

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA'LIM MARKAZI

X. Q. SHODMONOV, X. Sh. ESHMURODOV
O. T. TURSUNOVA

ASAB VA RUHIY KASALLIKLAR

*Tibbiyot kollejlari o'quvchilari uchun
o'quv qo'llama*

TOSHKENT
2004

53.57
E-94

Taqrizchilar:

Tursunova Iroda Muxsimovna

O'z RSSV qoshidagi o'quv uslubiy idora direktori muovini,
tibbiyot fanlari nomzodi.

Asqarova Nilufar Qudratovna

Samarqand Davlat Tibbiyot instituti Snifokorlar malakasini oshirish fakulteti.
Asab kasalliklar kafedrasi mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent.

Ushbu kitob tibbiyot kollejlari ta'lim olayotgan
talabalar uchun mo'ljallangan

X. Q. Shodmonov, X. Sh. Eshmurodov, O.T. Tursunova.

E-94 Asab va ruhiy kasalligi. Tibbiyot kollejlari uchun oquv qo'llama.
«Bilim» nashriyoti, 2004. – 200 b.

A 4108100000 - 117 - 2004 - y.
M 361(04) - 2004

© «Bilim», 2004- y.
© O'MKHTM, 2004- y.

Ushbu kitob ustozimiz Samarqand davlat tibbiyot oliygohi Asab kasalligi kafedra mudiri tibbiyot fanlar doktori professor Aslanov Anvar Mamanovichni yorqin hotirasiga bag'ishlanadi.

SO`ZBOSHI

Hozirgi kunda Mustaqil O'zbekiston Respublikasida o'zbek tiliga davlat tili maqomi berilishi munosabati bilan tibbiyot kollejlarida lotin alifbosida o'qitishni olib borishga o'tildi. Ana shunday sharoitda tibbiyot kollejlarining talabalarini lotin alifbosida yozilgan darsliklar bilan ta'minlash juda dolzarb masalalardan biri bo'lib qoldi. O'quv adabiyotida tegishli mavzular va nozologik birliklar bo'yicha barcha zarur ma'lumotlar keltirilgan. Mavzuning dolzarbligi, kasallik ta'rifi, taraqqiyoti, tasnifi, tashxisi, davolash usullari, oldini olish choralariga keng o'rin berilgan. Mavzular bo'yicha nazorat savollari, test savollari hamda asab va ruhiy kasalliklarida qo'llaniladigan dorilarning retseptlari berilgan.

Kitobning yangi nashriga O'zbekiston nevrologiya ilmining tarixi, oliy asab tizimi faoliyati, vegetativ asab tizimi va yangi tashxis qo'yish usullari kiritilgan. Darslik shu shadagi zamonaviy ma'lumotlar bilan to'ldirilganki, yangi rasmlar va yangi dorilarni qo'llash usullaridan iborat.

Ushbu o'quv adabiyotidan tibbiyot kollejlarida ta'lim olayotgan bo'ljak hamshira talabalargina emas, balki oliy toifali hamshiralar ham foydalanishlari mumkin.

Mualliflar kitobxonlarning ushbu o'quv adabiyoti mazmuniga oid barcha tanqidiy mulohaza va taklif-istaklarni bajonidil qabul qiladilar.

**NEVROPATOLOGIYA VA PSIXIATRIYANING
RIVOJLANISH TARIXI**

Nevrologiya faniga bundan ming yil ilgari Abu Ali ibn Sino asos solgan bo'lib, faqat XIX asr oxiri, XX asr boshlarida evroqa tibbiyotidan nevrologiya fani bo'lib ajralib chiqqan. Abu Ali ibn Sino birinchi bo'lib umumiy nevrologiya bilan xususiy nevrologiyani ajratib berdi, inson a'zolarining faoliyatini ularning tuzilishi bilan chambarchas bog'liq ravishda bayon qildi. Shu bilan birga a'zolari bosh miya va itoatkor a'zolariga bo'lib chiqqan, bosh (markaziy) a'zolariga bosh va orqa miyani kiritdi. Bosh miyani his-tuyg'ular va harakatning boshlang'ich a'zosi deb ta'riflagan. Bosh miya anatomiyasini bayon qilgan. Ibn Sino bosh miyani «ong markazi» deb ta'riflaydi. Bu a'zo orqali biz dunyoni ko'ramiz, eshitamiz, mushohada qilamiz va hidni bilamiz. Bu a'zoda fikr paydo bo'ladi, fikrdan esa bilim tug'iladi. Ichki a'zolarining faoliyati, ishlash tarzi ham bosh miyaga bog'liq. Ibn Sino orqa miya anatomiyasi va fiziologiyasini chuqur o'rganib, shunday yozgan edi: «yaratuvchi... bosh miyaning bir qismini pastga (tananing pastki qismiga) tushirib, insonga muruvvat ko'rsatdiki, undan ajralgan asablar mayda tarmoqlarga bo'linib, o'z vazifalarini bema'lol, uzluksiz bajo keltiradilar». Ibn Sino nafas markazining bosh miya bilan orqa miya o'rtasida joylashganligini, jinsiy va siydik chiqarish a'zolari faoliyatini orqa miya idora qiladi deb aytgan. Ibn Sino «Tib qonunlari» kitobida periferik asab tizimining anatomiyasi va fiziologiyasini tasvirlab bergan. Periferik asablarni Ibn Sino quyidagicha ta'riflaydi: «asablar bosh miyadan yoki orqa miyadan boshlanib, mayda, yumshoq o'tkazgichlardan iborat. Ular harakatlantirish va sezish vazifalarini bajarish uchun yaratilgan». Bundan tashqari, bosh miya va orqa miya asablarining harakatlantiruvchi va sezuvchi vazifalarini e'tiborga olib, alohida-alohida bayon qilgan. Ibn Sino asab va ruhiy kasalliklar tasnifini yaratgan. Hozirgi zamon asab tizimi tasnifi Ibn Sino yaratgan tasnifdan katta farq qilmaydi. Ibn Sino kasalliklarni o'tkir va surunkali, yengil yoki og'ir, davolanadigan va davolanmaydigan kasalliklarga bo'ladi. Kasallikni 4 ta: boshlang'ich, zo'rayish, o'ta zo'rayish va susayish davrlarga ajratadi. Ichki a'zolar kasalliklari natijasida asab tizimining buzilishlarini ifodalab bergan. Ibn Sino bemorlarni davolashda psixoterapiyaga katta e'tibor bergan. Uning fikricha, yaxshi so'z, mehribon do'st va sevimli odamlarning yaqinligi, sayru sayohatlar, ov, musiqa kabi kayfiyatni yaxshilovchi omillar inson ruhini ko'tarib salomatligini mus-

tahkamlaydi. Bundan tashqari, kasallik turlarini o'rganishda *Al-Xorazmiy*, *Al-Forobiy*, *Abu Bakr ar-Roziy* va boshqa olimlar olib borgan ishlar ham maqtovg'a sazovordir. Insonning asabi nozik, lekin qudrati zo'r. Kishi asabi qanchalik zo'riqsa, kasallikka shunchalik tez chalinadi va dard ancha og'ir o'tadi. Odamning asabi qanchalik yaxshi bo'lsa, kuch-quvvati ham yaxshi bo'ladi. Agar odamning asabi tinch va o'zi xotirjam bo'lsa, kasallikdan yiroq yuradi. Bunday odam dardga uchraganda ham tez va asoratsiz sog'ayadi, deb yozgan edi Abu Bakr ar-Roziy.

Ming yillar mobaynida ruhiy kasalliklarga g'ayritabiiy kuchlarning alomati deb qarab kelindi va ularni xudoning g'azabi yoki aksincha uning rahmati natijasidir, deb hisoblandi. Ana shu tushunchalarga qarab, ruhiy kasalliklar bilan og'rikan bemorlarga nisbatan munosabat ham turlicha bo'lgan. Odatda, tentak bo'lgan bemorlarni xudoning g'azabini qo'zg'atgan deb hisoblashar, ularga nafrat bilan qarashar va ko'pincha o'ldirib yuborishar edi. Osoyishta tentaklik deb ataladigan dardga muhtalo bo'lgan kishilarni «xudoning sevimli bandalari» hisoblab, ularga mehr-shafqat qilishar, yangi kiyimlar kiydirishar, bo'yinlariga gulchambarlar osishar edi. «Shu narsani bilmoq kerakki, – deb yozgan edi Gippokrat, – bir tomondan lazzatlanish, shodlik, kulgi, o'yinlar, boshqa tomondan g'anginlik, ma'yuslik, norozilik va achinish miyada paydo bo'ladi. Bu tufayli biz tentak bo'lamiz, alahlaymiz yoki kechasi, yo bo'lmasa kunduz kunlari biz vahimaga, qo'rquvga tushamiz». Ruhiy kasalliklar Gippokratning fikricha bosh miyaning kasallanishi tufayli paydo bo'ladi va bosh miyaning yarim sharlari bir tomonining shikastlanishi tananing qarama-qarshi tomonida talvasaga tushish kabi buzilishlarni paydo qilishini aytib o'tgan. Shu kunga qadar psixiatriyada qo'llanilib kelayotgan «melanxoliya», «maniya», «paranoyya» atamaları Gippokratga taalluqlidir. Bundan tashqari, u 4 tipdagi gavda tuzilishi va mijoz (sangviniklar, flegmatiklar, xoleriklar va melanxoliklar)larni hamda har bir tipning o'ziga xosligiga odamga tabiat (ob-havo, tashqi muhit) ta'sirining natijasi borligini kuzatdi.

O'zbekistonda nevrologiya fanining rivojlanishida O'rta Osiyo Davlat dorilfununing ochilishi sabab bo'ldi. 1920-yil yanvar oyida dorilfununning tabobat fakulteti qoshida asab kasalliklari kafedrasi tashkil etildi. Bu kafedraga birinchi bo'lib professor M. L. Zaxarchenko asos soldi va 1939-yilgacha uni boshqarib keldi. 1940-yildan 1959-yilgacha professor A. Ya. Shargorodskiy, 1963–1965-yillar davomida professor S. G. Oxundovlar kafedrada mudir bo'lganlar. 1966-yildan esa kafedraga Yevropa va Osiyo tibbiyot fanlar akademiyasining akademigi professor N. M. Majidov rahbarlik qilib kelmoqda. 1960-yildan boshlab bolalar asab kasalliklari kafedrasi paydo bo'ldi. Bunda bolalarning tug'ruq vaqtidagi jarohatlari, ularda kuzatiladigan asab kasalliklari va ruhiy o'zgarishlar ilmiy jihatdan o'rganiladi. Keyingi yillarda bolalarda uchraydigan asab kasalliklarini o'rganishda, ularning kelib chiqish sabablari, taraqqiyoti va klinik belgilarini aniqlashda yangi yo'nalishlar ochilmoqda.

Kasalliklarni aniqlashda faqatgina klinik tekshiruv va laboratoriya usullariga tayanib qolmay, balki zamonaviy elektrofiziologiya usullariga ham keng o'rin berilmoqda. Bunday usullarning tibbiyot amaliyotida, xususan, nevrologiya va psixiatriyada qo'llanilishi bosh va orqa miya jarohatlari, tutqanoq xurujlari, beixtiyor harakatlar va tug'ma shikastlanishlari natijasida kelib chiqqan kasalliklarni aniqlab, oldini olishda katta samara berayapti. Keyinchalik bir necha o'zbek olimlari: fan arboblariidan – A. R. *Rahimjonov*, N. M. *Majidov*, X. K. *Salohiddinov*, professorlardan M. X. *Samiboyev*, F. T. *Abduhakimov*, Sh. Sh. *Shomansurov*, B. G'ofurov, M. *Otajonov*, E. *Shamsiyev*, S. S. *Busakov*, Sh. *Asqarov*, F. K. *Xannanova*, G. Q. *Sodiqova*, A. M. *Aslanovlar* asab kasalliklari bo'yicha fanga bir qancha yangiliklar kiritdilar.

O'zbekiston Respublikasi mustaqil bo'lishi munosabati bilan tibbiyot fanining rivojlanishiga katta e'tibor berildi. 1991-yilda Buxoro, Nukus va Urganchda tibbiyot institutlari ochildi. Bu voqea O'zbekiston nevrologiyasining rivojlanishidagi yangi bosqichdir.

Shunday qilib, O'zbekiston nevrologiyasining ilmiy amaliy faoliyatiga nazar tashlar ekanmiz, bu davr mobaynida bir qator tanikli olimlarning yetishib chiqqanining guvohi bo'lamiz. Bu olimlarning ilmiy izlanishlari, erishgan yutuqlari nevrologiya fanining rivojlanishiga va uni dunyo nevrologiyasi miqyosiga olib chiqishda ulkan hissa qo'shdi.

Nevropatologiya (*grekcha* «nevron» – nerv yoki asab, pathos – kasallik logos – fan) – asab kasalliklari va nervning harakatlantiruvchi, sezuvchi, vegetativ qismlaridagi buzilishlarni hamda ularni davolash, oldini olish choralarini o'rganuvchi fandır.

Psixiatriya (*grekcha* «psyche» – ruh, jonni, iatreo – davolash degani) – odamning bilish faoliyatidagi sezgilar va xulq-atvordagi paydo bo'ladigan buzilishlarni o'rganadi. Odamning ruhiy faoliyatida ro'y beradigan o'zgarishlar va ularni davolash hamda oldini olish bilan shug'ullanadi.

Nevrologiya ikki qismdan iborat:

Umumiy nevrologiya – bu, o'z navbatida, asab tizimining anatomiyasi, gistologiyasi, hamda fiziologiyasini o'rganadi va yana umumiy nevropatologiya topik tashxis qo'yishni, ya'ni zararlanish qayerda va uning natijasida nima ro'y berishini o'rganadi.

Xususiy nevropatologiya – bu asab kasalliklarining kelib chiqish sabablarini, taraqqiyotini, klinik manzarasini, oqibatini, davosini va oldini olish choralarini o'rganadi.

Psixiatriya ham ikki qismdan iborat:

umumiy psixopatologiya – ruhiy kasalliklarning umumiy alomatlari, kechishining qonuniyatlari, aniqlash usullari va tasnifi, davolash va oldini olish choralari to'g'risidagi fandır;

xususiy psixiatriya – ruhiy kasalliklarning turlari, qiyosiy tashxisi va davolash usullaridir;

Bemorlarni bevosita va asbob-uskunalar yordamida tekshirish usullari. Rentgenologik tekshirish usullari

Tashxis qo'yishda miya qutisi yoki umurtqa pog'onasining rentgenologik tekshiruvlari katta yordam beradi (*kranioografiya, spondilografiya*).

Spondilogrammalarda bemorning umurtqalaridagi, ularni bog'lovchi qismlaridagi, orqa miya va vertebroazillar tizimdagi qon aylanishini buzuvchi va turli xil og'riqlarga sabab bo'luvchi kasallik belgilarini aniqlasa bo'ladi.

Kraniogrammalar kalla suyagining rentgen tasviridir. Har bir kasallik uchun o'ziga xos kranioграмма belgilari mavjud. Masalan, miya qutisi ichining gipertenziyasi uchun quyidagi belgilar: «panja barmoqlar botirilgan» tasvir, turk egarining silliqanishi yoki kengayishi, bolalarda miya qutisi choklarining bir-biridan ajralishi, miya qutisi hajmining kattalashishi xos bo'ladi.

Gipofiz o'smasi uchun quyidagi belgilar xos bo'ladi: turk egari kattalashadi, orqa, old devori tekislanib qoladi.

Bundan tashqari, kranioografiya aksari miya qutisining singani yoki darz ketganini aniqlashda yordam beradi. Bu usul ba'zan kasallik haqida to'liq ma'lumot berolmaydi. Bunday hollarda kontrast usullardan foydalaniladi. Rentgen kontrast usullari, odatda, neyrojarrohlik masalalarida ko'proq qo'llaniladi.

Rentgen kontrast usullaridan rentgenografiya qilishdan oldin, likvor yo'llariga rentgen nurlarini yaxshi to'sib qoladigan ba'zi moddalar shox tomirlariga yuboriladi, bu usul *angiogramma* deyiladi.

Umurtqa pog'onasi ichidagi o'simtalar va boshqa o'zgarishlarni kontrast rentgen usullari orqali tekshirish – *miyelografiya* deb ataladi. Miyelografiya yordamida umurtqa pog'onasini rentgen suratiga tushirish *miyelogramma* deb ataladi.

Miyelografiya ikki xil: pastga yo'naluvchi va yuqoriga yo'naluvchi turlarga bo'linadi. Pastga yo'naluvchi miyelografiya o'tkazish uchun orqa miya suyuqligidan og'irroq bo'lgan kontrast moddalar – lipidol, pantopak, neyrotrast, abrozil, mayodillardan foydalaniladi. Bu moddalar, odatda, bemor o'tirgan holatida miyaning katta bo'shlig'iga yuboriladi. Kontrast modda araxnoidea osti bo'shlig'iga tushgach, pastga yo'nalib, likvor yo'llarini to'sib turgan blok ustida to'xtaydi. Yuqoriga yo'naluvchi miyelografiya o'tkazish uchun kislorod yoki oddiy havo yuboriladi (pnevnomiyelografiya). Bu gazlar bel umurtqasini punksiya qilish orqali yuboriladi. Gazli pufak yuqoriga ko'tarilib, likvor yo'llarni to'sib turgan blokning pastki qismida to'xtaydi.

Miya qutisi ichida o'smalar bo'lsa, qorincha tizimlari qarama-qarshi tomonga suriladi, likvor inshootlari deformatsiyalangan bo'ladi. Gidrotsefaliyada esa, miya qorinchalari kengayib, o'z shaklini o'zgartiradi, miya qobig'ining chandiqlari mavjud bo'lsa, miya qorinchalari shu chandiq

tomon yaqinlashib qolganini ko'rish mumkin. Likvor yo'llariga kontrast modda yuborilganda, bemorning boshi og'riydi, meningizm alomatlari kuzatiladi.

Kompyuter tomografiya – juda noyob va zamonaviy tashxis qo'yish usulidir. Bunda kristall va gazli detektorli skanner qurilmasi yordamida miyadagi kasallangan joy o'rganiladi. 20, 40, 60 soniya davomida skanner bemor boshini bir marta aylanib o'tib, ma'lum masofada miya qatlamlarining rentgen nurlarini yutish qobiliyatini 160, 256, 512 marta o'lchaydi. Bu axborot EHM qurilmaga uzatiladi va miyaning har bir qatlamlaridagi tasvir ekranda paydo bo'ladi. Tasvirni juda qisqa vaqt (40–50 soniya) davomida olish mumkin. Bu usulning yana bir afzalligi shundaki, tasvirni fotografiya tasviriga ham tushirish mumkin. Kompyuter tomografiya usuli ko'pgina tug'ma qiyshayishlar, o'smali jarayonlar, qon quyilish o'choqlari, yiringli jarayonlar, miya qorinchalarining kengayishi, gidrotsefaliya haqidagi juda noyob ma'lumotlarni beradi.

Yadro-magnit rezonansi usuli. Bu yangi usullardan bo'lib, oxirgi vaqtlarda qo'llanila boshladi. Bunda ba'zi kimyoviy elementlar atomlari (vodorod, fosfor va boshq.) kuchli magnit maydonida rezonans hodisaga uchraydi. Paydo bo'lgan elektromagnit impuls har bir to'qimaning o'ziga xos tovushini beradi, bu tovush kompyuterda qayd etiladi, qayta ishlanib, ekranga tasviri tushiriladi.

Yadro-magnit rezonansi usuli ichki a'zoldagi va asab tizimidagi organik jarohatlar, o'smali jarayonlar, parazitlar, qontomirlardagi aterosklerotik o'zgarishlarni aniqlashda, ularga tashxis qo'yishda katta yordam beradi. Bundan tashqari, bu usul orqali insultni boshdan kechirgan bemorlarda bosh miya to'qimasining tiklanish xususiyati ham aniqlanadi.

Neyrosonografiya usuli bola bosh miyasi kasallik holatlarini o'rganishning yangi va zamonaviy usuli hisoblanadi. Neyrosonografiya usuli ultratovushli tashxis qo'yish usullaridan biri bo'lib, chaqaloqlarda prenatal va postnatal shikastlanishlar oqibatida kelib chiqqan bosh miya, uning qontomirlari va qorinchalar tizimidagi o'zgarishlarni qayd qilishga imkon beradi.

Bu usulning afzalligi shundaki, u mutlaqo zararsiz, tekshirish uncha ko'p vaqt olmaydi, bola nurlanmaydi. Tekshiruv, asosan, 3–7 daqiqa davomida o'tkaziladi. Neyrosonografiya usulini o'tkazishda maxsus datchiklar bolaning katta va kichik liqildoqlariga o'rnatiladi hamda maxsus yozuvchi moslama asosida qayd etiladi.

Neyrosonografiya usuli gidrotsefaliya, meningotsele, ensefalosele, miyaning turli qismlariga qon quyilishlar, o'smalar, miyada qon aylanishining buzilishlari (genorragik infarkt) ni aniqlashda va davolashda eng zamonaviy usul bo'lgani uchun keyingi vaqtlarda amaliyotda keng qo'llanila boshladi.

Elektromiografiya (EMG) – mushaklar biopotensiallarini tekshirish orqali harakat apparati holatini aniqlash usulidir.

EMG – mushakning harakat sohasidagi o'zgarishni, aniqrog'i, uning markaziy yoki periferik nerv qismida, yoki mushakning o'z holatini aniqlashda yordam beradi. EMG orqali bu o'zgarishlarni dastlabki bosqichda, ya'ni hali klinik belgilar yuzaga chiqmasdan o'z aniqlash mumkin. Bu usul kasallikning kechishida harakat buzilishining periferik falajlik xilida boshqa o'xshash kasalliklar bilan qiyosiy tashxis o'tkazishda aniq ma'lumotlar beradi.

Bemordagi mushaklar faoliyatini tekshirish uchun elektromiografiya qo'llaniladi. Elektromiografiya elektron kuchaytirgich va qayd qiluvchi tuzilmadan iborat asbobdir.

Elektroensefalografiya EEG – miya biopotensiallarini qayd qilishga asoslangan zamonaviy tekshirish usulidir. Elektroensefalografiya orqali bosh miya potentsiallari qayd etiladi va ularning tasvirlari ossillografik tizim orqali siyoh bilan qog'ozga tushiriladi. Hozirgi vaqtda bir vaqtning o'zida miyaning turli sohalaridan biotoklar qayd etuvchi 4,8,16 kanalli elektroensefalografiya keng qo'llaniladi. Miya biotoklarini qayd qilish usuliga *elektroensefalogramma* deyiladi. Bu usul orqali epilepsiya, o'sma kasalliklari aniqlanadi. (1-rasm).

EEG ni tahlil qilganda unda bir-biridan chastotasi, amplitudasi, shakli doimiyliigi bilan farqlanuvchi to'lqinlarni ko'rish mumkin. Tebranish vaqti va amplitudasiga ko'ra EEG da quyidagi to'lqinlarni farqlash mumkin:

Alfa to'lqinlar. 8–12 to'lqin/soniya chastotali, 40–70 mikrovolt amplitudali, ikki fazali, sinusoidal shaklli bo'lib, ular me'yorda ensa, tepa qismlarida qayd etiladi.

Beta to'lqinlar. 13–30 to'lqin/soniya chastotali 10–30 mikrovolt amplitudali to'lqinlardir. Ular miya po'stlog'ining motor sohasidan yozib olinadi. Bosh miya kasalliklarida EEG asosiy ritmlarining o'zgarishi tufayli kasallik potentsiallari paydo bo'ladi:

Delta to'lqinlar va teta to'lqinlar-kichik chastotali (3–4 va 5–7 to'lqin/soniya) va katta amplitudali 50–150 va 100–250 mikrovolt to'lqinlardir.

Turli o'tkir uchli potentsiallar (epileptik tig'). Yakka yoki gunhli, bir yoki ikki tomonlama, bir yoki ikki bosqichli tutqanoq razryadlari.

Elektroensefalogramma yordamida quyidagi masalalar hal qilinadi:

1. Bosh miyaga diffuz tarqalgan jarayondan (yallig'lanish) uning ma'lum qismlarida joylashgan jarayonlarni (o'sma, abscess, genatoma) ajratib olish.

2. Bosh miya yarim sharlarida joylashgan jarayonni miyachada joylashgan jarayondan ajratib olish.

3. Bosh miyaning zararlangan (o'ng yoki chap) yarim sharini aniqlab olish.

4. Bosh miyaning ichkarisida joylashgan jarayonni uning yuzasida joylashgan jarayondan ajratib olish.

5. Bosh miyaning umumiy belgilari qay darajada ekanligini aniqlash.

6. Bosh miyadagi «epileptik o'choq» ni topish.

7. Qo'llanilgan dori vositalarining ta'sirini nazorat qilish.

REG-reoensefalografiya – miya qutisi ichiga yuqori chastotali o'zgaruvchan tok yuborish natijasida qon aylanish holati aniqlanadi. Tirik to'qimaning elektr qarshiligi miyaning qon aylanishiga ko'p jihatdan bog'liqdir. REG tekshirilayotgan sohadagi tomirlarning holatini, ularning torusini aniqlaydi.

Exo-EG-exoensefalografiya deb bosh miyani ultratovush nurlari yordamida tekshirishga aytiladi. Ultratovush nurlar bemorning boshiga tik holatda yuboriladi. Boshdan o'tayotgan tovush nurlari o'z yo'nalishida har xil qarama-qarshiliklarga uchraydi va natijada, aks-sadolar hosil bo'ladi. Bosh suyagi bilan miya chegarasida hosil bo'luvchi qarshilik aks-sadosi va hokozolar shu jumlagi kiradi. Aks-sado tovushlari tik holatda otilib chiqqan chiziqni hosil qiladi. Bu aks-sado tovushlari ichida o'rta chiziqdagi (III qorincha, epifiz, gipofizdan akslangan) tovushlar katta ahamiyatga ega. Bunday o'rta chiziq aks-sadosi M-exo deyiladi. Me'yoriy holatda M-exo o'rta qismda joylashgan bo'ladi. M-exoni o'lchash tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyatga ega. Bosh miya o'smasi, absessi, parazitlar kasalliklari, gematomasi, tuberkulomasi va boshqalarda miya o'rtasida joylashgan III – qorincha va epifiz joyidan qo'zg'algan, o'ng yoki chap tomonga surilgan holatda bo'ladi. Bu xol M-exoning ham surilishiga olib keladi. Exoensefalografiya bosh miyadagi kasallik jarayonini topishda katta ahamiyatga ega.

Pnevmoensefalografiya usuli. Orqa miya kanali punksiyasi yoki suboksipital punksiya vaqtida subaraxnoidal oraliqqa igna orqali havo yuboriladi. Pnevmoensefalografiya qilish uchun havoni ko'pincha orqa miya kanali punksiyasi vaqtida yuboriladi, chunki bu usul birmuncha xavfsizroqdir. Buning uchun oldin punksiya igna orqali shpris bilan orqa miya suyuqligi olinadi, keyin shu shpris hajmida havo yuboriladi. Olingan suyuqlik va yuborilgan havoning hajmi 80–100 sm³ dan oshmasligi kerak. Pnevmoensefalografiya qilinayotgan vaqtda havo yuborilgandan so'ng bemorda qattiq bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, teri rangining oqarishi, yurakning tez urishi va sovuq ter bosishi ro'y beradi. Bular tezda o'tib ketadi. Lekin pnevmoensefalografiya vaqtida kerakli dorilarni tayyorlab qo'yish lozim (kordiamin, kofein, lobelin). Bosh miyada o'sayotgan o'smaning hajmi katta yoki u miyaning chekka qismida, yoki miyachada joylashgan bo'lsa, pnevmoensefalografiya usuli bemorlar uchun xavflidir. Chunki punksiya ta'sirida yoki havo bosimi ostida bosh miyaning joylanishi o'zgarib, miya ustuni faramen occipitale magnum (ensa suyagining katta teshigi)ga siqilib, ezilishi mumkin.

Ventrikulografiya usuli. Miya qutisi ichidagi bosimning haddan tashqari oshib ketganligi (ichki gidrosefaliya), miyada o'sayotgan o'sma hajmining kattalashganligi yoki umurtqa pog'onasida defomatsion o'zgarishlar yuz berganligi natijasida pnevmoensefalografiya qilish mumkin bo'lmagan taqdirda ventrikulografiya usuli qo'llaniladi. Ventrikulografiyaning ensefalografiyadan farqi shuki, bunda 20–30 sm³ hajmdagi havo to'g'ridan

to'g'ri bosh miya qorinchalari bo'shlig'iga yuboriladi. Buning uchun miya qutisida bosh miyaning punksiya qilinmog'chi bo'lgan qorinchasi to'g'risidan trepanatsion teshikcha ochiladi. Bu teshikcha orqali maxsus punksiyon igna bilan miya qorinchasining tegishli shoxchasi punksiya qilinib, unga igna orqali ma'lum miqdorda havo yuboriladi va buning ketidan miya qutisi rentgenografiya qilinadi. Rentgenogrammada bosh miyaning o'sma joylashgan tomonidagi qorinchalarga havo butunlay bormaganligini yoki kam borganligini, qorinchalarning hajmi bir xilda emasligi yoki ularning asimmetrik joylashganini ko'rish mumkin. Bu esa topik tashxis qo'yishda yaxshi natijalami beradi.

Gammaensefalografiya (skenner qilish). Izotopli ensefalografiya yoki skenner qilish deb, organizmga nishonlangan izotoplar yuborib, ularning nurlanishini gammaensefalografiya yordamida o'lchab olishga aytiladi. Neyroonkologiyada indikator sifatida ko'pincha yod izotopi ishlatiladi. Skenner qilish, asosan, perpendikular va yon proyeksiyalarda o'lchanadi. Skenner qilish uchun organizmga radiaktiv modda yuborilib, 1–2 soat o'tgandan so'ng radiaktiv izotopning bosh miyada tarqalishi aniqlanadi. Skennogramma kasallik jarayonlarining joylanishi, shakli hamda katta-kichikligi haqida xabar beradi. Skenner qilish usuli, shuningdek, bosh miya qorinchalarining kengayganlik darajasi, orqa miya suyuqligi o'tkazuvchi yo'llarining bekilgan-bekilmaganligini aniqlashda qo'llaniladi. Buning uchun radiaktiv modda bevosita bosh miya qorinchalariga yoki orqa miyani punksiya qilish usuli vositasida subaraxnoidal oralikka yuboriladi.

Asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi va gistologiyasi.

Asab kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi.

Asab to'qimasi

Nerv tizimining struktura – funksional birligi – *neyron* deb ataladi. Nerv hujayralari, asosan, asab tizimining markaziy qismiga (bosh va orqa miyalarda) joylashgan bo'lib, uning tolalari periferik nervlarni hosil qiladi. Asab hujayrasi yoki neyroni bir qancha o'simtalar va tanadan iborat (*2-rasm*). Neyronni tana, akson va dendrit tashkil etadi. Nerv hujayrasining o'simtaları kalta va uzun bo'ladi. Hujayraning asosidan ketgan uzun o'simtaga akson deyiladi. Hujayraning kalta daraxt shoxlariga o'xshash o'simtaları esa dendrit deb ataladi. Dendritlar nerv impulslerini qabul qilib, nerv hujayrasi tanasiga o'tkazadi, so'ng akson bo'ylab u hujayradan periferiyaga (sirtga) o'tadi. Nerv impulsleri har doim bir tomonga yo'naladi, ya'ni dendritdan hujayra tanasiga, keyin aksonga o'tadi, bu *dinamik polarizatsiya qonuni* deb ataladi. Akson tugagandan so'ng dendritlarga yaqinlashadi yoki keyingi hujayra tanasiga boradi, bunda neyronlar zanjiri hosil bo'ladi. Nerv hujayralarining bir-biri bilan tutashgan joyiga *sinaps* deb ataladi. Nerv hujayrasining dendritlari retseptorlar vazifasini bajaradi. Retseptorlar tashqaridan va ichkaridan kelayotgan ta'sirlarni qabul qilib, nerv impulsleriga

aylantiradi va hosil bo'lgan impulsni hujayra tomon yo'naltiradi. Sinapslar yordamida axborot birinchi neyronning aksioni orqali ikkinchi neyron dendritiga o'tishida mediatorlar yordam beradi. Har bir nerv hujayrasi yadro, protoplazma, neyrofibril apparat, xromatin modda va boshqalardan tashkil topgan.

Yadro. Hama hujayralarning yadrosi dumaloq bo'lib, yadroning kattaligi o'rtacha hujayraning 1/4 qismiga tengdir. Yadro hujayraning o'rtasida joylashgan. Yadro ikki qavat lipoproteid parda bilan qoplangan. Yadro bilan protoplazma o'rtasida faol modda almashinuvi vaqtida bu pardalarda teshiklar paydo bo'lib, ular orqali yadroga turli moddalarning molekullari kiradi. Yadro ichida bir yoki ikki dona yadrocha joylashgan bo'lib, yadrochani asosiy tarkibini ribonukleoproteidlardan tashkil topgan hujayra yadrosi, hujayra va uning o'siqchalari trofikasini boshqarib turadi. Nerv hujayrasining protoplazmasida har xil hajmdagi oqsillardan donachalar va tayoqchalar joylashgan bo'lib, ular *mitoxondriylar* deb ataladi. Ular lipoidlardan tuzilgan parda bilan o'ralgan. Mitoxondriylarda har xil fermentlar, uglevod, oqsil, moy va energetik modda almashinuvida ishtirok etuvchi fermentlar bor. Mitoxondriy nerv impulsini aksonga yo'naltirishda ishtirok etadi. Hujayra atrofida lipoid va proteinlardan tashkil topgan Golji apparati joylashgan, u mayda halqachalardan iborat bo'lib, hujayrada sodir bo'ladigan moddalar almashinuvida ishtirok etadi. Nerv hujayralarida ikki xil pigment uchraydi.

1. Lipofutsin – sariq rangda bo'lib, oqsil va lipoiddan tuzilgan, hujayra yadrosi yonida joylashgan. Yoshlarning nerv hujayralarida lipofutsin miqdori kamroq bo'lib, keksaygan sari ko'payib boradi.
2. Melanin – markaziy asab tizimining ma'lum bir qismidagi hujayralarda uchraydigan qora rangli pigmentdir (masalan, bosh miya po'stloq osti sohasida joylashgan – qora modda).

Nerv tolasi neyrofibrillardan tuzilgan o'q silindridan iborat bo'lib, nerv impulsini o'tkazishda ishtirok etadi. O'q silindr ikki parda bilan qoplangan, bu pardalarga *miyelin pardalar* deyiladi. Miyelin pardalar o'q silindrini butunlay o'ray olmaydi, ba'zi joylari ingichkalashib qoladi. Bunga *Ranve qisishmalari* deyiladi. Ikki qisishma orasida joylashgan nerv tolasi bo'lagiga *asab tolasining segmenti* deyiladi. Miyelin pardaning ustidan o'rab turuvchi pardaga *Shvann pardasi* deyiladi. Shvann pardasining farqi, u qisishma hosil qilmaydi va uning hujayralari bo'ladi.

Periferik asab tizimida ikki xil nerv tolalari uchraydi.

1. *Miyelinli nerv tolalar* deb – miyelin va Shvann pardalari bilan o'ralgan asab tolalariga aytiladi.
2. *Miyelinsiz nerv tolalar* deb – faqatgina Shvann pardasi bilan o'ralgan nerv tolalariga aytiladi. Bunday nerv tolalarda miyelin parda bo'lmaydi.

Asab sohasi ikkita katta tizimdan iborat.

1. Markaziy asab tizimi: bunga bosh miya va orqa miya kiradi. Chunki bu ikkala miya ichkarida (kalla suyagi va umurtqa pog'onasini ichida) – markazda joylashgan.

II. Periferik asab tizimi: bunga tashqarida yotgan tuzilmalar kiradi.
Bularga:

1. Ildizlar (oldingi – harakat ildizi, orqadagi – sezgi ildizi).
2. Umurtqalararo gangliya (tugunchalar).
3. Chigallar (yelka, bo'yin, bel va dung'aza chigallari).
4. Alohida periferik nervlar (qo'llarda – bilak, tirsak nervlari, oyoqlarda – son, quymich nervlari va boshq.).

Markaziy asab tizimi

Orqa miya. Orqa miya umurtqa pog'onasining uzunasiga ketgan kanali-da joylashgan. U kattalarda 41–45 sm, yo'g'onligi 1–1,5 sm, og'irligi 34–38 g tashkil qiladi. Orqa miya birinchi bo'yin umurtqasining yuqori qismidan boshlanib, pastki qismi ikkinchi bel umurtqasining yuqori qismida tugallanadi. Yangi tug'ilgan bolalarda ikkinchi va uchinchi bel umurtqalarning o'rtasida tugallanadi. Orqa miyada bo'yin va bel kengligi bo'lib, bu qo'l va oyoqda nerv tolalarining ko'pligi natijasida paydo bo'ladi. Orqa miya segmentlarga bo'lingan. *Segment* deb – orqa miyaning ikki juft ildizlariga aytiladi. Orqa miya 31–32 juft segmentdan tuzilgan. Bular: 8 ta – bo'yin, 12 ta – ko'krak, 5 ta – bel, 5 ta – dungaza, 1–2 ta – dum segmentlaridir. Orqa miyaning har bir segmentida 2 juftdan ildizlar bo'lib, ularning oldingi jufti harakat ildizlari, orqadagi juftlari esa sezuvchi ildizlardir.

Orqa miyaning ichki tuzilishini uning ko'ndalang kesimida ko'rish mumkin (*3-rasm*). Bunda ko'ndalang kesim markazida kapalaksimon shakldagi kulrang modda joylashgan, uning atrofi oq moddalardan iborat. Kulrang modda nerv hujayralari va uning aksonlaridan iborat. U orqa miyaning oldingi shoxida harakat hujayralari, orqa shoxida esa sezuvchi hujayralaridan iborat. Yon shoxlarida vegetativ nerv hujayralari joylashgan. Orqa miyaning oq moddasi kulrang moddaning atrofida joylashgan, bunga *ustunlar* deyiladi.

Yon ustundan – pastga tushuvchi harakat yo'llari, yuqoriga ketuvchi yuzaki sezgi yo'llar va ekstrapiramid yo'llar o'tadi.

Orqa ustundan – chuqur sezgi yo'llar – Burdax va Goll tutamlari o'tadi.

Oldingi ustundan – kesishmay qolgan harakat yo'llari pastga qarab o'tadi. Oq modda bu o'tkazuvchi yo'llardir.

Orqa miya quyidagi qismlarga bo'linadi:

- yuqori bo'yin qismi $C_1 - C_4$ segmentlardan iborat;
- bo'yin kengligi $C_5 - C_8 - D_1$ segmentlardan iborat;
- ko'krak qismi $D_2 - D_{10}$ segmentlardan iborat;
- bel kengligi $D_{11} - D_{12} - L_{1-5} - S_{1-2}$ segmentlardan iborat;
- orqa miya konusi $S_{3-5} - Co_{1-2}$ segmentlardan iborat.

Bosh miya. Bosh miya kalla suyagining ichida joylashgan bo'lib, katta yoshli kishilarda-erkaklarda 1375 g, ayollarda 1275 g, yangi tug'ilgan

chaqaloqlarda 330–340 g. ni tashkil qiladi. Bosh miya ikkita yarim sharlar, ya'ni o'ng va chap yarim sharlardan iboratdir. Bu yarim sharlarni ustki vertikal chuqur egat ikkiga ajratib turadi. Egatning ostki tomonida oq moddadan paydo bo'lgan qadoqsimon tana joylashgan. Miya ustini – uzunchoq miya, Vorolev ko'prigi, miyacha, miya oyoqlaridan tashkil topgan. Bosh miyaning 3 ta yuzasi bor:

- tepa qismi – konveksital qism;
- ichki qism;
- bazal qism yoki miya asosi.

Bosh miya yarim sharlari peshona, tepa, chakka va ensa bo'laklariga bo'linadi. Bu joylarda markazlar joylashgan bo'lib, har bir bo'lagi ma'lum narsa uchun javob beradi. Peshona qismi – harakat uchun, tepa qismi – sezgi uchun, chakka qismi – eshitish, ta'm, hid bilish uchun, ensa qismi – ko'rish uchun (4-rasm). Bosh miya yarim sharlarning bo'shlig'i bo'lib, yon qorinchalar hisoblanadi. Ikkita yarim sharlar bir-biri bilan qadoqsimon tana orqali bog'langan. Gistologik jihatdan bosh miya 2 qismdan iborat. Oq modda – o'tkazuvchi yo'llardan va kulrang modda – asab hujayralaridan tuzilgan. Bosh miyaning oq moddasi bu o'tkazuvchi yo'llar. Bu joylardan ham sezgi, harakat yo'llari o'tadi. Bular, o'z navbatida, quyidagilarga bo'linadi.

Assotsiativ tolalar – bu tolalar bitta yarim shardagi markazlarni bir-biri bilan bog'laydi.

Komussural tolalar – ikkita yarim shardagi markazlarni bir-biri bilan bog'laydi.

Proyeksion yo'llar – bu bosh miya po'stlog'idagi markazlarni orqa miya bilan bog'laydi.

Oq moddada yana ichki kapsula joylashgan bo'lib, undan pastga va tepaga ko'tariluvchi o'tkazuvchi yo'llar o'tadi. Ichki kapsulaning oldingi sonidan – bosh miya peshona-ko'prik yo'llari; orqa sonidan – bosh miya po'stlog' orqa miya yo'llari (bu harakat, sezgi, ko'rish, eshitish yo'llari); tizza qismidan esa kalla bosh miya nervlarining harakat yo'llari o'tadi (5-rasm).

Bosh miyaning kulrang moddasi bu faqat asab hujayralardan iborat. Bu kulrang modda *bosh miya po'stlog'i* deb ataladi, uning qalinligi 5 mm. ga teng. Bosh miya qobig'i 6 qavat asab hujayralardan tuzilgan. Bosh miya po'stlog'ida 14 mlrdga yaqin neyronlar bor. Odam shuncha hujayralar bilan tug'iladi, lekin dastlab bu hujayralar yetilmagan bo'ladi, keyinchalik asta-sekinlik bilan yetishib boradi.

Oraliq miya: oraliq miya – bosh miya yarim sharlari orasida joylashgan bo'lib, bosh miyadan tashqi tomondan ichki kapsula bilan ustki tomondan qadoqsimon tana bilan hamda bosh miya gumbazi bilan chegaralangan. Oraliq miyaning ichki qismi miya III qorinchasining yon devorlaridan tashkil topgan. Oraliq miya quyidagi qismlarga bo'linadi:

- oraliq miyaning ustki qismi – epitalamus;
- oraliq miyaning o'rta qismi yoki ko'ruv do'ngligi – talamus;

– oraliq miyaning pastki qismi – gipotalamus.

Ko'ruv do'ngligi: oraliq miyaning asosiy qismi ko'ruv do'ngligidan iborat.

Ko'ruv do'ngligi III qorinchaning yon devorlarini tashkil etadi. Ko'ruv do'ngligida teri sezgisi va mushak-bo'g'im sezgisi yo'llarining ikkinchi neyroni tugallanadi. Ko'ruv do'ngligining orqa tomonida ichki va tashqi tizzasimon tanachalar joylashgan. Tashqi tizzasimon tana bosh miya po'stloq ostining ko'ruv markazi, ichki tizzasimon tana esa bosh miya po'stloq ostining eshituv markazi hisoblanadi. Ko'ruv do'ngligi bir necha yadrolar yig'indisidan tashkil topgan.

Miya ustuni 3 qismdan iborat:

O'rta miya – bosh miya yarim sharlari bilan ko'prik o'rtasida joylashgan bo'lib, unga miya oyoqlari va 4 tepalik kiradi. O'rta miyaning pastki qismida miya oyoqlari orasida III–IV bosh miya nervlarining yadrosi joylashgan.

Vorolev ko'prigi – uzunchoq miya bilan miya oyoqlari o'rtasida joylashgan. Bunda V–VI–VII–VIII juft bosh miya nervlarining yadrosi joylashgan. Oq modda – bu o'tkazuvchi yo'llardan iborat (harakat va sezgi yo'llari). Kulrang modda – bunda kalla bosh miya nervlarining yadrolari joylashgan. Miya ustunida yana retikular formatsiya yoki to'rsimon tuzilma joylashgan.

Uzunchoq miya – orqa miyaning oldingi qismini tashkil etadi. U pastki tomonda orqa miya, yuqori tomonda Vorolev ko'prigi bilan chegaralangan. Uzunchoq miyada IX–X–XII juft bosh miya nervlarining yadrosi joylashgan.

Bosh miya po'stloq qismining fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari

Birinchi tovush tizimi – bu bilish, ko'rib bilish va kundalik amaliy ishlarni bajarish (masalan: kiyinish, yuvinish, ovqatlanish).

Ikkinchi tovush tizimi – bu fikrlash va gapirishdir. Atrofdagi muhitni to'g'ri anglay bilish unga to'g'ri javob berish, gapirilgan gapni to'g'ri tushunish shu tizimga bog'liq.

Bosh miya po'stloq'i asab tizimining eng oliy joyi hisoblanadi, bu yerda tahlil (analiz – sintez) qilinadi. Bosh miya po'stloq'ining har bir qismi ma'lum narsa uchun javob beradi.

I. Peshona qismida: 1. Oldingi markaziy egatda ixtiyoriy harakatlarning markazi alohida-alohida bo'lib, teskari joylashgan. 2. Nigoh (qarash) markazi.

3. Yozish markazi – grafiya. 4. Muvozanat markazi. 5. O'ng qo'l bilan yozadiganlarda chap tomonda gapirish markazi – Brokka markazi joylashgan. 6. Ruhiyatga aloqasi bor.

Zararlanganda: 1. Monoplegiya – bitta qo'l yoki bitta oyoqning falajlanishi. 2. Jekson tutqanog'i – bitta qo'l yoki bitta oyoqda qaltirash

bo'ladi. Bu bosh miya po'stlog'i ta'sirlanganda kuzatiladi, bemor ma'lum muddat hushini yo'qotmaydi. 3. Nigoh falaji – ikkala ko'z bir tomonga qarab qolgan bo'ladi. 4. Muvozanat buzilishi – bemor bunda tura olmaydi, zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonga yiqiladi. 5. Agrofiya – yoza olmaslik. 6. Motor afaziyasi – bemor gapirilgan gaplarni tushunadi, lekin gapira olmaydi. 7. Bemorda ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi.

II. Tapa qismida: 1. Bosh miyaning orqa markaziy egatida butun sezgi markazlari joylashgan. 2. Sterognoz – jismlarni paypaslab bilish markazi joylashgan. 3. Tananing joylashgan o'rinlarining markazi. 4. Praksiya markazi. 5. Sanash markazi.

Zararlanganda: 1. Monoanesteziya – bitta qo'l yoki bitta oyoqda qarama-qarshi tomonda sezgining buzilishi. 2. Asteriognoz – jismlarni paypaslab bila olmaslik. 3. Autotopagnoziya – tananing joylashgan o'rinlarini bila olmaslik. 4. Akulkuliya – sanashni bilmaydi.

III. Chakka qismida: 1. Eshitish markazi. 2. Hid bilish markazi. 3. Ta'm bilish markazi. 4. Muzikaga qobiliyat markazi. 5. Gapirishning sensor markazi.

Zararlanganda: 1. Eshitish, hid bilish, ta'm bilish gallutsinatsiyasi – yo'q narsalarni sezish kuzatiladi. 2. Amuziya – muzikaga qobiliyatning yo'qolishi. 3. Vestibular ataksiya – bosh aylanish. 4. Chakka tutqanog'i – chakka qismi kasal bo'lganda tutqanoq xuruji paydo bo'ladi. 5. Sensor afaziya – bunda bemor gapga tushunmaydi, gapira olmaydi.

IV. Ensa qismida: 1. Ko'rish markazi. 2. Ko'rib bilish markazi.

Zararlanganda: 1. Ko'rish gallutsinatsiyasi – yo'q narsalarni ko'rish. 2. Metamorfopsiya – narsalarning qiyshiq bo'lib ko'rinishi. 3. Mikrobsiya – narsalarning kichik bo'lib ko'rinishi. 4. Makrobsiya – narsalarning katta bo'lib ko'rinishi. 5. Ko'rish agnoziyasi – ko'radi, lekin shu narsalarni nima uchun kerakligini bilmaydi.

Oraliq miya. Oraliq miya yallig'lanish, o'sma, shikastlanish ta'sirida gipotalamusning zararlanishiga olib keladi va bunga *gipotalamik alomat* deyiladi. Bu alomatning quyidagi turlari bor: 1. Gipotalamik alomatning vegetativ qon-tomir turi. Bunda bemorda paroksizmal xuruj va organizmda ichki gomeostaz buzilishi paydo bo'ladi. Bemorlar xuruj qilganda yurak birdan qattiq tez ura boshlaydi, qon bosim oshib yoki kamayib ketadi, nafas olishi o'zgaradi. Xuruj vaqtida yuz terisi qizarib yoki oqarib ketadi, titraydi, so'ng ko'p terlaydi. Bosh og'rish, ko'ngil aynish bilan kechadi. Xuruj tutganda va tugashi oldidan ko'p miqdorda siydik ajraladi. 2. Gipotalamik alomatni diensefal tutqanog'ida – bemorlarda tutqanoq xuruji qo'l va oyoqlarda tonik tortishishlar kuzatiladi, bunda bemor hushdan ketadi. Bu kasalliklar ayollarda ko'proq uchraydi. 3. Gipotalamik alomatning neyroendokrin turida bemorlar semirib yoki ozib ketishi mumkin, ishtaha kuchayib yoki kamayib ketadi, doimiy changoqlik, hayz ko'rishning buzilishi bilan kechadi. 4. Gipotalamik alomatning neyrotrofik turi – bunda terida shishlar (Kvinke

shishi), soch to'kilishi yoki butunlay boshning ayrim joylarida sochning tushib ketishi, terining ma'lum qismlari oqarib qolishi (leykodermiya), trofik yaralar paydo bo'lishi mumkin. 5. Gipotalamik alomatning neyromushak turi – bunda darmonsizlik kuzatiladi, ba'zan bemorlar qimirlamay qoladi. Bunda soxta falajlik va boshqa soxta alomatlar paydo bo'ladi. Bu o'zgarishlar harakat markazining zararlanishidan emas, balki mushaklar faoliyatining gipotalamus orqali boshqarilishining buzilishi natijasida sodir bo'ladi.

Bosh miya po'stloq osti tuzilmalari

Bosh miya po'stloq osti tuzilmalari boshqacha ekstrapiramid (piramida yo'lidan tashqari) yoki *striopolidar tuzilmalar* deb ataladi. Odamdagi harakatning yaxshi tartibli bo'lishi piramida tizimdan tashqari po'stloq osti tuzilmalariga ham bog'liq bo'ladi. Ekstrapiramid deyilishiga sabab, bu tizim piramida tizimlaridan tashqarida yotadi. Ekstrapiramid odamlardan tashqari baliqlar, qushlarda oliy harakat vazifasini bajaradi, chunki ularda bosh miya po'stlog'i yo'q. Ekstrapiramid tizim, o'z navbatida, bosh miya po'stlog'i, miyacha, miya ustuni va orqa miya bilan bog'langan. Bu tizim ba'zi murakkab ixtiyorsiz va ixtiyoriy harakatlarni bajarishda, mushaklar tonusini boshqarishda, ruhiy va emotsional jarayonlar, shartli va shartsiz reflekslarni sodir qilishda qatnashadi.

Ekstrapiramid tizimi 2 xil bo'ladi.

Striar tizim – bu yadrolar tuzilmasidan iborat: bunga dumli yadro va qobiq (skarlupa) kiradi.

Polidar tizim – bunga quyidagilar kiradi: oq sharlar, qora modda, qizil yadro, Lusevo tanasi.

Ekstrapiramid tizim, asosan, mimikalar uchun, mushaklar harakati-ning bir xil tartibli bo'lishi uchun, kundagi o'rganilgan harakatlarni tartibli bo'lishi, ma'lum vaqt, ma'lum joyda bajarilishida va mushaklar tonusi uchun katta ahamiyatga ega. Bu tizim harakatning tezligiga, to'g'ri bajarilishiga, yurishga ham aloqasi bor. Odamning ruhiy, ruhiy – iroda vazifalariga ham ta'sir qiladi.

Striar tizimi zararlansa, bemorda ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'ladi, tanada turli xil ixtiyorsiz harakatlar, mushak tonusi pasaygan bo'ladi. Bemorda harakatlar ko'p (giperkinez), bu harakatlarni bemor to'xtata olmaydi, bu *giperkinetik-gipotonik belgilar* deb ataladi.

Ixtiyorsiz harakatlar quyidagi turlarga bo'linadi. 1. Atetoz – qo'l va oyoqlarda asta-sekinlik bilan bo'ladigan ixtiyorsiz harakat. 2. Torsion spazm – bo'yinda, belda bo'ladigan qiyshayishlar. 3. Xoreosimon giperkinez-yuz mushaklarida, qo'l hamda tilda kuzatiladi. Bunda bemor ko'zlarini tez-tez yumish, qisish, labni burish, tilni va qo'l panjalarini qimirlatish belgilari kuzatiladi. 4. Geniballizm – beixtiyor qo'lda, oyoqda juda rivojlangan katta qimirlash. 5. Miokloniya – ayrim mushaklarning

beixtiyor qisqarishi. 6. Tremor – bosh, til, pastki jagʻ va qoʻl barmoqlarning titrashi. 7. Yozuv spazmi – faqat yozgan vaqtida qoʻl barmoqlarida tortilish kuzatiladi.

Polidar tizimi zararlanisa, bunda bradikinez – kam harakat yoki akinez – bemorning bir joyda qotib qolishi kuzatiladi. Polidar tizim zararlanishi natijasida gipertonik – gipokinetik alomat paydo boʻladi. Bunda bemorning tanasi yarim bukchaygan, qoʻllar tirsakdan, oyoqlar tizza boʻgʻimidan yarim bukilgan boʻladi. Yuz mimikasi pasaygan – gipomimiya, qoʻl, oyoq, tanada harakatlar sekinlashgan, yurishda qoʻl ishtirok etmaydi. Bemorning qoʻl, oyoqlari va pastki jagʻi titrab turadi, yuzi qotib qolgan – amimiya. Bunday bemorlarda kulish tuygʻusi sekinlik bilan boshlanadi va kulgini keltirib chiqaruvchi sabab oʻtib ketgandan keyin ham iljayib tura-veradi. Bunday holat parkinsonizm kasalligida uchraydi. Bemorlarning yurishi mayda qadamchalar bilan, qoʻl barmoqlarida tortishish, «tanga sanash» belgisi kuzatiladi. Bemorlar biroz turtib yuborilsa oʻzini toʻxtata olmaydi, yonga ketib qolsa – letropulsiya, oldinga ketsa propulsiya, orqaga ketsa – retropulsiya belgilari kuzatiladi (*6-rasm*).

Pollidar tizim kasallansa, mushaklar tonusi oshadi – ekstrapiramid xilida, yaʼni mushak tonusi ham bukuvchi mushaklarda, ham yozuvchi mushaklarda bir xilda oshadi. Markaziy falaj vaqtida esa mushaklar tonusi piramid xilida oshadi, bunda qoʻllarda bukuvchi mushaklar, oyoqlarda yozuvchi mushaklarda tonus oshadi. Bunda Vernike-Mann vaziyati kuzatiladi.

Miyacha. Ixtiyoriy harakatlarning yaxshi, tartibli, muvozanatli boʻlishi yana bir aʼzo – miyachaga bogʻliq. Miyacha kalla suyagining ichida – orqa chuqurchada joylashgan boʻlib, ogʻirligi 120–150 g ikkita yarim sharlardan tashkil topgan. Sharlarni biriktirib turuvchi oʻrta qismida miyacha chuvalchangi joylashgan. Miyacha ham butunlay bosh miya tuzilishini qaytaradi, lekin hajmi kichkina boʻlganligi uchun *miyacha* deb ataladi.

Miyacha 2 xil kulrang va oq moddadan tuzilgan: 1. Tashqi tomoni kulrang modda bilan qoplangan, u *miyacha qopqogʻi* deyiladi. Kulrang modda yadrolardan tuzilgan, bular tishsimon yadro, tiqinsimon yadro, sharsimon yadro, yopilgʻichsimon yadrodan iborat. 2. Oq modda – bu oʻtkazuvchi yoʻllar boʻlib, 3 juft oyoqchalar bor. Bular: tepa, oʻrta va pastki oyoqchalar boʻlib, shu oyoqchalar bilan miyacha markaziy asab tizimining boshqa qismlari bilan bogʻlanib turadi.

Miyachada ham poʻstloq qatlam bor. 1. Yuzaki va molekular qatlam. 2. Chuqur Purkine hujayralari. Miyacha yarim sharlari oʻz tomonidan orqa miya bilan, qarama-qarshi tomondan esa miya yarim sharlari bilan bogʻlangan. Miyacha organizmdagi muvozanat vazifasini bajaradi. Muvozanatni saqlash, harakatning maʼlum bir tartibda boʻlishi, yozish, ovqat yeyish miyachaga bogʻliq. Qaysi yarim shar kasal boʻlsa, bemor oʻsha tomonga yiqiladi. Agar oʻrtadagi chuvalchangsimon tuzilma kasallansa bemor orqaga yiqiladi. Demak, miyacha muvozanatni saqlovchi, ixtiyoriy

harakatlarni muvofiqlashtiruvchi va mushaklar tonusini boshqarib turuvchi a'zodir.

Miyachaning zararlanishiga *ataksiya* deyiladi, bu 2 xil ko'rinishda bo'ladi.

1. Dinamik ataksiya – bu bemor harakat qilganda, biror ish qilayotganda kuzatiladi, masalan, yozganda yoza olmaydi, ovqat yeganda qoshiqni og'ziga olib bora olmasdan qoshiqdagi ovqatni to'kib yuboradi.

2. Statik ataksiya – bemor tura olmaydi, yiqiladi, o'ng tomon zararlangan, o'ng tomonga yiqiladi, yurganda mastga o'xshab yuradi. Ataksiya faqat qo'lda, oyoqda, tanada bo'lmasdan balki ko'zda hamda tilda bo'ladi. Ko'zdagi ataksiya – nistagn, ya'ni ko'z olmasining qimirlab turishi, gaplarni bo'g'in-bo'g'in qilib gapiradi. Miyacha zararlanganda mushaklar tonusi pasayadi – gipotoniya bo'ladi (7-rasm).

Miyachani tekshirish usullari

Vartenberg usuli – qo'l panjalarini uzatib, bir-biriga urish.

Piramid tayog'chalariga piramidani kiygizish.

Ozereskiy I usuli – oyoqlar uchida turish.

Ozereskiy II usuli – bitta oyoqda turish.

Bu to'rtta usul ham bolalarda qo'llaniladi.

Barmoq – burun sinovi: bemor ko'zini yumgan holda ko'rsatgich barmog'i bilan burun uchini ko'rsatadi.

Tizza – tovon sinovi: bemor yotgan holda ko'zini yumib, bir oyog'ining tovonini ikkinchi oyog'ining tizzasiga qo'yib, oyoq panjasi tomon yurgiziladi. Agar miyacha zararlangan, intension titrash bo'ladi.

Ronberg holati – bemorning oyog' panjalarini birlashtirib, qo'llarini oldinga uzatib, ko'zlar yumiladi. Agar miyacha zararlangan, bemor muvozanat saqlay olmaydi, gandarab yiqiladi.

Bosh miya pardalari, bosh miya qorinchalari, orqa miya suyuqligi hosil bo'lishi, aylanib yurishi. Meningial belgilar, meningizm, kalla ichki bosimining kuchayishi va kamayishi

Bosh miya uch xil parda bilan o'ralgan: 1. Qattiq parda (*dura mater*) – ikkita plastinkadan iborat bo'lib, qattiq qo'shimcha to'qimadan tashkil topgan. Tashqi plastinka kalla suyagiga yopishgan, ichki plastinka esa bosh miya tomonida bo'ladi. Bu qavat asab va qontomirlar bilan ta'minlangan. Qattiq miya pardalari o'z yo'nalishi bo'yicha bir qancha bo'shliqlarni tashkil etadi. Bu bo'shliqlarda vena qoni to'planadi. 2. O'rgimchak to'risimon parda (*arachnoidea*) – bu ingichka qo'shimcha to'qimalardan tuzilgan bo'lib, qattiq miya pardasi bilan yumshoq miya pardasi orasida bo'ladi. Tashqi qavat endotelidan iborat bo'lib, subdural bo'shliq devorini hosil qiladi. Ichki qavat esa yumshoq pardaga qaragan va uning bilan bog'langan.

Ba'zi joylarida araxnoidal qavat yumshoq qavat bilan qo'shilib ketadi. Ba'zi joylarda ikki qavat orasida suyuqlik hovuzchasi hosil bo'ladi. Hamma suyuqlik hovuzchalari bir-biri bilan hamda subaraxnoidal bo'shliq bilan bog'langan.

3. Yumshoq miya pardasi (piamater) – bu parda bosh miyani yopib turadi, egatlar orasiga kiradi. Bu qavatda qontomirlar, asab tolalari ko'p joylashgan. O'rgimchak to'risimon parda bilan yumshoq parda ikkalasi birgalashib, umumiy nom «Leptomeninx» ni tashkil qiladi. Yumshoq parda qorinchalar orasiga kirib, u yerda qontomir (xoriodal) chigallarini hosil qiladi. O'rgimchak to'risimon parda bilan yumshoq parda orasidagi bo'shliq *subaraxnoidal bo'shliq* deb ataladi. Orqa miya suyuqligining ko'p qismi shu bo'shliqda bo'ladi va doimo aylanib turadi. Subaraxnoidal bo'shliq orqa miyani boshdan oxirigacha o'rab turadi. Orqa miya tugallanadigan joyda (II bel umurtqasi) subaraxnoidal bo'shliq kengayib, oxirgi suyuqlik hovuzchasini hosil qiladi. Unda «ot dumii» ga o'xshash asab tolalari shu hovuzchada turadi.

Orqa miya suyuqligining ko'proq qismi bosh miyaning markaziy bo'shliqlarida, miya qorinchalarida bo'ladi. Bular o'ng va chap yon qorinchalar, III va IV qorinchalardir. Orqa miya suyuqligi miya qorinchalarida joylashgan xoriodal chigallardan ishlab chiqiladi. Orqa miya suyuqligi yon qorinchalardan va Monroy teshiklari orqali III qorinchaga o'tadi. Bu yerdan Silviy suv yo'li orqali IV qorinchaga tushadi. IV qorinchadan orqa miya suyuqligi orqa miyaning markaziy kanaliga Majandiy va Lushk teshiklari orqali katta suyuqlik havzasi bilan subaraxnoidal bo'shliqqa o'tadi. Katta kishilarda 150–200 ml orqa miya suyuqligi bo'ladi. Bosh miya va miya ustuni atrofida joylashgan suyuqlik bosh miyani turli xil jarohatlardan, qattiq silkinishlardan, zararlanishdan saqlab turadi. Bulardan tashqari, suyuqlik miya hujayrasida moddalar almashinuvini ta'minlaydi, bulardan chiqqan chiqindilarni tozalab turadi va miyaning ichki bosimini bir me'yorda saqlab turadi (8-rasm).

Orqa miya suyuqligini olish tartibi. Orqa miya suyuqligini lumbal punksiya qilish natijasida olinadi. Bunday punksiya shifoxonada qilinadi, u tashxis qo'yish va davolash maqsadida o'tkaziladi. Punksiya qilishdan oldin qo'lni yaxshilab sovun bilan cho'tka orqali yuvib, spirt va yod eritmasi bilan tozalanadi.

Bemorni ko'pincha o'ng tomonga yonbosh qilib yotqizib, oyoqlarni tizza bo'g'imidan bukkan holda qoringa yaqinlashtirib, boshni biroz oldinga egib yotqiziladi. Bemorning chanoq suyagini yuqorigi qirrasidan umurtqa pog'onasi bo'ylab yod bilan chizib olinadi. Bu chiziq L_3-L_4 umurtqalar o'simtasi orasiga to'g'ri keladi. Punksiya, asosan, L_2-L_3 , L_3-L_4 , L_4-L_5 umurtqa o'simtalar orasi spirt va yod bilan tozalanib, keyin 0,5 %–2,0 ml novokain shu joy terisi ostiga yuboriladi, shu joyga maxsus igna mandreni bilan II–III bel umurtqasi orasiga qilinadi. Punksiya qilayotganda igna bemorning bosh tomoniga salgina qaratib turib, o'rta chiziqqa gorizontol holatda sanchiladi. Igna uchi miya qattiq pardasiga borib yetgach, biroz qarshilik sezadi. Miya qattiq pardasi teshilgach,

qarshilik yo'qoladi. Keyin mandren olingan vaqtda suyuqlik tomchilab chiqadi. Suyuqlikning rangi tiniq, bosimi maxsus suvli monometr yordamida o'lchanadi. Yotgan holatda 150–180 ml suv ustuni, o'tirgan holda 200–250 ml suv ustuniga teng. Agar monometr bo'lmasa, suyuqlik chiqishini sanaymiz, bunda bir daqiqada 60–80 tomchi suyuqlik oqib chiqadi. Bosh miyada suyuqlik bosimi oshib ketgan bo'lsa, u tomchi bo'lib emas, balki to'xtovsiz bosim bilan otilib chiqadi. Tashxis qo'yish maqsadida 3–4–5 ml suyuqlik olib tahlil qilinadi. Bunda rangi – tiniq, rangsiz, hu'jayralar soni 0–5 ta limfasit hisobiga, bolalarda 20 tagacha, oqsillar soni 0,1–0,3 g/l, shakar miqdori 0,5–0,75 g/l, xloridlar 7,0–7,5 g/l. Bular sog'lom kishilarda bo'ladi (9-rasm).

Bosh va orqa miya o'smalarida oqsillar soni ko'payadi, meningitlarda esa hujayralar soni limfasitlar hisobiga ko'payadi, bosim oshib, rang o'zgaradi, loyqa bo'ladi. Punksiyadan keyin bemor 2 soat to'shakda qorin bilan yostiqsiz yotishi lozim. Shundan so'ng 2 kungacha orqasi bilan yostiqsiz yotishi kerak. Bemorga 1–2 kun davomida 0,5 mg. dan 2–3 mahal urotropin berib turish tavsiya etiladi.

Orqa miya suyuqligidagi oqsil moddasi (albumin, globulin) 0,2–0,3% ni tashkil etadi. Buni tekshirish uchun quyidagi usullardan foydalaniladi.

1. Nonne-Appelt reaksiyasi bunda shisha idishda teng miqdorda 0,5–1,0 ml orqa miya suyuqligi olinib, unga to'yingan ammoniy sulfat eritmasi solinib aralashtiriladi. Agar orqa miya suyuqligida globulin miqdori me'yorda bo'lsa, aralashma loyqalanmaydi. Lekin globulin miqdori ko'proq bo'lsa, aralashma loyqalanib ketadi. Loyqalanish darajasiga qarab: sust bo'lsa +, o'rtacha bo'lsa ++, juda kuchli bo'lsa +++ yoki ++++ belgisi ko'rsatiladi.

2. Pandi reaksiyasida soat oynasiga karbol kislotaning 12–15 % eritmasidan quyilib, uning ustiga bir tomchi orqa miya suyuqligidan tomiziladi. Suyuqlikda globulin miqdori me'yordan ko'proq bo'lsa, aralashma loyqalanadi. Bu reaksiyaning loyqalanish darajasi ham yuqorida ko'rsatilgan belgilar bilan aniqlanadi.

Agar orqa miya suyuqlik tarkibida hujayralar soni me'yorda bo'lsa, lekin oqsillar soni ko'proq bo'lsa, bu oqsil-hujayra *dissotsiatsiyasi* deb ataladi. Bu holat asab tizimida o'smalar borligidan darak beradi. Lekin hujayralar miqdori oshib, oqsil miqdori o'zgarib, bu hujayra-oqsil *dissotsiatsiyasi* deb ataladi. Bu holat barcha markaziy asab tizimining yallig'lanish kasalliklarida uchraydi.

Punksiya qilish kerak: meningitlarning barcha turlarida, orqa miya yallig'lanishida, leptomeningitlar, ensefalitlar, gipertenzion belgilar, miyelitlar va bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishlarida.

Punksiya mumkin emas: bosh va orqa miya o'smalarida, komatoz holatlarda.

Orqa miyada ro'y beradigan kompression jarayonlarda (o'sma, leptomeningit va boshq.) subaraxnoidal oraliqning ma'lum bir yerida to'siq

paydo bo'lishi mumkin. Natijada, orqa miyada suyuqlik aylanishi buziladi. Subaraxnoidal oraliqda to'siq bor yoki yo'qligini aniqlash, orqa miya kasalliklariga tashxis qo'yishda quyidagi usullardan foydalaniladi.

Kvekenshtedt usuli. Orqa miya suyuqligi olinayotgan vaqtida bemor bo'ynining ikkala yon tomonidan ikkala v. jugularisning usti qo'l bilan bosiladi. Agar subaraxnoidal oraliqning punksiya qilinayotgan joyidan yuqoriroq qismida to'siq bo'lmasa, orqa miya suyuqligining oqimi tezlashadi yoki to'siq mavjud bo'lsa, orqa miya suyuqligi oqimi o'zgarishini, susayishi yoki to'xtab qolishi mumkin.

Stukkey usuli. Punksiya qilinayotgan ignadan orqa miya suyuqligi oqib turgan vaqtda bemor qomining pastki qismiga bosiladi. Agar to'siq bo'lmasa, suyuqlikning oqimi tezlashadi. Agar to'siq mavjud bo'lsa, oqim o'zgarib qoladi.

Agar punksiya qilingandan keyin bemorda meningizm belgilari paydo bo'lsa, shu belgilar yo'qolguncha bemor o'rnidan turg'izilmaydi. Bir necha kun davomida bemorga 40 %li 20,0 ml glukoza eritmasidan tomir ichiga yuboriladi va bosh og'rig'iga qarshi dorilar beriladi (10-rasm).

Meningial belgilar. Miya pardalarining yallig'lanish kasalliklarida, shu pardalar tagiga qon quyilib qolgan vaqtlarda, bosh miya jarohatlanganda, bosh miya o'smalarida, abscesslarda va bosh miya ta'sirlanishiga aloqador belgilar kuzatiladi. Bular meningial belgilar ijobiy bo'ladi. Bu belgilar bosh og'rishi, qayt qilish, yorug'likka qaray olmaslik, tovushlar yoqmasligi, tomir urishining sekinlashuvi, ensa mushagining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari hamda talvasa xurujlaridir.

Kernig belgisida sonni to'g'ri burchak ostida bukib, oyoqni tizza bo'g'imidan yozish kerak. Kasallangan vaqtda oyoq tizza bo'g'imidan yozilmaydi. Brudzinskiy yuqori belgisida ensa mushaklari tarangligi tekshirib ko'rilayotganda oyoqlar tizza bo'g'imidan bukiladi. Pastki belgisida birinchi oyoqni chanoq-son bo'g'imidan bukib, tizza bo'g'imidan yozganda ikkinchi oyoq tizza bo'g'imidan bukiladi.

Meningizm. Yallig'lanish belgilari bo'lmagan holda miya pardalarining ta'sirlanishidan kelib chiqqan holda belgi hisoblanadi. Bunda bemorning boshi og'riydi, qayt qiladi, tomir urishi sekinlashadi. Ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari kuzatiladi. Lekin orqa miya suyuqligi tarkibida o'zgarish me'yoriy holda bo'ladi. Bosimi ko'tarilgan bo'ladi. Bu holat har xil kasalliklardan va turli xil zaharlanishlardan keyin kelib chiqadi.

Kalla ichki bosimining oshishi (gipertenziya) belgilari. Kalla ichida biror narsa (o'sma, gematoma, exinokokkoz, abscess) paydo bo'lganda orqa miya suyuqligi ishlab chiqishi ko'payadi, so'rilishi kamayadi yoki bekilib qoladi. Kalla ichki bosimi kuchayib ketadi. Bunda gipertenzion belgilar kuzatiladi. Buning klinik manzarasida bosh og'rishi, qayt qilish, ko'z nervining tubida dimlanish paydo bo'ladi. Bosh og'riq ko'pincha ertalab kuchayadi, bu ovqat yeyishga bog'liq bo'lmaydi. Bemorda ko'ngil

aynimasdan o'zi bilmagan holda ko'proq ertalablari qusib yuboradi. Bundan tashqari, bemorning ruhiyati buziladi, karaxt bo'lib yuradi.

Gipertenzion-gidrosefal alomatning asosiy belgisi – qattiq bosh og'riq bilan bemor o'zini boshi yorilib ketayotgandek his qiladi. Bosh og'riq ko'pincha bosh aylanish va qusish bilan birga davom etadi hamda vaqti-vaqti bilan xuruj zo'rayib turadi. Kalla va butun tanani majburiy holatda tutib turadi, ya'ni bemorlar boshini yonga yoki oldinga egib turadilar. Faqat bir yonbosh bilan yotadi, bu holat o'zgarsa, bosh aylanish va qusish kuchayib ketadi. Bemorning ko'z oldini vaqti-vaqti bilan to'r bosib, mayda-mayda olov uchqunlari ko'rina boshlaydi. Xuruj vaqtida bemorning rangi qizarib yoki ogarib ketadi. Nafas olishi tezlashadi, taxikardiya yoki bradikardiya bo'ladi. Bosh og'riq kuchli bo'lganda bemorlar hushdan ketib qoladilar. Bosh miya qorinchalarida bosim oshib ketganligi sababli bosh miya venalarida qon aylanish qiyinlashadi. Natijada, ko'z tubida ko'ruv nerv papillasi shishadi, uning vena qontomirlari kengayib ketadi va mayda qon quyilishlar paydo bo'ladi.

Gipotenziv alomati bosh miya ichida bosim pasayib ketganda paydo bo'ladi. Bunda bemorlar bosh og'riqni boshning tashqi tomonidan bosilayotganday his qiladilar. Bosh og'riq ko'pincha ensada va bo'yinning orqasida bo'ladi. Yotgan, o'tirgan holatlarda bosh og'riq kamayishi yoki yo'qolishi, tik turgan yoki yurayotgan paytlarda zo'rayib ketishi mumkin. Ortostatik bradikardiya, ko'ngil aynish, bosh aylanish, yorug'likni yoqtimaslik belgilari bilan birga umumiy damonsizlik, uyqu bosish, ko'z tinishi, ayrim vaqtlari hushdan ketish hollari ham bo'lib turadi.

Nazorat savollari

1. Asab hujayrasining asosiy vazifalari nimalardan iborat?
2. Dinamik polarizatsiya qonunini tushuntirib bering?
3. Bosh miya yarim sharlarining qismlari va ularning vazifalarini ayting?
4. Orqa miya tuzilishini aytib bering?
5. Bosh miya po'stloq osti tuzilmalariga nimalar kiradi va uning tekshirish yo'llari?
6. Miyachaning vazifasi va tekshirish usullari?
7. Orqa miya suyuqligi sog'lom odamlardagi tarkibi va uning organizm uchun ahamiyati qanday?
8. Bosh miyadagi gipertenzion va gipotenzion alomatlarining bir-biridan farqini tushuntirib bering?

Periferik asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari

Periferik (sirtqi, chekka, uchki) asab tizimi deb, bosh va orqa miyadan boshlangan nerv hujayralari, nerv tolalari va ularning yo'llarida hosil bo'lgan nerv tugunlari ya'ni gangliyalarga aytiladi.

Markaziy asab tizimining teri, mushak, pay bilan bog'lovchi qismiga *somatik asab tizimi* deyiladi. Markaziy asab tizimining ichki a'zolari,

qontomirlar va ichki sekretsia bezlari bilan bog'lovchi qismi *vegetativ asab tizimi* deb ataladi. Orqa miyadan chiqadigan periferik asab tizimida sezuvchi nervning boshlanish qismida mayda nerv tolalari bo'lib, u tashqi muhitdan kelgan har-xil ta'sirlarni qabul qilib, impulsga aylantirib beradi. Bunday retseptorlar teri, mushak, pay, ichki a'zolarida joylashgan bo'lib, ulardan kelgan axborotlarni sezuvchi tolalar orqali markaziy asab tizimiga yetkazib beradi. Harakat nerv tolalari esa markaziy asab tizimidan kelgan axborotlarni teri, mushak, qontomirlar, ichki a'zolariga yetkazib beradi. Markaziy asab tizimi tashqi va ichki muhitdan kelgan axborotlarga organizmni moslashtirib beradi.

Periferik asab tizimi zararlanganda, shu nervga taalluqli mushaklarda falajlik va terida sezgining yo'qolishi hamda sezgi buzilishlari bilan kechadi. Periferik asab tizimi zararlanganda og'riq (nevralgiya) va tananing qismlarida uvishish (paresteziya) kuzatiladi. Ayrim asabning zararlanishi natijasida juda qattiq chidab bo'lmaydigan, achishtiruvchi, kuydiruvchi og'riqlar bo'ladi – bu og'riq *kauzalgiya* deyiladi.

Orqa miya ildizlarining zararlanishi – *radikulit*; orqa miya tugunlarining zararlanishi – *ganglianit*; nerv chigallarining zararlanishi – *pleksit*; alohida nervlarning zararlanishi – *nevritlar* deb ataladi.

1. Orqa miyaning oldingi ildizi zararlanganda periferik asab tizimiga xos falajlanish kuzatiladi. Bunda mushaklarda gipotrofiya yoki atrofiya, pay reflekslari susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Orqa miyaning orqa ildizi zararlanganda esa ildizcha turdagi sezgi o'zgarishlar bo'ladi.

2. Orqa miya orqa shoxidagi tugunlar zararlanganda, shu zararlangan sohada kuchli og'riq bilan birga uchuq toshishi kuzatiladi.

3. Yelka chigali uchta tutamdan iborat bo'ladi. Bu tutamlar orqa miyaning $C_{5-8} - D_1$ segmentlaridan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. Bu nervlar o'mrov suyagining orqa tomonidan bir-biri bilan qo'shilib, uchta tutamni hosil qiladi. Yuqori tutam C_{5-6} segmentlardan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. O'rta tutam C_7 segmentlardan chiqadigan va pastki tutami esa $C_8 - D_1$ segmentlaridan chiquvchi orqa miya nervlarida hosil bo'ladi. Yuqori tutamlar zararlanganda shu asab tolalari bilan ta'minlangan mushaklar falajlanishi va atrofiyalanishi, terida esa sezgi yo'qolishi kuzatiladi. O'rta tutam zararlanganda, shu mushaklarda falajlanish va atrofiyalanish bilan birga tirsak va oraliq nervlariga taalluqli teri sohasida sezgi o'zgarishlari bo'ladi. Pastki tutam zararlanganda oraliq va tirsak nervlari bilan ta'minlangan mushaklar falajlanishi, qo'lting va bilak nervlari ta'minlaydigan teri yuzidagi sezgi yo'qoladi.

4. Bel chigali $D_{12} - L_{1-4}$ segmentlardan chiquvchi orqa miya asab tolaridan hosil bo'ladi. Son va sonning tashqi teri nervi bel chigallari zararlanganda ko'proq uchraydi. Son nervi zararlanganda boldirmi yozuvchi mushaklarning falajlanishi bo'ladi, tizza refleksi yo'qoladi. Bunda bemor bukilgan boldirmi yoza olmaydi. Sonning tashqi teri nervi zararlanganda mushaklarda falajlanish bo'lmaydi, lekin teri sezgisi yo'qoladi.

5. Dumg'aza chigali L_{4-5} va Co_{1-3} segmentlardan chiqqan orqa miya asab tolalaridan iborat. Dumg'aza chigalidan chiquvchi quymich nervi ko'proq zararlanadi. Bunda sonni tashqi tomonga aylantirish, boldirni bukish va oyoq panjasining harakatlari yo'qoladi. Oyoq kafti mushaklarining falajlanishi, atrofiyalanishi va Axill hamda pay reflekslari yo'qoladi. Oyoqning orqa tomonida og'riq va boldir hamda oyoq panjasining terisida sezgi yo'qoladi. Kichik boldir nervining zararlanishida oyoq panjasi va barmoqlar yuqoriga bukilmaydi, oyoq panjasi osilib qoladi. Bemor oyoq uchi yerga tegmasligi uchun tizzasini yuqoriga ko'tarib tashlab yuradi. Boldir va oyoq panjasining tashqi yuzasida sezgi o'zgarishlari bo'ladi. Katta boldir nervi oyoq panjasini va barmoqlarni yuqoriga bukuvchi mushaklarni ta'minlaydi. Bu nerv falajlanganda bemorlar oyoq panjasi va barmoqlarni pastga buka olmaydi, oyoq panjasi tashqi tomonga va yuqoriga tortilib qoladi. Axill refleksi yo'qoladi, teri sezgisi boldir orqasida, oyoq panjasi va barmoqlarning ostida hamda ularning ichki tomoni yuzasida yo'qoladi.

Bilak nervi, asosan, qo'l panjasini orqaga bukadi, tirsakni yozadi. Sezgi qismi esa I-II-III barmoqlarning ustki qismini sezgi bilan ta'minlaydi. Agar bilak nervi zararlansa, qo'l panjasi osilib qoladi, tirsak sal bukiladi. Shu joylarda periferik nerv xilidagi falajlanish belgilari bo'ladi (bular atrofiya yoki oriqlash, gipotoniya va shu zararlangan tomonda yozuvchi bilak reflekslari chaqirilmaydi), I-II-III barmoqlarning ustki qismida qo'l panjasida sezgi yo'qoladi.

Tirsak nervi bu nerv IV-V barmoqlarni bukadi, birinchi katta barmoqni sinchalakka olib keladi. Sezgi qismi esa IV-V barmoq qo'l panjasida tashqi va ichki qismida sezgi bilan ta'minlaydi. Agar bu nerv zararlansa, IV-V barmoqlar bukilmaydi, periferik nerv xarakteridagi falajlanish kuzatiladi. Bunda atrofiya gipotenor sohasida bo'ladi. Bemor royal, pionina chalolmaydi, panjasi «qushsimon» panja ko'rinishida bo'ladi. Sezgi sohasi IV-V barmoqlarning ichki qismida sezgi yo'qoladi.

O'rta yoki oraliq nerv ham aralash nervlardan iborat bo'lib, harakat qismi I-II-III qo'ldagi barmoqlarni bukadi. Sezgi qism esa I-II, qisman III barmoqlarning ichki qismini sezgi bilan ta'minlaydi. Agar shu nerv zararlansa, I-II-III qo'ldagi barmoqlar bukilmaydi, tenor sohasida atrofiya bo'ladi. Bemorning qo'l panjasi «maymun» panjasiga o'xshab qoladi. I-II, qisman III barmoqlarning ichki qismida sezgi yo'qoladi hamda tirsakni bukish reflekslari chaqirilmaydi.

Quymich nervining harakat qismi uni tizza sohasidan bukadi va oyoqni tashqariga qaratadi. Quymich nervi tizza osti chuqurchasiga borib, ikkita nervga bo'linadi.

I. Kichik boldir nervi bo'lib, u boldimning tashqi tomonidan ketadi. Bu nerv oyoq panjalarini orqaga burishni va tashqariga qaratishni amalga oshiradi. Sezgi qismi esa boldir va oyoq panjasining tashqi qismini sezgi bilan ta'minlaydi.

II. Katta boldir nervi bo'lib, harakat sohasi oyoq panjasidagi barmoqlarni bukadi va bir-biriga yaqinlashtiradi hamda oyoq panjasini ichkariga buradi. Sezgi sohasi esa boldirning orqa ichki tomoni va oyoq panjasining tovon qismini sezgi bilan ta'minlaydi.

Agar quymich nervi zararlangan bemor tizzasini buka olmaydi, oyoqni tashqariga qarata olmaydi, sonning orqa qismida sezgi yo'qoladi. Oyoqda esa Axill refleksi chaqirilmaydi. Agar kichik boldir nervi zararlangan, oyoq panjalarini orqaga hamda tashqariga buka olmaydi, ya'ni oyoq panjasi osilib qoladi. Bemorning yurishi «xo'rozsimon» – oyoqni ko'tarib bosadi. Boldirning tashqi tomonida sezgi yo'qoladi. Falajlanish periferik asab xilida kuzatiladi. Agar katta boldir nervi zararlangan, oyoq panjasi barmoqlarini buka olmaydi, bir-biriga yaqinlashtira olmaydi, oyoq panjasi tashqariga qarab qolgan, uni ichkariga burish qiyin bo'ladi, falajlanish periferik nerv xilida bo'ladi. Axill va tovon reflekslari yo'qoladi, boldirning orqa ichki qismida sezgi yo'qoladi.

Periferik asab tizimini tekshirish usullari. Agar periferik asab tizimi zararlangan bo'lsa, paypaslab ko'rilganda og'rimaydi. Zararlanganda esa ularning sirtga chiqish joylari va ustunlari paypaslaganda og'riydi. Tekshirilganda qo'l, oyoq va tanada joylashgan hamma nerv ustunlarini paypaslab chiqish kerak. Quyidagi tortilish usullarini ko'rib chiqamiz: 1. Iaseg belgisi, bunda quymich nervini tortish natijasida sonning orqa tomonida qattiq og'riq paydo bo'ladi. Bunda bemor yotgan holda bitta oyoq'ini tizzani bukmasdan yuqoriga ko'tarishi tavsiya etiladi. Agar quymich asabi zararlangan bo'lsa, 90° yuqoriga ko'tarilganda ham og'rimaydi. Agar zararlangan bo'lsa, oyoqni 30° yuqoriga ko'tarilganda ham og'riq paydo bo'ladi. 2. Bextero belgisi, bunda sog'lom oyoqni yuqoriga ko'targanda quymich nervi bo'lsa, zararlangan oyoq og'riydi. 3. Neri belgisi, bu orqa miyaning bel va dumg'aza ildizlarini tortib ko'rish belgisi bo'lib, bunda bemor yotgan holda boshi oldinga bukiladi. Agar zararlangan bo'lsa bel sohasida og'riq bo'lmaydi. Agar bel va dumg'aza ildizlari zararlangan bo'lsa bunda belda qattiq og'riq bo'ladi. 4. Vasseman belgisi – bu son nervini tortib ko'rish belgisi bo'lib, bunda bemorni chalgancha yotqizib qo'yiladi. Agar son nervi zararlangan bo'lsa tekshirilayotgan oyoqni tizza bo'g'imidan bukib, yuqoriga ko'tarilsa, sonning oldingi qismida og'riq paydo bo'ladi. 5. O'tirish belgisi, bemorga oyoqlarini oldinga uzatgan holda o'tirish tavsiya etiladi. Agar beldagi ildizlar zararlangan bo'lsa, bemor o'tirganda oyoqlarini tizza bo'g'imidan bukib oladi, ya'ni bemor beldagi og'riqni kamaytirish maqsadida shunday qiladi. 6. Dejerin belgisi, bemorlar yo'talganda yoki aksa urganda bel-dumg'aza sohasida og'riq kuchayadi (11-rasm).

Nazorat savollari

1. Periferik asab tizimi deb nimalarga aytiladi?
2. Orqa miya oldingi shoxi zararlanganda qanday belgilar paydo bo'ladi?
3. Yelka chigali nimalardan tuzilgan?

4. Bilak va quymich nervlarining vazifalarini ayting?
5. Periferik asab tizimini tekshirish yo'llarini ko'rsating?
6. Tortilish belgilarining turlari va kelib chiqish sabablarini tushuntiring?

Harakat tizimi, anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari

Buyuk rus olimi Sechenov aytganidek, miya faoliyatining asosiy narsasi bu harakatdir. Butun tirik jonivorlar, odamlar kechayu-kunduz harakat qiladi. Harakat 2 xil bo'ladi: 1. Ixtiyoriy harakatlar bu harakatlar odamning xohishiga bog'liq harakatlar. 2. Ixtiyorsiz harakatlar – odamning xohishiga bog'liq emas, bu harakatlarga chaqaloqlardagi harakat kiradi.

Ixtiyoriy harakat markazlari bosh miya po'stlog'ining peshona qismi oldingi markaziy egatida joylashgan, joylashishi alohida-alohida va teskari. Har bir markazdan pastga qarab harakat neyronlari boshlanadi. Ular ichki kapsulagacha gulbog'ni tashkil qiladi. Pastga tushadigan harakat yo'llari birlashib, ichki kapsulani orqa sonini oldingi 2/3 dan o'tadi. Ichki kapsuladan o'tgandan keyin miya oyoqchalari orqali miya ustuniga tushadi. Uzunchoq miya orqa miya chegarasida harakat yo'llari kesishadi. 85–90 % asab tolalari kesishadi. Kesishgandan keyin orqa miyani yon ustuniga tushadi, keyin har bir segment sohasida oldingi shoxga kirib, harakat hujayralarida tugaydi. Bu harakat neyroni – *birinchi markaziy neyron* yoki *piramida yo'li* (kortiko – spinal yo'l) deyiladi. Kesilmay qolgan harakat tolalari orqa miyaning oldingi ustuniga tushadi. Birinchi markaziy neyron tugaydi, orqa miya tamom bo'lgan joyda, bu ikkinchi bel umurtqasi sohasida. Orqa miyaning oldingi harakat hujayralaridan kelgusi neyron boshlanib, tashqariga chiqadi va mushaklarda tugaydi. Bu ikkinchi periferik neyron – *orqa miya mushak yo'li* (spino-muskular yo'l) deyiladi (12-rasm). Ikkinchi periferik asab qismlari. 1. Ildizlar (oldingi shoxda harakat ildizi, orqa shoxda sezgi ildizi). 2. Umurtqalararo tugunlar (bu faqat sezgiga tegishli). 3. Chigallar (aralash tolalardan iborat sezgi). 4. Periferik asablar (qo'l, oyoq va tanadagi alohida nervlar). Har bir targ'il ko'ndalang mushak asab bilan ta'minlangan. Periferik asab quyidagi vazifalarni bajaradi: 1. Harakat. 2. Sezgi. 3. Trofik yoki oziqlantirish.

Zararlanganda. Agar ikkala neyron butunlay biror joyda zararlangansa, unda harakat bo'lmaydi. Bunda plegiya – umuman harakat yo'q, parez – harakat butunlay yo'qolmagan, ammo chegaralangan. Parezlar yengil, o'rta va chuqur parezlarga bo'linadi. Parezlar joylashishiga qarab bo'linadi, monoparez – bitta qo'l yoki bitta oyoqda harakat chegaralangan, paraparez – ikkala qo'l yoki ikkala oyoqda harakat chegaralangan, gemiparez – bir tomonda o'ng yoki chap tomonda harakat chegaralangan, tetraparez – ikki qo'l va ikki oyoqda harakat chegaralangan. Parezlar xarakteriga qarab ikki xil bo'ladi:

Markaziy parezlar-markaziy asab tizimi kasallanganda kuzatiladi.

Periferik parezlar-periferik asab tizimi kasallanganda kuzatiladi.

Belgilari	Markaziy yoki spastik falajlik (markaziy neyron zararlenganda bo'ladi)	Periferik yoki bo'shashgan falajlik (Periferik neyron zararlenganda bo'ladi)
Periostal va pay reflekslari	Oshgan (gi perrefleksiya)	Susaygan yoki yo'qolgan (gi porefleksiya)
Patologik reflekslari (Babinskiy, Rossolimo, Gordon va hokazolar)	U chraydi	U chramaydi
Klonus (oyoq panjasi, tizza qopqog'i, qo'l panjasi)	U chraydi	U chramaydi
Himoya reflekslari	U chraydi	U chramaydi
Hamkor harakatlar	Kasallikka xos hamkor harakatlar uchraydi	U chramaydi
Mushaklar tonusi	Oshgan (gi pertoniya)	Susaygan yoki yo'qolgan (gi potoniya yoki atoniya)
Mushaklar trofikasi (oziqlanishi)	Buzilmagan yoki biroz yengil buzilgan	Buzilgan va chuqur atrofiya belgilari
Elektr o'tkazuvchanlik	Buzilmagan	Buzilgan
Vegetativ o'zgarishlar: (paresteziya, teri quruq, ko'p terlash, tirnoqlar sinuvchanligi, turli xil dog'lar, qo'l va oyoqdagi tomirlar urushining pasayishi, qo'l va oyoqlarning sovuq qotishi).	U chraydi	U chraydi

Agar bosh miya peshona qismi, oldingi markaziy egat yoki gulbog' zararlansa, bitta qo'lda yoki bitta oyoqda monoplegiya bo'ladi, faqat qarama-qarshi tomonda bo'ladi. Agar ichki kapsula zararlansa, bir tomondan va undan pastdagi tuzilmalar miya ustunidan, orqa miyagacha zararlansa, gemiplegiya faqat markaziy xilida hamma vaqt qarama-qarshi tomonda bo'ladi.

Orqa miya zararlansa: 1. Yuqori bo'yin qismida orqa miyaning butun ko'ndalang qismi zararlansa, tetraplegiya markaziy xarakterda bo'ladi. 2. Orqa miyaning bo'yin qalinligi zararlansa, bunda ham tetraplegiya bo'ladi. Bunda faqat qo'llarda parez periferik xarakterda, oyoqlarda markaziy xarakterga ega bo'ladi. Chunki qo'llar uchun orqa miyaning oldingi shoxidagi harakat hujayralari zararlangan bo'ladi, oyoqlar uchun esa markaziy neyron zararlangan. 3. Orqa miyaning ko'krak qismi zararlenganda pastki paraplegiya oyoqlarda markaziy xarakterda, chunki oyoqlar uchun markaziy neyron zararlangan. 4. Orqa miyaning bel qismi butunlay zararlansa, bunda pastki paraplegiya oyoqlarda, falajlanish periferik xarakterga ega. Chunki orqa miyaning oldingi shoxidagi harakat hujayralari zararlangan. Shunday qilib, orqa miyaning butun ko'ndalang qismi kasallanganda paraplegiya yoki tetraplegiya bo'ladi.

