

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM VAZIRLIGI

Z.M.Orziyev, D.M.Tuxtayeva,
O‘.H.Hazratov

HAMSHIRALIK ISHI JARAYONIDA
BEMORLARNI TEKSHIRISH
USULLARI

O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazrligi
tomonidan tibbiyot institutlarining oliy ma‘lumotli hamshira
(5720600) yo‘nalishi I-II kurs talabalari uchun
o‘quv qo‘llanma sifatida ma‘qullangan

Tib-kitob nashriyoti
Toshkent – 2010

UDK: 611 (575.1)

51.1 (50')12

O-76

Orziyev Z.M., Tuxtayeva D.M., Hazratov O'.H., «**Hamshiralik ishi jarayonida bemorlarni tekshirish usullari**» o'quv qo'llanma, O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi, Toshkent: «Tib kitob» nashriyoti, 2010. 216 bet.

BBK 51.1(50')2ya73

Mazkur o'quv qo'llanma mualliflari "Hamshiralik ishi nazariyasi" hamda "Terapiya va harbiy dala terapiyasida hamshiralik ishi" fanlarini o'rganish jarayoni davomida bemorlar bilan bo'ladigan muloqotning diagnostik ahamiyatiga alohida e'tibor qaratishgan. Shuningdek, ichki kasalliklar klinikasida qo'llaniladigan asosiy fizikal tekshirish usullarining mohiyatini keng yoritish hamda talabalarga amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishlari uchun yaqindan ko'mak berishni o'z oldilariga maqsad qilib qo'yganlar.

Ushbu qo'llanmadan zukko va talabchan kitobxon foydalanishini mualliflar yaxshi his etgan holda, turli fikr va mulohazalarni samimiy qabul qilishga tayyordirlar. Chunki bildirilgan qarashlar mazkur qo'llanmaning keyingi nashrlarini tayyorlashda yordam beradi deb umid qiladilar.

T a q r i z c h i l a r: t.f.d. I.R. Ma'rufxanov
t.f.n, dotsent K.J. Boltayev

ISBN-978-9943-348-10-3

№ 745-4070

©«Tib kitob» nashriyoti, 2010 y.

SO‘ZBOSHI

«Hamshiralik ishi jarayonida bemorlarni tekshirish usullari» nomli o‘quv qo‘llanmada bugungi kunda o‘quv jarayoniga ilg‘or pedagogik texnologiyalarni va amaliy faoliyatga zamonaviy tekshirish usullarining jadal kirib kelishi bilan bir vaqtda bemorlarni bevosita tekshirish usullari (ko‘zdan kechirish, palpatiya, perkussiya, auskultatsiya)ning o‘rni va ahamyatiga alohida e‘tibor berilgan. Mavzuga oid jadvallar, rasmlarning kiritilishi qo‘llanma mazmunini yanada boyitgan. Qo‘llanma sodda va ravon uslubda yozilganligi talabalarni o‘zlashtirishi va tushunishi uchun qulaylik yaratadi.

Mazkur qo‘llanmada, shuningdek, hamshiralik ishining rivojlanish jarayonlari, bemor bilan muloqot san‘ati, tibbiy deontologiya elementlari haqida ham alohida ta‘kidlab o‘tilgan.

Qo‘llanma davolash, stomatologiya va tibbiy pedagogika fakultetlari va institutining yuqori kurs talabalari uchun ham yaqin ko‘makchi va maslahatchi adabiyot sifatida baholanadi deb niyat qilamiz.

Mualliflar

KIRISH

Bugungi kunda «Hamshiralik ishi nazariyasi» hamda «Terapiya va harbiy dala terapiyasida hamshiralik ishi» fanidan talabalar ommasi uchun adabiyotlar o'zbek va rus tillarida yetarlicha mavjud bo'lishiga qaramasdan, mazkur o'quv qo'llanmaning mualliflari talabalar diqqat-e'tiborini bemorlarni bevosita tekshirish usullarining o'rni va ahamiyatiga qaratishni lozim deb hisoblaydilar. Yillar davomida yig'ilgan amaliy tajribalar va kafedra xodimlari tomonidan talabalar nazariy bilimlarini mustahkamlash uchun olib borilayotgan sa'y-harakatlar mualliflar jamoasiga bemorlarni tekshirishning bevosita usullari, ya'ni ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya xususida to'xtashga, ularning o'rni va ahamiyatini talabalar ongiga singdirish uchun ushbu qo'llanmani yaratishiga turtki bo'ldi. Tavsiya qilinayotgan o'quv qo'llanma talabalarga u yoki bu tekshirish usullarini nazariy jihatdan tushunib olish, amaliy jihatdan bajarib, ko'rsata olishga, yo'l qo'yilishi mumkin bo'lgan xatolarni (masalan, Krening maydonini aniqlash, sigmasimon ichakni paypaslash) to'g'rilashga hamda turli xil kasalliklarda kuzatiladigan o'zgarishlar to'g'risida to'liq ma'lumotlarga ega bo'lish imkoniyatini beradi.

Qo'llanmaning ilk marotaba yozilishini hisobga olib mualliflar jamoasi talabalar va o'qituvchilar tomonidan bildirilgan taklif va qo'shimchalarni mamnuniyat bilan qabul qilib, ulardan unumli foydalanishga harakat qiladilar.

I BOB. HAMSHIRALIK ISHI NAZARIYASI VA FALSAFASI

1.1. Hamshiralik ishi nazariyasi va falsafasi

Hamshiralik ishi tushunchasi mashhur ingliz tibbiyot hamshirasi Floryans Naytingeyl tomonidan kiritilgan. U o'zining 1859-yilda parvarish haqida yozgan kitobida «Hamshiralik ishi – bemor tuzalishi uchun uning atrofida qilinadigan barcha harakatlar majmuidir», deb ta'kidlab o'tgan.

Hozirgi zamonda hamshiralik ishi xalq sog'lig'ini saqlash tizimining salmoqli tarkibi hisoblanmoqda. Uning ko'lami keng va ko'p qirrali bo'lib, tibbiy sanitariya ishlarini va aholi salomatligini saqlash borasida atrof-muhitning zararli ta'siridan xoli qilish kabi masalalarni qamrab oladi.

Hamshira faoliyatining asosida bemor bilan munosabat yotadi. U bemorning kasalligi tufayli kechirayotgan azob-uqubatlariga hamdard va malham bo'ladigan g'amxo'r insongina emas, balki uning qarindoshi va yaqinlari bilan yupatuvchi suhbat va iliq munosabat muhitini tashkil etuvchi shafqat hamshirasidir.

Inson qiyofasiga ega har bir odamni yaxshi anglash uchun uni o'rganmoq zarur. Har bir odam bir butun olam bo'lib, uning jussasi – tanasining barcha qismlari bir-biriga bog'liqdir. Demak, hamshira oddiy ijrochi emas, balki tibbiyot jabhasida millatimizning obro'si va madaniyatini ko'rsatuvchi va ayni chog'da, o'ta mas'ul shaxsdir.

Ma'lumki, insonning salomatligi, kayfiyatining yaxshi me'yorda saqlanishi, ruhan tetikligi aksariyat hollarda atrof-muhitga, uning ekologik holatiga, havoning tozaligigi hamda ijtimoiy-ruhiy jarayonlarning mutanosibligiga bog'liq. Odam sog'lig'i uning biron kasallikka chalinganligi bilan emas, balki atrof-muhit bilan mutanosib taraqqiy etishiga qarab o'lchaniladi.

Hamshiralik ishi fanining maqsad va vazifalari odamning sihat-salomatligi va muhitning munosibligini ta'minlaydi.

Hamshiralik ishi o'ziga xos mustaqil ilm va ajoyib san'at bo'lib, hamshira vazifalari, odam shaxsi, atrof-muhit va salomatlik bilan bog'liq masalalar uning falsafiy o'zagini tashkil qiladi.

Hamshiralik ishining falsafasi zaminida insonga bo'lgan mehri, uning salomatligini saqlash huquqlarini va insoniylik fazilatlarini hurmat qilish kabilar yotadi. Bunga erishish uchun hamshira yurak haroratini, bor bilimini, vaqtini ayamaligi kerak. U har doim insonlarga yaxshilik qilishga intilib yashashi va tibbiy qasamyodiga, halol kasbiy burchiga sodiq bo'lishi lozimdir.

Tibbiyot hamshiralarning xalqaro kengashida qabul qilingan axloqiy kodeks 4 ta asosiy tamoyilni qamrab olgan:

- inson sog'lig'ini muhofaza qilishga yordam berish;
- inson kasalliklarining oldini olish (profilaktika) ishlarida faol qatnashish;
- kasallikka chalingan bemorlarning sog'lig'ini tiklash;
- surunkali xastalangan bemorlarning og'ir ahvolini yengillashtirish.

Bu vazifalarni bajarish hamshiralardan jamiyat va hamkasblari oldida katta mas'uliyatni va jasoratni talab qiladi.

Hammaga ma'lumki, O'zbekistondagi hamshiralik xizmat madaniyati sobiq sho'ro yillarida shakllana boshlangan. Bu degani – hamshiralik xizmat sohasidagi jilov millatimiz qo'lida emas edi. Shu boisdan xalqimiz boshqa millatlarga orqa qilar edi, chunki ular tazyiqida boqimandalik, kemptiklik va norasolik hissi asirida yashab kelar edi. Endi u zamonlar ortda qoldi.

Olamning bo'laklarini o'zaro bog'liq, ularni bir butun holda o'rganadigan soha – falsafa fanidir. Shu nuqtai nazardan qaraganda, har bir inson, har bir bemor butun bir olam hisoblanadi. Sog'lom yoki bemor inson bilan qanchalik ko'p va diqqat bilan suhbatlashar ekansiz, siz uning qanchalik chuqur fikrli, cheksiz bilimli, o'ziga xos xulq va fe'l-atvorga ega kishi ekanligiga

ishonch hosil qilasiz. Uning jismoniy azoblari va ruhiy qiynalishlarini bilish esa sizni yanada murakkabroq muammolar olamiga olib kiradi. Shunday ekan, bemorlik davrinig asosiy qismida birga bo‘luvchi hamshira haqiqiy falsafiy fikr yurituvchi, masalaga keng va chuqur yondashuvchi mutaxassis bo‘lmog‘i zarur. Hamshiralik ishida kasalliklar va kasalliklarning oldini olish, profilaktikasi masalalarini o‘rganish katta ahamiyatga egadir.

1.2. Hamshiralik ishining rivojlanish tarixi

Hamshiralik ishini tushunish va o‘rganish uchun avvalambor uning tarixiga nazar solmog‘imiz lozim. O‘tmish tarixda buyuk olimlar hamshiralik ishi haqida ko‘pgina fikrlar bayon qilganlar. Bu qimmatbaho ma‘lumotlar hozirgi yosh avlodga hamshiralik ishining kelib chiqish tarixi va uning mohiyatini o‘rgatib, bilim doiralarini yanada kengaytiradi. Tarixda buyuk kishilarning fikri tibbiyotda katta rol o‘ynaydi. Shunday ekan, biz oldimizga tarix nima uchun kerak degan savolni qo‘yishimiz tabiiy. Tarix ko‘p sabablarga ko‘ra o‘rganiladi. Xususan:

1. O‘tgan voqealar yoki avlodlarimiz tarixini bilish uchun.
2. Ilgari bo‘lib o‘tgan hodisalar misolida hozirgi hayotimizni to‘g‘ri baholash uchun.
3. Qilingan xatolarni takrorlamaslik uchun.
4. Hozirgi kunda yo‘q bo‘lib ketgan xalqlar madaniyatini o‘rganish uchun.

“Hamshiralik ishi asoslari” deganda biz tibbiy sanitar yordamni, ma‘naviy, madaniy munosabatlarni tushunamiz. Insonlarni hamisha bir muammo qiziqtirgan: kasallikning oldini olish va sog‘liqni saqlash. Taraqqiy qilgan mamlakatlarda aholining sog‘lig‘ini saqlash borasida iqtisodiy, madaniy, ma‘naviy, jismoniy tomondan yordam ko‘rsatilmoqda. Shu bilan bir qatorda urf-

odatlar, insonning tarixiy kelib chiqishi, uning siyosatga munosabati o'rganilmoqda.

Tarixda har qanday tibbiyot xodimi kasallarga hamda o'z-o'ziga tibbiy yordam berishni zimmasiga olgan. Vaqt o'tishi bilan insonlar zamonaviy yangi usullarni o'ylab topganlar. "Hamshiralik ishi" jarayoni tibbiy yordam ko'rsatish strukturasi eng keng shakllangan tarkibiy qismidir.



Birlashgan amirliklar davrida **Florens Naytingeyl (1829-1910)** haqida, ayniqsa, uning "Hamshiralik ishi" asari bo'yicha ko'p ma'lumotlar bo'lgan. Hamshiralik ishi faoliyatining asosiy tarixiy ko'rsatkichlari 1831-yildan boshlanib, Yevropaning ba'zi mamlakatlarida, xususan Angliyada hamshiralik ishini qayta isloh qilishga kirishilgan. Angliyada yuqori tabaqaga mansub shaxslar hamshiralik ishiga o'z hissasini

qo'shishni o'zining burchi deb bilgan. Ulardan biri mashhur ingliz tibbiyot hamshirasi Florens Naytingeyl bo'lib, u Germaniyaning Kayzerverte institutida tahsil olgan. Oliy o'quv yurtini tugatgach, Londonning kichik kasalxonasini boshqargan hamda "Hamshiralik ishi" fanidan hamshiralarga dars bergan.

U hamshiralar uchun alohida binoda bo'lim tashkil qilib, unga rahbarlik qiladi. Bu bino asosan Qrim jangida ishtirok etgan Britaniya harbiy askarlariga xizmat ko'rsatar edi (1-rasm). Shifokorlar tomonidan ko'rsatilgan turli to'siqlarga qaramasdan, ular o'limni qisqartirishga, o'z xizmatlarini sidqidildan olib borishga intildilar. Florens 1860-yil iyul oyida 15 nafar iqtidorli talabalarni o'z maktabiga qabul qilgach, zamonaviy hamshiralik ishi faoliyati rasmiy tus oldi.

Ularni o'qitishning asosiy prinsiplariga:

– nazorat qilish (boshchilik qilish) qobiliyatiga ega bo'lgan hamshiralar guruhini tayyorlash;

– ilmiy asoslar (nazariy va amaliy bilimlar)ni uzluksiz berib borish;

– hamshiralarning shaxsiy xususiyatlari (hamshiralar tanlov asosida qabul qilinib, ularning ma’naviy-axloqiy xususiyatlari)ga jiddiy e’tibor berilar edi.

Florens Naytingeylning maktabini tugatgan har bir iqtidorli shogirdi uchun u “Hamshiralar tayyorlash” dasturining asoschisi hisoblangan. Hamshiralik ishida Florens Naytingeylning xizmati shundan iboratki, u hamshiralik ishini o’qitishga asos soldi, bu ishning davomchilarini tarbiyalab berdi. Shu bilan birga, sog’liqni saqlash tizimida hamshiralar ajralmas bo’lak ekanligini ko’rsata

Men tantanali ravishda olloh va insonlar oldida qasamyod qilaman:

O’z hayotim va ishimda rostgo’ylik, beg’arazlik va sadoqatli bo’lishga va’da beraman;

Zarar yetkazmaslik qoidasiga rioya qilishga yoki insonga zarar keltiruvchi dori-darmonlarni qo’llamaslikka;

O’z kasbim me’yorlarini rivojlantirish va qo’llab quvvatlash uchun qo’limdan kelganча bajarishga;

O’z amaliyotimda bemor va uning oilasi haqida ma’lumotlarni sir tutishga va’da beraman;

Shifokorning ishiga o’zimning bor kuchim, bor imkoniyatim bilan yordam berishga va tan-u jonim bilan bemorlarni davolashga o’z umrimni, bilimimni, sadoqatimni bag’ishlashga va’da beraman.

oldi. Uning tomonidan hamshiralar qasamyodi ham qabul qilindi.

Florensning aytishicha, “Hamshira – nafaqat tibbiyot yordamchisi, balki bemorlarni parvarish qiluvchidir”. Florens Naytingeylning xizmatlari ko’pgina mamlakatlarda foyda keltirgan.

U hamshiralik ishiga asos solar ekan, bemorlarni tezroq va samarali sog‘ayishi uchun ularni turmush tarzini o‘rganib, ba’zi savollarga javob izladi.

«Hamshiralik ishi» tushunchasi Florens Naytingeyl tomonidan kiritilgan. Hamshiralik ishi nazariyasi – bu kasallik tabiatidan kelib chiqadigan har bir xususiyatni tahlil qilib, uning atrof-muhitga hamda sog‘liqni tiklashga ta’sirlarini chuqur o‘rganishdir. 1960–1970-yillarda ishlab chiqarilgan ko‘pgina nazariyalar Verjiniya Xenderson tomonidan keltirilgan bo‘lib, bunda hamshiralik ishi faoliyatining barcha vazifalari belgilab berilgan.

Hamshiralalar orasida Verjiniya Xenderson (1955) nazariyasi juda mashhur bo‘lib, unda qayt etilishicha, ayrim shaxslar, bemorlar va sog‘lom kishilarni parvarishlash hamshiraning asosiy vazifasidir. Bu vazifa bemorning o‘z salomatligiga bo‘lgan munosabatini baholashda yetarli darajada kuch va irodaga hamda yuqori bilimga ega bo‘lish, bemorga o‘z sog‘lig‘ini mustahkamlash va tiklash yo‘lida bajaradigan ishlarini amalga oshirishida yordam berishdan iboratdir.

Xenderson bo‘yicha insonning 14 ta asosiy ehtiyojlari quyidagilardir:

1. Yaxshi nafas olish.
2. Ovqat iste’mol qilish, yetarli darajada suv ichish.
3. Organizmdan axlatni chiqarish.
4. Harakatlanish.
5. Uxlash, dam olish.
6. Kiyinish.
7. Tana haroratini normal ko‘rsatkich atrofida saqlash.
8. Badan tozaligini saqlash.
9. Xavfni chetlab o‘tish orqali xavfsizlikni saqlash.
10. Muloqotda bo‘lish, his-tuyg‘ularni ifodalash.
11. O‘z qarashlariga va fikriga sodiq qolish.
12. Qoniqish hosil qiladigan faoliyat olib borish.
13. Yoqimli faoliyat olib borish.

14. O‘z salomatligiga doir ma‘lumotlarni qidirish.

Sog‘lom kishi mustaqil ravishda bunday hayot faoliyatini olib borish imkoniyatiga egadir.

“Hamshira-shifokor” munosabati ham tubdan o‘zgarib, hamshiralalar ham shifokordek mas‘uliyat mavqeyiga ega bo‘ldi. Ular o‘rtasidagi munosabat mutanosibliigi ta‘minlandi. Bu xildagi munosabatlar tibbiy xizmatni yaxshilashga samarali ta‘sir ko‘rsatadi.

Tibbiy xizmat ko‘rsatuvchi xodimlar o‘zaro bir-birini tushunishi, munosabatlar jarayonida esa birinchi o‘rinda inson salomatligini saqlashga urinmog‘i lozim. Har bir tibbiyot xodimi bemorning tezroq sog‘ayishini ko‘zlab davo usullarini tanlaydi, albatta. Bu esa tinimsiz o‘qishni, ko‘proq o‘z ustida ishlab bilim doirasini kengaytirishni talab etadi.

O‘zaro axborot almashinish, hamshiralik talabi standartlarini yaqinlashtirish maqsadi rivojlangan mamlakatlar ish tajribalarini o‘rganishni talab etadi.

Bundan xulosa qilamizki, bizdan oldin yashab o‘tgan olimlarning fikri hozirda ko‘pgina yutuqlarga erishishga yordam bermoqda va bilim asoslarining kuchayishiga sabab bo‘lmoqda. Masalan, W.Rentgen tomonidan 1895-yilda kashf etilgan R-nurlari sanoqli mamlakatlarda tibbiy tashxisot usuli sifatida ishlatilgan va uning samaradorligi talaygina mutaxassislar tomonidan tan olingan .

Hamshiralik ishi o‘ziga xos mustaqil ilm va ajoyib san‘at bo‘lib, uning falsafiy o‘zagini hamshira vazifalari, odam shaxsi, atrof-muhiti va sog‘liq bilan bog‘liq masalalar tashkil qiladi.

Hamshira o‘z ish faoliyatida turli bemorlarga duch keladi va shuning uchun ham har bir kasal odamning xastaligi og‘ir-yengilligiga qarab, uning psixologiyasi (ruhiy holati), dunyoqarashi, madaniyati, kamgapligi, andishaligi, asabiyligi va hokazo turfa fazilat va xususiyatlariga qarab muomala usullarini ishlab chiqishi, bemorni yupatishi, bemor ko‘ngliga o‘tiradigan gap

topishi va xastalangan yuragiga botadigan xatti-harakatlarni qilmasligi yoki yarashmaydigan qiliqlar bilan «qovun tushurib» qo‘ymasligi, yurish-turishi sokin, mayin va shu bilan bir qatorda qat‘iyligi bilan ta’sir ko‘rsatish qobiliyatiga ega bo‘lishi kerak.

Bemor va uning yaqinlari bilan bo‘layotgan jarayonda hamshira odobi, hatti-harakati, aytayotgan gaplari, tovush intonatsiyasi, undagi vazminlik, qat‘iylilik va shu bilan bir qatorda iliq yoki muloyim tabassumda bo‘lishi ham katta ahamiyat kasb etadi.

1998-yilda tashkil qilingan O‘zbekiston o‘rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlarining Assotsiatsiyasi qabul qilgan Axloqiy kodeks (nizom) majmui va Qasamyodi Respublikamizda faoliyat ko‘rsatayotgan 250 mingdan ziyod o‘rta tibbiyot xodimlari va hamshiralarning kundalik ishlarida dasturilamal vazifasini o‘tamoqda.

1997-yildan O‘zbekiston Respublikasida MDH mamlakatlari ichida birinchi bo‘lib «Hamshira» jurnalining chop etilishi o‘rta tibbiyot xodimlarining kasbiy bilim mezonini yuqoriroq pog‘onaga ko‘tardi. Ularning ma’naviy, deontologik va etik nuqtai nazardan bilim va salohiyatlarini boyishlariga katta hissa qo‘shuvchi bu jurnal kundalik o‘quv dasturi vazifasini bajarmoqda.

Endi hamshiralar o‘zlarining yuksak minbarlariga ega bo‘ldilar. Ularning ovozi, fikr-mulohazalari, dard-u nidolari, sevinch-quvonchlarini faqat ular ishlab turgan poliklinika yoki kasalxona, shifoxona yoki muassasa jamoasi, rahbarlarigina emas, butun O‘zbekiston biladi.

Biz bunday jurnalga allaqachonlardan beri muhtoj edik. Jahondagi yirik davlatlar qatoridan joy olgan, ekologik jihatdan nihoyatda murakkab hududda joylashgan, aholisining yarmidan ko‘pini o‘quv yoshidagi bolalar va yoshlar tashkil qiladigan O‘zbekiston, albatta, a’lo darajada ishlaydigan hamshiralar “qo‘shini”ga ega bo‘lishi zarur. Bir narsani esda tutaylik: bemor shifokorni bir kunda faqat bir necha daqiqa davomida ko‘radi,

hamshira esa bemor bilan har doim yonma-yon hamda dardiga sherikdir. Hamshira shifokor ko'rsatgan yo'ldan bemorni yetaklab borib, uni sog'lomlik tomon kuzatadi.

Shu so'zlarni bitayotib, hamshira so'zining o'zi nihoyatda chuqur mazmunga ega ekanligini beixtiyor esladik. U har birimiz uchun opa yoki singil. Gap shundaki, hamshira ayni vaqtda tibbiyotning rasmiy vakilasi. U shifokor bilan bemorni bog'lab turuvchi va shu sababli davolanish jarayonini bevosita amalga oshiruvchi vositachi, afsungardir. Hakim bemorning dardini to'g'ri aniqlab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu ko'rsatmalarning qay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi to'g'ridan-to'g'ri hamshiraga bog'liqdir.

Hamshiralik ishining etikasi. Hamshira shifokor, bemor va uning oilasi, shuningdek boshqa kishilar bilan bo'lgan shaxslararo munosabatlar doirasida ish faoliyatini olib boradi. Shuning uchun hamshira to'g'ri deb hisoblagan narsa boshqalar fikridan farq qilishi mumkin. Bunday hollarda hamshira o'z tajribasi va yaqqol misollar asosida fikr yuritishi lozim.

Hamshiraning etika asoslari o'rganilgandan keyin kasbiy boylıklar va hamshiraning asosiy vazifalari o'rganiladi.

Hamshira, shifokor, bemor, oila a'zolari va boshqa kishilar o'rtasida vujudga kelgan kelishmovchilik, turli fikrlar munozarasida hamshiraning o'zini qanday tutishni o'rganishi juda muhim. Shuning bilan birga, mijozga qaratilgan parvarish nuqtai nazaridan kelib chiqqan holda qanday qaror qabul qilish kerakligini bilishi lozim.

1.3. O'zbekiston Respublikasida Oliy hamshiralik Ishining rivojlanish tarixi

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998 yilda qabul qilingan Farmoniga muvofiq sog'liqni saqlashni qayta isloh qilish davlat Dasturi qabul qilindi. Qayta isloh qilishdan maqsad –

mamlakatda sog'liqni saqlash yuzasidan ma'lum tizimni tashkil qilib, unda aholining salomatligini yaxshilash, fuqarolarga sifatli tibbiy yordam ko'rsatish uchun to'liq konstitutsion huquqlarini ta'minlash hamda ularni ijtimoiy himoyalashni ko'zda tutadi.

Islohotning asosiy vazifalaridan biri – davlatimiz tomonidan to'liq kafolatlangan sifatli tez tibbiy yordamni ko'rsatish, shoshilinch tibbiy xizmatni mustahkamlashni nazarda tutadi. Davlatimiz tomonidan aholiga bepul tibbiy xizmat (tez yordam, onkologik-ftiziatriya va hokazo)lar ko'rsatish ta'minlangandir. Shu bilan birga, pullik xo'jalik hisobidan tibbiy xizmat ko'rsatish masalasi ham ishlab chiqilgan bo'lib, buni shaxsiy mablag'lar yoki yuridik va jismoniy shaxslar mablag'i hisobidan amalga oshirish ko'zda tutilgan.

Hozirgi davrda tibbiy yordamni tashkil qilish borasida sifatli tibbiy xodimlarni tayyorlash ko'zda tutilgan bo'lib, jumladan zamon talabiga javob beruvchi hamshiralarni tayyorlash vazifasi turadi. Hozirda aholining barcha ehtiyojlarini qondira oladigan malakali hamshiralarni tayyorlash vazifasi turibdiki, bu ulardan mutaxassisligi bo'yicha chuqur ma'lumotga, tibbiy guruhda teng mavqe'ga ega bo'lishni talab etadi. Asosiy maqsadlardan biri – sog'liqni saqlash tizimi oldida turgan muammolarni yechish uchun hozirda yangi tibbiy yordam ko'rsatish usullari ishlab chiqildi.

Bular:

yangi tizim yaratib, birlamchi yordam ko'rsatishni isloh qilish (qishloq vrachlar punktlari, shahar vrachlik punktlari, oilaviy poliklinikalar);

tez va birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish jahon standartlariga javob beruvchi maxsus tez yordam ko'rsatish markazlarida o'tkazilishi.

Barcha bosqichlarda yuqori malakali shifokorlar bilan birga oliy ma'lumotli hamshiralalar xizmat ko'rsatishadi.

Isloh qilishning asosiy vazifalaridan biri – davlat tomonidan kafolatlangan sifatli tibbiy xizmat ko'rsatish, shoshilinch tibbiy

yordamni mustahkamlash hamda uni xususiy xizmatlar, yuridik va jismoniy shaxslar mablag'lari yordamida amalga oshirishni taqozo etadi.

1995-yilda Respublikada hamshiralar ishini tashkil qilish uchun maxsus guruh tashkil qilinib, faoliyat ko'rsatish milliy rejasi ishlab chiqilgan. Sog'liqni saqlashni isloh qilishda hamshiralik ishining o'rni va ahamiyati benihoya katta. Hozirgi kunda hamshiralik ishining maxsus koordinatsion kengashi faoliyat ko'rsatayotgan bo'lib, u 25 a'zodan tashkil topgan.

Viloyat va tuman kasalxonalarida bosh hakim o'rinbosari maxsus lavozimi joriy qilingan bo'lib, ularda oliy ma'lumotli hamshiralar faoliyat ko'rsatib kelmoqda. Shu bilan birga, yetakchi tibbiy hamshira lavozimi ham kiritilgan bo'lib (tibbiyot institutlarini tugatgan hamshiralar uchun), mutaxassislik tasnifi, lavozimi belgilangan.

1995 yilda Toshkent shahrida bosh hamshiralar kengashi o'tkazilib, unda hamshiralik ishi yuzasidan huquqiy-normativ bazalar, ular faoliyatining ahamiyati, o'rni yuzasidan kelib chiqqan savollar atroflicha o'rganib chiqildi. Profilaktik davolash muassasalarida hamshiralik xizmatini boshqaruvchi (menejer) lavozimi kiritildi. Bu tashkiliy tadbirlardan maqsad hamshiralarning jamoatchilik oldida mavqeyini yanada ko'tarishdan iborat edi.

2002-yil Toshkent tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish instituti qoshida bosh hamshiralar uchun Sog'liqni saqlashni tashkil qilish kafedrasini ochildi. Kafedrada hamshiralarga menejerlik, marketing, liderlik, hamshiralik ishini tashkil qilish yuzasidan ta'lim beriladi. Bundan tashqari, hozirda hamshiralikning yangi texnologiyalarini tatbiq qilish yuzasidan ishlar olib borilmoqda. Keyingi yillarda bemorlar parvarishida hamshiralarning ishtirok etishi yaxshilanmoqda, ularning bilim darajasi oshib bormoqda. Ularga nisbatan do'stona ishonch bildirish munosabatlari yaxshilanmoqda.

Hamshiralik jarayoni bo'yicha yangi texnologiya loyihasining davolash bo'limlarida tatbiq qilinishi kutilmoqda.

“Hamshiralik ishi”ning o'qitilishini tubdan isloh qilish

O'zbekiston Respublikasida kadrlarni tayyorlash “Ta’lim to’g’risida”gi Qonun va “Kadrlar tayyorlash milliy dasturi” hamda sog’liqni saqlashni isloh qilish davlat Dasturiga muvofiq olib boriladi. Hamshiralarni tayyorlashda qator islohotlar boshlangan bo’lib, boshlang’ich ta’lim 9-11-sinflar ma’lumotiga tayanadi. Boshlang’ich uzluksiz ta’lim va o’rta maxsus tibbiy ma’lumot bilimlarini olgan hamshira qishloq va shahar vrachlik punktlarida faoliyat ko’rsata oladi.

1999-2000 o’quv yilida tibbiyot institutlarida oliy ma’lumotli hamshiralar tayyorlash fakulteti tashkil etilgan bo’lib, ular 5 yo’nalish, ya’ni menejer, pedagog, tug’ruqxona bloki akusher-kasi, reanimatsiya bo’limi bloke va anesteziologiya bo’yicha mutaxassislar tayyorlana boshlandi. O’zbekistonda hamshiralarni tayyorlash bo’yicha ish sifatini yaxshilash maqsadida kollej bazasida o’quv dasturlari mutanosibligini ta’minlash uchun kafedralarning filiali ochilgan.

2002 yilning noyabr oyida oila tibbiyoti faoliyatini yanada yaxshilash maqsadida Respublika miqyosida konferensiya o’tkazildi. Oilaviy hamshirasining burch va vazifalarini to’liq yoritib bergan qaror ham qabul qilindi.

Hozirgi paytda O’zbekiston Respublikasida oila hamshiralari faoliyatiga ko’proq e’tibor qaratilmoqda. Jamiyatda sog’lom turmush tarzini ta’minlash uchun aholi o’rtasida ko’pgina tushuntirish ishlari olib borilmoqda. Xususan, ko’pgina yuqumli kasalliklarning oldini olish uchun profilaktika ishlarini qanday olib borish lozimligi ayniqsa chuqur o’rgatilmoqda.

Tibbiyot xodimlarini tayyorlash sohasida boshqa mamlakatlar ish tajribalarini o’rganishga ham alohida o’rin ajratilgan.

Xalqaro aloqalar. Hamshiralik ishini isloh qilishni takomillashtirish borasida xalqaro donorlik tashkilotlari (Jahon Banki, Osiyo Taraqqiyot Banki, YuNISEF, «JICA»Yaponiya agentligi) bilan qator tadbirlar o'tkazilib, ularda kollejlarni zarur o'quv va ko'rgazmali qurollar bilan ta'minlash, hamshiralarning malakasini chet ellarda oshirib borish kabi masalalar o'z yechimini topmoqda.

Mutaxassislik assotsiatsiyalarini rivojlantirish. Turli yo'nalishlar bo'yicha hamshiralarni qo'llab-quvvatlash maqsadida O'zbekistonda sog'liqni saqlash doirasida maxsus Assotsiatsiya tashkil etilgan bo'lib, uning filiallari barcha regionlarda faoliyat olib bormoqda.

Assotsiatsiya tomonidan ishning samarali kechishini ta'minlash maqsadida hozirda barcha ko'rsatkichlarning sifatini, axborot uzatishni yaxshilash chora-tadbirlari olib borilmoqda.

Istiqbollari. Butun dunyoda hamshiralarga katta umidlar bilan qaraladi hamda ularning inson salomatligi yo'lidagi mehnati davlatning diqqat markazida turadi.

1.4 Hamshiralik ishida shaxslararo munosabat

Biz hammamiz so'zlar yordamida muloqot qilamiz. Lekin o'ylab ko'ring, agar biz gapirayotgan so'zlar, noverbal harakatlari-miz bizning imo-ishoralarimiz bilan to'g'ri kelmasa-chi?

Noverbal ko'nikmalar gapirilgan gapning asosiy ma'nosini ko'rsatib beradi. Noverbal signallar so'zlarga qaraganda ko'proq ma'no anglatadi. Siz kundalik hayotingizda aytayotgan gaplaringiz bilan noverbal signallar mos kelishini o'z kuzatuvingiz ostiga olishingiz kerak.

Noverbal muloqot ko'nikmalari quyidagi yo'llar bilan namoyon etiladi: suhbatdoshingiz bilan oradagi masofa, bemorni o'ziga yaqin tutish, tana holati, maxfiylik, ko'z orqali muloqot.

Hamshira va bemor munosabati

Tibbiyot deontologiyasi shifokorlarning burchi va odobi haqidagi fan bo'lib, shifokorlar, hamshiralar hamda kichik tibbiyot xodimlarning xatti-harakatini belgilaydigan mafkuraviy va ma'naviy dasturilamaldir.

Mazkur bobda biz deontologiyaning ma'lum bir jabhasi bo'lmish «Hamshira va bemor munosabatlari» haqida so'z yuritamiz.

Tibbiyot deontologiyasi hamshiradan avvalo insoniy fazilatlarga ega bo'lishni taqozo etadi. Bu fazilatlar bilimdonlik, odamiylik, jasorat, mehr-shafqat, xush-muomalalik, halollik, pokizalik, insoflilik, sofdillik, ziyraklik, hozirjavoblik, bosiqlik, kamtarlik, izlanuvchanlik, andishalikda ko'rinadi.

Bemor kasalxonada o'z yaqinlari va do'stlaridan uzoqda, ko'pincha, o'zini yolg'iz his etadi, yangi sharoitga moslashishi qiyin bo'ladi, shuning uchun ham hamshira kasallarga e'tibor bilan qarab, g'amxo'rlik ko'rsatishi darkor. Bemorni, ko'pincha, bo'limda uchraydigan kamchiliklar: davo muolajalarining o'z vaqtida bajarilmaganligi, bemorxonalarining sovuqligi, ovqatning kechikib kelganligi va h.k. lar asabiy holatga olib kelib, o'zaro munosabatlarni chigallashtiradi. Bu esa davo natijasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bu muammolar yechimida hamshiraning tutgan o'rni, vazifasi beqiyosdir.

Tibbiyot olamida vujudga kelgan ko'pgina muammolarning hal qilinishi hamshiraning vijdoniga, axloqiy madaniyatiga va ma'naviyatiga bog'liq.

«Ma'naviyat» insonga nihoyatda zarur omil bo'lib, bu uning qalb ko'zgidir. Aynan hamshiralar ma'naviyatli, yuqori madaniyatli bo'lmoqlari zarur, chunki ular doimo el orasidadirlar. Ma'lumki, kishi ma'naviyatining asosi bilimdir. Yuksak bilim va malakaga ega bo'lgan o'qimishli hamshira o'ta intizomli bo'lib, boshqalarga ham har ish, har yumushda ibratli bo'lishlari lozim. Ba'zilar muomilani joyiga qo'yib: «Amakijon (yoki opajon,

xolajon), yaxshi uxlab turdingizmi? Kayfiyatlar yaxshimi? Ertalabki dorilarni iste'mol qilib oldingizmi? Kechagidan ko'ra ancha tetiksiz, xudo xohlasa, yaqinda otday bo'lib ketasiz», - deb yupatadi. Bu iliq so'zlardan kasalning chiroyi ochiladi. Ba'zi hamshiralalar esa: "Hali ham yotibsizmi? Qo'l-yuzni yuvdingizmi? Bunday qilsangiz dorining unumi bo'lmaydi», - deb qo'pollik qiladi. Bu albatta bemor ruhiyatiga yomon ta'sir qiladi. O'z bemoriga munosabat ham shu bo'ldimi? Qani oddiy ma'naviyat? Qani oddiy odob, intizom tushunchasi? Ba'zan butun bir davo maskanida qator hamshira bo'lgan holda birorta hamshira tomirga igna bilan tushish mahoratini bilmaydi. Gohida o'n to'rt joyingga igna qadab «tomiringiz qochib ketyapti» deb bahona qilishadi. Bu esa asabga tegadi.

Yo deylik, bemorga huqna (klizma) qilish zarur bo'lib qoldi. Darhol «Vazelingiz bormi?» - deb so'raydi. Yo'q desa, chala yuvilgan rezina idishni suvga bir chayib, ishni bajarishaveradi. Bu to'g'ri emas. Hamshira, albatta kerakli narsalarni avvaldan tayyorlab qo'yishi lozim.

Ayrim hamshiralarda diagnostika haqida tushuncha yo'q. Ko'pincha u «Bemor yomon bo'lib qoldi» degan iborani ishlatadi. Shuningdek, hatto zuluk solishni ham bilmaydi. Nahotki bilim yurti talabalari o'qish, o'rganish davomida tomirga tushish, zuluk solishni o'rganib olmasa. Bizning nazarimizda, musiqaga yoshdan tanlanganidek, shifokorlik, hamshiralik ishiga ham, ko'rik-tanlov orqali, alohida mehribon, e'tiborli, insonparvar odamlarni o'qishga olish zarur. «Bu yerda matematikasi yo'q ekan, kiraveray», deydi xudbin, o'ziga ortiqcha bino qo'ygan odamlar tibbiyotga yaroqsizdirlar.

Bizningcha, hamshira faqat shifokor aytgan ishni xotirjamgina, loqaydgina bajarishi to'g'ri emas. Hamshira – oddiy ijrochi emas. U o'z shifokori yonida, garchi birovga buyurmasa ham, yana bir shifokorga aylanishi zarur. U tibbiyot jabhasida millati-

mizning obro'si va madaniyatini ko'taruvchi va ayni chog'da o'ta mas'ul shaxsdir.

Jahondagi yirik davlatlar qatoridan joy olgan, aholisining yarmidan ko'pini o'quv yoshidagi bolalar va yoshlar tashkil qiladigan O'zbekiston, albatta, a'lo darajada ishlaydigan hamshiralar «qo'shin»iga ega bo'lishi zarur. Bu «lashkar» xalq sog'ligi uchun olib boriladigan sabr-toqat va izchillikni talab qiluvchi jabhalarda asosiy kuchdir. Bir narsani ko'zda tutaylik: bemor shifokorni kuniga faqat bir necha daqiqagina ko'radi, hamshira esa tun-u kun doimo u bilan yonma-yon. Hamshira shifokor ko'rsatmalariga amal qilgan holda bemorning sog'lig'ini tiklashga harakat qiladi. Kasalxonada ish qizib turganda ham, hamma ishlar tugallanib, davolovchilar uy-uylariga ketganlarida, zim-ziyo qorong'ilik tushganda ham bemorning oldida hamroh va hamdard bo'lib qoluvchi inson yakka-yu yagona hamshiradir.

Hamshira so'zining o'zi nihoyatda chuqur mazmunga ega. Hamshira bir onadan sut emgan, degani. Demak, u har birimiz uchun tug'ishgan opa va singil. Gap shunda-ki, hamshira ayni vaqtda tibbiyotning rasmiy vakilasi. U shifokor bilan bemorni bog'lab turuvchi bir ko'prik. Shifokor bemor dardini to'g'ri aniqlab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu ko'rsatmalarning qay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi hamshiraga bog'liq. Xo'sh, hamshira bemor bilan qanday so'zlashgani ma'qul: uzoqmi yoki qisqa? Kasal bilan so'zlashish vaqti ko'pgina omillarga bog'liq bo'lib, hamshiradan juda nozik, o'ziga xos me'yorni talab etadi. Suhbat davomiyligi va mazmuni bemorning ahvoli, uning madaniyat darajasi, fe'l-atvor xususiyatlariga bevosita bog'liqdir. Shunga ko'ra, bemor bilan suhbatlashayotganda, hamshira me'yorni bilishi, kasalning suhbatdan qanday ta'sirlanayotganini sinchkovlik bilan kuzata olishi kerak. Barcha tushuntirishlar lo'nda, aniq, qat'iy, bemorlar uchun mutlaqo tushunarli bo'lmog'i lozim. Yoqimli va shirin so'z bilan murojaat qilishda, samimiy tabassumda hamshiraning o'z

bemorlariga g'amxo'rliги va diqqat-e'tibori ifodalanadi. Biroq hamshiraning diqqat-e'tibori va samimiyligi xufiyona tarzda bo'lmasligi, hamshira bemorning o'rtadagi yaqinlik munosabatlarini suiiste'mol qilishiga yo'l qo'ymasligi va shunga muvofiq o'zining xatti-harakatlarini tartibga solishi va bemorning xulq-atvorini kuzatib borishi kerak. Bemor bilan suhbatda uning kechinmalarini yengillashtirishga intilish belgilangan dori-darmonlarga qaraganda yaxshiroq shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi hamda bemor tomonidan katta minnatdorchilikka sazovor bo'ladi. Bemorni diqqat bilan tinglay olish kasal haqida zarur ma'lumotga ega bo'lishda yordam beradi. Hamshira ishga kelgani zahoti o'zining barcha bemorlaridan xabar olishi va ish kuni yakunida hech bo'lmaganida juda qisqa muddatga barcha bemorlarining xonasiga kirib chiqishi ayni muddao bo'lar edi. Bu bemor ruhiyatiga bag'oyat ijobiy ta'sir ko'rsatadi: bemorlar o'zlarini bir necha soat davomida hamshiraning uzluksiz kuzatuvi ostida sezadilar, hamshira ana shu vaqt ichida o'zlariga xizmat ko'rsatishiga, uning juda ham ziyrak ekanligiga, kun davomida xastalardan bir necha marotaba xabar olishiga ishonch hosil qiladilar. Erta bilan bemorlar yotadigan xonalarga qilingan tashrif 5-10 daqiqa davom etsa-da, bu ular uchun naqadar katta ahamiyatga ega.

Tibbiyotda shunday bir ibora bor: «Yaxshi parvarishlangan bemor». Bunda bemorlarning yaxshi jismoniy, gigiyenik parvarishigina (yaxshi ovqatlantirish, joylashtirish, xona havosini o'zgartirish, kiyim-kechak va to'shak anjomlarining tozaligi va h.k.) emas, avvalo mohirlik bilan olib borilgan «ruhiy parvarish»: bemorga to'g'ri ma'lumot berilgani, ruhiy ahvoli yaxshiligi, asta-sekin tiklanayotganligi, hamshira bilan yaxshi munosabatda ekanligi tushuniladi. Ish kunining boshi va oxirida hamshiralarning palatalariga qisqa muddatli tashrifi davolash muassasalarida «iliq ruhiy iqlimning» yaratilishiga asos bo'ladi.

Hamshira bemor bilan o'zaro munosabatda bo'lar ekan, kasalning shaxsiy xususiyatlarini, kasallik keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan asabiy ta'sirlanishini, madaniyat darajasini hisobga olishi va albatta shifokor sirini oshkor qilmasligi kerak. Shifokor siri deganda, asosan bemor to'g'risidagi ma'lumotlar (bu ma'lumotlarni asosan bemorning o'zidan olinadi), kasallikning noxush kechishi, psixologik (inson ruhiga) ziyon yetkazuvchi tashxis tushuniladi. Tibbiyot xodimining faoliyatida ko'pincha shunday hollar bo'ladi, shifokor siri «aldash» bilan bog'liq, uni «muqaddas yolg'on» deb ataladi. Masalan, kasalligi o'limga olib boradigan bemorga uning kasalligi og'ir ekanligini gapirmaslik kerak. O'limi aniq bo'lgan bemorlarga ular sog'ayib ketishiga umid bildirib aytilgan so'zlar ularga tasalli beradi. Kasallikning tarzi va uning qanday tugashi haqidagi ma'lumotlarinigina emas, shu bilan birga, bemorlarning xufiyona hayoti haqidagi ma'lumotlarni ham oshkor qilib bo'lmaydi, chunki bu hol ularga qo'shimcha azob-uqubat keltirishi va shifokor, hamshiraga bo'lgan ishonchga putur yetkazishi mumkin.

Tibbiyot hamshirasi bemorga uning haqiqiy tashxisini ma'lum qilishi yoki qilmasligi haqida fikr yuritishi zarur. Agar hamshira bemorga tashxisni bildirishga qaror qilsa, uning bosqichi, asoratlarini yengil shaklda, bemorni asta-sekin tayyorlagan holda bosqichma-bosqich aytishni o'ylab ko'rishi kerak. Tabiiyki, bemorga hamma narsani gapirib bo'lmaydi, lekin ziyoli, tushunadigan kishi bilan «sukut saqlash» yoki ikkilanish foydadan ko'ra ko'proq zarar keltiradi.

Bir qator kasalliklarda, jumladan, zararli o'smalari bo'lgan xastalarga tashxis ma'lum qilinmaydi, onkologiya shifoxonasiga kelgan kasal o'zidagi shishning «yomon» yoki «yaxshi» ekanligini aniqlash iztirobini boshdan kechiradi va tabiiyki, buni shifokordan yoki hamshiradan so'rab bilishga harakat qiladi. Onkologik kasallikka uchragan bemorlar psixikasi juda nozik va ta'sirchan bo'ladi, bu hol, ayniqsa, kasallikning yaqinlashib kelayotgan

oqibatini his qilganda namoyon bo'ladi. Bunday sharoitda hamshiraning baland ovoz chiqarib gaplashishi, qahqaha bilan kulishi bemorni ruhiy muvozanatdan chiqarib yuborishi mumkin. Bemorlarga tashxis, davolash, kasallikning asoratlari va qaytalashlari oldini olish bilan bog'liq bo'lgan ko'pgina ma'lumotlar bildiriladi, o'z-o'ziga yordam berish yo'llari ko'rsatilib, maxsus eslatmalar bilan ta'minlanadi. Masalan, oddiy misol – qandli diabet kasalligining mohiyatini hamshira faqatgina tushuntirmay, balki diabetga qarshi parhez, inyeksiyalarni bajarish texnikasini o'rgatishi, turli xil insulinlar va ichiladigan dorilarning xossalari, komadan oldingi holat belgilari va boshqalar haqida ma'lumot berishi kerak. Shu tariqa tushuntirishlar infarktdan keyingi kardioskleroz, xafaqon kasalligi, aritmiyalar, oshqozon-ichak yara kasalligi va boshqa xastaliklari bo'lgan bemorlar uchun zarurdir.

Hamshiraning o'lim ehtimoli bo'lgan og'ir bemor to'shagi yonidagi xatti-harakatlari tibbiyot deontologiyasining muhim va mushkul masalasi bo'lib kelmoqda. Masalan, bemorga o'lim ehtimolini ma'lum qilish yoki qilmaslik masalasi, agar bu haqda bildirib qo'ymaslik kerak bo'lsa, uni qaysi sharoitda va qay tarzda amalga oshirish muammosi ko'ndalang bo'ladi. Barcha zamonlarda bu masala muqarrar ravishda manfiy yechimga ega bo'lgan. Buning uchun bir qator keskin asoslar va fikrlar mavjud. Bemorga mutlaqo najotsiz oxir-oqibat to'g'risidagi achchiq haqiqatni ma'lum qilish – bu avvalo uning hayotidagi eng muhim narsa – umidini tortib olish, oxirgi kunlari va soatlarini zimiston tunga, tubsiz qora jarlikka tushishga aylantirishdir. Bunday hollarda hamshira bemor ko'ngliga sog'ayib ketish umidini solishi va unda kasallikka qarshilik ko'rsatish hissiyatini uyg'otishi zarur.

Hamshira bilan bemor o'rtasidagi munosabatning yana bir muhim tomoni bemorga tayinlangan individual tartib, parhez, dori-darmonlar bilan davolanish rejalarini tushuntirish va to'g'ri tashkil etishdan iborat.

X asrning taniqli olimi Ali Ibn Abbos Ahvaziy o'zining «Shifokorlar uchun o'g'itlar» asarida yozganidek, bemorlarni davolash jarayoniga e'tibor berish va davo uchun faqatgina dorilarni emas, balki to'g'ri ovqatlanishni ham qo'llashga harakat qilish zarur. Bemorlarga xavfli dorilarni buyurish, shuningdek, ularni u yoki bu xastalikni davolayotganda bemorlar orasida targ'ib etish mumkin emas. Faqatgina tartib bilan ma'lum dorilarni qabul qilish, parhez to'g'risida batafsil, qat'iy va ishonтира oladigan darajadagi ko'rsatmalarning o'zigina emas, balki qayta aloqani ham nazorat qilish zarurdir.

Deontologiyada «yatrogeniya» tushunchasi bor. Bu shifokor yoki hamshiraning farosatsizligi, nojo'ya ko'rsatmalari, qo'pol xatti-harakatlari, bilimsizligi va loqaydligi, bir so'z bilan aytganda, tibbiyot xodimining aybi bilan paydo bo'lishi mumkin bo'lgan yana bir kasallikdir. Bu buyuk tib allomasi Suqrotning «Rgemum non nosege», ya'ni «Bemorga eng avvalo zarar keltirma» degan deontologik naqlning buzilishi oqibatidir. Bunday kasallik bugungi kunda uchraydigan xastaliklarning taxminan 10 foizini tashkil qiladi. Bu shifokorlar va hamshiralar orasida hali ham o'z deontologik burchini to'la tushunib yetmaydiganlar borligidan darak beradi. Shuningdek, egrotogeniyalar, ya'ni bir xasta kishiga boshqa bir bemor so'zining salbiy ta'siri ham mavjud. Shifoxonalarda ko'pincha ba'zi bir bemorlarning o'z xonasidagi xasta qo'shnisiga ma'lum darajadagi ta'siri sezilib, u ruhiy tanglikni, xavotirni keltirib chiqaradi. Bunday holatni, o'z fikricha tibbiyot xodimlaridan ham chuqurroq bilimga ega bo'lgan, «azaliy» bemorlar keltirib chiqarishlari mumkin. Ular, kasalxonaga kelgach, bemorlarga maslahat va tavsiyalar beradilar. Aksariyat hollarda o'z tinglovchilarini ruhiy tushkunlik holatiga olib keluvchi qayg'uli va mash'um «oldindan aytish» fikrlari bilan o'rtoqlashadilar. Bu kabi egrotogeniyalarning oldini olishda aynan hamshiralarning bo'lim tartibi, bemorlarning ma'lum majburiyat-lari, intizomi va bir-birlari bilan o'zaro munosabatlari haqida

to'liq va monand axborot berishi, muntazam ravishda o'tkaziladigan suhbat va xabarlar katta ahamiyatga ega. Bu o'rinda bemorga tanbeh berish uslubi singari xususiy masala to'g'risida to'xtalib o'tish ham foydadan holi emas. Tanbeh berish zaruriyati, ko'pchilik hollarda, bemor shifoxona rejimi, intizomi, bo'lim tartibini buzganda yuzaga keladi.

Hamshira bunday hollarda bemor bilan juda ravshan, tushunarli, aniq, ishontirib gaplashishi kerak. Bu suhbatning faqat natijasigina muhimdir: bemor tanbehni to'g'ri tushunishi va hamshira saboqlarini to'liq qabul qilishi lozim. Shu bilan birga, bunday suhbat bemorning ahvoriga hech ham yomon ta'sir qilmasligi darkor. Bemor hamshira bilan ilgaridek mehribon va yaqin munosabatda ekanini, yotsirash yoki ziddiyat vujudga kelmaganini sezishi zarur.

Shu tariqa, yuqori deontologik kuchga ega bo'lish, xususan, bemorlar bilan munosabatda uquvli bo'lish hamshiralarning faoliyatidagi zaruriy ko'nikmadir.

Kommunikatsiya asoslari

O'qituvchi so'zlash usuli bilan mavzuni tushuntira boshlaydi. Ayrim joylarda psixoterapevtik ta'sir barcha davro turlaridan ustun turadi. Shuning uchun muloqot hamshiralik ishida muhim rol o'ynaydi. Muomala bilimi hamshira uchun bemor bilan uning oilasi, shifokorlar va boshqa mutaxassislar bilan birga davolash ishlarini samarali olib borishi uchun kerak. Hamshira xushtabiatligi, bilimli, madaniyatli muomalasi bilan bemor hamda uning oilasining ishonchini va hurmatini qozonishga sazovor bo'ladi.

Terminlar. *Muloqot* – o'tayotgan axborotlarning betinim uzatilishi, qabul qiluvchiga o'tib bo'lishi.

Noverbal muloqot (so'zsiz) – imo-ishoraga qo'l va gavda harakati muomalada bo'lishi.

Verbal muloqot (so'zli) – bir shaxsdan ikkinchisiga muomala davrida so'z bilan uzatiladigan axborot.

Muloqotni 3 turga bo'lish mumkin:

1. Ichki shaxsiy muloqot – insonning o'z-o'zi bilan fikran muloqoti, rejalar tuzish, rivojlantirish, boshqa inson bilan muloqotga tayyorlanish.

Masalan: Ichki shaxsiy muloqotda o'z-o'ziga eslatish: «Bemorga tomchi usulida dori yuborishni tekshirish kerak: Bu fikr og'zaki aytilmaydi.

2. O'zaro shaxsiy muloqot – 2 va undan ko'proq insonning suhbat. Masalan: Hamshira o'z hamkasblari bilan fikr, tajriba almashinuvi.

3. Jamoatchilik muloqoti – bir insonning ko'p kishilik guruh bilan suhbat. To'g'ri muloqot insonning bir-birini tushunishini kuchaytiradi.

Muloqot texnikasi. Samarali muloqot 5 elementdan tashkil topgan:

- yuboruvchi – ma'lumot yuboruvchisi
- ma'lumot – yuborilgan ma'lumot
- kanal – yuborilayotgan ma'lumot turi (og'zaki, yozma, qo'l harakati).

- qabul qiluvchi – ma'lumot qaratilgan shaxs

- tasdiqlash – ma'lumot qabul qilinganligi haqida tasdiq.

To'g'ri savol berish orqali muloqot samarali bo'lishi mumkin.

Savollar «yopiq» bo'lishi mumkin. Bu savollarga qisqa «ha» va «yo'q» javobi olinadi. «Ochiq» savollarga nisbatan «yopiq» savollarga to'liq javob olish mumkin. Masalan: «Siz qila olasizmi?», «Siz xohlaysizmi?», «Sizda bormi?». «Ochiq» savollar: «Aytolmaysizmi?», «Menga ko'rsata olmaysizmi?», «Nima?», «Qachon?», «Qanday?» kabi to'g'ri savol berilsa, muloqot samarasiz bo'ladi.

Tushunmovchilikning sabablari har xil:

- ma'lumotning berilishi tushunarsiz yoki juda tez yoki juda past.

– ma'lumot berish noto'g'ri olingan (masalan, inson yomon eshitishi yoki yozma ravishda berilgan ma'lumotni o'qiy olmasa).

– yuboruvchi ma'lumotni olganligi yoki tushunganligi haqida tasdiq olmagan.

Verbal muloqotning 2 ta zarur elementi mavjud:

Verbal muloqotda nima gapirilayotganligi va qanday gapirilayotganligi aniq va qisqa bo'lishi lozim.

Verbal muloqot quyidagi holatlarda samarali bo'lishi mumkin.

– sekin so'zlanisa, nutq aniq bo'lsa, oson qisqa jumlar qo'llansa;

– maxsus terminologiya ko'p ishlatilmasa, bemor uchun terminologiya tushunarsiz bo'lsa, bemor terminologiya mazmunini so'rashga uyaladi va muloqot natijasiz bo'ladi;

– muloqotga to'g'ri vaqt tanlansa, bemor hamshira bilan muloqotga xohishi bo'lsa;

– sizdagi kayfiyatsizlik bemor bilan muloqotga ta'sir qiladi: gapdagi, so'zdagi tovush. Qayg'urish, farqsizlik, qo'rquv kabi tuyg'ularni bemor bilan muloqotda namoyon qilmaslik zarur.

Yozma noverbal muloqotning hamshira uchun ahamiyati katta. Bu muloqotda quyidagi ko'rsatkichlar inobatga olinadi: toza va chiroyli yozish, harflarning yirik-maydaligiga va rangiga ahamiyat berishi zarur, xabarnomaga barcha ma'lumotlar kiritilganligi haqida ishonch hosil qilish kerak, xatosiz yozishga harakat qilgan ma'kul.

