

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI ICHKI ISHLAR VAZIRLIGI

A K A D E M I YA

I. E. TO‘RAYEV, K. S. QURBONOV

BIRINCHI TIBBIY YORDAM ASOSLARI
VA VALEOLOGIYA

MA‘RUZALAR KURSI

TOSHKENT – 2017

O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi
Tahririyat-noshirlik hay’atida ma’qullangan

Mas’ul muharrir:

Toshkent Vrachlar malakasini oshirish instituti
Valeologiya kafedrasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori,
professor **SH. B. Irgashev**

Taqrizchilar:

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi bosh diyetologi, tibbiyot
fanlari doktori, professor **A. S. Xudayberganov**

Toshkent Vrachlar malakasini oshirish instituti Anesteziologiya va
reanimatologiya kafedrasi dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi,
dotsent **U. B. Botirov**

O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi psixologiya va pedagogika
kafedrasi boshlig‘i, psixologiya fanlari nomzodi,
dotsent **B. N. Sirliyev**

To‘rayev I. E., Qurbonov K. S.

T-87 **Birinchi tibbiy yordam asoslari va valeologiya:** Ma’ruzalar kursi. –
T.: O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi, 2017. – 86 b.

Ushbu ma’ruzalar kursi davlat ta’lim standartlari hamda «Birinchi yordam asoslari va valeologiya» fani o‘quv dasturi asosida tayyorlangan. Unda valeologiya fanining maqsadi va vazifalari, sog‘lom turmush tarzini qaror toptirishda gigiyenaning o‘rni, turli yuqumli kasalliklar va ularni profilaktika qilish, reproduktiv salomatlik, favqulodda vaziyatlarda birinchi yordam ko‘rsatish asoslari batafsil yoritilgan.

IIV Akademiyasida ta’lim olayotgan tinglovchi-kursantlar, ilmiy tadqiqotchilar va mustaqil izlanuvchilar uchun mo‘ljallangan.

KBK 51.1(5u)2+75.0ya73

© O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi, 2017

KIRISH

Sogʻlom turmush tarzini qaror toptirish uchun jamiyatda, eng avvalo, tibbiy madaniyat va savodxonlikni shakllantirish zarur. Yaʼni har bir inson oʻz salomatligini asrashga qaratilgan maʼlum koʻnikmalarni bilsa, tibbiyotga oid bilimlardan boxabar boʻlsagina, sogʻlom turmush tarzini qaror toptirishga xizmat qiladi. Prezidentimizning 2017 yil 16 martdagi «Shoshilinch tibbiy yordamni yanada takomillashtirish chora-tadbirlari toʻgʻrisida»gi farmonida aytib oʻtilganidek, «...aholiga oʻz vaqtida malakali shoshilinch tibbiy yordam koʻrsatish boʻyicha davolash, ilmiy-metodik va taʼlim ishlarining butun kompleksini eng yuqori darajada tashkil etishga yoʻnaltirilgan aholiga shoshilinch tibbiy yordam berish tizimini tubdan takomillashtirish» bugungi davr talabi.

Maʼlumki, hozirgi kunda mamlakatimiz taʼlim tizimidagi oʻquv muassasalarida «Valeologiya asoslari» kursi fan sifatida oʻqitib kelinmoqda. Bundan maqsad – yoshlarda valeologiya haqida tushuncha hosil qilish, ularning tibbiyotga oid bilimlarini mustahkamlash hamda birinchi tibbiy yordam koʻrsatish koʻnikmalarini shakllantirishdan iborat.

IIV Akademiyasi tibbiy tayyorgarlik kafedrasidan yaratilgan ushbu maʼruzalar kursida ham valeologiya fanining maqsadi va vazifalari, ichki ishlar organlari xodimlari orasida sogʻlom turmush tarzini qaror toptirish, inson salomatligini mustahkamlashda shaxsiy gigiyenaning oʻrni, turli yuqumli kasalliklar va ularning profilaktikasi, ayollar va bolalarning reproduktiv salomatligi, favqulodda vaziyatlarda birinchi yordam koʻrsatish va boshqa mavzular keng yoritilgan. Eng muhimi, uni tayyorlashda ilmiy tadqiqot ishlaridan samarali foydalanilgan.

«Birinchi tibbiy yordam asoslari va valeologiya» maʼruzalar kursining dolzarbligi shundaki, u tinglovchi-kursantlarda tibbiyot asoslariga oid yaxlit bilim hamda koʻnikma hosil qilishga, jamiyatda sogʻlom turmush tarzini qaror toptirishga xizmat qiladi.

1-mavzu. VALEOLOGIYA FANINING PREDMETI, MAQSADI VA VAZIFALARI

Valeologiya haqida asosiy tushunchalar

Valeologiya lotincha «Valeo» soʻzidan olingan boʻlib, «sogʻ boʻling» degan maʼnoni anglatadi. Yaʼni valeologiya – salomatlik haqidagi fan. Ammo u faqatgina tibbiy fanlar emas, balki fiziologiya, biologiya, pedagogika, ekologiya, genetikaga bogʻliq holda kelib chiqqan integrativ fandır.

Tibbiyot odamlarni davolasa, valeologiya kasallikning klinik belgilaridan oldin organizmda yuzaga kelayotgan omillarni aniqlab beradi. Uning eng muhim jihati – turli xastaliklarning oldini oladi. Shu bois, olimlar valeologiyani «salomatlikni asrash va rivojlantirish haqidagi fan» deb taʼriflaydilar. Akademik V.Kaznachevning fikricha, u organizm faoliyatini kuchaytirish va unga yordamlashish haqidagi fandır.

«Valeologiya» atamasini fanga ilk bor (1987-y.) tibbiyot fanlari doktori, akademik I.Brexman kiritgan. U tashqi salbiy taʼsirlarga nisbatan organizmning qarshi kurashish xususiyati borligini, ayrim biologik faol moddalarning sogʻlom organizmga ijobiy taʼsir etishi mumkinligini isbotlagan. Uning bu izlanishlari farmakologiya fanida yangi yoʻnalish – farmakosanatsiyaning paydo boʻlishiga zamin yaratdi va shu bilan birga, valeologiya faniga ham asos boʻldi.

Valeologiyaning oʻrganadigan obyekti bu – sogʻlom odam hisoblanadi. Uning maqsadi – inson salomatligini asrash. Olimlarning fikricha, valeologiya insonning sihat-salomatligi, farovon yashashi, sogʻlom turmush tarzi uchun zarur. Valeologiya fanining maqsadi keng, vazifalari esa serqirra. D.Safarova, K.Shokirjonova, N.Abdurahmonovalarning taʼkidlashicha, valeologiya – odamning individual salomatligi haqidagi fan boʻlib, odam organizmini tashkil etuvchi tizimlar, aʼzolar, toʻqimalar va hujayralarida kasallik hamda salomatlik holatlari uchun xos boʻlgan koʻrsatkichlarni oʻrganadi va u odamni salomatligini saqlash, kasallikni oldini olish yoʻllarini oʻrganadi. Valeologiya – fanlararo integrativ fan sifatida tibbiyot, anatomiya, genetika, jismoniy tarbiya, ekologiya, pedagogika, psixologiya fanlarining dalillari asosida vujudga kelgan va hozirgi kunda faol profilaktik hamda ilmiy-pedagogik yoʻnalishga ega.