Harakat sohasini tekshirish. 1. Faol harakatlarni tekshirishda bemor shifokor buyrug'ini bajarishi kerak, barcha bo'g'imlardagi harakatlar to'liq

ko'riladi. Bemor yurganda harakatlari kuzatiladi. Qo'l yoki oyoqlarning shifokor buyrug'i asosida yuqoriga, pastga va yon tomonga harakatlari tekshirilib ko'riladi. Bunda bemorda parez yoki paralichlar bor yoki yo'qligi aniqlanadi. 2. Sust harakatni tekshirishda shifokor bemorning o'ng tomonida turib, bemorning boshini, qo'l va oyoqlardagi bo'g'imlar harakatini kuzatadi. Bo'g'imlardagi harakat to'liq chegaralangan yoki chegaralamaganligi aniqlanadi. Shu bilan birga mushak tonusi ham bir vaqtning o'zida tekshirib boriladi. Mushaklar tonusi ko'rilayotgan vaqtda bemor mushaklarni bo'sh qo'yishi kerak. Mushaklar tonusi piramid yoki ekstrapiramid xilida ekanligi, qaysi qo'l yoki oyoqlarda bo'lsa, shu mushaklar tonusi aniqlanadi. Bundan tashqari, gipotrofiya yoki atrofiya borligini «sm» lenta yordamida o'ng va chap tomon o'lchanadi. O'ng tomon chap tomonga nisbatan 1,0 – 1,5 sm farq qiladi. Son, boldir, yelka va bilakning o'rta qismi o'lchanadi. Mushaklar kuchi bukuvchi va yozuvchi mushaklarda aniqlanadi. Bu 5 balli tizim bilan aniqlanadi. 5 ball – bunda qo'l-oyoqlarda faol harakatlar chegaralamagan, mushaklar kuchi pasaymagan; 4 ball – faol harakat chegaralangan, Barre holatda qo'l-oyoqlarni bir necha daqiqa ushlab turiladi. So'ngra parez bo'lgan qo'l yoki oyoq sekin pastga tushib ketadi bu yengil parez deyiladi; 3 ball – mushaklar kuchi pasaygan, Barre holatda qisqa vaqt tura oladi, bemor qo'l yoki oyoqni biroz ko'tarishi mumkin. Bu *o'rta og'irlikdagi parez* deyiladi; 2 ball – mushaklar kuchi birdan pasaygan bemor qo'l yoki oyoqlarini ko'tara olmaydi. Bemor oyoqlarini tizza bo'g'imidan buka olmaydi – bu *chuqur parezlar* deyiladi; 1 ball – ayrim mushaklarda qisqarish yoki uchish bo'ladi, harakat butunlay yo'qolgan, bu *plegiya* deb ataladi.

Yashirin parezlarni aniqlashda Barre usulidan foydalaniladi. 1. Yuqoridagi usul – bunda qo'llar oldinga uzatilgan holda ushlab turiladi va ko'zlar yumiladi. Agar parez bo'lsa 1–2 daqiqa ichida parez bo'lgan qo'l pastga tushib ketadi. 2. Pastki usul – bemor chalgancha yotgan holda oyoqlarini 45° bukkan holda ushlab turadi. Agar parez bo'lsa, oyoq tushib ketadi.

Markaziy parezlarda tizza qopqog'i va oyoq panjasi o'ynab qoladi, bu *klonus* deb ataladi. Klonus bir maromda mushaklarning qisqarishi natijasida paydo bo'ladi.

Nazorat savollari

1. Piramida yo'li nima?
2. O'ng oyoqda tizza va Axill reflekslari yo'qolgan, tashxis qo'yish uchun tekshirish o'tkazing.
3. Bemorning qo'llarida periferik nerv falaji, oyoqlarida esa markaziy spastik falajlik bo'lsa, siz qanday fikr qilasiz?
4. Bemorning tizza refleksi oshgan, ikki tomonda oyoq panjasida klonus bor. Patologik reflekslaridan Babinskiy chaqiriladi. Bunda bemorda qanday shikoyatlar bo'lgan, zararlangan joyni aniqlang.
5. Markaziy va periferik asab tizimi zararlenganda qanday belgilar bir-biridan farqlanadi?
6. Orqa miyaning bo'yin qismi to'liq zararlenganda qaysi belgilar paydo bo'ladi?

Reflekslar anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari

Refleks degan soʻz fanga birinchi boʻlib, XVII asrda fizik olim Dekard tomonidan kiritilgan. Refleks soʻzi akslanish yoki qaytarish degani maʼnoni anglatadi. Goll refleks yoyining tuzilishini aytib oʻtgan.

Odamda refleks hosil boʻlishi refleks yoyiga bogʻliqdir. Refleks ikki xil boʻladi: shartli va shartsiz reflekslar. Shartli reflekslar – bu reflekslar tugʻilgandan keyin paydo boʻladi. Shartsiz reflekslar tugʻma reflekslar deb ataladi yoki shu reflekslar bilan odam tugʻiladi.

Shartsiz reflekslar deb organizmning tashqi va ichki taʼsirlarga asab tizimi orqali javob qaytarishiga aytiladi. Bu reflekslar 2 xil boʻladi. Oddiy va murakkab shartsiz reflekslar. Oddiy shartsiz reflekslar orqa miya faoliyati natijasida paydo boʻladi. Murakkab shartsiz reflekslar esa miya ustuni va bosh miya yarim sharlarining poʻstloq osti tugunlarida paydo boʻladi.

Oddiy refleks yoyining tuzilishi: retseptorlardan paydo boʻlgan qoʻzgʻalish markazga intiluvchi afferent neyron orqali orqa miyaning orqa shoxiga boradi. Orqa shoxdan esa oraliq neyron orqali orqa miyaning oldingi shoxiga oʻtadi. Oldingi shoxdagi harakat hujayralaridan markazdan qochuvchi efferent neyronlar orqali bu qoʻzgʻalishlar ishchi aʼzolar mushaklariga borib tugʻaydi. Buning natijasida mushaklarda harakat paydo boʻladi. Agar oldingi shox zararlangan, reflekslar susayadi yoki butunlay yoʻqoladi. Har bir refleksning oʻz reflektor yoyi boʻladi (13-rasm).

Tugʻma shartsiz reflekslar. Bu reflekslar chaqirilishiga qarab ikki katta guruhga boʻlinadi:

1. Yuzaki reflekslar, chunki bu reflekslar yuzadan chaqiriladi. Bu reflekslar: a) shilliq pardalardan chaqiriladigan reflekslar, bularga koʻz shox pardasi refleks va konuktival reflekslardir. Bu reflekslar tashqi taʼsir (qogʻoz yoki paxta bilan) shilliq pardaga tekkizilganda paydo boʻladi va koʻzlar yumiladi. Bularning reflektor yoyi sezgi qismi V – juft km nervlari, harakat qismi VII – juft km nervlari (koʻzni yumilishi). Agar refleks zararlangan V – VII juft km nervlari kasallangan boʻladi; b) yutish refleksi – bu refleksni chaqirishda tomogʻning tanglay qismiga shpatel tekkiziladi. Javob reaksiyasida qusish paydo boʻladi. Reflektor yoyi IX – X km nervlari. Agar refleks zararlangan, qusish boʻlmaydi; v) teri reflekslari – bu reflekslar teriga taʼsir qilish natijasida chaqiriladi. Bularga qorin reflekslari: yuqori qorin reflekslari reflektor yoyi D_{7-8} , oʻrta qorin refleksi D_{9-10} , pastki qorin reflekslari D_{11-12} . Agar bu reflekslar zararlangan, orqa miya segmentlari kasallangan boʻladi; g) tuxum (kremaster) refleksi – bu refleks sonning ichki qismidan tepaga qarab ikki tomondan taʼsirlanadi. Natijada, oʻng yoki chap tomonga taʼsir koʻrsatilganda shu tomondagi tuxum yuqoriga koʻtariladi. Bu refleksning chaqirilmaligi orqa miyaning organik oʻzgarishlaridan darak beradi. Reflektor yoyi L_{1-2} ; d) tovon refleksi – reflektor yoyi $L_5 - S_1$.

II. Chuqur reflekslar – bularga suyak va paylardan chaqiriladigan reflekslar kiradi. A. Karporadial refleks (KR) – bu qoʻldagi suyakning

boshchasidan chaqiriladi, reflektor yoyi C_{5-6} . B. Pay reflekslari: qo'llarda bukilish refleksi (BR) bu refleks bilakdagi ikki boshli mushakni payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi C_{5-6} ; qo'llarda yozuvchi refleks bu refleks (TR) bilakdagi uch boshli mushak payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi C_{7-8} ; tizza refleksi (PR) – bu refleks sonning 4 boshli mushagining payidan chaqiriladi. Reflektor yoyi $L_{3,4}$; Axill refleksi (AR) – Axill payidan chaqiriladi, reflektor yoyi $L_5 - S_1$ (14-rasm).

Sog'lom odamlarda reflekslar ikki tomondan chaqiriladi: o'ng va chap tomondan $D=S$ o'rtacha jonlangan bo'ladi. Reflekslar odam tabiatiga ham bog'liq bo'ladi. Ba'zi odamlar juda ham jahldor bo'lsa, ularda reflektor chaqirilishi jonlangan bo'ladi. Ba'zi odamlarda reflekslar past bo'ladi. Patologik reflekslar ikki xil bo'ladi: 1. Periferik asab tizimi kasallanganda reflekslar past bo'ladi (*giporefleksiya*) yoki yo'qoladi (*arefleksiya*). 2. Markaziy asab tizimi kasallanganda esa reflekslar yuqori bo'ladi (*giperrefleksiya*). Agar reflekslar chaqirilganda o'ng yoki chap tomonda yuqori yoki past bo'lsa ($D>S$; $D<S$), bu *anizorefleksiya* deb ataladi. Markaziy paralichlarda patologik reflekslar uchraydi. Ular ikki guruhga bo'linadi: 1. Yozuvchi patologik reflekslar: bularga Babinskiy, Oppengeym, Gordon, Sheffer reflekslari kiradi. 2. Bukuvchi patologik reflekslarga Mendel – Bexterev, Jukovskiy, Rossolimo, Churayev kiradi.

Bu reflekslar, asosan, oyoqlardan chaqiriladi (15-rasm).

Babinskiy refleksi – oyoq kaftiga tashqari tomondan barmoqlar tomon o'tmas igna bilan chizish natijasida bosh barmoq yuqoriga qarab bukiladi.

Gordon refleksi – ikki qo'l orasida boldir mushaklari qisiladi, bunda oyoqning bosh barmog'i yuqoriga qarab bukiladi.

Oppengeym refleksi – katta va ko'rsatgich barmoq bukilgan holda boldir suyagi ustidan pastga qarab yurgiziladi. Shunda oyoq panjasining bosh barmog'i yuqoriga qarab bukiladi.

Sheffer refleksi – Axill payi bosh va ko'rsatgich barmoq bilan qisilganda oyoq panjasining bosh barmog'i yuqoriga qarab bukiladi.

Mendel – Bexterev refleksi – bolg'acha bilan oyoq panjasining tashqi yuzasiga uriladi, bunda barmoqlar pastga bukiladi.

Jukovskiy refleksi – bolg'acha bilan oyoq panjasining ichki o'rta qismiga uriladi, bunda barmoqlar pastga bukiladi.

Rossolimo refleksi – shifokor qo'l bilan bemorning oyoq panjalariga urganda oyoq barmoqlarining hammasi pastga bukiladi.

Churayev refleksi – barmoq bilan bemor oyoq barmoqlari ostiga uriladi, natijada barmoqlar bukiladi.

Babinskiy belgisi ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda me'yoriy hisoblanadi. Bunga asosiy sabab, piramida yo'lining to'liq shakllanmaganidir.

Nazorat savollari

1. Reflekslarning inson uchun qanday ahamiyatli tomoni bor?
2. Reflektor yoyini tushuntirib bering.

3. Babinskiy refleksi qachon paydo bo'ladi?
4. Markaziy va periferik asab kasalliklarida reflekslar chaqirilishiga qarab qanday bo'ladi?

Kalla bosh miya asablarining anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari

Kalla bosh miya nerv (km) larining yadrolari kalla suyagining ichida joylashgan bo'lib, 12 juft km nervlaridan iborat. Bu nervlar xarakteriga qarab sezuvchi, harakatlantiruvchi va aralash nervlarga bo'linadi. Sezuvchi nervlarga quyidagilar kiradi: I juft hidlov nervi, II juft ko'ruv nervi, VIII juft eshituv nervi; harakatlantiruvchi km nervlariga III juft ko'z olmasining harakatlantiruvchi nervi, IV juft g'altaksimov nerv, VI juft uzoqlashtiruvchi nerv, VII juft yuz nervi, XI juft qo'shimcha nerv, XII juft til osti nervi yoki tilni harakatlantiruvchi nervlar. Aralash kalla bosh nervlari 2 xil vazifani bajaradi, bular harakatlantiruvchi va sezgi vazifasidir. Bularga V juft uchlanchi nerv yoki uch shoxli nerv, IX juft til-halqum nervi, X juft sayyor yoki adashgan kalla bosh miya asablaridir.

I juft hidlov nervi. Bu faqat sezgi asabi bo'lib, burun ichidan tepa qismidagi shilliq pardalardan, bu yerdagi neyroepitelial hujayralardan boshlanadi. Bu hujayralar *hidlov hujayralari* deyiladi. Retseptor sifatida hid qabul qilinib, aksonlari suyak orqali miya asosiga kiradi va bulbusni hosil qiladi. Keyin qadoqsimon tanani aylanib o'tib, bosh miya po'stlog'idagi chakka qismining gipokamp degan joyida tugaydi.

Zararlanganda. Agar bemor burunning ikkita teshigi bilan hidni sezmasa, unda mahalliy kasalliklar – gripp, URVI, burun polipi va qiyshiqiligini inkor etishimiz kerak. Agar burunning bir tomoni hidni sezmasa, unda kasallikni miya asosining zararlangan tomonidan izlash zarur. Bular bosh miya leptomeningiti, o'snalar, meningit va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Agar bosh miya po'stlog'i zararlangan, unda hidlov gallutsinatsiyasi bo'ladi, ya'ni yo'q hidlarni sezish.

II juft ko'ruv nervi. Boshlanadi, ko'z tubidagi to'rsimon pardadan ta'sirlarni qabul qiluvchi retseptorlar bor. Tayyoqchasimon retseptorlar oq–qora narsani qabul qiladi, kolbachalar esa rangli narsalarni qabul qiladi. Ganglioz hujayralar ular birlashib ko'z nervi bo'lib, o'z tomonidan miya asosiga kiradi. Bu turk egari sohasigacha *ko'ruv nervi* deyiladi. Shu joyda faqat ichki tolalar kesishadi, tashqi tolalar esa kesishmaydi. Kesishmagandan keyingi yo'l *ko'z yo'li* deyiladi. Keyin bu tashqi tizzali tanacha va talamus yostiqchasida tugaydi. Tizzali yostiqchadan tolalar boshlanib, Groshale tutamini hosil qiladi va bosh miya po'stlog'i ensa qismida tugaydi. II juft ko'ruv va ranglarni ajratish uchun kerak.

Zararlanganda: agar ko'z nervi zararlangan, shu tomonda ko'z ko'rmay qoladi, bu *amovroz* deb ataladi yoki ko'zning kam ko'ruvi *ambliopiya* deyiladi. Agar kesishgan joy va ko'ruv yo'li zararlangan, unda gemianop-

siya bo'ladi. Agar markaz kasal bo'lsa ensa qismida ko'rish gallutsinatsiyasi, ya'ni yo'q narsalarni ko'rish paydo bo'ladi.

III juft ko'z olmasini harakatlantiruvchi nervi. Bu nerv yadrolari bir necha xil bo'ladi. 1. Yuqori qovoqni ko'taradigan mushakni asab bilan ta'minlaydi. 2. Tapa to'g'ri mushak – ko'z olmasini tepaga va biroz ichkariga harakat qildiradi. 3. Medial to'g'ri mushak – ko'z olmasini ichkariga buradi. 4. Pastki qiyshiq mushak – ko'z olmasini tepaga va biroz tashqariga buradi. 5. Pastki to'g'ri mushak – ko'z olmasini pastga va ichkariga buradi. Bu yadrolar katta hujayrali yadrolarga kiradi. Yana mayda hujayrali parasimpatik yadrolar bor bo'lib, bu yadrolardan nervlar chiqib, qorachigini toraytiradigan mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Juftsiz yadrosi bor parasimpatik qism esa, siliar mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak akkomadatsiya vazifasini bajaradi. III juft klm nerv yadrolari o'rta miyada joylashgan, yadrogacha markaziy neyron bo'lib, u peshona qismning oldingi markaziy egatidan boshlanadi. Keyinchalik pastga tushib, ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroga kelib, o'z tomonidan hamda qarama-qarshi tomonda tugaydi yoki yadrolar bosh miya po'stlog'i bilan ikki tomonlama bog'langan bo'ladi. Periferik asab neyronlari esa yadrodan boshlanib, tashqariga – mushaklarga chiqadi va yuqorida ko'rsatilgan mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi.

Zararlanishi. Ptoz – ko'z yuqori qovog'ining tushib qolishi, g'ilaylik (ctrabizm) – ko'z olmasining tashqariga qarab qolishi, ekzoftalm – ko'z olmasining kasallangan tomonga chiqib qolishi, midriaz – ko'z qorachig'ining kengayishi, mioz-ko'z qorachig'ining torayishi, diplopiya – ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi.

IV juft g'altaksimom klm nervi. Bu nerv yadrosi o'rta miyada – Silveyev suv yo'lining tagida joylashgan. Miya asosi va kalla suyagining tepa ko'z oralig'idan chiqib, bitta mushakni tepa qiyshiq mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak ko'z olmasini pastga va tashqariga buradi. Markaziy neyron bosh miya po'stlog'ining peshona qismi oldingi markaziy egatdan boshlanadi. Pastga tushib, yana ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroga kelib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi. Shuning uchun markaziy falajlanish bo'lmaydi.

Zararlanishi. Diplopiya faqat pastga qaraganda paydo bo'ladi, bu ko'zning ichkariga qarab qolgan g'ilayligi, u faqat pastga qaraganda, ayniqsa, bu narsa zinadan pastga tushayotganda ma'lum bo'ladi.

V juft uch shoxli klm nervi. Bu aralash nervlardan tuzilgan bo'lib, harakat va sezishni bajaradi. Harakat qismi markaziy neyroni bosh miya po'stlog'ining oldingi markaziy egatidan boshlanib, ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va Vorolev ko'prigidagi yadrosiga kelib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi. Bu degani yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan ikki tomonlama bog'langan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanadi. Kalla suyagidan tashqariga chiqib, chaynov mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi.

Zararlanishi. Agar markaziy neyron bir tomonlama zararlangan, markaziy falajlanish bo'lmaydi, chunki yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan ikki

tomonlana bog'langan. Agar periferik neyron bir tomonlana zararlangan, shu tomonda chaynash buziladi. Agar periferik neyron ikki tomonlana zararlangan, unda pastki jag' osilib qoladi.

Uch shoxli nervning sezgi qismi gangliya Gasserada birinchi neyron tanasi yotibdi. Uchta katta dendritlari bor: 1. Bular ramus oftalmikus, ramus maksillaris, ramus mandibularis. Bu uchulasi yuzdagi sezgi bilan ta'minlaydi. Aksioni esa ichkariga kirib, yadroga tugaydi. Bu yadro Vorolev ko'prigida joylashgan. Yadrodan ikkinchi neyron boshlanib, qarama-qarshi tomonga o'tadi va ko'z do'mbog'ida tugaydi. III neyron esa ko'z do'mbog'idan boshlanib, ichki kapsuladan o'tadi va miya po'stlog'i tepa qismining orqa markaziy egatida tugaydi.

Zararlanishi. Birinchi shoxchasi zararlanganda shu joyda sezgi yo'qoladi. Qaysi shoxlarda zararlanish bo'lsa, shu joyda nevritik tipda sezgi yo'qoladi. Agar yadrosi zararlangan, unda segment xilida sezgi yo'qoladi. Yuzda halqasimon sezgi yo'qolishi kuzatiladi.

VI juft uzoqlashtiruvchi klm nervi. Yadrosi Vorolev ko'prigi romboid chuqurchaning tagida joylashgan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanib, Vorolev ko'prigi va uzunchoq miya chegarasida, miyadan va kalla suyagidan esa tepa ko'z oralig'idan chiqadi. Bu yerdan chiqib, tashqi lateral mushakni nerv bilan ta'minlaydi. Bu mushak ko'z olmasini tashqariga tortib turadi.

Zararlanishi. Periferik neyron zararlangan, ichkariga qarab qolgan g'ilaylik hamda diplopiya kuzatiladi.

VI juftning ham markaziy neyroni bo'lib, bu bosh miya po'stlog' qismi peshonadagi oldingi markaziy egatdan boshlanadi. Pastga tushib ichki kapsulani tizzasidan o'tadi va yadroga kelib, o'z tomonidan hamda qarama-qarshi tomonda tugaydi. Demak, bu nervni ham markaziy falajlanishi kuzatilmaydi (16-rasm).

VII juft yuz klm nervi. Yadrosi uzunchoq miya bilan Vorolev ko'prigi chegarasida joylashgan. Yadrosi ikki qismdan iborat: tepa va pastki qismlar. Markaziy neyroni bosh miya po'stlog'i peshona qismining oldingi markaziy egatidan boshlanib, ichki kapsulaning tizzasidan o'tadi va yadroning tepa qismiga ikki tomonlana kelib tugaydi. Pastki qismi esa bir tomondan qarama-qarshi tomondan kelib tugaydi. Shunday qilib, pastki yadrosi bir tomondan qarama-qarshi tomon bilan bog'langan. Yadrodan ikkinchi periferik neyron boshlanib, miyada ko'prik - miyacha burchakdan tashqariga chiqadi. Keyin yuz nervi eshitish nervi bilan birgalikda chakka suyagi piramidasi ichiga kiradi, piramida suyagining ichki qismida eshitish nervi ajralib, yuz nervining kanaliga o'tadi. Bu yerda yuz nervining tashqi tizzasini hosil qilib, foramen stilomastoideum orqali tashqariga chiqadi. So'ng quloq supراسi tagidan o'tib yuz mimik mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi.

Sog'lom odamlarda yuzni tinch holatda ko'rganda peshona ajinlari ikki tomondan bir xil, qosh ikki tomondan bir xil kenglikda, ko'z oraliqlari bir xil, burun-lab qatlami ikki tomondan bir xil, og'iz burchagi bir xil tekislikda joylashgan. Yuz nervining qaysi neyroni zararlanishiga qarab

ikki xil falajlik bo'ladi, unda zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonda bo'ladi. Tinch holatda: peshona ajinlari bir xil, qoshlar bir tekislikda, ko'z oralig'i bir xil, qarama-qarshi tomonda zararlanishdan burun-lab qatlami silliqlashgan va shu tomonda og'iz burchagi pastga tushgan. Markaziy falajlik mimik sinovlarida esa bemor ikki tomondan qoshlarini yaxshi ko'taradi, ko'zlarni yaxshi yumadi, tishlarni tirjaytirganda zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi. Shu tomondan bemor labini oldinga chiqara olmaydi, lunjini shishira olmaydi, natijada, og'zidan havo chiqib ketadi. Yadrodan tepada zararlanish ro'y bersa, markaziy falajlanish kuzatiladi. Yuz nervining periferik falajlanishida qaysi tomon zararlangan, shu tomonda o'zgarish bo'ladi. Masalan, chap tomonda yuz nervining periferik nervi zararlangan, shu tomonda yuz nervining periferik falaji kuzatiladi. Bunda tinch holatda kuzatganimizda chap tomonda yuz asimmetriyasi, ya'ni yuz bir xil emas, chap tomonda peshona ajinlari silliqlashgan, qosh biroz pastda, ko'z oralig'i kengaygan, burun-lab qatlami silliqlashgan va og'iz burchagi pastga tushgan. Bemor mimik sinovlarda kuzatilganda chap tomondagi qoshini ko'tara olmaydi, achchiqlana olmaydi, ko'zini yuma olmaydi (lagoftalm yoki quyon ko'zi, Bella belgisi), tishlarini ochib tirjaytirganda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi, lunjini shishira olmaydi (17-rasm).

Yuz nervining topik zararlanishi. Agar Vorolev ko'prigi va uzunchoq miya chegarasidagi yadro zararlangan, shu tomonda yuz nervining periferik falajligi, qarama-qarshi tomonda esa gemiplegiya markaziy xarakterda va gemianesteziya o'tkazuvchanlik xilida bo'ladi. Bu falajlik boshqacha *alternashgan falajlik* deb ataladi. Agar miyacha ko'prik burchagi zararlangan, shu tomonda yuz nervining periferik falaji, giperakuziya – quloqning ko'p eshitishi, ko'z va og'izning qurishi bo'ladi hamda tilning oldingi qismi ta'm bilmaydi (ageziya). Agar parus akustikus internus ichi zararlangan, xuddi miyacha ko'prik burchagidagi belgilar kuzatiladi. Agar kanalis facialis ichi zararlangan, unda shu tomondagi yuz nervining periferik falajligi kuzatiladi, og'iz va ko'z quriydi, tilning oldingi qismi ta'm bilmaydi. Agar faramen stillomostadeum dan keyin zararlangan, yuz nervining periferik falaji shu tomonda bo'ladi.

VIII juft eshitish klm nervi. O'z navbatida, bu ikki nerv tizimidan iborat: 1. **Koxlear nerv** – bu eshitishga aloqasi bor. 2. Vestibular nerv – bu vestibular apparatiga aloqasi bor. Koxlear nervning gangliyasi bo'lib, dendritlari ta'sirlarni tashqaridan qabul qiladi, aksonlari esa kalla suyagi orqali miya ustuniga uzunchoq miya va Vorolev ko'prigi chegarasidagi yadrolarda tugaydi. Bu *birinchi neyron* deb ataladi. *Ikkinchi neyron* chegaradagi yadrolardan boshlanib, o'z tomonidan va qarama-qarshi tomonga o'tib, yuqoriga ko'tariladi va birlamchi eshitish markazida o'rta miya to'rt tepalikning oxirgi do'mboqchasida to'xtaydi. Uchinchi neyron shu joydan boshlanib, ichki kapsuladan o'tadi va bosh miya po'stlog'ining chakka qismidagi Geshlya egatida tugaydi.

Zararlanishi. Agar gangliyadan yadrogacha birinchi neyron zararlanganda, shu tomonda quloq eshitmaydi, bu *anakuziya* deb ataladi, quloqning kam eshitishi *gipakuziya* deyiladi. Agar ikkinchi neyron bir tomondan zararlanganda, eshitishga aloqasi bo'lmaydi, chunki yadrosi po'stloq bilan ikki tomonlama bog'langan. Agar po'stloq zararlanganda unda eshitish gallutsinatsiyasi bo'ladi.

2. Vestibular nerv – quloq ichida gangliyalardan bo'lib, dendritlari tashqaridan ta'sirlarni qabul qilib oladi. Aksonlar esa kalla suyagi orqali ichkariga uzunchoq miya va Vorolev ko'prigi chegarasidagi yadrolarda tugaydi. Shu joydagi yadrolar pastdan orqa miya bilan, tepadan ko'z olmasini harakatlantiruvchi nervi va miyacha hamda bosh miya po'stlog'i bilan bog'langan. Agar vestibular nerv zararlanganda, bemorda vestibular ataksiya kuzatiladi. Bunda bemorda ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, nistagm va muvozanat buzilishlari kuzatiladi.

IX juft til-halqum ktm nervi – bu nerv aralash nervlardan iborat bo'lib, harakat, sezuvchi va ta'm biluvchi tolalardan tuzilgan. Yadrosi uzunchoq miyada yadrogacha markaziy neyron o'z tomonidan va qarama-qarshi tomondan bog'langan. Yadrodan ikkinchi neyron boshlanib, miyadan – oliva miyachaning pastki oyoqchasi orasidan chiqadi. Kalla suyagidan chiqib, bitta mushakni nerv bilan ta'minlaydi, bu mushak tomoqni ko'taradigan mushakdir. Bu nerv tilning orqa tomonidagi ta'm bilishni amalga oshiradi. Tildan neyronlar boshlanib, uzunchoq miyadagi yadroda tugaydi. Tilning orqa tomoni achchiq va sho'rmi sezadi.

X juft adashgan yoki sayyor nerv. Harakat neyroni yadrodan boshlanib miyadan oliva miyacha oyoqchalari orasidan chiqadi, kalla suyagidan chiqib yumshoq tanglay mushaklarini qizilo'ngach mushaklarini, ovoz uchun kerak bo'lgan bog'lamlarni nerv bilan ta'minlaydi. Bu nerv ichki a'zodagi silliq mushaklar, bronxlar, qizilo'ngach, oshqozon-ichak, qontomirlar, yurak-o'pka mushaklari, limfa bezlaridan sezgi neyronlari boshlanib, uzunchoq miyadagi yadroda tugaydi.

Zararlanishi. Disfagiya – yutinishning buzilishi, bemor yuta olmaydi. Afoniya – ovozning yo'qolishi, bemorda bundan tashqari, ovoz reflekslari hamda tilning orqasida ta'm bilishning yo'qolishi kuzatiladi. Bular *bulbar falajligi* deyiladi. Chunki kalla bosh miya nervlarining yadrosi zararlanganda, asosiy belgisi yutinish refleksi yo'qoladi, tili og'izdan chiqmaydi. Patologik reflekslar bo'lmaydi. Pseudobulbar falajlik yadrodan tepadagi markaziy neyron ikki tomonlama zararlanganda kuzatiladi. Bunda bemor yuta olmaydi, gapira olmaydi, lekin yutish reflekslari bo'ladi. Bulbar falajlik periferik asab tizimi zararlanganda bo'lsa, pseudobulbar falajligi esa markaziy neyronlarning falajligidir.

XI juft qo'shimcha nerv. Bu harakat vazifasini bajarib, yadrosi uzunchoq miyaning pasida, orqa miyaning teparog'ida – oldingi shoxlarda joylashgan. Markaziy neyron ikki tomondan – yadrodan, miya po'stlog'idan keladi. Periferik asab neyroni esa yadrodan boshlanib tashqariga chiqadi va m. sternocleidomastoideus (boshni o'ng va chap tomonga buradi hamda ol-

dinga va orqaga egishda ishtirok etadi) hamda m. trapezius (yelkani ko'tarishda qatnashadi) mushaklarini nerv bilan ta'minlaydi. Zararlanganda faqat periferik falajlik kuzatiladi. Bunda shu tomonda bo'yin yelka mushaklarining oriqlanishi, bo'yinning shu tomonga qiyshayishi kuzatiladi. Agar periferik nerv ikki tomonlama zararlangan, bunda bemorning bo'yin va yelka mushaklarining oriqlanishi bilan birga bosh oldinga osilib qoladi.

XII juft til osti nervi. Bu harakat nervlaridan bo'lib, tilni harakatga keltiradi. Yadrosi uzunchoq miyada joylashgan. Yadrogacha markazdan bosh miya po'stlog'idan markaziy neyron keladi va qarama-qarshi tomonga o'tadi. Shunday qilib, yadrosi bosh miya po'stlog'i bilan faqat bir tomonlama qarama-qarshi tomon bilan bog'langan. Periferik neyron esa uzunchoq miya olivasi piramidalari orasidan hamda kalla suyagidan chiqib, tildagi mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi. Me'yorda til og'izdan to'g'ri chiqadi, hamma tomonga harakat qiladi, atrofiya bo'lmaydi, fibrillar qaltirash kuzatilmaydi.

Zararlanishi. Agar markaziy neyron zararlangan, bemor tilni chiqarganda tilning uchi zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonga buraladi, oriqlash, fibrillar qaltirash bo'lmaydi. Gapirish o'zgaradi – dizartriya, noaniq gapiradi. Agar periferik nerv zararlangan, bunda tilni chiqarganda til zararlangan tomonga buraladi, shu tomondan tilning yamida oriqlanish hamda gapirish noaniq bo'ladi. Agar XII juft nervning uzunchoq miyadagi yadrosi zararlangan, u vaqtda til qiyshayishi, oriqlanishi, bemorning noaniq gapirishi hamda tilda fibrillar qaltirash kuzatiladi. Agar bu nerv ikki tomonlama zararlangan, bemor tilni og'iz ichidan chiqara olmaydi.

Belgilar	Bulbar falaji	Psevdobulbar falaji
Zararlangan joy	Uzunchoq miyadagi IX—X—XII juft kbm nervlari; yadrolari, ildizlari	Ikki tomonlama po'stloqdan yadrogacha bo'lgan harakat yo'llari
Falajlik	Periferik nerv xilida	Markaziy nerv xilida
Atrofiya	Uchraydi (asosan, mimik, chaynov mushaklarida)	Uchramaydi
Tilda fibrilatsiya yoki fassikulatsiya:	Uchraydi	Uchramaydi
Yumshoq tanglay mushaklarida falajlik	Uchraydi	Uchramaydi
Yutinish reflekslari	Uchramaydi	Uchraydi
Majburan yig'lash va kulish	Uchramaydi	Uchraydi
Yutinish buzilishi (disfagiya)	Uchraydi	Uchraydi
Nutq buzilishi (dizartriya)	Uchraydi	Uchraydi
Ovoz chiqishi buzilishi (disfoniya yoki afoniya)	Uchraydi	Uchraydi

Nazorat savollari

1. Hid bilish va ko'ruv nervlari haqida nimalarni bilasiz?
2. Bemor tilini to'g'riga chiqara olmaydi, tili chap tomonga buralgan va shu tomonda tilning yarmida atrofiya kuzatiladi, gaplari noaniq. Bunda qaysi klm nervlari zararlangan?
3. Mimik sinamalarni bajarib ko'rsating.
4. Bulbar va psevdobulbar falajda zararlangan joy va ularning bir-biridan farqini tushuntiring.

Sezgi tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari

Odamzod paydo bo'libdiki, u tashqi muhit bilan muloqotda bo'ladi. Tashqi ta'sirlarni qabul qiladi, uni bosh miya po'stlog'igacha yetkazib, u yerda tahlil qiladi. Ko'rish, hid bilish, eshitish, issiq-sovuqni sezish – hammasi sezgi sohasiga bog'liq. Sezish analizatori – bunda qabul qilish joyi – retseptor, o'tkazish qismi va markaziy oxirgi qismi bor. Markaziy qism bosh miya po'stlog'ida tugaydi, bu *analizator* deb ataladi. Sezgi hamma vaqt tashqaridan – sirdan boshlanadi. Sezgida albatta qabul qilib oluvchi joy – retseptorlar bo'lishi kerak.

Bu retseptorlar quyidagilar: 1. Ekstroretseptorlar – bu retseptorlar tashqarida teri ektodemasida va shilliq qavat pardalarida uchraydi. Ular ikki xil bo'ladi: a) kontakt retseptorlar-ta'sirlar etishi natijasida bo'ladi (og'riq, issiq – sovuqni sezish); v) distan – masofadan sezish (ko'rish, eshitish, hid bilish). 2. Proprioretseptorlar-chuqur to'qimalardagi retseptorlarga (pay, mushak, suyak, bo'g'im) aytiladi. Masalan, bemorning ko'zini yumib, ko'rsatkich barmog'ini yuqoriga yoki pastga qaratilganda bemor shu holatni bilishi kerak. 3. Introretseptorlar-ichki a'zoldagi sezgilarni biladi: masalan, oshqozon yoki buyrakdagi og'riqlar.

Sezgi ikkiga bo'linadi: 1. Yuzaki sezgi – bu retseptorlar yuzada joylashgan, bularga og'riqni sezish, issiq-sovuqni sezish, qisman taktil (paypaslab silash) sezish kiradi. Yuzaki sezgi yo'llari: birinchi neyron unurtqalararo gangliyada joylashgan. Dendritlar tashqaridan ta'sirlarni qabul qiladi, akson esa ichkariga kirib, orqa miyaning orqa shoxidagi sezgi hujayralarida tugaydi. Ikkinchi neyron – orqa miyaning orqa shoxidagi sezgi hujayralaridan boshlanib, har segment sohasida qarama-qarshi tomonga o'tadi. Orqa miyaning yon ustiga borib, tepaga ko'tariladi va ko'ruv do'mbog'ida tugaydi. Uchinchi neyron – ko'ruv do'mbog'idan boshlanib, ichki kapsula orqa sonining orqa qismidan o'tadi va bosh miya po'stlog'i tepa qismining orqa markaziy egatida tugaydi. 2. Chuqur sezgi – bu sezgiga quyidagilar kiradi: a) mushak – bo'g'im sezgisi; b) bosim va og'irlik sezgisi; v) jismlarni paypaslab bilish sezgisi – stereognoz; g) vibratsion sezgi – bularning retseptorlari mushakda, bo'g'imda, suyakda, payda yotadi. Chuqur sezgi yo'llari: birinchi neyron boshlanadi, retseptorlardan dend-

ritlar umurtqalararo neyronga qarab yo'naladi, akson ichkariga kiradi, ya'ni orqa miyaning orqa ustuniga boradi. So'ngra o'z tomonidan yuqoriga ko'tariladi va uzunchoq miyaning pastki qismidagi yadrosiga borib tugaydi. Ikkinchi neyron – uzunchoq miyadagi yadrodan boshlanib qarama-qarshi tomonga o'tib, ko'tarilib ko'ruv do'mbog'ida tugaydi. Uchinchi neyron boshlanadi, ko'ruv do'mbog'idan ichki kapsula orqa sonining orqa tomonidan o'tib, bosh miya po'stlog'ining tepa qismidagi orqa markaziy egatida tugaydi (18-rasm).

Sezgining zararlanishi. 1. Nevritik xilida sezgi yo'qolishi – bunda alohida-alohida nerv sohasidagi sezgining yo'qolishi. Masalan, quymich nervi zararlanganda sonning orqa qismida sezgi yo'qoladi yoki son nervi zararlanganda sonning oldingi qismida sezgi yo'qoladi. 2. Polinevritik xilida sezgi yo'qolishi, bu polinevrit kasalligida, ya'ni ko'p nervlarning yallig'lanishi natijasida paydo bo'ladi. Bu sezgi yo'qolishi qo'l va oyoqlarning pastki qismida, qo'llarda «qo'lqopsimon», oyoqlarda «paypogsimon» sezgi yo'qoladi. 3. Segmentar xilida sezgi yo'qolishi. Bularga: orqa ildiz, umurtqalararo tugunlar va orqa shoxlar zararlanganda sezgi yo'qoladi. 4. O'tkazuvchanlik xilida sezgi buzilishi – bunda o'tkazuvchi yo'llar zararlanganda, sezgi buzilishi shu zararlangan joydan pastda bo'ladi. Orqa miyaning bel qismi zararlanganda pastda ikkala oyoqda sezgi yo'qoladi, bunga *paraanesteziya* deyiladi. Orqa miyaning ko'krak qismi zararlanganda qorin va bel sohalarida sezgining yo'qolishi va *paraanesteziya* bo'ladi. Orqa miyaning bo'yin qismi zararlanganda *tetraanesteziya* (ikki qo'l va ikki oyoqda sezgining yo'qolishi) va tanada ham sezgi yo'qolishi bo'ladi. Miya ustuni va ichki kapsula bir tomondan zararlanganda – *gemianesteziya* (tananing o'ng yoki chap tomonida sezgi yo'qolishi) qarama-qarshi tomonda o'tkazuvchanlik xilida sezgining yo'qolishi bo'ladi. 5. Bosh miya tepa qismi orqa markaziy egati va gulgog' zararlanganda, *monoanesteziya* (bitta qo'l yoki bitta oyoqda sezgi yo'qolishi) qarama-qarshi tomonda o'tkazuvchanlik xilida bo'ladi.

Anesteziya – sezgining butunlay yo'qolishi, *analgeziya* – og'riq sezgisining yo'qolishi, *termanesteziya* – harorat sezgisining yo'qolishi, *gipesteziya* – sezgining pasayishi, *giperesteziya* – sezgining kuchayib ketishi, *dizesteziya* – sezgining buzilishi masalan, taktil (ip va qil) taassurotni og'riq deb, sovuqni issiq deb his qilish, *giperpatiya* – kuchsiz ta'sirlarni sezmaydi, lekin kuchli ta'sirlarga esa chidab bo'lmaydigan og'riq borligini bemor aytadi, og'riqni qayerda ekanligini ko'rsatib bera olmaydi. *Paresteziya* – bunda bemorlar badanida har xil uvishish, vijirlash, chumoli yurgandek holat paydo bo'ladi.

Yuzaki sezgini tekshirish. Bunga og'riq va harorat sezuvchanligi kiradi. Bularni tekshirish uchun shifokor bemorning o'ng tomonida turib, igna yordamida avval sog'lom tomonidan keyin kasal tomonidan igna sanchib ko'radi. Bunda sezgining bir xilligi, o'tkir va o'tmasligi chap va o'ng tomondan tekshirib boriladi. Avval yuqori yuz qismdan boshlab, keyin qo'l, tana va oyoqlar hamda old va orqa tomondan tekshiriladi. Bunda

og'riq bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Harorat sezuvchanligini tekshirishda ikkita shisha idish olinib, birinchisiga 40–50°C issiq suv, ikkinchisiga 20–25°C li sovuq suv solinadi. Bemorlarni tekshirishda avval issiq shisha idishni, keyin esa sovuq shisha idishni tananing ikki tomoniga ko'zlar yumilgan holda, birin-ketin teriga tekkizilib, bemordan sovuq-issiqligi so'rab boriladi.

Chuqur sezgini tekshirish. 1. Taktill sezgini tekshirish uchun qog'oz yoki paxta yordamida bemorning badaniga tekkiziladi. Bunda bemor shu tekkizilgan narsani sezishi kerak. 2. Mushak-bo'g'im sezgisini tekshirish uchun bemorning ikkala ko'zi yumilgan holda qo'l va oyoq bo'g'imlari istalgan tomonga bukiladi. Me'yorda bemor qaysi bo'g'imni, qaysi tomonga bukilganligini aytadi. Agar chuqur sezgi zararlangan bo'lsa, bemor sezmaydi. 3. Vibratsiya sezgisi – buni tekshirishda kamerton suyaklar ustiga qo'yiladi natijada bemor kamerton vibratsiyasini bir-ikki soniyada sezishi kerak. Agar suyak o'tkazuvchanligi zararlangan, bu sezgini bemor sezmaydi. 4. Stereognoz – ko'zni yumgan holda bemorga tanish buyumlar kalit, soat, tanga beriladi. Agar bemor bu narsalarni bilsa, *stereognoz* deb ataladi. Bu miya po'stlog'ining sintez qilish faoliyatining zararlanishi yoki teri va harakat sezgilarining yo'qolishida kuzatiladi. 5. Teriga chizilgan shakllarni sezish – bemor tanasiga o'tmas buyumlar bilan har xil shakllar, raqamlar va harflar chiziladi. Me'yorda bemorlar chizilgan narsalarni aytadi, zararlanganda esa aytib bera olmaydi.

Nazorat savollari

1. Orqa miyaning tugunlari zararlangan, qanday belgilar paydo bo'ladi?
2. Bemorda chap oyoqning spastik falaji bilan birga chuqur sezgi sohasi buzilgan. O'ng tomonda esa og'riq va harorat sezuvchanligi buzilgan. Zararlangan joyni aytib bering.
3. Dizesteziya va giperpatiyaning farqi nimada?
4. Polinevritik xilida sezgi buzilishlarini tushuntiring.

Vegetativ asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari

Asab sohasi ikkita katta tizimdan iborat:

1. Somatik asab tizimi – bu asab tizimi ko'ndalang targ'il mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi. Bularga yuzdagi mushaklarning harakati qo'l va oyoqdagi hamda tanadagi mushaklarni nerv bilan ta'minlaydi.

2. Vegetativ asab tizimi – bu tizim avtonom bo'lgani bilan bosh miya po'stlog'ining nazoratida bo'lib turadi. Bu degani somatik asab tizimi va vegetativ asab tizimi bir-biri bilan uzviy bog'langan.

Vegetativ asab tizimining asosiy vazifasi odam tanasidagi silliq mushaklarni va butun ichki a'zolarining faoliyatini idora etadi. Vegetativ asab tizimi qon aylanish, nafas olish, ovqat hazm qilish, tana haroratini bir me'yorda saqlash, qontomirlarni turli muhitga moslashtirish, shuningdek,

Tekshirish usullari. Vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik qismlar faoliyatini tekshirish uchun, avval, bemorning shikoyatini o'rganish va uni kasallikning kechishi bilan taqqoslash kerak. Bemorning tashqi ko'rinishi terisining ahvoli, terlashi, allergik holati so'raladi. Yurak-tomir faoliyatini aniqlash uchun chap va o'ng qo'l-oyoqlarda qon bosimi o'lchanadi, yurak tovushi eshitib ko'riladi.

Qontomir reflekslarini tekshirish yoki demografizm. Demografizمنىڭ ikki turi-mavjud mahalliy va reflektor. Mahalliy demografizmدا terining ma'lum joyiga o'tmas buyum bilan chizib ko'riladi. Shunda mayda qontomirlardagi qo'zg'alish xususiyati qay ahvolda ekanligi aniqlanadi. Teri chizilgan joy qizaradi yoki oq rang hosil bo'ladi. Qizil rang bir necha daqiqadan so'ng yo'qolishi kerak. Mabodo, chizilgan joyda oq rang hosil bo'lsa, bu qontomirlar tonusi oshib ketganligidan dalolat beradi. Agar qizil rang uzoq vaqtgacha yo'qolmay tursa, aksincha, qontomirlar tonusi susayib ketganligini bildiradi. Agar kishida allergiya holati bo'lsa, chiziq o'tkazilgan joyda shish paydo bo'ladi.

Reflektor demografizm teriga to'g'nag'ich uchi bilan chizish orqali paydo qilinadi. Bunda terining chizilgan joyda ma'lum kenglikda aylanasi jim-jimador qizarish paydo bo'ladi va bir necha daqiqadan so'ng yo'qolib ketadi. Periferik nervlar, orqa miya shoxlari, ba'zan orqa miyaning turli qismlarida zararlanish bo'lsa, tananing shu zararlangan joyida reflektor demografizm bo'lmaydi.

Ko'z-yurak refleksi (Danini-Ashner refleksi). Ikkala yumuq ko'zga barmoqlar bilan bosilganda, yurak urishi bir daqiqada 6–12 taga sekinlashadi. Agar yurak urishi bir daqiqaga 12–16 tagacha kamaysa, bu hol parasimpatik asab tizimi tonusining oshganligini bildiradi. Agar yurak urishi sekinlashmasa yoki bir daqiqaga 2–4 taga tezlashsa, u simpatik asab tizimi tonusi oshganligidan dalolat beradi.

Klino-ortostatik reflekslar. Bemor yotgan holatda tomir urishi va qon bosimi o'lchanadi, keyin tezda o'midan turg'iziladi (ortostatik refleks). Tikka turganida tomir urishi bir daqiqada 6–30 tagacha ko'payadi, qon bosimi simob ustuni bo'yicha 20 taga oshadi. Tik holatdan yotish holatiga o'tganda esa qon bosimi va yurak urishining tezligi 3 daqiqadan so'ng oldingi holatga qaytadi (klinostatik refleks). Agar ortostatik refleksda 1 daqiqada tomir urish 12 tadan oshib ketsa, simpatik asab tizimi qo'zg'aluvchanligi oshadi. Agar klinostatik holatda tomir urish sekinlashib ketsa, parasimpatik asab tizimi qo'zg'aluvchanligi oshgan bo'ladi.

Teri haroratini tekshirish. Terining har xil schalari o'ziga xos haroratga ega. Tananing tepa qismlari pastki qismlaridan issiqroq bo'ladi (oral-kaudal qonuniyati). Qo'l va oyoqlarning yuqori qismlari harorati ularning uchidan issiqroq (proksimal-distal qonuniyat). Sog'lom odamlarda harorat tananing ikki tomonida bir xil darajada bo'ladi. Har xil asab kasalliklarida bu qonuniyat buzilgan bo'ladi yoki harorat asinmetriyasi, ya'ni tananing yamida harorat pasayib yoki oshib ketadi.

Adrenalin bilan sinov o'tkazish. Bemor terisi ostiga 0,1 ml adrenalin yuboriladi, terining dori yuborilgan joyida 5–10 daqiqadan so'ng oq dog' paydo bo'ladi. Bu oq dog' atrofini qizil tasma o'raydi. Qizil tasma bilan o'ralgan bu dog' 15–20 daqiqa davomida saqlanib turishi kerak. Bu sinamada yurak urishi ortadi va qon bosimi ko'tariladi. Agar bunday holat uzoq muddat davomida saqlanib tursa, simpatik asab tizimi tonusi oshganligidan dalolat beradi.

Gidrofillik (teridan suv so'rilishi) xususiyatini tekshirish. Tirsakning pastki uchdan bir qismiga 0,2 ml fiziologik eritma yuboriladi. Yuborilgan joyda papula (shish) hosil bo'ladi. Papulaning yo'qolgan vaqti me'yorda 40–60 daqiqaga to'g'ri keladi. Mabodo, papula tez so'rilib ketsa, to'qimalarning gidrofilligi me'yoridan oshgan bo'ladi.

Ter ajralishini Minor usulida tekshirish. Bemor tanasiga minor eritmasi bir tekis surkab chiqiladi (Minor suyuqligi tarkibida 90 g 96° li toza spirt, 10 g kanakunjut moyi, 1,5 g kristallangan yod bor). Bu eritma qurigandan so'ng ustidan bir xil qalinlikda kraxmal kukuni sepiladi, so'ngra bemorga 1,0 g aspirin va bir stakan issiq shirin choy ichirib, u elektr vanna ostiga yotqiziladi. Bemor terlashi natijasida eritma tarkibidagi yod kraxmal bilan birikib, tananing terlagan qismlarida qoramtir rang hosil qiladi. Ter ajralmagan joylarda tana rangi o'zgamay qoladi.

Pilomotor refleksini tekshirish. Bemor bo'yin terisining orqa tomoniga sovuq ta'sir ettirilsa (efir yoki sovuq suv), bemor tanasining shu tomonida terisi g'oz terisiga o'xshab, tuklari tik bo'lib qoladi. Orqa miya kasalliklarida orqa miyaning shikastlangan segmentlari sohasida pilomotor refleks bo'lmaydi.

Chanoq a'zolar faoliyati va zararlanishi

Siydik pufagining devorida ikki xil silliq mushaklar bo'lib, birinchisi m.sphincter – bu siydik pufagini qisqartiradi, ikkinchisi m.detruzor – bu mushak siydik pufagini bo'shatadi. Siydik pufagi ikkita asab tizimi bilan ta'minlangan: 1) simpatik asab tolalar orqa miyaning yon shoxida joylashgan bo'lib, siydik pufagidagi mushakni qisqartirgan holda saqlaydi va detruzorni bo'shashtiradi. Agar simpatik asab tonusi oshsa, siydik ajralmaydi. 2) parasimpatik asab tolalari orqa miyaning $S_1 - S_3$ segmentlarida joylashgan bo'lib, harakat tolalari detruzorni qisqartiradi va sfinktemi bo'shashtiradi. Parasimpatik markaz qo'zg'alsa, siydik pufagi bo'shaydi. Siydik pufagi uchun orqa miyaning shu segmentlarida vezikospinal markaz bo'lib, bu markaz hamma vaqt bosh miya po'stlog'i, po'stloq osti tuzilmalarining nazoratida turadi. Sog'lom kishilarda siydik pufagi siydik bilan to'lgandan keyin pufakdagi shilliq pardalarni ta'sirlaydi va sezgi tolalari orqa miyaning orqa shoxiga S_4 segmentiga boradi, qisman bosh miya po'stlog'iga ko'tariladi va siyish holati yuzaga keladi. Qisman esa orqa miyaning siydik pufagi markaziga boradi. Shuning uchun, siydikni ma'lum vaqtgacha siydik pufagida ushlab tura oladi.

Siydik chiqishining buzilishi: 1) agar siydik pufagini bosh miya po'stlog'i bilan bog'laydigan markaziy yo'llar ikki tomonlama zararlanganda, siydik pufagi to'lib, sfinkter qisman ochiladi va siydik tomchilab chiqib boshlaydi. Bu *ischuria paradoxa* deb ataladi. 2) Chindan siydikni ushlay olmaslik orqa miyadagi segmentlar zararlanganda ro'y beradi. Bunda siydik siydik pufagiga tushishi bilan tomchilab chiqib turadi. Siydikni chiqara olmaslik markaziy neyron zararlanganda (masalan, orqa miya o'smasi, miyelit) kuzatiladi.

To'g'ri ichakni ikkita sfinkteri bo'lib, birinchisi ichki m. sphinter ani internus – bu silliq mushaklardan iborat. Ikkinchisi tashqi m. sphinter ani externus – bu ko'ndalang targ'il mushaklardan iborat. To'g'ri ichak simpatik asab tizimi tomonidan ta'minlanib, ichki sfinkterni qisishga olib keladi. Parasimpatik asab tolalari esa sfinkterni bo'shashtiradi. Agar ichakda axlat to'plansa, keyin sezgi tolalar dastlab orqa miyaga keyin bosh miya po'stlog'iga ta'sirni olib boradi va ma'lum vaqtgacha axlatni ushlab tura oladi. Axlat chiqarish markazi orqa miyaning S_2-S_4 segmentlarida va bosh miya po'stlog'ining oldingi markaziy egatida joylashgan. Bosh miya – po'stlog-orqa miya yo'llari bir butunligining buzilishi dastlab yozilishning to'xtashiga, keyinchalik esa siydikni ushlab tura olmaslikka olib keladi. Axlat chiqara olmaslik orqa miya o'smalari, miyelit kasalliklarida kuzatiladi. Axlatni ushlay olmaslik orqa miyaning dum'aza segmentlari zararlanganda kelib chiqadi.

Nazorat savollari

1. Vegetativ asab tizimining asosiy vazifalari nimalardan iborat?
2. Simpatik va parasimpatik asab tizimining asosiy farqlarini aytib o'ting.
3. Dermografizm turlari va tekshirish yo'llari.
4. Ko'z-yurak refleksini o'zingizda tekshirib ko'ring.

**ASAB KASALLIKLARINI TEKSHIRISH, DAVOLASH
VA PARVARISH QILISH USULLARI ASAB KASALLIGIDA
BEMORLARNING KASALLIK TARIXINI YOZISH**

Bemorning familiyasi, ismi, otasining ismi tug'ilgan yili, jinsi, millati, manzili, ishlash joyi, kasbi, shifoxonaga kelgan vaqti va soati, shifoxonadan chiqqan vaqti, qaysi transportda kelgani, yo'llanmasidagi tashxisi, qabulxonada qo'yilgan tashxisi va yakuniy tashxisi.

Bemorning asosiy shikoyatlari so'raladi. Bemordan bosh og'rishi, boshning qanday og'rishi, doimiyligi, kunning qaysi vaqtida og'rishi, og'riq boshning qaysi joylarida ko'proq bo'lishi va og'riqni keltirib chiqaruvchi sabablar so'raladi.

Kasallikning rivojlanish anamnezida kasallikning boshlanishi, dastlabki belgilar, kechishi, qilingan davoni natijasi so'raladi. Kasallik qanday paydo bo'lganligi, birdan yoki asta-sekinlik bilan, o'z-o'zidan paydo bo'lganmi yoki boshqa kasalliklar bilan kasallik kuchayganmi, qayerda davolangan, qanday dorilar olganligi so'raladi.

Ayol bemorning hayot anamezida homiladorlikning birinchi va ikkinchi yarimidagi toksikozi, onaning kechirgan kasalliklari, olgan dorilari, homilaning harakati, bola tushish alomati so'raladi. Bundan tashqari, bola nechanchi homiladan o'z vaqtida tug'ilganligi, oson yoki qiyin tug'ilganligi, tug'ilgan vaqtida yig'laganligi, ko'karib qolishi, sarg'ayishi, yaxshi emganligi. Ona nechta bola tuqqan, sog'ligi, abort bo'lganligi, o'lik tuqqanligi, ota-onaning yoshi, qonning rezus jarayoni aniqlanadi.

Bola qanday rivojlana boshlagan, bir yoshgacha og'rigan kasalliklar, emlash olganligi, vazni oshishi, tishi chiqishi, boshini tutishi, o'tirishi, yurishi, gapirishi, tungi siydik tuta olmasligi va shaytonlash bor-yo'qligi aniqlanadi. Bola necha yoshdan o'qiy boshlagan, o'qishni o'zlashtirishi, ikkilanchi jinsiy belgilar paydo bo'lishi, hayz ko'rishi aniqlanadi. Nasl kasalliklari, ota-onaning qarindoshligi, ota-onaning qarindoshlarida tug'ma yoki irsiy kasalliklar yoki surunkali kasalliklar borligi so'raladi. Uy sharoiti, oilaviy ahvol, zararli odatlar aniqlanadi.

Bemorning umumiy ahvoli, tana tuzilishi, teri va shilliq qavatlar, teri osti yog' qatlami, limfa bezlari, suyak-bo'g'im tizimi, nafas a'zolari, yurak qon-tomir tizimi, ovqat hazm qilish a'zolari, siydik ajratish tizimi va endokrin a'zolar tizimi tekshiriladi.

Asab sohasini tekshirish

1. Ruhiy holati va gapirishi. Hushi o'zida yoki hushdan ketgan, hamma gapni tushunadi, savollarga to'g'ri javob beradi, joyini, vaqtni aniq ayta oladi, yoshi olgan ma'lumotiga to'g'ri keladi.

2. Kalla suyagi shakli odatdagidek, aylanasimon, paypaslab ko'rilganda chandiqlik, kentik izlari ko'rinmaydi. Barmoq bilan urib ko'rilganda kalla sohasida og'riqlik sezilmaydi.

3. Umurtqa pog'onasi shakli odatdagidek, ko'krak kifozi, bel lordozi me'yorida, skalioz yo'q, umurtqa pog'onasining hamma tomonga harakatlari to'liqlik, og'riqlik sezilmaydi. Umurtqa pog'onasi bo'ylab suyaklarni paypaslaganda va urib ko'rilganda og'riqlik sezilmaydi.

4. Meningial belgilar—ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy (yuqori, o'rta, pastki) belgilari, ko'tarilish va kalla suyagining katta havzacha belgisi tarangligi aniqlanadi. Bosh og'riqlik, bosh aylanish, yorug'lik va shovqinni yoqtirmaslik, qusish belgilari.

5. Kalla bosh miya nervlari. Hidlov nervida bemor burunning ikkala teshigi bilan hidning bir xilligini sezishi aniqlanadi. Bunda hid bilishning susayishi yoki yo'qolishi (anosmiya), ko'payishi, hidlarni ajrata bilish, yo'q hidlarni aytish. Tekshirganda o'tkir, achchiqlik hidlar hidlatilmaydi. Kamfora moyi, kerosin va boshqa moddalarning hidlari o'ng va chap burun teshiklariga alohida-alohida sezish qobiliyati tekshiriladi. Ko'ruv nervida ko'ruv o'tkirligi visus-od-os=1,0 ga teng, ko'rish maydoni (tashqariga 90°, ichkariga 55°, yuquridan 55°, pastdan 70° ga teng), ranglarni ajrata bilish har bir ko'zda alohida tekshiriladi, ko'z tubi tekshiriladi. Ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv, g'altaksimon nerv, uzoglashtiruvchi nervlar uchulasi birgalikda tekshiriladi. Ko'z olmasining hamma tomonga harakatlari bir xil to'liqlik, og'riqlik sezilmaydi, jismlarning ikkita bo'lib ko'rinishi (diplopiya), yuqori qovoqlik pastga tushib qolgan (ptoz), ko'z qorachig'ining tebranib turishi (nistagm), ichkariga va tashqariga qarab qolgan g'ilayliklar, ko'z qorachig'ining kattaligi va yorug'likka to'g'ri hamda moslashgan javobi tekshiriladi. Ko'z qorachig'ining akkomodatsiya va konvergentsiyasi aniqlanadi. Uch tarmoqli nervning chiqish joylarini bosib ko'rib, og'riqlik tekshiriladi. Yuzdagi og'riqlikni sezish ikki tomondan bir xilligi, tilning oldingi 2/3 ta'm bilish o'ng va chap tomoni aniqlanadi. Chaynov mushaklarining ikki tomondan kuchi, atrofiyasi tekshiriladi. Yuz nervi ko'rilganda yuzdagi ajinlarning bir xilligi, tinch holatda yuz ikkala tomondan bir xil, peshona qatlamlari bir xil rivojlangan, qoshlar bir xil kenglikda, burun-lab qatlami bir xil, og'iz burchaklari bir xilda. Mimik sinovlarda yuzdagi harakatlar ikki tomondan qoshlarni bir xil ko'taradi, ko'zlarni yaxshi yuma oladi, tirjayganda burun-lab qatlami ikki tomonga bir xil ketadi, lunjlarni shishira oladi. Eshituv nervi: koxleyar qismi — eshitish o'tkirligi, quloqqa shovqin, shang'illash va eshitish g'allutsinatsiyalari. Vestibular qismi — bosh aylanish, nistagm, muvozanat buzilishi. Til — halqum nervi va sayyor nervlar

birgalikda ko'riladi. Ovoz chiqishi tiniq yoki dimoq bilan gapiradi, yutishi yaxshi yoki yutganda qiynaladi, yutganda ovqat burundan qaytib tushmaydi. Yumshoq tanglay simmetrik, sezuvchanligi, tanglay va halqum reflekslari, tilning orqa 1/3 qismida ta'm bilish o'ng va chap tomondan alohida tekshiriladi. Qo'shimcha nerv boshni harakatlantirish orgaga, o'ng va chap tomonga, yelkani ko'tarish o'ng va chap tomoni, kuraklarni bir-biriga yaqinlashtirish aniqlanadi. Til osti nervi-til og'iz ichidan to'g'ri chiqariladi, til harakatlari hamma tomonga to'liq, atrofiya va til mushak tolalarining tortilishi ko'riladi.

6. Harakat sohasi. Faol harakatlar har bir bo'g'imlarda alohida tekshiriladi. Sust harakatlar bilan birgalikda mushaklar tonusi, mushaklar trofikasi aniqlanadi. Mushaklarning kuchi har bir mushaklarda alohida-alohida tekshirib ko'riladi. Ixtiyorsiz harakatlar (giperkinez, tiklar), fibrillar va fassikular qaltirashlar, mushaklarning tortishi (spazm), harakatsizlik (akineziya, amimiya), tutqanoq xurujlari, ularning turi aniqlanadi.

7. Harakat muvozanati. Romberg holatida turish, burun-barmoq sinovi va tizza-tovon sinovi, ko'zni ochgan va yumgan holatlarda yurish, xat yozish tekshiriladi.

8. Reflekslar. Suyak usti (KR), pay (PR, BR va TR), Axill (AR), teri va shilliq qavatlardagi reflekslar, qorinning (yuqori, o'rta, pastki) reflekslari hamda kremaster reflekslari ikki tomondan tekshiriladi. Oyoq panjasini patologik reflekslari (Babinskiy, Oppengeym, Rossolimo, Jukovski va boshq), tizza kosasi, qo'l va oyoq panjasining titrashi (klonus) tekshirib ko'riladi.

9. Sezuvchanlik. Og'riqdan shikoyatlari so'raladi, og'riq qo'l va oyoqda uvishish yoki dumoli yurgandek, og'riq joylarini aniqlash. Tortilish belgilari (Neri, Lasseg, Vasseman) o'ng va chap tomonda ko'riladi. Yuzaki sezish (og'riqni sezish, issiq-sovuqni ajrata bilish, tanaga tekkan narsani bilish). Chuqur sezgi (mushak-bo'g'imdagi sezgi, bosim, og'irlik, tana qismlarini joylashish sxemasi, vibratsiya, jismlarni paypaslab bilish va boshq.).

10. Vegetativ asab tizimi. Terining rangi (oqargan yoki qizarganligi, ko'p terlash, harorati, junlar chiqishi) ikki tomondan bir xilligi tekshirib ko'riladi. Demografizm (qizil, oq, aralash yoki bo'rtib chiqqan), barmoqlar qaltirashi, siydik va axlatning tutilib qolishi yoki tuta olmaslik, jinsiy faoliyat, qontomir urishi (a.radialis va a.femoralis posterior) bir xilligi va timoqlar holati.

11. Oliy asab faoliyati. Vaqtni, joyni aniqlab olish, xotirada saqlash, diqqatni jamlash, nutq, yozish, o'qish, hisoblash, narsalarni taniy olish (gnosis) va apraksiya. Uyqu holati, kayfiyat, shifokor tekshirganda bemor o'zini tutishi, savollarga javob berishi, psixomotor qo'zg'alishlar.

12. Qo'shimcha tekshirishlar. Umumiy qon, siydik, axlat va balg'amni hamda oshqozon shirasini tekshirish. Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari. Orqa miya suyuqligi tarkibini tekshirish. Exo, EEG, REG, EKG, KT, kalla suyagi va umurtqa pog'onasining rentgen tekshiruvlari.

13. Xulosa va davolash. Qo'yilgan tashxis o'ziga o'xshash bo'lgan kasalliklar bilan qiyoslangandan so'ng yakuniy tashxis qo'yiladi. Davolash: dorilar, fizio-terapevtik muolajalar, parhez va to'shakda yotish rejimi, uqalash, parafin va refleksoterapiya.

14. Kundaliklar yozish. Bunda bemorning ahvoli har kuni yozib boriladi. Muolaja olgandan keyingi holatida o'zgarishlar ko'rsatib o'tiladi.

15. Epikriz. Kasallik yakunida qisqacha, tushunarli qilib yoziladi va shifoxonadan chiqqandan keyin kerakli tavsiyalar beriladi.

Asab kasalliklarini davolash va parvarish qilish usullari

Asab kasalliklarini davolashda, odatda, bir yo'la bir necha usullardan foydalaniladi. Bemorga ma'lum bir rejim, parhez, dori moddalari, zarur bo'lganda jarrohlik usullari tavsiya etiladi. Bemorni davolashda hamshiralarning xizmati alohida ahamiyatga ega. Chunki ular shifokor buyurgan har qanday muolajalarni bajaribgina qolmay, o'zlarining shirin so'zlari bilan ham bemorlarning tezroq sog'ayib ketishlariga xizmat qilishlari kerak. Tibbiyot hamshirasi ishda, bemorlarni davolashda sabr-toqatli, shirin so'z, mehribon, ayni paytda, talabchan bo'lishlari lozim. Bemorlar xush-chaqchag, kamtarin, hushyor, e'tiborli hodimlarni yoqtiradilar.

Tibbiyot hamshirasi o'z kasbini chuqur egallagan, bilimli bo'lishi, kasallikning kechishini, dori-darmonlarning organizmga ta'sirini yaxshi bilishi kerak. Hamshiralar bemorning tana haroratini o'lchashni, murakkab muolajalarni bajarishni yaxshi o'zlashtirgan bo'lishlari shart. Hamshiralar bemorlar bilan ko'proq muloqotda bo'lib, kasallikdan tezroq qutulish yo'llarini tushuntirishlari lozim. Hamshira snifokorga bemorning har bir kecha-kunduz mobaynidagi ahvoli haqidagi ma'lumotlarni yetkazib turishi kerak. Bundan tashqari, bemorlar snifokordan tortinib, ayta olmagan gaplarini hamshiralar so'rab bilishlari zarur. Keyingi paytlarda reabilitatsiya, asab va ruhiy og'rigan bemorlarni davolashda psixoterapiya katta ahamiyatga ega. Reabilitatsiyaning maqsadi ruhiy bemor sog'ligini tiklash bo'lib, asosan, uning 4 ta yo'li bor: 1) shifokor bilan bemorning yaqindan suhbatlashishi; 2) bemor hayot faoliyatining hamma tomonlariga (oilada tutgan o'rni, jamiyatdagi faoliyatiga, uning o'ziga hamda kasaliga) e'tibor berish va ularga ta'sir qilish turlicha bo'lishini hisobga olish; 3) ta'sir ko'rsatishning biologik (dori-darmonlar, fizioterapiya usullarining ta'siri) va ruhiy ijtimoiy psixoterapiya, mehnat bilan davolashning ajralmas birligi; 4) reabilitatsiyaning yuqoridagi uchala turini birgalikda o'tkazish yoki biridan ikkinchisiga o'tish. Bu tadbirlar bemorning sog'ayishiga yo'naltirilgan bo'lib, bunda tibbiyot hamshiralari faol ishtirok etmog'i lozim. Ruhan davolashning eng muhim vazifasi bemorning yo'qotgan faoliyatini qaytarish, uning salomatligini, mehnat qobiliyatini tiklashdan iborat. Hamshiralar bemorda yuz beradigan turli holatlarni tezda ajratib olishlari va o'z vaqtida tegishli yordam berishlari hamda butunlay sog'ayib ketishlariga ishonch hosil qilishlari lozim.

Bosh miyada qon aylanishining buzilishlarida (miya ichiga qon quyilganda) tez ko'rsatilgan to'g'ri yordam og'ir asoratlarning (o'pka shamollashi, yaralar paydo bo'lishi va tanada trofik o'zgarishlar hamda siydik yo'llarining zararlanishi) oldini olgan hamda bemorni o'lindan olib qolgan bo'ladi. Bemor uzoq vaqt qimirlamay yotishi natijasida nafas yo'llarining shamollashiga (o'pka zotiljami, og'iz, burun, tomog'da shilliq yig'ilish natijasida nafas yo'llarini bekitib qo'yadi) olib keladi. Bunday hollarning oldini olish uchun bemorni har 2-3 soatda o'ng va chap tomonga ag'darib turish, og'iz-tomog'bo'shlig'ida yig'ilgan shilliqlarni tozalab turish, siydik tutilib qolganda issiq isitgich qo'yish yoki kateter bilan siydirib olish kerak. Chuqur trofik yaralar paydo bo'lmasligi uchun bemorning kurak va dumba schalarini tez-tez kamforali spirt bilan artib turish, terlab ho'l bo'lib qolgan joylarni toza ho'l latta bilan artib, talk upasini sepib qo'yish zarur.

Hushidan ketgan bemorlarni ovqatlantirishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Agar yutish refleksi bo'lsa, shirin choyni qoshiqda ichirish kerak. Agar bemor icha olmasa, yutishga qiynalsa, 0,9% natriy xlorid yoki 5-10% glukoz eritmasini tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi. Bemor ancha vaqtdan beri yutinolmay yotgan bo'lsa, zond orqali ovqatlantirish kerak. Zondni oldin qaynatib, vazelin yoki glitserin surtib keyin ishlatiladi. Suyuq ovqat yuborishdan oldin zondning oshqozonga to'g'ri tushganiga ishonch hosil qilish kerak. Zond nafas yo'lini qisib qo'ygan bo'lsa, bemorning yuzi ko'karib, o'ziga xos tovush eshitiladi. Zond to'g'ri qo'yilgandan so'ng, 1 ml sterillangan suv yuborib ko'riladi, agar bemorda yo'tal paydo bo'lmasa, zond oshqozonga tushgan bo'ladi va ovqatni bemalol yuborsa bo'ladi. Bemorning falaj bo'lib qolgan qo'l-oyoqlarini to'g'rilab qo'yish kerak. Chunki mushaklar uzoq vaqt mobaynida tortilib qolishi natijasida harakat chegaralanib, falajlangan qo'l vaoyoq qiyshayib ketadi. Shuning uchun qo'l falaj bo'lsa, qo'lning orasiga kichkina yumaloq yostiqa qo'yib, yelka o'ziga ko'tarib qo'yiladi. Qo'lning to'g'ri uzatib, barmoqlarni to'g'rilab qo'yish lozim. Qo'l tirsak bo'g'imidan bukilib ketmasligi uchun o'ziga qum solingan xaltacha qo'lning ustiga qo'yiladi. Oyoq panjasini to'g'rilab fiziologik holatga keltirish uchun esa taxtakachdan foydalaniladi. Buning uchun panjaga loyiq yumshoq matoni o'rab, panjani qimirlamaydigan qilib tirab qo'yiladi. Shunday qilinganda bemor keyinchalik yurishda qiynalmaydi. Kasallikning ikkinchi haftasidan boshlab shifobaxsh badantarbiyani boshlash kerak. 3-4 haftalarga borib, bemorni asta-sekin oyoqqa turg'izib, harakatga keltirish kerak. Dastlabki vaqtlarda bemorning falaj oyog'i uvishib yotgani uchun u oyog'ini yerga tekkanini yaxshi sezmaydi. Shuning uchun, hamshiralalar bemorni birinchi bor yurgizganda unga yordamlashib, yiqilib ketmasligining oldini olishi kerak.

Ayrim vaqtlarda bemor gapirishga qiynaladi, nutq buziladi bunga afaziya deyiladi. Agar bemor o'ziga aytilgan gapning ma'nosini tushunsa, lekin o'zi gapira olmasa, bu *motor afaziya* deb ataladi. Sensor afaziya bemor gapira olmaydi, lekin atrofdagilarning so'zini ham tushunmaydi. Amnestik

afaziya – bunda bemor atrofdagi narsalarni taniydi, ulardan qanday foydalanish kerakligini biladi, lekin ularning nomlarini eslay olmaydi. Bunday hollarda hamshiralar bemorni yuvintirish, kiyintirish, yechintirish ishlariga alohida e'tibor berishilari kerak. Bosh miya jarohatlarida (bosh miya chayqalishi, subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilganda) bemorning tinch yotishini ta'minlash, og'iz bo'shlig'ini tozalab turish lozim. Chunki og'izda bir talay so'lak va shilimshiq to'planib qoladi. Bemor bezovta bo'lganda tinchlantiradigan dorilar qilish tavsiya etiladi. Siydik tutilib qolganda kateter solish yoki siydik tuta olmaslikda siydikdon qo'yish talab qilinadi.

Meningit bilan og'rigan bemorlarga o'rindan turmasdan, tinchgina yotish, yengil hazm bo'ladigan ovqatlar berib turish kerak bo'ladi. Meningitlarda kalla ichki bosimi ko'pincha ko'tariladi, bunda bemorlarda tovush va yorug'lik ta'sirlariga sezuvchanlik oshib ketadi (giperakuziya va fotofobiya). Bunda hamshiralar bemorni yorug'lik tushmaydigan tinch xonalarga yotqizishlari shart. Yetarlicha toza havo bo'lishi zarur. O'rin yaxshi solingan, to'shagi tekis bo'lishi, yostiqlari yumshoq bo'lishi kerak. Miyelit, orqa miya jarohatlarida oyoqlarda paraparez yoki paraplegiya, chanoq a'zolari vazifasining buzilishi, trofik o'zgarishlarda kasallikning birinchi kundan boshlab teriga yaxshi qarab borish zarur. O'rindagi choyshabning burmalari bo'lmasligi, choyshab tagiga rezina doira solib qo'yish kerak. Bemorning vaziyatini kuniga bir necha marta o'zgartirib turish, badan terisini kamforali spirt bilan artib turish lozim. Kontrakturalarning oldini olish uchun oyoqlarning holatiga qarab borish, oyoq panjalari osilib qolmasligi kerak. Oyoq panjalari tayanch yordamida boldirga nisbatan to'g'ri burchak ostida turadigan qilib qo'yiladi. Chanoq a'zolarining vazifalari buzilganda qat'iy aseptik sharoitlarda kateter solinib, siydirib olinadi. Ich qotib qolsa, tozalovchi huqna qilinadi.

Bulbar falaj boshlanganda bemorlarni ovqatlantirishga alohida ahamiyat berish lozim. Nafas yo'llariga ovqat va suyuqlik tushib qolishining oldini olish lozim. Ovqat yarim suyuq bo'lishi, bemorni dam oldirib, kam-kandan tez-tez ovqatlantirib turish tavsiya etiladi.

Bemorni bel va oyoqdagi qattiq og'riq (bel-dumg'aza radikuliti yoki umurtqalararo diskning orqa churrasi), harakat qilganda, yurganda og'riq zo'rayadi. Bunday bemorlarga o'rindan turmay yotish (o'rin qattiq bo'lishi kerak), o'rinda og'riq kamayadigan holatni tanlash buyuriladi. Bunda kasal oyoqni tizza va chanoq-son bo'g'imidan bukib, sog' yonbosh bilan yotilganda og'riq kamayadigan holat bo'ladi. Og'riq qoldiruvchi dorilar ichishga beriladi va mushak orasiga yuboriladi. Bemorda qattiq bosh og'rig'i tutib turishi kalla ichki bosim oshib ketishiga bog'liq bo'ladi. Bu holat bosh miya leptomeningiti, bosh miya o'smalari, bosh miya jarohatlari, migren va boshqa kasalliklarda kuzatiladi. Bunday hollarda tinch sharoit bo'lishini ta'minlab, yorug'likni kamaytirish, kalla ichidagi bosimni pasaytirish uchun snifokor buyurgan dorilarni qilish: tomir ichiga glukoza

va magniy sulfat eritmalarini yuborish, mushak orasiga magniy sulfat, laziks, ichishga glitserin berish tavsiya etiladi. Tutqanoq xuruji vaqtida bemorning boshi tagiga yostiq qo'yib, tishlarining orasiga bint o'ralgan shpatel yoki sochiqning chetini kiritib qo'yish, ko'ylagining yoqasini yechib, kamarini bo'shatib qo'yish zarur.

Asab kasalligi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish usullaridan biri lumbal punksiya qilib, orqa miya suyuqligining bosimi va tarkibini tekshirish, zarur bo'lsa kontrast moddalar yuborish kerak. Birinchidan, orqa miya suyuqligini olishdan oldin bemorning ovqatlanishi mumkin emas. Suyuqlik olingandan so'ng igna sanchilgan joyga sterillangan tampon ustidan 3 qavat bint qo'yiladi va bemor aravachada yotgan holda xonaga olib kelinadi. Lyumbal punksiyaning shifo bo'lishi shunga bog'liqki, bunda ko'tarilib ketgan kalla ichki bosimini pasaytirish, orqa miya suyuqligiga dori moddalar yuborish lozim bo'ladi. Lyumbal punksiya qilishda bemorni maxsus stolda yonbosh bilan yotqizib, oyoqlarini qorniga tortib, boshini oldinga engashtirib qo'yiladi. Punksiya, odatda, mahalliy anesteziya ostida qilinadi. Punksiyadan keyin bemor yostiq qo'ymasdan 2 soat davomida qorni bilan chalqancha yotishi kerak. Bemorning oyoq tomoni esa 5 sm gacha ko'tarib qo'yiladi. Bemorni punksiya qilingandan so'ng, 2 soatdan keyin ovqatlantirsa bo'ladi va 2 kungacha o'rnidan turg'izmaslik kerak. Punksiyadan keyin 2–3 kun davomida 0,5 g dan kuniga 3 mahal urotropin ichiriladi. Shunda asoratning oldi olinadi. Ba'zan punksiyadan keyin siydik tutilib qolishi kuzatiladi. Bunday hollarda qovuq sohasiga issiq isitgich qo'yiladi, bu naf bemasa kateter solinadi. Asab tizimi kasalliklari orasida bedavo og'ir dardlar bor. Bemorning ahvolidan umid yo'qligi to'g'risida hamshiralar bemor oldida gapimasligi kerak. Aksincha, ahvol yaqin orada yaxshilanib qoladi, deb bemorni ishonirish talab etiladi.

Periferik asab tizimi kasalliklari

Asab tizimi kasalliklari ichida hammadan ko'p tarqalgani – bu periferik asab tizimi kasalliklari. Zararlanish periferik asab tizimining hamma qismlarida sodir bo'ladi: orqa miya nerv ildizlarining zararlanishi – *radikulit*, orqa miya orqa tugunlarining zararlanishi – *ganglionit*, nerv chigallarning zararlanishi – *pleksit*, bir necha periferik nervlarning zararlanishi – *polinevrit*, bitta periferik nervning zararlanishi – *mononevrit* yoki nevrit deb ataladi.

Periferik asab tizimi kasalliklari orasida juda ko'p uchraydigani – bu nevritlar (alchida nervlarning yallig'lanishi) va radikulitlar. Bularni keltirib chiqaradigan sabablar turli xil. 1. Yuqunli va boshqa kasalliklardan keyin (gripp, sil, difteriya, brusellyoz, revmatizm, diabet va bosh.). 2. Toksik sabablar (moddalar). Alkogol va boshqa turli xil zaharli kimyoviyatlar. 3. Turli xil jarohatlardan, nerv tolalarining qisilishidan keyin ham paydo bo'ladi. Har bitta nerv ma'lum joyda yotadi va suyak hamda tog'ay

oralig'idan o'tadi. Bu suyak va tog'aylarda o'zgarishlar bo'lib, ular o'sadi va periferik nervlarni bosib, qisilishga olib keladi. Radikulitlarni keltirib chiqaradigan jarayonlar umurtqa pog'onasidagi birlamchi o'zgarishlardir. Bu o'zgarishlar umurtqa pog'onasida kuzatiladigan moddalar almashinuvining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Osteoxondroz umurtqalar orasidagi tog'ay to'qimalarining o'zgarishi natijasida namoyon bo'ladi. Spina bifida – umurtqalar orasidagi oralig'ning bitmay qolishi. Ko'p noto'g'ri, qaltis harakatlar vaqtida, og'ir yuk ko'targanda umurtqalararo disk joyidan siljiydi. Natijada asab, tolalarini qisib qo'yadi.

Nevritning asosiy belgilari nerv yo'li bo'ylab og'riq paydo bo'lishi, asab tizimini harakatlantiruvchi va sezuvchi vazifalarining yo'qolib qolishi – periferik asab falaji boshlanib mushaklar atoniyasi va atrofiyasi paydo bo'lishi, arefleksiya, og'riq sezgisining pasayishi yoki yo'qolishi, terida trofik o'zgarishlar: terining yupqa tortib, quruq bo'lib qolishi, sochlarning to'kilib ketishi, teri rangining o'zgarishi, timoqlarning mo'rt bo'lib qolishi.

Bel-dumg'aza radikuliti

Bel-dumg'aza radikuliti juda ham ko'p uchraydi, chunki bel-dumg'aza sohasiga og'irlikning ko'p tushishi sabab bo'ladi. Odamzod kecha-yu kunduz harakatda bo'ladi, o'tiradi, turadi, yuradi hamma vaqt og'irlik belga tushadi. Bu kasallikning kelib chiqishi, asosan, umurtqa pog'onasidagi o'zgarishlarga bog'liq. Umurtqalar orasidagi suyak-tog'ay sohasida moddalar almashinuvini natijasida, ya'ni tog'ay o'zining mayinligini, elastikligini yo'qotib qotib qoladi. Umurtqalararo disklarning o'zgarishi, o'z navbatida, ildizlarga ta'sir etib, radikulit kasalligiga olib keladi. Orqa miya nerv ildizlarining jarohatlanishi, ko'pincha umurtqa pog'onasining osteoxondrozi, turli shikastlar, umumiy yuqumli kasalliklar oqibatida umurtqa pog'onasining yallig'lanishi va uning o'smalari sabab bo'lishi mumkin.

Kasallikning rivojlanishiga yoki qaytalanishiga yuk ko'tarish yoki keskin harakat qilish oqibatida umurtqa pog'onasiga og'irlik tushishi sabab bo'ladi. Kasallikning rivojlanib borishiga nerv ildizlarini umurtqalararo disk churrasi bosib qolishi, uning ta'sirida venoz qon dimlanib qolishi, limfa oqimi buzilishi sabab bo'ladi, bu natijada atrofdagi to'qimalarning shishib ketishi, orqa miya nerv ildizlarining kasalligiga olib keladi.

Klinik manzarasi. Bemorlar, odatda, qattiq bel og'rig'idan, oyoqlarda, sonning old va orqa tomonidagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Og'riq harakat qilganda, ish qilganda, yo'talganda, aksa urganda kuchayadi. Ko'pincha bemorlar oyoqlari sovuq qotishi, uvishishidan shikoyat qiladilar. Bemorlar og'riqni kamaytirish maqsadida og'rib turgan oyog'ini chanoq-son va tizza bo'g'imidan bukib, sog'lom tomoni bilan yotadilar. Tekshirganda bemorlarda umurtqa pog'onasining shakli o'zgarib, bel lordozi yo'qolib, o'miga skolioz (umurtqaning yon tomonga qiyshayishi) paydo bo'ladi. Bu reflektor yo'li bilan yuzaga keladigan himoyalani sh holatidir. Mana shunday

holatda og'riq sezilarli darajada kamayadi. Iaseg belgisini aniqlab ko'rila-yotganda bel va oyoq og'riqlarining kuchayishi doimiy belgidir. O'tirish belgisi, Neri, Dejerin va Bexterov belgilarini tekshirganimizda belda qattiq og'riq paydo bo'ladi.

Bel-dumg'aza radikulitida dumba, son, boldir sohasidagi mushaklar gipotrofiyaga uchrab, bo'shshib qolishi mumkin, og'ir hollarda oyoq panjasi mushaklari parezga uchraydi. Reflekslar kasallangan tomonda, agar son nervi yallig'langan bo'lsa – tizza refleksi, agar quymich nervi yoki uning shoxlari kasallansa – tovon yoki Axill reflekslari yo'qoladi. Sezgi sohasida kasallangan tomonda paravertebral nuqtalarda og'riq bo'ladi. Oyoqdagi periferik nerv tolalari bo'yicha bosib ko'rilganda og'riq bo'ladi. Yuzaki sezgi qaysi nerv kasallanganiga qarab sonning old va orqasida, boldirning yonida yoki orqasida anesteziya yoki gipesteziya bo'ladi. Vegetativ o'zgarishlar kasallangan tomonda boldir, oyoq panjalarida sovuq qotish, shu tomonda oyoqning arteriya tomirlarida tomir urishi susaygan, terisi quruq bo'ladi. Agar yo'qolish belgilari (atrofiya, gipotrofiya, arefleksiya va sezgi buzilishlari) bo'lsa, radikulit deb tashxis qo'yiladi. Agar bemorda ta'sirlanish belgilari (og'riq, bel-oyoqlarda tortilish belgilari) bo'lsa, lekin yo'qolish belgilari bo'lmasa, unda bel-dumg'aza radikalgiyasi deb tashxis qo'yiladi. Bemorning, albatta, umurtqa pog'onasini rentgenografiya qilish kerak. Kasallik odatda qaytalanib turadi.

Davosi. Birinchi navbatda bemor qattiq to'shakda yotib turishi lozim. Og'riq qoldiruvchi dorilar: reopirin, pirobutal, diklofenak, analgin, baralgin, aspirin, brufen, indometatsin beriladi. Kasallikning o'tkir davrida bel-dumg'aza sohasiga issiqlik bilan davolash (issiq, qum xaltacha), tarkibida ilon va asalari zahari bor surtmalarni surtish, B guruhli vitaminlar, shishni kamaytiradigan dorilar buyuriladi. Fizioterapiya muolajalari bel-dumg'aza sohasiga solluks, infraruj, diodinamik tok qo'yish, ultrabinafsha nurlar bilan davolash, novokain bilan elektroforez, snim hamda UVCH qo'yish yaxshi samara beradi. Mushak – tonik og'riq alomatlarida nimesil, sirdalud va midokalm buyuriladi. Og'riq kamaygandan keyin ugalash tavsiya etiladi. Agar og'riq kuchli bo'lsa, unda paravertebral blokada tavsiya etiladi. Bunda novokain 2 % 20–30,0 ml, vitamin B₁₂ 1000 mkg, gidrokortizon 50 mg, platifillin 0,2 % 1,0 ml dan olinib paravertebral nuqtalarga qilinadi.

Kasallik surunkali kechsa, tarkibida vodorod sulfid va rodon bo'ladigan ma'dan suvlarga tushish taklif etiladi. Agar davolanish naf bermasa, unda jarrohlik yo'li bilan umurtqalararo disk churrasi olib tashlanadi. Umurtqalararo disk churrasi yoki ot dumi churrasi qisilib qolishi natijasida bemorning oyoqlari falaj bo'lib qolganida va chanoq a'zolarining vazifasi buzilganda o'sha churrani olib tashlash lozim bo'ladi.

Bel-dumg'aza radikulitining paydo bo'lishiga spondilolistez – umurtqaning oldinga siljishi ham sabab bo'lishi mumkin. Agar bel sohasida og'riq qaytmasa, unda bu og'riq belgisi o'smaga – ot dumi nevrinomasiga aloqador bo'lishi mumkin.

Parvarish qilish. Bel-dumg'aza radikulitida og'rigan bemorlarga qattiq to'shakda yotishni ta'minlash. Og'riq xurujlarida sog'lom tomoni bilan yotish, og'riqning bo'lgan oyoqni tizza va son bo'g'imlaridan bukib yotish kerak. Chunki bu holat og'riqni pasayishiga yordam beradi. Hamshiralardan og'riq xurujlariga qarshi analgin, baralgin, ortofen yoki diklofenak inyeksiya qilish talab etiladi.

Bo'yin radikuliti

Sabablari. Eng asosiy sabablaridan biri shu joyda kuzatiladigan osteoxondroz, ya'ni birlamchi umurtqa pog'onasidagi o'zgarishlar. Yelka kamari va qo'llardagi og'riq alomatlari (braxialgiya bilan pleksitlar)ning ko'pchiligi umurtqalar orasidagi disklarda yuzaga kelgan o'zgarishlarga bog'liqdir. Bo'yin bo'limidagi umurtqalararo disklarning zararlanishi natijasida shu bo'g'imlarda suyak o'sintalari paydo bo'ladi. Bu o'sintalar umurtqalar orasidan orqa miya nervlarining ildizlari o'tadigan teshiklarni toraytirib qo'yadi.

Bo'yin bo'limidagi orqa miya nerv ildizlarining zararlanishi asosan 40 yoshdan oshgan odamlarda, ko'proq erkaklarda uchraydi. Bo'yin radikuliti bilan og'rigan bemorlar ish vaqtida bo'yin mushaklarini taranglashtiruvchi, boshni engashtirib va burib, qo'llari bilan bir xilda harakat qiladigan odamlarda ko'proq uchraydi (suvogchilar, bo'yogchilar to'quvchilar va boshq.).

Klinik manzarasi. Bemorlar bo'yin va qo'l sohasi og'rib turishidan shikoyat qiladi. Ko'pincha boshini majburan bir tomonga yoki oldinga engashtirib turadilar. Bemorni tekshirganda og'riq bo'yin qismida bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda og'riq paravertebral nuqtalarda kuzatiladi. Agar og'riq qo'lga o'tsa, u vaqtda yana og'riq o'mrov usti hamda ostida, qo'ltiq tagida bo'ladi. Bo'yin radikulitida qo'lda, bilak va yelka mushaklarida gipotoniya, atrofiya kuzatiladi. Qo'ldagi bilakni yozuvchi va bukuvchi suyak usti reflekslari pasayadi yoki yo'qoladi. Sezgi bo'yin segmentlari sohasida va qo'lda yo'qoladi (gipesteziya). Umurtqa pog'onasini rentgenogrammasida umurtqa tanalarining chetlarida suyak o'sintalari borligi ma'lum bo'ladi.

Ko'krak radikuliti

Umurtqa pog'onasi ko'krak bo'limida orqa miya nerv ildizlarini zararlanishida og'riq ko'krak sohasidagi umurtqalarda hamda ko'krak qafasida bo'ladi. Agar og'riq ko'krak qafasining chap tomonida bo'lsa, unda klinik jihatdan biroz qiyin bo'ladi. Chunki bemorda hamma vaqt yurak kasalligini inkor etishimiz kerak. Ko'krakdagi og'riq va uning chap qo'lga berilishi ko'pincha radikulitga o'xshaydi. Bu, aksincha, stenokardiya va infarkt miokardda ham kuzatilishi mumkin. Shuning uchun bunday bemorlarni dastlab, albatta, yuragini tekshirishdan o'tkazish zarur. Ko'krakning yuqori qismi mushaklarining ko'p qismini bo'yindagi nerv ildizlari ta'minlaydi, shuning uchun qattiq og'riq bo'lmaydi. Juda ko'p kasalliklarda – sil spondiliti, aortal aranevrizmi, Bexterev kasalligi, orqa

miya o'smalari va stenokardiyada umurtqa pog'onasining ko'krak bo'limida og'riq paydo bo'lishi mumkin. Agar yurak sohasida o'zgarishlar bo'lmasa, unda ko'krak radikuliti deb davolashimiz mumkin.

Klinik manzarasi. Bemorni tekshirganda ko'krak umurtqa sohasining o'ng va chap tomonida – paravertebral nuqtalarda og'riq hamda shu segment sohasida sezgining pasayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Ko'krak radikuliti boshqa radikulitlarga nisbatan kam uchraydi, chunki ko'krakning o'zi kam harakat qiladi.

Davosi. Bo'yin va ko'krak radikuliti og'riqqa bemorlarga analgetiklar (analgin, sedalgin, aspirin, baralgin, diklofenak), vitaminlar B₁, B₁₂, diodinamik toklar, umurtqa pog'onasining bo'yin bo'limiga novokain bilan qilinadigan elektroforez, ug'lash, vodород sulfidli yoki rodonli vannalar tavsiya etiladi.