Yozma muloqotning samaraliligining bir necha omillari bor:

o'qiy olish; tushunish; ko'ra olish; yozilgan ma'lumotni tushunib olish. Noverbal (so'zsiz) muloqotni ko'z, qo'l holati bilan amalga oshirish mumkin. Odam qanday muloqotni tanlashidan qat'iy nazar ma'lumot berilayotgan odamga to'g'ri kelishi kerak. Ma'lumot ishonchli, ma'noli, yuqori saviyali bo'lsa, ma'lumot qabul qiluvchi odamning ishonchi ortadi. Ayrimlar

ishonch muloqotni agressiv muomala bilan almashtiradilar – bu noto‘g‘ri. Shuning uchun ancha o‘ylab, tanlab va qanday ta‘sir qilishi haqida o‘ylash lozim. Bemor bilan suhbatlashishda, quyidagi ko‘rsatmalarga rioya qilish kerak:

- agar tilingizga ko‘ngilsiz so‘z kelsa, chiqib keting;
- bo‘lib o‘tgan voqeani hurmat qilgan kishingizga ayting;
- suhbatdoshingizga qiziqish bilan qarash lozim, bemor hamshira qiziqishini sezsin.

Muloqot o‘rnatish. «Muloqot o‘rnatish» tushunchasi qatoriga kommunikatsiyaning asosi bo‘lib xizmat qiluvchi hozir bo‘lish sezgisi, eshitish mahorati, qabul qilish mahorati, xavotirni bildira olish, bemorga dilni ocha bilish, o‘zga qarashlarni qabul qilish, birga qayg‘urish va o‘zgani hurmat qila bilish tushunchalari kiradi.

Barcha odamlar muloqot o‘rnatish uchun aynan shu komponentlardan ma‘lum darajada boxabar bo‘ladilar. Hamshiralilar uchun tushunish va javob qaytarish jarayonidan maqsad bemorning “sir”ini ochish emas, balki “sir” ni o‘rganish, ya‘ni muloqot davomida insonning fe‘l-atvorini o‘rganishdan iborat. Bunday harakatlar orqasidan Siz o‘zgalar va o‘zingiz haqida ko‘proq ma‘lumotga ega bo‘lasiz.

Kommunikatsiya – hamshiralik ishining asosidir. Insonni tushunish va u bilan muloqot qilish uchun hurmat va e‘tibor talab qilinadi.

O‘zaro muloqot qilish, ya‘ni kommunikatsiyaning asosiy komponentlari: hozir bo‘lish sezgisi, hamshiraning eshitish mahorati, qabul qila olish mahorati, xavotirni bildira olish mahorati, o‘zga qarashlarni qabul qilish, birga qayg‘urish, samimiylik va o‘zgalarni hurmat qilish.

Hozir bo‘lish sezgisi – keng ma‘noda o‘zga odam bilan uchrashuvni bildiradi, bu e‘tiborning aniq ko‘rinishi bo‘lib, qabul qilish va qiziqishdan iborat.

Eshitish mahorati – buning uchun hamshiradan sezgirlik, tushunish, o‘zga odamni muhokama qilishdan o‘zini tiyish kabi xislatlar talab qilinadi. So‘z yuritilayotgan mavzuni chuqur anglash uchun, shu xislatlarni o‘zida rivojlantirish va yuksak darajaga chiqarish talab qilinadi. Yaxshi tinglovchi bo‘lish uchun esa butun fikrini o‘zga odamga jamlash, o‘z o‘y-fikrlarini singdira ola bilish kerak.

Xavotirni bildirish mahorati – o‘zga odamga xavotirni bildirish, unga yordam berish ko‘zda tutiladi. Hamshiralik amaliyotida xavotirni bildirish mahorati muhim omil bo‘lib hisoblanadi. Hamshira uchun bu xislat ko‘p narsani anglatadi va bemor to‘g‘risida tashvish tortish, hol-ahvol so‘rash, parvarish qilishni o‘z ichiga oladi.

Eshitish mahoratining umumiy tamoyillari. Endi eshitish mahoratining bir necha samarali tamoyillarini ko‘rib chiqamiz.

- Gapiirishni bas qiling – bu to‘g‘rida yozish jiddiy emasdek tuyuladi, lekin suhbat davomida bir vaqtda birgina odam gapiradi, ikkinchisi esa uni tinglaydi. Butun e‘tiborni bemorga qarating va o‘zingizga jalb eting. Uni savollar va mulohazalar bilan chalg‘it-mang, buning o‘rniga bemorga bor gapni so‘zlab berishiga imkoniyat bering.

- Chalg‘ituvchi omillarning oldini oling – bu omillar telefon qo‘ng‘iroqlari, avtomobil va texnik jihozlar, odamlar shovqini bo‘lishi mumkin. Gazeta o‘qiyotgan, qo‘lida qalam o‘ynatayotgan, derazadan tashqariga boqayotgan va shu kabi mashg‘ulotlar bilan shug‘ullanayotgan odam bilan suhbat qurish qiyin bo‘ladi. Shuning uchun bunday holatlarning oldini oling.

- so‘zlayotgan odamdan nigohingizni olib qochmang.
- gapirayotgan odamga, uning so‘zlariga qiziqishingiz borligini ko‘rsating.
- suhbatning asosiy mazmunini ilg‘ab oling.
- insonning qaysi mavzuda gaplashishni istamasligini aniqlang.

- bemor uchun qayg‘urmang.

Bemorning xayollari va his-tuyg‘ularini bashorat qila bilish.

Bemorning aytgan so‘zlarigagina emas, balki u ayta olmagan gaplarga ham e’tibor berish kerak.

Barcha ma’lumotlar 3 ta komponentdan iborat:

• **empirik** – bemor kechinmalari to‘g‘risida ma’lumot beruvchi komponent;

• **bilishga oid** – bemorni yaqindan bilish va uning nimalarga qodirligi to‘g‘risida ma’lumot beruvchi komponent;

• **effektiv** – bemor nimalarni his etayotgani yoki kimning ta’siri ostida ekanligi to‘g‘risida ma’lumot beruvchi komponent.

Bu komponentlar xohlagan kombinatsiyada uchrashi mumkin:

- faqat empirik komponentda;
- faqat bilishga oid komponentda;
- faqat effektiv komponentda;
- empirik va bilishga oid komponentlarda;
- empirik va effektiv komponentlarda;
- bilishga oid va effektiv komponentlarda;
- uchala komponentda ham.

Asosiy e’tibor, odatda, bemorning his-tuyg‘ulariga qaratiladi, bunda e’tibor bemorni tushunishda hal qiluvchi omil bo‘lib hisoblanadi. Ko‘pchilik muammolar his-tuyg‘ularga taqaladi, ular qandaydir sabablarga ko‘ra bemorga qiyinchilik tug‘diradi. Unga yordam berish uchun yoki uni qiynayotgan his-tuyg‘ularni anglash uchun ularga konstruktiv yo‘l bilan yechim topish lozim. Hamshira shu tuyg‘ularni bildirishga imkoniyat berib, ularning batafsil aytilishiga yordam berishi kerak.

Bemorning his-tuyg‘ularini aniqlashni xohlagan hamshira bemorga: «Bu yerda his-tuyg‘ular to‘g‘risida gaplashishimizga hech narsa xalaqit qilmaydi. His-tuyg‘ularingizni men bilan baham ko‘rishingizni xohlardim. Sizga yordam berishga harakat qilaman» kabi gaplarni aytishi lozim.

Shu paytda hamshira faqat aytilayotgan his-tuyg'ulargagina emas, balki aytilmayotgan tuyg'ularga ham e'tibor berishi kerak. U bemorni diqqat bilan eshitib, bemor o'ylayotgan aniq bir muammo to'g'risida ma'lumot olishi uchun kalit bo'lib xizmat qiluvchi narsani qidiradi. Bemorning so'zlari, qiliqlari, harakatlari, imo-ishoralari va mimikasi kalit bo'lib xizmat qilishi mumkin. Shularning barchasini bir birlikga jamlaganda bemor to'g'risida ko'p narsani aytib berishi mumkin.

Bemorning suhbatda qaysi so'zlarni tanlab gapirishi va bu so'zlarni qanday aytishi, ohangi, tezligi, ovozning baland-pastligi uning gaplari ostida yotgan his-tuyg'ularini tushunish uchun kalit bo'lib xizmat qilishi mumkin.

E'tiborli hamshira suhbat paytida so'zlar gapirilayotganda yoki qaysi so'zlarni eshitganda bemor ruhiy, asabiy harakat qilganini eslab qoladi. Tananing holati, uning imo-ishoralari, harakatlari hamshira uchun katta ma'lumot beradi.

Shulardan so'ng hamshira bemorga: «Men sizni aytmagan fikrlaringiz va his-tuyg'ularingiz to'g'risida shunday fikrdaman. Fikrim to'g'rimi? Shunday bo'lsa, nega bu to'g'risida gapirma-yapsiz? Agar fikrim noto'g'ri bo'lsa, iltimos, menga to'g'risini ayting» kabi so'zlar bilan murojaat qilishi lozim.

Afsuski, bunday holatlar ko'p uchraydi, ya'ni avvaldan o'z tuyg'ulari to'g'risida gapirib bera olmaslik ko'pchilik bemorlarga xosdir. Bemor o'z tuyg'ulari to'g'risida gapirib berishi uchun imkoniyatlar qidiradi. Lekin uning harakatlari noxush holatlarga to'g'ri kelib qolishi mumkin. Bunday holatlarga ko'pincha hamshira ham sabab bo'ladi. Masalan: bemor gapirayotganda e'tibor bermaslik, gapni boshqa mavzuga burish yoki: «bo'lishi mumkin emas» kabi so'zlar va harakatlar bemorni shashtidan qaytarishi mumkin. Hamshira bunday holatlarning oldini olishi lozim.

Ikkinchi holat, bemorning o'z his-tuyg'ularidan uyalish va oqibatidan qo'rqishidir. Ko'pincha odamlar o'z tuyg'ularidan

uyaladilar, ularning tuyg'ularini muhokama qilinishidan va kulgu bo'lishidan qo'rqadilar.

Hamshira bu qiyinchiliklarga qaramay bemorga katta hurmat ko'rsatishi lozim. U bemorga: «Siz aytayotgan hislarni men tushunaman va Sizni avvalgidek hurmat qilaman» degan gaplarni aytib, uning ko'ngliga taskin berishi kerak. Bunday vaziyat bemorga his-tuyg'ularini batafsilroq gapirib berishiga muhit yaratib beradi.

Shunday qilib, hamshira uchun aytilgan va sir tutilgan his-tuyg'ular juda muhimdir. Bu tuyg'ularga javob topish uchun, avval ular to'g'risida bilishi kerak.

Shaxsiy bilim va xususiyatlar. Hamshira o'z ishi, faoliyati davomida, ya'ni bemorlar bilan muloqotda bo'lganda, o'z ishini, bilimini va unga yuklangan mas'uliyatlarni bajarishi, yuqorida aytib o'tilgan xususiyatlarni ishlata bilishi bemor bilan hamshira o'rtasidagi muhitni (hamshira–bemor) belgilab beradi.

Bu bo'limda butun e'tibor Sizga (hamshiraga) qaratilgan. Bu bo'limda shaxsiy bilim va xususiyatlarga kiruvchi shirinsuxanlik, ochiq chehralik, hozir bo'lish hissi, o'z-o'zini tushunish kabilar ko'zda tutilgan.

Insondagi ichki «Men» kommunikatsiyaga va o'zgalarni tushunishga katta ta'sir ko'rsatadi. O'z-o'zini tushunish qiyin masala hisoblanadi, chunki o'z to'g'rimizda qanday fikrdaligimiz, o'zgalar biz to'g'rimizda qanday fikrda ekanliklari va aslida kim ekanligimiz o'rtasida aniq chegara qo'yish har doim ham oson kechmaydi.

O'zgalar yordamida o'z xatolarimizni anglash va o'zimiz to'g'rimizda ko'proq ma'lumotga ega bo'lishimiz mumkin. Bu bo'lim 6 ta qismga bo'linadi: iliqlik va hozir bo'lish tuyg'usi, o'zini namoyon qilish, o'zini anglay olish, o'zini qabul qila olish, yaxshi va yomon tomonlar, o'z bilimini va xususiyatlarini qo'llash.

Iliqlik va hozir bo'lish sezgisi. Iliqlik va hozir bo'lish sezgisi qanday ko'rinishlarda uchrashini ko'rib chiqamiz. Hamshira buni quyidagi yo'llar bilan namoyon qilishi mumkin: kulgi, bemor bilan do'stona munosabatda bo'lish, uning ismi bilan murojaat qilish, uni o'ziga yaqin tutish, bemor bilan hech qanday qiyinchiliksiz suhbat yuritish, bemorga nisbatan befarq emasligini ko'rsatish.

Hozir bo'lish sezgisi – bu jismoniy va ruhiy jihatdan qatnashishdir. Bu imkoniyatni orada iliqlik tug'dirish uchun ishlatish lozim. Bu imkoniyatingizni quyidagi yo'llar bilan amalga oshirishingiz mumkin: bemorning ko'zlariga boqib turing, ko'zlaringiz bilan muloqotni qo'llab turing, tik qaramang, harakatingiz bilan bemorga qiziqishingizni ko'rsating, «Ha» ma'nosida boshingizni irg'ab turing, ma'lumotlarni tushunishga harakat qiling.

O'zini namoyon qilish – bu mahorat o'zganing huquqlarini paymol qilmasdan o'z huquqlarini namoyon qilishdan iborat. Siz shunday holatga tushishingiz mumkinki, xodimlarning ish o'rinlari qisqartirilgan paytda Sizdan katta ish unumini talab qilishadi. Bunday holatlarda o'zingizni namoyon qilishingiz yoki vaziyatga tan berishingiz kerak. Ko'pincha vaziyatga tan bergan paytlarimizda stress holatiga tushamiz.

Stress paydo bo'lishiga sabab biz hech qachon haqiqatdan ham xohlagan narsamizni talab qilmaymiz. Shuning uchun bu narsaga erishmaymiz. Stressni yo'qotish usullaridan biri – o'ziga ishonch hosil qilish, «yo'q» so'zini aytgimiz kelganda, «yo'q» deyish, istagan narsani talab qilish, o'z fikrini bildirish, vaziyat talab qilganda, qarama-qarshilikka borish.

- **O'z-o'zini anglay bilish.** Bu atrofimizdagi borliqqa, jism-larga nisbatan o'z munosabatimizni bildirish demakdir. Bu xususiyat o'z-o'zini bilish bilan keskin bog'liq, chunki biz o'z sezgimiz va ta'sirchanligimiz to'g'risida ma'lumotga ega bo'lmay

turib, ularni o'zgaga aytib bera olmaymiz. Shunday qilib, o'z-o'zini anglash stressni boshqarish usullaridan biridir.

O'z-o'zini qabul qila olish. Bu xislat o'zini anglay olish bilan keskin bog'liqdir. O'z-o'zini qabul qilishda qiyinchilik sezgan odamlar o'z-o'zini anglashda ham qiyinchilik sezadilar. Agar biz o'zgalarga o'zimizni ochib bera olmasak, ular biz haqimizda ma'lumotga ega bo'lmaydilar. Natijada bizni qabul qila olmaydilar va o'z-o'zini qabul qila olmaslik kuchayadi. Shuning uchun o'z-o'zini qabul qilish shaxsiy va shaxslar aro munosabatlarni qurishda muhim o'rin egallaydi.

Shaxslararo munosabatda noverbal aspektlar ko'nikmasi

Biz hammamiz so'zlar yordamida muloqot qilamiz. Lekin, o'ylab ko'ring, agar biz gapirayotgan so'zlar, noverbal harakatlari-miz bizning imo-ishoralarimiz bilan to'g'ri kelmasa-chi?

Noverbal ko'nikmalar gapirilgan gapning asosiy ma'nosini ko'rsatib beradi. Noverbal signallar so'zlarga qaraganda ko'proq ma'no anglatadi. Siz kundalik hayotingizda aytayotgan gaplaringiz bilan noverbal signallar mos kelishini o'z kuzatuvingiz ostiga olishingiz kerak.

Noverbal muloqot ko'nikmalari quyidagi yo'llar bilan namoyon etiladi:

- Suhbatdoshingiz bilan oradagi masofa, bemorni o'ziga yaqin tutish, tana holati, maxfiylik, ko'z orqali muloqot.

Bemorni o'ziga yaqin tutish – og'ir ruhiy holatlarda bemorni tinchlantirish, u bilan birgalikda g'am chekish.

Tana holati – o'zga odamlar bilan muloqot paytida bo'ysunish, dominantlik qilish va passivlik holatlarini namoyon qilish bilan ifodalanadi.

Maxfiylik – bemorning istagiga qarab unga maxfiylikni yaratib berish lozim. Bemor bilan alohida suhbat qurish va bu suhbatni o'zgalalar bilan muhokama qilmaslik lozim.

Ko'z orqali muloqot – insonning nimalar haqida o'ylayotgani va nimalarni his etayotganini ko'zlaridan bilib olishimizdir.

Insonning ko‘z harakatlaridan uning fe‘l-atvorini ham bilib olish mumkin.

Suhbat davomida ko‘zlar bilan tik qarab turaverish ham vaziyatni asabiylashtiradi. Gapirayotganda ham, bemorni eshitayotganda ham ko‘z harakatlarini idora etish normalari mavjud. Masalan, ko‘z orqali muloqot gapirishdan oldin o‘rnatiladi. Tinglovchi unga qiziqish bildirayotganligini anglagach, gapirayotgan inson chetga qarab unga nimalarnidir so‘zlaydi. Lekin vaqti-vaqti bilan qiziqish yo‘qolmaganligiga ishonch hosil qilish uchun nigoh tashlab turadi. Noverbal signallarga ahamiyat berib turadi. Ko‘zlari orqali unga so‘zlashni to‘xtatayotganligini bildirib, tinglovchiga o‘z fikrini bildirishga imkoniyat beradi.

Noverbal ko‘nikmalar – eshitish mahorati

Tinglashni bilish mahorat hisoblanadi. Biz eshitish mahoratining uchta elementini ko‘rib chiqamiz:

- rag‘batlantiruvchi noverbal aspektlar;
- rag‘batlantiruvchi verbal aspektlar;
- jim turish.

Rag‘batlantiruvchi noverbal aspektlar

Eshitish mahoratining noverbal komponentlariga quyidagilar kiradi: ko‘z orqali muloqot, e‘tiborni anglatuvchi tana holati, bemorga qaragan tik yoki o‘tirgan holat, suhbatdoshlar orasidagi masofa, boshni irg‘ab turish bilan suhbatni qo‘llab turish.

Tinglashni bilish o‘zida: kontsentratsiyani, e‘tiborni, tushunishni jo qiladi.

Rag‘batlantiruvchi verbal aspektlar

Verbal aspektlar asabiy yoki ta’sirchan bemorlarga mayin so‘zlar orqali uning so‘zlariga qiziqishni bildirish demakdir.

Tinchlikni saqlash – suhbat davomida jim turish tajribasiz odamlarda hayajonni chaqiradi. Lekin suhbat davomida jim turish muhim pauzani yuzaga keltiradi. Pauza gapirayotgan odamga jiddiy suhbat yuritishdan oldin fikrini jamlab olishga yordam

beradi. Bemor jim bo‘lib qolganida pauzani to‘ldirishga shoshilmang. Buning o‘rniga bemor gapirgan so‘zlarni muhokama qiling.

Verbal ko‘nikmalar – savol berish mahorati

Hamshiralik amaliyotida savol berish mahorati katta ahamiyatga ega. Savollar quyidagicha bo‘lishi mumkin: umumiy, aniq, yo‘naltiruvchi, sinov maqsadida, keng tarmoqli.

Umumiy savollar. Hamshiraning bemor bilan muloqot paytida umumiy savollarga yondashishi mo‘tadil muhitni yaratadi. Ya’ni muloqot paytida hech qanday keskin, bemorni qiyin vaziyatga soluvchi savollar bermaslik kerak. Suhbatni umumiy savollar asosida qurib, asta-sekin aniq va boshqa turdagi savollarga o‘tish lozim.

Aniq savollar. Tez va dangal javoblar olish uchun aniq savollardan foydalanish lozim.

Yo‘naltiruvchi, keng tarmoqli savollar. Bemorlar javob berayotgan mahalda hamshiralar ularga shu savollari bilan javobga oydinlik kiritishi mumkin.

Savol berish mahorati

Hamshiralik amaliyotida asosiy ikki turdagi savol berish mahorati aspektlarini ko‘rib chiqamiz. Savollar umumiy va maqsadga yo‘naltirilgan bo‘ladi.

Bemor o‘zining so‘zlari orqali, o‘z fikrini keng tarzda ifodalab berishi uchun umumiy savollar katta ahamiyat kasb etadi. Savol beruvchi murakkab bo‘lmagan savollar berishi lozim.

Maqsadga yo‘naltirilgan savollar hamshira xohlagan mavzuda, xohlagan yo‘nalishda suhbat qurishda yordam beradi. Hamshiraga suhbatni boshqarishga yordam beradi. Qo‘shimcha ma’lumot olish uchun esa bemorga: “Siz menga yana kun tartibingiz, odatlaringiz to‘g‘risida nimalarni aytib bera olasiz?” kabi savol berish mumkin.

Maqsadga yo‘naltirilgan savollarga bir qator misollar keltiramiz: “Aytolmaysizmi, siz yurishga qiynalasizmi?” “Qiyin

vaziyatlarda o'zingizni qo'lga ola bilasizmi?" "Kechalari uyqungiz qanday?" "Kayfiyatingiz tez-tez tushib turadimi?" Hamshiraga kasallik tarixini to'ldirishda, bemor to'g'risida ko'proq ma'lumotga ega bo'lishida bunday savollar qo'l kelishi mumkin. Yana bu savollarni vaqtini tejash maqsadida qo'llash mumkin.

Verbal ko'nikmalar hozir bo'lish san'ati

Sizning reaksiyangiz bemorni tetiklashtirishi yoki neytral natija berishi mumkin. Reaksiya verbal yoki noverbal bo'lishi mumkin.

Tetiklantiruvchi reaksiya. Verbal va noverbal harakatlar birgalikda qo'llanganda, bemorning hamshira bilan suhbatini uyg'unlashtirishi mumkin. Hayotda bu elementlar bir-biridan ajralmasdir, lekin bu bo'limda biz ularni shartli ravishda bo'lib o'rganamiz.

Bu bo'limda gapirilayotgan reaksiya to'rtta ko'nikmani ko'zda tutadi. Ular murakkab emas, lekin ularni suhbatda qo'llashda ehtiyotkor bo'lish kerak.

Hozir bo'lish ko'nikmalari quyidagilarga qaratilgan: Aytilayotgan gaplarning to'g'ri ekanligini bilishga, xulosa chiqarishga, bemorning fikrlash qobiliyatini rivojlantirishga, bemor fikrining aniq bayon etilishiga.

Hamshiralik ishida shunday naql borki, insonlar muloqotga kirisha olish mahorati bilan tug'ilmaydilar, balki hayoti davomida tarbiyalanadilar. Faqat tomchi dori va drenaj naychalari to'g'risida bilimga ega bo'lib, bemor bilan muloqot mahoratidan bexabar bo'lgan hamshira o'z amaliyotida ko'p qiyinchiliklarga duch keladi. Lekin oxirgi o'n yillikda hamshiralik amaliyotida ijobiy o'zgarishlar ro'y berdi. Bugungi kunda hamshiraning insonga ijtimoiy, psixologik va jismoniy borliq sifatida yondashishiga va bemorni parvarish qilishiga katta e'tibor berilyapti. Bu e'tibor bemorlarning to'liq sog'ayib ketishlari uchun muhim omildir.

Demak, siz bemor bilan muloqotda o'z mahoratingizni namoyon etishingiz, zarur ko'nikmalarni hosil qilishingiz kerak. Bunday muloqot birinchi uchrashuvdanoq hosil bo'lishi va parvarish jarayonining oxiriga qadar saqlanishi lozim. Dialog, ya'ni muloqot yordamida hamshira bemorlar asabining tiklanishiga, masalaning hal etilishida va bemorning hayotda to'g'ri yo'ldan borishiga yordam beradi.

1.5. Salomatlik konsepsiyasi. Salomatlikka ta'sir etuvchi omillar

Oxirgi o'n yil ichida insonlar sog'lig'ini saqlash masalasi ilmiy asosda yechila boshlandi. Natijada ikki atama – sanalogiya va valeologiya atamalari paydo bo'ldi.

Sanalogiya – kasalliklar, shikastlanish va boshqa patologik holatlar natijasida buzilgan faoliyatni tiklash jarayonini o'rganadi.

Valeologiya – salomatlik haqidagi ta'limot bo'lib (atamani 1980-yil I.N.Brexman tavsiya qilgan), sog'liqni saqlash, mustahkamlash, inson hayotini uzaytirish va mehnat qobiliyatini saqlash yo'llarini o'rganadi. Sog'lom turmush tarzini targ'ib qiluvchi oliy ma'lumotli hamshira salomatlik, shaxsiy va jamiyat salomatligi to'g'risida aniq tushunchaga ega bo'lishi lozim.

JSST salomatlikka quyidagicha ta'rif beradi: «Salomatlik – kasallik yoki jismoniy nuqsonning yo'qligi emas, balki insonning jismoniy, ruhiy, ijtimoiy jihatdan osoyishtalik holatidir».

«Sog'lom bo'lish yaxshi, kasallik esa yomon» ekanligi to'g'risida hamma aniq tasavvurga ega. Kasallik ma'nosiga qaraganda, salomatlik manosini tushuntirish qiyinroq. Shunga qaramasdan salomatlikni baholash muammosi amaliyot uchun muhimdir.

Jamiyat jismoniy salomatligining asosiy ko'rsatkichlaridan biri – bu uzoq umr ko'rishdir.

Tibbiyot xodimlarining vazifasi nafaqat inson salomatligini saqlash yoki tiklash, ya'ni uzoq umr ko'rishga erishish, balki faol uzoq umr ko'rishga erishishdir. Insonning sog'ligi, uning subyektiv ko'rsatkichlari, ya'ni shikoyatlarining yo'qligi va obyektiv ko'rsatkichlari uning yuqori mehnat qobiliyatini saqlashi bilan belgilanadi.

Tibbiyot xodimlari salomatlikni to'liq va sifatli baholash uchun tibbiyot amaliyotida «sog'lom» va «deyarli sog'lom» tushunchalarini ko'p qo'llaydilar. Odamni to'liq tekshirishda biror kasallik holati yoki a'zolar tuzilishida avj oluvchi o'zgarishlar bo'lmasa «deyarli sog'lom» tushunchasi qo'llanadi. Shuni aytish lozimki, «deyarli sog'lom» odamlar sayyoramiz aholisining asosiy qismini tashkil qiladilar. Bular surunkali kasalliklar bilan og'rib, sog'ayib ketgan, go'yoki shikastlanish natijasida sog'lig'iga jiddiy nuqson yetmagan har xil yoshdagi odamlardir.

Kundalik hayotda va klinik amaliyotda «me'yor» degan ibora ham juda ko'p ishlatiladi. Buzilgan faoliyatning dastlabki holatiga qaytishi to'g'risida gap ketganda tibbiyot xodimlari «ko'rsatkichlar me'yorlashdi» degan iborani ishlatadilar.

Zamonaviy tekshirishga asoslangan moslashuv nazariyasi bo'yicha organizmning quyidagi holatlari ajratiladi: qoniqarli moslashuv holati; faol taranglik holati; qoniqarsiz moslashuv holati; moslashuvning buzilishi.

Bu holatlar salomatlikdan kasallikka o'tishda o'tkinchi davr hisoblanadi. Bu holatlarga tashxis qo'yish uchun murakkab neyro-fiziologik, biokimyoviy, gemotologik va boshqa tekshiruvlar o'tkaziladi, bu tekshiruvlar maxsus laboratoriyalar va faoliyatni tashxislash xonalarida amalga oshiriladi.

«Nozologik holatlargacha» tashxis qo'yishda subyektiv (so'rab-surishtirish) va obyektiv ma'lumotlardan foydalaniladi. Salomatlikni ta'minlashda organizm fiziologik tuzilishining funksional imkoniyatlari juda katta.

Demak, salomatlikni baholashda nafaqat tinch holatda, balki faol zo'riqishda, yani faol sinamalar o'tkazish jarayonida ham tashxis qilish lozim.

Tibbiyot hamshirasi jamiyat a'zolari salomatligini saqlashda, sog'lom turmush tarzini targ'ib qilishda «jamiyat salomatligi» tushunchasidan foydalanishi zarur.

«Jamiyat salomatligi»ni baholashni o'rganishda tibbiyot xodimlari sotsial, tabiiy va biologik omillarni inobatga olishi lozim. Tibbiyot hamshirasi aholi salomatligini ta'minlash borasidagi profilaktik ishlarni olib borishda uch guruh ko'rsatkichlardan foydalanadi:

- demografik ko'rsatkichlar:
- aholining jismoniy rivojlanganlik ko'rsatkichlari;
- kasallanish, shikastlanish, nogironlik ko'rsatkichlari;

Tibbiyot hamshirasi aholi orasida profilaktika ishlarini olib borishda ularga salomatlik me'zoni va yo'nalishini tushuntirishi lozim. Chunki butun xalq salomatligining me'zoni va yo'nalishini ishlab chiqish bu g'oyat katta, qiyin va mas'uliyatli vazifadir.

Inson salomatligini ta'minlashda nafaqat tibbiyot xodimlari, balki ilm-fanning boshqa tarmoqlari, ishlab chiqarish orqali hukumat ham ishtirok etishi lozim.

Qo'yilgan maqsadga birlamchi profilaktik tadbirlar orqali erishiladi:

1. Inson ongi (bolalikdan o'z sog'ligiga nisbatan to'g'ri tarbiyalash).

2. Mehnat va dam olish tartibini to'g'ri yo'lga qo'yish.

3. Harakat (badantarbiya, sport, chiniqish).

4. Ratsional ovqatlanishlar e'tiborga olinadi.

Salomatlik nima? Salomatlik nimada ekanligi haqidagi tasavvurlarning birontasi ham "to'g'ri" yoki "noto'g'ri" bo'lmasligi mumkin. Salomatlik voqelik yoki idrok etadigan buyum bo'lmay, balki u ijtimoiy va madaniy darajada yaratilgan konsepsiyadir. Bir vaqtning o'zida biz tez-tez har xil qarashlarga

yaqin turamiz va bu qarashlarimiz vaqt o'tishi bilan o'zgarishi va bunga qator omillar o'z ta'sirini o'tkazishi mumkin. Salomat bo'lishning turfa xil kishilar uchun turli xil ahamiyat kasb etishi va bu tasavvurlar ham o'z o'rnida vaqt kechishi jarayonida o'zgarishi mumkin. Masalan, bizning "Salomatlik" borasida o'z ta'rifimizcha, o'zimizni yaxshi his etamiz, kuch-quvvatimizning mavjudligi va o'zimizni yaxshi his etishimizga da'vat etuvchi kuch shu bilan bir qatorda jamiyatda mavjud bo'lgan ilmiy qolipga ko'ra bizda qandaydir xastalik yoki patologiya bo'lmasligi va atrofimizdagilar bizni "sog'lom" deb hisoblashlarini bilishimiz mumkin. Biz salomatlik haqida tasavvurlarga "sog'lom mazmun" nuqtayi nazaridan madaniy me'rosimizning bir qismi sifatida qo'shilamiz.

Salomatlik borasida qarashlarimiz qanday shakllanadi?

Agar bizning salomatlik va xastalik haqidagi tasavvurlarimiz ijtimoiy va madaniy darajada yaratilsa, shaxsiy tajribalarimiz, bemorlar bilan doimiy aloqada bo'lishimiz bu tasavvurlarimizga ta'sir etadi. Sog'liqni saqlash xodimlari tasavvurlarining shakllanishi shunday bir vaziyatda ujudga keladiki, biz har kuni xastalik va xastalanish jarayoniga duch kelamiz. Ko'pgina hamshiralar o'z ta'riflariga ko'ra shunday muhitda ishlaydilar, ular sog'lom odamlar bilan chegaralangan holda aloqada bo'ladilar. Biz, shuningdek, inson jamiyatining bir qismi hisoblansak-da, salomatlik haqida tasavvurlarimiz erta bolaligimizdan oilada va jamiyatda shakllanadi. Bizning kasbiy bilimlarimiz va ish tajribamiz salomatlik va xastalik haqidagi tasavvurlarimizga qattiq ta'sir etishi mumkin. Natijada bizning salomatlik haqidagi tasavvurlarimiz xastalanishning kamayishi va bevaqt o'limni profilaktika qilish bilan chegaralanishi, salomatlik to'g'risida gapirganimizda biz haqiqatdan ham tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatilajagini anglashimiz mumkin. Bizning tasavvurlarimiz bemorlarimiz yoki mijozlarimiz tasavvurlaridan butunlay farq qilishi mumkin. Chunki ular o'z tasavvurlarini xilma-xil ijtimoiy va madaniy

muhitda o'zlash-tirganlar. Lekin ko'pchilik uchun real mavjud biotibbiy tushunchalar umumiy tushunchalardan biri bo'lishi mumkin. Biotibbiy nuqtai nazardan irratsional bo'lib ko'ringan harakat ma'lum guruhdagi kishilar tasavvurlariga suyangan holda mutlaqo ratsional bo'lishi mumkin.

Sog'liqni saqlash xodimlari tomonidan foydalaniladigan professional matnlarda salomatlik borasida jamiyatda shakllangan tasavvurlarga eskirgan va mensimagan holatda munosabatda bo'lishlari tez-tez ko'zga chalinib turadi. Ularning fikricha, odamlar fanga ma'lum bo'lgan narsalarni qandaydir darajada "ilg'ab ololmaganligi" yoki ilmiy tibbiyot odamlarning aqliy imkoniyatlaridan yuqori turadi. Aslida esa, ko'pchilik o'z salomatliklariga nisbatan juda murakkab qarashlarga egadirlar.

Ushbularning isboti o'laroq salomatlikka atrof-muhitning ko'ngilsiz ta'siri odamlarni tashvishga solayotganini ko'rish mumkin. Iqtisodiy sabablarga ko'ra hukumat odamlarning tashvishini sezmasligi mumkin, ayni vaqtda jahon ilmi ularning tajribalarini yetarli ilmiy "isbotlanmaganligi" tufayli va fanga xos vositalar bilan o'rganilmaguncha e'tiborga olmasligi mumkin, masalan, yuqorida ta'kidlangan omillar, xastalanish va bevaqt o'lim darajasiga ta'siri borasida gap borishi shular jumlasidandir. Oziq-ovqatning radiatsion ifloslanish darajasining odamlarga salbiy ta'sirini tez-tez o'rganish mumkin emas, lekin iqtisodiy sabablarga ko'ra bu holatning tan olinishiga ko'p vaqt kerak boladi.

Adabiyotda shunday taxminlar ham uchrab turadiki, ya'ni "ma'lum tipdagi odamlar" salomatlik borasida to'laqonli tasavvurga ega emaslar. Tarixan tibbiy adabiyotlarda ayollarga nisbatan ustuvor asoslar bilan to'ldirilgan va ularda ayol tajribasini inkor etishga va ayol xatti-harakatlari ustidan nazorat o'rnatishga intilishi aks etgandir.

Bundan tashqari, salomatlik borasidagi ko'pgina tasavvurlar va ularning "ehtiyotlar pillapoyasi" psixologik nazariya asosida

ma'lum taxminlarni ilgari suradilar. Masalan, kambag'al odamlar salomatlik borasidagi tushunchalarini asosiy jismoniy ehtiyojlarga bog'laydilar, ayni paytda boy odamlar salomatlik tushunchasini ko'proq ruhiy va ehtirosiy holatlarga bog'laydilar. Bu taxminlar noaniqdir, zero kambag'al odamlar ko'proq ruhiy aziyat chekadilar va ular kambag'al odamlarning hayotdagi ehtirosiy holatlarini inkor etadilar.

Professional va noprofessionallar konsepsiyalari salomatlik borasida farq qilsalarda, ayrim umumiy tasavvurlar ham mavjud. Aslida bu ikki konsepsiya modeli bir vaqtda harakat qiladi. Ikki guruh: ham professional va noprofessionallar ushbu konsepsiyalardan har xil sharoitda foydalanadilar. Odamlar biladilarki, shifokorlar va sog'liqni saqlashning boshqa xodimlarini salomatlikdan ko'ra ko'proq xastalanish natijasidagi tajribalar qiziqtiradi va natijada ularning fikricha, professionallarni qiziqtiradigan axborotlarni ajratib oladilar. Hamshira sifatida unumli muloqotda bo'lish va davolash maqsadida katta ahamiyat kasb etishini aniqlash va har qaysi holatda ustuvor qarashlarni bilib olish hamda o'zimizning ishonarli va cheklangan qarashlarimizni anglashimiz darkor.

Salomatlik va kasallikka nisbatan qarashlarimiz ijtimoiy va madaniy darajada yaralar ekan, bemorlar bilan doimiy muloqot yoki kasallikda orttirilgan shaxsiy tajriba bunda sezilarli ta'sirga ega. Sog'liqni saqlash xodimlarining jamiyat a'zosi sifatida shakllanishi kasallik yoki kasallanish bilan bo'lgan doimiy to'qnashish sharoitida kechadi.

Biz kishilik jamiyatining salomatlik haqidagi tasavvurlari bolalikdan oilada va jamiyatda shakllanadigan bir qismi bo'lsakda, kasbiy bilimlarimiz va ish tajribamiz salomatlik va kasallik to'g'risidagi qarashlarimizga kuchli ta'sir etishi mumkin. Salomatlik haqida gapirganimizda, haqiqatda biz tibbiy va ijtimoiy yordam xizmatlari to'g'risida gapirayotganimizni bildirishi mumkin. Bizning tasavvurlarimiz turlicha ijtimoiy va madaniy

muhitlarda orttirilgan boshqa soha kishilari tasavvurlaridan mutlaqo farq qilishi mumkin. Lekin ko'pchilik uchun real mavjudlikning biotibbiy talqin qilinishi to'g'riroqdir. Biotibbiyot nuqtayi nazaridan «noratsional» tuyulgan harakat, agar buni ma'lum guruh kishilari qarashlariga ko'ra tushunilsa, mutlaqo ratsional bo'lishi mumkin.

Sog'liqni saqlash xodimlari foydalanadigan kasbiy manbalarda salomatlikka nisbatan jamiyatda qabul qilingan tasavvurlarga ko'pincha eskirgan yoki bepisand muomalani ko'rish mumkin. Bular shuni bildiradiki, kishilar fan ma'lumotlariga yetishishlarining qandaydir darajada «iloji bo'lmagan» yoki ilmiy tibbiyot ularning intellektual qobiliyatlaridan ko'pincha ancha yuqori turadi.

Haqiqatda ko'pchilik kishilar o'z sog'liqlariga nisbatan juda murakkab va yaxlit qarashlardalar, ammo ular tajriba va tasavvurlarining mutaxassislar va siyosatchilar tomonidan inkor etilishini o'zlarida ko'ra olishlari mumkin.

Buning isboti sifatida odamlar salomatligiga atrof-muhit nojo'ya omillari ta'sir qilgandagi sarosimani olish mumkin. Hukumat iqtisodiy mulohazalardan kelib chiqib, aholining xavotirlarini payqamay qolishi mumkin. Ilmiy olam esa toki ilmiy-ishonarli usullar bilan o'lchanmaguncha ilmiy «dalillar» yetishmasligi sababli ularning tajribalarini tasdiqlamasligi mumkin. Ko'pincha aholi duchor bo'lgan zararli ta'sirlarni o'lchash mumkin (masalan, mahsulotning radiatsion ifloslanishi darajasi), biroq bu ko'rsatkichlar iqtisodiy sabablarga ko'ra e'tiborsiz qolishi mumkin.

Adabiyotlarda, shuningdek, «kishilarning alohida guruhlari» salomatlik me'zonlari to'g'risida to'liq tushunchaga ega emaslar, degan taxminlar bor. Tibbiy adabiyot tarixan ayollar tajribalari va ularning harakatini tartibga solishni inkor etuvchi patriarxal qayd etishlarga to'lgan. Bundan tashqari, «ehtiyotlar iyerarxiyasi» psixologik nazariyasiga tayangan salomatlik haqidagi ko'plab

qarashlar «aniq nomutanosiblik»ni ilgari surmoqdalar. Masalan, kambag'al kishilar salomatlik tushunchasini asosan ijtimoiy ehtiyojlariga yo'ysalar, ayni vaqtda, nisbatan boyroq kishilar (ehtiyoljar iyerarxiyasi bo'yicha boshqa darajadagilar) salomatlik tushunchasini ko'proq uning ruhiy va emotsional me'zonlariga taqaydilar: Bu taxminlar noaniq va ta'sirsiz xarakterga ega.

Bu qarashlar nima uchun kambag'al kishilar yuqori darajada qalban ezilish his etishlarini tushuntirib bera olmaydilar. Ular kambag'allar hayotining kambag'allikni keltirib chiqaruvchi emotsional va ruhiy holatga og'ir ta'sir etuvchi emotsional me'zonlarini inkor etadilar.

Salomatlikka nisbatan qarashlarda mutaxassislar va ularning konsepsiyalari garchi farq qilsa-da, ba'zan umumiy tushunchalar ham bor. Konsepsiyaning bu ikki modeli alohida emas, balki ko'proq bir vaqtda amalda bo'ladi. Ikala guruh ham – mutaxassislar ham, nomutaxassislar ham – bu konsepsiyalardan turli holatlarda foydalanadilar. Ma'lumki, shifokorlar va sog'liqni saqlash xizmatining boshqa xodimlarini salomatlikdan ko'ra ko'proq ularning kasallik va kasallanish natijasida ortirgan tajribalari qiziqtiradi. Pirovardida, kishilar mutaxassislar uchun zarur, deb hisoblangan ma'lumotlar bilan qiziqmaydilar. Hamshira sifatida muomala qila bilish va davolash uchun katta ahamiyatga ega bo'lgan maqsadlarni aniqlay olish esa biz uchun muayyan holatlarda qaysi qarashlar asosiyiligini aniqlash hamda o'z tushunchalarimizning ishonarliligini va cheklanganligini anglay olishda zarurdir.

Salomatlikni sog'lom fikr nuqtayi nazaridan tushunish

Kundalik turmushimizdagi sog'lom fikr nuqtayi nazaridan ishlatiladigan tushunchalar orasida «salomatlik» so'zini salomatlik bo'yicha subyektiv tajribalarimizning pozitiv (haqiqiy) holati ekanligini va salomatlikni kasallanishsiz inkor qiluvchilari bor.

1946 yilda yozilgan BSST Nizomidagi salomatlik izohi urushdan keyingi davr idealizmi va sog‘lom fikr nuqtayi nazaridan salomatlikning u bilan bog‘liq ikki tushunchasini aks ettiradi.

«Salomatlik – bu, kasallik yoki noxushlik yo‘qligi xolosgina emas, balki to‘liq jismoniy, ruhiy va ijtimoiy ta‘min holatidir ».

Bu izoh, norealistik va idealistik darajaga teng bo‘lgani uchun keng doirada tanqid qilinsa-da, salomatlik haqida faqatgina salbiy emas, balki ijobiy tushuncha kiritilgan «rasmiiy» izoh sifatida o‘z davrida ma‘qul edi.

Bu bilan ustunlik qilayotgan salomatlikning kasallik yoki noxushlik yo‘qligi sifatidagi ilmiy va tibbiy izohi – sog‘liqni saqlash va hukumat tizimlari xizmatchilari orasida ishchi tushuncha sifatida ustun bo‘lgan izohligiga jiddiy shubha tug‘ilishiga zamin yaratildi.

Salomatlik salbiy ahamiyatli tushunchasi – kasalliklar yoki noxushliklar istisnoligi ko‘rinishining cheklanganligi.

Butun tarix davomida olamni bilish va tushunish diniy qarashlar asosida o‘tdi. Biroq bilishning ratsionalizm (tafakkur) va fan kabi ustun shakllari yuzaga kelishi bilan salomatlik to‘g‘risidagi ilgari qarashlar o‘rniga ilmiy va tibbiy model rivojlandi. Astasekin bu qarash tibbiy yordam masalalarida butun jahonda ustun bo‘lib oldi. Ratsional (ongli), ilmiy bilish har bir narsa muayyan ilmiy usul – «obyektiv» kuzatuv, borliq o‘lchovi va klassifikatsiyasi (tasnifi) qo‘llanilishi orqali o‘rganishni talab etdi. Odamlarning mistika (bo‘rttirish) va oliy kuchlar nuqtayi nazari-dan «faoliyat qilganliklari»ni tushuntirishlar obyektiv ilmiy izohlar bilan cheklangan.

Salomatlik – inson huquqi manbasi va mavjudligining ajralmas qismi sifatida

Salomatlik har bir inson uchun va butun jamiyat uchun ulkan qadriyatdir. 1977 yil BSSTning oliy a‘zoi hisoblanmish Butunjahon Sog‘liqni Saqlash Assambleyasi (BSSA) qaror qabul qilar

ekan, quyidagi rezolyutsiyani e'tirof etadi va u hozir keng ma'lum bo'lgan "2000-yilgacha salomatlik hamma uchun" muammosidir:

"BSST va hukumatlarning ijtimoiy sohadagi bosh maqsadlari kelgusi o'n yillik 2000 yilga qadar butun dunyo fuqarolari salomatligining shunday darajasiga erishishi kerakki, zero bu hayotning iqtisodiy va ijtimoiy sohaları serunum bo'lishiga imkoniyatlar yaratib bersin".

"2000-yilgacha salomatlik hamma uchun" strategiyasining maqsadlariga erishish ko'pgina mamlakatlar uchun ehtimoldan xoli emas. Lekin, barcha vazifalarning mazmuni shunga olib keladiki, "Salomatlik hamma uchun" maqsadi ijtimoiy tamoyil va jarayondir va uning yordamida biz bugungi kun muammolarini hal etishga, salomatlik bilan bo'g'liq bo'lgan ijtimoiy maqbul vositalarni odamlar salomatligini yaxshilash yo'lida topishga harakat qilamiz.

1977-yili BSSA tomonidan ma'qullangan maqsad hozirga qadar dolzarbligicha qolmoqda, lekin bunday o'zgarishlarga bo'lgan "industrial" yondashuv o'z mahsulini bermayapti. Salomatlik masalalari ko'payib borayotgan tengsizlik shuni ko'rsatadiki, sanoati rivojlangan mamlakatlarda ustuvor sifatida ilgari surilayotgan ko'rsatkichlar va iqtisodiy o'sishlarga odamlar salomatligi va ularning taraqqiy etishi tufayli erishilgan sifat ko'rsatkichlari va maqsadlarga yo'naltirilgan barqaror va ehtiyot bilan yondashuv insonning ijtimoiy va ekologik rivojlanishining asosiy yo'nalishi hisoblanishi, masalan, boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordamiga asoslangan yondashuv barcha uchun salomatlikka erishishda yana bir yo'lni o'z ichiga oladi.

Boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordamiga asoslangan yondashuvni rivojlantirish maqsadida 1978-yil sentabr oyida Olmaota shahrida boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordami bo'yicha Xalqaro konferensiya o'tkazildi. Olmaota deklaratsiyasi salomatlikni muhofaza qilish masalalariga tor tibbiy yondashuvga e'tibor qaratishni o'z ichiga oladi va BSST salomatlikni muhofaza qilish

masalalari istiqboliga nisbatan boshlang'ich bahs-munozaralarda asosiy rol o'ynadi. 1984-yil BSST quyidagi salomatlik ta'rifini e'lon qildi:

“Salomatlik bu - ... kenglik va buning ichida har qanday inson va insonlar guruhi, bir tomondan o'z xohishlarini hayotga tadbiq qilishi va ehtiyojlarini qondirishi, ikkinchi tomondan esa atrof-muhitni o'zgartirishi yoki unga bas kela olishi mumkin. Salomatlik, shuning uchun ham kundalik hayotning manbai, balki mavjudlikning maqsadi emas; u ijtimoiy va shaxsiy resurslarni hamda jismoniy imkoniyatlarni ifoda etuvchi pozitiv konsepsiya-dir.

Ushbu tavsiflar salomatlik tabiatining ko'p me'yorlilikini tan oladi va shu dalilni ko'zda tutadiki, odamlar aniq sabablersiz salomat bo'la olmaydilar va shu sababli ularga xohish-idroklarini amalga oshirish, ehtiyojlarni qondirish va atrof-muhitni o'zgartirish yoki unga bas kelishda yordam beradilar. Shu ma'noda salomatlikni jismoniy va ma'naviy kuchlarning rezervi, moslashuvga qobiliyat va har xil sharoitlarga bas keluvchi sifatida e'tirof etish mumkin. Yaxshi salomatlik – hayotiy ne'matlarni idrok etish kabi hodisalarni o'z ichiga oladiki, zero u shodlik va bayram hissini uyg'otadi va shu ma'noda salomatlikni mustahkamlash, xastalik va bevaqt o'limning oldini olish kabi muhimdir.

Salomat bo'lishimiz uchun bizga nimalar zarur hisoblanadi?

Odamlar ehtiyojlariga xos to'laqonli hayot kechirishlari quyidagilarni o'zida aks ettirishi lozim:

– o'zgalarni qo'llab-quvvatlash va ularning hayotidagiday kun kechirish va o'ziga ishonish hamda o'zining atrofidagi muhit va o'zgalarga suyanishga qodir bo'lish;

– dunyoda o'z o'rnini his qilishni rivojlantiradigan, o'zgalalar oldida mas'uliyat va o'zini hurmat qilish hissiyoti imkoniyatlari;

– imkoniyat va ko'nikmalar;

– yashash – butun bir jamiyat, uyushma, qolaversa, alohida inson uchun imkoniyat bo‘lib, salomatlikning bosh imkoniyatidir.

Albatta, bu ilohiy variant, real hayotda esa aksincha, ko‘pchilik so‘g‘lom turmush tarzidan tashqarida ekanligi ma‘lum bo‘ladi.

“Salomatlik hamma uchun” maqsadiga erishishning markazida salomatlik masalalaridagi imkoniyatlarni to‘g‘ri taqsimlashni amalga oshirish turadi. Salomatlikka erishishda zarur bo‘lgan yordamga, salomatlikka yo‘l huquq bo‘lib, qandaydir ahyon-ahyonda “baxtga” erishish yoki o‘z moddiy imkoniyatlariga yarasha unga ega bo‘lish mumkin bo‘lgan narsa emas.

“Salomatlik hamma uchun” strategiyasi salomatlik borasida quyidagi zaruriy shartlarni belgilab beradi: urushdan hadiksirashdan xoli bo‘lgan tinchlik va erkinlik, barcha uchun teng imkoniyatlar, asosiy ehtiyojlarni qondirish, oziq-ovqat, boshlang‘ich ma‘lumot, sanitariya va suv ta‘minoti, risoladagiday uy-joy, xavfsiz ish va jamiyatda foydali rol, siyosiy xohish-idrok va jamoatning qo‘llab-quvvatlashi.

Salomatlik konsepsiyasining paydo bo‘lishi. Hayotning manbasi bo‘lgan salomatlikka nisbatan qarashlar hali ham vujudga kelishi, rivojlanishi, tasavvurlar jarayonida ekanligi va bundan kelib chiqadigan kontekstuallik ko‘proq aniqlab, tushuntirib beruvchi ko‘rsatkich sifatida nomoyon bo‘lmoqda. Ular xastalikni odamlar hayotidagi tarkibiylashishning nomoyon bo‘lishi sifatida tan oladilar, yana ham aniqrog‘i, uning yaxlitligiga xavf solmay, balki ularning to‘laqonli hayot tajribasining asosiy qismi deb biladilar. Salomatlikka bo‘lgan bizning qarashlarimiz hali ham tajribalarimizga ko‘ra salomatlikka nisbatan kamsitish orqali yuzaga keladigan holatlarni e‘tibordan qochirmasligimiz lozim. Bu muammolarni hal qilishdagi bilimlarimiz, bizning salomatlik to‘g‘risidagi tasavvurlarimiz jinsiy, irqiy, ijtimoiy sinflar, yosh va majruhlik borasida bundan buyon ham zaruriy ishlar olib borishga da‘vat etadi.

Taxmin qilinishicha, e'tiborning boshlang'ich tibbiy sanitariya yordamiga qaytadan yo'naltirilishi, sog'liqni mustahkamlash va qo'llab-quvvatlash va xastalikni profilaktika qilish, shuningdek, resurslarni qaytadan taqsimlash odamlarning umumiy salomatligiga sezilarli hissa qo'shishni ta'minlagan bo'lar edi.

Mavjud bo'lgan resurslarning taqsimlanish andozalarini qaytadan ko'rib chiqilmasa, ko'pgina odamlar haqiqatan ham salomatlik huquqidan mahrum bo'ladilar. 1978-yilgi Olmota konferensiyasida ta'kidlangan boshlang'ich tibbiy sanitariya yordamiga, keyinchalik "Salomatlik hamma uchun" strategiyasiga berilgan urg'u sog'liqni saqlash sohasida va resurslarning taqsimlanishidan tibbiy sanitariya yordami foydasiga qaratilgan hozirgi siyosatning prinsiplar va hal qiluvchi da'vatini o'zida ifoda etadi.

BSST yaxshi salomatlik va boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordamiga qaytadan yo'naltirish jarayonida hamshiralar muhim rol o'ynashlari mumkin bo'lgan qator vositalarni belgilab berdi. BSST Bosh direktorining (1986-yil) aytishicha, "Agar millionlab hamshiralar boshlang'ich tibbiy sanitariya yordami borasida har tomonlama bir xil g'oyalar va e'tiqodlarni ifoda etsalar va yagona front bo'lib maydonga chiqsalar, o'shanda ular o'zlarini yuzaga chiqarish maqsadida kuchli komanda sifatida harakat qila olishlari mumkin. O'z ishlari bilan bizga daxldor bo'lgan hamshiralar ushbularning amalga oshishlarida ulkan hissalarini qo'shadilar".

1988-yil Venada hamshiralar ishi bo'yicha o'tkazilgan konferensiya shunday o'zgarishlarni hayotga tatbiq qilish borasida Yevropa mintaqasidagi hamshiralarga yordam berishga tayyor ekanliklarini ifoda qildi.

Inson salomatligiga atrof-muhitning ta'siri. Inson salomatligi qator omillar bilan belgilanib, genetik holat, dastavval, turmush tarzi, ovqatlanish, ijtimoiy-iqtisodiy makon, zaruriy tibbiy-sanitariya yordamiga yetishishni, shuningdek, atrof-muhitni o'z ichiga oladi. Atrof-muhitdagi tibbiy resurslarning doimiy

mavjudligi: ob-havo, suv, oziq-ovqat va uy-joy, shuningdek, tegishli iqlimiy va ijtimoiy- iqtisodiy shart-sharoitlar salomatlik va yashash uchun kurashda zarur asboblari bo'lib hisoblanadi.

Salomatlikka zararli atrof-muhitning bu omillari tabiiy sabablarga yoki inson faoliyatining sabablariga ko'ra paydo bo'lishi mumkin. Undan tashqari, salomatlikka xilma-xil ta'sir qiluvchi turlar haqidagi bilimlar va ularning epidemiologik va toksikologik tadqiqotlarga asoslanishi juda ham yetarli emas.

Ko'pgina hollarda omillarning uyg'unlashuvi salomatlikka bir xil bo'lmagan yoki yana ham jiddiyroq ta'sir etishi mumkin. Odamlar noto'g'ri ovqat iste'mol qilishlari, ishlab chiqarishda zararli omillar ta'siri ostida bo'lishlari, turmush tarzining noto'g'riligi, bir vaqtning o'zida bir va undan ortiq atrof-muhitning zararli omillari ta'siriga duchor bo'lishlari mumkin. Bu uyg'unlashuv ko'zda tutilganidan ortiq xastalikning paydo bo'lishini vujudga keltirishi mumkin.

Sog'lom turmush tarzini shakllantirish va kasalliklarning oldini olish. Salomatlikning dialektik ma'nosi insonning turmush tarziga bog'liqdir. Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilayotgan tibbiyot hamshirasi uning ta'rifini ham yaxshi bilishi lozim.

Tartibli turmush kechirish, sog'liqni mustahkamlashga yo'naltirilgan faol hayot sog'lom turmush tarzining tarkibiy qismidir.

Profilaktik tadbirlar inson salomatligiga ta'sir qiluvchi turmush tarzining zamini hisoblanadi, uni tashkil qilish hukumatimiz ijtimoiy siyosatining muhim, asosiy vazifasidir.

Epidemiologik, sotsial-gigiyenik va boshqa zamonaviy tushunchalar yordamida sharoit va turmush tarzining inson sog'lig'iga bevosita ta'sirini isbotlovchi haqiqatlar aniqlangan.

Gigiyena, tabobat, ekologiya sohasidagi bilimsizlik, kun tartibiga rioya qilmaslik, to'g'ri ovqatlanmaslik, mehnat va dam olishni to'g'ri yo'lga qo'ymaslik, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, chekish, kamharakatlik, ruhiy-emotsional zo'riqishlar —

bularning hammasi inson salomatligiga ta'sir ko'rsatib, bir tomondan kasalliklar sababi, ikkinchi tomondan sog'lig'ining buzilish omillari hisoblanadi. Tibbiyot hamshirasi aholi o'rtasida olib boriladigan sog'liqni saqlash va mustahkamlash to'g'risidagi targ'ibot ishlarida bu sabablarning, inson sog'lig'iga ta'siriga to'xtalib o'tishi lozim.

Sog'lom turmush tarzi me'yorlariga rioya qilish va uni tashkil qilishda katta qiyinchiliklar yuzaga keladi, aholi salomatligini saqlash va yaxshilashda bu nafaqat amaliy, balki nazariy ahamiyatga egadir. Sog'lom turmush tarzini tashkil qilish umumxalq ishi bo'lib, bunga rioya qilishda sog'liqni saqlash xodimlari namuna bo'lishlari lozim.

Kasalliklarning oldini olish sog'lom turmush tarzining asosi ekanligini tibbiyot hamshirasi yaxshi tushunmog'i va maorif ishlarini shu yo'nalishda olib borishi lozim.

Sog'lom turmush tarzi jamiyat rivojlanishining hozirgi bosqichida inson hayoti uchun zarur bo'lib, mamlakatda o'tkazilayotgan katta ijtimoiy-iqtisodiy o'zgarishlar kafolati hisoblanadi.

Sog'lom turmush tarzi insonning har tomonlama yetuk rivojlanishida ma'lum darajada ta'sir ko'rsatadi.

Tarixda har bir xalqning o'z yozilmagan salomatlik qonunlari mavjud bo'lib, unda axloq-odob, muomala, mehnat, dam olish, ovqatlanish madaniyati va boshqalar mujassamlangan. Bu qonunlar asrlar davomidagi kuzatuvlar va tarixiy tajribalar natijasida paydo bo'lgan va shakllangan.

