураб маҳкамланади.
4. Музлар (халтачада) бир текисда жойланиши учун халтача иккала қўл билан бир неча мартаба қўзғатилади.
5. Халтачадаги музлар эриб халтача ҳўл бўлиб қолса, у артиб турилади.
6. Музли халтачани узоқ вақт қўллаш мумкин, лекин ҳар 10 — 15 дақиқадан сўнг танаффус қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Муз соладиган халтача қуруқ ҳолда сақланади (54-расм, а, б, в).

Компресслар

Компресс — чалгитувчи ва сўрувчи восита сифатида таъсир қиладиган кўп қаватли даволовчи боғлам бўлиб, уларнинг қуруқ, нам, маҳаллий ва умумий, совуқ, иссиқ, иситувчи ва дорили турлари мавжуд.

Компресслар терининг маҳаллий яллиғланишида, тери ости ёғ қатламлари яллиғланишида, бўғимларда, ўрта қулоқда, лат еганда (1 суткадан сўнг) қўлланилади. Иситувчи компресслар теридаги юза ва чуқур жойлашган қон томирларнинг маълум вақтгача кенгайишини юзага келтиради. Шунинг натижасида шу жойга қон оқиб келиб, яллиғланиш жараёни сўрилади ва оғриқ камайди. Иситувчи компресси тананинг исталган жойига қўйиш мумкин.

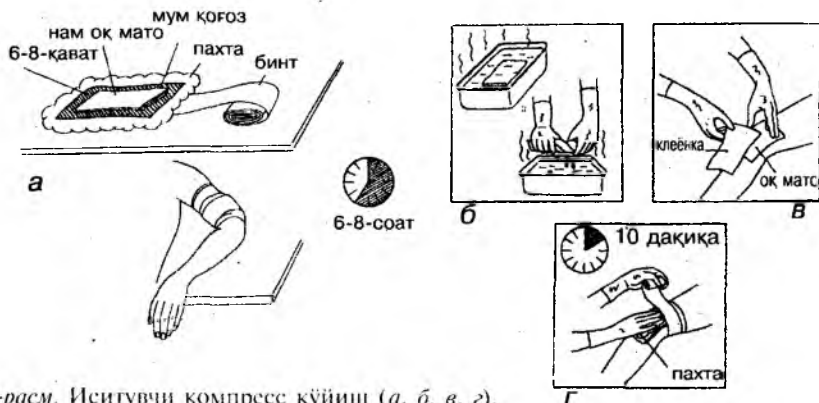
Қўлланишига монелик қилувчи ҳоллар: тери касалликлари юқори ҳарорат (38° дан ошиқ), ўпкадан қон оқиши, тери сезувчанлигининг йўқолишида, ўсмалар ва ҳоказоларда.

Маҳаллий иситувчи компресс қўйиш

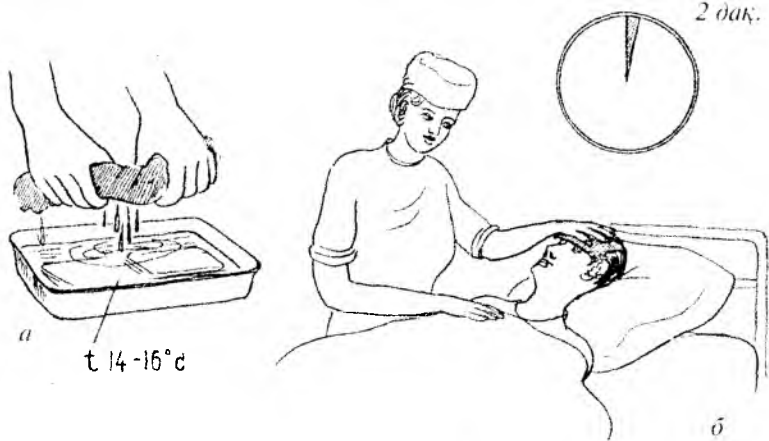
Муолажа алгоритми:

1. Беморнинг иситувчи компресс қўйиладиган жойи кўздан кечирилади.
2. Керакли нарсаларни тайёрлаб қулай жойга қўйилади.
3. Бир бўлак оқ сурп ёки дока уч букланади.
4. Сурп $10-12^{\circ}$, 70%ли спиртли эритмага ботирилиб ортиқча суюқлик сиқиб ташланади.
5. Эритмага ботирилган сурп бемор баданининг керакли қисмига қўйилади.
6. Унинг устидан 2 см га кенг бўлган клеёнка ёки мум қоғоз ёпилади.
7. Устидан яна 2—3 см га кенг бўлган пахта ёпилади.
8. Буларнинг ҳаммаси бинт ёки иссиқ рўмол ёрдамида маҳкам қилиб ўралади.
9. Компресснинг тўғри қўйилганлиги текшириб кўрилади. Бунда кўрсаткич бармоқ боғлам тағига киритилиб ички қатламнинг намлиги аниқланади (1,5—2 соатдан сўнг).
10. Қатлам нам бўлса, компресс тўғри қўйилган бўлади.
11. 6—8 соат ўтгач, компресс олиб ташланади, тери қурийтиб артилади.

ЭСЛАТМА: Иситувчи компресс терининг катта сатҳига қўйилган бўлса, беморлар ўринда ётишлари керак. Спиртли компресслар тез буғланиб қуриши сабабли уларни тез-тез алмаштиришга тўғри келади. Бундай компрессларни узоқ вақт қўллаш мумкин эмас, чунки улар терини қаттиқ таъсирлантиради (55-расм, а, б, в, г).



55-расм. Иситувчи компресс қўйиш (а, б, в, г).



56-расм. Совуқ компресс қўйиш (а, б).

Совуқ компресслар — лат еганда, жароҳатланганда, қон оққанда, юқори ҳароратда қўйилади. Улар маҳаллий совутади ва қон томирини торайтиради, қон тўлиқлигини ва огриқни камайтиради. Совуқ компресс учун бир неча қават қилиб букланган дока ёки оқ сурп парчаси олиб уни совуқ сувда ҳўлланади, сиқилади, керакли жойга 2—3 дақиқа компресс исигунча қўйилади сўнгра янгиси билан алмаштирилади (56-расм, а, б).

Буғлаш — маҳаллий яллиғланиш жараёнларида уларни тезроқ йўқотиш учун қўлланилади. Бунинг учун зиғир уруғи, кепак ёки қумдан фойдаланилади. Қум қиздирилиб, халтачаларга солинади ва терига қўйилади. Устидан клеёнка, жун рўмол ёпилади. Буғлашда унинг совушини секинлаштириш учун устидан иситгич қўйилади.

Зулукларни қўллаш — гирудотерапия

Зулуклар чучук сувларда яшайдиган икки жинсли чувалчанглардир. Уларнинг сўлак безларида қон ивувчанлигини пасайтирувчи гирудин моддаси бўлади.

Кўрсатмалар: зулуклар маҳаллий қон чиқаришда қўлланилади.

Монёлик қиладиган ҳоллар: қон ивиш тизимининг бузилиши, тери касалликлари, камқонлик ва айни вақтда антикаогулянтлар билан даволашдир.

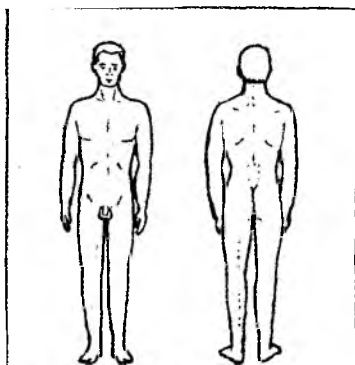
Зулуклар қон сўрибгина қолмай, балки унга махсус модда — гирудин ажратади, бу модда қоннинг ивиш хусусиятини пасайтириб, шифобахш таъсир кўрсатади.

Зулук солингандан сўнг артериал босим пасаяди. Битта зулук 2 мл дан 10мл гача қон сўриши мумкин. Уларни чучук сув ёки

водопровод сувида, ҳаво билан таъминланган ҳолда банкарларда сақланади. Сувни ҳар куни янгилаб туриш лозим. Банка ёруғ жойда, хона ҳароратида сақлангани маъқул. Кўпроқ сувда тез ҳаракат қилиб юрадиган соғлом оч зулуклар ишлатилади. Одатда 6 дан 10 тагача зулук солинади. Зулукларни вена ва артериялар жойлашган соҳаларга қўйиб бўлмайди, чунки улар юпқа ва сезувчан, тери тўқимаси нозик (қовоқлар, ёргоқ) жойларни тишлаб олиши мумкин.

Муолажа алгоритми:

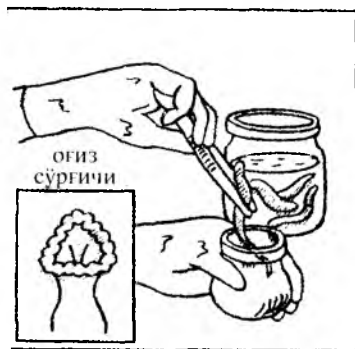
1. Ишлатиладиган зулукларнинг соғломлиги кўздан кечирилади.
2. Керакли ашёларни тайёрлаб қулай жойлаштирилади.
3. Бемор қулай вазиятда ётқизилади.
4. Ҳамшира қўлини зарарсизлантиради ва қўлқоп кияди.
5. Беморнинг зулук қўйиладиган жойлари туклардан тозаланади.
6. Тери водород пероксиди ёки илиқ сув, спирт билан артилади.
7. Стерил пахтани илиқ сувга ҳўллаб яна бир маротаба артилади.



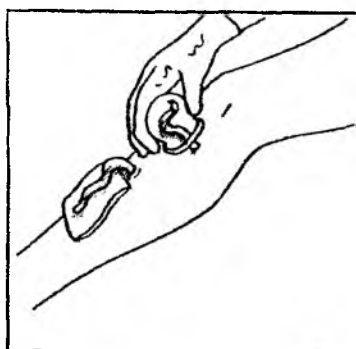
а



б



в



г

57-расм. Зулук қўйиш (а, б, в, г).

8. Пинцет ёрдамида зулкларнинг боши юқорига қаратиб стерил пробиркага солинади.

9. Зулукли пробирка бемор танасининг тайёрланган қисмига яқинлаштирилиб зулуклар териға теккизилади ва терини тишлаб олгунича ушлаб турилади.

10. Бир неча дақиқа зулукнинг иши кузатилади, соғлом зулук тўлқинсимон ҳаракат қилади.

11. Зулуклар қон сўриб бўлгандан сўнг 20 дақиқа, 1 соат ўтгач, ўзлари кўчиб тушишади.

12. Шу вақтда махсус идиш зулуклар қўйилган жойларга яқинлаштирилади ва тўйган зулук шу идишга тушади.

13. Зулук тишлаган жойни йод ёки спирт билан артиш ман этилади.

14. Бир суткага стерил боғлам қўйилади.

15. Беморнинг умумий аҳволи кузатилади (57-расм, а, б, в, г).
ЭСЛАТМА:

1. Носоғлом зулуклар суёт ҳаракатланади ва тез тушади.

2. Соғлом зулук ҳаракатлари суёт бўлиб қолса устидан илиқ сувга ҳўлланган пахта оҳиета юргизилади.

3. Тушиб кетган зулуклар қайта қўйилмайди.

4. Ўзи тушмаган зулуклар ёпишган жойга 1—2 томчи тузли эритма томизилади.

5. Зулук тишлаган жойдан 24 соатгача қон чиқиб туриши мумкин.

6. Стерил боғлам алмаштирилиб турилади.

А с о р а т л а р и: асептика қоидалари бузилганда маҳаллий асоратлар рўй бериши, жароҳат атрофидаги терининг қичиши ёки чипқон чиқиши мумкин. Қичишишни йўқотиш учун жароҳат атрофига нашатир спирти билан вазелин аралашмасини баробар миқдорда суртиш мумкин. Зулук солинадиган беморларни синчиклаб парвариш қилиш зарур. Беморнинг пульси ва артериал босимини кузатиб бориш лозим, чунки зулук солишдан сўнг у пасаяди. Зулук солингандан 2—3 кун ўтгандан кейин ҳам жароҳат қонаб турса ва босиб турадиган боғлам фойда бермаса, жароҳатни калий перманганатнинг тўйинган эритмасига намланган стерил шарча билан боғлаб қўйилади.

БЕМОРЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Овқатланиш тирик организмнинг асосий физиологик эҳтиёжларидан бири ҳисобланади. Одам организмига озиқ-овқат маҳсулотлари орқали оқсиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар, сув, витаминлар ва тўқималарни тиклаш, энергетик сарфларнинг ўрнини тўлдириш ҳамда организмнинг бошқа эҳтиёжларини қоплай-

диган моддалар киради. Соғлом инсон учун тавсия этилган меъёрга биноан, ҳайвонот оқсиллари миқдори 100—200 гр, ўсимлик оқсиллари — 40 гр, ҳайвонот ёғлари — 85—90 г, ўсимлик ёғлари — 10—15 г, углеводлар — 400—500 г ва дисахаридлар кўринишдаги глюкоза ва сахароза — 50—100 г, сувлар — 1700—2000 г ни ташкил этади.

Бемор овқати таркибидаги оқсиллар, ёғлар, углеводлар ва бошқа турли моддалар нисбати касаллик турига қараб ўзгартирилади. Масалан қандли диабет касаллигида бир кеча-кундузлик овқат таркибида углеводлар камайтирилади.

Овқат таркибини белгилашда унинг энергетик қиймати ва организмнинг энергия сарф қилиш нисбатини ҳисобга олиш лозим. Оқсиллар, ёғлар ва углеводлар оксидланиб калориялар билан ўлчанадиган иссиқлик ажратади.

1 г оқсил 4,1 ккал, 1 г ёғ — 9,3 ккал, 1 г углеводлар — 4,1 ккал ажратади. Беморнинг оғир ва сурункали касалликлар натижасида тана вазнини йўқотганлигини ҳисобга олган ҳолда овқат таркибининг энергетик қийматини ошириш мақсадга мувофиқдир.

Сўнгги илмий текширишлар шуни кўрсатадики, овқат ҳазм бўлиши ва сўрилишининг меъёрий жараёнларида оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар ва минерал моддалар нисбатини мувозанатда бўлишининг ўзигина старли эмас.

Даволовчи овқатланишда овқатланиш тартибини назорат қилиш лозим. Меъёрда соғлом одам кунига 4 маротаба овқатланиши лозим. Бунда биринчи нонушта 25%, иккинчи нонушта 15%, тушлик 35%, кечки свқат 25% ни ташкил қилади. Айрим касалликларда овқатланиш тартиби бирор сабабга тегишли ҳолда ўзгартирилади. Масалан, меъда яра касаллигида бемор кўп-кўпдан 3 маротаба овқатлангандан кўра, 6 маротаба оз-оздан овқатлангани маъқул. Даволовчи овқатланиш даволаш жараёнининг муҳим таркибий қисми ҳисобланади. Ҳозирги кунда 15 та асосий даволовчи парҳез турлари мавжуд. Ҳар бир парҳез бир нечта вариантдан иборат бўлиб, касаллик кечишига қараб қўлланилади. Бундан ташқари махсус парҳезлар мавжуд бўлиб, уларни тавсия этган муаллифлар номи билан аталган. Масалан, Карелля парҳези қон айланиши стишмовчилиги касаллигида, Мейленграхта парҳези меъда ярасидан қон кетганда қўлланилади. Парҳез овқатланишни тавсия этишдан олдин касаллик турини, аъзолардаги у ёки бу ўзгаришлар даражасини ҳисобга олинади. Маҳсулотларни истеъмол қилиш ва уни ишлаб чиқариш тартиби ўзгартирилади.

Кўпгина ёши катта беморлар бир нечта касалликлар билан касалланган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда беморларнинг жинси, ёши, вазни ҳисобга олиниб тўла қимматли, турли-туман,

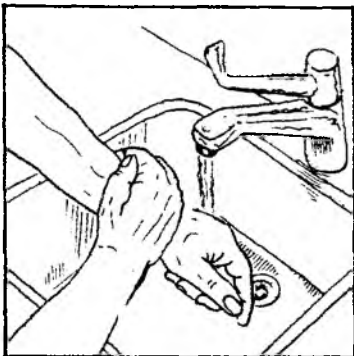
меъёрда овқатланиш тавсия этилади. Айрим беморга у ёки бу касалликдаги ўзгаришларни меъёрлаштириш мақсадида энгиллаштирувчи кунлар (контраст парҳезлар) тавсия этилади. Энгиллаштирувчи кунларда беморга бир хил кўринишдаги кам калорияли маҳсулот бериш мақсадга мувофиқ ҳисобланади (масалан: сут, мевалар, сузма ва ҳ. к.), лекин овқат ҳажми бир меъёрда, 5—6 қабулга тақсимланиши керак.

Беморларни овқатлантиришни ташкил қилиш

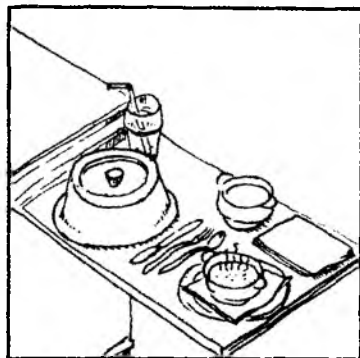
Даволаш муассасаларида беморлар овқатини ташкил қилишда тиббий ходимдан ташқари ошхона ходимлари ҳам иштирок этадилар. Шифокор беморнинг касаллигидан келиб чиққан ҳолда маълум овқат парҳезини тайинлайди. Бўлим ҳамшираси овқатга талабнома тузади. Беморлар овқатини беморларнинг сони ва парҳез овқатнинг туридан келиб чиққан ҳолда шифокор парҳезчи назорат қилади ва ўз ўрнида сифатига ва турига жавоб беради. Овқат маҳсулоти сифати, тайёрланиши ҳамда бўлимга етказиб берилиши шифохонанинг парҳез ҳамшираси томонидан назорат қилинади. Овқат шу бўлимнинг ошхона ходими томонидан тарқатилади. Овқатлантириш беморларнинг ҳолатига қараб 3 хил бўлади: фаол, суст ва сунъий. Агар бемор бошқа кишиларнинг ёрдасиз ўзи овқатлана оладиган бўлса уни фаол овқатланиш дейилади. Оғир ётган беморлар қувватсизланиб қолганда, операциядан сўнг мустақил овқатлана олмайдилар. Бундай беморларни овқатлантириш учун овқатландиган одатдаги асбоблар етарли бўлмайди. Бу суст овқатланиш дейилади. Оғир ётган беморларни овқатлантириш бўлим ҳамшираси томонидан амалга оширилади. Оғир ётган беморларни овқатлантириш учун маълум вазият ҳосил қилиш лозим. Беморларни ярим ўтқазиб, кўкрак ва бўйин қисмига оқлик ёки сочиқ ёзиб, овқатлантириш керак. Дармонсиз беморларни оз-оздан овқатлантириш лозим, буни махсус чойнак ҳамда қошиқ ёрдамида амалга оширилади. Бу жараён қуйидагича амалга оширилади: ҳамшира чап кўли билан беморнинг бошини ёстиғи билан бирга кўтаради, ўнг кўли билан унинг оғзига қошиқдан ёки махсус чойнакдан овқат тутаяди. Бемор овқатни ютмаса, унинг оғзига зўрлаб қуйиш мумкин эмас, чунки овқат нафас йўлларига тушиб оғир жароҳат келтириб чиқариши мумкин. Бундан ташқари медицина ходимлари беморнинг қариндошларига овқатлантириш усулларини ўргатадилар чунки бу жараён жуда катта сабр-қаноат талаб қилади. Кўпинча беморлар иштаҳаси йўқлиги, кўнгил тортмаслигидан шикоят қиладилар. Юқори ҳарорат ва уйқусизликка чалинган беморларни овқат қабул қилишга мажбур-



а



б



в



г

58-расм. Беморларни овқатлантиришга тайёрлаш (а, б, в, г).

лаш мумкин эмас. Айрим ҳолларда беморларнинг табиий овқатланишини сунъий овқатланиш билан тўлдириш ёки алмаштиришга тўғри келади (58-расм, а, б, в, г).

Оғир ётган беморларни сунъий овқатлантириш

Сунъий овқатлантириш организмга овқат маҳсулотларини меъда зонди (овқатлантириш найчаси), гастростома (операцион тешик), ҳуқна орқали, венага ёки мушак орасига озиқ моддаларини юборишдир.

Керакли ашёлар:

1. Стерил ингичка резина зонд.
2. Вазелин ёки глицерин.
3. Воронка ёки Жане шприци.
4. Суюқ овқат (ширин чой, тухум, қайнатма шўрва, минерал сув, сут ва бошқалар) 600—800 мл ҳажмда.
5. Сув (30—50мл) ва ичириш учун найча.

6. Фонендоскоп, лейкопластр, ҳавфсиз тўғноғич, зонд учун тиқин, шприц.

Бундан ташқари беморни овқатлантириш учун махсус препаратлар (эритмалар) тайёрлаб олинади. Озиқлантирувчи моддаларни фракцион усул билан кунига 5—6 мартаба ёки томчилаб аста-секин узоқ вақт давомида юборилади.

Беморларни меъда зонди орқали сунъий овқатлантириш муолажа алгоритми:

1. Овқатлантиришдан 1—1,5 соат олдин гилофдаги зонд музлатгичга солиб қўйилади.

2. Қўл ювилади.

3. Беморга муолажа йўналиши тушунтирилади ва столга керакли нарсалар қўйилади.

4. Зонд киритиладиган масофа аниқланади (бўй узунлигидан 100ни айирамиз).

5. Зонд учига глицерин билан ишлов берилади.

6. Беморга ярим ўтирган ҳолатни эгаллашига ёрдам бериб, кўкрагига сочиқ ёки оқлиқ ёпиб қўйилади.

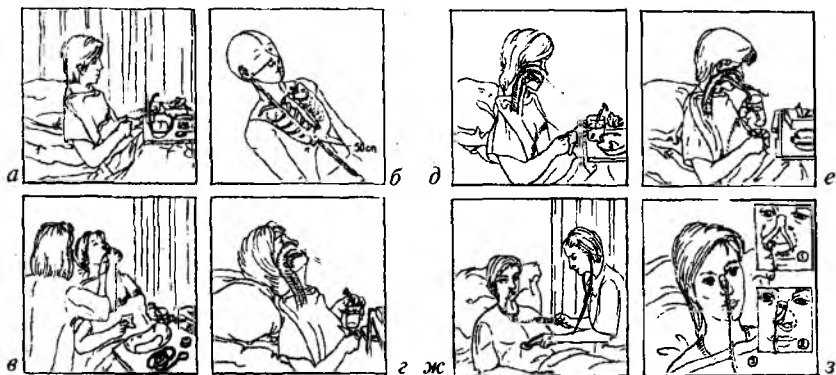
7. Зонд пастки бурун тешиги орқали 15—18 см га киритилади (бемор боши нисбатан орқага йўналтирилади).

8. Беморга ўтирган ҳолатни эгаллашига ёрдам берилади.

9. Сув ичириб бемордан зондни ютиш сўралади. Кўнгил айнишини камайтириш мақсадида муз бўлагини солиш мумкин.

10. Шприцга ҳаво тортилади ва уни зондга бирлаштирилади.

11. Фонендоскоп бошчасини меъда соҳасига қўйиб, зонд орқали меъдага ҳаво юборилади. Фонендоскоп орқали ҳавонинг меъдага кирганлиги эшитилади.



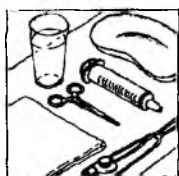
59-расм. Меъдага бурун орқали зонд киритиш алгоритми (а, б, в, г, д, е, ж, з).

ЭСЛАТМА: зондни меъдага тушганлигига ишонч ҳосил қилмай туриб беморни овқатлантириш ман этилади!

Зондни лейкопластр билан бурун ёнбошига ёпиштирилади. Бордию зонд киритилгандан сўнг бемор овқатлантирилмаса, зонднинг бўш қисми тиқин билан беркитилади ва хавфсиз тўғноғич ёрдамида бемор кийимига маҳкамланади (59-расм, *а, б, в, г, д, е, ж, з*).

Беморларни Жане шприци ёрдамида зонд орқали овқатлантириш муолажа алгоритми:

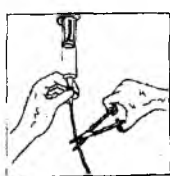
1. Барча керакли нарсаларни тайёрлаб, зонд киритилган жой назорат қилинади.
2. Беморга ярим ўтирган ҳолат беринг.
3. Фонендоскопни меъда соҳасига қўйинг, зонд орқали шприц ёрдамида 30—40 мл ҳаво юборинг. Маълум товушлар эшитиш орқали зонднинг меъдада жойлашганлигига ишонч ҳосил қилинг.
4. Зондни қисқич билан қисинг, бўш учини лотокка жойлаштиринг.
5. Жане шприцига суюқ овқат тортинг ва шприцни меъда зонди билан бирлаштиринг, чап қўлингиз билан шприцни ушланг, зонддан қисқични ечинг.
6. Шприцнинг мувозанатини ўзгартириб учини зондга киритинг.



а



б



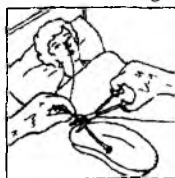
д



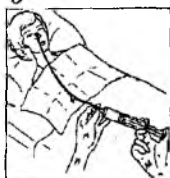
е



в



г



ж



з



и

60-расм. Беморни Жане шприци ёрдамида зонд орқали овқатлантириш (*а, б, в, г, д, е, ж, з, и*).

7. Шприцнинг зондга бирлаштирилган жойини чап қўлингиз билан ушлаб туринг, ўнг қўлингиз орқали аста-секинлик билан овқатни юборинг.

8. Бемор овқатланиб бўлгандан сўнг, зондни сув билан бошқа шприц орқали ювинг ва шприцни ажратинг (60-расм, *а, б, в, г, д, е, ж, з, и*).

ЭСЛАТМА: кейинги овқалантиришдан олдин зонд ўз ўрнида жойлашганлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Бунинг учун яна зонд орқали ҳаво юбориб, фонендоскоп орқали эшитилади.

Зонднинг бўш қисми тиқин билан беркитилади ва кийимга маҳкамланади. Беморга қулай ётишга ёрдам берилади.

Беморларни воронкали зонд ёрдамида овқатлантириш муолажа алгоритми:

1. Воронкали зондни меъдага киритинг ва аста энгаштириб тайёрланган овқатни қўйинг.

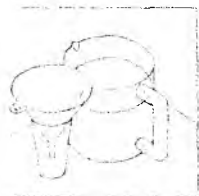
2. Воронкани тўғри ушланг ва қисқични зонддан ечинг, суюқлик воронканинг бўзига бориши керак, воронка қанча баланд ўрнатилса, овқат шунча тез боради.

3. Зондни сув билан чайинг.

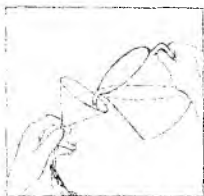
4. Воронкани зонддан ажратинг ва уни тиқин билан ёпинг.

5. Зондни тўғноғич билан бемор кийимига тўғнаб қўйинг (61-расм, *а, б, в, г, д*).

ЭСЛАТМА: беморни сут маҳсулотлари билан овқатлантирилганда зондни ҳар 2 соатда чайиб туринг, акс ҳолда зондда патоген микроблар кўпайиши мумкин.



а



б



в



д



е

61-расм. Беморни воронкали зонд ёрдамида овқатлантириш (*а, б, в, г, д*).

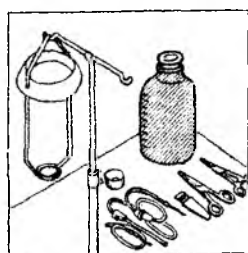
Беморларни зонд орқали томчилаб овқатлантириш муолажа алгоритми:

Бу овқатлантириш усулини шифокор белгилайди.

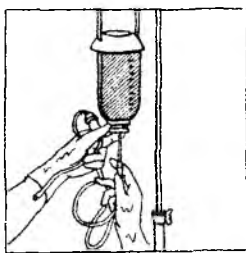
1. Озиқлантирувчи эритмани томчилаб юбориш учун система, штатив ва қисқич тайёрланг.

2. Эритма солинган флаконни штативга маҳкамланг.

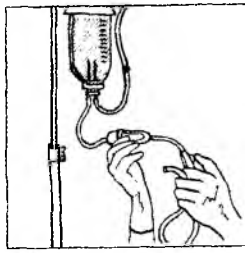
3. Флаконга тиқин орқали ҳаво ўтказгични киритинг ва штативга маҳкамланг, бўш қисмини эса игнадан юқорига жойлаштиринг.
4. Сууюқлик оқиб кетмаслиги учун буралма қисқични беркитинг.
5. Флаконга системали игнани тиқин орқали киритинг.
6. Бураладиган қисқич орқали системанинг ўтишини тикланг.
7. Флакон тубини юқорига қилиб айлантиринг ва томизгич резервуарини тўлдиринг.
8. Системадан ҳавони сиқиб чиқаринг (озиклантирувчи эритма томизгич резервуари пастадаги найчани тўлдириб туриши керак).
9. Системани қисқич билан ёпинг.
10. Найчанинг бўш қисмини штативга маҳкамланг.
11. Беморга муолажанинг аҳамиятини тушунтиринг.
12. Зондни юқорида қўлланган усул орқали бемор меъдасига киритинг.
13. Меъдага киритилган зондни пастки қисмидан қисқич билан беркитинг.



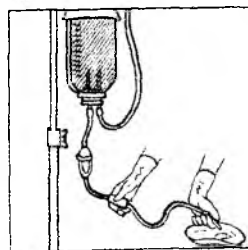
а



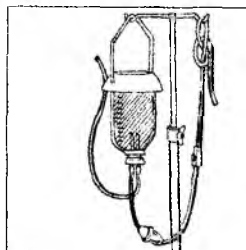
б



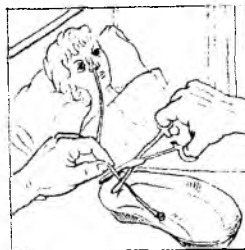
в



г



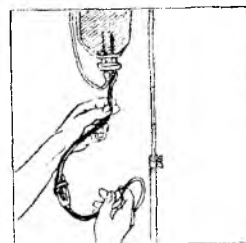
д



е



ж



з

62-расм. Беморни зонд орқали томчилаб овқатлантириш (а, б, в, г, д, е, ж, з).

14. Системани пастки қисмидан ҳам қисқич билан беркитиб, зондни системага уланг.
15. Қисқичларни олиб қўйинг.
16. Эритманинг йўналиш тезлигини буралувчи қисқич ёрдамида тартибга келтиринг.
17. Зонд ва системани қисқич орқали беркитиб сўнг системани ажратинг.
18. Жане шприци ёрдамида зондни сув билан ювинг.
19. Зонднинг бўш учини тиқин билан беркитинг ва бемор кийимига маҳкамланг. Бемор ўзини қандай ҳис қилаётганлигини аниқланг, қўлингизни ювинг (62-расм, *а, б, в, г, д, е, ж, з*).

Беморларни гастростома (операцион тешик) орқали овқатлантириш

Қизилўнғач ва меъданинг юқори қисми ўтказувчанлиги бузилганда беморни гастростома орқали овқатлантириш тавсия этилади. Операция вақтида зонд гастростомага киритилади ва маҳкамланади. Овқат тури ва беморнинг неча марта овқатланишини шифокор белгилайди.

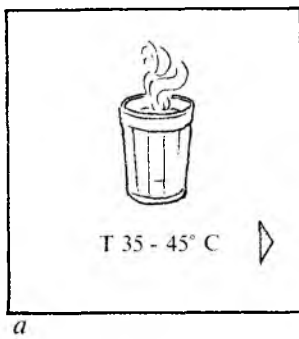
Муолажа алгоритми:

1. Овқатлантириш учун овқатни тайёрлаб олинг.
2. Беморни ушбу овқатлантириш усулига тайёрланг, қўлингизни ювинг ва воронкани зондга бирлаштиринг.
3. Табиий овқатланиш тезлиги маромида, кичик ҳажмда воронка ёки Жане шприци ёрдамида зонд орқали овқатни меъдага киритинг.
4. Зондни сув билан чайинг, воронкани зонддан ажратинг.
5. Қисқич ёрдамида зонднинг охириги қисмини қисинг ва уни бемор кийимига маҳкамланг.
6. Қўлингизни ювинг.

Ҳамшира беморларни овқатлантирганда операция қилиб очилган тешик четларини овқатдан ифлосланмаслигини кузатиб туриши керак, бунинг учун киритилган зондни ёпишқоқ пластр билан ёпиштириб, овқат берилгандан сўнг ҳар гал тешик атрофидаги тери тозаланади, унга Лассар пастаси сурилади ва қуруқ стерил боғлам қўйилади (63-расм, *а, б*).

Беморларни парентерал овқатлантириш

Бемор табиий йўл билан овқат истеъмол қила олмаганда парентерал овқатланиш усулидан фойдаланилади. Қоида бўйича уни беморларга операциядан олдин ёки операциядан сўнг белгиланади. Парентерал овқатлантириш меъда-ичак тизимида овқатнинг



а



б

63-расм. Беморни гастростома орқали овқатлантириш (а, б).

сўрилиш ва ҳазм бўлиш жараёни бузилганда, (вабода, дизентериянинг оғир турида, энтерит ва энтероколитда, ва ҳ. к.), умуман иштаҳа йўқлигида (анорексия), қайта-қайта қусишда буюрилади. Бу мақсадда оқсиллар, аминокислоталар, гидролизин, казеин, аминокислоталарнинг сунъий аралашмаси: алвезин, левомин, полиамин, ёғли эмульсиялар, липофундин-*s* ва 10%ли глюкоза, бундан ташқари бир литргача электролитлар эритмаси қўлланилади. «В» гуруҳ витаминлари, аскорбин кислота юборилади. Махсус системалар орқали парентерал овқатлантириш учун озиқлантирувчи моддалар венага томчилаб юборилади, бу бир вақтнинг ўзида оқсиллар, ёғлар, углеводларни 3та флакон орқали юборишга имкон беради. Препаратларни юборишдан олдин сув ҳаммомида тана ҳароратигача иситилади (37°—38°С) (64-расм).

Углеводлар
60 томчи 1 дақиқада

10-20 томчи
1 дақиқада

25-30 томчи
1 дақиқада

Оқсиллар

15-20 томчи
1 дақиқада
липофундин-*S*

Сув ҳаммомида
тана ҳароратигача
иситиш



64-расм. Беморни парентерал овқатлантириш.

ЭСЛАТМА: Препаратларни юборишда уларнинг тезлигига қать-ий риоя қилиш лозим.

1. Гидролизин, казеининг оқсилли гидролизати, фибриносол биринчи 30 дақиқа ичида минутига 10—20 томчидан киритилади, агар бемор организми препаратларни яхши қабул қила олса томчилар тезлиги 40—60 тагача кўпайтирилади.

2. Полиамин биринчи ярим соат давомида минутига 10—20 томчи тезликда киритилади, сўнг минутига 25—35 томчидан юборилади. Томчилар сонини кўпайтириш мақсадга мувофиқ эмас, чунки ортиқча аминокислоталар яхши ўзлаштирила олмай сийдик билан чиқиб кетади.

3. Липофундин — S (10%ли эритма) биринчи 10—15 дақиқа давомида минутига 15—20 томчи тезликда юборилади, сўнг аста-секин (ярим соат давомида) юбориш тезлиги 1 дақиқада 60 томчигача кўпайтирилади. 500 мл ли препаратни юбориш лозим бўлса 3—5 соат давом этади. Оқсилли препаратларни тез юбориш натижасида беморда қизиш, юзнинг қизариши, нафас олишнинг бузилиши каби ҳолатлар сезилиши мумкин. Парентерал овқатлантириш учун дори воситалари тирсак венаси орқали амалга оширилади. Препаратларни узоқ ва тез-тез қўллаш лозим бўлса, венани катетеризация қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Ректал (тўғри ичак орқали) сунъий овқатлантириш

Ичак орқали озиқ моддаларни юборишда маълум мақсад кўзда тутилади. Бу организмнинг суюқликка ва ош тузига бўлган эҳтиёжини қондиришдир. Бу усул билан овқатлантириш қизилўнғач батамом тутилиб қолганда, организм сувсизланганда қизилўнғач ва меъданинг юқори қисмидаги операциялардан кейин қўлланилади. Овқатли ҳуқналар организмдан сийдик ажралишини кучайтиради, шу билан бирга зарарли моддаларнинг чиқиб кетишига имкон беради. Овқат юборишдан бир соат олдин ичакларни бўшатиш учун тозалаш ҳуқнаси қилинади. Тўғри ичакда сунъий овқатлантириш учун 5%ли глюкоза ва 0,85%ли натрий хлорид эритмасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир, чунки бу эритмалар яхши сўрилади. Юқоридаги суюқликлардан бири 200—500 мл миқдориди резина нокча орқали юборилгани маъқул. Суюқлик ҳарорати 37—38°C дан ошмаслиги лозим. Ичакларнинг тўлқинсимон ҳаракатини тўхтатиш учун препаратга 5—10 томчи опий настойкаси қўшилади. Ректал овқатлантириш бир кеча-кундуз давомида 3—4 маротаба такрорланади. Бу усулда тез-тез овқатлантириш на-

тижасида тўғри ичак атрофида жойлашган ҳалқасимон мускуллар шикастланиши ва орқа чиқарув йўлида ёриқлар пайдо бўлиши мумкин, бунинг учун орқа чиқарув тешиги ва атрофи қунт билан ювилиши лозим.

VII боб ИНФЕКЦИОН НАЗОРАТ

Даволаш муассасаларида инфекция нозоратнинг асосий мақсади касалхона ичида инфекция тарқалишининг олдини олишдир.

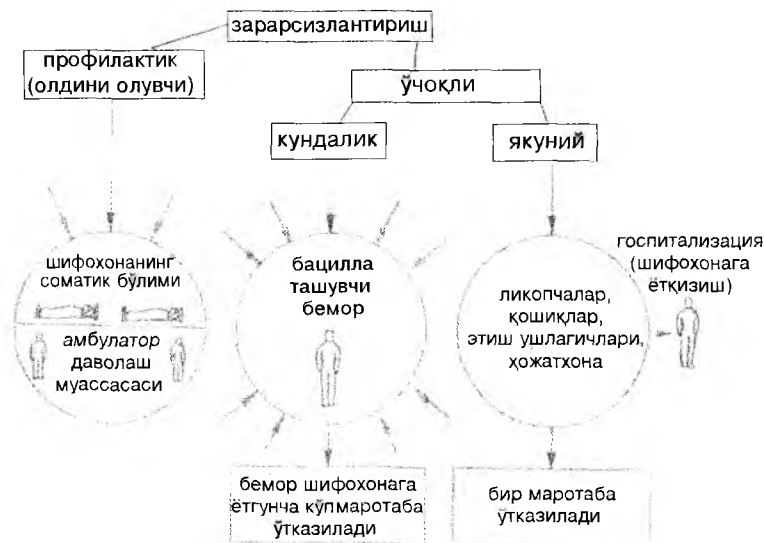
ДЕЗИНФЕКЦИЯ ТУРЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

Дизенфекция ёки зарарсизлантириш патоген микробларни йўқотиш мақсадида олиб борилади. Жароҳат юзаси, қон ёки инъекцион препаратлар билан алоқадор бўлмаган барча буюмлар дезинфекция қилинади.

Йирингли ва юқумли касалликлар билан касалланган беморларни операция қилиш учун қўлланиладиган жарроҳлик асбоблари стерилизациядан олдин ювилади, сўнг зарарсизлантирилади.

Зарарсизлантириш турлари қуйидаги схемада кўрсатилган (6-схема).

6-схема



**Тиббийёт асбоблари ва жиҳозларни
зарарсизлаштириш тартиби**

Буюмларнинг номи	Зарарсизлаштирувчи маҳсулот	Зарарсизлаштириш тартиби		Зарарсизлаштириш усуллари
		Эритма (ф./ҳис.)	Муддати	
1. Металл шпателлар	Водород пероксид	3 %ли	80 дақ	Эритмага (солиниб) ботириб, сўнг сувда ювилади
2. Пласмасса ва резинали асбоблар, тиббий термометр	Хлорамин, водород пероксид, дезаксон-1	0,5 %ли 3,0 %ли 0,1 %ли	30 дақ 80 дақ	Эритмага (солинади) ботирилади
3. Ҳуқна учун учликлар (пластмассали)	Хлорамин, водород пероксид, уч таркибли эритма	1,0 %ли 3,0 %ли	30 дақ 45 дақ	— “ —
4. Соч олиш асбоби	Қисмларга ажратиб спиртга солинади	70 %ли	15 дақ	Икки мартаба
5. Тирноқ ва соқол олиш учун асбоблар	Уч таркибли эритма		45 дақ	Эритмага (солинади) ботирилади
6. Қўл ювиш учун шчётка, мочалкалар	автоклавлаш	0,5 атм.босда.	20 дақ	
7. Беморни текширилганда киядиган клеёнка фартук	Хлорамин, сульфохлоратин, водород пероксид	1,0 %ли 0,2 %ли 0,3 %ли	20 дақ	Икки мартаба артилади
8. Бино ичидаги жиҳозлар	Хлорамин, тиндирилган хлорли оҳақ эритмаси	1,0 %ли 0,5 %ли	20 дақ	Икки мартаба артилади
9. Идишлар	Хлорамин, сульфохлорангин, дихлор – I	0,5 %ли 0,1 %ли 1,0 %ли	30 дақ	Эртмага (солинади) ботирилади
10. Резина гиламлар	Таркибида 0,5%ли ювувчи восита бўлган водород перокиси	3,0 %	30 дақ	Эритмада чайилади
11. Ўрин-кўрпа оқликлари	Параформалинли мосламада Зарарсизлантирилади			

12. Тиббий асбоблар аппаратлар, жиҳозлар ва бошқалар	Хлорамин, тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, сульфохлорантин, водород пероксид	1,0% ли 0,5% ли 0,2% ли 3,0 % ли	30 дақ	Икки мартаба артилади
13. Резинали иситгичлар ва муз халтачалари	Хлорамин	1,0% ли	30 дақ	Икки мартаба артилади сўнг сувда ювилади
14. Туваклар ва сийдикдонлар	Тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, хлорамин	0,5% ли 1,0% ли	60 дақ	Қўллангандан сўнг зарарсизлантирувчи эритмага ботирилади
15. Ванналар	Юувчи зарарсизлантирувчи воситалар		5 дақ	Хўлланган салфетка билан артилади
16. Йиғиштириш анжомлари	Тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, хлорамин, кальций гипохлорид	0,5% ли 1% ли 0,5% ли	60 дақ	Ювилади ва қурилади

Зарарсизлантирувчи эритмаларни тайёрлаш

Даволаш-профилактика муассасаларида кимёвий воситалардан тайёрланган зарарсизлантирувчи кукун ва таблетка кўринишидаги кучли ва ишчи эритмаларни қўллаш кенг тарқалган. Зарарсизлантирувчи воситалар махсус шамоллатгич ўрнатилган алоҳида хоналарда тайёрланиши лозим.

ЭСЛАТМА: таркибида хлор элементи бўлган зарарсизлантирувчи эритмаларни тайёрлашдан олдин махсус халат, респиратор, қалпоқча, қўлқоплар кийилиши зарур.

Зарарсизлантирувчи моддалар тўғрисида маълумот

Зарарсизлантирувчи воситалар билан ишлашда кўриладиган эҳтиёт чоралари:

1. Зарарсизлантирувчи воситаларнинг заҳираси умумий фойдаланиладиганидан алоҳида, қуруқ ва салқин, қоронғи жойда қопқоқли идишларда сақланади. Зарарсизлантирувчи эритма идишларида уларнинг концентрацияси ёзма равишда белгиланиши шарт. Даволаш-профилактика муассасаларида зарарсизлантирувчи воситалар қўлфланган ҳолда сақланади. Болалар ва бегона кишиларнинг тегиши тақиқланади, дори-дармонлардан алоҳида сақланади.

2. Беморлар ва ходимлар учун мўлжалланган тиббий анжомларни стерилизация қилишдан олдин кимёвий моддалар ёрдамида тозаланганда, уларнинг эҳтиёт хавфсизлиги белгиланган қоидаларга риоя қилиш орқали кафолатланади.

3. Зарарсизлантирувчи моддалар билан ишлаш учун 18 ёшга тўлган, иш жараёни, мажбуриятлари, техника хавфсизлиги ва кимёвий моддалар билан ишлаш қоидалари билан таниш бўлган шахслар қабул қилинади.

4. Зарарсизлантирувчи моддаларни тайёрлаш, идишларга қуйиш ишлари алоҳида вентиляция ускунаси билан жиҳозланган хонада ўтказилади.

5. Зарарсизлантирувчи эритма тайёрлашда қўлга резина қўлқоп кийилади. Юзга ниқоб ёки универсал респиратор (РУ-60) тугилиб, фартук тақилади. Иш тугагач қўллар ювилиб, крем суртилади.

Зарарсизлантирувчи моддалар билан заҳарланганда биринчи ёрдам

1. Иш тартиби бузилганда, авария ҳолларида, техника хавфсизлигига риоя қилинмаганда ходимларда заҳарланиш ҳоллари рўй бериши мумкин.

2. Барча зарарсизлантирувчи кимёвий моддалар билан заҳарланганда тери шиллиқ қаватлари ва нафас йўлларида таъсирланиши рўй беради.

3. Ҳимояланмаган терига зарарсизлантирувчи восита текканда биринчи навбатда зарарланган жой оқар сувда ювилади.

4. Нафас йўли орқали заҳарланганда тезда очиқ ҳавога ёки яхши шамоллатилган хонага чиқиш, оғиз-халқумни ва бурунни сув билан чайиш зарур.

5. Зарарсизлантирувчи моддалар кўзга тушганда тезда оқар сув билан бир неча дақиқа давомида ювиш, альбуцит томизиш, офталмологга мурожаат қилиш лозим.

Зарарсизлантирувчи эритмаларни тайёрлаш

2-жадвал

Хлорамин эритмаси

Кам фоизли эритма	1 л ҳисобида	5 л ҳисобида	10 л ҳисобида
0,5%ли	5,0 хлорамин	25,0 хлорамин	50,0 хлорамин
1%ли	10,0 хлорамин	50,0 хлорамин	100,0 хлорамин
2%ли	20,0 хлорамин	100,0 хлорамин	200,0 хлорамин
3%ли	30,0 хлорамин	150,0 хлорамин	300,0 хлорамин
5%ли	50,0 хлорамин	250,0 хлорамин	500,0 хлорамин

**10 %ли тиндирилган хлорли оҳак эритмасидан
бошқа ишчи эритмаларни тайёрлаш.**

Кам фоизли эритма	10% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси	Сув	Тайёр эритма
0,5%ли	50 мл	950 мл	1 литр
1%ли	100 мл	900 мл	1 литр
2%ли	200 мл	800 мл	1 литр
3%ли	300 мл	700 мл	1 литр
5%ли	500 мл	500 мл	1 литр
3%ли	3 л	7 литр	10 литр
5%ли	5 л	5 литр	10 литр

10% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси 10 кун яроқли, ишчи эрималари ишлатиш учун 24 соат яроқли ҳисобланади.

4-жадвал

Водород пероксид ва 0,5 % ли ювувчи эритма тайёрлаш

Фоиз	30% ли перегидрол	Ювувчи восита	Сув миқдори
3%ли водород пероксид ва ювувчи эритма	100 мл	5 гр	895 мл
6% ли водород пероксид ва ювувчи эритма	200 мл	5 гр	795 мл

5-жадвал

Кальций гипохлориднинг ишчи эритмаларини тайёрлаш

Кам фоизли эритма	Кальций гипохлорид	Сув	Тайёр эритма
0,5 %ли	50 мл	950 мл	1 л
1 %ли	100 мл	900 мл	1 л
2 %ли	200 мл	800 мл	1 л
3 %ли	300 мл	700 мл	1 л
5 %ли	500 мл	500 мл	1 л
3 %ли	3 л	7 л	10 л
5 %ли	5 л	5 л	10 л

Муолажа хонасида ишлатиладиган зарарсизлантирувчи эритмалар

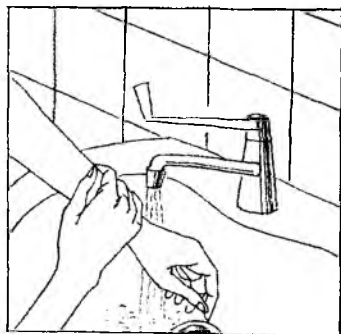
Зарарсизлантирувчи эритманинг номи ва фоиз миқдори	Зарарсизлантириш
0,5% ли хлорамин, кальций гипохлорид ва хлорли оҳақ эритмаси	қўл ювиш учун
1% ли хлорамин, кальций гипохлорид ва хлорли оҳақ эритмаси	Стерил пинцет сақлаш учун Кундалик тозалашда анжомларни артиш учун
3% ли хлорамин, кальций гипохлорид ва хлорли оҳақ эритмаси	Қон теккан жиҳозларни артиш учун (2 мартаба). Катта тозалаш ишларини олиб боришда, кўп ишлатиладиган шприцларни зарарсизлантиришда
5% ли хлорамин, кальций гипохлорид ва хлорли оҳақ эритмаси	Бир мартаба ишлатиладиган шприц ва системаларни зарарсизлантириш учун
6% ли водород пероксид ва 0,5 % ли содали сув	Катта тозалаш учун
1% ли хлорли оҳақ, 0,5 %ли кальций гипохлорид эритмалари.	Девор, қаттиқ анжомлар ва пол ювиш учун

ЭСЛАТМА: Катта тозалаш тадбирларини ўтказишда зарарсизлантирувчи эритмалар алмаштирилиб ишлатилади. Кўп ишлатиладиган шприц ва асбобларни кальций гипохлорид эритмасида зарарсизлантирилмайди, чунки улар тез ишдан чиқади. Меъёрда 1 кв метр жойга 200 мл зарарсизлантирувчи эритма ишлатилади.

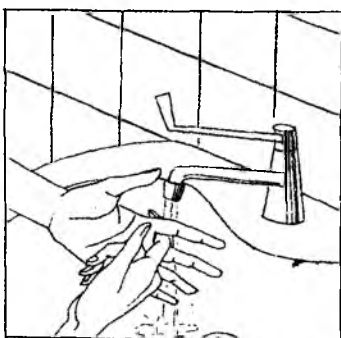
Қўлни ювиш

Ҳамширалардан ҳар бир муолажадан олдин ва кейин қўлларини ювиш ва парваришlash талаб қилинади.

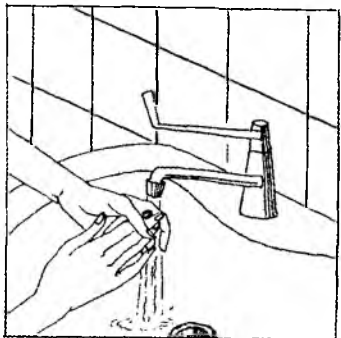
1. Жўмракни очиб сув ҳарорати ва оқими тартибга солинади.
2. Тирсақларнинг чап, ўнг пастки қисми совун билан ювилади ва чайилади.
3. Совун билан аввал чап сўнг ўнг қўл бармоқлари ва оралиқлари ювилади, сув билан чайилади.
4. Аввал чап, сўнг ўнг қўл тирноқлар юзаси совун билан ювилади.
5. Бармоқлар тегмаган ҳолда жўмрак ёпилади.
6. Аввал чап, сўнг ўнг қўл қуритилади (иложи бўлса қоғоз салфеткалардан фойдаланилгани маъқул).



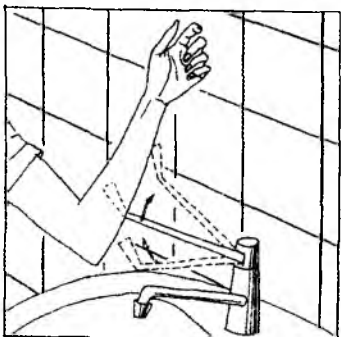
а



б



в



г

65-расм. Қўлни ювиш (а, б, в, г).

7. Стерил майдонда ишлаш учун қўлни ювишдан ташқари зарарсизлантириш ҳам лозим. Қўлни зарарсизлантиришнинг турли усуллари мавжуд. Шулардан бири чумоли кислота ёрдамида зарарсизлантиришдир (65-расм, а, б, в, г).

Қўлни чумоли кислота ёрдамида зарарсизлантириш

1. Қўллар совун билан оқар сувда ювилади.
2. Стерил салфетка билан қуритилади.
3. Қўллар чумоли кислота солинган тоғорада бир дақиқадан ювилади, сўнг стерил салфетка билан қуритилади; аввал бир қўл сўнг иккинчи қўлни бармоқлардан бошлаб тирсаккача салфетка билан қуритилади.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ УСУЛЛАРИ

Буг билан стерилизация қилиш. Қайноқ сув буғи иссиқлик ўтказиш қобилиятига эга. У қайноқ ҳавога нисбатан юқори иссиқлик

даражасига эга бўлгани учун стерилизация қилинаётган жисмга иссиқликни тез етказди. Шунингдек, буғ оқсилларни гидратация, коагуляция ва гидролизга учратиб, тўғридан-тўғри стерилизация қилувчи омил ҳисобланади. Оқувчи буғ билан стериллаш автоклавда бажарилади.

Куруқ иссиқлик билан стерилизация қилиш стерилизация қилинадиган муҳитни қиздиришга асосланган бўлиб, унда стерилизация қилинаётган жисмлардаги ҳарорат 170—200°C га етиши керак. Қиздирилган ҳаво оқими махсус клапан орқали стерилизаторнинг куйи қисмидан юқорига чиқади.

Нур билан стерилизация қилиш. Бу усул катта энергетик кучга эга бўлиб, стерилизациянинг кучи материалларнинг ҳар хил чуқурлигигача етиб боради. Амалиётда β ва γ нурланиш қўлланилади.

Ультратовуш билан стериллаш. Бу усулда стерилизаторлар кучсиз антисептик (0,05%ли хлоргексидин биглюконатнинг сувли эритмаси) билан тўлдирилади ва ультратовуш тўлқинлари таъсирида жарроҳдик асбобларини, кичик пластмасса буюмларини, ёки жарроҳ бармоқларини дезинфекция қилинади.

Кимёвий стерилизация деб, этилен оксид ҳамда кучли антисептиклар (0,2% ли параацетат кислота эритмаси, 6% ли водород пероксид эритмаси, 0,1 ли тергицид, 0,5% ли спиртди гибитан, сайдекс, учламчи эритма ва бошқалар)ни қўллашга айтилади. Совуқ стерилизацияда оқсиллар коагуляцияси 45°C дан 60°C гача бўлган ҳарорат атрофида бажарилади. Амалиётда ҳажми 2—3 л ли портатив газ стерилизаторлари кенг тарқалган. Программали бошқарув стерилизаторида 750°—1000 мг/л этилен оксидидан 55°C да фойдаланилади. Бу ҳолда этилен оксиди учиб кетмайди. Газли стерилизатор учун катта хона керак эмас, фақат хона вентилияцияси яхши йўлга қўйилган бўлиши керак. Бу усул билан автоклавда ёки ҳаво стерилизаторида катетерлар, хирургик қўлқоплар, томир протезлари, эндоскоплар, респиратор ва сунъий қон айланиш аппаратлари стерилизация қилинади.

Стерилизация сифатини текшириш

Стерилизация қилиниши керак бўлган буюмлар махсус ўралган бўлиб, стериллаш индикатори кўриниши ўзгарган бўлсагина стерилланган ҳисобланади. Ҳаво ва буғ стерилизаторлари максимал термометрлар ва кимёвий тест-индикаторлар ёрдамида назорат қилинади. Стерилизаторларнинг иш кўрсаткичлари сифати кимёвий тест индикаторлар (рангли, агрегат ҳолати) билан текширилади. Рангли термоиндикатор, ТИК-6 гидрохинон ҳаво стерилизаторлари ишининг кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Қоғозга туширилган оч салат рангли ТИК-6 маркали термоиндикатор 175-

180°С да тўқ қўнғир рангга киради. 0,3 гр миқдордаги гидрохинон шиша флаконларга солинади. 170—175°С ҳароратда сарғиш қўнғир рангдаги кукун эриб қора тусга киради.

Буг стерилизаторлари эса ҳар куни мочевина ва фуксинли бензоат кислота тест индикатори ёрдамида назорат қилиб турилади. Оқ кукунли мочевина 132°С 2 атм босимида эриб шу рангли эритмани ҳосил қилади. Биксларга 0,3 гр мочевина флаконларда қўйилади. 120°С 1 атм босимида фуксин, бензоат кислота ёрдамида стерилизация назоратини ўтказилади. Улар шиша флаконларга солиниб, стерилизациядан олдин биксларга қўйилади. Ҳарорат етарли бўлганда фуксин эриб, бензоат кислота билан қизил ранг ҳосил қилади.

Аввалда тестиндикатор сифатида қўлланилган кукун ҳолидаги олтингургурт, антипирин, пирамидонлар (110° С-120° С да эрийди) ҳозирги кунда кам ишлатилади. Шунингдек, Микулич синови ҳам стерилизация назоратининг бир тури бўлиб, ҳозир қўлланилмасда тарихий аҳамиятга эга. Этилен оксиди билан стерилизация қилинганда тест индикатор сифатида этилен билан глицерин эритмаси ва литий бромид, бромкреазол пурпури билан этанол эритмаси қўлланилади. Стерилизация сифатини ҳар куни текширишдан ташқари танлаш йўли билан ҳар 6—10 кунда стерилизация қилинган материаллар бактериологик анализдан ҳам ўтказилиши зарур. Бактериологик назорат ўта аниқ бўлиб, унинг камчилиги жавобининг узоқ вақтдан сўнг маълум бўлиши ва бажарилишининг қийинлигидир.

Шприц ва игналарни зарарсизлантиришга тайёрлаш

Стерилизациядан олдин барча буюмлар, шприц ва игналар тозаловдан ўтиши лозим, бу оқсил, ёғ ва механик ифлосланиш, шунингдек дори препаратларини бартараф қилиш мақсадида бажарилади.

Стериллашдан олдинги тозалов 7 босқичдан иборат:

I. Инъекциядан сўнг шприц ва игна дарҳол 3%ли хлорамин эритмасида ювилади (эритма шприцга тортилиб игналар орқали чиқарилади), сўнг қисмларга ажратилган ҳолда 3%ли хлорамин эритмасига 60 дақиқа махсус идишга солиб қўйилади.

ЭСЛАТМА: Кўп ҳамда бир маротаба қўлланиладиган асбоблар ҳам бу босқичда тозаловдан ўтиши лозим. (Сўнг бир маротаба қўлланиладиган шприцлар йўқотилади).

II. Шприц ва игналар I дақиқа ичида оқар сув остида ювилади (игна поршен босими остида ювилади). Учунчи босқични бажаришдан олдин ювувчи воситали эритма тайёрланади.

III. Шприц ва игналар қисмларга ажратилган ҳолда илиқ ювувчи восита эритмасига батамом 15 дақиқа бўктирилади (бу эритмада игналар мандрен, шприц асоси эса тампон ёрдамида ювилади).

"Биолот» ювувчи воситасидан тайёрланган эритма қизариб қолган бўлса у ишлатилмайди чунки тозалаш натижаси қониқарсиз ҳисобланади.

ЭСЛАТМА: «Биолот» ювувчи восита эритмаси бир маротаба ишлатилади.

Водород пероксиди ва синтетик воситалардан ташкил топган ювувчи эритманинг ранги ўзгармаган бўлса, уни тайёрланган вақтидан бир кеча-кундуз мобайнида 6 маротабагача иситиб, ишлатиш мумкин (водород пероксидининг оғирлик миқдори деярли ўзгармайди).

ЭСЛАТМА: Ювувчи восита шприц ва игналарни солиш вақтидагина иситилади.

"Биолот» кукунидан тайёрланган эритма ҳароратини 40—45°C гача етказиш керак, чунки хона ҳароратида биологик актив моддалар (ферментлар) жуда секинлик билан ажралади, юқори ҳароратда эса парчаланadi.

IV. Шприц ва игналар ювувчи воситага 15 дақиқа бўктирилгандан сўнг поршен ва шприц асоси шу эритмада ювилади, игналар мандрен билан тозаланади.

V. Шприц ва игналарга ювувчи эритмада механик ишлов берилгандан сўнг, улар биринчи босқичдагидек совуқ оқар сувда ювилади. Бу босқичнинг муддати эритманинг таркибига боғлиқ. «Биолот» эритмаси қўлланганда ювиш муддати 3 дақиқа «Прогрессда» эса 5—6 дақиқа.

Азопирам эритмаси билан асбобларнинг ички юзаси артилади ёки уларга бир неча томчи реактив томизилади, шприцларга эса эритма қуйилиб поршен билан итарилади. Агар реактив томизилган майдонда қон излари бўлса 1 дақиқада аввал сиёҳ ранг, сўнг пушти ранг ҳосил бўлади. 1 дақиқадан сўнг ҳосил бўлган бўялиш ҳисобга олинмайди. Азопирам гемоглобин, ўсимлик қолдиқлари, хлорамин, хлорли оҳак, ювувчи кукун, занг ва кислота бор-йўқлигини аниқлайди.

VI. Шприц ва игналар дистилланган сув қуйилган махсус идиш ёки ваннада 1 дақиқа мобайнида сув таркибида бўладиган туз чўкмаларидан тозаланади (зарарсизлантирилганда туз чўкмалари шприц деворига, поршенга ўтиради ва игна ҳамда шприц ўтказувчанлигини бузади).

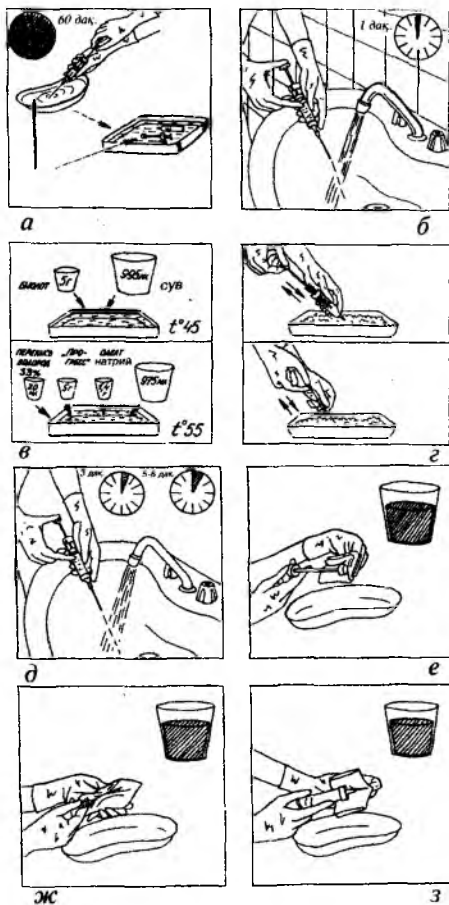
VII. Поршен ва шприц асослари зарарсизлантирувчи электр қайнатгич тўрида, игналар эса ҳаво қуритгичда 85 °C босим остида қуритилади. Стерилизациядан олдинги тозаловдан сўнг қуруқ

шприц ва игналарни стерилизация учун тахланади (66-расм, а, б, в, г, д, е, ж, з).

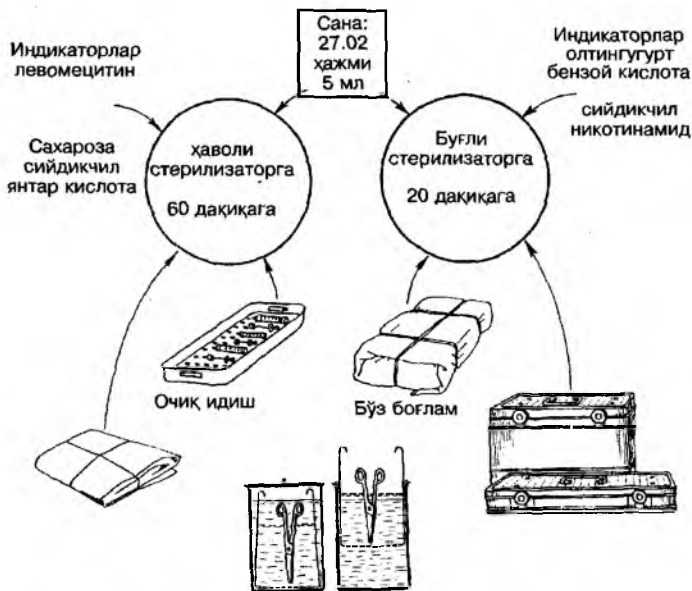
ЭСЛАТМА: Қиздириш жараёнида шиша ва металлнинг кенгайиш даражаси турлича бўлади, металл шишага қараганда катта даражада кенгайди, шунинг учун шприцни қисмларга ажратилган ҳолда қайнатиш лозим. Энг қулай тахлов тури крафт-пакетлар бўлиб, улар пергамент қоғоздан қилинган, сув ўтказмаслик хусусиятига эга. Пакетда шприцлар ҳажми ва стерилизация қилинган вақти кўрсатилади. Унда шприц асоси, поршен ҳамда иккита игна тахланади. Айрим ҳолларда игналар алоҳида пакетларга тахланади. Пакетнинг бош қисми икки марта букланиб, сўнг елимланади. Очиқ идишга тахлаш нисбатан қулай ҳисобланади. Бу усул кам миқдордаги шприцларни стерилизация қилиш учун қўлланилади (муолажа хонаси учун). Шприцнинг асослари ва поршенлари эмал лотокка солинади, игналар эса қопқоқсиз кичик идишларга тахланади.

Тахловнинг яна бир усули бу икки қаватли бўз мато бўлиб, улар бўли стерилизаторда зарарсизлантирилади (67-расм).

ЭСЛАТМА: Юмшоқ тахлов учун клеёнка ёки 2 қаватли зич матодан фойдаланилмайди, чунки клеёнка ва зич матонинг ички қатламларида шприц ва игналар зарарсизланмайди. Зарарсизлантиришдан олдинги тозаловга юборилган асбоблар автоклавларда (буғ босими остида) узун ясси зарарсизлантирувчи идишларга солинади.



66-расм. Шприц ва игналарни зарарсизлантиришга тайёрлаш (а, б, в, г, д, е, ж, з).



67-расм. Зарарсизлантиришдан олдинги тахлов.

Ҳаво зарарсизлантиригичда зарарсизлантириш учун қайнатгич тўрида жойлаштирилган металл асбоблар крафт қоғозига солинади. Совуқ усулда зарарсизлантириладиган металл асбоблар 6%ли водород пероксида эритмаси, «первомур» ёки «Дезаксон-1» тўлдирилган идишга (шиша, металл, эма) солинади.

Зарарсизлантиришдан олдинги тозаловда асбоблардаги қон қолдиғини Искандаров усули билан аниқлаш

1. Янги текшириш усулининг олдинги анъанавий усуллардан (азопирам, амидопирин) фарқи шундаки, у тиббиёт асбобларини оксил моддаси билан ифлосланганлигини тўғридан-тўғри кўрсатиб, қон қолдиқларини аниқлашда амидопирин ва азопирам усулларидан бир мунча устунликка эга. Янги усул қон қолдиғидан ташқари, вирусли гепатит «В» ва СПИД касаллигининг тарқалишига хавф солувчи плазма ва зардобни аниқлашда ҳам муҳим эпидемиологик аҳамиятга эга. Бу усулдан тиббиёт асбобларини сифатсиз тозалаш натижасида қолган яширин қон қолдиқларини аниқлашда фойдаланилади. Жароҳат юзасига теккан тиббиёт асбоблари алоҳида зарарсизлантирилиши лозим. Даволаш профилактика муассасаларида зарарсизлантиришдан олдинги тозалов сифати ўзаро назорат қилинади. Санитар-эпидемиологик ва дезинфекцион ташкилотлар зарарсизлантиришдан олдинги тозалов-

нинг сифати устидан ҳар 3 ойда бир маротаба назорат ўтказиб туради.

Тиббиёт асбобларини зарарсизлантиришдан олдинги тозалов сифатини аниқлаш усули:

- эритмалар ва жиҳозлар;
- эритмалар;
- тайёрланган йиғма 100 аниқловга мўлжалланган 3 та эритмадан иборат бўлиб, флаконларга солинади;
- 1 флакон — асосий индикаторли Искандаров эритмаси;
- 2 флакон — мусбат текширувни аниқлаш учун;
- 3 флакон — манфий текширувни аниқлаш учун ;
- идиш ва жиҳозлар;
- таҳлил қўйиш учун полистирол япроқча (иммунологик реакциялар учун плангисталли қопқоқ);
- автоматик пипетка (томизгич);
- кўз пипетки;
- 20 мл ли шприц (янги).

Синама қўйиш

Синамани қўйишда асосий эритма тиббиёт асбобларининг устига тегмайди, шунинг учун таҳлил ўтказилгач асбобларни қўшимча тозалаш талаб қилинмайди. Синама тиббиёт асбоблари, игна ва шприцлар чайилган сув билан қўйилади. Асосий синамани қўйишдан олдин япроқчага мусбат ва манфий назорат синамалари қўйилади. Бунинг учун полистирол япроқчага кўз томизгичи ёрдамида аввал 2-флакондаги эритмадан бир томчи (мусбат назорат), сўнгра 3-флакондаги эритмадан бир томчи томизилади (манфий назорат).

Ҳар бир томчига бир томчидан асосий индикаторли эритма (1-флакон) томизилади. Индикаторли эритма билан қўйилган синама мусбат бўлиб кўк рангга, манфий синама эса пушти рангга киради. Назорат синамаларидан сўнг асосий синамани қўйиш мумкин. Текшириладиган шприцлардаги қолган қонни аниқлаш учун 3—4 томчи дистилланган сув қўйилади ва поршен орқали шприц девори бўйлаб бир неча маротаба итарилади. Чайинди сувдан бир томчи олиб индикаторли эритма 1-флаконга томизилганда, кўк ранг ҳосил бўлиши қон қолдиғи борлигини кўрсатади. Игналарни тозаланганлигини текширишда янги ишлатилмаган шприцга дистилланган сув тортилади ва кетма-кет игналар алмаштирилган ҳолда улардан сув ўтказилади ва бир томчидан индикаторли эритмага томизилади. Катетер ва ичи тешик асбобларининг тозаланганлигини назорат қилишда, тоза шприц ёки кўз томизгичи ёрдамида дистилланган сув билан асбобни ичи чайилади сўнгра чайилган сувдан бир томчи олиб индикаторли эритмага томизилади.

Ифлосланиш даражасини аниқлаш

Синама қўйилган заҳоти ёки I дақиқадан сўнг ҳисобга олинади. Қон қолдиғи аниқланганда синама мусбат бўлиб, пушти индикаторли эритма кўк ёки кўкимтир ранга киради. Ўсимлик хусусиятига эга бўлган пероксидаза, хлор таркибли оксидловчилар (хлорамин, хлор оҳаги ва бошқалар), синтетик ювувчи воситалар, темир тузлар (занг), кислоталар жиҳозларда аниқланганда, индикаторли эритманинг ранги ўзгармайди.

Синаманинг ўзига хос хусусиятлари

Синама нам япроқчага ёки нам тортувчи юзага (қоғоз, пахта, дока) қўйилмайди. Синама қўйишга мўлжалланган япроқчаларни яхшилаб ювилган ва қуритилган ҳолда кўп маротаба қўллаш мумкин. Япроқчани четидан ушлаш лозим, чунки унда қолган бармоқ излари мусбат синама бериши мумкин. Тиббиёт асбобларида синамани хона ҳарорати ёки 35°Сда қўйиш лозим.

Эҳтиёт чоралари

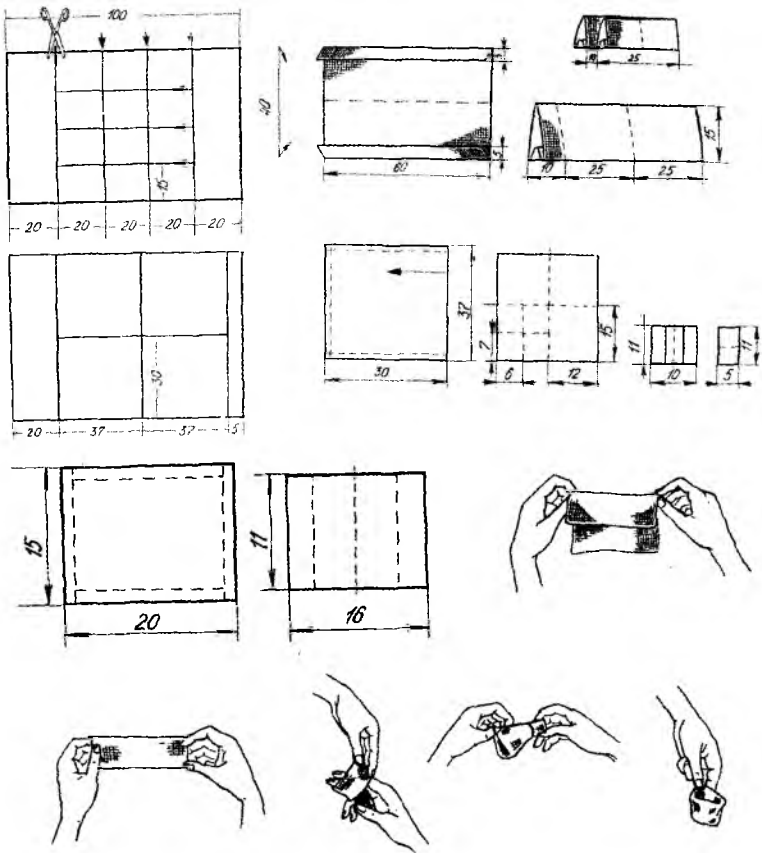
Эритмалар зарарсиз бўлганлиги учун алоҳида эҳтиёт чораларини талаб этмайди. Эритмалар +5 дан +10°С гача ҳароратда сақланганда 6 ой мобайнида яроқли ҳисобланади. Ҳар бир индикаторли эритма учун алоҳида томизгичлар қўлланиши лозим. Битта томизгич билан ишлаш қатъий тақиқланади.

БОҒЛОВ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА ЧОЙШАБЛАР, КИЙИМ-КЕЧАКЛАРНИ ЮҚУМСИЗЛАНТИРИШ

Операция ва яра боғлашда ишлатиладиган боғлов материаллари, чойшаблар ҳам стерил бўлиши лозим. Боғлов материаллари сифатида дока, пахта, лигнин ишлатилади. Суюқликларни яхши сўриши, тез қуриши юмшоқ боғлов материалларининг асосий хусусиятларидир. У осон юқумсизланиши ва юқори ҳарорат таъсирида бузилмаслиги лозим.

Дока махсус ишлангандан кейин оқ, юмшоқ мойсиз ва гигроскопик бўлиб қолади. Доканинг иплари бир-бирига зич тақалиб турмасдан, майда ва йирик тўр шаклида жойлашган. Докадан ҳар хил ўлчамдаги бинтлар, салфеткалар, шарчалар, тампонлар тайёрланганда унинг нозик толалари жароҳатга тушмаслиги учун четлари боғлам ичига ўралиши зарур.

Тампонлар четлари ичкарига қайтарилиб тайёрланган узун дока тасмалар бўлиб, қон кетишини тўхтатиш, йирингли бўшлиқларни дренаж қилиш, йирингни сўриб олиш ва бошқаларда ишлатилади. Турли катталикдаги салфеткалар операция қилиш, яра боғлаш, жароҳатни қуриштириш ва чегаралаш учун зарур. Докадан қилинган шарчалар одатда жарроҳлик муолажаси учун ишлатилади.



68-расм. Боғлов материалларини тайёрлаш.

Шарчалар оқ (гигроскопик) ҳамда кулранг (гигроскопик эмас) пахта (момик)дан тайёрланади. Сунъий толадан қилинган пахта тиббиётда кам ишлатилади. Оқ пахтанинг афзаллиги шундаки, унинг гигроскопиклиги суюқликнинг жароҳатдан боғламга мутасил оқиб туришини таъминлайди. Аммо пахтанинг жароҳатга ёпишиш хусусиятини ҳисобга олиб, уни дока устидан қўйилади.

Лигнин — ёғочдан тайёрланган пахта бўлиб, гигроскопиклиги юқори, аммо жароҳат суюқлиги таъсирида чириши сабабли у кенг қўлланилмайди.

Операцион кийим-кечакларга катта ва кичик чойшаблар, салфетка, сочиқ, ходимлар халати, ниқоб, қўлқоплар ва шу кабилар киради. Боғлов материали ва операцион кийим-кечакларни 1,1-2 атм босимида автоклавда юқумсизлантирилади. Юқумсизлантиришда ва уларни сақлашда филтрли металл барабан қутилар ёки Шиммельбуш бикслари қулай ҳисобланади (68-расм).

Биксга жойлаштириш

Юқумсизлантиришга тайёрланган боғлов материаллари, оқлиқлар ҳар хил ўлчамли, қулай бўлган биксларга жойлаштирилади. Биксларнинг асосида ёнбош тешиклари бўлиб, автоклавларда зарарсизлантириш пайтида буғ тешиклар орқали бикс ичига кирди. Бу тешиклар бикс асосига ўрнатилган махсус металл сургичлар ёрдамида очилиб-ёпилади. Қопқоғида тешиги бўлган бикслар фойдаланишда қулай бўлиб, бунда тешиклар қопқоғининг ички томонидан филтрлар билан ёпилган бўлади.

ЭСЛАТМА: Биксни юқумсизлантиришга тайёрлаш қуйидагича амалга оширилади:

Бикс қисмларининг зич ёпилганлиги текширилиб, аниқланади.

а) қопқоғининг маҳкам ёпилганлиги;

б) белбоғларнинг енгил ҳаракати ва асос тешиги билан белбоғ тешигининг мос келиши;

в) металл белбоғнинг қисқич мослама асосига маҳкамланганлиги.

1. Асос тешиги очилган ҳолда белбоғ маҳкамланади.

2. Бикснинг ички ва ташқи тарафи 5%ли нашатир спирти билан артилади.

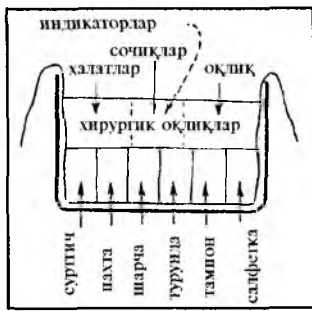
3. Бикс туби ва деворларига салфетка ёки оқлиқ тўшалди.

4. Биксга боғлов материаллари ва операция учун оқлиқлар жойлаштирилади.

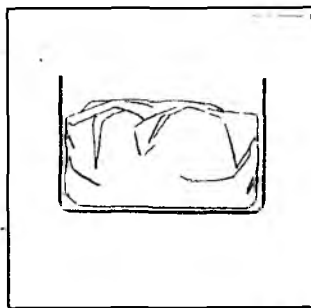
5. Биксга буюмларнинг зарарсизланганлигини текшириш учун индикаторлар солинади.

6. Бикслар тамгаланди.

Стерилланидиган воситаларни биксларга жойлаштиришнинг бир неча усули мавжуд. **Универсал (тўплам) тахлаш:** боғлов материаллари ва операция учун оқлиқлар бир марталик енгил операциялар учун мўлжалланиб қатъий тайинланган тартиб бўйича тахланади. Катта биксларга пастки қатлам сифатида оқлиқлар тўшалиб, боғлов материаллари бўлимларга кўндаланг қилиб жойлаштирилади. Ўнг тарафда ҳар хил ўлчамдаги салфеткалар (30 дона), 3 хил ўлчамдаги тампонлар (30 дона), турундалар (1 ўрам), дока шарчалар (50 дона), гигроскопик пахталар (100 гр.), сурткичлар (10 дона). 2-қатламга операция учун оқлиқлар кўндаланг қилиб жойлаштирилади: ўнг тарафдан — 5 та оқлиқ, бта сочиқ, 2 та бинт, қарама-қарши тарафдан 4 та халат, 5 та белбоғ, 4 та ниқоб. Боғлов материаллари ва операция учун оқлиқлар жойлаштирилгандан сўнг, биксга зарарсизланганликни аниқловчи индикатор солинади ва оқлиқ четлари бир-бирининг устига ёпилади.



а



б



в



з

69-расм. Боғлов материалларини биксга тахлаш (а, б, в, з).

Оқлиқ юзасига (1-қатламга) 1та халат, устидан 1та белбоғ, ниқоб дока салфеткалар ва қўл учун сочиқлар тахланади (бу материаллар операция ҳамшираси учун мўлжалланган бўлиб, ҳамшира қўлини ювиб сочиққа артгач, стерил халат кияди). Қатлам устига назорат индикатори жойлаштирилади. Сўнгра қопқоқ ёпилади, биксининг ёнбош тешиклари очилади ва тахлаш усули, зарарсизлантириш вақти, тиббиёт ҳамширасининг фамилияси ёзилган белги биксга боғланади. Белгиланган махсус мўлжалланган тахламда операция учун оқлиқ ва боғлов материаллари биксга жойлаштирилади.

Бир турдаги тахлашда биксга фақат операция учун оқлиқлар ёки боғлов материаллари жойлаштирилади (69-расм).

Стерил халатни кийиш

Жарроҳлик ҳамшираси стерилланган халатни ўзгалар ёрдамсиз кийиши зарур, чунки у биринчи бўлиб операцияга тайёрланади.

Ҳамшира қўлини зарарсизлантиргач, артиш учун стерилланган сочиқ, халат, белбоғ ҳамда резина қўлқоплар жойланган биксни оёқ-тепки ёрдамида очади.

Сочиқни олиб, қўлини артиб қурилади ва кичик ҳамшира узатган спиртга ҳўлланган салфетка билан уларга ишлов беради.



а



б



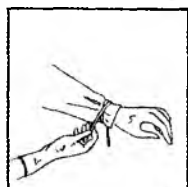
в



г



д



е



ж



з

70-расм. Стерил халатни кийиш
(а, б, в, г, д, е, ж, з).

кўрсаткич бармоғи билан чап қўлқопнинг қайирилган четидан ушлаб чап қўлга тортилади.

3. Чап қўлга кийилган қўлқоп билан бармоқлар ёрдамида қайирилган ўнг қўлқопнинг ичкари юзасидан ушлаб ўнг қўлга тортилади.

4. Бармоқлар ҳолатини ўзгартирмаган ҳолда қўлқопнинг қайирилган чети ўз ҳолига келтирилади.

5. Худди шу йўналишда чап қўлқопнинг четлари ҳам аслига келтирилади.

6. Қўлқоплар кийилгандан сўнг ҳамшира спиртли шарча ёрдамида қўлқопларга бағ'фсил ишлов беради (71-расм, а, б, в, г, д, е, ж, з, и, к).

Халатни олиб атрофдаги ашёларга, кийимларга тегиб кетмаслигининг олдини олиб оҳиста ёзади.

Халатни ёқасидан ушлаб туриб, ўнг қўли ва елкага оҳисталик билан ташлайди.

Халат кийилгач, ўнг қўл билан чап ёқа четидан ушланиб, худди юқоридагидек чап қўлга кийилади.

Ҳамшира қўлларини олдинга ва юқорига кўтаради, кичик ҳамшира эса орқа томонидан боғичларни боғлайди.

Шундан сўнг ҳамшира халатнинг енгидаги боғичларини ўзи боғлайди.

Ҳамшира белбоғини олиб кичик ҳамширага узатади, у эса халат стериллигини бузмаган ҳолда белбоғини боғлайди (70-расм, а, б, в, г, д, е, ж, з).

Стерил қўлқопни кийиш алгоритми:

1. Қўлқопнинг четлари манжет каби қайтарилади.

2. Ўнг қўлнинг бош ва



71-расм. Стерил қўлқопларни кийиш ва ечиш (а, б, в, г, д, е, ж, з, и, к).

БАКТЕРИОЛОГИК ТЕКШИРУВ УЧУН ҚОН, СИЙДИК, НАЖАС ВА БАЛҒАМНИ ЙИГИШ ҲАМДА БУРУН-ҲАЛҚУМДАН СУРТМА ОЛИШ

Биологик материални бактериологик текширув учун олишда қатор қоидаларга риоя қилинади.

1. Текшириш учун материал антибактериал терапиядан олдин, ёки охириги антибактериал восита юборилгандан сўнг, 8—10 соат ўтгач олинади.

2. Синама ифлосланишининг олдини олишда асептика қоида-сига қатъий риоя қилиш лозим.

3. Кўз, ҳалқум, бурун шиллиқ қаватларидан пахта плик, орқа чиқарув тешиги, қиндан симли илмоқ, қон, йиринг олишда шприц, сийдик, балгам, ахлат йиғишда стерил идишни қўллаган ҳолда биологик материал олинади.

4. Материал миқдори қайта текширишга зарурат пайдо бўлганда ҳам етарли бўлиши лозим.

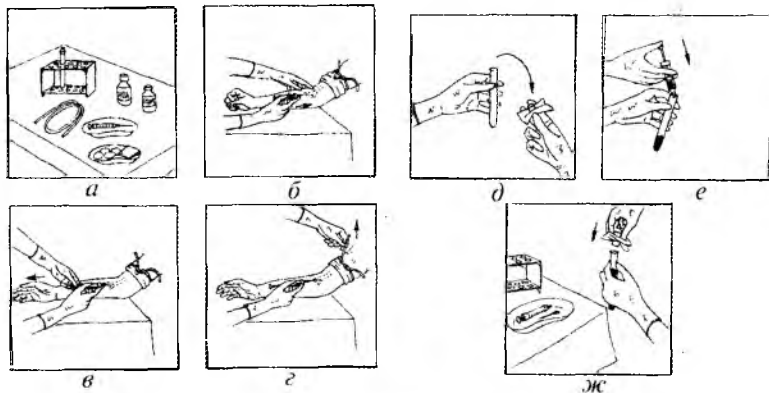
5. Олинган биологик материал қисқа вақт ичида таҳлилхонага етказилиши лозим, бу микробиологик текширувлар учун зарур-дир. Агарда биологик материални қисқа вақт ичида таҳлилхонага етказишнинг иложи бўлмаса, уни музлатгичда сақлаш ёки махсус муҳитли биксни қўллаш керак. Микробиологик текширувлар учун материал махсус бикслар ёки пеналларда етказилади ва уларга

йўлланма ҳужжат тўлдирилади. Бунда материал сифати, бемор исми шарифи, ёши, даволаш муассасининг номи, бўлими, кассаллик варақасининг рақами, тахминий ташхиси, муддати, материал тури, олинган вақти, йўлланма мақсади, имзо бўлиши лозим.

Қонни бактериологик текширувга олиш

Бактериологик таҳлилхонадан 3%ли цитрат натрий эритмаси солинган стерил пробирка олинади (пробирка оғзи резина тиқин билан ёпилган бўлиши керак). Венепункция учун барча керакли жиҳозлар тайёрлаб олинади (20 мл ли шприц, игна, лоток, стерил пахта шарчалари, 70%ли спирт, йод, жгут. Беморга муолажа йўналиши тушунтирилади. Ҳамшира қўлини ювиб резина қўлқоп кияди. Бемор елка суягининг учдан бир қисмига жгут боғланади, венепункция бажариладиган жой териси спиртли пахта билан артилади, сўнг йоднинг спиртли эритмаси билан ишлов берилади. Бемордан бармоқларини йиғиб мушт қилиш сўралади. Шприцни тери юзасига нисбатан 15° бурчак остида ушлаб венепункция бажарилади. Ҳамшира венага тушганлигига ишонч ҳосил қилгач, бемордан бармоқларини ёзиб юборишни илтимос қилади (шприцга қон тушиши лозим). Жгутни ечмаган ҳолда шприцга керакли миқдорда қон олинади (10—15 мл).

Игнани томирдан чиқаришдан олдин жгут ечилади. Венепункция бажарилган жойга спиртли пахта қўйилади, игна аста чиқарилади. Бемордан қўлини тирсак бўғимида букиб туриши сўралади. Штативдан пробирка олиниб, резинали тиқин чиқарилади ва пробиркани аста энгаштириб шприцли игна учи киритилади ва девор бўйлаб олинган қон қўйилади. Пробиркани ташқи томонидан ушлаб туриб, оғзи маҳкамлаб ёпилади. Бемор қўлини макси-



72-расм. Қонни бактериологик текшириш учун олиш (а, б, в, г, д, е, ж).

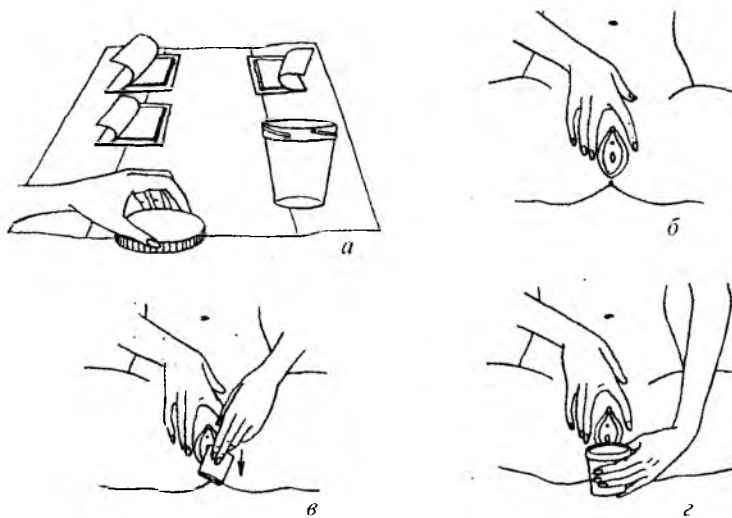
мал ёзади, спиртли пахта шарчаси олинади ва зарарсизлантирувчи эритмага ташланади. Ҳамшира қўлқопни ечади, қўлини ювади ва йўлланма ҳужжат тўлдиради. Шприц, игна ва қўлқоплар зарарсизлантирувчи эритмага солинади. Пробирка кечиктирилмасдан таҳлилхонага юборилади (пробиркани музлатгичда маҳсулоти билан 1—2 соат сақлаш мумкин) (72-расм, а, б, в, г, д, е, ж).

Бактериологик текшириш учун сийдик олиш

Қоида бўйича бемор текшириш учун сийдигини ўзи мустақил равишда йиғади. Ҳамшира беморга сийдик йиғиш қоидасини ўргатиши лозим. Шу билан бирга бемор сийдикни нима мақсадда йиғиши ва буни қандай бажариши ҳақида ҳам ахборот олиши лозим.

Аёллардан текшириш учун сийдик олиш алгоритми:

1. Аёл ҳожатхонага кириб покизланади (илиқ сув, совун).
2. Қўллар ювилади. Қоғоз сочиқ тўшаб устига қоғоз салфетка жойлаштирилади ва сийдик йиғиш учун қопқоқли идиш қўйилади.
3. Ҳожат чиқариш мосламасига (унитаз) иложи борича қулай ўтириб оёқлар керилади, бармоқлар билан жинсий лаблар кенгайтирилиб, шу ҳолда сийдик йиғилгунча ушланади.
4. Жинсий аъзо илиқ сувда ювилиб, салфеткалар билан жинсий лаблар, сўнг сийдик чиқарув йўллари қуриштилади.
5. Салфеткаларни ташлаб, қўлга сийдик йиғиш учун идиш олинади. Идиш қопқоғи ички томонига бармоқлар теккизилмаган



73-расм. Аёлларда бактериологик текшириш учун сийдик олиш (а, б, в, г).

ҳолда очилади, қопқоқни ички томони юқорига қаратилган ҳолда қоғоз сочиқ устига қўйилади.

6. Сийдикнинг озгина қисми чиқариб юборилади.

7. Сийдик йиғиш учун идишни жинсий аъзонинг ташқи чиқариш йўлига яқинлаштириб 3—5 мл сийдик олинади.

8. Идиш қопқоғи ёпилади.

9. Қўллар ювиб, қуритилади.

10. Сийдик йиғилган идиш ҳамширага берилади (73-расм, а, б, в, д).

Эркаклардан текшириш учун сийдик олиш

1. Қоғозли сочиқ тўшаб, устига қоғоз салфетка жойлаштирилади ва сочиқ устига ёпик идиш қўйилади.

2. Қўллар ювилади.

3. Жинсий аъзолар совунлаб ювилади, учта салфека билан қуритилади.

4. Идиш қопқоғи ички томонига бармоқлар теккизилмаган ҳолда очилади ва қопқоқнинг ички томони юқорига қаратилган ҳолда қўйилади.

5. Идиш ичига қўллар теккизилмаган ҳолда олинади.

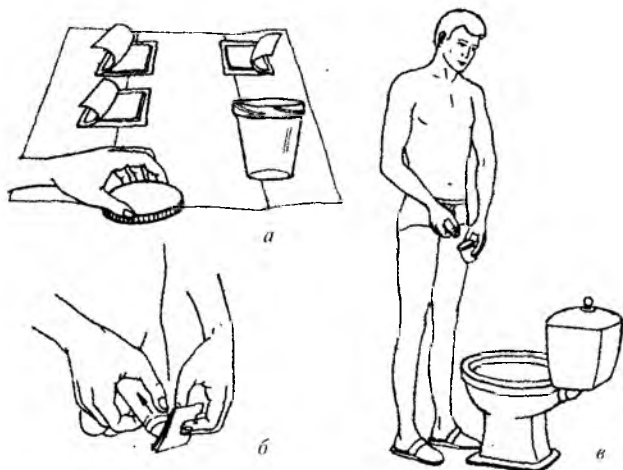
6. Сийдикнинг бир қисми чиқариб юборилади.

7. Идишга 3—5 мл сийдик йиғилади, қопқоқ беркитилади.

8. Идиш қоғоз сочиқ устига қўйилади.

9. Қўллар ювилади ва идиш ҳамширага топширилади.

Ҳамшира бемордан сийдикли идишни олгач, йўлланма-ҳужжатни тўлдириб таҳлилхонага олиб бориши лозим (айрим сабабларга кўра сийдикли идишнинг музлатгичда сақланишига эҳтиёж туғилса, бунда ҳарорат 4°С дан паст бўлмаслиги ва сақлаш муддати бир кеча- кундуз бўлиши лозим) (74-расм, а, б, в).



74-расм. Эркакларда текшириш учун сийдик олиш (а, б, в).

Балғамни бактериологик текшириш учун йиғиш

Бемордан бактериологик текшириш учун балғамни йўтал тутган вақтида ёки бронхоскопиядан сўнг йиғилади.

Ҳамшира беморга балғам йиғиш қоидасини ўргатиши лозим. Одатда эрталабки қисми йиғилади. Беморга балғам йиғиш пайтида барча қоидаларга риоя қилиши тушунтирилади.

1. Тишлар тозалангач бемор оғиз бўшлиғини илиқ сув ёки антисептик эритма билан чаяди.

2. Бемор стерил идишни (туфдон ёки Петри лycopчасини) эҳтиёткорлик билан очади, бармоқлари қопқоқнинг ички томонига тегиб кетмаслигига ҳаракат қилади.

3. Очиқ идишни оғзига яқинлаштириб (лабларига тегиб кетмаслиги лозим) йўталиш орқали кам миқдорда балғам ажратади (75-расм, а, б, в, г).

4. Балғамли идишни қопқоғи беркитилади ва ҳамширага берилади.

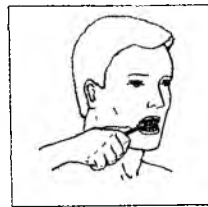
ЭСЛАТМА: Бемор маълум вақтда балғам ажрата олмаса, уни куч сарфлаш орқали ажратиши ман этилади.

Айрим сабабларга кўра балғамни ўз вақтида таҳлилхонага олиб боришнинг иложи бўлмаса, уни музлатгичда 1—2 соат мобайнида 4°C ҳарорат атрофида сақлаш мумкин.

Бурундан бактериологик текшириш учун суртма олиш

Бурундан суртма олиш алгоритми:

1. Куруқ пахта пиликли стерил пробирка тайёрланади.
2. Беморга бўлажак муолажа тушунтирилади.
3. Қўллар ювилиб, ниқоб ва қўлқопни кийиб бемор қаршисида ўтирилади.
4. Бемордан бошини аста орқага энгаштириш сўралади.
5. Чап қўлга ёпиқ пробирка олиниб, ўнг қўл билан пробиркадан пилик чиқарилади (бармоқлар фақат пробиркага тегиши лозим).



а



б

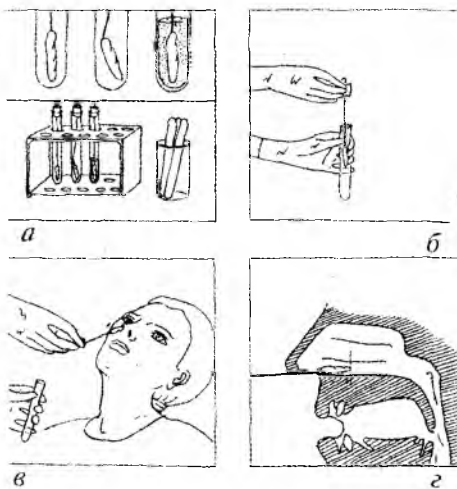


в



г

75-расм. Балғамни бактериологик текшириш учун йиғиш (а, б, в, г).



76-расм. Бурундан суртма олиш
(а, б, в, з).

6. Чап қўл билан пробирка ушланиб, пахта пилик олинади ва олдин чап бурун, сўнг ўнг бурун ичига киритилади.

7. Пахта пиликни эҳтиётлик билан пробирка четига теккизмасдан киритилади.

8. Пробирка йўлланма хужжат билан таҳлилхонага иложи борича тез етказилади (пробиркани музлатгичда 2—3 соат сақлаш мумкин) (76-расм, а, б, в, з).

Бурун-ҳалқум йўлидан бактериологик текширув учун суртма олиш

1. Қуруқ тампонли стерил пробирка ва шпател тайёрланади.
2. Беморга бўлажак муолажа ҳақида ахборот берилади.
3. Қўл ювилади, ниқоб ва қўлқоплар кийилади.
4. Бемор қаршисида ўтириб ундан бошини орқага энгаштириши сўралади.

5. Чап қўлга шпател ва пробирка олинади.

6. Шпател билан тил илдизи аста босилади, ўнг қўл билан тикиндан ушлаган ҳолда пробиркадан стерил тампон чиқарилади (2/3 см узунликда) ва пробирка ички деворига қараб аста қийшайтирилади.

7. Эҳтиётлик билан оғиз бўшлигининг шиллиқ пардасига ва тилга теккизмаган ҳолда бурун-ҳалқум шиллиқ пардасидан суртма олинади (77-расм, а, б).

8. Оғиз бўшлиғидан тампон аста чиқарилади ва стерил пробирка четига теккизмасдан унга киритилади.

9. Йўлланма тўлдирилиб пробирка таҳлилхонага жўнатилади.

Бўғиз-томоқ тешигидан бактериологик текширув учун суртма олиш

1. Нам пиликли пробирка, тампон ва шпател тайёрланади.
2. Беморга бўлажак муолажа ҳақида ахборот берилади.

3. Қўл ювилади, ниқоб ва қўлқоплар кийилиб, бемор қаршисида ўтирилади.

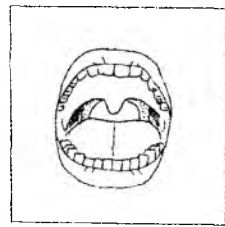
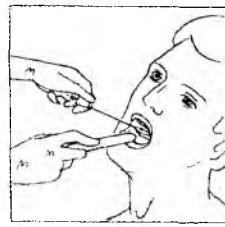
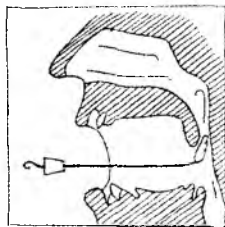
4. Бемордан бошини аста орқага энгаштириши сўралди.

5. Чап қўлга пробирка ва шпател олиниб тил илдизи босилади, ўнг қўл билан тиқиндан ушлаган ҳолда стерил пилик чиқарилади.

6. Эҳтиётлик билан пиликни оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва тилга теккизмасдан, бодомча безлари ва атрофидан суртма олинади (дифтерияга шубҳа туғилса, шикастланган ва шикастланмаган бодомча безлари чегарасидан суртма олинади) (77-расм, в, г).

7. Тампонни оғиз бўшлиғидан чиқариб пробирка четига теккизмаган ҳолда унга киритилади.

8. Йўлланмани тўлдириб пробирка таҳлилхонага юборилади.

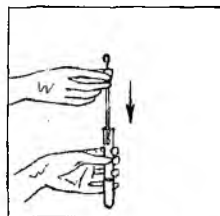
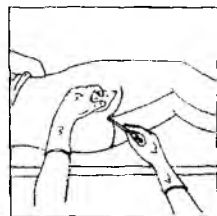
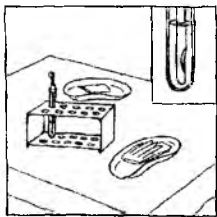


77-расм. Бурун-халқум йўлидан суртма олиш (а, б, в, г).

Бактериологик текширув учун нажас олиш

Бактериологик текширув учун ахлатни 2 хил усулда йиғиш мумкин.

Биринчи усул касалхонада ётган бемор ахлатини текширишга зарурат бўлганда қўлланилади. Янги ажратилган нажасни охириги қисмининг бир нечта жойидан стерил ёғоч таёқча билан олинади ва стерил пробиркага солинади (қўллангандан сўнг таёқча зарасизлантирувчи эритмага бўктирилади). Нажас таҳлилхонага 1 соат ичида етказилиши лозим. Нажас текширувга бевосита тўғри ичакдан олинганда 2-усулдан фойдаланилади. Стерил сим илмоғи бўлган консервантли пробирка тайёрланади. Беморга бўлажак муолажа ҳақида тушунтирилади. Қўлқопни кийиб, бемор ёни билан ётқизилади. Темир илгакни тиқинидан ушлаган ҳолда, эҳтиётлик билан пробиркадан чиқарилади. Чап қўл билан бемор думбаларини кериб илмоқни орқа чиқарув йўли тешигига киритилади ва тўғри ичак бўйлаб киндикка қараб 3—4 см йўналтирилади, сўнг умуртқа поғанасига қарама-қарши ҳолда 5—6 см чуқурликка энгил айланма ҳаракат қилиб ичак деворидан керакли маҳсулот



в

z

78-расм. Текширув учун нажас олиш
(а, б, в, з).

гигжа турларини аниқлашга имкон беради. Тиббий ходим уй ша-роитида ахлатни йиғиш қоидаларини беморга ўргатиши лозим.

Бемор қуйидагиларни билиши зарур:

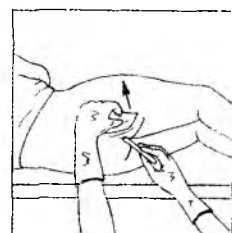
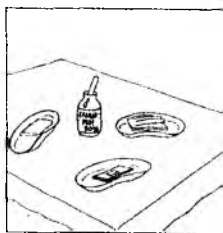
1. Нажасни йиғиш учун тоза, қуруқ, қопқоқли шиша идиш ва таёқча тайёрланади.

2. Текшириш учун эрталабки ажратилган нажас олинади. Унда сув, сийдик қолдиқлари бўлмаслиги керак. Таёқча билан шиша

идишга нажаснинг ҳар хил жойидан 30—50 гр олиб солинади ва қопқоғи беркитилади. Таёқча одатда ёқиб юборилади.

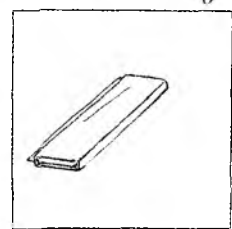
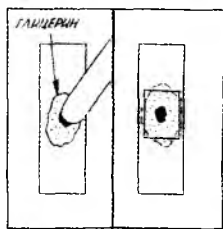
ЭСЛАТМА: Тозаловчи ҳуқна, суппозиторийлар қўлланганда, ахлатга ранг берувчи маҳсулотлар, сур-ги, вазелин мойи, белла-донна, темир моддаси, висмут ва барий қабул қилинганда текшириш учун нажас олинмайди.

Острица тухумини аниқлаш учун орқа чиқа-рув бурмаларидан ёғоч таёқча ёрдамида суртма



а

б



79-расм. Гигжа тухумларини текшириш
учун нажасни йиғиш (а, б, в, з).

олинади. Муолажа қуйидаги тартибда бажарилади: бемор эрта билан ҳожатга чиқиши лозим (айрим ҳолларда кечқурун ухлашдан 2—3 соат олдин). Суртма олишдан олдин таёқча 50%ли глицерин ёки 1%ли натрий гидрокарбонат эритмасида намланади. Буюм ойнаси ва ёпқич ойна тайёрланади, буюм ойнасига 50%ли глицерин эритмаси томизилади ва қўлқоп кийилади, бемор думбаларини кериб орқа чиқарув тешиги бурмалари юзасидан ва тўғри ичакнинг пастки қисмидан суртма олинади. Таёқчадаги маҳсулотни буюм ойнасига жойлаштирилади. Ойначани Крафт қоғозига ўраб йўлланма билан таҳлилхонага жўнатилади (79-расм, а, б, в, г).

VIII б о б

ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ЁЗИБ БЕРИШ ВА САҚЛАШ

ШИФОХОНАДА ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ЁЗИБ БЕРИШ

Шифохонада даволанаётган беморларга дори моддаларини ёзиб бериш махсус тартибда амалга оширилади. Шифокор беморни текширувдан сўнг унинг касаллик тарихига керакли доридармонларнинг номи, неча маротаба қўлланиши, миқдорини ёзади. Бўлим ҳамшираси ҳар куни беморнинг касаллик тарихидан махсус дафтарга ёки кўрсатма варақасига алоҳида кўчирма олади.

Инъекциялар ҳақидаги барча маълумотлар муолажа хонасига берилади. Барча тавсия этилган дори моддалари касалхона муолажа хонаси ҳамширалари томонидан кўчирилиб бўлим катта ҳамширасига берилади. У барча ахборотни жамлаб талабнома ёзиб дорихонага юборади. Бу талабномаларга бўлим бошлиғи имзо чекади. Наркотик, заҳарли моддалар ва этил спиртига талабнома лотин тилида, муҳр ва штамп босилган махсус бланкаларга ёзилиб, даволаш муассасаси бошлиғининг имзоси қўйилиши керак.

Бундан ташқари дори моддаларини қўллаш усуллари ва этил спиртининг фоизи кўрсатилади. Заҳарли, наркотик, ўткир, танқис ва қимматли дори воситаларига талабнома ёзилганда беморнинг исми шарифи, касаллик тарихи рақами ва ташхиси ифодаланади. Дорихонада бўлган дори воситалари катта ҳамшира томонидан ҳар куни олинади. Тайёрлаш учун тавсия этилган дорилар эртасига олинади.



80-расм. Дори воситаларини сақлаш (а, б, в).

ДОРИ МОДДАЛАРИНИ САҚЛАШ

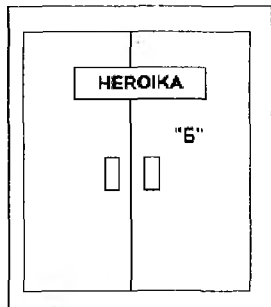
Бўлимда дори воситаларини сақлаш учун аввало уларни қўллаш усулига қараб бўлиб чиқилади.

Барча стерил эритмалар, флакон ва ампула ҳолидаги дори воситалари муолажа хонасида ойнали шкафда сақланади (шифохона дорихонасида тайёрланган барча флаконли эритмалар кўк қоғозли белгига эга бўлмоғи лозим). Ойнали шкафнинг маълум бир қаторида антибиотиклар ва уларнинг эритмалари сақланади. Иккинчи қаторда томчилаб юбориш учун флаконли эритмалар (сигими 200—500 мл), бошқа қаторларда ампулалари қутичалар яъни А ёки Б гуруҳига (кучли таъсир этувчилар) кирмайдиган витаминлар, эритмалар — дибазол, папаверин, магний сульфат ва бошқалар сақланади (80-расм, а, б, в).

Муолажа хонасида дори воситаларини сақлаш

А ва Б гуруҳига кирувчи дори моддалари алоҳида шкафларда (сейфларда) сақланади. Шкаф эшигининг ички юзасида дориларнинг рўйхати бўлиши лозим. А (наркотик аналгетиклар, атропин ва бошқалар) ва Б (аминазин ва бошқалар) рўйхатидаги дориларни I та сейфда сақлаш мумкин, аммо улар алоҳида қулфланган бўлинмаларда бўлиши лозим. Шунингдек сейфда кучли таъсир қилувчи дорилар ҳам сақланади.

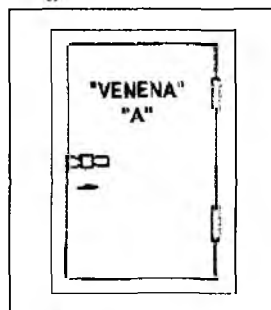
Заҳарли дори моддалари сақланадиган шкафга «venena» (А) деб ёзилиши лозим, шкаф эшигининг ички томонига эса дори моддаларининг I мартабалик ва I кеча-кундузда қанча қўлланилиши



а



б



в



г

81-расм. «А» ва «Б» гуруҳига кирувчи дори воситаларини сақлаш (а, б, в, г).

ёзилади. Кучли таъсир қилувчи дори моддалари сақланадиган шкаф «Heroika» (Б) ёзуви билан белгиланади. Ҳамма шкафлардаги дори моддалари «ташқи», «ички», «кўз томчилари», «инъекцион» группаларига ажратилади. Дорихонада тайёрланган стерил эритмаларнинг сақланиш муддати 3 кун. Шу вақт ичида дори моддалари ишлатилмаса, яроқли (рангини ўзгартирмаган, рангсизланмаган) ҳисобланса ҳам тўкиб ташланади. «ички», «ташқи» қўллашга мўлжалланган дори моддалари тиббиёт ҳамшираси постидаги шкафнинг турли бўлинмаларида белгиланган ҳолда сақланади. Дорихонада тайёрланиб, ташқи қўллашга мўлжалланган дори шакллари сариқ этикетка, ички қўллашга мўлжалланганлари оқ этикетка билан белгиланади (81-расм, а, б, в, г).

ЭСЛАТМА: Тиббиёт ҳамширасининг:

- 1) дори моддаларининг шакли ва тахламини ўзгартиришга;
- 2) ҳар хил тахламдаги дори моддаларини бир тахламга солишга;
- 3) дори моддаси этикеткасини ўзгартириш ва алмаштиришга;
- 4) дори моддаларини этикеткасиз сақлашга ҳаққи йўқ.

Шошинч пайтда дори моддаларини топиш қулай бўлиши учун улар маълум тартибда жойлаштирилади. Ёруғликда нарча-

ланадиган дори моддалари қорайтирилган шиша идишларда, ёруғ тушмайдиган жойда сақланиши лозим. Ўткир ҳидли дори моддалари алоҳида, тез бузиладиган дори моддалари (настойкалар, қайнатмалар, микстуралар), шунингдек малҳамлар, зардоблар махсус музлатгичда сақланади. Настойка, қайнатма ва микстураларнинг музлатгичда сақланиш муддати 3 кундан ошмаслиги лозим. Лойқаланиш ва ёқимсиз ҳид пайдо бўлиши, рангининг ўзгариши бу дориларнинг яроқсизлигини билдиради. Шунинг эса тутиш лозимки: настойкалар, эритмалар, экстрактлар спиртда тайёрланади ва вақт ўтиши билан спиртниң буғланиши натижасида уларнинг концентрацияси ошиб кетади. Шунингдек рангини ўзгартирган кукунлар ва таблеткалар фойдаланишга яроқсиз ҳисобланади

Дори моддаларини рўйхатга олиш

Тиббиёт ҳамширасининг постида ҳам муолажа хонасидаги каби сейф бўлиши лозим. Унда «А» ва «Б» рўйхатдаги дори моддалари сақланади. Сейф калити ҳамшираларга берилганда махсус дафтарга қайд қилинади.

Сейфда сақланадиган дори моддаларининг ишлатилгани тўғрисида махсус дафтарга ёзиб борилади. Дафтарнинг барча вароқлари номерланиб, ип ўтказилади. Ипнинг бўш учи охири вароқда қоғоз вароғи билан елимлаб маҳкамланади. Шу вароқда дафтар вароқларининг номерлари сони ёзилади ва даволаш муассасасининг думалоқ муҳри қўйилади. Дафтарнинг номерланган вароқлари «А» ва «Б» рўйхатдаги дори моддалари учун бўлиб қўйилади. Бу дафтар ҳам сейфда сақланади. Йиллик «А» ва «Б» рўйхатдаги дори моддаларининг ишлатилиши бўлим катта ҳамшираси томонидан назорат қилинади. Заҳарли ва кучли таъсир қиладиган дориларни нотўғри сақлаган ва талон-тарож қилган тиббий ходим жиноий жавобгарликка тортилади.

ЭСЛАТМА:

1. Тиббий ҳамшира наркотик моддаларни шифокор беморнинг касаллик тарихига ёзиб буюргандагина қўллаши мумкин ва маълумотларни бемор ҳузурда касаллик тарихига белгилаши керак.

2. Наркотик моддаларнинг бўш ампулалари ишлатилмаганлари билан бирга навбатчи ҳамширага топширилади.

3. Навбатчилиқни топширишда ишлатилмаган ва ишлатилган ампулалар сонининг рўйхат дафтарида ёзилганлиги текширилади.

4. Наркотик моддалар ишлатиб бўлингандан сўнг бўш ампулалар бўлим катта ҳамширасига топширилади ва ўрнига янгилари олинади.

5. Ишлатилган наркотик моддаларнинг ампулалари махсус комиссия ва даволаш муассасасининг раҳбари томонидан тасдиқланиб йўқотилади.

ДОРИ МОДДАЛАРИНИ ҚЎЛАШ

Дори моддалари организмга резорбтив — сўрилиш (қон орқали) ва маҳаллий таъсир кўрсатиши мумкин. Дори моддаларининг таъсир қилиш жараёнига қараб, уларнинг юбориш йўллари фарқланади. Дори моддаларининг сўрилиш таъсири энтерал (овқат ҳазм қилиш йўли орқали), парентерал (овқат ҳазм қилиш йўлини четлаб) ва тил ости йўли орқали амалга оширилади. Дори моддаларининг маҳаллий таъсир кўрсатиши уларни ташқи қўллаш билан амалга оширилади. Аммо шуни эсда тутиш лозимки, ёгда эрийдиган дори моддалари ҳам тери орқали сўрилади.

Ташқи усул:

Компресслар, намлаш, сепма дорилар, мойлаш, ишқалаш, жароҳат устига боғлам қўйиш, томчилар томизиш, дориларни юқори нафас йўлларига газ ёки буғ ҳолида киритиш (ингаляция) кабилар ташқи юбориш усуллари ҳисобланади. Ташқи йўл билан фақат терига эмас балки шиллиқ қаватларга, кўзга, бурунга таъсир кўрсатилади.

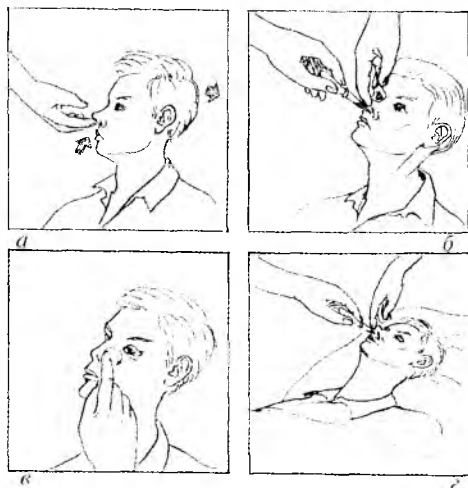
ЭСЛАТМА: Ҳамшира беморга дори моддаларини юбориш усуллари тушунтириши лозим:

- нотўғри қабул қилинган дори моддасининг ноҳўя таъсирини;
- қўлланилган дори моддасининг натижаси, белгиларини;
- дори моддасини қўлланиш усули ва б. ларни.

Дори моддаларини бурунга юбориш

Қон томирини торайтирувчи томчиларни бурунга томизиш алгоритми:

1. Дори моддасининг номини ўқинг.
2. Томизгични тайёрланг (агарда томизгич тиқинга ўрнатилган бўлса у билан фақат битта беморга дори юборишда фойдаланинг.
3. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.
4. Қўлингизни ювинг.
5. Беморни ўтқазинг.
6. Унга муолажа йўналишини тушунтиринг.
7. Томизгичга дори эритмасини тортинг.
8. Бемордан бошини озроқ орқага ва елкаси томон энгаштиришни сўранг.
9. Беморнинг бурни учидан аста кўтаринг.
10. Пастки бурун йўлига 3—4 томчи дори томизинг (томизгични бурунга чуқур киртманг).
11. Бемордан бармоқлари билан бурун қанотининг ўрта деворига босишини ва енгил айланма ҳаракат қилишини сўранг.



82-расм. Бурунга қон томирини торайтирувчи томчиларни томизиш (а, б, в, г).

12. Иккинчи бурун тешигига томчиларни 8-бўлимдаги каби томизинг ва 11-пунктда кўрсатилган ҳаракатларни қайтаринг.

13. Бемордан ўзини қандай ҳис қилаётганини сўранг (82-расм, а, б, в, г).

14. Томизғични зарарсизлантирувчи эритмага солинг.

15. Қўлингизни ювинг.

Айрим ҳалқум касалликларида бурунга мойли томчилар томизилади бунда томчилар пастки бурун йўли орқали ҳалқумнинг орқа деворига бориб тушади.

Мойли эритмаларни бурунга томизиш алгоритми:

1 дан 4 гача бўлган йўналиш олдинги мауолажада кўрсатилганидек бажарилади.

5. Бемордан ётиши ва бошини озроқ орқага энгаштиришини сўранг.

6. Беморга муолажа йўналишини тушунтиринг.

7. Уни томчи томизилгандан сўнг дори мазасини сезиши ҳақида огоҳлантиринг.

8. Томизғичга мойли эритмани тортинг.

9. Ҳар бир пастки бурун йўлига 5—6 томчи дори томизинг.

10. Бемордан бир неча дақиқа ётишини сўранг.

11. Томчилар ҳалқумнинг орқа деворига тушганлигига ишонч ҳосил қилинг (бемор томчи мазасини сезиши лозим).

12. Беморни ўтиришига ёрдам беринг.

13. Бемордан ўзини қандай ҳис қилганлигини сўранг.

14. Томизғични зарарсизлантирувчи эритмага солинг.

15. Қўлингизни ювинг.

Малҳамларни бурунга киритиш алгоритми:

1. Дори моддасининг номини ўқинг.

2. Қўлингизни ювинг.

3. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

4. Беморга муолажа йўналишини тушунтиринг.

5. Пахта турундалар тайёрланг.

6. Беморни ўтқазинг ва бошини озроқ орқага эгишини сўранг.

7. Пахта турундага 0,5—0,7см малҳам сиқиб чиқаринг.

8. Турундани айланма ҳаракат билан пастки бурун йўлига киритинг.

9. Турундани чиқаринг ва зарарсизлантирувчи эритмага солинг.

10. Малҳамни 7—9-пунктларда кўрсатилган-дек ҳаракат қилиб буруннинг иккинчи ярмига киритинг.

11. Қўлингизни ювинг (83-расм, а, б).

Порошокни ҳидлаш алгоритми:

1. Порошок номини ўқинг.

2. Беморга дори моддаси ҳақида зарурий маълумот беринг.

3. Беморга муолажанинг кечишини тушунтиринг.

4. Унга ўтиришида ёрдам беринг.

5. Қўлингизни ювинг.

6. Порошок тахламини очинг.

7. Бемордан бармоғи билан бурун ўнг қанотининг ўрта деворига босишини сўранг.

8. Порошокни чап бурун йўлига келтиринг.

9. Бемордан оғзини ёлиб чуқур нафас олиши ва порошокни қисман бурунга тортишини сўранг.

10. Буруннинг ўнг йўлига порошок киритишда ҳам шу ҳаракатларни қайтаринг.

11. Бурунда қолган порошок қолдиқларини олиб ташланг.

12. Бемордан ўзини қандай ҳис қилаётганини сўранг.

13. Қўлингизни ювинг (84-расм, а, б).



а



б

83-расм. Малҳамни бурунга киритиш (а, б).



а



б

84-расм. Порошокни ҳидлаш (а, б).

Дори моддаларини кулоққа киритиш

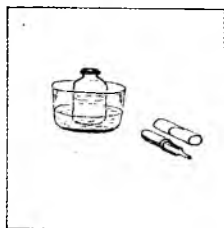
Томчиларни кулоққа томизиш алгоритми:

1. Дори моддасининг номини ўқинг.

2. Дори эритмасини тана ҳароратида иситинг (флаконни иссиқ сувли идишга солиб қўйинг).

3. Томизғични тайёрланг.

4. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.



а

б

85-расм. Қулоққа томчи томизиш (а, б).

қага буриб тепага кўтаринг.

10. Томчини қулоққа томизинг.

11. Бемордан 10—15 дақиқа ёни билан ётишини сўранг.

12. Беморга ўтиришда ёрдам беринг.

13. Ундан аҳволи ҳақида сўранг.

14. Қўлингизни ювинг (85-расм, а, б).

5. Қўлингизни ювинг.

6. Беморга муолажа йўналишини тушунтиринг.

7. Унга ёнбошлашга ёрдам беринг.

8. Томизғичга 6—8 томчи дори моддасидан олинг (агар томчини битта қулоққа томизиш керак бўлса).

9. Қулоқ супрасини ор-

Кўзга дори моддаларини томизиш

Кўзга томчи томизиш алгоритми:

1. Томчили флакон этикеткасини ўқинг.

2. Томизғич, стерил пахта шарчаларини тайёрланг.

ЭСЛАТМА! I та бемор учун томизғичлар сони дори моддаларининг сонига қараб белгиланади, ҳар бир модда учун алоҳида томизғич керак бўлади.

3. Беморга муолажа йўналишини тушунтиринг.

4. Унга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

5. Беморни ўтқазиб ёки тургазиб қўйинг.

6. Қўлингизни ювинг.

7. Томизғичга керакли томчи миқдорини тортинг, чап қўлингизга пахта шарчани олинг.

8. Бемордан бошини озроқ орқага эгиб юқорига қарашини сўранг.

9. Пастки қовоқни пахта шарча билан пастга тортинг.

10. Пастки конъюнктива бурмасига 2-3 томчи дори томизинг (томизғични конъюнктивага яқин келтиринг).

11. Бемордан кўзини юмишини сўранг.

12. Томчи қолдиқларини кўзнинг ички бурчагига суринг.

13. Иккинчи кўзга ҳам томчи томизиш зарур бўлса 7—12 пунктлардаги ҳаракатларни такрорланг.

14. Муолажадан сўнг бемор ўзини қулай ҳис қилаётганига ишонч ҳосил қилинг.

15. Қўлингизни ювинг (86-расм, а, б, в, г).

Кўзнинг пастки қовоғига тубикдан малҳам суртиш алгоритми:

1. Малҳамнинг номини ўқинг.

2. Стерил пахта шарчаларни тайёрланг.

3. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

4. Унга муолажанинг кечишини тушунтиринг.

5. Беморга ётишга ёки қулай ўтиришга ёрдам беринг.

6. Қўлингизни ювинг.

7. Пахта шарча ёрдамида ўнг қўл билан пастки қовоқни тортинг.

8. Бемордан юқорига қарашни сўранг.

9. Пастки қовоқни ушламанг (бемор кўзини ёпиши лозим).

10. Беморга кўз қовоғидан оқаётган малҳамни артиш учун тоза пахта шарча беринг.

11. 2-кўзнинг пастки қовоғига малҳам суртиш зарур бўлганда 6—11-пунктларда кўрсатилган ҳаракатларни такрорланг.

12. Беморга қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг.

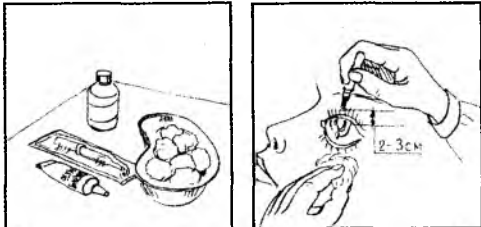
13. Бемор муолажа туфайли ноқулайлик сезмаётганлигига ишонч ҳосил қилинг.

14. Қўлингизни ювинг (87-расм, а, б, в, г).

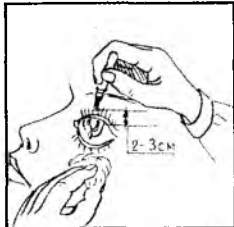
ЭСЛАТМА! Малҳам суртишда ҳар бир беморга алоҳида тубик бўлиши лозим.

Пастки қовоққа шиша таёқча билан малҳам суртиш алгоритми:

1. Малҳамнинг номини ўқинг.



а



б

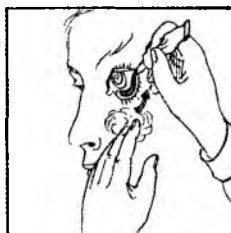


в

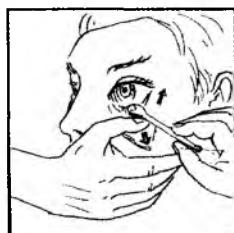


г

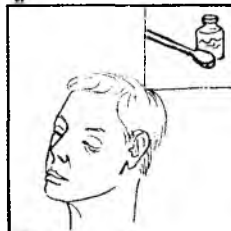
86-расм. Кўзга томчи томизиш (а, б, в, г).



а



б



в



г

87-расм. Тубикдан кўзнинг пастки қовоғига малҳам суртиш (а, б, в, г).

2. Пахта шарча ва шиша тайёқчаларини тайёрланг (ҳар бир кўз учун алоҳида).
3. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.
4. Беморга муолажанинг кечишини тушунтиринг.
5. Беморга ётиши ёки қулай ўтиришига ёрдам беринг бунда унинг боши озроқ орқага эгилган бўлиши лозим.
6. Қўлингизни ювинг.
7. Таёқча билан озгина кўз малҳамидан олинг.
8. Бемордан юқорига қарашни сўранг ва пахта шарча билан пастки қовоқни тортинг.
9. Кўзнинг пастки қовоғига малҳам қўйиш учун кўзнинг ички бурчагидан ташқи бурчагига қараб малҳамни суртинг (малҳамли шиша тайёқчани пастга қаратиб ушланг).
10. Бемордан кўзини юмишини сўранг.
11. Юмилган кўздан томаётган малҳамни артиш учун беморга тоза пахта шарча беринг.
12. 2-кўзнинг пастки қовоғига малҳам суртиш зарур бўлганда 7—11 пунктларда кўрсатилган ҳаракатларни такрорланг.
13. Беморга қулай вазиятни эгаллашга ёрдам беринг.
14. Муолажадан сўнг бемор ўзини енгил ҳис қилаётганлигига ишонч ҳосил қилинг.
15. Қўлингизни ювинг.

Кукун дорини қўллаш

1. Дори моддасининг номини ўқинг.
2. Беморга дори моддаси ҳақида зарурий маълумот беринг.
3. Унга муолажанинг кечишини тушунтиринг.
4. Бемордан муолажа вақтида атрофида бошқа беморларнинг бўлишини хоҳлаш-хоҳламаслигини сўранг (агар касалхонада бошқа беморлар бўлса).
5. Агар бемор хоҳламаса уни тўсиқ билан чегаралаб қўйинг.



6. Қўлингизни ювинг.
7. Кукун сепиладиган соҳани дока салфетка билан қуритинг.
8. Кукунли идишни юқорига ўгириб бир хилда керакли микдорда тери юзасига сепинг (88-расм).
9. Тўсиқни олиб ташланг.
10. Қўлингизни ювинг.

88-расм. Кукун дорини қўллаш.

Терига малҳамларни қўллаш

Малҳамларни қўллаш усуллари турлича: терига юпқа қатлам билан суриш, ишқалаш, малҳамли бойламлар. Малҳам қўллаш усулини шифокор белгилайди.

Терига малҳам ишқалаш алгоритми:

1. Дори моддасининг номини ўқинг.

2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

3. Унга қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг.

4. Бемордан тўсиқ билан чегаралашга хоҳишини сўранг (агар касалхонада бошқа бемор бўлса).

5. Малҳам ишқалаш зарур бўлган тери соҳасини кўздан кечиринг.

6. Қўлингизни ювинг.

7. Ишқалашга керак бўлган малҳам миқдорини махсус мосламага туширинг (89-расм, а, б, в, г).

8. Малҳамни шифокор белгилаган тери юзасига айланма ҳаракат билан малҳам изи йўқолгунча ишқаланг.

9. Агар кўрсатма талаб этса, беморни иссиқ қилиб ўраб қўйинг.

ЭСЛАТМА! Тиббиёт ҳамширасига малҳамни ҳимояланмаган қўллар билан ишқалаш тавсия этилмайди.

10. Муолажадан сўнг бемор ўзини ноқулай сезмаётганлигига ишонч ҳосил қилинг.

11. Қўлингизни ювинг.

Айрим ҳолларда малҳам терига кучли таъсир кўрсатмаганда бемор малҳамни мустақил ўзи ишқалаш мумкин (бармоқ ёстиқчалари билан).

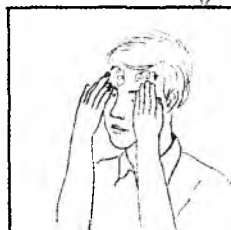
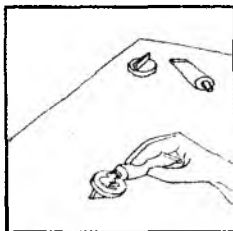
Терига малҳам суртиш алгоритми:

1. Малҳам номини ўқинг.

2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

3. Беморга муолажа учун қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг.

4. Қўлингизни ювинг.



89-расм. Терига малҳам ишқалаш (а, б, в, г).

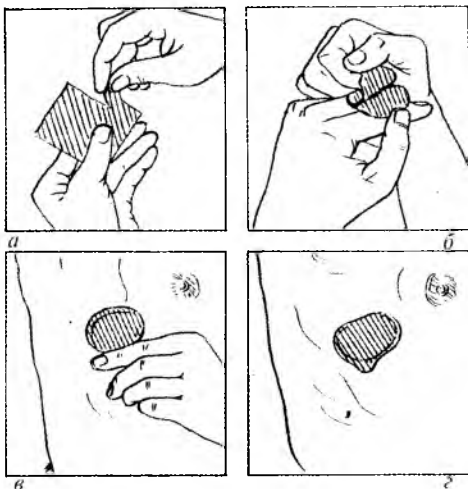
ҳидли, кийимни ифлос-лайдиган бўлса, салфетка устидан қаватли пахта қўйиш ҳам мумкин.

8. Боғламли салфеткани (ва пахтани) бинт билан маҳкамланг.

9. Боғлам қўйилгандан сўнг бемор ўзини ноқулай ҳис қилмаётганлигини сўранг;

10. Қўлингизни ювинг.

11. Беморни малҳамли боғлам қанча вақт туриши ҳақида огоҳлантиринг (91-расм, а, б, в, г).



92-расм Пластирларни қўллаш (а, б, в, г).

Пластирларни қўллаш

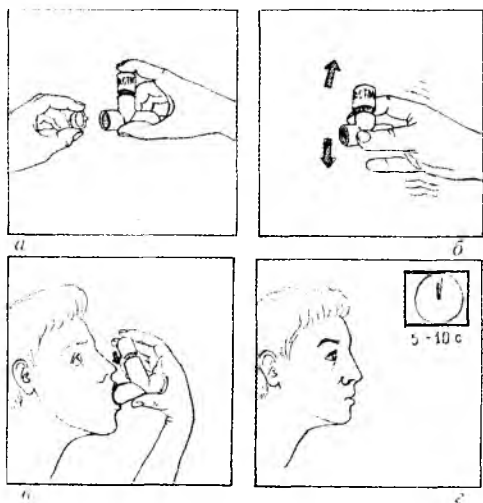
Пластир фақатгина боғлашлар, игна ва бошқа мосламаларни маҳкам қилиш учунгина эмас балки даволаш мақсадида дори сифатида ҳам ишлатилади (92-расм, а, б, в, г).

Дори моддаларини ингальяция қилиш

Дори воситаларини нафас йўли орқали организмга киритиш ингальяция деб аталади. Дори моддаларини ингальяция йўли билан киритишни тиббиёт ҳамшираси беморга ўргатиши лозим, чунки бу муолажани беморнинг ўзи бажаради. Дори моддалари ингальяция йўли билан оғиз ва бурун орқали киритилади.

Дори моддаларини оғиз орқали ингальяция қилиш алгоритми:

1. Дори моддасининг номини ўқинг.
2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.
3. Унга муолажанинг ўтишини тушунтиринг.
4. Қўлингизни ювинг.
5. Беморга дори моддаси солинмаган ингальяция баллончасида муолажанинг бажарилишини кўрсатинг.
6. Беморни ўтқазинг (агар беморнинг аҳволи йўл қўйса муолажани тик турган ҳолда бажарган маъқул).
7. Ингальатордан ҳимоя қалпоқчасини ечинг.
8. Аэрозолли нокчани юқорига кўтариб уни силкитинг.
9. Бемордан чуқур нафас чиқаришини сўранг.



93-расм. Оғиз орқали дори моддалари ингальяцияси (а, б, в, г).

нафас олишини сўранг.

14. Бу муолажани беморга мустақил, яъни ингальятор билан сизнинг иштирокингизда бажаришини таклиф қилинг.

ЭСЛАТМА: Ингальяция сонини ва улар ўртасидаги танаффусни шифокор белгилайди.

15. Ингальяторни ҳимоя қалпоқчаси билан ёпинг ва уни четга олиб қўйинг.

16. Қўлингизни ювинг (93-расм, а, б, в, г).

Дори моддаларини бурун орқали ингальяция қилиш

Дори моддаларини ингальяция йўли билан қўллашнинг қулай бўлиши учун бу препаратга махсус кийдиргич ишлаб чиқилган бўлиб, бунда ингальяция ҳам бурун орқали ҳам оғиз орқали амалга оширилади. Бу кийдиргич аэрозол ингальятор билан бир хил баландликда жойлашган бўлади.

Дори моддаларини бурун орқали ингальяция қилиш алгоритми:

1. Дори воситасининг номини ўқинг.
2. Беморга дори воситаси ҳақида маълумот беринг.
3. Беморга муолажанинг кечишини тушунтиринг.
4. Қўлингизни ювинг.
5. Беморга дори воситасиз ингальяция нокчаси ёрдамида муолажа бажаришни кўрсатинг.
6. Уни ўтқазинг.
7. Ингальятордан ҳимоя қалпоқчасини ечинг.

8. Аэрозол солинган нокчанинг оғзини пастга қилиб силкитинг.

9. Бемордан бошини озгина орқага эгиб, ўнг елка томонга буришини сўранг.

10. Унга бармоғи билан бурнининг ўнг қанот тўсигига босишини айтинг.

11. Бемордан оғиз орқали чуқур нафас чиқаришини сўранг.

12. Мундштук учини бемор бурнининг чап тешигига киртинг.

13. Ундан бурун орқали чуқур нафас олишини ва бир вақтда нокча тубини босишини сўранг.

14. Мундштук учини бемор бурнидан чиқариб олинг, унга 5—10 сония нафасни ушлаб туришини айтинг.

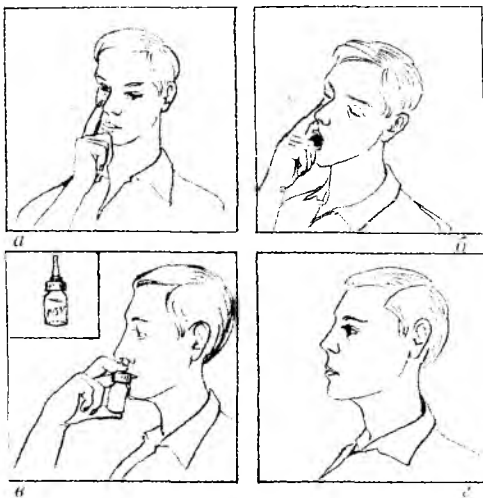
15. Бемордан эркин нафас чиқаришини сўранг.

16. Буруннинг ўнг тешигига ингальяция қилишда (11—17 пунктлар) беморга бошини чап елкасига эгиб, бурун чап қаноти тўсигига босишини маслаҳат беринг.

17. Бу муолажани беморга мустақил равишда ингальятор билан сизнинг иштирокингизда бажаришини таклиф қилинг.

18. Ингальяторнинг ҳимоя қалпоқчасини ёпиб, уни махсус белгиланган жойга қўйинг.

19. Қўлингизни ювинг (94-расм, а, б, в, г).



94-расм. Дори воситаларини бурун орқали ингальяция қилиш (а, б, в, г).

Дори моддаларини энтерал юбориш

Дори моддаларини энтерал йўл билан юбориш қуйидагича амалга оширилади:

- оғиз орқали (per os);
- тўғри ичак орқали (per rectum);
- тил остига (sub lingua).

Дори моддаларни оғиз орқали қўллаш

Дори моддаларини оғиз орқали қўллаш энг қулай ва кенг тарқалган усул бўлиб, бунда дори моддаларининг қуйидаги турлари-

ни оғиз орқали киритиш мумкин (порошоклар, таблеткалар, пилюлалар, дражелар, микстуралар ва бошқалар).

Аммо бу киритиш усулининг бир қанча камчиликлари мавжуд:

- жигарда дори моддалари активлигининг қисман бузилиши;
- организм ҳолатига, индивидуал сезувчанлигига, ривожланган патологик жараёнга, беморнинг ёшига боғлиқлиги;
- овқат ҳазм қилиш тизимида дори моддаларининг суст ва тўлиқсиз сўрилиши.

Ҳушсиз ҳолатдаги, қусаётган беморда дори моддаларини бу усул билан қўллаш мумкин эмас. Бўлимда дори моддаларини қуйидагича тарқатилади:

а) ҳаракатланидиган столга идишдаги дорилар (флаконда суюқликлар, томизғичлар, мензуркалар, идишда сув, қайчи, буюртма варақаси) тайёрланади;

б) дори моддасини ҳар бир беморга ётган жойда буюртма варақасига биноан берилади;

в) бемор дори моддасини сизнинг иштирокингизда қабул қилиши лозим.

Дори моддаларини бу тартибда тарқатишнинг афзаллиги шундаки, биринчидан тиббиёт ҳамшираси беморнинг дори моддасини қабул қилганлигини назорат қилади. Иккинчидан у беморнинг қандай дори моддасини қабул қилаётгани ва унинг таъсир доирасини билади. Ниҳоят учинчидан дори моддаларини тарқатишда хатоликларга йўл қўйилмайди. Дори моддаларини беморга беришда уни у ёки бу модданинг ўзига хослиги ҳақида огоҳлантириш лозим (аччиқ маза, ўткир ҳид, таъсирининг муддати, сийдик ёки ахлат рангининг ўзгариши).

ЭСЛАТМА!

1. Бемор дори моддасининг номини, таъсирини билиши мумкин.

2. Беморга дори моддасини қандай ичишни айтиш лозим.

3. Бемор қабул қилган дори моддаси ва унинг овқат маҳсулотлари билан ўзаро таъсири ҳақида огоҳлантирилиши лозим.

Дори моддаларини тарқатиш алгоритми:

1. Тахламдаги этикетка ва буюртма вароғидаги ёзувни диққат билан ўқиб чиқинг.

2. Беморга дори моддасини фақат ўринда тарқатинг.

3. Бемор дори моддасини сизнинг ҳузурингизда қабул қилиши лозим (фақат овқат пайтида қилинадиганларидан ташқари).

4. «Овқатдан олдин» қабул қилинадиган дори моддаларини овқатланишдан 15 дақиқа олдин, «овқатдан сўнг» қабул қилинадиган дориларни овқатлангандан 15 дақиқа ўтгач қабул қилина-

ди. «Оч қоринга» эрталаб овқатдан 20—60 дақиқа олдин (ични бўшаштирувчи ва гижжаларга қарши дорилар) қўлланилади.

5. Ухлатувчи дориларни бемор ухлашдан 30 дақиқа олдин қабул қилиши лозим.

6. Нитроглицерин, валидол ҳар доим беморнинг тумбочкасида бўлиши керак.

7. Беморни дори моддасининг қўшимча таъсири ҳақида огоҳлантириш лозим.

Таблетка, капсула, драже, пилюлаларни қабул қилишда бемор уларни тил илдизига қўяди ва кам миқдордаги сув билан ичади (баъзи бир ҳолларда кисел ёки сут билан). Агар бемор таблеткани бутунлигича ютолмаса унга чайнаб ютишни тавсия этиш мумкин (таркибида темир сақловчи таблеткаларни бутунлигича қабул қилиш лозим). Драже, капсула, пилюлалар ўзгартирилмаган кўринишда қабул қилинади.

Кукун дорилар бемор тилининг илдизига сепилади ва сув ичиб юборилади ёки сув билан аралаштириб ичилади.

Настойкалар, эритмалар микстуралар, қайнатмалар кўпинча ош қошиқда буюрилади (15 мл). Бунда даражаланган мензуркалардан фойдаланиш жуда қулай.

Спиртли настойкалар, экстрактлар ва баъзи эритмалар (масалан 0,1%ли атропин сульфат эритмаси) томчиларда буюрилади.

Кўпинча флаконлардаги спиртли настойкаларнинг қопқоғида томизғичлар бўлади. Агар флаконда ушбу томизғич бўлмаса, бу ҳолда пипетка билан мензуркага керакли миқдорда томчи солинади, озгина сув қўшилиб беморга ичишга берилади. Томизғичда қолган суюқлик тўкиб ташланади.

Дори моддаларини тил остига қўйиш (сублингвал)

Қоида бўйича тез таъсир қилувчи моддаларни сублингвал йўл билан қабул қилиш буюрилади. Бунда дори шакллари турлича бўлиши мумкин (таблеткалар, эритмалар, капсулалар). Дори моддаларини тил остига қабул қилиш, бемор ҳаётига хавф солувчи юрак соҳасидаги оғриқлар билан боғлиқ. Бемор дори моддасини ҳамиша ёнида олиб юриши керак. Тиббиёт ҳамшираси беморга ушбу моддаларни сақлаш ва қабул қилиш қоидаларини ўргатиши лозим.

ЭСЛАТМА!

1. Агар бемор таблеткаларни доимо олиб юриши лозим бўлса, улар герметик ёпилган тахламда, кийим чўнтагида туриши керак (ёруғликда, шунингдек ҳавода нитроглицерин парчланади).

2. Оғриқ хуружи бўлганда бемор тўхташи (агар юриб кетаётган бўлса) ва иложи бўлса ўтириши лозим.

3. Оғриқ хуружини камайтириш учун бемор шифокор буюрган миқдордаги таблеткани тил остига қўйиши ва уни тил остида тўлиқ сўрилгунча сақлаши лозим.

4. Агар оғриқ хуружи ўтиб кетмаса, бемор ёрдам сўраши зарур.

5. Бемор дори моддаси таъсирининг бошланиш ва тугалланиш вақтини билиши керак.

Валидол ва нитроглицерин эритмалари ҳам сублингвал йўл билан қабул қилинади. Бунинг учун валидол эритмасидан 5—6 томчи, ёки нитроглицерин эритмасидан 2—3 томчиси кичкина қанд бўлагига томизилади. Бемор ушбу қанд бўлагини тил остига қўйиши, тўлиқ сўрилмагунча ютиб юбормаслиги керак. Дори таъсирини тезлаштириш учун 1—2 томчи 1%ли нитроглицерин эритмасини қандсиз тил остига томизиш мумкин. Нитроглицерин капсуласини эса беморга тиши билан эзиб сўнг тил остида ушлашни таклиф қилинади. Дори моддаларини тил остига қабул қилганда, тез сўрилади, овқат ҳазм қилиш тизимида ферментлар таъсирида парчаланмай қонга ўтади.

Дори моддаларини тўғри ичакка киритиш

Тўғри ичакка тана ҳарорати таъсирида сўрилувчи суюқликлар (қайнатмалар, эритмалар, шиллиқ моддалар), шунингдек қаттиқ (суппозиторийлар) дори моддалари киритилади. Бунда дори моддалари гемorroидал веналар орқали қонга сўрилиб, резорбтив ва маҳаллий (тўғри ичак шиллиқ пардасига) таъсир кўрсатади.

ЭСЛАТМА! Дори моддаларини тўғри ичакка киритишдан олдин беморга тозаловчи ҳуқна қилиш лозим.

Беморга суппозиторийни киритиш алгоритми:

1. Музлатгичдан суппозиторийлар тахламини олинг ва номини ўқинг.

2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

3. Унга суппозиторий киритиш техникасини тушунтиринг.

4. Беморни тўсиқ билан ўраб қўйинг (агар касалхонада бошқа беморлар бўлса).

5. Ундан ёнбошига ётиб оёқларини тиззадан букишини сўранг.

6. Қўлқопларни кийинг.

7. Суппозиторий тахланган қобиқни очинг (суппозиторийни қобиқдан ажратманг).

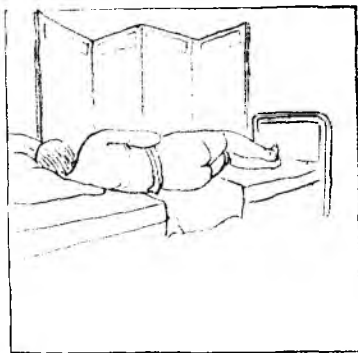
8. Бемордан ўзини бўш тутишини сўранг.

9. Бир қўл билан бемор думбаларини кериб, иккинчиси билан суппозиторийни анал тешигига киритинг.

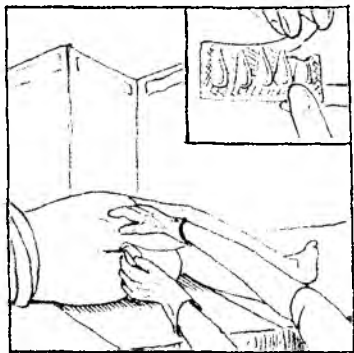
10. Бемордан ўзига қулай бўлган ҳолатда ётишини сўранг.

11. Қўлқопларни ечинг.

12. Тўсиқни олиб ташланг.



а



б

95-расм. Дори моддаларини тўғри ичакка киритиш (а, б).

13. Бир неча соатдан сўнг бемордан ичи келган-келмаганлигини сўранг.

Дори моддаларини тўғри ичакка ноксимон баллонча ёрдамида ҳам киритиш мумкин. Бу муолажа «даволовчи ҳуқна» деб аталади. Тўғри ичакка киритилган дори моддаси маҳаллий, шунингдек резербтив таъсир кўрсатиши мумкин (95-расм, а, б).

Дорили ҳуқна қилиш алгоритми:

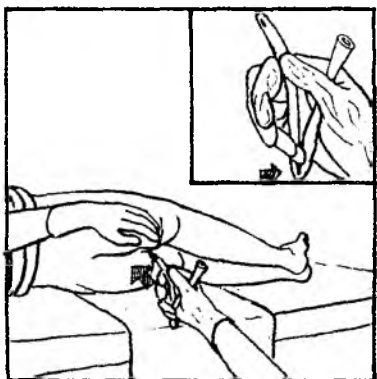
1. Беморга бажариладиган муолажани тушунтиринг.
2. Дори моддаси ҳақида зарурий маълумот беринг.
3. Дорили ҳуқна қилишдан 20—30 дақиқа олдин беморга тозаловчи ҳуқна қилинг.
4. Киритишга мўлжалланган дори моддасини сув ҳаммомида 37—38°C ҳароратигача иситинг.
5. Ноксимон баллонча ёки Жане шприци, ел чиқарувчи найча, вазелин, шпатель тайёрланг.
6. Ноксимон баллончага дори моддасидан тортинг.
7. Ел чиқарувчи найча учига вазелин суртинг.
8. Кўлқопларни кийиб, бемор тагига клеёнка тўшанг.
9. Беморга чап ёнбоши билан ётиб, тиззаларини букишда ёрдам беринг.
10. Думбаларни керинг ва ел чиқарувчи найчани 10—12 см чуқурликда киритинг.
11. Ел чиқарувчи найчанинг бўш турган учига ноксимон баллончани уланг.
12. Ноксимон баллончани аста-секин сиқинг ва суюқликни тўғри ичакка юборинг.
13. Баллончани ажратинг (у «сиқилган» ҳолда қолиши керак).
14. Ел чиқарувчи найчани чиқаринг, анал тешиги соҳасидаги терини артиб клеёнкани олиб қўйинг.



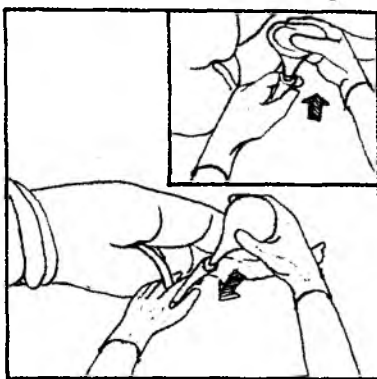
a



b



в



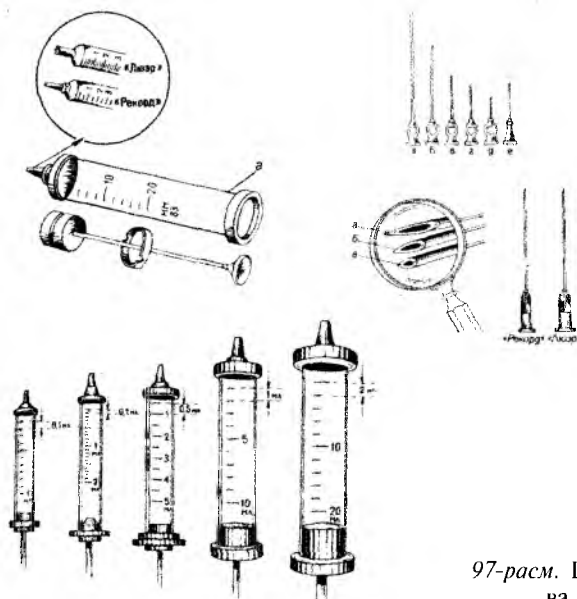
г

96-расм. Дорили ҳуқна қилиш (a, б, в, г).

15. Беморга унга қулай бўлган ҳолатда ётишига ёрдам беринг.
16. Қўлқопларни ечинг.
17. Тўсиқни олиб қўйинг.
18. Беморга бир соат мобайнида ётишни буюринг.
19. Ел чиқариш найчасини зарарсизлантирувчи эритмага солиб қўйинг (96-расм, a, б, в, г).

Дори моддаларини инъекция орқали юбориш

Парентерал усул (овқат ҳазм қилиш йўлини четлаб) бу дори моддаларини инъекция орқали юборишдир. Инъекция қилиш учун икки турдаги: «Рекорд» ва «Луер» (бир маротаба ва кўп маротаба қўлланадиган) шприцлар мавжуд. Инъекция учун шприцлар сигими — 1, 2, 5, 10 ва 20 мл бўлади. Парентерал юбориш усулида дори моддалари миллилитр ва миллиметр бўлақларида ифодаланади. Дори миқдорининг бошқа шартли ифодаси ҳам мавжуд ма-



97-расм. Шприц турлари ва игналар.

салан, қандли диабет билан касалланган беморларга инсулин таъсир бирлигида юборилади. Бунинг учун махсус шприцдан фойдаланилади, 1—2 мл ли шприц қўлланилади. Унда миллилитр бўлақларидан ташқари таъсир бирлиги бўлақлари ҳам мавжуд.

"Рекорд" ва «Луер» шприци учун игналар конюласи бўйича тақсимланади. Бундан ташқари «тери ичига» «мушак орасига», «тери остига», «венага» қўлланиладиган игналар узунлиги, кесими ва тешик шакли билан фарқланади. Игналар қатъий кўрсатма бўйича қўлланилади. Масалан, «мушак орасига» инъекция қилиш учун узунлиги 60 мм, кесими 0,8—1 мм га эга бўлган игна, «венага» узунлиги 40 мм, кесими 0,8 мм, «тери остига» узунлиги 20 мм, кесими 0,4—0,6 мм, «тери ичига» узунлиги 15 мм, кесими 0,4 мм бўлган игналардан фойдаланилади (97-расм).

Шприцни йиғиш

Агар шприцлар очиқ идишда зарарсизлантирилган бўлса, зарарсизлантиришдан сўнг уларни стерил стол устига тахланади.

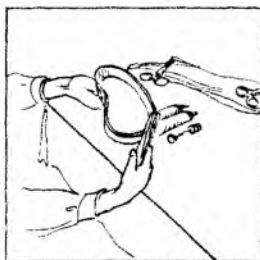
1. Стерил оқлиқ четларига маҳкамланган қисқичлар орқали стерил столини очинг.
2. Ўнг қўлда стерил пинцет билан стерил столдан битта лоток олинг ва тубидан ушлаб чап қўл кафтига қўйинг.
3. Пинцет ёрдамида лотокка поршен, цилиндр ва 2 та игна солинг (эритма тортиш ва инъекция учун).



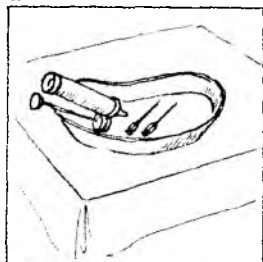
а



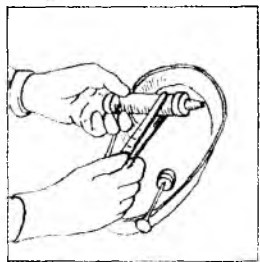
б



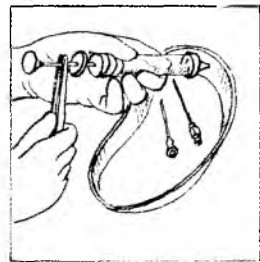
в



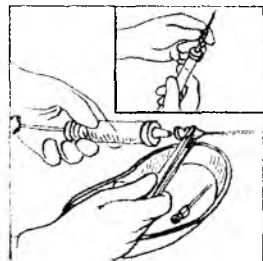
г



д



е



ж



з

98-расм. Стерил столдан шприцни йиғиш (а, б, в, г, д, е, ж, з).