Tirsak nervining nevriti

Bemor to'rtinchi va beshinchi barmoqlar sohasida uvishish va bijirlashishdan shikoyat qiladi. Tekshirganda bemor IV–V barmoqlarni buka olmaydi, qo'l barmoqlarini bir-biriga yaqinlashtira olmaydi va bir-biridan uzoqlashtira olmaydi. Paralich yoki parez periferik nerv falaji xilida bo'ladi. Gipotenor sohasida atrofiya, IV–V barmoqlarning ichki va tashqi qismida sezgi pasayadi. Bemorning qo'l panjasi «qush panjasi»ga o'xshab qoladi. Bemor royl, pionina chala olmaydi, to'pni ushlay olmaydi.

Bilak nervining nevriti

Sabablari. Odam qattiq uhlaganda qo'lining boshi ostiga qo'yib yotganda yoki qo'li tana tagida qolib ketishi natijasida, qattiq charchab uhlab qolgandan keyin, spirtli ichimliklar ichgandan keyin paydo bo'ladi. Bu falajlikka «uyqudagi falajlik» deb ataladi. Ba'zi hollarda turli xil zaharlanishlar (qo'rg'oshin, alkogol, ayrim kasalliklar: gripp, zotiljam) ham sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemor qo'l panjasi osilib qolganligidan, uyuishishidan, o'griqdan shikoyat qiladi. Tekshirilganda harakat sohasida o'zgarishlar bo'lib, qo'l panjasi osilib qolgan. Shu mushaklar atrofiya va gipotoniya bo'ladi. Tirsakni yozuvchi reflekslar yo'qoladi. Sezgi sohasida I–II qisman III barmoqlarning ustki tomonida sezgi yo'qoladi.

Oraliq nervining nevriti

Sabablari. Qo'l yelka qismining ochiq va yopiq jarohatlarida, vena qontomiridan ukol qilinganda, ba'zi yuqumli kasalliklarning asorati natijasida paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemor yelkasini ichkariga burish, bosh barmog'ini boshqa barmoqlarga qarshi qo'yish harakatlarini bajara olmaydi. Bosh

barmoqni sinchalakka tekkingiz olmaydi. Qo'l panjasini musht qila olmaydi. Qo'l barmoqlarida qattiq kauzalgiik og'riq bo'lib, bu og'riq bilakning ichki yuzasiga tarqaladi. Qo'l kaftning tashqi yuzasida va bilakning tashqi yarmida teri sezgisi yo'qoladi.

Quylich nervining nevriliti

Sabablari. Turli xil umumiy yuqumli kasalliklar, jarohatlar va zaharlanishlardan keyin paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning dastlabki belgilari son bilan boldirning orqa-tashqi yuzasida nerv yo'li bo'ylab og'riq bo'ladi. Kasallik kuchayganda bemor tizza va boldir-panja bo'g'imlarini, oyoq panjasini bukishi qiyinlashadi. Sezgi butun boldir va oyoq panjasi terisida yo'qoladi. Kasal tomonda Axill refleksi yo'qoladi.

Quylich nervining tarmog'i – kichik boldir nervi (n. peroneus) jarohatlanganda oyoq panjasi pastga osilib qoladi. Bemor oyoq panjasini va barmoqlarini yuqoriga buka olmaydi. Bemor oyoq panjasining qolgan qismini yerga taqamasdan turib, tovonini bosib tura olmaydi. Bunday kasallikka uchragan bemorlar yurish vaqtida oyog'ining uchi yerga tegib qolmasligi uchun tizzasini baland ko'tarib, oyoq panjasini oldinga tashlagandek qilib yuradi. Ikkala nerv zararlanganda bemorning yurishi o'zgarib qoladi. Bunday yurish «xo'roz yurish» deb ataladi. Quylich nervi tarkibida vegetativ asab tolalari ko'p bo'lgani uchun bemorlar achishtiruvchi, kuydiruvchi qattiq og'riqdan shikoyat qiladilar. Bunda bemorlar og'riq azobidan yaxshi uxlay olmaydilar, besaranjom, tajang bo'lib qoladilar. Bunday og'riqlarga *kauzalgiya og'riqlari* deyiladi. Sovuqdan og'riq kamayadi, shuning uchun bemor oyog'ini ho'l sochiqqa o'rab qo'yadi yoki oyog'ini sovuq suvga solib o'tiradi.

Yuz nervining nevriliti

Sabablari. Yuz nervining zararlanishi ko'pincha yuqumli kasalliklar natijasida, quloqning yiringli kasalliklaridan keyin, sovuq qotish, shamollash, bosh miya jarohatlari, yuz nervining qisilib qolishi, har xil allergik holatlardan keyin paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Yuz nervining nevrilitida yuzning qaysi tomonidagi nerv zararlangan bo'lsa, shu yuzning yarim tomonidagi mimik mushaklarning falajlanishi kuzatiladi. Bunda bemorning yuzi asimmetrik bo'ladi. Masalan, o'ng tomonda yuz nervining periferik nervi zararlangansa shu tomonda yuz nervining periferik falajik bo'ladi. Bunda tinch holatda kuzatganimizda o'ng tomonda yuz asimmetriyasi, ya'ni yuz bir xil emas, o'ng tomonda peshona ajinlari silliqlashgan, qosh biroz pastda, ko'z oralig'i kengaygan, burun-lab qatlami silliqlashgan va og'iz burchagi pastga tushgan. Agar mimik sinovlarda kuzatganimizda o'ng tomonda qoshni ko'tara olmaydi, achchiqlana olmaydi, ko'zni yuma olmaydi, qovoqlar to'liq yumilmaydi (Bella belgisi),

tirjaytirganda burun-lab qatlami tashqariga ketmaydi, og'iz burchagini sog' tomonga tortib ketadi, lunjni shishira olmaydi, hushtak chala olmaydi. Bulardan tashqari, vegetativ o'zgarishlar (ko'z yoshining oqishi), korneal va konyuktival reflekslar zararlangan tomonda pasaygan bo'ladi.

Davosi. Yuz nervining nevriti kelib chiqish sabablariga qarab antibiotiklar (penitsillin, ampitsillin, eritromitsin), shishlarni kamaytirmish uchun (diakarb, laziks) buyuriladi. Mimik mushak faoliyati tiklanishining birinchi belgilari paydo bo'lishi bilan uqalash, parafin, shifobaxsh badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi. Asab o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun prozerin, galantamin, oksazil, kalimin, dibazol 0,02 g dan kuniga 3 mahal, bu dorilar kasallik boshlanganidan bir haftadan keyin beriladi. B guruhli vitaminlar, nikotin kislota, askorbin kislota beriladi. Kasallikning o'tkir davrida UVCH, UFO, solluks va ultratovush buyuriladi. Qovoqlar to'liq yumilmay qolganda, ko'z shox pardasi kasallikka chalimasligi uchun ko'zga albusid tomizib turish kerak. Refleksoterapiya ham yaxshi samara beradi. Agar yuz mushaklarida kantraktura boshlansa, finlepsin yoki tegritol tavsiya etiladi. Kasallik vaqtida davolansa 3-4 haftada to'liq tuzalib ketadi.

Inyeksiyadan keyingi quymich nervi nevriti

Ko'pchilik dori moddalar mushak orasiga inyeksiya qilinadi. Hamshiralarning bilmasdan noto'g'ri inyeksiya qilishi natijasida quymich nervining zararlanishiga olib keladi. Bunda quymich nervi zararlanib, oyoqlarning harakat qilish faoliyati buziladi. Natijada, bemorlarni nogironlikka olib keladi. Buning uchun hamshiralar quymich nervining anatomiyasi, topografiyasini yaxshi bilishlari lozim. Quymich nervi dumg'aza chigali ildizlaridan boshlanib, chanoq suyagidan tashqariga chiqadi. Mushak orasiga in'eksiya qilishda dumba sohasining to'rt tomonini teng to'g'ri to'rtburchakka bo'lish kerak. Bunda yuqori tashqari, yuqori ichkari, pastki tashqari va pastki ichkari to'g'ri to'rtburchakka bo'linadi. Quymich nervi pastki ichki va pastki tashqari to'g'ri to'rtburchakdan o'tadi (19-rasm).

Hamshiralar dori moddalarini inyeksiya qilishda, asosan, yuqori tashqi to'g'ri to'rtburchakka inyeksiya qilishlari kerak. Agar bilmasdan boshqa to'g'ri to'rtburchakka inyeksiya qilgan taqdirda quymich nervining falajlanishiga olib keladi. Chaqaloqlar, chala tug'ilgan bolalar, gipotrofiya bo'lgan bolalarda inyeksiyadan keyingi quymich nervi zararlanishi ko'p uchrashi mumkin. Bunday bolalarda teri yog' qatlamining juda kam rivojlanishi, bolaning ko'p yig'loqi bo'lishi, asabi tarang bolalarda va hamshiraning inyeksiya qilishda noto'g'ri igna tanlashi, ya'ni juda katta igna bilan inyeksiya qilishi natijasida ro'y beradi.

Klinik manzarasi. Kasallik o'tkir vaqtida inyeksiya qilingan joyda og'riq, uvishish, bijirlash va o'sha tomonda oyoq harakatining butunlay pasayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Keyinchalik esa falajlangan oyoq panjasining tashqariga qarab qolishi, katta yoshdagi bolalar oqsoqlanib yurishi, oyoq

mushaklarida atrofiya va gipotoniya boshlanishi mumkin. Pay reflekslaridan tizza va Axill reflekslarining yo'qolishi, sezuvchanligining pasayishi, vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Davosi. Tashxis aniq qo'yilsa, og'riq qoldiruvchi dorilar, vitaminlarning B guruhi, galantamin, prozerin, lidaza, ATF, pirogenal, nikotin kislotasi, fizioterapiya muolajalari, elektroforez, - 4 % mo'miyo, galantamin bilan parafin, uqalash, refleksoterapiya, shifobaxsh badantarbiya tavsiya etiladi.

Nevralgiyalar

Nevralgiyalar biror nerv yo'li bo'ylab og'riq paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qaysi nerv zararlanishiga qarab nevrалgiyalar har xil nomlar bilan ataladi.

Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasi

Sabablari. Nevralgiyaning kelib chiqishida uch shoxli nerv tarmoqlarining suyak kanallarida va kalla bo'shlig'idan yuz skeletiga chiqish joylaridagi teshiklarda siqilib qolishi muhim ahamiyatga ega. Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasi har xil infeksiyalar (*bezgak, sil, brusellyoz*), moddalar almashinuvining buzilishi (*padagra, diabet*), tish kasalliklari, burunning qo'shimcha bo'shliqlari sohasidagi yallig'lanishlar, bosh miya qontomir kasalliklari, ko'z osti va pastki jag' osti kanallarining torayishi asosiy sabab bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasi bemorning yuzida vaqti-vaqti bilan qattiq sanchadigan, achishtiradigan, xurujsimon og'riq bo'lib turishi bilan xarakterlanadi. Og'riq xurujlari to'satdan boshlanib, bir necha soniya yoki daqiqagacha davom etib, keyin yana to'satdan to'xtab qoladi. Xurujlarda orasida og'riq bo'lmaydi. Uch shoxli nervning qaysi tarmog'i zararlanishiga qarab, og'riq shu sohalarda bo'ladi. Xuruj vaqtida og'riq nerv tarmoqlari bo'ylab yuzning bir tomoniga tarqaladi. Ba'zan og'riq nervning bir tarmog'idan boshqasiga o'tishi mumkin. Og'riq xurujlari, asosan, vegetativ o'zgarishlar (yuzning qizarib ketishi, ko'z yosh va so'lakning oqishi, ter chiqishi, burundan shilimshiq oqishi) va yuz mimik mushaklarining reflektor qisqarishi bilan kechadi. Og'riqlar quloq, ko'z, bo'yin va ensaga berilishi mumkin. Og'riq paytida bemor xuddi qotib qolgandek qimirlashga qo'rqib qoladi. Og'riq xurujlari to'satdan, sababsiz yoki biron bir ta'sirlardan keyin, biron narsa chaynaganda, soqol-mo'ylovni olganda paydo bo'ladi. Asosan, og'riq II-III nerv tarmoqlarida paydo bo'ladi. Xurujlarda oralig'ida kasallikning belgilarini topib bo'lmaydi. Xuruj vaqtida yoki keyin uch tarmoqli nervning chiqish joylari bosib ko'rilganda bezillab turadi va shu joylardagi teri sohalorida sezgi ko'payadi (giperesteziya).

Davosi. Uch tarmoqli nervning nevrалgiyasini keltirib chiqaruvchi sababni aniqlash va unga qarab tegishli davo qilish zarur. Og'riqni

goldiruvchi va xurujsa qarshi finlepsin (tegretol, karbamazepin) 0,1 g dan kuniga 2 mahal berishdan boshlanadi. Keyin har kuni 0,1 g dan oshirib, zarur bo'lsa 0,6–0,8 g gacha yetkaziladi, bunda kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Davo boshlangandan 1–3 kun o'tgach, bemorning ahvoli yaxshilanib qoladi. Og'riq yo'qolib ketgandan keyin dorining asta-sekin kuniga 0,2 g–0,1 g gacha tushiriladi. Bu dorini uzoq muddat 2–3 haftadan 2–3 yilgacha ishlatib boriladi. Nojo'ya ta'siri (ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynish, bosh og'riq, mudroq bosish, ataksiya) bo'lsa, dorini dozasi kamaytiriladi yoki vaqtincha ichishga ruxsat berilmaydi. Bulardan tashqari FiBS, aloe, giyohvand bo'lmagan analgetiklar butadion, aspirin, fenatsetin berish, B guruhli vitaminlar, nikotin va askorbin kislotasi beriladi. Og'riq qoldirish uchun 5–10 % anestezinli surtma surtish, xurujsa paytida og'riydigan joyga issiq qo'yish, UFO, UVCH, ultratovush yaxshi natija beradi. Og'riq biroz pasaygandan so'ng og'riq nuqtalariga kalsiy xlor yoki novokain bilan elektroforez tavsiya etiladi. Kasallikning tiklanish davrida balchiq, parafin, ozokerit mahalliy qo'llaniladi. Refleksoterapiya yaxshi natija beradi.

Ensa nervining nevrалgiyasi

Sabablari. Turli xil o'tkir va surunkali kasalliklar, sovuq qotish, shamollashlar muhim ahamiyatga ega.

Klinik manzarasi. Bemor boshining orqa qismidagi og'riqdan shikoyat qiladi. Kasallikning xarakterli belgilari – ensada vaqti-vaqti bilan og'riq tutib qolishi, uning bo'yin bilan orqaga o'tib turishidir. Og'riqni kamaytirish uchun bemor boshini majburan ma'lum bir holatda tutishga harakat qiladi. Paypaslab ko'rilganda so'rg'ichsimon o'sinta bilan yuqori bo'yin umurtgasining orasi bezillab turadi. Ba'zan boshning sochli qismi sohasida giperesteziya (ensa sohasidagi terida og'riq va yoqimsiz hidlar borligi) seziladi.

Davosi. Ichish uchun analgetiklar, B guruhli vitaminlar, ensa sohasiga kaliy yodid bilan elektroforez, refleksoterapiya, ugalash yaxshi natija beradi.

Qovurg'alararo nervlarning nevrалgiyasi

Sabablari. Bu xildagi nevrалgiyani uzoq vaqt o'tkazilgan infeksiyalar (gripp, bezgak, brusellyoz), umurtqa pog'onasi kasalliklari (qovurg'alar singanda), ko'krak bo'shlig'i kasalliklari (plevra, o'pka kasalliklarida) chiqaradi.

Klinik manzarasi. Qovurg'alararo nervlar yo'li bo'ylab doimiy yoki xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi. Bu og'riqlar bemor chuqur nafas olganda, yo'talganda, aksirganda, harakat qilganda zo'rayadi. Tegishli qovurg'a orasi paypaslab ko'rilganda og'riq kuchayadi, giperesteziya shu teri sohasida kuzatiladi.

Davosi. Og'riq xurujsalarida analgetiklar va asosiy kasalliklarga davo o'tkazish tavsiya etiladi.

Periferik asab tizimi kasalliklarini davolash

1. Og'riq qoldiruvchi va yallig'lanishga qarshi dorilar: analgin 50 % 2,0 ml kuniga bir marta besh kungacha, agar og'riq juda qattiq bo'lsa, baralgin 5,0 ml mushak orasiga, har kuni 1 martadan 5-10 kungacha, diklofenak 3,0 ml, reopirin 5,0, tramal 1,0 ml har kuni 1 mahal mushak orasiga beriladi. Valtaren 0,025 tab, indometatsin, sedalgin ibokrufen, brufen 1 tabletkasigan 3 mahal ichiriladi. Mushak – tonik og'riq alomatlarida nimesil, sirdalud va midokalm buyuriladi.

2. To'qimalardagi shishlarga qarshi dorilar: bu dorilar kasallikning 1-kunidan boshlab, qattiq og'riq xurujlarida beriladi. Furosemid 40 mg ertalab 1 mahal, laziks 2,0 ml mushak orasiga, diakarb 0,25 g ertalab 1 marta 3 kun beriladi, 3 kun tanaffus keyin yana 3 kun ichiriladi.

3. Psixotrop dorilar qattiq qo'rqish, vahimalar paydo bo'lganda beriladi. Eglonil 200 mg dan, ksanaks 0,25 mg, magne – B₆ ichishga tavsiya etiladi. Glitsin 1 tabletkadan til ostiga 2-3 mahal, novopassit 1 tabl. 3 mahal ichishga, amitriptillin, fenazepam 1 tab. 2 mahal ichishga, sonapaks 1 tab dan ertalab, kechqurun 10 kun ichiriladi. Uyqusizlikda ivadal 10 mg dan kechasi uyquga ketishdan oldin beriladi. Galoperidol 0,5 mg dan 2 mahal 15 kun, aminazin 2,5 % 2,0 ml mushak orasiga har kuni yoki tabletkasidan 1 tadan 2 mahal ichib turiladi.

4. Qattiq og'riq vaqtida novokainli blokada qilish tavsiya etiladi. Bunda og'riq joyga nerv ustuni bo'ylab novokainni teri orasiga limon po'stlog'i hosil bo'lgunicha 5 martagacha har kuni 1 martadan qilinadi.

5. Fizioterapiya usullari: birinchi kunlari qattiq og'riq bo'lganda, solluks, kvars nurlari, og'riq sal pasayganidan keyin UVCH, diodinamik tok qo'yish, novokain, kaliy yodid, prozerin bilan elektroforez 10 kungacha, parafin, ozokerit tavsiya etiladi.

6. Og'riq va yallig'lanish biroz pasaygandan keyin, vitaminlar B₁ – 6 % 2,0 ml, B₆ 5 % 2,0 ml, B₁₂ 200 – 500 g, askorbin kilotasi 5 % 3,0 ml dan mushak orasiga qilinadi.

7. Agar mushaklarda atrofiya, gipotoniya bo'lsa, galantamin 1,0 ml, prozerin 0,05 % 1,0 ml, ertalab, ATF 1 % 1,0 ml qo'llaniladi.

8. Kasallikning o'tkir davri o'tgandan keyin aloe 2,0 ml, gumizol 2,0 ml, FiBS 2,0 ml, shishasimon tana 2,0 ml dan mushak orasiga qilinadi. Uqalash, shifobaxsh badantarbiya mashqlari ham buyuriladi.

9. Kasallik surunkali turga o'tgandan keyin, undan 6 oy va 1 yildan keyin shifobaxsh oromohlarga yuborish tavsiya etiladi.

10. Uch shoxli nervning nevralgiasida tegretol yoki finlepsin 0,2 g sxema bilan beriladi. 1-kuni 2 ta, 2-kuni 3 ta, 3-kuni 4 ta, 4-kuni 5 ta, 5-kuni 6 ta, 6-kuni 5 ta, 7-kuni 4 ta, 8-kuni 3 ta, 9-kuni 2 ta, 10-kuni 1 ta tabletkaga beriladi.

Polinevritlar

Polinevrit – bu qo'l va oyoqlardagi ko'p nerv tolalarining simmetrik holda zararlanishi. Polinevrit alomatlari bemor qo'l va oyoqlarining distal qismida kuchsizlik, periferik asab xilidagi falajlik bilan og'riq, qo'llarda «qo'lqopsimon», oyoqlarda esa «paypoqsimon» sezgining kamayishi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Nerv ustunlari va shu joydagi mushaklar bosib ko'rilganda og'riq bo'ladi. Zararlangan sohada ko'p terlash, qo'l va oyoq panjasida teri va timoqlarning trofik buzilishlari kuzatiladi. Qo'l va oyoq mushaklari zaiflashib, ularning barmoqlarida harakat yo'qoladi, harakat yo'qolgan mushaklarda esa atrofiya boshlanadi. Bu mushaklarda elektr o'tkazuvchanlik buziladi. Pay va periostal reflekslar susayadi yoki yo'qoladi. Polinevritlarda mushaklar falajlanadi, harakat va sezuvchanlik buzilishlari simmetrik holda bo'ladi. Periferik nerv oxirlari bilan birga orqa nerv ildizlari ham zararlangan, unda *poliradikulonevrit* deb ataladi.

Sabablari. Polinevritlar, asosan, alkogol, simob, qo'rg'oshin, mishyak, ba'zi antibiotiklar, sulfanilamidlar, meprobanat, izoniazid bilan uzoq vaqt davolanishdan keyin ham kelib chiqadi. Turli virusli va bakteriyali kasalliklar, ichki kasalliklar (jigar, buyrak, oshqozon osti bezi), ichki sekretsiya bezlari kasalliklari (diabet, gipotireoz)dan hamda ba'zi zardob va vaksinalar yuborilgandan keyin ham paydo bo'ladi.

Difteriya polinevriti

Difteriyaning o'tkir belgilaridan 2–3 haftadan keyin asab tizimida zararlanish belgilari namoyon bo'ladi. Difteriyadagi polinevritda periferik asab tolalarining zararlanishi chegaralangan mononevrit yoki tarqalgan polinevritlar kabi kechadi. Polinevritning rivojlanishida difteriya kasalligidan yaxshi davolanmagan yoki juda og'ir turi sabab bo'ladi. Difteriyadagi polinevritda periferik asab tolalarining zararlanishi bilan birga kalla bosh miya nervlari (III–IV–VII–X juftlar) ham zararlanadi. Bemor dimog'i bilan mangalanib gapiradi, yutinishi buziladi, suyuq ovqat burundan qaytib tushadi. Bemor yaqindan yomon ko'radi, ko'rishi xiralashadi, pay va Axill reflekslari susayadi, ataksiya, qo'l va oyoq panjalarida paresteziya, kuchsiz og'riq, sezgining kamayishi (og'riq, harorat, taktil hamda bo'g'im – mushak sezgisining gipesteziyasi) distal qismlarda bo'ladi. Sayyor nervni ikki tomonlama zararlangan, afoniya, nafas olish o'zgaradi, yurakda o'zgarishlar, taxikardiya yuzaga keladi. Natijada, yutinish buzilib og'ir aspiratsiyali zotiljanga olib keladi.

Davosi. Difteriya polinevritda birinchi belgilar boshlangandan difteriyaga qarshi antitoksin zardobidan 15000 TB dan 25000 TB gacha Bezredko usuli bo'yicha mushak orasiga yuboriladi. Zardob yuborishdan 0,1 ml zardob teri orasiga yuboriladi. 30 daqiqadan keyin yana 0,2 ml, qolgan dozani 1 soatdan keyin yuboriladi. Kasallik qaytish davrida esa organizmning umumiy

quvvatini oshirish maqsadida guruhi vitaminlar B, ATF, kokarboksilaza beriladi. Asab-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilash maqsadida galantamin, prozerin, oksazil beriladi. Bulardan tashqari fizioterapiya muolajalari, ug'lash, falaajlangan mushaklarga parafin va balchiq hamda shifobaxsh badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. Difteriya polinevritida yutinish buzilganligi sababli bemor o'z vaqtida ovqatlanmaydi. Buning uchun bemorni ovqatlanayotganda suyuq ovqatlar nafas yo'llariga o'tib ketmasligini ta'minlash, agar yutinishning iloji bo'lmasa, bemorni zond orqali ovqatlantirish talab etiladi.

Alkohol polinevriti

Sabablari. Surunkali ichkilik ichish ta'siridan organizmning zaharlanib borishi natijasida kasallik avj ola boshlaydi. Alkohol polinevritni rivojlanishida vitamin B₁ almashinuvining buzilishi ham katta ahamiyatga ega.

Klinik manzarasi. Bemorlar kechayu kunduz qattiq chidamsiz og'riqdan shikoyat qiladilar. Kasallik asta-sekin avj olib, avval bemorning oyoqlari tez charchab qoladi. Boldir suyaklari og'rib, oyoq barmoqlari tortishib turadi. Bu og'riqlar nerv ustunlar bosib ko'rilganda zo'rayadi. Qo'l-oyoqlarning distal qismlarida –parezlar boshlanadi. Pay va periostal reflekslar oshgan, mushaklar tonusi pasaygan, mushak-bo'g'im sezgisi pasaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Sezgi sohasida qo'l va oyoqning distal qismlarida qo'llarda «qo'lgopsimon», oyoqlarda esa «paypoqsimon» sezgi kamayadi. Shu joylarda vegetativ o'zgarishlar (qo'l va oyoq terisi rangi va haroratining me'yori buzilgan, ko'p terlash, shish) bo'ladi.

Davosi. Alkohol ichimlik ichishni to'xtatish lozim. Bemorni tinch joyga yotqizib, organizmni zaharli moddalardan tozalash kerak. Buning uchun gemodez, reopoliglukin, 0,9 % natriy xlor, 5 % glukoz, Ringer eritmasi va boshqa suyuqliklardan tomir ichiga quyish; dimedrol, tavegil, suprastin, pipolfen, diazolin; B guruh vitaminlar, og'riqqa qarshi dorilar, nikotin va askorbin kislotasi, kasallikning tuzalish davrida fizioterapiya muolajalari tavsiya etiladi.

Diabet polinevriti

Diabet polinevropatiasida asab tolalarining yallig'lanishi bo'lmaydi, balki zaharlanish hollari yuz beradi. Shuning uchun *polinevropatiya* deb ataladi.

Sabablari. Polinevritning bu turi qandli diabet bilan og'riq bemorlarda uchraydi. Polinevrit qand kasalligi boshlangandan so'ng bir necha yil o'tgach yuzaga chiqishi mumkin. Polinevrit alomati qand kasalligi bilan og'riq bemorlarning deyarli yamida kuzatiladi. Kasallik rivojlanishida moddalar almashinuvining buzilishi tufayli asab tolalaridagi degenerativ va metabolik o'zgarishlar muhim o'rin tutadi.

Klinik manzarasi. Ba'zi bemorlar oyoqlarining uvishishidan, bijirlashidan shikoyat qiladi, lekin parez-paralichlar bo'lmaydi, sezgi buzilgan bo'ladi, reflekslar chaqirilmaydi. Bu bemorlarda hamma vaqt ko'z nervining zararlanish belgilari kuzatiladi. Polinevritning klinik kechishiga qarab, ularning bir necha turlari tafovut qilinadi. Kasallikning birinchi turida vibratsiya sezgisi va Axill refleksi yo'qoladi. Bu hol ko'p yillar davom etishi mumkin. Ko'pincha son, quymich, tirsak, oraliq nervlari, bosh miya nervlaridan III–V juft km nervlari yallig'lanadi. Shu nervlar ta'minlaydigan mushaklarda qattiq og'riq paydo bo'ladi va shu sohalarida sezuvchanlik yo'qolib, falajlik yuz beradi. Boshqa turida esa oyoq-qo'llardagi juda ko'p nervlar yallig'lanishi tufayli falajlik paydo bo'lib, shu sohalarida sezgi yo'qoladi. Og'riqlar issiq va sovuq ta'sirida avj oladi. Ko'pincha vegetativ asab buzilishi tufayli bemor terisining ayrim sohaları qora rangga kirib, shu yerlarda chidab bo'lmaydigan og'riq paydo bo'ladi. Juda ko'p hollarda shu sohalar qattiq qichishadi.

Davosi. Polinevritning bu turida diabetni davolash bilan birga organizmning umumiy quvvatini oshiradigan dorilar buyuriladi. Bu dorilardan berlition – 300 kuniga 600 mg dan 4 oy davomida ichiriladi, instenon, eufillin, etamivin, geksobendin tavsiya etiladi.

Poliradikulonevropatiya (Giyen-Barre alomati)

Bu kasallik fransuz nevropatologlari Giyen va Barre tomonidan 1916-yili bayon etilgan. Kasallikni keltirib chiqaradigan viruslar shu davrga qadar hali to'liq aniqlanmagan. Kasallik juda ko'p hollarda o'tkir yuqumli jarayondan so'ng rivojlanadi. Shuning uchun kasalliklarni filtrlanuvchi viruslar paydo qiladi, degan taxminlar bor, ammo shu kunga qadar bu virus ajratib olinmagani tufayli juda ko'p tadqiqotchilar kasallikning rivojlanishida allergiyaning o'rni bor degan fikrni o'rtaga tashlamogdalar.

Klinik manzarasi. Kasallik o'tkir boshlanadi, lekin harorat ko'pincha ko'tarilmaydi. Kasallik darmon qurishi kabi umumiy holsizlanish bilan boshlanib, tana harorati subfebril ko'tariladi, qo'l va oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Qisqa vaqt sezgi sohasida o'zgarishlar: paresteziya, giperesteziya, qo'l va oyoqlarning distal (pastki) qismida og'riq, uvishish bilan birga qo'l-oyoqlarda toliqish, kuchsizlik bo'lib, parezlarga o'tadi. Ko'pincha parezlar tananing bir tomonidan boshlanib, ikkinchi tomoniga ham tarqaladi. Keyinchalik qo'l-oyoqlardagi periostal va pay refleksleri susayadi yoki yo'qoladi, mushaklarda esa atrofiya boshlanadi. Parez va paralichlar asta-sekinlik bilan kuchayib boradi. Asab yo'li ustunlarida, ildizlarda og'riq kechasi kuchayadi, palpatsiya qilib ko'rilganda og'riq asab ustunlarida bo'lib turadi. Sezgi buzilishlari (paresteziya, giperesteziya, anesteziya) qo'l va oyoqlarning pastki qismida – qo'llarda «qo'lgopsimon», oyoqlarda «paypoqsimon» sezgi buzilishlari bo'ladi. Og'ir holatlarda chuqur sezgi buzilishlari ham kuzatiladi. Ba'zan uvishish og'iz atroflari va tilni ham

qamrab olishi mumkin. Yuz mushaklarining bo'shshishi va boshqa miya nervlari faoliyatining buzilishi kabi holatlarda paydo bo'ladi. Bulbar nervlar faoliyatining buzilishi bemorni o'limga olib kelishi mumkin. Harakat buzilishlari avval oyoq mushaklarida paydo bo'ladi, keyinchalik qo'l mushaklariga ham tarqaladi. Ba'zan faqat proksimal bo'lim mushaklari falajlanishi tufayli kasallikning klinik manzarasi miqopatiyani eslatadi.

Vegetativ buzilishlar paydo bo'ladi: bular oyoq va qo'llarning distal bo'limlarida sovuq qotish, qaltirash, ko'karish, haddan tashqari terlash, timoqlar mo'rt bo'lib qolishidir. Qonda leykotsitoz, ECHT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) oshgan bo'ladi. Orqa miya suyuqligida oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi (bunda oqsillar soni sitozlar soniga nisbatan bir necha marta oshgan) bo'ladi.

Kasallik ikki – to'rt hafta mobaynida rivojlanadi va sog'ayish davrida buzilgan faoliyatlar asli holiga qayta boshlaydi. Kasallikning o'tkir turidan tashqari yarim o'tkir va surunkali turi ham farqlanadi. Kasallikka o'z vaqtida davo qilinsa, bemor butunlay sog'ayib ketadi.

Ko'tarilib boruvchi Landri falaji. Kasallik o'ta o'tkir, tana haroratining yuqori ko'tarilishi bilan boshlanib, qo'l-oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Avval oyoqlarda falajlik boshlanib, keyin birdan qo'llarga o'tadi. Falajlik qo'l va oyoqlarda periferik asab xilida bo'ladi va soat sayin pastdan yuqoriga ko'tarilib boradi. Tetraplegiya, nutq buzilishlari bilan birga yutinish, nafas va yurak faoliyatida buzilishlar kuzatiladi. Natijada, bulbar falaji boshlanib, kasallik 2–3 kun ichida kuchayib boradi va bemorni o'limga olib keladi.

Davosi. Bemorlarni albatta shifoxonalarda, o'rinda yotish tartibiga rioya qilgan holda davolash lozim. Kasallikning o'tkir davrida penitsillin 1 mln TB dan har 6 soatda mushak orasiga yoki seporin 500 ming TB dan kuniga 4–6 marta qilish lozim. Kasallikning birinchi kunidan boshlab prednizolon bir kunda 60 yoki 100 mg gacha, ichiladi yoki tomir orasiga yuboriladi, keyinchalik dozani klinik belgilar o'zgarishiga qarab 1–1,5 oygacha davom ettirish kerak. Hidrokortizon 1,0 ml dan 2–3 marta kuniga, 4–5 kun berilib, keyin dozani pasaytirish lozim. Gormonlarni kunning birinchi yarimida berish kerak. Urotropin 40 % 5–7 ml 40 % glukoza bilan tomir ichiga yuboriladi, glitseram 0,005 g kuniga 2–4 mahal, ovqatdan 30 daqiqa oldin 1 oygacha ichiriladi. Antigistamin dorilar (dimedrol, suprastin, diazolin, tavegil), analgin 2,0 ml dan kechasi beriladi; diakarb, furasemid 1 ta tab. dan ertalab, gipotiazid 100 mg 2–3 kun yoki laziks 2,0 ml dan mushak orasiga; ruhiy bezovtalikda aminazin 2,5 % 1,0 ml, seduksen 2,0 ml, tizersin yoki pipolfen mushak orasiga qilinadi; immunomodulin 1,5 mkg/kg har kuni 7–10 kungacha, gammaglobulin 1,5 ml m/o 2–3 kun, askarutin, kalsiy dorilari, B guruh vitaminlar, askorbin kislotasi, kokarboksilaza buyuriladi. Vegetativ-trofik o'zgarishlarda ATF, glutamin kislotasi 0,5 g 3 mahal, retabolil 1,0 ml haftada bir marta, og'riq bo'lgan hollarda analgin 50 % 2,0 ml, dimedrol 1 % 1,0 ml, reopirin 5,0 ml, ortofen, diklofenak 3,0 ml mushak orasiga qilinadi. Kasallikda, asosan, asab-mushak

o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun prozerin 0,005 % 1,0 ml yoki galantamin 0,5 % 1,0 ml dan m/o buyuriladi. Tiklanish davrida dibazol 0,005 g, oksazil, sernion, trental, nikotin kislotasi, aloe, vitaminlar, pantokrin, jenshen, elektrofarez, 4 % mumiyo, parafin, ozokerit, uqalash, ignaterapiya, badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Toksik polinevritlar

Sabablari. Toksik polinevritlar qo'rg'oshin ishlatiladigan kimyo korxonalarida, tarkibiga qo'rg'oshin qo'shiladigan dori-darmonlar ishlab chiqaradigan korxonalarda, laboratoriyada bevosita qo'rg'oshin bilan muloqotda bo'ladigan kishilarda uchraydi.

Klinik manzarasi. Qo'rg'oshin bilan o'tkir zaharlangan odamning ko'ngli ayniydi, ichi ketadi, boshi og'riydi, qornida qattiq og'riq turadi. Ko'p o'tmay teriga toshma toshadi, qoramtir dog' paydo bo'ladi, teri po'st tashlaydi, timoqlar noto'g'ri o'sadi, tish va timoqlarda o'ziga xos ko'ndalang oq yo'llar (Miyesa ko'ndalang yo'llari), qontomirlarda trofik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Qattiq og'riq tufayli bemor qo'l-oyoqlarini majburiy holda o'ziga tortib yotadi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanish oqibatida umumiy damonsizlik, ishtahaning yo'qolishi, qorin dam bo'lishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Keyinchalik oyoq panjalarida noxush sezgilar yuzaga kelib, qattiq og'riydi. Og'ir hollarda esa qo'l-oyoq uchlari quvatsizlanib, harakat faoliyati buziladi. Kasallik surunkali kechadi, oylar, hatto yillarga ham cho'zilishi mumkin.

Davosi. Birinchi bo'lib zaharlanish manbaini yo'qotish kerak. Og'ir hollarda bemorga bir kunda 150 mg dan penitsillinamin buyuriladi. Penitsillinaminning dozasi asta-sekin ko'paytirib boriladi (5–7 kun mobaynida 750 mg gacha yetkaziladi). Bir hafta davo kursidan keyin dam olinadi.

Nazorat savollari

1. Orqa miya ko'krak qismining ko'ndalang kesimi yarmida klinik belgilar o'tkir boshlansa, siz nima haqida o'ylaysiz.
2. Polinevritlarni keltirib chiqaruvchi sabablardan qaysilarni bilasiz?
3. Polinevritlarning nevrologiyalardan farqini ayting.
4. Bilak va tirsak nevritlari bir-biridan qanday farqlanadi?
5. Laseg va Dejerin belgilari qaysi kasallarda ko'riladi?
6. Bemorning yuz nervi nevritida klinik belgilar va davolash choralarini ayting.

Markaziy asab tizimining yuqumli kasalliklari. Meningitlar

Meningit – bosh va orqa miya yumshoq pardalarining o'tkir yallig'lanishi. Meningitlar, asosan, yuqumli kasalliklar qatoriga kiradi. Chaqirilishiga

qarab birlamchi va ikkilamchi meningitlarga bo'linadi. Birlamchi meningit kasalligini to'g'ridan-to'g'ri pnevmokokklar, meningokokklar, stafilakokk va viruslardan keyin kelib chiqadi. Ikkilamchi meningitlar esa ba'zi kasalliklardan keyin quloq, kunun-halquning yiringli kasalliklari, tif, zaxm, sil kasalliklarining asorati sifatida paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayoniga va orqa miya suyug'ligining tarkibiga qarab yiringli va seroz meningitlarga bo'linadi.

Hamma meningitlarda quyidagi meningial belgilar kuzatiladi: 1. Bosh og'riq – bu miya pardalaridagi sezuvchi retseptorlarning ta'sirlanishidan kelib chiqadi. Bosh og'riq hamma vaqt boshning barcha tomonida, ko'proq ensa va peshona qismida bo'ladi. Bosh og'riq V–X juft klm nervlarining toksik yoki mexanik ta'sirlanishi (bosh miya bosimining oshishi) dan keyin paydo bo'ladi. 2. Qusish – markaziy xarakterga ega bo'lib qusish ovqat yeyishga bog'liq bo'lmaydi. 3. Giperesteziya – bemorlar yonug'likni, tovushni, shovqinni juda yomon his qiladi. 4. Ensa mushagining tarangligi – bo'yin mushaklarining tarang tortilib qolishi. Bu narsa orqa miya ildizlarining ta'sirlanishi natijasida kelib chiqadi. 5. Kernig va Brudzinskiy (yuqori, o'rta, pastki) belgilari. 6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda katta liqildoq tarangligi. 7. Lessaj (osiltirish) belgisi – bolani qo'ltig'idan ko'targanda oyoqlarini bukib tizzasini qorniga tekkizadi. 8. Uch oyoq belgisi – bemor qo'lini orqasiga qilib o'tirgan vaqtda oyoqlarini tizzasidan bukib oladi (20-rasm).

Yiringli meningit

Qo'zg'atuvchilari meningakokk, pnevmakokk, stafilakokk, streptakokk, salmonellalar, ichak tayuqchalaridir. Bolalarda ko'proq uchraydi, sababi gematoensefal barer to'liq yetilmagan bo'ladi. Bu meningitlarning qo'zg'atuvchilari yuqori nafas yo'llari orqali organizmga kirib, u yerda ko'payadi va yuqori nafas yo'llarining yallig'lanish belgilarini namoyon qiladi. Keyinchalik limfa tugunlarida ko'payib, qon orqali bosh miya pardalariga boradi. Meningit boshqa surunkali kasalliklar (otit, zotiljam, abscess, sepsis) dan keyin ham paydo bo'ladi. Kasallikning yashirin davri 3–5 kun davom etadi.

Klinik manzarasi. Kasallik to'satdan, o'tkir boshlanib tana haroratini 39 – 40°C gacha ko'tarilishi, qusish, titrash, yosh bolalarda sababsiz baqirib yig'lash paydo bo'ladi, katta yoshdagilar kuchli bosh og'riqdan shikoyat qiladilar. Bemorning hushi karaxt, ruhiy bezovtalik, alahsirash va og'ir hollarda hushning yo'qolish holatlari bo'ladi. Agar yallig'lanish miyaning tepa qismida (konveksital) bo'lsa, qaltirash belgilari meningial belgilar bilan kechadi. Qaltirash belgilari ko'proq yosh bolalarda uchraydi. Kasallikning 2–3 kundan boshlab meningial belgilar paydo bo'ladi (ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari). Bemor boshni orqaga tashlab, oyoqlarini qorin bo'shlig'iga yaqinlashtirib yotadi. Yosh bolalarda katta liqildoq taranglashgan bo'ladi. Giperesteziya, pay refleksleri oshgan, III–IV–VII–VIII–XII juft kalla bosh miya nervlarining zararlanishi kuzatiladi.

Agar yallig'lanish miyaning asosida bo'lsa, unda bemorlarda g'illaylik, ko'zga narsalarning, ikkita bo'lib ko'rinishi, yuqori qovog'ning osilib qolishi, yuz mushaklarida asimmetriya kuzatiladi. Bu mahalliy miya belgilari faqat miya shishgan vaqtlarda paydo bo'ladi. Bemorning rangi oqargan, og'iz atrofi ko'kargan, nafas olishi va tomir urishi tezlashgan, qon bosimi biroz ko'tarilgan, ishtahasi yo'qolgan bo'ladi. Ba'zi bemorlarning oshqozon-ichak yo'llarida buzilish bo'lib, jigar va taloq kattalashadi, siydikda oqsil va silindrlar ko'pmiqdorda ajralib chiqadi.

Yosh bolalarda sababsiz bezovtalik, qichqirib yig'lash, tana haroratini ko'tarilishi, ich qotish meningitning asosiy belgilari hisoblanadi. Qon tarkibida leykotsitoz neytrofillar hisobiga ko'paygan, ECHT tezlashgan bo'ladi. Orqa miya suyuqligida bosim oshgan, rangi loyqa, sariq-ko'k rangda, oqsil 0,66 dan 6 g/l gacha va undan ham yuqori bo'ladi. Pandi, Nonne-Apelt reaksiyasi musbat, sitoz 1000–10000 gacha 1 mm³, shundan neytrofillar 80–100 % ni tashkil etadi.

Davosi. Bemorni tezda shifoxonaga yotqizib davolash zarur. Birinchi kundan boshlab penitsillinni bolalarga 400–500 tb/kg har 3–4 soatda mushak orasiga, kattalarga 18–24 mln tb dan kuniga har 4 soatda mushak orasiga, 5–7 kungacha qilinadi. Levomitsitin suksinat 100 mg/kg kuniga 4 mahal 7–10 kun, seporin 1 g dan har 6 soatda mushak orasiga qilinadi. Sulfamonometoksin birinchi kuni 2 ta tabletkadan 2 mahal, ikkinchi kundan boshlab 2 ta tabletkadan 1 mahal 5–9 kungacha beriladi. Bosh miyadagi shishlarni olish uchun mannit, plazma, laziks, furatsemid, magneziy sulfat, diakarb, gidrokortizon 7–12 mg/kg, tutqanoqqa qarshi fenobarbital, benzonal, geksamedin, difenin, depakin, finlepsin buyuriladi. Toksikozga qarshi natriy xlor 0,9 %, glukoza 5–10 %, gemodez, reopoligukin, kokarboksilaza, kavinton 0,5 mg/kg t/i har kuni 10 kungacha, solkoseril, aminazin, gammaglobulin va burun orqali kislorod berib turish zarur.

Parvarish qilish. Qat'iy to'shak tartibi, tez-tez yengil ovqatlantirib turish, meningitlarda bosh miyada gipertenziya belgilari bo'ladi. Bunda bemor shovqin, yorug'likni yoqtimaydi. Shuning uchun bemorlarni alohida tinch, unchalik yorug' bo'lmagan xonaga yotqizish, xona havosini toza havo bilan ta'minlash, yumshoq yostiq bo'lishi, ko'rpa-to'shaklari ozoda bo'lishi kerak.

Sil meningiti

Sil meningiti barcha yoshda, ko'proq bolalar va o'smirlarda uchraydi. Kasallikning paydo bo'lishidan oldin boshqa a'zolarida sil jarayoni (o'pka sili, bronxial bezlar yoki boshqa a'zolar sili) bilan og'rib o'tgan bo'lishlari kerak.

Klinik manzarasi. Sil meningiti ko'pincha asta-sekin avj olib boradi. Kasallikning dastlabki belgilari o'tkinchi bosh og'riq, umumiy holsizlik, lanjlik, damonsizlik, tajanglik, ishtaha yo'qolishi, o'qish saviyasining

yomonlashishi, doimiy bo'lmagan tana haroratning 37,2 – 37,8°C gacha ko'tarilishi. Keyinchalik bosh og'riq kuchayib boradi. Uyqu buzilishi, nafas tutilishi, yorug'likdan qo'rqish, kichik yoshdagi bolalarda ich ketish va behushlik, yuqori tana harorati, teri rangi oqarib, bemorning ko'ngli aynib, qayt qilib turishidir, katta yoshdagilarda toliqish, ish qobiliyatining keskin kamayishi yoki yo'qolishi, asabiylashish, tajanglik kuzatiladi. Mana shu alomatlarning hammasi 1–2 hafta davom etib, keyin meningial belgilar kuchayib boradi. Bunda bemorlarda umumiy lohaslik belgilari kuchayadi, ozish, doimiy yuqori bo'lgan tana harorati, parishonlik yoki hushsizlik, anglash va so'zlash qobiliyatining buzilishi, uyquchanlik, savollarga xohishsiz javob qaytarish, kuchaygan davomli bosh og'riq, sababsiz ko'ngil aynish yoki qusish, alahsirash, tirishish, umumiy og'riqni sezish va turli xildagi gallutsinatsiyalar kuzatiladi. Bemorni tekshirganda meningial belgilar: ensa mushagining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari, pay reflekslarining kuchayishi yoki yo'qolishi, Babinskiy, Oppengeym, Gordon, Rossolimo patologik reflekslarining borligi, miya asosidan chiquvchi 12 juft km nervlarida o'zgarishlar kuzatiladi. II juft ko'ruv km nervi zararlanganda ko'rishni pasayishi, ko'z tubida o'zgarishlar kuzatiladi; III juft ko'zni harakatlantiruvchi km nervi zararlanganda yuqori qovoqning osilib qolishi, tashqariga qarab qolgan g'ilaylik, ko'z qorachig'ining kengayishi, ko'z olmasining o'ynoqiligi va narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi; VI juft ko'zni tashqariga harakatlantiruvchi km nervi zararlanganda ichkariga qaragan g'ilaylik, doimiy bo'lgan diplopiya; VII juft yuz km nervi zararlanganda yuz mushaklarining falaji, og'iz burchagi pastga tushgan, burun-lab burmasi silliqlashgan, peshona burmalari silliqlanishi natijasida ko'z tirqishi bekilmaydi (logoftalm); XII juft til osti km nervi zararlanganda til og'iz bo'shlig'idan chiqarilganda zararlangan tomonga qiyshaygan bo'ladi. Vegetativ o'zgarishlar ham kuzatiladi: yurak urishini sekinlashishi, yuz rangini vaqti-vaqti bilan qizarishi yoki oqarishi, kech paydo bo'ladigan turg'un qizil, yoyilgan dermografizm.

Sil meningiti 3 ta klinik shakldan iborat: 1. Sil meningitining bazillar shaklida meningial belgilar bilan barcha 12 juft km nervlarining zararlanish alomatlari kuzatiladi. 2. Meningoensefalit shaklida meningial belgilar bilan bir qatorda bosh miya to'qimasining o'choqli jarohatlanishi (*afaziya* – nutq buzilishi, *afoniya* – ovoznining bo'g'ilishi, *afagiya* – ovqatni yuta olmaslik yoki qalqib ketish, qo'l-oyoqlarda gemiparez alomatlari kuzatiladi). 3. Serebro-spinal shaklida, miya to'qimasining, pardalarining zararlanish belgilari bilan birga orqa miya ildizlarida periferik asab falajligi belgilari va chanoq a'zolari faoliyatida ham o'zgarishlar kuzatiladi. Sil meningitida orqa miya suyuqligini olish uchun maxsus xonada aseptik va antiseptik qoidalarga rioya qilgan holda punksiyani bajarish zarur. Punksiyani bajaruvchi shifokor qo'llarini zararsizlantirilgan cho'tka va sovun bilan yuvib tozalaydi, so'ngra zararsizlantirilgan salfetka bilan artib quritadi va spirt-yod-spirt bilan tozalaydi, ayniqsa barmoqlarni. Boshini ko'krak

qafasiga va oyoqlarini qorin tarafga eggan, gorizontal holatda yotgan bemorning bel umurtqa sohasini spirt-yod-spirt bilan artiladi. III–IV–V umurtqa pog'onasi oralig'ini (asosan, III–IV) maxsus mandrenli igna bilan punksiya qilinadi (bolalarda oddiy qontomirga dori yuboradigan ignani ishlatish mumkin). Orqa miya suyuqligi 3 ta shisha idishga 3 ml dan kam bo'lmagan miqdorda olinadi. 1 va 2 shisha idishlar umumiy tahlil – oqsil, hujayralar, qand, xloridlar miqdorini aniqlash uchun va bakterioskopik tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi, 3 chi shisha idish esa o'rgimchak inisimon pardaning hosil bo'lishini kuzatish uchun (12 soat) xonada qoldiriladi. Agarda parda hosil bo'lsa, uni darhol, chayqatmasdan bakterioskopik usul bilan tekshirishga yuboriladi. Bemor punksiyadan keyin 2 soat davomida tepaga qarab yotishi kerak va hech qanday ovqat hamda dori vositalari buyurilmaydi. Orqa miya suyuqligi tiniq, sarg'ish, sal tovlanib turadigan bo'ladi. Suyuqlik tarkibida oqsil va limfasitlar ko'p miqdorda uchraydi. Orqa miya suyuqligida 24–28 soatdan keyin yupqa parda paydo bo'lib, shu pardadan sil tayog'chalari topilishi mumkin. Mana shu davrda bemorning tana harorati 38–39°C ga ko'tariladi. Es-hushi vaqti-vaqti bilan karaxt bo'lib turadi.

Davosi. Sil meningiti bo'lgan bemorlar darhol shifoxonaga yotqizilishi kerak. Shifoxonada o'rtacha turli xil shakliga qarab 6 oydan 1 yilgacha davolanadilar. Shifoxonada davolanish vaqti tugagandan so'ng, bemorlar sil sihatgohida to'liq davolanishni davom ettiradilar. Bu joydan davolanib chiqqandan keyin bemorlar yashash joydagi silga qarshi kurashish dispanseri nazoratida kuzatiladi va keyingi o'tkaziladigan davolash, oldini olish choralari olib boriladi. Hama sog'aytirilib uyga chiqarilgan bemorlar dispanser shifokori tomonidan, kasallikning qaytalanmasligi maqsadida, 5 yildan kam bo'lmagan nazorat kuzatuvida bo'ladilar.

Bemorlarga tarkibida oqsillar, yog'lar va vitaminlarga boy bo'lgan yuqori kaloriyali oziq-ovqatlar berish kerak. Antibakterial dorilar: rifampitsin (tibinil R) (0,15 g) 3–4 dona kapsulasi katta kishilarga och qoringa 1 mahaldan 3–4 oygacha, streptomitsin 0,5–1,0 g 3–4 oygacha, tubazid (izoniazid) 10 % 5,0 ml dan tomir ichiga, bundan 15 daqiqa oldin vitamin B₆ 5 % 2,0 ml qilish tavsiya etiladi yoki izoniazid 0,6–0,9 g kuniga 1 mahal ichishga beriladi; pirazinamid 0,5 g dan 3 mahal kuniga, ftivazid 1,5–2,0 g, etambutal 0,4 g dan 2 mahal ichishga beriladi; siydik haydovchi dorilardan magniy sulfat 25 % 7–10 ml 2,0 ml 0,5 % novokain bilan mushak orasiga yuboriladi 10–15 kun, furotsemid yoki laziks, mannit 15 % 200,0 ml tomir ichiga 4–6 kun; tutqanoqqa qarshi dorilar benzonal, fenobarbital buyuriladi. Falaj bo'lgan holatlarda dibazol kuniga 0,05 g 3–4 hafta, galantamin 0,5 % 1,0 ml dan 30 kun, prozerin 0,05 % 1,0 ml kuniga 2 marta 20 kun (dibazol va prozerinni bir vaqtning o'zida ishlatish mumkin emas). Og'ir holatlarda antibakterial davoni 3–4 kundan boshlab, yallig'lanishga qarshi prednizolon kattalarga 7,5 mg (1,5 tabl) 2 mahal 7 kun beriladi. Agar og'riq bo'lsa, og'riq qoldiruvchi dorilar – analgin,

baralgin, agar falaajlik kuzatilsa, qo'l-oyoqlarni fiziologik vaziyatga keltirib, kontrakturalarning oldini olish uchun bo'g'imlarga yumshoq shakldagi yostiqchalar qo'yilishi kerak. Og'riq kamaygandan so'ng yengil uqalash, bu to'qimalarda qon aylanishni yaxshilash, shishlarni kamaytirish va yotoq yaralarning oldini olish uchun tavsiya etiladi.

Zaxm meningiti

Zaxm kasalligi bilan og'rib yurgan bemorlarda zaxm meningiti kelib chiqishi mumkin. Kasallik meningial belgilar bilan boshlanadi. Bunda bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynishi, qusish va haroratning ko'tarilish belgilari asta-sekin kuchayib boradi. Zaxm meningitida miya asosining pardasi ko'proq zararlangani uchun II–III–VI juft kbm nervlarining zararlanish belgilari kuzatiladi. Bosh og'riq kechalari bilan zo'rayadi, qo'l-oyoq mushaklari zaiflashib boradi, pay reflekslari o'zgaradi, patologik reflekslari paydo bo'ladi. Tashxis qo'yishda qon va likvor tahlil qilinadi. Vas-seman reaksiyasi musbat bo'lsa, tashxis to'g'ri qo'yilgan bo'ladi.

Davosi. Zaxmga qarshi dorilar qo'llaniladi.

Ensefalit

Ensefalit – bosh miya to'qimalarining o'tkir yallig'lanishi. Ensefalitlar har xil infeksiyalar (virus va mikroblar), ba'zi bir yuqumli kasalliklardan keyin ham kelib chiqadi. Birlamchi ensefalitlarni neyrotrop viruslar keltirib chiqarsa, umumiy yuqumli kasalliklar (qizamiq, bezgak, zotiljam) dan keyin bosh miya yallig'lanishi ikkilamchi ensefalit bo'ladi.

Epidemik (letargik) ensefalit

Bu kasallikning **epidemik ensefalit** deb atalishiga sabab, 1917–1928 yillarda u jahonning butun mamlakatlariga epidemiya holida tarqalgan. Bu ensefalitning letargik yoki uhlatadigan ensefalit deb atalishiga esa kasallikda bemor ko'p uhlaydigan bo'lib qoladi (*21-rasm*).

Sabablari. Epidemik ensefalitni filtrlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Ensefalit o'tkir va surunkali turda kechadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 2–14 kungacha, ba'zan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Kasallikning o'tkir davrida bemorning tana harorati 38°C gacha ko'tarilib, 15–20 kungacha davom etadi. Bemorning damoni quriydi, boshi og'riydi, ko'ngli buziladi. Bemor uyquchi bo'lib, kechayu kunduz ko'zini ochmasdan uhlaydi. Ularni ovqat yoki dori berish uchun zo'rg'a uyg'otish mumkin. Bunday hol 2–3 hafta davom etishi mumkin. Keyinchalik esa uyqu kelmaydi, natijada, bemor kechasi uhloymasdan, kunduz kunlari uyquga ketadi. Bemorlarni ko'p esnash bezovta qiladi. Ensefalitda aksariyat bemorlarning ko'z olmasini

harakatlantiruvchi va uzoqlashtiruvchi nervlar zararlanadi. Bunda ko'zning yuqri, qovoqlarning pastga tushib qolishi, narsalarning ko'zga ikkita bo'lib ko'rinishi, ko'z qorachiqqlarning katta-kichik bo'lishi (anizokoriya) kuza-tiladi. Ba'zi hollarda vestibulyar belgilar (bosh aylanishi, ko'z oldining qorong'ilashishi, ko'ngil aynishi) hamda vegetativ o'zgarishlar (so'lak oqishi – gipersalivatsiya, bosh, qo'l-oyoq panjalarining me'yoridan ortiq terlashi, yog' bezlari faoliyatining kuchayishi) paydo bo'ladi.

Epidemik ensefalitning o'tkir davri 2–4 kundan 4 oygacha davom etadi. Kasallikning ikkinchi davri bir necha oy, hatto yildan keyin avj olib boradi. Kasallikning bu davri surunkali kechadi va parkinsonizm alomatlari paydo bo'ladi. Bunda bemorlar sustkash, kam harakat bo'lib qoladi. Bemorning mimikasi kam ifodali bo'lib qoladi, yuzi qotib qolganek bo'lib turadi. Bemorning nutqi tushunarsiz, ovozi past chiqadi. Mushaklar tonusi kuchayib, harakatlar esa kamayib boradi. Bemor boshi bilan tanasini oldinga bukkan holda, qo'llarini gavdaga yaqinlashtirib va tirsakdan bukib, mayda qadam tashlab yuradi. Bemorning qo'l barmoqlari, panjasi, boshi o'z-o'zidan qimirlab turadi. Ko'pincha og'izdan so'lak oqib turadi. Parkinsonizm miya qontomirlari aterosklerozi keyin ham kelib chiqadi. Kasallikning bu davrida xotiraning pasayib qolishi va ruhiy o'zgarishlar yuzaga keladi.

Davosi. Kasallikning o'tkir davrida bemor o'midan tumay yotishi kerak. 40 % 5,0 ml urotropinni 40 % 15,0 ml glukoza eritmasiga qo'shib, har kuni tomir ichidan yuboriladi. Miya shishlariga qarshi mannitol, furosemid; antigistamin dorilar (tavegil, suprastin, diazolin, dimedrol) tavsiya etiladi. Antibiotiklar (penitsillin, ampitsillin, oksam, sefamezin, gentamitsin), kasallikning o'tkir davrida prednizolon 1–2 mg/kg dan kuniga bir mahal tomir ichiga yuboriladi. Organizmning umumiy quvvatini oshiruvchi dorilar vitamin B guruhi, ATF, kokarboksilaza, solkoseril, aktovegin, semion, kavinton, askorbin kislotasi va suyuqlikni ko'proq ichish tavsiya etiladi. Kasallikning ikkinchi davrida mushaklar tonusi va umumiy taranglikni kamaytiruvchi dorilardan L – DOFA, artan, nakom, romparkin (0,005 g dan kuniga 3 mahal), siklodol (0,002 g yoki 0,005 g dan kuniga 3 mahal), midokalm (0,05 g 2 tabletkadan kuniga 3–4 mahal) tavsiya etiladi.

Kana ensefaliti

Bu ensefalitni filtrlanuvchi viruslar qo'zg'atadi. Bu virus neyrotrop viruslar guruhiga kirib, bosh miya to'qimalarining o'tkir yallig'lanishi bilan kechadi. Kasallikni asosan kemiruvchi hayvonlar va ba'zi qushlar tarqatadi. Kasal hayvonlarning qonini so'rib olgan kana odamni chaqqanida unga kasallikni yuqtiradi. Bu kasallik odamga to'g'ridan-to'g'ri yuqmaydi. Kasallikni tarqatuvchi kana bahor va yoz oylarida zo'r berib ko'payadi, shuning uchun bu fasillarda kasallik ko'p uchraydi. Kana ensefaliti oziq-ovqat mahsulotlaridan ham yuqishi mumkin. Shu kasallik bilan og'rikan hayvonlar go'shti yoki suti iste'mol qilinganda yuqishi mumkin.

Klinik manzarasi. Dastlabki alomatlar kasallik yuqgandan 3–8 kundan keyin paydo bo'ladi. Kasallik birdan boshlanib, avval bosh og'riq, lanjlik, damon qurishi, ko'ngil aynish va qayt qilish belgilari namoyon bo'ladi. Keyinchalik tana harorati 38–40°C gacha ko'tarilib, 6–10 kungacha davom etadi. Bemorning yuzi va tomog'i qizarib ketadi. Ba'zan tanasiga toshma toshadi. Yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, ba'zida zotiljam paydo bo'ladi. Meningial belgilar kuzatiladi: ensa mushaklarining taranglashuvi, Kernig belgisi shular jumlasidandir. Odanning es – hushi aynab turadi. Kasallangan joy ko'pincha orqa miya yuqori bo'yin segmentlarining oldingi shoxlarida joylashgan bo'ladi, shu munosabat bilan bo'yin mushaklarida ilvillangan, atrofik falajlar boshlanadi – bosh «osilib qoladi». Ilvillangan, atrofik falajlari yelka kamari, qo'l mushaklarida ham paydo bo'lib, ba'zi bosh miya nervlari yadrolarining shikastlanishi bilan birga davom etadi. Kana ensefaliti bilan og'rigan bemorning qanday bo'lmasin biror guruh mushaklari doim tortishib turadi.

Davosi. Bemorlarni shifoxonaga joylashtirish lozim. Ularga 5–6 kun davomida har kuni: gammaglobulindan 5–10 ml dan mushaklar orasiga yuboriladi. Lozim bo'lsa, yurakni quvvatlaydigan dorilar buyuriladi. Tomir ichiga 20–30 ml dan 40 % glukoza eritmasi yuborib turish buyuriladi. Vitaminlardan B₁, B₂, C, ATF, galantamin inyeksiyalari qilinadi. Umuman, quvvatga kirgizadigan davo, yaxshi parvarish qilib borish o'rinli. Fizioterapiya vositalaridan kaliy yodid bilan beriladigan ionoforez, diatermiya qo'llaniladi, shifobaxsh badantarbiya bilan shug'ullanish va uqalash buyuriladi.

Oldini olish choralari. Kasallikning oldini olish maqsadida eng asosiy choralardan biri kanalarni qirib yo'qotishdir. Kasallik yuqib qolish xavfi bor joylarda ishlaydigan odamlar badanlarining ochiq joylarini kana chaqishdan saqlashlari kerak.

Ikkilamchi ensefalitlar

Ikkilamchi ensefalitlar gripp, salmonellyoz, dizenteriya, parotit, revmatizm, skarlatina, qizamiq, OITS kabi umumiy yuqumli kasalliklarning asorati tufayli ro'y beradi. Ba'zan esa AKDS, antirabik vaksinalar qilingandan keyin ham ikkilamchi ensefalitlar kelib chiqadi.

Vaksina ensefaliti. Kasallikning birinchi belgilari bola emlangandan keyin 7–12 kun o'tgach paydo bo'ladi. Ikkilamchi ensefalit, asosan, bola birinchi marta emlangandan keyin yoki qayta emlangandan so'ng kelib chiqishi mumkin. Kasallik o'tkir, tana haroratining 39–40°C gacha ko'tarilishi bilan boshlanadi. Bolaning boshi og'riydi, hushdan ketadi, ba'zan shaytonlab qoladi. Ayrim hollarda meningial belgilar ham paydo bo'ladi. Markaziy falajliklar monoplegiya, gemiplegiya, paraplegiyalar sifatida yuzaga keladi. Po'stloq osti tugunlarining yallig'lanishi tufayli bolalarda turli ixtiyorsiz harakatlar va harakat mutanosibligining buzilishi kuzatiladi.

Davosi. Bunday kasal bolalar darhol shifoxonaga yotqizilishi kerak. Organizmni desensibilizatsiya qilish uchun dimedrol, pipolfen, suprastin, kalsiy xlor, gormonlar buyuriladi. Miya shishining oldini olish uchun suyuqlik haydovchi va tutqanoqqa qarshi, tana haroratini pasaytiradigan dori-darmonlar tavsiya etiladi.

Gripp va uning asab tizimini zararlashi

Gripp – o'tkir virusli infeksiya bo'lib, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi bilan o'tadi. Gripp viruslari, asosan, havo-tomchi yo'llari orqali yuqadi. Kasallik gripp bilan og'rigan bemorlar yo'talganda, aksa urganda sog'lom odamlarga o'tadi.

Klinik manzarasi. Yashirin davri 1–3 kungacha, ba'zan qisqa vaqt bir necha soat bo'lishi mumkin. Kasallik o'tkir, birdan tananing sovuq qotishi, qo'l va oyoqlarning uvishishi hamda bosh og'riq bilan boshlanadi. Keyinchalik tana harorati birdan 39–40°C gacha ko'tariladi. Bunda bosh og'riq, asosan, peshona va peshona – chekka qismlarda ko'proq bo'ladi. Butun mushaklar, bo'g'imlar va suyaklarning qaqshab og'rishi, qovoq va ko'z kosasi atrofida og'riq, bosh aylanish, yorug'likka qaray olmaslik, umumiy giperesteziya, anoreksiya, qusish va qisqa vaqt hushdan ketish holatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, nistagm, bosh va quloqlarda shovqin, mushaklar va nerv ustunlari paypaslab ko'rilganda og'riq, yengil meningial belgilar kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunidan boshlab tomoq qurishi, burundan issiq shilimshiq oqishi, quruq yo'tal, teri rangining oqarishi, labning ko'karishi, tomoq yo'llarining qizarishi, bradikardiya belgilari kuzatiladi. Qon tekshirilganda leykopeniya, neytropeniya, ECHT me'yorda bo'ladi.

Grippdan keyingi meningit. Bunda qisqa vaqt meningizm belgilari paydo bo'ladi. Bosh miya yumshoq pardalarida shish, qontomirlar to'laqlonligi va mahalliy mayda-mayda qon ketishlar kuzatiladi, bular miya to'qimalarini ham egallaydi. Bunda kasallik og'ir o'tadi, bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, yorug'likni yoqtirmaslik, umumiy giperesteziya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorni tekshirganda meningial belgilar (ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy yuqori va pastki) va kalla bosh miya nervlari chiqish joylarida og'riq, ko'z tubi vena qontomirlarida dimlanish, giperemiya yoki so'rg'ichida dimlanish bo'ladi. O'tib ketuvchi ko'z olmasining parezi, nistagm, yuz asimmetriyasi (VII juft klm nervining markaziy falaji), yengil muvozanatning buzilishlari, pay reflekslarining anizorefleksiyasi, tizza va tovon reflekslarining pasayishi, noaniq oyoq panjasining patologik reflekslari uchraydi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda bosimi yuqori 250–300 mm suv ustuni, hujayralar, oqsillar, qand, xloridlar soni me'yorda bo'ladi. Uning yengil va o'rtacha og'ir shakllarida astenik alomatlar bir necha oygacha davom etishi mumkin.

Grippdan keyingi ensefalit. Ensefalitning bu turi gripp epidemiyasi vaqtida ko'p uchraydi, asosan, yosh bolalar o'rtasida kuzatiladi. Ensefalit

bilan og'riq bilan aqliy va jismoniy rivojlanishda o'z tengqurlaridan orqada qoladi. Gripptan keyingi ensefalit asab tizimining toksik-infeksion zararlanishi tufayli sodir bo'ladi, gripp avjiga chiqqanda rivojlanadi. Bunda bemor harorati 39–40°C ga ko'tariladi.

Klinik manzarasi. Gripptga xos belgilar bilan bir qatorda miya faoliyatiga aloqador boshqa alomatlar yuzaga keladi, bosh og'riydi, bosh aylanadi, ko'ngil ayniydi, es-hush turli darajada buziladi. Ensefalitning bu turida miyaning qaysi bo'limi ko'proq zararlanishiga qarab tegishli belgilar paydo bo'ladi. Miya ustuni zararlanganda bosh miya nervlariga tegishli belgilar, vestibular apparat yallig'langanida bosh miya aylanishi, qusish kabi belgilar kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda esa meningial belgilar, parezlar, falajliklar, har xil turdagi afaziyalar paydo bo'lishi mumkin.

Yengil turida bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, ba'zan qusish, mushak va bo'g'imlarda hamda asab yo'llari bo'ylab og'riq, qo'l-oyoqlarning distal qismlarida uvishish, qisqa vaqt hushdan ketish holatlari yuz beradi. Tekshirganda anizokoriya, nistagm, yuz nervining markaziy falaji, gemigipesteziya yoki giperesteziya, pay reflekslarining anizorefleksiyasi, teri refleksining asimmetriyasi yoki yo'qolishi, doimiy bir yoki ikki tomondan oyoq panjasining patologik reflekslari, orol avtomatizm refleksi va yengil meningial belgilar kuzatiladi.

O'rtacha og'ir shaklida o'qtin-o'qtin bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, qo'l-oyoqlarning uvishishi va sovuq qotishi, ba'zan bosh va quloqlarda shovqin paydo bo'lishi kuzatiladi. Bunda bemorlar ko'proq uyquchan yoki qo'zg'aluvchan bo'lishadi. Yengil gemiparez, pay reflekslari oshgan, patologik reflekslari va giperkinezlar paydo bo'ladi.

Og'ir shaklida kuchli, ba'zan chidab bo'lmaydigan bosh og'riq, qayta-qayta qusish natijasida, bemor tezda hushdan ketadi va sopor, keyinchalik koma holatiga tushadi. Bunda ruhiy qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, gemiparez, gemiplegiya, qorin reflekslari yo'qolgan, mushaklar tonusi pasaygan, patologik reflekslari hamda meningial belgilar, og'ir koma holatlarida deserebratsion o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Gripptan keyin meningomiyelopoliradikulitda ko'proq orqa miyaning ko'krak qismi zararlanadi. Bunda miya to'qimalari, qontomir devorlari shishadi, mayda qontomir devorlarida spazm, mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Orqa miya zararlanishi natijasida ildizlarga xos bo'lgan belgilar – oyoqlarning tez charchab qolishi, toliqishi, uvishib qolishi yuz beradi. Tekshirganda teri va pay reflekslar pasayib, oyoq panjasida patologik reflekslari paydo bo'ladi. Og'riq ildizlarga xos nerv ustunlari bo'ylab va paravertebral nuqtalarda bo'ladi. Tortilish belgilari ijobiy bo'lib, meningial belgilar ham kuzatiladi.

Gripptan keyin periferik asab tizimining zararlanishi. Bunda ko'proq ko'ruv nervi zararlangan bo'ladi: ko'z oldi qorong'ilashadi, xira ko'radi va narsalar ko'zga ikkita bo'lib ko'rinadi. Yuz nervi zararlanganda: quloqning orqa tomonida kuchli og'riq, tilning oldingi 2/3 qismida ta'm buzilishi,

yuzning bir tomonida mimik mushaklarning zararlanishi kuzatiladi. Uch shoxli anerv nevralfiyasida uning chiqish joylarida og'riq, bu joylardagi nuqtalar bosib ko'rilganda yuzdagi og'riq kuchayadi. Og'riq ba'zan xurujsimon, gipesteziya yoki giperesteziya, og'riq asta-sekin kamayib boradi. Ishioradikulopatiya ko'proq 25–45 yoshdagi odamlarda uchraydi. Bunda beldagi og'riq chidamsiz bo'lib, sonning orqa yuzasiga, tizza va oyoq panjasigacha boradi. Harakat og'riq tufayli kamaygan, giperesteziya yoki giperpatiya, tizza va Axill refleklari susaygan. Tananing orqa mushaklarida mushaklarning reflektor ravishda tonusi oshgan, oyoqlarda nerv ustuni bo'ylab og'riq seziladi va vegetativ o'zgarishlar: sovuq oqitish, oyoq terisining oqarishi, gipergidroz yoki terining qurishi. Polinevropatiyada paresteziya, qo'l va oyoqlarning distal qismlarida og'riq, keyinchalik parez va mushaklarda atrofiya paydo bo'ladi. Tekshirganda taktil va og'riq gipesteziyasi qo'l-oyoqlarning distal qismlarida, pay refleklari va mushaklar tonusi pasaygan, yengil vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Grippdan keyingi leptomeningit. Gripp viruslari bosh miyaning qaysi qismlari zararlanishiga qarab: orqa miya chuqurchasi, bazal qismi (optikoxiazmal va miya oyoqchalari) va konveksital qismlarni zararlaydi. Optikoxiazmal leptomeningitda bosh og'riq ko'proq ko'z kosasi va peshona qismlarda, ko'zda ko'rishning kamayishi, gemianopsiya, ko'z oldining qorong'ilashuvi, ko'ruv maydonining kamayishi bo'ladi. Tekshirganda ko'z tubida shish, so'rg'ichda giperemiya va dimlanish, mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi. Orqa miya chuqurchasi leptomeningiti surunkali kechadi. Umumiy miya belgilari – bosh og'riq ko'proq ensa sohasida bo'ladi va ko'z kosasi tomon beriluvchan bo'ladi. Bosh og'riq bezovta qilganda bemorda qusish va ko'ngil aynish kuzatiladi.

Davosi. Kasallikning o'tkir davrida asosiy kasallikka davo qilinadi. Grippi davolash, asosan, uyda o'tkaziladi. Og'ir va asoratli hollarda esa shifoxonaga yotqiziladi. Kasallikning birinchi kundan boshlab, bemorni alohida xonaga yotqizish shart. Idishlar, sochiq va boshqa narsalari alohida bo'lishi kerak. Bemorga sut va ko'proq suyuqliklar ichiriladi. Grippga qarshi remantadin katta kishilarga 1-kuni 300 mg, 2–3 chi kunlari esa 50–100 mg dan 4–5 kun beriladi va antigrippin ichiriladi. Burun bo'shlig'iga 0,25 % oksalin mazi surtish yoki interferon tomizish kerak. Og'ir hollarda gripp yoki qizamiqqa qarshi gammaglobulin 3–5 ml dan qilinadi. Yo'talga qarshi soda bilan tomoq yo'llariga ingalatsiya, pektussin, bromgeksin dorilaridan berish tavsiya etiladi. Agar zotiljam boshlansa, antibiotiklar – oksam, seporin, sefamezin, gentamisin, dezintoksikatsion terapiya-plazma, reopoliglukin, genodez, 5 % glukoza eritmalaridan tomir ichiga quyiladi. Og'ir hollarda gormonlar buyuriladi.

Grippdan keyin asab tizimida asoratlar bo'lsa, unda penitsillinni 12 mln ED dan kuniga, 40 % 8–10 ml urotropin, birinchi kundan boshlab askorbin kislota, rutin, kalsiy dorilaridan beriladi. Agar grippdan keyin meningoensefalitlarda qon ketish bo'lsa, vikasol 1 % 1,0–2,0 ml, 5 %

100,0 aminokapron kislota, miya shishlarida laziks, mannitol, diakarb buyuriladi. Qaltirashga qarshi dorilar seduksen 2,5 % 1,0–2,0 ml dan, fenobarbital, benzanol, finlepsin; kuchli bosh og'riqqa baralgin, analgin, pentalgin; qusishga qarshi platifillin, aminazin; bosh miyada metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun aminalon, serebrolizin, ensefabol, piratsetam, aktovegin, agapurin, oksibral, glutamin kislota, nimotop 1 ta tabletkadan 2–3 mahal ichishga, vitamin B guruhi, nikotin kislota beriladi. Astenik holatlarda retabolil 5 % 1,0 ml haftada 1 mahal 3–4 marta, ksanaks 0,25 mg, glitsin, fitin, umumiy quvvat va mushaklar tonusini oshiruvchi dorilar qo'llaniladi. Uyqusizlikda valium, elenium, rudotel, triokszazin bilan birga novopassit, glitsin 1 ta tabletkadan 2 mahal beriladi. Serebral leptomeningitda boshlang'ich davrida gormonni qisqa muddatda berish bilan birga antibiotiklar, desensibilizatsiyalovchi dorilar: dimedrol, tavegil, askorbin kislota, kalsiy yallig'lanishga qarshi bioxinol, vitamin B guruhi, nikotin kislota, aloe, FiBS, shishasimon tana, gumizol 1,0 ml, lidaza 64 ED kunaro m/o; gipertenzion-gidrotsefal shaklida magneziy sulfat, 40 % 20,0 ml glukoza askorbin kislota bilan t/i; galantamin 0,5 % 1,0 ml, kokarboksilaza, ATF, elektroforez kalsiy xlor bilan ensa sohasiga, uqalash, shifobaxsh badantarbiya tavsiya etiladi.

Oldini olish choralari. Grippga qarshi barcha aholini emlashdan o'tkazish, epidemiya bo'lgan vaqtda burun ichiga 0,25 % oksalin mazidan surtish yoki interferon tomizish, remantadin ichirish kerak. Ish joylarida va ko'chada niqoblar taqib yurish tavsiya etiladi. Barcha aholiga gripp kasalligi xatarli ekanligi to'g'risida tushuntirish ishlarini olib borish lozim.

Qizamiqdan keyingi ensefalit. Bu kasallik o'tkir boshlanib, infeksiyon–allergik ensefalitlar guruhiga kiradi.

Qizamiqdan keyingi ensefalit o'tkir boshlanadi, ko'proq toshma paydo bo'ladi, kundan keyin 3–5 kun o'tgach rivojlanadi. Ensefalit boshlanishida tana harorati me'yorida bo'lishi, ba'zan bexosdan yuqori darajaga ko'tarilib ketishi mumkin. Es-hushi kirarli chiqarli bo'lib qoladi. Bemorda meningial belgilar, har xil parezlar, falajliklar, harakat mutanosibligining buzilishi ixtiyorsiz harakatlar, II–III–VII–juft bosh miya nervlarining zararlanishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ayrim hollarda esa bemorda sezuvchanlik buziladi, chanoq a'zolarining faoliyati buziladi.

Davosi. Miya shishining oldini oladigan, tana haroratini pasaytiradigan, organizmni desensibilizatsiya qiladigan, tutqanoqqa qarshi dori-damonlar buyuriladi.

Revmatik ensefalit

Revmatizm bu infeksiyon–allergik kasallik bo'lib, uning ta'sirida bir qancha ichki a'zolar va asab tizimining zararlanishi kuzatiladi.

Sabablari. Asosan, betta-gemolitik A-guruhidagi streptokokklar hisoblanadi. Angina va tonsillit bilan kasallanib yurgan bemorlarda kelib chiqadi. Bunda bemorlarning asab va ruhiy tizimida o'zgarishlar bo'ladi. Bosh va orqa miya

to'qimalari, po'stloq osti tuzulmalari, pardalari, qantonirlari hamda periferik asab tizimida ham degenerativ yallig'lanishlar kuzatiladi. Asab tizimi yallig'lanishiga qarab: po'stloq osti tugunlari zararlanishi *kichik xoreya* yoki *revmatik ensefalit* deb ataladi. Bularдан tashqari meningit, meningoensefalit, miyelit, nevrit, polinevrit, diensefalit, leptomeningit, tik va tutqanoq xurujlari ko'rinishida bo'ladi. Shulardan eng ko'p tarqalgani kichik xoreyadir. Xoreya fanga birinchi bo'lib Parasels tomonidan kiritilgan. 1686-yili inglizyalik snifkor Sidengan xoreyaning klinik belgilarini aytib o'tgan.

Klinik manzarasi. Kichik xoreya 6–15 yoshdagi bolalarda, asosan qiz bolalarda ko'proq uchraydi. Kasallik, asosan, bosh og'riq, damonsizlik, tez charchab qolish, bezovtalik, xotiraning pasayishi va o'zi bilmagan holda har xil ixtiyorsiz harakatlar qilishi bilan boshlanadi. Bunda xoreyasimon giperkinezlar–qo'llarda majburiy harakatlar, yurishning o'zgarishi, bemor bola bir daqiqaga ham tinch tura olmaydi, ixtiyorsiz xarakatlar kuchayadi. Bu harakatlar ko'proq qo'llarda, yuzda va tilda kuzatiladi. Bemorlar o'zi mustaqil ovqat yeya olmaydilar, nutqi tushinarsiz, uyqusi va yozishi buzilgan bo'ladi. Uyqu vaqtida giperkinezlar to'xtaydi. Bemorlar tekshirilganda mushaklar tonusi pasaygan, pay reflekslari chaqirilmaydi, muvozanatda tura olmaydi. Filatov (ko'z-til) belgisi –bemor ko'zini yumgan holatda uzoq vaqt tilini chiqarib tura olmaydi. Revmaensefalitning boshqa xillari quyidagilar: paralitik shakli – ko'proq maktabgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Bunda harakatning buzilishlari, ya'ni mushaklar tonusining birdan pasayishi natijasida bemorlar ixtiyoriy harakat qila olmaydilar, bu *pseudo-paralich* deb ataladi. Bemorning qo'l va oyoqlari falajlangan holda bo'ladi, harakatlar chegaralangan, pay reflekslari pasaygan bo'ladi. 10–15 kundan keyin esa giperkinezlar paydo bo'ladi, 2–3 haftadan keyin esa yo'qoladi. Bilinmaydigan yoki yengil shakli – emotsional buzilishlar bilan birga yuzaki uyqu, yengil nutq buzilishlar, xoreasimon giperkinezlar–qovoqning uchi-shi, yuz mushaklarida fibrillar qaltirashlar va III–VII–XII– juft kmn nervlarini harakat faolligida o'zgarishlar bo'ladi. Pseudoisterik shakli –bu juda kam uchraydi, lekin damonsizlik, tez charchab qolish, yig'loqi, ruhiy o'zgaruvchanlik, qo'rqish, apatiya, duduqlanish, tez jahl chiqishi, giperkinezlar, klonik qaltirashlar, atetoid harakatlar va isterik xuruj ko'rinishi bilan birga davom etadi. Psixotik shakli –bu o'tkir psixozlar ko'rinishi bilan boshlanadi. Bunda ruhiy qo'zg'aluvchanlik, gallutsinatsiya, hushning buzilishi, alahsirash va fikr buzilishlari bilan kechadi. Kichik xoreyada gipertenzion belgilar ham kuzatiladi. Bular bosh og'riq, ko'ngil aynish bilan va qusish, yorug'lik va shovqinni yoqtimaslik, ko'z tubida yengil o'zgarishlar (ko'ruv nervi so'rg'ichida shish) kuzatiladi.

Davosi. To'shakda yotish, parhez ovqatlar vitaminlar va oqsilga boy bo'lishi kerak. Hama shakllarida antibiotiklar: penitsillin 600–800 tb dan kuniga 3–4 mahal 12–14 kun davomida keyin bitsillin – 3 haftada 1 mahal 6–7 marta qilinadi; askorbin kislotasini uzoq vaqt berish; prednizolon 1 mg/kg, kokarboksilaza, ATF, vitamin B guruhi, glitsin 1–

2 tabl. dan til ostiga 1 oygacha, rutin, nikotin kislota, kalsiy dorilaridan tavsiya etiladi. Antigistamin dorilari dimedrol, tavegil, diazolin, suprastin; revmatizmga qarshi dorilar: indometatsin, butadion, aspirin; giperkinezlarga natriy brom, valerian, fenobarbital 0,02–0,05 g kunduzi va kechasi, aminazin 0,01–0,025 g kuniga 1–2 mahal qisqa vaqt davomida berish tavsiya etiladi. Giperkinezlar 3–4 haftadan keyin yoʻqolishi mumkin. Umumiy davo kursi 2–2,5 oyga choʻziladi.

Oʻtkir poliomiyelet

Markaziy asab tizimining yuqumli kasalligi boʻlib, bosh miyaning turli boʻlimlari va orqa miya kul rang moddasining oldingi shoxlarini zararlaydi. Bu kasallik koʻproq yosh bolalar (4–5 yoshgacha)da uchraydi. Poliomiyeletni filtrllovchi viruslar keltirib chiqaradi. Kasallik bemor bola yoki shu kasallik virusini tashib yuruvchilardan oʻtadi. Viruslar oshqozon, ichak, nafas yoʻllari orqali organizmga kiradi. Bu joydan limfa toʻqimalariga borib joylashib koʻpayadi. Keyin qon orqali orqa miya kul rang moddasining oldingi shoxiga boradi va shu joyni zararlaydi. Kasallikning yashirin davri 10–14 kun. Oʻzbekiston Respublikasida 1–1,5 : 100000 har bolaga bir yilda toʻgʻri keladi.

Kasallikning birinchi falajlikdan oldingi davri.

Abortiv shaklida kasallik oʻtkir boshlanib, haroratning koʻtarilishi, bosh ogʻriq, yuqori nafas yoʻllarining yalligʻlanish belgilari bilan kechadi. Bunda yoʻtal, tumov, tomoq ogʻrishi boʻlsa, boshqa bemorlarda qorinda ogʻriq, koʻngil aynish, qusish, ishtaha yoʻqolishi, ich ketish belgilari namoyon boʻladi. Bu shaklida bola 3–7 kunda sogʻlom boʻlib ketadi. Meningial shakli bunda poliomiyelet viruslari serozli meningit kasallik belgilarini namoyon qiladi. Kasallik birdan oʻtkir boshlanib, harorat yuqori koʻtariladi, bemor 2–3 marta qayt qiladi, bosh ogʻriq xuruji paydo boʻladi. Meningial belgilar esa mushagi tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari kasallikning 2–3 kunlari paydo boʻladi. Orqa miya suyuqligi bosimi meʼyorida yoki biroz koʻtarilgan, rangi tiniq boʻladi. Bemor boʻyin va tanasining orqa tomonida hamda qoʻl-oyoqlardagi mushaklarda ogʻriq, koʻp yigʻlash, bezovtalik, tez charchashdan shikoyat qiladi. Tekshirganda nistagm yoki nistagmoid topiladi. Pontin shakli toʻsatdan boshlanib, yuz nervining periferik asab falajlanishi kuzatiladi. Bulbar va orqa miya (spinal) shaklida orqa miya bilan birga bir necha kalla bosh miya nervlarining (IX–X–XII juft nervlari) zararlanishi oqibatida nafas va yurak faoliyati buzilib, ogʻir asoratlar qoldiradi.

Bemorning harorati 38–39°C ga koʻtarilib, koʻpincha haroratning egri chizigʻi ikki oʻrkachli boʻladi. Birinchi koʻtarilish 1–4 kun boʻlsa, soʻngra pasayib 2–3 kun meʼyorida boʻladi. Keyin yana harorat koʻtarilib ketadi.

Kasallikning ikkinchi falajlik davri 6–7 kunlari qoʻl yoki oyoqqa, baʼzan bir tomonda hamda boʻyin, yuz mushaklarida boʻladi. Falajlanish koʻproq ertalab–bola uygʻongan paytlari kuzatiladi. Bunda falajlanish periferik asab

xilida bo'ladi. Mushaklar tonusi pasaygan, pay reflekslari yo'qoladi. Bir necha haftadan keyin qo'l va oyoqlarning proksimal qismlarida mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Sezuvchanlik va chanoq a'zolarning faoliyati buzilmaydi.

Kasallikning uchinchi harakat tiklanish davri. Bunda falajlik boshlangandan bir necha kun o'tgach, ba'zi mushaklarda harakatlar tiklana boshlaydi va 3–4 oygacha tiklanish juda tez boradi. Bunga sabab orqa miyaning kulrang moddasidagi zararlangan joyda shishning qaytib ketishidir (22-rasm).

Kasallikning to'rtinchi davri kasallik asoratlari bo'lib, bir yildan keyin boshlanadi. Bunda zararlangan qo'l yoki oyoq o'sishdan orqada qoladi. Turg'un falajlik, mushaklar, atrofiyasi ba'zan esa qo'l yoki oyoqda, oyoq panjalarida mushak kontrakturasi boshlanib, qo'l yoki oyoq shakli o'zgarib qoladi (deformatsiya).

Davosi. Bemor tinch, o'midan tumanidan yotishi kerak. Yuqumli kasalliklar shifoxonasida alohida xonada yotishi lozim. Kasallikning o'tkir davrida gammaglobulin 3,0 ml mushak orasiga, askorbin kislotasi katta dozada, dimedrol, kalsiy xlor, 40 %li glukoza, og'riqqa qarshi analgin, reopirin, diklofenak natriy, tinchlantiruvchi dorilardan 3 % natriy brom qo'llaniladi. Yutinish qiyinlashib qolsa, zond orqali suniy ovqatlantirish, nafas olishi buzilgan bo'lsa sun'iy nafas oldirish lozim. Antibiotiklar faqat zotiljam boshlansa buyuriladi. Falajlangan qo'l yoki oyoqni to'g'rilab, har 2–3 soatda bemor joyini almashtirib turish, issiq tutish, solluks, parafin, ozokerit tavsiya etiladi. Harakat tiklangan davrida UVCH zararlangan segment sohasiga 12 kun qo'yiladi (yuqori chastotali tok bilan). Bir oydan keyin UVCH yana qaytariladi. Kasallikning erta tiklanish davrida yoki 3–4 haftadan so'ng galantamin, nivalin, prozerin 0,005 % 1,0 ml m/o 20–30 kun beriladi va 2–3 oydan keyin bu muolaja qaytariladi. Vitaminlardan B₁–B₁₂, dibazol 0,005 g kuniga 3 mahal, glutamin kislota beriladi. 1–2 haftadan keyin falajlangan qo'l yoki oyoqni uqalash, shifobaxsh badantarbiya, kontraktura va defomatsiyaning oldini olish uchun qo'l yoki oyoqni to'g'ri holatga qo'yish lozim.

Oldini olish. Mamlakatimizda proflaktik emlashlar taqvimini 2002-yil 11-avgustdagi 0132-02-sonli buyrug'iga, asosan, poliomiyelitga qarshi emlash bolaning 2–5 kundan boshlab OPV-0 o'tkaziladi. Keyinchalik esa 2 oyligida OPV-1, 3 oyligida OPV-2, 4 oyligida OPV-3, 16 oyligida OPV-4, 7 yosh (1 sinf)da OPV-5 emlashlari o'tkaziladi.

Miyelit

O'tkir miyelit – bu orqa miya oq va kulrang moddasining zararlanishi. Sabablari: birlanchi miyelitni neyrotrop viruslar (poliomiyelit, gripp, qutirish) keltirib chiqarsa, ikkilanchi –miyelit yuqumli kasalliklardan keyin (qizamiq, ko'k yo'tal, tif) paydo bo'ladi. Ba'zi zaharli moddalar (mishyak, alkogol) ta'siridan keyin ham yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Birlanchi miyelit haroratning ko'tarilishi, bosh og'riq, toliqish, butun mushaklarda og'riq bilan boshlanadi. Qo'l-oyoqlarda uvishish,

qo'l-oyoq va belda og'riq bo'lib, keyinchalik bu og'riq kamayib boradi va orqa miyaning zararlanish belgilari paydo bo'la boshlaydi. Eng ko'p zararlangan joy ko'krak qafasining o'rta qismi, keyin pastki qismidir. Orqa miyaning bel-dumg'aza, bo'yin bo'limlarida zararlanish kamroq uchraydi.

Agar orqa miya bo'yin kengligining yuqori qismi zararlangan bo'lsa, unda bemorda tetraplegiya ikkala qo'l va oyoqda spastik falajlik xilida, ya'ni markaziy neyron zararlangan bo'ladi. Bo'yin kengligi zararlanganda ham tetraplegiya bo'ladi. Faqat qo'llarda falajlik periferik asab xilida, oyoqlarda esa markaziy asab tizimi falajligi kuzatiladi. Agar orqa miyaning ko'krak qismi zararlansa oyoqlarda spastik falaj bo'lib, markaziy asab tizimi falajlanish belgilari paydo bo'ladi. Bemor siydik va axlatni tuta olmaydi. Agar orqa miyaning bel kengligi zararlansa faqat oyoqlarda periferik asab tizimi xilida falajlik bo'ladi. Bemorda siydik va axlat ushlanib qolishi yoki tutolmaslik belgilari paydo bo'ladi.

Davosi. Bemorni o'midan turg'izmay, to'g'rilab taxta ustiga yotqizib qo'yish shart. Kasallikning o'tkir davrida antibiotiklar, vitaminlar B_1 - B_6 - B_{12} , askorbin kislotasi beriladi. Kasallikning birinchi kundan boshlab prednizolon, gidrokortizonni yuqori dozadan boshlash zarur. Kasallik belgilari to'xtagandan keyin gormonlarni pasaytirish tavsiya etiladi. Zararlangan joyga birinchi kundan boshlab UVCH, yengil badantarbiya, iliq margansovkali yoki sovunli suvga 5 daqiqaga oyoqlarni solib turish tavsiya etiladi. Erta tiklanish davridan boshlab vitamin B_1 va B_{12} navbat bilan qilib turish kerak. Mushaklar tonusi pasayganda 2-3 haftadan keyin prozerin, galantamin, dibazol buyuriladi. Mushaklarda spastika kuchayganda midokalm, melliktin, kichik dozada trankvilizatorlar beriladi. Faol tiklanish davrida pirogenal, lidaza, elektroforez kaliy yod, kalsiy xlor, prozerin bilan bel sohasiga qo'yiladi. Spastik falajda parafin, ozakerit, iliq vannalar hamda faol badantarbiya, kech tiklanish davrida 4-6 oydan keyin serovodorod, balchiq bilan davolash (bo'shshagan falajlarda uglekisli, spastik falajda serovodorod) tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. Birinchi kundan boshlab bemorni taxta ustiga yotqizib qattiq tiralgan holda 90° boldirga nisbatan fiziologik holatda bo'lishi kerak. Oyoq terisini iliq suvda sovunlab yuvish, har kuni 2-3 marta kamforali spirt bilan artish, birinchi kundan boshlab siydik pufagiga kateter solib, furatsillin yoki rivanol yordamida yuvish kerak. Trofik yaralar bo'lmasligi uchun bemorni o'ng yoki chap tomonga navbat bilan yotqizib qo'yish, dumba va kurak sohasini oblipexa hamda baliq moyi bilan artib tozalab, ug'lab turish tavsiya etiladi.