Mamlakatning kelajagi bo'lmish har tomonlama sog'lom, jismoniy jihatdan kuchli bo'lgan yoshlarga o'zlariga yuklatilgan vazifani bajara oladilar.

Shu sababli tibbiyot xodimlari yoshlar orasida sog'lom turmush tarzining shakllanishiga ko'proq e'tibor berishlari lozim.

So'nggi yillarda ayrim kasalliklar «yosharmoqda», masalan, yurak-qon tomir kasalliklari asosan yoshi katta odamlarda uchrar

edi, hozirda yoshlar orasida ham juda keng tarqalgan. Tibbiyot hamshirasi o‘z sanitariya-maorif tadbirlarida kasalliklarning rivojlanish zaminida inson turmush tarzi bilan bog‘liq omillarni inobatga olishi lozim.

Salomatlikning asosiy omillari. Har bir inson ota-ona tomonidan nasl-nasab shajarasini yaxshi bilishi, ularning sog‘ligi, kasalliklarga moyilligi, turmush tarzini va ijtimoiy kelib chiqishini yaxshi bilishi kerak. Yangi oilaning shakllanishida ushbu sabablar ayniqsa muhimdir. O‘tmishda hali genetika fani bo‘lmaganda kelin-kuyovning nasl-nasab shajarasi–uch, besh avlodi muhokoma qilingan. Hozirgi vaqtda ushbu vazifani genetik xizmat maslahatxonalarini bajaradilar. Sizning salomatligingiz va uzoq umr ko‘rishingiz ota-onangizga bog‘liqdir!

Faqat tabiiy ovqat mahsulotlari bilan ovqatlanish inson sog‘ligini saqlashda muhim o‘rin tutadi. Fiziologik ovqatlanishning ilmiy tekshirishlar natijasida ishlab chiqilgan asosiy qoidalari ratsional ovqatlanishga asoslangan bo‘lib, ular quyidagilardan iborat:

- kunlik ovqat ratsionining kaloriyasi sutkalik ishlatilgan energiyani qoplashi lozim;
- insonga kerakli ovqat kaloriyasi uning holati, jinsi, yoshi, kasbiga bog‘liqdir;
- ovqat ratsionida albatta vitaminlar, mineral tuzlar, suv bo‘lishi kerak;
- ovqat ratsionining ma‘lum qismini hayvon va o‘simlik mahsulotlari tashkil qilishi kerak;
- ovqat mahsulotlari tarkibida ballast moddalar bo‘lishi lozim;
- taomlarning tashqi ko‘rinishi, hidi, mazasi «ishtahali», me‘da shirasini ishlab chiqishga ta’sir etishi lozim;
- ovqatlanish tartibini to‘g‘ri tashkil etish, ovqatlanish vaqti uning kun davomidagi miqdori I, II kasb guruhlari uchun

uch marotaba, III, V kasb guruhlari uchun to'rt marotaba bo'lishi lozim;

- kaloriya bo'yicha ovqatni to'g'ri taqsimlash: birinchi nonushta – 25%, ikkinchi nonushta 15%, tushlik 45%, kechki ovqat 15% ni tashkil qilishi lozim;
- oqsil mahsulotlari (go'sht, baliq, dukkaklilar)ni asosan kunning birinchi yarmida, sutli, o'simliklardan tayyorlangan ovqatlarni kunning ikkinchi yarmida iste'mol qilish lozim;
- kaloriyani hisoblaganda ovqatning o'zlashtirilish foizini inobatga olish lozim (o'simlik mahsulotlari – 80% gacha, hayvon mahsulotlari – 90-96 % gacha);
- tushlik uch qismdan iborat: ko'katlar, 1- va 2-issiq taom, 3-shirinliklar;
- qora non iste'mol qilish;
- ovqat hazm bo'lishini yaxshilash uchun ovqatlanish vaqtida osoyishtalik bo'lishi lozim;
- o'ta to'yib ovqatlanish mumkin emas, chunki to'qlik hissi ovqatlanib bo'lgandan 15-20 daqiqa o'tgach paydo bo'ladi.

Shaxsiy gigiyena omillari. Tananing tabiiy o'sishining poyafzal, kiyim tanlashga bog'liqligi avvaldan ma'lum. Ammo hozirda kiyimlar, poyafzallar, bezaklar, parvarish buyumlari tarkibida sog'liqqa zarar yetkazadigan sintetik tolalar mavjud.

Ichki a'zolarining sog'lom bo'lishi salomatlik garovidir. Bunda nafas olish gimnastikasi, profilaktik jihatdan gipoksiya va gipertoniyaga qarshi mashg'ulotlar bilan shug'ullanish sog'liqni saqlashda muhim rol o'ynaydi.

Manfaatlar, kasbning qobiliyatga bog'liqligi psixologik va valeologik zanjirning keyingi bo'g'ini bo'lib, u insonning hayotda o'z o'rnini topishi demakdir.

O'zini muvofiq baholashga asoslangan ushbu omillarning majmuasi gigiyenaning asosiy tarkibiy qismiga kiradi.

Jamiyat, jami'oa, oilaga bo'lgan munosabat, ijtimoiy ekologiya. Inson tabiati biologik va ijtimoiy omillar bilan bevosita bog'liq bo'lib, u nafaqat biologik, balki ijtimoiy rivojlanish mahsulidir. Uning jamiyatdan tashqarida shakllanishi, yashashi mumkin emas va inson doimo muloqotda bo'lishi lozim. Inson uchun eng katta jazo bu jamiyatdan ajralishdir (tug'ma yolg'izlik, haydaliq). Haydaliq, jamiyatga keraksiz bo'lish bu noxush tuyg'udir. Jamiyatning asosini oila tashkil qiladi. Oila uning a'zolari sog'ligini ta'minlab turuvchi eng kuchli, baquvvat omildir.

Oila – bu insonning ijtimoiy ekologiyasidir. Har bir oila o'ziga xos belgilari bilan ajralib turadi, ammo hamma oilalar uchun hayot qonun-qoidalari bir xil. Bir-birini tushunadigan, yaxshi munosabat, tinch-totuvlik hukm suradigan oila – sog'lom oila demakdir.

Inson ko'p vaqtini jamiyatda o'tkazadi. Ularning kayfiyati, o'zini qanday his qilishi odamlarning bir-biriga bo'lgan munosabatiga bog'liq.

Harakat va salomatlik. Harakat – bu har xil yoshdagi odamlar uchun fiziologik jarayon bo'lib, u organizmning o'sishi va rivojlanishida muhim rol o'ynaydi. Harakat organizmdagi barcha a'zo va tizimlar faoliyatiga katta ta'sir ko'rsatadi. Harakat sog'lom turmush tarzining tarkibiy qismi bo'lib, nafaqat sotsial, balki biologik tabiatga ham egadir. Tayanch-harakat tizimi va ichki a'zolar mushaklar harakatining mexanik shaklini ta'minlaydi, mushaklar borligini o'zi asoslab beradi.

Yapon tadqiqotchilarining aniqlashicha, organizmning me'yoriy faol harakati va sog'lig'ini saqlash uchun odam kuniga 10000 qadam yurishi lozim, bu o'rta hisobda 7–8 km ni tashkil qiladi.

Uzoq yillar davomida jismoniy mehnatning 90%i va undan ko'pini inson o'zi bajargan. XX asrdan boshlab esa buning aksini, ya'ni insonning harakat faolligi kamaya bordi. Ma'lum

me'yordagi harakatsizlik esa inson salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsata boshlaydi. Shu sababli tibbiyot hamshirasi harakatning ahamiyati to'g'risida targ'ibot ishlarini olib borishi lozim, ayniqsa, o'rta yoshdagi odamlar uchun harakat muhim o'rin tutadi. Chunki bu davrda insonning amaliy tajribasi va bilimi ortadi. Shu bilan bir qatorda bu yoshda (40–60 yosh) qo'shimcha imkoniyatlar va tashqi muhit omillariga nisbatan organizmning qarshilik kuchi susayadi. Tibbiyot hamshirasi o'z targ'ibot ishlarida quyidagilarni tushuntirib borishi lozim:

Sog'lom turmush tarzi 70-75 yoshlarda ham mehnat qilish qobiliyatini saqlashga yordam beradi, buning uchun mushaklarni ishlatib turish harakat faolligi kamchiligining o'rnini bosish uchun zarurdir.

Hozirda 40-60 yoshli odamlar uchun jismoniy tarbiya mashg'ulotlari usullari va ularni tashkil qilishning 7 ta yo'nalishi ishlab chiqilgan:

- organizmning aniq talablarini qoniqtirish yo'nalishi;
- organizmning imkoniyatlariga mos yo'nalish;
- jismoniy tarbiyada qo'llaniladigan usullarning o'ziga xos sifati;
- bir butunlik ta'siri;
- faol dam olishni keng qo'llash;
- «kundalik va umr davomida» yo'nalishi;
- ta'sir qilish yig'indisi.

Inson hayotida harakatning ahamiyati juda katta va hayotning asosiy belgisi harakat desak to'g'ri bo'ladi. Shu bilan bir qatorda inson sog'lig'iga salbiy ta'sir etuvchi omil – gipodinamiyani unutmashimiz lozim.

Gipodinamiya (kamharakatlik) – jismoniy faollikning susayishi bo'lib, yurak-qon tomir, nafas, nerv, endokrin, hazm, tayanch-harakat tizimi kasalliklarining asosiy sababi hisoblanadi. U 50 yoshga yetmagan minglab odamlarni vaqtinchalik nogironlik va o'limga olib keladi. Ruhiy ezilish hodisalari, og'ir nevrozlar,

mehnat qobiliyati keskin pasayishining jismoniy jihatdan kuchsiz odamlarda ko'p uchrashi ilmiy isbotlangan.

Tibbiyot xodimlari jismoniy mashqlar turlarini va ularni tavsiya etishni bilishlari kerak. Sog'liqqa ta'siri bo'yicha yugurish birinchi o'rinda turadi. Yugurish yurak-qon tomir tizimiga yaxshi ta'sir qilib, o'pkaning hayotiy sig'imini oshiradi, moddalar almashinuvini, mushak, nerv, endokrin tizimi faoliyatini yaxshilaydi. Natijada organizmning mehnat qobiliyati va tashqi muhitning noqulay taassurotlariga qarshiligi oshadi.

Yoshi kattalarga yugurishni tavsiya qilishda tibbiyot hamshirasi uchta asosiy qoidaga rioya qilishi:

- ma'lum me'yorsiz tez yugurishni tavsiya etmaslik;
- toliqqanda tez yugurmaslik;
- birinchi xavfli belgilarda mashqni to'xtatish kerakligini aytishi lozim.

Yugurish mashqlaridan oldin yurishni qo'llash lozim. Yurish jismoniy mashqlarning bir turi bo'lib, yurishda harakatning ma'lum o'lchovi muhim ahamiyatga ega: umumiy masofa, qadam uzunligi va soni, dam olish davrining soni va muddati. Yurishdan yugurishga o'tish asta-sekinlik bilan amalga oshirilishi lozim. Charchash, toliqish me'yoriy fiziologik holat bo'lib, bu dam olish kerakligidan dalolat beradi.

Chiniqish va salomatlik. Chiniqish – organizmning sovuq, issiq, quyosh radiatsiyasi va turli xil metereologik omillarning zararli taassurotlariga chidamliligini oshirishga qaratilgan tadbirlar yig'indisidir. Chiniqishning sog'liqni mustahkamlash, shamollash va boshqa kasalliklarning oldini olishda qadimgi usullardan biri ekanligiga tibbiyot hamshirasi o'z targ'ibot ishlarida to'xtalib o'tishi lozim.

O'zgarib turuvchi iqlim sharoitlari: issiq, sovuq, quruq yoki nam atmosfera bosimi ta'sirida inson ongi va irodasiga bog'liq bo'lmagan holda organizmning himoya mexanizmlari ishga

kirishadi. Natijada qon tomirlar torayadi yoki kengayadi, moddalar almashinuvi buziladi.

Shunday qilib, organizm tashqi muhit sharoitlariga moslashib boradi. Chiniqish darajasi qancha ko'p bo'lsa, odam shuncha sog'lom bo'ladi.

Tibbiyot hamshirasi sog'lom turmush tarzini targ'ib qilar ekan, chiniqishning quyidagi qoidalarini bilishi lozim: muntazamlilik, asta-sekinlik, o'ziga xos yondashish, har tomonlamalik, faollik tartibi, mahalliy va umumiy muolajalarni birgalikda qo'llash, o'z-o'zini kuzatib borish.

Chiniqishda muntazamlilik yo'nalishlariga rioya qilish muhim o'rin tutadi. Uzoq tanaffus qilinganda orttirilgan himoya ta'siri susayadi yoki butunlay yo'qoladi. Chiniqishni oddiy usullardan boshlash va asta-sekinlik bilan yaxshi natijalarga erishish mumkin. Yosh bolalar va kattta yoshdagi odamlarning chiniqishda asta-sekinlik qoidalariga rioya qilishlari muhim ahamiyatga ega.

Organizmni chiniqtirishning havo vannalari, suv muolajalari, quyosh vannalari kabi turlari mavjud.

Hissiyot, stress va salomatlik. Hissiyot – bu odamning ichki hayajonini, tevarak-atrofga bo'lgan munosabatini tavsiflovchi jarayon.

Ruhiy va somatik jarayonlarni boshqarishda hissiyotlar muhim ahamiyatga ega. Inson hissiyoti va sezgilari hayot faoliyati yoki shaxs va jamiyatning o'zaro munosabatida foydali ta'sir darajasini ifodalovchi odob-axloqning nozik o'lchovi hisoblanadi.

Birlamchi hissiy qo'zg'alishda bosh miya qon tomirlari, vegetativ va endokrin markazlar faoliyati ta'sirlanadi. Odam qattiq hayajonlanganda yuzi oqaradi yoki qizaradi, taxikardiya, bradikardiya, gipotoniya yoki gipertoniya, mushaklar gipotonusi yoki gipertonusi kuzatiladi. Ter, yog' va boshqa bezlar faoliyati o'zgaradi. Qo'rqan odamda ko'z kattalashib, qorachiqdari kengayadi, arterial bosim ko'tariladi.

Tashqi taassurotlar natijasida organizmda o'zgarishlar sodir bo'ladi. G.Sele bu holatni «stress» deb nomlagan. Stressning asosiy bosqichlari:

- xavotirlanish davri: arterial bosim, tana haroratining pasayishi, hazm a'zolarida funksional o'zgarishlar va hokazolar;
- qarshilik davri: arterial bosim, tana haroratining ko'tarilishi;
- charchash davri.

Stress davrlari bu umumiy moslashish sindromining bir ko'rinishi bo'lib, uning asosida adrenogipofizar tizimida birlamchi o'zgarishlar kuzatiladi. Hayajonlanish, kuchli hissiyot analizatorlar bilan bog'liq bo'lib, bular ichida ko'rish va eshitish asosiy dominant (boshqaruvchi) vazifasini o'ynaydi.

Stressning paydo bo'lishida turli xil omillar: yuqori va past harorat, to'qnashuv vaziyatlari, turmush sharoitining keskin o'zgarishlari, turli xil farmakologik vositalarning ta'siri bo'lishi mumkin. Salbiy taassurotlarni bartaraf qilish yo'llarini tibbiyot hamshirasi bemorlarga tushuntirishi lozim. Ammo hamma stresslar ham inson uchun zararli emas. «Yaxshi stress» bu eustress – organizmni yangi sharoitlarga moslashish uchun safarbar qiladi. «Yomon stress» – distress – nevrozlar rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Stress turlari: 1. O'tkir stress birdan rivojlanadi. 2. Surunkali stress – kuchli va nisbatan kuchsiz bo'lib, organizmga uzoq vaqt davomida ta'sir qiladi.

Ekologik omillar va salomatlik

Malakali tibbiyot hamshiralari ishining muhim yo'nalishlaridan biri bu yuqumli kasalliklar profilaktikasidir. Yuqumli kasalliklarning rivojlanishida atrof-muhit omillari muhim o'rin tutadi. Chang, tebranish, shovqin, kimyoviy moddalar, nurlanish, asabiy va jismoniy zo'riqish insonning mehnat qilish jarayoniga

ta'sir qilib (kasbiy zararlanish) turli kasalliklarning paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin.

Atrof-muhitning ifloslanishi ham ko'pgina kasalliklarning ko'payishiga sabab bo'lmoqda: me'da va o'n ikki barmoq, ichak yara kasalligi, ateroskleroz, yurak-qon tomir, gipertoniya kasalligi, nevrozlar, neyrotoksik distoniya.

Afsuski, ushbu ro'yxat har yili yangi kasalliklar bilan to'lib bormoqda, buning sababi ishlab chiqarish texnikasining rivojlanishi, qishloq xo'jaligini kimyolashtirish, mehnatni muhofaza qilishga ajratilgan mablag'ning yetishmasligidir.

Yuqorida keltirilgan kasalliklar mohiyatiga qarab kasbiy va ekologik bo'lishi mumkin.

1. Kasb kasalliklarining rivojlanishiga ma'lum bir kasb sabab bo'ladi (shovqin, tebranish, nurlanish va boshqalar).

Kasb kasalliklari – zararli sharoitlarda mehnat qilganlar orasida ko'proq rivojlanadi. Masalan, o'pkaning changdan kasallanishi, pnevmoskleroz, bronxit, nurlanish, o'tkir va surunkali zaharlanish (kimyoviy moddalardan) va boshqalar.

2. Ekologik kasalliklar atrof-muhitning zararli omillari ta'sirida rivojlanadi. Bu omillar insonga nafaqat ishlab chiqarishda, balki uyda, ko'chada, dam olish joylarida ham ta'sir qilishi mumkin. Ular inson organizmiga mutagen, teratogen, konserogen, toksik (embriotoksik), allergik, immun-depressiv ta'sir qiladi. Organizmga zararli kimyoviy moddalar ovqat mahsulotlari, ichimlik suvlari va boshqa yo'llar orqali tushishi mumkin.

Oila va salomatlik. Oila jamiyatning bir bo'lagi bo'lib, uzoq yillar davomida huquqiy qonunlar va din asosida shakllanib kelgan. Jamiyatimizda nikoh erkak va ayolning to'la ixtiyorligiga, manfaatlari umumiy, mushtarak bo'lishiga asoslanadi. O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasida oilaning davlat himoyasida bo'lishi, nikoh ayol va erkakning o'z ixtiyori bilan bildirilgan roziligiga asoslanishi ko'rsatib o'tilgan. Qonunda kishilarning bir necha nikohda bo'lishlari, yaqin qarindosh-urug'lar, aqli zaif

kishilar bilan nikoh tuzishi ta'qiqlanadi. Bu oilada sog'lom farzand dunyoga kelishida asosiy omil bo'lib hisoblanadi.

Oiladagi shart-sharoit, «ruhiy iqlim» odam hayotiga ko'p jihatdan ta'sir qiladi. Chunki oiladan bizning hayotimiz boshlanadi, oila bizni dunyo bilan tanishtiradi, birinchi ko'nikmalar, barcha quvonch va tashvishlarni kechirishga yordam beradi.

Oilada biz har bir inson uchun muhim bo'lgan mehr-muhabbat, tayanch-yordamni olamiz.

Oilaviy hayot er va xotinning bir-birlari va farzandlari to'g'risida g'amxo'rlik qiladigan va bolalarini tarbiyalaydigan maktabdir. Oiladagi sog'lom muhit sog'lom oilaning shakllanishida muhim o'rin tutadi.

Biz jamiyatda sog'lom turmush tarzi uchun bo'lgan resurslarning bir xil taqsimlanmasligi va uning mamlakatlararo va bir mamlakat doirasida tibbiy-sanitariya yordami xizmatlaridan foydalanishda huquqlarning teng bo'lmaganligini ifoda etuvchi ijtimoiy adolatsizlikni keltirib chiqaradigan omillarni ko'rib chiqdik. BSSTning "Salomatlik hamma uchun" tashabbusi va Yevropa mintaqasi uchun vazifalari shu mintaqa hukumatlarining barchasi uchun bosh ijtimoiy maqsad sifatida maydonga kelgan bo'lib, sog'liqni saqlash masalalarida notenglikni kamaytirishga va ushbu mamlakatlar aholisi o'rtasida salomatlikning yaxshi darajasiga erishishga yo'naltirilgandir.

Xatti-harakatni amalga oshirishda makrodaraja anchagina samaradorligi haqida xulosa chiqarishga imkon beradigan salomatlik masalalaridagi notenglikni kamaytirishga qaratilgan xatti-harakatlarni tahlil qildik. Ushbu darajada qashshoqlikka qarshi kurash va aholini qo'llab quvvatlaydigan shart-sharoitlarni yaratib beruvchi vakolatlarining qaytadan taqsimlanishiga olib keladigan tub tarkibiy va madaniy yangilanishlarni amalga oshirish zarur. Keyingi darajada esa salomatlikni muhofaza qilish uchun ajratiladigan resurslardan aholining foydalanishini kengaytirish va salomatlikni mustahkamlashda sog'liqni saqlash

xizmatlarini qaytadan yo'naltirish hamda boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordami yondashuvini qabul qilish maqsadiga qaratilgan ijtimoiy siyosatni rivojlantirishni amalga oshirish zarurdir.

Ushbu darajada aholi guruhining hamda alohida shaxsning salomatligini mustahkamlashga qaratilgan sanitariya ishlarini qo'llab-quvvatlash maqsadida yangiliklarni amalga oshirish zarurdir.

Biz qanday qilib aholiga hamshiralik yordamining konsepsiyasi, hamshiralik ishi bo'yicha "Salomatlik hamma uchun"ning Yevropa vazifalarini qo'llab-quvvatlaydigan Olmaota deklaratsiyasi va Vena deklaratsiyasida aks etgan ahvolni amaliy ro'yobga chiqarishga ko'maklashishini ko'rib chiqdik. Biz hamshiralar o'zlarining salohiyatli imkoniyatlarini hayotga tatbiq etib, salomatlikni muhofaza qilish va saqlash hamda xastalikni profilaktika qiladigan ishlarni amalga oshirishini tan oldik, zero bu faoliyat aholi salomatligiga ta'sir etadigan va nihoyat barcha darajalarda salomatlikni muhofaza etishda ishtirok etishga ta'sirini o'tkazuvchi siyosatni belgilashda, resurslarni taqsimlashda mas'ul bo'lgan siyosiy dajadagi shaxslar tomonidan tan olinishi lozimdir.

II-BOB. HAMSHIRALIK ISHI JARAYONIDA BEMORLARNI BEVOSITA TEKSHIRISH USULLARI

2.1. Fizikal tekshirish usullari (status praesens obektivus)

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Bemorni umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda muhim hisoblanadi. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida siz bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishingiz zarur. Umumiy kuzatishlarga bemor bilan suhbat va uning umumiy ko'rigi kiradi. Obyektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish, ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletkachasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan birga patologik o'zgarishlar yoki depressiya borligini ham inobatga olishingiz zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Etnik kelib chiqishiga qarab bemorning yuz rangini hamda gavda tuzilishini kuzatishingiz kerak. Mazkur ko'rik orqali siz ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lasiz. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, tibbiyot xodimi va bemor qulay vaziyatni egallashi lozimdir. Shunga ko'ra bemor ko'rigi vizual baholanadi.

Bemorni umumiy ko'rik vaqtida badanining biror-bir qismi nazardan chetda qolmasligi uchun yaxshilab ko'rikdan o'tkazganingizga ishonch hosil qilishingiz kerak. Odam organizmining tuzilishi barcha tizimlar bo'yicha tekshiriladi.

Qanday tekshirish usullaridan foydalanilmasin quyidagilarni bilishingiz kerak: rang ko'satkichlari, hid bilish, o'lchov, simmetriya va harakat (yoki uning mavjudsizligi) va boshqalar. Bemorning ahvolini baholashda uning holatini qay darajada ekanligini aniqlab olish shart, masalan, ko'zlarning holati, ko'krak qafasi va gavdaning tuzilishi ko'zdan kechiriladi. Bulardan

tashqari bemorga to'g'ri va aniq tashxis qo'yish uchun muhim bo'lgan boshqa belgilarga ham e'tibor qaratish lozim. Demak bemorni quyidagi reja asosida tekshiruvdan o'tkazamiz:

Bemorning es-hushini aniqlash. Bemorning es-hushi saqlangan yoki xiralashgan bo'lishi mumkin.

1. Stupor (stupor). Mazkur holatda bemor atrofidagilarga befarq, savollarga noaniq, kechroq va qiyinchiliklar bilan javob beradi.

2. Sopor holati (sopor). Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana o'z holatiga qaytadi.

3. Koma holati (coma). Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Koma quyidagi: qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyilishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri, alkogolizm, morfın, veronal va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo kasalliklarda tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Yuqorida keltirilgan kasalliklarda bemorning haddan tashqari vajohatlilik, es-hushining noaniqligi sababli atrofidagilarga zarar keltirish holatlari kuzatiladi.

Bemorning holati. Bemorning quyidagi holatini kuzatish mumkin:

1. Faol holat – mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda o'zi yura oladi.

2. Passiv (sust) hola – qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e'tiborsiz bo'ladi va o'zgaralar yordamiga muhtoj bo'ladi.

3. Majburiy holat – bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat. Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak

qon-tomir xastaliklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma'qul ko'radilar.

Majburiy holatga boshqa kasalliklar (bronxial astma, bronxoektaz, plevrit, yallig'lanish, peritonit, appenditsit va hokazo) bilan xastalangan bemorlar misol bo'la oladi. Bronxial astma xastaligiga chalingan bemorlar odatda o'z joylarida yotmaydilar, aksincha stulda qo'llari bilan tizzani ushlab tong ottiradilar. Bunday holatda nafasning yordamchi mushaklari nafas aktida ishtirok etadi va bemorning ahvolini oz bo'lsa-da yengillashadi.

Ba'zi bir kasalliklar (o'tkir peritonit, appenditsit) da qorin qismida qattiq og'riqlar paydo bo'lsa, oyoqni ikki qatlab chalqancha yotiladi.

Oshqozon osti bezi raki , diafragmal plevrit, umurtqa sili xastaliklarida bemor ko'pincha yotishni ma'qul ko'radi. Bunday holat qorindagi og'riq hissini sekinlashtiradi.

Oshqozon yara (yazva) kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq asta- sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Ko'p hollarda mana shunday majburiy holatlar shifokorga kasallikni aniqlashga yordam beradi.

Konstitutsiya – funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki orttirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik. Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a'zolarning pastga siljishi (splaxnoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish-profilaktika chora-tadbirlarini ko'rish katta ahamiyatga egadir (mehnatni, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish va h.k.). Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

Tana vaznini o'lchash. Bemorni maxsus tibbiy tarozida vazni o'lchanadi. Ertalab nahorda oddiy kiyimda va siydik pufagi to'ldirilmagan holda gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bemorni vaznini o'lchashdan oldin tarozi sozligini tekshirib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirilgach o'lchash boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi.

Yuz qiyofasi. Yuz qiyofasini ko'zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuzga qarab kasallik og'irligi (o'tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o'tkir peritonit, uremiya va boshqa o'tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko'zlari o'tirib, yuzda shish va ter paydo bo'ladi. Yuzning bu ko'rinishini birinchi bo'lib tibbiyot asoschisi Gippokrat aniqlagan va unga – facies Hippokratice – shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug'ma yoki orttirilgan nuqsonlarida ham yuz turli xil o'zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya'ni lab burchaklarining ko'karishi (akrotsianoza) illatlari yuzaga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida ham yuzda o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho'zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida).

Silda esa «habitus phtizicus» – oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo‘ladi.

Endokrin xastaliklari (Bazedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o‘zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertireoz kasalligida Bazedov yuzi (facies Basedovica), ya’ni ko‘zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo‘rquv hissi va qovoqlarning dag‘allashishi namoyon bo‘ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo‘ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarining qizarishi va kattalashishi, burun, jag‘, qovoq, lab, tilning keskin kattalashishi kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo‘rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, sariqlik belgisi o‘pka yallig‘lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a‘zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infeksiyalarda: maleriya, qaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo‘ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo‘ylab tarqaladi.

Burun. Burun, yonoq suyaklari, jag‘larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun) turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug‘ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo‘rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak-tomir xastaliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak-qon tomir tizimi xastaliklari va qon kasalliklari (leykoz, Verlgof kasalligi, trombositopatiyalar), Singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar, uremiya va boshqa holatlarda uchrashishi mumkin. Miyaga qon quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig‘lanishida burun burmasining bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

Og'iz. Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shishishi va qonashi o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziq-larni kuzatish mumkin.

Turli xil infeksiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infeksiyalarda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta-katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir formasida yaqqol nomoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshaydi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B12 vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangda bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip-qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar serrozida til qip-qizil tus(malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til surg'ichlari yassilanadi.

Sezgi a'zolari. Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Shuning uchun ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv a'zolarining holati (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosilalari)ga e'tibor qaratish lozim. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama

ekzofthalm) kuzatiladi. Bir tomonlama ekzofthalm – ko‘z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig‘lanish jarayonlari va o‘smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya da esa ko‘z gavharining o‘tirib qolishi kuzatiladi. Shoh va to‘r pardasining sariq rangda bo‘lishi gepatit, o‘t pufagi va yo‘llari tosh kasalligi, o‘sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o‘sma xastaliklaridan darak beradi. Ko‘z gavhariga e‘tibor berganda albatta uning o‘lchami, holati, yorug‘likka bo‘lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Morfin, opiy, turli xildagi giyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko‘z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin.

Ko‘z soqqasining qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi, shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko‘z qorachig‘i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qon quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko‘z qorachig‘i kengayadi. Ko‘z gavharlarining bir xil bo‘lishi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko‘z gavharlari hajmining har xil bo‘lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

Teri. Teri qoplamini ko‘zdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga e‘tibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o‘tkir va surunkali qon yo‘qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko‘p qon yo‘qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo‘qotish va homilaning rivojlanmasligi), qon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi) da surunkali va og‘ir kechadigan infeksiyon kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, gipertoniya, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. To'satdan boshlangan rangparlik bemorning ko'p qon yo'qotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlarida paydo bo'ladi. Bulardan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir gepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon- tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida arteriya qonlarini yurak bosimi bilan harakatga keltirmasa, O₂ bilan to'yinmasdan arteriya kapilyarlari o'pka arteriyalariga aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz qonida gemoglobinning qayta tiklanishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida sianoz holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik sianoz deb nomlanadi.

Nafas olish a'zolarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas a'zolarining yallig'lanishlari) ga gazsimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir sianoz tug'ma yurak parogida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiq-limon rangidan – to'q sariq rangigacha kirishi mumkin bo'ladi.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilchaosti, shilliq qavati) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi. Bu tus asta-sekinlik bilan butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to‘q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste‘mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo‘ladi.

Ayollar ko‘krak sohasi terisi rangining o‘zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo‘lishi homiladorlikdan darakdir. Ko‘rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitiligo), yoki kichik-kichik dog‘chalar (Leucoderma) ko‘rinishida namoyon bo‘ladi.

Terini ko‘zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo‘lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho‘ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to‘lishiga bog‘liqdir. Teri rangining quyidagi o‘zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo‘zarishi), qizarishi, ko‘karishi, sarg‘ayishi, yer rangida bo‘lishi mumkun.

Terining oqarishi vaqtinchalik funksional (kuchli og‘riq, hayajon, qo‘rqish va h.k. tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k.tufayli) bo‘lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g‘azablanganda, tashqi harorat ta‘sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo‘lishi mumkin.

Ko‘karish doimo patologik holat bo‘lib, u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o‘pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko‘karish ko‘pincha do‘ng joylar (burun uchi, quloq suprasi, labda), periferiya (barmoqlarda, tirnoqlar)da (akrotsianozi) ko‘rinadi. Sarg‘ayish har xil tusda ko‘rinishi mumkin: och sariqlikdan (subyekterik), to‘q sariqlikkacha. Sariqlik ko‘p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko‘zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon

bo'ladi. Qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib, organizmda hech qanday funksional buzilishlarga olib kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petixiya) toshmaning asosiy shakliyi ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi.

Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlama badanda toshmalarning toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiq, zaxmdagi chandiq, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligining ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligiga ko'proq xos bo'ladi.

Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. U ichki sekretiya bezlari kasalliklari diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi.

Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora cho'pisimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari,

ko'zdan kechirishda shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarning hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini ko'rish mumkin.

2.2 Hamshiralik ishida bemorning holatini baholash

Har bir bemorning holatini baholash hamshiralarning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorga nisbatan hamshiradan juda ko'p narsalar talab qilinadi: bemorning kelib chiqishi, kasallik tarixi, umumiy ahvoli, kasallik va hayot anamnezi, boshqa ma'lumotlar va hokazo. Mazkur ma'lumotlar asosida bemorning keyingi davolanish jarayoni olib boriladi va kuzatilib boriladi.

Bemorning fizikal va psixoiqtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ish eng asosiy yo'nalish bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini baholash asosan hamshiraning amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir. Suhbatlashish, bemorning umumiy holatini tekshirish, maslahatlar bemorning umumiy holatini baholash me'zoniga kiradi.

Bemorni umumiy tekshirish vaqtida klinik topilmalardan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari kiradi. Bularning hammasi hamshira uchun ma'lumotlar bazasi bo'lib hisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yig'indisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bo'lib qoladi.

Bemorni davolashda hamshiradan fizikal baholashning har xil yo'nalishlari talab etiladi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Hamshira o'zining ish tajribasi va amaliy

ko'nikmalari asosida fizikal baholash asoslarini yanada kengaytirilgan holda puxta o'zlashtirishi mumkin.

Umumiy ma'lumot yig'ish usullari: suhbatlashish, umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holati, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari, adabiyotlar ro'yxati, palpatsiya, auskultatsiya va perkussiya fizikal baholashning asosini tashkil etadi. Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi), bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot – tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi.

Bemor haqida ma'lumot to'plashning aniq bir usuli mavjud emas. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar hamshira to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari har xil bo'lishi mumkin. Usullarning bir-biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Hamshira o'zining yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi shart.

O'zaro suhbatlashish (so'rov) – bemor bilan suhbat qurish. Bu paytda hamshira bemorga tegishli muammolar haqida ma'lumot yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishida so'zsiz yordam beradi. Bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, hamshiraga nisbatan ishonch paydo bo'lishi ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Hamshiraning so'zlashuv odobi, muomalasi, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil qildirib, uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot – subyektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Agar bemor fizik yoki psixoeemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki do'stlarini jalb etish zarur.

Hamshira ilk savollar orqali bemorning holati qay darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vaqti-vaqti bilan qo'zg'aladigan xastaliklar) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. Hamshira bemorga quyidagi savollar bilan murojaat qilishi mumkin:

- O'z so'zingiz bilan sizni nima bezovta qilishini aytib bering.
- Shuning uchun ham siz bizga murojaat etdingizmi?
- Bu muammo sizni avval ham bezovta qilganmi?
- Sizning ahvolingizga nima ta'sir qila olishi mumkin?
- Qaysi holatda ahvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga qanday qarashadi?
- Oilangiz sog'lig'ingiz haqida g'amxo'rlik qiladimi?
- Sizningcha biz, ya'ni tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishimiz mumkin? va hokazo.

Hamshiralik ishida anamnez yig'ish – bemor bilan bo'lgan o'zaro suhbatni hujjatlashtirishdir. Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashingiz darkor. Hamshira quyida keltirilgan savollar orqali bemorda kechadigan dardlarni baholashi mumkin:

- Dard kechishi haqida : « Qayeringiz og'riydi?»
- Dardning boshlanishi va davom etishi haqida: « Qachon dard paydo bo'ldi?», « Qachondan beri davom etib kelmoqda?»
- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniqlash: « 0 dan
- 5 ballgacha tizimda baholasak, sizningcha dardingiz qanday jadallikda?»

•Tashqi muhitning ta'siri: «Qaysi hollarda dard kuchayadi?», «Og'riqni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»

•«Bu dard sizga qay darajada ta'sir etadi, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»

•«Siz o'z dardingizni qanday baholay olasiz, ya'ni bu dard hayot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab kechadi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi kifoya. Hamshira bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi. Shuni bilish lozimki, «hamshira haqiqati» bu bemorning sog'lig'iga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu – konstruktiv-ijodiy xarakterga ega bo'lishi kerak. Bizning fikrimizcha ushbu suhbat bir-biriga uzviy bog'liq bo'lgan sahna asariga o'xshaydi. Birinchi qismi bu subyektiv tomoni bo'lib, unda bosh rolni ijro etuvchi bemor bo'lib hisoblanadi. Ammo hamshira bu rol ijrosini boshqara olishi kerak, aks holda bu suhbat monologga aylanib, kutilgan natijani bermasligi mumkin. Ikkinchi qismi bu obyektiv tomoni bo'lib, unda hamshira asosiy rolni ijro etadi. U ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim. Shuni ta'kidlash lozimki, birinchi va ayniqsa, ikkinchi qismlarning samaradorligi hamshiraning bevosita bilim doirasiga, uning kengligiga va chuqurligiga bog'liqdir.

2.3 Palpatsiya (palpatio)

Bemorni so'rab-surishtirilgandan va ko'zdan kechirilgandan so'ng paypaslab tekshiriladi. *Palpatsiya* – paypaslash ma'nosini

anglatadi. Ko'pchilik holatlarda palpatsiya bilan bir vaqtda ko'zdan kechirish birgalikda o'tkaziladi. Qo'l kaftlari, barmoqlar va barmoq uchlari yordamida hamshira tekshirilayotgan tananing qism yoki a'zosining yumshoqligini, elastikligini, qattiqlanishini va haroratini sezadi hamda uning holati va o'lchamini aniqlaydi. Bu usul limfa tugunlari, qalqonsimon bez, ko'krak qafasi, yurak-qon tomir tizimi va ayniqsa, qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda muhim ahamiyatga ega. Ko'krak qafasining palpatsiyasida uning elastikligi, tovushning titrashi, qovurg'alaridagi og'riq (yoriqlar, siniqlar) va qovurg'alararo oraliq (nevralfiyalar, miozitlar va b.)lar tekshiriladi. Bu usul yurak-tomirlar tizimini tekshirishda (yurak cho'qqi zarbi xususiyatini aniqlashda, mushuk xirillashi simptomini, mitral klapan nuqsonlarini aniqlashda) qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda palpatsiya usuli muhim o'rin egallaydi. Bu usul olimlar V.P. Obratsov va P.D. Strajeskolar tomonidan yaratilgan bo'lib, metodik chuqur sirpanuvchi palpatsiya deb nomlanadi.

Palpatsiya tekshirish usuli yordamida periferik pulsning sonini va sifatini baholashimiz mumkin.

2.4 To'qillatish usuli yordamida tekshirish (percussion)

Perkussiya (percussion) – tana yuzasiga to'qillatish, perkussiya qilinayotgan sohadagi zich a'zolari yoki to'qimalarni aniqlash, ularni havo yoki suyuqlik bilan to'lganligini aniqlash uchun qo'llaniladigan usuldir. Perkussiyada hosil qilinadigan tovushlar to'qimalarning zichligiga qarab farq qilinadi. Hamshira perkussiyaning natijalarini baholashni bilishi kerak. Perkussiya jarayonida to'qimalarning tebranish harakatlari faqat 6–7 sm chuqurlikgacha tarqaladi, bu usul chuqur joylashgan patologik jarayonlarni aniqlash uchun yaramaydi.

To'qillatishning asosiy tartiblari

1. To'qillatish usuli yordamida tekshirilayotganda bemorning vaziyati qulay bo'lishi kerak, u o'tirgan yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Faqat og'ir ahvoldagi bemorlar yotgan holatda bo'ladi.

2. Xona iliq va jimjit bo'lmog'i maqsadga muvofiq.

3. Hamshira qulay vaziyatni egallaydi.

4. Uriladigan barmoq to'qillatish sohasiga zich qo'yiladi.

5. To'qillatishda kaft harakati bilan ishlanishi, bir xil kuchning ishlatilishi, barmoqlar perpendikulyar (tik) holatda bo'lishi, qisqa-qisqa urilishi kerak.

6. Topografik to'qillatishda baland tovushdan past tovush tomon boriladi va chegara chizig'i barmoq plessimetrining (aniq) tiniq tovushi tomonidan belgilanadi.

7. Qiyosiy to'qillatish faqat simmetrik sohalarda olib boriladi.

To'qillatish – tana yuzasiga urganda chiqadigan tovushning o'zgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli hisoblanadi. Bu usul dastlab L.Auenbrugger tomonidan (1761) taklif qilingan. Tananing har xil qismlarini to'qillatganda har xil tovush eshitiladi. To'qillatish tovushining xususiyati shu to'qillatgan a'zoning zichligiga, cho'ziluvchanligiga, tarangligiga bog'liqdir. To'qillatishda tebranish harakati paydo bo'lib, u bizning qulog'imizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan, o'zida havo tutmaydigan a'zolar mutlaq bo'g'liq tovush beradi. Shuning uchun jigar, taloq, buyrak, havosiz o'pka, suyuqliklarni to'qillatishda bir-biridan farq qilishi qiyin. Ko'krak qafasini va qorin bo'shlig'ini to'qillatganda paydo bo'ladigan tovushlar ular tutgan havo miqdoriga bog'liq. Hozirgi vaqtda barmoqni barmoqqa urib to'qillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita to'qillatish deyiladi. Barmoqni-barmoqqa to'qillatganda faqat qo'l panjasi ishlashi kerak. To'qillatish bir xil kuch bilan, tez va qisqa, barmoqni perpendikulyar (tik) bo'lgan holatda bajarilishi kerak.

Bevosita to‘qillatish ko‘rsatkich barmoq yordamida bajari-
ladi. To‘qillatishlardagi tovushlar farqi orqali a‘zoning chegara-
lari, kattaligi, joylashishi aniqlanadi.

Topografik to‘qillatish orqali har bir a‘zoning joylashish
shakli va kattaligi aniqlanadi. Ko‘krak qafasining simmerik
sohalarini to‘qillatish orqali patologik o‘choq qayerda joylash-
ganligini aniqlashimiz mumkin.

To‘qillatishda quyidagi maqsadga muvofiq har xil kuch bilan
uriladi: kuchi bo‘yicha to‘qillatish tovushi qattiq (tipik;) va sekin
(bo‘g‘iq) bo‘lishi mumkin, balandligi bo‘yicha – baland va past;
aks etishi bo‘yicha – timpanik, notimpanik va metall tovushini aks
ettiruvchi tovushlar farqlanadi. Tovush balandligi tovush tebra-
nishi tezligiga bog‘liq. Masalan: o‘pka to‘qimasida havo ortib
ketganda (emfizema) to‘qillatish tovushi past bo‘ladi (tebranish
tezligi 70–80 sek). Me‘yoriy tebranish tezligi 100-130 sek ga teng.
O‘pka to‘qimasi qattiqlashganda u 400 gacha ko‘payadi.

2.5 Auskultatsiya (auskultasio)

Auskultatsiya – organizmda hosil bo‘ladigan tovushlarni
(fonendoskop yordamida) kasalliklarni aniqlash maqsadida eshitib
ko‘rish usuli hisoblanadi. Auskultatsiyada normal tovushlarning
variatsiyasini tanish lozim. Amaliy tajribaning ortib borishi bilan
normadan tashqaridagi siljishlarni farqlash o‘rganiladi. Faqat
ko‘nikmalarni bilish va tajribaga ega bo‘lish orqali patologik
tovushlarni baholash mumkin.

Bu usul a‘zolarining ishlab turgan vaqtida hosil bo‘ladigan
tovushlarni eshitib ko‘rishdan iborat. Shunga qarab a‘zoning
normal yoki kasal holatda ekanligi to‘g‘risida fikr yuritsa bo‘ladi.
Auskultatsiya tekshirish usulining amaliyotga keng joriy etilishi
fransuz vrachi Laennik nomi bilan bog‘liq.

Bevosita va bilvosita auskultatsiya tafovut qilinadi. Bilvosita
auskultatsiya kasal tananing u yoki bu qismiga to‘g‘ridan- to‘g‘ri

quloqni qo'yib eshitish, bevosita auskultatsiya esa maxsus tibbiyot asboblari (fonendoskop yoki stetoskop) yordamida eshitib ko'rish.

Fonendoskoplar odatda menbranali qismdan tashkil topadi. Agarda fonendoskop teriga yengil tegib tursa, past tonning ustunligi bo'lgan tonlar yaxshi eshitiladi. Agar diafragma eshitiladigan joyga zich yopishtirilib eshitilsa, yuqori tonning ustunligi bo'lgan tovush aniqlanadi.

Auskultatsiya tekshirish usulini o'tkazish mahalida tashqi muhitdagi shovqinning darajasi nazorat qilinishi kerak, ya'ni xona tinch holatda bo'lishi kerak. Bemorni eshitib ko'rayotganda undan gapirmaslik iltimos qilinadi.

III-BOB. NAFAS A'ZOLARI TIZIMI XASTALIKLARIDA BEMORLARNI TEKSHIRISH

3.1. Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish

Umumiy ko'zdan kechirishda bemorning umumiy ahvoli (og'ir, o'rtacha, qoniqarli), es-hushiga (aniq, xiralashgan) va holatiga (faol, nofaol) baho beriladi. Teri qoplamlari sianotik, oqargan, giperemiyalangan, haroratli va toshmali bo'lishi mumkin.

Sianoz shilliq qavatlarda va yuz teri qoplamlarida bir qator kasalliklarda uchraydi (o'pka yallig'lanishi, o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka sili va yiringlashi va b.). Shuningdek, o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Xususan, yaqqol ifodalangan yuz sianoz birlamchi (aerza xastaligida) va o'pka arteriyasi ikkilamchi sklerozida uchraydi.

O'tkir ifodalanuvchi sianoz o'pka arteriyasi emboliyasida, pnevmotoraksda kuzatiladi.

Sanab o'tilgan kasalliklarda sianoz holatining uchrashi, asosan, o'pkada gaz almashinuvi buzilishi natijasida yuzaga keladi. Buning oqibatida o'pkada qonni O₂ ga to'yinishi yetarli darajada bo'lmaydi. Eksudativ plevrit xastaligiga chalingan bemorlar oqimtir rangda bo'ladi. Xususan, teri rangining keskin oqarishi o'pkadan ko'p qon ketishida kuzatiladi.

O'pkani krupoz yallig'lanishida yuz qiyofasida sianoz va giperemiya holatlari birgalikda uchraydi va shohpardaning biroz sarg'ayishi, lab shilliq qavatlarida, burun atrofi teri qatlami, oz miqdorda yelka va ko'krakning orqa qismida toshmalar kuzatiladi.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlar majburiy holatni egallaydi. Eksudatli plevritda, bronxoektazda va pnevmoniyada bemorlar kasallangan tomonni bosib yotadi, ya'ni majburiy holatni

egallaydi. Bronxial astma xuruji paytida yarim o'tirgan yoki o'tirgan holatni egallaydi, bunda qo'llari bilan to'shakka tirkab, qo'shimcha nafas mushaklarini ishga solib qiyinlashgan nafasni biroz yengillashtiradi. Umurtqaning yon tomoniga qiyshayishi skolioz deyiladi va u o'quvchilarda gavdaning yuqori qismini noto'g'ri tutishi oqibatida rivojlanishi mumkin.

Umurtqaning orqaga qiyshayishi (kifoz) ba'zida skolioz bilan birgalikda uchraydi. Bunday holat kifoskolioz deb nomlanadi. Ko'krak qafasining bu shakli o'pka va ko'ks a'zolarining vaziyatini o'zgarishiga va shu bilan nafas va qon aylanishining faoliyati buzilishiga olib keladi.

Umurtqaning oldinga qiyshayishi lordoz deyiladi. Ko'krak qafasining shaklini aniqlagandan tashqari diqqatni ko'krak qafasining bir tomonlama bo'rtib chiqishiga yoki aksincha botib ketishiga, chuqur nafas olganda orqada qolishiga qaratiladi, bu ma'lum diagnostik ahamiyat kasb etadi. Ko'krak qafasining yarim tomoni o'lchaminining kattalashishi plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik to'planganda, ekssudatli plevritda, pnevmotoroksda, piopnevmtoroksda, gemotoraksda, gidrotoraksda kuzatiladi.

Qovurg'alararo oraliqlar bunda kengayadi yoki silliqlashadi. Bunda chuqur nafas olganda ko'krak qafasining zararlangan tomoni nafas aktida sog'lom tomonga nisbatan orqaga qoladi.

Ko'krak qafasining botib ketishi o'pkaning bujmayishi jarayonlarida, biriktiruvchi to'qimaning o'sishi natijasida (o'pka sili, pnevmoskleroz va boshqa kasalliklarda) orttirilgan ekssudativ plevrit oqibatida plevral bitishmalarning hosil bo'lishida, ayniqsa, yiringli plevritda va nihoyat, obturatsion atelektazda, ayniqsa, bronxogen o'smasi tufayli hosil bo'lgan holatlarda kuzatiladi. Bunda ko'krak qafasi botib ketadi, qovurg'alararo oraliq tor bo'lib qoladi. Umurtqa kasallangan tomonga qarab qiyshayadi. Chuqur nafas olganda botiq kasallangan tomon sog'lom tomonga nisbatan nafas aktida keskin orqada qoladi. Ko'krak qafasini tekshirishda

nafas tipiga, soniga, chuqurligiga va ritmiga ahamiyat berish kerak. Nafas tipi quyidagicha tafovut qilinadi: ko'krak, qorin, aralash.

Agarda nafas akti harakatlari, asosan, qovurg'alararo mushaklarning qisqarishi hisobiga bajarilsa ko'krak yoki qovurg'a nafas tipi deyiladi. Bu nafas tipi, asosan, ayollarda uchraydi. Buni erkaklarda (normada qorin tipida) paydo bo'lishi, diafragma faoliyatining cheklanganligidan dalolat beradi. Ayollarda qorin yoki diafragmal tipdagi nafas o'pka to'qimasi zararlanganidan yoki plevrada bitishmalar jarayoni rivojlangandan darak beradi.

Aralash tipdagi nafas turida ko'krak qafasining pastki qismi va qorinning yuqori qismi ishtirok etadi. Bu qari yoshdagi kishilarda, shuningdek, ko'krak qafasining taranglashishida va o'pka to'qimasi elastikligining oshishi (o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz) da kuzatiladi.

Nafas soni. Normada nafas harakatlari soni 1 daqiqada 16-20 marttani tashkil qiladi. Uning sonini bemorga sezdirmasdan sanaladi. Bunda bemorning qo'lidan pulsni aniqlashdagi kabi tutiladi, epigastral sohaga qo'yiladi. Qo'lning ko'tarilishi harakatlarni har nafas olinganda 1 daqiqa davomida aniqlanadi. Nafas soni tezlashgan yoki siyraklashgan bo'lishi mumkin.

Nafasning tezlashishi sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishdan keyin asabiy qo'zg'alishlarda odatda qisqa muddatda kuzatiladi. Nafasning patologik tezlashishi isitmali holatlarda va o'pkaning har xil kasalliklari (o'pka yallig'lanishi, o'pka sili, turli xil o'smalar, o'pka emfizemasi va boshqalar) da kuzatiladi.

Nafasning tezlashishi. Bu holatlarda o'pkada gaz almashinuvining buzilishi va qonda karbonatlarning to'planishi oqibatida nafas markazining qo'zg'alishi bilan yuzaga keladi.

Plevraning zararlanishi (ekssudatli plevrit, gemotoraks, pnevmotoraks) kasalliklari ham nafasning tezlashishi bilan kechadi, bunda o'pkaning qisilishi oqibatida nafas yuzasining kamayishiga olib keladi. Nafasning tez-tez yoki yuzaki bo'lishi

miozidlarda, quruq plevritda, qovurg'alar shikastlanishida, nevrologiyada bo'ladi.

Nafasning sekinlashuvi asosan nafas markazi faoliyatining pasayishida kuzatiladi. Bu miya o'smalarida, miyaga qon quyilishida, meningitda, og'ir yuqumli kasalliklarda, uremiyada va boshqa xastaliklarda uchrashi mumkin.

Surunkali yiringli kasalliklar (bronxoektaz, surunkali o'pka absessi)ga xos belgilardan «nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar» bo'lib, bunda qo'l va oyoq barmoqlarining uchki qismining o'lchami kattalashadi. Bunda tirnoqlar yuzasi qavariq shaklda bo'ladi va «soat oynasi» ko'rinishida bo'ladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirib uning formasi nafas aktida ikkala tomon ko'krak qafasining simmetrik ishtirok etishiga va nafas tipiga e'tibor qaratiladi.

Ko'krak qafasining formasi. Konstitutsional tiplarga mos holda ko'krak qafasining 3 xil shakli tafovut qilinadi: normostenik, astenik, giperstenik.

Normostenik ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasi yaxshi rivojlangan bo'lib, o'zida ko'krakning old, orqa va ko'ndalang o'lchamlari proporsional bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari unchalik shakllanmagan bo'ladi. Epigastral burchak to'g'ri bo'ladi, taxminan 90 gradusni tashkil qiladi.

Astenik turdagi ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasining old-orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kamaygan bo'ladi va shuning uchun yassi ko'rinishda bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari botgan bo'ladi. Kuraklar ko'krakdan ko'tarilgan bo'ladi. X-qovurg'aning cheti erkin, palpatsiyada yengil aniqlanadi. Epigastral burchak 90 gradusdan kichik bo'ladi.

Giperstenik turdagi ko'krak qafasi. Old orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan katta bo'ladi. Shuning uchun ko'krakning ko'ndalang kesimi aylanaga yaqin bo'ladi.

Qovurg'alararo oraliq tor, o'mrov usti va osti bo'shlig'i kuchsiz ifodalangan bo'ladi. Epigastral burchak 90 gradusdan katta bo'ladi.

Ko'krak qafasining patologik formasi ko'krak bo'shlig'i a'zolarining har xil patologiyalarida yoki skeletning deformatsiyasida rivojlanadi. Emfizematoz ko'krak qafasi uning ko'ndalang va old orqa o'lchamlarining kengayishi bilan xarakterlanadi. U bochkasimon shaklni egallaydi, qovurg'alar gorizontol joylashadi. Qovurg'alararo oraliq kengayadi. O'mrov osti va usti chuqurliklari silliqlashadi. Bo'yin kalta, epigastral burchak o'tmas, ko'krak qafasining bunday shaklida o'pkaning uzoq muddat chuqur nafas olib turgandek holat kuzatiladi.

Bunday holat o'pka emfizemasida yoki bronxial astmaning og'ir xurujlari, shu bilan birga alveolalarda havoning ko'p to'planishi bilan kechadi.

Paralitik ko'krak qafasi. Emfizematoz ko'krak qafasiga teskari xususiyatlarga ega bo'ladi. U uzaygan, cho'zinchoq va old-orqa o'lcham ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kichik bo'ladi. O'mrovlar keskin shakllangan, o'mrov usti va osti bo'shliqlari cho'kkan bo'ladi. Qovurg'alar qiya pastga yo'nalgan bo'ladi. Epigastral burchak o'tkir bo'ladi. Ko'krak qafasining bunday xususiyati sil kasalligiga chalingan, o'pkaning yoki plevranning surunkali kasalliklari bilan xastalangan bemorlarda uchraydi. Yuqorida keltirilgan kasalliklar biriktiruvchi to'qimaning o'sishiga va uning bujmayishiga, plevral bitishmalarning rivojlanishiga sabab bo'lib, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishiga olib keladi. Bunga boshqa sabablar skelet rivojlanishining tug'ma anomaliyalari, bolalikda orttirilgan raxit tufayli yoki surunkali kasalliklar tufayli umurtqaning o'zgarishlari kiradi.

Voronkasimon ko'krak qafasi – to'shning pastki qismining voronkasimon chuqurlashishi bilan ko'rinadi. Bu to'shning tug'ma anomal rivojlanishi bilan bog'lanadi. Ayrim hollarda bolalikda bu sohaga uzoq muddatda doimiy ko'rsatiladigan bosim tufayli hosil

bo'ladi. Shuning uchun uning paydo bo'lishida kasbga oid omillar bilan bog'liq holda erta yoshda boshlanadi. Raxitik ko'krak qafasi to'shning oldinga chiqishi bilan xarakterlanadi. «Tovuq ko'kragi» nomini olish bilan bir vaqtda bolalikda orttirilgan raxit bilan qovurg'alar birikadigan qismining qalinlashuvi «raxitik ko'rinish» nomini oladi.

Qayiqsimon ko'krak qafasi va uning tuzilishi. To'shning yuqori qismining qayiqsimon bosilganligi sababli kuzatiladi. Buning hosil bo'lishi orqa miya kasalliklari (siringomieliya) bilan bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasining shakliga umurtqa pog'onasining qiyshayishi ta'sir qilishi mumkin.

Nafasning sekinlashishi halqumning shilliq qavatlarining shishishida va qisilishida traxeyaning o'sma tufayli bosilishi natijasida yuzaga keladi. Bunday hollarda havo o'tishining qiyinlashuvi natijasida nafas shovqinli bo'ladi. Bu stridoroz nafas deyiladi. Ayrim xastaliklarda (diabetik koma) nafas soni siyrak bir oz chuqurlashgan bo'ladi. Bunday nafas Kussmaul nafasi deyiladi. Bu koma holatidagi bemorlarda atsidozning rivojlanishi nafas markazining qo'zg'alishiga bog'liq.

Nafas ritmining buzilishi. Sog'lom kishilarda nafas akti ritmik bo'ladi. Og'ir kasalliklarda nafas markazi sohasida qon aylanishining buzilishi yoki bosh miyaning zararlanishida nafas ritmining buzilishi kuzatiladi. Agar nafas ritmining buzilishi aniq ketma-ketlikda takrorlansa bunday nafas davriy nafas deyiladi. To'rt xil davriy nafas tafovut qilinadi: Cheyn-Stoks, Biott, Grokko va Kussmaul.