Ushbu fanning asosiy vazifalari quyidagilarni aytib oʻtish joiz:

1) valeologiya fani oʻquv darsligi sifatida odamning sogʻligini saqlashda individual taraqqiyot bosqichlari uchun oʻziga xos boʻlgan xusu-

siyatlarini hisobga olgan holda maktabgacha, maktab, oliy ta'lim muassasalari, o'rta yosh, keksayish va keksalik davrlarni o'z ichiga qamrab oladi. hamda maqsadli guruhlar orqali hayotga tatbiq qilinadi;

2) valeologiya fan sifatida *nazariy* va *amaliy* valeologiyaga bo'linadi. Nazariy valeologiya tibbiy-biologik, psixologik, ijtimoiy fanlarga asoslanib, sog'liqni saqlashda yoshga qarab o'zgarishlarni, oilaviy va kasbiy yo'nalishlar muammolarini hal etadi. Amaliy valeologiya, o'z navbatida, *tashxisiy (diagnostik)* va *xususiy* valeologiyaga ajraladi.

Valeologiyaning predmetlari:

- 1) tibbiy va ijtimoiy salomatlik;
- 2) valeogenez (salomatlikni shakllantirish mexanizmlari);
- 3) individual tartibda salomatlikni baholash usullari;
- 4) salomatlikni saqlash va uni mustahkamlar usullari.

Valeologiya ikki qismdan iborat: *umumiy* hamda *maxsus*. Umumiy valeologiya odam sog'lom turmush tarzining ilmiy asosini ko'rsatsa, maxsus valeologiya tibbiy, ekologik, psixologik, jismoniy va adaptiv sog'lom turmush tarzini o'rganadi. Shu bilan birga, valeologiyani uchta tarkibiy qismga bo'lish mumkin.

1. Valeosofiya (salomatlik falsafasi yoki salomatlik donishmandligi).
2. Valeometriya (salomatlikni o'lchash).
3. Valeopraktika (organizmni sog'lomlashtirish).

Valeologiyaning asosiy vazifalari – bu har bir insonda salomatlik to'g'risidagi bilimlarni shakllantirish, salomatlikni saqlash va mustahkamlashga ta'sir etuvchi omillarni o'rgatish; o'z salomatligini asrashga bo'lgan mas'uliyatni shakllantirish; sog'lom turmush tarzining ilmiy asoslari hamda valeopraktik texnologiyalar bilan tanishtirish; odamda sog'lomlashtirishning adekvat usullarini o'rgatishdir.

Sog'lom turmush tarzi va uni shakllantiruvchi omillar

Turmush tarzi – insonning ish faoliyatini, bo'sh vaqtini sarflash shakli, iqtisodiy va ma'naviy xohish-istaklarini qondirish jarayonidir. Odamning turmush tarzi uchta kategoriyani o'z ichiga oladi:

- 1) yashash darajasi, ya'ni insonning iqtisodiy va ma'naviy, madaniy istaklarini qondirilishi (asosan iqtisodiy kategoriya);
- 2) yashash sifati, ya'ni inson xohish-istaklarining qondirilishi (ijtimoiy kategoriya);
- 3) yashash tarzi, ya'ni inson psixologiyasi va psixofiziologiyasining sharoitga moslashuvi (ijtimoiy-psixologik kategoriya).

Sogʻlom turmush tarzining asosiy prinsiplari sifatida ijtimoiy (turmush tarzining estetik, maʼnaviy boy boʻlishi) va biologik (turmush tarzining yoshga qarab ritmik, mustahkamlovchi va doimo energetik taʼminlangan boʻlishi) prinsiplarni keltirib oʻtish kerak. Barchamiz bilamizki, salomatlikni asrash va mustahkamlashning muhim omili – bu sogʻlom turmush tarzidir. Shu sababli ham, inson nafaqat maʼnaviy-ruhiy, balki jismoniy yetuklikka ham intilishi, salomatligiga salbiy taʼsir etadigan turli illatlardan tiyilishi lozim.

Inson salomatligiga taʼsir qiluvchi tashqi muhit bilan bogʻliq omillarni toʻrt guruhga ajratish mumkin:

- 1) sogʻlom hayot tarzi (50-55 %);
- 2) genetik omillar, yaʼni inson jinsi, yoshi, tana tuzilishi, irsiyati (15-20%);
- 3) tashqi muhit holati, yaʼni ob-havo, geliogeofizik, antropogen ifloslanishlar (20-25 %);
- 4) tibbiy taʼminlanganlik (8-10 %);

Salomatlikni shakllanishida ijtimoiy omillar ham asosiy oʻrinni egallaydi. Salomatlikka taʼsir qiluvchi omillar *obyektiv* va *subyektiv* boʻladi. Obyektiv omillarga mamlakatning ijtimoiy-iqtisodiy statusi, yomon ekologiya, irsiyat, ruhiy zoʻriqish (stress) va tibbiyotning rivojlanish darajasi. Subyektiv omillarga esa gipodinamiya, zararli odatlar, notoʻgʻri ovqatlanish, tartibsiz yashash tarzi (ish, dam olish, uyqu) va ruhiy zoʻriqish.

Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya etgan insonning uzoq umr koʻrishi ilmiy jihatdan isbotlangan. Shuning uchun har bir inson hayoti davomida shaxsiy gigiyena masalasiga katta ahamiyat qaratishi, sogʻlom turmush tarziga amal qilish dasturiga qatʼiy amal qilishi va badantarbiya bilan muntazam shugʻullanib turishi lozim. Chunki, kamharakatlilik (gipodinamiya) – insonning tez qarishiga, betartib ovqatlanish – semirishga, qon-tomirlar aterosklerozining boshlanishiga, hatto, diabet kasalligiga, mehnat va dam olishning toʻgʻri tashkil qilinmasligi – asab-ruhiy holatlarning buzilishiga, uyqusizlikka sabab boʻladi. Inson salomatligi uning sogʻlom aql-idroki, atrofdagilar bilan munosabati, atrof-muhitdagi narsa va hodisalarga munosabati singari omillarga bogʻliq.

Mutaxassislarning aytishicha, sogʻlom turmush tarzini qaror toptirish uchun quyidagi mezonlar muhim sanaladi:

har bir inson kun tartibiga ega boʻlishi, yaʼni bir kecha-kunduzlik faoliyatini hisobga olgan holda oʻz mehnat qobiliyatini tartibga solishi, dam olishi va uxlashni toʻgʻri tashkil qilishi;

harakat faolligini nazorat qilishi, yaʼni sportning oʻzi tanlagan biror turi bilan muntazam shugʻullanishi, ochiq va sof havoda sayr qilishi, chopib turishi, ritmik va doimiy gimnastika bilan shugʻullanishi;

tanasini chiniqtirib borishi;

suyak-muskul tizimlarini me'yoriy va muntazam harakatlar bilan bardamlashtirishi;

ruhan va ma'nan o'zini-o'zi to'g'ri nazorat qilishi, ya'ni har qanday vaziyatda ham o'zini to'xtata bilishi;

asab tizimi qo'zg'alganda (nevroz holati) o'z aql-zakovatini ishga solib normal holatga qaytishi;

ratsional, ya'ni to'g'ri, o'z vaqtida va sifatli ovqatlanishi;

hayot-faoliyatidan kelib chiqqan holda turli xil omillardan to'g'ri foydalanishi kerak.

Agar har bir inson o'z hayoti davomida ushbu qoidalarga uzviy amal qilsa, nafaqat o'z salomatligini mustahkamlashi, balki jamiyatda sog'lom turmush tarzini qaror toptirishga hissa qo'shishi mumkin. Mutaxassislar-ning fikricha, sog'lom bo'lish va sog'lom turmush tarziga erishish uchun muntazam harakatda bo'lish va chiniqish, to'g'ri ovqatlanish, ishlash va dam olish, ruhiyatni tetiklashtirish va organizm uchun zararli bo'lgan turli odatlardan voz kechish hamda jinsiy xulq-atvorni jilovlay bilish zarur ekan.

