

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM  
VAZIRLIGI**

**ILMIRA SADULLAEVNA RAZIKOVA  
TAXRIRI OSTIDA**

Ilm soxasi – «Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot» - 500000

Ta’lim soxasi – «Sog‘liqni saqlash» - 510000

**TERAPIYADA HAMSHIRALIK ISHI FANI BO‘YICHA  
DARSLIK**



**« TERAPIYADA HAMSHIRALIK ISHI»**

Ta’lim yo‘nalishi: 5510700 - «Oliy hamshiralik ishi»

**Toshkent – 2018**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA’LIM  
VAZIRLIGI**

**ILMIRA SADULLAEVNA RAZIKOVA  
TAHRIRLIGI OSTIDA**

Ilm sohasi – «Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta’minot» - 500000

Ta’lim sohasi – «Sog‘liqni saqlash» - 510000

**« TERAPIYADA HAMSHIRALIK ISHI»**

Ta’lim yo‘nalishi: 5510700 - «Oliy hamshiralik ishi»

Toshkent – 2018

### **Tuzuvchilar:**

**I. S. Razikova** - TTA, Allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrası mudiri, professor, t.f.d., professor

**D. YA. Alikulova** - TTA, Allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrası katta o'qituvchisi

**M. A. Mirpayzieva** - TTA, Allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrası o'qituvchisi

**D. K. Djuraeva** - TTA, Allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrası o'qituvchisi

**V. F. Baybekova** – TTA, Allergologiya, klinik immunologiya va hamshiralik ishi kafedrası o'qituvchisi

**SH. K. YUsupova** – Andijon Davlat tibbiyot instituti, “Gospital terapiya” kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent

### **Taqrizchilar:**

**D. A. Parpiboeva** - TTA, “Ichki kasalliklar propedevtikasi” kafedrası dotsenti, t. f. n.

**D. A. Xasanova** – ToshVMO instituti, “Umumiy amaliyot shifokorlarini tayyorlash” kafedrası dotsenti, t. f. n.

Tavsiya etilayotgan ushbu darslikda terapevtik profillarda oliy ma'lumotli hamshiralarning ishini tashkil kilish bo'yicha tavsiyalar, turlicha ichki kasalliklarda hamshiralik jarayonini qo'llash bo'yicha yo'riqnomalar va hozirgi zamon hamshiralarning terapevtik bemorlarga yangicha yondoshuvi haqida ma'lumotlar berilgan.

SHuningdek, hamshiralik jarayonining tavsifi, hamshiralik jarayonida bemordan ma'lumotlar to'plash va parvarish rejasini to'plab, uni interpretatsiya qilish bo'yicha ko'plab ma'lumotlar keltirilgan.

## ANNOTATSIYA

Terapiyada hamshiralik ishi fanining maqsadi - eng ko'p uchraydigan ichki a'zolar kasalliklarida bemorlarga ilmiy yondoshilgan parvarish usullarini olib borish, hamshiralik jarayoni asosida zamonaviy yordam ko'rsatish, vrach ko'rsatmalarini mas'uliyat bilan bajarish, aniq hamshiralik tashxisini qo'yish va hamshiralik yozuvlarini sifatli yuritishni o'rgatish hisoblanadi.

SHuning uchun Respublikamizda ilk bora lotin alifbosida oliy ma'lumotli hamshiralar uchun "Terapiyada hamshiralik ishi" darsligi yaratildiki, bunda turli ichki kasalliklar haqida malumotlar, kasalliklarning kelib chiqishi, simptomlari va sindromlari, hamshiralik jarayonining davolashdagi roli, parvarishlashning zamonaviy modellari asosida parvarish metodlarini olib borishni bakalavr hamshiraga o'rgatadi. Terapevtik bemorlar parvarishini tashkil etishda hamshiralik jarayonini bayonnomasini ahamiyatini, hamshiralik kasallik tarixining ham tibbiy, ham yuridik hujjat sifatida ahamiyatini, bemorga qanday parvarish zarurligini aniqlash uchun uning muammo va extiyojlarini aniqlashda hamshiralik jarayonining ahamiyati, parvarish rejasini tuzish va uni samaradorligini aniqlash, hamda hamshiralik tashxisini asoslash kabi masalalar yoritilgan.

Ushbu darslik O'zbekiston Respublikasi Davlat ta'lim standarti va oliy hamshiralik ishi bakalavriat ta'lim yo'nalishi malaka talablariga asoslangan holda ishlab chiqilgan. Terapiyada hamshiralik ishi fani oliy hamshiralik ishi ta'lim yo'nalishi o'quv rejasining klinik fanlar blokiga oid bo'lib, 2 – kursida o'qitiladi.

Tavsiya etilayotgan darslikda har bir kasalliklar bo'yicha rasmlar, izoxli sxemalar va hamshiralik jarayoniga oid bo'lgan jadvallar ilova qilingan.

## MUNDARIJA

Kirish.....	8
Terapiyada hamshiralik jarayoni asosida parvarishni tashkillashtirish.....	9
Parvarish bo'yicha V. Xenderson modeli.....	30
<b>I BOB. Nafas tizimi kasalliklarida hamshiralik jarayoni .....</b>	<b>35</b>
1.1. Bronxirlarda hamshiralik jarayoni .....	35
1.2. Zotiljam kasalligida hamshiralik jarayoni.....	41
1.3. Bronxial astma kasalligida hamshiralik jarayoni.....	47
<b>II. BOB. YUrak qon tomir tizimi kasalliklarida hamshiralik jarayoni.....</b>	<b>65</b>
2.1. Arterial gipertenziya kasalligida hamshiralik jarayoni.....	65
2.2. YUIK. Stenokardiya kasalligida hamshiralik jarayoni.....	72
2.3. Miokard infarkt kasalligida hamshiralik jarayoni .....	78
2.4. Revmatizm kasalligida hamshiralik jarayoni.....	82
<b>III. BOB Hazm tizimi kasalliklarida hamshiralik jarayoni.....</b>	<b>87</b>
3.1. Gastritlarda hamshiralik jarayoni .....	87
3.2. Oshqozon 12 barmoqli ichak yara kasalligida hamshiralik jarayoni.....	92
3.3. Enterit va kolit kasalliklarida hamshiralik jarayoni.....	102
3.4. Xoletsistitlarda hamshiralik jarayoni.....	109
3.5. Pankreatitlarda hamshiralik jarayoni.....	114
3.6. Gepatitlarda hamshiralik jarayoni.....	119
3.7. Jigar sirrozida hamshiralik jarayoni.....	123

<b>IV. Siydik ajratish tizimi kasalliklarida hamshiralik jarayoni.....</b>	<b>129</b>
4.1. Pielonefritlarda hamshiralik jarayoni.....	130
4.2. Glomerulonefritlarda hamshiralik jarayoni.....	136
4.3. O‘tkir va surunkali buyrak etishmovchiligida hamshiralik jarayoni.....	141
Glossariy.....	148
Qisqartmalar ro‘yxati.....	152
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati.....	153

## MUQADDIMA

Oliy hamshiralik ishi o‘ziga xos ta’lim yo‘nalishi hisoblanib, bunda talabalar ichki kasalliklarni davolash emas, aksincha kasallik oqibatida yuzaga keladigan simptomlar asosida hamshiralik tashxisini qo‘yib, parvarish rejasini ishlab chiqadi va hamshiralik yondoshuvini olib boradilar. Oliy hamshiralik ishi ta’lim yo‘nalishi 1999 yildan buyon faoliyat yuritayotgan bo‘lsada, aynan Terapiyada hamshiralik ishi fani bo‘yicha o‘quv uslubiy qo‘llanmalar yaratilgan, ammo xanuzgacha bu fandan darslik ishlab chiqilmagan edi. SHuning uchun ayni kunda oliy hamshiralik ishi ta’lim yo‘nalishi uchun ushbu darslik juda dolzarbdir.

Hamshiralarning faoliyati turli xil. Oliy ma’lumotli hamshira mutaxassisining kasbiy mohirligini yuqori darajada talab qilinadi. Oliy ma’lumotli hamshiralar jamoada va bemorlar bilan ishlashda etika – deontologiya normalariga qat’iy rioya etmog‘i lozim. Davolash profilaktik muassasalarda oliy ma’lumotli hamshiralar terapevtik bemorlar uchun zamonaviy parvarish xizmatlarini joriy etishga ma’suldir, bu esa turli ichki kasalliklarga chalingan bemorlarning muammolarini hal qilishini osonlashtiradi va shoshilinch holatlarda dastlabki yordamni ko‘rsata olishi muhim masala hisoblanadi. Ushbu kompleks vazifalarni amalga oshirish uchun bemorning ehtiyojlarini aniqlab, parvarish rejalarini mustaqil tuzishga qodir bo‘lishi kerak. Sog‘liqni saqlash va tibbiyotni rivojlantirish istiqbollari bo‘yicha kasbiy tayyorgarlik tizimini takomillashtirishi zarur. O‘z vakolati doirasida mustaqil qaror qabul qilishi, yuqori malakali mutaxassis yordamini tashkil eta olishi lozim.

Ushbu darslikni yaratishda Rossiya adabiyotlaridan R. G. Sedinkina, V. Pavlova, G. P. Kotelnikova G. P. larning “Sestrinskoe delo v terapii” nomli o‘quv adabiyotlaridan keng foydalanildi.

Mualliflar ushbu darslik bo‘yicha bildirilgan ushbu darslik yuzasidan bildirilgan fikr, mulohazalar va kamchiliklarni mamnuniyat bilan qabul qiladilar.

## KIRISH

Hamshiralik ishi mustaqil yo‘nalishga ega bo‘lib, davolash ishi bilan bir qatordan joy olishga xaqlidir. Bu esa o‘z navbatida tibbiyot hamshirasi vazifalar doirasini kengaytiradi, uni vrach bergan topshiriqlarining oddiy ijrochisi mavqeidan juda yuqori pog‘onaga ko‘taradi. SHuningdek, hamshiralik ishi bu insonlar o‘rtasidagi munosabatning amaliyotidir, bakalavr xamshira esa, xar bir bemorni individual shaxs sifatida o‘rganib, kasallik tufayli ularda yuzaga keladigan extiyojlarni aniqlay bilishi lozim.

Terapiyada hamshiralik ishi fani bakalavr hamshiralarga quyidagi majburiyatlarni yuklaydi. Bakalavr hamshira terapiya fani bo‘yicha kasallik simptomi va sindromlarini, kasallikka olib keluvchi omillarni emas, balki har bir bemor uchun alohida individual parvarishning komplek olib borishi, hamshiralik kuzatuvini tashkil etish, bemorga ijtimoiy va psixologik yordam ko‘rsatishni tashkillashtirishni rejalashtirishni ushbu fan orqali o‘rganadilar.

Oliy malumotli hamshiralalar uchun tavsiya etilayotgan ushbu darslik terapiyada hamshiralarning o‘rni, kasbiy amaliyotida bemorlarga sifatli parvarish ishlarini olib borish maqsadida, har bir ichki kasalliklarda hamshiralik jarayoni asosida yondoshildi. Bakalavr hamshiralalar bemorning muammosi asosida parvarish va davolashga bo‘lgan ehtiyoj talablarini identifikatsiya qilish, bemor parvarishi bo‘yicha kutilgan natija va maqsadlarning prioritetini aniqlashni, bemor ehtiyojlarini qondirishga yo‘naltirilgan hamshiralik strategiyasini aniqlashni, hamshira parvarishi samaradorligini baholashni o‘rganishga yordam beradi.

Tavsiya etilayotgan darslik oliy malumotli hamshira darajasi bo‘yicha tahsil olayotgan talabalarga ayni yo‘nalishning ana shu maqsadlarini belgilab bergan. Darslic oliy ma'lumotli hamshiralalar uchun tibbiyot oliygohlari tomonidan tavsiya etilgan namunaviy dastur asosida yozildi.

## **TERAPIYADA HAMSHIRALIK JARAYONI ASOSIDA PARVARISHNI TASHKILLASHNIRISH**

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

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

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

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

Hamshiralik jarayoni zamonaviy hamshiralik ishi modelining asosiy va ajralmas tushunchalaridan xisoblanadi. Bu islohat konsepsiyasi 50-yilning o'rtalarida AQSHda yuzaga keldi va klinik sharoitlarda to'rt o'n yilliklar davomida baholanib, maqsadga muvofiqligini to'liq isbotlay oldi. Hozirgi vaqtda hamshiralik jarayoni hamshiralik yordamining ilmiy asosini ishlab chiqib, hamshiralik ta'limi va amaliyotining o'zagi hisoblanadi.

1999 yilning iyunida HXKning (hamshiralarning xalqaro kengashi) maxsus komissiyasi HXKning 100 yilligiga bag'ishlangan Londonda bo'lib o'tgan Xalqaro konferensiya a'zolariga hujjatning ikkinchi taxririni havola etdi. Hujjatning to'liq nomi – Hamshiralik amaliyotining Xalqaro klassifikatori HAXT yoki International classification for Nursing practice (ICNP). Hamshiralik ishi uchun uning ahamiyatini katta.

HAXT – tibbiy hamshiralarning mutaxassislik tilini standartlashtirish, hamshiralik amaliyotini hujjatlashtirish, kadrlar tayyorlash uchun zarur bo‘lgan kasbiy axborot quroli.

**Hamshiralik jarayoni** – tibbiy hamshiraning tizimli tarzda ketma – ketlikda amalga oshiradigan zamonaviy parvarish usulidir.

**Hamshiralik jarayoning maqsadi** – organizmning asosiy ehtiyojlarini qoniqtirishda bemorning mustaqilligini qo‘llab–quvvatlash va tiklash bo‘lib, quyidagi masalalarni hal etish bilan amalga oshiriladi:

- Bemor haqidagi axborot ma’lumotlar bazasini yaratish;
- Bemorning tibbiy xizmat ko‘rsatishdagi ehtiyojlarini aynan tenglashtirish;
- Bemor ehtiyojlariga mos keladigan parvarish rejasini tuzish va parvarishni amalga oshirish;
- Bemorni parvarish qilish jarayonining samaradorligini aniqlash va bemorga tibbiy xizmat ko‘rsatish maqsadiga erishish.

**Hamshiralik jarayoni** birin-ketin amalga oshiriladigan 5 ta bosqichdan iborat:

- bemorni tekshirish;
- uning ahvolini tashhislash;
- bemorga zarur bo‘lgan yordam rejasini tuzish;
- hamshiralik aralashuvlarini amalga oshirish;
- olingan natijalarni baholash.

Hamshiralik jarayonining yakunlovchi natijasi olingan natijalarni hamshiralik kasallik tarixiga hujjatlashtirish hisoblanadi.

Hamshiralik jarayonini olib borishda hamshiralik yordamini ko‘rsatishini tashkil etishda, odatda, bemor bilan hamshiraning o‘zaro muloqotini o‘z ichiga oladi. Bu holatda bemorga qandaydir xastalanish holati emas, balki bemor sifatida e’tibor berish muhim ahamiyat kasb etadi.

Bu jarayonning tashkiliy qismi, ya’ni tibbiy ko‘rik, hamshiralik tashxisini qo‘yish, rejalashtirish, rejaning amalga oshirilishi va olingan natijalarni baholash hamshiralik ishining tarkibiy qismini tashkil etadi. Va nihoyat, uchinchi tasnifi -

hamshiraning bilim darajasi turli qiyinchilik va muammolarni o'z bilim, ko'nikma va malakasi yordamida yechish imkonini beradi.

## **BIRINCHI BOSQICH – HAMSHIRALIK TEKSHIRUVI**

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

tibbiy ko'rik - bu bemorning sog'lig'i haqidagi ma'lumotlar asosida olingan natijalardir. Ular asosida maqsadli so'rovlar, ya'ni bemorning hayot tarzi, uning shikoyatlari, haqiqiy kasalligi, qanday kasalliklar bilan og'rigani, allergik kasalliklarga moyilligi, shuningdek, bemorni bezovta qilayotgan boshqa muammolar haqida surishtirishdan iborat.

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

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

Shundan so'ng bemorni yaxshilab tekshirish, ya'ni uning ruxiy holati, tana to'zilishi, fe'l-atvori va muloqot saloxiyatini bilib olish zarur. Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirilayotganda, rangi, qayishqoqligi, har xil toshma,

chandiqlik va tirnalgan joylarga diqqatni qaratish kerak. Shuningdek, teri osti yog' qatlami, qorin devori, oyoq tomirlarining varikoz kengayishi, qorin bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligini ham baholash zarur.

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

## **IKKINCHI BOSQICH – HAMSHIRALIK TASHHISI**

Hamshira bemor holatini birlamchi baholab olib va olingan ma'lumotlarni yozib bo'lgach, olingan natijalarni umumlashtiradi, tahlil qiladi va ma'lum xulosaga keladi. Bu xulosalar bemor muammolari, ya'ni hamshiralik tashxislari bo'lib qoladi va ular hamshiralik parvarishining maqsadi bo'ladi.

***Hamshiralik tashxisi*** - bu bemorning ayni paytda mavjud bo'lgan va keyinchalik yashirin bo'lsa-da, yo'zaga chiqishi aniq bo'lgan muommolaridir. Yanada tushunarli bo'lishi uchun, bu bemorlarda kechayotgan kasallik simptomlarini hamshiralik tashxisi deb belgilaymiz. ***Masalan bosh og'rigi, ko'ngil aynishi, tana haroratining ko'tarilishi va x.k.z.***

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

Hamshira hamshiralik tashhislarini ajratib olishi kerak: ayni paytdagi, ya'ni bemorning sog'ligida hozirda yuzaga kelayotgan muommolar bo'lib, hamshiralik ko'ruvi jarayonida aniqlanadi.

*Potensial* (paydo bo'lishi mumkin bo'lgan) – parvarish davrida yuzaga keladigan yoki asosiy kasallik sabab bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar.

Hamshiralik tashhisleri hamshiralik kasallik tarixiga “Hamshiralik tahlili va asboblari bilan tekshirish ma'lumotlari”dan keyin yozib qo'yiladi. Undan keyin hamshira hamshiralik jarayoni xaritasi bo'yicha ishlashga kirishadi. Unda ajratilgan ustunchalarni (grafalar) to'ldiradi. Bu bosqichning asosiy maqsadi quyidagilarni hamrab oladi:

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

- bu muammolarni keltirib chiqaruvchi omillar;

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

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

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

Ularning tafovuti:

Shifokor tashxisi	Hamshira tashxisi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kasallikni aniqlash;</li> <li>-kasallik kechishi davomida o'zgarishlari mumkin;</li> <li>shifokorlik amaliyoti doirasida muolaja tayinlash;</li> <li>- odatda, organizmda yo'z beruvchi patofiziologik o'zgarishlar bilan bog'liq</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-kasallik tufayli organizmning qarshi kurashga qaratilgan maqsadini amalga oshirish;</li> <li>- har kuni yoki kun davomida, organizmning kasallikka qarshi kurash davridagi o'zgarishlarga qarab o'zgartiriladi;</li> <li>-hamshiralik vakolati va tajribasi doirasidagi aralashuv;</li> <li>- bemorning o'z sog'lig'i haqidagi tasavvuriga ko'ra</li> </ul>

Masalan, shifoxonaga harakati cheklangan bemor keltirildi. Uning dastlabki muammosi - qimirlay olmaslik yoki chegaralangan harakat. Ikkinchi muammo (potensial muammo) – yotoq yara yuzaga kelishi, holsiz bo'lib qolish xavfi. Ikkala holatda ham hamshira o'zi uchun amaliy choralarini belgilab oladi, yotoq yarasi paydo bo'lishi yashirin holat oshkora muammoga aylanmasligi uchun uni nazardan qochirmaydi.

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

### **UCHINCHI BOSQICH – hamshiralik parvarishi maqsadlarini, ustivorlikni aniqlash, parvarish rejasini tuzish**

*Rejalashtirish* – ma'lum maqsadlarni aniqlashda hamshira o'zini qanday tutishi kerakligini aniqlaydigan, bemorga qaratilgan va maqsadga erishish

strategiyasini oʻrnatish kategoriyasi. Rejalashtirish vaqtida ustivorliklar ajratiladi, maqsadlar aniqlanadi, hamshiralik parvarishi rejasi shakllanadi.

*Ustivorliklarni aniqlash* – bemor bilan hamshira birgalikda bemorning hohishi, ehtiyojlari va uning xavfsizligini inobatga olib, tashhis qoʻyish usuli. Bemorga bir nechta tashhis qoʻyiladigan boʻlsa, hamshira ularning hammasi boʻyicha baravariga hamshiralik parvarishini amalga oshira olmaydi. Amalga oshirishning shoshilinchligi boʻyicha hamshira tashhislarni ustivorini tanlab oladi.

Ustivorliklar birlamchi, oraliq va ikkilamchi qilib tavsiflanadi. SHoshilinch yordam koʻrsatmaslik natijasida bemorlarni oʻlimga olib kelishi mumkin boʻlgan hamshiralik tashhislari, birlamchi ustivorlikka ega boʻladi.

Oraliq ustivorlilik hamshiralik tashhislari bemorning hayoti uchun juda havfli va havf tugʻdirmaydigan ehtiyojlarni oʻz ichiga oladi.

Ikkilamchi ustivorlilik hamshiralik tashhislari: kasallik va uning qanday tugallanishiga taʼsir qilmaydigan bemor ehtiyojlari.

Bemorlar uchun maqsadlar ikki xil qilib belgilanadi: qisqa muddatli (bir haftadan kam), uzoq muddatli (bir necha hafta, bir necha oy, koʻpincha davolash muassasidan chiqqanidan keyin). Ular asoratlarni oldini olish, rehabilitatsiya, sogʻliq haqida yangi taʼlimot olishga qaratilgan.

Agar uzoq muddatli maqsadlar ajratilmagan boʻlsa, bemor davolash muassasidan chiqqanidan keyin, hamshiralik parvarishini davom ettirish rejasini tuzishga halal beradi.

Maqsadlarni ajratib olgach, hamshira bemorni parvarish qilish rejasini, yaʼni parvarish maqsadiga erishish uchun hamshiraning maxsus haddi-harakatlarni ifodalovchi yozma qoʻllanma tuzadi. Parvarish rejasi hamshiralik parvarishini oʻzaro muvofiqlashtiradi, parvarishni davom ettirishni taʼminlaydi, parvarishni baholaydigan natijalar koʻrsatgichini sanab oʻtadi.

***Hamshira amalga oshiradigan chora - tadbirlar:*** bemorni parvarish qilish choralarini belgilash; bemorni parvarish qilish uchun reja toʻzish, kutilgan natijalarni rejalashtirish; kerakli maslaxatlar berishga tayyorlanish. Reja, bu -

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

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

Harakat - in'eksiya qilish;

Mezon - 2 kun davomida.

Sharoit - hamshira yordamida.

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

### **TO'RTINCHI BOSQICH – PARVARISH REJASINI AMALGA OSHIRISH**

Bu bosqich maqsadining asosini bemorni kerakligicha parvarishlash bilan birga, shifokor ko'rsatmalari o'z vaqtida bajarilishini ta'minlash, ya'ni bemorni har xil tekshiruvlarga tayyorlash, tekshiruvlar uchun biologik materiallarni olish (qon, peshob, axlat, balg'am, oshqozon ichi suyuqligi), dori-darmonlarni o'z vaqtida tarqatish, har xil in'eksiyalarni qilish, zarur shifokorlar maslaxatlarini tashkil etish, bemorni ko'zatish va parvarish qilish choralarini o'z vaqtida bajarish.

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

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

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

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

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

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

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

Maslaxat - bu ta'sirchan, aqliy va ruhiy yordamdir. Hamshira bemorni har qanday kasallik ta'sirida yo'z beradigan va yo'z berishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarga tayyorlashda yaqin ko'makdosh bo'ladi. Bu maslahatlarga ehtiyoj sezuvchi bemorlar qatoriga sog'lom hayot tarziga qaytayotgan bemorlar, ya'ni chekishni tashlamoqchi, ozmoqchi bo'lganlar va h.k. ham kiradi. Bemor hayotiga xavf soluvchi kasalliklar davrida esa uning oila a'zolari har qanday

mudxish holatga tayyor turish uchun dalda beruvchi maslahatga muxtoj bo'ladilar.

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

Hamshiralik jarayonini amalga oshirishda quyidagi vazifalarni bajarish yordam beradi:

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

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

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

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

## **BESHINCHI BOSQICH – PARVARISH SAMARADORLIGINI BAHOLASH**

Muntazam baholash jarayoni, kutilayotgan va erishilgan natijalarni solishtirishda hamshiradan analitik fikr yuritishni talab etadi.

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

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

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

Bu bosqich 3 ta jihatni o'z ichiga oladi:

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

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

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

## **HAMSHIRA TOMONIDAN TERAPEVTIK BEMORLARDA**

### **TEKSHIRUV O'TKAZISH VA MA'LUMOT TO'PLASHI**

**Tekshiruv maqsadi** – bemorning sog'ligi haqida ma'lumot to'plash, olingan ma'lumotlarni asoslash va o'zaro bog'lash, yordam so'rab murojat qilgan vaqtda bemor haqida, uning sog'ligi to'g'risida axborotlar bazasini yaratish.

- Bemorni so'rab-surishtirish
- Oila a'zolari va atrofdagi yaqinlarini so'rab-surishtirish
- Tibbiy yordam ko'rsatish brigadasining boshqa a'zolaridan ma'lumot olish
- Bemorni fizikal tekshirish
- Bemorning tibbiy kartasi va boshqa tibbiy hujjatlari bilan tanishish
- Parvarish bo'yicha tibbiy va maxsus adabiyotlarni o'qish

## **HAMSHIRALIK TEKSHIRUVI USULLARI**

### **So‘rab-surishtirish**

Bemorni so‘rab-surishtirish vaqtida to‘plangan ma’lumotlar sub’ektiv tekshirish kabi ko‘rib chiqiladi, lekin bemorning shikoyatlari real asosga ega, shuning uchun so‘rab-surishtirishni diqqat bilan va quyidagi bo‘limlarni o‘z ichiga oladigan, ma’lum qolip bo‘yicha olib borish kerak bo‘ladi:

1. Pasport qismi.
2. Bemor shikoyatlari va ularni batavsil tekshirish.
3. Kasallik anamnezi.
4. Hayot anamnezi.
5. Bemorni ob’ektiv tekshirish.

To‘plangan ma’lumotlar hamshiralik kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.

### **PASPORT QISMI**

1. Familiyasi, ismi, sharifi.
2. Jinsi.
3. YOshi.
4. Doimiy turar joyi.
5. Ish joyi, mutaxassisligi, lavozimi.

### **BEMORNING SHIKOYATLARI**

SHikoyatlarni aniqlash bemor muammolarini tasavvur qilish imkonini beradi. Bemorlar har doim ham o‘z dardlari haqida aniq gapirib bera olishmasligini esda tutish kerak, shuning uchun ularning yoshini, ma’lumotini inobatga olish lozim. YAxshisi ta’kidlaydigan yoki rad etadigan javobni ko‘zda tutadigan savollarni bermagan ma’qul, chunki bu vaziyatni noto‘g‘ri tahlil qilishga sabab bo‘lishi mumkin.

1. Asosiy savollar
2. Organ va tizimlar bo‘yicha qo‘shimcha savollar:
  - a) **nafas olish tizimi:** nafas olish burun orqali (qiynalmasdan, qiynalib), burundagi ajralmalar, burundan qon ketishi, ko‘krak qafasidagi og‘riqlar (og‘riq

qaerda ekanligi, jadalligi va tabiati, nafas bilan bog‘liqligi), xansirash, nafas siqishining xurujlari, quruq yo‘tal, balg‘am ajraydigan ho‘l yo‘tal (balg‘am quyuuq, suyuq, ko‘pikli, sarg‘ish-ko‘k, tiniq, qon aralash, hidsiz, qo‘lansa hidli, sassiq, balg‘amning ajralishi gavda xolatiga bog‘liqligi, qon tuflash va o‘pkadan qon ketishi);

**б) yurak-tomir tizimi:** yurak urishi, ritmining buzilishi, yurak sohasidagi og‘riq (og‘riq qaerda ekanligi, intensivligi, tarqalish sohasi, paydo bo‘lish sharoiti);

**в) ovqat hazm qilish tizimi:** ishtaha, chanqov (chaynash, yutish, qizilo‘ngach orqali ovqatni o‘tishi, kekirish va uning xususiyati (havoli, ovqat aralash, nohush hidli, nordon), ko‘ngil aynashi, qorinda og‘riq bo‘lishi (ovqat qabul qilish va ovqat turi bilan bog‘liqligi, og‘riq sohasi va tarqalishi), oshqozon va ichaklardan qon ketishi, meteorizm, najas xususiyatlari (ich ketishi va qotishi, ptologik aralashmalarning borligi);

**г) gepato-lienal tizim:** qovurg‘alar ostida og‘riq (ularning xususiyati, paydo bo‘lish sharoiti, jigar sanchig‘i), teri va shilliq pardalarning sarg‘ayishi (uning og‘riq huruji boshlanishiga bog‘liqligi), peshob va najas rangining o‘zgarishi;

**д) siydik ajratish va tanosil tizimi:** siydik ajratish xususiyatlari (siydik ajratish soni, dizuriya, siydik tutilishi), siydik rangi, bel sohasida, qorinning past qismida og‘riq bo‘lishi (ularining xususiyatlari va tarqalishi), sutkalik diurez, nikturiya, gematuriya, hayz ko‘rish sikli (uning buzilishi, ohirgi hayz ko‘rish sanasi)

**е) harakat tizimi:** mushak, bo‘g‘im, suyaklardagi og‘riq, harakatdagi tinch holatdagi og‘riq;

**ж) asab tizimi:** uyqu (normal, buzilgan, buzilish xususiyati), bosh og‘rig‘i (xususiyati, kuchi, joylashish sohasi), bosh aylanishi, diqqat-e‘tiborning va xotiraning buzilishi.

## KASALLIK TARIXI

Bemorni so‘rab-surishtirishda quyidagilarni aniqlab olish kerak:

- kasallik qachon va qanday belgilar bilan boshlanganligi, o'tkir yoki asta-sekin boshlanishi;

- simptomlar dinamikasi: ularning kuchayishi yoki susayishi. Vaqt o'tishi bilan paydo bo'lgan yangi simptomlarni aniqlash. So'rab-surishtirishda kasallikni uzoq vaqt ichidagi rivojlanishi bilan qiziqish kerak, bu ustivor muammolarni ajratib olishga yordam beradi;

- bemorga qanday tekshirishlar o'tkazilgan va qanday natijalar olingan. Avvalgi o'tkazilgan davo haqida so'rab-surishtirish zarur: qaysi preparatlar buyurilgan, ularning dozalari, ularning ta'siri, nojo'ya ta'sirlarning borligi;

- albatta vrachga murojaat qilishidan oldingi davrda kasallik qanday kechgani haqida batafsil so'rab-surishtirish zarur. So'rab-surishtirish vaqtida suhbatni yo'naltiruvchi savollar berib nazorat qilib turish kerak, chunki ko'pchilik hollarda bemorlar o'z e'tiborini keraksiz tafsilotlarga qaratishlari mumkin. Bunday hollarda kasallik kechishi haqidagi bemorning o'zidan olingan ma'lumot juda ko'p (kasallik uzoq vaqt davom etayotgan bo'lsa) yoki juda qisqa (o'tkir kechayotgan kasalliklarda yoki endi kasallik belgilari paydo bo'layotganida) bo'lishi mumkin.

## **HAYOT TARIXI**

- bemor qanday o'sgan, rivojlangan, qachon maktabga borgan, mehnat faoliyati qachon boshlangan;

- hayoti davomida qanday kasalliklarni boshidan kechirganligi, ular birorta asoratlar bilan kechganmi, qanday davo qilinganligi, statsionar sharoitida davolanganmi, albatta aniqlab olish kerak;

- mehnat sharoiti, ishlab chiqarishdagi zararli omillar, maishiy zaharlanishlar borligi, alkogol iste'mol qilish, chekish natijasidagi zararlanishlar borligi aniqlanadi;

- bemorning ovqatlanish hususiyatlari;

- ota-onasi, yaqin qarindoshlari haqidagi ma'lumotlar aniqlanadi, ularning ahvoli, hayot davrida qanday kasalliklar bilan og'riganliklari, qaysi kasallikdan vafot etishganliklarini aniqlash.

- allergologik anamnez aniqlanadi, birorta dori vositaga, kimyoviy moddalarga, uy-ro'zg'or changiga, o'simliklarga va boshqa narsalarga allergik reaksiyalar bo'lganligi. Bularni aniqlash rivojlangan kasallik asosida allergik reaksiyalar bo'lganligini va kelgusida medikamentlar bilan davolash vaqtida shunday reaksiyalarni oldini olish uchun ahamiyatga ega bo'lishi mumkin;
- ayollarda hayz ko'rish sanasi, davomiyligi, davriyligi aniqlanadi, homiladorliklar bo'lganligi, ular qanday kechganligi, tug'ruq qanday kechgani so'raladi. Klimakterik davrning boshlanishi, qanday kechayotganini bilish zarur;
- bemor jinsiy hayotining xususiyatlari ham aniqlanadi.

### **OB'EKTIV TEKSHIRISH**

Tekshirish bemorni ko'zdan kechirish, umumiy ahvolni baholashdan boshlanadi, so'ngra palpatsiya, perkussiya va auskultatsiyaga o'tiladi.

### **BEMORNI KO'ZDAN KECHIRISH**

Bemorni ko'zdan kechirish anamnez yig'ish mobaynida davom ettiriladi. Ko'zdan kechirishni ma'lum reja asosida bir qator qoidalarga rioya qilgan holda, tarqoq tabiiy yorug'likda olib borish ma'qul, chunki sun'iy yorug'lik teri va shilliq qoplamlarning rangini o'zgartirib yuboradi. Agar bemor sun'iy yorug'likda ko'zdan kechirilsa, yorug'lik kuchli bo'lishi kerak.

Ko'zdan kechirganda quyidagilar aniqlanadi: bemor holati, umumiy ahvoli, terisi, ko'zga ko'rinadigan shilliq qoplamlar xolati, so'ngra yuz, bosh, bo'yin, gavda, qo'l va oyoqlarni ko'zdan kechirishga o'tiladi.

### **BEMORNING UMUMIY AHVOLI**

**Bemorning umumiy axvoli.** Bemorning es-xushi, o'rindagi vaziyati, yuz qiyofasi, teri va shilliq qavatlar holati va kasallik simptomlari qanchalik namoyon bo'lganligi bilan baholanadi.

*Qoniqarli xolat* - bemorning o'rindagi xolati aktiv, yuz qiyofasida o'zgarish yo'q, es-xushi joyida, bemor faol.

*O'rta og'irlikdagi xolat* – shikoyatlar ko'paygan, bemor ko'proq vaqtini o'rinda o'tkazadi, es-xushi saqlangan, yuz qiyofasida kasallik belgilari bor, ichki a'zolar tomonidagi patologik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

*Og'ir xolat* - bemor doimo o'rinda bo'ladi, shikoyatlar va kasallik belgilari ancha ko'paygan, es-xushi kirdi-chiqdi bo'lishi mumkin. YUz qiyofasida azoblanish belgilari bor. Aktiv harakatlarni qiynalib bajaradi.

## **ES-HUSH HOLATI**

**Es-hushi:** saqlangan yoki kirdi-chiqdi bo'lishi mumkin. Stupor (karaxtlik holati), sopor (chuqur uxlash holati), koma (es-hushining butunlay yo'qolishi) holatlari tafovutlanadi.

Es-hushi kirdi-chiqdi bo'lganida bemor savollarga qiynalib javob beradi.

*Stupor* holatida bemor qattiq qichqirishga javob beradi, lekin javoblari ma'nosiz bo'ladi.

*Sopor* holatida savollarga javob bermaydi, lekin reflekslar saqlangan bo'ladi.

*Koma* holatida MNS funksiyasining butunlay so'nishi kuzatiladi (es-hushi butunlay yo'qolgan, mushaklar bo'shashgan, sezish va harakat reflekslari butunlay so'ngan). Es-hushining yo'qolishi uzoq yoki qisqa muddatli, qo'zg'alish va alahlash davrlari bilan birgalikda kuzatilishi mumkin.

## **TANA HOLATI**

O'rindagi holatlar: aktiv, passiv, majburiy.

*Aktiv holat* – bemor mustaqil o'tira oladi, tura oladi, o'rnida harakat qila oladi, yonboshiga yota oladi.

*Passiv holat* – bemor harakatsiz, o'z holatini mustaqil o'zgartira olmaydi. Bu hushsiz yotgan, yoki uzoq davom etayotgan yog'ir kasalliklar: paralichlar, og'ir shikastlanishlar.

*Majburiy holat* – bemor o'ziga qulay holatda joylashib oladi, bunda nohush sezgilar (og'riq sezgisi) kamayishi kuzatiladi. Majburiy holat tashhis

uchun ahamiyatga ega, chunki, u yoki bu kasalliklarda bemorlar kasallik uchun xos holatni egallashadi.

### **GAVDA TUZILISHI**

Ma'lum konstitutsiyaga ega shaxslar ba'zi bir sharoitlarda biror bir kasallikka moyilliklari, boshqa konstitutsiyaga ega shaxslar esa, boshqa kasalliklarga moyilliklari qayd qilingan.

*Astenik turi:* qo'l-oyoqlari uzun va ingichka, kaftlari ingichka va kaft barmoqlari uzun, skeleti ingichka. Bo'yni uzun, qovurg'a oraliqlari kengaygan bo'lsada, ko'krak qafasi ingichka. Mushaklari va teri osti kletchatkasi yaxshi rivojlanmagan.

*Giperstenik turi:* qo'l-oyoqlari va bo'yni kalta hamda yo'g'on. Ko'krak qafasi keng va kalta. Mushaklari yaxshi rivojlangan.

*Normostenik turi:* astenik va giperstenik turlarning o'rtasida.

### **TERI QOPLAMLARINI KO'ZDAN KECHIRISH**

**Teri va shilliq qavatlar holati:** rangi, elastikligi, namligi, shish, nuqsonlar.

*Terining rangi* bir qancha sabablarga bog'liq: tomirlarning joylashish chuqurligiga, qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorini ko'payishi va kamayishi, terida pigmentlar to'planishi (bilirubin, melanin).

*Terining oqarishi* gemoglobin va eritrotsitlarning kamayib ketishi (anemiya), tomirlar spazmiga bog'liq.

*Giperemiya* (qizarish - tomirlarning kengayishi) issiq vanna qabul qilish, tana haroratining ko'tarilishi, alkogol qabul qilish yoki qattiq hayajonlanishga bog'liq. Ba'zi dori vositalarini qabul qilishda giperemiya kuzatiladi – nikotin kislotasi va uning hosilalari.

Doimiy giperemiya eritrotsitlar ko'payib ketishiga (eritremitiya) bog'liq bo'lishi mumkin.

*Ko'karish* - sianoz umumiy va mahalliy bo'ladi. Umumiy sianoz o'pka kapillyarlarida qon kislorodga etarli to'yinmasligi natijasida bo'ladi, o'pka kasalliklarida kuzatiladi.

*Mahalliy sianoz* (periferik) akrotsianoz ham deb ataladi, yurak kasalliklarida barmoq uchlari, burun uchi, yuzi, labi, quloq supralarida kuzatiladi.

*Sarg'ayish* - teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi, bilirubin pigmentlarining qonda ko'payishi natijasida terida to'planishi (o't suyuqligining umumiy o't yo'lidan oqib chiqishi qiyinlashganda oshqozon va ichak kasalliklarida va oshqozon osti bezining boshchasi o'smalarida, gemolizda – eritrotsitlarning parchalanishi, jigar hujayralarining parchalanishida – sirroz, gepatitlar).

*Teri pigmentatsiyasi* normada va kasalliklarda (oftob ta'sirida) kuzatiladi.

*Depigmentatsiya* (teridagi oq dog'lar) – vitiligo. Ba'zi hollarda teridagi pigmentatsiya butunlay bo'lmaydi (albinizm). Terida chegaralangan pigmentatsiya sohalarini aniqlash mumkin – sepkil, tug'ma dog'lar.

Sochli sohalarni sinchiklab ko'zdan kechirish kerak (soch to'kilgan sohalari, ayollarda haddan tashqari ko'p soch o'sishi – viril sindrom).

Ko'zdan kechirganda nuqtasimondan (petexiyalar), to qo'shilib ketgan keng (purpura) gemorragik toshmalargacha aniqlash mumkin. Terida har xil toshmalarni aniqlash mumkin; yuqumli va teri kasalliklarda ahamiyatga ega bo'ladi.

## **YUZINI KO'ZDAN KECHIRISH**

YUz qiyofasiga patologik holatlar, bemorning yoshi, jinsi ta'sir qilishi mumkin.

*Ko'z va qovoqlarni* ko'zdan kechirish buyrak kasalliklari (nefrit), anemiyalar, uzoq vaqt yo'talish ta'siridagi shishlarni aniqlashga imkon beradi.

*Qovoqlarning rangiga* ahamiyat berish kerak: tireotoksikozda, Addison kasalligida – to'q rangda.

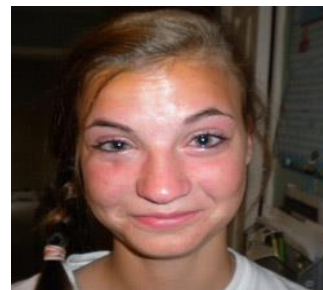
*Ksantomalarning* borligi xolesterin almashinuvi buzilishini ko'rsatadi.

*Qovoqlar yopilmasdan* ko'zning ochilib turishi ko'z nervlarining paralichida kuzatiladi. Ko'z yumulib qolishi shishda, miksedemada kuzatilishi mumkin.

*Qorachiqlarning o'zgarishi* ham bir qator kasalliklar tashhisotida ahamiyatga ega bo'ladi.

*Qorachiqlarning kengayishi* komatoz holatlarda, atropin bilan zaharlanishda kuzatiladi.

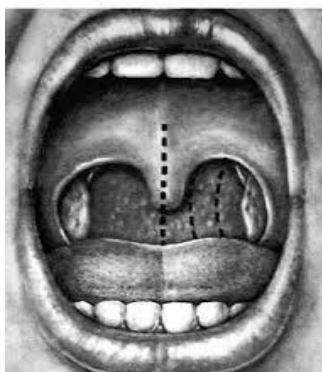
*Qorachiqlarning har xil bo'lishi* (anizokariya) nerv tizimining zararlanishida kuzatiladi.