4. Шприцни лотокни иш столига қўйинг, пинцетни эса хлор-гексидин эритмали идишга солинг.

5. Кисқичлар орқали стерил столни беркитинг.

6. Хлоргексидин эритмасидан олинган пинцетда ўнг қўл билан цилиндрни олинг, чап қўл билан уни йўналтиринг.

7. Поршенни пинцет билан олинг ва уни цилиндрга киритинг.

8. Пинцет билан игнани конюласидан ушлаб игна ости конусига киритинг ва маҳкамланг.

9. Пинцетни хлоргексидин эритмали идишга, шприц билан игнани эса лотокка солиб қўйинг (98-расм. а, б, в, г, д, е, ж, з).

Крафт пакети тахламидаги шприцларни йиғиш алгоритми:

1. Крафт пакетини очинг (йиртинг) ва унинг ички юзасидан (стерил) шприц йиғиш учун фойдаланинг.

2. Поршенни дастасидан ушлаб цилиндрга киритинг.

3. Дори моддасини тортиш учун игнани конюласидан олиб игна учига қўлингизни теккизмаган ҳолда конусга киритинг.

4. Бармоқларингиз орқали конюлани игна ости конусига маҳкамланг.

5. Шприцдан ҳаво чиқариб игнанинг ўтказувчанлигини текширинг.

6. Йиғилган шприцни пакетнинг ички қатламига кўйинг.

Бир маротаба қўлланиладиган шприцлар йиғилган ҳолда чиқарилади.

Шприцни инъекцияга тайёрлашда поршен жойлашган томонидан очилади.

Ампула ва флакондан дори тортиш

Ампула ёки флаконни очишдан олдин дори моддасининг номи, миқдори, яроқлилиқ муддатини диққат билан ўқинг.

ЭСЛАТМА! Ампуладаги мойли дорини сув ҳаммомида 38°C гача иситиш лозим.

Ампуладан дори тортишда ҳаракат алгоритми:

1. Қўлингизни ювинг.

2. Эритманинг ҳаммаси ампуланинг кенгайган қисмига тушиши учун силкитинг.

3. Уни аррача билан арралаб спиртга ҳўлланган пахта шарча билан артинг (дори моддасини тортишда игна ампуласининг юза қисмига тегиши мумкин эмас), ингичка қисмини синдиринг.

4. Ампулани расмда кўрсатилгандек ушланг, секин игнани киритиб эритмадан керакли миқдорини тортинг (эритмани тортиб аста-секин ампулани тубидан кўтариш мумкин).

5. Эритма тортилган игнани чиқариб инъекция қилинадиган игнани киритинг.

6. Уни маҳкамланг шприцдан эритманинг озроқ қисмини чиқариб, игнанинг ўтказувчанлигини текширинг (бунда шприцни юқорига кўтариб кўз сатҳида ушланг).

7. Инъекция қилиш учун шприцни, спиртга ҳўлланган стерил пахта шарчаларни пакетга ёки стерил лотокка солинг (99-расм, а, б).

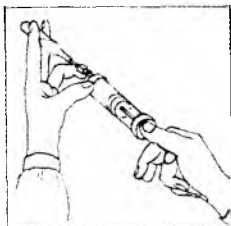
Пенициллинни эритиш алгоритми:

1. Флакондаги ёзувни ўқинг (номланиши, миқдори, яроқлилиқ муддати).

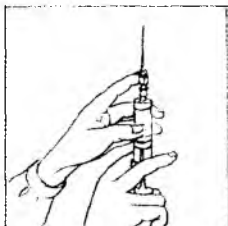
2. Ностерил пинцет билан алюмин қопқоқнинг марказини очинг.

3. Резина қопқоқни спиртли шарча билан артинг.

4. Эритувчи моддадан керакли миқдорда шприцга (5—10 мл.) тортинг (флокондаги эритма бир нечта беморга мўлжалланган бўлса, 100000 ТБ га 0,5 мл эритма солинади).



а



б

99-расм. Ампуладан дори тортиш (а, б).

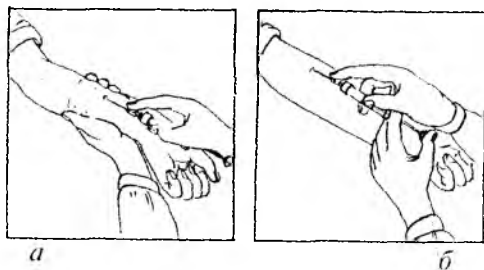
5. Флакони олинг ва унга эритувчини юборинг.
6. Игна ости конусидан флаконни игна билан чиқаринг, флаконни силкитиб порошокни тўлиқ эритинг.
7. Флакondaги игнани игна конусга киритинг.
8. Уни тубидан юқорига кўтаринг ва шприцга эритмадан тортинг.
9. Флакони игна ости конусидан чиқаринг.
10. Мушак орасига инъекция қилиш учун игнани игна ости конусига киритинг ва мустақкамланг.
11. Игнадан озгина эритма чиқариб, унинг ўтказувчанлигини текширинг.
12. Инъекция қилиш учун шприцни, спиртга ҳўлланган 2 та пахта шарчани лотокка солинг. Лотокни стерил салфетка билан ёпиб қўйинг.

ИНЪЕКЦИЯЛАР

Тери ичи инъекцияси энг юза инъекция ҳисобланади. Ташхис мақсадида 0,01 дан 1 мл гача суюқлик юборилади. Бунда инъекция қилиш жойи билакнинг олдинги юзаси ҳисобланади.

Тери орасига инъекция қилиш алгоритми:

1. Шприцга керакли миқдорда дори моддасини тортинг.
2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.
3. Унга зарурий ҳолатни эгаллашда ёрдам беринг.
4. Қўлқопларни кийинг, инъекция қилинадиган жойни бир хил йўналишда спирт билан артинг.
5. Инъекция қилинадиган жой терисини тортинг.
6. Игна кесимини юқорига қаратиб тери билан параллел қилиб учини терига киритинг.
7. Иккита бармоқ билан игнани терига босинг.
8. Чап қўлни поршенга ўтказинг уни босиб дори моддасини юборинг.
9. Спиртга ҳўлланган стерил пахтани босмасдан игнани чиқаринг. Қўлқопларни ечинг (100-расм, а, б).

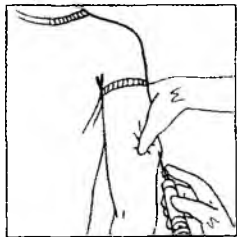
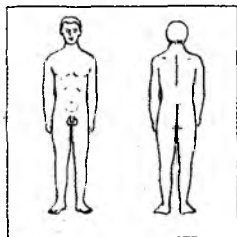


10. Беморга маълум вақт мобайнида инъекция қилинган жойга сув теккизмаслиги лозимлигини тушунтиринг (агар инъекция ташхис мақсадида қилинган бўлса).

Тери остига инъекция қилиш алгоритми:

100-расм. Тери орасига инъекция қилиш (а, б).

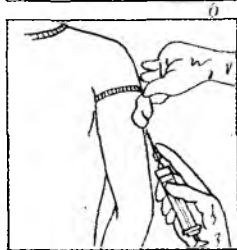
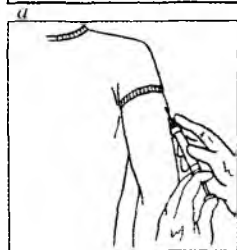
Тери ости инъекцияси чуқурроқ бажариладиган муолажа ҳисобланиб, бунда уни 15 мм чуқурликка қилинади.



1. Шприцга дори моддасини тортинг:

2. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

3. Бемордан тўсиқ билан ўраш керакми-йўқлиги ҳақида сўранг (агар бемор хонада ёлғиз бўлмаса).



4. Унга керакли ҳолатни эгаллашда ёрдам беринг.

5. Қўлқопларни кийинг, инъекция қилинадиган жойни спирта (ёки йодга) намланган иккита пахта тампон билан кетма-кет артинг, (аввал майдоғни, сўнг инъекция қилинадиган жойни).

6. Инъекция қилинадиган жойни чап қўл билан кўрсатилгандек қилиб ушланг.

7. Игнани 45° бурчак остида бурмаланган терининг юза қисмига 15 мм чуқурликда (2/3см узунликда) киритинг, бармоқ билан игнанинг конюласидан ушлаб туринг.

8. Чап қўлни поршенга ўтказиб дори моддасини юборинг. Шприцни қўлдан-қўлга ўтказмасликка ҳаракат қилинг.

9. Игнани канюласидан ушлаб чиқаринг, тешилган жойга спирта намланган стерил пахта босинг.

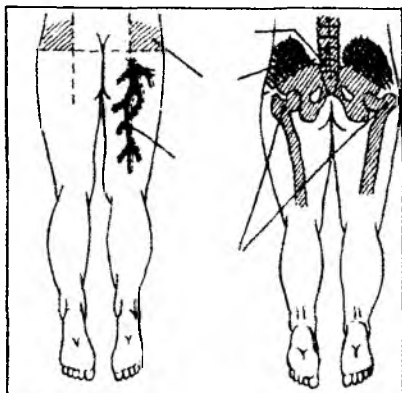
10. Пахта билан инъекция қилинган жойни секин уқаланг.

11. Бемордан ўзини қандай ҳис қилаётганлигини сўранг, қўлқопларни ечинг (101-расм, а, б, в, г).

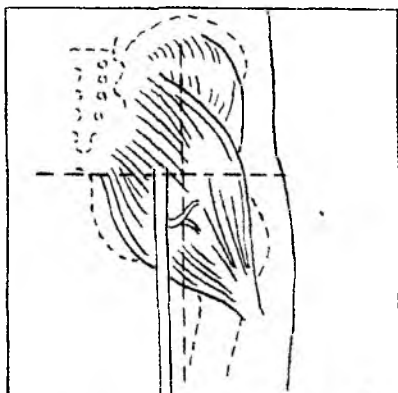
101-расм. Тери ости инъекцияси (а, б, в, г).

Мушак орасига инъекция қилиш

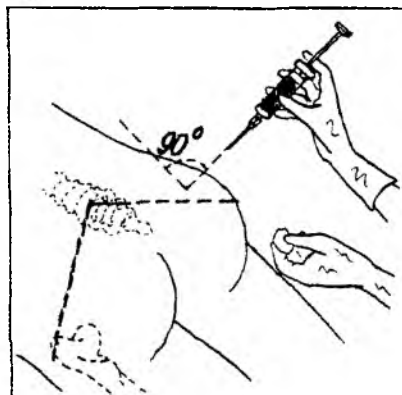
Инъекциялар мушак орасига — елкага, сонга ва думбага қилиниши мумкин. Дори моддалари кўпинча шу усулда юборилади. Думба соҳаси мушак орасига инъекциялар қилиш учун қулай жой ҳисобланади. Бу ердан қуймич нерви ва йирик қон томирлар ўтади. Инъекция қилиш учун думба хаёлан 4 қисмга бўлинади, юқори



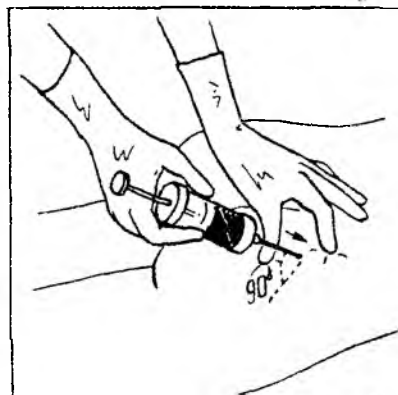
а



б



в



г

102-расм. Мушак орасига инъекция қилиш жойи (а, б, в, г).

ташқи квадрат инъекция учун қулай жой ҳисобланади (102-расм, а, б, в, г).

ЭСЛАТМА: Игнанинг тасодифан қуймиш нервига тушиб қолиши беморда фалаж ва парезга сабаб бўлади.

Мушак орасига инъекция қилиш усуллари:

Дори думба соҳасига юборилганда бемор қорнини босиб, ёки ёнбошлаб ётиши лозим. Беморни керакли ҳолатда ётқизиб, сон суягининг орқа юқори ўзаги ва катта дўнглиги пайпасланади. Та-саввур қилинган чизиқ, юқоридаги иккита йўналиш орасидан ўтади, ўтиргич нерв эса чизиққа паралел ва пастроқдан ўтади. Инъекция қилиш жойи юқори ташқи квадратнинг ёнбош суяк қирра-сидан тахминан 5—8 см пастроқда жойлашади. Мушак орасига киритиладиган игна узунлиги беморнинг тери ости ёғ қатлами-нинг қалинлигига боғлиқ. Масалан, тери ости ёғ қатлами меъёр-

дан ортиқ қалинликка эга бўлганда 60 мм узунликдаги игна, меъърий қалинликда эса 40 мм узунликка эга бўлган игнадан фойдаланилади.

Мушак орасига инъекция қилиш алгоритми:

1. Беморга дори моддаси ва қилинадиган инъекция ҳақида маълумот беринг.

2. Ундан инъекция қилиш вақтида тўсиқ билан ўраш керакми-йўқлигини сўранг (агар бемор хонада ёлғиз бўлмаса).

3. Қўлингизни ювинг.

4. Дори моддасини шприцга тортинг.

5. Беморга қилинадиган инъекция учун қулай вазиятни эгалашда ёрдам беринг («қоринда» ёки «ёнбош»).

6. Инъекция қилинадиган жойни белгиланг, қўлқопларни кийинг.

7. Инъекция қилинадиган жойни спиртга ёки йодга намланган пахта шарча билан артинг.

8. Инъекция қилинадиган жойни фиксация қилинг.

9. Игнани 2—3 мм тери устида ушлаб, 90° бурчак остида мушакка киритинг.

10. Чап қўлни поршенга ўтказиб дори моддасини юборинг.

Илитилган мойли эритмани киритишдан олдин, поршенни юқорига тортинг, шприцга қон тушмаётганлигига ишонч ҳосил қилинг ва шундан сўнг эритмани юборинг.

11. Игнани одатдагидек чиқаринг.

12. Пахтани теридан олмасдан туриб инъекция қилинган жойни секин уқаланг, қўлқопларни ечинг.

13. Беморга қулай вазиятни эгаллашида ёрдам беринг.

14. Тўсиқни олиб қўйинг.

Тиббиётда инъекция қилиш жойининг иккита йўналиши мавжуд бўлиб, бу белга ва қоринга яқин жойлашган думба соҳасидан иборат.

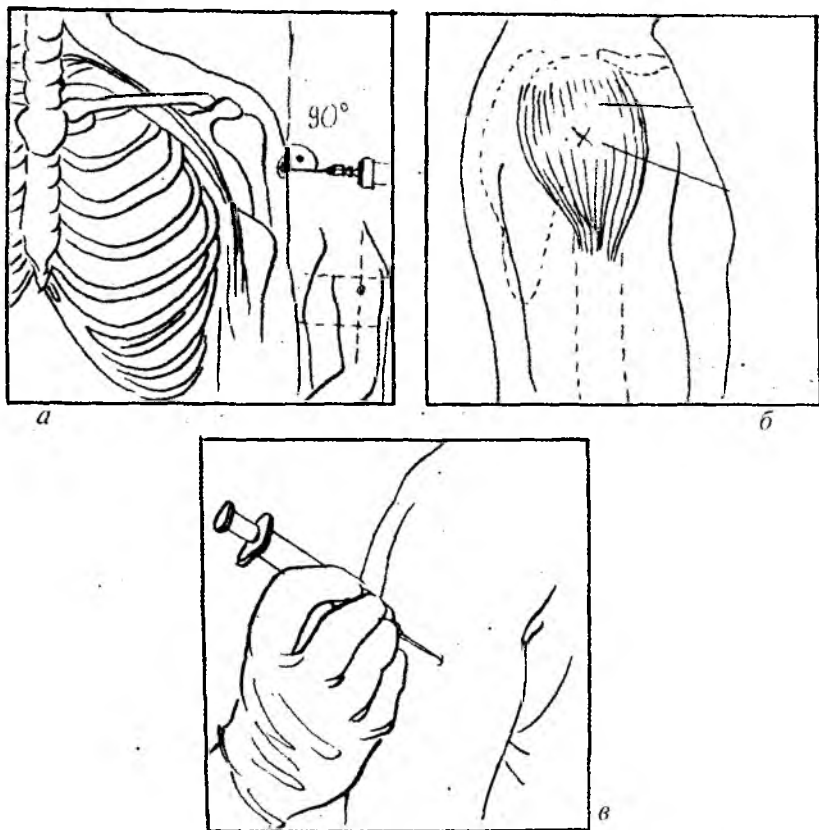
Булардан иккинчи йўналишни кўриб чиқадиган бўлсак, бу жой ўрта ва кичик ёнбош мускулларини ўз ичига олади. Ҳамшира инъекция қилиш жойини аниқлаш учун бармоқларини бемор сон суягининг катта дўнглигига қўяди, бунда ўнг қўл чап сон суяги учун, чап қўл эса ўнг сон суяги учун қўлланилади. Тиббиёт ҳамшираси қўлининг катта бармоғини беморнинг чов соҳасига йўналтиради, кўрсаткич бармоғини қуймич суягининг олдинги юқори ўсимтаси рўпарасида жойлаштиради, ўрта бармоқ эса чаноқ суягидан думба соҳасига тортилади.

Кўрсаткич, ўрта бармоқ, чаноқ суягининг қирраси «У» шаклидаги учбурчакни ҳосил қилади. Инъекция жойи учбурчакнинг маркази ҳисобланади.

Ёш болалар ва қарияларда инъекция бажариш давомида дори моддасини мускул орасига тушганлигига ишонч ҳосил қилиш учун тери ва мускул бурма ҳолига келтирилиб, сўнг дори моддаси юборилади. Инъекция бажаришда бемор чалқанча оёқнинг тизза бўғими озроқ букилган ёки ўтирган ҳолатда бўлади. Инъекция мушак орасига 90 градус бурчак остида киритилади.

Дельтасимон мушак орасига инъекция қилиш

Елка бўйлаб елка артерияси ва нерви ўтади. Ҳамширалар инъекция учун бу соҳани камдан кам қўллайдилар. Бошқа жойга инъекция қилиш мумкин бўлмаганда ёки бир кунда мушак орасига бир неча инъекция қилиш лозим бўлса бу усулдан фойдаланилади. Болаларда бу мушак ривожланмаган бўлади. Инъекция пайтида бемор қўлини бўшаштириши ва тирсак бўғимида букиши



103-расм. Елка мушак орасига инъекция қилиш (а, б, в).

лозим. У ётиши ёки ўтириши мумкин. Инъекция жойи курак суягининг акромиал ўсиғидан тахминан 2,5—5 см пастда жойлашади. Игна мушак орасига 90 градус бурчак остида киритилади (103-расм, а, б, в).

Венага инъекция қилиш алгоритми:

Вена ичига инъекцияларни тирсак бўғими венасига қилиш қулай, лекин айрим ҳолларда бу муолажа учун елка олди майда веналар, панжалар, товон, чақалоқ ва ёш болаларда чакка соҳаси қўлланилади.

1. Беморга дори моддаси ҳақида маълумот беринг.

2. Шприцга дори моддасини тортинг.

3. Беморга қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг.

4. Беморнинг тирсаги остига клеёнка ёстиқча қўйинг, қўлқопларни кийинг.

5. Елканинг ўрта қисмига резина жгут боғланг, бунда билак артериясидаги пульс ўзгармаслиги лозим. Жгутни шундай боғлаш керакки, унинг икки учи юқорига, ҳалқаси эса пастга йўналган бўлсин.

6. Бемордан кафтини бир неча маротаба сиқиб очишини сўранг, бир вақтнинг ўзида тирсак буқимини спиртга намланган стерил пахта билан артинг. Перифериядан марказга ҳаракат қилиб, томилар тўлиқлигини аниқланг (кўпроқ тўлишган венани топиш лозим).

7. Шприцни олинг, кўрсаткич бармоқ билан игна канюласини, бошқа бармоқлар билан эса цилиндр юқорисидан ушланг.

8. Игнанинг ўтказувчанлигини ва шприцда ҳаво йўқлигини текширинг, (агар шприцда майда пуфакчалар бўлса, уни силкитинг, майда пуфакчалар катта бир пуфакка айланади ва уни игнадан чиқариб юбориш осон бўлади).

9. Чап қўлингиз билан тирсак буқимидаги терини тортинг.

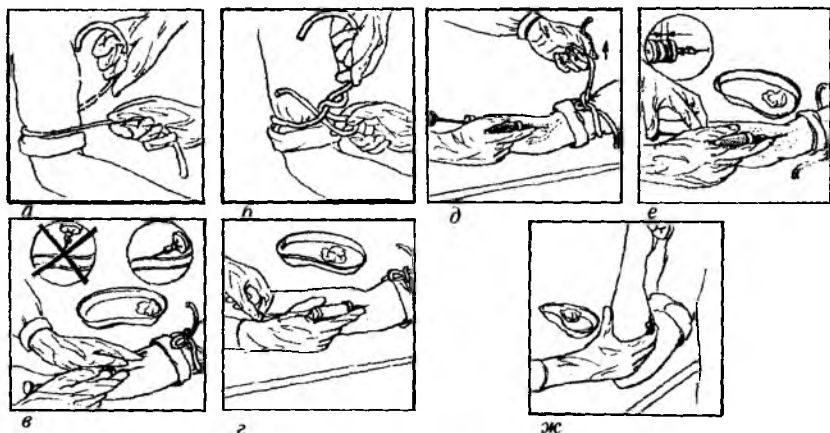
10. Шприц ҳолатини ўзгартирмасдан, игна кесимини юқорига ва терига параллел ушлаб венага киритинг.

11. Чап қўлингиз билан венани аниқлаган ҳолда игнанинг йўналишини нисбатан ўзгартириб бўшлиққа тушганингизни ҳис қилгунча, аста-секинлик билан венани тешинг.

12. Игна венада эканлигига ишонч ҳосил қилинг, поршенни ўзингизга тортинг (шприцда қон ҳосил бўлиши лозим).

13. Жгутни чап қўл билан бир учидан тортиб ечинг, бемордан муштини очишини сўранг.

14. Шприц ҳолатини ўзгартирмасдан чап қўл билан поршенни босинг ва дорини аста-секинлик билан юборинг.



104-расм. Венага инъекция қилиш (а, б, в, г, д, е, ж).

15. Инъекция қилинган жойга спиртда намланган пахта шарча босиб игнани чиқаринг, қўлқопни ечинг, қон билан ифлосланган пахта шарчани беморда қолдирманг (104-расм, а, б, в, г, д, е, ж).

Махсус система ёрдамида венага томчилаб дори юбориш

Системани тайёрлаш алгоритми:

1. Тахламли пакетнинг бутунлиги ва системанинг яроқлилик муддатини текширинг.
2. Ностерил пинцет билан дори моддаси солинган флаконнинг металл қопқоғини марказий қисмидан очинг ва спиргга намланган пахта билан артинг.
3. Тахламли пакетни очиб, системани олинг (барча ҳаракатлар иш столида бажарилади).
4. Игнаги ҳаво ўтказгичдан қопқоқчани очинг, фильтр билан бекилган калта найли, игнани флаконнинг тиқинли қисмига охиригача киритинг, ҳаво ўтказгичнинг бўш учини флаконга резина ёрдамида маҳкамланг.
5. Винтли қисқични ёпинг, системанинг калта учудаги игна қисмидан қопқоқчани ечиб, уни игнали флаконнинг тиқинига охиригача киритинг.
6. Флаконни ўгириб штативга маҳкамланг.
8. Қисқични очинг, томизғични биринчи ҳолатига қайтаринг, фильтрни суюқлик билан тўлдиринг.
9. Системанинг узун найли қисмини аста-секин суюқликка тўлдириб, найдаги ҳавони токи игнадан инъекция учун томчи ҳосил бўлмагунча ҳайданг.



а



б



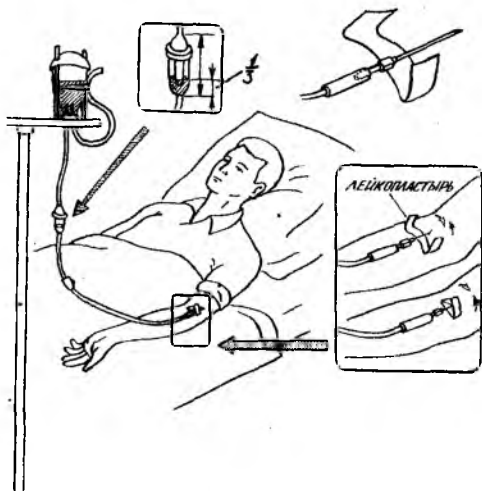
в

105-расм. Вегага дорини томчилаб юбориш учун системасини тўлдириш (а, б, в).

10. Унинг узун найчасида ҳаво пуфаклари йўқлигини текширинг. Стерил лоток ёки тахламли пакетга инъекция учун қопқоғи ёпилган игна, спиртга намланган пахта шарчалар, стерил салфетка солинг, эни 1 см узунлиги 4—5 см бўлган ёпишқоқ пластир тайёрланг (105-расм, а, б, в).

Венепункция қилиш алгоритми:

1. Беморга бажариладиган муолажа ҳақида маълумот беринг.
2. Беморга қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг(қўлқопларни кийинг).
3. Бемор елкасининг пастки қисмига жгут боғланг.
4. Спиртга намланган иккита пахта шарча билан тирсак букими соҳасини артинг, бунда бемор муштини очиб-ёпиб туради.
5. Тирсак букими терисини тортиб венани мўлжалга олинг.



106-расм. Венага томчилаб дори юбориш.

11. Томчилаб юбориш муолажаси тугагунча беморнинг аҳволини назорат қилиб турунг. Агар бир неча флакондаги дори эритмаларини кетма-кет юбориш лозим бўлса бу қуйидаги усулда бажарилади: биринчи флаконда оз миқдорда эритма қолганда ундан зудлик билан ҳаво ўтказгич чиқарилади ва олдиндан штативга ўрнатилган флаконнинг тиқинига киритилади. Шу тарзда системанинг калта қисмидаги игна флаконга ўтказилади.

12. Винтли қисқични ёпинг.

13. Инъекция қилинган жойни 2—3 дақиқа спиртли пахта билан босиб, игнани венадан чиқаринг (пахтани бемор қўлида қолдирманг), қўлқопларни ечинг.

14. Ортиқча нарсаларни олиб қўйинг.

Венага тез-тез ва узоқ муддатга дори моддаларини томчилаб қуйиш зарурати бўлганда венани катетерлаш усули қўлланилади. Умров ости венасини катетерлашни шифокор, периферик веналарни катетерлашни тиббиёт ҳамшираси бажаради. Бизнинг фикримизча бу муолажа учун инфузион канюла энг қулай мослама ҳисобланади (106-расм).

Панжа веналарини катетерлаш алгоритми:

1. Беморга қилинадиган муолажа ҳақида маълумот беринг.
2. Беморга юбориладиган дори моддаси ҳақида тушунтиринг.
3. Томчилаб юбориш учун системани тайёрланг.
4. Беморга қулай вазиятни эгаллашда ёрдам беринг.

5. Канюла тахламининг бутунлигини ва яроқлик муддатини текширинг.

6. Қўлқопларни кийинг, венепункция қилинадиган соҳани спиртли пахта билан артинг.

7. Канюла тахламини очинг.

8. Катта бармоқ билан канюлани маҳкамланган қобиғи ёки қопқоғидан иккинчи ва учинчи бармоқлар билан олдинги тилчасидан ушланг.

9. Тери ва венани одатдаги усулда тешинг, индикатор камерасига қон сизиб чиқиб, камеранинг учига қопқоғи канюладан қон оқишини тўхтатади.

10. Канюлани жойида ушлаб эҳтиётлик билан тефлонли катетерни томирга киритинг.

11. Катетерни бармоғингиз билан босиб игнани тўлиқ чиқаринг.

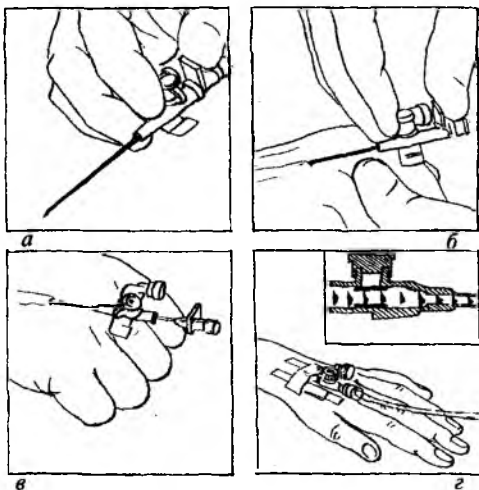
12. Канюладаги дори моддаси тўлдирилган системани уланг.

13. Унинг эластик тилчаларини ёпишқоқ пластир билан терига ёпиштириб қўйинг.

14. Томчиларнинг тушиш тезлигини тўғриланг.

15. Томчиларнинг томиши тугаши билан системани ажратинг.

16. Агар беморга такроран дори қўйиш ёки венага инъекция қилиш зарурати бўлса, канюлани қопқоқ билан ёпиб қўйинг. Қўлқопларни ечинг (107-расм, а, б, в, г).



107-расм. Канюля ёрдамида кафт веналарини катетерлаш (а, б, в, г).

Инъекция асоратлари

Инфильтрат — кўпроқ тери ости ва мускул орасига қилинган инъекциялардан сўнг содир бўлади. Бунга:

а) ўтмас игна;

б) ингичка игна (барча инъекция турларида) сабаб бўлади.

Абсцесс — бу юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллиғланиши бўлиб, бунинг сабабалари юқоридагидек.

Игнанинг синиб кетиши — инъекция бажариш вақтида эски игнадан фойдаланишдир.

Медикомендоз (дори моддаси натижасида) эмболия — мойли эритмаларни тери остига ва мускул орасига юбориш вақтида уларнинг томир бўшлиғига тушиб, тикилиб қолиши натижасида юзага келади.

Ҳаво эмболияси — инъекцияларни асосан венага оқма ва томчи усулида юборилганда содир бўлади.

Нерв толаларининг шикастланиши — асосан мускул орасига ва вена ичига инъекция қилинганда содир бўлади. Бу инъекция учун нотўғри жойни танлаш ёки дори моддалари маълум қисмининг тери остига кетиши ва нервни озиклантирувчи томирнинг димланиб қолиши сабабли пайдо бўлади.

Тромбофлебит — вена томирларининг тромблар тикилиб қолиши оқибатида яллиғланишидир. Ўтмас игналарни қўллаш ва венанинг бир қисмига тез-тез инъекция қилиш сабабли пайдо бўлади.

Некроз (терининг ўлиши) — кўпинча венепункцияда (тешиш) кучли таъсир этувчи дори моддалари маълум миқдорининг адашиб тери остига кетишидир.

Аллергик реакциялар. Организмнинг юборилган дори моддаларига жавобан рўй берадиган аллергия ҳолатлари — эшакем тошиши, ҳиқилдоқ ва трахеянинг шишиши, астма хуружи (бўғилиш), аллергия тумов, конъюнктивит ва бошқалар билан намоён бўлиши мумкин. Лекин энг кўрқинчли аллергия реакция — **анафилактик шок** ҳисобланади. У инъекциядан кейин бир неча дақиқа ўтиши билан ривожланади. Бунда беморнинг дармони қуриydi. Бадан териси оқаради ва совуқ тер босади, оёқ-қўллари музлаб кўкариб кетади, артериал босими кескин пасаяди, пульси ипсимон бўлиб қолади, талваса тутади, сўнгра бемор ҳушдан кетиб ўлиб қолиши мумкин. Бу ҳолда зудлик билан шифокорни чақириш ва қатор чораларни кўриш зарур:

а) дори юборилган жой юқорисидан артерия ва веналар босиладиган қилиб жгут қўйиш (жгут тўғри қўйилган бўлса, пульсни ушлаб бўлмайди);

б) иккинчи қўл венасига аллергияга қарши восита (димедрол, супрастин, дипразин, гидрокортизон ва бошқалар) юбориш;

в) жгутни ечмай препарат юборилган жой атрофидаги тери остига 0,1%ли 1мл адреналин эритмаси юбориш; бу оғир асоратнинг олдини олиш учун бемордан суриштириб кўришдан ташқари (илгари шу препаратга бўлган реакцияси хусусида), биринчи инъекцияни битта қўл ёки оёқ соҳасига қилиш (реакция пайдо бўлган тақдирда жгут қўйишга имкон бўлиши учун) ва беморни биринчи кун мобайнида, айниқса инъекциядан кейинги дастлабки дақиқаларда синчковлик билан кузатиб бориш лозим.

ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИГА ОИД МУОЛАЖАЛАР

Қусаётган беморларни парвариш қилиш

Керакли ашёлар: лоток, сочиқ, клеёнка, тоғора, зарарсизлан-тирувчи эритма.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира беморни қулай ўтқозиши, кўкрагига сочиқ ёки клеёнка солиши, оғзига лоток ёки тоғорачани яқин қилиб тутиши, челак қўйиши керак. Тиш протезлари бўлса олиб қўйилади.

2. Дармонсиз, ўтириш мумкин бўлмаган беморларга қусиш қулай бўлган ҳолат яратилади, яъни боши танасидан бир оз пастга энгаштирилади ва бемор оғзига лотокни яқин тутиб турилади, кўкрагига сочиқ ёзилади.

3. Қайт қилгандан сўнг бемор оғзини илиқ сув билан чайдирилади, лаблари, оғиз бурчаклари артилади. Дармонсиз беморларнинг оғиз бўшлиғини оддий сув ёки зарарсизловчи бирорта эритма шимдирилган (фурациллин, калий перманганат ёки 2% ли гидрoкарбонат эритмалари) пахта билан артиб қўйиш лозим.

4. Беморнинг ҳушсиз ҳолатда қусиши натижасида қусуқ маҳсулотларининг нафас йўллариغا тушиши ва айрим ҳолларда беморлар бўғилиб қолиши ҳам мумкин. Бундай беморлар учун алоҳида парвариш зарур бўлади.

Меъдани ювиш

Керакли ашёлар: йўгон зонд, воронка, сочиқ, ювиш учун сув, мой, тоғора, бемор олдига фартук, кўза.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира муолажа учун зарур нарсаларни йигади, яъни: йўгон зонд, 10 л сув, тоғора, резина фартук, кўза.

2. Беморнинг умумий аҳволини ҳисобга олиб ётқизиш ёки ўтқозиш лозим (ясама тишлар бўлса олиб қўйилади).

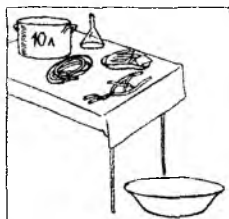
3. Бемор олдига клеёнка фартук ёки сочиқ тўшаллади.

4. Оёқ орасига ёки тиззасига тоғора қўйилади.

5. Ҳамшира беморнинг ўнг томонида туради. Стерил зонднинг бир учига мой суради.

6. Беморга оғзини катта очиб «а» деб тилини чиқариш буюрилади, бемор бурун орқали чуқур нафас олиши лозим.

Ҳамшира ўнг қўли билан зонд учини беморнинг тилчасига теккизмасдан томогига солади. Бемордан оғзини беркитиб зондни тишламасдан ютиш сўралади. Беморнинг қусгиси келганда лабларини жуфтлаб зондни сиқиб, бурун орқали нафас олиши керак.



а



б



в



г

108-расм. Меъдани ювиш (а, б, в, г).

сув тўлдирилиб, меъдага юборилади, тоғорага тўкилади ва бу ҳол бир неча маротаба, то сув меъдадан тоза ҳолда чиқмагунча давом эттирилади.

Муолажа тамом бўлгандан сўнг ҳамшира воронкани зонддан ажратиб, тез ҳаракат билан зондни меъдадан чиқаради. Воронка ва зонд иссиқ сувда ювилади сўнг қайнатилади (108-расм, а, б, в, г).

Меъда ширасини фракцион усулда олиш

Керакли ашёлар: ингичка зонд, 20 мг шприц, пробиркали штатив, лоток, синама нонушта.

Муолажа алгоритми:

Беморга бу усулнинг аҳамияти ва шарти тушунтирилади.

Керакли барча нарсалар тайёрланади: стерил зонд, шприц, штатив, пробиркалар, сочиқ, синама нонушта. Беморни стулчага ўтқазиб, олдига сочиқ ва тоғора берилади. Бемор тик турган ҳолда курак тишларидан то киндиккача бўлган масофа ўлчанади ва бир ёйилган кафт масофаси қўшилади. Бемордан оғзини катта очиб «а»— деб тилини чиқариш сўралади.

Ҳамшира беморнинг ўнг томонида туради.

Ҳамшира сувга ҳўлланган зондни ёзадиган перо каби ушлайди ва тил илдизи орқасига киритади, натижада ҳалқум эгрилиги тўғриланади ва ҳиқилдоқ усти тоғайи зонд йўлидан четлашади. Шу вақтда зонд қизилўнгачга сурилади. Бемор бурни билан чу-

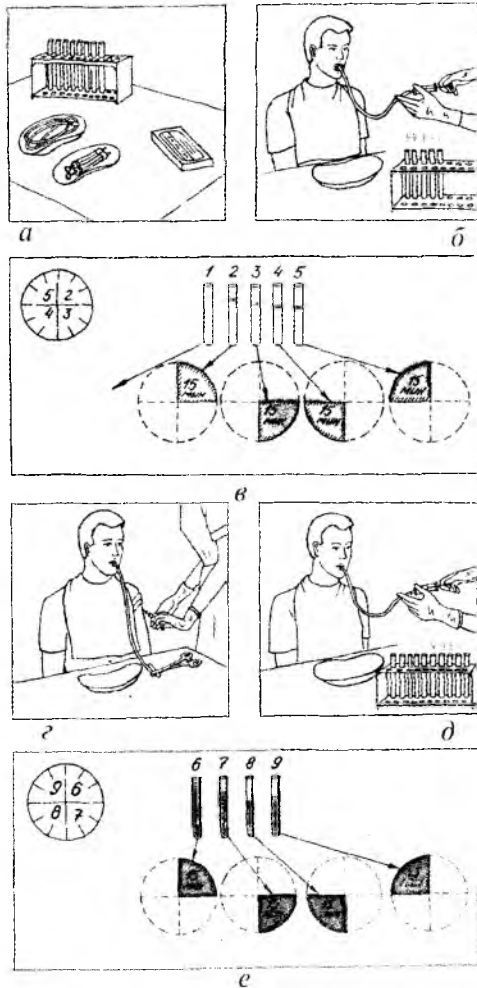
хамшира чап қўли билан бемор бошини ушлаб, ўнг қўли билан зондни белгигача киритади.

Зонднинг ташқи учига воронка ўрнатилади ва беморнинг тиззаси сатҳида бир оз қимирлатиб туриб сув қуйилади ва секин тепага кўтарилади. Воронка орқали тахминан 1 л ҳажмда сув юборилади.

Воронкани беморнинг тизза сатҳигача туширилиб, меъда ичидаги суюқлик билан тўлгунча ушлаб турилади, сўнг тоғорага тўкилади. Воронкага яна

қур нафас олиши ва қусиш белгиларини тутиб туриши, сўлагини эса сочиққа туфлаши лозим. Қусиш истаги пайдо бўлганда бемор зондни лаблари билан қисиши ва бурун орқали чуқур нафас олиши лозим. Ҳамшира чап қўли билан бемор бошини ушлаб, ўнг қўли билан зондни меъдага киритади. Зонд белгиланган узунликда ютилгандан сўнг, ҳамшира меъда суюқлигини сўриш учун унинг учига 20 гр ли шприц кийғазади. Биринчи 15 дақиқадан сўнг сўриб олинган наҳорги суюқлик 1чи ҳайдалган суюқлик миқдори ҳисобланади.

Зонд училаги шприц орқали меъдага 200 мл синама нонушта суюқлиги секин юборилади. Зонд учи боғлаб қўйилади, кейинчалик ҳар 15 дақиқада меъдада ҳосил бўлган суюқлик алоҳида пробиркаларга йиғилади. Улар 8 та бўлади. Пробиркалардаги ширага йўлланма ёзиб таҳлилхонага юборилади (109-расм, а, б, в, г, д, е).



109-расм. Меъда ширасини фракцион усулда олиш (а, б, в, г, д, е).

Дуоденал зондлаш

Керакли ашёлар: Дуоденал зонд, грелка, ёстиқча, штатив, пробиркалар, 20 мл ли шприц, сочиқ.

33 % ли магнезий сульфат эритмаси.

Муолажа алгоритми:

1. Текширишга қадар зонд қайнатилади.

2. Беморга бир кун олдин 8 томчи 1%ли атропин эритмаси берилади.

3. Дуоденал зондлаш одатда наҳорга муолажа хонасида, қаттиқ ўринда ўтказилади.

4. Металл оливали зонд ўнг кафтнинг 3 чи бармоги остига олиниб, тил орқасига киритилади ва беморга бир неча маротаба ютиш ҳаракати буюрилади.

5. Беморнинг қусгиси келганда у зондни лаблари билан қисиши ва бурун орқали чуқур нафас олиши керак. Бемор зондни керакли белгигача ютишга ҳаракат қилиши лозим.

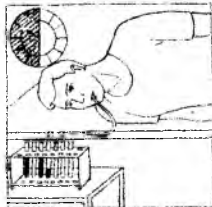
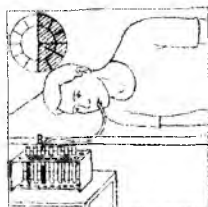
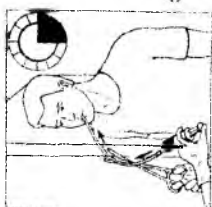
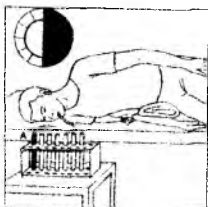
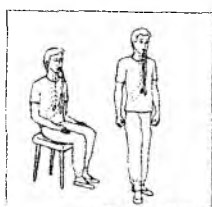
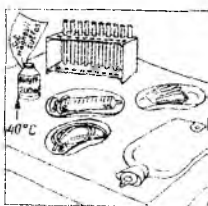
6. Зонд меъдага тушгандан сўнг бемор ўнг ёнбошига ётқизилади, оёқлари тиззасидан букилади. Ўнг ёнбошига ёстиқча ва унинг устига сочиққа ўралган иситгич қўйиш зарур.

7. Бемор аста-секин ютишни давом эттиради.

8. Зонднинг ташқи учи пробиркага киритилади.

9. Зонд киритилгандан сўнг 50—60 дақиқа ўтгач оч сариқ рангли тиниқ суюқлик ажралади (А-қисми).

10. В — ўт пуфаги суюқлигини йиғиш учун 60°С гача иситилган



ган 40—60 мл, 33% ли магнезий сульфат эритмаси шприц орқали юборилади. Одди сфинктери очилганда ўт қопчаси қисқаради. Эритма киритилгандан сўнг 5—7 дақиқа ўтгач зонд сиқилади, сўнг бўш учи пробиркага туширилади.

11. Ўт қопчаси батамом бўшагандан сўнг очиқ рангли ўт суюқлиги — С порцияси ҳосил бўлади. Суюқлик ўт йўлларида тушади, у оч лимон рангли аралашмасиз, тиниқ бўлиши керак.

12. Ўтнинг учала порцияси олингандан сўнг зонд эҳтиётлик билан чиқарилади. Пробиркалар штативга ўрнатилади, йўлланма расмийлаштирилади (110-расм, а, б, в, з, д, е).

110-расм. Дуоденал зондлаш
(а, б, в, з, д, е).

Хуқна

Соғлом одамнинг ичи мунтазам равишда кунига бир марта, бир пайтда бўшалади. Айрим касалликларда беморларда ич келиши тўхтади (қабзият). Бундай ҳолларда ични юмшатадиган маҳсулотлар, сурги дорилар, шунингдек хуқналар қўлланилади.

Хуқна деб, даво ва ташхис мақсадида йўғон ичакнинг пастки бўлагига турли суюқликларни киритишга айтилади. Хуқналарнинг: тозаловчи, сифонли, озиқли, дорили, томчили, мойли турлари бўлади. Хуқна учун Эсмарх кружкасидан фойдаланилади. Кружка тубида узунлиги 1,5 ва диаметри 1 см бўлган йўғон деворли резина найча кийдирилган сўргичли тешик, найча учида эса суюқликнинг ичакка тушишини бошқариб турадиган жўмраги бўлади. Найчанинг эркин учига узунлиги 8—10 см ли эбонит ёки пластмассадан ясалган учлик кийдирилади. У бут-бутун ва четлари силлиқ бўлиши керак. Ишлатилгандан сўнг учликни совун билан илиқ сув остида ювилади, 1% ли хлорамин эритмасида 30 дақиқа зарарсизлантирилади.

Тозаловчи хуқна

Керакли ашёлар: Эсмарх кружкаси, вазелин, учлик, тоғора, илиқ сув, кушетка, клеёнка, тувак, осиб қўйиш учун штатив, термометр.

Кўрсатмалар: 1) ич келмай қолиши; 2) операцияларга, йўғон ичакни эндоскопия қилиш ва рентгенологик текширишларга тайёрлаш; 3) заҳарланиш ва интоксикациялар; 4) даво, озиқли ва томчили хуқна қилиш олдидан.

Монелик ҳоллари: 1) тўғри ва йўғон ичакдаги яллигланиш ҳоллари; 2) қонаб турадиган бавосил; 3) тўғри ичакнинг тушиши; 4) меъда ва ичаклардан қон оқиши.

Муолажа алгоритми:

1. Хона ҳароратига эга бўлган оддий сув ёки ромашкадан тайёрланган қайнатма, зарарсизлантирилган учлик, вазелин тайёрланади.

2. Эсмарх кружкасига уй ҳароратига эга бўлган 1,5л сув қуйилади, кружка юқорига кўтарилади, учлик пастга туширилади ва жўмракни очиб озроқ миқдорда сув билан бирга, ундаги ҳаво чиқариб ташланади. Сўнгра резина найчадаги жўмрак беркитилади.

3. Беморни кушетка четига клеёнка тўшаб, чап ёнбоши билан, оёқлари букилиб, қорнига тортган ҳолда ётқизилади.

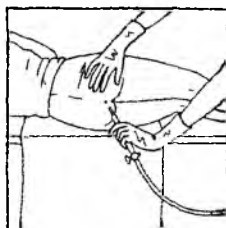
4. Учликка яхшилаб вазелин сурилади ва чап қўл билан беморнинг думбаларини кериб орқа чиқарув тешигига аста-секин киритилади. Учликни аввал юқорига ва олдинга 8—10 см киритила-



а



б



в



г

111-расм. Тозаловчи ҳуқна (а, б, в, г).

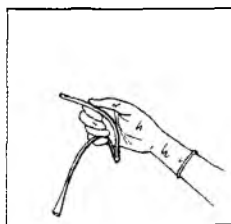
дока ёки сочиқ ёпиб қўйилади.

8. Айрим ҳолларда ахлат йиғиндиси шунчалик қаттиқ бўладики, ҳуқна қилишга имкон бўлмайди. Бундай ҳолларда ахлатни тўғри ичакдан вазелин суртилган резина қўлқоп тақиб, бармоқ билан чиқаришга тўғри келади (111-расм, а, б, в, г).

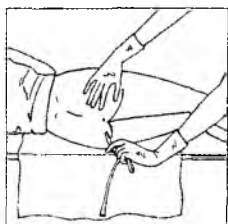
Тўғри ичакка ел ҳайдовчи найча киритиш



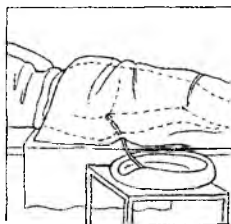
а



б



в



г

112-расм. Ел ҳайдовчи найча киритиш (а, б, в, г).

ди, сўнгра айланма енгил ҳаракатлар билан ташқи сфинктер қаршилигини енгиб, бирмунча орқага бурилади.

5. Эсмарх кружкаси 1 м баландликкача қўтарилади ва сув босим остида йўғон ичакка тушади.

6. Эритма киритилгандан сўнг жўмрак ёпилади ва айланма ҳаракат қилиб учлик аста-секин чиқарилади.

7. Муолажа тугагач, кружка ювилади, қуригунча артилади ва устига

Керакли ашёлар: ел ҳайдовчи найча, судно (тувак), клеёнка, вазелин, салфетка.

Муолажа алгоритми:

1. Ел ҳайдовчи найча, тагга қўядиган тувак, вазелин, клеёнка тайёрланади.

2. Бемор оёқлари букилган ҳолда, тагига тўрт букланган оқлиқ солиб чап ёнбоши билан ётқизилади.

3. Найчанинг юмалоқланган учига вазелин суртилиб, тўғри ичакка 20—40 см ичкарига киритила-

ди. Ел ҳайдовчи найчанинг ташқи учи беморнинг тагига қўйилган ёки ёнбошида турган тувакка туширилади. Найча ичакдаги ел чиқиб кетмагунча туриши керак. Бир соат ўтгач, найчани эҳтиётлик билан чиқариб, орқа чиқарув тешиги нам дока билан артилади, вазелин суртилади (112-рasm, а, б, в, г).

Сифонли ҳуқна

Одатдаги тозалаш ҳуқналари таъсир қилмаган ҳолларда сифонли ҳуқналар қўлланилади.

Керакли ашёлар: Резина найча, воронка, кўза, учлик, пақир, илиқ сув, тоғора, клеёнка, кушетка.

Кўрсатмалар:

1) ичакнинг тутулиб қолиши; 2) заҳарланиш; 3) даволаш мақсадида газларни ҳайдаш ва йўгон ичакнинг юқори қисмини ювиш. Ичакнинг тез бўшалиши учун сифон усули (ичакни кўп марта ювиш) энг яхши усул ҳисобланади, бу усулда туташадиган идишлардан фойдаланилади. Бундай идишнинг бири ичак, иккинчиси тўғри ичакка киритиладиган резина найчанинг ташқи учидаги воронкадир.

Муолажа алгоритми:

1. Сифонли ҳуқна учун узунлиги 1,5 м, диаметри 1,5 см стерил резина найча, 0,5 л суюқлик сиғадиган воронка, зарарасизлантнрувчи эритма ёки қайнатилган сув, кўзача, челак, вазелин тайёрланади.

2. Бемор чап ёнбоши билан ёки чалқанча ётқизилади, тагига клеёнка тўшалади, каравоти ёнига челак ва суюқлик солинган кўза қўйилади.

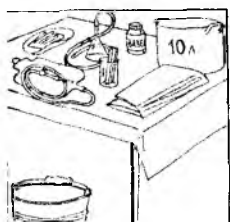
3. Резина найча учига яхшилаб вазелин сурилади, тўғри ичакка айланма ҳаракат билан киритилади.

4. Воронкани бемор танасидан озгина пастда қия ҳолда тутиш лозим. Сўнгра уни суюқлик билан тўлдириб тана устидан 0,5 м масофага кўтарилади (сув ичакка кетади).

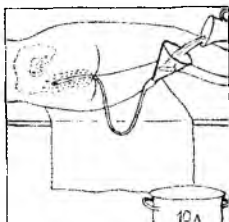
Сув камайиб воронканинг торайган қисмига етгач, уни тоғора тепасидан туширилади ва воронка сувга тўлмагунча тўнқарилмайди. Воронканинг бу ҳолатида ҳаво пуфакчалари, ахлат бўлакчалари яхши кўриниб туради.

5. Воронкани гоҳ кўтариб, гоҳ тушириб, ел чиқиши тўхтагунча ва воронкага тоза сув тушмагунча ичак ювилади. Баъзан сифонли ҳуқна учун 10 л сув сарфланади.

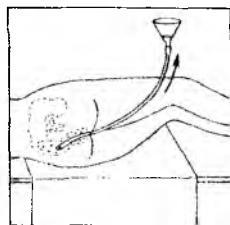
6. Муолажа тугагандан сўнг ворока олиб ювилади ва қайнатилади, резина найчаси эса 10—12 дақиқа тўғри ичакда қолдирила-



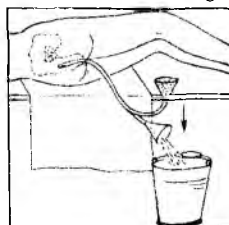
а



б



в



з

113-расм. Сифонли ҳуқна (а, б, в, з).

қиладиган бўлади. 1) йўғон ичакка яллиғланиш жараёнини камайтириш мақсадида; 2) организмга баъзан узоқ вақтгача дори ёки озиқ моддаларини киритиш учун қўлланилади. Уларнинг миқдори 50—100 мл дан ошмаслиги керак.

Керакли ашёлар: 20 мл ли шприц, Жане шприци, резина баллонча, дори моддаси, вазелин, резина найча.

Муолажа алгоритми:

1. Дорили ҳуқна бажаришдан олдин беморга тозаловчи ҳуқна қилинади. Дори моддаси шприц ёки ноксимон резина баллончага тортилади.

2. Бемор чап ёнбоши билан оёқларини тиззасидан букиб, қорнига тортган ҳолда ётади.

3. Ҳамшира вазелин сурилган резина найчани тўғри ичакка 10—12 см га киритади.

4. Сўнгра резина найча дори моддаси тортилган шприцга уланади ва бу эритмани унча катта бўлмаган босим остида аста-секин юборилади.

Резина найчадан суюқлик қайтиб чиқмаслиги учун уни ичакдан чиқармай, ташқи учидан сиқиб туриб, шприц найчадан чиқарилади, унга ҳаво тортилади ва яна найчага киритилиб унда қолган суюқликни чиқариш учун пуфланади. Резина найча тўғри ичакдан чиқарилгандан сўнг, илиқ сув остида совун билан ювилади, сўнгра қайнатилади.

ЭСЛАТМА:

1. Эритма ҳарорати 40°Сдан паст бўлмаслиги керак.

ди. Зонднинг ташқи учини қолган суюқлик ва елнинг ичакдан чиқиб кетиши учун тоғорага тушириб қўйилади (113-расм, а, б, в, з).

Дорили ҳуқна

Дори моддаларини оғиз орқали киритишга монелик қиладиган ҳоллар бўлса, уларни тўғри ичак орқали киритиш мумкин, бунда улар сўрилади ва жигарни четлаб ўтиб тезда қонга ўтади. Дори ҳуқналари маҳаллий таъсир

2. Дорили ҳуқналардан 30—40 дақиқа олдин тозалаш ҳуқнаси қилинади

3. Кичик ҳажмдаги ҳуқналарда кўпинча оғриқсизлантирувчи, тинчлантирувчи ва ухлатувчи моддалар юборилади.

Мойли ҳуқна

Кўрсатма: Қаттиқ қабзиятларда.

Керакли ашёлар: резина баллонча, шприц ёки резина най, 50—100 мл мой (ўсимлик мойи).

Муолажа алгоритми:

1. Битта ҳуқна учун 37—38°C ҳароратда илитилган 50—100 мл кунгабоқар, зайтун ёки зиғир, вазелин мойидан фойдаланилади.

2. Мойли ҳуқна қаттиқ қабзиятларда қўлланилади.

3. Ҳамшира қўлига қўлқоп кияди ва ноксимон баллончага 100—200 мл илитилган мой тортади.

4. Резина найчага вазелин суртади.

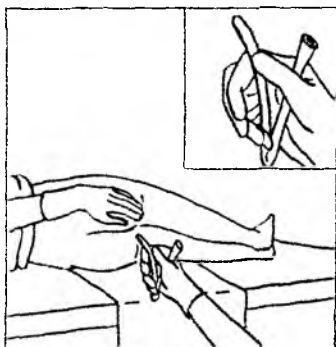
5. Бемор чап ёнбоши билан, оёқларини тиззадан букиб қорнига тортган ҳолда ётади.



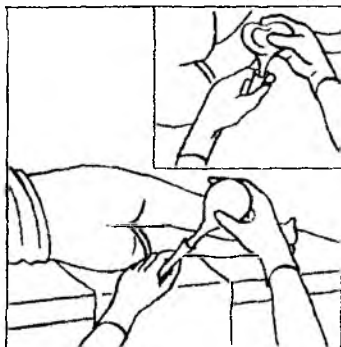
а



б



в



г

114-расм. Мойли ҳуқна (а, б, в, г).

6. Чап қўл билан бемор думбалари керилади ва вазелин суртилади.

7. Резина найча беморнинг тўғри ичагига 15—20 см га киритилади, ташқи учи мойли резина баллончага уланади ва аста-секин юборилади.

8. Резина баллонча сиқилган ҳолда найчадан чиқарилади, сўнгра найча тўғри ичакдан чиқарилади.

9. Думбалар бўшатилади.

10. Мой оқиб тушмаслиги учун бемор 10—15 дақиқа қимирламай ётиши керак.

11. Резина найча, баллонча оқар сув остида совун билан ювилади, сўнгра зарарсизлантирувчи эритмага бўктириб қўйилади.

12. Ҳамшира қўлқопини ечади (114-расм, *а, б, в, г*).

Озиқлантирувчи ҳуқна

Озиқ моддаларни оғиз орқали киритиб бўлмаган ҳолларда уларни тўғри ичак орқали юборилади. Озиқлантирувчи ҳуқналарни қўллаш жуда чегараланган, чунки ҳуқна ёрдамида суюқлик тушадиган йўғон ичак пастки бўлимида фақат сув, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, глюкоза эритмаси, гўшт бульони, қаймоқ ва қисман оқсиллар, аминокислоталар сўрилади. Озиқли ҳуқнанинг ҳажми бир стакандан ошмаслиги керак. Одатда озиқли ҳуқна тозалаш ҳуқнасидан бир соат кейин ва ичак батамом бўшалгач қилинади. Суюқлик ҳарорати 38—40°C бўлиши керак.

Керакли ашёлар: резина баллонча, учлик, озиқа маҳсулоти, тувак, резина қўлқоп, вазелин.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира I стакан қуруқ гўштли шўрва, 5 томчи опий дамламаси ва зарарсизлантирилган резина баллонча тайёрлайди.

2. Қўлига қўлқоп кияди.

3. Бемор чап ёнбоши билан оёқларини тиззасидан букиб, чаноғини кўтариб ётади.

4. Чап қўл бармоқлари ёрдамида беморнинг думбалари керилади, ўнг қўл билан энгил айланма ҳаракат қилиб вазелин суртилган учлик тўғри ичакка киритилади.

5. Ҳуқнанинг таъсир кучини чўзиш учун унга 5—10 томчи опий дамламаси қўшилади. Озиқ модда кичик босимда юборилганда мақсадга мувофиқ бўлади. Уни иложи борича томчи усулида юборган маъқул. Муолажадан сўнг бемор тахминан I соат тинч ётиши лозим.

6. Томчили ҳуқна учун штатив тайёрланади ва унга Эсмарх кружкаси осилади, озиқ моддалар сув ёки глюкоза билан суюл-

тирилади, учликка вазелин суртилади ва тўғри ичакка киритилади. Бемор тагидан тувак олингандан сўнг орқа чиқарув тешиги артилади ва бемор ётган хона шамоллатилади. Муолажа тугагач, кружка ва учлик ювилади, қуритиб артилади. Учлик қайнатилади.

БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИГА ОИД МУОЛАЖАЛАР

Сийдик тутилиши (ишурия) — тўлиб кетган қовуқни бўшатиб бўлмаслик, сийдик йўлига тош текилиб қолиши, яллиғланиб кетган парда, ўсиб кетган ўсма ёки тортишиб қолган чандиқ туфайли сийдик чиқариш канали ўтказувчанлигининг бузилишидан вужудга келиши мумкин. Сийдик тутилиши кўпинча кекса ёшдаги эркакларда ўсиб, катталашган простата безининг сийдик чиқариш каналини босиб қўйиши натижасида келиб чиқади.

Сийдик тутилиши нерв бошқарувининг бузилиши сабабли рўй берадиган ишурия маркази ва периферик нерв тизимининг ҳар хил касалликларида пайдо бўлади. Бу вегетатив нерв тизимининг бузилиши муносабати билан операция ва туғруқдан кейинги даврда учраб турадиган асорат ҳисобланади.

Сийдик тутилиши ўткир сурункали, тўлиқ ва чала бўлиши, азоб берадиган даражада заҳар танг қилиши билан ва бусиз ўтиши мумкин. Сийдик чала тутилганда меъёрда тўла ва кучли бўлиб турган сийдик оқими ингичка жилдираган, узук-юлуқ бўлиб қолади, баъзан томчилаб туради. Бундай беморларни парвариш қилаётган ҳамширанинг вазифаси бемор қовугини бўшатдими-йўқми, уни кунига неча маротаба бўшатганини ва қанча сийдик ажратганини кузатишдан иборат. Асаб тизими касалликлари билан оғриган беморларга алоҳида эътибор бериш лозим, бундай хасталиклар аксарият қовуқнинг фалажланиши ва сфинктернинг спазми билан ўтади, айни вақда беморнинг сийгиси келади, натижада фоят тўлиб ва чўзилиб кетган қовуқ ёрилиши мумкин.

Операция ёки туғруқдан кейин, шунингдек бирон касалликда 6 соат ичида сийдик келмаса имкони борича катетер солмасдан туриб қовуқни бўшатиш чораларини кўриш лозим. Кўпинча беморни ёлғиз қолдириш ёки уни ўтирган ҳолатда ушлаб туришининг ўзи кифоя. Кўпинча жўмракдан шилдираб оқаётган сув оқими сийдик ажралиш рефлексини вужудга келтиради. Сийдик ажратиш мақсадида айрим ҳолларда қориннинг пастки қисмига иситгич қўйилади. Худди шу мақсадда аёлларда ташқи жинсий аъзолари илиқ сувда чайилади ёки жинсий олат (эркакларда) илиқ сувга солиб турилади.

Қовуқни катетерлаш

Катетерлаш — сийдик чиқариш, қовуқни ювиш, унга дори моддасини киритиш ёки текшириш учун сийдик олиш мақсадида қовуққа катетер киритишдир. Катетерлаш юмшоқ ва қаттиқ катетерлар ёрдамида амалга оширилади.

Юмшоқ катетер узунлиги 25—30 см ва диаметри 10 мм гача бўлган эластик резина найчадан иборат. Катетернинг юқори учи юмалоқланган, берк бўлиб, ён томонида тешиги бор. Катетернинг ташқи учи қийшиқ кесилган ёки воронкасимон кенгайтирилган бўлади. Катетер қўлланишдан олдин 10—15 дақиқа мобайнида қайнатилади. Резинали катетерлар шиша идишларда 2%ли борат ёки карбон кислота эритмасида сақланади, акс ҳолда қуриб эластиклигини йўқотади ва мўрт бўлиб қолади.

Қаттиқ катетерлар (металл катетер): катетер, ўқ (стержен) ва тумшукдан иборат. Эркаклар катетерининг узунлиги 30 см гача, аёлларники 12—15 см.

Аёлларда қовуқни катетерлаш

Керакли ашёлар: Юмшоқ катетер, вазелин мойи, пинцет, стерил пахта тампони, лоток, қўлқоп, зарарсизлантирувчи эритма.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира барча керакли нарсаларни тайёрлаб қўйиши лозим: стерил катетер, лоток, стерил салфетка ёки пахта тампони, вазелин мойи, зарарсизлантирувчи эритма, пинцет, қўлқоп.

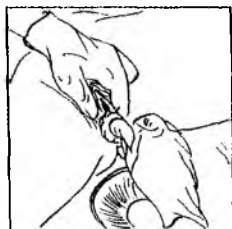
2. Ҳамшира қўлини илиқ сувда совунлаб ювади, бармоқлар ва тирноқ атрофларини спиртли эритма билан артади.

3. Бемор ости ювилади. Ҳамшира ўнг гомонда туради, чап қўл билан жинсий лаблар керилади, ўнг қўл билан эса жинсий аъзолар ва сийдик чиқариш йўли тешиги юқоридан пастга томон (орқа чиқарув тешиги йўналишига томон) бирор зарарсизлантирувчи эритма билан яхшилаб артилади.

4. Зарарсизлантирилган, вазелин мойи суртилган аёллар катетери пинцет билан олинади ва сийдик чиқариш йўлининг ташқи тешигига эҳтиётлик билан киритилади. Катетернинг ташқи учига сийдик кўриниши унинг қовуққа тушганлигини билдиради. Қорин девори орқали қовуқ соҳасини бир оз босиш мумкин, сўнгра катетерни аста-секин чиқарса бўлади, шунда сийдикнинг қолган озроқ миқдори сийдик чиқариш йўлини ювиб чиқади.

5. Катетер зарарсизлантирувчи эритмага бўктирилади, қўлқоп ечилади.

ЭСЛАТМА! Асептика ва антисептика қоидаларига қаттиқ риоя қилиш лозим. Катетерни қўллашдан олдин 10—15 дақиқа қайнатиш муҳим ҳисобланади (115-расм, а, б, в, г).



Эркаларга катетер киритиш



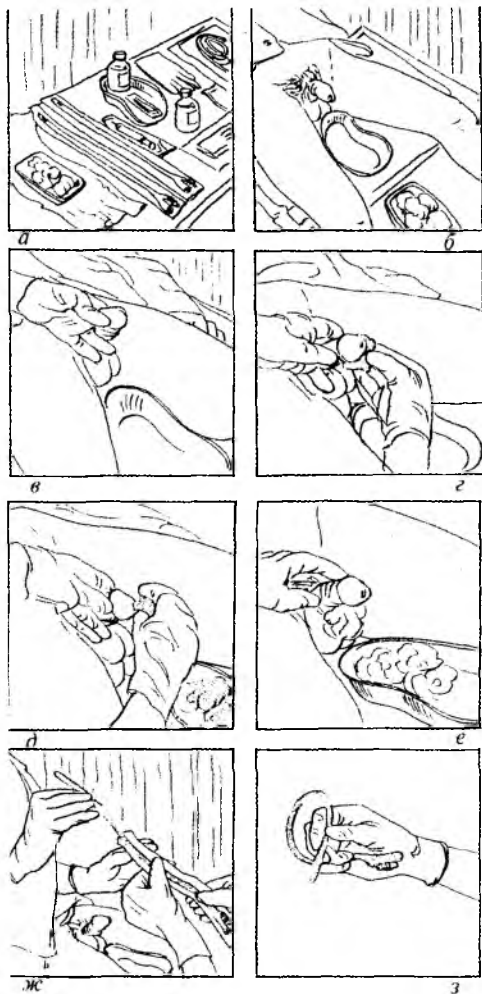
115-расм. Аёлларда қовуқни катетерлаш (а, б, в, г).

Эракаларга катетер киритиш бир мунча қийин, чунки уларда сийдик каналининг узунлиги 20—25 см бўлади ва иккита физиологик торайиш ҳосил қилиб, улар катетернинг ўтиши учун тўсқинлик қилади. Бемор муолажа вақтида оёқларини тиззасидан озроқ букиб чалқанча ётади. Оёқ панжалари орасида сийдикдон, лоток ёки тувак қўйилиб, сийдик катетердан шу идишга оқиб тушади.

Керакли ашёлар: стерил «Фолея» катетери, стерил салфеткалар, лоток, 2 жуфт қўлқоп, вазелин мойи, клеёнка, тувак.

Муолажа алгоритми:

1. Беморга муолажанинг мақсади ва йўналиши тушунтирилади.
2. Ҳамшира зарарсизлантирилган катетер, стерил салфеткалар, лоток, қўлқоп, вазелин мойи тайёрлаши лозим.
3. Бемор тагига клеёнка тўшаллади.
4. Ҳамшира қўлини ювади ва қўлқоп кияди.
5. Беморга қулай ҳолат яратиш лозим (ярим ўтирган ҳолда).
6. Бемор сонлари орасига стерил салфеткали лоток ва ишлатилган салфеткани ташлаш учун лоток қўйилади.
7. Жинсий олат чап қўлнинг III ва IV бармоқлари орасига олинади ва I, II бармоқлар билан ташқи сийдик чиқариш йўли тешиги керилади.
8. Ўнг қўлдаги антисептик эритмага ҳўлланган стерил салфетка билан жинсий олатнинг бошчаси артилади, сўнг қуруқ салфетка билан 2 мартаба қуритилади.
9. Қўлқоп янгиланади.
10. Катетер учига яқинроқ қисмидан ушланади, қолган қисми шу қўлнинг IV ва V бармоқлари билан кафтга босилиб турилади.



116-расм. Эркакларга катетер киритиш
(а, б, в, г, д, е, ж, з).

1. Олдин қовуқнинг сигими аниқланади, бунинг учун бир марта ажратилган сийдик миқдори ўлчанади.

2. Калий перманганат, фурациллин ёки 2% ли борат кислота эритмасидан фойдаланилади.

3. Бемор чалқанчасига ётқизилиб, оёқлари тизза ҳамда чаноқсон бўғимидан букилади ва имкон бориचा икки томонга керилди.

4. Қовуққа катетер киритилиб сийдик чиқарилгач, Эсмарх кружканинг резина найчасига уланади.

11. Катетер мойга бо-тириб олинади ва аста-секин, кўп куч сарфламай сийдик чиқариш каналига киритилади ва қовуқ томон силжитилади.

12. Сийдикнинг пайдо бўлиши катетернинг қовуқда эканлигидан далолат беради.

13. Сийдик чиқариб олингандан сўнг, катетер олиб ташланади (116-расм, а, б, в, г, д, е, ж, з).

Қовуқни ювиш

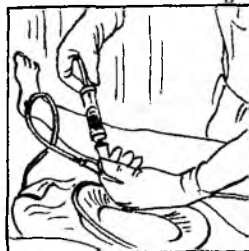
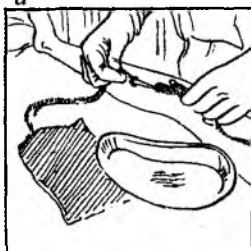
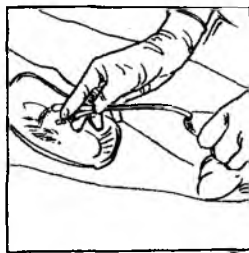
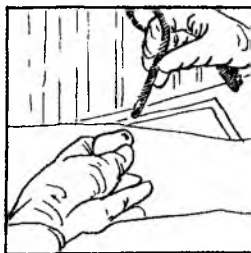
Қовуқ йиринг, тўқималарнинг парчаланиш маҳсулотларини механик чиқариш учун, шунингдек цистоскоп киритишдан олдин ювилади. Одатда қовуқ резиңа катетер ёрдамида ювилади. Ювишдан кейин бемор 30—60 дақиқа ётиши зарур.

Керакли ашёлар: зарарсизлантирувчи эритма, резина катетер, резина найча, вазелин, Эсмарх кружкаси, Жане шприци, пинцет.

Муолажа алгоритми:

5. Қовуқнинг сиғимига қараб Эсмарх кружкасига зарарсизлантирувчи эритма қуйилади ва уни тиниқ сув пайдо бўлгунча ювилади, шундан сўнг цистоскоп киритилмайдиган бўлса, сийдик пуфагининг ярмигача эритма билан тўлдирилади ва катетерни чиқариб олинади.

6. Одатда қовуқ 10-12 мартаба ювилади (117-расм, а, б, в, г).



117-расм. Қовуқни ювиш (а, б, в, г).

IX боб

ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНING ЛАБОРАТОРИЯ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАРДА ҚАТНАШУВИ

Касалликнинг қанчалик тез ва тўғри даволаниши лаборатория ва инструментал текширувларнинг тўғри ва тез ўтказилишига боғлиқ. Бу текширувларнинг ўтказилишида тиббиёт ҳамширасининг ўрни муҳим ҳисобланади.

Лаборатория текшируви учун сийдик йиғиш

Керакли ашёлар: Тоза шиша идиш, йўлланма.

Муолажа алгоритми:

Сийдик таҳлили беморни умумий текширишда маълумотнинг муҳим таркибий қисми ҳисобланади.

Сийдик йиғишдан олдин беморнинг ости ювилади. Ҳайз кўриш даврида сийдик таҳлили олиш тавсия қилинмайди, борди-ю бунга зарурат бўлса, сийдикни катетер ёрдамида олинади.

Бемор 100—200 мл эрталабки сийдигини тоза, қуруқ шиша идишга йиғиши лозим. Идишга исми шарифи, куни ҳамда текшириш мақсади ёзилган ёрлиқ ёпиштирилади ва лабораторияга жўнатилади.

Аддис-Каковский усулида сийдик йиғиш. Беморга бир кун олдин сийдикни қандай йиғиш тушунтирилади. Бемор сийдикни йиғишдан олдин кечқурун соат 10 ларда сийдик қопини бўшатиши ва тунда ҳожатга бормаслиги лозим. Эрта билан соат 8 да сийдик тоза шиша идишга йиғилади ва лабораторияга жўнатилади.

Нечипоренко усулида сийдик йиғиш. Беморга сийдик йиғишнинг бу усули тушунтирилади. Сийдик бир кеча-кундуз давомида хоҳланган вақтда йиғилади. Бунинг учун беморнинг ташқи жинсий аъзолари ювилади ва сийдикнинг «ўрта қисми» тоза идишга йиғилади. Таҳлил учун 2—3 мл сийдик етади. Йўлланма ёзилиб, сийдик илиқлигида лабораторияга жўнатилади.

Қанд миқдорини текшириш учун сийдик йиғиш. Бемор сийдигини бир кеча-кундуз давомида йиғиши лозим.

Эрта билан соат 8 да бемор сийдик қопини бўшатиши лозим.

Бир кеча-кундуз мобайнида йиғилган сийдик битта идишга йиғилади.

Ҳамшира сийдикнинг умумий ҳажмини ўлчайди.

Барча идишлардаги сийдик яхшилаб аралаштирилиб, ундан 100-200 мл кичикроқ идишга солиниб таҳлилга юборилади.

Сийдикни диастазага олиш. Бу текширув учун 50 мл консервантсиз янги сийдик олиниб, лабораторияга жўнатилади.

Зимницкий усулида сийдик йиғиш. Беморга бир кун олдин сийдик йиғиш қоидалари тушунтирилади. Бемор эрталаб соат 6 да қовуғини бўшатади ва сийдикнинг бу қисми тўкиб ташланади, сўнгра у кун мобайнида 3 соатлик танаффус билан ҳар гал алоҳида идишга сийдигини йиғади. Ҳамшира бир кун аввал кечқурун 8 та тоза шиша идишни тайёрлаб уларнинг ҳар бирига беморнинг исми шарифи, идишнинг тартиб рақами ёзилган қоғоз ёпиштириб қўяди. Бемор эрталаб соат 9 дан бошлаб эртасига соат 6 гача 8 мартаба қовуғини бўшатиши лозим. Сийдикнинг барча қисми лабораторияга жўнатилади. Кунлик сийдик миқдорини ўлчаб тунги ва кундузги диурез аниқланади. **Кундузги диурез** (эрталаб соат 9-18 гача) тунгидан кўп бўлиши керак. Меъёрада у умумий диурезнинг тахминан 2/3 қисмини ташкил этади. Соат 22⁰⁰-6⁰⁰ гача бўлган сийдик миқдори **тунги диурез** ҳисобланади. Соғлом кишиларда бу умумий диурезнинг 1/3 қисмини ташкил қилади. Умумий кунлик сийдик миқдори одатда бир кунда ичилган суюқликнинг 65—75% дан иборат. Кундузги диурез тунгидан ортиқ бўлса ва сийдикнинг нисбий зичлиги 1,008 дан 1025 гача ўзгариб турса буйрақларнинг функционал қобилияти яхши ҳисобланади. Сийдик нисбий зичлигининг пасайиши буйрақлар фаолиятининг етишмовчилигидан дарак беради.

ЭСЛАТМА: Сийдик текшириш учун асосан эрталаб олинади. Лейкоцит, эритроцит ва цилиндрлар (сони), қон элементларини аниқлаш учун йиғилган сийдик таҳлилхонага 1 соат мобайнида

олиб борилади. Ёрликда умумий тушунтириш маълумотидан ташқари сийдикнинг умумий миқдори ёзилади. Синама ўтказишга монелик қиладиган ҳоллар йўқ. Агар сийдик миқдорининг бирор қисми шишага сиғмай қолса, қолдиги иккинчи шишага қуйилади ва қоғозга қўшимча сийдик миқдори ёзиб қўйилади.

БЕМОРНИ МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ВА ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРУВИГА ТАЙЁРЛАШ

Беморларни бронхографияга тайёрлаш

Бронхография — трахея ва бронхларнинг ички юзасини контраст модда билан тўлдириб, рентгенологик текшириш усулидир.

Бронхографияга кўрсатмалар: турли бронх ва ўпка касалликларига патологик жараённинг жойлашувини аниқлаш, бронхоскопияда кўришнинг имконияти бўлмаган бронхлар юзасини текшириш, ўпкада ўтказиладиган жарроҳлик муолажаси ҳажмини аниқлаш ва бошқалар.

Беморни тайёрлашда қуйидагиларга амал қилинади:

1. Бемор организмнинг таркибида йод тутган воситаларга жавоб реакциясини аниқлаш учун олдиндан синама қўйилади (беморга 2—3 кун давомида 1 ош қошиқдан калий йодиднинг 3% ли эритмасидан берилади).

2. Беморга текширувнинг мақсади ва моҳиятини тушунтирилади.

3. Йирингли балғам бўлганда 3—4 кун текширувдан олдин бронхларни тозаланади.

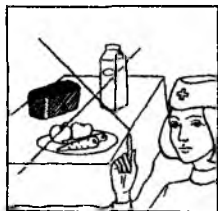
4. Текширувдан 30—60 дақиқа олдин тери остига фенобарбитал (0,1 г), атропин сульфат (0,1 %ли—1мл), пипольфен (0,025 г) юбориш буюрилади.

Текширишнинг мақсадига қараб наркоз ёки маҳаллий оғриқсизлантиришдан фойдаланилади. Маҳаллий оғриқсизлантиришга 2% ли дикаин, 3—5%ли новокаин эритмаларидан фойдаланилади.

Бронхларни контраст модда билан тўлдириш мақсадида эгилувчан зондлардан, бошқариладиган катетерлардан фойдаланилади. Текширувни шифокор ўтказилади.

Беморни меъданинг рентгенологик текширувига тайёрлаш

Меъдани рентгенологик текшириш ташхисий аҳамиятга эга. Унинг мақсади меъда ва ичакларни улардаги моддалар ва газлардан холи қилишдир. Текширувдан бир кун аввал бемор дағал овқатлар емаслиги керак, акс ҳолда булар текширишга халақит берадиган газлар ҳосил қилади. Бир кун аввал кечқурун ва эрталаб,



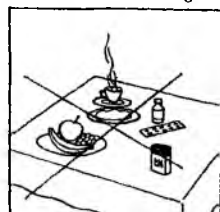
а



б



в



г

118-расм. Беморни меъданинг рентгенологик текширувига тайёрлаш (а, б, в, г).

ичаклар текширувдан 2 соат олдин ҳуқна ёрдамида тозаланади. Рентгенологик текширув куни сурги дори-лар тайинлаш мумкин эмас. Чунки улар қоринни дам қилади.

Беморни йўғон ичакнинг рентгенологик текширувига тайёрлаш

Йўғон ичакни 2 усулда текшириш мумкин: 1) йўғон ичакни ҳуқна воситасида барий аралашмаси билан тўлдириш (**ирригоскопия**); 2) бир кун аввал контраст модда қабул қилишдан сўнг

йўғон ичакни кўздан кечириш. Одатда йўғон ичак меъдани рентгенологик текширишдан 24 соат ўтгач кўздан кечирилади. Тиббиёт ҳамшираси беморни ирригоскопияга 3 кун мобайнида тайёрлайди. Бемор газ ҳосил қиладиган моддалар қабул қилмайди (қора нон, сут, картошка ва бошқалар). Метеоризмда беморга кунига 3 маҳал мойчечак дамламаси бериледи ва кечки овқатдан сўнг ел ҳайдовчи найчани 2 соатга 3 кун мобайнида қўйилади. Туз, сургилар тайинлаш тавсия қилинмайди. Беморга текширишдан 1 кун аввал тушки овқатдан олдин 400—450 г канакунжут мойи бериледи ва йўғон ичакни ювиш учун ҳуқна қилинади. Кечки ухлашдан ва эрталаб нонуштадан олдин тозалаш ҳуқнаси қўлланилади. Сўнгра овқат луқмасининг ичак бўйлаб сурилиши учун беморга энгил нонушта бериледи ва қайтадан тозалаш ҳуқнаси қилинади. Ичакни текширишдан 1 соат олдин ел ҳайдайдиган найча қўйилади. Йўғон ичакка ҳуқна ёрдамида барий аралашмаси юборилади. Ингичка ичакни текшириш учун барий сульфат аралашмасини текширувдан 6—8 соат олдин ичган маъқул (118-расм, а, б, в, г).

БЕМОРНИ ЎТ ПУФАГИ ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВИГА ТАЙЁРЛАШ

Холецистография организмга контраст модда юбориш ва кейин рентген тасвири ёрдамида ўт пуфаги ва ўт йўллари шакли, ҳолати, фаолиятини ўрганиш ҳамда ўт пуфагидаги тошларни аниқлаш имконини беради.

Текширишдан олдин 3 кун давомида метеоризм чақирувчи маҳсулотлар тановул қилинмайди. Текшириш учун тана массасининг ҳар 20 килограммига 1 г ҳисобидан 0,5 г дан ҳар 5 дақиқада ярим соат давомида ширин чой билан препарат қабул қилинади. Контраст модда жигарга тушиб, ўт билан ажралади ва ўт қоғида йиғилади. Унинг максимал концентрацияси препарат билан қабул қилингандан 15—17 соат ўтгач кузатилади. Агар текширув муолажа эрталаб соат 9—10 га белгиланган бўлса, препарат текширишдан 1 кун олдин кечки соат 17—19ларда ичилади. Йод сақловчи рентгеноконтраст препаратлар кўнгил айнаши, ич суриши каби нохуш ҳолатларни келтириб чиқариш эҳтимолини эсда тутиш лозим. R-граммада ўт қоғи соясининг интенсивлиги, ҳолати, формаси, катталиги, деформацияси, конкрементлар ва ҳ. з. аниқланади. Ўт қоғининг ҳаракат функциясини текшириш учун беморга ўт ҳайдовчи нонушта, 2 та тухум сариғи ёки 20 гр сорбит 100—150 мл сувга қўшиб берилади. Ҳар 15 дақиқада (серийно) 3—4 марта R-да текширилади.

Холеграфия — вена ичига контраст модда юбориш билан ўт пуфағи ва ўт йўлларини рентгенографик текширишдир.

Беморни 2 кун мобайнида текширишга тайёрланади. Текширувнинг бу усулида контраст модда бемор венасига юборилади (билигност эригмаси, билитраст).

ЭСЛАТМА: Контраст моддани бемор венасига юборишдан олдин синама ўтказиш керак, чунки айрим беморлар таркибида йод маҳсулоти бўлган дори воситаларини қабул қила олмайдилар. Бундай беморларда венага контраст моддани киритиш ёки синама бажариш ман этилади.

1. Текширувдан 1—2 кун олдин беморнинг контраст моддага сезувчанлиги текширилади: вена ичига 1—2 мл билигност юборилади.

2. Муолажа наҳорга бажарилиши ҳақида бемор огоҳлантирилади.

1. Текширувдан 1—2 соат олдин тозаловчи ҳуқна қилинади.

2. Рентген хонасида беморни ётқизиб, венасига аста-секин сув ҳаммомида илитилган 20% ли билигност эритмасини 30—40 мл ҳажмда юборилади, ҳарорат 37°C бўлиши керак.

БЕМОРНИ БУЙРАК ВА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВИГА ТАЙЁРЛАШ

Сийдик тизимини рентгенологик текшириш учун йодли контраст моддалар — сергозин, урографин, верогност ва бошқалар қўлланилади. Контраст моддалар цистоскоп ва катетер орқали сийдик йўлларига ёки венага юборилади. Беморларда ушбу дори

воситаларидан аллергия келиб чиқишини ҳисобга олиб улар аста-секин (5—7 мин) юборилади. Венага юборилган контраст модда буйрақлар орқали тезда чиқиб кетади. Контраст модда юборилгандан сўнг 10,20,30,45 ва 60 дақиқа ўтгач, қилинган тасвирларда буйрак жомлари, сийдик йўллари ва қовуқнинг умумий кўриниши ифодаланади. Йодга ортиқча сезувчанлик бўлганда, буйрақнинг пўст қавати шикастланадиган касалликларда (нифрит, нифроз), силнинг фаол тури, огир жигар хасталиклариди, Базедов касаллигида, юрак етишмовчилигида, йодли контраст моддаларни юборишга рухсат этилмайди.

Керакли ашёлар: Эсмарх кружкаси, сув, кўза, клеёнка, цистоскоп, катетер, контраст моддалар.

Муолажа алгоритми:

1. Беморни тайёрлашда асосий мақсад ичакларда ел бўлмаслигига эришиш.

2. Ҳар бир бемор ёшига, касаллик турига, меъда-ичак фаолиятига қараб шахсий тайёргарликдан ўтади.

3. Бемор текширишдан 2-3 кун олдин ел ҳосил қилувчи маҳсулотларни истеъмол қилмаслиги зарур.

4. Қабзиятга мойиллик бўлса, тайёргарлик даврида беморга энгил сурғилар, қорин дам бўлганда 1 тадан 3 маҳал карболен таблеткаси тавсия этилади.

5. Текширишдан бир кун олдин куннинг иккинчи ярмидан бошлаб суюқлик истеъмол қилиш камайтирилади.

6. Кечқурун ва эрталаб тозаловчи ҳуқна қилинади.

7. Сийдик чиқариш каналини текшириш учун унга таркибида йод моддаси бўлган 60—76 % ли верографин юборилади.

8. Контраст моддага сезувчанликни текшириш учун, венага 1-2 кун (жуда секин) 1 мл верографин юборилади.

9. Йодизм аломатлари пайдо бўлса, текшириш бекор қилинади (тумов, тошмалар, шишлар, эт увишиши, ҳарорат кўтарилиши).

10. Беморда ҳеч қандай аломатлар кузатилмаса, рентген хонасида унинг венасига 20 мл дан 60 мл гача верографин эритмаси 0,3 мл/сек тезлигида юборилади.

11. Айрим текширишлар учун верографин сийдик йўлларига ташқаридан катетер орқали юборилади. Бунда бемор юқоридаги тайёрловга муҳтож эмас.

ЭНДОСКОПИК ТЕКШИРУВЛАР ВА БУНДА ТИББИЁТ ҲАМШИРАСИНИНГ ҚАТНАШУВИ

Текширишнинг бу усуллари ҳозирда катта аҳамият касб этмоқда. Улар фақат ташхисий жиҳатдан эмас балки даво усули сифатида ҳам қўлланиб, унинг ёрдамида бронх. қизилўнғач, меъда

ва 12 бармоқ ичак, сийдик чиқариш аъзолари касалликларига даво қилинади.

Эндоскопик текширувлар махсус тайёргарлиги бўлган малакали шифокорлар томонидан ўтказилади. Ҳамшира шифокор ёрдамчиси ҳисобланади ва у беморни текширувга тайёрлашни билишдан ташқари аппаратларни қараб туриш, ишлата олиш ва муолажа вақтида уни тез мувофиқлаштиришни уйдлашаи керак.

Бронхларни эндоскопик текширувга тайёрлаш. Трахея ва бронхларнинг ички юзасини махсус асбоб, бронхоскоп ёрдамида кўриб текшириш **бронхоскопия** деб аталади. Текширув 2 та йўналишда олиб борилади:

Диагностика мақсадида бронхоскопия қилиш — трахея ва бронхлардаги хавфли ўсмалар, йирингли касалликлар, ўпка сили, ёт жисмлар ва рентгенда аниқлашнинг иложи бўлмаган моддаларни топиш мақсадида қўлланилади.

Даволаш мақсадида бронхоскопиядан бронхлардаги ёт жисмлар ва ажратмаларини олиб ташлаш ҳамда дори моддаларини маҳаллий қўллашда фойдаланилади.

Ҳамшира текширувгача асбобнинг ушлагич ва ёритгичини спирт билан артади, қўшимча мосламаларни юкумсизлантиради ва асбобни стерил столга тўлиқ ҳолда тайёрлайди. Муолажа маҳаллий анестезия ёки наркоз остида олиб борилади. Маҳаллий анестезия — дикаин, тримекаин, 10% ли новокаин суртиш, пуркаш ёки аспирация қилиш билан амалга оширилади. Бронхоскопия наҳорга ёки енгил нонуштадан 2—3 соат ўтгач эндоскопия хонасида ўтказилади. Муолажага ҳамшира операцияга тайёрлаган каби тайёрланади. Бронхоскопияни ўтирган ёки ётган ҳолда амалга оширилади. Муолажа пайтида ҳамшира беморнинг умумий аҳволини кузатиб туради. Текширувдан 30 дақиқа олдин тери остига 1 мл, 0,1%ли атропин сульфат эритмаси юборилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш эндоскопиядан 20 дақиқа аввал оғиз бўшлиги, ҳалқум ва қизилўнғачнинг юқори қисмига пульверизатордан 1—3%ли дикаин эритмасини сепиш йўли билан амалга оширилади. Муолажани шифокор бажаради.

Эзофагоскопия — қизилўнғачнинг илк ривожланиш босқичидаги ўсмаларини ўз вақтида аниқлаш, ундаги ёт жисмларни ташхис қилиш ва чиқариш учун қизилўнғач шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Эзофагоскопия, шунингдек даволаш мақсадида ҳам қўлланилади.

Гастроскопия — меъда шиллиқ пардасининг хавфсиз, хавфли ўсмалари, меъда яраларини аниқлаш, биопсия қилиш ва полипларни чиқариш учун кўздан кечиришдир.

Дуоденоскопия — 12 бармоқ ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш, шу ичакдаги яраларни ташхис қилиш ва уларни даволаш усулидир.

Колоноскопия — йўгон ичак шиллиқ пардасини колоноскоп ёрдамида текшириш, бу шиллиқ пардани умумий кўздан кечиришга имкон беради. Колоноскопия ёрдамида йўгон ичакнинг турли хил касалликлари (яллигланиш, хавfli ва хавфсиз ўсмалар, қон оқиши ва бошқалар) аниқланади.

Беморни текширишдан олдин 2—4 кун мобайнида парҳез таомлар тайинланади, қора нон, сут, картошка истеъмол қилинмайди. Текширишдан бир кун олдин, иккинчи нонуштадан сўнг 30-40 мл канакунжут мойи берилади, кечқурун ухладан олдин тозаловчи ҳуқна бажарилади. Бемор кечки овқатни истеъмол қилмайди. Бу муолажа болалар, кекса ёшдаги ва қандли диабет беморларга қўлланилмайди. Эрталаб текширишдан 2 соат олдин ичак тозаланади. Ел ҳайдовчи найча киритилади.

Ректороманоскопия — тўғри ичак шиллиқ пардасини кўздан кечириш. Бу муолажа махсус асбоб ректоскоп ёрдамида бажарилади. Бу текширувда тиббиёт ҳамширасининг вазифаси беморни тайёрлаш, асбобларни текшириш ва ректоскоп киритилгандан сўнг шифокорга ёрдам беришдан иборат. Текшириш вақтида ректоскоп найчасининг ташқи учига йўналтириб тоғора қўйилади, чунки муолажа давомида ичакдан ювинди сув ёки суюқлик ахлат оқиб тушиши мумкин. Қабзиятда беморни тайёрлаш текширишдан бир неча кун олдин бошланади: тузли сурғи, 15%ли магний сульфат эритмаси (1 ош қошиқдан кунига 3 марта) берилади, ҳар куни ҳуқна қилинади. Ҳамшира беморни муолажага тайёрлашдан олдин кечқурун 2 маротаба ҳуқна қилиб, ел ҳайдайдиган найча киритади ва энгил овқат бериб, эрталаб ҳам 30 дақиқа танафус билан яна икки маротаба ҳуқна бажаради ва ел ҳайдайдиган найчани киритади. Муолажани шифокор бажаради. Ҳамшира эса беморни кузатиб туриши лозим.

Текшириш тугаллангандан кейин ректоскопнинг стерилландиган қисмларигина ажратилади, ювилади, қолган қисмлари спирт ва хлорамин билан артилади.

Лапароскопия — қорин бўшлиғи ҳамда кичик чаноқ аъзоларида турли касаллик жараёнларини аниқлаш ва кўздан кечириш махсус оптикали лапароскоп ёрдамида бажарилади. Текширишдан 1 кун аввал кечқурун ва текширишдан олдин тозалаш ҳуқнаси бажарилади. Тери остига 0,5 мл 1%ли атропин сульфат эритмаси юборилади. Тиббиёт ҳамшираси беморни аравачада муолажа хонасига олиб келади ва унинг назорати остида бемор текширилади сўнг бемор хонага олиб келинади.

Барча эндоскопик текширувлар асорат бериши мумкинлигини унутмаслик керак. Анестетиклар киритишга аллергик реакция, қон кетиши, ҳушдан кетиш шулар қаторига киради. Ҳамшира беморнинг аҳволини доим диққат билан кузатиши ва бирор нохуш аломатлар пайдо бўлганда шифокорга хабар қилиши лозим.

БЕМОРНИ ПУНКЦИЯЛАРГА ТАЙЁРЛАШ

Пункция бу ташхис ва даво мақсадида бирон бир бўшлиқни, аъзо ва тўқималарни тешик игна (ёки троакар) билан тешишдир. Ҳамшира қилинадиган пункция усулини билиши, ҳар бир вазиятда керакли асбобларни, боғлов ва дори воситаларини тайёрлаши ҳамда уни бажариш вақтида шифокорга ёрдам бериши керак.

Плевра пункцияси. Плевра бўшлиғида суюқлик йигилиб қолганда уни ташхис қўйиш мақсадида пункция қилиш зарур бўлади. Пункцияни шифокор бажаради. Бунда ҳамширанинг вазифаси асбобларни, беморни тайёрлаш ва муолажани бажариш вақтида шифокорга ёрдам беришдан иборат.

Керакли ашёлар: 20 мл ли шприц, 7—10 см ли игна, 2—5 г ли шприц (оғриқсизлантириш учун), 0,5 % ли новокаин эритмаси, пробирка, спирт, йоднинг спиртдаги эритмаси, каллоид ва клеёнкали флакон, стерил пахта шарчалари, стерил чўплар, пинцет.

Муолажа алгоритми:

1. Плевра пункциясини шифокор бажаради.
2. Ҳамшира барча асбобларни, беморни тайёрлайди ва муолажани бажариш вақтида шифокорга ёрдам беради.
3. Муолажа одатда боғлов хонасида бажарилади.
4. Бемор стулга тескари ўтқазилади, қўллари тирсак соҳасида букилади ва текшириладиган томондан қарши томонга эгилиш сўралади.
5. Шифокор беморни кўздан кечириб ва рентгеноскопияга асосланиб, тешиладиган жойини танлайди.
6. Операция майдони зарарсизлантирилади, сўнгра тери, тери остига, қовурға плеврасига новокаин юбориш йўли билан оғриқсизлантирилади.
7. Оғриқсизлантиришдан сўнг тешишга киришилади.
8. Ҳамшира бутун муолажа давомида беморни кузатиши лозим.
9. Муолажадан сўнг керакли парваришни амалга оширади.

Беморни орқа мия пункциясига тайёрлаш

Люмбал пункция — даво ва ташхис мақсадида орқа мия суюқлигини олиш учун мия каналини тешишдир.

Муолажани даволовчи шифокор бажаради унга ҳамшира зарурий асбобларни ва беморни тайёрлаб беради ҳамда бевосита муолажани ўтказишда қатнашади.

Керакли ашёлар: 10 мл ли шприц, игна, орқа мия пункцияси учун махсус игна-ништлар, 2га стерилланган пробирка, дока

шарчалар, салфеткалар, чойшаб, 0.5 % ли новокаин эритмаси, йод, спирт, асептик боғлам.

Муолажа алгоритми:

1. Ҳамшира барча керакли нарсаларни тайёрлайди.
2. Беморни пункция қилиш учун чап ёнбоши билан ётқизилади, боши олдига энгаштирилади, оёқлари максимал ҳолда букилиб қорнига тортилади.
3. Бемор текширувдан олдин овқатланмаслиги ва қовуғини бўшатган бўлиши лозим.
4. Қўл ва операция майдони зарарсизлантирилади.
5. Ҳамшира жарроҳга огриқсизлантириш учун 5 мл, 0,5% ли новокаин солинган шприцни ингичка игнаси билан, сўнгра терини озгина тилиш учун ништарни узатади. Шу орада мандрен игнанинг ичида бемалол ҳаракат қилаётганини, унинг игнанинг ичига тўлиқ келаётган-келмаётганини, игнанинг учи қийшайган ёки нотекислиги текширилади.
6. Ҳамшира шифокор кўрсатмаси билан тезликда керакли миқдорни олиш учун навбатма-навбат зарарсизлантирилган пробиркаларни олиб келиб туради, оғзини тиқинлар билан ёпади ва дарҳол таҳлилга жўнатади.
7. Муолажадан сўнг игна суғуриб олинади, тешилган жой йодонат билан артилади ва асептик боғлам қўйиб устидан елимлаб ёпиштирилади.
8. Бемор ёстиқ қўйилмаган замбилда хонасига олиб борилади ва ёстиқсиз тўшакка қорни билан 2 соат ётқизилади.
9. Бемор 2—3 кун ётоқ тартибига қатъий риоя қилиши лозим.

Беморни абдоминал пункцияга тайёрлаш

Абдоминал пункция — қорин бўшлигини даво ва ташхис мақсадида текширишдир. Пункцияни боғлов ёки муолажа хонасида ўтказилади. Муолажадан 1 кун олдин беморга тозалов ҳуқнаси қилинади, бевосита муолажадан олдин бемор қовуғини бўшатади.

Керакли ашёлар: троакар, резина найча, қисқич, шприц, йод эритмаси, пробирка, стерил бинт, салфетка, лейкопластир, пахта сочик, тоғора, новокаин эритмаси.

Муолажа алгоритми:

1. Беморга муолажа ҳақида ахборот берилади.
2. Ҳамшира барча керакли асбоблар ва боғлов материалларини тайёрлайди.
3. 20—30 дақиқа олдин беморга тери остига промедол қилинади, сўнг бели атрофи, оёқларини ёпадиган клеёнка тўшаллади.
4. Суюқликни йиғиш учун оёқлари орасига тоғора қўйилади.

5. Пункцияни шифокор бажаради, ҳамшира беморни елкасидан ушлаб, унинг аҳволини кузатади. (тери рангини, томир уришини, эс-хушини ва бошқа ҳолатларни).

6. Муолажадан сўнг бемор замбилда хонага олиб борилади.

Беморни стернал пункцияга тайёрлаш

Стернал пункция (суяк ичи) турли қон касалликларини аниқлаш ва даволашни тўғри ташкил қилиш мақсадида амалга оширилади.

Керакли ашёлар: Кассирский игнаси, 10 ёки 20 мл ли шприц, 70 % ли этил спирти, эфир, 0,5—1,0%ли новокаин, стерил боғлам.

Муолажа алгоритми:

1. Муолажа ҳақида беморга тушунча берилади.

2. Бемор махсус тайёргарликка муҳтож эмас.

3. Пункциядан олдин ҳамшира 10 ёки 20 мл ли шприц ва Кассирский игнасини тайёрлаб зарарсизлантиради.

4. Шифокор муолажадан олдин игнани 70 % ли этил спирти билан ювади ва эфир эритмаси билан қуритади.

5. Оғриқсизлантириш учун бошқа шприцга 0,5—1,0% ли новокаин эритмаси тортилади.

6. Қўл ва операция майдони зарарсизлантирилади.

7. Бемор чалқанча ётади ва муолажани шифокор бажаради.

8. Қизил кўмик ивиб қолмаслиги учун пункция вақтида лаборант қатнашиши ва олинган маҳсулот зудлик билан текширилиши лозим.

9. Муолажадан сўнг пункция қилинган жойга стерил боғлам кўйилади.

Х б о б

ПЕДИАТРИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

ПЕДИАТРИЯДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШИ

Педиатрияда ҳамширалик иши жараёни соғлом ва бемор болага ҳамширалик ёрдамини ташкил этиш ва кўрсатиш усули бўлиб, бемор бола ва унинг ота-онаси билан ҳамширанинг ўзаро муносабатларини ўз ичига олади. Ҳар қандай ташкилий тузилмалар каби ҳамширалик иши жараёни ҳам ўз тавсифларига эга. Бунда биринчи мақсад — ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилиш ва уларнинг ижодий қобилиятларини ривожлантириш. Ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишда бемор болага фақат бемор деб эмас, балки шахс сифатида қаралади ва унинг атрофидаги

қариндошлари, яқинларининг муносабати ҳам инobatга олинади. Шунинг учун ҳам ҳамширалик иши жараёнининг клиник фанларни ўқитиш жараёнида ўрганилиши ўрта тиббий ходимлар тайёрлашда биринчи ўринда туради, чунки у бирор вазиятни ёритиш муаммоларини ҳар тарафлама ҳал қилиш, бемор болага сифатли ёрдам кўрсатишни таъминлайди. Ҳамширалик иши жараёнининг қўлланилиши турли ёшдаги бемор болаларни парвариш қилиш ва кузатишда алоҳида аҳамият касб этади.

Ҳамширалик иши жараёни — бу янги, замонавий тушунча бўлиб, айрим ҳолларда (юзак қаралганда) ўзига нисбатан негатив реакция чақиради, чунки унинг татбиқ этилиши ҳамширадан нафақат услубий ишларни балки, фикрлаш қобилиятини, дунёқарашини ҳамширалик иши философияси нуқтаи назаридан қайта кўриб чиқиб янгилашини тақозо этади.

Яқин йилларда ҳамширалик иши жараёни тиббий педиатрик ёрдам кўсатиш жараёнига киритилиб, ўқитиш услуби сифатида ўқувчиларнинг билим савиясини оширишда қўл келиши мумкин. Ҳамширалик ишининг асосини ҳамширалик иши жараёни ташкил этади ва соғлом ҳамда бемор бола парваришини ташкил қилиш услуби сифатида қўлланилади. Болалар билан ишлашда кўпинча қийинчиликларга дуч келади. Чунки ҳамшира нафақат бемор бола, балки унинг атрофидагилар (ота-онаси, буваси) билан ҳам муомала қилишига тўғри келади, бу эса ўз навбатида ҳамшираларга катта масъулият юклайди. Ҳамширалар иш фаолиятида бола организмнинг анатомик физиологик хусусиятларини ва айрим касалликларнинг кечишини яхши билишлари лозим.

Ҳамширалик иши жараёнини татбиқ этишда аввало ҳамшира ҳамширалик иши жараёнининг мақсадини аниқлаб олиши керак. Шу ҳолдагина бемор нимага муҳтожлигини аниқлаш имконияти тугилади.

Универсал талаблар аниқлаб олинади, яъни ҳар бир ёшдаги болаларга ёшига қараб овқатлантиришни, озодликка риоя қилиш, тана ҳароратини бир маромда ушлаш, кийиниш, ечиниш, ухлаш ва ҳоказоларни.

Одатда универсал талабларни ажратиш қийин эмас, чунки улар боланинг ёшига қараб ривожланиш хусусиятларидан келиб чиқади (рационал овқатлантириш тўғрисида тушунча, режали овқатлантириш, уйқунинг бузилиши, боланинг шахсий гигиенаси, кийиниши ҳоказо).

Педиатрияда ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишда бемор бола муаммосидан ташқари, боланинг қариндошлари бола талабларини билишларини инobatга олиш зарур. Чунки шундай оилалар борки ота-оналар бола туғилишидан олдин бирор бир илмий-оммабоп китоб ўқишмаган ва бола ривожланиши, тарбиясига оид маслаҳатлар олишмаган.

Универсал муаммолардан ташқари, ҳамшира бемор боланинг потенциал муаммоларини аниқлаши керак, унинг ўсиши ва ривожланишига тегишли (ақлий ва жисмонан ўз тенгдошларидан орқада қолиши, тарбиясизлик, фикрлаш қобилиятининг йўқлиги).

Айнан шу муаммолар болалар ҳамшираси учун қийинчиликлар туғдиради, чунки кўпинча улар бемор бола билан мулоқотда бўлмайдилар, боланинг хулқ-атворини кузата олмайдилар.

Педиатрияда ҳамширалик ишини ўрганиш жараёнида ҳар бир вазиятга ҳуқуқий нуқтаи назаридан қараш лозим, қонун томонидан рухсат этилган ёки этилмаган ҳолатларнинг мавжудлигини ҳамшира аниқлай билиши керак. Агар болага тазйиқ ўтказиш ҳоллари, болаларни ёрдамсиз қолдириш, калтаклаш кузатилса (масалан, ҳокимият органларига хабар қилиш), ҳамшира дарҳол қонуний чоралар кўришни амалга ошириши лозим. Болалар поликлиникаси ҳамширасининг акушер ва терапевтлар билан ҳамкорликда ишлаши, уларнинг вазиятга қараб эстетик жиҳатдан ҳамда касбига мос кийиниши, болалар бўлимларининг жиҳозланиши ва интерьер ҳам катта аҳамиятга эга.

Муаммоларнинг яна бири — бу бемор болани текшириш жараёнида унинг соғлиғидаги ўзгаришлардир. Шифокорлар ёш болаларни текширишда анча қийинчиликларга дуч келадилар, чунки 3—4 ёшгача бўлган болалар ўз шикоятларини тушунтириб бера олмайдилар, оғриётган жойни кўрсата олмайдилар, яна бир қийинчилик томони, улар тана ҳарорати кўтарилганда ҳам ўйнаб юраверадилар.

Муаммоларнинг барча уч турини аниқлаш, ҳамширалик иши жараёнининг иккинчи мақсадини амалга ошириш учун муҳим — яъни бемор ларвариши натижалари, вазиятга қараб биринчи ўринда ёш болаларнинг шахсий гигиенасига риоя қилиш ёки боланинг тарбияси билан боғлиқ муаммоларни ҳал қилиш ётади. (Масалан: гипертермик ва талваса синдромида). Шундагина ҳамшира бемор болани даволашга тўғри йўл топиши, боланинг психикасини авайлаб даволашда яхши натижа олиши мумкин.

Ҳамшира амалиётида амалга ошириш лозим бўлган 7 та асосий йўналиш муҳим ҳисобланади:

1. Одамларга ҳурмат-эътибор нуқтаи назаридан келиб чиқиб, уларнинг даво турини танлаш имкони чегараланганлигини эътиборга олиш.

2. Одамларга бир хил муносабатда бўлиш: яъни одамларнинг ёши, жинси, миллати, эътиқоди, сиёсий қарашларидан қатъий назар адолатли бўлиш.

3. Ахлоқ меъёрларига риоя қилиш.

4. Ҳар бир воқеликни утилитаризм (манфаатпарастлик) нуқтаи назаридан баҳолаб, энг яхши натижаларни излаш. Ҳамшира муолажани бажаришда иккиланса, бир нечта вариантлардан энг

оптималини танлаши масалан ўспирин чапақай бўлса, унинг шу қўлига томчилаб дори юбориш, мақсадга мувофиқ эмаслигини ёки таблеткани 8 га бўлиб ичишни ўргатиш ўрнига, ўша дорини кукун ёки микстура ҳолида керакли миқдорда ёзиб бериш мақсадга мувофиқлигини тушунтириши.

5. Тўғри мотивация имкониятининг mavjudлиги, яъни ҳамшира боланинг оиласи билан ишлашда шундай тушунтириш ишлари олиб бориш керакки, онага парвариш усулларини эмас, балки болага нима сабабдан айнан шу дорини бериш керак, бермаса қандай оқибатлар рўй бериши мумкинлигини ўргатиши муҳимдир.

6. Замонавий технологияларда ўтказиладиган диагностик ва даволаш муолажаларини амалга оширишдан олдин ҳамшира болаларни бунга руҳан тайёрлайди. 3 ёшдан ошган болага муолажалар вақтида «огримайди», дейиш мумкин эмас. Аксинча унга олдиндан ўйинчоқлар кўрсатиб, ундан нимани талаб қилаётганларини тушунтириб бериши зарур.

7. Динга берилган одамлар билан ишлашда уларга аниқ вазиятларда тўғри йўл кўрсата олиши.

Ҳамширалик иши жараёнини ташкил қилишда ҳамшира касаллик фақат беморнинг муаммосигина эмас, балки унинг қариндош-уруғларининг ҳам муаммоси эканлигини эсдан чиқармаслиги лозим.

Беморни стационарга ётқизишда унинг оилавий шароитини инобатга олиш зарур.

Ҳамширалик иши жараёни 5 асосий қисмдан иборат:

- 1) текширув;
- 2) ҳамшира ташхиси;
- 3) парвариш режаси;
- 4) амалга ошириш;
- 5) натижа.

Асосан ҳамширалик иши соғлом ёки бемор болани текширишдан бошланади. Улардан касаллигини сўраб-суриштириш қийин, чунки 4—5 ёшгача бўлган болалар огриётган жойини кўрсата олмайдилар. Шу сабабли тиббиёт ҳамшираларидан ниҳоятда эҳтиёткорлик талаб қилинади. Агар текшириш вақтида керакли ахборот йиғилган бўлса, ҳамшира ташхисини қўйиш қийин эмас.

Педиатрияда ҳамширалик ташхиси 3 қисмдан иборат.

1. Био-генеологик ривожланиш хусусиятлари, аввалги касалликлари, жароҳатлар, акушерлик анамнези.

2. Социал (ижтимоий тарбиялаш типи, оилавий шароит).

3. Клиник (соғлиғи билан боғлиқ бўлган асосий муаммолар).

Ҳамширалик иши парвариш режасини тузишда қўшимча текширув, шошилиш ёрдам, парҳез ва медикаментоз коррекциядан ташқари, беморнинг ҳимоя моделини ҳам инобатга олиш зарур.

Ҳамширалик иши жараёнини режалаштиришда биз қуйидаги қарор қабул қилиш моделидан фойдаланамиз:

- 1-босқич — бемор соғлиғи билан боғлиқ муаммони аниқлаш;
- 2-босқич — вазиятни осонлаштириш мақсадида, қўшимча информация тўплаш;
- 3-босқич — шахсий ва касбий ахлоқ хусусиятларини аниқлаш;
- 4-босқич — парваришдаги асосий қатнашчиларнинг ахлоқий позицияларини аниқлаш;
- 5-босқич — вазият билан боғлиқ этик муаммоларни аниқлаш;
- 6-босқич — қарама-қаршилик муаммоларини аниқлаш;
- 7-босқич — ким қарор қабул қилишини аниқлаш;
- 8-босқич — ҳаракат доираси ва кутилган натижаларини аниқлаш;
- 9-босқич — ҳаракат йўналишини танлаш;
- 10-босқич — ҳаракатни амалга ошириш.

Вазиятни аниқлаш ва қарор қабул қилиш маълум қоида бўйича амалга оширилади, аммо баъзи муаммоларни аниқлашда қийинчиликларга дуч келиш мумкин.

1. Бемор нима қилади (масалан ётиш режимига риоя қилиш, дори ичиш, томоқни чайиш).

2. Ҳар бир вазиятни алоҳида (парҳез ва овқатлантириш) муҳокама қилиш.

3. Боланинг хулқ-атворини кузатиш ва баҳолаш (оқ халатликларни кўрганда бола қўрқиши мумкин).

4. Бемор боланинг аҳволини унинг қариндошлари билан муҳокама қилиб, уларга ётиш режими ва парҳез нима мақсадда буюрилгани, унга риоя қилмаса қандай оқибатларга олиб келиши мумкинлиги тушунтирилади.

5. Мақсадни пациент ва унинг яқинлари билан муҳокама қилиш.

6. Аниқ мақсадлар қўйиш (туғма порок билан оғриган болани тўлиқ даволашни режалаштириш ҳақиқатга тўғри келмайди).

Ҳамшира нафақат бирор бир тадбирни режалаштириши, балки уни амалга ошириш лозим.

Амалга оширишнинг 3 асосий тури мавжуд:

1. Бирор бир нарсага боғлиқ фаолият тури (зависимый) масалан, беморга врач кўрсатмасига биноан антибиотиклар буюрилди, ҳамширадан уни амалга ошириш учун фақат билим ва кўникма талаб қилинади.

2. Бирор нарсага боғлиқ эмас (независимый). Ҳамширанинг мустақил ишлаши (масалан, боланинг онасини массаажга ёки овқат пишириш технологиясига ўргатиш).

3. Бир бирига боғлиқ ҳолда — ҳамширанинг бошқа мутахассислар билан ҳамкорликда ишлаши (масалан, стоматолог маслаҳатидан сўнг оғиз бўшлиғини парваришлаш).

Ҳамшира мақсадга эришиш учун ўз тажрибасини амалга ошириш босқичида қўллаши керак, чунки муваффақиятли даволаш беморни тўғри парвариш қилишга боғлиқ.

Амалга ошириш босқичида ҳамшира иш жараёни харитасини олиб боради, реализация графасида ким, қачон ва қаерда бажаришини аниқ кўрсатади. Шундан сўнг ҳамшира кейинги босқичга ўтади. Бу босқичда қуйидаги кўрсаткичлар эътиборга олинади:

1. Беморнинг муолажаларга бўлган реакциясини баҳолаш (масалан, қатъиян ётиш режимига риоя қилинганда беморнинг судно қўйилишига реакцияси).

2. Муолажалар тўғрисида беморнинг фикри.

3. Қўйилган мақсадга эришишни баҳолаш, ҳамшира амалга оширган тадбирларнинг тўғрилигини аниқлаш учун керак. Агар маълум муддатда мақсадга эришилмаса, хато тактика қўлынган ёки пациентни текшириш тўла ҳажмда амалга оширилмаган, демак ҳамширалик жараёнини биринчи босқичдан бошлаш керак.

4. Кўрсатилган ёрдамни баҳолаш.

Ҳамшира «ўзаро муносабатлар» моделига яъни ҳамшира ва бемор орасидаги муносабатларга алоҳида эътибор бериши лозим. Бу муносабатларда ҳамширага катта масъулият юкланади.

Ҳамширалик иши жараёни педиатрияда ташкил этилган — энг замонавий моделлардан бўлиб, ҳамширада мавжуд бўлган барча имкониятларни амалга оширишга имкон беради. Ҳамширани врач буюрган вазифани адо этувчи шахсдан юқори малакага эга бўлган мутахассис даражасига кўтаради.

БОЛАЛАРГА ПРОФИЛАКТИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ ВА ЎТКАЗИШДА ҲАМШИРАНИНГ ЎРНИ

Ҳамширанинг болалар билан ишлашдаги энг асосий вазифаларидан бири уларга олий даражада сифатли педиатрик ёрдам кўрсатишдир.

Сифатли даражада тиббий ёрдам олиш — бу ҳар бир ота-онанинг ва боланинг ҳуқуқи бўлиб, бу ёрдам боланинг яшаш жойидан (шаҳар ёки қишлоқ) қатъий назар фақат бир хил даражада кўрсатилиши лозим. Айниқса тиббиётнинг ривожланган даврида болалар ҳам янги усуллар билан даволанишга ҳақлидирлар.

Ҳамширалар ўқиш давомида бемор болаларни хавфли омил гуруҳига ажратиш учун етарлича билимга эга бўладилар.

Ўткир респиратор, вирусли инфекциялар билан тез-тез касалланадиган ва соғлиги мустаҳкам бўлмаган болалар хавфли омилнинг биринчи гуруҳини ташкил этадилар.

Бу гуруҳни тузиш антенатал даврдан бошланиши керак ва бунда ҳамшира қуйидаги хавфли омилларни аниқлайди:

1. Онанинг ҳомиладорлик давридаги касалликлари (шамоллашлар).

2. Ҳомила гипоксияси.

3. Ота-онанинг сурункали ўпка ва бронх касалликлари.

4. Уйдаги қониқарсиз маиший шароитлар.

5. Ота-онадаги алкоголизм.

Бу омилларни аниқлашда ҳамшира ҳомиладор аёлга икки марта патронаж ўтказиши зарур. Ҳомиладор аёлни ҳисобга олишда ва ҳомила 32 ҳафталигида антенатал даврнинг профилактик тadbирлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Гипогалактияни прогностлаш.

2. Патологиянинг хавфли омиллини прогностлаш.

3. Ҳомиладор аёлга овқатланиш, кундалик режим, чиниқтириш ва жисмоний машқлар бўйича тавсиялар бериш

4. Ижтимоий анамнезнинг бола соғлигига таъсир этувчи хавфли омил эканлиги тўғрисида ота-оналар билан санитария-оқартув ишларини олиб бориш.

Болани постнатал даврида хавфли омил гуруҳига киритиш учун қуйидагилар асос бўлиб ҳисобланади:

1. Рахит.

2. Анемия.

3. Гипотрофия.

4. Аллергик диатез.

5. Туғма нуқсонлар.

6. Марказий нерв системаси касалланган болалар.

7. Ирсий патология.

8. Метаболик ва иммунобиологик касалликлари, эндокринопатияси бўлган болалар.

9. Сурункали касалликлар.

10. Эрта сунъий овқатланишга ўтиш.

11. Чала туғилган болалар.

12. Ҳомиланинг йирик бўлиши.

13. Чақалоқ асфиксияси.

14. Тугруқ вақтида бош чаноғининг шикастланиши.

15. Овқатлантириш ва уйқу режимининг бола ёшига тўғри келмаслиги.

16. Бола тарбиясига нотўғри ёндошиш.

Ҳамшира ушбу хавфли омилларни аниқлаганда мутахассислар кўригини ташкил қилиш режасини тузади. Ҳамшира ва педиатр ҳамкорликда келишилган муддатда болани 1 ёшгача бўлган даврда лор, жарроҳ, невропатолог, окулист кўригидан ўтказди. Ҳамширанинг иш режасига болани тўғри овқатлантириш, лаборатория умумий таҳлилларини ўтказишга ёрдам бериш ва бошқалар кирди. Тор мутахассислар тиббий кўригидан сўнг болаларни хавфли

омил гуруҳларига тақсимлаб, ҳар бир гуруҳ учун профилактик чоратadbирлар режалаштирилади. Улар қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Гипогалактияни прогнозлаш ва профилактикаси.
2. Чиниқтириш, массаж, жисмоний машқларни амалга ошириш.
3. Жисмоний, руҳий ривожланишни ҳар ойда назорат қилиб бориш.
4. Оқилона овқатлантириш.
5. Ўткир респиратор касалликлардан сўнг реабилитация тadbирлари ўтказиш.

6. Болани боғча ва яслига тайёрлаш:

— болалар муассасасига боришидан 10 кун олдин болага оқсил ва витаминлар комплексини бериб бориш (ёғсиз творог суткасига 60—70 г витаминлар В₁, В₂, С ёшига монанд профилактик дозаларда). Фитотерапия (подорожник, зверобой, мать-и-мачеха дамламалари). Шунингдек, адаптоген препаратлар — элеутерокок, женшень, аралии бир кунда 2—3 мартадан берилди. Адаптация даврида қуйидагилар амалга оширилади. Бола боғча ёки яслига келгандан сўнг 1 чи 2—3 ҳафта ичида ҳамшира белгиланган адаптатив коррекцияни давом эттиради. Агар болада безовталик, боғчага кўниколмаслик ҳолатлари кузатилса валериана, пустирник дамламалари буюради, невротик реакциялар кучли ифодаланган бўлса, невропатологга мурожаат қилиш лозим.

Баҳор ва кузда шамоллаш касалликлари кўпайган даврда ҳамшира 2—3 ҳафта давомида организмни умумий қувватлантирувчи давони амалга оширади, шунингдек 1—2 ойга адаптоген препаратлари, витаминларни профилактик дозада қўллади. Ҳолсизланган болаларга бу даврда апилак, пентоксил, УФО курсларини белгилайди. Томоқ ва бурун мойчечак, календула қайнатмалари билан чайилади. ЎРВИ кўпайган даврда бурун бўшлиғига оксолин мази ёки интерферон қўлланилади.

Марказий нерв системаси касалликлари хавфи билан туғилган болалар хавфли омилнинг 2-гуруҳини ташкил этади. Ҳамшира бу хавфли гуруҳни аниқлашни антенатал даврда, аёллар маслаҳатхонасида, ҳомиладор аёлни ҳисобга олгандан сўнг амалга оширади. Бу хавфли омиллар қуйидагилар ҳисобланади:

1. Онада касб-корга оид хавф-хатарнинг мавжудлиги.
2. Она анамнезида ҳомиланинг тушиши, ўлик туғилиши, 2000 граммдан кам вазнли бола туғиш ҳамда узоқ давр ҳомиладор бўлмаслик.
3. Она ёшининг 16 дан кам ёки 40 ёшдан юқори бўлиши.
4. Экстрагенитал (жинсий органлардан ташқари) патология: — гипертония, буйрак касалликлари, қандли диабет, гипертиреоз, юрак-қон томир касалликлари, токсоплазмоз, нерв системасининг дегенератив касалликлари, ақли пастлик.
5. Алкоголизм ва чекиш.
6. Ҳомиланинг эрта туғилиш хавфи.

7. Онанинг ҳомиладорликни 1чи 3 ойлигида юқумли касалликларни бошдан кечириши.

8. Чанокнинг торлиги.

9. Ҳомиладорликнинг 1- ва 2- ярмидаги токсикозлар.

10. Плацента патологияси.

11. Қоғоноқ сувининг кўплиги.

12. Ҳомила гипоксияси.

13. Она ва ҳомила қонининг иммунологик жиҳатдан мос келмаслиги.

Ҳамшира ушбу хавфли омилларни аниқлаганда қуйидаги профилактик тадбирларни амалга ошириши лозим.

1. Гипогаляктияни прогностлаш.

2. Хавфли касалликларни аниқлаш.

3. Оқилона овқатланиш.

4. Акушер гинеколог ва терапевт назоратини амалга ошириш.

5. Ҳомила 34—35 ва 38—39 ҳафталигида гипоксиянинг олдини олиш учун профилактик тадбирлар комплексини ўтказиш.

Постнатал даврда болани бу хавфли гуруҳга киритиш учун қуйидагилар ҳисобга олинади:

1. Узоқ давом этувчи ёки ўта тезликда ўтувчи туғруқ.

2. Қоғоноқ сувларининг барвақт кетиши.

3. Акушерлик усуллари қўллаш (вакуум экстрактор).

4. Қиндик ўқига ўралиш.

5. Йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши.

6. Чақалоқ асфиксияси (бўғилиши).

7. Чада туғилган болалар.

8. Сўриш ва ютиш рефлексларидаги камчиликлар.

9. Мушаклар гипотонияси.

10. Қусиш, транзитор лихорадка.

11. Уйқучанлик ёки безовталиқ.

12. Стигмация даражасининг 5 дан ортиқлиги.

13. Сариқлик.

14. Тоши оғир туғилган чақалоқ.

15. Муддатидан кеч туғилган чақалоқ.

Туғилган болани бу гуруҳга киритиш учун ҳамшира бошқа мутахассис билан ҳамкорликда ишлаши керак. Невропатолог — 1,6,8,12 ойлигида, офтальмолог, жарроҳ — 1 ёшда, лор, ортопед — 1,4 ойликда болани кўздан кечириши лозим.

Ҳамшира боланинг асаб-руҳий ва жисмоний ривожланишини ҳар ой режалаштириб назорат қилиб боради, бола бошининг катта-кичиклигини ва лиқилдоқларнинг ҳолатини баҳолайди. 3 ойликда ва 1 ёшда қон ва сийдикнинг умумий анализини ўтказиш лозим.

Бу гуруҳдаги болаларга ҳамшира режалаштирган профилактик чора-тадбирлар қуйидагилар:

1. Эркин овқатлантириш.

2. Чўмилтириш, массаж.
3. 0,5—1% ли глютамин кислота — чақалоқ 1 ойлигида кунига 3 мартадан 2 ҳафта давомида берилади. Кейинги курс 6 ойликда 3 маҳал 30 кун давомида амалга оширилади.
4. Авайлаш режими.
5. Эмизикли она психотерапияси.
6. Аэрофагияга қарши кураш.
7. Гипертермия ва гипоксияга қарши кураш.
8. Нерв-мушаклар қўзғалиши кучайганда — ишқорий ичимликлар (минерал сувлар чақалоқ / кг вазнига нисбатан) буюриш.
9. Талвасада — ялпиз, валериана ва бошқа ўтлардан тайёрланган дамламалар ичириш.

АНЕМИЯ, РАХИТ, ДИСТРОФИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАР СОҒЛИҒИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ушбу касалликлар хавфли омилнинг 3-гурухини ташкил этиб, бу гурухни ташкил қилиш ҳам антенатал даврдан бошланади.

Бу омилларга қуйидагилар киради:

Онанинг экстрагенитал касалликлари (гипертония), юрак нуқсонлари, қандли диабет, қалқонсимон без касалликлари, семизлик, камқонлик.

1. Ҳомила гипотрафияси.
2. Ҳомиладор аёлнинг нотўғри овқатланиши.
3. Токсикозлар.
4. 4 ва ундан ортиқ ҳомиладорликлар ва уларнинг ораси 1 йилдан кам бўлиши.
6. Онанинг ёши 30 ёшдан катта бўлиши.

Бу хавфли омиллар аниқлаб олинган ҳомиладор аёлга декларация қилинган муддатларда туғруққа қадар патронажни режалаб олиш. Кейин кўрсатмага биноан ҳомиланинг 12 ва 24 ҳафталигида ультра товуш текширувини ўтказиш.

Антенатал даврда ҳамшира қуйидаги профилактик чора-тадбирларни ўтказиши лозим:

1. Гипогалактияни прогнозлаш.
2. 14—16 ҳафтадан витаминли — кислородли коктейл бериш.
3. 10-кундан липамид (0,025мг) 3 маҳал, ҳар куни витамин В₁, ёки кокарбоксилаза 100—150 мг дан қўлланилади.

Ҳомиланинг 24—26 ҳафталигида бу даволаш қайтарилди. Гемоглобин миқдори ҳомиланинг 32 ҳафталигида 120 г/лдан кам бўлса, ойлик профилактик даволаш буюрилади:

- Рационал овқатланиш.
- Очиқ ҳавода сайр қилиш.
- 30 ёшдан катта бўлмаган аёлларга витамин Д—400—500 МЕ бир кунда, ҳомиладорликнинг охириги 2 ойи давомида 15—20 санс ультрабинафша нурлар буюрилади.

Туғруқдан кейинги даврдаги хавфли омиллар қуйидагилар ҳисобланади:

1. Чала туғилган болалар.
2. Эгизаклар.
3. Вазни катта туғилган болалар.
4. Сунъий овқатлантириш.
5. Талвасага қарши воситалар қабул қилган болалар.
7. Эндокринопатиялар.
8. Юқумли касалликлар.
9. Ичи тез-тез кетадиган болалар.

Ҳамкорликда амалга ошириладиган режалар бошқа соҳа мутахассислари билан келишилган ҳолда бажарилади. Қоннинг умумий таҳлили 3,6,9,12, ойликда амалга оширилади. Шу жумладан овқатланишни коррекция қилиш 1 ойда 1 марта ўтказилади.

Режага асосан қуйидаги профилактик чора-тадбирлар ўтказилади:

1. Гипогалактияни олдини олиш.
2. Массаж, чиниқтириш, гимнастика
3. Рационал овқатлантириш
4. Болага 1 ойлигида 10 кун давомида 0,02 мг линоевая кислота, 0,02 пантотенат кальций, 0,002—0,003 витамин В, бир кунда 2 маҳал берилади.
5. 1—1,5 ойлигидан, 1—2 ой давомида 0,03 витамин С, 0,001 тиамин, 0,001 рибофлавин, 0,001 пиридоксин, 500 ме эргокальциферолнинг мойдаги эритмаси. Темир препаратлари 6 ойликдан кейин Нв 120г/л дан кам бўлса 6—8мг/кг дозасида (ферроплекс, феррацетон) буюрилади.

5. Ҳар ойда асаб-руҳий ривожланишни назорат қилиб борилади.

Хавфли омилнинг 4 чи гуруҳига йирингли-септик касалликларга мойил болалар киради.

Анамнез тўплашда ҳамшира қуйидаги омилларни аниқлаши мумкин:

1. Онанинг сурункали экстрагенитал патологияси (бронхит, шелонефрит, холицистит, колит, гастрит ва бошқалар).
2. Сурункали генитал патология.
3. Қизамиқ, қизилча, токсоплазмоз, цитомегалия.
4. ЎРВИ ва бактериал касалликлар.
5. Қоғоноқ сувининг камлиги.

Ҳамширанинг туғруққача бўлган даврдаги чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат:

1. Гипогалактаяни олдини олиш.

2. Ўткир ва сурункали касалликларнинг олдини олиш ва санитар-гигиеник режим туғрисида маданий оқартирув ишлари олиб бориш.

Постнатал даврдаги хавфли омиллар қуйидагилардир:

1. Онада учрайдиган йирингли касалликлар.

2. Мастит.

3. Оналарда учрайдиган юқумли касалликлар.

Омилларни аниқлаб олгач, ҳамшира болани текшириш режасини белгилайди:

1. 10 кунгача ҳар куни педиатр кўриги.

2. 14 кунликка қадар ҳар куни ҳамшира кўриги, кейинчалик ҳафтада 2 марта ўтказилади.

3. 1 ойлигида жарроҳ кўриги.

4. Тери киндик ярасига, дисбактериозга, эмишига, овозига, вазнининг ошиб боришига, қусишига, геморрагик синдромларига, неврологик статусига эътибор бериш керак.

5. 3 ойликкача бир кунда 3 марта тана ҳароратини ўлчаш.

6. 1, 2, 6, 12, ойлигида — қоннинг умумий таҳлили.

7. 3, 12, ойлигида — сийдикнинг умумий таҳлили.

Текшириш режасини тузиб бўлгач, ҳамшира профилактик чора-тадбирлар режасини тузади:

— Сан-гигиеник режимга риоя қилиш.

— Ҳар куни қайнатилган сувга калий перманганатни қўшиб чўмилтириш.

— Бир кунда 4—6 марта киндик ярасини парваришlash.

— Эмизидан олдин онанинг кўкрагига ишлов бериш.

— Ота-оналар билан санитар-оқартув ишлари олиб бориш.

— Кийимларни қайнатиш ва дазмоллаш.

— Қабзият билан курашиш.

— Табиий овқатлантириш.

— Биринчи 2 ҳафталигида бир кунда 1—2 марта 2,5 дозадан бифидум-бактрим бериш.

— Токсикозли ЎРВИ касалликларида антибиотикларни қўллаш ва беморларни шифохонага ётқизиш.

5 гуруҳга туғма нуқсонлар билан туғилган болалар киради.

Антенатал даврдаги ҳомиладор аёл патронажи вақтида ҳамшира қуйидагиларни аниқлайди:

1. Яқин қариндошлар ўртасидаги никоҳ.

2. Хромосомадаги ўзгаришлар.

3. Ота-онасида ёки қариндошларида туғма нуқсонларнинг борлиги.

4. Отанинг ёши 40, онанинг ёши 30 дан катта бўлиши.

5. Аввал туғма нуқсонлар билан тугилган болалар.
6. Онанинг зарарли касби.
7. Ҳомиладор аёлда қандли диабет.
8. Ота-онанинг алкоғолга мойиллиги.
9. Ҳомиланинг тушиш ҳоллари.
10. Ҳомиланинг биринчи 12 ҳафталигида ҳомиладор аёлга юқумли касалликлар ва радиациянинг таъсири.
11. 12 ҳафталигигача дори воситаларини қабул қилиш.
12. Ҳомиладорликнинг 1 ярмида — токсикозлар.
13. Кўп сувлилик.
14. Боланинг думбаси билан келиши.
15. Боланинг 12 ҳафталикда қизамиқ қизилчаси билан касалланиши.

16. Анамнездаги абортлар.

Аёлни текширишда ҳамшира генетик анамнезни ёзиб олғач, ҳомиладор аёлни ҳисобга олиш учун педиатр ва ҳамшира текширувидан ташқари, генетик консултациядан ўтказади, УЗИ кунини белгилайди (12 ойгача ва 20—24 чи ҳафтасида).

Антенатал даврнинг олдини олиш учун кенг доирадаги санитар-оқартув тадбирлари кўрилади.

Постнатал даврда чақалоқнинг ҳамшира текширувида қуйидаги хавф туғдирувчи туғма нуқсонларни аниқлаш муҳим:

Масалан:

- стигмация даражасининг 5 дан ошиши;
- чала туғилган болалар;
- эгизаклардан бири;
- йирик ҳомила;
- эрта сунбий овқатлантириш;
- тутқаноққа қарши дори воситаларини қабул қилган болалар;
- эндокринопатия;
- беихтиёр ич кетиши кузатиладиган болалар;
- инфекциян яллиғланиш касалликлари.

Ҳамшира болани текширгандан сўнг хавф туғдирувчи омиллардан бирини аниқласа, уни ушбу гуруҳга киритиб, қуйидаги мутахассислар кўригидан ўтказиш режасини тузади:

- педиатр ва оила ҳамшираси кўриги (декретда);
- невропатолог кўриги (1,6,12 ойда);
- ортопед кўриги (1 ойда, 1 йилда);
- окулист кўриги (1ойда, 1 йилда);
- кардиолог кўриги (кўрсатмалар бўйича);
- жарроҳ ва тор мутахассислар кўриги (1 йилда бир марта);
- генетик маслаҳати (кўрсатмалар бўйича).

Мутахассислар кўригидан сўнг ҳамшира ўзининг профилактик режасини тузади:

- фенилкетонурияга текширув;

- генеологик анамнез йиғиш;
- боланинг 3, 6, 9, 12 ойлигида қон таҳлилини ўтказиш;
- оқсил, углевод, ёғ калориясининг тўғри тақсимланишини бир ойда бир марта ўз вақтида коррекция этиш;
- 1 ёшга етганда сийдик ва ахлатнинг умумий таҳлилини амалга ошириш.

6-хавф туғдирувчи гуруҳга аллергия касаллик билан хасталанган болалар киритилади.

Аntenатал даврда хавф туғдирувчи омиллар қуйидагилар билан намоён бўлади.

- а) оилавий аллергиялогик анамнез;
- б) тез-тез қайталаниб турувчи ўткир инфекцион касалликлар ва ҳомиладорлик вақтида аёллардаги сурункали яллиғланиш ўчоқларининг мавжудлиги;
- в) ҳомиладорлик даврида антибиотиклар, сульфаниламидлар, қон ва қон ўрнини босувчи суюқликлар қабул қилиш;
- д) кўп маротаба аборт қилдириш;
- е) ҳомиладорлик асоратлари (токсикозлар, таҳдид солувчи абортлар);
- ж) ҳомиладорликда профессионал зарарларнинг таъсири.

Ҳамшира патронажи 32 ҳафта ичида 2 марта амалга оширилади. Antenатал даврда ҳамшира амалга ошираётган профилактик тадбирлардан қуйидагиларни ажратиб олиш мумкин:

- гипогалактияга тахмин;
- хавф туғдирадиган туғма патологик тахминлар;
- чиниқтириш ва жисмоний тарбияни амалга ошириш;
- аллергия чақириси мумкин бўлган овқат маҳсулотларини истъеомол қилмаслик ҳақида аёлларга маслаҳат бериш.

Постнатал даврда хавф туғдирувчи 2 та асосий омил ажратилади:

- чақалоқнинг нотўғри овқатланиши билан боғлиқ омиллар;
- сульфаниламид ва антибактериал препаратларни кўп қабул қилиш билан боғлиқ омиллар.

Бу хавфли гуруҳга кирувчи болалар билан ишлаш учун ҳамшира 3 йиллик иш режасини тузади.

ПЕДИАТРИЯДА СИНДРОМЛАР, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ

Нафас етишмовчилиги синдроми (НЕ)

НЕ нинг клиник формалари. НЕ синдроми бу шундай ҳолатки, унда ташқи нафас қоннинг меъёрдаги газлар таркибини таъминлаб бера олмайди ёки сарф қилинган катта энергия ҳисобига уни

ушлаб туради. Болалардан НЕ синдромининг механизми нафас ағзаларининг турли патологик ҳолатларида турлича бўлади. Бу ҳолатни тушуниш учун қуйидаги терминларни аниқлаб олишга тўғри келади:

обструкция — тўсиқ,

обтурация — ковак орган ўтказувчанлигининг бузилиши,

рестрикция — чегараланиш.

Юқори нафас йўллариининг обструкцияси кўпинча кичик ёшдаги болаларда учрайдиган касалликларда: ўткир стенозловчи ларинготрахеит, травматик шиш, камдан-кам ҳолларда туғма ривожланиш аномалиялари, кисталар, ўсма касалликлари, ҳиқилдоқнинг туғма стенози, трахея, бронхлар стенози — ҳиқилдоқ ичи яллиғланиш жараёнларида кузатилади.

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши

Б. Ў. Б — бронхообструктив синдром; унинг уч турдаги этиопатогенетик формалари мавжуд. Бронхоспазм, гиперсекреция, шиш формалари унинг барча турларига тегишлидир. Асосий касалликлар:

— бронхиал астма, обструктив бронхит, бронхиолит, муковисцидоз, пороклар, кичик қон айланиш доирасидаги гипертензия, микроаспирацион синдром, томомегалия.

Ўпкада вентилиацион-перфузион ҳолатнинг бузилишига, ўпканинг бирламчи патологик ателектази, гиалин мембраналарининг касалликлари, пневмониялар киради.

Нафас олиш рестрикцияси: кўкрак қафаси таранглиги синдроми (ўсмалар, кўкс оралиги кистаси, пневмоторакс, плеврит, эмфизема ҳамда диафрагма чуррасига хос) тўқималар эластиклигининг пасайишида кузатилади. Масалан, пневмосклероз, фиброз, гемосидероз, туғма бронхоэктазлар, ўпка дисплазияси, ўпка поликистозидида кузатилади.

Ўткир ўпка бронхи патологиясининг энг кўп тарқалган нозологик формалари болаларда қуйидагича кузатилади:

— ўткир респиратор касалликлари билан 4000 тадан 1000 та бола касалланади (1 ёшдан 3 ёшгача бўлган даврда).

— ўткир пневмония 1000 та боладан 5—6 таси касалланади (1 ёшгача бўлган даврда кўпроқ).

— ўткир бронхит 1000 та болага нисбатан 60—70 та касаллик ҳолати учрайди (6 ойликдан 1 ёшгача).

Болаларда энг кўп учрайдиган асосий патология бу бронх ҳамда ўпка тизими ва қулоқ, томоқ, бурун касалликларидир. Узоқ чўзилувчан ва сурункали давом этадиган ўпка-бронх касалликларидан энг кўп учрайдигани бу бронхиал астма ҳисобланади (1000 та болага нисбатан 30 таси касалланади).

Охирги 10 йилликда бу касаллик билан оғриш 5—6 маротаба ошган.

Охирги маълумотларга кўра уни келтириб чиқарувчи сабабларга анемиялар, витамин А етишмовчилиги, лимфоцитлар дисфункцияси, маҳаллий иммунитет танқислиги, генеологик анамнезлар киради.

Сурункали пневмония 1000 га болага нисбатан 0,6—1,8% учрайди.

Юқори нафас йўллариининг ўткир обструкцияси (круп)

Круп-патологик жараёнлар натижасида нафас йўллариининг торайиши туфайли келиб чиқадиган ўткир нафас етишмовчилигидир.

Этиология ва патогенези. Ўткир стенозловчи ларинготрахеит, ҳиқилдоқнинг аллергик шиши, ларингоспазм, эпиглотит, аспирациялар оқибатида юқори нафас йўллариининг ўткир обструкцияси келиб чиқади. Унинг болаларда кўп учрашининг сабаби аралаш ёки бактериал этиологияли стенозловчи вирусли ларинготрахеитдир.

Крупнинг патогенезида шиллиқ парда шиши, рефлектор спазм ва ҳиқилдоқ тешигининг патологик ўзгариши (аллергия) ёки бирон бир буюм, ёт нарса тикилиб қолиши катта рол ўйнайди.

Айрим ҳолларда кичик ёшдаги болаларда ҳиқилдоқнинг туғма равишда торлиги, шиллиқ парданинг нозиклиги шишнинг тез ривожланишига олиб келади. Уларда ларингоспазм ва вазосекретор бузилишларга нисбатан мойиллик кучлидир.

Клиник белгилари. Шовқинли нафас олиш, «қув-қув» йўталиш, дисфония. Беморнинг ҳолати ҳиқилдоқ стенози даражасига боғлиқ;

I даражаси — компенсация босқичи ҳисобланиб, ЎРВИнинг ларингит билан кечишида қаттиқ қуруқ йўтал, овознинг ўзгариши, нафас олишининг қийинлашуви (инспиратор стридор) кузатилади.

II даражаси — чала компенсация босқичида шовқинли нафас олиш, кўкрак мускулларининг нафас олишда иштирок этиши, бурун катакларининг керилиши, оғиз атрофида цианознинг пайдо бўлиши, нерв системасининг умумий қўзғалиши кузатилади.

III даражаси — декомпенсация босқичи ҳисобланиб, беморда хавотирлик ҳисси, қўзғалувчанлик, юз терисининг оқариши, муздек тер босиши, акроцианоз, инспиратор стридор турида нафас олишнинг қийинлашиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, пульснинг ипсимон бўлиши, талваса ҳолати кузатилади. Ҳиқилдоқдаги ўзгаришлар шиши, инфилтратив ёки фибриноз-некротик кўринишда ўтиши мумкин. Фақатгина клиник кўри-

ниш асосида крупни аллергияк ҳиқилдоқ шишидан фарқлай олиш мумкин.

IV даражаси— терминал босқич, асфиксия, бола ҳушсиз, юзаки (шовқинли) нафас олади, тери кулранг кўринишда, юрак тонлари бўғиқ, пульс ипсимон, талваса тутиши мумкин.

Ҳиқилдоқдаги ўзгаришлар шиш, инфилтратив ёки фибриноз-некротик кўринишда ўтиши мумкин.

Фақатгина клиник кўриниш асосида крупни аллергияк ҳиқилдоқ шишидан фарқлай олиш мумкин.

Даволаш. Бу касаллик билан оғриган болалар унинг ҳамма даражасида ҳам госпитализация қилинади. Крупда биринчи ёрдам нафас йўллариининг ўтказувчанлигини яхшилаш ҳисобланади. ЎРВИ ни этиопатогенетик ҳамда симптоматик даволаш билан бирга унинг I-даражасида, хуруждан сўнг иссиқ ванна (39—40°C) умумий ва фақат оёқ-қўлларга, ҳиқилдоқ соҳасига иссиқ компресс, нафас йўлларидаги шилимшиқни чиқариш учун болани ҳавонинг намлиги оширилган хонага жойлаштирилади, ҳамда содали ингаляциялар (1чой қошиқ ичимлик содаси 1 стакан иссиқ сувга солинади) қўлланилади. Иссиқ ишқорий эритмалар, сутга 2% ли ичимлик содаси ёки боржом минерал суви аралаштириб, балғам кўчирувчи восита сифатида ичирилади. Тил илдизини шпатель билан кўзгатиш натижасида йўтал рефлекси чақирилиб, бронхлардан балғамни чиқариб юборишга ҳаракат қилинади. Шишни камайтириш мақсадида ва ҳиқилдоқ спазмини камайтириш учун интраназаль йўл билан нафтизин, галазолин, ксимелин, тизиндан фойдаланилади, бурун ичи блокадаси 5% ли новокаин билан амалга оширилади. Ичиш учун ёки парентерал йўл орқали эуфиллин гидрохлорид (1кг тана оғирлигига 4—5 мл/кг/суткасига) берилади. Шунингдек, аскорбин кислота, антигистаминлар (супрастин, димедрол, дипразин, тавегиль, фенкарол, кларитин ва бошқалар) буюрилади.

Даволаш эффектини ошириш учун 5% ли эфедрин гидрохлорид эритмаси 0,5 млдан, гидрокортисон суспензияси, 25 мг дан, 1% ли димедрол 0,5 млдан, 0,5% ли 3—4 мл сода эритмасидан ингаляциялар ўтказилади.

II даражали стенозда стероид гормонлар (2—3 мг/кг), лазикс (1—3 мг/кг) венага юборилади.

III—IV даражали стенозда назотрахеал интубация қилинади, бунинг иложи бўлмаса трахеостомия ўтказилади.

Бундан ташқари антибактериал терапия ўтказилади. Симптоматик даволашда диагностик усуллардан (тўғридан тўғри ларингоскопия, трахеобронхоскопия ва б.) фойдаланилса яхши натижа беради.

Вақтида ва тўлиқ даволанганда даволаш самарали натижа беради. IV босқични даволанмаганда ёки тажрибасиз шифокор томонидан нотўғри баҳо бериб хатога йўл қўйилса ўлим юз бериши мумкин.

Обструкцион бронхиал синдром

ОБС кўпинча ёш болаларда ўткир бронхитнинг кечишини оғирлаштиради. Бунда бронхлар ўтказувчанлиги бузилади ва натижада ўпка вентиляцияси бузилиб, бронхлар секрецияси ажралишини қийинлаштиради.

Этиопатогенетик формалари:

- бронхоспазм;
- бронхлар шиллиқ пардасининг шиши;
- бронхларнинг гиперсекрецияси;
- циллиар (киприксимон респиратор эпителий) аппаратнинг бузилиши;
- бронхларнинг дискинезияси;
- бронхнинг ташқаридан қисилиши;
- бронхларнинг ички томондан обтурацияси;
- бронхлар деформацияси.

Унинг патофизиологик жараёнлари худди бронхиал астмадагидек, яъни бронхоспазм, шиш, гиперсекреция билан кузатилади.

Бронхообструктив ҳолат — ирсий касалликларда, микроаспирацион синдромда, ҳалқум ва ҳиқилдоқ касалликларида, кўкрак қафасидаги ўсмасимон касалликларда учрайди.

ЎРВИ билан касалланган болаларнинг 10—40% и (25%)да ОБС учраши мумкин.

Агар ЎРВИ оқибатида бронхообструктив ҳолат кузатилса унда «обструктив бронхит» ёки «бронхиолит» деб белгиланади.

Обструктив бронхит — майда бронхлар зарарланганда кузатилади, оддий бронхит каби йирик бронхлар шикастланиши билан кечмайди, чунки у ҳолатда бронхлар ўтказувчанлиги ривожланмайди.

Ўткир бронхит клиникаси, диагностикаси ва давоси

Ўткир бронхит клиникасида балғам йўтал орқали ажралади. Классик вариантларда вирусли инфекция ўткир бронхитнинг сабаби бўлса, унинг клиник кўриниши катарал ва интоксикация симптомлари пайдо бўлишидан олдин бронхларнинг ўткир яллиғланишига хос тарзда ўтади. Дастлабки белгиси йўтал бўлиб ҳисобланади.

Йўтал аввал қуруқ, ҳиқилдоқ зарарланганда эса, «қув-қув» йўталиш кузатилади. Тўхтовсиз йўталиш кўкрак қафасининг пастки бўлимида оғриқни келтириб чиқаради (диафрагма соҳасида). Одатда бола шу оғриқ жойни аниқ кўрсата олади. 2—3 кундан сўнг йўтал юмшайди, балғам шилимшиқсиз ёки шилимшиқ йиринг аралаш ажраледи. Тана ҳарорати субфебрил, гипертермия (38,5—39°C) билан ўтиши мумкин.

Объектив текширувда: кўкрак қафаси пальпацияда ва перкуссияда гоҳида диафрагманинг қовурғалар бирлашган соҳасида оғриқ, обструктив бронхитда қутича товуши эшитилади. Аускультацияда қуруқ хириллашлар эшитилади, хириллашлар қанчалик тарқоқ ва ҳар бир йўталдан кейин унинг локализацияси ўзгариб турса, бронхларнинг зарарланиши шунчалик енгил бўлади. Бронхлар бўшлиғида шилимшиқ моддалар тўпланганлиги сабабли, майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Ҳар бир йўтал хуружидан сўнг хириллашлар характери ўзгаради.

Диагностикаси. Ўткир бронхитнинг диагностикаси беморнинг клиник кўриниши, рентгенологик текширув натижаси ва лаборатор текширувлари, қоннинг таҳлилига асосланади.

Оқибати: Ўртача оғирликдаги формасида бу касаллик 2—3 ҳафтадан ортиқ чўзилмайди. Енгил даражаси 1—1,5 ҳафта давом этади. Ўткир бронхитнинг тўлқинсимон тарзда ўтиши кичик ёшдаги болаларга хосдир. Бунда йўталнинг кучайиши интоксикация билан биргаликда кечади. Соғайиш даври 1 ойга ва ундан кўп вақтга чўзилиши, ҳатто бир йилгача ҳам етиши мумкин. Бунга болада кузатиладиган ўртача оғирликдаги ва оғир кечадиган рахитлар, гипотрофиялар, анемия, перинатал энцефалопатиялар, конституцион аномалиялар сабаб бўлади. Узоқ чўзилувчан ўткир бронхитда ҳар бир болани 2 проекцияли рентгенографиядан ўтказиш шарт. Албатта тўлиқ лаборатория текширувлари амалга оширилади.

Госпитализацияга кўрсатмалар:

— 6 ойликкача бўлган болада ўртача оғир формали ўткир бронхит кузатилса;

— ҳамма ёшдаги болаларда оғир кечувчи бронхит;

— обструктив бронхит ва бронхиолит.

1. Даволаш. Уй шароитида ўткир бронхитни даволашда қуйидаги талабларга риоя қилинади:

1. Ўткир нобактериал бронхитда (бола йирингли балғам ажратмайди).

— ҳарорат меъёрига келгунига қадар ётоқ режими тайинланади.

2. Санитар гигиеник меъёрларига, тозалашга, хонани шамоллатишга, хона ҳароратини 22—24°C дан оширмай ушлаб туришга, иссиқ қуруқ ўрин тўшакка эътибор берилади.

3. Боланинг боши ҳамда танасини юқорироқ қилиб ётқизилади. Балғамнинг яхши кўчишини таъминлаш мақсадида дренаж ҳолати бериледи. Ўпканинг микроциркуляциясини ва санациясини яхшилаш мақсадида боланинг ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш, йўтални стимуллаш учун кўкрак қафасини массаж қилиш мақсадга мувофиқдир. Медицина ҳамшираси болани қандай парваришлашни онага ўргатиши ҳамда уларни тўлиқ бажарилаётганлигини доимий назорат қилиши лозим.

4. Трахеобронхиал дарахтни санация қилиш (шилимшиқ моддаларнинг кўп ажралиб чиқиши эмизикли болаларда 3—4 ҳафтагача сақланиши мумкин).

Балғам кўчирувчи ва юмшатувчи препаратлар йўталга қарши дамламалар (мать и мачеха ўти, девясил, солодка, душица, чабрец) ичирилади. Шунингдек, алтей илдизининг тиндирмаси илиқ ҳолда 1 қошиқдан ҳар 2 соатда ичирилади. Илиқ ишқорий минерал сувлар, дори препаратларидан мукалтин, бромгексин, глицирам, 1% ли калий йодид, бензоат натрий, пектуссин бериледи. Куруқ йўтални юмшатиш мақсадида глауцин (0,05 мг таб), либексин (0,1 гр таб), тусупрекс (0,01 гр + сироп), беш ёшдан ошган болаларга фалиминт тил остига бериледи.

5. Болаларга 39°C ли иссиқ ванналар 7—10 минутга буюрилади. Кўп миқдорда иссиқ чой, суюқликлар ичириш тавсия қилинади.

6. Витаминларнинг В гуруҳи (В₁, В₆, В₁₅ кальций пангамат), РР-никотин кислота, витамин А, Е, С-аскорбин кислоталар.

7. Яллиғланишга қарши воситалар:

— (ностероидлар, иссиқни туширувчи, яллиғланишга қарши ва аналгезияловчи препаратлар), парацетамол, аспирин ва бошқалар буюрилади.

II. Бактериал ўткир бронхитни даволашда: қўшимча ичиш учун антибиотиклар — оспен 7—10 кун мобайнида, ампиокс (50—100 мг/кг/сут) 5—7 кун, макролидлар (эритромицин 20мг/кг/сут) 5—7 кун бериледи.

Антибиотикларни танлаш эпидемиологик шарт-шароитга ва боланинг ҳолатига боғлиқ.

III. Вирусли бронхитни даволашда: антибиотиклар ўрнига вирусга қарши воситалар — ремантадин 12 ёшдан ошган болаларга (камаювчи схема бўйича 3—1 мартага қадар 0,1 гр дан овқатдан кейин сув билан ичирилади); гриппга қарши гамма-глобулин (2—3 дозадан 5—7 кун), интерферон бурун катакларига ва ҳиқилдоқнинг шиллиқ пардасига 0,6 мг дан 5—7 кун мобайнида ингаляция қилинади. Шунингдек, йодиол, люголь эритмаси билан томоқ артилади. Фитонцидлар билан ингаляция (саримсоқ, пиёз суви, физиологик эритма билан 1:20, 1:10, 1:15 нисбатда) қилинади.

ЎОБ нинг клиник кўриниши, бронхлардаги патологик жараёнга ва бронхоспазмга боғлиқ. У йўтал, экспиратор ҳансираш ҳамда вентилияцион эмфиземадан иборат.

Бронхиал дарахтдаги жараён қанчалик паст жойлашган бўлса, вентилияция ва газлар алмашинуви шунчалик қийинлашади.

Йўталнинг характери зарарланиш даражасига боғлиқ. Майда, йирик бронхлар ёки трахея зарарланганда йўтал кучлироқ бўлади.

Экспиратор ҳансираш қаттиқ нафас олиш, чўзилган нафас чиқариш билан давом этади. Гиперсекрециянинг ривожланиши бронхлар бўшлиғида секретнинг тўпланишига, ҳансираганда гипертермия туфайли нафас йўллариининг, шиллиқнинг қуриб нафас олиш акти пайтида фижиллаган ва ҳуштаксимон хириллашлар пайдо бўлишига олиб келади.