Shu o'rinda «stress» tushunchasiga ham to'xtalib o'tsak. «Stress» inglizcha so'zdan olingan bo'lib, bosim, kuchlanish, tanglik degan ma'no-larni anglatadi. Ya'ni og'ir sharoitlarda odamda paydo bo'ladigan psixik (ruhiy) tanglik holati hisoblanadi. Fanda u haqda dastlab kanadalik fiziolog G.Selye (1936-y) gapirib o'tgan. Bilamizki, organizm o'z ichki muhiti tarkibini doimo bir xil saqlab turish (gomeostaz) xususiyatiga ega. G.Selye-ning fikricha, stress buzilgan gomeostazni qayta tiklashga urinishdir. Stress qo'zg'atuvchilar fanda stressorlar deb ataladi. Stressorlarning kuchi va ta'sir etish sharoitiga qarab stress holati turlicha bo'ladi. Masalan, uning adaptatsion (moslashish) sindromi ijobiy natija keltirib chiqarsa, og'ir shakli shokka olib keladi. Agar zararli ta'sirlar uzluksiz davom etsa, organizmda yuz beradigan o'zgarishlar uch bosqichda kechadi:

1) tashvishlanish yoki xavotirlanish holatida stressorlar ta'sir qilgan zahoti boshlanib, bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi;

2) rezistentlik (chidamlilik) ikki va undan ortiq hafta davom etib, organizmda adaptatsiya (moslashish) jarayoni sodir bo'ladi;

3) holdan toyish kuzatiladi, ya'ni organizm o'zidagi barcha energiyani sarflab qo'ygani uchun stressorlarga qarshi kurashish qobiliyati juda kuchsizlanib ketadi.

Ma'lumki, hayot faoliyatimiz davomida turli omillar sabab bir yoki bir necha bor stress holatiga tushib qolamiz. Ammo aksariyat hollarda uni his etmaymiz yoki e'tibor bermaymiz. Stress odam faoliyatiga salbiy yoki

ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Deylik, musobaqa paytida sportchiga bir vaqtning o'zida bir necha stressor, ya'ni kuchli ruhiy-jismoniy zo'riqish, mas'uliyat hissi va boshqalar ta'sir qilishi sababli organizmning fiziologik imkoniyati chegaradan chiqib ketadi. Natijada, organizmning o'zini himoya qilishga jadallik bilan intilishi tufayli tormozlanish – hushdan ketish ro'y berishi mumkin (salbiy stress). Muayyan meyor darajadagi stress esa kishini tetik qilib, uning barcha fikrlarini ma'lum nuqtaga to'playdi. Masalan, imtihon topshirish oldidan talaba yoki o'quvchi ma'lum darajada hayajonga tushmasa, u muvaffaqiyatga erisha olmaydi va hokazo (ijobiy stress).

Stress holatida qo'zg'aluvchanlik, jahldorlik, jizzakilik, nevroz holati, tushkunlikka tushish, uyquning buzilishi, tez charchash, mushaklar tirishishi, badanida go'yoki chumoli yurgandek sezgi, taxikardiya, yurak qisqarishi ritmining o'zgarishi, qorinda og'riq sezish kabi klinik belgilar paydo bo'ladi. Bu fanda stress sindromi deb ataladi.

Xo'sh, stressdan qutulish yoki uning oldini olish uchun nimalar qilish kerak? Bunda biz uchun quyidagi antistress tavsiyalar yordam beradi:

1) jismoniy tarbiya va sport bilan meyorga amal qilgan holda muntazam shug'ullanish;

2) yon-atrofga o'ta ta'sirchan bo'lmaslik, ya'ni ba'zi noxushlik yoki ko'ngilsizliklar haqida imkoni boricha o'ylamaslik;

3) kunni xursandchilik bilan o'tkazish, doim kayfiyatni ko'taruvchi narsalar haqida o'ylash;

4) hayot faoliyatini to'g'ri tashkil etish va rejalashtirish;

5) hayotga yangicha yondashish, har qanday holatlarga nisbatan ijobiy munosabatda bo'lish;

6) o'z vaqtida va to'g'ri ovqatlanish;

7) yaqin insonlar va do'stlarga e'tiborli bo'lish;

8) turmush tarziga optimistik qarash bilan yashash, kelajakka umid va ishonch bilan qarash va boshqalar.

O'z-o'zidan ayonki, har bir inson hayoti davomida valeologiya qoidalariga amal qilsa, o'z salomatligini tiklab, turli stress holatlariga barham berishga erishadi.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

1) *Valeologiya nima?*

2) *Sog'lom turmush tarzini shakllantiruvchi omillar haqida nimalar bilasiz?*

3) *Stress va uning oldini olish choralari haqida gapirib bering.*

2-mavzu. SALOMATLIKNI ASRASHDA JAMOAT GIGIYENASI HAMDA SHAXSIY GIGIYENANING O‘RNI. ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA

Jamoat gigiyenasi va shaxsiy gigiyena

Gigiyena yunoncha «gigienos» soʻzidan olingan boʻlib, sogʻlom deganidir. U fan sifatida tibbiyot (tabobat)ning bir sohasi hisoblanadi. Gigiyena fani atrof-muhit (havo, tuproq, iqlim, turli xil ekologik holat va boshq.) va ishlab chiqarishdagi turli xil omillarning inson sogʻligʻiga taʼsirini oʻrganadi. Aholining hayot va mehnat sharoitlariga boʻlgan talabini ilmiy-amaliy jihatdan tahlil qilib, tegishli xulosalarni ishlab chiqadi.

Ushbu fanning tarixi olis tarixga borib taqalsa-da, u zamonlar oʻtishi bilan yaxlit fan sifatida shakllandi. Bunda dastlab umumiy gigiyena oʻrganilgan boʻlsa, bugunga kelib uning bir qancha turlari paydo boʻldi. Jumladan, kommunal gigiyena, shaxsiy gigiyena, mehnat gigiyenasi yoki kasbga oid gigiyena, bolalar va oʻsmirlar gigiyenasi, harbiy gigiyena, harbiy va fuqaro aviatsiyasi gigiyenasi, radiatsion (ionlashtiruvchi) gigiyena, ovqatlanish gigiyenasi singari. Masalan, kommunal gigiyena atrof-muhit omillarining aholi sogʻligʻiga, sanitariya sharoitlariga taʼsirini oʻrganadi. Aholining sogʻlom va qulay turmush sharoitini taʼminlash uchun gigiyena normativlari va sanitariya-tashviqot tadbirlarini ishlab chiqadi. Shuningdek, atmosfera, suv, yerlarning sanitariya holati, aholi turarjoylari va jamoat joylari gigiyenasini oʻrganadi. Shaxsiy gigiyena esa, shaxsiy hayot va mehnat faoliyatida amal qilinishi zarur boʻlgan gigiyenik rejim yoʻli bilan odam sogʻligʻini saqlash va mustahkamlash masalalarini ishlab chiqadi. Shaxsiy gigiyenaga badan (teri, soch, tirnoq, tishlar), poyafzal, kiyim-kechak, turarjoy gigiyenasi, ratsional ovqatlanish qoidalari, organizmni chiniqtirish, jismoniy tarbiya va boshqalar kiradi. Shuningdek, jinsiy organlar va jinsiy hayot gigiyenasiga rioya qilish ham valeologik ahamiyatga ega.