Leptomeningit

Leptomeningit bosh miya qattiq va yumshoq padasining yallig'lanishidir.

Sabablari. Leptomeningitning kelib chiqishiga turli xil infeksiyalar (gripp, zotiljam, sil), zaharlanishlar, jarohatlar va boshqa kasalliklar (gaymorit, frontit, otit) sabab bo'lishi mumkin.

Kasallik o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turda kechadi.

Klinik manzarasi. Leptomeningit bosh miyaning tepa qismida bo'lsa, mahalliy miya belgilari Jekson ko'rinishidagi tutqanoq xurujlari kuzatiladi (bunda alohida mushaklar guruhida klonik qaltirashlar bo'ladi). Bu xurujlar keyin katta tutqanoq xuruji va hushdan ketish bilan davom etadi. Leptomeningit bosh miya ensa chuqurchasida bo'lsa, mahalliy miya belgilaridan miyacha ataksiyasi, mushaklar tonusining pasayishi, adidoxokinez, dizmetriya, bosh aylanish, nistagn paydo bo'ladi. Umumiy miya belgilari ham uchraydi. Ko'rish nervining so'rg'ichida dimlanish, bosh og'riq, qusish bilan davom etadi. Leptomeningit miyacha-ko'prik burchagida bo'lsa, unda V–VII–VIII klm nervlarining zararlanish belgilari kuzatiladi. Optiko-xiazmal leptomeningitda qattiq bosh og'riq bilan birga ko'rishning pasayishi, ko'ruv nervining so'rg'ichida dimlanish kuzatiladi. Ko'rish maydoni toraygan bo'lib, oq va boshqa ranglarni sezish kamaygan bo'ladi. Ba'zi bemorlarda ko'zni harakatlantiruvchi nervning zararlanishi, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, g'ilaylik, yuqori qovoqning pastga tushib qolishi belgilari namoyon bo'ladi. Bemorda haroratning biroz ko'tarilishi, bosh og'riq, ko'z olmasida og'riq, titrash, butun tananing qoqshab og'rish, oyoqlarda holsizlik, yurakning tez urishi, leykotsitoz, ECHT baland bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tarkibi o'zgarmagan bo'ladi.

Davosi. Antibiotiklar, urotropin 40 % 3–5–10 ml tomir ichiga glukoza bilan yuboriladi. Vitaminlar C, B guruhi, nikotin kislotasi, magneziy sulfat, glitserin, laziks, diakarb, lidaza, shishasimon tana, biyoxinol buyuriladi. Og'riq va qaltirashga qarshi dorilar qo'llaniladi. Konservativ davo yordam bemasa, jarrohlik yo'li bilan (kista, chandiq) davolanadi. Kasallikning tiklanish davrida radonli vannalar, ozokerit, balchiq bilan davolash, shifobaxsh badantarbiya, uqalash tavsiya etiladi.

OITS

OITS (ruscha SPID, inglizcha AIDS, fransuzcha SIDA) – orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. Bu kasallik virusi birinchi bo'lib, 1983-yilda fransuz olimi Montane va AQSH olimi Gallo tomonidan topilgan. Virusni jinsiy aloqada shu bemor bilan bo'lgan kishilardan topdilar. Virus elektron mikroskop orqali ko'rilganda tashqi muhitga chidamsiz, ya'ni 57°C issiq, spirt, aseton, efir tez o'ldiradi. Viruslar asosan, hujayralar, limfotsitlar, spermatozoidlar ichiga kiradi, genetik apparatga ta'sir qilib, uni buzadi. Bu kasallik butun dunyoda juda keng tarqalgan.

Yuqish yo'llari. OITS bilan kasallangan, bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lganlar, fohishalar, gmooseksualistlar (bir xil jinsdagi kishilarning jinsiy aloqa qilishi), narkomanlar, donorlar, agar teri zararlangan bo'lsa teri orqali o'tadi.

Klinik manzarasi. Yashirin davri 1 oydan 1 yilga hatto 10–15 yilgacha. Kasallik o'tkir boshlanadi, haroratning ko'tarilishi, damonsizlik, ishtaha yo'qolishi, ozib ketish, 10–20 % bemorlarda limfa bezlari kattalashgan

bo'ladi. Asosan bo'yin, umrov usti va qo'ltiq tagidagi limfa bezlar kattalashgan bo'ladi. Bemorlarda bosh og'riq, uyqu buzilishi, ich ketish kabi holatlar kuzatiladi. Tanasiga har xil toshmalar chiqadi. Ahvoli kundan-kunga og'irlashib, zotiljam boshlanadi. Bemor kun sayin ozib ketadi. Ko'pchilik bemorlar boshida, tanasida, og'iz bo'shlig'ida, ichki va tashqi jinsiy a'zolarida o'smalar hosil bo'ladi. Bu o'sma *Kaposha o'smasi* ham deyiladi. Buning rangi och qizil yoki qizilroq, teridan biroz ko'tarilgan holatda bo'ladi. Asosan virus odam organizmidagi immun xususiyatni pasaytiradi, shuning uchun ham organizmda kuzatiladigan og'ir o'zgarishlar orqaga qaytmaydi.

OITSning asab tizimini zararlashi. OITS organizmning hamma joyiga ta'sir qiladi, shu jumladan, asab tizimini ham zararlaydi. Bu zararlash dastlab miya pardalarida bo'lib, meningitlarni keltirib chiqaradi. Bunda bemorning ahvoli og'ir bo'lib, hushi karaxt, qattiq bosh og'riq, qusish, barcha meningial belgilar ijobiy bo'ladi. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda bosimi baland, rangsiz tiniq, hujayralar soni limfatsitlar hisobiga ko'paygan, chunki yallig'lanish seroz xarakterga egadir. Ko'p hollarda yallig'lanish bosh miya to'qimasiga ham o'tadi, bunda meningoensefalit belgilari kuzatiladi. Bu vaqtda meningial belgilar bilan birga kalla bosh miya nervlarining yallig'lanishi, gemiparez yoki gemiplegiya va ataksiya kuzatilishi mumkin. Bunda ham orqa miya suyuqligi seroz xarakterga ega bo'ladi. Ba'zan esa bosh miya pardalari, to'qimasi bilan birgalikda orqa miya ham zararlanadi, unda meningoensefalomiyelit belgilari kuzatiladi. Bunda yuqorida ko'rsatilgan belgilarga orqa miya zararlanish belgilari qo'shiladi. Qo'l va oyoqlarda para yoki tetraplegiya, chanoq a'zolarining buzilishi holatlari paydo bo'ladi. Ko'pincha bir vaqtda bosh miya, orqa miya bilan birgalikda periferik asablar ham, ildizlar ham yallig'lanadi. Bunda pardalar, bosh miya, orqa miya zararlanish belgilariga periferik asab tizimi yallig'lanish belgilari ham qo'shiladi. Qo'l va oyoqlarda og'riq bilan birga tortilish belgilari (Lasseg, Vasseman, Neri) ham ijobiy bo'ladi. Bunda meningoensefalomiyelopoliradikulonevrit deb tashxis qo'yiladi. Kasallik kechishi juda ham og'ir bo'lib, asta-sekin bemorning ahvoli yomonlashib boradi va o'limga olib keladi.

Davosi. Hozirgacha bu kasallikning davosi topilmagan, lekin butun dunyo olimlari izlanish olib bormoqdalar.

Oldini olish yo'llari. Giyohvandlik va giyohvandlikga qarshi tushuntirish ishlarini olib borish, chet eldan keladigan emigrantlarni, donorlar qonini OITS ga tekshirish. Har bir bemorga bir martalik shpritslardan foydalanish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

1. Epidemik ensefalit nima uchun letargik deb ataladi?
2. Epidemik ensefalitning o'tkir va surunkali kechish turlarini tushuntiring.
3. Kana ensefaliti klinik belgilarining boshqa ensefalitlardan farqi nimada?
4. Sil meningitining boshqa meningitlardan farqi nimada?
5. O'tkir sholning klinik belgilari va oldini olish choralarni aytib.

6. Bemorning xushi bo'lmasa, lekin Kernig belgisi bo'lsa, siz qanday fikr qilasiz?
7. Meningial belgilar qanday kelib chiqadi va ular qaysilar?

Bosh va orqa miyada qon aylanishlarning buzilishlari

Bosh va orqa miyaning qon bilan ta'minlanishi. Bosh miya, asosan, ikki juft qontomir bilan ta'minlanadi: ichki uyqu arteriyasi va unurtqa arteriyasi.

Ichki uyqu arteriyasini boshqa nom bilan *karotit tizim* ham deyiladi. Bu tizim orqali 70 % qonni bosh miya oladi. Qolgan 30 % qonni esa unurtqa arteriyasi olib keladi (*23-rasm*).

Karotit tizim, o'z navbatida, quyidagi shoxchalarga bo'linadi: I. Umumiy uyqu arteriyasi chap tomondan aorta yoyidan, o'ng tomondan esa o'mrov osti arteriyasida boshlanadi. Ichki uyqu arteriyasining shoxchalari: 1) ko'z arteriyasi – ko'z to'rsimon pardasini, ko'z nervining so'rg'ichini qon bilan ta'minlaydi. 2) orqa qo'shuvchi arteriya – xiazmani, ko'rish yo'li do'mboqchasini, gipofizni, gipotalamusni qon bilan ta'minlaydi. 3) oldingi arteriya – Mindalev tanani, gipokamp egatini, dumli yadroni, oq sharlarni, ichki kapsulaning orqa tomonini, tashqi tizzali tanani, ko'ruv do'mbog'ini qon bilan ta'minlaydi.

Bundan tashqari, karotit tizim 2 ta katta shoxdan iborat: 1. Oldingi miya arteriyasi – bu arteriya bosh miya peshona qismining ichki tomonini, peshonaning yuqori, asosini hamda chakka qismlarini, qadoqsimon tanani qon bilan ta'minlaydi. 2. O'rta miya arteriyasi – bu arteriya, asosan, po'stloq osti tuzilmalarni, skarlupani, dumli yadroni, ko'ruv do'mbog'ini, oq sharlarni va asosan, ichki kapsulani qon bilan ta'minlaydi. Bu arteriyaning boshqacha nomi «*qon ketuvchi arteriya*» deb ataladi.

II. Unurtqa arteriyasi o'mrov osti arteriyasidan boshlanadi va quyidagi shoxchalarga bo'linadi. Bu soha *vertebrobazillar* tizim deb ataladi. 1. Orqa miya arteriyasi – bu arteriya orqa miyani qon bilan ta'minlaydi. 2. Oldingi orqa miya arteriyasi – bu ham orqa miyani qon bilan ta'minlaydi. 3. Pastki orqa miyacha arteriyasi – bu arteriya uzunchoq miyani, miyachani qon bilan ta'minlaydi. 4. Asosiy arteriya – «bazillar arteriya» 2 ta unurtqa arteriyasi – Vorolev ko'prigi ustida birlashadi. A. Oldingi pastki miyacha arteriyasi – bu, o'z navbatida, 8 juft nervlarning yadrosini, ichki quloqni qon bilan ta'minlaydi. B. Miyacha tepa arteriyasi – Vorolev ko'pirigini, miya oyoqchalarini, 4 tepalikning orqa tepachasini, o'rta miyachaning oyoqlarini, 3 va 4-qorinchalarni qon bilan ta'minlaydi. V. Orqa miya arteriyasi esa o'rta miyani, 4 tepalikning oldingi tepachalarini qon bilan ta'minlaydi. Chuqur shoxchalari talamusni, qadoqsimon tanani, Iyusova tanani, gipofizni, tizzali tanani, yon qorincha chigalini qon bilan ta'minlaydi. Karotit va vertebrobazillar qontomirlar tutashgan joy *Villizov aylamasi* deb ataladi.

Bosh miyada qon aylanishining buzilishini keltirib chiqaruvchi asosiy sabablar quyidagilar: 1. Xafaqon (gipertoniya) kasalligi. 2. Bosh miya qontomirlarining aterosklerozi. 3. Ularning birgalikdagi uchrashuvi.

Bosh miyada qon aylanishi buzilishining asosiy moyilliklari: 1. Yoshi. 50 yoshdan keyin 3–7 marta ko'p uchraydi. 2. Nasl moyilligi. 3. Moddalar almashinuvi (xolesterin) ning buzilishlari. 4. Qon bosimni ko'tarilishi. 5. Qon kasalliklari. 6. Qand kasalligi. 7. Gipokineziya – kam harakatchanlik. 8. Spirtli ichimliklar ichish va chekish. 9. Ish joyida, uyda, shaxsiy hayotda bo'ladigan ruhiy holatlar.

Bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishlari *insultlar* deb ataladi.

O'tib ketuvchi bosh miyada qon aylanishning buzilishi

Sabablari. Xafaqon kasalligi va bosh miya qontomirlarining aterosklerozi natijasida bosh miya qontomirlari zararlanadi. Bosh miyada qon aylanishining o'tkinchi yetishmovchiligida barcha asab sohasidagi klinik belgilar qisqa vaqt ichida (24 soatgacha) o'tib ketadi. Agar bu belgilar o'tib ketgan bo'lsa, tekshirganda asab tizimidan hech qanday belgilarni topa olmaymiz. Shu vaqtda esa kalla bosh miya nervlarining markaziy falaji, gemiparez yoki gemiplegiya markaziy xarakterda bo'ladi. Bu belgilarning kelib chiqishining asosiy sababi bosh miya qontomirlarining qisilishi (angiospazmi) yoki qontomirlar ichida mikrotronblar hosil bo'lishidir.

Klinik manzarasi. Umumiy miya belgilari: bosh og'riq, ko'z olmasida og'riq bo'lib, ko'zni harakatlantirganda bu og'riq kuchayadi. Bemorda bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, bosh va quloqda shovqin bo'lishi, paresteziya paydo bo'ladi. Bemorning hushi qisqa vaqt yo'qolishi yoki karaxt, ruhiy qo'zg'alishlar, tutqanoqxurujlari, vegetativ o'zgarishlar, issiqlik sezish, titrash, tez-tez siyib turish va meningial belgilar bo'lishi mumkin. Orqa miya suyuqligining bosimi yuqori, ko'z tubida ko'ruv asabining diskida shish va mayda-mayda qon ketishlar bo'ladi. Mahalliy miya belgilaridan paresteziya – yuz va qo'l-oyoqlarda, ba'zi hollarda, yuqori labda, tilning yarmida, bilakning ichki tomonida, qo'l va oyoq panjalarida (4–5 barmoqlar) kuzatiladi. Tekshirganimizda sezgining kamayishi, harakat sohasida falajlar ko'proq qo'l va oyoq panjalarida yoki barmoqlarda, til, mimik mushaklarida paydo bo'ladi. Teri va pay reflekslarida o'zgarishlar, patologik reflekslari yuzaga keladi. Nutq o'zgarishlari sensor yoki motor afaziyalar, praksiya va ko'ruv maydonida o'zgarishlar bo'ladi.

Davosi. Bemorlarga ruhiy tinchlik berish tavsiya etiladi. Bosh miyada qon aylanishini yaxshilash uchun eufillin 2,4 % 10,0 ml, 40 % glukoza yoki natriy xloridan tomir ichiga, qontomirlarni kengaytirish maqsadida 2 % 2,0 ml papaverin, noshpa, stugeron yoki sinnarizin 0,025 l ta tabletkadan 3 mahal, ksantinol-nikotinat 0,15 g l ta tabletkadan 3 mahal yoki 2,0 ml dan mushak orasiga, teonikal, bu dorilar kapillardagi qon oqishini kuchaytirib, kislorod bilan ta'minlaydi. Mikrotsirkulatsiya va to'qimalardagi metabolizmi yaxshilaydigan dorilar: kavinton 10–20 mg yoki 1–2 ml, 500 ml natriy xlor bilan tomir ichiga yuboriladi yoki 0,005 g tabletkadan 3

mahal, sermion, trental 5–10 ml ni 250–500 ml natriy xlor yoki 5 % glukoza bilan tomir ichiga yuboriladi.

Vertebro-bazillar yetishmovchilik. Vertebro-bazillar yetishmovchilik o'tkir va surunkali umurtqa va bazillar arteriyasida qon aylanishning buzilishlaridan keyin kelib chiqadi.

Sabablari. Bo'yin osteoxondrozi, defomatsiyali spodilez (umurtqalararo disklarda degenerativ o'zgarishlar, osteofitlarning o'sishi, umurtqa arteriyasining bosilib qolishi natijasida paydo bo'ladi).

Klinik manzarasi. Bosh aylanish, mastga o'xshab yurish, quloqda shovqin, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, boshni ensa sohasi hamda bo'yinning orqa qismida og'riq bo'lishi kuzatiladi. Tekshirganda nistagn, yengil ataksiya, eshitishning kamayishi, dizartriya, o'tib ketuvchi tetraparez, pay reflekslari jonlangan bo'ladi.

Davosi. O'tkir buzilishlarda bemorni to'shakka yotqizish lozim, bemorlarni yorug'lik va shovqindan saqlash kerak. Sitramon 1–2 tabletka va aeron 1 tabletka kuniga, glukoza 40 % 20,0 ml t/i, pipolfen 2,5 % 1,0 ml yoki aminazin 2,5 % 1,0 ml, atropin 0,1 % 1,0 ml t/o, platifilin, kofein qilinadi. Bo'yinning orqa sohasi, ensaga hamda oyoqlarga xantal, isitgich qo'yish tavsiya etiladi. Bundan tashqari reopoligukin 250,0 + kavinton 2,0 ml t/i, belloid 1 ta tabletka kuniga 3–4 mahal beriladi.

Dissirkulator ensefalopatiya. Bosh miyada qon aylanishining surunkali buzilishi dissirkulator ensefalopatiya deb ataladi.

Sabablari. Ateroskleroz, arterial gipertoniya va ularning birgalikda uchrashishi, diabet, revmatizm, qon kasalligidan keyin kelib chiqadi. Bu kasallik aqliy mehnat bilan shug'ullanuvchilarda ko'proq uchraydi. Dissirkulator ensefalopatiya bosh miyaning surunkali gipoksiyasi natijasida bosh miyada venadan qon oqishining qiyinlashuvi, angiospazmi, mikrotromb va mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik, dastlab, nevrastenik alomatlar bilan boshlanadi. Bular xotiraning pasayishi, simillaydigan bosh og'riq, bezovtalik, tez jahli chiqish belgilari namoyon bo'ladi.

Yengil shaklida dastlab xotiraning buzilishi bo'ladi. Bunda bemorlar bo'lib o'tgan voqea va hodisalarni, o'tgan kunlarni eslay olmaydilar. Eslab qolishi buzilishidan bemorlar ko'pincha yozib yuradilar, ularning ish qobiliyati pasayadi. Bemorlarda ko'proq simillovchi bosh og'riq, bosh va quloqda shovqin bo'lishi, bosh aylanish, mudrab yurishdan shikoyat qiladilar. Uyqusi buzilgan, ishtaha va kayfiyati yo'qolgan, jinsiy moyillik susaygan bo'ladi. Dissirkulator ensefalopatiyada 3 ta asosiy belgilar kuzatiladi: xotiraning buzilishi, bosh og'riq, bosh aylanishdir. Asab sohasini tekshirganda, asosan, mioz, qorachiqlarning yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, kalla bosh miya nervlarining asimmetriyasi, pay reflekslarining jonlanishi va anizorefleksiyasi, barmoqlarning titrashi, paresteziya va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi.

O'rtacha og'ir shaklida esa bemorlarda hali faollik bo'ladi, lekin tez charchab qoladilar. Ish qobiliyati pasaygan, ko'p gapiradi, xotira, diqqat-

e'tibor susaygan, kunduz kunlari ko'p uhlaidilar. Xulq-atvor buzilishlari, o'z-o'ziga tanqidchilik pasayadi. Asab sohasida bosh og'riq, bosh aylanish, boshda shovqin bo'lishi, oral avtomatizm refleksi rivojlanganligi, kalla bosh miya nervlarida o'zgarishlar borligi, pay reflekslari oshganligi, patologik reflekslarining paydo bo'lishi. Bundan tashqari, muvozanat buzilishlari, ko'rishning pasayishi kuzatiladi. Harakatning sekinlashuvi, mayda qadamchalar bilan yurish, nutq buzilishlari hamda bosh va qo'llarda titrash belgilari namoyon bo'ladi.

Og'ir shaklida miyacha faoliyatining buzilishlari, parezlar, nutq buzilishlari, xotiraning chuqur buzilishlari, doimiy bosh og'riq, bosh aylanish, boshda shovqin bo'lishi, aqlipastlik, xulq-atvorning pasayishi va tutqanoq xurujlari paydo bo'ladi. Bunda og'ir ruhiy o'zgarishlar va psevdobulbar falajlar, oral avtomatizm reflekslari juda rivojlangan bo'ladi, majburan kulish va yig'lash kuzatiladi.

Tashxis qo'yishda, asosan, subyektiv shikoyatlar: bosh og'riq, bosh aylanish, boshda va quloqda shovqin bo'lishi, xotiraning pasayishi, ko'z yosh kelishi kuzatiladi. Obektiv belgilar: tarqoq serebral belgilarning asta-sekin kuchayib borishi namoyon bo'ladi.

Davosi. Bosh miyada qon aylanishini yaxshilash maqsadida – papaverin, no-shpa, eufillin, komplamin, sermion, etimizol, indap, dilseron, stugeron, kavinton, instenon; bosh miyada metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun – oksibral, amination, aktovegin, nimotop, serebrolizin, vitamin B guruhi beriladi; antiskleroz dorilardan liprimar, diasponin, miskleron, prodektin, kaliy yodid 3 % 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin ichish uchun tavsiya etiladi; sedativ dorilar natriy brom 1–3 % li 1 osh qoshiqdan kuniga 3 mahal, ekstrakt valerian 1 ta tabletka 2–3 mahal, glitsin, navopassit; trunkvilizatorlardan – seduksen, elenium, valium; parkinson alomatlarida – nakom, modapar, siklodol dorilaridan tavsiya etiladi.

Ishemik insultlar

Ishemik insult – boshqacha *miya infarkti* ham deyiladi. Ishemik insult, asosan, 45–50 yoshdan keyin ko'proq qariyalarda uchraydi. Bu kasallik kelib chiqishining asosiy sabablari, bosh miya qontomirlari aterosklerozi, xafaqon kasalligi, bosh miya qontomirlarining yallig'lanishi, qon bosimning pasayishi, bosh miya qontomirlarining anevrizmlaridir. Ishemik insultning kelib chiqishi asosan bosh miya qontomirlarining qisilishi, ya'ni angiospazmidir. Turli xil gemodinamik o'zgarishlar har xil ruhiy holatlar bosh miya qontomirlarining qisilishiga olib keladi va u yerdan qonning o'tishi sekinlashadi. Bunda bosh miya to'qimasida yumshash holati yuzaga keladi.

Qon tomirlari ichida tromb hosil bo'lishi, bunda bosh miya qontomirlarida qonning sekin aylanishi tufayli qontomirlar devorida qonning shaklli elementlari cho'ka boshlaydi. Natijada, qonning o'zidan tromb hosil bo'ladi. Tromb hosil bo'lishiga yana qonning biokimyoviy o'zgarishi,

ya'ni uni ivishining buzilishidir. Bundan tashqari, kalla suyagi tashqarisidagi ekstrakranial qontomirlarining qisilishi ham ishemik insultga olib keladi.

Klinik manzarasi. Ishemik insult bo'lishidan oldin bir necha hafta yoki oylar oldin belgi beradi. Bu belgilar: bosh aylanishi, qisqa vaqt hushning yo'qolishi, ko'z oldining qorang'ilashishi, umumiy damonsizlik, o'tib ketuvchi paresteziyalar yoki qo'l-oyoqdagi parezlardir. Kasallik ko'pincha asta-sekin boshlanadi. Kechasi yoki ertalabga yaqin kuzatiladi. Buning asosiy sababi kechasi tinch yotganda bosh miyadagi qon aylanishi sekinlashadi va tromb hosil bo'lishiga moyillik ko'payadi. Ertalab uyqudan turgandan keyin bemor, asosan, hushini yo'qotmaydi, bemor o'ng yoki chap tomonida qo'l-oyog'ining harakati kamligi yoki yo'qolganligidan shikoyat qiladi. Ishemik insult bo'lganda bemorning hushi saqlangan bo'lib, bosh og'riq bo'lmaydi yoki juda kam rivojlangan bo'ladi. Yuz terisi oqargan, tomir urishi pasaygan, qon bosimi pasaygan, tana harorati bir meyorda saqlangan yoki subfebril bo'ladi. Asab sohasida juda rivojlanmagan meningial belgilar, kalla bosh miya nervlari VII–XII juftida markaziy falajlanish faqat qarama-qarshi tomonda kuzatiladi. O'ng yoki chap tomonda gemiparez yoki gemiplegiya markaziy xarakterda tonusi baland, trofikasi buzilmagan. Pay reflekslarining anizorefleksiyasi, 1–3–4-kunlari pay reflekslari pasaygan bo'ladi yoki umuman chaqirilmasligi mumkin. Keyinchalik patologik reflekslari paydo bo'ladi (Babinskiy, Ras-solima).

Sezgi sohasining chap yoki o'ng tomonida gemigipesteziya kuzatiladi. Gipergidroz, ba'zan bemorning hushi karaxt, tezda muloqotga kirisha olmaydi, savollarga javob berishi qiyin kechadi. Motor afaziyasi – bemor gapga tushunadi, lekin gapira olmaydi. Sensor afaziyasi – bemor gapga tushunmaydi hamda gapira olmaydi. Bosh miyaning oldingi arteriyasi zararlanganda bemorning yuzida gemispazm – yuzning bir tomonga tortilib turishi, gemiparez ko'proq oyoqlarda, gemianesteziya, ataksiya – muvozanatning buzilishi, giperkinez – ixtiyorsiz harakatlar kuzatiladi. Ruhiyatning buzilishi (eyforiya, o'z-o'ziga tanqidchilikning pasayishi). Bosh miyaning orqa arteriyasi zararlanganda esa ataksiya, gemianopsiya, alter-nashgan belgilar (ptoza, tashqariga qarab qolgan g'ilyalik chap tomonda, gemiplegiya, gemianesteziya esa o'ng tomonda) kuzatiladi.

Ishemik insultning vertebrobazillar qontomirlar sohasida (umurtqa, bazillar arteriyalar va orqa miya arteriyasi) zararlanish bo'lsa, bemor bosh aylanishi, ko'ngil aynish, qusish va muvozanatning buzilishi (mastga o'xshab yurish), quloqda shovqin bo'lishidan, ensa va bo'yinning orqa sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi. Asab sohasini tekshirganimizda nistagn, diplopiya, ataksiya (statik va dinamik), nutq o'zgarishlari, ko'rish va eshitishning pasayishi, dizartriya, o'tkinchi tetraparezlar hamda hushning o'tkinchi buzilishlari kuzatiladi. Ishemik insultlar ko'proq qari yoshdagi odamlarda uchraydi. Bosh miya qontomirlar aterosklerozi, arterial gipotenziya, stenokardiya, infarkt miokard va boshqa kasalliklar natijasida kelib chiqadi.

Gemorragik insult

Gemorragik insult, boshqacha aytganda bosh miyaga qon quyilishdir. Asosiy keltirib chiqaruvchi sabablar: xafaqon kasalligi, bosh miya aterosklerozi, ularning birgalikdagi uyg'unlashishi, bosh miya qontomirlarining anevrizmlari, bosh miya jarohatlari, vaskulitlar, leykoz, qand kasalligi va boshqalar. Bosh miyaga qon quyilishiga ikkita asosiy sabab bo'ladi. Birinchidan, qontomirlarining yorilib ketishi bo'lsa, ikkinchidan, qontomirlar o'tkazuvchanligining buzilishi, bunda qontomirlar yorilmaydi.

Klinik manzarasi. Gemorragik insult ko'proq kunduz kunlari, bemor ruhiy holatidan keyin qattiq xafachilik, noxush xabarlar, juda kuchli hayajonlanishdan keyin boshlanadi. Kasallik ko'pincha to'satdan boshlanib bemorning hushi yo'qoladi va bemor yiqiladi. Bemorda kuchli bosh og'riq, yuzning qizarishi, qusish, tana harorati ko'tarilgan bo'lib, sopor yoki koma holatiga tushadi. Umumiy ahvoli juda og'ir bo'lib, burun-lab atrofi ko'kargan nafas olishi tez yuzaki tovush bilan xirillab chiqadi. Qon bosimi baland – 220/140 simob ustuniga teng yoki undan ham oshgan, tomir urishi tezlashgan. Asab sohasi tekshirganimizda meningial belgilar (ensa mushagi tarangligi, Kernig, Brudzinskiy) juda rivojlangan, chunki bosh miyada shish borligi uchun, yuzi asimetriya, burun-lab qatlami silliqlashgan, og'iz burchagi pastga tushgan, ko'z qorachig'i anizokoriyasi, qorachiqning yorug'likka javob reaksiyasi susaygan yoki yo'qolgan. Yutinish va gapirish yo'qolgan, o'ng yoki chap tomonda qo'l-oyoqning falajlanishi, oyoq panjasi tashqariga buralib qolgan, qo'llarni ko'tarib tashlaganda falajlangan qo'l «qamchisimondek» tezda tushib ketadi, oyoqda ham shunday bo'ladi. Qo'l-oyoqlarda mushaklar tonusi pasaygan – gipotoniya, pay reflekslari pasaygan yoki chaqirilmaydi, patologik reflekslari uchraydi. Sezgi kamayadi yoki yo'qoladi. Falajlanish hamma vaqt markaziy xarakterda bo'lgani uchun asta-sekinlik bilan mushaklar tonusi oshib boradi, pay reflekslari baland, gapirishi noaniq – dizartriya, motor va sensor afaziyalar kuzatiladi. Agar qon miya qorinchalariga quyilsa, bunda kasalning ahvoli juda ham og'ir – koma holatida, nigoh qarash, qusish, yurakning tez-tez urishi, nafas olishning qiyinlashishi va tutqanoq xuruji klonik va tonik qaltirashlar kuzatiladi. Bir yilgacha – tiklanish davri, bir yildan keyin esa qoldiq davri deyiladi.

Pardalar orasiga qon quyilishi

Pardalar orasiga qon quyilishi – boshqacha *subaraxnoidal qon quyilish* deyiladi. Bunda qon miya pardalarining orasiga qontomirlarining yorilishi natijasida quyiladi. Miyaning asosi va ustki qismlarida qon quyiladi. Bemor qattiq bosh og'rishidan, ko'ngil aynishidan va qusishdan shikoyat qiladi. Asab sohasida meningial belgilar kuzatiladi. Bemor yorug'likka, tashqi ta'sirotlarga juda ham ta'sirchan bo'ladi. Tutqanoq belgilari bosh miyaning ustki (konveksital) qismida qon quyilganda klonik-tonik qaltirashlar kuza-

tiladi. Agar miyaning asosi (bazillar)da qon quyilish bo'lsa, bunda II-III-IV-VI kalla bosh miya nervlarining zararlanishi kuzatiladi. Qo'l va oyoqlarda falajlanish bo'lmaydi, gipotonus, giperrefleksiya, giperesteziya, bemorda ruhiy qo'zg'alishlar kuzatiladi.

Qorinchalar ichiga qon ketganda nafas olish va yurak ish faoliyatining buzilishlari, yuz terisi ko'kargan, hushi yo'qolgan, tana harorati 39°C va undan ham yuqori bo'ladi. Miyacha yarim sharlariga qon quyilganda bosh aylanish, qusish, ensa va bo'yinning orqa tomonida og'riq, nistagn, ataksiya holatlari kuzatiladi. Miya ustunida qon quyilsa, kalla bosh miya nervlarining yadrolari va ularning yo'llarini zararlaydi. Bunda altemashgan alomatlar (yuzning bir tomonida kalla bosh miya nervlarining falajlanishi bo'lsa, qarama-qarshi tomonda esa gemiparez) kuzatiladi. Bosh miya to'qimalariga qon quyilsa, ko'proq ichki kapsula, o'rta miya arteriyasida bo'lsa, umumiy miya belgilari, mahalliy miya belgilari bilan birgalikda keladi. Bosh miya po'stlog'iga yaqin joyda qon quyilsa, nutq buzilishlari motor yoki sensor afaziya bo'ladi. Meningial belgilar bunda kamroq uchraydi, orqa miya suyuqligida qon bo'lmaydi. Agar orqa miya suyuqligida qon bo'lsa, unda aralash qon ketishi kuzatiladi.

Subaraxnoidal qon ketish 50 yoshgacha bo'lgan bemorlarda uchraydi. Bunga sabab bosh miya qontomirlar anevrizmlari 50 %ni tashkil etadi. Kamroq holatlarda arterial gipertenziya va bosh miya qontomirlari aterosklerozi sababchi bo'ladi.

Klinik manzarasi. Unda meningial va umumiy miya belgilari juda rivojlangan bo'ladi. Mahalliy miya belgilari bo'lmaydi yoki kam rivojlangan bo'ladi. Qon ketish to'satdan boshlanadi. Bemorda birdan bosh og'riq, ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari rivojlangan bo'ladi. Bosh og'riq kuchli bo'lib, uning ta'siridan bemorlar qichqirib yuboradi, qo'llari bilan boshini ushlaydi, bosadi. Yuzi qizargan, ruhiy qo'zg'alishlar, qochishga harakat qiladilar, to'shakda yotolmaydi, tana harorati baland bo'ladi. Orqa miya suyuqligida qon bo'ladi. Og'ir hollarda bemorning hushi bo'lmaydi, sopor yoki koma holatda bo'ladi. Mahalliy miya belgilaridan – g'ilaylik, diplopiya va yengil gemiparezlar bo'ladi. Qorinchalar ichiga qon ketganda kasallik birdan boshlanib, hushning yo'qolishi, nafas olish shovqinli bo'lib, bemor xirillab nafas oladi. Sopor va koma holatiga tezda tushib qoladi. Bemorning tana harorati 39–40°C, sovuq qotganday titrash, tomir urishi tezlashgan, sovuq ter bosish, orqa miyani punksiya qilganda orqa miya suyuqligida qon bo'ladi. Mahalliy miya belgilari kam rivojlangan bo'ladi. Mushaklarda tonik tirishish, gipotoniya bilan almashinib turadi.

Davosi. Tibbiyot hamshiralari insult bilan og'rikan bemorlarni juda ehtiyotlik bilan qarashlari talab etiladi. Bemor boshini tana qismidan biroz baland ko'tarib qo'yish, harakat qilishlariga yo'l qo'ymaslik lozim. Kasallikning o'tkir davrida bemorni tinch qo'yish, og'zida tish protezlari bo'lsa, olib qo'yish lozim. Og'iz atrofi va ichini so'lak va qusuq qoldiqlaridan tozalab, toza havo kirishini ta'minlash, pastki jag'ni ushlab turish, tilini orqaga tortib ketmasligi va nafas olishini yaxshilash uchun havo o'tkazgich

qo'yish, yuqori nafas yo'llarini elektrotsos yordamida tozalash, oshqozonga zond qo'yish talab etiladi. Miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar – eufillin 2,4 % 5–10 ml tomir ichiga, magneziy sulfat 25 % 5–10 ml mushak orasiga novokain bilan, papaverin 2 % 2 ml, dibazol 1 % 2–4 ml mushak orasiga qilinadi. Bemorga birinchi kuni shirinchoy, meva sharbati keyinchalik yutinish bo'lmasa, zond orqali kuniga 5 marta ovqatlantirish talab etiladi.

Umumiy davolash (nedifferensial davo)	Qiyosiy davolash (differensial davo)	
	gemorragik insult	ishemik insult
Nafas olish faoliyatini yaxshilash: yuqori nafas yo'llarini tozalash, erkin nafas olishga yo'l qo'yish; boshni biroz yuqoriga ko'tarish; og'iz ichini so'lak va qusuq massalaridan tozalash; pastki jag'ni ushlab turish; havo o'tkazgich qo'yish; tilning orqaga ketib qolishiga yo'l qo'ymaslik; burun orqali kateter qo'yish. Yurak-qon tomir faoliyati buzilishlarida: qon bosim pasayganda: kofein 20% 2,0 ml t/o, mezaton 1% 2,0 ml m/o, gidrokortizon 50 mg, prednizolon 60 mg, kokarboksilaza 100 mg t/i. Qon bosim ko'tarilganda: dib 2,0 ml o; magneziy sulfat 25% 5–10,0 ml m/o; raunatin 1 tatab. dan 2 mahal, sinopril 10 mg 1 marta, enalapril-N.S (ednit) kuniga 10–20 mg, Enap—N kuniga 1–2 tatabl. kapoten 25 mg 2 marta, enam 2,5 mg, indap 2,5 mg ichishga. Yurak etishmovchiligida: kordiamin 25% 1–3 ml m/o; kofein 2,0; strofantin 1,0 ml + 4% 20 ml glyukozab/n; bular natija bermasa, KKB 100 mg, AÖF 1ml. Miya shishlari boshlanganda: Bobrov apparatida kislorod terapiya 30% spirtli eritma bilan o'tkazish 20–30 daqiqa berib, 15–20 daqiqa tanaffus qilinadi. Furasemid yoki laziks, kaliy xlor, panangin, eufillin, gliserol 1 g/kg meva sharbati b/n, mannitol 200,0 ml t/i. Ruhiy qo'zg'alishda: seduksen, sibazon yoki relanium, gliksin, aminazin, GOMK qilinadi. Gipoksiyaga qarshi piratsetam (nootropil), serebrolizin, amination, gammalon.	kislorod terapiya; askorbin kislotasi 5% 5,0 ml t/i; kalsiy xlor yoki kalsiy glukonat 10% 5—10,0 ml t/i aminokapron kislotasi 5%—100,0 ml tomchilab t/i har 4—6 soatda qaytarish kerak. qon, plazma, disionon 2,0 ml yoki vikalol 1,0 ml m/o	no-shpa 2,0 ml, papaverin 2,0 ml m/o, kavinton 20 mg yoki trental 5,0 ml NaCl b-n nikotin kislotasi 1% 1,0 ml, stugeron 1 tatab. 3 mahal, gemodez 400,0 ml va reopoli-gyukin 400,0 ml, aktovegin, tromb yoki trombemboliya bo'lsa 1chi 6 soat ichida fibrinolitik 20—30 ming ÖB, geparin 5-10 ming ÖB dan 250,0 ml NaCl b-n har 1 daqiqada 25 tomchidan t/i yoki kuniga 4—6 marta 3—5 kun m/o yoki t/i. keyinchalik qon ivishi tekshirilib geparinni 5 ming ÖB dan t/i yoki m/o har 6 soat daqdi.

Parvarish qilish. Bemorni qimirlatmasdan, nafas olishini yaxshilab, boshini biroz baland ko'tarib, kiyimlarini yechib yotqizish kerak. Agar bemor qusgan bo'lsa, og'zini tozalab qo'yish lozim. Zotiljam bo'lmasligi uchun bemorni o'ng va chapga yombosh qilib yotqizib turish, orqasiga, ko'krak qafasiga xantal va bankani kunaro qo'yish kerak. Antibiotiklar buyuriladi. Dumba, kurak sohalariga oblipexa yoki baliq moyidan surtib turish lozim. Bemorning siydigi tutilib qolsa, kateter qo'yish bilan siydirib olish kerak. Kasallikning birinchi

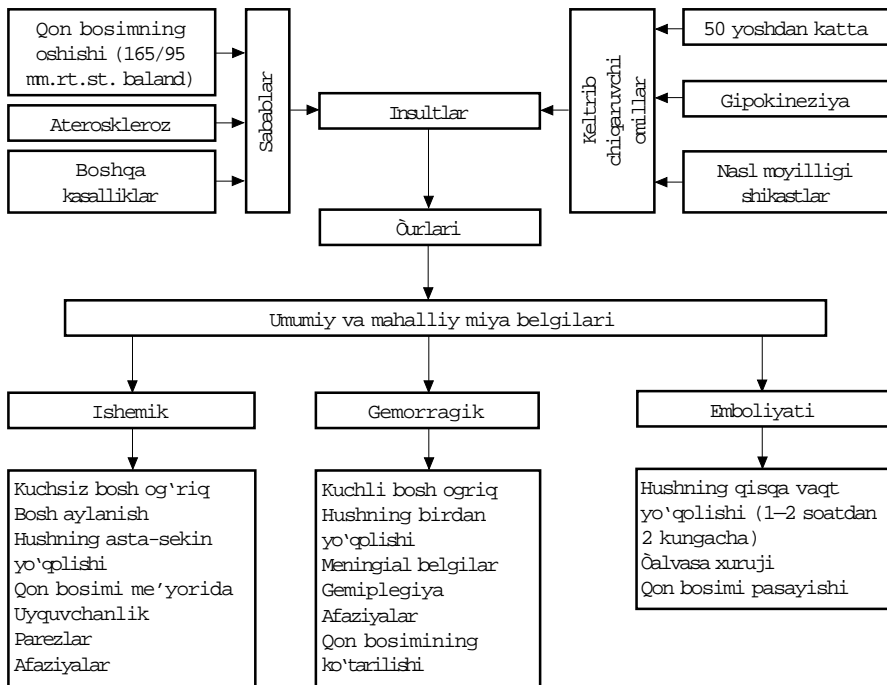
kundan boshlab gemiparez yoki gemiplegiya bo'lsa, kontrakturalarning oldini olish uchun falaaj bo'lgan qo'l-oyoqlarni fiziologik holatga keltirish, ularning tagiga yostiq qo'yib, yelka bo'g'imi bilan bir xil balandlikda bo'lishini ta'minlash zarur. Falaajlangan qo'lning bir necha marta tanasidan uzoqlashtirib qo'yish, qo'lning ichini yuqori (spinasiya) holatga qo'yish, barmoqlarni to'g'rilab ochib qo'yish lozim. Bularga qum xaltachalardan foydalansa bo'ladi. Qo'lning ostiga valik yoki yostiqchani 30 daqiqagacha qo'yish kerak. Oyoqni to'g'rilashda tizza bo'g'imiga va oyoq panjasiga qum xaltachalar qo'yish kerak bo'ladi. Bemor hushiga kelgan kundan boshlab, yengil uqalash, nafas mashqlari hamda sust harakatlar qilish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

1. Ishemik insultning klinik belgilarini ayting.
2. Nima sababdan bosh miyada qon aylanishining o'tkinchi buzilishlari deb ataladi?
3. Gemorragik insultning klinik belgilarini ayting.
4. Subaraxnoidal qon ketish sabablarini tushuntiring.
5. Pastki paraplegiya to'satdan kelib chiqsa, nima haqida o'ylaysiz?

1-chizma

Bosh miya qantomiri buzilishlari algoritmi



Markaziy asab tizimining o'smalari

Bosh miya o'smalari juda keng tarqalgan kasallik. Bosh miya o'smasi odam yoshiga bog'liq bo'lmagan holda paydo bo'ladi. Ular erkaklar va ayollarda bir xilda uchraydi. Hamma o'limlar ichida 1 % bosh miya o'smasiga to'g'ri keladi.

O'smalardagi klinik manzara 3 xil ko'rinishda bo'ladi: I. Umumiy miya belgilari. II. Dislokatsiya, ya'ni bosh miyadagi o'smaning boshqa to'qimalarga qisilishi. III. Mahalliy miya belgilari, bunda o'sma bosh miyaning qayeri zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

I. Umumiy miya belgilari. 1. Bosh og'riq – ba'zan juda qattiq, boshning hamma joyida, bosuvchi, og'irlik beruvchi tarzda bo'ladi. Bosh og'riq boshni qimirlatganda, egilganda kuchayadi. Miyada qon va likvor aylanishi buzilishi natijasida paydo bo'lgan bosh og'rig'i miya o'smasining dastlabki belgisi hisoblanadi. Bosh og'riq, asosan, kechasi yoki ertalab zo'rayib ketadi. Og'riq ertalab bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bemor ertasiga ham davom etadigan bosh og'riq bilan uyg'onadi. Avval bosh og'riq chegaralangan sohada bo'ladi, keyinchalik og'riq doimiy bo'lib qoladi. Bosh og'riq, asosan, jismoniy zo'riqishda, hayojonlanganda, yo'talganda, aksa urganda, qayt qilganda yoki boshni oldinga egganda zo'rayadi. 2. Qusish – bosh og'riq kuchayganda bemor qusadi, qusish ovqat iste'mol qilishiga hamda tana holatining o'zgarishiga bog'liq bo'lmaydi. Miyaning ichki bosimi oshganda bemor qayt qila boshlaydi. Bosh miya o'smalarida qayt qilish ko'proq nahorda kuzatiladi. 3. Bosh aylanish – o'smalar ko'proq bosh miyaning qaysi qismida o'sishiga bog'liq bo'ladi. Bosh aylanish dastlab kamroq, qisqa vaqt davom etsa, keyinchalik o'sma kattalashgan sayin ko'proq kuzatiladi. 4. Ruhiiy o'zgarish – bosh miya o'smalarida boshda suyuqlik bosimining oshishi ruhiy o'zgarishlarga olib keladi, bemorning o'z-o'ziga tanqidining pasayishi, karaxtligi, kayfiyatning buzilishi, depressiya holatiga olib keladi. Tutqanoq xurujlari ham kuzatiladi. 5. Ko'rish nervining so'rg'ichida qon tutilib qolishi hamda bosh miya bosimining oshishi o'smaning toksik ta'sirida paydo bo'ladi. Bu belgilarning paydo bo'lishi, asosan, o'smaning qayerda joylashganiga bog'liq. Bu belgi miyacha, IV qorincha, chakka bo'limlarida kuzatiladi. Bunda ko'z oldining qorong'ilashuvi, ko'rish o'tkirligining pasayib ketishi, ko'rish nervida qon to'planganligidan darak beradi. Kasallik kuchaygan sari ko'ruv nervi atrofiyalanib boradi, keyinchalik bemor umuman ko'rmay qolishi mumkin. Ko'z tubida ko'ruv nervining dimlanishi, qontomiridagi qonning turib qolishi, tomirlarning kengayishi natijasida yuzaga keladi. 6. Bosh miya xavfsiz o'smalar ta'sirida bemorda uzoq yil davomida tutqanoq xurujlari klonik-tonik ko'rinishda bo'ladi. Xavfli o'smalarning boshlanishida tutqanoq xurujlari bilan birga hushdan ketish va ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi. 7. Orqa miya suyuqligi tarkibining o'zgarishi – bunda suyuqlik bosimi baland, rangi o'zgaragan tiniq, tekshirganda, asosan, oqsillar soni ko'p bo'ladi. 8. Bosh

miyaning kalla suyagini rentgenografiya qilganda gipertenzion belgilar: qontomirlar ko'rinishining bo'rtganligi, barmoqlar izi va turk egarining silliqlashishi yoki yemirilishi kuzatiladi.

Bosh og'riq, qayt qilish va ko'rish asab so'rg'ichining dimlanishi – shu uchta belgi 60 % bosh miya o'smalarida uchraydi. O'smalar paydo bo'lgan vaqtda mahalliy miya belgilari ular qayerda joylashishiga va qanday o'sishiga bog'liq. O'smalar o'sishiga, joylashishiga qarab, ekstroserebral – bosh miyadan tashqaridagi o'smalar, introserebral – bosh miya ichida o'sadigan o'smalarga bo'linadi.

Agar meningioma miyaning ustki qismi (konveksital)da bo'lsa, unda bemorda bosh og'riq, bosh aylanish hamda tutqanoq xurujlari, Jekson xilida, ya'ni yuz, qo'l-oyoqda klonik qaltirash kuzatiladi. Ayrim hollarda qaltirash qisqa vaqt ichida bo'ladi va 2–3 daqiqaga davom etadi. Ba'zan esa tonik-klonik qaltirash bo'lib, bemor hushini yo'qotadi, tilini tishlab oladi, tagiga siyib yuborish holatlari kuzatiladi. Ba'zi hollarda qo'l yoki oyoqda monoparez markaziy xarakterda, har doim qarama-qarshi tomonda bo'ladi.

Agar o'smalar miya asosida bo'lsa, unda mahalliy miya belgilari ko'zning ko'rishni pasayishi yoki yo'qilishi, hidni bilmaslik, ko'zga narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, ichkari va tashqariga qarab qolgan g'ilyaliklar, nistagn kuzatiladi. Agar o'sma bosh miyaning peshona qismida o'ssa, unda parezlardan tashqari ruhiy o'zgarishlar – karaxtlik, hech narsaga qiziqmaslik yoki xursandchilik, ko'p qilgan ishlariga javob bema'ndi, o'z-o'ziga tanqid pasaygan bo'ladi. Agar o'sma ichki kapsula sohasida bo'lsa, unda VII–XII juft kalla bosh miya nervlarining markaziy falajlanishi, gemiparez markaziy xarakterda, gemianesteziya o'tkazuvchanlik xilida bo'ladi. Agar o'smalar qorinchalar ichida o'ssa, unda qattiq bosh og'riq, qusish, boshni ma'lum xilda ushlab turish, chunki o'sma suyuqlilar yo'lini to'sib qo'yadi.

II. Dislokatsiya, ya'ni bosh miya o'zagining siljishi yoki bosh miyadagi o'smaning boshqa to'qimalarga qisilishi.

O'smalar uchun eng asosiy belgilar: 1. Tana haroratining ko'tarilmasligi. 2. O'tkir boshlanmaydi. 3. Umumiy va mahalliy miya belgilari asta-sekinlik bilan rivojlanadi. 4. Orqa miya suyuqligida oqsil miqdori ko'p bo'ladi. 5. Ko'z tubida dimlanish bo'ladi.

Agar bosh miyada o'smalarga xos belgilar kuzatilsa, unda bosh miyani quyidagi tekshirishlardan o'tkaziladi. EEG, EXO, kalla suyagini rentgenografiya qilish, kompyuter tomografiya, angiografiya, ko'z tubini, orqa miya suyuqligini tekshirish zarur.

Davosi. O'smalarning palliativ va radikal davo usullari mavjud. Palliativ davolashda dori-damonlar bilan birga gommonlar hamda rentgenoterapiya usullari qo'llaniladi. Rentgenoterapiya usullarida radiaktiv izotoplar (palladiy, ittriy, oltin) bilan davolash yaxshi natija beradi. Hamma o'smalarga siydik haydovchi dorilar – mannitol, gipotiazid, furosimid, diakarb 0,025 mg 1 ta tabletkadan kuniga 2 marta berish lozim. Laziks 2,0 ml dan, magneziiy sulfat 25 % 10,0 ml mushak orasiga qilinadi. Siydik haydovchi dorilarni

uzoq vaqt ishlatish natijasida organizmda tuz va suv muvozanati buzilishiga olib keladi va organizmning suvsizlanishi ro'y beradi. Shuning uchun fiziologik eritma 0,9%, glukoza 5%, elektrolitlar, kaliy xlor, vitaminlar, tana harorati ko'tarilgan bo'lsa, litik aralashmalar tavsiya etiladi. Bundan tashqari, tutqanoq xurujiga qarshi finlepsin, fenobarbital, benzonal 0,1 g 1 ta tabletkadan 3 mahal ichishga beriladi. Radikal usulda jarrohlik yo'li bilan o'sma olib tashlanadi. O'smalar qancha erta aniqlansa, bemorning ahvolidagi umumiy va mahalliy miya belgilarining kuchayishiga yo'l qo'yilmaydi. Jarrohlik usulining iloji bo'lmasa, bemorga rentgen nurlari bilan davolash tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. O'sma jarrohlik usuli bilan olib tashlangandan keyin bemorni parvarish qilish katta ahamiyatga ega. Chunki bunda bemor bezovtalanib, har xil harakatlar qilishi, ruhiy tushkunlikka tushishi mumkin. Ayrim bemorlarda talvasa xuruji bo'lib turadi. Kalla operatsiya qilingandan so'ng bemorni operatsiya qilingan tomonga qarama-qarshi tomon bilan chalqancha yoki yonbosh qilib yotqizilishi kerak. Bunda yutish faoliyati buzilgan bemorlarning og'iz bo'shlig'iga so'lak yig'ilib qoladi. Natijada, so'lak yuqori nafas yo'llariga yig'ilib qoladi. Bunday bemorlar og'iz bo'shlig'ini kuniga 4-5 marta tozalab turishi tavsiya etiladi. Bemor kallasiga bog'langan bog'larni olib tashlamasligi uchun uni mahkam bog'lash kerak. Jarrohlik aralashuvidan bir kun oldin bemorni tayyorlash va yengil ovqatlantirish tavsiya etiladi. Agar bemorlarni og'riq bezovta qilsa, unda og'riq qoldiruvchi dorilar buyuriladi. Operatsiyadan keyin bemorlarni ozodan, tez-tez ovqatlantirish talab etiladi.

Bosh miya abssessi

Bosh miya abssessi (xo'ppoz) – bu bosh miya to'qimalarida bo'shliq bo'lib, yiring ajralgan holda, ya'ni chegaralangan bo'ladi.

Sabablari. Bosh miya abssessi har doim ikkilamchi bo'lib, boshqa a'zolarning yiringli kasallik asoratidir. O'rta va ichki quloqning yiringli yallig'lanishi, burun – tomoq yo'llarining yallig'lanishi, bosh miya jarohatlari va o'pkaning yiringli kasalliklaridan keyin paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Umumiy va mahalliy miya belgilari yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir davrida bosh og'riq, qusish, bosh aylanish, ko'ngil aynishi, haroratning ko'tarilishi, bradikardiya, hushi karaxt bo'ladi. Bemor bo'shshagan, holsiz va kam harakat bo'lib, uyquasi buzilgan (uyquchan) bo'ladi. Meningial belgilardan ensa mushagi tarangligi bo'lsa-da, lekin Kernig belgisi bo'lmasligi mumkin. Abssess joylashishiga qarab, bosh miya chakka sohasining chap tomonida bo'lsa, bunda amnestik yoki sensor afaziya, gemianopsiya, tutqanoq xuruji, eshitish, hid va ta'm bilish hamda muvozanat buzilishlari kuzatiladi. Mahalliy miya belgilaridan Veber belgisi – ko'z olmasini harakatlantiruvchi asabning o'choq tomonda zararlanishi, qarama-qarshi tomonda esa piramid yo'lini zararlanishi (gemiparez) kuzatiladi. Ba'zi hollarda ikki tomonlama ko'z olmasini harakat-

lantiruvchi nerv bilan birga piramid yo'lining zararlanishi bo'ladi. Abscess miyachada bo'lsa, muvozanatning statik va dinamik buzilishlari, gemiataksiya, mushaklar tonusining pasayishi, dizdiadoxokinez belgilari paydo bo'ladi. Bunda bemor orqaga yoki zararlangan tomonga yiqiladi, o'choq tomonda nistagm, dizartriya, gemi – yoki monoparez, tonik qaltirash hamda VII–IX–X–XII juft kbm nervlarining zararlanishi kuzatiladi. Abscess bosh miyaning peshona qismida bo'lsa, Jekson qaltirashi, mono-yoki gemiparez, motor afaziya, ruhiyatning o'zgarishi, dizartriya, apraksiya qo'l-oyoqlarda, ataksiya, nistagm, katalepsiya, ushlarash refleks-lari yo'qoladi. Bosh miyaning tepa va ensa qismlarida abscess kam uchraydi. Qon tekshirilganda leykotsitlar soni ko'paygan (leykotsitoz), ECHT kuchaygan, ko'z tubida o'zgarishlar bo'ladi, orqa miya suyuqligi biroz ko'tarilgan, oqsillar soni 1 g/l gacha, bosh miya rentgen suratida gipertenzion belgilar bo'ladi. Tashxis qo'yishda EXO, EGG, kompyuter tomografiya, angiografiya va lumbal punksiyadan foydalaniladi.

Davosi. Jarrohlik yo'li bilan miya to'qimasidagi yiring olib tashlanadi. Antibiotik, sulfanilamid dorilar beriladi.

Miyaning parazitlar kasalliklari

Bosh miyaning eng ko'p uchraydigan parazitlar kasalliklari sistitserkoz, exinokokkoz va toksoplazmozdir.

Sistitserkoz. Sistitserk cho'chqa solityori rivojlanishining ilk bosqichi – finna. Bu kasallik ifloslanib qolgan ovqat bilan birga hazm yo'liga gijja tuxumlari tushib qolganida kelib chiqadi. Gijja tuxumlari qon o'zanidan miyaga borib, shu yerda o'tirib qolishi mumkin. Odatda, bosh miya bir talay sistitserlar bilan zararlangan bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kasallik ko'pincha bosh miya o'smalariga o'xshab ketadi. Kasallikning alomatlari juda xilma-xil bu, asosan, kasallik o'chog'ining miyada qanchalik ko'pligi va qaysi joyda o'rin olganiga bog'liq bo'ladi. Gipertenzion belgilar (bosh og'riq, qusish, ko'ruv nervining so'rg'ichida dimlanish) kuchayib boradi. Tutqanoq xurujlari ko'pincha Jekson xuruji ko'rinishida bo'ladi. Xuruj boshlanishi o'zgarib, goh o'ng yoki chap tomondan, goh qo'l yoki oyog'da qaltirash belgilari namoyon bo'ladi. Ruhiy buzilishlar: qo'zg'alish, depressiya, gallutsinatsiyalar, Karsakov alomati belgilari ko'rinishida bo'ladi. Brunsa belgisi – bunda sistitserk VI qorinchada bo'lsa, bemor boshini birdan yon tomonga burganda kuchli bosh aylanish tufayli bemor yiqiladi, umumiy miya belgilari: bosh og'riq, qusish, hushning qorong'ilashuvi, tomir urishning sekinlashuvi, birdan teri rangining oqarib ketishi, ko'p terlash holatlari kuzatiladi. Sistitserkozga tashxis qo'yish maqsadida bir necha serologik reaksiyalar qo'llaniladi. Orqa miya suyuqligida Vozn reaksiyasining musbat bo'lishi, ko'z tubi, kalla suyagi rentgenografiyasi, kompyuter tomografiya xulosalariga asoslanadi. Orqa miya suyuqligida hujayralar sitoz – limfotsitlar hisobiga

ko'paygan, ba'zan eozinofiliyalar uchraydi. Oqsillar soni me'yorida yoki 0,5 g dan 2 g/l gacha ko'payishi mumkin.

Davosi. Simptomatik davolar va ba'zan jarrohlik usullari qo'llaniladi.

Oldini olish choralari. Gigiyena qoidalariga amal qilish, meva va sabzavotlarni yaxshilab yuvish, ovqatdan oldin qo'llarni sovunlab yuvish talabetiladi.

Exinokokkoz. Bosh va orqa miya exinokokkozi kam uchraydigan kasallik bo'lib, kichkina lentasimon gijja – Taenia echinococcus embrioni miyaga o'tib qolganida vujudga keladi, bu gijjaning shu embrioni miyada finna davrini o'taydi. Exinokokkning lentasimon shakli it va bo'rilarning ichagida yashaydi. Odam kasal itga yaqin yurganida, tabiiy suv havzalaridan xom suv olib ichganida, yuvilmagan mevalarni yeganida o'ziga shu gijja tuxumini yuqtirib oladi. Odam me'dasiga tushgan tuxumlar pardasi yemiriladi; ajralib chiqqan embrion me'da ichak yo'lining qon va limfa tomirlariga o'tadi. Qon oqimi bilan ular turli a'zolariga, ko'pincha, jigar va o'pkaga borib qoladi. Turli a'zolarining to'qimalarida embrion pufakcha shakliga (finnaga) aylanadi, uning so'rg'ich va ilmoqchalari bilan ta'minlangan boshchasi bo'ladi. Pufak bo'shlig'i sarg'ish tiniq suyuqlik bilan to'lib turadi. Bosh miyada ko'pincha bir kamerali exinokokk uchraydi. U qat-qat parda bilan o'ralgan kattakon pufakdir. Bu pufakda rivojlanayotgan qiz pufaklari va uchinchi tartib pufaklari bo'lishi mumkin. Shunday qilib, suyuqlik bilan ko'p bo'shliqli kista hosil bo'ladi.

Bosh miya exinokokkozi uchun, xuddi bosh miya o'smasida bo'lgani kabi, kalla ichki bosimining ko'tarilishi belgilari bilan o'choq belgilarning birga uchrashi xarakterlidir. Talvasa tutqanoqlari, parezlar kuzatilishi mumkin. Orqa miya exinokokkozida xuddi o'smalardagiga o'xshash belgilar ko'riladi.

Boshqa a'zolarida (jigar, o'pka va boshq.) exinokokkoz borligi, qonda lateks – agglutinatsiya reaksiyasining musbat bo'lib chiqishi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Tashxisni aniqlash uchun teri ichiga allergik reaksiya qo'yib ko'rilganida (Kassoni sinamasi) ko'pincha organizmning umumiy allergik reaksiyasi ko'riladi.

Davosi. Jarrohlik: exinokokk pufagi olib tashlanadi.

Toksoplazmoz. Odam kasal hayvonlarning qo'shti va sutini iste'mol qilganda yoki kasal hayvonlarga yaqin yurganda (so'lagi orqali) organizmga Toxoplasma gondi parazitining tushib qolishi turli a'zolarining: yurak mushagiga, o'pka, jigar, limfa tugunlarining zararlanishiga sabab bo'ladi. Parazitning plasenta orqali o'tishi natijasida ona qornidagi homila ham kasallanishi mumkin. Toksoplazmoz ko'pincha asab tizimini zararlaydi. Bemorlarda toksoplazmoz serebral leptomeningit, ensefalit, ensefalomyelit ko'rinishida kuzatiladi. Toksoplazmoz serebral leptomeningitida ko'p uchraydigan belgilar gipertenzion alomat va talvasa tutqanoqlaridir. Toksoplazmoz ensefalitining alomatlaridan biri gipotalamik alomatdir. Kasallikka tashxis qo'yishda o'tkaziladigan immunologik tekshirishlar: komplementni biriktirish, immunofluoressensiya,

bilvosita gemagglutinatsiya reaksiyalari, toksoplazmin bilan teri ichiga qo'yiladigan allergik sinama hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davosi. Xloridin (0,025 g dan kuniga 2 mahal), sulfadimezin (1 g dan kuniga 2 mahal) buyuriladi, bular 2 hafta oralab, 5 kun, 5 kundan davom etadigan 3 kurs davomida ishlatiladi. 1–1/2 oy oralab 3–4 davo kursi o'tkaziladi.

Nazorat savollari

1. Bosh miya absessi bo'lsa, qanday klinik belgilarni topamiz?
2. Kalla ichki bosimi oshganda qanday tekshirish o'tkaziladi?
3. Bemorda bosh og'riq, ko'z tubining dimlanishi, tutqanoq xurujlari bilan birga sensor afaziyasi bo'lsa, siz nima haqida o'ylaysiz?
4. O'smalarga xos klinik belgilarni aytib bering.
5. Agar miyachada o'sma bo'lsa qanday klinik belgilarni beradi?

Bosh va orqa miya shikastlanishi

Bosh va orqa miya shikastlari hozirgi zamonda tinchlik vaqtida ham ko'p uchraydi. Bu kasalliklarining kelib chiqish sabablari turli – tuman bo'lib, bular avtomobil, temir yo'ldagi avariya, ishdagi va oilada bo'ladigan janjallardir. Turli xildagi bosh va orqa miyaga taassurotlar natijasida ham kelib chiqadi, masalan, sportdagi shikastlar.

Bu kalla bosh miya shikastlari keyinchalik og'ir oqibatlar va nogironlikka olib kelishi mumkin. Kalla bosh miya shikastlari ikki xil bo'ladi.

1. Ochiq kalla bosh miya shikastlari – bunda bosh miya kalla suyagi bir butunligi buziladi, ya'ni kalla suyagi yoriladi va bosh miya to'qimalarida zararlanish alomatlari kuzatiladi. 2. Yopiq kalla bosh miya shikastlarida suyak bir butunligi buzilmagan, ya'ni sinmagan bo'ladi. Bunda yumshoq to'qimalar kesilgan, yorilgan, ko'kargan, ezilgan bo'ladi.

Kalla bosh miya shikastlari quyidagilarga bo'linadi:

- Bosh miyaning chayqalishi – Commocio cerebri;
- bosh miyaning lat yeyishi yoki ta'sirlanishi – Contuzio cerebri;
- bosh miyaning ezilishi yoki bosilishi – Compressio cerebri;
- bu bosh miya shikastlari orasida eng ko'p uchraydigan bosh miya chayqalishi bo'lib, u 75–80 % ni tashkil etadi.

Bosh miya chayqalishi. Bosh miya chayqalishi eng yengil bosh miya jarohatlari hisoblanib, bosh miya to'qimalarida qontomirlarning kengayishi, mayda-mayda qon ketish va qontomirlarning o'tkazuvchanligi oshib ketishi natijasida bosh miya to'qimalarida shish bo'lishi, kalla bosh miya ichida bosimning oshib ketishi bilan xarakterlanadi. Bosh miya chayqalishda miya pardalarining to'laqlonligi, venalardagi to'laqlonlilik, miya to'qimasining shishi va mayda-mayda qon quyilishlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Hushdan ketish 90 % bemorlarda uchraydi, 10 % bemorlarda hush karaxt bo'lib qoladi. Hushdan ketish bir necha daqiqa-

gacha davom etadi. Qusish bir yoki bir necha marta takrorlanib, shu vaqtning o'zida ko'ngil aynish bilan xarakterlanadi. Retrograd amneziya – jarohatdan oldin bo'lib o'tgan voqealarni bemorlar eslay olmaydi. Bemor bir necha kun o'z ismi familiasini, manzilini, oila a'zolarini hamda birga ishlaydiganlarini eslay olmaydi.

Mana shu uchta belgi yosh bolalarda bir vaqtda uchramaydi. Ko'proq ko'ngil aynishi, bosh og'rishi, quloqda shovqin bo'lishi, bosh aylanishi, ko'p terlashi va teri rangining oqarish belgilari bilan davom etadi. Bemor o'ziga kelgandan so'ng ko'proq bosh og'rishi, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, ko'p terlash hamda uyqu buzilishlaridan shikoyat qiladi. Asab sohasi ko'rilganda pay reflekslarining asimmetriyasi, nistagn, yengil Kernig va ensa mushagi tarangligi belgilari kuzatiladi. Kasallik 3 kundan 7 kungacha davom etadi. Bundan tashqari vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bularga qon bosimining o'zgarib turishi, dastlab bradikardiya, keyin taxikardiya bilan almashib turadi, tana haroratining $37,2 - 37,8^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi, kaftning ko'p terlashi va titrashi hamda sovuq qotishi kuzatiladi. Ruhiy tomondan esa kasal karaxt, ruhiyati past, tezda muloqotda bo'la olmaydi, ba'zan bemorlarda ko'rish va eshitish gallutsinatsiyasi bo'lishi mumkin. Eng asosiy o'zgarishlardan muvozanatning buzilishi kuzatiladi. Bunda bemorlarda ataksiya, burun – barmoq sinovini bajarish qiyinlashuvi kuzatiladi va Romberg holatda chayqaladi.

Bosh miyaning lat yeyishi. Bu holat bosh miya chayqalishiga nisbatan og'irroq bo'lib o'tadi va bosh miya to'qimasi, miya pardalari ko'proq zararlanadi, qontomirlari uziladi, qon pardalar orasiga chiqishi natijasida meningial belgilar paydo bo'ladi. Bosh miyada qon va bosh miya suyuqligi aylanishi buziladi, miya to'qimalarida nekroz paydo bo'ladi.

Bosh miya jarohatlaridan keyin hushdan ketish bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bunda asab tizimiga taalluqli belgilar 2 guruhga bo'linadi. 1. Umumiy miya belgilari – bosh og'riq, ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, bular miya ichidagi bosimning oshib ketishi natijasida sodir bo'ladi. 2. Mahalliy miya belgilari. Bular yengil anizokoriya, nistagn, parezlar, nutq buzilishlari va qaltirashlar bilan kechadi.

Yengil shaklida umumiy miya belgilari ko'p rivojlanmagan, mahalliy miya belgilari esa miya chayqalishidagidan ko'ra ko'proq saqlangan bo'ladi. Yuzda asimmetriya, nistagn yoki nistagnoid, gapirishning buzilishi, mushaklar tonusining oshishi, meningial belgilar paydo bo'ladi, kasallik 2–3 haftagacha davom etadi. Hushdan ketish bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi.

O'rta og'ir shaklida hushdan ketish bir necha daqiqadan 4–6 soatgacha davom etadi. Bunda bosh og'riq juda kuchli bo'lib, qusish ko'p marta takrorlanib turadi. Ruhiyatning buzilishi bir necha kungacha davom etadi, retrograd amneziya kuzatiladi. Umumiy miya belgilari rivojlangan bo'ladi (bosh og'riq, qusish), mahalliy miya belgilari esa miya ustunining zararlanishidan kelib chiqadigan belgilardir. Bularga ko'z qorachig'i

reflekslarining buzilishi, mioz yoki midrioz, komial reflekslarining pasayishi, nistagn, qo'l oyog'dagi reflekslarning anizorefleksiyasi kuzatiladi. Vegetativ o'zgarishlarda qon bosimining ko'tarilishi, bradikardiya yoki taxikardiya, teri rangining oqarishi, nafas olishning tezlashishi hamda tana haroratining biroz ko'tarilishi kuzatiladi.

Og'ir shaklida hushning yo'qolishi bir necha soatdan bir necha haftagacha davom etadi. Bunda bradikardiya 40 marta 1 daqiqada, qon bosimining ko'tarilishi, nafas olishning tezlashishi 40–50 martagacha 1 daqiqada yoki kamayishi 8–10 marta 1 daqiqada, tana haroratining yuqori bo'lishi-gipertermiya kuzatiladi. Mahalliy miya belgilarida ko'z olmasining o'ynab turishi, nigohning bir tomonga qarab qolishi, ikki tomonlama mioz yoki midriaz, yutinishning buzilishi, mushaklar tonusining ko'payishi yoki kamayishi belgilari kuzatiladi. Bulardan tashqari pay reflekslarining yo'qolishi, parez, paralichlar bo'ladi, tonik qaltirash belgilari hamda bosh miyada suyuqlik oshib ketadi. Diensefal xilida hushning yo'qolishi bilan birga isitmaning baland bo'lishi 40–41°C gacha, bunda isitma markaziy xarakterda, nafas olish tez, yuzaki, yurak urishi tezlashgan, ipsimon bo'ladi. Kasalning umumiy ahvoli juda og'ir bo'lib, koma holatda bo'ladi.

Bosh miyaning ezilishi. Bunda bosh miyaning to'qimalari qisilib, ularda organik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Miyaga qon quyiladi. Bu qon miya pardalarida qon quyilish epidural gematoma bu qattiq miya pardasi va suyak orasida bo'ladi. Dastlab, klinik manzara bo'lmasligi mumkin. 12–36 soatdan so'ng, gematoma kattalashgandan keyin, 4–5 sm bo'lgach klinik manzara kuzatiladi. Bunda bosh og'riq, qusish, hush karaxt bo'lib, bemorni sovuq ter bosadi. Gematomalar joylashishiga qarab oldingi peshona-chakka qismida, o'rtangi peshona – tepa qismida va orqa peshona – chakka – ensa qismida hamda miya asosida bo'lishi mumkin. Umumiy miya belgilaridan tashqari mahalliy miya belgilarining barchasi kasallangan tomonda qorachiqning kengayishi (midriaz) kuzatiladi. Keyinchalik gematoma kattalashgan sayin miya to'qimalari ezilib, juda qo'pol mahalliy miya belgilari kuzatiladi. Bular gemiparez yoki gemiplegiya, shu joylarda sezgining buzilishi, anizorefleksiya, bir tomonlama midriaz (midriaz gematoma tomonda bo'ladi) kuzatiladi. Qarama-qarshi tomonda gemiparezning kuchayishiga Knapp belgisi deyiladi. Bundan tashqari, bradikardiya 40–50 marta 1 daqiqa, epipripadka, nistagn, rivojlangan gipotoniya, qon bosimining ko'tarilishi, nafas olishning buzilishi, hushning yo'qolishi, qayta qusish va ruhiyatning o'zgarishi, anizokoriya, ko'z tubida dimlanish, isitmaning baland bo'lishi 39–40°C gacha bo'ladi.

Subdural gematoma – bunda subdural bo'shliqqa qon venalardan va qontomirlardan quyiladi. Bu gematoma ba'zan kechroq 4–14 kundan keyin yuzaga keladi. Bu gematomalar bosh miya usri qismida joylashadi. Bunda umumiy miya belgilari – qusish, bosh og'riq bilan birga mahalliy miya belgilar – bemorda tutqanoq va keyinchalik gemiparez yoki gemiplegiya (bular hamma vaqt qarama-qarshi tomonda) kuzatiladi.

Subaraxnoidal – pardalar orasiga qon quyilish. Bemorlar qattiq bosh og'riq, qusish, bezovtalik, umumiy qo'zg'alish, gallutsinatsiya, yorug'likdan va shovqindan bezovta bo'ladilar. Bunda hamma meningial belgilar paydo bo'ladi. Orqa miya punksiya qilinganda suyuqlikning katta bosim bilan chiqishi, rangi qizil bo'lishi kuzatilib, shunga qarab tashxis qo'yiladi. Tashxis qo'yishda: EEG, EXO, kompyuter tomografiya va kalla suyagini ikki tomondan rentgenografiya qilish tavsiya etiladi. Bunda gipertenziya belgilari, turk egarining silliqqlanishi, barmoq izlarini rentgenografiyada ko'rishimiz mumkin. Bosh miyada qon quyilishi bo'lsa, lumbal punksiya tavsiya etiladi. Ko'z tubida bir haftada qontomirlarning kengayishi, keyinchalik dimlanishi paydo bo'ladi.

Yopiq bosh miya shikastlari hamma vaqt o'zidan asorat qoldiradi. Bular turli xil bo'ladi: shikastdan keyingi ensefalopatiya, shikastdan keyingi leptomeningit. Astenonevrotik ko'rinishdagi bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, sababsiz yig'lash, tez charchash, uyqusizlik kuzatiladi. Asab sohasini tekshirganimizda qo'llarda titrash, qo'rqish, vahima, talvasa, bezovtalik bilan birga nistagn, anizorefleksiya, ataksiya asoratlari qolishi mumkin. Yoki bosh miyada shikastdan keyingi talvasa xurujlari, gipertenzion alomatlar bo'lishi mumkin.

Davosi. Hamma vaqt bemorlar to'shakda yotishi kerak. Yengil shakllarida 10–14 kun, o'rta og'ir shaklida 3–4 hafta, og'ir shaklida 1,5–2 oy davomida to'shakda yotish tavsiya etiladi. Simptomatik davolar tavsiya etiladi. Bosh og'riqqa qarshi analgin, fenatsetan, paratsetamol, baralgin; bosh aylanishiga bellaspon, torikan, betaserk, bellataminal; qusishga qarshi aminazin, diprazin, pipolfen, galoperidol; uyqusizlikka qarshi ivadal, dimedrol, roqipnol, fenobarbital; bosh miyadagi suyuqlikni kamaytirish maqsadida siydik haydovchi dorilardan – laziks, magneziiy sulfat, diakarb, furatsemid, mannitol 1 g/kg, triampur 1/2 kuniga 2 mahal ichishga beriladi; bulardan tashqari askarbin kislota katta dozada, 40 % glukoza tomir ichiga, askarutin, kalsiy xlor 5–10 % 1 qoshiqdan uch mahal ichishga, kokarboksilaza, ATF, vitaminlar B₁, B₁₂, B₆ tavsiya etiladi. Qaltirashga qarshi benzonol, fenobarbital, finlepsin; qon ketganda vikasol, ditsinon, aminokapron kislota 5 % 100 ml har 6 soatda tomir ichiga quyish tavsiya etiladi. Bosh miyada qon aylanishini yaxshilash maqsadida eufillin 2,4 % 5–10 ml dan tomir ichiga, kavinton, trental, semion, agapurin, stugeron 0,025 g 1/2 tabletka dan kuniga 2–3 marta ichishga beriladi. Keyingi vaqtlarda oksibral, aktovegin 2,0 va 5,0 ml dan mushak orasiga. Kasallikning hamma shakllarida nootropil 0,2 g dan kuniga 3 mahal, aminalon, glutamin kislota 2–3 haftadan 2–6 oygacha beriladi. Og'ir hollarda piratsetanni 20 % 20–30 ml gacha, serebrolizimni 10,0 ml dan natriy xlor 250,0 ml ga qo'shib tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Ruhiyat buzilishida trankvilizatorlar, neyroleptiklar, barbituratlar, og'ir shakllarida gommonlar beriladi. Zotiljam bo'lmasligi uchun antibiotiklar qo'llaniladi. Kasallikning 8–10 kundan boshlab aloe, FiBS, shishasimon tana, lidaza

beriladi. Bosh miya jarohatlarining asoratlariga natriy brom, gumizol, kofein, amitriptilin, sonapaks, frenalon, bioxinol, serebrolizin, nootropil, aminalon, glutamin kislota va fizioterapevtik muolajalar, elektroforez 3 % kaliy yodid, 4 % mumiyo eritmasi bilan ensa sohasiga buyuriladi. Uqalash, davo mashqlari hamda iglorefleksoterapiya muolajalari tavsiya etiladi.

Orqa miya shikastlari

Orqa miya shikastlari ham ochiq va yopiq shikastlarga bo'linadi. Yopiq orqa miya shikastlarida yot jism orqa miyani jarohatlash bilan birga orqa miya kanaliga kirmaydi. Ochiq orqa miya shikastlarida esa orqa miyani hamda orqa miya kanali ichini bir vaqtning o'zida jarohatlaydi. Orqa miya shikastlari 3 turga bo'linadi.

Orqa miya chayqalishi. Bunda orqa miya moddasi bilan orqa miya pardalarida shish bo'lib, asosan, kulrang moddasining ayrim joylariga mayda-mayda qon quyilish bo'ladi. Jarohatlangandan so'ng bemorning oyoqlari darmonsizlanib, harakat kamayadi, kuchsizlanadi. Orqa miya chayqalishining og'ir hollarida, qaysi joy jarohatlanishiga qarab, tetraplegiya yoki paraplegiya paydo bo'ladi. Qisqa muddatda siydik tutilib, tizza va Axill reflekslari yo'qoladi, sezuvchanlik unchalik buzilmaydi.

Orqa miya lat yeyishi. Bunda orqa miyaning ayrim qismlari nekrozga uchrashi, yumshab qolishi va qon quyilishi kuzatiladi. Ularning oqibatida orqa miya o'z vazifasini bajarmaydi, natijada, falajlik paydo bo'ladi. Sezuvchanlik va chanoq a'zolarining ishi buziladi. Kasallik asta-sekinlik bilan tuzala boshlaganida orqa miyada organik zararlanishga xos belgilar paydo bo'ladi. Bunda mushaklar tonusi, pay reflekslarining baland bo'lishi bilan birga patologik reflekslari ham paydo bo'ladi. Orqa miyaning o'z tomirlaridan qon quyilishi – *gematomiyeliya*, pardalar tomirlaridan qon quyilishi – *gematoraxis* deb ataladi.

Gematomiyeliya orqa miyaning markaziy kanal va shox sohasining kulrang moddasida bo'ladi. Bunda orqa miyaning zararlanganligiga xos belgilar birdan paydo bo'lib, keyinchalik yo'qolib ketishi mumkin. Orqa miyaning oldingi shoxiga o'tish natijasida parez va plegiyaga olib keladi. Dissotsiyalashgan tipdagi sezuvchanlik buzilgan bo'ladi, ya'ni chuqur sezuvchanlik bilan taktil sezuvchanlik saqlanib, og'riq va harorat sezuvchanligi buzilgan bo'ladi. Gematoraxisda qon qattiq miya pardasidan ichkariga (subdural va subaraxnoidal) va tashqariga (epidural) qon quyilishlar kuzatiladi. Gematoraxis jarohatlangan vaqtdan boshlab, klinik manzaralar paydo bo'lguncha oradan bilinmay turadigan vaqt (kasallikning yashirin davri) o'tishi xarakterlidir. Bu vaqt bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Subaraxnoidal qon quyilishida miya pardasining ta'sirlanishiga xos belgilar (ensa mushagining tarangligi, Kernig, Brudzinskiy belgilari) kuzatiladi. Umurtqa pog'onasi singanida umurtqa chiqib ketadi, natijada, orqa miya uzilib ketadi. Bunda jarohatlangan joydan pastda falajlik,

to'la anesteziya, terida dag'al trofik o'zgarishlar (yotoq yaralar, oyoq-qo'llarda shishlar) paydo bo'ladi, siydikning tutilib qolishi xarakterlidir. Buning natijasida bemorda piyelonefrit, urosepsis belgilari kuzatiladi. Orqa miya bir tomondan bosilib qolganda Broun-Sekar alomati paydo bo'ladi. Bu orqa miya ko'ndalang kesimining yarmi zararlanganda kuzatiladi. Natijada, zararlangan tomonda parez yoki paralich bilan birga chuqur sezgining buzilishi, qarara-qarshi tomonda esa og'riq va harorat sezgisining buzilishi kuzatiladi. Orqa miya jarohatlanganda bemorning umurtqa pog'onasini rengenografiya qilish zarur. Bundan tashqari, orqa miyani lyumbal punksiya qilib, orqa miya suyuqligini tekshirib turish kerak.

Davosi. Birinchidan, umurtqa pog'onasini qimirlatmaydigan qilib quyish (immobilizatsiya) zarur. Bemorni taxta yoki usti qattiq zambilda qorni bilan yoki chalqancha yotgan holatda shifoxonaga olib kelish kerak. Jarrohlik usuli bilan davolash bilan birgalikda og'riq qoldiruvchi analgin, promedol dorilar qo'llaniladi. Yallig'lanishga qarshi dorilar, antibiotiklar, siydik haydovchi, qon to'xtatuvchi dorilar va desensibilaydigan dorilar qo'llaniladi. Agar bemorning siydigi tutilib qolsa, kuniga 3-4 mahal qovuqqa kateter solib, kerak bo'lsa doimiy qo'yib qo'yiladi. Ich qotib qolganda tozalovchi huqna qilinadi, yotoq yaralar paydo bo'lganida Vishnevskiy malhami va baliq moylari bog'lanadi. Tiklanish davrlarida esa fizioterapiya muolajalari bilan birgalikda vitaminlar, prozerin, lidaza qo'llaniladi. Shifoxonadan chiqqanidan keyin sog'lomlashtirish oromgohlarida davolash tavsiya etiladi.

Parvarish qilish. Qat'iy to'shak tartibini ta'minlash, og'iz bo'shlig'ini kuniga bir necha marta tozalab turish shart. Chunki ko'p so'lak og'iz bo'shlig'iga yig'ilib qoladi, bu esa nafas yo'llariga tiqilib qolishi mumkin. Siydik tutilib qolsa kateter solish yoki siydikni ushlab turolmasa, siydikdon qo'yish kerak. Bemor bezovta bo'lsa, tinchlantiruvchi dorilar beriladi. Hushiga kelgan bemorlarni ovqatlantirish, agar hushida bo'lmasa zond orqali ovqatlantirish kerak. Uzoq yotgan bemorlarda yotoq yaralari paydo bo'lmasligi uchun kamfora spirti surtish, uqalash lozim.

Nazorat savollari

1. Bosh miya chayqalishi va lat eyishi bir-biridan qanday farq qiladi?
2. Retrograd amneziya nima?
3. Bosh miya jarohatlarining asoratlarini aytib bering.
4. Bemorda jarohatdan keyin tetraplegiya, siydik tutilib qolish belgilari bo'lgan. Zararlangan joy qayerda?

Asab tizimining irsiy-degenerativ va zo'rayib boradigan kasalliklari

Zo'rayib boradigan mushaklar distrofiyasi. Psevdogipertrofik. Dushen turi. Bu kasallik birinchi bo'lib, 1868-yil fransuz nevropatologi Dushen tomonidan ko'rsatib o'tilgan. Kasallik irsiy-degenerativ bo'lib, miopatiyalar guruhiga kiradi. U fermentlar faoliyatining (asosan, uglevodlar almashinuvi)

buzilishi natijasida paydo bo'lib, tanadagi mushaklarning zararlanishiga olib keladi. Bu qo'l va oyoqlarning proksimal qismlarida mushaklarning simmetrik atrofiyalanishi bilan kechadi. Kasallikning birinchi belgilari 2–5 yoshdan boshlanib, unda chanoq va oyoqlarning yuqori mushaklarida toliqish, tez charchab qolish belgilari paydo bo'ladi. Mushaklar atrofiyalanib, mushak tolalari o'miga yog' to'qimasi rivojlanadi, natijada, soxta gipertrofiya paydo bo'ladi. Bemorning yurishi o'zgarib, yurish vaqtida gavgani ikki yon tomonga tashlab «o'rdak yurish»ga o'xshab yuradi. Kasallik asta-sekin rivojlanib boradi, yelka va chanoq mushaklarning atrofiyalanishi, boldir mushaklari kattalashib, qattiqlashib qoladi. Natijada, boldir mushaklarida psevdogipertrofiya paydo bo'lib, bemorlarning zinadan chiqishi qiyinlashib qoladi. Pay va Axill reflekslari asta-sekin yo'qola boshlaydi. Sezgi sohasida o'zgarishlar bo'lmaydi. Bemor o'tirgan holda birovning yordami bilan yoki yonidagi biror narsaga osilib, qo'llarini tizzasiga qo'yib tik tura oladi. Og'ir hollarda yotgan bemorning joyidan turishi qiyin bo'lib qoladi. Bunda, asosan, o'midan turish uchun bemor ag'darilib, qo'llariga tayanib, tizzalarini qo'llari bilan ushlab, oyog'ini yerga bosib to'g'irlab tik holatga keladi. Bunga «narvon belgisi» deyiladi. Bu kasallik nasldan-naslga X-xromosomal tipida retsessiv yo'li bilan o'tadi. Ko'proq o'g'il bolalar kasallanadi. Kasallik rivojlangan sari bemorning aqli zaifligi ham kuchayib boradi. Bulardan tashqari suyak – bo'g'im, qontomir va neyroendokrin tizimida ham o'zgarishlar bo'ladi. Umurtqa pog'onasining bel qismida giperlordoz kuzatiladi. Bemor 14–15 yoshga borib, umuman harakat qilmay qo'yadi (24-rasm.).

Zo'rayib boradigan mushaklar distrofiyasining yuvenil Erba-Rot turi.

Bu kasallik birinchi bo'lib, nemis olimi 1882-yilda Erba va 1890-yilda rus olimi Rot tomonidan bayon etilgan. Kasallik o'smirlik yoshida (14–15 yosh) boshlanib, autosom-retsessiv turda, ota-onadan bittadan gen bo'lganda o'tadi. Kasallik asta-sekin rivojlanib, chanoq va oyoqlarning proksimal qismlaridagi mushaklarning atrofiyalanishi yuz beradi. Bemor tez charchab qoladi va quvvatsizlik paydo bo'ladi, o'rdak yurishiga o'xshab yuradi. Bel va qorin mushaklarida atrofiya boshlanib, natijada, umurtqa pog'onasida qiyshayish, qanotsimon kuraklar hosil bo'ladi. Pay reflekslari yo'qoladi.

Yelka-ko'krak-yuz turi. 1884-yilda fransuz olimlari Landuzi va Dejerin kasallik belgilarini bayon etgan. Kasallik autosom-dominant turida nasldan-naslga o'tadi. 20–25 yoshdan boshlab kasallik belgilari paydo bo'ladi. Bunda mushaklar quvvatsizlanib, atrofiya avval yuz mushaklarida, keyinchalik yelka, ko'krak mushaklarida boshlanadi. Bemorning yuzida harakatlar kamayib, peshona silliqlashadi va ko'z to'liq yumilmaydi, lablar qalinlashib ketadi. Yelka mushaklarida psevdogipertrofiya paydo bo'ladi, pay refleksiyasi susayadi, aqli saqlangan bo'ladi.

Davosi. Mushaklardagi uglevod almashuvini, oziqlanishini yaxshilash uchun retabolil, neyrobolil, piratsetam, ATF, vitamin E, kokarboksilaza, glutamin kislota, metionin, askorbin kislota, vitaminlar B₁ B₆ B₁₂ buyuriladi. Asab-mushak o'tkazuvchanligini yaxshilash uchun prozerin, galantamin,

oksazil, dibazol, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlash va kapillarda qon aylanishini yaxshilash uchun trental, teonikal, nikotin kislotasi tavsiya etiladi. Fizioterapiya va uqalash muolajalari buyuriladi. Organizm quvvatini oshiruvchi dorilardan pantokrin, eleutorokok, elektroforez, 4 % mumiyo bilan birga uqalash va shifobaxsh badantarbiya mashqlarini bajarish tavsiya etiladi. Parhez ovqatlar va vitaminlarga boy bo'lgan ovqatlarni kuchaytirish, tarkibida yog' va uglevodlar bo'lgan ovqatlarni chegaralash lozim.

Neyrogen mushaklar distrofiyasi

Verning-Goffman spinal amiotrofiyasi. Bu kasallikni nemis olimlari 1891-yil Verning va 1893-yil Goffman ta'riflab bergan. Kasallikda orqa miyaning oldingi shoxlaridagi hujayralarda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi. Bu juda og'ir asab-mushak kasalligi bo'lib, bolaning homiladorlik davrida yoki bir yoshidan boshlab kasallik belgilari boshlanadi. Kasallik autosom-retsessiv yo'li bilan nasldan-naslga o'tadi. Ona qornida homila harakatlarning susayishi yoki bola tug'ilgandan keyin mushaklar tonusining pasayishi, mushaklar kuchi kamayishi, toliqish belgilari paydo bo'ladi. Bu toliqish ko'proq qo'l va oyoq mushaklarining proksimal qismlarida bo'ladi. Pay reflekslari pasaygan, chaqaloq past ovozda yig'laydi, yemish va yutinish reflekslari susaygan, yuz mushaklarida harakat kam bo'ladi. Bemorning tilida fibrillar qaltirash, yurakning tez urushi, boshni kech tutishi, umurtqa pog'onasi qiyshayishi, ko'krak qafasining shakli o'zgarishi mumkin. Bular kasallikning tug'ma turida uchraydi. Erta boshlangan turida esa dastlabki belgilar bolaning olti oylik yoki bir yarim yoshidan keyin paydo bo'ladi. Bola vaqtida boshini tutadi, o'tirib turadi. Lekin ba'zi kasalliklardan so'ng bolada parezlar avval oyoqlardan boshlanib, keyin tana va qo'l mushaklariga tez tarqaladi. Mushaklar tonusi va pay reflekslari susayib boradi va yo'qoladi. Natijada, mushaklar atrofiyalanib, fibrillar qaltirash kuzatiladi. Kasallikning kech davri uch yoshdan keyin boshlanadi. Shu vaqtgacha bola sog'lom bo'lib o'sadi, harakatlari yaxshi saqlangan bo'ladi. Kasallik asta-sekin boshlanib, yurishi o'zgaradi, tez-tez yiqilib turadi, oyoqlarini tizzadan ko'tarib bosadi. Falaj oyoqning proksimal qismlarida boshlanadi, sekinlik bilan qo'l va tana mushaklariga o'tadi. Bunda mushaklarda fassikular va fibrillar qaltirashlar bo'ladi. Pay reflekslari yo'qoladi. Bemor 12 yoshga borib umuman yurmay qo'yadi.

Davosi. Asab to'qimalarini oziqlantiruvchi dorilar – serebrolizin, aminalon, ensefabol, retabolil, ATF, vitaminlar, fizioterapevtik muolajalar, uqalash va badantarbiya mashqlari tavsiya etiladi.

Tomson miotoniyasi. Bu kasallik dastlab ingliz snifokori Tomson tomonidan 1876-yilda ta'riflangan bo'lib, sezilarli oilaviy va irsiy xarakterga egadir. Asosiy belgilari: harakatlarning izdan chiqishi. Mushaklar zo'r berib qisqarganida keyin bo'shashuv qiyinlashib qoladi. Odanning musht qilib tugilgan barmoqlari yozilmaydi. Takroriy harakatlar erkinroq bajariladi.

Mushaklar tizimi yaxshi rivojlangan, ammo ularning kuchi birmuncha pasaygan bo'ladi. Bemor asab tizimini tekshirish o'tkazib ko'rilganda qanday bo'lmasin biror kasallik o'chog'i topilmaydi. Mushaklarda qo'zg'aluvchanlikning kuchayib ketishi xarakterli belgidir; bolg'acha bilan urib ko'rilganda o'rni ancha vaqtgacha chuqurcha yoki ko'tarilib turgan mushaklar qoladi, tizza refleksi yuzaga keltirib ko'rilganida refleks yo'qolib ketganidan keyin ham boldir yozilgancha qolaveradi. Miotoniya taraqqiyotida ionlar bilan mediatorlar almashinuvining izdan chiqishi ahamiyatga ega, mushaklarda asetilxolin bilan kaliy ionlarining miqdori ko'payib ketgan, xolinesteraza faolligi susayib ketadi. Bu kasallik autosom-dominant tipda nasldan-naslga o'tadi.