*G'ilaylik* qo'rg'oshindan zaharlanishda, botulizmda, difteriyada, bosh miya zararlanishida (zahm, sil, meningit, qon quyilishlar) kuzatiladi.

*Ko'z oq pardasining* rangiga ahamiyat berish kerak – jigar va o't yo'llari kasalliklarida sarg'ish rangli bo'ladi.

*Burunning* keskin kattalashishi va qalinlashishi yoki tuzilishining o'zgarishi (ezilgan burun - gummoz zahm; yumshoq to'qimalar deformatsiyasi – qizil volchanka) bilan o'ziga jalb qilishi mumkin.



*Og'iz bo'shlig'ini* ko'zdan kechirishda uning shakli, lablarning rangiga, herpes, bichilish bor-yo'qligiga ahamiyat beriladi. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati holatini ko'zdan kechirishga ahamiyat beriladi (afta, pigmentatsiya, qon talashishlar borligi).

*Milklarning o'zgarishi* qandli diabetda, singa (zangila), o'tkir leykozda kuzatilishi mumkin.

*Tilni ko'zdan kechirish* til harakatining buzilishini aniqlashi mumkin (MNS zararlanishi, intoksikatsiya, infeksiyalar); rangining o'zgarishi: malina rangida – skarlatinada, qizil – oshqozon yara kasalligida; tilning quruq bo'lishi intoksikatsiya va infeksiyalar uchun xos; oq karash bog'lashi – gastrit.

## **PALPATSIYA**

*Palpatsiya* (paypaslab ko‘rish) ko‘zdan kechirish bilan birgalikda olib boriladi. Palpatsiya qilishda bir qator qoidalarga rioya qilish kerak bo‘ladi: bemor va hamshiraning holati tekshirish o‘tkazish uchun qulay, qo‘llari iliq bo‘lishi kerak. Palpatsiyani yumshoq harakatlar bilan olib boriladi. Palpatsiya yordamida terining quruq, namligi, elastikligi, tarangligi (turgor) aniqlanadi. Normada burma qilib olingan terini qo‘yib yuborsa, u tezlik bilan yozilishi kerak.

Palpatsiya teri osti kletchatkasi qanchalik rivojlanganligini, shish borligini aniqlaydi, shish borligi taxmin qilinayotgan sohani ezib ko‘rib (ezilgan sohada chuqurcha qoladi) aniqlanadi.

Palpatsiya yordamida mushaklar, limfa tugunlarining holati haqida tasavvurga ega bo‘lish mumkin. Normada limfa tugunlari kattalashmagan, og‘rimaydigan, harakatchan, o‘zaro va atrof to‘qimalr bilan chatishmagan bo‘ladi.



Suyaklarni palpatsiya qilish og‘riydigan sohalarni, uning bukilganligini, suyak to‘qimasining o‘sib ketganligini (osteofitiya), bo‘g‘imga suyuqliq yig‘ilganligini aniqlashga imkon beradi.

Qorinni, yurak sohasini va pereferik tomirlarni palpatsiya qilib juda ko‘p ma‘lumot to‘plash mumkin.

## **PERKUSSIYA**

Ichki a‘zolar joylashishini eshitib ko‘rish yordamida aniqlash usuli. Bemor tana yuzasini dukillatib ko‘rish yordamida, tovushning o‘ziga xos o‘zgarishiga asoslanib, tekshirilayotgan a‘zo holatini aniqlash.

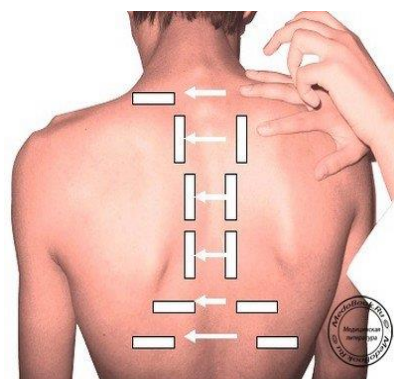
Perkussiya bevosita va bilvosita bo‘ladi:

*Bevosita* – barmoq bilan bevosita tanaga zarba beriladi.

*Bilvosita* – tekshirilayotgan sohaga jips qo‘yilgan barmoqqa boshqa barmoq bilan zarba berish.

A'zoning havoga to'lganligiga, joylashish chuqurligiga qarab, har bir a'zo o'ziga xos tovush chiqaradi. Bu ichki a'zoldagi patologik o'zgarishlar borligi haqida, uning joylashishi, a'zolarining chegaralari haqida tushunchaga ega bo'lish imkonini beradi.

Perkussiya vaqtida xosil bo'lgan to'lqinlar 6–8 sm chuqurlikkacha boradi, aynan shu chuqurlikda a'zo topografiyasini aniqlash mumkin.



Perkutor tovushning 3 xili tafovut qilinadi:

1. baland, aniq – kuchli, yaxshi ajratib olinadigan tovush
2. timpanik – havo va suyuqlik bor a'zolar sohasida eshitiladigan davom etuvchi baland tovush. Normada oshqozon va ichak sohasida eshitiladi.
3. to'mtoq – normada havosiz to'qimalar sohasida xosil bo'ladigan bo'g'iq, past, tez so'nadigan tovush (son sohasi).

Quyidagilar farqlanadi:

- solishtirma perkussiya, ko'krak qafasi va qorin devorining simmetrik sohalarida galma-galdan amalga oshiriladi;
- topografik perkussiya – a'zo yoki patologik hosilaning chegarasi, o'lchami va joylashishini aniqlash

## AUSKULTATSIYA

Ba'zi a'zo va tizimlarda sodir bo'layotgan fiziologik jarayonlarning kechishini aks ettiruvchi tovushlarni aniqlaydigan tekshirish usuli.

YUrakni auskultatsiya qilganda nafas olish va chiqarishda, yurak klapanlarining harakatlanishi va qorincha, bo'lmachalar devorining tebranishidan kelib chiqadigan shovqinlar eshitiladi

YUrak va o'pka patologiyasida qo'shimcha tovushlar paydo bo'ladi va tovush tembri o'zgaradi.



## HAMSHIRALIK JARAYONI XARITASI

Sana	Bemor muammolari	Hamshiralik aralashuvining rejasi			Parvarish rejasini amalga oshirish	Baholash
		Parvarish maqsadlari		Hamshiralik aralashuvining turi		
		Qisqa muddatli	Uzoq muddatli			

### PARVARISH B O‘YICHA VERJINIYA XENDERSON MODEL

Xenderson modeli 1960 yil AQSHda taklif qilingan, keyin 1968 yilda to‘ldirilgan. Hamshiralarga parvarish jarayonida ko‘proq etiborni fiziologik holatga urg‘u berishni, kamroq ruxiy va ijtimoiy extiyojlarga etibor qaratishni bildirgan. Biroq bu modelning shartiga ko‘ra – parvarish rejasini tuzish va amalga oshirishda patsientning o‘zini ishtiroki ta’minlanishi shart.



### XENDERSON MODELINING ASOSIY QOIDASI

Xenderson fikriga ko‘ra barcha insonlarda bir xil bo‘lgani kabi patsientning ham kundalik fundamental extiyoji ham bor; “Hamshira har doim nazarda tutish kerakki, inson betob bo‘ladimi yoki sog‘lom bo‘ladimi hayot uchun muhim bo‘lgan inson extiyojlari ovqatga, kiyinishga, g‘amxo‘rlik va mehrga extiyoj sezadi.” V. Xenderson kundalik hayot uchun 14 ta extiyojni qayd etdi. Sog‘lom inson bu extiyojlarni qiyinchilik bilan bartaraf etmaydilar. SHuningdek kasallik, homiladorlik, bolalik, qarilik davrlarida o‘lim yaqinlashgan holatlarida bu extiyojni mustaqil qondira olmaydilar. Aynan mana shu paytda hamshira “kasal yoki sog‘lom odamga shu funksiyalarini bajarishda, sog‘ligi yoki salomatligini tiklashda qo‘llab quvatlaydi. Bunda shu odam tashqi kuchlarga tayanmasdan o‘zida kuch to‘plab bilimiga tayanib o‘ziga o‘zi yordam ko‘rsata oladi.” Muallif ta’kidlashicha, hamshiralik parvarishi xar doim insonni mustaqil tezkor tiklanishiga yo‘naltirilgan bo‘lishi kerak.

## XENDERSON BO‘YICHA HAR KUNGI KUNDALIK HAYOT EXTIYOJLARI

1. Meyoriy nafas.
2. Etarli miqdorda suyuqlik va ovqat istemol qilish.
3. Xayot faoliyatiga daxldor bo‘lgan chiqindilarni ajratish.(siydik,axlat.)
4. Kerakli vaziyatni qo‘llash va xarakatlanish.
5. Uxlash va dam olish.
6. Mustaqil kiyinish va echinish, kiyim tanlash.
7. Tana xaroratini bir maromda saqlash , atrof muxitga xos kiyim kiyish.
8. shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, Tashqi qiyofa haqida qayg‘urish
9. O‘zining xavfsizligini taminlash va boshqa insonlar uchun xav tukg‘dirmaslik.
10. Emotsiya, fikir bildirib boshqa insonlar bilan muloqtda bo‘lish .
11. O‘z etiqodiga ko‘ra diniy qarashlarini nomoyon etib turish
12. Sevimli ishi bilan shug‘ulanish.
13. Xordiq chiqarish, ko‘ngil ochar o‘yinlarda ishtirok etish.
14. Normal rivojlanishda yordamlashish , mexr muxabbat bildirish.

***Patsient muammolari manbai.*** V. Xenderson o‘z modelini ishlab chiqishda Amerikalik psixolog A. Maslouning asosiy inson extiyohlari asoslari ierarxiyasi nazariyasiga asosladi.

***Ehtiyoj afzalliklari nimaga asoslangan.***

<b>A. Maslou bo‘yicha insonning asosiy extiyohlari darajalari</b>	<b>V. Xenderson bo‘yicha hayotiy har kungi extiyohlari</b>
<b>Birinchi daraja</b> (fiziologik extiyoh)	Meyoriy nafas olish, etarli miqdorda suyuqlik va ovqat istemol qilish, hayot faoliyatiga daxldor bo‘lgan chiqindilarni ajratish.(siydik,axlat.), kerakli vaziyatni qo‘llash va harakatlanish, uxlash va dam olish.
<b>Ikkinchi daraja</b> (Xavfsizlik extiyohlari)	Mustaqil kiyinish va echinish, kiyim tanlash, tana haroratini bir maromda saqlash, atrof muhitga hos kiyim kiyish, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, tashqi qiyofa haqida qayg‘urish, o‘zining

	havfsizligini taminlash va boshqa insonlar uchun havf tug'dirmaslik,
<b>Uchinchi daraja</b> (ijtimoiy extiyoj)	emotsiya, fikr bildirib boshqa insonlar bilan muloqotda bo'lish, o'z etiqodiga ko'ra diniy qarashlarini nomoyon etib turish
<b>To'rtinchi daraja</b> (hurmat va o'zaro hurmat extiyoji)	Sevimli ishi bilan shug'ulanish, hordiq chiqarish, ko'ngil ochar o'yinlarda ishtirok etish, normal rivojlanishda yordamlashish, mehr muxabbat bildirish

A. Maslou bo'yicha ehtiyojlarni V.Xenderson darajalarga ajratib chiqdi. 20 asrning 60 yillari o'rtasida hamshiralik parvarishi modeli ishlab chiqilganida AQSH da hamshiralik faoliyati chegaralangan bo'lib, aynan inson extiyohlari unchalik ahamiyat kasb etmas edi ( NANDA modeliga ko'ra shimoliy Amerika hamshiralari 80 yillar oxiriga kelib, hamma darajadagi extiyohlarni qamrab olgan) hamshiralik yondoshuvini talab etadigan muammolar inson kasal bo'lganda, yosh go'daklarda yoki qari yoshda o'ziga o'zi yordam ko'rsata olmaydigan holatlarda yuzaga keladi. V. Xenderson ta'kidlashicha insonning kunlik ehtiyojlari, uning temperamenti va emotsional holatiga qarab o'zgaruvchan bo'ladi. Masalan: qo'rquv va bezovtalikni his qilganda odam yomon uxlaydi va ishtaxasi yo'qoladi. Keksa odam yaqin insonini yo'qotganda muomilaga qiyin kirishadi. Tushkun kayfiyatda bo'ladi, agarda uni kiyintirib ovqatlantirib suhbatlashib o'tiradigan odami o'sha yo'qotgan yaqin insoni bo'lganida. Insonning fiziologik va intellektual imkoniyati ham o'zining fundamental extiyohlariga tasir ko'rsatadi.

**Hamshiralik yondoshuvining yo'nalganligi.** V. Xenderson hamshiralik jarayonini qo'llashni tavsiya bermagan. SHunga qaramasdan V Xenderson hamshiralik amalyotida qo'llashni tavsiya etmagan (60 yillarda hamshiralik amalyotida hamshiralik jarayonida bugingidek murakkab sxema va tushunchalar bo'lmagan), uning fikricha patsientni tekshirish hamshira u bilan hamshiralik yordamini ko'rsatish sharoitlarini muhokama qilishi; "faqatgina patsientning holati judayam shunga extiyoh sezsa masalan; koma holati yoki bemorning o'ta

og'ir ahvolda extiyoj sezilsa hamshirada qaror qabul qilish uchun motivi bor desak bu erda bemorning fikri inobatga olinmasdan qolmoqda.). V. Xenderson fikriga ko'ra hamshira bemor o'rniga o'zini qo'yib ko'rishi, o'ziga va holatiga baho berishi va zarur yondoshuvni tanlashi lozim.

Parvarish maqsadi V. Xenderson patsientni 14 ta extiyojni inobatga olib mustaqil qayta tiklashda uzoq muddatli maqsadni qo'yishni to'g'ri deb hisoblaydi. To'g'ri, qisqa muddatli va oraliq maqsadlar ham mavjud, biroq o'tkir holatlarda; shokda, tana xaroratining ko'tarilishida, infeksiya yoki suvsizlanishda bular asosiy rol o'ynaydi. Muallif hamshiralik parvarishi rejasini tuzishda hamshiralik yondashuvini natijalarini baxolashdan keyin yozma o'zgartirishni tavsiya beradi.

**Hamshiralik yondoshuvi** V. Xenderson hamshiralik parvarishini dorilar terapiyasi bilan bog'lanishini muhim deb hisoblaydi va shifokor tomonidan tavsiyalar, muolajalarni amalga oshirishda patsientning oila azolari ishtirokini muxim deb biladi.

**Parvarish natijasi va sifatini baholash** ushbu model orqali barcha har kungi extiyojlar qoniqtirilishiga qaratilgan hamshiralik yondoshuvi qo'llanilganda parvarish sifati va natijasi baholanadi. V. Xenderson hamshira rolini ikki yoqlama ta'rifladi. Bir tomondan hamshira – bu sog'liqni saqlash tizimining mustaqil mutaxassisi bo'lib, u patsient bajara olmaydigan funksiyalarini bajaradi deya ta'kidlasa, ikkinchi tomondan esa - bu vrachning tavsiyalarini bajaruvchi, shifokor yordamchisidir deb ta'kidlaydi.

## **VERJINIYA XENDERSON MODELINI HAMSHIRALIK JARAYONIDA QO'LLASH**

Bu model hozirgi davrda hamshiralar amaliyotida keng qo'llanilayotgan taniqli modellardan hisoblanadi. SHuningdek, bevosita patsient hamshiralik jarayonining barcha bosqichlarida ishtirok etadi. Birinchi bosqichda hamshira bemor ahvolini baholashda hamshira bemor bilan birgalikda 14 ta kundalik

extiyojlaridan qaysi biri birinchi galda bartar etilishini muhokama qilib olishadi. Buning uchun hamshira patsientning shu extiyojlaridan qaysi birini qondirishga patsientning o'zi eplay olmasligini inobatga olib, qaror qabul qilishi kerak. Masalan agar bemor kasalxona ovqatidan bosh tortsa, demak unda parxez ovqatlanishga bo'lgan ehtiyoji qoniqtirilmayapti.

Bemor bilan hamshira hamkorlikda bu muammoning sababini (ishtaxasizlik, jirkanish) aniqlashtiriladi va uning echimini topish uchun maqsad ishlab chiqadi. Agar patsientda uyqu buzilsa, hamshira bu muammoning (noqulay to'shak, havo etishmasligi, hamxonasining xurragi) sababni aniqlashi lozim. SHundan so'ng hamshiralik parvarishi uchun yondoshuv maqsadi ishlab chiqiladi.

**Parvarish rejasi:** V. Xenderson inson har kungi extiyojini o'zi mustaqil va to'liq qondirishi kerak deb hisoblaydi. SHuning uchun parvarishni uzoq muddatga belgilash patsientni maksimal mustaqil o'zi bajara oladigan darajaga olib chiqadi deb ta'kidlagan. Ushbu muammoni echish uchun hamshira bir qancha oraliq va qisqamuddatli maqsad quyiladi. Ovqatdan voz kechgan patsient holatidan kelib chiqib, bemor bilan bemorning yaqin qarindoshlari bilan kerak bo'lsa kasalxonaning ovqat pishirish bloki hodimlari bilan suhbat o'tkazishni rejalash zarur. Uyqusini yo'qotgan patsient bilan relaksatsiya bo'yicha mashqlar olib borishni, xonani shamollatishni, boshqa palataga o'tkazishni rejalash kerak. Quyilgan maqsadlar o'lchamli va aniq bo'lishi lozim. Bu esa hamshiralik yondoshuvini samarali yoki samarasiz deb baholashda ast qotadi. Hamshiralik yondoshuvi patsientni salomatligini mustahkamlash va oldinga qo'yilgan vazifalarni echishga qaratilgan bo'lishi kerak. Hulosa qilib aytganda, patsientga mustaqil bo'lishga yordam berish zarur.

**Parvarish natijasini baholash:** V. Xenderson modeli bo'yicha ishlayotgan hamshiralar parvarish bo'yicha rejani amalga oshirishni yakuniy baholashga kirishayotganda har kungi ehtiyojlaridagi muammolar echimiga qaratishi kerak. Hamshira ehtiyojlarini qoniqtirilishida qanchalik

muvaffaqiyatlariga erishilganini mushohada qilinadi. Maqsadga erishilmaganda yangi hamshiralik yondoshuvi ishlab chiqiladi.

## I BOB

### NAFAS TIZIMI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Nafas tizimi kasalliklarida oliy ma'lumotli hamshiralar pasientlardan ob'ektiv va sub'ektiv ma'lumotlar yig'adi, laborator va instrumental tekshiruvlarga tayorlaydi.

Oliy ma'lumotli hamshiralar shuni inobatga olmog'I kerakki, nafas tizimi kasalliklarida patologik jarayonlar yuqori nafas yollarida (tonzillit, faringit, traxeit), pastki nafas yo'llarida (bronxit, bronxiolit, zotiljam) va plevrada uchrashi mumkin. Ularning klinik manzarasi turlicha kechishi mumkin. SHuning uchun bu kasalliklarda hamshiralik yondoshuvi ham turlicha bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda organlar tizimida shikastlanish hollari yuzaga keladiki, bunda patsientlarga alohida e'tibor qaratish lozim bo'ladi.

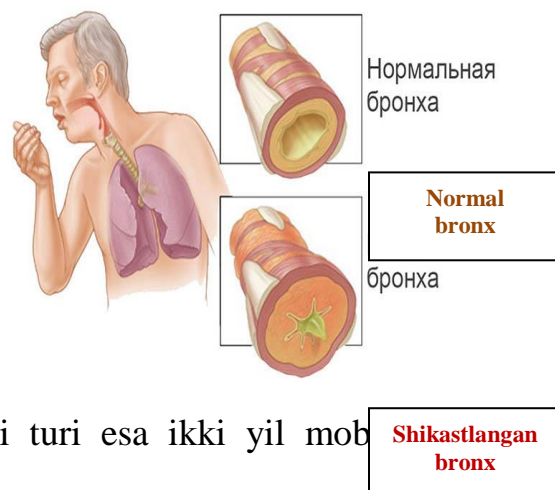
#### 1.1 BRONXITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI

**Bronxit** – bronxlar shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, nafas a'zolari kasalliklari tarqalishi bo'yicha birinchi o'rinni egallaydi Bronxit bilan ko'pincha yosh bolalar va qari keksa yoshdagilar og'rishadi. Bu kasallikda ayollarga nisbatan erkaklar ko'proq aziyat chekadilar.

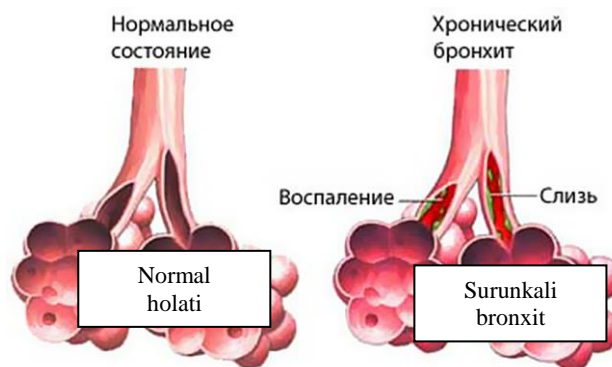
**Tasnifi.** Bronxitlar kechishi vaqtiga qarab 2 turga bo'linadi: o'tkir va surunkali; o'tkir bronxitlar 30 kungacha davom etadi, surunkali turi esa ikki yil mob uzluksiz 3 oy va undan ko'p vaqt kuzatiladi.

Bronxitlar yana birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin:

**Birlamchi bronxitlarda** yalliglanish jarayoni bronxlarda kechadi va boshqa sistema kasalliklariga bog'liq bo'lmaydi;



**Ikkilamchi bronxitlar** esa hamrox kasalliklar (gripp, ko'kyo'tal, qizamiq, o'pka sili va yurak kasalliklari) natijasida vujudga keladi, ko'pincha segmentar bo'ladi. Shikastlanish maydoni hajmiga nisbatan yoyilgan (diffuzli) va chegaralangan (segmentar) bronxitlar farqlanadi.



Zararlanish chuqurligiga qarab: yuzaki (sayoz) - endobronxit, bunda patalogik jarayon bronxning shilliq qavatida chegaralangan holda joylashadi; chuqur - panbronxit-yallig'lanish jarayoni bronx devorining hamma qavatini qoplaydi.

Yallig'lanish suyuqligining tabiatiga (harakteriga) qarab, bronxitlar: kataral, shilliq-yiringli, fibrinsimon, qonli va nekrozli turlariga ajratiladilar.

**Etiologiyasi** bo'yicha: bakteriyali (ko'pincha polimorfli - koklar aralashmasi), virusli (qizamiq, ko'kyo'tal va boshqa kasalliklar virusining bevosita bronxlarga ta'siri bilan bog'liq), zaharli (kim'yo moddalari ta'sirida), changlar (o'simlik, ma'dan va boshqa changlar), haroratli (yuqori va past harorat, radioaktiv nur energiyasi ta'sirida) turlarga bo'linadi.

**Ta'sir ko'rsatuvchi omillar:** organizmning sovuq qotishi, burun bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llariga infeksiya tushishi, burun orqali nafas olishning buzilishi, chekish, boshidan kechirgan kasalliklar tufayli organizmning qarshilik ko'rsatishining susayishi, vitaminlarga boy ovqat mahsulotlarini emaslik.

**Klinik manzarasi:** umumiy holsizlik, charchoq, tana haroratining ko'tarilishi, ko'pincha subfebril harorat, quruq, og'riqli yo'tal, 2 - 3 kundan keyin shilliq – yiring xarakterli balg'am ajralishi, yo'tal vaqtida ko'krak qafasida og'riq, jismoniy zo'riqishda xansirash yuzaga keladi.

**Ob'ektiv ko'ruvda:** auskultatsiya qilinganda qattiq nafas, quruq xirillashlar eshitiladi.

### **Laborator va instrumental tekshiruv metodlari:**

- qonning umumiy taxlilida – ECHT va leykotsitlar sezilmas darajada oshadi
- balg'amning umumiy taxlilida – leykotsitlar soni oshadi.
- Balg'amni mikroflorasini va antibiotikka sezuvchanligini aniqlash uchun surtma olish kerak.
- Rentgenologik tekshiruvlar: ko'pincha o'pkaning asosida o'zgarish kuzatiladi

**Davosi:** O'tkir bronxitning davosi ambulator sharoitda amalga oshiriladi. Uy sharoitida bemor uchun barcha sharoitlarni qilib berish zarur bo'ladi. Uy xonasini tez tez shamollatib turish kerak, nam havo ham yaxshi foyda beradi, ta'makini chekishni bartaraf etish lozim, kimyoviy vositalarni (kraska, lak, aerosol va b.q.) qo'llashni ta'qiqlash kerak. Bemorga iliq suyuqliklarni (choy, malina vareneli choy, asalli choy, ishqorli, mineralli suvlar ham foydali, issiq sut), natriy bikarbonatli suv, shalfey tarkibli damlama va moychechak damlamasi bilan og'izni chayib turish lozim bo'ladi.

**Surunkali bronxit** keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, dolzarb ijtimoiy – tibbiy muammo hisoblanadi. Hozirgi kunda bu kasallikning keng tarqalishi va avj olishi ko'p bo'lganligi bois, buni asr kasalligi deb ham yuritilmoqda. SHuningdek, kasallanish va o'lim holati – bemorlarni mehnat qobiliyatini susaytirib, jamiyatga iqtisodiy zarar keltiradi.

**Surunkali bronxit (SB)** – bronxlarning surunkali diffuz noallergik yallig'lanishi bilan xarakterlanib, balg'amli yo'tal va hansirash bilan namoyon bo'ladigan kasallik

- JSST bo'yicha – 2 yil davomida yiliga 3 oydan kam bo'lmagan vaqt davomida balg'amli yo'tal bo'lgan bemorlar surunkali bronxitli bemorlarga jumlasiga kiradi.

### **Tarqalganligi:**

- nafas tizimi barcha kasalliklarining 80%
- nafas tizimi kasalliklari bo'yicha nogironlikning 50% ini tashkil etadi

**Etiologiya: I. Ekzogen omillar:** tamaki tutuni, havoning ifloslanishi, klimatik omillar, infeksiya. **II. Endogen omillar:** burun-xalqum patologiyasi, burun

orqali nafas olishning buzilishi, tez-tez o'tkir respirator kasallik va o'tkir, bronxit bilan kasallanish, nasliy moyillik, semizlik, patogenez, bronxlar shilliq qavati struktura-funksional xususiyatlarining o'zgarishi, yallig'lanish rivojlanishi, bronxlar o'tkazuvchanligi va drenaj faoliyatining buzilishi

**Klinikasi** – UCHLIK KOMPLEKS. balg'amli yo'tal, hansirash (ekspirator), subfebril temperatura.

**Surunkali bronxit kechishi I variant** – emfizematoz tip (tip A, «hansirashli» tip) pushtirang «hansirovchilar» («pishillovchilar»), o'pka emfizemasi ustunlik qiladi, simptomlar 60 yoshdan keyin namoyon bo'ladi, sekin avj oluvchi xususiyatga ega. **II variant** – bronxitik tip (tip V, «yo'taluvchi» tip) ko'kimtir «shishinqiragan», maxsuldor yo'tal, kuchsiz hansirash, navqiron yoshda kasallik belgilari, distantsion xushtaksimon xirillashlar, TNF – keskin buzilgan, tez avj olish xususiyatiga ega.

### **Obstruksiya belgilari**

- 1) nafas chiqarish fazasining uzayishi
- 2) bemorning yotgan holatida nafas chiqarish vaqtida xushtaksimon xirillashlar
- 3) o'pkaning obstruktiv emfizemasi

**Asoratlari** infeksiya bilan bog'liq (pnevmoniya, BE, BA (nealler) i astmatik), sb evolyutsiyasi bilan bog'liq (o'e, diffuz pnevmoskleroz, o'e, o'pka-yurak, o'ng qorincha etishmovchiligi rivojlanishi bilan)

### **SB tasnifi (Kokosov A.N., Gerasin V.A., 1994)**

I. Yallig'anish xarakteri bo'icha: kataral, yiringli

II. Funksional xususiyatlari bo'icha: obstruktiv, noobstruktiv

**Tekshirish dasturi:** umumiy klinik tekeshiruvlar, balg'am taxlili, tnf (jnchh, yoki nchat 79% gacha va past), ko'krak qafasi rentgenografiyasi, Bronxografiya (BE gumon qilinganda), RKT

**Davolash:** I. Etiotrop (jumladaen a/b), II. Patogenetk:

**Davolashning maqsadi:** asoratlarni oldini olish, SB avj olishini bartaraf etish, qaytalanuvchi asoratlarni profilaktikasi, hayot sifatini oshirish. Davolash uchun asosan bir qancha dori vositalarining guruxlaridan foydalaniladi:



- antibakterial: penitsillinlar (amoksitsillin, ampitsillin); Otsefalosporinlarning 1 - 2 avlodi (sefazolin, sefuroksim); respirator ftorxinolonlar (moksifloksatsin, levofloksatsin).
- balg'am ko'chiruvchi: chabretsa giyohli damlama, natriy yodid, kaliy yodid; mukolitiklar: bromgeksin (bisolvon); vrach tavsiyasiga ko'ra ATSS.
- bronxlarni kengaytiruvchi: Berotek Fenoterol Beta – 2 – stimulyator Doz. Aerosol Salbutamol, Ventolin Albuterol Beta – 2 – stimulyator Doz. aerosol, tabletkalar Terbutalin, Brikanil Terbutalin Beta-2-stimulyator Doz. aerosol, tabletkalar Bronkaid mist i pr.
- immunitetni normallashtiruvchi: Askorbin kislota, bifikol, vitaminlar va b.q.lar.

**Surunkali bronxitda hamshiralik jarayoni** - bu tibbiyot hodimi tomonidan ko'rsatilayotgan yordamni tizimli ravishda amalga oshirib, hamshiralik yondoshuvi xisoblanadi. Bu bemorning extiyojiga yo'naltirilgan bo'ladi.

**Maqsadi va bosqichlari:** Bronxitlarda hamshiralik jarayonining maqsadi quyidagicha: bemor organizmini qayta tiklash, o'z extiyojlarini qondirishda qo'llab quvvatlashdan iborat.

**Maqsadga erishish uchun quyidagilarni bajarish kerak:**

- Bronxit bilan kasallangan odamning ma'lumotlar manbasini aniq to'plash lozim;
- Bemorning tibbiy yordamga bo'lgan ehtiyojlarini aniqlash;
- Parvarishlashning ustuvor yo'nalishlarini aniqlash;
- Bemorga qanday g'amxo'rlik qilishni rejalashtirish va uni ta'minlash;

- Jarayonning bemorning salomatligi uchun qanchalik samarali ekanligini aniqlash, keyin esa tibbiy xizmatni bajarish vazifasini bajarish.

### **Hamshiralik jarayoni 5 bosqichga ajratiladi.**

**Hamshiralik tekshiruvi.** Hamshiralik tekshiruvi ikki xil usulda amalga oshiriladi: sub'ektiv va ob'ektiv. Birinchisi faqat bemorni so'roq qilishni o'z ichiga oladi. Bu bemor haqida shaxsiy taassurotlar uchun yordam beradi. Ob'ektiv metodga kelsak, u ayni paytdagi bemorni holatini aniqlashd yordam beradi.

**Hamshira tashxisi.** Ikkinchi bosqichning maqsadi quyidagilarga yordam beradi:

- o'tkazilgan tekshiruvni taxlil qilish;
- bemorning sog'lig'idagi muammolarni aniqlash;
- bemorni parvarishi bo'yicha yo'riqnomalar belgilash:

**Parvarishni rejalash.** Hamshiralik jarayonining bu bosqichida bemorning ehtiyojlariga qarab, ustuvorliklarni aniqlanishi kerak. Keyin belgilangan maqsad va vazifalarga erishish uchun strategik rejani ishlab chiqish zarur. Bundan tashqari, asosiy maqsadga erishish uchun muddatni belgilash muhim ahamiyatga ega.

**Hamshiralik yondoshuvi.** Hamshiralik jarayonining to'rtinchi bosqichida bemorga tibbiy yordam ko'rsatibgina qolmay, belgilangan maqsadlarga erishish uchun barcha imkoniyatlarni ishga solish kerak. Bemorga yordam ko'rsatishning asosiy 3 ta sxemaga ajratiladi: maslahat yordami (shuningdek, qo'llab-quvvatlovchi), qisman va to'liq kompensatsiyali.

Hamshiralik jarayonida belgilangan maqsadga erishish samaradorligini aniqlash va natijalarni aniqlash. Bu erda hamshira nafaqat maqsadlarga erishilganligini va qancha darajaga erishilganligini aniqlabgina qolmasdan, natijalarni rejalashtirilganlar bilan taqqoslash kerak. Bundan tashqari, natijalarni shakllantirish va hujjatlarni (bemorning tibbiy tarixi) eslatmalarini tuzish kerak.

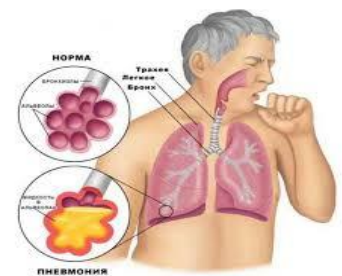


## Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar

1. O'tkir bronxit rivojlanishiga qanday sabablar va omillar ta'sir ko'rsatadi?
2. O'tkir bronxit bilan og'rigan bemorlarning asosiy muammolarini aniqlash.
3. O'tkir bronxit bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilishning asosiy xususiyatlari nimadan iborat?
4. O'tkir bronxitning oldini olish nima qilish muhim?
5. Xronik bronxitning asosiy sabablari nimada?
6. Surunkali obstruktiv bronxitni aniqlang.
7. Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlarning asosiy muammolarini sanab o'ting.
8. Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilishning asosiy xususiyatlari nimada?
9. Surunkali bronxitning oldini olish nima?

### 1.2 ZOTILJAM KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Zotiljam — o'pkaning yallig'lanishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar toifasiga kiradi. U mustaqil, yoki kam hollarda boshqa kasalliklarning asoratlari sifatida yuzaga keladigan, bronxlar va alveolalardagi alveollar eksudat hamda neytrofillar bilan va rentgenologik infiltrat tasviri bilan nomoyon bo'ladi. Zotiljam ichki kasalliklar orasida



etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Hozirgi kunda JSST klassifikatsiyasiga ko'ra, zotiljam kasalxonadan tashqari (kommunal) va kasalxona ichi (gospital, nozokomial) tiplariga ajratiladi, ikkinchisi esa shifoxonaga yotqizilganidan keyin 48 soat va keyinchalik rivojlanadi. Undan tashqari zotiljamning aspiratsion va immun tanqis (tug'ma yoki ortirilgan) turlari ham mavjud.

Xalqaro kelishuvga ko'ra, zotiljamning qo'shimcha tavsiflari tasnifga kiritildi:

1 – kasalxonadan tashqari (birlamchi);

- *gospital zotiljam;*

- *immun tanqisli patsientlar zotiljami;*

2 – etiologiya bo'yicha (pnevmonokokli, stafilokokkli)

3 – lokalizatsiyasi bo'yicha (bo'lakli, segmenli, o'choqli)

4 – asorati bo'yicha (plevrit, abscess, infeksiyon - toksik shok)

5 – og'irligi bo'yicha

**Etiologiyasi:** Zotiljamning barcha hollarida qo'zg'atuvchining 40-60% mikrobiologik identifikatsiyalanadi. Kasalxonadan tashqari zotiljamda ko'pincha qo'zg'atuvchilardan: pnevmonokokk, streptokokklar etakchi o'rinni egallaydi. Ular o'pka kasalliklari, shuningdek og'ir zotiljamda asosiy sababchi hisoblanadi.

Kasalxonadan tashqari zotiljamning sababchilaridan ikkinchi o'rinni «atipik» mikroorganizmlar - mikoplazma, gripp virusi, xlamidiyalar, legionella, streptokokklar va boshq. egallaydi

Gospital zotiljam qo'zg'atuvchilariga qo'yidagilar kiradi: stafilokokk, klebsiella, ichak tayoqchasi, anaerob viruslar, patogen zamburug' va b. q.

**Klinikasi:** zotiljam etiologik omillarga bog'liq (pnevmonokokli, mikoplazmali, legionellali, stafilokokkli, xlamidiyali, virusli va b. q.), kasallikning og'ir kechishiga (engil, o'rta og'ir, og'ir, o'ta og'ir), asoratlari (o'pka abssessi, o'pka gangrenasi, o'tkir nafas etishmovchiligi, plevra empiemasi, infeksiyon-toksik shok).

**Kasallik simptomlari:** zotiljam simptomlari kasallikning turiga qarab o'zgarishi mumkin. Tashxis standartlari zotiljamning belgilariga ko'ra quyidagilarga ajratiladi:

- **Zotiljamning mahaliy simptomlari** (quruq yo'tal, ba'zida balg'amli; qon tuflash; nafas olganda ko'krak qafasida og'riq);

- **Zotiljamning umumiy simptomlari:** (tana haroratining (38–40 °C) ko'tarilishi va qaltirash, intoksikatsiya).

- **Asosiy simptomlardan tashqari:** Zotiljamda bemorlarda *yuzaga keladi:* (harsllash, migren, tomoq qizarishi, mushaklarda og'riq his qilishi, umumiy ahvolni yomonlashuvi, holsizlik va madorsizlik, kuchli terlash, ishtahaning yo'qolishi).

Zotiljamning o'ta og'ir turida quyidagi simptomlar: nafas olishning qiyinlashuvi, teri rangining qo'ng'ir tusga kirishi, fikr xiralashuvi. SHuningdek, zotiljamning yashirin shakli ham mavjud. Bemorni yo'tal va ko'krakda og'riq bezovta qilmaydi, tana harorati ko'tarilmaydi. Simptomlarsiz kechuvchi zotiljam asosan immuniteti sust odamlarda yoki antibiotikni nazoratsiz qabul qilganlarda ko'p uchraydi. Zotiljamning yashirin shakli pediatriyada katta xavf tug'dirishi mumkin, chunki bola o'zida bo'layotgan o'zgarishlarni batamom tavsiflab bera olmaydi. YAshirin zotiljam tegishlicha davolaniladi. Simptomlarsiz kechuvchi zotiljam vaqtincha va noto'g'ri davolanilsa jiddiy asoratlarga yoki o'limga olib kelishi mumkin.

**Kasallikni tashxislash:** Diagnostika standartiga muvofiq, zotiljamga tashxis qo'yish uchun ob'ektiv mezon mavjud:

- Ko'krak qafasini rentgeni;
- Mikrobiologik tekshiruv;
- Qonning klinik taxlili.

Bu mezonlar tashxis qo'yish uchun etarli bo'ladi. SHuningdek, zotiljamni ambulator davolash bosqichida va kasalxonada asoratsiz kechishini davolash uchun etarli hisoblanadi.

### **Zotiljam kasalligida hamshiralik jarayoni**

**I bosqich. Hamshiralik tekshiruvi:** Hamshira bemor bilan ishonchli munosabatlarni o'rnatadi va quyidagi shikoyatlarni aniqlaydi: quruq yo'tal, nafas olishda ko'krak og'rig'i, nafas olish qiyinlashuvi, isitma va sovuqtish. Kasallikning boshlanishini (hipotermiya, yuqumli kasallik), kasallik boshlanganiga necha kun bo'lganligi, tana xarorati qanchaga ko'tarilganligi va qanday dori vositalar ishlatilganligini aniqlaydi. Tekshiruv vaqtida hamshira bemorning tashqi ko'rinishiga (yuzaki nafas olish, yuz ko'rinishi, burun

qanotlarini nafas olishda ishtirok etishiga) ahamiyat beradi. Tana haroratini o'ldaydi (ko'tarilganmi yoki doimiy xaroradami), palpativ tarzda HD (25-35 daqiqada), yurak urishi (taxikardiya), qon bosimini aniqlaydi.

## **II bosqich. Bemor muammolarini aniqlash:**

- kasallik haqida axborot kamligi;
- nafas olish paytida ko'krakda og'riq xis qilishi;
- ajralmasiz (keyinroq nam) yo'tal;
- ishtahasizlik, qabziyat;
- yurakda og'riq (krupozli zotiljamda);
- uyqu buzilishi;
- mehnatga layoqatsizligidan bezovtalanish.

### ***Hamshira tashxisi:***

- nafas olish extiyojining buzilishi - nafas olish aktida o'pkaning bir qismi yoki o'pka maydonining ishtiroki oqibatida inspirator yoki aralash hansirash;
- nafas olish va yo'talish paytida ko'krakdagi og'riq - plevra yallig'lanish jarayoni borligidan dalolat beradi;
- doimiy tipdagi tana harorati yoki atipik;
- quruq yo'tal - plevranning ta'sirlanishi natijasida;
- nam yo'tal - balg'amni bronxdan ko'chishi natijasida .

Hamshiralik aralashuvi amalga oshirilgach, hamshiralar samaradorlikni baholaydilar. Agarda, belgilangan vaqtda maqsadga erishilmasa, qo'shimcha parvarishlash rejasi ishlab chiqiladi.

Asab tizimida muammosi bor bemorda nafas olish qisqarishi, yo'talni to'xtashi mumkin. Bunday hollarda, hamshira bemorni nafas olish gimnastikasiga o'rgatadi va kuniga 2 marta uni bajarashi kerakligiga uqtiradi. Agar bemorlar balg'amni mustaqil ravishda bermalol chiqarib tashlay olmasa, hamshiralar bir uchiga salfetka o'ralgan shpatelni namlab, og'iz bo'shlig'ini tozalaydi va balg'amni maxsus baloncha orqali so'rib olinadi. Agar bemorda yurak – qon tomir etishmovchiligi belgilari (teri qoplaminig oqarishi, sovuq ter, ipsimon puls) kuzatilsa, hamshira zudlik bilan shifokorga habar berishi lozim va

kordiamin, strofantin, prednizolon kabi dori vositalarini parenteral yuborish uchun tayyurlab qo'yadi. Agar bemorda 48 soatdan ortiq vaqt davomida ichi kelmasa, hamshira tozalovchi hukna o'tkazishni rejalashi lozim. Yangi muammolar parvarishlash bo'yicha yangi tadbirlar rejasini ishlab chiqishni talab qiladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishini oldini olish uchun 2% iste'mol sodasi eritmasi yoki kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'iga ishlov beriladi. Ko'p suyuqliklar tavsiya etiladi: klyukvali mors, meva sharbatlari, mineral suvlar, limonli choy.