Shuni aytish kerakki, odam organizmiga salbiy taʼsir etuvchi omillarning turlari ham juda koʻp. Insonning ruhiy holati, mehnat faoliyati va sihat-salomatligiga jiddiy taʼsir koʻrsatuvchi ushbu omillarni asosan ikki guruhga boʻlish mumkin.

1) Umumiy sotsial-iqtisodiy sharoitlar:

- *mehnat qilish sharoitlari;*
- *yashash-turmush sharoitlari;*
- *bolalar va yoshlarni tarbiyalash, oʻqitish sharoitlari;*

– ovqatlanish jarayonlaridagi sharoitlar va boshq.

2) Turli xil boshqa omillar:

– fizikaviy omillar;

– kimyoviy omillar (yoki moddalar);

– biologik sabablar;

– ruhiyatga ta'sir etuvchi psixogen omillar va boshq.

Yuqoridagilardan kelib chiqib, mutaxassis-shifokorlar oila sharoitida shaxsiy gigiyenani o'rnatish uchun ayrim tavsiyalarni berishadi. YA'ni oilada har bir kishining alohida yuvinish va cho'milish vositalari (tish cho'tkasi, mochalka, sovun, sochiqlar va hok.) bo'lishi, yotoq jihozlari (yostiq, ko'rpa-to'shak, choyshablar va hok.) doimo jildi bilan toza-ozoda tutilishi, har bir xona (yotoqxona, oshxona, vanna va hojatxona)larni orasta saqlash, sifatli oziq-ovqat mahsulotlari va meva-sabzavotlarni iste'mol qilish (yaxshilab yuqib), doim qaynatilgan suvdan foydalanish (iste'mol qilganda ham) kabilarga ahamiyat berish maqsadga muvofiq. Shuningdek, uy atroflarini obodonlashtirish va ko'kalamzorlashtirish, yo'laklarni tartibga keltirish ham gigiyenaning muhim qoidalaridan.

Xonadon gigiyenasiga amal qilganda tozalikka qat'iy amal qilish, xonalarni muntazam shamollatib turish va jihozlarni namlangan lattalar bilan artib turish, turli axlatlarning yig'ilib qolishiga yo'l qo'ymaslik, eng muhimi, chiqindilarni umuman yoqmaslik kerak.

Shaxsiy gigiyena va jamoat gigiyenasi qoidalariga rioya qilmaslik har xil yuqumli kasalliklarning paydo bo'lishiga olib keladi. Shaxsiy gigiyena qoidalari deganda, har bir inson tomonidan badanning va alohida tana a'zolarining ozodaligini muttasil ravishda ta'minlash bilan bog'langan gigiyenik muolajalar majmuasi tushuniladi. Bunga qo'l tozaligi, og'iz bo'shlig'i gigiyenasi, soch gigiyenasi va teri gigiyenasi kiradi.

Masalan, qo'l tozaligiga amal qilish uchun qo'llarni doim sovunlab yuvish nazarda tutiladi. Kundalik faoliyatimiz davomida qo'llarimizni hojatxonadan chiqqandan so'ng, ovqat pishirish va ovqatlanish oldidan, hayvonlarga tekkandan so'ng, ko'chadan uyga qaytganda yoki har qanday yumushni bajargandan keyin yuqishimiz shart. Og'iz bo'shlig'i gigiyenasida tishni toza tutish, pasta, poroshoklar bilan kunda ikki marotaba (ertalabki nonushta va kechqurungi ovqatlanishdan so'ng) yuvib turish, tishlar va milklarni muntazam parvarishlab turish tavsiya etiladi. Ovqatlangandan so'ng og'izni suv bilan chayish, tish oralarida qolgan ovqat qoldiqlarini tozalash maqsadga muvofiq. Sochlarni haftada bir marotaba yuvib turish – soch gigiyenasining asosiy talabi. Soch terisini oziqlantirish uchun soch terisiga kefir, qaymoq surtib, 30 daqiqadan so'ng yuvib tashlash kerak. Bu

sochlarga jilo berib, soch terisini oziqlantiradi. Teri gigiyenasida uning tozaligi katta ahamiyatga ega. Teri toza bo'lishi uchun imkoniyat darajasida har kuni dush qabul qilish lozim. Haftada bir marta hammomda cho'milish esa teridagi har xil bakteriya, mikroblarni tozalashga yordam beradi.

Shaxsiy gigiyena qoidalariga to'liq rioya qilish barcha uchun shart. Bunda ertalabki gigiyenik gimnastikaning ahamiyati ham beqiyosdir. Har bir inson ertalab uyqudan uyg'onib, badantarbiya bilan shug'ullanishni odat qilsa, salomatligini mustahkamlashga erishadi. Mashg'ulotlar chog'ida burun bilan chuqur ritmik va tekis nafas olishga ahamiyat qaratish kerak. YA'ni ertalabki kompleks gimnastika mashqlari nafas harakatlari birga olib borilsagina, yaxshi samara beradi. Burundan nafas olishda sovuq havo iliy boshlaydi, changlardan tozalanadi, quruq havo namlanadi, burundagi shilliq qatlamlar havodagi mikroblarni o'ldiradi, sof havo o'pka alveolarigacha yetib boradi. Eng muhimi, yuqoridagilarga amal qilish sog'lom turmush tarzi va shaxsiy gigiyenaning shakllanishiga xizmat qiladi.

Aseptika va antiseptika haqida tushuncha.

Antiseptika turlari

Aseptika (*grekcha «a» – inkor, inkor etuvchi, «septicos» – yiring chaqiruvchi*) jarrohlik muolajalari, jarohatlarni bog'lash va boshqa muolajalarda jarohatlarga, to'qimalarga, a'zolarga hamda tana bo'shliqlariga mikroorganizmlar tushishi xavfiga qarshi qaratilgan chora-tadbiridir. Antiseptika (*grekcha «anti» – qarshi, «septicos» – yiring chaqiruvchi*) esa jarohatdagi mikroblarni qirishga qaratilgan maxsus tadbir-choralar yig'indisini o'z ichiga oladi.

Aseptika uslublari quyidagilardan iborat:

- 1) *asbob-uskuna va jihozlarni sterillash;*
- 2) *jarroh qo'lini maxsus yo'l bilan zararsizlantirish;*
- 3) *tibbiy tekshiruvlar va jarrohlik vaqtida maxsus qonun-qoidalarga qat'iy rioya qilish;*
- 4) *davolash maskanlarida maxsus tashkiliy va sanitariya-gigiyena ishlarini tashkillashtirish.*

Endogen infeksiyani oldini olishda antiseptika, ekzogen infeksiyani esa aseptika asosiy o'rinni egallaydi. Har qanday jarohat kabi jarrohlik muolajalari tufayli to'qimalar butunligining buzilishi hisobiga paydo bo'lgan jarohatlar ham infeksiya tushishidan va yiringlashdan xoli emas. Yiringli holatlarni chaqiruvchi bakteriyalar ikkiga bo'linadi:

- 1) **aeroblar**, ya'ni atmosfera havosi hisobiga hayot kechiruvchi mikroblar;

2) **anaeroblar**, ya'ni atmosfera havosi ishtirokisiz hayot kechiruvchi mikroblar.

Stafilokokklar va streptokokklar keng tarqalgan aeroblar bo'lib, ular furunkul, karbunkul, abscess va boshqa yiringli kasalliklarni keltirib chiqaradi. Meningokokk bosh va orqa miyaning po'stloq (parda) qavatida yiringli yallig'lanish kasalliklarini chaqiradi. Gonokokk ko'proq siydik hamda jinsiy a'zolar yo'llarining shilliq pardalari (so'zak), ko'z va bo'g'imlarning yiringli kasalliklarini chaqiradi. Shuningdek, aerob bakteriyalarga pnevmokokk, ichak tayoqchalari va boshqalar ham kiradi. Anaerob bakteriyalarning keng tarqalganlari – bu ko'k yiring tayoqchalari, havoli qorason tayoqchalari, qoqshol tayoqchalaridir.