Cheyn-Stoks nafasi ikki xususiyati bilan xarakterlanadi. *Birinchisi:* nafas va harakatlar davriy hosil bo'lib, ular orasida to'xtalish bo'ladi. *Ikkinchisi:* bu nafas harakatlarining sekin-asta ortishi, keyinchalik pasayib borib va oxiri batamom to'xtashi. Nafas harakatlari orasidagi to'xtalish bir necha soniyadan daqiqalargacha yetadi. Bu nafas bemorlarda miyada qon aylanishi buzilganda ateroskleroz, gipertoniya xastaliklarida, miyada qon

quyilishida, miya o'smalarida, meningitda, og'ir zaharlanishlarda va narkotik (morfin) dorilardan zaharlanishlarda va boshqa ko'pgina kasalliklarda uchraydi. Ayrim hollarda kekxa kishilarda uyqu paytida yuzaga keladi. Bu nafasning patogenezi asosida nafas markazining kislorod bilan ta'minlanishining yomonlashishiga olib keladi. Bu uning qo'zg'aluvchanligini pasayishiga olib keladi. Cheyn-Stoks nafasi yomon oqibatdan darak beruvchi belgi bo'lib, qon aylanishining og'ir buzilganligidan dalolat beradi.

Biotta nafasida to'g'ri nafas harakatlari vaqtinchalik to'xtalishi bilan almashinadi. Bu bir necha soniyadan daqiqagacha davom etadi. Bu nafasning hosil bo'lish mexanizmi Cheyn -Stoks nafasinikiga o'xshash bo'ladi. Bu meningit va bosh miyaning boshqa kasalliklarida uchraydi.

Ba'zida dissotsiatsiyalangan Grokko-Vrugonni nafasi kuzatiladi. Bu nafas markazining koordinatsion xususiyati natijasida ro'y beradi. Alohida guruhdagi nafas mushaklarining birgalikdagi ishining garmoniyasi buzilishi bilan xarakterlanadi. Masalan: qovurg'alararo mushaklar va diafragma qisqarishining koordinatsiyasi buziladi. Bunda ko'krak qafasining yuqori va o'rta qismi nafas olish fazasida tursa, pastki qismi nafas chiqarish harakatlarini bajarayotgandek bo'ladi. Nafasning bunday buzilishlari bosh miya absesslarida ayrim holatlarida, bazal meningitlarda, ba'zida agonal davrida uchraydi.

Nafas patologik ritmining dissotsiatsiyalangan turi bilan birgalikda uchrashining oqibati xavfli hisoblanadi.

O'pka kasalliklariga chalingan bemorlarni ko'zdan kechirish

- Bemor terisining rangi.
- Nafas olish soni, ritmi, chuqurligi va qiyinlashganligi.
- Nafas aktida qo'shimcha mushaklarning qo'shilishi.
- Qovurg'alararo oraliqning torayishi.
- Burun qanotlarining ko'tarilishi.
- Deformatsiya, ko'krak qafasi asimmetriyasi.

Ko'zdan kechirish: normadan og'ishni aniqlash

- Deformatsiyalar yoki asimmetriya.
- Ko'krak qafasining voronkasimon deformatsiyasi.
- Bochkasimon ko'krak qafasi.
- Tortilishi.
- Jiddiy o'pka obstruktiv kasalligi.
- Surunkali o'pka obstruktiv kasalligi.
- Astma.

3.2.Nafas a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Shikoyatlari. Nafas a'zolari tizimi kasalliklarida bemorlar ko'krak qafasida og'riq, quruq yo'tal yoki yo'tal bilan balg'amning ajralishi, umumiy holsizlik, haroratning ko'tarilishi kuzatilishi mumkin .

Og'riq (dolor)ning ko'krak qafasida paydo bo'lishi ko'pchilik hollarda plevraning zararlanishlarida (quruq plevrit, eksudatli plevritning boshlang'ich davrida, plevral bitishmalarda, plevra endoteliomasida), shuningdek o'pka kasalliklarida (o'pkaning krupoz yallig'lanishida, o'pka infarktida, o'pka o'smalarida va .b.) uchraydi.

Eksudatli plevritda ko'krak qafasidagi og'riqlar faqat kasallikning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi, eksudat suyuqlikning to'planishi oqibatida plevra varaqlari bir-biridan uzoqlashadi, bunda og'riq yo'qoladi va hansirash paydo bo'ladi.

Herpes zosterda og'riqlar juda kuchli jadallikda bo'ladi, qovurg'alararo nevrалgiya va qovurg'alar sohasida terida pufakchali toshmalar ko'rinishida uchraydi.

Periostitda qovurg'alar yorilishi yoki sinishida jarohat joyini paypaslaganda og'riq aniqlanadi.

Yo'tal (tussis) reflektor – himoya akti bo'lib, nafas yo'llariga yallig'lanish jarayoni (ovqat bo'lagi yoki boshqa yot jismlar)

ta'siri natijasida sekret (balg'am, shilimshiq, qon) to'planishi tufayli yuzaga keladi.

Yo'tal mexanizmi – bemor chuqur nafas olganidan keyin, ovoz yorig'ining yopiq vaqtida kuchli nafas chiqaradi, xuddi shu paytda yo'tal akti sodir bo'lib nafas yo'lini balg'amdan tozalanishiga olib keladi.

Quruq plevritli bemorlarda yo'tal reflektor yo'l bilan sodir bo'ladi. Bunda yo'tal bemor chuqur nafas olgan paytda bo'ladi. Yo'tal quruq yoki balg'am ajralishi bilan, doimo yoki o'qtin-o'qtin, ba'zida xurujli ko'rinishda paydo bo'ladi.

Quruq yo'tal – laringit, traxeit, pnevmoskleroz, bronxial astma, quruq plevrit va bronxitda, bronx shilliq qavatlarida shish bo'lganda va uning ichida quyuc qiyin ko'chuvchi balg'am bo'lganda kuzatiladi. Yo'tal bilan balg'am ajralishi surunkali bronxitda, bronxlarda suyuq konsistentsiyali sekret bo'lganda uchraydi, shuningdek o'pka shamollashi, sil, o'pka absessi, bronxoektaz kasalliklarida bir sutkada 200 ml gacha balg'am ajraladi. Doimiy yo'tal nafas yo'llari o'pkaning surunkali kasalliklari (surunkali laringit, traxeit, bronxit, bronxoektaz kasalligi, o'pka sili)da uchraydi. Xurujsimon yo'tal nafas yo'liga ovqat bo'laklari yoki yot jism tushganda kuzatiladi.

Tovushsiz yo'tal – asosan ovoz boylamlari sili va zaxm tufayli zararlanishlarda yoki n.recurrrens asab tolalarining siqilib qolishlari (spazmi)da kuzatiladi.

Qon tupurish (haemoptoe). Balg'amda qonning ajralishi alohida tupurilganda yoki o'pkadan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Qon tupurish ko'pincha o'pka sili, ba'zan bronxoektaz, o'pka absessi, gangrenasi, saraton kasalliklarida, ayrim holda grippdan keyingi nafas yo'llari yallig'lanishlarida kuzatiladi.

Shuni unutmash lozimki, qon tupurish yurak xastaliklari (mitral stenoz va miokard infarkt) tufayli ba'zan o'pkada dimlanish bo'lganda yoki o'pka infarktida kuzatiladi. Qon tupurish o'pkadan bo'lganligiga ishonch hosil qilish uchun

balg'amga qonning boshqa a'zolaridan qo'shilishini, ya'ni milkdan qon ketishlarda, burun shilliq qavatlaridan, teleangioektaziyalardan qonning kelib qo'shilganligini inkor qilish zarur, buning uchun og'iz va burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirilishi lozim.

Ba'zan o'pkadan qon ketishlarni oshqozondan ketishdan farqlash qiyin bo'lishi mumkin. Oshqozondan qon ketishda qon to'q rangda oziq mahsulotlari bilan ajralib, kislotali reaksiyali bo'ladi, kofe quyqasi ko'rinishida bo'ladi. O'pka xastaliklarida esa qonning och qizil rangida bo'lishi, ko'pikli, ishqoriy muhitli va yo'tal bilan birgalikda ajrajishi uchraydi.

Hansirash (dyspnoe) nafas a'zolari kasalliklarida uchraydigan asosiy belgilardan biri hisoblanadi. Hansirash o'pka alveolarida ventilyatsiyaning buzilishi oqibatida yuzaga keladi. O'pkada gazlar almashinuvi va kislorodga to'yinishining pasayishiga olib keladi. Qonda karbonat kislotaning oshishi va modda almashinuvi, to'liq oksidlanmagan mahsulotlarning ko'payishi nafas markazining qo'zg'alishi va hansirashning paydo bo'lishiga olib keladi.

Hansirashning 3 xil turi tafovut qilinadi :

– ***Inspirator hansirash***, biror mexanik to'siq nafas olish paytida havoni o'tkazilishini qiyinlashtirganda kuzatiladi. Hansirashning bu turi nafas yo'liga yot modda tushganda tovush boylami keskin shishida, halqumning torayishida va o'sma tufayli siqilishida, bo'qoq yoki aorta anevrizmasi tufayli siqilganida, ko'p hollarda yurak xastaliklarida kuzatiladi. Bunday holatlarda nafas olish shovqinli (stridoroz nafas) bo'ladi.

– ***Ekspirator hansirash*** bronxial astma xuruji paytida bronxlarning birdaniga qisqarishi tufayli bronxiolitda hamda o'pka emfizemasida kuzatiladi.

– ***Aralash hansirashda*** qiyinlashgan nafas, nafas olinishi va chiqarilishida kuzatiladi. Bu nafas turi o'pkaning nafas yuzasini kamayishida o'pkaning shamollashida, plevrada suyuqlik to'plani-

shida, pnevmotoraksda obturatsion atelektazi-da, diafragmaning yuqori turishida kuzatiladi.

Keskin ifodalangan hansirash to'satdan paydo bo'ladi va bo'g'ilish deb ataladi. Bu pnevmotoraksda, o'pka arteriyasi emboliyasida, o'pka shishida va ovoz boylamining o'tkir shishida yuzaga keladi. Xurujlar bilan kechadigan bo'g'ilish astma deb ataladi.

Tana haroratining ko'tarilishi o'pkaning turli kasalliklarida kuzatiladi. Masalan, o'pkaning krupoz yallig'lanishlarida harorat 39–400C gacha, plevritda va bronxopnevmoniyada haroratning sekin-asta ko'tarilishi kuzatiladi.

O'pkaning yiringli kasalliklarida (absess, gangrena, bronxoektaz), shuningdek yiringli plevritda qaltirash, ko'p ter ajralishi, asosan ertalab va kechqurun haroratning katta tebranishda ko'tarilishi qaytalama xarakterga ega bo'ladi.

Sil kasalligida tana harorati har xil bo'ladi: subfebril, qo'zish davrida 380C gacha va undan yuqoriga ko'tariladi, og'ir hollarda tana harorati gektik xarakterga ega bo'ladi.

3.3 Hamshiralikda fizikal baholash nazariyasi

Bemorlarni parvarish qilishda hamshiradan fizikal baholashning har xil aspektlarini har kuni bajarish talab etiladi. Baholashni ketma-ketlikda bajarish har tomonlama tizimlashgan usulda olib boriladi. Bu usul yordamida bemorning holatini baholash yengil kechadi. Ushbu bo'limda fizikal baholashni o'tkazilishining asosiy sxemalari keltiriladi. Ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya ko'nikmalarini bajara olish hamshiralikda fizikal baholashni bajarishga imkon beradi. Ayrim holatlarda hamshiradan har tomonlama fizikal baholash talab qilinsa, boshqasida esa uni bir yoki ikkita turini bemorni parvarishida aniq bir vaqtda bajarish talab qilinadi.

Ko'krak qafasini fizikal baholashda individuallik muhim bo'ladi: ko'krak qafasini va qorinni ko'zdan kechirish, shuningdek qon aylanish tizimini baholashning har xil aspektlarini bilish talab qilinadi. Bu a'zolar va tizimni fizikal baholash bemordagi kasallikning turiga qarab alohida yoki har tomonlama o'tkaziladi.

Ko'krak qafasi yurak va o'pkani tekshirish. Bo'yin va qorin orasidagi tana qismiga ko'krak qafasi deyiladi. Yurak, o'pka va sut bezlari ko'krak qafasida joylashadi. Shuning uchun bu a'zolar bir vaqtda tekshiriladi. Yurak faoliyatini tekshirishda auskultatsiya usulidan foydalanish nisbatan diagnostik ahamiyatga ega hisoblanadi, o'pkani tekshirishda ko'zdan kechirish va auskultatsiya, sut bezini tekshirishda ko'zdan kechirish va palpatsiya tekshirish usullari ko'proq samarali deb hisoblanadi. Agar ko'rsatma bo'lsa yurak, o'pka va sut bezlari har xil vaqtda tekshirilishi mumkin.

O'pkani fizikal baholash. Nafas tizimini baholashda ko'zdan kechirish va auskultatsiya tekshirishning bir bo'lagi bo'ladi. Ko'zdan kechirganda nafasning qiyinlashishi belgilariga nafas aktida qo'shimcha mushaklarning ishtirokiga, burun kataklarining kengayishiga diqqatni qaratish lozim. Ko'krak qafasining oldingi-orqa va ko'ndalang diametri o'lchamlarini baholang. Me'yorda ko'krak qafasining ko'ndalang diametri old-orqa o'lchamidan ikki marta katta bo'ladi.

Old-orqa diametrining kattalashuvi o'pkaning surunkali xastaliklarida uchraydi. Uning kattalashuvi keksa bemorlarda yoki qo'shiqchilarda norma sanalishi mumkin. Ko'krak qafasining harakatini simmetrikligiga baho bering. O'pka auskultatsiyasiga normal va patologik, qo'shimcha nafas shovqinlarini farqlashga harakat qiling. Bilingki, har bir ishni ustalik bilan bajarishga erishish uchun ko'p marta bajarish lozim. Auskultatsiya ham old, ham orqa tomondan bajarilishi kerak. Sistematik tarzda bir tomonni ikkinchisiga taqqoslash lozim. Pastki bo'laklarni katta bo'lmagan sohada ko'krak qafasining old tomonidan eshitiladi. Yuqori qismini esa ko'krak qafasining orqa tomonidan kichik

yuzasi ustidan eshitiladi. Nafas shovqinlari havoning harakatlanishi natijasida traxeya, bronx va alveolalarda hosil bo'ladi. Me'yorda nafas chiqarish fazasi ikki marta nafas olishdan uzunroq bo'ladi. Auskultatsiyada nafas chiqarishning to'liq fazasi eshitiladi. Shuning uchun nafas olishga nisbatan qisqa tuyuladi. Bronxial obstruksiya holatida surunkali o'pka kasalliklarida, yoki yuzaki nafas olishda (operatsiyadan keyingi og'riqni his qiladigan bemorlarda kuzatilishi mumkin) nafas shovqinlari susayadi yoki butunlay yo'qoladi. O'pka to'qimasi zichlashgan holatlarda, masalan pnevmoniyada nafas shovqinlari baland bo'lishi mumkin (kuchayadi). Har xil patologik (qo'shimcha) shovqinlarni eshitish mumkin, patologik holatlarda bu normal nafas shovqinlarini ustiga tushadi. Bunga krepatatsiya, xirillashlar, stridoroz nafas va plevraning ishqalanish shovqini kiradi.

Krepatatsiya havoni suyuqlik (sekret) orqali nafas yo'liga o'tishidan hosil bo'ladi, nafas olish fazasida eshitiladi.

Krepatatsiya mayin bo'lishi mumkin (yuqori tonli tovush) yoki dag'al (balandroq tovush) eshitiladi. Krepatatsiyani eshitishda bemordan yo'talishni so'raladi va yana bemorni eshitib ko'riladi. Odatda tinch yotgan bemorlarda o'pkaning asosida krepatatsiyani eshitish mumkin. Yo'talish so'ralganda u o'tib ketadi. Hirillashlar havoning qisilgan yoki qisman sekret, shish, o'sma bilan obstruksiyalangan (yopilgan) nafas yo'lidan o'tishi tufayli hosil bo'ladi. Hirillashlar odatda baland tovushning past tonidan iborat bo'ladi. Ularning sifati ko'pincha bemor yo'talganida o'zgaradi. Ular ham nafas olishda ham chiqarish fazasida eshitiladi.

Stridorozli nafas, xirillashlar singari qisman obstruksiyalangan nafas yo'li orqali havoning o'tishidan paydo bo'ladi, biroq bunda yuqori tonli tovush ustunlik qiladi. Chunki bu nafas yo'lining mayda qismlarida hosil bo'ladi. Stridorozli nafas xushtaksimon tonga ega bo'ladi. Shunga qaramasdan nafasning istalgan fazasida eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqini yallig‘lanib, dag‘allashgan plevra varaqlarining bir-biriga ishqalanishidan hosil bo‘ladi. Tovush dag‘al, gijillaydigan, ikkita najdakli qog‘ozni bir-biriga ishqalanganda chiqadigan tovushga o‘xshaydi. Plevraning ishqalanish shovqini nafas olish va chiqarish fazasida eshitiladi. Agar bu tovush yurakning qisqarish soniga, ritmiga mos kelib, nafasga mos kelmasa bu perikardning ishqalanish shovqini bo‘lib hisoblanadi.

O‘pkani fizikal baholashning muolajasi

Nafas yo‘lini fizikal baholash har tomonlama fizikal baholashning bir qismi bo‘lib, o‘pka raki hamda surunkali o‘pka kasalligiga chalingan bemorni tekshirish uchun juda muhim.

O‘pkani eshitib ko‘rish uchun stetoskopni bemorning diafragmasiga zich tutiladi.

Bemorga o‘tirish uchun yordam beriladi. Agar buning iloji bo‘lmasa, bemorni bir yonboshdan ikkinchisiga o‘tkaziladi, o‘pkaning hamma sohalarini qulay holatda eshitiladi. Keyin bemordan og‘zini ochib sekin nafas olishini va chiqarishini so‘raladi. Auskultatsiya ko‘krak qafasining old va orqa tomonlarida, bir tomoni boshqasiga ketma-ket taqqoslab bajariladi.

O‘pka quyidagicha baholanadi:

– ko‘krak qafasi sistematik perkussiya qilinadi, bir tomoni ikkinchisi bilan taqqoslanadi;

– bemordan og‘zini ochib sekin nafas olishini so‘raladi;

– fonendoskop diafragmasi yordamida ko‘krak qafasining old tomonidan o‘pka cho‘qqisidan boshlab bir tomonini ikkinchisiga taqqoslanadi. Keyin fonendoskopni diafragmaning pastiga siljtiladi;

– keyin ko‘krak qafasi orqa tomondan eshitiladi, yuqori bo‘lakdan boshlab pastkisiga o‘tiladi;

– har xil qo‘shimcha shovqinlar eshitilganda bemordan yo‘talish so‘raladi va yana eshitiladi.

Tekshirish natijalari rasmiylashtiriladi, sut bezlari koʻzdan kechiriladi.

Nafas olishni sanash texnikasi

1. Nafasni sanash uchun bemor krovatga yotgan yoki stulda oʻtirgan holda boʻlishi kerak.

2. Bemorning koʻkrak qismida qalin kiyimlar boʻlmasligi lozim.

3. Bemorning yonida joylashib, gap bilan uning fikri chalgʻitiladi.

4. Shu bilan birgalikda qoʻlingizni uning tomir urish sonini aniqlamoqchi boʻlganday ushlanadi.

5. Sekundomer belgilanadi.

6. Koʻz bilan bemor koʻkrak qafasining har bir koʻtarilib, tushish harakati sanaladi.

Nafas harakatlari 1 daqiqa davomida sanaladi va F-003 hujjatidagi F-004 hujjatlariga roʻyxatga olinadi.

Kerakli anjomlar: sekundomer, F003, F-004 tibbiy hujjatlari.

3.4 Koʻkrak qafasini paypaslash texnikasi (palpatio)

Koʻkrak qafasini paypaslash usulini bajarishda miozitlarda, qovurgʻalararo nevralgialarda, qovurgʻalar yorilishi va sinishi, ogʻriqli lokalizatsiyasida ogʻriq rezistentligini aniqlash muhim, baʼzida oʻpka emfizemasida, quruq plevritda plevra varagʻining ishqalanishida aniqlanadi. Koʻkrak qafasida tovush titrashining oʻtkazilishi tekshiriladi.

Tovush titrashini aniqlash (fremitus pectoralis) koʻkrak qafasining sohalariga qoʻl kaftini qoʻyib aniqlanadi, bunda bemordan «R» harfi bor soʻzlarni (traktor, arra) talaffuz qilish soʻraladi. Tovush boylamlarining tebranishi traxeya, bronxlarning devori orqali koʻkrak qafasiga uzatiladi.

Tovush titrashini koʻkrak qafasi simmetrik sohalarga qoʻl barmoqlarining uchki tomonini parallel qoʻyib tekshiriladi.

Normada tovush titrashi ko'krak qafasi orqali ikkala tomonda bir xil kuchsiz o'tkaziladi. O'pka yoki plevranning patologik jarayonlarida tovush titrashining kuchayishi, susayishi, yo'qolishi mumkin. Tovush titrashining susayishi plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo to'lishi (eksudativ plevrit, gidrotoraks, gemotoraks, pnevmotoraks, piopnevmotoraks, o'pka emfizemasi) oqibatida paydo bo'ladi. Shuningdek tovush titrashining pasayishi obturatsion atelektazda, bronxni o'sma bilan bekilib qolishida (o'pkaning bronxogen o'smasi) da yoki bronx yo'liga yot jism tushganda kuzatiladi. Tovush titrashining ikkala tomonda pasayishi o'pka emfizemasida, yog' bosishida, ko'krak qafasining shishida va shunga o'xshash xastaliklarda kuzatiladi.

Tovush titrashining kuchayishi o'pka to'qimasining zichlashishida, tovushning yaxshi o'tkazilishi buzilishlari (o'pka yallig'lanishida, o'pka infarktida, silda, kompression atelektazda) yoki o'pkada bo'shliq (o'pka absessi, katta bronxoektaz)lar oqibatida yuzaga kelishi kuzatiladi. Bo'shliq atrofida reaktiv yallig'lanish jarayoni o'pka to'qimasining zichlashishiga olib kelishi oqibatida, bo'shliqning o'zi rezonans qonuniga ko'ra tovush titrashini yaxshi o'tkazilishi uchun sharoit yaratadi. Quruq plevritda bevosita qo'l orqali plevranning ishqalanish shovqinini sezish mumkin.

O'pka palpatsiyasida quyidagilarni aniqlash mumkin:

I. Og'riq sohasini aniqlash. Masalan: kostoxondritda, qovurg'a sinishilarida, o'pka absessida va h-zo.

II. Ko'krak qafasining rezistentligi va elastikligini baholash.

I. Tovush titrashini aniqlash (fremitus vocalis s. pectoralis).

3.5. O'pka perkussiyasi (percussion)

O'pkani perkutor tekshirganda bemorning vaziyati vertikal holatda bo'lishi kerak. Bemor turgan vaziyatida qo'lini pastga tushiradi, o'tirgan holatida qo'lini tizzasiga qo'yadi. Yuqori yelka

mushaklari bo'shashgan holatda bo'lishi kerak, chunki mushaklarni biroz taranglanishi ham perkutor tovushning o'zgarishiga sabab bo'ladi.

Kuchsizlangan bemorlarda perkussiya bajarilayotgan paytda ularni ushlab turish kerak. O'tirish ruxsat qilinmaydigan og'ir ahvoldagi bemor (miokard infarkti, o'pkadan qon ketishi, miyaga qon quyilishi va boshqa)larda perkussiya yotqizilgan holda amalga oshiriladi, bunda ko'krak qafasining faqat old yuzasidan, aksillyar sohadan bajariladi. Perkussiya bemorning tinch, tekis nafas olishida bajariladi.

Hamshiraning holati qulay bo'lishi va u bemorning o'ng tomonida turishi lozim.

Qiyosiy va topografik perkussiya turlaridan foydalaniladi. Qiyosiy perkussiya simmetrik sohalarni qiyoslash yo'li bilan o'pka va plevra bo'shlig'idagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi. Topografik perkussiya esa o'pka chegaralarining va o'pka qirralarining ekskursiyasini aniqlashga imkon beradi. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi ma'lum tartibda amalga oshiriladi. Ko'krak qafasining simmetrik sohalariga bir xil kuch bilan perkutor zarba beriladi. Odatda perkutor zarba o'rtacha kuch bilan berilishi lozim, bunda simmetrik sohalarda aniq o'pkaning perkutor tovushi aniqlanadi.

Old tomondan perkussiya qilish tartibi. Perkussiyani o'pkaning cho'qqisidan boshlab qilinadi, bunda plessimetr-barmoq o'mrovga parallel, uning ust qismidan qo'yilib, bir xil kuch bilan yuqori yoki pastki tomonga perkussiya qilinadi. Avval o'mrov bo'ylab, keyinchalik o'mrovning pastki qismida barmoq plessimetr qo'yilib, o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab perkussiya qilinadi. Perkussiya sharoitlariga amal olingan perkutor tovushlar taqqoslanadi. Old tomondan qiyosiy perkussiya IV-qovurg'agacha qilinadi, chunki chap tomonda bundan pastda yurak joylashadi. Keyinchalik o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha ikkala tomonda

o'tkaziladi. Shundan so'ng orqa tomondan o'pka perkussiyasi qilinadi.

Perkussiyani kurak ustidan boshlanib, keyinchalik kuraklar orasi va kurak osti sohalari qilinadi.

O'pkani old va orqa tomondan perkussiya qilingandan so'ng, qo'ltiq osti soha qilinadi. Bunda plessimetr-barmoq qovurg'alarga parallel qo'yilib, simmetrik sohalarga bir xil kuch bilan perkutor zarba berilib ko'krak qafasining tomonlari taqqoslanadi. Normada simmetrik joylarda perkutor tovush bir xil eshitiladi.

Perkutor tovushning to'mtoqlanishi va qisqarishi o'pka kasalliklarida uchraydi, bunda o'pka havochanligining pasayganligi, plevra kasalliklarida plevra varag'ining qalinlashuvi va bo'shliqlarga suyuqlik to'planishida kuzatiladi.

O'pkaning havochanligining kamayishi o'pka yallig'lanishida, o'pka silida, o'pka infarktida, bronx yo'llarining yopilishiga olib keluvchi bronxogen o'smasining obturatsion atelektazda yoki bronx yo'lga yot jismning tushishi, o'pkada tarqoq chandiqli o'zgarishlarda uchraydi.

Agarda o'pka to'qimasining zichlashish o'choqlari katta bo'lmasa va ko'krak qafasining chuqur qismida joylashsa, unda perkussiya tekshirish usuli yordamida aniqlash qiyin, chunki perkutor tovush bunda o'zgarmasdan qolishi mumkin. Infiltrativ o'choqlar katta bo'lsa va o'zaro birlashsa perkutor tovush to'mtoqlashadi.

Perkutor tovushning to'mtoqlashuvi plevra varaqlarining qalinlashuvida va plevral bo'shliqda suyuqlik to'planganda hosil bo'ladi. Agar unda suyuqlik miqdori ko'paysa (ekssudativ pleurit, gidrotoraks, gematoraks) perkutor tovush absolyut to'mtoq tovush yoki son to'mtoqligi deyiladi.

O'pkani qiyosiy perkussiya qilganda, agar o'pkada bo'shliq (kaverna, o'pka absessi) bo'lsa yoki plevral bo'shliqda havo to'lgan bo'lsa (pnevmotoraks) timpanik perkutor tovushni aniqlash mumkin. Ta'kidlash lozimki, o'pkada bo'shliq borligidan

darak beruvchi belgilar uning o'lchamiga, joylashish o'rniga va bo'shliqning ichidagi suyuqlikning miqdoriga bog'liq. Agar bo'shliq kichik o'lchamli bo'lib, ko'krak qafasi yuzasida chuqur joylashgan bo'lsa, unda buni perkussiya yordamida aniqlab bo'lmaydi. Agar bo'shliq ko'krak qafasida yuzaga joylashsa, katta o'lchamli bo'lsa va bronx bilan tutashsa, unda perkussiya tekshirish usulida timpanik tovush aniqlanadi.

Perkutor tovushning to'mtoqlashib timpanik ohangda bo'lishi kompression atelektazda yoki o'pka yallig'lanishining boshlang'ich bosqichida o'pka to'qimasi elastikligining kamayganligida kuzatiladi. Quticha perkutor tovush o'pka emfizemasida, o'pka elastikligining kamayishi oqibatida o'pkaning kengayishida, alveolalarning havochanligi ortganda aniqlanadi.

O'pka perkussiyasi texnikasi. Perkutor tekshirish usulining bajarilishi: Perkutor tovushni aniqlash uchun o'rganish va uning o'zgarishlarini tanish uchun sog'lom odamlarda bajarish kerak. Perkussiyani o'tkazish texnikasi quyidagicha:

- bemorni perkussiyaga tayyorlash chap qo'lning o'rta barmog'ini tekshiriladigan sohaga zich yopishtiriladi, kaft va qolgan barmoqlar bemorning badaniga tegmasligi kerak;

- o'rta barmoqning uchi bilan plessimetr-barmoqni oxirgi bo'g'iniga ikki marta perkutor zarba beriladi. To'qillatish aniq va qisqa bo'lishi kerak. To'qillatishdan so'ng tebranishni kamaytirish uchun barmoqlar darhol olinadi;

- tovush diqqat bilan eshitiladi va uning xarakteri aniqlanadi.

Diafragmaning ekskursiyasi. Kurak chizig'i bo'ylab pastki tomonga kurakdan to to'mtoqlikkacha perkussiya qilib boriladi va belgilanadi. Chuqur nafas chiqarish va uni ushlab turish buyuriladi. 1- belgilashda sohadan yuqori tomon perkussiya qilib boriladi va to'mtoqlik o'zgargan joy belgilanadi. Normal ekskursiya 3-5 sm ni tashkil etadi.

Perkutor tovushning turlari. Rezonasli tovush – normal chuqur tovush bo'lib, o'pka perkussiyasida eshitiladi. Bu tovushni

o'pkaning perkussiyasida ko'krak qafasining old tomonini o'ng tomondan III-qovurg'a oralig'idan aniqlash mumkin. Bu baland bo'lmagan kichik tonli tovush hisoblanadi. Timpanik tovush bo'sh a'zoning yoki havo saqlaydigan bo'shliqni ustida hosil bo'ladi. U baland, yuqori tonli bo'ladi. Nog'oraning zarb bilan urilganidan chiqadigan tovushga o'xshaydi. Bu tovush oshqozon perkussiyasida, ayniqsa gazlangan ichimlik ichilgandan keyin tekshirilganda yaxshi aniqlanadi. To'mtoq tovush (yoki to'mtoqlik) – yuqori tonli qisqa tovush, zich a'zolarida, jigar yoki taloq ustida aniqlanadi. U shuningdek o'pka to'qimasining zichlashishi (pnevmoniya)da aniqlanadi. Absolyut to'mtoqlik – yuqori tonlarning ustunligi bilan rezonanssiz va vibratsiyasiz bo'lgan qisqa tovush hisoblanadi. Bunday tovush ko'krak qafasida yoki qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lganda aniqlanadi.

3.6. O'pka auskultatsiyasi (auskultasio)

Nafas a'zolari to'g'risidagi hamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlariga bo'linadi. Asosiy nafas shovqinlariga vezikulyar, bronxial va boshqa nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepitatsiya, plevraning ishqalanish shovqini kiradi.

O'pkani eshitish stetoskop, fonendoskop (auskultatsiya vositali) yordamida yoki bevosita quloq (bevosita auskultatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning turlari va bajarilish qoidasi haqida qo'llanmaning umumiy qismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorning vaziyati xuddi perkutor tekshirish usuli holatidagidek bo'ladi. Orqa tomondan eshitish uchun bemorning qo'llari old tomonda yig'ilgan holda ko'krakka qo'yilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshitilish sohasi kengayadi. Agar og'ir ahvoldagi bemorlarning vaziyati o'zgar-maydigan bo'lsa, ularni yonbosh tomonga o'girib eshitiladi, agar buning imkoni bo'lmasa fonendoskopni bemorning tagiga qo'yib

eshitiladi. Kamquvvat bemorlarni tik yoki o'tirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Hamshiraning vaziyati eshitib ko'rish uchun qulay bo'lishi lozim (bemorning vaziyatini hisobga olgan holda). O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy perkussiya usulini samarali o'tkazish lozim, ya'ni ko'krak qafasining simmetrik joylari eshitilib ko'riladi va aniq tartibdagi eshitish joylariga amal qilinadi. **Eshitish tartibi.** O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan bajari-ladi, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendos-kopni pastki qismga qo'yiladi.

Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohalari qiyosiy auskultatsiya qilinadi. Nafas olganda hosil bo'ladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, o'rniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chiqarish paytida eshitilishiga ahamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib hisoblanadi.

Boshqa tibbiyot mutaxassislari bilan maslahatlashish

Bemor haqida boshqa tibbiyot xodimlaridan navbatchilik ish paytida axborot olish usuli bo'lib, yozuvlarni va kartalarni ko'zdan kechirish yoki kasallik tarixini o'rganish, shuningdek og'zaki axborot olish hisoblanadi. Bemorni kartočkasi yoki kasallik tarixi bilan tashxislash lozim, unda ko'zdan kechirish haqida ma'lumotlarni, laborator va diagnostik tekshirish natija-larini, har xil hamshiralik yozuvini va maslahatchi mutaxassislar yozuvining oldingi davolangandagi ma'lumotlarini o'rganish muhim sanaladi. Hamma vaqt ham bemor bilan bir marta muloqot qilib uning ahvolini baholash qiyin, hamshira bemorning ahvolini baholashida ilgari olingan ma'lumotlarga hamda boshqa mavjud bo'lgan tibbiy ma'lumotlar tayanib, ular asosida baholaydi.

Bemor haqida axborot yig'ishda uning tibbiy yozuvlarini ko'zdan kechirishdan tashqari, parvarish jarayonida ishtirok etadigan tibbiy xodimlar jamoasi boshqa tibbiy xodimlar bilan maslahatlashishlari lozim bo'ladi. Vaziyatdan kelib chiqib

hamshira dietolog-vrach, fizioterapevt yoki boshqa mutaxassislar bilan birgalikda bemorga tegishli ma'lumotlarni o'rganadi.

3.7. Nafas tizimi xastaliklarida bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (obyekt tasvirini ekranda hosil qilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan obyekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish)ni o'z ichiga oladi. Rentgen apparati rentgen trubkasi, shtativ, kuchlanish transformatori va yuqori voltli transformatoridan iborat bo'ladi. Shishadan tayyorlanadigan va ballon shaklida bo'ladigan rentgen trubkasiga ikkita elektrod: katod va anod kavsharlangan. Katod volfram spiraldan iborat bo'lib, u transformator yordamida 2500°C ga qadar qizdiriladi. Qizdirish natijasida katoddan elektronlar uchib chiqadi, bular katod bilan anod o'rtasidagi kuchlanish katta bo'lganligidan harakati kuchayib, juda katta tezlik oladi. Elektronlar anod moddasiga urilib, keskin tormozlanadi, shuning natijasida qisqa to'liqliqni elektromagnit nur – rentgen nurlari hosil bo'ladi. Rentgen apparati shifokorni shu nurlar ta'siridan saqlash uchun himoyalovchi sistema bilan ta'minlangan.

Nemis olimi Konrad Rentgen tomonidan 1896-yilda kashf etilgan bu nurlarning uchta xossasi mavjud: ular ko'zga ko'rinadigan nurlar mutlaqo o'ta olmaydigan jismlar orqali o'tib ketaveradi va ularga qisman yutilib qoladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab bo'ladi; fotografik plyonka va plastinkalaridagi kumush bromidini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos bo'ladi. Tananing nurga solib ko'rilishi kerak bo'lgan qismlari nur manbai bilan ekran orasida turishi kerak. Ekran shu'lalanuvchi (flyuorestsentsiyalanadigan) modda bilan qoplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli a'zolar va sistemalarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali har xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Qanday bo'lmasin biror a'zoning zichligi nechog'li yuqori bo'lsa, rengenoskopiya mahalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya mahalida rentgenogrammaga tushadigan soyasi shuncha quyuproq bo'ladi.

Odamning to'qima va a'zolari har xil zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini har xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega bo'ladi. Shu munosabat bilan suyaklar nurga solinganda ekranga ancha qora bo'lib tushsa, tomirlar dastasi, jigar quyuyq soya beradi.

Havo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida havo bo'ladigan a'zolar nurga solinganida yorug' joylar hosil bo'ladi. Ularning nechog'li yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liqdir. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi: suyuqlikdan tushadigan soya quyuyqligi uning miqdoriga to'g'ri proporsionaldir.

Odam tanasining qaysi bo'limlarida qo'yishda a'zolar har xil zichlikda bo'lib, shu tufayli bu a'zolari oson ajratib olishga imkon ochadigan tabiiy kontrastlik yuzaga keladigan bo'lsa, o'sha bo'limlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish hammadan ko'ra ko'proq ma'lumot beradi. Ko'krak qafasi rentgenoskopiya qilinganida ana shunday tabiiy rentgenologik kontrast ko'riladi, bunda zich bo'ladigan yurak va yurak tomirlar to'qimasi ichida havosi bor, ya'ni zichligi kam bo'ladigan o'pka bilan o'ralib turadi, shuningdek skelet rentgenoskopiya qilinganida ham shunday hodisa kuzatiladi, tarkibida mineral tuzlar bo'ladigan zich skelet suyaklari zichligi kamroq bo'ladigan muskullar bilan o'ralib turadi. Shunday qilib, yurak bilan o'pkani to'g'ridan to'g'ri ekranda yoki rentgenogrammada tekshiraverish mumkin ekan. Zichligi jihatidan atrofidagi a'zo va to'qimalardan farq qilmay-

digan a'zo va tizimlarni rentgenologik tekshirishga kelganda ish qiyinroq bo'ladi. Bu gap qorin bo'shlig'i a'zolari bilan qizilo'ngachni, bosh miyani tekshirishga taalluqlidir. Bunday hollarda sun'iy kontrastlash usulidan foydalaniladi.

Rentgenokonstrast moddalar rentgen nurlari kashf qilinganidan keyin ko'p o'tmay taklif etilgan. Bu usul bilan avval hazm a'zolari tekshiriladigan bo'ldi, keyin boshqa a'zo va tizimlar ham tekshirila boshladi. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgenokonstrast moddalar ikki guruhga bo'linadi.

1. Nisbiy zichligi yuqori bo'ladigan rentgenokonstrast moddalar, bular rentgen nurlarini tutib qolib, tekshirilayotgan a'zoning atrofidagi to'qimalardan ancha quyuqroq bo'ladigan soyasini tushiradi. Hozirgi vaqtda asosan yod va bariy birikmalari qo'llaniladi.

2. Nisbiy zichligi tekshirilayotgan a'zodan kam bo'ladigan va rentgen nurlarini oson o'tqazib yuboradigan rentgenokonstrast moddalar, bu moddalarning rentgen nurlarini shu tariqa oson o'tqazib yuborishi ularning fonidagi boyagi a'zoni ko'rishga imkon beradi.

Bularga kislorod, geliy, azot (II)-oksid, karbonat angidrid gazi kiradi. Amalda kisloroddan hammadan ko'ra ko'proq foydalaniladi.

Kontrastlash usullari rentgenokonstrast moddaning qay tariqa yuborilishiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

1) rentgenokonstrast modda odam tanasining tabiiy yo'llari (teshiklari) dan yuboriladi;

2) rentgenokonstrast modda qon oqimiga yuboriladi;

3) rentgenokonstrast modda to'g'ridan to'g'ri to'qimalarga, a'zolariga va tutash bo'shliqlarga yuboriladi. Kontrastlash usuli hazm a'zolarini (qizilo'ngach, me'da, ingichka va yo'g'on ichakni) tekshirish uchun qo'llaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma qilib yuboriladi. Traxeya bilan

bronxlar (bronxografiya), qovuq (sistografiya), ko'ks oralig'i (mediastinografiya), burun bo'shliqlari (rinografiya), burun oldi bo'shliqlari (qo'shimcha bo'shliqlar) ham shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi ko'pgina qo'shni a'zolar bir xil zichlikka ega bo'ladi. Odatdagi rentgenoskopiyada bularning soyalari bir-biriga qo'shilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday hollarda ham tekshirilayotgan a'zoga rentgenoktrast modda yuborish yo'li bilan shu a'zo va atrofidagi a'zolar hamda to'qimalar o'rtasida rentgen ekrani yoki rentgenogrammada keskin tafovutni aniqlash mumkin. Ichi bo'sh, kovak bo'ladigan a'zolarga – me'da, ichak, qorin bo'shlig'iga ba'zan havo yuboriladi, bu – havoli a'zo bilan qo'shni a'zolar o'rtasida kontrast hosil qilishga imkon beradi.

A'zolar ko'pincha har xil sathlarda qavat-qavat bo'lib joy oladi yoki bir-biriga zich taqalib turadi. Bunday hollarda nur beriladigan bo'lsa, barcha a'zolarining ko'lankasi tushaveradi. Mana shu ko'lanka bir-biriga zich taqalib turgan a'zolar soyalarining qo'shilib ketishi natijasidir. Masalan, o'pka nurga solib ko'rilganda pastki bo'limlari uchlaridan ko'ra yorug'roq bo'lib ko'zga tashlanadi, lekin bunda yorishishning sababi ikkala holda ham bitta, ya'ni havodir. O'pka uchlarining kamroq yorishib ko'rinishi havo miqdoriga bog'liq bo'lmasdan, balki yelka mushaklarining qalingina qavat bo'lib turishiga ham bog'liqdir.

Soyalarning ustma-ust tushishiga yo'l qo'ymaslik uchun rentgenologik tekshirish qiyshiq yoki yonlama proyeksialar (yo'nalishlar)da olib boriladi. Qiyshiq proyeksiyada tekshirishda nurga solinayotgan joyning katta-kichikligini, shuningdek undagi patologik o'zgarishlarni aniqlab olsa bo'ladi. Bu shunga asoslanganki, tasvirlanayotgan a'zo kattaligi undan ekrangacha bo'lgan masofaga bog'liq, nurga solinayotgan obyekt ekrandan nechog'li uzoqda turadigan bo'lsa, a'zo soyasi shuncha katta bo'lib tushadi. Nurga solinayotgan a'zolarining olgan joylarini

aniqlash uchun ham turli proyeksiyalarda tekshirish usullari qo'llaniladi.

Rentgenografiya tekshirilayotgan obyektning yorug'lik sezuvchi materialga (kumush bromidi bilan qoplangan plenkaga) tushirilgan tasvirini olishdan iborat. Rentgen nurlari kumush bromidini parchalaydi. Tananing qanday bo'lmasin biror qismini rentgenografiya qilish uchun rentgen nuri manbai bilan ko'rinadigan nurlardan himoyalangan fotomaterial o'rtasiga surati olinadigan obyekt qo'yiladi; surati olinayotgan obyektning turli muhitlari (havosi, to'qimalari) orqali o'tib, har xil darajada susaygan rentgen nurlari kumush bromidiga har xil ta'sir o'tkazadi, shunga ko'ra fotomaterialda bu birikma har xil tarzda parchalanadi. Surat olingandan keyin fotoplenka yoki plastinka o'chirilib, fiksatsiya qilinadi. Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi. Rentgenogramma arziyas patologik o'zgarishlarning ancha batafsil tasvirini olish kerak bo'lgan mahallarda qilinadi. Bunday o'zgarishlar nurga solib ko'rish vaqtida shifokor nazaridan chetda qolishi, lekin rentgenogrammada aks etadigan bo'lishi mumkin. Turli vaqtlarda olingan rentgeno-grammalar protsessning dinamikasini o'rganishga imkon beradi.

Rentgen nurlari fazoda sochiladi, shunga ko'ra nurga solinayotgan joy tasvirining o'lchamlari tekshirilayotgan obyektning chin o'lchamidan katta bo'ladi. Tasvir o'lchamlarini tekshirilayotgan a'zoning tabiiy kattaligiga yaqinlashtirish uchun rentgenologik tekshirish paytida a'zoni ekranga yoki plastinkaga yaqinroq qilib qo'yish zarur. Shunday qilinganda soya kontrasti ham aniqroq bo'lib chiqadi. Tekshirilayotgan a'zoning katta-kichikligi to'g'risida ancha aniq ma'lumotlar olish maqsadida maxsuslashtirilgan rentgenologik usuldan foydalaniladi. Tasvirga olish uchun nurning sochilib tarqalmaydigan, markaziy dastasidan foydalanish kerak. Shu maqsadda tekshirilayotgan a'zo shaklini

tushirib olishga imkon beradigan moslama maxsus ekranlardan foydalaniladi.

Flyuorografiya qisqa muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyuorografiya uskunasi yordamida olingan tasvir flyuorografiya deb ataladi. O'pkada zimdan o'tayotgan sil jarayonini aniqlash uchun flyuorografiya keng qo'llaniladi. Flyuorografiya mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, o'pkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu rasm flyuroskopga qo'yilib, tekshirib o'rganiladi. Bir soat mobaynida 100 dona atrofida suratga olish mumkin bo'ladi. O'pkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniqlashtirib beradigan» rentgenogrammalar olinadi.

Harakat qilib turadigan a'zolar – yurak, me'da, yirik tomirlar, qovurg'alar, diafragma funksiyasi so'nggi yillarda rentgenokimografiya yordamida o'rganilmoqda.

Ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish

Rentgenoskopiya ko'pchilik hollarda ko'krak qafasi a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirishning dastlabki bosqichi bo'lib hisoblanadi. Nafas tizimi kasalliklarini samarali davolash maqsadida to'g'ri va aniq tashxislarga ega bo'lish uchun rentgenografiyadan keng foydalaniladi.

Nurga solib ko'rishning asosiy va hammadan ko'ra ko'proq rasm bo'lgan usuli bevosita rentgenoskopiya (ortoskopiya)dir. Ortoskopiya deganda tik holatda turgan bemorni nurga solib ko'rishni tushunish mumkin. Bemor har xil yo'nalishda nurga solib ko'riladi, ya'ni har xil proyeksiyadan—to'g'ri, yonlama va qiyshiq proyeksiyalardan foydalaniladi. Zarur bo'lsa, bemorlar yuz tuban, chalqancha, yonboshlab yota oladigan mahallarda ularni yotiq, gorizontol holatga qo'yib tekshiriladi.

Ko'krak qafasi nurga solib qaralganida o'pka normada yorug' maydon ko'rinishida bo'ladi, bularda tomirlar, bronxlar-

ning soyalaridan iborat shakllar ko'zga tashlanadi. Yorug' o'pka maydonlarini qovurg'alardan tushadigan qora soyalar kesib o'tgan bo'ladi. Normal o'pkaning rentgen tasvirida o'pkaning chetki tomonlari (periferiyasi) o'pka ildizidan ko'ra yorug'roq, uchlari esa ulardagi havo qatlami yupqa hamda qo'l kamari (elka kamari) ustki qismi muskullarining soyasi ustiga tushib turadigan bo'lganidan, qoraroq bo'lib ko'rinadi. Odam chuqur nafas olganida o'pkaning pastki bo'limlari, ulardagi havo qatlami qalinlashuvi hisobiga yanada yorug'roq bo'lib qoladi. Bronxlarning kesmalari qora xossali yorug' to'garakchalar ko'rinishida bo'ladi. O'pkani rentgenologik yo'l bilan o'rganish ba'zi kasalliklarda o'pka maydonlari tiniqligining o'zgarib qolishiga asoslangan. O'pkada havo miqdori ko'payib qolgan mahallarda o'pka maydoni tiniqligi ortadi. Yorug' bo'lib turadigan joylar emfizema, pnevmosklerozda keng, tarqoq bo'lsa, kaverna, absessda cheklangan bo'ladi. O'pkadan havo siqib chiqarilgan va o'sma, suyuqlik bilan almashinib qolgan hollarda o'pka naqshi tiniqligi tarqoq yoki chekli ravishda kamayadi yoki yorug' bo'ladigan maydonlar qorayib ko'rinadi. Bronx orqali atrofdagi havoga tutashib turadigan absesslar va sil kavernalari bor mahallarda o'pkada suyuqlik hosil bo'ladi: bu absess va kavernalar hoshiyali qora kosachalarga o'xshab ko'zga tashlanadi, shu kosachalar ichida suyuqlik miqdoriga qarab har xil balandlikda bo'ladigan gorizontal sath va buning ustida havo pufagiga to'g'ri keladigan yorug' joy bo'ladi.

Rentgenografiya ko'krak qafasi a'zolarining ahvoliga taalluqli bir qancha muhim tafsilotlarni aniqlab olishga imkon ochadi, chunki rentgenografiya rentgenoskopiyaga qaraganda ahvolni ko'proq oydinlashtirib bera oladi. Rentgenoskopiyada mayda o'choqli soyalar, o'pka naqshining ba'zi o'zgarishlari va boshqalarni ko'z ilg'amay qolishi mumkin. Ko'krak qafasi a'zolarining to'la rentgenologik tekshiruvini rentgenoskopiyani ham, rentgenografiyani ham o'z ichiga oladi. Ko'krak qafasi

rentgenogrammalari to'g'ri, yonlanma va qiyshiq proyeksiyalarda olinadi.

Ko'krak qafasi rentgenoskopiyasi bilan rentgenografiyasi o'pkadagi zichlashib qolgan joylarni (masalan, o'pka raki yoki silida, zotiljam va boshqalar vaqtida) topib olishga, emfizemadan o'pkada ortiqcha havo bo'lib qolganini, ichida havo bor tuzilmalarni (absess, kavernani), o'pkada biriktiruvchi to'qima rivojlanganligi (pnevmoskleroz), plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki gaz borligini aniqlab olishga imkon beradi.

Nafas a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish bronxografiya yordamida olib boriladi. Bronxografiya bronxial daraxtni uning yo'lga rentgenokonstrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya usulini qo'llash texnikasi: halqum anesteziya qilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orqali rentgenokonstrast modda – yodolipol yuboriladi, keyin esa o'pka surati olinadi.

Bronxografiya bronxoektazlar, o'pkada o'sma bor yoki yo'qligini aniqlab beradi. Bronxoektazlarda rentgenokonstrast modda bo'shliqni to'ldirib, suratda bronxlarning tasvirini ko'rsatib beradi. Bronx yo'lini berkitib turgan o'sma bo'lsa, bronx tasviri to'liq bo'lib chiqmaydi. Bronx «amputatsiyasi» yoki «chultori» deb shunday hollarni aytiladi. Bronxografiyada yuborilgan rentgenokonstrast modda 1–2 kundan keyin so'rilib ketadi, balg'am bilan tashqariga chiqarib yuboriladi.

Tomografiya. Tomografiya rentgenodiagnostikada so'ngi paytlarda juda katta ahamiyatni kasb etdi. Tomografiya rentgenogrammada butun obyektning tasviri hosil bo'lmay, balki ma'lum bir qavati, shunda ham shifokorni qiziqtirayotgan chuqurlikdagi qavatning tasviri hosil bo'ladi. Tomografiya rentgenstrafiyadan ancha farq qiladi.

Rentgen trubkasi bilan obyekt o'rtasidagi masofani o'zgartirib va har xil sathlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir qancha tasvirlar hosil qilish mumkinki, bularda

obyekt uzunasiga yoki ko'ndalangiga qarab go'yo ayrim bo'laklarga kesib qo'yilgandek bo'lib chiqadi. Tomografiya uchun bir yo'la 4–5 ta plyonka joylashgan kassetalar qo'llaniladi, bu – bir nechta qavatlar tasvirini bir yo'la tushirib olishga imkon beradi.

Tomografiya asosan o'pkani tekshirishda qo'llaniladi. Interstitsial fibroz o'zgarishlar tagida yoki plevradagi katta-katta tuzilmalar orqasida yashirilib turgan o'pka raki, ko'ks oralig'i o'smasi, kaverna, absess, sil, silikoz, bronxoektazlar uning yordamida topib olinadi. Tomografiya ko'zga ko'rinmaydigan bo'shliqlar topografiyasini aniq bilib olishga imkon beradi. Uning yordamida kasallangan joylarga emas, balki ularning qanday chuqurlikda joylashgani ham aniqlanadi.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash. Bronxografiya – traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda bilan to'ldirib, rentgenologik tekshirish usulidir.

Bronxografiyaga ko'rsatmalar: turli bronx va o'pka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniqlash, bronxoskopiyada ko'rishning imkoniyati bo'lmagan bronxlar yuzasini tekshirish, o'pkada o'tkaziladigan jarrohlik muolajasi hajmini aniqlash va boshqalar.

Bemorni tayyorlashda quyidagilarga amal qilinadi:

1. Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniqlash uchun oldindan sinama qo'yiladi (bemorga 2–3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodidning 3% li eritmasidan beriladi).

2. Bemorga tekshiruvning maqsadi va mohiyati tushuntiriladi.

3. Yiringli balg'am bo'lganda bronxlarni 3–4 kun tekshiruvdan oldin tozalanadi.

4. Tekshiruvdan 30–60 daqiqa oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %li–1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar: Bronxoskop, steril stol, spirt, salfetka, sovun, infeksiyon ignalar, kateter, paxta ushlagich, qisqichlar, 0,1% li tremakain, dikain, 10% li novokain.

Tekshirishning maqsadiga qarab narkoz yoki mahalliy ogʻriqsizlantirishdan foydalaniladi. Mahalliy ogʻriqsizlantirishga 2% li dikain, 3–5%li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan toʻldirish maqsadida egiluvchan zondlardan, boshqariladigan kateterlardan foydalaniladi. Tekshiruvni shifokor oʻtkazadi.

IV-BOB. YURAK QON -TOMIR TIZIMI KASALLIKLARIDA BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

4.1. Yurak qon-tomir tizimi xastaliklarida bemorni so‘rab-surishtirish (interrogatio)

So‘rab-surishtirish. Shikoyatlar: yurak qon-tomir tizimi kasalliklarida bemorlar hansirash, yurak sohasida va to‘sh ortida og‘riq, yurak o‘ynashi, qon tupurish, shishlarning paydo bo‘lishi, o‘ng qovurg‘a ostida og‘riq, dispeptik o‘zgarishlariga shikoyat qiladi .

Hansirash (dispnoe). Bu grekcha so‘zdan kelib chiqqan bo‘lib, dis – buzilgan va pnein – nafas olish, ya’ni nafasning og‘ir buzilishi hisoblanadi.

Hansirash – yurak yetishmovchiligining eng ko‘p uchraydigan belgisi bo‘lib, har xil darajalari tafovut qilinadi. Uning paydo bo‘lish vaqtining (doimiy, xurujli) jismoniy zo‘riqish bilan bog‘liqligi, tinch holatda paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bemor hansirashni yengillashtirish uchun majburiy holatni egallashi kuzatiladi.

Yurak kasalliklarida hansirash dastlab jismoniy zo‘riqishda, yurganda, zinadan ko‘tarilganda nomoyon bo‘lib, biroq vaqtdan keyin o‘tib ketadi.

Yurak nuqsonlarining dekompensatsiya davrida hansirash paydo bo‘ladi. Xususan mitral stenozda, aterosklerozli kardiosklerozda, eksudatli plevritda va yurakning boshqa kasalliklarida uchraydi. Yurak kasalliklarida chap qorincha yetish-movchiligida bo‘g‘ilish xurujli ko‘pincha tunda paydo bo‘ladi. Bu xurujlar o‘ta iztiroblidir. Bemor tunni uyqusiz o‘tkazadi, kresloda ertalabgacha o‘tirib chiqadi, xuruj uzoq davom etadi. Yurakning bunday xurujlari yurak astmasi (astma cardiale) deyiladi. U yurak klapanlari nuqsonida dekompensatsiya davrida, xususan mitral stenoz, aortal nuqsoni, miokard infarkti, chap qorincha anevrizmasi, kardiosklerozda va katta qon aylanish doirasining yaqqol

ifodalangan gipertoniyasida rivojlanadi. Klapan nuqsonlarida dekompensatsiya davrida, miyada mahalliy qon aylanishining ateroskleroz tufayli mahalliy buzilishida, nafasning Cheyn – Stoks tipida buzilishi aniqlanadi.

Yurak sohasidagi og‘riqqa shikoyat qiladigan bemorlarni so‘rab-surishtirishda quyidagilarni aniqlashtirish lozim:

1) og‘riqlar qaysi sharoitda paydo bo‘ladi (jismoniy zo‘riqishda, hayajonganlanda va b.);

2) og‘riqning aniq joyi (yurak cho‘qqisi, to‘sh orti);

3) uning xarakteri (siquvchi o‘tkir, og‘irlik sezish, to‘sh ortining bosilishi va b.);

4) ularning doimiy yoki xurujsimon bo‘lishi;

5) uning davomiyligi;

6) og‘riqning qayerga tarqalishi;

7) nimadan pasayadi, yoki o‘tib ketadi.

Yuqoridagilarni aniqlashtirish diagnostik katta ahamiyatga egadir.

Stenokardiyada og‘riq xuruji yurak mushaklarining vaqtinchalik ishimiyasi, koronar tomirlar spazmi va unda qon aylanishining buzilishidan kelib chiqadi.

Miokard infarktida og‘riq stenokardiyadan farq qilib boshqa xarakterda bo‘ladi. Uning jadalligi yuqori bo‘ladi, uzoq muddat davom etadi, bir necha soatgacha, hatto kunlarga cho‘zilishi mumkin. Og‘riqlar jismoniy zo‘riqish yoki hayajonlanish natijasida kelib chiqadi va xuruj paytida, qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar yordam bermaydi.

Perikarditlarda og‘riq perikardial varaqlarda fibrinning o‘tishi oqibatida hosil bo‘lib, og‘riq xarakteri doimiy, jadalligi turli xil bo‘ladi. U validol va nitroglitserin tabletkasidan keyin bartaraf bo‘lmaydi. Og‘riqlar endokarditlarda va o‘tkir mio-karditda ham bo‘ladi, biroq miokard infarktidagi kabi o‘tkir bo‘lmaydi. Yurak nevrozlarida og‘riq to‘sh orti emas, balki yurak cho‘qqisida tarqaladi, doimo bemorni bezovta qiladi, har xil emotsiyalar bilan bog‘liq bo‘ladi.

Aortaning har xil kasalliklarda, shu jumladan sifilitik mezoaortit, aorta anevrizmasi va gipertoniya bemorlar to'sh orti sohada og'riqqa shikoyat qiladilar. Qon aylanishining buzilishida, yurak nuqsonlarida va boshqa yurak kasalliklarida bemorlar jigarda qonning keskin dimlanishi va Glisson kapsulasini cho'zilishi natijasida o'ng qovurg'a ostida og'riq sezadilar.