Davosi. Tomson miotoniyasining yengil va o'rtacha og'ir shakllarida davoning hojati yo'q. Odam sovuq qotishi va jismonan zo'riqishdan o'zini ehtiyot qilishi kerak. Kasallikning og'ir shakllarida kalta-kurs (5-10 kungacha, kuniga 2-4 mahal xinin ichib yurish buyuriladi (har bir kursdan keyin oradan 5 kundan tanaffus qilib boriladi). Kalsiy xlorid yoki kalsiy glukonat 10 % 10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Retabonil 5 %-1,0 ml.m/o. hor 5 kunda jami 5 marta yuboriladi.

Miasteniya. Kasallik, asosan, 20-30 yoshda uchraydi, mushaklarda tez-tez charchash bo'lib turadi. Kasallikni zararlaydigan joyi ko'ndalang targ'il mushaklardir. Miasteniya asab-mushaklar kasalligi bo'lib, asosiy belgi mushaklar zaifligi va ularning kasallik natijasida charchaydigan bo'lib qolishidir. Takroriy harakatlarda mushaklar zaifligi keskin kuchayib, ba'zan falaj darajasigacha borib yetadi. Odam dam olganidan keyin yana harakat qila oladi. Miasteniya bilan og'rikan kasallarda asabdan mushakka impuls o'tkazib berish uchun zarur bo'lgan asetilxolinni tez parchalab yuboradigan xolinesteraza ferment ko'payib ketadi.

Miasteniyaning har xil shakllari kuzatiladi, chaynash, yutish, nutq izdan chiqishi bilan o'tadigan bulbar shakli: narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi, g'ilaylik, qovoqlarning yumilib qolishi (ptozi) singari ko'zga aloqador kamchiliklar bilan o'tadigan ko'z shakli; ko'krak qafasi va qorin mushaklarining zaifligi bilan o'tadigan spinal shakli shular jumlasidandir. Bu kasallikning kelib chiqishi yetarlicha o'rganilgan emas. Ko'pchilik hollarda (60 % yaqin kasalliklarda) ayrisimon bezda o'sma yoki giperplaziya ko'rinishidagi o'zgarishlar topiladi. Gripp, boshqa yuqumli kasalliklardan hamda turli zaharlanishlardan keyin bemorlarning ahvoli og'irlashib qoladi. Miasteniya uchun prozerin bilan o'tkaziladigan sinamaning musbat bo'lib chiqishi xarakterlidir: 1,5-2 ml 0,05 % prozerin eritmasi teri ostiga yuborilib, so'ngra (20-40 daqiqa o'tkazib turib) 0,5 ml 0,1 % atropin eritmasi inyeksiya qilinganidan keyin kasallikning barcha belgilari sezilarli darajada kamayib qoladi, ba'zida esa butunlay yo'qolib ketadi; 2-3 soat o'tganidan keyin kasallik belgilari yana qaytalanadi.

Davosi. Kasallik kelib chiqishiga qarab xolinesterazani parchalaydigan dorilar beriladi; ovqatdan 30 daqiqa oldin 0,015 g dan kuniga 3 mahal

prozerin ichiriladi yoki 0,05 % eritmasi 1,0 ml teri ostiga inyeksiya qilinadi (prozerin ayniqsa, inyeksiya qilib yuboriladigan bo'lsa, ancha tez – 15–20 daqiqadan keyin foyda beradi, lekin ta'siri uzoq cho'zilmaydi, ko'pi bilan 2–3 soat davom etadi), 0,06 g dan kuniga 3–4 mahal mestinon (kalimin) tabletkalari, ovqatdan bir soat oldin 0,01 g dan kuniga 3–4 mahal oksazil berib turiladi (okszalil ichilganida 1–2 soatdan keyin ta'sir qiladi, ta'siri uzoq davom etadi). Antixolinesteraz vositalar bilan qilinadigan davo kaliy dorilar va 0,025–0,5 g dan kuniga 2–3 mahal veroshperon berib turish bilan birga davom ettirib boriladi. Katta dozadagi gormonal dorilar bilan ham davolanadi (40–80 ml dan kunora prednizolon berib turiladi). Ayrisimon bezda giperplaziya yoki o'sma bo'lsa, jarrohlik usuli qo'llaniladi, ayrisimon bez olib tashlanadi yoki ayrisimon bez sohasiga rentgenoterapiya buyuriladi.

Siringomiyeliya. Bu kasallik orqa miya, kulrang moddasining o'rtasida bo'shliqlar hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Neyroqliya o'sib ketib, keyin uning yemirilishi natijasida shunday bo'shliqlar yuzaga keladi. Bunday bo'shliqlar ko'pincha orqa miyaning bo'yin va ko'krak bo'limlarida joylashgan bo'ladi. Bo'shliq orqa miyaning kulrang moddasini yemirib, orqa miya markaziy kanalining oldidan o'tib boradigan (oldingi bitishma sohasida) og'riq va harorat sezgilarini o'tkazuvchi yo'llarni zararlantiradi. Shu segmentlar davomiga to'g'ri keladigan mushaklarda atrofiya boshlangan hollarda bo'g'imlar o'zgarib qolishi – artropatiyalar ro'y berishi mumkin.

Klinik manzarasi. Taktil sezuvchanlik saqlanib qolgani holda ko'pincha og'riq va harorat sezuvchanligi buziladi, bunga *sezuvchanlikning dissotsiyalashgan buzilishi* deb aytiladi. Qo'llar, oyoqlar va gawda terisi sezuvchanligining buzilishi orqa miyaning qaysi bo'limi zararlanganiga bog'liq va segmentar xarakterga ega bo'ladi. Bemorlar og'riqni ham, yuqori haroratni ham sezishmaydi. Bu ko'pincha badanning qattiq kuyib qolishiga olib keladi. Bemorlar tekshirib ko'rilganda badanning oldin kuyib qolgan izlarini ko'rish mumkin. Bo'shliq orqa miya oldingi shoxlarini yemirib yuborgan bo'lsa, qo'l mushaklari zaiflashib, atrofiyaga uchrab qoladi. Bundan tashqari, siringomiyeliyada ko'pincha vegetativ-trofik o'zgarishlar kuzatiladi: sezuvchanligi o'zgaragan joylarning terisi dag'al bo'lib, ko'karib qoladi, quruq bo'lib turadi. Bunday joylarda absesslar paydo bo'lishi mumkin. Terida uncha katta bo'lmagan dog'lar bo'lsa-da, tez bitavemaydigan yaralar paydo bo'ladi.

Umurtqa pog'onasi ko'zdan kechirilib ko'rilganida orqa miya yon shoxlarining zararlaniishi munosabati bilan umurtqa pog'onasi shaklining o'zgarib qolganligi (kifoz, skolioz singari deformatsiyasi) topiladi. Kasallikning o'tishi surunkali bo'lib, uzoq cho'ziladi. Kasallik asta-sekin uzunchoq miyaga tarqalganida (siringobulbiya) bosh miya asablarning yadrolari zararlantiradi.

Davosi. Rentgenoterapiya qo'llanilsa, ba'zan bo'shliqning yana ham kattalashuvini to'xtatib qo'yish mumkin bo'ladi. Davoning bu turi kasallik endi boshlanib kelayotganda yaxshi naf beradi. Umuman quvvatga kirgizadigan davo, fizioterapiya, uqalash, shifobaxsh badantarbiya, umurtqa

pog'onasiga UVCH berib davolash, vodorod sulfidli va radonli vannalar o'rinlidir; prozerin, dibazol, vitaminlar B₁, riboflavin berish, askorbin kislotaga qo'shilgan glukozani tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi. Og'riq turganida diklofenak, analgin, baralgin buyuriladi. Harorat va og'riq sezuvchanligi buzilganligi tufayli bemorlarni parvarish qilishda, shuningdek, ularga suv bilan davolash hamda boshqa muolajalarni buyurishda badanlarining kuyib qolishi va boshqa biror tarzda shikastlanishi mumkinligini esda tutish zarur. Bemorlar og'ir jismoniy ish, ochiq olov, suyuqlangan metall buyumlar bilan ishlash va boshqalardan ozod etilishiga muhtoj bo'lishadi.

Yonlama amiotrofik skleroz. Bu kasallikda orga miyaning yon ustunlari, kulrang moddasining oldingi shoxlari (aksari bo'yin bo'limi) va boshqa miya ustunida joylashgan ba'zi (V–VII–IX–X–XI–XII juft) bosh miya nervlarining yadrolari zararlanadi. Yon shoxlarining atrofiyaga uchragan joylarida glioz to'qima o'sib ketadi.

Klinik manzarasi. Bemorning qo'llarida ilvillagan, atrofik falajlar paydo bo'lib, pay reflekslari bilan periostal reflekslari kuchayib ketadi, oyoqlar spastik parez yoki falajga uchraydi, mushaklar fibrillar tortishib turadi, shuningdek, bulbar tuzilmalarning zararlanishiga aloqador o'zgarishlar bo'ladi: nutqning qiyinlashib qolishi, yutishning buzilishi, qalqib ketish, ovqatning nafas yo'llariga tushib qolishi, mangalanib gapirish shular jumlasidandir. Kasallik sekinlik bilan o'tib, o'rta hisobda 3–4 yil davom etadi va o'lim bilan tugallanadi. Kasallik sababi uzil-kesil aniqlangan emas.

Davosi. Dorilardan prozerin, ATF, vitaminlar B₁, B₆, B₁₂, E, retabolil, aktovegin inyeksiyalari buyuriladi. Bemorlarni sinchiklab parvarish qilib borish, ugalash, vanna qabul qilish tavsiya etiladi. Qo'llari juda damonsiz bo'lganligidan ko'pincha ovqatni o'zlari yeya olmaydilar. Bulbar tuzilmalarining zararlanishiga aloqador o'zgarishlari bo'lganda ularni ehtiyotlik bilan ovqatlantirish kerak. Ovqatni oz-ozdan va shoshmasdan berib turish lozim, chunki bemor salga qalqib ketib, ovqat nafas yo'lga tushib qolishi mumkin.

Gentington xoreyasi (irsiy xoreya). Gentington xoreyasi autosom-dominant tipda nasldan – naslga o'tadi. Kasallik bir necha oila a'zolarida uchrashi mumkin. Erkaklar bilan ayollar bir xilda kasallanadi. Gentington xoreyasi zo'rayib boradigan surunkali kasallik bo'lib, karakterli belgilari xoreosimon giperkinez va zo'rayib boradigan aql pastlikdir. Bu kasallik nasldan-naslga o'tadigan bo'ladi va bitta oila turli bo'g'imlarida uchraydi. Gentington xoreyasida oqsillar almashinuvi (beta va gamma-globulin fraksiyalari o'zgaradi) va ba'zi mikro elementlar (mis va temir) almashinuvi buziladi va bosh miya yarim sharlari peshona-chakka bo'limlaridagi ganglioz hujayralar halok bo'ladi. Bu kasallik odam voyaga yetgan davrida, ko'pincha, 30–40 yoshdan boshlanadi. Odatda, avval giperkinez, undan keyin aql pastlik boshlanadi, Gentington xoreyasi kamdan kam uchraydigan kasallik bo'lib, kasallik 100 000 aholi orasida 3–5 kishida uchraydi. Birinchi navbatda xoreosimon giperkinezda-qo'llar, oyoqlar, bosh, yuz, til

mushakklarining ixtiyorsiz ravishda tez-tez harakat qilib turishi diqqatni o'ziga jalb qiladi. Bemorlar aftini burishtiradi, yurganida gandaraklab, lapanglab yurib, qo'llarini keng yozib harakat qiladi. Ularning nutqi qiyinlashib qolgan bo'ladi, bemorlar gapirganida ortiqcha tovushlar chiqaradi. Ixtiyorsiz harakatlarini kasallar irodaga zo'r berib, vaqtincha bosib turishi, mustaqil holda yurishi, o'zini uddalashi, ovqatlana olishi, kiyinishi mumkin. Hayajonlanishi vaqtida ixtiyorsiz harakatlar zo'rayadi, uyqu mahalida to'xtab qoladi. Bemorlarda mushaklar tonusi bir qadar pasayadi, pay reflekslari o'rtacha zo'rayadi. Gentington xoreyasi uchun ruhiy faoliyatning sezilarli darajada buzilishi xarakterlidir. Odanning xotirasi diqqatni adashtiradi, kun yoki oy nomlarini arang eslaydi, oddiy arifmetika vazifalarini qo'pol xatolar bilan bajaradi, matal va maqollarning ma'nosini tushunmaydi. Bilimlar hajmi kichik, o'y-fikrlari ko'p bo'ladi. Odam o'zining ahvoriga tanqidiy ko'z bilan qaramay qoladi. Shu bilan bir vaqtda bemorlar salga tajang, serzarda bo'ladi.

Davosi. Seduksen yoki elenium bilan birgalikda triftazin yoki stellazin hamda rezepin, dopegit, galoperidol qo'llaniladi.

Gepatoserebral distrofiyasi (Wilson-Konovalov kasalligi). Gepatoserebral distrofiya zo'rayib boradigan og'ir kasallik bo'lib, unda jigar zararlanishi bilan bir qatorda markaziy asab tizimi, asosan, po'stloq osti tugunlari ham zararlanadi. Bu kasallikka, asosan, oqsillar almashinuvining buzilishi, qon zardobining tarkibida mis bo'ladigan oqsil-seruloplazmin sintezning yetishmasligi sabab bo'ladi (seruloplazmin misni biriktirib olib, organizmdan chiqarib turadi). Mana shu narsa qonda seruloplazmin bilan birikmagan mis miqdori ko'payib ketishiga, uning jigar, miyada, ko'zning shox pardasida, buyrak, taloqlarda ortiqcha to'planib qolishiga olib keladi. Misning organizmda to'planib qolishi hujayralar hayot faoliyatini izdan chiqaradi. Bu kasallik 10–15 yoshdan boshlanadi, mushaklar tonusining kuchayib borishi, qo'l-oyoqlar, boshning titrab turishi, dizartriya bilan xarakterlanadi. Ruhiy faoliyat buziladi: xulq-atvor, diqqat-e'tibor susayib ketadi, kasal to'satdan qahru g'azabga kiradigan, vahimaga tushadigan bo'lib qoladi, uzoq davm etadigan eyforiya yoki depressiyalar bo'lib turadi. Jigaming kattalashib, bezillab turgani ma'lum bo'ladi, jigar yetishmovchiligiga xos belgilar topiladi. Ko'z shox pardalarining chekkalarida tarkibida mis bo'ladigan tillarang-yashil yoki yashilnamo-jigarrang pigment to'planadi, *Krayzer-Fleysher halqasi* deb shunga aytiladi. Siydikda mis miqdori ko'paygan bo'ladi. Bu kasallikning autosom-retsessiv xili nasldan-naslga o'tadi (kasalning ota-onasi sog'lom, lekin bittadan mutant geni bo'ladi).

Davosi. Misni biriktirib oladigan va uning organizmdan chiqqib ketishini yengillashtiradigan dorilar qo'llaniladi. Mushaklar orasiga yuborish uchun unitiol buyuriladi (5 % eritmasi kunora 5,0 ml dan, davo kursi mobaynida 15 ta inyeksiya qilinadi, 1 oydan keyin davo kursi takrorlanadi). Penitsillamin yaxshi naf beradigan davo vositasidir (kuniga 0,45–2 g miqdorida, ovqatdan keyin 0,15 g ichiriladi). Dori miqdorini asta-sekin

oshirib boriladi. Penitsillaminni butun umr bo'yi muntazam ichib turish zarur. Penitsillamin bilan davolashda ko'pchilik kasallarda asab sohsidagi o'zgarishlar kamayadi yoki butunlay yo'qolib ketadi.

Chaqaloqlarda asab tizimi kasalliklari

Chaqaloqlarda asab tizimi kasalliklari bolaning ona qomida rivojlanish davrida, tug'ilish jarayonida bosh miyasida o'zgarishlar bo'ladi. Bular bolani bosh miya falajligi, oligofreniya, mikrosefaliya, epilepsiya kasalligiga olib keladi. Chaqaloqni tekshirganda uning umumiy ahvoriga e'tibor berish kerak. Hushida bo'lmasa, bola ko'zini yumib, ingrab yotadi. Ahvoli og'ir bo'lsa ko'ruv, eshituv, taktil ta'sirlarga javob bermaydi. Bunda tana mushaklari tonusi pasaygan, reflekslar susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda mushaklar tonusi baland bo'ladi. Bola qo'llari bilan oyoqlarini tanasiga tortib, boshini orqaga egib yotadi. Bolaning katta liqildog'i odatda kattalashgan, biroz tarang bo'ladi. Boshda gipertenziya belgilari bo'lsa, choklar ochilgan bo'ladi, bola chinqirab, boshini orqaga qaratib tirishadi. Engan sutini qaytarib tashlaydi, klonik-tonik talvasa xurujlari bo'ladi. Grefe belgisi-bosh harakatlari vaqtida ustki qovoq, ko'z qorachiqclarini bekitib turmaydi (25-rasm.).

Chaqaloqlar birinchi yilida bo'ladigan tug'ma reflekslar: 1. Oral reflekslar so'rish, qidirish, og'iz-bosh reflekslaridan iborat: a) So'rish refleksi yo'qligi yoki zaifligi bosh miyaning qattiq jarohatlanishini ko'rsatadi; b) qidirish refleksni tekshirish uchun bolaning pastki labining tashqi burchagiga qo'l tekkizilganda uning lablari ta'sir berilayotgan tomonga qarab cho'ziladi. Bemor bolada bu reflekslar zaiflashadi; v) qo'l kaftlarining terisi ta'sirlan-ganda chaqaloqning lablari bilan boshi ta'sirlanayotgan kaft tomonga qarab cho'ziladi (boshi biroz oldinga egiladi). Oral reflekslarining zaiflashuvi miya ustuni zararlanganidan darak beradi. Shu bilan birga oral reflekslarining faol bo'lishi bolaning ikki yoshida, sog'lom bolada bu refleks yo'qolib ketadigan davrda, ular yorqin namoyon bo'ladi. Bu esa bosh miya yarim sharlarining jarohatlanishini bildiradi. 2. Himoya refleksi (Robinson refleksi): bola qorni bilan yotqizib qo'yiladi, nafas olish uchun boshini buradi. Bosh miya jarohatlangan bo'lsa, bu refleks susaygan yoki yo'qolgan bo'ladi. 3. Emaklash refleksi: qorni bilan yotqizib qo'yilgan bolani oyoq kaftlariga bosib ko'rilsa, u emaklashga harakat qiladi. Agar miya kasallangan bo'lsa, bu refleks zaif bo'ladi yoki bo'lmaydi. 4. Chaqaloqning tayanish refleksi: bolani qo'ltiqlari tagidan ushlab turilsa, tayanib oladi. Bolaning dastlabki 3 oyida sog'lom bolalar oyoq'ining kaftiga tayanib turadi. 3-4 oylik davrida qisqa muddat oyoq uchlariga tayanib turadi. Agar asab tizimi zararlangan bo'lsa, bola oyoqlarini bukib, tutib turilgan qo'llarga osilib oladi yoki 4-5 oylik davrida oyoqlar uchiga tayanadi. Oyoq mushaklari, sonning yozuvchi mushaklarida tonus oshgan bo'ladi, oyoqlarini chalishtirib oladi. 5. Chaqaloqlarning qadam qo'yish harakatlari: Bolani qo'ltiqlaridan ushlab

oldinga harakatlantirilsa, u qadam tashlash harakatlarini qila boshlaydi. Bu harakatlarni orqa miya nazorat qiladi. 6. Kaft-og'iz refleksi (Babkin refleksi): chaqaloq kaftni barmoq bilan bosganda chaqaloq og'zini ochadi va boshini biroz oldinga egadi. Bu refleks 2 oydan keyin yo'qoladi. 7. Ushlash refleksi: bolaning kaftiga barmoqni yoki biron narsani bosganda darrov mahkam ushlay oladi va uni qo'yib yubormaydi. Qo'l panjasining mushaklari kuchsiz bo'lsa (parez), u narsani ushlab olmaydi yoki butunlay ushlaymaydi. Bu refleks 3-4 oygacha davom etadi. 8. Perez refleksi: chaqaloqni yuzini pastga qilib yotqiziladi va ko'rsatkich barmoq bilan dumg'aza umurtqa pog'onasidan bo'yin umurtqa pog'onasigacha silansa, chaqaloq chinqirab, boshini ko'tarib harakat qiladi, tanasi va qo'l-oyoqlarini bukadi. Agar bu refleks bo'lmasa yoki sust bo'lsa, bosh miyada qon quyilish alomatlari borligidan darak beradi. Bu refleks 3-4 oygacha davom etadi. 9. Moro refleksi: chaqaloq yotgan holatda uning bosh qismidan 15 sm uzoqda qattiq urilganda u qo'l va oyoqlarini yozadi - birinchi faza, bir necha daqiqadan so'ng oldingi holatga qaytadi, bu ikkinchi faza. Agar chaqaloq qo'l-oyoqlarini yozib, o'z holiga kelishi sekin bo'lsa yoki butunlay bo'lmasa, chaqaloqning bosh miyasiga qon quyilish alomatlaridan biri gemiparez bo'ladi. Bu refleks 4-5 oygacha davom etadi. 10. Galant refleksi: chaqaloqning umurtqa pog'onasi yuzasi bo'yicha silansa, u ta'sir qilgan tomonga egiladi, qo'l va oyoqlar bo'g'imlardan yozila boshlaydi. Bu refleks 3-4 oygacha davom etadi. 11. Bauer refleksi: chaqaloqni qorni bilan yotqizilib, oyoq panjasiga sekinlik bilan qo'l bilan bosganda, u oldinga harakat qila boshlaydi. Bu refleks 4 oygacha davom etadi. 12. Xartum refleksi: bolaning labiga barmoq tekkizilganda labdagi mushaklar qisqara boshlaydi. Bu refleks 2-3 oygacha davom etadi.

I. Agar chaqaloqning bosh miyasida zararlanish alomatlari bo'lsa, spastik tetra yoki gemiparez, kalla bosh miya nervlarining zararlanishi, qaltirash belgilaridan tashqari qidirish refleksining asimmetriyasi, so'rish, xartum reflekslarining yo'qolishi kuzatiladi.

II. Agar chaqaloqning orqa miyasi bo'yin qismida zararlanish bo'lsa, unda qo'llarda bo'shashgan para yoki monoparez bilan birga kaft-og'iz, ushlash, Robinson, Moro va himoya reflekslari birinchi navbatda kamayadi yoki yo'qoladi.

III. Agar chaqaloqning orqa miya bel yo'g'onligida zararlanish bo'lsa, pastki bo'shashgan para yoki monoparez bilan birga tayanch, avtomatik yurish, Perez, Bauer reflekslari yo'qoladi.

Ensefalopatiya

Miyadagi kasallik belgilari chaqaloqlar hayotining dastlabki birinchi haftasidan boshlab, organik belgilar turg'un bo'lguncha tug'ilish bilan bog'liq bo'lgan gipoksik ensefalopatiya deb tashxis qo'yiladi.

Sabablari. Homiladorlik vaqtida taksikozlar, tug'ruq jarohatlari, gipoksiya yoki asfiksiya, chala tug'ish va vaqtdan o'tib tug'ish,

zaharlanishlar, yuqumli kasalliklar, onaning kasalliklari (kamqonlik, yurak-qon tomir kasalliklari, nefropatiya), tugʻruqning asoratli kechishi (tugʻruq davrining sustligi, uzoq suv kelmay turishi), kindikning oʻralib qolishi yoki qisilib qolish va boshqa sabablar natijasida kelib chiqadi.

Ensefalopatiyada gipoksiya oqibatida bosh miya likvor va mayda qontomirlarida qon aylanishning buzilishi natijasida, bosh miya toʻqimalarida metabolik asidozi yuzaga keladi. Natijada, miya shishi yuzaga kelib, hujayralarning nobud boʻlishiga olib keladi. Dastlab yangi tugʻilgan chaqaloqlarda nafas olish buziladi. Nafas harakatlarining tezligi, chuqurligi, xarakteri, maromi oʻzgarib, 110–140 martagacha boradi, baʼzan esa sekinlashib qoladi. Ogʻir hollarda nafas ingraganga oʻxshab shovqinli, xirillagan boʻlib qoladi. Tomir urishi dastlab bradikardiya, 90–100 marta 1 daqiqada, keyinchalik taxikardiya bilan almashadi. Yurak tovushi boʻgʻiq boʻladi. Teri rangi oqarib ketadi, tarqoq sianoz, mushaklar tonusi, tugʻma reflekslar va harakat faolligi oʻzgaradi. Dastlab, mushaklarda gipotoniya, keyinchalik yozuvchi mushaklarda gipertoniya bilan almashadi, yaʼni qoʻl va oyoq mushaklari taranglashib, uzatilgan holda tarang boʻlib turadi, boshi orqaga tashlangan, orqa yozuvchi mushaklar ham taranglashgan boʻladi. Bolada qidirish, soʻrish, yutish, reflekslari sust boʻladi yoki bu reflekslar uzoq vaqt davomida boʻlmaydi. Bola koʻkrakni olmaydi yoki boʻshashib soʻradi. Changallash, kaft-bosh, ushlar, emaklash reflekslari sust yoki boʻlmaydi. Bolaning ovozi zaif yoki miyaga xos chinqiroq boʻladi. Harakat faolligi susayib, harakat avtomatizmlari, tremor, talvasa, nistagm, anizokoriya paydo boʻladi. Katta liqildoq tarang boʻlib turadi. Bolada Grefe, «botayotgan quyosh» belgilari, esnoq, hiqichogʻ boʻlib turadi. Bolaning uyqusi buzilib, qisqa muddatli boʻlib qoladi, koʻzlarini katta ochib, bir nuqtaga qadab yotadi yoki har zamonda yumib-ochadi. Tana harorati baʼzan pasayib yoki sababsiz koʻtarilib ketadi. Ogʻir hollarda siydik 24 soatgacha tutilib qolishi mumkin.

Yengil turi. Bunda miya qon aylanishining buzilishida quyidagi alomatlar kuzatiladi. Yaʼni vaqtinchalik mushaklar gipotoniyasi, nafas olishning buzilishi, beqaror sianoz, baʼzan tremor (koʻproq tremor qoʻl va iyakda boʻladi), soʻrishning pasayishi, uyquning buzilishi va bola bezovta boʻlishi kuzatiladi. Turgʻun boʻlmagan nistagm, gʻilaylik, harakat faoliyatidagi oʻzgarishlar (mushaklar tonusining asimmetriyasi, pay reflekslarining oshishi) roʻy beradi. Likvor tekshirilganda bosim oshgan boʻladi. Bolada 3–4 haftadan soʻng klinik belgilar toʻliq oʻtib ketadi.

Oʻrtacha ogʻirlikdagi turi. Bunda boʻshashgan holat qoʻzgʻalish bilan almashadi, bola ingrab nafas oladi, doimiy sianoz, mushaklar gipotoniyasi gipertoniya bilan almashinadi. Bu davrda zotiljam kasalligi avj oladi. Faol soʻrish 4–5-kunlari paydo boʻladi, bolaning vazni kamayadi, tremor, klonik talvasa, esnash, nistagm, uyqu buzilishlari, chinqirib baqirish, iyakda titrash, uchish belgilari kuzatiladi. Bu turda kasallik bosh miya faoliyatining susayishi, gipertenzion yoki gidrosefal, tutqanoq alomatlari bilan kechadi.

Asab sohasida ptoz, g'ilaylik, nistagn, pay reflekslarining asimetriyasi bo'lib, bola emishga qiynaladi. Katta liqildoq taranglashib, ichki bosimning oshishi natijasida bosh miya choklarining bir-biridan qochishi kuzatiladi. Grefe belgisi topiladi, likvor bosimi ortadi, ko'z tubida qontomirlar kengayadi, mayda qon quyilish o'choqlari bo'ladi. Bu belgilar bosh miyaning shishganligini ko'rsatadi, klinik belgilar ikki oygacha davom etadi.

Og'ir turi ko'pincha koma oldi va komatoz holati bilan o'tadi. Ba'zan bolaning chinqirgan ovozi arang chiqadi yoki chiqmaydi. Og'riq reaksiyalari kamayib, mushaklar gipotoniyasi yoki atoniyasi paydo bo'ladi. Bolada umumiy behollik, bo'shshish, harakatsizlik, taxikardiya yoki bradikardiya belgilari yuzaga keladi. Asab holati tekshirib ko'rilganda bunday bolalarning III–IV–VI–VII juft bosh miya nervlarida o'zgarishlar, pay – periostal reflekslarining so'nishi, so'rish, yutish reflekslari susaygan yoki 10 – 15 kungacha bo'lmaydi, nistagn, ko'z olmasining qalqib turishi, midriaz yoki anizokoriya, og'ir hollarda ko'z qorachiqqlari toraygan, yorug'likka reaksiyasi sust yoki bo'lmaydi, korneal reflekslar susaygan bo'ladi. Bunda nafas maromi buzilgan, tez-tez apnoe bo'lib turadi, sianoz, bradiaritmia, talvasalar tez-tez qaytalanib turadi. Kasallik oqibati komaning qay darajada rivojlanishiga bog'liq. Bunday holatlar bosh miyada diffuz shish jarayoni kechayotganini bildiradi. Bolaning og'ir ahvoli 1,5–2 oygacha davom etadi. Bemor sog'ayadi yoki unda turli asoratlar qoladi.

Kasallikning tuzalish davrida turli alomatlar: astenonevrotik, vegetativ-visseral, gidrosefaliya va talvasa alomatlari yuzaga keladi. Kasallik oqibati bosh miyaning qay darajada zararlanganligiga, tegishli davro choralarining qanchalik barvaqt boshlanganligiga ko'p jihatdan bog'liq. Kasallik ko'pgina hollarda sog'ayish bilan tugaydi. Ko'pincha tutqanoq, oligofreniya, bolalar serebral falajligi asoratlari qoladi.

Davosi. O'tkir davrida kalla ichiga qon quyilganda bolani tinch qo'yish, boshini biroz ko'tarib, tez-tez sovug' narsa bosish yoki muz qo'yib turish lozim. Kasallikning dastlabki kunlarida qon to'xtatuvchi dorilardan vikasol 0,002 g 2 mahal yoki 1 % 0,2–0,3 ml 2 mahal mushak orasiga 3–4 kun, rutin 0,005 g 2–3 mahal, kalsiy xlor yoki kalsiy glukonat 5–10 % 1 choy qoshiqda 3 mahal, askorbin kislotasi 5 % 1,0 ml, glukoza 10–20 % 15,0 ml tomir ichiga, furosemid 1–3 mg/kg 2–3 ga bo'lib tomir ichiga yoki 1/4 tabletka 2 mahal ichishga, panangin, asparkam, magneziiy sulfat 25 %–0,2–0,3 ml/kg, gemodez, peopolaglukin, mannit, plazma, 10 %li glukoza tomir ichiga, suyuqlikning umumiy miqdori 90–140 ml bo'lishi kerak. Metabolik asidozga qarshi 4 % natriy bikarbonat eritmasi beriladi, kokarbonsilaza 8–10 mg/kg, gidrokortizon 5–10 mg/kg, degidratatsiya va tutqanoqning oldini olish uchun laziks, glitserin 1,0 g/kg ichishga, magne B₆, fenobarbital 0,001 g/kg 2–3 mahal ichishi mumkin, benzonal, konvuleks, finlepsin, seduksen, GOMK buyuriladi. Nafas izdan chiqsa, 1,5 % 0,2–0,3 ml etimizol 2–3 mahal mushak orasiga qilinadi. Yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar korglukon yoki strofantin, bolaning qon

bosimi pasayib ketganda gidrokortizon, prednizolon, deksametazon beriladi. Vitamin B₆ 5 % 1,0 ml bilan ATF 1 % 1,0 ml, glutamin kislotasi 50 mg/kg 2–3 mahal, bola bezovtalansa, natriy brom 1 % 1 choy qoshiqda 3 mahal va fenobarbital buyuriladi. Yallig'lanishga qarshi va zotiljamning oldini olish maqsadida antibiotiklar, harakat o'zgarishiga dibazol 0,001 mg 2–3 mahal, mushaklar tonusi oshganda midokalm 1/4 yoki 1/2 2 mahal, ishtaha pasayganda apilak 1 mg/kg 7–14 kun, retabolil, aloe, serebrolizin, encefabol, pirasetam buyuriladi. Tiklanish davrida uqalash, shifobaxsh badantarbiya, parafin, fizioterapiya muolajalari tavsiya etiladi.

Chaqaloqlarda bo'yin va yelka chigalining jarohatlanishi

Bo'yin va yelka chigali tug'ilish jarayonida jarohatlanadi, bu *akusherlik falajlari* deb ataladi. Bunga sabab bolaning ona qomida noto'g'ri joylashishi, homilaning rivojlanish davrida suyak bo'g'im sohasiga turli xil ta'sirlar: homilaning sekin kechishi, og'ir toksikoz, yoshi 30 dan oshiq, ona chanoq suyagining torligi, chaqaloqning og'irligi 4000 g dan oshgan bo'lsa, chaqaloqning yelkalari keng bo'lsa, kasallikning asosiy sabablari hisoblanadi.

Dushen-Erba turi yoki yuqori pleksitda C₅–C₆ segment ildizlarining jarohatlanishi natijasida deltasimon, yelka, qo'lning ikki boshli va supinatsiya mushaklari zararlanigan bo'ladi. Qo'lning proksimal qismida harakat buzilgan. Bunda yelkani tashqariga va tana tomonga harakatlantirish, bilakni bukish va supinatsiya qilish, kaftni yozish mumkin bo'lmay qoladi. Bolaning qo'li tanasiga yopishganday bo'lib, yelkasi oldinga keltirilgan, kafti bukilgan holda bo'ladi. Qo'lning proksimal qismlarida mushaklar gipotoniyasi, gipotonus, pay reflekslari yo'qoladi. Kaft-og'iz, ushlar va Moro reflekslari yo'qoladi.

Djerin-Klumke turi yoki pastki pleksitda C₇–D₁ segment ildizlarining jarohatlanishi natijasida bilak va qo'l panja mushaklarida zararlanish bo'ladi. Barmoqlar harakati qiyinlashadi, bilak-kaft bo'g'imida qo'lni bukib bo'lmaydi, bilakni yozish qiyinlashadi, lekin yelka bo'g'imi zararlamaydi. Bolaning qo'li osilib qolganday bo'ladi, kaft yozilgan holda turadi. Distal bo'limlarda gipotonus kuzatiladi. Preganglionar tolalarining zararlanishi natijasida Klod-Bernar-Gomer belgisi (ptoz, mioz, enoftalm) paydo bo'ladi. Kaft-og'iz, ushlar, Moro reflekslarini chaqirib bo'lmaydi.

Aralash yoki total pleksitda qo'l-yelka sohasining butunlay falajlanishi kuzatiladi. Ba'zan yuqori va total turlarda diafragmaning chegaralangan falajlanishi natijasida nafas qiyinlashadi, bola ko'karib, qisqa vaqt nafasi to'xtashi mumkin, bu esa bolaning ahvolini og'irlashtirib qo'yadi (*26-rasm*).

Davosi. Bemor o'z vaqtida, to'liq, muntazam davolansa yaxshi natijaga erishiladi. Mushaklar kontrakturalari, bo'yin qiyshayishlarining oldini olish uchun ortopedik usullar qo'llaniladi. Bemor har 2–2,5 oyda qaytadan davolanib turishi lozim. Suyaklar osteoporozi bo'lsa, kaliy oratat, retabolil, keyinchalik 4 % mo'miyu eritmasidan ionoforez tavsiya etiladi.

Davolash usullari	Kasallik davri		
	O'tkir davri1 oygacha	Tiklanish davri	
		erta tiklanish 1 oydan 1 yoshgacha	kech tiklanish1 yoshdan 3 yoshgacha
Dori dar	Kasallikni birinchi kundan boshlab laziks 1—3 mg/kg 5—6 kun davomida beriladi. Qon to'xtatuvchi dorilar kalsiy xlor, askorbin kislotasi, vikasol buyuriladi. Ikkinchi haftadan boshlab vitamin B ₆ 0,5 ml, B ₆ 1% 0,5 ml, B ₁₂ 30 mkg, dibazol 0,0005 g glutamin kislotasi 0,5 mg 15 kun beriladi.	Dibazol 0,001 g, B ₆ 6% 1,0 B ₁ 1% 1ml, B ₁₂ 50—75 mkg k/o, glutamin k-ta 6 oylikdan boshlab prozerin 0,05% 0,3 —0,5 ml, galantamin 0,5% 0,3—0,5. gumizol 0,5 ml, ATF 1% 0,3—0,5 ml m/o	B ₆ 6% 1,0 B ₆ 5% 1ml, B ₁₂ 100 mkg, prozerin 0,05% 0,5 —1,0. galantamin 0,5% 0,5—1,0. gumizol 0,5—1,0 ATF 1% 0,5—1,0 aloe 0,5—1,0 shishasi mon tana 0,3 —0,5 ekstrakt platsenta 0,3—0,5 lidaza 24 ed k/o
Fizioterapiya muolajalari	To'qimalardagi shish va gematomalarni olish maqsadida: UVCh yelka chigaliga 7—10 seans, soluks yoki Manin lampasi 10—15 daqiqa kuniga ikki marta	Parafin, ozokerit aplikatsiyasi, elektroforez 1—2% eufillin, 1—5% kaliy yodid, 0,5% galantamin, lidaza bilan yelka ustiga 10—15 daqiqadan 10—15 kun k/o elektrostimulyatsiya refleksoterapiya,	Parafin, ozokerit, elektroforez, antixolinesteraz dorilar bilan, elektrostimulyatsiya, refleksoterapiya.
Uqalash	Mumkin emas	Yelka, qo'l va bo'yin sohasiga 2—3 oygacha yengil uqalash.	Yelka mushaklari va qo'llarni uqalash.
Davo mashqlari	Yengil mashqlar	Faol va sust harakatlal falajlangan to-monga	Faol va sust harakatlal falajlangan to-monga, suv bilan davolash.

Bolalar serebral falajligi

Sabablari. Bolaning ona qornida rivojlanish davrida, onadan tug'ilayotgan vaqtida va hayotining dastlabki oylarida bola organizmiga har xil endo va ekzogen taassurotlar – infeksiyalar, bosh miya gipoksiyasi, turli xil zaharlanishlar, asab tizimining ko'pgina tug'ma kasalliklari natijasida bolalar serebral falaj kasalligi kelib chiqadi. Bundan tashqari, jarohatlar, onaning kasalliklari, autoimmun jarayonlar, bolaning gemolitik kasalligi, ona qorning rezus manfiy bo'lishi ham sabab bo'ladi. Bu kasallik klinik manzarasining asosi harakatning har xil tarzda buzilishi falajlar, giperkinez, ataksiya, nutq buzilishlari, tutqanoq xurujlari va ruhiy o'zgarishlardan iborat bo'ladi. Bu kasallikning dastlabki belgilari – bolada tug'ma harakat reflekslari susaygan yoki umuman bo'lmaydi. 1. Himoya refleksi – qorni bilan yotqizib qo'yilgan bola nafas olishga og'zini

bo'shatish uchun boshini burmaydi. 2. Tayanch reaksiyasi – bola tik turib ushlab turilganida, oyoqlarini tayanchga tiramaydi va odamning qo'llariga osilib qoladi. 3. Chaqaloqning qadam harakatlari – tik holatda ushlab turilgan bola mayda-mayda qadam qo'ya boshlaydi. 4. Emaklash refleksi – sog'lom bola qorni bilan yotqizilib, tovonlariga bosib ko'rilsa, u emaklay boshlaydi, lekin kasal bola bunday qila olmaydi. Bolalar serebral falajligi bolaning ona homiladorlik davrida boshlangan bo'ladi. Dastlabki belgilari – mushaklar gipotoniyasi, gipotrofiyasi, tana orqa qismi mushaklarining bo'shshishi natijasida kifozi, skolioz va son – chanoq bo'g'imida displaziya rivojlanadi. Bola tug'ilganida barmoqlari kaftiga yopishgan, kaftini musht qilib olgan bo'ladi, bola boshini ushlab tura olmaydi, tug'ma reflekslar yaxshi rivojlanmagan bo'ladi. Bola oyoqqa qo'yilganda oyoqlarini bosa olmaydi yoki oyoqlarini chalishtirib oladi. Bo'yin-tonik, labirintli reflekslar yuzaga kela boshlaydi. Bola kam harakatli, ovozi past, mangalanadi, tili ham kam harakat, nutqi yaxshi rivojlanmagan, yaxshi yuta olmaydi, so'rish qobiliyati past, og'zidan doim so'lak oqib turadi. Bolalar serebral falajligining 5 ta turi bor:

1. Spastik diplegiya yoki Littl kasalligi – bunda qo'llar oyoqlardan ko'ra kamroq darajada zararlangan bo'ladi. Bunday bolalar qo'llarini bemalol harakatlantira oladi, ular rasm chizish, yozish, qoshiqni o'zlari ushlashlari mumkin. Oyoqlarda esa spastik paraparez, gipertonus, giperrefleksiyalar kuzatiladi. Oyoq bo'g'imlarida kontrakturalar, qiyshayishlar, bo'g'imlarining joyidan chiqishi belgilari namoyon bo'ladi. Bel-dumba mushaklarining bo'shshishi natijasida umurtqa pog'onasi qiyshayib, lordoz yuzaga keladi. Ba'zan tonik tortishlar, qisqa muddatli absanslar, ruhiy va nutq rivojlanishidan orqada qolish belgilari namoyon bo'ladi. Kasallikning bu shakli bilan og'rigan 70 % bolalarda dizartriya kuzatiladi. Bir necha yil davomida muntazam to'g'ri muolaja qilib borilsa, bolalarda hech qanday asoratlar qolmaydi.

2. Ikki tomonlama gemiplegik turi. Kasallikning bu shaklida miya yarim sharlari qattiq jarohatlanishi tufayli mushaklar tonusi ortib boradi. Qo'llar oyoqlardan ko'ra ko'proq zararlangan bo'lib, bola qo'llarini mutlaq ishlata olmaydi. Bola tik tura olmaydi, o'tira olmaydi, yura olmaydi. Mushaklar tonusi ko'proq distal qismlarda ortishi natijasida bola oyoqqa qo'yilganda oyoqlarini chalishtirib oladi, pay reflekslari kuchaygan, refleksogen sohalar kengaygan, patologik reflekslari yuzaga kelgan bo'ladi. Oyoq va qo'l bo'g'imlarida kontrakturalar rivojlanadi. Mushaklar parezi ovoz paylariga ta'sir qilib, nutqida dizartriya alomatlari paydo bo'ladi. Dizartriya psevdobulbar turga ega bo'lib, yutish qiyinlashadi, bola og'ziga solingan ovqatni mustaqil chaynay olmaydi, ko'pincha so'rib yutadi, og'zidan so'lak oqib turadi. Bunday bolalarda imbesillik yoki og'ir debillik darajasidagi oligofreniya ham bo'ladi.

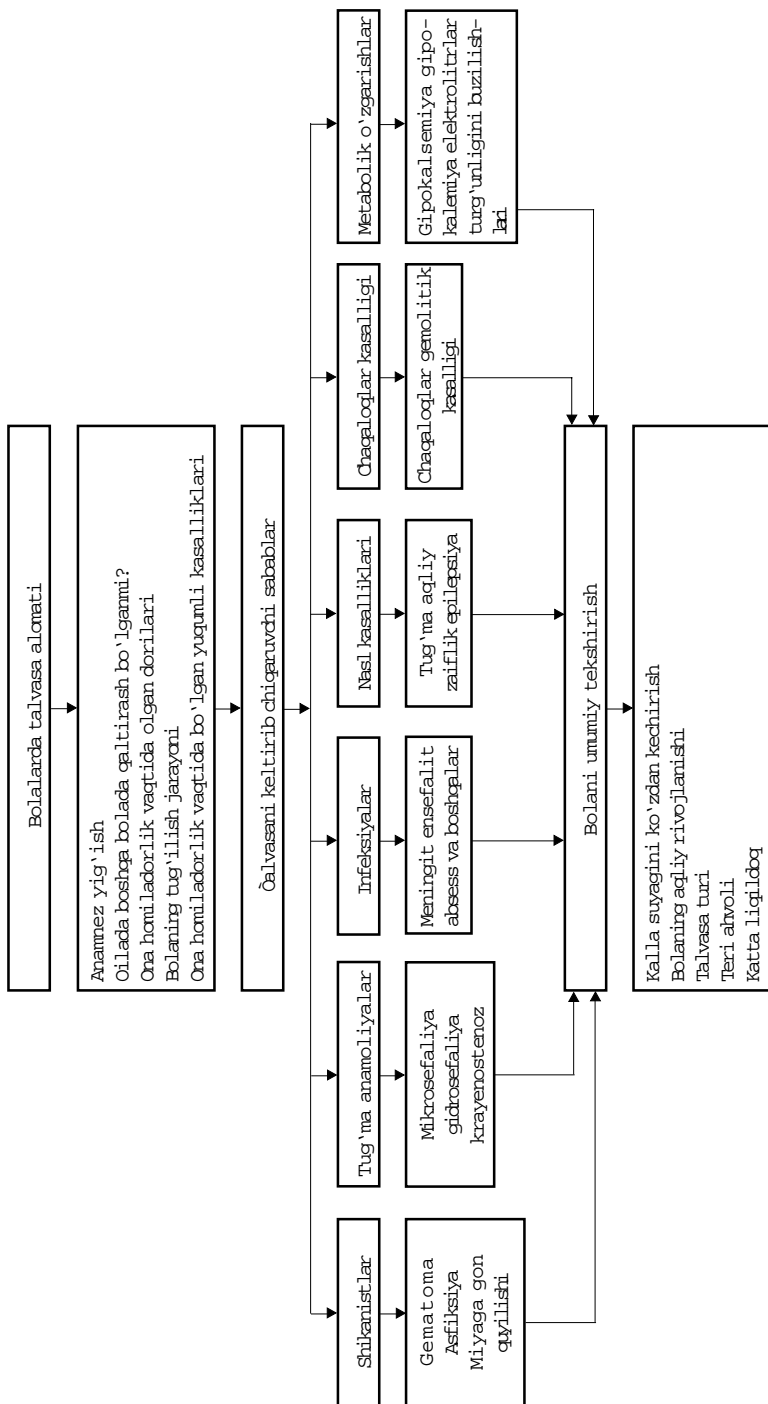
3. Giperkinetik turi. Ko'pincha bilirubin ensefalopatiya ona bilan homila qonining rezus jarayoni va qon guruhining bir-biriga to'g'ri kelmasligi tufayli, tug'ruq jarohatlarida dumli tana sohasiga qon quyilib qolishi natijasida kuzatiladi. Har xil tipdagi giperkinezlar (xoreatetoz, qo'shaloq

atetoz, ballizm, xoreosimon giperkinez va boshq.) perez yoki falajlar bilan uchraydi. Kasallikning dastlabki kunlarida mushaklar tonusi pasayadi, beixtiyor harakatlar til mushaklariga, bo'yin, yuz mushaklariga tarqaladi. Bo'yinning asimetrik tonik refleksi kuzatiladi. Kasallik rivojlangan sari bolaning harakatlari qiyinlashadi, ataksiya qo'shilib, bola bir tekis yura olmaydi. Nutq va ruhiy o'zgarishlar kamroq bo'lganligi uchun bola 3-4 yoshda so'zlashga moyil bo'ladi (27-rasm).

4. Gemiparetik turi. Bunda tananing bir tomonida gemiparez rivojlanishi natijasida bola Vernike-Mann vaziyatini oladi, Qo'l ko'proq zararlanib, tirsak bukilgan holda bo'lsa, oyog'da yozuvchi mushaklarning tonusi ortishi natijasida bemor oyog'ini tizza bo'g'imidan buka olmay, aylantirib sudrab bosadi. Kasallikning bu turida nutq o'zgarishlari miyaning qaysi yarim shari zararlanishiga qarab (motor, sensor afaziya, dizartriya), stereognoz, praksis buzilishlar hamda tutqanoq alomatlari kuzatiladi. Bunday bolalar qaysar, jahldor, bir so'zli bo'lib qoladilar.

5. Atonik-astatik turi. Ko'proq miyacha zararlanishi natijasida kelib chiqadi. Pay va periostal reflekslar kuchaygan bo'ladi. Bolaning qo'llari qaltiraydi, yura boshlashi bilan gansiraklaydi, tez-tez qoqilib yiqiladi, oyog oralarini katta ochib qadam tashlaydi, bolada harakat muvozanati buziladi. Dismetriya, gipemetriya alomatlari bo'ladi. Bola 2-3 yoshdan gapira boshlaganida nutqida miyacha dizartriyasi, tutqanoq va gipertenzion alomatlari kuzatiladi. Gipertenzion alomatlar bola ayniqsa bir oylik paytida zo'rayadi.

Davosi. Kasallikning erta davrida tug'ilishdan keyin bir necha oy mobaynida bosh miyada likvor va qon aylanishni yaxshilash, yallig'lanishga qarshi dorilar, moddalar almashuvini yaxshilash, talvasa va gipertenzion alomatlarga qarshi dorilarni berish tavsiya etiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida vitamin B guruhi, antibiotiklar, laziks yoki furasemid, magneziiy sulfat, pirogenal, pirasetam buyuriladi. Miya qobiqlarida chandiqlik bo'lgan hollarda lidaza 8-16 tb, FiBS; asab to'qimalarining funksional faoliyatini yaxshilash maqsadida nootropil, ensefabol, profizon, serebrolizin (shay-tonlash alomatlari bo'lmasa), pirasetam; tonuslarni pasaytirish maqsadida levodop, sikladol, nakom, modopar, midokalm qo'llaniladi. Miyelin hosil bo'lishini kuchaytiradigan dorilar B₆ 2,5 % 2-3 ml, pirogenal 2,5 mpb dan sxema bo'yicha beriladi. Og'ir hollarda deksametazon, prednizolon beriladi. Nutq va ruhiy rivojlanish orqada qolishining oldini olish uchun maxsus nafas mashqlari, artikulatsiya apparatini nuqtali va tartib bilan uqalash, mimik, til osti va bo'yin mushaklarini uqalash, nutqni rivojlantiruvchi mashqlarni o'tkazish lozim. Harakat faoliyatini yaxshilash, qiyshayish, kontrakturalarning oldini olishda uqalash, shifobaxsh badantarbiya mashqlari, fizioterapevtik muolajalar bilan birga ortopedik mashqlar olib borish zarur. Bemorlarga parafin, ozokerit, balchiq bilan davolash, gips qo'yish yaxshi naf beradi.



Bolalarda talvasa alomatining oldini olish algoritmi

Nazorat savollari

1. Nasl va irsiy kasalliklarning qaysilari dominant yo'li bilan o'tadi?
2. Psevdogipertrofiya boldir mushaklarda bo'lsa, qaysi kasallik belgisi hisoblanadi?
3. Sirengomiyeliya bilan kasallangan bemorlarda klinik belgilar va davolash usullarini ayting.
4. Miopatiyada zararlangan joyni ayting.
5. Prozerin sinamasi nima uchun va qanday qo'yiladi?
6. Chaqaloqlarda gipertenzion belgilar qanday aniqlanadi?

Vegetativ asab tizimi kasalliklari

Barcha tizim va a'zolarining ish faoliyatini vegetativ asab tizimining simpatik va parasimpatik asab tizimi boshqarib turadi. Ana shu ikkalasi birgalikda silliqmushaklarni, qontomirlarni, ichki a'zolarini, limfa bezlarni va gomeostazni idora qiladi. Ayrim hollarda shu ikki tizimdan bittasi ko'proq vazifani bajarib kasallanadi. Unda ikkita klinik manzara hosil bo'ladi.

1. Agar simpatik asab tizimi ustunlik qilsa, unda teri rangi oqargan, oyoq-qo'llarda sovuq qotish, ko'z qorachiqklarining kengayishi, taxikardiya, taxipnoye, qon bosim ko'tarilishi va ich qotish belgilari kuzatiladi. Bunday odamlar ishchan ayniqsa, kechqurunlari, lekin ular esda saqlay olmaydilar, vahimachi, quyoshni, issiqni, tovushni, kofeni yomon his etadilar va uyqusi buzilgan bo'ladi.

2. Agar parasimpatik asab tizimi ustunlik qilsa, ular *vagotoniklar* deyiladi. Bunda bradikardiya, bradipnoye, ko'p terlash, ko'z qorachiqklarining torayishi, so'lakning ko'p oqishi, qon bosimning pasayishi kuzatiladi. Bundan tashqari, bemorlarning ruhiyati past, hamma narsalarga befarq, e'tiborsiz, qiziqishi kam bo'ladi. Bularda ertalabki ish qobiliyati ko'p bo'ladi.

Vegetativ qontomirlar distoniyasi

Vegetativ qontomirlar distoniyasi kelib chiqishi sabablari ko'p va turli-tuman bo'lib, bular surunkali ichki a'zolarining kasalliklari, ichki sekretsiya bezlari faoliyatining buzilishi, nasl moyilligi allergiya va nevrozlardir.

Klinik manzarasi. Bunda bemorlar, asosan, bosh og'riq, bosh aylanish, uyqusizlik yoki ko'p uxlash, umumiy holsizlik, tez charchab qolishdan shikoyat qiladilar. Bundan tashqari yurak atrofida noxush sezgilar paydo bo'lishi yoki og'riq, og'izdan so'lak oqishi yoki og'iz qurishi, ishtaha kamayishi, qusish, ich ketish yoki qotish, qorin damlanishi, tez-tez siyishdan, nafas olishning tezlashishi, havo yetishmaslik, ba'zi bemorlar o'pkasiga to'liq havo bormasligidan noliydilar. Bemorlarda har xil parezteziyalar, bel, dumg'aza, dum va kuraklar oralig'ida og'riq bo'lib turishi, ish qobiliyatining pasayishi, boshda og'irlik sezish va xotiraning kamayish holatlari kuzatiladi. Asab sohasini tekshirganimizda pay reflekslarining kuchayishi yoki kamayishi, qo'l barmoqlarida titrash, demografizm o'zgarish, pilomotor reflekslar

susaygan yoki kuchaygan, Ashner belgisi, ortostatik yoki klinostatik sinovlarining buzilishi, qon bosimining o'zgaruvchanligi, ter ajralishi, tana harorati subfebril yoki gipotermiya, akrosianoz, qo'l-oyoq panjalarining sovuq qotishi kuzatiladi. Bemorlar issiqlikni yomon sezadilar, ob-havo o'zgarishi ularga kuchli ta'sir qiladi.

Vegetativ paroksizm. Vegetativ paroksizmning uchta turi mavjud:

1. Simpatik – adrenalini turi birdan boshlanadi, kunning qaysi vaqtiga bog'liq emas, ko'proq his-tuyg'u, aqliy va jismoniy charchashdan keyin boshlanadi. Bunda bemorlarning qon bosimi oshgan, yurak urishi tezlashgan, harorati yuqori – gipertermiya, bosh va yurak atrofiga og'riq, sovuq qotish, qo'rqish, qondagi qand miqdorining ko'payishi bilan birga xuruj oxirida ko'p miqdorda siydik ajralish bilan yakunlanadi. 2. Vagoinsular turida esa qon bosimning pasayishi, yurak urishi sustlashgan, ko'ngil aynish, umumiy holsizlik, nafas olishga qiynalish, ko'p terlash, bosh aylanish va bemor behushlik holatiga tushib qolishi bilan yakunlanadi. 3. Aralash turida esa har ikkala turidagi klinik manzara almashib turishi bilan davom etadi.

Vegetativ qontomirlar distoniyasi kelib chiqish sabablari ko'p va turli-tuman bo'lib, klinik manzaralar ham har xil ko'rinishda bo'ladi. Keltirib chiqaruvchi jarayonlardan biri naslning moyilligi, bunda yurak urushi va qon bosimning o'zgarib turishi, ko'ngil aynish, haroratning bir oz ko'tarilishi, ko'p terlash, teri rangining o'zgarib turishi hamda aqliy va jismoniy mashqlarni yomon his qilishidir.

Davosi. Hamma vaqt asosiy kasallikni davolashga qaratilgan, keyingi davo esa kasallikning turiga qarab bo'ladi. Xuruj vaqtida tinchlantiruvchi dorilar, trankvilizatorlardan – elenium, diazepam, seduksen, rudotel, radidorm; simpatik-adrenalin turida dibazol, papaverin, aminazin; vagoinsular xurujida kofein, kordiamin; bosh og'riq, bosh aylanishga bellaspon, betatserk, bellataminal 1 tabletkadan 3 mahal beriladi. Vitaminlar, psixotrop dorilar: amitriptilin, sonapaks; astenik depressiyada glitsin, mel-lipramin 0,025 1 ta tabletkadan 3 mahal kuniga, nuredal; bulardan tash-qari retabolil, AIF, nikotin kislotasi buyuriladi. Desensibillovchi dorilardan diazolin 0,05 g, tavegil 1 ta tabletkadan 3 mahal, ovqatdan keyin buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilar natriy brom, valerian dorilari tavsiya etiladi.

Oldini olish choralari: dam olish, ovqatlanish va ishlash rejalariga rioya qilish, oilada, ishda aqliy va jismoniy mehnatni to'g'ri yo'lga qo'yish, chekish va ichishga yo'l qo'ymaslik hamda badantarbiya mashqlari bilan shug'ullanish tavsiya etiladi.

Migren

Migren juda keng tarqalgan kasallik bo'lib, xurujsimon bosh og'riq (ko'pincha boshning bir tomonida) bilan birga qusish va teri rangining oqarishi bilan xarakterlanadi. Migren 6% aholi o'rtasida uchraydigan kasallik, ko'proq xotin-qizlarda kuzatiladi, asosan, nasldan autosom – dominant xilida o'tadi.

Kasallik kelib chiqish sababi miyadagi qontomirlarning disfunksiyasidir. Bular 4 fazaga bo'linadi: 1) qontomirlarining qisilishi; 2) qontomirlarining kengayishi; 3) qontomirlarining devorlarida shish paydo bo'lib, mo'rt bo'lib qolishi; 4) orqaga qaytish fazasi. Migrenning kelib chiqish sabablari: miya qontomirlaridagi o'zgarishlarga bosh miyadagi bosim oshishi va biokimyoviy o'zgarishlar, ya'ni serotonin, gistamin, asetilxolinning ko'payishi, bular qontomirlarning o'tkazuvchanligini oshirib yuboradi. Natijada bosh miya va uning pardalaridagi miya qontomirlari shisha boshlaydi. Bu kasallik, asosan, balog'atga yetgandan keyin ko'proq uchraydi. Kasallik boshlanishidan oldin aura, ya'ni dastlabki belgilar paydo bo'ladi. Bularda ko'z oldida har xil narsalarning paydo bo'lishi, qo'l va oyoqlarda sovuq qotish, har xil paresteziya kuzatiladi. Xuruj qattiq bosh og'riq bilan boshlanib, boshning yarmida ko'proq chakka qismida, ko'zlarda, peshona – ensa qismida bo'ladi. Og'riq qattiq bo'lib, bemor yorug'likka, tovushga nisbatan bezovta bo'ladi. Bemorning kayfiyati yomon bo'lib, bir o'zi qorong'ilikda yotishga harakat qiladi. Xuruj vaqtida ko'ngil aynishi, yuzi, ko'zlari qizargan bo'lib, xuruj qusish bilan yakunlanadi. Bemor uxlashga harakat qiladi. Xuruj vaqtida mahalliy miya belgilari topilmaydi, faqat vegetativ asab tizimida o'zgarishlar bo'ladi. Xuruj bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi.

Migrenning turlari: 1. Ko'z xilida ko'z oldida har xil narsalar paydo bo'ladi. Bunda ko'z oldi tuman bilan qoplanib, bosh og'riq xuruji bilan o'tadi. Bu xuruj 6 soatgacha davom etadi. 2. Oddiy xili 85 %gacha uchraydi. Bu xuruj 1 soatdan 1–2 kungacha davom etadi. Bunda bemorning kayfiyati yomonligi, bezovtalik, ish qobiliyatining pasayishi, uyquchanlik, tez jahl chiqishi bilan birga bosh og'riq ko'proq ertalablari bo'lib o'tadi. 3. Assotsiyalashgan migrenda esa bosh og'riq bilan birga ko'proq miya belgilari kuzatiladi. Bunda III juft km nervining zararlanishi bilan birga gemiplegiya, ataksiya va nutq buzilishlari kuzatiladi. 4. Qorin shakli ko'proq bolalarda bo'lib, kindik atrofidagi og'riq, qo'l-oyoqlarda sovuq qotish, bezovtalik, bosh og'riq qorindagi og'riq bilan kechadi. Bunda bemorlarning ich ketishi kuzatiladi. 5. Vestibular xilida bosh og'riq xuruji vistibular ataksiya, bosh aylanish, tura olmaslik, yura olmaslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Migren xurujida og'riq paydo bo'lganda, bemorni qorong'i xonaga tinch yotqizib qo'yish, oyoqlariga issiq isitgichlar, ensa sohasiga xantal qo'yish, issiq shirinchoy ichirish kerak. Xuruj paytida bemorning ahvolini yaxshilash maqsadida boshiga iliq, ba'zi hollarda sovuq kompresslar qo'yiladi. Ba'zan boshni issiq suvga yuvish, ro'mol bilan o'rash, oyoqlarga issiq vannalar qabul qilish yaxshi yordam beradi. Og'riq qoldiruvchi dorilardan aspirin, baralgin, sitramon, tinchlantiruvchi dorilar; qontomirlarini kengaytiruvchi dorilar papaverin, no-shpa tavsiya etiladi. Xuruj vaqtida glukoza 40 % 20 ml tomir ichiga yuboriladi, strofantin, vitamin B₆, qusishga qarshi torekan 1,0 ml teri ostiga, sirukal, etaperazin, triftazin, galoperidol buyuriladi. Ergotamin gidrotartrat 0,001 g til ostiga 20 daqiqadan keyin qaytalash, bir kunda 3 ta tabletkadan oshmasligi kerak, digidroergotamin 0,1 % 15–20 tomchidan

ichishga, kofetamin 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Og'ir xurujlarda furosemid, prednizolon; yallig'lanishga qarshi ibuprofen, indometatsin, naproksen, nimesil 100 mg dan kuniga 2 mahal, dilseron ichishga beriladi. Xuruj orasida sinnarizin 0,025 g bir tabletkadan 3 mahal 3 oygacha, metisergit 1/4 yoki 1/2 tabletkadan ovqatdan keyin ichishga beriladi. Bundan tashqari, nikotin kislotasi, kavinton, semion, 1 ta tabletkadan 3 mahal buyuriladi. Dam olish, ertalabki badantarbiya, toza havoda sayr qilish, ovqatlanishni yo'lga qo'yish zarur. Kechasi yotishdan oldin oyoqlarni iliq suvda vanna qilish kerak. Zararli odatlar – ichish va chekishni tashlash tavsiya etiladi.

Kvinke shishi. Alohida kasallik sifatida 1882-yilda Kvinke tomonidan aniqlangan. Shish birdaniga paydo bo'ladi, asosan, yoshlarda yuzda qo'l-oyoqlarda, ko'pincha, lablarda, qoshda, qo'l panjalarida paydo bo'ladi.

Sabablari. Ayrim ovqatlari iste'mol qilganidan keyin kelib chiqadi. Har xil yoqmagani ovqatlardan keyin allergen sifatida paydo bo'ladi. Bu kasallikning kelib chiqishida qontomirlari o'tkazuvchanligining buzilishi, limfa ishlab chiqishi buziladi, ya'ni ko'payadi. Shuning natijasida atrofda shish paydo bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorda birdaniga labida, ayniqsa, tepa labida shish paydo bo'ladi, bir necha daqiqa ichida kattalashadi, rangi sariq, barmoq bilan qattiq bosganda izi qolmaydi. Ba'zan butun yuzga shish tarqaladi. Bemor o'sha shish bo'lgan joyda og'irlik sezadi, biroz qichish paydo bo'lada. Shunaqa shishlar qo'llarda, oyoqlarda tanada ham kuzatiladi. Agar qizilo'ngachda shish paydo bo'lsa, bemorning yutinishi qiyin bo'ladi, tomogda bo'lsa, ovoz o'zgaradi, xirillagan nafas eshitiladi. Ichki a'zolarida ham shish bo'lishi mumkin. Ichak, oshqozonda shish paydo bo'lsa, kasallik og'ir o'tadi. Bosh miyada shish hosil bo'lsa, unda meningial belgilar paydo bo'ladi. Bunda bemorda birdaniga bosh og'riq, qusish va qaltirash belgilari paydo bo'ladi. Kvinke shishi davolanmasa, shish bir necha soatdan bir necha kungacha saqlanishi mumkin.

Davosi. Shishni keltirib chiqaruvchi allergenni to'xtatish kerak. Buning uchun kalsiy xlor yoki kalsiy glukonat 5–10 % 5,0–10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Antigistaminlardan tavegil, diazolin, dimedrol, suprastin, og'ir hollarda gommonlar berish zarur.

Anafilaktik shok

Organizmda yot jismlarga (antibiotik, vaksina, zardob, ferment, gommonlar, sulfanilamid dorilari va boshqa oziq-ovqatlarga) nisbatan sezgirlikning oshib ketishi natijasida ro'y beradi. Birlamchi tushgan allergenga nisbatan organizmda unga qarshi antitello ishlab chiqariladi. Qayta allergen tushganidan keyin esa qonda biologik faol moddalar ishlab chiqariladi. Bularga gistamin, serotonin, asetilxolin, bradikinin kiradi, bu moddalar qontomirlarining falajiga, qontomirlari devoridagi o'tkazuvchanligining oshib ketishiga, silliq mushaklarning torayishiga olib keladi.

Natijada, umumiy qonning butun tanada aylanib yurishi kamayib ketadi va to'qimalarning qon bilan ta'minlanishi buziladi. Buning natijasida to'qimalarda ishemiya yuzaga kelib, nekrozga aylanadi. Ayniqsa, buyrak usti bezlarining yetishmasligi alomatlari yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Quyidagi turlarda kechadi: 1. Asfiksiya turida bronxlar devorida spazm yoki halqonda shish paydo bo'lishi nafas olishni qiyinlashtiradi, nafas shovqinli bo'lib, bemor xirillab nafas oladi. O'pkadan quruq va ho'l xirillashlar eshitiladi. Og'izdan ko'piksimon moddalar keladi. Bemorda yo'talish ko'payadi, terining rangi ko'kara boshlaydi. Tez-tez yuzaki nafas ola boshlaydi. 2. Gemodinamik turida yurak qontomirlar yetishmovchiligi bo'ladi. Bunda yurak tovushi bo'g'iq, tomir urishi ipsimon, kuchsiz, qon bosim birdan tushib ketgan, teri rangi marmarsimon, sovuq ter bosish, akrosionoz va qon ketish belgilari kuzatiladi. 3. Abdominal turida qattiq xurujsimon qorin og'rig'i bilan birga qorinning dam bo'lishi, qusish, ichning suyuq ketishi, siyib yuborish va ichaklardan qon ketish belgilari kuzatiladi. 4. Serebral turida hushning yo'qolishi, nafas olishning buzilishi bilan birga bosh miyada shish ko'payib boradi va bemor koma holatiga tushadi, bunda midriaz, talvasa klonik-tonik holda kuzatiladi. Bu holat bosh miyaning organik buzilishlariga olib keladi. Bulardan tashqari, bemor anafilaktik shok holatiga tushganda, bemorning tili, qo'li, yuzi va boshida qichish paydo bo'ladi. Aksa urish, yo'talish, qo'rquv, birdan toliqish, bosh og'riq, yurak va qorin sohasida og'riq, bosh aylanish, quloqda shovqin bo'lishi, teri rangining oldin qizarib, keyin oqarishi hamda sovuq ter bosish belgilari paydo bo'ladi. Bemorning qon bosimi birdan tushib ketadi, natijada yiqiladi.

Anafilaktik shokda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish. Birinchidan, allergenning organizmga tushishiga yo'l qo'ymaslik va uni to'xtatish zarur. Agar allergen tusha 0,3–0,5 ml 0,1 % adrenalin +3,0–5,0 ml novokain bilan qo'shib, shu joyning atrofiga ineksiya qilinadi va joyga muz qo'yiladi. Bundan tashqari, adrenalin 0,1 % 0,2–0,5 ml mushak orasiga, platifillin 0,2 % 0,5–1,0 ml teri orasiga, prednizolon 2–5 mg/kg, tana og'irligiga natriy bikarbonat 4 % 100,0 ml tomir ichiga tomchilatib quyiladi. Bronxospazm bo'lganda eufillin 2,4 % 10,0 ml + glukoza 20 % 20,0 ml tomir ichiga yuboriladi. Agar qon bosimi ko'tarilmasa, yana noradrenalin 0,2 % 1,0 ml yoki mezaton 1 % 1,0 ml, 5 % 100,0 ml glukoza tomir ichiga tomchilab quyiladi. Bulardan tashqari, reopoliglukin, antigistamin dorilardan dimedrol, suprastin, pipolfen, askorbin kislotasi va kalsiy xlor 10 % 10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Agar anafilaktik shok penitsillindan keyin bo'lsa, unda shu joyning o'ziga penitsillinaza fermentidan 1 mln tb mushak orasiga qilinadi. Bulardan siydik haydovchi, spazmolitik va talvasaga qarshi dorilar ham qo'llaniladi.

Hushdan ketish. Bu vegetativ qontomiri kasalligi bo'lib, bu bosh miyada qonning juda kam ta'minlanishi natijasida ro'y beradi. Hushdan ketish yoki sinkopal (grekcha *syncope* – kesmoq, qirqmoq so'zidan olingan) da qisqa vaqtda bosh miyaning qon bilan ta'minlanishi buzilib, hushning

yo'qolishi, mushaklar tonusining kamayishi bilan kechadi. Hushdan ketish ruhiy jarohat, og'riqli narsalardan keyin, qon ketish, yuqumli kasalliklardan, organizmning zaharlanishi natijasidan keyin kelib chiqadi. Ba'zan charchash, toliqish, ochlik, issiq joyga kirgandan keyin hamda qontomirlarini kengaytiruvchi dorilar ichgandan keyin kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Uchta turga bo'linadi: 1. Yengil turi hushdan ketish reaksiyasi yoki lipotimiya bunda kasallarda birdan kuchsizlik (zaiflik), kalla ichida shovqin, hech narsa yo'qdek, bo'm-bo'shlik, bosh aylanish, ko'z oldida qorong'ilik, qo'l va oyoqlarda uvishish, ko'p terlash, teri rangining oqarishi, charchash, tomir urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi bilan xarakterlanadi. Bunday xuruj 3–5 soniya davom etadi. 2. O'rtacha og'irlikdagi turida yuqoridagi yengil shaklidagi aytib o'tilgan belgilar 10 soniya davom etib, qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, nafas olish yuzaki, kamayishi bilan xarakterlanadi. 3. Og'ir turida qaltirash belgilari hamda yuqorida aytib o'tilgan belgilar birgalikda kechadi. Qaltirash klonik-tonik holda butun tanada, ko'z qorachiq-lari kengaygan, nistagm, so'lak oqishi ko'paygan va ixtiyorsiz tagiga siyib yuborish kuzatiladi. Bunday xuruj bir necha daqiqagacha davom etadi.

Davosi. Hushdan ketish holatida bosh miyada qon aylanishini yaxshilash uchun bemorni tezda yotqizib, bosh tomonini pastga, oyoqlarini esa yuqoriga ko'tarib qo'yish kerak. Bemorning kiyimlarini yechib, toza havo kirishiga yo'l qo'yish lozim. Agar bemor hushiga kelavemasa, unda ammiak yoki nashatir spirtidan burunga hidlatiladi, yuziga sovuq suv sepiladi. Agar bemorning qon bosimi pasayib ketgan bo'lsa, mezaton 1 % 1,0 ml, kofein natriy bezoat 10 % 2,0 ml, kordiamin 25 % 1–2 ml teri ostiga in'eksiya qilinadi. Bemor organizmini chiniqtirish maqsadida toza havoda sayr qilish, shifobaxsh badantarbiya bilan shug'ullanish va dam olish kerakligi tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

1. Qanday bosh og'riq mustaqil kasallikda uchraydi?
2. Shokning klinik belgilarini aytib bering va unga qarshi birinchi yordamni ko'rsating.
3. Migren xurujida birinchi yordam ko'rsating.
4. Kvinke shishining kelib chiqish sabablarini tushuntiring.
5. Simpatik – adrenal in va vagoin-sular turlari bir-birlaridan qanday farq qiladi?
6. Hushdan ketishning klinik turlari va qanday shoshilinch yordam ko'rsatiladi?

Asab tizimining kasbga aloqador ba'zi kasalliklari va zaharlanish hollari

Vibratsion kasallik. Vibratsion kasallik vibratsiya bilan uzoq vaqt ishlaydigan ishchilarda uchraydi. Kasallik asta-sekin rivojlanib boradi. Asosan, vegetativ va periferik asab tizimining nervlari vibratsiya ta'sirida ko'proq zararlanadi.

Klinik manzarasi. Bemorlar qo'l va oyoq panjalarida og'riq borligidan, sovuq vaqtlarda barmoqlarning oqarib qolishidan shikoyat qiladilar. Bunda qo'l panjalar ko'kargan, ushlab ko'rilganda, sovuq qotish, shish borligi kuzatiladi. Qo'l panjalarida sezuvchanlikning pasayishi, nerv ustunlari bosib ko'rilganda, og'riq borligi ma'lum bo'ladi. Vegetativ asab kasalligi zararlanganda, dermografizm qizil rangda bo'ladi, tomir urishi va qon bosimining o'zgarib turishi, bosh og'riq, bosh aylanish doimiy bo'lmaydi.

Davosi. Vibratsiya bilan ishlaydigan bemorlarni ish joylaridan ozod qilish. Vitaminlardan B_1 , B_6 , B_{12} ; bosh aylanishga qarshi belloid, betaserk, bellataminal, bellospon; og'riqqa qarshi dorilar analgin, baralgin, indometasin, ibuprofen; periferik asablarda qon aylanishini yaxshilash uchun nikotin kislotasi, trental tavsiya etiladi. Bemorga uqalash, shifobaxsh badantarbiya buyuriladi.

Is gazidan zaharlanish. Is gazi (uglerod I oksid)dan odamlar toshko'mir shaxtalarida (bu yerda gaz ishlanayotgan jinslardan yoki sekin cho'g'lanayotgan ko'mir changidan chiqib turadi), ishlangan gazni tashib keluvchi haydovchilarning kabinalariga o'tirib qolishi natijasida, qozonxonada ishlaydigan ishchilarda mo'rilar buzilib qolsa, uy sharoitida gazlardan foydalanishni buzgan hollarda, is gazidan zaharlanib qolishlari mumkin. Is gazi qondagi gemogloblin bilan oson birikib, karboksigemoglobinni hosil qiladi. Natijada, eritrotsitlarning kislorodni biriktirib olishi qiyinlashadi. Buning ta'sirida to'qimalarga kislorod borishi kamayadi. Markaziy asab tizimi, ayniqsa, bosh miya kislorodga o'ta sezgir bo'ladi. Zaharlanishda dastlab bosh og'riq, bosh aylanish, quloq shang'illashi, ko'ngil aynish, yurak o'ynashi, uyqu bosish, ko'rishning pasayish belgilari kuzatiladi. Bundan tashqari, og'ir zaharlanish hollari adinamiya, falajlanish, hushdan ketish, talvasa xurujlari, koma holati, nafas olishning buzilishlari va miya shishiga olib keladi. Bunday hollarda, bemor tezda o'lib qolishi mumkin. Bemor koma holatidan chiqqandan keyin karaxt bo'lib turadi. Ba'zan esa ruhiy qo'zg'alish, giperkinez, tutqanoq, spastik parezlar kuzatilishi mumkin.

Davosi. Darhol bemorni toza havoga olib chiqish va bir necha soat davomida to'xtovsiz kislorod berib turish lozim. Bemorga askorbin kislota 5 % 20–30 ml dan, 5 % 500 ml glukoza, 2 % 50 ml novokain tomir ichiga, eufillin 2,4 % 10 ml, laziks 2,0 ml, qon zardobi, geparin 5–10000 tb bir kunda yuborish kerak. Qo'zg'alish vaqtida aminazin 2,5 % 2,0 ml, dimedrol 1 % 1,0 ml, pipolfen 2,5 % 2,0 ml, promedol 2 % 1,0 ml mushak orasiga qilinadi. Nafas olish qiyinlashsa, sun'iy nafas olish bilan havo yuboriladi. Uzoq vaqt davom etadigan bo'lsa, bosh qism haroratini past haroratda ushlab turish (gipotermiya) yaxshi natija beradi. Bemorning orqa miyasidan suyuqlik olib turish tavsiya etiladi.

Metil spirtidan zaharlanish. Odam metil spirtidan to'satdan zaharlanib qoladi. Etil spirti o'miga bilmasdan metil spirti ichib qo'yganda, zaharlanish hollari yuz beradi. Odam ichgandan bir necha soat o'tib, bosh va qorinda og'riq boshlanib, ko'ngil aynib, qusadi, ko'zlar oldida jimirlash, qoron-

g'ilashish paydo bo'ladi. 2–3 kun o'tgandan so'ng, ko'rish xiralashib keyin mutlaqo ko'rmay qo'yadi. Oyoqlarda og'riq kuchayib boradi, bemorning og'iz atrofi qurib qoladi, kuchli changash natijasida badan terisi va shilliq pardalar quruqlashib, ko'karib turadi. Ko'z qorachiq-lari kengaygan, yorug'likka javob reaksiyasi sustlashgan, tomir urishi tezlashgan va keyinchalik sekinlashadi, maromi buziladi. Qon bosimi avval ko'tarilib, keyin pasayadi. Es-hush buzilgan bo'lib, ruhiy qo'zg'alishlar, tutqanoq xurujlari, ensa mushagi tarangligi, qo'l-oyoqdagi mushaklar tonusining oshishi, kollaps va koma holatlari namoyon bo'ladi. Ko'zning mutlaqo ko'rmay qolishi ko'z tubida ko'ruv asabining diskida qon qo'yilish, shish va bundan keyin ko'ruv nervini atrofiyaga uchrashi natijasida yuz beradi.

Davosi. Oshqozonni zond orqali tozalab yuvish, siydik haydovchi dorilarni kuchaytirish, bemorni gemodializ qilish tavsiya etiladi. Bemorga 100 ml 30 % etil spirti ichiriladi. Keyin 4–5 marta 2 soatdan oralatib, 50 ml spirdan ichirib turiladi. Koma holatida etil spirt 5 % 1 ml/kg og'irlikda tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Bundan tashqari, prednizolon, vitamin B₁ 5 % 5,0 ml, askorbin kislotasi 5 % 20 ml tomir ichiga, 20 % 200,0 glukoza bilan va 20,0 2 % novokain qo'shib, tomchilatib, tomir ichiga yuboriladi. ATF 1 % 2–3 ml mushak orasiga takrorlab turiladi.

Fosfororganik birikmalardan zaharlanish. Bu birikmalar xlorofos, karbofos, tiofoslardan iborat bo'lib, qishloq xo'jaligi va turmushda keng ishlatiladi. Xavfsizlik qoidalari buzilganda, baxtsiz hodisalar tufayli bu birikmalardan odamlar zaharlanib qoladilar. Bu birikmalar organizmga oshqozon-ichak yo'llari, nafas yo'llari va teri orqali kiradi. Natijada, markaziy va periferik asab tizimi sinapslaridagi xolinesteraza faolligini pasaytirib qo'yadi. Bunda nerv impuls-larining o'tishi buziladi. Markaziy asab tizimi bo'limlarida qo'zg'alish holatlari paydo bo'ladi. Zaharlanish holatlari 3 bosqichda kuzatiladi: 1. Ruhiy qo'zg'alish, mioz (ko'z qorachig'ining torayishi), hansirash, ko'p terlash, qon bosimining ko'tarilishi kuzatiladi. 2. Ayrim joylardagi mushaklarda fibrillar qaltirash, giperkinez, nafas olishning buzilishi va koma holati namoyon bo'ladi. 3. Nafas markazi susayib qoladi, nafas mushaklari bilan qo'l-oyoqdagi mushaklarning falajlanishi ro'y beradi, qon bosimi pasayadi, yurak urishi buziladi.

Davosi. Zaharlangan odamning oshqozonini bir necha marta qayta yuvish, tuz surgi ichiriladi. Birinchi bosqichda atropin 0,1 % 2–3 ml og'iz quriguncha, teri ostiga kuniga bir necha marta har 30 daqiqada takrorlab turiladi. Aminazin 2,5 % 2,0 ml mushak orasiga, magneziiy sulfat 25 % 10,0 ml. Ikkinchi bosqichda 40 % 20,0 ml glukozani 0,1 % 3,0 ml atropin bilan og'izda quruqlik sezgisi paydo bo'lguncha, sekinlik bilan tomir ichiga yuboriladi. Qon bosimi ko'tarilganda, geksoniy 2,5 % 1,0 ml mushak orasiga, magneziiy sulfat 25 % 10,0 ml, 4 % 1 l natriy bikarbonat tomir ichiga, xolinesteraza reaktivatori diproksim 15 % 1 ml teri ostiga takrorlab turish kerak. Uchinchi bosqichda o'pkaga sun'iy yo'l bilan havo berish kerak. 0,1 % 20,0 ml atropin eritmasidan tomir ichiga tomchilatib yuborish va

diproksim 15 % 1,0 ml teri ostiga takrorlab turish kerak, gidrokortizon 300 mg, antibiotiklar qo'llaniladi. Zaharlanishdan keyingi 3–7-kunlarda xolinesteraz faolligi past va yurak o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa, bemor qonini almashtirish tavsiya etiladi.

Antifrizdan zaharlanish. Bemor antifrizni hidlaganda, yuqori nafas yo'llari shilliq qavatlari zararlanishi va yengil mastlik holatiga olib keladi. Odam bilmasdan ichib qo'yganda, 30–60 daqiqadan keyin o'tkir zaharlanish belgilari boshlanadi. 1–2 soatdan keyin esa bemor koma holatiga tushadi. Bunda sianozning ko'payishi va koma holatining chuqurlashuvi teri ostiga qon ketishiga olib keladi. Bemorda qusish, ixtiyorsiz siyib yuborish, og'ir hollarda, 1–2 kundan keyin o'linga olib keladi. O'rtacha zaharlanish hollarida bemorda 5–10 kundan keyin buyrak faoliyatini buzilishi, siydikdan oqsil, silindr ko'p chiqib uremiya holatiga olib keladi.

Davosi. Birinchi kundan boshlab gemodializ, tomir ichiga glukoza, natriy gidrokarbonat, 5 % 100–200 ml etil spirti quyish yaxshi natija beradi.

Benzindan zaharlanish. Organizmga yuqori nafas yo'llari, teri va shilliq qavatlar hamda oshqozon ichak yo'llari orqali kiradi va zaharlanish belgilari yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Bemorda ruhiy qo'zg'alishlar, eyforiya, yurakning tez urishi, ko'ngil aynish, qusish belgilari kuzatiladi. Uzoq vaqt hidlaganda, hushdan ketish, pay reflekslarining oshishi, tonik va klonik qaltirash hamda spastik parezlarga olib keladi. 2–3 kundan keyin esa ichki a'zolarida zaharlanish belgilari paydo bo'ladi. Bular jigar sohasidagi og'riq, teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi hamda siydikda urobilinning paydo bo'lishi bilan kechadi. Benzindan surunkali zaharlanganda, astenonevrotik alomatlar: holsizlik, tez charchab qolish, qovoq va qo'llarda titrash, bosh og'riq, pay reflekslarining oshishi, vegetativ va emotsional buzilishlar, mastlik holatlari yuzaga keladi. Surunkali zaharlanish ham asoratsiz o'tadi, lekin sog'ayish davri bir necha oygacha cho'ziladi.

Davosi. O'tkir zaharlanish hollarida tinch joyga yotqizib, toza havo va kislorod berish zarur. Tomir ichiga 40 % 30 ml glukoza bilan 0,06 % 1,0 ml korglukon yoki 0,05 % 0,5 ml strofantin eritmasidan yuborish zarur. Og'ir holatlarda sun'iy nafas berish lozim.

Botulizm

Botulizm (lotincha «*botulus*» kolbasa degani) kasalligini keltirib chiqaruvchi bakteriyalar «*clastridum*» botulihum zahari bilan zaharlangan ovqatni iste'mol qilish natijasida paydo bo'ladigan og'ir o'tkir kasallikdir. Botulizm qo'zg'atuvchilarini A, B, C, D, E, T va U turlari ma'lum. Ularning hammasi odamlarda kasallik paydo qilishi mumkin. Botulizm qo'zg'atuvchisi aniq anaerob, u havo kimaydigan joyda baliq, yog'li cho'chqa go'shtida, kolbasaning katta bo'laklari ichida yoki gemetik berk konserva bankalarda hosil bo'ladi.

Klinik manzarasi. Botulizm belgilari organizmga tushgan zahar miqdoriga ko'ra, 2 soatdan 3 soatgacha davom etadigan yashirin davrdan keyin yuzaga

keladi. Yoki 12–24 soatgacha cho'zilishi, hatto 10 kundan keyin ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallikning dastlabki belgilari umumiy holsizlik, damonsizlik, bosh og'riq, og'izning qurib qolishi, oshqozon – ichak yo'llarida buzilishlar bo'ladi. Asab sohasida esa dastlab «ko'z alomat»lari – ko'zga narsalarning qo'shaloq bo'lib ko'rinishi, ko'rishning xiralashuvi, yuqori qovog'ning pastga tushib qolishi belgilari bo'ladi. Bemorning hushi yo'qolmaydi, yurish muvozanati buziladi. Yumshoq tanglay falajlanib, yutish buziladi, hiqildoga ovqat tushib, qattiq yo'tal tutadi. Nutq buziladi, tovush butunlay chiqmay qo'yadi. Tana harorati o'zgarmaydi, tomir urishi tezlashadi. Ko'z shaklida – diplopiya, ptoz, midriaz, anizokoriya, akkomodatsiya parezi, ko'z qorachig'ining yorug'likka javobi sustlashgan bo'ladi. Bulbar shaklida – bulbar falaj belgilari: disfoniya, afoniya, afagiya, anartriya, so'lak va ko'z yoshi oqishi-ning buzilish belgilari bo'ladi. Nafas olish shaklida – nafas olish faoliyati buzilib, nafas qisib, nafas olishga qiyinlanadi.

Davosi. Davolashni imkoni boricha erta boshlash, botulizmga qarshi antitoksin zardobi yuborish kerak. Botulizmga qarshi antitoksin polivalent zardobning hamma turlariga qarshi har bir turdan 50000 AEdan ishlatish lozim. Zardobni 37–38°C darajagacha qizdirib, keyin Bezredko usulida desensibilizatsiya qilinadi. Tezda natijaga, erishish uchun zardobni tomir ichidan yuborish kerak. Zardob yuborishdan oldin teri orasiga avval shu zardobni 1 : 100 nisbatda eritiladi. Shu eritilgan zardobdan har 20 daqiqada 0,5; 2,0; 5,0 ml dan qilinadi. Zardob bilan bir vaqtda boshqa shprisda bemorning boshga joyiga anatoksin yuboriladi. Anatoksinni ham qo'zg'atuvchining hamma turiga qarshi 0,5 ml dan yuboriladi. Klinik o'zgarishlarga qarab, zardob va anatoksin yuborishni 5–10–24 soat o'tgach takrorlanadi. Zardobni dastlabki miqdorda, anatoksinni esa har bir turiga qarshi 2 baravar ko'p miqdorda (1 mldan) yuboriladi. Aktivlangan ko'mir (1 l suvga 10–15 g ko'mir) beriladi yoki oshqozon qayta-qayta yuviladi. Sifonli klizma qilinadi. Og'ir hollarda quruq plazma, 5 % glukoza, 0,9 % natriy xlor eritmasi tomir ichiga yuboriladi. Nafas faoliyati buzilganda, lobelin, sititon, strixnin 0,1 % 0,3–0,5 ml tomir orasiga qilinadi.

Oldini olish choralari. Konservani sanoatida xomashyo sifatini va konservalarning sterilizatsiya rejimini qattiq nazorat qilish. Bombaj hosil bo'lgan bankalarni to'kib tashlash, uy sharoitida konserva yopishda e'tiborni kuchaytirish lozim.

Nazorat savollari

1. Vibratsion kasallikning kelib chiqish sabablarini ayting.
2. Is gazidan zaharlanishda qanday biokimyoviy o'zgarishlar bo'ladi?
3. Metil spirtidan zaharlanganda, qanday yordam ko'rsatiladi?
4. Botulizmga kasallik belgilarini ayting va shoshilinch yordam ko'rsating.
5. Botulizmga bulbar belgilarini ayting.
6. Bezredko usulida zardob qanday yuboriladi?

Psixiatriya: (Ruhiy kasalliklar)

Ruhiy kasalliklarning belgilari

I. Bilish faoliyatining buzilishi. Bilish faoliyati 3 qismdan iborat: Idrok, xotira va tafakkur. Idrokning buzilishi ikkita bo'lib, bularga illuziya va gallutsinatsiya kiradi.

Illuziya – bu aniq narsalarni noto'g'ri idrok etish. Illuziyalar ko'ruv, eshituv, hid bilish, taktil va ta'm bilish illuziyalariga bo'linadi. Illuziya sog'lom odamda ham uchraydi. Masalan, shisha idishdagi suvga solingan qoshiq xuddi, singandek ko'rinadi. Ko'ruv illuziyasida uyda osilib turgan to'n odam bo'lib ko'rinadi va h. k. Illuziyalar ko'pincha, yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda, turli xil zaharlanishlar oqibatida va juda jismoniy toliqqan odamlarda ham uchraydi.

Gallutsinatsiya – yo'q narsalarni bor deb idrok etish. Illuziyalarda chindan ham bor narsalar boshqacha bo'lib idrok etilsa, gallutsinatsiyalarda bemor yo'q narsalarni ko'radi, eshitadi, hidlaydi, sezadi. Ko'ruv gallutsinatsiyasida bemorlarning ko'ziga odamlar, hayvonlar har xil mahluqlar ko'rinishida aks etadi. Eshituv gallutsinatsiyasida bemorning qulog'ida har xil tovushlar eshutiladi. Hid bilish gallutsinatsiyasida bemorning dimog'iga qo'lansa hidlar kiradi va bemor burun teshiklarini yopib oladi. Ko'ruv gallutsinatsiyasi o'tkir psixozlarda, yuqumli kasalliklarda, ichkilik vasvasalarida uchraydi. Hid bilish va eshituv gallutsinatsiyalari esa shizofreniyaning boshlang'ich davrida kuzatiladi.

2. Xotiraning buzilishi. Xotira hayot tajribasida esda qolgan ma'lumotlarni esda saqlash va takror aytib berishdir. Xotiraning buzilishi 3 ta: a) gipomneziya – xotiraning susayishi, bunda o'tmishdagi va yaqin vaqtdagi voqealar eslab qolurmeydi; b) gipemneziya – ancha vaqt o'tgan voqealarni xotirada saqlab qolish; v) amneziya – xotiraning yo'qolishi yoki eslay olmaslik. Retrograd amneziyada bemorlar kasallikdan oldin bo'lib o'tgan voqealarni eslay olmaydilar. Bu, ko'pincha, bosh miya lat yeyishi, chayqalishidan keyin kelib chiqadi. Anterograd amneziyada kasallik boshlangandan keyin ro'y bergan hodisalar bemor xotirasidan tushib qoladi va kundalik voqealarni eslab qola olmaydi.

Konfabulatsiya – xotiradan tushib qolgan voqelikni uydima hodisalar bilan to'ldirish. Bemor ilgari hech qachon qilmagan ishlar bilan shug'ullanishini aytadi. Bemor 3 oyga yaqin shifoxonada yotgan bo'lsa-da, ikki kun ilgari chet el safaridan qaytib keldim, deb uydima va yolg'on gaplari bilan ishontirishadi. Xotiraning bunday buzilishlari bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya qontomirlari aterosklerozi, bosh miya zaxmi va h. k.).

3. Tafakkurning buzilishi. Tafakkur (fikrlash) ning buzilishi xilma-xil bo'lib, uning tezlashuvi va sekinlashuvi kuzatiladi. Tafakkurning tezlashuvi moniakal-depressiv psixozning moniakal bosqichida bo'ladi. Bunda bemorning fikrlashi shu qadar tezlashib ketadiki, u fikrlarni so'z bilan ifodalashga ulgura olmay qoladi. Natijada, ba'zi so'z va jumlalarni tushirib

gapiradi. Bunda bemorning gapirgan gaplarini tushunish qiyin bo'lib qoladi. Moniakal-depressiv psixozning depressiv bosqichida tafakkurning sekinlashuvi kuzatiladi. Bunda bemorning tafakkuriga biror tushuncha chuqur o'mashib qoladi. Bemor qisqa jumlar bilan sekin-sekin cho'zib gapiradi.