Mikroblar bilan zaharlanish **ekzogen** va **autogen** yo'llar bilan kechishi mumkin. Ekzogen yuqish deganda, jarohatga tashqi muhitdan mikroorganizmlarning tushishi tushuniladi. Bunda ikki xil yo'l bilan zararlanish kuzatiladi:

1) *bir-biriga tegishi orqali (kontakt), ya'ni sterillanmagan asboblar, bog'lam matolari, jarroh qo'li orqali o'tadigan va eng ko'p uchraydigan yuqish.*

2) *havo orqali, ya'ni changlar, tomchi va tuproqlar orqali, muloqot va yo'tal vaqtida yuqish.*

Autogen yoki endogen yuqish inson tanasida va a'zolarida bor mikroblar orqali vujudga keladi. Shikastlanmagan teri va shilliq pardalar ishonchli to'siq hisoblanadi, ular orqali mikroblar o'ta olmaydi. Terining epidermis yoki shilliq pardalarning epiteliy qavatlari shilinishi ko'p hollarda mexanik shikast, gohida kimyoviy birikmalar va zaharli moddalar ta'sirida vujudga keladi. Bunday hollarda shikastlangan a'zoning katta va kichikligi mikroblarning kirishida hech qanday o'rin tutmaydi. Chunki, bakteriyalar makro va mikro teshikchalardan ham o'tish qobiliyatiga ega. Teshikchalardan o'tgan bakteriyalar to'qimalar oraliq'i suyuqliklariga, keyin esa limfa suyuqliklari orqali qon aylanish doirasiga tushib, qon orqali a'zolar (teri, teri osti qatlamlari, muskul, limfa tugunlari, suyak va boshqalar)ga tarqaladi. Ba'zi hollarda bakteriyalar bevosita qo'shni a'zolarga, ya'ni to'g'ridan-to'g'ri kontakt yo'li bilan o'tadi. Masalan, o'pkadagi yiringli jarayon plevraga o'tishi yoki buning aksi bo'lishi mumkin.

Antiseptikaning bir nechta turlari mavjud: mexanik; fizikaviy; kimyoviy; biologik; aralash.

Mexanik antiseptika amaliyotda eng ko'p qo'llaniladigan, jarohatga birlamchi jarrohlik ishlov berish usuli hisoblanadi. Birlamchi jarrohlik ishlovi to'g'ri yoki o'z vaqtida bajarilgandagina, jarohatlarni infeksiyadan

tozalanganligiga va jarohatni birlamchi bitishiga kafolat beriladi. Ifloslangan jarohatlarni infeksiyalardan tozalash, yot jismlarni olib tashlash, hayot faoliyatiga ega bo'lmagan to'qimalarni kesib tashlash muolajalari mexanik antiseptikaning jarrohlik amaliyotida keng qo'llaniladigan, jarohatga birlamchi ishlov berish va mikroblarga qarshi olib boriladigan choralardir.

Fizikaviy antiseptikaga quyidagilar: bog'lamlarning gigroskopikligi (suyuqlikni shimib olishi)dan foydalanish, kapillyarlik xossasi tufayli jarohat yuzasidagi tarkibida mikroblar va uning zaharini tutgan suyuqlikning shimib olinishini; gipertonik eritmadan foydalanish, jarohatdagi onkotik bosimdan yuqori bo'lgan osmotik bosim hosil qilinishi natijasida kapillyarlik xossasining kelib chiqishini; yorug'lik, quruq issiq, ultratovush, ultrabinafsha nurlar va boshqa omillarni kiritish mumkin.

Bakteriyalarning rivojlanishini to'xtatuvchi (bakteriostatik) va bakteriyalarni o'ldiruvchi (bakteriotsid) xususiyatga ega bo'lgan moddalarni qo'llash *kimyoviy antiseptikaga* xos. Kimyoviy antiseptika qo'llanayotgan davo muolajalari vaqtida ishlatilayotgan moddalarning dozalari (miqdorlari)ni qat'iy meyorlash zarur. Amaliyotda ifloslangan jarohatlarni davolashda keng qo'llaniladigan antiseptik vositalarga: xloramin, yodni spirtli eritmasi, yodoform, vodorod perekisi, permanganat kaliy, bor kislotasi, etil spirti, brilliant yashili, metil ko'ki, furatsillin eritmasi, streptotsid, eruvchan sulfatsil va boshqalar kiradi.

Biologik antiseptika – bu mikroblarning o'sishi va rivojlanishini biologik vositalar yordamida to'xtatuvchi ta'sirlardir. Ya'ni bular: antibiotiklar, bakteriofaglar, antitoksinlar (qoqsholga qarshi, difteriya (bo'g'maga) qarshi zardoblar). Amaliyotda antibiotiklar har xil dori (tabletkalar, mahalliy eritmalar va malham) shaklida qo'llaniladi. Antibiotiklarning penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, eritromitsin, sintomitsin singari turlari mavjud. Antibiotiklar o'zlarining ta'sir kuchlariga qarab ma'lum mikroorganizmlarga nisbatan yuqori ta'sir etishi bilan xarakterlanadi. Shuning uchun ham, kasallikning rivojlanish bosqichi va uni chaqiruvchi mikroorganizmlarning tanlangan antibiotiklarga sezuvchanligi inobatga olinganda davolash samarali kechadi. Ayrim hollarda antibiotiklar organizmlarda turli xil allergik reaksiyalar chaqirishi ham mumkin. Ya'ni antibiotik yuborilganda organizmning qarshilik ko'rsatishi bir necha daqiqa ichida anafilaktik shok chaqirib, o'limga olib keladi. Ba'zan bu allergik qarshiliklar kechikkan holda (antibiotiklar yuborilgandan bir necha soat yoki kun o'tib) yuz berishi mumkin. Yuqoridagi asoratlarning oldini olish uchun terining antibiotikka sezuvchanligini aniqlash zarur: 500 000 birlikdagi penitsillin 5

ml. suvda eritilib, undan 0,1 ml.ga yaqin eritma bilakning oldingi qismi terisi ichiga «limon po'sti» hosil qilib yuboriladi. Va terida sodir bo'layotgan o'zgarishlar 30–60 daqiqa davomida muntazam kuzatib turiladi. Teri atrofida qizarish, qizil donachalar, shish va teri qichishlarining paydo bo'lishi organizmning mazkur antibiotikka nisbatan qarshiligi borligini ifoda etadi. Bunday hollarda qolgan antibiotik eritmasini yuborish qat'iy man etiladi.

Tibbiyotda mikroorganizmlarning antibiotiklarga nisbatan moslanishini pasaytirish maqsadida bir vaqtning o'zida bir necha antibiotiklarni birga qo'llash (masalan, tetratsiklinni eritromitsin va oleandometsin bilan) tavsiya qilinadi. Ammo penitsillin va eritromitsin, streptomitsin va tetratsiklinning bir-biriga mos kelmasligini ham yoddan chiqarmaslik kerak.

Aralash antiseptika mikroblarga qarshi ta'sirini oshirish maqsadida antiseptikaning bir nechta turlarini birgalikda qo'llash maqsadga muvofiqdir. Masalan, jarohatlarni zamonaviy davolashda birlamchi jarrohlik yo'li bilan ishlov berish (mexanik va kimyoviy antiseptika), biologik antiseptika (antibiotiklar va qoqsholga qarshi zardoblarni yuborish) hamda bunga qo'shimcha ravishda fizioterapevtika muolajalari tavsiya etiladi.