Yurakning tez qisqarishlarini, bemor yurak o'ynashi sifatida his qiladi. U normada sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishlarda uchrashi mumkin (yugurganda, zinadan tez ko'tarilganda, og'ir yukni ko'targanda va h-zo.). Yurak o'ynashi harorat ko'tarilganda, infeksiya xastaliklarda, har xil nuqsonlari (yurak klapanlari nuqsoning dekompensatsiya davrida, o'tkir miokarditlar, miokard infarkti, tireotoksik zararlanishida va h-zo.) da kuzatiladi. Yurak o'ynashining o'tkir xuruj ko'rinishida hosil bo'lishi paroksizmal taxikardiya uchun xarakterli bo'ladi.

Qon tupurish (*haemoptoe*). Yurakning mitral nuqsonida, xususan mitral stenozda, shuningdek miokard infarktida va boshqa yurak-qon tomir kasalliklari chap qorincha yetishmovchiligi bilan birgalikda kelganda kichik qon aylanish doirasida dimlanishi oqibatida bemorlar balg'am bilan qon kelishidan shikoyat qiladilar.

Qon tupurish mitral stenoz, miokard infarkti, chanoq yoki oyoq venalarining tromboflebiti bilan og'riq bemorlarda o'pka tomirlarining emboliya yoki mahalliy trombozga uchrashi natijasida o'pka infarkti rivojlanganda kuzatiladi. Qon tupurishning bunday hollarida oz miqdorda balg'am bilan qon chiqishi yoki o'pkadan qon ketish ko'rinishida bo'ladi.

Yurak astmasi uchun ko'pkali pushti rangdagi balg'am ajralishi xos bo'lib, dimlanish va tomirlar o'tkazuvchanligining ortishi bilan bog'liq bo'ladi.

Shishlar. Yurak kasalligiga chalingan bemorlar oyoqlaridagi shishlarga shikoyat qiladi. Shishlar kechqurun paydo bo'ladi, keyinchalik ko'payadi. Ba'zida oyoqda shishlar doimiy bo'ladi. So'rab-surishtirilganda shishlarning jismoniy zo'riqishlar va qabul qilingan suyuqlik bilan bog'liqligini aniqlash muhim.

4.2. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy koʻzdan kechirish

Yurak kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni tashqi tomondan koʻzdan kechirish bir qator belgilarni ilgʻab olishga imkon beradi, bu bemorlarning ahvolini baholash va tashxis qoʻyish uchun muhim ahamiyat kasb etadi.

Koʻzdan kechirish bemorning egallagan vaziyatini baholashdan boshlanadi, keyin teri qoplamining, shilliq qavatlarining rangiga, shishlarga, yurak sohasiga, qoʻl va oyoqlardagi periferik qon tomirlarga qaraladi.

Bemorning vaziyati. Yurak kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlar qon aylanishi yengil darajasida kompensatsiya davrida shikoyatlar boʻlmasligi mumkin. Yurak yetishmovchiligining yaqqol keskin rivojlanishlarida bemorlar yotoqda bosh tomonini yuqori qilib, boshning ostiga koʻplab yostiqlar qoʻyib yotadilar yoki ularga maxsus bosh ostiga qoʻyiladigan moslama beriladi, yarim oʻtirgan holatni egallaydi va ahvolini biroz yengillashtiriladi. Bemorlar chalqancha yoki oʻng yonbosh tomonga yotqiziladi, yurakdagi noxush sezgilardan qutulish maqsadida chap yonboshga yotqizilmaydi.

Yurak yetishmovchiligi yaqqol ifodalangan hollarda, ayniqsa chap qorincha yetishmovchiligida uni yurak astmasi xurujiga olib kelishida bemorlar xarakterli majburiy holatni egallaydi. Ular kresloda yoki toʻshakda oʻtiradi, oyoqlarini pastga osiltirib, boshini yostiqa qoʻygan holatda boʻladi. Toʻshakda yotishga urinish ularda boʻgʻilish xurujiga sabab boʻladi. Baʼzan ular haftalab oʻtirishadi, tunda uxlamaydi, toki yurak va siydik ayiruv faoliyatini yaxshilaydigan vositalar samara bergunga qadar kutadi.

Bemor majburiy vaziyatni egallaganda hansirashning kamayishi oyoqlarni pastga tushirilganda qonning tananing pastki qismga harakati tufayli kichik qon aylanish doirasida dimlanishning kamayishi, diafragma ekskursiyasining ortishi bilan bogʻliq boʻladi. Bunday holat yurak klapanlari nuqsonlarida, kardiosklerozda chap qorincha anevrizmalarida va miokard

infarkti yoki boshqa kasalliklar fonida paydo bo'lib, yurak faoliyatining pasayishi bilan kechishida kuzatiladi.

Eksudatli perikarditlarda bemor tizza-bilak vaziyatini egallaydi yoki yarim egilgan holatda o'tiradi, majburiy holatni egallab o'ziga biroz yengillik yaratadi. Stenokardiya xuruji paytida bemor o'tirishni ma'qul ko'radi. O'tkir yurak yetishmovchiligi (shok, kollaps)da bemorlar gorizontal holatda yotadilar. Bemorning turish uchun intilishi obmorokka sabab bo'lishi mumkin.

Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirish. Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni ko'zdan kechirishda teri va shilliq qavatlarning rangiga e'tibor qaratiladi, yurak kasalliklarida keskin ifodalangan oqarish yoki ko'karish kuzatilishi mumkin. Teri va shilliq qavatlarda gemorragik toshmalarning uchrashi diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Sianoz (cyanosis) – yurak kasalligiga chalingan bemorlarda qon aylanishining yetishmovchiligida teri va shilliq qavatlarning sianotik (ko'karish) belgisi kuzatiladi.

Ko'karishning jadalligi har xil bo'ladi. Yengil sianotik rangdan to qora ko'k ranggacha bo'lishi kuzatiladi. Kasallikning boshlanishida sianoz lablarda, burun uchida, yonoqlarda, qo'l barmoqlarida terisi yupqa bo'lgan sohalarda bo'ladi, keyinchalik uni rangi jadallanib, qo'l terisini ko'k rangga kiritadi (akrotsianoz), hattoki tana rangi ko'k tusga kiradi. Sianoz mitral nuqsonlarda, asosan mitral stenozda uchraydi. Bunda yonoqning o'ziga xos ko'k rangga kirishi *facies mitralis* (mitral nuqsonli bemorning yuzi) deb nom olgan.

Sianozning keskin yuqori darajasi tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasining torayishi va boshqa yurak nuqsonlarida) uchraydi. Shuningdek o'pka arteriyasining sklerozi (Aerza kasalligi)da kuzatilishi mumkin. Bunday holatda sianoz keskin darajada ortadi, bu kasallik *morbys coeruleus* (ko'k kasallik) nomini oladi.

Sianoz o'pka yurak yetishmovchiligi, o'pkaning surunkali kasalliklari (pnevmoskleroz va b.), bronxoktaz kasalligi va o'pka

enfizemasida uchraydi. Ba'zan sianoz o'pka arteriyasi emboliyasi, pnevmotoraksda to'satdan rivojlanadi. Sianoz qonda qaytarilgan gemoglobin miqdorining ortishi bilan ifodalanadi, uning rangi oksigemoglobinga nisbatan to'q rangda bo'ladi. Sianotik rangning hakllanishida venoz dimlanish, venalarning kengayishi kuzatilib, u yurak o'ng qismining yetishmovchiligi tufayli kelib chiqadi.

Markaziy sianozda o'pkaning har xil kasalliklari tufayli qonning normal arterializatsiya jarayoni buziladi, shundan so'ng o'pkadan oqib boradigan qon kislorod bilan to'yinmaydi. Boshqa turdagi sianozlar periferik bo'lib, qon harakatining sekinlashuvi va kislorodning atrofidagi to'qimalarga ko'plab sarflanishi tufayli kuzatiladi. Bunday holatlarda qon tarkibida normaga nisbatan yuqori darajada qaytarilgan gemoglobin aniqlanadi. Periferik sianozning sabablari yurakning har xil kasalliklari oqibatida qon aylanishining buzilishi bo'lishi mumkin. Aralash turdagi sianozda ikkita sababchi kasalliklar bir vaqtda uchraydi. Yurak kasalliklarida sianoz ko'pincha aralash xarakterli bo'lada.

Shuningdek, sianoz mahalliy ham bo'lishi mumkin. U qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida kuzatilib, bu tomirlarda venoz oqimning qiyinlashuvi bilan bog'liq bo'ladi. Mahalliy sianoz kattalashgan limfa tugunlari yoki chandiqlar tufayli venalarning bosilishidan paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida mahalliy sianoz alohida ko'k dog'larning qorin devorida ko'rinishi holda o'tkir pankreatitlarda kuzatiladi.

Oqarish. Mitral nuqsonlarda sianoz (ko'karish) kuzatilsa, teri qoplamlari va shilliq qavatlarining oqarishi odatda aortal yurak nuqsonlarida uchraydi. Asosan ifodalangan oqarish aorta og'zi stenozida, qorincha sistolasi paytida tomirlarning qonga kam to'lishida hamda diastola payti ularni reflektor spazmida kuzatiladi.

Teri qoplamalarining oqarishi aorta klapanlarining yetishmovchiligida diastola paytida prekapilyarning yetarlicha bo'lmagan holda qonga tushishi natijasida yuzaga kelishi oqibatida kuzatiladi.

Yaqqol oqarish endokarditlarda og'ir qaytalama va cho'ziluvchan septik endokardit natijasida eritrotsitlarning gemolizga uchrashi tufayli anemiya yuzaga keladi. Terining oqarishiga yana bir sabab kollapsdir.

Teri qoplamlarining va shilliq qavatlarining sarg'ish rangga kirishi mitral poroklarning yaqqol ifodalangan dekompensatsiya davrida hamda yurakning o'ng qorincha yetishmovchiligi bilan kelgan boshqa kasalliklarida, ko'z shoxpardasining va teri qoplamlarining yengil sarg'ayishi (ikterikligi) aniqlanadi. Bunday hollarda yengil sarg'ayishlarning paydo bo'lishi jigardagi dimlanishining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, rivojlanayotgan sirrotik jarayonlar (kardial jigar serrozi) dan darak beradi.

Cho'ziluvchan septik endokarditlarda teri qoplamlarining oqarishi bilan ularning yengil darajada sarg'ayishi kuzatiladi. Terining bunday tusga kirishi "kofe bilan sut" ("caffe au lait") deyiladi. Yurak kasalliklarida teri va shilliq qavatlar rangining o'zgarishi bilan birgalikda petixial, gemorragik toshmalarning bemorning terisi va shoxpardada kuzatish (Lukin simptomi) mumkin. Bu simptom cho'ziluvchan septik endokarditlar uchun xarakterli bo'ladi.

Teri osti qavati. Uzoq muddat qon aylanishining buzilishida, asosan klapan nuqsoni bor bemorlarda birdaniga ozish bilan birgalikda shishlar kuzatiladi. Ushbu holatdagi qon aylanishi buzilishining bunday ko'rinishi yurak nuqsonining kaxektik bosqichi deyiladi. Bunga qarama-qarshi bo'lgan holat: yurakni yog' bosishi qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Shishlar (oedema). Yurak kasalligiga chalingan bemorlarda shishlar yurak yetishmovchiligining belgisi sanaladi, eng asosiysi o'ng qorinchalar yetishmovchiligida unda venoz bosimning ortishi tufayli qonning harakati sekinlashishi va kapilyarlar o'tkazuvchanligining ortishi oqibatida to'qimaga suyuqlikning transudatsiyasi kuchayadi. Yurak shishlari rivojlanishining asosiy sababi kapilyarlardagi gidrostatik va onkotik bosimning o'zaro muvofiqligining buzilishi hisoblanadi. Ma'lumki, gidrostatik bosim onkotik bosimdan yuqori bo'lsa, qonning suyuq qismining

atrof to'qimalarga transudatsiyasi va buning teskarisi ro'y beradi. Bu quyidagilarda ko'rinadi. Me'yorda kapilyarning arterial oyoqchasida gidrostatik bosim 400 – 450 mm suv ustuni bo'lib, plazmaning onkotik bosimidan oshadi, u yerda bosim 350 mm suv ustuniga teng bo'ladi. Bu me'yorda qondagi suyuqlikning to'qimaga o'tishiga imkon beradi. Kapilyarning venoz oyoqchasida gidrostatik bosim normada yuqoridagiga teskaricha, plazmadagi onkotik bosim taxminan 170 mm suv ustuni bo'lib, suyuqlikning to'qimadan qayta qonga transudatsiyasiga o'tishiga olib keladi. Bu sharoit normada suyuqlikning qondan to'qimaga transudatsiyasini muvofiqlashtiradi va to'qimadan qayta qonga o'tishiga olib keladi. O'ng qorincha yetishmovchiligida asosan mitral nuqsonlarda, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida, o'pka yurak yetishmovchiligida aterosklerotik kardiosklerozda va yurakning boshqa kasalliklarida katta qon aylanish doirasi venalaridan o'ng qorinchaga qonning kelishi qiyinlashadi, venalarda va kapilyarlarda gidrostatik bosimning oshishiga olib keladi. Buning oqibatida kapilyarlarning arterial oyoqchalardan to'qimalarga suyuqlikning kelishi ortadi va to'qimadan venoz kapilyarga qaytadigan suyuqlikning oqishi sekinlashadi. Bu to'qimada suyuqlikning to'planishiga, shish hosil bo'lishiga olib keladi. Kapilyar venoz oyoqchasining kengayishi, undagi qon harakatining sekinlashuvi, uni devorining oziqlanishini buzilishiga, uning o'tkazuvchanligini ortishiga va shishni rivojlanishiga olib keladi.

Shishlarning paydo bo'lishiga buyrakka qon kelishining pasayishi tufayli ayiruv funksiyasining buzilishi ham zamin hozirlaydi. To'qimada almashintuvning buzilishi chala oksidlangan mahsulotlarning va natriy xloridning to'qimalarda suyuqlikning saqlab qolinishiga olib keladi. Oqibatda, qon onkotik bosimning pasayishi yurak nuqsonlarini kaxektik bosqichida uchraydi va shishlarning rivojlanishida ma'lum rol o'ynaydi. Yurak kasalliklarida bemorlarda shishlarning paydo bo'lishi gidrostatika qonunlariga bo'ysunadi, buyrak shishlaridan farq qilib uzoq va pastga joylashgan bo'ladi, boshida tovonda, asosan kechqurun

ko'p yurganda, paydo bo'ladi, dam olgandan so'ng ertalab ketadi. Keyinchalik shishlar ko'payadi va tizza, son, bel, jinsiy a'zolar, qorinda(ascites) plevra bo'shlig'ida (hydrothorax), perikardda (hydrothorax) kuzatiladi. Tarqoq, ko'p miqdordagi shishlar anasarka (anasarca) deb nomlanadi .

Ta'kidlash lozimki, yurak shishlari og'irlik kuchi ta'siri natijasida o'rmini o'zgartirishi mumkin -- chalqancha yotganda ular dumg'aza sohaga yo'naladi, yonbosh yotganda yotqizilgan tomonga yo'naladi. Yurak shishlari buyrak shishlaridan farqli bo'lib, unda teri qoplamlari ko'kimtir rangda bo'ladi. Teri osti qavatlariga suyuqlik to'planishi bilan parenximatoz a'zolarida, jigarda, buyrakda, oshqozon-ichaklarda sezilarli shish paydo bo'ladi .

Ba'zi bir kasalliklarda -- qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida, tomirlarning kattalashgan limfa tugunlari bilan siqilishida mahalliy qon aylanishining buzilishi rivojlanadi va mahalliy chegaralangan shishni paydo qiladi Eksudativ va yopishuvchan perikarditda yuqori kovak venaning ko'ks oralig'idagi o'smasi bilan siqilishida yuzda va bo'yinda keskin ifodalangan shishlar rivojlanadi bu stoks yoqasi deyiladi.

Shishlarni ko'zdan kechirib, keyin palpatsiya yordamida katta barmoq bilan tovon sohaga os tibiani ichki yuzasiga, dumg'azaga va tananing boshqa qismlariga bosib aniqlanadi. Bosilganda chuqurcha hosil bo'ladi, keyinchalik sekinlik bilan silliqlanadi. Shishlar bo'lsa teri yaltirab ko'rinadi, boshida yumshoq, uzoq muddatdagi shishlarda qattiqlashadi, qiyinchilik bilan bosiladi. Katta shishlarda ba'zan pufaklar paydo bo'ladi, yorilib ichidan suyuqlik chiqadi. Qorinning teri osti kletkacha-sining keskin shishlari yorilib undan chandiq hosil bo'ladi, xuddi homiladorlikdan keyingi chandiq (striae gravidarum) qa o'xshaydi.

Shishning kamayishi yoki ko'payishini aniqlash uchun diurezni aniqlash va bemorni tarozida o'lchash tizimli ravishda bajariladi. "Nog'ora tayoqchalari" belgilarining topilishi tug'ma

yurak nuqsonlari va choʻziluvchan septik endokarditdan darak beradi .

Yurak sohasini va periferik tomirlarni koʻzdan kechirish

Tugʻma va orttirilgan yurak nuqsonlariga chalingan bemorlarni koʻzdan kechirganda koʻkrak qafasining yurak sohasining boʻrtib chiqqanligi, yurak bukriligi aniqlanadi. Bunday boʻrtib chiqish perikarditda koʻp miqdorda eksudat toʻplanishi natijasida ham paydo boʻladi (eksudativ perikarditda), koʻkrak qafasining deformatsiyasi aortaning anevrizmida uning toʻshni birikkan qismiga va qovurgʻaning togʻay qismiga doimiy bosim taʼsiri natijasida rivojlanadi. Bunda koʻkrak qafasining mahalliy boʻrtishi uni bu sohada bir vaqtda pulsatsiyasi bilan birgalikda koʻrinadi. Koʻkrak qafasining kifoskoliozi va uning deformatsiyaga uchrashi kichik qon aylanish doirasida qon aylanishi uchun normal boʻlmagan sharoitni hosil qiladi, kifoskoliotik yurakning rivojlanishiga olib keladi. Sogʻlom kishilarda yurak sohani koʻzdan kechirish oʻrtacha rivojlangan teri osti qavati boʻlganda, yurak choʻqqisi sohada koʻkrakning oldingi devorida aniq ritmik pulsatsiyasi koʻrinadi, bu yurak turtkisi deb nomlanadi. Yurak uchi turtkisi normada V qovurgʻa oraligʻida, chap oʻrta oʻmrov chizigʻidan 1-2 sm ichkarida joylashadi, baʼzan koʻzga tashlanadi.

Ozgʻin kishilarda qovurgʻalar aro oraliq keng boʻlganda yurak uchi turtkisi yaqqol koʻrinadi. Semiz kishilarda, qovurgʻalararo oraliq tor boʻlganda u koʻzga tashlanmaydi. Tashxis qoʻyishda asosan choʻqqi turtkisini tashqi tomonga siljishi muhim. U chap qorinchaning dilyatatsiyasida, asosan aortal nuqsonlarda va gipertoniya kasalligida uchraydi. Choʻqqi turtkisini tashqi tomonga siljishi mitral klapan yetishmovchiligida, kardiosklerozda va oʻng qorinchaning kengayishida chap qorinchani chapga siljitadi. Choʻqqi turtkisi ekssudativ plevrit, pnevmotoraks va gidrotoraksda ham siljiydi.

Yurak sohasini koʻzdan kechirishda baʼzan aniq ifodalangan tarqoq pulsatsiya koʻrinadi. U koʻpchilik holatlarda yurakning sezilarli kengayishlarida oʻng qorinchaning katta yuzasi koʻkrak

devoriga bevosita yotganida (yurak turtkisi) kuzatiladi. Bunday tarqoq yurak sohadagi pulsatsiya orqa ko'ks oralig'i o'smasida va boshqa kasalliklarda yurakning biror sabab bilan oldinga siljishida kuzatiladi.

Yurak xastaliklariga chalingan bemorlarni tashqi tomondan ko'zdan kechirishda diqqat bo'yin, qo'l-oyoqlar va periferik tomirlarga qaratiladi, bunda tashxis uchun ahamiyatga ega simptomlar topiladi. Qalqonsimon bez o'lchamining kattalashishi bo'yinni ko'zdan kechirishda aniqlanadi, bu usul bemorlarda taxikardiya, aritmiya va yurakning kengayishidan darak beradi. Bo'yin sohani ko'zdan kechirishda uyqu arteriyasining yaqqol pulsatsiyasi aniqlanadi. Bu simptom "korotid o'yini" nomini olgan bo'lib, aortal klapan yetishmovchiligidan darak beradi, u maksimal va minimal arterial bosim o'rtasida keskin tebranishni bildiradi. Bu simptom ba'zan Bazedov kasalligida keskin ifodalangan taxikardiya va gipertoniya uchraydi.

Aorta klapani yetishmovchiligida o'ziga xos fenomen belgini boshning chayqalishi (Myusse simptomi) ko'rinadi, u uyqu arteriyasining keskin pulsatsiyasi va maksimal va minimal bosimning keskin pasayishi natijasida yuzaga keladi.

«Karotid o'yini» simptomi klapan yetishmovchiligida odatda periferik tomirlarning (art. Subclavia, brachialis, radialis va boshqalar) pulsatsiyasi bilan birgalikda keladi. Hamma tomirlarning bunday keskin pulsatsiyasi Homopulsan deb nomlanadi. Bo'yinda uyqu venalarining pulsatsiyasi va bo'rtib chiqishi o'ng bo'lmachaga venoz qonni quyilishining qiyinlashishi oqibatida yuzaga keladi.

Normada sog'lom kishilarda yotgan vaziyatda venalarning bo'rtib chiqishi ko'rinishi mumkin, lekin bu vertikal (tik) vaziyatda to'liq bartaraf bo'ladi. Agarda bunday vaziyatda venaning bo'rtib chiqishi kuzatilsa, unda o'ng qorincha yetishmovchiligini shubha qilish mumkin, asosan eksudativ plevrit o'pka emfizemasi, pnevmotoraks va b. xastaliklar natijasida rivojlanadi. Bo'yin va qo'l venalarining keskin kengayishi bilan bir vaqtda bo'yinda va qo'lda shish bo'lishi (Stoks yoqasi) yuqori

kovak venani o'sma yoki aorta anevrizmasi bilan bosilishi, yoki yuqori kovak vena trombozi tufayli yuz beradi.

To'shning pastki qismida va qorin oldingi devorida venalarning kengayishi ko'ks oralig'i o'smalari natijasida chuqur venalarning bosilishi oqibatida yuzaga keladi. Uyqu venalarining pulsatsiyasini qorinchalar sistolasi bilan birga kelishi (musbat vena pulsi deb nomlanadi) uch tabaqali klapanni yetishmovchiligining xarakterli belgisi hisoblanadi. Bunday hollarda venani barmoq bilan bosilganda uning pastida pulsatsiya aniqlanadi. To'liq yopilgan o'ng atrioventrikulyar teshikni qorinchalar sistolasi davrida qonning retrograd harakati natijasida yuzaga keladi.

Epigastral sohada pulsatsiya bo'lishi kengaygan va gipertrofiyalangan o'ng qorincha yoki qorin aortasini pulsatsiyasi tufayli yuzaga keladi. Qo'l venalarining kengayishi sog'lom kishilarda uchraydi, biroq qo'lni yuqoriga ko'tarilganda u ketadi, venoz qonning o'ng bo'lmachaga kelishi qiyinlashgan holda (o'ng qorincha etishmovchiligida) venaning bunday bo'shshishi kuzatilmaydi.

Bu katta qon aylanish doirasida venoz bosimning oshganidan dalolat beradi. Oyoqlarda ba'zan venalarning varikoz kengayishi asosan ko'p tug'gan ayollarda ko'pincha aniqlanadi. Tromboflebit ko'p holda mahalliy shish, ba'zan esa pigmentatsiya va trofik yara bilan birga keladi.

Qo'l-oyoqlarni ko'zdan kechirganda yurak xastaliklarida barmoqlarning "nog'ora tayoqchalari" ko'rinishida o'zgarishi aniqlanadi. Bu belgi qo'l barmoqlarida yaxshi aniqlanadi, biroq buni oyoq barmoqlarida ham aniqlash mumkin. U tug'ma yurak nuqsonlarida uchraydi, shuningdek septik endokarditda, o'pka yurak yetishmovchiligida (agar uning sabablari bronxoektaz kasalligi yoki o'pkaning yiringli kasalligi bo'lsa) uchraydi.

4.3. Yurakni fizikal baholash

Klinika sharoitida bemorni chalqancha yotganda yurakni eshitish qiyinlashganda chap yonboshga aylantirib, o'tirgan

holatda esa oldinga biroz egiltirib eshitish lozim. Ikkala holda yurak tonlari yaxshi eshitiladi, chunki yurak ko'krak devoriga yaqin kelib yaxshi eshitiladi. Yurak tonlari qiyin eshitilsa "distant" (alohida) ton deyiladi, yengil eshitiladigan yurak tonlari "aniq" ton deyiladi. Ko'pincha yog' bosgan yoki ko'krak qafasi enfizematoz bo'lgan bemorlarda yurak tonlarini eshitish qiyinlashadi. Birinchi navbatda yurak chastotasi, ritmi va yurak qisqarishining jadalligi baholanadi. Ko'pchilik tibbiyot muassasalarida hamma yurak glikozidlari qabul qilgan bemorlarda dorini qabul qilgunga qadar apikal puls aniqlanadi, yurak qisqarishlar sonini aniq belgilashda buning doriga bo'ladigan javob reaksiyasini tahlil qilishda muhim.

Istalgan yurak qisqarishi ritmining buzilishini (regulyar vaqt oraliq'ida bo'ladigan M: yurak urishining har 3-qisqarishi) aniqlash lozim..

Shuningdek xohlagan regulyar bo'lmagan yurak ritmining buzilishi (m: o'tkazib yuborilgan yoki ba'zan o'tqazilgan yoki navbatdan oldingi yurak urishi) baholanadi. Yurak qisqarishlarini belgilanadi. Hamshira I va II ton (S1, S2) ni farqlay olishi lozim. Buni bajarish normal va sekin yurak ritmida muhim. Yurak tonlari yurak klapanlarining yopilishida hosil bo'ladi. Sistola I va II ton o'rtasida, diastola II va I ton o'rtasida hosil bo'ladi. I ton V-qovurg'a oraliq'ida o'rta o'mrov chizig'idan ichkarida (yurak cho'qqisida), II ton II-qovurg'a oraliq'ida to'shdan o'ng tomonda (yurak asosida) eshitiladi. Yurak cho'qqisida tonlarni stetoskopning boshcha qismi yordamida, yurak asosida esa tonlar fonendoskopning diafragmasi yordamida aniq eshitiladi. Ikkala variantni ham bajarish lozim, chunki aniq hollarda tonlarni yaxshi eshitilishi lozim. Agar siz yurak tonlarini farqlay olmasangiz, uyqu arteriyasida pulsni aniqlang, uyqu arteriyasidagi puls I ton bilan mos keladi.

Yurakni fizikal baholashning muolajasi.

1. Yurakni fizikal baholash yurak patologiyasini aniqlashda pulsning tez-tez urishi yoki maromining buzilishida muhim.

2. Baholash uchun stetoskop tayyorlanadi. Eshitish uchun quloqqa qo'yiladigan qismlarini spirt bilan artiladi, chunki gigiyenik qoidalarga amal qilinishi lozim.

3. Bemorga tushuntiriladi, nima qilinishi to'g'risida aytiladi, muolaja paytida gapirmasligi so'raladi. Tekshirish paytida tinchlik ta'minlanadi: televizor o'chiriladi, eshik yopiladi.

4. Bemordan o'tirishi so'raladi (agar iloji bo'lsa).

5. Bemordan yuza kiyimlarini yoki pijamani yechishini so'raladi.

6. Yurak auskultatsiyasi o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshitishning aniq tizimiga amal qilinadi.

Yurakni auskultatsiya qilishning tarqalgan ketma-ketligiga amal qilinadi:

Stetoskopni diafragmasi qo'lda isitiladi. Diafragmani II-qovurg'a oralig'iga to'shning o'ng qirrasiga (aortal klapan proeksiyasiga) qo'yiladi, keyin diafragmani II- yoki III-qovurg'a oralig'iga to'shni chap qirrasiga siljtiladi (o'pka arteriyasi klapani proeksiyasi). Keyin V qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasiga (3 tabaqali klapan proeksiyasi), keyin V qovurg'a oralg'ida chap o'rta o'mrov chizig'idan ichkari (mitral klapan sohasi)ga qo'yiladi. Yurakni I va II tonlari (S1 , S2) normada bolalar va kattalarda eshitiladi. I ton mitral qopqoq sohasida "Lab" tovushiga o'xshab "lab dab" birgalikda kelgan tovushlarning bir qismi bo'lib, yurak auskultatsiyasida eshitiladi. II ton "dap" aortal klapani sohasida eshitiladi. III va IV ton (S3 va S4) kattalarda patologik, bolalar va yoshlarda norma hisoblanadi (odatda mitral va aortal qopqoqlar sohasida yaxshi eshitiladi).

4.4. Yurakni paypaslash texnikasi (palpatio)

Yurak cho'qqisi sohasi va yurak turtkisini paypaslash. Cho'qqi turtkisini aniqlash uchun chap qorinchani faoliyati to'g'risida ma'lumotga erishishda tekshiruvchi o'ng qo'lining kaftini shunday joylashtirishi lozimki, bunda barmoqlar cho'qqi turtkisi usti sohasini yopishi lozim.

Shundan so'ng cho'qqi turtkisi to'g'risida umumiy tasavvur hosil qilinib, uning xususiyatlarini chuqur o'rganish kerak.

Palpatsiya yordamida cho'qqi turtkisini aniq lokalizatsiyasini, kengligini, maydonini, kuchini va kattaligini aniqlash lozim. Buning uchun cho'qqi turtkisini aniqlashda o'rta barmoqni cho'qqi turtkisi sohasiga qo'yiladi, uning aniq lokalizatsiyasi belgilanadi. Normada u V qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'idan 1–2 sm ichkarida joylashadi. Chap yonboshga yotganda cho'qqi zarbi 2 sm chapga siljiydi, o'ng tomonga yotqizilganda esa sezilarli siljimaydi. Cho'qqi zarbini siljishi yurakka bog'liq bo'lmagan sabablardan (diafragmaning turish balandligiga, ko'krak bo'shlig'i bosimining o'zgarishiga, o'pkaning bujmayish jarayoniga) iborat bo'ladi.

Diafragmaning yuqori turishi qorin bo'shlig'ining bosimi ortishi (astsit, meteorizm, yog' bosishi, homiladorlik va b.) da uchraydi, bunda yurak gorizontal vaziyatni egallaydi, yurak turtkisi yuqoriga va tashqariga (chapga) siljiydi. Diafragmaning pastga joylashishi (qorin bosimining pasayishi, o'pka emfizemasi, astenik tipdagi gavda tuzilishi va b.) yurakni vertikal joylashishiga va cho'qqi turtkisini pastga va ichkariga (o'ngga) siljishiga olib keladi.

Plevra bo'shliqlarida bosimning ortishi (eksudatli plevrit, bir tomonlama gidrotoraks, gematoraks, pnevmotoraks) yurakni qarshi tomonga siljitadi, oqibatda cho'qqi turtkisi ham siljiydi.

O'pkada biriktiruvchi to'qima o'sib bujmayganida obturatsion atelektaz rivojlanib (bronxogen o'pka raki, yot jism) cho'qqi turtkisi zararlangan tomonga qarab siljiydi.

Yurak kasalliklarida chap qorinchaning kengayishi va gipertrofiyasida (aortal qopqoq nuqsonlarida, mitral qopqoq nuqsonlarida, aterosklerotik kardiosklerozda katta qon aylanish doirasida bosim ortganda va b.) turtki zarbi chapga siljiydi, aorta qopqoq yetishmovchiligida esa turtki zarbi chapga va pastga siljiydi.

Tug'ma anomaliyalarda—ichki a'zolarining teskari joylashishida (situs viscerum inversis) yurak ko'krakning ko'proq o'ng qismida joylashadi, cho'qqi turtkisi ham shu tomonga siljiydi.

Shuni alohida ta'kidlash mumkinki, yaqqol ifodalangan eksudatli perikarditda cho'qqi turtkisi ko'pincha paypaslanmaydi yoki yurakning chap nisbiy chegarasiga mos kelmaydi va undan ichkarida paypaslanadi. Cho'qqi turtkisi chap plevra bo'shlig'ida ko'p suyuqlik to'planganida (eksudativ plevritda, chap tomonlama gidrotoraks, gemotoraksda) paypaslanmaydi. Normada cho'qqi turtkisining kengligi (maydoni) 2 sm kvadratni tashkil qiladi. Agar maydon kengligi kichraysa, turtki chegaralangan, katta bo'lsa — tarqoq deyiladi. Chegaralangan turtki bo'lishida yurak ko'krak devoriga normaga nisbatan kichik yuzasi bilan yotadi. Patologik holatlarda bu ko'pincha o'pka emfizemasida, o'pka yurakning ko'p qismini qoplaganida va uni ko'krak devoridan siljitganida kuzatiladi. Tarqoq turtki buning teskarisi, yurakning katta yuzasi bilan ko'krak devoriga yotganida, yurakning kengayishlarida, agar yurak kasalliklari inkor qilinsa, yurakdan tashqari sabablar (o'pkaning bujmayishi, diafragmaning baland turishi, orqa ko'ks oralig'ining o'smasi) tufayli aniqlanadi.

Cho'qqi turtkisining kattaligi va balandligi cho'qqi terisining sohasidagi tebranish amplitudasi bilan xarakterlanadi. Baland va past cho'qqi zarbi farqlanadi. Qoidaga binoan yurakning katta sathining ko'krak qafasi devoriga tegib turishida (sabablari yuqorida ko'rsatilgan), shuningdek yurakning tez qisqarishlarida cho'qqi turtkisi yuqorida joylashadi, agar yurak orqa tomonga siljigan bo'lsa, shuningdek boshqa sharoitlar (yog' bosish, mushaklar yaxshi taraqqiy qilgan paytda) cho'qqi turtkisining balandligi pasayadi. Bundan kelib chiqadiki, tarqoq va yuqori cho'qqi turtkisi yurakning kengayishi (yurakdan tashqari sabablar inkor qilinishi)dan dalolat beradi. Kuchli yurak turtkisi natijasida yurak sohasi bo'rtib chiqadi, cho'qqi turtkisining kuchayishi odatda chap qorincha gipertrofiyasi va uning qisqarish kuclining ortishi bilan bog'liq.

Aorta qopqoqlari yetishmovchiligida chap qorinchaning gipertrofiyasi va kuchli “ko‘tarilgan” “gumbazsimon” cho‘qqi turtkisi aniqlanadi.

Perikardni ko‘krak qafasining old devori bilan bitishib ketishida qorinchalar sistolasi paytida ko‘krak devorining ko‘tarilmasdan, ichkariga tortilishi ko‘rinadi. Cho‘qqi turtkisining bunday ko‘rinishi manfiy cho‘qqi turtkisi deb nomlanadi.

Cho‘qqi turtkisidan tashqari yurak o‘ng qorinchasining faoliyatini belgilovchi yurak turtkisiga ahamiyat berish lozim. Sog‘lom kishilarda u ko‘zga tashlanmaydi. O‘ng qorinchaning gipertrofiyasi va dilyatatsiyasida yurakning absolyut to‘mtovlik chegarasi sohasida yaqqol ifodalangan pulsatsiyani ko‘z bilan ko‘rish yoki paypaslab sezish mumkin.

“Mushuk xirillashi” simptomini aniqlash. Palpatsiya yordamida “mushuk xirillashi” (fremissement cataire) simptomini aniqlash muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu simptom fransuz klinitisistlari tomonidan yozilgan. Nom berilishida xirillayotgan mushukni paypaslaganda paydo bo‘ladigan sezgiga o‘xshash sezgi his qilinganligiga asoslangan. Bu simptom kam sistola, kam diastola davrida sezilishi mumkin, bunda yurakda past tovushlar (sekundiga 16 tebranish atrofida) hosil bo‘ladi. Uni aniqlash uchun qo‘lni yurakning hamma eshitish nuqtalari sohasiga qo‘yiladi. Bu simptomni yurak cho‘qqisida diastola davrida, ko‘pincha uni oxirida aniqlansa “presistolik mushuk xirillashi” deyiladi, u mitral stenoz uchun xos bo‘ladi, aorta ustida sistola paytida bo‘lsa – aorta og‘zi stenoz, o‘pka arteriyasi ustida bo‘lsa – o‘pka arteriyasi stenoz yoki Botallov yo‘lining bitmasligidan bo‘ladi.

4.5. Yurak perkussiyasi (percussion)

Yurak perkussiyasi uning kattaligini, konfiguratsiyasini, vaziyatini va tomir tutamining o‘lchamini aniqlash uchun o‘tkaziladi.

Perkussiyaning printsipi. Yurak atrofidagi to'qima o'pka perkussiyasida baland tovush berishiga, yurak zich mushakli a'zo bo'lganligi uchun – past to'mtoq tovush berishiga asoslanadi. Tovushlarning bunday farqlanishi yurak chegaralarini perkussiya yordamida aniqlashga imkon beradi.

Ma'lumki yurakning old yuzasi qisman o'pka bilan qoplangan, faqat katta bo'lmagan qismigina ko'krak devoriga bevosita tegib turadi. Tabiiyki yurakning o'pka bilan qoplanmagan qismigina perkussiya qilinganda absolyut to'mtoq tovushni beradi. Uning chegarasini aniqlash “yurak absolyut chegarasini” aniqlash nomini olgan. Yurakni o'pkaning to'mtoqlik qirralari bilan qoplangan qismini perkussiya qilinganda to'mtoq tovush emas, to'mtoqlashgan perkutor tovush yoki “yurakning nisbiy to'mtoq” tovushi aniqlanadi.

Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini perkussiya yordamida aniqlash, uning haqiqiy o'lchamini va ko'krak qafasidagi proeksiyasini belgilaydi. Absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash esa faqat yurakni o'pka bilan qoplanmagan qismi va o'ng qorinchaning holati to'grisida tasavvur qilishga imkon beradi.

Yurak perkussiyasida quyidagi qoidalarga amal qilish lozim:

Bemorning vaziyatiga; yurak perkussiyasi o'tkazilayotgan paytda bemor vertikal holatda qo'lini pastga tushirgan holatda bo'lishi kerak, og'ir ahvoldagi bemorlarda gorizontal vaziyatda bajariladi. Bunda ta'kidlash lozimki, vertikal vaziyatda yurakning o'lchamlari gorizontal vaziyatdagiga nisbatan biroz kichik (taxminan 15 – 20 %ga) aniqlanadi. Chunki, bunda diafragma ko'tarilgan bo'ladi. Yurak to'mtoqligining o'lchamlariga yurakka tegib turgan o'pka qirralarining holati ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun yurak perkussiyasini o'tkazishda bemordan odatdagidek yuzaki nafas olish so'raladi. Hamshira yurak perkussiyasini o'tkazayotgan paytda ko'krak qafasiga plessimetr barmoqni qo'yish hamda perkutor zarbni berish uchun qulay vaziyatda turishi lozim.

Bevosita va vositali perkussiya. Yurakni perkussiya qilishda perkutor zarba barmoq orqali barmoqqa uriladi. Yurak chegaralarini Obrazsov, Yanovski usullarida ham aniqlash mumkin.

Plessimetr barmoqning vaziyati. Yurak perkussiyasida plessimetr barmoqni ko'krak qafasi devoriga zich qo'yiladi. Bunda kutilayotgan chegaraga barmoqni parallel qo'yish lozim.

Perkutor zarbaning kuchi. Perkutor zarbaning kuchi tekshiruvchining o'z oldiga qo'ygan maqsadiga qarab belgilanadi. Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlash uchun o'rtacha kuch bilan zarb beriladi.

Yurak absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash uchun tinch perkussiya qilinadi. Ayrim klinitsistlarning ta'kidlashicha, tinch perkussiyani Pleh-Goldshayder usulida o'tkazib yurak absolyut chegarasi aniqlanadi.

Perkussiyaning yo'nalishini aniq perkutor tovushdan to'mtoq tovush hosil qilinishi tomon, ya'ni o'pkadan yurakka tomon perkussiya qilinadi. Biroq ayrimlarning belgilashicha, bunda perkussiyani teskari holda – absolyut to'mtoqlikdan aniq perkutor tovush tomonga, ya'ni yurakdan o'pka tomonga boriladi.

Yurak chegarasini belgilash. Yurak chegarasini belgilash o'pkaniki singari plessimetr barmoqni tashqi tarafidan belgilanadi.

Yurakni va tomir tutamini perkussiya qilish tartibi.

Yurak perkussiyasi quyidagi tartibda amalga oshiriladi: oldin yurakning o'ng, keyin chap va yuqori nisbiy chegarasi topiladi. Shundan so'ng qo'shimcha perkussiya yordamida yurak konfiguratsiyasi va o'lchamlari (sm) aniqlanadi.

Nisbiy to'mtoqlik chegarari aniqlangandan so'ng yurakning absolyut to'mtoqlik chegarasi va tomir tutamining o'lchamlari aniqlanadi.

Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini belgilash. Yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlashdan ilgari diafragmaning turish balandligi to'g'risida tasavvurga ega bo'lish lozim. Diafragmaning baland joylashuvida yurak gorizental vaziyatni (yotuvchi yurak deb nomlanadi) egallaydi, bunda yurakni absolyut to'mtoqlik chegarasining o'lchamlari normaga nisbatan katta

bo'ladi. Diafragmaning past joylashuvida esa yurak vertikal joylashib, o'lchamlari kichik bo'ladi.

Diafragmaning turish balandligini o'pkaning pastki chegarasiga qarab belgilash mumkin. Buning uchun plessimetr bemorning o'ng tomonidan III qovurg'a oralig'iga qovurg'aga parallel holda o'rta o'mrov chizig'idan qo'yilib pastga tomon perkussiya qilinadi, o'pkaning pastki chegarasi aniqlanadi, u qovurg'aning to'g'risida joylashadi.

Yurakning o'ng nisbiy chegarasini aniqlash o'pkaning pastki chegarasini aniqlangandan so'ng plessimetr barmoqni birga qovurg'a yuqoriga (taxminan IVqovurg'a oralig'iga) qo'yiladi, yurakning o'ng chegarasiga parallel holda qo'yilib, perkutor zarbni o'rtacha kuch bilan berilib yurak tomonga yo'naltiriladi, to perkutor tovushning o'zgarganicha boriladi, ya'ni aniq tovushdan to'mtoqlikkacha boriladi.

Qon bosimini o'lchash, uning normal kattaliklarini har xil ishdagi bemorlarda bilish qon aylanish tizimining holati to'g'risida axborot beradi.

4.6. Yurak auskultatsiyasi (auskultasio)

Yurak auskultatsiyasi yurakning faoliyati davomida paydo bo'ladigan murakkab tovushlarning simptomatikasi to'g'risida tasavvur hosil qilishga imkon beradi.

Yurakni eshitib ko'rishda quyidagi qoidalarga amal qilish lozim:

– *bemorning vaziyatiga*. Hamshirada yurak-qon tomir tizimi kasalliklariga duchor bo'lgan bemorlarni har xil vaziyatlarda – vertikal, gorizontaal va yotgan, chap yonboshga yotgan holatlarida eshinishga ko'nikmalar bo'lishi lozim. Buni har xil yurak klapanlarining nuqsonlarida hosil bo'lgan tovushlarni bemorning qaysi vaziyati, holatlarida qanday bajarilishini bilish lozim. Masalan, aortal klapan nuqsonida hosil bo'ladigan proto-diastolik shovqin bemorni vertikal holatida yaxshi eshitaladi, mitral klapan nuqsonida yotgan vaziyatda sistolik shovqin yaxshi eshitaladi.

Mitral stenozda shovqin bemorni chap yonboshga yotqizilganda yaxshi eshitiladi, yurak asosidan eshitiladigan perikardni ishqalanish shovqini gavdani biroz oldinga engashtirilganda nisbatan aniqroq eshitiladi;

– *hamshiraning vaziyatgai.* Hamshira yurakni auskultatsiya qilish jarayonida bemorni o‘ng tomonidan yondashadi. Hamshira shunday holatda turishi kerakki, bunda yurakni eshitish nuqtalariga stetoskopni to‘g‘ri va erkin qo‘yish uchun imkoniyat bo‘lishi kerak;

– *yurakni stetoskop va bevosita quloq yordamida eshitish.* Odatda yurakni stetoskop yoki fonendoskop yordamida eshitiladi, chunki bunda yurakning har xil nuqtasidagi shovqinlar alohida eshitiladi. Shunga qaramasdan V.P.Obrazsov va M.V.Yanovskiy yurakda hosil bo‘ladigan shovqinlarni bevosita quloq bilan eshitishga e‘tiborni qaratganlar. V.P.Obrazsov yurakni bevosita quloq bilan auskultatsiya qilganda sog‘lom kishilarda 2 ta emas, balki 3 ta tonning eshitilishini aytgan, bu keyinchalik fonokardiografiya usulida tasdiqlangan.

Yurakning og‘ir zararlanishlarida yuzaga keladigan galop ritmini V.P.Obrazsovning ta‘kidlashicha quloq yordamida bevosita auskultatsiya qilinganda yaxshi eshitiladi.

Shulardan kelib chiqib yurakni eshitishda bevosita va bilvosita auskultatsiya qilish muhim;

– *nafas aktining har xil fazalarida yurakni eshitish.* Yurakni nafasni to‘xtatilgan holda eshitiladi, buni o‘pkadagi tovushlarni bartaraf qilish, yurakdagi auskultatsiya ma‘lumotlarini baholashni qiyinlashtirmaslik uchun bajariladi. Buning uchun bemordan nafas olish va keyin chiqarish so‘raladi va bundan keyin nafasni to‘xtatiladi. Nafasni to‘xtatilgan paytda yurakni eshitiladi. Chunki nafasni to‘xtatish uzoq muddat davom etmaydi, shuning uchun muolajani takror bajariladi.

Yurakning eshitish joylari va yurak qopqoqlarining ko‘krak qafasidagi haqiqiy proyeksiyasi. Mitral qopqoqning proyeksiyasi III-qovurg‘ani tashqi chap tomoniga birikadigan qismiga, aorta qopqog‘ini proyeksiyasi to‘sh ortida III qovurg‘ani

to'qay qismida, o'pka arteriyasi qopqog'i II qovurg'a oralig'ida tushning chap qirrasida, 3 tabaqali klapan to'sh ortida o'rta chiziqda III chap qovurg'a to'qayini va V o'ng qovurg'ani to'shga birikish joyida joylashadi. Tabiiyki qopqoqlarning teshiklarini bir-biriga yaqin joylashishi u yerda hosil bo'ladigan tovushlarni alohida ajratishga qiyinchilik tug'diradi. Shuning uchun uzoq muddatda klinik kuzatuvlarga asoslanib, klapanlarning alohida tovushlarni yaxshi eshiti-ladigan nuqtalari joyi – yurak cho'qqi turtkisi, aorta qopqog'i uchun – II-qovurg'a oralig'i to'shning o'ng qirrasida o'pka arteriyasi uchun – II qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasida, 3 tabaqali klapan – to'shning pastki qismi, qilichsimon o'simtaning asosida.

S.P.Botkin tomonidan aortada hosil bo'ladigan qo'shimcha tovushlarni eshitishning qo'shimcha nuqtasini taklif qildi, u III–IV qovurg'alarning tashqi chap qirrasiga birikish joyiga to'g'ri keladi. Bu 5-eshitish nuqtasi S.P.Botkin nuqtasi deyiladi.

Shunday qilib, yurakni I-klapanining haqiqiy proyeksiyasi biroz chetroqda bo'lib, mitral klapani eshitish sohasiga to'g'ri keladi.

Undagi paydo bo'ladigan tovushlar yurak cho'qqisining zichlashgan, sistola davrida ko'krak devoriga zich tegib hosil bo'ladigan mitral klapani bu sohaga tovushlarni yaxshi o'tqazilishini ta'minlaydi. Aorta qopqoqlarida hosil bo'ladigan tovushlarni II qovurg'a oralig'ida to'sh suyagining o'ng qirrasida haqiqiy proyeksiyasidan biroz chetroqda eshitalishi qon oqimi bilan tovushlarni yaxshi o'tqazilishi bilan bog'liq.

Yurakni eshitish tartibi. Yurak auskultatsiyasi quyidagi tartibda o'tkaziladi. Oldin yurak cho'qqisi, mitral klapan tovushlarini o'tkazilish joyi (birinchi nuqta), keyin aortal klapan II qovurg'a oralig'ida to'shning o'ng tomonidan (ikkinchi nuqta), o'pka arteriyasining klapani II qovurg'a oralig'ida chap tomonda (uchinchi nuqta), uch tabaqali klapan tashqi pastki qismida (to'rtinchi) nuqta va oxiri stetoskop yoki fonendoskop Botqin nuqtasiga (beshinchi nuqta) aorta klapanlaridagi tovushlarni qo'shimcha eshitalish joyiga qo'yiladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlarida ko‘pincha mitral va aortal klapanlar zararlanadi.

Yurakni jismoniy zo‘riqishdan keyin eshitish. Aniq bo‘lmagan holatlarda bemorni ahvoli ko‘tarsa, yengil jismoniy zo‘riqishdan keyin yurakni eshitiladi, masalan bemordan bir necha marta o‘tirib turishi, jismoniy mashq bajarishi so‘raladi. Bu yurakdagi tovushlarni aniqlashtirishga imkon beradi (masalan, mitral stenozda presistolik shovqin), yurakni qisqarishini oshishi va qoni harakatini tezlashishi tufayli aniq eshitiladi.

Sog‘lom kishilarda yurakda eshitiladigan auskultativ ma‘lumotlar. Normada sog‘lom odamlarda 5 ta eshitilish nuqtalarida 2 ta eshitiladi: I, qorinchalar sistolasi paytida hosil bo‘ladigan sistolik deb nom olgan, va II qorinchalar diastolasi fazasida hosil bo‘luvchi diastolik ton eshitiladi. I tondan so‘ng kichik pauza, qorinchalardan qonning haydali sh davriga to‘g‘ri keladi (davomiyligi Q_{2c} ga teng). Yurak auskultatsiyasi davrida qonning qorinchadan aortaga va o‘pka arteriyasiga oqishi bizga eshitilmaydi, chunki qopqoqlarning teshiklari shunchalik kattaki, bunda qon aylanma harakat qilolmaydi va u yerda shovqin hosil bo‘lishiga imkon tug‘ilmaydi.

I ton kichik pauza bilan qorinchalar sistolasini tashkil qiladi. II tondan so‘ng katta pauza boshlanadi, bu paytda qon bo‘lmachadan qorinchaga o‘tadi. Bunday holatda ham qon harakatlanib atrioventrikulyar teshik orqali o‘tayotganda tovush hosil qilmasdan o‘tadi, chunki teshik yetarlicha kattalikda bo‘ladi. Ikkinchi ton katta pauza bilan birgalikda qorincha diastolasini tashkil qiladi, u 0,43 s ga teng.

Ba‘zan I va II tondan tashqari III va IV tonlarni diastola davrida eshitiladi.

Uchinchi ton birinchi bo‘lib V.P. O obrazsov tomonidan auskultatsiyada aniqlanib, yozilgan. Ton hosil bo‘lishini qorinchalar devorining diastola boshida tezda qonga to‘lishi paytidagi tebranishlaridan hosil bo‘ladi. III tonning davomiyligi 0,03-0,06 s ga teng. Bu ton yoshlarda va o‘smirlarda uchraydi.

To'rtinchi ton I tondan keyin keladi, bo'lmachalar qisqarishi paytida ularning tebranishidan hosil bo'ladi. Uning bolalar va o'smirlarda uchrashi fiziologik, kattalarda uchrashi esa patologik hisoblanadi.

Tonlarning hosil bo'lishi mexanizmi. Quloqqa I ton bo'lib qabul qilinadigan tovush fenomeni sistolaning boshida yurakda hosil bo'ladigan tovushlarning qo'shilishi natijasida kelib chiqadi. Uning hosil bo'lishida qorinchalar mushaklarining taranglashib izometrik qisqarish fazasida tebranishi (mushak komponenti), atrioventrikulyar qopqoqlarni bir vaqtda yopilish davrida tebranishidan va qopqoqlarga mahkamlangan papilyar mushaklar va paylarning tebranishlaridan (qopqoq komponenti) hosil bo'ladi.

Bundan tashqari I tonning hosil bo'lishida bo'lmachalar mushaklarining qisqarishi (bo'lmachalar komponenti) va aorta bilan o'pka arteriyasiga qorinchalardan qon kelayotgan davrda tomirlar devorining tebranishi (tomir komponenti) ishtirok etadi. Bundan kelib chiqadiki, I ton qorinchalar mushaklarining izometrik taranglashish fazasida qonni tomirga haydalinishing boshlang'ich bosqichida hosil bo'ladi. Uning davomiyligi 0,08–0,12s.

II tonning hosil bo'lish mexanizmi ixcham. U aorta va o'pka arteriyasining yarimoysimon qopqoqlarining yopilishidan va tebranishidan hosil bo'ladi. II tonning davomiyligi 0,05–0,08s.

Yurakni eshutishda quyidagilar hisobga olinadi:

Yurak cho'qqisi, asosi, sistola, diastola va yurak tonalrining grafik ko'rinishi FKG, EKG larda.

Auskultatsiyada qorinchalar sistolasini diastolasidan qanday farqlash mumkin? Yurak auskultatsiyasida qorinchalar sistolasini diastolasidan farqlash kerak, bu har xil yurak kasalliklarining diagnostikasida juda muhim hisoblanadi. Har xil orttirilgan yurak nuqsonlarida (mitral, uch tabaqali qopqoq yetishmovchiligida va aorta og'zi torayishida), shuningdek tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasining og'zini torayishida, Botallov stulini va qorinchalararo to'siqning ochiq qolishida) yurakda sistolik shovqin eshitiladi, boshqa yurak nuqsonlarida (chap va o'ng

atrioventrikulyar teshikning torayishida, aorta va o'pka arteriyasi qopqog'ining yetishmovchiligida) shovqin diastola paytida eshitiladi. Shuning uchun yurakning har xil nuqsonlarini farqlashda qaysi fazada shovqin hosil bo'lishini bilish muhim bo'ladi.

Sistolani diastoladan farqlash uchun I tonni II dan farqlash lozim, chunki I ton kichik pauza qorinchalar sistolasiga to'g'ri keladi, II ton katta pauza – qorinchalar diastolasini tashkil qiladi. Ikkala tonlarning bir-biridan farqi quyidagi belgilar orqali bo'ladi: birinchidan, I ton yurak cho'qqisida II tonga nisbatan kuchli baland va davomiy bo'ladi, ikkinchidan, u katta pauzadan so'ng eshitiladi.

Bu yurak cho'qqisida mitral qopqoqning tovushlarni yaxshi o'tkazilishini; I tonni hosil bo'lishida mitral qopqoqning tebranishi, qorinchalar qisqarishining ishtirok etishi, II tonni hosil bo'lishi yurak cho'qqisidan uzoqroq joyda bo'lib, bu sohaga sust o'tqaziladi.

Bundan tashqari I ton yurak turtkisiga va uyqu arteriyasining pulsiga mos keladi. Ikkinchi qovurg'a oralig'ida to'shning o'ng tomonida (aorta) va tashqi chap qirrasida (o'pka arteriyasi) II ton I tonga nisbatan kuchli eshitiladi, chunki bu joyda yarimoysimon qopqoqlarni yopilishidan hosil bo'lgan tovush yaxshi eshitiladi.

4.7. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Yurak-tomir tizimini tekshirish. Yurak-tomir tizimini tekshirishda, masalan, yurak mitral poroklarining diagnostikasida ham tomografiyadan foydalaniladi. Tomografiya mitral poroklarda yurak kameralarining katta-kichikligi to'g'risida fikr yuritishga, klapanlarda ohak to'planib qolgan joylar va boshqa bir qancha patologik o'zgarishlar bor yoki yo'qligi to'g'risida aniqlab olishga imkon beradi.

Tomografiyada faqat o'rganilayotgan qavatning rentgenologik tasvirini olish mumkin. Qolgan hamma joylar, ular xoh

tekshirilayotgan qavat atrofida joylashgan bo'lsin, xoh uning oldi yoki orqasida bo'lsin, rentgen nurlari sochilib tushadigan bo'lganidan, tasvirda ko'rinmaydi.

Elektrokardiografiya. Tekshirishning bu usuli yurak qisqarganida vujudga keladigan biopotensialarni qayd qilishga asoslangan. Yurakning qo'zg'alish holatida har qanday kishi tinchlik holatida turgan bo'limiga nisbatan elektr qutublanishi manfiy bo'ladi. Shunga ko'ra, ayrim kishilarning yurak elektr potentsiallarida farq yuzaga keladi.

Harakat toklari tananing har qanday qismidan olinishi mumkin. Yurak biopotensialarini qayd qiluvchi apparat elektrokardiograf deb ataladi. Bu apparat yurak biopotensialarini elektrodlar yordamida o'ziga qabul qilib oladi, shu bilan birga tana yuzasining elektrodlar tagida turgan qismlaridagi 3 mV (millivolt) gacha bo'ladigan kichik potentsiallar farqi necha ming baravar kuchaytiriladi va yuzaga keladigan juda ham arziyas potentsiallar farqini seza oladigan qayd qiluvchi asbob – galvanometr ga beriladi. Galvanometr – ustiga kichik ko'zgu yopishtirilib, kuchli magnit maydoniga tortib qo'yilgan kichkina po'lat plastinkadan iborat. Ko'zqusining oldiga fiksatsiyalovchi linza o'rnatilgan. Harakat toklari ta'siri ostida magnit maydonining o'zgarishlari plastinka va unga yopishtirib qo'yilgan ko'zguning aylanishiga hamda ko'zgudan aks etgan nurning u yoki bu tomonga og'ishiga sabab bo'ladi. Bu tebranishlar egri chiziqlar ko'rinishida foto grafik yo'l bilan yozib olinadi. Sekundiga 20 marta tebranishga rostlanib, sozlangan kamerton vaqtni belgilovchi moslama bo'lib xizmat qiladi, bir-biridan 0,05 sekundli masofada bo'ladigan tik yo'llarni tushirib beradi.

Apparatning yozuvchi qismi lenta beradigan kasseta va uni tortib o'tqazib turadigan mexanizmdan iborat.

Keyinchalik 5-T oralig'i izochiziqqa yaqinlashib keladi, T tishcha esa manfiy («koronar») bo'lib qoladi.

