

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ИЧКИ ИШЛАР ВАЗИРЛИГИ

А К А Д Е М И Я

И. Э. ТЎРАЕВ, К. С. ҚУРБОНОВ

БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ АСОСЛАРИ
ВА ВАЛЕОЛОГИЯ

МАЪРУЗАЛАР КУРСИ

ТОШКЕНТ – 2017

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси
Тахририят-ноширлик ҳайъатида маъқулланган

Ма с ъ ул му ҳ ар р и р :

Тошкент Врачлар малакасини ошириш институти
Валеология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори,
профессор **Ш. Б. Иргашев**

Та қ р и з ч и л а р :

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош диетологи,
тиббиёт фанлари доктори, профессор **А. С. Худайберганов**

Тошкент Врачлар малакасини ошириш институти Анестезиология ва
реаниматология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди,
доцент **У. Б. Ботиров**

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси психология ва педагогика
кафедраси бошлиғи, педагогика фанлари номзоди,
доцент **Б. Н. Сирлиев**

Тўраев И. Э., Қурбонов К. С.

Т-87 **Биринчи тиббий ёрдам асослари ва валеология: Маърузалар**
курси. – Т.: Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси, 2017. –
93 б.

Ушбу маърузалар курси давлат таълим стандартлари ҳамда «Биринчи ёрдам асослари ва валеология» фани ўқув дастури асосида тайёрланган. Унда валеология фанининг мақсади ва вазифалари, соғлом турмуш тарзини қарор топтиришда гигиенанинг ўрни, турли юқумли касалликлар ва уларни профилактика қилиш, репродуктив саломатлик, фавқулодда вазиятларда биринчи ёрдам кўрсатиш асослари батафсил ёритилган.

ИИВ Академиясида таълим олаётган тингловчи-курсантлар, илмий тадқиқотчилар ва мустақил изланувчилар учун мўлжалланган.

КБК 51.1(5у)2+75.0я73

© Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси, 2017

КИРИШ

Соғлом турмуш тарзини қарор топтириш учун жамиятда, энг аввало, тиббий маданият ва саводхонликни шакллантириш зарур. Яъни ҳар бир инсон ўз саломатлигини асрашга қаратилган маълум кўникмаларни билса, тиббиётга оид билимлардан бохабар бўлсагина, соғлом турмуш тарзини қарор топтиришга хизмат қилади. Президенти-мизнинг 2017 йил 16 мартдаги «Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонида айтиб ўтилганидек, «...аҳолига ўз вақтида малакали шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича даволаш, илмий-методик ва таълим ишларининг бутун комплексини энг юқори даражада ташкил этишга йўналтирилган аҳолига шошилич тиббий ёрдам бериш тизимини тубдан такомиллаштириш» бугунги давр талаби.

Маълумки, ҳозирги кунда мамлакатимиз таълим тизимидаги ўқув муассасаларида «Валеология асослари» курси фан сифатида ўқитиб келинмоқда. Бундан мақсад – ёшларда валеология ҳақида тушунча ҳосил қилиш, уларнинг тиббиётга оид билимларини мустаҳкамлаш ҳамда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмаларини шакллантиришдан иборат.

ИИВ Академияси тиббий тайёргарлик кафедраси томонидан тайёрланган ушбу маърузалар курсида ҳам валеология фанининг мақсади ва вазифалари, ички ишлар органлари ходимлари орасида соғлом турмуш тарзини қарор топтириш, инсон саломатлигини мустаҳкамлашда шахсий гигиенанинг ўрни, турли юқумли касалликлар ва уларнинг профилактикаси, аёллар ва болаларнинг репродуктив саломатлиги, фавқулодда вазиятларда биринчи ёрдам кўрсатиш ва бошқа мавзулар кенг ёритилган. Энг муҳими, уни тайёрлашда илмий тадқиқот ишларидан самарали фойдаланилган.

«Биринчи тиббий ёрдам асослари ва валеология» маърузалар курсининг долзарблиги шундаки, у тингловчи-курсантларда тиббиёт асосларига оид яхлит билим ҳамда кўникма ҳосил қилишга, жамиятда соғлом турмуш тарзини қарор топтиришга хизмат қилади.

1-мавзу. ВАЛЕОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ПРЕДМЕТИ, МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ

Валеология ҳақида асосий тушунчалар

Валеология лотинча «Valeo» сўзидан олинган бўлиб, «соғ бўлинг» деган маънони англатади. Яъни валеология – саломатлик ҳақидаги фан. Аммо у фақатгина тиббий фанлар эмас, балки физиология, биология, педагогика, экология, генетикага боғлиқ ҳолда келиб чиққан интегратив фандир.

Тиббиёт одамларни даволаса, валеология касалликнинг клиник белгиларидан олдин организмда юзага келаётган омилларни аниқлаб беради. Унинг энг муҳим жиҳати – турли хасталикларнинг олдини олади. Шу боис, олимлар валеологияни «саломатликни асраш ва ривожлантириш ҳақидаги фан» деб таърифлайдилар. Академик В.Казначеевнинг фикрича, у организм фаолиятини кучайтириш ва унга ёрдамлашиш ҳақидаги фандир.

«Валеология» атамасини фанга илк бор (1987 й.) тиббиёт фанлари доктори, академик И.Брехман киритган. У ташқи салбий таъсиротларга нисбатан организмнинг қарши курашиш хусусияти борлигини, айрим биологик фаол моддаларнинг соғлом организмга ижобий таъсир этиши мумкинлигини исботлаган. Унинг бу изланишлари фармакология фанида янги йўналиш – фармакосанациянинг пайдо бўлишига замин яратди ва шу билан бирга, валеология фанига ҳам асос бўлди.

Валеологиянинг ўрганадиган объекти бу – соғлом одам ҳисобланади. Унинг мақсади – инсон саломатлигини асраш. Олимларнинг фикрича, валеология инсоннинг сихат-саломатлиги, фаровон яшаши, соғлом турмуш тарзи учун зарур. Валеология фанининг мақсади кенг, вазифалари эса серқирра. Д.Сафарова, К.Шокиржонова, Н.Абдурахмоноваларнинг таъкидлашича, валеология – одамнинг индивидуал саломатлиги ҳақидаги фан бўлиб, одам организмни ташкил этувчи тизимлар, аъзолар, тўқималар ва хужайраларида касаллик ҳамда саломатлик ҳолатлари учун хос бўлган кўрсаткичларни ўрганади ва у одамни саломатлигини сақлаш, касалликни олдини олиш йўллариини ўрганади. Валеология – фанлараро интегратив фан сифатида тиббиёт, анатомия, генетика, жисмоний тарбия, экология, педагогика, психология фанларининг далиллари асосида вужудга келган ва ҳозирги кунда фаол профилактик ҳамда илмий-педагогик йўналишга эга.

Ушбу фаннинг асосий вазифалари куйидагиларни айтиб ўтиш жоиз:

1) валеология фани ўқув дарслиги сифатида одамнинг соғлигини сақлашда индивидуал таракқиёт босқичлари учун ўзига хос бўлган хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда мактабгача, мактаб, олий таълим муассасалари, ўрта ёш, кексайиш ва кексалик даврларни ўз ичига қамраб олади.ҳамда мақсадли гуруҳлар орқали ҳаётга татбиқ қилинади;

2) валеология фан сифатида *назарий* ва *амалий* валеологияга бўлинади. Назарий валеология тиббий-биологик, психологик, ижтимоий фанларга асосланиб, соғлиқни сақлашда ёшга қараб ўзгаришларни, оилавий ва касбий йўналишлар муаммоларини ҳал этади. Амалий валеология, ўз навбатида, *ташхисий (диагностик)* ва *хусусий* валеологияга ажралади.

Валеологиянинг предметлари:

- 1) тиббий ва ижтимоий саломатлик;
- 2) валеогенез (саломатликни шакллантириш механизмлари);
- 3) индивидуал тартибда саломатликни баҳолаш усуллари;
- 4) саломатликни сақлаш ва уни мустаҳкамлар усуллари.

Валеология икки қисмдан иборат: *умумий* ҳамда *махсус валеология*. Умумий валеология одам соғлом турмуш тарзининг илмий асосини кўрсатса, махсус валеология тиббий, экологик, психологик, жисмоний ва адаптив соғлом турмуш тарзини ўрганади. Шу билан бирга, валеологияни учта таркибий қисмга бўлиш мумкин.

1. Валеософия (саломатлик фалсафаси ёки саломатлик донишмандлиги).

2. Валеометрия (саломатликни ўлчаш).

3. Валеопрактика (организмни соғломлаштириш).

Валеологиянинг асосий вазифалари – бу ҳар бир инсонда саломатлик тўғрисидаги билимларни шакллантириш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлашга таъсир этувчи омилларни ўргатиш; ўз саломатлигини асрашга бўлган масъулиятни шакллантириш; соғлом турмуш тарзининг илмий асослари ҳамда валеопрактик технологиялар билан таништириш; одамда соғломлаштиришнинг адекват усуллари ўргатишдир.

Соғлом турмуш тарзи ва уни шакллантирувчи омиллар

Турмуш тарзи – инсоннинг иш фаолиятини, бўш вақтини сарфлаш шакли, иқтисодий ва маънавий хоҳиш-истакларини қондириш

жараёнидир. Одамнинг турмуш тарзи учта категорияни ўз ичига олади:

1) яшаш даражаси, яъни инсоннинг иқтисодий ва маънавий, маданий истакларини қондирилиши (асосан иқтисодий категория);

2) яшаш сифати, яъни инсон хоҳиш-истакларининг қондирилиши (ижтимоий категория);

3) яшаш тарзи, яъни инсон психологияси ва психофизиологиясининг шароитга мослашуви (ижтимоий-психологик категория).

Соғлом турмуш тарзининг асосий принциплари сифатида ижтимоий (турмуш тарзининг эстетик, маънавий бой бўлиши) ва биологик (турмуш тарзининг ёшга қараб ритмик, мустаҳкамловчи ва доимо энергетик таъминланган бўлиши) принципларни келтириб ўтиш керак. Барчамиз биламизки, саломатликни асраш ва мустаҳкамлашнинг муҳим омили – бу соғлом турмуш тарзидир. Шу сабабли ҳам, инсон нафақат маънавий-руҳий, балки жисмоний етукликка ҳам интилиши, саломатлигига салбий таъсир этадиган турли иллатлардан тийилиши лозим.

Инсон саломатлигига таъсир қилувчи ташқи муҳит билан боғлиқ омилларни тўрт гуруҳга ажратиш мумкин:

1) соғлом ҳаёт тарзи (50-55 %);

2) генетик омиллар, яъни инсон жинси, ёши, тана тузилиши, ирсияти (15-20 %);

3) ташқи муҳит ҳолати, яъни об-ҳаво, гелиогеофизик, антропоген ифлосланишлар (20-25 %);

4) тиббий таъминланганлик (8-10 %);

Саломатликни шаклланишида ижтимоий омиллар ҳам асосий ўринни эгаллайди. Саломатликка таъсир қилувчи омиллар *объектив* ва *субъектив* бўлади. Объектив омилларга мамлакатнинг ижтимоий-иқтисодий статуси, ёмон экология, ирсият, руҳий зўриқиш (стресс) ва тиббиётнинг ривожланиш даражаси. Субъектив омилларга эса гиподинамия, зарарли одатлар, нотўғри овқатланиш, тартибсиз яшаш тарзи (иш, дам олиш, уйқу) ва руҳий зўриқиш.

Шахсий гигиена қоидаларига риоя этган инсоннинг узоқ умр кўриши илмий жиҳатдан исботланган. Шунинг учун ҳар бир инсон ҳаёти давомида шахсий гигиена масаласига катта аҳамият қаратиши, соғлом турмуш тарзига амал қилиш дастурига қатъий амал қилиши ва бадантарбия билан мунтазам шуғулланиб туриши лозим. Чунки, кам-ҳаракатлилиқ (гиподинамия) – инсоннинг тез қаришига, бетартиб овқатланиш – семиришга, қон-томирлар атеросклерозининг бошланишига, ҳатто, диабет касаллигига, меҳнат ва дам олишнинг тўғри

ташқил қилинмаслиги – асаб-руҳий ҳолатларнинг бузилишига, уйқусизликка сабаб бўлади. Инсон саломатлиги унинг соғлом ақл-идроки, атрофдагилар билан муносабати, атроф-муҳитдаги нарса ва ҳодисаларга муносабати сингари омилларга боғлиқ.

Мутахассисларнинг айтишича, соғлом турмуш тарзини қарор топтириш учун қуйидаги мезонлар муҳим саналади:

ҳар бир инсон кун тартибига эга бўлиши, яъни бир кеча-кундузлик фаолиятини ҳисобга олган ҳолда ўз меҳнат қобилиятини тартибга солиши, дам олиши ва ухлашни тўғри ташқил қилиши;

ҳаракат фаоллигини назорат қилиши, яъни спортнинг ўзи танлаган бирор тури билан мунтазам шуғулланиши, очиқ ва соф ҳавода сайр қилиши, чопиб туриши, ритмик ва доимий гимнастика билан шуғулланиши;

танасини чиниқтириб бориши;

суяк-мускул тизимларини меъёрий ва мунтазам ҳаракатлар билан бардамлаштириши;

руҳан ва маънан ўзини-ўзи тўғри назорат қилиши, яъни ҳар қандай вазиятда ҳам ўзини тўхтата билиши;

асаб тизими кўзгалганда (невроз ҳолати) ўз ақл-заковатини ишга солиб нормал ҳолатга қайтиши;

рационал, яъни тўғри, ўз вақтида ва сифатли овқатланиши;

ҳаёт-фаолиятдан келиб чиққан ҳолда турли хил омиллардан тўғри фойдаланиши керак.

Агар ҳар бир инсон ўз ҳаёти давомида ушбу қоидаларга узвий амал қилса, нафақат ўз саломатлигини мустаҳкамлаши, балки жамиятда соғлом турмуш тарзини қарор топтиришга ҳисса қўшиши мумкин. Мутахассисларнинг фикрича, соғлом бўлиш ва соғлом турмуш тарзига эришиш учун мунтазам ҳаракатда бўлиш ва чиниқиш, тўғри овқатланиш, ишлаш ва дам олиш, руҳиятни тетиклаштириш ва организм учун зарарли бўлган турли одатлардан воз кечиш ҳамда жинсий хулқ-атвори жиловлай билиш зарур экан.

Шу ўринда «стресс» тушунчасига ҳам тўхталиб ўтсак. «Стресс» инглизча сўздан олинган бўлиб, босим, кучланиш, танглик деган маъноларни англатади. Яъни оғир шароитларда одамда пайдо бўладиган психик (руҳий) танглик ҳолати ҳисобланади. Фанда у ҳақда дастлаб канадалик физиолог Г.Селье (1936) гапириб ўтган. Биламизки, организм ўз ички муҳити таркибини доимо бир хил сақлаб туриш (гомеостаз) хусусиятига эга. Г.Сельенинг фикрича, стресс бузилган гомеостазни қайта тиклашга уринишдир. Стресс кўзғатувчилар фанда

стрессорлар деб аталади. Стрессорларнинг кучи ва таъсир этиш шароитига қараб стресс ҳолати турлича бўлади. Масалан, унинг адаптацион (мослашиш) синдроми ижобий натижа келтириб чиқарса, оғир шакли шокка олиб келади. Агар зарарли таъсирлар узлуксиз давом этса, организмда юз берадиган ўзгаришлар уч босқичда кечади:

1) таъсирланган ёки ҳавотирланган ҳолатида стрессорлар таъсир қилган заҳоти бошланиб, бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади;

2) резистентлик (чидамлик) икки ва ундан ортиқ ҳафта давом этиб, организмда адаптация (мослашиш) жараёни содир бўлади;

3) ҳолдан тойиш кузатилади, яъни организм ўзидаги барча энергияни сарфлаб қўйгани учун стрессорларга қарши курашиш қобилияти жуда кучсизланиб кетади.

Маълумки, ҳаёт фаолиятимиз давомида турли омиллар сабаб бир ёки бир неча бор стресс ҳолатига тушиб қоламиз. Аммо аксарият ҳолларда уни ҳис этмаймиз ёки эътибор бермаймиз. Стресс одам фаолиятига салбий ёки ижобий таъсир кўрсатиши мумкин. Дейлик, мусобақа пайтида спортчига бир вақтнинг ўзида бир неча стрессор, яъни кучли руҳий-жисмоний зўриқиш, масъулият ҳисси ва бошқалар таъсир қилиши сабабли организмнинг физиологик имконияти чегарадан чиқиб кетади. Натижада, организмнинг ўзини ҳимоя қилишга жадаллик билан интилиши туфайли тормозланиш – ҳушдан кетиш рўй бериши мумкин (салбий стресс). Муайян меъёр даражадаги стресс эса кишини тетик қилиб, унинг барча фикрларини маълум нуқтага тўплайди. Масалан, имтиҳон топшириш олдидан талаба ёки ўқувчи маълум даражада ҳаяжонга тушмаса, у муваффақиятга эриша олмайди ва ҳоказо (ижобий стресс).

Стресс ҳолатида кўзгалувчанлик, жаҳлдорлик, жиззакилик, невроз ҳолати, тушкунликка тушиш, уйқунинг бузилиши, тез чарчаш, мушакларга тиришиш, баданида гўёки чумоли юргандек сезги, тахикардия, юрак қисқариши ритмининг ўзгариши (тўхтаб-тўхтаб юрак қисқариши), қоринда оғриқ сезиш каби клиник белгилар пайдо бўлади. Бу фанда стресс синдроми деб аталади.

Хўш, стрессдан қутулиш ёки унинг олдини олиш учун нималар қилиш керак? Бунда биз учун қуйидаги антистресс тавсиялар ёрдам беради:

1) жисмоний тарбия ва спорт билан меъёрга амал қилган ҳолда мунтазам шуғулланиш;

2) ён-атрофга ўта таъсирчан бўлмаслик, яъни баъзи нохушлик ёки кўнгилсизликлар ҳақида имкони борича ўйламаслик;

3) кунни хурсандчилик билан ўтказиш, доим кайфиятни кўтарувчи нарсалар ҳақида ўйлаш;

4) ҳаёт фаолиятини тўғри ташкил этиш ва режалаштириш;

5) ҳаётга янгича ёндашиш, ҳар қандай ҳолатларга нисбатан ижобий муносабатда бўлиш;

6) ўз вақтида ва тўғри овқатланиш;

7) яқин инсонлар ва дўстларга эътиборли бўлиш;

8) турмуш тарзига оптимистик қараш билан яшаш, келажакка умид ва ишонч билан қараш ва бошқалар.

Ўз-ўзидан аёнки, ҳар бир инсон ҳаёти давомида валеология қоидаларига амал қилса, ўз саломатлигини тиклаб, турли стресс ҳолатларига барҳам беришга эришади.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

1) Валеология нима?

2) Соғлом турмуш тарзини шакллантирувчи омиллар ҳақида нималар биласиз?

3) Стресс ва унинг олдини олиш чоралари ҳақида гапириб беринг.

2-мавзу. САЛОМАТЛИКНИ АСРАШДА ЖАМОАТ ГИГИЕНАСИ ҲАМДА ШАХСИЙ ГИГИЕНАНИНГ ЎРНИ. АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Жамоат гигиенаси ва шахсий гигиена

Гигиена сўзи юнонча «gigienos» сўзидан олинган бўлиб, соғлом деганидир. У фан сифатида тиббиёт (табобат)нинг бир соҳаси ҳисобланади. Гигиена фани атроф-муҳит (хаво, тупроқ, иқлим, турли хил экологик ҳолат ва бошқ.) ва ишлаб чиқаришдаги турли хил омилларнинг инсон соғлиғига таъсирини ўрганади. Аҳолининг ҳаёт ва меҳнат шароитларига бўлган талабини илмий-амалий жиҳатдан таҳлил қилиб, тегишли хулосаларни ишлаб чиқади.

Ушбу фаннинг тарихи олис тарихга бориб тақалса-да, у замонлар ўтиши билан яхлит фан сифатида шаклланди. Бунда дастлаб умумий гигиена ўрганилган бўлса, бугунга келиб унинг бир қанча турлари пайдо бўлди. Жумладан, коммунал гигиена, шахсий гигиена, меҳнат гигиенаси ёки касбга оид гигиена, болалар ва ўсмирлар гигиенаси, ҳарбий гигиена, ҳарбий ва фуқаро авиацияси гигиенаси, радиацион (ионлаштирувчи) гигиена, овқатланиш гигиенаси сингари. Масалан, коммунал гигиена атроф-муҳит омилларининг аҳоли соғлиғига, санитария шароитларига таъсирини ўрганади. Аҳолининг соғлом ва қулай турмуш шароитини таъминлаш учун гигиена нормативлари ва санитария-ташвиқот тадбирларини ишлаб чиқади. Шунингдек, атмосфера, сув, ерларнинг санитария ҳолати, аҳоли тураржойлари ва жамоат жойлари гигиенасини ўрганади. Шахсий гигиена эса, шахсий ҳаёт ва меҳнат фаолиятида амал қилиниши зарур бўлган гигиеник режим йўли билан одам соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш масалаларини ишлаб чиқади. Шахсий гигиенага бадан (тери, соч, тирноқ, тишлар), пойафзал, кийим-кечак, тураржой гигиенаси, рационал овқатланиш қоидалари, организмни чиниқтириш, жисмоний тарбия ва бошқалар киради. Шунингдек, жинсий органлар ва жинсий ҳаёт гигиенасига риоя қилиш ҳам валеологик аҳамиятга эга.

Шуни айтиш керакки, одам организмига салбий таъсир этувчи омилларнинг турлари ҳам жуда кўп. Инсоннинг руҳий ҳолати, меҳнат фаолияти ва сихат-саломатлигига жиддий таъсир кўрсатувчи ушбу омилларни асосан икки гуруҳга бўлиш мумкин.

1) Умумий социал-иқтисодий шароитлар:

- меҳнат қилиш шароитлари;
- яшаш-турмуш шароитлари;
- болалар ва ёшларни тарбиялаш, ўқитиш шароитлари;
- овқатланиш жараёнларидаги шароитлар ва бошқ.

2) Турли хил бошқа омиллар:

- физикавий омиллар;
- кимёвий омиллар (ёки моддалар);
- биологик сабаблар;
- руҳиятга таъсир этувчи психоген омиллар ва бошқ.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, мутахассис-шифокорлар оила шароитида шахсий гигиенани ўрнатиш учун айрим тавсияларни беришади. Яъни оилада ҳар бир кишининг алоҳида ювиниш ва чўмилиш воситалари (тиш чўткаси, мочалка, совун, сочиқлар ва ҳок.) бўлиши, ётоқ жиҳозлари (ёстик, кўрпа-тўшак, чойшаблар ва ҳок.) доимо жилди билан тоза-озода тутилиши, ҳар бир хона (ётоқхона, ошхона, ванна ва ҳожатхона)ларни ораста сақлаш, сифатли озиқ-овқат маҳсулотлари ва мева-сабзавотларни истеъмол қилиш (яхшилаб юқиб), доим қайнатилган сувдан фойдаланиш (истеъмол қилганда ҳам) кабиларга аҳамият бериш мақсадга мувофиқ. Шунингдек, уй атрофларини ободонлаштириш ва кўкаламзорлаштириш, йўлакларни тартибга келтириш ҳам гигиенанинг муҳим қоидаларидан.

Хонадон гигиенасига амал қилганда тозаликка қатъий амал қилиш, хоналарни мунтазам шамоллатиб туриш ва жиҳозларни намланган латталар билан артиб туриш, турли ахлатларнинг йиғилиб қолишига йўл қўймаслик, энг муҳими, чиқиндиларни умуман ёқмаслик керак.

Шахсий гигиена ва жамоат гигиенаси қоидаларига риоя қилмаслик ҳар хил юқумли касалликларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Шахсий гигиена қоидалари деганда, ҳар бир инсон томонидан баданининг ва алоҳида тана аъзоларининг озодалигини муттасил равишда таъминлаш билан боғланган гигиеник муолажалар мажмуаси тушунилади. Бунга қўл тозалиги, оғиз бўшлиғи гигиенаси, соч гигиенаси ва тери гигиенаси киради.

Масалан, қўл тозалигига амал қилиш учун қўлларни доим совунлаб ювиш назарда тутилади. Кундалик фаолиятимиз давомида қўлларимизни ҳожатхонадан чиққандан сўнг, овқат пишириш ва овқатланиш олдидан, ҳайвонларга теккандан сўнг, кўчадан уйга қайтганда ёки ҳар қандай юмушни бажаргандан кейин юқишимиз шарт. Оғиз бўшлиғи гигиенасида тишни тоза тутиш, паста, порошоклар билан кунда икки мартаба (эрталабки нонушта ва кечқурунги овқатланиш-

дан сўнг) ювиб туриш, тишлар ва милкларни мунтазам парваришлаб туриш тавсия этилади. Овқатлангандан сўнг оғизни сув билан чайиш, тиш ораларида қолган овқат қолдиқларини тозалаш мақсадга мувофиқ. Сочларни ҳафтада бир мартаба ювиб туриш – соч гигиенасининг асосий талаби. Соч терисини озиклантириш учун соч терисига кефир, қаймоқ суртиб, 30 дақиқадан сўнг ювиб ташлаш керак. Бу сочларга жило бериб, соч терисини озиклантиради. Тери гигиенасида унинг тозалиги катта аҳамиятга эга. Тери тоза бўлиши учун имконият даражасида ҳар куни душ қабул қилиш лозим. Ҳафтада бир марта ҳаммомда чўмилиш эса теридаги ҳар хил бактерия, микробларни тозалашга ёрдам беради.

Шахсий гигиена қоидаларига тўлиқ риоя қилиш барча учун шарт. Бунда эрталабки гигиеник гимнастиканинг аҳамияти ҳам бекиёсдир. Ҳар бир инсон эрталаб уйқудан уйғониб, бадантарбия билан шуғулланишни одат қилса, саломатлигини мустаҳкамлашга эришади. Машғулотлар чоғида бурун билан чуқур ритмик ва текис нафас олишга аҳамият қаратиш керак. Яъни эрталабки комплекс гимнастика машқлари нафас ҳаракатлари бирга олиб борилсагина, яхши самара беради. Бурундан нафас олишда совуқ ҳаво илий бошлайди, чанглардан тозаланади, куруқ ҳаво намланади, бурундаги шиллиқ қатламлар ҳаводаги микробларни ўлдиради, соф ҳаво ўпка альвеолаларигача етиб боради. Энг муҳими, юқоридагиларга амал қилиш соғлом турмуш тарзи ва шахсий гигиенанинг шаклланишига хизмат қилади.

Асептика ва антисептика ҳақида тушунча.

Антисептика турлари

Асептика (грекча «a» – инкор, инкор этувчи, «septicos» – йиринг чақирувчи) жарроҳлик муолажалари, жароҳатларни боғлаш ва бошқа муолажаларда жароҳатларга, тўқималарга, аъзоларга ҳамда тана бўшлиқларига микроорганизмлар тушиши хавфига қарши қаратилган чора-тадбирдир. Антисептика (грекча «anti» – қарши, «septicos» – йиринг чақирувчи) эса жароҳатдаги микробларни қиришга қаратилган махсус тадбир-чоралар йиғиндисини ўз ичига олади.

Асептика услублари қуйидагилардан иборат:

- 1) *асбоб-ускуна ва жиҳозларни стериллаш;*
- 2) *жарроҳ қўлини махсус йўл билан зарарсизлантириш;*
- 3) *тиббий текширувлар ва жарроҳлик вақтида махсус қонун-қоидаларга қатъиян риоя қилиш;*

4) *даволаш масканларида махсус ташкилий ва санитария-гигиена ишларини ташиқллаштириши.*

Эндоген инфекцияни олдини олишда антисептика, экзоген инфекцияни эса асептика асосий ўринни эгаллайди. Ҳар қандай жароҳат каби жарроҳлик муолажалари туфайли тўқималар бутунлигининг бузилиши ҳисобига пайдо бўлган жароҳатлар ҳам инфекция тушишидан ва йиринглашдан холи эмас. Йирингли ҳолатларни чақирувчи бактериялар иккига бўлинади:

1) **аэроблар**, яъни атмосфера ҳавоси ҳисобига ҳаёт кечирувчи микроблар;

2) **анаэроблар**, яъни атмосфера ҳавоси иштирокисиз ҳаёт кечирувчи микроблар.

Стафилококклар ва стрептококклар кенг тарқалган аэроблар бўлиб, улар фурункул, карбункул, абсцесс ва бошқа йирингли касалликларни келтириб чиқаради. Менингококк бош ва орқа миянинг пўстлоқ (парда) қаватида йирингли яллиғланиш касалликларини чақиради. Гонококк кўпроқ сийдик ҳамда жинсий аъзолар йўллари-нинг шиллик пардалари (сўзак), кўз ва бўғимларнинг йирингли касалликларини чақиради. Шунингдек, аэроб бактерияларга пневмококк, ичак таёқчалари ва бошқалар ҳам киради. Анаэроб бактерияларнинг кенг тарқалганлари – бу кўк йиринг таёқчалари, ҳаволи қорасон таёқчалари, қоқшол таёқчаларидир.

Микроблар билан заҳарланиш **экзоген** ва **аутоген** йўллар билан кечиши мумкин. Экзоген юқиш деганда, жароҳатга ташқи муҳитдан микроорганизмларнинг тушиши тушунилади. Бунда икки хил йўл билан зарарланиш кузатилади:

1) *бир-бирига тегиши орқали (контакт), яъни стерилланмаган асбоблар, боғлам матолари, жарроҳ қўли орқали ўтадиган ва энг кўп учрайдиган юқиш.*

2) *ҳаво орқали, яъни чанглар, томчи ва тупроқлар орқали, мулоқот ва йўтал вақтида юқиш.*

Аутоген ёки эндоген юқиш инсон танасида ва аъзоларида бор микроблар орқали вужудга келади. Шикастланмаган тери ва шиллик пардалар ишончли тўсиқ ҳисобланади, улар орқали микроблар ўта олмайди. Терининг эпидермис ёки шиллик пардаларнинг эпителий қаватлари шилиниши кўп ҳолларда механик шикаст, гоҳида кимёвий бирикмалар ва заҳарли моддалар таъсирида вужудга келади. Бундай ҳолларда шикастланган аъзонинг катта ва кичиклиги микробларнинг киришида ҳеч қандай ўрин тутмайди. Чунки, бактериялар макро ва

микро тешикчалардан ҳам ўтиш қобилиятига эга. Тешикчалардан ўтган бактериялар тўқималар оралиғи суюқликларига, кейин эса лимфа суюқликлари орқали қон айланиш доирасига тушиб, қон орқали аъзолар (тери, тери ости қатламлари, мускул, лимфа тугунлари, суяк ва бошқалар)га тарқалади. Баъзи ҳолларда бактериялар бевосита қўшни аъзоларга, яъни тўғридан-тўғри контакт йўли билан ўтади. Масалан, ўпкадаги йирингли жараён плеврага ўтиши ёки бунинг акси бўлиши мумкин.

Антисептиканинг бир нечта турлари мавжуд: механик; физикавий; кимёвий; биологик; аралаш.

Механик антисептика амалиётда энг кўп қўлланиладиган, жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш усули ҳисобланади. Бирламчи жарроҳлик ишлови тўғри ёки ўз вақтида бажарилгандагина, жароҳатларни инфекциядан тозаланганлигига ва жароҳатни бирламчи битишига кафолат берилади. Ифлосланган жароҳатларни инфекциялардан тозалаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, ҳаёт фаолиятига эга бўлмаган тўқималарни кесиб ташлаш муолажалари механик антисептиканинг жарроҳлик амалиётида кенг қўлланиладиган, жароҳатга бирламчи ишлов бериш ва микробларга қарши олиб бориладиган чоралардир.

Физикавий антисептикага қуйидагилар: боғламларнинг гигроскопиклиги (суюқликни шимиб олиши)дан фойдаланиш, капиллярлик хоссаси туфайли жароҳат юзасидаги таркибида микроб ва унинг захарини тутган суюқликнинг шимиб олинишини; гипертоник эритмадан фойдаланиш, жароҳатдаги онкотик босимдан юқори бўлган осмотик босим ҳосил қилиниши натижасида капиллярлик хоссасининг келиб чиқишини; ёруғлик, қуруқ иссиқ, ультратовуш, ультрабинафша нурлар ва бошқа омилларни киритиш мумкин.