4. Xayoldan ketmaydigan holatlar. Xayoldan ketmaydigan, miyaga o'mashib qolgan xotiralar vahimalar, shubha va istaklar hamda xatti-harakatlar shaklida namoyon bo'ladi. Bularning keraksizligini bemor biladi, lekin ulardan qutula olishning ilojini topa olmaydi. Bemor fikrlarini band qilib qo'yadigan holatlar nevrozlar, psixasteniya va shezofreniya kasalliklarida uchraydi. 1. Fobiya-lar – miyaga o'mashib qolgan vahimalar. Bemor biror kasallik bilan og'rib qolishdan qo'rqish, ochiq joylarda yurishdan va yopiq binolar ichida yurishdan qo'rqish, quturish kasalligi bilan og'rib qolishdan qo'rqish natiijasida quturgan it tishlab oladi, deb vahimaga tushib yuradi. 2. Miyaga o'mashib qolgan shubhalar. Bemor biror joyga ketayotib eshiklar yopildimi, chiroq o'chirildimi deb shubha qilaveradi. 3. Miyaga o'mashib qolgan istaklar. Bunday bemorlar ko'p qavatli bino derazasidan o'zini tashlab yuborgisi kelaveradi, o'tib ketayotgan mashinalarga qo'lini tekizmoqchi bo'laveradi. Bunda bemor bu istaklarning noto'g'ri ekanligini tushunadi va ularni bajamaydi, lekin bu xayollardan qutula olmaydi. 4. Miyaga o'mashib qolgan xatti-harakatlar. Bunda bemorlar ba'zi xatti-harakatlarni qilaveradi. U uylarning derazasini, sinyo-g'ochlarni sanab chiqadi, o'tib ketayotgan mashinalarning nomerlarini bir-biriga qo'shib yuraveradi. Bunday xatti-harakatlar ba'zan yo'talish, ko'zlarni mahkam yumib olish va qo'llarni tez-tez yuvish bilan ifodalanadi.

5. O'ta qimmatli fikrlar: bu fikrlar real aniq shart-sharoitlar asosida paydo bo'ladi, lekin bemor fikriga to'g'ri kelmaydi. Bemor o'z xotinini menga xiyonat qilayapti yoki o'g'lim yomon ish bilan shug'ullanayapti, deb o'ylaydi. O'ta qimmatli fikrlar odamni hayojonga solib, butun fikrlarini egallab oladi va uni diqqinapas qilib qo'yadi. Bunday fikrlar aniq bor, real faktlar tufayli kelib chiqadigan bo'lishi bilan vasvasalardan farq qiladi. Vaqt o'tishi bilan bu fikrlar asta-sekinlik bilan yo'qoladi.

6. Vasvasalar – kasallik tufayli bemor hayolida aqlga to'g'ri kelmaydigan noto'g'ri fikrlar, tanqid, nasihat qilish yo'li bilan tuzatib bo'lmaydigan alahlashdir. Vasvasalar boshlansa, bemorni nohaq ekanligiga ishonirishga har qancha urinib ko'rilmasin, o'sha fikrdan qaytarib bo'lmaydi. Vasvasalar bu nuhiy kasalliklar belgisidir. U quyidagi turlarga bo'linadi: 1) ta'qib vasvasasi – bemor orqamdan odam tushgan, u derazadan qarab turibdi, ko'chadan ketayotganida poylab yurishadi, deb o'ylaydi. Bunday bemor ta'qibdan qochib, boshqa shaharlarga ko'chib ketadi; 2) jismoniy ta'sir vasvasasi – bunday bemor men maxsus mashinalardan berilayotgan nurlar yoki radioto'lqinlar ta'sirida qoldim deb, bular salomatligimga zarar keltirayapti, deb da'vo qiladi; 3) munosabat vasvasasi – bemor atrofdagi hodisa va narsalarning menga aloqasi bor, deb da'vo qiladi. Biror odam gaplashayotgan yoki kulayotgan bo'lsa, u kishi faqat mening ustimdan gapirayapti yoki kulayapti, deb o'ylaydi; 4) zaharlanish vasvasasi – bunda, bemor atrofdagi odamlar ovqatimga zahar solib qo'yishadi, deb o'ylaydi va ovqatni yemay

qo'yadi; 5) ipoxondrik vasvasa – bunday bemorlar o'zini og'ir kasallikka uchragan, deb hisoblaydilar. Bemorlar oshqozonim chirib borayapti yoki ichagiga suyak qadalib qoldi deb, da'vo qiladilar. Bu xil vasvasa shizofreniya kasalligida uchraydi; 6) ulug'vorlik va buyuklik vasvasasi – bunda, bemorlar o'zlarini ulug' lashkarboshi, olim yoki kashfiyotchi, o'zini bir talay puli, tillasi bor odamday badavlat hisoblaydilar; 7) ziyon-zahmat vasvasasi – bunda bemorlar meni o'g'ri urib ketadi, deb ishonishadi, shundan keyin bemorlar buyumlarini bekitib yurishadi. Natijada, bemorlarning xotirasi buzilib, yashirib qo'yilgan buyumlarini joyini topolmaydi. Buning natijasida, bemorlarda vasvasa kuchayib ketadi. Bunday bemorlar shifoxonada o'rin – to'shaklarini yig'ishtirib, tugun qilib, o'g'irlab ketishidan qo'rqib yuradilar; 8) o'z-o'zini ayblash vasvasasi – bemorlar o'zini jinoyatchi, deb hisoblaydilar. Jamiyatga, oilaga katta ziyon yetkazib qo'ydim, deb hisoblaydilar.

7. Aql pastlik yoki tentaklik. Aql pastlik yoki tentaklik tafakkurning buzilishi bo'lib, bunda odamning hodisalar o'rtasidagi bog'lanishni tushunish qobiliyati pasayib ketadi. Asosiy narsani ikkinchi darajali masaladan farq qila olmay qoladi. O'zining yurish-turishiga, fikrlariga tanqidiy baho berolmaydi. Xotira susayib, tafakkur qilish pasayib ketadi. Xulq-atvor ancha pasayib ketgan bo'ladi. Aql pastlik ikki turga bo'linadi. 1. Tug'ma aql pastlik (*oligofreniya*) – genetik o'zgarishlar tufayli bolaning ona qonida zararlanishi, go'daklik davrida kasal bo'lib qolishi natijasida bosh miyaning yetarlicha rivojlanmay qolishidan kelib chiqadi. 2. Turmushda orttirilgan aql pastlik (*demensiya*) – katta yoshda bosh miyaning organik kasallikka uchrashi natijasida, bosh miyaning shikastlanishi, qarilik psixoz, bosh miya qontomirlari aterosklerozi va boshqa kasalliklar sababli paydo bo'ladi. Bunday bemorlarning fikrlash doirasi past, ular atrofdagi vaziyatga to'g'ri baho berolmaydilar.

8. His-tuyg'uning buzilishi. His-tuyg'u (*emotsiya*) deb – shodlanish, xursand bo'lish, nafratlanish, xafa bo'lish, g'azablanish kabolarga aytiladi. His-tuyg'u ikki turga bo'linadi. Salbiy va ijobiy his-tuyg'ular. His-tuyg'u (g'azab, shodlik, g'aminlik, qo'rquv)larni to'lib-toshib namoyon qilish *affekt* deyiladi. Affekt vaqtida odamning es-hushi ham kirarli-chiqarli bo'lib turadigan bo'lsa, buni *patologik affekt* deyiladi. Mana shunday holatda odam og'ir jinoyatlar qilib qo'yishi mumkin. Bemorning mimikasi (yuzning imo – ishorasi) aytayotgan gap-so'zlari, harakatlariga, moddalar almashinuvida ro'y bergan o'zgarishlarga, vegetativ reaksiyalarga qarab, his-tuyg'ular holati to'g'risida fikr yuritiladi. His-tuyg'ularda qondagi qand miqdori oshadi, qonning yopish-qoqligi o'zgarib qoladi, ichki a'zolarining qontomirlari kengayadi yoki torayadi, yurak urishi tezlashadi. His-tuyg'u po'stloq osti tugunlari bilan idora qilinadi. Turli nuhiy kasalliklarda his-tuyg'uning kuchayishi yoki sekinlashuvi kuzatiladi. Eyforiya, depressiya, hayojonlanish, vahimaga tushish holatlari kuchaygan his-tuyg'ularga kiradi. Beparvolik, g'aminlik, loqaydlik emotsiyaning sekinlashuviga kiradi. Eyforiyada odamning kayfiyati yaxshi, har doim kulib, quvab-shodlanib har narsadan ko'ngli to'lib yuradi. Depressiyada esa bemor ko'ngli g'am-g'ussaga botgan, harakatlari sustlashib qolgan, hamma narsalardan xafa

bo'lib, kayfiyati yomonlashib yuradi. Bular moniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi.

9. Iroda faoliyatining buzilishi. Odanning ongli ravishda va ma'lum bir maqsad bilan qiladigan xatti-harakatlari irodaga zo'r berishdir. Ruhiiy kasallarda iroda jarayonlarining buzilishi ikki turga bo'linadi. Bular: iroda (harakat) faoliyatining kuchayishi va susayishi. Moniakal holatda iroda faolligining kuchayishi, asosan, nutq va harakat qo'zg'alishi bilan namoyon bo'ladi. Bunda bemorlar ongli ravishda ko'p ishlarni amalga oshirishga harakat qiladilar, lekin bularni bajarishga jismoniy kuchlari yetmaydi. Nutq va harakat qo'zg'alishlari shizofreniyada ham kuzatiladi. Moniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida iroda faolligi sekinlashadi. Bunda bemorlar bir necha soatlab bir maromda o'tiradilar, hech narsa bilan ishlari bo'lmaydi. Bemorlar suhbat vaqtida asta-sekin qisqa jumalalar bilan javob berishadi. Iroda faolligining pasayib qolishi bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi (bosh miya o'smasi, bosh miya aterosklerozi va boshq.). Iroda faolligining susayishi *stupor* deb ataladi. Bunda harakat va nutqning sekinlashuvi, hatto, tildan qolish (mutizm) darajasiga boradi. Bunda bemor topshiriqlarni umuman bajarmaydi, ularni eshitishni ham istamaydi (masalan, bemor qo'lini ko'tarib qotib turadi, to mushaklar bo'shashib o'zi tushib ketmaguncha). Iroda buzilishlari nevrasteniya va shizofreniya kasalliklarida uchraydi.

10. Marazm – ruhiy va jismoniy kuch-quvvatdan qolish (ma'naviy tushkunlik), aql kamayishi, tashqi muhit bilan bog'lanish xususiyatlarining yo'qolishi, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaslik, so'zlashish, intilish va tushunchalarning yo'qolishi bilan kechadigan og'ir bir ahvol. Rivojlangan turlarida aql shunday darajada kamayadiki, hatto, bemorlar oq-qorani, toza-iflosni, yaqin va uzoq tanishlarini ajratib ololmaydilar, ochko'z, uyatsiz bo'lib qoladilar. Bemorlarda tashqi va ichki a'zolarida ham o'zgarishlar kuzatiladi, suyaklar mo'rt bo'lib qoladi, terida yaralar paydo bo'ladi.

Ruhiy kasalliklarning asosiy almatlari

Es-hushning buzilishi. Ong bosh miya po'stlog'ining eng zo'r faolligi natijasidir. Ongi sog'lom kishilar atrof-muhitni va o'z xatti-harakatlarini vaqtni to'g'ri baholaydilar.

1. Karaxtlik holati. Karaxtlik (gangib qolish) holatida bosh miya po'stlog'ining tomozlanishi natijasida, atrofda ta'sirlarga kuchsiz javob reaksiyasi paydo bo'ladi. Javob olish uchun esa ancha kuchli ta'sir o'tkazish kerak yoki savolni bir necha marta qaytarish kerak. Bemor bunda sust javob beradi, harakatlari, imo-ishoralari kam bo'ladi. Oldingi bo'lib o'tgan voqealarni qiynalib esga oladi, qisqa-qisqa gapiradi. Karaxtlik holati bir necha daqiqadan bir necha soatgacha va bundan ham uzoqroq cho'zilishi mumkin. Karaxtlik holati bosh miya shikastlanganida, miya o'smasida, uremiya, qandli diabet, zotiljam, tif va boshqa kasalliklarda uchraydi. Mana shu holat o'tib ketganidan keyin, bemorlar o'zlariga nima bo'lganligi to'g'risida qisqacha so'zlab berishlari mumkin.

2. Dovdirash alomati (*sopor*) – bunda, bemorning es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib turadi va bu alomat birdan paydo bo'lib, birdan barham topadi. Bu ongning torayib qolishi bilan cheklanadi. Bemorlar o'zlari turgan sharoitga beparvo bo'ladilar, chaqirgan odamga javob bermaydilar, og'riqlarga kuchsiz javob beradi. Esning kirar-chiqar bo'lib turishi bir necha daqiqadan bir necha kungacha va hatto, bir necha haftagacha davom etishi mumkin. Bunda bemorlar nima bo'lganligini aytib berolmaydilar. Bu holat tutqanoq, isteriya va bosh miya shikastlanishida kuzatiladi.

3. Delirioz holati – bunda bosh, miya po'stlog'ida to'liq bo'lmagan tormozlanish bo'ladi. Bemorlar besaranjom bo'lib qoladilar. Bu holatda es-hush ayrib, gallutsinatsiya va illuziyalar aralash bo'lib turadi. Bemorning ko'ziga vahimali manzaralar ko'rinadi, atrofdagi narsalarni tanimaydi. Delirioz holatidan so'ng bemorlar ko'rgan narsalarining ayrimlarini eslaydilar. Delirioz holati bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi, bu holat kechga borib zo'rayadi. Es-hushning delirioz holati turli yuqumli kasalliklarda, shikastlanishlarda va zaharlanishlarda kuzatiladi.

4. Oneyroid holati – bunda, es-hush buzilib, odamning xayolga botgandek yoki tush ko'rayotgandek bo'lib qolishidir. Delirioz holatidan farq qilib, bu holatda bemorlarning kechirmalari bilan yurish-turishlari o'rtasida bog'lanish bo'lmaydi. Bemorlar o'zlarini boshqa sayyoralarda, boshqa dunyoda yurgandek his qiladilar. O'zlarini bir vaqtning o'zida bir necha joyda his qiladilar. Bemorning o'zi xonada yotgan bo'lsa ham men Amerikada yuribman, deb boshqalarni ishontiradi. Bemor o'miga yotishdan bosh tortadi, qarshilik qiladi. Bu holat bir hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

5. Amentiv holat – bunda, bemor atrofdagi vaziyatni mutlaqo anglamaydi, o'zining kimligini bilmaydi. Bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarining izdan chiqishi oqibatida, amentiv holat yuz beradi. Bu holat bir necha haftagacha cho'ziladi, u o'tib ketgandan keyin, to'la amneziya kuzatiladi. Bu holat turli yuqumli kasalliklarda, zaharlanish va asab tizimining qattiq holdan toygan vaqtlarda kuzatiladi.

6. Komatoz holati – bunda, bemor behush bo'lib, savollarga mutlaqo javob bermaydi, og'riq ta'sirlariga javob reaksiyasi bo'lmaydi. Ko'z qorachiqlari kengaygan, yorug'likka reaksiyasi bo'lmaydi. Bu holat bosh miya po'stlog'ining chuqur tormozlanishi natijasida paydo bo'ladi.

Harakatning buzilishi. 1. Stupor – bunda, bemorlar harakat qilmasdan, bir joyda qotib qolishadi. Stupor quyidagi turlarga bo'linadi. A. Depressiv stupor – bu, moniakal-depressiv psixozning depressiv shaklida kuzatiladi. Bemorlar biror ish yoki harakatni bajara olmaydigan bo'lib qoladilar, savollarga qiyinchilik bilan javob berishadi. Bunday bemorlarga ovqat yedirib qo'yishga to'g'ri keladi. Bemor yuzida g'arginlik, xafachilik, ma'yuslik ifodasi bo'ladi, bu holat yurak siqilishi bilan almashinib turadi. B. Psixogen stupor – bunda, bemorlar qimirlamay, hech indamasdan o'tiradilar. Bemorlar uzoq vaqt hech kim bilan gaplashmasdan, savollarga javob bermasdan jim yuradilar. Bunday bemorlarda stuporning keltirib chiqargan so'zlarni eshitib qolsa,

bunda bemorda kuchli emotsional holat yuz beradi. Bunda bemorlarda kuchli hayajonlanish, yig'lash, qizarish yoki oqarish alomatlari yuz beradi. V. Katatonik stupor – bu, shizofreniya kasalligida uchraydi. Bunda bemorlar mutlaqo qimirlamay qo'yishadi, ba'zi hollarda esa mushaklar tonusining pasayishi bo'ladi. Bunga *bo'shang stupor* deyiladi. Bemor tanasiga biror holat berib qo'yilsa, shu holatda uzoq vaqt qotib turaveradi, buni o'zgartirish qiyin bo'ladi. Bemorlar stupor vaqtida ovqat yemay qo'yadilar, shuning uchun hamshiralar bemorga zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Stupor bosh miya po'stlog'ining harakatlantiruvchi bo'limlarida miyaning po'stlog' osti va miya ustunida tormozlanish oqibatida paydo bo'ladi.

2. Harakat qo'zg'alib turuvchi holatlar. Bular uchta turga bo'linadi.

A. Moniakal qo'zg'alishda bemor tinmay harakat qiladi. Bunda bemorning xatti-harakatlari ma'lum maqsadga qaratilgan bo'lsa-da, lekin ulaming diqqat-e'tibori hamisha chalg'iyveradi. Bunda bemorlar bironta ham ishni oxirigacha yetkaza olmaydilar. Bunday bemorlar juda ko'p va tez gapirishadi, ayrim so'z va jummalarni tushirib qoldirishadi. Bemorlarning juda ko'p gapirishi natijasida ovozi bo'g'ilib qoladi. Atrofdaagi kishilarga doimo har xil savollar va takliflar bilan murojaat qilishadi. Bu holat moniakal-depressiv psixozda kuzatiladi. B. Katatonik qo'zg'alishda bemorlar hech bir maqsadsiz harakat qiladi, harakatlari bir xil, ularni nima maqsadda qilayotganini tushunib bo'lmaydi. Masalan, bemor oyoqlarini mutlaqo qimirlatmagani holda qo'llari bilan harakat qilib, aftini burib turaveradi, ayrim so'zlarni baqirib-chaqirib aytadi. Bemorning gaplari ma'nosiz bo'ladi. Bu holat shizofreniya kasalligida uchraydi. V. Gebefren qo'zg'alish – bunda, bemor har xil qiliqlar qilib, aftini burishtiradi, o'ziga-o'zi kulaveradi, gaplarining ko'pi safsatadan iborat bo'lib, so'zlarni buzib gapiradi. Bu holat shizofreniya kasalligida kuzatiladi.

His-tuyg'u buzilishi. His-tuyg'u (emotsiya) buzilishi uch turga bo'linadi: 1. Moniakal holatida bemorlar kayflari chog' bo'lib yuradilar, doimo xushchaqchaq, xursand, o'zlaridan-o'zlari mamnun bo'ladilar. Bemorlar o'zlariga yuqori baho berib yuboradilar, har qanday ishlarni yengil va oson deb bilishadi. Tasavvurlar tez-tez almashinib turadi. Bemorlar qo'zg'alish holatida juda kam uxlashadi, shu bilan birga charchoqni sezishmaydi, serharakat bo'lib qolishadi. His-tuyg'uning shunday yengil darajada buzilishi gipomoniakal alomat deyiladi. Bu holat moniakal-depressiv psixoz kasalligida uchraydi. 2. Depressiv alomatda bemorlarning harakatlari kam, nutqi sekkin sust bo'lib, dunyo ko'ziga qorong'u bo'lib ko'rinadi. Bunday holatda bemorlarda o'zini-o'zi ayblash fikrlari paydo bo'lib, ovqat yeyishdan bosh tortib, yaxshi uxlay olmaydilar. Bunday bemorlar o'zini o'ldirishgacha yetib boradi. Depressiv alomatda g'anginlik holati ertalab kuchli bo'ladi, kechqurun bemorlarning ahvoli biroz yaxshilanadi. 3. Xavotirga soladigan – depressiv alomat, bunda bemorlarda ma'yuslik ustiga qanday bo'lmasin biror falokatni kutib, xavotirga tushish qo'shiladi. Bemor besaranjom bo'lib, hadeb gapiraveradi. Biror ish bilan shug'ullana olmaydi, ovqat yemay qo'yadi, uxlay olmaydi. Bunday bemorlar xavotirga tushib, o'z-o'zini o'ldirishgacha yetib boradilar. Bu holat presenil psixoz kasalligida kuzatiladi.

Talvasa alomatlari: Talvasa xuruji 2 xil bo'ladi: 1. Epilepsiya (quyanchiq) talvasalari – bunday talvasa *epileptik tutqanoq* deb ataladi. Boshqa kasalliklar – bosh miya jarohatlari, bosh miya qontomir aterosklerozi, bolalar bosh miya falajligi, miya zaxmida kuzatiladigan tutqanoqlar – *epileptiform tutqanoq* yoki *epileptik turdagi tutqanoq* deb ataladi. Epilepsiya tutqanoq'i va epileptform tutqanoq xuruji tutib qolgan vaqtda bemor to'satdan o'zidan ketib, yiqilib tushadi, rangi oqarib, so'ngra, ko'karadi. Bemor birdan hushidan ketadi va tonik, keyin klonik qaltirash xuruji boshlanadi. Bunda bemorning butun tanasidagi mushaklar vaqti-vaqti bilan qisqarib-bo'shshib turadi. Tonik talvasada mushaklar uzoq tortishsa, klonik talvasada esa mushaklar vaqti-vaqti bilan qisqarib, bo'shshib turaveradi. Bemordagi bu holat – talvasa tonik talvasa 30–40 soniyadan so'ng, klonik talvasa bilan almashinadi. Klonik talvasa 1–5 daqiqa davom etadi va shu bilan tutqanoq xuruji tugaydi. Shundan so'ng, bemor uxlab qoladi yoki karaxt bo'lib, qayerda yotgani, nima bo'lganligini anglab yetmaydi. Bunda bemorlarning asab tizimini tekshirib ko'rganimizda ko'z qorachiqlarning yorug'likka javob reaksiyasi bo'lmaydi, reflekslar yo'qoladi. Bemorlar tutqanoq xuruji vaqtida yiqilib, har xil shikastlanishlar olishi mumkin. 2. Isterik talvasalar – bu, bemorlar biror tashqi ta'sirga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu tutqanoq epilepsiya tutqanoq'iga qaraganda, sekinroq bo'ladi. Bemor xuruj paytida qulay joyga yiqiladi. Bunda bemorning hech eri shikastlanmasdan, es-hushini batamom yo'qotmasdan yiqiladi. Bemorlarni tekshirganimizda ko'z qorachig'i yorug'likka javob beradi, reflekslar chaqiriladi. Bunday xuruj soatlab davom etishi mumkin, epilepsiya xuruji uzoq davom etmaydi. Isterik talvasada epileptik tutqanoqdagi kabi oldin tonik keyin klonik tortishishlar bo'lmaydi. Ba'zan ongi torayadi, lekin isteriya xurujida bemor atrofdagilar diqqat-e'tiborini sezsa, isteriya uzoq vaqtgacha cho'zilishi mumkin.

Korsakov (amnestik yoki xotiraning buzilishi) alomati – bu, bemorlarda o'tmishdagi hodisalar xotirada saqlanib qolgan holda, hozir bo'lib turgan hodisalarning esdan chiqib qolishi bilan xarakterlanadi. Bemorning xotirasi pasayib ketadi, bugun nima ovqat yegani, kim bilan uchrashganini mutlaqo eslay olmaydi. Berilgan savollarga javob qaytarmaydi, eshitgan savollarini tez unutadi. Bunda bemorlar bir necha daqiqa nima ish qilib turganini esdan chiqarib qo'yishadi. Bu alomat bosh miya aterosklerozi, qarilik psixoz-i, bosh miya shikastlanishi, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlarda kuzatiladi.

Galutsinator – paranoid alomat – bunda, bemorlarda galutsinatsiya va vasvasalar bo'lib turadi. Bemorlar ko'pincha, kimdir ulami ta'qib qilayotganini ularga ta'sir ko'rsatayotganini aytishadi. Masalan, bemor devor orgasida boshqa odamlar uni o'ldirish rejasi to'g'risida gapirayotganini eshitadi. Ba'zan bemorlar bundan qochishga urinishadi, eshiklarni bekitib olishadi, boshqalarni yordamga baqirib chaqirishadi. Bu holat shizofreniya, alkogol psixozlari, bosh miya zaxmi va boshqa kasalliklarda uchraydi.

Aqli pastlik (tentaklik, esi pastlik) alomati – bunda, bemorlarda aqliy qobiliyatning pasayishi, xotiraning susayishi kuzatiladi. Bemorlar yangi ma'lumotlarni qabul qila olmaydilar, eskilarini esa unutib yuboradilar. Zehn

va farosat juda pasayib ketadi. Bemorlar oddiy turmush masalalarini ham yecha olmaydilar. Mana shular tufayli ularning yurish-turishi va qiliqlari be'mani bo'lib qoladi. Bular bosh miyaning organik kasalliklarida uchraydi.

Nevrasteniya alomati (nevrotik, astenik) – bunda, bemorlar tashqi ta'sirlardan juda bo'shashib, holdan toyadigan bo'lib qolishadi. Tashqi ta'sirlar (ovoz, yorug'lik, issiq-sovuq)ga ortiqcha sezuvchanlik, har qanday hodisalardan ta'sirlanish (xafachilik yoki xursand bo'lish), jismoniy toliqish oqibatida paydo bo'ladi. Bu holatga tushgan bemorlar tajang, betoqat, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, asabiylashish, jismoniy toliqish, ish va aql qobiliyatining pasayishi va ruhiyatning tez-tez o'zgarib turishi bilan xarakterlanadi. Bunda bemorning uyquasi buzilib turadi, tezda uxlay olmaydi, barvaqt uyg'onib ketadi. Bunda bemorning uyquasi yuzaki, uyqudan keyin odam o'zini dam olgandek sezmaydi. Kunduz kunlari bemor bo'shashib, mudrab yuradi. Bunda bemorda bosh og'rishi, salga terlash, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi bo'lib turadi. Bu holat yuqumli kasalliklar, turli xil zaharlanishlardan so'ng va bosh miya aterosklerozi, shizofreniya, surunkali kasalliklar hamda nevrasteniyada kuzatiladi.

Ipoxonidik (miyadan ketmaydigan) alomatlar – bunda, bemorlar o'z salomatligining ahvolidan xavotirlanib, o'zlaridagi yo'q kasalliklarni topib, davolanmasam, o'lib qolaman, deb o'ylashadi. Bemorlar ko'pincha, qorin va yuragi og'rib turishidan noliydi va kayfiyati buzilib yuradi. Shifokor siz sog'lomsiz, hech qanday kasalligingiz yo'q, deb aytsa ham ular ishonishmaydi yoki boshqa shifokorga borib uchrashadi. Ular bu kasallik to'g'risida turli xil kitoblarni o'qib chiqishadi. Miyadan ketmaydigan o'rinsiz shubha, xavotir va qo'rqinchli fikrlar – *dismorfofobiya* deb ataladi.

Isteriya alomati – bunda, bemorlar qattiq ovoz bilan yig'lab yoki kulib, bu bilan atrofdagilar diqqatini tortishga harakat qiladilar. Bu holat tezlik bilan ikkinchi bir holatga o'tib turadi. Bemorlar o'zlarining xatti-harakatlarida aql-idrok bilan ish ko'rmay balki his-tuyg'ulariga qarab, ish ko'rishadi. Bemorlar o'zlariga ko'proq e'tibor berish, atrofdagilardan ajralib turish va ko'zga tashlanishga harakat qiladilar. Bunday bemorlar xom xayol bo'lishga moyil bo'lishadi. Tashqi ta'sirlar tufayli talvasa xurujlari tutib turishi mumkin. Bu holat kalla bosh miya jarohatlarida, shizofreniya va zaharlanishlardan keyin kuzatiladi. Bu alomat bosh miya po'stloq osti sohasining zaiflashuvi natiijasida kelib chiqadi.

Kandinskiy-Klerambo alomati (ruhiy avtomatizm, tashqi ta'sir, yotsirash, qamrab olish alomatlari) – bu, o'z shaxsiy ruhiy jarayonlarning o'zligiga yoki o'z shaxsiga tegishlikning yo'qolishi. Ruhiy va jismoniy ta'sir vasvasaligi bilan birga namoyon bo'ladi. Ruhiy avtomatizm 3 turga bo'linadi: assotsiativ – bu turga mentizm – boshqarib bo'lmaydigan, ixtiyordan tashqari sodir bo'ladigan fikrlar, o'ylar, xayollarning beto'xtov oqishi mansubdir. Xayollar, fikrlar mazmuni juda og'ir bo'lib, ulardan bemorlar qutula olmaydilar, xayol va fikrlarni miyada yig'ib ololmaydilar. Ba'zan bemorlar ko'z oldiga har xil xayollarni keltirib, xuddi, ko'rib turgandek bo'ladilar. Bu fikran ko'rinishlarning mazmuni o'ylangan xayollar mazmuniga mos keladi. Fikr

ochiqlik belgisi – bemorga atrofdagi odamlar uning fikrlarini bilayotgandek tuyuladi. Fikrlar jarangdorligi belgisi – bunda, bemorning fikrlari ichki nutqqa aylanadi. Bemorning xayol, fikrlari baland tovush bilan chiqayotganday bo'lib, bemorga atrofdagilar ularni eshitayotganday tuyuladi.

Mayl buzilishlari. Mayl instinktiv (tug'ma his-tuyg'u)lar asosida paydo bo'ladi va shakllanadi. Instinktiv xulq (ovqat qidirish, tashnalikni qondirish, jinsiy juft qidirish) va instinktiv harakatlar (ovqatlanish, ichish, jinsiy aloqalar) tafovut qilinadi. Faqat instinktiv harakatlar, ya'ni tugallash aktlari instinktiv hisoblanadi. Mayl – hayotiy muhim sharoitlarni istashga va ulardan qochishga undaydigan holat bo'lib, u shu sharoitlarda instinktiv harakat bilan yuzaga chiqqa olishi mumkin. Mayl qandaydir bir tug'ma holat emas. Mayl vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladi va yo'qoladi. Maylning belgilari shakli har xil va ko'pincha, maylning qondirish tabiatiga bog'liq bo'ladi. Asosiy mayl – ochlik, tashnalik, jinsiy mayl. Eng oddiy ehtiyojlar: uyquga, harakatga bo'lgan ehtiyojlar va boshqalar.

Mayl buzilishlari turli-tuman bo'lib, ayniqsa, ovqatga bo'lgan mayl buzilishlari ko'proq uchraydi. Ishtahaning turg'un bo'lmasligi ovqatdan bosh tortish bilan kechadi, bu maylning susayishi bemorni juda holdan toydiradi, bunga *anoreksiya* deyiladi. Ovqatdan butunlay bosh tortishda zaharlanish vasvasa g'oyalari yoki shu ovqat yeb bo'lmaydigan mahsulotlardan tayyorlangan, deb ishonch hosil qilishlari mumkin. Ovqatdan bosh tortish depressiv holatlarda, stupor, isteriyaning har xil turlarida uchraydi. Shuni e'tiborga olish kerakki, ko'p hollarda, anoreksiya himoya qiluvchi fiziologik holat bo'lib, organizm uning yordamida kasalliklarga moslashadi va uni yengadi. Hozirgi vaqtda psixiatriya amaliyotida qo'llanilayotgan ochlik bilan davolash shunga asoslangan. Ovqatga maylning zo'rayishi – bulimiya, yeb to'ymaslik – akoriya, ko'p ovqat yeyish – polifagiya, bular progressiv falajlikda, idiotiyada, qarilik psixozlarida va ba'zi nevrozlarda uchraydi. Ovqatga bo'lgan maylning hamilador ayollardagidek bo'lishi (kesak, tuz va boshqa narsalarni yeyish) shizofreniya kasalligida uchraydi. Odatda, mayl buzilishlari diensefal sohning kasalliklarida uchraydi. Bunda hech bosilmaydigan tashnalik (polidipsiya, potomaniya), bu vaqtda bemorlar bir kunda 20 l va undan ko'p suv ichadilar. Bemorlar organizmni sovutish yoki isitishga urinish, uyquchanlik va uyqudan, ovqatdan, suv ichishdan, siyishdan, hojatdan qanoatlanmaslik hamda havo yetishmaslikdan juda qiynaladilar, bu holat, odatda, qo'rqish hissi bilan kechadi.

Nazorat savollari

1. Illuziya bilan g'allutsinatsiya bir-biridan qanday farq qiladi?
2. Vasvasa turlarini aytib bering.
3. Nima uchun kasallangan affekt deyiladi?
4. Harakatning susayishi qachon yuz beradi?
5. Es-hush buzilishlarini tushuntirib bering.
6. Agar bemor koma holatida bo'lsa, qanday klinik belgilar bo'ladi?

Psixonevrologik yordamni tashkil etishning asosiy masalalari, shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserda ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish xususiyati

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 1997-yil 6-avgustdagi 390-sonli «Aholiga psixiatriya yordami ko'rsatishni yaxshilash chora-tadbirlari to'g'risida» gi qarori, Sog'liqni saqlash vazirining 458-sonli va 7.02.2000 yildagi 51-sonli buyruqlari asosida ruhiy kasallikka chalingan bemorlarni ijtimoiy himoyalash va ularga malakali tibbiy xizmat ko'rsatishni yaxshilash, bemorlarni erta aniqlash, nazorat qilish ishlarida bir qancha ko'rsatkichlarni yaxshilash ko'rsatib o'tilgan.

Bundan tashqari, O'zbekiston Respublikasining «Psixiatriya yordami to'g'risida» gi 2000-yil 31-avgustda chiqarilgan qonunning maqsadi aholiga psixiatriya yordami ko'rsatishni yaxshilashdir. Qonunda ruhiy holati buzilgan shaxslarga nisbatan tibbiy tekshiruvdan o'tkazish, ularni profilaktika qilish, tashxis qo'yish, davolash, parvarish qilish va tibbiy-ijtimoiy tiklashni ta'kidlangan. Ruhiy holati buzilgan shaxslarga psixiatriya yordami ko'rsatish davlat tomonidan kafolatlangan. Bularga shoshilinch psixiatriya yordami, kasalxonadan tashqari va statsionar sharoitda maslahat berish, tashxis qo'yish, davolash, psixoproflaktika va tiklash yordamlari kiradi. Ruhiy holati buzilgan nogironlar va qariyalarni ijtimoiy-maishiy joylashtirish, parvarish qilish, voyaga yetmaganlarni umumiy va kasb-hunar ta'lim olishini tashkil etish, mehnat terapiyasi uchun davolash ishlab chiqarish korxonalariga ishga joylashtirish qonunda belgilab qo'yilgan. Yana qonunda belgilab qo'yilganki, ruhiy holati buzilgan bemorlarning tashxisi, davolanishi va ruhiy sog'lig'i to'g'risidagi boshqa ma'lumotlar shifokor va hamshiralalar tomonidan sir saqlanishi lozim.

Psixonevrologiya yordamining hammasi kasalxonadan tashqarida ko'rsatilayotgan yordam bularga psixonevrologik dispanserlar, psixiatriya, shifoxonalarning dispanser bo'limlari, unumsomatik shifoxonalar (poliklinika) va ulardagi psixiatrlarning xonalari ko'rsatib boradi. Bulardan tashqari, psixonevrologik shifoxonalarda ham yordam ko'rsatiladi. Shahar va tunanlarda psixonevrologiya dispanserlari bor va har qaysi uchastkalarga shu dispanserning psixiatrlari xizmat qiladi. Psixonevrologiya dispanserlari quyidagilar bilan shug'ullanadi. Davolash profilaktika ishlari, bemorlarga ijtimoiy-huquq yordamini ko'rsatish va aholi o'rtasida psixogigiya hamda sanitariya-maorifi ishlari tashkil etish. Dispanserda bemorlar ambulatoriya yo'li bilan hamda uyda zarur davolash-profilaktika yordamini olishadi. Dispanserning boshqa shifoxonalardan farqi shuki, yordam so'rab kelgan har bir kishi, agar unda biror ruhiy kasallik belgilari topilsa, faol hisobga olinadi. Chunki kasal kishi qayta tekshirishga kelmay qolishi mumkin. Bunda dispanser shifokori bemorning kelishini kutib, turmasdan o'zi uning uyiga boradi va uyda davolashni tashkil etadi. Agar bemorni shifoxonada davolash zaruriyati tug'ilsa, uni borib joylashtirib keladi. Shuning uchun dispanser shifoxona bilan doimo aloqada bo'ladi. Shifoxonadan chiqqan bemorlarning tibbiy

hujjatlarini ularning turar-joylaridagi uchastka psixiatrlariga yuboriladi. Shu yo'l bilan bemorlar hisobga olinadi. Statsionardan chiqqanda, bemorlarga tutilgan kasallik varaqasidan ko'chima olinib, kasallik tashxisi va davo choralaridan tashqari, bemorni keyinchalik qanday kuzatib borish, ambulatoriya yo'li bilan davolash yoki ishga joylashtirish tavsiya etiladi.

Ruhiy kasalliklar bilan og'riqan bemorlarning hammasi dispanser hisobida turadi. Chunki psixiatrlar bemorlarni doim kuzatib boradilar va ko'rsatmalar beradilar. Shifokor buyurgan davolarni hamshiralar muntazam amalga oshirib borishlari, bemorlarning ahvolini nazorat qilishlari zarur. Hamshiralar bemordagi barcha o'zgarishlar haqidagi kerakli ma'lumotlarni uning qarindoshlaridan yoki qo'shnilaridan olib turadilar. Bular bemorning ahvolini yaxshilashga yordam berishda muhim o'rin egallaydi. Dispanserda dori-damon bilan davolash, psixoterapiya va fizioterapiya usullaridan tashqari mehnat bilan davolash usullaridan ham keng foydalaniladi. Bunda bemorlarni hamshiralar har kuni kuzatib boradilar. Ahvoli yaxshilanib qolgan bemorlar o'zlarining ish joylariga qaytishlari yoki o'zlariga yoqadigan kasni egallashlari mumkin. Asab-ruhiy kasalliklarning oldini olish maqsadida psixonevrologiya dispanserining shifokor va hamshiralari aholi o'rtasida, bemorlar va ularning qarindoshlari orasida sanitariya maorifi ishlarini olib borishlari kerak. Dispanserda bemorlarga ijtimoiy-huquqiy yordam ko'rsatiladi. Ishga joylashtirishda ularga yordam berish, nafaqa oladigan bo'lsa, TMEK (tibbiy mehnat ekspertiza komissiyasi) dan qayta tekshiruvdan o'tkazish va kerakli muddatgacha uzaytirish lozim bo'lsa, yordam beradilar: Qonun oldida javob berolmaydigan ruhiy bemorlarning manfaatlari va huquqlarini himoya qilish uchun vasiylikni rasmiylashtirish hamda vasiy tayinlashda dispanser shifokorlari ishtirok etishadi. Uy sharoitida turadigan bemorlarni uchastka psixiatr hamshiralari muntazam kuzatib borishadi. Viloyat dispanserlari tuman aholisiga davolash-profilaktika yordamini ko'rsatadi. Shuning uchun shifokor va hamshiralar tumanlarga chiqib, QVA (qishloq snifokorlik ambulatoriyasi), QVP (qishloq snifokorlik punkti) aholisiga yordam berishlari, ular o'rtasida ruhiy kasallarni erta aniqlash, davolash, oldini olish choralarini ko'rish, ruhiy kasallar atrofdagilar uchun xavf-xatar tug'dirsalar, ularni darhol statsionarga yotqizishni ta'minlashlari zarur. Bunday bemorlar depressiv kasallar bo'lib, ularda o'z-o'zini o'ldirish fikrlari paydo bo'ladi. Presenil psixozlari, shizofreniyaning ba'zi shakllari ichkilik jonsaraklarida kuzatiladi. Bunday bemorlarni uyda qoldirish xavflidir, chunki ularda ta'qib, zaharlanish, jismoniy ta'sir vasvasasi bo'lib, o'zlariga yoki atrofdagi kishilarga jarohat yetkazishlari mumkin. Bemorlarga yo'llanmani psixiatr yoki shoshilinch hollarda boshqa shifokorlar va hamshiralar beradi. Yo'llanmada bemorning nima uchun shifoxonaga joylashtirilishi ko'rsatiladi. Bemorning ahvoli to'g'risida qisqacha yozib beriladi. Bemor shifoxonaning qabul bo'limida shifokor tomonidan psixonevrologik tekshirishdan o'tkaziladi. Bunda bemorni to'liq yechintirib, ko'zdan kechirish kerak. Chunki bemorning tanasida timalgan qon talashlar, suyak chiqqan va boshqa jarohatlar bo'lganda, yordam

berish, kasallik tarixiga yozib qo'yish shart. Bu bemorning o'zi yoki qarindoshlari bilan janjal chiqmasligi uchun shunday qilinadi. Qabulxonada bemorning hamma narsalarini saqlab qo'yish kerak. Bemor yuvintirilgandan keyin, unga shifoxona kiyimlari beriladi. Bemorlarga kesadigan va sanchiladigan narsalar (ustara, sanchqi, igna, shisha idishlar), dorilar berish qat'iyan man qilinadi. Shifokor bemorni ko'rib chiqqandan keyin, u tegishli bo'linga boradi. Hozirgi vaqtda ruhiy kasalliklarni davolashda aralash bo'lim tashkil etilgan. Turli ruhiy holatdagi bemorlar uchun alohida xonalar ajratilgan. Og'ir somatik kasalligi bor ruhiy bemorlarga yoki jismoniy ahvoli og'ir, doimiy parvarishga muhtoj bemorlar, qarilik psixozlariga uchragan bemorlar shu bo'linga joylashtiriladi. Yuqumli kasallikka uchragan bemorlar alohida xona (izolator)ga yotqiziladi. Bundan tashqari, bolalar bo'limlari ham bo'lib, uzoq yotgan bemor bolalarga o'qituvchilar kelib tegishli sinf darslarini o'qitib boradi. Bo'lim ichida mehnat bilan davolash uchun xonalar ajratilgan. Psixonevrologik dispanserda kunduzgi statsionar tashkil etilgan. Bunda bemorlar kunduzlari kelib, davolanib ketadi.

Alkogolizm va toksikomaniyalarga qarshi kurashni yanada kuchaytirish maqsadida so'nggi yillarda narkologiya xizmati tashkil etilgan. Shu kasallikka chalingan bemorlarni ambulatoriya yo'li bilan davolab boriladi. Ularni hisobga oladigan narkologiya dispanserlari va bemorlarni statsionar sharoitida davolaydigan narkologiya shifoxonalari tashkil etilgan.

Ruhiy kasalliklarga qilinadigan parvarishlar xususiyatlari

Psixonevrologiya xizmatida ishlaydigan hamshiralarning ishlari boshqa shifoxonadagi xodimlardan farq qiladi. Bu yerda ko'pgina bemorlar o'zlarining kasal ekanliklarini tushunmaydilar, ba'zilari esa o'zilarini umuman kasal, deb hisoblamaydilar. Ba'zi bemorlar es-hushi aynib, ko'p harakatlar qilishadi. Bunda hamshiralar hushyor, sabr-toqatli, shirinso'z, yaxshi muomalali bo'lishlari lozim. Ruhiy kasallarni parvarish qilish, ularni kuzatib borish, kerakli joyda yordam berish hamshiralarning asosiy vazifalaridan biridir. Bemorlarning ism, familiyasi, qaysi xonada yotganligini, bo'limdagi bemorlar sonini, ba'zi bemorlarning bo'limda nima sababdan yo'qligini yaxshi bilishlari kerak. Alohida kuzatuv ostidagi bemorlarga ko'proq e'tiborni jalb qilishlari lozim. Hamshiralar shifokor buyruqlarini o'z vaqtida bajarishlari shart.

Tibbiyot hamshiralari ozoda va o'ziga qarab yurishi kerak, xalati toza va yaxshi dazmollangan, hamma tugmalari qadalgan bo'lishi lozim. Boshga oq ro'mol o'rab, sochlarini ro'mol tagiga bostirib qo'yishi shart. Zirak, taqinchoqlar, to'g'nog'ich taqib yurishi mumkin emas. Bemorlar bezovta bo'lib qolganda, hamshiralar navbatchi shifokorni chaqirib ko'rsatishi kerak. Hamshiralar o'zlaricha dorilar berishi mumkin emas. Bemorlar oldida boshqa bemor sog'ligini muhokama qilish, uning kasalligi haqida gapirish, bemorlar ustidan kulish, hazil qilish mumkin emas. Bemorlarni aldash yo'li bilan statsionarga yotqizish mumkin emas, chunki bemorlar keyinchalik hamshira-

larga ishonmay qo'yadilar, bemorlar to'g'risida ma'lumot olish qiyin bo'ladi. Bemorlar bilan muomala qilishda ehtiyot bo'lish kerak, chunki vasvasa holatiga tushib qolgan bemorlar shifoxona xodimlari bilan janjallashib qolishlari mumkin. Bemorlar ko'pincha xat, ariza, shikoyatlar yozishadi. Bunday xatlarni jo'natish oldidan shifokor va hamshiralar o'qib chiqib, ma'nosiz fikrlar yozilgan xatlar-ni jo'natishlari kerak emas. Bo'linga kelgan xat va qog'ozlarni ham bemorga berishdan oldin hamshiralar o'qib chiqishlari kerak. Bemorning salomatligini yomonlashtirib qo'yadigan xabarlarni berib bo'lmaydi.

Bemorga qarindoshlari olib kelgan mahsulot va buyumlarni yaxshilab tekshirish kerak. Chunki bemorga yoqmaydigan, uning hayoti uchun xavfli bo'lgan narsalar (dori moddalari, spirtli ichimliklar, igna, ustara, yozuv qurollari, gugurt)ni berib bo'lmaydi. Hamshiralar sanitarlarning vazifalarini yaxshi bilishlari va ularning qanday ishlayotganiga qarab borishlari kerak. Yangi almashgan sanitarlarga hamshiralar qaysi bemorlar qattiq kuzatuvda bo'lishini, parvarishga muhtoj ekanligini ko'rsatishlari lozim. Bunday be-morlarga depressiya holatiga tushganlar, gallutsinatsiyalar bo'lib, turgan bemorlar, vasvasaga (jismaniy ta'sir, ta'qib), tez-tez epilepsiya xuruji, jismaniy toliqqan bemorlar, ovqatdan bo'yin tovlagan bemorlar kiradi. Bu bemorlarni hamshiralar doim hushyor bo'lib kuzatib borishlari kerak. Chunki ular o'zlarini o'ldirishlari, jarohat yetkazishlari, qochib ketishlari va atrofdagilarga xavf solishlari mumkin. Bemorning haroratini o'lchashda ehtiyot bo'lish lozim, bemor o'zini termometr bilan jarohatlashi yoki yutib yuborishi mumkin. Bemor hojatxonaga borganda, uning nimalar qilayotganligini sanitar kuzatib turishi zarur. Bemor yotadigan xona yetarlicha yorug' bo'lishi kerak. Hamshiralar dori berganda, bemor uni ichib bo'lmagunicha, uning oldidan ketmasliklari kerak. Chunki ular dorilarni yig'ib, birdan ichib yuborishlari mumkin. Shuning uchun bemorlarning narsalarini va o'rin-to'shaklarini ko'zdan kechirish shart. Ba'zi bemorlar o'zini o'ldirishni o'ylab, shisha bo'laklarini, mix, metal parchalarini yig'ib yuradilar. Ovqat vaqtida bemorga pichoq, sanchqi berilmaydi, faqat qoshiqdan foydalanadi. Pichoq va boshqa o'tkir narsalar qulflab bekkitib qo'yiladi. Ovqatlana olmaydigan, yaxshi yutol-maydigan bemorlarni shoshmasdan, kam-kamdan ovqatlantirish, asosan, suyuq ovqat berib turish kerak. Ichagini bo'shatish uchun tozalovchi huqna qilib turish kerak. Uzoq to'shakda yotgan bemorning tanasini haftada bir-ikki marta tekshirib turish zarur. Chunki dum'aza, dumba sohalorida yotoq yaralar paydo bo'lishi mumkin. Yotoq yaralar, teri qizargan bo'lsa, malhamlar surtib turish kerak. Bunday bemorlarni hojatxonaga olib borish, siydigi tutilib qolsa, kateter yordamida siydirib olish kerak. Og'iz bo'shlig'ini yuvish, sochlarni kalta qilib olib qo'yish lozim.

Ovqatdan bo'yin tovlaydigan bemorlar, ko'pincha ba'zi kasalliklarda bularga katatonik stupor, negativizm, vasvasalar (zaharlanib qolish, o'z-o'zini ayblash fikrlari) bemorga ovqat yena, deb buyurib turadigan imperativ gallutsinatsiyalardir. Bemorga nasihat qilib, ko'ndirilgandan keyin, bemor o'zi ovqat yeya boshlaydi. Ko'pincha, nahorga 12-16 tb miqdorida insulin

yuborilganda bemorda ochlik hissi zo'rayadi. Ovqatlantirishning iloji bo'lmasa, zond orqali sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish lozim. Buning uchun quyidagilarni tayyorlab qo'yish kerak. 1) rezinali zond (teshigining diametri 0,5 sm); 2) zondning ochiq ichiga kiydiradigan voronka; 3) zond solish uchun oldindan unga surtiladigan vazelin yoki glitserin; 4) 500 g sut, 2 ta tuxum, 50 g qand, 30 g sariyog', 10 g tuz va vitamindan iborat ovqat aralashmasi. Bu aralashma iliq bo'lishi kerak; 5) 2 stakan qaynagan suv yoki choy; 6) toza rezinali ballon, gururt, og'iz kengaytirgich. Hamma narsalar taxtlangandan keyin, bemor kushetkaga chalqancha yotqiziladi. Agar bemor qarshilik qilsa, sanitarlar ushlab turadi. Zondning uchiga vazelin surtib zond burun orqali kiritiladi. Bemorda qusish harakatlari paydo bo'lsa, bemorga burundan nafas olib, yutinish taklif etiladi. Bemorning nafas olishi qiyinlashib, yuzi ko'karib ketsa, zondni tezroq chiqarib tashlash kerak. Zondni oshqozonga yetishi uchun 50 sm ichkariga kirgizish kerak yoki kindikdan burungacha zondni o'lchab olish kerak. Ovqat aralashmasini yuborishdan oldin zondni oshqozonda turganligini bilish uchun yonib turgan alanga lipillamay qoladi. Zond orqali havo yuborilsa, oshqozon sohasida shovqin eshutiladi. Ovqat berishdan oldin voronkaga yarim stakan suv yoki choy quyiladi. Keyin ovqat aralashmasi yuboriladi. Ovqat berib bo'lgandan keyin, bemorni kuzatib turish kerak. Chunki bemor o'zini qustirishi mumkin. Qusmaydigan bo'lishi uchun atropin 0,1 % 1,0 ml teri orasiga ovqatdan 10–15 daqiqa oldin qilinadi. Agar zondni burun orqali berishning iloji bo'lmasa (burun qiyshiqligi, poliplar), uni og'izdan solish kerak. Zondni tishlari bilan qisib olmasligi uchun oldinroq og'iz kengaytirgich qo'yish tavsiya etiladi. Harakat qo'zg'alishlarida aminazin 2,5 % 200–400 mg kuniga mushak orasiga, triftazin, galopridol, tizersin buyuriladi. Magneziy sulfat 25 % 5–10,0 ml, geksenil 10 % 10,0 ml tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Hamshiralalar bemor bezovtalanib qolganda, sanitar qanday ushlab turishini ko'rsatib berishlari kerak. Bemorni karavotga chalqancha yotqizib, qo'l va oyoqlari to'g'rilanadi. Karavotning ikki yon tomonida ikkitadan sanitar turib, uning ikkitasi bemorning yelkasi bilan bilagini ushlab tursa, qolgan ikkitasi esa oyoqlarini son bilan boldirdan ushlab turadi. Bemor boshini biror narsa urishga yoki atrofdagilarni tishlashga harakat qilsa, boshqa bir sanitar bemorning bosh tomoniga turib, uning peshonasidan sochiq o'tkazib, boshini yostiqqa qattiq bosadi. Bemorni ushlab turganda, uning biror joyini og'ritish kerak. Bemorning qorin va ko'krak qismidan bosish yaramaydi. Chunki qovurg'alarni sindirib qo'yish mumkin. Agar bemor biror narsani o'qtab, hech kimni yaqinlashtirmaydigan bo'lsa, unda adyolni yoyib baland ko'targan holda oldinga tutib, bemorga yaqinlashish va adyolni bemor ustiga tashlab, ushlab olish kerak. Agar bemorni bitta sanitar olib boradigan bo'lsa, u bemorning orqasidan kelib, qo'llarini chalishtirib ushlab olishi va uning yonida yurishi kerak. Agar bemor qo'ldan chiqib ketishga, kallasi bilan urishga harakat qilsa, uning qo'llarini yuqoriga ko'tarib olish tavsiya etiladi. Bu esa yelka bilan boshning harakatlarini

zaiflashtirib qo'yadi. Agar bemor juda bezovta harakatlar qilsa, unda ikkita sanitarning har biri bemorning qo'lidan olib, panjasini va tirsak bo'g'ini ustidan yelkadan yaqinroq joydan ushlashi kerak. Bunda bemorning qo'llari yon tomonga uzatilgan bo'ladi.

Hamshiralar doimo kundalik yozib borishlari shart. Bunda bemorlarni kun bo'yi kuzatib yuradi, ahvollaridagi o'zgarishlarni yozib boradi. Kundalik bilan boshqa navbatchi hamshira va sanitarlar ham tanishib chiqadilar va bu bemorning ahvolini yaxshilashda ijobiy natijalar beradi.

Ichki kasalliklar va yuqumli kasalliklarda uchraydigan ruhiy o'zgarishlar. Tug'ruqdan keyingi psixozlar

Ba'zi somatik va yuqumli kasalliklar, zaharlanishlar, alkogolizm ruhiy o'zgarishlar bilan davom etadi. Somatik kasallikka aloqador ruhiy o'zgarishlar, asosiy kasallikning xarakteriga bog'liq bo'ladi. Bu emotsional alomatlar (depressiya, xavotirlanish, vahimaga tushish, tajanglik, eyforiya bilan o'tadigan nevrozsimon kasalliklar) va es-hushning turli darajada buzilishi (karaxtlik, amensiya, deliriy, sopor, koma) hamda tutqanoq xurujiga o'xshash holatlar namoyon bo'ladi. Bularning kelib chiqishida umumiy somatik kasalliklar, yuqumli kasalliklar va zaharlanishlar muhim ahamiyatga ega. Bunday psixozlar surunkali kasalliklar, yuqumli kasalliklar zaharlanish, alkogolizm va bemorning jinsi, yoshi, kasallikning og'irlilik darajasiga bog'liq bo'ladi.

Klinik manzarasi. Simptomatik psixozlar o'tkir va uzoq muddat davom etadigan turlarga bo'linadi. O'tkir psixozlardan keyin ko'pincha, asoratlar qolmaydi. Uzoq muddatli turida esa sog'ayishdan keyin qoldiqlar – psixoorganik asoratlar qolishi mumkin.

O'tkir simptomatik psixozlar qisqa vaqt davom etadi. Bunda astenik buzilishlar (bosh og'riq, lohaslik, harakat bezovtaligi, vahima, ruhiy tushkunlik, uyqu buzilishi, giperesteziya) kuzatiladi. O'tkir psixoz bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi va karaxtlik, deliriy, amensiya, oneyroid, tutqanoq alomatlari bilan davom etadi. Oneyroid alomatlarida ko'pincha, ko'rish illuziyasi va gallutsinatsiyasi bo'ladi. Bunda katatonik alomatlar bo'lmaydi. Eshitish gallutsinozida tovush ta'siridan ko'ruv, vahimalar paydo bo'lib, bemor o'zini yo'qotib qo'yadi. Bularning ta'siridan bemorlar o'ziga va atrofdagi kishilarga xavf solishlari mumkin. O'tkir psixoz o'tib ketganidan so'ng, serebrasteniyasi alomati – tez charchash, toliqish, jahl chiqishi, ish qobiliyatining pasayishi, uyquning buzilishi, kayfiyatning yomonlashuvi, giperesteziya belgilari kuzatiladi.

Uzoq muddatli simptomatik psixozlar 2 haftadan 2–3 oygacha saqlanib turadi. O'tish alomatlari uzoq vaqt davomli astenik holatlar bilan tugaydi yoki psixoorganik alomatga o'tishi mumkin. Uzoq muddatli simptomatik psixozlarning quyidagi turlari bor: 1. Depressiyalar – bu holatlar kechqurunlari kuchayadi. Astenik holat bilan birga davom etadi. Bemorda ko'pincha, kechqurun va tunda qisqa vaqtli deliriy holatlari paydo bo'ladi. 2. Depressiv–

vasvasa holatlari, bemorlarni kuchli vahima, qo'rquv bosadi. Bundan tashqari, ayblash, ta'na qilish, vasvasa g'oyalari, illuziya va eshitish gallutsinatsiyasi bo'lib turadi. 3. Gallutsinator – paranoid holatlar. Bunda ta'qib qilish, vasvasa, eshitish gallutsinatsiyasi va illuziyalari, atrofdagi kishilarni yolg'on bilish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlar bo'ladi. Bular apatik stupor (qimirlamay qolish, hamma narsalarga befarq qarash) bilan almashinib turadi. Agar bemor o'z turish joyini o'zgartirsa, bu, buzilishlar o'tib ketadi. 4. Moniakal holatlar – bu o'zgarishlar harakatsiz maniya, eyforiya va astenik buzilishlar bilan birga namoyon bo'ladi. Moniakal holatlar avj olinganda, soxta paralitik alomatlar paydo bo'ladi. Bulardan tashqari. Karsakov alomati va konfabulyoz holatlari kuzatiladi. Karsakov alomati o'tganidan so'ng, bemor xotirasi tiklanadi. 5. Konfabulyoz holatda bemor xotirasi va es-hushi joyida bo'ladi. Bu holat birdan boshlanib birdan tugaydi. Bemorlar haqiqatda bo'lmagan voqea va hodisalar haqida gapiradilar. Bu holat tugaganidan so'ng, bemor o'zlariga nisbatan tanqidiy munosabatda bo'ladi.

Uzoq vaqtga cho'zilgan psixozlardan keyin, asteniya holati paydo bo'ladi. Og'ir yuqumli kasalliklardan va zaharlanishlardan, moddalar almashinuvi buzilishi bilan o'tadigan somatik kasallarda psixorganik alomatlar paydo bo'ladi. Bu alomatlar har xil astenik eyforiya, apatik hollar tariqasida namoyon bo'ladi. Yurak kasali bilan og'irigan bemorlarda ularning kayfiyati buzilib, xavotirlik, besaranjomlik, vahima hissi paydo bo'ladi. Bemorning es-hushi buzilib, gallutsinatsiyalar bo'lib turadi. Bemorning ahvoli yaxshilanishi bilan, bu holatlar yo'qoladi. Revmatizm bilan og'irigan bemorlarda esa asab-ruhiy sohasida o'zgarishlar kuzatiladi. Bunday bemor tajang, sabrsiz, salga yig'layveradi, uyqusi buzilib turadi, es-hushi aynib, tez-tez gallutsinatsiyalar bo'lib turadi. Xavfli o'smalar bilan og'irigan bemorlarda amentiv holatlar yoki deliriy paydo bo'ladi. Bu holat ko'pincha, bemor holdan ketgan paytlarda, kasallik og'irlashgan vaqtlarda namoyon bo'ladi. Me'da ichak yo'li kasallarida esa tez dardash, uyquchanlik, tajanglik, lanjlik qayd qilinadi. Gijja invaziyasida ko'pincha, bolalarda tutqanoq xurujlari, es-hushning vaqti-vaqti bilan aynib turishi, o'zidan ketib qolish holatlari kuzatiladi.

Depressiya holatlari ko'pincha, surunkali somatik kasalliklarda uchraydi. Bunda bemorda suicidal (o'zini o'zi o'ldirish) harakatlari paydo bo'ladi. Bunda po'stloq osti faoliyatini idora etuvchi oliy faoliyat pasayib qoladi. Zaharlanish bilan o'tadigan somatik kasalliklar (qandli diabet, uremiya) da bemorning es-hushi aynib, karaxt bo'lib qoladi. Ta'sirlar bemorning ongiga yetib bormaydi, qattiq tovushlarga bemor kuchsiz reaksiya ko'rsatadi, kuchsiz tovushlarga mutlaqo reaksiya ko'rsatmaydi. Atrofdagilarni tuman ichida ko'rayotgandek bo'ladi, yaxshi anglab yetmaydi, doimo mudroq bosadi, karaxtlik holati sopor, koma va o'linga olib keladi. Yuqumli kasalliklar (tif, bezgak, zotiljam) bemorlarda ruhiy o'zgarishlar bilan davom etadi. Bunda deliriy holati paydo bo'ladi, bemorning es-hushi aynib, vaqtni bilmaydi, lekin o'zining kimligini biladi. Bemorda ko'ruv gallutsinatsiyasi va illuziyasi paydo bo'ladi. Bemorning ko'ziga har xil vahimali narsalar

ko'rinadi. Yuqumli kasalliklarda deliriy, alahsirash, vasvasa fikrlari uzoq vaqt davom etmaydi. Bular harorat ko'tarilganida paydo bo'ladi va bir necha kundan keyin o'tib ketadi. Deliriydan keyin ruhiy zaiflik, bemorning tiliga har xil so'zlar kelib turadi. O'tkir yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarning es-hushi aynib, illuziya va gallutsinatsiya va alahsirab har xil gaplar aytish bilan davom etadigan amentiv holat (esning birdan kirar-chiqar bo'lib qolishi) boshlanishi mumkin. Bunda bemor o'zining qayerdaligini, ismi va familiyasini ham aytib bera olmaydi.

Tug'ruq psixozlari. Tug'ruqdan keyin ko'proq amensiya, katatonik va maniya belgilari uchraydi. Og'ir hollarda, qonda biokimyoviy o'zgarishlar – giperazotemiya, albuminuriya, qon bosimning ko'tarilishi kuzatiladi. Tug'ruqdan keyin bemorlarda shizofreniya yoki maniakal-depressiv psixozlar va boshqa kasallar kelib chiqadi. Yoki bu kasalliklar birinchi marta tug'ruqdan keyin paydo bo'ladi. Hozirgi vaqtda tug'ruqdan keyingi psixozlar juda ham kam uchraydi. Bunday paytlarda bemorlar hamma vaqt hamshiralarning kuzatuvida bo'lishlari, hech qachon bir o'zini tashlab ketmaslik kerak. Agar tug'ruqdan keyin psixozlar kuzatilsa, tezda psixiatr shifokorni chaqirib, psixiatriya shifoxonasiga o'tkazish tavsiya etiladi.

Davosi. Birinchi simptomatik psixozning sababi bo'lgan asosiy somatik kasallikni davolash zarur. O'tkir simptomatik psixozlar somatik shifoxonada psixiatr kuzatuv ostida davolanishi kerak. Bemorni boshqalardan ajratib qo'yish, nazorat qilib turish zarur. Uzoq vaqt cho'ziladigan psixozlar esa ruhiy kasalliklar shifoxonasida davolanishi lozim. O'tkir simptomatik psixozlarda neyroleptiklar – aminazin, kofein, kordiamin bilan birga harakat qo'zg'alishlarida diazepam, leponeks buyuriladi. Bemorlarga quvvatga kirgizuvchi dorilar – 40 % glukoza, askorbin kislotasi, nikotin kislotasi, magneziiy sulfat, natriy xlor tomir ichiga yuboriladi. Delirioz, amentiv, gallutsinator paranoidlarida aminazinni kuniga 300–400 mg gacha berish zarur. Depressiv holatlarda amitriptillin, harakatsiz o'tadigan depressiyada melipramin buyuriladi.

Uzoq vaqt cho'ziladigan simptomatik psixozlarda frenolon, melliril, teralin, bular kor qilmasa, aminazin, galapereadol tavsiya etiladi. Hamma psixotrop dorilar oz-ozdan berilib, keyin asta-sekinlik bilan dozasi oshirib boriladi.

Shizofreniya

Shizofreniya yunoncha so'zdan olingan bo'lib, ruhning parchalanishi yoki bo'linishi degan ma'noni bildiradi. Shveysariyalik olim Bleyler bu kasallikning klinik manzarasini aniqlagan, shuning uchun *Bleyler kasalligi* deb ataladi. Shizofreniya ko'p uchraydigan ruhiy kasalliklardan biridir. Aholi o'rtasida 1–2 %gacha uchraydi va ko'proq 15–35 yoshdan boshlanadi. Kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablardan biri virusli infeksiya va bosh miya jarohatlarining asoratlari natijasida yuzaga keladi. Bundan tashqari, irsiy omillar ham muhim o'rin egallaydi. Kasallikda bosh miya

po'stlog'i tomzolanishi natijasida qo'zg'aluvchanlik ortadi. Bunda po'stlog' osti sohasi nazoratdan chiqib, qo'zg'aluvchanlik holati yuzaga keladi. Bosh miyaning bunday o'zgarishlariga asab hujayralarining zaifligi va oqsil almashinuvining buzilishlari sabab bo'ladi. Kasallik ko'pincha, astenik o'zgarishlar bilan boshlanadi. Bular damon qurishi, xavotirlanish, tez charchab qolish, atrofdagilarga shubha bilan qarash, yoqtimaslik va har xil xatti-harakatlar qilish bilan davom etadi.

Shizofreniyaning klinik kechishi xilma-xil bo'ladi. 1. To'xtovsiz davom etib turadigan shakli. Bunda klinik belgilar asta-sekin kuchayib, zo'rayib borish bilan o'tadi. Bunda bemorning ahvoli yaxshilanib qolganini ko'rsatadigan belgilar bo'lmaydi. Kasallik davomida nevrozsimon vasvasali gallutsinator, gebefrenik va katatonik alomatlar kuzatiladi. 2. Vaqti-vaqti bilan bo'lib turadigan yoki sust kechuvchi shaklida kasallik to'satdan qisqa muddatda psixozlar boshlanib qoladi. Bundan keyin yana musaffolik davri boshlanadi. Bu shaklida shaxsiyat asta-sekin o'zgarib boradi. Bu shakl ko'proq o'smirlik davridan boshlanadi. Dastlab asabiylashish, ortiqcha fikrlash va miyadan ketmaydigan xayollar paydo bo'lishi bilan kechadi. 3. Xurujsimon-progrediye shakli bunda kasallik xurujlar bilan bo'lib turadi va uzoqroq davom etadi. Xurujlar o'tib ketgandan so'ng, kasallik belgilari susayib qoladi va yo'qolib ketadi. Bu shaklida shaxsiyat o'zgarishi, aql pastlik tobora zo'rayib boradi. Kasallik vasvasalar va gallutsinatsiyalar bilan kechadi. Bu shakli 25 yosh va undan katta yoshdagilarda uchraydi.

Shizofreniyada bemorlar fikrlari sayoz, nutq va yozuvi maqsadsiz, tartibsiz bo'ladi. Fikrlash qobiliyati pasayadi, bemorlar ezma, quruq safsataboz bo'lib qoladi. Avval nevrozsimon o'zgarishlar paydo bo'lib, bemorning kayfiyati o'zgarib turadi. Bunday bemorlar biror sabab bo'lmasdan, har joyi og'rib turishidan, tez charchab qilishidan shikoyat qiladi. Bemorning yurish-turishi va xatti-harakatlarida beparvolik, xudbinlik, kangaplik ko'zatiladi va unda atrofdagilardan qochib yurishga moyillik bo'ladi.

Shizofreniyaning oddiy turida – bemor beparvo, kangap, serjahl va kam harakat bo'lib qoladi. Bu turda yakka qolish, xonalardan chiqmay, bir o'zi o'tirish istagi ko'proq bo'ladi. Kasallik o'smirlik davrida boshlanadi va sust kechadi. Bunda gallutsinatsiyalar va vasvasalar bo'lmaydi. Bu turda bemorlar aytilgan gaplarning teskarisini bajarishga harakat qiladilar. Masalan, og'zingni och desa, u og'zini yopib oladi. Bunday holatga *negativizm* deyiladi.

Shizofreniyaning katatonik turida – bemorlar harakatida katatonik qotib qolish yoki katatonik qo'zg'aluvchanlik bo'ladi. Bemorlar bir joyda qimirlanmasdan qotib turadi va bitta so'z yoki harakatni hadeb takrorlayveradi. Bemor so'zlarni, jumalarni baqirib aytadi, gaplariga tushunib bo'lmaydi. Bemor oyoq qo'llarni bukkan holda, gavgada yaqinlashtirib oladi va uzoq vaqt shunday tinch gapirmay o'tiradi, bu *mutizm* deb ataladi.

Shizofreniyaning paranoid turi – bunda bemorlar hech kimning gapiga ishonmaydi, hammaga shubha bilan qaraydi. O'ziga qarshi tashqaridan jismoniy ta'sirlarni sezgandek bo'ladi. Bunday bemorlar, odamlar meni

o'ldiradi, ovqatimni zaharlab qo'yadi, deb shubha bilan yurishadi. Ba'zi bemorlar esa menga mashinalar radioto'lqin yuborayapti, deb o'ylashadi. Bu turdagi vasvasalar ko'proq 20–30 yoshdan boshlab uchraydi. Ipoxondrik vasvasalar bor bemor o'zining ichki a'zolarida o'zgarishlar sezadi. Bularga yuragim urishdan to'xtab qoldi yoki ichagim yorilib ketgan, deb takrorlayveradi. Kasallikning bu turida tez-tez g'allutsinatsiyalar bo'lib turadi. Bemorlar turli ovoqlar, buyruqlarni eshitib, ularni bajamoqchi bo'ladilar, bu *Kandinskiy-Klerambo alomati* deb ataladi.

Shizofreniyaning gebefrenik turi – bunda bemorlar quruq safsatabozlik, mantiqsiz qiliqlar qiladi. Bemorlar aftini burishtirib, so'zlarini, qiliqlarini sun'iy takrorlab turadi. Shizofreniyaning bir turi ikkinchi bir turiga almashib turadi. Gebefrenik turi va oddiy turlari og'irroq bo'lib kechadi. Katatonik turi esa yengil kechadi.

Davolash usullari. Shizofreniyaning davolashda insulin, sulfazin, aminazin va gipnoz usullari keng qo'llaniladi. Insulin terapiyada moddalar almashinuvida ma'lum o'zgarish yasab, zaharlanishni kamaytirishdir. Insulin bilan davolashni boshlashdan oldin bemorlardan nahorda qon olib, qondagi qand miqdori tekshiriladi. Organizmga yuborilgan insulin qondagi qand miqdorini kamaytirib yuboradi. Me'yorda qondagi qand miqdori nahorda aniqlanganda, 9,0–11,0 g/l yoki 3,3–5,5 mmol/l ga teng. Insulin yuborilganda, qondagi qand miqdori anchagina kamayib ketadi, bu *shok holati* deb ataladi yoki gipoglikemik koma holati boshlanadi. Shokni keltirib chiqaruvchi o'rtacha insulin dozasi 80–100 tb ni tashkil etadi. Ba'zi hollarda, 30 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati boshlanadi yoki 150–180 tb miqdorda insulin yuborilganda ham shok holati qayt etilmaydi. Shok holatini paydo qilish uchun esa asta-sekinlik bilan insulin dozasini oshirib borish tavsiya etiladi. Insulin teri ostiga avval 4–8 tb dan boshlab va har kuni 4 tb dan ko'tarib borish kerak. Bemorda shok holati paydo bo'lmaguncha, insulin dozasini oshirib borish kerak. Qaysi dozada shok holati boshlansa, shu dozada to'xtatiladi. Davo kursi 25–30 insulin shokidan iborat.

Shok holatiga tushganda, bemorlar tashqi ta'sirotlarga javob reaksiya ko'rsata olmaydi. Bemorlarning ko'z qorachiqalari kengaygan bo'ladi, badani terlaydi. Shunday qilib, bemorlar 30–40 daqiqa shok holatida ushlab turiladi. Keyin esa 40 % 30–40 ml glukoza eritmasidan olib, tomir ichiga asta-sekin yuboriladi va shok holatidan bemorni chiqarib olinadi. Shuncha glukoza eritmasi yuborilgandan keyin, bemor o'ziga kelib, 1–2 daqiqa ichida eshushi joyida bo'lgandan keyin, 100–200 g qand eritib nonushta qilinadi. Hamshira bemorning ovqat yeyayotganini kuzatib turishi kerak. Ko'pgina bemorlar shok holatidan keyin ham karaxt bo'lib turadi va ovqatni yeya olmaydi, og'zidan tushib ketadi. Agar bemorga glukoza eritmasi yuborilgandan keyin 20–30 daqiqa davomida o'ziga kelmasa, yana tomir ichiga 40 % 30–40 ml glukoza eritmasi yuborish kerak. Ba'zan esa teri osti 0,1 % 0,5–0,7 ml adrenalini eritmasidan in'eksiya qilinadi. Shok holatidan keyin bemorning ichki kiyimi almashtiriladi. Agar bemorning tomir ichiga glukoza

eritmasini yuborishning iloji bo'lmasa, unda qand sharbatini zond orqali yuborish tavsiya etiladi. Insulin shok holati boshlanishi oldidan ba'zi bemorlarda gavda, qo'l-oyoqlarda va yuzdagi mushaklarda uchish, tortishib turish va epileptiform tutqanoq kuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, kunning ikkinchi yarimida shok holati takroran bo'lib qolishi mumkin. Shuning uchun hamshiralar har doim bemorlarning ahvolini nazorat qilib turish, ovqatlantirish va birinchi tibbiy yordam ko'rsatishga tayyor turishlari kerak.

Neyroleptiklar bilan davolash. Katatonik va katatonik-paranoid holatlarda neyroleptiklar: majeptil (kuniga 60–80 mg dan), leponeks (kuniga 200–400 mg dan), ko'p miqdorda aminazin, stelazin, galoperidol dorilari beriladi. Qo'rquv affekti psixomotor qo'zg'alish bilan boradigan o'tkir paranoid holatlarda tomir ichiga galoperidolning stelazin, tizersin bilan birga ishlatiladi. Kasallikning surunkali kechishida, ya'ni vasvasalar kuchayib, klinik belgilar murakkablashib borayotgan hollarda stelazin (kuniga 40–80 mg dan), galoperidol (20–40 mg dan), etaperazin (150–200 mg dan) uzoq vaqt beriladi. Odatda, 2–3 neyroleptiklar birgalikda, tomir ichiga va mushak orasiga qilinadi, keyinchalik ichishga buyuriladi. Rispolept (risperidon) kuniga 2–4 mg dan 1–12 haftagacha, aminazin 2,5 % 1,0 m/o yoki ichish uchun buyuriladi. O'rtacha bir kunlik dozasi 300 mg dan iborat, davolash muddati 2–3 oygacha cho'ziladi. Aminazin olgan bemorlarning qon bosimi doimo o'lchab turiladi. Aminazin ba'zi bemorlarning olgandan keyin qon bosimi birdan tushib ketadi. Bunga *ortostatik kollaps* deb ataladi. Bunday paytda bemorlarni o'rniga yotqizib, kordiamin 25 % 1,0–2,0 ml teri ostiga yoki adrenalin 0,1 % 0,5–1,0 ml tomir ichiga yuborish kerak. Davolash kursini daslabki davrida bemorlar o'rindan turmasliklari kerak. Bemorlarning qon bosimi har kuni o'lchab turiladi. Aminazin tabletkasi 25 mg dan 150–175 mg gacha (bir kunlik dozasi). Vasvasa holatlarida triftazin 1–5 mg va galoperidol 20–80 mg dan asta-sekin oshirib, 100 mg gacha (bir kunlik dozasi) 3–4 mahal beriladi. Davoni kasallik belgilari yo'qolguncha yoki ancha kamayib qolguncha shunday dozada davom ettirish kerak. Keyinchalik dozani 1–5 mg gacha kamaytirib borish kerak. Ruhiiy qo'zg'alishlarni bartaraf etish uchun shu dorilardan mushak orasiga yoki tomir ichiga in'eksiya qilinadi. Vasvasa boshlanib, ko'ngilda xavotirlik paydo bo'lganda, tizersin 12–50 mg gacha (bir kunlik dozasi 100–400 mg gacha) buyuriladi. Depressiv alomatlariga qarshi amitriptilin va mellipramin buyuriladi. Miyadan ketmaydigan holatlarga – nozepam, seduksen, elenium va triftazin beriladi. Ipxondrik belgilarda – seduksen, tazepam, fenazepam qo'llaniladi. Irim-sirim harakatlari bo'lsa, uzoq ta'sir etuvchi neyroleptiklar-modditen depo 2,5 % 1,0–2,0 ml, bu dori oyiga 2–3 marta in'eksiya qilib turiladi. Isterik belgilarda sonapaks, teralin dorilaridan qo'llaniladi.

Parvarish qilish. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlarni qarab borish kerak, ular parvarishga muhtojdirlar. Bemorlar ovqatdan bosh tortsa, ularni ko'ndirish va o'zlari ovqat yeydigan qilish kerak. Buning iloji bo'lmasa,

bemorlarni zond orqali ovqatlanirib turish tavsiya etiladi. Shizofreniya bilan og'rigan bemorlar uzoq turib qoladigan bo'lsalar, ularni o'ringa yotqizishga harakat qilish va doimiy hamshiralarni nazoratida bo'lishlari kerak.

Moniakal-depressiv psixoz

Moniakal-depressiv psixozlar yosh odamlarda va ko'proq ayollarda uchraydi. Kasallik moniakal va depressiv xurujlar bilan kechadi hamda bu xurujlar takrorlanib turadi. Moniakal xuruj depressiv xuruj bilan almashinib turadi. Kasallik bir necha kundan bir necha yilgacha davom etadigan musaffolik davri bo'ladi. Xuruj 2 oydan 10 oygacha davom etadi. Kasallik depressiv xurujlar bilan boshlanadi. U bosh miya po'stloq osti sohasi – gipotalamusda qo'zg'aluvchanlik to'xtab sezuvchanlik oshishi, vegetativ o'zgarishlar natijasida yuzaga keladi. Natijada, organizmda uglevod almashinuvi buzilib, qondagi qand miqdori oshadi, sut kislotasi kamayadi va yog' almashinuvi kuchayadi.

Moniakal (kayfiyatning ko'tarilishi) shaklida atrofdegilar narsalar bemorlarning ko'ziga yaxshi bo'lib ko'rinadi. Bemorlarning kayfi chog' bo'lib, hamma narsalarga qiziqadi, hamma ishlarga aralashib yuradi. Ba'zi bemorlar savollarni ko'p beradigan bo'ladi, ko'p gapiradi. Bemorlar o'zlarining qobiliyatlariga ortiqcha baho beradilar. Masalan, tibbiyotga aloqasi bo'lmay turib, o'zlarining davolash usullarini taklif etadi. Bunday bemorlar o'z yoshiga to'g'ri kelmaydigan qiliqlarni qiladilar. Ayol bemor yoshlari keksa bo'lsa ham lablarini qizil rangga bo'yab, sochlarini bo'yab yurishadi. Moniakal holatda bemor ko'p gapirishidan so'z va jummalarni tushirib qoldiradi. Bunday bemorlarning gaplariga tushunish qiyin bo'ladi. Ayrim bemorlar maqsadsiz harakat qilishadi, bironta ishni ham oxirigacha yetkazishmaydi. Kasallikning bu shaklida bemorlar kam uxlaydilar, 2–3 soatgacha charchoqni bilmaydilar, serjahl bo'lib, salga janjal qilaveradilar.

Moniakal shakl quyidagi turlarga ega: 1. Xushchaqchaqlik maniyasi – bunda, bemorlarda xushchaqchaqlik, eyforiya (kayfi chog'lik) va o'zini katta tutish holatlari kuzatiladi. 2. Fikr o'zgaruvchanlik maniyasi – tasavvur, idrok etish va fikrlash qobiliyatining o'zgarib turish holatlari kuzatiladi. 3. Ekspansiv maniyasi – bunda, bemorlar sababsiz ko'plab mablag' ishlatadilar va quruq va'dalar berib, pullarni bekorga sarflaydilar. 4. Asabiylashish maniyasi – bunda bemorlarning jahli tez bo'lib, ular atrofdegilar bilan sababsiz urushib, ko'proq janjallashib turiladi.

Depressiv (tushkunlik) shaklida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g'amgin, har qanday tashqi ta'sirotlar ularning ko'nglini ko'tamaydi. Bemorlar sekin ovoz bilan chista gapiradilar, ko'p vaqt boshni egib, g'amgin bo'lib o'tiradilar. Bemorlarning yaqin kishilariga nisbatan munosabati o'zgarib, loqayd, beparvo bo'lib qoladilar. Depressiv holatda bemorlarda vasvasa paydo bo'lib, o'zini o'zi ayblashga tushadi va o'z hayotini ko'zdan kechirib, yolg'iz o'zini aybdor, deb hisoblaydi. Bunday bemorlar o'zini

o'zi o'ldirishgacha borib yetadi. Shuning uchun, bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib, kuzatib turish kerak.

Depressiv shaklning quyidagi turlari bor: 1. Melanxoliya turida bemorlarning kayfiyati pasaygan, g'amginlik holatlari kuzatiladi. 2. Ajitirlangan melanxoliya turida esa bemor o'zini g'amgin sezsa-da, u tormozlamagan, balki qo'zg'algan bo'ladi. Bunday bemorlarda o'zini o'zi o'ldirish hissiyoti kuchli bo'ladi. 3. Ipoxondrik turida – bemorlar tanalarida jismoniy yetishmovchilik va og'riq sezadilar. Tanadagi og'riqdan qutulish chorasini izlab, tanalariga har xil shikastlar yetkazadilar. 4. Vegetativ turi – bemorlarda vegetativ nevroitik buzilishlar kuzatiladi.

Moniakal shaklini davolash: bemorlarda qattiq qo'zg'alish davrida neyroleptiklar: xlorprotiksen 150–300 mg, aminazin 300–600 mg gacha, tizersin 150–300 mg, galoperidol 30–60 mg, majeptil 40–70 mg beriladi. Bezovtalik, qo'zg'alish kamayganida neyroleptiklar dozasi kamaytirish kerak. Davolash muddati 2–3 oyga cho'ziladi. Litiy karbonat (kuniga 900–2100 mg) bu qo'zg'alishlarda yordam beradi. Qo'zg'alishlar kamayganda, litiy karbonat miqdori haftasiga 300 mg dan kamaytirib boriladi. Agar bezovtalik, qo'zg'alishlar kamroq kuzatilsa, neyroleptiklar va litiy tuzlari kam miqdorda beriladi. Maniakal holatlar qaytarilmasligi uchun ko'proq litiy tuzlari ishlatiladi. Uning qondagi miqdori 0,6–0,7 mmol/l ga teng.

Depressiv shaklini davolash: bemorlar kayfiyatini ko'tarish maqsadida, mellipramin 100–300 mg, pirazidol 200–400 mg, anafranil 100–200 mg Kasallikning dastlabki 1–2 haftasida dorilarni tomir ichiga tomchilatib yoki mushak orasiga yuboriladi. Agar depressiya holati affektiv hayajonlanish bilan kuzatilsa, bu vaqtda tinchlantiruvchi (sedativ) antidepressantlar: amitriptilin (kuniga 150–300 mg) buyuriladi. Qo'zg'atuvchi antidepressantlar bemor ahvolini og'irlashtiradi. Hayajonlanish yengil turda bo'lsa, insidon va azafen dorilari beriladi. Agar hayajonlanish og'ir turda bo'lsa, tizersin 25–50 mg dan 75–100 mg gacha, kuniga 3–4 mahal beriladi. Dorilar ta'sir qilganda, bemorlar o'rinlarida yotishlari kerak, chunki bu dorilar qon bosimni pasaytirib yuboradi. Ipoxondrik va paranoid o'zgarishlarda amitriptilin, diazepam, elenium qo'llaniladi. Depressiv holatdagi bemorlar doim hamshiralar kuzatuvida turishi kerak. Bemorlar ovqat yanay qo'yan hollarda hamshiralar ularni ovqatlantirishlari, agar iloji bo'lmasa, zond orqali ovqat berib turishlari kerak. Depressiya boshlanib, harakatlar kamayib qolsa, bularga mellipramin, tizersin 12–25 mg, teralin 25 mg gacha buyuriladi. Ajitirlangan depressiyada amitriptilin, nuredal beriladi. Depressiv holatlar qaytarilmasligi uchun antidepressantlar ko'p foyda bermaydi, shuning uchun litiy birikmalari tavsiya etiladi. Bu dorilar depressiya tugashi bilan tavsiya etiladi, chunki bemorga depressiya vaqtida berilsa, kasallik cho'zilib ketadi. Litiy karbonat 600–1800 mg dan, ovqatdan keyin, kuniga 3–4 mahal ichiriladi. Bu dorilar sedativ ta'sir ko'rsatib, xavotirga tushganda, bezovtalanganda va o'tkir psixotik holatlarda buyuriladi. Bunda bemorlarga 300–600 mg dan bir necha oygacha berib boriladi va qon zardobidagi litiy miqdori doimo tekshirib turiladi.

Parvarish qilish. Depressiv holatlarda bemorlar muntazam hamshiralilar kuzatuvida bo'lishi lozim. Ularga muloyimlik, mehribonlik bilan muomala qilish kerak. Ba'zi bemorlar g'amginlik holatida bo'lsa, ularni bu holatdan chiqarish va o'zini o'zi o'ldirishga yo'l qo'ymaslik chorasini topish zarur. Hamshira bemorlarning ovqat yegan yoki yemaganligini o'z vaqtida kuzatib turishi kerak.

Nazorat savollari

1. Shizofreniya kasalligi qanday kelib chiqadi?
2. Shizofreniyaning oddiy turi boshqa turlaridan qanday farq qiladi?
3. Insulin bilan davolash qanday amalga oshiriladi?
4. Shizofreniya bilan kasallangan bemorlar qanday parvarish qilinadi?
5. Moniakal – depressiv psixozlarning kelib chiqish sabablari qaysilar?
6. Moniakal va depressiv psixozlar bir-biridan qanday farq qiladi?

Alkogolizm, alkogol psixozlar

Alkogolizm (surunkali ichkilikbozlik, aroqxo'rlik) tez-tez va ko'p miqdorda spirtli ichimliklar iste'mol qilish tufayli paydo bo'lib, unga hirs qo'yish bilan kechadigan surunkali kasallik hisoblanadi. Bosh og'riqqa ehtiyoj, shaxsning o'ziga xos o'zgarishi somatik va ijtimoiy oqibatlar bilan o'tadi. Alkogolizm sabablari spirtli ichimliklar ichishdir. Alkogolizm rivojlanish davrida odamlarga xushchaqchaqlik, ruhiy kayfiyat, ko'tarinkilik, quvnoqlik beradi. Alkogol ichilganda, odanning markaziy asab tizimi faoliyatiga tez ta'sir qiladi, bunda oliy asab faoliyati izdan chiqadi. Ichkilik ichgan odamda diqqat-e'tibor susayib, u harakatlarini yo'qotib qo'yadi. Bunda aqliy ish qobiliyat buziladi, gapirishlar qattiq bo'lib, maqtanchoqlik qiladi. Bilaming hammasi oddiy mastlik holatiga olib keladi. Mastlik – bu, alkogol bilan o'tkir zaharlanish bo'lib, spirtli ichimliklarning psixotrop ta'siridan kelib chiqadi. Bu insonning ruhiy, vegetativ asab buzilishlariga olib keladi.

Klinik manzarasi. Mastlikning quyidagi turlari mavjud: I. **Oddiy mastlik holati** bo'lib, uning 3 darajasi bor. 1. **Yengil darajasida** kayfiyatning ko'tarilishi, tetiklik, mamnunlik, shirin hayollar paydo bo'ladi. Bunda nutqning baland bo'lishi, tezlashishi, imo-ishoralarning jonlanishi, harakatda aniqlikning yo'qolishi bilan xarakterlidir. Bu darajadagi ichgan odamlar bajarayotgan ishning hajmi, sifati pasayadi. Vegetativ belgilardan yuzning qizarishi yoki oqarishi, jinsiy maylning oshishi namoyon bo'ladi. Mastlikning yengil darajasida barcha voqealar bemorning xotirasida saqlanib qoladi. 2. **O'rtacha og'ir darajasi** – bunda, ko'tarinki kayfiyat, jahldorlik, tajanglik, xafachilik bo'lib turadi. Mast kishi o'z qobiliyatini yuqori baholaydi, o'z-o'zini tanqid qilish pasayadi, harakatning chuqurroq buzilishi, ataksiya va dizartriya namoyon bo'ladi. Fikrlashning susayishi, nutqning sekinlashuvi, bir so'zni qayta-qayta takrorlashi paydo bo'ladi. Bemorning diqqat e'tibori pasayadi. 3. **Mastlikning og'ir darajasi** – bunda, karaxtlik belgilari paydo bo'lib koma holatiga tushadi. Bunda bemorlarda muvozanat buziladi,

mushaklar atoniyasi, amimiya, dizartriya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, nafas olish va yurak qontomir faoliyatida o'zgarishlar bo'ladi. Natijada, qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, ko'karib qolishi, haroratning pasayishi, tutqanoq xurujlari paydo bo'lib, ixtiyorsiz tagiga siyib yuborish va axlat chiqishi kuzatiladi. Mastlik holatining bu darajasida kishi xotirasi butunlay saqlanmaydi.

II. Oddiy mastlikning o'zgarigan turi – bu, asoratli mastlik bo'lib, bunda ruhiy buzilishlar kuchayib yoki pasayib ketadi. Oddiy mastlikning quyidagi o'zgarigan turi mavjud. 1. Eksploziv turi – mastlikka xos baland kayfiyat kamroq bo'lib, qisqa vaqt bo'ladigan jahldorlik, norozilik bilan almashinib turadi. 2. Disforik turi – bunda, ruhiy taranglik, g'aminlik, jahldorlik, tushkunlikka tushish, atrofdagi kishilarga xavf solish paydo bo'ladi. 3. Isterik turida harakatning buzilishi bo'lib, qo'llarini qiyshtaytirib, bezovtalanadi, bunda o'ziga yengil jarohat yetkazishi mumkin. Bemorda isterik tutqanoq xuruji paydo bo'lishi mumkin. 4. Depressiv turi-kayfiyatning pasayishi bo'lib, bemorlar ko'pincha, yig'laydilar, g'aminlik, bezovtalanish, o'ziga suiqasd qilish fikrlari paydo bo'ladi. 5. Somolensiya turi – qisqa vaqt ko'tarinki kayfiyatdan so'ng, uyqu kelishi va uxlab qolish mumkin. 6. Epileptoid turida epilepsiya xuruji va harakat ko'zg'alishlari kuzatiladi. 7. Paranoid turi – bunda, harakat va nutq qo'zg'alishi kuchayib, atrofdagi kishilarni haqorat qiladi, urush va janjal qiladi.

III. Kasallikka xos mastlik o'ta o'tkir o'tkinchi psixoz bo'lib, spirtli ichimlik ichish natijasida paydo bo'ladi. Hushning qorong'ilashuvi, uyquga ketish, ruhiy yoki jismoniy toliqish bilan kechadi. Bu holat erkaklarda bo'lib, qaltis harakatlar bilan o'tadi va to'liq aneziya bilan tugaydi.

Alkogolni tez-tez iste'mol qilish natijasida, odam unga o'rganib qoladi va surunkali alkogol kasalligiga olib keladi. Surunkali alkogol kasalligining quyidagi bosqichlari mavjud: 1. Asosiy belgisi ichkilikka xos moyillik (intilish) bo'lib, oddiy ichkilikbozlikdan kasallikka o'tishdan dalolat beradi. Birlamchi ichkilikka moyillik faqat ichkilik ichish bilan o'tadigan marosim paytida paydo bo'ladi. Bemorlar ichkilik ichish maqsadida, bunday marosimlarni o'ylab topadilar va tezlatadilar. O'zlari esa jonlanib ketadilar. Hama ishlarni tashlab, ichkilik ichishga shoshiladilar, agar bemorlar oldida to'siqlar paydo bo'lsa, ularning ruhiyati, kayfiyati pasayib jahllanadilar, qoniqarsiz bo'lib qoladilar. Birinchi bosqichda bemorlar mast bo'lishlari uchun ichkilik miqdorini 2–3 barobar oshirib ichadilar. Ichkilikka chidamlilikning oshishi qayt qilishning yo'qolishi bilan kuzatiladi va mastlik holatiga olib keladi. Bemorlar bu mastlik holatidagi voqealarni xotirada saqlab qolmaydilar (giyohvand aneziya.) 2. Kasallikning birinchi bosqichdagi belgilarning kuchayishi bilan abstinent belgi (bosh og'riq) paydo bo'ladi. Bunda bemorda mastlik tugashi bilan behollik va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bosh og'riq, bosh aylanish, yurak urishi, yuz va ko'z olmasining qizarishi, tinka qurishi, lanjlik paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bu holat

kechayu kunduz paydo bo'ladi. Agar bemor ozgina ichsa, uning ahvoli yaxshilanadi. Alkogolizm rivojlanib borsa, abstinent holati ham og'irlashib boradi. Bunda vegetativ o'zgarishlar bilan birga somatik o'zgarishlar ham qo'shiladi. Bularga yurak qon tomir urishining buzilishi, ishtahaning kamayishi, ich buzilishi, qayt qilish, qorindagi og'riqlar. Asab – ruhiy sohasida esa butun tanada titroq, xavotirlik, vasvasalar, o'z-o'zini ayblash, jahldorlik, ko'rolmaslik, yomon tush ko'rishlar, gallsitsinatsiyalar paydo bo'ladi. Abstinent holati 2–5 kun davom etib, bemorlar ertalabdan bosh og'riq uchun ichadilar. Bunda bemorni ichkilik ichishdan to'xtatib bo'lmaydi. Ichkilikka bo'lgan chidamlilik bir necha yil davom etadi. Bemorlarda mastlik holati o'zgaradi, eyforiya davri qisqarib, psixopatsimon holatlar uchraydi. Ichkilikbozlikning doimiy turida bemorlar har kuni hafta, oylar, yillar davomida ko'p ichadilar. Ichkiliklar orasi qisqa bo'ladi. Ichkilikbozlikning davriy turida yolg'on surunkali ichish bir necha kundan bir necha haftagacha davom etadi. Alkogolizمنىڭ ikkinchi bosqichida somatik kardiomopatiya, jigarning yog' bosishi, gastrit va ijtimoiy (oila buzilishi, ish almashtirish) ogibatlar kuchli bo'ladi. 3. Ichkilikka bo'lgan chidamlilikning kamayishi kasallikning 3-bosqichga o'tishini bildiradi. Bunda bemorlar oz-ozdan kun bo'yi ichadi. Bir necha haftadan bir necha oyga cho'ziladi. Ichkilikning birinchi kuni ko'p ichib, oxirgi kunlari esa ichkilikka chidamlilik kamayib boradi. Jismoniy o'zgarishlar yuzaga kelib, butunlay ichmay qo'yadilar. Bemorlar uyatsiz, sham-hayosiz, urishpoq, yolg'onchi bo'lib qoladilar. Bunda gepatit, yurakdagi o'zgarishlar tuzalmaydigan darajaga keladi. Kasallikning kechishi ichkilik ichgandan uning ikkinchi bosqichi boshlanguncha, 6–7 yil vaqt o'tadi. Bu tez rivojlangan turi hisoblanadi. O'rta rivojlangan turi 7–15 yilgacha, asta-sekin rivojlangan davrida 15 yildan ko'proq vaqt o'tadi.