Og'iz bo'shlig'ining burchaklarida, burun chetlarida gerpetik toshmalar paydo bo'lganda, metilen ko'kning spirtidagi eritmasi yoki sink malhamini surish tavsiya etiladi. Yilning istalgan vaqtida xonalarni shamollatib turish yaxshi naf beradi. Terini parvarish qilish, o'rin ko'rpalarni va ichki kiyimlarni tez – tez almashtirib turish ahamiyat kasb etadi. Tana haroratini tushirgandan so'ng, bemor bilan nafas mashqlari bajarilishi kerak.

**III bosqich. Hamshiralik yondoshuvini rejalash.** Bir sutka davomida nafas siqilishi sezilarli tarzda kamayadi

1. Bemorga qulay va quruq joyni ta'minlab berish.
2. Toza havo keleshini ta'minlash.
3. Namlangan kislorod (2% gidrokarbonat eritmasi orqali) shifokor tavsiyasiga ko'ra har soatda 5 ~ 10 daqiqa davomida.
4. bemorning umumiy holatini, teri qoplamalarini rangini, nafas olish xarakterini nazorat qilib turishi lozim.

2—3 soat o'tgach bemor yo'talganda va nafas olganda og'riq his etmaydi. Bemorni og'riq bo'layotgan sohasidan tepaga qaratib yotqizib qo'yish yaxshi naf beradi.

- Bemorga ruhiy osoyishtalik ta'minlab berish kerak, kasallikning birinchi kunlari mushaklarni bo'shashtirishni o'rgatish kerak. Tana xarorati tushgach, xantalmani aylanasiga qo'yish lozim.

- SHifokor tavsiyasiga ko'ra og'riq qoldiruvchi analgetiklarni (analgin, baralgin, tramal va boshqalar) ni ichishga yoki parenteral yuborish kerak. YAna

birinchi kundan yoʻtalga qarshi vositalar - kodterpin, libeksin) ham foydadan holi boʻlmaydi.

- ***Tana xaroratini asoratsiz tushirish***

1. Tana harorati yuqori boʻlganda peshona sohasiga sovuq qoʻyish va suvga spirt qoʻshib tanasini artib chiqish;
2. Xonani toza havo bilan taʼminlash;
3. Teri toʻqimalari orqali katta qon tomirlariga muzli halta qoʻyish.
4. Shifokor tavsiyasi boʻyicha mushak orasiga 50% analgin eritmasi 2 ml va 1 ml 1% dimedrol eritmasi yuborish.
5. Shifokor tavsiyasi boʻyicha qatʼiy antibakterial vositalar qilinadi.
6. Muntazam AQB oʻlchash, pulsni kuzatish, nafas olishni sanash va tashqi koʻrinishini kuzatib borish.
7. Koʻp suyuqlik ichish, kam kam miqdorda ovqat berishni taʼminlash.
8. Bemorning ruhiy holatini doimiy individual kuzatuv olib borish.

Quruq yoʻtal uch kun davomida nam yoʻtalga aylanadi va balgʻam koʻchishi osonlashishi uchun

1. Bemorga iliq holda ishqorli suv berish kerak.
2. Shifokor tavsiyasiga koʻra xantal qoʻyish, yoʻtalga qarshi dori vositalarini berish (bromgeksin yoʻtalni tinchlantirib, balgʻam koʻchishini taminlaydi — 4 tabletkadan (0,004 g) 3—4 marta bir kunda).
3. Nam yoʻtal paydo boʻlganda koʻkrak qafasini engil massaj qilish.
4. Bemorga nafas mashqlarini oʻrgatish.

Shifokor tavsiyasiga koʻra balgʻam koʻchiruvchi, mukolitiklar (mukaltin, ambroksol, atsetilsistein) va bronxolitiklar (eufillin) vositalari.



**Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Zotiljamni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni sanab bering?
2. Zotiljam bilan xastalangan bemorlarni asosiy muammolarini aytib bering?

3. Zotiĵam bilan xastalangan bemorlarga qanday o'ziga xos hamshiralik parvarishi ko'rsatiladi?
4. Zotiĵam profilaktikasiga ta'rif bering?

### **1.3 BRONXIAL ASTMA KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI**

Bugungi kunda bronxial astma davolab bo'lmaydigan kasalliklar guruxiga kiradi. Bronxial astmani batamom davolab bo'lmaydi, biroq tashxis qo'yish va davolash jarayonlarida kasallikni nazorat qilish va shu orqali bemor umrini uzaytirish, mehnatga layoqatliligini tez tiklash mumkin. Aynan



mana shu fikrga 2006 yilda BSST va GINA komiteti urg'u berib, "Bronxial astma kasalligini davolash va oldini olishda dolzarb strategiya" ni qayta ko'rib chiqish orqali kasallikni asoratlarini (ruxiy, ijtimoiy, jismoniy nogironlikni) oldini olishni nazorat qilish kerakligi haqida tavsiya bildirdi.

Astmani nazorat qilish, bemorlarda kasallik simptomlari asta sekinlik bilan kamayishi yoki mehnat faoliyatini faolligini chegaralashga ehtiyoj qolmaydi, shoshilinch yordam preparatlariga ehtiyoj sezmaydi, shuningdek kasallik asoratlarini oldi olinadi. Bronxial astma bilan og'riغان bemorlarga erta tashxis qo'yish tibbiy bilimlarining mukammal bo'lishi esa o'lim va nogironlikning oldini olinishiga, bemorning hayotiy sifat ko'rsatkichi oshishiga olib keladi.

Bugungi kun dolzarb muammolaridan biri bronxial astmani oldini olish, parvarishlash va davolashda shifokorlar bilan bir qatorda hamshiralar ham barobar ishtirok etishi talab qilinadi. Ma'lumki, har qanday kasallikni davolashda parvarishning o'rnini o'zgarachadir. SHunday ekan, bugungi kunda rivojlangan mamlakatlarda zamonaviy hamshiralik ishi modelining o'rnini beqiyosdir. Hamshiralik jarayoni bu hamshira amaliyotida qo'llaydigan va ilmiy asoslangan usul bo'lib, hamshiradan nafaqat texnik tomondan yaxshi tayyorgarlikni, balki bemor parvarishiga ijodiy yondoshish, bemorga alohida shaxs sifatida munosabatda bo'lishni talab etadi.

Bronxial astma bilan kasallangan patsientlarda jismoniy faollikni susayishi, ruhiy tushkunlikka tushib qolish hollari qayd etilishi va ijtimoiy aspektning salbiy tasiri oqibatida hayot sifat ko'rsatkichi yomonlashadi. Mana shu holatlar hamshiralik yordamini ko'rsatishga davat etadi.

**Bronxial astma** (BA) nafas yo'llarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, uning asosini bronxospazm, bronxlar devorining shishishi, shilliq tiqinlarining shakllanishi va bronx devorlari tuzilishining o'zgarishi tufayli bronxlar giperaktivligi va qaytar, tiklanuvchi bronxial torayish (obstruksiya) tashkil qiladi.

**Bronxial astma** – butun dunyoda, shuningdek mamlakatimiz sog'liqni saqlash sohasida dolzarb muammo hisoblanadi. Kasallik diagnostikasi va davolanishning yaxshilanishiga qaramasdan, dunyo miqyosida bronxial astmadan kasallanish va o'lim sur'ati yildan - yilga oshib bormoqda. BA turli yoshdagi millionlab odamlarning hayot sifatini yomonlashishiga olib kelmoqda. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bilan kasallangan bemorlarning allergik kasalliklarga moyilligi ortishi, atrof-muhitning ifloslanishi, antibiotiklar, zardoblar, vaksinalarning keng qo'llanilishi bronxial astmadan kasallanish va uning oqibatida o'lim holatining ko'payishiga sabab bo'lmoqda

**Bronxial astma** – ko'p omilli kasallik. Uning tarqalishi va kechishi darajasiga irsiy omillar, atrof-muhit, iqlim, jamiyatning rivojlanish darajasi, iqtisodiy ta'minlanganlik, ijtimoiy holat, shuningdek, oxirigacha o'rganilmagan, mavhum bo'lgan global omillar ta'sir qiladi. Bu omillar har birining ta'sirini o'rganish uchun kasallik epidemiologiyasida imkon darajasida yaqin yoki yagona mezonlardan foydalanish talab etiladi

Bronxial astma ko'p sonli sabablar natijasida kelib chiqadi. Astmaning rivojlanishiga olib keluvchi **xavf omillari** 3 guruhga bo'linadi:

1. **Turtki omillar:**

- Bronxlarning giperreaktivligi – qo'zg'atuvchilarga nisbatan bronxlarning kuchli javob reaksiyasi. Bu reaksiyaning ifodalanish darajasiga qarab kasallik darajasiga baho berish mumkin . Bronxial astma bilan

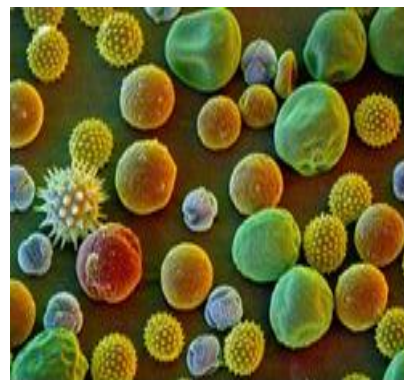
kasallangan bemorlarning aksariyatida bronx yo‘llarining giperreaktivligi hatto kasallik simptomlari bo‘lmaganda ham paydo bo‘ladi. Bronxlar giperreaktivligi bronx shilliq qavatlariga bevosita ta‘sir natijasida yoki ayrim sekret ishlab chiqaruvchi hujayralarning (semiz hujayralar) bilvosita ta‘siri oqibatida kelib chiqadi.

2. **Sensibilizirlovchi omillar:** chang, hayvon junlari, zamburug‘lar va ularning sporalari, o‘simlik changlari, aspirin va boshqalar; (o‘tkir respirator virusli infeksiyalar, oziq-ovqat mahsulotlari, chekish, havo pollyutantlari va h.z.)

3. **Triggerlar:** bronxial astmaning qo‘zishiga olib keluvchi omillar – jismoniy zo‘riqish, sovuq havo, o‘tkir iforlar, emotsionla zo‘riqishlar, stresslar va h.z.)

Eng ko‘p tarqalgan **ekzogen** omillarga quyidagilar kiradi:

- Aholining allergizatsiyasi. (urbanizatsiya )
- Atrof-muhitning ifloslanishi
- Qishloq xo‘jaligi, sanoat xo‘jaligida ximiyaviy vositalarni qo‘llash.
- Antibiotiklar, zardoblar, vaksinalarning qo‘llanilishi.
- Har bir regionning iqlim-tabiiy xususiyatlari.



Bemorlarda boshqa allergik holatlar (atopik dermatit, Kvinke shishi, oziq-ovqat va dorili allergiya)ning mavjudligi ham bronxial astmaning asoratiga o‘ziga xos ta‘sir qiladi. Bunday holatda bemor ahvolidning yaxshilanishi kamdan-kam kuzatiladi. SHunday qilib, bemorlarda bronxial astmaning kechishi va uning asorati davolashning tizimliliigi va adekvatliligiga bog‘liq. Diagnostika o‘z vaqtida qo‘yilishi, bemorlarning allergenlar bilan kontaktini cheklash, ish joyini to‘g‘ri tashkil etish kasallik asoratining etarli darajada ijobiy bo‘lishiga, hamda bemor ahvolidning yaxshilanishiga sabab bo‘ladi.

**Bronxial astma klinikasi va kechishi.** kam namoyon bo‘lgan belgilardan to uzoq muddatli va og‘ir bo‘g‘ilish hurujlarigacha bo‘lishi mumkin. BA

klinikasida asosiy o‘rinni astmatik bo‘g‘ilish xurujlari egallaydi. Ular ko‘pincha allergenlar bilan kontaktda, jismoniy zo‘riqishdan va bronx yo‘llari infeksiyalaridan keyin boshlanadi. Astma xurujlari rivojlanishida shartli quyidagi davrlarni ajratish mumkin.

**Xuruj oldi davri:** burun, tomoq a‘zolari shilliq qavatlarini tomonidan vazomotor reaksiyalar, aksa urish, burun bo‘shliqlarini qurishi, ko‘z qichishishi, umumiy qo‘zg‘aluvchanlik, teri rangi oqarishi, sovuq ter bosishi, diurezni oshishi, xurujsimon yo‘tal, qiyin balg‘am ajralishishi, hansirash.

**Xuruj davri:** Ekspirator xarakterdagi bo‘g‘ilish, ko‘krak qafasida siqish, og‘irlik hissi. Bemor majburiy holatda bo‘lib, qo‘llari bilan stolga yoki deraza raxiga tayangan holda turib oladi. Nafas olish qisqa, nafas chiqarishi qiyin, uzaygan (3 - 4 marotaba uzun) , quruq yo‘tal, balg‘am chiqmaydi, masofadagi eshitiladigan “distatsion” xirillashlar, nafas olganda qo‘shimcha mushaklar ishtirok etadi. Ko‘pincha xuruj ohirida qiyin ajraluvchi, kam miqdordagi shilliq balg‘am ajraladi. Bemor tanasi sovuq ter bilan qoplangan, yuzida qurquv hissi aks etgan, bemor qo‘zg‘aluvchan. YUzi rangi oqargan, og‘ir xurujlar vaqtida shishadi, sianoz mavjud bo‘ladi. Bemor savollarga qiyinchilik bilan javob beradi. Bronxial astma xurujlari ko‘pincha kechqurun, to‘satdan boshlanadi. Kasallik boshlanishida bo‘g‘ilish xurujlari ko‘pincha qisqa muddatli (bir necha minutdan yarim soatgacha), keyinchalik ular uzoq muddatli, kun davomida turg‘un kechadi, ba‘zida asoratlar rivojlanganda astmatik status holatiga o‘tish bilan xarakterlanadi.

**Xurujlarni bartaraf etilgandan keyingi davr:** Quruq xirillashlar kamayadi, balg‘am ajraladi, bug‘ilish asta sekin bartaraf etiladi.

**Asoratlari:** astmatik status; spontan pnevmotoraks; o‘tkir nafas etishmovchiligi; o‘pka emfizemasi; surunkali o‘pka yurak, o‘pka atelektazi, pnevmoniya. Bronxial astma xurujlari uzok yillar davom etganda va tizimli kortikosteroidlar bilan davolanganda - semizlik, gipertoniya, suyaklarni patologik sinishlari rivojlanadi.

## **Bronxial astmani og'irlik darajasi bo'yicha tasnifi**

Bronxial astma kaslligining hamma kliniko - patogenetik variantlarida engil, o'rta og'ir, og'ir darajalari farqlanadi.

**Engil darajasi:** bo'g'ilish xurujlari qisqa, haftada 1-2 marta yuzaga keladi; kechki simptomlar oyda 2 martadan ko'p emas. Xuruj orasida bemor o'zini yaxshi his qiladi. Tashqi nafas ko'rsatkichlari - OFV 80% dan kam emas. PSV ning kunlik o'zgarishi 20 % dan ko'p emas. Bronxolitik ingalyasiyasidan so'ng bu ko'rsatkichlar normaga qaytadi.

**O'rta og'ir darajasi:** simptomlar har kuni bezovta qiladi va qisqa muddatli V2 - agonistlar qabul qilinadi. Tungi bo'g'ilishlar haftasiga bir martadan ko'p va uyquni buzilishi bilan kechadi. OFV 60-80 % ni tashkil qiladi. PSV ni sutkalik o'zgarishi 30% dan yuqori.

**Og'ir darajasi:** simptomlar doimiy. Jismoniy faollik chegaralangan. Tungi bo'g'ilishlar ko'p. OFV1 60% dan kam. PSV ning sutkalik o'zgarishi 30% dan yuqori. BAning har qanday og'irlik darajasida og'ir va hayot uchun havfli asoratlar kelib chiqishi mumkin. Vaqt o'tishi bilan astma kasalligining og'irlik darajasi ham o'zgarishi mumkin.

**Bronxial astmani quyidagi asosiy shakllari farqlanadi:** Allergik, infeksiyon - allergik va aralash.

Bronxial astma atopik allergik turida immunologik mexanizm yotib, uning asosida IgE ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi yotadi. Bu esa o'z navbatida semiz xujayralarni qonga ko'p miqdorda yallig'lanish mediatorlari chiqishiga sabab bo'ladi. Bu ko'pincha anamnezida allergiya kuzatilgan bemorlarda bolalik davridan rivojlanadi va bunday bemorlarda teri, provakatsion sinamalar musbat bo'lib, boshqa allergik belgilar (allergik rinit, kon'yunktivit, atonik dermatit) kuzatiladi.

Infeksiyon - allergik bronxial astmada aniq bir antigenga sensirbilizatsiya aniqlanmaydi. Kasallik boshlanishi esa respirator virusli infeksiya o'tkazganlik bilan bog'lik bo'ladi. Asosan, bemorlar virusli kasallik o'tkazganlaridan bir

necha kundan so'ng hansirash, yo'tal, bo'g'ilish xuruji paydo bo'ladi. Ham atopik va infeksiyon allergik belgilar kuzatiladigan bemorlar bronxial astmaning aralash shaklga kiradi.

**Bronxial astma havfli asoratlaridan biri astmatik status. Uning quyidagi bosqichlari farqlanadi.**

Birinchi bosqichida - bug'ilish xurujlari cho'zilgan bo'lib, simpatomimetiklarga refrakterlik rivojlanadi va bronxlarning drenaj funksiyasi buziladi. Xurujlarda 12 soat va undan ortiq davom etadi. Bemor ahvoli og'ir, qon gaz holatida kam ifodalangan gipoksemiya, giperkapniya va nafas alkoloji kuzatiladi.

Ikkinchi bosqichida - «soqov o'pka» - bronxlar drenaj funksiyasi buzilishi kuchayadi, ular quyuq shilliq bilan to'ladi) o'pka auskultatsiyasida nafas eshitilmaydigan sohalar paydo bo'ladi. Qonning gaz holati keskin buzilib, arterial gipoksemiya va giperkapniya rivojlanadi. Bemor ahvoli o'ta og'ir: sianoz, teri sovuk ter bilan qoplangan, taxikardiya puls minutiga 120 tadan yuqori, AQB birmuncha ko'tarilgan.

Uchinchi bosqichda - qonda gazlar miqdorini keskin o'zgarishi sababli gipoksemik va giperkapnik komalar rivojlanadi. Nafas yuzaki, keskin sustlashgan, ko'pincha turli aritmiyalar kuzatilib, AQB tushadi. Talvasa, o'tkir psixoz, ongni buzilishi (koma) kabi simptomlar rivojlanadi. Agar astmatik xurujlarda o'z vaqtida bartaraf etilmasa, o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

**Bronxial astma kasalligini tashxislash**

Kasallikni tashxislashda asosan bemor shikoyatlari, anamnezi, ob'ektiv ko'rik natijalari va laborator instrumental tekshiruvlarga asoslanib tashxis qo'yiladi. Quyidagi simptomlardan (belgilardan) *birontasi* bemorlarda kuzatilsa astma tashhisi aniqdir)

- Hushtakli nafas olish – baland hushtakli quruq xirillash, ayniqsa yosh bolalarda (tekshirish vaqtidagi normal nafas olish astmaning yo'qligidan darak bermaydi).

- Bronxoobstruksiyaning qaytuvchanligi va o'zgaruvchanligi, nafas chiqarishning eng yuqori tezligi (YU.N.T.) pikfloumetr yordamida o'lchanadi. Bronxial astmada B<sub>2</sub> - agonistni ingalyasiyasini qabul qilgandan so'ng 15-20 minut o'tgach YU.N.T.15% ko'tariladi yoki YU.N.T. ning sutkalik ko'rsatkichi 20% ortiq bo'lganda (bronxodilyatator qabul qilinmagan bemorlarda 1 sutkali ko'rsatkich 10% tashkil qiladi) yoki jismoniy mashqlardan so'ng 6 minut o'tgach YU.N.T. ko'rsatkichi 15% ga kamayadi.

Allergologik anamnez va nasliy allergik kasalliklarga moyilligi borligini aniqlash;

1. Bronxial astma uchun aniq namoyon bo'ladigan bo'g'ilish xuruji, ya'ni bir necha minut davom etadigan va odatiy bronxolitiklar bilan qaytadigan bo'g'ilish xuruji xarakteri, yo'tal ko'pincha xuruj ohirida kuzatiladi va kam miqdorda yopishqoq balg'am ajralishi bilan yakunlanadi. Xuruj bo'lmagan paytlarda perkussiya va auskultatsiyada o'pkada patologik shovkinlar eshitilmaydi.

2. Teri allergik sinamalari (applikatsion, skarifikatsion, teri ichi) o'tkaziladi.

3. Ta'sirlantiruvchi sinamalar (ingalyasion, nazal, kon'yuktivaga).

4. Laborator tashxislash usullariga

- tugri va notugri SHelli bazofil testi;
- limfotsitlar blasttransformatsiyasi testi;
- semiz xujayralar destruksiyasi bilvosita testi ;
- Praustnits-Kyustner reaksiyasi;
- Allergen mavjud bulganda adrenalin kiritganda

limfotsitlar glikogenolizi;

5. Qo'zg'atuvchi ovqat allergenlari bilan eliminatsion parhez

6. Qon zardobida immunoglobulin E darajasini aniqlash;

7. Radio-allergo-sorbent testi.



Allergik sinamalar va maxsus tekshiruvlar allergologik markazlarida o'tkaziladi. Bronxial astma kasalligida klinik qon taxlilida: eozinofiliya, ba'zida leykotsitoz bo'lishi va ECHT oshishadi. Balg'am umumiy tahlilida: balg'am shishasimon, mikroskopiyada – eozinofillar, Kurshman spirallari, SHarko-Leyden kristallari bo'lishi va maxsus allergologik tekshiruvlarda: teri sinamalari - (skarifikatsion, applikatsion, teri ichi ) - ba'zida -provokatsion sinamalar (kon'yunktival, nazal, ingalyasion). Musbat reaksiya aniqlanadi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida: kasallik uzoq vaqt davom etganda o'pka suratini kuchayishi, o'pka emfizemasi belgilari aniqlanadi.

Spirometriya – o'pka tashqi nafas funksiyasini aniqlashda asosiy tekshirish usuli bo'lib, o'pka tiriklik sig'imi, nafas chiqarish tezligini aniqlaydi. Ushbu usullar bilan bir qatorda EKG da 2- va 3 - standart ulanishlarda R-tishcha yuqori bo'ladi.

#### **Bronxial astmani davolashni umumiy dasturi:**

- 1) Bemorlarni o'z o'zini nazorat qilish bo'yicha o'qitish dasturi ;
- 2) Og'irlik darajasini baholash va monitoring olib borish;
- 3) Kasallikni qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish va ularni nazorat qilish;
- 4) Medikamentoz davoni individual sxemasini ishlab chiqish;
- 5) Bo'g'ilish xuruji va astmatik statusda tez yordam;
- 6) Dispanser kuzatuv. BA ni samarali davolash ko'pincha allergen bilan kontakti yo'qotish va uni ta'sirini kamaytirish bilan bog'liq.



#### **Dori vositalar buyurish mezonlari**

1. Bronxial astma etiologik davosida e'tiborni atrof muhitdagi va ho'jalikdagi sabab bo'layotgan allergenlarni va ta'sirlovchi agentlarni yo'qotishga, zarur bo'lganda ratsional ishni ta'minlash, infeksiya o'choqlarini sanatsiyasi, psixoterapiyani qo'llagan holda asab –psixologik shikastlanishni oldini olishga e'tibor qaratiladi.

2. Patogenetik davoda asosiy vazifa - bronx o'tkazuvchanligini tiklash hisoblanadi. SHu maqsadda bronxoobstruktiv sindromni asosini - bronxospazm, bronxlar shilliq qavati shishi, diskriiniyani bartaraf qiluvchi va uning rivojlanishini oldini oluvchi dori vositalari tavsiya qilinadi.

1. Bronxial astmani atopik shaklida – allergenni aniqlash va bartaraf etish, spetsifik desensibillovchi terapiya (gistamin, gistoglobulin, polivaksinalar va xok.).

2. Infekzion allergik shaklida - antibakterial terapiya – bronx - o'pka tizimining turli infekzion yallig'lanish o'choqlarini davolash.

3. Disgormonal patogenetik variantda –ayollar jinsiy gormoni - olenodren chiqarilishi va almashinuvi buzilishlarini korreksiya qilish uchun glyukokrtikoidlar etishmovchiligi korreksiyasi (GKS terapiya, bekotid va beklomet ingalyasiyasi, buyrak usti bezi pustlog'i funksiyasi faolligi - kortikotropin, etimizol va x.k.).

4. Vagotonik variantda - atrovent, berodual, efantin, belloid va x.k.

Bronxila astma davosi qo'zish davrida rejali davolashni, shoshilinch terapiyada xurujni bosilishiga qaratilgan, shuningdek remissiya davridagi davolashlarni o'z ichiga oladi.

**Astmaga chalingan ko'pchilik bemorlar ikki xil turdagi dori vositalariga muhtoj.**

1. Deyarli har bir astmatik bemorga nafas qisish xurujini to'xtatish uchun tez ta'sir qilib, bronxlarni kengaytiruvchi dori vositalari zarur.

2. Aksariyat bemorlar bundan tashqari har kuni profilaktik dorilar, (kasallikning oldini oluvchi dorilar) ya'ni o'pkani himoya qiladi va nafas qisishning oldini oladigan dori vositalarini qo'llashga muhtoj.

Bronxial astmada asoson qo'llaniladigan dori vositalar:

2. YAllig'lanishga qarshi preparatlar – bazis davo sifatida xurujlarni profilaktikasi uchun qo'llaniladi, lekin bartaraf etish uchun emas.



- Ingalyasion glyukokortikoidlar: beketid, beklkort, pulmikort ingokort, beklodjet, beklomet.

- Tizimli glyukokortikoidlar: prednizolon. YUborish yo‘li peroral yoki parenteral.

- Semiz xujayra membranasi stabilizatorlari Kromonlar: natriy kromoglikat (intal), natriy nedokromil (tayled). Asosan bronxial astmani engil persistik kechishida ingalyasiya yo‘li bilan buyuriladi.

- Antileykotrien preparatlar: montelukast (singulyar), pranlukast, zafirlukast – peroral buyuriladi.

3. Bronxolitiklar - bo‘g‘ilish xurujlarini bartaraf etish uchun.

A) Metilksantin: teofillin, eufillin, aminofillin, teodur, teopek, teotard. Peroral beriladi.

B) Ingalyasion V2 – agonist kiska ta’sirga etadi: salbutamol, berotek rasm4 , astmopent. Ta’sir etishi vaqti 4 soatdan 6 soatgacha. Faqat ingalyasion buyuriladi. Bronxlar shilliq qavatini bo‘shashtiradi, mukotsiliar klirens oshiradi.



Tomirlar o‘tkazuvchanligini pasaytiradi, semiz xujayralardan mediatrlarni chiqishini

kamaytiradi.

V) Uzoq ta’sir etuvchi ingalyasion V2-agonistlar formoterol, salmeterol. Ta’sir etish davomiyligi 12 soat.



G) Xolinolitiklar – atrovent, aerezol. Xurujni tez bartaraf etishda qo‘llaniladi.



4. Allergenspetsifik immunoterapiya (ASIT): ekstrakti yuboriladi. Ekzogen bronxial astma bilan 5 yoshdan 50 yoshgacha bemorlarga yuboriladi. Faqat teri ostiga asta dozani oshirib borib, 3 oy mobaynida aniq vaqtlar orasida yuboriladi. Allergenlardan tashqari bronxial

astma bilan bemorlarga gistaglobulin. Ohirgi 10 yilda amaliyotda nazal va sublingval yoʻllari bilan ham allergenlar kiritiladi.

Bronxial astma boshqa surunkali kasalliklar singari progressirlanuvchi kechishi, qoʻzish davri, inson hayoti uchun muhim holatlar: jismoniy, ruhiy va ijtimoiy holatlarning turgʻun cheklanishiga sabab boʻladi. Bunday holatda kasallik belgilarining kamayishi va klinik-laborator koʻrsatkichlarining meʼyorlashuvi vrach oldiga qoʻyilgan asosiy vazifalaridan sanaladi. Kasallik klinikasining dinamikada yaxshilanishi orqali bemorlar hayot sifatining yaxshilanishi kasallikni davolashning asosiy maqsadidir. Bronxial astma – bu surunkali kasallikdir, shu sababli davolashning real oqibati kasallikdan butunlay sogʻayish boʻlolmaydi. SHuni inobatga olgan holda dori yordamida davolashning asosiy maqsadi kasallik ogʻir simptomlarining susayishi, yalligʻlanish jarayonining kamayishi, oʻpka funksiyalarining yaxshilanishi orqali bemor ahvolini yaxshilashdan iborat. Oʻpka funksiyasining yaxshilanishi davolashning muhim koʻrsatkichlaridan sanalsada, u dori vositasi bemor hayot sifatini yaxshilaydi degan tasavvurni uygʻota olmaydi.

Bronxial astma - depressiya, vahima hissi, jismoniy faollikning cheklanishi kabi muammolarga olib keladi. Bu esa oʻz navbatida bemorlar hayot sifatining pasayishiga sabab boʻladi. Tungi bezovtaliklar bronxial astmaning eng koʻp uchraydigan simptomlaridan boʻlib, bemorda holsizlik, mehnat qobiliyatining cheklanishi yoki yoʻqolishi, emotsional jihatdan agressivlik, ruhiy cheklanishlarga sabab boʻladi. Bemorlar tungi uyqusini yaxshilash ustidan nazorat qilish orqali ular hayot sifatini yaxshilash, kundalik ish faoliyatida faol ishtirok etishga sabab boʻladi.

Bu kasallik ruhiy somatik kasalliklar toifasiga kiradi, kasallikning kechishiga ruhiy emotsional omillarning taʼsiri oʻrganilgan. Mazkur kasallik bilan kasallangan bemorlar orasida birinchi boʻgʻilish xuruji kuchli asabiy zoʻriqish natijasida paydo boʻlgan holatlar koʻp uchraydi. Ayrim bemorlarda ruhiy-asab buzilishlar, ruhiy toliqishlar, stresslar kasallik klinik kechishini ogʻirlashtirib, astmatik simptomlarning kuchayishiga va patogenetik zanjirning

murakkablashishiga sabab bo'lsa, boshqa bemorlarda buning aksi kuzatiladi: bronxial astmaning og'ir kechishi bemorlarda ruhiy -emotsional buzilishlar, depressiyalar, nevrastenik holatlarning rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning uzoq davom etishi fikrlash, qiziqish doirasining torayishiga sabab bo'ladi. Bemorlar atrofdagi voqea-hodisalarga befarq bo'lib qoladilar.

Bronxial astma bemorning ijtimoiy holatiga ham ta'sir qiladi. Kasalligi sababli mehnat qobiliyatini uzoq vaqt yo'qotishi kasbidan voz kechishiga, nogironlikka olib keladi. Bu esa bemorlarning ruhiy qiyofasiga salbiy ta'sir qiladi. SHu sababli kasallik reabilitatsiyasida bemorning asab-ruhiy holati, kayfiyatini inobatga olish kerak bo'ladi.

Tibbiy yordam sifatini yaxshilash, bemorlarni o'qitish, ularni ruhiy tayyorlash har qanday kasallikni, jumladan bronxial astmani samarali davolashning asosiy sharti hisoblanadi. Ko'pgina tekshirishlar xulosalariga ko'ra kasallikni etarli davolay olmaslikning asosiy sabablaridan biri – kasallikning o'ziga xos xususiyatlari, davolash va profilaktika prinsiplari to'g'risida etarli ma'lumotga ega bo'lmaslikdir. Bemorlarning shu kasallik to'g'risida ma'lumotga ega bo'lmasliklari davolash samaradorligini pasaytiradi, kasallikning kechishi va oqibatini og'irlashtiradi. Bu esa bemorlar turmush sifatining pasayishi, davolanishga ketgan xarajatlarning oshishiga sabab bo'ladi.

Tibbiyot xodimlarining bronxial astma birlamchi profilaktikasiga e'tiborsizligi, kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni inobatga olmasligi kasallikni kechiktirib aniqlash, bronxial astma kechish darajasining og'irlashuviga sabab bo'lmoqda. Ayniqsa, bemorlar ustidan tibbiyot xodimi tomonidan nazoratning susayishi, tekshiruvlardan to'liq o'tkazmaslik, kasallik kechish darajasini to'g'ri baholay olmaslik va buning natijasida davolashning noadekvatligi tibbiy yordamning sifatli olib borilmayotganligidan darak bermoqda.

Bugungi kun dolzarb muammolaridan biri bronxial astmani oldini olish, parvarishlash va davolashda shifokorlar bilan bir qatorda hamshiralar ham barobar ishtirok etishi talab qilinadi. Ma'lumki, har qanday kasallikni

davolashda parvarishning o'rnini o'zgartiradi. SHunday ekan, bugungi kunda rivojlangan mamlakatlarda zamonaviy hamshiralik ishi modelining o'rnini beqiyosdir. Hamshiralik jarayoni bu hamshira amaliyotida qo'llaydigan va ilmiy asoslangan usul bo'lib, hamshiradan nafaqat texnik tomondan yaxshi tayyorgarlikni, balki bemor parvarishiga ijodiy yondoshish, bemorga alohida shaxs sifatida munosabatda bo'lishni talab etadi.

Bronxial astma bilan kasallangan patsientlarda jismoniy faollikni susayishi, ruhiy tushkunlikka tushib qolish hollari qayd etilishi va ijtimoiy aspektning salbiy tasiri oqibatida hayot sifat ko'rsatkichi yomonlashadi. Mana shu holatlar hamshiralik yordamini ko'rsatishga davat etadi. Birlamchi zveno yordamida bemorlarning hayot sifat ko'rsatkichini yaxshilash maqsadida joylarda astma maktabi faoliyatini yo'lga qo'yish lozim.

YUqorida keltirilgan holatlar bronxial astma bilan kasallangan bemorlarning turmush tarzi, hayot sifati, xavfli omillarni aniqlash va uni tahlil qilish asosida umumiy amaliyot vrachlari (UAV) birlamchi tibbiy sanitariya yordam ko'rsatish muassasalari sharoitida bemorlarni nazorat qilishga qaratilgan differensiallashgan individual rejani ishlab chiqish, bu reja asosida tizimli yondashuv orqali inson salomatligini mustahkamlash, kasallik va ularning asoratlari oldini olish kabi ishlarni kompleks o'rganishga turtki bo'ldi. BA kasalligida bemorlarga yondoshuv o'ta ma'suliyat talab etadi. Hamshiralar bemorlarga o'z kasalliklarini mohiyatiga etmagan bemorlarga hamshiralik jarayoni orqali yondoshsalar, davolash bilan bir qatorda parvarish ham ijobiy samarasini beradi.

### ***Bronxial astmada hamshiralik jarayonini olib borish***

#### ***I bosqich. Ma'lumot to'plash:***

- *Tekshiruvning sub'ektiv usuli:*

SHikoyatlari: qiyin nafas olish, yo'tal. *Kasallik tarixi:* tana haroratining ko'tarilishi bilan o'tkir boshlangan. *Hayot tarixi :* ota onasi va yaqin qarindoshlari o'rtasida allergik kasalliklari bor; bolada yo'ldosh allergik kasalliklar (dermatit, krapivnitsa, Kvinke shishi va boshqa) bor yo'qligi;

xushtaksimon nafas olish hlatlari kuzatiladimi, ekspirator xansirash; kechasi va saxarga yaqin yo‘tal bezovta qiladimi.

- Ko‘ruvning *ob‘ektiv usuli*: Xuruj vaqtidagi ko‘ruv: bola o‘zini yomon his qilmoqda, qurquv alomatlari bor, majburiy holatda – elka kengligini ko‘tarib, stul/to‘shak chekasiga tayangan holda, ekspirator hansirash, shovqinli nafas eshitilmoqda, distansion xushtaksimon xriplar, burun-lab burchaklari sianoz, burun qanotlari kengaygan, bo‘yin venalari bo‘rtib ketgan; yopishqoq, yo‘talganda yopishqoq, shilliqli balg‘amning qiyin ajralishi. Auskultatsiyada – quruq xushtaksimon va nam xirillashlar.

***II bosqich. Bemor muammolarini aniqlash:*** BA bilan kasallangan bemor quyidagilarga extiyoj sezadilar: umumiy holatini qo‘llab quvvatlashga, ravon nafas olishga, ovqat iste‘mol qilishga, uxlashga, hordiq chiqarishga, odamlar bilan suhbatlashishga. Ayni vaqtdagi muammosiga bronxospazm, shilliq qavatning shishishi, bronxlarning shilliq qavatining gipersekretsiyasi: ekspirator bo‘g‘ilish, nafas olish aktida yordamchi muskullarning qatnashuvi, taxikardiya, yopishqoq balg‘amli yo‘tal.

Paydo bo‘lishi mumkin bo‘lgan muammolar: atelektaz xavfi, emfizema, pnevmotoraks, yurak etishmovchiligi.

***III-IV bosqich. Bemorga parvarish rejasini tuzish va amalga oshirish:***

Parvarish maqsadi: xurujni bartaraf etish, asoratlarga olib kelmaslik.

***V - bosqich. Parvarish samaradorligini baholash***

Hamshiralik parvarishini to‘g‘ri tashkil qilinsa xuruj bo‘lmaydi, bemor allergolog mutaxassisi nazoratida kasalxonadan chiqariladi va oila poliklinikalarida pulmonolog nazorati ostida bo‘ladi.

Bemor parxezga, o‘ziga xos rejimga ega bo‘lish kerakligini bilishi juda muhim hisoblanadi. Undan tashqari dispanser nazoratida bo‘lib, barcha tavsiyalarga qat‘iy rioya qilishi kerakligini bilishi shart.

**Hamshira tashxisi:** ko‘pincha uzoq va quruq yo‘talli nafas siqishi, taxikardiya, sianoz, majburiy holat, holsizlik.

Bemorni kuzatish va parvarish qilish rejasi: bemorni qo‘shimcha tekshiruvlarga tayyorlash: laboratoriya tekshiruvi uchun biologik materiallar (qon, balg‘am) tayyorlash, shifokor tavsiyalarini bajarish, shifokor kelguncha birinchi tez yordam ko‘rsatish, bemorni boshqa mutaxassislar ko‘rigiga tayyorlash.

**Hamshira rejasini amalga oshirish:** Bemorda nafas siqish xuruji boshlanganda, birinchi navbatda shifokor kelgunga qadar hamshira birinchi yordam ko‘rsatishi zarur. Bemorni tinchlantirish, jismoniy va ruxiy xotirjamlikni ta‘minlash, bemorni qulayroq joylashtirish, havo kirishi uchun oynani ochish, kislorod berish, gorchichnik (xantal) qo‘yish, issiq ichimlik berish, navbatchi yoki davolovchi shifokorga xabar berish va shifokor tavsiyalarini bajarish. Xuruj avj olganda, qonning taxlilida eozinofiliya va bazofiliya aniqlanadi. Balg‘am tekshiruvdan o‘tkazilganda esa uchlik: eozinofilning yuqori darajasi, SHarko-Leyden kristallari mavjudligi va Kurshman spirallari aniqlanadi. Xuruj avj olganda tashqi nafas olish funksiyasi tekshirilganda O‘TSning keskin kamaygani, qoldiq hajm va funksional qoldiq sig‘imning ortganligi kuzatiladi. Bronxlar o‘tkazuvchanligini bo‘zilishi yaqqol ko‘rinishi esa muxim xususiyatlardan biridir.

**Davolash tamoyillari:** atopik bronxial astma formasida, allergenlar aniqlangan bo‘lsa, etiologik terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi. Bemorni allergenlardan halos etish, parxez tutish, allergiya chaqiruvchi mahsulotlarni iste‘mol qilmaslik, uy changiga sezuvchanligi bor bemorlarni muhofazalash uchun gigiena choralari ko‘rish kerak. Allergen omillarni bartaraf etishda o‘ziga hos va o‘ziga hos bo‘lmagan giposensibillovchi muolaja qilish kerak. Bu muolajani o‘pka sili hastaligi, xomiladorlik, kardioskleroz, revmatik yurak porogi, tireotoksikoz, buyrak faoliyatining buzilishi, jigar xastaliklari, ruxiy kasalliklar, o‘pka faoliyatida etishmovchilik bo‘lgan holatlarda qo‘llash mumkin emas.