Бронхоспазм кучли бўлса, аускультатив текширув натижалари ҳар хил ва ўзгарувчан бўлади.

Экспиратор тўсиқлар кўкрак қафаси ичи босимини оширади ва вентилияцион эмфиземага сабаб бўлади. Бу эса, ўпка ҳажмининг ошиши, кўкрак қафасининг катталашувига олиб келади. Перкуссияда қутича овоз эшитилади.

Нафас етишмовчилиги вентилияцион характерга эга бўлса, локал маҳаллий цианоз, оғир ҳолларда умуман тери цианози билан кечади.

Клиникаси. Касаллик инфекцион токсикоз билан кечиб, тана температурасининг кўтарилиши, умумий аҳволнинг оғирлашуви (гриппга, аденовирус инфекциясига ўхшаш) ва ҳолсизлик билан давом этади. RS-вирус ва парагрипп инфекциялари оғир интоксикация ва ҳолсизлик чақирмайди.

Периферик қонда вирусли инфекцияга хос ўзгаришларда касаллик 5—10 кун давом этади. У рецедив ҳолатда кечиши ҳам мумкин.

Бронхиолит айниқса оғир кечади.

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши бронхларнинг терминал жойида аниқланади. Альвеолалар вентилияцияси бузилади, оғир гипоксемия ҳолати ривожланади. Нафас етишмовчилигида бронхообструктив синдромнинг ҳамма белгилари кузатилади (бронхоспазмдан ташқари).

Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилишида шиш ва гиперсекреция аниқ кўринади. Шунинг учун бронхообструктив синдром узоқ давом этувчи жараён бўлиб, уни бартараф этиш қийин кечади. Асосий белгилари кучли ҳансираш, балғам ажралиши билан бирга кечадиган йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, акроцианоз, пальпацияда кўкрак қафасининг ригидлиги аниқланади. Ўпка соҳаси-

ни перкуссия қилинганда тимпаник овоз, аускультацияда бўшашган везикуляр нафас, майда пуфакчали хириллаш (крепитацияни эслатади) эшитилади. Бу хириллашлар шиш ва гиперсекреция сабабли юзага келади.

Рентгенологик текширувда ўткир вентилицион эмфиземага хос кўриниш, ўпка чегараларининг узайиши (камдан-кам ҳолларда кенгайиши) кузатилади. Юрак эса худди осилиб қолгандек кўринади. Бронхообструктив синдромни даволаш бронхоспазм, шиш ва гиперсекрецияни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар кабилдир.

I. Бронхоспазмни бартараф этиш учун:

— бронхоспазмолитиклардан — тўғридан-тўғри таъсирга эга бўлган В₂-адреномиметиклар, сальбутамол орципреналин, беротек, боғланмаган адреномиметиклардан эфедрин, М — холинолитиклар, атропин, холиноблокаторлардан солутан, атровент, бронхиолитин қўлланилади. Бу препаратлар организмга ингаляция йўли билан киритилади (айниқса I ойгача бўлган болаларга).

— универсал миолитиклардан эуфиллин кенг кўламда ишлатилади. Бу препарат ичилганда, томир ичига, мушаклар орасига юборилганда, ингаляция ва шамчалар кўринишида қўлланилганда эффективлиги ортади ва хавфсиз ҳисобланади. Бошланғич дозаси 7—9 мг/кг дан суткасига ошириб, клиник ўзгариш юз бергунча давом эттирилади. Даволаш курси 10—14 кундан ошган бўлса, худди шу йўсинда суткалик доза 1,5—2мг га пасайтириб борилади.

— дори-дармонлар билан даволашдан ташқари ЛФК, кўкрак қафаси массажи, нафас аъзолари гимнастикаси (кичик болаларда рефлектор чалгитувчи воситалар), қўл ва оёққа иссиқ ванналар қўлланилади.

II. Бронхлар шиллиқ пардаси шишини камайтириш мақсадида:

— қисқа курсли (7—10 кун) глюкокортикоидлар, парентерал йўл орқали суткасига 1—1,5 мг/кг преднизолон 2 маҳалдан буюрилади. Бу бронхиолитда яхши натижа беради.

— сийдик ҳайдовчи препаратлар — лазикс (фуросемид) 5% ли глюкозага қўшиб юборилади (суткалик дозаси 30—50 мл/кг).

— асоратсиз ўтаётган обструктив бронхитларда антибиотиклар ишлатилмайди. Бактериал суперинфекция ва бронхоспазмолитикларнинг таъсири бўлмаганда уларни қўллаш мумкин. Антибиотиклар бактериал яллиғланишда бронхларнинг шиллиқ қаватидаги шишни даволаш учун шифохоналарда 5—7 кунгача буюрилади.

III. Бронхларнинг гиперсекрециясини даволаш мақсадида:

— бронхо, муко ва секретолитиклар, обструктив бронхитда солутан, бронхиолитин ишқорий ингаляциялар қўлланилади. Бронхиолитда ацетилцистеин, амброгексал, ласольван қўлланилади. Бу

воситалар балғам миқдорини камайтиради. Шунингдек, даволашда ЛФК ва массаж билан бир қаторда постурал дренаждан фойдаланилади.

— фитотерапия I ойликкача бўлган болаларга қўлланилмайди (чунки, аллергик реакциялар, ичак фаолиятининг бузилиши, қусиш кузатилиши мумкин).

— обструктив бронхитда нерв системасининг қўзғалувчанлигини пасайтирувчи воситалар қўлланилади. Булар 37,5°С гача бўлган илиқ ванналар, седатив моддалар (нейролептиклардан ташқари), бронхоспазмолитиклар билан бирга ишлатилади.

— рецидив кечаётган обструктив бронхитда задитен, интал, кетотифендан, ингальяция тарзида фойдаланилади. Бу дориларнинг ноҳўя таъсири натижасида ҳар хил ҳидларга нисбатан қаттиқ йўтал ва нафас чиқаришнинг қийинлашуви кузатилади.

Бронхообструктив синдромни даволашни ташкил қилиш

Трахеобронхиал ўтказувчанлик бузилганда стационар шароитида қуйидагилар амалга оширилади:

— нафас йўллари катетерлаш, катетер ёки ларингоскоп ёрдамида огиз ва бурун бўшлиғи орқали нафас йўллари шилимшиқ моддалардан тозалаб аспирациянинг олдини олиш, бир неча минут тоза кислородни ингальяция қилиш (катетерлаш муддати 15 секунддан ошмаслиги керак. Катетер ўлчамлари боланинг ёшига қараб танланади).

— трахеобронхиал дарахтни бронхоскопия ёрдамида санация қилиш.

— аэрозоль терапияси нафас йўлларига муколитик ва бронхолитик хусусиятга эга бўлган ҳамда яллиғланишга қарши дори моддаларини қўллашдан иборат. Бунинг учун ацетилцистеин (муколист) ингальяция тарзида 5 мл дан 1 кунда 2—3 марта 10—15 минут давомида қўлланилади. Химопсин 5—10 мг дан битта муолажа учун 2,5 мл физиологик эритмада эритилади ва ингальяция учун қўлланилади. Дезоксирибонуклеаза 2 мг дан 1 мл физиологик эритмада эритилиб қўлланилади.

— ингальяция учун намланган кислород ва ҳаво аралашмасини қўллаш мумкин. Бунинг учун қайнаган сувга ромашка, шалфей, чабрец, эвкалипт барги солиниб дамланади ва ингальяция учун ишлатилади.

Бу ингальяциялар балғамни юмшатувчи, бактерицид ва спазмни камайтирувчи таъсир кўрсатади.

Шунингдек, хонани шамоллатиш ва физиотерапевтик муолажалар кенг қўлланилади.

Ўпканинг вентилицион-перфузион бузилишида нафас етишмовчилиги синдроми

Ўпка паренхимаси ва интерстициал тўқимасидаги патологик жараёнлар қонда газ алмашинувининг ёмонлашувига олиб келади. Унинг асосий белгилари ҳансираш, нафас мушаклари ва бутун организмнинг зўриқишидан иборат. Тахипноэ нафас олиш ва ёрдамчи мушаклар зўриқиши, бурун катаklarининг керилиши, огиз орқали нафас олиш, бошнинг эгилиши, қовурғалараро мускулларнинг ичига тортилиши, кўкрак қафаси шаклининг ўзгариши (шишади, деформацияланади), шунингдек аритмик нафас олиш — диспноэ кузатилади.

Гипоксемиянинг клиник белгилари

Нафас етишмовчилигининг бошланғич фазасида марказий нерв системаси қўзғалувчанлигининг ошиши, безовталиқ, тери қопламлари рангининг кулранг сифат бўлиши, бурун учбурчагининг цианози кузатилади. А/Б аввал кўтарилади, сўнгра пасаяди, тахикардия, эс-хуш хиралашиб гипоксемик кома кузатилади, шунингдек болада арефлексия, талваса, агонал ҳолат пайдо бўлиб, нафас ва юракнинг тўхташига олиб келади.

Гиперкапниянинг клиник белгилари

Объектив текшириб кўрилганда тери нам ва иссиқ, шиллиқ пардаларнинг секрецияси ошган, (бронхорея) арефлексия, цианоз, қон айланишининг бузилиши, шок кузатилиши мумкин. Бундан ташқари нафас етишмовчилигининг 2 турида ҳам нафас олиш тезлашади, ҳансираш кузатилиб, нафас марказининг функцияси бузилади, нафас олиш ритми бузилиб паузалар, брадикардия, Чейн—Стокс ва Биотча нафас олиш, рН нинг 7,2 гача камайиши Кусмауль типигаги нафас олишни чақиради. Ташқи нафас гемодинамиканинг оғир клиник компенсациясига (декомпенсациясига) кўра нафас етишмовчилигининг 4 та даражаси кузатилади.

1-даражаси. Тинч ҳолатда бемор болада гемодинамик бузилишлар—цианоз, нафас олиш актининг бузилиши, ҳансираш кузатилмайди. Бу белгилар жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлади. Кислород ёстиқчасидан фойдаланиш (40—50% ли кислород ва газ аралашмаси) яхши наф беради. АБ меъёрида ёки кўтарилган бўлади, тахикардия кузатилади.

2-даражаси. Тинч ҳолатда бемор болада гемодинамик бузилишлар белгиси — ҳансираш, нафаснинг тезлашиши шовқинли ва чуқур гоҳида стридороз, бурун катаklarининг кенгайиши кузатилади. Кислород ёстиқчасидан фойдаланганда бу белгилар тезда йўқолмайди. Кислород палаткасидан фойдаланиш яхши натижа

беради. Болада юрак уриши тезлашган, безовталик, қўзғалувчанлик, АБ кўтарилиши кузатилади.

3-даражаси. Тинч ҳолатда нафас ва гемодинамика декомпенсацияси аниқ кўринади. Нафас олишда қовурғалараро мускуллар иштирок этади, метаболик респиратор ацидоз, болада қўзғалувчанлик кучайган ёки марказий нерв системаси тормозланган, уйқучан ҳолатда бўлади. Нафас олиш тезлашган шовқинли, аритмик, нафас частотаси ўзгарган юрак уриши тезлашган, тери кўкимтир кулрангда, шиллиқ пардаларда цианоз кузатилади. Мускуллар тонуси, АБ нинг пасайганлиги кузатилади.

4-даражаси. Гипоксемик кома кузатилиб, нафас олиш сусайган ёки аритмик, юзаки Чейн—Стокс, Биот типигаги нафас олиш, эс-хуш йўқолган, кўз қорачиқлари кенгайган, талваса кузатилиши мумкин. Умумий цианоз (acroцианоз), веналар бўртиб чиққан, АБ кескин пасайганлиги кузатилади.

Ўткир пневмония

Бу ўпка тўқималарининг ўткир яллиғланиши бўлиб носпецифик патоген микрофлоралар орқали чақирилади.

Ўпка альвеолаларида экссудат йиғилади. Ўпка тўқимасига аэробронхоген йўл орқали қўзғатувчилар (вирус ва бактериялар) ўтиб бронхопневмония ривожланади. Гематоген йўл билан микроблар тарқалганда сепсис ва бошқа ҳолатлар вужудга келади. Болалар пневмониясида нафас системаси функцияси бузилиши билан бир қаторда нерв, юрак томир, овқат ҳазм қилиш системаси, моддалар алмашинуви жараёни ва гомеостаз издан чиқади.

Клиник манзараси: нафас юзаки тезлашган, нотекис, бурун катаклари керилган, лаблар ва бурун учбурчаги цианозга учраган, тери мармар тусида, перкутор товуш калталашган, стабил нам ва қуруқ хириллашлар эшитилади. Юрак томир системасида тахикардия, гипотензия, юрак тонлари бўғиқлиги, бесарамжонлик, адинамия, умумий гипотония, менингиал симптомлар кузатилиши мумкин. Талвасалар, ҳушдан кетиш, токсикоэксикоз ривожланади, буйрак, жигар функциялари бузилади.

Ўткир бронхопневмонияни бронхитдан фарқлай олиш зарур. Токсик ва гипертермик синдромнинг аниқ кўриниши (даволаганда ҳам гипертермия 3 кундан ортиқ кузатилади) нафас етишмовчилиги, бронхообструктив синдромсиз йўтал, ўпканинг зарарланган қисмида стабил ва локал (ўчоқли) характерли физик ўзгаришлар, йўталдан сўнг қоладиган доимий крепитацияли майда пуфакчали хириллашлар, қаттиқ нафас ва бронхофония аниқланади.

Диагностикаси: ташхиснинг тўлақонли бўлиши учун қоннинг умумий таҳлили, қон кўрсаткичларининг ўзгариши (гемоглобиннинг пасайиши, pO_2 пасайиши, pCO_2 нинг ошиши), кўкрак қафаси рентгенографиясида ўпка тўқимасининг (аниқ контурга эга бўлмаган) инфльтрацияси кузатилади. Балгамнинг бронхиал таркибини текшириш орқали (1 мл балгамда 105—107 микроб таналари топилса) пневмониянинг этиологиясини аниқлаш учун балгам Грамм усулида бўялади.

Оқибати: иккиламчи пневмониялар, деструкцияли пневмониялар, плевритли ва ўпка бўлақларининг бутунлай зарарланиши болаларда айниқса оғир ўтади.

Ўчоқли пневмония — ўртача 3 ҳафта кечади. Ўпка тўқимаси тўлиқ склерозиз битади. Тарқоқ ўчоқли пневмониялар авж олган даврда токсик, йирингли септик ва аллергия асоратлар бериб уларнинг даволаниши 4—5 ҳафтагача чўзилиши мумкин.

Сегментар пневмония — кўпинча иккиламчи ателектазлар билан кечади, торпид формаси (4—6 ҳафта) давом этиб, чегараланган пневмосклероз пайдо қилади.

Крупоз зотилжам (пневмония) — (пневмококкли) оғир циклик кечади, йирингли септик асоратлар беради. Массив плеврит билан биргаликда 2 ойгача давом этади.

Асоратлар: кўпинча плеврит (серозли-фибринозли ва йирингли), крупоз зотилжам билан хасталанган беморларнинг ҳаммасида қуруқ плеврит ривожланади. 2,5—4% болаларда ўткир пневмония оқибатида ўпка тўқимасида йирингли жараёнлар кузатилади.

Стафилококкли, стрептококкли ва пневмококкли пневмонияларда септик асоратлар — инфекция токсик шок, йирингли перикардит ва медиастинит, эпикардит, йирингли отит, жигарнинг токсик зарарланиши, буйрақларнинг токсик зарарланиши ва яллиғланиши, сийдик йўллари, бўғимлар, сўлак безларининг зарарланиши кузатилади.

Крупоз пневмония оғир кечганда ва аралаш пневмонияда болаларда ўткир томир етишмовчилиги ривожланиши, пневмониянинг ҳамма тизимида функционал ўзгаришлар ҳамда аллергия миокардит ривожланиши мумкин.

Пневмония билан хасталанган беморларни даволаш

Бемор болани онаси билан бирга боксга жойлаштириш мақсадга мувофиқ бўлади. 2 ёшгача бўлган болалар оғир ва асоратли пневмонияларда албатта госпитализация қилинади. Этиотрон терапия — антибиотиклар, гипериммун препаратлар билан даволанади.

Антибиотиклар билан даволашнинг I-курси эпидемиологик шароит билан боғлиқ; уйдаги болаларга бензилпенициллин-натрий (100—150000 ТБ/кг/сут.) яхши таъсир қилади.

Боғча ёшидаги болаларга полусинтетик пенициллинлар (150—200 000 ТБ/кг/сут.) ёки цефалоспоринлар (50—100 мг/кг/сут.га) берилади.

Шифохона шароитида хроник ўчоқли инфекцияда аминогликозидларнинг II—IV авлоди бактериал флорага яхши таъсир кўрсатади.

Антибактериал терапия 2—3 кун давомида интоксикация белгиларини камайтирса эффе́ктив ҳисобланади.

Агар шу муддат ичида ижобий таъсири кузатилмаса организмда яллигланиш жараёнини грамманфий бактериялар ёки аралаш кўзгатувчилар чақирган ҳисобланади. Бундай ҳолларда антибактериал бактерицид воситалар комбинацияси яъни (пенициллин+гентамицин; клафоран+тобрамицин) ёки кенг қўламда таъсир этувчи антибиотиклар (ампиокс, фортум, амикацин ва бошқалар) қўлланилади.

Этиотроп терапияни қуйидаги жадвал бўйича танлаш мумкин.

7-жадвал

Пневмонияда этиотроп терапияни танлаш

Кўзгатувчиси	Танланадиган препарат	Резерв препарати
пневмококк	пенициллин	эритромицин
стрептококк стафилококк	оксациллин метициллин	цепорин, гентамицин
Фрилендер таёқчаси	гентамицин	тетрациклин (катта ёшдаги болаларда)
ичак таёқчаси	ампициллин	гентамицин
микоплазма	эритромицин ёки линкомицин	рулид
легионелла таёқчаси	эритромицин	рифампицин

Касалхона ичида тарқалган пневмонияларни даволашда амалга ошириладиган эмпирик терапия грамманфий аэроб бактерияларга (шунингдек *Pseudomonas aeruginosa* га ҳам) қаратилган бўлади. Шу билан бирга цефалоспорин группаси препаратлари (цефотаксим, клафоран ёки лонгацеф, фортум, нетромицин) ва аминогликозид группаси қўлланилади.

Болаларда антибиотикотерапия ўтказиш

Антибиотик дозаси (сут)	Юбориш усули	Ножўя таъсири
Пенициллин груп: бензилпенициллин- Na 50—100000 ТБ/кг (1 ёшгача) 50000 ТБ/кг (1 ёшдан катталарга)	м/о, т/ос, в/га 3—4—6 м 1 кунига 3-4-6 маҳал	Аллергик реакциялар катта дозада қўзғалув- чанликнинг ошиши
Метициллин Na 100—150 мг/кг	М/о, 3—4—6 марта кунига	Аллергик реакциялар кузатилиши мумкин.
Оксациллин — Na ичишга (енгил кечиш- да) 200 мг/кг; 2 ёшгача 1 г/сут, 2—6 ёшда 2 г/сут; м/о, в/га — 40 дан 100 мг/кг гача	м/о, в/га ва ичишга (кислотали шароитда таъсири ўзгаргар- майди), 7—10 кун	Аллергик реакциялар рўй бериши мумкин
Диклоксациллин- Na 20—40—80 мг/кг (чала туғилган ва 1 ёш- гача бўлган болаларда)	м/о, в/га ва ичишга 4 маҳал кунига (1 соат овқатдан олдин ёки овқатдан 2 соат кейин)	Аллергик реакциялар
Ампициллин ичишга- 100 мг/кг, м/о-100—75— 50 мг/кг (янги туғилган чақалоқларга, 1 ёшгача бўлган ва 4 ёшгача бўлган болаларга)	м/о, ичишга, плевра ичига, 5—10 кун	Аллергик реакциялар. Дисбактериоз (ичилганда)
Ампиокс 100—200 мг/кг — 100 кп/кг (1 ёшгача ва 3 ёшгача бўлган болаларга)	м/о, в/га ичишга 3—4 маҳал кунига, 5—7 кундан 14 кунгача	Аллергик реакциялар. Дисбактериоз
Карбенциллин-Na м/о 50—100 мг/кг, в/га 250—400 мг/кг	м/о, в/га 1 кунда 4 марта	Аллергик реакциялар Геморрагик синдром билан биргаликда тромбоцитлар агрега- циясининг пасайиши
Цефалоспорин 2 гр: цефалоридин (цепорин) 40—100 мг/кг	в/га томчилаб, м/о, 2—4 м)	
Цефазолин (кефзол) 50—100 мг/кг	м/о	
Цефалексин (цепорекс) 25—50 мг/кг	Ичиш учун кунига 4 маҳал, 7—14 кун давомида	Аллергик реакциялар, буйрак зарарланиши лейкопения

Антибиотик дозаси (сут)	Юбориш усули	Ножўя таъсири
Аминогликозидлар 3 гр: гентамицин сульфат (гарамидин) 2—5 мг/кг	в/га ва м/о 2—3 мх/к 5—7 кун	
Тобрамицин (бруламицин) 2—5 мг/кг	в/га, м/о 2—4 мх/к, 7—10 кун давомида	Ўта ва нефротоксик таъсир
Сизомицин-сульфат 4—3 мг/кг (1 ёшгача ва 1 ёшдан 3 ёшгача)	в/га томчилаб ва м/о, 3 мх/к 7—10 кун давомида	
Канамицин сульфат 15 мг/кг	в/га томчилаб, 5% ли глюкоза ёки 0,9% ли NaCl га аралаш ва м/о, к 2-3 мх/ 5—7 кун	
Амикацин 7,5—10 мг/кг	в/га ва м/о, к 2—3 мх/ 5—7 кунда	
4 гр Макролидлар: Эритромицин 20-40 мг/кг	Ичишга, овқатдан 1,5—2 соат олдин, 5—7 кун давомида	Аллергик реакциялар
Эритромицин-фосфат	в/га томчилаб	
Олеандомицин-фосфат 20 мг/кг	ичишга овқатдан сўнг, 4—6 м кунига, 5—7 кун	
<i>Левомецетин гр:</i> (хлорамфеникол) 3 ёш- гача 10—15 мг/кг 3 ёш- дан 8 ёшгача 0,15—0,2 гр 3—4 м кунига	Шамча ҳолида ва ичишга к 3—4 мх/ овқатдан 30 мин. олдин, 7—10 кун	Диспептик ўзгариш- лар, дерматит, лейко- пения гранулоцито- пения.
Левомецетин-сукцинат 25—30 мг/кг/сут	в/га 2 маҳал, м/о, 7—10 кун давомида	
<i>Линкомицин гидро- хлорид</i> 10—20 мг/кг/сут	в/га, томчилаб, м/о, к 2—3 мх/ ичиш к 3—4 мх/	Ичкетиш, лейкопения
<i>Бошқа климё препарат- лари:</i> сульфадимезин 4 ойдан-3 ёшгача 0,1 гр/кг 1 чи қабулга, 0,025 г/кгдан кўпайти- рилади 4—6—8 соатда (кечаси берилмайди)	5—10 кун	Метагемоглобин ҳосил булиши, гипоксия, метаболик ацидоз
<i>Атазол</i> 2 ёшгача 0,1—0,3 гр, 2 ёшдан-5 ёшгача 0,3—0,4	5—10 кун	

Антибиотик дозаси (сут)	Юбориш усули	Ножўя таъсири
Сульфадиметоксин 25 мг/кг	Ичишга кунига 1мх/ 5—10 кун давомида	
Бактрим (бисептол-120) 1 ёшдан 5 ёшгача 1—2 таб	к 2 мх/, 5—10 кун	Лейкопения, агранулоцитоз
Нитрофуранлар Фуразолидон 10 мг/кг	Ичишга, кунига 3—4 м	Вит С ва кальций билан ичирилмасин, улар нитрофуран реабсорбциясини кучайтиради, гемолиз ва анорексияга олиб келади.

Гипериммун препаратлари — этиотроп препарат сифатида даволашда қўл келади. Антистафилакокк гипериммун плазмаси (5—8 мг/кг кун ора 4—6 м) ва унинг компонентлари глобулин, иммуноглобулин, антитела титрлари кўкйиринг ва протей таёқчаларига қарши қўлланилади. Агар стафилококка қарши гипериммун плазма ва унинг компонентлари қон қуйиш станцияларида ҳар доим тайёрланса, қолган препаратлар индивидуал яъни, соғлом донорларни махсус вакциналар билан актив иммунизация қилиш йўли билан олинади. Улар албатта бемор боланинг яқинлари, қариндош-уруғларидан соғлиғи текширилгандан кейин танлаб олинади.

Патогенетик терапия — оксигенотерапия — ҳар хил усулларда, ҳар хил фазаларда қўлланилади. Юз маскаси орқали 40—50% ли кислород намланган ва илитилган ҳолда катетер орқали ёки кислородли палаткада, кувезда, ИВЛга ўтказиш йўли билан берилади. Тузалиш босқичида кислородли коктейл, шиповник билан, НЕ да ва гипервентиляцияда (акроцианоз ва токсик нафас) 45% ли кислородли ҳаво аралашмаси, нафас етишмовчилигининг II даражали гиповентиляциясида (юзаки нафас, терининг оқариши, перорал цианоз билан биргаликда) — 60% ли, НЕ нинг III даражаси МНС хасталиғи билан кечганда 30%ли кислородли ҳаво аралашмаси берилади. Медицина ҳамшираси Бобров апаратыдаги суюқликни кузатиб туриши зарур (илитилган дистилланган сув, 25% ли натрий бикарбонат, 30% ли спирт кўпинча ўпка шишига қарши ишлатилади). Ҳар бир сеанс 20 минутдан ошмаслиғи керак. Босимни 10 мм симоб устунидан пасайтирмасдан ушлаб туриш керак. Организмнинг кислородга тўйинганлигини ҳансираш ва цианознинг пасайиши, нафас чуқурлашуви ва рентген кўрсатувларидан билиш мумкин.

Гиповитаминоз ва энергодефицит коррекциясида оқсил буфер системалари — АТФ, ККБ, плазма ва унинг ўрнини босувчи пре-

паратлар, витаминлар — рибофлавин мононуклеид, пиридоксин фосфат, цитомак қўлланилади.

Кардиатроп препаратлардан — юрак гликозидлари, панангин, рибоксин ва бошқалар буюрилади.

Ўпка гипертензияси синдромида — эуфиллин (2,4% ли эр-си 0,15 мг/кг), (венага аста-секин юборилади) ёки бензогексоний (1—2 мг/кг, м/о) ишлатилади. Антиоксидантлар (витамин С, карнитин хлорид, айниқса интенсив оксигенотерапияда), протеаз ингибиторлари (контрикал, трасилол, гордокс) буюрилади.

Десенсибиловчи терапия алергик асоратларнинг олдини олиш учун, ўткир жараён қайтаётган пайтда қонда эозинофил ёки эозинофиль-лимфоцитар ассоциацияси бўлганда (овқат алергенларидан ташқари парҳез, антигистаминлар 7—10 кун давомида фенкарол, тавегил, диозолин) қўлланилади.

Иммунотерапия — левомизол — 2—3 мг/кг кечасига, кунора 3 марта, тималин, т-активин, тимоген инъекцияда ва интроназал йўл орқали қўлланилади.

Симптоматик терапия — иситмани туширувчи — (ароқ-уксусли аралашма билан баданни артиш) аспириин ёки парацетамол (панадол) ичишга, цефекон билан шамчалар, литик аралашмалар буюрилади.

— трахеобронхиал дарахт санация қилинади.

— метеоризмни камайтириш учун (0,05% ли прозерин (0,15 мл дан тери остига, 1—2 мг/кунига); калимин венага (0,1—0,2 мл ёки хромосмон 0,1 мг/кг) қўлланилади.

Антианемик терапия — пентоксил, метацил носпецифик омилларни стимуллаш ва ҳимоялаш учун қўлланилади.

Физиотерапевтик тадбирлар — перкуссион ёки вибромассаж, постурал дренаж, ханталма, банкалар, компресслар кўкрак қафасига қўйилади.

Стационарда УВЧ ёки ВЧ электро майдони, ультратовуш, кўкрак қафасига УФО, магний сульфат, йодидлар, гепарин билан электрофорез, УВЧ ва СВЧ терапияси ҳар куни ёки кунора 5—8 марта (1 курсга) буюрилади.

Бронхиал астма

Бронхиал астма нафас органларининг сурункали касаллиги бўлиб, бронхлар шиллиқ қаватининг алергик яллиғланишидир. Бу касалликда бронхоспазм, бронхлар ва бронхиолаларнинг шиллиқ қавати шишади, шилимшиқ кўп ажралади. Бу эса ўз навбатида экспиратор ҳансираш ва бўғилишга олиб келади. Болаларда бронхиал астма касаллигининг сабабчиси хоналардаги аэроалергенлар ҳисобланади. Бронхиал астма касаллигига шунингдек, ирсий мойиллик ҳам сабаб бўлади.

Бронхиал астманинг клиник белгилари — бўғилиш, ҳуштаксимон нафас олиш, экспиратор ҳансирашдир. Ҳозирги кунда бронхиал астманинг енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир турлари тасниф қилинган. Ушбу тасниф касалликда кузатиладиган клиник белгиларга асосланади. Бўғилиш хуружининг тез-тез қайталаниб туриши спазмолитик воситаларга талабнинг ошишига олиб келмоқда.

9-жадвал

Болаларда бронхиал астманинг кечиши

Асосий белгилари	Енгил	Ўртача оғирликда	Оғир
Хуружнинг қайталаниб туриши	1 ойда 1 марта	1 ойда 3—4 марта	1 ҳафтада бир неча бор
Хуружнинг клиник кечиши	Енгил тарзда ўтиб кетади	Ташқи нафас олиш функцияси бузилиб, ўртача оғирликда кечади	Астма ҳолати оғир хуруж билан кечади
Кечаси кузатиладиган хуружлар	Кузатилмайди ёки онда-сонда кузатилади	Ҳафтасига 2—3 марта	Ҳар куни
Жисмоний зўриқишни таъсири, уйқусизлик	Таъсир этмайди	Жисмоний зўриқиш таъсир этади	Жисмоний зўриқиш тезда таъсир этади
Касаллик авжига чиққанда FEV1 ва PEF кўрсаткичлари	Меъёрга нисбатан 80%	Меъёрга нисбатан 60—80%	60% кам
Бронхлар ўтказувчанлигининг кун мобайнида ўзгариши	20% га яқин	20—30%	30% кўп
Бемор аҳволининг яхшиланиш муддати	3 ой	3 ойдан кам	1—2 ой
Жисмоний ривожланиши	Орқада қолмайди	Орқада қолмайди	Орқада қолади жисмоний ривожланишнинг дисгормонияси кузатилади
Бўғилиш хуружини тўхтатиш	Бронхолитиклар бир марта қўлланилади (ингаляция, оғиз орқали)	Бронхиолитиклар ингаляция ёки парентерал йўл билан қўлланилади. Кортикостероидлар парентерал қўлланилади	Бронхоспазмолитиклар парентерал йўл билан киритилади, шунингдек кортикостероидлар қўлланилади

Бронхиал астма касаллигининг кечишида қўйидаги даврлар кузатилади:

Хуруждан олдинги давр, хуруж даври. Айрим беморларда хуруж оғир кечади ва астма ҳолати ривожланади.

Аммо энг оғир кўриниши бу асфиксия синдромидир.

Бронхиал астма ташхиси қўйидаги клиник белгиларга асосан қўйилади — экспиратор ҳансираш, хуштаксимон хириллаш, қийин ажраладиган ёпишқоқ, кам миқдордаги балғам ажралиши билан кечувчи йўтал. Шунингдек, қонда YgE антителаларининг мавжудлиги ташхис қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал ташхис. Ҳиқилдоқдаги ёт жисмлар, перитонзилляр абсцесс, ларингомалаяция, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония, муковисцидоз каби касалликлар билан ўтказилади.

Бронхиал астмани даволашда қўйидаги талабларни бажариш зарур:

— беморларни шифокорлар билан биргаликда ўз касалликларини даволашга ўргатиш (Астма мактаби);

— спирометрия ёрдамида бронхиал астманинг кечишига баҳо бериш;

— дори-дармонлар билан даволаш режасини тузиш;

— касаллик авжига чиққан даврда бажариш керак бўлган тadbирлар режасини тузиш;

— доимий назорат.

I Бронхиал астмани даволашдаги дастлабки вазифалар:

Беморнинг аҳволини яхшилаш:

— яъни клиник белгиларини бартараф этиш;

— хуружларни қайталамаслигини таъминлаш;

— жисмоний ҳаракатларни чекламаслик;

— дори-дармонларни қўллашда уларнинг ножўя таъсирини камайтириш.

II — даволаш ва профилактика мақсадида дори-дармонларни қўллаш учун танлаб олиш:

— астма хуружини келтириб чиқарадиган омилларни бартараф этиш;

— бронхларда яллиғланишни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш.

— кортикостероидлар, антибактериал иммуномодуляторларни қўллаш.

III — бронхиал астма хуружини тўхтатиш мақсадида дори воситаларини танлаб олиш (сальбутамол, теофиллин, теопек, теодур, ретафил, эуфиллин).

IV — антигистамин воситаларни, иммуностимуляторларни танлаб олиш (иммуноглобулин, гистоглобулин, рибомунил, бронхомунал, бронваксон).

V — ноанъанавий усуллар билан даволаш (акупунктура, гомеопатия, физиотерапия, фитотерапия, тоғ ҳавоси билан даволаш).

Бронхиал астма билан касалланган беморларни назорат қилиб, касаллик қайталанишининг олдини олиш чора-тадбирларини кўриш лозим.

Бронхиал астма хуружларини амбулатория шароитида даволаш.

Уй шароитида касалликнинг илк белгиларини тезлик билан аниқлашни билиш муҳим ҳисобланади.

Уйда ёки поликлиникада беморни гипоксия ҳолатидан чиқариш учун керакли воситалар мавжуд бўлиши керак. Хуруж уйда бошланса, бемор бола шу вақтгача қабул қилган дори препаратларини қабул қилишни давом эттиради.

Агар беморнинг аҳволи оғир ёки ўртача оғирликда бўлса, кортикостероидлардан 2 мг/кг преднизалон мускул орасига юборилиб беморни кузатиб борилади.

Агар аҳволи яхшиланса, бола шифохонага ётқизилади транспортировка вақтида кислород берилади, ингаляция йўли билан сальбутамол ва кортикостероидлар юборилади.

Аэрозолларни оғиз орқали қўллаган маъқул.

Реабилитация ўтказиш. Кун тартибига аҳамият бериш, жисмоний зўриқишларни камайтириш.

Нафас йўллари шиллиқ қаватининг функциясини тиклаш — муколитиклар, антисептиклар, витаминлар қабул қилиш, гипосенсибилизация ўтказиш, иммунитетни ошириш, инфекция ўчоқлари санациясини амалга оширишдан иборатдир. Вегетатив нерв системаси ҳолатини нормаллаштириш, — лазер акупунктураси, иглорефлексотерапия, ультрабинафша нурлар билан амалга оширилади.

Болаларда бронхиал астма оқибатида келиб чиқадиган ногиронликни аниқлаш

Болалар орасидаги ногиронликнинг 90% ни нафас аъзолари касалликларидан бронхиал астма ташкил этади. Бронхиал астма туфайли бола болалик бахти, ёшликка хос ҳатги-ҳаракат, ижтимоий активликдан чегараланади. Ўқишни кўп қолдириш болага ва унинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

Бронхиал астманинг оғир турларида бемор болага ногиронлик гуруҳи берилади.

Ногирон болалар тоифасига асосан жисмоний ривожланишдан орқада қолган, ўз-ўзини ҳимоя эта олмайдиган, ҳаракатсиз, ўз хулқини назорат қилолмайдиган, ўқиш, мулоқотга кириша олмайдиганлар кирази.

Астма касаллигида бемор бола ташқи муҳит шароитларининг ўзгаришга тез мослаша олмайди, бу эса уларда жисмоний мустақиллик, узоқ жойларга сафарларга чиқиш, бирор бир маълумотни олиш ва умуман фаолият юритишга тўсқинлик кўрсатади.

Бу оғир патологиянинг борлиги болада ногиронликни аниқлашга етарли деб ҳисобланади. Агар беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб, келажакда тўлиқ ремиссия кузатилса, ногиронлик 2 йилга тайинланади. Аммо оғир ҳолатларда — гормонотерапия олинса, касаллик қайталанаверса, ногиронлик 16 йилга тайинланади.

Ногиронлик дегани болага ижтимоий ёрдам бериш маъносини билдиради. Вақтинчалик ногиронлик реабилитациянинг бир босқичи бўлиб, бу болага тиббий, педагогик, психологик ёрдамларни ўз ичига қамраб олади.

Болалик даврида бошланган бронхиал астма, катта ёшли одамларда ногиронликка олиб келади.

Катта ёшли одамлар орасидаги 50% ногиронликнинг болалик чоғида бошланганлиги қайд этилган.

Гипертермик синдром

Лихорадка — тана ҳароратининг кўтарилиши бўлиб, организмнинг бирор бир хасталикка жавобидир.

Тана ҳароратининг кўтарилиши — ўткир касалликларнинг асосий ва доимий белгисидир. Гўдаклик даврида ўткир респиратор касалликлар, пневмония, сепсис, ичак инфекциялари тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади, шунингдек аллергия жаранлар, организмнинг сувсизланиши ҳам ушбу ҳолатга олиб келади.

Иссиқлик ажралишининг чегараланиши кўпинча, болани нотўғри парваришlash, иситиб юбориш микроциркуляциянинг бузилишига сабаб бўлади.

Ёши катта болаларда бурун, кулоқ, томоқ (ЛОП) аъзолари касалликлари, гепатобилиар система касалликларида ҳарорат кўтарилиши кузатилади.

Этиологияси. Лихорадканинг асосий сабабларидан бири бу тана ҳароратининг бошқариш марказига экзоген ва эндоген пирогенларининг таъсирidir. Тана ҳарорати 37°Сдан юқори ҳар бир градусга ошса, энергиянинг сарфланиши ҳам 10% га ортади ва тери ости ёғ клетчаткасининг томирлар спазми туфайли иссиқлик ажралиши камаяди. Иситмалар нечоғли баландлиги, қанча давом этиши ва қай тариқа ўзгариб туришига қараб фарқланади:

Субфебрил — 37,1—38°С.

Фебриль — 38,1—39°C.

Юқори фебриль — гипертермия — 39,1—41°C.

Гипертермия организмни ҳар хил агрессиялардан ҳимоя қилади. Биринчидан микроб ва вирусларни ҳалок қилади, иммунитетни, жигарнинг антитоксик фаолиятини кучайтиради, ўпка, тери ва буйракнинг ажратиш фаолиятини кучайтиради, яъни организмнинг тозаланишига ёрдам беради.

Аммо гипертермияда гипоксиянинг ривожланиши, нафас олишнинг оғирлашиши (ҳар бир кўтарилган даража нафас ҳаракатини 4 маротабага оширади), қон айланишининг тезлашуви кузатилади. Ҳар бир кўтарилган даражада пульс 10—15 мартага ошади, шунингдек марказий нерв системаси томонидан бош оғриғи, галлюцинация, талваса ва дегидратацияга сабаб бўлади. Шунинг учун агар лихорадка 3 соатдан ортиқ кузатилса, бу **патологик** ҳолат деб қабул қилинади.

Гипертермия вақтида диагноз қўйиш ва тез чора кўриш зарур.

Агар болада бирор юқумли омил туфайли гипертермия кузатилса, бу «**пушти**» лихорадка (ҳарорат кўтарилиши) ёки гипертермик реакция деб аталади.

Бу ҳолда иссиқлик ажратиш, иссиқлик ишлаб чиқариш билан тўғри келади. Тана териси бир текисда қизариб туради, улар иссиқ, намроқ бўлади. Оёқ ва қўллар пушти рангда бўлади.

Қўлтиқ ости ва қўл, оёқ ҳарорати орасида 3—5°C фарқ бўлади.

Боланинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, тахикардия ва нафас ҳаракатларининг ўзгариши тана ҳароратининг кўтарилишига мос бўлади.

Агар марказий нерв системаси зарарланган бўлса ёки периферик вазоконстрикция кузатилса, иссиқлик ишлаб чиқариш ва ажралиши орасида дисбаланс бўлади. Гипертермиянинг бу тури «**оқ**» гипертермия ёки гипертермик синдром деб аталади. Бола гипертермия вақтида совқотади, бутун танаси қақшайди, тери рангпар бўлади. Лаблар ва тирноқлар кўкаради. Қўл ва оёқ совуқ, тана ҳарорати орасидаги фарқ 6—10°Cни ташкил қилади. Бу гипертермия узоқ давом этувчи ва прогрессияга мойилдир. «**Оқ**» лихорадка учун тахикардия, нафас етишмовчилиги, алаҳсираш, талваса тутиш хосдир. Бу лихорадкада токсик энцефалопатия ва нейротоксикоз ривожланиб кетиши мумкин.

Симптоматик ҳароратни пасайтириш:

— «**Оқ**» гипертермияда боланинг ёшидан қатъий назар, агар тана ҳарорати 38,5—39°C дан баланд бўлса, албатта ҳароратни пасайтириш терапиясини ўтказиш зарур;

— 3 ёшгача бўлган болаларда ҳар қандай лихорадкада анамнезда фебрил талвасалар кузатилган бўлса, ёндош касалликларидан

юрак хасталиклари, ўпка ва марказий нерв системаси касаллик-лари кузатилса;

— агар гипертермия 6—8 соатдан ортиқ давом этса.

Даволашда энг маъқул усул қуйидагилар ҳисобланади:

Марказ орқали таъсир этувчи антипиретиклар — салицилат кислотаси унумлари ва пиразолон препаратлари (аспирин 0,1—0,3 бир мартада, 1 ёшгача бўлган болага 0,05 г, анальгин 5—10мг/кг. 3—4 маҳал бир суткада, мускул орасига эса 50% ли эритмасидан 0,1 мл ёшга нисбатан, бир ёшгача бўлган болага 0,02 мл/кг) буюрилади.

Кейинги йилларда парааминофенол препаратларига алоҳида ўрин ажратилмоқда масалан, болалар учун сироп шаклида чиқарилган парацетамол, панадол, эффералган, шунингдек таркибида парацетамол бўлган колдрекс, фервекслар шулар жумласидандир.

Болаларга парацетамол қуйидаги дозаларда буюрилади:

— 1 ёшгача 0,025—0,05 гр бир мартага;

2—5 ёшда — 0,1—0,15, 2—3 маҳал;

— 6—12 ёшда — 0,15—0,25, 2—3 маҳал.

Яллигланишга қарши ностероид препаратлардан индометацин, метиндол, диклофенак, волтарен, ибупрофен каби дори воситалари ҳам ҳароратни пасайтириш хусусиятига қараб қўлланилади.

Бемор болага ёрдам беришда яна бир асосий вазифа бу периферик қон айланишини яхшилашга аҳамият беришдан иборат. Бу мақсадда томирларни кенгайтирувчи воситалардан папаверин, дибазол, но-шпа, теоникол, никотинат кислота қўлланилади. Агар гипертермия давом этса, унда ташқи физикавий усул билан ҳарорат пасайтирилади.

Иситма пасайтирувчи воситалар таъсирини узоқ муддатга чўзиб берувчи воситалар бу антигистамин воситалардир (дипразин, супрастин, кларитин, гисмапол).

Даволашни ташкил қилиш ва амалга ошириш:

1. «Пушти» лихорадкада — физикавий усуллар билан совутиш яхши натижа беради — музли халта ёки совуқ сувли идишни бош соҳасига осиб қўйиш, ортиқча кийимларни ечиш, вентилятор билан шамоллатиш, 12—14°С ли сувда ҳўлланган чойшабга болани ўраб олиш, 40% ли спирт, сув ва ош сиркасини баробар эритиб (1:1:1) терига яхшилаб суртиш, меъдани 4—5°С ли сув билан ювиш, агар болада талваса бўлмаса, кўпроқ суюқлик ичириш, тозаловчи ҳўқна ўтказиш.

2. «Оқ» лихорадкада, фебрил талвасада, перинатал энцефалопатияда **физикавий усуллар** қўлланилмайди.

Қон томирларини кенгайтирувчи воситалар юборишдан аввал қўл ва оёқларни қуруқ уқалаш ўтказилади.

Бундай бемор болага иситма пасайтирувчи воситаларни: парацетамол (0,05г 1 мартага, 1 ёшгача бўлган болага, 0,1 грамм бир мартага, 1—3 ёшгача, 0,15—0,2 грамм бир мартага, 3 ёшдан катта болага), панадол ва никотин кислота, цефекон шамчаларини тезлик билан қўллаш зарур.

Ҳар бир восита қўлланилгач, тана ҳарорати албатта назорат қилинади (ҳар 30 дақиқада).

Агар зарурат бўлса бу воситаларни 1—2 соатдан кейин такрорлаш мумкин.

3. Тана ҳароратини туширувчи воситаларга яна 50% ли аналгин эритмаси (0,1 мл/ёшга), амидопирин (4% ли — 0,1мл/кг), паверин ёки дибазол алоҳида шприцда юборилади.

4. Агар ҳарорат 1—1,5 соат давомида пасаймаса, болани шифонага жўнатилади ва ганглиоблокаторлар, ГОМК, фторотан наркози қўллаш тавсия этилади.

Стационарда қўзғалувчанликни камайтириш ва диэнцефалгипофизар системасига таъсир этиш мақсадида венага, мускул орасига дроперидол, седуксен юборилади. Бу ҳолатларда литик эритмалардан: 1 мл 2,5% ли аминазин, 1 мл 2,5% ли дипразин, 0,2 мл 1% ли промедол, 8 мл 0,25% ли новокаин эритмалари олинади. Литик эритмани 0,4—0,5мл/кг вазнга нисбатан бир марталик дозаси ҳисоблаб олинади. Бу литик эритмалар ҳар 4—7 соатда юборилади. Чуқур комада нафас марказининг тормозланиши ёки юрак фаолиятининг кескин бузилишида бу литик эритма қўлланилмайди. Бундай ҳолатда никотинат кислота (1% ли эритмаси) 0,5 мг/кг, пентамин (5% ли эритмаси) 2 мг /кг; пипольфен (2,5% ли эритмаси) 0,25 мг/кг буюрилади.

5. Нафас олиш ва қон айланиш бузилганда оксигенотерапия ўтказилади, кислород 40—60% ли, насланган ва иссиқ бўлади.

6. Дезинтоксикация, дегидратация, ацидоз, сув электролит балансини тиклаш мақсадида уй шароитида малинали, асалли, лимонли чой берилади.

7. Агар юқорида айтилган муолажалар наф бермаса фторотан наркози берилади. Тана ҳарорати 37,5°С пасайгач ҳароратни пасайтириш тўхтатилади. Аммо асосий касалликни даволаш давом эттирилади.

Субфебриль ҳароратни (38°Сдан паст) пасайтириш мақсадга мувофиқ эмас, организм ўз-ўзини ҳимоя қилишга интилиши керак.

10-11-жадваллар бизга лихорадка ва турғун субфебрилитет сабабларини аниқлашга ёрдам беради.

**Лихорадка ҳолатларининг (38° дан юқори,
ректал — $38,2^{\circ}$ дан юқори) сабаблари**

1. Ўткир юқумли касалликлар	Кечаси иситма кўтарилади, юқори нафас йўллари-нинг яллиғланиш белгилари аниқланади, терида ҳар хил тошмалар, Филатов Коплик доғлари кузатилади. Овқат ҳазм бўлиши бузилади, интоксикация белгилари пайдо бўлади
2. Инфекцион яллиғланиш касалликлари	Отит, синусит, тонзиллит, пневмониянинг бошланиши, (нафас олиш тезлашади, ўпкада физикавий ўзгаришлар) сийдик ажратиш органларига инфекция тушмаслиги (сийдик ўзгаришлар) кузатилади
3. Марказий гипертермия	Тери ва ректал ҳароратнинг фарқи камаяди. (менингит, энцефалит, Рейно синдромида, наркозда, мия шишларида, хавfli гипертермик синдромда. Чала туғилган болада)
4. Гиперсмоляр лихорадка	Болани овқатлантиришда суюқликнинг етишмовчилиги, Гипертоник дегидратация ичак инфекциясида, конституцион гипертермиянинг ҳамма турларида ҳарорат эрталаб кўтарилади
5. Ҳаракат гипертермияси	Жисмоний ҳаракат сабабли ҳароратнинг кўтарилиши ётиш режимда пасаяди
6. Иссиқлаб кетиш	Ташқи ҳарорат ҳаддан ташқари кўтарилиб кетганда иссиқлик уриши

11-жадвал

**Қайталанувчи лихорадка ва турғун субфебрилитет
ҳарорат сабаблари**

Қулоқ, бурун, томоқ касалликлари	Сурункали фарингит, тонзилит, синусит, аденоид, паратонзилляр абсцесс, сурункали отит
Нафас органлари ва ўпка касалликлари	Сурункали бронхит, пневмония, респиратор аллергозлар
Ўчоқли йирингли жараёнлар	Терининг йирингли касалликлари, абсцесс, лимфаденитлар, мезаденит, яширин дентал абсцесслар, инъекциядан кейинги абсцесслар, ички органлар абсцесслари, мия абсцесси
Умумий инфекцион касалликлар	Туберкулёз-бирламчи комплекси, бронхоаденит, бруцеллёз, юқумли моноклеоз.
Аллергик касалликлар	Ревматизм, ревматоид артрит
Қон ва онкологик касалликлар	Лейкоз, лимфограулематоз, хавfli ўсмалар

Меъда ичак йўли касалликлари	Сальмонеллез, дизентерия, энтерит, ярали колит, холецистит, гепатит
Сийдик ажратиш аъзолари касалликлари	Пиелонефрит, сийдик йўли инфекцияси
Нейровегетатив дистония, конституцион лихорадка	Диэнцефал синдром, инфекциядан сўнг субфебрилитет, эмлашдан кейинги реакция, тана ҳароратининг кўтарилишига ирсий мойиллик
Қалқонсимон без патологияси	Тиреотоксикозли аёлдан тугилган чақалоқлар тиреотоксикози

Талваса синдроми

Текшириш ва даволашни ташкил қилиш

Гўдаклик даврида талваса синдроми жуда кўп кузатилади. Талваса бу мускулларнинг ихтиёрсиз мажбурий қисқаришидир. Талвасалар тарқоқ, локаллашган, шунингдек клоник, тоник ва клонико-тоник турларга бўлинади.

Этиология ва патогенези

Марказий гемодинамиканинг издан чиқиши сабабли гипоксия, ацидозлар кузатилади ва марказий асаб системасининг метаболик ўзгаришларига сабаб бўлади. Бу эса талваса синдромига олиб келади. Нейроинфекциялар, токсикозлар, эндокрин патологиялари, эпилепсиялар ҳам талвасага сабаб бўлади.

Талваса диагнозини қўйишда марказий нерв системанинг органик зарарланиши, жароҳатларга МНС реакцияси, интоксикация, оғир кечувчи ўткир ва сурункали юқумли касалликлар, гипертермияга реакция, модда алмашувининг бузилиши каби ҳолатларга аҳамият бериш керак. Гўдак болаларда талвасаларнинг асосий сабаби — гипокальциемия ҳолатларидир (менингоэнцефал реакциялар айниқса эмлашдан сўнг кузатилади).

6 ойликдан то 5 ёшгача бўлган болаларда асосан фебрил ва гипертермик талвасалар кузатилади.

Фебрил талвасалар асосан тана ҳарорати юқори бўлганда 5 дақиқа мобайнида кузатилади.

Клиникаси. Талваса синдроми тўсатдан бошланади, нафас олиш бир дақиқага тўхтайтиди, тери рангпар, қўқимтир тусга киради, бола ҳушдан кетади, мускулларнинг қўзғалувчанлиги ошади, бу талвасанинг тоник фазаси ҳисобланади.

Сўнгра клоник фазаси бошланади, бола хириллаган нафас олади ва скелет мускулатураси тез-тез қисқара бошлайди.

Агар талваса тез-тез такрорланиб, бемор ҳушига келмаса — бу талваса статуси деб аталади.

Бу ҳолат мия шишига олиб келади.

Лаборатория текширувлари:

- қондаги глюкоза кўрсаткичи;
- қондаги кальций миқдори;
- магнит миқдори;
- натрий миқдори;
- бикорбанат миқдори;
- креатинин миқдори;
- билирубин, артериал қоннинг газ таркиби, люмбаль пункция натижаларини текшириш.

Шошилич чора-тадбирлар:

Талваса синдромининг патогенезидан қатъий назар, МНС кўзгалувчанлигини пасайтириш ва нафас олишни таъминлаш мақсадида фуросемид (2 мг/кг вазнга нисбатан), маннитол қўлланилади.

Бу воситаларни калий препаратлари билан бирга қўлланади (панангин, аспаркам, калий хлорид). Шифохоналарда зарурат туғилганда седуксен, оксибутират натрий (ГОМК) билан бирга (70—100—150 мг/кг дозада) венага оқим билан ёки 5% ли глюкозада юборилади.

Мия шишининг олдини олиш мақсадида салуретиклар (лазикс, фуросемид), осмодиуретиклар (маннитол, сорбитол), плазма ва альбумин қўлланилади.

Агар талваса баргараф этилмаса ва талваса статуси кузатилса барбитурат наркози ўтказилади (гексенал ёки натрий тиопентални 0,5—1% ли эритмаси 5% ли глюкоза эритмасига 3—5—10 мл қўшиб юборилади), ингаляцион наркоз (фторотан) қўлланилади.

Ичиш учун фенобарбитал буюрилади (1 мг/кг кунига 3 маҳал) (айрим ҳолларда зонд орқали).

Антигистамин препаратлари (тавегил, супрастин, димедрол) талвасага қарши воситалар таъсирини узайтиради. Улар талваса хуружи такрорланишининг олдини олиш мақсадида фенобарбитал, дифенин, диакарб билан қўлланилади.

Агар талваса гипокальциемия туфайли бўлса:

- Беморни горизонтал ҳолатда ётқизилади.
- Тоза ҳаво билан таъминланади.
- Оғиздаги шилимшиқлар, овқат қолдиқлари ёки қусуқ масалари тозаланади.
- Тил кетиб қолишнинг олди олинади (бошни ёнга буриш, пастки жағни кўтариш).

— Физикавий усул билан ҳарорат пасайтирилади.

Талвасага қарши воситаларга қуйидагилар киради: Седуксен м/о ёки венага 10% ли глюкоза, ёки изотоник эритмада юборилади (дозаси 0,2 мг/кг, оғир ҳолларда 0,4 мг/кг).

Уч ойликкача бўлган болага бир марталик доза 0,2 мл, 0,5% ли эритмада.

3 ойликдан — 1 ёшгача 0,25—0,5 мл.

3 ёшдан — 5 ёшгача 1—1,5 мл.

Мактаб ёшидаги болага 2—3 мл буюрилади.

Препарат яхши ўзлаштирилади, аммо дозаси ошириб юборилса нафас олиш издан чиқади, артериал босим пасаяди.

Седуксеннинг ножўя таъсири — мускуллар гипотонияси, уйқучанлик, ҳолсизлик ва б. лар.

Мия шишининг олдини олиш мақсадида мускул орасига 25% ли магний сульфат эритмасидан 0,2 мл/кг ҳисобидан юборилади; 3 ёшдан катта бўлган болаларга 1 мл/ёшга нисбатан юборилади. 10% ли кальций глюконат эритмасини 1—1,5 мл/кг ҳисобидан кунига 2—3 маҳал венага юборилади сўнгра 1 чой қошиқдан 4—6 маҳал ичирилади.

Фебрил талвасаларда ҳароратни пасайтирувчи воситалардан ташқари 3 мг/кг фенобарбитал ичиш учун буюрилади.

Талваса синдромида даволаш ва диагностика мақсадида люмбал пункция қўлланилади.

Талваса бартараф этилгач, фенобарбитал, бромидлар, витамин С, витамин В ва РР қўллашни давом эттирилади.

Талваса тутган болаларни неврология бўлимларига ётқизиблиб текширилиши зарур, агар талваса юқумли касалликлар сабабли бўлса, юқумли касалликлар шифохонасига, агар аҳволи оғир бўлса, реанимация бўлимига жойлаштирилади.

Талваса синдромида тоник фазасининг кузатилиши мияда гипоксиясининг борлигини тасдиқлайди.

Беморни даволашда тўғри йўлни танлашда қуйидагиларни би-лиш муҳим аҳамиятга эга:

1. **Аллергия** туфайли келиб чиқадиган талвасалар — эмлашдан кейин келиб чиқиб, тана ҳароратининг ошиши билан кузатилади, фебрил талвасага ўхшаш.

2. **Юқумли касалликлар** сабабли келиб чиқадиган талвасалар.

Бу талвасалар эпилептик талвасани эслатади. Дори воситалари таъсирида тезда бартараф этилади.

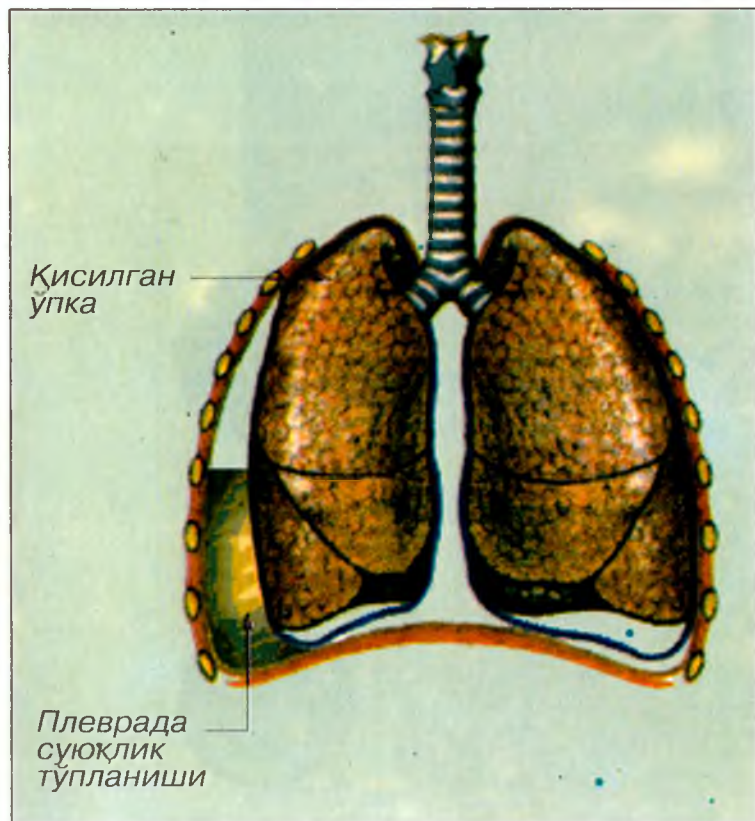
3. **Фебрил** (гипертермик) талвасалар болалар 3 ёшга тўлгунга қадар учрайди. Бу талвасалар клоник-тоник характерга эга. Тана ҳарорати 38°С дан кўтарилса фебрил талваса юзага келади. Бу талвасалар ўртача 20 дақиқа давом этади. Бундай талвасаларга ирсий мойиллик сабаб бўлади.

4. **Метаболик бузилишлар сабабли** келиб чиқадиган талвасалар
Гипокальцимияли талвасалар:

Карпопедал спазм.

Карпопедал спазм бу қўл ва товон мушакларининг тоник қисқариши бўлиб, «акушер қўлини» эслатади. Бу талваса кўпроқ спазмофилияда кузатилади.

*Erning geobiologik turining
salomatlikka ta'siri*





Сунъий нафас бериш ва юракни массаж қилиш

Соғлом жигар



Жигар циррози



*Күйүш
даражалари*

I-II

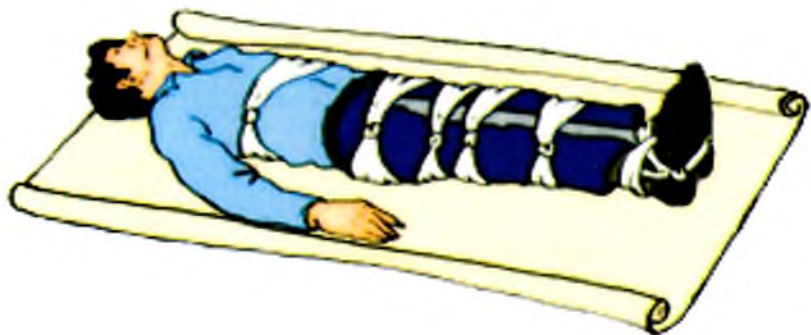


III

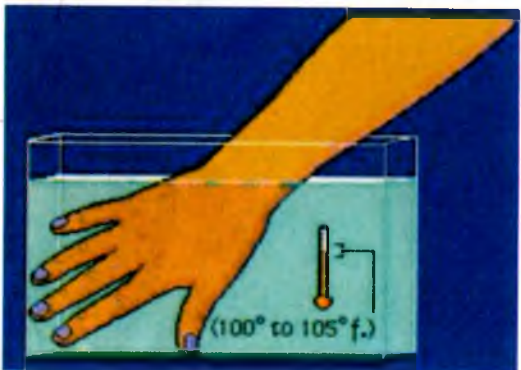


IV





**Боғлам қўйиш
турлари**



Ҳомиланинг юрак уришини текшириш



Чақалоқларнинг биринчи маротаба кийинтириш ва уларнинг биринчи профилактикаси



Плацента
(йулдош)

хомила
қобиғи



Бир тухумли эгизакларнинг
бачадонда жойлашининг
схемали тасвири

Плацента
(йулдош)

хомила
қобиғи



Икки тухумли эгизакларнинг
бачадонда жойлашининг
схемали тасвири

Жинсий органларнинг нотўғри ривожланиши

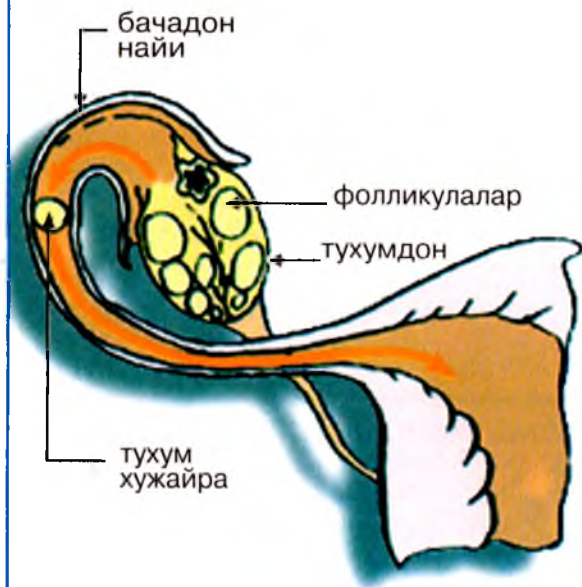
Бачадоннинг
тўғри жойлашиши

Букилган
бачадон

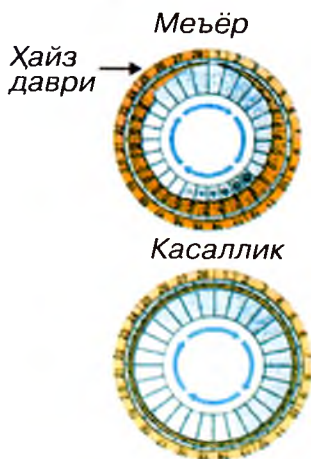


Бачадон ретрофлексияси.
Узун кесимнинг схемали тасвири

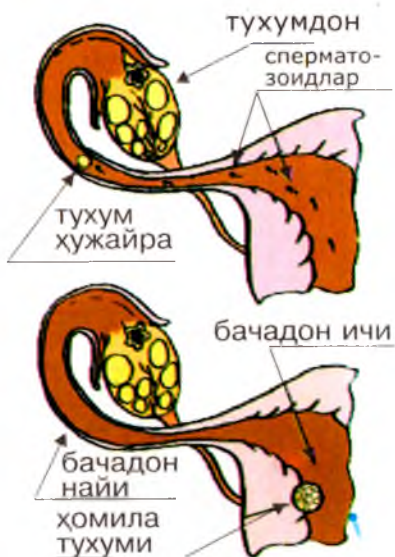
**Аёллар жинсий тўқималарининг
ривожланиши.
Овуляция**



Ҳайз цикли



Уруғланиш



ҲОМИЛАДОР АЁЛДАТИ ЎЗГАРИШЛАР

Ларингоспазм (товуш тирқишининг қисқариши) бу ҳолат кўпроқ сунъий усул билан бола овқатланганда, овқатда кальций ва витамин Д етишмаслиги сабабли келиб чиқади.

Ларингоспазмда ҳиқилдоқнинг асаб мушак аппарати қўзғалувчанлиги ошиб кетади. Боланинг териси рангпар, лаблари кўкимтир тусга киради. Хуруж бир неча сониядан 1—2 минутгача давом этади. Ларингоспазм бир кунда 20 марта такрорланиши мумкин.

Спазмофилия (рахитик тетания) умумий ва маҳаллий тониклоник талвасалар билан кузатиладиган ҳолат бўлиб, бронхоспазм кузатилиши мумкин. Яширин спазмофилия белгиларини аниқлашни билиш керак: Хвостек, Труссо белгилари шулар жумласидандир.

Экламсик талвасалар: асаб мушаклар қўзғалувчанлиги ошиб кетиши сабабли келиб чиқади. Болаларда, шунингдек нейроген талвасалар, чақалоқлар талвасалари ва соматик касалликларда учрайдиган талвасалар тафовут қилинади.

Постгеморрагик анемиялар

Эмадиган болаларда ўткир постгеморрагик (қон йўқотгандан кейинги) анемия ривожланиши қоннинг ивиши ва қон ивишига қарши системаларда (гемофилия), тромбоцитопенияда ва қон томирларининг деворлари ўтказувчанлиги юқори бўлганда кузатилади. Эмадиган болаларда постгеморрагик анемия, агар 100 мл қон йўқотилганда, катта ёшдаги болаларда эса 200—500 мл қон йўқотилганда юзага келади.

Қон йўқотишнинг клиник белгилари: ҳушдан кетиш ҳолати, кўнгил айниши, айрим пайтларда қусиш, совуқ тер босиши, кўл қафт бармоқлари ва оёқ товон қафтларининг кўкариши, пульснинг тезлашиши (кўп қон йўқотганда ипсимон), артериал босимнинг пасайиши, агар бемор горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтса, боши айланиши, кўз хиралашиши, ҳушдан кетишнинг кучайиши кузатилади.

Анемия бошланишида гемоглобиннинг рангли кўрсаткичи периферик қонда камаяди. Бу кўрсаткичлар қон йўқотиш даражасига боғлиқ бўлади.

Беморларни қон ўрнини босувчи дорилар билан даволанганда тўқималар (гемозилоция)да, қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдори камаяди.

Нормохром анемия тромбоцитоз, лейкоцитоз, лейкоцитар формуласи силжиганда юзага келади.

Постгеморрагик анемия аста-секинлик билан ривожланади. Гипохром, микроцитар, нормохром ва гиперрегенератор қон кўрсаткичларига эътибор берилади.

Болаларда анемия синдроми:

- ўткир анемия (камқонлик) синдроми;
- қон айланиш системасида гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг бирдан камайиб кетиши.

Асосий сабаблари:

1. Ички ва ташқи қон йўқотиш сабабли келиб чиқадиган, постгеморрагик анемия.
2. Эритроцитларнинг қонда емирилиши натижасида келиб чиқадиган гемолитик анемия.
3. Суяк илиги шикастланишининг нур билан таъсирланиши оқибатида келиб чиқадиган, қон ҳосил бўлишининг бузилиши билан кечадиган апластик анемия.

Болаларда анемиянинг келиб чиқиш сабаби бошқа касалликларга ўхшаб уларнинг ёшига боғлиқ.

Чақалоқлар анемияси:

Бу анемияда гемоглобин (капилляр қонда) 150 г/л ва эритроцитлар 4,5 · 10¹² л гемокрит сони (рангли кўрсаткич) 0,4 бўлади. Бу анемия тугруқхоналарда чақалоқларнинг неонатал даврида учрайди.

Анемик синдром: эмадиган ёшдаги ва 5 ёшга қадар бўлган болаларда периферик қонда гемоглобин миқдори 110 г/л эритроцитлар сони 4 · 10¹² л дан кам бўлса, анемия ташхиси қўйилади. 5 ёшдан ошган болаларда периферик қонда гемоглобин 123 г/л дан кам бўлса, анемия ташхиси қўйилади.

Кечиктириб бўлмайдиган чора-тадбирлар:

Қон кетганда шифохонага олиб боргунча қон кетишини тўхташиш учун жгут, босувчи боғлам, қон кетаётган қон томирни бармоқ билан босиш, бурунни тампонада қилиш ёки қон кетаётган соҳага муз халта қўйиш лозим.

Ташқи қон кетганда гемостатик булут, фибрин парда, биоклей қўллаш мумкин. Қон кетаётган жой 5% ли Е-АКК эритмаси билан ювилади. Паренхиматоз органлардан қон кетганда шифохона шароитида янги қон плазмаси ёшига қараб венага юборилади, 1—2 мл 1% ли викасол эритмаси, 1—2 мл 12,5% ли дицинон ёки адроксона мускул орасига юборилади.

Ҳамма турдаги қон кетишда венага Е-АКК эритмаси юборилади. Фақат паренхиматоз органлардан қон кетганда микро-тромбоваскулитларда ва ДВС-синдромларда бу эритмани юбориш мумкин эмас.

Йўқотган қон миқдорини тўлдириш ва даволаш учун глюкоза ва тузли эритмаларни, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, Рингер эритмаси, 5% ли глюкоза эритмаси ва янги цитрат қонни венага оқим билан ёки тўғридан-тўғри қуйиш мумкин.

Қон босими бирдан пасайганда юқорида айтилган эритмалар билан бирга 1 марта 0,5—1 мл — 0,2% ли норадреналин эритмаси юборилади.

Қоннинг гемодинамикаси ва қон томирларида қон айланишини тиклаш учун 5 % ли альбумин эритмаси, коллоид қон ўрнини босувчи, қоннинг осмотик босимиға таъсир этувчи полиглюкин (декстрон, макродекс, желатиноль ва реополиглюкин) эритмаларини венаға томчилаб юборилади. Юбориладиган глюкоза-тузли эритмалари коллоид моддаларға нисбатан 2:1 ёки 3:1 нисбатда бўлиши керак. Коллоид эритмаларни қисман янги яхлатилган плазма билан қисман алмаштириб қўйиш мумкин.

Агар гемоглобин миқдори 70—80 г/л га қадар тушса эритроцит массасини венаға юборилади. Консервация қилинган қонни кўп миқдорда юбориш мумкин эмас, чунки қон қуйилгандан кейин беморда қон айланиш органлари бузилади. Бу оғир асоратларға олиб келади. Қон кетишини тўхтатгандан сўнг гемодинамикани тиклаш учун 1—3 кунларда 100—200 мл суткасиға палифер, 2—3 мл ферковен ва 2,5—5 мл феррумлек (секин-асталик) билан венаға юборилади.

Анемиянинг енгил формаларида феррокаль, ферроплекс; феррацерон ва бошқа таркибида темири бор дориларни овқатдан олдин 3 маҳал ичиш тавсия қилинади.

А гемофилия.

А гемофилия касаллигида кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларнинг ўзига хос хусусиятлари бор.

Сабаблари: Қоннинг ивиши учун керак бўладиган VIII факторнинг етишмовчилиги натижасида А гемофилия келиб чиқади. Бу наслға боғлиқ касаллик ҳисобланади. Бу касаллик юқумли касалликларда, тери ости ва мушак орасиға қон юборилганда, янги тугилган чақалоқларда киндик тизмачаси кесилганда, йиқилганда, урилганда қон кетиш билан кузатилади.

Бемор болани даволашда қон айланиш системасиға ортиқча таъсир қилмаслик учун қон плазмасини 10—15мл/кг дан 2—3 марта суткада юбориш керак, чунки плазмадаги VIII факторнинг ярим емирилиши 8—12 соат давом этади. Қон кетаётганда криопреципитат VIII факторға кирадиган концентратлардан энг актив ва арзон бўлгани учун катта миқдорда қон кетганда ишлатилади ва қон айланиш системасиға таъсир этмайди.

Криопреципитатни музлатилган ҳолда — 20°С сақлаш керак. Агар эриб кетса, у ўз активлигини йўқотади (IP5 — криопреципитат 200 мл антигемофилик плазманинг активлигига тўғри келади).

Шунинг учун криопреципитатни 30—40 ТБ/кг дан ҳар 12 соатда юбориш зарур. Ҳамма антигемофилик дориларни қон тўхташдан олдин, бошқа инфузион дорилар билан қўшмасдан венаға оқим билан юборилади. Гемофилияда ацетилсалицилат кислота, тромбоцитларнинг фаолиятиға таъсир қиладиган дориларни қўллаш мумкин эмас.

Қон ва қон ўрнини босувчи дориларни СПИД (ВИЧ) антигенларига текширилиб, кейин ишлатиш зарур. Геморрагик клиник белгилари бўлган беморлар болалар шифохонасининг гематология бўлимига юборилиши керак.

Гемофилиянинг ташхисини қон таҳлилини ўтказганда қуйидаги кўрсаткичларга қараб аниқланади: қон ивиш тезлиги вақти чўзилган бўлади, протромбиннинг ўзлаштириши ўзгаради, тромбоцитларнинг меъёрадаги тестларида тромбопластик гиперагрегация бўлади.

В гемофилия (ирсий геморрагик диатез касаллигида кузатилади) қон плазмасида тромбопластик компонент яъни IX фактор етишмаслигидан юзага келади. Бунда янги яхлатилган 10—15 мл/кг плазмани венага 1 суткада 1 марта юборилади.

Болаларда маҳаллий қон кетганда кечиктириб бўлмайдиган тез ёрдам чора-тадбирлари: бурундан қон кетганда тинч ҳолат яратилиб, ярим ўтирган ҳолда, бошини сал орқага эгиб, докани совуқ сувга ҳўллаб ёки муз бўлақларини халтачага солиб бурун устига қўйилади.

Бурунни иккала катагини бурун тўсиғига қараб қаттиқ босилади. Бурун йўлларига докани 3% ли водород пероксидга ҳўллаб қаттиқ босиш керак. Агар қон кетиш тўхтамаса, шу эритмалар билан докани ҳўллаб, бурун ичини тампонада қилинади. Ундан ташқари венага 10% ли калций хлорид ёки калций глюконат 1—5 мл дан юборилади. Рутин, витамин С ҳам юборилади.

Кучли қон кетганда болани оториноларингологик бўлимларга юбориш шарт.

Ҳазм аъзоларидан қон кетиши. 1 ёшдан 3 ёшгача болаларда ҳазм органларидан қон кетишининг сабаби қуйидагилар: ичаклар инвагинацияси, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, 3—7 ёшли болаларда йўғон ичак полиплари, 7 ёшдан катта болаларда қизилўнгач венасининг варикоз кенгайиши, ошқозон варикозли кенгайиши, меъда яраси ва 12 бармоқ ичак яраси, эррозив ва аллергик гастритлар. Портал гипертензияда веналар кенгайиши туфайли қизилўнгачдан қон кетса, бу узоқ давом этади ва бола кўп қон йўқотади.

Клиник белгилари. Ҳазм органларидан қон кетганда қусуқ масалари тўқ гилос рангда, ахлати қон аралаш келади, беморнинг аҳволи оғирлашиб, анемия кузатилади. Ҳатто бола коллапсга тушади. Агар портал вена гипертензияси бўлса, гепатомегалия, спленомегалия ва қорин олд деворининг тери ости веналари кенгайиши кузатилади.

1-босқичда тез ёрдам. Болани жарроҳлик бўлимига юборилади, қон кетиши тўхтатилади.

Агар қизилўнғачдан қон кетса, қусуқ қолдиқларидан оч қизил рангда қон кўринади. Ташхис қўйиш учун эндоскопия ва рентгенологик текширув ўтказилади.

Даволаш. Жарроҳлик усули билан даволанади. Тўғри ичакдан қон кетганда қон қуюқлашиб, қора рангда бўлади. Қон кўп кетмайди ва беморнинг аҳволи оғирлашмайди. Жарроҳлик усули билан полипларни электрокоагуляция қилинади. Беморларни ректороманоскопия ёки колоноскопия қилиб даволанади.

Гемолитик анемия

Гемолитик анемия — Минковский—Шоффар камқонлиги кўринишида учрайди. Микросфероцитоз кузатилади (бу касалликда эритроцитлар мембранасида анемия бўлиб, талоқда эритроцитлар жуда тезлик билан емирилади). Бу касаллик чақалоқлик даврида бўлгани учун енгил ўтиб, ташхис эса кеч қўйилади. Касалликда 3 та асосий белгилар бўлиб, анемия, сариклик ва спленомегалия кузатилади. Ўрта ёшдаги болаларда терининг сариклиги, спленомегалия, сийдик ва ахлатнинг тўқ рангга кириши касаллик белгилари бўлиб ҳисобланади. Бола ланж, иштаҳаси паст, қорни оғрийди, субфебрил ҳарорат, ҳансираш, юрак уриши тезлашиб, анемик гипоксия, юрагида шовқинлар эшитилади.

Анемиянинг бошланғич босқичида болаларнинг суяклари ўзгаради (суяк илигида эритроцитларнинг ҳаддан ташқари гиперплазияси кузатилади).

Пешона суяклари катталашади, боши масжид гумбазидек бўлади. Кўз олмалари кенг жойлашган, бурун тўсиқлари, танглай кенгайган, тиш ёйлари тор, жойлашуви бузилган бўлади.

Агар гемолитик анемия ёш болаларда оғир формада ўтса, улар жисмоний ва ақлий ривожланишдан орқада қолади. Катта ёшдаги болаларда билирубин ажралиши кўпаяди. Жигар ва ўт йўлларида тош ҳосил бўлади (жигар санчиғи дейилади). Касаллик гемолитик кризлар билан ўтади, яъни беморнинг аҳволи оғирлашади, ҳарорати кўтарилади, тери ранги оқаради, тери ва шиллиқ қаватлар сарғаяди. Кўнгил айниб, қусади, бўшашади. Оғир гемолитик анемияда тахикардия, ҳансираш, юрак етишмовчилиги, ҳушини йўқотиш кузатилади. Гипопластик кризлар ривожланади. Янги тугилган гўдаклар касаллигининг клиник манзарасида сариклик кучли ифодаланган бўлиб, спленомегалия кузатилмайди. Фетал гемоглобиннинг юқорилиги бунга сабаб бўлади.

Чақалоқлар қонида токсик билирубин кўпайиб, уларнинг нерв системасига таъсир қилади.

Минковский—Шоффар анемиясида эритроцитларнинг диаметри кичиклашади, шакли шарсимон, анизоцитоз бўлади. Осмотик

босим эритроцитларда 0,6—0,7(мин.) ва 0,4—0,44 (макс) % Na Cl, ретикулоцитоз 30—40% дан 400 га қадар (оғир формаларида), қон зардобиди билурубин 68—102 мк моль/л гача кўпаяди. Гемолитик анемияни аниқлаш учун болаларни гематологик бўлимга ётқизилади.

Гемолитик анемиянинг кризларида эритроцитар массаси ва қон куйилади. Бола 5 ёшга тўлганда спленэктомия қилинади бунда бола клиник жиҳатдан тўлиқ тuzалади. Эритроцитларнинг ҳосил бўлиши ва гемолизга учраши тўхтайди, сариқлик қайтади.

Спленэктомиядан сўнг бола 3 йил давомида диспансер назоратида бўлиб, юқумли касалликлардан сақланиши ва антибиотиклар ичмаслиги керак.

Дефицитли анемиялар

Дефицитли анемиялар сабабига қараб 2 га бўлинади — темир етишмовчилигидан келиб чиқадиган анемия ва алиментар анемия. Бу анемия 90% болаларда учрайди. Бу касалликка сабаб — бола организмда оқсиллар, витаминлар, темир, кобальт микроэлементлари етишмаслигидир.

Темир етишмовчилигидан келиб чиқадиган анемия кўпинча фертил ёшдаги аёлларда ва 90% ҳолларда болаларда учрайди.

Бу моддалар бола организмга озиқ-овқатлар билан киради, лекин сўрилиши бузилганда касаллик юзага келади. Касалликнинг энг катта гуруҳига асосан алиментар анемия киради.

Агар боланинг овқатланиши бузилса, сифат ва миқдор жиҳатдан оқсил, витамин ва темир моддалари кам берилса, беморнинг ичи кўп кетса, колит кузатилса, бу моддалар сўрилмайди. Кўпинча бу анемия 90—100% ҳомиладор аёлларда, 40% — 4 ёшга қадар бўлган болаларда учрайди.

Анемиянинг ривожланишига мойиллик туғдирувчи ҳолатларга болаларни сунъий овқатлантириш, қўшимча овқатларни кеч бериш, бир хил сутли аралашмаларни узоқ муддат бериш киради.

Гўштли овқатлар, ҳайвон оқсиллари етишмаслигидан куйидаги касалликлар келиб чиқади: рахит, гипотрофия, чала туғилиш, 2—3 ёшли болаларда эса темир етишмаслигидан келиб чиқадиган анемия кузатилади. Шунинг учун 85—90% ли темир етишмовчилиги анемияси 3 ёшга қадар болаларда учрайди. 3 ёшдан кейин темир нисбати бола организмда меъёрида бўлади.

Анемия гемоглобин миқдорининг пасайишига қараб 3 даражага бўлинади.

Энгил Нв—90—110 г/л; ўртача оғир (Нв 60—80 гм) ва оғир турида Нв 60 г/л дан кам бўлади. Эритроцитлар сони $3,5—2,8 \cdot 10^{12}/л$ ва ундан паст бўлади.

Клиник белгилари: Тери ва шиллиқ қаватлари оқарган бўлади. Темир етишмовчилиги анемиясида кўпчилик орган ва система-лар таъсирланади, болаларнинг хулқ-атвори ўзгаради. Қабул қилиш қобилияти паст, озиб кетади.

Тери ва шиллиқ қаватларда ҳар хил яллиғланишлар бўлади. Иммунитетнинг пастлиги туфайли уларда ичак касалликлари кўп учрайди.

35% темир етишмовчилиги анемияси бор болаларда сурункали касалликлар ривожланади, жигар ва талоқ касалликлари келиб чиқади. Ўта оғир формасида болалар ланж, атрофга бефарқ, йиғ-лоқи, иштаҳаси пасайган, терисини пайпаслаганда қуруқ, сочла-ри сийрак, пульси тез, аускултатцияда юрак чўққисида нозик сис-толик шовқин эшитилади.

Оғир формаларида инжиқ, уйқучан бесарамжон, сержаҳл бўлиб, боши оғрийди, овози пасаяди. Бола ҳаддан ташқари ланж, ишта-ҳаси йўқ, кўпинча қабзиятлар пайдо бўлади. Бир хил болалар лой, гишт, мел, тупроқ, чой шамасини егиси келади. Кўпинча тирноқ-лари синувчан ва юпқа бўлиб, қават-қават, сочлари хиралашиб, тўкилувчан бўлади. Оғиз бурчакларида бичилишлар кузатилади. Тилада ипсимон ва замбуругсимон сўрғичлар текисланиб, тил ялтираб қолади. Юрак-қон томир системасидаги ўзгаришлар ку-чаяди, юз ва оёқлари шишиб кетади.

Жигар ва талоқ катталашганлиги сабабли қорин катта кўрина-ди. Темир етишмовчилиги анемияси ташхисида қонни лаборато-рияда текширилганда ранг кўрсаткичи I дан паст бўлади, микро-цитоз ва ретикулоцитоз кузатилади (17% болаларда). Қон зардо-бининг темир боглаш хусусияти юқори бўлади (78 мкмоль/л).

Физиологик анемия. Темир дефицитли анемиянинг турларига кеч кузатиладиган «физиологик» анемия киради. Одатда анемия-нинг тури чақалоқларда олти ойликдан кейин кузатилади. Лекин чала туғилган чақалоқларда касаллик 3—4 ойлигида ривожлана-ди. Кеч ривожланадиган физиологик анемияда темир дефицитли анемиянинг барча белгилари кузатилади.

Давоси. Чала туғилган ва мсъёрида туғилган чақалоқларда ане-мия бўлмаслиги учун аёл ҳар 2 йилда ҳомиладор бўлиши керак.

Ҳомиладор аёлнинг қон таҳлилида Нв миқдорини текшириб ту-риш лозим. Агар у паст бўлса ҳомиладор аёлга I ойдан бошлаб, глю-тамевит ва таркибида темир бўлган комплекс поливитаминомлар, мис ва кальций, кальций туз эритмалари берилиши керак. Оксидланган темир, темир лактат, аскорбин кислота, ферраналь, ферроплекс ва феррум Лек, таркибида алоэ бор темир сиропи берилади.

Эмизикли болаларда геморрагик синдромлар

Гемостаз бир томондан қон кетишининг олдини олса, иккинчи томондан қонни суюқ ҳолатда бўлишини таъминлайди. Қон айланиш доирасида тромблар ҳосил бўлишидан сақлайди. Гемостазлар 3 хил бўлади. 1) Қон томирлар гемостази. 2) Тромбоцитар гемостаз. 3) Плазмали гемостаз.

Уларнинг ҳар бири қон лахтасини ҳосил қилиш ва қоннинг ивишига қарши факторлардан иборат.

Геморрагик синдром инфекцион касалликларда, гиповитаминозларда ва бошқа овқатланиш маҳсулотлари етишмовчилигида пайдо бўлиши мумкин. Агар қонда коагулопатия бўлса, бунда VIII, IX факторларнинг камайиши натижасида гемофилия касаллиги ҳам кузатилиши мумкин. Болаларда геморрагик диатезларга таъхис қўйиш учун уларда анамнезни синчиклаб йиғиш керак. Айниқса, терида геморрагик тошмалар, бурундан қон кетиши, шикастланганда қон кетиши, тиш чиқаётганда қон кетиши, онасида ойлаб ҳайз кетишлар, бутун оиласидаги анамнезни сўраш лозим. Гемостазнинг коагуляция босқичида кўп қон кетиши, яъни юмшоқ тўқималарда қон қуйилишлар, бўғимларда қон тўпланиши, шикастланганда ички қон кетиш узоқ давом этса, гематома типидagi қон кетиш дейилади. Аллергик ҳолатда эритематозли ёки геморрагик тошмалар ичакларда қон кетиши билан биргаликда ўтади.

Верльгоф касаллиги

Болаларда тромбоцитопеник пурпура «Верльгоф» касаллиги деб юритилади.

Бу касаллик туғма бўлиб, наслдан-наслга ўтади.

Тромбоцитопения болаларда қон ва тромбоцитар массани қуйилгандан кейин ҳам пайдо бўлади.

Иккиламчи тромбоцитопения болаларда ўткир юқумли касалликлар, аллергия касалликлар, аутоиммун касалликлардан, лейкозлардан, анемиядан, жигар циррозидан, ДВС синдромидан кейин пайдо бўлади.

Туғма иззоиммун тромбоцитопеник пурпура

Терида биринчи кунданоқ петехиал ва майда доғсимон гемморрагик тошмалар пайдо бўлади. Бундан ҳам оғир кўринишлар кузатилиши мумкин: шиллиқ қаватларга қон қуйилиши, мелена, бурундан қон кетиш, ўпкадан қон кетиш, мия ичига қон қуйилиши. Типик ўртача спленомегалия кузатилади. Тромбоцитопения

2 ҳафтадан 12 ҳафтагача сақланиб туради лекин геморрагик синдромни ҳаётининг биринчи кунларида бартараф этиш мумкин.

Идионатик тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги), янгича тасавурларга асосан ҳар доим иммунопатологик процесс оқибатида, вирус инфекцияларига ўтказилган профилактик эмлашлар, физик ва психик травмалар, ирсий мойиллик натижасида ривожланади.

Охиргиси шунга асосланадики, бу ирсий тромбоцитопатия яъни тромбоцитлар функционал хусусиятларининг ўзгариши, талоқ деструкциясининг ривожланганлиги сабабли бўлади, чунки бу ерда антитромбоцитар антителалар ҳосил бўлади. Шу билан бирга тромбоцитопения ушбу касалликда кучли ифодаланган бўлиб, қонда мегакариоцитларнинг сони ортади. Сон жиҳатидан гемостаз тромбоцитар қаторининг тўлиқмаслиги қон томирлари ўтказувчанлигининг ортишига олиб келади, чунки томирлар эндотелийси тромбоцитларнинг ангиографик функциясидан айрилади, дистрофия кузатилади, шу туфайли геморрагиялар ва коагулопатия, тромбoplastик яратилиш темпининг камайиши, фибринолизнинг кўтарилиши ҳар доим тромбоцитопенияга қараганда иккиламчи бўлади.

Верльгоф касаллиги ўткир кечиши мумкин (6 ойдан кам) ва сурункали оз ва тез рецидивлар билан доимий босқичларни ўз бошидан кечиради; авж олиш (криз), клиник ремиссияда тромбоцитопения бўлса ҳам қон оқиши кузатилмайди. Клиникогематологик ремиссия, кичик ёшдаги болаларда рецидивлар билан кечади. Ҳар бир клиник формаси асосан қиз болаларга нисбатан ўгил болаларда кўп учрайди. Катта ёшли қиз болаларда ўгил болаларга нисбатан 2 марта кўп учрайди.

Ташхисга хос сиптомлари: клиник — пурпуранинг полихромлиги терида геморрагиянинг бир вақтда ҳар хил ранги учрайди: қизил, кўкдан тортиб яшил, сариққача «леопард пўсти» полихромлиги ҳар хил катталиктаги, петехиялар симметрик бўлмаган ҳолда, кўпинча кечқурун тўсатдан бошланади. Типик қон кетиш (бурундан, милкдан, олиб ташланган тиш ўрнидан, бачадондан), ўртача спленомегалия кузатилади.

Лаборатор таҳлилларда — тромбоцитопения нормада, периферик қонда тромбоцитлар $150-400 \cdot 10^9$ л, стандарт травмадан сўнг қон йўқотиш вақтининг чўзилиши, капиллярларнинг резистентлигига мусбат бўлган пробалар, суяк илигида ҳаракатсиз мегакариоцитлар сонининг кўпайиши кузатилади.

Тромбоцитопатия билан оғриган болаларни даволаш

— Трансиммун пурпура билан туғилган чақалоқлар бошлангич 2 ҳафта давомида донор кўкрак сути билан озиқлантирилади.

Кейин она сути берилади (боланинг периферик қонидаги тромбоцитлар сони назорат қилинган ҳолда).

— тромбоцитопеник пурпуранинг ҳамма формасида Σ -АКК (0,05—0,1 г/кг 4 маҳал бир суткада) ва бошқа препаратлар тромбоцитларнинг адгезив — агрегат активлигини оширадиган (адролон, дицинон, этамзилат, пантотенат магний ичишга, фитотерапия) дори воситалари қўлланилади;

— геморрагик кризис вақтида Σ -АКК кунига 1—2 маҳал венага томчилаб юборилади;

— глюкокортикоидлар преднизолон 2 мг/кг дозада, бир суткада, 3 ҳафта давомида, кейинчалик дозаси камайтириб тўхтатилади. Геморрагик синдромнинг тарқалган турида милклардан қон кетиши билан бирга, кўз оқига, ички органларга қон қуйилиши сабабли постгеморрагик анемия кузатилади;

— спленоэктомия Верльгоф касаллигининг 6 ойдан узоқроқ давом этадиган «нам» формасида ўтказилади ва глюкокортикоидлар билан қайта даволаш курси ўтказилишини талаб этади. Оғир қон кетишлар билан кечадиган ўткир пурпурада консерватив даволарнинг фойдасизлигида, мияга қон қуйилиши тахминларида операция қилинган беморларнинг 85% да спленоэктомия яхши натижа бериб, қон кетишининг камайиши кузатилмоқда. 5 ёшгача бўлган болаларга спленоэктомия буюрилмайди (сепсис бўлиш эҳтимоли, операциядан сўнг 1 йилгача пневмония бошланиш эҳтимоли бор).

Диспансер кузатуви: Верльгоф касаллигининг ўткир кечишида бемор 5 йил давомида кузатилади, сурункали кечишида болани катталар поликлиникасига ўтиш даврига қадар олиб борилади.

Тирик вакциналар билан прививка қилиш мумкин эмас, парҳез оддий. Қон анализи (тромбоцитлар сони билан биринчи 3 ойда 2 ҳафтада 1 марта ва у ҳар сафар юкумли касаллик билан хасталангандан сўнг ўтказилади. Ацетилсалцил кислота, нитрофуранлар, анальгин, карбенициллин, УВЧ, УФО берилмайди. Фитотерапия — қон тўхтатувчи ўтлар тўплами, тромбоцитларнинг адгезив — агрегат функциясини яхшиловчи препаратлар билан 2 ҳафта давомида алмаштирилади.

Гемофилия билан касалланган болаларни даволаш ва кузатиш

Бемор болаларни кузатишни ташкил этишда қуйидагиларни билиш керак:

— мушак орасига қилинадиган ҳар қандай инъекциялар бу касалликда тақиқланади. Ҳамма препаратлар венага юборилади ёки ичишга буюрилади.

— ҳар хил оғирликдаги қон кетишда, бўғиндаги шиш ва оғриқда, ички органларга қон қуйилганда концентрланган антигемофил препаратларини дарҳол юбориш керак.

— касал бола кварталда I марта стоматолог кўригидан ўтиши лозим.

Ҳар бир жарроҳлик муолажалари антигемофил препаратлари юборилгандан сўнг бажарилади. Бунинг учун юзаки веналардан фойдаланилади.

Гемофилия билан оғриган болаларни даволашда 2 хил усул қўлланилади:

1. Систематик трансфузион даволаш (оғир А гемофилияда) ҳар 10—14 кун давомида венага VIII факторнинг криопреципитати 200—600ТБ да ёшига қараб, В гемофилия ўзида IX факторни сақлаган концентрланган плазма 150—300 ТБ да ёшига қараб қўлланилади.

Буларнинг натижаси 1,5—2 йилдан сўнг VIII ва IX факторларнинг қийматини 4—5 марта кўтарилишига ва касалликнинг кечишини енгиллашишига олиб келади.

2. Қон қуйилишида ёки катта травмаларнинг биринчи соатидаёқ VIII ва IX факторлар концентратларини юбориш керак. Препаратларни қайта юборганда қуйидагиларни билиш шарт:

— бемор қуйидаги вирусларни юктириши мумкин (ВИЧ, гепатит В, кам ҳолларда А, Д, С, Е, цитомегалияни, герпесни). Шунинг учун оғир формадаги гемофилия билан оғриган беморларни гепатит В га қарши эмлаш керак ва барча инфекцияларга текшириш лозим;

— 10% гемофилия билан оғриган беморларда VIII ва IX факторларга антиген пайдо бўлади ва бу касалликнинг оғир кечишига сабаб бўлиб, даволашни қийинлаштиради.

Тишни экстракция қилинаётганда операциядан ярим соат олдин 15—20 ТБ/кг да криопреципитат юборилади ёки Σ -АКК 0,05 г/кг доза 4 маҳал кунига берилади. Операциядан 6 соат ўтгандан сўнг криопреципитат 3 кун мобайнида ҳар кун юборилади (кейинчалик кун ора, тиш ўрни эпителизация бўлгунга қадар).

Гемофилия бўлган беморни бошқа жарроҳлик операцияларига ҳам юборилади, лекин биринчи бериладиган криопреципитат дозаси оширилади 50 ТБ/кг гача.

Гемартрозларда бўғинни 3—4 кунга иммобилизация қилинади (тинчлик, ҳаракатсизлантириш ва эластик бинт боғлаш); қаттиқ оғриқли гемартрозларда бўғинни пункция қилиш ва қон олиш кўрсатмаси берилади (жарроҳ криопреципитат юборилгандан сўнг). Қайталанган гемартрозларда ва аниқ гемофилия артропатиясида (I босқич — юмшоқ тўқималарнинг шиши, бўғин тешиги оралигининг кенгайишида; II босқич — эпифиз ва эпифизлараро остео-

порозда; III босқич— бошланғич бұғин ўзгариши, синовит, бұғинлар юзасининг ўзгариши, бармоқларнинг субхондрал ўзгаришида; IV босқич — бұғинлар оралигининг торайиши, пайлар деструкциясида; V босқич — бұғинлар тешигининг йўқолиши, фиброз, билинарли эпифизеолизда) 2—3 ҳафтали преднизалон терапия курси буюрилади.

Синовэктомия қилиш масаласи жарроҳ билан биргаликда ҳал қилинади.

Диспансер кўриги — участка педиатри ва гематолог билан биргаликда олиб борилади. Бола прививкалардан ва мактабдаги физкультура дарсларидан озод қилинади. Енгил жисмоний машғулотлар буюрилади, чунки бу VIII омил миқдорини оширади. Овқатланиш ёшига қараб олиб борилади.

Бемор шамоллаганда ацетилсалицил кислота, индометацин ва банкалар кўйиш тақиқланади. Болага китоб ўқиш ва травма олмайдиган ўйинлар билан ўйнаш буюрилади. Болага психотерапевт маслаҳати яхши натижа беради. Янги усуллар билан даволанган беморлар узоқ умр кўришлари мумкин.

Кейинги йилларда «гемофилия»нинг эрта антенатал диагностикаси ҳомиланинг 8 ҳафталик даврида қилинади. Гемофилия касаллиги наслида бор оилаларда ҳомила жинсини аниқлаш усуллари қўлланилиб, ўғил болаларда гемофилия касаллигини эрта аниқлаш мумкин.

Вазопатия синдроми

Геморрагик диатезларнинг 3 чи группаси — вазопатиядир. Болаларда энг кўп тарқалган геморрагик васкулит Шенлейн-Генох касаллиги бўлиб (анафилактик пурпура, капилляротоксикоз), бу аллергия касаллик ўзига хос хусусиятга эга. Системали васкулит терининг симметрик қисмларида майда нуқтасимон тошма кўринишида пайдо бўлади. Шу билан бир қаторда, бўғинларда оғриқ ва кўпинча шиш, қориндаги оғриқ ва буйрак зарарланишлари билан бирга намоён бўлади.

Кўпинча 6 ойликдан 7 ёшгача бўлган болалар касалланади. Ўғил болаларда қизларга нисбатан 2 баровар кўп учрайди.

Ташхисни таҳлил кўрсатмаларига кўра асослаш мумкин. Касаллик бошдан кечирилган ўткир вирусли касалликлар, бактериал инфекциялар, профилактик эмлашлар, глобулин юбориш, доридармонлар аллергияси билан, сурункали инфекция ўчоқлари борлиги билан боғлиқдир.

Диагностикага асосланган клиник симптомлари:

— бошланиши ўткир респиратор касалликлардан 1—2 ҳафта ўтгач терининг зарарланиши (терида ўзгаришлар бўлмаса ташхис қўйилмайди);

— бирламчи гемморрагик синдромнинг оддий (тери) форма-сида бўғинли, абдоминал, буйрак синдромида тери бўғинли, тери абдоминал ва тери-бўғин-абдоминал пурпуранинг мавжудлиги;

— тошманинг характери — майда нуқтасимон (эритема шак-лидаги доғлар $d=2-3$ мм атрофида) тошмалар босиб кўрилганда бошида оқаради. кейинчалик гемморрагик ҳолатга келади, тўқ қизил рангни олади. Кейинчалик тошма оқаринқирайди, жигарранг тусга киради, сариқ товланади;

— тошма симметрик кўринишда, бўғинлар атрофида, ён бо-шида, соннинг ички юзасида, қўл ва оёқларнинг букиладиган юзасида жойлашади. Тошманинг кўшимча элементлари бўлиши мумкин (кўп формали, тугунли эритема диаметри $3-5$ см, ангио-невротик шиш. некротик пурпура, буллёз тошмалар билан);

— бўғинли синдром ($2/3$ беморларда) йирик бўғинларда уч-райди, зарарланиши симметрик эмас, тез ўтиб кетади, деформациялар кузатилмайд;

— абдоминал синдромда (беморларни $2/3$ қисмида) киндик атрофида ўткир оғриқ, ахлати қора ёки қизил, кўнгил айниши, қусиш кузатилади. Ичакларнинг тутилиши, инвагинация, ичак деворининг некрози, перитонит каби асоратлар кузатилади;

— буйрак синдроми (беморларнинг $1/3-1/2$ қисмида) ўчоқли ёки сегментар нефрит кўринишида; қисқа вақтли микрогематурия ва альбуминурия ўчоқли нефритда; сийдикдаги ўзгаришлар ва макрогематурия сегментар нефритда (бир неча ҳафтадан бир неча ойгача экстрареналь симптомларсиз, буйраклар функцияси-нинг бузилишисиз) кузатилади. Нефропатия билан касалланган беморларнинг $1/3$ қисмида ўткир диффуз гломерулонефритнинг клиникаси кузатилади. Кўпинча яхши тузалиш билан кечади, ле-кин гоҳида сурункали нефритга ўтади. Энг оғир асорати-ЎБЕ.

Ташхис клиник белгиларига асосланиб қўйилади.

Даволаш усуллари.

Бактериал инфекция билан боғлиқлиги бўлса ёки сурункали инфекция ўчоги, иситма кузатилса антибиотиклар қўлланилади.

— пурпура пайдо қилини мумкин бўлган ҳамма мелликамент-ларни бермаслик;

— парҳез чегараланади: оқсиллар, ош тузи, экстрактивлар, кон-серва маҳсулотлари, суг маҳсулотларни бермаслик;

— ётиш режими $2-3$ ҳафта белгиланади;

— энтеросорбция (актив кўмир, холестирамин, полифепам ичишга);

— антигистамин препаратлари, пантотенат кальций, рутин, аскорбин кислота ўртача дозада;

— гемабсорбция курси ва плазмофорез;

— беморда гломерулонефритнинг ўткир кечиши кузатилганда, (азатиоприн ёки циклофосфамид) иммунодепрессантлар билан бирга берилади;

— глюкокортикоидлар ва гепарин, антиагрегатлар (курантил) буюрилади.

Прогнозга кўра 1 ой мобайнида 60%, йил давомида 95% беморлар тузалади. Сурункали нефрит 1—2% болаларда ривожланади. Диспансер кузатуви 5 йил давомида участка педиатри назоратида (стоматолог, отоларинголог кўриги ҳар 6 ой давомида, ҳамда касалликларни ўз вақтида диагностика қилиш) олиб борилади.

Дегельминтизация. Сийдикнинг умумий таҳлили ярим йилда 1 марта ва ҳар бир ўтказилган ЎРК (ўткир респиратор касалликлар) дан сўнг қилинади.

Профилактик эмлашлар 2 йилгача ман қилинади.

Қусиш ва қайт қилиш синдроми

Қайт қилиш — ивиб улгурмаган сутнинг оғиз орқали қайтиб чиқишидир. Бу ҳолат бола эмиб бўлгач бирданига, баъзан бир оз вақт ўтгач кузатилади. Бу меъда кардиал жомининг яхши етилмаганлигидан, пилорик сфинктернинг яхши ривожланганлигига қарамасдан, асосан янги тугилган чақалоқларда ва 1 ойлик болаларда диафрагма ва қориннинг олд девори иштирокисиз кузатилади.

Қусиш кўпгина касалликларнинг белгиси ҳисобланади. Қусишнинг келиб чиқиш сабабини билиш учун қусиш қачон содир бўлганлигини (биринчи бўлишими ёки олдин ҳам безовта қилганми), унинг вақтини характерлаш (бир маротаба, кўп маротаба, унинг қайтарилишининг овқат ейиш билан боғлиқлиги), овқат истеъмоли билан, суткада қандай вақтда бўлиши билан боғлиқлиги аниқланади.

Диагностикада қусиқ массаларининг характериға асосланилади: шиллиқнинг бўлиши, ҳазм қилинган ёки ҳазм қилинмаган овқат, ивимаган сут, ўт, қора рангдаги қон, ичак паразитлари ва бошқалар.

Боланинг ёши ҳам аҳамиятга эга.

Функционал қусиш

Янги тугилган чақалоқларда ва гўдак болаларда кўпинча қусиш функционал характерда бўлади (меъда-ичак йўлларида анатомик ўзгаришсиз). Кўп овқат берилганда, аэрофагияда, перинатал энцефалопатияда, пилороспазмада, ёки гипокалиемиёда, витамин В₁ дефицитида, пневмонияда, менингитда, қисқа қизилўнгачда, диафрагма чуррасида, адрено-гениталь синдромида.

Қизилўнгачнинг қисқа бўлишида (брахиэзофагус) қусиш тез-тез ва кўп миқдорда кўпинча бола ётган ҳолатида содир бўлади.

бола турганида тўхтайти. Кейинчалик бола ўтира бошласа, юра бошласа қусиш ўз ўзидан йўқ бўлиб кетади, лекин шу даврга етгунга қадар ярали эзофагит ривожланиш хавфи бўлади. Ўз вақтида ташхис қўйиш учун (аэрофагиядан фарқини ажратиш учун, чунки бунда ҳам қусиш боланинг ҳолатига боғлиқ бўлади) беморга йодилиполни ичириб контраст рентгенография қилиш керак, унда қизилўнгачнинг кенгайганини кўриш мумкин. Бола бошини ерга қўйиб ётганда меъданинг кардиал қисми диафрагма юқорисида жойлашгани топилади.

Брахоезофагусдан фарқли чин диафрагма чуррасида қизилўнгачнинг кенгайганлиги кузатилмайди. Диафрагмал мускуллар тонусининг камлиги натижасида диафрагманинг қизилўнгач тешиги остида доим меъда кардиал қисми диафрагма устида жойлашиши аниқланади. Бу ҳолат чуқур нафас олинганда қорин ичи босмининг ошишига олиб келади.

Бола ётганида қусиш зўраяди (боланинг боши кўтарилса, анча енгиллашади), эпигастрал соҳасида оғриқ бўлади, янги тугилган чақалоқларда ўпка-юрак симптоматикаси безовта қилади: цианоз, диспноэ, сўришнинг қийинлашиши, перкутор товушнинг ўтмаслиги кузатилади. Жарроҳлик усулида даволанади.

Қизилўнгач дивертикуласи — кекириш ва кўпгина шиллиқнинг қайтиб чиқишга сабаб бўлиши мумкин. Кўпинча қизилўнгачнинг ўртача стенози боланинг қозон овқатига ўтказилиш маҳалида қусиш ҳосил бўлишига сабаб бўлади.

Кекириш ва қусиш бола ҳаётининг биринчи кунларида пилороспазмда кузатилади. У вегетатив нерв системасининг симпатик гипертонусига, перинатал гипоксияга, энцефалопатияга боғлиқ. Бола семирмайди, тажанг бўлиб қолади. Организмда сувсизланиш симптомлари кузатилиши мумкин, ахлат ажралиши ўзгаришсиз қолади, меъданинг перистальтикаси сусаяди. Пилоростеноз билан фарқлаб олишида асосан меъданинг барий ва йодолипол контраст моддалари ёрдамида рентгенологик текшируви ҳамда УЗД аҳамиятга эга.

Меъда кардиал қисми халазияси — қизилўнгач ва меъда тешигининг торайиши натижасида вужудга келиб, бола ҳаётининг 1 чи кунидаяқ кекириш, қусиш билан кечади. Қусиқ массаларида ўт кислотаси ва қон кузатилиши мумкин. Кекириш тез-тез бўлиб, сутнинг ҳазм бўлишига боғлиқ эмас. Бола ҳаётининг 2 чи 3 чи ҳафтасига келиб, фонтансимон қусиш ва гипотрофия кузатилади. Касалхонада текширув ишларини олиб бориш муҳим. Чақалоқларнинг функционал қусиши, модда алмашилишининг бузилишига, ҳомиладорликдан церебрал патологияларга, постнатал асфиксияга, интранатал тугруқ жароҳатларига ҳам боғлиқдир. Бундан ташқари қусиш сепсисда, эксикозда ҳам кузатилади.

Дисахаридаза (лактаза) етишмовчилиги — ирсий аутосом рециссив касаллик бўлиб, бола ҳаётининг I чи кунларидаёқ тез-тез қусиш, қориннинг дам бўлиши, эмизилгандан сўнг безовталаниш, диарея, токсикоз, сувсизланиш кузатилади. Боланинг аҳволи тезда ёмонлашади. Фақатгина парентерал овқатланишга ўтилганда диарея ва қусиш йўқолади. Бунда кўпинча ота-онасининг бири сутни ҳазм қилолмаслиги ёки (сутни ёмон кўриши) сабаб бўлади. Ташхис қўйишда нажасдаги лактазанинг топилиши асосий роль ўйнайди.

Сахарозани ҳазм қилолмаслик — кучли қайт қилиш, диарея, ва сувсизланиш болага қанд маҳсулотларининг берилиши билан бошланади, бунда жигарнинг катталашуви, сариқлик, анорексия гипотрофия белгилари намоён бўлиб, овқатланиш рационидан қанд олиб ташланиши билан йўқолади.

Галоктоземия — ирсий аутосом — рециссив касаллик бўлиб, (чақалоқларда 1:20000 нисбатда) ҳаётининг биринчи соатларидан кучли ва кўп қусиш, ҳолсизланиш билан характерланади. Сариқлик қонда боғланмаган билирубиннинг ошиб кетиши билан кечади. Жигарнинг, талоқнинг катталашуви, сийдикда қанд ажралиши, катаракта, жигар циррози кузатилади. Давоси перспективасиз.

Адреногенитал синдром (туз йўқотувчи формаси) — кучли қайт қилишдан ташқари, қиз болаларда вирилизация, ўғил болаларда гиперандрогения кузатилади. Бу қизларда клиторнинг ҳар хил даражадаги катталашуви ва жинснинг инверсиясигача бўлган ўзгаришлар билан кузатилади.

Ўғил болаларда гиперандрогения макрогенитосомия билан кўкрак сўрғичларининг пигментацияси, қорин ва мойкадаги оқ чизиклар ҳосил бўлиши билан характерлидир. Кучли қайт қилиш, эксикозга, умумий ҳолсизликка, анорексияга, ҳансирашга олиб келади. Қонда ош тузларининг камайиши, калий тузларининг кўпайиши кузатилади.

Даволаш патогенетик олиб борилиб, глюкокортикоидлар ва минералокортикоидлар болаларнинг ёши ва огирлигига кўра буюрилади. Шунингдек ДОКСА кристаллари мускул орасига имплантация қилинади. Катта ёшдаги болаларда аҳволи бир оз яшиланиши кузатилса ҳам тўлиқ даволаниш рўй бермайди.

Церебрал қусиш — перинатал энцефалопатия касаллигининг бошқа симптомлари билан бирга кечади. Бунда паст монотон кучсиз йиғи, лиқилдоқларнинг бўртиб қолиши, калла суяги чокларининг очилиши, қўзғалувчанлик ёки апатия, цианоз кузатилади. Церебрал қайт қилиш, овқат қабул қилиш билан боғлиқ эмас. Бола қайт қилганидан сўнг енгиллашиш кузатилмайди. Кўпинча

менингит, менингоэнцефалит, мия суюқликларининг (ликвор йўлларининг) ўтказувчанлигининг бузилиши, интракранеал гипертензия сабаб бўлади

Чақалоқларда қайт қилишнинг органик сабаблари

Боланинг ривожланишидаги туғма нуқсонлар бунга асосий сабаб бўлади:

1) Қизилўнғачнинг йўқлиги. Бу нуқсон туғруқ залидаёқ аниқланади. Боланинг оғзи тўла шилимшиқ бўлади. Агар билмай болани эмизилса шу ондаёқ бола ўзгармаган сутни қайт қилиб ташлайди. Бола жарроҳлик бўлимида даволанади.

2) Қизилўнғач атрезияси ва трахеоэзофагиал фистула. Бола эмизилса тўсатдан йўтал тутиб, кўкариб кетади.

3) Ингичка ичак атрезияси ёки стенози. Бу ҳолатда ҳам бола қайт қилади. Бола эмизилгач, бир неча вақтдан сўнг қайт қилади. Аҳволи тезда оғирлашади.

4) Мекониал илеус — муковисцидознинг илк белгиси ҳисобланади. Меъда ости безининг кистофибрози ва унинг ферментлари ичак бўшлиғига тушмаганлиги туфайли қаттиқ меконий ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бола туғилиши билан меконий ажралмаслиги, бошида камроқ қусиш, кейинчалик 2—3 кунларда ўт аралаш тинмасдан қусиш ушбу касалликка хосдир. Қорин шишади, ҳажми катталашади, перистальтика кучаяди, ичак йўли бўйлаб арқонсимон қаттиқлик аниқланади.

Тез ёрдам: 10% ли 10 мл/кг глюкоза эритмаси, 10 мл/кг, реополиглюкин, 3—4 мл/кг, 3 % ли калий хлорид эритмаси ва тезлик билан жарроҳлик бўлимига ётқизилиши зарур.

5) Пилоростеноз. Бу ҳолатда бола овқатлантирилган заҳоти (фонтан) билан қайт қилади бунга сабаб меъданинг чиқиш қисми стенозидир. Қайт қилиш бола бир-икки ҳафталик бўлганда бошланади ва борган сари кучаяди, аҳволи оғирлашади.

Даволаш. Ташхис маълум бўлгач операция йўли билан даволанади.

Болаларда учрайдиган функционал қайт қилишнинг олдини олиш ва даволаш:

- эмаётган сутини назорат қилиш;
- эмизиш техникасини назорат қилиш (суюқлик овқатлантиришида шишани қандай ҳолатда тутиш);
- эмизиш бўлгач, болани 30 дақиқа мобайнида вертикал ҳолатда ушлаб туриш (овқат билан кирган ҳавони чиқариб юбориш учун);
- маълум вақт ўтгач, болани қорни билан ётқизиш;

— дори-дармонлар билан даволаш 0,5 мг/кг аминазин ёки це-
рукал м/о эмизишдан 20—30 мин олдин, кунига 3 маҳал;
— вит В₁ (2,5% ли эритмаси 0,5 мл) мускул орасига кунора;
— вит В₆ (5% ли 0,5 мл) мускул орасига кунора;
— абомин 0,05 г, 3 маҳал, кунига эмизишдан аввал;
шунингдек, 2,5% ли аминазин эритмаси, 1 мл пипольфен,
0,25% ли дроперидол, 1 мл, 25% ли 100 мл новокаин эритмасидан
тайёрланган «Спазмолитик коктейль» яхши фойда беради.

Ушбу коктейлдан болага кунига 3 маҳал 1 чой қошиқдан
бериш керак. Физиотерапевтик давони амалга ошириш учун
парафин ва озокерит аппликациялари, юқори частотали индук-
тотермия, меъда соҳасига новокаин билан электрофорез ўтқа-
зилади.

Қайт қилишнинг бошқа сабаблари. Ацетонемик қайт қилиш

Болаларда қайт қилишнинг асосий сабаблари бўлиб, юқумли
касалликлар, ичак касалликлари, жарроҳлик ва абдоминал пато-
логия ҳисобланади.

Болаларда ацетонурия ва ацетонемия ривожланиши сабабли
даврий равишда тўхтовсиз қайт қилиш кузатилади. Бу ҳолат нерв-
артретик диатези бор болаларда учрайди. Дабдурустан бошла-
ниб, бола бош огриғидан, иштаҳа йўқлиғидан (анорексия), кўнгил
айнишидан, қабзиятдан шикоят қилади. Оғзидан ацетон ҳиди ке-
лади. Сўнгра қоринда кучли оғриқ билан беморнинг аҳволи оғир-
лашади ва кома ҳолати рўй бериши мумкин. Бу ҳолат ацетонемик
криз деб юритилади.

Даволаш. Кун тартибига риоя қилиш, мева-сабзавотларни тўла-
тўқис истеъмол қилиш. Пурин асосига эга бўлган жигар, мия,
буйрак, сельдь, паштет, шоколад, какао, кофе истеъмол қилиш
тавсия этилмайди. Гўшт маҳсулотини камайтириш, ёғли овқат-
ларни камроқ истеъмол қилиш керак бўлади. Криз бошланиши-
дан олдин болага ширин чой, глюкоза эритмаси, мева шарбатла-
ри, тарвуз, минерал сув ёки 0,5 мл — 1% ли натрий гидрокарбо-
нат эритмаси ичирилади. Бундай болаларга суяқ манний бўтқа-
си, картошка пюреси, кефир, сув берилади. Беморга даволаш мақ-
садида 5% ли глюкоза 0,9% ли физиологик эритмага қўшиб том-
чилаб юборилади. Тозаловчи ҳуқна қилинади, меъда ювилади.
2 ҳафта мобайнида эссенциал форте ичирилади. ЛИВ-52, карсил,
этамид, атофан, цитрат аралашмаси яхши фойда беради.

ТЕРАПИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

ТЕРАПИЯДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Ҳамширалик жараёни — бу беморларни кузатиш, парвариш қилиш, терапевтик беморларда врач кўрсатмаларини амалга оширишнинг зарурий ташкилий қисмидир.

Бу ҳамширалик ёрдамнинг ташкилий қисми бўлиб, бемор (пациент) ва тиббёт ҳамширасининг ўзаро ҳамкорлигида намоён бўлади. Бугунги кунда ҳамширалик иши алоҳида, мустақил касб сифатида шакллангач, ҳамширалик амалиётининг моҳияти, соғлиқни сақлаш тизимидаги бошқа касблар билан ўзаро узвий боғлиқлигини тан олиш вақти келди.

Ҳамширалик амалиётида «ҳамширалик иши жараёни» тушунчаси, яъни кенг маънодаги «беморга ҳамширалик ёрдами кўрсатишнинг бир тизимга солинган, прагматик тури вужудга келдиким, бу фақат беморнинг эҳтиёж ва талабларини қондиришга қаратилгандир».

Бундан мақсад беморнинг муаммоларини ҳал қилиш, енгиллаштиришдир.

Республикамиз тиббиётига «Ҳамширалик жараёни» тушунчаси мустақиллик йилларида кириб келди. Бу эса ўз навбатида ҳамширалик фаолиятини замонавий даражада тушунтириб беради. Ҳамширалар мустақил фикрлаш ва таҳлил қилишга, бирор масалани ўзи ҳал қила олишга қодир бўлиши керак. Шунинг учун ҳам ҳамширалик жараёни — ҳамшира ҳаракатининг, фикрлашининг тимсолидир.

Ҳамширалик жараёнининг учта асосий тавсифи ажратилади: мақсад, ташкилий ишлар, билим даражаси (ҳамширанинг ижодий қобилияти).

Мақсад:

1. Беморнинг муаммоси асосида парвариш ва даволашга бўлган эҳтиёж-талабларини идентификация қилиш (ажратиш).

2. Бемор парвариши бўйича кутилган натижа ва мақсадларнинг приоритетини (йўналишини) аниқлаш.

3. Бемор эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган ҳамширалик стратегиясини аниқлаш.

4. Ҳамшира парвариши эффективлигини баҳолаш.

Ташкилий ишлар:

Бу жараённинг таркибий қисми бемор муаммосини аниқлаб, ҳамшира ташхисини қўйиш, ҳамшира парвариши режасини тузиш ва амалга ошириш, олинган натижани баҳолашдан иборат.

Билим даражаси ҳамширалик жараёнининг учинчи тавсифи бўлиб, бу унга ўз билим ва кўникмалари ёрдамида турли қийин, оғир муаммоларни ечишга ёрдам беради. Объектив ва субъектив

текшириш — беморнинг соғлиги ҳақида маълумот тўплаб, ахборот базасини яратади.

Бу мақсадга йўналтирилган сўраб-суриштириш, беморнинг шикоятларини, касаллик тарихини, ҳаёт анамнезини (оилавий, аллергик, ирсий, гинекологик зарарли одатлар ва ҳ.к.), беморни хавотирга солаётган барча муаммоларни аниқлаш.

Ахборот манбаи бўлиб фақат бемор эмас, балки оила аъзолари, дўст-биродарлари, ҳамкасблари, тиббий ходимлар, тиббий ҳужжатлар (амбулатор карта, касаллик тарихидан кўчирма ва ҳ.к.) махсус тиббий адабиётлар ҳисобланади.

Текширишни амалга оширишда энг муҳими бу ҳамшира ва пациентнинг ўзаро мулоқот муносабатидир.

Кўп ҳолларда пациент энг муҳим ахборот манбаи ҳисобланади ва у хоҳласа энг муҳим, аниқ маълумотни беради. Лекин ёш болалар, руҳий хаста, ҳушсиз ҳолдаги пациентлар бундай маълумотларни беришдан мустаснодирлар.

Пациент ҳолатини баҳолаш кечиктириб бўлмайдиган жараён бўлгани учун ҳамшира доимий равишда тиббий бригаданинг бошқа аъзолари яъни: врачлар, ҳамширалар, кичик ҳамширалар ва ҳоказолар билан ҳамкорликда ишлаши керак. Агар эҳтиёж туғилса ахборот манбаи сифатида бу ишга ижтимоий ҳимоя, диний идора ходимлари жалб этилиши мумкин. Чунки уларнинг ҳаммаси имкон даражада ахборот манбаидирлар. Тиббий ҳужжатлар бизга пациентнинг касал бўлган даврдаги аҳволи даволаш усуллари, натижа ҳақида ахборот беради. Тиббий адабиётлар ҳамширага шу муаммо бўйича билимини оширишга, бемор (пациент) ҳақидаги информацион базани тўлдиришга ёрдам беради. Сўнгра бемор диққат билан кўриқдан ўтказилади.

Беморнинг ҳолатига баҳо бериб, унинг ўриндаги ҳолати, ҳуши жойидалиги, тана тузилиши, ўзини тутиши, мулоқот қобилиятига эътибор берилади.

Тери қопламлари шиллиқ қаватлар текширилганда рангига, эластиклигига, шу билан бир қаторда тошмаларга, тирналган, чандиқланган жойларига эътибор берилади. Шунингдек, тери ости ёғ қаватининг ҳолати, оёқ веналарида тромбофлебитнинг, қорин бўшлиғида суюқликнинг мавжудлигига, қорин деворининг ҳолатига баҳо берилади.

Бунда текширишнинг физик усулларидан фойдаланилади.

Пальпация усули билан (пайнаслаб кўриш) овоз тембрининг тарқалиши, кўкрак қафасининг резистентлиги, оғриқ нуқталари аниқланади.

Перкуссия усули билан (тукиллашиб кўриш) кўкрак қафасидаги перкутор товушлар аниқланади. Ўпкага ҳос тимпаник, қутисмон, бўғиқ ва ҳоказо овозлар эшитилади. Ўпканинг пастки чегараси, экскурсияси, ўпка учининг чегараси, Кернига учбурчагининг кенглиги ва ҳоказолар аниқланади.

Аускультация (эшитиб кўриш) усули билан асосий нафас шовқинлари, везикуляр ва бронхиал нафас, кўшимча хириллашлар, крепитация, плевранинг ишқаланиш шовқини — бронхофония аниқланади.

Ахборотни тўплаб бўлгач, ҳамшира томонидан «ташхис» қўйилади.

Ҳамшира жараёнининг кейинги босқичи асосий симптом (белги)лар ва муаммоларга таянган ҳолда амалга оширилади, яъни ҳамшира ташхиси шакллантирилади.

Ҳамшира ташхиси беморнинг аниқланган ва потенциал муаммолари асосида қўйилади.

Ушбу босқичнинг мақсади:

1. Пациентнинг мавжуд ёки пайдо бўлиши мумкин бўлган муаммоларини, организмнинг касалликка қарши жавоб реакцияси сифатида пайдо бўладиган ҳолатларини аниқлаш.

2. Бу муаммоларнинг пайдо бўлишига таъсир қилувчи асосий омилларни аниқлаш.

3. Пациентнинг ўз муаммоларини ҳал қилишга, унинг олдини олишга қаратилган кучли имкониятларини аниқлаш.

Бу бош оғриғи, айланиши, қусиш, қориндаги оғриқ, сўлак оқиши, ич кетиши ёки қотиши, уйқусизлик, нафас қисиши, хавотирлик ва бошқалардан қатъий назар, касалликнинг кечиши ва даволаниши давомида **ҳамшира ташхиси** ўзгариб туриши мумкинлигини эсда тутиш лозим.

Ҳамшира ташхис қўйишда бемор психикасининг маълум бир даражада ўзгариб туришини ҳам эсда тутиш лозим. Масалан: мулоқотга бормаслик, агрессивлик, йиғлоқилик, депрессия, эйфория ва ҳоказо.

Ҳамшира ташхисини врач ташхиси билан адаштирмаслик лозим.

12-жадвал

Уларнинг фарқи:

Врач ташхиси:	Ҳамшира ташхиси:
— касалликни аниқлайди;	— касалликка нисбатан организмнинг жавоб реакцияларига асосланади;
— касаллик кечиши давомида ўзгармайди;	— ҳар куни, ҳар соатда, организмнинг касалликка реакциясига қараб ўзгариб туради;
— врачлик амалиёти доирасида даволашни назарда тутди;	— ўз амалий тажрибаси ва компетенциясига (салоҳиятига) асосланиб ҳамширалик ёрдамни кўрсатиш;
— инсон организмда пайдо бўлган патофизиологик ўзгаришлар билан боғлиқ ҳолатларни эътиборга олади.	— пациентнинг ўз соғлиғи тўғрисидаги тасаввурига боғлиқ.

Ҳамшира пациент муаммосини ечишда қайси бир тиббий мутахассисни жалб этиш кераклигини ҳал қилади. Ташхислар сони пациентнинг характеридаги алоҳида хусусиятларга ҳам боғлиқ бўлади.

Муаммолар приоритетини (бирламчи, оралиқ иккиламчи) ҳисобга олган ҳолда актуал ва потенциал бўлиши мумкин.

Масалан стационарга оғир, ҳаракатсиз ҳолатдаги бемор қабул қилинди. Унинг бирламчи муаммоси — ҳаракатининг тўла ёки қисман чегараланиши. Иккиламчи муаммо эса (бу потенциал ҳисобланади), бу ётоқ яраларнинг пайдо бўлишидир.

Ҳар бир қўйилган ташхис учун ҳамшира ўзининг ҳатти-ҳаракатини аниқлайди, муаммолар учун ҳам худдий шундай. Акс ҳолда потенциал муаммо, асосийга айланиб кетиши мумкин.

Ҳамширанинг вазифаси — пациентнинг соғлиги билан боғлиқ муаммоларга, ўзгаришларга унинг ўзи ва қариндош-уруглари кўникиши учун бемор парваришининг индивидуал режасини ишлаб чиқишдан иборатдир. Ҳамшира томонидан касаллик тарихи юритилади ва унга аниқланган ташхислар қайд этиб борилади.

Ҳамшира ҳар бир қўйилган ташхисга ўзининг тактикаси ва тadbирлар режасини тузади. Бу ҳамширалик жараёнининг учинчи компоненти бўлиб, унинг мақсади ҳамширалик хизмат доирасини, пайдо бўлиши мумкин бўлган асоратларни аниқлаш ва бемор парвариши бўйича режа ишлаб чиқишдан иборат.

Ҳамшира қуйидаги тadbирларни амалга оширади: бемор парваришига оид муолажани аниқлайди, парвариш режасини тузади, кутилган натижани баҳолайди, беморни белгиланган маслаҳат (консультация) ларга, текширувга тайёрлайди;

Режа бу ҳаракатлар дастуридир. Авваламбор, ҳамшира беморнинг ишончини қозонади, лекин у билан ҳеч қачон ҳазиломуз муносабатга йўл қўймайди.

Ҳамшира режасига пациентни кузатиш ва унинг парвариши билан боғлиқ муолажалар, беморларни қўшимча инструментал лаборатория (биопсия) текширувларига тайёрлаш, даволовчи врачнинг кўрсатмаларини амалга ошириш, бошқа мутахассисларнинг маслаҳатларини (консультациясини) уюштириш ва б.лар кирди. Бу режани тузишга пациентнинг ўзи ҳам албатта жалб этилади.

Ҳамшира томонидан белгиланган мақсад қисқа муддатли 7—10 кунга мўлжалланган ёки узоқ муддатга мўлжалланган бўлиши мумкин.

Мақсадни аниқлашда қуйидагилар назарда тутилади: ҳаракат, критерий, шартлар.

Масалан ҳамшира 2 кун ичида пациентга ўзига-ўзи инсулин инъекцияси қилишни ўргатиши керак.

Ҳаракат (муолажа) — инъекция қилиш. **Критерий** — 2 кун ичида.

Шарти — ҳамшира ёрдамида ва иштирокида.

Ҳамшира тадбирларни режага киритгандан сўнг, уни бажаришга киришади. Бу ҳамширалик жараёнининг тўртинчи босқичидир. Ҳаракат яъни бевосита муолажани амалга ошириш режани бажаришга киришилганини билдиради. Бу босқичнинг асосий мақсади беморга зарур бўлган махсус парваришни таъминлаш, врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажариш, беморни турли инструментал, рентгенологик текширувларга тайёрлаш, биологик ажратмаларни текшириш учун олиш (қон, сийдик, ахлат, балғам, меъда ва 12 бармоқ ичак шираси ва ҳ. к.), дори препаратларини ўз вақтида тарқатиш ва инъекцияларни қилиш, бошқа зарурий мутахассис врачларнинг маслаҳатини ташкиллаштириш, беморни кузатиш ва парвариш қилиш билан боғлиқ муолажаларни ўз вақтида амалга оширишдир.

Бу босқичда режага киритилган тадбирларнинг барчаси, амалга оширилиши шарт (реализация) бўлиб, шу жумладан пациентга зарур ҳаётий эҳтиёжларини қондиришдаги ёрдамни, пациент ва унинг оила азоларини маълум бир муолажаларга ўргатишни, керакли маслаҳатларни беришни ўз ичига олади.

Тадбирнинг режалаштирилишига қараб 3 хил тури мавжуд:

а) билвосита— бу ҳолда махсус билим ва кўникмага эга бўлган ҳамшира врач кўрсатмаларини амалга оширади.

Масалан конкрет дориларни беморларга тарқатиш, инъекцияларни (мускул орасига, венага) амалга ошириш, меъдани ювиш, дуоденал суюқликни олиш ва ҳ. к.

б) бевосита — ҳамширанинг асосий фаолиятини ўз ичига олади. Масалан соч, кўз, оғиз бўшлиғи ва терини парвариш қилиш, ётоқ яраларнинг олдини олиш ва ҳ. к;

в) ўзаро боғлиқ фаолият — ҳамшира турли кўрсатмалар, муолажалар режасига асосланиб, ўз фаолиятини медицина соҳасидаги бошқа мутахассислар билан ҳамкорликда амалга оширади.

Пациентнинг ёрдамга муҳтожлиги доимий ёки реабилитация доирасида бўлиши мумкин.

Масалан, ўтқир респиратор касалликларида вақтинчалик парвариш зарур бўлса, умуртқа поғонаси синганда у доимий бўлади.

Реабилитацион ёрдам эса пациентга кундалик зарурий эҳтиёжларини қондириш учун ўзида янги кўникмаларни ҳосил қилишга кўмаклашишни назарда тутаяди. Ҳамшира томонидан бериладиган «маслаҳат» беморга, оиласига унинг муаммоларни ҳал қилишига ёрдам бериши керак. Бу эмоционал, интеллектуал, психологик ёрдамни ўз ичига олади. Чунки ҳар қандай касаллик бемор учун стресс, бу ўзгаришларга беморни психологик жиҳатдан тайёрлаш ҳамширанинг вазифасига киради. Ҳаттоки, чекишни, ичишни ташлаб озишга жазм қилиб, соғлом турмуш тарзини бошлаганлар ҳам кўмак ва маслаҳатга муҳтождирлар. Агар пациент ҳаёти

хавф остида бўлса, унинг яқин қариндош-уруғлари, дўстларини ҳам психологик жиҳатдан қўллаб-қувватлаш зарур.

Ҳамширалик парвариши инсонга соғлиғи билан боғлиқ муаммоларни ечишга, потенциал муаммоларининг олдини олишга, соғлиғини мустақкамлашга ёрдам беради.

Яқунловчи босқич бу натижани баҳолашдир.

Бу босқичнинг мақсади ҳамшира амалга оширган талбир ва муолажаларга беморнинг реакцияси, фойда даражасини аниқлашни ўз ичига олади. Агар ҳамшира пациент билан суҳбатлашиб уни тинчлантирдим деб ўйласа, албатта маълум вақт ўтгач қайта суҳбатлашиб унинг ҳолатини аниқлаши лозим.

Агар оғриқсизлантирувчи восита қўлланган бўлса, оғриқ пасайган ё пасаймаганлигини албатта текшириб кўриш керак.

Ҳамшира амалга ошириши керак бўлган талбирлар: пациентнинг ҳамшира муолажаларига реакцияси, улар ҳақида пациентнинг фикри, натижаларни баҳолаш ва яқун яшаш, агар натижа кутилган даражада бўлмаса режани коррекция қилиш. Масалан, онкологик беморда оғриқ кучи (10 бали система бўйича) 8 бални ташкил этди. Ҳамшира «хроник оғриқ» деб ташхис қўйди ва 2—3 кун ичида оғриқни 1 балгача камайтиришни ўз олдига мақсад қилиб қўяди, шу муддат ўтгач беморни батафсил текшириб яқун ясайди. Зарурат туғилса, режа қайта тузилади, тўхтатилади, ўзгартирилади. Пациент батамом тузалиб уйига жўнатиб, бошқа даволаш муассасасига ўтказилса ёки вафот этса ҳамширалик жараёнига тўла-тўқис баҳо берилди.

Баҳолаш босқичи уч йўналишни ўз ичига олади:

1. Беморнинг ҳамшира ҳатти-ҳаракатига реакциясини баҳолаш. Бу негатив, агрессив, миннатдорчилик ёки бепарқлик.

2. Беморнинг муолажалар тўғрисидаги фикрини билиш — соғлиқни яхшилаш учун қилинган инъекциялар, вена орқали юборилган дорилар таъсири тўғрисида.

3. Белгиланган мақсаднинг бажарилишини баҳолаш: агар беморнинг аҳволи яхшиланиб соғлиғи тикланса мақсад бажарилганлигини билдиради.

Юқорида қайд этилганлардан ташқари ҳамшира терапевтик беморларни тўғри кузатиши ва ўз вақтида парвариш қилиши учун касалликнинг ривожланиш механизмини, симптомларини яхши билиши керак.

Натижа: ҳамшира ташхиси бу унинг томонидан аниқланган пациент муаммоси бўлиб, ҳамшира уни даволаб бартараф этишга қодирдир.

1982 йилда Карлсон, Крафт ва Макгюреларнинг «Ҳамширалик иши» китобида ҳамширалик ташхисига янги талқин берилди, яъни «ҳамшира ташхиси» — ҳамширалик ёрдамини талаб қилади-

ган, пациентнинг соғлиги билан боғлиқ бўлган ҳозирги ёки потенциал муаммоси тўғрисидаги — хулосадир.

Даволаш — профилактика муассасаларида ҳамширалик иши жараёнини амалга ошириш қўйидаги вазифаларни ечишга ёрдам беради:

— қўшимча даромадсиз даволаш жараёнининг муддатини қисқартириб, сифатини ошириш;

— даволаш жараёнида ҳамширанинг ролини ошириш ва жамиятда меҳнатига яраша ижтимоий статусини кўтариш;

— кўп босқичли ҳамширалик таълимини жорий этиб, даволаш жараёнини юқори сифатли, замонавий мутахассис кадрлар билан таъминлаш.

ТЕРАПЕВТИК БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ ПРИНЦИПЛАРИ

«Реабилитация» термини латинча «habilis» ҳаракат ва «renabilis» тиклайман деган сўзлардан олинган бўлиб, соғлиқни қайтадан тиклаш маъносига ишлатилади.

Реабилитация касаллик туфайли йўқотилган соғлиқни тўла тиклашга йўналтирилган тадбирлар мажмуи бўлиб, тиббий, жисмоний, психологик, педагогик, ижтимоий характерга эга. Бундан ташқари пациентнинг меҳнат қобилияти ва психологик статусини тиклаш ҳам шулар жумласига киради.

Бу мақсадга етиш учун организмнинг резерв — яширин жисмоний, психологик, профессионал (пассив) имкониятлари ишга солинади, стимуляция қилинади. Реабилитациянинг алоҳида хусусиялари шундан иборатки, уни амалга ошириш учун турли соҳа мутахассислари жалб этилади.

Реабилитация кўп йўналишли бўлиб, унинг қўйидаги турлари ажратилади: тиббий, жисмоний, психологик, ижтимоий-иқтисодий ва касбий.

Тиббий реабилитация — даволаш тадбирлари комплексини ҳисобга олиб: пациентнинг физиологик функцияларини тиклашга ва ривожлантиришга, мустақил равишда ҳаёт эҳтиёжларини таъминлаш учун компенсатор имкониятларини аниқлашга қаратилган бўлади.

Реабилитациянинг бу йўналиши даволаш тадбирлари билан боғлиқ бўлиб, беморни кузатишнинг барча босқичларида амалга оширилади. Кейинчалик беморни меҳнат фаолиятига, фаол диспансер кузатуви, систематик равишда профилактик чоралар, шу жумладан иккиламчи профилактик тадбирларни назарда тутлади.

Жисмоний реабилитация — пациентнинг жисмоний меҳнат фаолиятини тиклашга қаратилган бўлиб, ўз вақтида ва адекват

амалга оширилган даволаш машқларини (гимнастика), ЛФК, терренкур охирги босқичда эса жисмоний машқларни назарда тутди. Жисмоний реабилитация алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, тиббий реабилитациянинг асосини ташкил этади. Чунки беморлар кундалик ҳаётда, ишлаб чиқаришда жисмоний зўриқишга дуч келдилар.

Психологик реабилитациянинг асосий мақсади касалликнинг кечиши давомида вужудга келадиган руҳий ўзгаришларни аниқлаш, уларни ўз вақтида коррекция қилиш ва бошқалардан иборат. Ҳаттоки беморнинг руҳий ҳолати меъёрида бўлса ҳам, унинг даволанишга, врач тавсияларига, реабилитацион тадбирларга муносабатини, кейинчалик эса уларда кузатиладиган ижтимоий фаллук даражасини белгилайди. Тиббий ходимнинг асосий вазифаси эса, руҳий ўзгаришларни бартараф этиб, касаллик туфайли ўзгарган ҳаётий вазиятга беморнинг кўникишини (адаптациясини) таъминлашдан иборат.

Касбий реабилитация — беморларнинг меҳнат қобилиятини аниқлаш, бошқа касбларни эгаллашларида ёрдам бериш, иш билан таъминланишига кўмаклашишни назарда тутди.

Ижтимоий иқтисодий реабилитация — жамият ва бемор, бемор ва оиланинг ўзаро муносабатларини, нафақа билан таъминланиш масалаларини ўз ичига олади.

Ижтимоий иқтисодий ва касбий реабилитациянинг асосий мақсади беморни тўла ижтимоий таъминлаб, иқтисодий мустақилликка эришишга ёрдам беришдан иборат. Бу масала нафақат тиббий ходимлар, балки, ижтимоий ҳимоя ташкилотлари иштирокида ҳал қилинади. Юқорида келтирилган муаммоларнинг комплекс равишда ҳал этилиши реабилитациянинг тўлақонли бўлишига ёрдам беради. Бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш амалиётида давлат томонидан босқичма-босқич амалга ошириладиган беморлар реабилитациясининг комплекс тизими кенг қўлланилмоқда.

Реабилитацион тадбирларнинг эрта бошланиши унинг асосий принципи бўлиб ҳисобланади.

Реабилитация чорлари бемор врач назоратига тушган дақиқадан бошланади. Айниқса, бу ўткир миокард инфаркти билан оғриган беморларга тааллуқли бўлиб, уй шароитида, тез ёрдам машинасида оғриқсизлантирувчи лизик моддаларнинг, антикоагулянтларнинг, бошқа дори моддаларининг некроз зонасини чегаралаш мақсадида, юрак мушагининг инфарктдан холи қисми фаолиятини яхшилаш учун қўлланиши билан бошланади.

Реабилитация тизимини босқичма-босқич амалга оширишнинг афзаллиги шундан иборатки, биринчидан унинг узлуксизлиги

таъминланади, иккинчидан биринчи фаза кейингисини давом эттиради ва тўлдиради.

Амалга оширилган ҳар бир реабилитация тадбирига беморнинг реакцияси реабилитация картасига қайд этиб борилади.

Реабилитация босқичлари

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсияларига биноан реабилитация жараёни 3 босқичга — стационар, соғломлаштириш, қўллаб-қувватловчи босқичларга ажратилади.

Ҳар бир босқичда маълум доирадаги масалалар ҳал қилиниши назарда тутилади.

Ҳар бир босқичнинг муддати ва унинг ташкилий структураси белгиланади.

Реабилитациянинг стационар босқичи

Бу босқичнинг мақсади беморнинг соғлиғини жисмоний ва психологик жиҳатдан тиклаб, реабилитациянинг иккинчи босқичига, яъни санаторий-профилакторийда даволанишни давом эттиришга, имкон бўлмаганда уй шароитида давом эттиришга тайёрлашдан иборат.

Реабилитациянинг (иккинчи) санаторий босқичи

Реабилитацион марказларда амалга оширилади. Бу босқичда бемор фаол ҳаётга, оилага қайтади. Жисмоний, руҳий ва ижтимоий соғломлаштиришнинг бошқа йўналишлари стационарда нисбатан янги босқичда ҳал қилинади.

Реабилитациянинг қўллаб-қувватловчи (учинчи) босқичи

Тузалиш босқичи яқинлашгач, бемор реабилитациянинг учинчи босқичига киради. Бу босқичнинг мақсади санаторийда эришилган меҳнат қобилияти даражасини қўллаб-қувватлашдан иборат.

Реабилитациянинг самарадорлигини таъминловчи энг муҳим фактор босқичлараро кетма-кетлик принципини амалга ошириш бўлиб, бу беморнинг клиник, жисмоний, психологик статуси ҳақидаги тўлиқ ахборотни ҳар бир реабилитация босқичида босқич эпикризига ёзиш билан амалга оширилади.

Даволаш машқларининг аҳамияти:

1) жисмоний машқлар орқали инсон организмга таъсир этиш;
2) даволаш жараёни ва реабилитацияни амалга оширишда беморнинг ўзи фаол иштирок этади.

Даволашда қўлланиладиган жисмоний машқ турлари:

- 1) жисмоний машқлар;
- 2) ҳаракат режими (терренкур);
- 3) уқалаш;
- 4) табиатнинг табиий омилларидан фойдаланиш;
- 5) меҳнат терапияси.

1. Жисмоний машқлар классификацияси:

а) гимнастика: умумий ривожлантирувчи, нафас аъзолари билан боғлиқ, пассив ва фаол, снарядлар билан, снарядларсиз;

б) амалий спорт: юриш, югуриш, копток ва граната улоқтириш, сакраш, сузиш, конькида учиш ва ҳ. к.;

в) кам ҳаракатли, кўп ҳаракатли ва спорт ўйинлари. Санаторий шароитларида воллейбол, теннис, баскетбол ва ҳоказо.

2. Ҳаракат режими:

а) қатъий ётиш режими (парвариш тиббий ходимлар томонидан амалга оширилади, бу ҳолда ёнбошга ағдарилиш ва ўтириш мумкин эмас);

б) ётиш режими: ёнбошга ағдарилиш, оёқни осилтирмай ўтириш тавсия этилади. Даво гимнастикаси ўтирган ҳолда амалга оширилади;

в) қисман ётиш режими: бемор ўрнида ёки стулда ўтириши мумкин. Қисман тиббий ходимнинг парваришига муҳтож бўлади;

г) палатадаги режим: бемор ўз эҳтиёжларини қондира олади. Машқларни ётиб, ўтириб, тик турган ҳолда амалга оширади;

д) эркин ҳолатдаги режим: бемор хонада, коридорда эркин ҳаракатланади: касаллигига таллуқли ҳар қандай машқларни бажаради.

3. Массаж (уқалаш):

Монъелик ҳолатлари:

а) юқумли касалликнинг ўткир фазаси;

б) ўсмалар;

в) сил билан боғлиқ ҳар қандай аъзо касалликлари;

г) йирингли жараёнлар;

д) тошмалар (сабабидан қатъий назар);

е) тери касалликлари;

ё) қон касалликлари.

4. Табiiй омиллар:

а) чиниқтириш мақсадида қўлланиладиган қуёш ванналари;

б) соф ҳавони даво машқлари билан бирга қўллаш;

в) сув муолажалари — қисман ёки умумий қўллаш; гигиеник душ, денгизда, бассейнда чўмилиш.

5. Меҳнат терапияси:

Реабилитациянинг энг асосий омилларидан бири — меҳнат терапиясидир. Албатта, улар тиббий кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда, беморни психологик жиҳатдан, оёққа қўйиш касбий кўникмаларни тиклаш учун қўлланилади.

Меҳнат терапиясининг одамнинг «жамиятга, оилага кераксиз, ёрдамга муҳтож» сезгилардан озод бўлишида аҳамияти катта.

ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР КЛИНИКАСИДА АСОСИЙ СИНДРОМЛАР, УЛАРНИНГ ТАШХИСИ ВА ДАВОСИ

Ўпка-бронх касалликларида учрайдиган синдромлар

Ўпкада яллиғланиш инфилтрати синдроми — крупоз зотилжамда, ўчоқли зотилжамда, ўпка силида учрайди. Ўткир бошланиб, юқори ҳарорат, эт жунжикиши, кўкрак қафасида, ўпканинг зарарланган соҳасида нафас олганда ва йўталганда зўрайиб борувчи оғриқ кузатилади. Шу сабабли нафас юзаки бўлади. Касалликнинг 2-кунидан бошлаб бемор шилимшиқ, ёпишқоқ баъзи ҳолларда қон аралаш балғам ташлайди. Балғам жигарранг-қизил рангда (зангсимон) бўлади (эритроцитларнинг парчаланиши натижасида «қизил жигарланиш»). Ажралаётган балғам миқдори ортиб боради, лекин суткасига 100 мл. дан ошмайди. Кулранг жигарланиш босқичида ва касаллик қайталаётган даврда балғам камроқ ёпишқоқ, тез кўчадиган бўлиб ранги тиниқлашиб боради.

Касалликнинг биринчи кунда ёноқлар гиперемияси, шикастланган томонда яхши ифодаланган лаб цианози, акроцианоз, лабларга, бурунга учуқ тошиши кузатилади. Нафас олганда бурун катаклари кенгаяди, нафас олиш қийинлашади. Нафас ҳаракатлари юза, тезлашган, зарарланган томон ўпка соҳасида нафас ҳаракатлари чегараланган бўлиб, нафас ҳаракатларида пассив иштирок этади.

Перкуссияда ўпка товушининг тўмтоқлашгани, овоз титраши кучайганлигини аниқлаш мумкин.

Аускультацияда нафас чиқариш узайган. Нафас қаттиқ, чегараланган соҳада жарангли бўлади. Нам, майла ва ўрта пуфакчали хириллашлар эшитилади. Жараёнга плевра варақлари кўшилса, плевра шовқини эшитилади. Касалликнинг 2-босқичида интоксикация белгилари ривожланади, бош оғриғи, таъсирчанлик, умумий беҳоллик, тез чарчаш. Оғир ҳолатларда асаб системасида ўзгаришлар, эс-ҳуш кирарли-чиқарли, шайтонлаш кузатилади.

Юрак-қон томир системасида АБ паст, коллапс белгилари, ўпка артериясида II тон акценти кузатилади. Кекса беморларда ўпка-юрак этишмовчилиги ва аритмия ривожланади.

Ўпканинг рентгенологик текширувида унинг бир бўлак ёки айрим сегментларда гомоген қоронгулик ўчоқлари кузатилади.

Қонда нейтрофил лейкоцитоз 20×10^9 л, чапга силжаш 6—30%, таёқча сегментлар, лимфопения, ЭЧТ юқори, фибриноген, сиал кислота, серомукоид миқдори ошган.

С-реактив оксилга нисбатан мусбат. Сийдикда оз миқдорда протеинурия, цилиндрурия, эритроцитлар учрайди.

Касалликнинг қайтиш даврида бемор аҳволи анча енгиллашган, йўтал кам, нафас везикуляр, оз миқдорда нам хириллаш, крепитация эшитилади.

Ҳамшира ташҳиси: тана ҳароратининг кўтарилиши, эт жунжикиши, кўкрак қафасида оғриқ, йўтал, балғам (зангсимон) кўчиши.

Режа — беморни кузатиш, парвариш қилиш, даволаш бўйича тузилади.

Режани амалга ошириш: ҳамшира беморни инструментал ва лаборатория текширувига тайёрлайди, қон ва балғамни текшириш учун олиш, врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажариш, дори-ларни тарқатиш, муолажаларни бажариш консултацияга тайёрлаш (фтизиатр, онколог). Хонани шамоллатиш, кислород бериш, ўрин-кўрпа, ич кийимларни алмаштириш, туфдонларни зарарсизлантириш, нафас ҳаракатларини, пульс, АБ ни ўлчаб, монельлик ҳоллари кузатилмаса ханталма қўйиш, физиотерапевтик муолажаларни амалга ошириш ва б.

Ўпкада йирингли бўшлиқ (абсцесс) ҳосил бўлиш синдроми — бу оғир ҳолат бўлиб, кучли интоксикация, ўпка тўқимасининг чириши, некрозга учраши ва бўшлиқ ҳосил бўлиши билан характерланади.

Касаллик 2 босқичда ўтади: инфилтратсия ёки йиринг йиғилиши ва бўшлиқ ҳосил бўлиши. Ўпкада йиринг ҳосил бўлиши, ўпка дренаж функциясининг бузилиши, қон айланишининг издан чиқиши ва ўпка тўқимасининг некрозга учраши, инфекция кўшилиши, организм реактивлигининг пасайиши билан ўтади. Йиринг ҳосил бўлиши гектик температура, эт жунжикиши, кучли терлаш зарарланган ўпка соҳасида оғриқ, қуруқ йўтал баъзан оз миқдорда йирингли балғам ташлаш билан характерланади. Жуда кўп ҳолларда интоксикация белгилари: умумий беҳоллик, бош оғриғи, иштаҳа пасайиши кузатилади. Объектив текширувда: зарарланган ўпка соҳасида нафас ҳаракатларининг орқада қолиши, овоз титраши кучсиз ифодаланган, нафас олиш везикуляр, қуруқ хириллашлар, перкуссияда эса йиринг устида бўғиқ ўпка товуши эшитилади. Рентгенологик текширувда думалоқ, аниқ чегараланган соя кўринади. Қонда: лейкоцитоз 20/10 л, чапга силжиш, ЭЧТ ошган.

Бадбўй ҳидли, кўп миқдордаги (500—1000 мл) балғамнинг ажралиши абсцесснинг ёрилиб бронхларга оқиб чиққанидан дарак беради. Балғамда қон бўлиши мумкин. Шундан сўнг бемор аҳволи анча енгиллашади, тана ҳарорати меъърга яқинлашади, интоксикация белгилари камаяди. Дренаж ҳолатида балғам яхши ажралишига аҳамият бериш зарур. Физикавий текширувда овоз титрашининг кучайиши, тимпаник ўпка товуши, бронхиал нафас ёки амфорик нафас (агар бўшлиқ бронх билан туташган бўлса) эшитилиши мумкин. Бўшлиқда оз миқдорда суюқлик бўлса, йирик ва

ўрта пуфакли нам хириллаш эшитилади. Рентгенологик текширувда аниқ чегараланган думалоқ бўшлиқ (соя), агарда бўшлиқда суюқлик қолган бўлса инфильтрация камайиши фонида суюқлик сатҳида аксарият горизонтал бўлган битта ёки кўп сонли бўшлиқлар аниқланади. Қонда — лейкоцитоз, ЭЧТ, балғам, текширганда — лейкоцитлар кўп миқдорда, балғамда эластик толалар топилади.

Ҳамшира ташхиси: тана ҳароратининг кўтарилиши, кўкрак қафасида оғриқ, умумий лоҳаслик, бош оғриғи, йирингли балғам ташлаш.

Режа — беморларни парвариш қилиш, кузатиш, текширувга тайёрлаш (лаборатор ва инструментал), врач кўрсатмаларини бажариш, шошилиш ёрдам кўрсатиш ва даволашнинг бошқа турларини (физиотерапия, даво машқлари, ўқалаш, оксигенотерапия) ташкил этиш.

Режани амалга ошириш: кўрсатмаларни ўз вақтида ва мақсадга мувофиқ бажариш (антибиотиклар, сульфаниламидлар, нитрофурланлар, нистатин ёки леворин, муколитиклар). Биологик материалларни ўз вақтида лаборатория текширувига жўнатиш. Махсус шифокор маслаҳатини ташкил этиш. Хона тозалигига аҳамият бериш, дезинфекцияловчи воситалар билан хонани тозалаш, туфдонларни зарарсизлантириш, кўрпа-тўшак, ич кийимларни алмаштириш, беморларга дренаж ҳолатини яратиш бериш (4—5 марта 20—30 мин.дан). Юрак-қон томир системасини кузатиш бориш (пульс, юрак қисқаришларини санаш, АБ ни ўлчаш), ўпка-бронх ҳолатини текшириш (нафас ҳаракатлари, балғам миқдорини ўлчаш). Физиологик эҳтиёжларининг қондирилишини назорат қилиш.