Davosi. Surunkali alkogolizm uch bosqichda davolanadi: 1. Zararsizlantirish (dezintoksikatsion terapiya); umumiy davolash 40 % 20 ml glukoza bilan 5 % 5,0 askorbin kislotasi tomir ichiga 15 kun, unithiol 5 % 3–5 ml 6–10 marta mushak orasiga; tiosulfat natriy 30 % 15–20 ml 10–15 marta tomir ichiga; natriy xlor 0,9 % 1–2 litr tomir ichiga tomchilatib yuboriladi; gemodez, reopoligukin 400,0 ml tomir ichiga 4–5 kun, magneziy sulfat 25 % 5–10,0 ml eritmasiga 40 % glukoza qo'shib, tomir ichiga 14 kungacha beriladi. Vitamin B₁ 1000 mg, B₆ 100 mg, nikotin kislotasi katta dozada beriladi. Abstinent holatlarda va surunkali davrlarda qo'llaniladi. Abstinent holatida vegetativ astenik asab o'zgarishlarida nootrop dorilar, fenazepam 1–2 mg, seduksen 0,5 % 2–4 ml, pirroksin 1–3 ml 2–6 marta qilinadi. Ruhiy o'zgarishlarda aminazin, tizersin, galoperidol, teralin, melleril, depressiyada amitriptilin buyuriladi.

Ikkinchi bosqichda davolash kasallikka, ichkilikka moyillikni bartaraf etish, bunda psixoterapiya usullari ham qo'llaniladi. Ichkilikka bo'lgan moyillikni bartaraf etish uchun psixotrop dorilar – karbiden 90–150 mg, neuleptil 30 mg, meleril 150 mg, teralen, etaperazin, pirogenal 250–1500 mg buyuriladi. Spirtli ichimlikka jirkanchlik hissini uyg'otish maqsadida

shartli reflekslarni keltirib chiqarish uchun apomorfinning yangi tayyorlan-ganidan 0,5 % 0,2-1,0 ml gacha teri ostiga yuboriladi. Dori ta'sirida qayt qilish refleksi kuchayadi. Bemorga 30-50 ml spirt ichish tavsiya etiladi. Qayt qilishni kuchaytirish maqsadida qo'shimcha emitin 0,05 mg, ipekakuana 0,25-0,5 mg, mis kuporasi eritmasini 0,5-0,75 mg 150 ml distillangan suvda eritib, ichish buyuriladi. Bemor organizmida ichkilikka nisbatan chidamsizlik hissi uyg'otiladi. Bunda teturam (antabus) dorisini 0,125-0,5 g dan har kuni 30 kun davomida beriladi. Dorining ta'sirini mustahkamlash maqsadida teturam - alkogol sinamasi qo'yiladi. Bu sinama o'tkazishdan 3-4 kun oldin teturam 1,0 g gacha oshirib boriladi. Bemor ichgandan so'ng, behushlik, yurak sohasidagi og'riq, qon bosimning oshishi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Bu o'zgarishlarning oldini olish maqsadida, sinov oldidan bemorlarga 8,4 % bikorbanat natriy, 10 % kalsiy xlor eritmasini 10 % glukozada aralashtirib, tomir ichiga yuboriladi. Bemorlarga ichkilikka qarshi chidamsizlikni keltirib chiqarish uchun metronidazol (trixopol) 1000-2000 mg har kuni, 3-4 hafta davomida; furazolidon 300-800 mg 10 kun davomida; siamid 50-100 mg 5-6 kun, nikotin kislota 100-400 mg 3-4 hafta davomida berib boriladi. Bu usulni uzoq muddat qo'llash mo'ljallanganda, mushak ichiga esperal va radeter dorilarini jarrohlik yo'li bilan kiritiladi. Uchinchi bosqichda davolash - natijalarni barqaror qilish, kasallik qaytalanishining oldini olish usullaridir. Bunga psixoterapiya usullari, psixotrop dorilari qo'llaniladi. Kasallik qayta avj olishining oldini olish uchun teturam 0,25-0,75 g, trixopol 0,75-1 g, nikotin kislotasi har kuni 1-3 oy davomida berib boriladi. 1-2 oy o'tgach, bu kurs yana qaytariladi.

Alkogol psixozi yoki ichkilik jonsarakligi o'tkir, to'satdan boshlanadi-gan, bemorning o'zi va atrofdagilar uchun xavfli kasallikdir. Boshning shikastlanishi, yuqumli kasalliklar, uzoq uyqusizlik, og'ir ruhiy kechimalar uning paydo bo'lishiga olib keladi. Kasallikdan oldin uyquning buzilishi, bemorning vahimali tushlar ko'rib chiqishi. Ko'proq erkaklarda uchraydi. Buning kelib chiqishida miya to'qimalari ichkilik ta'sirida zaharlanadi. Unda moddalar almashinuvi buziladi. Alkogol psixozi, asosan, abstinent holatida boshlanadi. Alkogol psixozning klinik manzarasi deliriy, gallutsi-nozlar, vasvasalar, ensefalopatiya ko'rinishida bo'ladi. Bundan tashqari, psixozlarning aralash va o'zgarigan turlari kuzatiladi.

Alkogol deliriy (oq alahlash) turi uch bosqichda bo'ladi: 1. Emotsional va harakatlar hayajonlanish, ko'p gapirish, fikrlar va so'zlarning ko'payishi, imo-ishoralarning kuchayishi, o'ta sezuvchanlik, kayfiyatning tez o'zgarishi, uyqusizlik va vegetativ o'zgarishlar paydo bo'ladi. 2. Yuqoridagi o'zgarishlarga ko'rish illuziyasi va gallutsinatsiyalari qo'shiladi. 3. Tashqi hodisalarga vaqt va joyga bo'lgan mo'ljallarning yo'qolishi qo'shiladi. Deliriy psixozdagi bemorlarda gallutsinatsiyalar hosil qilish, masalan, bemor yunus ko'zlari ustiga barmoq bilan sekin bosib, ularga har xil ko'rinish gapiril-ganda, ularda ko'rish gallutsinatsiyasi paydo qilish mumkin. Bemor toza qog'ozda har xil yozuvlarni ko'rishi mumkin yoki uzib qo'yilgan telefon

bilan gaplashadi. Deliriyda har doim titroq, gandiraklash, yurakning tez urishi, ko'p terlash holatlari kuzatiladi. Alkogolli deliriy 2-8 kun davom etadi va chuqur uyqu bilan tugallanadi. Deliriyning quyidagi turlari bor: 1. Gipnogagik turda uyqu oldidan bemor ko'zlarini yumganda, sahnasimon ko'rish gallutsinatsiyalari paydo bo'ladi va bemor ko'zini ochsa, bu holat yo'qoladi. 2. Deliriysiz – deliriy (qaltirash alomati) butun tanada titroq bo'lib, bezovtalik, o'zini yo'qotish, harakatlanish, qayoqqadir chopish holatlari kuzatiladi. 3. Aralash turida sahnasimon ko'rish gallutsinatsiyalari, vasvasa g'oyalari va so'z, eshitish holatlari kuzatiladi.

Alkogolli gallutsinozlar. Kasallik kechishi o'tkir, o'rtacha o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi. O'tkir turi bir necha soatdan bir necha haftagacha yoki 1 oygacha davom etadi. Bu birdan boshlanib, kechqurun yoki tunda uyqusizlik, eshitish gallutsinozlari kuzatiladi. O'rtacha og'irlikdagi turi bir oydan olti oygacha cho'ziladi va eshitish gallutsinozlari bo'ladi. Surunkali turi olti oydan oshib ketadi. Bunda eshitish gallutsinozlari doimiy bo'lib, bemorlar bu ovozlarga bilan bahslashadilar, urishadilar, keyinchalik bu ovozlarga ko'nikib qoladilar. O'zlari tinchlanib, keyinchalik ish qobiliyatni tiklab oladilar.

Alkogolli vasvasali psixozning quyidagi turlari mavjud: 1. Alkogolli paranoid (ta'qib qilish vasvasasi) – bunda, bemorda bosh og'riq kuchayadi, bezovtalanish, hayajon, qo'rqish, harakat qo'zg'aluvchanligi namoyon bo'ladi. Bemorga har qanday kishi ta'qibchi bo'lib tuyuladi. Tez orada ko'rish va eshitish illuziyalari paydo bo'ladi. Bemorlar ta'qibchilardan qochishi yoki o'zlariga jarohat yetkazishi mumkin. Kechga borib esa delirioz belgilar, eshitish gallutsinatsiyalari paydo bo'ladi. 2. Rashk vasvasalari ko'proq erkaklarda uchraydi. Bemorlarda o'z xotini o'ynash topib olgandek, fikrlar paydo bo'ladi. Ular, ko'pincha, dalil va ashyolar qidirib, xotinlarining orqasidan kuzatib, kiyimlarini tekshirib yuradilar. Bemorlar o'z xotinlariga nisbatan tan jarohati yetkazishlari mumkin.

Alkogolli ensefalopatiya – bunda, o'tkir ruhiy o'zgarishlar, somatik (terining oqarib qolishi, ko'z oqining sarg'ayishi, haroratning ko'tarilishi, yurakning tez urishi, qon bosimning pasayishi, hushdan ketish, jigarning kattalashishi) va asab tizimidagi (titroq, gandiraklash, mushaklar tortishi yoki bo'shishi, nistagn, ko'rishning pasayishi, patologik reflekslarining paydo bo'lishi, ensa mushaginging qotishi) o'zgarishlar kuzatiladi. Karsakov psixozni surunkali alkogol psixozida kuzatiladi. Bunda xotiraning pasayishi, joyni, vaqtni, atrof-muhitni bemorlar bilmaydi, konfabulatsiya va polinevritga xos belgilar paydo bo'ladi. O'tmishda bo'lib o'tgan voqealar esda bo'ladi, kasbga, mehnatga bo'lgan qobiliyat saqlanib qoladi. Alkogol falaji ko'proq erkaklarda uchraydi. Ruhiy o'zgarishlar, fikrlash, bilimlar, o'z-o'ziga tanqidiy qarashlar kamayadi. Eyforiya, hazillar, o'ziga ishonish kuchi yuqori bo'ladi, xotira buzilishlari kuzatiladi.

Davosi. Alkogolli psixoz zaharlanish bosqichida bemorlarni davolashda gemodez, reopoligukin 400,0 ml 2 mahal kuniga, 5 % 400,0 ml glukoza eritmasini tomir ichiga tomchilatib quyish buyuriladi. 30 % 10,0 ml natriy

tiosulfat, 5 % 5–10,0 ml unitiol, 10 % 10,0 ml kalsiy xlor, 25 % 10,0 ml magneziiy sulfat dorilari tavsiya etiladi. Bemor ko'zg'alganda, seduksen, GOMK; alkogolli vasvasalar, galyusinasiyalarda aminazin, galoperidol o'rtacha dozada, bular hamma vaqt vitaminlar bilan birga beriladi. Miya shishganda mannit, laziks hamda kokarbaksilaza, askorbin kislotasi, eufillin yaxshi yordam beradi. Jigar zararlanganda, metionin, essensial 3–4 mahal buyuriladi. Alkogolli ensefalopatiyada vitaminlar, pirasetam, aminazin, ensefabol, asefenlar bilan birga bosh miyada qon aylanishini yaxshilovchi dorilar – kavinton, stugeron yoki sinnarizin, sermion buyuriladi. Alkogolizmga qarshi davolashni psixoz tugagandan bir necha oydan keyin boshlash mumkin.

Giyohvandlik

Giyohvandlik – bu, zaharli moddalarga organizmning o'rganib qolishi natijasida, yuzaga keladi. Giyohvand moddalar, asosan, bir marta iste'mol qilganda, kayf beruvchi va surunkali iste'mol qilganda esa jismoniy va ruhiy ko'nikish hosil qiluvchi moddalardir. Giyohvand moddalar uzluksiz iste'mol qilish giyohvandlikga olib keladi. Giyohvand moddalar iste'mol qilinganda, asosan, asab tizimi faoliyatiga ta'sir qilib, uning ish faoliyatini buzadi. Ya'ni eslash, fikrlash, sezish, gapirish qobiliyatining pasayishiga olib keladi, natijada, ularning ish qobiliyati yo'qoladi. Giyohvand moddalarni qayta iste'mol qilganda, organizmda ruhiy moyillik, ya'ni shu moddalarga nisbatan kayf, mastlik holatlari yuzaga keladi. Bunda, ayniqsa, bolalarda o'qishga bo'lgan qiziqish yo'qoladi. Jismoniy moyillik esa organizmning giyohvand moddalarga bo'lgan moyilligi ortishi natijasida, giyohvand modda iste'mol qilmagan taqdirda, organizm me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi mumkin. Buning oqibatida, qo'l-oyoq bo'g'inlarida, mushaklarda kuchli og'riq, qaltirash, tirishish holatlari bo'lib o'tadi. Bemorlarda bezovtalik, yaxshi uxlamaslik, injiqlik, bosh og'riq, tez-tez ich ketish, qattiq qo'rquv holatlari kuzatiladi. Bu holatlar giyohvand moddalar qabul qilgandan keyin tezda o'tib ketadi. Bu moddalarni surunkali iste'mol qilish natijasida, organizmda jismoniy moyillikning kuchayishi, ya'ni o'zini-o'zi boshqara olmasligi, nazorat qilishi yo'qoladi, bundan keyin kayf qilish uchun emas, balki shu moddalarsiz organizmning me'yoriy faoliyat ko'rsatmasligi natijasida, tura olmaslik holatlariga olib keladi. Giyohvand moddalarni surunkali iste'mol qilish homilador ayol organizmiga va homilaga zararli ta'sir qiladi. Buning natijasida, homila rivojlanishining dastlabki uch oyligida asab tizimi, barcha tana a'zolari va to'qimalari shakllanib borayotgan davrda ularga salbiy ta'sir qilib, tug'ma nuqsonlar paydo bo'lishiga olib keladi. Bunda homila rivojlanishi susayadi, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi, bolaning aqliy zaif bo'lib qolishi, mayib-majruh tug'ilishiga olib keladi.

Giyohvandlikni keltirib chiqaruvchi omillardan biri – bu, ijtimoiy: bularga bolalarning oilada noto'g'ri tarbiyalash, tevarak-atrofdagi chekuvchilarning ta'siri va ularga bolalarni qiziquvchanligi, kayfiyatga tez beriluvchanlik hamda turli xil qiyinchilikdan qochishidir. Giyohvand

moddalarni uzoq muddat iste'mol qilganda kishi unga o'rganib qoladi. Bemorlar ko'proq og'riq qoldiruvchi dorilar (promedol, morfin, omnopon, barbituratlar)ni qabul qilgandan keyin unga organizm o'rganib qoladi. Agar bemorlar bunday dorilarni qabul qilmasa, organizmda abstinensiya (xumor tutish) belgilari paydo bo'ladi. Bular bosh og'riq, lanjlik, tajanglik, yurak o'ynashi, kayfiyat va ruhiyatning yomonlashuvi, ich ketish, uyqusizlik va vahima bosish belgilari paydo bo'ladi. Abstinensiya davrida bemorlar giyohvand moddalarni qo'lga kiritish uchun harakat qiladilar va jinoiy ishlar ham qiladilar. Ba'zi bemorlar darddan qutilish uchun shifoxonaga yotib oladilar. Og'riqqa chidolmasdan morfin qilishlarini so'raydilar. Vaqt o'tishi bilan morfin miqdori kamlik qiladi va qondirmay qo'yadi.

Giyohvandlikga o'rganib qolgan bemorlarning ishtahasi yo'qoladi, terisi quruq, shilviragan, qo'l barmoqlarda titrash (tremor), bo'g'im-mushaklarda og'riq, uyqusi buzilgan, yurakning o'ynab turishi, ish qobiliyatining susayishi va irodaning pasayishi kuzatiladi. Bemorlarda ko'pincha yolg'on gapirish, kulish yoki yig'lash hamda xotiraning pasayishi namoyon bo'ladi. Agar nasha chekilganda eyforiya, fikrlashning tezlashishi, hirsning kuchayishi, illuziyalar (kichik ariq xuddi katta ariq bo'lib ko'rinadi), bachkanalik, kulguli holatlar, tashnalik, ochlik paydo bo'ladi. Giyohvandlikda kuchli asteniya – xavotirlanish, mushaklar uchishi, ich ketish, tutqanoq xurujlari, talaffuzning buzilishi, titroq, muvozanat yo'qolishi holatlari kuzatiladi.

Toksikomanlar. Bular da tabiiy va sun'iy zaharlovchi moddalarni iste'mol qilish natijasida organizmda shu moddalarga nisbatan moyillik, xumor tutish holatlari kuzatiladi. Bu holat ko'pincha psixotrop dorilar bilan uzoq davolangan bemorlarda kuzatiladi. Bu dorilardagi xumor holatlarida bosh og'riq, bosh aylanish, yurak urishining tezlashishi, titroq bosish, behushlik holatlari, tutqanoq xurujlari va psixoz holatlari kuzatiladi. Psixotrop dorilar uzoq muddat iste'mol qilinganda ularga chidamlilik oshadi, xumor holatlari (qo'rquv, uyqusizlik, ko'p terlash, titroq) paydo bo'ladi. Miya faoliyatini tetiklashtiruvchi dorilar (kofein) iste'mol qilganda, bemorlarda tetiklashish, kuchga to'lish, yengillashish kabi holatlar kuzatiladi. Bu holatlar qisqa vaqtdan keyin bo'shashish, tushkunlik, bosh og'riq, tananing qaqshashi bilan tugallanadi. Shuning uchun, bemorlar qayta shu dorilardan olishga majbur bo'ladilar. Bundan tashqari, bemorlarda vasvasalar, eshitish, ko'rish gallutsinatsiyalari ham kuzatiladi. Parkinsonizmga beriladigan dorilar (sikkodol, parkopan, romparkin, artan) ko'p dozada berilib borilganda bemorlarda eyforiya, mastlik, gallutsinatsiyalar bo'lishiga olib keladi. Bu moddalarning dozasi oshib ketganda qo'rqinchli ko'rish gallutsinatsiyasi, deliriy yoki ovoz eshitish gallutsinatsiyasi, o'tkir sezish, ta'qib qilish vasvasasi bilan o'tadigan psixozlar kuzatiladi. Xumor holatida qo'l va tananing titrashi, mushaklardagi og'riq hamda tortishishlar, yurakning tez urishi, bo'g'im va umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, xavfsirash, qo'rqish belgilari namoyon bo'ladi. Benzin, bo'yoq, lok erituvchilar, yelimlar, kremlar ko'pincha hidlaganda nafas yo'li orqali o'tkir zaharlanishga, mastlik holatiga olib keladi. Bunda eyforiya, gallutsinatsiyalar paydo bo'ladi. Agar bemorlar bu moddalarni 2–3 kun

iste'mol qilmasa, yurak o'ynashi, qon bosimning o'zgarishi, qo'l titrashi, qovoq uchishi, tanada shishlar paydo bo'lishiga olib keladi. 5-7 kunga kelib esa depressiya, apatiya, bo'shshish, asteniya belgilari uchraydi.

Davosi. Kasallik 3 bosqichda davolanadi. 1. Organizmdagi zaharli toksinlarni suyuqliklar quyish natijasida chiqarib yuborish, organizmni umuman mustahkamlash va tetiklashtirish, giyohvand moddalar qabul qilishni to'xtatish. 2. Giyohvand moddalarga qarshi qaratilgan usullar. 3. Xumor holatini to'xtatib turuvchi davolash usullari.

Xumor holatlarida tinchlantiruvchi dorilardan pirroksan buyuriladi, bu uyqusizlik va giyohvand moddalarga bo'lgan intilishni kamaytiradi. Dori 5-7 kun davomida beriladi. Xavotirlanish, xavfsirash, qo'rqish, uyqusizlikda hamda vegetativ o'zgarishlarda elenium, seduksen, sibazon, relanium, rudotel, qo'llaniladi. Depressiyada tazepam, nozepam, frenalon, galoperidol; giyohvand xumor holatida sulfazin 5,0-10,0 ml 2-4 kun 1 marta kuniga, 5-6 marta takrorlash kerak. Pirogenal 250-1000 mgd kun ora, tiosulfat natriy 30 % 5-10,0 ml, magneziy sulfat, unitiol, vitaminlar; astenik holatlarda kalsiy glitserofosfat 0,2 g, fitin 0,25 g 3 mahal ichish uchun beriladi. Bezovtalik, uyqusizlikda tizersin, dimedrol, pipolfen hamda 2,5 % 1,0-3,0 ml aminazin 5-7 kungacha har kuni beriladi. Bundan tashqari, elektruyqu, psixoterapiya, oyoqlarni iliq suvda ushlab turish yaxshi natija beradi.

Tamaki chekish (kashandalik). Eng ko'p uchraydigan hamda butun dunyo bo'yicha keng tarqalgan ko'pgina xalqlarning kundalik tumushiga singib ketgan zararli odatdir. Chekish erkaklar va ayollar orasida hamda hozirgi davrda ko'proq yoshlar va bolalarda ko'proq uchramoqda. Chekishning xotin-qizlar orasida odat bo'lishi bu aholi o'rtasida har xil nasl va irsiy kasalliklarning ko'payishiga olib kelmoqda. Tamaki chekkanda organizmga o'tadigan zahar bu nikotindir. Chekish vaqtida organizm nikotinga asta-sekin o'rganib boradi va kashandalarda o'tkir zaharlanish hollari yuz bema'yd. Nikotin eng avval asab tizimiga ta'sir qiladi. Chekishga birinchi marta uringan kishilarda chekkan vaqtida birdan ko'ngil aynish, qusish, bosh aylanish, bosh og'riq, quloq shang'illashi, yurakning tez urishi, badanni sovuq ter bosish, teri rangining oqarib ketishi, uxlab qolish hamda holsizlanish belgilari namoyon bo'ladi. Tamakini chekib yurgan kishilarning nafas a'zolari, yurak qontomir tizimida, oshqozon-ichak yo'llarida bir qancha kasalliklar paydo bo'ladi. Chekish kasalliklarni og'irlashtiradi va uning sog'ayishini esa kechiktiradi. Chekish ateroskleroz, yurak sanchig'i, infarkt miokardning avj olishiga olib keladi. Yurak ishemik kasalliklarining boshlanishida muhim ahamiyatga ega. Kislorod kelib turishi va uning gemoglobin bilan birikishini qiyinlashtiradi. Shuning uchun to'qimalarda kislorod o'tishi kamayadi. Surunkali bronxit kasalligining ko'payishiga olib keladi. Chekadigan kishilarda oshqozon va 12 barmoq ichak yarasi kasalligi, chekmaydiganlarga nisbatan ikki baravar ko'p uchraydi. Chekish kislota-ishqor muvozanatini buzadi va natijada, oshqozonning kislotali muhiti ko'payib yara paydo bo'lishiga olib keladi. Ayollar homiladorlik davrida cheksa, nikotin homilaning rivojlanishiga

ta'sir qilib, homilaning erta tushishi, o'lik tug'ilishi va homila rivojlanmay, mayib-majruh tug'ilishiga olib keladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda, chekish odat bo'lgan mamlakatlarda, saraton kasalligi ko'p uchrab, o'lim hollari tobora ko'paymoqda. Chekadigan kishilar yon atrofdagi odamlarga ham zararli ta'sir ko'rsatadi. Tamaki tutini ta'siridan yurak sanchig'i boshlanib qolishi yoki astmasi bor bemorlarning nafasi qisilib qolishi mumkin.

Davosi quyidagilardan iborat: 1. Nikotin abstinentini bartaraf etish va tamaki hidiga salbiy reaksiya hosil qilish. 2. Qo'lga kiritilgan natijalarni mustahkamlash va quvvatlab boruvchi dorilarni davom ettirish. Chekish to'xtatib qo'yilganda abstinensiya belgilari: odamning aqliy va jismoniy ish qobiliyatining kamayishi, lanjlik, xafachilik, uyquning buzilishi, tajanglik, bosh og'riq, quloq shang'illash holatlari, chekuvchilarda bu holatlar chekkan vaqtda o'tib ketadi. Chekishni tashlayotgan kishilarga dorilar bilan psixoterapiya, refleksoterapiya, fizioterapiya usulari birgalikda qo'llaniladi. Dorilardan tabeks, lobesil, pildokarpin beriladi, bu dorilar nikotin xumorini kamaytiradi. Tamakiga bo'lgan maylni bosish uchun seduksen, tazepam, fenazepam, etaperazin, neuleptil, teralen buyuriladi. Bular bilan birga neyroleptiklar berish yaxshi samara beradi. Lanjlik holatlarida esa vitaminlar tavsiya etiladi.

Nazorat savollari va vazifalar:

1. Alkogolizmining asosiy belgilari nimalardan iborat?
2. Oddiy mastlik holatining o'zgargan mastlik holatidan farqini ayting.
3. Ichkilik jonsarakligi qanday kelib chiqadi?
4. Giyohvandlik turlari va unga qarshi kurash choralarini tushuntiring.
5. Nikotindan bemor zaharlanganda qanday klinik belgilar yuz beradi?
6. Abstinent alomati va bemorlarni parvarish qilish choralari nimalardan iborat?

Bosh miya qantomirlari aterosklerozi

Bosh miya qantomirlari aterosklerozida bosh miya qantomirlari torayib, devorlari zichlashib qoladi, ya'ni sklerozlanadi. Bu narsa bosh miya to'qimasining oziqlanishi va kislorod bilan ta'minlanib turishini izdan chiqaradi. Bunda bosh miya faoliyati buziladi, og'ir hollarda miyaning ma'lum joylariga qon quyiladi yoki bosh miya to'qimasi yumshab qoladi. Odam organizmida ortiqcha to'planib qolgan yog'simon moddalar bosh miya qantomirlarining ichki devoriga yig'iladi. Natijada, qantomir devorida biriktiruvchi to'qimalar o'sib ketadi.

Bosh miya qantomirlari aterosklerozi 50–60 yoshdan keyin boshlanadi. Kasallik asta-sekinlik bilan emotsional hayajonlar, xolesteringa boy oziq-ovqatlarni ko'p iste'mol qilish, ko'p aroq ichish va chekish, kam harakat qilib hayot kechirish natijasida kelib chiqadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning boshlang'ich belgilari bosh og'rishi, bosh aylanish, quloq shang'illashi, qo'l va oyoq uvishishi, toliqish va boshda

og'irlik sezishdan boshlanadi. Bemorlar serjahl, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Ko'ngli bo'sh bo'lib, uyqusi tez-tez buziladigan, uyquga ketishi qiyin bo'ladi. Bemorlarning xotirasi pasaygan, hayoli parishon, yaqinda bo'lib o'tgan voqealarni tezda esidan chiqarib qo'yadilar. Bu voqealar ha deganda esiga kelavermaydi. Mana shular ish qobiliyatning pasayishiga olib keladi. Avvallari qiyinchilik tug'dirmaydigan ishlar endi ancha ko'p vaqt sarflash va diqqat e'tiborni ko'proq jalb qilishga olib keladi. Fikrlash, nutq qobiliyati va harakatlar sekinlashib boradi.

Bosh miya qontomirlar aterosklerozi belgilari vaqti-vaqti bilan susayib yoki kuchayib turadi. Kasallikning keyingi bosqichlarida markaziy asab tizimida organik o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar borgan sari ko'ngli bo'sh bo'lib boraveradi, qarindoshlar bilan uchrashganda yig'lab yuboradi. Asta-sekinlik bilan bemorlarda aql pastlik belgilari paydo bo'ladi va xotira pasayib, fahm-farosatning kamayishi bilan kechadi.

Davosi. Avvalo, asosiy kasallikni, ya'ni qontomiri kasalliklarini bartaraf etish va qon aylanishi buzilishini yaxshilash lozim. Dastlabki belgilar paydo bo'lishi bilan mehnat va dam olish rejimiga qattiq amal qilish, uyquni maromiga keltirish, yotishdan oldin toza havoda yurish, uyqudan 10–15 daqiqa oldin iliq vannalar qabul qilish tavsiya etiladi. Bemorlarning ovqatlanishi asosan o'simlik va sut mahsulotlaridan iborat bo'lishi kerak. Bemorlarning chekish va ichishiga barham berish kerak. Bosh aylanish, eshitish faoliyatini yaxshilash uchun betaserk 2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan oldin, glitsin 1 tabletkadan 3 mahal til ostiga va liprimar buyuriladi. Psixotrop dorilardan juda oz miqdorda mayin ta'sir qiluvchi turlaridan melleril 50–75 mg, aminazin; galyusinozlarda oz miqdorda galoperidol; qo'rquv to'la vasvasalarda tizersin; qo'rquv va bezovtalik, depressiyalarda antidepressantlar yoki neyroleptiklar; trankvilizatorlar oz-ozdan seduksen, tazepam; xavfli qo'zg'alishlarda seduksenni tomir ichiga yuborish lozim; ba'zi hollarda aminalon, pirasetam yoki serebrolizin, kaliy yodid 3 % 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi, askorbin kislotasi va miskleron tabletkalari buyuriladi. Agar qon bosimi ko'tarilsa, unga qarshi dori-damonlar ishlatiladi. Fizioterapiya muolajalaridan elektroforez kaliy yod yoki novokain bilan buyin sohasiga, uqalash qo'llaniladi. Bulardan tashqari bemorlar chekish, ichkilik ichish, toliqish, emotsional zo'riqishdan xoli bo'lislari lozim. Bemorlar ishga jalb etilishi kerak, ish qobiliyati faqat aql pastlik yoki psixoz vaqtida yo'qoladi.

Bosh miya atrofiyasi natiijasida vujudga keladigan ruhiy o'zgarishlar

Ruhiy o'zgarishlarning bu guruhi, asosan, qarilikning kech davriga to'g'ri keladi. Bunda umumiy belgilar asta-sekin boshlanib, kuchayib boradi, kasallikning qaytalarnasligi og'ir oqibatlariga olib keladi. Kasallikda asab tizimida chuqur o'zgarishlar bo'lib, aql pastlik rivojlanib boradi. Bosh miya atrofiyasi qaysi yoshda boshlanishiga qarab quyidagi turlarga ajratiladi. Bularga: 1) qarilik oldi (presenil) aql pastlik bo'lib, Pik, Alsgeymer kasalligi,

Gentington xoreyasi, Parkinson kasalliklarini o'z ichiga oladi; 2) qarilik davri (senil) turidagi miya qurishiga esa qarilik yoki senil aql pastlik (demensiya) kiradi.

Qarilik oldi va qarilik psixozlari. Organizmning qarishi, so'lib borishi (invalutsion davri) jarayonida bir qancha kasalliklar yoshga qarab uchrashi mumkin. Bu holat organizmda moddalar almashinuvining o'zgarishi natijasida, ya'ni jinsiy bezlar faoliyatining susayishida katta ahamiyatga ega. Bu davrda bemorlarda vazomotor o'zgarishlar qayd qilinib, bular odamning boshi va yuziga qon quyilib kelishi, qon bosimning ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi. Keksalik oldi davri (presenium) 45 yosh bilan 60 yosh o'rtasida va qarilik davri (senium) 60 yoshdan 80 yoshgacha bo'lgan davrdan boshlanadi.

Qarilik oldi psixozlari. Bu kasallik funksional psixozlar bo'lib, qaytish davrida (45–60 yosh) paydo bo'ladi va chuqur darajadagi aqliy zaiflikka olib keladi. Bemorlarda xavotirga tushish hissi paydo bo'ladi. Ular o'lim yaqinlashib qolishidan yoki qarindoshlarining o'lib qolishi to'g'risida gapirishadi. Kasallikning klinik manzarasi qaysi belgilar ustun turishiga qarab, quyidagi shakllarga bo'linadi. 1. Presenil depressiya – bu bir necha oy davomida asta-sekin avj oladi. Ba'zan esa birdan boshlanadi. Bunga ruhiy ta'sirlanish, ko'ngilsiz hodisalar sabab bo'ladi. Kasallik depressiya, xavotirga tushish, qo'zg'alib bezovtalanish, bular o'z-o'zini ayblash fikrlari bilan kechadi. Bemorlarning uyqusi buziladi, vahima bosadi, ko'pincha davolanishdan, ovqatlanishdan bosh tortadi. Ko'pchilik bemorlar esa menda oshqozon-ichaklar yo'q deb davo qiladilar. Bemorlar ozib ketadilar, sochlari to'kiladi, oqaradi, terisi ilvirlab qoladi. Ular hozir meni birov olib ketadi, otib o'ldiradi, qattiq qiynaydi deb doim kutib yuradilar. Ba'zi bemorlar esa mening qarindoshlarim yo'q, o'lib ketgan deb o'z-o'zini o'ldirishgacha olib boradilar. Bu depressiya bir necha oy yoki yillab davom etadi. 2. Presenil paranoid – bunda vasvasaga taalluqli kechirmalar bo'ladi. Ular ishda, uyda ro'y bergan ko'ngilsizliklar, boshdan o'tgan kasalliklar munosabati bilan paydo bo'ladi, bemor atrofdagilar menga g'alati munosabatda bo'layapdi deb o'ylaydilar. Bemorlar tanasidagi his-tuyg'ular, vasvasa, alahsirash fikrlariga ta'sir ko'rsatadi. Rashk fikri paydo bo'ladi, tanishlarining kelib-ketishiga shubha bilan qaraydilar. Eshitish gallutsinatsiyasi paydo bo'ladi. Presenil paranoid presenil depressiyaga qaraganda uzoqroq davom etadi. 3. Presenil isteriya – ko'pincha ayollarda paydo bo'ladi. Bunda bemorlar arzimagan narsalar tufayli emotsional reaksiya ko'rsatadi. Ularda isteriya tutqanog'i, qo'l-oyoqlarning funksional parezlari kuzatiladi.

Davosi. Presenil psixozlarga uchragan bemorlar psixiatriya shifoxonalarida davolanishlari zarur. Ular hamshiralarning alohida kuzatuvi ostida bo'lishlari kerak. Dorilardan aminazin bilan birga mellipramin, tizersin, amitriptilin, galoperidol berish tavsiya etiladi. Ba'zi hollarda elektr bilan talvasaga solib davolash o'rinlidir. Presenil isteriyada trioksazin, elenium, aminazin buyuriladi. Psixoterapiya o'tkazish yaxshi natija beradi.

Qarilik psixozlari. Bu kasallik bemorlarning bosh miya po'tlog'idagi asab hujayralari atrofiyaga uchrashi natijasida kelib chiqadi. Bu holat aql pastlikning kuchayishiga olib keladi. Qarilik psixozlari 60–65 yoshdan boshlanadi. Bunda xotiraning pasayishi, yangi narsalarning zo'rg'a o'zlashtirilishi, bilgan narsalarni esdan chiqarib qo'yish holatlari kuzatiladi. Xotira pasayishining kuchayib ketishi natijasida bemorlar o'z yaqin qarindoshlarining ismlarini ham esdan chiqarib qo'yishadi. Bemorlarning harakatida maqsadsiz shoshqaloqliklar kuzatiladi. Konfabulatsiya, ya'ni bemorlar haqiqatda hech qachon bo'lmagan voqealar to'g'risida gapiradilar. Bunda ular tushkunlikka tushib, g'amgin fikrlar bilan yurishadi, lekin ko'ngillari xotirjam, beparvo bo'lishadi. Ular begona odamlar borligidan xijolat qilmay ashula aytib, raqsga tushadilar. Ko'pincha uyqusi buzilgan, kechalari bilan uxlo olmaydilar, uydandan kirib aylanib yuradilar. Eshik-derazalarni yopilganmi yoki yo'qmi esdan chiqarib qo'yishadi, qaytadan tekshirib yurishadi. Kechasi bilan uxlo olmay chiqqandan keyin kunduzlari mudroq bosib yuradi. Bemorlar gaplashib o'tirganda yoki ovqat yegan vaqtida uxlab qoladilar. Bunday bemorlarga o'g'ridan qo'rqish (ziyon ko'rish) vasvasasi juda xarakterlidir. Bunda o'z narsalarini bekitib qo'yishadi yoki tanishlarinikiga olib borib qo'yadilar. Xotirasi ancha pasayib qolgan uchun o'z narsalarini qayerga qo'yganligini esdan chiqarib yuborishadi. Ba'zi bemorlar esa ochlikdan o'lishim mumkin, yegani hech narsam yo'q deb ishontirishadi yoki boshqa ziyon ko'rganlarini aytib yurishadi. Ular keraksiz narsalar (latta, quticha, shishalar)ni yig'ib yurishadi. Senil psixozida bemorlarning ko'pchiligida ishtaha zo'r, yaxshi bo'ladi. Yaqin kishilarning taqdiri ulami bezovta qilmaydi. Ba'zan hid bilish, eshitish illuziyalari, so'z, eshitish gallutsinatsiyalari, vaqti-vaqti bilan bosiqlik, hayojon paydo bo'lishi mumkin.

Davosi. Ko'proq yod dorilari (kaliy yodid 3 % 1 osh qoshiqdan 3 mahal ichish uchun) beriladi. Uyqusizlikda uxlatadigan dorilar tavsiya qilinadi. Iliq vannalar buyuriladi. Vasvasalarda aminazin, triftazin, galoperidol, seduksen tavsiya etiladi.

Alsgeymer kasalligi. A. Alsgeymer 1907-yilda bu kasallikni birinchi bo'lib ta'riflab bergan. Kasallik, asosan, 45–55 yoshgacha bo'lgan davrda kuzatiladi. Kasallikning yashirin davri ko'p yillar davom etib, asosan organik susayish, kam rivojlangan rashk, xonavayronlik vasvasalari paydo bo'ladi. Keyinroq aql pastlik kuchayib, miya qobig'ining ish faoliyati buziladi va natijada, asab tizimida o'choqli o'zgarishlar ko'payib boradi. Aql pastlik markazida xotiraning susayishi, ya'ni uning rivojlanuvchi amneziasini boshlanadi. Bu holatda amnestik yo'nalishning yo'qolishi, ya'ni uning hozirgi voqealarni o'tgan zamonga surish holatlari kuzatiladi. Har kungi o'rganilgan tajriba va harakatlar yo'qolib boradi (bular kir yuvish, bichish-tikish, ovqat pishirish, soqol olishlar). Kasallikning boshlanish davrida bemorlarda kasallikka nisbatan tanqid bo'lib, ular o'zlarini nogiron deb sezadilar, kechga borib ularning kayfiyati biroz ko'tariladi. Alsgeymer kasalligining asosiy belgisi aql pastlik belgilarining erta o'choqli asab tizimi belgilariga o'tishi

hisoblanadi. Masalan, oddiy har kungi xatti-harakatlarning buzilishi (apraksiya); nomlar va oy-kunlarni eslashning susayishi (amnestik afaziya); ko'rishning kamayishi belgilari paydo bo'ladi. Aql pasayishining oshishi bilan miya po'stlog'i ish qobiliyatining (nutq, praksis, gnozis, sanash) buzilishi uzviy bog'langan. Amnestik afaziyadan keyin umumiy sensor afaziya (bemorlarning gaplarini umuman tushunmaslik) asta rivojlanib boradi. Masalan, ko'pgina hollarda nutqning talaffuzi (so'zning birligi harfida yoki bo'g'inda chalkashish, keyinchalik esa ba'zi tovushlarni, so'z qoldiqlarini takrorlash) va ixtiyordan tashqari, so'zlarning oxirgi bo'g'inini yoki gapning oxirgi so'zini juda ko'p marta takrorlashi mumkin. Og'zaki nutqning buzilishi yozma (agrafiya) hamda o'qish qobiliyatining buzilishi (aleksiya), hisoblashning (akalkuliya) o'zgarishlari bilan birga davom etadi. Alsgeymer kasalligida psixozlar 40 %gacha uchraydi, bularga, asosan, vasvasalar (zarar ko'rish, zaharlash, ta'qib qilish), rivojlanmagan ko'rish va eshitish g'allutsinatsiyalari, es-hushning chalkashishi, ruhiy qo'zg'alishlar, ekzogen-organik psixozlar va epileptik tutqanoqlar ham uchraydi. Kasallikning terminal bosqichida shaxs ruhiy xususiyatlarining umumiy parchalanishi bilan bir qatorda mushaklarning taranglashuvi, juda ham ozib ketish (kaxeksiya), bulimiya (ovqatni nihoyatda ko'p iste'mol qilish), ichki bezlar faoliyatining buzilishlari, ixtiyorsiz kulgu, yig'i, bujmayish kabi harakatlar, ushlab olish va oral avtomatizm reflekslari paydo bo'ladi.

Pik kasalligi. A. Pik tomonidan 1892-yilda aniqlangan. Bu kasallik bosh miyani tartibli atrofiyalanishi bilan kechadi. Bu kasallik 45–55 yoshdan boshlanishi bilan Alsgeymer kasalligiga o'xshasa-da, o'tkir boshlanishi bilan undan farq qiladi. Kasallikning klinik ko'rinishi atrofiya jarayoni bosh miyaning qaysi qismida joylashishidan kelib chiqadi. Kasallikning boshlanish davrida miyaning peshona qismi zararlanganda, intilishning yo'qolishi, holsizlik, sustlik, emotsiyalarning susayishi kuzatiladi. Ayni paytda nutq va harakat faolligi buziladi, o'ziga xos gapirishni xohlamaslik paydo bo'ladi. Agar atrofiya miya osti qismida joylashgan bo'lsa, unda soxta paralitik alomatlar shaxsning dag'allashuvi, muomalalikning, oldingi ta'lim-tarbiyaning, o'ziga nisbatan tanqid fikri yo'qolishi va eyforiya, xirsiy xususiyatlarning oshib ketishi bilan kechadi. Bosh miyaning peshona, peshona-chakka qismlari atrofiyasi nutq, harakat va ish qobiliyatining buzilishlariga olib keladi. Pik kasalligidagi aql pastlikning boshlang'ich davrida xotira buzilishlari bo'lmasa-da, lekin tafakkur va aql zararlanadi, fikrlash qobiliyati susayadi, umumlashtirish, o'z-o'zini tanqid qilish kamayib ketadi. Miya po'stlog'i ishining buzilishidan kelib chiquvchi afaziya, agrafiya, aleksiya, akalkuliya, apraksiyalar Alsgeymer kasalligidan ko'ra ko'proq bo'ladi. Psixotik o'zgarishlar boshqa miya atrofiya kasalligidan ko'ra kamroq uchraydi. Kasallikning oxirgi davri, xuddi Alsgeymer kasalligidagi kabi umumiy aqlning pastligi, marazm va nogironlik hollari zo'rayishi kuzatiladi. Kasallikning boshlanishidan to oxirgi bosqichigacha 5–10 yil o'tadi.

Nazorat savollari

1. Bosh miya aterosklerozining kelib chiqish sabablari qaysilar?
2. Turli xil davrlarda bo'ladigan ruhiy o'zgarishlar haqida gapirib, bering?
3. Qarilik oldi va qarilik psixozlari klinik belgilari qanday kechadi.
4. Qarilik psixozlarida bemorlarni parvarish qilish nimalardan iborat?
5. Alsgeymer kasalligi bilan Pik kasalligining bir-biridan asosiy farqi nimada?

Epilepsiya, bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari

Epilepsiya (*epilambano*-ushlab olaman) – tutqanoq yoki quyonchiq – surunkali kasallik bo'lib, mushaklar tortishi va tortishuvisiz bilan qaytarilib turuvchi hamda bemorning shaxsiyati o'zgarib borishi bilan kechadigan kasallikdir. Kasallikning kelib chiqish sabablari juda ko'p va xilma-xildir. 1. Neyroinfeksiyalar (bularga gripp, brusellyoz, revmatizm, sistoserkoz, exinokokkoz, glistlar). 2. Bosh miyaning turli xil yallig'lanishlari (meningit, leptomeningit, ensefalit). 3. Bosh miyaning yopiq jarohatlari (tug'ruqdagi jarohatlar, asfiksiya). 4. Bosh miyaning qontomir kasalliklari (ateroskleroz, xafaqon kasalligi, voskulitlar). 5. Turli xil zaharlanishlar va alkogolizm. 6. Bosh miyada qon aylanishining buzilishlari (insultlar). 7. Bolalarda surunkali tanzillit va turli xil bosh miyaning organik kasalliklari (bolalar serebral falajligi). 8. Irsiy – degenerativ kasalliklar va bosh miya o'smalari va h. k.

Epilepsiya bo'lishi uchun, asosan, epileptik o'choq va epileptogen manba bo'lishi kerak. Epileptik o'choq deb miya tizimidagi cheklangan o'zgarishlarga aytiladi. U atrofdagi neyronlarning kasallikka qo'zg'alishiga sabab bo'ladi. Natijada, bu neyronlar o'zidan fokal epileptik kuchlanish chiqara boshlaydi. Epileptik o'choqdagi ko'plab neyronlarning qo'zg'alishi oqibatida shunday razryadlar rivojlanadi. Bu holat EEGda «tig'» shakldagi to'lqinlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Epilepsiyada bosh miyada glioz to'qimalar ko'payadi, bulardan chandiqlar hosil bo'ladi. Epilepsiya bilan og'rigan bemorlarda moddalar almashinuvi buziladi (oqsil-azot, suv-tuz, uglevod almashinuvi), tutqanoq oldidan asetilxolin moddasi miqdorining oshishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi 4 bosqichdan iborat: 1. Aura. 2. Tonik tortishish. 3. Klinik tortishish. 4. Uyqu holati.

Aura (grekcha – «shamol» degani) tutqanoq xurujining xabarchisidir. Aura har doim hushning yo'qolishidan oldin keladi. Aura har xil ko'rinishda paydo bo'ladi. Bularga oshqozon atrofidagi yoqimsiz hislar, ko'ngil aynish, bu hislar tananing yuqori qismiga ko'tarilib, bosh miyaga ta'sir qiladi. Natijada, bemor hushdan ketadi. Ba'zi bemorlarda ko'z qorachig'ining torayib-kengayib turishi, terisida uvishish, isib ketish, qorin-ichaklarda og'riq, eshitish va ko'rishning pasayishi, gallutsinatsiyalar, bosh aylanish, muvozanat buzilishi, qattiq qichqirib yuborish holatlari kuzatiladi. Aura bir xilligi va qisqa vaqtligi bilan xarakterlanadi hamda har bir bemorda o'zining aurasi bo'ladi. Auradan so'ng xuruj tonik tortishishga o'tadi, bunda bemor boshida baqiradi, nafas olish to'xtaydi, yuzi oqaradi, keyin ko'karib

ketadi. Bosh yonga, orqaga tashlanadi, ko'zlar ham yon tarafga yoki tepaga qaratilgan bo'lib, ko'z qorachig'i kengayib, yorug'likka javob bermaydi. Bo'yin tomirlari shishgan, jag' qattiq qisilgan, lab burchagida ko'pik, ba'zida qon keladi, qo'l-oyoqlar katta bo'g'imlardan yozilib, qo'l panjalari siqilgan bo'ladi. Ixtiyorsiz ravishda siydik va najasni chiqarib yuboradi. Tonik qaltirashdan keyin klonik qaltirashga o'tadi. Bunda bosh, qo'l va oyoqlar qaltirab, tana zarb bilan yonga va orqaga uriladi. Kasal yana chuqur nafas ola boshlaydi, ko'karish kamayadi, terlaydi. Bu bosqich 30 soniyadan 5 daqiqagacha davom etadi. Klonik qaltirashdan so'ng bemor uyquga ketadi. Bemor uyqudan turgandan so'ng o'zini og'ir ish qilgandek yomon sezadi.

Ba'zan tutqanoq ketma-ket boshlanib, bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bunday tutqanoq tutishiga *epileptik status* deyiladi. Epileptik statusda talvasa xurujlari har 10–30 daqiqa davomida takrorlanib turish bilan kechadi. Status bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Bunda klonik va tonik tirishishlar bilan birga nafas olish a'zolari va yurak faoliyatida buzilishlar bo'lib, miya shishuviga olib keladi. Tonik tirishishda yuz, qo'l va oyoqlar, tana mushaklarida tortishish, ko'z olmasi yon tomonga va yuqoriga qaragan, qorachiqar kengaygan bo'ladi. Mushaklarning qattiq tortishuvi natijasida bemorning qo'l-oyoqlarini to'g'rilashning hech iloji bo'lmaydi. Tonik tirishish 30–60 soniya davom etadi. Keyin klonik tirishish ko'proq qo'l va yuz mushaklarida kuzatiladi. Pastki jag' mushaklarining ritmik qisqarishi natijasida bemorning og'zi ochilib-yopilib turadi. Bunda bemor tilini tishlab olishi mumkin. Bemor og'zidan so'lak bilan birga qon aralash ko'pik keladi. Qo'llar ham bukilib-yozilib turadi. Klonik tirishish asta-sekin pasayib, keyin umuman to'xtaydi. Klonik tirishishda qorin mushaklari va siydik pufagi sfinkterining nerv bilan ta'minlanishi buzilishi natijasida, bemorda ixtiyorsiz siyib yuborish va axlat chiqarish holatlari kuzatiladi. Bemorning terisi ko'kargan, vena qontomirlari shishgan, tomir urishi sekinlashgan bo'ladi.

Kichik epileptik tutqanoqlar. Absans – birdaniga va qisqa (2–5 soniya) vaqtda hushdan ketish bilan kechadi. Hushdan ketish, ma'nosiz boqish, faoliyatning buzilishi va vegetativ alomatlar bilan o'tadi. Xuruj paytida bemor yiqilmaydi va bir joyda ko'zi qimirlamay, ko'rga o'xshab qotib qoladi. Xuruj birdan boshlanib birdan to'xtaydi. Bu xuruj *oddiy absans* deb ataladi. Ba'zi bemorlarda absans mushaklar tonusi o'zgarishi (yuz, bo'yin, qo'l mushaklari tortishuvi) va chuqur vegetativ buzilishlar bilan davom etsa, unda murakkab absans kuzatiladi.

Epilepsiyada ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi. Bunda bemorning kayfiyati yaxshi, shirinso'z, yurish – turishida, oilada saranjom – sarishta bo'lib yurishadi, qo'ygan narsalarini kimdir buzsa, darrov janjal qiladilar. Ba'zi bemorlar esa juda ham qo'pol, o'zining gapini o'tkazadigan, boshqalar bilan kelishmaydigan bo'ladi. Tashxis qo'yishda ko'proq EEG dan foydalaniladi, bunda epilepsiyaga xos «tig'» to'lqinlar paydo bo'ladi.

Davosi. Katta tutqanoqlarda fenobarbital 0,05–0,2 g kuniga 3 mahal 3–6 oygacha, difenin 0,2–0,3 g, benzonol 0,1–0,3 g, rivotril, finlepsin

0,2–1,0 g, depakin 1 ta tabletkadan kuniga 2 mahal, eunoktin kuniga 5–25 mg dan 2–3 marta (ko'proq qismi uyquga ketishdan oldin) ichish uchun beriladi. Kichik tutqanoqlarda suksilep, piknolipsin, 0,75–1,5, etosuksimed, konvuleks, konvulsafin, epilepsin, klonozepam dorilari tavsiya etiladi.

Epileptik statusda zudlik bilan tutqanoqqa qarshi seduksen 0,5 % 2,0–4,0 natriy xlor yoki 40 % glukoza eritmasi bilan tomir ichiga 10–15 daqiqa davomida yuboriladi. Talvasa to'xtamasa, 30 mg seduksenni 150 ml 10–20 % glukoza eritmasi bilan tomir ichiga tomchilatib quyish kerak. Bu ham foyda bermasa, 70–80 ml 1 % tiopental natriy yoki geksenalni sekinlik bilan tomir ichiga yuboriladi. Bunda bemorning nafas olish maromini, tomir urishini va ko'z qorachiqlarini kuzatib turish kerak. Nafas olishi har daqiqada 16–18 martaga yetsa, qorachiqlar toraygan bo'lsa geksenal yuborish to'xtatiladi. Shu bilan birga 5 ml 10 % tiopental natriy yoki geksenal eritmasini mushak orasiga yuborish mumkin. Bosh miya gipoksiya va shishib ketishiga qarshi magneziy sulfat 25 % 10,0 kalsiy xlor 10 %–10 ml, laziks, kokarboksilaza qilish kerak. Miya faoliyatini yaxshilovchi dorilardan nootropil, sinnarizin yoki stugeron, 3 % kaliy yodid 1 osh qoshiqdan 3 mahal, bioxinol, pirogenal, gumizol, FiBS, lidaza, magne-B₆, nikotin kislotasi buyuriladi. Aminazinni faqat boshlang'ich davrida berish kerak. 5 yil davomida tutqanoq xuruji bo'lmasa, EEG me'yorida bo'lsa, tutqanoq dorilarini berish to'xtatiladi. Bemorlarga tepalikda, olov va suv havzalar, ishlab turgan mexanizmlar oldida ishlash man etiladi. Epilepsiya tutqanoq'i tutib turgan vaqtda kordiamin, komfora dorilarini yuborish mumkin emas.

Parvarish qilish. Tutqanoq tutib bo'lgandan keyin bemor karaxt bo'lib, keyin uyquga ketadi. Boshi tagiga yumshoq yostiq qo'yish, ust kiyimlarning tugmalarini bo'shatish lozim. Tushqanoq tutan vaqtda bemorning qo'l-oyoqlarini lat yeyishdan asrash uchun ularni ushlab turish kerak, bo'lmasa suyaklar sinishi mumkin. Ko'ylak yoqasini yechish, tilini tishlab olmaslik uchun sochiq chetini yumaloq qilib og'ziga tiqib qo'yish kerak. So'lak bir tomonga oqib turishi uchun bemorni yonboshlab yotqizib qo'yish tavsiya etiladi. Tutqanoq tutib bo'lgandan keyin bemorni uyg'otmaslik lozim.

Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar

Bosh miya jarohati deganda kalla suyagi, miya pardalari, uning qobig'i, miya moddalari va qontomirlarining tashqi kuch ta'sirida jarohatlanishiga aytiladi. Asosan, yopiq va ochiq jarohatlarga bo'linadi. Yopiq bosh miya jarohatida miya bo'shlig'i butunligi buzilmaydi, miya moddasiga tashqi muhit ta'sir qilmaydi. Miyaning yumshoq qavati (teridan aponevrozgacha) butun bo'ladi. Bosh miyaning ochiq jarohatida miya bo'shlig'i tashqi muhit ta'siriga uchraydi. Bunda miya jarohati kuzatilib, miya moddasiga kirib boradi. Miyaning yumshoq qavati aponevroz, suyaklar sinishi miyaning qattiq qobig'i va miya moddasi zarar ko'radi. Tashqi kuchning miyaga ta'siri natiijasida miyaning chayqalishi, lat yeyishi va ezilishiga olib keladi.

Miya jarohatining rivojlanishida, asosan, to'rtta davr bo'ladi: 1. Boshlang'ich yoki o'ta o'tkir davr. 2. O'tkir davr. 3. Tiklanish yoki tuzalish davri. 4. Kechki asoratlar yoki surunkali davr. Ruhiiy o'zgarishlar shu to'rtta davrga asoslangan bo'ladi. Boshlang'ich davridagi ruhiy o'zgarishlar hushning buzilishi, karaxt, sopor, koma, somnolensiya ko'rinishida bo'ladi. Miya jarohatidagi o'tkir psixozlar tashqi ta'sirdan so'ng boshlang'ich yoki o'tkir davrda paydo bo'ladi. O'rtacha yoki cho'zilgan psixozlar jarohatdan keyin bir ikki oy o'tgach va bir yil davomida rivojlanadi. Kechki asoratlar davrida ruhiy o'zgarishlar bir necha yil o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

O'tkir davrning ruhiy o'zgarishlari bosh miyada qon aylanishining buzilishi, kislorod yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi. Bunda qontomirlarning o'tkazuvchanligi oshadi va miya shishiga olib keladi. Ruhiiy o'zgarishlar sinapslar o'tkazuvchanligi, mediatorlar almashinishi, retikular va gipotalamus ishining buzilishga bog'liq. Kechki asoratlar davridagi ruhiy o'zgarishlar bosh miya jarohatining og'irligiga, bemorning yoshi, kasallikdan oldingi hulq-atvoriga bog'liq bo'ladi. Bunda orqa miya suyuqligining o'zgarishi katta ta'sir qiladi. Boshlang'ich va o'tkir davrdagi ruhiy o'zgarishlar miya jarohatlanganda hushning yo'qolishi bo'ladi. Faqat yengil miya chayqalishida hushning bulutsimon ko'rinishi paydo bo'ladi. Qolgan turlarida es-hushning o'zgarishi koma holatigacha boradi. Bemor hushiga kelganidan so'ng o'tkir davr boshlanadi. Unda xotiraning yo'qolishi kuzatiladi, retrograd amneziyada bemor hushdan ketishdan oldingi voqea va hodisalarni eslay olmaydi. Antegrad amneziya – bunda hushdan keyin bo'lgan voqealarni eslay olmaydi. O'tkir davrida asteniya belgilari ham uchraydi. Miya chayqalishida vestibular o'zgarishlar: bosh aylanish, ko'ngil aynish, qusish, asab tizimidagi o'zgarishlarda nistagn, konvergensiyaning susayishi, pay reflekslarining oshishi, mushaklarning bo'shashishi, vegetativ o'zgarishlar qontomir ishining buzilishi, tomir urishning sekinlashishi, qon bosimining o'zgarishi, terlash, ko'karib ketish, haroratning oshishi, yuzning qizarib ketish belgilari kuzatiladi. Miya lat yeyishida falajlik, sezgining yo'qolishi yoki kamayishi kuzatilishi mumkin. Yuzning bir tomonga qiyshayib qolishi, eshitish, ko'rish, ko'z harakatlarining buzilishi hamda meningial belgilar paydo bo'ladi. Miya lat yeganida miyaga va miya bo'shliqlariga qon quyiladi. Bu miyaning qisilib qolishiga olib keladi. Miya jarohatidagi o'tkir davr bir ikki oy davom etadi. O'tkir davrdagi psixozlar dastlabki kunlarda yoki bir ikki hafta ichida hushning o'ziga kelishi bilan boshlanadi. Bunda turli qo'zg'alishlar, gallutsinatsiya, vasvasalar bo'lib turadi. Deliriyda ko'rish gallutsinatsiyalari bunda bemorning ko'ziga qo'rquv, vahimalar ko'rinadi. Oneyroidda bemorlar o'zini fazoda ucha-yotgandek sezadi. Karsakov alomatida xotiraning saqlanib qolishi buziladi. Amnezialar, konfabulatsiya, affekt o'zgarishlari kuzatiladi. Affekt alomatida bemorlar ko'zlari ochiq holda qimirlamasdan yotadilar, atrofga befarq qarab, gapimaydilar, himoya refleksleri yo'qolgan, hech narsa bajamaydilar. Bemorlarda siydik va ahlat tutilmaydi, yutinish saqlangan,

uyqu kecha-kunduzga bog'liq bo'lmaydi. Bunday hollarda bemorlar tezda o'lib qolishlari mumkin. Akinetik mutizmida harakatsizlik va gapimaslik holatlari namoyon bo'ladi. Bunda ko'zlardagi harakatlar saqlangan, lekin ular berilgan savollarga javob bermaydi.

Kasallikning o'tkir yoki kechki davrida paydo bo'lgan ruhiy o'zgarishlar uzoq vaqt davom etishi mumkin. Astenik holatda qo'zg'aluvchanlik, holdan toyish, tez jahli chiqish, chidamsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, xafa bo'lish belgilari kuzatiladi. Bemorlarda bosh og'riq, bosh aylanish, uyqusizlik holatlari namoyon bo'ladi. Bemorlar ahvoli ob-havoga, issiq-sovuqning almashinuviga, charchashlikka, havo bosimining o'zgarishiga va boshqa kasalliklarning qo'shilishiga bog'liq bo'ladi. Psixopatsimon o'zgarishlar astenik hamda isterik holatlar bilan birga kechadi. Bu holat 10–20 yilgacha saqlanib qoladi. Bunda kayfiyatning pasayishi, ko'z yosh qilish, tezda xafa bo'lish, o'z sog'lig'i haqida xavotirlanish belgilari namoyon bo'ladi. Asab sohasidagi o'zgarishlar kam rivojlangan bo'ladi. Bularga pay reflekslarining oshishi, qo'llarda titrash, Romberg holatida chayqalish belgilari namoyon bo'ladi. Paraksizmal o'zgarishlar miya jarohatidan keyin bir yil yoki 20–25 yil o'tganidan keyin ham paydo bo'lishi mumkin. Bu o'zgarishlarda tutqanoq xurujlari, absanslar uchraydi. Depressiya holatlari asta-sekin rivojlanadi. Bunda yig'loqilik, o'ta qimmatli fikrlar, vasvasalar, ipoxondrik holatlar bilan birga davom etadi. Moniakal holatlarda kasallikning yengil turida achchiqlanish, ko'ngil bo'shlik, jahldorlik kuzatilsa, og'ir turida aql pastlik, vasvasa, yolg'on gapirish, gallutsinatsiya va qo'zg'aluvchanlik qo'shilib keladi.

Davosi. Kasallikning o'ta o'tkir va o'tkir davrida davolanish jarohatning og'irligiga bog'liq. Bemor bir hafta o'midan tumasdan yotishi kerak. Ikki hafta shifoxonada davolanishi lozim. Bosh miyaning yopiq jarohatlari asab kasalliklar bo'limida davolanishi, agar ruhiy o'zgarishlar paydo bo'lsa, psixiatriya shifoxonasida davolanishi tavsiya etiladi. Bemorlarga dehidratatsion terapiya 25 % 10,0 ml magneziiy sulfat, laziks, 40 % 20,0 ml glukoza tomir ichiga, seduksen, fenazepam buyuriladi. Agar bemor ruhiy bezovta bo'lsa – aminazin; vasvasalar bo'lsa – galoperidol; paraksizmal o'zgarishlar bo'lsa – benzonal, fenobarbital, depakin, finlepsin tavsiya etiladi. Kasallikning tiklanish davrida trankvilizatorlar sidnokarb, neuleptin, nootropil; uyquni yaxshilovchi dorilar – eunoptin, dimedrol; jahldorlikda elenium, aminazin neuleptin; holsizlik va tez charchash bo'lganda jenshen, eleutorokok, sidnokarb; vegetativ o'zgarishlarda seduksen; diensefal o'zgarishlarda esa belloid, betaserk, bellospan, bellataminal dorilaridan berish tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

1. Tutqanoq xurujining kelib chiqish sabablarini ayting?
2. Epilepsiyada aura belgilari qanday kechadi?
3. Tutqanoq xurujlarida birinchi yordam ko'rsating.
4. Bosh miya jarohatida ruhiy o'zgarishlar qanday paydo bo'ladi?
5. EEGda «tig'» to'lqini bo'lsa, nima haqida o'ylaysiz?

Psixogeniyalar

Psixogeniyalar ruhiy jarohatlar natijasida paydo bo'ladigan kasallikdir. Bunga psixogen kasalliklar: reaktiv psixozlar va nevrozlar kiradi. Odam ruhiy jarohatlanishga kutilmaganda to'satdan yoki asta-sekin uchrashi mumkin. Masalan, bunga yer qimirlashi, suv toshqini, fojialar, bosqinchilik, yaqin kishilarning kutilmaganda vafot etganligi to'g'risida xabar kelishi sabab bo'lishi mumkin. Nevrozlar markaziy asab tizim faoliyatining psixogen yo'l bilan kelib chiqqan funksional buzilishidir. Nevrozlarning kelib chiqishida uzoq vaqt tez-tez takrorlanib turuvchi ruhiy ezilish sabab bo'ladi. Bundan tashqari, ruhiy iltiroblar, shaxsning asosiy xususiyatlari, nasl-irsiyat ham muhim ahamiyatga ega. Nevrozlarning rivojlanishi zahirida bosh miyaning tormozlanishi va qo'zg'alish jarayonlarining zo'rayishi, susayishi, ular orasidagi muvozanatning buzilishi (nevrasteniya) yoki bosh miyada qo'zg'alish o'choqlarining paydo bo'lishi (yopishqoq fikrlar) va miya po'stlog'i, po'stlog'osti jarayonlari muvozanatining buzilishi (isteriya) yotadi.

Nevrasteniyada markaziy asab tizimining holdan toyishi, o'ta chidamsizlik, serjahllik, tutaqib ketish almatlari bo'ladi. Giperstenik turida serjahllik tutaqib ketish; oraliq turida serjahllik va holdan ketish; gepostenik turida esa lanjlik, behollik, uyquchanlik almatlari kuzatiladi. Yopishqoq fikrlar nevrozida xayoldan ketmaydigan fikrlar, miyaga o'rmasib qolgan g'oyalar, xotiralar, ikkilanishlar, qo'rquv, harakat va qiziqishning paydo bo'lishi bilan davom etadi. Bulardan tashqari, vegetativ va ipoxondrik belgilar ham kuzatiladi. Bemorning kayfiyati pasayib, umidsizlik, o'z-o'zidan qoniqmaslik belgilari kuzatiladi. Bu nevrozlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va surunkali kechadi. Nevrozning isterik turi esa isterik almatlar bilan harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar bilan birga davom etadi. Bunda isterik giperkinetlar, tutqanoqlar, isteriyaga sabab bo'ladigan kar-soqovlik, ko'rlik, sezgi buzilishi, og'riq, qusish, havo yetishmaslik belgilari bilan kechadi.

Davosi. Psixoterapiya, fizioterapiya, jismoniy tarbiya usullari va gipnoz yaxshi samara beradi. Uyquni yaxshilash hordiq chiqarish, toza havoda sayr qilish lozim. Giperstenik turida brom dorilari, meprobomat 200–2000 mg dan, seduksen 2,5 mg dan, tazepam 30–40 mg dan; gipostenik turida quvvatga kirgizuvchi dorilar pantokrin, eleutorokok, jenshen, sidnokarb buyuriladi. Yopishqoq fikrlar nevrozi va isteriyada trankvilizatorlar va antidepressantlar birga qo'llaniladi: elenium 20–50 mg, seduksen 10–20 mg, eglonil 200 mg, meprobomat 400–1200 mg, fenazepam, tazepam, glitsin; uyqusizlikda ivadal 10 ml dan uyqudan oldin, radedorm 5 mg dan, propazin 25–100 mg, teralen 5–25 mg, melleril 10–75 mg dan tavsiya etiladi.

Reaktiv psixozlar

Reaktiv psixozlar ruhiy jarohatga yoki ko'ngilsiz hodisalar tufayli kelib chiqadigan kasallikdir. Reaktiv psixozlar psixogeniyalarga nisbatan qisqaroq

alomatlari og'irroq, ularda psixomotor va affektiv buzilishlarning kuchliligi, vasvasa, gallutsinatsiyalar, isterik xurujlar bilan ongni buzilishlari kuzatiladi. Reaktiv psixozlarning alomatlari qaytarilib turadi. Reaktiv psixozlar bemorlar o'z ahvoriga tanqidiy ko'z bilan qarashligi, shart-sharoitni yetarlicha to'g'ri baholay olmasligi bilan xarakterlanadi. Reaktiv psixoz asab tizimi kuchsiz bo'lgan odamlarda ko'proq uchraydi. Reaktiv psixozlarni keltirib chiqaruvchi omillar yaqin kishilardan ajralib qolish, tabiiy ofatlar, qamoqqa tushish, kelishmovchiliklar va h. k. Reaktiv psixozlarning quyidagi turlari mavjud:

1. Reaktiv depressiya – bu bemorlar jarohatlangandan keyin 4–5 kun o'tgach zo'rayadi. Bunda qisqa muddatli stupor yoki ixtiyorsiz harakatlar paydo bo'ladi. Shok reaksiyasi es-hushning o'zgarishi bilan kechadi. Bu holatlar yaqin kishilarning o'limi, zilzilalar, tabiiy ofatlar davrida kelib chiqadi. Bunday holatlarda bemorlar savollarga javob bermaydi, qimirlamay bir joyda turib qoladi, yuzida vahimalar paydo bo'ladi. Bemorlar atrofdagilarga reaksiya ko'rsatmaydi. Bunday holat bir necha daqiqaga davom etishi mumkin, keyinchalik depressiya holati ustun bo'lib qoladi. Bemorlar uyqusiz buzilgan bo'lib, turli xil vahimali tushlar ko'radi va gallutsinator kechirmalar paydo bo'ladi. Reaktiv psixozda tormozlanish qisqa muddatli bo'ladi.
2. Reaktiv stupor – bunda bemorlar mutlaqo harakatsiz bo'lib, bu qo'zg'alishlar bilan almashinib turadi. Turli salbiy omillar ta'sirida miya po'stlog'ida chuqur tormozlanish kuzatiladi. Qattiq ta'sirlanish natijasida bemorlar gapira olmay qoladi (mutizm). Bundan tashqari, bemorlar karaxt, es-hushi o'zgargan, ko'zlari bir nuqtaga qarab qolgan holda o'tiradi. Bunday holat o'tib ketgandan keyin bemorlarda amneziya kuzatiladi. Bemorlar tormozlangan yoki qo'zg'algan holatda bo'lsa ham, u atrofdagi voqealarga batamom befarq bo'lib qolmaydi. Bunday holat bosh miya po'stlog'idagi retikular farmatsiyaning tormozlanishi natijasida paydo bo'ladi.
3. Reaktiv paranoid – bu shaklida ko'pincha bemorlarda ta'qib vasvasasi paydo bo'ladi. Bemorlar meni birov kuzatib yuribdi, meni urmoqchi degan o'y-xayollar bilan yuradilar. Reaktiv paranoidning shizofreniya vasvasasidan farqi shuki, uning mazmuni ma'lum doiralardan chetga chiqmaydi va bo'lib o'tgan voqealarni aks ettiradi.

Davosi. Reaktiv psixozni davolashda psixoterapiya, fizikaviy usullar va mehnat bilan davolash birinchi o'rinda turadi. Affektiv qo'zg'alishlarda tizersin, aminazin 100–300 mg dan mushak orasiga, fenazepam 1,5–3 mg, seduksen tomir ichiga yuboriladi. Reaktiv depressiya kam harakat (adinamiya) bilan birga kuzatilganda azafen 300 mg kuniga, pirazidol 200–300 mg, melipramin 100–300 mg (agar depressiya qo'rquv-notinchlik bilan birga kechsa), amitriptilin 150–200 mg, sonapaks 30–60 mg, tazepam yoki seduksen 20–30 mg, eglonil, ksanaks 0,25 mg buyuriladi. Reaktiv paranoidlarda triftazin, galoperidol 15 mg, majeptil beriladi. Reaktiv isterik psixoz turlarini davolashda seduksen, fenazepam, melleril, neuleptil; mushak orasiga aminazin yoki tizersin, dimedrol va magniy sulfat bilan birga yuborilsa, isterik psixozlar yaxshi davolanadilar. Isterik stupor (qotib qolish) bilan kuzatiladigan holatlarda ruhiy holatni tetiklashtiruvchi

(psixostimulatorlar) kuniga 30–40 mg dan, sidnokarb trankvilizatorlar bilan birga yoki barbamil, kofein aralashmasi ishlatiladi. Bulardan tashqari nootropalar va vitaminlar ham qo'llaniladi.

Psixopatiyalar

Psixopatiya – emotsional iroda buzilishidan xarakterning, ya'ni fe'l-atvorning kasallik tusiga kirishidir. Boshqacha aytganda psixopatiya xarakter kasalligidir. Odaming atrofdagilarga moslashib olishi qiyinlashib qoladi. Bunday odamlar o'zlarining ishlaydigan jamoalari bilan yaxshi chiqisha olmaydilar. Ular doimo janjallashib turishadi. Psixopatlar tajovuzkor bo'lib, o'z xarakterining g'alatiligidan o'zlari qiyalib yuradi.

Psixopatlarining quyidagi turlari bor: 1. Qo'zg'aluvchi psixopatlarida bemorlar arzimagan bahona bilan tutoqib ketadilar. Bemorlar tajovuzkor bo'lib, ko'pchiligida ruhiyatning aynib, isteriya ko'rinishida bo'lishidir. Bu turdagi bemorlar juda janjalkash, tez hayajonlanuvchi shaxslardir. Bular osoyishtalik davrida o'zlarining yurish-turishlariga tanqidiy ko'z bilan qarab, shu yo'l qo'yan xato va kamchiliklarini to'g'rilash choralari izlashadi. 2. Psixoastenik psixopatlar (tormozlanuvchi) – bunday odamlar ko'proq shubha bilan xayol surib, xavotirga tushib yuradilar. Bular uyatchan, tez toliqadigan, boshqalar bilan mulohazaga tez kirishib keta olmaydilar. Bemorlarning ko'pchiligi tortinchoq bo'lib, salga qizarib ketishadi. Shuning uchun bemorlar yanada battarroq xijolat tortishadi. Bular ruhan zaif, ish qobiliyati susaygan, ko'ngliga doimo vahimalar tushib yuradi. Bemorlarning ko'proq boshi og'riydi, ular yolg'iz yurishga harakat qiladi, ko'pchiligi odamlar orasidan oqchadi. 3. Patologik qiziqish psixopatlar-bemorlarning ba'zilarida ruhiyati baland bo'lib yursa, boshqalarida pasaygan bo'ladi. Ba'zi psixopatlarida jinsiy buzuvchi uchraydi. Masalan, gomoseksualizm – o'z jinsidagi kishiga jinsiy mayl qo'yish, sadizm – jinsiy aloqa qiladigan kishisining tanasini og'ritib, jinsiy hirsini qondirish, pedofiliya – go'daklarga jinsiy mayl qo'yish, zoofiliya – hayvonlarga nisbatan jinsiy qiziquvchanlik. Psixopatlarida ko'proq nevroitik, ba'zilarida esa isterik belgilar rivojlangan bo'ladi.

Davosi. Psixopatlarini davolashda trankvilizatorlarga, neyroleptiklarga katta ahamiyat berish kerak. Qo'zg'aluvchanlik bilan o'tadigan psixopatik o'zgarishlarga neyroleptiklar (neuleptil, mellipril, stelazin) yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Paranoial psixopatlarida stelazin, galoperidol, pimozid (orap) qo'llaniladi. Agar kasallik o'tkir affektiv qo'zg'alishlar yoki notinchlik bilan kuzatilsa, neyroleptiklar trankvilizatorlar bilan birga temir ichiga yuboriladi. Astenik o'zgarishlarda notropil, ensefabol, glitsin, navopassit, riboksin, vitaminlar, nikotin kislotasi yaxshi samara beradi. Bemorlarni hayotga moslashtirish maqsadida ularni o'rab turgan muhitni sog'lomlashtirish, kerak bo'lsa bemorlarni vaqtincha ichuvchi, narkoman yoki salbiy ta'sir etuvchi shaxslardan ajratish lozim. Bu borada bemor oilasi bilan psixoterapevtik ishlar olib borish, ular orasida o'zaro tinch munosabatlar yaratish muhim ahamiyatga ega.

Nevrozlar

Nevroz so'zini fanga birinchi bo'lib shotland shifokori Kellen 1776-yilda olib kirgan. Nevroz – bu markaziy asab tizimining funksional kasalligi hisoblanadi. Nevrozlarning kelib chiqish sabablari ko'p va turli-turan bo'lib, markaziy asab tizimiga har xil stresslarning ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Hozirgi paytda axborotning ko'pligi va odamlarning kam harakat qilishi natijasida, ruhiy jarhatlarning ko'pligi irsiy va genetik moyilliklar, tez-tez kasallikka chalinib turish, har xil vahimali, qo'rqinchli videofilmlarni ko'rish nevrozlarga olib keladi. Bundan tashqari, oilada, uyda va ishxonadagi stress holatlar, janjallar va surunkali oshqozon – ichak kasalliklari, yurak qontomir kasalliklari hamda alkogolizm ta'siri natijasida ham kelib chiqadi. Nevrozlarda bosh miya po'stlog'i va po'stlog' osti tugunlarining faoliyati buziladi.

Nevrozlarning quyidagi alomatlari bor: 1. Astenik alomat – asab va ruhiyatning zaiflashuvi, toliqishi. Juda ko'p kasalliklardan keyin va sog'lom odamlar charchaganda, toliqqanda astenik alomat kuzatiladi. Bunda bosh og'riq, bosh aylanish, ko'ngil aynish, serjahillik, yurak sohasida og'riq, tez charchab qolish, xotiraning susayishi, mehnat qobiliyatining pasayishi va kayfiyatning buzilishi bo'lib turadi. Bemorlarning uyquasi buziladi, uyquasi yuzaki tezda uxlab qolmaydi. Ko'p o'ylaydilar, uyqudan turgandan keyin karaxt bo'lib turadilar. 2. Obsessiv alomat – miyadan ketmaydigan holatlar. Bunda bemorlar qilgan ishlarini qayta-qayta tekshirib yuradilar. Masalan: eshik qulflanganmi yoki yo'qmi?, gaz o'chirilganmi yoki yo'qmi? deb bezovta bo'lib yuradilar. Bemorlarning miyasiga qo'rqinchli, vahimali narsalar o'mashib qoladi va ulardan qutulish choralarini ko'p o'ylab yuradilar. 3. Fobik alomat – bunda bemorlar biror narsalardan qo'rqib yashaydilar. Kardiofobiya – yurak kasali bo'lib qolishdan qo'rqish, lissosfobiya – ruhiy kasal bo'lib qolishdan qo'rqish, gipsofobiya – balandlikdan qo'rqish, kanserofobiya – rak kasalligidan qo'rqish, klaustrofobiya – yopiq imoratlardan qo'rqish, agorafobiya – ochiq joylardan qo'rqish. 4. Ipxondrik alomat – bunda bemorlar o'z sog'lig'iga nisbatan ortiqcha qayg'uradilar va ko'p o'ylaydilar. Ipxondrik alomat ruhiy kasalliklarda ko'p uchraydi va fobiyalar bilan birga kechadi. Ipxondrik alomatda bemorlar tanasida uvishish, yoqimsiz his-tuyg'ular va og'riqlar bo'lib turadi. 5. Nevrotik depressiya alomati – bunda bemorlar tashqi voqealarga befarq, loqayd bo'lib qoladilar. Bemorlarning kayfiyati buzilgan, ishtahasi yo'qolgan va uyquasi buzilgan bo'ladi. Bemorlar bir o'zi yolg'iz qolishga intiladi. Nevrotik depressiyada bemorlar o'zini qo'lga oladi, isteriyadagi singari harakatlar qilmaydi.

Nevrasteniya

Nevrasteniya – bu asteniya va depressiya alomatlarining birgalikda qo'shilishi natijasida yuzaga keladi. Nevrasteniya bemorlar shikoyati bosh og'riq, bosh aylanish, uyqusizlik, yurak sohasidagi uvishish va og'riq, qo'l-oyoqlarning sovuq qotishi, ko'p terlash, dispeptik buzilishlar-ko'ngil aynish,

qusish, oshqozon sohasida va ichaklarda og'riq hamda ich ketishi yoki qotishidir. Bundan tashqari, jinsiy zaiflikdan, tez jahli chiqishidan shikoyat qiladilar. Nevrasteniya qo'zg'alishning kuchayishi natijasida ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi. Bunda bemorlar tez charchab qoladi, aqliy va mehnat qobiliyatining pasayishiga olib keladi hamda xotiraning susayishi boshlanadi. Bemor tekshirib ko'rilganda qo'llarida titrash, ko'p terlash, pay reflekslarining jonlanishi kuzatiladi. Nevrasteniyaning 3 ta turi bor: 1. Giperstenik turi – bunda bemorlarning asabiylashishi, arzimagan narsalardan ta'sirlanishi, salga ko'z yosh qilishi va diqqatning buzilishi kuzatiladi. 2. Gipostenik turida bemorlar jismoniy va aqliy qobiliyatining pasayishi, toliqish va uyquchanlik belgilari kuzatiladi. 3. Aralash turida bemorlar birpasda asabiylashadilar, Bu toliqish, uyquchanlik belgilari bilan almashinib turadi. Nevrasteniya davolashda vegetativ o'zgarishlar ham kuzatiladi. Bemorlarning yurak sohasida xurujsimon og'riq, qo'l va oyoqlarida uvishish, muzlab qolish, ko'p terlash belgilari bilan o'tadi. Nevrasteniya davolashda bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, temir dorilari, glitserofosfat, vitamin B guruhi, toza havoda sayr qilish, iliq suv muolajalari qabul qilish, fizioterapiya muolajalari hamda shifobaxsh badantariya bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. Uyquchanlik va tez charchash bo'lganda xitoy limoni, jenshen, pantokrin 30 tomchidan 3 mahal, ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki 4 soatdan keyin, bir oy davomida ichiriladi. Qo'zg'aluvchanlik, tez jahli chiqish, asabiylashishda aminazin 0,025 g yoki propazin 0,025 1 tabletkadan 3 mahal ichishga buyuriladi. Vegetativ buzilishlarda trioksazin 0,3 g, elenium 0,01 g dan 2–3 mahal 3–4 hafta ichishga buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilardan valerian 10,0: 200,0 + natriy brom 6,0 1 qoshiqdan 3 mahal ichishga beriladi. Jinsiy zaiflikda sekurin 0,2 % 1,0 teri ostiga 1 oy davomida beriladi.

Isteriya

Isteriyaning klinik ko'rinishi turli-tuman bo'lib, uning ba'zi belgilari boshqa bir kasallikka o'xshab ketgani uchun isteriyaning «*buyuk taqlidchi*» deb atashadi. Isteriyada bosh miya po'stloq'i tormozlanib, po'stloq osti tugunlari faoliyati oshadi. Natijada, po'stloq osti tugunlarining ixtiyorsiz qo'zg'alishlari va tutqanoq xurujlari paydo bo'ladi. Isteriyada tashqi ta'sirlar bemorning ruhiyatiga ta'sir qilishi natijasida yuzaga keladi. Isteriyada bemor harakati tartibsiz, birdan boshlanadi. Ko'proq kunduz kunlari bo'lib bunda es-hushi saqlangan bo'ladi. Bemor bo'lib o'tgan voqealarni eslaydi. Isteriya tutqanoq xurujida bemor hushdan ketishdan oldin o'ziga qulay joy tanlaydi, so'ng biror joyi lat yemasligi uchun sekin yiqiladi. Agar bemorning atrofida odamlar bo'lsa, isterik tutqanoq xurujida uzoq davom etishi mumkin. Bemorlar tutqanoq vaqtida kiyimlarini tartib yirtadi, yuzini timaydi, boshini devorga uradi, o'zining ko'ksiga uradi. Bemorlar bunday holatlarda tillarini tishlab olmaydilar. Bemorlarning ko'z qorachiqklarining yonug'likka javob reaksiyasi saqlangan bo'lib, kasallik reflekslari bo'lmaydi va ixtiyorsiz o'rinlariga siyib yubomaydilar. Isteriya tutqanoq xu-

ruji bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Isteriyada harakat va sezuvchanlikning buzilishi, shuningdek, monoplegiya, paraplegiya, gemiplegiya, giperkinezlar hamda gapiraolmaslik, eshitaolmaslik (surduizm) kuzatiladi. Isteriya falajida mushaklar tonusi o'zgamaydi, pay reflekslari buzilmagan, patologik reflekslari va atrofiya bo'lmaydi.

Davolash usullari. Psixoterapiya keng qo'llaniladi.

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi

Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi obsessiv va fobik alomatlar bilan birgalikda kechadi. Bu nevrozlar nevrasteniya va isteriyaga nisbatan kam uchraydi. Bunda kasallik belgilari miyaga o'mashib qoladi. Bemorning ko'nglicida vahimalar, xavotirlanish va qo'rquv hissiyotlari paydo bo'ladi. Bunday bemorlar tekshirib ko'rilganda ichki a'zolar va asab tizimidan asosiy kasallik belgilari topilmaydi. Bemorlarda ko'proq pay reflekslari biroz jonlangan, qo'l panjalarining titrash, mushaklar tonusi biroz taranglashgan, yurakning tez urishi va ko'p terlash hamda boshqa vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda ko'proq fobik alomatlar, ya'ni kardiofobiya, insultfobiya, mizofobiya – o'ziga infeksiya yuqib qolishidan qo'rqish, suisidofobiya – o'zini o'zi o'ldirib qo'yishdan qo'rqish va boshqa belgilar kuzatiladi. Bunday nevrozlar uzoq davom etadi va odam mehnat qobiliyatini vaqtincha yo'qotib turadi.

Davosi. Vahimalar iskanjasida qolsa va uyqusi buzilib tursa, dastlab anti-depresantlar va trankvilizatorlar buyuriladi. Galoperidol, aminazin bilan birga relanium, tazepam, seduksen qo'llaniladi. Bundan tashqari, bemorlarni quvvatga kirgizuvchi dorilar bilan birga ularning dam olishini yaxshilash hamda ruhiy jarohatlarni keltirib chiqaruvchi sabablardan uzoqroq va alohida qilib qo'yish tavsiya etiladi. Shu bilan birga ovqatlanish va uxlash rejimiga amal qilish shart.

Nevrozlarning davosi

Trankvilizatorlardan diazepam, sibazon yoki relanium, elenium tazepam, nitrazepam, fenazepam; neyroleptiklar sonapaks, amitriptilin, frenalon tavsiya etiladi. Bemorning umumiy ahvolini yaxshilovchi dorilar, quvvatga kirgizuvchi dorilardan vitaminlar B₁, B₆, B₁₂, fitin, magne – B₆, kalsiy glukonat, AIF, kokarboksilaza, nikotin kislota va boshqalar. Tinchlantiruvchi dorilar natriy brom 1–3 % bir osh qoshiqdan 3 mahal, valerian 1 ta tabletkadan 3 mahal, glitsin 1 ta tabletkadan til ostiga 2–3 mahal, novopassit 1 oshiqdan 3 mahal ichishga buyuriladi. Stimulatorlardan aloe, FiBS, eleutorokok, jenshen, pantokrin tavsiya etiladi.

Vegetativ o'zgarishlarda pirroksan, belloid, bellataminal, betaserk, bellaspon va boshqalar; aminokislotalardan nootropil, pirasetam, serebrolizin, aminalon, glutamin kislota va boshqalar; fizioterapiya usullari elektroforez 3 % natriy brom bilan ensa sohasiga, elektr uyqu, ignarefleksoterapiya, tinchlantiruvchi uqalash, parafin, ozokerit qo'llaniladi. Psixoterapiya, gipnoz va autogen mashqlar tavsiya etiladi.

Fobik va obsessiv alomatlarda – diazepam, seduksen 12–20 mg dan kuniga, elenium – 20–60 mg, frenalon 30–60 mg, og'ir hollarda diazepam 20–40 mg dan, amitriptilin 30–50 mg dan ikkalasi birgalikda qo'llaniladi. Bundan tashqari, elektroforez kalsiy, brom va dimedrol bilan ensa sohasiga qo'yiladi. Astenik alomatida natriy brom 3 % bir qoshiqdan 3 marta ichishga, valerian 1 ta tabletkadan 3 marta, elenium 1 ta tabletkadan 2 marta, ilig vannalarga tushish tavsiya etiladi, elektroforez natriy brom va magniy sulfat bilan ensa sohasiga qo'llaniladi, elektr uyqu 40 daqiqagacha buyuriladi, bundan tashqari, ignarefleksoterapiya ham keng qo'llaniladi. Bular kasallikning giperstenik shaklida buyuriladi. Jenschin, eleuterokokk 20–30 tomchidan 3 mahal ichishga, sidnokarb 10–20 mg dan buyuriladi. Bu gipostenik shaklida ishlatiladi. Bulardan tashqari, astenik alomatda kofein bilan brom dorilari birgalikda buyuriladi. Vitamin B guruhlar, aloe, FiBS, AIF, aminalon ishlatiladi. Astenik alomatning og'ir turlarida insulin 4–20 tb. gacha teri orasiga yuboriladi, hammasi bo'lib 10 ta in'eksiya qilinadi. Insulin olgandan 2 soatdan keyin 40 % 20,0 ml glukoza eritmasidan tomir ichiga yuboriladi.

Ipoxonidik alomatida trankvilizatorlar, antidepressantlar organizmning quvatini oshiruvchi dorilar bilan birga fizioterapiya usullari qo'llaniladi. Bunda eglonil 200 mg, sidnokarb va amitriptilin 100 mg gacha 3–4 mahal kuniga ichishga buyuriladi.

Yatrogeniyalar. Bu tibbiyot xodimlari bemorlarga nisbatan noto'g'ri muomala qilish hamda dori-darmonlarni bo'lar bo'lmasga (ko'proq yuqori dozalarda) buyurishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Bemorlar bilan suhbat qilganda uning kasalligi to'g'risida ehtiyot bo'lib gapirish lozim. Ba'zi bemorlarning oldida tibbiyot atamalarini so'zlash mumkin emas. Bemorlar esa shu atamalar haqida o'ylab qolishlari yoki yomon fikrlarga borishlari mumkin. Ko'pchilik bemorlar shifokor tomonidan qo'yilgan tashxisni, uning oqibatini hamshiralardan so'rab oladilar. Ayrim hamshiralarning e'tiborsizligi tufayli bemorlarga kasallik tarixini ko'rsatib yoki qo'yilgan tashxisni to'liq aytib qo'yadilar. Natijada, bemorning sog'ayib ketishiga yomon ta'sir ko'rsatib, ahvolini og'irlashtirib qo'yadilar.

Oligofreniya (aql pastlik, tentaklik) – bu ruhiy jihatdan rivojlanmay qolishdir. Oligofreniya tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Homilaning ona qonida turli tashqi ta'sirlar natijasida zararlanishi, 3 yoshgacha bo'lgan davrda meningit, ensefalit va bosh miya jarohatlanishi natijasida kelib chiqadi. Bundan tashqari, irsiy va xromosom kasalliklar (Daun kasalligi), kichikboshlik (mikrosefaliya) dan keyin ham oligofreniya kelib chiqadi. Oligofreniyada bemorlar ruhiy jihatdan qanchalik rivojlanmay qolishiga qarab quyidagi turlarga bo'linadi: 1. Debillik – oligofreniyaning yengil shakli bo'lib, bunda bemorlarning ko'pchiligi maktabga o'qishga boradi. Lekin ular qiyinchilik bilan o'qiydilar. Bunday bemorlar bitta sinfda darslarni o'zlashtira olmay bir necha yil qolib ketadi. Bunday bemorlar gapiradi, lekin sanash, qo'shishni qiyinchilik bilan bajaradi. Ba'zi bemorlar esa she'r va ashulalardan parchalarni yaxshi yodlab olgan bo'ladilar. Bunday bemorlarni maxsus maktablarda o'qitish mumkin. Be-

morlarda fikrlash doirasi tor bo'lib qoladi, tanqid qilinsa, juda tez xafa bo'ladi. Bunday bemorlarning ko'ngli juda bo'sh bo'lib, tez ishonuvchan bo'ladi.

2. Imbesillik – o'rtacha og'irlikdagi darajasi bo'lib, bunda bemorlarning so'z boyligi chegaralangan bo'ladi. Bemorlar ko'p ishlatiladigan so'zlarni o'zlashtirib oladi. Bunday bemorlar maxsus maktablarda o'qiy olmaydi, chunki ularning nutq va so'zlarni talaffuz qilishi hamda duduqlanib gapirishi kuzatiladi. Bu turda bemorlarni sanash va o'qitishga o'rgatish qiyin bo'ladi. Masalan, barmoqlarni o'rgatilgan bemor unga yordam berilmasa, shu vazifani o'zlari hal qila olmaydilar. Ruhiyati ko'pincha, yaxshi, soddadil, gapga kiradigan bo'ladi. Ba'zi bir bemorlar esa juda tajang, serjahl, ruhiy tushkunlikda bo'ladi.