## Bronxial astma kasalligida xamshiralik yondoshuvi

Hamshira yondoshuvining maqsadi	Hamshira yondoshuvi rejasi
Patsientni qoʻrquv vaximani bartaraf etish	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patsient bilan statsionarga kelganidan boshlab yangi sharoit xaqida oʻz yaqiniday suhbat uyushtirish;</li> <li>2. Patsientga nafas siqish hurujini samarali davolash metodi xaqida axborot berish;</li> </ol>
30 daqiqa ichida nafas siqish xurujini bartaraf etish	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patsientning oʻzi uchun qulay boʻlgan sharoitni yaratish va siqib turgan kiyimlarini echish;</li> <li>2. Toza havo kelishini taminlash;</li> <li>3. Patsientga ingalyasiya oʻtkazish – salbutamol;</li> <li>4. SHifokor tavsiyasiga koʻra vena ichiga 10 ml – 2,4% eufillin eritmasini yuborish;</li> <li>5. Kislorod yostiqtchasini tayyorlash va patsientni taminlash;</li> <li>6. Patsientga xantalmalar qoʻyish.</li> </ol>
Yoʻtalda balgʻamni koʻchirish	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patsientni koʻp kup iliq ichimliklar bilan taminlash;</li> <li>2. Nebulayzer orqali – bronxodilatatorlar berish;</li> <li>3. SHifokor tavsiyasiga koʻra – ichishga yoki ingalyasiya yoʻli bilan mukolitiklar, ambroksol, atsetilsistin; ichishga – mukaltin, bromgeksin 2 – 4 tabletkadan kuniga 3 – 4 marta</li> </ol>
AQB va pulsni meyorlash	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Har 10 – 15 minutda puls va AQB oʻlchanib boriladi.</li> <li>2. SHifokor tavsiyasiga koʻra taxikardiya uzoq vaqt nazorat qilinib borsa 10 mg nifedipin (kuniga 3 marta beriladi)</li> </ol>
Teri shilliq qavatini meyorlash	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafas qisishini bartaraf etishda patsient ni nazorat qilib turish kerak;</li> <li>2. Kislorod ingagyasiyasini qaytadan oʻtkazish lozim;</li> <li>3. AQB tushib ketsa vrach tavsiyasiga koʻra 2 ml kordiamin qilish kerak</li> </ol>

## Bronxial astma xurujida hamshiralik jarayoni

Bemordan malumot yig'ish	Hamshira tashxisi	Xamshira yordamini rejalash	Rejani amalga oshirish	Xamshiralik yordamini baholash
<p><b>Bemor shikoyatlari:</b>                      -bo'g'ilish                      - yo'tal                      - qiyin                      ajraluvchi                      balg'am                      Obektiv                      tekshiruv                      natijalari:                      Bemor                      qo'llari bilan                      tizzalariga                      tayangan holda                      o'tirib majburiy                      holatni                      egallagan,                      bazida o'lim                      vasvasasi, teri                      ranglari                      oqargan,                      eksperator                      hansirash, nafas                      shovqinli                      "olisdan"                      eshitiluvchi                      hirillashlar nafas                      soni tezlashgan                      ko'krak qafasi                      bochkasimon,                      o'pka                      perkussiyasida                      quticha tovushi                      auskultatsiyada                      nafas chiqarish                      cho'zilgan juda                      ko'p                      xushtaksimon                      quruq xirilashlar                      eshitiladi. Nafas                      keskin susaygan                      Ps taxikardiya.                      AQB biroz                      ko'tarilgan</p>	<p><b>Mavjud muammolar</b>                      1 Bo'g'ilish                      huruji                      2 yo'tal                      3 qiyin                      ajaraluvchi                      balg'am                      4 hansirash                      5. O'lim                      vaxmasi</p> <p><b>Potensial muammolar</b>                      1 huruj                      cho'zilishi                      2 hansirash                      kuchayishi                      3 AQB                      pasayishi                      4 asmatik                      holat</p>	<p><b>Birinchi navbatda bajariladigan ishlar:</b>                      1 bemorga qulay                      sharoit yaratish                      2 siqib turgan                      kiyimlarni echish                      3 toza havo                      yaratish                      4Bronxlarni                      kengaytiruvchi                      dorivositalarini                      berish va cho'ntak                      ingalyatorlaridan                      foydalani                      5chalg'ituvchi                      vositalar                      yordamida                      bo'g'ilishlarni                      kamaytirish                      6 suyuqliklar                      berish                      7                      oksigenoterapiya                      8 bronxolitiklar,                      spazmalitiklar                      yordamida                      bo'g'ilish                      hurujlarini                      kamaytirish                      9 AQB, Puls                      monitoringini                      o'tkazish                      10 bemorni                      ahvolini                      muntazam                      ravishda kuzatib                      borish                      11 asmatik holatni                      oldini olish</p>	<p>1.Bemorga yarim                      o'tirgan holatni                      yaratib berildi.                      2 siqib turgan                      kiyimlar echildi.                      3 hona toza havo                      bilan taminlandi                      4 cho'ntak                      ingalyatorlaridan                      foydalanildi.                      5 chalg'ituvchi                      vositalar                      qo'llanildi.                      6 oyoqlarga issiq                      vanna qilindi                      7 balg'am                      ajralishi uchun                      ishqorli iliq sut                      berildi.                      8 namlangan                      kislarod berildi                      9 shifokor                      ko'rsatmasiga                      binoan                      Eufilin 2,4%-                      10ml v/i                      Atropin sulfat                      0,1-1,0ml t/o                      10 AQB, Ps                      o'lchab nazorat                      qilib borilayapdi</p>	<p>1 bo'g'ilish                      huruji bartaraf                      qilindi.                      2 hansirash                      bartaraf etildi.                      3 yo'tal                      kamaydi.                      4 nafas olish                      maromiga                      tushdi                      5.AQB, Ps                      ko'rsatkichlari                      meyorida                      6 bemorni                      umumiy ahvoli                      yaxshilandi                      7 bemor ruhan                      tinchlandi.</p>

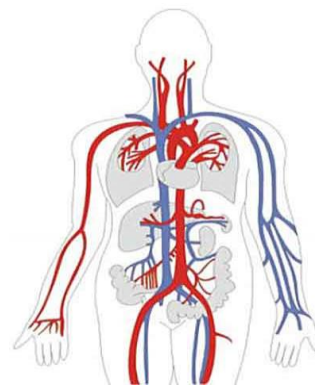


## Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar

1. Bronxial astma kasalligini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablarni sanab bering?
2. Bronxial astma kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarning asosiy muammolarini sanab bering?
3. Bronxial astma kasalligining klinikasining oʻziga xosligi nimadan iborat?
4. Bronxial astma kasalligi profilaktikasini oʻtkazishda hamshira koʻproq eʼtiborni nimalarga qaratishi kerak?
5. Bronxial astma kasalligida bemorga qanday parvarish modeli mos keladi?

## II BOB . YURAK QON TOMIR KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Hozirgi vaqtda ko'p davlatlarda o'limga sabab bo'layotgan kasalliklar ichida yurak qon tomir tizimi kasalliklari etakchilik qilmoqda. Yurak qon tomir tizimi kasalliklarini birlamchi va ikkilamchi profilaktikasida aholining rolini ham faollashtirish juda muhim hisoblanadi. Aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ib etish, yurak qon tomir tizimi kasalliklarini oldini olish bo'yicha oliy ma'lumotli hamshiralarning bilimi ham, amaliyoti ham etarli darajada bo'lishi lozim.



Biroq, bemor bilan individual ishlash kasalliklarning oldini olishda alohida ahamiyatga ega, chunki insonning o'ziga xos xususiyatlarini va insonning jismoniy holatini hisobga olgan holda tavsiya etilgan tavsiyalar, genetik jihatdan va yashash sharoiti ham samarali maqsadga erishishda o'z ta'siriga ega. SHuning uchun malakali hamshiralar hamshiralik jarayonini tizim sifatida qo'llashdan maqsad, bemorning individualligini inobatga olib, maqsad belgilaydi va parvarish rejalarini tuzadi, hamda amalga oshiradi.

### 2.1 ARTERIAL GIPERTENZIYADA HAMSHIRALIK JARAYONI.

*Arterial gipertenziya* – bu umumiy kasallik hisoblanib, ichki a'zolarining u yoki bu kasalligiga bog'liq bo'lmagan holda arterial qon bosimini oshishi bilan xarakterlanadi. Birlashgan millatlar tashkilotida BJSST arterial qon bosimi 140/90 mm sim. ust. ko'rsatkichini arterial qon bosimi ortishi deb ta'kidlagan.

*Gipertonik kasallikka olib keluvchi xavf omili:* nasliylik, ruhiy emotsional zo'riqishlar, osh tuzini haddan ortiq soli (sutkasiga 4 - 6 g/ dan ortiq) iste'mol qilish, tana vaznining ortishi, chekish, alkogol ichimliklar ichish.

**Patogenez.** Stress qonda adrenalina va noradrenalin miqdorining ortishiga olib keladi, bu esa yurak zo'riqishiga olib keladi, natijada qon tomirlarining spazmiga va qon tomirlarida perefirik qarshilikni kuchaytiradi. Buyrakda simpatik asab tizimini zo'riqishi natijasida renin ko'p ishlab chiqiladi. Renin angiotenzionogenni angiotenzin I ga aylanadi, bu esa APF ishtirokida angiotenzinga aylanadi. Angiotenzin II aldesteron va vazopressin gormonini ishlab chiqishni kuchaytirib beradi. SHularning tasiri ostida buyrak kanalchalarida natriy va suv reabsorbsiyasi kuchayadi va kaliy reabsorbsiyasi susayadi, natijada qon tomirlarning devorlarida shish yuzaga keladi va tomirlardagi qon xajmi ko'payadi. Angiotenzin II miokard gipertrofiyasini va qon tomirlarning mushak qavatini qalinlashtiradi, natijada arterial qon bosimi oshadi. **Klinika:** BJSST ma'lumotlariga ko'ra gipertoniya kasalligining uchta bosqichi tafovut qilinadi.

**I – bosqich:** qon bosimining oshishi barqaror emas, ko'pincha dam olish ta'siri ostida, salbiy omillar bo'lmagan holda, mustaqil ravishda normallashadi. Ichki organlardagi o'zgarishlar aniqlanmaydi.

**II - bosqich:** qon bosimi barqarorlashib boradi, uni kamaytirish uchun preparatni qo'llash talab etiladi. Chap qorincha kengayishi, buyraklar, qon tomirlar, ko'z qorachiqqlari zararlanishi kuzatiladi.

**III - bosqich:** qon bosimi tobora oshadi. Kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlari: miyada qon aylanishi buzilishi, yurak etishmovchiligi, miokard infarkti, kam hollarda - buyrak etishmovchiligi. Asoratlardan keyin arterial qon bosim normallashishi mumkin, shuning uchun arterial gipertoniya 3 bosqichi kasallikning belgisi hisoblanmaydi.

**Bemor shikoyatlari:** bosh og'rig'i, bosh aylanishi bilan kechishi, tebranish, quloq shang'illashi ko'proq bezovta qiladi. Asab tizimidagi buzilishlar: ruhiy ta'sirchang, qaltiroq, o'z o'zidan yig'lash, tezda charchab qolish. YUrak sohasida stenokardiyaga xos og'riqning kuzatilishi, urak o'ynashi kuzatiladi. Ko'rish funksiyasidagi o'zgarishlar – ko'z oldi qorong'ulashivi, qora

dog'larning paydo bo'lishi, doira va dog'lar hosil bo'lishi, ko'z xiralashuvi kuzatiladi

**Tashxislash:** gipertoniya bilan og'rikan bemorni quyidagi kompleks tekshiruvdan o'tkazish muhim hisoblanadi: Qonning umumiy taxlili, siydikning umumiy taxlili, AQB ni o'lchash, qonda qand miqdorini aniqlash, qonning biokimyoviy taxlili, EKG, fonokardiografiya, ko'z tubini ko'rish, yurakni va buyrakni UZD, ko'krak qafasini rentgenografiya qilish.

**Davolash:** Gipertoniya kasalligini ambulator sharoitda nazorat qilish zarur, ahvoli yomonlashsa gospitalizatsiya qilish kerak.

### **1. Harakat faolligi**

Dastlabki kunlarda bemor yurakda yuklamani kamaytirish maqsadida yotoq rejimida bo'lishi o'ta muhim masala hisoblanadi. Yarim yotoq rejimiga o'tkazishda shifobaxsh jismoniy mashqlarni bemor bilan alohida o'tkazish lozim, bunda o'tirgan holatda, tik turgan holatda qisqa vaqt ichida bajarish tavsiya etiladi, so'ng vaqt



oralari sekin asta ko'paytirilib boriladi. Bemor jismoniy mashqlarni bo'g'imlar uchun, oyoqlar uchun va nafas mashqlarini sodda mashqlardan boshlab bajarishi zarur. Bemorning bo'yin sohasiga engil uqalash muolajalari ham tavsiya etiladi.

**2. Dietoterapiya.** Gipertoniya kasalligida №10 parxez stoli tavsiya etiladi. Qat'iy parxez kasallik bosqichiga qarab belgilaniladi. Parxez uchun energetik qiymati yog' va uglevod hisobiga yuqori bo'lmagan ovqatlar xarakterli. Osh tuzi xajmini, suyuqlik miqdorini kamaytirish zarur. Iloji boricha kulinar ishlovlarsiz ovqatlar tavsiya etiladi. Go'sht va baliq mahsulotlari qaynatilishi kerak. Ovqatlar tuzsiz tayyorlanishi kerak. Oddiy haroratda bo'lishi kerak. Ovqatlanish rejimi: teng taqsimlangan porsiyalarda 5 mahal ovqatlanish kerak.

**3.Dori darmon vositalari bilan davolash.** Gipertenziya kasaligiga chalingan bemorlarni davolashning asosiy prinsipi asosiy va kerakli gurux preparatlaridan

foydalanish ; beta-adrenoblokklar, kaltsiy antagonistlari, vazodilatatorlar va APF inhibitörlerinin izchil (bosqichda) foydalanishidir.

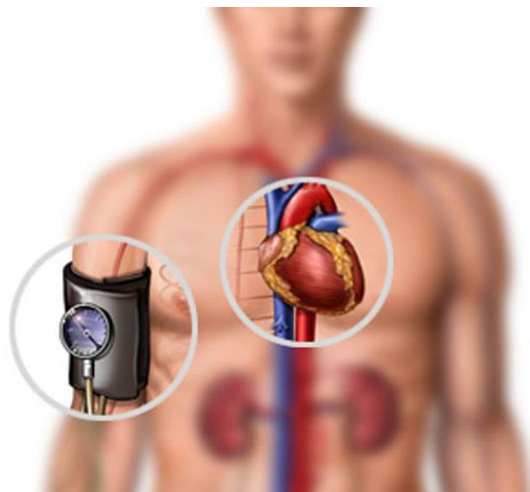
### **Bemorning muamolari:**

#### **A. Mavjud bo'lgan (Ayni vaqtdagi):**

- Bosh og'rig'i;
- bosh aylanishi;
- uyqusizlik;
- tasirchanlik;
- Mexnatiga yarasha dam olmaslik
- Osh tuzi cheklangan parxezga rioya etmaslik
- Dori preparatlarini o'z vaqtida ichmaslik
- AQ ko'tarilishiga olib keluvchi sabablarni bilmaslik

#### **B. Potensial muamollar ;**

- gipertonik krizning yuzaga kelish xavfining oshishi;
- o'tkir infarkt miokarktining yoki miyada qon aylanishining buzilishining yuzaga kelishi;
- kurish qobilyatining buzilishi;
- buyrak etishmovchiligining yuzaga kelish xavfining ortishi.



### **Bemordan birlamchi tekshiruv uchun malumot to'plash:**

1. Bemordan malumot yig'ilganda ish faoliyati kasbi va oila azolari va xamkasblari bilan o'zaro munosabatlari so'raladi.
2. Genetik moyillik bor yo'g'ligi surishtiriladi.
3. Ovqatlanish ratsioniga etibor beriladi
4. Bemordan zararli odatlari bor yo'qligi so'raladi:
  - chekish (nima chekishi, 1 sutkada chekilgan tamakilar soni);
  - Spirtli ichimliklar istemol qilish (qancha miqdorda).

5. Bemordan qanday dori vositalarini istemol qilishi ; necha maxal istemol qilishi , chastotasi , davomiyligi, nomlari masalan (enap, atenolol. klofelin va boshqalari.).

6. Tekshiruv jarayonida yuzaga kelgan bemor shikoyatlari soʻraladi.

7. Bemorni tekshirish:

- terining rangi ;
- sianozlarning bor yugʻligi;
- yotoqdagi xolati ;
- pulsni tekshirish:
- AQ oʻlchash;

#### **Bemor oila azolari bilan ishlashda hamshiralik yondoshuvi:**

1. Bemorning oila azolari bilan tuzni cheklash (sutkasiga 4-6 g/oshmasligi) va parhezga qatʼiy rioya etish muximligi borasida suxbatlashish.

2. Bemorga kun tartibiga rioya qilish muximligi uqtiriladi.

3. Bemor yaxshi uxlashi uchun xonalarni shamollatish, uxlashdan oldin toʻyib ovqatlanmaslik, ruxiy zoʻriqmaslik , Zarur xolatlarda shifokor maslaxatiga binoan tinchlantiruvchi dorilarni tayinlash mumkun.

4. Ruxiy osoyishta sharoit yaratish.

5. Bemorga chekish va spirtli ichimliklarni istemol qilish arterial qon bosimining oshishiga olib kelishini tushuntirish.

6. Bemorga shifokor tomonidan ichishga buyurilgan preparatlarni oʻz vaqtida va belgilangan miqdorda ichishi muximligini uqtirish.

7. Bemorga arterial qon bosimining oshishi qanday asoratlarga olib kelish mumkunligi xaqida etarlicha malumot berish.

8. Bemorning tana vaznini nazorat qilish va kun tartibiga rioya qilinishini , parhez ovqatlanishini nazorat qilish.

9. Oila azolari tomonidan shifoxonada bemorga olib kelinayotgan ovqatlarni koʻzdan kechirish ,



10. Bemorning o‘ziga va oila azolariga quydagi amaliy ko‘nikmalarni o‘rgatish lozim;

- pulsni o‘lchash; arteriyal qon bosimni o‘lchash;

- gipertonik krizning ilk belgilarini aniqlash;

- shifokor kelguncha bemorga yordam ko‘rsatish.

**Gipertonik krizda hamshiralik jarayoni** -Gipertonik krizg qaysi bosqichda bo‘lishidan qat’iy nazar eng avvalo mutaxassis chaqirish va bemorning qon bosimini nazorat qilish imkon qadar qon bosimni birdaniga tushirib yubormaslik kerak.

**Gipertonik kriz bu** - -Bu bir necha soatlar ichida qon bosimining yuqori darajaga ko‘tarilib ketishi.

**Gipertonik kriz sabablari:** Bosh og‘rig‘i; bosh aylanishi; uyqusizlik , tasirchanlik , mexnatiga yarasha dam olmaslik , osh tuzi cheklangan parxezga rioya etmaslik , psixoemotsional zo‘riqishlar, stresslar, jismoniy zo‘riqish.

**Gipertonik kriz belgilari:** kuchli bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, ko‘ngil aynishi, qusish, xansirash, yurakning tez urishi, “bugilish” sindromi (chap qorincha etishmovchiligida) yuroakning tez urishi, tuhtab urishi, asabiylashish, uykusizlik, umumiy holsizlik, hotiraning va ish kobiliyatining pasayishi Arterial qon bosimining kutilmaganda birdaniga oshishi.

**Arterial gipertenziyaning diagnostikasi:** – arterial qon bosimining fiziologik norma 140/90 mm. simob uchtuni chegarsidan yukori kutarilishi bilan ifodalanuvchi kasallik. Gipertoniya kasalligi arterial qon bosimning u yoki darajada barkaror ortishi, ma’lum kasalliklar bilan boglik bulmagan diastolik arterial qon bosimning ortishidir. Arterial gipertoniya, tahikardiya sindromi bo‘lgan.

**Davolash tamoyillari:** qon bosimi bor bemor parhez qilishi va osh to‘zini kuniga 4 gr.gacha iste‘mol qilishlari tavsiya etiladi. Ortiqcha vaznlilar ozishi uchun haftada bir marta parhez qilinadigan kunlar utkazilishi kerak. Chekish va alkogol ichimliklar ichish mumkin emas. Gipertoniya hastaligining ilk bosqichlarida qon bosimini pasaytiruvchi, ya'ni sedativ dorilar tavsiya etiladi.

Hozirgi kunda qon bosimini pasaytiruvchi vositalarning 3 hil turi keng tarqalgan: 1) asab sistemalarining simpatik nerv ohirlariga tormozlovchi ta'sir kursatadigan; 2) arteriolalarning tekis mushaklarini bushashtiruvchi; 3) saluretiklar.

### GIPERTONIK KRIZDA BIRINCHI YORDAM KO'RSATISH

1. tez tibbiy yordamni chaqirish



3. toza havo bilan ta'minlash



2. AQB o'lchash



4. Yarim o'tirgan holat yaratish va til tagiga nitroglicerini tabletkasini berish kerak

2. Bemorga tinchlantiruvchi va AQBni pasaytiruvchi dori vositalari beriladi



### Gipertonik krizda birinchi yordam ko'rsatish.

- Zudlik bilan shifokor chaqirish zarur
- Bemorga yarim o'tirgan holatda yotqiziladi
- Siqib turgan kiyimlar echiladi
- To'sh ortida og'riq kuzatilganda til tagiga nitroglitserin tabletkasi beriladi
- Toza havo bilan taminlash uchun derazalar ochiladi
- Bemor tinchlantiriladi, korvalol 25 - 35 tomchi yoki valeriana nastoykasidan 25 tomchi berish
- AQB ni muntazam o'lchab boriladi
- Pulsni sanash va qayd etish
- SHifokor ko'rsatmasiga binoan dorilarni tayorlash



## Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar

1. Gipertoniya kasalligini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar?
2. Arterial gipertenziya va Gipertonik krizning farqlarini sanab bering?
3. Gipertonik krizning klinik belgilari qaysilar?
4. Gipertonik kriz bilan kassalangan bemorlarni parvarish qilishning o'ziga hos tomonlariga kiruvchi tomonlarini ko'rsatib bering ?
5. Gipertoniya kasalligiga chalingan bemorlarni parvarishlashda hamshiralik jarayoni?

### 2.2 YUIK. STENOKARDIYA KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Yurak ishemik kasalligi gipoksiya, yani koronar qon tomilarining mutloq va nisbiy etishmovchiligi asosida rivojlanadi .

**YUIK olib keluvchi xavf omillari ikki guruxga bo'linadi:**

**Boshqariladigan:** chekish; umumiy xolesterinning oshishi, XS LP past zichligi, triglitseridlar; xolesterin lipoproteidning past darajasi; jismoniy faollikning sust bo'lishi (gipodinamiya); tana vaznining ortishi (semizlik); menopauza va postmenopauza davri; alkogol istemol qilish, emotsional – ruhiy tushkunlik; yuqori kalloriyali va hayvon yog'ini haddan ortiq iste'mol qilish, arterial gipertoniya; qandli diabet; qonda LP yuqori bo'lishi; gipergomotsisteinemiya.

**Boshqarilmaydigan:** erkak jinsi; qari va keksa yosh; Oila anamnezida YUIK erta rivojlanganligini aniqlanganda.

**Stenokardiya** – (yun. stenosis — tor, qisqa va kardias — yurak), yurak qisqishi — yurak ishemik kasalligining keng tarqalgan shakli; ko'krak sohasida



to'satdan paydo bo'ladigan g'ijimlovchi og'riq S.ning asosiy belgisidir. S.da og'riq to'sh orqasida bo'lib, ko'pincha to'sh suyagidan chaproqda — yurak sohasida ham sezilishi mumkin. To'satdan tutgan og'riq bir necha min.dan yarim soatgacha davom etib, chap qo'lga, kurakka, yelka va bo'yinga, ba'zan esa o'ng tomonga, orqaga, o'ng qo'lga tarqalishi mumkin. Ko'pincha og'riq xuruji o'lim vahimasi bilan kechadi. Og'riq jismoniy zo'riqish, sovuqda, ko'p ovqat iste'mol qilinganda, stress holatlarda kuchayib, tinch holatda va til ostiga nitroglitserin qabul qilinganda mazkur og'riqlar bir necha soniya ichida o'tib ketishi kuzatiladi.

**Zo'riqish stenokardiyasi** - ogir jismoniy mehnatda va emotsional holatlarda (salbiy his-hayajonlar) yoki mi-okardning metabolik ehtiyojlari kuchayishiga olib ke-luvchi boshqa omillar (arteriya bosimining ko'tarilishi, taxikardiya) ta'sirida to'sh suyagining orqasida og'riq xu-rujining vujudga kelishi bilan ifodalanadi. Qonuniy tarzda og'riq tinchlikda yoki til ostiga nitroglitserin qabulidan so'ng tezda yo'qoladi. Zo'riqish stenokardiyasi birinchi marta paydo bo'lgan, barqaror, avj oluvchi tur-larga bo'linadi. **1-sinf yoki yashirin stenokardiya.** Xurujlar juda kam sodir bo'ladi. Odatdagi jismoniy harakat, zinapoya-dan ko'tarilish, tekis yo'lda yurishni bemorlar yaxshi ko'taradilar, og'riq xuruji vujudga kelmaydi. Ogriq sindromi kuchli jismoniy harakatda yuzaga keladi. Bunday xurujlar miokard infarktini o'tkazgan be-morlarda kuzatilishi mumkin.

**11-sinf yoki stenokardiyaning engil darajasi.** Odat-dagi jismoniy faollik ko'pgina chegaralangan. Steno-kardiya xuruji tekis yo'lda odatdagi yurishda masofa 500 m dan ortgandan so'ng, bir qavatdan ko'proq yuqori ko'tarilishda, ovqatlangandan keyin yurishda, sovuq havoda, shamolga karshi yurishda, hayajonlanishda yoki uyg'ongandan so'ng birinchi soatlarda paydo bo'ladi. Miokard infarktini o'tkazgan shaxslar bu guruhda, oldingiga nisbatan anchagina ko'p.

**SH-sinf yoki o'rtacha ogirlikdagi stenokardiya.** Bemorning kompensator-moslashish imkoniyatining pasay-ishi natijasida jismoniy faolligi sezilarli darajada chegaralangan. Stenokardiya xuruji odatda me'yoriy tezlikda tekis yo'lda 100-150 m masofa yuril-ganda, zinapoyadan 1 qavatga ko'tarilganda vujudga keladi, ba'zan osoyishtalik stenokardiya xuruji aniqlanadi, ko'pchilik bemorlar anamnezida miokard infarkti qayd qilinadi.

**4 -sinf yoki ogir stenokardiya.** Og'riq xuruji ozgina jismoniy harakatda, 100 m gacha bo'lgan tekis yo'lda yurilganda yuzaga keladi. Bunda zo'riqish stenokardiya-siga o'xshash miokardning kislorodga ehtiyojining ortishi (arterial bosim ko'tarilishi, yurak urishi-ning tezlashishi) bemor gorizontol holatga o'tganda yurakka vena qonining ko'p tushishi sababli tinch tur-ganda stenokardiya xurujining paydo bo'lishi xarak-terlidir.

**Osoyishtalik stenokardiyasi** zo'riq,ish stenokardiya-sidan farqli o'laroq to'satdan tinch holatda, aksariyat tun-da, vujudga keladi. Bu holatda og'riq xuruji kuchli, davomli va nitroglitserin ta'sirida biroz kamayadi. Osoyishtalik stenokardiyasi bilan xastalangan ba'zi bir be-morlarda og'riq gorizontol holatda, yurakka qon kelishi-ning ko'payishi natijasida paydo bo'ladi. Stenokardiya-ning mazkur turiga xuruj davrmda ko'pincha ritm buzili-shi ham xarakterli. Og'riq bosilayotgandek, kesilayotgan-dek, ezilayotganidek, tomoqni siodandek, ba'zan kuyishga o'xshash xususiyatda bo'ladi. Osoyishtalik stenokardiyasi xurujining paydo bo'lishiga arteriya bosimining tranzi-tor oshishi yoki paroksizmal taxikardiya xuruji, asabiy yoki ruxiy zo'riqish sababchi bo'lishi mumkin.

#### **Stenokardiya hurujida shoshilinch yordam ko'rsatish.**

- Arterial qon bosimni o'lchash , puls o'lchab nazorat qilib boriladi. bemor yotqizib qo'yiladi, to'la osoyishtalik yaratiladi
- Og'riqsizlantirish uchun nonarkotik analgetik dori vositalaridan: Analgin 50%- 2ml m/o; Dimedrol 1%- 1ml m/o; Baralgin- 5ml m/o yoki v/i,

- Og'riqni bartaraf qilish uchun tez ta'sir etuvchi nitratlardan: Nitroglitserin 0,0005 1tab. til ostiga beriladi yoki Nitromint, Izoket aerosollaridan til ostiga 1-2 doza sepiladi. Bu dori vositalaridan 3 minut oralatib 3 marta foydalanish mumkin.
- postavit gorchichni na oblast serdsa i na grudinu, pri zatyayuvshemsya pristupe pokazany piyavki na oblast serdsa;
- vnutr prinyat korvalol (ili valokordin) 30-35 kapel;
- do prixoda vracha vniimatelno nablyudat za sostoyaniem bolnogo.

**Davosi.** Bunda, asosan, og'riqlarni yo'qotish, toj arteriyalarini kengaytirib, miokardga kislorodning kerakli miqdorda etishini ta'minlash va miokard infarkti rivojlanishining oldini olish zarur.

#### **Stenokardiyani dori darmonlar bilan davolash.**

Toj arteriyalarini kengaytiruvchi dorilar — nitroglitserin, nitrosorbid, sustak, erinit, nitret, nitrong, kordafen, korinfar, nitropeton kabi vositalar yahshi ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, tinchlantiruvchi trankvilizatorlar (rudotel) va barbituratlar (parsantin, kurantil, eufillin) tayinlanadi. Sustak degan dori, ayniqsa, samarali hisoblanadi. Toj arteriyalarining mayda tarmoqlari va kapillarlarini kengaytiruvchi kurantil ham yahshi ta'sir ko'rsatadi. Ko'pincha stenokardiya huruji yurak urish maromini buzib, ekstrosistoliya, ya'ni yurakning navbatdan tashqari urishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu holda izoptinni 1,0 ml dan vena ichiga yuborgan ma'qul. SHu bilan birga, boshqa dorilar ham buyuriladi (kordaron, hinidin, ritmilen). Stenokardiya hurujlarini bartaraf etish va oldini olish maqsadida bemorlarga ancha vaqt interkondin berib turish kerak. Kechqurun yotishdan oldin yarim tabletka aspirin ichilsa, miokard infarktining oldini olish mumkin boladi.

**Jarrohlik usuli bilan davolashda** Aorta-toj shunti ko'zda tutiladi. Bu usulda toj arteriyalarning shikast-langani sohalaridan ajratilgan holda sun'iy qon aylanishi yo'li yasaladi. SHunt o'rnida vena (teri osti son vena-si) yoki ichki ko'krak arteriyasi ishlatiladi.

#### **Stenokardiya kasalligida hamshiralik jarayoni**

## **Bemorning muamolari:**

### ***Mavjud bo'lgan :***

- YUrak soxasidagi og'riqlar , og'riqlar jismoniy mexnat qilganda yoki bemor siqilganda kuchayadi , bazida bemor tinch turganda xam og'riqlar kuzatilishi mumkun. Og'riq bemor nitraglitsirin qabul qilgandan 2-4 daqiqadan keyin tugaydi ;
- Xansirash
- Xojatga ravon chiqa olmaslik.
- To'satdan yuzaga kelgan kasallik bemorning xayot tarzining sifatining tushib ketganidan va bemorning kelajakdagi rejalariga salbiy tasir qilganidan juda tushkunlikka tushib qolgan .

### **Ayni vaqtdagi muamosi :**

- Jismoniy xarakatdagi xansirash.

### ***Potensial muamosi:***

- yurak soxasida og'riq , tinch xolatda xam og'riq kuzatiladi, kasallik avj olishi va miakard infarktiga olib kelishi mumkun.

***I bosqich. Bemor shikoyatlari:*** yurak sohasida chap kurak, chap qo'l va bo'yinga beriladigan kuchli og'riq,behollik. **Ob'ektiv tekshiruv natijalari:** Bemor bezovta, teri qoplamlari oqargan, yuzini soquv ter bosgan, o'lim vahimasi, hansirash, Rs tahikardiya. AB bir oz ko'tarilgan. Auskultatsiyada yurak tonlari o'zgarmagan. Bemorni tekshirish: bemor shikoyatlari; yurak sohasida yoki to'sh orqasida ,chap kurak ostida, elkada, jag'da, chap qo'lda va bo'yinga tarqaluvchi og'riqqa, hansirash, holsizlik, sovuq ter, vahima bosishi shikoyat qilishadi.

***II bosqich.Hamshira tashhisi: Mavjud muammolar:*** YUrak sohasida kuchli og'riq., hansirash, holsizlik. AQB pasayishi. , II Paydo bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar: og'riq tarqaluvchanligining zo'rayishi, nafas etishmovchiligi, AQB keskin pasayishi., asoratlar yuzaga kelishi, **paydo bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:** Og'riq tarqaluvchanligining zo'rayishi, Nafas etishmovchiligi, AQB keskin pasayishi, Asoratlar yuzaga kelishi mumkun.

**III bosqich. Hamshira parvarish rejasini tuzish** SHifokor tavsiyasiga ko'ra bemorga dorilarni yuborish. AQB, puls, nafas manitoringi. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish. 10% rastvor (1 ml) tramala, 1 ml 1% promedola, 1 ml 0,005% fentanila, 10 ml 0,25% rastvora droperidol . 1/2 tabletki atsetilsalitsilovoy kislotasi Bemorga yotoq rejimi yaratildi. Til ostiga nitrogilitserin tab.si 3-5min oralatib 3 marta berildi

**IV bosqich. Hamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** Jismoniy va ruhiy tenglik yaratish., Siqib turgan kiyimlarni bo'shatish. Tomir kengaytiruvchi va og'riq qoldiruvchi dori vositalarini vrach tavsiyasiga ko'ra yuborish. AQB, puls, nafas manitoringi. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish. Bemorga : 10% rastvor (1 ml) tramal, 1 ml 1% rastvora promedol, 1 ml 0,005% fentanil, 10 ml 0,25% rastvor droperidol.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samarradorligini baholash;** Yurak sohasida og'riq kamaydi, bemor ruhan tinchlandi.Hanshirash kamaydi. Bemor o'zini yahshi his qilmoqda .AQB va puls normallashti Bemor ancha tinchlandi va asoratlari oldi olingach ahvoli yaxshilandi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. YUIK mohiyati, etiologiyasi, tasnifi hakida gapirib bering ?
2. Stenokardiya mohiyati, tasnifi hakida gapirib bering?
3. Stenokardiya klinik belgilarini aytib bering?
4. Stenokardiya hurujida shoshilinch yordam choralarini aytib bering ?
5. Stenokardiya kasalligi davosi (huruj oraligida ), parvarishini aytib bering ?

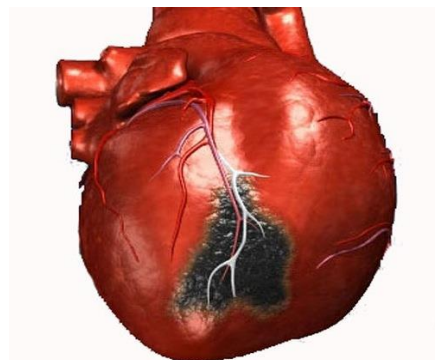
## 2.3 MIOKARD INFARKTI KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

**Miokard infarkti** (infarctus myocardii) bunda toj-tomirlarda kon aylanishning buzilishi natijasida yurak muskulida nekroz o‘chogi rivojlanadi. Infarkt rivojlanishining asosiy sababchisi yurak toj-tomiri aterosklerozi hisoblanadi (95% holda).

**Miakard infarktining epidimiologiyasi.** Arteriyani yopib kuyuvchi kon lahtasi (tromb) hosil bo‘lishi, toj arteriyasining uzok vakt torayishi miokard infarktiga sabab bo‘ladi. Agar yurak muskulining oziklanishi tarmok kon tomirlaridagi kon aylanishi hisobiga tiklanmasa, unda yurak muskulining bir qismi o‘lishi (jonsizlanishi) mumkin. Kon lahtasining hosil bo‘lishiga konning yukori ivuvchanligi sabab bo‘ladi. Ayrim hollarda toj-tomir ishining buzilishiga tromboflebit yoki tromboemboliya sabab buladi.

**Klinik ko‘rinishi** Infarkt boshlanishidan oldin hurujlar mikdori ko‘payadi va ogrik kuchli bo‘ladi. Miokard infarktida ogrik hususiyati joylashishi, tarkalishiga ko‘ra stenokardiyaga o‘hshaydi, lekin jadal kechishi va uzok davom etishiga ko‘ra undan fark kiladi. Ogrik soatlab, hatto 2—3 kunlab davom etishi mumkin. Ogrik shunchalik kuchli bo‘ladiki, bemor o‘lib kolishdan ko‘rkadi, bu esa uning ruhiyatiga ta’sir etmay kolmaydi, albatta.

Miokard infarktida ogrik sekin pasayib, uzok vaqt mijguvchi hususiyatga ega bo‘ladi. Ogrikdan tashkari, ko‘ngil aynishi, kayt kilish kuzatilishi mumkin. Bemorlar stenokardiyadagi kabi harakatsiz vaziyatda bo‘lmaydi. Aksincha, ular hayajonlanib, bezovta bo‘lib koladilar, o‘zlarini ko‘yishga joy topolmaydilar. Ularga nitroglitserin yordam bermaydi.



Ko‘rishdakon aylanishining o‘tkir etishmovchiligi, ba’zan yurak, ba’zan tomir etishmovchiligi kuzatiladi. Huruj boshida bemorning yuzi kizil, keyinchalik kulrang tus oladi. Lab, lunj, burun uchi, tirnoklar kukish tus oladi. Teri sovuq ter bilan qoplanadi. Bo‘yin venasining bo‘rtib chikkani ko‘rinadi.

Yurak tovushi susaygan boʻladi. Tomir urishi past, yumshoq, tez, kam hollarda sekinlashadi. Har hil aritmiyalar paydo boʻlishi mumkin. Bemor ruhiy koʻzgalgan holda boʻlishi mumkin. Ikkinchi kuni harorat 37—38° gacha koʻtariladi,



ayrim hollarda undan ham yukori boʻladi. Tana harorati kancha yukori boʻlsa, yurak nekrozi shuncha katta boʻladi. Harorat 3—4 kun yukori boʻlib turadi, leykotsitlar soni 10000 va undan ortik bulib, keyinchalik ular soni kamayadi, lekin ECHT tezlashadi. Bunga «Fogelson kaychisi» simptomi deb ataladi.

Qon zardobidagi kator fermentlar kreatinfosfokinaza (KFK), alaninaminotransferaza (ALT), asparataminotransferaza (ACT) faolligi ortadi, disproteinemiya va kator boshka biohimik oʻzgarishlar rivojlanadi, bular rezorbsion-nekroz sindromi koʻrinishidir. Infarkt chap korinchaning oldingi devorida joylashganda 2—3 kun davomida perikardning ishkalanish shovkini eshitiladi. Bu tashhis koʻyish uchun etarli dalil hisoblanadi. Kasallikning ogriksiz kechishi notoʻgri tashhis koʻyishga sabab boʻladi. Bu koʻpincha yurak muskullarida oʻzgarish boʻlgan yoki ilgari infarktni boshdan kechirgan kishilarda kuzatiladi. Miokard infarktining atipik shakliga quyidagilar kiradi: astmatik, abdominal, aritmik, serebral, kam belgili turlar. Miokard infarktini aniklashda, ayniksa uning atipik shaklida EKG eng zarur tekshirish usuli hisoblanadi. Infarkt hosil boʻlgandan soʻng oʻsha zahoti miokardning nekroz hosil boʻlgan joyida biotok yukoladi, infarkt atrofida, ishemik kamkonlik chegarasida esa uning yunalishi uzgaradi. Bu hol EKGda uziga hos uzgarishlarni keltirib chikaradi. Ular QRS kompleksiga, ST tishi oraligi va T tishiga tegishli buladi. QRS uzgarishi R tebranishining kamayishi eki yukolishi, Q tishini chukurlashishi va S-T kompleksini uzgarishi bilan ifodalanadi.

Qayta EKG qilinganda bemorlarda yuqoridagi uzgarishlarni dinamikasi kuzatiladi.

### **Miokard infarktida shoshilinch yordam koʻrsatish.**

**Kerakli jihozlar:** tonometr, sekundomer, shprints 5-10 ml, sistema, pahta, spirt, SHoshilinch yordam choralari, bemor qimirlatmasdan yotqizib qo'yiladi. Siqib turgan kiyimlari bo'shatib qo'yiladi; Og'riqsizlantirish uchun tez ta'sir qiluvchi nitratlardan til ostiga Nitroglitserin 0,0005 1tab. beriladi yoki Nitromint, Izoket aerezollaridan 1-2 doza til ostiga sepiladi. Bu dorilarni 3-5 minut oralatib 3 marta berish mumkin (SAB 90mm. sim.ust.dan past bo'lmaganda); EKG olinadi; Og'riqqa qarshi nonarkotik analgetiklardan Analgin 50%-4 ml , Dimedrol 1% - 1ml m/o; Baralgin 5 ml v/i yuboriladi;Narkotik analgetiklardan: morfin 1%-1ml t/o yoki v/i Promedol 2%-1ml t/o yoki v/iAtropin sulfat 0,1%-1ml t/o in'eksiya qilinadi,Bular yordam bermasa neyroleptoanalgeziya: Fentanil 0,005% - 1-2ml, Droperidol 0,25% - 2ml ,10 ml fiz. eritmada v/i oqim bilan sekin yuboriladi, Antikoagulyant terapiya o'tkaziladi: Aspirin 325 mg chaynashga beriladi,geparin 10000 TB v/ i oqim bilan fiz. eritmada yuboriladi, AB, Ps har 5-10 minutda o'lchab kuzatib boriladi. AB pasayganda,prednizolon 60 – 90mg v/ i oqim bilan fiz. eritmada yuboriladi, Aritmiyalar yuzaga kelsa aritmiyaga qarshi dori vositalardan: lidokain 2% 5 – 6 ml (qorinchalar tahiaritmiyasida) atropin sulfat 0,1% 1ml (bradikardiyalarda) qo'llaniladi, bemor zambilda yotqizilgan holatda mahsus tez tibbiy yordam mashinasida kasalhonaga kardiologik reanimatsiya bo'limiga gospitalizatsiya qilinadi.

### **Miokard infarkti kasalligida hamshiralik jarayoni**

*I bosqich. Bemorni tekshirish:* Bemor shikoyatlari: yurak sohasida yoki to'sh orqasida chap qo'l chap kurak pastki jag'iga tarqaluvchi kuchli og'riq, holsizlik,-hansirash , o'lim vohimasini his qilish,ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari: Bemor bezovta, teri qoplamlari oqargan, yuzini soquv ter bosgan, o'lim vahimasi, hansirash, Rs tahikardiya. AB pasayadi. Auskultatsiyada yurak tonlari bo'g'iq tahikardiya bazan bradikardiya kuzatiladi, EKGda o'zgarish bo'ladi,

**II bosqich. Hamshira tashhisi: mavjud muammolar:** hansirash, o'lim vahimasi, AB pasayadi, YUzaga kelishi mumkin bo'lgan muammolar: Og'riq zurayishi, hansirash kuchayishi, ko'ngil aynishi qusish, AB ni keskin pasayishi, asoratlari yuzaga kelishi mumkun.