Koronar T tishcha evolyutsiyasi bir necha haftaga boradi. Infarkt bo'lib o'tgandan keyin boshlangan turg'un chandiq fazasi EKG da juda ham xilma-xil tarzda aks etadi. Infarktdan keyingi

iokardiofibrozning kichikroq intramural o'choqlari EKG da aks etmasligi ham mumkin. Chandiqli maydonlar keng bo'lganida OK kompleksining shakli ancha o'zgaradi (chuqur tushgan 0 tishcha saqlanib qoladi, K tishcha yo bo'lmaydi yoki pasayib qolgan, 5-tishcha kengayib turgan bo'ladi).

Dinamik holda, ya'ni ma'lum vaqt oralab olib turilgan EKG reparativ protsesslarning oxiri qachon va nima bilan tugashini oldindan bilib olishga, takroriy miokard infarktini aniqlab olishga, yurak faoliyati ritmi buzilishi yoki yirik o'choqli kardioskleroz paydo bo'lishi natijasida yurak yetishmovchiligining boshlanishini oldindan aytib berishga imkon beradi.

EKG da yurak ritmining buzilishlari aniq ko'rinib turadi, aritmiyaning sababi (innervatsiyaning izdan chiqqanligi, yallig'lanish, muskulning shishgani yoki chandiqli bo'lib qolgani, distrofik o'zgarishlar, dori-darmonlar ta'sir ko'rsatgani) va shakli aniq ma'lum bo'ladiki, bu davr usulini belgilab beradi.

Yurak va tomirlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish

Yurak va yirik tomirlarni rentgenologik yo'l bilan tekshirishning ham morfologik, ham funksional holatni aniqlab olishga imkon beradigan asosiy usuli rentgenoskopiyadir. Yurak atrofidagi a'zolar(o'pka)ga qaraganda zichligi katta bo'lganligi tufayli uni rentgenologik yo'l bilan tekshirish mumkin. Butun yurak va har bir bo'limining ishi rentgenokimografiya yordamida o'rganiladi.

Rentgenokimografiya – turli a'zolar harakatlarini rentgenografik yo'l bilan qayd qilishning shunday bir usuli, bunda a'zoning konturlari (shakl-shamoyili) rentgenogrammaga tishli bo'lib tushadi, shu bilan birga shu tishlarning kattaligi harakatlar amplitudasini aks ettiradi, nur dastasiga ko'ndalang bo'lib qo'yilgan panjara bilan plyonkali kassetaning bir-biriga nisbatan surilib turishi tufayli natijaga erishiladi.

Rentgenokimografiyaning muhim sharti tekshirilayotgan obyekt bilan unga chegaradosh joylar o'rtasida katta soya kontrasti hosil qilishdir. Yurak va yirik tomirlarning soyasi yuqori darajada kontrast bo'lib, yorug' bo'lib ko'zga tashlanadigan o'pka

maydonlari fonida keskin ajralib turadi. Rentgenoskopiyada yurak tomirlarining soyasi ekranda noto'g'ri tuxum shaklida bo'lib, o'rta holatni egallab turadi. Bu soya diafragma ustida qiyshiq joy oladi, shu bilan birga uning 3 qismi ko'krak qafasining chap yarmida yotsa, 3 qismi o'ng yarmida yotadi. Yurak va tomirlar oldingi orqa holatda, birinchi qiyshiq (gavdani 45° o'ngga burib turiladigan) va ikkinchi qiyshiq (gavdani 45° chapga burib turiladigan) holatlarda rentgenologik yo'l bilan tekshiriladi.

Oldingi-orqa yo'nalishdagi rentgenoskopiyada olingan o'ng kontur ikkita bo'rtmasi bo'ladigan noto'g'ri yoydir. Ustki yoy I qovurg'adan II qovurg'agacha bo'lgan masofani egallaydi va ustki qavat vena soyasi bilan aortaning yuqori ko'tariluvchi qismi soyasidan hosil bo'ladi, pastki yo o'ng yurak bo'lmasi, ba'zida, yurak tik holatda turgan paytda esa yana yurakning o'ng qorinchasi soyasi va pastki kovak vena soyasidan yuzaga keladi.

Yurakning chap konturi 4 ta yoydan: birinchi qovurg'alar oralig'ida turadigan ustki yoy (bu aorta yoyiga to'g'ri keladi), o'pka arteriyasi bilan chap bo'lma quloqchasiga to'g'ri keladigan 2- va 3- yoy, yurakning chap qorinchasiga to'g'ri keladigan 4- yoydan iborat. Chap bo'lma shari kattalashuvi hisobiga chap tomonda 2- va 3-yoylarning kattalashib qolishi yurak beli bilinmay ketadigan mitral yurak shakli (konfiguratsiyasi)ni hosil qiladi, bu mitral porok uchun juda xarakterlidir.

Aorta klapani yetishmovchiligida tomirlar dastasi bilan yurak o'rtasidagi burchak saqlanib qolgani holda chapdagi 1- va 4-yoy kattalashadi. Yurak soyasi chap va past tomonga kattalashib, o'tirgan o'rdak soyasiga qiyos qilinadigan aortal konfiguratsiyani kasb etadi.

Rentgenoskopiya yurak uchi shaklini aniqlab olishga ham imkon beradi. Chap qorincha gipertrofiyasida yurak uchi dumaloqlanib qolgan bo'ladi. Bemor astenik konstitutsiyada bo'lib, diafragma past turganida yurak tik holatda joylashadi, yurak soyasi katta bo'lmaydi va kichraygan bo'lib ko'zga tashlanadi. Diafragma yuqori turganida (qorin dam bo'lib turgan mahalda, semizlik, homiladorlik va boshqalarda) yurak ko'n-

dalang holatni egallaydi, bunda uning diafragmaga ancha taqalib turganini ko'rish mumkin. Rentgenologik yo'l bilan tomchisimon yurakni ham aniqlab olsa bo'ladi, bu – tomirlar dastasiga osilib, o'zining kichik bir qismi bilan diafragmaga tegib turgan ko'rinishini beradi. Bunday bemorlar ko'pincha astenik konstitutsiyali bo'ladi.

Rentgenologik yo'l bilan tekshirishda yurakning o'rnidan siljib, surilib qolmaganini aniqlab olsa bo'ladi. Chap tomonlama ekssudativ plevrit, pnevmotoraksda yurak ko'krak bo'shlig'ining o'ng yarmiga so'rilib turadi.

Perikard (yurak xaltasi)ga ekssudat suzib yurak cho'qqisida soyasi uch burchak shakliga kirib qoladi. Rentgenologik tekshirishda aorta o'zgarishlari ham topiladi; aorta sklerozida soyasi kattalashgan va ancha «quyuq» bo'ladi. Aorta anevrizmasida yuqori ko'tariluvchi yoy pastga tushuvchi qismida yoki aorta ravog'i (yoyi)da bir tekis yoki qisman kengaygan bo'ladi. Anevrizmatik kengaymalar o'smalardan shu bilan farq qiladiki, o'smada pulsatsiya (aorta devorining urib turishi) bo'lmaydi yoki susaygan bo'ladi.

Ikkala yon tomondan rentgenoskopiya qilib ko'rilganida yurak soyasining oldi va orqasida yorug' maydon ko'rinib turadi. 1- holatda bir tomonda yurak bilan tomirlar soyasi o'rtasida, ikkinchi tomondan, umurtqa pog'onasi soyasi o'rtasida joy olib turadigan yorug' maydon retrokardial bo'shliq deb ataladi. Yurak oldida joylashgan yorug' maydon to'sh orqasi bo'shlig'i (retrosternal bo'shliq) deyiladi. 1- holatda chap bo'lmadagi o'zgarishlar ancha ravshan bo'lib tushadi, uning kattalashib ketishi retrokardial bo'shliqning torayib qolishiga olib keladi. 2- holatda aorta ravog'idagi o'zgarishlar, shuningdek o'ng va chap qorinchalarning kattalashib qolgani ro'y-rost ko'rinadi.

Kasallikning qanchalik tez va to'g'ri davolanishi laboratoriya va instrumental tekshiruvlarning to'g'ri va tez o'tqazilishiga bog'liq. Bu tekshiruvlarning o'tqazilishida tibbiyot hamshirasining o'rni muhim hisoblanadi.

Arterial pulsni aniqlash texnikasi

1. Bemor yotgan holda yoki stulda tinch holatda o'tirganida pulsni aniqlash mumkin bo'ladi.
2. Bemorning bir qo'li tanasi bo'ylab cho'zilgan holatda bo'ladi.
3. Bemor bilagining kaft yuzasi tomoniga o'ng qo'lingizning 2-, 4- barmoqlaringiz uchini qo'yasiz.
4. O'ng qo'lingizning 1- barmog'ini esa bemor bilagi ostiga qo'yasiz.
5. Siz bunda bemorning bilak arteriyasidagi tomir devorining urishini (pulsatsiya) 2- 3- 4- barmoqlaringiz uchida sezasiz.
6. Sekundomerni chap qo'lda ushlab tomir urishini 1 daqiqa ichida sanaladi.
7. Arterial puls soni 003, 004 shakldagi tibbiy hujjatlarga yozib qo'yiladi.
8. Kerakli anjomlar: sekundomer, 003,004 tibbiy hujjatlar.

Arterial bosimni o'lchash texnikasi

1. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor yotgan holda yoki stulda tinch holatda o'tirgan bo'lishi kerak.
2. Bemorning o'ng yoki chap qo'li yelkasigacha kiyimdan holi qilinadi.
3. Bemor krovatga yoki stulga o'tiradi, bilagi yuqoriga qo'yiladi.
4. Tanometr manjeti havo yuborgich naychasi pastga qaratib olinadi.
5. Bemorning qo'liga tirsak bo'g'imidan 2-3sm yuqoridan manjet sal bo'shqoq qilib ulanadi.
6. Bemorning qo'liga tirsak bo'g'imidan yelka arteriyasining urishi 2-, 3- barmoqlar yordamida topiladi.
7. Tomir urgan joyga fonendoskop bosmasdan qo'yilib, eshituv naychasi esa quloqqa ulanadi.
8. Vintni berkitib ballon yordamida manjetkaga havo yuboriladi.
9. Vint sekinlik bilan ochilib, havo chiqariladi.

10. Havo chiqishi bilan fonendoskopdan arteriya devori urishlari eshitiladi (sistolik bosim).

11. Keyinchalik havo chiqishi davomida tovushlar yo'qoladi (diastolik bosim).

12. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan qolgan joylaridagi sonlar (manometrdan) yozib olinadi.

13. Vint to'liq ochilib, manjet ichiga havo chiqariladi.

14. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajratiladi.

15. Manjetka bemor bilagidan olinadi.

Kerakli anjomlar: termometr, Apparat Riva-Rochi, fonendoskop, 003- 004 shakldagi tibbiy hujjatlar.

V-BOB. OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARI TIZIMI KASALLIKLARI BILAN XASTALANGAN BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI

5.1. Ovqat hazm qilish a'zolar tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning shikoyati patologik jarayonga va hazm yo'lining qaysi qismi zararlanishiga bog'liq holda turlicha bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida mahalliy yallig'lanish yoki tishlar kariesi natijasida kelib chiqadigan og'riqlar stomatologiya, xirurgiya sohasiga ta'lluqli bo'lib hisoblanadi. Stomatitlar (og'iz bo'shlig'I shilliq qavatining yallig'lanishi) – mahalliy sabablar yoki umumiy kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida yuzaga kelishi mumkin. Stomatitlar og'iz bo'shlig'idagi og'riqlar bilan birga kuzatiladi. Og'riqlar asosan tilda va milklarda bo'lib, o'tkir va tuzli ovqatlar iste'mol qilganda bu og'riqlar kuchayadi. Tilning achib og'rishi yomon sifatli anemiyaning simptomlaridan biri bo'lishi mumkin (Addison–Birmer kasalligi). Og'izda achishish va yoqimsiz ta'm bo'lishi gastritlarda va ayniqsa jigar, o't yo'llari kasalliklarida kuzatiladi.

Haddan tashqari og'iz qurishi qandli diabetda kuzatiladi. Qizilo'ngach kasalliklarida bemorlar shikoyati quyidagicha: disfagiya, qizilo'ngach bo'ylab og'riq, qusish, zarda qaynashi va qon ketishlar bo'ladi. Disfagiya – bu qabul qilingan ovqat mahsulotlarini qiyin yutish yoki to'la yuta olmaslik bo'lib hisoblanadi. Disfagiya qizilo'ngach o'smasida, yot jismni yutganda, qizilo'ngach ishqor yoki kislotalar ta'sirida kuygandan keyin chandiq hosil bo'lishi, shu bilan birga aorta anevrizmasi yoki ko'ks orti o'smasi bilan siqilganda va divertikul xastaligida yuzaga kelishi mumkin. Qizilo'ngachdan qon ketishi jigar sirrozida kengaygan varikoz venalar yorilishi natijasida ro'y beradi. Oshqozon kasalliklarida asosiy shikoyatlar epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, ishtaha pasayishi, kekirish,

zarda qaynashi hisoblanadi. Oshqozon sohasida og'riq bo'lganda nafaqat uning lokalizatsiyasi, balki irradiatsiyasi, xarakteri va qanday sharoitdan keyin yuzaga kelishini (ovqatlanish vaqti, ovqat xarakteri va hokazo) aniqlash kerak. Shu bilan birga og'riq nimadan keyin pasayishi va yo'qolishiga ahamiyat berish kerak. Qusish – tez-tez uchraydigan shikoyatlardan biri bo'lib, oshqozonning turli kasalliklarida kuzatilishi mumkin (o'tkir va surunkali gastritlar, yara kasalliklari, piloroduodenal stenoz, oshqozon raki va boshqalar).

Bemorni so'rab-surishtirganda, qusish simptomi oshqozonga bog'liq bo'lmagan holda boshqa kasalliklarda ham kuzatilishi mumkinligini nazarda tutmoq kerak. Masalan: bosh miya o'smalarida, meningitda, uremiya, xoletsistit, peritonit va boshqa kasalliklarda ham uchratish mumkin. Shu bilan birga ayrim dori moddalarini qabul qilganda (digitalis) va oshqozon shilliq qavatiga ba'zi kimyoviy vositalarning ta'siri (sulema, mishyak) natijasida ham qusish kuzatilishi mumkin bo'ladi.

O'tkir gastritda ovqat yegandan so'ng qusish kuzata boshlanadi. Oshqozon atoniyasi, gipersekretsiyasida esa qusish ovqatdan keyin 3–4 soat o'tgach boshlanadi.

Oshqozondan chiqish qismi stenozida nahorda qusish xarakterli bo'lib, qusuq massasida ovqat qoldiqlari saqlanib 3–4 litr miqdorni tashkil qiladi va «palag'da tuxum» hidiga o'xshash hidga ega bo'ladi. Ba'zan kuchli qusish paytida oshqozon shilliq qavatidagi mayda tomirlar zararlanadi va buning natijasida qusuq massalarida qon tomchilari aniqlanadi.

Oshqozondan ko'p miqdorda qon ketishi jiddiy simptomlar hisoblanib, oshqozon o'smasida va yara kasalligida yirik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keladi. Ba'zan qon ketishda oshqozon shilliq qavati kuyishi, gemorragik diatez, portal gipertoniyada oshqozon venalarining varikoz kengayishi ham sabab bo'lishi mumkin. Bunday hollarda qusuq massasidagi qon ochiq qizil rangda bo'ladi. Agar qusish qon ketishdan keyin ma'lum vaqt o'tgach yuzaga kelsa, bu vaqt ichida qon oshqozon saqlanmasi bilan qo'shilishga ulguradi va buning natijasida qusuq

massa qahva quyqasi rangida bo'ladi. Bu ko'pincha oshqozon rakida kuzatiladi.

Qusishdan oldin bemorda ko'ngil aynish hissi paydo bo'ladi. Bu simptom oshqozon kasalligi bilan bog'liq bo'lmasligi ham mumkin. Bu simptom gipertonik krizlarda, buyrak kasalliklari va boshqa kasalliklarda ham uchraydi.

Oshqozonda bijg'ish jarayonining kuchayishi natijasida bemorda havo yoki ovqat qo'shmasi bilan kekirish kuzatiladi. Nevroz bilan kasallangan bemorlarda uzoq masofadan eshitiluvchi, bolalarda ovozli havo bilan kekirish kuzatiladi. Bu simptom «aerofagiya» deyiladi. Bundan tashqari achchiq yog' hidiga o'xshash kekirish uchraydi. Bunday kekirish bijg'ish jarayonida organik kislotalar (yog', sut, kislota va boshqalar) hosil bo'lganda yuzaga keladi. Ba'zida bemorlar zarda qaynashidan shikoyat qilishadi. Bu ko'pincha oshqozonda saqlanmagan kislotalikning oshishi natijasida yuzaga keladi, lekin kislotalikning normal bo'lganda va hatto past bo'lganda ham zarda qaynashi kuzatilishi mumkin. Zarda qaynashining yuzaga kelish sababi— kardial sfinkter yetishmovchiligi natijasida oshqozon saqlanmasining qizilo'ngachga qaytib o'tishidir.

So'rab-surishtirishda bemorning ishtahasiga ham e'tibor berish kerak. Oshqozonda kislotalik muhiti past bo'lganda, ishtaha pasaygan bo'ladi, aksincha yuqori kislotalik muhiti bilan kechadigan oshqozon kasalliklarida ishtaha yuqori bo'ladi. Biroq shuni inobatga olish kerakki, kislotalik muhitning oshib ketishi bilan kechuvchi oshqozon yara kasalliklarida bemorning ishtahasi yuqori bo'lishiga qaramay, og'riq xurujidan qo'rqib ovqat eyishdan o'zlarini tiyishadi. Ba'zi bemorlarda haddan tashqari yuqori ishtaha, ya'ni bulimiya (bo'ri ishtahasi) kuzatiladi.

Ishtahaning umuman yo'qolishi (anoreksiya) va ayniqsa go'shtli ovqatlarni iste'mol qilolmaslik oshqozon rakiga xarakterli bo'ladi. Ishtaha yo'qolishi bilan birga ozib ketishdan shikoyat qilinadi. Ichak kasalliklarida bemorning asosiy shikoyati ichaklar bo'ylab og'riq hissi, meteorizm, ich ketishi, qabziyat va ba'zan ichakdan qon ketishi yuzaga keladi. Ichakdagi og'riqlar ichak

musaklarining spazmi natijasida yuzaga kelib, ko'pincha ingichka ichak (enterit) va yo'g'on ichak (kolit) yallig'lanishi jarayonlarida kuzatiladi. Spastik og'riqlar shuningdek, mishyak, miss kabi kimyoviy moddalar bilan zaharlanganda kelib chiqishi mumkin. Ayniqsa, miss bilan surunkali zaharlanganda og'riq sanchiqsimon xarakterga ega bo'ladi.

Shuningdek og'riqlar ich o'tmasligi sababli ichaklarning keskin kengayishi yoki ko'p miqdorda gaz to'planishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ichaklarda og'riq kuzatilganda, uning lokalizatsiyasini aniqlash muhim hisoblanadi. Og'riq chap yonbosh sohada bo'lsa, sigmasimon ichak kasalliklaridan, aksincha o'ng yonbosh sohada og'riq bo'lsa, ko'r ichak kasalliklari, appenditsitdan darak beradi. Qorinning o'rta sohasidagi og'riqlar ingichka ichak kasalliklarida kuzatiladi. Defekatsiya aktida yuzaga keladigan og'riqlar to'g'ri ichak kasalliklarida (gemorroy, anal teshigi yorig'ida, sigmasimon va to'g'ri ichak o'smasida) kuzatilib, axlat bilan qonning aralashib kelishi aniqlanadi.

Agar qon ketish ichaklarning yuqori qismidan bo'lsa, bu o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligiga xos bo'ladi va bunda axlat qora rangda bo'ladi.

Ichakdan qon ketishi boshqa kasalliklarda ham sodir bo'lishi mumkin. Masalan, kapilyarotoksikozda, Verlgoff kasalligida, mezenterial tomir trombozlarida kuzatiladi. Ma'lum miqdorda qon yo'qotishda, bemorda teri qoplamlari oqarishi, umumiy holsizlik, bosh aylanishi, sovuq ter bosishi kuzatiladi. Ichaklarda bijg'ish va chirish jarayonlarining kuchayishi natijasida qorin dam bo'ladi (meteorizm) va og'riqlar paydo bo'ladi.

5.2. Hazm a'zolari kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish

Hazm a'zolari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish umumiy sxema bo'yicha olib boriladi. Oshqozon-ichak traktidan ko'p miqdorda qon ketishida yoki

yomon sifatli o'smalar bo'lganda, teri va shilliq qavatlar rangpar bo'ladi. O'sma jigar va limfa tugunlarga metastaz berganda, teri sarg'ish rangda bo'ladi.

Oshqozon-ichak saratonida bemorda haddan tashqari ozib ketish kuzatiladi. Bunda asosan tananing pastki qismida, ya'ni oyoqlarda distrofik jarayonlar yuzaga keladi. Oshqozon saratonining chuqurlashishida m.sternocleidomastoideus oyoqchalarining orasida joylashgan limfa tugunlari kattalashib, paypaslaganda qattiq bo'ladi. Hazm tizimi a'zolarini ko'zdan kechirish og'iz bo'shlig'idan boshlanadi. Bunda tilning holatiga katta ahamiyat beriladi, chunki til «oshqozon oynasi» hisoblanadi. Oshqozon va ichak kasalliklarida tilda oq yoki jigar rang karash ko'rinishidagi distrofik o'zgarishlarni ko'rish umkin. Oshqozonda kislotali muhit pasayganda, axiliyada til silliqlashgan, ya'ni so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan bo'ladi. Bundan tashqari, tish, milk va bodomcha bezlarga ham ahamiyat berish kerak. Karies tishlar, stomatitlar, gingivit nafaqat hazm a'zolari, balki boshqa a'zolar uchun ham infeksiya o'chogi bo'lib hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'ida ko'pgina tishlarning bo'lmasligi ovqat mahsulotlarining yaxshi chaynalmasligiga sabab bo'ladi. Bu esa o'z navbatida oshqozon-ichak kasalliklarini keltirib chiqaradi.

Bodomcha bezlarini ko'zdan kechirganda uning hajmiga, konsistentsiyasiga, karash va yiring bor yoki yoqligiga, ikkilamchi qavat rangiga e'tibor berish kerak. Qorinni ko'zdan kechirish bemor chalqancha yotgan holatida amalga oshiriladi. Dastlab qorinning tuzilishi va kattaligiga e'tibor beriladi. Sog'lom odamning qorin tuzilishi uning gavda tuzilishiga qarab har xil bo'ladi. Organizm toliqqanda qorinning haddan tashqari tortilishi, qorin mushaklari tonusi oshganligini kuzatilishi mumkin. Qorin o'lchamining kattalashishi teri osti yog' qavatining o'ta yaxshi rivojlanishida, semizlikda, meteorizmida, qorin bo'shlig'iga suyuqlik to'planishida va homiladorlikda kuzatiladi.

Ba'zan tuxumdon yoki oshqozon osti bezida kista paydo bo'lganda ham qorin o'lchami kattalashadi. Yuqoridagilarni bir-biridan ajratish uchun shuni nazarda tutish kerakki, semizlikda

qorin terisi torayganda burma hosil bo'ladi, astsitda esa burma hosil bo'lmaydi. Bundan tashqari qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planganda, kindik bo'rtib chiqqan bo'ladi. Semizlik yoki meteorizmda esa bu holat kuzatilmaydi. Astsitni kistadan farqlashning eng ishonchli usuli bu – qorinni perkussiya qilib ko'rishdir. Ayrim hollarda oshqozon chiqish qismi torayishi natijasida qorinning yuqori qismi bo'rtib chiqadi. Ba'zan uni hatto ko'z bilan ham ko'rish mumkin. Mahalliy meteorizm ko'pincha o'sma yoki chandiqli o'zgarishlarda bo'lishi mumkin. Umumiy meteorizm esa bijg'ish jarayonlari natijasida yuzaga keladi.

Qorinning yuzaki palpatsiyasi. Qorinni ko'zdan kechirish.

Ko'zdan echirishda qorin devori qoplamlari holatini, teri osti venoz tutami tuzilishini, toshmalar, chandiqlar bor-yo'qligi aniqlanadi. Ayniqsa operatsiyadan keyingi chandiqlarga ularning lokalizatsiyasi, xarakteriga ahamiyat berish lozim. Shu bilan birga ko'zdan kechirishda qorin devori shishganini, undagi infiltratlar va bo'rtgan churrallarni ko'rish mumkin.

Qorinni ko'zdan kechirish:

- Qorindagi chandiqlar, striya, churralar, tomir o'zgarishlari, jarohat va toshmalar bor-yo'qligini ko'zdan kechirish.

- Qorindagi peristaltika yoki pulsatsiya bilan bog'liq bo'lgan harakatga e'tibor berish.

- Qorin shakli (yassi, qayiqsimon, bo'rtgan) va konturini qaraladi. Kindik burmalari, kengayishi (yog' qavati, suyuqlik, homila, havo to'planishi, fibroz o'sma, to'lgan siydik pufagi, soxta homiladorlik, saraton, va boshqalar) inobatga olinadi.

- Teri: chandiqlar, kengaygan venalar, kindik atrofining ko'karishiga e'tibor berish lozim.

Bemordan keladigan hidlar alohida ahamiyatga egadir. Masalan, jarohatdan va og'iz bo'shlig'i yoki nafasidan keladigan hidlarga e'tibor beriladi.

5.3. Qorinni fizikal tekshirish texnikasi

Qorinni ko'zdan kechirish, ichak shovqinlarini auskultatsiya qilish, qorin palpatsiyasi va perkussiyasi, jigar palpatsiyasi, to'gri

ichakni tekshirish kabi usullarning hammasi birgalikda o'tkaziladi, chunki bu barcha tekshirish usullarining natijasi bir-biriga bog'liq holda baholanadi.

Qorinni fizikal baholash muolajasi:

- bemorni tayyorlash;
- bemorning siydik pufagi bo'shagan bo'lishi shart;
- bemor qattiq kushetkaga chalqancha holatda yotishi kerak;
- tekshiruv o'tkaziladigan xona tinch bo'lishi kerak;
- tekshiruv mahalida bemorning yuz qiyofasiga qarab, diskomfort belgilarini kuzating;
- tez harakat qilishdan saqlanib, sekin-astalik bilan harakat qiling;
- shifokorning qo'li va fonendoskop iliq holda bo'lishi kerak;
- aniq og'riqli sohalarni oxirida tekshiring.

Boshqa a'zolar bilan bog'liqligi:

- ko'krak qafasi kasalliklari ko'pincha abdominal simptom bilan namoyon bo'ladi;
- qorinda og'riq bilan shikoyat qilgan bemorlarning ko'krak qafasini tekshirish juda muhim hisoblanadi;
- erkaklarda chov sohasi va to'g'ri ichakni;
- ayollarda chanoq sohasi va to'g'ri ichakni tekshirish zarur.

5.4. Qorin bo'shlig'i a'zolarini paypaslab tekshirish usullari (palpatio)

Qorin bo'shlig'i a'zolari xastaliklariga tashxis qo'yishda fizikal tekshirish usullaridan birinchi navbatda palpatsiya usuli yordamida tekshirish katta diagnostik ahamiyatga egadir. Palpatsiyaning ikki ko'rinishi farqlanadi: yuzaki va Obrazsov–Strajesko bo'yicha chuqur, usulli, sirpanuvchi palpatsiyadir.

Yuzaki palpatsiya. Yuzaki palpatsiya usuli qorin bo'shlig'idagi patologik jarayonlarni hamda qorin devoridagi og'riq va mushaklar taranglashishi darajasini aniqlashga imkon beradi. Bundan tashqari bu usul yordamida churralar, yuza joylashgan o'smalar, kattalashgan jigar va taloq a'zolaridagi patologik o'zgarishlar aniqlanadi.

Palpatsiya tekshirish usuli vaqtida quyidagi qoidalarga amal qilish zarur:

- shifokor bemorning o'ng tomonida o'tirishi va uning qo'llari iliq bo'lishi kerak, chunki sovuq qo'llar ta'sirida qorin muskullari reflektor qisqaradi;

- bemor chalqancha, boshi pastda, qorin mushaklari bo'shshagan, qo'llari tana bo'ylab uzatilgan holda yotadi;

- shifokor qo'lini bemorning qorniga qo'yib, sekin bosib ko'radi va og'riq bor yoki yo'qligini, qorin muskulining tarangligini aniqlaydi.

- qorin palpatsiyasining dastlab chap yonbosh sohadan boshlab, keyinchalik o'ng yonbosh sohasiga o'tiladi, ya'ni olingan natijalarni taqqoslash maqsadida simmetrik palpatsiya qilinadi.

Keyinchalik qo'lni yuqoriga yo'naltirib (4–5sm ga) simmetrik sohalarni yuzaki palpatsiya qilish davom ettiriladi. O'tkir appenditsitda yuzaki palpatsiya yordamida o'ng yonbosh sohada qorin muskullari yaqqol taranglashishini va kuchli og'riqni aniqlash mumkin. Xuddi shunday natija o'tkir xoletsistitda o'ng qovurg'a osti paypaslaganda og'riqning nomoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Obrazsov–Strajesko bo'yicha chuqur, sirpanuvchi, usulli palpatsiya. Yuzaki palpatsiyadan so'ng Obrazsov–Strajesko bo'yicha chuqur, sirpanuvchi, usulli palpatsiya o'tkaziladi. V.P.Obrazsovgacha palpatsiya tekshirish usuli yordamida qorin bo'shlig'ini faqatgina patologik o'zgarganligini aniqlash mumkin deb hisoblangan. V.P.Obrazsov birinchi bo'lib, o'zining kuzatuvlari va ilmiy tekshirish usullariga asoslanib, umuman sog'lom odamning qorin bo'shlig'i a'zolarini paypaslash mumkin ekanligini isbotladi. Usulli palpatsiya deb atalishiga sabab

a'zolari paypaslash ma'lum bir ketma-ketlikda olib boriladi. Palpatsiyani sigmasimon ichakdan boshlanadi, keyinchalik ko'r ichak, pars soecalis ilei, appendiks, ko'ndalang chamber ichak, oshqozonning katta va kichik egriligi, privratnik, jigar, taloq, oshqozon osti bezi va buyraklar palpatsiyasi ketma-ketlik asosida bajariladi.

Chuqur sirpanuvchi palpatsiya deyilishiga sabab, nafas chiqarish vaqtida shifokor qo'lini asta-sekin qorin bo'shlig'ini orqa devori bo'ylab chuqur uzatib, tekshirilgan a'zo bo'ylab sirpanuvchi harakatlar yordamida uning holatini aniqlashi mumkin bo'ladi.

Chuqur usulli sirpanuvchi palpatsiya usulini qo'llashda quyidagi qoidalarga amal qilinishi lozim:

- o'ng qo'l barmoqlari bir oz bukilgan holda tekshirilayotgan a'zoga parallel holda qo'yiladi;
- yengil sirpanuvchi harakatni bajarish uchun teri burmasini hosil qilish kerak;
- bemor nafas chiqargan vaqtda o'ng qo'l barmoqlari bilan asta-sekin qorin bo'shlig'i orqa devoriga chuqur bosiladi;
- qorin devori va tekshirilayotgan a'zo bo'ylab, qo'l bilan sirpanuvchi harakat qilinadi.

Sigmasimon ichak palpatsiyasi. Sigmasimon ichak palpatsiyasi Obrazsov–Strajesko bo'yicha o'ng qo'lning bir oz bukilgan to'rtta barmoqlari orqali palpatsiya qilinadi. Shifokor qo'l barmoqlarini sigmasimon ichakka parallel qo'yib, terini qorinning ichki tomoniga qarab bir oz harakatlantiradi, bemor nafas chiqarganda qorin muskullari bo'shshadi va shunda shifokor qo'l barmoqlarini qorin bo'shlig'ini orqa devorigacha yo'naltiradi. Shundan so'ng, shifokor qo'l bosimini susaytirmasdan teri bo'ylab kindik boylamigacha harakat bilan ichaklarni paypaslaydi.

Sigmasimon ichakni qo'llar yordamida qorinning tashqi tomonidan ham palpatsiya qilish mumkin. Bunda o'ng qo'l barmoqlari yarim bukilgan holda sigmasimon ichakka parallel holatda qo'yib, terini kindikka qarab harakatlantiradi. Bemor

chuqur nafas chiqarganda qorin bo'shlig'iga qarab chuqurroq bosiladi va kindik boylami yo'nalishida sirpanuvchi harakat qilinadi. N.D. Strajeskoning kuzatuvlariga ko'ra, sog'lom odamda sigmasimon ichak 91% hollarda silliq, og'riqsiz, qattiq konsistensiyali, silindrsimon shaklda me'yoriy bo'lib hisoblanadi. Uning kengligi 2,5–3sm bo'lib har xil patologik holatlarda uning yuqoridagi xususiyatlari o'zgarishi mumkin. Saraton kasalligida, polipoz, yallig'lanish jarayonlarida (sigmoidit), axlat massalari va ko'p miqdorda gaz to'planishida uning hajmining nisbatan kattalashuvi kuzatiladi. Kolit xastaliklarida sigmasimon ichak ingichka arqon ko'rinishida bo'ladi. Uning yuzasi notekis, g'adir-budir bo'lib, bu ko'pincha yomon sifatli hosiladek, sil yalarida va unda qattiq axlat mahsulotlari to'planib qolganda kuzatiladi. Agar ichak notekis va qattiq bo'lishi axlat massalari to'planishi bilan bog'liq bo'lsa, klizma orqali ichak bo'shaganida bunday belgilar yo'qoladi. Sigmasimon ichakda og'riq bo'lishi, unda yallig'lanish jarayoni bo'lganda (sigmoidit, dizenteriya) kuzatiladi. Shu bilan birga ichakdagi suyuqliklar hisobiga palpatsiya tekshiruvida qorinda quldirash eshitiladi.

Ko'r ichak palpatsiyasi. Ko'r ichak palpatsiyasi asosida ham sigmasimon ichak palpatsiyasidek printsip yotadi: o'ng qo'l barmoqlari bir oz bukilgan holda ko'r ichakka nisbatan parallel holda qo'yiladi, so'ng terini kindikka tomon harakatlantiriladi, bemor nafas chiqargan vaqtida qo'l barmoqlari bilan qorin bo'shlig'ining orqa devoriga bosiladi va ko'r ichak bo'ylab tashqi tomonga yo'naltirib sirpanuvchi harakat qilinadi.

Agar qorin muskullari taranglashgan bo'lsa, ko'r ichakni paypaslash uchun V.P. Obrazsov taklifiga ko'ra chap qo'l katta barmog'i bilan kindik sohasi bosiladi, natijada ko'r ichak sohasidagi muskullar bo'shashadi.

Ko'r ichakni bemor chap yonboshi sohada yotgan holatda ham paypaslanadi, bunda ham chuqur sirpanuvchi palpatsiyada qo'llanilgan qoidalar asosida paypaslanib tekshiriladi. Agar ko'r ichak yuqoriroqda joylashgan bo'lsa, bimanual palpatsiyani qo'llash tavsiya etiladi.

Oshqozon. Yonbosh ichakning terminal qismi (pars caecalis ilei) kichik chanoq tomon yoʻnalib, psoasni kesib oʻtadi va koʻr ichakning tugash qismidan yuqoriroqqa kelib tushadi. Yonbosh ichakning terminal qismi yagona paypaslab boʻladigan qismi boʻlib, uning qolgan qismlarini paypaslab aniqlab boʻlmaydi. Yonbosh ichakning terminal qismi qiyshiq joylashganligi sababli avval oʻng qoʻl barmoqlari yarim bukilgan holda shu qismga parallel holda qoʻyiladi va yuqoridan chapga va oʻng tomonga, pastga va oʻng tomonga qarab chuqur sirpanuvchi palpatsiya oʻtkaziladi. Sogʻlom kishilarda 75–80% hollarda yonbosh ichakning terminal qismi paypaslanganda N.D. Strajeskoning kuzatishlariga koʻra, agar pars caecalis ilei suyuq saqlanma bilan toʻlgan va qisqarmagan boʻlsa, u holda baland ovozda quldirash kuzatiladi va yupqa devorli nay shaklida paypaslanadi. Shu oʻrinda agar pars caecalis ilei muskullari qisqargan va quyuc saqlanma bilan toʻlgan boʻlsa, unda silliq va qattiq «jimjiloq kengligidagi» silindr shaklida (taxminan 1–1,5 sm) paypaslanadi.

Chap qoʻlni bel sohasiga qoʻyib oʻng qoʻl yordamida oddiy usul bilan koʻr ichak paypaslanadi. Sogʻlom odamlarda 79% hollarda yuzasi shilliq ogʻriqsiz ikki barmoq kengligidagi (taxminan 4,5–5 sm) silindr koʻrinishida paypaslanadi. Ayrim kasalliklarda (oʻsma, sil) ichak yuzasi notekis, gʻadir-budir konsistensiyasi togʻayga oʻxshash boʻladi. Koʻr ichak oʻlchamlarining kattalashishi surunkali qabziyat yoki ichak torayishlarida axlat massalari va gaz toʻplanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Aksincha muskullar spazmida va ich ketishlarida ichak hajmi kichrayadi. Ayrim hollarda koʻr ichak qorin boʻshligʻining orqa devoriga tutqichlar orqali yaxshi birikmaganligi sababli haddan tashqari harakatchan boʻladi. Koʻr ichakning bunday harakatchanligi, ichakning qisman yoki toʻliq tutilishiga olib kelishi mumkin, aksincha koʻr ichak butunlay harakatsiz boʻlishi mumkin. Bu holat koʻpincha yalligʻlaish jarayonlaridan keyin yuzaga keladi (appenditsit, perisalpingit) koʻr ichak sohasida ogʻriq va quldirash boʻlishi unda yalligʻlanish jarayoni borligidan dalolat beradi.

Ko‘r ichak chuvalchangsimon o‘simtasining (appendix) palpatsiyasi

N.D. Strajesko appendiksni quyidagicha palpatsiya qilishni taklif qildi: agar ko‘r ichakning palpator joylashishi to‘g‘risida tasavvurga ega bo‘lsak, u holda yonbosh chuqurcha orqa devoridan qo‘l barmoqlarini uzmasdan, sirpanuvchi harakatlar bilan yuqoriga va pastga bo‘lishini tekshiriladi. Bunda asta-sekin qadamma-qadam har ikkala tomonga harakat qilinadi. Agar o‘simta shu sohada joylashgan bo‘lsa va paypaslab ko‘rilsa, u holda uni yonbosh chuqurcha devoriga bosib, barmoq orasida paypaslash mumkin va uning xususiyatlari to‘g‘risida tasavvurga ega bo‘lish mumkin. Sog‘lom odamlarda appendikulyar o‘simta 16% hollarda og‘riqsiz, yuzasi silliq, g‘oz pati qalinligida, silindr shaklida bo‘ladi.

N.D. Strajesko kuzatuvlariga asosan, surunkali appenditsitda appendikulyar o‘simta qalinlashib, qattiqlashadi va chandiqli yallig‘lanish natijasida paypaslab ko‘rish qiyin bo‘lmaydi. Ba‘zan chuvalchangsimon o‘simta bemor chap yonboshda yotganda ham yengillik bilan paypaslab ko‘riladi. Surunkali appenditsitda bemor chap yonboshda yotganda og‘riq kuchayadi. Chuvalchangsimon o‘simta yallig‘lanish ekssudati bilan to‘lganligi sababli, u noksimon hosila ko‘rinishda paypaslanadi. V.P. Obrazsov to‘g‘ri ichak orqali barmoqlar yordamida paypaslab ko‘rganda infiltrat borligini aniqlagan va unga katta ahamiyat bergan.

Ko‘ndalang chamber ichak palpatsiyasi

Yo‘g‘on ichakning bu qismini paypaslab tekshirishdan oldin, oshqozonning pastki chegarasi aniqlanadi. Chunki ko‘ndalang chamber ichak oshqozondan 2–3 sm pastda joylashgan. Oshqozonni pastki chegarasini topib, yarim bukilgan o‘ng qo‘l barmoqlari shu chegaradan 2–3 sm pastga va qorinning o‘rta chizig‘idan 4–5 sm o‘ngga qo‘yiladi.

Teri burmasi yuqori tomonga suriladi va nafas chiqarganda barmoqlar bilan qorin bo‘shlig‘i orqa devorigacha bosib ko‘riladi.

Shundan so'ng yuqoridan pastga qarab sirpanuvchi harakatlar qilinadi. Ichak aniqlangandan so'ng uning o'ng va chap tomondan joylashishini kuzatiladi. Shu usul orqali ko'ndalang chamber ichak qorin o'rta chizig'idan chap tomondan ham paypaslab ko'riladi. Agar ichak qo'lga unamasa, unda ichakni pastdan va yuqoridan qidirishga harakat qilish kerak. Shu sharoitda ham paypaslanmasa, u holda qorin yon qismlari tekshirib ko'riladi, chunki to'satdan ichakning pastga tushish hollari sigmasimon ichakni egallaydi, ya'ni uning o'ng qismi ko'r ichakka, chap tomoni esa sigmasimon ichakka yondashadi. Shu bilan birga ko'ndalang chamber ichakni ikki qo'llab, ya'ni bimanual palpatsiya usuli orqali paypaslash mumkin.

V.P. Obrazsov bu palpatsiya usulini quyidagicha amalga oshirilishini taklif qilgan: «Tekshiruvchi ikki qo'l barmoqlarini yarim bukkan holda kindikni har ikki tomoniga qo'yib paypaslashni kindik sohasidan boshlaydi, so'ng barmoqlar yuqori va pastga qarab harakatlantiriladi. Bunda paypaslaganda, silindr shaklidagi, yuqori va pastga yengil harakatlantiruvchi ko'ndalang joylashgan ichak aniqlanadi». Normada ko'ndalang chamber ichak 71% hollarda paypaslanadi. Uning eni 5–6 sm ni tashkil qiladi.

Agar taloq, sigmasimon ichak, to'g'ri ichak sohalarida biror-bir to'siq bo'lsa (yomon sifatli o'sma, chandiq), ko'ndalang chamber ichak peristaltikasi kuchayadi va paypaslab ko'rilganda o'lchami katta, qattiq bo'lib, quldirashi va dam bo'lishi kuzatiladi.

Ichakning ikkala egriligi ikki qo'l orqali (bimanual) palpatsiya qilinadi, shuni e'tiborga olish kerakki, flexura coli lienalis ning yuqori joylashganligi (IX–X qovurg'a) sababli uni kam hollarda paypaslab tekshirish mumkin.

Bunga qarama-qarshi joylashgan flexura hepatica harakatchan bo'lib, entereptozda (pastga tushishi) natijasida qo'lga yaxshi unaydi.

Yo'g'on ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismlarini paypaslab tekshirish usuli

Yo'g'on ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismini V.X.Vasilenko taklif etgan usul orqali o'tkaziladi. Buning uchun

chap qo‘l bel sohasiga qo‘yiladi va o‘ng qo‘l orqali chuqur, sirpanuvchi palpatsiya qoidalariga asosan paypaslanadi: o‘ng qo‘l barmoqlari yarim bukilgan holda ko‘tariluvchi yoki tushuvchi ichakka nisbatan qarama-qarshi holda qo‘yiladi, teri kindikka tomon yo‘naltiriladi. Bemor nafas chiqargan vaqtda qo‘l barmoqlari qorin bo‘shlig‘ining orqa devorigacha yo‘naltiriladi va tashqi tomonga qarab sirpantiriladi

Ingichka ichak palpatsiyasi. Ingichka ichak paypaslanmaydi, faqatgina yonbosh ichakning terminal qismi bundan mustasno. Ingichka ichak devori yuqori bo‘lganligi va suyuq saqlanma borligi sababli, uni qorin bo‘shlig‘ining orqa devoriga fiksatsiya qilib bo‘lmaydi.

Oshqozon palpatsiyasi. Sog‘lom odamlarda, V.P. Obrazsov bo‘yicha, oshqozonning katta egriligini 50–60% hollarda palpatsiya qilish mumkin. Oshqozonning kichik egriligi esa faqatgina yaqqol gastroptoz bo‘lgan bemorlarda paypaslanadi. Oshqozonning chiqish qismi sog‘lom odamlarning 25% da paypaslanadi.

Oshqozonning katta egriligining palpatsiyasi. Oshqozonning katta egriligini paypaslashdan oldin uning holati har xil bo‘lishini hisobga olgan holda avval uning pastki chegarasi aniqlanadi. Bunda Obrazsov bo‘yicha perkutor palpatsiya yoki auskultativ perkussiya usulidan foydalaniladi.

V.P.Obrazsov bo‘yicha perkutor palpatsiya quyidagicha bajariladi: chap qo‘l panjasi ko‘krak qafasining chap tomoniga bir oz xanjarsimon o‘simta orqasini qamragan holda qo‘yiladi. So‘ngra oshqozonning yuqori qismidagi havoni suyuqlik bilan birlashtirish maqsadida qo‘l bilan yengil bosiladi. O‘ng qo‘l yarim bukilgan holatda barmoqlar bilan qorin o‘rta chizig‘i bo‘yicha pastki tomonga qarab qisqa urib boriladi. Bunda pleska shovqini eshitiladi va oshqozonning pastki chegarasi tugaganda bu shovqin yo‘qoladi. Normada bu chegara erkaklarda 3–4 sm, ayollarda esa 1–2 sm undan yuqorida joylashgan. Yuqoridagi usuldan tashqari oshqozonning pastki chegarasini aniqlashda auskultativ perkussiyadan foydalaniladi. Bu usulda epigastral sohaga stetofonendoskop qo‘yiladi va bir vaqtning o‘zida qorin old devori

bo‘ylab o‘rta chiziqdan chapga, pastdan yuqoriga, ya‘ni oshqozonga qarab perkussiya qilib boriladi. Perkutor zarba 1 ta barmoq bilan past ovozda beriladi. Oshqozon chegarasi baland ovozni eshitish orqali aniqlanadi. Ayrim hollarda perkutor zarba berish o‘rniga qorin terisi yengil ishqalanadi. Oshqozonning pastgi chegarasini aniqlagandan so‘ng chuqur sirg‘aluvchi palpatsiya o‘tkaziladi. O‘ng qo‘l yarim bukilgan holatda uning barmoqlari bilan umurtqa pog‘onasi ishqalanadi va bemor nafas chiqargan paytida sirpanuvchi harakat bajariladi. Bunda oshqozon katta egriligi, umurtqa pog‘onasida joylashgan «ostonacha» ko‘rinishida paypaslanadi.

Oshqozon chiqish (piloroantral) qismini palpatsiyasi N.D.Strajesko fikricha piloroantral qismni chuqur palpatsiya prinsipi asosida o‘ng qo‘l barmoqlarini bir oz bukilgan holda paypaslanadi. Odatda umurtqadan o‘ng tomonda jigar chegarasidan pastda o‘ng to‘g‘ri muskul sohasida silindr shaklidagi piloroantral qism paypaslanadi. U o‘zining konsistensiyasi va shaklini o‘zgartirishi mumkin. Gohida u qattiqlashib 40–50 soniya ichida qisqaradi, gohida esa bo‘shashgan bo‘lib, bu bo‘shashish 1–2 daqiqa davom etadi. Piloroantral qismning harakati chegaralangan bo‘lib, palpatsiya davrida bosib ko‘rilganda past ovozli quldirash eshitalishi mumkin.

Qorin palpatsiyasi. Yuzaki palpatsiya usulidan boshlab barcha bo‘laklaridagi og‘riq sohalarini aniqlang.

Quyidagilarga amal qilinadi: Barmoq yostiqlahalarini ishlatishtish, bemor yuz qiyofasini kuzatish, avval yuzaki palpatsiyadan so‘ng qorinning chuqur palpatsiyasi o‘tkaziladi, qorindagi hosilalarni yoki kuchli og‘riq sohalarini aniqlashga harakat qiling, qorin muskullari bo‘shashi natijasida bemor oyoqlarini tizza sohasidan bukishi mumkin.

Jigar va ‘t pufagi palpatsiyasi

Jigarni palpatsiya qilishdan avval, o‘ng qo‘lni qayerga qo‘yishni bilish uchun, o‘rta o‘mrov chizig‘i bo‘yicha perkussiya

usuli orqali jigarning pastki chegarasi aniqlanadi. Jigar palpatsiyasi Obrazsov–Strajesko usuli bo'yicha bajariladi.

Obrazsov jigarni palpatsiya qilish texnikasini quyidagicha ta'riflaydi «Bemor gorizantal holda uncha baland bo'lmagan yostiqa boshini bir oz ko'targan holda, qo'llarini ko'krak sohasiga qo'yib chalqancha yotadi. Shifokor bemorni krovati yonida o'tiradi. Chap qo'l kaftini va oxirgi to'rt barmoqlarini bemorning o'ng bel sohasiga qo'yib, bosh barmog'i bilan oldindan qovurg'a yoyini bosadi.

Chap qo'l bilan o'ng bel sohasi bosilganda qorin orqa devori oldinga yondashadi; barmoq bilan qovurg'a yoyi bosilganda esa, ko'krak qafasining kengayishiga to'sqinlik qiladi. O'ng qo'l kaftining II–V barmoqlari yozilgan holda qo'yiladi (o'rta barmoq biroz bukilgan bo'ladi) bunda barmoq oxirlari bir chiziqda yotadi.

Qo'llarni joylashtirgandan so'ng, o'ng qo'l bilan teri bir oz pastga suriladi va bemor nafas chiqargan vaqtda sekin-asta barmoqlar o'ng qovurg'a ostiga kiritiladi. Qo'lni olmasdan turib, bemorga chuqur nafas olish so'raladi. Bunda jigarning pastki chegarasi, ya'ni o'ng qo'l barmoqlari bilan qorin devori bosilganda hosil bo'lgan sun'iy cho'ntakka tushadi.

Keyinchalik diafragmaning qisqarishi natijasida jigarning pastki chegarasi cho'ntakdan sirg'alib tushib barmoqlarni aylanib o'tadi.

Jigarni paypaslaganda, birinchi navbatda uning o'lchamlari aniqlanadi. Jigarning pastga tushishi splanxnoptozda (qorin bo'shlig'i a'zolarining pastga tushishi) keskin ozishda, asteniklarda, qorin devori bo'shshganda va ko'krak ichki bosimi oshganda kuzatiladi. Buni aniqlash uchun jigarning yuqori chegarasi perkussiya qilinadi – jigar pastga tushgan bo'lsa uning chegarasi pastga siljib, me'yordan pastroqda joylashadi.

Jigarning ayrim kasalliklarida, uning o'lchamlari kichrayishini turtkisimon palpatsiya usuli yordamida aniqlanadi. Bu palpatsiya usulida o'ng qo'l barmoqlari yoki ikki qo'l yordamida qorin devori bo'ylab pastdan yuqoriga qarab turtkisimon urib boriladi. Jigar bo'ylab urilganda qattiq jism sezilib, avval pastga

siljiydi, keyin esa qaytib o'z joyiga keladi va qo'lga uriladi. Bu simptom "suzayotgan muz" simptomi deyiladi.

Jigar o'lchamlarini aniqlash M.G.Kurlov usuli bo'yicha.

Dastlab, o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha jigar o'lchami aniqlanadi. Normada bu o'lcham 9 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm), keyin oldingi o'rta chiziq bo'yicha o'lchanadi, bu o'lcham – 8 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm) va nihoyat chap qovurg'a yoyi bo'yicha o'lchanadi, bu esa – 7 sm ($\pm 1-2$ sm) ga teng bo'ladi.

O't pufagini tekshirish uchun Obrazsov–Strajesko usuli bo'yicha yuzaki va chuqur palpatsiyadan foydalaniladi. O'tkir xoletsistitda, o't-tosh kasalligi xurujida va surunkali xoletsistitning qo'zish davrida yuzaki palpatsiyada o't pufagi sohasida og'riq va qorin muskullarining taranglashishi aniqlanadi.

O't pufagi proyeksiyasi normada qorin devorining qorin to'g'ri muskuli tashqi tomoni bilan qovurg'a yoyining kesishgan joyida joylashgan bo'ladi. Shu bilan birga uning proeksiyasi o'rta o'mrov chizig'i bilan o'ng qovurg'a yoyining kesishgan joyida ham joylashishi mumkin. Sog'lom odamda o't pufagi paypaslanmaydi. O't pufagining o'lchamlari kattalashgan holatlarda (o't pufagi empiemasida, umumiy o't yo'li obturatsiyasida) uni palpatsiya qila olish mumkin.

Kattalashgan o't pufagi noksimon ko'rinishda paypaslanadi. Kam hollarda uni o't pufagi rakida va o't-tosh kasalligida paypaslay olish mumkin. Surunkali xoletsistitda yuqoridagilardan tashqari quyidagi palpatsiya usuli qo'llaniladi: o'ng qo'l katta barmog'i o't pufagi sohasiga qo'yiladi va bemor nafas chiqarganda qo'l barmog'i o'ng qovurg'a ostiga kiritiladi. So'ngra bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Nafas olish vaqtida o't pufagi pastga tushadi va katta barmoqqa tegadi. Agar o't pufagi zararlangan bo'lsa, unda og'riq kuzatiladi

Jigar palpatsiyasi (palpatio)

Standart usul:

– Qo‘l barmog‘ini qovurg‘a yoyi ro‘parasiga qo‘ying va ichki tomonga qarab chuqurroq bosing. Bemordan chuqur nafas olishini so‘rang.

– Siz qo‘lingiz ostida jigar chegarasini sezishingiz kerak. Yoki bemor nafas chiqarganda jigar qo‘l ostingizdan sirpanib ketishi mumkin. Normada jigar palpatsiyasi og‘riqsiz bo‘ladi. Quyidagilarga e‘tibor bering: qorin pardaning ta‘sirlanishi, qorin parda ta‘sirlanishi simptomi, maqsadingiz to‘g‘risida bemorni ogohlantirmang, qo‘lingiz bilan qorinni chuqurroq bosing, bir soniyadan so‘ng tezda bosimni to‘xtating, bosim to‘xtatilgach, og‘riq kuchaysa, belgi musbat deb hisoblanadi.

5.5. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari perkussiyasi (percussion)

Normada qorin bo‘shlig‘ining barcha qismida, perkussiyada timpanik tovush aniqlanadi. Bu tovush ichaklar sohasida balandroq, oshqozon sohasida esa pastroq bo‘ladi. Shunga qaramay oshqozon pastki chegarasini ichakdan ajrata olish qiyin bo‘ladi.

Jigar pastki chegarasini, taloqni, eksudat suyuqligini, astsitni, oshqozon osti bezi yoki tuxumdon kistasining va yuza joylashgan o‘smalarni aniqlashda pastroq perkussiya usuli qo‘llaniladi, chunki bunda aniq ma‘lumotlar olish mumkin.

Astsit suyuqligini aniqlash.

Qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlik yig‘ilganida (astsit) bemorni har xil holatda perkussiya qilish kerak: tik turgan holda, chalqancha yotqizib, yonboshcha yotqizib perkussiya qilinadi.

Agar suyuqlik kam miqdorda yig‘ilgan bo‘lsa, unda tirsak holatida perkussiya qilinadi.

Bemorni chalqancha holda yotqizilganda, kindik sohasidan boshlab past ovozda perkussiya qilinadi. Bu sohada timpanik tovush eshitiladi. Keyinchalik qorinning yon tomonlariga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Agar qorining yon tomonlarida suyuqlik bo‘lsa, to‘mtoq tovush eshitiladi.

Astsit borligi to‘g‘risida ishonch hosil qilmasa, unda bemorga qarama-qarshi tomonga yonboshlab yotish so‘raladi va

qo'l barmoqlarini olmay turib yana perkussiya qilib boriladi. Agar bo'g'iq tovush aniqlangan joyda timpanik tovush paydo bo'lsa, unda qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik borligiga yana bir bor ishonch hosil qilinadi. Shu bilan birga to'la ishonchli bo'lmagan hollarda, bemorni siydik pufagi bo'shlatirilib, tik turgan holda, qorin o'rta chizig'i bo'ylab yuqoridan patsga qarab perkussiya qilinadi, agarda suyuqlik bo'lsa, unda qorinning pastida to'mtoq tovush eshitiladi. Qorindagi suyuqlik flyuktuatsiya usuli orqali ham aniqlanishi mumkin. Bunda shifokor chap qo'lini qorin devorining yon tomoniga qo'yadi va qarama-qarshi tomondan o'ng qo'l barmog'lari bilan qisqa va yengil perkutor zarba beradi. Buning natijasida yuzaga keladigan suyuqlik tebranishlari chap qo'lga seziladi.

Astsitni tuxumdon va oshqozon osti bezi kislotasidan qiyosiy tashxislash uchun qorinni perkussiya qilish katta amaliy ahamiyatga ega. Astsitdan farqli, kistalarda qorinning o'rta qismida bo'g'iq perkutor tovush eshitilib, yon tomonlarida esa timpanik tovush eshitiladi.

Meteorizmda ham qorin hajmi kattalashib, perkussiyada qorinning barcha qismlarida timpanik tovush eshitiladi.

Qorin perkussiyasi: har bir kvadratni asta-sekin perkussiya qiling. Eng baland tovush timpanik bo'lishi kerak, qanday tovush eshitayotganingizni aniqlang, bo'g'iq yoki timpanikni farqlang, timpanik tovush normada qorinning ko'pgina qismlarida chalqancha holda yotganda aniqlanadi, g'ayri oddiy to'mtoqlik abdominal massalar yig'ilishining belgisi bo'lishi mumkin;

Qorin uchun xos perkutor tovushlar: timpanik: musiqali, o'pka tovushiga qaraganda baland tonli (havo bilan to'lgan bo'shliq jism), bo'g'iqroq-timpanik: timpanik va o'pka tovushi o'rtasidagi ton (chap o'pka asosi), o'pka tovushi: ma'lum balandlikdagi turg'un tovush (o'pkada, ba'zan qorin sohasida). to'mtoq tovush: qisqa, baland tovush katta bo'lmagan rezonansda (parenximotoz a'zolarida).

Jigar perkussiyasi (percussion)

Jigar qattiq a'zo bo'lib, perkussiyada to'mtoq tovushni beradi. U yuqoridagi o'pka bilan, pastdan esa ichaklar bilan chegaralangan.