Бактерияларнинг ривожланишини тўхтатувчи (бактериостатик) ва бактерияларни ўлдирувчи (бактерицид) хусусиятга эга бўлган моддаларни қўллаш *кимёвий антисептикага* хос. Кимёвий антисептика қўлланаётган даво муолажалари вақтида ишлатилаётган моддаларнинг дозалари (миқдорлари)ни қатъиян меъёрлаш зарур. Амалиётда ифлосланган жароҳатларни даволашда кенг қўлланиладиган антисептик воситаларга: хлорамин, йодни спиртли эритмаси, йодоформ, водород перекиси, перманганат калий, бор кислотаси, этил спирти, бриллиант яшили, метил кўки, фурациллин эритмаси, стрептоцид, эрувчан сульфацил ва бошқалар киради.

Биологик антисептика – бу микробларнинг ўсиши ва ривожланишини биологик воситалар ёрдамида тўхтатувчи таъсирлардир. Яъни

булар: антибиотиклар, бактериофаглар, антитоксинлар (қоқшолга қарши, дифтерия (бўғмага) қарши зардоблар). Амалиётда антибиотиклар ҳар хил дори (таблеткалар, маҳаллий эритмалар ва малҳам) шаклида қўлланилади. Антибиотикларнинг пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, эритромицин, синтомицин сингари турлари мавжуд. Антибиотиклар ўзларининг таъсир кучларига қараб маълум микроорганизмларга нисбатан юқори таъсир этиши билан характерланади. Шунинг учун ҳам, касалликнинг ривожланиш босқичи ва уни чақирувчи микроорганизмларнинг танланган антибиотикларга сезувчанлиги инобатга олинганда даволаш самарали кечади. Айрим ҳолларда антибиотиклар организмларда турли хил аллергик реакциялар чақирishi ҳам мумкин. Яъни антибиотик юборилганда организмнинг қаршилиқ кўрсатиши бир неча дақиқа ичида анафилактик шок чақириб, ўлимга олиб келади. Баъзан бу аллергик қаршилиқлар кечиккан ҳолда (антибиотиклар юборилгандан бир неча соат ёки кун ўтиб) юз бериши мумкин. Юқоридаги асоратларнинг олдини олиш учун терининг антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш зарур: 500 000 бирликдаги пенициллин 5 мл. сувда эритилиб, ундан 0,1 мл.га яқин эритма биланнинг олдинги қисми териси ичига «лимон пўсти» ҳосил қилиб юборилади. Ва терида содир бўлаётган ўзгаришлар 30–60 дақиқа давомида мунтазам кузатиб турилади. Тери атрофида қизариш, қизил доначалар, шиш ва тери қичишларининг пайдо бўлиши организмнинг мазкур антибиотикка нисбатан қаршилиги борлигини ифода этади. Бундай ҳолларда қолган антибиотик эритмасини юбориш қатъиян ман этилади.

Тиббиётда микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан мосланишини пасайтириш мақсадида бир вақтнинг ўзида бир неча антибиотикларни бирга қўллаш (масалан, тетрациклинни эритромицин ва олеандомицин билан) тавсия қилинади. Аммо пенициллин ва эритромицин, стрептомицин ва тетрациклиннинг бир-бирига мос келмаслигини ҳам ёддан чиқармаслик керак.

Аралаш антисептика микробларга қарши таъсирини ошириш мақсадида антисептиканинг бир нечта турларини биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Масалан, жароҳатларни замонавий даволашда бирламчи жарроҳлик йўли билан ишлов бериш (механик ва кимёвий антисептика), биологик антисептика (антибиотиклар ва қоқшолга қарши зардобларни юбориш) ҳамда бунга қўшимча равишда физиотерапевтика муолажалари тавсия этилади.

Тери ва тери ости ёғ тўқималарининг яллиғланиши. Йирингли касалликлар

Фурункул – тери ости ёғ халтаси ва ёғ безларининг ўткир йирингли яллиғланиши бўлиб, у баъзан тери ости ёғ тўқималарига ҳам ёйилиши мумкин. Унинг асосий чакирувчилари стафилококклардир. Фурункулар тананинг туклар билан қопланган барча жойларида, асосан юз, бўйин, бел ва думба соҳаларида кўпроқ учрайди. Шахсий гигиена қодаларига риоя қилмаслик, витаминлар етишмаслиги, терининг тирналиши, умумий ва углеводлар алмашинувининг (қандли диабет билан оғриган беморларда) бузилиши фурункуларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Унинг аломатлари тери қизариб, шишганда, тук атрофида ва тери ости ёғ қатламини йиринглаши билан намоён бўлади.

Юзда пайдо бўладиган фурункулар ниҳоятда хавфли ҳисобланади. Чунончи, юқори жағ соҳасидаги фурункулар кўл билан эзилганда вена томирлари орқали инфекциялар кўтарилиб, веналар тромбофлебити, юз сарамаси, бош мия синусларига ўтиб, менингит, энцефалит, бош мия абсцесси ва сепсис ҳолатларига олиб келиши мумкин. Бундай шароитда фурункуларни шифо масканида даволаган маъқул.

Карбункул – бирданига бир нечта соч халталари, тери ости ёғ қатлами ва пастки қават тўқималарининг бир вақтда ўткир йирингли яллиғланиб, катта миқдордаги тўқималарнинг некрозга олиб келиши. Карбункул асосан бўйиннинг орқа соҳасида кўп учрайди. У ёқаси ифлосланган кўйлакнинг бўйинга кўп ишқаланишидан терининг шикастлаши сабабли келиб чиқади. Карбункулнинг клиник кечишлари фурункуларникига қараганда оғирроқ кечади. Беморда иштаҳа бўлмайдди, қусиш ҳолатлари кузатилади. Карбункулда абсцесс флегмона, лимфаденит, тромбофлебит ва сепсис каби асоратлар кўп учрайди. Карбункул билан оғриган беморлар шошилиш равишида шифохоналарда даволанишлари шарт.

Гидраденит – тер безларининг йирингли ўткир яллиғланиши бўлиб, унга кўпинча кўлтиқ ости тер безлари чалинади. У аввалига қизариб инфилтрат ҳосил қилади. Кейинчалик уч бериб, ўрта қисмидан йиринг чиқаради ва абсцесслар пайдо қилади. Бундай беморларга амбулатор шароитда даволанишни тавсия этиш мумкин.

Лимфангоит ва лимфаденит – лимфа томирлари ҳамда лимфа безларининг яллиғланиши бўлиб, иккала хасталик ҳам иккиламчи касалликлар туркумига киради. Улар асосан, фурункул, карбункул,

гидраденит ва бошқа йирингли касалликлар асорати сифатида пайдо бўлади. Йирингли ўчоқлар ривожланган жойлардан лимфа томирлари бўйлаб томир қизариб, оғриқ берадиган чизиқ ва унинг бирор-бир бўғим чуқурчаларига келиб тугунлар ҳосил қилиши ҳамда шу тугунларнинг катталашганлиги – лимфаденитдир. Баъзан яллиғланган томирлар бўйлаб кузатиладиган инфилтрат юмшайди, оғриқлар бир оз камаяди. Бу йиринглаш рўй берганидан далолат беради ва йирингли ўчоқларни жарроҳлик йўли билан очиш тавсия қилинади. Аксинча, бошқа ҳолларда, асосан, бирламчи йирингли касалликлар даволаш, антибиотиклар ва физиотерапевтик даволанади.

Ўткир жарроҳлик инфекциялари

Ҳар хил хасталик чақирувчи бактериялар таъсирида тўқималарда ҳосил бўладиган йирингли касалликлар – йирингли ўткир жарроҳлик касалликлари деб аталади. Улар касалликнинг келиб чиқиши ҳамда чақирувчиларининг таъсирига қараб икки турга бўлинади: ўткир ва сурункали.

Йирингли ўткир жарроҳлик касалликларининг 2 тури бор:

1) *номахсус ўткир йирингли касалликларни чақирувчи* (стрептококк, стафилококк ва ҳок.);

2) *махсус ўткир йирингли касалликларни чақирувчи* (сарамас, қоқшол, анаэроб газли инфекция).

Сурункали ўткир жарроҳлик касалликларининг ҳам 2 тури мавжуд:

1) *номахсус сурункали йирингли касалликларни чақирувчи;*

2) *махсус сурункали йирингли касалликлари чақирувчи* (сил, актиномикоз, захм).

Тўқималарга бактериялар жароҳатланган тери, шиллик пардалар, лимфа ва қон томирлари орқали тушади. Бактериялар организмда маҳаллий ва умумий ўзгаришларни чақиради. Маҳаллий яллиғланиш белгилари қизариш, шиш, маҳаллий ҳарорат ва яллиғланган тўқима ёки аъзо фаолиятининг бузилишида намоён бўлади. Умумий белгилари эса тана ҳароратининг кўтарилиши, қалтираш, бош оғриғи, томир уришининг тезлашиши ва қон таҳлилларидаги ўзгаришлар билан кечади.

Ўткир йирингли жарроҳлик касалликларидан асосан бармоқ ва кафт йирингли касалликлари, фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс ва флегмоналар учрайди. Энг хатарлиси, ушбу касалликларнинг ташхиси ўз вақтида аниқланиб, даволаш муассасаларига мурожаат

қилинмаса, ўзидан жуда оғир сепсис, септик шок каби ҳаёт учун хавфли асоратларни қолдириши мумкин.

Кафт ва бармоқлар номахсус йирингли касалликлар табиатда жуда кўп учрайди. Буларга панариций, паронихия, ва кафтлар флегмоналари киради.

Панариций (хасмол) – бармоқ тўқималарининг жароҳатланиб, йирингли яллиғланиши. Хасмол билан кўпроқ маълум касб (механизатор, ҳайдовчи ва ҳок.) эгалари оғрийдилар. Бунинг сабаби иш вақтида олинган жароҳатга ифлос орқали инфекция тушишидир. Аъзоларнинг анатомик жиҳатига қараб тери ости, тери қавати, пай, суяк ва бўғимлар хасмоллари бор.

Тери ичи хасмолида тери қаватининг эпидермис ва дерма қавати оралиқларида ривожланиб, бунда йиғилган йиринг эпидермис тагидан кўриниб туради. Тери ости хасмоли атрофи қизариб, хасмол ривожланаётган бўғим шиши билан ифодаланади. *Пай хасмоли* организмнинг умумий қаршилиги, яъни умумий қувватсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечади. Хасмол ривожланаётган бармоқ панжанинг ички соҳасига бир оз букилган ҳолда, шишган, қизарган, бармоқни тўғрилашга қилинган камгина ҳаракат ҳам кучли оғриқ чақиради. *Суяк хасмоли* бармоқларнинг юмалоқ шаклда шиши ва оғриқ билан бошланиб, йирингли оқмалар ҳосил қилади. *Бўғим хасмоли* ташхиси бўғимлардаги шиш ва кучли оғриқ, ҳаракатларнинг чегараланганлиги каби белгилар асосида қўйилади. Бармоқ бироз букилган ҳолда, тери ажинлари силлиқланган, кўримсиз ҳаракат ҳам кучли оғриқ чақиради. *Паронихия* – бармоқларнинг тирноқ атрофи айланаси тўқималарининг яллиғланиши. Жойлашишига қараб *юза* (субэпидермал) ҳамда *чуқур* тирноқ атрофи тўмтоғи тўқималарида учрайдиган турларга бўлади. Клиник кечиши тирноқ атрофи тўмтоғининг қизариб, шиш пайдо бўлиши билан кечади. Бармоқлардаги ўткир йирингли яллиғланишларни ўз вақтида жарроҳлик йўли билан даволаш шарт. Юза кўринишдаги хасмол ва паронихиялар поликлиника шароитида очилади. Пай, суяк ва бўғимлардаги хасмоллар фақат шифохоналарда даволаниши шарт. *Панжа флегмоналари* – жуда оғир ва хавфли хасталик ҳисобланади. Унинг белгилари камқувватлик, уйқусизлик, титраб қақшаш ва алаҳсираш билан кечади. Беморлар жароҳатланган соҳадаги кучли оғриқдан шикоят қиладилар. Кафтнинг юза қисмида жуда катта шиш кузатилади. Бармоқлар ҳолати оғирлашганда унинг уч қисми бир оз букилиб, асос қисимлари тўғриланган ҳолда бўлади. Кафт флегмоналари шошилинич равишда жарроҳлик йўли билан даволанади.

Абсцесс – тўқима ва аъзоларнинг чегарали ўткир йирингли яллиғланиши. *Флегмона* эса тарқалган ўткир йирингли яллиғланиш ҳисобланади. У кўпроқ тери остидаги ёғ тўқимасида ривожланади ва тўқималарни емириш хусусиятига эга. Абсцесснинг флегмонадан фарқи шундаки, унда йирингли яллиғланиш чегараланган бўлади. Абсцессларда флюктуация (тўлқинланиш) белгиси мусбат бўлса, флегмоналарда бу белги умуман аниқланмайди (аниқланган тақдирда ҳам кучсиз бўлади). Қолган барча клиник белгилар ҳар иккала касалликда ҳам деярли бир хил. Флегмонада йирингли яллиғланишнинг тарқалганлиги сабабли умумий клиник кўрсаткичлари бир оз кучлироқ намоён бўлиши мумкин. Флегмона ва абсцессларни даволаш асосан жарроҳлик йўли (йирингли ўчоқларни очиш) билан бажарилади.

Сепсис ўта хавфли ҳасталик бўлиб, йирингли касалликлар чакирувчи микробларнинг томирлар орқали тўғридан-тўғри қон айланиш доирасига тарқалишидир. Сепсисни чакирувчи бактериялар стрептококк, стафилококк, ичак таёқчалари ва баъзида анаэроб микроблар ҳам бўлиши мумкин. Унинг клиник белгилари юқори ҳарорат (39-40 градус), томир уришининг тезлашиши, қон босимининг пасайиши, бош оғриши, мускул ва суякларнинг оғриши, эт увишиши ва совуқ тер ажралиши билан кечади. Сепсиснинг оғир асорати – бу *септик шок* ҳисобланади. У тананинг барча муҳим аъзолари фаолиятининг чуқур бузилишига олиб келади. Клиник белгилари ўткир юрак-томир етишмовчилиги ва нафас олишнинг тезлашишида намоён бўлади. Бунда бемор юзлари кўкимтир, кулранг кўринишда бўлади, тери қопламларини муздек ёпишқоқ тер қоплайди, қон босими 90-70 мм. симоб устунига тенглашади. Бемор аҳволи оғирлашгани сари, қон босими пасаяди. Қўл ва оёқлари музлайди, кейинчалик томир уриши ҳам сезилмай қолади.

Сепсис ва септик шок билан оғриган беморларни зудлик билан шифохонада даволаш зарур.

Ўткир махсус жарроҳлик инфекцияларига сарамас, қоқшол, анаэроб ҳаволи инфекция ва куйдирги киради. Ушбу касалликларнинг махсус чакирувчиси таъсирида тўқималарда маҳаллий ўзгаришлар юз беради.

Қоқшол (столбняк) – ўткир инфекцион касаллик, махсус анаэроб қоқшол таёқчаси келтириб чиқаради. Тери ва шиллик қаватлар шикастланганда одам организмига киради. Қоқшол таёқчаси ҳайвонлар ва одам ичакларида яшайди. Ташқи муҳитда спора кўринишида тўпроқ, кийим-кечаклар ва бошқа жойларда узоқ сақланиб, шамол турганда чанг билан кенг тарқалади. Қоқшол таёқчаси одам организмига туш-

гандан сўнг ўзидан турли хил захарлар чиқаради ва асосан асаб толалари ҳамда лимфа тизими бўйлаб бутун организмга тарқалади. Яширин даври 3-7 кундан 3 ҳафтагача давом этади.

Ривожланган қоқшол касаллигининг клиник белгилари мускулларнинг кичик кўзғатувчилар (ёруғлик, овоз ва бошқ.) га нисбатан клоник ва тоник тиришишлари билан кечади. Касаллик бошланишида тоник тиришиш оғиз мускулларидан бошланади (тризм, яъни бемор оғзини очолмайди). Юздаги мимика мускулларининг тортилиши туфайли беморларда «сардоник кулги» аломатлари пайдо бўлади. Бўйин соҳасидаги мускулларнинг кучли тиришиши сабабли беморнинг бош қисми орқа томонга кетиб қолади. Вақт ўтган сари тиришиш бутун тана мускулларига (бел, кўкрак, қорин ва оёқ) тарқалади. Бундай ҳолат «опистотонус» деб аталади. Мускулларнинг тиришиши бир неча сониядан бир неча дақиқагача давом этиши мумкин. Баъзан мускулларнинг узилиши, суякларнинг синиши ва бўғимларнинг чиқиши кузатилади.

Қоқшол касаллигининг олдини олиш чоралари:

- *жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш,*
- *тана аъзоларининг иш фаолиятини қайта тиклаш (шок ва камқонликка қарши кураш),*
- *махсус профилактика ўтказиш, яъни қоқшолга қарши зардоб ва анатоксин воситаларни қўллаш.*
- *ушбу касалликка чалинганларни қисқа фурсатда шифохонага етказиш.*

Газли флегмона ва газли гангрена (чириш) организмдаги барча тўқималарнинг оғир шикастланиши бўлиб, анаэроб ҳаво инфекцияси келтириб чиқаради. Бу бактериялар ерда, айниқса одам ва ҳайвон ахлатлари билан ифлосланган жойларда жуда кўп миқдорда учрайди. Анаэроб инфекция кўпинча жанговар ҳаракатлар пайтида (агар мускуллар шикастланган бўлса) ривожланади. Яширин даври жуда қисқа бўлиб, 2–4 кундан сўнг касаллик белгилари бошланади. Газли гангренада маҳаллий ўзгаришлар, асосан, жароҳатнинг кучли оғриқ билан кечиши, шиш ва тери қопламида оғриқ кузатилиши билан характерланади. Бармоқ билан босиб кўрилганда тери ости ёғ клетчаткасида ҳаво пуфакчалари силжигани ҳисобига ғижирлаш сезилади. Унинг умумий симптомлари асосан кучли захарланиш ҳисобига рўй беради: юқори ҳарорат, терини сарғайиши, кўзнинг бир нуқтага тикилиши, пульс камайиши ва кучсизланиши, артериал босимнинг пасайиши. Биринчи ёрдам кўрсатиш чоғида жароҳатга зудлик билан асептик боғлам қўйиб, транспорт иммобилизациясини амалга ошириш керак.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

- 1) Инсон саломатлигини сақлашда жамоат гигиенаси ва шахсий гигиенанинг аҳамияти ҳақида гапириб беринг.*
- 2) Одам организмига таъсир этувчи гигиеник омиллар.*
- 3) Асептика ва антисептика тушунчаларига таъриф беринг.*
- 4) Яллигланишлар ва йирингли касалликлар турлари.*
- 5) Ўткир жарроҳлик инфекциялари ҳақида нима биласиз?*

3-мавзу. КЕНГ ТАРҚАЛГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Инфекциянинг асосий юқиш йўллари. Юқумли касалликларнинг олдини олиш чоралари

Инфекция (лотинча «infectio» – юқиш) бу – микроорганизмларнинг макроорганизмларга кириб ривожланиши. Одам ёки ҳайвонларда пайдо бўладиган касалликлар *юқумли касалликлар* деб аталади. Юқумли касалликлар ўсимликларда ҳам кенг тарқалган. Унинг келиб чиқишида уч ҳолат (компонент) омил бўлади:

1) касалликни кўзғатувчи микроорганизм (бактерия, риккеция, вирус, замбуруғ);

2) касалликка моил микроорганизм;

3) зарарланган организмдан касаллик юқишини таъминловчи омил.

Паразит ҳайвонлар (энг содда ҳайвонлар, бўғимоёқли ҳашаротлар, каналар) орқали юқадиган касалликлар «паразитар» ёки инвазион касалликлар деб аталади. Микроорганизмларнинг инфекцион касалликларни кўзғатиш лаёқати (патогенлиги) турлича. Бу микроорганизм макроорганизмнинг қайси орган ёки ҳужайра тўқимасига қандай йўл билан кириши, зарарлантириши ҳамда ўзидан чиқарадиган заҳарига (токсинига) боғлиқ. Шунга кўра, улар бир-биридан фаркланади, яъни гуруҳларга бўлинади.

Юқумли касалликлар 2 хил бўлади:

1) **антропоноз**, яъни инсондан инсонга юқадиган касалликлар (қорин тифи, дизентерия (ичбуруғ), паратифлар, полиомиелит, холера (вабо), юқумли энтероколитлар, вирусли гепатит;

2) **зооноз**, яъни ҳайвондан инсонга юқадиган касалликлар (ботулизм, бруцеллёз, сальмонеллёз).

Юқумли касалликларнинг ҳаво-томчи йўли орқали юқиши деб, беморнинг нафас олиш йўлларидан ажралган суюқликлар (сўлак, томчи)нинг нафас олганда ҳаво орқали (гапирганда, акса урганда) ўтишига айтилади. Нафас олиш йўллари орқали юқадиган (антропоноз) касалликларга *аденовирусли инфекция, грипп, бўғма (дифтерия), кўкйўтал (коклюш), қизамиқ (корь), қизилча (қраснуха), менингококкли инфекция, моноклеоз инфекция, сувчечак, қорачечак, парагрипп, скарлатина, сил, эпидемик тепки* киради. Зооноз инфекцияларнинг касаллик чақирувчилари қушлар, каптар, тути ва бошқа уй паррандалари саналади.

Трансмиссив, яъни қон орқали юқадиган касалликлар, асосан, ҳашаротларнинг (кана, бит ва бошқ.) чақиши натижасида келиб чиқади. Ушбу касалликларнинг *антропонозларига*: бир қайталама терламаси, окоп (қазилган ўра) безгаги, тошмали терлама, малярия (безгак); *зоонозларига* бургали термала, риккециозлар, канали қайталама терламаси, туляремия, ўлат киради.

Ташқи тери қобиғи ва шиллиқ пардаларга ифлосланган жисмларнинг тегиши вақтида тўғридан-тўғри тери ва ташқи шиллиқ қобиклар (кўз, оғиз, жинсий аъзолар)нинг инфекциян касалликлари келиб чиқади. Унинг антропонозларига: юқумли сўгаллар, микозлар, сарамас (рожа), трахома; *зоонозларига* қутуриш, куйдирги, қоқшол, манқа (сап), оқсим (ящур), ҳайвонлар чечаги киради.

Юқумли касалликларнинг ўзига хос белгилари шундаки, вақти-вақти билан зўрайиб ёки сусайиб, гоҳида пинҳона кечади. Юқумли касалликларнинг олдини олишда профилактика тадбирлари муҳим ўрин эгаллайди. Эпидемияга қарши курашиш уч йўналишда амалга оширилади:

1) *касаллик тарқатувчилар ва беморларни аниқлаб даволаш чораларини кўриш;*

2) *санитария-гигиена талаблари асосида ҳашарот ва ҳайвонларга қарши курашиш.*

3) *организмнинг юқумли касалликларга қаршилигини ошириш мақсадида эмлашларни (фаол ва суст) ўтказиш.*

Вирусли гепатит: эпидемиологияси, клиникаси, аниқлаш ва даволаш усуллари

Вирусли гепатитнинг касаллик чақирувчилари ҳар хил. Касалликнинг клиник кечишлари организмнинг умумий захарланиши, сариқлик, жигар ва талокни катталашиши каби симптомлар билан кечади. Тиббиётда А, В, С, D, E, F, G гепатит чақирувчи вирус турлари мавжуддир.

Вирусли гепатит А, яъни катарал сариқликнинг юқумли касаллик эканлигини С.Боткин ўтган асрнинг 70-йилларида илмий жиҳатдан асослантирган ва шунинг учун ҳам бу касаллик унинг номи билан аталади. «Боткин» касаллигида антигени жиҳатдан фарқ қиладиган икки хил гепатит вируси бор: А вируси (инфекцион гепатит кўзғатувчиси) ва В вируси (зардоб гепатити вируси). Мана шу кўзғатувчилардан бири туфайли келиб чиққан касалликдан кейин чатишма иммунитет пайдо бўлмайди. Гепатит вируслари одам учун анчагина контагиоз ва

ташқи муҳитда анча чидамли бўлиши билан таърифланади. Улар қуритилган ёки музлатилган ҳолида бир йилдан ортиқроқ сақланиб туради. Қўзғатувчиларнинг иккала хили ҳам иссиқликка чидамли ва 45 дақиқа қайнатилгандан кейингина ўлади. Аммо ҳанузгача вирус соф культура ҳолида ажратиб олинган эмас. Гепатити қўзиб қолган хроник беморлар, реконвалесцентлар ва вирус ташувчилар ҳам инфекцияни тарқатиб юриши мумкин. Бадани айтарли сарғаймасдан, енгил, билинмайдиган формада намоён бўладиган касаллик атрофдагилар учун катта хавф туғдиради. Бунда инфекция сездирмаган ҳолда бошқаларга юқади.

Инфекцион гепатитда инкубацион даврнинг охирги кунларида, яъни бадан сарғайиши олдидан ва сариқликнинг биринчи ҳафтасида вирус ахлат билан бирга ташқарига чиқиб туради. Кўпчилик беморларда бадан сарғайганидан кейин тахминан уч ҳафта ўтгач вирус чиқиши тўхтайди. Инкубацион даврнинг охирги ва бадан сарғайишидан олдинги даврнинг дастлабки кунларида вирус бурун-ҳалқум орқали чиқиши мумкин. Беморнинг ахлати қанча вақт мобайнида юқумли бўлса, қони билан зардоби ҳам тахминан худди шунча муддат давомида юқумли бўлади. Қон қуйиш ёки зардоб юбориш ёки тиббий муолажаларнинг етарлича юқумсизлантирилмаган асбоблар билан қилиш натижасида инфекцион гепатит юқиб қолса, бунда ҳам вирус кейинчалик ахлат билан бирга ташқарига чиқиб, инфекция тарқатаверади. Инфекцион гепатитда қўзғатувчиларнинг юқишида фекал-орал (озиқ-овқат маҳсулотлари, сув, ҳашаротлар) ва парентерал механизмлар роль ўйнайди. Инфекцион гепатит эпидемияларида айрим спорадик ҳоллар ва жамоавий касалланиш ҳодисалари кузатилади.

Зардоб гепатитида касаллик тери ёки шиллиқ пардаларнинг бутунлигини бузадиган ҳар қандай муолажада организмга қон, зардоб ёки лимфа юбориш натижасида юқади. Инфекцияли қон, плазма қўйилганида, одам қон зардоби ёки қоннинг бошқа таркибий қисмлари (гамма-глобулиндан ташқари) организмга юборилганида, шунингдек, яхши стерилланмаган асбоб ишлатилганида кўпинча шундай бўлади. Дори моддалар, вакцина ва бошқа препаратлар венага, мускуллар орасига, тери остига, тери орасига, организм бўшлиқларига юборилганида, вена ёки бармоқдан қон олинганида, шунингдек, стоматологик, урологик, хирургик, гинекологик муолажалар ва бошқаларда касаллик юқиб қолиши мумкин. Инкубацион даврда зардоб гепатити вирусини бадан сарғаймасдан анча илгари ва сарғайганидан кейин беморнинг қонида айланиб юради. Вируснинг қон оқими билан айланиб юриши

касалликнинг бошдан-оёғига ва одам соғайиб кетганидан кейин анча вақтгача давом этиши мумкин. Зардоб гепатитининг вируси ташқи муҳитга чиқмайди. Зардоб гепатитида беморнинг ахлати, сийдиги ва бурун-ҳалқумидан тушган чайинди юқумли бўлмайди. Зардоб гепатити вируси юққан қон ва унинг фракциялари парентерал йўл билан юборилсагина касаллик юқади. Бунда бемор ёки вирус ташувчининг арзимас миқдордаги (0,001 мл.) қони касалликнинг пайдо бўлиши учун кифоя қилади.

Вирусли гепатит билан кўпинча мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар оғрийди (2 ёшгача бўлган болаларда бу касаллик камроқ учрайди). Ҳаётда катта ёшдагилар ҳам вирусли гепатитга чалинадилар. Гоҳ-гоҳида эса вирусли гепатит билан иккинчи марта оғриш ҳоллари учраб туради. Инфекцион гепатит вируси учун меъда-ичак йўлининг шиллик пардаси «кириш дарвозалари» вазифасини ўтайди. Касаллик кўзғатувчиси вируснинг тўғридан-тўғри қонга ўтишига сабаб бўла оладиган парентерал муолажалардагина организмга тушади ва қондан ретикуло-эндотелиал системага ўтади. Кейин организмнинг бошқа соҳалари, яъни жигар ва асаб тизими шикастланади. Жигар фаолиятининг издан чиқиши (барьер функциясининг пасайиши) эса моддалар (углеводлар, оксиллар, сув-тузлар, витаминлар) алмашинувининг бузилишига олиб келади. Патологик процесснинг авж олиб боришида аллергия ҳодисалари катта аҳамиятга эга. Бўғимларда барвақт оғриқ туриши, баданга полиморф тошма тошиши, эозинофилия шунга боғлиқ. Касаллик жуда авжига чиққан пайт паренхимада дистрофия ва некроз кучайиб, жигар ҳужайралари пролиферацияга учрайди. Қон оқимига бир талай ўт пигментлари ва кислоталарининг тушиб туриши гепатитнинг бош симптомлари – куз склералари, шиллик; пардалар ва бадан терисининг сарғайиб қолишига олиб келади. Шунингдек, тери ҳам қичишиб туради. Баъзи ҳолларда касаллик асорат бериб, жигарнинг ўткир дистрофиясига олиб келади ва бу ўлим билан тугаши мумкин.

Юқумли гепатитда инкубацион давр 15–45 кун (баъзида 20–30), зардоб гепатитида 50–180 кун (баъзида 60–120 кун) давом этади. Касалликнинг қуйидаги клиник формалари бор: сарик; билинмайдиган, сариксиз ўтадиган; субклиник ва инаппарант. Касалликнинг сарик, билинмайдиган ва сариксиз ўтадиган формаларига диагноз қўйиш мумкин. Касалликнинг дастлабки даври – бадан сарғайишидан олдинги давр бир неча кундан 2–3 ҳафтагача давом этади. Кўпинча у аста-секин авж олиб боради, лекин баъзан бирдан бошланиши мумкин. Ҳарорат кўтарилиб, эт увишади, қоринда оғриқ пайдо бўлади, кўнгил айниш,

қушиш кузатилади. Касалликнинг бирдан бошланиши кўпроқ болаларда кўринади. Дармон қуриши аста-секин кучайиб, меҳнат қобилияти пасайиб кетади. Ланжлик, серзардалик пайдо бўлиб, уйқу бузилади, бош оғрийди, диспептик ҳодисалар кўринади. Беморнинг иштаҳаси пасаяди ёки умуман бўлмайди. Тиш ости соҳаси ва қовурғалар остида оғриқ, дам бўлиш, салгина оғриқ безовта қилади. Баъзан юқори нафас йўлларида катарал ҳодисалар рўй бериб, ҳарорат 38–39°гача кўтарилади. Хусусан, ёши катталарда кўпинча мускуллар, суяклар, бўғимлар оғрийди. Терига эшакемига ўхшаб кетадиган ва қичишиб турадиган аллергия тошма ҳам тошиши мумкин. Касалликнинг бошланғич давридаёқ, қон зардобидаги альдолаза ва трансaminaзалар сингари ферментларнинг активлиги анчагина кучайиб қолиши мумкин. Шу даврнинг охирига келиб жигар катталашади, сийдик ранги тўқ, ахлат кўпинча рангсизланиб қолади. Қондаги билирубин миқдори ортиб кетади, унинг реакцияси бевосита реакция тоифасига кириб қолади.