Teri va teri osti yog' to'qimalarining yallig'lanishi. Yiringli kasalliklar

Furunkul – teri osti yog' xaltasi va yog' bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishi bo'lib, u ba'zan teri osti yog' to'qimalariga ham yoyilishi mumkin. Uning asosiy chaqiruvchilari stafilokokklardir. Furunkullar tananing tuklar bilan qoplangan barcha joylarida, asosan yuz, bo'yin, bel va dumba sohalarida ko'proq uchraydi. Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, vitaminlar yetishmasligi, terining tiralishi, umumiy va uglevodlar almashinuvining (qandli diabet bilan og'rikan bemorlarda) buzilishi furunkulning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Uning alomatlari teri qizarib, shishganda, tuk atrofida va teri osti yog' qatlamini yiringlashi bilan namoyon bo'ladi.

Yuzda paydo bo'ladigan furunkullar nihoyatda xavfli hisoblanadi. Chunonchi, yuqori jag' sohasidagi furunkullar qo'l bilan ezilganda vena tomirlari orqali infeksiyalar ko'tarilib, venalar tromboflebiti, yuz saramasi, bosh miya sinuslariga o'tib, meningit, ensefalit, bosh miya absessi va sepsis holatlariga olib kelishi mumkin. Bunday sharoitda furunkulni shifo maskanida davolagan ma'qul.

Karbunkul – birdaniga bir nechta soch xaltalari, teri osti yog' qatlami va pastki qavat to'qimalarining bir vaqtda o'tkir yiringli yallig'lanib, katta

miqdordagi to'qimalarning nekrozga olib kelishi. Karbunkul asosan bo'yinning orqa sohasida ko'p uchraydi. U yoqasi ifloslangan ko'ylakning bo'yiga ko'p ishqalanishidan terining shikastlashi sababli kelib chiqadi. Karbunkulning klinik kechishlari furunkulnikiga qaraganda og'irroq kechadi. Bemorda ishtaha bo'lmaydi, qusish holatlari kuzatiladi. Karbunkulda abscess flegmona, limfadenit, tromboflebit va sepsis kabi asoratlari ko'p uchraydi. Karbunkul bilan og'riq bemorlar shoshilinch ravishda shifoxonalarda davolanishlari shart.

Gidradenit – ter bezlarining yiringli o'tkir yallig'lanishi bo'lib, unga ko'pincha qo'ltiq osti ter bezlari chalinadi. U avvaliga qizarib infiltrat hosil qiladi. Keyinchalik uch berib, o'rta qismidan yiring chiqaradi va abscesslar paydo qiladi. Bunday bemorlarga ambulator sharoitda davolanishni tavsiya etish mumkin.

Limfangoit va limfadenit – limfa tomirlari hamda limfa bezlarining yallig'lanishi bo'lib, ikkala xastalik ham ikkilamchi kasalliklar turkumiga kiradi. Ular asosan, furunkul, karbunkul, gidradenit va boshqa yiringli kasalliklar asorati sifatida paydo bo'ladi. Yiringli o'choqlar rivojlangan joylardan limfa tomirlari bo'ylab tomir qizarib, og'riq beradigan chiziq va uning biror-bir bo'g'im chuqurchalariga kelib tugunlar hosil qilishi hamda shu tugunlarning kattalashganligi – limfadenitdir. Ba'zan yallig'langan tomirlar bo'ylab kuzatiladigan infiltrat yumshaydi, og'riqlar bir oz kamayadi. Bu yiringlash ro'y berganidan dalolat beradi va yiringli o'choqlarni jarrohlik yo'li bilan ochish tavsiya qilinadi. Aksincha, boshqa hollarda, asosan, birlamchi yiringli kasalliklar davolash, antibiotiklar va fizioterapevtik davolanadi.

O'tkir jarrohlik infeksiyalari

Har xil xastalik chaqiruvchi bakteriyalar ta'sirida to'qimalarda hosil bo'ladigan yiringli kasalliklar – yiringli o'tkir jarrohlik kasalliklari deb ataladi. Ular kasallikning kelib chiqishi hamda chaqiruvchilarining ta'siriga qarab ikki turga bo'linadi: o'tkir va surunkali.

Yiringli o'tkir jarrohlik kasalliklarining 2 turi bor:

- 1) *nomaxsus o'tkir yiringli kasalliklarni chaqiruvchi* (streptokokk, stafillokokk va hok.);
- 2) *maxsus o'tkir yiringli kasalliklarni chaqiruvchi* (saramas, qoqshol, anaerob gazli infeksiya).

Surunkali o'tkir jarrohlik kasalliklarining ham 2 turi mavjud:

- 1) *nomaxsus surunkali yiringli kasalliklarni chaqiruvchi*;

2) *maxsus surunkali yiringli kasalliklari chaqiruvchi* (sil, aktinomikoz, zaxm).

To‘qimalarga bakteriyalar jarohatlangan teri, shilliq pardalar, limfa va qon tomirlari orqali tushadi. Bakteriyalar organizmda mahalliy va umumiy o‘zgarishlarni chaqiradi. Mahalliy yallig‘lanish belgilari qizarish, shish, mahalliy harorat va yallig‘langan to‘qima yoki a‘zo faoliyatining buzilishida namoyon bo‘ladi. Umumiy belgilari esa tana haroratining ko‘tarilishi, qaltirash, bosh og‘rig‘i, tomir urishining tezlashishi va qon tahlillaridagi o‘zgarishlar bilan kechadi.

O‘tkir yiringli jarrohlik kasalliklaridan asosan barmoq va kaft yiringli kasalliklari, furunkul, karbunkul, gidradenit, abscess va flegmonalar uchraydi. Eng xatarlisi, ushbu kasalliklarning tashxisi o‘z vaqtida aniqlanib, davolash muassasalariga murojaat qilinmasa, o‘zidan juda og‘ir sepsis, septik shok kabi hayot uchun xavfli asoratlarni qoldirishi mumkin.

Kaft va barmoqlar nomaxsus yiringli kasalliklar tabiatda juda ko‘p uchraydi. Bularga panaritsiy, paronixiya, va kaftlar flegmonalari kiradi.

Panaritsiy (xasmol) – barmoq to‘qimalarining jarohatlanib, yiringli yallig‘lanishi. Xasmol bilan ko‘proq ma‘lum kasb (mexanizator, haydovchi va hok.) egalari og‘riydilar. Buning sababi ish vaqtida olingan jarohatga iflos orqali infeksiya tushishidir. A‘zolarning anatomik jihatiga qarab teri osti, teri qavati, pay, suyak va bo‘g‘imlar xasmollari bor.