**III bosqich. Hamshira parvarish rejasini tuzish::** Bemorga Jismoniy ruhiy tinchlik yaratish, siqib turgan kiyimlarini bo'shatish, tomir kengaytiruvchi dori vositalari yordamida og'riqni kamaytirish, Ekg olish, CHalg'ituvchi vositalar yordamida og'riqni q-sh, Oksigenoterapiya, narkotik va nonarkotik dori vositalari yordamida og'riqni kamaytirish, AB. Ps monitoringi, kardiotonik dori vositalari yordamida arterial gipotoniyaning bartaraf qilish, bemor qusganda yordam kursatish, bemor ahvolini muntazam kuzatish, og'riq bartaraf qilingandan keyin AB ps Kursatkichlari yaxshilangandan keyin bemorni transportirovka qilish,

**IV bosqich. Hamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** Bemorga Qat'iy yotoq rejimi yaratiladi, siqib turgan kiyimlari bushatib qo'yiladi, til ostiga Nitroglitserin 0.0005 1 tab beriladi yoki netromid aerazoli 1-2 doza t/o ga sepiladi. Bu dorilar 3-5 minut oralitib 3marta berish mumkin, ekg olinadi, yurak sohasiga gorchichniklar qo'yiladi, kislorod yostig'i yordamida namlangan kislorod beriladi, shifokor ko'rsatmasiga binoan nonarkotik analgetiklardan, Pantopon 2% -1.0 v/i yoki morfin 1%-1.0 t/o yoki v/i, promedol 2% -1.0 t/o yoki v/i neyroleptoanalgeziya- Fentanil 0.005%-1.0-2.0 ml fiz eritmadan v/i oqim bn sekin yuboriladi, AB ps har 5-10 minutda o'lchab turiladi, AB pasayganda shifokor ko'rsatmasiga binoan- Kordiamin 20.-4.0 ml fiz eritmadan v-i ga yuboriladi. SAB 90-60 mm sim ust.da Mezatol 1% -1.0 ml 10ml fiz eritmada v/i yuboriladi.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samarradorligini baholash:** YUrak sohasidagi og'riq kamayadi yoki to'htaydi, hansirash kamayadi, AB, Rs ko'rsatkichlari yaxshilandi, asoratlari oldi olindi. YOki bartaraf qilinadi, bemor ruhan tinchlandi, Umumiy ahvoli yaxshilandi. Bemor kasalhonaning reanimatsiya bo'limiga hospitalizatsiya qilindi.



## Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar

1. Miokard infarkti kasalligining kelibchiqish sabablari ?
2. Miokard infarkti kasalligining tasnifi ?
3. Miokard infarkti kasalligining klinik belgilari ?
4. Miokard infarkti kasalligida hamshiralik jarayoni asosida parvarish qilish?

### 2.4 REVMATIZM KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI

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

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

**Revmatizmning klinik ko'rinishlari.** Revmatizmning klinik ko'rinishi hilma-hildir. Ularning 3 bosqichini alohida aytib utish maqsadga muvofiq bo'ladi: 1-bosqich organizmning streptokokk infeksiyasi bilan sensibilizasiya holati yo'zaga keladi (kataral yoki lakunar angina, surunkali tonsillitdan so'ng) ning umumiy simptomlari, ya'ni lohaslik, ko'p terlash, artralgiya, bosh og'riqi, subfebrilitet bilan harakterlanadi, qonda streptokokk antigeni, antitela titrining ko'payishi bilan aniqlanishi mumkin. 2-bosqich giperergik reaksiyaning a'zolar klinik simptomatikasi bilan harakterlanadi: revmatik poliartrit, kardit, horeya

yoki ularning aralashgani. Klinik ko'rinishning rivojlanishi revmatizm kasalligining boshlanishi deb izohlanadi. qonda ASL-0, ASG, ASK titrlarining oshishi aniqlanadi; 3-bosqich qaytalanuvchi yunalish, revmatik jarayonning qaytalanishi bilan harakterlanadi. U biriktiruvchi to'qimalar va, ayniqsa, zararlangan a'zolarida kechayotgan chuqur immunologik, yalliqlanish va distrofik jarayonlarni aks ettiradi.

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

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



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

**O'tkir revmatizm giperpiretik formasi** - kasallikning birinchi yoki ikkinchi haftasining ohirida boshlanadi va yuqori -41-42 °S tana harorati bilan kechadi. Lohaslik holati kelib chiqib, alahsirash. uyqusizlik, yurak urishi tez, titrash, tomir tortishib qolishi, tez-tez nafas olish va h.k. ko'zatiladi. Bu holda yurak-qon tomir sistemasining zararlanishi kam uchraydi. Periferik qonning chukindi namunalari, immunoglobulinlarning o'zgarishi revmatizm tashhisini

tasdiqlaydi. Kasalning o'zluksiz qaytalanuvchi formasi kasallik avj olgan davrda zararlangan to'qimalarda ekssudativ tarkibiy qismlarning yalliqlanishi ko'rinishi bilan harakterlanadi. Diffuzli miokarditning paydo bo'lishi polisindromal klinik ko'rinishlarni belgilaydi, og'ir holatlarda-serozitlarning har hil turlari pankarditga qushilishi, o'pka vaskuliti ko'zatiladi. Bu esa o'z navbatida yurak yetishmovchiligi va tromboembolik asoratlarni keltirib chiqaradi.

**Uzoq davom etadigan qaytalanuvchi forma** ko'proq uchraydi. Bu paytda yurak klapanlari porogi kasalligi negizida qaytalanuvchi revmokardit kasalligi bilan og'rigan bemorlarda uchraydi. Revmakardit uzoq davom etadi, 6 oydan ko'p, torpid, asoratlarsiz va tuliq remissiyasiz. Revmatik perikardit, odatda, pankarditda ko'zatiladi. U quruq va ekssudativ bo'lishi mumkin. Bemorlar yurak sohasidagi og'riqdan, harakatlanayotganda nafas olishning tezlashishidan, og'riqning chap yelka va qulga tarqalishidan shikoyat qiladilar. Ekssudativ perikarditda yurak chegaralari kengayadi, simillab og'rish keskin kuchayib, nafas olganda o'zgarmaydi. Yurak tonlari bo'g'iq, noaniq, perikardit ishqalanishning shovqini eshitiladi. Buyin vena qon tomirlari burtib ketgan. Venoz qon bosimi kutarilgan. **Ekstrakardial zararlanish** - bu formaga yurak sohasiga tegishli bo'lmagan bo'g'implarning zararlanishi bo'lib, o'nga simmetriklik, uchuvchanlik, yirik bo'g'implarning zararlanishi va ijobiy hotima topish hosdir. Yallig'lanishning hamma turlari kuzatiladi. Revmatizmدا buyrakning zararlanish holati 80 %ni tashkil etadi. Ko'pincha u kichik buyrak sindromi shaklida kechadi (proteinuriya, mikrogematuriya) va ba'zi hollarda surunkali tus oladi.

**Tashhisi** - shifokor-terapevt yoki revmatolog ko'rigi; umumiy qon tahlili; qonni revmatizm kasalligiga mahsus tekshirish (revmaproba); yurakni tekshirish — EKG; yurakni UTT tekshirish; bo'g'implarni rentgen tekshirish.

**Davolash:** odatda, 3 bosqichli davolash qo'llaniladi: 1) kardiorevmatologik shifohonada kasallikning aktiv davrini davolash; 2) bemorni poliklinika kardiorevmatologik kabinetlarida yoki shahar tashqarisidagi sanatoriyalarda reabilitasiya tadbirlarini utkazish bilan davolashni davom

ettirish; 3) doimiy ko'p yillik dispanser kuzatuv va poliklinikada profilaktik davolash.

**Revmatizm profilaktikasi** ; Bir haftadan ortiq tomoq og'rig'i bo'lsa, shifokorga murojaat qilish kerak, chunki tomoq A guruh streptokokklar tomonidan infeksiyalangan bo'lishi mumkin. Yashash joyida yaxshi sanitariya sharoitlarini ta'minlash va ko'p odamlar yig'ilgan joydan holiroq joyda bo'lish tavsiya etiladi.

### **Revmatizm kasalligida hamshiralik jarayoni.**

**I bosqich. Bemorni tekshirish:** Bemordan obektiv va subektiv malumot to'plash yani pulsning tezlashishi, bemorning asosiy shikoyatlari: og'riq, issitmaning ko'tarilishi, holsizlik , doimo uyqu bosishi , Tana harorati ko'tariladi, ishtahaning pasayishi, Bo'g'imlarda o'zgarishlar kuzatiladi ,

**II bosqich. Hamshira tashhisi** : bosh og'riqi va ishtaha yuqligi, bo'g'imlardagi og'riqlar, tana haroratining ko'tarilishi, bemorning asosiy muammosi og'riq, bemorning potensial muammolari: miokardit (yurak mushaklari yallig'lanishi), endokardit (yurak ichki qoplaminig yallig'lanishi) va perikardit (yurak tashqi qobig'ining yallig'lanishi) kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.

**III bosqich. Hamshira parvarish rejasini tuzish:** SHifokor ko'rsatmasiga ko'ra buyurilgan dorilarni o'z vaqtida ichishni taminlash , Bemorga va oila azolariga kassalik haqida malumot berish , tana haroratini tez-tez o'lchash ,bemorga yotoq rejimini ta'minlash, bemorni ovqat ratsioniga vitamininga boy mahsulotlarni kiritish.

**IV bosqich. Hamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** SHifokor ko'rsatmasiga ko'ra buyurilgan dorilarni o'z vaqtida ichishni taminlash: Antibiotikli davolashning birinchi (faol) bosqichi 10 kundan 14 kungacha davom etadi. Bitsillinni og'iz orqali ichish tugaganidan uch hafta o'tgach, huddi shunday preparat bemorga mushak ichiga kiritiladi. Bunday davolash 5-6 yil

davom ettirilishi kerak (har 3 haftada 1 ta in'yektsiya), bu retsidiv ehtimolini kamaytirish va yurakda asoratlar rivojlanishini oldini olish uchun zarur.

***V bosqich. Hamshiralik jarayonining samarradorligini baholash;***  
Bemorning bo'g'imlaridagi og'riq kamayadi, puls ko'rsatkichi yahshilanadi, tana harorati tushadi. Bemorning ahvoli yahshilanadi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Revmatik yallig'lanish sindromi haqida tushuncha bering ?
2. Kasallikning kelib chiqish sabablarini tushuntiring ?
3. Revmatik yallig'lanish sindromi klinikasiga tavsif bering ?
4. Revmatik yallig'lanish kasalligi qanday davolanadi ?
5. Hamshiralik parvarishini olib borishda nimalarga ahamiyat beriladi ?

## **III. BOB HAZM TIZIMI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

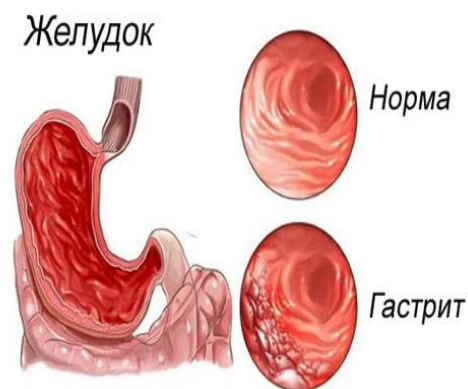
### **3.1 GASTRIT KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI**

Oshqozon shilliq qavati yallig'lanishi – eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biridir. Deyarli 80 - 90 % odamlarda hayot mobaynida bu kasallikka bir marta bo'lsada duch keladi. Qari va keksa yoshda 70-90% odam gastritning turli formalari

bilan og'riydi. Gastritning surunkali formasi yara kasalligiga aylanishi yoki oshqozon saraton kasalligiga o'tishi mumkin. SHu o'rinda gastrit kasalligi bu qanday kasallik ?

***Gastrit oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishidir.***

**Etiologiyasida** alimentar ovqat omili katta ahamiyatga ega. Sifatsiz ovqat istemol qilish, haddan tashqari issiq, achchiq ovqatlar eyish, buzilgan ovkatlarni eyish, ichkilikka ruju kuyish, chekish, tartibsiz ovqatlanish, shoshilib ovqat eyish, ovqatni etarli chaynamaslik gastrit kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Ayrim hollarda gastrit qator boshqa ichki kasalliklarda ikkilamchi



rivojlanadi. Masalan, yurak etishmovchiligida (dimlanish hisobiga), buyrak etishmovchiligida (uremik gastrit), yuqumli kasalliklarda (angina, gripp, sil), kasb kasalliklarida (kislotalar, ishqorlar, simob, kurg'oshin, fosfor va x.k.z), ta'sirlovchi dorilar qabul qilganda (atsitilsalitsil kislota, garmonlar, kaliy yod, rezerpin) va b. SHunday qilib gastritning kelib chiqishida ham ekzogen, ham endogen omillar ahamiyatga ega .

Me'da devorida xlorid kislota ishlab chiqarishning buzilishi, harakat va uning evakuator vazifasining, me'da devorida qon aylanishning buzilishi oshqozonda o'zgarishlarga olib keladi. Natijada me'da shirasining tarkibi buziladi. Harakat va evakuator vazifasining buzilishi natijasida og'riq, me'da va ichak dispepsiyasi belgilari paydo bo'lishiga olib keladi. Kasallik rivojlanishida shilliq parda ostida shish, yallig'lanish vujudga keladi. Surunkali gastritda me'da shilliq qavatining tarkibi o'zgaradi, plazmatik to'qimalar kuchayib, qalin to'qimalar kamayadi.

Gastritlar kechishiga qarab 2 ga bo'linadi: ***surunkali*** va ***o'tkir gastritlarga***.

O'tkir gastrit odatda ovqatlanish tartibi buzilganda ovqatdan 3-5 soat o'tgach rivojlanadi, bazan u shiddatli qam kechishi mumkin. Bemor ishtaxa yo'qligidan, ko'ngil aynishidan, kekirishdan, qorinning yuqori qismida og'riq

turishi, og‘irlik sezish, bosim, bazan turib qoladigan og‘riqdan, og‘iz bemaza bo‘lishidan shikoyat qiladilar. Bundan tashqari, harorat ko‘tarilishi, bosh og‘rigi, bosh aylanishi, ko‘z oldining qorongulashishi kuzatiladi. O‘tkir gastrit 2 xaftagacha davom etadi, keyin surunkali gastritga o‘tadi. So‘rashda uzoq dispeptik holat kuzatiladi. Ko‘zdan kechirganda: umumiy ahvoli – qoniqarli yoki o‘rtacha. Palpatsiyada: og‘riq qorin yuqori qismida. Oshqozon shirasi: kislotalik pasaygan, ko‘paygan, saqlangan.

Oshqozon ichak rentgenoskopiyasida shilliq qavat dag‘allashgan, peristaltikasi kuchaygan, burmalar atrofiyaga uchragan.

**EGDFS** da: petixiyalar, eroziyalar, qontalashlar bo‘lishi mumkin. SHilliq qavat yallig‘langan.



**Surunkali gastrit** O‘tkir gastritdan so‘ng boshlanadi, surunkali zaharlanish natijasida rivojlanadi: chekish, ichish, o‘pkaning surunkali kasalliklari, endokrin kasalliklar va boshqalar natijasida yuzaga keladi.

So‘rashda uzoq vaqt doimiy dispeptik holat aniqlanadi. U vaqti - vaqti bilan kuchayadi va susayadi. Ovqatlanishda har qanday buzilishdan so‘ng kasallik qaytalanishi mumkin.

Gastritda ishtaxa goh ko‘tarilib, goh susayib turadi. Ich ketishi barqaror emas, ich ketishi, ich qotish bilan almashinib turadi. Kasallik davomida umumiy holsizlik rivojlanadi, mehnat qobiliyati pasayadi. Umumiy ahvoli har hil bo‘lishi mumkin. Bazilarida qoniqarli, bazilarida esa ozib ketish, terining zahl bo‘lib qolishi kuzatiladi. Gipopolivitaminoz rivojlanganda og‘iz burchaklari bichiladi, soch vaqtidan oldin to‘kiladi, tirnoqlar mo‘rt bo‘lib qoladi. Til karash bog‘lab, surg‘ichlari silliqdashishi mumkin. Qorin ovqatdan so‘ng dam bo‘ladi, yuqori qismini paypaslanganda



ogʻrishi mumkin. Oshqozon shirasi tekshirilganda uning kislotaligi saqlangan, koʻpaygan, axiliyagacha kamaygan. SHunga qarab kasallikka baho beriladi.

**Gastrit diagnostikasi oʻz ichiga** quyidagi muolajalarni oladi:

- FGDS (fibrogastroduodenoskopiya);
- Ph-metriya;
- qonning laborator tekshiruvlari va oshqozon shilliq qavatidan biopsiya uchun namuna olish (*Helicobacter pylori* uchun).

**Gastritni davolash** birinchi navbatda kasallikni keltirib chiqaruvchi va rivojlantiruvchi, hamda asoratlarga sabab boʻluvchi omillarni bartaraf etish maqsadga muvofiq. Buni kompleks tarzda qatʼiy parhez bilan birgalikda amalga oshirish lozimki, bundan koʻzlangan maqsad oshqozon shilliq qavatini qayta tiklashdir.

Zaharlanish natijasidagi oʻtkir gastritda oshqozonni yuvish tavsiya etiladi. Soʻng, yoʻqotilgan suyuqlik va elektrolitlar oʻrnini toʻldirish maqsadida tuzli suyuqliklar yoki gazsiz mineral suvlar tavsiya etiladi. Parhezga (bulonlar, suxari, engil boʻtqalar, kisel) amal qilish juda ham muhim sanaladi. Oʻtkir gastritda dori vositalaridan enterosorbentlar, spazmolitiklar (drotaverin va boshqalar) tavsiya qilinadi. Tinimsiz qusish hollarida qusishga qarshi dori vositalari tavsiya qilinadi.

Surunkali gastritni davolashda kam – kam ovqatlanishga ahamiyat berish zarur. Meʼda shirasi koʻpayib ketgan hollarda esa, antisekretor preparatlar (protonli nasos ingibitorlari, H<sub>2</sub>-retseptorlarining blokatorlari), antatsidlar, prokinetiklar buyuriladi. Pri snijennoy sekretsii naznachayut fermentnye preparaty (mezim), spazmolitiki. Agar bemorda *Helicobacter pylori* topilsa, uni eradikatsiya (yoʻqotish) zarur boʻladi. Buning uchun ikki xil antibiotiklar va proton pompali ingibitorlarlar tavsiya etiladi.

***Gastritning oldini olish:*** Bugun maʼlum boʻlgan usullar va dorilar har qanday bosqichda kasallikni toʻliq davolashga yordam beradi. Ammo, albatta, gastritning rivojlanishiga yoʻl qoʻymaslik yaxshiroqdir. Bu kasallikning koʻrinishini keltirib chiqaradigan omillarning taʼsirini yoʻqotishdan iborat. Shunday qilib, profilaktika quyidagi qoidalarga asoslanadi:

- isteʼmol qilishdan oldin sifatli oziq-ovqatlarni xarid qilish va ularni yuvish;

- zarur miqdorda vitaminlar, minerallar, yog'lar, oqsillar va uglevodlarni o'z ichiga olgan sog'lom, oqilona va muvozanatli parhezning tamoyillariga rioya qilish;
- tuzli, o'tkir va achchiq oziq-ovqat moddalarining cheklanishi va sodali suv ishlatish;
- sifatli oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish;
- chekishni rad etish;
- spirtli ichimliklar iste'mol qilishdan yoki uni minimallashtirishdan voz kechish;
- muntazam mashqlar;
- oshqozon shilliq qavatini bezovta qiluvchi dorilarni iste'mol qilishni minimallashtirish;
- hazm tizimi kasalliklarini o'z vaqtida davolash;
- samarali sport mashqlari (yoga yoki boshqalar) texnikasi yordamida stressning oqibatlarini maksimal kamaytirish;
- zararli ta'sirga ega bo'lgan ishqor va kislota bug'laridan himoyalaniish zarur.

### **Gastrit kasalligida hamshiralik jarayoni**

#### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig'ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko'rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko'rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o'tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo'lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

Bemor shikoyatlari: epigastral soxada og'rik, ko'krak osti soxasida og'irlik sezgisi, jig'ildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishlari va hazm bo'lmagan ovqatlar bilan qusish, qabziyat, umumiy bexolliq, subfebril xarorat. Ko'zdan kechirish - umumiy xolati kam iztirob chekadi, qorin ozgina kepchigan

#### ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

Mavjud muammolar: epigastral soxada og'rik, ko'krak osti soxasida og'irlik sezgisi, jig'ildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishlari, qusish, qabziyat, umumiy bexolliq, subfebril xarorat.

Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar: qon ketishi, og'rik kuchayishi, ishtaxaning yo'kolishi.

**III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a'zolari ishtirokini ta'minlash. Qusish va ko'ngil aynishni bartaraf etish, og'rikni engillashtirish, kekirish va qabziyatni bartaraf etish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, parxezga qat'iy rioya qilish.

**IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** parvarish rejasini mustaqil, bog'liq yoki o'zaro bog'liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish. Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta'minlanadi, bemor qusganda ko'maklashiladi, qon ketishini to'xtatish uchun to'sh ostiga muzli xaltacha qo'yiladi, vrach tavsiyasiga ko'ra spazmolitiklarni yuboriladi, qabziyatni yo'kotish maqsadida tozalovchi xo'kna kilinadi.

**V bosqich. Hamshiralik jarayoniningsamarradorligini baxolash:** bemor va uning oila a'zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiyo tomonlarini baxolash. Bemor tinch xolatda, kayt kilish bartaraf etildi, kon ketish to'xtatildi, ogriqlar bartaraf etildi, ich kelishi mustakil, umumiy axvoli qoniqarli.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Gastrit kasalligiga tushuncha bering?
2. Gastrit rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni aytib bering.
3. Surunkali gastritning klinik ko'rinishi o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering
4. Gastirit kasalligida qanday tekshiruv usullari o'tkaziladi?
5. Gastritni davolashning asosiy prinsiplari qanday?
6. Gastirit kasalligini profilaktikasi xaqida gapirib bering

7. Gastrit kasalligi bilan og‘rigan bemorlar uchun parvarish rejasini tuzib chiqing

### **3.2 OSHQOZON O‘N IKKI BARMOKLI ICHAK YARA KASALLIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

YARA kasalligi surunkasiga davom etadigan, qaytalanib turuvchi va jadallashishga moyil kasallik bo‘lib, me‘da va o‘n ikki barmoq ichakda yara illati sodir bo‘lishi bilan ifodalanadi. unga mavsum sari qo‘zib turish va oshqozon yoki o‘n ikki barmokli ichak devorida yara paydo kilish xarakterlidir.

**Tarqalishi.** Balog‘atga etgan aholining 2-5% yara kasalligiga chalingan, ko‘pincha 25-30 yoshlardagi erkaklarda uchraydi. Duodenum yarasi me‘daga nisbatan 3 marta ko‘p. YARA kasalligi ko‘payishini urbanizatsiya, tartibsiz ovqatlanish, tashqi muhitning ifloslanishi va to‘qima gipoksiyasining rivojlanishi bilan bog‘laydilar.

**Etiologiyasi.** Alimentar omil - odatdagi ovqatlanish ritmini o‘zgarishi, o‘tkir ta’sirlovchi (qovurilgan, achchik, sho‘r, dudlangan) taomlarni iste’mol qilish natijasida shillik pardaning shikastlanishi gastrinni ko‘p mikdorda ajralishini vujudga keltiradi, bu holat me‘da gipersekretsiyasi bilan kuzatiladi. Ovqat hajmi ham ahamiyatli: ko‘p mikdorda ovqatni qabul qilish natijasida me‘daning mexanik cho‘zilishi shira ajralishini kuchaytiradi. Tamaki chekishlik yara rivojlanishiga sharoit tug‘diradi. Nikotin me‘da qon tomirlarini toraytiradi, shira ajralishini va me‘da motorikasini kuchaytiradi; me‘da osti bezi bikarbonat sekretsiyasini kamaytirishi mumkin, bu holat o‘n ikki barmok ichakda RN ni pasaytiradi, me‘da pepsinogen ajralishini kuchaytiradi. Alkogol - shillik pardani bevosita ta’sirlaydi va me‘da shirasi ajralishini kuchaytiradi. Dori-darmonlar. Ko‘p mikdorda aspirin va boshqa yalliglanishga qarshi nospetsifik vositalar (NYAQV) qabul qilgan artritli bemorlarning taxminan 30 foizida yara vujudga kelishi aniqlangan. Davomli yoki tez-tez qaytalanuvchi asab-ruhiy taranglanish, bosh miyaning mexanik shikastlanishi (chayqalishi), nerv sistemasining distrofik o‘zgarishlari, boshqa a’zoldan reflektor ta’sir natijasida miya osti va

gipotalamus faoliyatiga miya po'stlog'i ta'sirining buzilishi, adashgan nerv markazining barqaror qo'zgalishi yara kasalliklari rivojlanishi sabablaridan bo'lishi mumkin.

Buyrak usti, miya ortigi (gipofiz) va jinsiy bezlar gormonlari boshqaruvi mexanizmlarining buzilishi xastalikning vujudga kelishida alohida o'rin egallaydi. Glyukokortikoidlar me'da shirasi tarkibidagi xlorid kislotasi miqdorining ko'payishini va uning xazm ta'siri kuchayishini vujudga keltiradi. Ba'zi bemorlarda steroidli gormonlarni qo'llash me'da va o'n ikki barmoqda yara rivojlanishi natijasida kon ketishni chaqiradi. Ayollarda, erkaklarga nisbatan, yara kasallikni kam uchrashi tuxumdon gormonining ta'siri bilan bog'liq. Ehtimol, esterogenlar yara kasalligi rivojlanishini to'xtatadi. Ma'lumki, xomiladorlik yara bitishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, menopauza esa, yara kasalligi rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Xayz ko'rish davrida xastalikning zo'rayishi qonda esterogenlar miqdorining kamayishi bilan bog'lik.

**Klinikasi.** Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi ba'zan belgisiz kuzatiladi. Kasallikning mazkur turida jarayon to'satdan qon qusish yoki yara teshilishi ko'rinishi bilan ifodalanadi. O'n ikki barmok ichak «soqov» yarasida najas kora-rangda bo'ladi (tarkibida qon mavjudligi xisobiga), ko'pincha. Ogriq - kasallikning zo'rayishi davrida etakchi belgi xisoblanadi. Ogriq sezgisini vujudga keltiruvchi sabablar quyidagilar: me'da va pilorus muskullarining qisqarishi, tomir devori qisqarishi natijasida vujudga keluvchi ishemiya, yallig'lanish jarayoni natijasida qorinparda ta'sirlanishi, nordon me'da shirasi ishtirokida yara satxining ta'sirlanishi.

**Joylashishi** - yara me'daning kichik egriligida joylashganda og'rik qorinning yukori sohasida (to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi ostida), o'n ikki barmoqda - o'rta chiziqdan o'ng tomonda epigastriya sohasida, kardiya bo'limida esa xanjarsimon o'simta orqasida vujudga keladi. Lekin og'riqning atipik joylanishlari ham kuzatiladi (chap qovurg'a ostida, Ssimon ichak sohasida, belning o'ng tomonida, o't pufagi o'rnida).

**Tarqalishi** ham turlicha: yara kichik egrilikda joylashganda og'rik aksariyat o'rta chiziqdan o'ng tomonda epigastriya sohasida, kardiya bo'limi yarasida - xanjarsimon o'simta ortida; o'n ikki barmok ichakda esa - kindikdan 5-7 sm yuqorida seziladi. Og'riqning kuchaygan davrida tarqalishi kardiya bo'limi yarasida - yuqoriga va chapga, o'n ikki barmok piyozchasi yarasida - o'ng qovurga ostida kuzatiladi.

**Taomni qabul qilishga** qarab quyidagi turlarga bo'linadi: erta og'riq - ovqatlangandan 0,5-1,5 soat o'tgach, kechki og'riq - 2-4 soatdan so'ng, tungi «och qorin» og'riqlari. Erta (barvakt) og'riq ko'pincha me'daning yukori bo'limidagi yarada, kechki-me'daning antral qismi va o'n ikki barmoq ichak yarasida kuzatiladi. **Kuchayishi** – odatda dag'al, sho'r, achchiq, qovurilgan taomlar iste'mol qilgandan so'ng rivojlanadi. Duodenum yarasida og'riq «och qoringa» va tunda sodir bo'ladi, ovqat yoki soda eritmasi iste'molidan so'ng, qoringa isitgich qo'ygach, qusishdan so'ng pasayadi. Perigastrit va periduodenitda og'rik jismoniy mehnatda kuchayadi.

**Farqlanish xususiyatlari:** davriylik - zo'rayish va remissiya davrlarining almashinishi, ritmlilik (uyg'unlik) - og'riqning ovqatlanishga bog'liqligi, mavsumlik - xastalik aksariyat, bahorda va kuzda, ba'zi xollarda esa qishda va yozda zo'rayadi; ovqat, antatsidlar, antixolinergik dorilar qabul qilgach, qoringa isitgich qo'ygach yoki qusishdan so'ng og'riq kamayadi yoki yo'qoladi.

**Qusish** - yara kasalligining ikkinchi belgisi bo'lib, me'da yarasida ko'proq, o'n ikki barmoq yarasida esa kamroq kuzatiladi. Kusish yara kasalligida ko'ngil aynishisiz, og'riqning eng kuchaygan davrida sodir bo'ladi. Nahorda faol me'da shirasining ajralishi ko'pincha qusish bilan kuzatiladi. Ovqat qoldiqlari bilan ertalabki qusish me'daning evakuator faoliyatining buzilishidan dalolat beradi. Qusishning ikki turi tafovut qilinadi: gipersekretsiya ta'sirida yara sathining ta'sirlanishiga bogliq va me'da pilorik bo'limining stenozi yoki uning davomli qisqarishi natijasida sodir bo'luvchi qusish bemor holatini engillashtiradi. **Dispepsiya holatlari:** jig'ildon qaynashi aksariyat ovqatlangandan so'ng, kam hollarda esa nahorda kuzatiladi. Bu holat har vaqt

ham ma'da gipersekretsiyasi tufayli sodir bo'lmaydi. Uning mexanizmi qizilo'ngach va oshqozon motor faoliyatining buzilishi bilan bogliq, ya'ni antiperistaltika natijasida me'da shirasining qizilo'ngachga tushishi natijasida vujudga keladi. Nordon kekirish - kardiya bo'limining etishmovchiligi va oshqozon ichki bosimining ko'payishi natijasida me'da shirasining qizilo'ngachga kaytib tushishi (regurgitatsiyasi) bilan bogliq. Ko'ngil aynishi, palag'da tuxum hidli kekirish asoratsiz yara kasalligida kam uchraydi. Mazkur simptomlar davomli spazm va pilorusni yoki o'n ikki barmoq ichak piyozchasining yallig'lanish shishi tufayli me'da evakuator faoliyatining buzilishini ko'rsatadi, remissiya davrida bu holatning saqlanishi pilorusning chandiqli stenozidan darak beradi. Ishtaha yara kasalligida, ko'pincha o'n ikki barmoq ichak yarasida, saqlanibgina qolmay, gohida kuchayadi, lekin bemorlar og'riq qo'rqinchidan taom iste'molini chegaralaydilar. Qabziyat xastalikning zo'raygan davrida kuzatiladi, ovkat tabiati, ko'rpa-to'shak tartibi va yo'gon ichak nerv-mushak tonusining buzilishi bilan bog'liq. *Ko'zdan kechirish:* bemorning umumiy xolati qoniqarli qoladi, til sathi odatda toza, nam. *Palpatsiya.* Kasallikning zo'rayish davrida yara me'daning oldingi yoki yon devorida yoki o'n ikki barmoq ichak ichida joylashgan bo'lsa qorin pardasining ta'sirlanishi natijasida qorin mushaklarining taranglashishi (to'g'ri mushakning yuqori qismi defansi) kuzatiladi. Goxida nahorda «shovullash» shovqini aniqlanadi, bu holat me'da shirasining gipersekretsiyasi bilan chaqirlishi mumkin yoki me'da chiqish qismining torayishi belgisi (spazm, stenoz) hisoblanadi.

***Tashxisoti.*** Klinik ma'lumotlarga (kasallik zo'rayishining davriyligi, mavsumiyligi, ritmliligi, laboratoriya, rentgen va endoskopiya ma'lumotlariga asoslanadi). *Laboratoriya tekshirishlari:* sekretsiyani uchaytiruvchilardan (gistamin) foydalanib me'dani fraksion usulda zondlanganda, ko'pincha shira miqdorining ko'payganligi va uning yuqori kislotaliligi aniqlanadi. Me'da shirasining gipersekretsiyasi adashgan nerv qo'zg'aluvchanligining ortishi va ko'p miqdorda gastrin ajralishi natijasida chaqiriladi. Me'da shillik pardasining

morfologik va funksional o'zgarishlari - parietal xujayralar miqdorining keskin ko'payishi, yuborilgan gistaminga javoban me'da sekretor faolligining kuchayishi kuzatiladi. Najasda yashirin qon aniklanishi, periferik qonda retikulotsitoz topilishi qonayotgan yara mavjudligini tasdiqlovchi dalil hisoblanadi. Siydikda ko'pincha proteolitik ferment - uropepsin miqdorining ko'payishi aniqlanadi. Uropepsinni tekshirish usulida me'da shirasining kislotalik darajasi to'rrisida zondlashsiz ma'lumot olinadi.

*Rentgen tekshirishlari:* Morfologik (bevosita) belgilar: yara «tokchasi», yaraning chandiq bilan bitishi natijasida oshqozon va o'n ikki barmok ichak shaklining barqaror o'zgarishi. Funksional (bilvosita) belgilar: yaraga («tokchaga») yo'nalgan me'da tanasining katta egriligidagi regionar spazmi, peristaltika kuchayishi, nahorgi gipersekretsiya. Gastrofibroskopiya - yara nuqsoni shaklini, hajmini, chuqurligini, asoratlar borligini aniqlaydi.

**Surunkali giperatsidli gastritniig ko'p belgilari** (og'riq, jig'ildon qaynashi, kekirish, qusish) yara kasalligi bilan umumiy. YAra kasalligida, gastritdan farqi, og'riq shiddatli va ovqatlanishdan so'ng sodir bo'ladi. Gastritga «ochlik» va «tungi» ogriq, kasallikning sikl bilan kechishi va mavsumiy qaytalanishi kam xarakterli. YAra kasalligini surunkali gastritdan farqlashda rentgen va endoskopiya tekshirishlari muhim ahamitga ega. Hayotda bu ikki kasallik birgalikda kechishi xam mumkin.

**Yara kasalligining klinik turlari.** Xastalikning klinik ko'rinishlari yara joylashishiga, bemor yoshiga va jinsiga, asoratlar xarakteriga bog'lik.

**O'n ikki barmoq ichak yara kasalligini** oshqozon yarasidan farqi, «kechki», «ochliq» va «tungi» ogriqlar, me'da shirasi kislotaligining ko'payishi, tez-tez qon oqishi va kam hollarda o'smaga aylanishi xarakterli. *YOshlik chog'lardagi* yara kasalligi o'ziga xos xususiyatga ega: doimo o'n ikki barmok; ichakda joylashadi, kuchli ogriq xurujlari, me'da shirasining yuqori kislotaligi, tez-tez qaytalanishi bilan kuzatiladi, me'da pilorik bo'limi stenozini ko'proq uchraydi.

**Ayollarda** yara kasalligi ko'pincha yashirin kechadi, yara teshilishi va qon ketishi asoratlari, erkaklarga qaraganda, kam uchraydi. YAra kasalligining

ayollarda engil kechishi, ehtimol, tuxumdon gormoni ta'siri bilan bog'liq. **Kechishi** turlicha. Tashhis erta aniqlanganda va xastalik to'g'ri davolanganda mutlaqo sogayish mumkin. Gohida jarayon ko'p yillarga cho'ziladi, goh pasayadi, goh vaqti-vaqti bilan zo'rayadi.

*Asoratlari:* qon ketishi – qon aralash qusuq, qora axlat, gemoglobin va eritrotsitlarning kamayishi aniqlanadi. Privratnik stenoz – epigastral soxada og'irlik, palag'da tuxum xidli kekirish, ovqatdan keyin qayt qilish, vazn kamayishi. Perforatsiya – peritonit belgilari. Penetratsiya – qo'shni a'zolari zararlinishi, YArani saratonga aylanishi – faqat oshqozon yarasi saratonga aylanishi mumkin, Perigastrit, periduodenit – oshqozon va 12 barmoqli ichak atrofidagi kletchatkalarining yallig'lanishi. Reaktiv gepatit – jigar funksiyasining buzilishi va kattalishishi, qo'zish davri so'nganda o'z xoligi kelishi. Reaktiv pankreatit – yara kasalligining qo'zish davrida me'da osti bezini funksiyasining buzilishi, remissiyada me'yoriga kelishi.

**Davosi.** Oshqozon va o'n ikki barmok ichak yara kasalligini davolash konservativ va jarrohlik usullari bilan bajariladi. Asoratlanmagan yara kasalligida davolash konservativ vositalar yordamida muntazam kompleks ravishda, o'ziga xos holda (individual) o'tkaziladi. Jarrohlik usuli faqat asoratli kasallikda qo'llaniladi. Konservativ davo maqsadi kasallik zo'rayishini oldini olish, hamda yara nuqsoni bitishini tezlashtirishdan iborat. Konservativ davolash patogenetik tamoyil (prinsip) asosida bajariladi: me'da shirasi ajralishini pasaytirish, uning tarkibidagi xlorid kislotasini va pepsinni biriktirib olish, shilliq parda himoya faoliyatini, xujayralar regeneratsiyasini va mahalliy qon aylanishni sozlash, xelikobakter piloriga qarshi antibakterial moddalarni ko'llash tavsiya qilinadi. *Davoni individualizatsiyalash* kasallikni davolashda muhim shart-sharoitlardan hisoblanadi. Kasallikni turi va bosqichini aniqlash, me'da va o'n ikki barmok ichakning funksional va anatomik holatini hisobga olish lozim. Kasallikni bosqichma-bosqich davolashga amal qilish kerak: statsionar (kasallik qo'zigan davrda), tiklash (reabilitatsiya) bo'limi (qo'zishning so'nish davrida), poliklinikaning gastroenterologda dispanserizatsiyalash, qaytalanishga qarshi

davo o'tkazish, profilaktika choralari). Kasallikning zo'rayish davrida bemorlar kasalxonada davolanadilar. Asosiy davolash vositalariga bemorning o'rinda yotib tuzalish tartibi, davoli ovqat, dori-darmon vositalari va issiqlik muolajalari kiradi. Bemorning o'rinda yotib tuzalish tartibi davolashning boshlang'ich davrida ovqat kaloriyasi chegaralanganligi tufayli bemorning energetik imkoniyatlarini tejash zaruriyatidan kelib chiqadi. Tamaki chekish va spirtli ichimliklarni ichish man qilinadi. *Davoli ovqat* - kompleks davolashda ikkinchi asosiy omil. Parhez taom ham mexanik, ham kimyoviy avaylaydigan, ya'ni me'daning sekretor faoliyatini qo'zg'atmaydigan, kislotalikni pasaytiradigan, me'da shilliq pardasini ta'sirlamaydigan bo'lishi kerak. Ovqatlanish tez-tez (kuniga 5-6 marta) buyurilib, taom yaxshi qaynatilgan, bug'da pishirilgan, ezilgan bulishi lozim. Ovqatlanishda yog'lik go'sht, baliq, qaynatilmagan sabzavot va mevalar, tuzlangan va dudlangan go'sht mahsulotlari, konservalar, kolbasalar, achchiq va sho'r taomlar iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Keyinchalik ovqat tarkibida oqsil, yog', karbon suvlar, vitaminlar, mikroelementlar fiziologik me'yorda bo'lishi shart. Lekin parhez taomlarning yara bitishi tezligiga bevosita ta'sirini tasdiqlovchi dalillar yo'q. Sut mahsulotlari aslida zarar, chunki sut tarkibidagi kalsiy va oqsil gastrin ajralishini stimullashi (qo'zg'atishi) hisobiga kislota sekretsiasini ko'paytiradi. *Dori-darmonlar bilan davolash* patogenetik tamoyil (prinsip) asosida bajariladi: me'da shirasi ajralishini pasaytirish, uning tarkibidagi xlorid kislotasini va pepsinni biriktirib olish, shilliq parda himoya faoliyatini, xujayralar regeneratsiyasini va mahalliy qon aylanishni sozlash, xelikobakter piloriga qarshi antibakterial moddalarni qo'llash tavsiya qilinadi. N<sub>2</sub> retseptorlar antagonistlari - uzoq vaqt davomida me'da shirasi kislotaligini pasaytiradi, yara bitishini tezlashtiradi, kasallik qaytalanishini kamaytiradi. Simetidin - nonushtadan so'ng va uyqu oldidan 400mg, ranitidin - uyqudan oldin 300 mg dan, famotidin - 20 mg dan 2 marta yoki 40 mg uyqudan oldin, omeprozol - kuniga 20 mg dan 1 marta 4-6 hafta mobaynida, ranisan - 1 tabletkadan kuniga 2 marta, antatsidlar: N<sub>2</sub> retseptorlar antagonistlariga o'xshash yara bitishini tezlashtiradi. Tarkibida Sa<sup>+</sup> ioni bo'lgan antatsidlarni qabul qilishlik

tavsiya qilinmaydi, chunki ular gastrin sekretsiyasini kuchaytiradi, me'da shirasi kislotaliligini oshiradi. Xolinoblokatorlar - M xolinreaktiv sistemani qamal qiladi va ularni atsitilxolinga sezuvchanligini oshiradi, natijada adashgan nervning qo'zg'atuvchi ta'siri yo'g'qoladi, me'da sekretsiyasi kamayadi, me'da silliq mushak qo'zg'alishi pasayadi. Metatsin - 0,1% eritmada 1 ml kuniga 2-3 marta teri ostiga. Platifillin - 0,2 % eritmada 1-2 ml dan 2 maxal teri ostiga. Gastrotsepin - 2 tabletkadan ertalab va kechqurun ovqatdan oldin. Gastrobamat, gastripon - 1-2 tabletkadan 2-3 marta kuniga ovqatdan oldin. **Spazmolitiklar:** no-shpa, papaverin. Reparantlar - to'qima modda almashinishini sozlaydi. oksiferriskarbon natriy 30-50 mg dan mushak orasiga har kuni, Solkoseril - 2-4 ml dan mushak orasiga, oblepixa yog'i - 10 ml dan ovqatdan oldin kuniga 2-3 marta ichiladi, P-vitami 0,1 g dan 3 mahal ovqatdan oldin ichiladi, V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub>, V<sub>12</sub>, V<sub>6</sub>, S va A vitaminlar. *SHilliq pardani himoyalovchilar* yara sathini o'rab olib bitishini tezlashtiradilar: Sukralfat - alyuminiyning organik tuzi - 1 g dan tabletkada yoki kukuni ovqatdan 30-40 oldin 3 marta va to'rtinchi uyqudan oldin 4-6 hafta mobaynida ichiladi. Vismutning kolloidli subsitrati - 1-2 tabletkadan ovqatdan 30-40 daqiqa oldin yoki eritmada 5-10 ml olib, 15 ml suvga aralashtirib ovqatdan oldin 4 hafta ichiladi. Bular antatsidlar bilan birgalikda qabul qilinmaydi. Mazkur organik moddalar yara illatidan ajralayotgan oqsil va aminokislotalar bilan qo'shib, yara sathida va atrofida xlorid kislotasi va pepsinning salbiy ta'siriga chidamli himoya qavatini vujudga keltiradi, lekin kislota ajralishini kamaytirmaydi. Antatsidlar vismut ta'sirini pasaytiradi, shuning uchun ularni vismut qabulidan bir soat oldin yoki keyin berish kerak. Prostoglandinlar - me'da shilliq epiteliyasiga himoya xususiyatini bajaradilar; ular qon aylanishni ko'paytiradilar va gastrin ta'sirida stimullashtirilgan kislota sekretsiyasini pasaytiradilar. Yara kasalligini davolashda prostoglandinlarning sintetik o'xshashlari (prostatsiklin, rioprostil, enarostil) qo'llaniladi. *Antibakterial terapiya:* denol, metronidazol, amoksitsillin, trixopol. *Fizioterapiya.* Kasallikning o'tkir va yarim o'tkir davrlarida og'rik xurujini to'xtatish yoki kamaytirish maksadida qoringa isitgich, epigastral sohaga

papaverin, platifillin, novakain, fubromegan elektrofarezi, elektr uyqu qo‘llaniladi. CHala remissiya davrida - santimetrli, detsimetrli to‘lqin, induktotermiya qo‘llaniladi. To‘la remissiya davrida nospetsifik rezistentlikni oshirish, gastroduodenal sistemasi trofikasini yaxshilash maksadida endonazal usulida tiamin elektroforezi, yoqali usulda novokain elektroforezi, qoringa aplikatsiya usulida parafin, tibbiy balchiq, ma’dan suvlari ichish tavsiya qilinadi.