Плеврал бўшлиқда суюқлик йиғилиши синдроми (экссудатив плеврит). Плевра варақларининг яллиғланиши бўлиб, плевра бўшлиғига суюқлик йиғилиши билан характерланади. Плевра яллиғланишига ўпкадаги сил касаллиги (сил интоксикацияси), ўпканинг сурункали носпецифик яллиғланиш касалликлари (пневмония, ўпканинг йирингли касалликлари), ўткир ва сурункали юқумли касаллиқлар (қорин тифи, тошмали тиф, ревматизм, коллагенозлар, ўпканинг хавfli ўсмалари), беморнинг совуқ қотиши сабаб бўлади. Плевра бўшлиғидаги суюқлик сероз — фибриноз, геморрагик, йирингли ёки аралаш бўлиши мумкин. Касаллик аста-секин ёки ўткир бошланади. Кўкрак қафасида санчиқли оғриқ, чуқур нафас олганда ёки бемор эгилганда оғриқ кучаяди. Тана ҳарорати юқори, йўтал қуруқ, оғриқ характерли бўлади. Текширилганда: бемор мажбурий ҳолатни эгаллаб оғриқли томони билан ётади, нафас қисиши, цианоз кузатилади, нафас олиш вақтида шикастланган томон орқада қолади. Суюқлик йиғилган томонда бемор оғирлик ва симилловчи оғриқ сезади. Агар суюқлик миқдори кўпайса кўкс оралиғи соғлом томонга сурилади ва нафас

қисиши яққол юзага чиқади. Суюқлик параболик эгрилик бўйича жойлашиб (Дамуазо чизиги), чўққиси орқа қўлтиқ ости соҳаси чизигида жойлашади. Шунга кўра 3 та соҳа ажратилади:

1. Илдизга қисилган ўпка соҳаси (Гарлянд учбурчаги).
2. Гидроторакс соҳаси.
3. Кўкс оралигининг соғлом томонга силжиши (Раухфус-Грокк учбурчаги).

Қисилган ўпка соҳасида товуш тиграши ва бронхофония кучайган, перкуссияда тимпаник бўғиқ товуш, аускультацияда бронхиал нафас эшитилади.

Гидроторакс соҳасида — товуш тиграши, бронхофония, нафас эшитилмайди, перкуссияда бўғиқ товуш, Раухфус-Грокк учбурчагида ҳам худди шундай ҳолат кузатилади.

Ҳамшира таъхиси: иситма, кўкрак қафасида огриқ, нафас қисиши, қуруқ йўтал, ҳолсизлик. Беморни парвариш қилиш, лаборатор асбоблар билан текшириш, врач кўрсатмаларини бажариш, онколог ва фтизиатр маслаҳатлари бўйича режалар тузади. Режани амалга ошириш учун беморни рентген текширувига тайёрлаш, лаборатор текшириш учун бемордан биологик материал олиш, врач кўрсатмаларини аниқ ва пухта бажариш муҳим аҳамиятга эга.

Рентгенда: шикастланган соҳада қорайиш ва суюқлик қийшиқ чизиги аниқланади.

Даволаш ва таъхисда плеврал пункциянинг аҳамияти катта. Ҳамшира бу мақсадда анестезия учун стерил шприц, новокаин эритмаси, терини артиш учун йод ва спирт, пункция қилувчи нина ва шприц, Мор ва Пеан қисқичи, 50 мл ли Жане шприци, плевра суюқлигини йиғиш учун идиш тайёрлайди. Парацентез 8 қовурга оралиги 9 қовурга юқори қиррасида, орқа қўлтиқ ости соҳаси бўйлаб бажарилади. Плевра суюқлиги олингандан сўнг таркибидаги оқсил миқдори аниқланади, экссудат ёки трансудат эканлигини аниқлаш учун Ривальт синамаси ўтказилади.

Даволаш яллиғланиш ва силга қарши дори воситалари, умумий қувватни оширувчи воситалар, витаминлар билан амалга оширилади.

Даволаш машқлари ва физиотерапия буюрилади.

Бўғилиш синдроми

Бўғилиш синдроми кўпинча бронхиал астма касаллигидан сўнг юзага келади. Бронхиал астма касаллиги асосида ўпка-бронх аппаратида юзага келувчи гиперергик яллиғланиш билан кечувчи аллергозлар, нафас йўллариининг генералланган обструкцияси ётади.

Бронхиал астма атопик (инфекцион аллергик эмас) ҳамда инфекцияцион аллергик турларга бўлинади.

Атопик бронхиал астмани келтириб чиқарувчи сабаблари организмда антитела ҳосил қилувчи ўсимлик ва ҳайвон маҳсулотлари ҳамда кимёвий моддалар бўлиши мумкин.

Инфекцион-аллергик бронхиал астманинг этиологик фактори микрофлоралар ҳисобланади. Бундан ташқари бронхиал астманинг сабаблари психоген, климатик факторлар ҳамда оғир жисмоний зўриқиш бўлиши мумкин.

Клиник белгилари: Бронхиал астманинг асосий клиник белгиларидан экспиратор ҳансираш, «хуштаксимон» нафас, кўпинча оз миқдорда балгам билан намоён бўлувчи бўғилиш хуружлари аҳамиятли ҳисобланади.

Атопик бронхиал астма аллерген билан бевосита тўқнаш келганда бўғилиш синдроми ҳосил бўлиши билан характерланади. Бу ҳолатда бўғилиш аура ҳосил бўлишига олиб келади (вазомотор ринит, мигрень, тери қичималари, томоқнинг қичишиб, таъсирланиши, йўтал, Квинке шиши ва ҳ.к.)

Инфекцион-аллергик бронхиал астамада бўғилиш синдроми ўтказиб юборилган респиратор касалликларнинг асорати сифатида намоён бўлади (пневмония, бронхит) ва бу гуруҳдаги беморларда аура йўтал кўринишида юзага чиқади.

Бўғилиш синдромининг асосий белгилари: экспиратор ҳансираш, кўкрак қафасининг ҳаракати чегараланган тарқоқ, хуштаксимон жойини ўзгартирувчи қуруқ хириллашлар ва беморнинг мажбурий ҳолатни эгаллаши — ортопноэ (елка камарини фиксация қилган ҳолда бемор стул четига қўллари билан маҳкам ёпишган ҳолда, олдинга бир оз эгилиб ўтиради) кузатилади.

Тери қатламлари оқарган, тахикардия, юрак тонлари бўғиқ, эмфизема туфайли юракнинг абсолют чегаралари аниқланмайди.

Хуруж узоқ чўзилган ҳолатларда беморда депрессив синдром кузатилиши мумкин натижада тўқималар гипоксияси вужудга келиб, юракда ангиноз оғриқлар юзага келади. Хуруж кучайган пайтларда қовурғалар синиб кетиши мумкин.

Асоратлари — спонтан пневмоторакс, интерстициал ва медиастинал эмфиземалар, энг оғир асорат эмфизематоз (булла) кисталар ривожланишидир.

Ҳамшира ташхиси:

Экспиратор ҳансираш, бўғилиш, йўтал (қуруқ), тахикардия, цианоз.

Р е ж а:

1. Беморларни кузатиш ва парвариш қилиш, врачга қадар шошилиш ёрдам тadbирларини кўриш.
2. Беморларни қўшимча текширишларга тайёрлаш.
3. Врач тавсияларини бажариш.
4. Беморларни мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш. Биринчи навбатда ҳамшира врачгача бўлган ёрдам кўрсата билиши лозим:

— беморни тинчлантириб (жисмонан ва руҳан) қулай вазиятни яратиши, ойнани очиши, кислород бериши, горчичниклар қўйиши, илиқ чой ичириши сўнгра врач чақириб, у буюрган муолажаларни бажариши лозим.

Периферик қонни текширилганда: эозинофилия, базофилия кузатилади. Балғам текширилганда характерли учлик (триада): Шарко Лейден кристаллари, Куршман спираллари, эозинофилёз кузатилади.

Ташқи нафас текширилганда ўпканинг тириклик сифими камайгани, қолдиқ ҳаво ҳажми ортгани кузатилади. Бронхиал ўтказувчанлик бузилганлиги аниқланади.

Даволаш принциплари:

Бронхиал астмада аллерген аниқлангандан сўнг этиологик даво қилинади ва парҳез, гигиеник муолажалар қўлланилади.

Аллергенни аниқлашнинг иложи бўлмаган ҳолларда специфик ва носпецифик десенсибилловчи воситалар қўлланилади. Ўпка сили, ҳомиладорлик, юрак пороклари, тиреотоксикоз, буйрак, жигар, ўпка етишмовчилиги касалликларида десенсибилловчи терапия ман этилади.

Бронхларнинг ўткир яллиғланиш синдроми

Ўткир бронхит бу анчагина кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. Бронхлар ўткир яллиғланишининг ўткир респиратор касалликлар билан оғриган беморларда кўпроқ учраши қайд этилган. Хусусан грипп, парагрипп, аденовирус инфекциялари, қизамиқ, бўғма, кўкйўталнинг оғир турларида учрайди. Шунингдек, ўткир бронхит кўпгина ҳолатларда грипп вируси таъсирида фагоцитознинг сусайиши, бактериал микрофлоранинг ўзига хос жойланиши таъсирида юзага келади. Бундай беморларнинг балғами таркибида инфлюэнца таёқчаси, пневмококк, гемолитик стрептококк, тилласимон стафилококк, Фридендер таёқчалари топилади. Мойиллик қилувчи омилларга совқотиш, ичкилик ичиш, чекиш, сурункали интоксикация, инфекция ўчоқлари (тонзиллит, ринит, синусит) киради. Токсинли моддалар азот оксиди, сульфид газиди, ҳаво концентрациясининг ўзгариши, тутун таъсири, хлор, аммиак, бром буғлари ҳам ўткир бронхитни келтириб чиқарувчи сабаблардан ҳисобланади. Жанговар заҳарловчи моддалар таъсири (хлор, фосген, дифосген, иприт, люизит ва ҳ.з.), шунингдек аллергик омилларга ҳам маълум даражада аҳамият берилади.

Клиник белгилари: аксарият эрталаб кучаядиган қуруқ йўтал, тўш соҳасида сиқилиш, оғриқ, йирик ва майда бронхлар зарарлан-

ганда нафас йўлида сиқилиш (обструкция) натижасида хуружсимон йўтал, нафас қисиши юзага келади. Касалликнинг 2—3- куни шилимшиқли, шилимшиқ-йирингли балғам, баъзи ҳолларда қон аралаш балғам ташлаш кузатилади. Кўпгина беморларда кўкрак қафасининг қуйи қисмидаги оғриқ йўтал туфайли диафрагманинг титраб қисқариши натижасида юзага келади. Умумий ҳолсизлик, кўп терлаш, тез чарчаб қолиш, турли хил мушак гуруҳларида оғриқ кузатилади. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил, оғир ҳолатларда 38°C бўлиши мумкин. Агар ўткир бронхит грипп вируси туфайли юзага келган бўлса, тана ҳарорати 39°C ва ундан юқори, лабларда учуқ тошиши (Herpes labialis), оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг гиперемияси, нуқтасимон қонталашлар кузатилади.

Перкуссияда ўпка товуши эшитилади. Аускультацияда касалликнинг биринчи кунларида везикуляр нафас, нафас чиқаришнинг чўзилиши, қуруқ тарқоқ хириллашлар, бемор йўталганда эса хириллашлар жойи ўзгаради, 2—3 кундан сўнг нам хириллашлар кўшилади. Юрак-қон томир системасида тахикардия, нерв системасида бош оғриши, уйқунинг бузилиши, лоҳаслик кузатилади.

Ҳамшира ташхиси: йўтал, умумий ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, нафас қисиши, тахикардия, тана ҳароратининг кўтарилиши, уйқунинг бузилиши.

Режа — (ҳамшира иши режаси): кузатиш, парвариш, қилиш, текширувга тайёрлаш, врач кўрсатмаларини бажариш.

Ҳамшира иши режасини амалга ошириш 2 қисмга бўлинади:

1. Бевосита: беморни кузатиш, парвариш қилиш: пульс, нафас ҳаракатларини санаш, АБ ни ўлчаш, умумий ҳолатини кузатиш, банка, горчичниклар қўйиш, хонани шамоллатиш.

2. Билвосита: биологик маҳсулотларни йиғиш (қон, сийдик, балғам), лабораторияга жўнатиш, беморни кўкрак қафасининг рентгенологик текширувига тайёрлаш, ҳаракатларини кузатиш, дори моддаларини ўз вақтида бериш, парентерал дориларни юбориш. Текширилганда қонда лейкоцитоз 8×10^9 л, ЭЧТ тезлашган, балғамда — кўп миқдорда бактериялар, ЎТСнинг камайиши, бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилади. Рентгенологик текширувда ўпка илдизи соясининг кенгайганини кўриш мумкин. Физиотерапевт маслаҳатини ташкил этиш, калий йодид, эуфиллин, кальций хлор билан электрофорез қилиш учун даволаш машқлари буюрилади.

Даволаш: даволаш кўпроқ уй шароитида ўтказилади, бемор ўзини ташқи муҳитдан, атмосфера ҳароратининг кескин ўзгаришидан эҳтиёт қилиши керак. Яллиғланишга қарши дори препаратлари: амидопирин, аналгин, аспирин ичиб туриш мақсадга мувофиқ.

Ўткир бронхитнинг оғир формаларида, организм реактивлиги паст беморлар (болалар, қариялар) госпитализация қилинади.

Балғамни юмшатиш учун термописис, алтейка, мукалтин, 3% ли калий йодид, ишқорли ингаляциялар қабул қилинади. Даволаш физкультураси буюрилади. Бронхоспазм — бронхлар тортишуви кузатилганда — бронхолитиклар: теофедрин (0,025 г), эфедрин (0,15 г), эуфиллин 3 маҳалдан бериб турилади.

Қуруқ қаттиқ йўталда: кодеин, дионин, гидрокодон, либексин, балтикс берилади. Кўкрак қафасига чалғитувчи воситалар: банка, горчичниклар қўйилади, оёққа иссиқ ванна, кўп суюқликлар ичиш (ишқорий сувлар, илиқ сут) тавсия этилади.

Бронхларнинг сурункали яллиғланиш синдроми — сурункали бронхит бронхлар шиллиқ пардаси ва улар деворининг бирмунча чуқур қатламларининг диффуз яллиғланиши бўлиб, вақти-вақтида кўзиш ва узоқ муддат кечиши билан ажралиб туради. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари текширувига биноан агар одам 1 йилда 3 ой мобайнида балғам ташлаб йўталса, 2 йил бу ҳолат давом этса, нафас йўлларининг, бронхларнинг бунга алоқаси бўлмаса бу ҳолат сурункали бронхит билан хасталанган бемор учун хос ҳисобланади. Нафас аъзолари касалликлари ичида сурункали бронхит анча кенг тарқалган бўлиб, ҳозирда бундай беморлар сони ортиб бормоқда. Касаллик эркакларда аёлларга нисбатан 2—3 марта кўп учрайди (кўпроқ 50 ёшдан сўнг) ва бу сурункали нафас йўлларининг ифлосланган атмосфера ҳавоси билан таъсирланиши натижасида келиб чиқади. Ундан ташқари иқлим ҳам (нам, совуқ, кескин континентал) катта аҳамиятга эга. Тамаки сабабли бронхиал безлар секрециясининг кучайиши майда бронхларда секрет йиғилишига олиб келади ва у ерда яллиғланиш жараёнининг ривожланиши учун қулай шароит вужудга келтиради. Сурункали бронхит чекувчи кишиларда, чекмайдиганларга нисбатан 3—4 марта кўп учрайди. Этиологик омиллар ичида токсинли моддалар, касб-корга алоқадор зарарли моддалар ҳам катта аҳамиятга эга (тамаки, тўқув цехлари, ун, кимё заводлари, кон саноати шахтёрлари ва ҳоказо).

Сурункали бронхитга нафас йўлларининг сурункали инфекция ўчоқлари (тонзиллит, синусит, бронхоэктазлар), кичик қон айланиш доирасида қон димланиши (юрак етишмовчилиги) сабаб бўлади. Инфекция қўшилиши сурункали бронхитнинг ўтишини оғирлаштиради, бронхларда яллиғланиш жараёни зўрайиб, мушаклар, қон томирлар зарарланади, шиллиқ қават атрофияга учрайди.

Балғамдан стафилококк, стрептококк, инфлюэнца таёқчаси, пневмококк, Фридендер таёқчаси топилади. Грипп эпидемияси вақтида касаллар сони ортади. Ҳозирги вақтда наслий-ирсий омил ҳам аҳамиятга эга эканлиги маълум.

Клиник белгилари

Асосий белгилари йўтал (қуруқ ёки балғам билан), балғам ташлаш турли миқдорда ва характерда, ўпка вентиляциясининг бузилиши, бронхлар ўтказувчанлигининг қийинлашуви, кўпгина беморларда хусусан чекувчиларда, йиллар мобайнида йўтал аксарият эрталаблари кучаяди. Баъзан шилимшиқ йирингли балғам ташлаш характерли. Кейинроқ йўтал зўрайиб, совуқ ҳавода, инфекция қўшилиши натижасида зўрайиб боради. Касалликнинг бошланғич даврида йирик бронхлар зарарланади, бронх ўтказувчанлигига таъсир кўрсатади. Нафас қисиши суст бўлади. Касаллик зўрайиб бориб, майда бронхлар зарарланганда бронхлар ўтказувчанлиги бузилиб, нафас қисиши характерли бўлади (обструктив бронхит). Аввал нафас қисиши жисмоний зўриқишда, кейинроқ тинч ҳолатда ҳам ривожланади. Хуружсимон йўтал, кўкариш (цианоз) кузатилади. Сурункали бронхит турли асоратларга олиб келиши мумкин (эмфизема, ўпка-юрак етишмовчилиги).

Даволаш

Ўпканинг ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларини даволашда унинг даврига қаралади. Касалликнинг ўткир даврида ҳарорат юқори бўлганда антибиотик ва сульфаниламид препаратлари буюрилади.

Ўткир бронхитда пенициллин гуруҳига кирувчи антибиотиклардан ампиокс 2 г дан бир кеча-кундузда 4 маҳал ёки оксациллин, ампициллин яъни пенициллиннинг ярим синтетик ҳосилалари қўлланилади. Антибиотикларни қўллаш учун ажратилаётган балғам микрофлорасининг сезgirлиги аниқланади. Сурункали бронхитларни даволашда юқорида қайд этилган антибиотикларга цефалоспоринлар ва гентамицин қўшиб бериш фойдадан холи эмас. Сурункали бронхит оғир йирингли балғам ажралиши билан кечганда санацион бронхоскопия ўтказилиб, бронхлар антисептиклар, мукосальвин билан ювилади. Астматик синдром билан кечувчи бронхитда бронхиолитик препаратлар билан бир қаторда импротропиум бромид (атровент) қўлланилади.

Бронхопневмонияларни даволашда эса улар микоплазмалар орқали чақирилган бўлса, макролид антибиотиклар гуруҳига кирувчи эритромицин ва тетрациклин препаратлари яхши таъсир кўрсатади. Легионерлар касаллигида кузатиладиган бронхопневмонияларда эритромицин, рифампицин препаратлари билан даволаш яхши натижа беради. Ҳозирги даврда макролид антибиотиклари катта муваффақият билан (сумамед азитромицин, рулид, рокситромицин) қўлланилмоқда. Агар пенициллин гуруҳига кирувчи антибиотикларни бемор кўтара олмаса, цефалоспоринлар кефзол, цепорин 2 г дан бир кеча-кундузда 2 маҳал қўлланилади. Сумамед капсулалари биринчи кун суткада бир марта 0.5 г дан, кейинги 5

кун давомида 0,25 г дан, замбуругли асоратларнинг олдини олиш учун леворин, нистатин қўлланилади.

Беморларни ташқи қўзғатувчи омиллардан (чекиш, касб-корга оид зарарли чанглардан) ҳимоялаш ва хонани тез-тез шамолатиш зарур. Лекин беморнинг доимо иссиқ ўринда бўлишини таъминлаш муҳимдир. Агар ҳамшира ўпканинг ўткир яллиғланиш синдроми билан хасталанган беморни уйда назорат қилишига тўғри келса, ушбу хонада чекмасликни, овқат тайёрламасликларини эслатиши лозим. Шунингдек, 3% ли калий йодид яхши балғам қўчирувчи восита ҳисобланади. Агар сурункали бронхитда балғам ёпишқоқ бўлса трипсин, хемотрипсин, химопсин, рибонуклаза аэрозоль тарзида ингалиция қилинади.

Беморга иссиқ ишқорий ичимликлар истеъмоли тавсия қилинади. Масалан: лимон чой, мева шарбатлари ва ҳ.к.

Беморда қуруқ йўтал кузатилганда кодеин, дионин (0,015) суткада 3 маҳал берилади. Шунингдек либексин, глаувент таблеткалари, стоптуссин томчилаб, бир суткада 6 мартагача берилиши мумкин. Яллиғланиш жараёнининг сўрилишини тезлаштириш мақсадида кофеин, камфара, сульфакамфокаин буюрилади.

Чалғитувчи воситалардан ханталмалар, оёққа иссиқ ванналар қўлланилади. Балғам қўча бошлангандан кейин мукалтин, термопсис ўти, алтей дамламалари ичиш тавсия этилади. Физиотерапевтик даволаш усулларида диатермия, юқори частотали электр токи, кўкрак қафасига кальций хлор билан электрофорез қўлланилади. Сўнгра беморлар санаторий ва курортларда реабилитация курсини ўтайдилар. Бундай беморларга Қримнинг жанубий соҳилида, Оқтош, Шоҳимардон санаторийларида даволаниш тавсия этилади.

Бронхоспазм синдроми

Касалликнинг ўтиш даврида экспиратор диспноэ кузатилиши мумкин. Бронхоспазмга бронхлар мускулатурасининг қисилиши ҳамда аллергик белгилар (вазомотор ринит, дори ёки озиқ-овқат аллергияси, қонда эозинофилез, балғамда эозинофиллар топилиши) сабаб бўлади. Тана ҳароратнинг субфебрил кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, кўп терлаш, тез чарчаш, кўкрак ва қориннинг турли хил мушак гуруҳларида йўтал билан боғлиқ бўлган оғриқларнинг пайдо бўлиши кузатилади.

Перкуссияда эмфизема ривожланганда қутича товуши, ўпка пастки қисмлари ҳаракатининг камайиши кузатилади.

Аускультацияда ремиссия даврида везикуляр нафас, қўзиш даврида қаттиқ нафас ёки аксарият нафас чиқаришнинг чўзилиши, тарқоқ қуруқ (ғижиллайдиган, ҳуштакли), жарангсиз нам (йирик, ғрта ва майда пуфакли, хириллаган товушлар эшитилади, нафас-

да қўшимча мушаклар иштирок этади) нафас узоқдан ҳуштакли бўлиб эшитилади, бўйин веналари бўртиб чиқади.

Юрак-қон томир системаси тонларининг бўғиқлиги, тахикардия, юрак чегаралари эса эмфизема ҳисобига аниқланмайди.

Инфекцион-аллергик астма хуружида балғам ташлаш (ёпишқоқ, кристалсимон, йирингли-шилимшиқ). Хуруж узоқ давом этса бемор аҳволи анча оғирлашади, депрессив ҳолат, лаб цианози, тўқималарнинг гипоксияси натижасида юракда ангиноз оғриқ кузатилади. Спонтан пневмоторакс ёки медиастенал эмфизема ривожланади. Энг хавфли асоратлардан бири — эмфизематоз киста (булла) бўлиши мумкин.

Пальпацияда товуш титраши, сустлашган кўкрак қафаси ригидлиги кузатилади. Перкуссияда иккала томондан қутича товуш, ўпка чегараларининг пастга ва юқорига кенгайиши аниқланди.

Аускультацияда сустлашган нафас фонидида кўп сонли ҳуштакли қуруқ хириллашлар, яллиғланиш ўчоқлари бўлганда нам хириллаш эшитилади.

Ҳамшира ташхиси: нафас олиш, айниқса нафас чиқариш қийинлашган ҳолда бўгилиш, йўтал, тахикардия, цианоз пайдо бўлиши.

Режа: беморни кузатиш, парвариш, қилиш, текширувларга (лаборатор ва инструментал) тайёрлаш, врач кўрсатмаларини бажариш, шошилиш ёрдам кўрсатиш, беморни махсус шифокорлар маслаҳатига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш — ҳамшира биринчи бўлиб врачга қадар ёрдамни кўрсатиши, беморни тинчлантириши, жисмоний ва руҳан тинчлик яратиши, ойнани очиб хонага тоза ҳаво киришини таъминлаши, ханталма қўйиши, илиқ ишқорли суюқлик ичириши, врачга хабар бериши ва врач кўрсатмаларини бажариши лозим.

Лаборатор-инструменталь текширувда қонда эозинофилия, базофилларнинг кўпайиши;

— балғамда ўзига хос учлик: Шарко-Лейден кристалли, Куршман спираллари, эозинофиллар;

— ўпка тириклик сифимининг камайиши, бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилади.

Давоси: этиологик омилни бартараф этиш (аллергенлар билан контактни бартараф этиш). Аллергик омилни бартараф этиш учун специфик ва носпецифик десенсибиловчи терапия ўтказиш лозим (ўтказишга монъелик қиладиган ҳолатлар ўпка сили, ҳомиладорлик кардиосклероз, декомпенсацияланган юрак пороклари, тиреотоксикоз, буйрак-жигар етишмовчилиги, психик касалликлар).

Астматик бронхит билан касалланган беморларнинг балғамини текширганда, эозинофиллар, Шарко-Лейден кристаллари, Куршман спираллари топилади.

Рентген текширувида эса ўпка тўқимаси тиниқлигининг ортганлиги кўринади.

Бронхоскопияда бронхлар торайганлиги, цилиндрик ва қопсимон бронхоэктазлар кўринади.

Даволаш принциплари

Касаллик хуруж қилганда беморлар стационарда даволанади. Даволаш комплекс тарзда олиб борилиши керак.

Микрофлоранинг сезгирлигини аниқлаб антибиотиклар буюрилади (кенг спектрга эга бўлган антибиотиклар). Симптоматик бронхиолитиклар эуфиллин, эфедрин, изодрин, теофедрин қўлланади.

Антибиотиклар билан бирга нистатин, леворин препаратлари буюрилади. Дренаж функциясини тиклаш мақсадида балгам кўчирувчи препаратлар (термонсис, альтей экстрактлари) тавсия қилинади. Қуруқ йўталда колеин буюрилади. Бронхоспазмада кортикостероидлар буюрилади.

Даволовчи оғир бронхоспазмларда бронхоскопия буюрилиб, бронхлар Рингер, фурагин суюқликлари билан ювилади. Жараён энгиллашгандан сўнг физиотерапевтик муолажалар (УВЧ, УФО, соллюкс, электрофорезлар) буюрилади.

Ўпка эмфиземаси

Ўпка эмфиземаси (грекча *emphysae* — ҳаво билан тўлиш) деб, ўпка тўқимасига ҳаво тўлиши билан боғлиқ бўлган патологик жараёнга айтилади.

Бирламчи ва иккиламчи эмфиземалар ажратилади.

Бирламчи эмфизема кўпинча туғма *α1* — антитрипсин танқислиги туфайли келиб чиқади. *α1* — антитрипсин танқислиги натижасида бронх ва бронхиолаларнинг ҳамда ўпка паренхимасининг ҳимоя функцияси пасайиб кетади. Натижада микроблардан ҳосил бўладиган протеолитик ферментлар альвеолалар эластик толаларини ингичкалаштириб юборади ва альвеолаларнинг ёрилиши кузатилади.

Иккиламчи эмфизема ўпканинг сурункали обструктив касалликларидан (ўткир, сурункали бронхит, бронхиал астма) сўнг ривожланади. Бундан ташқари ўпка эмфиземасининг ривожланишида бронхиолалар ва альвеолалар ички босимининг ошишига олиб келувчи омиллар ҳам муҳим аҳамияга эга. Масалан узоқ муддатли йўтал, пуфлаб чалинадиган инструмент чалувчиларда (карнай, сурнай) опера артистларида учрайди.

Ўпка эмфиземаси интерстициал ва альвеоляр бўлиши мумкин. Энг кўп учрайдиган ҳолат альвеоляр эмфизема бўлиб, у диффуз ёки чегараланган кўринишда бўлади.

Диффуз альвеоляр эмфизема ўпка эмфиземасининг энг кўп учрайдиган формаси бўлиб, ўпканинг сурункали обструктив қасалликларининг асорати кўринишида намоён бўлади. Обструкция натижасида нафас чиқариш учун қўшимча мускулатуралар иштироки керак бўлади. Ҳар бир нафас актида вентиляция, газлар алмашинуви жараёнлари бузилади. Альвеолалар деворлари чўзилади ва альвеолалараро тўсиқ эластиклиги йўқолади. Бу жараёнлар эса ўпка тўқимасида фиброз ўзгаришларга олиб келади. Бронхоспазм натижасида альвеоляр-капилляр мембрана орқали газлар диффузияси бузилиб, гипоксемия ва гиперкапния ривожланади.

Гипоксемия натижасида эса ўпка томирларида босимнинг рефлексор равишда ортиши кузатилади.

Клиник белгилари:

Ўпка эмфиземасининг клиник кўринишлари ўпка етишмовчилигининг қай даражада намоён бўлиши билан боғлиқ бўлади. Ўпка етишмовчилигининг эрта ва доимий белгиларидан бири ҳансирашдир. Бу белгига кўра ўпка етишмовчилигининг 3 даражаси тафовут қилинади.

1-даража ҳансираш биринчи марта физик зўриқишдан кейин ҳосил бўлади.

2-даража ҳансираш озгина физик зўриқишдан сўнг ҳосил бўлади.

3-даражаси тинч турган ҳолда ҳам ҳансираш ҳосил бўлишидир.

Биринчи даражада объектив текширилганда кўкрак қафасининг бочкасимон кўринишида ўзгариши, ўмров суяги ости чуқурчалари катталашган, ўпканинг пастки чегаралари узайган, ўпканинг пастки қисмлари ҳаракатчанлиги пасайганлиги кузатилади.

Аускультацияда суёт везикуляр нафас, нафас чиқариш фазаси узайган, нам ва қуруқ хириллашлар (бронхит қўшилган бўлса), юрак тонлари бўғиқлашган, ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади.

Иккинчи даражада ҳансираш озгина жисмоний зўриқишдан сўнг бошланади. Беморларда цианоз (илиқ цианоз) кучайиб I даражада кузатилган белгилар кучаяди.

Жигар ўпканинг пастки чегаралари узайганлиги туфайли қовурға равоғидан анча пастга тушган бўлади.

Учинчи даражада ўпка-юрак етишмовчилиги белгилари кузатила бошлайди, чап қоринча етишмовчилиги юзага келади. CO_2 нинг ортиб бориши, гипоксемиянинг кучайиши натижасида коматоз ҳолат кузатилиши мумкин.

Ҳамшира ташхиси:

Ҳансираш, иш қобилиятининг пасайиши, тез чарчаш, йўтал, цианоз, оёқларда шишлар.

Беморни кузатиш ва парвариш қилиш режаси.

— Кўшимча текшириш усуллари (рентген, ташқи нафас функциясини текшириш).

— Биологик материалларни (қон, сийдик, балғам) лабораторияда текшириш учун йиғиш.

— Врач буюрган муолажаларни бажариш.

— Беморларни мутахассислар кўриги учун тайёрлаш.

Режани амалга ошириш:

I. Беморни парвариш қилиш:

— оғир беморларни овқатлантириш;

— оғиз бўшлиғини, кўзни, тери қопламларини парвариш қилиш;

— ётоқ яраларнинг олдини олиш;

— бемор остини ювиш;

— ўрин-кўрпа ва кийимларини алмаштириш.

II. Пульс, юрак қисқаришларининг сонини, артериал босимни кузатиб туриш:

— беморларни ёрдамчи текширувларга тайёрлаш;

— дори моддаларини парентерал йўл билан юбориш;

— оксигенотерапия ўтказиш.

III. Рентген текширувига тайёрлаш:

R — скопияда ўпка майдони тиниқлигининг ортганлиги, диафрагманинг бироз паста тушганлиги, қовурғалараро кенгликлар чегарасининг ортганлиги, юрак чап қоринчасининг кенгайганлиги кузатилади.

IV. Ташқи нафасни текшириш:

1 — даражада. Ўпканинг тириклик сизими камайган, қолдиқ ҳаво ҳажми ортган.

2 — даражада. Нафаснинг минутлик ҳажми ортган. ЎТС (ўпканинг тириклик сизими) янада камайган.

V. Беморларда гиперкапния ва нафас ацидозини ривожланиши натижасида церебрал белгилар:

— бош оғриғи, бош айланиши;

— психик белгилар (депрессия, уйқучанлик);

— тахикардия.

Даволаш принциплари.

1. Асосий бирламчи касалликни даволаш (ўпканинг сурункали касалликлари):

— антибиотиклар;

— бронхолитиклар;

— балғам кўчирувчи препаратлар.

2. Ўпка етишмовчилигига қарши кураш:

— кардиотоник моддалар;

— диуретиклар.

3. Санатор-курорт даволаш:
 - даволаш гимнастикалари;
 - бальнеологик зоналарда даволаш.

Профилактикаси.

1. Ўпканинг ўткир ва сурункали тарзда кечадиган яллиғланиш касалликларини ўз вақтида тўғри даволаш.
2. Бурун, ҳалқумда яллиғланиш ўчоқларини санация қилиш.
3. Организмни чиниқтириш ва профессионал зарарларни бар-тараф қилиш.
4. Аҳолини ўз вақтида диспансер кўригидан ўтказиш.

«Ўпка-юрак» (лёгочное сердце)

«Ўпка-юрак» деганда ўпка функциясининг бузилишига олиб келадиган бир неча патологик ҳолатлар тушунилади:

— бронхиал аппаратнинг шикастланиши натижасида ривож-ланадиган, кичик қон айланишнинг бузилиши оқибатида ҳосил бўладиган, чап қоринча катталашуви билан кечадиган патологик жараёнлар шулар жумласидандир.

Сурункали ўпка-юрак етишмовчилиги:

— бир неча йиллар мобайнида ривожланиб, чап қоринча етиш-мовчилиги белгилари билан намоён бўлади ва қуйидаги ҳолатлар-да ривожланади:

1. Ўпканинг вентиляция-респиратор функциясининг бузили-шига олиб келувчи касалликлар:

- сурункали бронхит;
- сурункали пневмония;
- бронхоэктатик касалликлар;
- ўпка сили;
- бронхиал астма;
- коллагеноз, силикоз, антракоз каби касб касалликлари;
- ўсма касалликлари.

2. Бирламчи ўпка томирларининг шикастланиши билан кеча-диган касалликлар:

- ўпка артритлари;
- бирламчи ўпка артерияси гипертонияси;
- кичик қон айланиш доирасидаги тромбоемболик жараёнлар.

Клиник белгилари

Сурункали ўпка-юракнинг декомпенсацияланган ва компен-сацияланган фазасини тафовут қилиш катта аҳмият касб этади.

Компенсация фазасида клиник белгилар асосий касаллик бел-гиларига тўғри келади ва чап қоринча гипертрофияси белгилари-

нинг (эпигастрал соҳа пульсацияси, a.pulmonalis да II тон акцент-ти) қўшилиши билан намоён бўлади.

Декомпенсация босқичида беморлар жисмоний ҳаракатда ва ётган ҳолатда совуқ ҳаво билан нафас олганда кучайиши билан кечадиган ҳансирашга, бундан ташқари юрак соҳасидаги доимий оғриқлардан (нитроглицерин билан босилмайди) шикоят қиладилар.

Объектив текширилганда: цианоз, бўйин веналарининг бўртганлиги кузатилади. Веналар бўртиши нафас олганда ва нафас чиқарганда ўзгармайди. Эпигастрал соҳа пульсацияси кузатилади. Беморлар ўнг қовурга остида оғирликка, оёқ қўлларда шиш пайдо бўлганлигидан шикоят қиладилар.

Юракда тонлар бўғиқлашган a.pulmonalis да II тон акценти, Боткин нуқтасида ва ханжарсимон ўсимта асосида 3 табақали клапан нисбий етишмовчилиги натижасида систолик шовқин эшитилади.

Тана ҳарорати 37°C га қўтарилиши мумкин. Марказий нерв ситемаси томонидан ўзгаришлар ҳам кузатилади.

Ҳамшира ташҳиси:

Ҳансираш, цианоз, тахикардия, шишлар, тез чарчаш, бош айланиш, уйқусизлик.

Режа:

1. Беморларни кузатиш ва парвариш қилиш.
2. Қўшимча текшириш усулларига тайёрлаш (рентген, ЭКГ, ташқи нафасни текшириш).
3. Биологик материаллар йиғиш (қон, сийдик, балғам).
4. Дори моддаларини энтерал ва парентерал юбориш.

Режани амалга ошириш:

1. Пульсни, артериал босимни, юрак қисқаришлари сонини мунтазам текшириш.

2. Оғир беморларни овқатлантириш, тагликларини, кийим, ўрин-тўшакларини алмаштириш, ётоқ яраларнинг олдини олиш.

3. Огиз бўшлиқлари, кўз, қулоқ, тери санацияси.

4. Беморни ЭКГга олиб бориш, ЭКГ да ўткир тишли Р (P-pulmonalis) II, III ва aVF кўкрак узатгичида ўнг қоринча гипертрофияси белгилари (R тишининг V — 1—2 да катталашуви ва ўнг кўкрак узатгичида S тишнинг чуқурлашуви) кузатилади.

5. Рентген текширувига олиб бориш: Рентгенда ўпка эмфиземаси кузатилади.

6. Биологик материалларни лабораторияда текширилганда қонда эритроцитоз, Нв ортган СОЭ камайган, қон зардобидида S С реактив оқсили ортган, 2—фракцияси ва глобулин кўпайган, фибриноген ортган.

Даволаш принциплари:

1. Асосий касалликни даволаш:

- антибактериал терапия;
- бронхолитиклар;
- антигистамин препаратлари;
- глюкокортикоидлар;
- балғам кўчирувчилар.

2. Кичик қон айланиш доирасида босимни камайтириш:

- эуфиллин;
- раувольфии препаратлари;
- ганглиоблокаторлар.

3. Юрак декомпенсацияси симптомларини олдини олиш мақсадида юрак гликозидларини диуретиклар билан қўшиб бериш мақсадга мувофиқдир.

Диуретик препаратлардан альдостерон антогонистлари (верошпирон, альдактон) самарали натижа беради. Бундан ташқари карбонгидраза блокаторлари (диакарб 0,125—0,25 г 1 марта 3 кун) қўлланилади.

Салуретиклар (фуросемид 0,04—0,08 г кунига 1 марта) ва птеридин унумлари (триамтерен 0,05—0,1 г кунига) тавсия қилинади.

Полицитемия ва айланиб юрувчи қон ҳажмининг ортиши кузатилганда 200—300 мл миқдорида қон чиқариб ташланади.

ЮРАК-ТОМИР СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИДА АСОСИЙ СИНДРОМЛАР

Оғриқ синдроми юрак соҳасидаги оғриқлар билан характерланади.

Касалликнинг келиб чиқиш сабабларини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Бу турли хил юрак касалликларида (стенокардия, миокард инфаркти, эндокардит, перикардит, вегетатив томирлар дистонияси, миокардит, аорта стенози ва бошқалар) ва шунингдек плевритда, қовурғалараро невралгияда, миозитда, қовурғалар шикастланганда учрайди. Шунинг учун бу синдромнинг келиб чиқишига сабаб бўлган омилларни (жисмоний ва ақлий зўриқиш, стресс, ҳаяжон узатгичи), уларнинг жойлашиш нуқтасини (юракнинг уч қисмида тўш орқасида — «кафт» ёки «мушт» симптоми); оғриқ характери (сиқувчи, куйдирувчи, ўткир, ўтмас, босувчи, кесувчи); доимий ёки хуружсимон; узоқ ва қисқа давом этувчи эканлигини яхшилаб сўраб-суриштириш муҳим аҳамият касб этади.

Оғриқлар тарқалишида (юракка чап қўлга, чап елкага, чап куракка, чап бўйин ва пастки жағга) асосий эътибор бемор ҳолатига қаратилади, оғриқ пайдо бўлганда (стенокардияда) бемор «афиша ўқиётган одам» каби тўхтаб қотиб қолади; инфарктада — бемор

доим ҳаракатда, ҳолатини ўзғартирган, қўзғалувчан бўлади. Миокардитда оғриқлар доимий бўлиб, тананинг бошқа соҳаларига узатилмайди.

Перикардитда — оғриқлар доимий, лекин ўзгарувчан (перикард варақлари яллиғланиб уларда фибрин йиғилади) бўлади.

Вегетатив томирлар дистониясида оғриқлар доимий, ҳеч қаерга узатилмайди ва юрак учки қисмида жойлашиб эмоциялар билан боғлиқ бўлади. Қон айланишининг бузилишида, юрак порокларида беморда ўнг қовурға остида қон йиғилиши (застой) туфайли Глиссон капсуласи чўзилади ва нохуш оғриқ сезгиси пайдо бўлади. Беморнинг субъектив ва инструментал текширувлари натижасида бу синдромга ташхис қўйилади. ЭКГда асосий маълумотлар оғриқ бор маҳалда олинади (манфий Т-тишча пайдо бўлади ёки — Т сегмент сурилади) ёки велоэргометр ёрдамида ўтказилган синама жавобларига асосан ташхис қўйилади. Миокард инфарктида асосий маълумотларни ЭКГ ва ФКГ беради.

Асосий даволаш усулларида бири валидол ва нитроглицеринни тил остига ташлаб оғриқни йўқотиш. Миокард инфарктида эса наркотик анальгетиклар, нейролептоанальгетиклар (дроперидол, фентанил) юборилади.

Қўшимча текширишларга — пульсни А/Б ўлчаш, юрак қисқариши тўлқини, нафас маромини санаш ва бошқалар киради. Бемор парваришида эса хоналарни шамоллатиш, полларни дез. эритмалар билан артиш, бемор остини ювиш, ўз вақтида оқликларини ва ич кийимларини алмаштириш, уларни ўринда овқатлантириш ва ётоқ яраларнинг олдини олишга аҳамият бериш лозим.

Ўткир томир етишмовчилиги синдроми

Ҳушдан кетиш, коллапс, шок кўринишида кечади.

Ҳушдан кетиш — тўсатдан қисқа вақт ичида миянинг қон билан таъминланишининг камайиши натижасида ўзини билмай қолишдир. Бу эмоционал зўриқиш — стресс ҳолатларида, қон кетганда, жароҳатда, қаттиқ оғриқларда, узоқ ўринда ётган киши бирдан туриб кетганда, офтобда кўп юрганда, автобусда, қорин оч қолганда юз беради. Ҳушидан кетган бемор ўзини билмайди, бўшашади, боши айланади, кўнгли айниб, оёқ-қўллари увушади, муздек тер босади. Тана ва қўл-оёқ териси совуқ, нафас ҳаракати, секинлашган, юзаки, кўз қорачиқлари тораяди. Бу ҳолат бир неча секунддан — 1—2 минутгача давом этади.

Ҳамшира ташхиси: ҳолсизлик, бош айланиши, кўнгил айнаиши, қўл ва оёқ увушиши, тери рангининг оқариши.

Кечиктириб бўлмайдиган шошилиш ёрдам. Беморнинг кийим тугмалари ва белбоғини ечиш, унинг бошини оёқ томонидан паст-

роқ қилиб ётқизиш, юзга совуқ сув пуркаш, нашатир спирти ҳидлатиш лозим. Беморнинг умумий аҳволига қараб кофеин, кордиамин, камфора эритмалари юборилади. Қўл ва оёққа грелка қўйиб, иссиқ чой ичирилади.

Коллапс. А/Б нинг тез тушиб кетиши ва организмда айланиб юрган қон ҳажмининг камайиши билан характерланади. Бу ҳолат заҳарланганда, турли хил инфекцияларда, қон йўқотганда, юрак-томир касалликларида кўпроқ кузатилади. Объектив текширилганда тери қопламлари оқарган, веналар бўшашган, муздек тер босиши, қўл-оёқ музлаши, бўшашиш, бош айланиши, беҳоллик, саволларга секинлик билан жавоб бериш ёки умуман гапирмаслик, пульс тезлашган, ипсимон, юмшоқ, А/Б пасайганини кўриш мумкин.

Ҳамшира таъхиси: тинка-мадор қуриши, бош айланиши, тери қопламларининг оқариши, гипотония.

Шошилинич ёрдам: бу ҳолатни чақирувчи омилларни бартараф этиш, қон кетаётганда қонни тўхтатиш, қаттиқ оғриқларда оғриқ қолдирувчи воситалар бериш, инфекцияда бактерицид воситалар бериш, интоксикацияда меъдани ювиш, тозаловчи ҳуқналар қилиш ва қон босимини кўтарувчи воситалар: 10% ли кофеин, кордиамин эритмасини тери остига ёки мушак орасига юбориш зарур. Керак бўлса 0,1% ли норадреналин томирга томчилаб юборилади. Оксигенотерапия ўтказиш (Бобров аппарати орқали намланган ҳолда), иссиқ чой, кофе бериш мақсадга мувофиқдир.

Шок — организмда аъзолар функциясининг тезда издан чиқиши билан характерланади. Шокнинг эректил (қўзғалиш), қисқа муддатли ва торпид — пасайиш фазаси (узоқ давом этадиган) фарқланади.

Шокнинг сабаблари: шикастланиш, қаттиқ оғриқ, кўп қон йўқотиш, куйишда, группаси ва резус фактори тўғри келмаган қон қуйилганда, анафилаксия ҳисобланади. Бемор юзи маска сифат, эс-ҳуши жойида, атрофга бефарқ, оғриққа сезувчанлик пасайган, тез ва юзаки нафас, ипсимон пульс, А/Б нинг тушиб кетиши, диурезнинг камайиши, кейинчалик ануриянинг кузатилиши ушбу касалликка хосдир. Тери қопламлари оқарган, совуқ тер босиши, қўл-оёқнинг муздек бўлиши вегетатив нерв фаолиятининг бузилиши (издан чиқиши) аломати бўлиб, терида қоннинг камайиши сабабли юзага келади. Тирноқлар юзаки жойлашган, ёпишиб бўшаб қолган оқ-кўкиш рангда бўлади. Кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин оғриқлари кузатилади ва кўпинча шокни қорин бўшлиғидаги касалликлар дуоденит чақирган деган фикр туғилади (яра-лардан қон кетиши ва ҳоказо). Юрак қисқаришининг, қон айланишининг камайиши буйракда қон айланишини бузади. Олигурия ва кейинчалик анурияга олиб келади. Шокнинг 3 даражаси фарқланади: I даража — тери ва шиллиқ қаватлар оқаради, салги-

на тер босади. Пульс мароми 1 дақиқада 90—100, қониқарли, АБ 90/60 мм см. устунига тенг. Сийдик ажралиши меъёрида, эс-хуши ўзида, 2-даражали шокда аҳволи ўртача ёки оғир, оқариш кучли, цианоз, адинамия, юрак уриши ва минутлик ҳажми кичрайган, сийдик ҳажми суткада 400 млгача камайган, АБ 80/40 ёки 60/40 мм. см. устунига тенг, пульс ипсимон, эс-хуши чалгиган бўлади. 3-даражали шокда — аҳволи жуда оғир, қўл ва оёқ муздек, тери қопламлари нам, юракнинг қисқариши ва минутлик ҳажми камайган, буйрак сийдик ажратмайди, анурия кузатилади. АБ 50/40 мм см. устунига тенг, ёки аниқланмайди. Эс-хуши чалгиган ёки кома ҳолати кузатилади.

Ҳамшира ташҳиси: умумий дармонсизлик, ҳаракатсиз, эс-хуши чалғиган, қайт қилиш, қорин оғриги, терининг оқариши.

Шошилич ёрдам: ўткир томир етишмовчилигини келтириб чиқарган сабабни бартараф этиш: қон кетаётганда — қонни тўхта-тиш, қаттиқ оғриқда — оғриқ қолдирувчи моддалар — наркотик анакльгетиклар, нейролептоанальгезия (дроперидол, фентанил), қон ҳажмини тўлдириш (резус ва қон группасига мос қон қуйиш), қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйиш тавсия этилади. Трансфузион шокда қонни алмаштириш учун қон қуйилади. Анафилактик шокда жароҳат жойига 0,1% ли адреналин аралашмаси юборилади, иложи бўлса жароҳат юқорисига жгут боғланади. Қон босимини текшириб, томирга 0,1% ли адреналин эритмасини шок ҳолатдан чиққунга қадар юборилади.

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги синдроми юрак чап қорин-часи қисқариш фаолиятининг тўсатдан пасайиши билан ривожланади. Бу ҳолат юрак астмаси ва ўпка шиши кўринишида кечадди. Юрак астмаси хуружи асосан кечқурун тутади: ҳаво етишмаслиги, қуруқ йўтал кузатилади. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди, бош томонни кўтариб, оёқларини осилтириб ўтиради. Тери қатламлари кўкаради, нафас везикуляр, лекин дағаллашган қуруқ хириллашлар пайдо бўлади. Агарда юрак астмаси ўпка шиши билан асоратланса бемор аҳволи янада оғирлашади, нафас олиш қийинлашади, йўтал билан пушти рангли кўпиксимон балғам пайдо бўлади, аускультацияда жарангсиз ҳар хил нам хириллашлар пайдо бўлиб, тўхтаб-тўхтаб нафас ола бошлайди. Кўкариш кучаяди, пульс тез ва нозик, ипсимон тўлиқлиги кузатилади. АБ тушиб кетган, бўйин веналари бўртган бўлади.

Ҳамшира ташҳиси: қуруқ йўтал, кўпиксимон балғам, ҳаво етишмаслиги, беҳоллик, цианоз.

Шошилич ёрдам: беморни тинчлантириш, руҳий ва жисмоний осойишталик яратиш, бош томонини кўтариш, оёқларга жгутлар қуйиш (20—30 мин) ёки 300—400 мл қон чиқариш, оксигенотерапия (Бобров аппарати орқали 96° ли спирт билан (50×50)

қўпикка қарши) қўлланилади. Нафас марказининг қўзғалишини босиш учун 1% ли 1,0 мл морфин ва 0,1% ли 1 мл атропин эритмаси тери остига юборилади. Митрал стеноздан ташқари ҳамма ҳолатларда венага юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, изоланид) ва сийдик ҳайдовчи (лазикс, фуросемид 1—2 амп. томирга) воситалар юборилади. Мунтазам равишда пульс, юрак қисқариш сони, АБ, нафас сони, сийдик ҳажми назорат қилиниб турилади. Парвариш беморга керакли ҳолатни яратиш, ўз вақтида оксигенотерапия ўтказиш, хонани шамоллатиш, бемор тагини тозалаб туриш, гигиеник назоратни ташкил этишдан иборат.

Ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги синдроми астматик ҳолатда, тотал зотилжамда ва ўпка артерияси эмболиясида вужудга келади. Яшин тезлигида кечиб ўлимга олиб келиши мумкин. Ўпка артерияси эмболиясида тўш орқасида ўткир оғриқ, ҳансираш, қуруқ йўтал, бош, бўйин, елкада цианоз бўлиши билан характерланади. Аускультацияда ўпка артерияси устида 2-тон акценти, ўпкада қуруқ хуштакли хириллашлар эштиради.

Ҳамшира ташхиси: ҳансираш, қуруқ йўтал, бош ва елка цианози, тахикардия.

Шошилинч ёрдам: астматик ҳолатда новокаин ёки фурациллин эритмалари билан илиқ лаваж, катта дозада кортикостероидлар, юрак гликозидлари берилади, ўпка артерияси эмболиясида жарроҳлик йўли билан эмболэктомия ёки консерватив йўл билан катетер орқали стрептаза, стрептокиназа, урокиназа, стрептодектаза қўлланилади. Булар эмболни эритиб қон айланишини яхшилайдди.

Миокард яллиғланиш синдроми бу юрак мушакларининг инфекция, инфекция-аллергик, инфекция-токсик яллиғланишидир.

Бунинг сабаби вируслар, бактериялар, йирингли септик касалликлар, дифтерия, қорин тифи, бруцеллез, туберкулез, тошмали тиф бўлиши мумкин. Асосан томоқда, бурун бўшлиқларида, тишларда яшаётган стрептококк, стафилококклар носпецифик инфекция-аллергик миокардитларни келтириб чиқаради. Бу микроорганизмлар юракка тўғридан-тўғри эмас, балки аллергия қайта қурилишлардан сўнг организмга ўз таъсирини кўрсатади. Миокардитлар куйиш ёки нурланиш касаллигидан, ҳомиладорлар токсикозидан кейин ҳам пайдо бўлади.

Клиник манзараси: кўпинча келтириб чиқарувчи сабаблар кечиш жараёни ва юракнинг ўтказувчанлик системасининг жараёндаги иштирокига боғлиқ бўлади. Бемор умумий ҳолсизликдан, субфебрил температура, тез чарчаш, юрганда ҳансирашдан, гоҳида кечқурун тинч ҳолатда пайдо бўладиган ҳансираш, юрак соҳасида нохуш сезгидан шикоят қилади. Объектив текширилганда цианоз, оёқ ва белда шиш борлигини, бўйин венаси бўртганлигини кўришимиз мумкин. Оғир кечганда пульс ипсимон, тўлиқ эмас

на тер босади. Пульс мароми 1 дақиқада 90—100, қоникарли, АБ-90/60 мм см. устунига тенг. Сийдик ажралиши меъёрида, эс-хуши ўзида, 2-даражали шокда аҳволи ўртача ёки оғир, оқариш кучли, цианоз, адинамия, юрак уриши ва минутлик ҳажми кичрайган, сийдик ҳажми суткада 400 млгача камайган, АБ 80/40 ёки 60/40 мм. см. устунига тенг, пульс ипсимон, эс-хуши чалғиган бўлади. 3-даражали шокда — аҳволи жуда оғир, қўл ва оёқ муздек, тери қопламлари нам, юракнинг қисқариши ва минутлик ҳажми камайган, буйрак сийдик ажратмайди, анурия кузатилади. АБ 50/40 мм см. устунига тенг, ёки аниқланмайди. Эс-хуши чалғиган ёки кома ҳолати кузатилади.

Ҳамшира ташхиси: умумий дармонсизлик, ҳаракатсиз, эс-хуши чалғиган, қайт қилиш, қорин оғриғи, терининг оқариши.

Шошилинич ёрдам: ўткир томир етишмовчилигини келтириб чиқарган сабабни бартараф этиш: қон кетаётганда — қонни тўхта-тиш, қаттиқ оғриқда — оғриқ қолдирувчи моддалар — наркотик анакльгетиклар, нейролептоанальгезия (дроперидол, фентанил), қон ҳажмини тўлдириш (резус ва қон группасига мос қон қуйиш), қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйиш тавсия этилади. Трансфузион шокда қонни алмаштириш учун қон қуйилади. Анафилактик шокда жароҳат жойига 0,1% ли адреналин аралашмаси юборилади, иложи бўлса жароҳат юқорисига жгут боғланади. Қон босимини текшириб, томирга 0,1% ли адреналин эритмасини шок ҳолатдан чиққунга қадар юборилади.

Ўткир чап қоринча етишмовчилиги синдроми юрак чап қоринчаси қисқариш фаолиятининг тўсатдан пасайиши билан ривожланади. Бу ҳолат юрак астмаси ва ўпка шиши кўринишида кечади. Юрак астмаси хуружи асосан кечқурун тутади: ҳаво етишмаслиги, қуруқ йўтал кузатилади. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди, бош томонни кўтариб, оёқларини осилтириб ўтиради. Тери қатламлари кўкаради, нафас везикуляр, лекин дағаллашган қуруқ хириллашлар пайдо бўлади. Агарда юрак астмаси ўпка шиши билан асоратланса бемор аҳволи янада оғирлашади, нафас олиш қийинлашади, йўтал билан пушти рангли кўпиксимон балғам пайдо бўлади, аускультацияда жарангсиз ҳар хил нам хириллашлар пайдо бўлиб, тўхтаб-тўхтаб нафас ола бошлайди. Кўкариш кучаяди, пульс тез ва нозик, ипсимон тўлиқлиги кузатилади. АБ тушиб кетган, бўйин веналари бўртган бўлади.

Ҳамшира ташхиси: қуруқ йўтал, кўпиксимон балғам, ҳаво етишмаслиги, беҳоллик, цианоз.

Шошилинич ёрдам: беморни тинчлантириш, руҳий ва жисмоний осойишталик яратиш, бош томонини кўтариш, оёқларга жгутлар қуйиш (20—30 мин) ёки 300—400 мл қон чиқариш, оксигенотерапия (Бобров аппарати орқали 96° ли спирт билан (50×50)

кўпикка қарши) қўлланилади. Нафас марказининг қўзғалишини босиш учун 1% ли 1,0 мл морфин ва 0,1% ли 1 мл атропин эритмаси тери остига юборилади. Митрал стеноздан ташқари ҳамма ҳолатларда венага юрак гликозидлари (строфантин, коргликон, изоланид) ва сийдик ҳайдовчи (лазикс, фуросемид 1—2 амп. томирга) воситалар юборилади. Мунтазам равишда пульс, юрак қисқариш сони, АБ, нафас сони, сийдик ҳажми назорат қилиниб турилади. Парвариш беморга керакли ҳолатни яратиш, ўз вақтида оксигенотерапия ўтказиш, хонани шамоллатиш, бемор тагини тозалаб туриш, гигиеник назоратни ташкил этишдан иборат.

Ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги синдроми астматик ҳолатда, тотал зотилжамда ва ўпка артерияси эмболиясида вужудга келади. Яшин тезлигида кечиб ўлимга олиб келиши мумкин. Ўпка артерияси эмболиясида тўш орқасида ўткир оғриқ, ҳансираш, қуруқ йўтал, бош, бўйин, елкада цианоз бўлиши билан характерланади. Аускультацияда ўпка артерияси устида 2-тон акценти, ўпкада қуруқ ҳўштакли хириллашлар эштилади.

Ҳамшира ташхиси: ҳансираш, қуруқ йўтал, бош ва елка цианози, тахикардия.

Шошилиньч ёрдам: астматик ҳолатда новокаин ёки фурациллин эритмалари билан илиқ лаваж, катта дозада кортикостероидлар, юрак гликозидлари берилади, ўпка артерияси эмболиясида жарроҳлик йўли билан эмболэктомия ёки консерватив йўл билан катетер орқали стрептаза, стрептокиназа, урокиназа, стрептодектаза қўлланилади. Булар эмболни эритиб қон айланишини яхшилади.

Миокард яллиғланиш синдроми бу юрак мушакларининг инфекция, инфекция-аллергик, инфекция-токсик яллиғланишидир.

Бунинг сабаби вируслар, бактериялар, йирингли септик касалликлар, дифтерия, қорин тифи, бруцеллез, туберкулез, тошмали тиф бўлиши мумкин. Асосан томоқда, бурун бўшлиқларида, тишларда яшаётган стрептококк, стафилококклар носпецифик инфекция-аллергик миокардитларни келтириб чиқаради. Бу микроорганизмлар юракка тўғридан-тўғри эмас, балки аллергия қайта қурилишлардан сўнг организмга ўз таъсирини кўрсатади. Миокардитлар куйиш ёки нурланиш касаллигидан, ҳомиладорлар токсикозидан кейин ҳам пайдо бўлади.

Клиник манзараси: кўпинча келтириб чиқарувчи сабаблар кечиш жараёни ва юракнинг ўтказувчанлик системасининг жараёндаги иштирокига боғлиқ бўлади. Бемор умумий ҳолсизликдан, субфебрил температура, тез чарчаш, юрганда ҳансирашдан, гоҳида кечқурун тинч ҳолатда пайдо бўладиган ҳансираш, юрак соҳасида ноҳуш сезгидан шикоят қилади. Объектив текширилганда цианоз, оёқ ва белда шиш борлигини, бўйин венаси бўртганлигини кўришимиз мумкин. Оғир кечганда пульс ипсимон, тўлиқ эмас

ҳамда тезлашганини кўрамиз. АБ асосан систолик босим ҳисоби-га тушган. Перкуссияда юракнинг қиёсий чегараси чап томонга кенгайгани, юрак зарби секинлашгани кузатилади. Аускультацияда 1-тон юрак учида кучсизланган, 3- ва 4- тон пайдо бўлган ёки тўқ мароми эшитилади. Юрак учида Боткин зонасида систолик шовқин эштилади.

Ҳамшира ташхиси: умумий беҳоллик, тез чарчаш, ҳансираш, юрак соҳасида оғриқ, субфебрил ҳарорат.

Ҳамширалик жараёнини амалга ошириш: парвариш — палатани доимий шамоллатиш, тозалаш, намланган кислород бериш, оғир беморнинг шахсий гигиенасини кузатиш, овқатлантириш, пульс-ни, АБни, юракнинг қисқариш сонини, нафас сонини назорат қилиш, сийдик ажралиши ва ич келишини текшириш, беморни қон ва биокимёвий таҳлилларга тайёрлаш (қонда лейкоцитоз, эозинофилия, ЭҚТ, оқсил фракциялари ўзгаришини аниқлаш), беморни ЭКГ ва ЭхоКГ, ФКГга тайёрлаш, врач буюртмаларини ўз вақтида бажариш.

Даволаш принциплари уч босқичда бажарилади:

- 1) касалликни келтириб чиқарган асосий омилга таъсир этиш;
- 2) аллергия компонентга таъсир этиш;
- 3) юрак томир етишмовчилиги ва аритмияга қарши курашиш.

Ўткир миокардит билан касалланган бемор ётиш режимига муҳтожлиги сабабли унинг ўткир белгилари йўқолмагунча ЭКГда назорат қилиб турилади. Витаминларга бой овқатлар буюрилади. Дори препаратларидан антибиотиклар, салицилатлар, десенсибиловчи (супрастин, пипольфен) гормонлар (кортикостероидлар) ишлатилади. Юрак етишмовчилигида юрак гликозидлари строфантин, корглюкон, изоланид берилади. Аритмия эса касалликнинг ўткир ҳолати йўқолгандан сўнг даволанади. Ремиссия стадиясида беморни йилига 1—2 марта диспансер кўригидан ўтказилади. Отоларинголог ва стоматолог кўриги йилда 1 марта, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили йилига 2 маротаба биокимёвий текширувдан ўтказилади. ЭКГ, ФКГ йилда 1 марта ўтказилиши керак.

Артериал гипертензия синдроми. Гипертония касаллигининг асосий ва кўпинча ягона симптоми артериал босимнинг кўтарилишидир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг кардиологик комитети тавсиясига биноан гипертензия кўрсаткичи 160 мм.см.уст ва ундан ошиқ бўлса систолик босим, 100 мм.см.уст. ошиқ бўлганда диастолик босим деб белгиланган.

Артериал босим баъзи бир касалликларда ҳам кўтарилиши мумкин, масалан, буйрак, эндокрин безлар касалликларида, атеросклероз, аорта коарктациясида, йўғон артериялар сиқилганда. Бундай гипертонияни иккиламчи ёки симптоматик гипертония дейилади. Гипертония касаллиги (ГК) жуда кенг тарқалган касал-

лик бўлиб, у ҳар қандай ёшда учраши мумкин. Шуни эслатиб ўтиш керакки, юрак томир системаси касалликларида ногиронлик ва ўлим сабабчиси асосан ГК ҳисобланади.

Сабаби тартибсиз иш кунни, асабийлашиш, руҳий травмалар, куюниш, ортиқча зўриқиш, ҳаддан ташқари чарчаш, наслий ва бошқалардир.

Клиник манзараси: асосан артериал босимнинг қайси босқич-далигига, паренхиматоз органлар ҳолатига, нейроэндокрин системасига, гемодинамикага, қоннинг реологик хусусиятларига боғлиқ. Гипертония касаллигида энг кўп учрайдиган шикоят бу бош оғриғи (мигренга ўхшаган характерда, хуружсимон, узоқ давом этиб қайт қилиш билан тугайди) бўлиб ҳисобланади.

Кам ҳолларда оғир криз ҳолатига ўхшаб эс-ҳуш чалғийди.

Касалликда бош айланиши ва қулоқ шанғиллаши, кўз олдида майда қора «ялтироқ» шарчалар пайдо бўлиши, юрак соҳасидаги санчикли оғриқлар, нохуш сезгилар, тез чарчаш, жисмоний ҳолсизлик кўпроқ учраб туради. АБ кўтарилиши касалликнинг эрта ва доимий белгисидир. Бошланишида АБ вақти-вақти билан кўтарилади, кейинчалик гипертония турғунлашади ва юқори сонларда қолади (ҳам систолик, ҳам диастолик) босимнинг бундай юқори кўрсаткичларда туриши томир системаси ва буйракнинг органик ўзгаришларга олиб келади.

Юракда чап қоринча кенгайди ва миоген дилатацияга сабаб бўлади. Пальпацияда чап қоринча турткиси чапга ва пастга қараб сурилади. Аускультацияда юрак учида 1-тон кучсизланади, аорта устида 2-тон акценти эшитилади. Оғир дистрофик яллиғланишда миокарднинг 3-тони ҳосил бўлади ва систолик шовқин эшитилади.

Асоратлари: гипертоник криз, миокард инфаркти, мия қон айланишининг издан чиқиши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги ва кўз тўр қаватининг кўчиши.

Ҳамшира ташхиси: бош оғриғи, бош айланиши, қайт қилиш, юрак соҳасида оғриқ, ҳолсизлик, кўз олдида қора ялтироқ «шарча»лар пайдо бўлиши.

Ҳамширалик жараёни режаси: кузатиш ва парвариш қилиш, беморни қўшимча инструментал ва лаборатория текширувларига тайёрлаш, шифокор кўрсатмаларини бажариш, бошқа мутахассислар консултациясини, диспансер кузатувини, реабилитация принципларини амалга ошириш.

Ҳамширалик режасини амалга ошириш: АБ кўтарилганда беморни тинчлантириш, ақлий ва жисмоний тинчлик яратиш, энсага хантал қўйиш, палатани шамоллатиш, беморни овқатлантириш, шахсий гигиенага риоя қилишда ёрдамлашиш, АБ, юрак қисқариши, нафас сони, физиологик эҳтиёжларини назорат

қилиш, беморни умумий қон ва биокимёвий, сийдик таҳлилларига, рентген, ЭКГ, ФКГ, УЗИ текширувларига тайёрлаш.

Даволаш принциплари: Аксари АБ бор беморларга кунига ош тузи чегараланган парҳез буюрилади. Вазни оғир бўлган беморларга ҳафтада I кун енгил ҳажми кўп ва кам калорияли овқатлар буюрилади. Кечқурунги уйқуни меъёрга келтириш, чекмаслик, спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик тавсия этилади. Қасаллик бошланишида седатив моддалар буюрилади. Ҳозирги вақтда босимни туширишда ишлатиладиган 8 хил дори гуруҳлари мавжуд:

1. Диуретиклар — сийдик ҳайдовчи воситалар (тиазидлар — калий сақловчи ва калий сақламайдиган диакарб, альдактон, фуросемид).

2. В-адреноблокаторлар (БАБ) симпатик нерв системаси ишини сусайтирувчи воситалар (индерал, атенолол, метопролол, обзидан).

3. Калий ионларининг антогонистлари (нифедипин, веропомин, адолат-ретард, изоптин-ретард).

4. Ангиотензин I ферменти ингибиторлари.

5. Альфа — адренорецептор блокаторлари.

6. Марказий нерв системаси орқали таъсир этувчи препаратлар (клофеллин, допегит, альфа-метил ДОПА).

7. Ангиотензин II рецепторларнинг I подтип антагонистлари (каптоприл, эналаприл, рамипирил, фозиноприл, периндоприл).

8. Ноанъанавий даволаш усуллари.

Диспансер назорати даволаш-профилактика муассасаси режаси бўйича олиб борилади.

Юрак мускулларининг некроз синдроми. Миокард инфаркти юрак мушакларида қонсизланиш ўчоғининг ҳосил бўлиши билан характерланади ва бунда организм қатор мослашув жараёни (гемодинамиканинг бузилишини тиклаш) бошқаради. Миокард инфарктининг клиник манзараси 1909 й В.П. Образцов ва Н.Д. Стражеско томонидан аниқ ва равшан ёритиб берилган.

Этиологияси: 97—98% ҳолларда қасаллик юрак тож артерияларининг атеросклерозидан ва гипертониядан келиб чиқади. Миокард инфарктидаги метаболик ўзгаришлар ўткир коронар қон айланишини издан чиқариб ишемия ва некрозга олиб келади (миокард участкасида).

Юракда қон айланишининг издан чиқишига тож томирда атеросклерознинг авж олиши, бу томирларда тромбоз бўлиши ва нейрогуморал ўзгаришлар сабаб бўлади. Бунда миокардда ишемия ривожланиб қон айланишининг етишмовчилиги келиб чиқади.

Клиник манзараси: миокарднинг асосий симптомларидан бири оғриқ хуружидир (85—95%). Оғриқлар тўш орқасида, юрак атрофида ва чап кўкрак қафасида кузатилади. Бу оғриқлар чап қўлга,

елкага ва куракка, гоҳида иккала қўл, курак ва бўйин, пастки жафга узатилади. Оғриқнинг ўзига хос белгиси унинг давомийлиги бўлиб, шуниси билан стенокардиядан фарқ қилади. Оғриқлар ҳар хил кўринишда: босувчи, сиқувчи, куйдирувчи, кесувчи бўлиб, нитроглицериндан, оддий томир кенгайтирувчи дорилардан кейин ҳам босилмайди, наркотик анальгетиклар, наркоз, нейролепто-анальгезиядан кейингина оғриқ қолади. Оғриқ хуружининг давомийлиги 1—2 соатдан бир неча суткагача гоҳ кучайиб, гоҳ пасайиб туради.

Баъзи ҳолларда МИ (миокард инфаркти)нинг айрим вариантларида мия симптомларининг пайдо бўлиши билан кечади: тез бўшашиш, бош айланиши, бош оғриғи, қайт қилиш, ҳушдан кетиш, тез қўзғалиш, кейинчалик эс-ҳушни йўқотишга олиб келади. Айрим ҳолларда типик оғриқ хуружи диспептик ўзгаришлар: кўнгил айланиши, қайт қилиш, метеоризм, ич қотиши билан кечади.

Объектив текширилганда тери қопламларининг оқаргани, акроцианоз, кенг кўламли инфарктларда юрак атрофида пульсация кузатилади. Пальпацияда чап қоринча турткиси заифлашгани, перкуссияда юрак чегарасининг чапга кенгайгани, аускультацияда юрак тонлари бўғиқлиги, юрак чўққисиди ва Боткин нуқтасида систолик шовқин эшитилиши мумкин. Биринчи сутка мобайнида перикарднинг ишқаланиш шовқинини эшитиш мумкин, у реактив перикардитга боғлиқ бўлиб 1—3 кун давом этади. Аввалига бу ҳолат бир жойда доимий бўлмай, кейинчалик экссудатив перикардит пайдо бўлиши ҳам мумкин.

Касаллик бошланишида тахикардия, аритмиялар кузатилади. Биринчи куннинг охири иккинчи сутканинг бошларига бориб ҳарорат 37—38°C гача кўтарилади.

30% ҳолларда миокард инфаркти атипик бошланади ва уларнинг бир неча турлари фарқланади:

- 1) ангиноз ёки оғриқли;
- 2) астматик;
- 3) гастрал;
- 4) периферик;
- 5) церебрал (мия поплектик формаси);
- 6) аритмик;
- 7) оғриқсиз;
- 8) симптомларсиз.

Миокард инфарктида лаборатория кўрсаткичлари ўзгаради.

Биринчи кун охирида лейкоцитоз $8,10-12 \cdot 10^{12}$ л кузатилади, учинчи суткасида эса лейкоцитлар камайиб ЭЧТ ошади, бу «қайчи» симптоми деб аталади.

Ферментлар миқдори, креатинкиназа, лактодегидрогеназа, фибриноген, С-реактив оқсил, сиал кислота, хлорда эрувчи мукопротеин ва бошқалар ошади.

Диагностикада миокард инфарктининг ўткир ва чандиқланиш даври муҳим аҳамият касб этади.

Даволаш принциплари: ётиш режими, оғриқ қолдирувчи препаратлар; антикоагулянтлар витамин Е, К препаратлари, юрак тож томирларини фаоллаштирувчи препаратлар берилади.

Миокард инфарктининг асоратлари:

- 1) кардиоген шок;
- 2) ўткир юрак етишмовчилиги;
- 3) тромбозендокардит;
- 4) миокарднинг ўткир аневризмаси;
- 5) миокард ёрилиши ва юрак тампонадаси;
- 6) ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши;
- 7) Дресслер синдроми;
- 8) ичаклар, қовуқ атонияси;
- 9) меъдадан қон кетиши;
- 10) руҳий ўзгаришлар.

Қон айланишининг сурункали етишмовчилиги синдроми. Бу синдромнинг сабаби юрак томир системаси касалликларининг барчаси ҳисобланиши мумкин. Касаллик кечиши бўйича 3 босқичга бўлинади.

Биринчи босқич фақат субъектив симптомларга таянади: кучли жисмоний толиқишдан кейинги ҳансираш, тез чарчаш («сиқувчи оёқ кийим» симптоми) кечга бориб оёқларда шиш пайдо бўлиши кузатилади.

Иккинчи босқич иккига бўлинади:

А — стадияси чап ёки ўнг қоринча етишмовчилиги кўринишида кечади. Чап қоринча етишмовчилигида беморда ҳансираш, тахикардия, аускультацияда ўпкада нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. В — стадияда ўнг қоринча етишмовчилигида катта қон айланиш доирасида қон димланади, тахикардия, ўнг қовурға тагида оғриқ, бўйин веналарининг бўртиши, жигар катталашуви, акроцианоз кузатилади.

Учинчи босқичда ҳам чап, ҳам ўнг қоринча етишмовчилиги уларнинг дистрофик ўзгаришлар билан ва бошқа орган, система-лар функциясининг етишмовчилиги билан кечади. Бундай оғир беморлар доим юрак гликозидлари ва сийдик ҳайдовчи дорилар билан даволаниб юрадилар.

Ҳамшира ташҳиси: сурункали қон айланиши етишмовчилигининг қайси босқичда эканлигига боғлиқ.

Режа: кузатиш, парвариш қилиш, қўшимча текшириш усуллари-ни амалга ошириш, даволаш, диспансер кузатуvidан иборат.

Режани амалга оширишда ҳамширалик иши жараёни тўғри тузилганлиги ва реализацияси баҳоланади.

Ревматик яллиғланиш синдроми. Ревматизм — инфекциян ал-лергик касаллик бўлиб, юрак томир системаси бириктирувчи тўқимасининг системали яллиғланиши билан кечади. Бу касаллик ёш танламайди ва сурункали — вақти-вақти билан кўзиб турувчи хусусиятга эга.

Этиологияси: касаллик кўзғатувчиси асосан микроб, яъни стрептококклардир (В — гемолитик стрептококкнинг А группаси). Бошланишида стрептококк инфекцияси бурун-ҳалқум доирасини шикастлайди (ангина, тонзиллит, фарингит).

Стрептококк инфекцияси аввалига давосиз ҳам ўтиб кетади. Бир неча кун ичида латент босқичида ўтади, 18—20 кун давом этади. Бу вақт оралигида организмда иммунологик реакция жараёни кечади. Бу касалликнинг ривожланишида наслий мойиллик ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Организмнинг ирсий ва орттирилган курашувчанлик кучларининг заифлиги сабабли айрим беморларда В — гемолитик стрептококкнинг А-группасига сингиб кетиши организмни сенсбилизацияга олиб келади. Асосан юрак ва томирларда бириктирувчи тўқиманинг гиперергик реакцияси вужудга келиб антителалар ҳосил бўлади.

Стрептококк организмда яллиғланиш жараёнини чақиради, ортиқча ишлаб чиқарилган антителалар, лейкоцитларнинг фагоцитар активлигини оширади, бу эса фагоцитозни камайтиради, мукополисахарид оқсилларининг активлигини пасайтиради ва ўз навбатида стрептококкларни лейкоцитлар ичида яшаб қолишига имкон яратади.

Ревматизм учун аллергиянинг секинлашган типи хосдир. Зарарловчи агент яллиғланишнинг ўткир фазаси коагуляция системасини активлаштириб, кининлар ва вазоактив аминларни (гистаминсеробонин) озод қилади, бу эса яллиғланиш ўчоғида қон айланишини издан чиқаради. Яллиғланиш жараёнига иммун системаси ҳам кириб комплемент системасини ҳамда (лимфоцитлар тўқимасини шикастлаб) лизосомал ферментларни ҳам активлаштиради. Бу иммун механизмлар бузилиши яллиғланишни сурункали формага ўтказиб касалликнинг оғир кечишига сабаб бўлади.

Ревматизмнинг клиник манзараси ранг-баранг бўлиб, 3 та асосий босқичга бўлинади: биринчи босқич организмнинг стрептококк инфекциясига тўйиниши ва бошқа симптомларнинг қайталаши (катарал ва лакунар ангина, сурункали тонзиллит) кўринишида, ҳолсизлик, терлаш, бош оғриғи, субфебрил ҳарорат, қонда стрептококк антигени антитела титрининг ошганлиги билан характерланади. Иккинчи босқич эса гиперергик реакциянинг органларга хос симптоматикаси билан характерланади: ревматик полиартрит, кардит, хорая. Клиник манзаранинг бошланиши касал-

лик бошланиши — ревматизмнинг биринчи атакиси дейилади. Қонда АСЛ-О, АСГ, АСК титрларнинг ошиши кузатилади.

Учинчи босқичда эса қайталаниш рецидив кўринишда кечади. У ҳамма бириктирувчи тўқима ва органларда чуқур иммунологик, яллиғланиш ва дистрофик жараёнини кўрсатиб беради. Касалликнинг кечишига қараб бир неча формаси фарқланади: **субклиник формаси** бошланиши ва кечиши сезилмаган тарзда бўлади. **Клиник** кўриниши атипик, беморлар бош оғриғига, иштаҳа йўқлигига, бўғимларда салгина оғриқларга шикоят қиладилар. Ҳарорат субфебрил, юрак тонлари бўғиқ, тахикардия бўлиши мумкин. Тўғри клиник ташхис клапан порокларини аниқлагандан кейин қўйилади.

Ўткир формаси тўсатдан бошланади. Бўғимларда учувчан характерга эга бўлган оғриқлар ва кардитнинг тез ривожланиши билан характерланади.

ЭЧТ кўтарилиши, лейкоцитоз, нейтрофил сўрилиши билан, о-стрептолизин титри, ҳамда а-2 глобулинлар ошиши, ЭКГда Т-тишнинг ўзгариши, а-в блокаданинг биринчи даражаси, қўзғалувчанликнинг бузилиши кузатилади.

Ўткир олди формаси симптомларнинг кам ёки кўплиги билан кечади. Кўпгина ҳолларда хуруж 3 ойдан 6 ойгача давом этади, антиревматик давонинг таъсири кўринмайди. Лекин клиник манзарасида асосий ўринни кардит (эндомиокардит) эгаллайди.

Гиперпиретик формаси — ўткир ревматизм (церебрал ревматизм). У биринчи ва иккинчи ҳафтанинг охирида бошланади. Ҳароратнинг жуда юқори бўлиши (41°—42°С билан характерланади. Беҳаловатлик, довдираш, уйқусизлик, юрак уриб кетиши, титраш, тоник тутқаноқ, юзаки тезлашган нафас пайдо бўлади. Юрак томир системаси томонидан ўзгаришлар сезиларли даражада эмас. Периферик қон ўзгаришлари, қон зардободаги иммуноглобулинлар чўкма пробалари ташхисни тасдиқлаб беради.

Чўзилувчан, тез-тез қўзғалувчи формаси экссудатив компонентнинг яллиғланиш ўчоғида касаллик авж олиши билан характерланади. Диффуз миокардит кўринишда, оғир ҳолларда панкардит кўринишида намоён бўлади (серозит, ўпка васкулити, юрак етишмовчилиги, тромбоэмболик асоратлар кўринишида).

Чўзилувчан формаси — (узоқ давом этувчи) касалликнинг энг кўп учрайдиган формаси ҳисобланади. Қайталанган ревмокардит билан касалланган беморларда аниқланади. Ревмокардитнинг кечиши узоқ, 6 ойдан ошади, тўла намоён бўлмаган қўзғалишлар ва тўла бўлмаган ремиссиялар билан характерланади. Ревматизм активлиги ўртача, клиник ва лаборатор симптомлар динамикаси ноаниқ, бу эса ташхис қўйишда қийинчиликлар туғдиради.

Ревматизмда кардиал ва экстракардиал эндокардит 60—70%, перикардит 5—12% ҳолларда, панкардит эса ҳар доим учрайди. Кардиал зарарланиш: миокарднинг шикастланиши 100% ҳолларда учрайди.

Ревматик миокардит диффуз ва ўчоқли бўлади. Диффуз миокардит температура кўтарилиши, беҳоллик, ҳансираш, ҳаво етишмовчилиги хуружи, юрак соҳасида оғриқ, тахикардия, ритмнинг ва ўтказувчанликнинг бузилиши билан кечади. Цианоз билан намён бўлади. Юракнинг қийёсий чегараси ўнг ва чапга кенгайган, юрак тонлари бўғиқ, юрак чўққисиди ва Боткин зонасида систолик шовқин эшитилади, 3-тон пайдо бўлади. АБ тушган, веноз босим кўтарилган, қон оқими секинлашганлиги кузатилади.

Ревматик эндокардит асосан юрак пороклари ҳосил бўлиши билан характерланади. 1/3 ҳолларда юрак пороклари биринчи атакадан кейин ҳосил бўлади ва кўпинча митрал клапан, 2 маротаба кам — аортал, ундан кам трискуспидал ва ўпка артерияларининг клапанлари зарарланади. Ревматик эндокардитнинг кечиши 2 ойдан 5 ойгача чўзилади. Ревмоэндокардит кўпинча миокардит билан биргаликда кечади, биринчи ойларида клиник манзараси миокардит ҳолатига боғлиқ. 3—4 ҳафтадан кейин эса клапан апаратининг зарарланишига хос белгилар кўрина бошлайди, доимий систолик шовқин, у қўпол ва бемор аҳволи яхшиланганда ҳам ўзгармайди, лаборатор белгилардан экзоферментларга қарши антителалар кўпайиши (стрептолизин-0, стрептокиназа, стрептогиалуронидаза, дезоксирибонуклеаза — В, липопротеиназа, антицитоплазматик таначалар) ташхисни тўғри талқин этишда, яна бир бор лаборатор кўрсаткичларга эътибор қилишни тақозо этади: лейкоцитоз, лейкопения лейкоцитар формуланинг ўзгариши билан, ЭЧТ ошиши, фибриноген, С — реактив оқсил кўпайиши, анемия, гликопротеидлар концентрацияси миқдорининг ошиши ва блар.

Латент формада кечувчи қайталоғчи ревмокардитнинг клиник манзараси кўп қиррали симптомлар кўринишида кечади: иш қобилиятининг пасайиши, беҳоллик, тез чарчаш, юрак соҳасида ноҳуш сезги ёки оғриқ ва бошқалар. Бундан ташқари совуққа, ҳаво ўзгарувчанлигига тез таъсирчанлик, доимий субфебрилитет, юрак тонининг тембри ва шовқинлар ўзгарувчанлиги, қон айланишининг сурункали етишмовчилиги ривожланиши кузатилади.

Ревматик перикардит одатда панкардитда кузатилади.

У қуруқ ва экссудатив бўлиши мумкин. Бемор юрак соҳасидаги оғриқлардан (нафас олганда ва ҳаракатда кучайиб, чап қўл ва елкакуракка узатилади) шикоят қилади. Экссудатив перикардитда юрак чегаралари кенгайганлигини кузатилади. Юрак тонлари бўғиқ, перикард ишқаланиш шовқини эшитилади, бўйин веналари бўртган, веноз босим ошган. Ревматик перикардит экссудат тез сўрилиши

билан тез тузалади. ЭКГ-да тишчалар кўтарилиши паст S—T сегмент кичиклашган, T-тишча ўзгарганлиги кузатилади.

Экстракардиал зарарланишлар — бўғимлар зарарланиши симметрик, учувчан, йирик бўғимлар шикастланиши ва ижобий яқунланиши билан характерлидир.

Ревматик плеврит юрак яллиғланиши билан бирга кечиб, экссудатив характерга эга. Серозфибринозли экссудат асептик бўлиб, ўзда асосан лимфоцит ва фибринни сақлайди. Плеврит хавфсиз кечиб, тез тузалади.

Ревматизмнинг висцерал формаси оғир кечади. Ревматик перитоний «ўтқир қорин» клиникаси билан кечганда беморнинг аҳволи оғирлашгани кузатилади.

Буйрақлар зарарланиши ревматизмнинг 80% да учрайди. Кўпинча кичик буйрак синдроми кўринишида (протеинурия, микрогематурия) ва кам ҳолларда сурункали формага ўтиб кетиши мумкин.

Ревматик ўпка васкулити оғир формалари 5—10% беморларда учрайди. Кечиши ўтқир бошланиб ўпка етишмовчилигини чақиради. Кўп ҳолларда клиникаси, аускультатив, перкутор кўрсаткичлар ўчоқли пневмонияни эслатади.

Нерв системасининг ревматик яллиғланиши кичик хорей кўринишида кечади. Бунда бош миянинг стриар системаси шикастланади. Хорей кўпинча аёлларда 6—14 ёшда кўпроқ учрайди. Хорей беҳол, тартибсиз, координацияланмаган ҳаракатлар билан намоён бўлади ва бу ҳаракатлар ҳаяжонланганда ва жисмоний ҳаракатдан кейин кучайиб, ухлаганда тўхтади. Марказий нерв системасининг яллиғланиши менингоэнцефалит, серозли ревматик менингит, церебрал васкулит кўринишида кечади. Бу эса бош оғриғи, бош айланиши, оғир ҳолларда ҳароратнинг кўтарилиши, тери сезувчанлигининг бузилиши билан кечади.

Ревматик тери зарарланишига тугунли ва узуксимон эритема, бўғимлар яқинида, атрофида ва айрим ҳолларда бошнинг сочли қисмида учрайдиган ревматик тугунлар киради. Узуксимон эритема юзда, кўкракда, қорин, курак, бўйин, қўл ва оёқларда жойлашади.

Даволаш принциплари уч босқичда олиб борилади:

1) актив фазаси кардиоревматологик бўлимда стационар шаброитида даволанади;

2) касалхонадаги даводан кейин поликлиниканинг кардиоревматологи томонидан даволаш давом эттирилади ёки санаторияларда даволашнинг реабилитация босқичи ўтказилади;

3) кейин кўп йиллик диспансер назоратида бўлиб, профилактика ишлари поликлиникада давом эттирилади.

Ревматизм билан хасталанган беморлар жойлаштириладиган палаталар қулай, иссиқ, шинам бўлиб, тез-тез шамоллатиб тури-

лиши лозим. Патологик жараён кучли ифодаланган касалликнинг актив (фаол) фазасида, яъни тана ҳарорати юқори, бўғимларда оғриқ, нафас қисилиши кузатилганда юрак ва томирлар фаолиятини зўриқтирмаслик учун ётиш, осойишталик режимига риоя қилинади.

Беморлар парҳезига оқсил, ёғ, углевод ва витаминларга бой бўлган юқори калорияли овқатлар киритилади. Агар юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлса, ош тузи ва углеводлар чегараланади. Суюқлик истеъмоли доимий назорат қилинади. Бир кечакундузда 1—1,5 литргача суюқлик чегараланади. Дорилар билан ўтказиладиган терапия юрак, бўғим ва бошқа органлардаги яллиғланиш ўчоғини бартараф этишга қаратилади.

Инфекция ўчоғи билан курашиш учун 2 ҳафтага антибиотиклар буюрилади. Кўпроқ пенициллин гуруҳига кирувчи препаратлардан фойдаланилади. Пенициллин 2 миллиондан 4 миллионгача ТБ да, ампициллин 2 г дан, оксациллин 2—3 г дан суткасига қўлланилади.

Носпецифик яллиғланиш препаратларидан ацетилсалицил кислота 2—3 г дан, индометацин 1 таблеткадан бир кеча кундузда 3 маҳал, вольтарен 1 таблеткадан 2 маҳал шифокор буюртмасига асосан қўлланилади.

Уларни қўллаш давомида иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаши каби диспептик ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Ҳамшира улар ҳақида беморни огоҳлантириши мақсадга мувофиқдир. Бу ҳолатни ҳамшира диққат билан кузатиб бориши керак. Агар ревматик жараён жуда суст кечаётган бўлса, аминоксинолин гуруҳига кирувчи препаратлардан 3—6 ойгача қабул қилиш тавсия этилади. Масалан плаквенил, делагил 1 таблеткадан 1 кеча-кундузда 2 маҳал қабул қилинади. Бу препаратлар беморда кўп ҳолларда ножўя таъсир чақирмайди. Жуда кам ҳолларда кўз тубининг ўзгариши, лейкопения кузатилиши мумкин. Шунинг учун бу препаратлар қўлланилганда доимий равишда қон таҳлили ўтказиб турилиши мақсадга мувофиқдир.

Актив ревматик жараёнда, юрак порокларида юрак гликозидлари, сийдик ҳайдовчи препаратлар тайинланади.

Даволашнинг 2-босқичида беморлар кардиоревмотологик санаторийларда даволанадилар. Беморлар руҳий, жисмоний, ижтимоий жиҳатдан реабилитация курсини ўтадилар.

Даволашнинг 3-босқичида беморлар кўп йиллар давомида диспансер назоратида бўладилар. Ревматизмнинг профилактикаси икки босқичда ўтказилади.

Бирламчи профилактика касалликка сабаб бўладиган омилларни йўқотишга қаратилади. Бу жараён ижтимоий, иқтисодий шароитни, овқатланиш режимини, меҳнат ва дам олишни тартибга

солишни ўз ичига олади. Шунингдек, организмни чиниқтириш, сурункали инфекция ўчоқларини (тонзиллит, гайморит ва ҳ.к.) санация қилиш, ҳамда стрептококк кўзгатадиган инфекцияларни (ангина ва сурункали тонзиллитни) тўғри даволаш катта аҳамиятга эга.

Ревматизмнинг иккиламчи профилактикаси мавсумий ёки йил давомида бициллинопрофилактика ўтказишдан иборат. Поликлиниканинг кардиоревмотологик кабинетлари ревматизм хасталигини бошдан кечирганларни дипансер ҳисобига олади ва иккиламчи профилактикани ўтказди. Бициллин (пенициллин гуруҳига кирувчи) — антибиотик ҳисобланиб, 3 ҳафтада бир марта, бициллин-5 бир ойда бир марта мускул орасига юборилади.

Шунингдек бундай пациентлар куз ва баҳор мавсумида 2—3 ҳафта антиревматик препаратларни ярим дозада қабул қиладилар.

МЕЪДА-ИЧАК ТРАКТИ КАСАЛЛИКЛАРИ СИНДРОМИ

Ошқозон шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиш синдроми

Ўткир гастрит. Сабаблари: а) сифатсиз овқат маҳсулотлари, спиртли ичимликлар, аччиқ, шўр таомлар кўп истеъмол қилиш, ўта иссиқ ва ўта совуқ таом истеъмол қилиш алиментар гастритнинг ривожланишига олиб келади;

б) айрим дори препаратларини узоқ муддат истеъмол қилиш (салицилатлар, йод, бром, сульфаниламидлар);

в) айрим инфекцион касалликлар: қизамиқ, скарлатина, дифтерия, грипп, ўпка абсцесси гематоген гастрит ривожланишига олиб келади.

Клиникаси:

Одатда бемор парҳезни бузгандан 6—12 соат ўтгач умумий ҳолсизлик, оғизда бемаза таъм, эпигастрий соҳасида оғриқ ва оғирлик сезади. Кўнгил айнийди, кекириш ва ейилган овқат массасини ўт аралаш қайт қилиш, кўздан кечирилганда тил оқ қараш билан қопланган, қорин шишганлиги, пальпацияда эпигастрий соҳасида оғриқ сезилади. Кўпинча ҳарорат кўтарилиб туради, у субфебрил характерга эга бўлади.

Аллергик гастрит тўсатдан бошланиб оғир ўтади. Диспептик ўзгаришлар билан умумий интоксикация белгилари: бош оғриши, бош айланиши ва адинамия кузатилади.

Бемор кўздан кечирилганда тери қопламлари оқарган. Тахикардия, гипотония, оғир ҳолларда коллапс бўлиши ҳам мумкин. Чуқур пайпаслаганда эпигастрал соҳада оғриқ сезилади. Бемор ҳарорати меъёрида ёки кўтарилган бўлиши мумкин.

Меъда шираси текширилганда гиперсекреция кузатилиб, кейинчалик эса меъда ширасининг кам ажралиши аниқланади.

Кўп суюқлик йўқотилиши (қусиш ва ич суриши) натижасида қонда эритроцитлар ва қоннинг қуйилиши туфайли гемоглобин миқдори ортади.

Давоси:

1. Меъдани калий перманганатнинг (1:10000) ёки 0,5% ли натрий гидрокарбонатнинг илиқ эритмасида ювиш.

2. Тузли сурғилар — магний сульфат ёки натрий сульфат 20-30г дан берилади.

3. Ётиш режимига риоя қилиш.

4. Дастлабки икки кун ичида очлик парҳезига риоя қилиш.

5. Организм сувсизланганда 500—1000 мл изотоник эритмани тери остига ёки томирдан юбориш.

6. Оғриқни қолдириш учун белладонна, атропин, папаверин қўллаш.

7. Коллапс ҳолати бўлса кофеин, кордиамин, норадреналин қўллаш.

Меъда шилиқ қаватининг сурункали яллиғланиш синдроми — сурункали гастрит

Бу касалликда меъда шиллиқ қаватининг носпецифик яллиғланиши ва шиллиқ қаватнинг аста-секин ривожланиб борувчи атрофияси кузатилиб, меъданинг секретор ва мотор фаолияти бузилади.

Сурункали гастритнинг замонавий таснифи 4 та белгига асосланади: этиологик, морфологик, функционал ва клиник.

1. Этиологиясига кўра:

1. Экзоген гастритлар.

а) овқатланиш режимига узоқ вақт амал қилинмаганда;

б) спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ва чекиш;

в) термик, кимёвий ва механик таъсирлар натижасида;

г) касбга оид зарарли — ишқорий буг ва ёғ кислоталари таъсирида (совун ва маргарин заводлари) пахта, кўмир ва металл чанглари таъсирида ва ҳ.к.

2. Эндоген гастритлар.

а) яллиғланган ички аъзоларнинг рефлектор таъсири натижасида ичаклар, ўт пуфағи ёки меъда ости безининг яллиғланиши;

б) эндокрин органлар ва вегетатив асаб тизимидаги касалликлар натижасида;

в) гематоген гастрит (модда алмашинуви бузилганда, сурункали инфекцияларда);

г) гипотоксемик гастрит (сурункали юрак етишмовчилиги, пневмосклероз, ўпка эмфиземаси)да;

д) аллергик гастрит (аллергик касалликлар)да.

II Морфологиясига кўра:

а) юзаки гастрит;

б) безларнинг шикастланиши билан кечувчи атрофиясиз гастрит;

в) атрофик гастрит;

г) антрал гастрит;

д) эррозив гастрит.

III.Функционал белгисига кўра:

а) меъда шираси ажралиши меъёрида ёки ошганлиги билан кечувчи гастрит;

б) яхши юзага чиқмаган меъда шираси етишмовчилиги билан кечувчи гастрит;

в) яққол юзага чиққан меъда шираси етишмовчилиги билан кечувчи гастрит.

IV Клиник кечишига кўра:

а) компенсацияланган гастрит (ремиссия вақти узоқ) — клиник белгилари йўқ, меъда шираси ажралиши меъёрида ёки бир оз камайган.

б) декомпенсацияланган гастрит (касалликнинг қайталаниш-қўзғалиш ҳолати) — турғун клиник белгилар, меъда шираси ажралиши камайган.

Сурункали гастрит меъда шираси меъёрида ёки бир оз ошганлиги билан кечеди. Гастритнинг бу тури чекадиган кишиларда ва спиртли ичимликларни суистеъмом қилувчиларда кўпроқ учрайди. Бемор жигилдон қайнаши, кекириш (нордон сувли), баъзан қусиш, эпигастрал соҳада ачишиш ва оғриқдан безовта бўлади. Оғриқ ва ачишиш овқатлангандан 2—3 соат ўтгач пайдо бўлади. Беморнинг иштаҳаси яхши, баъзан иштаҳа меъёридан ошган бўлиши ҳам мумкин. Қабзият безовта қилади. Беморнинг умумий аҳволи ўзгармаган. Баъзан невроастеник синдром: сержаҳллик, уйқу ёмонлиги, кайфият ўзгариши, тез чарчаш кузатилади. Айрим ҳолларда асаб тизими вегетатив бўлими фаолияти белгиларининг ошиши — терида қизил дермографизм, артериал гипотония, брадикардия, сўлак оқиши кузатилади. Пайпаслаганда эпигастрал соҳада оғриқ сезилади.

Ҳамшира ташхиси: зарда қайнаши, кекириш, баъзан қусиш, эпигастрал соҳада ачишиш, оғриқ ва оғирлик, қабзият, таъсирчанлик, қизил дермографизм, уйқунинг бузилиши, артериал гипотония, брадикардия, сўлак оқиши.

Рентгенологик текширувда меъда шиллиқ қавати бурмаларининг қалинлашганлиги, мускул тонуси юқорилиги аниқланади.

Гастроскопия: меъда шилиқ қаватида гиперемия ва шиш.

Даволаш: касалликни келтириб чиқарган сабабни бартараф қилиш лозим. Чекиш ва спиртли ичимликлар ичишни дарҳол тўхта-

тиш, диетотерапия, оғриқ вақтида спазмолитиклар: белладонна, атропин, папаверин қўлланилади.

Меъда шираси етишмовчилиги билан ўтадиган сурункали гас-трида — боғланмаган хлорид кислота ва пепсин миқдори жуда оз бўлиши ёки умуман бўлмаслиги, яъни ахилия кузатилади. Меъда шиллиқ қавати атрофиясида ахилия кузатилиб уни аниқлаш учун гистаминли синама ўтказилади. 0,5 мг гистамин тери остига юборилгандан кейин ҳам меъдада хлорид кислота бўлмаслиги меъда безларининг нобуд бўлганлигини кўрсатади.

Беморни ҳаво билан кекириш, баъзан палағда тухум ҳидли кекириш, кўнгил айнаши, эпигастрал соҳасида оғирлик сезгиси, оч қоринга қусиш, баъзан ич суриши безовта қилади.

Меъдада хлорид кислота бўлмаслиги темир сўрилишини қийинлаштиради, бу эса темир етишмовчилиги анемиясига олиб келади. А, С, В витаминлар гуруҳининг сўрилиши бузилади.

Ҳамшира ташхиси: ҳаво билан ёки палағда тухум ҳидли кекириш, кўнгил айнаши, эпигастрал соҳада оғирлик, оғиздан бадбўй ҳид келиши, оч қоринга қусиш, ич кетиши.

Рентгенологик текширишда: меъда шиллиқ қавати бурмаларининг силлиқлашуви ва юпқалашуви кузатилади.

Гастроскопияда:

- а) шиллиқ қават кулранг;
- б) шиллиқ қават юпқалашган, силлиқ;
- в) қон томирлар кўриниб туради;
- г) қон қуйилган соҳаларнинг бўлиши (баъзи ҳолларда)

Даволаш:

- а) №2 стол;
- б) ахилияда натурал меъда шираси ёки хлорид кислота эритмаси, пепсин, бетаацидлар берилади;
- в) В₆, В₁₂, С витаминлари, никотин кислота инъекцияда қўлланилади;
- г) даволаш физкультураси;
- д) санатор-курорт даво (Есентуки, Железноводск);
- е) физиотерапия.

Профилактикаси.

- а) умумий (умумий овқатланишнинг санитария назорати);
- б) индивидуал (овқатланиш режимига риоя қилиш касаллик кўзғалишининг олдини олиш).

Меъда ва 12 бармоқ ичак шиллиқ қаватининг деструкцияси синдроми

Яра касаллиги — циклик давом этадиган сурункали касаллик бўлиб, меъда ва 12 бармоқ ичакда яра пайдо бўлиши билан юзага чиқади. Бу касаллик меъда ва 12 бармоқ ичак иш фаолиятининг

нерв ва гормонал бошқарилишининг бузилиши туфайли пайдо бўлади. Яра касаллиги XX асрда кенг тарқалган касаллик ҳисобланади.

Этиологияси куйидаги гуруҳларга бўлинади.

1. Меъда ва 12 бармоқ ичакнинг морфологик ва функционал бузулиши билан боғлиқ бўлиб, меъдада овқат ҳазм бўлиши қийинлашиб, шиллиқ қаватда яра пайдо бўлишига олиб келади. Меъда гиперсекрецияси ва пепсин миқдори ортиб кетиши кузатилади.

2. Нерв ва гормонал бошқаришнинг бузилиши (бош мия пўстлогидан меъдага кортикал импульслар бориб, механо-, баро-, хеморецепторлар орқали яна қайтиб бош мия пўстлогига келади ва меъдадаги ўзгаришлар ҳақида сигнал беради).

Гормонал система, айниқса гипофиз — буйрак усти безлари фаолиятининг ишдан чиқиши меъданинг мураккаб физиологик ҳолатининг бузилишига олиб келади.

3. Конституционал ва ирсий ҳолатлар.

4. Ташқи таъсирлар, яъни эмоционал зўриқиш, стресс, физик таъсирлар (куйиш, жароҳат, операциялар, овқатланиш режимининг бузилиши, чекиш, экологик факторлар).

5. Ёндош касалликлар ва дори моддаларининг ноҳўя таъсири.

Замонавий назарияларга кўра асосий сабаб меъда ва 12 бармоқ ичак (трофик жараёнини) бошқарувчи асаб механизмининг ишдан чиқишидир. Бунда шу органларнинг функционал ҳолатини сақлаб турувчи гуморал ва эндокрин механизм бузилиши кузатилади.

Агрессия (пептик фактор, меъда ва 12 бармоқ ичак мотор ва эвакуатор функцияси) ва ҳимоя факторлари (шиллик ва бикарбонатлар секрецияси, шиллик қаватда қон айланиши, эпителий ренерацияси) ўртасидаги мувозанат бузилиб, шиллик қаватнинг деструктив ўзгариши ва яра ҳосил бўлишига олиб келади.

Клиникаси:

Эпигастрал соҳада оғриқ безовта қилади. Касаллик мавсумий ҳисобланади — баҳор ва кузда кўзийди. Оғриқ бир неча ҳафталаб давом этиши ва бирданига умуман йўқ бўлиб кетиши мумкин. 12 бармоқ ичак яра касаллигида оғриқ оч қоринга ва тунда кузатилади, яъни очликдан пайдо бўлади. Оғриқ — овқатланишдан сўнг босилади, бемор ўзини анча енгил ҳис қилади. 2—4 соатлардан кейин эса яна оғриқ бошланади. Меъда яра касаллигида оғриқ овқатланишдан кейин кузатилади. Очликда бемор ўзини яхши ҳис қилади, яъни бемор овқатлангандан сўнг оғриқлар бошланади ва меъда овқатдан бўшагандан кейин оғриқ тўхтайтиди.

Оғриқлар симилловчи, санчиқли, хуружсимон бўлади. Оғриқлар 12 бармоқ ичак яра касаллигида кўкрак қафасига, орқага, қовурға равоғига узатилади. Беморни яна зарда қайнаши, кўнгил айнаши, қусиш (овқатлангандан 2—4 соатдан кейин) безовта қилиб, унинг иштаҳаси яхши ёки кучайган бўлади.

Қўздан кечирилганда — эпигастрал соҳада гиперпигментация (грелканинг тез-тез қўлланиши натижасида) кузатилади.

Пайпаслаганда — эпигастрол соҳада оғриқ. Глинчиков, Опяновский, Боас симптомлари мусбат бўлади.

Перкуссияда — Мендел симптоми мусбат деб топилади.

Ҳамшира таъхиси: оғриқ, кўнгил айниши, зарда қайнаши, қусиш, нордон сувли кекириш.

Лаборатория кўрсаткичлари: гиперсекреция, гиперацидоз. Нажасни яширин қонга текшириш хулосаси мусбат бўлиши кузатилади.

Рентгенологик текширишда «токча» («ниша») белгиси. Гастрофиброскопияда яра борлиги аниқланади.

· Яра касаллиги асоратлари:

1. Қон кетиш
2. Перфорация (меъда деворининг тешилиши)
3. Пенетерация.
4. Пилоростеноз.
5. Малигинизация (меъда ярасининг ўсмаларга ўтиб кетиши).

Даволаш:

1. Ётоқ режими 1—2 ҳафта сақланади.
2. №1 парҳез стол белгиланади.
3. Антацидлар (натрий бикарбонат, кальций карбонат, алюминий фосфат, алмагель, викалин).
4. Антихолинергик воситалар (бензогексоний, ганглерон, аргенал, пирилен ва бошқалар).
5. Седатив тинчлантирувчи воситалар.
6. Витаминлар.
7. Ярага қарши турли ўраб олувчи аралашмалар.
8. Оксиферрискарбон.
9. Циметидин, гастрофарм, гистодил, трихопол, солкосерил буюрилади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг сурункали яллиғланиш синдроми

Сурункали дуоденит (СД) — ўн икки бармоқ ичакнинг яллиғланиш касаллиги.

Этиологияси: СД — полиэтиологик касалликдир. Асосий сабаби қаттиқ, дағал овқатлар истеъмол қилиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, асаб зўриқиши ва блар. СД кўпинча меъда, жигар ва ўт йўллари касалликлари, ичакларнинг сурункали яллиғланишлари билан бирга учрайди.

Клиникаси: бир неча хил формалари учрайди.

- 1) ярага ўхшаш формаси;
- 2) холециститга ўхшаш;
- 3) панкреатитга ўхшаш;
- 4) аралаш формаси.

Ярага ўхшаш формасида беморлар тунги, оч қоринга оғриқлардан шикоят қиладилар, оғриқ эпигастрал соҳада бўлади. Нордон сувли кекириш, жигилдон қайнаши, қабзият безовта қилади. Тез-тез кўнгил айниб, қусиш камроқ кузатилади. Тўш ости соҳасида ҳам оғриқ бўлиб, умумий ҳолсизлик, вегетоастения, бош оғриғи, адинамия кўпинча бемор овқатланганидан сўнг бошланади.

Холецистит ва панкреатитга ўхшаш формаларида меъда ости бези ва ўт пуфағи фаолияти бузилганлиги белгилари кузатилади. Бемор ўнг қовурга равоғида, баъзан чап қовурғалар равоғида айланасимон (опоясывающие) оғриқлардан безовта бўлади. Бу оғриқлар ёгли овқат истеъмол қилгандан сўнг кучаяди. Оғриқ вақтида бемор қонида панкреатик ферментлар миқдори ортиши мумкин.

Холецистография: ўт пуфагининг гипер ёки гипомотор дискинезияси кузатилади.

Объектив текширганда: бемор тили оқ караш билан қопланган, пилородуоденал соҳани пайпаслаганда оғриқ, оғир формаларида озиш ва гиповитаминоз кузатилади.

Ҳамшира таъхиси: оғриқ, нордон сувли кекириш, кўнгил айниши, ҳолсизлик, адинамия, бош оғриғи ва вегетоастения.

Кўшимча текшириш усулларида куйидагилар қўлланилади.

Дуоденофиброскопияда шилиқ қаватда яллигланиш белгилари, шиш, атрофия ёки эрозиялар ва шиллиқ қават остида геморагиялар кузатилади.

Касаллик кечишида ремиссия ва кўзғалиш фазалари ажратилади.

Асоратлари: ярали ва эрозив формаларида қон кетиши кузатилиши мумкин.

Даволаш: №1-парҳез столи, седатив воситалар (натрий ёки калий бромид, валерианка, седуксен, триоксазин), спазмолитиклар (атропин сульфат, белладонна, платифиллин гидротартрат, спазмолитин, метацин, но-шпа), антацидлар (викалин, натрий гидрокарбонат, кальций карбонат, альмагел, фосфалюгель, Бурже аралашмаси), 12 бармоқ ичак шиллиқ қавати қаршилигини кучайтирувчилар (нероболит, ретаболит, метилурацил, ДОКСА, ликвиритон, витаминлар) тавсия қилинади.

Ингичка ичакнинг сурункали яллигланиш синдроми — сурункали энтерит

Этиологияси: турлича бўлиб, булар куйидагилардан иборат:

1. Алиментар сабаблар: овқатланиш режимининг бузилиши, алкоголизм.

2. Кўрғошин, симоб, фосфор бирикмаларидан сурункали захарланишлар, дори моддаларининг ноҳўя таъсири.

3. Озиқ-овқат аллергияси.
4. Паразитар шикастланишлар.
5. Радиацион зарарланиш.
6. Ингичка ичакнинг туғма энзимдефицити.

Клиникаси: белгиларининг ниҳоятда турли-туманлиги билан ажралиб туради. Оғриқлар доимий эмас, беморнинг киндик атрофида бўлади. Оғриқлар симилловчи ёки спастик характерга эга. Пайпаслаганда киндикдан чапда ва юқорида қаттиқ оғриқ сезилади (Порегсс симптоми). Ингичка ичак тутқичлари бўйлаб оғриқ — Штернберг симптоми кузатилади. Тана чайқалганда ва бемор юрганда киндик атрофида оғриқлар бўлиши перивисцерит белгиси ҳисобланади. Кўричак соҳаси пайпаслаганда қулдираш товуши эшитилади. Бу ингичка ичакда яхши сўрилмаган ва ҳазм бўлмаган озиқ-овқат маҳсулотлари кўричакка ўтганлигини билдиради.

Сурункали энтеритнинг асосий белгилари қуйидагилардан иборат.

1. Энтерал диспепсия синдроми.
2. Энтерал копрологик синдроми.
3. Сўрилиш етишмовчилиги синдроми ва унинг оқибатида полигиповитаминоз, анемия, эндокрин етишмовчилиги ва ички органларда дистрофик ўзгаришлар келиб чиқишига олиб келади.

Энтерал диспепсия синдроми — диспептик шикастлар: қориннинг дам бўлиши, қоринда қулдираш, қоринда «суюқликнинг кўйилиш» сезгиси безовта қилиб, бу ингичка ичакда сўрилиш ва ҳазм қилиш издан чиққанлигини, ингичка ичак перистальтикаси кучайганлигини кўрсатади.

Оғир формасида бемор овқатланганидан кейин Демпинг синдромини эслатувчи ҳолат бўлиши кузатилади.

Энтерал копрологик синдром — тез-тез (суткасига 15—20 марта) бўтқасимон, ҳазм бўлмаган овқат маҳсулотлари қолдиқлари, ёмон ҳидли, ҳаво пуфакчалари билан ич суриши кузатилади. Полифекалияга суткасига 1,5—2 кг ич кетиши хосдир. Айрим ҳолларда беморлар овқат егандан кейин дарров ич келишидан шикаст қиладилар. Дефекациядан кейин муздек тер ажралиши, бўшашиш, қўллар титраши пайдо бўлади. Енгил формаларида ич кетиши тез-тез бўлмаслиги мумкин. Кўпинча беморлар сутни ҳазм қила олмайдилар. Бемор аччиқ таомлар истъмол қилганда бирданига кўп овқат еганда ёки таркибида ёғ ва углевод миқдори кўп овқат истъмол қилганда касаллик қайта кўзгайди. Нажас сариқ «тилларанг» бўлиши мумкин (қайта тикланмаган билирубин миқдори кўплиги ҳисобига) ёки «чириган» кўринишда бўлиши мумкин (нажас таркибида ёғ миқдори жуда кўп).

Микроскопик текширувда: нажасда кўп миқдорда мускул толалари (креаторея), хужайрадан ташқари эркин крахмал (амило-рея), нейтрал ёғ томчилари (стеаторея), ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари (лиэнтерия), шиллиқ модда кўплиги ва унинг нажас билан аралашиб кетганлиги кўринади.

Сўрилишнинг бузилиш синдроми. Бунда бемор тана вазнини йўқотади (оғир ҳолларда кахексия ҳам бўлиши мумкин) умумий ҳолсизлик, дармонсизлик, меҳнат қилиш қобилятининг сусайиши кузатилади. Лаборатория текширувида: гипопротенемия, гипохолестеринемия, анемия аниқланиб, темир етишмовчилиги анемияси (темир сўрилишининг бузилиши натижасида) ёки витамин В₁₂ дефицитли анемия кузатилади. Гиповитаминоз белгилари: терининг қуруқлиги, ангуляр стоматит, сочларнинг тўкилиши, тирноқлар мўртлиги, полиневритлар, шапкўрлик пайдо бўлади. Сўрилишнинг бузилиши натижасида қонда ионларнинг, аynиқса кальцийнинг миқдори камайиб кетади. Қонда кальций миқдори камайиб кетганлиги ҳисобига суякларнинг патологик мўртлиги ва гипопаратиреодизм белгилари (Хвостек ва Труссо белгилари мусбат, оғир ҳолларда мушаклар тортишиши) юзага келади. Сурункали энтеритнинг оғир кечишида юрак мушаклари, жигар, буйрак ва бошқа органларда дистрофик ўзгаришлар кузатилади ва уларнинг ўзига хос симптомлари беморни безовта қилади.

Ҳамшира ташхиси: ич суриши, кўнгил айниши, қоринда оғриқ, метеоризм, тери қуруқлиги, тирноқлар мўртлиги, соч тўкилиши ва ҳоказо кузатилади.

Текшириш усуллари: лаборатория текширувлари (қон, нажас), асбоблар билан текширишда шиллиқ қаватнинг бурмаларида шиш, оғир ҳолларда бурмаларнинг силлиқлашганлиги (атрофия оқибатида) аниқланади .

Даволаш: №4—4А парҳез столи. Овқат рационидида оқсил миқдори етарлича 130—150г; осон ҳазм бўладиган ёғлар истеъмолда 110 г бўлиши мақсадга мувофиқ. Ҳайвон ёғлари чекланади, касаллик кўзиган вақтда ёғ миқдори 60—70 г гача камайтирилади. Углевод миқдори одатдагидек, яъни 400—450 г ни ташкил этади. Таркибида клетчатка сақловчи маҳсулотлар чекланади.

Витаминлардан В₁, В₂, В₆, В₁₂, фолат кислота, витамин А тавсия қилинади. Геморрагик ҳолатларда витамин К берилади. Витаминларнинг комплекс препаратлари: пангексовит, декамевит, ундевит ва бошқалар яхши самара беради.

Дисбактериозни даволаш учун эса колибактерин, бифидумбак-терин, бификол буюрилади. Энтерит қайта кўзгалган вақтда мексаформ, мексаза, мезим-форте берилади. Ҳазмни яхшиловчи ферментлар: абомин, панзинорм, фестал буюрилади. Ич кетиши тез-тез бўлса буриштирувчи ва ўраб олувчилар (висмут нитрати асос-

лари, зверобой — дала ўти дамламаси), олча, анор пўчоғи дамламаси буюрилади. Оғир ҳолларда қон қуйилади (анемияда), плазма, оқсил гидролизлари (аминопептид, казеин гидролизати, аминокровин) суткасига 1 л гача томир ичига қуйилади.

Физиотерапевтик даволашда — парафин ва озокерит аппликациялари, диатермия, индуктотермия ва бошқалар қўлланилади.

Санаторий-курортларда: Железноводск, Есентуки, Пятигорск, Миргород, Боржоми, Чинобод ва бошқаларда даволанилади.

Йўғон ичакнинг яллиғланиш синдроми — сурункали колит кўп учрайдиган касалликлардан бири ҳисобланади.

Этиологияси турли-тумандир:

1. Ичак инфекциялари — салмонеллар ёки микобактериялар.
2. Патоген замбуруғлар (кам учрайди).
3. Амебиаз кўзгатувчилари чақирадиган протозой колитлар.
4. Гижжаларнинг пайдо бўлиши сабабли келиб чиқувчи колитлар.
5. Овқатланиш парҳезининг бузилиши сабабли келиб чиқадиган алиментар колит.
6. Бирор бир касаллик сабабли келиб чиқадиган. Масалан сурункали ахилик гастрит, панкреатит ёндош колитлар ва бошқалар.
7. Узоқ таъсир қилувчи экзоген инфекциялари сабабли келиб чиқадиган токсик колитлар.
8. Озиқ-овқатларга аллергия туфайли келиб чиқадиган колитлар.
9. Йўғон ичак деворларининг узоқ вақт механик таъсирланиши натижасида келиб чиқувчи колит (қабзият, копростазлар, йўғон ичак бўшлиғини ўсма тўсиб қўйиши, клизма ва ич сурувчи дори воситаларидан узоқ вақт фойдаланиш).
10. Антибиотикларни узоқ вақт ёки нотўғри қўлланганда келиб чиқувчи медикаментоз колитлар.

Клиникаси: асосий белгиси ич келишининг бузилиши ҳисобланиб, беморнинг ичи 1 суткада 2—3 маҳалдан 10—15 маҳалгача суриши ва яна қабзият келиб чиқиб, беморни бир неча кунгача безовта қилиши мумкин. Қабзият ва ич суриши кетма-кетликда давом этади. Бемор ичакларида тўлиқ бўшалишдан қониқиш йўқлигидан нолийди. Нажас бўтқасимон ёки суюқ бўлиши ҳам мумкин. Нажас устида шилимшиқ бўлади. Касаллик қўзиган вақтда дефекацияга псевдо (сохта) чақириқлар бўлиб, дефекация вақтида майда қаттиқ нажас бўлакчалари қонга ва шилимшиққа ўралиб тушади. Спастик колитда, асосан дистал бўлимлар яллиғланганда нажас қўйнинг қумалоғини эслатади. Сурункали колитнинг яна бир белгиси қоринда симилловчи оғриқ бўлиши, оғриқ қориннинг пастки соҳасида ёки ёнбош соҳаларида бўлиши кузатилади. Проктит (тўғри ичак яллиғланиши) касаллиги қўзиганда оғриқ тенезли бўлиб, дефекациядан кейин ҳам сақланиб қолади. Ҳуқна-

дан сўнг ҳам шундай оғриқлар безовта қилиши мумкин ва оғриқлар илиқ компресслар, холинолитиклар ва спазмолитиклар қабул қилингандан кейин йўқолади.

Яллиғланиш сероз қаватга ўтган (периколит) да оғриқлар доимий бўлиб қолади ва бемор юрганда кучаяди, ётган ҳолатида эса сусаяди.

Сурункали колитда кўп ҳолларда метеоризм кузатилиб, келиб чиқиш сабаби ингичка ичакда овқат ҳазм бўлишининг бузилиши ва дисбактериоздир.

Бемор яна диспептик ҳолатлар — анорексия, кўнгил айниши, кекириш, қоринда ғулдирашдан безовта бўлади.

Беморнинг умумий аҳволида ўзгариш бўлмайди, лекин баъзан умумий ҳолсизлик, меҳнат қобилиятининг сусайиши, астеноневротик синдром (сержаҳдлик, уйқунинг бузилиши ва ҳоказо) ҳам учрайди. Узоқ вақт давом этган колитда бемор озиб кетиши ҳам мумкин. Пайпаслаганда йўғон ичак йўналиши бўйлаб оғриқ, зичлашиш ва спазмлар аниқланади.

Копрологик текширувда: шиллиқ, лейкоцитлар ва баъзан эритроцитларнинг миқдори кўплиги аниқланади.

Колоноскопияда: шиллиқ қаватда морфологик ўзгаришлар, эрозиялар кузатилади.

Қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги кузатилади.

Даволаш: касаллик кўзиган вақтда бемор оз-оздан тез-тез овқатланиши керак (4—6 маҳал). Парҳез овқатлар (ичакларни таъсирламайдиган) берилиб, оқсил миқдори 100—120 г, энгил ҳазм бўлувчи ёғлар 100—120 г ва углевод 400 г ни ташкил қилиши лозим.

Медикаментоз даволаш:

а) антибиотиклар: тетрациклин, левомецетин;

б) сульгин, фталазол;

в) бификол;

г) алоэ экстракти, пеллоидин,

д) аутогемотерапия;

е) витаминотерапия.

Ич сурганда буриштирувчи ва ўраб олувчи воситалар: танальбин, гулбўта (тансал) дала ўти дамламаси, наъматак, черника, дамламалари берилади.

Қайнатма, дамламалар ва спазмолитиклар (беладонна препаратлари, атропин, метацинлар) билан бир вақтда даволаш яхши самара беради.

Метеоризмда:

а) активлаштирилган кўмир (0,5 г 3-4 маҳал);

б) ялпиз ўти дамламаси (1 ош қошиқдан, 1 неча маҳал 5,0—200,0);

в) мойчечак дамламаси (1—2 ош қошиқдан, 1 неча маҳал 10,0—200,0).

Қабзият безовта қилганда:

а) клетчаткага бой маҳсулотларни истеъмол қилиш (сабзавот, меваларни қирғичдан ўтказиб ёки қайнатиб);

б) даволаш физкультураси, уқалаш;

в) спазмолитиклар;

г) ични юмшатувчи дори воситалари (вазелин мойи, пурген);

д) физиотерапия — йўгон ичакни сув билан тозалаш, балчиқли аппликациялар, диатермия;

е) санаторий-курортларда даволаниш (Есентуки, Железноводск, Друскиненкай, Чинобод ва бошқалар) буюрилади.

Меъда ости безининг сурункали яллиғланиш синдроми — сурункали панкреатит

Этиологияси:

1) узоқ вақт давом этувчи ўткир панкреатит;

2) вақтида овқатланмаслик, ёғли овқат ва зираворларни мунтазам истеъмол қилиш;

3) сурункали ичкиликбозлик, айниқса овқатда оқсиллар ва витаминлар етишмовчилиги;

4) семизлик;

5) сурункали холецистит, ўт-тош касаллиги;

6) 12 бармоқ ичакнинг яра касаллиги, яра пенетрацияси;

7) қон айланишининг сурункали етишмовчилиги;

8) меъда ости безида қон айланишининг бузилиши;

9) юқумли касалликлар (вирусли гепатит);

10) гельминтозлар;

11) қўрғошин, симоб каби огир металлардан сурункали заҳарланиш;

12) аллергия ҳолатлар.

Сурункали панкреатит ривожланишининг асосий механизмларидан бири панкреатик без ферментлари (трипсин, липаза) ажралиб чиқилишининг бузилиши ва уларнинг аста-секин без паренхимасини аутолизга олиб келиши ҳисобланади. Шу билан биргаликда бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши, без бужмайиши ва склерозга учраши кузатилади.

Клиникаси: сурункали панкреатит симптоматикаси турлича бўлиб, аксарият қуйидаги белгиларни ўз ичига олади:

1) эпигастрал соҳа ёки чап қовурғалар остида оғриқ;

2) диспептик аломатлар (қўнгил айниши, аҳволни енгиллаштирмайдиган қусиш, ич кетиши ва баъзан қабзият, метеоризм);

3) панкреатоген ич кетиши;

4) бемор тана вазнининг камайиши;

5) қандли диабетнинг қўшилиши.

Меъда ости безининг бошчаси зарарланганда оғриқлар аксарият эпигастрал соҳанинг ўнг томонида, безнинг таначаси зарарланганда — эпигастрийнинг чап томонида, думи зарарланганда эса, чап қовурғалар остида жойлашади. Баъзан оғриқлар белга тарқалади ва камар каби ўраб олувчи характерга эга бўлади. Оғриқлар стенокардия хуружини эслатиб, юрак соҳаси, чап курак, елкага тарқалиши мумкин.

Оғриқлар кучи турлича: улар доимий (эзувчи, симилловчи), овқатдан сўнг пайдо бўладиган (айниқса ёғли овқат), хуружсимон бўлиши мумкин.

Пальпация пайтида эпигастрий ва чап қовурғалар соҳасида бироз оғриқ бўлиши мумкин. Безнинг бошчаси яллиғланганда панкреатик зона (Шафар зонаси) эзилганда, Мейо-Робсон зонасида (тери гиперестезияси туфайли) оғриқлар бўлади.

Диспептик белгилар: иштаҳа йўқолиши, кўнгил айнаши, қусиш, кекириш, метеоризм.

Лаборатор текширганда: лейкоцитоз, ЭЧТ ошганлиги, қон ва сийдикда диастаза юқори, гипергликемия, глюкозурия аниқланади.

Сурункали панкреатит турлари:

1) рецидивловчи (қайталовчи);

2) оғриқли;

3) псевдо ўсмалар (сариклик билан кечувчи);

4) склеротик;

5) латент (яширин).

ЖИГАР ВА ЎТ ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Сариклик синдроми: сариклик синдроми жигар касалликларида асосий ўринни эгаллаб, унинг деярли ҳамма касалликларида учрайди. Бу синдром тери ва шиллиқ пардалар касалликларида ҳам учрайди ва сарғиш рангга кириш билан юзага чиқиб, қонда ўт пигментлари ва билирубин ортиб кетиши натижасида ривожланади. Сариклик биринчи навбатда кўз склераларида, тил остида, танглайда пайдо бўлади, кейинчалик юз, оғиз ва бурун атрофи, қўл кафти сарғиш тусга киради. Сариклик мускулатураси ривожланган, рангпар беморларда, тери ости клетчаткаси ривожланмаган кишилардагига нисбатан кучлироқ ифодаланadi, чунки уларга билирубиннинг кўпроқ қисми терида тўпланиб қолади. Табианган тўладан келган одамларда сариклик кучли ифодаланмайди.

Узоқ вақт давом этаётган сарикликда тери яшил-сарғиш рангга киради (сабаби — биливердин тўпланишидир). Сариклик гемолитик, паренхиматоз ва механик бўлиши мумкин.

Гемолитик сариқликда қонда эркин билирубин ортганлиги, дуоденал суюқлик тўқ тусда, нажасда гиперхолия, сийдикда уробилиноген аниқланади.

Паренхиматоз сариқликда қонда боғланган билирубин ортган, ван-ден-Берг реакцияси тўғри секинлашган, дуоденал суюқлик бироз тўқлашган, нажасда гипохолия, сийдикда билирубин ва уробилиноген кузатилади.

Механик сариқликда (холемия синдроми) қонда боғланган билирубин миқдори юқори, ван-ден-Берг реакцияси тўғри ва тез, нажасда ахалия, сийдикда билирубин топилади.

Даволашда эътибор асосий касалликни даволашга қаратилади.

Портал гипертензия синдроми

Аксарият қизилўнғач веналари, веноз гипертензия (асосан, портал тизимда юқори ковак вена ва пастки ковак венанинг анастомозлари) билан биргаликда учрайди.

Этиологияси: портал цирроз, вирусли гепатит, портал фиброз, сурункали гепатит, билиар цирроз, карцинома метастазлари, поликистоз, портал ёки лиенал веналар тромбози, юракнинг сурункали касалликларидир.

Клиникаси: қизилўнғач веналари кенгайганда аксарият қон билан қусиш ёки қизилўнғачдан қон кетиши кузатилади. Варикоз қон кетишда ахлат қорайиб келиши ҳам мумкин, бунда яра касаллигига шубҳа қилиш нотўғри бўлади.

Жигар циррозида гепатоцитлар зарарланиши ва портал гипертензия натижасида қорин бўшлиғида асцитик суюқлик тўпланади ва асцит ривожланади. Бунда метеоризм, қабзият кузатилади. Ўрта порто-кавал анастомоз ривожланганда «медуза боши» симптоми пайдо бўлиб, қориндаги тери ости веналари кенгайди. Қорин бўшлиғида тўпланган суюқлик миқдори 10 л дан ошиши мумкин. Айрим ҳолларда 30—40л суюқлик тўпланиши мумкин. Пастки порто-кавал анастомоз ривожланганда, геморроидал қон кетишлар билан геморрой кузатилади.

Ҳамшира таъхиси: қон кетиши, асцит, метеоризм; қўшимча текшириш усуллари: киндик венасини контраст модда ёрдамида текшириш, жигар орқали портография усули билан контраст модда юбориб текшириш.

Даволаш: паллиатив жарроҳлик амалиёти, симптоматик даво, асосий касалликни даволашдан иборат.

Оғриқ синдроми: жигар ва ўт йўллари касалликларида оғриқ нуқталари ва зоналари аниқланади, бу зоналар ўнг ва чапда текшириб қўрилади.

1) ўт пуфаги нуқтаси (Кер белгиси) — пастки қовурғалар ва қориннинг тўғри мускуллари кесилмасида;

2) Мерфи симптоми — бармоқни ўт пуфаги соҳасига қўйиб, бемордан чуқур нафас олиши сўралади, нафас чиқарганда бармоқ қовурғалар остига, ўт пуфагига юборилади ва нафас олганда оғриқ пайдо бўлади;

3) Василенко симптоми — бемор қорин билан нафас олганда қовурғалар ости уриб кўрилганда оғриқ пайдо бўлади;

4) эпигастрал нуқтада;

5) холедохо-панкреатик зона — киндик чизиғи ва қориннинг оқ чизиғи ўртасидан 3—4 см нарида Биссектриса бурчагида;

6) Френикус — симптоми (Мюсси белгиси) — тўш-ўмров-сўрғичсимон мускул (*m. sternocleidomastoideus*) оёқчалари оралиғида босиб кўрилганда, ўнг қовурғалар остида;

7) акромеал соҳада;

8) курак нуқтаси — ўнг куракнинг пастки бурчаги соҳасида;

9) Ортнер белгиси — қўл билан қовурғалар остига уриб кўрилганда оғриқ синдроми: кўнгил айниши, қусиш, метеоризм билан бирга кузатилади.

Ҳамшира таъхиси: оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, метеоризм. Қўшимча текшириш: рентгенологик текшириш, УЗИ, дуоденал зондлаш, қонни текшириш.

Жигар паренхимасининг сурункали яллиғланиш синдроми

Этиологияси: ўткир вирусли гепатит, токсик ва токсикоаллергик фактор, алкоголь, ҳазм системаси ва ўт пуфаги касалликлари; баъзан — лептоспироз, ку-лихорадкаси, инфекциян моноклеоз, безгак.

Таснифи (С.Д. Подимов буйича):

Этиологияси буйича:

1) вирусли;

2) токсик;

3) токсико-аллергик;

4) алкогольли;

5) носпецифик реактив;

6) иккиламчи билиар сурункали гепатит.

Клиник фактори буйича:

1) сурункали актив гепатит (қайталовчи ёки агрессив);

2) липоид (аутоиммун—агрессив);

3) суст ифодаланган (персистловчи);

4) холестатик.

Қайталовчи сурункали гепатит: камдан-кам учраб, эрта жигар циррози ривожланиши билан ўтади.

Сурункали гепатитнинг ушбу формаси ремиссия ва қўзғалиш даврлари билан ўтади. Рецидивлар аксарият ҳарорат кўтарилиши билан бошланади. Клиник белгилари ўткир формасини такрорлайди: ҳарорат кўтарилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши, иштаҳа йўқолиши, сариқлик пайдо бўлиши, жигар катталашуви ва функционал синамалар ўзгариши кузатилади.

Жигар катталашади, зичлашади, талоқ катталашади, беморнинг тана вази камаяди, беморда жигар циррозининг клиник ва морфологик манзараси пайдо бўлади.

Касалликнинг қайталовчи формалари ўткир гепатитдан ташқари нотўғри ўтказилган гормонал терапиядан сўнг ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолатларда даволашдан сўнг сариқлик яна зўрайиб кетади ва касаллик жуда қисқа вақт ичида жигар циррози ривожланиши билан тугалланади.

Сурункали агрессив гепатитда аксарият ички аъзолар ҳам зарланади: ўт йўллари дискинезияси, меъда ости беzi касалликлари (қонда амилаза ортиши; стеаторея, креаторея, амилорея) учраб туради. Буларнинг сабаби — асосан оақатланиш режимини бузиш ва спиртли ичимликлар ичишдир.

Меъдадаги ўзгаришлар — оч қоринда секреция ортиши; меъда ширасида шилимшиқ пайдо бўлиши. Эндоскопияда гипертрофик, атрофик ёки аралаш гастрит учраши мумкин.

7—45% беморларда сийдикда ўзгаришлар учрайди: оқсил, гематурия, цилиндрурия, коптокчалар фильтрацияси пасаяди.

Люпоид гепатит — аксарият аутоиммун жараёнлар натижасида ривожланади.

Асосий белгилари:

- 1) гипергаммаглобулинемия;
- 2) қонда антителалар, LE — фактор;
- 3) жигарнинг лимфоид инфильтрацияси;
- 4) гормонал давонинг яхши натижалар бериши;
- 5) бошқа аутоиммун жараёнлар қўшилиши.

Клиникаси: аксарият 21—40 ёшдаги аёлларда учрайди. Касаллик ўткир ёки кучли ифодаланган белгилар билан, асосан ҳомиладорлик вақтида ёки операциялардан сўнг бошланади.

Беморларнинг ташқи кўриниши яхши:

- 1) сариқлик-доимий ёки вақти-вақти билан зўраяди;
- 2) температура вақти-вақти билан кўтарилади;
- 3) баданда жигар белгилари, юлдузли тошмалар, эркакларда гинекомастия;
- 4) жигар ва талоқ катталашган;
- 5) портал гипертензия белгилари — «медуза боши», геморрой, асцит, қон кетиши кузатилади.

Бошқа аъзолардаги ўзгаришлар — ўпка инфилтратлари, психозлар, артритлар, артралгия, плеврит, перикардит, эндокринопатиялар, ярали колит; аёлларда — аменорея, генитал гипоплазия, бепуштлиқ, тиреоидит, анемия ҳам кузатилади.

Ҳамшира ташхиси: сариқлик, гипертермия, гепатоспленомегалия, жигар белгилари, асцит, метеоризм.

Қўшимча текшириш усуллари: қонда LE — ҳужайралар, гипербилирубинемия, трансaminaза активлиги ортган, альбуминлар камайган, — гамма-глобулинлар ортганлиги аниқланади.

Даволаш:

1) Режим: жисмоний ва руҳий тинчлик. Кун ўртасида қисқа вақт дам олиш; қўзғалиш даврида — ётоқ режими. Жигарга таъсир этувчи воситалар ман этилади;

2) №5 парҳез (Левнер бўйича) — ёғли гўшт ва балиқ, зираворлар, қовурилган, тузланган ва дудланган маҳсулотлар чекланади, ўсимлик клетчаткаси миқдори кўпайтирилади. Кунига 5—6 маҳал овқатланиш лозим;

3) Медикаментоз даво:

Жигар ҳужайраларидаги моддалар алмашинувини яхшиловчи дорилар:

— витамин В₆ (тиамин) 0,001—0,02* 3 маҳал, м/о 1 мл — 5% ли тиамин хлорид ёки 6% ли тиамин бромид 20—30та инъекция;

— витамин В₁₂ ва фолат кислота (пиридоксин) (5мг* 3 маҳал), м/о витамин В 100 мкг (1 мл — 0,01%) 20—50 инъекция;

— витамин С (аскорбин кислота) 300—500 мг ёки м/о 1 мл — 5% ли 20—30 марта (1 курс даволашга);

— кокарбоксилаза 50—150 мг/сут. 15—30 марта;

— липоат кислота (липалид) рег ос овқатдан сўнг 1—2 таб 3—4 маҳал, 30—60 кун буюрилади. Такрорлаш курслари 2—3 марта йилига; жигар етишмовчилигида томирга 4—10 мл/сут. қилинади;

— эссенциале — капс. 175—300 мл, амп. 5 мл — 250 мг томирга, 10 мл. томирга томчилаб (глюкоза ёки бемор қонига қўшиб куйилади), 30—45 кун (1 курс даволашга);

— аминокислоталар ва оқсиллар гидролизати: глутаминат кислота, таб. 0,25, 1—1,5 г сут.; гидролизин, гидролизат казеин, аминокислотид томирга томчилаб юборилади;

— яллиғланишга қарши ва иммунсупрессив дорилар (глюкокортикоидлар, делагил, плэквинил, азатиоприн). Иммунсупрессив дорилар (глюкокортикоидлар) патологик жараённинг юқори фаоллигида буюрилади. Бунда қондаги альбуминлар миқдорига аҳамият бериш лозим. Бошланғич доза 20—30 мг; максимал дозани 3—8 ҳафтадан сўнг берилади ва кейин аста-секин камайтирилади;

— делагил (хлорхин, плаквенил) — суткалик дозаси 0,25—0,5 г дан 10—15 мг преднизолон билан қўшиб берилади;

— иммунодепрессантлар — дастлабки даврларда буюрилади: б-каптопурин, азатиоприн (имуран). Ножўя таъсирлари — тромбоцитопения ва лейкопения.

Ҳозирда сурункали актив гепатитда азатиоприн ва преднизолон биргаликда 1—3 ой давомида буюрилади. Азатиоприн анорексия, кўнгил айниши, қусиш, стоматит, лейкопения каби асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Левамизол — иммуномодулятор, фагоцитлар ва лимфоцитлар миқдорини нормал ҳолатга келтиради, 50 ва 150 мг таблеткада чиқарилади; 150 мг/сут. — ҳафтада 3 кун буюрилади.

Диспансеризация: беморлар диспансеризация қилиниб жисмоний ва эмоционал зўриқишлари чекланади. Йил давомида 2—3 марта даво курси ўтказилади, 4 марта тиббий кўриклардан ўтилади.

Сурункали персистловчи гепатит — бирданига ёки аста-секин ривожланиши мумкин.

Кўзгалиш даври жисмоний ва руҳий зўриқишлар, инсоляция, совқотиш, операция, дориларга аллергия, инфекциялар, физиотерапия, ҳомиладорлик таъсирида ривожланиши мумкин.

Асосий белгилари: ўнг қовурғалар остида оғриқ, диспептик ўзгаришлар, умумий ҳолсизлик, озиш, сариқлик, уйқусизлик, қон кетиши, t^0 кўтарилиши ва бошқалар.

Кўздан кечирганда: тери оч — сариқ рангда, пигмент доғлари, сариқлик, бадан қичишиши кузатилади.

Пальпацияда: жигар катталашган, зичлашган, оғриқли, текис, талоқ катталашмаган.

Ҳамшира ташҳиси: кўнгил айниши, қусиш, оғизда аччиқ таъм, кекириш, гепатомегалия, гипертермия. Кўшимча текшириш: УЗИ, қон — гипербилирубинемия.

Лабораторияда: трансминаза, альдолаза ортган, тимол ва сулемали синамалар ўзгарган ва гамма-глобулин ошган, альбуминлар пасайган, билирубин ва темир моддаси қон зардобидида ортганлиги аниқланади.

Касаллик узоқ йиллар давом этади. Баъзан ёғли дистрофия ривожланади.

Давоси: режим — жисмоний ва руҳий зўриқишларни чеклаш, 8—9 соатли уйқу ва тинч шароитни таъминлаш:

— 5- ёки 5а парҳез, ремиссия даврида 15-парҳез, алкохол, ёғли овқатлар, гўшт ман этилади, 4—6 маҳал овқатланиш лозим;

— дорилар — делагил 0,25—0,5 г/с 20—40 кун;

— витамин В₁, В₂, С, кокарбоксилаза, 20—30 кун;

— легалон (корсил) — 1—2 драже 3 маҳал, овқатдан сўнг, 1—3 ой; асоратлари — тери қичиши, эшакеми;

— ЛИВ-52 — 1—2 драже 3 маҳал, 30—40 кун;

— жигар гидролизатлари — рипазол, прогенар, сирепар, м/о 5 мг/сут. 20—30 инъекция буюрилади.

Диспансеризация: ҳар йили 20—30 кунлаб В гуруҳи витаминлари буюрилади; йилига 2—3 марта тиббий кўриқдан ўтилади.

Сурункали холестатик гепатит — унинг асосида ўт йўлларидаги яллиғланиш жараёнлари ётади.

Клиникаси: холецистит ва холангит белгилари билан ўтади — ўнг қовурғалар остида оғриқ (ўткир, зиравор ва ёғли овқатдан сўнг зўраяди), ҳарорат кўтарилиши, диспептик ўзгаришлар, сариқлик, тери қичиши кузатилади.

Кўздан кечирганда: сариқлик, қашилган жой излари; жигар 1,5—3 см га катталашган, зичлашган, оғрийди.

Ҳамшира ташхиси: оғриқ, гипертермия, сариқлик, диспептик синдром.

Кўшимча текшириш: УЗИ; лейкоцитоз, ЭЧТ, билирубин ошган. Касаллик узоқ вақт давом этиб, кейинчалик билиар циррозга ўтиши мумкин.

Давоси: парҳез, ўт ҳайдовчи дорилар, спазмолитиклар, антибиотиклар билан даволаш.

Ўт пуфагининг сурункали яллиғланиши. Сурункали холецистит билан касалланган беморлар 30—38% ни ташкил этади (ҳазм аъзолари системаси касалликларига қараганда).

Этиологияси:

- 1) ўт-тош касаллиги;
- 2) ўткир ва ёғли овқат;
- 3) оғир кўтариш;
- 4) силкиниш (тряска);
- 5) меъда ва меъда ости беши касалликлари;

Клиникаси: асосий белги — оғриқ (ўнг қовурғалар остида, баъзан эпигастрий соҳасида). Баъзан оғриқ ўнг курак остида пайдо бўлиб, кейинчалик қовурғалар остига кўчади, аксарият ўнг курак, ўмров, елка соҳаларига тарқалади, симилловчи, эзувчи характерга эга бўлади ва парҳезга риоя қилинмаслик натижасида зўраяди. Бунга ҳарорат кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, кўнгил айниши каби белгилар қўшилади, баъзан рефлексор қусиш кузатилиб, у беморнинг аҳволини енгилаштирмайди. Оғриқ кўпинча ўт пуфаги яллиғланиши, димланиб қолиши ва ўт пуфаги чўзилиб кетиши, қўшни аъзоларнинг ўзаро ёпишиб қолиши натижасида кузатилади.

Беморлар кўнгил айниши, кекириш, оғизда аччиқ таъм пайдо бўлиши, иштаҳа пасайиши, ичи бузилишидан шикоят қиладилар.

Кўздан кечирганда сариқлик кузатилади.

Ҳамшира ташхиси: оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, кекириш, гипертермия.

Кўшимча текширишда — қонда лейкоцитоз, ЭЧТ ортганлиги; дуоденал суяқликнинг II порциясида лейкоцитлар кузатилади.

Жигар циррози — сурункали касаллик бўлиб, гепатоцитлар ўлими, регенерация ўчоқлари пайдо бўлиши, бириктирувчи тўқималарнинг ўсиб кетиши, жигар архитектураси бузилиши, жигарнинг функционал етишмовчилиги ривожланиши ва бошқа ички аъзоларнинг зарарланиши билан характерланади.

Клиникаси (касалликнинг босқичига боғлиқ):

I босқич — бошланғич (компенсация) босқичи. Жигар ўзгаришлари минимал даражада ифодаланган. Бемор ўнг қовуралар остидаги оғриқдан, метеоризмдан, озиб кетишдан шикоят қилади. Кўздан кечирганда: аҳволи қониқарли, терининг ранги оқимтир тусга кирган, қўл кафтлари эритемаси кузатилади.

Лаборатория кўрсаткичлари ўзгармаган. Бу босқич бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин.

II босқич — субкомпенсация босқичи. Жигарнинг асосий функциялари ўзгарган. Беморда умумий ҳолсизлик, ўнг қовурғалар остида оғриқ, диспептик ўзгаришлар, геморрагик синдром (бурундан, бачадондан, тўғри ичакдан, қизилўнгачдан қон кетиши), тери қичиши, астеник синдром, эндокринопатиялар, гипертермия кузатилади. Беморнинг териси сарғайган, қўл кафти эритемаси, телеангиоэктазиялар, ксантомалар, «ноғора чўплари» белгиси, елка камари мускуллари атрофияси — гипертензия, АБ ошган. Жигар зич, катталашган; асцит, «медуза боши», геморрой, оёқларда шишлар, спленомегалия кузатилади.

III босқич — қизилўнгачдан, тўғри ичакдан қон кетиши, спленомегалия, қабзият, метеоризм, анорексия, тери қичиши, уйқу-сираш кузатилади.

Ҳамшира ташҳиси:

I босқичда — оғриқ, метеоризм, озиб кетиш астения, гепатоспленомегалия, асцит;

II босқичда — ҳолсизлик, оғриқ, диспепсия, геморрагик синдром, тери қичиши, депрессия, агрессия, дисменорея, сариқлик, гипертензия, асцит, бавосил, шишлар, гепатоспленомегалия.

III босқичда — қон кетиши, қизилўнгачдан, тўғри ичакдан қон кетиши, спленомегалия, қабзият, метеоризм, анорексия, ҳолсизлик, уйқусизлик, тери қичиши.

Лаборатория кўрсаткичлари: тромбоцитопения, лимфопения, ЭЧТ 50 мм/с гача ошган, глобулинлар ортган, ферментлар активлиги 1,5 барабар ошган, гипербилирубинемия.

III босқич — декомпенсация; паренхиматоз ва қон томирлар етишмовчилиги, асцит, шишлар, геморрагик синдром тўлиқ ифодаланган бактериемия, сепсис, жигар некрози, кома.

Умумий оқсил пасайган (альбуминлар камайган), холестерин, фиброген, протромбин камайган, ферментлар фаоллиги ортган (2—3 барабар)лиги аниқланади.

Цирроз барча орган ва тўқималарни зарарлайди. Асоратлари: жинсий дисфункция, тиреоидит, остеопороз ва остеомалация.

Билиар цирроз: асосий сабаби — жигар ичида ўт димланиб қолиши.

Клиникаси: ўнг қовурғалар остида оғриқ, кўнгил айниши, ўт билан қусиш, оғизда аччиқ таъм, метеоризм, ич кетиши, иштаҳа пасайиши, тери қичиши, гипертермия.

Тери саргайган, қашилган жойнинг излари, ксантома ва ксантелазмалар. Жигар катталашган, оғриқли, юзаси текис; талоқ катталашади мумкин.

Ҳамшира ташхиси — оғриқ, сариқлик, кўнгил айниши, қусиш, метеоризм.

Кўшимча текширишда: лейкоцитоз, ЭЧТ ошган.

Жигар комаси — жигарнинг ўткир ва сурункали касалликларида, гепатоцитлар некрози натижасида юзага келади. Сабаблари — ўткир гепатит (айниқса, ҳомиладорларда); заҳарли моддалардан (P, As, СС1, тринитротолуол), қўзиқоринлардан заҳарланиш. Кўшимча омиллар — алкоголь, қон кетиши, баъзи бир дори моддаларининг таъсири, диетада оқсил кўпайиб кетиши, заҳарли моддаларнинг таъсири, руҳий зўриқишлар, инфекция таъсири, операциялар.

Клиникаси: прекома (кичик гепатаргия) ва кома (катта гепатаргия)га бўлинади. Фикр юритиш секинлашади, эйфория ёки апатия, кайфият ўзгариб туриши, уйқу бузилиши, қўллар тремори, галлюцинациялар кузатилади. Кома босқичида — рефлекслар йўқолади, патологик рефлекслар, клоник талвасалар пайдо бўлади; Кусмауль нафаси, оғиздан жигар ҳиди, милклардан қон оқиши кузатилади, сариқлик зўраяди, жигар ҳажми қисқаради.

Ҳамшира ташхиси: эйфория, депрессия, апатия, уйқусизлик, тремор, галлюцинация, Кусмауль нафаси, геморрагик синдром, сариқлик, анемия.

Қонда: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ ошган, протромбин, фибриноген пасайган, билирубин ортган, азот қолдиқлари кўпайган, гипонатриемия, гипокалиемия ва ўлим ҳолати билан тугайди.

БУЙРАК ВА СИЙДИК АЖРАТИШ СИСТЕМАСИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ АСОСИЙ СИНДРОМЛАРИ

Буйрак паренхимасининг ўткир яллиғланиш синдроми

Ўткир диффуз гломерулонефрит иккала буйракнинг инфекция-он аллергия характерга эга бўлган яллиғланиши бўлиб, бу жараёнга буйрак коптокчаларининг (нефрон) жалб қилиниши билан кечади.

Этиологияси: ўткир гломерулонефритнинг энг кўп учрайдиган сабаблари, ангина, тонзиллит, юқори нафас йўллари касалликлари ҳисобланади. Бу маълумотлар текширишлар натижасида қуёнлар қонига стрептококкларни юбориш йўли билан аниқланган. Шунга қарамасдан гломерулонефрит келиб чиқишида нафақат стрептококклар, балки пневмококклар ва бошқа микроорганизмлар роли ҳам инкор этилмайди. Қорин тифи, тошмали тиф, дифтерия, бруцеллез инфекциялари билан оғриган беморларда ҳам гломерулонефрит касаллиги кузатилган. Айрим олимлар эса нефрит келиб чиқишида вируслар роли ҳам катталигини кўрсатиб ўтганлар.

Клиникаси: одатда оёқда ўтказилган ангина, фарингит ёки бошқа касалликлардан кейин бемор ўзини яхши ҳис қила бошлайди. Аслида эса ўткир гломерулонефритнинг латент даври бошланган бўлиши мумкинлигини инкор этиб бўлмайди. Кўпгина олимларнинг фикрича латент давр ўртача 10 кунга тенг бўлиб, бу даврдан сўнг эса беморларда беҳоллик, тез-тез чанқаш, сийдик ажралишининг камайиши кейинчалик эса юзда керикишлар пайдо бўла бошлайди. Кўпинча беморлар бош оғриғидан, бўғилиш ёки ҳаво етишмаслигидан шикоят қиладилар. Бунда сийдикнинг ранги «гўшт сели» тусига кириши кузатилади.

Лекин касалликда латент давр бўлиши бу шартсиз бўлиб, айрим ҳолларда касалликнинг интроинфекцион (инфекцион жараён пайтида) бошланиши ҳам кузатилади.

Одатда ЎГН (ўткир гломерулонефрит) клиникасида 3 та асосий синдром кузатилади:

1. Шиш синдроми.
2. Буйрак гипертензияси синдроми.
3. Сийдик синдроми.

Шиш синдроми

1. Шишлар ЎГН белгилари орасида энг кўп (70—90%) учрайдиган белгилардан бири ҳисобланади. Шишларнинг жойланиши ва даражалари ҳар хил бўлиб, кўпинча юзларда, айниқса пастки қовоқларда кўпроқ учрайди ва асосан наҳорга пайдо бўлиб, кечга яқин тарқайди. Айрим пайтларда шишлар оёқларда ва думғаза соҳаларда ҳам пайдо бўлиб, ташқи жинсий аъзоларга ҳам тарқалиши мумкин, баъзан эса бўшлиқлардаги шишлар (асцит, гидроторакс, гидроперикард) ҳам кузатилади. Айрим ҳолларда суюқлик организмда 15—20 кг гача ушланиб қолиши мумкин. Буйрак шишлари жойланиши бўйича фақат касалликнинг бошланғич даврида юрак шишларидан фарқ қилади.

Буйрак гипертонияси синдроми

70—80% ҳолларда учрайди. Одатда систолик босим 180 мм симоб устунигача, диастолик босим 115—120 мм симоб устунигача кўтарилиши мумкин. Касаллик яхши кечганда 3 кун оралигида бемор умумий аҳволининг яхшиланиши, шишларнинг тарқалиши ва протеинуриянинг камайиши билан бирга артериал босим меъёрига келиш мумкин. Бунда систолик босим диастолик босимга қараганда кўп даражада пасаяди. Артериал босимнинг тургун ва узоқ давом этиши эса касалликнинг яхши кечмаётганлигидан ва ҳатто сурункали формага ўтаётганлигидан далолат беради.

Пульс текширилганда, каротид синусидаги бараресепторларнинг кўзғалиши ва артериал босимнинг кўтарилиши билан боғлиқ бўлган брадикардияни кузатиш мумкин. Пульс қаттиқ ва тўлиқ. Кўпинча гемодинамик ўзгаришлар кузатилади. Бу ўзгаришларнинг асосида айланиб юрувчи қон ҳажмининг кўпайишига олиб келувчи Na ва сувнинг ушланиб қолиши ётади. А.Ю.Қ (О.Ц.К.) ҳажми ривожланган шиш кузатилган беморларда 7—9 литргача етади. Бунда ривожланган гипертония юрак бўшлиқларининг кенгайиб кетишига ва юрак етишмовчилигининг оғир формасига олиб келиши мумкин. Гиперволемия натижасида веноз босим 100—200 мм симоб устунигача кўтарилиши мумкин, натижада вена қон томирларининг бўртиши, жигарнинг катталашуви кузатилади. Қон айланишининг бузилиши натижасида тахикардия ҳатто ўпкада димланиш белгиларини (ҳансираш, цианоз, ортопноэ, аускультацияда нам хириллашлар) кузатиш мумкин. Юрак аускультациясида I тоннинг сусайиши, Аортада II тон акценти, юрак чўққисидан митрал клапан нисбий етишмовчилиги натижасида пайдо бўлувчи шовқинлар эшитилади. Оғир ҳолларда III тон ва от дупури ритми кузатилади.

Сийдик синдроми

Бу синдром гематурия, протеинурия билан кечади. Сийдик рангининг «ғўшт сели»га ўхшаши характерланади. Сийдик рангининг қизариши буйрак хасталигидан бўлмаслигини эсда сақлаш лозим. Айрим маҳсулотлар, дорилар (масалан, лавлаги, ацетил салицил кислота) истеъмолидан кейин сийдик ранги ўзгариши мумкин.

Ҳамшира ташхиси:

- ҳар хил даражадаги шишлар;
- бош огриги, бош айланиши;
- юрак соҳасида оғриқлар;
- ҳансираш;
- цианоз;

- гепатомегалия;
- тахи, брадикардиялар.

Режа:

- беморларни кузатиш ва парвариши қилиш;
- врач кўрсатмаларини бажариш;
- беморларни кўшимча текширувларга ва мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш:

Беморларни кузатиш ва парвариш қилишдан, врач кўрсатмаларини ўз вақтида бажаришдан, кўшимча текшириш усулларига беморларни вақтида тайёрлашдан, дори воситаларини ва муолажаларни ўз вақтида бажаришдан, беморларни мутахассислар кўригига тайёрлашдан иборат.