Teri ichi xasmolida teri qavatining epidermis va derma qavati oraliqlarida rivojlanib, bunda yig‘ilgan yiring epidermis tagidan ko‘rinib turadi. Teri osti xasmoli atrofi qizarib, xasmol rivojlanayotgan bo‘g‘im shishi bilan ifodalanadi. *Pay xasmoli* organizmning umumiy qarshiligi, ya‘ni umumiy quvvatsizlik, tana haroratining ko‘tarilishi bilan kechadi. Xasmol rivojlanayotgan barmoq panjaning ichki sohasiga bir oz bukilgan holda, shishgan, qizargan, barmoqni to‘g‘rilashga qilingan kamgina harakat ham kuchli og‘riq chaqiradi. *Suyak xasmoli* barmoqlarning yumaloq shaklda shishi va og‘riq bilan boshlanib, yiringli oqmalar hosil qiladi. *Bo‘g‘im xasmoli* tashxisi bo‘g‘imlardagi shish va kuchli og‘riq, harakatlarning chegaralanganligi kabi belgilar asosida qo‘yiladi. Barmoq biroz bukilgan holda, teri ajinlari silliqlangan, ko‘rimsiz harakat ham kuchli og‘riq chaqiradi. *Paronixiya* – barmoqlarning tirnoq atrofi aylanasi to‘qimalarining yallig‘lanishi. Joylashishiga qarab *yuza* (subepidermal) hamda *chuqur* tirnoq atrofi to‘mtog‘i to‘qimalarida uchraydigan turlarga bo‘ladi. Klinik kechishi tirnoq atrofi to‘mtog‘ining qizarib, shish paydo bo‘lishi bilan kechadi. Barmoqlardagi o‘tkir yiringli yallig‘lanishlarni o‘z vaqtida jarrohlik yo‘li bilan davolash shart. Yuza ko‘rinishdagi xasmol va paronixiyalar poliklinika sharoitida ochiladi. Pay, suyak va bo‘g‘imlardagi xasmollar

faqat shifoxonalarda davolanishi shart. *Panja flegmonalari* – juda og‘ir va xavfli xastalik hisoblanadi. Uning belgilari kamquvvatlik, uyqusizlik, titrab qaqshash va alahsirash bilan kechadi. Bemorlar jarohatlangan sohadagi kuchli og‘riqdan shikoyat qiladilar. Kaftning yuza qismida juda katta shish kuzatiladi. Barmoqlar holati og‘irlashganda uning uch qismi bir oz bukilib, asos qisimlari to‘g‘rilangan holda bo‘ladi. Kaft flegmonalari shoshilinch ravishda jarrohlik yo‘li bilan davolanadi.

Abssess – to‘qima va a‘zolarining chegarali o‘tkir yiringli yallig‘lanishi. *Flegmona* esa tarqalgan o‘tkir yiringli yallig‘lanish hisoblanadi. U ko‘proq teri ostidagi yog‘ to‘qimasida rivojlanadi va to‘qimalarni yemirish xususiyatiga ega. Abssessning flegmonadan farqi shundaki, unda yiringli yallig‘lanish chegaralangan bo‘ladi. Abssesslarda flyuktuatsiya (to‘lqinlanish) belgisi musbat bo‘lsa, flegmonalarda bu belgi umuman aniqlanmaydi (aniqlangan taqdirda ham kuchsiz bo‘ladi). Qolgan barcha klinik belgilar har ikkala kasallikda ham deyarli bir xil. Flegmonada yiringli yallig‘lanishning tarqalganligi sababli umumiy klinik ko‘rsatkichlari bir oz kuchliroq namoyon bo‘lishi mumkin. Flegmona va abssesslarni davolash asosan jarrohlik yo‘li (yiringli o‘choqlarni ochish) bilan bajariladi.

Sepsis o‘ta xavfli xastalik bo‘lib, yiringli kasalliklar chaqiruvchi mikroblarning tomirlar orqali to‘g‘ridan-to‘g‘ri qon aylanish doirasiga tarqalishidir. Sepsisni chaqiruvchi bakteriyalar streptokokk, stafilokokk, ichak tayoqchalari va ba‘zida anaerob mikroblar ham bo‘lishi mumkin. Uning klinik belgilari yuqori harorat (39-40 gradus), tomir urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi, bosh og‘rishi, muskul va suyaklarning og‘rishi, et uvishishi va sovuq ter ajralishi bilan kechadi. Sepsisning og‘ir asorati – bu *septik shok* hisoblanadi. U tananing barcha muhim a‘zolari faoliyatining chuqur buzilishiga olib keladi. Klinik belgilari o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligi va nafas olishning tezlashishida namoyon bo‘ladi. Bunda bemor yuzlari ko‘kimgtir, kulrang ko‘rinishda bo‘ladi, teri qoplamlarini muzdek yopishqoq ter qoplaydi, qon bosimi 90-70 mm. simob ustuniga tenglashadi. Bemor ahvoli og‘irlashgani sari, qon bosimi pasayadi. Qo‘l va oyoqlari muzlaydi, keyinchalik tomir urishi ham sezilmay qoladi.

Sepsis va septik shok bilan og‘rigan bemorlarni zudlik bilan shifoxonada davolash zarur.

O‘tkir maxsus jarrohlik infeksiyalariga saramas, qoqshol, anaerob havoli infeksiya va kuydirgi kiradi. Ushbu kasalliklarning maxsus chaqiruvchisi ta‘sirida to‘qimalarda mahalliy o‘zgarishlar yuz beradi.

Qoqshol (stolbnyak) – o‘tkir infeksiyon kasallik, maxsus anaerob qoqshol tayoqchasi keltirib chiqaradi. Teri va shilliq qavatlar shikastlanganda

odam organizmiga kiradi. Qoqshol tayoqchasi hayvonlar va odam ichaklarida yashaydi. Tashqi muhitda spora ko‘rinishida to‘proq, kiyim-kechaklar va boshqa joylarda uzoq saqlanib, shamol turganda chang bilan keng tarqaladi. Qoqshol tayoqchasi odam organizmiga tushgandan so‘ng o‘zidan turli xil zaharlar chiqaradi va asosan asab tolalari hamda limfa tizimi bo‘ylab butun organizmga tarqaladi. Yashirin davri 3-7 kundan 3 haftagacha davom etadi.

Rivojlangan qoqshol kasalligining klinik belgilari muskullarning kichik qo‘zg‘atuvchilar (yorug‘lik, ovoz va boshq.) ga nisbatan klonik va tonik tirishishlari bilan kechadi. Kasallik boshlanishida tonik tirishish og‘iz muskullaridan boshlanadi (trizm, ya’ni bemor og‘zini ocholmaydi). Yuzdagi mimika muskullarining tortilishi tufayli bemorlarda «sardonik kulgi» alomatlari paydo bo‘ladi. Bo‘yin sohasidagi muskullarning kuchli tirishishi sababli bemorning bosh qismi orqa tomonga ketib qoladi. Vaqt o‘tgan sari tirishish butun tana muskullariga (bel, ko‘krak, qorin va oyoq) tarqaladi. Bunday holat «opistotonus» deb ataladi. Muskullarning tirishishi bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etishi mumkin. Ba’zan muskul-larning uzilishi, suyaklarning sinishi va bo‘g‘imlarning chiqishi kuzatiladi.

Qoqshol kasalligining oldini olish choralari:

- *jarohatlarga birlamchi jarrohlik ishlov berish,*
- *tana a’zolarining ish faoliyatini qayta tiklash (shok va kamqonlikka qarshi kurash),*
- *maxsus profilaktika o‘tkazish, ya’ni qoqsholga qarshi zardob va anatoksin vositalarni qo‘llash.*
- *ushbu kasallikka chalinganlarni qisqa fursatda shifoxonaga yetkazish.*