Jigarning yuqorisi absolyut to'mtoqlik chegarasi normada VI qovurg'a sathida joylashgan. Xuddi shu chiziq bo'ylab jigarning pastki absolyut to'mtoqlik chegarasi aniqlanadi. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegaraga nisbatan parallel holda kindik sathiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq tovush paydo bo'lguncha sekin perkussiya qilib boriladi. Jigar chegarasi barmoqning pastki sathidan belgilanadi

Normada jigarning pastki chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'ylab, qovurg'a yoyining pastki chegarasidan o'tadi. Shundan so'ng jigarning pastki chegarasini oldingi o'rta chiziq bo'ylab (l. mediane anterior) aniqlashga o'tamiz. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegaraga nisbatan parallel holda kindik sathiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq perkutor tovush paydo bo'lguncha, sekin perkussiya qilib boriladi. Barmoqning pastki sathidan belgilanadi. Bu chiziq bo'yicha jigarning pastki chegarasi normada xanjarsimon o'simta va kindik o'rtasidagi masofaning yuqori va o'rta 13-qismi chegarasida joylashgan bo'ladi.

Oldingi o'rta chiziq bo'yicha jigarning yuqorigi chegarasini aniqlab bo'lmaydi, chunki bu tomondan jigar yurak bilan chegaralangan bo'lib, faqat to'mtoq tovushni beradi. Shuning uchun bu chegara shartli ravishda aniqlanadi. Bunda jigar yuqori chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha l. mediana anterior gacha perkussiya qilib borilganda, ularning kesishishidan hosil bo'lgan nuqtadan chiziq o'tkaziladi. Bundan tashqari jigar chegaralari chap qovurg'a yoyi bo'yicha ham aniqlanadi. Buning uchun barmoq-plessimetr chap qovurg'a yoyiga perpendikulyar holda taxminan IX qovurg'a sohasiga qo'yiladi va to'sh sohasiga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Perkutor tovush o'zgargan sohaga, barmoqning tashqi chegarasidan aniqlab belgi qo'yiladi. Normada jigarning pastki chegarasi bu sohada VII-VIII qovurg'aga to'g'ri keladi. Yuqorida ko'rsatilgan chiziqalar bo'yicha jigar

o'lehamlarini o'lchash faqatgina palpatsiya qilgandan so'ng o'tkaziladi.

Jigar perkussiyasi texnikasi: O'ng o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha ko'krak qafasidan boshlab jigarning yuqori chegarasigacha, to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi, shu chiziq bo'yicha qorin bo'ylab jigarning pastki chegarasigacha to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi, shu nuqtalar orasida jigar o'lehamini aniqlang. Katta yoshdagi sog'lom odamda bu o'leham 6–12 sm ga teng.

Taloq o'lehami kattalashganligini aniqlash. Chap tomondan oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'yicha eng pastki qovurg'a oralig'igacha perkussiya qilib boriladi. Normada bu sohada timpanik tovush bo'lishi kerak. Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi va yana shu soha perkussiya qilinadi. Shu sohada to'mtoq tovush eshitilishi taloq kattalashganligidan darak beradi. Bemorni fizikal baholashda harorat va arterial bosimni o'lchash, nafas va pulsni baholash kabi qo'shimcha ko'nikmalar o'tkaziladi. Tana haroratini o'lchash orqali yallig'lanish va infeksiya belgilarini aniqlash mumkin. Yurak cho'qqi turtkisi (ritmi, chastotasi, sifati) ni aniqlash va perefirik pulsni baholash lozim.

5.6. Qorin bo'shligi a'zolari auskultatsiyasi (auskultasio)

Sog'lom odamda qorin bo'shlig'i sohasida ichaklar peristaltikasi eshitiladi, ichakning xavfli o'smalar yoki chandiqli jarayonlar natijasida torayishida peristaltika kuchayadi va toraygan sohadan biroz yuqorida baland quldirash eshitiladi. Enteritlarda ham xuddi shunday kuchaygan peristaltikani va baland quldirashni eshitish mumkin.

Qorin bo'shlig'ida tovushlarni umuman yo'qolishi muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, bunday holat ichaklar parezida (o'tkir peritonit) kuzatiladi.

Ba'zan jigar (perigeptatik) va taloq (perisplenik) sohasida qorin parda ishqalanish shovqini eshitilishi mumkin. Bu

yallig'lanish oqibatida fibrin tolalarning o'tirib qolishi bilan bog'liq.

Qorin auskultatsiyasi texnikasi. Stetoskopni qorin sohasiga asta qo'ying, ichakdagi shovqinlarni eshitishdan boshlang, ichakda shovqinlar yo'qligi to'g'risida xulosa qilish uchun ikki daqiqadan ortiq eshitib turish kerak, tovushlar me'yor, baland, past yoki umuman yo'qligiga ahamiyat beriladi, buyrak yonbosh arterialar va aorta ustidagi tovushlarni eshitib ko'ring.

Jigar auskultatsiyasi – bu tekshirish usuli jigar kasalliklarini aniqlashda kam ahamiyatli bo'lib hisoblanadi. Ba'zi hollarda (perigepatit, perixoletsistit) jigar sohasida qorin parda ishqalanish shovqini eshitilib, ba'zan buni hatto qo'l bilan ham sezish mumkin.

5.7. Oshqozon-ichak xastaliklarida laborator tekshirish usullari

Laborator tahlillar. *Axlatni tekshirih.* Axlatni tekshirish ichakning organik kasalliklari, funksional o'zgarishlari va unda parazitlar (gijjalar, lyambliyalar va boshqalar) bor-yo'qligi to'g'risida tasavvur beradi. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning hammasida, odatda, gijja tuxumlari bor-yo'qligi tekshirib ko'riladi. Tahlil uchun siydik, hayz qoni va boshqa yot modda hamda ajralmalar aralashmagan, yangi, faqat «sof» axlat olinadi. Tagga qo'yiladigan tuvak yoki kechasi tutiladigan tuvakdan axlat olinadigan bo'lsa, bemor avval qovug'ini bo'shatib olishi kerak. Ayollarda hayz boshlangan va qinidan ajralmalar kelayotgan bo'lsa, paxta yoki doka tampon bilan qinni bekitib qo'yiladi. Tekshirish uchun axlatni laboratoriyaga mumkin qadar tezroq yetkazib beriladi. Amebiyani aniqlash uchun axlatni iliqligida tekshirib ko'riladi, uning sovib qolishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Tekshirish ba'zan bemorga maxsus parhez buyirilganidan keyin o'tkaziladi; chunonchi, axlatda yashirin qon bor-yo'qligini go'sht, baliq, olma (tarkibida temir bo'ladigan mahsulotlar) eyishdan 3 kun parhez qilinganidan keyingina aniqlash mumkin.

Axlat toza, quruq tuvakka yig'iladi. Qabziyat mahallarida axlatni klizma yordamida olishga to'g'ri keladi. Dizenteriyaga gumon tug'ilganida bakteriologik tekshirish uchun axlatni shisha tayoqcha bilan yoki steril surtgich bilan to'g'ri ichakdan olinib, oziq muhitli probirkaga solinadi. Axlatni tekshirish mahaligacha ko'pi bilan 12 soat saqlab qo'ysa bo'ladi. Bu vaqtda uni mikroorgahizmlar va fermentlar ta'siri ostida o'zgarib qolmasligi uchun sovuq joyda saqlash kerak. Axlat quruq, toza idishga (bankachaga) solinib, usti qog'oz bilan bekitiladi. Axlatli idishga yorliq yopishtirilib, unga bemorning familiyasi, namuna olingan oy, kun yozib qo'yiladi.

Axlatni hamisha ko'zdan kechirib ko'rish zarur. Undagi yangi qon bilan hazm bo'lib ketgan qonni (qoramoysimon axlat) ajrata olish, konsistensiyasini (qattiq, yumshoq, yarim suyuq, suyuqligini), shaklini (odatdagidek shaklga kirgan, shakllangan yoki «qo'y qiyi» ko'rinishida bo'lib, qumaloq-qumaloq holda tushadigan axlat), rangini aniqlay olish kerak. Axlatning normal rangi jigarrang bo'lishi lozim. Axlatni saqlab turish zarur bo'lganida unga 5–10% li formalin eritmasi qo'shib qo'yiladi.

Axlat tahlili umumiy koprologik tahlil (grekcha koproz – axlat degan so'zdan olingan) va ma'lum maqsadni ko'zda tutadigan (axlatda qon, gijja tuxumlari bor-yo'qligini bilish uchun o'tkaziladigan) bo'lishi mumkin va hokazo. Shisha yoki sirlangan bankalarga 50 g axlat solinib, bankalar to laboratoriyaga jo'natilgunicha maxsus yashiklarda xojatxonada saqlanadi.

Yashirin qon bor-yo'qligini aniqlash uchun o'tkaziladigan tekshirishdan 3 kun avval bemorning ovqatidan go'sht, baliq, olma, shuningdek oshko'klar (ismaloq, shovul) istisno qilinadi. Tekshirishni o'tkazib bo'lgandan keyin, axlatni kanalizatsiya sistemasiga to'kishdan oldin yuqumsizlantiriladi. Uni avtoklavga qo'yish, ustiga qaynoq suv, 50%li karbol kislota eritmasi, 10%li l izol eritmasi yoki 50%li xlorli ohak eritmasi quyish yo'li bilan bunga erishiladi. Axlatni yuqumsizlantirish uchun ustiga shu eritmalaridan 5–10 soat davomida solib qo'yish kerak. Axlat 1:5

hisobida quruq xlorli ohak bilan aralashirilganida gijja tuxumlari I soatdan keyin qirilib ketadi.

Ovqatni normal hazm qiladigan odamda sutkalik axlat miqdori ko'p darajada o'zgarib turadi va bu talaygina sabablarga, jumladan, yeyiladigan ovqatning tarkibi va miqdoriga bog'liq bo'ladi. O'simlik ovqatlari iste'mol qilinganida go'shtli, baliqli ovqatlar iste'mol qilinganidan ko'ra ko'proq axlat hosil bo'ladi. Odam aralash ovqatlar bilan ovqatlanib yurganida sutkasiga o'rta hisobda 100–200 g axlat kelib turadi.

Normada axlat kolbasasimon shaklda bo'ladi. Orqa teshik torayib qolganida, to'g'ri ichakda rak bo'lganida axlat tasmaga o'xshab tushadi. Qo'y qiyi degan axlat spastik kolitda kuzatiladi. Axlat konsistensiyasi (qattiq-yumshoqligi) undagi kletchatka, suv va yog' miqdoriga bog'liq bo'ladi. Ich surganida axlat suyuq, qabziyat vaqtlarida qattiq bo'lib qoladi.

Axlat rangi sterkobilin miqdoriga bog'liq va odatda jigarrang bo'ladi. Uning ranggi ba'zi mahsulotlarni iste'mol qilishga qarab o'zgarib turadi: sut mahsulotlari sariq rang bersa, go'sht mahsulotlari o'simlik mahsulotlariga qaraganda ancha to'q rang beradi. Qora olxo'ri, qahva, kolbasa, jigar, chernika, qora uzumlardan tayyorlangan vinolar axlat rangining to'q, deyarli qora bo'lib tushishiga sabab bo'ladi. Hazm apparatining yuqori bo'limlari (me'da, o'n ikki barmoq ichak)dan qon ketganida gemoglobinning me'da shirasidagi xlorid kislotasi ta'siri ostida gematin xloridga aylanishi natijasida axlat qoramoyga o'xshab qop-qora bo'lib tushadi. Ichakning pastki bo'limlaridan qon ketgan mahallarda qon axlat bilan bir qadar baravar aralashib, o'z rangini saqlab qoladi. Ba'zi dori moddalar ichilganida axlat rangi o'zgaradi; aktivlashtirilgan ko'mir ichilganida axlat qora rangga kirsa, vismut ichilganida surmarang tusga kiradi, temir vositalari ichilganida esa axlat rangi qora-yashil bo'lib qoladi. Axlatning no'xat pyuresiga o'xshagan rang va konsistentsiyada bo'lishi qorin tifi uchun xarakterlidir; axlatda sal ko'piklanib turadigan qon aralash yalqur (shilimshiq) bo'lishi dizenteriyada uchraydi, uning och sariq rangda bo'lib tushishi (axlatga odatdagicha rang

berib turadigan bilirubinning ichakka yetarli tushmay turishi) umumiy o't yo'li tiqilib qolishiga bog'liq bo'lib (axolik axlat), sariq kasalligida kuzatiladi.

Axlatning hidi unda indol bilan skatol bo'lishiga bog'liq. Go'shtli ovqat iste'mol qilinganidan keyin axlat hidi ayniqsa o'tkir bo'ladi; sutli ovqatlar iste'mol qilinganida axlat hidi deyarli bo'lmaydi. Yo'g'on ichakda chirish jarayonlari zo'rayganda axlat ayniqsa qo'lansa hidli bo'ladi; ichakda bijg'ish jarayonlari ustun turgan bo'lsa, axlatdan qo'lansa hid kelib turadigan bo'lib qoladi.

Oddiy ko'z bilan qarab ko'rilganida (makroskopik tekshirishda) quyidagi patologik aralashmalarni topish mumkin: gijjalar yoki ularning bo'g'imlari, masalan, tasmasimon gijja bo'g'imlari, hazm bo'lmay qolgan ovqat qoldiqlari, shilimshiq, yiring, qon (odatdagi rangi saqlanib qolgan qon), axlat konkrementlari (toshlari). Tirik gijjalar – askaridalarni topish hammadan oson, ular uzunligi 26 sm dan 30 sm gacha boradigan, ikkala uchi o'tkirlashib kelgan och pushti chuvalchanglar ko'rinishida bo'ladi (erkaklari urg'ochilaridan ko'ra kaltaroq va ingichkaroq bo'lib, dum tomoni ilmoqqa o'xshab qayrilib turadi, Bolalar axlatini diqqat bilan qarab ko'rilganida ba'zan oq iplarga o'xshab ketadigan juda mayda gijjalarni topish mumkin. Bular ostritsalardir. Ilmoqsiz gijja bo'g'imlari uzunasiga cho'zilgan, ensiz bo'ladi, ichida daraxtga o'xshab shoxlab ketgan bachadoni aniq ko'rinib turadi, bu bachadonining 17 tadan to 30 tagacha juda ingichka «shoxlari» bo'ladi. Ilmoqli gijja bo'g'imlari ha uzunasiga cho'zilgan, lekin bachadonining «shoxlari» ancha keng va soni kamroq (7–12 ta) bo'ladi. Keng gijja bo'g'imlari kalta va keng, bachadoni to'pgul ko'rinishidadir

Gijjalarni tushirishda axlatda gijja boshchasi – skoleksi topilishi katta ahamiyatga ega, busiz davo choralari muvaffaqiyatli bo'lmaydi. Buni bilib olish uchun tushirilgan axlatni shisha bankaga solinib, qora qog'oz ustiga qo'yiladi, ustiga suv quyilib, shisha tayoqcha bilan obdon aralashtiriladi, keyin axlatning qalqib chiqqan qismlari ohista to'kib tashlanadi, cho'kmasi ustiga esa yana suv quyiladi. To cho'kma toza bo'lib qolmaguncha shunday

qilinaveradi. Oxirgi safarda banka ichidagi suyuqlik mayin teshikli metall to'r yoki qil clakdan o'tkaziladi. Gijjaning ingichkalashib kelgan uchidan boshechasi qidirib ko'riladi, parazitning turi esa mikroskop ostida ko'zdan kechirib aniqlanadi.

Axlatdagi hazm bo'lmay qolgan ovqat qoldiqlari hazm apparatining ba'zi kasalliklarida va normada uchrayi (mevalarning urug' va danaklari va boshqalar). Qora iplar ko'rinishida bo'ladigan mushak tolalari, hazm bo'lmay qolgan biriktiruvchi to'qima zarralari, yog' bo'lakchalari (uzoq davom etib kelayotgan ich ketar vaqtida bular ayniqsa ko'p bo'ladi) topilishi mumkin. Oq ipir-iplar yoki qattiqqina oqish pardalar ko'rinishidagi shilimshiq bo'lishi ingichka ichak shilliq pardasi yallig'langanini ko'rsatadigan alomatdir. Ko'pincha shilimshiq bilan aralash bo'ladigan yiring yo'g'on ichak pastki bo'limining patologiyasiga (ichak sili, yarali kolit, yo'g'on ichak o'smasining yemirilishiga) bog'liq bo'lsa, faqat ana shundagina topilishi mumkin.

Axlatning hammasini clakka solib, oqib turgan suv tagiga chiqarib yuvilganidan keyingina juda mayda jigar va axlat toshlari (konkrementlar)ni topish mumkim. Bunda suvning hammasini, keyin dezinfeksiya qilish uchun alohida chelakka to'kish lozim. Axlatni vodoprovoddan suv oqizib qo'yib, doka xaltada yuvib olish ham mumkin.

Axlat reaksiyasi neytral reaksiyaga yaqin bo'ladi va ovqat xiliga qarab yo kuchsiz ishqoriy, yoki kuchsiz kislotali bo'lishi mumkin. Reaksiyasining kuchli ishqoriy bo'lishi ichakda chirish jarayonlari kuchayganida ko'rilsa, kuchli kislotali bo'lishi unda bijg'ish jarayonlari kuchayganida ko'riladi. Axlat reaksiyasini aniqlash uchun lakmus qog'ozdan foydalaniladi, uni distillangan suv bilan namlanib, axlat surtmasi ustiga qo'yiladi; axlat siydikka aralashmagan bo'lishi kerak.

Axlatdagi qonni aniqlash (mikroanaliz). Bu tekshirish hazm apparatidan kishi bilmas, ya'ni yashirin qon ketayotgan yoki ketmayotganini bilib olish uchun muhim ahamiyatga ega, zotan qon juda kam bo'lishi va axlatni odatdagicha ko'zdan kechirib qaralganida topilmasligi mumkin. Tekshirishdan avval bemorning

ovqatidan go'sht, baliq, olmani istisno qilish zarur. Ko'pincha benzidin bilan o'tkaziladigan sinama (Gregersen reaksiyasi) va Gvayak nastoykasi bilan o'tkaziladigan sinama (Veber reaksiyasi)dan foydalaniladi.

Gregersen reaksiyasini qo'yish uchun 0,02 g benzidin, 0,08 g bariy peroksid, 4 ml 50% li sirka kislota eritmasi olinadi. Benzidin va bariy peroksidi quruq probirkalarda saqlanadi. Probirkaga avval sirka kislota qo'yiladi, keyin uning ustiga benzidin bilan bariy peroksid qo'shiladi. Shunday holda reaktiv faqat 30 daqiqa davomida yaroqli bo'ladi. Tekshirib ko'rish uchun axlatni yog'och tayoqcha bilan olinib, buyum oynasiga yupqa qavat qilib suriladi, keyin ustiga oq qog'oz qo'yiladi. Surtmaga 2–3 tomchi reaktiv tomizilib, ko'k rang paydo bo'lishiga qarab turiladi. Bu rang paydo bo'lishining tezligi bir-biriga kesishgan ikkita kalta chiziq, ya'ni krestlar bilan shartli ravishda belgilanadi. Ko'k rangning darhol paydo bo'lishi 4 krest, 15 soniyadan keyin paydo bo'lishi 3 krest, 1 daqiqadan keyin paydo bo'lishi 2 krest, taxminan 2 daqiqadan keyin paydo bo'lishi 1 krest bilan belgilanadi. 2 daqiqa va bundan ko'ra ko'proq vaqtdan keyin rang paydo bo'lishni e'tiborga olinmaydi – reaksiya manfiy deb hisoblanadi. Natijani aniq bilish uchun o'sha axlat porsiyasining o'zidan foydalanib, reaksiya bir necha marta takrorlanadi.

Veber reaksiyasini qo'yish uchun quyidagi preparatlar zarur: muz, sirka kislota, 90% li uzum spirti, efir, yangi tayyorlangan Gvayak nastoykasi, ozon berilgan skipidar yoki yangi tayyorlangan vodorod peroksid, xloroform. Gvayak nastoykasi quyidagicha tayyorlanadi: probirkaga biroz miqdor (pichoq uchida) Gvayak smolasi solinib, ustiga 5 ml spirt qo'shiladi va tindirib qo'yiladi. Ozonlangan skipidar oddiy skipidardan olinadi, uni Petri kosachasiga yoki likobchaga qo'yilib, 48 soat davomida yorug' joyda qoldiriladi. Uni og'zi ochiq qora shishada saqlanadi.

Reaksiya quyidagicha o'tkaziladi. Axlat yaxshilab qorish-tirilib, keyin toza yog'och kurakcha bilan taxminan 1 choy qoshiq axlat olinadi va chinni xovonchaga solib, ustiga yarim suyuq holga o'tadigan qilib sovutilgan sirka kislota quyiladi, aralashmani

xovoncha toshi bilan yaxshilab qorishtirib, probirkaga quyiladi. Ustiga 5 ml efir qo‘shiladi. Probirka og‘zini tiqin bilan mahkam bekitib, stol yuziga yotqizib qo‘yiladi-da, 30 daqiqa dumalatiladi, so‘ngra tik turg‘izib qo‘yilib, «efirli» qavati toza quruq probirkaga quyib olinadi, keyin 15–20 tomchi Gvayak nastoykasi, 30 tomchi skipidar yoki 15 tomchi vodorod peroksid qo‘shiladi. Reaksiya musbat bo‘lib chiqqanda ko‘k yoki zangori rang paydo bo‘ladi.

Axlatni mikroskopda tekshirish. Axlatni mikroskop ostida ko‘zdan kechirilganida, yuqorida aytib chiqarilganidek, o‘simlik tolalari, meva va sabzavotlarning kletchatkasi ko‘rinishida ovqat qoldiqlari topiladi. Me‘da shirasi kamayib qolganida biriktiruvchi to‘qima tolalari topiladi. Ba‘zan kraxmal donalari uchraydi. Lyugol eritmasi qo‘shilganida bular yaxshiroq ko‘rinadigan bo‘lib qoladi. Kraxmal donalarining ko‘p bo‘lishi hazm apparatining ovqatni hazm qilish funksiyasi buzilganini ko‘rsatadi. O‘zgar-magan ko‘ndalang yo‘llarini saqlab qolgan mushak tolalarining ko‘p bo‘lishi me‘da osti bezi faoliyati izdan chiqqanidan darak beradi. Axlatda ko‘p yog‘ bo‘lishi jigar chiqarish funksiyasi buzilganini, me‘da osti bezi funksiyasi yetishmay qolganini (lipaza fermenti yetarli chiqib turmasligini) ko‘rsatadi. Yog‘ mayda-mayda tomchilar yoki “yog‘ plastinkalar” ko‘rinishida uchraydi. Uni yaxshiroq aniqlab olish uchun preparat maxsus bo‘yoq moddasi – sudan bilan bo‘yaladi. Yog‘ kislotalar tuzlarining kristallari rangsiz bo‘lib qolaveradi, neytral yog‘ va yog‘ kislotalar kristallari esa, och zarg‘aldoq rangga bo‘yalib qoladi.

Gijja tuxumlari bor-yo‘qligini aniqlash uchun axlatni tekshirish. Axlatning oynadagi oddiy surtmasini tekshirish hamisha ham murodni hosil qilavermaydi, shuning uchun konsentrlangan axlat cho‘kmasi tayyorlanadi. Mana shunday cho‘kmada gijjalar, ya‘ni gelmintlar tuxumlarini topish oson bo‘ladi.

Oddiy cho‘kma tayyorlash quyidagicha qilinadi: probirkaga axlatning har xil joylaridan no‘xatdek-no‘xatdek 5–6 namuna olinadi, ustiga 15–20 baravar ko‘p hajmda suv qo‘yilib, shisha

tayoqcha bilan yaxshilab qorishtiriladi. Bu aralashma tindirib quyiladi-da, keyin suyuq qismi ohista to'kib tashlanadi. Tomizgich bilan tubidan buyum oynasiga bir tomchi cho'kma olinib, qoplagich oyna bilan qoplanadi va mikroskop ostiga qo'yilib, ko'zdan kechiriladi. Bunday surtmadan bir necha dona qilib tayyog'lanadi.

Flotatsiya (boyitish) usuli shunga asoslanganki, suyuqlikning nisbiy zichligi gijja tuxumlarning nisbiy zichligidan katta bo'lsa, bunday suyuqlikda ular qalqib yuzaga chiqadi. Ana shunday suyuqlik tariqasida natriy xloridning to'yingan eritmasidan foydalaniladi (1 l suvga 400 g). Bir necha axlat bo'lagi pastak stakanча yoki diametri 15–16 mm keladigan probirkalardagi ana shu eritma bilan qorishtiriladi. Qorishtirib bo'lgandan keyin qavariq menisk hosil bo'lishi uchun probirkaning og'zigacha yana shu natriy xlorid eritmasidan qo'shiladi va ustiga qoplagich oyna yopiladi. Bir soatdan keyin qoplagich oyna ohista olinib, buyum oynasiga quyiladi. Shunda qoplagich oynaga yopishib qolgan gijja tuxumlari buyum oynasiga chiqib qoladi. Tegishli stakanchalar yoki probirkalar bo'lmasa, axlatni oddiy chinni kosachada qorishtirish mumkin. Bir soatdan keyin yuzidan ingichka sim bilan bir tomchi olinib, buyum oynasiga tushiriladi.

Perianal qirma olish usuli urg'ochi parazit orqa teshik sohasidagi teri burmalariga qo'yib ketgan ostritsa tuxumlarini topish uchun qo'llaniladi. Silliqlik qilib kesilib, 50% li glitserin eritmasiga ho'llangan yog'och tayoqcha yoki gugurt donasi bilan ko'rsatib o'tilgan joylardan qirma olinadi-da, uni buyum oynasining qirrasiga bilan boshqa buyum oynasidagi glitserin tomchisiga tozalab tushiriladi va mikroskop ostiga qo'yib, ko'zdan kechirib chiqiladi.

Ilmoqsiz gijja (ho'kiz solityori) yuqqan bo'lsa, bemorning axlatida ko'pincha gijja lichinkalari – onkosferalar topiladi. Onkosfera dumaloq shaklda bo'ladi. Uning radial yo'nalishda yo'l-yo'l bo'ladigan qora tusli pardasi ichida 6 ta ilmog'ini topsa bo'ladi.

Cho'chqa solityorini ho'kiz solityoridan ajratish qiyin. Axltda gijja tuxumlari yoki onkosferasi topiladigan bo'lsa, bularni tasmasimon gijjalar oilasiga mansub parazitlar deb aytiladi, xolos.

Serbar gijjaning yetuk tuxumlari odatda oval (tuxumsimon) shaklda, to'q jigarrang tusda, yirik bo'lib ko'zga tashlanadi, pardasi ikki konturli, ichidagi suyuqligi donador bo'ladi, kattaligi 60 mkm atrofida keladi.

Askarida to'q jigarrang tusda, oval shaklda bo'ladigan yirik tuxumlar qo'yadi. Tuxumlarining qalin, kungirador pardasi bo'ladi. Urug'lanmagan tuxumlarining g'adir-budur pardasi bor.

5.8. Hazm tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Me'dani rentgenologik tekshiruviga tayyorlash. Me'dani rentgenologik tekshirish tashxisi katta ahamiyatga ega. Uning maqsadi me'da va ichaklarni moddalar va gazlardan xoli qilishdir. Tekshiruvdan bir kun avval bemor dag'al ovqatlar yemasligi kerak, aks holda bular tekshirishga xalaqit beradigan gazlar hosil qiladi. Bir kun avval kechqurun va ertalab, ichaklar tekshiruvdan 2 soat oldin huqna yordamida tozalanadi. Rentgenologik tekshiruv kuni surgi dorilar tayinlash mumkin emas. Chunki ular qorinni dam qiladi.

Bemorni yo'g'on ichakning rentgenologik tekshiruviga tayyorlash. Yo'g'on ichakni ikki xil usulda tekshirish mumkin: 1) yo'g'on ichakni huqna vositasida bariy aralashmasi bilan to'ldirish (irrigoskopiya); 2) bir kun avval kontrast modda qabul qilishdan so'ng yo'g'on ichakni ko'zdan kechirish. Odatda 3'on ichak me'dani rentgenologik tekshirishdan 24 soat o'tgach ko'zdan kechiriladi. Tibbiyot hamshirasi bemorni irrigoskopiya uch kun mobaynida tayyorlaydi. Bemor gaz hosil qiladigan moddalar qabul qilmaydi (qora non, sut, kartoshka va boshqalar). Meteorizmda bemorga kuniga 3 mahal moychechak damlamasi beriladi va kechki ovqatdan so'ng yel haydovchi naychani 2 soatga 3 kun

mobaynida qo'yiladi. Tuz, surgilar tavsiya qilinmaydi. Bemorga tekshirishdan 1 kun avval tushki ovqatdan oldin 400–450 g kanakunjit moyi beriladi va yo'g'on ichakni yuvish uchun huqna qilinadi. Kechki uxlashdan va ertalab nonushtadan oldin tozalash huqnasi qo'llaniladi. So'ngra ovqat luqmasining ichak bo'ylab so'rilishi uchun bemorga yengil nonushta beriladi va qaytadan tozalash huknasi qilinadi. Ichakni tekshirishdan 1 soat oldin yel haydaydigan naycha qo'yiladi. Yo'g'on ichakka huqna yog'damida bariy aralashmasi yuboriladi. Ingichka ichakni tekshirish uchun bariy sulfat aralashmasini tekshiruvdan 6–8 soat oldin ichgan ma'kul.

Bemorni o't pufagi va yo'llarining rentgenologik tekshiruvga tayyorlash: Xoletsistografiya organizmga kontrast modda yuborish va keyin rentgen tasviri yog'damida o't pufagi va o't yo'llarining shakli, holati, faoliyatini o'rganish hamda o't pufagidagi toshlarni aniqlash imkonini beradi.

Tekshirishdan oldin 3 kun davomida metcorizm chaqiruvchi mahsulotlar tanovul qilinmaydi. Tekshirish uchun tana massasining har 20 kilogramiga 1 g hisobidan 0,5 g dan har 5 daqiqada yarim soat davomida shirin choy bilan preparat qabul qilinadi. Kontrast modda jigarga tushib, o't bilan ajraladi va o't qopida yig'iladi. Uning maksimal konsentratsiyasi preparat bilan qabul qilingandan 15–17 soat o'tgach kuzatiladi. Agar tekshiruv muolaja ertalab soat 9–10 ga belgilangan bo'lsa, kontrast modda tekshirishdan 1 kun oldin kechki soat 17–19 larda ichiladi. Yod saqlovchi rentgenokontrast vositalar ko'ngil aynishi, ich surishi kabi noxush holatlarni keltirib chiqarish ehtimolini esda tutish lozim. Rentgenogrammada o't qopi soyasining intensivligi, holati, formasi, kattaligi, deformatsiyasi, konkrementlar va h. aniqlanadi. O't qopining harakat funksiyasini tekshirish uchun bemorga o't haydovchi nonushta – 2 ta tuxum sarig'i yoki 20 g sorbit 100–150 ml suvga qo'shib beriladi. Har 15 daqiqada 3–4 marta rentgenoskopiyada tekshiriladi.

Xolegrafiya – vena ichiga kontrast modda yuborish bilan o't pufagi va o't yo'llarini rentgenografik tekshirishdir.

Bemorni 2 kun mobaynida tekshirishga tayyorlanadi. Tekshiruvning bu usulida kontrast modda bemor venasiga yuboriladi (bilignost eritmasi, bilitrast).

Eslatma: Kontrast moddani bemor venasiga yuborishdan oldin sinama o'tkazish kerak, chunki ayrim bemorlar tarkibida yod mahsuloti bo'lgan dori vositalarini qabul qila olmaydilar. Bunday bemorlarda venaga kontrast moddani kiritish yoki sinama bajarish man etiladi.

1. Tekshiruvdan 1–2 kun oldin bemorning kontrast moddaga sezuvchanligi tekshiriladi: vena ichiga 1–2 ml bilignost yuboriladi.

2. Muolaja nahorga bajarilishi haqida bemor ogohlantiriladi.

3. Tekshiruvdan 1–2 soat oldin tozalovchi huqna qilinadi.

4. Rentgen xonasida bemorni yotqizib, venasiga asta-sekin suv hammomida ilitilgan 20% li bilignost eritmasini 30–40 ml hajmda yuboriladi, harorat 37°S bo'lishi kerak.

Endoskopik tekshiruvlar va bunda tibbiyot hamshirasining qatnashuvi. Tekshirishning bu usullari hozirda katta ahamyat kasb etmoqda. Ular faqat tashxisiy jihatdan emas, balki davo usuli sifatida ham qo'llanib, uning yordamida bronx, qizilo'ngach, me'da va 12 barmoqli ichak, siydik chiqarish a'zolari kasalliklariga davo qilinadi.

Endoskopik tekshiruvlar maxsus tayyorgarligi bo'lgan malakali shifokorlar tomonidan o'tkaziladi. Hamshira shifokor yordamchisi hisoblanadi va u bemorni tekshiruvga tayyorlashni bilishdan tashqari, uskunalarni saqlash, ishlata olish va muolaja vaqtida uni tez zararsizlashtirishni uddalashi kerak.

Ezofagoskopiya – qizilo'ngachning ilk rivojlanish bosqichidagi o'smalarini o'z vaqtida aniqlash, undagi yot jismlarni tashxis qilish va chiqarish uchun qizilo'ngach shilliq pardasini ko'zdan kechirish. Ezofagoskopiya, shuningdek, davolash maqsadida ham qo'llaniladi.

Gastroskopiya – me'da shilliq pardasining xavfsiz, xavfli o'smalari, me'da yaralarini aniqlash, biopsiya olish va poliplarni chiqarish uchun ko'zdan kechirishdir.

Duodenoskopiya – 12 barmoq ichak shilliq pardasini koʻzdan kechirish, shu ichakdagi yaralarni tashxislash va ularni davolash usulidir.

Kolonoskopiya – yoʻgʻon ichak shilliq pardasini kolonoskop yordamida tekshirish, bu shilliq pardani umumiy koʻzdan kechirishga imkon beradi. Kolonoskopiya yordamida yoʻgʻon ichakning turli xil kasalliklari (yalligʻlanish, xavfli va xavfsiz oʻsmalar, qon oqishi va boshqalar) aniqlanadi.

Bemorni tekshirishdan oldin 2–4 kun mobaynida parhez taomlar tayinlanadi, qora non, sut, kartoshka isteʼmol qilinmaydi. Tekshirishdan bir kun oldin, ikkinchi nonushtadan soʻng 30–40 ml kanakunjit moyi beriladi, kechqurun uxlashdan oldin tozalovchi huqna bajariladi. Bemor kechki ovqatni isteʼmol qilmaydi. Bu muolaja bolalar, kekxa yoshdagi va qandli diabeti bor bemorlarga qoʻllanilmaydi. Ertalab tekshirishdan 2 soat oldin ichak tozalanadi. Yel haydovchi naycha kiritiladi.

Rektoromanoskopiya – toʻgʻri ichak shilliq pardasini koʻzdan kechirish. Bu muolaja maxsus asbob – rektoskop yordamida bajariladi. Bu tekshiruvda tibbiyot hamshirasining vazifasi bemorni tayyorlash, asboblarni tekshirish va rektoskop kiritilgandan soʻng shifokorga yordam berishdan iborat. Tekshirish vaqtida rekto-skop naychasining tashqi uchiga yoʻnaltirib togʻora qoʻyiladi, chunki muolaja davomida ichakdan yuvindi suv yoki suyuqdik, axlat oqib tushishi mumkin. Qabziyatda bemorni tayyorlash tekshirishdan bir necha kun oldin boshlanadi: tuzli surgi, 15% li magniy sulfat eritmasi (1 osh qoshiqdan kuniga 3 marta) beriladi. Har kuni huqna qilinadi. Hamshira bemorni muolajaga tayyorlashdan oldin kechqurun 2 marotaba huqna qilib, yel haydaydigan naycha kiritadi va yengil ovqat berib, ertalab ham 30 daqiqa tanaffus bilan yana ikki marotaba huqna bajaradi va yel haydaydigan naychani kiritadi. Muolajani shifokor bajaradi. Hamshira esa bemorni kuzatib turishi lozim.

Tekshirish tugallangandan keyin rektoskopning sterillandigan qismlarigina ajratiladi, yuviladi, qolgan qismlari spirt va xloramin bilan artiladi.

Laparoskopiya – qorin bo‘shlig‘i hamda kichik chanoq a‘zolarida turli kasallik jarayonlarini aniqlash va ko‘zdan kechirish maxsus optik laparoskop yog‘damida bajariladi. Tekshirishdan 1 kun avval kechqurun va tekshirishdan oldin tozalash huqnasi bajariladi. Teri ostiga 0,5 ml 1% li atropin sulfat eritmasi yuboriladi. Tibbiyot hamshirasi bemorni aravachada muolaja xonasiga olib keladi va uning nazorati ostida bemor tekshiriladi, so‘ng bemor xonaga olib kelinadi.

Barcha endoskopik tekshiruvlar asorat berishi mumkinligini unutmash kerak. Anestetiklar kiritishga allergik reaksiya, qon ketishi, hushdan ketish shular qatoriga kiradi. Hamshira bemorning ahvolini doim diqqat bilan kuzatishi va biror noxush alomatlar paydo bo‘lganda shifokorga xabar qilishi lozim.

Skanirlash. Diagnostika maqsadida radio farmatsevtik preparatlardan foydalanishga asoslanib turib bemorni tekshirishning bu usuli tibbiyotda radioizotoplar yordamida skanirlash deb ataladi. Bu moddalar zarar qilmaydigan juda oz miqdorlarda organizmga yuborilganidan keyin skaner deb ataladigan maxsus uskuna yordamida tekshirilayotgan a‘zoning katta-kichikligi, shakli, ahvoli va funksional holati to‘g‘risida axborot olish mumkin.

Bemorni rentgenologik yo‘l bilan tekshirish uchun biror monelik bo‘lgan hollarda skanirlashni qo‘llanish mumkin. Ba‘zan skanirlash klinik usullarni hisobga olmaganda kasallikni aniqlab olish yoki patologik jarayonning o‘rnashgan joyini belgilab olishda yagona diagnostika usuli bo‘lib qoladi.

Endoskopiya. Kovak a‘zolar (me‘da, ichak, bronxlar)ni ko‘z bilan ko‘rib turib tekshirib chiqish uchun endoskop deb ataladigan maxsus asbob qo‘llaniladi. Endoskop u yoki bu a‘zoga solinadigan, nay ko‘rinishidagi maxsus asbobdir. Endoskopdagi alohida optik moslama a‘zoni ko‘zdan kechirib chiqishga, biopsiya qiluvchi moslamasi esa gistologik tekshirish uchun undan

kichik bir bo‘lak kesib olishga imkon beradi. Fotosistemi organ bo‘shlig‘ining fotosuratini tushirib olishga imkon tug‘diradi.

Qizilo‘ngachni tekshirish uchun ezofagoskop, me‘da va o‘n ikki barmoq ichakni tekshirish uchun gastroduodenoskop, yo‘g‘on ichakni tekshirish uchun rektoskop, bronxlarni tekshirish uchun bronxoskop ishlatiladi. Endoskopiya bemorni tekshirishning qo‘shimcha usulidir.

Ultratovush diagnostikasi. Ultratovush diagnostikasi (exoskopiya) boshqa tekshirish usullari bilan topib bo‘lmaydigan patologik tuzilmalarni aniqlab olish uchun ultratovushdan foydalanishga (tekshirilayotgan tana qisimlarining ichkarisiga ultratovush to‘lqinlarini yuborishga) asoslangan. Masalan, exoskopiya yordamida o‘t pufagida rentgenologik yo‘l bilan topib bo‘lmaydigan mayda konkrementlarni (toshlarni) aniqlab olish mumkin. Bu usul amaliyotda tobora ko‘p qo‘llanilmoqda.

5.9. Hazm tizimi xastaliklari

O‘tkir gastrit. Ushbu kasallik yoshga bog‘liq bo‘lmagan holda uchraydi. Moyil omillarga: elementar sabablar (ovqatlanish rejimi va ratsionining buzilishi, haddan tashqari ko‘p ovqatlanish, sifatsiz ovqat) toksikoinfeksiyalar, ba‘zi dori vositalarini qabul qilish (bromidlar, yod vositalari) kiradi.

Simptomlari. Bemorda takroriy qusish, epigastral sohada xurujsimon og‘riq, qorinda to‘lishish, og‘riq hissi, ko‘ngil aynish, og‘iz qurishi, umumiy holsizlik kuzatiladi. Bemorni umumiy tekshirganda tili qarashli, teri qoplamlari rangpar bo‘lib, yopishqoq ter bosgan bo‘ladi. Bazan ichning suyuq kelishi, tana harorati ko‘tarilishi mumkin. Bemorning qorni dam bo‘lib, epigastral sohada og‘riq kuzatiladi. Qorin parda ta’sirlanish simptomi manfiy bo‘ladi.

Diagnostika. Anamnez va klinik ko‘rinishiga asoslanib tashxis qo‘yiladi. O‘tkir gastritni asosan gastroenterokolit, salmonelyoz, pankreatit kasalligi bilan qiyosiy tashxislash kerak.

Davolash. Ovqatdan zararlanganda, sun'iy qusish chaqirilib, qustirishni chaqirish yo'li bilan (bir necha stakan iliq suv ichirilib, barmoq yordamida halqum mexanik tarzda qitiqlanadi) oshqozon bo'shatiladi, kerak bo'lgan paytda oshqozon ishqoriy eritma yoki oddiy iliq suv bilan yuviladi. Agar bemor sifatsiz ovqat iste'mol qilgan bo'lsa faollashtirilgan ko'mir 3 osh qoshiqqacha beriladi. Shu bilan birga magniy sulfat bir stakan iliq suvga 15–30 gramm miqdorida ichish uchun tavsiya etiladi. Og'riq simptomida («o'tkir qorin» bundan mustasno) baralgin 5 ml mushak orasiga yoki vena ichiga, 50% analgin, 4–6 ml noshpa yoki 2–4 ml 2% li papaverin bilan birga yuboriladi. Organizm suvsizlanganda fiziologik eritma yoki 5% glyukoza 20ml yuboriladi. Oshqozon yuvilgandan so'ng ichishga almagel, alyumag, vikair tavsiya etish mumkin. Bemorga yotoq rejimi buyurilib, 1–2 kun ovqatlanmaslik tavsiya etiladi. Flegmonozli gastritda bemor jarrohlik bo'limiga yotqiziladi.

Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishi

Oshqozon-ichak traktidan qon ketishi yaradan va yaradan tashqari bo'lishi mumkin. Yaradan qon ketishi odatda surunkali kalyoz va penitratsiyalovchi yarada oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning o'tkir yaralarida, kam hollarda esa oshqozon ichak anastomozining pepsik yarasi bor bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Yaradan tashqari kasalliklar esa 5-10 % hollarda oshqozon-ichakdan qon ketishiga sabab bo'ladi. Bu ko'pincha portal giperteziyasida qizilo'ngach va oshqozon varikoz/venalarining kengayishi natijasida Mellori-Veys sindromida, eroziv gemorragik gastritda, diafragmani (qizilo'ngach teshigida organning qisilishi) churrasida, qizilo'ngach va oshqozonning xavfli va xavfsiz o'smalarida qorin atrofi anevrizmining yorilishidan yuzaga kelishi mumkin.

Qizilo'ngachdan qon ketishi. Ko'pincha qizilo'ngach travmalarida, jarohatlarida, kimyoviy kuyishlarida qizilo'ngach kengaygan venalaridan qon ketishi kuzatiladi. Tashxis qo'yishda anamnezga va qon ketish belgilariga asoslanadi: teri rangining

oqarishi, bosh aylanishi, A/Bning pasayishi, puls tezlashishi, holsizlik, qusuq massalarida qon bo'lishi. Davolash choratadbirlari asosan, arteriya va portal sistema bo'ylab qon oqishini kamaytirishga qaratilgan bo'lishi, ya'ni qon ketishini oldini olish kerak. Buning uchun 5% li 200 ml glyukoza eritmasi 15-20 TB pituitrin qo'shib yuboriladi. 30 daqiqadan so'ng yana 5-10 TB pituitrin 20ml glyukoza bilan yuborish mumkin bo'ladi. Qon ivishini kuchaytirish uchun vikasol 1ml mushak orasiga, 10% li – 10,0 li gemofobin eritmasi , E – aminokopron kislotasi 5% li eritmasi 100ml venaga tomchilab yuboriladi. Shu bilan birga 12,5 % li ditsinon eritmasidan 2ml kuniga 1-3 marta yuboriladi. Bulardan tashqari qonni to'xtatishda Blekmor zondini, endoskopik skleroterapiya usulini (mahalliy anesteziya ostida endoskop orqali 3% li trombovor eritmasi 1,5-3 ml yuboriladi, natijada tomir atrofi chandiqli zona hosil bo'ladi) qo'llash mumkin .

Qizilo'ngachning kengaygan venoz tomirlaridan qon ketishi. Qizilo'ngachni varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi ko'pincha, portal gipertenziya sindromi bo'lgan bemorlarda, portal sistemadagi qonning qizilo'ngach venalariga haydalishi natijasida boshlanadi. Darvoza vena tizimida bosimning oshishi, portal vena tizimidagi qon oqishiga mexanik to'siq borligi sababli yuzaga keladi (portal dimlanish). Buning oqibatida jigarda og'ir metabolik o'zgarishlar rivojlanadi. Mexanik to'sqinlik lokalizatsiyasiga qarab quyidagilarga bo'linadi: jigar osti bloki – darvoza yoki taloq venasining obliteratsiya yoki chandiqli torayishi, darvoza venali yoki uning tarmoqlarining o'sma, chandiqli bilan qisqarishi va u bilan birga darvoza venasining anomaliyasi oqibatida paydo bo'ladi. Jigar ichi blokining asosiy yuzaga kelishi sababi – jigar sirrozida jigar bo'lakchalarida markaziy venalarni respirator tugunlar bilan qisilishidir. Jigar usti bloki, jigar venasining anomaliyasi yoki chandiqli qisilishi va obliteratsiya natijasida paydo bo'ladi.

Diagnostikasi. Qon ketishiga quyidagi simptomlar qo'shib kelishi mumkin: chap qovurg'a ostida og'riq, qorin dam bo'lishi va og'irlik hissi, yel chiqarishning qiyinlashishidir. Ammo qon

ketishining erta tashxisotida bu simptomlarning ahamiyati kam deb hisoblanadi. Chunki qon ketish odatda to'satdan boshlanib, ko'p miqdorda to'q rangdagi laxta qon qusish bilan namoyon bo'ladi. Bir vaqtning o'zida qorinda to'satdan og'riq paydo bo'ladi. Bu og'riqlar ko'p miqdorda qonli qusishdan keyin kamayadi yoki butunlay yo'qoladi. Ko'pincha bunday qon ketishlar 30-45 yoshdagi odamlarda kuzatilib, ularda jigar va taloq kattalashib, qattiqlashishi, kaft eritemasi, yuz va ko'krak terisida «tomir yulduzchalari», qorin devorining old va yon yuzalarida teri osti venalarining kengayishi kabi simptomlarni ko'rish mumkin.

Jigar ichi bloki bo'lgan bemorlarda qon ketishdan so'ng nisbatan tez jigar yetishmovchiligiga xos klinik – biokimyoviy belgilar rivojlanadi: adinamiya, ensefalopatiya, kunduzi uyquchanlik va kechqurun uyqusizlik vaqt va sharoitga nisbatan orientatsiyaning buzilishi, o'z ahvolini noadekvat baholash, harakatning pasayishi, ba'zan eyforiya kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda qon ketishlardan keyin koma holati rivojlanishi mumkin. Vaqt o'tishi bilan sariqlik paydo bo'lishi, diurezning kamayishi, astsit kuzatiladi.

Qon ketish ko'pincha gipotoniya rivojlanishi va portal bosimning pasayishi natijasida to'xtaydi. Ammo bu holat vaqtinchalik bo'lib, ma'lum vaqtdan so'ng takroriy qon ketish boshlanadi. Bu esa jigarning funksional yetishmovchiligini yanada chuqurlashtiradi. Portal gipertenziya bilan bog'liq bo'lgan qon ketishni tashxislash qiyin: chunki qon ketish boshlangandan so'ng taloq o'lchami kichrayadi, jigar paypaslanmaydi va qon ketish astsit paydo bo'lishidan oldin yuz beradi. Tashxislashda EFGDS ning ahamiyati katta. Agar qizilo'ngach venalaridan qon ketishi jigar osti dimlanishi bilan bog'liq bo'lsa, klinik belgilari, jigar ichi to'sig'i bo'lgan bemorlarga nisbatan kam nomoyon bo'ladi. Bu jigarda funksional va morfologik o'zgarishlarning kamroq ro'y berishi bilan bog'liq. Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini tashxislashda anamnez ma'lumotlariga (virusli gepatitni boshdan kechirganligini, sariqlik paydo bo'lishi, tez-tez burun, gemoroidal yoki bachadondan qon ketishi) va bemorni

tekshirish natijalariga asoslanadi. Bir vaqtning o'zida taloq va jigarning kattalashishi yoki atrofik o'zgarishlar yuz berganda portal gipertenziya bilan bog'liq bo'lgan qon ketish to'g'risida o'ylash mumkin. Bunga astsit, kindik sohasi va qorin devorining old qismidagi venalarning kengayishi yaqqol dalil bo'lib hisoblanadi.

Taktika. Qizilo'ngach kengaygan venalaridan qon ketishi kuzatilgan bemorlarni shoshilinch holda xirurgik statsionarga yuboriladi. Bemorlar zambilda, boshini pastga tushirgan holada bo'limga tashiladi.

Yaradan qon ketish. Bu holat oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan og'rikan bemorning 15-20% ida kuzatiladi. Ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq va ayniqsa mehnatga layoqatli kishilarda kuzatiladi. Ko'p miqdorda profuz qon ketishi asosan oshqozon kichik egriligidan yoki 12 barmoqli ichakning orqa va medial devorida joylashgan kollyoz va penetratsiyalovchi yaralarda yuz beradi. Erroziyaga odatda o'ng va chap oshqozon arteriyalari yoki oshqozon va 12 barmoqli ichak arteriyasi duchor bo'ladi.

Profuz qon ketishning sabablaridan biri – oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavati erroziyasi bo'lib, shilliq qavat rezistentligi pasayishi va o'tkazuvchanligining oshishi, shu bilan birga qon ta'minotining buzilishi oqibatida yuzaga keladi. Qon ketish bilan asoratlanadigan oshqozon shilliq qavati va shilliq osti qavati yaralarining o'tkir o'zgarishi, gipertoniya kasalligi, miokard infarkti, o'tkir xolitsistit, o'tkir pankreatit, jigar sirrozi va boshqa ichki a'zolar funksiyasi buzilgan bemorlarda kuzatiladi.

Diagnostika. Oshqozondan qon ketishi odatda o'tkir boshlanadi. Ko'pincha och yoki qizil rangda qon qusish bilan namoyon bo'ladi. Ko'pgina bemorlarda qusuq massasi qahva quyqasi rangida bo'ladi. Qon ketish bilan birga holsizlik, teri va shilliq qavatning rangparligi, bosh aylanishi, bosh og'rishi, puls tezlashishi arterial bosimning pasayishi, agar qon ketish profuz bo'lsa – kollaps kuzatiladi. Qorin odatda tortilgan bo'lib, nafas

aktida qatnashadi. Palpator tekshirilganda yumshoq va og'riqsiz bo'lishi mumkin.

Qon ketish vaqtida qorindagi og'riq intensivligining pasayishi yoki umuman yo'qolishi kuzatiladi. Bu Bergman simptomi deb ataladi. To'g'ri ichakni barmoq orqali tekshirganda axlatni qora ko'mir rangida ko'rish mumkin. Axlatning qorayishi qon ketish boshlangandan so'ng 8-10 soat o'tgach namoyon bo'ladi. Shuning uchun oshqozondan qon ketishida gumon qilingan va shu bilan birga qon ketishi kuzatilgan bemorlarda ham albatta barmoq orqali to'g'ri ichakni tekshirish kerak. 12 barmoqli ichakdan qon ketishi, ko'pincha yara kasalliklarida qo'zish davrida kallyoz yoki penetratsiyalovchi yaralar paydo bo'lganda yuz beradi. Bemorlarda qon yo'qotishning umumiy belgilari (pulsning tezlashuvi Q/B ning pasayishi va boshqalar) va qora rangdagi axlatning paydo bo'lishi kuzatiladi. 12 barmoqli ichakning anatomik joylashishi jihatlari va qon bilan ta'minlanishi kuchli bo'lganligi sababli kollaps rivojlanadi. 12 barmoqli ichakdan qon ketishining klinik ko'rinishi asosan yo'qotilgan qon miqdoriga va qon ketish tezligiga bog'liq. Bu yerda ham oshqozondagidek qon ketish vaqtida qorindagi og'riqlar kamayadi yoki umuman yo'qoladi.

Qorinni paypaslab tekshirilganda 12 barmoqli ichak proeksiyasida og'riq aniqlanadi. Ba'zida bu sohada kindikdan o'ng tomonda, qorin old devori mushaklari tarangligi aniqlanadi. Oshqozon va 12 barmoqli ichakdan qon ketishini tashxislashda; qorindagi og'riqlar xarakteriga, ya'ni ularning ovqat qabul qilish bilan bog'liqligiga, kasallik mavsumiylikiga, qon ketish belgilariga (teri va shilliq qavatlardagi o'zgarishlarni, puls chastotasi Q/Bning ko'tarilishi), qahva quyqasi rangidagi qusuq massa yoki qora rangdagi axlatga qorindagi og'riq jadalligining pasayishi yoki umuman yo'qolishiga va shu bilan birga to'g'ri ichakni barmoq orqali tekshirish natijalariga asoslanib tashxislanadi.

Qon qusish xususiyatiga ko'ra bir necha diagnostik ahamiyatga ega. Ko'p miqdorda och qizil rangd, laxta bilan qon qusish qizilo'ngachdan qon ketishidan, «qahva quyqasi» rangida, laxtali

yoki laxtasiz qon ketish oshqozondan qon ketishidan darak beradi. Shu bilan birga ko'p miqdorda shilliq aralash qon bo'lsa, bu erroziv gastritdan darak beradi. Ammo profuz qon ketishlarda doim ham qonli qusish bo'lavermaydi. Agar qon axlat massalari bilan ichak orqali ajralsa, qon yo'qotish darajasini aniqlash ancha qiyin kechadi. Qon ketish uzoq vaqt davom etganda ichaklar peristaltikasi odatda kuchayadi va bu auskultativ usul orqali aniqlanadi.

Oshqozon-ichak yaralaridan qon ketishi kechishiga qarab 2 davrga bo'linadi: Yashirin (latent), aniq.

Yashirin (latent) davri qonning oshqozon-ichak traktiga oqib tushishidan boshlanadi. Bunda bemorda hansirash, bosh og'rishi, boshda shovqin bo'lishi, ko'ngil aynishi, ko'p terlash, hushdan ketish hollari kuzatiladi. Bu simptomlar, qon yo'qotish natijasida a'zo ichi qon aylanishining buzilishi zahirida yuzaga keladi. Yashirin davr davomiyligi birinchi navbatda manbani joylashgan o'rniga va qon ketish tezligiga, shu bilan birga yo'qotilgan qon miqdoriga bog'liq. Bu davrda qon ketishining klinik ko'rinishi, vegetativ tomir distoniyasi, tomir kriz I va boshqa nevrogen holatlar ko'rinishida, ba'zan esa stenokardiya, yurak ishemik xastaligi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Qon ketishining yaqqol namoyon bo'lgan davri qahva quyqasi rangida qusish yoki qora rangda axlatning ajralishi bilan boshlanadi.

Yaradan profuz qon ketishi bilan birga yara perforatsiyasi ham kuzatilishi mumkin. Ularning birgalikda qo'shilib kelishi perforativ yarasi bo'lgan bemorlarning 4,2–12% ida uchraydi. Asosiy xususiyati shundaki, qon ketish vaqtida bemorda kuchli og'riq kuzatiladi va asta-sekin bu og'riqlar kamayadi. Qorin oldi devori mushaklarining tarangligi doim yaqqol namoyon bo'ladi. Chunki qorin bo'shlig'ida qon ketganda, oshqozon ichi aralashmasidagiga qaraganda parietal varag'i kamroq ta'sirlanadi. Peritonit rivojlanishi bilan qorin old devori mushaklari taranglashadi.

Taktika. Bemorda qon ketish borligini aniqlagandan so'ng, uning sababini tekshirmasdan, tezda jarrohlik bo'limiga

yotqiziladi. Bemorni davolash muassasalariga «oshqozon-ichakdan qon ketishi» tashxisi bilan yotqiziladi.

Yaradan tashqari qon ketishlar. Mallori – Veys sindromi.

Bu sindromning morfologik mohiyatini oshqozon kardial qismi shilliq qavatida qon ketish bilan kuzatiladigan chiziqli yoriqlar hosil bo'lishi tashkil etadi. Bunday yoriqlar oshqozon to'lishganda, to'xtovsiz qusganda, qattiq yo'talganda va buning natijasida qorin ichak bosimining ortishida, shu bilan birga kardiofagal spazm natijasida yuzaga keladi. Sindrom rivojlanishida, gastroduodenal zona a'zolarining surunkali kasalliklarining ahamiyati katta.

Diagnostika. To'xtovsiz qusish yoki kuchli yo'tal natijasida tish orti yoki epigastral sohada og'riq bilan namoyon bo'ladi. Qusiq massalarida och pushti rangda laxtali qon aniqlanadi.

Markaziy gemodinamik o'zgarishlar darajasi va ichki qon ketish belgilarining yaqqol namoyon bo'lishi, qon ketish tezligiga va qon yo'qotish og'irligiga bog'liq bo'ladi.

Taktika. Oshqozondan qon ketish belgilari kuzatilgan bemorlar shoshilinch ravishda jarrohlik bo'limiga yuborilishi kerak.

O'tkir gemorragik gastrit. Kasallik asosida oshqozon shilliq qavatining distrofik o'zgarishlari, mayda tomirlar spazmi, venoz dimlanish yotadi. Buning natijasida eroziyalar, qon quyilishlar va qon ketishlar yuzaga keladi. Taxmin qilishlaricha, bunday gastritning rivojlanishida allergik reaksiyalar katta rol o'ynaydi.