Р текширувда: юрак сояларининг чапга ва ўнга силжиши кузатилади.

ЭКГ да P-Q интервал кенгайган бўлиши мумкин (а-в блокада, I даража) T тишининг қўшилиб 2 фазали бўлганлиги, тишчалар ҳаммининг пасайиши кузатилади.

Кўз тубини текширишда артерияларнинг торайиши, веналарнинг кенгайиши кузатилади.

Лаборатор текшириш.

Диурез камайган, нисбий зичлик ортган — 1,020 ва ундан юқори.

Протеинурия — касалликнинг бошланғич кунлари кўпроқ ифодаланганида, оқсил миқдори 1% дан ортиқ, айрим ҳолларда 5—12% гача етади, оқсил бир суткада 3 г. гача йўқотилиши мумкин.

Гематурия — макрогематурия 12—18% беморларда кузатилади. Микрогематурияда эритроцитлар сони 1-кўриш майдонида 30—40 ва баъзан ундан ҳам ортиқ бўлиши мумкин.

Айрим ҳолларда **лейкоцитурия** кузатилиб, 1-кўриш майдонида 4—6 ва баъзан ундан ҳам ортиқ бўлиши мумкин.

Лейкоцитурия ва гематурия буйрак коптокчалари капиллярлари деворларининг шикастланиши натижасида юзага келади. Микрогематурия протеинуриядан ҳам узоқроқ кечеди.

Цилиндрурия — 1-кўрув майдонида 1 дан 10—20 гача бўлган гиалинли ва доначали цилиндрлар кузатилади.

Қон таҳлилида: нормохром анемия, нейтрофиллёз, ЭЧТнинг ошиши (30—50 мм/с гача), гипопротеинемия (альбуминлар камаяди, аа-2 ва р— глобулинлар ортади), ЎҒН да антителолар титри ҳам ошиб (антистрептолизин — О, антистрептокиназа, антигиалуронидаза) стрептококкли этиологияга кўрсатма беради.

Асоратлари.

Касалликнинг бошланғич кунлари олигоанурия кузатилади. Олигоанурия қанча узоқ давом этса, қон зардобидида қолдиқ азот

ва унинг фракцияларининг сақланиб қолиш даражаси шунчалик юқори бўлади. Агарда анурия 8 кундан ортиқроқ давом этса, бу касалликнинг ёмон кечаётганидан далолат беради.

1. Ўткир чап қоринча етишмовчилиги (юррак астмаси, ўпка шиши).

2. Буйрак эклампсияси (энцефалопатия, артериал босим, мия ички босими ортади, мия шиши юзага келади).

Профилактикаси:

Касаллик профилактикаси юқори нафас йўллариининг инфекцияларини ўз вақтида даволашдан ва организмни чиниқтиришдан иборат.

Даволаш.

1. Ётоқ режими.

2. 7-парҳез (туз ва сувни кескин чеклаш).

3. Медикаментоз даво:

а) юрак етишмовчилигида гликозидлар буюриш;

б) гипотензив препаратлар (раувольфий препаратлари, дибазол, папаверин);

в) эклампсиянинг бошланғич белгиларида (қон чиқариш, магний 25% 25—50 мг; 2,5% ли — 2,0 аминазин, 200—250 мл — 40% ли глюкоза эритмасини венага юбориш (дегидратация мақсадида), В, Е, С, Р витаминларини қўллаш.

г) десенсибиловчи терапия (кальций глюконат, димедрол, супрастин).

3 ойдан ортиқ кечувчи артериал босимнинг ортиши, 6 ой давом этувчи гематурия ва протеинурия жараённинг сурункали формага ўтишидан далолат беради.

Буйрак паренхимасининг сурункали яллиғланиш синдроми (Сурункали гломерулонефрит)

СГН — узоқ кечувчи буйрак коптокчаларининг емирилишига, артериал гипертонияга, буйрак иш фаолиятини пасайтириб, унинг бужмайишига ва буйрак етишмовчилигига олиб келувчи икки томонлама актив иммун яллиғланишдир.

Этиологияси:

СГН кўп ҳолларда яхши даволанмаган ёки оёқда ўтказилган ўткир гломерулонефритдан сўнг юзага келади. Бу касаллик аутоиммун характерга эга бўлиб, организмнинг реактивлигига боғлиқ.

Клиникаси.

СГН нинг асосий синдромлари — шиш, буйрак гипертонияси, сийдик ва буйрак функцияларининг ўзгариши бўлиб ҳисобланади. Ҳозирда СГН нинг куйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

1) нефротик (шишли — альбуминурик);

- 2) гипертоник (формаси);
- 3) аралаш (шишли-гипертон);
- 4) латент (формаси) тури.

Айрим олимлар СГНнинг терминал формасини ҳам ажратадилар ва бу форма СГНнинг сурункали буйрак етишмовчилиги босқичи ҳисобланади.

Нефротик тур сийдикда оқсил миқдорининг ҳаддан зиёд ортиши (гиперпротеинурия), қон зардобидида оқсил миқдорининг камайиши (гипопротеинемия), гиперхолестеринемия (18—25 ммоль/л) ва юзда, тери ости ёғ клетчаткаларида ва бўшлиқларда ҳосил бўлувчи шишлар билан характерланади. Шишлар оғир даражада бўлиб, қоннинг онкотик босими ва альбуминлар миқдорининг пасайишига боғлиқ. Бундан ташқари буйракнинг яллиғланиш белгилари ҳам учраши мумкин (гематурия, буйрак функцияси филтрацион хусусиятининг пасайиши). Артериал босим ортиши кузатилмайди.

Гипертоник тури. СГНнинг бу турида шишлар ҳамда сийдикдаги ўзгаришлардан кўра артериал босимнинг ортиши олдинги ўринга чиқиб олади. Артериал босимнинг ортиши кўпинча латент кечувчи ўткир нефритдан сўнг ҳосил бўлади. АБ 180/100—200/120 мм симоб устунигача кўтарилиши мумкин.

Беморларни текширганда (ҳам перкутор ҳам рентген, ЭКГ орқали) чап қоринча гипертрофияси белгилари кузатилади. Юрак аускультация қилинганда, юрак чўққисидида I тон бўғиқлашганлигини, аорта устида эса II тон акцентини эшитиш мумкин.

Кўз туби текширилганда фақатгина артерияларнинг торайганини кўриш мумкин.

Аралаш тури. Бу тур энг оғир турлардан бири ҳисобланиб, тезда сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келади. Бу турда ҳам нефротик ҳам гипертоник турларнинг белгилари учрайди.

Латент тури. Энг кўп учрайдиган тури бўлиб, бунда оз миқдорда сийдикда ўзгаришлар кузатилади ва узоқ муддат (10—20 йил) кечиб, СБЕ (сурункали буйрак етишмовчилиги)га олиб келади.

Терминал тури. Терминал тур сурункали буйрак етишмовчилиги ҳисобланади. Бу турда барча аъзолар томонидан ўзгаришлар кузатилади ва диспепсик, неврологик, гипертоник ҳамда сийдикдаги ўзгаришлар асосий синдромлар ҳисобланади.

Диспепсик синдром иштаҳанинг пасайиши, чанқоқлик, оғиз қуриши, кўнгил айниши, эпигастрал соҳада оғирлик сезгиси, теридаги қичималар билан характерланади. Организмда урохром пигментининг сақланиб қолиши туфайли тери қопламлари оч сарғиш рангда бўлиб, анемия кузатилади. Терида қичишишдан қолган тирноқ излари кўринади. Тил қуруқ, оқиш сарғиш караш билан қопланган. Мочевинанинг сийдик безлари орқали ажралиши натижасида оғиздан урина (сийдик) ҳиди келади. Стomatит, гин-

гивит, энтероколит, эрозив гастрит, колит ривожланиши мумкин. Баъзан ич суриши (кетиши) кузатилади.

Нефрологик синдром адинамия, бўшашиш, апатия билан намоеън бўлади. Беморлар безовта, кундузи уйқучан, тунда уйқусизликдан шикоят қиладилар. Икрасимон мушакларнинг фибрилляр тортишишлари, тоник қалтирашлар кузатилади.

Организмда нордон маҳсулотларнинг ушланиб қолиши натижасида Куссмауль нафаси ёки нафас марказининг қон билан таъминланишининг бузилиши натижасида Чейн Стокс нафаси эшитилиши мумкин, кўз қорачиқлари торайган АБ баланд ва коррекция қилинмайди (даволаш наф бермайди) юрак етишмовчилиги юзага келади. Мочевина сероз пардалар орқали ажралади ва плевра ишқаланиш шовқини билан фибриноз плеврит, пневмонит, перикардит юзага келади. Беморлар озиб кетишлари мумкин. Гипорегенератор анемия, токсик лейкоцитоз ($20 \cdot 30 \cdot 10^{12}$ л чапга силжиш билан), ЭЧТнинг ошиши кузатилади. Одатда геморагик синдром (бурундан, шиллиқ қаватлардан қон кетиш) юз бериб, беморлар ҳаётдан кўз юмадилар.

Ҳамшира ташхиси.

Умумий беҳоллик, теридаги қичишишлар, шишлар, кўзғалиш ёки депрессия, апатия, кайфиятда лабиллик, гипертензия, брадикардия ёки тахикардия, ҳансираш, плевра ва перикард ишқаланиш шовқини, милк ва бурндан қон оқиш.

Ҳамшира парвариши режаси:

- беморларни кузатиш ва парвариш қилиш;
- врач буюрган муолажаларни бажариш;
- беморларни қўшимча текшириш усулларига тайёрлаш;
- беморларни мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш. Беморларни тўғри парвариш қилиш ва кузатишдан, текширишлар учун биологик материаллар (қон, сийдик) олишдан, дориларни ўз вақтида тарқатишдан, беморларни мутахассислар кўригидан ўтказишдан иборат.

Даволаш.

1. Тузсиз парҳез (7-стол) ($2-2,5$ г NaCl). Буйрак функциялари етарли бўлганда 1 кг тана оғирлигига $2-2,5$ г оқсил.

2. Витаминтерапия: Вит. С, В, А.

3. Кортикостероидлар.

4. Гипотензив дорилар.

Уремияда — уремик интоксикация билан курашиш.

Оқсил қатъий чекланади, ёғлар миқдори кўтарилади. Ацидозни даволаш учун 4—5% ли натрий гидрокорбонат эритмасини венага томчилаб ёки клизма орқали юборилади. Ошқозон ювилади, ичаклар тозаланади. Диализ қилиниб, анаболик гормонлар берилади.

Пиелонефрит — буйрак паренхимаси ва жомларининг ўткир яллиғланиш синдроми: буйрак тўқимасининг ва жомча-косача системасининг ўткир инфекцияли яллиғланиш касаллиги бўлиб ҳисобланади.

Этиологияси: ўткир пиелонефритнинг асосий сабаби — сийдик йўллариининг инфекцияси ҳисобланади. Ўткир ва сурункали пиелонефрит билан оғриган кўпчилик беморларда доимий бактериоурия инфекциясининг топилиши бунинг исботидир. Лекин пиелонефрит фақатгина инфекцияни тўғридан-тўғри сийдик йўлига тушишидан эмас, балки макроорганизм билан вирулентлиги кам бўлган микроорганизм ўртасидаги номутаносиблик натижасида ҳам келиб чиқади. Кўпинча бундай микроорганизм ичак таёқчаси ҳисобланади, бу микроорганизм иммунологик реакциялар ва антителалар ҳосил бўлишини чақирмайди. Кўп ҳолларда пиелонефрит тўлқинсимон кечади, яъни авж олиш даврлари билан алмашилиб кечади. Охирги пайтда фақатгина бактериурияни аниқлаш билан чекланиб қолинмасдан, балки 1 мл сийдикда ажралаётган микроб таначаларини ҳисоблашга катта аҳамият берилмоқда. Пиелонефрит билан оғриган беморларнинг 1 мл сийдигида 10000 дан зиёд микроб таначалари ажралади. Булар ичак таёқчалари, протейлар, кўкйиринг таёқчалари, стафилококклар ва ҳоказолардир. Бу микроорганизмлар айниқса антибактериал дорилар билан даволанган беморлар сийдигида кўпроқ топилади. Буйрак жомларига инфекция лимфоген, гематоген, сийдик йўллари орқали киради. Жомларга микроблар кириб ўтириб олади ва секин-аста буйрак дарвозасидан мия (мағиз) қисмига тарқалиб, буйрак қопчасининг физиологик ҳолатига таъсир қилади ва сийдик йўллари атониясини, уларнинг кенгайиши, торайишини келтириб чиқаради, натижада микроблар сийдикнинг буйрак жомларигача бемалол ҳаракатланишига тўсқинлик қилади.

Демак, сийдик стази яъни сийдик димланиб қолиши юз беради. Бу эса ўз навбатида жомларнинг инфекцияланишининг асосий факторларидан бири ҳисобланади.

Ўткир пиелонефрит клиникаси. Касаллик кўпинча шамоллаш, совқотиш, инструментал урологик текширувлар натижасидан сўнг юзага келади. Ўткир пиелонефрит эркаклардан кўра аёлларда 3—4 марта кўпроқ учрайди, 2% дан ортиқ аёллар ҳомиладорликнинг 2-ярмида ёки тугриқдан кейин ўткир пиелонефрит билан оғрийдилар. ЎПнинг бошланиши ўткир инфекцион касалликни эслатади: тўсатдан ҳарорат кўтарилиши, қалтираш, умумий ҳолсизлик, мушакларда оғриқлар, кўнгил айниши ва қусиш безовта қилади. Бундан ташқари маҳаллий симптомлар ҳам кузатилади: белдаги оғриқларнинг чов ва қов соҳаларига берилиши билан характерланади. Оғриқлар дизурик белгилар билан (ачишиш ва тез-тез си-

йиш) бирга кечиши мумкин. Сийдик хиралашган, йирингли чўкма билан, баъзан қизғиш ва қўланса ҳидли бўлади.

Беморларни текширганда юз гиперемияси (қизариши), терлаш, мушакдаги оғриқлар аҳамиятли ҳисобланади. Буйрак соҳасида оғриқ, Пастернацкий симптоми кескин мусбат, қовурғалар остида ва мушакларнинг таранглиги, оғриқ кузатилади. Сийдик чўкмасини микроскопия қилинганда жуда кўп миқдорда нейтрофил лейкоцитларни топиш мумкин. Аддис — Каковский бўйича саналганда лейкоцитлар миқдори бир неча миллионга етади. Бундан ташқари чўкмада гиалинли цилиндрлар кузатилади. Оқсиллар 1% дан ошмайди. Айрим ҳолларда оз миқдорда транзитор гематурия кузатилади. Касалликнинг ўткир даврида сийдикнинг нисбий зичлиги пасаяди, изо-гипостенурия, полиурия, никтурия, чанқоқлик билан кечади. Бактериоскопияда ва сийдик экмасида кўп миқдорда микроблар, айниқса ичак таёқчаси, кўкйиринг таёқча, стафилакокк, протейлар топилади. Микроблар сони 1 мл, сийдикда уларнинг ҳажми 10 мингдан — 100 мингтагача етади.

Ҳамшира таъхиси: қалтираш, лихорадка, бош оғриғи, «силла» қуриши, бел соҳасида оғриқлар, дизурик белгилар.

Режа:

- беморларни кузатиш ва парвариш қилиш;
- врач кўрсатмаларини бажариш;
- беморларни мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш:

- беморларни кузатиш ва тўғри парвариш қила билиш;
- беморларни биологик материалларни йиғиш учун тайёрлаш (сийдик, қон);
- беморларни мутахассислар кўриги ва инструментал-лаборатор текширувларга олиб бориш. Периферик қонда лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭЧТнинг ошиши ва чапга силжиш аниқланади. Асоратсиз ўтаётган пиелонефритда азотемия ва гипертония кузатилмайди. Ўткир пиелонефрит асоратлар берганда буйрак функцияларининг ўткир бузилишлари ва қолдиқ азот миқдорининг ортиши, қонда мочевина, креатининнинг кўпайиши кузатилади. Рационал антибактериал терапия натижасида ўП нинг барча симптомлари йўқолади, фақатгина бактериурия секин-секин пасайиб, узоқ муддат сақланиб қолиши мумкин.

Буйрак паренхимаси ва жомчаларининг сурункали аллиғланиш синдроми (сурункали пиелонефрит)

Даволанмаган ва охирига етказилмай даволанган ўП сурункали пиелонефритга ўтади. Ўткир пиелонефритдан фарқли равишда сурункали пиелонефрит кўпинча яширин бошланади ва яши-

рин кечади. Бу даврда касалликнинг биргина белгиси, интоксикация белгилари — ҳолсизлик, тез ва кўп терлаш, бош оғриғи, иштаҳа йўқлиги, иситма, монотон субфебрил ҳарорат ҳисобланади. Тахминан беморларнинг 1/3 қисмидан аввал сийдик йўллари инфекциялари билан касалланганлиги ҳақида анамнестик маълумотлар олиш мумкин, қисман беморларда эса, тез сийиш, бел соҳасида симилловчи оғриқларга шикоят бўлиши мумкин.

СП нинг латент ва узоқ кечиши айрим ҳолларда бирданига авж олиш билан алмашилиши мумкин. Бу ҳолатда интоксикация белгилари кучаяди, ҳарорат кўтарилади, оғриқлар кучаяди, дизурик ўзгаришлар кузатилади. Бундай ҳолат узоқ муддат антибактериал терапияни талаб қилади. Бунда албатта микроорганизмларнинг антибиотикка сезgirлиги аниқлаб олинади.

Кўпгина беморларда транзитор гипертония бўлиши мумкин. Фақатгина СБЕ (сурункали, буйрак етишмовчилиги) юз берса, гипертония стабил кўринишга эга бўлади, изогипостенурия, никтурия, азот шлаklarининг ушланиб қолиши, коптокча филтрациясининг пасайиши белгилари қўшилади.

Ҳамшира таъхиси: ҳарорат кўтарилиши, бел соҳасида оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, бош оғриғи, қалтираш, тез чарчаш ва ҳ. к.

Режа:

- беморларни парвариш қилиш ва кузатиш;
- врач кўрсатмаларини бажариш;
- беморларни мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш: беморни тўғри парвариш қилиш ва доимий кузатиш, дори-дармонларни ўз вақтида тарқатиш, муолажаларни бажариш, биологик материаллар (қон, сийдик)ни лаборатор анализ учун йиғиш, қўшимча текшириш усуларини амалга ошириш ва керакли мутахассисларга олиб бориш.

Асоратлари.

Некротик папиллит, септикопиемия, транзитор, стабил, ёмон сифатли гипертония, гипохром анемия, уремия.

Даволаш.

Антибиотикограмма назорати билан антибактериал даво.

Сийдик қопининг носпецифик яллиғланиш синдроми (цистит)

Носпецифик циститларнинг ўзига хос белгиси шундан иборатки, улар ҳар бир урологик касалликнинг ёндош касаллиги, ёки унинг асорати бўлиб ҳисобланади. Шунинг учун ҳам циститнинг клиник кўриниши асосий касалликнинг характериға боғлиқ бўлади.

Этиологияси. Этиологиясида қуйидагилар асосий роль ўйнайди:

1. Микроб фактори. Асосан *E. coli* — 50% беморлар сийдигида топилади. Протейлар, стафилакокклар, микоплазма, хламидиялар (асосан жинсий аъзолардан ўтади; эркакларда Рейтер синдромидан сўнг).

2. Совқотиш фактори.

3. Кимёвий факторлар.

4. Паразитар фактор, радиациядан нурланиш ва ҳ.к.

Клиникаси. Ўткир циститнинг классик триада симптоми мавжуд:

1. дизурия;

2. терминал гематурия;

3. пиурия.

Ўткир циститлар кўпинча бирламчи, морфологик катарал ёки геморрагик, кўпинча диффузли бўлади. Сурункали циститлар эса бирон бир урологик касалликлар ёки аномалиялар натижасида юзага келади.

Доимий ва даврий дизурия поллакурия бўлиб, сурункали циститнинг анъанавий белгилари ҳисобланади.

СЦ рецидивлар ва ремиссиялар билан кечади. Интерстициал циститлар оғирроқ кечиши билан характерланади. Бунда оғриқли сийдик ажратиш кучаяди, тенезмлар, макрогематурия, эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлади. Сийдик ажратиш кучайиб суткасига 40—50 мартага етади. Айрим ҳолларда беморлар оғриқлардан ҳолдан тоядилар, депрессияга, астенизация ҳолатига тушадилар. Дизурия ва бошқа белгилар касалликнинг бошланғич даврларида сийдик қопчаси деворининг шиши ва яллиғланиш инфильтрацияси, лимфоотокнинг бузилиши, кейинчалик эса шиллиқ қаватда ярачалар, трофик ўзгаришлар пайдо бўлиши ва яллиғланишнинг пуфак олди клетчаткасига ўтиши билан боғлиқ бўлади.

Касалликнинг охириги даражасида сийдик қопи деворида кўп миқдорда бириктирувчи фиброз тўқима ҳосил бўлади. Сийдик қопи бужмайиб, унинг ҳажмининг кескин қисқарувига олиб келувчи, қайтмас ўзгаришлар юзага келади. Бу ҳолларда беморлар ишга лаёқатсиз бўлиб қоладилар.

Циститни аниқлаш қийинчиқ туғдирмайди. Фақатгина этиологик диагностика муҳим бўлиб, бирламчи циститларда инфекция ўчоғини аниқлаш, иккиламчи циститларда эса асосий урологик касалликни аниқлаш лозим бўлади.

Ҳамшира ташхиси.

Дизурик ўзгариш (тез-тез сийиш) қов соҳасида оғриқлар, кичик порцияларда сийдик ажратиш, баъзан лихорадка ва ҳ. к.

Қоннинг умумий таҳлилида:
лейкоцитурия, эритроцитлар, эпителий, кўп миқдорда шилликлар топилади.

Цистоскопия — асосий текшириш методи ҳисобланади. Ўткир циститда цистоскопия қилинмайди.

Сурункали циститда даволаш этиологик бўлиши керак. Ўткир циститда:

1. Тинчлик, иложи борича ётоқ режими.
2. Парҳез.
3. Спазмолитиклар (но-шпа, ависан, платифилин, баралгин).
4. Десенсбилловчи терапия (димедрол, пипольфен, кальций хлорид).
5. Оғриқ қолдирувчилар (кодеин, белладонна экстракти per os ёки шамчалар).
6. Антибактериал терапия (бактериал флорани аниқлаган ҳолда).
7. Оддий антисептиклардан салол, метилен кўки, нитрофуран препаратлари буюриш.
8. Инфекция ўчоқлари санацияси.
9. Умумий қувватловчи терапия (витаминар, метилурацил 1 г 3 маҳал: пеитоксил 0,24 г 1 маҳал кунига).
10. Седатив препаратлар. Сурункали циститда маҳаллий даво қилинади:

1) сийдик қопини ювиш ва инстиляция (фурациллин, ляпис, гидрокортизон, облепиха мойи, стерил балиқ мойи билан) қилиш;

2) интерстициал циститда гармонотерапия: гидрокортизон 50 мг дан 1 ой ичиди, преднизолон 20 мг кунига 3 марта бир неча ҳафта, дозасини 5 мг дан кунига камайтирган ҳолда;

3) гепаринотерапия — 10000 — 20000 ТБ дан 1 литр 5% ли глюкоза эритмасида венага томчилаб, 4 кун давомида юборилади;

4) физиотерапия: диатермия, электрофорез новокаин ва ферментлар билан буюрилади.

Ўткир буйрак етишмовчилиги синдроми

ЎБЕ — бу полиэтиологик характерга эга бўлган патологик ҳолат бўлиб, бунинг этиологиясида турли агрессиялар — таъсири натижасида ҳосил бўлган жараён «фони» (асоси) ётади.

ЎБЕ этиологик факторлари:

1. Травматик агрессия.
2. Инфекцион агрессия (септик аборт, бактериал шок).
3. Аллергик агрессия (илон, ари, ҳашаротлар чақиши, поствакцинал нефропатия).
4. Гемолиз агрессияси.
5. Буйрак қон айланишининг тўхташи.

6. Сийдик ажралишининг бирданига тўхташи (субренал ва қобиқ усти ануриялари).

Клиникаси.

ЎБЕнинг клиник кечишида қуйидаги босқичлар тафовут қилинади:

1. Бошланғич ёки қарахтлик (шок стадияси) босқичи.
2. Олигоанурик босқич.
3. Диурезнинг тикланиш босқичи.
4. Тузалиш босқичи.

1. Бу босқич симптомлари касалликнинг этиологиясига қараб ҳар хил бўлади. Масалан, Нг (симоб), кислоталар билан заҳарланганда, меъда-ичак тракти шикастланиши белгилари билан, узоқ эзилиш синдроми ёки травмалардан сўнг қарахтлик белгилари билан маҳаллий симптомлар кўринишида намоён бўлади. Септицемияда, мос бўлмаган қон қуйилганда терида сариқлик, гемолиз белгилари ва қарахтлик кузатилади. Бу босқичнинг умумий клиник белгиси циркулятор коллаж ҳисобланиб, у бир неча соатдан бир неча суткагача давом этиши мумкин. Диурезнинг 400—600 мл га камайиши (айрим ҳолларда суткасига 50—60 мл га) кузатилади.

1-босқич мuddати 1—2 кунга етиб, буйрак функциясининг ишдан чиқиш клиник белгилари кам кўринади.

2. Олигурия босқичи:

Олдинги ўринга буйрак функциясининг ишдан чиқиш клиник белгилари ўтади: суткалик диурез 500 мл гача камаяди. Олигурияда сийдик ранги тўқ, хира, баъзан қон аралаш, зичлиги пасайган, (1009—1010), сийдик чўкмаси микроскопия қилинганда эритроцитлар, лейкоцитлар, эпителиал хужайралар кўп миқдорда кўринади. Томир ичи гемолизиди гемоглобин парчалари, узоқ эзилиш синдромида эса миоглобин кристалларини топиш мумкин.

Олигурия бир неча кундан 3—4 ҳафтагача чўзилиши мумкин. Бу босқичда гемостазда чуқур ўзгаришлар рўй беради ва бу ўзгаришлар оғир функционал бузилишлар билан боғлиқ бўлади. Беморларни кўнгил айланиши, қорин соҳасидаги оғриқлар Пастернацкий белгисининг мусбат бўлиши, анемия белгилари безовта қилади. Аускультацияда ўпкада хириллашлар, юракда систолик шовқинлар эшитилади, АБ нинг кўтарилиши, тахикардия кузатилади. Тана ҳарорати нормада, баъзан кўтарилиши ҳам мумкин.

МНС томонидан ҳам ўзгаришлар кузатилади: астения, бош оғриғи, мушак тортишишлари. Гипергидратация натижасида беморлар уйқучан, бир оз тормозланган бўлади. Айрим ҳолларда конвульсив кризлар пайдо бўлади.

Узоқ кечувчи ва ўткир буйрак етишмовчилигида тери қопламлари қуруқ бўлади.

Азотемия ортиши билан кўкрак, бурун қанотлари, пешона териларида мочевина кристаллари тўпламларини кўриш мумкин. Тил қуруқ оқ ёки қўнғир караш билан қопланади. Оғиз шиллиқ қавати қуруқ, лакланган, баъзан ярачалар тошган. Иштаҳа пасайган, айрим ҳолларда йўқолган, қабзият безовта қилади, азотемия кучайганда ич кетишлар кузатилади.

3. Диурезнинг тикланиш босқичи

Бунга диурезнинг секинлик билан тикланиши характерлидир. Кўпинча тикланиш бошланишидан олдин, 3—5 кун ичида сийдик миқдори 2—3 л га етади. Бошланғич даврларда сийдик ажралишининг тикланишига қарамасдан беморлар аҳволи оғирроқ бўлади, сийдикнинг нисбий зичлиги (1010—1012) оқсилларга, эритроцит, лейкоцит, эпителиал ҳужайраларга, бактерияларга бой бўлади. Азот чиқарилиши кам (1 г гача) қолдиқ азот, мочевина, креатинин концентрацияси нормага келмайди. Диурез билан электролитлар чиқиб кетиши кузатилади. Гиперкалиемия гипокалиемия билан алмашади. Бу эса миокард функциясини бузиб, юрак тўхташига олиб келиши мумкин. Сийдик орқали мочевина, азот, К, Mg ажралади. Гипокалиемия, гипомагниемия, сувсизланиш бемор организми учун хавф туғдириши мумкин. Клиник жиҳатдан бу белгилар: астения, ҳолсизлик, бўшашиш билан кўринади. Айрим ҳолларда бемор ҳушдан кетиши ҳам мумкин, кўп сув йўқотиш натижасида бемор ориқлаган ҳатто кома ҳам юз бериши мумкин.

Сув — электролит ўзгаришлар нормаллашгандан сўнг беморнинг умумий аҳволи яхшилана бошлайди, иштаҳа тикланади, эритроцитоз эса секинлик билан тикланиб анемия чўзилади. Бу босқич 20—75 кун давом этади.

4. Тузалиш босқичи. Бу босқич 3—6 ойдан 2 йилгача давом этади. Беморнинг аҳволи секин-аста яхшилана бошлайди, буйракнинг функционал хусусияти тикланади. Динамикада протеинурия йўқолиб, 6 ой ичида пиурия, микрогематурия, цилиндрурия қайтади. СБЕ нинг клиник кўриниши нафақат этиологик фактор, балки беморнинг ёшига ва касалликнинг кечиш характерига боғлиқдир.

Ҳамшира ташхиси.

Ҳамширалик ташхиси ҳар бир босқичнинг клиник кўринишига қараб қўйилади.

Режа:

- беморларни кузатиш ва парвариш қилиш;
- врач кўрсатмаларини бажариш;
- биологик материал йиғиш (қон, сийдик);
- беморларни қўшимча текшириш усулларига тайёрлаш;
- дориларни тарқатиш;
- беморларни мутахассислар кўригига тайёрлаш.

Режани амалга ошириш.

Беморларни тўғри парвариш қилиш ва кузатиш. Инъекцияларни ўз вақтида бажариш, дориларни тўғри ва вақтида тарқатиш. Беморларни лаборатор ва қўшимча текширувларга тайёрлаш.

Даволаш принциплари.

1. ЎБЕ ни даволаш этиологик ва патологик асосда бўлиши керак. Биринчи босқичда шокка қарши курашилади, гемодинамика тикланади. Гликозидлар, АТФ, кокарбоксилаза, В гуруҳ витаминлари, глюкоза, оксигенотерапия буюрилади. Томирлар коллапсиди — гидрокортизон (50—100 мг) 5% ли глюкоза билан буюрилади. Прессор аминлар берилди (норадреналин, мезотон). Қон йўқотилганда қон қуйиш, полиглюкин, реополиглюкин, поливинол тавсия қилинади. Периферик спазм синдромида (систолик босим, тирноқ фалангалари, шиллиқ қаватлар цианози) анальгетиклар, пипольфен, супрастин, пентамин, диафиллин буюрилади. Артериал босим 90 мм симоб устунидан тушиб кетмаслиги керак. Заҳарланишларда антидодлар берилиб, тўқималар жароҳатида хирургик ишлов бериш тавсия этилади.

2. Олигоанурик босқичда асосан этиологик факторга (токсик, яллиғланиш, гемолитик) ва гуморал ўзгаришларга, (азотемия, ацидоз, гипергидратацияга) катоболизмга қарши кураш олиб борилади. Биринчи навбатда туз-сув алмашинуви тикланади. Сув-туз, электролитлар баланси назорат қилинади.

Беморларнинг сув баланси бу босқичда бемор огирлигини тортиш билан, ажратилган суюқлик ва гематокритни ҳисоблаган ҳолда аниқланади. Суюқлик перорал ёки венага томчилаб юборилади.

Гиперкалиемиянинг олдини олиш учун парҳезли овқатлар сут, мевалар, арпа ёрмаси, сабзавотлар берилди, цитруслар — лимон, апельсин таркибида калий кўп бўлгани учун маън қилинади.

Гиперкалиемияда 100 мл 10% ли глюконат кальций, оксигенотерапия, 200—300 мл 20—40% ли глюкоза, 40—50 ТБ да инсулин буюрилади, экстрокарпорал диализ қилинади.

Ацидозни кетказиш учун 5% ли натрий гидрокарбонат эритмаси буюрилади. Охири пайтда ацидоз билан курашиш учун трисаминол ишлатилади. У ҳам диуретик таъсирга эга бўлиб, гиперкалиемияни пасайтиради. Гипокальциемияда 10% ли калций хлор, глюконат калций буюрилади.

Буйракдан ташқари тозалаш усули билан гипермагнемия камайтиради.

Беморнинг овқатланиши рационал бўлиши лозим. Тўхтамасдан қусишда венага глюкозанинг гипертоник эритмаси 50 ТБ да инсулин билан навбатма-навбат қилинади. Витаминлардан С, В₁, В₆ буюрилади. Анемияга қарши 200—300 мл янги қон ёки эритроцитар масса ҳар 2—3 кунда трансфузия қилинади.

Антибиотиклар эҳтиёткорлик билан берилади. Энг қулай антибиотиклар пенициллин, левомецетин, цефалоспоринлардир.

3. Диурезни тиклаш босқичида азотемия, ацидоз миқдори, туз сув балансига аҳамият бериш керак. Диурезни тиклаш учун берилаётган суюқлик миқдори орттирилади, чунки суюқлик йўқотилиши бу босқичда дегидратацияга олиб келиши мумкин. Беморга кўп суюқлик ичиш тавсия қилинади. Гипокалиемия парҳез билан қондирилади. Баъзан эса хлоридлар, цитратлар калий глюконат берилади. Қусишда калий хлор венага юборилади. Ацидозда лактат ва натрий гидрокарбонат эритмаси берилади. Инфекцион асорат бўлмаслиги учун кенг спектрга эга бўлган антибиотиклар буюрилади.

Буйракдан ташқари тозалаш усуллари:

1. Ичак ва меъда диализи.
2. Қонни алмаштириб қуйиш.
3. Перитонеал диализ.
4. Экстракорпорал гемодиализ (сунъий буйрак).

ХП 606

ЖАРРОҲЛИҚДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ҳамширалик жараёни:

1. Беморнинг жарроҳлик амалиёти давомида, шунингдек жарроҳлик амалиётидан олдин ва кейинги даврга бевосита алоқадор бўлган эҳтиёжларини аниқлайди.

2. Мавжуд қатор эҳтиёжлар орасидан парвариш ва ундан кутилаётган натижаларга алоқадорларини ажратиб олишга ёрдам беради. Жарроҳлик амалиётида асосий муаммолар қуйидагилар ҳисобланади:

— жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ ижтимоий, сиёсий, руҳий муаммолар;

— тана аъзолари ва тизимлари вазифасининг вақтинчалик ёки турғун бузилиши билан боғлиқ муаммолар;

— жарроҳлик аралашувидан қўрқиш;

— ўз қардр-қимматини йўқотиш билан боғлиқ муаммолар (чунки тиббиётнинг ҳеч қайси бир соҳасида бемор ўзини жарроҳлик жараёни вақтидагидек ҳимоясиз ҳис этмайди).

3. Жарроҳликдан кейинги қайта тикланиш даврининг муддати ва йўналишини аниқлаган ҳолда парвариш оқибатларини олдиндан айтиб беради.

4. Тиббиёт ҳамширасининг маълум бир жарроҳлик патологиясининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда бемор эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган ҳаракат режасини аниқлайди.

5. Режа ёрдамида ҳамшира бажарган ишларининг самарадорлиги, ҳамширалик аралашувининг касбий маҳоратини баҳолайди.

6. Назорат қилиш имкони бўлганда кўрсатиладиган ёрдам сифатини кафолатлайди. Айнан жарроҳлик амалиётида ҳамширалик аралашуви стандартлари ва алгоритмларини қўллаш муҳим аҳамиятга эга.

Жарроҳлик аралашувининг муваффақиятли чиқиши учун беморни жарроҳлик амалиётига тайёрловчи мутахассислар бригадаси икки асосий масалани ҳал этишлари лозим:

1. Жарроҳлик жараёни ва ундан кейинги даврга таъсир этиши мумкин бўлган омилларни ажратиш мақсадида беморни текшириш: бу омиллар беморнинг умумий аҳволи ва асоратлар ривожланишига мойиллик туғдирувчи барча жисмоний ва руҳий белгиларни ўз ичига олади.

2. Жарроҳлик аралашувининг асоратларини камайтириш ва унинг соғайишини тезлаштириш мақсадида беморни руҳий ва физиологик тайёрлаш.

Ҳамшира беморни жарроҳлик амалиётига тайёрловчи мутахассислар жамоаси вакили сифатида махсус ҳамширалик аралашувининг турли техник усулларини қўллай олиши лозим.

Бошқа ҳолатлардагидек сўраб-суриштириш ва физик текшириш усуллари асосий бўлиб ҳисобланади. Терапевтик (даволаш) муомала, бемор кўркувини камайтириш учун ўтказиладиган чоратадбирлар уни руҳий тайёрлашда аҳамиятлидир.

Гигиеник муолажалар, катетер ва зондлар киритиш, дори-дармонли терапия физиологик тайёрловга тегишлидир. Тайёрлаш жараёнининг ҳажми жарроҳлик аралашувининг тури ва ҳажмига боғлиқ бўлади.

Ҳамширалик жараёнининг ташкилий тизими 5 та асосий босқичдан иборат:

- беморни ҳамшира томонидан текширилиши;
- бемор ҳолатини ташхислаш;
- аниқланган муаммо ва эҳтиёжларини бартараф этишга йўналтирилган ёрдамни режалаштириш;
- зарур ҳамширалик аралашуви режасини амалга ошириш;
- олинган натижаларни баҳолаш.

Ҳамширалик жараёни ҳамшира ёрдамини ташкил қилиш мақсадида қўлланилади ва натижада беморнинг ўзи соғайиш жараёнининг фаол иштирокчиси бўлиб қолади.

Ҳамширалик жараёнининг I-босқичи.

Беморни текшириш — беморнинг соғлиги ҳақида маълумот йиғиш ва маълумотларни расмийлаштиришдан иборат.

Текширишдан мақсад бемор ёрдам сўраб мурожаат этганда маълумотлар яъни ахборот базасини тузиш учун у ҳақда маълумотларни йиғиш, асослаш ва бир-бири билан боғлашдан иборат.

Текшириш жараёни беморнинг даволаш муассасига келгандан сўнг жарроҳлик муаммолари ташхисидан бошланади. Жарроҳлик аралашувидан олдинги текширув жараёнидаги асосий вазифа ҳамширага тегишлидир. Ҳамшира маълумотларни қабул вақтида, физиологик ва руҳий (психологик) текширув вақтида, шунингдек, врачга (шифокорга) ташхис муолажаларига ёрдам қилаётганда йиғади. Ҳамшира тахминий жарроҳлик аралашуви ҳақидаги билими ва маълумотларини жамлаган ҳолда беморни қўллаб-қувватловчи, физиологик ва жисмоний тайёргарликни ўз ичига оловчи жарроҳлик аралашувидан олдинги парвариш бўйича ўз режасини тузади.

Текширувда асосан сўраб-суриштиришга аҳамият берилади. Ҳамшира беморни зарур суҳбатга қай даражада моҳирлик билан тайёрлай олса, бемор ҳақида шунча тўлақонли ахборот олишга муяссар бўлади.

Маълумотларни йиғиш жараёнида ҳамшира бемор билан ҳамкорлик алоқаларини ўрнатади яъни:

— бемор ва унинг қариндошларининг жарроҳлик — даволаш муассасаси ходимларига бўлган умид ва ишончларини аниқлайди;

— жарроҳлик аралашувининг аҳамиятини тушунтирган ҳолда беморни эҳтиёткорлик билан даволаш жараёнининг режалари билан таништиради;

— беморнинг ҳаёти ва соғлиғида ўзгаришлар юз бериши мумкинлигини тушунтирган ҳолда унда ўз соғлиғини адекват баҳолашни шакллантиради;

— қўшимча текширув талаб қилиши мумкин бўлган маълумотларни олади (юқумли касалликлар билан контакти, бошдан ўтказган касалликлари ҳақида маълумот).

— госпитализациягача бўлган босқичда ёрдам кўрсатган ҳамкасблари билан мулоқотга киришиб, госпитализациягача бўлган давр ҳақида маълумот олади;

— бемор ва унинг қариндошларининг касалликка, қилиниши мумкин бўлган жарроҳлик аралашувига ва даволаш натижаларига бўлган муносабатларини ўрганиб чиқади, шунингдек ҳамшира «бемор — ижтимоий муҳит» муносабатларини аниқлайди.

Текширув босқичи ўз ичига қуйидагиларни олади.

Физикавий текширув:

Операциядан олдинги ҳамширалик физикавий текшируви икки асосий мақсадни кўзлайди:

1. Беморнинг объектив ҳолатини аниқлаш;
2. Операциядан кейинги текширувда солиштириш учун маълумот базасини йиғиш.

Беморнинг аҳволини текшириш, умумий текширув маълумотларини аниқлаш, ҳаётий заруратларини баҳолаш, АБ назорати, антропометрия бемор касалхонага қабул қилинаётганда амалга оширилади ва бутун операциядан олдинги тайёргарлик давомида мониторинг олиб борилади. Янада чуқурроқ физикавий текширувлар жарроҳлик аралашуви хавфли бўлганда зарур ҳисобланади.

Жарроҳлик бўлимида беморнинг физикавий текширувини ўтказганда қуйидаги ҳолатларга эътибор бериш лозим:

- гемодинамика кўрсаткичларига: пульс (асосан меъёрий ритм ва тезлигига, анестетиклар қабулига), АБ турганда ва ўтирганда;
- ЭКГ ва бошқа аппаратли текширув усуллари маълумотларига;
- қоннинг ивиш хусусиятларига ва қон гуруҳини аниқлашга;
- термометрияга;
- нафас фазалари, ўпка аускультацияси, спирометрия ва нафас синамалари белгиларига;

— периферик томир уриши, қўл ва оёқларнинг ранги ва илиқлигига, периферик ва марказий веноз тизими белгиларига;

— неврологик ҳолатини текшириш: эс-ҳуши, ориентацияси, хотира, нутқ сифати, парезлар, параличлар, гиперкинезларга;

— спинал (орқа мия) ёки перидурал оғриқсизлантириш тахмини бўлса, оёқ ва қўлларнинг ҳаракат ва сезгирлик вазифаларини мукамал текширишга;

— юмшоқ танглай ва бурун ёндош бўшлиқларини, оғиз шиллиқ қаватини ва тишлар ҳолатини (интубация эҳтимоли бўлса) текширишга;

— қорин шакли, ўлчами, симметриклиги, таранглиги, гастринтестинал тизимининг фаолияти, ичак перистальтикаси (ичак ҳаракати), йўғон ичак ва меъданинг тўлишини (ичакларнинг операциядан сўнгги парези) текширишга;

— ажратиш аъзолари фаолиятини текширишга;

— терининг таранглиги (турлари), ранги, қалинлиги, намлигига;

— овқатланиш талабини ва қабул қилинаётган дори-дармонларнинг дозасини белгилаш учун оғирликни баҳолашга.

Ҳиссий муҳит ва психологик текширув

Жарроҳлик аралашуви учун беморнинг руҳий ҳиссиётлари жуда муҳим бўлиб ҳисобланади. Ҳамшира парвариш режасини тайёрлаш мобайнида беморнинг эс-ҳуш даражасини, психоэмоционал ривожланишини аниқлайди. Ривожланиш даражасини текшириш

мобайнида ҳамшира беморнинг инструкцияларни тушунишини, сўзлашув якунини чиқара олишини белгилайди.

Беморнинг кайфияти жарроҳлик аралашувининг муваффақиятли чиқишида муҳим критерий ҳисобланади.

Тушқун кайфият, жаҳл белгилари ташхис ва касаллик якуни учун ноқулай шароит туғдирувчи белгилар ҳисобланади. Ҳар қандай жарроҳлик аралашуви ҳамма беморларни маълум даражада хавотирланишга мажбур қилади. Беморларнинг касалхонага жойлашуви, операция ва кўп ҳолларда операциядан кейинги даволаш даври руҳий ва моддий харажатларни талаб қилади. Ижтимоий, касбий ва оилавий ҳаётдаги одатий вазифани бажара олмаслик беморда сурункали стресс синдромини шакллантириши мумкин. Бунга тана тузилиши ўзгариши ҳам сабаб бўлади. Бемор билан бўладиган суҳбат ва терапевтик мулоқот вақтида ҳамшира беморга хавотир манбаини топишга ёрдам беради. Кўп ҳолатда қуйидаги вариантлар учрайди:

- операция вақтида ўлиб қолишдан қўрқиш;
- содир бўлаётган воқеа устидан ҳукмронликни йўқотиб қўйиш;
- оғриқсизлантиришнинг тўлақонли бўлмаслиги;
- анестезия вақтида ўз ҳаракатлари ва айтиб юбориши мумкин бўлган фикрлар устида ҳукмронликни йўқотишдан қўрқиш;
- жарроҳлик аралашуви натижасини билмаслик;
- мавжуд бўлган ва кутилаётган оғриқ сабабли хавотирланиш;
- операциянинг сифатсизлиги оқибатида келиб чиқадиган асоратлардан қўрқиш.

Беморнинг асабийлашишига сабаб бўлувчи қўшимча омиллар бўлимдаги «содир бўлиши мумкин бўлган бахтсизликлар» тўғрисидаги сохта маълумотлар бўлиши мумкин.

Текширишнинг бошланишиданоқ ҳамшира беморнинг хавфсирашини камайтиришга интилади.

Бундан ташқари беморнинг «шахсий концепция»си ҳақидаги тавсияномасига яқун ясайди.

Касбий анамнез йиғиш.

Касбга оид ноқулайликлар, сурункали интоксикация (заҳарланиш) ҳамширалик жараёнини ўтказишда ўзига хос ўзгаришларни талаб қилиши мумкин.

Бундан ташқари кўпгина жарроҳлик операцияларининг ногиронликка олиб келувчи оқибатлари ва жисмоний чегараланишларни юзага келтириши узоқ давом этувчи операциядан кейин беморнинг касбий фаолиятини режали равишда бошқа касб билан алмаштирилишигача олиб келиши мумкин, ҳатто фаолиятнинг вақтинчалик ёки бутунлай чегараланиши (ногиронлик) ўз-ўзидан беморнинг ижтимоий муҳитдаги ўрнини ўзгартиришга олиб келади. Буларнинг ҳаммаси қайта мослашиш (реадаптация) ва

қайта реабилитацияга қаратилган махсус индивидуал дастурлар ишлаб чиқаришни талаб қилади.

Одатлар. Чекиш нафас олиш тизими операцияларидан кейин ривожланиши мумкин бўлган асоратларга сабаб бўлувчи хавфли омилдир.

Спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, анестетиклар (оғриқ қолдирувчи), аналгетиклар, седатив (тинчлантирувчи) доридармонларнинг ноҳўя ва нотўғри таъсирига олиб келади. Беморлар қабул қилаётган алкоголь миқдорини камайтиришга мойил эканликларини эсда тутиш лозим.

Беморнинг жарроҳлик ҳақида маълумотга эга бўлиши (билиши).

Жарроҳлик бўлимидаги бемор олдиндан уни нима қутаётганлиги ҳақида тушунчага эга бўлиши лозим. Жарроҳлик аралашуви ва унинг кечишини ёки ташхисий муолажаларнинг шартлигини, жарроҳлик даврида (ёқимсиз бўлса ҳам), кутилаётган натижаларни, содир бўлиши мумкин бўлган хавф-хатар ва асоратларни, шунингдек, беморга жарроҳлик аралашувини рад этишнинг асоратлари ва оқибатларини аниқ, равшан, тушунарли тилда, махсус ибораларни ишлатмасдан тушунтириш лозим.

Кўп ҳолларда бемор айтиб ўтилган маълумотни бир қисминигина тушунади. Беморнинг қай даражада тушунганлигини билишнинг энг яхши усули бемордан қилиниши муқаррар бўлган муолажани ўз сўзлари билан таърифлаб беришни сўрашдир. Бу давр бемор учун қулай бўлган ўқитиш ва ўргатиш режасини тузишда муҳим ҳисобланади.

Текширув давомида ҳамшира жарроҳлик бўлимидаги беморнинг заруриятларига ва жарроҳликдан кейинги асоратларга тайёр бўлиши керак.

Аввал бошдан кечирилган касалликлар оғриқсизлантириш воситасига, жарроҳлик аралашувига ва жарроҳликдан кейинги даврга таъсир этиши мумкин.

Олдинги жарроҳлик аралашувларидан қолган кечинмалар беморнинг айрим муолажаларга нисбатан билдирилган жисмоний ва руҳий жавоб реакцияларида акс этиши мумкин ва ҳамшира бутун имкониятини бемор эҳтиёжлари ва хавфли омилларнинг олдини олишга йўналтириши лозим.

Анафилакция, хавфли гипертермия каби ўтказилган хавфли асоратлар профилактик чора-тадбирларни ва ҳатто махсус мосламаларни талаб этиши мумкин.

Аввалги жарроҳлик аралашувининг сифатсизлиги оқибатида беморда пайдо бўлган кучли безовталиқ қўшимча ҳиссий (эмоционал) ва руҳий қўллаб қувватлашни талаб этади.

Бемор ва яқинларига жарроҳлик аралашувининг моҳиятини тушунтириш.

Бемор ва унинг оиласининг у ёки бу жарроҳлик аралашувининг зарур эканлигига ишонч ҳосил қилмасликлари жарроҳлик бўлимидаги ҳамширага руҳий ва ташкилий қийинчиликлар туғдириши мумкин.

Ҳамширалик жараёни биринчи босқичининг якуни маълумотларни расмийлаштириш ва бемор ҳақида маълумот базасини тузишдир. Олинган маълумотлар белгиланган ҳолда ҳамширалик касаллик тарихига ёзилади.

Ҳамширалик касаллик тарихининг мақсади — ҳамшира фаолиятини назорат қилиш, шифокор тавсиялари ва парвариш режасининг бажарилиши, кўрсатилган ёрдам сифатини таҳлил қилиш ва ҳамшира касбий фаолияти даражасини баҳолашдан иборат. Натижада кўрсатиладиган ёрдам сифати кафолатланади ва унинг хавфсизлиги таъминланади.

Ҳамширалик жараёнининг 2 босқичи. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини шакллантириш.

Кўп ҳолларда бемор соғлиғи билан боғлиқ бир нечта муаммолар мавжудлиги сабабли ҳамшира уларни қанчалик муҳимлигига қараб кўриб чиқади.

Муаммолар приоритети бўйича таснифланадилар: бирламчи, оралиқ ва иккиламчи.

Бемор ҳолатига бевосита таъсир этувчи муаммолар бирламчи аҳамиятга эга ҳисобланади.

Оралиқ аҳамиятга эга бўлган муаммолар касаллик сабабли юзага келган ва ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатлар билан боғлиқ бўлмаган муаммолардир.

Иккиламчи аҳамиятга эга бўлган муаммолар — касаллик ва унинг оқибатига бевосита тегишли бўлмаган бемор эҳтиёжларидир (Гордон, 1987 й.).

Медицина ҳамшираларининг Америка ассоциацияси ҳамшира фаолиятига қуйидагича таъриф беради:

«Ҳамшира фаолияти ўзида — ҳамшира ташхисини қўйиш ва инсон соғлиғи билан боғлиқ бўлган мавжуд ёки муқаррар муаммоларга нисбатан реакциясини даволашни амалга оширишни акс эттиради. Ҳамширалик ташхиси — унинг фаолиятининг ажралмас қисми, аналитик босқич компонентидир».

«Ҳамшира ташхиси — ҳамшира томонидан ўтказилган текширув натижасида белгиланган ва ҳамшира иштирокини талаб этадиган бемор соғлиғи ҳолатидир (Карлсон, Крафт, Макюре 1987). Жарроҳлик амалиётида ҳам ҳамширалик ташхислари тиббиётнинг бошқа соҳаларидаги кабидир».

Аммо оғир соматик ҳолат ва руҳий генез билан боғлиқ муаммолар мавжуд муаммолардан устунлик қилиб туради.

Ҳамширалик жараёнининг 3 босқичи:

Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш

Парвариш режаси ҳамшира бригадасининг (жамоасининг) ишини назорат қилади, ҳамшира парвариши, унинг изчиллигини таъминлайди ва бошқа мутахассислар, хизматлар билан алоқалар ўрнатилишига ёрдам беради, бу эса бемор учун жарроҳлик ва ундан кейинги даврда ҳамда беморнинг стационардан чиқишида жуда муҳим аҳамиятга эга.

Режа албатта парвариш жараёнида бемор ва унинг оиласи иштирокини кўзда тутиши керак. У парвариш ва кутилаётган натижаларни баҳолаш тамойилларини ўз ичига олади.

Ҳамширалик жараёнининг 4 босқичи:

Ҳамширалик аралашуви режасини амалга ошириш

Ушбу босқичнинг мақсади: беморнинг ўзига хос парваришини таъминлаш, бемор, унинг оиласини ўқитиш ва уларга маслаҳат беришдан иборат.

Жарроҳлик амалиётида мажбурий бўлмаган ҳамширалик аралашуви энг аввало бемор ва унинг оиласига тартиб (режим) ҳақида тушунча бериш, шунингдек бемор ва унинг оиласини руҳий қўллаб-қувватлаш, керак бўлганда эса руҳиятини яхшилашга қаратилган бўлиши лозим.

Мажбурий бўлган ҳамширалик аралашуви эса тиббиётнинг бошқа соҳаларидаги каби жарроҳликда ҳам врач кўрсатмалари ва унинг назорати остида бажарилади. Бу эса нафақат умумтиббий билимлар ва одатий муолажаларни устамонлик билан бажаришни, балки жарроҳликнинг махсус соҳаларига хос бўлган билимларни ўрганиш ва мукамаллаштиришни талаб этади (жарроҳлик хонаси ҳамшираси, анестезист, шошилиш терапия бўлими ҳамшираси).

Ўзаро боғлиқ бўлган ҳамширалик аралашуви ҳамширанинг тартиб бригадасининг бошқа аъзолари билан ҳамкорлигида амалга оширилади. Соғлом муҳит, ҳаракатлар мувофиқлиги ва жамоа аъзоларининг тенг ҳуқуқлилиги жарроҳлик амалиётида жуда муҳимдир, чунки бемор соғлиги ва ҳаёти жамоа ишининг яхши натижасига боғлиқ.

Ҳамшира ҳамширалик жараёнининг 4-босқичини ўтказиш давомида беморнинг шифокор кўрсатмаларига нисбатан реакциясининг динамик назоратини амалга оширади ва албатта барча олинган маълумотларни ёзиб олади.

Жарроҳлик аралашуви ва ундан кейинги даврдаги динамик мониторинг жарроҳлик ҳамширасидан юқори малака, мураккаб электрон асбоблар билан ишлашда катта тажриба ва вақт тифиз бўлганда тўғри қарор қабул қилиш, шунингдек турли миқдордаги йўналишларни (кўрсаткичларни) таҳлил қилишни талаб қилади. Шунингдек, ҳамшира ўз парвариши бўйича бажарилган ҳамши-

ралик ҳаракатига нисбатан бемор муносабатини, реакциясини назорат қилади ва ҳужжатлаштиради. Жарроҳлик даволаш муассасаси амалиётида беморни парваришlash бир бўлимнинг ҳар хил ҳамширалари томонидан эмас, балки бошқа хизмат ҳамширалари (реанимация бўлими) томонидан ҳам амалга оширилиши, бемор парваришининг сифатли ва хавфсиз бўлишида ҳамширалар учун бир-бирларининг ишини тўғри давом эттириш издошлик аҳамиятига хос хислатдир.

Бу ҳол ҳужжатларни юритишда аниқлик ва тўлиқликка, уларнинг ўз вақтида тўлдирилишига юқори талабларни қўяди.

5-босқич. Ҳамширалик жараёнининг якуний босқичи:

Натижани баҳолаш.

Ушбу босқичнинг мақсади: ҳамшира парваришига нисбатан бемор муносабатини баҳолаш, кўрсатилган ёрдамнинг сифатини текшириш, олинган натижаларни баҳолаш ва яқун яшаш. Жарроҳликда ҳамширалик жараёни босқичининг ўзига хослиги шундаки, бу босқичда баҳолаш бемор иштирокисиз амалга оширилади. Бу энг аввало операция даврида қўлланилган умумий огриқсизлантириш ва операциядан кейинги илк даврдаги ҳамширалик жараёнига тегишлидир. Бунда ҳамширага парвариш стандартлари ва ҳужжатларни олиб боришда юқори мажбуриятлар юкланади.

Парваришнинг сифатини баҳолашда турли бўлимлардаги бош ҳамшираларнинг ўзаро муносабати муҳим ўринни эгалайди.

Жарроҳлик бўлимидаги бемор парваришининг барча босқичларида ҳамширалик жараёнини баҳолаш учун ҳамшира — координатор лавозимининг жорий қилиниши мақсадга мувофиқ бўлар эди. Тиббиётнинг бошқа соҳаларидаги каби жарроҳликда ҳам ҳамширалик режаси тадбирлари беморнинг аҳволига, қўйилган мақсадларга эришилганлиги ёки эришилмаганлигига, даволаш жараёнининг ўзига хослигига қараб қайта кўриб чиқилиши, тўхталиши ёки ўзгартирилиши мумкин.

ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ДАВРИДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Хирургик беморнинг операция олди хавфи.

Режали равишда жарроҳлик аралашувини талаб этувчи асосий касаллик амбулатор босқичда текширилади. Беморнинг жарроҳлик аралашувидан олдинги текширувида асосий эътибор ҳаётий муҳим тизимлар, аъзолар ҳолати ва хавфли омилларини баҳолашга қаратилади. Жарроҳлик аралашуви хавфи турли омиллар ва шароитлардан келиб чиққан ҳолда ортади, бунда ҳамширанинг билими ўз режасига ўзгаришлар киритишга имкон беради (13-жадвал).

Беморнинг ёши. Жарроҳлик аралашувида асосан организм тизими фаолиятининг етилмаганлиги туфайли болалар, ёшига боғлиқ ҳолда деструктив ўзгаришлари бўлган кексалар ҳаёти хавф остида бўлади.

13-жадвал

Жарроҳлик аралашуви хавфини орттирувчи патологиялар

Патология тури	Хавф сабаби
Қон ивиш системасидаги бузилишлар (тромбоцитопения) лейкомия, радиотерапиядан кейинги «кўмик» депрессияси	Операция ва операциядан кейинги даврларда қон кетиш хавфини оширади
Юрак касалликлари (яъни ўткир миокард инфаркти, аритмия, юрак етишмовчилиги)	Жарроҳлик аралашувидан сиқилиш (стресс) миокарднинг кислородга бўлган муҳтожлигини оширади, тож томирлар етишмовчилиги хавфи ортади (Detshy 1986)
Сурункали респиратор касаликлар (эмфизема, бронхит, астма)	Гиповентиляция ва бронх ёки ҳиқилдоқ торайиши хавфи ошади, беморнинг кислота-ишқор мувозанатини компенсатор сақлаш хусусияти пасаяди
Декомпенсиялашган диабет	Инфекцияга қарши курашиш кучи пасаяди, глюкоза метаболизми ва микроциркуляция бузилиши ҳисобига жароҳатнинг битиши ёмонлашади. Қонда қанд миқдорининг юқори ёки паст бўлиши жарроҳлик аралашуви (операция) пайтида МНС фаолиятининг ёмонлашувига олиб келади (ҳатто мияда қон айланишининг ўткир бузилишигача)
Жигар касалликлари	Операция вақтида берилган дори-дармонлар метаболизми ва элиминацияси бузилади. Операциядан кейинги даврда жигар функцияси етишмовчилиги келиб чиқади
Буйрак касалликлари	Юрак-қон томир системаси бузилишлари оқибатидаги қон кетишдан ўлим хавфи ортади, гиповентиляцияга, артериал босим ўзгаришига суюқлик ва электролитлар дисбалансига, инфекцион асоратларнинг ривожланишига мойиллик яратади
Коррекцияланмаган гипертензия	Операция вақтида гипотензия хавфи ортади
Охирги 4 ҳафтада кузатилган респиратор инфекция	Бронхоспазм, ларингоспазм гиповентиляция хавфи ортади

Болаларда тана ҳароратининг нормал ҳолатда ушлаб турилиши муҳим кўрсаткич бўлиб ҳисобланади. Бу болаларда тана майдони юзасининг тана оғирлигига нисбати катталарникига қараганда кўпроқлиги билан боғлиқ, бундан ташқари уларда тери ости ёғ қатлами яхши ривожланмаган бўлади. Буларнинг ҳаммаси термик зарарланишнинг юқорилигини, шунингдек жарроҳлик амалиёти даврида беморнинг совуб кетиш хавфини туғдиради. Жарроҳлик вақтида ишлатиладиган анестетиклар нафақат вазодилляторлар бўлиб ҳисобланади, улар нормал терморегуляцияни ушлаб турувчи табиий физиологик механизм ҳисобланадиган қалтирашни ҳам бартараф этиб қўяди.

Жарроҳлик аралашуви жараёнида ёш организм умумий айланувчи қон миқдорини меъёрида ушлаб туришда қийинчиликларга дуч келиши мумкин. Кам миқдорда қон йўқотиш ҳам бола учун жуда хавфли бўлиб, тўқималарнинг дегидратациясига (сувсизланишига) ва гипокциясига олиб келиши мумкин. Қабул қилинган ва йўқотилган суюқлик баланси мониторинги асосий аҳамият касб этади, чунки кўп миқдорда суюқлик юборилиши — гиперволемияга олиб келиши мумкин.

Кекса ёшдаги беморларда кўп учраб турувчи буйрак ва юрак патологиялари жарроҳлик амалиётида қийинчилик туғдириши мумкин. Кекса ёшдаги беморларда стрэсс (сиқилиш) га нисбатан чидамликни ошириш катта аҳамиятга эга, юқорида келтирилган барча хавфларга қарамасдан жарроҳлик аралашуви хавфига дуч келадиган беморлар — бу кекса ёшдаги инсонлардир (14-жадвал).

14-жадвал

Катта ёшли беморларда жарроҳлик аралашуви хавфи даражасининг ортишига таъсир қилувчи физиологик факторлар

Ёш хусусиятлари	Хавфлар	Ҳамшира аралашуви
Юрак-қон томир тизими		
Миокард ва клапанлардаги дегенератив ўзгаришлар	Функционал етишмовчиликка олиб келади	Шошилинч ҳолларда иштирок этиш
Артерия деворининг ригидлиги ва юракнинг симпатик ва парасимпатик иннервациясининг бузилиши	Операциядан кейинги қон кетиш ва диастолик босимнинг кўтарилиб кетиши учун мўйиллик яратувчи фактор	Ҳамшира беморга оёқлар учун махсус машқлар ва ўринда ҳолатини тўғри ўзгартиришни ўргатади

Ёш хусусиятлари	Хавфлар	Ҳамшира аралашуви
Артериолаларда кальций ва холестерол миқдорининг ортиб кетиши, артерия деворининг юқалашиши	Оёқ қон томири тромбозига мойиллик яратувчи фактор	
Нафас олиш системаси		
Кўкрак қафаси ригидлиги ва кўкрак қафаси ўлчамларининг кичрайиб кетиши	Ўпка тириклик сизимининг пасайиб кетиши	
Диафрагма экскурсиясининг пасайиши	Ўпка қолдиқ ҳажмининг ортиб кетиши натижасида нафас олишдаги кислород миқдорининг камайиб кетиши	Ҳамшира беморга тўғри нафас олиш машқларини бажаришни ўргатади
Ўпка тўқимаси ригидлиги. Ўпкада катта ҳаво бўшлиқлари пайдо бўлади	Қонда оксигенация ёмонлашади	
Сийдик ажратиш системаси		
Буйракка қон оқиб келиши пасаяди	Қон йўқотиш ҳолларида шок келиб чиқиш хавфи ортади	Ҳамшира суткалик диурезни кузатиб боради
Фильтрация ва экскреция вақти пасаяди	Организмдан дори препаратлари ва токсинларнинг чиқиб кетиши чегараланиб қолади	
Сийдик қопи ҳажмининг камайиши	Сийдик қопининг бўшатилиш тезлиги ортади. Сийишдан кейин ҳам сийдик қопида кўп миқдорда сийдик қолади	Ҳамшира беморга сийдик қопи тўлиб кетиш сезгисини тушунтиради
Нерв системаси		
Тактил сезгиларнинг пасайиши ва оғриққа бўлган толерантликнинг ортиши	Бемор жарроҳлик асоратларининг илк оғоҳлантирувчи симптомларига кам эътибор беради	Ҳамшира беморга бўлаётган воқеаларни аниқлашда ёрдамлашади

Ёш хусусиятлари	Хавфлар	Ҳамшира аралашуви
Реакция вақтининг ортиши	Бемор оғриқсизлан-тиришдан кейин қийинчилик билан ўзига келади	
Гуморал метаболизм тизими		
Метаболизм даражасининг пасайиши	Кислородга бўлган эҳтиёж миқдорининг пасайиши	
Эритроцит ва гемоглобин миқдорининг пасайиши	Тўқималарга кислород ташиб бериш имконияти пасаяди	Керакли қон препаратларини буюриш, рационал оксигенотерапия
Умумий миқдорда қонда калий миқдорининг ўзгариши	Сув-электролит дисбаланси хавфининг ортиши	Узлуксиз кузатиш ва дисбалансни коррекция (бартараф) қилиш

Жарроҳлик аралашувидан кейинги жароҳатнинг яхши битиши ва турли инфекцияларга нисбатан чидамлилигининг ортиши овқатланишнинг тўғри ва баланслашганлигига боғлиқ. Озиб кетган беморлар алоҳида эътибор талаб қиладилар. Кўп ҳолларда озиб кетишнинг сабаби узоқ давом этган сурункали касаллик бўлиб, бунда операциядан олдинги овқатланиш турғунлигини тиклашнинг имкони бўлмайди. Беморнинг аҳволини яхшилашга юқори энергетик қийматга эга бўлган озиқ-овқатлар ва оқсил миқдорини ошириш билан эришиш мумкин. Кўп ҳолларда организмга юбориладиган озиқлантирувчи аралашмаларни зонд орқали киритиш буюрилади. Айрим гуруҳдаги беморларга тўлиқ парентерал овқатланиш буюрилади. Бу оғиз орқали овқатланиш мумкин бўлмаган ҳолларда амалга оширилади. Шунинг учун перентерал озиқлантиришнинг буюрилишига қуйидагилар кўрсатма бўлиб ҳисобланади:

— Беморларни очликдан кейин операция олди тайёрлови (оғирлигини ярим йилда 10% га йўқотган беморлар).

— Меъда-ичак тизимида сўрилишнинг бузилиши билан кечадиган ҳамма ҳолатлар: ич кетиш, узлуксиз қусиш, ўтқир панкреатит ва ҳ. к.

— Гиперкатаболик (парчаланиш юқори даражада) ҳолатдаги беморларни даволаш: юқумли касалликлар, сепсис, оғир шикастлар ва куйишлар.

— Ичак оқмаси ва узоқ давом этувчи (механик ёки паралистик) ичак тутилишини даволаш.

— Ичакнинг сурункали яллиғланиш касалликларини консерватив даволаш (Крона касаллиги, ярали колит).

— Овқатланиш талабини регос — оғиз орқали қониқтира олмайдиган беморларда парентерал овқатланиш қўлланилади. Масалан: ичакнинг анатомик тузилишининг ўзгариши, яъни ингичка ичак синдроми (ингичка ичак резекцияси оқибати).

— Ўсма касаллиги билан оғриган беморда юқори дозада кимё препаратлари ва нур терапиясининг қўлланилиши (нурли энтерит).

Асосий эътибор авитаминоз ва гиповитаминозга энг аввало В гуруҳ витаминлари, витамин С (модда алмашувини меъёрлаштиради, яраларнинг битишига сабаб бўлади) ва витамин К (қоннинг қуюқлашиш жараёнида иштирок этади), шунингдек, микроэлементлар етишмовчилиги (организмнинг глюкоза толерантлигини бузади, натижада жароҳат ёмон битади)га қаратилади.

Режали электив жарроҳлик амалиётида озиқлантириш жарроҳлик амалга оширилгунга қадар осонгина балансга келтирилиши мумкин. Шошилиш операцияларда озиқлантиришни нормаллаштиришдаги барча ҳатти-ҳаракатлар операциядан кейинги даврда амалга оширилади.

Семириш жарроҳлик операциялари хавфини бирмунча оширади. Семиз (тўла) беморлар учун нафас ва юрак-қон томир тизимидаги бузилишлар одатийдир. Улар нормал ҳаётини фаолиятни амалга оширишда қийинчиликларга дуч келади.

Ортиқча оғирлик жарроҳликдан кейинги ётоқ яраларнинг пайдо бўлишида муқаррар омил ҳисобланади.

Одатда бу беморларда жароҳат юзаси секин битади ва кўпинча унда инфекция ривожланади, бу ёғ тўқимасида гуморал иммунитетнинг пастлиги билан боғлиқ. Ёғ тўқимасининг ўзига хос хусусиятлари жароҳат битиши учун зарур бўлган ферментлар, озиқ моддалари антителаларнинг жароҳат юзасига секинлик билан келишига олиб келади. Шунингдек, ёғ тўқимасининг қалинлиги жароҳатни тикиш ва боғлам қўйишда ҳам муаммолар, қийинчиликлар туғдиради. Тўла беморларда кўп ҳолатда чоклар сўкилиши хавфи юқори бўлади.

Радиотерапия. Ўсма касаллиги билан касалланган беморларда ўсма ўлчамини кичрайтириш мақсадида жарроҳлик операциясигача қўлланилади.

Радиоцион нурланиш тери қопламлари учун ноҳуш асоратларга — тери қопламининг юпқалашуви, коллаген деструкциясига, тўқималар васкуляризациясининг бузилишига олиб келади. Энг

қулай ҳолларда радиотерапия жарроҳлик амалиётидан 4—6 ҳафта олдин тўхтатилади. Акс ҳолда бемор жароҳат битиши билан боғлиқ бўлган қатор муаммоларга дуч келади.

Суyoқлик ва электролитлар баланси. Ҳар қандай жарроҳлик аралашуви организм учун жароҳат ҳисобланади. Бу стрессга нисбатан адренкортикал системанинг жавоби организмда Na ва сувнинг тутилиши ва бир вақтнинг ўзида операциядан 2— 5 кун ўтгач калийнинг йўқотилиши бўлиб ҳисобланади. Қон плазма-сида оқсилларнинг йўқотилиши азот балансининг манфийлигига олиб келади.

Сув ва электролитлар балансининг бузилиш оғирлиги шикастнинг (стресснинг) даражасига боғлиқ. Гиповолемия ҳолатидаги бемор жиддий электролитлар баланси бузилишида операция вақтида ва ундан сўнг жиддий хавф остида бўлади.

Na ва K кўплиги ёки етишмовчилиги аритмия хавфининг ривожланишига олиб келади. Сувсизланиш ва электролитлар етишмовчилигига кўп ҳолларда, парентерал овқатлантириш, диуретиклар (сийдик ҳайдовчи препаратлар) билан даволаш, ичакларни операцияга тайёрлаш, ўткир ич кетишда суyoқликни йўқотиш, суyoқликнинг учинчи бўшлиққа секвестрланиши сабаб бўлади. Буйрак, гастроинтестинал (меъда-ичак) ва кардиоваскуляр етишмовчилик, шунингдек қандли диабетнинг мавжудлиги жарроҳлик аралашуви хавфини янада оширади.

Қон ивитиш тизими. Тромб ҳосил бўлишининг етакчи сабаби қоннинг ивиш тизимидаги бузилишлар, томирлар деворининг зарарланиши, сув-электролит баланси, дори моддаларининг (кортикостероидлар, антикоагулянтлар) ва анестетикларнинг таъсири, гипоксия, қон йўқотиш ва блар ҳисобланади. Жарроҳлик аралашуви хавфи анамнезида тромбоэмболик касаллиги, ҳомиладорлик тўхталгандан кейинги асоратлар, ёғ алмашинувидаги бузилиш, веналарнинг варикоз кенгайиши, хавфли ўсмаларнинг мавжудлиги, контрацептивлар қабул қилувчи кекса ёшдаги беморларда айниқса юқоридир.

Хавфни баҳолаш учун кўпинча Доманига схемаси қўлланилади (15-жадвал). Баллар йиғиндиси 11 га тенг ёки юқори бўлса бу тромбоз хавфи мавжудлигидан далолат беради. Тромбоэмболик асоратларнинг (специфик) профилактикаси учун тери остига гепарин инъекциялари буюрилади (5000 ТБ ҳар 12 соатда). Ҳар бир беморда тромб ҳосил бўлишининг профилактикасини ўтказиш зарур. Энг муҳим фурсат қон ивитиш тизими скрининги бўлиб ҳисобланади.

Доманига схемаси

Қон ивишиш системасига таъсир қилувчи факторлар	Баҳолаш балларда	Қон ивишиш системасига таъсир қилувчи факторлар	Баҳолаш балларда
Ёши, йиллар		Касаллик оғирлиги	
20— 50	2	Енгил	1
51— 90	3	Ўртача оғир	2
Жинси		Оғир	3
Эркақлар	1	Веналарнинг варикоз кенгайиши	2
Аёллар	2	Операция тури	
Конституция		Абдоминал (қорин)	1
Астеник	1	Торакал (кўкрак)	2
Нормостеник	2		
Адипоз	3		

Госпитал инъфекция. Госпитал инъфекция хавфи инъфекцион хавфсизлик чораларига амал қилинганда ҳам бўлади. Стресс ва жарроҳликдан кейинги жароҳат сабабли кучсизланган бемор организми инъфекцион агентга чидамсиз бўлиб қолади.

Мойиллик омиллари:

- қандли диабет;
- хавfli ўсмалар;
- бошдан ўтказилган юқимли касалликлар;
- тана оғирлигининг камайиши ёки ошиши;
- авитаминоз;
- анемия;
- радиотерапия;
- цитостатик ва кортикостероидлар қўллаш;
- нотўғри антибиотикотерапия олиб бориш.

Ҳамширалик жараёнини амалга ошириш

I босқич. Беморни текширувдан ўтказиш.

Субъектив маълумотлар йиғиш. Агар беморнинг ўзи саволларга жавоб бера олмаса, ҳамшира унинг қариндошларидан маълумот олиши мумкин. Бунда ҳамшира ҳаракатларининг алгоритми куйидагича:

Ҳамшира аввал беморда касаллик билан боғлиқ оғриқ, ноқулайлик ёки аъзоларда ўзгариш борлигини аниқлайди. Бу ноқулайлик сезгисини бартараф этиш учун муҳим. Агар бемор ўзини ноқулай ҳис этса, ҳамшира бу ҳолатни савол-жавоб мобайнида у диологда тўла қатнаша олиши учун бартараф этиши лозим.

— Бемор ўзининг касаллиги ҳақида қандай ахборотга эга эканлигини аниқлаш учун ҳамшира ундан жарроҳлик аралашувининг сабаби ва касаллик муддати ҳақида сўраб-суриштиради.

— Ҳамшира бемордан бошқа жарроҳлик касаллиги билан боғлиқ бўлмаган соғлигидаги муаммолари ва ўтказилган касалликлари тўғрисида сўраб-суриштиради. Бу касаллик тарихини аниқлаш ва кейинчалик ҳамшира парвариши режасини янада аниқ тузишга имкон яратади.

— Ҳамшира бемор авваллари қачон ва қандай жарроҳлик касалликларини бошдан ўтказганлиги, асоратлар ва жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ муаммолар мавжудлигини аниқлайди. Бу жарроҳлик анемнезини аниқлаш учун муҳим.

— Ҳамшира аллергологик анемнезни ҳам алоҳида синчковлик билан йиғади, чунки пайдо бўлиши мумкин бўлган овқат ва медикаментоз аллергенлар жарроҳлик аралашуви натижасини ёмонлаштириши мумкин.

— Ҳамшира бемордан бошқа муаммоларини ҳал қилиш мақсадида ушбу касалликка тегишли бўлмаган қандай дори моддаларини қабул қилаётганини ҳам аниқлайди. Бу ҳамширани дори моддаларига нисбатан ва оғриқсизлантириш билан боғлиқ асоратлар юзага келишидан огоҳ этади.

— Ҳамшира бемордан унинг овқатланиш тури, калорияси, сифати ва миқдори, овқатланишдаги одатлари ҳақида, шунингдек унинг бирор махсус парҳездалиги ва парҳезнинг мақсадини, шу билан бирга уларнинг овқат қабул қилишдаги диний, ижтимоий ва маданий томонлари ҳақида ҳам сўраб-суриштиради. Бу беморнинг касалхона шароитига мослашишини осонлаштириш, бемор ва унинг қариндошлари учун қайси овқат маҳсулотлари қулайлигини аниқлаш мақсадида қилинади. Бунда диетолог врач маслаҳати ҳам зарур бўлиб қолиши мумкин.

— Ҳамшира бемордан агар у чекса, кунига чекиладиган сигаретлар миқдори ҳақида сўраб-суриштиради. Бу маълумотлар респиратор касалликлари асоратларининг олдини олишга ёрдам беради. Бундан ташқари ашаддий чекувчиларга қўшимча ташхис муолажалари (қондаги газлар анализи, ташқи нафас фаолиятини текшириш) ўтказиш зарур бўлади.

— Ҳамшира операциядан олдин бемордан спиртли ичимликлар истеъмол қилиши ва унинг миқдори ҳақида сўраб-суриштиради. Бу жигар касалликларини аниқлашда муҳим ҳисобланади.

Бундан ташқари алкоғолни суистеъмол қилувчи беморларда жарроҳликдан кейинги даврда оғриқсизлантириш билан боғлиқ муаммолар юзага келиши мумкин.

— Ҳамшира беморнинг қўл-оёқ, тиш протезлари, контакт, линзаларини олиб қўйиши керак бўлади.

— Ҳамшира барча мавжуд дисфункцияларни белгилайди (мушаклар бўшашганлиги, эшитишнинг пасайиши, кўриш қобилиятининг пасайганлиги). Бу муаммоларни аниқлаш, парвариш ва жарроҳлик амалиётига тайёрлаш режасини мукамаллаштиришда зарур ҳисобланади. Агар бу саволларга аниқлик киритилмаса операциядан кейинги асоратлар аниқланмай қолиши мумкин.

— Ҳамшира тайёргарлик жараёнига ким қатнашиши, шошилинч ҳолатларда кимга мурожаат этиш кераклигини аниқлаш мақсадида бемордан қариндошлари билан муносабатлари ҳақида сўраб-суриштиради.

— Ҳамшира операциядан кейин бемор уйида ким билан яшашини ва унга ким далда бериши мумкинлигини аниқлайди.

— Ҳамшира беморга адвокат билан учрашишни ва юзага келиши мумкин бўлган юридик муаммоларни бартараф этишни таклиф этади.

— Ҳамшира бирорта қўллаб-қувватловчи манбани аниқлаш учун бемор эътиқодини аниқлайди ва унга имом билан учрашиб маслаҳатлашишни таклиф қилади. Агар шундай хоҳиш бўлса, диний ташкилотлар билан боғланиб учрашувни ташкил қилади.

— Объектив маълумотларни йиғиш:

— Ҳамшира бемордаги безовталиқ белгиларини аниқлайди, атроф-муҳитга қай даражада мослашганлигини текшириб, унинг эс-хуши даражасини белгилайди.

— Ҳамшира бемор нутқига эътибор беради (нутқининг аниқ эмаслиги, йўқлиги ёки дудуқланишини аниқлаш учун) ва у бемор ўзининг ҳис-туйғуларини сўзлаб бера олишига ишонч ҳосил қилиши керак.

— Ҳамшира бемордан нормал эшитишини, берилган саволларга жавоб бериш имконини аниқлайди. Эшитиш бузилган ҳолларда ўқитишнинг альтернатив усулларини қўллашга тўғри келади.

— Эшитмаганлиги сабабли лабидан ўқиш билан компенсациялашган карликни (эшитишнинг пасайиши) аниқлаш учун ҳамшира беморнинг савол берувчининг юзини кўрмасдан берилган саволларга жавобининг реакциясини аниқлайди.

— Ҳамшира кўриш ўткирлиги даражасини аниқлаш учун беморнинг ҳатти-ҳаракатларга нисбатан муносабатини аниқлайди.

— Ҳамшира асосий параметрларни аниқлаш ва кейинчалик солиштириш учун беморнинг барча ҳаётий функцияларини ўлчайди ва рўйхатга олади, тана ҳарорати кўтарилганда тезлик билан жарроҳга хабар беради (16-жадвал).

Операциядан олдинги физикавий текширувлар

Тизимлар	Кузатувлар, тестлар, муолажалар
Юрак-қон томир	<ul style="list-style-type: none"> — пульсни санаш ва унинг тавсифи; — юрак тонларини, артериал босимни ўлчаш; — электрокардиограмма (агар бемор 35 ёшдан ошган ва анамнезида юрак касаллиги бор бўлса); — периферик пульс, тери ранги ва тактил сезгиларни текшириш; — қон плазмаси электролитларини текшириш.
Респиратор	<ul style="list-style-type: none"> — нафаснинг тезлиги ва тавсифи; — ўпка аускультацияси; — ўпкани рентгенологик текшириш; — артериал қондаги газлар (агар бемор анамнезида респиратор касаллиги бўлса) текшириш; — функционал тестлар (агар бемор чекувчи ёки анамнезида респиратор система касаллиги бўлса) ўтказиш
Қон	<ul style="list-style-type: none"> — қоннинг клиник таҳлили (гемокрит билан бирга); — қон гуруҳи, Rh— факторни аниқлаш; — протромбин вақтини (анамнезида қон кетиш ёки антикоагулянтлар билан даволаниш ҳоллари бўлса) аниқлаш; — коагулограмма; — ОИСТ га текшириш; — RW— таҳлили (сўзакни аниқлаш учун); — қондаги электролитлар миқдори; — қондаги қанд миқдори.
Сийдик ажратиш	<ul style="list-style-type: none"> — сийдикнинг клиник таҳлили; — қолдиқ азот миқдори; — қонда креатинин миқдори; — диурезни баҳолаш; — Зимницкий синамаси; — сийдикда қон миқдори; — Ничепоренко ва Аддис—Каковский синамалари.
Иммун	<ul style="list-style-type: none"> — тана ҳарорати; — лейкоцитар формула.
Овқат ҳазм қилиш	<ul style="list-style-type: none"> — қабул қилинаётган суюқлик миқдори; — жигар функциясини текшириш; — УЗИ-текшириш; — эндоскопик текшириш.
Метаболизм	<ul style="list-style-type: none"> — тана оғирлиги, қонда қанд миқдори.
Тери	<ul style="list-style-type: none"> — тери бутунлиги, тургори.

Ҳамшира кейинчалик солиштириш учун асосий параметрларини аниқлаш мақсадида беморнинг антропометрик кўрсаткичларини ўлчайди ва ҳужжатлаштиради.

— Ҳамшира бўлиши мумкин бўлган мотор (ҳаракат) фаолиятининг бузилишларини: (мушаклар бўшашганлиги (ҳолсизлик), паралич ва парез (фалаж ва ярим фалаж), мустақил ҳаракатланиш имкони бор-йўқлигини текширади. Бу ҳамшира парвариши ва жарроҳликдан кейинги текширув режасини тузишда муҳим маълумот ҳисобланади.

— Ҳамшира беморда асабийлашиш, хавотирлик, юз ва тана мушакларининг таранглашуви, оёқ-қўл учларининг қалтираши, нафас тезлашуви билан намоён бўлувчи ноҳуш сезгиларни, ишончсизлик, қўрқув ёки безовталиқни аниқлайди.

— Ҳамшира бемор хулқ-атворидаги безовталиқ даражасини кўрсатувчи ҳатти-ҳаракатларини кузатади. Унинг столни бармоқлари билан уриш, тамаки чекиш, стертиотип ҳаракатлар, дудуқланиш ёки тез-тез сўзлаши ҳамширага беморда хавфсираш борлигини ва унинг даражасини аниқлашда ёрдам беради.

II босқич. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамширалик ташхисини шакллантириш.

Агар бемор аниқ гапира олмаса, дудуқланса ёки ҳис-туйғуларини аниқ ифода этолмаса — **вербал коммуникация бузилиши** ташхиси қўйилади.

Агар беморда эшитиш ёки кўриш ўткирлигининг бузилиши аниқланса ҳамшира ташхиси — **кўриш ёки эшитишнинг бузилиши**, деб ҳисобланади.

Агар беморнинг эс-ҳуши аниқ бўлмаса, комада бўлса ҳамшира **фикрлаш жараёнларининг ўзгариши**, деб ташхис қўяди.

Агар бемор юзида ишончсизлик, қўрқув ёки безовталиқ акс этса, ёки унда кўзгалувчанлик, кўп терлаш, оёқ-қўллари қалтираши кузатилса, ҳамшира ташхиси — **жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ ёки шу соҳада билимларининг етарли эмаслиги билан боғлиқ хавотирланиш**, деб қабул қилинади.

Бемор жарроҳлик аралашувига дуч келар экан ҳамшира ташхиси қуйидагича бўлади: **Инвазив аралашув билан боғлиқ инфекция тушиш хавфининг юқорилиги**.

Агар бемор жарроҳлик аралашувидан олдин седатив дори моддалари қабул қилса, ҳамширалик ташхиси — **сенсор сезгирликнинг бузилиши билан боғлиқ бўлган шикастланиш хавфининг юқорилиги**, деб қўйилади.

Агар бемор бирор аъзо ампутацияси ёки резекцияси туфайли операция қилинса, ҳамшира ташхиси — **тана тузилишининг бузилиши билан боғлиқ гам-қайғу реакцияси**, деб қўйилади.

Агар бемор ўзида одатий ижтимоий алоқаларни давом эттиришда ишончсизликни ифода этса, яқинлари ва ўртоқлари билан учрашувларни рад этса, ҳамшира ташхиси — **ўз ўрнини йўқотиш**, деб белгиланади.

Агар беморда уйига қайтиш борасида безовталиқ сезилса ёки оиласи унинг ҳолатига эътиборсиз бўлса, уни йўқламаса ёки жарроҳлик аралашувига тайёрлаш ва даволаш жараёнида иштирок этишдан бош тортса ва у жарроҳлик аралашувининг нохуш якунланишга ишонса, бунда ҳамшира ташхиси — **оиладаги стрессни бартараф этишдаги ҳаракатларнинг натижасизлиги**, деб қўйилади.

Агар бемор ўзи танлаган йўл тўғрилигига ишонмаса, хато қилса ҳамшира ташхиси — **танлашда (ҳал қилишда)ги конфликт**, деб қўйилади.

Агар бемор ёки унинг оила аъзолари жарроҳлик аралашувини оддий сўз билан талқин этолмаса, унинг натижалари, операциядан кейинги давр ва бошқа белгиларни ишончсизлик билан ва узуқ-юлуқ талқин қилса ҳамшира ташхиси — **билимлар дефицити (етишмовчилиги)**, деб қўйилади.

Агар беморда жарроҳлик аралашуви ёки йўлдош касаллик билан боғлиқ муаммолар бўлса ва бу ҳол ўз-ўзига хизмат қилишда қийинчилик туғдирса ҳамшира ташхиси: **чорасиз қолиш**, деб қўйилади.

Агар беморда жарроҳликдан бошқа йўлдош патология билан боғлиқ муаммолар мавжуд бўлса, улар ҳамшира парвариш режасини тузишда ҳисобга олиниши керак. Муқаррар анестезиологик ёрдам билан боғлиқ бўлган қуйидаги тўртлик муҳим аҳамият касб этади:

1. Суюқлик ҳажмининг дефицити, сувсизланиш белгилари билан намоён бўлади.

2. Овқатланиш тартибининг ўзгартирилиши: семириш дистрофия — бўй ва оғирлик индексларидаги ўзгаришлар билан исботланади.

3. Аллергик реакцияларнинг юқори хавфи аллергиялогик синама, тестлар натижалари ва аллергиялогик анамнез билан тасдиқланади.

4. Газ алмашинувининг бузилганлиги — субъектив шикастлар, физикавий текширувлар, лаборатор маълумотлар билан тасдиқланади.

III босқич. Ҳамширалик ёрдамини режалаштириш.

Бу босқичда кутилаётган натижа қуйидагилардан иборат:

— бемор бўлажак жарроҳлик аралашувининг сабабларини, муолажани ва кутилаётган натижаларни тушуниш;

— беморнинг безовталиқ ҳиссини енгишга қодир эканлиги, унинг ўзини қулай ҳис этиши, кўрқув ҳиссининг йўқлиги ва унинг тинч ухлаши;

— беморнинг жарроҳликдан кейинги нафас физиотерапияси ва ДФК (даволаш физкултура комплекси) машқларини зарурлигини тушуниши;

— бемор нафас ва ДФК машқларини кўрсатиб бера олиши;

— беморнинг тери қопламларига жарроҳлик аралашувидан 12 соат олдин гигиеник ишлов берилган бўлса, бу ҳолда касалхона қойдалари ва операция хусусиятларига асосан қайтадан амалга оширилиши;

— беморнинг операциядан 8 соат олдин буюрилган очлик ва суюқликни чеклаш қойдаларига риоя қилиши ҳамшира назорати билан тасдиқланади;

— бемор врач буюрган вақтда керакли премедикацияни олади;

— бемор врач буюрган барча дори моддаларини қабул қилади ва ҳамма операция олди текширувларидан ўтади, бу касаллик тарихида ёзувлар билан тасдиқланади;

— бемор ёки унинг қариндош-уруғлари жарроҳлик аралашувига ёзма равишда розилик берадилар.

IV Босқич. Ҳамширалик аралашуви режасини амалга ошириш.

I. Бемор ва унинг оиласини жарроҳлик аралашувига тайёрлаш.

II. Беморни жарроҳлик аралашуви олдидан тайёрлаш (агар бемор режали равишда касалхонага ётқизилган бўлса) (17-жадвал).

17-жадвал

Операциядан олдинги физиологик тайёрлов

Тана тизимлари	Аралашув	Мақсад
Тери	Антисептик совунни қўллаш. Операция ўтказиладиган соҳани тозалаш (шчёткалар билан ювиш), тукларни қириш	Тери юзасида микроорганизмлар миқдорини камайтириш, операция жароҳатига микроблар тушишининг олдини олиш
Овқат ҳазм қилиш	Оғриқсизлантиришга 8 соат вақт қолганда овқат ва суюқлик қабул қилишни тўхтатиш	Операция вақтида қусуқ массалари аспирациясига ва кейинчалик аспирацион пневмонияга сабаб бўлувчи қусишнинг олдини олиш
	Ичакларни тайёрлаш: ичакларни юмшатувчи препаратлар, операциядан олдинги узоқ давом этувчи парҳез. Операциядан олдинги антибиотикотерапия	Стерил операцион майдонни ичаклардан чиқувчи ахлат ва газлар билан ифлосланмаслигининг олдини олиш мақсадида маъда-ичак тизимида ўтказиладиган операцияда тайёрлов кенгроқ бўлиши мумкин
	Назогастрол (бурун, меъда) зондни қўйиш	Меъда декомпрессияси ва ундаги овқат қолдиқларини операция вақтида чиқариб ташлаш
Асаб	Операциядан олдинги тинчлантириш	Танани бўшаштириш, оғриқсизлантиришга тайёрлаш

1. Ҳамшира жарроҳлик аралашувидан олдинги тайёрлов режасини тасдиқлатиш мақсадида даволовчи шифокор билан маслаҳатлашиши лозим.

2. Ҳамшира жарроҳлик аралашувидан олдинги муолажаларни бемор учун қулай вақтга белгилаши лозим.

3. Ҳамшира беморга қариндош-уруғлари билан учрашиб, улардан руҳий қувват олишни таклиф этади.

4. Беморнинг қариндошлари билан учрашуви тугагач, ҳамшира режасига биноан барча тайёргарлик ишларини амалга оширади:

— ҳар бир муолажадан олдин даволаш варақасини текшириб солиштириб туради;

— ичакларни тайёрлайди;

— операция ўтказиладиган майдонни тайёрлайди;

5. Ҳамшира беморнинг жарроҳлик аралашуви тўғрисидаги фикрларини қўллаб-қувватлайди.

6. Ҳамшира беморнинг муқаррар жарроҳлик аралашуви бора-сидаги барча саволларига жавоб бериши керак.

7. Ҳамширанинг ҳар бир ҳаракати бемор қўрқувини камайтириш учун қўллаб-қувватловчи таъсирга эга бўлиши керак.

8. Ҳамшира беморнинг санитария-гигиена қоидаларига риоя қилишини текшириб туриши ва керак бўлганда унга ёрдам бериши керак.

9. Ҳамшира доимо беморнинг хавотир ва қўрқув даражасини назорат қилиб туриши лозим.

10. Ҳамшира режага асосан беморга буюрилган барча дори-дармонлар қабулининг ўз вақтида бажарилишини назорат қилади.

11. Ҳамшира беморнинг яхши дам олиши учун унинг палата-сида қулай муҳит яратиши лозим.

III. Жарроҳлик аралашуви амалга ошириладиган майдонни тайёрлаш (18-жадвал).

18-жадвал

Тери қопламларини операцияга тайёрлаш

Тайёрланадиган соҳа	Туклар қириладиган соҳа	Операция турлари
Қорин девори ва сон соҳаси	Кўкрак безларидан соннинг ўртасигача; чов соҳасининг ҳаммаси	Қорин бўшлиғини соннинг пастки қисмидан кесиш
Қорин девори	2-қовурғалар оралигидан то соннинг бошланғич қисмигача; чов соҳасининг ҳаммаси (лобков.об-ть)	Қорин бўшлиғини киндикдан юқорида очиш

Тайёрланадиган соҳа	Туклар қириладиган соҳа	Операция турлари
Умуртқа поғонасининг бўйин қисми	Ташқи энса дунглигидан 2,5 см юқоридан то белнинг ўрта қисмигача ва кўкрак қафасининг ён текисликларигача	Умуртқа поғонасининг бўйин қисмини очиш
Умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел қисмлари	Соч чизикларидан то думба бурмалари ва кўкрак қафаси ташқи ён қисмлари	Кўкрак қафаси орқа юзаси ва бел соҳаси операциялари
Буйрак соҳаси	Қорин ўрта чизигидан қолдириб операция ўтказиладиган соҳа	Буйраклар ва уретра операциялари
Кўкрак қафаси	Операция соҳасига қарама-қарши томонда ўрта ўмров чизигидан то сўргичсимон ўсимтагача. Елка устки қисмидан киндиккача. Жароҳат томонда елкадан то тирсак бўғимигача	Кўкрак қафаси ва ўпка операциялари учун
Оралик	Киндикдан бошлаб сон ички юзаси, тиззагача	Тўғри ичак, қин, тос аъзолари операцияларида

1. Ҳамшира шифокор билан маслаҳатлашиб жарроҳлик майдонини аниқлаб олиши керак.

2. Ҳамшира беморга ушбу муолажанинг мақсади ва заруриятини тушунтириб бериши керак.

3. Ҳамшира муолажани конфиденциаллигини таъминлаши лозим.

Муолажа бажариш техникаси (тартиби):

- қўллар яхшилаб ювилади;
- қўшимча чойшаб тўшалди;
- бемор қулай ҳолатда ётқизилади;
- хона етарли ёруғлик билан таъминланади;
- стерил қўлқоплар кийилади;
- пахтага антисептик суюқлик шимдирилади;
- операция амалга ошириладиган майдон марказдан четга қараб айланма ҳаракатлар билан артилади (ҳар бир артишдан сўнг докани сиқиб олиш керак);

— ишлов берилаётган соҳадаги туклар марказдан четга қараб қириб ташланади. Бу жароҳатланиш ва инфекция тушишининг олдини олади;

— бир марта ишлатиладиган лезвиялар ишлатилади, зарур ҳолларда алмаштирилади;

— туклар қириб бўлингач майдонга яна қайта антисептик мода билан ишлов берилади;

— тери юзаси илиқ сув билан ювилади ва стерил сочиқ билан артилади;

— ишлатиладиган барча асбоблар, қўлқоп ва туклар қоидага биноан йўқотилади;

— тушалган қўшимча чойшаб йиғиштириб олинади ва беморга тоза кийимларини кийишга ёрдам берилади;

— ҳамшира қўлларини ювади.

IV. Беморни бевосита операцияга тайёрлаш.

1. Ҳамшира буюрилган топшириқларни тўла бажарилганлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида шифокор билан маслаҳатлашади.

2. Барча аҳамиятга эга бўлган маълумотлар ёзиб қўйилганлигини аниқлаш ва тасдиқлаш мақсадида касаллик тарихини яна бир бор кўриб чиқади:

— шифокор кўригининг маълумотлари;

— ҳамширалик ҳужжатлари;

— қон ва сийдик таҳлиллари (клиник ва биокимёвий) RW-реакцияси, ОИТС-га текшириш, Hbsagни аниқлаш;

— қон груҳи ва Rh нинг мос келиши;

— Rn грамма ва ЭКГ маълумотлари;

— даволаш варақаси;

— аллерголик анамнези маълумотлари.

3. Ҳамшира беморнинг шифокор, тиббий муассаса ва ўзини ҳуқуқий ҳимоялаш мақсадида жарроҳлик операциясига берган ёзма розилик хати борлигини текширади.

4. Беморлар касаллигига қараб ажратилади (пациент идентификацияси).

5. Ҳаётий функциялар мониторинги ўтказилади ва ҳужжатлаштирилади.

6. Ҳамшира беморга (агар аёл бўлса) бўёқлари ва тирноқларидаги лакни артишни тушунтиради ва ўзи ёрдамлашади.

7. Беморга тоза чойшаблар беради.

8. Ҳамшира беморга барча қимматбаҳо тақинчоқларини ва буюмларини қариндошларига бериши кераклигини уқтиради.

9. Ҳамшира бемор саволларига жавоб бериб туради ва унинг хавотирланишига йўл қўймасликка ҳаракат қилади.

10. Зарурат бўлганда назогастрал зонд, периферик ва сийдик катетери ўрнатилади. Бу муолажалар жарроҳлик операцияси вақтида аъзоларнинг оптимал физиологик фаолиятини сақлашга кўмаклашади.

Премедикациядан олдин амалга ошириладиган чора-тадбирлар.

11. Беморнинг қовуғи бўшатилади.

12. Барча протезлар ечиб олинади (кўзойнак ёки линзалар, тиш, оёқ ва қўл протезлари). Бу билан уларнинг йўқолиши, зарарланишининг олди олинади.

13. Ечиб олинган протезлар албатта назорат остида бўлиши лозим.

14. Ҳамшира беморни анестезияга (оғриқсизлантиришга) тайёрлашда медикаментоз премедикацияни амалга оширади.

15. Беморни руҳан тайёрлаш мақсадида унга шиллиқ қаватлар қуришини ва уйқучанлик пайдо бўлишини тушунтириш лозим.

16. Ҳамшира зарурат туғилганда шифокорни чақириш имкони бўлиши учун сигнал аппаратлари ишини текшириб кўриши лозим.

17. Беморга транспортировка қилингунга қадар қариндошлари билан гаплашиш учун имконият яратиб беради.

V. Беморни жарроҳлик хонасига олиб бориш.

1. Ҳамшира беморга буюрилган барча чора-тадбирларнинг бажарилганлигига ишонч ҳосил қилиш учун даволаш варақасини кўриб чиқади.

2. Қариндош-уруғларига мулоқот вақти тугаганлигини айтади.

3. Ҳамшира беморни кичик тиббий ҳамшира ёрдамида аравача ёки креслога эҳтиёткорлик билан ўтқазади.

4. Ҳамшира беморни операция хонасигача кузатиб боради.

5. Қайтиб келгач, беморнинг яқинларини кутиш хонасига кузатиб қўяди ва уларни қўллаб-қувватлаб туради.

VI. Босқич. Натижани баҳолаш.

Бу босқичда қўшимча текшириш ўтказиш йўли билан кутилган натижаларга қай даражада эришилганлиги аниқланади (19-жадвал).

Натижани текширишда ёрдам берувчи омиллар қуйидагилар ҳисобланади.

— беморнинг жарроҳлик аралашувининг сабаблари, муолажалари ва натижаларини тўғри тушунтириб бера олиш имконияти;

— беморнинг руҳий хотиржамлиги, уйқусининг тинчлиги;

— ДФК машқларини бажариш муҳимлигини тўғри тушунтириш ва уларни тўғри кўрсатиб бериши;

— операциядан олдинги чора-тадбирлар ва муолажалар, шунингдек лаборатория таҳлилларининг бажарилиши;

— беморнинг жарроҳлик аралашувига берган ёзма розилигининг борлиги.

Юқорида кўрсатилган омиллар ёрдамида ҳамширалик жараённинг натижаси баҳоланади.

**Пайдо бўлиши мумкин бўлган муаммолар
ва уларни ҳал қилиш йўллари**

Муаммолар	Ечиш йўллари
Беморнинг ўргатилганлигига қарамасдан ўтказиладиган жарроҳлик операцияси ҳақида тушунчага эга бўлмаслиги	Ўқитишнинг бошқа усулларини излаш, чунки хавотирланиш ҳам ўрганишнинг пасайишига олиб келади. Хавотирланиш-ни пасайтиришнинг янги чора-тадбирларини ишлаб чиқиш
Бемор жисмоний тарбия (ЛФК) машқларни кўрсатиб бера олиш ҳолатида эмаслиги	Беморга машқларни қайта-қайта кўрсатиб, унинг бажара олишига эришиш
Бемор операциядан қўрқаётганлигини ҳатто ўлимдан хавфсираётганини билдириши	Беморнинг ҳаяжонланиш сабабини ўрганиш, жарроҳга ва анестезиологга бу ҳақда хабар бериш. Беморнинг ташвишларини касаллик тарихига ёзиб қўйиш. Психотерапевт ва психиатрни маслаҳатга чақириш
Касаллик тарихи тўлиқ эмас	Агар маълумот олиш осон бўлса уни қайта тиклаш. Агар маълумот йўқолган бўлса врачга хабар бериш
Бемор розилиги имзоланмаган	Бу ҳақда врачга хабар бериш ва барча операциядан олдинги муолажаларни бекор қилиш
Беморнинг операцияга розилик беришдан бош тортиши	Бунинг сабабларини аниқлашга киришиш ва врачга хабар бериш давомида беморнинг ҳуқуқларини эсдан чиқармаслик
Операция ўтказиладиган соҳа терисида тирналиш ва қон кетишлар кузатилиши, операциядан олдинги ўтказилган лаборатор текширишларда ўзгаришлар борлиги	Қонни тўхтатиш ва боғлаб қўйиш. Бу ҳақда касаллик тарихига ёзиб қўйиш. Бу ҳақда врачга хабар бериш ва қайта текшириш ўтказиш учун лаборантни таклиф қилиш
Беморнинг операциядан олдин сия олмаслиги	Олигоурияни бартараф қилиш. Сийишни рефлектор чақириш (крандан сув оқишиш йўли билан), агар бу наф бермаса катетеризация қилиш ва бу ҳақда касаллик тарихига ёзиб қўйиш
Беморнинг операцияга тиш протезларисиз боришни рад этиши	Беморнинг тиш протезларини оғриқсизлантириш жараёни ўтказилгунча оғзида қолдириш

ОПЕРАЦИЯ ДАВРИДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Операция давомида ҳамширанинг роли.

Ҳамшира жарроҳлик хонасида 2 асосий вазифани бажаради:

- жарроҳлик ҳамшираси;
- анестезист ҳамшира (оғриқсизлантиришга ёрдамлашувчи ҳамшира).

Жарроҳлик ҳамшираси операция жараёнида жарроҳ ёрдамчиси вазифасини бажаради. Бундан ташқари ушбу ҳамшира зиммасига жарроҳлик амалиёти блокининг асбоблар билан таъминланиши учун жавобгарлик ҳам юклатилади. Шунинг учун ҳамширалик жараёнини ўтказишда асосий вазифа анестезист зиммасига тушади.

Юқоридаги маълумотларга асосланиб, ҳамширанинг жарроҳлик амалиёти давридаги вазифалари қуйидагича бўлинади:

- жарроҳга ёрдам беради;
- инфекцион хавфсизлик учун жавобгар ҳисобланади;
- асбоблар стериллигини таъминлайди;
- операция хонасида ўтказиладиган тозалаш учун жавобгар ҳисобланади;
- операцияга керакли оқликларни тайёрлайди;
- асбоблар яроқлилигини текшириб боради;
- асбоблар ва анестезияга тегишли бўлмаган ускуналар учун жавобгар бўлади;
- дори-дармонлар таъминоти учун жавобгар;
- боғлов, тикиш материаллари, операцияда ишлатиладиган асбоблар билан таъминлайди.

Анестезистка вазифалари:

- жарроҳлик аралашуви вақтида ҳамширалик парвариши режасини амалга оширади;
- анестезиолог ёрдамчиси, сунъий нафас бериш аппаратларини текшириб, тайёрлаб қўйиш вазифасини бажаради;
- интубацияга керакли асбоб-ускуналарни, оғриқсизлантириш учун керакли дори-дармонларни тайёрлаб қўяди. Rн-мос келадиган қонни тайёрлаб қўяди. Интубацияга ёрдамлашади, АБ, НҲ (нафас ҳаракати), кардиомониторинг, диурез, йўқотилаётган қон миқдорини, динамик мониторингни амалга оширади;
- гемотрансфузия учун керакли асбобларни тайёрлайди, қоннинг мос келиш-келмаслигини текширади;
- анестезиологик картани тўлдириб боради;
- жарроҳлик аралашуви тугагач, беморни палатасига кузатиб боради ва палата ҳамширасига парвариш бўйича барча керакли маълумотларни беради.

I. Босқич. Беморни текшириш.

Ҳамшира беморнинг жарроҳлик аралашувига тайёр эканлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида махсус текширув ўтказади. Бунда ҳамшира беморнинг барча аъзо ва тизимлари фаолияти, умумий аҳволига аҳамият беради. Хужжатларни текшириш давомида пациентнинг операцияга розилиги, лаборатория маълумотлари, касаллик тарихига эътибор беради. Бу текширишлар аввал ҳам ўтказилганлигига қарамасдан операциядан олдин яна бир қарра назоратдан ўтказилади. Чунки хужжатларни расмийлаштиришда йўл қўйилган ҳар қандай хатолар операция жараёнининг бузилишига ва шифокорнинг юридик жавобгарликка тортилишига сабаб бўлади.

— пациент идентификацияси (айниқса ҳушида бўлмаганлар учун);

— қон мослигини аниқлаш;

— аллергологик анамнезни текшириш. Беморнинг бундай муаммолари бўлса, бу ахборотни жарроҳлик бригадасининг барча аъзолари билан муҳокама қилиб, аллергия чақириси мумкин бўлган ҳар қандай дори препаратлари қўлланмаслигини таъминлаш;

— юрак томирлар, нафас, нерв, мушаклар фаолиятини қисқа ва батафсил текшириб чиқиш. Чунки бошқа аъзолар патологияси бевосита операциядан олдин пайдо бўлиб қолиши мумкин;

— операция қилинган соҳани текшириб кўриш;

— пациентнинг психологик комфортга алоҳида эътибор бериш.

II Босқич. Бемор муаммоларини аниқлаш. Ҳамшира ташхисини асослаш.

Операциядан олдинги ҳамшира ташхисига ҳамма ўтказилган текшириш таҳлилларига асосланиб, бевосита операцияга тааллуқли бўлган янги ташхис қўшилади. Олинган маълумотлар операциядан кейинги бемор парвариши режасини тузишга асос бўлади.

Агар текширишда сийдик ажратиш тизимида бузилишлар аниқланса, яъни объектив текширишда шишлар ва сийдик ажратишда катта хавф аниқланса, ҳамшира ташхиси — **сийдик ажратишнинг бузилиши**, деб қўйилади.

Агар беморни объектив текширишда ёндош касалликлар ёки тўқималарда ёшига хос ўзгаришлар ва аъзоларда қон айланишининг бузилишлари аниқланса, ҳамшира ташхиси — **тўқималарда қон айланишининг бузилиши**, деб қўйилади.

Агар объектив текширишда кўп қон ва суюқлик йўқотиш натижасида (кўп ич кетиш, кўп қусиш) организмда сувсизланиш аниқланса, ҳамшира ташхиси — **суюқлик ҳажмининг камлиги (дефицит)**, деб қўйилади.

Агар бемор операциягача бўлган 8 соат ичида овқат еган бўлса, ёки меъда-ичак тизимининг юқори қисмини тўлиқ санация қилиш учун асбоб-ускуналар етарли бўлмаса, ёки патологик процесс — ёт жисмларнинг оғиз-ҳалқумга тушиши хавфи (қон, шиллиқ) ёки кимёвий воситалар оқибатида йўтал рефлексининг сусайиши билан боғлиқ бўлса, ҳамшира ташхиси — **аспирацияга юқори хавф**, деб қўйилади.

Агар бемор тери қопламларида операция бошланишидан олдин бузилишлар аниқланса (масалан тўқима трофикасининг бузилишлари) ҳамшира ташхиси — **тери қопламлари бутунлигининг бузилиши (юқори хавфи)**, деб қўйилади.

Агар жарроҳлик аралашуви вақтида септик процесс ёки инфекцияланган жароҳат ёки жарроҳлик инфекцияси қўшилиш факторлари мавжуд бўлса у ҳолда — **инфекцияланишнинг юқори хавфи**, ташхиси қўйилади.

Агар тери қопламлари бутунлигининг бузилиш хавфи ишончли, ўтказилаётган операция учун хос бўлган ўртача кўрсаткичлардан юқори, асосий ва қўшимча патологик процессларнинг оғирлиги ёки ўтказилаётган операциянинг ўзига хослиги оқибатида бўлса (беморнинг узоқ вақт ётиб қолиши (фиксация), травматик муолажа ўтказилиш хавфи), ҳамшира ташхиси — **шикастланишнинг юқори хавфи** (йиртилиш, операция техникаси хатоликлари, режалаштирилмаган операция ҳажмини кенгайтириш), деб қўйилади.

Агар беморда операциядан олдинги даврда терморегуляциянинг бузилиши аниқланса ёки операция вақтида терморегуляция декомпенсациясига юқори даражада хавф туғилса (масалан, гипотермия шароитида ўтказилган операция), ҳамшира ташхиси — **самарасиз терморегуляция**, деб қўйилади.

III босқич. Ҳамширалик ёрдами режалаштириш.

Ҳамширалик ёрдами режалаштириш қўйилган ҳамширалик ташхисларига асосланади. Энг кўп тайёргарликлар жарроҳлик амалиётидан олдин амалга оширилса ҳам унга операция вақтида ҳам ўзгартишлар киритилиши мумкин ва бунинг натижасида ҳамширалик парвариши режасига ҳам ўзгартишлар киритилади. Бу парваришнинг мақсадлари жарроҳлик амалиёти вақтида ҳам аҳамиятли бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

- зарарланишнинг олдини олиш;
- беморга руҳий ва жисмоний қулайликлар яратиш.

Қўшимча мақсадларга ва кутилаётган натижаларга қуйидагилар кирди:

- бемор терисининг бутунлигини сақлаш;
- беморнинг тана ҳароратини меъёрий кўрсаткичларда сақлаш;
- сув ва электролит балансини меъёрда ушлаб туриш;

- газ алмашинуви турғунлигини таъминлаш;
- қон кетиш, қон қуйиш билан боғлиқ асоратларнинг олдини олиш;
- беморнинг қариндош-уругларини руҳий қўллаб-қувватлаб туриш;
- ҳамкасбларини қўллаб-қувватлаб туриш.

IV Босқич. Ҳамширалик аралашуви режасининг амалга оширилиши.

Ҳамширалик аралашувининг асосий мақсади анестезиологик ва жарроҳлик ёрдамиди амалга оширишда жароҳат ва асоратларнинг олдини олишдан иборат. Ҳамшира жарроҳлик амалиёти вақтида беморнинг ҳимоячиси вазифасини бажаради ва бемор ҳаётига хавф солувчи омилларнинг олдини олиш чора-тадбирларини баҳолаб боради. Бу ҳолат ҳамширалик фаолиятига юқори талабларни қўяди. Ўтказилган анестезия (оғриқсизлантириш) оқибатида жарроҳлик аралашувида бевосита иштирок этиш имкониятидан маҳрум бўлган бемор ўз ҳақ-ҳуқуқларини ҳимоя қилишни операция вақтида ҳамширалик жараёнига жавобгар ҳамширага топширади.

Физиологик тайёрлов (ФТ). Беморнинг хавфсизлигини таъминловчи чора-тадбирлар амалга оширилгач, ҳамшира ФТ ни бошлайди.

Руҳий тайёрлов. Бу жараёнга беморни жарроҳлик амалиётидан олдин, амалиёт вақтида қўллаб-қувватлаб туришлар киради.

Беморнинг жарроҳлик столида жойлаштирилиш ҳолати.

Беморнинг жарроҳлик столида қандай ҳолатда ётқилишидан қатъий назар, жарроҳлик аралашуви ўтказиладиган соҳа жарроҳ учун, шунингдек беморни назорат қилиб туриш учун қулай бўлиши керак.

Агар беморга умумий наркоз берилса унинг операция столидаги ҳолати наркоздан сўнг, амалга оширилади. Бемор анестезия (оғриқсизлантириш) ҳолатида бўлганида ҳамшира унинг умумий аҳволига эътибор бериб, тўқималарининг эзилишини ва тери қопламлари зарарланишининг олдини олиши керак.

Бемор қандай ҳолатда ётқизилишидан қатъий назар унинг ҳолати диафрагма ҳаракати ва нормал қон айланишига зарар етказмаслиги керак.

Инфекция тушишининг олдини олиш.

Инфекцион хавфсизлик — жарроҳлик хонаси ходимларининг асосий вазифасидир. Барча ҳамширалар ходимларнинг асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилишларини кузатиб боришлари зарур. Бу чора-тадбирлардан мақсад бемор ва ходимларнинг хавфсизлигини таъминлаш.

Шикастланишларнинг олдини олиш. Жарроҳлик аралашувининг боши ва охирида ҳамшира инструментларни (асбобларни) ва ишлатилган материалларни албатта санаб чиқиши лозим. Шикастланишлар қўшимча мосламаларнинг (лазер, коагуляторлар, дефибриллятор) ишлатилиши оқибатида юзага келиши мумкин. Айрим анестетиклар (оғриқ қолдирувчилар) ҳам ёнгин ва портлаш хавфини туғдириши мумкин.

Агар жарроҳлик амалиётида лазер мосламаси ишлатилса, беморнинг кўз тўр пардасини таъсирланишдан сақлаш лозим. Электр мосламалари ҳам электр токидан шикастланиш хавфини туғдиради.

Сув ва электролит балансини меъёрида ушлаб туриш

Барча ажратиш тизимлари фаолиятини ва қон йўқотилишини кузатиб бориш лозим. Агар сув-туз баланси бузилиши кузатилса, суюқлик, қон ўрнини босувчи суюқликлар ва қон қуйиш амалга оширилади.

Тана ҳароратини назорат қилиш ва наркоз.

Наркоз (оғриқсизлантириш) остида бўлган беморнинг терморегуляция (иссиқлик алмашинуви) имкониятлари сусаяди,

Гипотермияга мойиллик туғдирувчи омиллар:

- вазодилатация (қон томирларининг кенгайиши);
- анестетикларнинг бош мия терморегуляция марказига таъсири оқибати;
- бемор кийимларининг бўлмаслиги (жарроҳлик амалиёти вақтида);
- нам чойшабларда узоқ вақт ётиш;
- ҳаракатсизлик ва мушаклар титрашининг йўқлиги (миорелаксантлар таъсири оқибатида);
- криохирургия усулларини қўллаш;
- жарроҳлик хонасидаги ҳаво ҳарорати ва блар.

Шошилинч ҳолатлар.

Ҳар қандай жарроҳлик амалиётини ўтказиш вақтида шошилинч ҳолатлар юзага келиши мумкин. Беморнинг операция олди таҳлиқаси ва анамнезидан келиб чиққан ҳолда, улар ҳақида қисман тахмин қилиш мумкин:

- нафас тизими фаолиятининг бузилиши;
- аритмиянинг (юрак ритмининг) ривожланиши;
- хавфли гипертермия;
- ўткир қон йўқотиш;
- клиник ўлим.

Жарроҳлик хонасидаги хужжатлар.

Жарроҳ томонидан жарроҳлик амалиётининг кечиши тўғрисидаги ёзувлардан ташқари, анестезиологик қўлланманинг ҳар бир дақиқадаги кўрсаткичлари ҳам ёзиб борилади. Анестезиологик қўлланма харитасига қуйидаги кўрсаткичлар ёзилиши шарт:

— анестезия тури ва анестетик;
— наркоз (оғриқсизлантириш) муддати ва босқичлари;
— гемодинамика кўрсаткичлари (АБ, пульс, юрак уриш сони);
— нафас тизими фаолияти кўрсаткичлари, агар суъний нафас бериш аппаратлари орқали нафас берилган бўлса, бу мосламанинг иш кўрсаткичлари ёзиб борилади (нафас олиш сони, нафаснинг 1 минутли ҳажми);

— йўқотилган қон миқдори, беморга қуйилган суюқликлар таркиби, диурез;

— жарроҳлик амалиётнинг барча хусусиятлари, шошилиinch ҳолатлар;

— лаборатор таҳлил кўрсаткичлари ёзиб борилади.

Бу харита беморни операциядан кейинги палатага кузатади.

V Босқич. Натижани баҳолаш.

Жарроҳлик аралашувининг охирида ҳамшира беморнинг жарроҳлик амалиётдан кейинги текширувини ўтказиб, амалиётдан олдинги кўрсаткичлар билан солиштиради ва жарроҳлик аралашуви натижасини баҳолайди.

Қайта текширувнинг мақсади ва натижаси.

1. Тери қопламларининг бутунлигини текшириш (эзилиши, иссиқлиги).

2. Тана ҳаракатини меъёрий кўрсаткичларда ушлаб туриш. Тана ҳароратини жарроҳлик аралашувидан олдин, аралашув вақтида ва ундан кейин ўлчаш.

3. Сув ва электролит баланси кўрсаткичларини кузатиш, гипо ёки гиперволемиалар бор-йўқлигини текшириш.

4. Адекват газ алмашинувини кузатиш.

5. Қон йўқотиш билан боғлиқ асоратларнинг олдини олиш.

6. Гемотрансфузия (қон қуйиш) билан боғлиқ асоратларнинг олдини олиш. Беморнинг инфекцион, биологик, руҳий ва ижтимоий хавфсизлигини таъминлаш.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БЕМОР ПАРВАРИШНИ АМАЛГА ОШИРИШ

I босқич. Пациентни текшириш.

Бемор операция хонасидан олиб келингандан сўнг, ҳамшира унинг касаллик тарихини давом эттиради. Стационар анъаналарига биноан анестезиологик картани касаллик тарихига ёпиштириб қўяди ёки ундаги барча кўрсатмаларни ҳамширалик парвариш режасини тузиш учун касаллик тарихига кўчириб олади. Тўлақонли ахборот тўплаш учун қуйидаги қоидага риоя қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади:

— касаллик тарихида ёки реанимацион картада жарроҳлик аралашувининг ва қўлланилган анестезиянинг характери, ҳажми ва муддати қайд этилади;

— операциядан кейинги асоратлар, қўлланилган даво ва жарроҳлик касаллигидан кутилаётган натижани аниқлаш, ҳамширага асоратларнинг хавфини баҳолашга, айрим аъзолар функциялари мониторингини дифференциациялашга ёрдам беради. Операциядан кейинги ҳамширалик парвариши режасига аниқлик киритади;

— операция локализациясини, турини, қандай боғлам қўйилишини, жароҳатдаги дренажлар, уларнинг сони (очиқ ёки ёпиқ)ни аниқлаш. Назогастрал зондлар, периферик ва марказий веналарга қўйилган катетерлар, сийдик катетерлари қўйилганлиги белгиланади;

— жароҳатга қўйиладиган дренаждаги ажратманинг ранги, консистенцияси, қон бор-йўқлиги ва бошқа хусусиятларига эътибор берилади;

— пациентдан (хушига келган бўлса) ўзини қандай сезиши, оғриқ бор-йўқлиги сўралади. Агар бемор операциядан сўнг ўзини ёмон ҳис қилса ёки оғриқ бўлса шошилишч ёрдам кўрсатилади;

— операция даврида ва ундан кейин кўнгил айниши ва қусишни аниқлаш ҳамширага операциядан кейин юз бериши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга имкон беради.

II босқич. Бемор муаммоларини аниқлаш ва ҳамшира ташхисини шакллантириш.

Бемор яқинда жарроҳлик аралашувини бошидан кечирганлигини инобатга олиб ҳамшира ташхиси — **инфекцияланишнинг юқори хавфи**, деб қўйилади.

Агар беморда оғриқ кузатилиб, у ноқулай аҳволда бўлса, ҳамшира ташхиси — **оғриқ**, деб қўйилади.

Агар беморда балғам ёки балғам ажралмасдан йўтал кузатилса, патологик нафас шовқинлари ёки нафас чуқурлиги ва тезлигида ўзгаришлар, ционоз кузатилса, у ҳолда ҳамшира ташхиси — **нафас ўтказиш йўллари**нинг самарасиз тозаланиши, деб қўйилади.

Агар беморда нафас ритми, тезлиги ёки характерида бузилишлар кузатилса, у ҳолда ҳамшира ташхиси — **нафас олишнинг бузилишлари**, деб қўйилади.

Агар беморда суюқлик йўқотиш симптомлари кузатилса ёки суюқлик истеъмол қилаолмаса ҳамшира ташхиси — **суюқлик ҳажмининг камлиги (дефицити)**, деб қўйилади.

Агар бемор жарроҳлик шикасти ёки қувватсизлик оқибатида ўрнида ўз ҳолатини ўзгартира олмаса ҳамшира ташхиси — **физик активликнинг бузилиши**, деб қўйилади.

Агар бемор ўзи равон сия олмаса ёки кам миқдорда сийдик ажратаётган бўлса, ҳамшира ташхиси — **сийдик ажратишнинг бузилиши**, деб қўйилади.

Агар бемор қорнида оғриқ, санчиқлар кузатилса, газ чиқмаса ёки ахлат ажралиши кузатилмаса, ҳамшира ташхиси — **қабзият**, деб қўйилади.

Агар бемордаги ишончсизлик, қўрқиш, сиқилиш ёки хавотирлик операциядан кейинги тузалиб кетиш билан боғлиқ бўлса, ҳамшира ташхиси — **хавотирланиш**, деб қўйилади.

Агар бемор операциядан кейин ўзида ишончсизлик, ижтимоий алоқаларни тиклашга умидсизлик, аутизм белгиларини намоеён қилса, яқинлари билан учрашишдан бош тортса, ҳамшира ташхиси — **ижро функцияларининг бузилишлари**, деб қўйилади.

III босқич. Ҳамширалик ёрдамни режалаштириш.

Ўқутилган натижаларни идентификациялаш.

— беморларнинг операция ва касалхона шикастларини минимумгача камайтириш;

— операциядан кейинги оғриқ шу даражада кузатиб борилиши керакки, ҳатто беморнинг ўзи операциядан кейинги даволаш процессида актив қатнашсин;

— беморда операциядан кейинги инфекцияланиш кузатилмайди, бу термометрия, дренажлардан йирингли ажралмалар ажралмаётганлиги, пневмония белгиларининг йўқлиги билан тасдиқланади;

— беморда операциядан кейинги тромбофлебит кузатилмайди, бу қалтирашлар, оёқ-қўлларда оғриқлар йўқлиги билан тасдиқланади;

— беморнинг ҳамма биологик тизимлари нормал ҳолатга қайтади;

— бемор операциядан олдинги даврдаги физик активлигини намоеён қилади.

IV босқич. Ҳамширалик аралашуви режасини амалга ошириш.

I. Беморни операциядан кейинги кузатиш хонасида (реанимация бўлимида) текшириш.

1. Оғриқни қолдириш чора-тадбирларини аниқлаш. Беморни текшириш пайтида оғриқнинг субъектив даражасини белгилаш ва уни бартараф қилиш.

2. Ҳамширалик касаллик тарихига беморнинг умумий кўриниши, *habitus*, ҳолати, тери қопламининг ранги белгилаб қўйилади. Бузилишлар қайд қилинса, дарҳол зудлик билан ёрдам кўрсатилади.

3. Беморнинг эс-ҳушига баҳо берилади. Бемор кечаётган воқеа-ҳодисаларни баҳолай олиши лозим, бунга анальгетик (наркотик)-лар қабул қилгандан кейинги ўзгаришлар кирмайди.

4. Беморда А/Б ва пульсини аниқлаб бориш. Олдинги маълумотлар билан солиштириш. Орадаги ўзгаришларни ёзиб қўйиш. Солиштириш асоратларни аниқлаш учун керак бўлади, кўпинча А/Б нинг тушиб кетиши гиповолемик шокдан дарак беради.

5. Термометрия ўтказиш. Ҳарорат тушиб ёки кўтарилиб кетишини ёзиб қўйиш. Бу беморнинг операцияга бўлган жавоб реакциясини белгилайди. Тана ҳарорати кўпинча операциядан кейинги биринчи 24—48 соат оралиғида кўтарилади. Агар ҳарорат $37,5^{\circ}\text{C}$ дан ошса, у ҳолда инфекция борлигига шубҳа туғилади.

6. Нафас статусларини аниқлаш. Нафас раvon ва тинч бўлиши керак. Беморда нафас сонининг чуқурлигини аниқлаш ва олдингиларига солиштириш.

7. Ўпкани аускультация қилиш. Ўпкада суyoқлик ёки бронхларда констрикция бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида.

8. Венага юборилаётган дори-дармонларни (суyoқлик типи, флакон ҳажми, керакли қўшимча дори-дармонларни, суyoқликларни юбориш, тезлигини томчи/мин да) ёзиб бориш (қизариш, шиш, сезишнинг йўқолиши). Инфузион терапияни врач кўрсатмаси билан солиштириб бориш, МВБ (марказий веноз босим)ни ўлчаб ва ёзиб бориш. Кейинчалик сув баланси бузилишларини аниқлаб бориш мақсадида МВБни доимий равишда ўлчаб борилади.

9. Операция жароҳати кўздан кечирилади (агар боғлам олинган бўлса). Жароҳат ҳолати, унинг четлари тўғри келганлиги, чоклар ҳолати; агар жароҳатдан ажралмалар ажралаётган бўлса миқдори, ранги ва консистенцияси аниқланади. Операциянинг биринчи кунларида жароҳатдан жуда кам миқдорда сероз-қон аралаш ажралма ажралади, бунинг патология ҳисобланмаслигини эсда тутиш лозим.

10. Қўйилган боғлам ва жароҳатдан ажралаётган ажралмалар аниқ кўздан кечирилади. Ажралмалар беморнинг тагига кетмаётганлигини, ажралмалар ажралаётган жароҳат қисмини бирор нарча билан белгилаб қўйинг, кейинроқ унинг катталашганми йўқлигини солиштириб кўринг. Боғлам қуруқ ва йиртилмаган бўлиши керак. Агар ажралаётган сероз-қон аралаш ажралма миқдори кўп бўлса у инобатга олиниши керак.

11. Дренажлар мониторинги. Ҳамма дренажлар ўтказувчанлигини текшириш. Дренажлар орқали ажралаётган ажралмалар миқдори ранги, консистенцияси белгиланади.

- жароҳатлардаги дренажлар;
- кўкрак қафасидаги дренажлар;
- назогастрал зонд (НГЗ);
- ичак зонди;
- ўт йўллари ва жигар дренажлари;
- сийдик катетери.

Дренажлар орқали сероз-қонли суyoқлик ёки тиниқ суyoқлик ажралиши мумкин. Кўкрак дренажларида ажралмалар дренаж қўйилиш мақсадига боғлиқ бўлади (йиринг, ҳаво, қон). Назогастр-

рал зондлаш меъдада операция ўтказилмаган ҳолларда меъдадан қолдиқ массаларини чиқариш мақсадида ўтказилади.

Меъда операцияларида эса биринчи 12 соатда қонли, кейинчалик сероз-қонли ва меъда шираси билан аралаш ажралмалар ажралади. Ўт йўллари ва жигар дренажларидан ўт ажралади. Сийдик катетери орқали сийдик ажралади, агар операция сийдик қоғида ўтказилган бўлса, у ҳолда сийдик қон аралаш чиқади.

12. Мониторинг ўтказиш учун бошқа қўшимча қулайликлар билан таъминлаш. Қўшимча асбоб-ускуналар, оксигенация системаси, доимий мониторинг ўтказиш аппаратлари бор-йўқлигини аниқлаш, улар функциясининг тўғри ишлашини текшириш.

13. Периферик қон айланиш мониторинги. Бемор тери қопламлари уларнинг ҳарорати ва намлигини аниқлаш. Бу асосан томирлар ва ортопедик операцияларда муҳим роль ўйнайди.

14. Агар бемор оёқ-қўлларида операция ўтказилган бўлса периферик пульсни аниқлаш.

Юқорида кўрсатилган чора-тадбирларни қуйидаги тартиб асосида ўтказиш:

4 марта ҳар 15 минутда;

4 марта ҳар 30 минутда;

4 марта ҳар 60 минутда;

Агар параметрлар ўзгаришсиз бўлса у ҳолда ҳар 4 соатда ўтказилади.

II. Операциядан кейинги парваришни амалга ошириш.

1. Гиперволемиянинг олдини олиш ва организмга қувват бериш мақсадида венага томизилаётган суюқлик (миқдори, киририлиши тезлиги)ни кузатиб бориш. Асосий эътибор биологик актив моддаларга (қон ва унинг компонентлари) ва парентерал озиқлантирувчи суюқликларга қаратилади. Қуйиш тезлигини диққат билан кузатиш, зарур бўлганда системага дозатор (инфузатор) уланади. Унинг ишлаши кузатиб борилади. Вена ичи катетери кирилган соҳа ҳолати кузатиб борилади.

2. Адекват дренажлаш мақсадида жарроҳ кўрсатмасига биноан дренажни ажралма йигиладиган идишга ёки актив аспираторга уланади.

3. Боғламни алмаштириш. Амалиётда ҳамшира жароҳатга қўйилган боғламни жарроҳ кўздан кечирмасдан олдин алмаштирмайди. Агар боғлам бўкиб қолган бўлса, унга қўшимча ҳолда устидан сўриб олувчи боғлам қўйилади. Ва бу ҳақда врач огоҳлантирилади. Бўкиб қолган боғлам жароҳатдан кўп миқдорда ажралма ажралаётганидан дарак беради. Бу боғлам микроорганизмлар учун яхши озиқа муҳити ҳисобланганлиги сабабли тезда алмаштирилиши шарт. Врач жароҳатни кўздан кечириши ва боғламни алмаштириш учун ҳамширага кўрсатма бериши мумкин.

4. Беморга чуқур нафас олишни ва балғамни йўталиб чиқариб ташлашни ўргатиш. Бу ҳаво ўтказувчанлигини, газ алмашинувини яхшилайти, бронхиола ва альвеололар тиқилиб қолишининг олдини олади. Бемор операциядан олдин нафас машқларини бажаришга ўргатилганлигини аниқлаш. Ўргатилмаган бўлса у ҳолда ўргатиш. Нафас чиқариш пайтида бемор кўкрак қафасини сочиқ ёки оқликлар билан ўраб олиш. Бу ўраб олиш кўкрак қафасида ноқулайликларни камайтиради ва самарали йўтални таъминлайди.

5. Агар беморда сийдик катетери бўлмаса унга сийиш таклиф қилинади. Оғриқсизлантириш организмдан сийдик чиқиш процессини сусайтиради. Сийдик пуфагининг спонтан бўшалиш хусусиятини ёмонлаштиради. Сийдикнинг димланиб қолиши беморда ноқулайлик ва урогенитал инфекциянинг ривожланиш хавфини оширади.

6. Бемор учун қандай ҳолат хавфсиз эканлигини аниқлаш. Агар беморнинг ҳуши ўзида бўлса ва монёлик ҳоллар бўлмаса, унга қулай ҳолат яратилади.

7. Каравот мурватларини (функционал) бураб беморга қулайлик яратилади. У керак ҳолда ҳамширани чақириб олиши учун «тез чақириб» системасига яқин жойлашган бўлиши лозим.

8. Оғриқсизлантириш сифатини доим текшириб бориш. Беморни оғриқ сезгилари пайдо бўлганида ҳамширага маълум қилишини рағбатлантириш. Оғриқ нафас гимнастикасига, сийдик ажратиш ва ўриндаги ҳолатни ўзгартиришга бевосита боғлиқ бўлиши мумкин.

9. Беморнинг яқинларига уни операция хонасидан олиб чиқилганлиги ва палата (ёки реанимация бўлимига) ўтказилганлиги ҳақида хабар бериш. Агар беморнинг аҳволи яхши ва хоҳиши бўлса даволаш муассасанинг қонун-қоидаларига мувофиқ яқинларини унинг олдига олиб кириш. Агар бемор реанимация бўлимига ўтказилган бўлса, операциядан кейинги даврда яхшилаб кузатиш мақсадида бу бўлимга жойлаштирилганлиги ва уни жарроҳлик бўлимига ўтказилгандан кейин кириб кўриш мумкинлиги тушунтирилади ва оиласини эмоционал жиҳатдан қўллаб-қувватлаб турилади.

10. Беморнинг яхшилаб дам олиши таъминланади.

III. Бемор ва унинг яқинларини уй шароитида парвариш қилишга ўргатиш.

Операциядан кийинги даврда ҳамшира беморни касалхонадан уйига кетишга тайёрлаб боради. Бемор организми қайсидир даражада жарроҳлик аралашувидан азоб чекканлигини инобатга олиб унга амбулатор шароитда ёрдам берувчи шахслар гуруҳини аниқлайди. Кўпинча булар оила аъзолари, дўстлари ижтимоий хизмат ходимлари бўлиши мумкин. Бемор касалхонадан чиққунигача

парваришни тўла таъминлаш мақсадида муолажалар рўйхати аниқланади ва бу муолажаларни беморнинг ўзи ёки яқинларидан битортаси тўлиқ ўрганиши таъминланади. Жавоб берилгандан сўнг беморга қайси муассасада ёрдам кўрсатилиши (поликлиника, оила шифокори офиси) аниқланади ва уларга маълумотлар бериб турилади.

Кўйида ўргатилиши шарт бўлган мавзулар санаб ўтилган.

1. Ҳарорат ва пульс мониторингини тузиб бориш, қон кетиш натижасида тахикардия кузатилиши мумкинлигини эсда тутиш лозим. Қалтираш белгилари эса инфекция тушганлигидан дарак беради.

2. Балғам йиғилиб қотиб қолишининг олдини олиш мақсадида маълум вақтларда чуқур нафас олиш ва йўталиб туришни амалга ошириб бориш.

3. Боғламни мунтазам кузатиб бориш. Ажралмалар ажралган соҳани белгилаб қўйиш. Агар боғлам яна бўка бошласа, куратор билан тезда боғланиш лозим.

4. Сидик ажралиш мониторингини тузиш. Ёрдам кўрсатувчи куратор билан боғланиб, унга бемор белгиланган вақтда сияолмаётганлигини айтиш керак.

5. Ичак фаолияти нормаллашуви жараёнини кузатиш.

6. Овқат ва суюқлик итеъмол қилишни аста-секин ошириб бориш.

7. Ҳаракат режимини кенгайтириш.

8. Боғламни алмаштириш ва жароҳатнинг битишини кузатиб бориш.

9. Пациентга ўз-ўзига хизмат кўрсатишни ўргатиш.

IV. Баҳолаш.

Кўшимча текширишда кўзланган самарага эришганлиги аниқланади.

— госпитал босқичда режалаштирилмаган шикастларнинг йўқлиги;

— оғриқни адекват кузатиш;

— гипертермия, жароҳатда йирингли ажралмаларнинг ва ўпка асорталарининг бўлмаслиги;

— қалтираш, оёқларда оғриқ, мушаклар тортишининг бўлмаслиги, Гоманс симптоми манфийлиги операциядан кейинги тромбофлебитнинг йўқлигидан далолат беради;

— клиник текширувларнинг меъёрий кўрсаткичлари ҳамма биологик тизимлар функциялари нормал ишлашидан далолат беради;

— кундалик ҳаётда жисмоний фаолликни ошириб бориш;

— беморнинг психологик статуси жиддий деструктив ўзгаришларга дуч келмаган (20-жадвал).

Булиши мумкин бўлган муаммолар ва уларни ҳал қилиш йўллари

Муаммо	Ечиш йўллари
1. Беморнинг эс-хуши ва фаоллиги операциядан олдинги даврга қараганда пасайган	Охирги огриқ қолдирувчи восита қачон берилганлигини аниқланади. Чунки наркотик ва бошқа препаратлар седатив ва МНСга пасайтирувчи таъсир кўрсатади. Агар муаммо бу билан боғлиқ бўлмаса бемор ҳолатини яхшилаб текширинг, ҳамма ўзгаришлар ҳақида врачга хабар беринг. Текшириш натижаларини ёзиб қўйинг
2. Тахикардия ва гипотензия ривожланади	Жароҳат ёки боғламни текширинг, қон кетаётган бўлиши мумкин. Гиповолемиянинг бошқа белгиларини (МВБ) аниқланг, беморни горизонтал ётқизинг ва врачни чақиринг
3. Нафас ҳаракати 12 тадан паст бўлганда брадианоэ ривожланади	Наркотиклар нафас марказини сусайтиришини эсда тутинг! Охирги берилган наркотик дозасини аниқланг. Ҳар 15 минутда нафас олиш сонини аниқланг, то бу сон 12 тадан ортгунча. Наркотиклар бу кўрсаткичлар нормаллашгунча бекор қилинади. Агар НС (нафас сони) 10 тадан кам бўлса врачга хабар беринг. Балки наркотиклар антогонисти берилиши керакдир
4. Гипертермия 3,5°C дан юқори (операциядан кейин норма 37:5°C ҳисобланади)	Операциядан кейинги биринчи 48 соатда температура пневмония ҳисобига баланд бўлиши мумкин. Ўпкани аускультация қилинг. Нафас машқлари орасидаги интервални қисқартиринг. Ҳар 2 соатда ҳароратни ўлчанг. Агар ҳарорат кўтарилиши давом этса ёки интоксикация белгилари қўшилса врачга хабар беринг
5. Жарроҳлик аралашувидан кейин бемор ўзи равон сия олмайди	Сийдик қопини палпация қилинг. Агар сийдик қопи зўриққан бўлса, у ҳолда рефлексор техникани қўлланг. Агар наф бермаса охирги сийгандан кейин киритилган суюқлик миқдори 800— 1000 л бўлса, тезда врачга хабар беринг. Бу сийдик қопада 500 мл дан ортиқ сийдик борлигини, бу эса сийдик қопи атонияси билан асоратланиш мумкинлигини билдиради. Агар сийдик қопи зўриқмаган бўлса у ҳолда охирги сийгандан кейин қуйилган суюқлик миқдорини аниқланг. Балки бемор етарли миқдорда суюқлик қабул қилмаётган бўлиши мумкин. Буйрак етишмовчилиги ривожланишини баҳоланг

Муаммо	Ечиш йўллари
6. Ажралаётган суюқлик миқдори нормадан паст (30 мл/соат)	Дегидратация кузатилиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда берилаётган суюқлик миқдори ва НВБ ни аниқланг. Охирги 12— 24 соатда ажралган суюқлик миқдорини аниқланг. Агар у кам бўлса ва берилаётган суюқлик етарли бўлса тезда буйрак синамаларини тавсия қилиши мумкин бўлган врачга хабар беринг. Бу ҳолат ўБЕ белгиси бўлиши мумкин
7. Жарроҳлик аралашувидан кейинги биринчи 24 соат ичида боғлам ажралма билан бўккан	Боғламни алмаштириш ва жароҳатни кузатиш. Агар боғлам 1 соат ва ундан тез вақт оралигида бўкишда давом этса, зудлик билан врачга хабар бериш ва витал функцияларни текшириш лозим, қон кетиш хавфи бўлиши мумкин
8. Операцион жароҳатда инфекция белгилари кузатилганда	Тезда врачга хабар беринг, ажралмадан олиб лаборатор текширишга юборинг. Жарроҳ билан специфик тозалиш ҳақида маслаҳатлашинг
9. Анльгетиклар берилганлигига қарамасдан бемор оғриққа шикоят қилади	Беморнинг операциядан олдинги вазнини аниқланг ва берилган анальгетик дозасини солтиштиринг, тўғри келмаса дарҳол врачга хабар беринг. Оғриқни мумкин қадар кузатилмаслигининг олдини олинг
10. Бемор оғиз орқали овқатланмаслигига қарамасдан кўнгил айнишига шикоят қилади	Бу организмнинг анестезия ва дори препаратларига бўлган реакцияси бўлиши мумкин. Операциядан кейинги муолажа рўйхатини текширинг, кўнгил айнишига қарши препаратлар буюрилган бўлса, уларни оғриқ қолдирувчилар билан бирга берманг. Буюрилмаган бўлса сабабини аниқланг. Беморнинг ўриндаги ҳолатини ўзгартиринг, чуқур нафас олдиринг
11. Бемор қорни шишган, ичак шовқинлари эшитилмайди	Беморнинг ўриндаги ҳаракатини кўпайтиринг. Агар қорин шиши 2—3 кун давом этса, врачга хабар беринг. Ичак парези ривожланган бўлиши, бу НГЗқўллашни талаб қилиши мумкин. Зонд киритиш қайт қилишнинг ва аспирациянинг олдини олади

ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДА УЧРАЙДИГАН АСОСИЙ СИНДРОМЛАР, УЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

«Ўткир қорин оғриғи» синдроми

«Ўткир қорин оғриғи» медицина амалиётида кенг тарқалган ва умумлашган клиник синдромлардан биридир. Бу синдром қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари ёки шикастланиши билан боғлиқ клиник ҳолатни акс эттиради. «Ўткир қорин» синдроми ҳамшира ташхиси, бемор муаммоси сифатида ҳам кенг қўлланилиши ва ҳар доим беморни жарроҳлик бўлимига жойлаштирилишини талаб қилади.

«Ўткир қорин оғриғи» синдроми асосида кўп ҳолларда жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қилувчи касалликлар ётади. Буларга: перитонит, ичак туқичининг эзилиши ёки буралиб қолиши натижасида қорин бўшлиғи аъзоларининг қон билан таъминланишининг бузилиши, висцерал қон томирлар эмболияси ёки тромбози киради.

Жарроҳлик касалхонасидаги беморларнинг 50% ини қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари ташкил этади. Бу касалликлар билан оғриган беморларнинг кўпчилиги ташхис ва жарроҳлик аралашувининг кечикиши натижасида ҳаётдан кўз юмадилар.

Ташхис қўйиш. «Ўткир қорин оғриғи»нинг ҳар хил турларини ташхислашда анамнез асосий ўринни эгаллайди. Кўп беморларда бу синдром меъда-ичак тизими ёки ҳазм безлари касалликлари билан боғлиқ. Шунингдек, беморнинг қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказган касалликлари ва жарроҳлик аралашувига эътибор бериш лозим.

Қориннинг ёпиқ шикастланишларида асосий эътибор шикастланиш механизмига ва шикастланиш даврида аъзонинг ҳолатига қаратилиши керак. Кўп ҳолларда қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари тўсатдан бошланади.

Клиник манзараси. «Ўткир қорин оғриғи» синдромининг клиникаси турлича кечади ва бу касаллик ёки шикастланиш турига, беморнинг ёшига, организмнинг курашувчанлигига (реактивлигига), бошидан кечирган йўлдош касалликларига боғлиқ бўлади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли барча касалликларида учрайдиган доимий симптом бу оғриқдир.

Беморни текширишда албатта оғриқнинг бошланиши ва қаердалигини аниқлаб олиш зарур.

Ковак аъзолар перфорациясида (тешилганда) оғриқ тўсатдан бошланиб, сўнг доимий бўлиб қолади ва беморнинг ҳаракати, физик зўриқишлари натижасида кучаяди. Аъзоларнинг яллиғланиши эса кучли, доимий ва локализацияси (ўрни) аниқ бўлган оғриқ билан кечади.

Кучли хуружсимон оғриқлар ковак аъзолар йўлида тўсиқлар пайдо бўлганда кузатилади. Бу оғриқ хуружлари турли муддатли тўхташлар билан алмашилиб туради.

«Ўткир қорин оғриғи» нинг клиник манзарасида кузатиладиган (иррадиацияловчи) оғриқ ҳам муҳим аҳамиятга эга. Бу турдаги оғриқ қорин бўшлиғи аъзоларининг турли клиник шакллари учун характерлидир.

«Ўткир қорин оғриғи» нинг кейинги асосий симптомларидан (белги) бири бу қайт қилишдир. У деярли ҳар доим оғриқдан сўнг пайдо бўлади. Кўп ҳолларда «қайт қилишнинг» мустақил ташхис учун аҳамияти йўқ, фақат айрим ҳолларда, жумладан юқори ичак тутилишида қусуқ массасида ичак маҳсулотларининг мавжудлиги бундан мустасно.

«Ўткир қорин оғриғи» синдромининг асосий симптомларидан яна бири ич келмаслиги ва газларнинг тутилишидир. Бу механик ёки функционал ичак тутилишидан далолат беради. Ахлат характери, ранги, ахлатнинг қон билан аралаш келиши меъда-ичакдан қон кетишини ташхис қилишда катта аҳамиятга эгадир.

Объектив текширувда беморнинг умумий аҳволи ва ҳолатига алоҳида эътибор бериш керак. Ковак аъзолар ёрилганда, висцерал артериялар эмболиясида, странгуляцияон ичак тутилишида, ўткир панкреатитда беморлар касаллик бошланишида кўпинча оғриқ шоки (караҳтлиги) ҳолатида бўладилар.

Перитонитда бемор чалқанча ёки ёнбошлаб, оёқларини қорнига тортган ҳолатда ётади. Қарама-қарши ҳолларда эса беморлар безовталаниб, ўз ҳолатларини тез-тез ўзгартириб турадилар.

Энг муҳим симптомлар қоринни текшириб аниқланади. Қорин олд девори мушаклари ригидлигида, қорин дам бўлганда қорин нафас актида қатнашмайди. Қорин бўшлиғида суюқлик кўп бўлганда қорин «бақа қорин» кўринишида бўлади. Жигар тўмтоқлигининг йўқолиши ковак аъзолари ёрилишининг, юқори тимпаник товуш эса ичак тутилишининг характерли белгисидир.

Қорин бўшлиғида перистальтик (ичак қулдираши) шовқинларининг йўқлиги тромбознинг эрта босқичида ва мезентермал томирлар эмболиясида, шунингдек перитонит ва ичаклар парезида кузатилади. Ичак тутилишида аксинча кучайган перистальтик шовқин кузатилади.

Қорин олд девори мушакларининг ригидлиги (таранглиги) чегараланган ёки ёйилганлиги перитонитнинг асосий белгиларидан биридир.

Бутун қорин деворининг таранглиги ёйилган перитонитнинг турли этиологияларида кузатилади, айниқса ковак аъзолар ёрилишида аниқ кўринади. Қорин мушакларининг таранглик даражаси кўп ҳолларда қорин бўшлиғидаги маҳсулот (модда) характерига боғлиқ. Қорин бўшлиғига меъда ва 12 бармоқ ичак яраси-

нинг тешилиши оқибатида меъданинг нордон маҳсулоти тушганда мушаклар таранглиги кескин бўлади, қорин бўшлиғида қон бўлганда эса мушаклар таранглиги бироз камроқ бўлади. Қоринни пайпаслаганда оғриқ бўлиши ҳам «Ўткир қорин оғриғи» синдромининг асосий белгиси ҳисобланади.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш ва қинни текшириш ташхис учун муҳим аҳамиятга эга. Тўғри ичакни бармоқ билан текширишда сфинктер тонусига, унда қора ахлат ёки қон борлигига, тўғри ичак олд деворининг оғриғига аҳамият берилади. Тўғри ичак пальпацияси орқали қорин бўшлиғининг пастки бўлимидаги яллиғланиш инфилтратларини, ўсмалар ва инвагинатларни аниқлаш мумкин.

Вагинал (қин орқали) текширишда бачадон ва унинг ортиқларининг ўлчамлари аниқланади. Шунингдек, бачадон бўшлиғида қон ёки бошқа суюқлик борлиги текшириб кўрилади. Вагинал текширув асосида кўп ҳолларда жарроҳлик ва гинекологик касалликлар бир-биридан фарқланади.

Кўшимча текширув усуллари — «Ўткир қорин оғриғи» синдромида ҳам ўтказилади. Қон, сийдик таҳлили, кислота-ишқор мувозанатини текшириш ҳам ташхис учун муҳим ҳисобланади.

Беморни текширишдаги яна бир асосий усул — рентгенологик текширув усулидир. Қорин бўшлиғининг рентгеноскопияси ва рентгенограммалари ёрдамида қорин бўшлиғида ковак аъзо тешилганда аниқланадиган диафрагма остида эркин газ, перитонит ёки қон кетишида кузатиладиган белгилар қорин бўшлиғида ортиқча суюқликни, ичак тутилишида эса ичакларда Клойбер косачалари яъни суюқлик сатҳини кўриш мумкин. «Ўткир қорин» синдромининг умумий ва маҳаллий белгилари асосида унинг клиник шакллари фарқланиб олинади (21-жадвал).

21-жадвал

«Ўткир қорин оғриғи» синдромининг умумий ва маҳаллий белгилари

Паталогия тури	Умумий симптомлар	Маҳаллий симптомлар (белгилар)
Травма (шикастланиш)	Шок, қон кетиш	Мушаклар тортишиши, қорин олд девори оғриқлари
Перитонит	Интоксикация (заҳарланиш)	Мушаклар тортишиши, қорин олд девори оғриқлари
Қон кетиш	Қон кетиш	Қорин олд девори юмшоқ, лекин оғриқли Қориннинг айрим жойларида тўмтоқ перкутор товуш
Ичак тутилиши	Дегидратация (сувсизланиш)	Қорин юмшоқ, дам, маҳаллий оғриқ

Қорин жароҳатлари. Қорин жароҳатларини ташхис қилиш унчалик қийинчилик туғдирмайди. Жароҳатловчи қурол тури, жароҳат жойи, унинг четларининг кўриниши, жароҳатга яқин аъзо ҳолати, ёки қайси бир аъзонинг жароҳат каналидан чиқиб қолиши ташхис қўйишни енгиллаштиради.

Жароҳатнинг ўзида ташхис мақсадида ҳеч қандай муолажалар (зондлаш) ўтказилмайди. Яқуний ташхис лапаротомия давомида қўйилади.

Қориннинг ёпиқ шикастлари 2 гуруҳга бўлинади:

1) қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишисиз (қорин девори шикасти, қорин парда орти гематомаси).

2) қорин бўшлиғи аъзоларининг зарарланиши билан кечадиган шикастлар; паренхиматоз ва ковак аъзолари шикастлари. Қориннинг ёпиқ шикастларида ички аъзоларнинг зарарланиши кўп жабрланганларда шок билан кечади ва бу ҳол ташхисни қийинлаштиради.

Қориннинг ёпиқ шикастланишида кўпинча жигар, талоқ, ингичка ва йўғон ичак зарарланади. Бундан ташқари меъда, меъда ости бези, 12 бармоқ ичак, ўт пуфағи каби аъзоларнинг шикастланиши ҳам кам бўлсада учраб туради.

Қориннинг ёпиқ шикастланишида клиник манзара ўзгарувчан бўлади ва бу ҳолат ташхис учун қийинчилик туғдиради.

Ташхис қўйиш учун рентгенологик текширувининг аҳамияти катта (кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғининг турли проекцияларидаги рентгенологик тасвирлар, экскретор урография тасвирлари). Экскретор урография ва ангиография сингари текширувлар асосида пневмо ва гемоперитонеум, қорин парда орти гематомаларини ташхислаш мумкин.

Қорин бўшлиғига қон кетиши. Шикастланиш оқибатида қорин бўшлиғига қон кетиши кўп кузатилади. Унинг асосий сабаблари бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, тухумдон кистасининг ёрилиши, талоқнинг, висцерал артерияларининг ёрилиб кетиши ҳам шу турдаги қон оқишига сабаб бўлиши мумкин.

Гемоперитонеумни қон йўқотишнинг умумий белгилари, тери қопламларининг оқарганлиги, тахикардия, артериал қон босимининг пасайиши, кам қонлик, шунингдек маҳаллий белгилар асосида ташхислаш мумкин.

Қорин бўшлиғига қон кетганда қорин одатда юмшоқ, лекин пайпасланганда оғриқли бўлади. Шёткин—Блумберг симптоми мусбат бўлади. Шунингдек ичак парези белгиларини, яъни қориннинг дам бўлиши, перистальтик шовқинларнинг сусайиши ёки бўлмаслигини кузатиш мумкин. Ташхис лапароцентез, қорин бўшлиғининг умумий рентгеноскопияси (рентгенографияси) асосида тасдиқланади.

Даволаш. «Ўткир қорин оғриғи» синдромига шубҳа туғилиши биланоқ беморни жарроҳлик даволаш муассасасига етказиш зарур. Беморга оғриқ қолдирувчи препаратлар берилмайди, бу беморнинг аҳволини енгиллаштириши мумкин, лекин ташхис қўйишни қийинлаштиради. Наркотик препаратларни ўта оғир ҳолларда, шокнинг олдини олиш мақсадида беморни касалхонага етказишдан олдин бериш мумкин.