**Profilaktikasi:** Asab taranglanishini yo‘qotish, tamaki chekishlikni cheklash, alkogol ichishlikni to‘xtatish, uyda va ishda gigiena normalarini saqlash.

### ***Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligida hamshiralik jarayoni***

#### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig‘ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko‘rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko‘rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o‘tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo‘lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

Bemor shikoyatlari: ba‘zan og‘riqsiz, ba‘zida kunning turli vaqtlarida og‘rik, umumiy xolsizlik, ozish, asabiy taranglik, ko‘p terlashga moyillik, jig‘ildon qaynashi, ko‘ngil aynish.

#### ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

Mavjud muammolar: kunning turli vaqtlarida og‘rik, umumiy xolsizlik, ozish, asabiy taranglik, ko‘p terlashga moyillik, jig‘ildon qaynashi, ko‘ngil aynish, tilda dermografizm.

Bo‘lishi mumkin bulgan muammolar: penetratsiya, malignizatsiya, perforatsiya.

**III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a‘zolari ishtirokini ta‘minlash. Qat‘iy parhez rejimi, shifokor tavsiyasiga ko‘ra simptomatik davo choralari, og‘rikni engillashtirish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, zarur xolatlarda shifokor tavsiyasiga ko‘ra jarrox ko‘rigini tashkillashtirish.

**IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** parvarish rejasini mustaqil, bog‘liq yoki o‘zaro bog‘liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish. Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta‘minlanadi, bemor qusganda ko‘maklashiladi, qon ketishini to‘xtatish uchun to‘sh ostiga muzli xaltacha qo‘yiladi, vrach tavsiyasiga ko‘ra spazmolitiklarni yuboriladi, qabziyatni yo‘kotish, qat‘iy parxez va davolovchi shifokorning, jarroxning tavsiyalarini bajarish, dinamikada kuzatish.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samarradorligini baxolash:** bemor va uning oila a‘zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiy tomonlarini baxolash. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, axvoli qoniqarli, tinch xolatda, og‘riqlar bartaraf etildi, terlash kamaydi, parxez asosida taomlar iste‘mol qilindi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi xaqida tushuncha bering?
2. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligini rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligini keltirib chiqaruvchi omillar
4. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligini klinik manzarasi.
5. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligida qanday laborator va asbob uskunalar yordamida tekshirish usullari o‘tkaziladi?
6. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara davolashning asosiy prinsiplari qanday?
7. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan og‘rigan bemorlar uchun parvarish rejasini tuzib chiqing

### **3.3 ENTERIT VA KOLITDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

*Surunkali enterit* bizning mamlakatimizda keng tarqalgan kasalliklardandir, bu bir tomondan iklim sharoitlariga, kolaversa, milliy ovqatlanish xarakteriga bogʻliq. SHu bois kasallikni diagnostik mezonlarini aniqlash va zamonaviy davolash usullari haqidagi bilimlarga ega boʻlish nihoyatda zarur. Surunkali enterit - bu ingichka ichakning surunkali polietiologik kasalligi boʻlib, unda yalligʻlanishli-distrofik jarayonlar, shilliq qavatning dstrofik oʻzgarishlari, barcha funksiyalarining birinchi navbatda soʻrilishi va ovqat hazm qilish, shuningdek endokrin, immunologik va motorika funksiyalarning buzilishi shu kasallikka xosdir.

**Etiologiyasi:** 33-40% hollarda oʻtkazilgan oʻtkir ichak infeksiyon kasalliklar (dizenteriya, salmonellez, stafilokokklar, protey, lyambliyalar, askaridalar, enteroviruslar). Alimentar omil (tartibsiz ovqatlanish, shirinliklar va oʻtkir ovqatlarni ortiqcha isteʼmol qilish), alkogolni suisteʼmol qilish shilliq qavatni funksiyasini buzilishi, toksik taʼsir qilish, allergiya koʻp holda ovqat maxsulotlariga (sut, tuxum, baliq, shokolad va x.k.). Toksik va dori moddalar taʼsiri (margumush, simob, sink, shuningdek sitostatiklar), ionlovchi nurlanish-radiatsion enterit (oʻsmalarni nur bilan davolashda), katta duodenal soʻrgʻichning etishmovchiligi hazm qilish jarayonidan tashqari oʻtning quyilishi, oʻtkazilgan operatsiyalar (gastrektomiya, vagotomiya, operatsiyadan keyingi chandiqlar), ichak rivojlanishi anomaliyalari, ingichka ichak devori ishemiyasi – regeneratsiya buzilishiga sharoit yaratadi. Ikkilamchi enteritlar rivojlanish sabablari (yara kasalligi, gepatit, sirroz, pankeatit, SBE, qandli diabet, NE, YUE, immun tanqislik va x.k.)

**Klinikasi:** umumiy va mahalliy belgilardan iborat: mahalliy enteral sindrom. Ich kelishining buzilishi– ich ketish kuniga 4-6 dan 20 martagacha, umumiy holsizlik, taxikardiya, QB ni pasayishi bilan birga kechadi. polifekaliya, steotreya. Ich ketishi sabablari: ichak gipersekretsiyasi, ichak boʻshligʻida osmotik bosimning oshishi, ichakli ekssudatsiya, xumus passajining tezlashuvi, oʻt kislotalari absorsiyasining toʻliq boʻlmasligi, meteorizm – koʻproq kunni ikkinchi yarmida, sutdan, shirinlikdan keyin, qorinda ogʻriq – spastik,

xurujsimon, kindik atrofida, meteorizm natijasida doimiy tus oladi, gazlar chiqqandan so'ng kamayadi, barqaror g'oldirash, qorinda quyilishlar. *Ob'ektiv tekshirishda:* til kulrang, och karash qoplangan, qorinni markaziy qismlarida damlanish, terminal qismini yonboshda, palpatsiya qilganda baland ovozli g'oldirash, yonboshda terminal qismning spastik qisqarishlari, umumiy enteral sindromi, surunkali enterit o'rtacha og'ir va og'ir turlarida rivojlanadi. *Malabsorbsiya* (so'rilishni buzilishi) va *maldichestiya* (hazm bo'lishni buzilishi) bilan bog'liq. Holsizlik ish qobiliyatini pasayishi, uyquni tuzilishi, yomon ishtaha, uglevodlarni tez so'rilishi va giperinsulizm hisobga demping sindrom (ko'p terlash, titrash, yurakni tez urishi) kuzatiladi. Terida, sochda, tirnoqda, tilda o'zgarishlar kuzatiladi. Ozish, mushaklar atrofiyasi, gipoproteinemiya, Sabablari: oqsillarni gidrolizlovchi fermentlar faolligi kamayadi, aminokislotalar so'rilishi buziladi. YOg' almashinuvini buzilishi: ozish, steatoreya, gipolipidemiya, gipoxolesterinemiyaning sabablari: lipaza faolligini kamayishi, yog'lar hazm bo'lishi va so'rilishini buzilishi, uglevod almashinuvining buzilishi, bijg'ishli ichak dispepsiyasi, gipoglikemiyaga moyillik, sutni ko'tara olmaslik.

**Tashxisoti: laborator va asbob-uskunalar yordamida tekshirish.** Qonni umumiy tahlili: temir tanqisligi gipoxromli, viatmin V<sub>12</sub> tanqisimli giperxrom kamqonlik, siydikni umumiy tahlili: SE og'ir turlarida o'zgarishlar kuzatiladi, qonni biokimyoviy tahlili: umumiy oqsilni, albuminni, Sa, Na, Fe, qandni, xolesterinni kamayishi, qondagi gormonlar gipotireozda: tiroksinni, triyodtironinni kamayishi; gipotalamo-gipofizar etishmovchilikda – somatostatinni, tireotropinni, adrenokortikotropinni kamayishi; jinsiy bezlar faoliyati pasayganda qonda jinsiy gormonlar kamayadi, koprotsitogramma: polifekaliya, steatoreya, kreatoreya, amiloreya, rN<5,5, uglevodlar hazm bo'lishini buzilishi, najasni disbakteriozga tekshirish, ichakni funksional holatini tekshirish. Laktozali sinama kaliy yodidli sinama, kalsiy xloridli sinama, yodli, albulinli yuklama bilan sinama najas bilan chiqarilishini oshishi. Elektroforegramma, radionuklidli usul. Xarakat funsiyasi radioaktiv moddalarni

ichakka yuborish va ular xarakterini o'rganish. Ovqat hazm qilish funksiyasini tekshirish, ichak sonida va funksiyasini tekshirish, Ishqoriy fosfatazani aniqlash. Surunkali enteritda kamayadi. *Rentgen tekshirish*: shilliq qavati relefi deformatsiyasi, notekis qalinlashuvlar, suyuqlik va gazlarni to'planishlari, xarakterini kuchayishi. *Endoskopik tekshirish*: Intestinal fibroskopda tekshirish, shilliq qavat biopsiyasi, qorin bo'shlig'i a'zolarini UTT.

*Davosi*: surunkali enterit og'ir kechganda shifoxonaga yotqazish lozim, qat'iy bo'lmagan yotish tartibi. Og'ir jismoniy mehnatli ish ta'qiqlanadi, stresslardan himoyalash zarur. Parhezli davolanish: mexanik, termik, kimyoviy himoyalovchi. Ichak eubiozini tiklash. AB buyurishga ko'rsatmalar: ingichka ichakning yuqori qismida har qanday mikroorganizmlarning ko'payishini to'xtatish maqsadida, yo'g'on ichakdagi qoldiqli florani (stafilokokk, protey, zamburug'lar) va o'zgargan xususiyatli mikroorganizm shtamlarning (gemolitik, enteropatogen) ko'payishini to'xtatish maqsadida, yo'ldosh kasallik kechuvchi o'choqli infeksiyalarda (xoletsistit, sistit va boshqalar), parhez bilan va qovishtiruvchi dorilar bilan davolanishga rezistent bo'lgan ich ketishlarda, o'choqli infeksiya qaytalanishlarida, patogen shtammlarning faollashuvi bilan kechuvchi ifodalangan disbakteriozda o'rtacha terapevtik dozada 5-10 kun davomida qo'llaniladi. Hazm bo'lishi va so'rilishlarni yaxshilash: me'da shirasi, atsedin-pepsin, pankreatin, mezimforte, eufillin, uzaytirilgan ta'sirli nitratlar, anaboliklar, motor funksiyasini normallashtirish, ich kelish muddatini uzaytirish: achchiq choy, chernika, manniyli va guruchli bo'tqa, kisellar, diareyaga qarshi vositalar.

***SURUNKALI KOLIT*** yo'g'on ichakning eng tarqalgan kasalliklaridandir, shu sababdan kasallikni diagnostik mezonlarini bilish va zamonaviy davolash kompleksini buyurishni amalga oshira olish shifokor amaliyotida muhim hisoblanadi. Surunkali yarasiz kolit – yo'g'on ichakning surunkali yallig'lanishli kasalligi bo'lib, yallig'lanishli distrofik o'zgarishlarni, uzoq muddat kechganda esa yo'g'on ichakning shilliq qavatida atrofik o'zgarishlarning rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Patologik jarayon yo'g'on ichakning barcha qismida yoki uning

alohida bo‘laklarida rivojlanishi mumkin. hozirgi vaqtda SK ning quyidagi etiologik turlari ajratiladi ishemik. Infeksiyali, psevdomembranozli (AB ilan davolashdan so‘ng), dori-darmonli, radiatsion, kollagenozli, limfotsitarli, eozinofilli. Divertikulyar kasallikda, tizimli kasalliklarda. Transplantatsiyali (sitotoksik). Barcha kolitlarning 70% ga yaqinini surunkali yarasiz kolit va Kron kasalligi tashkil qiladi. Biopsiyali kolonoskopiya, rentgen tekshirish, bakteriologik tekshirishlardan so‘ng ham etiologiyasi aniqlanmasa bunday kasallikni yarasiz kolit deb nomlanadi.

**Etiologiyasi:** avval o‘tkazgan ichak kasalliklari (dizenteriya, salmonellez, ovqatdan zaharlanishlar, qorin tifi, iersinioz va boshqalar), Parazitlar va gijjali invaziyalar (amyobalar, lyambliyalar, trixomonadla), gelmintozlar, shartli patogen va saprofit flora (uzoq muddatli ichak disbakteriozi fonida), alimentar omil (kletchatkasi kam ovqat, o‘tkir ovqat, kam sonli ovqatlanish. alkogol), ekzogen (simob, margumush) va endogen (SBE, jigar etishmovchiligi) zaxarlanishlar, radiatsion ta’surotlarda, davolanishda, dori-darmonlarni qabul qilish (AB, NSYAV, surgu dorilar), ovqatli va dori-darmonli allergiyalar, ichak devori ishemiyasi asosan keksalarda, ovqat hazm qilish boshqa a’zolarining kasalliklari.

**KLINIK KO‘RINISHI:** og‘riqlar qorin pasida, yonbosh sohalarida, ich kelgandan so‘ng, gazlar chiqqanda, issiq qo‘llanilganda va spazmolitiklar qilinganda og‘riqlar kamayadi. Og‘riq yog‘li, qovurilgan ovqatlar eganda, alkogoli ichimliklar, gazlangan ichimliklar, sut ichilganda kuchayadi. Mezadenit rivojlanganda og‘riqlar doimiy tus oladi, sakraganda, issiqli muolajalar, xo‘qnalar olganda kuchayadi. YUzaga keladigan defekatsiyaga chaqirishli seriyalar kuzatilishi mumkin, najas boshida qopqoqsimon, oxirida suyuq. Xurujlar bir necha kun davomida ketma-ket kuzatilishi mumkin, ochlik yordam beradi. Ich kelishini buzilishi – qabziyat (ich kelishini 48 soatdan orrtiq vaqtda kuzatilmaligi), yolg‘on chaqirishlar, ichakni to‘liqsizbo‘shashi xissiyoti, yumaloq yoki qo‘ysimon najas. Qabziyat bilan ich ketishi almashinib kelishi mumkin.

Despeptik

sindromi

Ko'ngil aynishi, ishtaha pasayishi, og'izda metalli mazani sezish. Astenonevrotik belgilar kuchli ifodalangan bo'lishi mumkin: holsizlik, tez charchash, bosh og'rish, shubhalanuvchanlik, qo'zg'aluvchanlik, kanserofobiya.

Ob'ektiv tekshirish natijalari: bemorning umumiy ahvoli kam o'zgargan. Tana massasi saqlangan. til oq karash bilan qoplangan, qorinda palpatsiyada yo'g'on ichak yo'nalishi bo'yicha og'riqli. Mezadenit rivojlanganda og'riq kuchliroq ifodalangan va kindik atrofiga, mezenteral, limfobezlar sohasiga tarqaladi. Ko'p holda yo'g'on ichakning spazmlangan va kengaygan o'choqlarini almashinib kelishi, chayqalish shovqini aniqlanadi. Yo'g'on ichakning segmentar shikastlanishini klinik belgilari (tiflit, sigmoidit, angulit va xokazo) bir qancha o'zgargan simptomatikaga ega bo'lishi mumkin.

**Tashxisoti:** *laboratorli va asbobuskunalar yordamida tekshirish.* Koprologik tekshirish: najas massalari kam, reaksiyasi ishqoriy, hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari, sovunlar, shilliq ko'chgan epiteliy hujayralari ko'p, Tribule sinamasi (eruvchan oqsilga) musbatli, bakterial florani tekshirish, bifido va laktobakteriyalar kamayishi, gemolitik va laktozonegativli esherixiyni, patogenli stafilokokkni, proteyni, gemolitik streptokokkni ko'payishi topiladi. Endoskopik tekshirish – shilliq qavatning yallig'lanishli o'zgarishlari, eroziyalar bo'lishi mumkin, tomirli suratning kuchayishi, atrofiyada tomirli suratning kamayishi kuzatiladi, rentgenologik tekshirishda (irrigoskopiya) asimmetrik gaustratsiya, gipo yoki giperomotorli diskineziya, relefning silliqlashuvi, bariy bilan to'lishda nobarobarlik.

**Davosi:** shigellaga, salmonellaga, iersiniyga, NR, klostridiyga, proteyga qarshi, ovqatlanish tartibini va ratsionini normallashtirish, ovqat hazm qilish boshqa a'zolari kasalliklarini davolash, allergik mahsulotlarni, dorilarni chetlashtirish, parxezli ovqatlanish: stol №4. Ovqat ratsionida kletchatkaga boy: qizilcha, sabzi, qovoq, olxo'ri, o'rik, qoqi, II-III navli undan nonni iste'mol qilish, ichak eubiozini tiklash – antibakterial preparatlar 7-10 kunga mikroflora xarakterini inobatga olib beriladi. Nitrofuranlar, oksixinolinlar, yallig'lanishga

qarshi preparatlar, serukal, surgi dorilar. Fizioterapiya, LFK, massaj. Qaytalanish davrida-issiqdashuvchilar, elektroforez, balchiq applikasiyasi, torf bilan davolash, ozokerit, novokain elektroforezi, induktotermiya, UVCH davo, dialinamik toklar, magniy sulfatli 5% elektroforez. prozerinli elektroforez, ma'danli suvli mikroklizmalar, qaytalanish bartaraf qilinganda LFK, qorinni massaj qilish. Dezintoksikasiyasi va metabolik davolash – keskin buzilishlar xarakterli emas. Zarur bo'lganda 5% glyukoza eritmasi, albumin, aminokislotalar, anaboliklar, vitaminlar, polivitaminlar, mikroelementlarli komplekslar qo'llaniladi. Davolovchi ma'damli suvlar. O'rta va yuqori minerallangan suvlar magniy ionlari, sulfatlar bilan: essentuki-17, temperatuasi 20<sup>0</sup>. qabul qilish vaqti me'da sekreasiyasi holatiga bog'liq. (sekreasiyasi kamayganda – ovqatlanishdan 20 daqiqa avval, normal sekreasiyada – 40 daqiqa avval, sekreasiyasi oshganda ovqatlanishdan 1,5-2 soat avval). Sanatoriy va kurortlarda davolash. Remissiya davrida o'tkaziladi (parxezli ovqat, ma'danli suv, balchiq bilan davolash, fitoterapiya, LFK, massaj). Batsillo va parazit tashuvchilik bo'lsa, sanatoriy-kurortda davolash.

***Profilaktikasi:*** sog'lom ovqatlanish, kasallikni vaqtida davolash, sog'lom turmush tarzi, zararli odatlardan cheklanish, vaqtida dispanserizatsiya o'riklaridan o'tish.

### **Enterit va kolit kasalligida hamshiralik jarayoni**

#### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig'ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko'rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko'rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o'tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo'lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

***Bemor shikoyatlari:*** qorin pasida va yonbosh soxalarda og'riq, defekatsiya aktlarining ko'pligi, najas boshida qopqoqsimon, oxirida suyuq. Xurujlar bir necha kun davomida ketma-ket kuzatilishi, qabziyat, yolg'on chaqirishlar, ichakni to'liqsiz bo'shishi xissiyoti.

## ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

*Mavjud muammolar:* qorin pasida vyonbosh soxalarda og‘riq, defekatsiyaaktlarining ko‘pligi, najas boshida qopqoqsimon, oxirida suyuq. Xurujlar bir necha kun davomida ketma-ket kuzatilishi, qabziyat, yolg‘on chaqirishlar, ichakni to‘liqsiz bo‘shashi xissiyoti.

Bo‘lishi mumkin bulgan muammolar: pankreatit.

***III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:*** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a‘zolari ishtirokini ta‘minlash. Qat‘iy parxez rejimi, shifokor tavsiyasiga ko‘ra simptomatik davo choralari, og‘rikni engillashtirish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, shifokor tavsiyasiga ko‘ra xo‘qna o‘tkazish.

***IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:*** parvarish rejasini mustaqil, bog‘liq yoki o‘zaro bog‘liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish. Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta‘minlanadi, bemor defekatsiya akti kuzatilganda shifokor tavsiyasi bilan spazmolitiklar, xo‘qna o‘tkazish qorinning erigastral, mezogastral va gipogastral soxalarini soat strelkasi bo‘yicha silash, qat‘iy parxez va davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, dinamikada kuzatish va xayotiy extiyojlarini ta‘minlash.

***V bosqich. Hamshiralik jarayoniningsamarradorligini baxolash:*** bemor va uning oila a‘zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiyo tomonlarini baxolash. Defekatsiya aktidan so‘ng, gazlar chiqqanda, issiq qo‘llanilganda va xo‘qna qilinganda og‘riqlar kamayadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, axvoli qoniqarli, tinch xolatda, og‘riqlar bartaraf etildi, parxez asosida taomlar iste‘mol qilindi. Bemor ratsioniga kletchatkaga boy maxsulotlar kiritildi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Enterit va kolit kasalligining etiologiyasi
2. Enterit va kolit kasalligi klinik belgilari xaqida gapirib bering

3. Surunkali buyrak yetishmovchiligini etiologiyasi xaqida gapirib bering.
4. Enterit va kolit kasalligining tashxisot usullarini tushuntirib bering.
5. Enterit va kolit kasalligida xamshiralik jarayonin qanday tadbiq qilinadi?
6. Enterit va kolit kasalligida davo usullarida hamshiraning o'rnini tushuntirib bering.

### **3.4 XOLETSISTITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI**

O'tkir xoletsistit bu o't pufagining yallig'lanish kasalligidir. Ovqat xazm qilish tizimidagi organlar kasalliklarning 36%ni tashkil kiladi. Asosan ayollarda uchraydi.

**Etiologiyasi.** Xoletsistit bemorlarning anemnezidan ko'pincha surunkali tonzillit, dizenteriya, tif va paratif infeksiya, appenditsit borligi aniklangan. O't suyuqligi ekilganda ichak tayokchalari, streptokokk, stafilakokk, enterokokk kam xollarda dizenteriya tayoqchasi, tif va paratif, bakteriyalari protey borligi aniqlanadi. Ba'zi xollarda aralash mikroflora, ba'zida esa esa mikroorganizmlar umuman aniklanmaydi. O't yullari kasalliklariga Botkin kasalligi, virusli yoki ikkilamchi infeksiyalar, diskineziya (gipo va atonik formalari), lambliozlar xam sabab buladi. Mikroorganizmlar o't yuliga entorogen, gemotegen va limfogen yul bilan tushadi. Enterogen tarqalishi natijasida oshqozon ichak sekretsiyasi pasayadi, axiliya, motorikani buzilishi, oshqozon osti bezi, ichak kasalliklari o't yullari diskineziyasi, oshkozonda rN mikdorini 3 dan oshishidan oshkozon va 12 barmoqli ichakda mikrofloraning sonini oshiradi. Infeksiyaning gemotogen va limfogen yul bilan tarqalishi organizmning immuniteti pasayishida (jigarning bar'er funksiyasining pasayishi va o't ajralishining buzilishi, shilliq qavatning yallig'lanishi, o't yullarida konkrementlar bo'lishi natijasida yalliglanish protsesslariga olib keladi. O't yullarinnig surunkali kasalliklarining patogenezida noto'g'ri ovqatlanish muxim axamiyatga ega. Ovqatlanish rejimining buzilishi, ovqat eyishni uzoq intervali bo'lishi o'tning dimlanishiga sabab bo'ladi.

*Klinikasi va tashxisoti:* davolash, profilaktikasi jarroxlik bo'limlarida yotkazilib, ko'rib chiqiladi va davolanadi.

**Surunkali xoletsistit.** Surunkali xoletsistit o'tkir, erkin va sekinlik bilan rivojlanuvchi o't tosh kasalliklari natijasida yuz beradi. Ko'pincha surunkali xoletsistit sekretor etishmovchilik xolida kechadigan gastrit, pankreatit, semizlikka qo'shilib kelishi mumkin.

**Klinikasi:** Surunkali xoletsistit uzoq vaqt monoton kechishi, vaqti – vaqti bilan kaytalanishi bilan xarakterlanadi. Surunkali xoletsistitning klinikasi o't pufagi devorida yallig'lanishli o'zgarishlar, infeksiya turiga bog'liq. Asoratsiz kechadigan kataral va infiltrativ formasida og'riq xuruji bo'lib, xuruj parhez buzilganda, jismoniy va nerv-psixik travmalar, infeksiyalar natijasida kuzatiladi. Og'riqli xuruj vaktida, boshqa surunkali xoletsistitning simptomlari kuzatilmaydi, kam xollarda dispeptik xodisalar, o'ng qovurg'alar ostida og'riq, subfebrilitet yog'li ovkatni ko'tara olmaslik kuzatiladi. Surunkali xoletsistitning sust kechishida: noaniq simillab og'rish, o'ng qovurg'alar ostida og'irlik xissi, subfebril xarorat, kekirish, ko'ngil aynishi, meteorizm, qabziyat, xolsizlik, yurakda simillagan og'riq xarakterli xisoblanadi. Surunkali xoletsistitning o't yo'llari diskineziyasi bilan kechish, subfebrilitet leykopeniya, normal ECHT xolida utadi. Agar yallig'lanish komponenti qo'shilsa, yukori temperatura, ECHT ning oshishi, leykotsitoz xarakterli xisoblanadi. Surunkali xoletsistitning engil formalari kechishda uchta kattiq bo'lmagan, doimiy og'riq sindromi o'ng kovurg'alarosti soxasida, jismoniy mexnatdan, parhezni buzilishidan keyin oshadi, kam xollarda dispeptik simptomlar xarakterli bo'ladi. O't pufagi ko'p miqdorda yallig'lanish elementlari kuzatiladi. Qaytalanish yilida 1-2 marta bo'lib, 2-3 hafta davom etadi. Xoletsistitning o'rta ogirlikda kechishda yaqqol og'riqli sindrom xurujlar orasi davri bilan o'tadi. Dardsimon xolatlar namoyon buladi, kayd qilish, teri sarg'ayishi, subfebril xarorat, asoratlar (perixoletsistit, xolangig, gepatit) bilan kechadi. Dardsimon xurujlar yiliga 5-6 marta kuzatiladi. Surunkali xoletsistitning og'ir formasida doimiy (oyida 1-2 marta va uzoq vaqt mobaynida dardsimon xuruji bilan kechishi, xurujlar orasi davrida og'riq

sindromi, asoratlari (perixoletsistit, xolengit, gepatit) bilan kechadi. Ko'p xollarda surunkali xoletsestitning yashirin yoki atipik klinik belgilari: surunkali gastrit, yara kasalliklari, kolit, pankreatitga o'xshash kechishi noto'g'ri taxshis qo'yishga olib keladi. Surunkali gastrit ko'pincha surunkali xoletsestitga qo'shilib keladi. YArali kasalliklar tipikligi, to'sh usti soxasida kuzatiladigan og'rik bilan farqlanadi, bu og'riklar soda ichilganda, qayd kilinganda yuqoladi. YArali kasallikda og'riq xurujlari mavsumga bog'liq bo'ladi. Og'rik umurtqa pog'onasiga uzatiladi. Kekirish, kabziyat, piloroduodenal zonada nuktalarida og'riq sezadi.

**Tashxisoti:** laboratorli va asbobuskunalar yordamida tekshirish. Rentgen, xoletsistografiya, UTT va xolegrafiya o'tkaziladi. Rentgenda – «nisha», burmalar konvergansiyasi, «ko'rsatgich barmoqning» simptomi, oshqozonning motorikasida o'zgarishlar kuzatiladi. Duodenal suyuklikni mikroskopik tekshirilganda kup miktorda shillik, epiteliy xujayralari, leykotsitlar, asosan V porsiyasida topiladi. O'tda leykotsitlarni bo'lishi bu duodenal epiteley xujayralari, autoliz natijasida xosil bulgan cho'kish yadrosi (leykotsitlar) xisoblanadi. Kam xollarda o't porsiyasidan lyambiliya yoki ularning sistalarini topish mumkin. Umumiy qon taxlilida leykotsitoz, ECHT oshgan, siydikda, konda diastaza miktorida oshganligi kuzatiladi.

**Davosi:** Surunkali xoletsistit kuchaygan vaqtda bemorlar shifoxonaga yotqiziladi. Parxezli ovqatlanish tavsiya qilinadi. Kuniga 4-6 marta ovqatlanish lozim. Davo terapiyaning maqsadi: infeksiyaga qarshi kurashish, og'riq sezgilarini yo'qotish, o't chiqarishtyo'llarini spazmini oldini olish, o't chiqishini yaxshilash, ta'sir doirasi keng antibiotiklar azitromitsin, sumamed, mirkatsin beriladi. Sulfanilamid preparatlardan biseptol ishlatiladi. O't yo'llari diskenieziyasini yo'qotish uchun spazmolitiklar va xolinolitiklar beriladi. YAllig'lanish jarayoni tugayotgan davrda fizioterapevtik muolajalarni o'ng qovurg'a ostiga qo'yish tavsiya etiladi (UVCH, induktotermiya). O't pufagidan o'tning chiqarilishini yaxshilash uchun o't xaydovchi dorilar: allaxol, xolenzim, xofitol beriladi.

**Profilaktikasi:** parxez va ovqatlanish rejimiga amal qilish, stresslardan saqlanish, kasallik belgilari paydo bo'lishi bilan shifokorga uchrashish, CHinobod, Toshkent mineral suvlari, CHortoq kabi sixatgoxlarda davolanish tavsiya etiladi.

Xoletsistit kasalligida hamshiralik jarayoni

### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig'ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko'rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko'rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o'tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo'lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

Bemor shikoyatlari: o'ng qovurg'alar simillovchi ostida og'riq, subfebrilitet yog'li ovkatni ko'tara olmaslik, o'ng qovurg'alar ostida og'irlik xissi, subfebril xarorat, kekirish, ko'ngil aynishi, meteorizm, qabziyat, xolsizlik, yurakda simillagan og'riq, qayd qilish, qabziyat.

### ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

Mavjud muammolar: o'ng qovurg'alar simillovchi ostida og'riq, subfebrilitet yog'li ovkatni ko'tara olmaslik, o'ng qovurg'alar ostida og'irlik xissi, subfebril xarorat, kekirish, ko'ngil aynishi, meteorizm, qabziyat, xolsizlik, yurakda simillagan og'riq, qayd qilish.

Bo'lishi mumkin bulgan muammolar: xolestatik gepatit, kamdan – kam xolatlarda peritonit.

***III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:*** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a'zolari ishtirokini ta'minlash. Qat'iy parxez rejimi, shifokor tavsiyasiga ko'ra simptomatik davochalari, og'rikni engillashtirish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, o't xaydovchi damlamalar, dori vositalarini shifokor tavsiyasiga ko'ra berish.

***IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:*** parvarish rejasini mustaqil, bog'liq yoki o'zaro bog'liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish. Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta'minlanadi, parxez, o't pufagida

o‘tning dimlanib qolishini oldini olish maqsadida tyubaj o‘tkazish, o‘ng qovurg‘a ostida og‘irlik xissini engillashtirish va davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, dinamikada kuzatish.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samaradorligini baxolash:** bemor va uning oila a‘zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiy tomonlarini baxolash. Dori vositalarini qo‘llagandan, tyubaj o‘tkazilgandan so‘ng og‘riqlar kamayadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, axvoli qoniqarli, tinch xolatda, simillovchi og‘riqlar bartaraf etildi, parxez asosida taomlar iste‘mol qilindi. Bemor ratsionidan qovurilgan yog‘li ovqat maxsulotlari istisno qilindi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Xoletsistit kasalligining etiologiyasi
2. Xoletsistit kasalligi klinik belgilari xaqida gapirib bering
3. Xoletsistit kasalligining tashxisot usullarini tushuntirib bering.
4. Xoletsistit kasalligining davo choralari xaqida gapirib bering
5. Xoletsistit kasalligida hamshiralik jarayonin qanday tadbiiq qilinadi?
6. Xoletsistit kasalligida davo usullarida hamshiraning o‘rnini tushuntirib bering.

### **3.5 PANKREATITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI**

O‘tkir pankreatit – me‘da osti bezining birlamchi aseptik nekrozi, destruktiv shakllarida og‘ir endotoksikoz, maxalliy va tizimli yallig‘lanishli reaksiya orqali javob beruvchi a‘zo va bir necha a‘zolarning disfunksiyasiga sabab bo‘ladigan, infitsirlangan pankreonekroz vujudga kelishi bilan xarakterlanadigan o‘tkir xirurgik kasallikdir.

**O'tkir pankreatitning etiologik shakllari:** o'tkir alimentar va alkogolli pankreatit, o'tkir biliar pankreatit, o'tkir travmatik pankreatit. Boshka etiologik sabablar: autoimmun jarayonlar, qon tomir etishmovchiligi, vaskulitlar, dori vositalari (gipotiazid, steroid va nosteroid gormonlar, yuqumli kasalliklar (virusli parotit, gepatit, sitomegalovirus), allergik omillar (lak, bo'yoklar, qurilish mollari ajratadigan hidlar, anafilaktik shok), homiladorlik va menopauza davridagi disgormonal jarayonlar, me'da osti beziga qo'shni a'zolar kasalliklari gastroduodenit, penetratsiyalangan yara. O'tkir pankreatit – dinamik tez rivojlanuvchi protsess bo'lib, engil shakllarida to'liq regresslanadi va sog'ayish yuzaga keladi. O'tkir pankreatitning destruktiv shakllari poliorgan etishmovchilik, mahalliy va umumiy, aseptik va infitsirlangan asoratlarni hamda letallikka olib kelishi mumkin. Hospital oldi etapining asosiy vazifasi - erta tashxislash. O'tkir pankreatit tashxisini qo'yishda anamnestic (o't yo'llari patologiyasi va parhezning buzilishi) va klinik (Mondor triadasi: og'riq, qusish va meteorizm) belgilarga asoslanadi. Og'riq qattiq, doimiy va ko'p hollarda bel sohasiga irradiatsiya berishi bilan xarakterlanadi. Og'ir hollarda intoksikatsiya, sianoz yoki qorinning yon tomonlarida va kindik sohasida terining marmarsimon tusga kirishi kuzatiladi. Qorin palpatsiya qilinganda og'riqli.

**Tashxisoti:** laboratorli va asbobuskunalar yordamida tekshirish. O'tkir pankreatitning tashxisoti klinik-anamnestic belgilarga asoslanadi: AQB, puls va tana haroratini o'lchash, m\o yoki v\i spazmolitiklar qilish, m\o antigistamin preparatlarini qilish, shok, gipotenziya va nafas etishmovchiligida kislorod ingalyasiyasi va infuzion terapiya, evakuatsiya va ko'p tarmoqli yoki tez yordam shifoxonasiga yotqizish, kasal tranporstabel holatiga ega bo'lmasa, shoshilinch gemodinamika va nafas olishni stabillashtiruvchi chora - tadbirlar o'tkaziladi. SHundan keyin bemor yaqinroq bo'lgan ixtisoslashtirilgan klinikaning intensiv terapiya yoki reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi.

**Klinikasi:** O'tkir pankreatitning asosiy belgisi – qorin sohasining yuqori bo'lmasida turli muddatli og'riqdan shikoyat qiladilar. Og'riq kuchli yoki kuchsiz bo'lishi mumkin va to'satdan yoki sekin - asta boshlanishi mumkin.

Oshqozonosti bezining o'tkir yallig'lanishi belgilari: qorin sohasi yuqori bo'lmasida to'satdan paydo bo'lib, bel, kuraklar o'rtasiga qadar o'tib turadigan og'riq, qattiq ko'ngil aynishi va qayt qilish, ovqatdan so'ng og'riqning kuchayishi, paypaslab ko'rilganda qorin sohasidagi yuqori sezuvchanlik, qaltirash, umumiy holatning yomonlashuvi, darmonsizlik. *Surunkali pankreatit alomatlari:* bel soxasida kamarsimon og'riq bo'ladi. Odatda og'riq alkohol iste'moli yoki yog'li taom eyilganidan sal o'tmay boshlanadi. Kasallik qo'zg'algan vaqtda qonda amilaza miqdori oshib ketadi. Bemorning ichi ketadi, ozadi, xazm qilish jarayoni, so'rilish buzilishi tufayli disbakterioz rivojlanadi. Natijada qorin dam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaxa pasayishi kuzatiladi. Tana vaznining doimiy pasayib borishi, og'riq qo'rquvi tufayli bemor kamroq ovqat eya boshlaydi, keyin esa ozuqa moddalarining yomon hazm qilinishi bunga sabab bo'ladi, axlat yog'li ko'rinishda, yoqimsiz hidli, hazm bo'lmagan oqsil va yog'lar aralashmali bo'ladi, oshqozon osti bezining 80 foizi zararlanganidan keyin esa ikkilamchi qand kasalligi rivojlanadi.

***Tashxisoti:*** laboratorli va asbobuskunalar yordamida tekshirish. Umumiy qon va siydik tahlili, koagulogramma, giperamilazemiya, giperamilazuriya, laparoskopiya yo'li bilan olingan qorin bo'shlig'i ekssudatida amilaza aktivligining yuqoriligi. Rentgenografiya - pankreatit chiqish yo'llarida kalsiyning kichik zarrachalari to'planganini aniqlaydi, UTT 70 foiz bemorlarda to'qimalar dag'allashuvi, notekislik, o'lchamining o'zgarishi, chiqish yo'llari deformatsiyasi kuzatiladi, kompyuter tomografiyasi: kasallikning soxta o'sma va kista shakllarida hamda zararli o'smalarni aniqlashda yordam beradi, mrt: oshqozonosti bezi fibrozi, ya'ni ulovchi to'qimalar bilan diffuz birlashib ketish holatini aniqlashda asqotadi, magnito-rezonans xolangiopankreatografiya: nurlanish nagruzkasining noinvaziv usuli bo'lib, umumiy o't va pankreatit chiqish yo'llarining aniq tasvirini aniqlash va o'z navbatida konkrementlar (toshlar) va to'siqlar rivojlanish jarayonini aniqlash imkonini beradi, erxpg (endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya) – 12 barmoqli ichak orqali oshqozonosti bezi chiqish yo'llariga endoskop va ingichka kateter kiritish;

kasallikning og'ir shakllari va saraton ehtimolida qo'llanadi, endoskopik ultrasonografiya – UTTning endoskopiya bilan majmuaviy qo'llash zamonaviy usuli bo'lib, mayda toshlar va o'smalarni aniqlashda qo'llanadi, EFGDS – qo'shimcha reflyuks-ezofagita, yaralar, duodenitni aniqlash uchun qizilo'ngach va 12 barmoqli ichakning endoskopik tadqiqoti, angiografiya – organ tomirlariga maxsus suyuqlik yuborish orqali tadqiq qilish, odatda taloq kattalashganda portal gipertenziyani aniqlashtirish uchun qo'llanadi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTT: oshqozon osti bezining kattalashuvi, exogenligining pasayishi, konturlarining noto'g'riligi, qorin bo'shlig'i va charvi xaltasida erkin suyuqlikning bo'lishi, EGDFS - oshqozon va o'n ikki barmoq ichak shilliq qavatining holatini aniqlash uchun hamma bemorlarga nazoenteral yoki nazogastral zond qo'yish uchun o'tkaziladi.