Касалликнинг авжига чиққан – бадан сарғаядиган даври кўз склералари, кўриниб турадиган шиллик пардалар ва бадан терисининг сариқ тусга кириши, қон зардобидаги альдолаза ва трансaminaзалар активлигининг ҳийла кучайиши билан бошланади. Сариқлик кучайиб боргани сари, тери қичишиб, диспептик ҳодисалар зўраяди. Жигар чегараларининг катталашуви давом этиб, пальпация қилинганда унинг чети безиллайдиган бўлади ва қовурғалар девори тагидан 2–4 см. чиқиб туради. Кўпинча, талоқ ҳам катталашиб кетади. Вирусли гепатит учун артериал босимнинг пасайиши, брадикардия характерлидир. Қонда лейкопения билан лимфо ва моноцитоз кузатилади, эритроцитларнинг чўкиш реакцияси сусайиб қолади. Сариқлик кучайиши сайин, қон зардобида билирубин миқдори кўпаяди (6–10–16 мг. фоизга етади), холестерин миқдори камаяди. Маълум вақт ўтгач, бемор аҳволи яхши томонга ўзгара бошлайди, ахлат билан сийдик ранги аслига қайтиб, бадандаги сариқлик камаяди. Диспепсия йўқолади ва беморнинг иштаҳаси очилади.

Вирусли гепатит енгил, ўртача ва оғир формаларда ўтиши ва ҳатто, узоқ чўзилиб кетиши мумкин (баъзи ҳолларда эса жигарнинг ўткир дистрофияси билан тугалланади). Касалликнинг енгил формасида беморларнинг умумий аҳволи кам ўзгаради, тананинг сарғайгани аранг сезилади. Ўртача оғирликдаги касаллик кайфият ва руҳиятнинг анчагина бузилиши, дармон қуриши, адинамия, бош оғриғи, кўнгил айниш, қайт қилиш, уйқунинг бузилиши ва ҳоказолар билан давом этади. Оғир формага ўтганда эса, бу симптомлар янада кескин тус

олади. Қондаги билирубин миқдори 15–30 мг. фоизга етади, геморрагиялар пайдо бўлади, жигар анча катталашиб кетади. Касаллик узок чўзилиб, сурункали гепатит ёки жигар циррозига айланиш хавфи пайдо бўлади. Хасталикнинг сариқсиз ўтадиган формаси нисбатан кўпроқ учрайди ва уни аниқлаб олиш анча қийин.

Жигарнинг ўткир дистрофияси – вирусли гепатитнинг энг оғир асорати ҳисобланади. Бу жараёнда у хавфли тусга киради. Касаллик энгил ўтаётган даврда бу асорат ахён-ахёнда учрайди. Дармонсизлик, мудроқ босиши, апатия, атрофдагиларга лоқайдлик билан қараш ёки бесаранжомлик, баъзан чуқур-чуқур энтикиб нафас олиш ёки эснash дистрофиянинг бошланиш белгиларидан дарак беради. Кейинчалик хотиранинг пасайиши, беўхшов ҳаракатлар, қўл-оёқда тремор пайдо бўлиши, баъзан талвасага тутиш кузатилади. Брадикардия ёки нормал пульс ўрнига тахикардия пайдо бўлади, жигар ўта кичрайиб, бемор оғзидан жигар ҳиди анқиб туради. Сулема синамаси жуда сусайиб қолади, протромбин, холестерин миқдори кескин камаяди. Касалликни шу даврда қайтаришнинг иложи бўлмаса, жигар комаси бошланади. Бунда бемор типирчилайверади, уйқудан ҳа деганда уйғонавермайди. Кўз қорачиқлари кенгайиб, рефлекслар сусайиб қолади ёки йўқолиб кетади, айрим мускуллар тортишиб, учиб туради, бемор сийдиги билан ичини тутолмай қолади. Кома қўшилган пайтдан бошлаб прогноз оғирлашади.

Вирусли гепатитга қарши курашиш учун инфекция манбаини аниқлаб, ажратиб қуйиш ва юқиш йўлларини узиш муҳим саналади. Клиник маълумотлар, эпидемиологик анамнез ҳамда биохимиявий текширишлар натижаларига қараб ушбу хасталикка диагноз қўйилади. Вирусли гепатит диагностикасида қон зардобдаги ферментлар, аксари трансминазалар билан альдолаза активлигини аниқлаш амалий жиҳатдан аҳамиятга эга бўлиб қолди. Трансминазалар активлиги кескин кучайиб кетади, яъни глютамин-оксалат трансминазасининг активлиги 150–300 бирликкача (ҳатто, ундан ҳам ортиқ), глютамин-пироузум трансминазаси активлиги эса 200–350 бирликкача етади. Альдолаза активлиги, хусусан, касалликнинг илк муддатларида 10–15 бирликка ёки ундан юқори кўрсаткични қайд этиши мумкин. Вирусли гепатитнинг специфик давоси йўқ. Ушбу хасталик билан оғриган беморларни зудлик билан шифохонага ётқизиш ва даволаш чораларини кўриш тавсия қилинади. Вирусли гепатитни даволашда тўғри овқатланиш асосий ўринда туради. Суткалик рацион 100–160 грамм оқсил, 50–60 граммгача ёғлар ва 500 граммгача углеводларни

ўз ичига олган бўлиши керак. Суткалик рациондаги калориялар сони 3000–3500 Ккал.ни ташкил этади. Беморларга сутли овқатлар, кефир, нон, бўтқа, картошка, мураббо, асал, қанд, мевалар, қайнатилган гўшт, балиқ, димлама котлетлар рухсат этилади. Шунингдек, уларга кўп миқдорда (суткасига 2–3 литргача) шарбат, кисел, мева сувлари, лимонли чой, ишқорий сувлар (Ессентуки суви)ни ичиш тавсия этилади. Касаллик тобора кучайиб, интоксикация белгилари бўлса, оксиллар миқдори чекланади ва беморга сут-ўсимлик оксиллари буюрилади. Суткалик калориялар миқдори 2000–2500 Ккал.гача камайтиради. Бундан ташқари, тери ости ва венага томчи усули билан 5 фоизли глюкоза эритмаси юбориб турилади (суткасига 1–1,5 литргача). Беморга С витамини (суткасига камида 1 граммдан), В витаминлари (В6, В12), тиамин, рибофлавин буюрилади.

Вирусли гепатитнинг интоксикация белгилари айрим жараёнлар (тананинг тобора сарғайиши, қичиши) билан кечаётган бўлса, беморларга кортикостероидлар (буйрак усти безлари гормонлари) буюриш яхши самара беради. Бу яллиғланишга қарши антиаллергик таъсир кўрсатиб, алмашинув процессларини кучайтиради. Яра, оғир гипертония, асаб-руҳий ва эндокрин касалликлари билан оғриган беморларга кортикостероидлар тавсия этилмайди. Суткасига 40–60 мг.дан преднизолон ичирилади ва унинг миқдори беморнинг ҳолатига қараб камайтириб борилади. Кома хавфи туғилганда ёки бошланганда суткасига 180 мг.гача преднизолон буюрилади, шунингдек, бир неча кун мобайнида 5 фоизли глюкоза эритмаси томчи усули билан венага юбориб турилади.

Вирусли гепатит В асосан қон орқали игнадан юқади. Табиий шароитда у соқол олиш ускуналари, тиш тозалагичлар орқали, ҳомиладор аёлдан боласига, жинсий алоқа (айниқса бесоқолбозларда) орқали юқади. Касалликнинг сунъий тарқалиш йўлларига жароҳат олган тери орқали вирус юқиши, инъекция, операция, қон қуйиш, эндоскопик, ретроскопик ва бошқа омиллар киради.

Ушбу хасталик даврий ўткир, тери рангининг ўзгариши, оғриқнинг зўрайиши билан кечади. Яширин даври 2–6 ҳафтадан олти ой мобайнида намоён бўлиши мумкин. Сарикликдан олдинги давр эса 4–10 кун мобайнида юзага чиқади. Илк аломатлари чарчоқ, бош ва бўғинлардаги оғриқлар, иштаҳасизлик, уйқусизлик билан бошланади. Сариклик юзага чиқишидан олдин жигар ва талоқ катталашиб, терилар қичишади. Сийдик ранги қизариб, ахлат оқариб кетади. Сариклик босқичи 2–6 ҳафтадан бир неча ойларгача давом этиши мумкин.

Дифтерия ва уни даволаш

Дифтерия – ўткир респиратор юқумли касаллик бўлиб, кучли захарланиш ва бурун, ҳиқилдоқ, ҳалқум, ютқунда фибриноз яллиғланиш жараёни билан кечади. Дифтерия оғир асоратлар берадиган хасталиқдир.

Ушбу касаллик дунёнинг барча минтақаларида учрайди. Бироқ сўнгги вақтларда олиб борилган режали вакцинопрофилактика тадбирлари сабабли, хасталиқ хавфи кескин камайди. Дифтерия касаллигининг чақирувчиси – «*Corynebacterium diphtherio*» ёки Лёфлер таёқчасидир. Касаллик қўзғатувчиси одам учун облигат патоген паразитларга киради.

Дифтерия касаллиги коринобактерияларининг бир қатор белгиларини билиш зарур.

Биринчидан, дифтерия касаллигида коринобактериянинг эпидемик жараёндаги асосий роли, улар токсигенлигининг бор ёки йўқлигига асосланган. Шу белгига қараб ҳамма штаммлар токсиген ва нотоксигенга бўлинади. Дифтериянинг патогенези чақирувчининг токсинига асосланади, демак, дифтерия касаллигини фақат токсиген микроб чақиритиши мумкин. Нотоксиген коринобактериялар касаллик чақиритиш қобилиятига эга бўлмагани учун бундай штамм ташувчилари инфекция манбаи ҳисобланмайди. Ҳозирги вақтда коринобактериялар ичида токсиген турига нисбатан нотоксиген тури кўпроқ учрайди. Токсиген коринобактериялар токсин ҳосил қилиш хусусиятига қараб кучсиз ёки кучли токсиген бўлиши мумкин. Агар вирулентлик хоссаси асосан токсинга боғлиқ эканлигини ҳисобга олсак, юқоридагига биноан кучсиз ёки кучлироқ штаммлар бўлиши мумкин.

Иккинчидан, коринобактерияларнинг ўзига хос хусусиятларидан бири полиморфизм бўлиб, буни лаборатория ташхисотида ҳисобга олиш зарур.

Учинчидан, дифтерия касаллиги коринобактериялари культурал-биокимёвий белгиларга қараб учга бўлинади: *gravis*, *mitis*, *intermedius*. Мазкур белгилар касалликни таҳлил қилиш, алоҳида касалланиш ҳоллари орасида боғланишни аниқлаш ва тасвирлашда муҳим.

Тўртинчидан, антигенлик белгисига қараб коринобактериялар бир неча серовариантларга бўлинади. Коринобактерияларнинг 11 та серовариантини ажратиш мумкин. Биовар ва серовариантлар орасида ўзаро боғлиқлик мавжуд.

Бешинчидан, дифтерия касаллиги коринобактериялари ўзаро дифтерия фағлари томонидан лизис қилиниш хоссасига қараб баҳолана-

ди. Фаговариантларнинг кўп миқдори аниқланган. Бу белги бўйича биовариант, серовариант, фаговариантлар орасида ўзаро боғлиқлик мавжуд, яъни ҳар бир биовариантга асосан ўзининг сероварианти ва фаговарианти тўғри келади.

Юқорида келтирилган маълумотлар дифтерия касаллиги корино-бактерияси популяциясининг сезиларли даражада гетерогенлигини кўрсатади. Одам популяцияси ҳам дифтерия касаллиги қўзғатувчиси ва унинг токсинларига нисбатан сезгирлиги бўйича гетерогенлиги билан характерланади. Бу, авваламбор, юқиш хавфи бир хил бўлган вақтда баъзиларнинг шу касаллик билан касалланиши, бошқаларнинг (кўпчилик) бактерия ташувчи кишилар бўлиб қолиши, учинчи тоифа кишиларнинг эса, бу касалликка умуман сезгир эмаслигида намоён бўлади. Шунингдек, гетерогенлик клиник кўринишларининг хилма-хиллиги билан ҳам қўзга яққол ташланади.

Дифтерия касаллигининг токсик (маҳаллий), турли даражадаги гипертоксик, нафас йўллари дифтерияси (бурун, кўз, кулоқ, оғиз, жинсий аъзолар дифтерия касаллиги) ва ҳоказо турлари мавжуд. Ушбу ҳасталикда қуйидагилар инфекция манбаи бўлиши мумкин:

- 1) касал одам – типик клиник кўриниш билан;
- 2) касал одам – атипик форма (ноаниқ) билан оғриганлар;
- 3) бактерия ташувчилар – реконвалесцентлар;
- 4) соғлом ташувчилар.

Дифтериянинг ноаниқ ва атипик турлари билан оғриган беморлар катта эпидемиологик аҳамиятга эга, чунки бундай беморларга вақтда ташхис қўйилмайди. Реконвалесцентларда ташувчилик, одатда, 2–7 ҳафтани ташкил қилади, лекин бу вақт 90 кунгача чўзилган ҳоллар ҳам бўлади. Бу ҳолларда бактерияларни ажратиш ўртача 20–25 кунни ташкил қилади. Токсиген штамmlарининг тез-тез учраши дифтерия касаллиги эпидемик жараёнининг характеристикасига боғлиқ. Масалан, тери касаллиги ўчоқларида ташувчилик бу инфекциядан фориғ бўлган ҳудудларга нисбатан бир неча марта юқоридир. Ташувчиликнинг тарқалишида кўп жихатдан инфекция қўзғатувчиси манбаи билан мулоқот сони ва мулоқотнинг давомийлиги аҳамият касб этади. Микроорганизмнинг қўзғатувчи билан учрашуви оқибатлари турлича бўлиши мумкин, бу асосан организм махсус ҳимоясининг даражасига боғлиқ. Антитоксик иммунитет даражасининг юқорилиги токсиннинг организмда нейтрализациясини таъминлайди. Дифтерия таёқчаси ўлади ва организмдан чиқариб ташланади, натижада организм касалланмайди. Бошқа ҳолда антитоксик иммунитет даражаси етарли бўлса ҳам,

микроорганизм тушган жойда яшаб қолади ва кўпаяди. Бу билан соғлом ташувчиликни юзага келтиради. Антитоксик иммунитет бўлмаганда ёки унинг даражаси токсинни нейтраллаш учун етарли бўлмаса, кўзғатувчи токсин ҳосил қилиб кўпаяди ва дифтерия касаллигининг клиник кўриниши ривожланади. Юқорида айтиб ўтганимиздек, нотоксик штамм ташувчилари эпид жараёнда иштирок этмайди. Токсиген штамм ташувчилик ўртача 1–2 ойни ташкил қилади. Қисқа ташувчанлик 10 кунгача давом этиб, 59,8 фоиз ташувчиларда кузатилади ва энг кўп учрайдиган тур ҳисобланади. Узок давом этувчи ташувчилик 25 фоиз учрайди.

Инфекция юқишнинг етакчи механизми ҳаво-томчи йўли ҳисобланади. Кўзғатувчи ташқи муҳитга чидамли бўлгани учун микробнинг организмга тушишига бемор фойдаланган турли буюмлар (китобдафтар, жихозлар, идиш-товоқ ва ҳок.) ёки учинчи шахс сабаб бўлиши мумкин. Касаллик сут орқали ҳам юқади. Дифтерия касаллигининг антитоксин антитаначалари онадан чакалоқ организмга ўтиб, улар ҳаётининг биринчи ярим йиллиги давомида бу касалликлардан муҳофаза қилади. Дифтерия касаллиги билан оғриб ўтган ёки унга қарши тўғри эмланган одамларда антитоксик иммунитет ҳосил бўлади ва бу инфекциялардан ҳимоялаш вазифасини бажаради.

Дифтерия касаллигига қарши курашда иммунопрофилактика катта аҳамиятга эга. Махсус вакцинация касалланиш даражасини пасайтириб, ўлим ҳолларининг олдини олишга хизмат қилади. У қуйидаги меъёрлар асосида ўтказилади:

2 ойлик – АКДС₁

3 ойлик – АКДС₂

4 ойлик – АКДС₃

16 ойлик – АКДС₄

7 ёш –1 синф – АДС - М₅

16–17 ёш – АДСМ₆

26 ёш – АДСМ₇

46 ёш – АДСМ₈

Дифтерия касаллиги билан касалланиш ёши катталашгани туфайли, фаол иммунизация таркибига 26 ва 46 ёшда ревакцинация қилиш киритилган. Дифтерия тарқалишининг олдини олишда бундай беморларни эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш ва даволаш чора-тадбирларини кўриш долзарб аҳамиятга эга. Дифтерияга чалинган ёки унинг аломатлари сезилган беморлар дарҳол шифохонага ётқизилиши керак. Даволаш муолажалари тугагач, бактериологик

текширув натижалари яхши чиққандан сўнг беморга рухсат берилади. Худди шундай текширувлардан бемор билан алоқада бўлганлар ҳам ўтказилади.

Дизентерия (ичбуруғ)нинг инфекция манбаи, юқиш йўллари ва белгилари

Ичбуруғ, яъни дизентерия – шигеллёз, йўғон ичак дистал қисмининг зарарланиши ва умумий интоксикация билан кечувчи касаллик. Республикамиз шароитида ушбу касалликни тарқатувчи энг асосий манбаи инсон омили ҳисобланади. Фекал-орал йўли билан юқувчи ушбу касаллик асосан болалар орасида кўп учрайди. Унинг болалар ва катталар орасида кенг тарқалиши охир-оқибат эпидемиялар юз бериш хавфига олиб келади.

Дизентерия кўпинча ўткир кечадиган, умумий интоксикация ва асосан йўғон ичакнинг пастки қисмлари шикастланиши билан ўтадиган юқумли хасталик саналади. Илгари ушбу касалликнинг сурункали тури учраб турган бўлса, бугунги кунда ўткир дизентерия билан касалланганлар кўпаймоқда. Касаллик кўзгатувчиси грамманфий ҳаракатсиз бўлган *Enterobacteriaceae* катта оиласига мансуб *Shigella* оиласидир.

Ферментатив ва антиген хусусиятларига қараб қуйидаги турларга бўлинади:

- 1) Григорьев-Шига, Штутцер-Шмитц ва Лардж-Сакс бактериялари;
- 2) «флекснер» таёқчалари;
- 3) «бойд» шигеллалари;
- 4) «зонне» шигелласи.

Дизентерияни кўзгатувчи микроблар шигеллалар турига мансуб. Ҳозирги замон иборасида уни *шигеллёз* юритилади. Шигеллалар жуда хилма-хил бўлиб, асосий турларига «шига», «флекснер», «зонне» микроблари ҳисобланади. Шигеллалар грамманфий микроблар бўлиб, узунлиги 3 микронгача борадиган, учи юмалоқ, ҳаракатсиз таёқча. Улар тупроқда ойлаб, оқар сувда бир неча соатдан 2 ойгача, сабзаётлар, нон ва сариёғда 2 ҳафтагача туриши мумкин. «Зонне» микроблари сутда яхши сақланади ва ҳатто, кўпайиш хусусиятига эга. Улар қуёш нури таъсирида 30 дақиқада, қайнатилганда эса ўша захоти нобуд бўлади. Ифлос кийим-кечакда 18-25°C ҳароратгача узоқ яшай оладиган ушбу микроб дезинфекцияловчи моддалар таъсирида 20-30 дақиқада ўлиши мумкин. Шунинг учун ҳам, «зонне» шигеллалари ташқи

муҳит таъсирига чидамли ҳисобланади. Аксинча, «шига» таёқчалари бу борада ниҳоятда чидамсиз.

Ичбуруғ касаллиги дунёнинг деярли барча мамлакатларида учрайди. У билан касалланганлар сони асосан ёз ойларида кўпаяди. Ичбуруғнинг инфекция манбаи касал одамлар ва бактерия ташувчилар ҳисобланади. Инфекция фекал-орал, контакт-маиший ва овқат маҳсулотлари ва сув орқали юқади. Шу билан бирга, турли ҳашаротлар ҳам унинг тарқалишига хизмат қилади. Касалликнинг инкубацион даври 1-7 кун давом этади. Ичбуруғ касаллигида бактерия ташувчиларнинг эпидемиологик аҳамияти тиф-паратифларидагидек юқори эмас. Дизентерияни тарқатишда хасталикнинг енгил тури билан оғриган беморлар катта роль ўйнайдилар. Шигеллалар бемор организмдан нажас билан ажралиб чиқади ва атрофдагиларга идиш-товоқ, турли буюмлар ва бошқа уй ашёлари орқали юқади. Айниқса шахсий гигиенага риоя қилмаслик дизентериянинг тарқалишига йўл очиб беради. Ёз ойлари сут ва сут маҳсулотларида шигеллалар жуда тез кўпаяди. Айниқса, «зонне» микроблари учун сут қулай озуқа муҳити ҳисобланади. Зарарланган сабзавотлар (бодринг, помидор, салат, кўк пиёз, кўкатлар)ни ювмасдан истеъмол қилиш орқали ҳам шигеллалар организмга тушиб қолади. Тарқалиш йўллари ва омилларидан қатъи назар, ичбуруғ микроблари организмга фақат оғиз орқали киради.

Касалликнинг колитик шакли ўткир бошланиб, умумий интоксикация ва дистал колит кўринишида кечади. Унинг симптомлари тана ҳароратининг ($38,6^{\circ}$ – $39,5^{\circ}\text{C}$) кўтарилиши, иштаҳанинг пасайиши, умумий ҳаракатсизлик, адинамия, бош оғриғи, қорин соҳасида спазматик оғриқлар, қусиш каби белгилар билан кечади. Касалликнинг оғир шаклида интоксикация сезиларли равишда кучаяди, яъни умумий ҳолсизлик, онгнинг ғира-шира ҳолати, тоник-клоник мушакларнинг қисқариши, гемодинамиканинг умумий бузилиши (артериал босимнинг пасайиши, терининг оқариши, тахикардия, юрак тонларининг бўғилиши, диурезнинг пасайиши) кузатилади. Ичакнинг шикастланиши сезиларли диарея билан кечиб, ахлатнинг ажралиши суткасига 5-10 марта ва ундан кўпни ташкил қилади. 1-2 суткадан сўнг ичакдаги ажратмалар дистал колит кўринишини олади. Яъни ахлат яшил рангдаги ва қон аралаш майда қуйқалар шаклида ажралади («ректал тупуги»). Дефекация актида қорин соҳасидаги кучли оғриқлар намоён бўлади. Тенезмалар ва ёлғон чақириқлар шигеллэзнинг шу шаклига хосдир. Шигеллэзнинг гастроэнтероколитик шаклида токсикоз пайдо бўлиб, тана ҳарорати (40°C) кўтарилади, бемор тинимсиз қусади,

ҳаракатсизлик, адинамия рўй беради. Касалликда менингеал симптомлар, тоник-клоник мушакларнинг қисқариши характерли ҳисобланади. Бемор териси мармар рангидай тус олади. Бир неча соатдан сўнг ичак дисфункцияси кузатилади, яъни беморнинг ичи тез-тез кетади. Иккинчи кунга келиб бу ҳолат камаяди ва ахлатда яшил ранг, қон аралашмалари пайдо бўлади.

Касалликнинг қайси йўсинда шаклланиши ҳамда кечиши, бир томондан, шигеллаларнинг хусусиятига, иккинчи томондан эса, бемор организмнинг ҳолати ва хусусиятларига боғлиқ. Дизентерияда асосий патологик ўзгаришлар йўғон ичакнинг охириги қисмлари – сигмасимон ва тўғри ичакда ривожланади. Қолаверса, бутун меъда-ичак йўлларида рўй берадиган ўзгаришлар токсиннинг ичак асаб-томир тизимига кўрсатадиган таъсири билан боғлиқ. Қон томири деворлари ўтказувчанлигининг ортиши туфайли, ичак шиллик қавати қизаради (гиперемия) ва бўртиб чиқади. Маҳаллий қон айланиши бузилиши оқибатида тўқиманинг айрим жойларида некроз юз беради. Унинг устидаги парда тушиб кетгач, яра ҳосил бўлади. У 1-2 ҳафта ичида битади. Амалда яралар пайдо бўлиши кам учрайди. Кўп ҳолларда шиллик қават яллиғланишига хос аломатлар, баъзан майда қон қуйилиши (геморрагиялар) учрайди.

Дизентериянинг яширин даври ўрта ҳисобда 2–3 кун (1–7 кун) давом этади. Касаллик тўсатдан бошланиб, беморнинг эти увишади, лоҳас бўлиб қолади. Кўп ўтмай иситма кўтарилади ва одатда, 38–39°Сдан ошмайди. Бемор иштаҳаси йўқолади. Орадан 1-2 соат ўтгач, қоринда оғриқ (вақти-вақти билан) пайдо бўлади. Оғриқ асосан киндикдан пастда, кўпроқ чап ёнбошда ҳис этилади. Касаллик бошланишида ич кўпинча суюқ ҳолда келади ва патологик аралашмалар бўлмайди. Вақт ўтгани сари, ҳожат қисташи тезлашади ва нажас оз миқдорда, кучаниш билан келади. Ҳожатдан сўнг бемор ўзини енгил тортмайди. Касаллик авжига чиққан даврда ҳожат жуда тез қистайди. Нажас массаси ғоят камайиб кетади, унга шиллик ва қон аралашган, айрим ҳолларда, ҳатто, йирингли бўлади. Бемор ҳаловатини йўқотиб, ҳожати келаверади. Ич келиши ғоят қийинчилик кечади, бемор узоқ вақт кучаниб ўтиради. Бу аломат тиббиётда **тенезм** деб аталиб, айнан дизентерияга хос ҳисобланади. Касалликнинг енгил формасида ич кетиши кунига 5-8-10 марта кузатилса, оғир формасида бу ҳолат 25-30 марта ёки ундан ошиши мумкин. Ичбуруғнинг ўрта формаси нисбатан кўпроқ қайд этилади. Хасталик авж олган даврда бемор ёнбошлаб, иккала қўлини қорнига қўйган ҳолда ётади. Унинг тили

куриб, тана ҳарорати кўтарилади ва томир уриши тезлашади. Юракда тахикардия эшитилади. Беморнинг қорни таранглашган, пайпаслаб кўрилганда йўғон ичак бўйлаб оғриқ сезилади.

Ичбуруғ касаллиги болалар ва кексаларда кўпинча оғир ўтади. Интоксикация аломатлари яққол ифодаланган бўлади. Ич бузилиши даври 10-12 кунгача чўзилиб кетиши мумкин. Соғайиш ҳам анча секинлик билан рўй беради. «Шига» микроблари экзотоксин ишлаб чиқариши туфайли улар кўзғатган дизентерия кўпинча оғир кечади. Бунда ичак аломатларидан кўра, умумий интоксикация кучли ривожланади. Унинг таъсирида юрак-томир тизими фаолияти сезиларли даражада бузилади. Қон босими пасайиб, баъзан коллапс рўй беради. Интоксикация таъсирида ўткир буйрак етишмовчилиги ҳоллари ҳам учраб туради. «Зонне» микроблари кўзғатган касаллик асосан қисқа қусиш ва ич кетиши билан бошланади. Нажас кўпинча сувдек суюқ, шиллиқ ва бир оз қон аралаш бўлади. Бемор кўздан кечирилганда, тананинг сувсизланиши аломатлари аниқланади. Оғриқ иккала ёнбош соҳаси ва киндик атрофида сезилади.

Шигеллёзнинг асосий диагностик белгилари:

1) эпиданамнез, яъни бемор ёки бактерия ташувчи билан мулоқотда бўлиш; касалликни фекал-орал юқтириш; хасталикнинг ёзги-кузги фаслга тўғри келиши;

2) хасталикнинг ўткир бошланиши; овқат-ҳазм қилиш трактининг бузилиши билан кечувчи умумий интоксикация;

3) колит синдромининг мавжудлиги, яъни қорин оғриши; пастки чап қисмда сигмасимон ичакнинг оғриши; оғриқнинг спастик характерга эга бўлиши ва ич кетиши билан бошланиши; тенезмалар; ахлатнинг яшил рангда, қон аралашмалари билан тез-тез чиқиши;

4) гастроэнтероколитик синдромнинг мавжудлиги.

Ичбуруққа ташхис қўйишда касалликнинг ўзига хос гемоколит симптомлари (қон ва шиллиқ аралаш ич кетиши) мавжудлиги катта аҳамият касб этади. Бунда эпидемиологик маълумотнинг ҳам ўрни бор. Дизентерияда нажасни бактериологик текшириш ҳар доим ҳам ижобий натижа беравермайди. Касалликнинг клиник намоён бўлиши ўзига хос бўлган ҳолларда, нажасдаги ўзгаришлар яққол аниқланганда, бактериологик тасдиқсиз ҳам беморга ичбуруғ ташхисини қўйиш мумкин. Дизентерияга ташхис қўйишда пассив гемаглютинация реакцияси (ПГАР) қўйилади. Бунинг учун касаллик бошлангандан 3-4 кун ўтиб билакдан 1-2 мл. қон олинади ва дизентерия эритроцитар дианностикуми билан серологик реакция қўйилади. Реакциянинг диагнос-

тик титри 1:100. Орадан 4-5 кун ўтгандан сўнг текшириш такрорланса, реакция титри ортиб боради. Ичбуруғ билан оғриган беморлар шифохонада даволанади. Касалликнинг енгил формаси билан оғриган катта ёшдагиларни уй шароитида ҳам (санитария-гигиена талабларига жавоб берса) даволаш мумкин. Бунинг учун беморнинг уйи вақти-вақти билан жорий дезинфекциядан ўтказиб турилиши лозим.

Ичбуруғни даволашда қуйидаги этиотроп моддалар (кўзгатувчига таъсир қилувчи дорилар) қўлланади:

□ *нитрофуран қаторидаги препаратлар (фуразолидон, фурадонин, фурациллин),*

□ *хинолин (хлорхинальдон),*

□ *фторхинолон (ципрофлоксацин).*

Патогенетик даволаш дезинтоксикацияни олиш учун изотоник тузли эритмалар (Рингер эритмаси), энтеросорбентлар (энтеросорб, активлаштирилган кўмир, полифепан, смекта)лардан фойдаланилади. Беморни даволаш ҳар томонлама асосланган бўлиши лозим. Касаллик авж олган даврда осонроқ ҳазм бўладиган таомлар буюрилади, аксинча, сут қўшилган овқатлар тавсия этилмайди. Ичак шиллик қаватини қитиқловчи хомпиёз, саримсоқ пиёз, қалампир, ўрик истеъмол қилиш ҳам мумкин эмас. Бемор учун энг фойдалиси кўпроқ асал истеъмол қилиш ҳисобланади. Ичбуруғнинг ўрта ва оғир кечадиган формаларини этиотроп даволаш мақсадида антибиотиклар, масалан, левомецетин (0.5 граммдан кунига 4 маҳал), тетрациклин (0.5 граммдан кунига 4 маҳал), интетрикс (2 капсуладан кунига 3 маҳал) қўллаш мумкин. Зарурат туғилганда кўшимча равишда фталазол ёки сульгин (1.0 граммдан кунига 4 маҳал) ҳам ичирилади. Аммо шуни унутмаслик керакки, антибиотиклар фақат зарур вазиятлардагина қўлланиши мақсадга мувофиқ. Чунки, улар таъсирида ичак дисбактериози кучайишини унутмаслик лозим.

Ичбуруғ оғир кечган ҳолларда интоксикацияни камайтириш учун 5 фоизли глюкоза, 0.9 фоизли ош тузи, Рингер эритмаларига аскорбин кислотаси (5 фоизли 5 мл.) қўшиб, томирга томчилаб юборилади. Беморнинг аҳволига қараб, кунлик юбориладиган суюқлик миқдори 500-1500 мл.ни ташкил этади. Юрак фаолиятини яхшилаш учун кордиамин, строфантин қўлланади. Қориндаги оғриқни камайтиришга 2 фоизли папаверин (2.0 мл.), но-шпа (2.0 мл.), баралгин (5.0 мл.) эритмаларидан мускул орасига юборилади. Бемор аҳволи кўтарган ҳолларда бу препаратларни таблетка ҳолида бериш мумкин. Қоринга иссиқ сув солинган резина халтачани вақти-вақти билан қўйиб туриш

ҳам оғриқни камайтиради. Ичнинг суюқ кетиши узоқ вақт давом этса, висмут билан танналбин аралашмаси (0.5 граммдан) кукун ҳолида ёки смекта препарати суюлтириб ичирилади. Ўрта ҳисобда ичбуруғ билан оғриган беморлар шифохонада ўн кунгача даволанадилар.