Жарроҳлик муассасасида ташхисни тасдиқлаш учун клиник текширувнинг барча усуллари ва чора-тадбирлари қўлланилади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликлари оқибати, ташхисининг тўғри ва вақтида қўйилиши, шунингдек жарроҳлик аралашувининг вақтида ўтказилишига боғлиқ.

Шунинг учун маълум бир сабабларига қўра аниқ ташхис қўйилмаган бўлса ва барча ташхислаш усуллари қўллаб бўлмаса, бу ҳолат лапаротомияга кўрсатма ҳисобланади. Лапаротомия жарроҳлик аралашуви олди тайёргарлигидан сўнг амалга оширилади.

Буйрак хуружи синдроми

Буйрак санчиғи — бу оғриқ синдроми бўлиб, сийдик йўлларида тош, қон қуйқалари ёки йиринг, сийдик тузларининг конгломератлари, казеоз массаларининг тиқилиб қолиши натижасида сийдик ажралишининг қийинлашиши билан кечади. Буйрак хуружи юқори сийдик йўллариининг функционал бузилишлари, қон айланишининг бузилишларида (буйрак ва сийдик йўлларида), глюкокортикоидлар билан даволаш натижасида ҳам кузатилиши мумкин. Юқори сийдик йўлларида сийдик оқишининг ўткир бузилиши, жомча-косача тизимининг сийдик билан тўлиб қолишига ва жомча ичи босимининг ошишига олиб келади. Жомча ичи босимнинг ошиши эса косачалар ёрилиши ва жом-буйрак рефлексининг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бунинг оқибати бўлиб сийдикнинг косача олди, буйрак олди ёғ клетчаткасига тушиши ҳисобланади. Ёғ клетчаткаси (тўқимаси)нинг сийдикли инфильтрацияси буйрак бўшлиғи ва буйрак олди ёғ клетчаткасининг фиброз-склеротик ўзгаришларига сабаб бўлиб, жом тизимининг нормал функцияси ишдан чиқади. Юқоридаги маълумотлардан хулоса қилиб айтиш мумкинки, буйрак санчиғи — бу нафақат оғриқ синдроми, балки буйракнинг кўпгина вазифаларининг бузилиши бўлиб, бемор ҳаётига хавф солувчи асоратларга (ўткир йирингли пиелонефрит, бактериемик шок, буйрак олди флегмонаси) олиб келиши мумкин.

Буйрак санчиғи тўсатдан кечаси ёки кундузи, тинч ўтирганда ёки бемор ҳаракатда бўлганда пайдо бўлиши мумкин. Оғриқ хуржсимон бўлиб, зўрайиш ёки бироз тўхташ даврлари билан ал-

машинаиб туради. Хуруж бир неча дақиқадан бир суткагача ёки ундан кўпроқ ҳам давом этиши мумкин.

Буйрак санчигида оғриқнинг кучлилигидан бемор ўзини қўярга жой топа олмай оғриқни сусаётириш учун турли ҳолатларда ётишга уринади. Одатда бемор қўллариини бел соҳасига қўйиб буюкиб туришга ҳаракат қилади. Оғриқнинг яна бир хусусияти у сийдик йўли бўйлаб бўлади ва чов соҳасига узатилади (иррадиацияланади). Буйрак санчиги хуружи ўтгач, бемор ўзини бироз яхши сезади, лекин бел соҳасида тўмтоқ оғриқлар сақланиб туради. Беморнинг бел соҳаси пайпаслаб кўрилганда ёки силкитилганда зарарланган томондан оғриқ пайдо бўлади.

Буйрак санчиги бу инсон организмнинг барча тизимлари реакциясини акс эттирувчи мураккаб симптомокомплексдир. Бу симптомлар йиғиндиси ичида сохта перитонеал симптомларнинг борлиги буйрак, сийдик йўллари ва қорин бўшлиғи органлари касалликларини ташхис қилишда қийинчилик туғдиради.

Буйрак санчигида одатда кўнгил айнаши, қайт қилиш, ичаклар парези ва ич келишига ёлғон чақириқлар каби белгилар кузатилади. Бу симптомлар сийдикнинг буйрак синусига ва қорин парда орти клетчаткасига тушиши билан боғлиқ. Қорин парданинг сийдик таъсирида қитиқланиши «ўткир қорин оғриғи» симптомлари кўринишида кечади ва бу қорин бўшлиғи органлари касалликларини (аппендицит, холецистит, перитонит, ичак тутилиши ва ҳаказо) нотўғри ташхислашга сабаб бўлади.

Буйрак санчигини дифференциялаш (фарқлаш). Буйрак санчигини ўткир аппендицит, холецистит, перитонит каби касалликлардан фарқлаш. Буйрак санчигида кўнгил айнаши, қайт қилиш ва оғриқ бир вақтда пайдо бўлади. Ўткир аппендицитда эса қайт қилиш оғриқ пайдо бўлгандан сўнг бироз вақт ўтгач пайдо бўлади.

Буйрак санчигида ҳам ичаклар парези симптоми учрайди, лекин шу ҳолатда ҳам қорин нафас актида қатнашади. Буйрак санчигининг чўққисидан эса артериал гипертензия кузатилади, тахикардия бўлиши мумкин.

Қон таҳлилида эса лейкоцитоз ($9,8 \cdot 10^9 \dots 16,4 \cdot 10^9 / \text{л}$); ЭҚТ ошиши (20-50 мм-с), сийдикда мочевина миқдорининг кўпайиши кузатилади.

Беморларда шунингдек тана ҳароратининг $38-39^\circ\text{C}$ га кўтарилиши ёки титрашлар кузатилади. Бироқ тана ҳароратининг литик тушиши, пульс, артериал босимнинг ва қон таҳлилининг ўзгариши доимий бўлмайди. Бу ҳолат ҳам қорин бўшлиғининг ўткир касалликларига шубҳа туғилишига сабаб бўлади.

Буйрак санчигини бартараф этгандан сўнг сийдикда янги эритроцитлар, лейкоцитлар, оқсил миқдорининг кўплиги, шунингдек шиллиқ ва тузларни кўриш мумкин.

Буйрак санчигини даволаш

Буйрак санчиги шошилинч ёрдам ва беморни тезлик билан касалхонага жойлаштиришни талаб қилади. Уй шароитида оғриқ хуружининг сабабини билмасдан даволаш ман этилади. Ўткир оғриқ хуружи ҳамширадан тезда буйрак санчигини фарқлашни ва чора-тадбирлар кўришни талаб қилади.

Буйрак санчигини госпитализациягача бўлган даврда даволашни ташхис аниқ бўлгандагина бошлаш мумкин. Даволаш оғриқ синдромини бартараф этишдан бошланади.

Бунинг учун спазмолитиклар оғриқ қолдирувчи воситалар ва иссиқ муолажалардан фойдаланилади. Иссиқ муолажалар грелка (иситгичлар), иситилган қум, иссиқ ванналар ($t-40^{\circ}-50^{\circ}\text{C}$) кўринишида қўлланилади. Агар бу муолажалар фойдасиз бўлса дори препаратлари ишлатилади.

Одатда медикаментоз даволаш — спазмолитикларни (0,1% 1 мл атропин, 0,2% ли 2 мл платифиллин, 25% ли 10 мл магний сульфат эритмаси) ёки оғриқ қолдирувчи воситаларни (50% ли 2 мл анальгин, 1% ли 1 мл промедол, 2% ли 1 мл омнопон эритмаси) мушак орасига юборишдан бошланади.

Буйрак санчигида наркотик анальгетиклар қорин бўшлиғи касалликлари тўлиқ инкор этилгандагина қўлланилади. Оғриқни бартараф этишда баралгин ҳам яхши дори воситаларидан ҳисобланади. Бироқ анальгетиклар (оғриқ қолдирувчилар)га аллергик реакцияси бўлган беморларга уларни қўллаш қатъиян ман этилади.

Буйрак санчигини бартараф этиш учун даволаш муассасаларида бир қанча «**литик аралашмалар**» қўлланилади.

Улардан кўп қўлланиладиганлари куйидагилар:

- 1) платифиллин (0,2% ли-1 мл)+ промедол (1% ли-1 мл)+димедрол (1% ли-1 мл)+ атропин (0,1%ли-1,0 мл);
- 2) папаверин (2% ли-1 мл)+ промедол (1% ли-1 мл)+ анальгин (50% ли-1 мл)+ пентамин (5% ли-0,5-1 мл);
- 3) галидор (2,5% ли-2 мл)+ папаверин (2% ли-2 мл)+ димедрол (1% ли-1 мл)+ аминазин (2,5% ли-2 мл);
- 4) но-шпа (2% ли-2 мл)+ пипольфен (2,5% ли-2 мл);

Буйрак санчигини даволаш ва дифференциал ташхис қилиш мақсадида эркакларда уруғ тизимчаси, аёлларда эса бачадоннинг юмалоқ бойлами 10—30 мл 1%ли новокаин эритмаси билан блокада қилинади. Буйрак санчигида 15—20 дақиқадан сўнг оғриқ пасаяди.

Буйрак санчиги кузатилган беморларга ўз вақтида шошилинч ёрдам кўрсатиш, ушбу аъзолар фаолиятини тез тикланишига ва асоратларнинг олдини олишга имкон яратади. Буйрак санчиги бартараф этилган ҳар бир бемор урологик текширувдан ўтиши лозим.

Гематурия синдроми

Гематурия, яъни сийдикда қон пайдо бўлиши урологик касалликларнинг етакчи симптомларидан бири ҳисобланади. Сийдикда қон пайдо бўлишига сийдик йўллари билан боғлиқ қон томирларининг зарарланиши сабаб бўлади.

Гематуриянинг қуйидаги микроскопик (микроскоп остида кўрилади) ва макроскопик (оддий кўз билан ҳам кўриш мумкин) турлари фарқланади.

Макрогематуриянинг инициал (бошлангич), терминал (охирда) ва тотал турлари бўлиши мумкин. Макрогематуриянинг тури ва қон кетиш манбаи уч стаканли синама ёрдамида аниқланади.

Инициал гематурияда қон сийдикнинг охирги порциясида бўлади ва бу ҳолат патологик жараён уретранинг орқа қисмида ёки сийдик пуфагидалигидан далолат беради.

Тотал гематурияда эса сийдикнинг барча порциялари қонли бўлади. Бу ҳолат патологик жараён буйракда, сийдик йўлида ёки қовуқда эканлигидан далолат беради.

Макрогематурия билан кечадиган касалликларга ўсмалар, сийдик йўллариининг яллиғланиш касалликлари, сийдик-тош касаллиги, нефроптоз ва шикастланишлар киради.

Буйрак гематурияси шунингдек гломерулонефритда (буйрак коптокчаларининг яллиғланиши), юрак-қон томир етишмовчилигининг III даражасида, геморрагик синдром билан кечувчи касалликларда дори воситалари (антикоаулянтлар, метициллин, уротропин, ампициллин) қўлланганда ҳам кузатилиши мумкин.

Гематурияда қон кетиш даражасини сийдик рангига қараб баҳолаб бўлмайди, чунки 1 л сийдикда 1 мл қон бўлиши сийдикка қизил ранг беради. Қон кетиш даражасини — гемоглобин ва гемокрит кўрсаткичларига асосланиб аниқланади.

Сийдик рангининг оч қизил бўлиши қон оқиш давом этаётганлигидан дарак беради, сийдик рангининг тўқлашуви эса аксинча, қон оқиш тўхтаганлигини билдиради.

Шуни эсда тутиш лозимки, сийдик ранги турли дори воситаларини қабул қилганда (амидопирин, аспириин, 5-нок, ровач, фенолфталеин) ва озиқ-овқат маҳсулотлари (лавлаги, рангли зефир) истеъмолида ҳам қизариши мумкин. Сийдик билан сийдик кислотаси ва унинг тузларининг ажралиши ҳам сийдик рангининг қизғиш тусга киришига сабаб бўлади. Гемоглобинурияда ҳам сийдик ранги қизил бўлади, лекин унда эритроцитлар бўлмайди. Агар беморда давомсиз, кам даражадаги макрогематурия кузатилса бу ҳолат бемор ҳаёти учун хавф туғдирмайди. Бироқ шиддатли, кўп миқдорли қон қуйқалари билан кечувчи гематурия қисқа вақт ичида оғир камқонликка олиб келиши ва бемор ҳаётига хавф солиши мумкин.

Қон тўхтатувчи воситаларни қўллашдан олдин қон оқишининг сабаби ва манбасини аниқлаш кераклигини эсда тутиш зарур.

Госпитализациягача бўлган босқичда гемостатик (қон тўхтатувчи) препаратлар (дицинон, андоксионий, викасол ва бошқа) аниқ гематурияда, ички қон кетиш белгилари бўлгандагина қўлланилади.

Касалхонада эса уролог томонидан тезкор цистоскопия ўтказилади ва қон оқиш манбаси аниқланади. Ҳар қандай ҳолатда ҳам гематурия касаллиги билан келган ҳар бир бемор пухта урологик текширувдан ўтказилиши ва унга ёрдам кўрсатилиши шарт. Макрогематурия билан оғриган беморлар тезда касалхонага ётқизилади. Гематурия ва микрогематурияда беморлар буйрак ўсмаларини аниқлаш мақсадида яхшилаб урологик текширувдан ўтказилади.

Сийдик тугилиши ва анурия синдроми

Сийдикнинг тугилиши — тўлиб кетган қовуқни бўшата олмасликдир.

Сийдик тугилишини ануриядан фарқлаш лозим. Анурияда ҳам сийдик ажралмайди ва бунинг сабаби сийдик ажралишининг бузилиши ёки буйраклар обструкциясидир.

Сийдик тугилишида беморнинг сийгиси келади, лекин сия олмайди. Анурияда эса беморнинг умуман сийгиси келмайди.

Сийдик тугилиши урологик беморлар госпитализациясини талаб қилувчи энг кўп учрайдиган сабаблардан биридир. Сийдик тугилиши нафақат сийдик ажратиш тизими касалликларида, балки бошқа тизимлар патологиясида ҳам учрайди.

Сийдик тугилишига сабаб бўлувчи омиллар 2 гуруҳга бўлинади:

1) Сийдик ажратиш тизими касалликлари билан боғлиқ ҳоллар (буйрак, сийдик пуфаги, сийдик чиқариш канали, простата беzi касалликлари).

2) Сийдик ажратиш тизимига боғлиқ бўлмаган ҳоллар (МНС касалликлари, рефлектор функционал сабаблар ва дори-дармонлардан заҳарланиш).

Сийдик тугилиши синдромининг биринчи варианты асосида механик омил ётади, яъни уретрани ёки сийдик йўлларининг беркилиб ёки эзилиб қолиши. Буларга буйрак-тош касаллиги, сийдик йўлларидаги тошлар, простата безининг аденомаси ёки хавфли ўсмаси, уретранинг шикастланиши, қовуқ бўйинчасининг склерози ёки ўсмаси, уретра ўсмаси, ўткир простатит, фимоз, тўғри ичак раки, бачадон бўйинчасининг ўсмалари сабаб бўлиши мумкин.

Сийдик тугилишининг сийдик ажратиш тизимига боғлиқ бўлмаган ҳолатларига, яъни иккинчи варианты асосида бош ва орқа

мия шикастлари, ўсмалари, жарроҳлик аралашувлари, туғруқ, жарроҳлик аралашувидан кейинги давр, дори интоксикациялари (заҳарланиш), узоқ вақт ётоқ тартибида бўлиш каби сабаблар ки-ради.

Сийдик тутилишининг тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган турлари фарқ-ланади, тўлиқ бўлмаган сийдик тутилишида бемор сийиши мум-кин, лекин қовуқ тўлиқ бўшмайди. Қолган сийдик — қолдиқ сийдик деб аталади. Агар қолдиқ сийдик миқдори 100 мл дан ошса, уни қов усти соҳасида перкутор усулда аниқлаш мумкин, касал-хонада (стационарда) эса катетерлаш, шунингдек шошилишч уре-троцистография ёки радионуклидди цистография ёрдамида аниқ-лаш мумкин. Сийдик тутилиши **ўткир** ва **сурункали** бўлиши мум-кин. Ўткир сийдик тутилиши тўсатдан пайдо бўлади. Айрим ҳолат-ларда эса ЎСТ (ўткир сийдик тутилиши) сурункали СТ фониди ёки жисмоний ва руҳий зўриқишдан сўнг ҳам ривожланиши мум-кин. ЎСТ хуружида қов устида кучли оғриқ бўлиб, бу оғриқ жин-сий аъзога (олатга) узатилади.

Сурункали СТ ЎСТ нинг давоми бўлиши ёки ўткир даврсиз аста-секин ривожланиши мумкин. Тўлиқ СТ да қовуқни катетер-лаш муолажаси қилинмаса қовуқ сфинктери фалажланади ва на-тижада сийдик кам ёки томчилаб ажрала бошлайди. Бу ихтиёрсиз сийдик ажралиши — **пародоксал ишурия** атамаси билан номлана-ди. Сурункали сийдик никтурия билан ҳам кузатилади.

Сийдик тутилишининг обектив белгиларига қов усти соҳаси перкутор товушининг тўмтоқ бўлиши киради. Тўлиб кетган ва чўзилган сийдик пуфагида бу тўмтоқлик чегараси тўш суягининг ханжарсимон ўсимтасигача бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда бе-морнинг қовуғи кўздан кечирилганда эластик консистенцияли, юмалоқ шаклдаги бўртиқ аниқланади, уни босганда беморда сий-дик ажралади. Ўткир сийдик тутилишида беморга шошилишч ёр-дам кўрсатилиши лозим. Бунинг учун қовуқни катетерлаш, реф-латор СТ (сийдик тутилиши)да эса дори воситаларини қўллаш билан қовуқни бўшатишга ёрдам берилади.

Қовуқ катетеризацияси резина нелатонли катетер ёрдамида бажарилади. Катетерлаш барча қоидаларга амал қилинган ҳолда ўтказилиши шарт.

Энг аввало катетерни текшириб, сўнгра сийдик чиқарув кана-лининг ташқи тешиги бирор дезинфекцияловчи эритма (1:500 фурацилин ёки 3% ли водород пероксиди эритмаси) билан арти-лади. Катетерга стерил глицерин ёки вазелин мойи суртилади. Катетерни киритиш пинцет ёрдамида амалга оширилади. Металл катетердан ҳамшира фақат иложсиз ҳолда, резинали катетер ки-рита олмаганда фойдаланади. Металл катетерни қўпол ҳаракатлар билан қовуққа киритиш оқибатида сохта йўллар ҳосил бўлади ва

бу ҳолат уретрадан қон оқишига, уретрал иситмага, айрим ҳолатларда сийдик пуфаги перфорациясига (ёрилишга) олиб келади.

Агар ўткир сийдик тутилишининг сабаби уретранинг шикастланиши бўлса, сийдик пуфагини катетерлаш қатъиян ман этилади. Қовуқни катетерлашга рухсат берилмаганда қовуқ чов усти соҳасидан пункция қилинади.

Бунинг учун териға йоднинг 5% ли спиртли эритмаси билан ишлов берилади ва 15—20 см ли инъекцион игна билан ўрта чизиқ бўйлаб қов симфизидан 2 см юқоридан қорин олд девори тешилади. Игна қовуққа тўғри тушган бўлса сийдик ажрала бошлайди, тезда игнага резинали найча кийдирилади.

Анурия — урологик амалиётда учрайдиган, бемор ҳаётига хавф солувчи асоратлардан ҳисобланади. Анурия буйраклар фаолиятининг оғир бузилганлигидан далолат берувчи клиник белги ҳисобланади.

Анурия — қовуқда сийдикнинг бўлмаслиги катетерлаш орқали тасдиқланади. Бу ташхисни сийдик ажралиши 1 суткадан ошиқ вақт давомида кузатилмаса қўйиш мумкин.

Клиник амалиётда ануриянинг 3 та тури аниқланади: преренал (буйрак олди); ренал (буйракдаги); постренал (буйракдан кейин); преренал ва ренал анурияда сийдик ажратиш бўлмайди. Постренал шаклида эса сийдик буйраклар томонидан ажратилади, бироқ юқори сийдик йўллари обструкцияси оқибатида қовуққача етиб келмайди. Қуйидаги ҳолатлар ануриянинг сабаблари ҳисобланади.

Преренал анурия — буйракларга қон оқиб келиши бузилганда (шок, юрак етишмовчилиги) ёки тўхтаганда (аорта, пастки ковак венаси, буйрак артериялари ва веналари тромбози оқибатида) келиб чиқади.

Ренал анурия эса буйрак паренхимаси (коптокчалар) зарарланганда келиб чиқади.

Постренал анурия эса буйрак-тош касаллигида ва сийдик йўлларининг ўсма билан ташқаридан босилиб қолиши натижасида кузатилади. Ануриянинг шаклини унга сабаб бўлган касаллик симптомлари асосида ташхисланади ва шунга қараб асосий касаллик даволанади.

Меъда-ичакдан қон кетиш синдроми

Меъда — ичаклардан қон кетиш кўпгина касалликларнинг асоратлари ҳисобланади. Меъда-ичакдан қон кетишнинг ўткир ва сурункали турлари фарқланади.

Сурункали қон кетиш актив қон ишлаб чиқариш тизимлари томонидан компенсацияланиб аста-секинлик билан ривожлана-

ди. Бу ҳолатда ахлатдаги қонни фақат бензидинли синама ёрдамида аниқлаш мумкин. **Ўткир қон кетиш** эса ўзига хос синдромлар билан кечади, бунинг асосий симптомлари қора ахлат ва «кофе куйқаси» рангида қусиш, қон кетиш белгилари билан кузатилади.

Қон кетиш манбасининг ўрни, ҳажми ва қон йўқотиш тезлиги меъдада хлорид кислота бор-йўқлигига қараб аниқланади.

25—50 мл миқдорда қон кетиш қора рангли ахлат пайдо бўлишига олиб келади.

50 мл миқдорида қон кетиш эса ҳақиқий қорамойсимон, суюқ ич келишига сабаб бўлади.

Қон кетиш таснифи. Меъда-ичаклардан қон кетишни таснифлашда бир қанча терминологик хатолар мавжуд.

Ўткир ва сурункали қон кетиш билан бир қаторда кўп (массив) ва кам (номассив) қон кетиш турлари ажратилади.

Шиддатли (профуз) қон кетиш. Бунда маъда-ичак тракти оралиғига қисқа муддатда кўп миқдорда (1 литргача) қон кетиши ва бу ҳолат қон қусиш, қорамойсимон ич келиши ва коллапсга тушиш симптомлари билан кузатилади. Коллапсга тушишда нафақат кетган қон миқдори, балки беморнинг ёши, йўлдош касалликларнинг борлиги ҳам аҳамиятга эга.

Қон кетиш аста-секинлик билан кузатилиб, 500 мл қон кетса ҳам юрак-қон томир томонидан ҳеч қандай ўзгариш кузатилмаслиги мумкин. Лекин ёши ўтган беморларда бирданига 500 мл қон йўқотиш кузатилса, бу ҳол геморрогик шокка олиб келиши мумкин.

Қон йўқотиш ҳажми. Қон кетиш оғирлигини аниқлашнинг турли клиник ва лаборатор тестларга асосланган мезонлари мавжуд. Жарроҳлик амалиётида қон кетиш оғирлиги даражасини умумий айланувчи қонни текширув натижаларига қараб 3 та даражага ажратилади:

I Даража — енгил қон йўқотиш: беморнинг умумий аҳволи қониқарли, тахикардия (юрак уриши I мин. 100 тагача), А/Б нормада, диурез пасаймаган, гемоглобин миқдори 100 г/л дан кам эмас. Қон айланиш ҳажми танқислиги 20%, марказий веноз босим (ЦВД) 5—15 см сув устунига тенг бўлади.

II Даража — ўртача даражали қон йўқотиш: беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда, пульс 1 минутда 110 гача, систолик А/Б 90 мм сим. уст. кам эмас, олигурия мўътадил, НВ-80 г/л ҚАҲ танқислиги 20 дан 29% гача, марказий веноз босим 5 см сим. уст. паст.

III Даража — оғир даражали қон йўқотиш: бемор оғир аҳволда, пульс 110 тадан кўп, систолик А/Б 90 мм сим. уст.дан паст, олигурия, метаболик ацидоз, НВ 80 г/л дан паст, қон айланиш ҳажми дефицити 30% дан кўп, МВБ — О лиги кузатилади.

Қон кетиш манбаси жойлашуви ва сабабига кўра қуйидагиларга ажартилади:

а) овқат ҳазм қилиш йўлининг юқори қисмидан қон кетиш (қизилўнгач, меъда, 12 бармоқ ичак);

б) овқат ҳазм қилиш тизимининг пастки қисмидан (қон кетиш манбаси дуоденаль эгриликдан пастда жойлашган бўлади);

в) қўшни органлар касалликлари (ёпиқ шикастланишлар, гемо-билия билан кузатилувчи жигар абсцесси ёки ўсмаси, панкреатит);

г) қон томир ва қон касалликлари, бошқа тизимлар касалликлари ҳамда метаболик бузилишлар ва б.лар.

Патофизиология. Кўпинча беморларнинг қон кетишга бўлган реакцияси касаллик этиологияси ёки манбаига боғлиқ бўлмайди. У қон кетиш ҳажми ва тезлигига, суюқлик ва электролит йўқотилишига, ҳамда бемор ёшига, ёндош касалликларга, айниқса юрак-қон томир касалликларига қараб аниқланади. Ичакларда моддалар сўрилиш самараси, қон йўқотишга бўлган индивидуал чидам-лилик ҳисобга олиниши муҳим.

Ташхис қўйиш. Ўткир меъда-ичакдан қон кетишни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Қон кетишнинг анъанавий белгилари — қон қусиш пайдо бўлгунча унинг клиник белгилари аниқ намоён бўлади. Беморларда бирданига ҳолсизлик, кўп терлаш, бош айланиш ва «кўз олдида учқунлар пайдо бўлиши», юрак уриб кетиши, кўнгил айниши, чанқаш пайдо бўлади. Бирданига ҳожатга чиққиси келади. Баъзан оғир геморрагияда меъда-ичакдан қон кетиш ҳушдан кетиш билан бошланади.

Дефекация пайтида ёки ундан кейин ҳушдан кетиш кузатилади. Баъзан беморларда турли хил вақтларда ҳушдан кетиш кузатилади, яъни бир неча соатдан, қон кетиш бошлангандан 2—3 кундан кейин. Ҳушдан кетишнинг муддати турлича. Қон кетаётган манбанинг жойлашиши ва қон кетиш тезлиги (геморрагия интенсивлиги) мелена пайдо бўлган вақтни, унинг характерини ва частотасини, қусиш қон билан ёки унинг қуйқаси, яъни «кофе қуйқаси»лигини аниқлайди. Қон кетиш қанчалик тез бўлса, ташқи қон кетиш белгилари шунчалик тез пайдо бўлади. Даволаш тактикасини ҳал қилиш учун фақат меъда-ичакдан қон кетишини ташхисламасдан, балки қуйидаги 3 та асосий саволга жавоб топиш зарур:

1) қон кетиш манбаси бўлиб нима хизмат қилади;

2) қон кетиш давом этаяптими, агар давом этаётган бўлса у ҳолда қон кетиш тезлиги қандай?

3) қон йўқотишнинг оғирлик даражаси қандай?

Бу саволларга жавоб бериш учун касалликнинг клиник кечиниши чуқур ўрганиш ва қўшимча текшириш усулларининг натижасини баҳолаш муҳим.

Анамнез оғир тоифали ва катта ёшли беморларда критик баҳоланишни талаб қилса ҳам, меъда-ичакдан қон кетишининг бир нечта белгиларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга. Меъда яра касаллиги билан оғриган кўпчилик беморлар учун; овқат егандан кейинги эпигастрал соҳадаги оғриқ ва тунги «оч» оғриқлар, жигдон қайнаши, қўнғил айниши, қайт қилиш, касалликнинг баҳор-куз ойларида қўзиши, қон кетишининг қайталаниши, олдин бошдан кечирган операциялар, масалан тешилган яранинг тикилиши характерли ҳисобланади.

Қон кетиш кўпинча яра касаллигининг қўзиш даврида кузатилади ва бу пайтда эпигастрал соҳада оғриқнинг камайиши ёки йўқолиши кузатилади, бунга меъдадаги кислотали муҳитнинг ишқорланиши сабаб бўлади. Баъзан беморда яра анамнези узоқ муддатли бўлса ҳам, қон кетиш манбаси яра бўлмаслиги мумкин. Сурункали ёки қонаб турувчи дуоденал яранинг меъда шиллиқ пардасидан диффуз қон кетиш, геморрагик ёки эрозив гастродуоденитда 12 бармоқ ичакдан қон кетишининг қисман қўшилиб келиши маълум факт ҳисобланади. Анамнезни чуқур ўрганишни инкор қилмасдан туриб шуни таъкидлаш лозимки, бу ташхис усули кўпинча меъда-ичакдан қон кетишининг ҳақиқий сабабларини аниқлашда адаштириши мумкин. 15—30% ҳолларда меъда-ичакдан қон кетиши касалликнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин.

Беморни объектив текшириш — қон кетиш оғирлигини баҳолаш, меъда-ичакдан қон кетиш сабабларини аниқлаш учун ҳам муҳим аҳамиятга эга. Тери ва шиллиқ пардалар ранги, кўз склерасининг саргайиши, акрацианоз, телеангиоэктазия ва томир юлдузчаларининг пайдо бўлиши, тери ости ва тери орасига қон қуйилишлар, қорин олд девори веналарининг кенгайишини қон кетиш сабабларидан деб тахмин қилиш мумкин. Беморни кўздан кечириш, пульс ва артериал босимни аниқлаш қон кетиш оғирлигини тахминий баҳолашга имкон беради. Қон йўқотиш оғирлигини объектив аниқлашда оддий тестдан, яъни беморни вертикал ҳолатдан горизантал ҳолатга келтириб фойдаланиш мумкин. Беморни аста-секинлик билан 3 минут давомида горизантал ҳолатдан 75° га кўтариб вертикал ҳолатга келтирилса, пульснинг ортиси, артериал босим пасайиши кузатилади.

Пульс 1 минутда 25 тагача бўлса у ҳолда қон кетиш нисбий компенсациялашган қон кетиш ҳисобланади. Агар пульс 1 минутда 30 тадан ортса, у ҳолда ортостатик коллапс ривожланиши ва қон кетишининг оғирлигидан далолат беради.

Пальпация, перкуссия ва аускультация меъда-ичакдан қон кетишни аниқлашда қўшимча аҳамиятга эга. Пальпация ва перкуссия ёрдамида меъда ва ичаклардаги ўсмаларни, жигар ва талоқ катталашувини, асцит, лимфатик тугунчалар катталашишини аниқ-

лаш мумкин. Бармоқ билан ректал (тўғри ичак орқали) текшириш меъда-ичакдан қон кетишини аниқлашнинг асосий усули ҳисобланади. Ахлат массасининг характериға қараб қон кетиш характери, тўғри ичак касалликлари яъни қон кетишиға сабаб бўлган касалликларни аниқлаш мумкин.

Меъдани зондлаш ва уни совуқ сув билан ювиш ташхислашнинг асосий усули ҳисобланади. Меъдадан ажралаётган ювинди сув, ажралаётган сақланмаларға қараб қон кетиш манбаси ва интенсивлиги ҳақида умумий тушунчаға эға бўлишимиз мумкин. Меъдани ювиш қон кетишини тўхтатиши мумкин. Буларнинг ҳаммаси кейинги текширувлар режасини тузишға асос бўлади.

Ташхис қўйишнинг лаборатор усуллари. Қон кетишининг биринчи соатларида қон умумий таҳлилида эритроцитлар миқдори, гемоглобин кўрсаткичлари ва гематокрит деярли ўзгаришсиз кузатилади. Кейинчалик, яъни айланаётган қон ҳажмининг тўқималараро суюқлик ҳисобига тўлдирилиши натижасида бу кўрсаткичлар пасаяди. Қон йўқотишнинг оғирлигиға қараб қон тўхтатилишиға ва қон қўйилишиға қарамасдан, бу кўрсаткичлар бир неча кун давомида пасайиши мумкин. Яра этиологияли ўткир қон йўқотиш ва овқат ҳазм қилиш тизими бўшлиғиға қон оқиши натижасида нисбий лейкоцитоз кузатилади. Лейкоцитар формулани, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш кўпинча қон кетишиға сабаб бўлган қон касалликларини ташхислашға ёрдам беради.

Айланувчи қон ҳажми ва унинг таркиби (ОЦК, ГО, ОЦНВ) қон йўқотиш даражасини объектив баҳолашға ёрдам беради. Айланувчи қон ҳажмини бўёвчи Эванс кўки билан аниқлаш энг оддий ва ишончли усул ҳисобланади. Бемор касалхонаға келтирилиши билан ҳамда кейинги 3,5,7- ва 10- кунлари текширилиб борилади. Қон йўқотилгандан кейин қон таркибининг ҳажм ўзгаришлари 3 даврга ажратилади.

I давр — биринчи икки сутка плазма ҳажми ва глобуляр ҳажмининг камайиши натижасидаги гиповолемия.

II давр — 3—5 суткалар, гиповолемия олигоцитемик характериға эға бўлиб, бу вақтға келиб плазманинги ҳажми тўлиқ қайта тикланади.

III давр — 6 суткадан бошлаб глобуляр ҳажмининг аста-секин қайта тикланиши билан характерланади.

Гемокоагуляциянинг ҳолати коагулограмма ва тромбоэластограмма кўрсаткичларига қараб аниқланади. Гемокоагуляциянинг бузилиш даражаси қон йўқотиш даражаси ва унинг муддатиға боғлиқ, енгил ва ўрта даражадаги қон йўқотишларда нормокоагуляция ёки Ли-Уайт бўйича қоннинг ивиш вақти 3—4 минутға қисқариши, протромбин миқдорининг оз миқдорда ортиши, фибриноген ва фибринолитик активлигининг ортиши кузатилади. Оғир

даражадаги қон йўқотиш фибриноген ва протромбин миқдори-нинг камайишига, фибриноген мусбат реакциясининг пайдо бўлишига, фибринолитик активликнинг ортишига олиб келади. Оғир ва узоқ вақт давомида қон йўқотиш натижасида гипокоагуляция ривожланади. Қоннинг ивиш вақти 10 минут ва ундан ортиқ вақтга чўзилади, протромбин ва фибриноген миқдори камаяди, фибринолитик активлик ортади. Ўткир фибринолиз ривожланиб, бунда қон ивимасдан фибриноген ва протромбин миқдори камаяди, афибриногенемия, фибриноген Б реакцияси мусбат, фибринолитик активлиги 100% гача ортади.

Кўп ҳолларда гемокоагуляция таҳлиллари қон кетиш сабабларини аниқлаб беради. Гемофилияда қоннинг ивиш вақти 25 минут ва ундан ортиқ вақтга чўзилади. Верльгоф касаллигида қон кетиш 20 минутга, гемофилияда норма атрофида кузатилади.

Қоннинг биохимик кўрсаткичлари (умумий оқсил ва фракциялари, қолдиқ азот, қанд миқдори, билирубин ва холестерин) электролитлар ва динамикада олинган кислота-ишқор ҳолати маълумотлари клиник текшириш маълумотлари билан бирга меъда-ичакдан қон кетиш касаллиги билан оғриган беморларни даволаш схемасини тўғри тузишда муҳим ҳисобланади.

Ташхис қўйишнинг эндоскопик усуллари. Меъда-ичакдан қон кетишини бу усул билан ташхислаш ҳозирда клиник амалиётда кенг тарқалган. Бу усул 95% беморларда қон кетиш манбасини аниқлашда бошқа ташхис усулларига қараганда аниқ ахборот олиш имконини беради. Актив ташхислаш тактикаси меъда-ичакдан қон кетиш билан оғриган беморларга шошилишч эндоскопик текшириш ўтказиш ва қон кетиш манбасини, унинг активлигини аниқлаб, қон кетишни эндоскоп ёрдамида тўхтатишнинг имконини яратишни кўзда тутаяди.

Актив қон кетишда эндоскопик текширувга абсолют монъелик кўрсатмалари чегараланган, бу аниқ ифодаланган юрак-қон томир декомпенсацияси, миокард инфаркти ва инсультнинг ўткир даври ҳисобланади.

Нисбий монъелик ҳолатлари. Юрак-ўпка етишмовчилиги, аорта аневризмаси, катта буқоқлар, оғир гипертония касаллиги ва стенокардия, руҳий касалликлар, муртақлар, ютқин ва ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиш касалликлари, қорин бўшлиғи аъзолари ўткир касалликларининг кучли оғриқ ва қайт қилиш билан кузатилиши, яққол кўзга ташланадиган умуртқа поғонаси кўкрак қисми қийшайиши, ҳомиладорликнинг охириги ойлари ҳисобланади.

Беморни текширишга тайёрлаш. Меъда-ичак тизимининг юқори қисмидан ўткир қон кетиши билан оғриган беморлар, айниқса қон ёки «кофе қуйқаси» рангида қусганда дарҳол меъдани йўғон зонд орқали совуқ сув билан ювиш керак бўлади. Бу муолажа қон

кетишини тўхтатишга ёки камайтиришга, қон қуйқаларини ювишга ва эндоскопик текшириш имкониятларини оширишга ёрдам беради.

Текширишдан 20—30 минут олдин беморга 0,1% ли 1 мм атропин суюқлиги ва 2% ли промедол юборилади. Ҳолсизланган ва кам қонли беморларга бу препаратлар дозасини камайтириш ёки бутунлай қўлламаслик зарур. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларини 1% ли дикаин, ксилокоин аэрозоллари билан маҳаллий огриксизлантирилади. Оғир ётган беморларда эндоскопик текшириш қон қуйиш ёки қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйиш вақтида амалга оширилиши мумкин.

Текширишнинг рентгенологик усуллари. Яқин кунларгача меъда ва 12 бармоқ ичак рентгеноскопияси меъда-ичак юқори қисмидан қон кетиш манбасини аниқлашда 80% беморларда мусбат маълумот бериб, текширишнинг асосий усули ҳисобланган.

Рентгеноскопия кўпинча меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини, ўсма ва меъда полипларини, қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши ва қизилўнгач диафрагма тешиги чурраларини ташхислашга ёрдам беради.

Даволаш принциплари. Даволашни бемор касалхонага ётқизилгунча бўлган даврда бошланади.

Биринчи тиббий ёрдам оддий ва зарурий ишлардан бошланади: қатъий ётоқ режими, эпигастрал соҳага музли халтача ёки совуқ сув қўйиш, венага 10 мл 10% ли кальций хлор эритмаси ва мускул орасига 5 мл викасол билан инъекция қилиш.

Меъда-ичакдан қон кетиш ташхиси қон кетишнинг сабаблари, беморнинг оғир ҳолатларига қарамасдан уни шошилиш равишида хирургик стационарға етказишни белгилайди. Оғир аҳволдаги беморлар, кўпинча қабул бўлимига олиб борилмасдан тўғри реанимация ва интенсив терапия бўлиmlарига ётқизилади. Тез ёрдам машинасининг ўзидаёқ томирга томчилаб плазма ўрнини босувчи суюқликлар (тузли эритмалар, 5% ли глюкоза, полиглюкин, альбумин) гемостатик препаратлар (кальций хлор, викасол, эпсилон-аминокапрон кислота), оксигенотерапиялар қўллаш бошланади. Касалхонагача бўлган вақтда иложи борича артериал босимни кўтарувчи, геморрагияни кучайтирувчи воситалар қўлланилмагани мақул.

Стационарда қон кетиш сабабларини аниқлаш, қон кетишини тўхтатиш ва қон ўрнини тўлдиришга қаратилган қўшимча ташхис ва даволаш чора-тадбирлари амалга оширилади.

Меъда-ичакдан қон кетиш сабаби аниқлангандан кейин асосий даволаш усулини қўллаш зарур бўлади (жарроҳлик ёки консерватив даволаш). Кўпинча беморлар ярага боғлиқ бўлмаган қон кетишлар билан консерватив даволанадилар. Фақат портал ги-

пертензия ва бир нечта қон касалликлари (Верльгоф касаллиги)- да даво чоралари қўлланилганлигига қарамасдан қон кетиш давом этаётган ҳоллар бундан мустасно.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг хавфли ва хавфсиз ўсмалари билан оғриган беморлар қон кетиш тўхтатилгандан ва қон ўрни тўлдирилгандан кейин режа асосида операция қилинади.

Инфузион-трансфузион терапиянинг асосий мақсади гемодинамикани меъёрлаштириш ва тўқималар адекват перфузиясини таъминлашдан иборат. У айланаётган қон ҳажмини тўлдириш, яъни деподаги қонни актив қон айланишига қўшиш ҳисобига капилляр қон айланишини яхшилаш мақсадида қоннинг физик-химик хусусиятларига таъсир қилиш, томир ичида микротромбозлар ҳосил бўлишининг олдини олиш; плазманинг онкотик босимини тутиб туриш, томирлар тонусини нормаллаштириш ва миокард қисқарувчанлигини яхшилаш; сув-электролит балансини коррекция қилиш; кислота ишқор муҳитини яхшилаш ва дезинтоксикация қилишга йўналтирилади.

Ҳозирги вақтда қўлланаётган инфузион-трансфузион терапия гематокритни 30% атрофида, гемоглобинни 100 г/л атрофида сақлашга ёрдам беради.

Гемодилюция қоннинг реологик хусусиятини яхшилаб, қон оқиш қаршилигини камайтиради, юрак ишини енгиллаштиради, микроциркуляцияни яхшилади.

Ҳамма ҳолларда инфузион терапия реологик таъсир қилувчи, микроциркуляцияни яхшиловчи суюқликларни қуйишдан бошланиши керак.

Кам қон йўқотилган ҳолларда реополиглюкин инфузияси, 400—600 мл ҳажмда гемодез, тузли ва глюкозали суюқликлар қўллаш билан чегараланади.

Ўртача оғирликдаги қон йўқотишда плазма ўрнини босувчи суюқликлар донор қони билан бирга қўлланилади. Инфузиянинг умумий ҳажми 1 кг тана оғирлигига 30—40 мл дан ҳисоблаш мумкин. Суюқлик ва қон 2:1 нисбатда қуйилади. Полиглюкин ва реополиглюкин 800 мл гача қуйилади. Тузли ва глюкозали суюқликлар дозаси оширилади.

Оғир қон йўқотиш ҳолларида ва геморрагик шокда инфузион терапия суюқлик ва қон нисбати 1:1 ҳатто 1:2 нисбатда ўтказилади. Инфузион терапияда қўлланилаётган моддалар йўқотилган қондан ўртача 30—50% ортиқ бўлиши керак. Қоннинг онкотик босимини сақлаш учун альбумин, протеин, плазма қўлланилади.

1 литрдан ортиқ қон қуйиш керак бўлган ҳолларда тўғридан тўғри ёки консервация қилинганига 3 суткадан ошмаган қон қуйилади. Гемотрансфузиянинг самараси бир вақтнинг ўзида гемодез ёки реополиглюкин қўлланган ҳолларда ортади. Консерваланган

қондаги эркин кислоталарнинг ортиқчасини 5% ли гидрокорбонат натрий қуйилиши билан нейтралланади.

Ўргача ва огир қон йўқотиш ҳолларида самарали қон айланишини таъминлаш мақсадида инфузион терапия ганглиоплегия билан бирга қўлланади. Периферик қаршилик ва тўқималар перфузиясини яхшилаш мақсадида кўпинча ганглиоблокаторлар (пентамин) артериал босим ва марказий веноз босим кузатуви остида, ҳамда В-адрено блокаторлар, кортикостероидлар ва декстранлардан фойдаланилади. Протеолитик ферментлар ва кининлар активлигини антифермент терапия қўлланилиб блокада қилинади.

Меъда-ичак тизимидан қон кетишни тўхтатиш учун кўпгина умумий ва маҳаллий таъсир қилувчи усуллар таклиф қилинган. Гемостатик таъсир қилувчи моддалар, яъни қон ивиш системаси активлигини оширувчи моддалар — кальций хлор, эпсилон-амнокапрон кислота, дицинон ва бошқаларни қўллаш тавсия этилади. Шу мақсада қон компонентлари — фибриноген, тромбоцит массалар, антигемофил глобулин кенг қўлланилади.

Сунъий бошқарилувчи гипотония усулининг қўлланилиши меъда-ичакдан қон кетишини даволашда яхши натижалар бермоқда. Ганглиоблокаторларни қўллаш (пентамин арфонад) артериал босимни пасайтириб, қон айланишини секинлаштиради, қон томирларига қон келишини тезлаштиради. Буларнинг ҳаммаси тромб ҳосил бўлишини тезлаштириб қон тўхташига (гемостаз) олиб келади.

Қон кетаётган жойда маҳаллий таъсир кўрсатиш усуларидан меъдани ювиш (совуқ сув билан), возопрессорларни, кенг тарқалган тромбин ва протеолиз ингибиторларини интрогастрал киритиш, меъда ширасини нейтраллаш, меъда перистальтикасини камайтириш ва организмга етарли калорияли овқат, суюқлик ва витаминларни киритиш мақсадида эрта фаол овқатлантириш — **Мейленграхт** парҳезини қўллаш кенг тус олган.

Биринчи кундан оқ нон, ёғ, сметана, сут, омлет бугда пиширилган котлетлар, қайнатилган балиқ, арпа бўтқаси, пудинг ва шарбатлар буюрилади. Интенсив овқатланишда ишқорли ва темир препаратлари бирга қабул қилинади.

Эндоскопик усул — кейинги йилларда овқат ҳазм қилиш тракти юқори қисмидан қон кетганда кенг қўлланилмоқда. Қизилўн-гач веналарининг варикоз кенгайиши натижасида қон кетганда склерозловчи препаратларни (варикоцид тромбовар), кам ҳолларда диатермокоагуляцияни эндо- ва перивазал киритишдан фойдаланилади.

Меъданинг локал гипотермияси. Меъдани маҳаллий совутиш хлорид кислота ва пепсин секрециясини камайтириб, перистальтикани пасайтиради, артериал томирлар торайиб меъдага қон ке-

лиши қисқаради. Меъдани совутиш — очик ва ёпиқ усулда амалга оширилади.

Очик усул — совуқ ҳолдаги Рингер суюқлиги меъдага тўғридан тўғри юборилади. Регургитация бўлиш эҳтимоли ва сув-электролит баланси бузилиши мумкинлигини инобатга олиб кўпинча ёпиқ усулда қўлланилади.

Меъдага учига латекс баллони уланган (меъда формасига эга) зонд киритилади. Суюқлик (кўпинча этил спирти) махсус аппаратларда 0° дан 2°С гача совитилади ва узлуксиз ёпиқ системада циркуляция қилинади (зондга юборилади), натижада суюқлик меъдага тушмайди, яъни этил спирти зонднинг 1-бўшлигидан қуйилади, 2 чисидан ажралиб чиқади. Гемостатик самарага меъда девори температураси 10°—15°С гача совиганда эришилади.

Дисфагия синдроми

Дисфагия ёки ютишнинг қийинлашиши, ютиниш жараёнида турли омилларнинг (касалликлар) таъсири натижасида кузатилади.

Дисфагия ютиниш билан боғлиқ бўлиб, патологик жараён ютқинда ёки қизилўнгачда жойлашган бўлади. Дисфагиянинг 2 хил тури мавжуд бўлиб, овқат киришига ёки унинг ҳаракатининг бузилишига сабаб бўлувчи омилларни тиббиёт ҳамшираси беморни мукамал сўраб-суриштириш йўли билан аниқлаши мумкин:

Овқатнинг қизилўнгачга тушишининг бузилишини белгиловчи симптомлар — ютқин дисфагияси.

Овқатнинг оғиз бўшлигидан қизилўнгач юқори қисмига ўтиши бузилган бўлса, бу ҳол овқатнинг қайта оғизга ёки бурунга қайтиши ва оғиздан сочилиб чиқишига сабаб бўлади.

Айрим ҳолатларда овқат трахеяга тушиб, аспирацияга сабаб бўлиши, натижада аспирацион зотилжам ривожланиши ҳам мумкин.

Дисфагиянинг ютиш типиди овқат ютишнинг ҳеч иложи бўлмайди. Беморлар ўзлари билан идиш олиб юришга ёки сўлакни доим туфлаб юришга мажбур бўладилар. Натижада беморлар жуда озиб кетадилар.

Қизилўнгач дисфагияси. Дисфагиянинг бу турида овқат қизилўнгачдан ўтишда қийинчиликка дуч келади. Бу ҳолатда ютиниш акти нормал кечади, аммо овқат луқмаси меъдага тушмайди ва бемор турли нохуш сезгиларни ҳис эта бошлайди.

Қизилўнгач дисфагияси моторикасининг бузилиши ёки механик торайиши сабабли бўлиши мумкин. Моториканинг бузилишида қаттиқ ва суюқ овқат ейилганда дисфагия чақиради ва регургитация кузатилади (регургитация — овқатнинг оғиз бўшлигига қайтиб чиқиши). Беморлар тунда оқликлари, кийим-бошлари-

нинг бир неча соат олдин еган овқат билан булганиб қолганлигини кўришади. Қизилўнгачнинг диффуз қисқаришига баъзи овқатлар сабаб бўлиши мумкин. Беморлар бундай овқатлардан ўзларини тия бошлайдилар. Бунга совутилган коктейл ва газли ичимликлар киради.

Клиник текшириш. Тиббиёт ҳамшираси беморни текширишда унинг ташқи кўринишига эътибор бериши керак. Шунингдек, бўйин ва ўмов усти лимфа тугунларини, қалқонсимон безни пайпаслаб кўриши лозим. Кўкрак қафасини ҳам текшириш лозим бўлади.

Объектив текширувда беморнинг ютинишига эътибор бериш керак. Ютқин дисфагиясида беморга бир қултум сув ичириб кўриш кифоя қилади, бироқ қизилўнгач дисфагиясига шубҳа туғилса беморга қаттиқ овқат бериб кўрилади.

Инструментал текшириш усуллари. Рентгенологик текшириш — қизилўнгач касалликлари ташхисида муҳим аҳамиятга эга. Текшириш мобайнида контраст модда ўтишини кузатиб туриш кифоя.

Эндоскопик текшириш. Кўп ҳолларда қизилўнгач ракига шубҳа қилинганда қўлланилади.

Даволаш. Дисфагияни даволаш унинг тури ва сабабига боғлиқ. Агар дисфагия куйиш сабабли бўлса, уларни консерватив (бужлаш) ёки жарроҳлик усулида даволанади. Бужлаш беморларни консерватив даволашнинг асосий усули ҳисобланади.

Кардиоспазмни даволашда кардиодилатация, яъни кардияни кенгайтириш йўли қўлланилади.

Агар қизилўнгач раки сабабли дисфагия кузатилса, даволаш ўсма босқичи ва жойлашиш жойига боғлиқ бўлади. Агар ўсма бошланғич босқичда бўлса, жарроҳлик усулида, ёки нур билан даволанади. Агар ўсмани олиб ташлашнинг иложи бўлса гастростомия ёки лавсанли протез билан эндопротезлаш усули қўлланилади.

Механик сариқлик синдроми

Механик сариқлик синдроми — жигардан ташқари ўт йўллари-нинг ўтказувчанлиги бузилганлигидан далолат берувчи асосий белгилардан биридир.

Обтурацион сариқлик икки вариантда кечиши мумкин:

1. Рецидив, яъни қайталаб турувчи тури бўлиб, холедохолитиазда, дуоденал сўргич стенозида, холедох кистасида кузатилади.

2. Секин-аста кўпайиб борувчи интенсив сариқлик ўт йўллари-ни қоплаб олувчи шиш, уларнинг чандиқли структуралари учун характерлидир.

Механик сариқликни лаборатор текшириш йўли билан аниқлаш имкони бўлган бир нечта ўзига хос белгилари бор: ахлатда

стеркобилин ва сийдикда уробилиннинг йўқлиги; қонда эркин билирубин ҳисобига билирубинемия, гиперхолестеринемия, қон зардобда ишқорий фосфотазанинг ошиб кетиши ва б.

Объектив текшириш. Объектив текширув механик сариқлик синдромида ҳам беморни кўришдан бошланади. Беморни кўздан кечирганда тери ва шиллиқ қаватларининг сариқлиги кўзга ташланади. Тўғма атрезия сабабли сариқликда тери сариқлиги яққол бўлади. Ўт йўллариининг узоқ вақт давом этган обтурациясида тери ранги тўқ яшил тусга киради.

Беморлар терисида шунингдек, тирналиш изларини ҳам кўриш мумкин, чунки механик сариқликда тери кучли қичишади. Жигарнинг сурункали касалликларида эса қорин терисида «Томир юлдузчалари» белгисини, бундан ташқари симметрик қизарган қафт, қизил малина рангидаги тилни кўриш мумкин.

Портал гипертензия белгилари: қорин девори тери ости веналарининг кенгайиши, қорин ҳажмининг асцит ҳисобига катталашинини кўриш мумкин.

Пайпаслаб кўриш ҳам ташхис учун ёрдам бериши мумкин. Агар механик сариқлик сабаби гепатикохоледох (жигар ўт йўли) кистаси бўлса ўнг қовурға остида ўсмани аниқлаш мумкин.

Ўт йўллариининг кўпгина касалликлари жигарнинг катталашини билан ҳам кечади. Билиар циррозда жигар катталашиб, қаттиқлашиб кетади.

Ўт йўли ракида огриқсиз катталашган ўт пуфаги пайпаслаб кўрилганда қўлга илиниши мумкин (Курвуазье симптоми). Флегманоз ёки гангреноз холециститда эса пайпаслаб кўрилганда кучли оғриқ кузатилади.

Кўшимча текшириш усуллари. Бу усулларга рентгенологик ва эндоскопик текшириш усуллари киради. Обзор рентгенография 5—18% беморларда ўт пуфаги тошларини аниқлаш имконини беради, шунингдек абсцесс ва эхинококкли кисталарни аниқлаш мумкин.

Билиар трактини текширишдаги яна бир асосий усул — контраст холеографиядир. Бу усул билан 70—90% беморларда механик сариқликнинг сабаби, шунингдек ўт йўллари ва ўт пуфаги тошларини аниқлаш мумкин.

Даволаш усуллари. Кўп ҳолларда механик ёки обтурацион сариқлик ўт-тош касаллиги сабабли бўлганлиги учун улар жарроҳлик усули билан даволанади.

Агар жарроҳлик аралашувига қарши кўрсатмалар бўлса, у ҳолда консерватив усулда даволанади, яъни овқатланишда махсус парҳезга риоя қилиш: ҳайвон ёғлари, тухум, кремлар, консерваланган озиқ-овқатлар чегараланади, алкоголь истеъмол қилиш ман

қилинади. Бунга спазмолитикларни даврий равишда ичиб туриш, минерал сувларни истеъмол қилиш йўли билан эришилади.

Агар жигар санчиги пайдо бўлса беморга ётоқ режими, очлик, спазмолитиклар (папаверин, но-шпа) инъекцияси буюрилади. Одди сфинктерини торайтирувчи морфий препаратлари (омнопон, морфин)ни қўллаш ман қилинади.

ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИДА БЕМОРЛАРНИНГ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

Медицина ҳамширасининг вазифалари: жарроҳлик хасталиги билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ўзига хос хусусияти тиббиёт ходимларининг профилактика ва даволаш ишларини бир бирига уйғунлаштириб олиб боришлари ҳисобланади. Бу ишларнинг асосини диспансерлаш ташкил қилади. Соғлиқни сақлаш тизимида диспансер кузатувида пациент танлаш 2 та — ижтимоий ва тиббий принцип асосида олиб борилади. Шу билан бир қаторда диспансер кузатувида ёши ва физиологик хусусиятларига қараб уюшган соғлом одамлар (ёш болалар, ўсмирлар, ҳомиладаор аёллар) ёки иш шароитлари билан боғлиқ (таълим соҳасидаги ишчилар, ўқувчилар, спортчилар) ҳақиқий жарроҳлик касалликларини бошидан кечирганлар, шикастланган ва оғир сурункали жарроҳлик касаллигига чалинган беморлар олинади.

Диспансерлашнинг мақсади. Турли йўналишдаги ва турли даражадаги тайёргарликка эга бўлган ҳамшираларнинг мақсади ягона ва улар қуйидагиларни кўзда тутати:

— соғлом одамлар учун — соғлиқларини сақлаш ва мустаҳкамлаш, тўғри жисмоний ва руҳий ривожланишини таъминлаш, яхши иш шароитларини ташкил қилиш, касаллик ривожланиши ва келиб чиқишининг олдини олиш, меҳнатга лаёқатлилигини сақлашни;

— емор одамлар учун — касалликни бошланиш босқичларидаёқ аниқлаш, касаллик ўтиб кетишининг олдини олишни;

— касаллик ва ногиронликни камайтириш, ўртача умрни узайтириш ва меҳнатга лаёқатини оширишдан иборат.

Диспансерлашнинг асосий вазифалари:

— ҳар бир одам, бутун бир туман, вилоят ва республика аҳолисининг соғлиғини даврий равишда доимий ўрганиб бориш;

— иш, маиший ва дам олиш шароитларини ўрганиш ва соғломлаштириш;

— мунтазам комплекс профилактик кўриклар ўтказиш, соғлом ва бемор одамларни динамик равишда кузатиб бориш;

— даволаш-профилактика ва маиший соғломлаштириш тadbирларининг умумий ва шахсий режаларини ишлаб чиқиш;

— соғлом турмуш тарзини татбиқ этиш;

— махсус диспансер ҳисобини ташкил қилиш, зарур ахборот базасини тузиш, соғлом ва бемор одамлар ҳақида тиббий маълумотларни йиғиш;

— соғлиқни сақлаш хизматининг сифатини яхшилаш, тиббий маиший ишлар самарасини таҳлил қилиб бориш.

Диспансерлашда ҳамма даволаш профилактика ва санитар-профилактик муассасалар, шифокорлар, барча йўналишдаги ҳамширалар қатнашади. Диспансерлашни амалга оширишда айниқса олий маълумотли ҳамширанинг роли каттадир.

Диспансер кузатувиға хос беморларни аниқлаш ҳамшира томонидан фақат профилактик кўриклар вақтида эмас, балки амбулатор қабули пайтида, патронажда, стационарларда, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланувчиларнинг тиббий кўриги вақтида ўтказилади.

Беморларни диспансер кузатуви уларни даврий равишда поликлиникаға чақириб кўриқдан ўтказиш йўли билан амалга оширилади. Бундай ҳолларда юқори малакали ҳамширалар беморларни кўздан кечириб, уларға керакли лаборатория ва асбоб-ускуналар билан текшириш усулини тавсия этадилар. Керакли ҳолларда улар мутахассислар (эндокринолог, кардиолог, гастроэнтеролог, офтальмолог, ва ҳ.к)ға маслаҳатга юборилади.

Хирургик беморларни махсус текшириш учун маълум ҳажмдаги ишлар белгиланган.

Икки ва уч босқичли комплекс текширишларда дастлаб бирор касалликка шубҳа қилинган шахсни кўздан кечириш, кейинги 2—3 босқичларда эса уларни батафсил текшириш кўзда тутилган.

Тиббий ҳамшира махсус анкета бўйича анамнез йиғиш, антропометрик ўлчашлар ўтказиш, АБ ни ўлчаш, цитологик текшириш учун суртмалар олиш (18 ёшдан бошлаб), кўриш ўткирлигини аниқлаш, кўз ички босимини ўлчаш (40 ёшдан ошганларда), эшитиш қобилиятини аниқлаш, ўсмирларда (15—17 ёш) туберкулин синамаларини ўтказиш каби ишларни амалга оширади.

Кўрик пайтида тиббий ҳамшира уюшган ҳолда қуйидаги қўшимча текширишларни амалга оширади:

— қоннинг умумий таҳлили;

— сийдикнинг умумий таҳлили;

— ЭКГ (40 ёшдан ошган одамларда);

— кўкрак қафаси аъзоларининг флюорографияси;

— тўғри ичакни бармоқ билан текшириш (35 ёшдан ошганларда).

- Аёлларда қуйидаги қўшимча текширишларни ўтказиш лозим:
- маммография (35 ёшдан кейин 2 йилда бир марта);
- кольпоскопия (кўрсатмага биноан);
- суртмаларни цитологик текшириш (18 ёшдан бошлаб).

Чуқур клиник инструментал текширишлар натижасида пациент 3 та диспансер гуруҳларининг бирига ҳисобга олинади.

Д1 — биринчи гуруҳ — соғлом одамлар, ҳеч қандай шикоятлари йўқ, сурункали касалликлари йўқ, барча орган ва системаларида функционал бузилишлари йўқ.

Д2 — иккинчи гуруҳ — бу асосан соғлом одамлар, анамнезида ўткир ва сурункали касалликлари бор, лекин охириги бир неча йил ичида касаллик кўзиши кузатилмаган. Пациентлар меҳнатга лаёқатини йўқотмаган.

Д3 — учинчи гуруҳ — булар бемор одамлар, яъни даво ва кузатувга муҳтож инсонлар. Бу гуруҳга касаллик компенсация билан кечувчи беморлар киритилади. Бундай беморлар меҳнатга лаёқатини қисқа муддатга йўқотади (а-гуруҳча). Субкомпенсация билан кечувчи касалликлар, сурункали, тез-тез қайталаб турадиган касалликлар ва узоқ муддатга меҳнатга лаёқатини йўқотганлар кирди (б-гуруҳча). Декомпенсация билан кечувчи касалликлар, ҳаётий муҳим органларнинг функционал бузилишлари кузатилган, узоқ муддатга меҳнатга лаёқатини йўқотган беморлар кирди. Ҳар бир кўриқдан ўтган одамга «диспансер картаси» ва «диспансер кузатув назорати картаси» тўлдирилади. Ушбу карталарга паспорт маълумотлари, меҳнатга лаёқатини йўқотиш муддати, огирлиги, кейинги даволаш муассасига келиш муддатлари ва даволаш профилактика ишлар режаси, унинг самарадорлиги ёзиб борилади. Режада иш режими, дам олиш, парҳездан ташқари медикаментоз ва санатория курортларида даволаш, уй ва иш шароитларини ўрганиш, тиббий кўрсатма бўйича бошқа ишга жойлаштиришни тавсия этиш назарда тутилади. Диспансер картаси билан бир қаторда «касаллик тарихи» ва «амбулатор беморнинг тиббий картаси» асосий ҳужжатлардан ҳисобланади.

Тиббий ҳамшира ҳар ойда тиббий ҳужжатлар бўйича қўшимча текширишга юборилган беморларни аниқлайди. Ҳамшира даволаш муассасаларидан ёки диспансер кўригидан ўтиши керак бўлган беморнинг ўзидан унинг кўриқдан ўтган-ўтмаганлигини аниқлаб бориши керак. Бемор агар шу даволаш муассасасида ёки бошқа жойда текширишдан ўтган бўлса, текшириш натижаларини шу йилнинг ҳисоботига киритиб боради. Диспансерлашда текшириш ва текширишни охирига етказиш муддати 10—12 кундан ошмаслиги керак. Диспансерлашнинг мажбурий таркибий қисми аҳоли орасида санитар оқартув ишларини олиб бориш ҳисобланади. Бу ишларни олиб боришда ҳамшира асосий рол ўйнайди, яъни:

- аҳолига диспансерлашнинг мақсадини тушунтириш;

— аҳолига касалликнинг эрта белгилари, касаллик оқибатлари, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактика асосларини, меҳнат фаолияти, дам олиш, овқатланишни туғри ташкил қилишни тушунтириш;

— шифокор кўригига вақтида келишни таъминлаш;

— диспансер кўригидан ўтиши керак бўлган бемор ва унинг оила аъзоларида шифокор ва ҳамширага нисбатан ишонч муҳитини яратиш.

Бундай психологик тайёргарлик кўплаб жарроҳлик хасталикларининг кечиши ва даволанишига ижобий таъсир кўрсатади. Беморда кузатиладиган ҳар бир ўзгаришларни ҳамшира врачга етказади ва беморларни уйда парвариш қилиш усуллари унинг яқинларига ўргатади. Беморга тез ёрдамни талаб қилувчи ҳолатлар кузатилса, ҳамшира тез ёрдам чораларини кўриши, врачга хабар бериши, хабар беришнинг иложи бўлмаса беморни стационар ёки поликлиникага олиб бориш чораларини кўриши керак.

Ҳозирги вақтда диспансерлаш самарадорлигини баҳолашнинг кўплаб мезонлари ишлаб чиқилган. Шулардан энг асосийларини кўриб чиқамиз:

Д1-гурӯҳи учун асосий кўрсаткичлар:

— ҳеч қандай касаллик кузатилмаслиги меҳнатга лаёқатнинг сақланиши, беморларни бошқа гуруҳларга ўтказмаслик, ишлаб чиқариш шароити ёмон бўлганлар орасида диспансерлашнинг самарадорлиги уларда касбий касалликларнинг бўлмаслигидир.

Ўткир касалликлар билан оғриган беморларни диспансерлаш самараси уларнинг бутунлай шу касалликдан тузалиши ёки бошқа гуруҳга ўтказилиши ҳисобланади.

Сурункали касалликлар билан оғриган беморларда диспансерлаш самарадорлиги қуйидаги кўрсаткичлар бўйича белгиланади:

— диспансер ҳисобида турган пациентда касаллик қайталанишининг кузатилмаслиги;

— вақтинча меҳнатга лаёқатини йўқотиш билан кечадиган касалликлар;

— узоқ муддатга меҳнатга лаёқатини йўқотганларда диспансер кузатуви даврида позитив ўзгаришлар;

— беморнинг соғлиғи ҳақида ўз вақтида хулоса чиқариш (аҳоли яхшиланди, оғирлашди, ўзгаришсиз, ўлим).

Ҳозирги кунда хирургик пациентларнинг диспансер кузатуви 3 та гуруҳ бўйича олиб борилади.

1) Ўткир касалликни бошидан кечирган пациентлар.

2) Сурункали касаллик билан оғриган пациентлар.

3) Туғма, генетик касалликлар ва ривожланиш нуқсонлари бор пациентлар.

Ўткир касаллик билан касалланган беморларни динамик кузатишдан мақсад касаллик асоратларининг олдини олиш. Кузатиш

муддати касалликнинг нозологик формаси ва кузатилиши мумкин бўлган асоратларга боғлиқ равишда 2 ҳафтадан 12 ойгача бўлиши мумкин.

Агар касалликнинг «қолган белгилари» ёки унинг маълум муддат оралиғида кузатилиши аниқланмаса, бу пациентлар соғлом одамлар гуруҳига кўчирилади. Агар ўткир касалликларнинг сурункали касалликка ўтиб кетиши кузатилса, бу беморлар худди сурункали касалликлар билан оғриган пациентлар каби кузатилади.

Диспансерлашда ҳамшираларнинг ишини энгиллаштириш мақсадида ҳар бир нозологик форма учун кузатиш схемаси ишлаб чиқилади. Бу схемада кўрик муддати, мутахассислар таркиби яъни маслаҳатга жалб этилганлар, лаборатор ва асбоб-ускуналар билан текшириш муддати, даволаш-соғломлаштириш ишларининг самарадорлиги мезонлари кўрсатилган бўлади.

100% диспансерлаш билан қамраб олинadиган пациентларга қуйидагилар киради: меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, ўт-тош касаллиги, оёқ томирларининг облитерация касалликлари, қорин бўшлиғи битишмалари касалликлари (спаечная болезнь) меъда-ичак тизими полипоз, қалқонсимон без, сут безининг дисгормонал касалликлари.

Ҳамшира «узоқ ва тез касалланувчи» ва «хавфли» касалликлари мавжуд пациентларни диспансер кўригидан ўтказди. Бу тоифага йилига 3—4 мартадан касалланувчи беморлар ва 30—40 кундан ортиқ битта касаллик бўйича меҳнатга лаёқатини йўқотган пациентлар киради.

Масалан: «хавфли» яъни ўт-тош касаллиги ривожланишига ўта оғир вазнли инсонлар, гиперхолестеринемия, алкоголь истеъмол қилиш ва ўткир, аччиқ, ёғли таомлар кўп истеъмол қилиш сабаб бўлади.

ХШ БОБ

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

АКУШЕРЛИҚДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИ АМАЛГА ОШИРИШ

Ҳамширалик иши фани асосчиси Флоренс Найтингейл 1859 йилда ўзининг «Ҳамширалик иши ҳақида баённомалар» китобида тушунча беришича, ҳамшира беморга ёрдам беришда тоза ҳаво, ёруғлик, иссиқлик, тозалик, тинчлик, меъёрга мувофиқ овқатланиш тартибидан унумли фойдалана билиши керак. Бугунги кунда замонавий ҳамшира нафақат врач кўрсатмаларини бажариши,

Балки ўзи мустақил равишда беморни текшириш, даволаш ва касалликдан кейинги даврда соғлиғини тиклаш жараёнларини бажари олиши лозим.

Ҳамширалик ёрдамини кўрсатишда ички ҳис-туйғуға суяниб эмас, балки илмга, тажрибага асосланиб ёндошиш лозим бўлади. **Ҳамшира** ҳар бир касалликнинг белгиларини, уларнинг асоратларини яхши билган ҳолда, ўз вақтида малакали ёрдам кўрсата билиши керак.

Акушерлик-гинекология хизматида ҳамшира катта ҳажмдаги ишларни амалга оширади. У аёллар маслаҳатхонасида ҳомиладор аёлларнинг биринчи тиббий ҳимоячиси, гинекологик беморларни қабул қилишда ҳудудий оила врачининг биринчи ёрдамчиси, ўз ҳудудидаги ёки маҳалласидаги ҳомиладор аёллар ва гинекологик беморларнинг маслаҳатчиси, сирдошидир. Акушерлик стационарида ҳамшира туғаетган, туққан аёл ҳамда чақалоқ парвариши билан шуғулланади. Бундан ташқари ҳамшира санитария, маданий оқартув ишларини олиб боради, ҳомиладор ва туққан аёллар, янги туғилган чақалоқлар патронажи билан шуғулланади, гинекологик касалликлар, ҳомиладорлик, туғруқ асоратларининг олдини олиш бўйича чора-тадбирларни амалга оширади.

Акушерлик ва гинекологияда ҳамшира деонтологияси

Даволаш муваффақияти маълум даражада ҳамширанинг беморни парвариш қилиш, кузатиш сифатига ҳам боғлиқдир.

Бунга нафақат даволаш муолажаларини ўз вақтида бажариш, балки ҳамширанинг ахлоқий ва этик жиҳатдан ўзини тута билиши ҳам киради. Акушерлик жараёнида ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврининг кечиши аёл билан ҳамшира ўртасидаги ўзаро дўстона муносабат, ишончга боғлиқ. Ҳамшира хушмуомала, ишонтира олиш маҳорати билан ҳомиладор аёлда туғруқ олдидан пайдо бўлган кўркүвни енгиш, туғруқ якунининг муваффақиятига ишониш ҳис-туйғуларини ривожлантиради.

Ҳамшира кучли психолог бўлиб, ҳар бир ҳомиладор ёки туғаетган аёлга алоҳида муносабатда бўлиши лозим, улар билан баҳслашиши ёки қўпол муомалада бўлиши мумкин эмас. Акушер-гинекологик хизматидаги ҳамширанинг аёл шахсий ҳаётининг махфий томонларини билишига, оилавий ва жинсий муаммоларини ечишга ёрдам беришига тўғри келади. Бундай ҳолларда қизиқувчанлик, чуқур аралашиш ҳолларига йўл қўймаслик лозим. Аёл ўз шахсий сирларини тарқалиб кетмаслигига, тиббиёт ходимлари ўртасида муҳокама қилинмаслигига ишонч ҳосил қилиши керак. Акушерлик ёки экстрагенитал патология билан кечаётган ҳоми-

ладорликда аёлни ҳар қандай ташқи салбий таъсирлардан ҳимоя қилиш зарур.

Ҳомиладор аёлнинг қариндошлари билан сўхбатда эҳтиёткорликка эътибор бериш зарур, оғир ҳолатларда хабарни телефон орқали бериш мумкин эмас.

Акушерлик-гинекология бўлимларида хизмат қилаётган ҳамширанинг асосий фаолият принципларига қуйидагилар киради:

- ҳар томонлама ёндошиш;
- муаммоларни бир-биридан ажратмаслик;
- сифатни таъминлаш;
- узлуксиз ёрдамни ташкил қилиш.

1. **Ҳар томонлама ёндошишга** нафақат тиббий муаммолар (бепуштлиқ, ҳайз циклининг бузилиши ва ҳ.к.), балки руҳий-ижтимоий омиллар (фарзандини йўқотиш ваҳимаси, ҳомиладор бўла олмаслик, туғруқ олдидан қўрқув) ва бошқа муаммоларни ҳал қилиши ҳам киради. Оила ва диний ташкилотларнинг беморга таъсир кўрсатишнинг турли руҳий-социал, моддий ва маънавий омилларини ажрата билиши гинекологик ва соматик касалликлар асоратларининг олдини олишга имкон беради.

2. **Муаммоларни бир-биридан ажратмаслик.** Ҳар бир бемор ёки ҳомиладор аёл тиббий ходимга ҳар хил шикоятлар билан мурожаат қилади: Шунинг учун ҳамшира турли ёшдаги ва турли хил касаллик билан оғриган беморлар ёки ҳомиладор аёллар билан муомала қилишга тайёр бўлиши керак.

3. **Юқори сифатни таъминлаш.** Ҳамшира тиббий муаммоларни ечишда ҳар бир беморнинг ўзига хослигини унинг оиладаги, хизматдаги камчиликларини, ҳаёт шароитларини ҳисобга олган ҳолда қисқа вақт сарф қилиши лозим.

4. **Узлуксиз ёрдамни ташкил қилиш** — бу ҳамширанинг бемор ёки ҳомиладор аёлга боланинг она қорнидалигидан то умрининг охиригача ғамхўрлик қилиши демакдир.

Акушерлик ва гинекологик стационарлардаги ҳамшираларнинг клиник амалиёти ҳамширалик жараёнининг қуйидаги босқичларини бажаришдан иборат:

- аёлни текшириш;
- бемор ёки ҳомиладор аёл ҳолатини баҳолаш ва эҳтиёжларини аниқлаш;
- ҳамширалик жараёнини режалаштириш;
- ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш ва амалга ошириш;
- ҳамширалик жараёнининг натижасини таҳлил қилиш.

Бемор ёки ҳомиладор аёлни текшириш биринчи маротаба аёллар маслаҳатхонасида олиб борилади. Ҳамширалик жараёни клиник текшириш, ҳар бир аёлнинг ҳаёт ва касаллик анамнезини индивидуал сўраб-суриштиришдан бошланади.

А. Сўраб-суриштиришда аёллар, асосан гинекологик беморлар ажралма келишига, оғриқ, ҳайз фаолиятининг бузилишига, бепуштликка шикоят қилса, ҳомиладор аёллар ҳайз циклининг тўхташига, кўнгил айниши ва қусишга, уйқусизликка ва бошқа ўзгаришларга шикоят қиладилар.

Акушерлик ва гинекологик анамнезда аёлнинг ёши, яшаш ва ишлаш шароити, болалигида оғриган касалликлари, ҳайз, жинсий, репродуктив ва секретор фаолияти сўраб-суриштирилади.

Ҳомиладор аёлда ҳомиладорликнинг кечиши, ҳомиладорлик сони ва олдинги ҳомиладорликнинг кечиши, туғруқнинг натижаси ва асоратлари сўраб-суриштирилади.

Гинекологик анамнезда беморнинг ҳаёти қандай кечганлигига эътибор берилди. Аёлнинг умри қуйидаги даврларга бўлинади ва ҳар бирида ўзига хос анатомик ўзгаришлар, физиологик фаолият ва руҳий бурилишлар кузатилади. Ҳашира беморлар билан мулоқот пайтида бу ўзгаришларни ёдда сақлаши лозим:

- 1) Антенатал давр (ҳомиланинг она қорнидаги даври);
- 2) Чақалоқлик даври — чилла даври тугагунча бўлган давр;
- 3) Болалик даври — 12 ёшгача;
- 4) Ўсмирлик даври — 12—13 ёшдан 18 ёшгача (1-ўтиш даври);
- 5) Репродуктив давр — 18 ёшдан 45—47 ёшгача (жисмоний етуклик даври);
- 6) Климактерик давр — 47 ёшдан 55 ёшгача (2-ўтиш даври);
- 7) Кексалик даври.

В. Объектив текширишда ҳамшира гинекологик бемор ёки ҳомиладор аёлнинг гавда тузилишига эътибор бериши лозим: болалигида рахит ёки болалар инфекцион касаллиги билан тез-тез оғриган бўлса, жинсий инфантилизм (жинсий ривожланишдан орқада қолиш) белгилари бўлади. Сут безларининг гипотрофияси, чаноқ суяқларининг анатомик жиҳатдан тор бўлиши, бўй ва вазнининг меъёридан камлиги ўз навбатида жинсий аъзоларнинг аномалиялари, физиологик фаолиятнинг ўзгаришларига баҳо беради.

Бундан ташқари тери ранги, доғларнинг бўлиши, ҳомиладор аёлларда қорин шаклига, сут безларининг симметриясига, сўргичлар ҳолатига эътибор берилди.

С. Махсус текшириш ўтказишда ҳамшира аёлларни қин текширувига тайёрлаши, керакли асбобларни столга териб қўйиши, қин тозалигини аниқлаш учун суртма олишни билиши керак.

Ҳомиладор аёлларни махсус текширишда чаноқнинг ташқи ўлчамларини ўлчаш, қорин айланаси ва бачадон туби баландлигини (см ли) лентада ўлчаб, ҳомиладорлик муддатини аниқлаш, она қорнида ҳомила ҳолатини, позиция ва қўринишини, ҳомиланинг чаноққа нисбатини аниқлаб, ҳомиладорлик ва туғруқни бошқариш режасини туза билиши керак.

Ҳамшира ташхисини шакллантириш (бемор аҳволига ташхис қўйиш ва унинг муаммоларини аниқлаш) — бу бемор муаммоларини врач аралашувисиз, ҳамшира томонидан мустақил равишда аниқлаш ёки олдини олиш жараёнидир.

Бемор муаммоларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

— тиббий, яъний бемор соғлиғи билан боғлиқ муаммолар;

— бемор эҳтиёжларини қондириш билан боғлиқ бўлган муаммолар.

Бемор эҳтиёжи — бу яхши кайфият ва соғлиқни таъминловчи омиллар: нафас олиш, овқатланиш, уйқу ва дам олиш, тозаликни сақлаш, кийиниш ва ечиниш, тана ҳароратини аниқ бир кўрсаткичда ушлаб туриш, хавф-хатардан ўзини сақлаш, атрофдагилар билан мулоқотда бўлиш, диний эътиқод, меҳнат қилиш, муҳитга мослашиш ва ҳ.к. эҳтиёжлар мажмуи тушунилади.

Бемор эҳтиёжини таъминлаш учун тиббиёт ҳамшираси «индивидуал» меъёрни билиши муҳим ҳисобланади.

Масалан: 37 градусли тана ҳарорати кимгадир нормал, кимгадир юқори бўлса, 120/90 мм.сим.устунига тенг АБ бир аёл учун меъёр, иккинчисига гипертония, учинчиси учун гипотония ҳисобланади.

Бемор муаммолари турли соҳа фаолиятларини қамраб олиши мумкин — жисмоний, руҳий, ҳиссий ва ижтимоий.

Жисмоний муаммолар: нафас олишнинг қийинлашиши, ҳазм системаси фаолияти бузилиши, ич қотиши, сийдик ажратиш фаолиятининг издан чиқиши, ўзини парвариш қила олмаслик, уйқунинг бузилиши, ҳаракатнинг чекланиши асосан ҳомиладор аёлларда кузатилади.

Руҳий-эмоционал муаммоларга фикрлаш қобилиятининг сусайиши, хавфни ўз вақтида сезмаслик, тиббиёт кўрсатмаларига амал қилмаслик, оғриқ кучини ва соғлиғи даражасини баҳолай олмаслик, ўз эҳтиёжларини аниқ айтиб бера олмаслик кабилар киради. Беморлар касаллиги туфайли диний мажбуриятларни ва удумларни ўз вақтида бажара олмаслигидан тушкунликка тушадилар.

Ижтимоий соҳадаги муаммоларга иш қобилиятининг сусайиши, мулоқот муаммоси, ҳис-ҳаяжонли ҳолатларга мослаша олмаслик ва ҳ.к.лар киради. Бундан ташқари бу муаммоларга репродуктив тизим функциясининг бузилишлари, яъни бепуштлиқ, бачадон миомасининг қўшни аъзоларга халақит бериши натижасида улар функциясининг бузилиши, альгодисменорея (ҳайзнинг кучли оғриқ билан келиши), ҳомиладорлик даврида жинсий аъзолардан қон кетиши, менстурация олди синдроми, чилла даври, руҳий тушкунлик, туғруқ асоратлари туфайли соғлиқнинг секин тикланиши ва ҳ.к. киради.

Ҳамшира беморни ёки ҳомиладор аёлни бу муаммоларга тез мослаша оладиган қилиб тайёрлаши лозим.

Ҳамшира ташхис қўйишда ташхис тартибига, яъни биринчи ўринда асосий муаммо, кейин эса муҳимлигига қараб бошқа муаммолар қўйилишига эътибор бериши керак.

Ҳамширалик жараёни режасини тузиш. Ҳамшира ўз ҳаракатларининг режасини тузиб, ҳамширалик жараёни харитасига ҳамшира ташхиси, мақсади ҳамда даволаш натижаларини ёзиб боради.

Ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш ва амалга ошириш. Ҳамшира олдиндан тузилган режа асосида даставвал энг зарур муаммоларни ечади, кейин кутилиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш чора-тадбирлари ўтказилади.

Ўтказилган даво ва ҳамшира иштирокининг таҳлили. Ҳамширалик жараёнининг натижасини баҳолаш даволаш давомида ёки бемор касалхонадан чиқаётганда амалга оширилади.

ОИЛАНИ РЕЖАЛАШТИРИШ

Ҳомиладор бўлиш учун қулай муддатни танлаш

Туғилишни бошқариш (тартибга солиш) ҳар бир давлатнинг асосий вазифаларидан бири ва ёш авлодга яхши шарт-шароит яратиб беришнинг муҳим фактори ҳисобланади.

Планетамизда режасиз туғилиш натижасида аҳоли сонининг ошиб кетиш хавфи билан бир қаторда фарзандсиз оилалар сонининг кўпайиб бориш муаммолари ҳам мавжуд. Шунинг учун оилани режалаштириш барча тиббиёт ходимлари қатори ҳамшираларнинг ҳам асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таърифи бўйича: «Оилани режалаштириш — соғлом ва ота-она хоҳишидаги болаларнинг туғилиши учун репродуктив фаолият назоратини таъминлаш»дир. Аёлларнинг ёши, соғлиғи ва унинг репродуктив функциялари орасида ўзаро узвий боғлиқлик бор.

Масалан: Агар ҳомиладор аёлда экстрагенитал касалликлар бўлса, у ҳомиладорликнинг кечишига ва туғруққа салбий таъсир кўрсатибгина қолмай, она ва бола ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Бу оналар ва болалар ўлими кўрсаткичининг ўсишига олиб келади. Келажак авлод соғлиғи оилани режалаштириш ва ҳомиладор бўлиш учун қулай муддат танлаш билан узвий боғлиқдир.

Ҳамшира фарзанд кўрмоқчи бўлган эр-хотинларга қуйидаги ҳолатларга таянган ҳолда маслаҳат бериши керак:

1. Аёлнинг ҳомиладор бўлиши учун энг қулай давр 19—35 ёш ораси эканлигини.

2. Туғиш орасидаги танаффус 2—2,5 йилдан кам бўлмаслиги кераклигини.

3. Агар аёл ўткир юқумли касалликлар билан огриган бўлса, фақат 2 ой ўтгандан кейингина ҳомиладор бўлиши мумкинлигини.

4. Фарзанд кўришни режалаштираётган эр-хотинларга уруғланишдан 2 ой олдин зарарли одатлардан (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш) воз кечишларини.

5. Агар ҳомиладор бўлишни режалаштираётган аёлда соматик касалликлар бўлса, касаллик 1 йилдан 5 йилгача қўзимаган бўлса, ёки ўткир кечмаган бўлсагина ҳомиладор бўлиш мумкинлигини.

6. Ишлаб чиқаришда зарарли моддалар, химикатлар, токсинлар билан бевосита ишлаган аёл, шу ишдан кетганига 2 ойдан ошган бўлсагина, у ердан кўчиб кетгандан кейин 2 ой ўтгач, ҳомиладор бўлишни.

7. Фарзанд кўришни режалаштираётган оиллага экологик ифлосланган худудда яшаётганда ҳомиладор бўлиш мумкин эмаслигини.

8. Агар аёл анамнезида кетма -кет ҳомила тушиши, чала туғиш ёки ўлик туғиш ҳоллари кузатилса, даставвал унинг сабаби аниқланиб, даволаниб бўлгач 2 ойдан кейин ҳомиладор бўлиш мумкинлигини.

Тиббий-генетик маслаҳат олишга кўрсатмалар

Туғилажак фарзанд соғлигининг кўп сабабларга боғлиқлиги азалдан маълум:

- ота-онасининг соғлиғига;
- атроф-муҳит омилларига;
- ирсиятга;
- ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечишига.

Юқоридаги сабаблардан келиб чиққан ҳолда тиббиёт ҳамшираси оилаларга нуқсонли фарзанд туғилишининг олдини олиш мақсадида қуйидаги кўрсаткичлар бўйича тиббий-генетик маслаҳат олишни тавсия этади:

— эр-хотин ёки уларнинг яқин қариндошларида ирсий касалликлар бўлганда;

— оғир акушерлик анамнези (ўлик бола туғиш, ҳомила тушиши, туғма нуқсон ёки ирсий касаллик билан туғилиш);

— мутаген ва антенатал шикаст етказувчи таъсирлар (инфекция, дори воситалари, радиация нурлари, зарарли одатлар) ва ҳ.к.;

— она ёшининг 35дан юқори бўлиши;

— гинекологик касалликлар.

Замонавий контрацептив воситалардан фойдаланиш

Оилани режалаштиришда контрацептив воситалардан тўғри фойдаланишни маслаҳат беришдан олдин ҳамширанинг ўзи бу воситалар ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиши керак.

Эски усуллардан фойдаланиш, яъни жинсий алоқани тугатмасдан тўхтатиш эркакнинг руҳий ва жинсий фаолиятига салбий таъсир кўрсатса, аёлда жинсий совуқлик, чаноқ соҳасида қоннинг димланиши ва бошқа асоратлар келтириб чиқаради.

Механик контрацептив воситаларга эркаклар кондоми (презерватив), аёллар учун қин диафрагмаси ва қалпоқчаси киради.

Механик контрацептивларнинг камчиликлари:

— жинсий сезувчанликнинг камайиши;
— аёл соғлиғи учун фойдали бўлган сперма сўрилишининг йўқлиғи;

— қин диафрагмаси ва қалпоқчаси ўлчамларининг тўғри келмаслиғи;

— уларнинг фақат соғлом аъзолардагина ишлатилиши, бачадон бўйни эрозиясида, яллиғланиш жараёнларида, резина материалларга аллергия сезувчанлик;

— қин диафрагмаси ва қалпоқчасини кийгизишнинг қийинлиги моненьлик ҳолатлари ҳисобланади.

Ижобий томонлари шундаки, ҳар қандай венерик касалликлардан ва СПИД (ОИТС) юқишидан сақлайди.

Кимёвий ёки спермацетли контрацептив воситалар крем, паста, кукун, суппозиторий, кўпик ҳосил қилувчи таблеткалар, эритмалар, аэрозол (трацептин-Т, фарматекс) кўринишида чиқарилади ва асосан кам жинсий алоқа қилувчи аёлларга тавсия этилади. Контрацептивларнинг таъсир механизми спермотозоидларга токсик таъсир қилади, венерик касалликлар юқишига тўсқинлик қилади. Аллергия сезувчанлиги бор аёлларга тавсия этилмайди.

Контрацепциянинг физиологик ёки ритм-усули тухумдон циклига ва овуляция вақтига асосланган бўлиб, аёл ҳайз даврининг бошланиши ва охириги босқичларида стерил ҳисобланади, чунки бу даврларда уруғланиш имкониятига эга бўлган етук тухум ҳужайра бўлмайди, у ҳайз даврининг 12—16 куни қорин бўшлиғи ва бачадон найининг ампуляр қисмига тушиб, уруғланишга тайёр бўлади.

Тухум ҳужайранинг яшаш муддати 24 соат, сперматозоиднинг уруғлантириш хусусияти 48 соат. Овуляция вақтини аниқлаш учун қисқа ҳайз даврдан 18 ни айриб, уруғланиш муддатининг бошланиш вақтини энг узун ҳайз даврдан 11 ни олиб ташлаб уруғланиш муддатининг тугаш вақтини аниқлаш мумкин. Бунинг учун аёл ҳайз цикли тақвими олиб бориши керак. Бундан ташқари фертил даврда овуляция вақтини аниқлаш учун базал ҳароратни ректал усулда 3 ой давомида ўлчаб борилади, чунки овуляция содир бўлиши билан лютеин фазага хос бўлган базал ҳарорат кўтарилади.

Базал ҳароратни ўлчаш учун ҳар куни эрталаб ўриндан турмасдан, градусникни анал тешигига ёки қинга киритиб, 5—8 минут давомида ўлчанади ва тақвим (календар)га белгилаб борилади.

Бу усул, агар ҳайз цикли йил давомида 10 кунга ўзгариб турса, руҳий, физик зуриқиш вақтида, яшаш шароити ўзгарганда, тиббий абортдан кейин тавсия қилинмайди.

Замонавий контрацептив воситаларига бугунги кунда энг муваффақиятли ҳисобланган бачадон ичи спирали (БИС) киради. БИСни ҳайз циклининг 4—7 кунни ҳайз тугагандан кейин, махсус шприц ёрдамида бачадон бўйни канали кенгайтирилмасдан қўйилади. Бунда қин тозалиги I—II даражали, тана ҳарорати нормал, умумий қон таҳлили ўзгаришсиз бўлиши керак. БИСни абортдан кейин дарҳол ёки I ойдан сўнг, туғруқдан кейин эса 5—6 ой ўтгач қўйиш лозим. Агар аёлда кесарча жарроҳлик аралашуви ўтказилган бўлса, дастлаб гистеросальпингография текшириши ўтказилиб, сўнг БИС қўйилади.

БИС ни қўйишга монъелик ҳоллари:

- қин тозалиги III—IV даражали бўлса;
- ҳомиладорликда ёки унга шубҳа қилинганда;
- чаноқ аъзоларининг ўткир ва тез-тез қайталаниб турувчи яллиғланиш касалликларида;
- бачадон нуқсонларида;
- бачадон бўйни каналининг стенозида;
- БИС ни қайта қўйганда тушиб қолиши;
- ҳар хил сабаб туфайли бачадондан қон кетиши;
- хавфли ўсмаларга шубҳа бўлганда;
- спирал қўйишдан 3 ой олдин септик аборт қилинганда;

Бачадон ичи спирали қўйилганда ҳамшира 1-кунлари оғриқ бўлишини, қонли ажратма келишини, спирал тушиб қолиши мумкинлигини, сурункали яллиғланиш касалликларининг қўзғалишини, белда оғриқ пайдо бўлишини, ҳайзнинг чўзилиши ва қон миқдорининг кўпайишини билиши ва ёдда тутиши керак. Бундай ҳолларда тинчлик, аналгетиклар буюрилади, ҳамда яллиғланишга қарши даво қўлланилади.

Бачадон ичи спирали қўйилгандан кейин аёл 1-ҳафтада, 1 ой ва 3 ойдан кейин назорат кўригидан ўтиши ҳамда ҳар 6 ойда тиббий кўрикдан ўтиб туриши маслаҳат берилади. БИС узоғи билан 4—5 йилга қўйилади. БИС ҳайз кунлари гинекологик курсида асептик шароитда Кохер қисқичи ёрдамида «мўйловчаси» дан тортиб олинади. Агар «мўйловча» узилиб кетса, бачадон бўйни канали 6—7 чи дилататор ёрдамида кенгайтирилиб, бачадон зонди ёки 2 чи номерли кюретка ёрдамида олиб ташланади ва албатта аёлнинг ўзига кўрсатилади.

Ҳозирги кунда энг яхши усуллардан яна бири бу гормонал контрацептивлардир.

Гормонал контрацептив воситаларини қўллашга қатиъян монъелик ҳоллари:

- тромбоземболик касалликлар;
- юрак-томир системасининг оғир касалликлари;
- бош мия томирларининг оғир касалликлари;
- жигар фаолиятининг бузилиши, жигар циррози, сарикқлик;
- сут безларининг хавфли ўсмалари;
- жинсий аъзоларнинг хавфли ўсмалари;
- қандли диабетнинг оғир тури;
- гормонларни қабул қилаолмаслик;

Нисбий монъелик ҳолатлари:

- аёлнинг ёши 40 дан юқори бўлиши;
- веналарнинг варикоз кенгайиши;
- гипертензия;
- буйракнинг сурункали касалликлари;
- анамнезда ҳомиладорлик токсикози, депрессия, эпилепсия, мигрен бўлган ҳоллар;
- лактация (эмизиш) даври;
- тухумдон гипофункцияси;
- жигар ва ўт пуфагининг сурункали касалликлари.

Гормонал препаратларни ича бошлашнинг биринчи ойларида кўнгил айнаш, қусиш, шиш, бош айланиши, яъни «ёлғон ҳомиладорлик» белгилари кузатилади ва ўз-ўзидан ўтиб кетади.

Бир фазали эстероген-гестаген препаратларга бисекурин, нон-овлон, микрогинон, фемоден, мелианс, овидон, ригевидон, демулен, минизистон, марвелонлар киради. Уларни ҳайз даврининг 5-кунидан бошлаб 1 таблеткадан 21 кун давомида ичиб борилади, ҳайзнинг 7-кунидан қайта ичиш бошланади. 2 ва 3 фазали препаратлар антеовин, триквилар, милванс, тризистонларнинг табиий ҳайз даврига зарари ва таъсири кам бўлади. Гестаген қўшилмалари (мини-пили) континуин, микролюта, фемуленнинг контрацептив самараси паст бўлиб, организмга салбий таъсир кўрсатмайди.

Постинор таблеткасини жинсий алоқадан кейин дарров ичиш керак (1 соат ичида, лекин 1 ойда 4 мартадан ортиқ ичиш мумкин эмас).

Гормонал контрацептив воситаларни танлашда ҳамшира қачон ва қайси препаратни ичишни тавсия қилиши учун унинг ўзи тўлиқ маълумотга эга бўлиши керак. Гормонал фон меъёрида бўлса, бисекурин, регивидон; эстероген гормони ошиб кетганда овидон, континуин; гестаген ва андроген миқдори юқори бўлса антеовин; лактация вақтида континуин, камдан-кам жинсий алоқада пости-

нор; 18 ёшдан паст ёки 35—40 ёшда 3 фазали препаратлар танланади.

Сўнги йилларда аёл ва эркак жарроҳлик стерилизацияси усули қўлланилмоқда, бунда тери остига норплантнинг пластик капсуласи имплантация қилинади.

Туғилишни бошқариш тизимида сунъий аборт операциясининг ўрни

Афсуски ҳанузгача туғилишни бошқаришда артифициал аборт асосий усуллардан бири бўлиб келмоқда. Бир қарашда оддий бўлиб кўринган бу жарроҳлик аралашуви ўта хавфли ҳисобланиб, бир қанча асоратларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади:

- жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари 1,6—14%;
- бепуштлик 5,3—30%;
- бачадон бўйнининг йиртилиши 0,5—0,75%;
- бачадоннинг тешилиши 0,01%;
- гематометра 1,3%;
- ҳомила тухуми қолдиқларининг қолиб кетиши 9,2%;
- ҳомиланинг бачадондан ташқарида ривожланиши 1%;
- ҳомила тушиши 9,2%.

Бундан ташқари руҳий-асаб ва жинсий ҳаёт фаолиятининг бузилишига олиб келади. Ҳайз функцияси издан чиқади, бир қанча акушерлик асоратларини келтириб чиқаради ва ниҳоят аёлнинг ўлимига сабаб бўлади.

Мини-аборт ёки «менструацияни бошқариш» усули, ҳайз 7—20 кунга кечикканда бачадон бўшлиғини вакуум-аспирация йўли билан тозалаб ташланишидир. Бу усул оғриқсиз, кам шикаст етказувчи, ҳамда зарарсиз ҳисобланади. Кам асорат беради ва амбулатор шароитда бажарилади. Бунинг камчилиги шундаки кичик муддатда ҳомиладорлик ташхисини қўйишда хатолик кузатилиб, ҳайз цикли бошқа сабаблар туфайли тўхтаганда ҳам бажарилиши мумкин ва натижада бачадон ички қаватига ортиқча таъсир кўрсатилади. Баъзи аёлларда аспирациядан кейин ҳам ҳомиладорликнинг ривожланишда давом этиши, баъзан бу ҳомиладорлик бачадондан ташқарида ривожланган бўлиши ҳам мумкин.

Сунъий йўл билан ҳомиладорликни тўхтатиш операциясига қўйидаги ҳолатлар монъелик қилади:

- ўткир ва ўткир ости кечувчи сўзак;
- ўткир ва ўткир ости кечувчи яллиғланиш касалликлари;
- ўткир юқумли касалликлар.

Бу йўналишда ҳамширанинг вазифаси аҳоли ўртасида абортнинг зарари ҳақида санитария-маориф ишларини олиб бориш, ҳомиладорликдан сақланишнинг бошқа усулларидан фойдаланиш тўғрисида тушунтириш ишлари олиб боришдан иборат.

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ЗАМОНАВИЙ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

1. **Ультратовуш ташхис (УТТ)** — акушерлик ва гинекология амалиётида умумий текшириш усуллари етарли маълумот бермаганда ёки баъзи бир муаммоли ҳолатларни ечишда кенг қўлланилади.

Она ва ҳомила учун хавфсизлигини ҳисобга олиб, УТТ ҳомиладорликнинг 20—24 ва 28—32 ҳафталик муддатларида албатта қўлланилиши лозим. Чунки бу скрининг текшириш дастурига тегишли бўлиб, ўз вақтида ҳомиладаги туғма нуқсонларни аниқлашга имкон беради.

УТТ ёрдамида ҳомиладорликнинг ҳар қайси муддатида кечаётган асоратларни, масалан: ҳомиланинг бачадондан ташқарида ривожланиши, қоғоноқ сувининг кўплиги ва ундан келиб чиқадиган асоратлар, кўп ҳомилалик, елбўғоз, плацентанинг (йўлдошнинг) патологияси, ҳамда ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун текширишни ҳомиладорликнинг ҳамма босқичида ўтказиш мумкин.

УТТ алоҳида тайёргарликни талаб қилмайди, фақат гинекологик текширишда ва ҳомиладорликнинг кичик муддатларида қовуқ тўла бўлиши керак, бунинг учун аёлга 600-800 мл сув ичиш буюрилади. Шошилинч ҳолатларда қовуқ катетер орқали суюқлик билан тўлдирилади. Текшириш майдониغا вазелин ёки гель сурилади.

2. **Эхография** — гинекологияда маълумот олиш усули сифатида кенг қўлланилиб, жинсий аъзоларнинг нуқсонларини, эндометрийнинг гиперпластик жараёнини, миома ва эндометриозни, тухумдон ўсмаларини, яллиғланиш жараёнларини аниқлаш ва ташхис қўйишда 70—90% ёрдам беради.

Ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини баҳолашнинг замонавий усуллари

Анте- ва интранатал кардиотокография — ҳомиладорликда кардиомонитор ёрдамида ҳомиланинг юрак уришини кузатиш, баҳолаш ва ўз вақтида патологик ўзгаришларни аниқлаш имконини беради.

Асосан кардиотокограф сиртдан қўлланилиб, ҳеч қандай асорат бермайди ва махсус тайёргарликни талаб қилмайди.

Она қорнидаги ҳомилага кардиотокографик ташхис қўйишни балл системасида баҳолаш тақдим этилган. Бунда 8—10 балл ҳомила аҳволининг қониқарли эканлигини, 5—7 балл-юрак фаолияти бузилишининг бошланиш босқичини, 4 ва ундан паст баллар ҳомилада чуқур патологик ўзгаришлар бошланганлигини билдиради.

Амниоскопия — бачадон бўйни канали орқали қоғоноқ пардасининг пастки қисмини ўрганиш бўлиб, унинг ёрдамида ҳомиладорлик вақтида ҳомила ва қоғоноқ суви ҳолатини, чақалоқ гемолитик касаллиги, ҳомиладорлик муддатининг ўтиб кетганлигини, сурункали фетоплацентар етишмовчилик, ҳомиланинг она қорнида ўлиши каби патологик жараёнларни ўз вақтида ташхислаш имконини беради.

Муолажа гинекологик курсида ҳомиладорликнинг 37-ҳафта-сида бажарилади.

Муолажани бажаришда асептика қоидаларига қаттиқ амал қилинади.

Монъелик ҳоллари: плацентанинг бачадон пастки қисмида жойлашиши — қин ва бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари.

Амниоцентез — ҳомиладорликнинг 16-ҳафтасидан бошлаб бажарилади, бунда қоғоноқ суви текширишга олинади.

Қоғоноқ сувини қорин девори, қин, бачадон бўйни канали орқали олиш мумкин. Амниоцентез ёрдамида ҳомиладаги сурункали гипоксия, гемолитик касалликларнинг туғма нуқсонлари, инфекция, ҳомила ўпқасининг ривожланиш даражасини ташхислаш мумкин. Бундан ташқари қоғоноқ сувининг биокимёвий ва бактериологик таркибини, кислота-ишқорий ҳолатини, генетик касалликларини аниқлаш билан бир қаторда ҳомиладорлик давомида аёлни кузатиш имконини беради.

Фетоскопия — махсус эндоскопик асбоб ёрдамида ҳомиладорликнинг 16-ҳафтасидан бошлаб, ҳомиладаги ҳар хил патологик ўзгаришларни ва туғма нуқсонларни аниқлаш имконини беради.

Бу усулда киндик томиридан, плацентадан қон олинади ёки ҳомила терисидан биоптик тўқима олиниб текширилади.

Юқоридаги усулларни бажаришда асептика қоидаларига қаттиқ амал қилиш лозим. Муолажани бажаришдан олдин албатта аёл қовуғи ва ичакларини бўшатиши (катетерлаш, тозалаш ҳуқнаси) керак.

Бугунги кунда энг замонавий ҳисобланган плацентанинг динамик сцинтиграфияси (ПДС) ва фетоплацентар системани гормонал текшириш усуллари кенг қўлланилмоқда.

Гинекологияда эндоскопик текшириш усуллари

Бугунги кунинг асосий талабларидан бири ўсма жараёнларини, уларни келтириб чиқарувчи сабабларни ўз вақтида ташхислаш ва даволашдир.

Эндоскопик текширишлар ёрдамида кўз билан кўриб ва қўл орқали аниқлаб бўлмайдиган патологик ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

1. Кольпоскопия — визуал текширишнинг такомиллашган усули бўлиб, бунда бачадон бўйни, қин, ташқи жинсий аъзоларни махсус кольпоскоп асбоби ёрдамида 6—28 марта катталаштириб кўрилади. Кольпоскопиянинг турли — оддий ёруғ берувчи ва кенгайтириб кўрсатувчи, флуоресцентли хромокольпоскопия ҳамда фотокольпоскопия хиллар мавжуд. Текшириш учун беморни махсус тайёрлаш шарт эмас, монъелик ҳоллари йўқ.

2. Гистероскопия — бачадон ичи деворини эндоскоп ёрдамида 5—150 марта катталашган ҳолда кўриш усулидир. Гистероскопия суюқликли, газли ва баллонли бўлиб, операциядан кейин 6 ой ўтгач чандиқнинг ҳолатини баҳолаш, эндометрийнинг гиперпластик жараёнини ташхислаш, аденомиаз, бачадон ичи чандиқларини (Ашерман синдроми) аниқлаш, бачадон ривожланиш нуқсонларини, бачадон субмукоз ўсмаларини, сабаби аниқ бўлмаган бепуштликни, абортдан кейин ҳомила тухуми қолдиқларини аниқлаш учун ўтказилади. Гистероскопия ўтказишдан олдин: ЭКГ, қонда қанд миқдори, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, тозалик даражасига қиндан суртма олиш каби текширишлар ўтказилади. Беморни тайёрлашда тозалаш ҳуқнаси, қовуққа катетер қўйиш, ташқи жинсий аъзолардаги тукларни қириш ва қинни ювиш муолажалари қилинади. Шошилинч гистероскопияда текшириш ўтказиш шарт эмас, лекин тайёрлаш ишлари бажарилади. Монъеликлар: оғир экстрагенитал касалликлар, умумий юқумли касалликлар, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари, ҳомиладорлик, қин тозалигининг III ва IV даражаси.

3. Лапароскопия — кичик чаноқ ва қорин бўшлиғи аъзоларини қорин девори орқали тешиб киритилган асбоб ёрдамида кўриш. Беморни текшириш ва тайёрлаш ишлари лапаротомия жарроҳлик амалиёти сингари бўлади.

Умумий наркоз орқали бажарилади. Шошилинч ва режали лапароскопия ҳомиланинг бачадон ташқарисиди ривожланиши, ички жинсий аъзоларнинг нуқсонларини аниқлаш, бепуштлик, сурункали чаноқ оғирғи, эндометриоз, бачадон ва ортиқларининг ўсмалари, пиосальпинкс, тухумдон апоплексияси, бачадон тешилиши, ўткир хирургик ва гинекологик касалликларни фарқлаш каби ташхисларни қўйишда ёрдам беради. Лапароскопия давомида даволаш ишларини ҳам бажарса бўлади. Монъеликлар: оғир геморагик диатезлар, ўткир инфекцион касалликлар, ўткир ва сурункали жигар-буйрак етишмовчиликлари, декомпенсация даври, кичик чаноқ ичи битишмалари.

4. Кульдоскопия — эндоскопик текширишнинг бир тури бўлиб, кичик чаноқ аъзоларини қин орқа туби орқали бачадон-тўғри ичак букилмасига киритилган оптик асбоб ёрдамида кўздан кечириш. Лапароскопия қўлланила бошлагач, бу текшириш ўз қимматини йўқотди.

1. **Гистеросальпингография (ГСГ)** — бу усул гинекологияда анчадан бери қўлланилиб, бачадон найлари ўтказувчанлиги, бачадон субмукоз ўсмаси, эндометрий полиплари, бачадон нуқсонларини аниқлашга имкон беради.

ГСГ учун веротраст, уротраст, верографин каби контраст, сувда эрувчан воситалар ишлатилади. Бачадон найлари ўтказувчанлигини аниқлашда ГСГини ҳайз циклининг 5—7 кунлари ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Беморни тайёрлаш: қон ва сийдик умумий таҳлили, қин суртмаси, кечқурун ва эрталаб тозалаш ҳуқнаси, қовуқни катетер ёрдамида бўшатиш.

Бачадон найлари ўтказувчанлигини **кимопертубация** усулида ҳам аниқлаш мумкин. Баъзан вагинография ва цервикогистерография усуллари қўлланилади. Пневмоперитонеум асосида бачадон ва тухумдонлар рентгенографияси тухумдон ўсмаларини, фибромиомаларни тасхишлаш имконини беради. Лекин амалиётда кам қўлланилади. Чунки беморни тайёрлашда 3 кун давомида овқат таркибидан углевод ва ўсимлик ҳамда газ ҳосил қиладиган овқат маҳсулотлари олиб ташланади, тозалаш ҳуқнаси қилиниши керак.

Калла суяги рентгенографияси эндокрин касалликларни, гипофиз ўсмаларни аниқлашга ёрдам беради. Беморни махсус тайёрлаш шарт эмас.

Махсус текшириш усуллари

Умум қабул қилинган текшириш усуллари (умумий текшириш, икки қўллаб текшириш, ректоабдоминал, кўзгулар ёрдамида текширишлар)дан ташқари гинекологик амалиётда беморни Деркур ва Думик морфограммаси тузилиши бўйича типобиологик баҳолашни, гирсутизм даражасини, иккиламчи жинсий белгиларни баҳолашни ўтказиш муҳим ҳисобланади.

Функционал ташхис тестлари (ФТТ)га баъзан ҳароратни ўлчаш, «қорачиқ» феномени, бачадон бўйни шилимшиғининг чўзилиши, қин суртмасининг цитологик ҳужайралар таркиби, кариопикнотик индексни санаш (КПИ) ва бошқалар киради. Бу тестларнинг жавобларини бирлаштириб, ҳайз циклининг ҳар хил кунларида репродуктив фаолият ҳолатини аниқлаш мумкин. ФТТ учун бемор махсус тайёрланмайди. Эндометрийдан олинган қирманинг гистологияси тухумдон ва эндометрий касалликларини аниқлашга ёрдам беради. Охириги вақтларда бу усулни визуал гистероскоп назорати остида қўллаш афзал кўрилмоқда. Бемор РСГ га тайёрлангандай тайёрланади. Нормал ҳайз циклида ҳайзга 3—4 кун қолганда, ациклик қон кетаётганда қон кетаётган вақтнинг ўзида олинади.

Радиоиммунологик текшириш учун венадан эрталаб оч қоринга ҳайз циклининг фазаларида қон олиниб, гормон миқдори текширилади.

Баъзан 17-кетостероид (нормада етук соғлом аёлда — 6—12 мг/сут ёки 20—41 мкмоль/л) ёки 17-оксикетостероид (4—10 мг/сут ёки 11—28 мкмоль/л) ни аниқлаш, ҳамда гестаген, эстроген ва гестаген, дексаметазон, кломифен, люлиберин ва хорион гонадотропин гормонларига функционал синамалар қўйиш муҳим ҳисобланади.

Цитологик текширишлар

Цитологик текширув аёлларни оммавий скрининг усулида текширишдан ўтказиш ҳисобланади. Беморни махсус тайёрлаш шарт эмас, бу усулда нафақат тухумдонларнинг гормонал фаолияти, балки жинсий аъзолардаги фон, рақ олди касалликлари ҳолатларини аниқлаш мумкин. Махсус асбоб ёрдамида қиндан ва бачадон ичидан қирма гормонал ташхис усули учун олиниб текширилади, ҳамда Браун шприци ёрдамида бачадон ичи аспирацияси ўтказилади, суртмани Никифоров аралашмасида 15 дақ. фиксация қилиниб, гемотоксилин-эозин билан бўялади.

Етук ёшда ҳайз цикли давомида қин 3—4чи даражали реакцияга эга бўлиши керак.

Бачадон ичидан, бачадон бўйни каналидан, қиндан олинган биопсия материални гистологик текшириш патологик жараёнга аниқ ташхис қўйишга имкон беради. Бунда асептика қоидаларига қаттиқ амал қилиш лозим.

Кольпоцентез — асептикага амал қилган ҳолда қовуқни ва ичакни бўшатиб, қиннинг орқа туби орқали пункция қилиб цитологик текшириш ўтказишдир. Тухумдон ракига (ўсмасига) шубҳа қилинганда, ҳомиланинг бачадон ташқарисида ривожланишида, тухумдон апоплексияси, перитонит ва бошқаларни аниқлашда қўлланилади.

Бактериоскопик ва бактериологик текширишлар

Бу текширишлар ҳамма гинекологик ва диагностик (жарроҳлик) муолажалардан — қиннинг тозалик даражасини, қўзғатувчилар гуруҳини, хусусиятларини, яллиғланиш касалликларининг сабабчиларини аниқлаш учун қилинадиган барча операциялардан олдин ўтказилиши шарт. Бу барча қўзғатувчиларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлашга ҳам имкон беради.

Микроб флораларининг характериға асосан қин тозалик даражасининг 4 та фазаси ажратилади:

I даража тозалик — қин бациллалари, ясси эпителий ҳужайралари, кислотали муҳит.

II даража — қин таёқчаларидан ташқари санокли лейкоцитлар, кокклар, кўп эпителиал ҳужайралар, кислотали муҳит.

III даража — қин бациллалари кўп, бошқа турдаги бактериялар кўп миқдорда, лейкоцитлар кўп, кучсиз-ишқорий муҳит.

IV даража — қин бациллалари йўқ, лейкоцитлар ва микроблар жуда кўп, III ва IV даражали тозалик патологик жараён ҳисобланади, гинекологик операциялар бажаришга монъелик қилади.

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА АСОСИЙ СИНДРОМЛАР, УЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Ҳамширалик ташхисининг ўзига хослигини ҳисобга олган ҳолда асосий синдромларни ажратиб, ташхис қўйиш ва даволаш усулларининг схематик алгоритми тузилди.

Ажралма (оқма) келиш синдроми

Жинсий аъзолардан келадиган ажралма (оқма) патологик белги бўлиб, жинсий аъзолар касалликларининг асосий белгиларидан ҳисобланади. Қин даҳлизи шиллиқ қаватидан, қин бачадон найлари, ҳамда бачадон бўйнидан ажралиб чиқадиган ажралмалар фарқланади.

Сабаблари анамнез йиғиш ва текшириш натижасида аниқланади. Булар:

— ташқи ва ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиши ва юқумли касалликлари;

— эндокрин безлар касалликлари;

— кучли антибиотиклар билан даволаниш, қинни тез-тез чайқаш ва қин ванналари ўтказиш;

— бачадон ичи спирали, қин қалпоқчаларининг таъсири ва асорати;

— бачадон бўйнининг шикастлари, эррозияси;

— жинсий аъзоларнинг хавfli ўсмалари;

— атроф-муҳитнинг зарарли таъсири;

— сийдик йўллари ва ичак оқма яралари ва ҳ.к. лардир.

Белгилари — жинсий йўллардан кўп миқдорда ёқимсиз ҳидли ажралма келиши.

Ташхиси — тўлиқ анамнез йиғиш, синчковлик билан текшириш, лаборатория таҳлили асосида қўйилади.

Ажралма келишининг физиологик ва патофизиологик механизмини билиш айниқса муҳимдир.

Анамнез йиғишда беморнинг ёшига, соматик касалликларига, ажралманинг жинсий ҳаётга алоқасини, қўшимча белгиларга, контрацепция усулига, шахсий гигиенага амал қилиш хусусиятларига эътибор бериш муҳим ҳисобланади.

Илгари ҳам ажралмага қарши даволанганлиги ҳақида маълумот олиш катта аҳамиятга эга, чунки олдин нотўғри ташхис ва ўринсиз даволаниш ёки беморнинг ўз соғлиғига эътиборсизлиги натижаси ҳам бўлиши мумкин.

Объектив текширишни антибактериал даволанишдан 3 ҳафта ўтгандан сўнг, даволанишни бошламасдан ва жинсий аъзоларни ювмай туриб ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Қуймич-сон ички юзасини диққат билан кўздан кечириш агар яллиғланиш белгилари, шиш, қашлаш излари бўлса, сабабини аниқлаш лозим. Бундан ташқари уретра, катта қин беzi йўллари, ҳамда ташқи жинсий аъзоларнинг ҳолатига эътибор бериш керак.

Клиник-лаборатор ташхис: қиндан трихомонадларни, гонококк ва замбуругларни аниқлаш учун грам-суртма, хламидоз, микоплазмозни аниқлаш учун экма олинади. Венерик касалликларни аниқлаш учун серологик текширув, биопсия учун шиллиқ қаватдан биологик тўқима олинади. Бундан ташқари вируслар, анаэроб ва аэроб инфекция учун ҳам суртмалар олинади.

Даволаш: аниқ ташхис қўйиш ва ўз вақтида даволашни бошлаш юқори сифатли, самарали тиббий ёрдам кафилидир.

Даво индивидуал ва бемор ёшини ҳисобга олган ҳолда олиб борилиши керак:

а) антибактериал терапия макро ва микроорганизмнинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда олиб борилади ва парентерал, энтерал ва маҳаллий қўлланилади (метронидазол, тинидазол, зоверакс). Антибиотикларни қин дисбактериозидида маҳаллий қўллаш тақиқланади.

б) десенсибиловчи терапия — димедрол, пипольфен ва ҳ.к.

Яллиғланишни маҳаллий даволашда полижинакс, пимафуцин, клотримазол, бонафтон, фурацилиннинг 0,02% ли эритмаси билан чайиш, хлорфиллиптнинг ёгли эритмаси билан тампон ва бошқалардан фойдаланилади. Қиннинг ички муҳитини нормаллаштириш учун борат кислотанинг кучсиз эритмаси билан инстилляция қилинади.

Кекса ёшдагиларда (умумий ва маҳаллий таъсир қилувчи) гормонал терапия ўтказилади, бунда овестин, фторокорт, лоринден препаратлари ишлатилади. Доривор ўсимликлардан қинни ювишда, қин ваннасида фойдаланиш мумкин.

Физиотерапия сурункали яллиғланиш касалликларида қўлланилади: маҳаллий дарсонвал, рух ёки йод билан қорин пастига электрофорез қўйилади.

Қиннинг нормал микрофлорасини тиклаш учун биологик бактерияли препарат (эубиотик)лар маҳаллий қўлланилади. Организмнинг умумий реактивлигини ошириш учун аутогемотерапия, гамма-глобулин, витаминлардан С, Е, В₁, В₆ буюрилади. Жинсий йўл билан юқадиган касалликларни даволашда, албатта беморни жинсий шериги билан бирга даволаш зарур, даволаш давомида жинсий ҳаёт таъқиқланади.

Аёлларда чаноқ соҳасидаги оғриқлар синдроми

Чаноқ соҳасидаги оғриқ — бу бемор қорнининг пастки қисмида, чов бойламларининг юқори ва ички юзасида, ҳамда оралиқда, қов соҳасидаги оғриқлардир. Уларнинг сабаблари:

I. Гинекологик сабаблар:

- яллиғланиш — юқумли касалликлар;
- хавfli ва хавфсиз ўсмалар;
- эндометриоз;
- дисменорея;
- овулятор синдроми;
- овариоварикоцеле;
- кичик чаноқда чандиқ ва битишмалар бўлиши;
- бойлам аппаратидаги ўзгаришлар;
- тухумдон апоплексияси;

II. Акушерлик асоратлари:

— ҳомиланинг бачадондан ташқарида ривожланиши, нормал жойлашган плацентанинг вақтдан илгари кўчиши, ҳомиланинг тушиши, бачадон деворининг йиртилиши, туғруқ ҳайдовчи кучларнинг тартибсиз ва кучли бўлиши.

III. Экстрагенитал сабаблар.

— меъда-ичак системаси касалликлари, сийдик ажратиш системаси касалликлари, «Ўтқир қорин» оғриғи синдроми, умуртқа поғонасининг касалликлари.

Ташхис қўйиш: оғриқ кучи оғриқнинг жойлашиши, муддати, бошланган вақти ва тарқалишига қараб баҳоланади. Анамнез йиғишда оғриқнинг ҳайз цикли билан боғлиқлигини, жинсий ҳаётнинг ўзига хос томонларига, бачадон ичи контрацепциясига, ҳомилдорлик асоратлари ва бошидан кечирган касалликлари, ажралманинг бор-йўқлиги аниқланади. Объектив текширишда ички қон кетишни аниқлаш, агар ички қон кетаётган бўлса, оғриқнинг аппендицит, панкреатит, холецистит, ичак тутилиши билан боғлиқлигини аниқлаш лозим. Шу мақсадда беморнинг умумий аҳволига, ҳолатига, тери қопламларининг рангига, тана ҳарорати, нафас олиш сонига, пульс ва артериал босим кўрсаткичларига этибор бериш керак. Қинни текширишда оғриқ жойини ва ўчоғини,

жинсий аъзоларининг нормадан чекиниш кўрсаткичини аниқлаш лозим бўлади. Агар аёл ҳомиладор бўлса муддатини, ҳомиланинг қандай аҳволдалигини, туғруқ кучларининг характерини ва бачадон бўйни етилиш даражасини аниқлаш керак. Агар оғриқ кучли бўлса, унинг сабабидан қатъий назар зудлик билан касалхонага ётқизиш лозим, чунки тўсатдан операция қилиш керак бўлиб қолиши мумкин. Шунинг учун тўлиқ лаборатор ва биохимик таҳлилларни ўтказиш ва жавобларини тайёрлаб қўйиш ҳамширанинг бевосита вазифасидир. Бундан ташқари чаноқ аъзоларининг эхографияси, қин орқа гумбазининг пункцияси, ирригоскопия, вена ичи урографияси, лапароскопия ташхиси, гистерография, гистероскопия текширишлари ўтказилиб, бемор терапевт, жарроҳ, уролог кўригидан ўтказилиши зарур.

Давоси: Чаноқ соҳасида оғриқ синдроми уни келтириб чиқарган сабаб характерига боғлиқ бўлиб, бунда ҳам ҳар бир беморга индивидуал ёндошиш лозим.

Метроэндометрит, аднексит, параметрит ва пельвиоперитонит клиникаси кузатилганда яллиғланишга қарши дезинтоксикация терапияси, инфузион даво олиб борилади, агар бачадон ичида спирал бўлса олиб ташланади. Тубоовариал абсцесс ёрилишида, юқумли токсик шок ривожланишида, туташ перитонитда ҳамда бартолин безларининг абсцессидида шошилиш операция қилинади. Агар оғриқ билан бир вақтда ички қон кетиш белгилари кузатилса, демак бу ҳомиланинг бачадондан ташқарида ривожланиши оқибатида бачадон найлари тухумдон апоплексияси ёки ўсмаси натижасида ёрилганлигидан дарак беради. Бундай ҳолатларда шошилиш равишда лапароскопия қилинади ва постгеморрагик шокка қарши чора-тадбирлар қилинади. Агар тухумдон ёрилишида қон кетмай, фақат оғриқ бўлса консерватив даво ва ҳамшира кузатуви тайинланади.

Бунинг учун беморга тўшакда ётиш режими, тинчлик тайинланади, қорин пастига эса музли халтача қўйилади, қон тўхтатувчи препаратлардан 12,5% ли 2 мл дицинон суткасига 2 марта венага ёки мускул орасига, 0,025% ли 1 мл адроксон, 10% ли 10 мл кальций хлор буюрилади.

Фиброматоз тугунлари некрозида, тухумдон ўсмаларида шошилиш операция қилинади.

Ҳар ҳайз циклининг оғриқ билан келиши (альгодисменорея) да спазмолитиклар, анальгетиклар (анальгин, аспирин), ибупрофен, индаметацин буюрилади. Сабаби аниқлангандан кейин эса гормонал терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапевтик даволар ўтказилади.

Ҳомиладорлик даврида оғриқ пайдо бўлганда аёлни зудлик билан касалхонага ётқизилади ва дифференциал диагностика

ўтказилиб, ҳомила тушиши, чала туғруқ бошланганлиги, плацентанинг вақтидан илгари кўчиши сабаби аниқланиши лозим.

Нормал жойлашган плацентанинг вақтдан илгари кўчиши кузатилса туғруқни кесерча кесиш йўли билан амалга ошириш зарур. Оғриқ ҳомила тушиши, чала туғруқ туфайли бўлса аёл тўшакда ётиши, спазмолитиклар, токолитиклар (магний сульфат, алулент, партусистен, гинепрал), седатив препаратлар буюрилади. Ҳомиладорликнинг 14—16 ҳафтасигача эса туринал, прогестерон ёки хорионли гонадотропин буюрилади.

Туғруқ вақтида дард оғриғи ўта кучли бўлса, аёл оғриқ шокига тушиши ва бачадон ёрилиши хавфи тугилиши мумкин, шунинг учун туғруқни интубацион наркоз, орқа мия наркози остида, кесерча кесиш йўли билан амалга ошириш лозим.

Бепуштлик синдроми

Бепуштлик — бу етук организмнинг насл қолдириш қобилиятининг йўқлигидир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таърифи бўйича бола туғиш ёшидаги эр-хотинлар ҳеч қандай контрацептив воситасиз, доимий жинсий ҳаёт билан яшашига қарамай, агар аёл бир йил ичида ҳомиладор бўла олмаса бепушт ҳисобланади.

Фарзандсиз никоҳга нафақат бепуштлик балки ўлик туғиш ёки ҳомила тушиши сабабли фарзанд кўра олмаслик ҳам киради.

Ижтимоий томондан олиб қаралганда бепуштлик ва фарзандсизлик давлатда туғилиш кўрсаткичининг тушиб кетишига, аҳоли сонининг ва ишчи кучининг камайишига олиб келади. Руҳий томондан эса эр-хотиннинг қалб изтиробларига, руҳий-жинсий фаолиятнинг бузилишига, оилавий келишмовчилик, ахлоқий бузилишлар, айниқса оила ва никоҳнинг бузилишига сабаб бўлади.

Биологик жиҳатдан олиб қаралганда, ўсма ва бошқа соматик касалликларнинг кўпайишига, тиббий-генетик жиҳатдан бепуштлик ва фарзандсизлик сабабли даволаниб ҳомиладор бўлиш натижасида, ирсий патологиянинг кўпайиши ва туғиладиган авлодга бепуштлик генетик йўл билан ўтиши мумкин.

Келиб чиқишига кўра бепуштликнинг эркалар бепуштлиги аёллар бепуштлиги, аралаш сабабли ва ноаниқ сабабли турлари фарқланади.

Аёллар бепуштлигининг таснифи:

Бирламчи — жинсий ҳаёт фаолиятига 1—2 йил бўлишига қарамай ҳомиладор бўла олмаслик.

Иккиламчи — ҳеч қандай контрацептив воситасиз, бир нечта ҳомиладорлик, туғруқ ва абортлардан кейин, доимий жинсий ҳаёт билан яшашига қарамай ҳомиладор бўлмаслик тушунилади.

Мутлақ бепуштлик — охирги даражали гиперплазия, бачадон, бачадон найлари, тухумдонларининг бўлмаслиги, жинсий аъзоларнинг туғма нуқсонлари сабабли ҳомиладорликнинг умуман бўлмаслиги.

Нисбий бепуштлик — агар бепуштлик сабаби бартараф қилинса аёл ҳомиладор бўлиши мумкин (яллиғланиш касалликлари, ҳайз циклининг бузилишини даволагандан сўнг).

Аёл бепуштлигининг асосий шакллари

1. Бачадон найлари ёки перитонеал шакли.

Бепушт аёлнинг 60—70 %ида асосий сабаб бачадон найлари ўтказувчанлигининг бузилиши, кичик чаноқ соҳасидаги битишмалар бўлади. Бачадон найи ўтказувчанлигининг бузилишига юқумли-яллиғланиш касалликлари (гонококкли, хламидий, микоплазмали, бактерияли) сабаб бўлиши мумкин.

2. Эндокрин бепуштлик сальпингит, сальпингоофорит сабабли бўлади. Бундан ташқари туғма нуқсонлар, анатомио-физиологик бузилишлар ҳам сабаб бўлиб ҳисобланади. Бу тур бепуштлик йиғма тушунча бўлиб, бунга ҳамма эндрокрин безларининг касалликлари киради. Бунда гипоталамус гипофиз — тухумдон системаси фаолияти бузилади.

Фарзандсиз никоҳда эркак бепуштлигининг шакллари:

- уруғ суюқлигининг патологияси;
- туғма нуқсонлар;
- варикоцеле;
- эндокрин сабаблар;
- руҳий-жинсий фаолиятнинг бузилиши.

3. **Аралаш сабабли бепуштлик** — бунга иммунологик, урогенитал инфекция, руҳий-жинсий фаолиятнинг бузилиши ҳамда бошқа номаълум сабаблар киради.

Ташхис қўйиш: махсус амбулатор қабул шароитида биринчи босқич текшириш ўтказилади. Бунда эр-хотин бир вақтда қуйидаги текширишлардан ўтказилади:

- турк эгарининг рентген сурати изоҳи билан;
- окулист маслаҳати (кўрув майдонини текшириш);
- қанд миқдорининг кўрсаткичи;
- 17-кетостериод ва 17-оксикортикостероиднинг суткалик сийдик таркибидаги миқдори;
- 2 ой давомида 8 марта қиндан суртма олиб цитологик текшириш;
- 2—3 ой давомида ректал температурани ўлчаб бориш;
- эндокринолог текширувидан ўтиш;
- эркакнинг спермограммаси;
- ҳайз циклининг 3—10 кунларида гистеросальпингография ўтказиш;
- ҳайз циклининг кимографик пертурбацияси.

Текширишнинг иккинчи босқичи гинекологик касалхонада ўтказилади, бунда лапароскопия, гистероскопия ўтказилади. Бачадон эндометрий қаватидан, қорин пардасидан, бачадон найларидан ва тухумдондан биопсия олиниб гистологик текширилади, шунингдек гормонал текшириш ўтказилади.

Бепуштлиқни даволаш усуллари. Текшириш натижасида ҳар бир эр-хотин учун алоҳида даволаш усули танланади:

— гормонал ва иммунологик бузилишларда дори воситалари ёрдамида;

— най ва перитонеал бепуштлиқни жарроҳлик йўли билан;

— донор спермаси ёрдамида уруғлантириш йўли билан;

— экстракорпорал уруғлантириш билан.

Эркақлар бепуштлигида эр-хотинни андролог-врач даволайди.

Юқумли патологик жараён сабабли бепуштлиқда эр-хотиннинг иккаласида ҳам антибактериал терапия ўтказилиши лозим. Эндокрин бепуштлиқда гормонал даво тавсия қилинади. Бундан ташқари кўшимча равишда десенсибиловчи, умумқувватловчи, яллиғланишга қарши терапия, физиотерапия олиш маслаҳат берилади.

Ноаниқ сабаб ёки иммунологик бепуштлиқда эрининг спермаси билан сунъий равишда уруғлантириш қўлланилади. Консерватив даво фойда бермаганда лапароскопия буюрилади.

Экстракорпорал уруғлантиришга кўрсатма:

— бачадон найларининг мутлоқ бепуштлиги (икки томонлама олиб ташланганлиги туфайли);

— бачадон найлари ўтказувчанлигининг битишмалар туфайли йўқлиги;

— тулиқ текширишлардан кейин тасдиқланган, сабаби номаълум бепуштлиқ.

Зарурий текшириш ва даво чорларидан ташқари ҳамшира бу оиладаги эр-хотиннинг ҳамма муаммоларини, ижтимоий-руҳий аспекти ва оилавий можароларига эътибор берган ҳолда аниқлаши лозим. Ҳамшира руҳшунос ва сексопатологлар маслаҳатига муҳтож бўлган фарзандсиз эр-хотинларнинг улар билан учрашувини ташкил қилиши лозим.

Аменорея синдроми

Аменорея деб, 16—18 ёшга етган қизлар ва аёлларда ҳайзнинг келмаслиги (бирламчи аменорея) ёки нормал келиб турган ҳайзнинг 6 ва ундан кўп ой давомида тўсатдан тўхташи (иккиламчи аменорея)га айтилади. Бирламчи аменорея Шерешевский-Тернер, Свайер синдромларида, тестикуляр феминизация, туғма андрогенитал синдромда, бачадоннинг туғма бўлмаслиги ҳолатларида юзага

келади. Иккиламчи аменорея нейро-эндокрин моддалар алмаши-нуви синдроми белгиси ҳисобланади, бундан ташқари тухумдон-лар поликистоз, тухумдонлар толиқиши синдроми, руҳий трав-малар, бачадон ичи синехийларида, гипофиз ва буйрак усти бези ўсмаларида, гипотиреозларда ҳам кузатилади.

Физиологик аменорея балоғатга етиш даври олдидан, ҳомила-дорликда, бола эмизиш даврида ва менопауза ёшида бўлади. Ёл-ғон аменорея туғма анатомик нуқсонларда (қизлик пардасининг битишмаси, бачадон бўйни каналининг атрезияси) ривожланади.

Ташхис қўйиш: Аменореянинг ривожланиш сабабларини аниқ-лаш учун беморни амбулатор шароитда тўлиқ текширишдан ўт-казиш мумкин, фақат айрим ҳолатларда, текшириш якунида бемор-ни махсус гинекологик эндокринология бўлимига ётқизилади.

Бунда асосий этиборни беморнинг бўйига, гавда тузилишига, тери ости ёғ қатламнинг жойлашиш хусусиятига, туқнинг ке-раксиз жойларда кўп бўлиши (виризация) даражасига, икки қўллаб қин текшириш (бимануал) хулосасига қаратиш керак.

Қўшимча текширишларга:

- кариотипни аниқлаш;
- гормонал профилни аниқлаш;
- бош суяги ва турк эгарининг рентген сурати;
- ЭКГ;
- кичик чаноқ аъзоларининг ва буйрак усти безининг эхогра-фияси;
- кўз туби ва кўриш майдонини аниқлаш;
- қалқонсимон без фаолиятини аниқлаш;
- сил ва қандли диабет бор-йўқлигини аниқлаш;
- диагностик лапароскопия ўтказиш.

Бундан ташқари беморга генетик, эндокринолог, терапевт, невропатолог, окулист, фтизиатр, психиатрларнинг маслаҳат кўри-ги тайинланади.

Даволаш тартиби:

Бирламчи аменореяда агар беморда иккиламчи жинсий белги-лар бўлмаса эстроген гормонлар билан 2—4 ой даволанади, сўнгра 5—6 ой циклик гормонал терапия (эстроген, прогестерон) давом эттирилади. Кейинги вақтларда бемор 3 ойлик курс билан йилига 2 марта циклик гормонал терапия олиши керак. Бирламчи амено-реяда агар беморда кариотип 46, ХУ, қин атрезияси ва аплазияси аниқланса, жарроҳлик даво қўлланилади ва жарроҳлик йўли би-лан камчилик йўқотилгач, бу беморларга ҳам гормонал терапия буюрилади.

Умуман олганда, ҳамма ҳолатларда ҳам давони руҳий даволаш-дан бошлаш мақсадга мувофиқдир. Бу усул этиологик ва патогене-тетикага боғлиқ ҳолда комплекс бўлиши керак.

Иккиламчи аменореянинг 1- даво босқичи бемор вазнини, руҳий ўзгаришларини нормаллаштириш, нейро-эндокрин моддалар алмашинуви бузилишларини бартараф этиш, мия гемодинамикасини яхшилаш йўналишида олиб борилади.

Иккиламчи босқичида гипофиз — тухумдон — буйрак усти безлари, қалқонсимон без фаолияти бузилишларини гормонал терапия усулларини қўллаб даволаш кўзда тутилади.

3-босқичда овуляцияни стимуллаш йўли билан репродуктив фаолиятни тиклаш бўйича терапия қўлланилади, тухумдон поликистозида гипофиз ва буйрак усти безлари, бачадон ичи синехияси синдромларида жарроҳлик йўли билан даво қилинади.

Аменорея билан оғриган беморларда руҳий тушкунлик, ўзидан қониқмаслик ҳисси пайдо бўлади ҳамда оилавий можаролардан азоб чекади. Шунинг учун ҳамшира бемор муаммосини чуқур ўрганиши, уларни ҳал қилишда психотерапевт ва руҳшунослар билан биргаликда иш олиб бориши лозим.

Жинсий аъзолардан қон кетиш синдроми

Жинсий аъзолардан қон кетиш кўпчилик гинекологик касалликлар, ҳомиладорлик ва туғруқнинг тез-тез учраб турадиган белгиларидан ҳисобланади.

Кўпинча қон кетиши оғриқ синдроми ва постгеморрагик анемия билан кузатилиб, бемор ўз иш қобилиятини йўқотади, баъзан ўлим билан тугалланади. Қон кетиш сабабларини шартли равишда 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлмаган қон кетишлар.

Бу гуруҳ ўз навбатида органик ва функционал характерли бўлиши мумкин.

Органик қон кетиш сабаблари травматик шикастлар, бачадон бўйни эрозияси ва полиплари, эндометриоз, бачадон ўсмаси, эндометрийнинг гиперпластик жараёнлари, яллиғланиш касалликлари, бачадон бўйни ва танасининг раки, хорионэпителиома бўлиши мумкин.

Бачадон дисфункцияси туфайли қон кетиш гипоталамус-гипофиз-тухумдон системасидаги бузилишлар сабабли бўлади ва кўпроқ балоғат ёшида ва климактерик даврларда кузатилади.

Қон таркиби, унинг ивувчанлик хусусиятининг бузилиши ва бошқа соматик касалликлар ҳам бачадондан қон кетишга олиб келиши мумкин.

2. Ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврларига боғлиқ қон кетишларда шунини эслатиб ўтиш лозимки, физиологик кечаётган ҳомиладорлик ҳеч қачон жинсий аъзолардан қон ажралиши билан кечмайди, фақат йўлдош тушиш даврида қон кетиб, у ҳам

200—250 мл дан ошмайди. Шунинг учун ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида жинсий аъзолардан қон кетиши «хавфли хабар» бўлиб ҳисобланади ва аёл зудлик билан туғруқхона бўлимларига ётқизи-либ, қон кетиш сабаби аниқланиши лозим.

Кўп ҳолларда бу қон кетишлар бачадон ташқарисида ҳомила ривожланиши, елбўғоз, ҳомила тушиши, ноқонуний аборт, аборт вақтида бачадон деворининг тешилиши, плацентанинг бачадон пастки қисмида жойлашиши, нормал жойлашган плацентанинг вақтдан илгари кўчиши каби патологик жараёнлар билан боғлиқ бўлади. Туғруқ вақтидаги қон кетишлар эса бачадоннинг йиртилиши, туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарининг шикастларида, йўлдош кўчиш патологиясида, бачадон гипотонияси, гемостаз системасининг касалликлари сабабли бўлиши мумкин.

Чилла ва абортдан кейинги қон кетишлар ҳомила тухуми қисм-ларининг бачадон бўшлиғида қолиб кетиши, бачадон субинволюцияси (қисқариш сустлиги), метроэндометрит, гематометра ва бошқалар сабабли бўлади.

Ташхис қўйиш: Гинекологик қон кетишлар сабабини аниқлаш учун ҳайз цикли фаолиятига акушерлик анамнезига эътибор бериб, қин ва бачадон бўйни гинекологик кўзгу ёрдамида диққат билан кўздан кечирилади ва қон кетаётган манба аниқланади. Қўшимча текширишлардан: бачадон бўйни кольпоскопияси ўтказилади. Гистологик текшириш учун бачадон бўйни каналидан биопсияга тўқима, бачадон бўшлиғидан қирма олинади, қин орқа гумбази пункцияси, кичик чаноқ аъзоларининг эхографияси, қоннинг умумий таҳлили, жигар ва гемостаз системасини текшириш, функционал ташхис тестларини ўтказиш, қондаги гормонлар миқдорини аниқлаш лозим.

Акушерлик амалиётида плацентанинг жойлашган ўрнини ёки ретроплацентар гематомани аниқлаш учун фетал мониторинги, ультратовуш текшириш ўтказилади. Туғруқда туғруқ йўллари диққат билан кўздан кечирилади, плацентани қўл билан кўчириш амалга оширилади ва бачадон ичини текширилади, гемостаз системасини текшириб туриш муҳим ҳисобланади (қон ивиш вақти, протромбин, фибриноген, тромбоцитлар ва ҳ.к.).

Чилла даврида ва абортдан кейин кичик чаноқ аъзоларининг эхографияси, лапароскопия ва бошқа текширишлар ўтказилади.

Давоси: агар гинекологик амалиётда қон кетиш сабаби органик жараёнлар бўлса, унда радикал операция, яъни бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси қилиш керак бўлади. Айрим ҳолларда бачадон бўйни диатермокоагуляция қилинади, бачадон бўшлиғини полипэктомия қилиш, қириш ёки бачадон йиртилишида чок солиш йўли билан қон кетишни тўхтатиш мумкин. Дис-

функционал қон кетишни бачадон бўшлиғини қириш йўли билан тўхтатиш мумкин. Бу усул асосан климактерик даврда қулай ҳисобланиб, бир вақтнинг ўзида бачадон ракини аниқлаш имконини беради.

Балоғат ёшидаги ювенил қон кетишда симптоматик қон тўхташ терапияси ўтказилади ва утеротоник (окситоцин, питуитрин, метилэргометрин) воситалар буюрилади, агар наф бермаса, унда эстроген ёки синтетик прогестин каби гормонал препаратлар қўлланилади (гормонал гемостаз).

Ҳомиладорликнинг илк муддатларида бачадондан қон кетишида бачадон бўшлиғи ҳомила тухуми қолдиқларидан қириб тозаланади, агар бачадондан ташқарида ҳомила ривожланиши сабабли қон кетса, унда шошилиш равишда лапаротомия қилинади. Агар плацентанинг бачадон пастки қисмида ёки бачадон бўйнини ички тешиги атрофида жойлашиши натижасида суртма кўринишида қон ажралса, ҳомиладорликни ҳомила яшаш қобилияти пайдо бўлган давргача сақлаш чораларини кўриш керак: бунинг учун аёл тўшакда қимирламасдан ётиши ва ҳамшира назоратида бўлиши лозим.

Мабодо плацентанинг пастда ётиши ёки нормал жойлашган плацентанинг вақтдан илгари кўчиши натижасида кўп миқдорда қон кетиш рўй берса, аёлни шошилиш операцияга (кесерча кесиш) тайёрлаш лозим.

Туғруқнинг I ва II даврларида қон кетишга бачадон бўйнининг йиртилиши, плацентанинг вақтдан илгари кўчиши натижасида бачадоннинг йиртилиши сабаб бўлади ва бунда зудлик билан оператив (кесерча кесиш) ёки акушерлик кискичлари қўйиш усули билан туғруқни амалга ошириш лозим.

Туғруқнинг III даврида ва илк чилла даврларида қон кетганда, плацентани қўл билан кўчириш операциясини ўтказиш, бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш, қин ва бачадон бўйни йиртилишида чок қўйиш ҳамда утеротоник воситалар юбориш йўли билан қонни тўхтатиш зарур.

Агар бу усуллар ёрдам бермаса, лапаротомия қилинади ва бачадон ампутацияси ёки экстирпацияси бажарилади.

Агар ДВС-синдром (қон ивиш жараёнининг бузилиши) кузатилса, қўшимча равишда йирик артерия томирлари боғланади, қон оқимини тўхтатувчи препаратлар (плазма, қон препаратлари, антигемофил плазма, криопреципитат, фибриноген, контрикал, гордокс, трасилол) юборилади.

Абортдан кейин ёки чилла даврида қон кетганда антибактериал терапия, бачадон бўшлиғини қириш операцияси ўтказилади, баъзан радикал операцияларни бажаришга тўғри келади.

Қон кетиш сабабидан қатъий назар ҳамма ҳолатларда ҳам умум-қувватловчи ва антианемик терапия ўтказиш, бемор кўрқувини йўқотиш ва соғайиб кетишига ишонч ҳосил қилиш зарур.

ГИНЕКОЛОГИК БЕМОРЛАР ВА ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИНГ ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ ВА УЛАРГА ПРОФИЛАКТИК ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Аёлларни тўлиқ диспансеризациядан ўтказиш ва профилактик ёрдамни сифатли ташкил қилишнинг асосий принциплари:

— акушерлик-терапевтик-педиатрия комплекси шароитида даволаш-олдини олиш ва соғломлаштириш чора-тадбирларини бажариш, анъаналарга суянган ҳолда иш олиб бориш;

— аёллар ўртасида акушерлик-гинекологик касалликларни, «хавфли гуруҳ» ларни аниқлаш ва диспансеризация мақсадида ўтказиладиган профилактик текширувларда олий тоифали ҳамширалар хизматидан кенг фойдаланиш;

— ҳар йили диспансер гуруҳларига кирувчи аёллар сонини кўпайтириш, клиник-лаборатор текширишлар ҳажмини кенгайтириш ва сифатини ошириш;

— туман (шаҳар) касалхоналари ва йирик муассасалардаги аёллар маслаҳатхоналарининг гинекологик текширишлар натижаси бўйича маълумотларни марказий йиғиш;

— диспансеризация бўйича олиб борилаётган ишлар таҳлили ва динамик назорати ҳамда унинг натижасини баҳолаш.

Ҳар йили диспансерлашни таъминлаш учун қуйидаги бўлимлар тақсимотини кўзда тутиш зарур:

— аҳолини санитар-гигиеник жиҳатдан тарбиялаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш;

— акушерлик-гинекологик патологияларнинг олдини олиш бўйича ўтказиладиган тадбирларда олий тоифали ҳамшира хизматидан кенг фойдаланиш;

— чуқур клиник-лаборатория текширувларига муҳтож беморларда текширишни охиригача етказиш;

— замонавий профилактик, даволаш-соғломлаштириш ва санитар-гигиеник тадбирларни татбиқ этиш;

— беморларда ва юқори даражали «хавфли гуруҳ»га кирувчи аёлларда ҳар йили ўтказиладиган тиббий кўрик ва динамик кузатишларнинг техник таъминланишини такомиллаштиришда автоматлашган системалардан фойдаланиш.

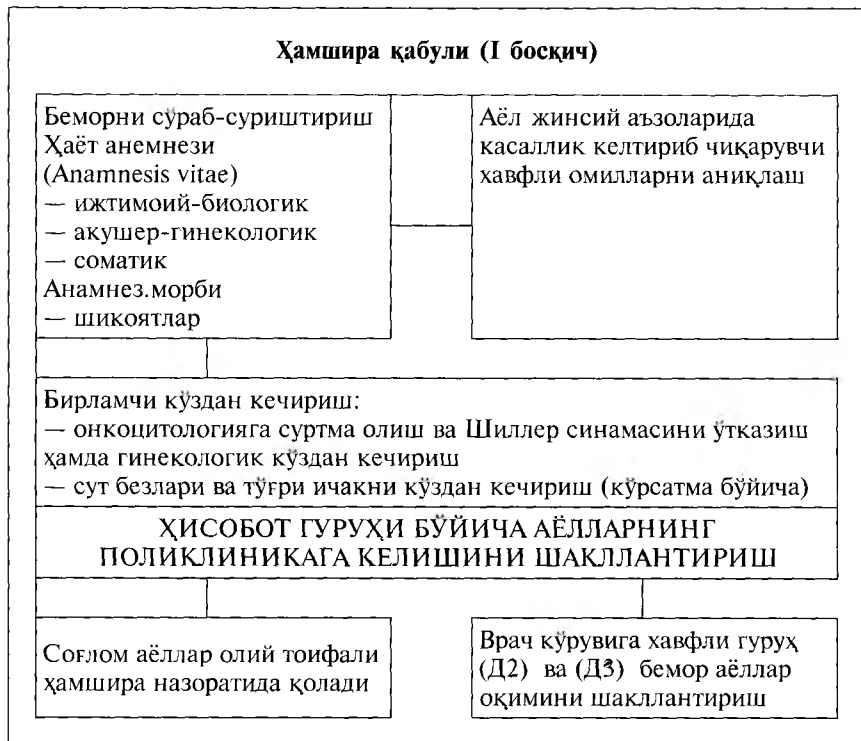
15 ёш ва ундан юқори ёшдаги аёлларнинг ҳаммаси йилига камида 1 марта профилактик гинекологик кўриктан ўтказилади.

Даволаш-профилактика муассасаларига бириктирилган аёллар ҳисобини ҳудудий аёллар маслаҳатхоналари, шаҳар ва қишлоқ ҳудудий касалхоналаридаги гинекологик хоналар томонидан олиб борилади (22-жадвал).

Гинекологик касалликларни аниқлаш бўйича ташхис алгоритми

22-жадвал

Ҳамшира қабули (I босқич)



Ҳудудий ҳисобда турувчи аёлларга туман марказий шифохоналарининг поликлиника бўлимлари ва поликлиникаларда ташкил этилган профилактика хоналари томонидан тиббий хизмат кўрсатилади. Агар бундай хизмат ташкил этилмаган бўлса аёллар рўяхати ҳудуд терапевти билан биргаликда тузилади.

Юқорида кўрсатилган ҳудудий хизмат кўрсатиш принципи бўйича тузилган картотекадан кўриш вақти, мутахассислар иштироки ва текшириш муддати аниқланган буйруқ ва инструкцияларга асосланган ҳолда доимий тиббий кўрикдан ўтиб туриши шарт бўлган шахслар ажратиб олинади. Даврий гинекологик кўруви

йиллик диспансеризация талабларига жавоб берадиган норматив ҳужжатлар асосида ҳудуд терапевти ва бошқа мутахассислар билан биргаликда режалаштирилади. Гинекологик кўрувнинг акушер-гинеколог врач иштирокида ташкил этиш имконияти бўлмаганда у акушер-ҳамшира томонидан ўтказилади. Қишлоқ шароитларида ҚВПнинг вазифаси кўрув хоналари вазифаларига тенглаштирилади. 15 ёшгача бўлган қиз болалар кўрсатма асосида, 15 ёшдаги ўсмир қизларнинг кўрувдан ўтказилиши ўсмирлар хонаси врачлари билан биргаликда режалаштирилади. Ҳамма ишлайдиган аёлларнинг ҳудудий йиллик гинекологик кўрувдан ўтказиш жадвал-режаси корхона маъмурияти ва касаба уюшмаси билан келишилган ҳолда аёл ишлайдиган корхонанинг гигиеник хусусиятлари, касбий зарари, қишлоқ хўжалик ишларининг ўзига хослигини ҳисобга олиб тузилади ҳамда йиллик, квартал ва ойлик кўрув режалари ишлаб чиқилиб, бу ҳақда гинеколог ўз раҳбарини хабардор қилади.

Ҳудудий маълумотлар асосида умумий профилактик кўрув ўтказиш режаси ва графиги тузилади ва бу туман, шаҳар, марказий касалхонаси ёки йиллик диспансер кўруви ўтказиш учун жавобгар бўлган ҳудуд терапевти билан келишилади.

Профилактик гинекологик кўрувни ўтказишда ҳамма типдаги амбулатор-поликлиника муассасалари иштирок этиб, уни амалга оширишда турли шаклдаги усуллардан фойдаланиш мумкин:

— ўқув юртлари, корхоналар, ташкилотлар, муассасаларнинг врач-мутахассислар билан биргаликда;

— санаторий-профилакторийларга йўлланма олиш учун, санатор-курорт картасини расмийлаштириш (соғлиғи ҳақида справка олиш учун мустақил мурожаат қилинганда агар аёл ўтган йилда ёки 6 ой ичида гинекологик кўрувдан ўтмаган бўлса поликлиника кўрув хонасига юборилади).

Гинекологик кўрувдан ўтганлик муддати амбулатор картаси титул varaғининг юқори чап бурчагига белгилаб қўйилади. (уч.ф.№25).

Шошилиш ёрдам учун мурожаат қилганлар ёки иситмаси юқори бўлган аёллар бундан мустаснодирлар.

Аёллар туғруқдан кейинги 3,6,12-ойларда маслаҳатхонага чақирилиб, кўрувдан ўтказилади. Туғруқдан кейинги 3-ойда аёлни албатта бимануал текширишдан ўтказиб, бачадон бўйнини кўзгу ёрдамида кўздан кечирилади, «Шиллер синамаси» скрининг-тести, бактериал ва цитологик текширишлар ўтказилади. Мана шу даврда соғломлаштириш тадбирларини қўллаш ва контрацептив воситаларни индивидуал танлаш лозим бўлади. Туғруқдан кейинги 6-ойда актив патронажда аёлни аёллар маслаҳатхонасига чақирилади ва бачадоннинг специфик функцияси ҳолати назорат қили-

нади. Агар монъеликлар бўлмаса бачадон ичи контрацепцияси қўйиш маслаҳат қилинади. Туққан аёлни 12 ойда 3 марта поликлиникага чақиритишдан мақсад, 1 йил ичида аёлнинг тўлиқ реабилитацияси бўйича эпикризини шакллантириш, кейинги туғруқ муддатини режалаштириш, контрацепция турлари бўйича кўрсатмалар бериш ҳамда туғруқ асоратларини профилактика қилишдир. Агар гинекологик беморларда сурункали ёки ўткир экстрагенитал касалликлар аниқланса, диспансер кузатуви учун мутахассис шифокорга юборилади.

Бемор аёлларни даврий равишда кўздан кечириш, кузатув ва санация назорати, мажбурий диагностик ва даволаш тадбирлари ҳажми касалликнинг нозологик шаклига қараб аниқланади.

Ҳамшира назорат кўрувларининг тартибини, врач кўрсатмаларининг бажарилишини кузатади, даволаш натижасининг ҳамширалик таҳлилини қилиб боради. Динамик кузатув жараёнида ҳар бир врач кўрувидан олдин ҳамшира, врач кўрувига келувчилар тартибини ўрнатади, олдинги ташхисни аниқлайди ва текшириб солиштиради, керакли қўшимча текширишларни ва ўзгаришларни киритади, даволаш тадбирларини аниқлайди ҳамда беморнинг ижтимоий шароитини ва касаллик кечишидаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда қайта кўрув муддатини режалаштиради, керак бўлса соғлиғидаги ўзгаришларига қараб аёлларни диспансер кузатув гуруҳларига ўтказилади.

Аёллар маслаҳатхонаси бош врач ва бош ҳамшираси беморларни соғломлаштириш индивидуал режасининг бажарилишини, тиббий ҳужжатларнинг тўғри олиб борилишини назорат қилади, корхона ва муассаса маъмурияти билан бирга санаторий-курорт йўлланмалари билан таъминлаш имкониятларидан фойдаланган ҳолда, даволаш-соғломлаштириш тадбирларини кўзда тутадилар.

Мисол тариқасида олий тоифали академик ҳамширанинг диспансер кузатуви ва ташхис ёрдами алгоритмининг ташкил этишидаги иштирокини келтирамыз:

Профилактиканинг ташкилий шакли 4 босқични ўз ичига олади:

1. **Ҳамширалик жараёни** (шикоят, анамнез маълумотлар йиғиш)-хавфли гуруҳни, гинекологик ва акушерлик патологияси хавфли омилларининг ривожланишини аниқлаш, аёлни врач кўрувига тайёрлаш.