**Davosi:** O'tkir pankreatitni davolashda kasallikning o'tkir shaklida kasalxonaga yotish tavsiya etiladi. Ko'pgina hollarda davolash jonlantirish bo'limida o'tkaziladi. Bu erda intensiv infuzion terapiya (intoksikatsiyani bartaraf etish tomir orqali eritmalar yuborish) va og'riqsizlantirish. Davolash bir necha kun davom etadi. Kasallikning nekrotik shaklida o'lgan to'qimalarni olib tashlash uchun jarrohlik amaliyoti qo'llanadi. Og'riqqa o't toshlari sabab bo'lgan bo'lsa, jarroh o't pufagini olib tashlaydi. Natijada oshqozonosti bezining yallig'lanish jarayoni to'xtaydi.

Surunkali pankreatitni davolashda bezning fermentativ funksiyasini bajaruvchi preparatlar qo'llanadi. Mikrazim – pankreatin saqlovchi zamonaviy dori vositasi bo'lib, etishmayotgan fermentlar – lipaza, amilaza, proteaza o'rnini bosadi. Dori vositasi mikrozarachalari oshqozonning hazm qiluvchi moddalaridan himoyalangani sababli, tezda 12 barmoqli ichakka o'tib ketadi. Aytish kerakki, ferment terapiyasi uzoq davom etadigan muolaja bo'lib, organizm ozuqa moddalarini me'yorida hazm qilishga yordam beradi. Davolanish bilan birga bemor parhezga amal qilib, alkogoldan voz kechishi talab etiladi. Pankreatit zo'raygan mahal oshqozonosti bezi faoliyatini bostiruvchi vositalar beriladi. Kasallikka bezning oqim yo'li zararlanishlari sabab bo'lsa, ularni bartaraf etish

uchun jarrohliq amaliyoti qoʻllanishi mumkin. Davo chora-tadbirlarini amalga oshirishda ochlik (2-3 kun), oshqozonni zondlash va aspiratsiyasi, bemorni yoshi, vaznini inobatga olgan xolda infuzion terapiya 30-60 ml/kg/s, ogʻriqsizlantirish uchun nosteroid yalliglanishga qarshi vositalar, spazmolitiklar, proteaza ingibitorlari yoki antiferment vositalar (oktreotid, somatostatin), N2-blokatorlari, protonli pompa ingibitorlari. II-III avlod ftorxinolonlari, III-IV avlod sefalosporinlari, metronidazol, immunostimulyasiya, detoksikatsiya, infuzion terapiya, prebiotiklar: xilak-forte, laktuloza, pankreatin. Tozalovchi va gipertonik xoʻqnalar 1-2 maxal/kuniga, fizioterapevtik muolajalar (magnitoterapiya), jigar ximoyasi: gepatoprotektorlar v/i ga. buyrak ximoyasi: aminokislotali eritmalar–500ml/kuniga, gemodinamikani adekvat tiklash, sorbitol 1,5 g/kg/kuniga, oqsil preparatlari (100-200 ml 10% eritma); immunostimulyasiya: polioksidoniy (600 mkg m/o №10), aminodigid-roftalazindion natriy (galavit). Aminokislotalarni vena ichiga yuborish: aminosteril, infezol, va boshqa oqsil preparatlari, tokoferol atsetat (vitamin E). Oshqozonosti bezi turli sabablarga koʻra paydo boʻladi va turli usullar bilan davolashni talab etadi. Pankreatitning har bir holatida davolash usulini belgilash uchun albatta gastroenterolog koʻrigidan oʻtish va uning maslahatini olish talab etiladi.

Parhez: pankreatitga yoʻliqqan har bir bemorga davolavchi ovqatlanish tartibi belgilanadi. Kasallik zoʻraygan mahal 1-2 kunga ovqatdan tiyilish tavsiya qilinadi, keyin esa sekin-asta shirin choy, qoqnon, suyuq boʻtqalar, quyuqroq shoʻrva, omlet eyish mumkin. Kasallik qaytalanish mahali esa yogʻ va uglevodlar saqlovchi taomlardan voz kechish lozim. Toblangan yoki bugʻlangan taomlar maʼqul. Kuniga kam-kamdan 6 mahal va taomni iliq holatda tanavvul qilish kerak.

**Profilaktika:** pankreatitda asosiy profilaktika – spirtli ichimliklar isteʼmolini cheklash, xoletsistit, oʻt-tosh kasalliklarini davolash, ferment preparatlarini doimiy qabul qilish va parhezga amal qilish.

Xoletsistit kasalligida hamshiralik jarayoni

### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig'ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko'rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko'rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o'tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo'lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

Bemor shikoyatlari: bel soxasida kamarsimon og'riq, ichi ketishi, qorin dam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaxa pasayishi kuzatiladi. ozish, og'riq qo'rquvi tufayli bemor kamroq ovqat eya boshlashi.

### ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

Mavjud muammolar: bel soxasida kamarsimon og'riq, ichi ketishi, qorin dam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaxa pasayishi.

Bo'lishi mumkin bulgan muammolar: Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik to'planishi (fermentativ peritonit, omentobursit, gidrotoraks), O'tkir pankreatogen qandli diabet, mexanik sariqlik

***III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:*** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a'zolari ishtirokini ta'minlash. Qat'iy parxez rejimi, shifokor tavsiyasiga ko'ra simptomatik davochalari, og'rikni engillashtirish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, dori vositalarini shifokor tavsiyasiga ko'ra berish.

***IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:*** parvarish rejasini mustaqil, bog'liq yoki o'zaro bog'liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish. Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta'minlanadi, parxez, o't pufagida o'tning dimlanib qolishini oldini olish maqsadida tyubaj o'tkazish, o'ng qovurg'a ostida og'irlik xissini engillashtirish va davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, dinamikada kuzatish.

***V bosqich. Hamshiralik jarayonining samaradorligini baxolash:*** bemor va uning oila a'zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiy tomonlarini baxolash. Dori vositalarini qo'llagandan, zarur in'eksiya va dori vositalarini o'tkazilgandan so'ng kamarsimon og'riqlar kamayadi.

Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, axvoli qoniqarli, tinch xolatda, parhez asosida taomlar iste'mol qilindi. Bemor ratsionidan qovurilgan yog'li ovqat maxsulotlari istisno qilindi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Pakreatit kasalligining etiologiyasi
2. Pakreatit kasalligi klinik belgilari xaqida gapirib bering
3. Pakreatit kasalligining tashxisot usullarini tushuntirib bering.
4. Pakreatit kasalligining davo choralari xaqida gapirib bering
5. Pakreatit kasalligida xamshiralik jarayonin qanday tadbiiq qilinadi?
6. Pakreatit kasalligida davu usulllarida hamshiraning o'rnini tushuntirib bering.

### **3.6 GEPATITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

**Gepatit-** jigarni yallig'lanishi bilan belgilanib, uning ishini buzilishi bilan, to'qima va hujayralarni baravariga shikastlanishi bilan, distrofik zararlanishi bilan, parietal yo'lining gistio-limfotsitlar hujayralar bilan qoplanishi hamda bu yerda oz miqdorda qo'shimcha hujayralar paydo bo'lishi bilan belgilanadi. Gepatitning o'tkir va surunkali turi bo'ladi.

**Etiologiyasi.** Gepatit rivojlanishida asosiy sabab viruslar (virusli gepatit B,C). Bundan tashqari spirtli ichimliklarni uzoq vaqt ko'p miqdorda iste'mol qilish, har xil zararli moddalar ta'siri natijasida ham ushbu kasallik kelib chiqadi. Oshqozon, ichak, o't pufagi va oshqozon osti bezining surunkali kasalliklari ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasallikning rivojlanishida organizm himoya kuchining kamayishi, viruslarning qon orqali jigarga kelib, uning ishining buzilishi davom etishi, o'tning yig'ilib qolishi asosiy ahamiyatga egadir. Yuqoridagi sabablarga ko'ra jigarda qon yig'ilib, jigar hujayralarning buzilishiga olib keladi. Bulardan tashqari gumoral, immun va autoimmun hodisalarning ahamiyati ham kattadir.

**Klinika:** Surunkali gepatitning uch turi mavjuddir: 1) persistik, 2) aktiv, 3) xolestatik.

Kasallikning persistik turi ancha yengil hisoblanib, bemorlar o'ng qovurg'a ostida kuchsiz og'riq bo'lishidan, darmonsizlanishdan, ish qobiliyati pasayishidan shikoyat qilishadi. Tekshirilganda jigarning hamma chegaralari pastga 3-4 sm gacha siljigani aniqlanib, palpaslanganda ozgina og'riq bo'ladi va qattiqlashadi. Laboratoriyada qonni tekshirilganda oqsilning umumiy miqdori ko'payib, albuminning kamayganligi va gamma-globulinning ko'payganligi aniqlanadi. Boshqa analizlar deyarli o'zgarmaydi.

Surunkali aktiv gepatit xastalikning og'ir turi bo'lib, bemorlar qorinning o'ng tomoni og'rishidan, harorati ko'tarilishidan, ko'ngli aynib, safro qusishdan, og'iz qurishdan, quvvatsizlikdan, ishtaha yo'qolishidan shikoyat qiladilar. Qorinni palpaslaganda jigarning og'rig'i kuchayib, pastga 5-6 sm.ga siljigani, qattiqlanishi, pastki qism dumaloqlashganligi aniqlanadi. Ko'z bir oz sarg'ayib, qorinda vena qon tomirlarini kengayishi, badanning ayrim joylarida «yulduzchalar» paydo bo'lishi ahamiyatga egadir. Qonda bilirubin, fermentlar miqdori ko'payib, oqsil kamaygani bilinadi. Radiologik usullar bilan tekshirilganda, jigarni ishlash qobiliyati pasayib, tashqi tomonga kengayganligi aniqlanadi. Surunkali aktiv gepatit keyinchalik sirrozga aylanadi, vaholanki, persistik turini o'z vaqtida, to'g'ri davolansa butunlay tuzalishi mumkin. Surunkali xolestatik gepatit o't pufagi yallig'lanishi, jigar o't yo'llarida va o't pufagida tosh bo'lishi natijasida kelib chiqadi. Unda og'riq bilan birga badan sarg'ayishi, qichishi va haroratning ko'tarilishi bo'ladi. Jigar 4-5 sm.gacha pastga tushadi, qattiqlashadi. Qonda bilirubin ko'payib, siydikda urobilin paydo bo'ladi. Bu kasallik keyinchalik biliar sirrozga aylanadi.

**Diagnostika:** tashxisni qo'yish uchun umumiy qon, siydik tahlili, qonda umumiy bilirubin va bilirubin fraksiyalari, ALT va AST fermentlari, mochevina, kreatinin, qand, umumiy oqsil, elektrolitlar miqdori aniqlanadi. Jigar ultratovush orqali tekshiriladi.

**Davosi:** 1) Rejim: jismoniy va ruhiy tinch holat. Kasallikning boshlanish davri bo'lsa, jismoniy va ruhiy toliqadigan ish qilmaslik. Kun o'rtasida qisqa muddatli dam olish. Kasallik xuruj qilsa, yotib davolanish. Bu vaqtda jarroxlik operatsiyalari va emlashlarga faqat vrach nazorati ostida ruxsat beriladi.

2) parxez № 5 Pevzner Buyicha: yog'li go'sht va baliq, achchiq gazaklar, qovurilgan taomlar, tuzlangan va dudlangan mahsulotlar yeyish mumkin emas. Ovqatlanish kuniga 4-5 mahal bo'lishi kerak;

3) medikamentoz, ya'ni dorilar bilan davolash: 1 guruh-jigar hujayralari almashinuvini yaxshilovchi dorilar ( vitaminlar: B-1 (tiamin) vitamin B-6 (piridoksin), vitamin B 12 va folat kislota, vitamin C, kokarboksilaza (tiamin-pirofosfat), lipoat kislota (lipamid) rer os , essensiale-kapsula va ampulada, aminokislotalar va gidrolizat oqsillar); 2 guruh-shamollashga qarshi va immunodepressiv ta'sir ko'rsatuvchi preparatlar (glyukokortikoid gormonlar, xlorxinol hosilalari; delagil, plakvinil va boshqa immunodepresantlar-azatioprin).

Bemorlar ahvoli yengillashgach, fizioterapevtik usullar qo'llaniladi. Kasalxonadan chiqqach ularga yengil ishlar bilan shug'ullanish maslahat beriladi.

### **Gepatit kasalligida hamshiralik jarayoni**

***I bosqich. Bemorni tekshirish:*** bemorlar o'ng qovurga ostida kuchsiz og'riq bo'lishidan, darmonsizlanishdan, ish qobiliyati pasayishidan shikoyat qilishadi. Tekshirilganda jigarining hamma chegaralari pastga 3-4 smgacha siljigani aniqlanib, paypaslanganda ozgina og'riq bo'ladi va qattiqlashadi.

***II bosqich. Hamshira tashxisi:*** o'ng qovurga ostida og'riq, darmonsizlik, ish qobiliyati pasayishi, ko'ngil aynish, safro qusish.

***III bosqich. Hamshira aralashuvi rejasi:*** parvarish va kuzatishni tashkil etish, shifokor tavsiyalarini bajarish, laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash.

***IV bosqich. Hamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:*** bemorni kuzatish va parvarish qilish. Bemorlarning ovqat va suyuqlik ichish rejimi, ayniqsa ovqatdan tuzni va

yogʻni qatʻiy chegaralash, turli xil dudlangan, tuzlangan, qovurilgan mahsulotlar va marinadlarni mutlaqo isteʼmol qilmaslik ustidan kuzatib borish. Bemorlarga 5- stol tayinlash. Hamshira bemor haqida maʼlumotlarni kasallik tarixiga har kuni yozib boradi. Ichi va qovugʻining oʻz vaqtida boʻshalib turishiga eʼtibor qilish zarur. Hamshira shifokorning hamma koʻrsatmalarini oʻz vaqtida puxta bajarishi zarur. Laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash (umumiy qon, siydik tahlili, qonda umumiy bilirubin va bilirubin fraksiyalari, ALT va AST fermentlari, mochevina, kreatinin, qand, umumiy oqsil, elektrolitlar miqdori, jigarning ultratovush tekshiruvi (UTT)), dorilarni oʻz vaqtida tarqatish, inyeksiya va tomchilarni oʻz vaqtida yuborish. Dori qabul qilish sabablarini tushuntirish; Uy sharoitida bemorga dori vositalarini qanday qabul qilishni oʻrgatish (necha marta, ovqatga nisbatan qabul qilish, sutka vaqtiga bogʻliqligi); Har doim qabul qilish shart va qisqa davrda qabul qilinishi kerak dorilarning farqini tushuntirish; Dori vositalarining nojoʻya taʼsiri paydo boʻlish ehtimolini tushuntirish; Bemor shifokor tavsiyalarini toʻgʻri tushunganini tekshirish.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samarradorligini baholash:** oʻng qovurga ostida ogʻriqlar yoʻqoladi. Holsizlik, quvvatsizlik kamayadi. Ishtahasi asliga qaytadi. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Gepatit kasalligiga tushuncha bering?
2. Gepatit rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Surunkali gepatitning klinik koʻrinishi oʻziga xos xususiyatlarini sanab bering
4. Gepatitni davolashning asosiy prinsiplari qanday?
5. Gepatit bilan ogʻriqan bemorlar uchun ovqatlanish ratsioni.
6. Gepatit kasalligi bilan ogʻriqan bemorlar uchun parvarish rejasini tuzib chiqing

### **3.7 JIGAR SIRROZIDA HAMSHIRALIK JARAYONI**

**Jigar sirrozi** - bu aʼzoda gepatotsitlar, yaʼni jigar hujayralarining oʻrniga biriktiruvchi toʻqima paydo boʻlishi tufayli uning chandiqlanishi va natijada organizmdagi barcha aʼzolar faoliyatining izdan chiqishi bilan kechadigan xastalikdir.

Surunkali jigar kasalligi boʻlib, surunkali gepatit kasalligining ogʻir asorati hisisoblanadi. Bu morfologik jihatdan jigarning bujmayib qolishishi va faoliyatining keskin buzilishi, jigar hujayralari – gepototsitlarning halok boʻlishi kuzatiladi. Jigar sirrozida biriktiruvchi toʻqimani rivojlanishi diffuz xarakterda boʻlib, bunga diffuz fibroz deb ataladi, boʻlakchadan tashqarida xam, periportal toʻqimada xam, boʻlakcha ichida xam roʻy beradi. Periportal toʻqimada kollagen tolalarni xosil qiluvchi fibroblastlar proliferatsiyalanadi. Portal va periportal skleroz rivojlanishida portal gipertenziya vujudga keladi, natijada faqat jigar ichidagina emas, balkim jigardan tashqarida xam portokoval anastomozlar paydo boʻladi. Jigar tuzilmalarini qayta qurilishi sirrozni eng muxim morfologik belgisidir.

**Etiologiyasi:** Eng asosiy sabablaridan biri: surunkali virusli gepatit B (va D), gepatit C, surunkali alkogolizm (toksik gepatit), metabolik oʻzgarishlar, metabolik sindrom, (gepatoz). Undan tashqari, jigar sirrozi nasliy kasalliklarni keltirib chiqaradi: gemoxromatoz, Vilson - Konovalov kasalligi, alfa-1-antitripsin tanqisligi va x.z, shuningdek jigarning autoimmun kasalliklari, birlamchi billiar sirroz, jigarning dori vosilari va maishiy toksinlar natijasida zararlanishi.



**Klinikasi:** Uzoq vaqt jigar sirrozi simptomsiz yoki minimal atipik klinik simptomlar bilan kechadi. Umumiy xolsizlik, tez charchash, asabiylashish, yigʻloqlik, xafa boʻlish. Jigarida ogʻriq, dispeptik oʻzgarishlar (ogʻzida achchiq tam, kekirish, koʻngil aynish, qusish, ishtaxa pasayishi, meteorizm), teri qichishi. Jigar sirrozining asosiy klinik belgilari oʻng qovurgʻa ostida ogʻirlik xissi va ogʻriq, gavdaning yuqori qismida

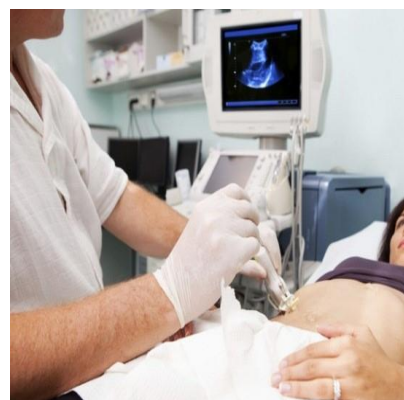
yulduzchalar, kaftlarning qizarishi, teridagi ko‘karishlar, milklarning qonashi. Kasallikning og‘ir darajasi xayotga xavf soluvchi quyidagi asoratlarga olib keladi: portal gipertenziya, qizilo‘ngachning kengaygan qon tomirlaridan qon ketishi, assit, jigar etishmovchiligi.

**Jigar sirrozini diagnostikasi:** Boshlang‘ich davrida jigar sirrozi simptomsiz yoki minimal atipik klinik simptomlar bilan kechadi, shuning uchun diagnostikasi qiyin bo‘ladi. Birinchi o‘rinda jigarning ultratovush tekshiruvi o‘tqaziladi. UT tekshiruvida jigarning xajmi va to‘qimadagi diffuz o‘zgarishlar, tugunlar aniqlanadi. Portal gipertenziasini aniqlash uchun jigar qon tomirlarning dopplerografiyasi o‘tkaziladi.

Jigar hujayralarining struktur va funksional holatini qon bioximik analizida aniqlanadi. ALT,ACT, bilirubin, ishqoriy fosfotaza, oqsil fraksiyalari), shu bilan birga qonning umumiy analizi va koagullogrammada qon ivish xossasi

tekshiriladi. Tashxisni aniq va ravshanlashtirish uchun zamonaviy usullardan foydalaniladi (bu usullar noinvaziv): elastometriya (elastografiya) – jigar fibrozlanish bosqichini aniqlab beradi.

Usul Fibroskan, Fibrotes, FibroMaks yordamida apparatida aniqlanadi. Jigarning zararlanishi darajalarda baholanadi: 0 dan 4 gacha; (0 – sog‘lom jigar; 4 – sirroz).



**Sirroz sababini aniqlash uchun gepatit V va c virusini IFA orqali aniqlanadi.** Virus aniqlanmasa, jigarning nasliy va autoimmun kasalligi, jigarning toksik zaxarlanishi inkor qilinishi kerak. Sirrozning og‘irlik darajasi Chayl-Pyu shkalasi bo‘yicha aniqlanadi. Bunda klinik laborator ko‘rsatkichlar ya’ni qonda bilirubin, albumin, protrombin indeksini tekshirgan holda. Sirrozning faol va nofaol, kompensirlangan va dekompensirlangan turlari farqlanadi. Dekompensirlangan jigar sirrozida portal gipertenziya bo‘lishi, assit, oshqozon-ichakdan qon ketishi kuzatiladi.

**Davosi:** Jigar sirrozini zamonaviy davolash quyidagi tamoyillar asosida olib boriladi: etiologik (kasallik sababini bartaraf etish yoki kamaytirish), patologik jarayonni rivojlanishini ta'minlaydigan omillarga ta'sir qilish, jigar vazifalarining o'zgarishi bilan bog'liq ravishda yuzaga kelgan jarayonlarni korreksiya qilish, og'riqli belgilarning darajasini kamaytirish va asoratlarni davolash hamda oldini olishdan iborat. Yuqorida ta'kidlab o'tganimizdek, mazkur kasallikda organizmning boshqa a'zolarida ham o'zgarishlar bo'lishini e'tiborga olgan holda kompleks davo choralari amalga oshiriladi. Davo rejasi quyidagilarni o'z ichiga oladi: ovqatlanish rejimi, medikamentlar bilan, profilaktika va asoratlarni davolash. Davo natijasi va prognozi kasallikning og'irlik darajasiga bog'liq. Kompensirlangan jigar sirrozida gepatotsitlar funksional holati saqlangan, portal gipertenziya alomatlari yo'q. sirrozning bu ko'rinishida kasallik sababi aniqlanadi va asosiy sababga maxsus davo choralari ko'riladi. Bundan tashqari psixik va jismoniy yuklamalarni kamaytirish kerak. Agar jigar sirrozining sababi virusli gepatit B va C bo'lsa, virusga qarshi, shu bilan bir qatorda fibrozlanish va sirrozlanish protsessiga ham qarshi kurashiladi. Alkogolli sirrozda gepatoprotektorlardan foydalaniladi va alkogoldan qat'iy voz kechish kasallikni nafaqat to'xtatadi, balki fibrozlanishni ham sekinlashtiradi. Noalkogol jigarning yog'li kasalligida ovqatlanish rejimiga rioya etiladi va shu bilan birga medikament davo ham tavsiya etiladi. Gormonal disbalanslar ham bartaraf etiladi. Jigarning funksional holati, hujayralar hayotiy faoliyati ham tiklanishi mumkin. Jigarning dekompensatsiyalangan bosqichidagi kasallarga parhez rejimi, medikamentoz davo va laproskopik va xirurgik davo ham qo'llaniladi. Dekompensirlangan sirroz og'ir asoratlar bilan birga keladi: portal gipertenziya, taloqning kattalashishi, qizilo'ngach va oshqozon kengaygan venalaridan qon ketish, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik to'planishi – assit bilan birga keladi. Portal gipertenziyada bir qator dori preparatlari qo'llaniladi: vazodilatatorlar va vazokonstriktorlar. Assitda davo rejasi erkin suyuqlikni siydik haydovchi preparatlar va tuzsiz diyetalar yordamida organizmdan chiqarib yuborishdir. Sirrozning terminal bosqichlarida bemor hayotini faqatgina

jigar ko‘chirib o‘tqazishgina saqlab qoladi. Bu dard bilan og‘rigan bemorlar doimo shifokorlar nazoratida bo‘lishlari shart. Shuningdek, ular parhezga qat’iy amal qilishlari kerak. Jigar sirrozida tuzi yo‘q ovqatlar buyuriladi, kaliyga boy mahsulotlar beriladi. Ovqat tarkibi asosan oqsil, yog‘, uglevod, suv minerallar moddalar va vitaminlar qat’iy balans tartibida buyuriladi. Oqsil, yog‘ va uglevodlar nisbati 1:1:4 (ketma ketlikda) bo‘lishi kerak. Hayvon oqsillari umumiy oqsilning 60 %ini tashkil etishi kerak. Umumiy yog‘larning 20-25 % ini o‘simlik moylari tashkil etishi muhimdir. Uglevodlar tarkibi kraxmal, glukoza, kletchatka va pectin bilan o‘lchanadi. Glukoza mevalar, asal, sut mahsulotlari bilan qabul qilinishi kerak. Vitamin va mineral moddalar sutkalik miqdorda tushib turishi zarur. Achchiq, sho‘r, qovurilgan va qiyin hazm bo‘ladigan ovqatlarni iste‘mol qilish ta‘qiqlanadi. Spirtli ichimliklar ichish umuman man etiladi. Chunki, spirt jigar hujayralaridagi tiklanish jarayoniga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi va patologik jarayonning yanada chuqurlashishiga sabab bo‘ladi. Jigar to‘qimasida shakllangan chandiq hujayralarni davolashdan ko‘ra, kasallikning oldini olgan afzal. Har bir inson o‘z sog‘ligi haqida o‘zi qayg‘urishi zarur. B gepatitga qarshi emlanish kabi tadbirlar jigar sirrozi rivojlanishining oldini oladi. Sog‘lom odam uchun bir kunda 3-4 marta ovqatlanish norma bo‘lsa, sirrozlarda 5-6 marta yengil ovqatlanish tavsiya etiladi. **Profilaktikasi:** Jigar sirrozini oldini olish uchun birinchi navbatda virusli gepatit va alkogolizmdan saqlanish kerak. Kasallikni vaqtida aniqlash va to‘g‘ri davo choralari ham kasallikning rivojlanib ketishining oldini oladi. Sirroz uzoq muddat davomida kelib chiqadigan kasallikdir, uni o‘z vqatida aniqlasa va butunlay davolasa ham bo‘ladi.

**Birlamchi** profilaktika sog‘lom turmush tarziga amal qilishga qaratilgan, zararli odatlarni cheklash, o‘tkir va surnkali gepatitni o‘z vaqtida samarali davolash.

**Ikkilamchi** profilaktika dispanser nazorati (fizikal, laboratornoe tekshiruv) i profilaktik davo. № 5 parhez stoli bo‘yicha ratsional 4-5 martalik ovqatlanish. Polivitamilar, gepatoprotektorlar qabul qilish. Bemorni og‘ir jismoniy yuklamadan, avtomobil boshqarishdan saqlash lozim. Jigar sirrozining kechishi

bemorning yoshiga, sababiga va bosqichiga bog‘liq. Ikkilamchi profilaktikada davo choralarga to‘liq rioya qilish, zararli odatlarni batamom cheklash xolatni kompensatsiyalash uchun zarur sabablardan biri xisoblanadi.

### **Jigar sirrozida hamshiralik jarayoni**

#### ***I bosqich. Bemorni tekshirish, muammoni aniklash***

Anamnez yig‘ish, shikoyatlar tahlili, kasallik tarixi, shifokor ko‘rigidan tashqari mutaxassis gastro – enterolog ko‘rigi hamshiralik fizikal tekshiruvlarini o‘tkazish, bemorning shikoyatlaridan kelib chiqqan xolatda zarur laborator va asbob – uskunalar yordamida tekshirishga yuborish. Ushbu tekshiruv usullaridan avval zarur bo‘lgan tushuntirish ishlarini olib borish.

Bemor shikoyatlari: bel soxasida kamarsimon og‘riq, ichi ketishi, qorin dam bo‘lishi, kekirish, ko‘ngil aynishi, qusish, ishtaxa pasayishi kuzatiladi. ozish, og‘riq qo‘rquvi tufayli bemor kamroq ovqat eya boshlashi.

#### ***II bosqich. Xamshira tashxisi:***

Mavjud muammolar: Umumiy xolsizlik, tez charchash, asabiylashish, yig‘loqlik, xafa bo‘lish. Jigarida og‘riq, dispeptik o‘zgarishlar (og‘zida achchiq tam, kekirish, ko‘ngil aynish, qusish, ishtaxa pasayishi, meteorizm), teri qichishi. Jigar sirrozining asosiy klinik belgilari o‘ng qovurg‘a ostida og‘irlik xissi va og‘riq, gavdaning yuqori qismida yulduzchalar, kaftlarning qizarishi, teridagi ko‘karishlar, milklarning qonashi. Kasallikning og‘ir darajasi xayotga xavf soluvchi quyidagi asoratlarga olib keladi: portal gipertenziya, qizilo‘ngachning kengaygan qon tomirlaridan qon ketishi, assit, jigar etishmovchiligi.

***III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:*** Qisqa va uzoq muddatli parvarish rejasini tuzib, uni amalga oshirishda bemorning oila a‘zolari ishtirokini ta‘minlash. Qat‘iy parxez rejimi, shifokor tavsiyasiga ko‘ra simptomatik davo choralari, og‘rikni engillashtirish, ovqatlanish rejimini nazoratlash, dori vositalarini shifokor tavsiyasiga ko‘ra berish.

***IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:*** parvarish rejasini mustaqil, bog‘liq yoki o‘zaro bog‘liq xolda amalga oshirilishini aniqlab olish.

Bemorni ruxiy va jismoniy osoyishtaligini ta'minlanadi, parxez, o'ng qovurg'a ostida og'irlik xissini engillashtirish va davolovchi shifokorning tavsiyalarini bajarish, dinamikada kuzatish.

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samaradorligini baxolash:** bemor va uning oila a'zolarining fikrini inobatga olgan xolda hamshiralik aralashuvini ijobiy tomonlarini baxolash. Dori vositalarini qo'llagandan, zarur in'eksiya va dori vositalarini o'tkazilgandan so'ng kamarsimon og'riqlar kamayadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, axvoli qoniqarli, tinch xolatda, parxez asosida taomlar iste'mol qilindi. Bemor ratsionidan qovurilgan yog'li ovqat maxsulotlari istisno qilindi.



### Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar

1. Jigar sirrozi xaqida tushuncha bering
2. Jigar sirrozi qanday namoyon bo'ladi?
3. Jigar sirrozini keltirib chiqaruvchi sabablar?
4. Jigar sirrozining diagnostikasi qanday tekshiruvlarga asoslangan
5. Billiar jigar sirrozida erta namoyon bo'ladigan simptomlar?
6. Qaysi kasallikda hepatomegaliya kamroq namoyon bo'ladi?
7. Jigar sirrozining asosiy klinik simptomlarini bilasiz?



## IV BOB. SIYDIK AJRATISH TIZIMI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK JARAYONI.

Buyraklar organizmni tozalashda alohida rol o'ynaydi. Ular asosan organizmni oqsil qoldiqlaridan, organik birikmalardan 3 – 6 sm loviyasimon shaklda organizmni bel qismida qorin pardadan tashqarida joylashgan. Xar

sutkada 150 litr qonni o'zidan o'tkazadi, qonni filtirlash va qayta so'rishi asosan buyrak epitilialari funksiyasiga bog'liq.

Buyraklar quyidagi vazifalarni bajaradilar:

1. Organizmda azotli birikmalarning maromini belgilash, oshiqchasini chiqarish.
2. Organizmda natriy moddasini barqarorligini ta'minlash, oshiqchasini chiqarish.
3. Organizmdagi xujayralardan tashqaridagi suv miqdorini me'yorlash, oshiqchasini chiqarish.
4. Qonda ionlar miqdorini belgilash, oshiqchasini chiqarish.
5. Organizmdagi, shu jumladan, qondagi ishqoriy kislota muxitining muvozanatini ta'minlash.

#### **4.1 PIELONEFRITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

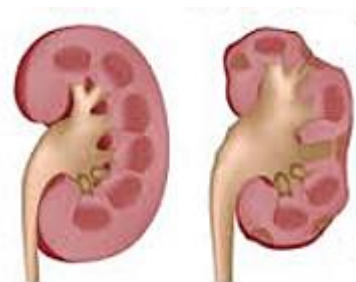
**Piyelonefrit** – o'ziga xos bo'lmagan infeksiyon yalliglanish jarayoni bo'lib, bunda bir vaqtda yoki ketma-ket buyrak parenximasi va buyrak jomi zararlanadi (ko'pincha oralik to'qima). Piyelonefrit – buyrak xastaliklari orasida eng keng tarqalgan kasallik. Bu xastalik 100 000 aholidan 100 tasida aniqlanadi. Ko'proq, o'smir qizlarda va yosh ayollarda uchraydi.

**Etiologiyasi.** Piyelonefrit infeksiyon jarayon bo'lib, bu kasallikning qo'zg'atuvchisi bo'lmaydi. U kishi tanasida doimo bo'ladigan (endogen flora) mikroblar va tashqi muxitda yashayotgan (ekzogen flora) mikroblar chaqirishi mumkin. Piyelonefrit bilan og'rikan bemorning siydigidan ko'pincha ichak va parichak tayoqlari, protey guruhidagi bakteriyalar, enterekokk va ko'k yiring tayokchalari ajratiladi.

Yaqin orada yiring-yalliglanish kasalliklari (furunkul, mastit, panaritsiy, angina, pulpit, sinusit va boshkalar) tufayli piyelonefrit bilan xastalanganlarning siydigidan ko'pincha kasallikni qo'zgatuvchi stafilokokk ajralib chiqishi aniqlanganligi ma'lum bo'ldi. Shamollash yoki oshqozon ichak kasalliklaridan keyin piyelonefrit paydo bo'lgan bemorlarning siydigida ko'pincha ichak tayoqchalari bo'ladi. Avval bir necha marta qovuq va siydik

yo'llari asboblari bilan tekshirilgan yoki operatsiya qilingan bo'lsa, gospital infeksiya shtammlariga kiradigan protey guruhidagi bakteriyalar va ko'k yiring tayoqchalari siydikdan topiladi.

Ba'zida piyelonefriti bo'lgan bemorlarning mikroorganizmlari, asosan ichak tayoqchasi va protey noqulay sharoitlar ta'sirida (antibiotik va kimyoviy preparatlar, siydikning rN o'zgarishi, antibakterial antitelalar titrining ko'tarilishi) o'zining pardasini yo'qotib, shakl va protoplastlarga aylanib, odatdagi oziq-ovqat muxitida o'smaydilar. Bu shakldagi mikroorganizmlar tashqi ta'sirlarga ancha mustahkam bo'lib, ular gipotonik muxitda osonlikcha yemiriladi. Agar qulay sharoit yaratilsa, ular yana tegishli vegetativ shakllarga aylanadilar. Mikroorganizmlarning protoplast shakllariga davolash usullari yaxshi ta'sir qilmaydi. Bu esa o'tkir piyelonefritning surunkali shakliga o'tishiga imkon beradi. Bu bilan shu xolatni xam tushuntirish kerakki, uzoq vaqt kasallik tinch turib, piyelonefrit qaytalagan bemorlarning siydigidan xuddi shu xildagi mikroorganizmlar aniqlanadi.



Buyrakka infeksiyaning to'rt yo'l bilan kirishi qabul qilingan: gematogen, siydik yo'li orqali ko'tarilishi (urinogen), siydik yo'lining devori bo'ylab ko'tarilishi, limfogen.

**Klinika:** Uchta alomat piyelonefritga xos bo'ladi: tanadagi yuqori xarorat, buyrak soxasidagi og'rik, siydikdagi yallig'lanish jarayoniga xos bo'lgan o'zgarishlar (leykotsituriya, bakteriuriya). Odatda kasallik loxaslik, bezgak titrog'i, tana xaroratining 39-40<sup>0</sup>S ko'tarilishi, yallig'lanish jarayoni bilan zararlangan buyrak soxasida og'riqning paydo bo'lishi bilan boshlanadi (ya'ni bel soxasida, qovurg'a tagida). Og'riqlar jadal bo'lishi mumkin, lekin doimo simillagan bo'lib, sanchiq og'riqlarga xos bo'lmaydi. Bemorlar bosh og'rigiga, umumiy kuchsizlikka, chanqoqqa, ishtaxaning yo'qligiga, ba'zida ko'ngil aynish, qusish, qorinning dam bo'lishiga va ichning qotishidan shikoyat kiladilar. Til quruq va oppoq bo'ladi. Tomir urishi tez-tez bo'ladi. Kechkurunlar

tananing 39-40<sup>0</sup>S ko'tarilib, ertalab 37-38<sup>0</sup>S pasayadi, Pasternatskiy alomati musbat bo'ladi. Qoidaga binoan siyish buzilmaydi, bundan boshqa xollarda, qachonki o'tkir pielonefrit o'tkir sistitning asorati bo'lib yoki qovuqning yallig'lanishga olib kelsa, siyishning buzilishi mumkin. Ko'p terni ajralganligi sababli siydinqning miqdori kamayadi.

**Diagnostika:** tashxisni qo'yish uchun umumiy qon, siydik tahlili, Nechiporenko sinamasi, qonda mochevina, kreatinin, qand, umumiy oqsil, elektrolitlar miqdori aniqlanadi. Buyraklar ultratovush orqali tekshiriladi.

Piyelonefritning tashxisida ko'p axamiyatga ega bo'lgan tekshirish tahlil usullaridan birinchi navbatda bakteriuriya va leykotsituriyalar xamda ularning darajalarini aniqlaydigan siydikdagi faol leykotsit va Shtergeymer-Malbin xujayralari bo'lib xisoblanadi.

Siydikni bakteriologik tekshirishda faqat mikroblarning xilini aniqlash maqsad bo'lmay, uning sonini aniqlashdan iborat bo'lib, ya'ni 1ml siydikdagi mikroorganizmlarning soni hisoblanadi. Xozirgi vaqtda shu narsa aniqlandiki, sog'lom kishilarning siydikdagidan ko'pincha mikroorganizmlarni aniqlash mumkin, shular qatorida shartli patogenlilar xam bo'ladi (ichak tayoqchasi va protey), chunki ayol va erkaklarning siydik chiqarish kanalining distal bo'limida doimo mikroorganizmlar yashaydi. Agar sog'lom kishilarning yangi chiqargan 1 ml siydigida qoidaga binoan  $2^0 - 10^3$  gacha mikroorganizmlar topilsa, buyrak yoki siydik yo'llarida infeksiyon yallig'lanish jarayoni paydo bo'lganda, bakteriuriya sezilarli darajada –  $10^5$  ko'payib, 1 ml sidikda esa undan xam ko'proq mikroorganizmlar topiladi.



Shuni uqtirib o'tish kerakki, avval singib ketgan bakteriologik tekshirishlar uchun siydikni ayollardan albatta qovuqni kateterizatsiya qilib olish kerak degan fikr noto'g'ri, chunki kateterni uretra orqali o'tkazgan vaqtda, qovuqni infeksiyalanishi mumkin. SHu sababli tekshirish uchun tashqi siydik a'zolar antiseptik suyukligi (1:5000 furatsilin

eritmasi, 2% borat kislota va boshqalar) shimdirilgan paxta soqqacha orqali diqqat bilan tozalanib, siyayotgan vaqtda siydikning oʻrta qismi olinadi. Ajralib chiqqan siydik xona xaroratida saqlansa 1 soatdan, agar muzxonada saqlansa (+4<sup>0</sup>S) 4 soatdan kech qoldirmay siydik ekilishi kerak. Baʼzi pielonefritli bemorlar antibakterial dorilarni 12-24 soat olgandan keyin siydigi ekilsa, mikroorganizmlarning oʻsishi boʻlmaydi, lekin 10 ml siydikning choʻkmasida 10<sup>5</sup> va undan koʻprok bakteriyalarni aniqlash imkoni boʻladi. Koʻpchilik bemorlarda proteinuriya kuzatilib, lekin siydida oqsilning miqdori 1g/l dan oshmaydi. Baʼzida biroz silindruriya boʻlib, u koʻptok asbobida yalligʻlanishni koʻrsatadi. Ok qonning ifodasi leykotsitozga oʻxshab, chap tomonga siljishi va SOE koʻtarilishi bilan oʻzgarishi koʻrinadi.

**Davosi:** pielonefritning davosi koʻp xollarda konservativdir. Bemorning kun tartibi koʻrpa-yostiq qilib yotishdan iborat boʻlishi kerak. Koʻp suyuqliklarni isteʼmol qilish ( sharbatlar, shirali ichimliklar), bir kecha-kunduzi 2-2,5 litrgacha, uglevodga boy boʻlgan ovqatlarni (pudinglar, yengil xamir ovqatlar, xoʻl va pishirilgan mevalar va boshqalar) va sutli, nordon oqsillar (suzma, qatiq va boshqalar) tavsiya kilinadi. Oʻtkir pielonefritda koʻp oqsillarning parchalanishi sababli bemorlarga parenteral orqali oqsil suyuqliklarini yuborish kerak.

Bemorlarning axvoli yaxshilangandan keyin, yengil xazm boʻladigan oqsillar (tuxum va sut bilan qilgan quymoq, buzoq goʻshti) xisobiga parxez kengaytiriladi. Agar bemorda ikki tomonlamam ogʻir buyrak zararlanishi, yuqori arteriya bosimi bilan boʻlmasa, osh tuzi chegarlanmaydi.

Davolanishning asosiy maqsadi kasallikning tarqatuvchisiga antibiogramma maʼlumotlariga asoslanib, antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalar bilan taʼsir qilishdan iborat. Pielonefritning buyrak yalligʻlanish jarayonini tez yoʻqotadi uning yiring-nekrotik bosqichiga oʻtishga yoʻl qoʻymaydigan, siydikning mikroflorasiga sezgir boʻlgan, eng foydali antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarni berishdan boshlash kerak.

Agar kasallikning qo`zgatuvchisini zamonaviy antibakterial moddalarga sezgirligini tezlik bilan aniqlash mumkin bo`lmasa, mikroorganizmlarning xiliga qarab sezgirligiga taxminan xukm chiqarishga tug`ri keladi. Chunki piyelonefritning asosiy qo`zg`atuvchilarini zamonaviy antibakterial moddalarga taxminan sezgirlik ma`lumotlari mavjud. Agar pielonefritli bemorning siydigidan kasallik qo`zg`atuvchisini ajratib chiqarishning iloji bo`lmasa, kasalxona yotgunga qadar qilingan antibakterial davolash foydali bo`lsa, uni davom ettirish kerak.