Diagnostika. O'tkir gemorragik gastritning xarakterli klinik belgilari yo'q. Ko'pincha bemorlarni qon ketishigacha bo'lgan davrda qorindagi og'riqlar va dispeptik simptomlar bezovta qiladi. Amaliyotda gastrit ko'rinishida kechuvchi oshqozon kasalliklari nisbatan tez-tez uchraydi va keyinchalik to'satdan qon ketish bilan asoratlanadi. Qusuq massalarida ko'p miqdorda shilliq aralash och qizil rangda qon ajraladi. Qusish epigastral sohadagi og'riq bilan bir vaqtda yuzaga keladi. Faqatgina endoskopik tekshirish orqali to'g'ri tashxis qo'yish mumkin. Bunda oshqozonda ko'pgina qoplab turgan eroziyalarni aniqlash mumkin.

Taktika. Oshqozondan qon ketish belgilari kuzatilgan bemorlarni shoshilinch ravishda jarrohlik bo'limiga yuborish kerak.

Qon yo'qotish darajasini aniqlash.

Gemorragik shakli. Qon yo'qotish darajasini aniqlash adekvat davolash taktikasini tanlashda katta ahamiyatga ega. Qondagi eritrotsitlar miqdoriga, gemotakrit ko'rsatkichiga, yurak qisqarishi chastotasi va arterial bosim ko'rsatkichiga asoslanib qon yo'qotishning 3 ta darajasi belgilanadi. Qon ketishning yengil darajasida eritrotsitlar soni 3×10^{12} g/l, yurak urishlar chastotasi daqiqasiga 85 gacha, Q/B me'yorda, teri rangparligi o'rtacha bo'ladi.

Qon ketishning o'rta darajasida yurak qisqarishlar chastotasi 1 daqiqada 100 gacha, Q/B 95 /100 mm. sm. ust. gacha pasaygan, eritrotsitlar soni $2,5 \times 10^{12}$ / 1 gacha bo'ladi. Og'ir darajali qon ketishda esa taxminan, yurak qisqarishi 1 daqiqada 110 va undan ortiq , Q/B 85 mm.sim.ust. gacha va undan past, eritrotsitlar soni $2,5 \times 10^{12}$ /l dan past bo'ladi.

Qon ketish hajmini shok indeksi bo'yicha Q/B va puls nisbatiga asoslanib baholash maqsadga muvofiq bo'ladi. Ushbu indeks Algovver va Buri (1967) tomonidan ishlangan bo'lib, yuqori informativ xususiyatga egadir.

Shok indeksi: 1 daqiqa puls chastotasi/sistolik bosim. mm sim ust. da

Normada shok indeksi 0,5–0,6 ga teng. Agar u 1 gacha oshsa qon ketish hajmi (aylanuvchi qon hajmining (AQH) 15% iga to'g'ri keladi. Bu katta yoshdagi odam uchun 1000 ml atrofida bo'ladi. Shok indeksi 1ga teng bo'lsa, bemor hayoti xavf ostida bo'ladi.

Agar qon indeksi 1,5 gacha oshsa, qon ketish hajmi AQH ning 20–30% iga to'g'ri keladi (1500 ml gacha). AQH to'satdan 20 ga kamayadi, gemmorragik shok rivojlanadi (teri qoplami oqaradi, sistolik bosim 100 mm .sim.ust. dan oshmaydi, puls 1 daqiqada 100–120 atrofida va oligouriya kuzatiladi.

Agar shok indeksi 1,5 dan yuqori bo'lsa, qon ketish AQH ning 30% iga teng. Bunday hollarda dekompetsatsiyalashgan gemorragik shok rivojlanadi: Q/B 100 mm sim.ust. dan past (AQH 40-50% ga kamaysa, u aniqlanmaydi), puls 1 daqiqada 120-140 ta, hansirash paydo bo'ladi, teri qontalashli yoki oqaradi, lablarda sianoz, venoz to'lishining yetishmovchiligi, tirnoq yuzasining qorayishi, qusish, qo'rquv, oligouriya belgilari kuzatiladi. Gemorragik shokning qaytmas belgilari gepatotsit hajmining kengayishi, hayotiy zarur a'zolarining qon aylanishi buzilishi natijasida gipoksik o'zgarishlar yuzaga keladi.

Taktika. Oshqozon-ichakdan qon ketish belgilari kuzatilgan bemorlar shoshilinch ravishda jarrohlik bo'limiga yuboriladi. Bemor zambil yoki aravachada bo'limga tashiladi. Bemorning suyuqlik ichishi va ovqatlanishi taqiqlanadi.

Davosi. Yengil darajali qon ketishda (AQH 15% gacha) epigastral sohaga muz xaltacha qo'yiladi va vena ichiga 10%ml kalsiy xlorid eritmasi yuboriladi, 3% li 4ml vikalol eritmasi yuboriladi. Natriy xloridning izotonik eritmasi 5% li 100 ml aminokopron kislotasini qo'shib, vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Agar qon ketish AQH 20% ga teng bo'lsa, gemorragik shokni davolashini asosiy vazifasi bu – sirkulyatsiyadagi qon hajmini to'ldirish va markaziy gemodinamikasini saqlashdan ibora. Bu holatda plazma o'rnini bosuvchi eritmalar qo'llaniladi (reopoliglyukin, jelatinol). Lekin bular, kislorod transportini kompensatsiya qila olmaydi. Shuning uchun bemorlarga kolloid plazma o'rnini bosuvchi vositalar yuboriladi. Bir vaqtning o'zida 1500 ml gacha kolloid eritma quyish mumkin, chunki katta hajmda suyuqlikni yuborilganda qon ketishga moyillikni oshiradi va qon guruhini aniqlashni qiyinlashtiradi.

Agar bemor 1000-1600 ml qon yo'qotgan bo'lsa, poliglyukin bilan kristalloid eritmalarini birga yuborish mumkin (0,85%li natriy xlor eritmasi, 5%li glyukoza eritmasi, Ringer-Lokk eritmasi, laktasol eritmasi). Kolloid va kristalloid eritmalar nisbati – 1:3 bo'lishi kerak. Og'ir gemodinamik o'zgarishlarning oldini

olish uchun plazma o'rnini bosuvchi ritmalarni yuborish tezligi katta ahamiyatga ega. Agar A/B ni aniqlay olmasak, unda suyuqlikni 250–300ml/daqiqqa tezlikda yuborish kerak. Buning uchun markaziy venalar kateterizatsiya qilinadi (o'mrov osti, bo'yinturuq, son katta venasi). Shokka qarshi ta'sir etuvchi dori vositalaridan steroid gormonlar bo'lib, ular vena ichiga yuboriladi. Hidrokortizon 150 mg/kg, prednizolon -35 mg/kg. Agar bemorda yurak-qon tomir yetishmovchiligi kuzatilsa, yurak glikozidlari tavsiya etiladi.

Klinik holatlar terapevt amaliyotida (hazm tizimi xastaliklari)

Bemorni tekshirish xususiyatlari. Bemorni standart sxema bo'yicha tekshirish kerak: qusuq massasi va axlatni ko'zdan kechirish, qorinni fizikal tekshirish, umumiy klinik tekshirish va qo'shimcha tekshirishlar kiradi.

Qusuq massasini ko'zdan kechirishda quyidagilarni aniqlash zarur:

Miqdori – aniq bir intervaldan so'ng ko'p miqdorda qusish jom (privratnik) stenozidan darak beradi; ularning hidi – axlat hidli qusish, ichak zararlanishining kechki bosqichlaridan darak beradi.

Rangi va tarkibi – miqdori va rangiga e'tibor beriladi (och qizil rangda yoki qahva quyqasi rangida). Qusuq massalarida zaharlanishga sabab bo'lgan kimyoviy moddalarni, tabletkalarni ko'rish mumkin.

Axlat massasi sutkasida 150-200 g bo'lishi kerak. U silindrik shaklda, qalinligi 2–4 sm da, bir oz qattiq konsistensiyada o'lishi kerak. Axlat rangi me'yorda har xil bo'lishi mumkin: sutli mahsulotlar iste'mol qilganda – och jigar rangda, ba'zan sariq rangda, go'shtli mahsulotlardan keyin jigar rangda, o'simlik mahsulotlaridan keyin esa – yashil yoki qizg'ish rangdagi axlat, qora smorodina, qahva, ayrim dori vositalarini (karbogen, vismut va temir preparatlari) qabul qilinganda qora rangda kuzatilishi mumkin.

Axlat xarakteri va rangi patologik hollarda quyidagicha bo'radi: axlat rangining tilla-sariq bo'lishi, yo'g'on ichak bo'ylab peristaltikasining kuchayishida kuzatilib, ichak disbakteriozi rivojlanadi: sariq o'tkir hidli, axlat ko'p miqdordagi havo pufakchalari bo'lgan axlat dispepsiya holatlarida kuzatiladi. Agar axlat oq yoki kulrang bo'lsa, bu xolestaz yoki xolikinez buzilganligidan darak beradi. Surunkali pankreatitda esa axlat kulrang-sarg'ish rangda bo'radi. Axlatni qora rangda bo'lishi hazm tizimining yuqori qismida qon ketishidan xabar beradi.

Qorin sohasini tekshirganda, uning shakliga, dam bo'lishiga, simmetrikligiga, nafas aktida qorin devori mushaklarining qatnashishiga, ichaklar peristaltikasiga e'tibor beriladi.

Perkussiya orqali qorin bo'shlig'iga suyuqlik yoki gaz to'planganligini aniqlash mumkin. Ichakning motor funksiyasini baholash uchun auskultativ usulda bir nechta nuqtalar eshitib ko'riladi. Ingichka ichakning peristaltik shovqinlari kindikdan 1–2 sm o'ngda va pastroqda yaxshi auskultatsiya qilinadi. Bulardan tashqari bemorni rektal va vaginal tekshiruvni o'tkazish muhim bo'lib hisoblanadi.

Gastritlar. Ta'rifi: gastrit – polietiologik kasallik bo'lib, me'da shilliq pardasi va uning bez apparatida turli darajadagi patomorfologik (atrofik yoki gipertrofik) va funksional o'zgarishlar paydo qilibgina qolmay, balki patologik jarayonning aksariyat me'daning boshqa qatlamlariga (pardalariga) tarqalishi bilan ham xarakterlanadi. O'tkir va surunkali gastrit – klinik-anatomik tushuncha bo'lib, unda morfologik va funksional o'zgarishlar klinik belgilari bilan, shuningdek me'danin sekretar va motor funksiyasi buzilishlari bilan birga uchraydi. Erkaklarda ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi.

Surunkali gastrit – juda keng tarqalgan kasallik. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga binoan u bilan kasallanish har 1000 aholiga 25 tagacha (2,5%) tashkil qiladi. Stein (1974) fikricha, surunkali gastrit yer kurrasidagi aholining deyarli yarmini kasallantiradi.

Hazm a'zolari kasalliklari orasida u qariyb 35% ni, me'da kasalliklari orasida esa 60–85% ni tashkil etadi.

I. Etiologik prinsip: 1) ekzogen gastritlar (ovqatlanish rejimi va ritmi buzilishi, alkogol va nikotinga o'chlik, termik, kimyoviy va mexanik agentlar ta'siri, kasb-korga taalluqli zararli omillar ta'siri);

2) endogen gastritlar (vegetativ asab tizimida va endokrin a'zolaridagi buzilishlar bilan bog'liq nerv-reflektor gastrit, gematogen, gipoksemik, allergik gastrit).

II. Morfologik prinsip: 1) yuza gastrit, 2) gipertrofik gastrit, 3) atrofik gastrit (o'rtacha, ifodalangan, epiteliyning qayta tiklanish hodisalari bilan).

III. Me'daning funksional holati bo'yicha: 1) normal sekretor funksiyali; 2) pasaygan sekretor funksiyali: a) o'rtacha; b) ifodalangan; 3) Oshgan sekretor funksiyali.

IV. Surunkali gastritning klinik kechishi quyidagilarga bo'linadi: 1) qo'zish fazasi, 2) remissiya fazasi, 3) noto'liq remissiya fazasi.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib talaba quyidagilarni bilishi kerak:

1) asosiy jarayonni aniqlash (kasallikning mustaqilligini, joylashuvi va xarakterini),

2) taxminiy tashxisni tasdiqlash uchun tekshirishning asoslangan rejasini tuzish,

3) quyidagilarga asoslanib batafsil tashxisni aniqlash:

– kasallikning yetakchi diagnostik mezonlarini, ularning patogenezi va mohiyatini bilish;

– qo'shimcha tekshirish usullari natijalariga baho bera olish;

– klinik belgilari gastritni eslatadigan yoki gastrit belgilari ularda ikkilamchi bo'lgan kasalliklar bilan differensial diagnostika o'tkazishni bilish;

4) jarayonning og'ir-yengilligi, bemorning ahvoli (oriq-semizligi), boshqa a'zolar va tizimlari, me'da sekretiysi holatini hisobga olgan holda davolashning to'liq rejasini tuzish.

Etiologiyasi, patogenezi va patologik anatomiyasi

1. Surunkali gastritning o'tkir gastritdan, har xil etiologiyali gastritlardan keyin rivojlanishi (kechikib va to'la sifatli bo'lmagan davolash, parhez rejimi buzilishi hollarida).

2. Surunkali gastritlarning polietiologik bo'lishi:

– alimentar gastritlar: quruq ovqatlar yeyish, o'tkir ziravorlar, souslar, ovqatni xushta'm qiladigan moddalar, chekish, ichkilik ichish va boshqa ekzogen omillar;

– toksik gastritlar: dorilar ta'siri, qator kimyoviy moddalar va zararli omillarning me'da shilliq pardasiga ta'siri (ko'mir, metall, paxta changi, ishqorlar, yog', kislotalar bug'lari va b.);

– a'zolar va tizimlar kasalliklarining ahamiyati (endogen omillar): buyrak yetishmovchiligi – uremiya; podagra, atsetone-miya va surunkali infeksiyalar (sil, zaxm, tonzillit va b.);

– gipoksemik gastrit: qon aylanishi yetishmovchiligi, o'pka yurak yetishmovchiligi, kelib chiqishi har xil tashqi nafas yetishmovchiligi (yurak nuqsonlari, surunkali pnevmoniya, o'pka emfizemasi va b.);

«oilaviy» gastritlar – ota-onalarida yoki oila a'zolarida va yaqin qarindoshlarda gastritlar borligi.

3. Surunkali gastrit rivojlanishiga sabab bo'ladigan patogenetik sharoitlar:

– me'da bezli apparati regenyeratsiyasi buzilib, uni atrofik o'zgarishlarga olib kelishi, individual genotip xususiyatlari va immunologik siljishlar, bular shilliq pardaga antitelolar hosil bo'lishida namoyon bo'ladi;

– antigenlar paydo bo'lishi (alimentar omillar, dorilar, bakterial omillar ta'siri natijasida paydo bo'lgan) immun kompetent tizimda muayyan nuqsonlar bo'lganda va me'da ichki pardasi to'qima elementlariga antitelolar ishlaganda gipersensibilizatsiyaga olib kelishi mumkin.

4. Morfologik o'zgarishlar epiteliy to'qimalarida distrofik, atrofik va disregenerator belgilari va me'da shilliq pardasining biriktiruvchi elementlarida yallig'lanish reaksiyasi belgilari bilan

xarakterlanadi. Bu o'zgarishlar yuza yoki chuqur bo'lishi, o'choqli yoki diffuz xarakterda bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning klinik belgilari kasallik formalariga, jarayonning og'ir-yengilligiga, me'da sekretor funksiyasiga, qo'shib keladigan kasalliklarga bog'liq.

I. Subyektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

– to'sh osti sohasida og'riq (xarakteri – simillagan, zirqiragan), odatda ovqat yeyilgandan keyin og'riqning yengillashuvi – sekretiya oshganda, og'riqning tik turganga yoki yurganda kuchayishi, gastroptoz borligidan bo'ladi;

– to'sh osti sohasida achishish va to'lishish his qilish;

– me'da sekretiya holatiga ko'ra nordon havo bilan yoki palag'da tuxum hidi keladigan kekirish;

– qorinda bosim yoki dam o'lish sezgisi;

– ishtaha buzilishi, qusish, ich buzilib qotib turishi (qabziyat, ich ketar);

– yaxshi uxlay olmaslik, injiqlik va asab tizimi funksional buzilishining boshqa belgilari, nevrasteniyalar;

– behollik, kayfiyat yomonligi, ish qobiliyati pasayib ketishi;

– bosh og'rig'i, bosh aylanishi, keskin holsizlik, ko'z oldi qorong'ulashuvi va gastrogen anemiya yoki kasallikning boshqa asoratlariga xos har xil shikoyatlar.

II. Subyektiv ma'lumotlar tahlili (bemorlarning shikoyatlari va kasalliklar anamnezi).

III. Obyektiv ma'lumotlar:

– umumiy holat, gavda tuzilishi, semiz-oriqlik jarayonlarining og'ir-yengilligiga, kasallikning klinik formalariga ko'ra har xil (sekretiya holati normal, pasaygan yoki oshgan, shilliq parda holati gipertrofik yoki atrofik);

– ovqat hazmi va so'rilishi yetishmovchiligi sindromi (distrofik o'zgarishlar);

– gipopolivitaminoz sindromi, turli vitaminlar, aksariyat B guruhi vitaminlari tanqisligi belgilari (og'iz burchaklari bichilishi, terining ortiqcha po'st tashlashi, sochlarning barvaqt to'kilishi, tirnoqlarning mo'rtligi va b.);

– diselektrolit sindromi – asosan sekretor yetishmovchiligi bo‘lgan gastritlarda kuzatiladi: kaliy ionlari tanqisligi (qonni biokimyoviy tekshirishda va EKG da aniqlanadi: S–T– intervali pasayishi va musbat T tishchasi), kalsiy ionlari tanqisligi (suyakda osteodistrofiya simptomlari va biriktiruvchi to‘qimaning o‘sib qalinlashuvi, alkaloz belgilari bilan yuzaga chiqadi); temir tanqisligi (odatda aniq ifodalanmagan temir tanqisligi anemiyasi bilan namoyon bo‘ladi);

– astenonevrostenik sindrom: vegetativ tomirlar distoniyasi simptomlari, oyoq-qo‘llarning sovqotib turishi, gipotoniya, paresteziyadan shikoyatlar;

– poliglandulyar endokrin yetishmovchiligi sindromi: o‘rtacha ifodalangan buyrak usti bezlari – gipofizlar yetishmovchiligi belgilari, jinsiy funksiya buzilishlari;

– qorin perkussiya va auskultatsiya qilinganda olingan ma‘lumotlar odatda juda kam, deyarli ahamiyatga ega bo‘lgan natija bermaydi;

– qorin palpatsiya qilinganda epigastral sohada o‘rtacha yoki oz-moz og‘riq aniqlanadi, surunkali gastrit uzoq kechganda jigar bir oz kattalashgan va og‘riydigan, qo‘lga unaydi (reaktiv gepatit).

IV. Zarur laboratoriya, bioximiyaviy va instrumental tekshirish usullari:

– me‘da suyuqligini funksional tekshirish (sekretsiyani nahorga aniqlash, ma‘lum vaqt ichida sekretsiya, kasallik, pepsinning kuchayishini aniqlash, cho‘kmani mikroskopik tekshirish);

– gistamin va insulin bilan sinamalar (me‘da sekretor funksiyasi ro‘y-rost buzilganda);

– me‘da chayindi suvlarini sitologik tekshirish yoki rakka o‘tishni istisno qilish chun birmuncha ishonchli biopsiya usuli);

– duodenal zondlash– o‘t pufagi va o‘t yo‘llari kasalliklarini istisno qilish;

– koprologik tekshirish: umumiy tahlil, yashirin qonga (Grigersen reaksiyasi), gijja tuxumlariga va b;

– qonni biokimyoviy tekshirish: umumiy oqsil (gipoproteine-miya) va uning fraksiyalari bilirubin, xolesterin, jigar funksional sinamallari – reaktiv gepatitda;

– qon fermentlari, qon va siydik diastazasi, qandni belgilovchi egri chiziqlari (pankreatitni istisno qilish uchun);

– instrumental tekshiruvlar: me`daichak yo`li rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi, fibrogastroskopiya, liparoskopiya va b.

Surunkali gastrit ayrim klinik formalarining qisqacha ta`rifi:

1. Surunkali gastritda me`da sekretiysi normal yoki oshganda yarada bo`ladigan og`riqqa o`xshash og`riq bo`lib, nordon kekirish, zarda qaynashi, qaziyatlar bilan xarakterlaydi. Aksariyat navqiron va o`rta yoshda, asosan erkaklarda uchraydi. Me`da suyuqligini tekshirish: kislotalik normal yoki giperatsid holat. Rentgenoskopiya – burmalar qalinlashuvi, kuchaygan peristaltika, o`zgarishlar asosan pilorus va o`n ikki barmoq ichakda joylashadi (gastroduodenit, piloroduodenit hodisalari bilan).

Surunkali atrofik gastrit sekretor yetishmovchiligi bilan: og`izda yoqimsiz maza, ishtaha pasayishi, quruq kekirish, ovqatdan keyin qorin quldirashi va suyuqlik quyilgandek sezgi paydo bo`lishi, aksariyat ich ketar, oriqlash, asta-sekin anemiya rivojlanishi va b. Rentgenologik: me`da shilliq pardasi burmalari yupqalashgan, ayrim joylari atrofiyali, me`da gipotoniyasi (gastroptoz). Endoskopiya va mo`ljalga olingan biopsiyada: yuza gastrit yoki me`da bezlarining zararlanishi va ularning atrofiyasi bilan birga bilinarli o`zgarishlar. Me`da suyuqligini tekshirish – kislotalik pasaygan yoki bo`lmaydi (me`da sekretor funksiyasining o`rtacha yoki ifodalangan pasayishi, axiliya holati).

Gemorragik (croziyali) gastrit: klinik jihatdan me`dadan qon oqishi, gipoxrom anemiya, og`riqlar bilan xarakterlanadi, me`da sekretiysi saqlanib qolgan, oshgan yoki o`rtacha pasaygan.

Endoskopiyada – ko`p sonli croziyalar va petexiyalar, ularning qonashga moyilligi juda yuqori bo`ladi.

Rigid antral gastrit. Kamdan-kam uchraydi. Og`riqlar (dispeptik), giposekretiya yoki axiliya bilan xarakterlanadi.

Rentgenoskopiya va endoskopiyada: me'da antral bo'limining doirasimon torayishi, aniq ifodalangan yallig'li-chandiqli jarayonlar, ko'pincha xavfli o'smaga aylanadi.

Polipoz gastrit me'da shilliq pardasining atrofiyasi va disregenerator giperplaziyasi, axlorgidriya bilan xarakterlanadi. Rentgenologik va endoskopik tekshirishlar yo'li bilan diagnostika qilinadi.

Surunkali gipertrofik gastrit. Bu kasallikning eng noaniq formasi. Schindler fikricha (1966), surunkali gipertrofik gastritning uchta varianti mavjud: interstitsial, proliferativ va bezli.

Diagnostikada aspiratsion va mo'ljalga olingan biopsiya yordam beradi. Rentgenologik jihatdan shilliq parda burmalari-ning qalinlashuvi, ularning normal holatga qaraganda 2-3 baravar kengayishi, buralganligi, yuzasining «donadorligi» bilan ajralib turadi. Ko'rsatib chiqarilgan variantlardan gipertrofik bezli gastrit ko'proq uchraydi, bunda me'da giperskretsiyasi va «yaradagisi-mon» shikoyatlar kuzatiladi.

O'tkir gastritnin qisqacha ta'rifi. Me'da shilliq pardasining o'tkir yallig'lanishi (kuyish va boshqa o'zgarishlar) polietiologik kasallik hisoblanadi, u kimyoviy, termik, mexanik va bakterial omillar tomonidan qo'zgatiladi. O'tkir gastritlarda jarayon shilliq pardaning yuza epiteliysi bilan chegaralanib qolishi yoki bezli apparatning ichki qismi, interstitsial to'qima va hatto mushak qatlami va seroz pardaga tarqalishi mumkin.

1. *O'tkir oddiy gastrit.* Uning rivojlanishida eksogen (pala-partish ovqatlanish, ovqat toksikoinfeksiyalari, dori-darmonlar, ko'p ovqat yeyish va b.) va endogen (o'tkir infeksiyalar, modda almashinuvining jiddiy buzilishlari, radiatsiyadan zararlanish, azotemiya va b.) omillar muhim rol o'ynaydi. Og'riq simptomlari sabab bo'ladigan omillar ta'siridan 4-6 soat o'tgach paydo bo'ladi va ko'ngil aynishi, og'riq, behollik, bosh aylanishi, qusish, ich kctar va keyinchalik – suvsizlanish va o'tkir tomirlar yetishmovchiligi belgilarii (rangparlik, gipotenziya, taxirikardiya), leykotsi-

toz, aksariyat buyraklarning toksik zararlanish belgilari bilan namoyon bo'ladi.

2. *O'tkir korroziv gastrit.* Me'da shilliq pardasiga kislotalar, ishqorlar, og'ir metallarning tuzlari, yuqori konsentratsiyali spirt va boshqalar ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Kasallik klinikasi zahar tabiatiga, zararlanish darajasiga bog'liq va toksinli modda chiqarib yuborilishi bilan yuzaga chiqadi. Bemorlar og'zida, to'sh orqasida va epigastral sohada achishadigan og'riqdan, azob beradigan, ba'zan qon aralash qusishdan shikoyat qiladilar, labda, og'iz, tomoq shilliq pardasiga kuyish alomatlari bo'ladi, tovush bo'g'iladi, stridoroz nafas, qorin pardasi ta'sirlanishi simptomlari bo'ladi, neytrofilli leykotsitoz, og'ir hollarda esa o'tkir tomir yetishmovchiligi belgilari – kollaps (ba'zan shok holati) kuzatiladi.

Flegmonali gastrit. Kamroq uchraydi, turli bakterial flora tomonidan qo'zg'atiladi va o'tkir boshlanishi, et junjikishi, gipertermiya, keskin adinamiya, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, giperleykotsitoz bilan neytrofilli siljish (toksik donadorlik bilan), EChT o'sishi va yallig'lanishning boshqa alomatlari bilan xarakterlanadi. Prognozi xayrli emas. Davolash jarrohlik yo'li bilan davolanadi.

Me'da raki to'g'risida qisqacha ma'lumotlar. Me'da raki o'smalarning boshqa hamma a'zolarida joylashuvining umumiy sonidan 40 foizini tashkil qiladi. Undan yuqori o'lim qayd qilinadi va deyarli butun dunyoda me'da raki bilan kasallanishning oshib borishiga moyillik bor.

Me'da raki me'da epityeliysi va umuman me'da shilliq pardasida bo'lib, oshqozondagi o'zgarishla – rak oldi kasalliklari fonida (me'da polipi va yara kasalligi, surunkali gastritlar, alkohol ichish, dag'al va ta'sirlantiradigan taomlar yeyish, chekish, ovqatlanish xususiyatlari, irsiy jihatdan moyillik, autoimmun jarayonlar va hokazo ta'sirida rivojlanadi.

Mikroskopik jihatdan to'rt formasi: polipsimon yoki qo'ziqorinsimon (ekzofit o'sishi), likopchasimon (sekin o'sadigan ekzofit), diffuz (infiltrativ), aralash formalari tafovut qilinadi.

Asoratlari. O'tkir gastritda – o'tkir tomirlar, ehtimol yurak yetishmovchiligi, koma; me'daning o'tkir perforatsiyasi (korroziv va fleqmonoz xilida); chandiqli o'zgarishlar (uzoq muddatdan keyin yuz beradigan asoratlar); mediastinit, yiringli plevrit, tromboflebit, jigar absessi, sepsis va boshqalar (og'ir formalarida); surunkali formaga o'tish.

Surunkali gastritda me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, rakka aylanish, me'dadan qon oqishi, ikkilamchi (ba'zan og'ir) temir tanqisligi anemiyasi, oriqlab ketish, kaxeziya.

Differensial diagnostikasi. O'tkir va surunkali gastritlarni me'da va o'n ikki barmoq ichakning yara kasalligi, miokard infarktining abdominal formasi, o'tkir va surunkali appenditsit, me'da raki, o'tkir va surunkali pankreatit va xoletsistit (jumladan o't-tosh kasalligi), o't xaltachasi va yo'llari diskineziyasi, surunkali enterokolotidan farq qilish kerak. Bundan tashqari, o'tkir gastritni diafragma osti absessi, qopqa vena trombozi va «qorindagi o'tkir holat»ning boshqa turlaridan differensiya qilish lozim.

Surunkali gastritni davolash bemor ahvolidagi og'ir-yengilligiga, kasallikning kesishiga, me'da sekreti ahvoliga, kasallikning klinik formalariga binoan olib boriladi.

- kasallik avj olganda kasalxonaga joylashtirish;
- parhezga qat'iy amal qilish (o'tkir va yog'li taomlar, ziravorlar, ichkilik, chekish kabilar man qilinadi);
- bo'lib-bo'lib, kuniga 5-6 marta ovqatlanish, 1a, 1b-parhezlar tayinlanadi, anatsid va gipatsid holatlarda yetarli miqdorda oqsillar (110–115 g), yog'lar (80–90 g), uglevodlar va vitaminlar buyuriladi;
- me'daning sekretor va motor-evakuator funksiyasi oshganda: atropin, spazmolitiklar, benzogexoniy, vikalin, metatsil va boshqalar tayinlanadi;
- antatsid vositalar sifatida: alyuminiy gidrooksid (4% li suvdagi suspenziya ko'rinishida 1-2 choy qoshiqdan kuniga 4-6 marta); almagel (1-2 choy qoshiqdan kuniga 4 marta: ertalab, kunduzi, kechqurun ovqatdan yarim soat oldin va uxlash oldidan,

3-4 hafta mobaynida); kalsiy karbonat 0,25-1 4g dan kuniga qabul qilsa ham bo'ladi; (P.A.Kanishchev, N.M.Bereza).

– sekretiya yetishmovchiligi bo'lgan gastritlarda: kvateron, gangleron, kavkaz dioskoreyasi, zubturum va plantaglysid shirasi, PP, S, V6, V12 vitaminlari, me'da shirasi, abomin, betatsid, pankreatin, qon, oqsil preparatlari, plazma quyish va b.;

– me'da sekretor funksiyasi holatiga mos keladigan ma'danli suvlar (Borjom, Yessentuki 4,17, 20 va b.) qo'llanish;

– sanatoriy-kurortda davolash (Chinobod, Ijevsk, Essentuki, Jyeleznovodsk, Pyatigorsk, va b.);

– dispanser kuzatuvi.

Profilaktikasi: to'g'ri ovqatlanish, ovqatlanish gigiyenasi qoidalariga puxta amal qilish: chekish va ichkilikka hamda boshqa hazm a'zolarining boshqa kasalliklarini o'z vaqtida davolash, kasb-korga taalluqli zararli omillarga qarshi kurashish.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi. Ta'rifi. Yara kasalligi turli-tuman klinik manzara bilan va me'da yoki o'n ikki barmoqli ichak shilliq pardasida gastroduodenal zonadagi sekretor-trofik jarayonlarni tartibga solib turadigan nerv va gumoral mexanizmlarning buzilishi natijasida yuzaga kelib siklik kechadigan kasallikdir.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlar asosida talaba quyidagilarni bilishi kerak:

1) patologik jarayonning joylashuvini va uning xarakterini (me'da, o'n ikki barmoqli ichak, yara turini) aniqlay olishi;

2) taxminiy tashxisga binoan bemorni tekshirish rejasini to'g'ri tuzishi;

3) quyidagilar asosida tashxisni aniqlashi:

– kasallikning asosiy simptomlari va sindromlarini, ularning patogenezini bilishi;

– qo'shimcha (laboratoriya-instrumental) tekshirish usullarini to'g'ri tahlil qilish va jamlash;

– uning asosiy alomatlari bo'yicha (og'riq, qusish, qon oqishi kabi) differensial tashxis o'tkazishni bilishi;

4) jarayonning og'ir-yengilligi, asoratlar bor-yo'qligi va bemorning umumiy holatini hisobga olib davo tadbirlari rejasini to'g'ri tuzishi.

Etiologiyasi va patogenezini. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi rivojlanishida quyidagilar ahamiyatli;

– alimentar va boshqa ekzogen omillar: ovqatlanish rejimi va xarakteri buzilishi, dag'al, o'tkir, juda issiq (yoki, aksincha, doimo sovuq) ovqatlarni nomuntazam iste'mol qilish, shoshilib yeyish, ko'p ovqat yeyish, chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, kimyoviy va fizik omillar ta'siri;

– yara kasalligi paydo bo'lishiga doir mexanik, yallig'lanishli, peptik, tomir va boshqa nazariyalar mavjud;

– ruhiy-emotsional omillar (kuchli nerv-psixik kechinmalar, stress holatlar va boshqalar I.Sechenov va I.P.Pavlovning nervizm to'g'risidagi ta'limoti, shuningdek, birinchi marta I.P.Pavlov aniqlagan bosh miya katta yarimsharlari po'stlog'iga ta'sir qilingandagi me'da sekretsiasining nerv fazasi);

– K.M.Bikov va I.T.Kurtsinning bosh miya po'stlog'i bilan ichki a'zolar (hazm tizimi ham shunga kiradi) o'rtasidagi funksional bog'lanishning buzilishi to'g'risidagi kortiko-vistseral nazariyasini to'g'ri izohlash. U me'daning nerv boshqarilishining murakkab buzilishlari mohiyatini va ularning yara kasalligi paydo bo'lishidagi ahamiyatini ochib beradi. Bu nazariyaga muvofiq salbiy his-hayajonlar ta'sirida (nerv tizimining uzoq vaqt zo'riqishi, ishxonada, oilada psixologik sharoitning yomonligi) va ichki a'zolaridan keladigan turli patologik impulslar ta'sirida bosh miya po'stlog'ida qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlari o'rtasidagi fiziologik muvozanat buziladi. Buning oqibatida po'stloqning normal ishlab turgan hujayralari kuchsizlanib qoladi va po'stloq bilan po'stloq osti markazlari o'rtasidagi o'zaro aloqa buziladi. Bunda gipotalamusda dimlangan qo'zg'alish o'chog'i paydo bo'lib, adashgan nerv markazlari ishi va gastroduodenal tizimning asosiy funksiyalari buziladi, bu – shilliq pardalar nuqsoni avj olishiga imkon beradi. Bu yo'lni sxema tarzida quyidagicha

tasvirlash mumkin: bosh miya po'stlog'i – oraliq miya – adashgan nerv markazlari – adashgan nerv – me'da (Riss S.I., E.S., 1975);

– gipofiz-buyrak usti bezi tizimi, jinsiy va boshqa endokrin bezlar faoliyatidagi buzilishlar;

– irsiy va konstitutsional omillar;

– tashqi muhit sharoitlari o'zgarishi;

– hazm gormonlari (gastrin, sekretin) va biogen aminlar (gistamin, serotonin);

– me'da va o'n ikki barmoq ichak shilliq pardasidagi morfologik o'zgarishlar va boshqa ekzogen omillar.

Klinik manzarasi

I. Subyektiv ma'lumotlar.

1) og'riq:

– joylashuvi: to'sh osti sohasida yoki qorinning yuqori o'ng yarmida, tutash (qo'ziganda);

– xarakteri: simmillagan, to'lg'oqsimon, kemiradigan, achishadigan, bosadigan, sanchadigan va hokazo;

– paydo bo'lish vaqti: ovqatdan 15–30 daqiqa o'tgach (erta og'riqlar), 1–3 soat o'tgach (kechikkan og'riqlar), tungi, och qoringa paydo bo'ladigan;

– og'riq tarqalishi: yuqoriga va chapga (yara yuqorida joylashganda), piloroduodenal yaralarda – orqaga, o'ng qovurg'alar ostiga, o'ng kurak ostiga va hokazo;

– kuchli og'riqlarda bemorning vaziyati: qornini bosib yotish, oyoqlar qoringa tortilgan;

– og'riqning yengillashuvi: ovqatdan keyin, soda ichilgandan keyin, qusishdan keyin (ba'zan sun'iy qo'zg'atilgan qusishdan keyin);

– davomliligi: jarayonning og'ir-yengilligiga, kasallik asoratlari bor-yo'qligiga va tabiatiga;

2) *qusish va boshqa dispeptik hodisalar*: zarda bo'lish, ko'ngil aynishi, so'lak oqishi, nordon, palag'da yo'qolmagan, oshgan (og'riq sindromi ta'siri), og'riq va qusish sababli ovqat

yeyishdan qoʻrqish, qabziyatlar (gipersekretsiya), ich ketishlar (anatsid yoki axiliya holati);

3) *qon oqishi, qon aralash qusish, koʻp qon oqishi*: qon aralash qusish, axlatning «qorayib ketganligi»;

4) *sindromning yilning maʼlum mavsumida kuzatilishi*: bahorda, kuzda, qishda, shuningdek ovqat yeyish buzilganda, spirtli ichimliklar ichilganda, chekilganda.

II. Subyektiv maʼlumotlar tahlili (shikoyatlar, ushbu kasallik va bemor turmushi anamnezi).

III. Obyektiv maʼlumotlar. Umumiy koʻzdan kechirish: bemorning koʻrinishi iztirobli, horgʻin, rangparlik, oriqlab ketish, teri qoplamalarida distrofik oʻzgarishlar, ikkilamchi anemiya belgilari, koʻp terlash, yaqqol yuzaga chiqqan demografizm, kasallik qoʻziganda temperatura reaksiyasi.

Aʼzolar va tizimlar boʻyicha koʻzdan kechirish:

– meʼda-ichak yoʻli: til qarash bilan qoplangan, palpatsiyada epigastral sohada yoki kindikdan bir oz yuqorida oʻngda, yaʼni oʻn ikki barmoqli ichak proeksiyasida toʻgʻri mushak chekkasida ogʻriq, qator bemorlarda mushaklarning tarangligi (qoʻzishda yoki ayrim asoratlarda), epigastral sohada (meʼda ustida) perkussiya qilinganda ogʻriq – Mendel simptomi, koʻpincha oʻn ikki barmoqli ichakning yara kasalligida kuzatiladigan koʻkrak va bel umurtqalari tanasi va oʻtkir uchlari sathida ogʻriq nuqtalari kamroq kuzatiladi (Boas, Openxovskiy, Pevzner simptomi va b.), D5–D9 segmentlariga muvofiq keladigan Zaxarin–Ged giperesteziya zonalarini aniqlanadi;

– yurak-tomirlar tizimi: bradikardiya, gipotenziya, kasallikning pilorostenoz anemiya bilan asoratlangan kechikkan bosqichlarida esa miokardiodistrofiya belgilari –tonlar boʻgʻiqligi, dagʻal boʻlmagan sistolik shovqin aniqlanadi;

– boshqa aʼzolar va tizimlar tomonidan boʻladigan patologiya tegishli tekshirish usullari yordamida aniqlanadi (ular kasallik bosqichiga va asoratlar bor-yoʻqligiga bogʻliq).

Laboratoriya, rentgenologik va boshqa instrumental tekshirish usullari ma'lumotlari:

– umumiy qon tahlili: eritrotsitoz (kasallik boshlanishida, gipersekretsiyada), keyinchalik – eritrotsitopeniya, gemoglobin miqdori pasayishi, mikrotsitoz va gastrogen, surunkali gipoxrom (postgemorragik) anemiyaning (ba'zan makrotsitar xarakterdagi) boshqa belgilari;

– me'da suyuqligi tahlili: giperatsid holat, ba'zan yara kasalligi sekretor yetishmovchilik bilan o'tadi;

– axlat tahlili: axlatni yashirin qonga tekshirishdan oldin (Gregersen reaksiyasi) 3 kungacha go'shtli taomlar istisno qilinib, bemorni tayyorlash tavsiya qilinadi;

– rentgenologik tekshirish: «tokcha» simptomi, me'da yoki o'n ikki barmoqli ichakning yara bo'lgan joyida barqaror deformatsiyasi, burmalar konvergentsiyasi simptomi, peristaltika kuchayishi, nahorgi gipersekretsiya, «ko'rsatkich barmoq» simptomi va b.

– Gastrofibroskopiya yarani topish, uning o'lchamlarini, chandiqlanish darajasini, boshqa asoratlar bor-yo'qligini aniqlash imkonini beradi.

6 BOB. SIYDIK AJRATISH TIZIMI XASTALIKLARI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI TEKSHIRISH

6.1. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorni so‘rab- surishtirish (interrogatio)

Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorlarni so‘rab-surishtirish diagnostikada katta ahamiyatga egadir. Boshqa hollarda bemorni so‘rab-surishtirishda quyidagi shikoyatlar: buyraklar sohasida og‘riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish, siydik rangining o‘zgarishi, umumiy holsizlik, tez charchash, mehnat layoqatining pasayishi va shunga o‘xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko‘p hollarda shifokorni chalg‘itib qo‘yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o‘tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o‘tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo‘lining yopilishi, buyrakning joylashuvida har xil egilib qolish anomaliyalarida, buyrak to‘qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og‘riq sindromlarini tahlil qilganda, og‘riq lokalizatsiyasiga ko‘proq e‘tibor beriladi. Ko‘p hollarda og‘riq bel qismida berishi kuzatiladi. Bunda aytib o‘tish lozimki, nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og‘riqlar kuzatilmaydi.

Buyrakning kuchli siqilishi oqibatida kelib chiqqan og‘riq ko‘pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og‘riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og‘riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba‘zan piyelonefritda og‘riq ingrash bilan kechadi, siydik yo‘lining yopilishi natijasida og‘riq kuchayishi mumkn. Bemor ko‘pincha o‘zini notinch, sarosimali tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o‘zgarib turishi kuzatiladi. Og‘riq o‘tkir tus olganda tez-tez qaytarilishi ham mumkin. Bunday bemorlarda anuriya kuzatiladi. Ba‘zi hollarda shuni ta’kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog‘liqdir.

Masalan: buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi.

Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmatiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O'tkir paranefritda bemor sonini bo'g'imiga bukib og'riqni sekinlashtiradi, ya'ni majburiy holatni egallaydi.

So'rov jarayonida ba'zan bemor umuman shikoyat qilmasligi mumkin. Bu asosan xastalikning surunkali (glomerulonefritning latent ko'rinishi) davrida kuzatiladi.

Buyrak siqilishi bilan og'riqan bemorlar poliuriya yoki oligauriyadan shikoyat qiladi.

Poliuriya – bu kunlik siydikning 1,8–2,0 l ga oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi, biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diabet bilan og'riganda yazaga kelishi mumkin. Poliuriya buyrakdagi reabsorbsiyani, ya'ni suv surilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi.

Oligouriya – bu kunlik siydik miqdorining kamayishidir (500 ml dan kam). Bu kasallik tashqi muhitning haroratining yuqori bo'lishi, ko'p qayt qilish, ich ketishiga olib keladi. Oligouriya buyraklar funksiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi.

Anuriya – siydikning siydik qovug'iga umuman to'planmasligini anglatadi. Anuriya buyrak oldi xastaliklaridir. Bu kasallik – buyrakda qonning aylanishi va buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi orqali va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali kelib chiqadi. Markaziy va periferik nerv tizimining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir sistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq.

Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtda davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Yana bir siydik ajratish sistemasining buzilishi dizuriya deyiladi. Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irlashuvidir. Ishuriya – bu siydik ajralishining to'xtamasligi. O'tkir

ishuriya prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti marotaba siydikning ajralishi. Bu kasallik siydik ajralishi sistemasining zaharlanishi (sistit, prostatit, uretrit)dan kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi.

Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuzida shish kuzatiladi. Shish, ayniqsa, ertalab, yuz sohasida namoyon bo'ladi. Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashishi natijasida siydik rangi o'zgaradi (makrogematuriya).

Umuman olganda, buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollaganda, yallig'lanishlarda juda katta asoratlar qolishi mumkin (angina, tepki va boshqalar) bo'ladi. Ikkinchi navbatda anamnez viter va morbi o'tkaziladi. Anamnez viterda bemor ismi, turar joyi, yili so'raladi va yozib olinadi.

Anamnez morbida esa bemor kasalining kelib chiqishi, genlar tekshiriladi va aniq bir tashxis qo'yiladi.

6.2. Buyrak sohasini tekshirish

Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini darhol aniqlab bo'lmaydi, faqat buyrak hajmi oshgandagini aniq bir xulosaga kelish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida giperemiya, bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi aniqlanadi.

6.3. Buyrakni paypaslash (palpatio)

Normada buyrakni tekshirishda palpatsiya usulidan deyarli foydalanilmaydi, lekin ozg'in odamni palpatsiya qilish mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatdan

pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Ko'pincha palpatsiya, – buyrak sohasining shishgan vaqtida yaxshi ko'rinadi.

Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontal holatda beli bilan yotib oyog'ini cho'zgan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yanidan keyin qorin mushakllari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'yan holda barmoqlarining uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatkich barmoq esa XII-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushakllari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. So'ng ikki qo'lni bir-biriga yaqinlashtirib belni qisadilar. Bunday tekshirish usuli ehtiyotkorlik bilan juda ham sokin olib boriladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularning shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, me'yorda buyrakning uzunligi 12 sm. kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib, qayt qilishi mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma yoki shishlarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa a'zolardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piye-lonefrit, paranefrit, buyrak o'smari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi. Buyrak taloqdan o'zining vertikal va medial joylashuvi bilan farqlanadi.

Bulardan tashqari palpatsiya tekshirish usuli yordamida siydik pufagining to'lgan vaqtida tekshiriladi. Bunday tekshirish usuli, asosan, siydik tosh xastaligini aniqlashda samarali bo'lib hisoblanadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta-kichikligini (hajmini) va qattiq-yumshoqligini aniqlash.

1. Shakl: o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini aniqlash.

2. Og'riq darajasini aniqlash.

Palpatsiyani bajarish texnikasi:

1. *Ikki xil holatda olib boriladi:* bemor vertikal (tik) turgan yoki yotgan holatda bo'lishi kerak.

2. *Bemorning holati:* bemorning tizzalari yarim bukilgan holatda, mushaklar bo'shashgan va bemorning qo'li ko'krak qafasida turadi.

3. *Hamshiraning holati:* tekshiruvchi bemorning o'ng tomonidan, chap qo'l kaftini bemor belining o'ng tomoniga XII-qovurg'a tagiga qo'yadi. O'ng qo'l barmoqlarini bukkan holda qorinning to'g'ri mushaklaridan tashqariroqda qo'yadi, bunda barmoq qovurg'alar ravog'iga to'g'ri tushishi kerak bo'ladi.

4. Bemor har gal nafas chiqarganda o'ng qo'l barmoqlari uning qorin bo'shlig'iga tobora chuqurroq botiriladi va qorinning orqa devoriga – qorin terisi orqali qo'l barmoqlariga taqalguncha o'tkazib yetkaziladi.

5. Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Bunda buyrakning pastki uchi pastroq tushadi va o'ng qo'l barmoqlari ostiga to'g'ri kelib qoladi, shunda uni bu barmoqlar chap qo'l barmoqlariga qisib oladi. Bu usul bimanual deb ataladi.

Balatirlovchi turtibturib paypaslash yoki (Gyuyon usuli):

a) qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek qo'yiladi;

b) bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marra qisqa-qisqa siltovchi yoki tortuvchi harakat qilinadi;

g) buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

d) buyrakning hammasi qo'lga unnasa 2-darajali (r_{c_n} mabilis);

e) hammasi qo'lga unnab o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3-darajali (r_{en} migrans) pastga tushishi.

Diagnostik ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohalarini, shakli, siljishi, qattiq-yumshoqligini aniqlashning dastlabki diagnostik qo'yishda ahamiyati kattadir.

6.4. Buyrak perkussiyasi (percussion)

Siydik pufagini Pasternatskiy usuli bo'yicha perkussiya tekshirishni o'tkazish. Ko'pgina buyrak xastaliklarini to'g'ri va aniq tashxislashda to'qillatib ko'rish usulidan keng foydalaniladi, ya'ni Pasternatskiy usulidan foylalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, avvalombor shifokor bemorning o'ng tomonidan turib, chap qo'lini bemorning XII-qovurg'asiga qo'yib o'ng qo'li bilan urib ko'radi. Tekshirish olib borilayotganda bemor to'g'ri o'tirgan holatda bo'lishi kerak.

To'qillatib tekshirish usuli siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak xastaliklarida hosil bo'ladigan buyrak sanchig'i tez tibbiy yordam ko'rsatish holatlarining biriga kiradi.

Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik-tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Bajarish texnikasi:

1. Chap qo'lning kaftini umurtqa pog'onasining ikki tomonidan simmetrik (buyrak joylashgan joyga) qo'yiladi.

2. O'ng qo'l mushtini yoki qo'l panjasinining tashqi qirradi bilan qisqa-qisqa uriladi.

3. Bel sohasiga urib ko‘rilganda yuzaga keladigan og‘riqni sezsa, bu Pasternatskiyning musbat belgisi deb hisoblanadi.

Diagnostik ahamiyati: ushbu simptom buyrak-tosh xastaligi-da, buyrak tomirlari shikastlanganda, buyrak atrofidagi to‘qimalar xujayralari yallig‘lanishida tashxisiy ahamiyatga ega.

6.5. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish.

Siydikni tekshirish buyraklarning funksional holatini aniqlab olishga imkon beribgina qolmay (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a‘zolar, masalan, qovuq, o‘t pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o‘zgarishlarini aniqlab olishga ham imkon beradi.

Tekshirish uchun ancha konsentrlangan holda bo‘ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik 7–10 kunda kamida 1 marta siydik tahlili qilib turiladi (bemor kasalxonada yotgan davrda).

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a‘zo hamda tizimlardagi patologik o‘zgarishlarni, siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo‘ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy a‘zolarini yuvish, bordi-yu, u hayz ko‘rgan bo‘lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150–200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagga tutiladigan tuvakga olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo‘natish uchun toza shisha idishga quyib olish lozim. Siydik yig‘ish va saqlash uchun tutiladigan idishlarni tahlil natijasi o‘zgarimasligi uchun ishqor eritmasi bilan yuvish yaramaydi.

Bakteriya va zamburug‘larni aniqlash (ekib, undirib ko‘rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy

a'zolari dezinfeksiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15-20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan: jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma.

Muolaja algoritmi: Siydik tahlili bemorni umumiy tekshirishda ma'lumotning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi.

Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi.

Bemor 100–200 ml ertalabki siydigini toza quruq, shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorning ism-sharifi, tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan yorliq yopishtiriladi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Addis–Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xohlangan vaqtda yig'iladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Tahlil uchun 2–3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqligida laboratoriyaga jo'natiladi.

Qand miqdorini tekshirish uchun siydik yig'ish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim.

Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi.

Hamshira siydikning umumiy hajmini o'lchaydi.

Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100–200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Zimnitsskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ism-sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab, tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00-6.00 gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65–75% idan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funksional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi.

Eslatma: Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va silyndrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yorliqda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning

umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qoldig'i ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga qo'shimcha siydik miqdori deb yozib qo'yiladi.

6.5. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Femorlarni rentgenologik tekshiruvga tayyorlash. Siydik tizimini rentgenologik tekshirish uchun yodli kontrast moddalar – sergozin, urografin, verognost va boshqalar qo'llaniladi. Kontrast moddalar sistoskop va kateter orqali siydik yo'llariga yoki venaga yuboriladi. Bemorlarda ushbu dori vositalaridan allergik holatlarning kelib chiqishini hisobga olib ular asta-sekin (5-7 daqiqada) yuboriladi. Venaga yuborilgan kontrast modda buyraklar orqali tezda chiqib ketadi. Kontrast modda yuborilgandan so'ng 10, 20, 30, 45 va 60 daqiqa o'tgach, qilingan tasvirlarda buyrak jomlari, siydik yo'llari va qovuqning umumiy ko'rinishi ifodalanadi. Yodga ortiqcha sezuvchanlik bo'lganda, buyrakning po'stloq qavati shikastlanadigan kasalliklarda (nifrit, nefroz), silning faol turi, og'ir jigar xastaliklarida, Bazedov kasalligida, yurak yetishmovchiligida yodli kontrast moddalarni yuborishga ruxsat etilmaydi.

Kerakli ashyolar: Esmarx krujkasi, suv, ko'za, kleyonka, sistoskop, kateter, kontrast moddalar.

Muolaja algoritmi:

1. Bemorni tayyorlashdan asosiy maqsad ichaklarda yel bo'lmasligiga erishish.

2. Har bir bemor yoshiga, kasallik turiga, me'da-ichak faoliyatiga qarab shaxsiy tayyorgarlikdan o'tadi.

3. Bemor tekshirishdan 2-3 kun oldin yel hosil qiluvchi mahsulotlarni iste'mol qilmasligi zarur.

4. Qabziyatga moyillik bo'lsa, tayyorgarlik davrida bemorga yengil surgilar, qorin dam bo'lganda 1 tadan 3 mahal karbolen tabletkasi tavsiya etiladi.

5. Tekshirishdan bir kun oldin kunning ikkinchi yarmidan boshlab suyuqlik iste'mol qilish kamaytiriladi.

6. Kechqurun va ertalab tozalovchi huqna qilinadi.

7. Siydik chiqarish kanalini tekshirish uchun uning tarkibida yod moddasi bo'lgan 60–76 %li verografin yuboriladi.

8. Kontrast moddaga sezuvchanlikni tekshirish uchun, venaga 1–2 kun (juda sekin) 1 ml verografin yuboriladi.

9. Yodizm alomatlari paydo bo'lsa, tekshirish bekor qilinadi (tumor, toshmalar, shishlar, et uvishishi, haroratning ko'tarilishi).

10. Bemorda hech qanday alomatlar kuzatilmasa, rentgen xonasida uning venasiga 20 ml dan 60 ml gacha verografin eritmasi 0,3 ml/sek tezligida yuboriladi.

11. Ayrim tekshirishlar uchun verografin siydik yo'llariga tashqaridan kateter orqali yuboriladi. Bunda bemor yuqoridagi tayyorlovga muhtoj emas.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Qosimov E.Y., Zohidova M.Z., Zokirxo'jayev Sh.Ya. "Hamshiralik ishi asoslari". – Toshkent, 2003.
2. Чубакова Т. Ч., Фрике Е.Б., Халики В. Основы сестринского дела в семейной медицине. Том 1. – Алма-Ата, 2003.
3. "LEMON" o'quv materialining loyihasi, 1996.
4. Василенко В.Х. Пропедевтика внутренних болезней. – Москва, 1992.
5. Филиппова А.И. Сестринское дело в терапии. – Медицина, 2000.
6. Qosimov E.Yu. Ichki kasalliklar propedevtikasi. – Toshkent, 1996.
7. Qosimov E. Yu. Shifokorning nutq madaniyati va bemor bilan muloqot san'ati. – Toshkent, 2002.

MUNDARIJA

So‘zboshi.....	3
Kirish.....	4
I BOB. Hamshiralik ishi nazariyasi va falsafasi	
1.1. Hamshiralik ishi nazariyasi va falsafasi.....	5
1.2. Hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.....	7
1.3. O‘zbekiston Respublikasida Oliy hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.....	13
1.4. Hamshiralik ishida shaxslararo munosabat.....	17
1.5. Salomatlik kontseptsiyasi. Salomatlikka ta’sir etuvchi omillar.....	38
II BOB. Hamshiralik ishida bemorlarni bevosita tekshirish usullari	
2.1. Fizikal tekshirish usullari. (Status praesens obekti.....	63
2.2. Hamshiralik ishida bemorni holatini baholash	73
2.3. Palpatsiya (palpatio).....	76
2.4. Tuqillatishning asosiy tartiblari.....	77
2.5. Auskultatsiya (auskultasio).....	79
III BOB. Nafas a’zolari tizimi kasalliklarida bemorlarni tekshirish usullari	
3.1. Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko‘zdan kechirish.....	81
3.2. Nafas a’zolari tizimi xastaliklarida bemorni so‘rab-surishtirish (interrogatio).....	88
3.3. Hamshiralikda fizikal baholash nazariyasi	91
3.4. Ko‘krak qafasini paypaslash texnikasi (palpatio).....	95
3.5. O‘pka perkussiyasi (percussion).....	96
3.6. O‘pka auskultatsiyasi (auskultasio).....	100
3.7. Nafas tizimi xastaliklari bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	102
IV BOB. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorlarni tekshirish usullari	
4.1. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni so‘rab-surishtirish (interrogatio).....	112
4.2. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy	

ko'zdan kechirish.....	115
4.3. Yurakni fizikal baholash	123
4.4. Yurakni paypaslash texnikasi.....	125
4.5. Yurak perkussiyasi.....	128
4.6. Yurak auskultatsiyasi.....	131
4.7. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	136
V BOB. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari	
5.1. Ovqat hazm qilish a'zolar tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).....	143
5.2. Hazm a'zolarini kasalliklari bilan xastalangan beorlarni umumiy ko'zdan kechirish.....	146
5.3. Qorinni fizikal tekshirishning texnikasi.....	148
5.4. Qorin bo'shligi a'zolarini paypaslab tekshirish usullari (palpatio).....	149
5.5. Qorin bo'shligi a'zolari perkussiyasi (percussion)	160
5.6. Qorin bo'shligi a'zolari auskultatsiyasi (auskultasio).....	163
5.7. Oshqozon-ichak xastaliklarida laborator tekshirish usullari.....	164
5.8. Hazm tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	172
5.9. Hazm tizimi xastaliklari.....	177
VI BOB. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish	
6.1. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorni so'rab- surishtirish (interrogatio).....	202
6.2. Buyrak sohasini tekshirish.....	204
6.3. Buyrakni paypatsiya qilish (palpatio).....	204
6.4. Buyrak perkussiyasi (percussion)	206
6.5. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari.....	210
Foydalanilgan adabiyotlar.....	213

*Z.M.Orziyev, D.M.Tuxtayeva,
O'.H.Hazratov*

**HAMSHIRALIK ISHI JARAYONIDA
BEMORLARNI TEKSHIRISH
USULLARI**

Bosh muharrir:	M.Saparov
Muharrir:	Z.Mirzahakimova
Musahhih:	F. Hamroev
Rassom:	A.Jumaniyozov

«Tib-kitob» nashriyoti
Toshkent sh. Shiroq ko'chasi 100 uy.

Bosishga ruxsat etildi: 04.08.2010 y. Bichimi 60x84¹/₁₆.
Shartli bosma tabog'i 13,5. Adadi 500 dona Buyurtma №06/06.

«BBSH-PRESS» MChJ bosmaxonasida chop etildi.
Toshkent sh. Yunusobod 9-13-54