2. **Врачлик жараёни** — махсус текширишлар, индивидуал этиологик хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда профилактик ва патогенетик кўрсатмалар бериш.

3. **Текшириш ва даволашнинг индивидуал дастурини тузиш**

Акушерка ёки олий тоифали ҳамшира зарур йўлланма ва ҳисобот қоғозларини тўлдиради, тавсияларнинг аниқ ва ўз вақтида бажарилишини назорат қилади.

4. Диспансер кузатувиининг индивидуал дастури

Диспансер гуруҳлари даврий кўрувининг патронажини ташкил қилишни олий тоифали ҳамшира амалга оширади. Агар даволашнинг фойдаси етарли бўлмаса даволаш режасини ўзгартиришга тўғри келади (23, 24-жадвал).

23-жадвал

II босқич. АКУШЕР ГИНЕКОЛОГ МАСЛАҲАТИ	
Текшириш	
— умумий;	— лаборатор;
— махсус;	— асбоблар ёрдамида ва ҳ.к.

ДИСПАНСЕР ҲИСОБИ ГУРУҲЛАРИ БЎЙИЧА ТАҚСИМЛАШ		
Д1-соғлом аёллар	Д2-хавфли гуруҳ	Д3-бемор аёллар
Касалликнинг патологик ва клиник белгилари ривожланиш хавфининг йўқлиги	Касаллик ривожланиш хавфининг борлиги, лекин клиник белгиларининг йўқлиги	Клиник ва цитологик йўл билан аниқланган гинекологик патологиянинг борлиги

24-жадвал

III босқич. ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ИНДИВИДУАЛ ДАСТУРИНИ ТУЗИШ	
Акушер-ҳамшира кузатувида	Чуқур текширишлар (кўрсатма бўйича)
	Кенгайтирилган кольпоскопия, мақсадли биопсия, ташхис мақсадида бачадон ичини қириш, лаборатор текширишлар, функционал ташхис тестлари, УТТ
	ДАВОЛАШ
	Олдини оловчи (профилактик) этио — патогенетик
	Хавфли гуруҳни қайта аниқлаш
IV босқич. ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИНИНГ ИНДИВИДУАЛ ДАСТУРИ	
Вақти-вақти билан ўтказил автоматлашган назорати	
2 йилдан кейин профилактик кўрик	Диспансер кузатуви
	Йилига 1 марта йилига 2 марта

Аёллар ўртасида профилактик ишларни олиб боришда олий тоифали ҳамшира қуйидаги принципларни билиши ва унга амал қилиши лозим:

1. Биргаликда ҳамкорлик қилиш режасини ишлаб чиқиш.

Ҳамшира ўзини тажрибали маслаҳатчи сифатида аёлга ўз соғлигини назорат қилишда ва ўзи учун қулай яшаш тартибини танлашда ёрдам бериши, етуклик даври олдидан ва репродуктив фаолиятининг сўниш давларида жуда муҳим бўлган соғлом турмуш тарзини тартиб қилиши лозим.

2. Ҳар қандай мижозга консултьатив маслаҳат бериш.

Тиббиёт ходимларининг тажрибаси мижозларни 2 гуруҳга бўлиш имконини беради яъни фаол (актив) ва пассив гуруҳларга.

Пассив гуруҳдаги мижозларга скрининг-дастур ва акушерлик-гинекологик касалликларнинг олдини олиш бўйича маълумотлар бериш лозим. Ҳамшира ўз мижозларига уларнинг шахсий тажрибаси, ижтимоий-иқтисодий шароити, ёшининг ўзига ҳослигини ҳисобга олган ҳолда маълумотларни максимал даражада етказиб туриши зарур.

3. Мижозлар (беморлар) ўзларининг хулқ-атворлари ва соғлиқлари ўртасидаги узвий боғлиқликни яхши тушунишлари лозим.

Одатда аёллар ўз соғлиғи ва хавfli омиллар ўртасидаги боғлиқликни билишади. Улар чекиш, кам ҳаракатлилик, тартибсиз овқатланиш ва бошқа омилларнинг соғлиққа қанчалик хавfli таъсир кўрсатиши ҳақида ўзларига ҳисобот беришади, лекин бу омилларнинг бирга қўшилиб таъсир кўрсатиши қанчалик хавfli эканлигига шубҳа қилишмайди.

Мисол учун контрацептив воситаларни ичиш ва сигарет чекиш натижасида бачадон бўйни раки ривожланиши статистикада тасдиқланган.

4. Ўз ҳаёт тарзини нормаллаштиришга ҳалақит бераётган муаммоларини ечишга ҳаракат қилаётган мижоз (бемор)га ёрдам бериш.

Ҳамшира беморда акушерлик ва гинекологик касалликларни келтириб чиқарувчи сабаб ва хавfli омилларни аниқлаб, агар лозим бўлса бу касаллик ҳақида унда тасавур ҳосил қилишга ёрдам бериши керак.

Ўз яшаш тартибини ўзгартиришга тўсиқ бўлувчи асосий муаммолар: у ёки бу хавfli омилнинг соғлиққа таъсирини тушунмаслик;

- врач маслаҳатини инкор этиш;
- касалликнинг ривожланиш хавфи;
- даволанишга кетадиган сарф-харажат ва асоратларидан кўра касалликнинг олдини олишнинг манфаатли томонларини тушунмаслик.

5. Мижоз (бемор)нинг ўз ҳаёт тарзини ўзгартиришга розилигини олиш.

Одатда аёл ҳамширага даволаниш учун мурожаат қилади, лекин давонинг ижобий натижасига ўз хулқ-атворининг қанчалик таъсир этиши мумкинлигини англамайди.

6. Биринчи навбатда беморнинг таъсир этмоқчи бўлган хавфли омилни ўз ихтиёри билан танлаши.

Биз биламизки, аёл бирданига ўзининг олдинги ҳаёт тарзини таг-туғи билан ўзгартира олмайди, бунинг учун вақт ва кўникма керак бўлади. Айтилик чекишни ташлаган аёлга спорт билан шуғулланиш тарғиб қилинади, ундан кейин секинлик билан овқатланиш тартибини ўзгартириш маслаҳат берилади. Беморга (мижоз) ҳар бир қадамни тиббий нуқтаи назардан босишини тушунтириш лозим.

7. Ҳар хил стратегик ёндошишларни бирлаштириш бемор (мижоз)ни индивидуал характерга эга бўлган маълумотлар билан тамишлашга ёрдам беради.

Гуруҳлар ва якка шаклда ўқитиш, ёзма қўлланмалар, брошюралар, плакатлар, аудиовизуал воситалардан фойдаланиш суҳбатни энгил ва қизиқарли қилади. Ҳамширалик жараёни режаси аёлнинг хоҳиши, истагини ҳисобга олиши лозим. Масалан, бемор аёл гуруҳ ичида суҳбатлашишдан кўра, алоҳида суҳбатлашишни афзал кўради, чунки бу усулда унинг муоммолари тезроқ ҳал бўлади.

8. Аёл хулқ-атворини биргаликда ўзгартиришни режалаштириш.

Бемор аёлга касалиги ҳақида керакли маълумот беришдан ташқари, у ҳаёт тарзини ўзгартиришга қандай ҳаракат қилганлигини, қандай усуллардан фойдаланганлиги ва қандай қийинчиликларга дуч келганлигини ҳамда муваффиқиятсизлик сабабини таҳлил қилган-қилмаганлигини аниқлаш муҳим.

Тиббий савияни ошириш, беморга фақат касалиги ҳақида билиши эмас, балки нималар қилишни кўрсатиб бериш йўналишида олиб борилиши керак, унга ҳаракат режасини тузиб, керакли адабиётларни кўриб чиқишни маслаҳат бериш, қабул якунида ҳамшира беморга ўз тилаklarини айтиб, унда хавфли омилларни энгиш ва ўзгартиришга ишонч уйғотиши лозим.

9. Хавфли гуруҳдаги аёлларнинг динамик кузатуви.

Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича стратегик режа ишлаб чиқилгандан сўнг юзага келиши мумкин бўлган қийинчиликларни ҳисобга олган ҳолда кейинги ташриф дастурини ишлаб чиқиш лозим. Бунда жамоа, оила аъзолари ва бемор ишончини қозонган одамлар катта аҳамият касб этишлари мумкин. Вақт ўтиши билан қабул ораси узайтирилиб, мижознинг ўзини ўзи назорат қилишига имкон берилади.

ПАЛЛИАТИВ МЕДИЦИНА

ПАЛЛИАТИВ МЕДИЦИНАНИНГ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ТИЗИМИДАГИ ЎРНИ ВА АҲАМИЯТИ

Клиник онкологиянинг муаммолари дунёдаги барча тиббиёт ходимларининг диққат марказида туради. Профилактиканинг ри-соладагидек эмаслиги, ўз вақтида таъхис қўйилмаслиги ва даво-лаш натижасининг кўнгилдагидек эмаслигини бутун дунёда IV клиник гуруҳга мансуб онкологик пациентларнинг кўпайишига олиб келади. ЖССТ (Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти)нинг маълумотларига кўра агар бу тенденция давом этаверса, рак ту-файли ўлиш дунёда бошқа ўлим сабаблари ичида биринчи ўрин-ни эгаллайди. Ҳозирги кунда эса рак юрак-томирлар хасталикларидан кейин 2-ўринни эгаллайди. Пациентларнинг 75% га яқини амбулатор босқичда биринчи маротаба шифохонага муурожаат эт-ганда касалликнинг терминал даврида бўладилар ва улар паллиа-тив тиббий ёрдамга муҳтождирлар (7-схема).

7-схема



Оғир юрак-томир хасталиклари, хавфли ўсмалар, буйрак ва жигар етишмовчилиги, бош миянинг оғир шикастланиши, ОИТС (ортирилган иммунитет танқислиги синдроми) билан хасталанган пациентлар махсус парваришга муҳтождирлар.

Ушбу ўринда радикал ва паллиатив тиббиёт орасидаги фарқни таъкидлаб ўтиш жоиз.

Радикал медицина касалликни тузатишга қаратилган бўлиб, соғайишга бўлган энг кичик имкониётдан фойдаланишидир. Радикал медицина ёрдам бермагандагина, паллиатив медицина ёр-дамига ўтилади.

Паллиатив медицина асосини қуйидагилар ташкил этади:

— пациентни қўллаб-қувватловчи, ҳаётининг сўнгги дақиқа-ларини имкон даражасида сифатли яшашга ёрдам берувчи тизим;

— меҳр-шафқатга, фидоийлик ва самимийликка асосланган пациент парвариши;

— ўлимга юзма-юз турган беморларга руҳий ва маънавий ёрдам бериш;

— пациентнинг оғриқ ва бошқа симптомлар сабабли келиб чиққан азобларини бартараф этиш ёки енгиллаштириш;

— пациентнинг оиласига, яқинларига руҳий ёрдам бериш ва б.лар.

«Паллиатив» термини лотинча — «Pallium» — плаш, ўраб олиш маъносини билдиради.

Паллиатив ёрдам — пациент тўғрисида ҳар томонлама фаол қайғуриш, унинг жисмоний, руҳий, ижтимоий талабларини қондиришга қаратилган ғамхўрликдир.

Паллиатив ёрдам бу терапиянинг бир тури бўлиб:

— касалликни узоқ вақт давомида тўхтатиб туриш ёки даволашнинг имкони йўқлигини;

— пациентнинг қолган ҳаётини узайтириш эмас, балки унинг сифатини таъминлашни;

— даволаш ёрдамида нохуш, оғриқ симптомларини йўқотиб, пациентнинг ҳаётини енгиллаштиришни асосий мақсад қилиб белгилашни тан олади.

Паллиатив даволашнинг асосий мақсади — беморларга ўзининг жисмоний, эмоционал, руҳий, касбий ва ижтимоий потенциалини максимал сақлаб туришга ёрдам беришдир.

Халфордлик ҳамкасблар «терминал даволаш» деганда ўлими муқаррар бўлган пациент парвариши бўйича амалга оширилган чора-тадбирлар тизимини тушунадилар. Улар учун медицина ёрдами даволаш терапиясида эмас, балки пациентни, унинг оиласини қўллаб-қувватлаш, азобларини енгиллаштиришда ифодаланади (1973, HMSO). Паллиатив ёрдам қуйидаги компонентлардан ташкил топган:

— симптомларни кузатиш;

— реабилитация;

— терминал ҳолатдаги беморларга ғамхўрлик қилиш;

— психотерапия;

— касаллик давомида ва бемор вафотидан сўнг оиласини, яқин қариндош-уруғларини қўллаб-қувватлаш;

— ўргатиш (масалан: корсет қўллашни, инъекция қилишни ва ҳ.к.);

— текшириш, изланиш ишларини амалга ошириш.

Ҳамшира паллиатив ёрдамнинг барча компонентларида (таркибий қисми) албатта иштирок этади ва унинг эффектив (сифатли) бўлишини таъминлайди.

Паллиатив даволаш:

1. Ҳаётни тараннум этади ва ўлимни табиий жараён сифатида қабул қилади.

2. Ұлимни тезлаштиришни ёки секинлаштиришни мақсад қилиб қўймайди.

3. Ұз гамхўрлиги учун бемор ва унинг оиласини яхлит бир бутунлигича қабул қилади.

4. Беморни оғриқ ва бошқа оғир симптомлардан фориг этишга ҳаракат қилади.

5. Пациентни даволаш, у тўғрисида қайғуришнинг психологик, ижтимоий, маънавий томонларини умумлаштиради.

6. Пациентни иложи борича ўлимига қадар фаол ҳаётини қўллаб-қувватлайди.

Ұлимнинг ҳақлиги назарий жиҳатдан барчага маълум. Лекин у тўғрисида ўйлаш бир мунча қўрқинчлидир. Шу туфайли ҳам оғир ётган бемор учун бу жуда оғир.

Яхши паллиатив даволаш қуйидагиларни назарда тутати:

1. Тиббий ёрдамнинг эффективлиги, пациентга ёрдамни шифохона, хоспис, ёки уй шароитида уюштириш, яъни оғриқ ва бошқа оғир симптомлар (ичак тугилиши, сийдик тута олмаслик, уйқусизлик, кўнгил айниши, қусиш, депрессия, қўрқув ва ҳ.к.)нинг олдини олиш, даволашни.

2. Ҳамжиҳатликни — яъни қариндош-уруғлар, оила аъзолари, ёру дўстлар, врачлар, ижтимоий ҳимоя вакиллари, дин пешволари, адлия ходимлари, руҳшунослар, ўз хоҳиши билан ёрдам берувчи — волонтерлар ва тиббиёт ҳамширасининг ҳамкорликда ишлаши. Бу ерда пациентга команданинг бир аъзоси деб қаралади.

3. Мулоқот хусусиятлари — пациент ва унинг оиласини тушунишни таъминлайди.

Шундай қилиб, эффектив паллиатив даволаш пациент ва унинг оиласининг жисмоний, эмоционал, ижтимоий, руҳий талабларини ҳар қандай даражада қондиришга йўналтирилган бўлиб, ҳар хил мутахассисларнинг ҳамкорлигини талаб қилади.

Паллиатив ёрдам:

- уй шароитида;
- поликлиникада (кундузги стационарда, хосписда);
- стационарда: (паллиатив ёрдам бўлими);
- махсус паллиатив ёрдам шифохонасида (хосписда);
- паллиатив ёрдамнинг сайёр хизмати орқали амалга оширилади.

Қадимдан туғилиш ва ўлим оилада уй шароитида бўлиб, бу табиий ҳол сифатида қабул қилинган. Цивилизация ва медицинанинг ривожланиши бу ҳолатни янги бир галати, қўрқинчли шароитга ўтказиб қўйди. Чунки оила аъзолари бу замонавий клиникада меҳмон, бемор аҳволини кузатувчи эса кўпинча нотаниш тиббиёт ходимларидир.

Уй шароитида беморнинг оила аъзолари кўплаб жисмоний ва психологик муаммоларга дуч келадилар, бу албатта паллиатив ёрдамни уюштиришда ҳисобга олинади.

Хоспис ҳаракатида волонтерларнинг роли ниҳоятда катта. Канадалик ҳамкасбларнинг тажрибаларидан шу нарса маълум бўладики, энг самарали ишлаётган кўнгиллилар ўзининг энг азиз ва яқин одамларини йўқотганлардир. Бизнинг Республикамизда ҳозирги кунда бундай фаолиятга кам эътибор берилмоқда. Бундай кўнгиллилар учун (айниқса онкологик беморлар учун) тайёрлаш дастури ҳозирги кунда фақат Қизил хоч ва Қизил ярим ой жамияти томонидан қисман амалга оширилмоқда. «Хоспис» сўзи — лотинча бўлиб «дарбадар сайёҳлар уйи» деган маънони англатади ва махсус паллиатив ёрдам кўрсатадиган, ўлим тўшагида ётган бемор ва унинг яқинларини тиббий, рўҳий, ижтимоий қўллаб-қувватлайдиган касалхонадир.

1842 йил Франциянинг Лион шаҳрида Жиан Гарньер хоним ўсма касаллигидан вафот этаётганлар учун биринчи хоспис ташкил этган. Кейинчалик шафқат ҳамширалари томонидан 1879 й. да Ирландиянинг Дублин шаҳрида, 1905 й. эса Лондонда баронесса Сесилия Сондерс томонидан хоспислар очилди.

1940 й.дан бошлаб бундай хосписларда илмий-тиббий билим асослари, амалий тажрибалар тўпланиб борди. Улар ўлим тўшагида ётганларни, сурункали оғриқни даволаш, психотроп моддаларни, кимётерапияни, радиотерапияни қўллаш, оиланинг стрессга бўлган реакциясини ҳисобга олиш, малакали ёрдам кўрсатиш каби тажрибаларга эга бўлдилар. 1960 йилларнинг охирига келиб Европа ва АҚШда замонавий хоспис ҳаракати вужудга келди. Улар паллиатив даволаш бўйича махсус хизматни ташкил қилдилар.

Аmmo бундай ҳаракат маълум тўсиқларга дуч келди, яъни жамиятнинг ўзига хос «табу»си ўлим муаммосини ошкора муҳокама қилишга қарши чиқди.

1975 йилда АҚШда Розмари ва Виктор Зорза «Ўлимга йўл, Охиригача яшаш имкони» номли китобларини 25 ёшли қизлари Джейн рак касаллигидан вафот этгандан сўнг ёздилар. Уларнинг қизи умрининг охириги уч ойини Англиядаги хосписда ўтказди. Улар ўз китобларида хоспис қанақа ташкилот эканлигини, унда фаолият кўрсатаётганлар қандай сифатларга эга бўлиши кераклигини, чунки оғриқни, қўрқувни таскинсиз, меҳр шафқатсиз енгил мумкин эмаслигини ёздилар.

1995 йилда Санкт-Петербургда Андрей Гнездиловнинг «Голгофага йўл» номли китоби чоп этилди. Бу онкологик клиника ва хосписда кўп йиллар фаолият кўрсатган психотерапевтнинг ҳаётий очерклари эди. Лекин бу ҳаракатнинг ташаббускорлари билан бир қаторда фақат бойишни мақсад қилиб олган экстрасенслар, та-

библар инсонлар бахтсизлигидан ўз мақсадлари йўлида фойдаланмоқдалар.

Ўлим тўшагида ётганлар учун гуманизм жуда муҳим. Ҳаёт ва ўлим тўғрисидаги бизнинг тасаввуримиздан қатъий назар, ҳаётдан эрта кўз юмаётган инсон ўз ҳаёти интиҳосининг қайғули, айти пайтда буюклигини ҳис қилиши лозим. Хоспис унга бу имкониётни беради.

Хоспис — бу нафақат тиббий, балки катта маънодаги ижтимоий муассаса ҳамдир.

Россияда бундай ишлар билан 1985 йилдан бошлаб врач, философ, скульптор Андрей Гнездилов шуғулланди. 1990 й.да Мстислав Ростропович, Маргарэт Тэтчер (инглиз—рус «Хоспис» жамиятининг раиси сифатида), патриарх Алексий иккинчи ёрдамида Санкт-Петербургда онкологик беморлар учун дастлабки хоспис ташкил этилди. Бу хоспис уй шароитида, клиникаларда, онко-марказларда ёрдам кўрсатувчи тиббий-ижтимоий ташкилотдир.

Ҳар йили унинг стационари орқали 300 дан ортиқ пациентлар кўриқдан ўтадилар, 400 дан ортиқ пациентларга эса патронаж ёрдами уюштирилмоқда. Бу хосписда бўлган инглиз ҳамширалари: «Биз оғриқни сизлардан кўра яхшироқ енгиллаштирамиз, сиз эса бемор азобларини биздан яхшироқ енгиллаштирасиз», дедилар.

1994 йилнинг сентябр ойида врач Вера Миллионшикова раҳбарлигида биринчи Москва хосписи ташкил этилди. Журналистлар унга «ўлим фариштаси» деб ном қўйдилар. Лекин кўпчилик уни инсонларга ҳада этилган умрга муносиб яшашларига ёрдам берганлиги учун ҳаёт устози деб атади.

Ҳамширанинг ўлим билан курашаётганлар олдида бўшашишга, ўзини йўқотиб қўйишига, қайғуга берилишга ҳаққи йўқ. У ҳар дақиқада кимгадир керак бўлиши, ёки бундан кўрқинчлироқ ҳолат рўй бериши мумкинлигини ҳамиша ҳис қилиши лозим.

Хоспислар одатда битта ёки 4 та беморга мўлжалланади. Сабаби 2 та одам бир-бирига жуда боғланиб қолади. 3 та бўлса албатта 2 таси бирлашиб, 3 чисига қарши бўлади. Бу оддий ҳаётий, инсоний психологиядир.

Бугунги кунда дунёнинг кўплаб мамлакатларида хоспислар ташкил этилмоқда. Россияда уларнинг сони 30 тага яқин. Уларнинг фаолият шакли, кўрсатилаётган паллиатив ёрдамнинг сифати дунё стандартларига тўғри келмасда, бу хайрли ишнинг бошланишининг ўзи катта ютуқдир.

Терминал ҳолатдаги беморлар наркотик моддаларга муҳтож бўладилар. Уларга ажратилган лимитнинг камлиги ёрдам сифатига албатта таъсир кўрсатади, 2/3 беморлар стационарда вафот этадилар.

Хоспис фаолиятининг асосий принциплари:

1. Хоспис хизмати — бепул. Туғилишга ҳақ тўланмаганидек **ўлимга ҳам ҳақ тўланмайди.**

2. Хоспис — ўлим эмас, ҳаёт уйи.

3. Касаллик белгиларининг доимий назорати, пациент ҳаёт **сифатини** яхшилашга имкон беради.

4. Ўлим, худди туғилиш каби табиий жараён. Уни тезлашти-**риш** ёки тўхтатиш мумкин эмас. Хоспис эвтаназияга муқобилдир.

5. Хоспис — беморларга тиббий, психологик, ижтимоий ком-**плекс** ёрдам тизимидир.

6. Хоспис — пациентнинг яқинларини, қариндош-уруғларини **қўллаб-қувватлаш** мактабидир.

7. Хоспис — бу инсонпарварлик дунёқарашидир.

Паллиатив медицина принциплари **хоспис хизмати философи-
яси** асосида ташкил этилган:

1. Паллиатив ёрдам енгил ўлим учун шароит туғдирмайди, балки **бемор** ҳаётининг охиригача сифатли, тўлақонли бўлишини таъ-**мин**лайди.

2. Ўта сезgirлик беморларнинг ҳолатига қараб тайинланган **дориларни** алмаштириб туришга имкон беради.

3. Пациентни бутун персонал, қариндош-уруғларнинг ягона **команда** бўлиб, реал қўллаб-қувватлаши жуда муҳим ҳисобланади.

4. Пациентнинг, унинг яқинларининг, персоналнинг салбий, **ижобий** кечинмалари ҳар бир шахс учун аҳамиятли бўлиб, унинг **кўнглини** кўтаради. Бу ҳолатни ўз яқинларини йўқотган инсон-**лар** мисолида кўриш мумкин. Улар ўз атрофидагилар учун қайғу-**риб**, меҳр-оқибат кўрсата оладилар.

5. Атрофдагиларнинг табиий инсоний муносабатлари бемор **умрининг** сўнгги кунларини сифатли бўлишини таъминлайди.

6. Паллиатив медицинада иерархиянинг баҳоси пациент эҳти-**ёжларидан** бошланади.

Хоспис, яъни доимий амалий ёрдам кўрсатадиган ташкилот **философиясидан** мантиқан пациентга нисбатан **этик** муносабат-**лар** келиб чиқади:

1) пациентга бўлган муносабатнинг шахсга нисбатанлиги.

2) азоб чекиш ўз-ўзидан қўрқинчли эмас, балки унинг ҳеч қан-**дай** маънога эга эмаслигидир, шунинг учун ҳаёт маъносининг **қиммати** уни ўраб олган сароб дунёга эришиш, яъни:

— ҳақиқатни топишга интилиш, оллоҳга сиғиниш;

— гўзаллика интилиш;

— муҳаббатга интилиш;

— ўзига душман бўлганларни кечириш;

— пациентга зиён ва шикаст етказмаслик;

— ҳаётга ҳурмат;

- ўлимнинг ҳақлигини тан олиш;
- пациентнинг барча ресурсларидан фойдаланиш;
- бемор ҳаётини сақлаб қолишга интилиш, биологик жиҳатдан бунинг имкони бўлмаса унинг тинч ўлимини таъминлаш;
- пациентнинг индивидуал талабларига, ижтимоий қоидаларга нисбатан устунлик бериш;
- пациент ва оила — бир бутун. Оила ҳақида қайғуриш — пациент ҳақида қайғуришнинг давоми эканлиги хосписнинг муҳим этик принципларидан ҳисобланади.

Хоспис философиясига кўра хоспис «оддий алоҳида шифохона» эмас, балки «ҳаёт уйи» деган гоя билан белгиланади. Улар оддий уй шароитига мослаб жиҳозланади. Беморнинг охириги талаби, истаги албатта қондирилади. Пациентлар ўзлари ҳақидаги ҳақиқатни биладилар. Бундай ҳолларда ёрдамга муҳтож объект нафақат пациент, балки маълум маънода унинг оиласи ҳамдир (ССТ экспертлари маърузасидан. Женева, 1992 йил). Паллиатив тиббий ёрдам умуминсоний анъаналарга асосланган бўлиб, унинг негизда азоб-укубат ва ўлимга нисбатан меҳр-шафқатга йўғрилган инсонпарварлик муносабатлари ётади.

Паллиатив медицина этикасига мувофиқ бўлган бемор парваришининг асосий принциплари:

- ўзгаларни эшита билиш;
- хизмат қила билиш (беморнинг ёнида бўлиш ҳам даводир);
- пациент билан бирга яшай билиш;
- психотерапевтик муҳитни яратишнинг муҳимлиги;
- волонтерлик хизматига жалб қилиш;
- ҳар бир пациентга, унинг қариндош-уруғларига индивидуал ёндошиш;
- барча резервлардан фойдаланиш;
- руҳий-эмоционал талабларни қондириш.

Беморга паллиатив ёрдам кўрсатиш 4 та йўналиш бўйича амалга оширилади;

- медицина ёрдами;
- психологик ёрдам;
- ижтимоий ёрдам;
- руҳий ёрдам.

Бундай йўналишнинг универсаллиги пациентнинг барча талаб ва эҳтиёжларини қамраб олишга ва бутун диққат-эътиборини ҳаёт сифатини ташкил қилишга қаратишга имкон беради. Бу шахс томонидан ифодаланган ёки синалган субъектив қониқиш ҳиссидир.

Қачонки идеал ва воқелик бир бирига яқин бўлса, ҳаёт сифатли ҳисобланади. Паллиатив даволашда пациент ҳаётини узайтириш эмас, унинг сифатини таъминлаш муҳимдир. Ҳар бир инсондан қандай ўлимни хоҳлар эдингиз, деб сўралганда кўпчилик бир йўсинда «ўз уйимда, қийналмасдан, тез ва чиройли ўлимни

истайман» деб жавоб берадилар. Бу демакки, ҳар бир инсон қийналмасдан, азоб-укубатсиз ўлишни хоҳлайди. Бу эса, инсонларнинг ўлим олдидан қўрқув ва ваҳимани ҳис этишини кўрсатади.

Паллиатив ёрдам ўлим содир бўлишини тезлаштирмаганидек, уни чўзмайди ҳам (Паллиатив ёрдам Ассоциациясининг конституциясидан, Милан, 1988). Объектив текширишлар ёрдамида хосписларнинг ўлим чангалида ётганлар учун нажот ўйи, уларни ижтимоий қўллаб-қувватловчи, оғриқни оптимал назорат қилувчи, ташвишли ҳолатдан тезроқ чиқишга ёрдам берувчи эканлиги аниқланди.

АҚШнинг машҳур шарҳловчиси — «АҚШ нинг 50 та штатида 2000 та хоспис ташкил этилганлиги мамлакатнинг эмоционал ва руҳий соғлиғини етарли даражада яхшиланишига олиб келди. Мен ўзим учун бундан ортиқроқ ютуқни тасаввур қила олмайман», деган эди.

Шундай қилиб, паллиатив ёрдам ҳеч қандай терапевтик мақсадни ўз олдига қўймайди ва айнан инсонга эътибор, меҳр-шафқат ва етарли дозада оғриқсизлантирувчи воситаларни қўллашни кўзда тутаяди. «Бу касалхона эмас, бу ерда фақат сизнинг азобларингизни енгиллаштирадидлар, энг асосийси сиз бу ерда ўзингизни ёлғиз сезмайсиз», деб ёзган эди хоспислардан бири ўз проспектида.

XV БОБ

ГЕРИАТРИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

Ҳозирги давр тиббиётининг асосий йўналишлари соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш, соғлом авлодни тарбиялаш ва касалликларнинг олдини олишга қаратилган.

Ривожланган мамлакатларда узоқ, тўлақонли умр кўришнинг ягона йўли соғлом турмуш тарзи эканлиги илмий исботланган. Одатда қарилик ҳақида сўз кетганда, беихтиёр хаёлга ожизлик, қарамлик, касаллик ҳолатлари келади. Йўқ, қарилик — касаллик эмас, комиллик — етуклик давридир.

Қарилик — умрнинг энг мазмунли, серҳосил фасли бўлиб, инсоннинг бутун умри давомида йигилган яширин имкониятлари ёши улғайганда очилиб, ақли тўлишиб теран фикрлайди, кашфиётлар қилади.

Қариликдан қўрқиб эмас, ҳаёт давомида орттирган тажрибага таяниб, ақлу-шижоат билан ишлаш лозим. Инсоннинг қариш жараёнини ўрганишдан мақсад, кексайганда соғлом турмуш кечириш, ўзини-ўзи мутақил парвариш қилиш, касалликларнинг олдини олишга эришишдан иборат. Кекса ва катта ёшдаги одамлар-

да касалликларнинг кечиш жараёни, уларнинг руҳий ҳолати, улар билан мулоқот қилиш, эҳтиёжларидан келиб чиққан ҳолда шарт-шароит яратиб бериш, парваришни амалга ошириш соғлиқни сақлаш тизимининг долзарб муаммоларидан биридир. Шунинг учун тиббиётда «Геронтология» фанига катта эътибор берилмоқда.

Етарли даражада билимга эга бўлган, доимо янгиликка интилувчан ва маънавий жиҳатдан баркамол ҳамширалар соғлиқни сақлаш тизимининг асоси ҳисобланадилар.

Биз кенг қўламли — соғломлаштириш, соғлиқни тиклаш, касалликларнинг олдини олиш, биринчи тез тиббий ёрдам бера олувчи, ҳар қандай ҳолатларда бемор ёки соғлом одам билан профессионал коммуникация олиб борувчи, ўз касбининг моҳир устаси, етук ҳамшираларни тайёрлаш вазифасини ўз олдимизга қўяр эканмиз, уларни нафақат врач кўрсатмаларини бажарувчи ёрдамчи сифатида, балки инсон саломатлиги йўлида, соғлиғини тиклаш ва сақлашда ёрдам кўрсата оладиган бригаданинг тенг ҳуқуқли аъзоси этиб тарбиялашимиз лозим. Бу жаҳон андозалари талабидир. Шундай экан, замонавий ҳамширалар тайёрлашда тиббиёт билим юртларида «Геронтология ва гериатрия» асосларини ўқитиш давр тақозосидир.

Шуни ҳисобга олган ҳолда, ушбу китобда «Геронтология ва гериатрия» фани бўйича айрим маълумотлар берилди. Маълумки XX асрда дунё мамлакатларининг кўпчилигида демографик кўрсаткичлар нисбатан катта ёшли одамлар ҳисобига кўпайганлиги қайд этилмоқда. Аҳолининг катта ёшдаги, кекса одамлар ҳисобига кўпайиши шу ёшдаги беморлар сонининг ошишига олиб келади. «Геронтология» қариш сабаблари механизмини, унинг физиологик хусусиятларини ўрганади. Гериатрия эса — кекса, ёши катта одамлар касалликларининг кечишини ўрганади.

Ўрта тиббиёт ходимлари бу фаннинг моҳиятини тушуңмасдан туриб катта ва кекса ёшдаги беморларда касаллик кечишининг ўзига хос хусусиятларини била олмайдилар, шу сабабли ҳамширалик иши жараёни, парвариш босқичларини амалга ошириш имконияти тўлақонли бўлмайди.

ГЕРОНТОЛОГИЯ ВА ГЕРИАТРИЯ ФАНИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Соғлиқни сақлаш тизимининг долзарб муаммоларидан бири бўлган «Геронтология» инсоннинг қариш жараёнини ўрганадиган фан бўлиб, юнонча *geros* — кекса қари ва *logos* — билим деган маънони англатади.

«Геронтология»нинг асосий мақсади, инсоннинг фаол ва тўлақонли ҳаётини узайтириш йўллариини излаб топишдир. Кекса

ёшдаги беморларга хизмат қилиш ҳар бир тиббиёт ходими меҳнатининг асосини ташкил этади, чунки тиббий хизматга муҳтож барча беморларнинг 25—30% кекса ёшдаги беморлардир. Жаҳондаги барча мамлакатларда демографик кўрсаткичлар қариялар ҳисобига ошиб бормоқда. Уларнинг нафақат нисбий, балки абсолют сони ҳам кўпаймоқда. Бирлашган миллатлар ташкилотининг иқтисодий ва ижтимоий муаммолар билан шуғулланувчи демографик бўлимнинг маълумотига кўра дунё бўйича аҳолининг ёши 60 ёшдан юқори бўлган кишилар 1950 й. да — 188 млн., 1970 й. да — 291 млн., 1985 й. да — 407 млн., 2000 й. да — 683 млн. ни ташкил қилган, бу демак 50 йил ичида қариялар сони 3 барабар кўпайганлигини билдиради. Бу эса «Геронтология» соҳасидаги билимлар доирасини кенгайтиришни тақозо этади.

«Геронтология» фани қуйидаги таркибий қисмлардан иборат:

1. **Гериятрия** — кекса организм касалликларининг ўзига хос хусусиятларини.

2. **Қариш биологияси** — қариш билан боғлиқ биологик жараённи.

3. **Герогигиена** — кекса ва катта ёшдаги одамлар гигиенасини.

4. **Геронтопсихология** — кексалар психикаси ва феъл-атворини.

5. **Геродермия** — кексаларда тери хусусиятини.

6. **Геродиетика** — кексаларнинг оқилона овқатланиш тарзини.

7. **Героэкология** — ташқи муҳит омилларининг қариш жараёнига таъсирини ўрганади.

Геронтологиянинг мустақил муаммо сифатида пайдо бўлиши А.А. Богомольц номи билан боғлиқдир. Унинг фикрича қариш механизми асосида бириктирувчи, қўшувчи тўқималарнинг ёш билан боғлиқ ўзгаришлари ётади. Ана шу фикрлар асосида А.А. Богомольц организм қаришининг олдини олиш учун цитотоксик зардобларни ишлатишни таклиф этди.

Қариш жараёнининг сабабларини тушунишда қадимдан 2 та фикр мавжуд:

1. Қариш — қонуниятга айланган (режалаштирилган) генетик жараён, ривожланиш қонуниятининг маҳсулидир. Бу ҳолда қариш фаоллигига атроф-муҳитнинг таъсири сезиларли даражада эмас.

2. Қариш — организм ҳалокатининг натижаси, ҳаёт давомида вужудга келадиган схоластик, содир бўлиши кутилган жараёндир.

Қарилик — ҳаёт жараёнининг қонуниятга асосланган якуний давридир. Қарилик ҳам организм ривожланишининг маълум бир босқичи, даври бўлиб — худди эмбрионал, пост эмбрионал, болалик, ўсмирлик даврлари каби ўз хусусиятларига эгадир.

Кексалик — умрнинг ҳаёт қонунияти билан юз берадиган якунловчи давридир. С.П. Боткин ва И. Мечников физиологик ва барвақт қаришнинг мавжудлиги ҳақидаги тушунчаларни ёқлаб чиқ-

қанлар. Шу туфайли улар ҳақли равишда клиник геронтологиянинг асосчиларидирлар.

Барвақт қариш организмнинг мослашув имкониятларини пайсайтирадиган ёки бузадиган ва вақтидан илгари қариб қолишига сабаб бўладиган, бошдан кечирилган касалликлар ёки ташқи муҳитнинг зарарли омиллари таъсирида юз берадиган ёшга алоқадор ўзгаришларнинг бир мунча эрта ривожланиши билан характерланади.

Физиологик қариш ақлий ва жисмоний соғломликни, маълум даражадаги иш қобилиятини, дилкашликни, теварак-атрофдаги ҳодисаларга қизиқишни сақлаб қолиш билан белгиланади.

Ташқи муҳит таъсири ва организмнинг ички омиллари қариш жараёнининг тезлашувига, организмнинг эрта қаришига олиб келади, бу жараён организмнинг ўсиши ва ривожланиши тўхтаганидан кейин бошланади.

«Геронтология» тиббий биология билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, у молекула ва ҳужайралардан тортиб бутун организмнинг қариш сабабларини ўрганади. Геронтология, асосан экспериментал, клиник ва ижтимоий йўналишларда ривожланмоқда.

Қариш — қарилик, яъни ёш улғая бориши билан организмда пайдо бўладиган ўзгаришларнинг қонуний жараёнидир. Дунё аҳолиси сонининг қариялар ҳисобга ошиши «Гериятрия» фанининг ривожланишини янада тезлаштиради.

«Гериятрия» — кекса, ёши улуг кишиларда касалликнинг кечиш хусусиятларини ўрганадиган фан бўлиб, соғлиқни сақлаш тизими амалиётига тобора чуқурроқ кириб бормоқда.

«Герогигиена» — кексайган ва катта ёшдаги кишилар гигиенаси, социал гигиена соҳасидаги илмий тадқиқотларнинг барвақт қариш сабабларини ижтимоий шароитга, яшаш шароитига боғлаб ўрганиш, кексайган кишиларнинг меҳнат қилишини ташкил этишни ўрганадиган фандир. Клиник гериятриянинг асосий вазифаси организмдаги ёшга боғлиқ физиологик ўзгаришларнинг организмда ривожланаётган патология билан ўзаро боғлиқлигини ўрганишдир.

«Геронтопсихология» — кексаларнинг руҳий ҳолати ва феъл-атворини, уларга хос психологик ҳолатларни ва уларнинг касалликка таъсирини ўрганадиган фандир.

«Геродиетика» — кексайган кишилар овқатланишини мақсадга мувофиқ оқилона ташкил этишни ва унинг хусусиятларини ўрганади.

«Геродермия» — кексайган кишилар тери қоплами хусусиятларини ўрганувчи бўлим.

«Героэкология» — қариш жараёнига экологик омилларнинг таъсир этишини ўрганувчи фандир.

Бугунги кунда жаҳонда генетик олимларнинг чуқур изланишлари натижасида, қариш жараёнига таъсир этувчи генлар борлиги тахмин қилинмоқда. Агар бу тахмин тасдиқланса, «Геронтология» фанида кескин ўзгаришлар юз бериши ва инсоннинг ҳозиргидан ҳам узоқроқ умр кўришига эришиш мумкин.

Генетиканинг ривожланиши жуда кўп гериатрик касалликларнинг камайишига сабаб бўлади.

Геронтология фани асосчилари ва унинг ривожланиш тарихи

Инсон организмда туғилишдан то ўлимига қадар узлуксиз морфологик, кимёвий, физиологик, биологик ва психологик ўзгаришлар кузатилади. Қадимдан олимлар қариш сабаблари ва умрбоқийлик сирларини очишга уринганлар ва у тўғрисида фалсафий баҳслар, мунозаралар олиб борганлар. Унинг илдизлари жуда қадимдан бошланган бўлиб, қадимий Хитой ва Ҳинд олимлари асарларида, Гиппократ тўпламларида ҳамда Ибн Синонинг «Тиб қонунлари» да ўз аксини топган.

Қарилик муаммоларини ечишда И.И. Мечников, А.А. Богомолец, И.П. Павлов, А.В. Нагорний, И.В. Давидовский ва бошқаларнинг илмий изланишлари диққатга сазовордир.

И.И. Мечников қариш жараёнини хужайралараро регуляр алоқаларнинг бузилиши ва организмда интоксикация оқибатида метаболитларнинг тўпланиши билан боғлаган.

И.П. Павлов эса олий нерв фаолиятидаги ўзгаришларнинг қариш жараёнига таъсирини ўрганган.

А.А. Богомолец қариш жараёнини бириктирувчи тўқима структураси ва функциясининг бузилиши ва ундаги оқсилларнинг кимёвий коллоид ҳолатининг бузилиши билан боғлаган.

А.В. Нагорнийнинг фикрича, қариш — хужайра цитоплазмасининг ўз-ўзидан янгиланишининг сўнишига боғлиқдир.

Республикамизнинг етук олимларидан бири профессор Р.М. Нурмухамедовнинг ёши улғайган кишилардаги меъда-ичак тизими касалликларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммолари устида олиб борган илмий ишлари диққатга сазовордир.

1963 йил Киевда ўтказилган Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг қарилик жараёни ҳақидаги семинарида қабул қилинишича:

45 ёшдан 59 ёшгача — ўрта ёш,

60 ёшдан 74 ёшгача — кексайган,

75 ёшдан 89 ёшгача — қарилик,

90 ёш ва ундан катта ёшдагилар — узоқ умр кўрувчилар «Умрбоқийлар» деб ҳисобланадилар.

ГЕРОНТОЛОГИЯ ВА ГЕРИАТРИЯДА ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Республикамизда жаҳон андозаларига мос, давр талабига тўла жавоб бера оладиган рақобатбардош мутахассислар тайёрлаш учун изланишлар олиб борилмоқда. Шунинг учун «Гериатрия» да ҳамширалик ишига: «Ҳамширалик жараёни», «Коммуникация», «Ҳамширалик фаолияти фалсафаси» каби янги тушунчалар киритилди.

Ҳамширалик ишини «фан» сифатида ривожлантириб, мустақил равишда беморнинг касаллик белгиларига асосланиб, «Ҳамшира ташхиси» қўйиб, коммуникация тамойилларини бажарган ҳолда, ёши ўтган ва кекса бемор муаммоларини эшитиб, тушунган ҳолда режа асосида иш юритиш, бемор олдида жавобгарликни ҳис этиб, унинг соғлиғи бўйича ижобий ҳолатни юзага келтириш бугунги куннинг асосий талабидир.

Ҳамширалик ишини фан ва санъат даражасига кўтарган назариётчилардан бири Вирджиния Хендерсон: «Тиббиёт ҳамшираларининг ноёб функцияси — инсонга, соғлом одам ёки беморга ўзининг соғлиғини тиклаш, мустақамлаш ёки осойишта кўз юмишига қаратилган барча чора-тадбирларга ўз кучи, ҳаётий тажрибаси, иродасини сафарбар қила олиши ва бу ишларни мустақил, бировнинг ёрдамисиз бажаришдан иборатдир», дейди.

Гериатрияда ҳамширалик ишининг мақсади қуйидагилардан иборат:

1. Кекса ва катта ёшдаги кишиларнинг асосий эҳтиёжларини тушуниш.

2. Ёши ўтган ва кекса кишиларнинг соғлом бўлишига, уларнинг соғлиғини сақлашга ва тиклашга эришиш.

3. Кекса ва катта ёшдаги кишиларнинг мустақил бўлишига эришиш.

4. Вақти соати етган ёки оғир тузалмас касаллик билан оғриган инсонни (кексани) осойишта кўз юмишига ёрдам бериш.

5. Қариялар учун соғлом турмуш тарзини яратиш ва ривожлантириш

Гериатрияда ҳамширалик жараёни бу — ҳамшира тафаккурининг ва ҳаракатининг алоҳида бир тури бўлиб, кексайган ёки катта ёшли кишиларнинг ўз ёшига ва ҳолатига бўлган муносабати ҳамширалардан алоҳида маъсулиятли мулоқотни талаб қилади. Геронтологияда ёши ўтган, кексайган шахснинг муаммосини ҳал этишда ҳамшира режали равишда иш олиб бориши зарур. Ҳамширалик жараёни — динамик ёки ўсиб боровчи ва ўзгарувчан ҳаркатли жараёндир.

Ҳамшира жараёни бу — кексайган, қари кишиларнинг ёки беморнинг парваришга бўлган муносабатининг ўзгарувчан баҳо-

сидир. Унинг натижасида парвариш режаси муттасил ўзгариб туради. Бу жараён кишиларнинг эҳтиёжларида мужассамланган бўлади. Демак, парвариш режаси бундай беморларнинг асосий эҳтиёжларига асосланиб тузилади.

Ҳамширалик жараёни аниқ бир мақсадга йўналтирилган, мослашувчан жараёндир. Уни шифохоналарда, оилаларда, қариялар уйларида, поликлиникаларда олиб борилади. Ҳамшира бу жараёнда ўз мутахассислиги бўйича билими, истеъдоди, тажрибаси ва мантиқий фикрлаш қобилиятини беморнинг соғлиғини тиклаш, парвариш қилиш, муаммоларини ҳал қилишга сарфлаши зарур.

Геронтологияда ҳамширалик жараёни 5 босқичдан иборат:

1-босқич. Маълумот тўплаш, таҳлил қилиш ва уларни баҳолаш.

Бу шахс муаммоларини аниқлаш ва парваришни режалаштириш учун бажарилади ва беморнинг ҳолатини кузатиш, ўзидан, яқинларидан, танишларидан, тиббий картасидан маълумот тўплашдан иборат. Бу босқичда тўпланган маълумот бўйича ҳеч қандай хулоса қилинмайди. Лекин бемор муаммосини билиш учун ундаги касалликни объектив ва субъектив белгилари билан бир қаторда унинг асосий эҳтиёжлари аниқланади. Демак бемор билан мулоқотда унинг асосий эҳтиёжларини билиш учун биз ҳар томонлама ихтисос коммуникациясидан фойдаланишимиз лозим. Геронтологияда коммуникация кекса ёки катта ёшли бемор билан ҳамшира ўртасидаги мулоқот бўлиб, бу бемор шахсиятини ҳимоя қилган ҳолда, агар унинг руҳий кечинмалари соғлиғига салбий таъсир этса уларни бартараф этиш ёки енгиллаштириш усулларини аниқлаб, бемор атрофида руҳий осойишталик яратиш, парвариш олиб боришдир.

Ҳамшира кекса ёки катта ёшли бемор билан мулоқотда **ихтисос коммуникацияси** тамойиллари қонидасига амал қилиши лозим.

Бунда:

1. Мулоқотда аниқ ва равшан мурожаат этиш.
2. Фаол эшитиш.
3. Савол бериш техникасидан фойдаланиш.
4. Кекса ва ёши катта беморни суҳбатга чорловчи тинч, осойишта муҳитни яратиш.

Кекса беморнинг руҳиятидан, эмоционал ҳолатидан келиб чиққан ҳолда мулоқот кўпроқ уларни қизиқтирувчи йўналишда олиб борилади. Бунинг учун алоҳида фаол равишда эшитиш қойдаларини қўллаш зарур (новербал мулоқот).

1. Ташқи қиёфаси билан (бош қимирлатиш), тасдиқлаш.
2. Фикрни давом эттирувчи сўзлар ишлатиш. Мисол учун: Кейин нима бўлди? — сиз учун маъқулми? — ва ҳоказо. Бемор фикрини билиш, унинг қизиқарлилигини билдириш.
3. Авайлаш, ғамхўрлик кўрсатиш.

4. Сўзлашганда юз ва тана ҳаракатларига, гавда ҳолатига эътибор бериш.

5. Ёши ўтган ва кекса кишилар муаммосининг асл моҳиятини билиш, уни яхшилаш, ўзгартириш учун қайта-қайта текшириш, аниқлашга эришиш. Бунинг учун вербал (сўз орқали), новербал (ҳаракат орқали) мулоқот туридан фойдаланиш.

Инсон ёши ўтганда, кексайганда катта ҳаётий тажрибага эга бўлади. Бундай одамлар ҳамширанинг мулоқотидан ўзига бўлган муносабатни ва ўзи ҳақидаги маълумотни билиб олиш қобилиятига эга бўлади.

Мулоқотда маълумотнинг 30% гапда ифодаланади. Бунда: 7% сўздан, 13% сўз оҳангидан, 10% гап мазмунидан билиб олинади. 70% ни эса ташқи кўриниш: қўл, юз, тана ҳаракати билан ҳаттоки, ҳид орқали билиб олиш мумкин.

Коммуникацияда савол бериш усулидан тўғри фойдаланиш зарур. Саволлар уч хил йўналишда берилади.

1. Ёпиқ саволлар — изоҳ талаб қилмайдиган саволлар. Мисол: — Сиз бугун яхши ухладингизми? — Ҳа ёки йўқ.

2. Очиқ саволлар — изоҳ талаб қиладиган саволлар. Мисол: — Нега бугун яхши ухлай олмадингиз?

3. Йўналтирувчи савол — фикрни давом эттиришга ундовчи савол.

Мисол: — Балки ҳаво таъсир қилгандир?

Демак савол бериш қоидаси беморнинг муаммосини чуқур аниқлаш учун ёрдам воситаси ҳисобланади.

Ҳамширалик жараёнининг барча босқичларида ҳамшира коммуникация тамойилларига амал қилиши лозим.

2-босқич. Ҳамширалик ташхиси. Яъни, беморнинг асосий муаммоси касаллик этиологияси ва клиник белгиларига асосланиб аниқланади ва белгилаб олинади.

«Ҳамширалик ташхиси» — ҳамширалик жараёнининг асосидир. Ҳамширалик ташхисини қўйишдан мақсад ҳамширанинг бемор ҳолати ва касалликнинг кечишига тўғри баҳо беришидир. Бемор билан коммуникацияда бўлиш, унинг касаллик оқибатида пайдо бўлган муаммоларини аниқлаш, беморни кундалик кузатув асосида соғломлаштиришни ташкил қилишидир. Ҳамшира ҳамширалик ташхиси қўйишда назарий билимларни эгаллаш билан бирга амалий кўникмаларни ҳам мукамал билиши зарур.

Бемор муаммосини аниқлашда **МАСЛОУ** эҳтиёжлар поғонасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

МАСЛОУ поғонасида кекса ёки катта ёшли кишининг ўз касалига ёки ҳолатига муносабатини, касалликни енгишига ишончини, уни қўллаб-қувватловчи ҳолатларни, умуман физиологик жараёнларнинг кечишига қандай муносабатда бўлиши ва бунга нима таъсир кўрсатиши, ташқи муҳитнинг таъсиридан ўзини ҳимоя

қила оладими, ёрдамга муҳтожми ёки йўқлигини, жамиятга, яқин-ларига кераклигини ёки ёлғизликни ҳис қилиши аниқланди. Инсон МАСЛОУ поғонасига асосланиб, поғонанинг энг пастки қаторидаги эҳтиёжларини қондиргандан кейингина юқори поғонадаги эҳтиёжларга интилиши мумкин. Эҳтиёжлар ва талаб поғонаси пастдан юқорига қараб:

1. Эҳтиёжларни ҳаётий заруратдан келиб чиққан ҳолда қондириш.

2. Хавфсизликка ишонч, барқарорлик, эркинликни ҳис қилиш (пул, суғурта, оила, дўстлар).

3. Одамлар билан мулоқотга бўлган эҳтиёжини қондириш (ёлғизлик — катта муаммо).

4. Ўзини-ўзи ҳурмат қилиш (эҳтиёж қондирилмаса одам ўзини кучсиз, ишончсиз сезиб ўзини йўқотиб қўяди).

5. Яратишга, яшнатишга, ривожлантиришга эҳтиёж (санъат, спорт, ижод) сезиши зарур.

3-босқич. Муаммони ҳал қилиш йўллари режалаштириш.

Режалаштириш имкони борича бемор билан биргаликда олиб борилади. Ҳамшира бемор ҳолатини енгиллаштириш, касаллик асоратларининг олдини олиш, яъни соғлиғи муаммоларини ҳал қилиш режасини тузади ва буни кузатиш картасига белгилаб боради.

4-босқич. Режалаштирилган вазифани аниқ амалга ошириш, бажариш ва ҳужжатлаштириш.

Бу бемор ҳолатига баҳо бериб, унинг парвариши бўйича режани амалга ошириш учун навбатчи ҳамширага топшириш, бемор парвариши бўйича бажарилган муолажаларни қайд этиб боришдан иборат.

5-босқич. Якуний натижани, хулосани баҳолаш ёки парвариш режаси асосида олиб борилган ишлардан ижобий натижа олинганлиги ёки олинмаганлиги баҳолаб ва агар керак бўлса, ҳамширалик ташхисини ўзгартириб, янги ташхис асосида бошқа режани тузиш ёки тўлдириш ва олиб боришдан иборат.

Хулоса қилиб айтганда ҳозирги замон талабига жавоб бера оладиган етук ҳамшира геронтология фанига таянган ҳолда, кекса ва катта ёшдаги кишиларни нафақат касаллик пайтида, балки физиологик қариш жараёнига мослашишида, тўлақонли ҳаёт фаолиятини давом эттиришида ёрдамчи мутахассис бўлиши шарт.

Инсон ҳаётида қариш жараёнининг кечиши

Қарилик — организмда ёш улғая бориши билан рўй берадиган қонуний ўзгаришларнинг якуний босқичидир. Қариш биологик парчаланувчи жараён бўлиб, бунда организмнинг мослашиш қоби-

лияти чеклана бориб, турли патологик ўзгаришлар ривожланади ва ўлим муқаррарлиги тезлашади.

Қарилик — организм индивидуал ривожланишининг интиқосидир: у одамда шартли равишда 75 ёшдан кейин бошланади, деб ҳисобланади.

Кўп ҳужайрали мураккаб организмлар умр давомида нафақат анатомик, балки функционал жиҳатдан ҳам маълум бир ўзгаришларни бошидан кечиради. Бу ўзгаришлар ёш ўтган сари уларнинг ташқи кўриниши ёки уларнинг «habitus» ида ҳам намоён бўлади. Қариликда юз териси қуруқ, буришган, серажин, илвиллаган, ранги паст, юпқалашганлиги натижасида тери остидаги томирлар бўртиб кўришиб туради. Бошнинг қисмида толалар оқарган, сийраклашган, кўзлари нурсиз, оғиз бўшлиғида тишлар етишмайди, умуртқа поғонаси букчайган, ҳаракатлари сустлашган, қийинлашган — мана шуларнинг ҳаммаси қарилликка хос бўлган айрим белгилар ҳисобланади.

Қариликда кўриш ва эшитиш пасаяди. Қари одамнинг эти тез-тез жунжикади. Бўйи ва вазни ҳам камаёди. Эркак киши 50-85 ёшлар ўртасида камида 3 см.га, аёллар эса 4 см.га пасаяди. Меъёردа эркакларда тана вазни 40 ёшда, аёлларда эса 50 ёшда максимал ҳолатда бўлади.

Қариликда организмнинг сўлиб бориш жараёни кўп ҳолларда «Қарилик маразми» (ақлнинг заифлашуви) билан биргаликда кечади. Организмда чуқур анатомик ва функционал ўзгаришлар қариллик инволюцион жараёни тушунчасини англатади ва бу жараён узоқ вақт давом этади. Анатомик ўзгаришлар қариллик атрофияси кўринишида, склерозга мойиллик билан характерланади. Бу ҳолат моддалар алмашинувининг бошқача бўлиб қолишига, шунингдек жинсий безлар функциясининг сусайишига, ҳамда эндокрин мувозанатининг бузилишига, яъни янгиланиш ва емирилиш мувозанатининг бузилишига олиб келади. Бундай ҳолатларга ёрқин мисол анорексия — иштаҳанинг пасайиб кетиши. Бу ҳолат тўқималарнинг яшаш учун зарур бўлган энергия манбаи, озиқа моддаларига бўлган талабининг пасайиб кетиши кўринишида намоён бўлади.

Қариллик атрофияси деганда ҳужайраларда юз берадиган регрессив ўзгаришлар йиғиндиси, яъни ҳужайралар ҳажмининг, сонининг камайиши ва улар протоплазмасида физикавий ва морфологик ўзгаришлар рўй бериши, терининг юпқалашувида, суяк ва тоғай тўқималарининг мўртлашувида, тери ости ёғ қатламининг йўқолишида намоён бўлади. Аёлларда «mensis» тугаганидан кейин, яъни «климакс» бошланганидан сўнг тухумдонлар ва бачадон кичраяди. Инволюцион жараёнда бош мия вазни ҳам камаёди.

Нерв тўқималарида пигментли — ёгли дегенерация ва атрофик ўзгаришлар рўй беради.

Қон айланиш системасида — атеросклероз ҳолати вазомотор ўзгаришларга сабабчи бўлади. Булар одамнинг боши ва юзига қон қуйилиб келиши билан ифодаланади, артериал босим кўпинча кўтарилади.

Юракда миокардиосклероз қайд этилади, бу эса юрак фаолиятини сусайтиради, қон айланиш системасининг етишмовчилигига, органларнинг озиқа моддаларига ва кислородга тўйинмаслигига ва маълум бир клиник симптомларни келиб чиқишига сабабчи бўлади. Булар бош айланишида, хотиранинг пасайишида, уйқунинг бузилишида, оёқ-қўлларнинг кучсизлигида, қалтирашида ва бошқа белгиларда намоён бўлади.

Қарилик ҳар бир организмда индивидуал ривожланади. Инсоннинг ёшини тақвим, яъни хронологик тарзда ўрганиш мумкин. Кўпинча, қариш жараёни инсоннинг ёшига мос келмайди. Масалан 60 ёшли одам организмда 70 ёшга кирган одам организмга хос бўлган структуравий ўзгаришлар, функциялар бузилиши кузатилиши мумкин. Демак физиологик қариш билан бир қаторда, эрта қариш жараёни ҳам мавжуд экан. Инсоннинг тақвим ёши биологик ёшидан қанча катта бўлса, қариш жараёни шунча секин кечади, умри узаяди. Замонавий тиббиётнинг вазифаси эрта қаришнинг олдини олиш ва унга қарши курашдан иборат.

Қариш жараёни организм ҳаёт фаолиятининг молекуляр, ҳужайра, орган, система ва бутун организм даражасида ривожланади ва бу ўзгаришлар бир бири билан ўзаро боғлиқдир.

В.В. Фролькис назариясига биноан организмнинг қаришида адаптацион — бошқарув механизмининг бузилиши содир бўлади.

Қариш — мураккаб биологик жараёнدير. Қарилик — ёш улғай бориши билан организмда пайдо бўладиган ўзгаришлар натижасида қонуний рўй берадиган жараён бўлиб, бу ўзгаришлар аста-секин организмнинг ҳаётга мослашув имкониятини сусайтиради, чегаралайди. Организм ҳаёти мобайнида унга таъсир этаётган эндоген ва экзоген омиллар, муҳим физиологик функциялар ишини издан чиқаради.

Қаришнинг олдини олиш учун экзоген омиллар таъсирини камайтириш, тоза экологик турмуш тарзини яратиш зарур, бу эса умрни узайтиради. Эволюция мобайнида организм ҳаёт фаолиятида қариш билан қарама-қарши бўлган жараён витаукт мавжуддир. Витаукт («vitas» — лотинча ҳаёт, узун дегани) организм мослашиш қобилиятини оширади, умрни узайтиради. Қариш ва витаукт жараёнларининг ўзаро алоқаси инсон организми тузилиши билан пайдо бўлади ва умрни узайтиришни ифодалайди. Геронтологларнинг фикрича организмнинг қариш жараёнида табиий

ёки физиологик қариш шартли равишда у 75 ёшдан кейин бошланади деб ҳисобланади ва эрта, тезлашган қариш тафовут қилинади. Физиологик қариш организмда аста-секинлик билан содир бўладиган табиий ўзгаришлар бўлиб, организмнинг биологик хусусиятларига мос келади, атроф-муҳитга мослашуви чекланади. Шунини қайд этиш керакки, физиологик қариш бошланганда ақлий ва жисмоний қувват, маълум иш қобилияти, хушчақчақлик ва атроф-дунёга қизиқиш сақланади.

Эрта қариш — ёшга боғлиқ ўзгаришларнинг эртароқ пайдо бўлиши, бунда инсоннинг биологик ёши унинг календар ёшидан ўзиб кетади. Турли хил касалликлар, стресслар, нейрогуморал факторлар, эмоционал зўриқиш, радиоактив моддалар билан нурланиш қариш жараёнини тезлаштиради. Масалан: юрак ишемик касаллиги, меъда яраси, қандли диабет каби касалликларда беморларнинг ташқи қиёфаси ўз ёшига қараганда анча қарироқ кўринади. Эрта қаришни характерловчи белгилар — тез қариш синдроми деб ҳам аталади. Улар аниқ белгиланган симптомлар комплексидан иборат бўлиб, тез қаришни характерлайди. Булар тез чарчаш, жисмоний ва ақлий заифлик, репродуктив функциянинг бузилиши, хотиранинг пасайиши, эмоционал барқарорликнинг йўқолиши, гликемик эгриликнинг ошиши, организм адаптация имкониятининг камайишидир. Бу ўзгаришларнинг барчаси индивидуал вариацияларга эга.

Эрта қариш сабабларининг 2 хил омиллари мавжуд:

1. Эндоген омиллар.
2. Экзоген омиллар.

Эндоген омилларга организмнинг турли касалликлари, ирсий омиллар, хромосом касалликлари киради.

Экзоген омилларга руҳий стресслар, гиподинамия, ногўғри овқатланиш, семириш, зарарли одатлар, экологик муҳит таъсири ва блар киради.

Организмнинг эрта қаришига атеросклероз, артериал гипертензия, сурункали ўпка касалликлари, ошқозон, жигар, асаб ва эндокрин касалликлари энг кўп сабаб бўлади. Қариш жараёнида ирсият муҳим аҳамият касб этади. Эрта қариш ёки узоқ умр кўришнинг наслдан наслга ўтиши фанда исботланган.

Аёлларда қариш жараёнининг анча секин бориши ҳам генетик аппарат хусусиятларига, уларда зарарли одатларнинг йўқлигига ҳам боғлиқ бўлади. Эрта қаришга сабаб бўлувчи омиллардан бири бўлган чекиш беморларда атеросклероз, миокард инфаркти, артериал гипертензия каби касалликларни авж олдиради.

Қариш — кўп ўчоқли мураккаб умумбиологик жараён бўлиб, специфик аниқ кетма-кетлик билан солир бўладиган ҳодисадир. Бу ўзгариш ҳужайраларнинг ядросида, цитоплазмасида, мембра-

налариди, митохондрия ва бошқа структуралариди намоён бўлади. Хужайраларда қариш жараёни ривожланишининг 4 хил хусусияти фарқланади:

1. Гетерохронлик.
2. Гетеротоплик.
3. Гетерокинетилик.
4. Гетерокатефентлик.

Гетерохронлик хусусияти бу қариш жараёнининг турли орган, тўқима, система хужайралариди ҳар хил муддатда бошланишидир. Масалан айрисимон безнинг атрофияси 13—15 ёшларда бошланса, жинсий безларнинг атрофияси аёлларда климактерик даврда (48—52 ёшда) бошланади. Марказий нерв системаси ва эндокрин системасининг турли бўлимларида ҳам гетерохрон қариш кузатилади.

Гетеротоплик хусусияти маъсул бир органнинг турли қисмларида қариш белгиларининг намоён бўлишидир. Масалан юрак миокард тўқимасида турли кардиоцитлар бўлиши мумкин.

Гетерокинетилик хусусияти организм тўқималарида қариш жараёнининг турлича тезлик билан кечишидир. Масалан айрим тўқималарда эрта бошланган қариш белгилари суст ривожланиб бориши мумкин, аксинча бошқа тўқимада кечроқ бошланган қариш белгилари тез ривожлана бориб, организмнинг функционал ҳолатига таъсир этиши мумкин.

Гетерокатефентлик хусусияти бу организмдаги ёшга боғлиқ ўзгаришларнинг турли хил йўналишларда, организмдаги ҳаётий жараёнлардан бирининг сўниши ва иккинчисининг фаоллашуви билан кечишидир. Демак қариш жараёни мураккаб морфологик ўзгаришлар ва функцияларнинг сўниши билан кечадиган жараён экан.

Қариш жараёнини кўп олимлар хужайранинг генетик аппаратидаги ва оқсил биосинтезидаги бузилишлар билан боғлайдилар. Ўзгаришлар ДНКнинг генетик маълумотлар узатиш звеносида содир бўлади. Оқсил синтезида оқсил молекуласидаги ўзгаришлар хужайра функциясининг бузилишига олиб келади. Ўзгаришлар хужайрада энергиянинг пайдо бўлиши, узатилиши ва сарфланишида кузатилади. Хужайрада кислородга бўлган эҳтиёж камаяди, ферментлар активлиги пасаяди. Липидлар алмашинуви ҳам издан чиқиб, хужайра мембранасининг фосфолипид таркиби бузилади, қонда холестерин, триглицеридлар, липопротеидлар миқдори ошиб кетади, натижада атеросклероз ривожланади. Бу эса қариш жараёнини тезлаштиради.

Қариш жараёнида хужайралар функциясининг бузилиши ва ўлими орган ва тўқималарни ҳамда организм фаолиятини издан чиқаради, хужайрада дистрофик ва компенсатор ўзгаришлар пай-

до бўлади. Қариш оқибатида мия нейронлари 20—30% га, буйрак нефронлари, 30—40%, ўпка альвеолалари 30—50%га камаяди.

Буйракда қон айланишининг физиологик меъёри прогрессив равишда пасаяди. Нефронлар бириктирувчи тўқима билан алмашинади, ёшга таалуқли нефросклероз ривожланади.

Қаришнинг асосий морфологик кўриниши орган ва тўқималарнинг атрофияси бўлиб, бу ҳужайраларнинг камайиши ҳисобига пайдо бўлади. Ҳар бир орган тўқималарида атрофик ҳужайралар билан бир қаторда нормал ҳужайралар ҳам учрайди. Атрофияга учраган ҳужайралар ҳисобига нормал ҳужайраларда гиперфункция ва гипертрофия содир бўлади. Ҳужайранинг қариш жараёнига мослашуви туфайли ундаги ядро сони кўпайиб, ДНК миқдори ортиб боради. Митохондриялар умумий миқдорининг камайиши оқибатида гигант формадаги митохондриялар пайдо бўлади. Ҳужайраларда органоидларнинг парчаланиш маҳсулоти бўлган фермент — липофуцин тўпланади. Ҳужайраларнинг функционал ўзгаришлари кузатилади, ҳужайра функцияси пасаяди. Секретор ҳужайраларда моддаларнинг синтез ва ажратиш жараёни камаяди, юрак ҳужайраларининг қисқариши пасаяди, ҳужайра мембранасининг қўзғалиши ва биоэлектрик хусусияти бузилади. Ҳужайраларда кальций ионларининг фаол транспорти бузилади, бу эса ҳужайра функциясини издан чиқаради.

Бириктирувчи тўқималарда қариш жараёни коллаген толасининг фибриллар хусусияти йўқола бориши ва ўзгариши билан намоён бўлади.

Асаб системаси. Организм қариганда мия оралиги кичираяди, мия пушталари юпқалашади, эгатчалари кенгаяди, қоринчалар бўшлиқлари катталашади. Нейронларда дистрофик ва атрофик ўзгаришлар рўй беради. Марказий нерв системасидаги ёшга боғлиқ ўзгаришлар оқибатида қариллик белгилари намоён бўлади. Ақлий ва жисмоний қобилиятнинг пасайиши, организм ички муҳит фаолиятининг бузилиши, хотира пасайиши кузатилади.

И.П. Павловнинг фикрича, қарилликда миядаги қўзғалиш ва тормозланиш жараёнларининг бир-бири билан алмашиши сустлашади, шартли рефлекслар пайдо бўлиши ва йўқолиши қийинлашади. Шартсиз рефлекслар характери ҳам ўзгаради, таҳлил қилиш фаолияти пасаяди. Кекса одамларда асаб ҳаракатчанлигининг ёмонлашуви туфайли ташаббускорлик, меҳнат қобилияти маълум даражада сусаяди. Бир фаолиятдан иккинчисига ўтиш қобилияти қийинлашади.

Психика. Қарилликда инсон руҳий фаолияти, билиш, идрок қилиш, фикрлаш, тафаккур қилиш қобилияти, эмоциялари пасаяди. Ёшга алоқадор ўзгаришлар, яъни моддалар алмашинувининг бузилиши, жинсий безлар функциясининг сусайиши, эндокрин

мувозанатининг бузилиши натижасида инволюцион психозлар пайдо бўлади. Беморлар кўнглида хавотирланиш, безовталаниш, бесарамжонлик, гуноҳқорлик, васваса пайдо бўлади, кайфияти беқарор бўлиб қолади. Хотира пасаяди, секин-аста ақл пастлик ривожланади, ўз жонига суиқасд қилиш ҳоллари кузатилади. Атроф-муҳитга мослашиш қийинлашиб, эмоционал беқарорлик кучаяди.

Эндокрин системаси. Ўтган аср охирларида жинсий безлар фаолиятининг сўниши қаришнинг асосий сабаби деган фикрлар пайдо бўлди (Броун — Секар). Шунинг учун ҳам эркаклар жинсий беи экстрактининг ёшартирувчи таъсирига катта умид билан қаралган ва ҳатто уларни трансплантация қилинган. (Штейнах, С.С. Воронов). Бу тажрибалар мувффақиятсиз чиққач, 60-йилларга келиб гипофизар-адренал системанинг етишмовчилигига катта эътибор берилди бошлайди. Чунки инсон ҳаётининг турли даврларида гомеостаз, яъни организм ички муҳитининг доимийлигини сақлаб туришда эндокрин безларнинг аҳамияти жуда катта. Қариликда эндокрин безларида атрофик ва склеротик ўзгаришлар пайдо бўлади, секретор функциялари пасаяди. Гипофизда базофил ҳужайралар сони кўпайиб, ацидофил ҳужайралар сони камайиб кетади. Бу ҳужайраларда ДНК миқдори камайдди, коллоид тўпланади. Қалқонсимон без ҳужайраларида ДНК миқдори камайиб кетади. Меъда ости безининг атрофияси 40 ёшдан ўтгандан сўнг ривожланади. Ациноз ҳужайралар ҳалокатга учраб, уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди. Ёғ тўқимасининг ҳажми ошиб панкреатик шира таркибида бикарбонатлар камайдди, трипсин, амилаза, липаза ферментларининг активлиги пасаяди. Меъда ости безида деструктив ўзгаришлар туфайли йирик оролчалар камайиб, майда оролчалар кўпайиб кетади. В-ҳужайралар сони камайиб, қандли диабет ривожланади. Стриопаллидар системада катехоламин алмашинувининг бузилиши паркинсонизм ривожланишига сабаб бўлади.

Юрак-қон томир системаси. Бизнинг маҳаллий шароитимизда ёши катта одамларда юрак касалликлари кўпроқ учрайди.

Юрак-қон томир касалликларининг ривожланишига, ирсий мойиллиги бор қари одамлар, носоғлом турмуш тарзи, нотўғри овқатланиш, ички ва ташқи муҳит омиллари туртки бўлади.

Овқат таркибида углеводлар, оқсиллар ва микроэлементлар нисбатининг нотўғри бўлиши, ўта ёғли овқатларни истеъмол қилиш, тамаки, нос чекиш, спиртли ичимликларни ичиш, асаб зўриқиши, кам ҳаракатланиш ва ҳоказолар касалликларнинг келиб чиқиши омили ҳисобланади.

Геронтолог (В.Е. Фролькис, Л.Ф. Чеботарев, Ю.К. Дупленко) ларнинг фикрича, қариш даврида организм нерв системасининг

таъсиротларга сезгирлиги пасайиб, аксинча кимёвий ва гуморал таъсиротларга сезгирлиги ошади. Шунинг учун юрак томирлар системасининг ўзгариши қариш генезида бирламчи бўлмасдан, балки маълум даражада унинг характерини ва темпини белгилайди.

60 ёшдан ўтган одамнинг юрак оғирлиги камаяди, бўшлиқлари кенгаяди, эндокард қалинланади, кардиомыоцитлар атрофияга учрайди. Қон томирларининг ички қавати қалинлашади, эластиклиги камаяди. Миокардда склероз ривожланади. Юрак қисқариш фаолиятини пасайтиради. Гемодинамика ва кардиодинамика ўзгаради. Бунга сабаб йирик артерия стволларида ҳосил бўладиган асосий ўзгаришлар, унинг ички интима қаватидаги склеротик қалинлашиш, мускул қавати атрофияси, эластиклигининг сусайишидир. Бу ҳолат томирларнинг нафақат кенгайиши, балки қисқаришини чегаралайди. Биринчи навбатда катта қон айланиш доирасининг йирик қон томирлари шикастланади.

Томирлар эластиклигининг ёшга боғлиқ ўзгариши, пульс тўлқини тарқалиш тезлигининг кўпайиши, реограмма ва бошқа кўрсаткичларнинг ўзгаришига олиб келади. Ёш қайтиши билан маълум бир бирликдаги майдонга тўғри келадиган капиллярларнинг сони камаяди, унинг базал мембранаси қалинлашади. Бу ҳолат транскапилляр модда алмашинуви интенсивлигининг камайишига олиб келади.

Эластиклик йўқолиши билан периферик қон томирлар қаршилиги ошади, бу ўз навбатида артериал қон босимининг ошишига, айнан систолик босимнинг кўтарилишига олиб келади.

Қаришнинг асосий қонуниятларидан бири миокарддаги реполяризация жараёнларининг пасайишидир.

Ёш билан боғлиқ ҳолда юрак систоласининг биоэлектрик хусусияти пасайиб, юрак бўлмаларида кўзғалишларнинг тарқалишини қийинлаштиради, атрио-вентрикуляр ўтказувчанлик секинлашади. Физиологик қариш учун эса тўғри синусли ритм характерлидир.

Қари одамларда нефронларнинг 1/3 ёки 1/2 фоиз камайиши кузатилади. Улар бириктирувчи тўқима билан алмашинади. Қари одамларга тааллуқли нефросклероз шаклланади.

ЭКГда Р, R, T тишчалари барча позицияларда кичраяди, юрак ўтказувчанлиги пасаяди. Миокарднинг қисқариш қобилияти ва ундаги энергетик жараённинг сустлашиши юрак етишмовчилигига олиб келади. Қон айланишининг гипоталамик регуляцияси бузилиши, қонда вазопрессин миқдорининг ортиб кетиши, бўйрақларда қон айланишининг пасайиши артериал гипертензияга олиб келади. Коронар қон томирларининг склерози эса юракнинг ишемик касалликларига сабаб бўлади. Шунинг учун юрак муаммолари бор бўлган қари одамларда енгил жисмоний ҳаракатлардан

кейин қийналиб нафас олиш, ҳансираш, уйқуда астмага ўхшаш хуружларнинг кучайиши (юррак астмаси), пульснинг тезлашуви, унинг кучсиз ва нотекис бўлиши, пешиндан сўнг оёқ шишлари кучайиши белгилари учрайди.

Нафас олиш системаси. Нафас аъзолари ҳам ўзига хос морфологик ва функционал ўзгаришларга учрайди. Бу ўзгаришлар кўкрак қафасига, ҳаво ўтказувчи йўлларга, ўпка паренхимасига, кичик қон айланиш доирасининг томирлар деворига тегишлидир ва 60 ёшдан кейин суяк-мушаклар системасининг ўзгаришлари кузатилади.

Кўкрак қафасининг скелетида, умуртқа погонасининг кўкрак қисми остеохондрози, умуртқа қовурга бўғимида ҳаракатнинг чегараланиши, қовурғалар тоғай қисмининг кальцинозига олиб келади.

Бу ўзгаришлар натижасида биринчидан кўкрак қафаси деформацияланади (бочкасимон шаклда) ва кифоз ривожланади, иккинчидан кўкрак қафасининг ҳаракати, экскурсияси чекланади. Буларнинг барчаси ўпка вентиляциясига салбий таъсир этиб, патологиянинг ривожланишига олиб келади.

Қариш жараёнида нафас органларининг шиллиқ қаватларида атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Бронх деворларида дистрофик, склеротик ўзгаришлар пайдо бўлади. Ўпка альвеолалари шакли ўзгаради, баъзан мембрана қалинлашади, альвеолалар чуқурлиги камаяди. Нафас олиш ритми тезлашиб, аритмиялар вужудга келади. Ўпканинг ҳаётий сигими камаяди, бу эса бронхлар ўтказувчанлигининг нафас мушаклари кучининг пасайиши, кўкрак қафаси ригидтигининг ошишига боғлиқ. Бронхлардаги атрофик жараёнлар унинг атрофидаги тўқималарнинг ўзгаришига, бронхларнинг шишиб номутаносиб қисқаришига сабаб бўлади. Йўтал рефлекси ва бронхлар дренаж функциясининг бузилиши келиб чиқади.

Ҳазм системаси. Овқат ҳазм қилиш аъзоларининг фаолияти қариш жараёни билан боғлиқ ўзгаришларни ўз ичига олади.

Дастлабки ўзгаришлар оғиз бўшилиғида содир бўлади. Ҳаттоки сақланиб қолган тишлар деформацияланади, оғиз бўшлиғининг ҳажми кичраяди. Тилдаги ипсимон сўргичлар йўқолади.

Қалла суягининг юз қисмидаги суяклар, мимик ва чайнов мускуллари атрофияга учрайди. Меъда девори қаватларида яъни шиллиқ қават, мушак қавати, интрамурал нерв аппаратида, томирлар тўрида дегенератив — дистрофик жараён кузатилади. Оқибатда меъда секретор аппаратининг (безларининг) функционал имконияти камаяди.

Ёш қайтиши билан йўғон ичакнинг айрим қисмлари ҳисобига ичакнинг умумий узунлиги ошади. Ёш қайтган сари жигар масса-

си камаяди, гепатоцитлар функцияси пасаяди. Ўт пуфаги узайиши ҳисобига унинг ҳажми ошади, деворидаги мускуллар тонуси сусаяди. Бу эса ўз навбатида ўтнинг димланишига олиб келиб, холестерин ажралишининг кўпайиши фонида қари одамларда ўт-тош касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлади.

Меъда ва ичак йўллари эпителийсида, қариш жараёнида атрофик ўзгаришлар бўлади. Меъда секрециясининг пасайиши гипоацид гастритни келтириб чиқаради. Атрофик ўзгаришлар ингичка ичакнинг деворидан мембраналар орқали овқатнинг, углеводлар, ёғлар, оқсилларнинг парчаланиб сўрилиши жараёнини сусайтиради, перистальтика сусайиб, натижада қарилик қабзияти пайдо бўлади. И.И. Мечников, И.П. Павлов, А.А. Богомолец, А.В. Нагорнийлар қаришнинг фундаментал механизми — инсон организмнинг ичак функцияси билан боғлиқ аутоинтоксикациясидир, деган фикрни олға сурдилар.

Қуруқликда ичакнинг микрофлораси ўзгаради, чиритувчи гуруҳга кирувчи бактерияларнинг сони кўпайиб, ачитувчи бактериялар камаяди. Уларнинг кўпайиши эндотоксин ҳосил бўлишига ёрдам бериб, ичак функциясини издан чиқаради ва патологик жараённинг янада чуқурлашувига олиб келади.

Меъда ости безининг атрофияси 60 ёшдан ўтгандан сўнг ривожланади. Ациноз ҳужайралар ҳалокатга учраб, унинг ўрнини кўшувчи, бириктирувчи тўқималар эгаллайди. Ёғ тўқимаси ҳисобига унинг ҳажми ошади, панкреатик шира маҳсулотларининг, бикарбонатларнинг камайиши, трипсин, амилаза, липаза ферментлари фаоллигининг пасайиши кузатилади. Меъда ости безининг эвакуатор ва мотор функцияси пасаяди.

Қариш жараёнида нейрогуморал механизм ва моддалар алмашинувининг бузилиши

Қариш жараёнида организмдаги барча функциялар нейрогуморал бошқарувининг бузилиши, моддалар алмашинувининг издан чиқиши, гипоталамо — лимбик системасининг дисфункцияси кузатилади. Нейронларда ахборот қабул қилиш хусусияти пасаяди.

Моддалар алмашинувининг бузилиши.

Организм қаришининг асосини моддалар алмашинувининг издан чиқиши ташкил этади. Қаришнинг бирламчи механизмлари генетик аппаратдаги силжишлар билан боғлиқ ҳолда кечади. Бу нуклеин кислота алмашинувининг концентрацияси пасайиши билан ифодаланган. Бунинг оқибатида оқсиллар алмашинуви, ферментлар миқдори ва фаоллиги бузилади, энергия алмашинуви

камайиб, кислороднинг тўқималарда ўзлаштирилиши прогрессив равишда пасаяди, тўқималар нафаси (тканевое дыхание) камаяди.

Ёғ — липид алмашинуви кўрсаткичларининг қариш жараёнидаги қонуниятли ўзгаришлари содир бўлади. Қонда умумий липидлар миқдори ошади, бу маълум даражада умумий холестерин миқдорининг ошиши билан боғлиқдир. Холестерин миқдорининг ошиши эса бетали-попротеидлар миқдорининг ошишига, яъни лецитин, холестерин коэффициентини ёшга қараб олиб бориш тенденцияси кузатилади.

Ҳақат врачлар эмас, ҳамширалар ҳам шуни эсда тутишлари лозимки, катта, кекса ёшдаги одамлар организми касалликларини аниқлаш ва даволашни ташкил этиш, парвариш қилиш алоҳида билимларга, амалий кўникмаларга эга бўлишни талаб қилади.

Организм ривожланиш даврида ҳар бир давр касалликка ва даволашга турлича реакция билан жавоб беради ва уларни махсус ўрганишни талаб этади.

Қариш жараёни нейрогуморал регуляциясидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар қариш жараёнининг асосини ташкил этади. Бунда организмда моддалар алмашинуви ва хужайралар функцияси издан чиқади. Қарилик билан бирга кечадиган атеросклероз оқибатида беморнинг руҳий ва эмоционал дунёсида ўзига хос белгилар намоён бўлади невроз, мақтанчоқлик, лақмалик, эзмалик, хотиранинг пасайиши.

Гипоталамус функциясининг издан чиқиши гомеостазнинг бузилишига, яъни организм ички муҳити ҳақидаги маълумотлар МНСга келиб, гормонал регуляциянинг ҳам издан чиқишига олиб келади. Тиббиёт ходимлари геронтологик беморларда кечадиган касалликларнинг ўзига хос хусусиятларини, уларни парваришlash, даволаш, улар билан суҳбатлашишни билишлари, уларда ўзларига нисбатан ишонч уйғотишлари лозим.

Қари одам текширилганда кўпинча унда бирданига 2—3та ҳаттоки 5—6та касаллик ҳам аниқланади. Булар юракнинг ишемик касаллиги, атеросклеротик энцефалопатия, гипертония касаллиги, ўпка эмфиземаси, умуртқа поғонаси остеохондрози, катаракта, кулоқ оғирлиги, простата бези аденомаси ва бошқалар бўлиши мумкин.

Қари одамлар организмида сурункали кечадиган касалликлар кўпроқ учрайди, аммо ўткир ва юқумли касалликлар ҳам учраб туради. Улар организмидаги патологик жараён жуда секинлик билан ривожланганлиги сабабли тиббий ёрдамга кеч мурожаат қиладилар.

Ўткир касалликлар клиникаси эса организм қаршилик қобилятининг пасайганлиги сабабли суст ифодаланган бўлади.

ГЕРОНТОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТЕКШИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

«Инсон кексайганда инсонлигича қолиши учун жамият қандай бўлиши керак?»

Жавоб жуда оддий «Бутун ҳаёти давомида уни қандай «Инсон» деб ҳисоблаган бўлсалар охиригача шундай бўлиб қолиши керак».

«Симона де Бовуар»

Касалликларнинг турли-туман кўринишларини ўрганиш ва ташхис қўйишда беморларни текширишнинг ҳар хил усулларидан — сўраб-суриштириш ва кўздан кечириш, тана ҳароратини ўлчаш, лаборатория текширишлари билан бирга функционал текширишлардан ҳам фойдаланиш зарур.

Геронтологик беморларни текширишнинг **субъектив** ва **объектив** усуллари мавжуд.

Субъектив текшириш, яъни сўраб-суриштириш кекса беморнинг касаллик сабабли нолишларини, мазкур касаллик тарихини, ҳаёт тарзини, бошдан кечирган касалликлари, оила, турмуши тўғрисидаги маълумотларни, ирсият тўғрисидаги ахборотни ўз ичига олади.

Беморларни сўраб-суриштириш, анамнез тўплаш, уларнинг хотираларига тааллуқли бўлиб, қуйидаги тартибда олиб борилади:

1. Орган ва системалар бўйича сўраб-суриштириш.
2. Тиббий анамнез (бошдан кечирган касалликлари, операциялари).
3. Оилавий ҳаёт анамнези.
4. Ижтимоий анамнез.
5. Овқатланиш тартиби.
6. Ўтказилган даволаш турлари ва унинг натижалари.
7. Руҳий ва жинсий ҳаёт анамнези.

Гериатрик беморлардан анамнез тўплаш тиббиёт ходимидан усталикни талаб қилади, чунки бундай беморларда эшитиш, кўришнинг пасайиши, ўз аҳволдан норозилиги, инжиқлиги ва эзмалиги анамнез тўплаш вақтини узайтириб юборади. Гериатрик беморни сўраб-суриштириш пайтида беморларга эшитиш аппаратидан бемалол фойдаланишларини таклиф қилиш керак. Бунда беморнинг қулоғига бақириб гапириш, жеркиш ярамайди. Аксинча, секинроқ, равон гапириш ва ҳамшира юзида унга нисбатан ғамхўрлик акс этиши керак, шундагина бемор билан ҳамшира ўртасида бир-бирларига ишонч уйғонади. Агар бемор касалхонага қариндошлари билан келган бўлса, унда ҳамшира аввал улар билан алоҳида суҳбатлашиб олиши керак. Беморнинг шикоятлари турли-туман бўлади. Беморлар касалликнинг асосий бел-

гиларига унча эътибор бермай, қарилик сабабли деб тушунтиришга уринадилар. Сийдик ва ахлатни тутиб туролмаслик ёки қабзият, камқувватлик, бош айланиши каби белгилар оғир патологик ҳолатнинг белгиси бўлиши мумкин. Ижтимоий анамнез тўплашда геронтологик беморнинг ҳаёти, турмуши сўраб-суриштирилади, унинг турар жой, маиший санитария шароитлари билиб олинади.

Беморнинг ижтимоий оилавий анамнезини аниқлашда қариликда ҳаётга қизиқиши сўна бориб, қизиқарли, воқеликларга бой, қайноқ ҳаётни бошидан кечирган инсонлар, оғир, вазмин бўлиб ўз ўй-хотиралари қуршовида қолишларига эътибор бериши лозим. Оиласи катта бўлишига қарамай бутун диққат эътиборини ёлғиз бир набирасига ёки битта яқин одамига багишлаши, айрим ҳолларда эмоционал ҳаёт жараёни йўқолиб, уларни ташқи дунё умуман қизиқтирмайди. Улар дунёси физиологик жараён даражасида деградацияга учрайди (яъни: ухлаш, овқат истеъмол қилиш, физиологик талабларни қондириш).

Қарияларда сабабсиз безовталик, қўрқув ҳисси, эзмалик, ўзининг бутун диққат эътиборини арзимас, майда-чуйда, икир-чикирларга қаратиш ҳоллари учрайди. Уларни фақат ўз организмнинг жисмоний фаолияти, ҳолати қизиқтиради. Шахснинг тубдан ўзгариши, яъни ушбу шахсга хос бўлган одатлар янада кучлироқ ифодаланиб улар ўзларининг хусусий карикатурасига айланиб қолишлар кузатилади.

Бир умр очик кўнгилли, сахий инсонлар қариликда феъл-атвор ўзгариб, икир-чикир, арзимас нарсаларни қизғанадиган, хассис инсонларга айланадилар.

Бундай қариялар образини Оноре де Бальзак, Бен Джонсон, Мольер ва Гоголь ўз асарларида бадий равишда ифодалаганлар — табиатдан уятчан, қўрқоқ одамлар қариганда ҳеч кимга ишонмайдиган, ҳафсаласи пир бўлган пессимист инсонга айланадилар.

Юнг таснифи бўйича, ёшлигида экстравертир (ташқарига йўналтирилган) типда бўлса, қариликда интравертир (ўз ичига йўналтирилган, ўзи билан ўзи гаплашадиган) ёки аксинча одамларга айланади. Ёшлигида маънавиятли, маърифатли, фикр доираси кенг инсонларда қарилик ҳам нисбатан ўз маромида кечади. Уларнинг фикрлаш ва қизиқиш доираси қисқарсада, уларнинг айрим соҳалардаги билимларини, қимматли ҳаёт тажрибасига асосланган фикрларини, доноликларини инкор этиб бўлмайди.

Беморнинг оилавий муносабатлари, ким билан яшаши, тиббий ёки ижтимоий ёрдамга мурожаат қилганми ва унинг натижалари қандай бўлганлиги ўрганилади. Жуда эҳтиёткорлик билан эр ёки хотинининг ўлимини қандай қабул қилганлиги сўралади.

Гериятрик беморнинг овқатланиш тартиби сўраб-суриштирилганда, улар тўғри ва рационал овқатландими, ёғлар ва углеводлар

чекланганми, оқсилга бой овқатларни (гўшт, балиқ, тухум, сут маҳсулотлари) мунтазам истеъмол қиладими ва овқатни чайнашда тиш протезларидан фойдаланадими, деган саволларга жавоб топиш керак. Илгари бошидан кечирган касалликлари ва ўтказилган даволаш муолажалари, қабул қилган дори-дармонлар ва унинг натижаси сўраб ўрганилади. Бемордан руҳий анамнез йиғишдан мақсад унда хавотирли депрессив ҳолатлар, ўз жонига қасд қилиш, руҳий тушкунликка тушиш ҳолатлари кузатиладими ва бу ҳолатларни бемор нима билан боғлашини билиб олишдир. Бемордан жинсий анамнез йиғилганда, жинсий ҳаёт билан яшаш-яшамаслиги, фарзандлари бор-йўқлиги, климакс ва унга алоқадор касаллик кўринишлари (бошга дув этиб, қон қуйилиб келиши, бош оғриқлари, кўзгалувчанлик) қачон пайдо бўлганлиги тўғрисида сўраб кўрилади.

Геронтологик беморларни объектив текширилганда, айрим органларнинг зарарланиши бутун организм фаолиятининг бузилишига сабаб бўлишини эса тутиш зарур. Беморларни объектив текшириш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади:

1. Беморларни кўздан кечириш.
2. Пальпация.
3. Перкуссия.
4. Аускультация.
5. Асбоблар билан ва лаборатория текшириш усуллари.

Дунё аҳолиси сонининг қариялар ҳисобига ошиши иқтисодий сиёсатга таъсир этади ва соғлиқни сақлаш тизимига мураккаб маъсулиятни юклайди. Бу эса участка терапевтлари ва ҳамшираларидан алоҳида билимлар ва кўникмаларни билишни талаб қиладди. Тиббиёт ходимлари кекса ёшдаги беморларни алоҳида парвариш қилишлари, **этика** ва **деонтология**, **коммуникация** қоидаларига виждонан амал қилишлари, кекса ёшдаги беморлар руҳий ҳолатини тушунишлари зарур.

Қари ёшдаги беморлар тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилишганда уларни жамиятнинг тенг ҳуқуқли аъзоси деб билиш ва уларга алоҳида ҳурмат ва эҳтиром кўрсатиш зарур. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримовнинг 2002 йилни «Қарияларни қадрлаш йили» деб эълон қилиши қарияларга бўлган алоҳида ҳурмат ва эҳтиромнинг ҳаётга тадбиқ этилишидир.

Бундай беморларни даволашда уларнинг касаллик тарихи билан бир қаторда ижтимоий, психологик ҳолати билан ҳам танишиш лозим. Участка врачлари ёки ҳамшираси қари беморлар аҳоли билан яқиндан танишиб чиқиб, улардан тез-тез хабар олиб туришлари зарур. Айниқса, ёлғиз яшайдиган қарияларнинг ижтимоий, руҳий ва жисмоний аҳолини билиш гериатрик ёрдамнинг асосий вазифаларидан биридир.

Қарияларга касалхонада кенг шароитлар яратиш, улар билан кўпроқ суҳбатлашиш, ҳаётга қизиқишларини орттириш керак. Ҳамшира бундай беморларни нафақат овқатлантириши, ювинтириши ва кийинтириши, балки бундай беморлар билан психологик алоқа ўрнатиб, уларни соғайишга бўлган ишончини орттириши лозим. Гериатрик беморлар ўз ўтмишлари ҳақида фахрланиб гапирадилар, уларни кўпроқ ўтмиш ва ўтмиш воқеалари, ютуқлари қизиқтиради. Улар келажак ҳақида ўйлаш ва гапиришдан, ўлимдан кўрқадилар. Шундай пайтларда ҳамшира уларга ҳаётлари сермазмун фойдали ўтганлигини, ўз ота-оналик бурчларини яхши адо этганликларини, жамият учун катта фойда келтирганликларини айтиб бунга уларни ишонтириши ва қўллаб-қувватлаши керак. Бу қарияларнинг соғайишига ёрдам беради. Бундай беморларни касалхона ички тартиб-қоидаларига риоя қилишга мажбур қилмаслик керак. Участка терапевтлари эса бўш вақтларида қарияларни руҳан тетиклаштирувчи ва соғломлаштирувчи тадбирлар, суҳбатлар ташкил этишлари, фаол ҳаракатланувчи тартибни жорий этишлари, рационал овқатланишларида антисклеротик ва энергетик сарфни камайтирувчи парҳез овқатлар тайинлашлари лозим. Қарияларда ёшларга нисбатан уйқуга талаб кам бўлади. Бундай беморларни парваришlashда уларнинг уйқуси бетартиб бўлишини эсда тутиш зарур. Ҳаттоки юмшоқ ўрин-кўрпа, сим каравот уйқусизликка олиб келади, чунки бундай ҳолатда остеохондроз умуртқа поғонаси бўйлаб огриқ чақиради. Шунингдек, ортиқча шовқин, қўшниларнинг хурраги бунга сабаб бўлади. Бундай ҳолатларда уйқусизликнинг олдини олиш учун ухлатувчи, тинчлантирувчи дорилар тайинлашга шошмаслик керак, чунки уйқусизликнинг сабаби турлича бўлиши мумкин. Кечқурун тоза ҳавода сайр қилиш, оёқ ва белларини енгил уқалаш, оёқларни иссиқ кўрпага ўраб ётиш зарур. Кундузги уйқуни эса бирор қизиқарли машғулот билан алмаштириш керак, масалан, китоб, журнал ва газеталар ўқиш билан. Қарилик оқибатида буйрак ва сийдик ажратиш аъзолари фаолияти ҳам ўзгаради, уларнинг концентрацион хусусияти камайиб, тунги диурез кўпаяди, қариликда уйқу пайтида сийдик ҳосил бўлишининг физиологик камайиш ҳолати кузатилмади. Эркакларда кўпроқ простата безининг аденомаси пайдо бўлади.

Тунги диурезнинг кундузги диурез ҳисобига ортиши ҳам кексалар уйқусининг бузилишига олиб келади. Шунинг учун куннинг иккинчи ярмида, уйқудан олдин, кечки овқатда уларга суюқлик кам миқдорда берилади, иложи борича сийдик учун хоналарга сийдикдон берилади. Чунки қарияларда дизурик ўзгаришлар простата безининг аденомаси билан боғлиқ бўлиб, бундай беморлар тунда бир неча бор туришга мажбур бўладилар. Боз устига, бундай ҳолларда сийдик кам-кам томчилаб ажралади, натижа-

да уйқу бузилиб асабийлашганда улар йиқилиб тушишлари мумкин. Йиқилиш ва бахтсиз ҳодисалар қариялар ҳаётида тез-тез учраб туради, бунга кўриш ва эшитишнинг пасайиши, ҳаракат координацияси ва мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши, камқувватлик, оёқ мушакларининг бўшашганлиги сабаб бўлади. Йиқилиш ва травмаларга кескин бурилишни талаб қиладиган йўлаклар, ҳўл ва сирпанчиқ пол, палата ва коридорларда шкаф ва бошқа нарсаларнинг, буюмларнинг бетартиб жойлаштирилиши, коридор ва туалетларда махсус таянч тўсиқларнинг йўқлиги, ёруғликнинг хиралиги сабаб бўлиши мумкин. Қариликда суякларда бўладиган остеопороз ҳолатлар эса суякларнинг синишини оsonлаштиради.

Остеопороз — суяк массаси камайиши ва унинг таркибидаги минерал ва остеоид (органик)ларнинг нисбат меъёрининг бузилишидир. Эрта қаришда остеопорознинг I типи кузатилади. Бу ҳолат климаксдан кейин 10 йиллар ўтгач бошланиб, 60 ёшларга тўғри келади. Бу патологиянинг асосида суяк ғовак моддасининг йўқолиб, сўрилиб кетиши ётади. Бу ҳолда умуртқаларда компрессион, билакда эса типик жойдан синиш кузатилади. Шунингдек бел оғриши, кифоз ва бўйнинг пасайиши каби белгилар пайдо бўлади.

Остеопорознинг II типи 70 ёшдан кейин аёлларда ва эркекларда бирдек учрайди. Бу ҳолда суякнинг кортикал (қаттиқ) ва ғовак моддаси бирдек йўқолади. Шу сабабли сон суягининг ва умуртқаларнинг синиш эҳтимоли кўпаяди. Эрта остеопороз ривожланишининг энг муҳим омиллари: аёл жинсига мансублик, европоид ва монголоид ирқ, эрта бошланган менопауза (спонтан ёки овариоэктомиядан кейин), глюкокортикоид гормонлари билан ўтказилган даволашдир. Оилавий анамнезда эрта букчайиб қолишнинг мавжудлиги, овқатда кальций моддасининг камлиги, жисмоний фаоллик ва ҳаракатнинг чегараланганлиги, чекиш, алкоголни кўп истъеомол қилиш, меъданинг субтотал резекцияси, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, сурункали жигар касалликлари эрта остеопороз ривожланишининг хавфли омилларидан ҳисобланади. Бу хавфлар тиазид энуретиклар қўлланилганда камаёди деган тахминлар мавжуд. Бу хавфли омилларни эрта билиш учун аёлларда менопауза (эрта) бошланишига қараб суяк массасини монофотон абсорбция усули билан аниқлаш, айрим остеопорозга тегишли белгиларни билиш учун тавсия этилади. Бундай ҳолларда эстероген гормонлар билан даволашнинг вақтида бошланиши яхши натижаларга олиб келади (William E. Clatter).

Асосий модда алмашинуви — бу тинч ҳолатда инсон организмнинг энергияга бўлган талабидир. Бу инсон танаси юзасининг умумий майдонига тенг бўлади. Энергия сарфланишининг суткалик миқдори асосий модда алмашинувиға тўғри келишини аниқлаш Гаррис-Бенедикт тенгламаси ёрдамида ҳисобланади.

Аёллар учун = $655 + [9,6 * \text{оғирлик(кг)}] + [1,8 * \text{Бўй узунлиги(см)}] - [4,7 * \text{Ёши (йиллар)}]$.

Эркаклар учун = $66 + [13,7 * \text{оғирлик (кг)}] + [5 * \text{Бўй (см)}] - [6,8 * \text{Ёши (йиллар)}]$.

Касалхона коридорларида, ванналарида кексаларнинг юришига халақит берадиган ортиқча нарсалар бўлмаслиги керак. Ваннахонада уларни ёлғиз қолдириб бўлмайди, пол сирпанчиқ бўлмаслиги, сувнинг температураси 35°C дан ошмаслиги керак. Ваннахонада таянч мосламалари бўлиши шарт. Коридорларда девор бўйлаб ушлаб юриш учун махсус мосламалар бўлиши, кексаларнинг юришини осонлаштиради, йиқилиб тушиш хавфини камайтиради, замонавий даволаш муассасаларида барча хоналарда сигнализация, икки ёқлама телефон алоқаларининг бўлиши мақсадга мувофиқдир.

Бемор ўринининг баландлиги 60 см.дан паст бўлмаслиги ва функционал жиҳатдан қулай бўлиши лозим. Ёстиқлари, кўрпалари юмшоқ, иссиқ бўлиши, хона ёруғ, шинам, овқатланиш столи ва алоҳида лампа ҳам бўлиши, хона ҳарорати $20-23^{\circ}\text{C}$ бўлиши керак. Кекса ёшда бадан терисининг юпқалашиши сабабли терининг ҳимоя вазифаси бузилади, шунинг учун уларни ҳафтада 1—2 марта чўмилтириш зарур. Терининг қуруқлашган жойларига кремлар суртилади. Оёқ тирноқлари мўрт, қаттиқ бўлиши сабабли уларни иссиқ ёгли сувда буғлаб, қалоқларни кана-кунжут мойи билан юмшатиб, кейин олиб ташланади.

Беморларнинг ташқи қиёфасига ва кийинишига эътибор бериш, сочларини турмаклашга, тараб қўйишга ёрдам бериш, уларнинг кайфиятини кўтаради ва соғайишига ёрдам беради.

Ётоқ режимидаги кекса беморларни парвариш қилиш

Ёши катта ва кекса ёшдаги беморларни парвариш қилиш бир мунча мураккаб бўлиб тиббиёт ходимидан кўпроқ диққат-эътиборни, тиббий этика ва деонтология қонунларига риоя қилишни талаб қилади. Парваришнинг асосий мақсади — бемор шахсини ҳурмат қилиш, унинг жисмоний ва психик камчиликларига (инжиқлик, сергаплик, баъзан ақли пастлик ва бошқалар) сабртоқатли бўлишдан иборат.

Гипостатик пневмониялар, грипп, қон айланишининг бузилиши, уремия, кахексия, ўткир деменция, анемия, миокард инфаркти каби касалликларда беморлар узоқ вақт ҳолатини ўзгартирмай бир жойда ётиб қоладилар. Бу эса иштаҳанинг пасайишига, тромбоз эмболик асоратларга, сийдик ажралишининг қийинлашувига, сийдик йўллариининг инфекциясига, тана массасининг камайишига ётоқ яраларининг пайдо бўлишига олиб келади.

Организмда содир бўлаётган мускуллар атрофияси, оқсил камайишининг ортиб бориши, тўқималарда оксидланиш жараёнининг пасайиши, организмдан кальцийнинг чиқиб кетиши сенил остеопороз ва остеомалацияга олиб келади. Бундай беморларга ётган жойда гимнастика ва энгил массаж қилиш зарур. Узоқ вақт бир жойда ётган беморларнинг думғаза, курак, товон ва тирсақларида тери озикланишининг бузилиши оқибатида ётоқ яралар пайдо бўлади. Ётоқ яраларнинг олдини олиш учун кун давомида бир неча марта беморнинг вазиятини ўзгартириб туриш, кийимлари ва чойшабларининг бурмалари бўлмаслиги ва терилар озода бўлиши керак. Агар тери қизариб қолган бўлса, кунига бир марта 10% ли камфора спирти билан, сўнг нам сочиқ билан артилади. Яралар пайдо бўлган бўлса, уларга кучли калий перманганат эритмаси суртилиб, Вишневский малҳами, синтомицин линименти боғлаб қўйилади.

Сийдигини тута олмаслик, сийдик пуфагида яллиғланиш ёки тошнинг бўлиши, простата безининг касалликлари, аёлларда уретранинг касалликлари, мияда қон айланишининг бузилиши, деменция, миелит туфайли пайдо бўлади (бош мия ўсмалари). Сийдикни йиғиш учун тоза резинали сийдикдонлардан фойдаланилади ва бадан терисини тоза сақлаб турилади. Аёлларнинг ташқи жинсий аъзолари ҳар куни ювиб турилади ва чайилади, ювиш учун калий перманганатнинг кучсиз эритмаси ишлатилади.

Гериятрик беморларда учрайдиган қабзиятларга аҳамият бериш зарур. Булар овқатланишдаги нуқсонларга боғлиқ. Масалан мева-сабзавотлар, овқат рационада суюқликларнинг бўлмаслиги, нотўғри овқатланиш ва ҳ.к. Баъзи дори-дармонлар ва кам ҳаракатлилиқ ҳам қабзиятга олиб келади. Аммо кекса кишиларда қабзиятда ҳуқна тайинлаш ичакларни зарарлайди, бунинг ўрнига эса сутли ва ўсимликлардан тайёрланган, мева-сабзавотларга бой парҳез таомлар тайинланади, сурги дорилар буюрилади.

Қарияларда ахлатни тута олмаслик — проктит, тўғри ичак сфинктери соҳасидаги маҳаллий яллиғланиш, ўсмалар, нерв касалликларида, мияга қон қуйилганда кузатилади. Бундай беморлар алоҳида хоналарга жойлаштирилади, хона ҳавоси шамоллатиб турилади. Қари одамларнинг овқатланиш режимини ташкил этишда уларда учрайдиган атеросклероз, гипертония, диабет, остеопороз, онкологик касалликлар ҳисобга олинади, семиришнинг олдини олиш мақсадида аскорбин кислота, «Е», «А» витаминлари, остеопорознинг олдини олиш мақсадида «Д» витамини ва кальций буюрилади.

Қариликда овқат таркибидаги оқсил, ёғлар ва углеводларнинг нисбати 1,0:0,8:3,6 бўлиши керак. Овқатда углеводлар миқдори чекланган бўлиб, ош тузи эса 5—8 г гача камайтирилади, бу эса артериал босимнинг ошиши ва шишлар пайдо бўлишининг олдини олади.

Қари ёшдаги одам 1 кунда 4 марта овқатлангани маъқул. Биринчи нонушта овқатнинг умумий суткалик энергетик қиймати-

нинг 25%ни, иккинчи нонушта 15%ни, тушлик 35%ни, кечки овқат 25%ни ташкил этиши керак. Кечки овқат ухлашдан 2 соат олдин берилгани маъқул.

Гериатрия амалиётида оғир ётган беморларни даволаш, парвариш қилиш эффекти уни амалга ошираётган тиббий ходимнинг авторитетига боғлиқ.

Ёши катта ва кекса одамларни парваришлашни авваламбор ижтимоий ва ахлоқий томондан баҳолаш лозим. Чунки уларга парваришни амалга ошириш учун кўплаб тиббий ходимлар, беморнинг яқин кишилари, қариндош-уруғлар жалб этилади. Айрим ҳолларда уларнинг ўз мутахассислик фаолиятини тўхтатиб яқин одамини парвариш қилишига тўғри келади.

Кекса беморларга реабилитация чораларини бошлашдан аввал психотерапевтик сеанслар ўтказиб уларни бу муолажаларнинг режаси билан таништириш мақсадга мувофиқдир. Режанинг асосли эканлиги уларни даволанишга бўлган ишончини мустаҳкамлайди. Психологик тайёргарликнинг самарали бўлиши учун уларнинг индивидуал хусусиятларини, азоб-уқубатларини диққат-эътибор билан тушуниш, атрофдагилар билан мулоқоти қийинлигини ҳисобга олиш катта аҳамиятга эга.

Уларга гериатрик дозадаги дори моддаларини бериш билан бир қаторда касалликнинг ўткир даври ўтиб кетгандан кейин асосий парвариш бошланади. Айниқса гемиплегия, травматик шикастларда оёқ ва қўлларнинг функциясини, гомеостазни тиклаш учун индивидуал ёндошиб «Ҳаракат», «Мунтазам шуғулланиш» машқларини чидам билан амалга оширилади. Қари беморларнинг барча инжиқликларини ҳам инобатга олиб бўлавермайди. Акс ҳолда ўзи бажариши керак бўлган ҳатти-ҳаракатни ҳам тиббий ходимга юклаб қўйиши мумкин. Бу «Мунтазам шуғулланиш»нинг шартларидан биридир. Шу сабабли қарияларга ижтимоий ва тиббий ёрдам ягона бир тизимда амалга оширилади.

Дори моддаларининг қўлланилиши

Кекса беморларда дори моддаларини қўллашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Уларга дориларни оқилона ва камроқ ишлатишни ўргатиш тиббиёт ходимларининг муҳим вазифаларидан биридир.

Дори-дармонларни нотўғри тайинлаш оқибатида ёши 60 дан ўтган беморларда дори интоксикацияси ва унинг турли асоратлари кузатилади. Гериатрик беморларнинг организмдаги ёшга алоқадор ўзгаришлар дориларнинг ноҳўя таъсирини ошириб, кумуляцияга олиб келади.

Ҳазм аъзолари системасининг ёшга алоқадор физиологик ўзгаришлари перорал қабул қилинган дориларнинг абсорбцияси, сўри-

лишини издан чиқариб, секинлаштиради. Кекса одамларда меъда деворининг тонуси пасайиб, унинг ичакка эволюцияси секинлашади. Бу эса айрим кислотали муҳитга чидамсиз бўлган доридармонлар учун хавфлидир. Масалан пенициллинлар гуруҳига кирувчи дори воситалари шулар жумласидандир.

Кекса, ёши қайтган беморда бир вақтнинг ўзида бир нечта касалликнинг бўлиши унинг аҳволини оғирлаштириб, тўлақонли текширувдан ўтишига имкон бермайди. Беморда мавжуд бўлган қўшимча касалликлар (масалан оғир кечувчи гипертония касаллиги, юрак аритмияси, бошдан кечирилган миокард инфаркти) меъда ичак трактини эндоскопик текширишга имкон бермайди.

Меъданинг секретор қобилиятининг ёшга алоқадор пасайиши ҳам дорилар абсорбциясини секинлаштиради. Дори моддалари парентерал юборилганда ҳам қон айланишининг ва капиллярлар девори ўтказувчанлигининг пасайиши оқибатида дори абсорбцияси сустлашади, дорининг таъсири кечикади (25-жадвал).

25-жадвал

Герiatric беморларда дори моддаларининг қўлланилишида кузатиладиган фармакокинетик ва терапевтик ўзгаришлар

Параметр	Физиологик ва патологик ўзгаришлар	Фармакокинетик таъсири	Терапевтик таъсири
Тана массаси	Одатда камаяди	Дори препаратининг одатдаги дозаси қонда унинг концентрациясини оширади	Таъсир дозаси меъёрдан ортади
Ҳазм аъзоларининг секретцияси	Ҳазм аъзоларининг секретцияси пасаяди, моторикаси сусаяди	Сўрилиш тезлиги сусаяди, ингичка ичакка ўтиши секинлашади	Эффект камаяди дорининг таъсири узаяди
Юрак ва қон айланиши	Қон айланиши секинлашади	Дори моддаларининг организмда тарқалиши сусаяди	Клиник эффекти ва ноҳўя таъсири кўпаяди
Буйрак	Буйракда қон айланиш камаяди	Креатинин клиренси пасаяди	Дозасининг ошиши, дори таъсирининг кечикиши
Плазма оқсилли	Гипоальбуминемия	Боғланмаган дори концентрацияси ошади	Дорининг эффекти билан бир вақтда натижа таъсир реакцияси кучаяди

Гериатрияда дори моддаларини тана оғирлигига нисбатан таъинлаб бўлмайди, чунки тана оғирлиги 25 ёшдан 60 ёшгача 20%га, организмдаги ёғ миқдори 15—20%га камаяди, барча паренхиматоз органларнинг массаси ҳам кичраяди, гепатоцитлар сони камайиб, атрофияга учрайди. Дориларнинг парчаланишида асосий ўрин эгаллаган жигарнинг функцияси ўзгарганлиги сабабли катта ёшдаги беморларда дори интоксикацияси тез ривожланади.

Дори моддаларининг парчаланиш маҳсулотлари буйраклар орқали организмдан чиқарилади. Қариликда буйрак функцияларининг пасайганлиги туфайли уларга дори моддаларини жуда кам дозалардан бошлаш керак.

Фармококинетика — организмда дори моддаларининг сўрилишини, метаболизмни, дориларнинг организмдан чиқарилишини ўрганади. Фармококинетиканинг асосий вазифаси — организмдаги дори моддалари концентрациясининг биологик суюқлик ва тўқималар билан ўзаро боғлиқлигини ва унинг фармакологик эффектини ўрганади. Фармакодинамика — дорилар таъсирида организмдаги содир бўладиган ўзгаришларни ўрганади.

Аниқса, буйрак хасталиги бор беморларга хлорпропамид, сульфаниламидлар, тетрациклинлар, фурадонин каби дориларни буюриб бўлмайди. Ёш ўтиши билан бир нечта дори моддаларини бирданга қўллаш салбий натижаларга олиб келади. Гериатрик беморларнинг ижтимоий аҳволи, руҳий ҳолатини эътиборга олган ҳолда, агар дори моддалари зарур бўлгандагина «фармакотерапия» — узоқ муддатларга, кичик дозаларда дори моддаларини беришни бошлаб, сўнгра аста-секин индивидуал равишда дозасини ошириб бориш мақсадга мувофиқдир. Бундай беморлар дори моддаларини мунтазам қабул қилишлари зарур, бунинг учун ҳамшира дориларини ҳар гал беморнинг қўлига бериши ва назорат қилиши керак. Беморнинг қўллари қалтираши, хотира ва кўришнинг пасайиши оқибатида дориларни тўкиб юбориши, қабул қилишни эсидан чиқариши, томчи дориларни нотўғри ўлчаши мумкин. Бундай пайтда дори беришда беморнинг яқинлари ва ҳамшира унга кўмаклашиши зарур.

Гериатрияда дори тайинлашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд:

1. Кекса беморларга ҳамма касалликларда ҳам дори моддалари қўллаш шарт эмас.

2. Гериатрик беморлар организмдаги ёшга алоқадор бир қатор патологик ўзгаришлар сабабли дориларнинг ноўй таъсири ёшларга нисбатан юқорироқ бўлади.

3. Организмнинг дори моддалари ва уларнинг табиий метаболитлари таъсирига чидамлилиги пасайиб, интоксикация ривожланиши ортади.

4. Полипрагмазия, яъни бир нечта дори моддаларини бирданга қўллаш ноҳўя оқибатларга олиб келади. Иложи борича дорилар қабул қилиш интервалига риоя қилиш керак.

5. Даволовчи дозани ўрта ёшдаги одамга нисбатан 2 маротаба кам миқдорда тайинланади. Ижобий ўзгаришларга эришилгач, дозани яна камайтириш керак.

6. Антибактериал кимёвий препаратлар тайинлашда бу препаратларнинг кекса ёшдаги одамларда интоксикацияси кучли бўлганлигини инобатга олиб, камроқ дозаларда буюрилади.

7. Дори тайинлашда беморларнинг сув-туз рационали, суткалик сийдик ажралиши, кексаларнинг кам суюқлик истеъмол қилишларини эътиборга олиш керак, организмда суюқликнинг камайиши дори интоксикациясини кучайтиради.

8. Дори аллергияси каби асоратлар бўлишини эсда тутиш лозим.

9. Ёши катта одамларда ўсма касалликлари ривожланиш хавфи туғилиши мумкинлигини эътиборга олиб, витаминларни ва биостимуляторларни чегаралаш лозим.

10. Қарияларда жигарнинг зарарсизлантирувчи, буйракнинг сийдик ажратиш функциясининг пасайиши ўз навбатида дорилар ва метаболизм маҳсулотларининг организмдан чиқиб кетишини секинлаштиради. Организмда қабул қилинган препаратлар тўпланиб турли ноҳуш асоратларга олиб келади.

11. Юқорида келтирилган талаблар биринчи навбатда кучли, кенг қўламда таъсир этувчи дори моддаларига тегишлилигини алоҳида таъкидлаш лозимки. Масалан: юрак гликозидлари, седатив дори моддалари, гипотензив ва гормонал препаратлар.

12. Замонавий дори моддаларининг қуйидаги ноҳўя таъсир механизми мавжуд:

а) тератоген таъсири;

б) онкоген таъсири;

в) заҳарланиш;

г) иммунопатологик таъсири;

д) дисбактериоз ва суперинфекция;

е) туғма сабабга кўра дориларни кўтара олмаслик (энзимопатиялар билан боғлиқ);

ж) псевдоаллергик таъсири;

з) ўрганиб қолиш (наркомания, дориларни тўхтатиш синдроми, «синдром зависимости»);

и) психоген таъсири.

Юқорида келтирилган дори моддаларининг ноҳўя таъсирига уларнинг дозаларини нисбатан ёки абсолют кўпайтириш, жигар ёки буйрак етишмовчилиги натижасида дориларнинг ўта суст сўрилиши сабаб бўлади.

Кальций антагонистларнинг айрим дори моддалари билан ўзаро таъсири

Препаратлар	Ўзаро таъсир натижаси
Кальций антагонистлари + бетаблокаторлар	Кучли гипотензия ва юрак етишмовчилиги
Кальций антагонистлари + дигоксин	Дигоксин концентрацияси 50% ошади
Верапамил венага + дигоксин ёки обзидан	Асистомия
Нифедипин + хинидин	Гипотензия
Кальций антагонистлари + теофиллин, эуфиллин	Токсик таъсири кучаяди

27-жадвал

Диуретикларнинг айрим препаратлар билан норационал таъсири

Препаратлар	Ўзаро таъсир натижаси
Тиазидлар + препаралгипогликемик дори моддалари	Гипогликемик таъсирининг пасайиши
Тиазидлар + кортикостероидлар	Гипокалиемия
Тиазидлар + ҳалқали диуретиклар + литий препаратлари	Литий интоксикацияси
Тиазидлар + АПФ ингибиторлари (эналаприл 10 мг)	Дастлабки дозаларга ортостатик ўзгаришлар
Тиазидлар + бета блокатори	Гипергликемия

Гериятрик беморлар кўпроқ психоген сабабларга кўра дори-ларни қабул қила олмайдилар. Улар тиббий ходимларга у ёки, бу дорини қабул қила олмасликларини (фобик невроз оқибатида) чунки дори препаратлари қабул қилгандан сўнг тахикардия, бош оғриши ва айланиши, бўшашиш, терлаш, ички қалтироқ тутишидан шикоят қиладилар.

Гериятрик моддалар. Эрта қаришнинг олдини олиш учун қўлланадиган дори моддаларининг барчаси ўсмаларни профилактика қилишга йўналтирилган. Улар организмдаги моддалар алма-

шинувини меъёрга келтиради, асаб системаси, эндокрин ва иммун системаси функцияларини яхшилайти, яъни ёшартирувчи таъсир кўрсатади. Қариш жараёнини секинлаштирувчи препаратларни геропротекторлар деб аталади ва уларни 2 та катта гуруҳга бўлиш мумкин: микромолекуларнинг шикастланишига қаршилик қилувчи геропротекторлар. Бу гуруҳга мисол қилиб антиоксидант моддаларни келтириш мумкин.

Уларга витамин (А, С, Е)лар киради. Ёш ўтган сари организмнинг витаминларга талаби ортади. Витаминлар моддалар алмашинувининг катализатори бўлиб, ферментлар таъсирини амалга оширади. Атеросклерознинг олдини олиш ва даволашда С,Р,Е,РР, фолат кислота қўлланилади. Аскорбин кислота (витамин С) атеросклероз касаллигида липид алмашинувини яхшилайти, қонда холестерин миқдорини камайтиради.

«Р» витамини, аскорбин кислота билан бирга қўлланилганда, капиллярлар ўтказувчанлигини яхшилайти, гиалуронидаза таъсирини тормозлайди, гистамин ҳосил бўлишини камайтиради.

Стенокардияда, тромбангитда, ишемик ҳолатларда никотин кислота кенг қўлланилади.

«Д» витаминини кекса ёшли одамларга тайинлаб бўлмайти, чунки атеросклероз ҳолатини тезлаштиради. Декамевит, ундевит, метионин каби витаминлар комплекси геронтологик беморларга яхши наф беради. Геропротекторларнинг 2-гуруҳига қариш жараёни генетик программасининг амалга ошишини секинлаштирувчи препаратлар — антидиабетик бигуанидлар, эпителиамин, мелатонин, ҳамда овқатланиш калориясини камайтириш ва блар киради. Гериатрик беморларни микроэлементлар, новокаинотерапия, гормонлар ва биогеин стимуляторлар билан даволаш организмнинг қаршилиқ қобилиятини оширади, физиологик функциялар ишини қувватлайди. Лекин улар жуда эҳтиётлик билан қўлланилади. Чунки улар ўсмалар ривожланишини тезлаштиради. Агар назарий хавфлар позициясидан қараладиган бўлса, эрта қаришнинг олдини олишда қуйидагиларга эътибор қаратилади, яъни канцероген, радиоактив, мутаген моддалар билан контакт бўлмаслигининг олдини олиш лозим бўлади. Гериатрик беморларга физиотерапевтик муолажаларини тайинлашда юрак ва қон-томирлар системасидаги ёшга алоқадор ўзгаришларни эътиборга олиб, текширишлар ўтказиб, кейин тайинланади. Бундай беморларга дорилар электрофорези, ультратовуш билан даволаш, маҳаллий юқори частотали ультра даво, паст дозаларда Бернад токи, гальванизация яхши наф беради. Қариликда ультрабинафша нурларига сезгирлик ошиб кетади. Сув муолажаларини тайинлашда албатта электрокардиография ўтказилгач, рухсат берилгани маъ-

қул. Беморлар кислородли, азотли, йод-бромли ванналарни яхши кўрадилар, лекин сульфидли ва нарзан ванналари, сув ости массажи юрак хасталиклариди, гипертонияда тайинланмайди. 65—70 ёшлардан кейин санаторий ва курортларда даволаниш мақсадга мувофиқ эмас. Чунки қарияларда организмнинг адаптация қобилияти нисбатан чегараланган бўлади.

Гериатрик ёрдамни ташкил қилиш

Аҳоли сонининг қариялар ҳисобига ортиб бориши гериатрик ёрдамни тўғри ташкил қилиш, унинг тиббий ва ижтимоий асосларини билишни тақозо этади. Кекса ва ёши катта одамларга ёрдам кўрсатиш, уларнинг соғлиқларини тиклашда фақат тиббий чоралар билан чекланиб қолмай, балки ижтимоий нуқтаи назардан ҳам ёндошиш керак бўлади.

Беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш билан бир қаторда, уларнинг иш қобилиятини тиклашга, руҳий тетиклигини оширишга ва Қизил Ярим ой жамияти билан алоқа ўрнатишга ёрдам бериш керак. Ёлғиз яшайдиган, ўз-ўзига хизмат қила олмайдиган қариялар учун қариялар уйи ташкил қилинган бўлиб, уларда барча шарт-шароитлар яратилган.

Гериатрик беморларда қон айланиш доирасининг ёшга алоқадор ўзгаришлари ва касалликлари, қон томирларининг морфологик ўзгаришлари кузатилади. Йирик қон томирлари деворларида склеротик ўзгаришлар, мускул қаватининг атрофияси ва эластиклигининг сусайиши намён бўлади. Бу эса қон томирларининг кенгайиш ва қисқариш қобилиятини пасайтириб қон айланишини издан чиқаради ва артериал босим кўтарилишига сабаб бўлади. Миокарддаги склеротик ўзгаришлар юрак қисқаришларини камайтиради.

Қариликда кўп касалликлар аъзолар функциясининг ёмонлашуви, ёрдамга, парваришга муҳтожлик билан яқунланади. Қарияларда ёшлардан фарқли равишда, янги касалликнинг дастлабки белгиси ёки сурункали касалликнинг қайталаниши шу касалликка хос, специфик бўлмасдан шикастланган жойни аниқ топиб, ташхис қўйиш имкониятини бермайди.

Симптомлар ва синдромлар касаллик белгиси эмас, балки орган ва тўқималардаги қариш жараёнининг ифодасидир.

Касаллик организмдаги гомеостазнинг бузилиши туфайли, бу ҳодисага биринчи навбатда (Ухтомский доминантасига биноан) энг нозик жой, функционал система реакция беради. Ваҳоланки, ўзгаришлар касаллик билан боғлиқ бўлиб, у ўз вақтида аниқланиб ташхис қўйилса уларни бартараф этиш мумкин.

Масалан юрак етишимовчилиги, периферик шишлар беморнинг ҳаракатини чегарлашга, юришнинг қийинлашувига ҳаттоки ҳансираш пайдо бўлмасдан олдинроқ олиб келади.

Гериятрик ёрдамни ташкил этишда тиббиёт ходимлари органлар ва органлар системасида ёш билан боғлиқ қуйидаги муаммоларга дуч келадилар. Булар анорексия (иштаҳанинг пасайиши), озиш, сув-электролит алмашинувининг бузилиши, ҳарорат ўзгаришлари, (гипертермия, гипотермия) синкопал ҳолатлар, оғриқ, уйқунинг бузилиши, гипер, гипокалиемия, гипер, гипонатриемия, гиповолемиа, ҳушдан кетиш, атаксия, йиқилиш, ҳаракатнинг чегараланганлиги, психомотор ўзгаришлар, ётоқ яралар ва блардир.

ҚАРИЛИККА ХОС СИНДРОМЛАР

Иштаҳанинг пасайиши (Анорексия)

Эффектив ва оптимал (оқилона) овқатланиш — геронтологик профилактика муаммоларини ҳал қилишнинг муҳим компоненти (таркибий қисми) ҳисобланади. Тахмин қилишларича, хавфли омиллар аёл ва эркакларда турлича бўлади. Бу ҳолат аёллар учун оқилона овқатланиш бўйича махсус профилактик ва терапевтик стратегия танлашга имконият беради. Кавказда, афроамерикада яшайдиган кекса аёлларнинг 16—18% бир кунда 1000 калориядан камроқ кучга эга бўлган овқат қабул қиладилар. Бу ёш аёллар калориясига нисбатан анча камдир.

Қарияларда физиологик иштаҳанинг йўқлиги яширин кечаётган патологиядан дарак беради. Ёш қайтган сари, таъм, ҳид бишиш рецепторлари сусаяди ва овқатдан роҳатланишни чегаралайди. Улар нафақат тезда тўйиб қолдилар, балки турли-туман овқатлар ейишга хоҳиш ва истаклари бўлмайдди. Тахминан 75 ёшдан ошган аёлларнинг 50% ёлғиз яшайди. Ижтимоий изоляция ҳам бу хоҳишни минимумга келтириб қўяди, анорексия даволаса бўладиган депрессиями ёки руҳан соғлом индивидуумнинг хоҳиш иродаси эканлигини аниқлаш гериятрик тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан ҳисобланади. Масалан ангишвонагул препаратлари билан ўтказилган фармакотерапиянинг ноҳўя таъсири оғиз бўшлиғи муаммоларига, оқилона овқатланишнинг бузилишига олиб келади. Овқатнинг сифати ҳам анорексия сабабларидан бўлиши мумкин.

Сув электролит балансининг бузилиши. Қарияларда кўп касалликлар сув электролит балансининг бузилиши билан кечади. Қон плазмаси ҳажми камаяди. Турли касалликлар ва дорилар қон зардо-

бидаги калий миқдорига таъсир қилиб, улар ишқорий кислоталик балансини ўзгартиради.

Айниқса бу ўзгаришлар 65—75 ёшдаги одамларда кўзга ташланади. Чунки бу ёшда буйрак сийдикни концентрация қилмаган ҳолда ажратади. Бунга сабаб буйракнинг антидиуретик гормонга нисбатан резистентлигининг ошишидир.

Қарияларда қонда ренин ва альдостерон концентрацияси пасайиши ва нефронлар сонининг камайиши туфайли гипонатриемия ва сувсизланиш ҳолати кузатилади. Шунингдек уларда чанқоқ ҳисси ўзгаради. Шу туфайли ҳам қариялар дегидратациянинг юқори хавфи гуруҳига мансубдирлар.

Гиповолемия. Гиповолемия — организмда натрий ва сувнинг барабар камайишидир, дегидратация эса фақат сувнинг камайишидир. Бунинг сабаби оқилона овқатланиш тарзининг бузилиши (овқат ва сувнинг ноадекват кам истеъмол қилиниши), узоқ муддат ҳароратнинг юқори бўлиши, қусиш, ич кетиши, диуретик моддаларнинг узоқ муддат қўлланиши, буйракнинг сурункали касалликларидир. Бу ҳолат буйрак усти бези етишмовчилиги ва қандли диабетда ҳам кузатилади. Белгилари ақлий статуснинг ўзгариши, кўп ухлаш, бўшашиш ва ҳушдан кетиш. Текширилганда тери тургорининг пасайиши, шиллиқ қават ва терининг қуриб қолиши, тахикардия, ортостатик ўзгаришлар аниқланади. Бундай ҳолатлар агар сув дефицити унча кўп бўлмаса перорал суюқлик қабул қилиш билан чекланади. Неврологик ўзгаришлар туфайли ичиш мумкин бўлмаса ва сув дефицити кўп бўлса госпитализация қилиниб, сув дефицити парэнтерал (вена орқали) йўл билан тўлдирилади. Бу ҳолда қондаги электролитлар ва ишқор кислота баланси назорат остига олинади.

Гипернатриемия. Қон зардобидида натрий миқдорининг 155 ммольдан ошиб кетиш ҳолатидир. Гипернатриемия ривожланишининг сабаби сувнинг кам истеъмол қилиниши, юқори ҳарорат, диализ, тахипноэ, кўп терлаш, диарея, қусиш ва диуретиклар қўллашдир. Белгилари специфик уйқу босиш, бўшашиш, дегидратациядаги клиник белгилар кузатилади. Лаборатория текширишлари гемконцентрация белгиларини кўрсатади. Бундай беморлар фақат стационарда даволанадилар. Беморларга 5% ли декстроза вена орқали юборилади. Қон зардобидидаги натрий миқдори аста-секинлик билан пасайтирилади, акс ҳолда бош мия шиши кузатилади.

Гипертермия ва гипотермия. Гипертермия — терморегуляция механизмининг ноадекватлиги туфайли ҳароратнинг аномал равишда кўтарилишидир. Кекса одамларда бу ҳолат алоҳида хавф туғдиради, чунки иссиқлик ҳам кўпгина сурункали касалликларнинг қайталанишига сабаб бўлади. Оддий шароитда инсон организми иссиқликнинг 65% ини конвекция ва нурланиш орқали,

қолган 35% ини тери, ўпка, ажратув органлари орқали йўқотади. Кекса одамларда тер безлари фиброзга учраганлиги ва улар атрофидаги бириктирувчи тўқималар васкуляризациясининг бузилиши сабабли тер ажралиши учун ўта юқори ҳарорат талаб қилинади.

Симптомлар ва синдромлар:

Иссиқлик тутқаноғи — оғир жисмоний меҳнатдан кейин кўп терлаб (электролит ва суюқликлар) сувсизланиш оқибатида пайдо бўлади. Тана ҳарорати одатда меъёрида бўлади. Чанқоқни минерал сув ёки оддий физиологик эритмага озгина калий қўшиб қабул қилиш бу белгиларни бартараф этади.

Иссиқ уриши — енгил формасида анорексия, кўнгил айнаши, қусиш, дезориентация ва постурал гипотензия кузатилади. Тана ҳарорати бироз кўтарилади. Беморлар чанқайди, бўшашади, боши оғрийди, айланади, ҳатто ҳушидан кетади (МНС ўзгаришлари).

Иссиқлик уришининг оғир формаси ҳароратнинг 41 даражагача кўтарилиши, тер ажралмаслиги ва МНСнинг оғир ўзгаришлари билан кечади. Продромал (яширин) даврида бош оғриғи, бош айланиши, нафас қисиши кузатилади. Лекин кўпроқ ҳушдан кетиш дастлабки белги ҳисобланади.

Юрак ва томирлар фаолияти кексаларда гиподинамик реакциялар билан, яъни брадикардия, ипсимон пульс, паст ёки ноаниқ қон босими, гиповолемия, буйракда қисман протеинуриядан то каналчалар некротизацияга бўлган ўзгаришлар кузатилади.

Даволаш: иссиқлик уриши шошилиш ҳолатлар қаторига киради. Тана ҳароратини жуда тезлик билан тушириш керак 38,2°C—38,5°C гача совуқ сувга солиш, сўнгра аста-секин ўраб қўйиш (қисман совуқ ҳўл мато билан) мақсадга мувофиқдир.

Ҳушдан кетиш — тарқалиши чуқур ўрганилмаган. Лекин 25% қариялар ҳаётининг охириги йилларида ҳушдан кетганлигини таъкидлайдилар. Бу ҳолат ўлим хавфини туғдирмаса ҳам, муҳим оғир касалликнинг белгиси бўлиши мумкин.

Қарияларда ҳушдан кетишга сабаб бўлувчи омиллар:

— қон босимини ушлаб турувчи барорецепторларнинг таъсирланиши, ортостатик гипотензия;

— юрак етишмовчилигида ҳансираш ва гипервентиляция мияга қон келишини 40% камайтиради;

— сурункали обструктив касалликлар ва анемиянинг қариялар орасида кенг тарқалиши;

— гипотензив препаратларнинг қабул қилиниши;

— дефекация, тана ҳолатининг ўзгариши, кўп овқат истъомол қилиш.

Ҳушдан кетишнинг сабаблари:

— юрак билан боғлиқ (аортал стеноз, митрал регургитация, гипертрофик кардиомиопатия, ЮИК, тахикардияритмия) ва ҳ. к. ҳолатлар;

— вазомотор ўзгаришлар (ортостатик гипотензия, каротид синус синдроми, йўтал, ютиниш рефлекси билан боғлиқ ҳушдан кетишлар);

— церебрал (мия томирлар етишмовчилиги);

— организмдан суюқлик йўқотилиши сабабли;

— метаболик (гипоксемия, гипогликемия).

Кўпчилик қарияларда қон босими овқат истеъмол қилгандан кейин бир соат ичида ўртача 11 мм. симоб устунига камаяди. Сабаби, симпатик нерв системасининг меъда-ичак трактида қон айланишининг кучайишига ноадекват реакциясидир.

Каротид синуси синдроми — бўйинни, бошни кескин ҳаракатлантирганда, айниқса галстук таққанда пайдо бўлади. Бундай ҳолда анамнез тўплашда қуйидагиларга эътибор бериш лозим. Беморлар антихолинергик таъсирга эга бўлган (фенотиазин, трициклик антидепрессантлар), симпатолитик таъсирга эга бўлган (празозин, гуанетидин, резерпин), диуретиклар, вазодилататорлар (нитратлар, алкоголь) ҳушдан кетишни келтириб чиқариши мумкин.

Физикавий текшириш давомида қуйидагиларга эътибор берилади:

— қон босимини ётган ҳолда ўлчаш ва пульсни санаш, ўрнидан тургандан кейин 1 ва 3 дақиқа ўтгач яна қайтадан ўлчаш (албатта, пациент бу маневрга лаёқатли бўлса).

Пульснинг (юрак қисқариш маромининг ўзгармаслиги) барорефлектор механизмларининг патологияси, унинг меъёрдан ошиб кетиши, организм сувсизланганлиги оқибати, систолик қон босимнинг 20 мм. симоб устунидан пасайиши ортостатик гипотензия оқибати бўлиши мумкин.

Давоси:

Ҳушдан кетиш — мустақил касаллик бўлмасдан, айнан бирон-бир патологиянинг белгисидир. Шунинг учун амалга ошириладиган чора-тадбирлар асосий патологияга қаратилади. Тез-тез ҳушдан кетиш синус тугунининг бўшашиш синдроми, клапанларнинг органик патологияси туфайли вужудга келса, беморлар махсус кардиологик бўлимларда даволанадилар. Ортостатик гипотензиялар кузатилганда бемор рациониди туз истеъмоли бир оз кўпайтирилади. Эластик пайпоқлар кийиш, каравотнинг бош томонини кўтариб қўйиш тавсия этилади. Гипотензиялар овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлса, овқатни кам-кам ва тез-тез (5—6 марта) истеъмол қилиш буюрилади. Гипотензив препаратлар овқатдан кейинги пик даврида қабул қилинмайди. Овқатдан кейин албатта дам олиш тавсия этилади. Каротид синуси синдромида бетаблокаторлар, дигиталис (ангишвонагул) препаратлари, кальций антогонистлари, метилдофа қабул қилиш тавсия этилмайди.

Оғриқ. Одатда қариялардаги оғриққа анъанавий равишда кам эътибор берилади. Ҳозирги пайтда оғриқни коррекция қилишнинг қўшимча адекват стратегияси, терапияси мавжуд.

Бугунга қадар қариликда оғриқ сезгисининг кучайиши ёки камайиши мавҳум (сенсор механизмларнинг кучли таъсиротларга реакцияси) бўлиб қолмоқда.

Сурункали оғриқ ҳаёт сифати, тарзига кучли таъсир кўрсатади. Сурункали оғриқ синдроми деган махсус тушунча, термин қарияларнинг ҳаёт тарзини ўзгартириб уларнинг хулқ-атвориغا салбий таъсир кўрсатади (ижтимоий изоляция, ҳаётга қизиқишнинг йўқолиши, кундалик хатти-ҳаракатларнинг чегараланиши). Қарияларда ёшларга нисбатан бу синдром тезроқ ривожланади. Тиббий ходимдан оғриқнинг локализацияси, характери, оғирлиги, муддати, оғриққа, қўшимча белгиларга эътибор қилиш талаб қилинади. Сурункали оғриқ депрессияга олиб келади.

Даволашда албатта, оғриқни келтириб чиқарувчи сабаб эътиборга олинади. Фақат оғриқ эмас, балки функционал ва психоген ўзгаришлар ҳам даволанади. Бу ҳолатни даволаш ва баҳолашга кўп томонлама ёндошилиб, фармакологик воситалар, нейростимуляторлар, анестетиклар, жарроҳлик амалиёти, психотерапия кенг қўлланилади.

Реабилитация. Тиббиёт ходимлари гериатрик беморларда профилактик реабилитацион тадбирларни ўтказишни билишлари ва удалай олишлари керак. «Реабилитация» ёки соғлиқни қайта тикловчи даво чораларининг мақсади гериатрик беморларни ва ногиронларни оддий турмуш тарзига қайтариш ва мослаштириш, бегона одамларга муҳтожликдан қутқаришдир.

Реабилитация тиббий, жисмоний, психологик, педагогик, ижтимоий йўналишларни ўз ичига олиб, буларнинг барчасининг ишини координация қилиш тиббий ходимлар зиммасига юклатилади.

Реабилитация мураккаб жараён бўлиб, унинг тўртта тури мавжуд:

1. Тиббий реабилитация — беморларни даволаш.
2. Психологик реабилитация — беморларни руҳий депрессия, тушкунликка тушиш ҳолатидан чиқариш.
3. Ижтимоий реабилитация — жамоатчилик ва оила даврасидаги ҳаётини тиклаш.
4. Меҳнат реабилитацияси — меҳнатга лаёқатлилигини қисман ёки тўлиқ тиклаш.

Беморларни даволашнинг ўзи тиббий реабилитация ҳисобланиб, унинг муваффақияти, даво нечоғли эрта бошланганига боғлиқ. Реабилитациянинг барча турлари бир бири билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, бемор соғлиғини тиклашга қаратилади.

Кекса беморлар реабилитацияси даврида издан чиққан функцияларнинг тикланиши, кўрсатилган давонинг нафи жуда секинлик билан намоён бўлади. Реабилитация даврида гериатрик беморларга тиббиёт ходимларининг муомаласи, хатти-ҳаракатлари, уларнинг соғайишга бўлган ишончларини уйғотиши катта аҳамиятга эга.

Бош мия ўткир қон айланишининг бузилишидан кейинги парез ёки фалажликларда, травмаларда эрта бошланган реабилитацион тадбирлар, ҳаракатлар, машқлар организм функцияларининг тикланишига ёрдам беради. Бунда машқларни аста-секинлик билан кўпайтириб бориш лозим. Бемор реабилитациясида меҳнат билан машғул бўлиш муҳим ўрин эгаллайди, беморларни руҳан тетиклаштиради. Бундай беморларга меҳнат шароитини энгиллаштириш, қулай шароитлар яратиш муҳим ҳисобланади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг тавсияларига биноан реабилитация жараёни 3 босқични ўз ичига олади.

1. Стационар (жисмоний ва руҳий тиклаш).

2. Тузалиш даврида қўллаб-қувватлаш (иккиламчи профилактика).

3. Тузалгандан кейин қўллаб-қувватлаш (санаторий, профилакторий).

Никотин кислота, В₁₂, В₆, Е, Р витаминлари атеросклерознинг олдини олиш ва умумий қувватлаш учун қўлланилади.

Гериатрик кардиология

Қариш жараёнида юрак ва томирлар тизими мураккаб морфофункционал ўзгаришларга учрайди. Айрим ҳолларда «қари юрак» ҳақида гапириш анча мушкулдир. Чунки кўп жиҳатдан юракдаги ўзгаришлар қариликдан эмас, касалликдан дир.

Кексаликдаги юрак хасталикларининг асосини атеросклеротик ўзгаришлар ташкил этиб, гериатриянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади.

Атеросклероз 45—59 ёшларда бошланиб, организмнинг қаришини тезлаштиради. Атеросклерозни ривожлантирувчи омиллар:

1. Беморнинг ёши, жинси.

2. Қонда холестерин ва липопротеидларнинг ошиб кетиши.

3. Артериал босимнинг ошиб кетиши.

4. Чекиш ва спиртли ичимликлар ичиш.

5. Қандли диабет.

6. Овқат омиллари, семизлик.

7. Асабийлашиш, кўп ҳаяжонланиш.

8. Ирсий омиллар.

9. Кам ҳаракатланиш.

10. Қон ивучанлигининг издан чиқиши.

Атеросклероз ривожланишидаги асосий омил бу гиперлипид-протеинемиядир. Атеросклерознинг кўп учрайдиган белгилари: аорта склерози, кардиосклероз, мия томирлари склерозидир.

Атеросклерознинг олдини олиш учун уни келтириб чиқарувчи омиллар билан курашиш лозим. 40 ёшдан ошган барча беморларда холестерин, триглицерид ва липопротеидлар миқдори текширилади ва атеросклероз аниқланади. Беморларга холестеринсиз овқатлар ва турмуш тарзини ўзгартириш, антисклеротик моддалар буюрилади.

Бу моддалар 3 гуруҳга бўлинади:

1. Холестеринни ичаклардан сўрилишига қаршилик қилувчи моддалар — диоспонин, полиспонин, денгиз карами ва ҳ.к.

2. Холестеринни парчалантирувчи моддалар — линетол, арахиден, холестерамин ва ҳ.к.

3. Холестерин ҳосил бўлишига қаршилик қилувчи моддалар — булар клофибрайт, миосклерон, атромиден.

Бундан ташқари ўт ҳайдовчи воситалар, липотроп моддалар (холин, метионин, лецитин), йод препаратлари, аскорбин кислота ҳам холестерин миқдорини камайтиради.

Юракнинг ишемик касалликлари

Ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда юракнинг ишемик касалликлари юрак тож артерияларининг торайиб қолиши ва миокардда ишемиянинг пайдо бўлиши — атеросклероз оқибатида келиб чиқади.

Атеросклерозни келтириб чиқарувчи омиллар ва кексаликнинг ўзига хос ўзгаришлари юрак касалликларининг ортишига сабаб бўлади. Юракнинг энг кўп учрайдиган ишемик касалликлари стенокардия, миокард инфаркти, атеросклеротик кардиосклероз ва коронар етишмовчиликлар ҳисобланади.

Юрак ишемик касаллиги таснифи — буларга (1984 й. ВКНЦ): тўсатдан ўлим (юракнинг бирламчи тўхташи), стенокардия:

- зўриқиш стенокардияси;
- бирламчи зўриқиш стенокардияси;
- стабил стенокардия (I — IV);
- кучаяувчи зўриқиш стенокардияси;
- спонтан стенокардия;
- миокард инфаркти (трансмурал ва майда ўчоқли);
- постинфаркт кардиосклероз;
- юрак етишмовчилиги ва б.лар киради.

Стенокардия — кўкрак қисиши миокарднинг қон билан етарлича таъминланмай қолиши бўлиб, 60 ёшдан ошган беморларда юрак қон айланиш доирасида ёшга алоқадор, атеросклероз ва органик ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлади. Юрак оғриғи бундай беморларда типик ҳолда бўлиб, атипик кўринишда ҳам намоён бўлиши мумкин. Масалан гастралгик, астматик, огриқсиз кўринишларда бўлиши мумкин.

Оғриқсиз стенокардия 60—69 ёшлардаги беморларда 25%, 80—89 ёшларда 45% кузатилади. 25—64 ёшдаги одамларнинг 2—3% стенокардия билан касалланган бўлади.

Кекса ёшдаги беморларда стенокардия хуружи ўзгача кечади. Клиник кўриниши полиморфизмга эга. Хуружнинг вегетатив аломатлари суст кузатилади. Оғриқ кучли бўлмайди, балки оғирлик, бош оғриши, синкопэ, дискомфорт кузатилади, секинлик билан ривожланади ва фақат жағларга, бўйинга иррадиация беради. Кўпроқ неврологик симптомлар намоён бўлади. Бундай беморларда хуруж сабабчиси об-ҳавонинг ўзгаришлари, жисмоний ва ақлий зўриқиш ва кўп овқат истеъмол қилиш бўлади.

Стенокардиянинг профилактикаси ва давоси оғриқ хуружининг қандай шароитларда пайдо бўлишига боғлиқдир. Хуружлар ортиқча асабийлашишга алоқадор бўлса, беморга тушунтирилади, турмушда ва ишда қулай шароит яратиш, етарлича дам олиш, тинчлантирувчи препаратлар ичиб юриш тавсия қилинади. Ош тузи, ёғлар, углеводлар чеклаб қўйилади.

Хуруж пайтида нитроглицерин ёки валидол ёрдам беради. Агар бемор нитратларни кўтара олмаса, 5 мг.дан тил остига нифедипин ва В — адреноблокаторлар буюрилади.

Миокард инфаркти — юрак тож артерияларининг тромб билан тикилиб қолиши ёки ишемияси оқибатида ва миокарднинг озиклана олмай қолиб некрозга учрашидир. Қари одамларда касаллик сабаби нафас қисиши, умумий дискомфорт, синкопал ҳолатда ҳансираш пароксизми кузатилади. Ёши катта ва кекса ёшдаги беморларда миокард инфаркти кўпроқ пайдо бўлади. Бунга сабаб, қоннинг ёшга алоқадор биокимёвий ўзгаришларидир.

1. Қон томирларининг ёшга алоқадор склерози.

2. Гемодинамиканинг ёшга алоқадор ўзгаришлари.

Миокард инфаркти клиникасида ўзига хос фарқлар мавжуд. Оғриқ кучли бўлмаслиги, иррадиацияси ва жойи турлича бўлиши мумкин. Ёш ўтган сари инфарктнинг атипик формалари кўпроқ кузатилади. Масалан, абдоминал, гастралгик, астматик, аритмик, церебрал формалари. Ёши ўтган беморларнинг 35% да ва кексаларнинг 40% да инфарктнинг оғриқсиз формаси кузатилади. Бундай беморларда касаллик якуни ёмон бўлиб, бош мияда қон айланишининг бузилиши, қайта такрорланувчи инфаркт бўлиши мум-

кин. Юрак етишмовчилиги ва кардиоген шок фақат биринчи кун и эмас, кейинги кунлари ҳам пайдо бўлиши мумкин, бу эса буйрак етишмовчилигида, ишемик инсультга олиб келиши мумкин.

Касаллик асоратларидан юрак ритмининг бузилиши, миокард ёрилиши ва чап қоринча билан ўнг қоринча орасидаги тўсиқ ёрилиши, тромбоэмболик асоратлар, юрак аневризмаси касаллик оқибатини ёмонлаштиради. Миокард инфарктдан ўлган беморларнинг 60 % касалхонага ётқизилгунга қадар 2 соат ичида ҳалок бўладилар.

Кексаларда миокард инфарктининг ўзига хос белгиларидан яна бири майда ўчоқли инфаркт йирик ўчоқли инфарктга қараганда, кўпроқ учрайди ва 60 ёшдан кейин 20—22% ҳолатларда инфаркт қайталаниши мумкин.

Кексаларда миокард инфаркти атипик формада кечганлиги сабабли уни аниқлашда электрокардиография усули ёрдам беради. Т — тишча манфий бўлиб қолади, патологик Q — тишча пайдо бўлади, ST кесма изоэлектрик чизикдан юқорига ёки паст томонга сурилади.

Миокард инфаркти билан оғриган беморни даволаш ва парвариш қилиш

Биринчи навбатда оғриқ ҳужумини тўхтатиш керак. Тери остига 1—2 мл. морфин ва 0,5 мл. атропин сульфат юборилади. Агар ёрдам бермаса платифиллин қўшиб қайтариб 40—60 дақиқадан сўнг наркотик аналгетик қилинади. Артериал босимни кўтариш мақсадида кофэин, мезатон, кордиамин буюрилади. Юракнинг тож томирларида тромблар ҳосил бўлишини тўхтатиш мақсадида 2—3 кун давомида ҳар 6 соатда 5000—10000 ТБ дан мускул орасига гепарин юбориб турилади.

Фибринолитик воситалар билан даволаш кекса ёшдаги беморлар инфарктида яхши наф беради, аммо 70 ёшдан кейин қўллаш тавсия қилинмайди. Бемор функционал каравотга ётқизилади ва аҳволи тинмай кузатиб борилади, тери гигиенасига катта аҳамият берилади, ётоқ яраларининг олди олинади. Енгил ва осон ҳазм бўладиган овқат тайинланади. Биринчи 24—48 соат мобайнида қимирламай ётиш режими, 7—12 кундан кейин эса, аста-секин ҳаракатланувчи режимда бўлиши керак.

Касалликнинг 5—8 ҳафтасида уйга жавоб бериш мумкин. Стационардан чиқарилишда доимий жисмоний ҳаракатлар, пиёда сайр қилиш машқлари тавсия этилади, чекиш ва спиртли ичимликларни ичиш, асабийлашиш, оғир жисмоний меҳнат, югуриш таъқиқланади. Бемор амбулатория шароитида электрокардиография қилириб туриши, В-адреноблокаторлар, агар улар мумкин бўлмаса

кальций антагонистларидан дилтиазем, аспирин ичиб туриши маслаҳат берилади. Юрак ритмининг бузилишига қарши новокаинамид, обзидан, аймалин, калий тузлари, кокарбоксилаза буюрилади.

I. Миокард инфарктини агар ЭКГда Q тишчаси бўлмаса даволаш принципи қуйидагича:

— имкон қадар интенсив терапия блокига госпитализация қилиш;

— клиникагача бошланган медикаментоз даволашни давом эттириш;

— тўхтовсиз ЭКГ мониторинги, гемодинамика назорати;

— медикаментоз даволаш;

— коронар артерияларни реканализация қилиш мақсадида ангиноз статуснинг биринчи соатларида эндоваскуляр ва кардиохирургик усулларни қўллаш;

— жисмоний ва психологик реабилитация, медико-социал адаптация.

II. Миокард инфарктини ЭКГда Q тишчаси бўлган тақдирда даволаш принципи:

— ангиноз хуружни ёки унинг эквивалентини йўқотиш;

— некрóz ва ишемик зонасини чегаралаш;

— антангинал ва антиишемик воситалар;

— электролит ва метаболит ўзгаришлар коррекцияси;

— аритмиялар «фатал» турининг профилактикаси;

— антикоагулянт ва антиагрегантларни қўллаш;

— миокард перфузиясини тиклаш;

— тромболитик терапия;

— аортакоронар шунтлаш.

Миокард инфаркти билан оғриган беморлар диспансер ҳисобида бўлиб, доимий врач ва ҳамшира назоратида туради. Ҳамшира ва врач беморларнинг уйига бориб хабар олиб туриши, қариндошларига унинг парвариши, овқатланиши ва ҳаёт кечириши ҳақида керакли маслаҳатларни бериб туриши керак.

Аритмиялар. Ёши катта ва кекса одамларда кардиосклерознинг белгиларидан бири аритмиялар ҳисобланади. Бунга сабаб юракда қон айланишининг етишмовчилиги ва миокарднинг ишемиясидир. Кўпинча 50 ёшдан ошган беморларда юракнинг органик ўзгаришлари оқибатида экстрасистолиялар безовта қилади, яъни юракнинг вақтидан илгари қисқариши кузатилади. Бунда беморга худди юрак иши тўхтаб қолгандек бўлиб сезилади. Экстрасистолияни даволашда коронар қон томирларни кенгайтирувчи, миокардни қон билан таъминловчи, юрак етишмовчилигини бартараф этувчи воситалар тайинланади. Бунинг учун дигиталис препаратлари, строфантин, седатив моддалар ва транквилизаторлар бую-

рилади. Мускул орасига 5—10 мл.дан новокаинамид, 10 мл.дан лидокаин берилади. Эктрасистолияни босиш мақсадида овқатдан кейин кунига 3—4 марта 20—30 мл.дан 10 % ли калий хлор эритмаси мева сувлари билан ичириб турилади.

Гипертонияда пароксизмал тахикардиялар — атеросклеротик кардиосклероз, миокард инфаркти кузатилиб, юрак ритмининг бирдан тезлашиб, юрак қисқаришларининг минутига 180—250 тагача етиб қолиши ва бирдан секинлашиб, асига келиб қолишдан иборатдир. Касаллик юрак ўйноғи хуружлари билан кечади.