Дизентерия профилактикасида аҳолининг сув таъминотини яхшилаш, турар жойларни озода тутиш муҳим ўрин тутади. Шу билан бирга, озиқ-овқат маҳсулотлари ишлаб чиқарадиган корхоналар, таълим-тарбия муассасалари ва бошқа жойлар санитария-гигиена талабларига тўлиқ жавоб бериши керак. Яна бир муҳим омил – бу аҳоли орасида кенг тушунтириш ва тарғибот ишлари олиб боришдир. Ичбуруғ билан оғриган бемор шифохонага жўнатилганидан сўнг унинг хонадониде яқунловчи дезинфекция ўтказилади. У истеъмол қилган озиқ-овқат маҳсулотлари, беморнинг иш жойи ва мулоқот қилган кишилар 7 кун муддатга тиббий назорат ўрнатилади. Дизентерия энг кўп қайд этиладиган ҳудудларда эса ёз фасли давомида фагопрофилактика олиб борилиши мақсадга мувофиқ. Дизентерия бактериофаги суюқ ёки таблетка ҳолида бўлади. Таблетка катталарга ҳар уч кунда биттадан, болаларга эса суюқ бактериофаг 5-10 мл.дан ичирилади.

Менингит, унинг клиникаси ва асоратлари

Менингококкли инфекция – ўткир юқумли касаллик. У ҳаво-томчи (аэрозол) йўли билан ўтиб, сезиларли равишда клиник полиморфизм билан характерланади, назофарингит, менингит ёки менингококк сепсиси кўринишида кечади.

Менингококк инфекцияси ўзининг клиник формаси, яъни *эпидемик цереброспинал менингит* шаклида қадимдан буён маълум. У ҳақда антик давр олимлари ҳам ўз асарларида ёзиб қолдиришган. 1805 йили Европа (Женева)да рўй бўлган энг йирик эпидемия менингитни илмий жиҳатдан ўрганишга тўртки бўлди. Машхур олим М.Вьесо эпидемик цереброспинал менингитни алоҳида касаллик сифатида ажратди ва унинг клиникасини омма эътиборига ҳавола этди. 1887 йили А.Вейсельбаум менингококкли инфекциянинг касаллик кўзғатувчисини аниқлади ва эпидемик цереброспинал менингитни мустақил нозологик хасталик сифатида ажратиб кўрсатди. 1899 йили В.Ослер томонидан касаллик кўзғатувчисининг қонда аниқланиши касаллик патогенезидаги мавҳум саволларга жавоб топишга асос бўлди. 1965 йилдан эпидемик цереброспинал менингит – менингококкли инфекция деб аталадиган бўлди.

Менингококклар кўпинча орқа мия суюқлигида ва қонда қўшалок-қўшалок бўлиб кўринади. Уларнинг ташқи кўриниши биз истемол қиладиган қаҳва донига ўхшайди. Бу микроорганизмлар грамманфий бўлиб, анилин бўёқлари билан яхши бўялади. Менингококк деворидаги эндотоксин липополисахарид табиатга эга. Менингококкнинг А, В, С, D, Х, Y, Z, 29E ва W135 сингари турлари маълум. Улар ташқи муҳитда узок жон сақлай олмайди, қуёш нурлари, 22°Сдан паст ҳароратда тез ҳалок бўлади. Оддий дезинфекция моддалари (фенол, хлорамин, оҳак эритмаси) менингококкларни бир неча дақиқа ичида ўлдиради.

Менингококкнинг инфекция манбаи бемор ва бактерия ташиб юрувчилардир. Ушбу инфекциясини атрофдагиларга энг кўп юктирадиганлар – бу касалликнинг энгил ва билинар-билинмас хили билан оғриган беморлар ҳисобланади. Баъзи ҳолларда менингококк инфекцияси назофарингит кўринишида ўтади. Назофарингитни менингококк кўзғатганини фақат бактериологик текшириш йўли билангина аниқлаш мумкин, холос. Бурун, ҳалқум, томоқ шилиқ пардасининг сурункали яллиғланиши бактерия ташиб юрувчилик ҳодисаси пайдо бўлишига қулайлик туғдиради. Менингококк инфекциясининг эпидемияси вақтида бактерия ташувчанлик инфекция ўчоқларида 20-30 фоизгача кўпаяди, яъни ўша ердаги соғлом кишиларнинг шунчаси инфекция манбаи бўлади. Эпидемиядан бошқа вақтларда, касаллик спорадик тарзда учраб турадиган маҳалда бактерия ташувчилар инфекция ўчоғида 1–3 фоизгача камаяди. Менингококк инфекцияси 14 ёшгача бўлган болаларда ва ёш одамларда кўпроқ учрайди. Менингококк инфекцияси билан касалланиш ўрта ҳисобда ҳар ўн-ўн беш, йигирма беш йил оралаб кўпайиб туради. Инфекция эпидемияси аксарият ҳолларда мактаб ва мактабгача таълим муассасалари, ётоқхоналар, ҳарбий хизмат шароитида («казарма касаллиги») кенг тарқалади. Бундай шароитларда назофарингит ва бактерия ташиб юрувчилик кўпаяди, кейин менингококк менингити ва инфекциянинг умумийлашган, тарқоқ хиллари учрай бошлайди. Менингококк инфекцияси қиш ва кўк-лам фаслида (февраль–май ойлари) кўпаяди. Бемор гапирганда, йўталганда ва аксирганда тупук заррачалари билан менингококкларни ташқарига чиқаради. Бу менингококклар идиш-товоқ, сочиқ ва бошқа буюмларга тушади ва шу буюмлардан фойдаланган одамга инфекция осонгина юқади. Менингококк инфекциясининг инкубацион даври бир кундан ўн кунгача чўзилади.

Менингококк инфекциясининг клиник классификацияси.

Бирламчи локал хиллари:

- 1) *менингококкцемя;*
- 2) *ўткир назофарингит;*
- 3) *пневмония.*

Гематоген-тарқоқ хиллари:

- 1) *менингококкцемя;*
- 2) *менингит;*
- 3) *менингоэнцефалит;*
- 4) *аралаш (менингококкцемя+менингит);*
- 5) *кам учрайдиган хиллари (эндокардит, артрит, иридоциклит).*

Менингококк ташиб юрувчилик – касалликнинг субклиник хили бўлиб, ҳеч қандай симптомлар кўринмайди. Ўткир назофарингит менингококк инфекциясининг бу хили жуда кўп учрайди. Ҳарорат қисқа муддатга субфебрил даражага кўтарилиб, озгина интоксикация бўлади. Беморнинг боши оғрийди, томоғи қичишиб, қуруқ йўталади. Бурни битиб қолади, кейин шилимшиқ оқади. Баъзи ҳолларда интоксикация кучлироқ кечиб, ҳарорат 5-7 кунгача чўзилади. Бемор боши айланиб, қусади, мускуллари оғрийди. Назофарингитда ҳалқум, томоқ шиллик пардаси шишиб қизаради, айниқса ҳалқумнинг орқа томони кўпроқ қизариб, шишади. Ва ўша ердаги лимфоид фоликуллар катталаниб, қип-қизил бўлиб кўзга ташланиб туради. Томоқ, ҳалқумдаги ўзгаришлар 1–2 ҳафта давом этади. Ўпкада бронхит аниқланади. Назофарингит менингит эпидемияси вақтларида инфекция ўчоғи клиник текширишлар натижасида аниқланади. Менингококк назофарингитга даво қилишда беморга антибиотиклар ичириш билан кифояланилади. Одатдаги дозаларда оксациллин, ампиокс, левомецетин, тетрацилин, эритромицинлар (3-5 кун) тайинланади. Бундан ташқари, узоқ таъсир қиладиган сульфаниламид препаратлар ҳам буюрилади ва бемор томоғини тез-тез чайиб туриши керак.

Баъзан менингококк бирламчи *пневмонияга* сабаб бўлади. Бунда менингококк инфекциясининг бошқа аломатлари кўринмайди. Менингококк пневмонияси кўпинча узоқ давом этади ва беморнинг аҳволи анча оғир бўлади. Менингококк бактеремияси баъзан менингеаль сипмтомларсиз ўтади, бошқа ҳолларда эса менингит ҳам бошланади. Охирги йилларда 1-2 фоиз беморларда менингитсиз ўтадиган менингококкцемя учрамоқда. Менингитсиз ўтадиган менингококкцемя (менингококк сепсиси)нинг клиникаси турлича бўлади. Баъзан менингококкцемя енгил ўтади, бунда беморнинг ҳарорати бир-икки кун кўтарилиб туради, озгина интоксикация бўлади. Аммо аҳволи

оғирлашмайди. Менингококкцемиянинг бундай хилида диагнозни аниқ белгилаш қийин. Менингококкцемия кўпинча бирлан бошланади, 6-8 соат давомида ҳарорат 38°C – 40°C гача кўтарилади. Интоксикация билан бир вақтда менингизм белгилари пайдо бўлади: бош қаттиқ оғриб, бемор талвасага тушади, қайд қилади ва беҳуш бўлиб ётади. Касаллик бошлангандан кейин 8-12 соат ўтгач, бемор баданида геморрагия аломатлари кўринади, майда петехияли тошмалар билан бир қаторда 0,5-1 см. катталикдаги қонталашлар пайдо бўлади. Бадандаги тошманинг шакли юлдузчаларга ўхшаш бўлиши жуда характерлидир. Бу тошмалар думба, сон, болдир, кўз қовоғи, кўз склераси ва баъзан юзда пайдо бўлади. Иситма юқори бўлиб туради (39°C – 40°C), сўнгра у турли кўринишда давом этади. Кейинроқ субфибрил даражага тушади. Кучли интоксикация вақтида тахикардия, гипотония, ҳансираш аниқланади: бемор тили қараш билан қопланади, кўп чанқайди, чақалоқларда диспепсия белгилари (қусиш, ич кетиш) кузатилади. Менингококкцемияда баъзан бўғимларнинг синовиаль пардаси зарарланиб, полиартрит симптомлари пайдо бўлади. Менингококк ўз вақтида даво қилинса, аксарият ҳолларда бемор соғайиб кетади. Яшин тезлигидаги менингококкцемия жуда кучли интоксикация бўлиши билан таърифланади. Касаллик бошланишидаёқ, бемор ҳушини йўқотади ва ҳар хил тартибсиз ҳаракатлар қилаверади, кетма-кет тутқанок тутиб туради. Юз қизарган ва бўртган, шиллиқ пардалар, тери ранги ўзгариб, кўкариб туради. Шундай ҳолда ётган беморнинг бирданига нафас олиши тўхтаб, вафот этиши мумкин.

Сурункали менингококкцемия – менингококк инфекциясининг кам учрайдиган хили. Ушбу хасталик бир неча ҳафтадан йилгача давом этади. Апирексия даврида бемор аҳволи анча яхшиланади, бадандаги тошмалар ранги ўчади. Сурункали менингококкцемияда баъзан артрит, полиартритлар бошланади, кўпинча гепатолинеал синдром аниқланади. Қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг тезлашганлиги кўринади. Сурункали менингоэнцефалитда гломеруло-нефрит, эндокардитлар бошланиши мумкин. Менингококкцемиянинг менингит билан ўтадиган хили 25-50 фоиз ҳолларда учрайди. Бунда менингококкцемия симптомларидан ташқари, бош мия юмшоқ пардасининг зарарланганлигига хос белгилар аниқланади. Менингококк инфекциянинг кам учрайдиган хиллари аксари полиартрит, эндокардит, иридоциклит кўринишдаги хасталиклардан иборат бўлади.

Менингитнинг инкубацион даври деярли бир ҳафта давом этади. Касаллик тўсатдан бошланади. Беморнинг эти увишиб, қалтирайди.

Ҳарорат 40°C гача кўтарилади ва бош қаттиқ оғрийди. Кетма-кет қусиш кузатилиб, интоксикация тез кучайиб боради. Беморлар, айниқса болаларни баъзан тутқаноқ тутади. Гоҳ қисқа, гоҳ узоқ муддат иситма давом этади. Иштаҳа бўғилиб, илк кунданок баданда геморрагик тошма пайдо бўлади. Баъзан терида (касалликнинг оғир формасида) майда тошмалардан ташқари, 0,5 см. катталикдаги қонталашлар кўзга ташланади. Бундай геморрагия белгилари склера, конъюктива, танглай, бурун шиллиқ пардасида ҳам учрайди. Баъзан ошқозон, бачадон, буйракдан қон кетади. Бемор безовталаниб, алахсирайди, уни уйқу тортаверади, лекин ухлай олмайди. Беморнинг юз-кўзи қизарган ва бўртган бўлади, у қуёш ёки электр нурига қарай олмайди. Кейинги кунлар лаб атрофида учуқ тошиб, жигар ва талоқ катталашади.

Айрим ҳолларда менингит *серозли менингит* кўринишида ўтади. Бунда менингиал синдром яққол кўринмайди. Орқа мия суюқлиги тиниқ бўлади, плеоцитоз аниқланади. Плеоцитоз асосан лимфоцитлар ҳисобига бўлади.

Менингоэнцефалит – кам учрайдиган хасталик. Менингиал синдром суст ифодаланган бўлиб, асосан, энцефалит симптомлари аниқланади. Касаллик бирдан бошланиб, бемор руҳияти бузилади. Талвасага тушиш, оёқ-қўллар фалажи ёки ярим фалаж каби аломатлар айнан шу касалликка хос. Менингококк энцефалити кўпинча беморнинг ўлими билан тугайди. Менингитдан соғайган кишиларда астения синдроми (тажанглик, мунтазам чарчоқ, бош оғриғи) учрайди. Ушбу касалликка чалинган ёш болалар йиғлоқи бўлиб қолади. Даволаш вақтида шунга эътибор қаратиш керакки, антибиотиклар дозаси кам бўлса, менингит қайталаниб, зўриқиши мумкин. Энцефалит билан ўтган менингитдан сўнг камдан-кам ҳолларда оёқ-қўллар фалаж ёки ярим фалаж бўлиб қолади. Реконвалесцентларнинг 3 фоизида қулоқ оғирлашиб, кўз хиралашади. Менингит билан оғриган беморни даволаш шошилинич чоралар кўришни талаб қилади. Хасталикнинг тарқоқ хилини даволашда беморга антибиотиклар, хусусан, мускуллар орасига пенициллин юбориб турилади. Бу жараёнда пенициллин миқдорини камайтириш мумкин эмас, акс ҳолда менингит аломатлари яна зўраяди. Пенициллин билан даволаш ҳарорат тушиб, менингиал симптомлар йўқолгунга қадар давом эттирилади. Даво бошланганидан 5-6 кун ўтгач бемор эндолюмбал пункция қилиб кўрилади. Агар бемор организми пенициллинга нисбатан сезувчан бўлса, у ҳолда тетрациклин ёки левомецетин қўлланади. Тетрациклин мускуллар орасига кунига 25 мг/кг. ҳисобидан, левомецетин эса кунига 80-100 мг/кг.

ҳисобидан тайинланади. Левомецетин сукцинат парентерал йўл билан юборилганда яхши натижа беради. Даволаш даврида баъзан бемор қайт қилади, стоматит белгилари пайдо бўлиши мумкин. Хасталикни профилактика қилишда айрим ҳолларда А, В ва С серогруппаларнинг полисахарид табиатга эга бўлган менингококк вакциналарини ишлатиш мақсадга мувофиқ.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

- 1) Инфекция юқши усуллари ва олдини олиш чоралари ҳақида гапириб беринг.*
- 2) Вирусли гепатит нима? Унинг профилактикаси нималардан иборат?*
- 3) Дифтерия ва унинг клиникаси қандай кечади?*
- 4) Дизентериянинг инфекция манбалари нималар? У қайси йўллар билан юқади?*
- 5) Менингит ва унинг асоратлари ҳақида гапириб беринг.*

4-мавзу. РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИКНИ МУСТАҲКАМЛАШ. ФИЗИОЛОГИК ТУҒИШ ЖАРАЁНИДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Репродуктив саломатлик – соғлом авлод гарови

Соғлом фарзандни дунёга келтириш ва ҳар томонлама баркамол этиб вояга етказиш халқимизда қадрият даражасига кўтарилган. Аждодларимиз ҳам азал-азалдан ўз насл-насабининг сиҳат-саломатлигига катта эътибор қаратишган. Чунки, соғлом фарзанд оиланинг, миллатнинг, давлатнинг куч-қудрати, насллар давомчиси бўлган.

Дарҳақиқат, оилада соғлом турмуш тарзини қарор топтириш жамият учун энг муҳим омил. Бу, авваламбор, соғлом авлодни дунёга келтириш, она ва бола саломатлигини асраб-авайлашга боғлиқ. Инсон фақат соғлом оиладагина баркамол вояга етади, улғаяди, шахс бўлиб етишади. Шу маънода, мустақиллик йиллари аёлларимизнинг репродуктив саломатлигини асрашга, она ва болаларни ҳар томонлама соғломлаштиришга устувор аҳамият қаратиб келинаётгани бежиз эмас. Ўтган йиллар мобайнида оналик ва болаликни муҳофаза қилиш борасида амалга оширилган кенг кўламли ислохотлар самараси ўлароқ эришган ютуқларимиз жаҳон ҳамжамияти томонидан алоҳида эътироф этилмоқда. Айниқса, «ўзбек миллий тиббиёт модели»нинг бугун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан дунё мамлакатлари учун ўзига хос намуна сифатида кўрсатилаётгани қувонарли ҳол, албатта. Халқаро экспертларнинг эътироф этишича, Ўзбекистоннинг оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бўйича дастури минтақавий модел сифатида тан олинган. Ушбу йўналишда давлатимиз томонидан олиб борилаётган ишлар юқори баҳога лойиқ.

Ҳар қайси миллатнинг ўзига хос маънавиятини шакллантириш ва юксалтиришда, ҳеч шубҳасиз, оиланинг ўрни ва таъсири беқиёсдир. Чунки, инсоннинг энг соф ва покиза туйғулари, илк ҳаётий тушунча ва тасаввурлари биринчи галда оила бағрида шаклланади. Боланинг характери, табиати ва дунёқарашини белгилайдиган маънавий мезон ва қарашлар – яхшилик ва эзгулик, олийжаноблик ва меҳроқибат, ор-номус ва андиша каби муқаддас тушунчаларнинг пойдевори оилада қарор топади. Соғлом фарзанднинг дунёга келиши эса, биринчи навбатда, аёлнинг, онанинг сиҳат-саломатлигига боғлиқ. *Репродуктив саломатлик* – бу бола дунёга келишида иштирок этувчи эркак ва

аёлнинг саломатлиги, жисмоний, руҳий тетиклик ва ижтимоий фаровонлик ҳолати. Тиббиёт нуқтаи назари билан айтганда, аёлларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилишнинг ўзига хос тамойиллари мавжуд. Бунга қуйидагиларни келтириб ўтиш жоиз: хавфсиз ҳомиладорлик; беҳатар туғруқ; чилла давридаги малакали ёрдам; аборт ва унинг олдини олиш; туғруқ оралиғини 3 йил сақлаш; замонавий контрацептив воситалар ҳақида аҳолига кенг маълумот бериш; ОИТСга барҳам бериш; бепуштлик, саратон ва саратон олди касалликларининг олдини олиш; фарзандни кўкрак сути билан боқишни тарғибот қилиш; оналик ва болаликни муҳофаза қилиш; ўсмирлар репродукцияси ва жинсий тарбия.

Репродуктив саломатликка эришиш учун аёл ҳомиладорлик даврида гигиена қоидаларига амал қилиши, тўғри овқатланиши, иш ва дам олишни тўғри ташкиллаштириши, зарарли одатлардан воз кечиши, турли стресс ҳолатлардан сақланиши ҳамда доимий акушер-гинеколог шифокор назоратида бўлиши шарт. Юқоридаги омиллар жамиятдаги оилаларнинг муҳим таянчи ҳисобланмиш оналик ва болаликни ҳар томонлама соғломлаштиришга хизмат қилади. Аммо но-соғлом турмуш тарзи, турли даражадаги стресслар, ноқулай экологик шароитлар каби репродуктив саломатликка таъсир қилувчи хавфли омиллар ҳам йўқ эмас.

Мухтасар айтганда, «...болага эътибор бўлажак онага эътибор қаратишдан бошланиши керак. Чунки, ҳомиладор аёлнинг руҳий-физиологик ҳолати, барча ҳис-туйғулари, кайфияти она вужуди орқали болага ўтади». Шу маънода, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, жойлардаги тиббиёт хизматлари сифатини замон талаблари даражасида яхшилаш, оналар ва болалар саломатлигини асрашга қаратилган скрининг ва перинатал марказлари фаолиятини самарали йўлга қўйиш, хотин-қизларни ҳар томонлама соғломлаштириш, ҳар бир оилада соғлом маънавий муҳитни қарор топтириш – репродуктив саломатликнинг устувор йўналишлари саналади.

Ҳомиланинг пайдо бўлиши, ҳомиладорлик аломатлари ва уни аниқлаш

Сперматозоид – уруғ хужайраси одам балоғатга етгандан бошлаб унинг жинсий безларида ишлаб чиқарилади ва тухум хужайрасини оталантиради. Одатда, сперматозоид жуда ҳаракатчан бўлиб, унинг етилиши учун 75 кун керак бўлади. Сперманинг ҳосил бўлиши

одамнинг фаол ҳолатига боғлиқ. Бу жараён фанда «сперматогенез» деб аталади. *Хромасома* – хужайра ядросининг энг кичик қисмларидан (элементи) бўлиб, шакли ипсимон, вазифаси одам ирсий хусусиятларини наслдан-наслга ўтишини таъминлашдан иборат. У хужайранинг бўлиниши даврида аниқ бўяладиган ҳолга келади. Хромасомалар фанда X ва Y дейилади. Сперманинг таркибида, яъни тенг ярмида X ва қолган ярмида Y хромасома мавжуд. Жинсий яқинликдан сўнг аёл қинидан бачадон ва найчага, Фаллопий найидан уруғланиш жойига боргунча, спрематозоидларнинг сони камайиб боради. Уруғланиш найда содир бўлади. Сперма икки кеча-кундузгача уруғланиш хусусиятини сақлайди. Аёллар тухум хужайралари бачадон ёнидаги чанок бўшлиғида жойлашган тухумдонда ҳосил бўлади ва ривожланади. Фанда бу – овогенез дейилади. Тухум хужайраси ҳар 20-28 кунда етилиб, найчага ва ундан бачадон бўшлиғига тушади. Биринчи бошланғич давридаги (биринчи қатор) тухум хужайраси диаметрининг катталиги тахминан 130 мкм.га тенг бўлиб, устида ялтироқ пардаси (мембранаси) бўлади. Ҳар бир тухум хужайрасининг устида 3–4 мингта тукча бўлади. Улар найчадаги бахмалларга (духобасимон пардага) тегиб, най бўйлаб ҳаракат қила боради ва у ерда ана шу тухум хужайраси етилади. Сўнгра бир мунча етилган (иккинчи қатор, яъни иккита давр) тухум хужайраси сифатида етилиб хужайра марказини йўқотиб уруғланишга тайёр бўлади. Тухум хужайрасининг ядросида ҳам 23 та хромасома бўлиб, уларнинг ҳаммаси X жинсий хромасомалардан иборат. Уруғланиш асосан Фаллопий найининг кенгайган жойида бўлади. Бу вақтда спрематозоид ўзидан гиалиуронидаза, трипсин ферментларини чиқаради. Уруғланган тухум хужайрасидаги эркак ҳамда урғочи хужайра ядролари бир-бирига яқинлашади ва қўшилади. Шундай қилиб, бир бутун уруғланган тухум хужайраси – зигота ҳосил бўлади. Бу пуштнинг биринчи, бошланғич куртаги – эмбрионнинг ҳосил бўлиши ҳисобланади.

Ҳомиладорликка ташхис қўйиш ўзига хос белгиларга асосланган ҳолда амалга оширилади. Ташхиснинг тахминий белгиларига иштаҳасизлик, ҳид ва таъм билишнинг ўзгариши, асаб тизимининг ўзгариши (таъсирчанлик, уйқусизлик, инжиқлик, кайфият ўзгарувчанлиги ва ҳок.) ҳамда юз терисида доғлар, кўкрак сўрғичлари ва қорин деворида оқ чизикларнинг ҳосил бўлиши киради. Ташхиснинг ишонарли белгилари эса ҳайз кўришнинг тўхташи, кўкрак безларини эзганда оғиз сути ажралиши, бачадон бўғзи ва қиннинг шиллиқ қаватлари кўқариши, бачадон ўлчами, шакли ва қаттиқлигининг ўзгариши билан намоён бўлади.

Юқоридаги белгилар қуйидаги усуллар билан аниқланади: савол-жавоб, суриштириш; кўкрак безини пайпаслаб кўриш; ташқи жинсий аъзоларни кўздан кечириш; кўзгу ёрдамида текшириш; қинни икки қўл билан текшириш.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ишончли белгилар пайдо бўла бошлайди, яъни бачадонда ҳомила борлиги аниқланади. Масалан, пайпаслаш йўли билан ҳомиланинг бош, бел ва майда қисмларини аниқлаш, юрагининг уриши дақиқасига 120–140 та бўлишини санаб билиш мумкин. Бу даврда она ўз вужудида ҳомиланинг ҳаракатларини сеза бошлайди. Ҳомиладорликни қолган белгилари ультратовуш ёрдамида аниқланади.

Туғруқ жараёни ҳақида умумий маълумотлар

Туғиш физиологик жараён бўлиб, у ҳомиладор аёлнинг асаб тизими, эндокрин, жинсий аъзолари ва бошқа системаларидаги физиологик ўзгаришлар ҳисобига рўй беради. Бунда туғиш йўллари орқали бачадондан ҳомилани, йўлдошни, унинг ташқи пардасини ҳамда ҳомила олди суви ташқарига итариб чиқарилади. Бачадон деворининг мунтазам равишда қисқариши, унда калий, кальций, магний, натрий ва бошқа ионларнинг миқдори ўзгариши ҳисобига содир бўлади. Бачадоннинг кўзгалувчанлиги ҳамда қисқарувчанлик фаолиятининг кучайиши ҳомиладорликнинг охириги кунларида унинг мускулларида оксиллар, гликоген, кальций, глутацион ва бошқа моддаларнинг кўп-лаб тўпланиши ҳисобига рўй беради. Бачадоннинг кўзгалувчанлиги ва қитиқланиш кучининг даражаси маълум чегара даражасига етганда туғиш жараёни бошланади.

Туғиш жараёни яқинлашганини қуйидаги белгилардан билиш мумкин: туғишга 2–3 ҳафта қолганда бачадон туби пастга тушади, (одатда, ҳомиладор аёл нафас олиш енгиллашганини сезади); ҳомиланинг қуйи томони пастга тушади; туғишдан олдин, кўпинча, ташқи жинсий аъзо орқали қуюқ шилимшиқсимон ажралмалар чиқади; ҳомиладорликнинг охирига келиб бачадон қисқаришини сезиш бошланади (бунда думғаза ва қориннинг пастки қисмида оғриқ пайдо бўлади); ҳомиладорнинг вазни озроқ камайган бўлади.

Туғишнинг бошланиши дард тутиши, яъни бачадон мускулларининг мунтазам қисқариши билан кечади. Бу жараён бошида 10–15 сонияда юз берса, кейинчалик тез ва кучлироқ кечиши билан характерланади. Сўнг бачадон бўғзининг силлиқланиши ва очилиши кузатилади, қон билан аралашган шилимшиқ ажралади, ҳомила пуфаги ҳосил бўлади.

Туғишда итарувчи кучларга *дард тутиши (тўлғоқ)* ва *кучаниш* киради. Дард тутиши бачадон бўғзининг очилишига, ҳомила ва йўлдошнинг туғилишига олиб келади.

Туғиш уч босқичдан иборат.

1) *Очилиш босқичи*. Бу дард тутишининг мунтазам равишда бўлиши билан бошланиб, бачадон ташқи бўғзининг тўлиқ очилиши билан тугайди. Бачадон бўйнининг очилиш жараёни бачадон тубининг ва танасининг мускуллари қисқариши туфайли бачадон бўғзи айланма мускулларининг чўзилиши ҳисобига ҳамда ҳомила пардасининг бачадон бўғзини кенгайтирувчи, яъни гидравлик тикин сифатидаги таъсири туфайли юз беради. Натижада, бачадон бўғзи силлиқланади, туғилаётган чақалоқнинг боши ва танаси ўтиши мумкин бўлган чўзилган найга айланади. Очилиш босқичи аста-секин ривожланади. Бошланишида бачадон бўғзи бир бармоқни ўтказди, кейинчалик иккита бармоқни ва ҳок. Бунда томоқ четлари борган сари юпқалашади ва бачадон бўғзининг кенглиги 10–12 см.га етганда, тўлиқ очилган ҳисобланади.

2) *Ҳомилани ташқарига итариб чиқариш босқичи*. Бунда туғиш йўллари орқали ҳомила ташқарига итариб чиқарилади. Ҳомила олди суви ташқарига оқиб чиқиб кетгандан сўнг дард қисқа муддатга тўхтади, бачадон деворлари қалинлашади ва ҳомила баданига ҳамма томондан маҳкам ёпишади. Бу даврда тез-тез дард тутади ва у кучаниш билан кечади. Бачадон ичидаги босим билан қорин девори босими кўшилади. Бу ҳомила йўллари орқали ҳомилани илгариланма ҳаракатлантириб, унинг туғилишига олиб келади.

3) *Йўлдош туғилиши босқичи*. Бунда бачадон деворига ёпишган йўлдош ундан ажралиб, ҳомила йўллари орқали туғилиши юз беради. Дард тутиши ушбу жараённинг асосий шароити ҳисобланади. Бундан ташқари, қорин деворининг таранглашиши, яъни кучаниш ҳам катта аҳамиятга эга. Чақалоқ туғилгандан сўнг бачадон қисқаради. Орадан бир неча дақиқа ўтгач, бачадоннинг ҳамма қисми, йўлдош бириккан қисми ҳам бир маромда қисқаради. Йўлдош қисқариш қобилиятига эга эмас, шунинг учун у бачадон деворидан кўчади.

Туғиш жараёнининг иккинчи босқичида ҳомила бачадон ичидан туғиш йўллари орқали ташқарига итариб чиқарилади. Туғиш каналининг юмшоқ тўқималарига *бачадоннинг пастки қисми, қин, тос* ва *унинг тубидаги мускуллар* киради. Тос тубининг мускуллари охириги босқичга қадар туғиш жараёнида ҳомила бошининг ҳаракатига тўсқинлик қилади, шу туфайли ҳомиланинг горизонтал ўқи атрофида айла-

нишини таъминлайди. Тос тубининг мускуллари узун чиқиш найини ҳосил қилади. У суяк каналининг давоми ҳисобланиб, орқа томонга бир оз ёйсимон эгилган бўлади (шунинг учун горизонтал ўқ парабола кўринишига эга). У суяк каналида тўғри пастга йўналган бўлиб, тос тубига етгандан сўнг олдинги томонга йўналади. Ҳомиланинг боши ҳам турли ўлчамларга эга: узунасига, эгри, кўндаланг ва вертикал. Ҳомила боши илгариланма ҳаракати ўз ўқи атрофида айланиши ҳисобига кичик тос ва туғилиш йўлининг юмшоқ тўқималари орқали туғилиши – туғиш биомеханизми дейилади.

Биринчи босқичда ҳомила боши илгариланма ҳаракат қилади. Бу босқич анча вақтга чўзилади, бошланишида дард тутиши камроқ, кучсиз ва қисқа давом этади. Бироқ у аста-секин тезлашиб кучаяди ва давомийлиги узаяди. Босқич охирига келиб дард тутиши ҳар 2–3 дақиқа ичида кузатилади ва давомийлиги 60–80 сонияга етади. Дард турли даражада оғриқ бўлиши билан характерланади. Бачадон бўғзининг текисланиб, очилиши қин текшириш усуллари билан аниқланади. Дард ва кучаниш ҳисобига ҳомиланинг боши кичик тос тубига тушади. Ҳомила боши оралиқ соҳага етганда у бўртади, илгариланма ҳаракат натижасида жинсий ёриқ орқали чиқа бошлайди. Тиббиётда бу *ҳомила бошининг ёриб чиқиши* дейилади. Учинчи босқич жуда қисқа давом этади. Бачадон туби киндик соҳасида бўлади. Дард тутган вақтда бачадон зичлашади, тор ва энсиз бўлиб қолади, туби эса пастга тушиб, ўрта ўқ чизигидан четлашади. Юқоридаги жараёнлар йўлдошнинг бачадон деворидан ажралганлиги ҳақида далолат беради. Йўлдош қин соҳасига яқинлашганда кучанишга хоҳиш туғилади, дард тутиши ҳисобига йўлдош туғилади.