Piyelonefritning qo`zg`atuvchilariga nisbatan eng ko`p foydali antibiotiklardan karbenitsillin (bir kecha-kunduz 1g dan marta),

Ampitsillin (birkecha-kunduzi 0,5 g dan 6 marta), gentamitsin sulfat (bir kecha kunduz 40 g dan 4 marta yoki kecha-kunduzi 80 mg dan 3 marta mushak ichiga yuboriladi), seporin, keflin (bir kecha-kunduzi 0,25 g dan 4 marta mushak ichiga yuboriladi), levomitsetin ( bir kecha-kunduzi 0,5 dan 4 marta ichiriladi), disulfat kanamitsinlar ( bir kecha-kunduzi 0,5g dan 2 marta mushak ichiga yuboriladi) bo`lib xisoblanadi. Pielonefritni davolanayotgan vaqtda qo`llanilayotgan antibiotik va kimyoviy antibakterial moddalarga infeksiyani mustaxkam bo`lib qolmasligi uchun ularni xar 5-7 kunda almashtirib turish kerak.

Piyelonefrit davosi erta boshlangan ko`pchilik bemorlarda uning davri yaxshi bo`lib o`tadi. 3-5 kecha-kunduzdan keyin tana xarorati odatdagi raqamgacha pasayadi, bemorning umumiy axvoli yaxshilanib, bel soxasidgi og`riqlar ozayib, keyinchalik yo`q bo`lib ketadi. Birinchi xaftada bakteriuriya, keyinchalik leykotsituriya, 7-10 kundan keyin yo`q bo`lib ketadi. Yaqin 3-4 xaftada EChT odatdagi raqamlargacha pasayadi. Umumiy bo`shashlik ancha vaqt davom etib, kasallikning boshlanishidan 3-4 xafta keyin ko`pchilik bemorlarda klinik sog`ayish boshlanadi.

Lekin ba`zi sharoiti yaxshi bo`lmagan bemorlarda (ayrim virulentli infeksiya, tana immunologik kuchining ancha pasayishi birlamchi O`tkir piyelonefrit juda shiddat bilan o`tib, 2-3 kecha-kunduzdan keyin apostematoz piyelonefrit yoki buyrakda ko`p karbunkullar rivojlanganligi sababli operatsiya

kilish zarurati bo'lib, buyrakning dekapsulyasiyasi bajarilib, yiringli joylar yoriladi, buyrak total ravishda zararlansa, nefrektomiya kilinadi.

Pielonefrit bilan kasallangan, bemorlar kasalxonada davolanish uchun o'rtacha 10-12 kun bo'lib undan keyin ambulatoriya sharoitida uzluksiz antibakterial moddalarni qabul qilib, 6 hafta davomida muntazam ravishda urolog nazoratida bo'ladi. Klinik sog'aygandan keyin antibakterial davolanishdan 2-3 hafta tannafus kilish kerak. Undan so'ng bemorning qon va siydigini sinchiklab tekshirib, nazorat kilish kerak. Siydik tekshirishiga quyidagilar kiradi: umumiy taxlil, usullarning biri bilan leykotsit, eritrotsit va silindrlarning sonini xisoblash, xamma bakteriuriyaning darajasini va siydik mikroflorasining xususiyatlari aniqlanadi.

Agar bemorda kasallikning remissiyasi bo'lsa, retsidiyga qarshi unga 6 oy mobaynida, xar oyda 7-10 kun davomida antibakterial davolash olib boriladi. Davolash uchun avval pielonefrit qo'zgatuvchisining sezgirligi aniqlab, shu tegishli moddalarni ishlatish maqsadga muvofikdir. Keyinchalik kasallikning avj olish belgilari bo'lmasa, 2 yil mobaynida, xar 3 oyda bir marta nazorat tekshirishi o'tkaziladi.

### **Piyelonefritda hamshiralik jarayoni**

***I bosqich. Bemorni tekshirish:*** tana xaroratining 39-40<sup>0</sup>C ko'tarilishiga, buyrak soxasidagi og'riq, bosh og'rigiga, umumiy kuchsizlikka, chanqoqqa, ishtaxaning yo'qligiga, ba'zida ko'ngil aynish, qusish, qorinning dam bo'lishiga va ichning qotishidan bemor shikoyat qiladi. Til quruq va oppoq bo'ladi. Tomir urishi tez-tez bo'ladi. Kechqurunlar tananing 39-40<sup>0</sup>C ko'tarilib, ertalab 37-38<sup>0</sup>C pasayadi, Pasternatskiy alomati musbat bo'ladi.

***II bosqich. Xamshira tashxisi:*** tana xaroratining 39-40<sup>0</sup>C ko'tarilishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, buyrak soxasidagi simillagan og'riq, taxiakardiya.

***III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:*** parvarish va kuzatishni tashkil etish, shifokor tavsiyalarini bajarish, laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash.

**IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** bemorni kuzatish va parvarish qilish. Bemorlarning ovqat va suyuqlik ichish rejimi, ayniqsa ovqatdan tuzni qat'iy chegaralash, turli xil dudlangan, tuzlangan mahsulotlar va marinadlarni mutlaqo iste'mol qilmaslik ustidan kuzatib borish. Bemorlarga C vitamini miqdori yuqori bo'lgan 7 A- stol tayinlash. Sutkalik diurezni kuzatib turish kerak. Hamshira bu ma'lumotlarni kasallik tarixiga har kuni yozib boradi. Ichi va qovug'ining o'z vaqtida bo'shalib turishiga e'tibor qilish zarur. Hamshira shifokorning hamma ko'rsatmalarini o'z vaqtida puxta bajarishi zarur. Laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash (umumiy qon analizi, umumiy siydik taxlili; Nechiporenko sinamasi, qonda mochevina, kreatinin, qand, umumiy oqsil, elektrolitlar miqdori, buyrakning ultratovush tekshiruvi(UTT)), dorilarni o'z vaqtida tarqatish, in'eksiya va tomchilarni uz vaqtida yuborish.

**V bosqich. Hamshiralik jarayoniningsamarradorligini baxolash:** Bosh og'rig'i, buyrak soxasida og'riqlar yo'qoladi. Xolsizlik, quvvatsizlik kamayadi, temperatura ko'tarilmaydi. Ishtaxasi asliga qaytdi. AQB, puls ko'rsatkichlari normaga tushadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Piyelonefrit kasalligiga tushuncha bering?
2. Piyelonefrit rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Surunkali piyelonefritning klinik ko'rinishi o'ziga xos xususiyatlarini sanab bering
4. Piyelonefritni davolashning asosiy prinsiplari qanday?
5. Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan og'rigan bemorlar uchun ovqatlanish ratsioni.
6. Piyelonefrit kasalligi bilan og'rigan bemorlar uchun parvarish rejasini tuzib chiqing

## **4.2 GLOMERULONEFRITLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

**Glomerulonefrit (GN)** - buyrak ko'ptokchalarining immunologik yalliglanishi va ikkilamchi buyrak kanalchalarining shikastlanishi bilan kechuvchi kasalligi sifatida qaraladi. Kasaallik asosan maktabgacha va maktab eshidagi bolalarda kuzatiladi.

**Etiologiyasi.** GN polietiologik kasallik bo'lib, A guruxli  $\beta$  – gemolitik streptokokk, stafilikokklar, V gepatit virusi, sitomegaloviruslar, bezgak plazmodiyasi kasallikning asosiy sababchilaridir. Noinfeksion omillardan GN rivojlanishida profilaktik emlash, sovuqotish ahamiyatlidir.

**Klinikasi.** Kasallikning utkir (1 yilgacha) va surunkali (1 yildan uzoqroq davom etuvchi) formalari farqlanadi

GN o'tkir boshlanadi. Odatda o'tkir infeksiya surunkali tonzillit, anginalardan 1 – 3 hafta o'tgach noxushlik, bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, temperatura ko'tarilishi kuzatiladi. Bemor xolsiz bo'ladi, ishtaxasi pasayadi, quvvatsizlik yuzaga keladi. O'tkir GNga uch sindrom xarakterli: shishlar, gipertenziya, peshobdagi o'zgarishlar.

**Shishlar** - o'tkir GN erta belgisi xisoblanadi. Bemorning teris rangpar, yuzlari kerikgan, qovoqlarda shish kuzatiladi. Shishlar tana va oyoq - qo'lga tezda tarqalishi mumkin. Ba'zida bemor bel yoki qorindagi og'riqqa shikoyat qiladi.

**Peshobdagi o'zgarishlar** - oliguriya, gematuriya, leykotsituriya, proteinuriyadir. Siydikning sutkalik miqdori kamaygach siydik nisbiy zichligi yuqori (1030 – 1040) bo'lishi kuzatiladi. Gematuriya darajasi xar xil: mikrogematuriyadan to makrogematuriyagacha (siydik rangi «go'sht seli» ko'rinishida bo'ladi. Oqsil miqdori (proteinuriya) turli bo'lishi mumkin (0,033-3,3% va undan yuqori).



**Gipertenzion sindrom** rivojlanishida sistolik bosim bilan birga diastolik bosim ham oshadi. Yurak auskultatsiyasida yurak cho‘qqisida sistolik shovqin aniqlanadi.

O‘tkir GN kechishida bir necha davrlarni o‘z ichiga oladi. *Boshlangich davri* 2-4 xaftagacha davom etadi. Bunda yuqoridagi belgilar turli darajada bo‘lishi (asosiy shishlar yoki siydik sindromi yoki gipertenziya ustunligi kuzatiladi, ba’zi xollarda xamma sindromlarning baravar kuchli ko‘rinishi kuzatiladi). *So‘nish davrida* (u o‘rtacha 2-4 oy davom etadi) kasallikning ekstrarenal belgilari yo‘qoladi (shish va gipertenziya), siydikdagi o‘zgarishlar kamayadi. *Klinik – laborator remissiya davri* – klinik simptomlar va siydikdagi o‘zgarishlar aniqlanmaydi.

Surunkali GNning namoyon bo‘lishi bo‘yicha 3 ta asosiy formasi: gematurik, nefrotik va aralash shakllari aniqlanadi.

**Gematurik shaklida** makrogematuriya yoki kuchli namoyon bo‘lgan mikrogematuriya aniqlanadi. Proteinuriya va qon bosimi oshishi yuqori bo‘lmaydi. Buyrak faoliyati uzoq vaqt me‘yoriy xolatda bo‘ladi.

**Nefrotik shaklida** siydik orqali ko‘p miqdorda oqsil ajralishi (1,65-9,9%) va kuchli ifodalangan diffuz shishlar kuzatiladi. Kasallik to‘lqinsimon kechadi. Buyrak funksiyasi uzoq vaqt me‘yoriy xolatda bo‘ladi.

**Aralash shakli** qon bosimi oshishi, gematuriya, nefrotik sindrom bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik noxush oqibat bilan kechadi. Surunkali buyrak etishmovchiligi erta rivojlanadi.

Surunkali GN kechishda 3 ta davr aniqlanadi: *qo‘zish davri* – xamma klinik simptomlar kuchli namoyon bo‘lgan, *qisman remissiya davri* – ekstrarenal simptomlar yo‘qoladi, lekin siydikdagi o‘zgarishlar qoladi, *klinik – laborator remissiya davri* – ekstrarenal simptomlar va siydikdagi o‘zgarishlar aniqlanmaydi.

**Diagnostika.** GN diagnostikasida quyidagi tekshirishlar o'tkaziladi: umumiy qon analizi (anemiya, leykotsitoz, EChT oshishi, eozinofiliya), umumiy siydik analizi (proteinuriya, gematuriya silindruriya ba'zan leykotsituriya); Nechiporenko sinamasi, Zimnitskiy sinamasi, zardobda oqsil va uning fraksiyalari, azot qoldiklari, kreatinin va mochevina, koagulogramma, ekskretor urografiya, buyrakning ultratovush tekshiruvi (UTT), radioizotop renografiya, Reberg sinamalari.



**Davosi.** O'tkir GN yoki surunkali GN qo'zish davrida bemor kasalxona sharoitida davolanishi lozim. Kasallikning o'tkir davrida to'shak rejimi 4 – 6 hafta, to'shishlar yo'qolguncha, arterial qon bosimi me'yorlashguncha va siydik tarkibi yaxshilanguncha buyuriladi. Bola axvoli yaxshilangandan keyin yarim to'shak rejimiga o'tiladi. Parxezida № 7 stol (oqsil, tuz, suyuqliklar chegaralangan) buyuriladi.

Glomerulonefritning davolashda antibakterial terapiya (penitsillin va yarimsintetik penitsillinlar), antigistamin preparatlardan diazolin, suprastin kabilari tavsiya qilinadi. Vitaminlardan asosan V gurux vitaminlari, antioksidantlardan A va E vitaminlar buyuriladi. Gipotenziv terapiya rezerpin, anaprilin kapotenni o'z ichiga oladi. Diuretiklardan (siydik xaydovchi dorilar) furosemid, gipotiazid, laziks kabilari buyuriladi.

*Patogenetik terapiya:* Prednizolon kasallikning birinchi kunlaridan 4 hafta davomida va yana 6 oy davomida kichik dozada tayinlanadi. Antikoagulyantlar (buyrak ko'ptokchalarda qon aylanishni yaxshilash maqsadida) - heparin 3 hafta davomida. Antiagregantlar - kurantil 2-3 oy davomida, 4-aminolin qatoriga mansub - delagil, plakvenil 6 oy davomida beriladi. Kasallikning og'ir formalarida sitostatiklar - leykeran, xlorbutin, azatioprinlar uzoq muddatga buyuriladi.

Buyrak faoliyati buzilgan xollarda qonni buyrakdan tashqari tozalash usullari - plazmoferez, gemodializ, gemosorbsiyalar o`tkaziladi.

### **Glomerulonefritda hamshiralik jarayoni.**

**I bosqich. Bemorni tekshirish:** noxushlik, bosh og`riq, ko`ngil aynish, qusish, temperatura ko`tarilishi kuzatiladi. Bemor xolsiz bo`ladi, ishtaxasi pasayadi, quvvatsizlik yuzaga keladi. Bemorning teris rangpar, yuzlari kerikgan, qovoqlarda shish kuzatiladi.

**II bosqich. Xamshira tashxisi:** xar xil darajadagi tana shishishi, bosh og`rishi, bosh aylanishi, yurak soxasida og`riq, nafas qisishi, sianoz, gepatomegaliya, taxiakardiya yoki bradikardiya.

**III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasi:** parvarish va kuzatishni tashkil etish, shifokor tavsiyalarini bajarish, mutaxassis maslaxatlari va laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash.

**IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** bemorni kuzatish va parvarish qilish (bemorga 7-parhez tavsiya etiladi. Unga ko`ra osh tuzi chegaralanadi. Badanda shish bo`lgan holatda tuz umuman berilmaydi. Oqsilning sutkalik miqdori 40 grammgacha (shundan 70-75 foizi hayvon oqsili) kamaytiriladi. Tavsiya etilgan miqdordagi mol go`shti va baliq qaynatib pishiriladi. Ovqatning ta`mini limon kislotasi va souslar bilan yaxshilash mumkin.), shifokor tavsiyalarini uz vaqtida bajarish, laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash (umumiy qon analizi, umumiy siydik analizi; Nechiporenko sinamasi, Zimnitskiy sinamasi, zardobda oqsil va uning fraksiyalari, kreatinin va mochevina, koagulogramma, buyrakning ultratovush tekshiruvi(UTT)), dorilarni o`z vaqtida tarqatish, in`eksiya va tomchilarni uz vaqtida yuborish, bemorni mutaxassislar maslaxatiga tayyorlash(kardiolog, gastroenterolog).

**V bosqich. Hamshiralik jarayonining samaradorligini baxolash:** Bosh og`riq, ko`ngil aynish, qusish yo`qoladi. Xolsizlik, quvvatsizlik kamayadi, temperatura ko`tarilmaydi. Ishtaxasi asliga qaytdi. Qovoqlardagi shishlar

kamayadi. AB, Rs koʻrsatkichlari normaga tushadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi va bemor ruxan tinchlanadi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. Glomerulonefrit kasalligiga tushuncha bering?
2. Glomerulonefrit kasalligini rivojlanishiga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
3. Glomerulonefrit kasalligini klinik manzarasi.
4. Glomerulonefrit kasalligini laborator-instrumental tekshirish usullari xaqida maʼlumot bering?
5. Glomerulonefritni davolashning asosiy prinsiplari qanday?
6. Glomerulonefrit kasalligi bilan ogʻrigan bemorlar uchun parvarish rejasini tuzib chiqing
7. Glomerulonefrit kasalligini profilaktikasi?

### **4.3 OʻTKIR VA SURUNKALI BUYRAK ETISHMOVCHILIGIDA HAMSHIRALIK JARAYONI.**

**Buyrak etishmovchiligi** deganda, buyrakning ekskretor faoliyatining oʻta pasayishi yoki toʻxtashi, buyrakning boshqa faoliyatlarining chuqur oʻzgarishi va organizm ichki muhiti doimiyligining buzilishi bilan kechadigan holat (sindrom) nazarda tutiladi.

Buyrak etishmovchiligining oʻtkir va surunkali shakllari mavjuddir, bu esa etishmovchilikning qanchalik tez rivojlanishi bilan belgilanadi. Buyrak faoliyatining buzilganligini koʻrsatuvchi asosiy belgi boʻlib, siydik ajratilishida faol ishtirok etuvchi nefronlar sonining kamayishi xisoblanadi (faol nefronlar miqdori — FNM). Bu miqdor ikki baravar kamayganda buyrakning barcha faoliyatlari buziladi. FNM oz miqdorda kamayganda buyrak faoliyati chegaralangan ravishda buziladi.

**O'tkir buyrak etishmovchiligi** - bu holat ancha ko'p uchrab, gomeostazning buyrakka bog'liq bo'lgan holatining keskin buzilishiga va ko'pincha bemorning o'limiga olib keladi.

**Etiologiya:** o'tkir buyrak etishmovchiligining asosiy sabablarini buyrakka bog'liq yoki unga bo'lmagan guruxlarga ajratiladi: **buyrakka bog'liq sabablar** — o'tkir glomerulonefrit, buyrakning turli moddalar ta'sirida o'tkir va tez shikastlanishi, o'tkir va xavfli kechadigan pielonefrit, buyrak qon tomirlarining trombozi yoki emboliya tufayli berkilishi, tomirlarning deyarli yaxlit organizm miqyosida yallig'lanishi (umumiy vaskulit).

**Buyrakdan tashqaridagi sabablar** — ko'p qon yo'qotish, shok va kollaps; to'qimalarning xaddan tashqari shikastlanishi yoki kuyishi, organizmning ekzogen va endogen kuchli zaxarlanishi, siydik yo'llarining keskin va to'la berkilishi va boshqalar.



Ko'rsatilgan sabablar turli kasalliklarda kelib chiqishi mumkin. Masalan, organizmning endogen zaxarlanishi sepsisda, diabetik komada va boshqa xollarda kuzatilsa, o'ta yuqori gemoliz guruhi to'g'ri kelmaydigan qon ko'p miqdorda quyilganda va organizmga gemoliz chaqiruvchi zaxarli moddalar tushganda yuzaga kelishi mumkin.

**Klinika:** o'tkir buyrak etishmovchiligining kechishida asosiy to'rt bosqichni ajratish mumkin: 1) boshlang'ich; 2) oligoanuriya; 3) poliuriya; 4) sog'ayish bosqichlari.

Eng rivojlangan etishmovchilikka xos bo'lgan belgilar oligoanuriya bosqichida kuzatiladi. Bunda organizmda suv-tuz va kislota-ishqor muvozanatlarining chuqur buzilishlari kuzatiladi. Bosh miya va o'pkalarda suyuqlik to'planib shishishi natijasida yurak-qon tomir va nafas sistemalarining faoliyati keskin buziladi. Xushdan ketish, koma holati, qayt qilish,

mushaklarning tirishishi va boshqa belgilar nerv sistemasining faoliyati buzilganidan dalolat beradi. Aksariyat bemorlarning o'limi ana shu bosqichda kuzatiladi. Yuqori samarali davolash usullari o'z vaqtida qo'llanilsa, 5-10 kundan keyin diurezning tiklanishi va poliuriya bosqichi yuzaga chiqadi. Filtrlanish jarayonining kuchayishi uning tiklanishi va faol nefronlar miqdorining asta-sekin oshib borishi bilan bog'liqdir. Shu bilan birga buyrakning boshqa vazifalari ham sekinlik bilan tiklana boshlaydi.

**Surunkali buyrak etishmovchiligi** - buyrak nefronlarining oshib boruvchi xalokati va faol nefronlar miqdorining kamayib ketishi tufayli yuzaga keladigan holat yoki sindromdir. Bu xolatning dastlabki belgilari faol nefronlar miqdori 50% gacha kamayganida boshlanib, bu miqdor 30% ga tushganda yaqqol namoyon bo'ladi.

**Etiologiya:** surunkali buyrak etishmovchiligining sabablarini ham shartli ravishda bevosita buyrak bilan bog'liq, bo'lgan va buyrakdan tashqari, ya'ni buyrakning boshqa kasalliklarida patologik jarayonga ikkilamchi jalb etilib shikastlanishi bilan aloqador guruxlarga ajratish mumkin. Buyrakka bevosita bog'liq sabablarga buyrakning kuchayib boruvchi surunkali kasalliklari (surunkali glomerulonefrit, piyelonefrit, uzoq, davom etuvchi buyrak tosh kasalligi va boshqalar) misol bo'ladi. Buyrakning arterial gipertoniya, qandli diabet, amiloidoz, podagra, buyrak arteriyasining stenoz va boshqa xolatlardagi ikkilamchi shikastlanishi ham surunkali buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'lishi mumkin.

**Klinika:** SBY ning klinik kechishida 4 bosqich farqlanadi: 1) latent; 2) kompensirlashgan; 3) intermitirlovchi; 4) terminal.

**Latent bosqichi** – shikoyat bildirmaydi, diurez norma chegerasida, gemoglobin 100 dan ortiq, Zimnitskiy sinamasi normada, qonda mochevina 8,8 mmol/l gacha, qonda kreatinin 0,18 mmol/l gacha, ko'ptokchalar filtratsiyasi 45-60 ml/min., siydik osmolyarligi 450-500 mosmol/l, qon elektrolitlari deyarli normada, metabolik atsidoz yo'q.

**Kompensirlangan bosqichi** – shikoyatlari dispepsiyaga, og‘iz qurishiga, toliqishga; diurez – yengil poliuriya, gemoglobin 85-100, qonda mochevina 8,8-10 mmol/l, qonda kreatinin 0,2-0,28 mmol/l, ko‘ptokchalar filtratsiyasi 30-40 ml/min., siydik osmolyarligi 400 mosmol/l gacha, kam hollarda giponatriemiya, metabolik atsidoz yo‘q.

**Intermitirlovchi bosqich** – shikoyatlari holsizlikka, bosh og‘rishiga, uyqu buzilishiga, chanqashga, ko‘ngil aynishiga; ifodalangan poliuriya, gemoglobin 65-85, gipoizostenuriya, qonda mochevina 10-19 mmol/l, kreatinin 0,3-0,6 mmol/l, ko‘ptokchalar filtratsiyasi 20-30 ml/min., siydik osmolyarligi 250 mosmol/l dan kam, ko‘pincha giponatriemiya, gipokalsiemiya, kuchsiz metabolik atsidoz.

**Terminal bosqich** 4 davrni o‘z ichiga oladi:

**I** – buyrakning suv chiqarish funksiyasi saqlangan. Klirens 10-15 ml/min gacha kamaygan, azotemiya – 71-107mmol/l o‘sib borish tendensiyasi bilan. Atsidoz kuchsiz, suv-elektrolit buzilishi yo‘q.

**II A** – oligo- yoki anuriya, suyuqlik ushlanib qolishi, diselektrolitemiya, giperazotemiya, atsidoz. Yurak-qon tomir tizimi va boshqa a‘zolar tomonidan qaytar o‘zgarishlar. AG. QAE IIA.

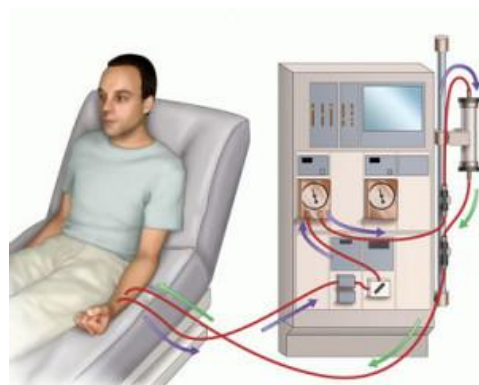
**II B** – o‘sha ma‘lumotlar, biroq katta va kichik qon aylanish doirasida qon aylanishining buzilishi bilan ancha og‘ir yurak yetishmovchiligi qo‘shiladi.

**III** – og‘ir uremiya, giperazotemiya (285 mmol/l va undan yuqori), diselektrolitemiya, dekompensirlangan atsidoz. Dekompensirlangan yurak yetishmovchiligi, yurak astmasi hurujlari, anasarka, jigarning va boshqa ichki a‘zolarining og‘ir distrofiyasi.

**Davosi:** SBYni davolash buyrak yetishmovchiligiga olib kelgan buyrak kasalligini davolash bilan birga olib boriladi. Buyrak jarayonlari buzilmagan bosqichda etiologik va patogenetik davo o‘tkaziladi, bunda bemorni tuzatish va buyrak etishmovchiligi rivojlanishini to‘xtatish yoki remissiyaga tushirish, sekin kechuvchi kasallikka o‘tkazish mumkin. Buyrak jarayonlari buzilishi bilan kechuvchi bosqichida patogenetik davo o‘z ahamiyatini yo‘qotmaydi, biroq

simptomatik davó usullarining roli ortadi (gipotenziv preparatlar, antibakterial vositalar, sutkalik ratsionda oqsilni cheklash - 1 kg tana vazniga 1 g dan ortiq emas, sanator-kurort davó va boshqalar). Terapevtik tadbirlar asosan gomeostazni tiklashga, azotemiya va uremiya simptomlarini kamaytirishga qaratilgan bo'ladi. Sutkalik ratsiondagi oqsil miqdori buyrak funksiyasining buzilish darajasiga bog'liq. Koptokchalar filtratsiyasi 50 ml/min dan kam va qondagi kreatinin miqdori 0,02 g/l dan yuqori bo'lganda qabul qilinayotgan oqsil miqdorini 30-40 g/sut gacha kamaytirish maqsadga muvofiqdir, koptokchalar filtratsiyasi 20 ml/min dan kam bo'lganda esa, tarkibida oqsil miqdori 20-24 g/sut dan ko'p bo'lmagan dieta buyuriladi. Dieta yuqori kaloriyalik bo'lishi (3000 kkal atrofida) va almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalar tutishi kerak (go'shtsiz va baliqsiz kartofel-tuxumli dieta). Ovqatlar osh tuzini (2-3 g gacha) chegaralab, yuqori gipertenziyalik bemorlarga esa tuzsiz tayyorlanadi. SHishlari yo'q va kuchsiz gipertenziyasi bor bemorlarga ovqatni yana tuzlash uchun qo'shimcha ravishda 2-3 g osh tuzi beriladi. Kalsiy almashinuvining buzilishi va osteodistrofiyaning rivojlanishi uzoq muddat davomida kalsiy glyukonatni va sutkasiga 100 000 ME gacha vitamin D ni qo'llashni talab etadi, lekin giperfosfatemiyada vitamin D ni yuqori dozalarda qo'llash ichki a'zolar kalsifikatsiyasiga olib kelishi mumkin. Qonda fosfatlar miqdorini kamaytirish uchun almagaelni 1-2 choy qoshiqdan kuniga 4 marta qo'llaniladi; davolash doimiy ravishda qonda kalsiy va fosfor miqdorini nazorat qilib turishni talab etadi. Atsidozda uning darajasiga qarab gidrokarbonat natriyning 5% li 100- 200 ml eritmasi v/i ga yuboriladi. Diurez kamayganda poliuriyani ta'minlovchi furosemid (laziks) buyuriladi. AB ni kamaytirish uchun furosemid bilan birgalikda odatiy gipotenziv vositalar (Gepertoniya kasalligiga qarang) qo'llaniladi. Anemiya davolash kompleksidir va bunga eritropoezni kuchaytirish uchun testosteron propionatning 1 ml 5% li moyli eritmasi m/o ga har kuni, temir preparatlarini qo'llash kiradi. Gematokrit 25% va undan kam bo'lganda kichik dozalarda eritrotsitar massa quyish ko'rsatma hisoblanadi. SBY da antibiotiklar va ximioterapevtik preparatlarni ehtiyotkorlik

bilan qo'llash zarur: penitsillin, ampitsillin, metitsillin, seporin va sulfanilamidlar dozasi 2-3 barobar kamaytiriladi. SBE da nitrofuran unumlari qarshi ko'rsatma hisoblanadi.



Gemodializni buyrak yetishmovchiligi avj olish davrida va bemor ahvoli yaxshilangandan so'ng qayta qo'llash mumkin, uzoq yoki qisqa muddat konservativ terapiya o'tkaziladi. SBY da plazmaferezning qayta kurslari yaxshi samara beradi. Terminal bosqichda agar konservativ terapiya samara bermasa va qarshi ko'rsatma bo'lmasa bemorni regulyar (haftada 2-3 marta) gemodializga o'tkaziladi. Regulyar gemodializ odatda kreatinin klirensi 10 ml/min dan kam bo'lganda, uning plazmadagi miqdori 0.1 g/l dan yuqori bo'lganda qo'llaniladi. Uzoq muddat uremiya holati, chuqur distrofiya, ensefalopatiya va SBY ning boshqa asoratlari gemodializ natijalarini jiddiy ravishda yomonlashtiradi va buyrak ko'chirib o'tkazish operatsiyasini o'tkazishga yo'l bermaydi, shuning uchun gemodializ hamda buyrak transplantatsiyasi o'tkazishni o'z vaqtida xal qilish lozim.

### **Buyrak yetishmovchiligida hamshiralik jarayoni.**

**I bosqich. Bemorni tekshirish:** Ko'ngil aynishi, og'iz qurishi, bosh aylanishi, bosh og'rishi kabi yengil intoksikatsiya simptomlari, shuningdek nikturiya (kechasi ko'p peshob ajralishi) va yengil poliuriya (peshob miqdorining ko'payishi) kasallikning ikkinchi bosqichida namoyon bo'la boshlaydi. Kasallik bosqichdan bosqichga o'tgani sari bemorda peshob miqdori ko'payib boradi. Faqat oxirgi terminal bosqichiga kelib peshob miqdori kamaya boshlaydi. Shu bilan birga umumiy intoksikatsiya (zaxarlanish) belgilari kuchayadi. Bemor xolsiz bo'ladi, ishtaxasi pasayadi, quvvatsizlik yuzaga keladi. Bemorning terisi rangpar, yuzlari kerikgan, qovoqlarda shish kuzatiladi.

**II bosqich. Xamshira tashxisi:** umumiy darmonsizlik, teri qichishishi, badandagi shishlar, asabiylashish, depressiya, apatiya, kayfiyatning o'zgarishi

bilan almashuvchi, bradikardiya yoki taxikardiya, nafas qisishi, o'pka pardasi va plevrada ishqalanish shovqini, milklar qonashi.

**III bosqich. Xamshira aralashuvi rejasini:** parvarish va kuzatishni tashkil etish, shifokor tavsiyalarini bajarish, mutaxassis maslaxatlari va laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash.

**IV bosqich. Xamshira rejasini amaliyotga tatbiq etish:** bemorni kuzatish va parvarish qilish (bemorga 7-parhez tavsiya etiladi. Unga ko'ra osh tuzi chegaralanadi. Badanda shish bo'lgan holatda tuz umuman berilmaydi. Oqsilning sutkalik miqdori 40 grammgacha (shundan 70-75 foizi hayvon oqsili) kamaytiriladi. Tavsiya etilgan miqdordagi mol go'shti va baliq qaynatib pishiriladi. Sut va sut mahsulotlari esa quyidagicha tavsiya etiladi: sut – 140 g, tvorog – 25 g, smetana – 140 g, tuxum sutkasiga 1 dona (chala pishgani), yormalar va sabzavotlar kuniga 400 g, kartoshka 300 g gacha beriladi. Qovoq parhezboq taom sifatida tavsiya etiladi. Shuningdek mevalar, o'tkir bo'lmagan choy va qahva, na'matak suvi, kepek ivitmasi, har xil sabzavot va meva sharbatlari tavsiya etiladi.), shifokor tavsiyalarini o'z vaqtida bajarish, laborator va instrumental tekshiruv usullariga tayyorlash (umumiy qon analizi, umumiy siydik analizi; Nechiporenko sinamasi, Zimnitskiy sinamasi, zardobda oqsil va uning fraksiyalari, kreatinin va mochevina, koagulogramma, buyrakning ultratovush tekshiruvu(UTT)), dorilarni o'z vaqtida tarqatish, in'eksiya va tomchilarni o'z vaqtida yuborish, bemorni mutaxassislar maslaxatiiga tayyorlash(kardiolog, gastroenterolog). Gemodializni buyrak yetishmovchiligi avj olish davrida va bemor ahvoli yaxshilangandan so'ng qayta qo'llanadi.Terminal bosqichda agar konservativ terapiya samara bermasa va qarshi ko'rsatma bo'lmasa bemorni regulyar (haftada 2-3 marta) gemodializga tayyorlab o'tkaziladi.

**V bosqich. Hamshiralik jarayoniningsamarradorligini baxolash:** Ko'ngil aynishi, og'iz qurishi, bosh aylanishi, bosh og'rishi kabi yengil intoksikatsiya simptomlari yo'qoladi. Xolsizlik, quvvatsizlik kamayadi. Ishtaxasi asliga qaytdi. Badandagi shishlar kamayadi. AB, Rs ko'rsatkichlari

normaga tushadi. Bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi va bemor ruxan tinchlanadi.



### **Bilimlarni mustaxkamlash uchun savollar**

1. O'tkir buyrak yetishmovchiligini klinik belgilari xaqida gapirib bering
2. O'tkir buyrak yetishmovchiligi bosqichlari kechishini tushuntirib bering.
3. Surunkali buyrak yetishmovchiligini etiologiyasi xaqida gapirib bering.
4. Surunkali buyrak yetishmovchiligini klinik kechishi va diagnostika usullarini tushuntirib bering.
5. Surunkali buyrak yetishmovchiligida xamshiralik jarayonin qanday tadbiq qilinadi?
6. Surunkali buyrak yetishmovchiligini yangi davo usullarida hamshiraning o'rmini tushuntirib bering.

### **GLOSSARIY**

**Anamnez morbi** – kasallik tarixi

**Anamnez vitae** – hayot tarixi

**Auskultatsiya** – eshitib tekshirish usuli

**Anemiya** - kamqonlik

**Apnoe** - nafas harakatlarida nafasning to'xtab qolishi

**Aritmiya** - yurak normal ritmining buzilishi

**Asteniya** - sezgi yo'qolishi

**Astit** - qorin bo'shlig'iga suyuqlik to'planishi

**Alveolalar** - o'pkadagi havo yo'llarining so'ngi kengaygan qismi . Bu yerda havo bilan qon o'rtasida gaz almashinuvi jarayoni kuzatiladi

**Anafilaksiya** - allergen ta'sir etgan zaxoti kelib chiqadigan allergic reaksiyaning bir turi

**Antigenlar** - Organizm uchun genetik begona molekulali oqsil moddalar, bakteriyalar va uning toksinlari

**Antitelo** - Organizmga antigenlar tushganda qon va to'qimalarda hosil bo'lgan oqsil tabiatli immun moddalar

**Antitoksik davo** - toksinlarga qarshi davo

**Antitoksinlar** - mikroblar zahrini neytrallovchi va organizmni zaharlanishdan saqlovchi maxsus moddalar

**Anuriya** - siydikning butunlay ajralmasligi.

**Apatiya** - iroda susayishi natijasida hayotga beparvolik

**Apnoe** - nafas harakatlarida nafasning to'xtab qolishi

**Aritmiya** - yurak normal ritmining buzilishi

**Asfeksiya** - bo'g'ilish, nafas olish yo'llari orqali kislarod va karbanat angidrid chiqishi buzilishidan kelib chiqadigan holat

**Aspiratsiya** - biron yot jism tiqilib qolish

**Asteniya** - sezgi yo'qolishi

**Astit** - qorin bo'shlig'iga suyuqlik to'planishi

**Anasarko** - teri osti klechatkasida suyuqlik yig'ilishi

**Atrio** - yurak bo'lmachasi

**Aorta** - shotomir

**Angeon** - tomir

**Akson** - nerv hujayrasining uzun o'simtasi

**Allveola** - nafas pufakchalari

**Bemor muammolari** – Har qanday vaziyatda ham bemorning optimal holati

**Bioetika** - zamonaviy tibbiyotda inson muammolari va huquqlarini o'rganuvchi fan.

**Bronxlar** - o'pka to'qimalariga havo yetkazib va aksincha havoni tashqariga chiqarib turuvchi, shuningdek o'pkani turli mikroblardan tozalab turuvchi a'zo

**Bronch** - bronxlar

**Derma** – terining o'rta qatlami

**Dispnoye** – patologik nafas harakatlari

**Disfagiya sindromi** – yutish qiyinlashuvi

**Diyareya** – ich surishi

**Deontologiya** - aniq vaziyatda hamshiraning axloq odobi, o`zini tuta bilishi va muomalasini amaliy faoliyatda qollanishi

**Davolovchi parhez ovqatlanish** – ba’zi bir kasalliklarda asosiy davolash turi bo‘lishi mumkin. Ba’zi bir oziq moddalarni o‘zlashtirilishini nasliy ravishda buzilganligi yoki boshqa turdagi da’vo turlaridan biri xisoblanadi.

**Depressiya** - ruxiy tushkunlik, harakatning susayishi

**Epidemiologik anamnez** – yuqumli kasalliklarga oid so‘rov

**Endokrin buzulishlar** -ichki sekretsiya bezlaridagi o‘zgarishlar.

**Epidemiologiya** - eridimiyaning paydo bo‘lishi va rivojlanishining oldini olish va qarshi kurashish bo‘yicha fan.

**Epidemiya** - biror infeksiyon kasallikning bir o‘lkada yoppasiga tarqalishi.

**Epikard** - yurak xaltasi.

**Etiologiya** - kasallikning paydo bo‘lishi sabablari

**Endokard** - yurak ichki qavati.

**Etika**–yurish-turish, axloq

**Egogeniya** bemorning kasalligi tufayli o'z-o'ziga ta'sir etishi

**Egrotogeniya** bemorlarning o'zaro ta'siri

**Epidemiologik anamnez** – yuqumli kasalliklarga oid so‘rov

**Ezofagit** - qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi.

**Gematuriya** - siydikda qon paydo bo‘lishi

**Gipodinamiya** - kam harakatlilik

**Gipoksiya** - to'qimalarda kislarod miqdorining kamayishi

**Kollaps** - o'tkir o'tadigan tomir yetishmasligi, tomirlar tonusinig pasayishidan kelib chiqadigan holat

**Koma** - chuqur uyqu holati

**Kontakt** - muloqot

**Leykopeniya** - qonda leykositlar sonining kamayishi

**Limfositoz** - periferik qonda limfositlar sonining ko'payishi

**Mikroserkulatsiya** - qon tomirlar orqali qon oqishi

**Miyalgiya** - mushak tolalarining yallig'lanishi

**Miofibrilla** - mushak tolalari

**Mitral klapn** - 2 tavaqali klapn

**Miokard** - yurak mushak qavati

**Sensibilizatsiya** - organizmning allergenga sezgirligi

**Sindrom** - simptomlar yig'indisi

**Taxikardiya** - yurak urishining tezlashishi

**Terapiya** - davolash

**Subyektiv ma'lumotlar** - ong, kayfiyat, ehtiyojlar, bemor fikri va oila tushunchasi.

**Verbal ko`nikmalar** – savol berish maxorati

**Obyektiv ma'lumotlar** - o`z kasbiy nuqtai nazaridan obyektни kuzatish natijasida hamshira tomonidan yig`ilgan ma'lumotlar

**Profilaktika**-kasalliklarni oldini olish

**Parxez**- davolash usuli sifatida yoki asoratlarni oldini olish maqsadida tuziladigan ratsion va ovqatlanish tarkibidir

**Pal'patsiya** – paypaslab tekshirish usuli

**Perkussiya** – tukillatib tekshirish usuli

**Hamshiralik parvarishi** - Muntazam asoslanib kelingan ilmiy va mantiqiy tushunchalar yeg'indisisalomatligiga erishish jarayonida to'siq bo'ladigan muomolar, buning ichiga kasallik holati va o'lish muomolari ham kiradi

**Yatrogeniya** - tibbiyot hodimining muolaja bajarayotganida qilgan hatosi

## **Qisqartmalar ro'yxati**

AG - arterial gipertoniya

AQB – arterial qon bosimi

BTSYO – birlamchi tibbiy- sanitariya yordami

JSST – jamoat salomatligini saqlash tashkiloti

KB– Kox batsillasi

NYAQV – nosteroid yallig'lanishga qarshi vosita

SBE – surunkali buyrak etishmovchiligi

SOO'K – surunkali obstruktiv o'pka kasalligi

SYUE – surunkali yurak etishmovchiligi

O'YUE – o'tkir yurak etishmovchiligi

O'RV- o'tkir resperator virus

FS – funksional sinif

FKG - fonokardiogramma

FGS - fibrogastroskopiya

SHJT – shifobaxsh jismoniy tarbiya

EGDS - ezofagogastroduodenoskopiya

## **Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati**

### **Asosiy adabiyotlar:**

1. В. Н. Петров, В. А. Лапотников, В. Л. Эмануэль, Н. Г. Петрова «Сестринское дело в терапии» Москва 2017 г.
2. Котельников Г.П. «Сестринское дело профессиональные дисциплины» Ростов н/Д. 2007 год
3. Мухина Н. А., Моисеева В. С. Мартынова А. И. «Внутренние Болезни» (1-2 том) Москва 2009 год
4. Лычев В. Г., Карманов В.К. «Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи» Москва 2012 год

### **Qo‘shimcha adabiyotlar:**

1. «Сестринское дело» Краснов А. Ф. Москва – 2000г. (II том). Учебник
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.) / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – М., 2012.
3. А. Филипова «Сестринское дело в терапии» Ростов – на – Дону 2000 год