Кекса ёшдаги беморлар бундай аритмияларни жуда оғир ўтказдилар. Бундай ҳолларда строфантин, аймалин, новокаинамид, калий хлор ва стационар шароитида хинидин буюрилади. Қоринчаларнинг пир-пир учиши, яъни фибрилляцияси клиник ўлим ҳисобланиб, бунда юракдан қон отилиб чиқмай кўяди. Гериатрик беморларда ҳам электр дефибрилляциясини ўтказиш мумкин.

Гериатрик беморларда юрак ва коронар қон томирларининг склеротик ўзгаришлари оқибатида юрак ўтказувчанлиги бузилиши, яъни блокадалар кўп кузатилади. Блокадаларни даволашда мезатон, кофеин, белладонна, атропин қўлланилади. Қоринчалар ритми кескин сусайиб қолганида (30 тадан кам бўлганда) Адам-Стокс-Морганьи синдроми бошланади, кескин брадикардия сабабли мияда қон айланишининг бузилиши мумкин. Бунда тери остига изадрин ёки эфедрин, мезатон ва кортикостероидлар, электрокардиостимуляция буюрилади. Ҳамшира бундай беморларга жуда катта эътибор бериб, тинчлантириши лозим. Чунки айрим ҳолларда даволаш хужайралар реактивлиги бузилганлиги, кахексия туфайли ёмон асоратларга олиб келади. Тана массасига нисбатан паренхиматоз органларнинг атрофик инволюцияси тез ва эрта пайдо бўлишини эсда тутиш лозим. Шунинг учун кексаларда тана массаси медикаментлар дозасида асосий критерий ҳисобланмайди.

Гериатрик беморларда артериал гипертензиянинг ўзига хос хусусиятлари

Артериал гипертензия кексаларда ёшларга нисбатан кўпроқ учрайди. Одатда систолик босим 80 ёшгача ҳам ортиб бораверади, диастолик босим эса 50 ёшгача ошиб боради, кейин ўзгармайди, ҳатто пасайиши кузатилади.

Беморларнинг ёши қайтган сари артериал босими ҳам ортиб боради, чунки йирик қон томирлар деворларида ёшга алоқадор ўзгаришлар кузатилади, қон томирлар эластиклигини йўқотади, эктазия ва чўзилиш рўй беради. Иккинчи томондан гериатрик

беморлар қон томирларидаги атеросклеротик ўзгаришлар қон томирларининг торайишига сабаб бўлади.

Кекса беморларда артериал босимнинг 160/95 мм. сим. устунидан ортиб кетиши алоҳида текширув ўтказишни талаб қилади. 60 ёшдан ошган беморларда касаллик келтириб чиқарувчи сабабларга кўра бирламчи артериал гипертензия ва иккиламчи систолик (атеросклеротик) гипертензия фарқланади.

Бирламчи артериал гипертензия бу эссенциал гипертензия бўлиб кексаликда бу касалликнинг келиб чиқишига организм артериал босимини бошқариб турувчи олий нерв фаолиятининг, мия пўстлогининг, гипоталамус функциясининг издан чиқиши сабаб бўлади. Касалликнинг 1-босқичида беморлар уйқусизлик, тажанглик, тез чарчаш каби симптомларга унча аҳамият бермайдилар. Фақат бош айланиши ва камроқ бош оғриқлари, ҳансираш безовта қилиши мумкин (жисмоний зўриқишда). Гипертоник кризлар клиникаси сушт ифодаланган бўлиб, бу жуда хавфлидир, чунки ўз вақтида кўрсатилмаган тез ёрдам беморда инсульт ёки ўткир юрак етишмовчилигига, периферик томирлар атеросклерозига, ЮИКга, бўйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

Касалликнинг 2-босқичида А/Б 180/100 мм. симоб устунига тенг бўлади. Кризлар пайтида 260/140 мм. симоб устунига етади. Кекса ёшдаги беморларда касаллик манзараси сушт бўлишига қарамай албатта инструментал — диагностик текширув ўтказиш зарур, ЭКГ да левограмма, Т-тишчанинг патологик ўзгаришлари, ST сегмент изоэлектрик чизиқдан пастда, юрак чапга кенгайган бўлади. Қонда умумий липидлар сони ошган бўлади.

Гериатрик беморларда кўз тубини текшириш муҳим маълумотларни бермайди, сабаби кўз тубидаги ёшга алоқадор склеротик ўзгаришлар ва кўз гавҳарининг хиралашиб қолишидир.

Систолик артериал гипертония (атеросклеротик). Бу касалликда клиник белгилар сушт ёки умуман бўлмаслиги мумкин, систолик босим ошиб, диастолик босим ўзгармайдиган бўлади. Бунга сабаб йирик артерияларнинг атеросклероз оқибатида торайишидир. Касалликка ўзгарувчан лябил артериал босим характерлидир.

Касаллик клиникасида систолик босимнинг юқори бўлиши, бош айланиши, қулоқлар шанғиллаб туриши кузатилади. Бош оғриғи безовта қилиши мумкин. Беморларни субъектив белгилар безовта қилмаслигига қарамай тез-тез ЭКГ ўтказиб туриш лозим.

Систолик гипертониянинг 4 хил варианты ажратилади:

- гемодинамик вариант (аорта атеросклероз);
- коронар ишемик;
- церебрал ишемик;
- реноваскуляр.

Артериал босим кексаларда қуйидаги кўрсаткичларда бўлади.

60—69 ёшда 130—135/80—85 мм. симоб уст.

70—79 ёшда 135—140/80—85 мм. симоб уст.

80—89 ёшда 135—140/85—90 мм. симоб уст.

60 ёшдан ошган шахсларда артериал босим 155—99 мм. симоб уст. дан ошса артериал гипертония ҳақида ўйлаш керак бўлади.

80 ёшли кексаларнинг 9—10% да артериал босим 110/170 мм. симоб уст.га тенг бўлади.

Гериатрик беморларда гипотензив воситаларни қўллашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд:

— гипотензив моддалар дозасини 2—3 марта камайтириш;

— артериал босимни аста-секин пасайтириш;

— артериал босимни бирданига тез тушириб юборадиган препаратларни қўлламаслик (ганглиоблокаторлар, изобарин);

— раувольфий препаратларини, диуретикларни, В-адреноблокаторни тайинлашда эҳтиёткорлик;

— беморга невропатолог маслаҳатини ўтказиб бориш зарур.

1985 й.дан бошлаб чуқур ҳар тарафлама текширишлар шуни кўрсатдики, кексаларда АБ ни албатта фаол гипотензив препаратлар билан даволаш лозим. Бу оила врачлари ва ҳамширалари зиммасига катта маъсулият юклайди. Чунки гериатрик беморларнинг 50% врач кўрсатмаларига амал қилмайдилар. ЭКГ, қон ва сийдик таҳлилини сурункали ўтказиб туриш зарур. Кекса беморларни даволашда катта ёшдаги беморларга бериладиган дозанинг 1/2 ёки 1/3 қисми қўлланилади.

Гериатрик беморларда гипертонияни даволаш меҳнат ва турмушнинг оптимал шароитларини яратиш, тинчлантирувчи воситалар тайинлаш, ош тузини чеклаш, яхши дам олиш ухлаш, парҳез буюрилади. Раувольфий препаратларидан рауседил ва раувазан 0,002 дан 0,008 г. гача жуда эҳтиётлик билан қўлланилади. Гериатрияда ҳам адренергек воситаларни қўллаш мумкин, булар клофелин ва метилдофа ва б.қ.лар. Диуретиклардан 0,025 г. гипотизид, 0,02—0,04 г фуросемид, верошпирон 0,025—0,05 г. дан ошмаслиги керак.

Гериатрияда гипертоник кризларни бартараф этувчи восита дибазол ҳисобланади. 0,05% ли 2,0—4,0 мл. дибазол мускул орасига юборилади, дибазол билан даволанишда ҳар 10 кунда ЭКГ текшириб турилади.

Юқоридаги даво наф бермаганда схема бўйича даво босқичи буюриш мумкин.

1-босқич. Енгил формадаги гипертензияда, раувольфий препаратларидан раунатин 0,002 гр. дан кунига 3—4 марта;

1-«а» босқич. Нисбатан ўртача оғирликдаги гипертензияда клофеллин, допегит ёки апрессин билан монотерапия ўтказилади.

2-босқич. Диуретиклар билан адреноблокаторлар биргаликда қўлланилади.

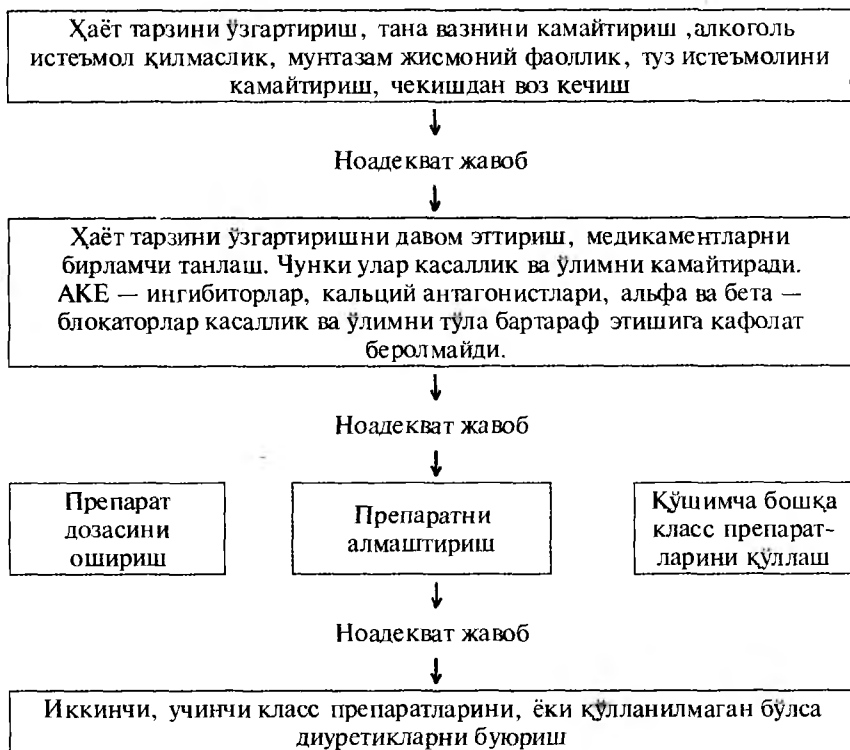
3-босқич. Ўртача оғир гипертензияда, диуретиклар, адреноблокаторлар (резерпин) ва вазодилататор (апрессин) қўлланилади. Гериатрияда бета адреноблокаторлар кенг қўлланилади, яъни носелектив препаратлар анаприлин, обзидан пиндолол (вискен), селектив препаратлар атеналол, блокаторлар билан бир қаторда эса альфа, бета адреноблокаторлари, АПФ ингибиторлар, кальций антогонистлари, диуретиклар қўлланилади. Диуретиклар қўлланилганда гипокалиемиянинг олдини олиш мақсадида 0,5 г дан 3 маҳал калий препаратлари ёки калийга бой бўлган олма, ёнғоқ, куруқ мевалар, ўрик тайинланади.

Касаллик профилактикасида асаблар зўриқиши, тунда ишлаш, чекиш, спиртли ичимликлар ичиш таъқиқланади. Қовурилган, ачиқ таомлар, кофе беморларга умуман таъқиқланади.

Беморлар диспансер кузатувида бўлиб, уларга санаторий ва профилакторийларда дам олиш маслаҳат берилади.

8-схема

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари томонидан таклиф этилган гипертензияни даволаш алгоритми



Асоратсиз гипертоник кризисни даволаш асосан қонни периферик қон томирларига тақсимланишини таъминлашга қаратилади. Чунки юрак минутлик ҳажмини ўзгартириш алоҳида аҳамиятга эга эмас. Қон босимини аста-секинлик билан тушириш (20—40 дақиқада) муҳим ҳисобланади. Кекса одамларда қон босимини тушириш мия ва юрак фаолиятининг яхшиланишини таъминлай олмаслигини эсда тутиш лозим.

АБ ни тез тушириш тактикаси ўткир чап қоринча етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник кризларда қўлланса мақсадга мувофиқ бўлади. Гипертоник кризни даволашда ишлагиландиган препаратлар икки гуруҳга бўлинади: 1-гуруҳ препаратлари бир зумда тез эффект берса, 2-гуруҳ препаратлари аста-секин гипотензив эффект беради.

1-гуруҳга ганглиоблокаторлар, альфаадреноблокаторлар, нейрорелептик хусусиятга эга бўлган (аминазин, дроперидол) клофеллин (кўтара олишига қараб) нитропруссид натрий буюрилади. Ганглиоблокаторлар кекса ва қари одамларда эҳтиёткорлик билан қўлланилади (фақат асоратлар ўпка шиши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳолати бундан мустасно). Шунингдек, жигар, буйрак хасталиги монъелик ҳолатлари бўлиб ҳисобланади.

2-гуруҳ препаратлари дибазол, сийдик ҳайдовчи препаратлардир. Ортостатик коллапс хавфини олдини олиш учун 1-гуруҳ препаратлари қабул қилингандан сўнг беморлар 2—3 соат ўринда ётишлари ва носилкалар ёрдамида транспортировка қилинишлари тавсия этилади.

Кучли ифодаланган тахикардия билан кечувчи супрвентрикуляр аритмияларда бетаадреноблокаторлар индерал, обзидан венага 2—5 мг физиологик эритма билан томчилаб юборилади. Ўткир чап қоринча етишмовчилигида ганглиоблокаторлар қўлланилади. 0,5—1,0 мл 5% ли пентамин эритмаси, ёки 0,25% ли дроперидол 50 мл физ. эритма билан томчилаб вена орқали юборилади. АБ ни доимий назорат қилиб диуретиклар қўлланилади. Қарияларда албатта церебрал қон айланиши диққат-эътибордан четда қолмаслиги керак. Қарияларда юрак гликозидлари, пирацетам, мияда қон айланишини яхшиловчи кавинтон (винпотцетин) қўлланилади ва умумий амалиёт врачлари ва ҳамшираси доимий назорат қилиб туради. Бундай беморларга адекват жисмоний фаоллик, гиподинамияга қарши тадбирлар, чекишни, кўп овқат истеъмолини чегаралаш, регуляр дам олиш тавсия қилинади.

ГЕРИАТРИЯДА НАФАС ОЛИШ СИСТЕМАСИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ЎЗГАРИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

Нафас аъзолари касалликлари кексалар патологиясида муҳим ўринни эгаллайди. Кўпроқ мустақил касаллик сифатида эмас, балки хавфли асоратлар тарзида учрайди. 60 ёшдан ошган одам организмининг кўкрак — суяк мускул скелетида дистрофик — дегенератив ўзгаришлар рўй беради, кўкрак қафаси деформацияланиб, бочкасимон тус олади ва ҳаракатланиши чекланади. Бу ўзгаришлар ўпка вентиляциясига ноҳўя таъсир кўрсатади. Бронх деворининг мускул қавати атрофияга учраб, тораяди, шилимшиқ тўпланади, бронхларнинг перистальтикаси пасайиб балғам кўчиши сусаяди. 60 ёшдан ўтган одамларда ўпка ва бронхларнинг бириктирувчи тўқимасида деструктив ўзгаришлар рўй беради. Ўпка артерияси ва артериолаларида ривожланган фиброз уларнинг эластиклигини пасайтиради. Ўпка тўқимасидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ўпканинг тириклик сифimini анча кенгайтиради. Альвеолаларнинг нафас олиш юзаси 40—45% га камаяди. Ўпка капиллярлари мўрт бўлиб қолади.

Кекса ва ёши катта одамларда артериал қоннинг кислород билан тўйиниши пасаяди, артериал гипоксемия ривожланади. **Ўткир бронхит** — бронхларнинг ўткир яллиғланиши бўлиб, кексаларда грипп ва ўткир респиратор касалликлар оқибатида келиб чиқади. Касаллик сабабчиси кўпинча вируслардир. Беморларда ланжлик, тўш орқаси ачишаётгандек, тирналаётгандек бўлиб сезилади. Тана температураси нормада ёки субфербил бўлади. Аввал йўтал қуруқ бўлади, кейин шилимшиқ-йирингли балғам кела бошлайди. Кексаларда яллиғланиш бронхиолаларга ҳам тарқалади. Бронхиолит қўшилгач, бемор аҳволи ёмонлашади, интоксикация кучаяди, тахикардия, гипотония, ҳансираш кузатилади, юрак етишмовчилиги қўшилади. Ўпка аускультациясида қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади.

Беморни даволашда албатта ётоқ режими тайинланади. Ўпка вентиляциясини энгиллаштириш мақсадида бемор ярим ўтирган ҳолда ётгани маъқул. Кексаларда сурункали бронхит, пневмония каби асоратларнинг пайдо бўлиш эҳтимоли бўлгандагина антибиотиклар, сульфаниламидлар тайинланади (ампициллин, эритромицин, бисептол, сульфадиметоксин). Йўталга қарши либексин, глаувент, иситмага қарши ацетилсаллитцилат кислота, балғам кўчирувчи термопсис, мукалтин, бромгексин буюрилади. Натрий гидрокорбонатли ёки бошқа ишқорий ингаляциялар тавсия қилинади. Кўкрак қафасига хантал, спиртли компресслар қўйилади, шунингдек ноанъанавий халқ табobati липа гули, мать и мачеха, алтейдан тайёрланган

дамламалар кенг қўлланилади. Вақтида ўтказилган даво муолажалари ва парваришда касаллик соғайиш билан тугайди.

Сурункали бронхит — бронх деворининг диффуз яллиғланиши бўлиб, кексаларда энг кўп учрайдиган касалликлардан бири ҳисобланади. Касалликнинг сабаби ўткир бронхитлар, юқори нафас йўллариининг хроник катарлари, заҳарли омиллар, касб касалликлари, чекиш, нам иқлим бўлиши мумкин.

Дастлаб касаллик бошланишда алоҳида кўзга ташланадиган белгилар кузатилмайди. 1-навбатда беморни қуруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, дармонсизлик, салга чарчаб қолиш безовта қилади. Балғам шилимшиқ йирингли бўлиб, йўтал совуқ тушиши билан ёки зах жойларда кучаяди. Аускультацияда қаттиқ нафас, қуруқ ва нам хириллашлар эшитилади. Бронхлар ўтказувчанлигининг бузилиши эмфизема пайдо бўлишига, деструктив ўзгаришлар эса бронхоэктазларга олиб келади.

Бу ўзгаришлар нафас етишмовчилиги ва юрак касалликларига аллергик компонент қўшилса, бронхиал астмага олиб келиши мумкин. Сурункали бронхитда нафас етишмовчилигини аниқлашда ҳансирашга эътибор берилади.

1-даражали нафас етишмовчилигида ҳансираш жисмоний зўриқишда пайдо бўлади, цианоз бўлмайди, нафас системасидаги ёрдамчи мускуллар ўпка вентиляциясида иштирок этмайди.

2-даражали нафас етишмовчилиги енгил жисмоний ҳаракатларда ҳам доимий ҳансираш, енгил цианоз, чарчаш кучли бўлади, ёрдамчи нафас мускуллари вентиляцияда иштирок этади.

3-даражали нафас етишмовчилигида тинч пайтда ҳансираш, цианоз ва чарчаш кучли ифодаланган бўлиб, нафас олишда ёрдамчи мускуллар доимо иштирок этади.

Сурункали бронхитнинг энг кўп учрайдиган асорати ўчоқли пневмония бўлиб, бунда бемор аҳволи ёмонлашиб, ҳансираш кучаяди, адинамия, тахикардия пайдо бўлади. Сурункали бронхитнинг кўзиган даврларида беморларда делириоз ҳолатлар, психозлар кузатилиши мумкин, бу эса мия қон томирларидаги ёшга алоқадор ўзгаришлар ва гипоксия туфайлидир. Сурункали бронхитни даволашда бронхларда яллиғланиш жараёнини йўқотиш, бронх ўтказувчанлигини яхшилаш, гипоксияга қарши курашиш, организмнинг қаршилиқ қобилятини ошириш ва касаллик келтириб чиқарувчи омилларни бартараф этиш зарур.

Касаллик кўзиб турган пайтда антибиотиклар (пенициллин, стрептомицин, канамицин) ва сульфаниламидлар (бисептол, сульфален, сульфадиметоксин) буюрилади.

Бронхиолитиклардан эуфиллин, эфедрин, платифиллин, изадрин, беротек тайинланади. Балғам кўчирувчи, десенсибиловчи

воситалар ва оксигенотерапия, физиотерапевтик муолажаларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Беморга жисмоний машқлар, организмни чиниқтириш, тоза ҳавода сайр этиш, инфекция ўчоқларини санация қилиш, чекишни ташлаш тавсия этилади (29-жадвал).

29-жадвал

Пневмонияни даволашда антибиотикларни танлаш

Клиник ситуация (ҳолат)	Тахминий қўзғатувчи	Антибиотик
60 ёшдаги кексаларда энгил кечувчи (асоратсиз) зотилжам	Пневмококк, микоплазма, хламидия	Макромедлар
60 ёшдан ошган кексаларда бошқа ёндош касалликлар фониди кечувчи зотилжам	Пневмококк, гемофил таёқча	Аминопенициллинлар, амоксициллин, макромедлар, ампициллин, сульфбактам, II гуруҳдаги цефалоспоринлар
Оғир кечувчи зотилжам	Пневмококк, гемофил таёқча, микробли ассоциациялар	Амоксициллин, (клавулановая кислота, ампициллин) сульфбактам, макромедлар, III гуруҳдаги цефалоспоринлар
Оғир кечувчи зотилжам ўлимга олиб келувчи омилларнинг кўпайиши	Пневмококк легионелла, грамманфий таёқчалар	III гуруҳга кирувчи цефалоспоринлар, макромедлар

Ўткир пневмония — ўпка тўқимасининг яллиғланиши касаллиги бўлиб, касаллик қўзғатувчиси бактериялар, вируслар бўлиши мумкин. Кексаларда пневмония кўпинча бошқа бирор касаллиكنинг асорати ёки организмнинг қаршилик қобилияти пасайганлиги сабабли мустақил касаллик тариқасида бошланади. Оғир ички ва хирургик касалликлар билан оғриб қимирламай ётадиган беморларда гипостатик пневмониялар ривожланади. Қаттиқ совқотиш, руҳан зўриқиш, яхши овқатланмаслик ва нафас йўллари-нинг яллиғланиш ҳоллари пневмонияга мойиллик яратувчи омиллардир.

Касаллик клиникаси бирдан бошланмайди, умумий беҳоллик, лоҳаслик, иштаҳанинг пасайиши, бемор эс-ҳушининг айниши кузатилади. Кексаларда қалтираш, йўтал, кўкракда оғриқлар каби симптомлар кузатилмайди. Беморлар объектив текширилганда юзи,

лабларида цианоз, нафас тезлашган, қаттиқ бўлиб аускультацияда қуруқ хириллашлар ва крепитация эшитилади.

Қон таркибида лейкоцитлар нормада, ЭЧТ ошган бўлади. Пневмония сабабли кексалар юрагида миокардиодистрофик ўзгаришлар, буйраклар зарарланиши кузатилади. Касаллик клиникаси сустифодаланганлиги сабабли рентгенологик текширув натижасига кўра пневмония диагностика қилинади. Касалликнинг дастлабки пайтларидан бошлаб антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар буюрилади. Ўпка тўқимасига яхши сингадиган антибиотиклардан цефалоспоринлар, ярим синтетик пенициллинлар қўлланилади.

Кексаларни антибиотиклар билан даволаш жараёнида, замбуруғли касалликларнинг олдини олиш мақсадида нистатин, леворин, поливитаминлар тайинланади. Қон айланиш системаси асоратларининг олдини олиш мақсадида юрак гликозидлари, кордиамин, коразол, камфора тайинлаш мақсадга мувофиқдир. Балғам юмшатувчи, кўчирувчи воситалар ва оксигенотерапия ўтказиш зарур.

Гериатрик беморларнинг иммунобиологик фаолиятини кучайтириш мақсадида биоген стимуляторлар қўллаш: ФИБС, алоэ экстракти, адаптоген препаратлар, элеутерококк экстракти, женьшень илдизи дамламаси, апилак буюрилади.

Ҳамшира пневмония билан оғриган беморларга касаллик профилактикаси ва унинг асоратларини тушунтириши лозим. Беморлар турли респиратор касалликларнинг олдини олиш, организмни чиниқтириш, нафас гимнастикаси қилиш кераклиги ва чекиш мумкин эмаслигини билишлари керак.

Кексаларда нафас йўли ва ўпканинг сурункали касалликлари оқибатида ўпка тўқимаси ва бронхларда бириктирувчи тўқима ўсиб кетиши мумкин, бу касаллик пневмосклероз деб аталади, бунда беморни ҳансираш безовта қилади. Рентгенограммада ўпканинг ўзгариб қолгани, ўпка илдизидан чиқиб келаётган тарам-тарам соялар борлиги маълум бўлади.

Гериатрик беморларда сурункали бронхит, пневмониялар, ўпка сили, бронхиал астма касалликлари оқибатида ўпка эмфиземаси пайдо бўлади. Ўпка эмфиземаси — бу альвеолаларнинг ҳаво билан тўлиб, кенгайиб кетиши ва эластиклигининг йўқолишидир. Бу касалликда беморларни ҳансираш ва йўтал безовта қилади. Ҳансираш экспиратор характерга эга бўлади, кўкрак қафаси бочкасимон шаклга киради, бемор юзида цианоз кузатилади, объектив текширилганда ўпкада қутича товуш, қуруқ ва нам хириллашлар топилади (30-жадвал).

Пневмонияда ўлим хавфи омилларининг кўпайиши

Клиник кўрсаткичлар	Лаборатория кўрсаткичлари
Нафас қисиши (нафас олиш 1 дақиқада 30 дан ортиқ)	Лейкопения, ёки гиперлейкоцитоз (4,0 дан кам ёки 20,0 x 1000/мкл)
Ҳарорат >38,5° С	Гематокрит 30% кам
Ўпкдан ташқарида инфекция ўчоғининг мавжудлиги	Гипоксемия (РаО артериал қонда 60 мм — симоб устунидан кам)
Томирлар етишмовчилиги (Сист.босим 90 мм симоб устунига тенг ёки диаст.босим 60 мм симоб устунидан кам)	Рентгенологик кўрсатмалар: 1) ўпканинг бир неча бўлагининг шикастланиши; 2) абсцесснинг тарқалиши; 3) инфильтрациянинг тез кўпайиши; 4) плевритнинг мавжудлиги
Ҳушнинг кирарли — чиқарли бўлиши (бузилиши)	Сепсис ёки бир неча органларнинг дисфункцияси

Рентгенологик текширувда ўпка майдонлари тиниқлиги кучайган, диафрагма пасайган, ҳаракатчанлиги чекланган бўлади. Беморларга бронхолитиклар, балғам кўчирувчи дори моддалари, оксигенотерапия, нафас гимнастикаси ва тоғ курортларида дам олиш тавсия этилади.

Ўпка сили. Кекса ва ёши катта одамларда қандли диабет, пневмония ва бошқа сурункали касалликлар организмнинг касалликка қарши курашиш фаолиятининг пасайишига, юқумли касалликларнинг оғир кечишига сабаб бўлади.

Ўпка силининг келиб чиқишида Кох микробактерияси асосий рол ўйнайди. Касаллик даврида ўпка силининг кўпайишига турмуш тарзининг ёмонлиги, организмга етарли калорияли овқат маҳсулотларининг тушмаслиги ҳамда ўз вақтида диспансер назоратидан ўтмаслик асосий сабаб ҳисобланади.

Ўпка сили белгиларини кўпинча қарилик ёки шамоллаш белгилари деб ўйланади, чунки клиникасида кўп терлаш, тана температурасининг кўтарилиши кузатилмайди, балки йўтал (энг дастлабки белги), беҳоллик, озиб кетиш, балғам ажралиши каби белгилар бўлади, 25% беморларда қон кетиш ва қон туфлаш кузатилади. Беморлар балғамида микобактерияларни топиш жуда қийин. Томография ва рентгенография, флюорографияда сил манзарасини ва доғларини кўриш мумкин. Кексаларда силни даволаш учун кимёвий препаратлар қўллаш мумкин. Стрептомицин, фтивазид, тубазид, ПАСК, ти-

бон препаратлари қўлланилганда бемор албатта стационарда бўлиши керак, чунки бу препаратлар юрак қон айланиш системасига асоратлар бериши мумкин. Даволашда десенсибилловчи дори воситалари ва гормонлар қўлланилади. Кексаларда кимёвий препаратларни қўллашнинг суткалик оптимал дозалари қуйидагича:

- Стрептомицин — 0,5—0,75 гр.
- Фтивазид — 1—1,5 гр.
- Тубазид — 0,45 гр.
- Этамбутол — 0,8—1,2 гр.
- ПАСК — 9-12 гр.
- Метазид — 1 гр.
- Рифампицин — 0,45—0,6 гр.

Камида 3 та дори моддаси бир вақтнинг ўзида қўлланилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Ўпка сили билан оғриган беморлар диспансер назоратида бўладилар. Ҳамшира беморнинг уйига тез-тез бориб, унинг аҳволидан хабар олиб туриши, гигиена қоидаларига риоя қилиш, балғамни махсус туфдонларга йиғиш зарурлигини кузатиб бориши лозим (31-жадвал).

31-жадвал

Ўпка ўсмаларини босқичлар бўйича таснифлаш

Касаллик босқичи	Критерий T, N, M (T — бирламчи tumor, N — регионар лимфа тугуни, M — метастаз)
Яширин кечувчи рак (ўсма)	TxNoMo
а — босқич	T1NoMo, T2NoMo
б — босқич	T1N1Mo
— босқич	N2N1Mo
— босқич	T3No — 1Mo, T0 — 3N2Mo
— босқич	T0-3NO-2M1

Ўпка раки — ўпкадаги хавfli ўсма бўлиб, 40 ёшдан 70 ёшгача бўлган беморларда кўп учрайди. Ўпка ракиннинг келиб чиқишида ўпканинг сурункали касалликлари ва ташқи муҳитнинг заҳарли моддалари билан таъсирланиши, чекиш сабаб бўлади. Касаллик аста-секин авж олиб, беморларни йўтал, кўкрак қафасида оғриқлар безовта қилади. Балғам қон аралаш бўлиши мумкин. Ҳансираш, иштаҳанинг йўқолиши, кахексия кузатилади. Тана температураси ўртача кўтарилади. Лимфа тугунлари катталашиб қолади. Ўпка раки ташхиси рентгенологик текширувдан сўнг қўйилади. Кекса

кишиларда оператив даво қўлланилмайди. Даволаш жарроҳлик йўли билан, аралаш (комбинированный) нур бериш — кимётерапия ўтказиш йўли билан амалга оширилади. Асосан консерватив даво буюрилади. Нур билан даволаш беморнинг иммунологик қобилятини сусайтириб юборади, шу сабабли эҳтиётлик билан тайинланади. Кимётерапия ўтказиш мақсадида циклофосфан, эмбихин, бензотэф, тоифосфамин, 5-фторурацил воситалари қўлланилади.

Ўпка раки билан оғриган беморлар доимо назоратда бўлиши, ҳамшира беморга эътиборини кучайтириши, буюрилган дори-дармонларни, кўрсатмаларни ўз вақтида бажариши зарур.

Гериатрик гастроэнтерология

Ҳазм аъзолари фаолиятида қаришга тааллуқли бўлган ўзгаришлар кузатилади. Оғиз бўшлиғининг ҳажми кичраиб, тишлар тўкила бошлайди. Тилдаги ипсимон сўрғичлар йўқолиб, сўлак безлари камайиб кетади. Юздаги мимика ва чайнов мускуллари атрофияга учраб, чайнаш жараёнини қийинлаштиради. Қизилўнғач деворларидаги секретор ҳужайралар камайиб, мускул қавати бириктирувчи тўқима билан алмашади, бу атрофик ўзгаришлар қизилўнғачни узайтириб, овқат ўтишини қийинлаштиради. Меъда деворларидаги атрофик ўзгаришлар унинг юпқалашуви ва секретор аппарат ишининг издан чиқишига олиб келади. 60 ёшдан ошган кишиларнинг 1/3 қисмида ахлоргидрия топилади. Ингичка ва йўғон ичак деворларидаги атрофик ўзгаришлар ичакларнинг узайишига олиб келади, ундаги овқатнинг сўрилишини пасайтиради.

Ёш қайтган сари гепатоцитлар сони камайиб жигар массаси кичрая боради. Бу эса жигарнинг антитоксик функцияси ва моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келади. Ўт пуфаги мускул қаватининг тонуси пасайиб, ҳажми катталашади ва унинг қисқариши сусайиб ўтнинг димланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ҳолат кексаларда ўт-тош касаллигини ривожлантиради. Меъда ости безининг атрофияси оқибатида ациноз ҳужайралар камайиб, унинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллайди, ациноз ҳужайрадаги секретор гранулаларнинг панкреатин шираси ишлаб чиқариши камаяди. Меъда ости безининг оролчаларидаги В-ҳужайраларининг камайиб кетиши кексалар қонида глюкоза миқдорининг ошишига сабаб бўлади. 75—78% ёши катта эркакларда қизилўнғач раки аниқланади.

Қизилўнғач ракига дивертикуллар, куйиш, эзофагитлар сабаб бўлади. Беморлар тўш орқасида ачишиш, оғриқ, оғзидан сўлак оқиши, овқат ютишнинг қийинлигидан шикоят қиладилар. Бундай бемор-

ларни фақат консерватив даволаш мумкин. Оғриқ қолдирувчи, спазмолитик, наркотик дори воситалари буюрилади.

Сурункали гастрит — кексаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, меъда шиллиқ пардаси зарарланиб, секретор ва мотор функциялари издан чиқади. Овқатланиш тартибининг бузилиши, кўп овқатланиш, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, чекиш ва нейрогуморал регуляциянинг издан чиқиши сурункали гастрит касаллигини келтириб чиқаради.

Кексаларда кўпроқ (40—60%) ахлоргидрия ва ахилия билан кечувчи трофик гастрит учрайди. Беморларни кўнгил айланиши, қайт қилиш, ҳаво билан кекириш, эпигастрал соҳанинг оғир бўлиб туриши ва оғриқлар безовта қилади.

Гериятрик беморларда сурункали гастритни миокард инфарктининг гастралгик формасидан фарқлай олиш лозим. Албатта ЭКГ ўтказиш шарт. Диагностика учун меъда шираси олиниб лаборатория текшируви, рентгенологик, цитологик текширувлар ўтказилади. Сурункали гастритни даволашда овқатланиш тартибига риоя қилиш, чекиш, ичишга барҳам бериш керак.

Меъда касалликларини даволашда — меъда шираси, гипосекрецияда — ацидин-пепсин, гиперсекрецияда — церукал, овқат яхши ҳазм бўлиши учун панкреатин, фестал, панзинорм, меъда соҳасида оғирлик ва уларда оғриқ сезилганда но-шпа тайинланади.

Сурункали гастрит билан оғриган беморлар участка ҳамшираси ва врач кузатуви остида даволаниши ва профилактик чоратадбирларни амалга ошириб бориш лозим. Ахилик гастритнинг маъда ракига ўтиб кетиш эҳтимоли бўлганлиги сабабли беморлар комплект текширувдан ўтиб туришлари зарур.

Меъда раки. Бу касаллик 50—70 ёшли беморларда кўпроқ, 70 ёшдан кейин эса камроқ учрайди. Меъда раки эркакларда аёлларга нисбатан 2—3 марта кўпроқ учрайди. Касалларда меъда раки секин-аста ривожланиб, метастазларни кечроқ беради. Бемор иштаҳанинг пасайиши ва йўқлигидан, эпигастрал соҳада оғирлик ва ноқулайлик сезишдан, озиб кетишга шикоят қилади. Беморнинг озиб кетиши, қонида гипохром анемия, рентгенологик ва цитологик текширувлар натижаси меъда ракини тасдиқлайди.

Кексаларда юрак ва қон айланиши доираси касалликлари кўп учраганлиги сабабли оператив йўл билан даволашга шароит бўлавермайди. Консерватив давода оғриқ қолдирувчи, тинчлантирувчи, қон ёки эритроцитар масса қуйиш буюрилади. Овқат осон сингадиган, оқсил, ёғлар ва витаминларга бой бўлиши керак. Меъда ракининг олдини олиш учун рақдан олдин бўладиган касалликлар, хроник гастритлар, меъда полипозини даволаш керак.

Меъда яра касаллиги. 60 ёшдан ошган беморларнинг 20% да бу касаллик учрайди. Яра касаллиги 2 хил бўлади:

1) «Эски» яра, бу беморнинг ёшлигида орттирган касаллиги.

2) «Қарилик» яраси, бу бемор кексайганда пайдо бўладиган касалликдир.

Қариликда пайдо бўлган яра катта ўлчамда, юқорида, кардиал соҳада жойлашган бўлади. Меъда қон томирларидаги склеротик ўзгаришлар, шиллиқ пардадаги атрофик ўзгаришлар, сурункали меъда касалликлари қариликда яра пайдо бўлиши учун шароит яратиб беради.

Касаллик клиникаси кам ифодаланган полиморфизмга эга бўлиб, диагноз қўйишни қийинлаштиради. Кўп ҳолларда меъда яраси 12 бармоқ ичак яраси билан биргаликда учрайди. Яралар меъданинг турли қисмида жойлашиши мумкин. Яра касаллиги инструментал текширувда ёки яра асоратлар берганда, перфорация ёки қон кетганда аниқланади. Кексаларда яранинг битиши қийинроқ бўлади. Даволашда парҳез тайинланади. Бунда холестеринга бой ва ёғли таомлар, аччиқ чой, кофе, спиртли ичимликлар ичиш тақиқланади. Буфер хусусиятига эга бўлган овқатлар берилди.

Витаминга бой овқатлар, консерватив даво учун витаминотерапия, тинчлантирувчи антацидлар, анаболик воситалар, биостимуляторлар, цитопротектив препаратлар простогландин, сукральфат, солкосерил, пентоксил, облепиха мойи, шиповник мойи, ичак моторикасига таъсир этувчи церукал, реглан, антибактериал препаратлар — триапол, тинидазол, денол кенг қўлланилади. Спазмолитиклар, антацид воситалар, алмагель, метилурацил тайинланади.

Физиотерапевтик муолажалардан 5% ли новокаин ёки 1% ли бензогексоний эритмаси билан эпигастрал соҳада электрофорез тавсия этилади.

Перфорация, ярадан қон кетиш, стеноз каби асоратлар жароҳлик усулини қўллашни тақозо қилади.

Сурункали гепатит — жигар ҳужайраларидаги яллиғланиш, дистрофик ўзгаришлар билан характерланади. Кексалардаги сурункали гепатит ёшликда орттирган касаллик оқибатидир. Сурункали гепатитнинг 4 хил шакли фарқланади:

1. Сурункали актив гепатит.
2. Персистловчи сурункали гепатит.
3. Холестатик гепатит.
4. Агрессив гепатит.

Касалларда **сурункали актив гепатит** оғирроқ кечиб, дармонсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айнаши, мудроқ босиш, қон кетиб туриши, бадан сарғайиши, асцит пайдо бўлиши

мумкин, бунда жигар катталашиши кузатилади. Кўп ҳолатларда сурункали актив гепатит жигар циррозига олиб келади. Қонда умумий оқсиллар миқдори кўпайиб кетади.

Персистловчи хроник гепатитда беморнинг ўнг қовургалари ости огриб туради, ёғли овқат истеъмол қилганда, спиртли ичимлик ичганда огриқлар кучайиши мумкин. Сурункали гепатитда биокимёвий текширув ўтказилганда умумий оқсил миқдори камаяди, сулема ва тимол синамалари мусбат бўлади, билирубин, липидлар миқдори ошган, қон ферментлари АЛТ ва АСТ кўпайган бўлади.

Сурункали гепатитларни даволашда парҳезга катта эътибор бериш лозим. Беморларга 5та парҳез қўлланилади. Ёғлар чекланиб, оқсилга бой, калорияли, осон ҳазм бўладиган овқатлар тайинланади.

Минерал тузлар, ўт ҳайдовчи қайнатмалар, антибиотиклар, спазмолитиклар, липотроп воситалар, витаминотерапия буюрилади. Сурункали актив гепатитда кортикостероидларни қўллаш мумкин. Беморларга санаторий ва курортларда даволаниш, дам олиш тавсия этилади.

Жигар циррози — жигар тўқимасида дистрофик ўзгаришлар ва бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши, жигар функцияларининг издан чиқишидир. Гериатрик беморларда жигар циррози кўп учрайди. Жигар циррози вирусли гепатит, алькоголизм, захарланиш, инфекцион касалликлар, қандли диабет, аллергия оқибатида пайдо бўлади. Беморларни дармонсизлик, ўнг қовургалари остида огриқ, иштаҳанинг йўқолиши, қориннинг дам бўлиши, уйқунинг бузилиши безовта қилади.

Бемор кўздан кечирилганда шиллик қаватларининг сарғайгани, бадан терисининг қорайиб қолгани, терида юлдузчасимон томирлар пайдо бўлгани, кафт эритемаси, жигар катталашиши, қаттиқ бўлиши топилади. Касаллик секин ривожланиб, охириг босқичларда асцит, кахексия, қон кетишлар кузатилади.

Жигар циррозини даволаш учун кортикостероидлар, липотроп воситалар, витаминлар, альдактон (0,1 г. дан суткасига 2—3 марта), кокарбоксилаза, глютаминат кислота, парҳез овқатлар тайинланади. Асцитда жуда эҳтиёткорлик билан 1—2 л. суюқлик чиқариб ташлаш мумкин.

Жигар раки — кекса ёшдаги беморларда (50—60 ёшларда) учрайди. Қорин бўшлиғида учрайдиган хавфли ўсмаларнинг 50 % албатта жигарга метастаз беради. Бунда беморнинг аҳволи ёмонлашиб, жигар катталашади, қаттиқ ва гадр-будр бўлиб қолади, пальпацияда огриқ кучаяди. Жигар ракиннинг асорати қорин бўшлиғига қон қуйилиши, коллапс, анемия ва беморнинг ўлими билан тугаши мумкин.

Ўт-тош касаллиги — қарияларда (сурункали тарзда) симптомсиз кечиб, кўпроқ диспептик белгилар кузатилади. Ўт пуфагида яллиғланишнинг ривожланишига кўпгина омиллар таъсир кўрсатади булар гепатитлар, 12 бармоқ ичак касалликлари (дуоденит, оддит, лямблиоз), гипокинезия, ёғ босиши, организмнинг носпецифик сенсибилизацияси (аллергия) ҳисобланади. Беморни кўнгил айнаши, қайт қилиш, кекириш, оғизда аччиқ таъм бўлиши, ўнг қовурғалар остида унча кучли бўлмаган оғриқлар, терининг қичиши безовта қилади. Оғриқлар кўп овқатланганда, ёғли таомлар истеъмол қилганда кўпайиши мумкин. Ёш ўтиши билан рўй берадиган ўт пуфагининг атофияси пуфақда ўтнинг димланиб қолишига олиб келади, бунда тошлар пайдо бўлиши осонлашади. Ўт-тош касаллигига инфекция қўшилса ёки ўт пуфагидан тошлар сурилиб чиқиши натижасида ўт йўллари тикилиб қолса, касаллик клиникаси ёмонлашади, оғриқлар кучаяди, тана температураси кўтарилади, бадан сарғайиб кетади. Перорал холецистография ёки венадан контраст модда юбориб холеграфия қилинганда ишончли ташхис қўйилади.

Ўт-тош касаллигини даволашда беморнинг нафас системаси, юрак-қон томир системаси аҳволини эътиборга олган ҳолда оператив даво тайинланади. Беморларни консерватив даволашда парҳезга амал қилиш, жисмоний машқларини бажариб туриш, қабзиятни бартараф қилиш, семиришни олдини олиш тавсия этилади. Санчиқлар пайтида оғриқ қолдирувчи препаратлар, спазмолитиклар, ўт ҳайдовчи, липотроп воситалар, витаминлар мунтазам қабул қилинади. Бактериал инфекция мавжуд бўлса, антибиотиклар тайинланади. Беморларга санаторий ва курортларда даволаниш, парафин, балчиқ, озокерит аппликациялари, электрофорез тавсия қилинади. Айниқса ўт ҳайдовчи препаратлар, холеретик, холекаинетик таъсир кўрсатувчи препаратлар қўлланилади. Холеретиклар ўт секрециясини кўчайтиради, тош ҳосил бўлишининг олдини олади. Булар холагон, холензия, лиобил, синтетик холеретиклар — никодин, цикволон, оксафенамид; ўсимликлардан олинадиган — бессмертник, фламин, ялпиз, пижма ва ҳоказолардир.

Ўт-тош касаллиги хуружида оғриқ тўхтатувчи воситалар қўллашга тўғри келади. Лекин шуни эсда тутиш лозимки геронтологик амалиётда м- холинолитикларнинг (атропин, метацин) қўлланилиши эффективлигига қарамасдан нохуш таъсиротларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Масалан: сийдик тутилиши, тахикардия. Шу ҳолатни ҳисобга олиб дорилар аралашмасини (но-шпа, анальгин, платифиллин, димедрол, промедол, новокаин, физиологик эритма) вена орқали томчилаб юбориш тавсия этилади. Шунингдек гастро-

цепин ичиш ёки 2—3 ҳафта давомида мускул орасига юбориш ҳам яхши натижа беради.

Холецистит — ўт пуфагининг яллиғланиши бўлиб, ўткир ва сурункали формалари фарқланади. Ўткир холециститнинг келиб чиқишида асосий ролни инфекциялар ўйнайди. Кекса ёшдаги беморларда ўткир холециститнинг клиник белгилари суст ривожланади. Яллиғланиш жараёни тез тарқалиб, ўт пуфагининг флегмонаси ёки гангрена сини келтириб чиқаради. Беморнинг умумий аҳволига қараб жарроҳлик усулида даволанади. Консерватив даво учун таъсир доираси кенг бўлган антибиотиклар, спазмолитиклар, оғриқ қолдирувчи дорилар тайинланади. Оғриқларни тез қолдириш мақсадида Вишневский усули бўйича паранефрал зоналарга новокаинли блокадалар қилинади. 2—3 кун ичида консерватив даводан наф бўлмаса жарроҳлик йўли билан холецистэктомия қилинади.

Сурункали холецистит — кексаларда ёшликда орттирилган касалликнинг давоми ҳисобланиб, кўпроқ тўла аёлларда учрайди. Сурункали холецистит тошли ва тошсиз бўлиши мумкин. Кексаларда тошсиз холецистит кам учрайди ва клиникасида диспептик белгилар намоён бўлади. Ўнг қовурғалар остидаги оғриқлар, ўнг кўкрак ва елкага ўтиб туради. Оғриқлар ёгли ва ўткир овқатдан кейин кучаяди.

Сурункали холецистит кўпинча сурункали гастрит, панкреатит, колит билан бирга кечади. Бундай ҳолларда диагностика қийинлашади. Ўн икки бармоқ ичакка зонд солиб олинган ўтнинг В порцияси лаборатор текширилганда лейкоцитлар, шилимшиқлар, эпителий ҳужайралари топилади. Гоҳида ўт суюқлигида лямблялар ҳам топилиши мумкин. Соғлом одамда ўтнинг ўт суюқлиги В ва С қисмида лейкоцитлар ва шиллиқ бўлмаслиги, экма қилинганда эса ўт стерил бўлиши керак. Сурункали холециститни даволашда спазмолитиклар, ўт ҳайдовчилар, липотроплар, витаминлар, нитрофуран препаратлари, антибиотиклар, лямблялар топилганда эса трихопол буюрилади. Парҳез билан даволашга алоҳида эътибор берилади. Ёгли, қовурилган, аччиқ, шўр таомларни чеклаб қўйиб, спиртли ичимликлар тақиқланади. Физиотерапевтик муолажалар, седатив, спазмолитик, ўт ҳайдовчи воситалар яхши таъсир кўрсатади. Парафин, торф, балчиқ аппликациялари, диатермия, индуктотермия, ультратовуш буюрилади. Минерал сувлар ва бальнеологик курортлар тавсия қилинади.

Ўткир панкреатит — меъда ости безининг ўткир яллиғланиши бўлиб, 30—66% кексаларда учрайди. Касалликка сабаб — ўт йўли касалликлари, ёгли таомларни, спиртли ичимликларни мунтазам истеъмол қилишдир. Касаллик клиникасида эпигастрал соҳадаги оғриқлар интенсивлиги унча кучли бўлмайди. Оғриқлар юрак со-

ҳасида пайдо бўлиб, миокард инфаркти клиникасини беради. Бемор кўнгли айниб қайт қилади. Қон таркибида лейкоцитоз, диастаза миқдори ортиб кетади. Кексаларда кўпроқ сероз панкреатит некротик ёки йирингли формаларига ўтиб кетади.

Беморни даволаш учун 3—5 кун очлик тайинланади, вена орқали натрий хлорнинг изотоник эритмасида глюкоза юборилади. Оғриқ қолдириш мақсадида атропин сульфат, но-шпа, папаверин, галидор тайинланади. Меъда ости беги ферментлари активлигини пасайтирувчи трасилол, контрикал буюрилади. Вена орқали шокка қарши 1—2 л., 5% ли глюкоза эритмаси, тери остига кофеин, мезатон, камфора, кордиамин юборилади.

Яллиғланишга қарши антибиотиклар берилади. Ўткир панкреатит кексаларда кўпроқ ўлим билан тугайди. Шу касаллик билан ўлганларнинг 70%ни 50 ёшдан ошган беморлар ташкил этади. Ўткир панкреатитнинг олдини олиш учун жигар ва ўт йўли касалликларини яхши даволаш, овқатланиш тартибига риоя қилиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилмаслик керак. Ҳамшира ўткир панкреатит билан оғриган беморларни мунтазам назорат қилиб, касаллик қайталанишининг олдини олиши лозим.

Сурункали панкреатит — аёлларда кўпроқ учрайди. Барча сурункали панкреатит билан оғриган беморларнинг 20 %ини 60 ёшдан ўтган кексалар ташкил этади. Холецистэктомия қилинган беморларнинг 1/3 қисмида сурункали панкреатит кузатилади. Касаллик кексаларда латент кечади. Беморлар диспептик белгиларга ва ўнг қовурғалар остидаги оғриқлардан шикоят қиладилар. Кексаларда бу касаллик ҳазм органларининг бошқа касалликлари билан бирга учрайди, шунинг учун диагностикаси бирмунча қийинроқ бўлади. Сийдик ва қон таркибида диастаза миқдори юқори бўлади. Копрологик текширувда меъда ости безининг ҳазм қилиш қобилияти пасайиши кузатилади. Касалликни даволашда парҳез ва овқатланиш тартибига риоя қилиш лозим. Ферментлардан панкреатин, мезим-форте, панзинорм, липотроп воситалардан метионин, липокаин тайинланади. Десенсибиловчи, спазмолитик воситалар ва минерал сувлар ичиб туриш тавсия этилади.

Қарияларда панкреатит қайталаганда дуоденостаз кузатилади, бу ҳолат нафақат панкреатик шира ажралиб чиқишига тўсқинлик қилади, балки безга актив ферментларнинг ажралишини кучайтиради. Бу ноҳўя таъсирни енгиллаштириш ва меъда-ичак трактининг моторикасини яхшилаш учун метоклопрамид (церукал, реглан) қўлланилади.

Охириги йилларда хроник панкреатитни даволашда антифермент препаратлари таъсир муддати қисқалиги сабабли кам қўлланилмоқда (20—30 дақиқа). Агар кекса одамларда ферментларнинг умуман ошмаслиги эътиборга олинса антифермент препаратларига эҳтиёж

қолмайди. Панкреатитда оғриқ синдромининг ривожланишида гистамин катта роль ўйнайди. Шу сабабли антигистамин препаратларининг қўлланилиши асослидир. Масалан перитол сурункали панкреатит кўзғаб қолганда таркибида ўт ва хлорид кислоталари сақламайдиган дори моддалари (панкреатин, креон, солизил, мезим форте) буюрилади.

Хроник колит — йўғон ичакнинг сурункали яллигланиши бўлиб, кекса одамларда 60 ёшдан кейин кўп учрайдиган касалликдир. Асосий клиник белгиси қабзият, метеоризм, ич кетиши, қоринда оғриқлар бўлишидир. Кўпинча бу касаллик меъда, жигар касалликлари билан бирга кечади. Сурункали қабзиятлар кекса одамларда тўғри ичакнинг тушиб қолишига, геморройга олиб келиши мумкин, шунинг учун кўп кучанмаслик, қабзиятларнинг олдини олиш зарур. Қабзиятни даволаш принципи қуйидагича:

1. Кексаларда имкон даражасида сурги дорилар ва ҳуқналарни қўлламаслик (чунки дозасини доимий ошириб бориш йўғон ичак шиллиқ қаватининг дистрофиясига олиб келади).

2. Ҳар бир бемор учун асосланган махсус парҳезни танлаб бериш.

3. Нормал дефекация рефлексини тикловчи тадбирларни амалга ошириш.

4. Йўғон ичакнинг моторик дискинезиясини даволаш.

5. Қатъий кўрсатмаларга асосланиб, қисқа муддатга сурги дориларини қўллаш.

6. Кекса одамларга қабзиятни даволаш бўйича умумий тавсиялар бериш.

7. Фитотерапия — жостер мевалари, крушина пўстлоғи, сано барги.

8. Дисбактериозда йўғон ичак флорасини тикловчи препаратлар колибактерин, бифекол, лактобактрин қўлланилади.

Хроник колитни даволашда ёғли, қовурилган, ўткир овқатларни чеклаш зарур. Парҳезда мева, сабзавотлар, минерал сувлар, спазмолитиклар ва ични юмшатувчи ўтлардан тайёрланган қайнатмалар бериледи.

ГЕРИАТРИК БЕМОЛЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛИ ВА БУЙРАКЛАРДА ЁШГА АЛОҚАДОР КАСАЛЛИКЛАР ВА ЎЗГАРИШЛАР

Ёш ўтиши билан буйрак паренхимасида нефронлар миқдори камайиб, унинг ўрнини бириктирувчи тўқима эгаллай бошлайди, нефросклероз авж олади. 70 ёшли кексаларда фаолият кўрсатаётган нефронлар сонининг $1/3$ — $1/2$ қисми атрофияга учрайди. 20—

30 ёшдан бошлаб буйрак артерияларида атрофик ўзгаришлар пайдо бўлади. Буйракнинг барча функциялари пасайиб, буйрак гипофункцияси ривожланади. Кексаларда буйрак фаолиятининг нерв ва гуморал йўл билан идора этилиши пасаяди.

Буйрак тўқимаси, сийдик йўллари ёш ўтиши билан қаттиқлашиб, эластиклигини йўқотади. Сийдик пуфаги қалинлашиб, дағаллашиб, сийими кичраяди шунинг учун қариялар тез-тез сийишга шошиладилар.

Ўткир гломерулонефрит — иккала буйрак коптокчаларининг диффуз яллиғланиши бўлиб, бу иммунологик касалликдир. Буйрак диффуз яллиғланишининг 40 ёшдан кейин кам учраши организм иммунологик хусусиятининг пасайиши сабаблидир.

Касаллик қаттиқ совқотиш, респиратор инфекциялар, терининг йирингли касалликлари сабабли келиб чиқиб, қўзғатувчилари асосан стрептококклар ҳисобланади.

Кексаларда касаллик белгилари суст ифодаланган бўлади ва шишлар кам пайдо бўлиб, жуда тез ўтиб кетади, анасарка деярли кузатилмайди. Сийдикдаги ўзгаришлар катта миқдорда бўлмайди. Аммо юрак синдроми аниқ ифодаланади, артериал гипертензия, юрак ва коронар етишмовчилиги кузатилади.

Беморлар тез чарчаб қолиши, дармонсизлиги, боши огриб туриши, ҳансираш, кам сийишдан шикоят қиладилар. 60 ёшдан ўтган беморларда бу касаллик сурункали формага ўтиб кетади. Беморни ўрнидан турғизмай ётқизиб кўйиш, парҳез буюриш керак. Беморлар овқатида оқсилларни, тузларни кескин чеклаш мақсадга мувофиқ эмас.

Дорилар билан даволашда, антибиотиклар, десенсибиловчи ва симптоматик воситаларни қўллаш зарур. Кортикостероидлар эса фақат 2—3 ҳафтада буюрилади ва аста-секин дозаси камайтириб борилади.

Юрак-қон томирлар етишмовчилигида строфантин, гипертонияга қарши альфа, бета-блокаторлари, гипотиазид, депрессин тайинланади. Даво комплексига декамевит, ундевит каби поливитамиинлар қўшилади.

Ўткир нефритнинг олдини олиш учун инфекция ўчоқлари санация қилинади.

Сурункали гломерулонефрит 18% кексаларда учрайди ва касаллик кўпроқ артериал гипертензия, анемия, буйрак етишмовчилиги каби асоратлар туфайли аниқланади. Бу касалликда буйрак коптокчаларида дегенератив — дистрофик ўзгаришлар авж олади ва кўпинча ўткир гломерулонефрит оқибатида пайдо бўлади. Касаллик бошланишида буйрак функциялари узоқ вақт сақланиб туриши мумкин, кейин эса хроник буйрак етишмовчилиги билан тугайди.

Касаллик 3 хил формада кечиши мумкин.

1) **Латент** 2) **Гипертоник** 3) **Нефротик**.

Латент кечишида касаллик белгилари кам ифодаланиб, фақат асорат бергандагина аниқланади. **Гипертоник** формасида юрак ва қон томир етишмовчилиги, гипертензия каби белгилар юрак хасталигини эслатади. **Нефротик** формасида сийдикда биокимёвий кўрсаткичларда патология аниқланади.

Хроник нефритни даволашда парҳез, ош тузини суткасига 5—6 гр. гача чеклаш, мевалар, тарвуз, қовун, узум буюрилади. Доридармонлардан нефротоксик хусусияти бўлмаган антибиотиклар, антигистаминлар, замбуругларга қарши воситалар, юрак гликозидлари, гипотензив воситалар, касаллик қўзиган даврда кортикостероидлар, витаминотерапия буюрилади. Иқлими қуруқ ва иссиқ бўлган курортларда даволаниш тавсия этилади.

Барча гериатрик беморларнинг 15—25% да **пиелонефрит** касаллиги учрайди. Буйракдаги ёшга алоқадор ўзгаришлар пиелонефрит касаллигининг кўпайишига сабаб бўлади. Ўткир пиелонефрит белгилари — ҳолсизланиш, кўнгил айнаши, дармонсизлик, субфебрил температура, қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиб кетиши билан ифодаланади. Бел соҳасида симиллаган оғриқлар ва дизурик белгилар суст ифодаланади, аммо касаллик оғир кечади, буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Ўткир пиелонефрит буйракнинг носпецифик яллиғланиш касаллиги бўлиб клиникаси суст ифодаланади. Касаллик зимдан кечади ва кўп ҳолларда асоратлар даврида ташхис қилинади. Хроник пиелонефритда сийдик чўкмаси миқдори Каковский — Аддис ёки Амбюрже усули бўйича текшириб кўрилади, пиелонефрит учун энг типик бўлган белги— лейкоцитурия аниқланади. Рентгенологик, радиоизотоп текшириш усуллари ўтказилади.

Хроник пиелонефрит юқумли касалликдир. Унинг қўзғатувчиси шартли патоген грамманфий бактериялар ҳисобланади. Булар ичак таёқчаси, протей, клебсиелла бактериялари, энтерококк, стафилококк, кўкйиринг таёқчаси ва бошқалардир. Унинг олдини олиш учун сийдик йўлларидаги инфекция ўчоқларини бартараф этиш, организмнинг қаршилиқ қобилятини кучайтириш лозим. Қарилик пиелонефрити гериатрик нефрология клиникасининг асосий муаммоси ҳисобланади. Кекса одамларда умумий патологиянинг 38, 9%ни ташкил этади. Клиникаси хилма-хилдир.

Парҳез буюрилганда спиртли ичимликлар ичиш, ўткир таомлар истеъмол қилиш тақиқланади, 7-парҳез столи белгиланади. Сийдик ҳайдовчи ўтли дамламалар, сабзаёт-мевалар тайинланади. Овқат калорияли ва витаминларга бой бўлиб, ош тузи бироз чекланади.

Даволаш анча мураккаб. Касалликка қарши антибактериал препаратлар (гентамицин, левомецетин, карбенициллин, 5-НОК), уросептиклар (нитрофуранлар, сулфаниламидлар), гликокортикоидлар буюрилади. Шунингдек, юрак гликозидлари, биостимуляторлар, физиотерапия буюрилади. Беморларга минерал сувлар ичиш, санаторий ва профилакторийларда бальнеологик ва физиотерапевтик даво тайинланади.

Агар пиелонефрит хроник буйрак етишмовчилиги билан асоратланса 7-парҳез столнинг оқсиллар чегараланган (40 — 50 гр гача), ош тузи камайтирилган варианты тавсия қилинади. Агар беморда юрак-қон томирлар системасида монъелик ҳолатлари кузатилмаса суткада 1,5 литргача суюқлик исьемол қилиш тавсия этилади.

Хроник пиелонефритнинг замонавий антибактериал терапияси қуйидаги принципга асосланган:

- касаллик қўзғатувчиларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб медикаментларни танлаш;
- даволаш жараёнида адекват дозани танлаш;
- даволаш давомида ҳар хил гуруҳ препаратларини тўғри танлаш ва алмаштириш.

Кекса беморларда антибиотикларнинг дозаси ўрта ёшдаги пациентларга белгиланадиган терапевтик дозанинг ярмини ташкил этади. Хроник пиелонефритни даволашда нитрофуранлар, сульфаниламидлар, налидикс кислота ҳосилалари (нитроксалин, 5-НОК) самарли натижа беради. Дориларни белгилашда албатта сийдик — рН ҳисобга олинади. Профилактикаси: хроник пиелонефритнинг бирламчи профилактикаси уретрит, простатит, эркакларда простата безининг аденомаси, ўткир пиелонифритни тўлиқ даволашдан иборат. Иккиламчи профилактикаси парҳез, фитотерапия, хавфли омилларнинг олдини олиш. Учинчи йўналишдаги профилактика — асоратларнинг олдини олиш ҳисобланади.

Буйрак-тош касаллиги 35—60 ёшлиларда кам учрайди. Тошлар буйракда моддалар алмашинувининг бузилиши оқибатида ҳосил бўлади. Буйракдаги тошлар кўпинча рентгенологик текширишда тасодифан топилиши мумкин.

Касаллик белгилари қуйидагилардан иборат:

- бел соҳасида симллаб турадиган ёки қаттиқ оғриқлар;
- санчиқ пайтида микро ва макрогематурия бўлиши;
- сийдик билан тузларнинг ёки тошларнинг чиқиши ва оғриқнинг тўхтаб қолиши.

Интестинал симптомлар — кўнгил айниши, қайт қилиш, метеоризм.

Жуда кўп ҳолларда қуйидаги симптомлар учрайди:

1. Қалтираш ва тана ҳароратининг ошиши.

2. Сийдик чиқишининг камайиши, ҳатто анурия кузатилиши.

3. Артериал босимнинг ошиши.

Буйрак санчиғида тўсатдан белда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлиб, чов соҳасига, қоринга, ташқи жинсий органларга ўтиб туради. Беморлар қаттиқ безовталанадилар, санчиқ бир неча минут, соат ёки кун мобайнида тутиб туриши мумкин.

Кексаларда оғриқ жуда кучли бўлмайди, кўпинча юрак хасталигини эслатади. Касалликни аниқлашда рентгенологик текшириш кифоя қилади.

Буйрак-тош касаллигининг олдини олишда тўғри овқатланиш, ҳаракат режими, сийдик йўллари инфекциясининг олдини олиш тайинланади. Буйрак санчиғи маҳалида бемор 39—40°C ли иссиқ ваннага туширилади. Оғриққа қарши наркотик анальгетиклар, 1 мл атропин эритмаси, 2 мл. папаверин юборилади.

Оғриқни қолдириш мақсадида қуйидаги литик аралашмаларни юбориш мумкин: платифиллин, промедол, димедрол ёки папаверин, промедол, димедрол, аминазин.

Майда тошлар ва қумларни чиқариш мақсадида роватинекс, цистенал, ависан, келлин ишлатилади. Беморларга минерал сувлар, санаторияларда даволаниш тавсия этилади.

Сенил цистити — кексаларда ёшларга қараганда кўпроқ учрайди. Касаллик простата безининг аденомаси, буйрак тошлари оқибати, жинсий органлар гигиенасига риоя қилинмаганда пайдо бўлади.

Аёлларда сенил циститлари жинсий органлар инволюцияси, қиннинг тушиб қолиши каби касалликларда ривожланади. Касаллик даврида оғриқ билан тез-тез сийиш, ачишиш, сийдик тута олмаслик кузатилади. Сийдик лойқа, чўкмасида эритроцитлар, лейкоцитлар топилади. Цистоскопияда қовуқ шиллиқ пардасида гиперемия ва йирингли ўчоқлар аниқланади. Касалликни даволашда антибиотиклар, фурагин, 5-НОК, неграм, бисептол, уротропин буюрилади. Анальгин, папаверин, белладоннали ректал шамчалар қўйилади.

Маҳаллий даволаш мақсадида қовуқ проторгол, колларгол эритмалари билан ювилади, бунда йиринг ва шилимшиқлар чиқариб юборилади.

Циститнинг олдини олиш учун қовуқ катетеризация қилинганда асептика ва антисептика қоидаларига, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш зарур.

Простата безининг аденомаси — эркакларда энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, кексаларнинг 82% да учрайди. Касаллик сабабини эндокрин назария билан тушунтириш мумкин, чунки эр-

каклар климаксида жинсий фаолият сўниб боради, тухумлар фаолияти издан чиқади.

Простата безида ўсаётган аденоматоз тугунлар уни эзиб қўяди. Аденоманинг оғирлиги 25 граммдан 250 граммгача етиши мумкин.

Аденома қовуқ ичида, қовуқ устида (ректал) ва диффуз жойлашиши мумкин.

Касаллик клиникасининг биринчи босқичида сийиш кўпроқ кечқурун тезлашади ва қийинлашади, сийдик оқими пасаяди. Бемор эрталаб кучаниб сияди. Беморнинг умумий аҳволи 2—3 йилгача яхши бўлади. Бемор қаттиқ совқотганда, кўп ўтирганда, спиртли ичимликлар ичганда ўткир сийдик тутилиши мумкин.

Касалликнинг иккинчи босқичида сийиш анча қийинлашади, бемор сийишни кучаниб бошлайди, бир неча минутгача сийиш давом этади. Сийдик оқими пасайиб, ҳатто томчилаб чиқади. Беморга сийишдан энгиллик бўлмайди, 50 мл. ва ундан кўпроқ қолдиқ сийдик пайдо бўлади. Бу босқичда цистит, ўткир сийдик тутилиши пайдо бўлиши мумкин.

Касалликнинг учинчи босқичида сийиш ҳар 10—15 минутда, бемор аввалига кечаси, кейин кундузи ҳам сийдик тута олмай қолади. Сийдик пуфагида сийдик тўпланиб, кенгаяди ва парадоксал ишурия, яъни сийдик оқиб кетиши кузатилади. Беморнинг аҳволи оғирлашади, ранги оқариб, оғзи қуриydi, кўп чанқайди, сурункали буйрак етишмовчилиги авж олади.

Кекса беморларни диспансер назоратидан ўтказиш ва касалликни эрта аниқлаш лозим. Аденома диагностикаси учун таҳлил, сийиш жараёни, безни бармоқ билан ректал текшириш, цистография, ренография, ультратовуш билан сканирлаш ёрдам беради. Охириги йилларда простата безининг аденомасини даволашда касалликнинг 1-фазасида медикаментоз терапияга катта эътибор берилмоқда. Айниқса 5-альфаредуктоза ингибиторлари, финастерид, эпистерид, проскар, пермиксон қўллаш мақсадга мувофиқдир. Шунингдек, термотерапия «Простатрон», «Термикс» аппаратларида амалга оширилади.

Асосий даволаш усули бу аденомэктомия, яъни жарроҳлик йўли билан аденомани олиб ташланади. Декомпенсацияланган йўлдош касалликларда операция қилиш мумкин эмас. Беморни операциядан олдин тайёрлаш муҳим аҳамиятга эга. Беморга ва унинг қариндошларига операция ўтказиш муҳимлиги тушунтирилади. Артериал гипертонияда гемитон, клофеллин, допегит, верошпирон, триампур тайинланади.

Юрак томир етишмовчилигида юрак гликозидлари, кокарбоксилаза, панангин берилади.

Нафас йўли касалликларида бронхолитиклар, балғам кўчирувчи дорилар буюрилади.

Қандли диабетни бор беморларга инсулин тайинланади. Касаллик профилактикасида спиртли ичимликлар ичиш, ўткир таомлар истеомол қилиш тақиқланади, қабзиятни олдини олиш маслаҳат бериледи.

ЭНДОКРИН СИСТЕМАСИНИНГ ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАРИ ВА КАСАЛЛИКЛАРИ

Ёш ўтиши билан инсон организми ички секреция безлари, жинсий безлар фаолияти сўниб инволюция бошланади. Жинсий безлар фаолияти аёлларда климактерик даврда 45—55 ёшларда, эркекларда 55—65 ёшларда сўнади.

Гормонал аппаратдаги жадал ўзгаришлар 45—60 ёшларга тўғри келиб, қариш жараёнининг кечишига таъсир қилади.

Диффуз токсик буқоқ кўпроқ 45—65 ёшли аёлларда учрайди. Клиникасида белгилар кам ифодаланади, беморни кўпроқ беҳоллик, дармонсизлик, соч тўкилиши, ич кетиши, тери қичишиши безовта қилади.

Қариликнинг муҳим белгиси — тиреоид гормонлар ҳосил бўлишининг камайишидир. Бу ҳолат энергиянинг камайишига, оқсил синтезининг пасайишига олиб келади. Инсулинга сезгирлик камаяди.

Юрак томир ва асаб системасидаги органик ўзгаришлар тез ривожланади. Касалликни даволашда нохуш омиллар, руҳий зўриқишни бартараф этиш, меҳнат ва турмуш режимини тартибга солиш тавсия этилади.

Юрак томир дори воситалари, тинчлантирувчи ва тиреостатик воситалар (мерказолил, метилурацил) тайинланади. Жарроҳ кўрсатмасига биноан оператив даво ўтказилади. Касалликнинг оғир формаларида бемор ҳамширанинг доимий назоратида бўлади.

Гипотериоз — қалқонсимон без етишмовчилиги синдроми, кўпроқ аёлларда 50 ёшдан кейин кузатилади. Касаллик белгиларидан юзнинг салқини, лабларнинг қалинлашиши, лоқайдлик, тана температурасининг пасайиши, терининг қуруқлашиши, сочларнинг тўкилиши, товуш пасайиши, эшитиш, таъм билишнинг пасайиши, тишлар тўкилиши кузатилади.

Беморлар бўшашган, уйқучан, бефарқ бўлиб қоладилар. Касаллик атеросклероз жараёнини тезлаштиради. Касалликни даволашда тиреоидин, трийодтиронин гидрохлорид, витаминлар, симптоматик воситалар қўлланилади.

Ҳамшира беморни алоҳида парвариш қилиши, овқатлантириши, ювинтириши лозим.

Қандли диабет — сурункали, метаболик, гетероген синдром бўлиб кексаларда кўп учрайдиган касалликдир. Барча диабетик беморларнинг 80%ни 40 ёшдан ошган беморлар, 20%ни 50 ёшдан ошган беморлар ташкил қилади. Қандли диабетнинг пайдо бўлишида ирсий омиллар, инфекция, руҳий травмалар, семириш катта рол ўйнайди. Бу синдромнинг ривожланиши организмда абсолют ёки нисбий инсулин етишмовчилиги билан характерланади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг таклифига биноан 65 ёшдан ошган беморларда учрайдиган бу касаллик «қарилик диабет» деб аталади.

Кекса одамларда қандли диабетнинг ўзига хос хусусияти уларда полидипсия ва полиуриянинг йўқлигидир. 65 ёшдан ошган беморларда касаллик белгилари яхши ифодаланмайди қарияларда қонда глюкоза наҳорга 8—10 ммоль кўтарилса ретинопатия, нефропатия ривожланади.

Қандли диабет кўпинча семизлик билан бирга кечади. Қандли диабет тўла одамларда тана оғирлиги нормал бўлган беморларга қараганда 4 марта кўпроқ учрайди.

Қандли диабетда инсулин етишмовчилиги оқибатида углевод, липид, оқсил, витамин, сув-туз алмашинуви бузилади. Нормада қонда глюкоза миқдори 3,34—5,55 ммоль бўлади. Касаллик клиникаси оғирлигига қараб **енгил**, **ўртача оғир** ва **оғир** турларга бўлинади.

Енгил тури — қонда глюкоза 7,77 ммоль гача бўлади, бунда парҳез ва углеводларни чеклаш билан кифояланади. **Ўртача оғир** турида глюкоза миқдори 12,21 ммоль гача бўлиб, кунига 20—60 ТБда инсулин, парҳез билан қанд пасайтирувчи сульфаниламид препаратлари тайинланади.

Оғир тури — қонда глюкоза 12,21 ммоль дан ортиқ бўлиб, катта дозаларда инсулинотерапия ўтказилади.

Ёши катта ва кекса кишиларда қандли диабет белгилари аниқ ифодаланмайди. Бу эса касалликнинг эрта диагностикасини кечиктиради.

Кексаларда бу касалликнинг ўзига хос хусусиятлари бу тана оғирлигининг камайиши, кўп сийиш, тери қичишиши, йирингли касалликларнинг пайдо бўлишидир.

Кексаларда иммунитетнинг пасайиши сабабли пневмония, ўткир респиратор касалликлар диабетик беморларда оғирроқ кечади. Айниқса сил касаллиги бундай беморларда тез пайдо бўлади.

Парҳез билан даволаш касалликнинг барча турларида буюрилади, углеводлар миқдори чекланади, етарли миқдорда оқсиллар ва ёғлар тавсия этилади. Беморларга 9-парҳез буюрилади.

Суткали рационда углеводлар 50%, оқсиллар 30%, ёғлар 30% ни ташкил этади (глюкоза 11—12 ммоль).

Инсулин билан даволашда юрак-қон етишмовчилигига, ишемик касалларда гипогликемияга йўл қўймаслик керак. Қонда қанд миқдорини пасайтиришда перорал препаратлардан диабетон, глюренорм манинил ва бигуанидлар ишлатилади. Бутамид, цикламид, букарбон, глибенкламид, адебит, глюкофаг шулар жумласидандир. Бунда қондаги лейкоцитлар ва тромбоцитлар сони кузатиб борилади.

Қандли диабетнинг асоратларидан бўлган **гипогликемик кома**, инсулин миқдори ошириб юборилганда пайдо бўлади. Беморда ҳолсизланиш, бўшашиш, қалтираш, совуқ тер босиши, очлик, бош оғриғи, безовталиқ кузатилади. Бундай ҳолатда дарҳол ширин чой, печенье, булочка, конфет берилади, венага 50 мл. 40 %ли глюкоза эритмаси юборилади.

Юбориладиган инсулин миқдори етарлича бўлмаса, диабетик кома рўй бериши мумкин. Бунда моддалар алмашинуви чуқур издан чиқиб, қонда кетон таналари тўпланиб қолади. Беморда бўшашиш, апатия, уйқучанлик, кўнгил айнаши, қайт қилиш, чанқаш, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади, оғзидан ацетон ҳиди келади, баъзан ҳушидан кетади.

Диабетик комада 100 ТБ да инсулин, организмнинг сувсизланишига қарши натрий хлорнинг изотоник эритмаси, витаминлар юборилади.

Қандли диабет билан оғриган беморлар диспансер кузатувида турадилар. Ҳамшира беморнинг қони ва сийдигида глюкоза миқдорини мунтазам текшириб боради.

Семизлик — турли тўқима ва органларнинг ёғ босиши бўлиб, эрта қаришнинг муҳим омилларидан биридир.

Кексаларда семизликка мойиллик бўлиб, бунинг сабаби уларда энергетик сарф ва моддалар алмашинувининг пасайишидир. Семизлик кам ҳаракатланиш, ортиқча овқат ейиш, ирсият оқибатида юзага келади.

Семизликнинг уч даражаси фарқланади:

- 1 — даража: енгил тана оғирлиги 20—30 % га.
- 2 — даража: (ўртача) тана оғирлиги 30—40% га.
- 3 — даража: (оғир) 40 % дан ортиб кетади.

Беморлар нафас қисишидан, ҳансирашдан, бош оғриғидан, уйқучанликдан, қабзиятдан нолийдилар. Тез-тез очлик ҳисси пайдо бўлиб, қалтираб, бўшашадилар ва овқат истеъмол қилгач бу белгилар йўқолади.

Қонда холестерин, триглицеридлар сони ортиб, глюкоза миқдори пасаяди. Семизликни даволашда парҳез, ҳаракат фаоллиги-

ни ошириш, сув муолажалари, калорияси паст овқатлар, иштаҳани пасайтирувчи моддалар — дезопимон, мефорин буюрилади.

Қабзиятни олдини олиш учун сабзавот, мевалар, сурги воситалари тайинланади.

Патологик климакс. Климактерик давр — эркак ва аёллар учун хос бўлиб, қариш жараёнининг муҳим босқичидир.

Бу давр гипоталамус олий вегетатив марказининг ёшга алоқадор ўзгаришлари, тухумдон гипофизининг циклик гонадотроп фаолиятининг бузилиши, аёлларда овуляция ва репродуктив қобилиятнинг тугаши, эркакларда гонадалар функциясининг пасайиши билан характерланади.

Эркак ва аёлларда физиологик климакс жисмонан қариш жараёнида рўй беради.

Климакснинг патологик кечишига бошдан кечирилган инфекция ва травматик касалликлар, руҳий травмалар, турмуш ва меҳнат шароитларининг етарлича эмаслиги сабаб бўлиши мумкин. Патологик климакс эрта қаришга олиб келади. Эркакларда патологик климакс климактерик синдром ва эрта климакс каби асоратларни бериши мумкин.

Аёлларда эса эрта ёки кечиккан климакс климактерик синдром, бачадондан дисфункционал қон кетиш каби асоратлар бериши мумкин.

Эркак ва аёлларда климакс 45 ёшдан олдин рўй берса, эрта климакс ҳисобланади. Кечиккан климакс аёлларда 55 ёшдан кейин, эркакларда 60 ёшдан кейин рўй беради.

Эрта пайдо бўлган климакс оғирроқ кечиб, даволаш бир мунча қийин бўлади. Аёлларда бўладиган кечки климакс постменструал қон кетишлар, метрит, бачадон ўсмалари, эндометрит оқибатида рўй бериши мумкин. Шунингдек турли система касалликларида (асаб, руҳий, юрак-қон томир ва эндокрин) ҳам патологик климакс кузатилади.

Юрак ва қон томирларга алоқадор симптомларга гипертония, тахикардия, мигрень, кўп терлаш, парестезиялар, юрак соҳасида оғриқлар, бирданига қизиб кетиш ҳоллари киради.

Психоневрологик ўзгаришлар асабийлашиш, уйқусизлик, тез чарчаш, депрессия, йиғлоқилик, қўрқувда ифодаланади. Патологик климаксни даволаш комплекс тарзда олиб борилади. Тинчлантирувчи, седатив воситалар кичик дозаларда тайинланади (бромидлар, кофетамин, триоксазин, рудотель). Вегетотроп воситалардан белласпон, беллатаминал бериледи. Нейровегетатив дистонияда пантокрин, женшень, фитин, витаминлар тайинланади.

Гормонал даво эркакларга қуйидагича: тестобромлецит схема бўйича 6 ҳафта давомида қабул қилинади, 3-ҳафта 1 (битта) таб-

леткадан 3 маҳал овқатдан кейин тил остига, 2-ҳафта 1 тадан 3 маҳал ва 3-ҳафта 1 тадан 1 маҳал тайинланади. Даво курсини 3—4 ойда қайтариш мумкин. Бу даво ўтказилгач юрак ва қон томир системасига алоқадор ўзгаришлар бартараф этилади.

Агар беморда простата безининг аденомаси ва артериал босим юқори бўлса бошқа гормонал воситалардан тестобромэстро́л қўлланилади, бу препаратни 1 та таблеткадан 3 маҳал 1—1,5 ой ичилади. Метилтестостерон (5 мг) 1—2 таблеткадан 3 маҳал 1 ой давомида қўлланилади.

Аёлларда гормонал даво қўйидагича: бисекурин 0,05 мг. дан кунига 1 та таблеткадан 21 кун ичилади (агар менструал цикл сақланиб қолган бўлса). Даво курсини ҳар 7 кунда қайтариш мумкин. 12,5% ли оксипрогестерон капронат мускул орасига 1 мл.дан 4 кун, даво курсини 2 ҳафтада, 1 ойда, 3 ойда қайтариш мумкин.

Тестостерон пропионат 25 мг. дан мускул орасига ҳафтада 3 марта, 2 ҳафта мобайнида қўллаш, даво курсини 2—3 ойда қайтариш мумкин.

Климактерин препаратини кунига 3 маҳал 1—2 дражедан овқатдан 1 соат кейин ичилади. Жами 100 та драже ичиш керак. Даво курсини 2—3 ой ўтгач 3—4 марта қайтариш мумкин. Даволашнинг умумий чора-тадбирларида фаол ҳаракатланиш, рационал овқатланиш, жисмоний тарбия, физиотерапевтик муолажалар, ванналар яхши наф беради.

Подагра — моддалар алмашинуви касалликларига кириб, урат кислота алмашинуви бузилади. Бу касаллик бўғимларда урат кислота тўпланиб, уларда яллиғланиш, деструктив — склеротик ўзгаришлар келтириб чиқаради ва сурункали хасталик ҳисобланади.

Қонда урат кислота ортиқча тўпланиб, у буйракларда ҳам йиғилиши мумкин. Спиртли ичимликлар, гўштли таомлар, творог, балиқни кўп истеъмол қилиш подагра касаллигига сабаб бўлади.

Касаллик қўл ёки оёқ бўғимларида, панжаларда қаттиқ оғриқ, бўғимларнинг шишиб кетиши ва қизариши, тана ҳароратининг кўтарилиши билан ифодаланади.

Касаллик тез-тез хуруж қилиб туради ва узоқ вақт давом этиб бўғимлар деформацияга учрайди. Давосида гўшт маҳсулотлари, нўхат, ловия, ширинликлар тақиқланади, ишқорий минерал сувлар ичиб туриш, массаж, гимнастика, курортларда даволаниш маслаҳат берилади.

Цинхофен (атофан) 0,5 гр. дан кунига 3 марта овқатдан олдин 5 кун ичилади, уродан 1 чой қошиқдан кунига 3 марта, этамид 0,3—5 гр.дан 4 марта 10—12 кун тайинланади.

Асаб системасининг функционал, ёшга алоқадор касалликлари ва ўзгаришларини ўз ичига олади.

Бош мия фаолияти қариш жараёнининг тезлашиш ёки секинлашишида муҳим роль ўйнайди.

Ёш ўтиши билан организм олий нерв фаолиятининг асосий жараёнларида ўзгаришлар кузатилади. Бу ўзгаришлар кексаларда меҳнатга лаёқатнинг пасайишида, уйқунинг бузилишида, диққат ва хотиранинг пасайишида ифодаланади.

Бош мия томирлар касалликлари ёш ўтиши билан кўпайиб боради. 60 ва ундан катта ёшдаги беморларда мия инсульти ёш беморларга қараганда 17 марта кўпроқ учрайди, чунки мия томирларида атеросклеротик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Атеросклеротик энцефалопатия касаллигида бош мия томирлари атеросклероз оқибатида торайиб, мия функциялари бузилиб қолади.

Касаллик даврида бош оғриши, айланиши, қулоқ шангиллаши, тажанглик, тез чарчаш, уйқунинг қийинлашуви, хотиранинг бузилиши, панжалар тремори кузатилади.

Беморлар хаёли паришон бўлиб қолади, яқинда бўлиб ўтган воқеаларни эслаб қолиши қийинлашади, борган сари кўнгли бўшашиб, салга йиглайверади, аста-секин ақли пасайиб, фаҳм-фаросат камаяди.

Баъзи ҳолларда қарилик маразми пайдо бўлади. Атеросклероз туфайли депрессия ҳоллари, паркинсон касаллиги, эпилепсия тутқаноқлари кузатилиши мумкин.

Касалликни даволашда — бош мия қон айланишини яхшилаш мақсадида кавинтон, эуфиллин, компламин, нигексин, ксантинол, циннаризин, стугерон, қон ивишига таъсир этувчи (гепарин, пелентан, эскузан, неодикумарин), тўқима метаболизмини нормаллаштирувчи аминалон, пирацетам, глютамин кислота, декамевит, ундевит ва ферментлар тайинланади.

Касаллик симптомларига қараб антидепрессант, тутқаноққа ва паркинсон касаллигига қарши қўшимча препаратлар тайинланади. Касаллик профилактикасида меҳнат ва дам олиш режимига қатъий амал қилиш, уйқуни нормага солиш, тоза ҳавода сайр қилиш, ванналар қабул қилиш керак.

Овқат ўсимлик ва сут маҳсулотларидан иборат бўлиб, спиртли ичимликлар ичиш ва чекишга барҳам берилади. Беморлар мунтазам диспансер назоратида бўлишлари керак.

Мияда қон айланишининг бузилиши. Бу касаллик ёш ўтиши билан кўпроқ учрайди. Мияда қон айланишининг бузилиши ҳолларида инсултлар ва ўткинчи ўзгаришлар фарқланади.

Инсулт (бош мияда қон айланишининг ўткир бузилиши)да ёки мияга қон қуйилганда қоннинг қайси жойга қуйилганлигини ёки миянинг қайси жойи юмшаб қолганини, яъни инсултнинг геморрагик ёки ишемик эканлигини аниқ билиш муҳим ҳисобланади. Бош мияга қон қуйилишига кўп ҳолларда гипертония касаллиги сабаб бўлади.

Атеросклероз оқибатида қон қуйилиши камроқ кузатилади. Мия томирлари атеросклерозида мияда юмшаш ҳодисаси бошланади. Мияда қон айланишининг бузилиши руҳий изтироб, жисмоний зўриқишдан кейин келиб чиқади.

Мияга қон қуйилганда бемор тўсатдан коматоз ҳолатига тушиб қолади, гемипарез, юз ассиметрияси, мускуллар тонусининг кучайиши, афазия, патологик рефлекслар кузатилади.

Гемипарезда беморлар Вернике — Манн ҳолатида юрадилар, бунда қўли гавдасига яқинлаштирилган бўлиб, тирсак ва билак кафт бўғимларидан букилган, бармоқлари мушт қилиб тугилган, оёғи барча бўғимларда ёзилган бўлади.

Ишемик инсулт бош миядаги бирор томирнинг тромбоз, эмболия натижасида ёки буларсиз тикилиб қолиши оқибатида юзга келиши мумкин.

Ишемик инсулт ёши катта одамларда кўпроқ учрайди. Касаллик аста-секин ривожланади, аввалига бош оғрийди, айланади, кўз олди қоронғилашади, одам карахт бўлиб, эс-хуши айниб қолади. Артериал босим пасайиб, ранги оқариб кетади. Аста-секин гемипарез ва нутқнинг бузилиши пайдо бўлади.

Мияда қон айланишининг ўткинчи (динамик) бузилишлари мия инсультига қараганда кўпроқ учрайди. Бу бузилишлар тўсатдан пайдо бўлади ва бир неча минутдан 24 соатгача чўзилади.

Бу касаллик мия томирининг тортишиб, торайиб, спазмга учраши натижасида келиб чиқади. Бу ўткинчи бузилишлар инсултдан олдин келадиган хабарчилар бўлиши мумкин.

Клиникасида бош оғриқлари, бош айланиши, кўнгил айниши карахтлик ва ўчоқларга алоқадор симптомлар, парестезиялар, юз нерви тармоғининг, тил ости нервининг парези билан, афазия кўринишидаги ўтиб кетадиган камчиликлар билан ифодаланиши мумкин.

Мияда қон айланишининг бузилишида инсулт характеридан қатъий назар, шошилиш равишда беморларга 10 мл. 2,4% ли эуфиллин эритмаси билан 10 мл. 40% ли глюкоза эритмаси, 2,5 мл лазикс антигистамин препаратлари юборилади, бу томирлар спазмини, бош миядаги шишни камайтиради. Лекин даволашда албатта ишемик ёки геморрагик инсулт ҳисобга олинади.

Ишемик инсултни даволашда АБга ва юрак фаолиятига, бош миянинг регионал томирлар фаолиятига эътибор берилади. Де-

гидратацияловчи препаратлардан магний сульфат, лазикс, глицерин, маннитол берилади. Агар артериал босим юқори бўлса, гипотензив воситалар, юрак фаолиятини яхшилаш учун кордиамин, строфантин, коллапсда мезатон, норадреналин, фибринолитик (антикоагулянт) препаратлар, томир кенгайтирувчи воситалар тайинланади, гипостатик пневмониянинг олдини олиш мақсадида антибиотиклар буюрилади.

Беморлар тинч ётқизилади, боши ёстикдан баландроқ кўтариб кўйилади, оғзидаги протезлар олиб ташланади. Геронтологик беморлар реабилитациясида ўзига хос хусусиятлар мавжуд:

1. Асаб, юрак-томир ва бошқа системалардаги ёшга алоқадор ўзгаришлар мавжудлиги, мослашиш қобилияти ва трофиканинг чекланганлиги.

2. Биргаликда даволанишни талаб қилувчи йўлдош касалликларнинг бўлиши.

3. Кексалар психик фаолиятининг инертлиги.

Паркинсонизм. Паркинсон касаллиги — кексаларда кўп учрайдиган асаб системасининг органик бузилиши бўлиб, сурункали полиэтиологик касаллик ҳисобланади.

Касаллик Лондонлик врач Джеймс Паркинсон номи билан боғлиқ. Этиологиясида насли, мияда қон бузилиши, травмалар катта роль ўйнайди. Паркинсонизм мия томирлари атеросклерози оқибатида вужудга келиши мумкин. Касаллик клиникасига қараб 3 босқичга бўлинади.

1-босқичда бемор кам ҳаракат бўлиб қолади, қўл ва оёқларида титраш кузатилади.

2-босқичда мускуллар тонуси аста-секин кучайиб боради, қўл ва оёқларда доимий титраш, меҳнат қобилияти чекланади, беморлар юриши ўзгаради.

3-босқичда одамда сусткашлик, кам ҳаракат, мускуллар ригидлиги кузатилади, мимикаси кам ифодаланади, юзи ниқобга ўхшаган кўринишга кириб, қотиб қолгандек бўлиб туради. Юз териси ёғли бўлади, узоқ вақт вазиятни ўзгартирмай ўтиравериши мумкин, юрганда қўллари узун ҳаракатлар қилмайди. Гавдасини тутиши ғалати бўлади, гавдаси олдинга букилиб, энгашиб туради, майда қадам ташлаб юради, нутқи секинлашиб овози пасайиб қолади.

Беморлар шилқим бўлиб қоладилар, ахлоқсиз, беўхшов ҳаракатлар қилишга мойил бўладилар. Касалликни даволашда паркинсонизмга қарши II гуруҳ препаратлар буюрилади: мидантан, глудантан, леводопа, мадопор, Ҳаком препаратлари катехоламинлар алмашинувини нормаллаштириб, мияда дофамин миқдорини оширади. Умумий даво учун витаминлар, анаболик стероидлар, биостимуляторлар қўлланилади.

Паркинсонизмга қарши II гуруҳ препаратлари марказий холинолитиклар — циклодол, артан, паркопан, ромпаркин, паркинсан ва ҳ.к. буюрилади. Комплекс медикаментоз терапияга кавинтон (винопоцетин), антиоксидантлар (токоферол, витамин E), бета — адреноблокаторлар, (анаприлин, обзидан, индерал, пропраналол) қўлланилади.

Кекса ва ёши катта одамларда кузатиладиган руҳий ўзгаришлар

Одамнинг ёши ўтган сари унда пайдо бўладиган руҳий касалликлар жинсий безлар функциясининг сусайиши, моддалар алмашинувининг пасайиши оқибатида рўй беради.

Деменция геронтопсихиатриянинг марказий муаммоси бўлиб ҳисобланади. Шахс хусусиятларининг ўзгариши, руҳий тушкунлик, интеллектнинг пасайиши кексаликда даволашни, парваришни талаб қиладиган ҳолатдир. Инволюцион психозлар 2 га бўлинади:

1. Пресенил психозлар 45—60 ёшларда учрайди.

2. Сенил психозлар 60—65 ёшлардан кейин бошланади.

Пресенил психозлар клиникасида хавотирликка тушиш каттагина ўрин эгаллайди. Беморларда хавотирланиш ҳисси пайдо бўлади, улар ўзларини кўп айблайверадилар.

Касаллик симптомларидан қайси хили устун туришига қараб параноид, пресенил истерия фарқ қилинади.

Пресенил депрессия бошланишидан олдин кўпинча қандайдир кўнгилсиз ҳодисалар бўлиб ўтади. Касаллик манзараси депрессия, хавотирга тушиш, кўзғалиб безовталаниш, бесарамжон бўлишдан иборат. Беморларда уйқу бузилади, иштаҳа пасаяди, улар озиб кетадилар.

Кўпинча суицидал фикрлар ва уринишлар содир бўлади. Касаллик бир неча йиллар давом этиши мумкин. **Пресенил параноиднинг** клиникасида конкрет шарт-шароитда, уйда, ишда рўй берадиган кўнгилсизликлар, касаллик муносабати билан пайдо бўлган васвасалар оқибатидаги кечинмалар намоён бўлади. Атрофдагилар менга ғалати муносабатда бўляпти, деб ҳисоблайдилар, шубҳаланаверадилар, рашк ўтида ёнадилар.

Бу касаллик пресенил депрессияга қараганда оғирроқ ва узоқроқ кечади. **Пресенил истерия** — кўпинча аёлларда пайдо бўлиб, улар беқарор, арзимас сабабдан ғазабланиб, тажанг бўлиб қоладилар.

Беморлар томоғига бир нима тиқилиб қолгандай бўлаётганидан, баданидан ёқимсиз ҳидлар келаётганидан нолийдилар. Улар-

да кўпинча истерия тутқаноқлари, қўл-оёғлар функционал парестезиялари кузатилади.

Давосида беморлар албатта психиатрик клиникаларга, стационарларга ётқизилиб, психотерапия ўтказилади. Бунда ҳамшира беморларга алоҳида эътиборда бўлиши лозим, чунки уларда суицидал уринишлар бўлиши мумкин.

Дори воситаларидан аминазин, мелипрамин, тизерцин, амилриптилин, галоперидол, триоксазин, элениум буюрилади. Беморларни соматик ҳолатига эътибор бериш, овқатлантириш ва кийинишида ёрдам бериш керак.

Сенил психозлар пайдо бўлишининг сабаби бош мия пўстлоғидаги нерв ҳужайраларининг атрофиясидир, бунинг оқибатида ақлий заифлик ривожланади.

Беморларда аввалига хотира пасаяди, ҳатто яқин кишилари номларини эсдан чиқариб қўядилар. Бундай беморларда конфабуляциялар юз беради, улар ҳақиқатда ҳеч қачон бўлмаган ҳодисалар тўғрисида гапирадилар, ўз аҳволига танқид билан қарамайдилар.

Ўғридан кўрқиш, зиён кўриш васвасаси бундай беморлар учун характерлидир. Беморлар ўз нарсаларини беркитиб қўйишади, аммо кейин топа олмайдилар, биров ўгирлаб қўйди, деб ўйлайдилар. Улар кўпинча кераксиз нарсаларни йиғиб юрадилар. Ўз кийим-кечагини тугиб ушлаб юрайдилар. Улар бетартиб овқатланаверадилар, исқирт бўлиб қоладилар. Уларни яқин кишиларининг тақдири қизиқтирмайди.

Касалликни даволашда симптоматик даво, уйқусизликда ухлатувчи дорилар тавсия этилади. Айниқса ноотроп препаратлар кенг қўлланилади.

Кексаларда ятрогения — бу психоген касалликнинг бир тури бўлиб, тиббиёт ходимларининг беморга бўлган нотўғри муомалалари оқибатидаги ипохондрик, депрессив реакциялар натижасидир.

Бемор билан суҳбатлашганда унинг саломатлиги тўғрисида ҳамиша эҳтиёт бўлиб гапириш лозим. Бемор нотўғри маъно чиқариб олиши мумкин бўлган турли терминларни ишлатиш тавсия этилмайди.

Кўпинча беморлар касаллик диагнози тўғрисидаги гапларга диққат билан қулоқ соладилар, уларнинг ўз саломатлигига зиён келтириши мумкин бўлган хулосалар чиқариб олишини ҳамиша эсда тутиш лозим. Кексалар кўпроқ сексуал қобилятининг пасайиши ёки йўқолиши каби шикоятлари, саволлари билан турли мутахассисларга мурожаат қилаверадилар. Бундай беморлар билан суҳбатлашганда жуда эҳтиёт бўлиш лозим.

Жамиятнинг катта бир қатламини кексалар ташкил этиб, уларнинг ўз эҳтиёжи, талаби, фикр-мулоҳазаси, касалликлари, ижтимоий муаммолари бор. Улардан бири травматизмдир. Таянч—ҳаракат аппаратининг суяк ва тоғай тўқималарида, бойламларида ёш ўтиши билан дистрофик — деструктив ўзгаришлар, остеопорозлар пайдо бўлади. Суяк тоғай аппаратининг қариш жараёни одам бўйининг пасайиши билан ифодаланadi. Бунга умуртқа погонасининг эгилиши, умуртқалараро дискнинг ва суяк тоғайларининг юпқалашуви сабаб бўлади.

Остеопороз жараёнида суяк тўқимасида рўй берадиган дистрофик ўзгаришлар ҳар ўн йилда ортиб бораверади. Суякнинг мустақамлиги ва турли чўзилишлар, эгилишлар, қисилишларга чидамлилиги пасаяди, шунинг учун кексаларда суяк синиши кўп кузатилади.

60 ёшда барча синиқларнинг ярмидан кўпида сон суягининг бўйинчаси синиши кузатилади.

Умуртқа остеохондрози — умуртқалараро дискларнинг дистрофик — деструктив ўзгаришлари оқибатида келиб чиқади. Бу касаллик гериатрик беморларнинг 95—98% да учрайди. Дискнинг лиқилдоқсимон ядроси жуда қисилган бўлиб, доимо кенгайишга ҳаракат қилади. Умуртқаларнинг танасига тушадиган зарбларни билинтирмайди. Фиброз ҳалқалари ва гиалин пластинкаларда ёриқлар ва узилишлар пайдо бўлади. Дискларнинг бу деструктив ўзгаришлари оқибатида умуртқалараро камгак торайиб қолади.

Бел думгаза остеохондрози — клиникасида люмбаго ёки люмбалягия, яъни тўсатдан бел соҳасидаги қаттиқ огриққа оёқ оғриғи қўшилиши кузатилади. Оғриқлар юрганда, киши йўталганда, аксирганда зўраяди.

Умуртқа погонаси ён томонга қараб қийшайиб қолади, лассет симптоми текширилганда огриқларнинг кучайиши кузатилади. Умуртқа погонаси рентгенограммасида ташхис тасдиқланади.

Гериатрик травматологияда даволашнинг ўзига хос хусусиятлари мавжуд.

Регенерациянинг синган суякларда жуда секин ривожланиши тузалиш муддатининг чўзилишига сабаб бўлади.

1. Кексалардаги мавжуд қўшимча касалликлар жарроҳлик амалиётини тўла ҳажмда амалга оширишга имконият бермайди.

2. Бундай пациентларда қўшимча касалликлар ҳаёт учун хавф тўғдирса, масалан қўймич суяклари синганда огриқ синдромини йўқотиш учун 7—10 кунга гипсли деротацион «сапожок» қўйиб, сохта бўғим ҳосил бўлишига ва пациентга имкон даражасида азобларини енгиллаштиришга, ҳаёти учун хавфли бўлган асоратларнинг олдини олишга эришилади.

3. Пациентларни каравотдан оёғини осилтириб ўтиришга ўргатилади, сўнгра соғ оёғида тик туришни машқ қилинади.

4. Аста-секин қўлтиқтаёқ билан ҳаракатланишга ўргатиб, ёки зарур бўлса кресло каталкадан фойдаланиб 8—12 ойгача шикастланган оёққа таянмаслик лозим.

5. Йўқотилган функцияларни тиклаш, пациентни ўз эҳтиёжларини қондириши учун ҳаракат қилишга ўргатиш (ЛФК, массаж ва ҳ.к.).

6. Юрак нафас фаолиятида пайдо бўладиган асоратларнинг олдини олиш мақсадида оғир гипсли боғлам, шина, аппаратлардан воз кечиш.

Бўйин остеохондрозида елка камари ва қўлларда оғриқлар кузатилади. Остеохондроз билан оғриган беморларнинг ўрни қаттиқ бўлиши керак, беморга оғриқ қолдирувчи дорилар, спазмолитиклар, тиамин, цианокобалолин буюрилади. Паравертербрал новокаин билан блокадалар қилиш мумкин. Физиотерапевтик муолажалардан диадинамик тоқлар, ультратовушлар, новокаин билан электрофорез, водород сульфиди ва родонли ванналар, массаж тавсия этилади.

Деформацияловчи остеоартроз — асосан ёши катта ва кекса одамларда учрайдиган касалликдир.

Бу касалликда тоғай тўқимасида дегенератив ва деструктив ўзгаришлар бошланиб, кейинчалик суяклар реактив ҳолда ўсиб кетади, натижада бўғимлар функцияси ишдан чиқади.

Семириб кетиш, бўғимлар травмаси остеоартрозни пайдо қилади. Бўғим тоғайи юпқалашади, ёрилади, остеофитлар ва суяк ўсиқлари пайдо бўлади.

Касаллик секин-аста ривожланади. Беморлар бўғимларида оғриқ, қарсиллашдан нолийдилар. Бўғимлар ҳаракати қийинлашади, агар касаллик оёқ бўғимида бўлса, бемор оқсоқланиб юради. Рентгенологик текширув ўтказилганда суякни туртиб чиққан остеофитлар, остеопороз топилади.

Даволаш мақсадида аналгетиклар, бутадиион, реоперин, индометацин буюрилади. «В» группа витаминлари, румалон, электрофорез, балчиқ ва сув муолажалари тавсия этилади.

КЎЗ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Қариш жараёнида кўз тўқималарида ҳам бошқа аъзолардаги каби ўзгаришлар кузатилади. Кўп ҳолатларда бу ўзгаришларни физиологик қариш ёки баъзи бир касалликлар сабабли эканлигини ажратиш мумкин бўлади. Физиологик ва касаллик сабабли ёки

геронтологик ва гериатрик ўзгаришлар ўртасидаги чегара шартли равишда белгиланади.

Жуда кўп кўз касалликлари қарилик жараёнида бутун организмнинг ҳолатига боғлиқ бўлади, булар метаболик ўзгаришлар, эндокрин системасининг дисфункциялари ва бошқалардир.

Баъзида эрта қариш жараёнида кўздаги геронтологик ўзгаришлар эртароқ бошланади. Ёшга алоқадор ўзгаришлардан қуйидагилар кузатилади: кўз гавҳарининг деформацияси, аккомодациянинг бузилиши (40 ёшга бориб гавҳарнинг эластиклиги камайиб боради). Кўз гавҳари қанча кам эластик ва қаттиқ бўлиб қолса, ўз эгрилигини шунча кам ўзгартира оладиган бўлиб қолади.

Демак ёш катталашиб борган сари энг яқиндан, яқин кўриш нуқтаси аста—секин узоқлашиб, кўз гавҳари эгрилигининг ўзгариши ҳисобига кўзнинг аккомодацияланиш хусусияти йўқолиб боради.

Одамнинг энг яқиндан аниқ кўрадиган нуқтаси 33 см.дан нари сурилиб қоладиган бўлса, ана шунда у яқин масофага кўз тикиб ишлаганида амалда ноқулайлик сеза бошлайди. Бу ҳодиса 40 ёшдан кейин бошланади ва одамнинг ёши қайтиб қолган чоғларида ҳаммалан кўп намоён бўла бошлайди.

Унинг «пресбиопия» деган номи шундан келиб чиққан бўлиб, бу сўз «кексалар кўзи» деган маънони билдиради. Пресбиопия нурларни тўплаб берадиган линзалар ёрдамида ростланади.

30 ёшдан кейин ҳар қайси уч ёшга тахминан 1,0 дптр ҳисобидан конвекс линзалари буюриш зарур. 60—65 ёшда аккомодация умуман йўқолади.

Кексаларда тўр парданинг дистрофик ўзгаришлари ҳам кўп кузатилади, бу эса кўришга катта таъсир этади. Гипертония касаллигида, атеросклерозда ва бошқа гериатрик касалликларда тўр парданинг дистрофияси кузатилади.

Қарилик катарактаси

Касаллик кўз гавҳарининг хиралашуви билан ифодаланиб, қари кишиларда одатда босқичма-босқич авж олиб борадиган касалликдир. Бундан ташқари кўпроқ қандли диабетда, тетанияда, кўз шикастланганда, одам заҳарланиб қолгандан кейин ҳам пайдо бўлади.

Катаракта касаллиги кўрликка олиб келадиган касаллик бўлиб, буни олдини олиш, даволаш мумкин. Касаллик 4 босқичда ривожланади:

1. Бошланиб келаётган қарилик катарактаси.
2. Етилмаган катаракта.

3. Етилган катаракта.

4. Ўтиб кетган катаракта.

Касалликнинг **1-босқичида** нарсалар кўзга иккита бўлиб ёки полиопия — бир нечта бўлиб кўринади. Кўз олдида бир нарсалар липиллаб тургандек бўлиб туюлаверади. Бундай ҳолат беморни бир неча йил безовта қилиши мумкин. Айрим одамлар узоқни кўролмасликдан нолийдилар.

Касалликнинг **2-босқичида** беморлар кўзининг кескин хиралашиб қолганидан нолийдилар. Бу босқич ҳам бир неча йил давом этиши мумкин.

Катарактанинг **етилган босқичида** кўз гавҳарлари бир текис хиралашади. Бемор ҳеч нарсани кўра олмайди, фақат ёруғлик қайси томондан тушганини ажратиши мумкин. Бу босқичда кўз гавҳарлари операция йўли билан олиб ташланса бўлади. **Ўтиб кетган катаракта** босқичида кўз гавҳарининг пўстлоқ моддаси аста-секин суюлиб сутсимон массага айланиб қолади, унда гавҳар ядроси қалқиб (иридодонез) юриб, бош қимирлаганда ўз вазиятини ўзгартириб туради. Кўз яна кўрадиган бўлиб қолиши мумкин (фақат 10,0 — 12,0 одиоктрияли кўзойнак ёрдамида).

Даволаш: қарилик катарактасини даволашда «В» комплекс витаминлари, витамин С, Р ва кўзга томизиш (инстилляция) учун витафокал, вицеин, рибофлавин препаратлари буюрилади.

Қарилик катарактасини даволашда шунингдек АТФ, никотинат кислотадан фойдаланилади. Катахрома, квиакса, каталта, сенкаталта каби кўз томчилари катарактани даволашда яхши наф беради.

Хиралашган кўз гавҳарларини катаракта етилган босқичида олиб ташлаш (экстракция) лозим. Етилмаган катаракта босқичида ҳам операция қилиш мумкин. Кўз гавҳари олиб ташлангандан кейин беморлар нур йиғувчи кўзойнаклар ёки контакт линзалардан фойдаланишлари мумкин.

Глаукома. Бу касалликда кўз ички босими бирдан кўтарилиб, кўз тўр пардаси ва кўрув функцияларининг пасайиб кетишига олиб келувчи трофик ўзгаришлар юзага келади.

Глаукома хуружлар билан характерланади. Кўзда кучли оғриқ бўлиб пешона ва чаккага узатилади. Кўз олди қоронгулашиб ёруғлик манбаида камалак пайдо бўлади. Хуруж кўнгил айнаши, қусиш билан кечади. Пальпацияда кўз тошдек қаттиқ бўлади. Бу касаллик кўз ички босими мудом ёки вақти-вақтида кўтарилиб туриб, кейин кўрув нервида экскавация, яъни чуқур тортган жойлар ва кўрув нерви майдонида типик нуқсонлар пайдо бўлиши билан характерланади.

Кўз ички босимини ўлчаш техникасига **тонометрия** дейилади. Тonomетрия кўзга юк тонометр қўйиш йўли билан ўтказилади. Бу

оғирлиги 10 гр. бўлган Маклаков тонометридир. Нормада кўз ички босими 18—27 мм. симоб устунига тенг бўлади.

Атеросклерози, артериал гипертензияси бор беморлар доимо диспансер кузатуви остида бўлишлари керак. Глаукома касаллиги 3 хил бўлади. **Тугма, иккиламчи ва бирламчи.**

Тугма глаукома табиатан ирсий бўлиши мумкин ва бу хирургик йўл билан даволанади.

Иккиламчи глаукома кўз ўсмаларида, яллиғланиш, дистрофик-дегенератив жараёнларда, травмаларда пайдо бўлиши мумкин.

Бирламчи глаукома — ёшга алоқадор ўзгаришлар оқибатида пайдо бўлиб, 40 ёшдан ошган аҳолининг 1—2% ни шикастлайди. Бирламчи глаукома ёпиқ бурчакли ва аралаш формаларда бўлади.

Глаукома ривожланашида 4 та босқич кузатилади:

1. Бошланғич.
2. Авж олган.
3. Вақтидан ўтган.
4. Терминал босқич.

Глаукома билан оғриган касаллар диспансер ҳисобига олинади. Глаукомани даволашда кўз ички босимини пасайтирувчи холиномиметик ва антихолинэстераз моддалар буюрилади, пилокарпин, карбохолин, ацеклидин, фосфакол, адrenomиметик препаратлар — адреналин гидрохлорид ва феатол қўлланилади.

Глаукоманинг ўткир хуружини даволашда 1—2%ли пилокарпин 1 соат давомида ҳар 15 дақиқада инстилляция қилинади. Сўнгра ҳар 30 дақиқада ва ҳар соатда, кейинги кунларда суткасига 6 марта. Шунингдек 0,5 мг дан диакарб, 50—60 гр 50%ли глицерин, зулук, оёққа иссиқ ванналар қилинади. Агар хуруж 24 соат ичида босилмаса лазер иридэктомияси қилинади.

Умумий таъсир кўрсатувчи препаратлардан диакарб, панангин, аспаркам, трентал, циннаризин, биостимуляторлар, АТФ, глутаминат кислота, витаминлар, склерозга қарши препаратлар қўлланилади.

ГЕРИАТРИК ЖАРРОҲЛИКНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Гериатрик беморлар сонининг кўпайиши билан бир қаторда улар орасида жарроҳлик касалликлари сони ҳам ортиб бормоқда.

Гериатрик жарроҳликнинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат:

- Организм адаптацион қобилятининг пасайганлиги.
- Жарроҳлик талаб қилувчи касалликларда йўлдош касалликларининг ноқулай шароитлар яратиши.

— Гериатрик беморлар руҳий ҳолатининг ўзгача бўлиши, улар қилинадиган жарроҳлик операцияси ва ўз касалликларининг якуни ҳақида қаттиқ ҳаяжонланадилар. Ҳатто операциядан бош тортадилар ёки кеч рози бўладилар.

— Қорин бўшлиғи ўткир жарроҳлик касалликларининг кечиши типик бўлмайди ва унинг клиник белгилари яққол намоён бўлмайди.

Ўткир аппендицитда оғриқлар кучли бўлмайди, Шчёткин — Блюмберг симптоми аниқланавермайди, лейкоцитоз катта бўлмайди. Кексаларда ўткир аппендицитнинг деструктив формалари кўпроқ учрайди. Аппендикуляр инфилтрат кексаларда 2—6 марта кўпроқ учрайди, кечиши ўткир ва узок бўлади.

Яра перфорацияси ва қон кетишида зудлик билан операция қилинади. Яра перфорацияси клиникаси суст ифодаланиб, диагностикани қийинлаштиради. Касаллик бошланишида қорин соҳасида тушунарсиз оғриқлар пайдо бўлиб, юрак ва бел соҳасига тарқалиши мумкин, кўпроқ миокард инфаркти, холецистит, панкреатит диагнози аниқланади (рентгенологик, ЭКГ, лаборатор, лапароцентез).

Гастродуоденал қон кетишлар ҳам рентгенологик, эндоскопик текшириш усуллари ёрдамида аниқланади ва консерватив — гемостатик, симптоматик даво буюрилади. Агар консерватив даво наф бермаса, оператив йўл билан даволаш керак бўлади. Ҳозирда гериатрик беморларда ўткир холецистит сабабли қилинадиган жарроҳлик даволари ортиб бормоқда. Касаллик клиникаси атипик бўлгани учун беморлар касалхонага кеч ёки асоратлар бергандагина ётқизиладилар. Бу эса летал (ўлим) ҳолатларини оширади.

Ўткир ичак тутилишида ҳам ўлим ҳоллари юқори бўлиб қолмоқда. Касаллик аста-секин ривожланганлиги сабабли беморлар касалхонага кеч ётқизиладилар. Амалиётда ўткир ичак тутилишининг обтурацион формаси кўпроқ учрайди.

Гериатрик муаммолардан яна бири сиқилиб қолган чурралар ҳисобланади. Бунда операциядан кейинги ўлим 7,5% ни ташкил этади.

ЭШИТУВ АЪЗОСИ, БУРУН, ТОМОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЁШГА АЛОҚАДОР ЎЗГАРИШЛАР

Кексаликда қонуният асосида юз берадиган инволюцион жараёнлар барча аъзо ва ҳужайралардаги каби эшитув, вестибуляр, ҳид билиш анализаторлари фаолиятида ҳам ўзгаришлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Бундай специфик ўзгаришлар асосида физиологик ҳимоя эффе­ктивлиги механизмининг иммуннодефицит билан боғлиқ су-

сайиши ётади. Чунки организмнинг мослашиш, компенсация ва резерв имкониятлари камаяди. Отоларингология соҳасида ҳам қариллик туфайли аъзоларнинг функцияси пасайдими ёки бу касалликми ажратиш анча мушкулдир. Қулоқ жуда нозик ва муҳим аъзо ҳисобланадики, бошқа аъзоларга нисбатан инсон ёшининг ўзгаришига қараб, яъни 20 ёшдан сўнг қулоқ аъзоси эшитиш қобилияти ўзгариб боради. Лекин ёшга қараб эшитиш қобилиятининг пасайиши физиологик ҳолат ҳисобланади.

Эшитиш қобилиятининг пасайиши қулоқ аъзоси ҳар бир қисмининг ўзгариши билан боғлиқдир. «Отоларингология» соҳасида 1962 йилдан буён В.Ф. Ундрецем томонидан аудиометрия, эгри чизиклар усули ишлатиб келинмоқда. Бунда «шивирлаш» методига асосан: 1—7 м., 2—6 м., 3—5—6 м., 4—5 м., 5—3—4 м. дан эшитиш қобилияти аниқланади.

Патогистологик текширишларда эса, эшитиш қобилиятининг пасайиши, қулоқ аъзосининг дегенератив атрофик ўзгаришларга ҳам боғлиқлиги кузатилган.

Масалан ўрта қулоқ эшитиш суякчаларининг атеросклерози, суяк ичи қон томирларининг атеросклерози, эшитиш қобилиятининг ўзгариши, унинг қай даражада эканлиги товуш қабул қилиш аппаратининг, яъни кортиев аъзосининг хужайралари атрофияга учраганлигига ҳам боғлиқдир. Айниқса бош мия қон томирлари атеросклерози (марказий нерв системаси склерози) ҳам эшитиш функциясига жуда салбий таъсир қилади.

Кексаликдаги карликнинг **4 та тип**и мавжуд:

1-типи— кортиев аъзосидаги ўзгаришдан.

2,3,4-типи— ички қулоқ чиганоқ спиралида, нерв толалари ядросида, эшитиш анализаторидаги ўзгаришлар ҳисобига ҳосил бўлади.

Кексаликдаги карлик белгилари ҳар бир шахс учун индивидуал бўлади. Хулоса қилиб айтганда, қулоқ аъзоси эшитиш функциясининг ўзгариши ҳам физиологик, ҳам патологик ҳолда бўлади.

Эшитишнинг ёшга боғлиқ ҳолда пасайиши пресбиакузис дейилади. Айниқса бу ҳолат бирданига бир нечта одам гаплашганда, телевизор, кино кўрганда, телефонда гаплашганда намоён бўлади. Эшитиш қобилияти ҳаттоки уйқуга, кайфиятга, об-ҳавога қараб ўзгариб туради.

Қулоқда шовқин ёки тиқин пайдо бўлиши кўпгина қарияларни безовта қилади. Бу ҳолат турли касалликларнинг симптоми бўлиши мумкин. Масалан қулоқнинг ўткир ва сурункали яллиғланиши, пресбиакузис, гипертония, остеохондроз, касб-корга оид патология ва ҳ.к. Ҳаттоки ўткир ва сурункали ринит, синусит, полип, аденома, бурун ва томоқ касалликлари қулоқ тиқилишига ва эшитишнинг пасайишига сабаб бўлади.

Кексаларда эшитиш қобилиятининг пасайиши ёки кулоқ оғирлиги

Ёшга қараб эшитиш қобилиятининг физиологик пасайиши бутун организмнинг физиологик қариш белгилари билан бирга намоён бўладиган нормал ҳолатидир. Бу ҳолат нутққа, эшитиш функциясининг ижтимоий ҳолатига ҳам салбий таъсир кўрсатади.

Эшитиш қобилиятининг патологик пасайиши кам ҳолларда намоён бўлади. Бу кулоқ чиғаноғининг дегенератив ўзгаришида юз беради.

Ёшга нисбатан эшитиш қобилиятининг тез пасайиши эса гормонал ҳолатга, ирсиятга, асаб касалликларига боғлиқдир.

Клиникасида товуш қабул қилишнинг, бунинг натижасида нутқнинг ёмонлашуви, телефон орқали товушни яхши қабул қила олмаслик, кулоқ шанғиллаши кузатилади.

Даволашда поливитами́нлар, витамин В₁, В₆, биостимуляторлар, алоэ, АТФ, гормонлар, кулоқ соҳасига УВЧ ва калий йодид билан электрофорез тайинланади.

Тўқималарда моддалар алмашинувини стимулловчи препаратлар — апилак, гумизоль, алоэ, ФИБС, АТФ, глутаминат кислота, галантамин, прозерин ва ҳ. к. қўлланилади.

Консерватив даво наф бермаганда эшитиш аппаратидан фойдаланилади.

Эшитиш қобилияти пасайган беморлар билан мулоқот қилиш ҳамширадан катта масъулият талаб қилади. Ҳамшира бундай пайтда ҳаракати, юз ифодаси билан кекса беморларга ўз фикрини тўлиқ тушунтира олиши ёки етказа олиши ва уларнинг жавобини сабртоқат билан эшитиши лозим. Беморларга эшитиш аппаратидан тўғри фойдаланишни вақти-вақти билан тушунтириш лозим. Қариликда кучли ифодаланган церебрал атеросклерозда, сенил психик ўзгаришларда, вестибуляр дисфункцияда эшитиш аппаратидан фойдаланиш карликни янада кучайтиришини эсда тутиш лозим.

Кекса ёшдаги одамларнинг жисмоний тарбияси

Инсон ҳаёти давомида унинг соғлиғига қуйидаги омиллар таъсир кўрсатади:

- ҳаёт тарзи — 50 %;
- ташқи омиллар — 20%;
- биологик омиллар — 20 %;
- тиббий хизмат омиллари — 10%.

Маълумки, соғлом ҳаёт тарзи соқлиқни мустақкамлашда энг муҳим омил ҳисобланади.

Ҳаётни узайтириш, қариликнинг олдини олиш тиббиёт фанининг ўз олдига қўйган муҳим масалаларидан бири ҳисобланади. Узоқ умр кўришда жимоний тарбиянинг аҳамияти жуда катта.

Қариш — бу фақат сўлиш эмас, балки бутун организмнинг мураккаб қайта қурилишидир. Биологик қонун бўйича ёш катта бўлган сари организмнинг мослашув имкониятлари қисқаради. Маълумки, қариш жараёнида аъзо ва системалар ўзгаришлари билан бир қаторда организмнинг ўзига хос компенсатор — мослашув реакциялари ҳосил бўлади ва бу нарса муҳим ҳисобланиб, айнан шу реакциялар қариш жараёни ривожланишининг секинлашувига фаол таъсир кўрсатади.

Жисмоний машқларни системали тазда бажариш шартли рефлексор боғланишларга ижобий таъсир кўрсатиб, организмнинг эрта қаришига таъсир қилувчи омилларга салбий таъсир кўрсатади.

Жисмоний машқлар моддалар алмашинуви, мушаклардаги оксидланиш процессларининг кучайишига, қонда липидлар миқдорининг пасайишига ҳамда холестериннинг томирлар деворига тўпланишини камайтириб, атеросклероз ривожланишига тўсқинлик қилади.

Жисмоний ҳаракат турли аъзо ва системаларнинг ҳаётий активлигини нормаллаштириб стимуллади, миокард қисқарувчанлигини оширади, коронар қон айланишининг яхшиланиши капилляр қон томирларининг кенгайиши билан кечади, ўпка вентиляцияси ошади, кичик қон доирасида қон айланишини яхшилайди, кўкрак қафаси ҳаракатларини меъёрлаштиради. Меъда-ичак йўллари силлиқ мушаклари ҳаракатини стимуллади. Мушак системасини, боғловчи аппаратни, бўғимлардаги ҳаракатларни нормаллаштириб, иш ҳаракатини узоқ муддатгача сақлаб туради.

Гормонал фоннинг жисмоний ҳаракатларга аҳамияти жуда катта. Улар таъсирида эндокрин аъзолар фаолияти ошиб, инсон танаси ёшаради. Шифокорнинг биринчи масаласи беморнинг биологик ёшини, сурункали ва латент бўлган касалликларини, касаллик асоратини аниқлаш, жисмоний зўриқишни меъёрда тавсия этиш ҳисобланади. Қари одамлар врач назоратидан ўтгандан сўнг 4 турдан иборат бўлган жисмоний машғулотларнинг бирон бир гуруҳига юборилади.

1-гуруҳ. Бу гуруҳга яхши жисмоний тайёргарлик кўрган, касаллик ва унинг асоратлари бўлмаган беморлар киради.

2-гуруҳ. Сезилмаган миқдордаги асоратлари бор ва касалликдан кейин яхши компенсацияга эга бўлган беморлар киради.

3-гуруҳ. Паст жисмоний тайёргарликка эга бўлган, жисмоний ҳаракатлари чекланган ҳолда соғлиғида бирон бир ўзгариши бор беморлар киради.

4-гурӯҳ. Турли касалликлар билан касалланган беморлар киреди. Улар шифокор назорати остида жисмоний машқлар билан, даволаш бадантарбияси билан шуғулланадилар.

Соғлиқлари буйича аввалги 3-гурӯҳга киритилган беморлар қўшимча даволовчи бадантарбия билан шуғуллансалар бўлади, бироқ 3-гурӯҳга эҳтиёткорлик билан ёндошиш лозим. Даволашда бадантарбия билан шуғулланиш ўртача тартибда олиб борилиши керак. Юкломаларни босқичма-босқич ошириб борилади. Юкломалар шуғулланувчиларнинг функционал имкониятига тўғри келиши керак.

Кекса организмнинг ҳолатидан келиб чиқиб, тана ва бошни кескин ҳаракатлантирмаслик лозим. Қон томирларининг склеротик ўзгаришларида тана ҳолатини тез ва кескин ўзгартиришлар бош айланиши, қулоқда шовқинлар, мувозанат бузилишига олиб келади ва беморлар кўплаб жароҳат олишлари мумкин.

Кичик қон айланиш доирасида босимнинг ошиши мумкинлигини ҳисобга олиб танани ва нафас фаолиятини ўта зўриқтирувчи машқларни бажариш мумкин эмас. Бунда юракка қон келиши қийинлашади, ўпка эмфиземаси келиб чиқиши кузатилади. Кексаларга кам таниш бўлган зўриқтирувчи машқлар ва тана ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш қийинчилик туғдириши мумкин. Кекса ёшдагиларга машқларни шундай танлаш керакки, бунда ҳамма бўғим ва мускуллар меъёردа ишлаши керак. Бу машқларнинг ҳаммаси бир маромда, юрак-қон томир системасини зўриқтирмасдан бажарилиши лозим. Беморнинг нафас олиши ва чиқариши ритмик, эркин бўлиши керак. Бемор нафас етишмовчилиги ва бузилишидан эҳтиёт бўлиши лозим.

Одам узоқ масофага югурганда ортиқча жисмоний юклама ҳосил бўлади, бу оёқ бўғимлари ва умуртқада оғриқ бўлишига олиб келиши мумкин.

Кекса ёшдагиларга жисмоний машқлардан «Спорт юриши» тавсия қилинади, бунда тананинг ҳамма қисмлари, мускуллар, оёқ, қўл бўғимлари ва елка камари корпуси қатнашади. Бунда бўғимлар жароҳатланиши кам бўлади.

Жисмоний машқ билан шуғулланувчи шахслар ўзининг пульсини назорат қилиб туриши керак. Пульснинг тезлашиб кетишига йўл қўймаслик лозим. Пульснинг сони функционал диагностик хоналарда велоэргометрия, ЭКГ ёрдамида аниқланади.

Кексалар жисмоний машқлар билан мунтазам шуғулланиб туришлари зарур. Бир йил гиподинамияда бўлиб, таътил пайтида эса жисмоний машқлар, спорт ўйинлари билан ҳаддан ташқари кўп шуғулланиш мумкин эмас. Чунки, бу нарса ёмон оқибатларга олиб келиши мумкин. «**Таътил инфаркти**» тушунчаси ана шундай ҳолатлардан сўнг пайдо бўлади.

Бундай шахсларга жисмоний машқлар танлови даволовчи врач маслаҳати билан индивидуал ҳолатда олиб борилиши ва бунда албатта «Зарар қилма!» — тиббий принципига риоя қилиш зарур.

Инсон ҳаёти минг йиллар давомида жисмоний меҳнатда тобланган. Ҳатти-ҳаракатнинг 90% жисмоний меҳнатга сарфланган. Охирги юз йилликда эса аксинча, жисмоний меҳнат дефицити пайдо бўлиб, унинг ўрнини гиподинамия эгаллади.

Шунинг учун ҳам оптимал ҳаракат фаоллиги — соғлиқни мустаҳкамлашнинг, инсон ижодий фаоллигининг кўп йилларга чўзилишининг асосий шартларидан биридир.

Кекса ёшдаги одамларда энг кўп учрайдиган касалликлар

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| — Инсулт | |
| — Паркинсон касаллиги | — Кулоқ оғирлиги |
| — Деменция | |
| — Депрессия | |
| — Глаукома | — Гипотериоз |
| — Катаракта | — Тиреотоксикоз |
| — Кўришнинг пасайиши | |
| — Пневмония | — ЮИК |
| — Эмфизема | — Аритмия |
| — Бронхоэктазлар | — Юрак етишмовчилиги |
| — Қабзият | — Артериал гипертония |
| — Ахлат тута олмаслик | — Артериал гипотония |
| | — Остеохондроз |
| | — Остеоартрит |
| — Остеоартроз | — Қандли диабет |
| — Томир касалликлари | — Сийдик тута олмаслик |
| — Полиневропатия | — Сийдик йўли инфекцияси |
| | — Простата бези аденомаси. |

XVI боб

ОИЛАВИЙ МЕДИЦИНА

ОИЛАВИЙ МЕДИЦИНАДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ

Республикамиз тиббиётига ҳам мустақиллик шарофати билан оилавий тиббиёт тушунчаси кириб келди. Аслида оилавий тиббиёт бу қандай тушунча?

Оилавий тиббиёт — ўзига хос академик йўналиш бўлиб, аҳолига бирламчи, узлуксиз ва ҳар томонлама ёрдамни амалга оширади. Оилавий тиббиёт ҳамширасининг асосий вазифаси аҳолига бирламчи тиббий — санитария ёрдами кўрсатишдир.

Ривожланган мамлакатларда (Англия, Канада, Дания, Олмония) оилавий тиббиёт — соғлиқни сақлаш тизимининг етакчи соҳаси бўлиб, 93% ҳолатларда оиланинг тиббий муаммоларини ҳал қилади.

Оилавий тиббиёт ҳамшираси ўз пациентларини яхши билган ҳолда улардаги бошқа мутахассислар билмайдиган, аҳамият бермайдиган ўзгаришларни пайқаб оладилар. Шунинг учун ҳам бутун дунёда оила медицинаси учун приоритет белгиланган.

Оилавий медицина — фақат пациент тўғрисида қайғуриб қолмасдан, балки унинг бутун оиласи соғлиғи тўғрисида ҳам гамхўрлик қиладиган ягона соҳадир.

Оилавий медицина пациентларга «туғилганидан то ўлгунигача», шу жумладан оиланинг барча аъзоларига баравар тиббий, психологик, ижтимоий ёрдам кўрсатади.

Оилавий тиббиётнинг асосий принциплари:

- медицина ёрдамнинг узлуксизлиги;
- ҳар томонлама ёндошиш;
- муаммоларнинг бир бутунлиги;
- медицина ёрдамнинг юқори сифатли бўлишидан иборат.

Юқорида қайд этилган қоидаларга амал қилиш соғлиқни сақлаш тизимининг ҚВП, оилавий поликлиника структурасидаги соғлиқни тиклаш билан боғлиқ қатор муаммоларни ҳал этишга ёрдам беради.

Оилавий медицинанинг аввалги типдаги медицина ёрдами кўрсатиш вариантларидан афзаллиги қуйидаги асосий позицияларида кўрсатиб ўтилади:

— оила шифокори, оила медицина ҳамшираси соғлом турмуш тарзи стереотипларига йўналтирилган педагогик ва шифокорлик санъатини ўзида мужассам қилади;

— оила шифокори, оилавий медицина ҳамшираси — ўткир касалликларни даволашдан — сурункали хасталикларнинг тўлиқ

ремиссиясига эришишдан моддий ва маънавий манфаатдор бўлган, оила соғлигининг адвокатларидирлар;

— ўзларига бириктирилган оила аъзоларининг янги касалликларини аниқлашда консултант (маслаҳатчи)ларга нисбатан яхши мутахассисдирлар.

Республикамиз Соғлиқни сақлаш тизимига оилавий медицинанинг кириб келиши позитив ҳолат бўлиб ҳисобланади. Чунки оилавий ҳамшира элнинг, халқнинг, маҳалланинг урф-одатларини яхши билади.

ОИЛАВИЙ ҲАМШИРАГА БЎЛГАН АСОСИЙ ТАЛАБЛАР

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизими оилавий поликлиникалар ва тиббий суғурта принципига ўтиш даврида турар экан, ҳамширалик хизматини ташкил қилиш билан боғлиқ бўлган бир қанча масалаларни ечишга тўғри келади:

Оила шифокори ва оилавий ҳамширанинг янги шароитда даволаш-профилактика ишларини сифатли амалга оширишида ҳар бирининг жавобгарлиги ва ўрни қандай бўлиши керак?

Бу шароитда асосий муаммолардан бири ҳамширалик парваришига бўлган аниқ талаб ва эҳтиёжнинг йўқлиги, уни режалаштиришнинг ўзига хослиги, оилавий медицина ҳамширасининг ахлоқий ва ҳуқуқий жавобгарлигидир.

60-йилларда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти экспертлари ҳамширалик ишини «ўзаро инсоний муносабатларнинг амалиёти» деб аниқлаган эди. Чунки оилавий медицина ҳамшираси пациентнинг ҳаётий эҳтиёжларини, талабларини аниқлашни билиши ва ҳар бир инсонни, беморни индивидуал шахс сифатида кўздан кечириши лозим.

Ҳамширалик парвариши шахсга, унинг касаллик туфайли пайдо бўладиган жисмоний, психологик, ижтимоий муаммоларига ва унинг оиласига қаратилган бўлиши керак.

Оилавий медицина ҳамшираси нафақат оила шифокори билан балки бемор, унинг қариндош-уруғлари билан келишилган ҳолда аниқ қўйилган мақсадга эришиш учун тадбирлар режасини тузади. Оила ҳамшираси кўпроқ вақтни бемор билан бирга ўтказди, оилада эса қариндош-уруғлари, шунинг учун оила ҳамширасининг даволаш муваффақияти пациентнинг, унинг оила аъзоларининг соғлиқ, касаллик ва парваришга бўлган эҳтиёжини тасаввур қилишига боғлиқ.

Оилавий медицина ҳамширасининг ҳал қиладиган муаммолари доираси участка ҳамширасиникидан анчагина кенгдир.

Оилавий медицина ҳамширасининг вазифаларига қуйидагилар киради:

Санитария — оқартув ишлари ва эпидемияга қарши курашиши, иммунопрофилактика, аҳолини ўзаро ва ўз-ўзига тиббий ёрдамнинг оддий усулларига ўргатиш, болаларга ва беморларга парваришни ташкил қилиш, оила шифокори буюрган диагностик, даволаш, реабилитацион тадбирларни ўз имкониятидан келиб чиқиб амалга ошириш, ўткир касалликларда врачга қадар шошилич ёрдамни кўрсатиш, заҳарланганда, шикастланганда, бахтсиз ҳодисалар содир бўлганда шошилич ёрдам кўрсатиш, болаларга шошилич ёрдам талаб қилувчи синдромларда парваришни амалга ошириш, уларнинг ҳаётий эҳтиёжларини қондиришдан иборат. Буларнинг ҳаммаси махсус касбий тайёргарликни талаб қилади.

Шунинг учун янги ўқув режаларини тузиш билимни «ошириб» фанлар сонини кўпайтиришни эмас, турли категориядаги, мустақил қарор қабул қилишга қодир бўлган мутахассисни тайёрлашни кўзда тутлади.

Оилавий медицина ҳамширалик ишининг таркибий қисми бўлиб, шахсга, оилага, умуман жамиятга хизмат қилади. Оила шифокори ва ҳамшираси ўз мамлакатининг аҳолиси соғлиғи ва ижтимоий гигиена муаммолари ҳамда соғлиқни сақлаш стратегияси тўғрисида аниқ тасаввур ва билимга эга бўлиши лозим. Оилавий ҳамширалар фақат ҳамширалик иши фанини чуқур ўзлаштирмасдан, балки терапия, жарроҳлик, акушерлик ва гинекология (горизонтал), фанлараро ҳамкорлик (вертикалига), педагогика, психология ва ҳ.к. фанларни билиши зарур.

Оилавий принцип бўйича бирламчи тиббий санитария ёрдамини ташкил қилишга ўтиш оилавий медицина ҳамширасининг пациент олдидаги масъулияти ва ролини оширади. Шу жумладан, пациентнинг ҳам ўз соғлиғига нисбатан жавобгарлик ҳисси ортади. Оила ҳамшираси юқори малакали мутахассис — ҳамширалик ишининг интерналогиясини, жарроҳлик, педиатрия, акушерлик ва гинекология соҳасини тўлиқ биладиган, маълум ҳажмдаги билимлар квотасига эга бўлган, отоларингология, кўз, тери касалликларида махсус тиббий ёрдамни кўрсата оладиган, кенг гуманитар тайёргарлик асосида ижтимоий муаммоларни ҳал қила оладиган бўлиши керак. Маҳалла ёки ҳар бир оила шифокор ёки ҳамширани ўзлари танлашга ҳақлидирлар.

Оилавий ҳамширанинг иш ҳажмини лицензия аниқлайди, бу амбулатория қабули, пациентнинг уйига бориш, ижтимоий патронажни амалга ошириш, шошилич ёрдам кўрсатиш, профилактик, даволаш ва диагностик тадбирларни ўтказиш, оиланинг тиббий-ижтимоий муаммоларини ҳал қилишга ёрдамлашишдан иборатдир.

Оила ҳамшираси оила шифокорининг кўрсатмаларини кўр-кўрона бажарибгина қолмасдан балки, унинг ҳамкори, ёрдамчиси-дир. Оила ҳамшираси идеал маънода олий маълумотли ҳамшира-дир. Қуйида оила ҳамширасини қисқача оддий «кабинет» ҳамширасидан фарқловчи билим ва кўникмалари рўйхатини келти-рамиз:

- ЭКГни ёзиш, портатив аппаратда ташқи нафас функцияси-ни аниқлаш (пикфлуометрия);
- кўриш ва эшитиш ўткирлигини аниқлаш;
- кўз тонометрияси;
- қон, сийдикнинг экспресс-таҳлили, глюкотест, билирубин, ўт пигментларини аниқлаш;
- физиотерапевтик муолажаларни бажара билиш;
- даво массажининг асосларини билиш;
- ўпка-юрак реанимацияси, ҳаётий кўрсатмалар асосида электр токи билан дефибрилляция қилиш;
- медицина статистикасининг асосларини билиш;
- персонал компьютердан фойдалана билиш.

Оила соғлиғини мустаҳкамлаш ва ҳимоялаш дастури бўйича иш олиб бораётган оила ҳамшираси ҳар бир оилани маълум бир система сифатида баҳолашни билиши лозим, унинг маданий, эт-ник хусусиятлари, оила аъзоларининг ўзаро муносабатлари, оила-нинг овқатланиш тарзи, зарарли одатлари, хавfli омиллари, оила таркибидаги ўзгаришларнинг оила аъзоларининг соғлиғига таъ-сирини аниқлайди.

Оила ҳамшираси оила соғлиғини баҳолаб, аниқланган камчи-ликларни бартараф этиш бўйича тавсиялар беради, оила ва оила шифокори билан ҳамкорликда ўтказилган профилактик тадбир-лар натижасини баҳолайди. Шундай қилиб, оила ҳамшираси оила соғлиғи турли аспектларининг бирламчи скринингини ўтказди.

Оила ҳамшираси шифокор билан бир қаторда участкада амал-га ошириладиган барча турдаги даволаш-профилактика ишлари-нинг тўлақонли, тенг ҳуқуқли иштирокчисидир.

Жаҳон стандартлари талабига кўра оилавий медицина ҳамши-раси пациентларга уникал шахс сифатида қараши, уларнинг ҳар қандай муаммоларини, шу жумладан оиладаги ички муаммолар-ни ҳам аниқлай билиши, пациентнинг бутун ҳаёти давомида ме-дицина ёрдамини мувофиқлаштиришлари лозим.

Оила шифокори ва ҳамширасининг яхши, аҳилликда ташкил қилинган ишларининг тандеми касалликни камайтиришнинг, ўз участкасида соғлиқ кўрсаткичи юқори бўлишининг гаровидир.

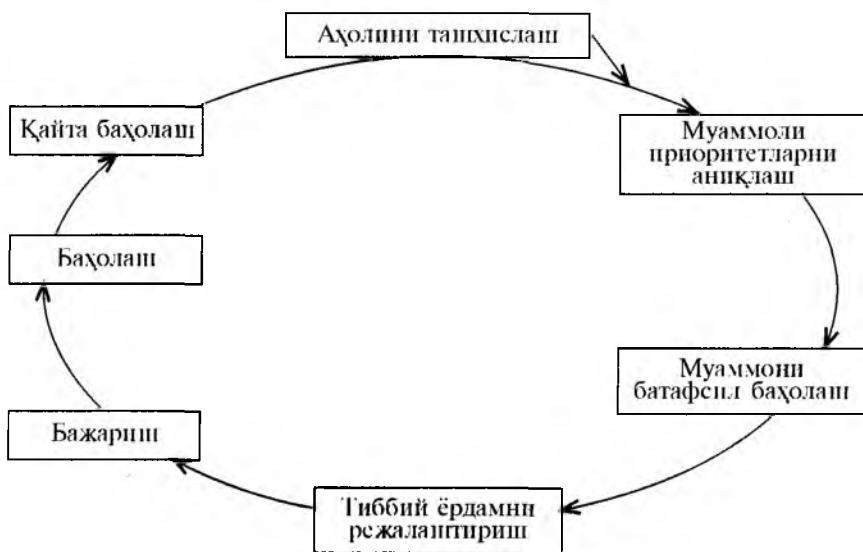
АҲОЛИГА БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ ЁРДАМИНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ ДАСТУРИНИ АМАЛГА ОШИРИШДА ОИЛАВИЙ МЕДИЦИНА ҲАМШИРАСИНИНГ РОЛИ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг концепциясига биноан аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишнинг икки асосий тури ажратилади: бирламчи тиббий-санитария ёрдами, махсус ёрдам. **Бирламчи тиббий-санитария ёрдами** махсус бўлимга эга бўлмаган оилавий поликлиникалар, ҚВПлар, район, шаҳар шифохоналари, амбулаториялар кўрсатади.

Пациентларга **махсус тиббий** ёрдам турлари нейрохирургик, эндокринологик, травматологик, шошилинч ёрдам ва бошқа марказлар, институт қошидаги клиникалар, махсус диспансерлар (психиатрик, силга қарши, кардиологик ва бошқалар)да кўрсатилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлар комитетининг аниқлашича (1975 й) бирламчи тиббий-санитария ёрдами — бу узлуксиз жараён бўлиб, соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи тиббий хизмати томонидан маълум бир аҳоли гуруҳи соғлиғига уларнинг эҳтиёжларидан келиб чиққан ҳолда таъсир кўрсатишдир, бу аҳоли орасида пайдо бўладиган муаммоларни оила шифокори ва ҳамшираси ёрдамида узлуксиз ва доимий ҳал қилиш жараёнидир (9-схема).

9-схема

Бирламчи тиббий санитария ёрдами (БТСЁ) цикли



ЖССТ экспертлари томонидан бирламчи тиббий-санитария ёрдами тизимининг 7 та асосий принциплари ишлаб чиқилган.

1. Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ) аҳолининг ҳаёт тарзи, эътиқодига мос келиб, уларнинг тиббий ёрдамга бўлган эҳтиёжини қондириши керак.

2. Бирламчи тиббий-санитар ёрдами (БТСЁ) Миллий Соғлиқни сақлаш тизимининг ажралмас қисми бўлиши керак ва унинг бошқа сфералари шундай ташкил этилиши лозимки, у маҳаллий звенолар ишини техник ёрдам жиҳатдан қўллаб-қувватлаб, тор мутахасисликлар бўйича маслаҳатлар олишга имконият яратсин.

3. БТСЁ фаолияти бошқа тармоқлар фаолияти билан бирлашиб, аҳоли эҳтиёжини қондириш ишларига қаратилган бўлиши лозим (қишлоқ хўжалиги, қурилиш ташкилотлари, транспорт, алоқа ва ҳоказолар).

4. БТСЁ жараёнини шакллантиришга ва жорий этишга маҳаллий аҳолини жалб қилиш. Маҳаллий аҳолининг эҳтиёжларини аниқлаш, улар билан доимий мулоқот ўрнатиш.

5. Аҳолига кўрсатиладиган тиббий ёрдамни уларнинг моддий имконияти ва давлат томонидан ажратилган маблағни ҳисобга олган ҳолда амалга ошириш.

6. БТСЁ ўзининг профилактик, даволаш ва реабилитацион ёрдам усулини ҳар бир пациентга алоҳида, шу билан бир вақтда бутун оилага, бутун аҳоли гуруҳига комплекс қўллаши.

7. Ҳар қандай тиббий ёрдам касалликнинг бошланғич босқичида кўрсатилиши ва бу ёрдамни махсус тайёргарликдан ўтган тиббий ходимлар амалга ошириши (бемор қийналмаслиги учун) лозим.

Аҳолини ташхислаш маълум гуруҳдаги аҳолининг эҳтиёж ва имкониятларини белгилайди. Клиницист беморга ташхис қўйганидек, бирламчи тиббий санитария гуруҳи бир бутун аҳоли гуруҳига ташхис қўяди. Ташхис қўйилгандан сўнг энг катта муаммо аниқланади. Бунда қуйидаги мезонларга асосланилади: касалланиш (заболеваемость), ўлим кўрсаткичи (смертность), тиббий ёрдамнинг эффективлиги, бажарилиши, аҳолининг бандлиги, қиймати, молия манбалари ва б.лар. Бош муаммо аниқлангандан сўнг тўлиқ баҳоланади яъни аҳоли ёшига, жинсига қараб гуруҳларга ажратилади, хавфли омиллар, маълумот йиғиш усуллари ва ахборотлар регистратсия қилинади.

Тиббий ёрдамни режалаштириш. Уни муваффақиятли ўтказиш учун мақсадни ифодалаш, тиббий аралашув сферасини танлаш, аралашув мезонларини аниқлаш, команда аъзолари орасида вазифаларни аниқлаб олиш, хусусий кузатиш ва ахборотни ёзиб бо-риш системасини ишлаб чиқиш муҳим ҳисобланади.

Лойиҳа бошқарувининг муваффақиятли мезонларига аниқ мақсад, адекват ресурслар, вазифаларни аниқ тақсимлаш, тиббий санитария ёрдами кўрсатиш, команданинг ўз ишига содиқликлари киради.

Баҳолаш босқичининг мезонлари — ўз олдига қўйган вазифаларни объектив ва критик жиҳатдан аниқлашдир.

Энг охирги, якунловчи босқич, қайта баҳолаш бўлиб, унинг зарурлиги ҳар доим ҳам кўзланган мақсадга дарҳол эришиб бўлмаслигидир.

Айрим ҳолларда дастлабки асосий ҳолатни кенгайтирувчи, чуқурлаштирувчи янги дастур тузишга тўғри келади.

Оилавий медицина ҳамшираси — бирламчи тиббий-санитар ёрдами барча босқичларининг фаол иштирокчисидир.

Масалан «Бронхиал астма» дастурида оила ҳамшираси сўров анкеталарини тарқатади, таҳлил қилади, пикфлуометрия кўрсатмаларини ҳисоблайди, беморларни оғир-енгиллигига қараб, функционал ҳолатига қараб гуруҳларга ажратади, даражаланган даволаш дастурларини беморларда ва хавfli омил гуруҳига кирувчи шахсларда амалга оширади.

Натижаларни компьютерлар ёрдамида статистик тадқиқ қилади.

Оила шифокори билан ҳамкорликда бирламчи, иккиламчи, учламчи профилактик тадбирларни ўтказди, астма-мактабларида ўқишни ташкил қилади ва ҳ.к. Оила ҳамшираси — келажак ҳамширасидир.

Фойдаланилган адабиётлар

- А.Ф.Краснов.* «Ҳамширалик иши» 2-жилд. Москва, 2000 йил.
Вашингтон университетининг справочниги. Москва, 1995 йил.
Р.А.Галкин, Г.П.Котельников. «Пожилой пациент». Самара, 1999 йил.
А.Л.Гребенев, А.А.Шептулин. «Основы общего ухода за больными». Москва, 1991 йил.
А.Н.Шишкин. «Ички касалликлар». Санкт-Петербург, 2000 йил.
«Семейная медицинская сестра». Копенгаген ВОЗ, 2002 йил.
А.Гадаев, И.Каюмова. «Геронтология». Тошкент, 1998 йил.
Эндрю Четли. «Проблемные лекарства».
К.М.Абдукадиров, С.С.Бессемельцев. «Апластическая анемия». Санкт-Петербург, Наука, 1995 йил.
Х.Л.Каррей. «Клиническая ревматология». Москва, 1990 йил.
И.Комаров, А.Л.Гребенев. Руководство по гастроэнтрологии. Журнал «Медицина», 1995 йил.
А.Р.Майерс. «Терапия». инглизчадан тарж. М.:ГЭОТАР, 1996 йил.
И.Е.Тареев. «Нефрология». Москва, 1995 йил.
А.Ф.Красков. «Семейная медицина», 2 жилдли. Самара, 1994 йил.
Р.А.Галкин, С.И.Двойников. «Сестринское дело в хирургии». Самара, 1998 йил.
«Лемон» Учебный материал по сестринскому делу. 8-боб. Ҳамшира клиник амалиёти.
Basic Nursing. Theory and Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry. Third Edition, Mosby.
Р.Конден, Л.Найхус. «Клиническая хирургия». Москва, 1998 йил.
К.Н.Бодяжина, К.И.Жмакина. «Акушерство и гинекология». М.: Медицина, 1997 йил.
И.А.Мануилова. «Современные контрацептивные средства», Москва, 1993 йил.
Н.Д.Селезнева. «Неотложная помощь в гинекологии». Москва, 1986 йил.
Н.П.Шабалова. «Болалар касаллиги». 1998 йил.
Керпель-Франиус Э. «Педиатрия». 1998 йил.

- И.Н.Усов.* «Соғлом бола». Москва, 1984 йил.
- Р.Б.Тейлор.* «Трудный диагноз». Москва, 1992 йил.
- Н.П.Шабалов.* «Неонатология». Санкт-Петербург, 1995 йил.
- А.С.Ефимов.* «Энциклопедия семейного врача». Киев, 1995 йил.
- А.Ф.Краснов.* «Семейная медицина». Самара, 1994 йил.
- А.Х.Мусалатов.* «Медицинская помощь при катастрофах». Москва, 1994 йил.
- А.Е.Дубицкий, И.А.Семенов, Л.П.Чепкий.* «Медицина катастроф». Киев, 1993 йил.
- «Атлас по манипуляционной технике». М., 1998 г.
- А.С.Заликина.* «Общий уход за больными». Т. 1995 г.
- В.С.Казанова.* «Справочник врача общей практики». Минск, 1995 г.
- А.С.Ефимова.* «Энциклопедия семейного врача». Киев, 1995 г.

XII боб.	ЖАРРОҲЛИКДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ	351
	Жарроҳлик амалиётида ҳамширалик жараёнининг аҳамияти	351
	Операция олди даврида ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш	359
	Операция даврида ҳамширалик жараёнини ташкил қилиш	378
	Операциядан кейинги даврда бемор парваришини амалга ошириш	383
	Жарроҳлик амалиётида учрайдиган асосий синдромлар, уларни ташхислаш ва даволаш	392
	Жарроҳлик касалликларида беморларнинг диспансер кузатуви	414
XIII боб.	АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ...	418
	Акушерликда ҳамширалик жараёнини амалга ошириш	418
	Оилани режалаштириш	423
	Акушерлик ва гинекологияда замонавий текшириш усуллари	429
	Акушерлик ва гинекологияда асосий синдромлар, уларни ташхислаш ва даволаш	434
	Гинекологик беморлар ва ҳомиладор аёлларнинг диспансер кузатуви ва уларга профилактик ёрдамни ташкил этиш	445
XIV боб.	ПАЛЛИАТИВ МЕДИЦИНА	452
	Паллиатив медицинанинг соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни ва аҳамияти	452
XV боб.	ГЕРИАТРИЯДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ	459
	Геронтология ва гериатрия фани ҳақида тушунча	460
	Геронтология ва гериатрияда ҳамширалик жараёнининг ўзига хос хусусиятлари	464
	Геронтологик беморларни клиник текширишнинг ўзига хос хусусиятлари	478
	Қариликка хос синдромлар	492
	Гериатрияда нафас олиш системасининг ёшга боғлиқ ўзгаришлари ва касалликлари	507
	Гериатрик беморларда сийдик йўли ва буйрақларда ёшга алоқадор касалликлар ва ўзгаришлар	520
	Эндокрин системасининг ёшга алоқадор ўзгаришлари ва касалликлари	526
	Кўз касалликлари ва ёшга алоқадор ўзгаришлар	537
	Гериатрик жарроҳликнинг ўзига хос хусусиятлари	540
	Эшитув аъзоси, бурун, томоқ касалликлари ва ёшга алоқадор ўзгаришлар	541
XVI боб.	ОИЛАВИЙ МЕДИЦИНА	547
	Оилавий медицинада ҳамширалик иши	547
	Оилавий ҳамширага бўлган асосий талаблар	548
	3. Аҳолига бирламчи тиббий-санитария ёрдамни ташкил қилиш дастурини амалга оширишда оилавий медицина ҳамширасининг роли	551
	ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	554

Ўқув нашри

**Турсунхон Юсуповна Умарова
Инобат Акрамовна Қаюмова
Матлуба Қодировна Ибрагимова**

ҲАМШИРАЛИК ИШИ

Муҳаррир *Б. Абзамова*
Бадий муҳаррир *Т. Қаноатов*
Техник муҳаррир *У. Ким*
Мусахҳиҳ *Д. Тўйчиева, С. Абдунабиева*

ИБ 2917

Босишга рухсат этилди 12.11.03. Бичими 60×90¹/₁₆. Таймс гарнитура. Офсет босма усулида. Шартли босма табоқ 32,5. Нашр босма табоқ 34,75. 9-2003-рақамли шартнома. Жами нусха 6000. 377 - буюртма
Нархи шартнома асосида.

Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, Тошкент — 700129,
Навоий кўчаси, 30.

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги, Фафур Фулом номидаги
нашриёт-матбаа ижодий уйи, 700129. Тошкент. Навоий кўчаси, 30. // 700128.
Тошкент. Усмон Юсупов кўчаси, 86.

51.1(5У)

У 47

Умарова Т.Ю. ва бошқ.

У 47 Ҳамширалик иши: Олий маълумотли ҳамширалар ва тиббиёт коллежлари учун дарслик / Т.Ю. Умарова, И.А. Қаюмова, М.Қ. Ибрагимова;/ Муҳаррир Б. Аъзамова. — Т.: Абу Али ибн Сино номидаги тиббиёт нашриёти, 2003. — 560 б.

ББК 51.1(5У)я72

ҲАМШИРАЛИК ИШИ