Дунёга келган чақалоқ стерилланган пахта ёки дока билан артилади. Стерилланган резина мослама ёки электрсўрғич ёрдамида эса оғиз ва бурунлари шилимшиқдан тозаланади. Шуни билиш керакки, соғлом ва ўз вақтида туғилган чақалоқлар бир маромда нафас олиб, баланд овозда қичқиради ва қўл-оёқларини фаол ҳаракатлантиради. Вояга етмай, эрта туғилган чақалоқларда бу белгилар анча суст ривожланган бўлади. Чақалоқ қовоқлари алоҳида стерилланган пахта шарчалар билан ташқи қирғоғидан ички қирғоғига қараб артилади. Кўзнинг олдин пастки, кейин юқориги қовоқлар очилиб, бир томчидан 30 фоизли альбуцид эритмаси томизилади. Киндик тизимчасига икки босқичда ишлов берилади. Чақалоқ териси стерилланган вазелинли ёғ шимдирилган пахта шарчалар билан суртиб тозаланади. Сўнгра вазни тортилади, бўйи ўлчанади, бош ўлчамлари аниқланади. Сўнггида чақалоқ кийинтирилиб, йўргаклаб чойшабга ўралади.

Учинчи босқичда йўлдош кўчиши ва жинсий йўллар орқали ташқарига итарилиб чиқиши кузатилади. У анча вақтгача (асоратсиз кечганда 1–2 соат) чўзилади. Агар она 300 мл. қон йўқотиб, ҳомиладорнинг аҳволи оғирлашса, асоратли кечиш ҳисобланади. Шунинг учун йўлдош ажраганлигидан далолат берадиган белгиларни аниқ билиш катта аҳамиятга эга. Улар куйидагилардан иборат:

1) *бачадон тубининг баландлиги ва шакли ўзгаради (Шредер белгиси), яъни йўлдош ажрагандан сўнг бачадон девори қалинлашади, тораяди, туби киндикдан юқорига кўтарилади ва ўрта ўқдан ўннга оғади;*

2) *киндик тизимчасининг ташқи кесилган қисми узаяди (Альфельд белгиси), яъни киндик тизимчасига боғланган ипак 10–12 см. пастга тушади;*

3) *қов битишмаси юқорисида қорин деворининг ташқарига бўртиб қолади, яъни бу бачадоннинг пастки қисмига ажралган йўлдош тушганда ҳосил бўлади;*

4) *ажралган йўлдош қинга тушганда дард тутади;*

5) *кучаниш вақтида киндик тизими узаяди;*

б) *қов битишмасидан юқорига қўл панжасини кўндаланг қилиб босиб кўрилганда агар йўлдош ажралмаган бўлса, у ҳолда киндик тизимчаси қисқаради, акс ҳолда узунлиги ўзгармайди (Кустнер-Чукалов белгиси).*

Учинчи босқичда юз бериши мумкин бўлган асоратларга ажралган йўлдош чиқишининг кечикиши, бачадон деворидан йўлдош ажралиш жараёнининг бузилиши киради. Бунда қон кетиш каби асоратлар хавфи кучаяди ва бу туғиш йўли юмшоқ тўқималарининг йиртилиши, йўлдош бўлакларининг бачадон деворида қолиб кетиши ҳамда бачадоннинг гипо ва атонияси сабаб рўй беради.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

1) *Репродуктив саломатлик нима?*

2) *Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш омиллари ҳақида гапириб беринг.*

3) *Ҳомила қандай пайдо бўлади?*

4) *Ҳомиладорликни аниқлаш белгилари ҳақида гапириб беринг.*

5) *Туғиш жараёни ҳақида қисқача гапириб беринг.*

5-мавзу. ИНСОН САЛОМАТЛИГИ УЧУН ЗАРАРЛИ ОДАТЛАР. ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Кашандалик, алкоголизм ва гиёҳвандлик

Жамиятда соғлом турмуш тарзини қарор топтириш учун аҳоли, хусусан, ёш авлодни кашандалик, алкоголизм, гиёҳвандлик каби турли зарарли иллатлардан ҳимоя қилиш муҳим омил саналади. Бироқ ҳозирги глобаллашув даврида ушбу иллатларнинг жаҳон бўйлаб тобора илдиз отиб бораётгани кишини биров ташвишга солади. Чунки, кашандалик, ичкиликбозлик ва гиёҳвандлик киши организмга салбий таъсир кўрсатиб, охир-оқибат уни умуман издан чиқаради. Масалан, тамаки маҳсулотларини сурункали истеъмол қилиш – ашаддий кашандаликка, спиртли ичимликлар – алкоголизмга; гиёҳванд моддаларга ружу қўйиш – гиёҳвандликка олиб келади. Энг ачинарлиси, улар ҳаёт-фаолиятимизга, соғлом турмуш тарзимизга жиддий хавф солади. Маълумотларга қараганда, тамаки чекиш натижасида содир бўлаётган ўлим ҳолатлари бугун гипертония касаллигидан сўнг иккинчи ўринни эгаллайди.

Мутахассисларнинг фикрича, тамаки асосан асаблар тизимига қўзғатувчи ҳамда тормозловчи таъсир этади. Афсуски, бу ўта салбий оқибатларни вужудга келтиради. Чекувчилар ўртасидаги ўлим кўрсаткичи чекмайдиганларга қараганда 30-50 фоиз юқори бўлади. Ўпка саратони билан оғриганларнинг салкам 95 фоизини чекувчилар ташкил этади. Энг ёмони, чекиш туфайли оғиз бўшлиғи, томоқ, ҳалқум, қизилўнгач саратони ҳам келиб чиқади. Бир дона сигарета чекканда қон-томирларнинг сиқилиб туриш вақти ошиб, юрак уриши 15-20 тага кўпаяди. Шу боис, юрак инфарктлари, стенокардия касалликлари чекувчилар орасида 12-15 мартаба кўп учрайди. Кашандалик мушаклар кучи тезкорлигини камайтиради, хотирани сусайтириб, жинсий майлни сўндиради. Наслга таъсир этиб, жисмоний ёки ақлий заиф фарзандларнинг туғилишига сабаб бўлади. Айниқса кашанда аёлларда бола ташлаш, хомиланинг чала ёки ўлик туғилиши, жисмоний ва ақлий кўрсаткичларининг паст бўлиши каби ҳолатлар кузатилади.

Сўнгги пайтларда кашандаликнинг яна бир тури – *чилиим чекиш* оммалашиб бормоқда. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, чилим тутуни таркибида захарли моддалар бўлиб, бу ўпка саратони, юрак қон-томир тизими касалликлари ва

бошқа бир қанча хасталикларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Ўртача меъёрдаги чилим чекилганда сийдикдаги никотин даражаси 73 баробарга, катонин 4 баробарга, ўпка ва ошқозонности беzi саратонини келтириб чиқарувчи тамаки никотини 2 баробарга кўтарилади. Бундан ташқари, бензол ва акроленнинг парчаланишидан ҳосил бўладиган моддалар саратон ва респиратор касалликларни келтириб чиқаради. Чилим чекилаётганда сўлак орқали герпес ва сариқ касаллиги ҳам юқиши мумкин. Унинг тутуни одам ўпкасида бирданига тўпланмайди. Тутун таркибида шундай зарарли моддалар борки, улар нафас олиш аъзолари ва юрак қон-томир тизими касалликларининг келиб чиқишига сабаб бўлади. Масалан, хавфли ўсма касаллиги билан касалланиш чилим чекувчилар орасида анча кўп. Тамаки тутунидаги кўпгина компонентлар сувда эримайди ва натижада зарарли моддалар чекувчининг ўпкасига тўғридан-тўғри ўтади. Мутахассисларнинг фикрича, бир марта чилим чекиш давомида организмга тушадиган зарарли моддалар 60 та сигаретаникига тенг. Унинг тутуни охироси оқибат ҳалқум ва ўпка ракига олиб келади.

Алкоголизм ижтимоий ва тиббий аспектга эга. Ижтимоий маънода алкоголизм – жамият фаровонлигига ва криминал ҳолатга, инсонларнинг соғлигига, турмушига, меҳнатига путур етказувчи меъёрсиз спиртли ичимликларни ичишдир. Тиббий маънода у организмнинг ички аъзоларида ва тизимларидаги ўзгаришлар, рухий бузилишлар билан борадиган, спиртли ичимликларга қарамликнинг ривожланиши билан ўтадиган, доимий алкоголь истеъмол қилиш натижасида юзага келувчи сурункали касаллик ҳисобланади. Ичкилик одамни оғир касалликларга олиб келади. Спиртли ичимликларни узоқ вақтгача мунтазам ичиб юриш кишини алкоголизмга дучор қилади. Маълумотларга қараганда, психоневрологик диспансерларга мурожаат қилувчи рухий касалликларга дучор бўлганларнинг энг кўпи алкоголизмга мубтало бўлган кишилардир. Алкоголизм натижасида миянинг иш қобилияти пасаяди, фикрлаш, фаоллик сусаяди. Кейинчалик жаҳлдорлик, уйқунинг бузилиши, масъулиятсизлик, бошқаларга ва ҳатто, ўзига ишонмаслик, толиқиш, умумий ҳолсизлик аломатлари сезилади. Касаллик ўз вақтида олди олинмаса, асаб тизими бутунлай бузилади. Шу маънода, алкоголизм бир қатор оғир асоратларни келиб чиқаради. Жумладан, ошқозон-ичак хасталиклари, бош мия ва рухий ҳолатнинг бузилиши, жигар, юрак қон-томир тизими касалликлари ва ҳоказо.

Алкоголизм касаллигининг ривожланишида ижтимоий, биологик ва психологик омиллар ҳам сабаб бўлади. Шахснинг маълумоти, оилавий аҳволи, моддий таъминот даражаси, жамиятдаги ўрни ва

бошқалар ижтимоий омиллар гуруҳига киради. Психологик омилларга уни истемол қилиш туфайли юзага келадиган рухий белгилар – сокинлик, бепарволик, қувноқлик кайфиятлари, ҳаётга енгил қараш кабилар киради. Биологик омиллар деганда, ирсий мойиллик, модда алмашинувининг бузилишлари, хусусан, В ва С витаминларининг баланси, қонда хлор ва натрий ионларининг ўзаро нисбати, адреналин билан адренохром ўртасидаги мувозанат бузилишлари тушунилади. Оддий алкоголь мастликнинг учта даражаси бор: *енгил, ўрта* ва *оғир*.

Патологик мастлик асаб тизими маълум даражада тўлиқ бўлмаган ва анча нозик бўлган кишиларда рўй беради. Эпилептик тутқаноғи бор, бош мияси жароҳатланган ҳамда асаб тизими юқумли касалликларини ўтказган шахсларда алкогольнинг оз миқдори патологик мастликка олиб келиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча баъзи психопатик шахсларда ҳам рўй беради. Патологик мастлик одатда бехосдан оддий мастликдан сўнг пайдо бўлади ва киши хулқи, кўринишининг кескин ўзгариши билан характерланади. Бу ҳолат 30-40 дақиқадан 1-2 соатгача давом этиши мумкин ва одатда, узоқ уйқу билан тугайди. Сўнг беморлар нормал ҳолат билан уйғонадилар, аммо бўлиб ўтган воқеалар, яъни ўткир психоз ҳолати тўғрисида умуман эслолмайдилар. Патологик мастлик асосан гувоҳларнинг кўрсатмалари асосида ўтмиш воқеаларини тиклаш, яъни ретроспектив йўл билан аниқланади.

Алкоголизм уч босқичда ривожланади. *Бошланғич босқичнинг* асосий белгиси алкогольга толерантлик, яъни чидамлилиқнинг ошиши ҳисобланади. Алкоголдан захарланишда учрайдиган ҳимоя реакцияси, яъни қусиш рефлексининг йўқолиши алкогольизм биринчи босқичнинг белгисидир. Беморда алкогольга ҳеч енгиб бўлмайдиган эҳтиёж пайдо бўлади ва бу кўпинча, ташқи вазият ва факторларга боғлиқ бўлади. *Ўртача босқичда* алкогольга нисбатан чидамлилиқ янада ошади. Уни истемол қилиш миқдори суткасига 1-2 литргача етади. Бу босқичда киши ўзини ичкиликдан тия олмайди, рухий ва жисмоний унга тобе бўлиб қолади (абстинент синдроми). *Сўнгги босқичда* қуйидаги белгилар кузатилади: алкогольга тоқат қила олмаслик (интолерантлик), органик эсипастлик, соматик бузилишлар, жинсий майлнинг сусайиши, шахс ўзгаришлари, яъни кўрслик, шарм-ҳаёсизлик, урушқоқлик, худбинликни чуқурлашуви.

Алкоголь психозлари касалликнинг иккинчи ва учинчи босқичларида учрайдиган рухий ўзгаришлардир. Психозлар кўпроқ алкогольизмга учраган эркакларда учрайди. Психозлар аксарият ҳолларда абстиненция, яъни хумор ҳолатида бошланади. Унинг қуйидаги тур-

лари мавжуд: алкогольли делирий (оқ алаҳлаш), алкоголь галлюцинозлари, алкоголь васвасали психозлари, алкоголь энцефалопатиялари. Бундан ташқари, психозларнинг аралаш, мураккаб турлари ҳам учраб туради. Улардан энг кўп учрайдигани алкогольли делирийдир. У кўпинча сурункали алкоголизмнинг абстиненция даврида пайдо бўлади ва кечишида уч босқич тафовут қилинади: *Биринчи босқич* – даракчи босқич. Одатда, 3-4 кун давом этади. Бунда бемор аҳволи ёмонлашади, сиқилиш ёки хавотир кучаяди, бош оғирлашади, уйқусизлик, қулоқларнинг шанғиллаши, иштаҳанинг йўқолиши безовта қилади. *Иккинчи босқич* – делирий босқичи. Делириоз босқич ўртача 2-4 кун давом этади, кам ҳолларда икки ҳафтагача чўзилади. Ёрқин ифодаланган кўриш галлюцинациялари ва иллюзиялар, ҳаракат кўзғалишлари, эс-ҳушнинг бузилиши, кўрқув аффекти унга хос. *Учинчи босқич* – соғайиш босқичи. Психоз кўпинча чуқур ва узок, 12-16 соатгача давом этадиган уйқу билан тугайди. Сўнгра бемор ўзини беҳол, қувватсиз, кайфиятсиз сезади. Галлюцинациялар кузатилмайди ҳамда руҳий бузилишлар ўтиб кетади. Беморнинг жисмоний ҳолати ҳам аста-секин ўз ҳолига келади.

Алкоголь галлюцинози тўсатдан бошланадиган касаллик. Ўткир алкоголь галлюцинозининг келиб чиқишига салбий соматик омиллар (инфекция, жисмоний заифланиш, ортикча чарчаш) ёрдам беради. Психоз уйқусизлик, беҳоллик, ваҳима белгилари билан бошланади. Одатда, тунги уйқусизлик вақтида бемор қулоғига ҳар хил ваҳимали «товушлар» (сўкиш, пўписа, майна қилиш сингари) эшитилади. Гоҳида беморни аллакимдир таъқиб қилгандай бўлади ва бу ҳолат ўртача 1-2 ҳафтадан бир ойгача чўзилади. Агар шундай ҳолат яна давом этса, касаллик сурункали алкоголь психозига ўтади. Сурункали алкоголь психози ойлаб, баъзан йиллаб давом этиши мумкин.

Алкоголь энцефалопатиялари ўткир, ўртача ва сурункали кечади. Унинг ўткир даражаси оғир кечувчи делирий ҳолати бўлиб, руҳий, соматик ва асаб ўзгаришлари билан кузатилади. Сурункали алкоголь энцефалопатияси (Корсаков психози) хотиранинг пасайиши, атроф-муҳитни билиш қобилиятининг бузилиши, доимий кайфичоғлик, танқидий муносабатнинг пасайиши ва полиневритга хос бўлган белгилар билан кечади. Алкоголь фалажи кўпинча эркакларда учрайди. Руҳий ўзгаришлар фикрлаш, билиш, ўз-ўзига танқиднинг пасайиши, бачкана ҳазиллар, бефаҳмлиқ, эйфория, хотира бузилишлари ва бошқалар билан характерланади. Алкоголли васваса психозларига эса рашк васвасаси ва таъқиб қилиш васвасалари киради.

Гиёҳвандлик – турли хил гиёҳвандлик воситаларини нотиббий мақсадларда истеъмол қилиш натижасида юзага келадиган касаллик. Гиёҳвандлик ва токсикоманиянинг клиник кўринишлари жуда хилма-хилдир. Бироқ сўнгги йилларда «полинаркомания» деб аталувчи атама ҳам жуда оммалашди.

Гиёҳвандлик орасида нашанинг ҳар хил турларидан тайёрланадиган препаратларни (наша, марихуана, гашиш, банг, киф, хусус, план, харас, дачча каби) суиистеъмол қилиш билан боғлиқ ҳолда юзага келадиган гиёҳвандлар асосий ўринни эгаллайди. Наша ўсимлигида уларнинг тури ва навига қараб турли миқдорларда альдегид каннабинол мавжуд. Гиёҳванд моддаларни чекиш ёки қабул қилишдан ҳосил бўладиган карахтлиқ ҳолати ҳар бир шахснинг индивидуал хусусиятларига, шунингдек ўша модданинг миқдори қанчалик тез-тез қабул қилинишига боғлиқ. Уни истеъмол қилишнинг дастлабки пайтларида кўнгил айнийди, тахирлик сезилади, сўлак ажралиши кўпаяди ва бош айланади. Кейинчалик бу таъсир чанқаш, очлик, оғиз қуриши ҳислари билан кечади. Бора-бора турли истаклар пайдо бўлади, ташқи таъсирларга берилувчилик пайдо бўлади. Катта иллюзиялар, фантазиялар юзага келади, барча товушлар алоҳида резонансга эга бўлади ва сўзлашув акустикаси кучли залда юз бераётгандек ҳиссиёт туғдиради. Наша препаратлари жинсий соҳага ҳам таъсир кўрсатади. Уларни узоқ вақт истеъмол қилганда карахтлиқ ҳолати ўзгаради, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари, таъқиб этиш билан боғлиқ васваса билан кечадиган психозлар юзага келади. Кишининг ақлий салоҳияти пасаяди, хотираси бузилади, психик астения, эмоционал сийқаланиш, иштаҳа пасайиши бошланади, ёлғизликка интилади. Кучли психик реакциянинг бошқа типи ёрқин ифодаланган хавотир, кўрқув ва саросима (масалан, ўлимдан, жинни бўлишдан кўрқиш) ҳислари чулғаб олган шахсларда кузатилади. Организмнинг иммун тизимини сусайтиради.

Морфин типигаги гиёҳвандлик опий ва унинг препаратларини қабул қилиш оқибатида юзага келади. Опийнинг 20га яқин алкалоидлари (морфин, кодеин, тебаин, героин, дионин, наркотин сингари), шунингдек морфинсимон таъсирга эга синтетик препаратлари (фенадон, промедол ва бошқалар) мавжудлиги маълум. Морфин типигаги гиёҳвандлик кўкнор ўсадиган ва етиштириладиган жойларда учрайди. Айрим ҳолларда у шифокорларнинг ушбу препаратларни тиббий мақсадларда нотўғри ва назоратсиз ишлатишлари натижасида ҳам юзага келиши мумкин. Кодеин ичиш орқали истеъмол қилинади, морфин, промедол эса тери ости ва венага юборилади. Бунинг натижасида онг

ўзгариб, оғиз қурийди, иссиқлик ҳис қилинади. Кескин кучсизлик, кулоқларда шовқин, бош оғриши, тери ажралиши пайдо бўлади. Кўп пешоб қилиш кузатилиб, юрак-томир тизими ва нафас олиш бузилади. Заҳарланиш кучайганда цианоз, қонли ич кетиш, талваса бошланади, нафас олиш марказининг фалажланиши ривожланади. Препарат таъсир қилган даврларда психик стигмалар комплекси – фантастик, калейдоскопик кечинмалар (илгари кўрилган, ўқилган нарсалар манзаралари, субъектнинг ўз фантазиялари) билан юз берадиган мотор тормозланишига ўтувчи енгил эйфория кузатилади. Аини вақтда жисмоний ҳиссиётлар комплекси мавжуд бўлади – оғиз қуриши, қичишиш, илиқлик, танада ва оёқларда оғирлик ҳисси юзага келади, уйқу бузилади. Кўз қорачиқлари тораяди, иштаҳа пасайиб, тез-тез ич қотади. Юрак-томир тизимида ҳар хил бузилишлар пайдо бўлиши мумкин. Бошланғич босқич 2–3 ойдан 6–8 ойгача давом этади. Сурункали босқичда наркотик воситаларни мунтазам қабул қилишга ўтилади ва унинг миқдори ҳам ошиб боради. Кишида руҳий тобелик намоён бўла бошлайди. Морфин гиёҳвандлигида абстиненция ҳолати наркотикнинг охириги миқдори қабул қилингандан сўнг бир неча соат ўтгач бошланади. Бунда турли-туман соматовегетатив, психоневрологик симптомлар, жумладан, эснаш, терлаш, кўздан ёш оқиши, бурундан сув келиши, тремор, титраш, кўз қорачиқларининг кенгайиши, кўнгил айланиши, қусиш, ҳарорат кўтарилиши, нафас олишнинг тезлашиши, қорин ва бошқа соҳалардаги мушаклар гуруҳларининг сиқилиши ва оғриши, организмнинг сувсизланиши ва озиши кабилар кузатилади. Руҳиятда хавотир, ташвишланиш, ўлимдан беихтиёр қўрқиш кузатилади. Бу ҳиссиётлар гоҳ кучайиб, гоҳ сусаяди. Кайфият ўзгарувчан бўлади, яъни: ўз шахси ва имкониятларини ортиқча баҳолаш билан кечадиган енгил эйфория ёки депрессия, жиззакилик, жаҳлдорлик, лоқайдлик ва тажовузкорлик билан кечадиган тушкун кайфият ва ҳоказо. Гиёҳвандликнинг ушбу гуруҳига узок давом этадиган ва барқарор астения хосдир. Жисмоний астения озиш билан кечади. Руҳий астения ҳар қандай ақлий ҳаракат иродавий куч талаб қилишида намоён бўлади. Эмоционал соҳа бузилади, яъни кайфият доимо тушкун, ўтиб кетмайдиган депрессияга мойил бўлади. Сурункали, кечки босқичда гиёҳвандлар ғайриижтимоий бўлиб қоладилар. Гиёҳванд моддаларсиз яшай олмаслик ҳисси уларни ўғирлик, фирибгарлик ва бошқа ғайриқонуний ҳаракатларга ундайди. Жинойтларни улар кўпинча абстиненция ҳолатларида содир этадилар.

Кокаин гиёҳвандлигида касалликнинг бошланғич босқичи тез бошланади. Уни қабул қилгандан (бурун орқали тортиш ёки қонга юбо-

риш) сўнг енгил бош айланиши ва миёда узоқ вақт давом этмайдиган нохуш ҳиссиёт пайдо бўлади. Бу ҳиссиёт каттиқ оғриқ тарзида кечиб, тезда ёқимли ҳиссиёт билан алмашади. Гиёҳвандлар илҳомланиш, кучли ақлий фаолият ҳолатини ҳис қиладилар, фикрлар тез келади, ассоциациялар осон юзага келади, ақлнинг умумий теранлашуви бошланади. Фаоллик ҳаракатларда ҳам намоён бўлади: улар кўп ҳаракатланадилар, жойларини ўзгартирадилар, уйдан кетиб қоладилар, кўтаринки кайфиятда дайдиб юрадилар. Бундай ҳолат 2-3 соат давом этади, сўнгра умумий кучсизланиш, ҳаракатсизлик ва кайфиятнинг пасайиши билан кечадиган лоқайдлик пайдо бўлади. Қабул қилинаётган препаратга кўникиш тез кучайиб боради ва руҳий қарамлик кучаяди. Аста-секин абстинент синдром шакллана бошлайди. Ўзгаришларнинг дастлабки белгилари, яъни кўполлашув, қизиқишлар доирасининг торайиши, психик кўринишларга эга бўлган ҳиссий сийқаланиш пайдо бўлади. Кўз қорачиқлари кенгайиб, бурун, оғизда қуриш сезилади. Бу сурункали босқич бошланганидан далолат беради. Препаратга нисбатан толерантлик кучаяди. Ҳиссиётлар бошланғич босқичдаги ёрқин эмас. Абстинент синдром тўлиқ шаклланган ҳамда соматовегетатив ва психик симптомлар мажмуида намоён бўлади. Улар орасида асосийлари пешона ва энса соҳасида кучли бош оғриғи, кўрқув ҳисси билан кечадиган бўшлиққа қулаш ҳиссидир. Абстинент синдромнинг психик таркибий қисмида ғам-ғусса кайфияти кўпинча яшашни истамаслик ҳақидаги фикрлар билан кечади. Ушбу ҳолатда гиёҳвандлар ўзига нисбатан ўлим билан тугайдиган суиқасд ҳаракатларини содир этишлари мумкин. Улар худбин бўлиб ва борган сари кўполлашиб боради. Бутун фикр ва ҳиссиётлари наркотик восита олишга қаратилган бўлади. Юқори даражадаги ҳис-туйғулар майдалашади, хотира пасаяди, ақлий фаолият сусаяди, қизиқишлар кескин камаяди. Баъзан киши уйқусизликдан қийналади. Кокаинни доимий ҳидловчи шахсларда бурун ичидаги девор тешилиши мумкин. Кокаин гиёҳвандлигининг охирги босқичида мазкур бузилишларнинг ҳаммаси кескин оғирлашади. Жисмоний соҳа азият чекиш, озиб кетиш кузатилади. Бу ҳолат бутунлай толиқишга, нафас олиш ёки томир-ҳаракат марказининг фалажлигидан келиб чиқадиган маразм ва ўлимга олиб келади.

Гиёҳвандлик препаратларининг яна бир гуруҳига *диэтиламид лизергин кислота (ДЛК)* ҳамда эрготаминанинг ярим синтетик ҳосиласи бўлмиш айрим замбуруғларда бўладиган псилоцибинни киритиш мумкин. Ушбу моддалардан кучли захарланиш оқибатида кўзғалиш, кўнгил айланиши, қайд қилиш, сўлак оқиши кузатилади. Кишининг қон

босими пасайиб, баъзан атакция, спастик параличлар учрайди. Баъзида нафас олиш марказининг фалажланиши туфайли ўлим келиб чиқиши ҳам мумкин. ДЛК таъсирида ҳолатларнинг ниҳоятда хилма-хиллиги ва шахслараро вариабеллик кузатилади. Бу индивид ичидаги ўзгарувчанлик билан кечади. Товушларга ўта сезгирлик, эшитиш иллюзиялари ва сохта галлюцинациялар типик ҳол ҳисобланади. Психологик текширувларда ҳар доим ҳам аниқланмайдиган тафаккур, ақл ва хотирадаги ўзгаришлар кузатилади.

Тери-таносил касалликларининг қўзғатувчилари ва юқиш йўллари

Тери-таносил касалликлари бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизими олдидаги долзарб муаммо саналади. Чунки, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар бўйича эпидемиологик ҳолат дунёда йилдан-йилга ёмонлашиб бормоқда. Тери-таносил, айниқса захм касаллиги ёш нуқтаи назаридан таҳлил қилинганда унинг миқдори 8–20 ёшдан бошлаб сезиларли даражада ўсиб боради. 16 ёшдан 50 ёшгача бўлган шахсларда бу касалликнинг учраши жуда юқори. Шу билан бирга, ҳозирги вақтда тери-таносил касалликларининг болалар ва ўсмирлар ўртасида кўпайиб бориш эҳтимоллиги кўзга яққол ташланмоқда. Бу эса ушбу касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалишига қарши кураш, унинг олдини олиш чора-тадбирларини кенг қўламда амалга ошириш ҳақиқатан ҳам долзарб муаммо эканлигидан далолат беради.

Венерик касалликлар инфекциян касалликлар бўлиб, махсус қўзғатувчи – микроорганизмлар таъсирида келиб чиқади. Бу қўзғатувчилар инсон танасига, асосан, жинсий алоқа натижасида юқади. Шунинг учун ҳам, тери-таносил – венерик касалликлар жинсий йўл билан юқадиган касалликлар деб аталади. Уларда инфекция манбаи касалланган инсон бўлиб, хасталик бевосита ва билвосита контакт йўли билан соғлом кишига юқади. Бу касалликларда ҳам, бошқа инфекциян касалликлар сингари, инфекциян жараённинг бошланиши макро ва микроорганизм орасидаги мураккаб муносабатларга боғлиқ бўлади. Бунда бир тарафдан макроорганизм специфик ва носпецифик ҳимоя тизимининг ҳолати, тери қатламларининг анатомик бутунлиги ва бошқалар муҳим аҳамият касб этса, иккинчи томондан, микроорганизм миқдори, унинг патоген, вирулентлик, мосланиш шакли ва бошқа хоссалари ўзига хос роль ўйнайди.

Тери-таносил касалликлари ичида энг кўп учрайдиган тури захм (сифилис) ва сўзак (гонорея)дир. Бу турдаги хасталиклар азалдан

мавжуд. Тери касалликларининг клиник белгилари ҳақидаги ёзма манбалар ҳатто эрамыздан олдинги даврларга бориб тақалади. Захм сурункали юқумли таносил касаллиги бўлиб, унинг ер юзида пайдо бўлиши ва тарқалиши ҳақида уч хил назария мавжуд. Биринчи назарияга кўра, ушбу хасталик Европага 1493 йили, яъни Америка қитъаси кашф этилган йили маҳаллий аҳолидан захм касалини юқтирган денгизчилар томонидан олиб келинган. Ушбу назарияга асосан хасталикнинг ватани Марказий Америка дейилади. Иккинчи назария тарафдорлари эса захмнинг ватани Африка қитъаси деб ҳисоблайдилар. Уларнинг фикрича, эндемик ёки тропик трепонематозларнинг кўзгатувчилари ва венерик захмнинг кўзгатувчиси трепонемалар авлодининг турли кўриниши. Аҳоли миграцияси бу касалликнинг Африкадан дунё мамлакатларига тарқалишига сабаб бўлган. Учинчи назарияни ёқловчилар захм Европа, Осиё ва Яқин Шарқда қадим замонларда мавжуд бўлган, деган фикрда. Гален, Гиппократ, Абу Али ибн Сино ва бошқа олимлар асарларида ёзилган касаллик белгилари айнан захми эслатади. Одам суякларида захмга хос бўлган рентгенологик ўзгаришларнинг топилиши, захми даволашда қўлланиладиган симобли моддаларнинг қон томирларида аниқланиши бу назарияни яна бир бор тасдиқлайди. Бироқ юқоридаги назарияларнинг ҳеч бири ҳали-ҳануз тўлиқ ўз тасдиғини топмаган.

Захм касаллигини оқиш трепонема кўзгатади. Бу микроб 1905 йили Ф.Шаудин ва Е.Гоффманлар томонидан кашф этилган. Оқиш трепонема спирал кўринишга эга. У жуда хилма-хил илгарилама, маятниксимон, тўлқинсимон, букилувчи, айланма ҳаракатлар қила олади. Бундай ҳаракатлар ипсимон фибриллалар ёрдамида амалга ошади. Захм кўзгатувчиси ташқи муҳитга чидамсиздир. У қуритилганда ўлади, лекин нам муҳитда узок яшайди (40–42⁰С да 3–6 соатда, 56⁰С эса 5 дақиқада ҳалок бўлади). Қайнаган сув, 3–0,5 фоизли хлорид кислота, 1:2000 нисбатдаги сулема, 1:1000 нисбатдаги суолтирилган карбол кислота, 96 этил спиртида трепонемалар бир зумда ўлади. Консерваланган қонда оқиш трепонемалар 3–5 кунгача тирик сақланиши мумкин. Оқиш трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Антибиотиклар таъсирида, етарли озуқа бўлмаслиги ва бошқалар туфайли улар «омон қолиш», яъни L – шакл ва цисталар шаклига ўтадилар. Цисталар коптокча шаклида ўралган трепонемалар бўлиб, ташқи томонидан дори-дармонларга чидамли қобиқ билан ўралган ҳамда улар организмга патоген таъсир кўрсатмайди ва узок вақт шундай ҳолда сақланади. Аммо маълум шароитларда, организмнинг

ҳимоя функцияси пасайганда ва микроорганизмга салбий таъсир этувчи факторлар бартараф этилганда, циста шаклидаги микроблар патоген кўринишга ўтади. Бу жараён *реверсия* деб аталади. Циста ва L-шаклли трепонемалар пайдо бўлишининг олдини олиш учун захм билан оғриган беморларни даволашда антибиотикларни юқори миқдорда қўллаш тавсия этилади.