3. Idiotiya – oligofreniyaning og'ir darajasi bo'lib, bunday bemorlarda nutq bo'lmaydi. Ular ma'nosiz tovushlar, kamdan-kam hollarda ayrim so'zlarni talaffuz qiladilar. Bunday bemorlarni biror ishga o'rgatib bo'lmaydi, kundalik buyumlardan foydalana olmaydilar. Ular qo'llariga tushgan narsalarni og'zlariga soladilar, birdan baqirib yuboradilar. Bunday bemorlar o'zlarini va atrofdagi odamlarni tishlab olishlari mumkin. Bemorlar yaqin qarindosh-urug'larini tanimaydilar.

Davosi. Bemorlarning bosh miya ish faoliyatini yaxshilovchi dorilardan serebrolizin, nootropil, aminalon, pirasetam, glutamin kislota, encefabol buyuriladi. Tinchlantiruvchi dorilar, degidratatsiya, quvatni oshiruvchi dorilar hamda tutqanoqqa qarshi dorilar qo'llaniladi. Bundan tashqari, pedagogik va logoped maslahati tavsiya etiladi.

Umumiy profilaktik choralar: ona qonida homilaning to'g'ri rivojlanishini nazorat qilish, ekstrogenital kasalliklarni vaqtida davolash, tug'riq davri asoratlarning oldini olish va o'z vaqtida davo choralarini tashkil etish lozim.

Psixoterapevtik davolash usullari. Psixoterapiya kasal odamga davo maqsadida ta'sir ko'rsatish turlaridan biridir. Davoning bu turi kasal kishiga ma'lum maqsadni ko'zlagan holda, reja bilan ruhan ta'sir ko'rsatib, davo natijasiga erishishdir. Bemor kishiga ta'sir ko'rsatish degan narsaga ma'lum maqsadni ko'zlab, so'z bilan murojaat qilishning o'zigina emas, balki bemor bilan muomala qilganda, tibbiyot xodimlarining hamisha o'zini qanday tutishi, shuningdek, psixikaga kor qiladigan butun vaziyat hamda yordam uchun bemor qaysi tibbiyot muassasasiga kelgan bo'lsa, o'sha muassasani xarakterlab beruvchi tibbiyot etikasining usullari ham kiradi. Psixoterapiyaning asosiy usullari tibbiyot deontologiyasi qoidalari bilan bog'langan.

Tibbiyot xodimlari (shifokor, hamshiralar va boshq.) bemorga diqqat-e'tiborli bo'lishlari, bemorlarga har tomonlama g'amxo'rlik qilish, ularning tezroq sog'ayib ketishiga yordam berishlari kerak.

Turli-tuman psixoterapiya usullari yordamida ruhiy jarohatlarning oldini olish, bemorlarda to'g'ri munosabatni paydo qilish kerak bo'ladi. Tibbiyot hamshirasi shifokorning buyurganlarini o'z vaqtida bajarishi kerak. Bemorlar o'zlarining ahvoli, laboratoriya tekshirishlarining natijalari, o'zlariga buyurilgan dori-larni ta'sirini bilishlarini istab, tegishli savollar bilan tibbiyot hamshirasiga murojaat qilishadi. Bemorlarning savol hamda shikoyatlariga tibbiyot

hamshiralari hamma vaqt tayyor turishlari kerak. Shuning uchun, tibbiyot hamshirasi o'z kasbini juda yaxshi bilishi va tibbiyot deontologiya qoidalarini ham unutmasligi kerak. Ba'zan hamshiralarning ishi juda ko'p bo'ladi, shuning uchun, bemorlardan biroz sabr qilib turishni iltimos qilishlari kerak. Qariyoshdagi bemorlarning ko'pchiligi o'z iltimos va savollarini hadeb takrorlayverishadi, bo'limdagi xodimlardan doim ranjib yurishadi. Hamshiralalar mana shu psixologik xususiyatlarni to'g'ri tushunishlari hamda keksalik davrida odamning ko'ngli nozik va har narsadan ranjiyveradigan bo'lib qolishini esdan chiqarmasliklari kerak. Qarilikdan aqli past bo'lib qolgan, og'ir somatik kasallik bilan og'ir bemorlar yoki katatonik stupor holatiga tushgan bemorlarning ruhiy holati unchalik buzilmagan bo'ladi. Masalan, stupor holatidagi bemordan yotgan paytida bo'limda bo'lib o'tgan voqea va gap-so'zlarni bilib olishi yoki qarilikdan aqli past bo'lib qolgan bemor kasali og'ir degan so'zlarni eshitgudek bo'lsa, ahvoli og'irlashib qolishi mumkin. Bunday bemorlar gapning ma'nosini tushunmasa ham, uning ohangini oson payqab olishadi va ularga muloyimlik hamda mehribonlik bilan muomala qilinadigan bo'lsa, tinchlanib qolishadi. Aqli joyida bemorlarga, ayniqsa, ipoxondriya ko'rinishlari bo'lgan depressiya holatidagi bemorlar kelganida, psixoterapevtik chora-tadbirlar ularning ahvolini ancha yengillashtiradi va parvarish qilishni osonlashtiradi. Psixoterapiya o'z vaqtida bilib qo'llaniladigan bo'lsa, nevroz bilan og'ir bemorlarning ko'pchiligi shuning yordamida darddan xalos bo'ladi. Psixoterapiya yakka va jamoa tarzda o'tkaziladi. Bemor yoki bemorlar guruhiga murojaat qilib aytiladigan so'zlarning asosiy mazmuni tinchlantiradigan, tushuntirib beradigan, rag'bat uyg'otadigan, diqqatni chalg'itadigan, faollashtiradigan, buyurib ishontiradigan so'zlardan iborat bo'ladi. Psixoterapiya bemorga dori-damonlar bilan davo qilinayotgan vaqtda ham yoki mustaqil o'zi ham qo'llaniladi. Bemor shaxsiyatiga ma'lum maqsadni ko'zlab, reja bilan ruhiy ta'sir ko'rsatishdan iborat maxsus psixoterapiya bemorning uyg'oqlik holatida ham, uni so'zga ishontirib, gipnoz qilib uxlatib qo'yilgan sharoitda ham olib boriladi. So'zga ishontirib va gipnotik uyqu bilan davolash ba'zi hollarda bemorda oldin giyohvand moddalar yuborish bilan birga o'tkaziladi. Hozirgi vaqtda o'z-o'ziga ta'sir ko'rsatish va o'z-o'zini idora etish usullarini bemorlarga o'rgatish yaxshi samara berayapti.

Gipnoz. Gipnoz uyqu bilan uyg'oqlik o'rtasidagi oraliq holatdir, bu – bosh miya po'stlog'idagi hujayralarning muayyan ta'sirlar (to'satdan berilgan o'ta kuchli yoki kuchsiz ta'sirlar) tufayli yuzaga keladigan chala tomozlanishdir. Davo maqsadida odamda yuzaga keltiriladigan gipnoz holatlari unga ta'sir ko'rsatib, chala uxlatib qo'yishdir, bunday paytda odam qisman uyg'oq bo'lib, unda saqlanib qoladigan shu chala uyg'oqlik holati snifkor bilan bemor o'rtasida aloqa o'rnatishga imkon beradi. Gipnozning tibbiyotdagi ahamiyati bir tomondan asab tizimiga himoyalaydigan tomozlovchi ta'sir ko'rsatishdan iborat bo'lsa, ikkinchi tomondan odamni ko'proq ishonuvchan qilib qo'yishdan iboratdir. Psixoterapevtik ta'sir, ya'ni snifkor tomonidan dalil isbotli so'zlar bilan ta'sir ko'rsatilishiga bemorning ko'proq beriluvchan bo'lib qolishidan

iboratdir. Davo maqsadida ta'sir ko'rsatish (suggestio) – shifokorning ma'lum maqsadni ko'zlab, bemorga so'z bilan faol ta'sir ko'rsatib borishidir.

Autogen mashqlar. Autogen mashqlar keyingi yillarda nevrozlar, nevroitik holatlar, logonevroz, enurez, seksual buzilishlarda keng qo'llaniladigan bo'ldi. Autogen mashqlarning mohiyati shundan iboratki, bemor shifokor rahbarligida bir necha oy davomida nafas mushaklariga, qon aylanish va boshqa a'zolarga qaratilgan mashqlarni fikran takrorlash yo'li bilan boshqaradi. Bundan maqsad, ba'zi bir vegetativ faoliyatni, mushaklar bo'shashishini, hordiq olishni paydo qilishdir. Bemor uyqusizlik bilan uyqu o'rtasidagi holat bo'lib, u ong hajmining kamayishi bilan xarakterlanadi. Bunda biror sabab bilan o'z-o'ziga ta'sir qilish, o'z-o'zini ishqitirish, o'z-o'zini tasdiqlash formulasi ahamiyatga ega bo'ladi va bemorlar uni o'z-o'zini (hatto, ular uchun chidab bo'lmaydigan sharoitda ham) idora etish uchun qo'llaydilar. Bu usulning yaxshiligi shundaki, bemorlar o'zlarining kasallik holatlarini va ayrim kasallik belgilari (o'z-o'zini idora etish, ruhiy va his-tuyg'u moslashishi)ni yenga oladilar. Bu mashqlar uzoq vaqt 3–6 oygacha cho'zilishi mumkin.

Nazorat savollari:

1. Nima uchun psixogeniya deb ataladi va unga qaysi kasallar kiradi?
2. Reaktiv psixozlarning qanday turlari bor?
3. Psixopatiya nima?
4. Isteriya xuruji bilan epileptik xuruj nimasi bilan farq qiladi?
5. Psixoterapiya qanday olib boriladi?

Amaliy muolajalar va ko'nikmalar

Iyumbal punksiya qilish. Kerakli anjomlar: zararsizlantirilgan mandrenli igna, orqa miya suyuqligini o'lchaydigan monometr, shpris, spirt, yod, 0,5 % novokain eritmasi, steril paxta, tomon, probirka. Bemorni punksiya qilishdan oldin ovqatlantirish mumkin emas, siydik pufagi va ichaklari bo'shatilgan bo'lishi kerak. Punksiyada bemor o'tirgan yoki o'ng tomon bilan yotgan holatda, uning oyoqlari qorniga yaqinlashgan, boshi oldinga egilgan bo'lishi kerak. Umurtqa pog'onasining pastki ko'krak qismi, bel va dum'aza sohalarini yod-spirt-yod bilan artiladi. Punksiya qilinadigan joy aniqlanib, 0,5 % 2 ml novokain eritmasi yuboriladi. Mandrenli igna bilan III–IV yoki IV–V bel umurtqasi oralig'iga sanchiladi. Bunda orqa miya suyuqligini o'lchaydigan monometr yordamida orqa miya suyuqlik bosimi o'lchanadi. Tashxis maqsadida 6–9 ml orqa miya suyuqligi olinadi. Muolajalardan keyin bemorni xonasiga olib borib, ikki soat tumanidan, yonbosh qilib, yostiqsiz yotqiziladi. Ikki kungacha to'shakda tumanidan yotishi lozim. Ikki soatdan keyin ovqatlantirishga ruxsat etiladi. Urotropinni 0,5 g dan kuniga 3 marta ichishga ruxsat etiladi.

Nevralgiyalarda novokainli blokada qilishga zarur ashyolarni tayyorlash va bajarish. Novokainli blokada – bu, kichik jarrohlik usullaridan hisoblanadi. Uni bajarishdan oldin to'liq aseptik va antiseptik qoidalarga amal qilish kerak.

Novokainli blokada qiladigan xona doim dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan tozalab artilib turishi, kvarts nurlari bo'lishi shart. Xonada shokka qarshi dorilar tayyor turishi kerak. Zarur ashyolardan zararsizlantirilgan stol, bint, qaychi, qo'l va terini artish uchun 96° spirt, 5 %li yod, shprislar (1,0-20,0), kislorod yuborish uchun shpris Jane, har xil ignalar, kislorod yostiqcha bilan ta'minlanishi kerak. Blokadani bajarish uchun shifokor qo'lini sovun bilan yaxshilab yuvishi, 0,5 % xlorgeksidin eritmasi va 90° spirt bilan ikki marta tozalashi shart.

Paravertebral blokada qilish. Umurtqa pog'onasi osteoxondrozi va bel-dung'aza radikulitlarida og'riq xurujlari kuchli bo'lganda, paravertebral blokada qilish shart. Bunda bemor sog'lom tomoni bilan yonbosh yoki chalgancha yotqiziladi. Shpris ignasini umurtqa o'sintalaridan 3 sm yon tomonga umurtqaning ko'ndalang o'sintasigacha sanchiladi. Keyin igna biroz yuqoriga ko'tarilib, 30° ichkariga burilgan holda, 2 sm gacha kirgiziladi. Ignani umurtqa tanasining yon tomonigacha olib boriladi. Ignaning umumiy chuqurligi 6 sm gacha bo'lishi kerak. Blokada uchun 0,5-2 % 10-20 ml novokain, gidrokortizon 25-75 mg, vitamin B₁₂ 200-1000 mkg bo'lishi kerak. Agar blokada to'g'ri qilinsa, bemorda og'riq birdan yo'qoladi. 2-3 kundan keyin blokadani qaytarish mumkin.

Antikoagulant davo o'tkazish tartibi. Antikoagulant terapiya o'tkazishda geparin, fenilin, dikumarin dorilari qo'llaniladi. Agar protrombin indeks yuqori bo'lsa (me'yorda 70-90 %), bu dorilar qo'llaniladi. Geparinni 5-10 000 tb. dan kuniga 4 mahal 3 kungacha beriladi. Geparinni tomir ichiga yuborganda, birdan ta'sir qiladi. Mushak orasiga yuborilganda esa 30-40 daqiqadan keyin ta'sir qiladi. Geparin bilan davolashda qonning ivish vaqtini nazorat qilish kerak. Qon ketish asoratlari kuzatilsa, siydikda eritrotsitlar paydo bo'lsa, geparinni yuborish to'xtatiladi.

Yotoq yaralarining oldini olish va davolash. Yotoq yaralar, asosan, to'shakda uzoq vaqt yotgan bemorlarda paydo bo'ladi, ko'proq keksa yoshdagi bemorlarda. Bemor orqa bilan yotganda, dung'aza sohasi, umurtqa pog'onasi o'sintalari va tovonida, yonbosh bilan yotganda esa chanoq suyagi, sonning tashqi yuzasi va boldir sohasida yotoq yaralar paydo bo'ladi. Yotoq yaralarda teri oldin qizarib, keyin yuzasi qorayishi va yaralar paydo bo'lib, yiringlashi mumkin. Bularning oldini olish uchun to'shak yumshoq bo'lishini ta'minlash, teriga konfora spirti surtish va uqalash lozim bo'ladi. Agar terida yotoq yaralar boshlangan bo'lsa, 5 % kaliy permanganat, oblipexa moyi, sintomitsin emulsiyasi va Vishnevskiy malhanlari surtish tavsiya etiladi.

Bemorning umurtqa pog'onasini rentgenoterapiyaga tayyorlash. Bunda rentgenoterapiyaga yuborishdan bir kun oldin bemor kechqurun 19⁰⁰ gacha ovqatlanmagan bo'lishi kerak. Kechasi soat 22⁰⁰ va ertalab 6⁰⁰ da bemorni tozalovchi klizma qilish zarur. Keyin soat 9⁰⁰ da rentgenoterapiyaga olib borish kerak.

Siydik pufagini kateterizatsiya qilish va yuvish texnikasi. Zararsizlantirilgan yumshoq yoki qattiq katetemi iliq suv bilan yuvib olinadi va jinsiy a'zolar dezinfeksiya qilinadi. Kateterga steril vazelin surtiladi. Chap qo'l bilan jinsiy

a'zo boshi ushlanib, o'ng qo'l bilan pinset yordamida kateter siydik chiqarish kanaliga yuboriladi. Agar kateter doimiy tursa, leykoplaster yordamida jinsiy a'zo boshiga yopishtirib qo'yiladi. Siydik pufagini 2% borat kislotaga, kaliy permanganat 0,1:200 eritmalari bilan yuviladi. Bu aseptik va antiseptik qoidalarga rioya qilgan holda bajariladi. Kateter olib tashlangandan keyin, siydik chiqarish kanaliga antiseptik eritma surtiladi.

Miya insultlarida ko'rsatiladigan shoshilinch yordam. Gemorragik insult birdan kutilmaganda boshlanadi. Hushning buzilishi, bir necha marta qusish, nafas maromi o'zgarishi (shovqinli nafas eshitiladi), qon bosimi ko'tarilgan, tomir urishi kuchaygan, mushaklar tonusi pasaygan, qorachiqalar toraygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, teri rangi ko'kargan va qizargan, gemiplegiya, og'iz yarim ochiq holatda, oyoq panjasi tashqariga qarab qolgan.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, tilning orqaga tortilib ketishiga yo'l qo'ymaslik, boshni baland qilib qo'yish, eufilin 2,4% 5–10 ml 40% glukoza eritmasi bilan t/i, aminakapron kislotaga 5% 400 ml, vikasol, disinon, yurak faoliyatini yaxshilash uchun strofantin 0,05% 0,25–1 ml glukoza bilan t/i. Miya shishiga qarshi laziks 1% 2 ml, qon bosimi baland bo'lsa, aminazin 2,5% 1 ml, dibazol 1% 2–4 ml, gemiton 0,3–1 ml m/o. Qusishga qarshi atropin 0,1% 1,0 m/o, bemorda bezovtalik kuzatilsa, seduksen 0,5% 2 ml m/o qilinadi.

Subaraxnoidal qon ketish. Gemorragik insult belgilariga o'xshash bo'lib, bunga meningial belgilar (Kernig, Brudzinskiy) ruhiy bezovtalik bilan davom etadi. Shoshilinch yordam gemorragik insultdagidek.

Miya infarkti yoki ishemik insult. Umumiy va mahalliy miya belgilari asta-sekinlik bilan rivojlanib boradi. Bunda hushning chuqur buzilishlari kuzatilmaydi, lekin soat sayin ko'payib boradi. Birdan bosh og'riq, nutq buzilishlari, bosh aylanish, yuzning oqarishi va gemiparez kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, qusishga qarshi dorilar qon bosimi pasaygan bo'lsa kofein 10% 1–2 ml, mezaton 1% 1–2 ml, no-shpa 2–4 ml, kordiamin 1–2 ml, reopoliglukin 400 ml t/i, trental, kurantil buyuriladi.

Og'ir bosh miya shikastlanishi. Hushning buzilishi (komagacha), qorachiqalarning kengayishi, uning yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, nistagm, atoniya, chanoq a'zolari faoliyati buzilgan. Meningial belgilar kuzatiladi. Nafas olish va yurak faoliyatida o'zgarishlar ro'y beradi.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi, nafas olishni yaxshilash, tilning orqaga ketishiga yo'l qo'ymaslik, shok va kollaps holatlarda kordiamin, kofein, mezaton, lobelin. Miya va o'pka shishlariga laziks, mannitol, plazma tavsiiya etiladi.

Orqa miya shikastlanishi. Og'ir holatlarda bemorlarda orqa miyaning qaysi joylari zararlanishiga qarab, tetra yoki paraplegiya, sezgi sohasida va chanoq a'zolarining faoliyati buziladi.

Shoshilinch yordam: bemor umurtqa pog'onasini immobilizatsiya qilish, qovuqqa kateter solish, og'riq qoldiruvchi dori – baralgin 5,0 t/i qilinadi. Bemorni tashishda yotqizilgan holda, agar umurtqa pog'onasining bo'yin qismi

shikastlansa, orqa bilan, ko'krak va bel sohasi shikastlansa, qorin bilan yotqiziladi. Bunda yumshoq yostiqcha ko'krak qafasiga qo'yilgan holda tashiladi.

Serebrospinal meningit. Kasallik birdan o'tkir bosh og'riq, qusish, harorat ko'tarilishi bilan boshlanadi. Meningial belgilar ijobiy bo'ladi. Bemor qo'l-oyoqlarini bo'g'imlaridan bukkan, boshini orqaga tashlagan holda yotadi. Shovqin va yorug'likni yoqtimaydi. Tomir urishi sustlashgan, pay reflekslari pasaygan.

Shoshilinch yordam: qat'iy to'shak tartibi. Bemorlar alchida ajratilgan xonada yotishi kerak (idish-tovoq, ko'rpa-to'shak, sochiq). Penitsillin 1 mln har 4 soatda m/o, tana harorati 41°C va undan yuqori bo'lsa, reopirin 5,0 m/o. Miya shishishiga laziks, namit, bemor bezovta bo'lsa, tinchlantiruvchi dorilar qilinadi.

Anaflaktik shok. Bemorda so'lak oqish, aksa urish, yo'tal, qorinda og'riq paydo bo'ladi. O'pkadan quruq xirillashlar eshitiladi. Qon bosimi pasaygan, sovuq ter bosadi. Behushlik kuzatiladi.

Shoshilinch yordam: adrenalın 0,1 % 0,5–1,0 ml t/o, kerak bo'lsa, har 15–20 daqiqadan so'ng, qaytarish mumkin. Dimedrol 1 % 2 ml, tavegil, prednizolon 60 mg, kalsiy xlor 10 % 10 ml t/i sekinlik bilan yuboriladi.

Psixomotor qo'zgalishlar. Katatonik qo'zgalishlar: bunda bemorlar, unuman, harakat qilmay, bir joyda qotib qoladi. Ba'zan esa mushaklar tonusi bo'shashib, pasayib qolganligi kuzatiladi, bemor gapimaydi, ovqat yemaydi.

Shoshilinch yordam: to'shak tartibi. Aminazin 2,5 % 2 ml yoki tizersin 2,5 % 1 ml m/o, kordiamin 2 ml, leponeks 200 mg ichishga, zond bilan ovg'tlantirish.

Gebefrenk qo'zgalishlar: bemor o'ziga-o'zi kulaveradi, har xil qiliqlar qilib aftini burishtiradi, gaplari quruq safsatadan iborat.

Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin.

Moniakal qo'zgalish: bemorning kayfiyati yaxshi, ko'p gapiradi, hamma narsalarga qiziqib, aralashib ketadi, ko'ziga hamma narsalar yaxshi bo'lib ko'rinadi.

Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin.

Gallutsinator – paranoid qo'zgalish. Qo'rqish, xavfsirash, qochish, o'ziga jarohat yetkazishi mumkin.

Shoshilinch yordam: aminazin, tizersin, galoperidol 3,0 m/o.

Ajitirlangan depressiya. Kayfiyatning yomonlashuvi, o'zini ayblash, o'zini o'ldirish.

Shoshilinch yordam: to'shak tartibi. Bemorni kuzatish, tizersin 2,5 % 3 ml, amitriptillin 1 % 4–10 ml m/o, leponeks 100 mg ichishga.

Delirioz qo'zgalish: qo'rqish, ko'ruv va eshitish gallutsinatsiyalari, qochishga harakat qilish, atrofdagilardan xavfsirash.

Shoshilinch yordam: seduksen 0,5 % 2 ml m/o.

Komatoz holatlarda shoshilinch yordam. Koma – hushning yo'qolishi, harakat, sezgi, reflekslarning va boshqa organizm uchun kerak bo'lgan a'zolar faoliyatining buzilishi bilan o'tadigan holat. Komatoz holatlarni keltirib chiqaruvchi sabablar: insultlar, bosh miya o'smalari, meningoensefalitlar,

umumiy yuqumli kasalliklar, shikastlanishlar, endogen va ekzogen zaharlanishlar (diabet, uremiya, alkogolizm), endokrin kasalliklari.

Komaning asosiy belgilari: miyaning mahalliy belgilari (anizokoreya, falajlar, mushaklar tonusining pasayishi, anizorefleksiya, oyoq panjasining tashqariga qarab qolishi). Markaziy asab tizimining zaharlanishiga qarab, komaning uchta darajasi bo'ladi. 1. Yengil koma – hushning yengil buzilishi bo'lib, bemor so'zlarga e'tiborsiz, yorug'lik va shovqinga qaramaydi. Kuchli og'riqli ta'sirlarga harakat qilish bilan javob beradi. Reflekslar saqlangan (burun shilliq qavatlariga ta'sir qilinganda, aksa urish, korneal reflekslar saqlangan, ko'z qorachiq-lari yorug'likka sezgir, pay reflekslari biroz oshgan, teri reflekslari pasaygan). Yutinishi saqlangan, lekin qiyinchilik bilan yutinadi. Chanoq a'zolar faoliyati buzilgan, nafas va yurak faoliyatida unchalik o'zgarish sezilmaydi.

2. O'rtacha og'ir darajasida bemor yorug'lik, shovqin va kuchli og'riq ta'sirlariga javob bema-ydi. Yutinish buziladi, ko'z qorachiq-lari toraygan, ayrim hollarda kengaygan bo'ladi. Nafas olish a'zosi va yurak faoliyatida keskin buzilishlar bo'lib, qon bosimi pasaygan, tomir urishi kuchsiz, sianoz, chanoq a'zolar faoliyati buzilgan.

3. Og'ir darajasi. Bemorning ahvoli o'ta og'ir bo'lib, nafas olish va yurak faoliyatida o'zgarishlar bo'ladi. Mushaklar tonusi yo'qoladi, gipotermiya, hamma reflekslar so'nadi, ko'z qorachiq-lari kengaygan bo'ladi. Chanoq a'zolar faoliyati yo'qoladi.

Agar koma birdan boshlansa, bu, ko'pincha, bosh miya qontomirlarining o'tkir buzilishlari (ishemik insult, gemorragik insult, subaraxnoidal qon ketish). Agar asta-sekinlik bilan koma belgilari kuchaysa, bu endogen zaharlanishlar (diabet, buyrak, jigar komasi) kelib chiqadi. Yuqumli kasalliklardan keyin ham komatoz holatlar paydo bo'ladi (ensefalit, meningit, umumiy yuqumli kasalliklar). Agar bemor qoni va siydidigida qand miqdori ko'paysa, bu diabet komasi, bunda siydidida aseton paydo bo'ladi. Agar qonda bilirubin va fermentlar ko'paysa – jigar komasi, qonda azot qoldig'i indikan miqdori ko'paysa, buyrak komasiga taalluqlidir. Agar bemor anamnezida is gazidan zaharlanish bo'lsa, bunda qonda karboksigemoglobinin miqdori oshgan bo'ladi. Orqa miya suyuqligini tekshirganda, unda qon bo'lsa – gemorragik insult, sitoz soni ko'paygan bo'lsa – meningitlar, oqsil-hujayralar dissotsiatsiyasi kuzatilsa, bosh miya o'smalariga taalluqli bo'ladi.

Barcha komalarning kelib chiqishiga sabab, bosh miyada kislorod yetishmasligidir. Shuning uchun komani davolashda keltirib chiqaruvchi sabablarga asoslanib, davolanadi. Barcha komalarga oksigenoterapiya o'tkaziladi, organizmdan zaharli toksinlarni chiqarish uchun gemisorbsiya qilinadi. Bundan tashqari, glukoza 5 %, natriy xlor 0,9 %, natriy bikarbonat 4 % eritmalari-ga kaliy xlor qo'shib, tomir ichiga yuboriladi. Bemorning og'iz-burni so'laklardan tozalanib, nafas olishini yaxshilash, qon aylanishini yaxshilovchi, miya shishla-riga qarshi, talvasaga, infeksiyaga qarshi davo choralarini ko'riladi.

Apoplektik koma – bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishlari – insultlar natijasida kelib chiqadi. Miyaga qon quyilishi yoki miya qontomiri tiqilib qolishi (trombozi) natijasida, miyada qon aylanishining birdan izdan

chiqishidan keyin yuzaga keladi. Apoplektik koma bir necha soatdan bir necha kungacha hushning yo'qolishi bilan davom etadi.

Giperglikemik koma. Asta-sekin boshlanadi, ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, og'iz qurishi, changash, tez-tez siyish, umumiy holsizlik, uyquchanlik, qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, aseton hidi seziladi. Og'ir hollarda teri quruq, qorinda og'riq, ta'sirlarga javob bermaydi. Tili quruq, nafas olishi shovqinli, 1 daqiqada 10–12 marta, qorachiqqlar toraygan, yorug'likka reaksiyasi sust, reflekslar sustlashgan. Qon va siydik tarkibida qand miqdori ko'paygan, siydikda aseton bo'ladi.

Shoshilinch yordam: zudlik bilan oddiy insulindan 100–200 tb (shundan yarim dozasi natriy xlor bilan tomir ichiga, qolgani teri ostiga qilinadi). 0,9 % natriy xlor, Ringer eritmasi, 4 %li natriy bikarbonat, 5 %li glukoza tomir ichiga kaliy xlor qo'shib yuboriladi.

Gipoglikemik koma. Insulinni ko'p olgan vaqtda paydo bo'ladi. Bunda charchash, qo'rqish, titrash, ochlik sezish, terlash, yurakning tez urishi, hushi karaxt, ter oqish, qorachiqqlar kengaygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, tomir urishi tezlashgan, qon bosimi va tana harorati pasaygan. Kernig belgisi ijobiy. Siydikda qand va aseton yo'q.

Shoshilinch yordam: shirinchoy ichirish yoki glukoza 10 % l qoshiqdan ichirish, 40 % 60 ml glukoza, kokarboksilaza, vitamin C, gidrokortizon, kofein qilinadi.

Jigar komasi. Sekinlik bilan boshlanadi, bosh og'riq, kunduzi ko'p uxlash, kechasi bezovta bo'lish, charchash, og'iz ichi achchiq bo'lishi, ta'mbilmaslik, ko'ngil aynishi, qusish, psixomotor qo'zg'alishlar, talvasa, til oqargan, meteorizm, qorachiqqlar kengaygan, yorug'likka reaksiyasi sustlashgan, og'izdan jigar hidi seziladi, qonda bilirubin miqdori ko'paygan.

Shoshilinch yordam: glukoza 40 %, askorbin kislota, plazma, vitamin B guruhi, vikalol, albumin, essensial, prednizolon beriladi.

Uremik koma. Og'izdan ammiak hidi keladi, yuzi shishgan, teri qichishi, og'iz qurish, uyquchanlik, qusish, bosh og'riq, siydik miqdorining kamayishi, qon bosimi ko'tarilgan. Qorachiqqlar toraygan, yorug'likka reaksiyasi yo'qolgan, meningial belgilar, reflekslar baland, qonda gemoglobin va eritrotsitlar kamaygan. Azot qoldig'i, mohevina, kreatinin oshgan. Siydikda oqsil va eritrotsitlar ko'paygan.

Shoshilinch yordam: oshqozonni 3 % soda bilan yuvish. Glukoza 40 %, askorbin kislota, 4 % natriy bikarbonat, aminazin, kordiamin beriladi.

Alkogol komasi. Etil spirti ko'proq ichganda, paydo bo'ladi. Yuzi qizargan, sianoz, teri nam, sovuq, tana harorati va qon bosimi pasaygan, tomir urishi tezlashgan, qorachiqqlar toraygan, qusish, ixtiyorsiz siyib yuborish va ahlat chiqarish, og'izdan aroq hidi keladi. Ensa, chaynov va qo'l-oyoq mushaklari taranglashgan.

Shoshilinch yordam: oshqozonni zond bilan yuvish, glukoza 20 % 500 ml tomir ichiga, vitamin B₁–B₆ 5–6 ml tomir ichiga, insulin 20 tb, 4 % natriy bikarbonat, mannit, laziks, qon bosimi pasayganda, kofein, kordiamin beriladi.

Sulfazin bilan davolash: sulfazinning 1 % eritmasini dumba sohasiga qilishdan oldin yaxshilab 37–38°C gacha isitiladi. Dorini 2 kunda bir marta 2 ml dan boshlab 8 ml gacha ko'tarib boriladi. Davo kursi 3–5 in'eksiya.

Apomorfimli terapiya o'tkazish: apomorfinning 1 % eritmasini 0,1 ml dan 0,8 ml gacha oshirib boriladi. Bemorda qusish belgilari paydo bo'lguncha har kuni yoki kun ora mushak orasiga qilinadi. Keyin bemorga 50 ml spirt ichiriladi. Davo kursi 20 kun.

Antabus-teturam provakatsiyasini o'tkazish: bemorga har kuni antabus (teturam) berilgandan so'ng, bir haftadan keyin sinab ko'riladi. Sinov kunida bemorga ertalab 0,75–1 g antabus, 8–9 soatdan keyin esa 30–50 ml aroq ichiriladi. Bemorda 15–20 daqiqadan keyin vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Bular ko'ngil aynishi, qusish, teri rangining qizarishi, ba'zan sianoz, qon bosimi pasayishi, tomir urishi tezlashishi, nafas qisishi, oyoq-qo'llarning uvishishi. Agar bu belgilar bir yarim soatgacha o'tib ketmasa, unda bemorga kislorod berish, lobelin, kordiamin, glukoza 40 % 40 ml, qusishga qarshi atropin 0,1 % 0,5 ml qilinadi. Bemor to'rt soatgacha shifokor nazoratida turadi.

Amital-kofeinli qo'zg'atish o'tkazish: bu depressiv holatlarda – ovqat yemay, qimirlamay bir joyda turib qolgan bemorlarga qo'llaniladi. Bunda kofein 20 % 1 ml teri ostiga qilinadi. 5 daqiqadan so'ng, yangi tayyorlangan 5 % amitil natriy eritmasidan tomir ichiga sekinlik bilan yuboriladi. Bundan keyin bemor bilan muloqotga kirishiladi va ovqatlantiriladi. Davo kursi 5–10 in'eksiya bo'lib, kunaro qilinadi.

Ovqatni rad etgan bemorlarni sun'iy ovqatlantirish. Ruhiy kasalliklarda bemorning ovqat yemaslik sabablari turli xil bo'lishi mumkin. Bularga zaharlanish yoki ipoxondrik vasvasalar, eshitish gallutsinatsiyasi, katatonik va depressiv holatlar, ya'ni o'zini o'ldirish va anoreksiyada kuzatiladi. Bunda hamshiralardan bemorni o'z vaqtida ovqatlantirish talab etiladi. Ba'zi bemorlar tibbiyot xodimlari oldida va kunduz kunlari ovqat yemasliklari mumkin. Bunday bemorlar yolg'iz o'zi qolganda yoki tunda ovqatlanadilar. Agar bemorni ovqatlantirishning iloji bo'lmasa, unda sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish lozim. Bunda bemor chalgancha yotqizilib, qo'llarini yonga tushirib ushlab turiladi. Boshini esa bir tomonga sochiq bilan ushlab turish kerak. Zondning uchiga vazelin surtib, burun orqali yuborib, oshqozonga tushiriladi. Zondning tashqi uchiga voronka kiygizib, oz miqdorda suv yuboriladi. Agar zond traxeyaga tushsa, bemorda yo'tal va ko'karish belgilari paydo bo'ladi. Bunday holatlar bo'lmasa, zond oshqozonga to'g'ri yuborilgan. Bunga ishonch hosil qilgandan keyin, zond orqali ovqatlantiriladi. Ovqat tarkibida sut, bulon, tuxum sarig'i, shakar, tuz va vitaminlar bo'lishi zarur. Bemor uchun kerakli dorilar ham zond orqali yuboriladi. Zond orqali bir martaga bir litrgacha ovqat aralashmasi yuboriladi. Zondni burundan yuborishning iloji bo'lmasa, og'iz orqali yuboriladi. Agar bemorda tish protezlari bo'lsa olib qo'yiladi.

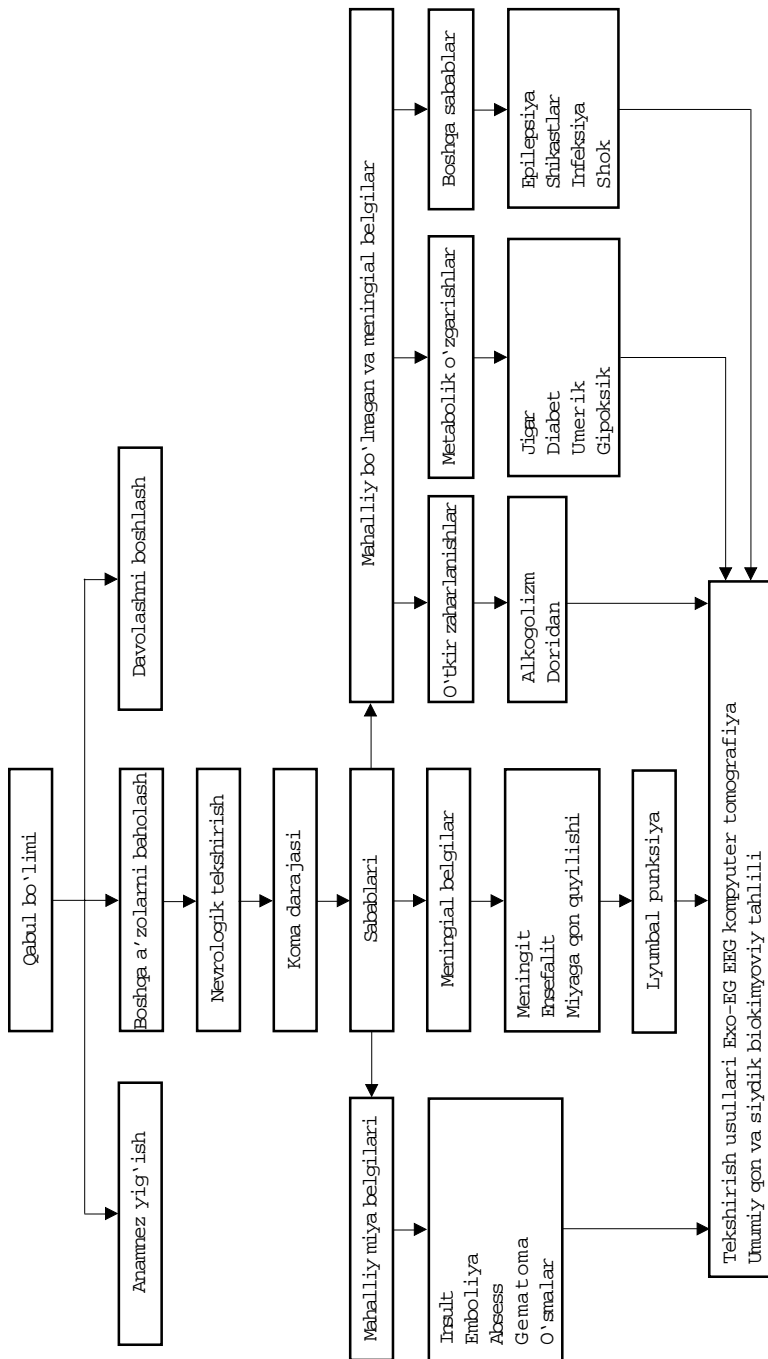
Isterik xuruj. Isteriya xurujlari birdan boshlanadi, ruhiy taassurotlar natijasida kelib chiqadi. Isterik holatlarda bemor alohida xonaga yotqizilishi,

atrofdagi odamlardan tinchlik saqlab turish talab etiladi. Bemor atrofida odamlar ko'paysa, isteriya xuruji kuchayadi va tezlashadi. Isteriya xuruji bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Kuchli tashqi taassurotlar og'riq, sovuq suv, qattiq ovoz ta'siridan isteriya xuruji bosilishi mumkin. Agar isteriya xuruji uzoq davom etsa, unda bemorni tinchlantirish uchun aminazin 2,5 % 1,0 ml m/o kordiamin 25 % 2,0 ml, dimedrol 1 % 2,0 ml, diazepam 2,0 m/o qilinadi. Bundan tashqari, bemorni alohida xonaga yotqizib, uni gipnoz va autotrening mashqlari o'tkazilishi lozim. Bunda bemor 2-3 seansdan keyin o'zi gapira boshlaydi. Autotrening kuniga 2 marta ertalab va kechqurun o'tkaziladi. Bunda bemor tinch joyga yotqizilib, butun tanadagi mushaklarni bo'shatish talab etiladi. «Men har doim tinchman, men dam olayapman, mening mushaklarim bo'shshagan qo'l-oyoqlarim iliq, men o'zimga ishonaman, men tinchlandim» deyishi va bu so'zlarni takrorlab turishi zarur. Bunday bemorlarni oldida hamshiralar ko'proq muloqotda bo'lib, kuzatishlari va suhbatlar qilib turishlari shart.

Bosh va orqa miya shikastlarida transportirovka qilish. Immobilizatsiya maqsadida (Kramer, Diterixs, pnevmatik) shinalardan foydalaniladi. Immobilizatsiya-shikastlangan soha yoki gavdaning qaysidir bir qismini qimirlashini bartaraf qilish va tinch holat yaratishdir. Immobilizatsiya singan, chiqqan, ezilgan joyni qimirlamasligi va tinch turishi uchun qo'llaniladi. Og'riqni, karaxtlikni, infeksiya tushishni, qon ketishni oldini olish hamda bemorni bir joydan ikkinchi joyga ko'chirish maqsadida ham foydalaniladi. Immobilizatsiya har doim singan sohadan ikki tarafdan 2-3 katta bo'g'im sohasini ushlashi kerak. Birinchi shina boshni tepa sohasidan umurtqa pog'onasini bel sohasigacha to'g'ri holatda qo'yiladi. Ikkinchi shina boshni tepa qismidan ikkala yelka sohasigacha, uchinchi shina ikkala qo'l sohasiga ko'ndalangiga qo'yiladi.

Longeta tayyorlash. Buning uchun bint yoki marli, ganch kukuni va suv kerak bo'ladi. Longeta 6-8 qavat bintdan tayyorlanib, har bir qavatni orasiga ganch kukuni sepib qatlanib boriladi. Tayyor bo'lgan longeta qatlamlarga qatlanib, tog'oradagi suvga solib qo'yiladi. Ma'lum vaqtdan keyin havo pufaklari chiqmay qolgandan so'ng, suvdan olib sidiriladi va astarlik bint ustidan qo'yib, bog'lanadi. Astarlik terining butunligini saqlash uchun qo'yiladi.

Bel-dum'aza radukulitlarida umurtqa pog'onasini cho'zish. Buning uchun bemorning tagiga tekis taxtali to'shak bo'lishi shart. Bemorni bosh tomoni 30° burchak ostida ko'tarilgan bo'lishi, qo'l'tiq ostiga paxta bintdan tayyorlangan valikni qo'l'tiqdan karovatga osib qo'yiladi. Bemorni oyoq tomoni esa pastroqqa tushirilgan bo'ladi.



Kamatov holatlarida bemorlarni tekshirish algoritmi.

TEST SAVOLLARI

1. «Neyron» soʻzi nimani bildiradi?

- A. Shvann hujayralari.
- B. Asab hujayralari va uning oʻsim-tasini
- D. Asab hujayrasining oʻsimtasi.
- E. Asab hujayrasi.
- F. Akson.

2. Bemorda pastki paraparez, gipotoniya, giporefleksiya va siydik tutilib qolish belgilari bor. Orqa miyaning koʻndalang kesimi zararlangan. Orqa miyaning qaysi qismi zararlangan.

- A. Boʻyin kengligi.
- B. Koʻkrak segmenti.
- D. Bel kengligi.
- E. Dumgʻaza segmenti.
- F. Koʻkrak segmentining yarmi.

3. Orqa miya suyuqligida qon boʻlsa, u qaysi kasallikda uchraydi?

- A. Bosh miya leptomeningiti.
- B. Ishemik insult.
- D. Bosh miya oʻsmasi.
- E. Gemorragik insult.
- F. Miyelit.

4. Agar bemorda periferik asab tizimining monoparezi oʻng oyoqda boʻlsa, orqa miyaning qaysi qismi zararlangan?

- A. Orqa miya koʻkrak qismining yarmi.
- B. Orqa miya oldingi shoxining bel kengligi.
- D. Orqa miya orqa shoxining koʻkrak qismi
- E. Orqa miyaning boʻyin kengligi.
- F. Orqa miya ildizlari

5. Segment xilida sezgining buzilishi kuzatilsa, zararlangan joyni aniqlang.

- A. Orqa miyaning orqa ustuni.

B. Ichki kapsula.

D. Orqa miyaning orqa shoxi.

E. Periferik asab tizimi.

F. Orqa miya chigallari.

6. Bemorning orqa miya bel kengligi koʻndalang kesimi toʻliq zararlangan boʻlsa, qanday belgilar boʻladi?

A. Spastik tetraparez.

B. Pastki spastik paraparez.

D. Oyoqlarda periferik asab tizimining zararlanishi, pay va Axill refleksi yoʻqolishi, siydik tutilib qolishi.

E. Oʻng tomonda periferik asab tizimi zararlangan.

F. Tetraplegiya

7. S₅ oʻngda nevrroma boʻlsa, qaysi belgi birinchi boʻlib paydo boʻladi?

A. Tetraparez.

B. Siydik va ich kelishni tutilishi.

D. Boʻyin va qoʻlda ogʻriq.

E. Gemiparez oʻngda.

F. Chap qoʻlda monoparez.

8. Bemor 30 yoshda, kasallik birdan boshlangan haroratning koʻtarilishi, holsizlik. Bir kundan keyin oʻng tomonda umurtqa pogʻonasi, qovurgʻa sohasida qattiq ogʻriq boʻlib, mayda toshmalar paydo boʻlgan. Tashxisni aniqlang.

A. Koʻkrak miyeliti.

B. Boʻyin koʻkrak radikuliti.

D. Gangliolit.

E. Qovurgʻalararo nevrvalgiya.

F. Ishioradikulit.

9. Gemorragik insultda qaysi dorilar mumkin emas?

A. Penitsillin.

B. Laziks.

D. Geparin.
E. Kavinton.
F. Mannit.

10. Ishemik insultda qaysi dorilar mumkin emas?

- A. Geparin.
- B. Furasemid.
- D. Vikasol.
- E. Nikotin kislota.
- F. Noshpa.

11. Penitsillinni kasallik keltirib chiqaruvchi sabablarga tavsifiya eting.

- A. Bosh miyada qon quyilganda.
- B. Ishemik insultda.
- D. Meningitda.
- E. Radikulitda.
- F. Migrenda.

12. Bosh miyaning chayqalishiga tashxis qo'ying.

- A. Kallani sochli qismidagi ko'kargan, yorilgan joyga.
- B. Burun bo'shlig'ining sinishiga.
- D. Turg'un bo'lmagan tarqoq asab tizimidagi belgilarga.
- E. Kernig va Lasseg belgilari bo'lsa.
- F. Vasseman va Neri belgilari

13. Bemorni chap tomonida yuz mu-shakllarini parezi bilan ko'z yosh oqishi bo'lgan. Zararlangan joyni aniqlang?

- A. Kortika-spinal yo'l.
- B. Qo'shimcha nerv.
- D. Yuz nervi.
- E. Orqa miya mushak yo'li.
- F. Bosh miya peshona qismi.

14. Bemorning oyog'ida monoparez, markaziy falajlik xilida, zararlangan joyini aniqlang.

- A. Bosh miyaning yuqori tepa bo'lagi.
- B. Bosh miyaning yuqori oldingi markaziy egati.
- D. Ichki kapsula.
- E. Ko'ruv do'mbog'i.
- F. Orqa miya bel qismi.

15. Bemor o'naqay bo'lib, unda o'ng tomonda gemiparez bilan birga motor va sensor afaziya uchraydi. Bunda bosh miyaning qaysi arteriyasida qon aylanish buzilgan?

- A. O'ng tomondagi pastki orqa miya-dcha arteriyasi.

- B. Chap tomonlama o'rta miya arteriyasi.
- D. O'ng tomondagi orqa miya arteriyasi.
- E. Oldingi miya arteriyasi.
- F. Miyacha arteriyasi.

16. Orqa miya ko'krak qismining o'ng tomoni zararlangan. Qanday belgilar bo'ladi?

- A. Chap oyoqning markaziy falaji, sezgining buzilishi zararlangan tomonda o'tkazuvchi xilida.
- B. O'ng oyoqda markaziy falaj, sezgining o'ng tomonda yo'qolishi o'tkazuvchi xilida.
- D. O'ng oyoqning periferik asab falaji bilan qorin reflekslari o'ng tomonda yo'qolgan. Mushak-bo'g'im va taktil sezgisi chap tomonda yo'qolgan.
- E. O'ng oyoqning markaziy falaji, og'riq va harorat sezgisining chap tomonda o'tkazuvchi xilida yo'qolishi, o'ng tomonda chuqur sezgining o'tkazuvchi xilida yo'qolishi.
- F. Spastik paraparez, gipertonus, giperrefleksiya.

17. Bosh miya peshona qismi zararlanganda, quyidagi belgilarni aniqlang.

- A. Sensor afaziya, sanashni bilmaslik, umumiy qaltirash xuruji.
- B. Sensor afaziya, aleksiya, kichik tutqanoq xuruji, ataksiya.
- D. Tutqanoq xuruji, bosh va ko'zni zararlangan tomondan qarama-qarshi tomonga qarab yotishi, ruhiy o'zgarish.
- E. Ko'rish gallutsinatsiyasi.
- F. Eshitish, hid bilish, ta'm bilish gallutsinatsiyasi.

18. Bosh miya tepa qismida quyidagi markazlar joylashgan.

- A. Hid bilish, gapirish, sensor afaziya markazi.
- B. Butun sezgi markazi, praksiya, sanash, jismlarni paypaslab bilish markazi.
- D. Yoza olmaslik, motor afaziyasi, eshitish markazi.

E. Ko'rish, eshitish, ta'm bilish markazi.

F. Nutq, nigoh-qarash markazi.

19. Bemorning chap tomonida VI – VIII – VIII kalla bosh miya nervlari zararlangan, nistagn mavjud. Zararlangan joyni aniqlang.

A. Vorolev ko'prigida.

B. Chap tomonda miyacha ko'prik burchagi.

D. O'ng tomonda Vorolev ko'p-rigining pastki qismida.

E. Ichki kapsulaning o'ng tomonida.

F. Bosh miya tepa qismida.

20. Bemorning chap tomonida ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv zararlangan, o'ng tomonda gemiparez bor. Zararlangan joyni ayting.

A. O'rta miyaning chap tomoni.

B. O'rta miya va Vorolev ko'prigining chap tomonida.

D. Ichki kapsulaning chap tomoni.

E. Ko'ruv dumbog'ining chap tomoni.

F. Bosh miya chap tomon peshona qismi.

21. Bosh miya chakka qismida qaysi markazlar joylashgan?

A. Ko'rish, sanash, motor afaziyasi.

B. Eshitish, hid bilish va tam bilish markazi, musiqaga qobiliyat, sensor markazi.

D. Sanash, eshitish, nigoh, muvozanat markazlari.

E. Yozish, tam bilish markazi, ko'rib bilish markazi, ko'rish gallutsinat-siyasi.

F. Sezgi, taktil, ko'rib bilish markazi.

22. Bemor 28 yoshda. Avtomobil jarohatidan keyin og'ir ahvolda shifoxonaga keltirildi. Tekshirganda, hushi karaxt, tomir urushi 130 marta, qon bosimi 90/50 mm simob ustuniga teng, bir necha marta qusgan, o'ng tomon chakka sohasida gematoma bor. Ko'z qorachiqqlarni yorug'likta javobi sustlashgan, nistagn, ruhiy qo'zg'alish, chap tomonda yuz nervining falaji, mushaklar gipotoniyasi, pay reflekslari

jonlangan, rentgenogrammada chakka suyagining yorilish belgilari mavjud.

Tashxis qo'ying.

A. Bosh miya chayqalishi, chakka suyagining yorilishi.

B. Bosh miyaning og'ir lat yeyishi, subaraxnoidal qon ketish bilan chakka suyagining yopiq sinishi.

D. Jarohatdan keyingi subaraxnoidal bo'shliqqa qon ketish.

E. Epidural qon ketish.

F. Parenximatoz qon ketish.

23. Bemor 14 yoshda, o'naqay bo'lib, yoshligidan chap o'rta qulog'ining yiringli otiti bilan kasallangan. Shifoxonaga haroratning ko'tarilishi, bosh og'riq, qusish bilan keltirildi. Tekshirganda, hushi karaxt, badani issiq, tomir urishi 48 marta, qon bosimi 120/80 mm simob ustuni, ensa mushagining tarangligi, Kernig va Brudzinskiy belgilari bor.

Tashxis qo'ying.

A. O'tkir miyelit.

B. Bosh miya qon quyilishi.

D. Chap tomonda bosh miyaning chakka bo'lagidagi absessi.

E. O'tkir ensefalit.

F. Yiringli o'rta quloq otiti.

24. Lyumbal punksiya qilish mumkin emas.

A. Ko'z tubi me'yorida.

B. Ko'rish nervining so'rg'ichi dimlangan, nistagn.

D. Pastki paraparez.

E. Chanog a'zolarining faoliyati buzilgan.

F. Miyelit.

25. Meningit uchun xarakterli belgilar.

A. Orqa miya suyuqligida limfasitlar soni 3–5 tagacha.

B. Ensa mushagi tarangligi, Brudzinskiy va Kernig belgilari, bosh og'riq, qusish.

D. Pastki paraparez markaziy falajlik xilida.

E. Vasseman, Lasseg, Neri belgilari.

F. Orqa miya suyuqlik bosimi 200 mm suv ustuniga teng.

26. Bosh miya chayqalishiga xos belgilar.

- A. Tutqanoq xuruji.
- B. Gemiparez o'ng tomonda.
- D. Retrograd amneziya.
- E. Chanoq a'zolarining faoliyati buzilgan.
- F. Pastki paraparez.

27. Tutqanoq kasalligiga mumkin bo'lmagan dori.

- A. Benzanol.
- B. Furatsomid.
- D. Kamfora.
- E. Vitamin B₆.
- F. Sinnarizin.

28. Vaksinali ensefalitda qaysi dori qilinadi?

- A. Antibiotik.
- B. Gormon.
- D. Ftalazol.
- E. Kamfora.
- F. Strixnin.

29. Ko'z tubining ko'ruv nervining so'rg'ichi dimlangan bo'lsa, qaysi kasallikka xos belgi bo'ladi?

- A. Bosh miya chayqalishi.
- B. Miyacha o'smasi.
- D. Shol kasalligi.
- E. Bo'yin radikuliti.
- F. Miyelit.

30. Tutqanoqqa xos bo'lmagan belgilarni ayting.

- A. Qisqa vaqt hushdan ketish.
- B. Og'izdan ko'pik kelish.
- D. Ixtiyorsiz siyib yuborish, tilni tishlabolish.
- E. Xuruj vaqtida ko'z qorachig'ining yonug'likka javobi to'liq saqlangan.
- F. Aura.

31. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda, meningitga xos belgilari.

- A. Tiniq.
- B. Loyqa.
- D. Qon bo'lishi.
- E. Qand miqdori kamayishi.
- F. Limfatsitlar soni 3-5 tagacha.

32. Bemor pastga qaraganda, ko'ziga narsalarning ikkita bo'lib qolish belgilari bor. Zararlangan joyni aniqlang.

- A. Ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv.

- B. G'altaksimon nerv.
- D. Uzoqlashtiruvchi nerv.
- E. Bosh miya peshona bo'lagi zararlanganda.
- F. Yuz nervi.

33. Bemor gapga tushunadi, lekin gapira olmaydi.

- A. Sensor afaziya.
- B. Amnestik afaziya.
- D. Motor afaziya.
- E. Dizatriya.
- F. Disfagiya.

34. Zo'rayib boruvchi mushaklar distrofiyasida zararlangan joyni aniqlang.

- A. Orqa miya oldingi shoxi.
- B. Mushaklar.
- D. Orqa miyaning oldingi ildizlari.
- E. Orqa miyaning yon ustunlari.
- F. Orqa miya orqa shoxi.

35. Bemorning oyog'ida monoparez bo'lsa, qaysi bosh miya arteriyasida qon aylanishi buzilgan?

- A. O'rta miya arteriyasi.
- B. Oldingi miya arteriyasi.
- D. Asosiy arteriya.
- E. Orqa miya arteriyasi.
- F. Umurtqa arteriyasi.

36. Orqa miya suyuqligida eritrotsitlar bo'lishi.

- A. Ishemik insult.
- B. Subaroxnoidal qon ketish.
- D. Gipertonik kriz.
- E. Orqa miya miyeliti.
- F. Meningit.

37. Sezgining bemor qo'llarida qo'l-qopsimon, oyoqlarida paypoqsimon buzilishi bo'lsa, qaysi kasallik bo'ladi?

- A. Pleksit.
- B. Bilak nervining yallig'lanishi.
- D. Polinevrit.
- E. Poliomiyelit.
- F. Radikulit.

38. Epileptik xurujda qaysi muolaja mumkin emas?

- A. Siydik haydovchi dorilar.
- B. Vitaminlar.
- D. Elektr davo muolajalari.
- E. Qaltirashga qarshi dorilar.
- F. Gormonlar.

39. Bemorning oyoq panjasida og'riq, Axill refleksi yo'qolgan, oyoq panjasidagi arteriyada pulsatsiya pasaygan.

Qaysi joy zararlangan?

- A. Son arteriyasi.
- B. Orqa miya ko'krak segmenti.
- D. Oyoqning chuqur venalari.
- E. Quymich nervining zararlanishi.
- F. Bo'yin osteoxondrozi.

40. Bosh miya rentgen suratida qontomir izlari kengaygan, turk egari silliqlashgan.

- A. Bo'yin radikuliti.
- B. Gipofiz o'smasi.
- D. Migren.
- E. Vegetativ qontomir distoniyasi.
- F. Polinevrit.

41. EVG da epilepsiyaga xos bo'lgan to'lqirni toping.

- A. Tetta to'lqin.
- V. Delta to'lqin.
- D. Tig' to'lqin.
- E. Betta to'lqin.
- F. Gipersinxron alfa.

42. Bulbar falajiga xos bo'lgan belgilar qaysi variantda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. Tetrarez.
- B. Dizatriya.
- D. Yutinish refleksining yo'qolishi.
- E. Tilning atrofiyasi.
- F. Barchasi to'g'ri.

43. Parkinson alomati qaysi variantda to'g'ri ko'rsatilgan?

- A. Yuz mushaklarining qotib qolishi.
- B. Mayda qadamchalar bilan yurish.
- D. Mushak tonusining bukuvchi va yozuvcha mushaklarda oshishi.
- E. Qo'llarda «tanga sanash» belgisi hamda titrash.
- F. Hama variantlar to'g'ri.

41. Son nervining zararlanishiga xos belgi.

- A. Lasseq belgisi.
- B. Vasseman belgisi.
- D. Neri belgisi.
- E. Pay refleksining oshishi.
- F. Barcha javoblar to'g'ri.

42. Meningitga xos belgilar.

- A. Talvasa xurujlari.

- B. Ensa mushagining tarangligi.
- D. Kernig va Brudzinskiy belgilari.
- E. Bosh og'riq, giperesteziya.
- F. Barcha javoblar to'g'ri.

43. Aniq bor narsalarni noto'g'ri idrok qilish nima deyiladi?

- A. Gallutsinatsiya.
- B. Illuziya.
- D. Depressiya.
- E. Asteniya.
- F. Ambliopiya

44. Yo'q narsalarni bor deb idrok qilish.

- A. Isteriya.
- B. Gallutsinatsiya.
- D. Illuziya.
- E. Depressiya.
- F. Amavroz

45. Bemorning qulog'iga har xil tovushlar, odamlar ovozi, kimdir ismini aytib chaqiradi.

- A. Illuziya.
- B. Gallusinatsiya.
- D. Isteriya.
- E. Depressiya
- F. Amneziya

46. Bemor 26 yoshda, shikoyatlari tez charchab qolishdan, bosh og'riq, ko'p terlash, uyqu buzilishi, kayfiyatning yomonlashuvidan, tez jahli chiqishidan. Tekshirganda, pay reflekslari jonlangan, giperesteziya, gipergidroz, qon bosimi o'ng qo'lda 115/70, chap qo'lda 100/60 mm simob ustuniga teng.

- A. Ipoxondrik alomat
- B. Isterik alomat.
- D. Astenik alomat.
- E. Amneziya.
- F. Maniakal holat.

47. Bemor 49 yoshda, kayfiyati pasaygan, ishtahasi yo'q, g'amgin, at-rofdagilarga e'tiborsiz, ruhiy tushkunlikka tushgan. Ko'zdan kechirganda sochi to'kilgan, ko'z qorachiqslari kattalashgan, taxikardiya va ich ketish belgilari bor.

- A. Eyforiya.
- B. Asteniya.
- D. Ipoxondriya.
- E. Depressiya.

- F. Maniakal holat
- 48. Retrograd amneziya.**
- Xotiradan tushib qolgan voqealarning va uydimalar.
 - Kasallik boshlangandan keyin bo'lib o'tgan voqealarni esdan chiqib qolishi.
 - Xotiraning susayib ketishi.
 - Kasallik boshlangandan oldin bo'lib o'tgan voqealarning esdan chiqib qolishi.
 - Xotiraning yo'qolishi
- 49. Kasallik boshlangandan keyin bo'lib o'tgan voqealarning esdan chiqib qolishi.**
- Retrograd amneziya.
 - Antegrad amneziya.
 - Amneziya.
 - Gipomneziya.
 - Konfabulatsiya.
- 50. Bemor 35 yoshda, shikoyati nafas olishga qiynalish, havo yetishmaslik, sababsiz yig'lash, qo'l va oyoqning uvishib qolishi hamda tutqanoq xurujidan. Tekshirganda, xuruj vaqtida harakatlari tartibli, ko'z qorachiq-larining yorug'likka javobi saqlangan, mushaklar tonusi va pay reflekslari saqlangan. Patologik reflekslari yo'q.**
- Epileptik xuruj.
 - Isterik xuruj.
 - Depressiya.
 - Asteniya.
 - Paranoyyal alomat
- 51. Bemor 29 yoshda. O'zini juda yaxshi sezadi, hamma vaqt xushchaqchaq yuradi. Doimo xursand bo'lib, o'zini kuchi o'ta ko'payib ketgandek sezadi. Charchash va uyqu nimaligini bilmaydi.**

Tekshirganda, kayfiyatning ko'tarilishi, fikrlash qobiliyatining kuchayish belgilari bor. Ishtahasi yaxshi, qon bosimi, tamir urishi va jinsiy qobiliyati oshgan.

- Depressiya alomat.
 - Obsessiv alomat.
 - Paranoyyal alomat.
 - Maniakal alomat.
 - Asteniya.
- 52. Hushning buzilishi.**
- Amensiya.
 - Amneziya.
 - Demensiya.
 - Konfabulatsiya.
 - Agripniya.
- 53. Aqlning zaiflashuvi.**
- Demensiya.
 - Amensiya.
 - Gipomneziya.
 - Amneziya.
 - Akineziya
- 54. Xotiraning pasayishi.**
- Asteniya.
 - Demensiya.
 - Amensiya.
 - Gipomneziya.
 - Amneziya.
- 55. Bemorda pastki paraparez, giper-tonus, giperrefleksiya va patologik reflekslaridan Babinskaya, Gordon bor. Bunda orqa miyaning ko'ndalang kesimi zararlangan, orqa miyaning qaysi qismi zararlangan?**
- Bo'yin kengligi.
 - Ko'krak segmenti.
 - Bel kengligi.
 - Dumg'aza segmenti.
 - Orqa miya bel kengligining yarmi.

- Absans** (yo'qlik) – es-hushning qisqa vaqt yo'qlishi.
- Abstinensiya** – xumor tutish holati.
- Aggravasiya** – bemorda bor kasallik belgilarini bo'rttiribko'rsatish.
- Agrafiya** – yozish qobiliyatining yo'qlishi.
- Agressiv** – atrofdagi kishilarga tashlanuvchi, xavf soluvchi.
- Akalkuliya** – hisoblash qobiliyatining yo'qlishi.
- Akineziya** – harakatning yo'qligi, falajlik.
- Akrogipergidroz** – qo'l-oyoq panjalarining terlashi.
- Akromegalik alomat** – tana, til, yuz, qo'l va oyoq panjalarining haddan tashqari kattalashibketishi.
- Akroparesteziya** – barmoqlar uchining uishishi.
- Akrosianoz** – qo'l-oyoq barmoqlarining ko'karishi.
- Alaliya** – nutqning yetarli darajada rivojlanmaganligi.
- Aleksiya** – o'qilgan narsani tushunish qobiliyatining yo'qlishi.
- Allopesiya** – sochning to'kilishi.
- Alternik alomat** – bir tomonda kalla bosh miya nervlarining, qarama-qarshi tomonda esa harakat nervlarining zararlanishi.
- Amavroz** – ko'rlik.
- Ambliopiya** – ko'rish o'tkirligining pasayishi.
- Amimiya** – yuz mushaklarining kam harakatligi tufayli yuz mushaklarining qotib qolishi.
- Anneziya** – turmushdagi ayrim hodisalarning xotiradanyo'qlishi.
- Amnestik alomat** – haqiqiy voqeani eslamadan, uni sodir bo'lmagan voqealar bilan almashtirish.
- Amuziya** – musiqiy qobiliyatning yo'qlishi.
- Analgeziya** – og'riq sezgisining yo'qlishi.
- Anizokoriya** – ko'z qorachig'i katta-kichikligining turlicha bo'lishi.
- Anoreksiya** – ishtahaning yo'qlishi.
- Anosmiya** – hid bilmaslik.
- Apatiya** – hech narsaga qiziqmaslik.
- Apraksiya** – yoshlikdan o'rgatilgan turli mantiqiy harakatlar
- Arefleksiya** – refleksning yo'qlishi.
- Astaziya-abaziya** – tura olmaslik va yura olmaslik.
- Asteniya** – quvvatsizlik, charchoq, damnon qurishi,
- Ataksiya** – harakatning buzilishi.
- Atoniya** – mushak tonusining pasayishi.
- Afaziya** – gapira olmaslik, nutqning buzilishi.
- Amnestik afaziya** – bemor buyumlarni nima uchun va qanday ishlatilganligini bilgan holda ularning nomlarini to'g'ri aytolmaydi.
- Afoniya** – ovozning yo'qlishi.
- Affekt** – his-tuyg'ular (g'azab, shodlanish) ni zo'r berib ifodalash.
- Aerobiya** – havo yetishmasligidan qo'rqish.
- Bulimiya** – ishtahaning haddan tashqari ochilib ketishi.
- Vernike-Mann holati** – harakat nerv zararlanishi natijasida qo'l bukilib, oyoqning uzayib qolishi.
- Gallutsinatsiya** – yo'qnarsalami sezish.
- Genatomiyeliya** – orqa miyaga qon quyilishi.
- Gemianopsiya** – ko'ruv maydoni yarmining yo'qlishi.
- Gemikraniya** – boshning yarmi og'rishi.
- Gemiparez** – tananing bir tomonidagi oyoq va qo'lning falajlanishi.
- Gidrosefaliya** – bosh miyaga suv yig'ilishi.
- Giperesteziya** – sezgining kuchayishi.
- Giperrefleksiya** – reflekslarning kuchayib ketishi.
- Gipersomiya** – uyguchanlik, ko'p uxlash.
- Gipertonus** – mushaklar tonusining kuchayishi.
- Gipertrofiya** – mushaklarning kattalashib ketishi.
- Gipomimiya** – yuz mushaklari harakatining pasayishi.
- Gipesteziya** – sezgining kamayib ketishi.
- Gipnoz** – psixoterapiya yordamida sun'iy uxlatis.
- Gipotoniya** – mushaklar tonusining pasayib ketishi.
- Gipotrofiya** – mushaklarning ozishi.
- Gorner belgisi** – ko'z kosasining qisman idkariqakiribketishi.
- Debillik** – ongning yengil darajada pasayishi.
- Deliriy** – bemor uygusimon holatda bo'lib, qo'zg'alish paytida o'zining qayerdaligini bilmaydi.
- Dizartriya** – talaffuzning buzilishi, bemor murakkaboz'lami, tez aytishlami qiyinlik bilan gapiradi.
- Diplopiya** – atrofdagi narsalarning ko'zga qo'shaloqbo'libko'rinishi.
- Disfagiya** – yutinishning buzilishi.
- Idiotiya** – ongning butunlay buzilishi.
- Illuziya** – tashqi muhitdagi narsalami noto'g'ri qabul qilish.

Insult – miyaga qon quyilishi.

Intension tremor (titrash, qaltirash) – ko'pincha, hayojonlanganda, qo'l-oyoqlarda bo'ladigan titroq.

Ipxondirlik g'oya – miyaga o'mashib qolgan fikrlar

Ishias – quyunch nervining nevralgiasiyasi.

Katalepsiya – shanga o'xshab qotib qolish.

Katamez – bemor shifoxonadan chiqib ketgandan keyingi ma'lumotlar.

Kauzalgiya – achishib og'rish, kuydiradigan og'riq.

Klimaks – jinsiy bezlar faoliyatining to'xtashi.

Koma – qattiq hushdan ketish.

Kriz – to'satdan paydo bo'ladigan xuruji.

Lagofthalm – ko'zning butunlay yumilmasligi.

Likvor – orqa miya suyugligi.

Maniakal holat – kayfiyatning haddan tashqari chog'bo'lishi.

Marazm – somatik hamda ruhiy tushkunlik oqibatida, aqliy va jismoniy jihatdan bo'shshib ketish.

Melanxoliya – harakatning sustligi, kayfiyatning past bo'lishi.

Meningit – miya pardalarining yallig'lanishi.

Midriaz – ko'z qorachig'ining kengayishi.

Mioz – ko'z qorachig'ining torayishi.

Mikloniya – ayrim mushaklarning vaqti-vaqti bilan tez-tez qisqarishi.

Mikrocefaliya – bosh miyaning kichik bo'lishi.

Miopatiya – mushaklarning zararlanishi bilan kechadigan, zo'rayib boruvchi kasallik.

Miyelit – orqa miyaning yallig'lanishi.

Monoplegiya – bir qo'l yoki bir oyoqning falajlanishi.

Mutizm – gapira olmaslik.

Narkolepsiya – birdan boshlanadigan patologik uyqu xuruji.

Giyohvandlik – giyohvand moddalarni surunkali iste'mol qilish.

Nevralgia – nerv yo'li bo'ylab, seziladigan og'riq.

Nevrit – alchida nervning yallig'lanishi.

Neyron – hujayra va undan chiqadigan o'sintalar.

Nistagm – ko'z kosasining qimirlab titrab turishi.

Oligofreniya – aql pastlik, fikrlash xususiyatining pastligi.

Paraplegiya – ikkala oyoqning falaji.

Parez – chala falajlik.

Patronaj – ruhiy kasalligi bor bemorni shifoxonadan chiqqandan so'ng, muntazam kuzatib borish.

Perseveratsiya – bir xil gapni takrorlayverish.

Pleksit – asab chigalining yallig'lanishi.

Polidaktiliya – barmoq oralaridagi parda.

Polimiyelit – shol kasalligi.

Presentil – qarilikdan oldingi davr.

Ptoz – ko'z qovog'ining pastga tushib qolishi.

Radikulit – orqa miyadan chiqadigan o'sintalarning yallig'lanishi.

Retrograd amneziya – kasallikdan oldingi voqealarni eslay olmaslik.

Remessiya – bemorning vaqtincha sog'aygan davri.

Refleks – tashqi muhit ta'siriga organizmning javob reaksiyasi

Sadizm – biror kishiga og'riq berish, azoblashdan huzur qilish (masalan, jinsiy aloqada).

Simulatsiya – bilib turib o'zini kasallikka olish.

Somatik – tana, vujud, jisimga xos.

Sinergiya – hankorlik.

Skandirlangan nutq – so'zlarni bo'lib-bo'lib aytish va ayrim bo'g'inlarga urg'u berib, o'ziga xos maqom bilan gapirish.

Somnambulizm – uyquda yurib chiqish.

Spazmofiliya – bolalarda kalsiy yetishmovchiligida bo'ladigan tutqanoq xurujlari.

Stereotip – harakatning bir xil tarzda takrorlanishi.

Stupor – harakatning bexosdan to'xtashi.

Suggestiya – ishortirish, ruhiy ta'sir qilish, so'z bilan ta'sir ko'rsatish.

Suisidal – o'ziga-o'zi suiqasd qilish.

Surdmutizm – kar-saqovlik.

Tetraplegiya – qo'l-oyoqlarning falajlanishi.

Tik – mushaklarning beixtiyor tortishib uchishi.

Tremor – qaltirash, titrash, mayda titroq.

Trizm – chaynov mushaklarining tutqanoq tarzda qisqarishi.

Fobiya – vahima, ko'ngilga qo'rquv tushish, qo'rquv holati.

Eyforiya – bemorning kayfi chog', shod bo'lib yurishi, dimog'chog'lik.

Ekzofthalm – ko'z kosasining oldinga burtib chiqib ketishi.

Emotsiya – his-tuyg'u.

Emurez – siydik tuta olmaslik.

Ensefalit – bosh miyaning yallig'lanishi.

Yuvenil – o'smirlar, yoshlarga oid; yoshlikdagi holatning saqlanishi.

Yatrogeniya – tibbiyot xodimining bemorga aytgan noto'g'ri so'zi oqibatida kelib chiqadigan kasallik.

ASAB VA RUHIY KASALLIKLARIDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARI

Uyqu kelturuvchi dorilar:

Rp: Ivadal 10 mg
D. S. Uyquga yotishdan oldin 1 ta tabletkadan ichib yotish 10 kungacha
Rp: Phenobarbital 0,1
D.t.d.N. 6 in tab.
S. 1 ta tabletkadan uyqudan 1 soat oldin iliq choy bilan ichilsin.
Rp: Nitrazepani 0,01
D.t.d.N.30 tabl
S. 1-5 yoshgacha 1 ta tabletkadan bir mahal uyqudan oldin

Psixotrop dorilar. Neytroleptiklar

Rp: Sol. Aminasini 2,5 % 1,0
D.t.d.N.10 in amp.
S. 1,0 ml dan mushaklar orasiga (5 ml 0,5 % li novokain eritmasida eritilib)
Rp: Dragee Aminasini 0,025
D.t.d N 30
S.1 ta drajedan 2 mahal ovqatdan keyin
Rp: Sol. Haloperidoli 0,5 % 1,0
D.t.d N.5 in amp
S. 4 yoshli bolaga 0,2 ml dan 1 mahal, mushaklar orasiga
Rp: Tab. Haloperidoli 0,0015
D.t.d N. 50
S. 1 ta tabletkadan 2 mahal
Rp: Sol. Droperidoli 0,25 % 5,0
D.t.d.N.10 in amp.
S. 0,5 ml dan mushaklar ichiga tutqanoq xurujida

Trankvilizatorlar (tinchlantiruvchi) dorilar

Rp: Tab. Sibazoni obducatae 0,001
D.t.d.N.20
S. 1/2 ta tabletkadan 2 mahal (5 yoshli bolaga)
Rp: Tab. Phenazepami 0,001
D.t.d.N.50
S.1/2 tabl.uyqudan oldin (10 yoshli bolaga)
Rp: Tab. Nozepami, 0,01
D.t.d.N.50
S.1/2 tab. uyqudan odin (10 yoshli bolaga)
Rp: Tab Tazepami 0,01 (10mg)
D.t.d.N.50
S. 1 ta tabletkadan 2 mahal ichishga.
Sedativ dorilari

Rp: Sol. Natriy bromidi 1 % 100,0
D.t.d.N. 1 in flac.
S. 1 des. qoshiqdan 3 mahal (2 yoshli bolaga)
Rp: Inf. rad. Valerianae 10,0 - 200,0
Natriy bromidi 4,0
S. 1 des. qoshiqdan 3 mahal (10 yoshli bolaga)
Rp: Sol. Magnesi sulfurici 25 % - 10,0
D.t.d. 10 amp.
S. 5,0 ml dan mushaklar orasiga novokain qo'shib (12 yoshli bolaga tutqanoq xurujida)

Antidepressantlar

Rp: Tab. Millipramini 0,025 (25 mg)
D.t. N. 20
S. 1/2 ta tabletkadan 1 mahal 10 kun, keyingi 10 kunda 2 mahaldan (5 yoshli bolaga)
Rp: Tab. Amitriptylini 0,025 (25 mg)
D.t. N. 20
S.1/3 tabl.dan 3 mahal.

Markaziy asab tizimining stimulatorlari

Rp: Sol. Cordiamini 25 % 1,0
D.t.d. N. 10 amp.
S. 1,0 ml dan teri ostiga.
Rp: Sol. Comphorae oleosae 20 % - 2,0
D.t.d. N. 10 amp.
S. 2,0 ml dan teri ostiga.

Nootropalar

Rp: Tab. Pyracetami 0,2
D.t.d. N. 30
S.1/4 tabl.2 mahal 20 kun (4 oylik bolaga)
Rp: Aminaloni obd. 0,25
D.t.d. N. 100
S. 1 ta tabletkadan 3 mahal 1-2 oy davomida (11 yoshli bolaga)
Rp: Tab. Phenibuti 0,25 (25 mg)
D.t.d. N. 50
S. 0,05 dan 3 mahal ovqatdan oldin (8 yoshgacha bo'lgan bolaga)
Rp: Tab. Pantogami 0,25.
D.t.d. N. 50
S. 1 ta tabletkadan 4 mahal (1-2 oy davomida) ovqatdan keyin.

Analeptiklar

Rp: Sol. corasoli 10 % - 1,0.
D.t.d. N. 10.
S. 0,3 ml teri ostiga (2-5 yoshli bolaga).
Rp: Sol. lobelini 1 % - 1,0.
D.t.d. N. 10 in amp.
S. 0,1 mg. dan mushaklar orasiga
(12 yoshgacha bo'lgan bolaga).

Tutqanoq xurujlariga qarshi dori-darmonlar

Rp: Hexamidini 0,125 (0,25).
D.t.d. N. 50
S. 1 ta tabletkadan kuniga 2 mahal
Rp: Benzonal 0,25
D.t.d. N. 50 in tab
S. 0,025 - 0,05 dan 3 mahal
(3-6 yoshli bolaga)
Rp: Diphenini 0,1
D.t.d. N. 20 in tab
S.1 ta tabletkadan 2 mahal
Rp: Carbamazepini 0,2 (Finlepsini)
D.t.d. N. 50 in tab
S. 0,1 - 0,4g dan sutkasiga
(1 yoshdan 5 yoshgacha
bo'lgan bolaga)
Rp: Sir. Convulexi 50 (Depakini)
D.t.d. N. 10 in flac
S. 20 - 50 mg/kg 3 mahal
Rp: Mydocalmi 0,05
D.t.d. N. 30 in dragee
S. 1 ta tabletkadan 2-3 mahal

Parkinsonizmga qo'llaniladigan dorilar

Rp: Suclodoli 0,001(0,002)
D.t.d. N. 50 in tab
S.1/2 ta tabletkadan 2 mahal (ovqatdan
keyin 6 yoshli bolaga)
Rp: L - Dopa 0,25
D.t.d. N. 100 in tab
S. 1/2 ta tabletkadan 2 mahal.

Miyaning dofaminergik tizimiga ta'sir etuvchi dorilar

Rp: Nacomi
D.t.d. N. 50 in tab
S. Yosh bolaga 1/4 dan 1/2 tabl. cha
2-3 mahal.
Rp: Pentalgini
D.t.d. N. 10 in tab
S.1/2 ta tabletkadan 3 mahal.

Rp: Tab Analgini 0,25
D.t.d. N. 10
S:1 ta tabletkadan 2-3 mahal
Rp: Tab Paracetamoli 0,2
D.t.d. N. 10
S.1/4 ta tabletkadan 2 - 3 mahal
(6-12 oylikkacha bo'lgan bolaga),
1/2 ta tabletkadan 2-3 mahal
(2-5 yoshli bolaga).
Rp: Sol. Analgini 50 % 1,0
D.t.d. N. 10 amp
S. 1,0 ml dan mushak orasiga.
Rp: Ac. acetylsalicylic 0,25 (0,5)
D.t.d. N. 10 in tab
S.1 ta tabletkadan 3 mahal
(2 yoshli bolaga).

Xolinesteraza ingibitorlari

Rp: Sol Galanthamini 0,25 % - 1,0
D.t.d. N. 10 in amp
S. 1 ml dan kuniga 1-2 mahal
Rp: Sol Protserini 0,05 % - 1,0
D.t.d. N. 10 in amp
S. 0,3 ml teri ostiga
(3 yoshli bolaga 10 kun davomida)
Rp: Tab. Oxazyli 0,005
D.t.d. N. 50 in tab
S.1/2 ta tabletkadan ovqatdan keyin
1-2 mahal (2-3 yoshli bolaga)
Rp: Sol Desoxypeganini hydrochloridi
1 % - 1,0
D.t.d. N. 10
S. 0,7 ml dan teri ostiga 10 kun
(7 yoshli bolaga)

Xolinolitik moddalar

Rp: Sol Atropini sulfatis 0,1 % - 1,0
D.t.d. N. 10 in amp
S. 1,0 ml dan teri ostiga.
Rp: Sol Platyphylini hydrotartratis
0,2 % 1,0
D.t.d. N. 10 in amp
S. 1,0 ml dan teri ostiga.
Rp: Sol Pentamini 5 % - 1,0
D.t.d. N. 6 in amp
0,2-0,4 ml mushaklar orasiga.

Adrenalin va adrenomimetik moddalar

Rp: Sol Adrenalini hydrochloridi
0,1 % - 1,0
D.t.d. N. 6 in amp
S. 0,3 ml dan mushaklar orasiga
(5 yosh bo'lgan bolaga).

Antigistamin dorilar

Rp: Tab Dimedroli 0,05
S. 1/4 ta tabletkadan kechasiga
(1 yoshgacha bo'lgan bolaga).
Rp: Tab Diatsolini 0,05
D.t.N 10
S. 1 ta tabletkadan 2-3 mahal
ovqatdan keyin
Rp: Tab Tavegili 0,001
D.t.N 20
S. 1/2 ta tabletkadan ovqat paytida
2 mahal (6-12 yoshli bolaga)

Miyada qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar

Rp: Tab Cinnarizini 0,025
D.t.d.N 50
S. 1/2 ta tabletkadan ovqat paytida
2 mahal (10 yoshli bolaga)
Rp: Tab Cavintoni 0,005
D.t.d.N 50
S. 1/2 ta tabletkadan 2 mahal
1 oy davomida (10-12 yoshli bolaga)
Rp: Dibasoli 0,001
D.t.d.N 50 publ
S. 1 poroshokdan 2 mahal 20 kun.
Rp: Betaserk N 30
D. S. 1 tabl dan 3 mahal ovqatdan oldin.
Rp: Dilceron N50 tabl
D. S. 1 tabl 2-3 marta ichishga.

Spazmolitiklar

Rp: Sol Papaverini hydrochloridi
2 % 2,0.
D.t.d.N 10 in amp.
S. 1,0 ml dan mushaklar orasiga.
Rp: Tab Nospani 0,04
D.t.d.N 50
S. 1 tablet. 1 mahal 20 kun.

Diuretiklar

Rp: Sol Furosemidi 1 % - 2,0(0,02).
D.t.d.N 5 in amp.
S. 1,0 ml dan kuniga 2 mahaldan mushak
orasiga.
Rp: Tab Diacarbi 0,25.
D.t.d.N 5
S. 1/4 ta tabletkadan ertalab kunora
7-10 marta.
Rp: Verospironi 0,025 (25mg).
D.t.d.N. 10 in tab.
S. 1 ta tabletkadan 2 mahal.

Gormonlar

Rp: Tab Prednisoloni 0,001 (1mg).
D.t.d.N 20
S. 1 mg dan og'irligining har kg ga sxema
bo'yicha.
Rp: Sol Nerobolili 1,0 - 1 % oleosae
(10).
D.t.d.N. 10 in amp.
S. 0,4 ml dan har 7-10 kunda 1 marta
(2 yoshli bolaga) *4.
Rp: Sol Retabolili oleosae 1,0 - 5 %
(50).
D.t.d.N. 5 in amp.
S. 3-4 haftada 1 marta 0,5 ml dan(10
kg li bolaga) *3.

Vitaminlar

Rp: Ac ascorbinici 0,025.
D.t.d.N 20 in tab.
S. 1 ta tabletkadan 3 mahal.
Rp: Rutini 0,02
D.t.d.N. 20 in tab.
S. 1 ta tabletkadan 3 mahal.
Rp: Sol Thiamini chloridi 2,5 %-1,0.
D.t.d.N. 10 in amp.
S. 1,0 ml dan mushaklar orasiga.
Rp: Cocarboxylazi 0,05.
D.t.d.N. 10 in amp.
S. 50 mg dan mushaklar orasiga.
Rp: Sol Pyridoxini hydrochloridi 5 %-
1,0.
D.t.d.N. 10 in amp.
S. 0,5-1,0 ml dan mushaklar orasiga.
Rp: Sol Acidi Nicotinici 1 % 1,0.
D.t.d.N. 20.
S. 1,0 ml dan mushak orasiga.
Rp: Sol Syancobalamidi 0,001 % 1,0.
D.t.d.N. 10 in amp.
S. 200 mkg dan kunora mushak orasiga.

Aminokislotalar

Rp: Tab Ac glutaminici 0,25.
S. 1/4 ta tabletkadan 2 mahal
(1 yoshgacha bo'lgan bolaga).
Rp: Cerebrolysin 1,0.
D. t. d. N.10 in amp.
S. Har kuni 1,0 ml dan mushak orasiga.

Kalsiy dorilari

Rp: Sol Calcii chloridi 5 % 100,0.
D.t.d.N. 1 in flac.
S. Kuniga 1 osh qoshiqdan 3 mahal
ichish uchun.

Rp: Tab Calcii gluconati 0,5.
D.t.d.N.20.
S. Ovqatdan oldin 1 tabletkadan
3 mahal ichish uchun.

Kaliy dorilari

Rp: Dr Panangini.
D.t.d.N.50.
S. 1 dr 2 mahal ichishga.
Rp: Tab Asparkami.
D.t.d.N. 50.
S. 1 tab 2 mahal ichishga.

Gipotenziv dorilar

Rp: Sinoprili 10 mg N20.
S. 1 tabletkadan 1 mahal ovqatdan keyin.
Rp: Enap-H N 20.
S. Kuniga 1-2 tabletkadan ichishga.
Rp: Enam 5 mg N20.
S. uniga 1 tabletkadan 2 marta ichishga.
Rp: Indap 25 N20 caps.
S. Kuniga 1 kapsuladan 1 marta ertalab
ichishga.

Rp: Capoten 25 mg N15.
S. Kuniga 1 tabletkadan 2 marta ichishga.
Rp: Retserpini 0,0001.
D.t.d.N.20.
S. 1 tab 2 mahal ichishga ovqatdan keyin.
Rp: Raunatini 0,002.
D.t.d.N.20.
S. 1 tab 2 mahal ichishga ovqatdan keyin.

Moddalar almashinuvini yaxshilaydigan dorilar

Rp: Sol Natrii adenosinphasphati 1 %
1,0.
D.t.d.N.10 in amp.
S. 1,0 ml dan har kun mushak orasiga.
Rp: Sol Glucosae 40 % 20,0.
D.t.d.N.10 in amp.
S. 10,0 ml dan har kun tomir ichiga.
Rp: Lydasae 64 TB.
D.t.d.N.10 in amp.
S. 1 ml dan kun ora teri orasiga.
Rp: Xanax 0,25.
D.t.d.N.30.
S. 1 tabl 2-3 mahal ichishga.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *N. M. Majidov.* «Umumiy nevrologiya». Toshkent, 1995.
2. *Sh. Sh. Shomansurov.* «Asab va ruhiy kasalliklar». Toshkent, 1995.
3. *A. M. Aslanov.* «Asab kasalliklari» Toshkent, 1998.
4. *Sh. A. Murtalibov.* «Psixiatriyadan ma'lumotnoma» Toshkent, 1993.
5. *Sh. Sh. Shomansurov.* «Bolalar asab kasalliklari» Toshkent, 1995.

MUNDARIJA

So'z boshi 3

UMUMIY BO'LIM

Nevropatologiya va psixiatriyaning rivojlanish tarixi	4
Bemorlarni bevosita va asbob uskunalar yordamida tekshirish usullari. Rentgenologik tekshirish usullari	7
Asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi va gistologiyasi.	11
Asab kasalliklarining umumiy simptomatologiyasi.	11
Asab to'qimasi	11
Markaziy asab tizimi	13
Bosh miya po'stloq qismining fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari ...	15
Bosh miya po'stloq osti tuzilmalari ...	17
Miyachani tekshirish usullari	19
Bosh miya pardalari, bosh miy qorinchalari, orqa miyab suyuqligi hosil bo'lishi, aylanib yurishi. Meningial belgilar, meningizm, kalla ichki bosimining kuchayishi va kamayishi .	19
Periferik asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari	23
Harakat tizimi, anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari	27
Reflekslar anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanishi va tekshirish usullari ...	30
Kalla bosh miya nervlarining anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari	32
Sezgi tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari	38
Vegetativ asab tizimi anatomiyasi, fiziologiyasi, zararlanish belgilari va tekshirish usullari	40
Chanoq a'zolar faoliyati va zararlanishi	43

MAXSUS BO'LIM

Asab kasalliklarini tekshirish, davolash va parvarish qilish usullari. Asab kasalligida bemorlarning kasallik tarixini yozish	45
Asab sohasini tekshirish	46
Asab kasalliklarini davolash va parvarish qilish usullari	48
Periferik asab tizimi kasalliklari	51
Bel-dumg'aza radikuliti	52
Bo'yin radikuliti	54
Ko'krak radikuliti	54
Tirsak nervining nevriti	55
Bilak nervining nevriti	55
Oraliq nervining nevriti	55
Quyunch nervining nevriti	56
Yuz nervining nevriti	56
In'eksiyadan keyingi quyunch asabi nevriti	57
Nevralgiyalar	58
Uch tarmoqli nervning nevralkiyasi ...	58
Ensa asabining nevralkiyasi	59
Qovurg'alararo nervlarning nevralkiyasi	59
Periferik asab tizimi kasalliklarni davolash	60
Polinevritlar	61
Difteriya polinevriti	61
Alkohol polinevriti	62
Diabet polinevriti	62
Poliradikulonevropatiya (Giyen-Barre alomati)	63
Toksik polinevritlar	65
Markaziy asab tizimining yuqumli kasalliklari Meningitlar	65
Yiringli meningit	66
Sil meningiti	67
Zaxm meningiti	70
Ensefalit	70
Epidemik (letargik) ensefalit	70
Kana ensefaliti	71
Ikkilanchi ensefalitlar	72
Gripp va uning asab tizimini zararlashi	73
Rvmatik ensefalit	76
O'tkir poliomiyelit	78
Miyelit	79

Leptomeningit	80	ruhiy kasalliklarni davolash, nazorat qilish hamda parvarish xususiyati ..	137
OITS	81	Ruhiy kasalliklarga qilinadigan parvarishlar xususiyatlari	140
Bosh va orqa miyada qon aylanishlar-ning buzilishlari	84	Ichki kasalliklar va yuqumli kasalliklarda uchraydigan ruhiy o'zgarishlar.	
O'tib ketuvchi bosh miyada qon aylanishning buzilishi	84	Tug'ruqdan keyingi psixozlar	143
Ishemik insultlar	86	Shizofreniya	145
Genorragik insult	88	Moniakal – depressiv psixoz	149
Pardalar orasiga qon quyilishi	88	Alkogolizm, alkogol psixozlar	151
Markaziy asab tizimining o'smalari ...	92	Narkomaniya	156
Bosh miya absessi	94	Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi	160
Miyaning parazitar kasalliklari	95	Bosh miya atrofiyasi natijasida vujudga keladigan ruhiy o'zgarishlar	161
Bosh va orqa miya shikastlanishi	97	Epilepsiya, bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar, bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari	164
Orqa miya shikastlari	101	Bosh miya jarohatida uchraydigan ruhiy o'zgarishlar	167
Nerv tizimining irsiy-degenerativ va zo'rayib boradigan kasalliklari	102	Psixogeniyalar	169
Neyrogen mushaklar distrofiyasi	104	Reaktiv psixozlar	170
Chaqaloqlarda asab tizimi kasalliklari	109	Psixopatiyalar	171
Chaqaloqlarda bo'yin va yelka chigalining jarchatlanishi	113	Nevrozlar	172
Bolalar serebral falajligi	114	Nevrasteniya	173
Vegetativ asab tizimi kasalliklari	118	Miyadan ketmaydigan holatlar nevrozi	174
Vegetativ qon tomirlar distoniyasi ...	118	Nevrozlarning davosi	175
Migren	120	Amaliy muolajalar va ko'nikmalar ...	179
Anafilaktik shok	121	Test savollari	188
Asab tizimining kasbga aloqador ba'zi kasalliklari va zaharlanish hollari	124	Asab va ruhiy kasalliklarida qo'llaniladigan tayanch iboralar ...	194
Botulizm	127	Asab va ruhiy kasalliklarida qo'llaniladigan dori vositalari	196
Psixiatriya: (Ruhiy kasalliklar)	128	Antidepressantlar	197
Ruhiy kasalliklarning belgilari	128	Vitaminlar	199
Ruhiy kasalliklarning asosiy alomatlari	132	Foydalanilgan adabiyotlar	200
Psixonevrologik yordanni tashkil etishning asosiy masalalari, shifoxonalarda va psixonevrologik dispanserda			

X. Q. SHODMONOV, X. Sh. ESHMURODOV
O.T. TURSUNOVA

ASAB VA RUHIY KASALLIKLAR

Muharrir A. Ziyodov
Badiiy muharrir J. Gurova
O'xnik muharrir T. Smirnova
Musahhih M. Akromova
Kompyuterda sahifalovchi A. Yuldasheva

Bosishga 2004.17.08. y. da ruxsat etildi. Bichimi 60%90¹/₁₆
«O'ayms» garniturada ofset bosma usulida bosildi. Shartli b.t. 12,5.
Nashr t. 13,5. Jami 2000 nusxa. 117-raqamli buyurtma.

«ARNAPRINT» MCHJ da sahifalanib, chop etildi.
O'shkent, H. Boyqaro ko'chasi, 51.