Бемор захм тарқатадиган асосий манбадир. У соғлом киши билан ўпишганда, жинсий алоқа қилганда, унинг идиш-товоқларидан фойдаланганда касаллик юқади. Оқиш трепонема одам организмига шикастланган тери ва шиллик қаватлар орқали киради. У бемор қонида, терисидаги ярада, лимфа тугунларида, орқа мия суюқлигида, сўлагиди, нерв тўқималарида, деярли ҳамма аъзолари, ҳатто, захм билан оғриган аёл сутида ёки эркак шахвати (сперма)да ҳам бўлади. Шунинг учун касалликнинг актив даврида бемор атрофидагилар учун ўта юқумли ҳисобланади. Захмнинг умумий кечувида тўртта давр – *инкубацион (яширин), бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлар* тафовут қилинади. Инкубацион (яширин) давр организмга оқиш трепонемалар киргандан бошлаб, касалликнинг биринчи белгиси – қаттиқ шанкр пайдо бўлгунга қадар давом этади. Бу давр ўрта ҳисобда бир ойча давом этиши, баъзан 10–15 кунгача қисқариши ёки 4 ойгача чўзилиши мумкин. Захмнинг бирламчи даври терида бирламчи сифилома (қаттиқ шанкр) пайдо бўлгандан тери ва шиллик қаватларда иккиламчи захмга хос тошмалар тошишига қадар бўлган муддат (6–7 ҳафта)ни ўз ичига олади. Қаттиқ шанкр ёки бирламчи сифилома оқиш трепонема кирган тери ва шиллик қаватларда чегараланган инфилтрат ҳосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик эса инфилтратнинг юза қисми некрозга учраб, эрозия ёки яра вужудга келади. Одатда, қаттиқ шанкр овал ёки юмалоқ, атроф терисидан аниқ чегараланган, катталиги жимжилоқ тирноғидай келадиган эрозиядир. Унинг ранги қизил, атрофи текис, юлинмаган ва бир оз кўтарилган бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради (идиш шаклини эслатади). Жароҳатнинг юзи текис, силлик, гўшт рангида бўлади, унинг маркази баъзан сарғиш ёғ ғубори билан қопланган бўлиши мумкин. Эрозиялардан бир оз сероз суюқлик чиқиб, шанкрга ялтироқ кўриниш беради. Эрозияли шанкрлар эпителизация йўли билан тuzалса, ярали хили ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Қаттиқ шанкр, кўпинча, жинсий аъзоларда, баъзан оёқ, қорин ва бошқа соҳаларда кузатилади. Шу билан бирга шиллик қаватларда, кўпинча, лаб, тил, кўкрак ва бодомча безларида жойлашади. Қаттиқ шанкрнинг жойлашуви касаллик қандай йўл билан

юққанлиги ҳақида далолат беради. У субъектив белгиларсиз, баъзан эса сезиларсиз оғриқ билан кечади. Ҳосил бўлгандан сўнг (кўпинча 5-7 кун ўтиб) бирламчи захмнинг иккинчи белгиси, яъни регионал лимфа тугунларининг яллиғланиб, катталашиб шишиши, қаттиқлашиши – регионар склераденит кузатилади. Бу тугунларнинг жойлашуви қаттиқ шанкр пайдо бўлган соҳалар яқинида бўлади. Агар қаттиқ шанкр жинсий аъзоларда пайдо бўлса, чов лимфа соҳаси лимфа тугунлари катталашади. Шанкр оғиз бўшлиғи, лаб ва тилда пайдо бўлса, жағ ва даҳан ости лимфа тугунлари катталашади ва ҳоказо. Лимфа тугунларининг ловиядек катталашуви, қаттиқ эластик консистенцияга эга бўлиши, пайпаслаб кўрилганда уларнинг ҳаракатчанлиги, бир-бири ва тери билан бирлашмаганлиги ҳамда оғримаслиги регионар склераденитнинг белгиларидир. Бирламчи захмнинг охириги ҳафтасига бориб оқиш трепонемалар организмнинг барча лимфа тугунларига тарқалади ва сони ҳам ортади. Бу ҳолат барча лимфа тугунларининг катталашуви – полиаденит билан ифодаланади. Бирламчи захмнинг биринчи уч ҳафтасида Вассерман (RW) ва чўкма реакциялар манфий бўлади (бирламчи серонегатив захм). Кейинчалик эса (одатда, қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан тўрт ҳафта ўтгач) серологик реакциялар мусбатлашади (бирламчи серопозитив захм). Бирламчи захмнинг умумий белгилари қарийб 60 фоиз беморларда дармон қуриши, иситма чиқиши, бош ва бўғим оғриши, иштаҳа йўқолиши, уйқусизлик билан кечади. Қонда анемия, лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади. Захмнинг иккиламчи даври, одатда, қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан 6-7 ҳафта ўтиб бошланади. Бунда бирламчи захмга хос бўлган клиник белгилар (қаттиқ шанкр, регионар склераденит, полиаденит) фонида тери ва шиллиқ қаватларда розеолёз-папулёз тошмалар тошади. Иккиламчи захм тўрт йил, ҳатто, беш йилгача чўзилиши мумкин ва серологик реакциялар мусбат бўлади. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, ҳаракатланиш аппаратлари ва асаб тизимида турли хил патологик ўзгаришлар кузатилади. Иккиламчи захмнинг биринчи 5–7 кунда айрим беморларда (10–15 фоиз) умумий дармонсизлик, ланжлик, бош оғриши, ҳарорат кўтарилиши, кечқурун бўғим ва суякларда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Аммо беморнинг умумий аҳволи аксарият ҳолларда деярли ўзгармайди. Иккиламчи захмга хос бўлган хусусият – бу актив тошмалар тошиш даврининг яширин ёки ассимптом даврлар билан алмашилишидир. Агар иккиламчи захм даврида тери ва шиллиқ қаватларда тошмалар биринчи маротаба пайдо бўлса, бундай захм иккиламчи янги захм деб аталади. Тахминан уч

ойдан сўнг (агар касаллик даволанмаса) тошмалар ўз-ўзидан йўқолиб кетади ва касаллик иккиламчи яширин ёки латент даврга ўтади. Кейинчалик яна тошмалар пайдо бўлса, у ҳолда иккиламчи рецидив (қайталама) захм вужудга келади. Иккиламчи латент давр турли муддатларга чўзилиши мумкин. Бу, авваламбор, макро ва микроорганизм орасидаги иммунобиологик жараёнга боғлиқ. Иккиламчи захмда тошмалар тошиши 3–4 марта қайталаниши мумкин. Бу тошмалар умумий хусусиятга эга. Улар баданнинг турли соҳаларида учраб, шакли думалоқ, кескин чегарага ва кўкимтир-қизғиш рангга эга, қўшилишга мойил эмас, субъектив сезгилар бўлмайди, даволаш чоралари ўтказилмаса ҳам маълум муддатдан кейин изсиз йўқолиши мумкин. Энг ёмони, беморлар бу даврда ўта юқумли бўладилар. Иккиламчи захмда морфологик элементлардан доғ (розеола), тугунча (папула), баъзан эса пуфакча (везикула) учрайди. Шу билан бирга, бу даврда сифилитик лейкодерма ва соч тўкилиши (сифилитик аллопеция) ҳам кузатилади. Захмнинг иккиламчи янги давридаги сифилидлар майда ва кўп, ёрқин рангли, симметрик, атрофга ёйилмайди, усти кепакланмайди. Улар, кўпинча, кўкрак, қорин ва қўл, думба, сон ва оғиз шиллик қаватида учрайди. Босиб кўрилса йўқолади, сўнг яна пайдо бўлади. Розеола икки ҳафта давомида тошиб, 3–4 ҳафтагача ўзгармай тураверади, кейин рангсизланади ва секин-аста ҳеч қандай доғ қолдирмай йўқолиб кетади. Иккиламчи рецидив захмда тошмалар йирик ва сони кам, кўпинча, симметрик бўлмай, гурухлашишга мойил бўлади ҳамда кўп ишқаланувчи соҳаларда (сон, жинсий аъзолар, оғиз бўшлиғи) жойлашади. Бу даврда ички аъзо ва нерв тизимида ўзига хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Жумладан, Боткин касаллигини эслатувчи ўткир гепатитга хос бўлган, яъни сифилитик липоидли нефроз, сифилитик миокардит, гипоацид гастрит, сифилитик менингит, гидроцефалия, базал менингит каби касаллик белгиларини аниқлаш мумкин. Захмнинг учламчи даври (3–5 йилдан кейин) беморларнинг ҳаммасида ҳам кузатилавермайди. У беморни тўлиқ ёки мутлақо даволанмаганлиги натижасида келиб чиқади ва тери, шиллик қаватлар, ички аъзолар, асаб тизими ҳамда ҳаракат аппаратининг зарарланиши билан характерланади. Учламчи захмнинг ривожланишида травма ва сурункали касалликлар, захарланишлар, беморнинг ёши ҳамда бошқа омилларнинг аҳамияти катта. Учламчи захм клиник кечувига қараб фаол (актив) ва яширин даврларга бўлинади. Бу давр, ўз навбатида, дўмбоқча ва тугун (гумма) тошиш даврига ажратилади. Тошмалар сон жиҳатидан оз бўлиб (дўмбоқчалар 10–20 та бўлса, гумма, одатда,

битта ёки иккита бўлади), ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Агар тошмалар ҳаёт учун муҳим аъзо ва тизимларда жойлашса, у бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради. Бемор бу даврда атрофдагилар учун кам юқумли ҳисобланади. Чунки, тошмалар юзасида оқиш трепонемалар кам бўлиб, улар асосан, инфилтрат тубида жойлашади. Учламчи захм организмни оғир ўзгаришларга олиб келади. Бу давр ичида тери ости ёғ қавати, суяк ва мускулларда, асаб тизими ва ички аъзоларда ўзгаришлар кузатилади. Дўмбоқчали сифилид бемор терисининг дерма қаватида ҳужайравий инфилтрат ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади. Бу терининг ҳамма соҳасида учраши мумкин. Дўмбоқчалар оғримайди, қичишмайди ва яллиғланмайди. Улар ярим ойсимон ёки ясси, қизғиш тусда бўлиб, терида асимметрик жойлашади. Дўмбоқчалар олча данагидек, қаттиқ ва аниқ чегараланган бўлади. Улар вақт ўтиши билан некрозга учраб, яра ва тортилган чандиқлар ҳосил қилади. Дўмбоқчали сифилидларнинг бир неча тури тафовут қилинади:

гуруҳлашган (элементлар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, лекин бир-бири билан қўшилмайди);

эмакловчи (дўмбоқчалар қўшилади, марказидаги регрессга учрайди, периферик соҳаларда эса янги элементлар пайдо бўлади);

майдончали (дўмбоқчалар қўшилиб майдонча ҳосил қилади);

пакана (тариқ донидек келадиган дўмбоқчалар кузатилади).

Дўмбоқчали сифилид субъектив ўзгаришларсиз кечади.

Сифилитик гумма учламчи актив захмнинг энг кўп учрайдиган элементиدير. Морфологик нуқтаи назардан сифилитик гумма гиподермада жойлашган тугун бўлиб, катталиги ёнғоқдек келади. У аста-секин катталашиб, тери билан бирлашади ва ҳаракатчанлигини йўқотади. Терининг ранги кўкимтир-қизғиш тусга киради. Бемор бир оз оғриқ сезади. Сўнг тугуннинг ўртаси юмшаб, у ерда тешик ҳосил бўлади ва ундан ёпишқоқ суюқлик ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган яра – овал шаклида, аниқ чегараланганлиги, чети бир оз теридан кўтарилганлиги, қаттиқ консистенцияга эга эканлиги ва тубида некрозга учраган тўқима борлиги билан характерланади. Жароҳат ўрнида юлдузсимон гиперпигментли чандиқ ҳосил бўлади. Клиник кечувига қараб изоляцияланган, инфилтратли ва фиброзли гуммалар фарқланади. Учламчи сифилидлар (дўмбоқча ва гуммалар), кўпинча, бурун, юмшоқ танглай ва танглай тилчаси шиллиқ қаватларида жойлашади. Суяклар зарарланса, бурун суяги чўкиб, эгарсимон бўлиб қолади. Қаттиқ ва юмшоқ танглайларнинг тешилиши, танглай пардасининг шикастланиши

оқибатида овоз ўзгаради, ютган овқат бурун бўшлиғига ўтиб кетади. Ҳаракатланиш аъзоларида ўзгаришлар – периоститлар, оститлар ва остеомиелитлар, артритлар ва остеоартритлар намоён бўлади. Юрак қон-томир тизимида аортит ва мезоартритлар, захм миокардити ривожланади. Жигарда сурункали эпителиал захм гепатитлари кузатилади. Асаб тизимида эса кечки нейросифилис белгилари юзага келади. Кўпгина ҳолларда учламчи захмда орқа мия сўхтаси (қуриши, табес) – сурункасига оғир ўтиши билан ажралиб турадиган, орқа мия қобиклари, устунлари ва пўстлоқларининг шикастланиши ва кучли оғриқ билан кечадиган касаллик ёки прогрессив фалаж – мия майда қон томирларининг яллиғланиши ва бош мия моддаси, мияга ҳамда марказий кулранг ядроларнинг шикастланиши ётадиган касалликлар келиб чиқади.

Баъзан захм билан оғриган беморларнинг териси, шиллиқ қаватлари, ички аъзолари, асаб тизими ва ҳаракатланиш аппаратларида касалликнинг клиник белгилари кузатилмайди, аммо серологик реакциялар мусбат бўлади. Бу яширин захмнинг аломати. Ушбу хасталикнинг *эрта* (инфекция тушгандан сўнг ўртача йил мобайнида), *кечки* ва *номаълум* турлари тафовут қилинади. Захм билан оғриган ҳомиладор онадан сифилитик инфекция қориндаги болага ўтади ва уни зарарлайди. Туғма захм шу туфайли юзага келади. Захм қўзғатувчиси ҳомилага онадан йўлдош орқали ўтади. Шунинг учун туғма захм учун ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, яъни йўлдош қон айланиш доираси ишга тушгандан сўнг хавфли ҳисобланади. Захмнинг иккиламчи даври, баъзида эса учламчи ва кечки захм ҳомила учун ўта хавфли бўлади. Клиник белгиларининг кечиши ва муддатига қараб туғма захм тўрт хилга бўлинади:

- 1) ҳомила захми;
- 2) эрта туғма захм (туғилгандан 4 ёшгача болаларда учрайди);
- 3) кечки туғма захм (4 ёшдан ошган болаларда учрайди);
- 4) яширин туғма захм (турли ёшда учрайди).

Захмга қарши курашда қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади: первентив даволаш захмнинг келиб чиқиши олдини олиш мақсадида унинг эрта давридаги беморлар билан жинсий ва маиший мулоқотда бўлган (агар мулоқот муддати уч ойдан ошмаган бўлса) кишиларга ўтказилади; профилактик даволаш илгари захм билан оғриган ёки айни вақтда баданида захм инфекцияси бор бўлган ҳомиладор аёллар ва уларнинг болаларига (уларда серологик ва клиник белгилари бўлмаса ҳам) ўтказилади; асаб тизими, ички аъзоларнинг захм билан зарарланганлиги гумон қилинганда синама даволаш белгиланади.

Беморларнинг захмдан тўла даволанганлигини тасдиқловчи мезонларга клиник кўрсаткичлар (тери, шиллик қаватлар, ички аъзолар ва асаб тизимидаги касаллик белгиларининг йўқолиши), рентгенологик ва лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашуви кабилар киради.

Захмдан даволанган беморлар қуйидаги ҳолатларда рўйхатдан чиқарилади:

– бошланишида бирламчи даволанган, сўнг бир йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

– бирламчи захм даврида даволанган, сўнг икки йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

– иккиламчи захм даврида тўлиқ даволанганидан сўнг беш йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

– учламчи захм даврида тўлиқ даволанганидан сўнг беш йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

– захм касаллиги билан аниқ оғриган ва клиник белгилари намоён бўлмасдан олдин тўлиқ даволанмаган беморлар касаллик юққандан бошлаб ўн йил ўтгач, мутахассис кўригидан сўнг;

– туғма захм билан оғриган беморлар тўлиқ даволангач, 5 йил мобайнида диспансер назоратида бўлганидан сўнг махсус рўйхатдан чиқарилади.

Сўзак (юнонча «гонорея», яъни *gone* – уруғ, *rhoia* – оқиш) юқумли таносил касаллиги бўлиб, асосан, жинсий йўл билан юқади. Ушбу касалликда сийдик-таносил аъзолари, баъзан тўғри ичак, кўз, оғиз шиллик қаватлари ҳам зарарланади. Эркаклар сўзагида, одатда, уретрадан сарғиш-гунгурт йирингли суюқлик чиқа бошлайди. Бу клиник кўринишни эрамиздан аввалги II асрда яшаган Гален «гонорея» деб атаган. Аммо сўзак хасталигини фанда биринчи бўлиб А. Нейсер аниқлаган. У беморларнинг уретра каналидан касаллик кўзгатувчисини топиб, гонококклар сийдик-таносил аъзоларида яллиғланиш жараёнларини вужудга келтиришини илмий асослаган (1879 й.). Шундан буён сўзак алоҳида касаллик сифатида юритилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларида сўзак энг кўп тарқалган таносил касалликлар қаторига киритилади. Дунё бўйлаб йилига 200–250 миллион аҳоли ушбу хасталикка чалинади.

Касаллик кўзгатувчиси гонококклар жуфт-жуфт бўлиб турадиган кокклар, яъни диплококклардир (юнонча *diplos* – жуфт). Улар ботик томони бир-бирига қараб ётадиган дуккаклар шаклида бўлади. Гонококкни 1879 йили немис олими Альберт Нейссер топган. Е. Бум эса 1885 йилда уни махсус озиқли муҳитда ундиришга муваффақ бўл-

ган. Гонококклар бир хил катталиқда, яъни 0,7– 0,8 мк., бўйи 0,25 мк. келади. Беморга етарли миқдорда антибиотиклар ёки сульфаниламид препаратлари буюрилмаса, уларнинг катта-кичиклиги, шакли тезда ўзгариб, шарсимон, тухумсимон ёки эритроцитлар катталигидаги заррачаларга, яъни L-шаклига айланиб қолади. Бу эса даволашни анча мушкуллаштиради. Ҳатто, улар баъзи антибиотикларга, масалан, пенициллинга қарши пенициллиназа ферментини ишлай бошлайди. Гонококклар одам организмидан ташқарида юқори ҳароратга чидамсиз, айниқса 40–50⁰С дан юқори ҳарорат, дезинфекцияловчи эритмалар таъсирида тез ўлади. 1:100 нисбатдаги кумуш нитрат эритмаси, йод ва спирт гонококкларни шу заҳоти ўлдиради. Аммо қуримаган қалин йирингда ва ҳар хил буюмларда ёки нам ички кийимларда, сочиқ ва бошқаларда бир сутка, баъзан ундан ортиқ сақланади.

Сўзак ҳам худди захм сингари жинсий алоқа пайтида юқади. Касаллик манбаи сўзак билан оғриганлигини билмай юрган ёки сурункали сўзакка чалинган беморлар ҳисобланади. Унга чалинган аёллар ўзларининг касал эканликларини узоқ вақтгача билмай юришлари мумкин. Қолаверса, бундай ҳолат бесоқолбозлик (гомосексуализм) билан шуғулланувчиларда ҳам кузатилиши мумкин. Баъзан сўзак билан оғриган қизларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмасликлари туфайли уларнинг жинсий аъзоларидан келаётган инфекцияли ажралмалар тўғри ичак шиллиқ қаватига тушиб уни яллиғлантиради. Орогенитал мулоқотдан сўнг гонококклар бодомча безлар ва томоқ шиллиқ қаватини бирламчи яллиғлантириши мумкин. Кузатишлар шуни кўрсатадики, сўзак билан оғриган беморларнинг деярли 95–99 фоизи уни жинсий алоқа оқибатида юктириб олади. Сўзакка қарши туғма иммунитет ҳам, ортирилган иммунитет ҳам йўқ. Шу боис, касалдан тuzалган бемор яна қайта касалланиши ҳам мумкин (реинфекция). Сўзакда асосий патологик жараён, одатда, кўзғатувчи бирламчи кирган жойидан бошланади. Шунга асосан, сийдик-таносил аъзолари (генитал), экстрагенитал ва метастатик сўзак фарқланади. Метастатик сўзак генитал ва экстрагенитал сўзаклар асорати ҳисобланади. Эркаклар сўзагининг инкубацион даври ушбу хасталик билан оғриган аёл билан жинсий алоқа қилгандан сўнг 3–5–7 кун давом этади. Баъзан эса 3 ҳафтагача чўзилиши мумкин. Касаллик бошланганига бир ойдан ошган бўлса, у сурункали сўзакка айланади. Шунингдек, касаллиги аниқланмаган беморлар ҳам сўзакнинг сурункали хилига киритилади. Инкубацион даврдан сўнг сийдик чиқариш каналидан сарғиш-кўкимтир йиринг ажрала бошлайди. Баъзи касалларда

гонококк бўлишига қарамай, хасталик белгилари кузатилмайди. Бундай ҳолат яширин (латент) сўзак ёки гонококк ташувчилик деб юритилади. Эркаклар сўзагининг қуйидаги турлари мавжуд:

- 1) янги сўзак (ўткир, ўртача ўткир, суст кечадиган);
- 2) сурункали сўзак;
- 3) яширин (латент) сўзак.

Ўткир сўзак уретрити сийдик чиқариш каналининг олд қисмида қичиш, қизиш ва бир оз ачишишдан бошланади. Бу белгилар, айниқса тонгда безовта қилади. Бунда уретра канали оғзи ёпишиб қизаради ва шишиб кетади. Сийдикда шилимшиқ ва йирингли ипчалар кўринади. Бора-бора бемор сийганида оғриқ туриб, қаттиқ ачишишдан, эррекцияда оғриқ сезилишидан нолийди ҳамда сийдик каналидан жуда кўп сарғиш-гунгурт йиринг келади. Сўнг яллиғланиш кучайиб, ажралмалар қон аралаш чиқади ва ранги сарғимтир-жигарранг тусга киради. Касалликнинг 3–4 ҳафталари охирида яллиғланиш уретранинг олд қисмидан орқасига ўтади ва ўткир тотал сўзак уретрити авж олади. Касаллик белгилари зўраяди (уретроцистит). Бемор тез-тез сияди, сийганида (қон аралаш бўлиши ҳам мумкин) оғриқ сезади. Суст кечадиган сўзакда сўзак уретритининг клиник белгилари суст, яъни сийдик чиқариш канали атрофи бир оз қизарган, шишган бўлиб, фақат эрталаблари ажралмалар кам миқдорда шилимшиқли ва йирингли бўлади. Ўртача ўткир сўзак уретрити белгилари юқорида айтилган ҳар иккала уретритнинг оралиғида туради. Ўткир сўзак уретритида сийдик каналининг орқа қисми зарарланиб, унда, одатда, простата бези ва тухум ортиқлари ҳам патологик жараёнга қўшилади. Ўткир сўзакда ҳарорат кўтарилиши, иштаха пасайиши, умумий қувватсизлик кузатилади.

Бемор ўз вақтида даволанмаса ёки пала-партиш даволанса, шунингдек, парҳез ва даволаш режимига риоя қилмаса, жараён ўткирдан сурункалига ўтади. Касалликнинг бу кўриниши кечуви жиҳатдан суст кечадиган сўзакка ўхшайди. Баъзан сурункали сўзак кўзиб туради. Айниқса, бемор аччиқ, шўр таомлар истеъмол қилса, спиртли ичимликлар ичса, жинсий алоқа қилса, яллиғланиш зўраяди. Бунда касаллик белгилари худди ўткир ёки ўртача ўткир сўзакка ўхшаб кетади.

Эркаклар сўзагининг асоратларига қуйидагилар киради:

- 1) уретра стриктураси;
- 2) сўзак простатити;
- 3) сўзак калликулити (уруғ дўмбоқчасининг яллиғланиши) ва везикулити (уруғ пуфакчаларининг яллиғланиши);

4) эпидидимит (мояк ортиғининг яллиғланиши).

Аёллар сўзаги ўзининг клиник кўриниши ва кечиши жиҳатидан эркакларникидан фарқ қилади. Бу эркак ва аёл сийдик-таносил аъзоларининг тузилишидаги тафовутларга боғлиқ. Аёлларда сўзак инфекцияси уретра, бартолин безлари, бачадон бўйни, шунингдек, тўғри ичакни бир йўла шикастлантиради ва жадал кечади. Инфекция, асосан, жинсий йўл билан, аммо ножинсий йўл билан юқиши ҳам мумкин. Гонококклар жинсий алоқадан сўнг аввал уретрага кейин бачадон бўйнига тушиб, уни яллиғлантиради. Кейинчалик катта вестибуляр безлар ва тўғри ичакнинг қуйи қисми зарарланади. Бунда инкубацион давр 3–5 кун, баъзан 4–15 кунгача чўзилиши мумкин. Аёллар сўзаги клиник кечишига қараб тафовут қилинади: янги сўзак (ўткир, ўртача ўткир, суст кечадиган); сурункали сўзак (икки ойдан ошган сўзак). Сийдик-таносил аъзоларининг фақат қуйи қисми (қин даҳлизи, бартолин безлари, уретра, бачадон бўйни) сўзак билан зарарланган бўлса, бу асорат бермаган, мабодо бачадоннинг ички қисми, тухумдон ортиқлари ва бошқа аъзолари ҳам зарарланган бўлса, касаллик юқорига кўтарилувчи асорат берган сўзак дейилади. Аёллар сўзагининг ўтиши ўткир ва сурункали бўлади. Бемор аёлларнинг 71–96 фоизида сўзак уретрити кузатилади. Бунга аёллар уретрасининг қисқа ва энлилиги сабаб бўлади. Касалликнинг ўткир даврида беморлар уретранинг санчиб оғришидан, сурункали даврида эса тез-тез пешоб қилишдан шикоят қилишади. Уретра шишиб қизаради, босганда оғриб, оқиш-сарғимтир ажралма келади. Аёллар сўзагининг юқорига кўтарилувчи асорат берган кўринишларида ички жинсий аъзоларнинг зарарланиши туфайли шу касалликларга хос бўлган белгилар намоён бўлади.

Сўзакнинг давосини беморни тўлиқ даволаш ва 1–2 ой мобайнида диспансер кўриги ўтказгандан кейин билиш мумкин. Бактериологик текширишлар вақтида гонококк аниқланмаслиги тўлиқ даволанганлик далолати бўла олмайди.

Беморларнинг тўлиқ даволанганлигини тасдиқлашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:

– ҳафта давомида текширилганда синамаларда гонококкларнинг мутлақ учрамаслиги;

– простата бези ва уруғ пуфакчалари томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги ҳамда ажралмада лейкоцитларнинг учрамаслиги;

– сийдик каналида яллиғланиш жараёнининг кузатилмаслиги.

Шу ўринда, *трихомониаз*, яъни сийдик-таносил аъзоларининг трихомонададан зарарланиши туфайли юзага келадиган касаллик

ҳақида тўхталиб ўтсак. У энг кўп тарқалган паразит касалликлардан ҳисобланади. Маълумотларга кўра, ҳар йили дунёда 180–200 миллион киши бу дардга чалинар экан. Касаллик эркакларга ҳам аёлларга ҳам бир хилда юқади, аммо касаллик белгилари эркакларда суст намоён бўлади. Трихомониаз таносил (венерик) касалликлари рўйхатига киритилмаган бўлса ҳам, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар қаторида туради. Трихомониазнинг яширин даври 3–7 кундан уч-тўрт ҳафтагача, ўртача 10–15 кун, баъзан узокроқ чўзилиши ҳам мумкин. Клиник кечуви сўзакли уретрит клиник белгиларига ўхшайди. Ўткир трихомонадали уретритда уретрадан ажралаётган суюқлик 1–2 ҳафта ичида ўз-ўзидан камайиб, касаллик аломатлари барҳам топиши мумкин. Бора-бора касаллик сурункали уретритга ўтиб, вақти-вақти билан хуруж қилиб туради. Бундай беморлар касаллик ташувчилар ҳисобланади. Трихомонадали уретритдан яхши даволанмаган ёки даво режими ва парҳез сақламаган беморда (5–10 %) уретра стриктураси, чандиқланиш каби асоратлар қолади. Кейинги йилларда хавфли юқумли таносил касалликлари қаторида гонококксиз (ногонококк) уретрит (носпецифик уретрит, сўзакдан кейинги уретрит) хасталик-лари ҳам эътироф этилмоқда. У билан оғриган беморларнинг 60–65 фоизини урогенитал хламидоз ва микоплазмоз (уреаплазмоз)га чалинганлар ташкил этади. Маълумотларга кўра, бундай касалликлар сўзакка қараганда 2–3 барабар кўпроқ сийдик-таносил аъзолари яллиғланишига сабаб бўлади.

Сийдик-таносил аъзолари хламидиозига хламидийлар сабаб бўлади. Улар майда грамм манфий кокк шаклида бўлиб, прокориотларга хос бактерияларга ўхшаб кетади. Хламидийлар 4–48 соатлик ривожланиш босқичини босиб ўтиб, одатда, хужайралар ичида ва ташқарисида яшашга мослашган. У клиник кўриниши бўйича сўзакка ўхшаб кетса-да, ўзига хос белгилари билан ундан фарқ қилади. Бунда яллиғланиш ўткир ёки суст, кўпроқ асорат билан кечади, сўзакка қарши антибактериал препаратларга анча чидамли бўлади. Касаллик кўпинча жинсий йўл билан юқади ва инкубацион даври 20–30 кунни (баъзан бу муддат ўзгаради) ташкил этади. Яллиғланиш ўчоқларига қараб хламидияли уретрит, простатит, эпидидимит, цервицит, оофарит, сальпингит ва бошқалар бор. Касаллик кўпроқ сурункали шаклда учрайди. Аксарият бир вақтнинг ўзида сийдик-таносил аъзоларидан бир нечтаси зарарланади. Хасталик бир неча ҳафтадан сўнг спонтан тузалиши мумкин. Аммо бундаги клиник ўзгариш этиологик ўзгаришга олиб келмайди. Даволанмаган беморларнинг кўпчилигида турли

асоратлар: эпидидимит, орхоэпидидимит, гемморагик цистит, уретра стриктураси кузатилади. Сийдик-таносил аъзолари микоплазмозига гамикоплазмалар сабаб бўлади. Микоплазмалар жуда майда микроорганизмлар бўлиб, бактериялар каби ўзининг хужайра қобиғига эга эмас. Улар тухумсимон, чўзинчоқ ва сферик шаклда, катталиги 0,2–0,3 мкм. бўлади. Микоплазмалар ёки уреоплазмалар туфайли юзага келган уретритлар специфик клиник кўринишга эга эмас. Барча ногонококк уретритлар каби у ҳам кам белгилар билан кечади. Шунинг учун инкубацион даврини белгилаш ҳам мушкул. Беморларнинг маълум бир қисмида (4–5 фоиз) уреоплазмали уретритлар сўзакка ўхшаб кетади. Касаллик бундай кечганда инкубацион давр 3–5 кунга тенг бўлади. Аммо аксарият ҳолларда микоплазмали уретритлар ўртача ўткир ёки сурункали кечиб, 30–40 кунга сурилиб кетиши мумкин. Урогенитал уреоплазмоз оғир-енгиллигига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир хилларга ажратилади. Сўзак, трихомониаздан кейинги асоратларда, ногонококксиз уретритда, кичик чанок аъзоларининг сурункали яллиғланишида, ҳомиладор бўлмаслик, бепуштлиқ, ҳомила ташлаш, туғруқдан кейинги патологик жараёнлар, бўғим касалликлари ҳамда бошқа ҳолатларда уреоплазма ва хламидий инфекцияси бўйича текшувдан ўтиш мақсадга мувофиқ.

Таносил касалликлари тарқалишининг олдини олиш чора-тадбирларида қуйидагиларга эътибор қаратиш зарур:

- таносил касалликлари билан оғриган беморларни махсус рўйхатга олиш ва бепул даволаш;
- захм касаллигининг барча юқумли кўринишлари билан оғриган беморларни махсус шифохоналарга ётқизиш;
- инфекция манбаларини аниқлаш;
- таносил касаллигига йўлиққан беморлар билан жинсий алоқада бўлган шахсларни аниқлаш ва уларни махсус текширувдан ўтказиш;
- таносил касаллар билан алоқада бўлганларни олдиндан даволаш, даволанишдан бош тортган беморларнинг мажбурий даволанишларини амалга ошириш;
- ишга жойлашаётганлар, донорлар ва ҳомиладорларни таносил касаллиги бўйича текшириш;
- шифохонага ётган барча беморларнинг таносил касаллиги бўйича текширувини амалга ошириш;
- аҳолининг тери-таносил касалликлари ва унинг асоратлари бўйича тиббий маданиятини ошириш.

ОИТС (Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми) юқумли касаллик сифатида илк бор 1981 йили АҚШда қайд қилинган.

Чақирувчисининг тузилиши ва кимёвий таркиби бўйича у жуда мураккаб вирус ҳисобланади. Касаллик кўп ҳолларда жинсий алоқа орқали юқади. Бундан ташқари, стерилланмаган ниналар, шприцлар ва бошқа воситалар қўлланилганда, қон ва унинг маҳсулотлари қуйилганда, орган ва тўқималар бошқа одамга ўтказилганда, бемор онадан болага юқиш ҳоллари ҳам кузатилади.

ОИТСнинг юқишида «хавфли гуруҳ»лар катта роль ўйнайди, айниқса бу гуруҳга бесоқолбоз (гомосексуалист) лар киради. Касаллик асосан тартибсиз жинсий ҳаёт кечирган одамларда учрайди. Шунинг учун ушбу вируснинг кенг тарқалишида фоҳишабозлик ҳам муҳим ўрин эгаллайди. Кейинги ўринни гиёҳвандлар гуруҳи эгаллайди. Улар стерилланмаган ниналар ва шприцлардан фойдаланганлиги учун касалликни юқтириб оладилар. Одам организмнинг иммун тизими шикастланиши ОИТС ривожланишининг асосий механизми ҳисобланади. Вирус иммун тизим хужайралари (Т – лимфоцитлар) ичида кўпаяди ва уларни парчалайди, шунинг учун иммун жавоб реакцияси пасаяди. Касалликнинг яширин даври ўртача 2–5 йил давом этади. Бу даврда бемор ўзини соғлом деб ўйлайди. Аммо атрофдагилар учун юқтириш хавфи юқори ҳисобланади, улар инфекция манбаига айландилар. Айнан улар вирус ташувчилар ҳисобланади. ОИТСнинг клиник кечиши тўрт босқични қамраб олади.

1. *Яширин даври* (бир неча йил давомида касаллик белгилари пайдо бўлмай вирус ташиб юрилади).

2. *Зўрайган лимфаденопатия синдроми* (бу даврда икки ва ундан ортиқ лимфа тугунларининг катталашishi кузатилиб, 3 ой давом этади).

3. *ОИТС уюшган комплекс даври* (барча лимфа тугунларининг катталашishi, тана вазнининг камайishi, терлаш, ҳароратнинг кўтарилиши, йўтал, ошқозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши ва иммун тизимининг пасайганлигини лаборатория кўрсаткичлари тасдиқлайди).

4. *Клиник белгиларининг кенг миқёсда ривожланиши босқичи* (бу ҳамма вақт бемор ўлими билан тугайди).

Ёши катталарда иммун тизими фаолияти пасайшининг аниқ сабаби бўлмаган, яъни ўсма (рак) ва овқатланиш етишмовчилигининг оғир шакллари ёки бошқа аниқ ҳолатлар кузатилмаган ҳолларда, ОИТС ташхиси унинг иккита аҳамиятли ва битта аҳамиятсиз белгилари бирга учраганда қўйилади.

Аҳамиятли белгилар:

- тана вазнининг 10 фоиз ва ундан кўпроқ камайishi;
- бир ойдан кўпроқ муддат сурункали ич кетиши;

– бир ойдан кўпроқ муддат мунтазам равишда ҳароратнинг кўтарилиши (доимий ёки вақти-вақти билан).

Аҳамиятсиз белгилар:

- бир ойдан кўпроқ муддат давомли кучли йўтал;
- кўп ўчоқли зўрайган дерматит (тери яллиғланиши);
- қайталанувчи ўраб оладиган учуқ;
- томоқ ва оғиз бўшлигининг кандидози;
- сурункали зўрайган ва кенг тарқалган оддий учуқ;
- зўрайган лимфаденопатия.

Шуни айтиш керакки, тери ва шиллиқ қаватларининг яллиғланиши баъзан ОИТСнинг асосий ва ягона белгиси ҳисобланади. Беморларнинг 50–100 фоизида ўпка ва овқат ҳазм қилиш трактининг шикастланиши, 60 фоиз беморларда эса ақлнинг пасайиши кузатилади.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

1) Чекиш, алкоголизм ва гижҳандликнинг инсон организмига таъсири ҳақида гапириб беринг?

2) Тери-таносил касалликлари ҳақида нималар биласиз?

3) Заҳм ва сўзак касалликлари қандай йўллар билан юқади?

4) ОИТСнинг қўзғатувчиси ва юқиш йўллари ҳақида гапириб беринг.

5) Таносил касалликлари тарқалишининг олдини олиш учун нималарга эътибор қаратиш зарур?

6-мавзу. ҲАЁТ ФАОЛИЯТИ ХАВФСИЗЛИГИ АСОСЛАРИ: ФАВҚУЛОДДА ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Фавқулодда вазиятларда жароҳатланиш хусусиятлари

Бугун дунёда содир бўлаётган турли табиий офатлар кўрсатиб турибдики, аксарият инсонлар фавқулодда рўй берган ҳодисалар қурбонига айланадилар. Бундай офатларга ер кимираши (зилзилалар), сув босиши, кўчкилар ва ҳоказоларни киритиш мумкин. Табиий офат бўлган минтақаларда индустриал объектлар қанча кўп бўлса, хавф шунча юқори ва вужудга келган ҳолат мураккаб бўлади. Масалан, зилзила вақтида юзага келадиган жароҳатлар шикастлантирувчи агентнинг таъсир қилиш тезлигига, кучига, давомийлигига, таъсир қилиш жойига ҳамда жароҳатланганининг ёшига боғлиқ бўлади. Шикастланишнинг жароҳатланиш механизмига қараб қуйидаги турлари кузатилади: зарбали, компрессион ва аралаш. Зарбали шикастланиш таъсирида унинг таъсир кучига боғлиқ бўлган мия чайқалишидан тортиб, бош миянинг оғир жароҳатланишигача бўлиши мумкин. Жароҳат олгандан сўнг эс-хуш ва хотирани йўқотиш ҳолатлари кузатилади. Зарба теккан жойда юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, ҳар хил синишлар ҳам аниқланади. Компрессион (босиб қолиш) механизми таъсирида (бино ва қурилиш бўлаклари ва бошқа жиҳозлар билан кўп кузатилган) жароҳатловчи куч катта бўлмайди. Бунда кам ҳолларда суякларнинг синиши ва деформацияга учраши аниқланиши мумкин. Аралаш механизмли шикастланишда эса таянч-ҳаракат органлари, бош суяги, мия тўқимасининг жароҳатланиши билан бирга, тана соҳаларининг юк таъсирида эзилиши ҳам кузатилади.

Бош суягининг жароҳати коммоцион-контузион синдром кўринишида организмнинг ўзига хос хусусияти билан характерланади. У юмшоқ тўқималарда гематомаларнинг пайдо бўлиши, улар бутунлигининг бузилиши (ёрилишлар), бош суягининг синиши ҳамда мия шикастланишлари билан кечади. Шикастланиш очик ва ёпиқ характерда бўлиши мумкин. Бош соҳасининг ёпиқ шикастланишида юмшоқ тўқималарнинг анатомик бутунлиги бузилмайди. Тери ости томирларининг шикастланиши туфайли гематома ҳосил бўлади ва бош соҳасида турли ўлчамли шиш (ғурра) пайдо бўлади. Шикастланган соҳада оғрик, қизариш, кейинчалик эса кўкариш кузатилиши мумкин. Очик шикастланиш ҳолатларида эса тўқималар анатомик бутунлиги

бузилиши туфайли жароҳатлар пайдо бўлади ва жароҳатларга хос бўлган белгилар кузатилади. Шикастланишларнинг 8–15 фоизида бош мия функциясининг бузилишлари қайд этилади. Ёпиқ шикастланишлар очик шикастланишларга қараганда уч марта кўпроқ учрайди.

Жароҳатланганни текшираётганда бош суяги жароҳатининг бор ёки йўқлиги, яранинг чуқурлиги, миянинг шикастланишини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Тери бутунлиги, яралар, гематомалар ёки бош суяги эзилишини аниқлашга эътибор бериш керак. Бош суяги апо-неврози яралари, одатда, тери ва тери ости қавати яраларига қараганда кўпроқ очик бўлади. Жароҳат чуқурлигини аниқлашда ундан чиқаётган ажралмалар характери муҳим. Жароҳатдан оқаётган қон ҳажми бош суякларининг шикастланган ёки шикастланмаганлигидан далолат бериши мумкин. Чунки, бош суяклари шикастланганда мия томирлари ва қаватларидан қон кўп кетади. Жароҳат ажралмасида орқа мия суюқлиги ёки мия тўқимаси бўлақларининг бўлиши жароҳат мия тўқималарига ўтганлигидан далолат беради. Кўз қовоғининг «кўзойнак» кўринишидаги қонталашуви бош суяги асоси олдинги соҳасининг синиши белгисидир. Қулоқлардан қон кетиши эса бош суяги асоси ўрта қисмининг синганлигини кўрсатади.

Бош мия жароҳатида мия шикастланишининг асосий уч тури фарқланади: мия чайқалиши, лат ейиши ва эзилиши. Миянинг чайқалиши механик кучнинг тез ва кучли таъсиридан келиб чиқади. Клиник кечувига қараб мия чайқалишининг *енгил*, *ўртача* ва *оғир* даражалари тафовут қилинади. Енгил даражали мия чайқалишида қисқа муддатли ҳушни йўқотиш, баъзан бош айланиши, қулоқлар шанғиллаши, кўз олди қоронғилашиши, бош оғриши, тери оқариши, кўнгил айниши ёки қусиш рўй беради. Шикастланганда ретроград амнезия (жароҳат олишдан олдинги воқеликни эсдан чиқариш) ҳолати кузатилади. Юқорида қайд қилинган белгилар мия чайқалишининг бу оғирлик даражасида 5–7 кундан сўнг аста-секин йўқолади. Ўрта даражали мия чайқалишида бир неча соат давомида ҳушни йўқотиш, адинамия, рухий кўзғалиш, қусиш, рефлексларнинг пасайиши, нистагм, кўз қорачиғининг торайиши, пульснинг сустлашуви, нафас олишнинг тезлашиши кузатилади. Оғир даражали мия чайқалишида эса ҳушни узок муддатга (бир неча соатдан кунгача) йўқотиш билан характерланади. Бунда нафас олишнинг юзакилиги, пульснинг сустлиги ва кучсизлиги, тери қопламларининг оқариши, рефлексларнинг йўқолиши, кўз қорачиғининг ёруғликка бўлган реакциясининг йўқолиши, пешоб ва нажаснинг ихтиёрсиз ажралиши юз беради. Бунинг ҳаммаси кома ва ўлим билан тугаши мумкин. Мияси чайқалган беморлар фақат ётиш-

лари шарт. Енгил чайқалишда уч ҳафтагача, оғирроқ чайқалишларда бир ойдан икки ойгача ётиб даволаниш тавсия этилади.

Миянинг лат ейиши – бу мия моддасининг шикастланишидир. Оғир жароҳатларда бу шикастланиш физик куч таъсирининг қарама-қарши томонида жойлашган бўлади. Мия лат еганида мия функциясининг бузилиши ҳам характерли бўлиб, бу ҳолат жароҳатдан сўнг бирдан ривожланади. Оёқ ёки қўлнинг (моноплегия) ёки гавда ярми мушакларининг (гемиплегия) фалажланиши кузатилади, овоз йўқолади (афазия), юз нервларининг шикастланиши туфайли юз қийшайиши (ассиметрия) ва кўриш қобилиятининг ёмонлашуви юз беради. Тана ҳарорати 40⁰Сгача кескин кўтарилиши мумкин. Сийдикнинг суткалик миқдори ошади, ундаги қанд миқдори кўпаяди. Тўрт-беш ҳафта давомида комплекс даволаш тадбирлари қўлланилади. Бунда асосий эътибор нафас олиш ва қон томир тизимларининг фаолиятини яхшилаш, кейинчалик эса неврологик ўзгаришларни йўқотишга қаратилади.

Мия эзилиши бош суяги ичидаги томирлардан қон кетиши ёки суяклар синиши натижасида рўй беради. Қон тўпланиши (гематома) мия қаттиқ пўстлоғи устида (эпидураль гематома) ҳамда мия тўқимаси ичида (мия ичи гематомаси) ҳосил бўлади. Илк белгилари эс-ҳушнинг йўқолмасдан тормозланиши, бош оғриғи билан намоён бўлади. Кўз қорачиғининг қон қуйилган томонда кенгайиши кузатилади. Кейинчалик эса беморнинг ташқи муҳитга реакцияси йўқолади, ҳушидан кетади, пульс секинлашади, дақиқасига 40–50гача камаяди. Нафас олиш ёмонлашади, шовқинли ва нотекис бўлиб қолади. Бош мияга қон кетиши натижасида эзилиш белгилари бирданига рўй бермасдан бир неча вақтдан сўнг намоён бўлади. Шунинг учун ҳам шикастланганлар шифокорнинг қатъий назоратида бўлишлари лозим.

Бош суяги ва мия жароҳатларида, энг аввало, бош соҳасини иммобилизация қилиш, беморнинг нафас олишини яхшилаш, яъни ҳаёт учун хавфли бўлган ҳолатларнинг олдини олиш муҳим саналади. Жабрланувчиларга осойишта шароит яратиш, уларни транспортировка қилиш боши бир оз кўтарилган, ётган ҳолда бажарилиши лозим. Бемор ҳушсиз бўлганлиги учун қусуқ массасининг нафас йўлига тикилиши, тилнинг тушиб қолишига қарши чоралар кўрилади. Бошни ён томонга эгиб, оғиз бўшлиғига ҳаво ўтказувчи найча қўйиш, баъзан транспортировка қилишда кислород билан нафас олдириш ва юрак-томир воситаларидан бериш лозим бўлади. Оғир беморни транспортировка қилишда махсус тахта, замбил ёки ғилдиракли замбил ишлатилади. Бемор солинган замбил икки ёки тўрт киши ёрдамида чайқатмасдан кўтарилади. Шикастланганларни юқори қаватларга

кўтаришда бошини олдинги томонга ва оёқ томонини горизонтал ҳолатгача кўтарган ҳолда чиқариш керак. Беморни замбилдан тўшакка ўтказишда замбилни каравот сатҳида ушлаш ва уч киши замбил билан каравот орасида беморга қараган ҳолда туриши лозим. Бунда бир киши бемор боши ва кўкрагини, иккинчи киши бели ва сонини, учинчиси эса болдирини ушлаши керак.

Фавқулодда ҳолатларда бош суяги ва мия шикастланишлари билан бир қаторда, бел суяклари, жумладан, умуртқа поғонаси, юз суяклари (юқори ва пастки жағ суяклари, бурун суяклари)нинг синиши ҳам кузатилади. Бу шикастланишлар бош ва юз соҳасининг ҳамда тана бошқа соҳалари юмшоқ тўқималарининг жароҳатланиши ва турли катталиқдаги яраларнинг пайдо бўлиши билан рўй беради. Фалокатлар чоғида биринчи ёрдам кўрсатиш учун қуйидагиларни бажариш талаб этилади:

1) юқори нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш, жароҳатланганни бошини орқа томонга максимал эгиш, пастки жағини олдинга тортиб, бармоқ билан оғиз бўшлиғи ва томоғини ёт жисмлардан тозалаш;

2) экспиратор сунъий (оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга) нафас беришни амалга ошириш;

3) ташқи қон кетишни босувчи боғлам ёки жгут ёрдамида тўхтатиш;

4) кома ҳолатига тушган беморларга зарур бўлган ҳолатни бериш;

5) шок ҳолати кузатилган беморларга зарур бўлган ҳолатни бериш;

6) босиб қолган жойлардан беморларни кўшимча шикаст етказмасдан чиқариб олиш.

Сув босганда кўрсатиладиган биринчи ёрдам

Сув босиши, тошқинлар, сел олиб кетиши каби фавқулодда ҳолатларда чўкаётганларни қутқариш ва уларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш муҳим аҳамият касб этади. Инсон сув остига тушиб қолганда кучли ҳаракатланиш ҳолатига келади. У сув юзасига чиқишга, нафас олишга интилади, тез-тез мослашмаган ҳаракатлар қилади. Маромсиз нафас олиш ва нафасни тутиб туриш қонда карбонат ангидридининг тўпланиб қолишига сабаб бўлади. Бу эса ихтиёрсиз нафас олишга олиб келади. Натижада, трахея, бронх ва альвеолаларга кўп миқдордаги сув тушади. Сув остида мунтазам нафас олиш бир неча сониягача давом этади, сўнгра бир дақиқাগача иккиламчи нафас тўхташи, кейин эса агонал нафас бўлади. Юрак фаолиятининг тўхташи чўкишда қоринчалар фибриляцияси натижасида келиб чиқади. Чучук сувга чўкиш

вактида ўпка орқали қонга кўп миқдорда суюқлик тушиб, қоннинг суюқланишига, эритроцитлар гемолизига ва ионлар тенглигининг бузилишига олиб келади. Бу омиллар гипоксия шароитида қоринчалар фибриляциясини келтириб чиқаради. Юрак фаолияти нафас олишдан аввалроқ тўхтаб қолади. Денгиз сувида чўкиш вақтида сув ўзининг гипертониклиги натижасида ўпкадан қонга ўтмайди. Бироқ сув таркибидаги туз моддалари қонга ўтади, қондан ўпкага эса плазма оқсиллари ўтиши кузатилади. Юрак фаолияти нафас олишдан анча кейин тўхтаб қолмайди. Сув остида уч дақиқадан ярим соатгача қолиб кетган одамни қайтадан тирилтириш мумкин. Бироқ бу ўлимнинг тури, сув ҳарорати, чўкиш вақтидаги марказий асаб тизимининг ҳолатига ҳам боғлиқ. Чўкканларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда чўкувчининг ҳушдан кетган-кетмаганлиги, юрак фаолияти ва нафас олишини аниқлаш керак. Бемор фақат терминал ҳолатдан чиқарилгандан кейингина транспортировка қилиниши мумкин. Агар чўккан киши ҳушида бўлса, тинчлантириб, ҳўл кийимлари ечилади ва иситилиб, чой, кофе, спирт ёки валериана тиндирмаси берилади. Аммо барибир уни шифохонага ётқизиш мақсадга мувофиқ. Чўккан инсон сувдан ҳушсиз, лекин юрак фаолияти ва нафаси сақланган ҳолда олиб чиқилса, унга навшадил спирти ҳидлатилиб, бадани иситилади. Агар зарурат бўлса, юрак ва нафас фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар ичирилиб, энг яқин даволаш муассасасига жўнатилади. Ўлим ҳолатидаги чўкканларнинг, аввало, нафас йўллари ёт жисмлар, сув ва шилимшиқ моддалардан тозаланиб, сунъий нафас олдирилади. Бу ўринда юрак массажини ўтказишни ҳам унутмаслик керак. Кўрсаткич бармоқ томоққа киритилиб, нафас йўлининг очик ёки ёпиқлиги текшириб кўрилади. Жағлар бир-бирига қаттиқ қисилиб қолган бўлса, нафас олдириш оғиздан-бурунга усулида бажарилади. Ҳаво бурун орқали ўтмаса, оғиз тезда очилиши керак. Оғиз очувчи асбоб бўлмаса, оғизни ҳар қандай юпка металлда очиш ва уни очик ҳолда бирон-бир буюм билан ушлаб туриш мумкин. Нафас йўллари, ошқозондан суюқлик, кўпикларни чиқариб юбориш учун қорин билан ётқизирилиб, сонидан кўтарилади ва қорни билан қутқарувчининг тиззасига ётқизилади. Чап кўл билан чўкувчининг орқасига босилади. Нафас йўллари ва ошқозоннинг бу йўл билан бутунлай тозаланиши мушкул. Ларингоскоп ёрдамида трахеяни интубация қилиш нафас йўлини тозалашнинг ишончли усуллари билан биридир. Трахеяга киргизилган интубацион найча орқали юқори нафас йўллари билан сув ва кўпикларни тортиб олиш мумкин. Қон айланишини тиклаш юракни ёпиқ массаж қилиш билан бошланади. Бу муолажа чўкувчи сувдан чиқариб олиниши ва сунъий нафас олдириш билан

бир вақтда амалга оширилади. Шундай қилиб, чўкиш вақтида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлиги ўз вақтида ва тўғри ўтказилган, марказий нерв тизими функцияси, нафас ҳамда юрак фаолиятини тиклашга қаратилган муолажалар мажмуасига боғлиқ. Шунини ҳам айтиш керакки, кўп фалокатлар вақтида (зилзила, сув босиши) шикастланганларда типик, ўзига хос шикастланишларнинг бирга келиши бир қанча синдромларнинг ривожланишига олиб келади. Энг ачинарлиси, бу кўп инсонларнинг ўлимига сабаб бўлади.

«Эзилиш» синдромида кўрсатиладиган ёрдам ва оммавий жароҳатланишларда беморларни транспортировка қилиш

«Эзилиш» синдроми (Краш синдроми) юмшоқ тўқималарнинг узоқ вақт юк остида эзилиши натижасида келиб чиқади. Унинг умумий ва маҳаллий белгилари бор. Умумий (асосий) белгилари шок, ўткир буйрак етишмовчилиги ва миоглобинуриядан (сийдик орқали миоглобулин моддасининг чиқиши) иборат бўлиб, касаллик оқибатини аниқлашга ёрдам беради. Бу синдроми турли табиий офатлар, фавқулодда ҳодисалар пайтида учрайди.

Узоқ эзилиш синдроми уч даврда кечади: *эрта, ўрта* ва *кечки* даврлар. Эрта давр ўткир юрак қон томир етишмовчилиги даври, юмшоқ тўқималарни эзилишидан ҳосил бўладиган плазмарогия (қон плазмасини томирлардан ташқарига чиқиши) билан намоён бўлади. Бунда зудлик билан қутқариб олинган жароҳатланганларнинг ҳолати қониқарли бўлади. Танасининг шикастланган қисимларида шиш пайдо бўлиб, уларни ҳажми катталашиб боради. Тўрт соатдан бир кунгача шиш максимал катталашади, оёқ ва қўллари кўкариб, жуда қаттиқ ва совуқ бўлиб қолади. Натижада, уларнинг умумий ҳолати ёмонлашади. Артериал қон босими пасайиб, асаб тизимида тормозланиш рўй беради. Агар жабрланувчи шу даврни яхши ўтказса, 3-4 кундан кейин унда иккинчи давр буйрак етишмовчилиги даври бошланади. Бу давр 7-9 кун давом этиб, бемор сийдигида қон пайдо бўлиши мумкин. Охириги даврларда эса мускуллар, нерв толаларининг шикастланиши натижасида некроз пайдо бўлиши, терининг арчилиши ҳамда флегмоналар пайдо бўлиши мумкин.

Маълумки, талофат кўрганларни босиб қолган жойлардан олиб чиқиш биринчи ёрдамнинг муҳим омили ҳисобланади. Аммо шунини унутмаслик керакки, биринчи ёрдам кўрсатишда шошилиш керак эмас. Чунки, эҳтиётсизлик шикастланганларни оғир аҳволга тушириб

қўйиши мумкин. Жабрланувчилар қутқариб олингандан сўнг биринчи навбатда оғриқ қолдириш, инфузион терапия ва транспортировка имобилизацияси тадбирлари ўтказилади. Масалан, уйлар босиб қолганларни қутқариб олишдан олдин махсус дармонлардан фойдаланиб оғриқни камайтириш, шикастланган оёқ-қўлларни имобилизация қилиш керак. Бундай ёрдам куйган ҳолатларда ҳам қўл келади. Баъзан босиб қолган жойлардан оёқ-қўлларни олишнинг имкони бўлмайди ва уларни кесиб ташлаш (ампутация)га тўғри келади. Бунинг учун аввал жароҳат жойига қон тўхтатувчи боғлам (жгут) қўйиш керак бўлади. Ҳар қандай талофат пайтида биринчи ёрдамнинг тўғри ва ўз вақтида кўрсатилиши шикастларнинг жонини омон сақлашга замин яратади.

Табиий офатлар оқибатида шикастланганлар жароҳат олганининг ҳолатига транспортировка қилинади. Бу тўрт гуруҳга ажратилади. Биринчи гуруҳга кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик муолажасига муҳтож, оғир ҳолатдаги шикастланган беморлар киради. Иккинчи гуруҳни саломатлик ҳолати ўртача оғирликдаги, яъни тиббий ёрдамни 6-8 соатга кечиктириш мумкин бўлган беморлар ташкил этади. Учинчи гуруҳ беморларининг саломатлик ҳолати енгил бўлиб, уларга амбулатория ёрдами билан чегараланиш мумкин. улар ташкил қилади. Тўртинчи гуруҳга саломатлик ҳолати жуда оғир, азият чекишини енгиллаштиришга муҳтож беморлар киради. Оммавий шикастланишларда, биринчи навбатда, ҳаёти хавф остида қолган, лекин яшашга имконияти бор беморларни транспортировка қилиш талаб қилинади. Терминал ҳолатдаги беморлар эса шу жойнинг ўзида симптоматик йўл билан даволанади, улар транспортировка қилинмайди. Транспортировка қилиш фақат санитар транспортида амалга оширилиши керак. Ёрдамчи транспорт воситаси сифатида юк автомобилларидан, автобуслардан фойдаланиш мумкин. Бунда беморларни матрасли шитларга ётқизиб олиб бориш мақсадга мувофиқ. Шифохона ва талофат етган жой ўртасидаги масофа 20 километр ёки ундан узоқ бўлса, вертолётлардан ҳам фойдаланиш маъқул.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

- 1) Табиий офатлар пайтида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиши хусусиятлари ҳақида гапириб беринг.*
- 2) Сувда чўкканларга қандай биринчи ёрдам кўрсатилади?*
- 3) «Эзилиш» синдроми нима?*

7-мавзу. ҲАЁТ ФАОЛИЯТИ ХАВФСИЗЛИГИ АСОСЛАРИ: ЙЎЛ-ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИ ЖАБРЛАНУВЧИЛАРИГА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Транспорт воситаларининг тўқнашуви пайтида биринчи ёрдам кўрсатиш

Маълумотларга кўра, ривожланган мамлакатларда йўл-транспорт ҳодисалари туфайли келиб чиқадиган жароҳатланиш умумий жароҳатланишнинг асосий қисмини ташкил этади. Дунё бўйлаб ҳар йили тахминан 10 миллион киши йўл-транспорт ҳодисалари туфайли жароҳат олиб, шундан 300 мингги ҳаётдан кўз юмади.

Транспорт ҳодисалари туфайли олинган жароҳатлар юз ва буруннинг шикастланиши, кўп қон кетиш, шок ҳолати, бош чаноғи суяклари ва асос суякларининг синиши, қулоқ ва бурундан қон кетиши, кўз атрофида кўзойнак белгисининг ривожланиши, миянинг чайқалиши ва лат ейиши, ҳушдан кетиш, кўнгил айланиши, қусиш ва бошқа белгилар билан характерланади. Масалан, умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланиши оғир оқибатларга олиб келади, бунда бемор кўл-оёқларида сезги ва ҳаракат бузилади. Автотранспорт ҳайдовчисининг рул чамбарагига қаттиқ урилиши натижасида эса кўпинча тўш суяги, қовурғалар шикастланади. Шу билан бирга, нафас олиш фаолияти, юрак соҳаси жароҳат олганда травматик инфаркт (айниқса, кекса ҳайдовчиларда) ривожланиши мумкин. Травматик инфаркта бемор юрак соҳасидаги оғриқларни, саросима ва кўрқинчли, бўғилишни, ҳолсизликни, ҳушининг жойида эмаслигини ҳис қилади. Йўл-транспорти билан боғлиқ ҳодисаларда, айтиқса темир йўл кесимларида содир бўладиган бахтсиз воқеалардан кўп одам жабр кўради. Мутахассисларнинг фикрича, бундай ҳодисалар асосан эрталабки ва кечки пайтлари содир бўлади. Бунга турли омиллар сабаб бўлади ва тўқнашув туфайли бир вақтнинг ўзида инсон танасининг кўп қисми оғир (ички органлар фаолияти, баъзан мияни фаолиятини ўткир бузилиш ҳоллари шикастланади) учрайди. Аммо биринчи ёрдам кўрсатиш ишлари ўз вақтида ва бенуқсон бажарилса, беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш мумкин. Одатда, йўл-транспорти ҳодисалари натижасида жароҳатланишлар содир бўлган ерда ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам чоралари қўлланилади. Дастлабки ёрдамни «тез табиий ёрдам» бригадаси амалга оширади.

Транспорт тўқнашуви пайтида ҳайдовчи ва йўловчилар олдинга ва юқорига уриладилар. Бунда ҳайдовчилар йўловчиларга қараганда кўпроқ жароҳат оладилар ва бунда бош қисми, бўйин шикастланиши мумкин. Таҳлилларга қараганда, ҳайдовчилар ёнларида ўтириб кета-

ётган йўловчилардан кўра 7 марта, орқада ўтириб келаётганлардан кўра 5,5 марта кўпроқ ўлимга дучор бўлади. Тўқнашув пайтида автомобилда бўлган кишиларнинг деярли ҳаммаси жароҳатланади, яъни уларнинг 95 фоизида кўшма ва мураккаб шикастланишлар учрайди. Энг кўп кўшма жароҳатлар қуйидагилар: бош-қўл-оёқ, бош-кўкрак, бош-қорин, бош-кўкрак-оёқ-қўл, бош-кўкрак-қорин-оёқ-қўл. Кўпроқ учрайдиган шикастланиш тури – бу мия чанок суякларининг синишидир. Кейинги ўринларда кўкрак қафаси шикастланишлари (қовурға ва тўш суяклари жароҳати, синишлари), оёқ суякларининг синиши, бош мия ва ички органларнинг жароҳатланиши туради. Бош мия жароҳатлари, шок ва қон кетишлар ўлимга ҳам олиб келади. Кўшма жароҳатлар туфайли келиб чиқадиган ўлимга кўпроқ ички органлар билан таянч ҳаракат апаратининг бирга жароҳатланиши сабаб бўлади.

Жароҳатланганларни транспортировкага тайёрлаш

Йўл-транспорт ҳодисаларида шикастланганларга ўша заҳоти кўрсатиладиган тиббий ёрдам яхши самара беради. Баъзида автомобил эшиклари очилмай қолиши, кузов қаттиқ деформацияга учрагани сабабли шикастланганларни қутқариш мумкин бўлмай қолади. Шунинг билан, жароҳатланганларни автомобил ичидан куч ишлатиб тортиш уларга кўшимча шикаст олиб келиши мумкин. Жабрланувчининг аҳволини оғирлаштирмаслик учун боши ва бўйнини қимирлатмасдан чиқариб олиш керак. Қовурғалар синганда кўкрак қафасини эзиб юбормасликка эътибор қаратиш зарур, чунки шикастланган қовурғаларнинг силжиши натижасида оғриқ янаям кучайиши, кўп қон кетиши, ички аъзоларга шикаст етиши мумкин. Қутқарув пайтида унинг қўлтиқ қисмидан ушлаш мақсадга мувофиқ ва бу ортиқча жароҳатланишларнинг олдини олади. Машинадан ёнаётган электр симлари ёки бензин ҳиди анқийётган бўлса, тезлик билан жароҳатланувчини чиқариб олиш лозим. Шундай кейин беморда диагностика мақсадида ҳаёт учун хавфли жароҳати бор ёки йўқлиги аниқланади. Шикастланганларга кўрсатиладиган ёрдам кетма-кетлиги, ҳажми (агар бир неча киши бўлса), яъни тиббий саралаш тадбири ўтказилади. Кўкрак қафасининг оғир шикастланишида кўкрак қафаси деформациясини баъзан кўз билан кўриш ёки қўл билан ушлаб билиш мумкин. Бош чаноғининг оғир жароҳатларида қўлоқ ва бурун тешигидан қон кетиши, кўкрак қафаси оғир шикастланганида эса қон бурундан ва оғиздан оқиши мумкин. Бунда тери қопламалари ранги оқарган ёки кўкарган, қорачиқлар кенгайган бўлиб, ёруғликда ўзгармайди. Томирлар пульсацияси қўлда ҳам, уйқу артериясида ҳам аниқланмайди. Жабрланувчининг юрак уриши ва нафаси олаётганини билиш учун оғзига ойна бўлаги тутилади.

Йўл-транспорти ҳодисаларида тез ёрдам машинаси келгунга қадар жабрланувчиларнинг аҳволи, олган жароҳатининг оғир ёки енгиллигини баҳолаш керак. Жароҳатланганда деформация белгиларининг бор-йўқлиги, қўл-оёқларидаги ғайритабиий ҳаракатлар, яралар, қон кетиш жадаллиги, юрак фаолияти текширилиши лозим. Тўқнашувдан кейин жароҳатланувчи ўзини яхши ҳис этган тақдирда ҳам, уни яқин орадаги даволаш муассасасига жўнатиш мақсадга мувофиқ.

Нафас олиш жараёни бузилган тақдирда оғиз бўшлиғини кўриш керак, ёпиқ бўлса қўл билан қайд қилиш маҳсулотларини салфетка ёки рўмолча ёрдамида чиқариб ташлаш лозим. Агар артериал қон кетиш ҳоллари кузатилса, ўша томирнинг юқори қисмидан босиб туриш йўли билан қонни тўхтатиб, жгутдан фойдаланиш мумкин. Беморни кийимларига тегиш керак эмас. Аммо нафас қисилишининг олдини олиш учун ёқаси ва белини бир оз бўшатиш, зарур ҳолларда эса кийимини йиртиш ёки қисман ечиш мумкин. Шикастланувчи ётқизилгач, унинг нафас йўллари ўтказувчанлиги яна бир марта текширилади. Тили орқага тушиб қолса, салфетка билан ушлаб тортилади. Нафас олиш тўхтаб қолса, қайта сунъий нафас берилади. Бунинг учун бошни орқага букиб, нафас йўллари орқали ҳаво ўтишини осонлаштириш керак. Мабодо, кўкрак қафаси очиқ жароҳат олган бўлиб, у орқали ҳаво кираётган бўлса, дарҳол уни стерил салфетка ёки тозарок мато (ҳеч бўлмаганда кафт) билан ёпиш лозим. Фожиа юз берган ерда жароҳатланувчида ҳаёт учун хавфли ташқи қон кетиш бўлганда уни тўхтатиш керак. Бунинг учун кўпинча дастлаб стерил, сўнг боғлам қўйилади. Агар бу ёрдам бермаса, жгут ёки томирни босувчи бошқа усуллар қўлланилади. Жгут сифатида белбоғ, тасма, рўмол каби воситаларни ишлатиш ҳам мумкин.

Жароҳатланганларни саралаш, жароҳат тури ва оғирлигига қараб биринчи ёрдам кетма-кетлигини аниқлаш, транспортировкани тўғри ташкил қилиш – уларнинг ҳаётини сақлаб қолишнинг муҳим шартидир.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

- 1) Транспорт воситаларининг тўқнашуви пайтида кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам ҳақида гапириб беринг.*
- 2) Ҳодиса пайтида шикастланганларга транспорт воситаларидан чиқариб олиш нималарга эътибор қаратиш керак?*
- 3) Йўл-транспорт ҳодисаларида жароҳат олганларни транспортировкага тайёрлаш ҳақида гапириб беринг.*

8-мавзу. ОВҚАТЛАНИШ ГИГИЕНАСИ ВА УНИНГ ИНСОН САЛОМАТЛИГИДА ТУТГАН ЎРНИ

Овқатланиш гигиенасининг аҳамияти

Овқатланиш организм ҳужайра ва тўқималарнинг ҳосил бўлиши, қайта тикланиши ҳамда улар томонидан сарфланган энергиянинг ўрнини тўлатиш учун керак бўладиган моддаларни қабул қилинишидир. Овқатланиш туфайли организм ташқи муҳит билан боғланади, чунки бу жараён организмдаги моддалар алмашинуви жараёнини таъминловчи восита ҳисобланади. Шунинг учун етарли даражада овқатланмаслик ёки меъёрдан ортиқ овқат ейиш моддалар алмашинувини издан чиқаради.

Организм ўзи учун керакли энергияни ёғлар, карбонсувлар, оқсиллар ва бошқа моддалардан олади. Рационал (оқилона, тўғри) овқатланиш натижасида ҳар бир инсон турли касалликларнинг олдини олади ва соғлиғини мустаҳкамлайди. Киши бутунлай оч қолса, яъни ҳеч нарса истеъмол қилмаса, ўз ички захираси ҳисобига яшайди. Бу *эндоген (ички) овқатланиш* дейилади. Овқат моддаларининг бир кеча-кундузлик захираси қуввати одамнинг ёши, жинси, меҳнат фаолияти (иш турлари) ва унинг турмуш тарзига кўра, тахминан 1700-5000 Ккал. ва ундан ортиқ бўлиши мумкин.

Овқат моддаларининг турларига қараб, *оқсиллар, ёғлар, карбонсувлар ва бошқалар* тафовут этилади. **Оқсиллар** организм тўқима ва ҳужайраларининг асосий қисми ҳисобланиб, улар тана массасининг 20 фоизини, ҳужайра қуруқ массасининг 50 фоизини ташкил қилади. Улар аминокислоталардан тузилган мураккаб моддалардир. Таркибидаги азот элементи билан бошқа биомолекулалардан фарқ қилади. У организмда кечадиган ҳаётий жараёнларнинг мўътадил амалга ошишида муҳим ўрин эгаллайди. Лўнда қилиб айтганда, оқсиллар организм учун энергия манбаи вазифасини бажаради. Улар асосан ҳужайраларнинг янгидан ҳосил бўлиши ва ҳужайра турли қисмларининг тузилиши учун сарфланади. Организмдаги барча ферментлар, гормонлар ва бошқа биологик фаол суюқликлар ҳамда қондаги гемоглобин ва шаклли элементларнинг таркибий қисмларини ҳам оқсиллар ташкил қилади. Шунингдек организмга тушган ёт моддаларга қарши курашда иштирок этувчи антителолар ҳам оқсил моддалар организмнинг иммунобиологик қобилятини таъминлашда хизмат қилади. Бундан

ташқари, улар ёғлар, углеводлар, минерал моддалар ва айрим витаминларнинг организм томонидан ўзлаштирилиши жараёнларида фаол иштирок этади. Масалан, гўшт, сут, балиқ, тухум кабилар оқсилларга бой маҳсулотлар бўлиб, организмнинг меъёрий ўсиши ва ривожланишида, камқонликнинг олдини олишда зарур бўлган аминокислоталардан таркиб топган. Ушбу маҳсулотлар яхши ҳазм бўлиш хусусиятига эга.

Шунингдек, ўсимлик оқсиллари ҳам организм ҳаётида муҳим аҳамиятга эга. Улар гарчи алмашинадиган аминокислоталардан (глицин, цистеин, глутамат кислота, глутамин, серин ва ҳок.) таркиб топган бўлса-да, организмнинг умумий оқсилларга бўлган кунлик талабини қондиришда алоҳида ўрин тутаяди. Маълумки, ўсимлик оқсиллари таркибидаги аминокислоталар одам ва ҳайвон организмда синтезланиб туради. Шунинг учун улар алмашинадиган аминокислоталар номини олган. Алмашинмайдиган аминокислоталар эса аксинча организмда ҳосил бўлмайди ва шу боис, улар доимо ташқи муҳитдан қабул қилиб турилиши керак. Алмашинмайдиган аминокислоталар асосан саккизта, яъни: *лизин, лейцин, изолейцин, фенилаланин, метионин, валин, треонин ва триптофан*. Ҳозирги кунда гистидин ва аргинин аминокислоталари ҳам улар қаторига киритилган. Триптофан, метионин ва лизин аминокислоталари болаларнинг кундалик овқати таркибида алоҳида ўрин эгаллайди. Хусусан, триптофан ёш болаларнинг меъёрий ўсишини таъминловчи омиллардан бири бўлиб хизмат қилади. У гўшт-сут, балиқ, тухум, мош, ловия, нўхат, соя ва бошқалар таркибида анчагина. Яна бир жиҳати, триптофан гемоглобин ҳосил бўлишида, никотин кислотаси синтезида қатнашади, пеллагра касаллигининг профилактикасини таъминлайди. Метионин ҳам ўзига хос хусусиятга эга, у организмда метилланиш, трансметилланиш жараёнларида ҳамда холин синтезида қатнашади. Метионин сут ва сут маҳсулотлари таркибида мўл бўлади. Ақлий ва жисмоний ривожланиш, танада ёғлар алмашинуви жараёнларининг бир маромда кечишида у фаол қатнашади. Лизин қондаги гемоглобин миқдорини меъёр даражасида ушлаб туради. Унинг кунлик истеъмол таомлари таркибида белгиланган миқдорда бўлиши физиологик жиҳатдан муҳим аҳамият касб этади. У нон ва нон маҳсулотлари, донли экинлар таркибида кам миқдорда учрайди. Унинг асосий манбаи гўшт, балиқ, тухум ва сут маҳсулотлари ҳисобланади. Фенилаланин қалқонсимон без, буйрак усти беши фаолияти билан боғлиқ жараёнларда муҳим бўлиб, тироксин ва адреналин гормонларининг синтезида

қатнашади. Бундан ташқари, мураккаб оксиллардан – фосфопротеид тухум сариғида кўп бўлади. У марказий нерв тизимининг функционал ҳолати ва шаклланишида салмоқли ўрин тутати. Аммо тухум таркибида авидин оксили мавжуд бўлиб, у тухумни хом ҳолатда истеъмол қилганда организмдаги мавжуд витаминларни боғлаб, авитаминоз ҳолатига олиб келиши мумкин. Шу сабаб хом тухум истеъмол қилиш асло тавсия қилинмайди.

Ёғлар асосий озиқ-овқат маҳсулотлари ва организм учун муҳим қувват манбаидир. Маълумки, бир грамм ёғ танада оксидланиб, 9,0 Ккал. қувват ҳосил қилади. Бу кўрсаткич оксил ва углеводга нисбатан икки баробардан ҳам юқори бўлиб, организм тўқима ва ҳужайраларининг ҳаёт фаолиятида муҳим ўрин эгаллайди. Шу билан бирга, улар моддалар алмашинуви жараёнида фаол қатнашади. Ёғлар ҳужайра цитоплазмаси таркибига киради ҳамда захира кўринишида тери ости ёғ қатламида тўпланади. Организмида ўртача 10-20 фоиз липоидлар ёки ёғ бўлади, баъзан эса бу кўрсаткич семириш туфайли 50 фоизгача ҳам етади. Шунингдек, улар организмнинг тўқима ва ҳужайраларида углеводлардан ва оксиллардан ҳам синтезланиб туради. Ёғларнинг муҳим хусусиятларидан бири шундаки, улар асаб толаси бўйлаб асаб импульсларининг ўтишини яхшилайдди. Улардан жинсий гормонлар, буйрак усти беши пўстлоғи гормонлари ҳамда D витамини ҳосил бўлади. Ёғлар организмларни механик таъсиротлардан, совуқдан ҳимоя қилиш хусусиятларига эга. Бундан ташқари, тери эластиклигини (қайишқоқлигини) таъминлаб туради. Одам танасида ёғлар асосан икки хил кўринишда, яъни *таркибий* ва *захира* ҳолда бўлади. Аммо организмнинг ёғларга бўлган кунлик физиологик талаби фақатгина кундалик овқат таркибидаги ўсимлик ва ҳайвон ёғлари ҳисобидан қопланиб боради. Ҳужайрада моддалар алмашинуви жараёнларининг идора этилишида, митохондрияларда қувват ҳосил бўлиши жараёнларида ёғлар таркибидаги арахидонат, линоленат, линолат каби ярим тўйинмаган ёғ кислоталар жуда фойдали. Мембраналар таркибидаги ёғ кислоталарининг тахминан 25 фоизини арахидонат кислотаси ташкил қилади. Ўсимлик маҳсулотлари таркибидаги ярим тўйинмаган ёғ кислоталари муҳим қувват манбаи бўлиши билан бир қаторда, холестерин бирикмаларини бартараф этиш, атеросклерознинг олдини олиш, қон томирлари деворининг қайишқоқлигини ошириш, тери ва шиллик пардалардаги модда алмашинуви жараёнларини яхшилашда муҳим ўрин эгаллайди. Фосфолипидлар мембраналарнинг муҳим таркибий қисми бўлиб, улар холестериннинг организмдан чиқариб

юборилишини енгиллаштиради. Қувват ҳосил бўлиш жараёнида фаол қатнашади. Асаб тизими фаолиятини яхшилайти ҳамда кўзғалиш жараёнларининг кучайишига ёрдам беради. Кунлик овқат таркибида фосфолипидларнинг етарли миқдорда бўлмаслиги камқонликни оширади, ёғларнинг захира ҳолда тўпланиши кузатилади. Холестерин организмда ёғ кислоталари, жинсий гормонлар ва буйрак усти беги гормонлари ҳосил бўлишида ҳамда тери остида ультрабинафша нурлар таъсирида D₂ витаминининг синтезланишида муҳим ўрин эгаллайди. Шу билан бир қаторда, ҳайвон ёғлари ҳам болаларнинг ўсиши ва ривожланишида алоҳида ўрин тутати. Улар ёғда эрийдиган А, D витаминлари ҳамда фосфолипидларнинг асосий манбаи ҳисобланади. Ўсимлик ёғлари таркибидаги тўйинмаган ёғ кислоталари (линолеин, линол, арохидонат ва олеин кислоталари) оксил ва витаминлар алмашинувида фаол қатнашади. Иммуниетни сақлашда алоҳида ўрин эгаллайди. Шу боис, истеъмол таомлари орқали кунлик қабул қилинадиган умумий ёғ миқдорининг 70 фоизини ҳайвон, 30 фоизини эса ўсимлик ёғлари ташкил этиши мақсадга мувофиқ. Ёғлар таркибида А, D, E ва К витаминларининг бўлиши уларнинг биологик қийматини янада оширади. Бу борада балиқ ёғи жуда муҳим ҳисобланади. Организмнинг ёғларга бўлган кунлик талабининг қондирилиши уларнинг оксил, углевод ва витаминларга бўлган эҳтиёжининг таъминланиши билан чамбарчас боғлиқ. Ёғлар организмга етарли миқдорда киритилмаганда бир қатор салбий оқибатлар юзага келади. Жумладан, марказий асаб тизими функцияси бузилиши, иммунобиологик қобилятнинг пасайиши, тери, буйрак ва кўриш аъзоларининг патологик ўзгариши кузатилади. Шунингдек, тана массасининг камайиши, жинсий безлар функцияси ва сув алмашинувининг бузилиши, стероид гормонлар ишлаб чиқарилишининг сусайиши ҳамда организмнинг ташқи муҳит омилларига чидамлилигининг камайишига ҳам сабаб бўлиши мумкин. Организмнинг касалликларга чидамлилиги пасаяди, модда алмашинуви жараёнлари бузилади. Тўйинмаган ёғ кислоталарининг (кунгабоқар, соя, зайтун, маккажўхори каби ўсимлик ёғлари таркибида мўл бўлади) меъёрдан ошиши эса буйрак ва жигар касалликларига сабаб бўлиши мумкин.

Углеводлар кунлик истеъмол қилинадиган озиқ-овқат маҳсулотларининг асосий қисмини ташкил қилади. Улар танада бажариладиган айрим фаолиятларнинг энергетик манбаи ҳисобланади ва ширинликлар, сут, мева-сабзавотлар ҳамда бошқа озиқ-овқат маҳсулотлари таркибида мўл бўлади. Углеводлар организмда пластик вазифани

базаради. Яъни организмнинг таркибий тузилмалари қаторига (нуклеин кислоталар, ҳужайра мембранаси ва бошқалар) киради, организмда ҳимоя ва захира озуқа модда сифатида ҳам муҳим ўрин эгаллайди. Кунлик овқат умумий калориясининг 55 фоизи углеводлар ҳиссасига тўғри келади. Уларнинг асосий қисмини ўсимлик маҳсулотлари (ун, ёрма, картошка, мева ва сабзавотлар) ташкил қилади. Углеводлар тузилишига кўра, *осон* (шакар, крахмал) ва *қийин* (целлюлоза, пектин, лигнин ва бошқалар) ўзлаштириладиган гуруҳларга бўлинади.

Крахмалнинг асосий манбаи нон, ёрмалар ва картошка каби маҳсулотлар ҳисобланади. Шунини алоҳида таъкидлаш лозимки, озиқ толалари, хусусан, клетчатка ичаклар перистальтикасини таъминлайди. Йўғон ичакдаги микрофлора фаолиятини яхшилади. Пектин моддалар эса ичакдаги чиритувчи бактерияларнинг кўпайишига имкон беради, организмдан захарли моддаларнинг чиқиб кетишини таъминлайди. Шунинг учун, клетчатка кунлик истеъмол таомлар таркибидаги умумий углеводлар миқдорининг 2 фоизни, пектин моддалар эса 3 фоизини ташкил этиши мақсадга мувофиқ. Клетчатка ва пектиннинг асосий манбаи мева ва сабзавотлардир.

Витаминларнинг фойдали хусусиятлари

Инсон организмида ҳаётини жараёнларнинг меъёрий кечишини таъминлашда *витаминлар* алоҳида ўрин эгаллайди. Моддалар алмашинуви, ҳужайра ва тўқималарнинг ривожланиши ҳамда организмнинг ташқи омилларга чидамлилигини оширишда фаол қатнашади. Витаминлар одам организмида деярли ҳосил бўлмайди. Шу боис улар кунлик истеъмол таомлари таркибидаги мева-сабзавотлар, ёрмалар, нон, гўшт, сут, тухум, балиқ сингари маҳсулотлар орқали тегишли миқдорда қабул қилиб турилиши лозим.

Витаминлар икки гуруҳга бўлинади: сувда эрийдиган ва ёғда эрийдиган.

Сувда эрийдиган витаминлар гуруҳига В₁ (тиамин), В₂ (рибофлавин), В₃ (пантотенат кислота), В₆ (пиридоксин), В₁₂ (цианкобаламин), Н (биотин), РР (ниацин) витаминлари, фолат кислота ҳамда С (аскорбат кислота) витамини ва бошқалар киради. Бу гуруҳ витаминлари донлар пўстида, гўшт маҳсулотлари, тухум сариғи ва ҳоказоларда мўл бўлади. *Тиамин* моддалар алмашинуви жараёнларида қатнашадиган бир қатор ферментлар таркибига киради. Унинг асосий манбаи буғдой ва жавдар уни, ёнғоқ, дуккакдилар, ёрмалар, гўшт ва бошқалар

ҳисобланади. Организмда тиамин етишмаслиги бери-бери касаллигини келтириб чиқаради. *Рибофлавин* ҳам организмда кечадиган реакцияларда қатнашиб, электронлар транспортини таъминлайди. Танадаги шиллиқ қаватлар функциясини яхшилади. У гўшт-сут, ёрма, ачитқилар, нон, картошка ва нўхат каби маҳсулотларда мўл учрайди. Рибофлавин етишмаслиги кишиларда хейлоз, стоматит, глоссит каби хасталикларни юзага келтиради. *Пантотенат кислота* организмда оксил, ёғ ва углеводларни катализловчи ферментлар таркибига киради. У ацетилхолин синтезига қатнашади, нерв тизими, ички секреция безлари ҳамда ичаклар фаолиятининг бошқарилишида қатнашади. У барча озиқ-овқат маҳсулотларида учрайди. Хусусан, ҳайвон жигари, гўшт, балиқ, тухум, дон ва дуккаклилар унинг асосий манбаи ҳисобланади. *B₆ витамини* тўқима ва ҳужайраларда аминокислоталар алмашинувига қатнашувчи ферментлар таркибига киради. Нерв тизими, жигар, қон ҳосил қилувчи аъзолар ва тери функциясини яхшилаш учун хизмат қилади. Унинг асосий манбаи гўшт, балиқ, калла-поча, тухум сариғи, нўхат, ёрма, картошка ва бошқа маҳсулотлар ҳисобланади. Шу билан бирга, у йўғон ичак микрофлораси томонидан ҳам маълум миқдорда синтезланади. *B₁₂ витамини* суяк кўмигида қон ҳосил бўлиш жараёнларида фаол қатнашади. Асаб тизимининг ишини яхшилади. Метилланиш жараёнларида қатнашади. У асосан гўшт маҳсулотлари ва тухум таркибида учрайди. Ушбу витаминнинг етишмаслиги камқонли ва асаб тизими бузилишига олиб келади. *Фолат кислота* (фолацин) қон ҳосил бўлиши, метилланиш, нуклеин кислоталарнинг синтезланиши каби жараёнларда фаол қатнашади. Жигарнинг функционал ҳолатини яхшилаш ва организмнинг турли кимёвий моддаларга чидамлилигини оширишга хизмат қилади. Сабзавотлар, гўшт, пишлоқ каби маҳсулотлар унинг асосий манбаи ҳисобланади. Бу витамин ачитқилар, ловия, шавель ва бошқалар таркибида табиий ҳолда учрайди. Фолат кислотага бўлган кунлик талаб қондирилмаса, қон ҳосил бўлиш жараёни, ҳазм қилиш тизими ва жигар функцияси бузилади. *C витамини* организмдаги моддалар алмашинуви жараёнларида фаол қатнашади. Тишлар милкининг қонаши ушбу витаминнинг етишмаслиги натижасидадир. Цинга (лавша) касаллиги юзага келади. Бу витамин бошқа витаминларга қараганда анча беқарор ҳисобланади. Ҳаводаги кислород таъсирида тезда парчаланиб кетади. Масалан, айрим мева-сабзавотлар, маслан олмани пичоқ билан тенг иккига бўлсак, бироз вақт ўтгандан кейин ўша кесилган жойнинг рангги ўзгаради. Бу жараён мева-сабзавотлар таркибидаги кимёвий

моддаларнинг ҳаводаги кислород билан ўзаро таъсири натижасида юзага келади. Шу билан бирга, у ҳароратнинг кўтарилиши ҳамда муҳитнинг озроқ ўзгариши натижасида ҳам оксидланиш хусусиятига эга. Масалан, сабзавот қайнатмаси, шўрва ёки бошқа сабзавотлардан тайёрланадиган таомларни паст ҳароратда қайнатиш билан юқори ҳароратда қайнатиш ўртасида анча фарқ бор. Паст ҳароратда сабзавотлар таркибидаги кимёвий моддаларнинг сифати маълум даражада сақланиб қолади. С витаминининг асосий манбаи кўкатлар, сабзавотлар, мева-чевалар ва бошқа маҳсулотлар ҳисобланади. С авитаминози амалда кам учрайди, бироқ қиш-баҳор ойларида кунлик овқат таркибидаги ўсимлик маҳсулотларининг нисбатан камайиши боис, С гиповитаминози кузатилиши мумкин.

Ёзда эрийдиганлардан А витаминининг кимёвий номи ретинол деб аталади. Бу витамин организмнинг ўсиши, ривожланиши ҳамда скелетнинг шаклланишида алоҳида ўрин тутаяди, шиллик қават таркибига кирадиган глюкопротеинлар синтезида қатнашади. Шу боис у кўзнинг шиллик қавати, нафас аъзолари, ҳазм қилиш тизими ва сийдик йўллари шиллик қаватларининг меъерий ишлашини таъминлашда иштирок этади. Организмда А витамини етишмаслиги гемералопия, ксерофтальмия каби касалликларнинг авж олишига сабаб бўлади. *Д витамини* ҳам болалар организми учун жуда муҳим бўлиб, у танада кальций ва фосфор алмашинувини бошқаради. Суяк тўқималарининг ҳосил бўлиши ва скелетнинг шаклланишида иштирок этади. У тери остидаги ёғ қаватида куёшнинг ультрабинафша нурлари таъсирида ҳам маълум миқдорда синтезланиб туради. Бунда *Д* провитамини *Д₃* витаминига айланади. Бундан ташқари, *Д* витаминига бўлган кунлик талаб қондирилмаса, болаларда рахит, остеопороз касалликлари ривожланади, суякланиш жараёнларининг бузилиши кузатилади. Ушбу витамин гўшт-сут маҳсулотлари, тухум ва бошқаларда кўп учрайди. *Е витамини* организмда оксил, ёғ ва углеводларнинг ўзлаштирилишини таъминлаш билан бир қаторда, тўқималарнинг нафас олиш жараёнларида фаол иштирок этади. Моддалар алмашинуви жараёнини яхшилайди. Скелет ва юрак мускуллари, шунингдек, жигар ва асаб тизимида бир қатор жараёнларнинг меъерий кечишида муҳим ўрин эгаллайди. Оғир жисмоний меҳнат ушбу витаминга бўлган кунлик талабни оширади. *К витамини* танадаги протромбин синтезида қатнашади, яъни қон ивиш жараёнининг меъерий кечишини таъминлайди. Ушбу витамин етишмаслиги сезилганда милкларнинг қонаши, тананинг бирор қисми шикастланганда қон ивиш жараёнининг бузилиши

кузатилиши мумкин. Карам, картошка, помидор, исмалоқ, ошқовоқ, гўшт маҳсулотлари таркибида кўп учрайдиган витамин маълум миқдорда йўғон ичак микрофлораси таъсирида ҳам синтезланиб туради.

Мавзу юзасидан савол ва топшириқлар

- 1) Овқатланиш гигиенаси нима?*
- 2) Оқсилларларнинг инсон организми учун фойдали хусусиятлари ҳақида гапириб беринг.*
- 3) Витаминларнинг қандай турлари бор?*
- 4) Витамин етишмаслиги оқибатида қандай хасталиклар келиб чиқади?*

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

Каримов И. А. Баркамол авлод – Ўзбекистон тараққиётининг пойдевори. – Т., 1998.

Каримов И. А. Юксак маънавият – енгилмас куч. – Т., 2008.

Каримов И. А. Она юртимиз бахту-иқболи ва буюк келажаги йўлида хизмат қилиш – энг олий саодатдир. – Т., 2015.

Мирзиёев Ш. М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб интизом ва шахсий жавобгарлик – ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қоидаси бўлиши керак. – Т., 2017.

Абдуллаев И., Муталова З. Ижтимоий меъёрлар ва инсон саломатлиги. – Т., 2008.

Арзиқулов Р. Соғлом турмуш тарзи асослари. – Т., 2005.

Иргашев Ш. Валеология. – Т., 2015 й.

Муталова З. Соғлом яшаш тарзи. – Т., 2007.

Оқилов О., Эргашев А. Соғлом турмуш – узок умр пойдевори. – Т., 2004.

Сайфиддин Фахриддин ўғли. Валеология. – Т., 2014.

Шайхова Г., Худайбергандов С. Гигиена. – Т., 2014.

Шамсиев Э., Рустамбаев М. Наркология. – Т., 2003.

Шодиматов А. Соғлом турмуш тарзи. – Т., 2009.

МУНДАРИЖА

КИРИШ	3
-------------	---

1-мавзу. ВАЛЕОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ПРЕДМЕТИ, МАҚСАДИ ВА ВАЗИФАЛАРИ

Валеология ҳақида асосий тушунчалар	4
Соғлом турмуш тарзи ва уни шакллантирувчи омиллар	5

2-мавзу. САЛОМАТЛИКНИ АСРАШДА ЖАМОАТ ГИГИЕНАСИ ҲАМДА ШАХСИЙ ГИГИЕНАНИНГ ЎРНИ. АСЕПТИКА ВА АНТИСЕПТИКА

Жамоат гигиенаси ва шахсий гигиена	10
Асептика ва антисептика ҳақида тушунча. Антисептика турлари.....	12
Тери ва тери ости ёғ тўқималарининг яллиғланиши. Йирингли касалликлар.....	16
Ўткир жарроҳлик инфекциялари	17

3-мавзу. КЕНГ ТАРҚАЛГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ВА УЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Инфекциянинг асосий юқиш йўллари. Юқумли касалликларнинг олдини олиш чоралари	22
Вирусли гепатит: эпидемиологияси, клиникаси, аниқлаш ва даволаш усуллари	23
Дифтерия ва уни даволаш.....	29
Дизентерия (ичбуруғ)нинг инфекция манбаи, юқиш йўллари ва белгилари.....	32
Менингит, унинг клиникаси ва асоратлари.....	37

4-мавзу. РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИКНИ МУСТАҲҚАМЛАШ. ФИЗИОЛОГИК ТУҒИШ ЖАРАЁНИДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Репродуктив саломатлик – соғлом авлод гарови	43
Ҳомиланинг пайдо бўлиши, ҳомиладорлик аломатлари ва уни аниқлаш.....	44
Туғруқ жараёни ҳақида умумий маълумотлар	46

**5-мавзу. ИНСОН САЛОМАТЛИГИ УЧУН ЗАРАРЛИ
ОДАТЛАР. ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ
ВА УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ**

Кашандалик, алкоголизм ва гиёҳвандлик.....	50
Тери-таносил касалликларининг кўзғатувчилари ва юқиш йўллари.....	57

**6-мавзу. ҲАЁТ ФАОЛИЯТИ ХАВФСИЗЛИГИ
АСОСЛАРИ: ФАВҚУЛОДДА ҲОЛАТЛАРДА БИРИНЧИ ТИББИЙ
ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

Фавқулодда вазиятларда жароҳатланиш хусусиятлари.....	72
Сув босганда кўрсатиладиган биринчи ёрдам.....	75
«Эзилиш» синдромида кўрсатиладиган ёрдам ва оммавий жароҳатланишларда беморларни транспортировка қилиш	77

**7-мавзу. ҲАЁТ ФАОЛИЯТИ ХАВФСИЗЛИГИ
АСОСЛАРИ: ЙЎЛ-ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИ
ЖАБРЛАНУВЧИЛАРИГА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

Транспорт воситаларининг тўқнашуви пайтида биринчи ёрдам кўрсатиш	79
Жароҳатланганларни транспортировкага тайёрлаш	80

**8-мавзу. ОВҚАТЛАНИШ ГИГИЕНАСИ ВА УНИНГ ИНСОН
САЛОМАТЛИГИДА ТУТГАН ЎРНИ**

Овқатланиш гигиенасининг аҳамияти	82
Витаминларнинг фойдали хусусиятлари	86

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	90
---------------------------------------	-----------

ТЎРАЕВ Илҳомжон Эсанович
ҚУРБОНОВ Комил Соатович

БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ АСОСЛАРИ ВА ВАЛЕОЛОГИЯ

Маърузалар курси

***Муҳаррир* Ж.Э. Холов**
***Техник муҳаррир* Д.Р. Джалилов**

Босишга рухсат этилди 20.06.2017. Нашриёт ҳисоб табағи 6.
Адади 20. Буюртма № . Баҳоси шартнома асосида

Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси
100197, Тошкент ш., Интизор кўчаси, 68.