Gazli flegmona va gazli gangrena (chirish) organizmdagi barcha to‘qimalarning og‘ir shikastlanishi bo‘lib, anaerob havo infeksiyasi keltirib chiqaradi. Bu bakteriyalar yerda, ayniqsa odam va hayvon axlatlari bilan ifloslangan joylarda juda ko‘p miqdorda uchraydi. Anaerob infeksiya ko‘pincha jangovar harakatlar paytida (agar muskullar shikastlangan bo‘lsa) rivojlanadi. Yashirin davri juda qisqa bo‘lib, 2–4 kundan so‘ng kasallik belgilari boshlanadi. Gazli gangrenada mahalliy o‘zgarishlar, asosan, jarohatning kuchli og‘riq bilan kechishi, shish va teri qoplamida og‘riq kuzatilishi bilan xarakterlanadi. Barmoq bilan bosib ko‘rilganda teri osti yog‘ kletchatkasida havo pufakchalari siljigani hisobiga g‘ijirlash seziladi. Uning umumiy simptomlari asosan kuchli zaharlanish hisobiga ro‘y beradi: yuqori harorat, terini sarg‘ayishi, ko‘zning bir nuqtaga tikilishi, puls kamayishi va kuchsizlanishi, arterial bosimning pasayishi. Birinchi yordam

ko'rsatish chog'ida jarohatga zudlik bilan aseptik bog'lam qo'yib, transport immobilizatsiyasini amalga oshirish kerak.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

- 1) Inson salomatligini saqlashda jamoat gigiyenasi va shaxsiy gigiyenaning ahamiyati haqida gapirib bering.*
- 2) Odam organizmiga ta'sir etuvchi gigiyenik omillar haqida gapirib bering.*
- 3) Aseptika va antiseptika tushunchalariga ta'rif bering.*
- 4) Yallig'lanishlar va yiringli kasalliklar turlari.*
- 5) O'tkir jarrohlik infeksiyalari haqida nima bilasiz?*

3-mavzu. KENG TARQALGAN YUQUMLI KASALLIKLAR VA ULARNING PROFILAKTIKASI

Infeksiyaning asosiy yuqish yo‘llari. Yuqumli kasalliklarning oldini olish choralari

Infeksiya (lotincha «infectio» – yuqish) bu – mikroorganizmlarning makroorganizmlarga kirib rivojlanishi. Odam yoki hayvonlarda paydo bo‘ladigan kasalliklar *yuqumli kasalliklar* deb ataladi. Yuqumli kasalliklar o‘simliklarda ham keng tarqalgan. Uning kelib chiqishida uch holat (komponent) omil bo‘ladi:

1) kasallikni qo‘zg‘atuvchi mikroorganizm (bakteriya, rikketsiya, virus, zamburug‘);

2) kasallikka moil mikroorganizm;

3) zararlangan organizmdan kasallik yuqishini ta‘minlovchi omil.

Parazit hayvonlar (eng sodda hayvonlar, bo‘g‘imoyoqli hasharotlar, kanalar) orqali yuqadigan kasalliklar «parazitar» yoki invazion kasalliklar deb ataladi. Mikroorganizmlarning infeksiyon kasalliklarni qo‘zg‘atish layoqati (patogenligi) turlicha. Bu mikroorganizm makroorganizmning qaysi organ yoki hujayra to‘qimasiga qanday yo‘l bilan kirishi, zararlantirishi hamda o‘zidan chiqaradigan zahariga (toksiniga) bog‘liq. Shunga ko‘ra, ular bir-biridan farqlanadi, ya‘ni guruhlarga bo‘linadi.

Yuqumli kasalliklar 2 xil bo‘ladi:

1) antropoz, ya‘ni insondan insonga yuqadigan kasalliklar (qorin tifi, dizenteriya (ichburug‘), paratiflar, poliomyelit, xolera (vabo), yuqumli enterokolitlar, virusli gepatit;

2) zoonoz, ya‘ni hayvondan insonga yuqadigan kasalliklar (botulizm, brusellyoz, salmonellyoz).

Yuqumli kasalliklarning havo-tomchi yo‘li orqali yuqishi deb, bemorning nafas olish yo‘llaridan ajralgan suyuqliklar (so‘lak, tomchi)ning nafas olganda havo orqali (gapirganda, aksa urganda) o‘tishiga aytiladi. Nafas olish yo‘llari orqali yuqadigan (antropoz) kasalliklarga *adenovirusli infeksiya, gripp, bo‘g‘ma (difteriya), ko‘kyo‘tal (koklyush), qizamiq (kor), qizilcha (krasnuxa), meningokokkli infeksiya, mononukleoz infeksiya, suvchechak, qorachechak, paragripp, skarlatina, sil, epidemik tepki* kiradi. Zoonoz infeksiyalarning kasallik chaqiruvchilari qushlar, kaptar, tuti va boshqa uy parrandalari sanaladi.

Transmissiv, ya‘ni qon orqali yuqadigan kasalliklar, asosan, hasharotlarning (kana, bit va boshq.) chaqishi natijasida kelib chiqadi. Ushbu

kasalliklarning *antroponozlariga*: bir qaytalama terlamasi, okop (qazilgan o'ra) bezgagi, toshmali terlama, malyariya (bezgak); *zoonozlariga* burgali terlama, rikketsiozlar, kanali qaytalama terlamasi, tulyaremiya, o'lat kiradi.

Tashqi teri qobig'i va shilliq pardalarga ifloslangan jismlarning tegishi vaqtida to'g'ridan-to'g'ri teri va tashqi shilliq qobiqlar (ko'z, og'iz, jinsiy a'zolar)ning infeksiyon kasalliklari kelib chiqadi. Uning antroponozlariga: yuqumli so'gallar, mikroplar, saramas (roja), traxoma; *zoonozlariga* quturish, kuydirgi, qoqshol, manqa (sap), oqsim (yashur), hayvonlar chechagi kiradi.

Yuqumli kasalliklarning o'ziga xos belgilari shundaki, vaqti-vaqti bilan zo'rayib yoki susayib, gohida pinhona kechadi. Yuqumli kasalliklarning oldini olishda profilaktika tadbirlari muhim o'rin egallaydi. Epidemiyaga qarshi kurashish uch yo'nalishda amalga oshiriladi:

1) *kasallik tarqatuvchilar va bemorlarni aniqlab davolash choralarini ko'rish*;

2) *sanitariya-gigiyena talablari asosida hasharot va hayvonlarga qarshi kurashish*.

3) *organizmning yuqumli kasalliklarga qarshiligini oshirish maqsadida emlashlarni (faol va sust) o'tkazish*.

Virusli gepatit: epidemiologiyasi, klinikasi, aniqlash va davolash usullari

Virusli gepatitning kasallik chaqiruvchilari har xil. Kasallikning klinik kechishlari organizmning umumiy zaharlanishi, sariqlik, jigar va taloqni kattalashishi kabi simptomlar bilan kechadi. Tibbiyotda A, V, S, D, E, F, G gepatit chaqiruvchi virus turlari mavjuddir.

Virusli gepatit A, ya'ni kataral sariqlikning yuqumli kasallik ekanligini S.Botkin o'tgan asrning 70-yillarida ilmiy jihatdan asoslantirgan va shuning uchun ham bu kasallik uning nomi bilan ataladi. «Botkin» kasalligida antigeni jihatdan farq qiladigan ikki xil gepatit virusi bor: A virusi (infeksiyon gepatit qo'zg'atuvchisi) va V virusi (zardob gepatiti virusi). Mana shu qo'zg'atuvchilardan biri tufayli kelib chiqqan kasallikdan keyin chatishma immunitet paydo bo'lmaydi. Gepatit viruslari odam uchun anchagina kontagioz va tashqi muhitda ancha chidamli bo'lishi bilan ta'riflanadi. Ular quritilgan yoki muzlatilgan hoida bir yildan ortiqroq saqlanib turadi. Qo'zg'atuvchilarning ikkala xili ham issiqlikka chidamli va 45 daqiqa qaynatilgandan keyingina o'ladi. Ammo hanuzgacha virus sof kultura xolida ajratib olingan emas. Gepatiti qo'zib qolgan xronik bemorlar, rekonvalessentlar va virus tashuvchilar ham infeksiyani tarqatib

yurishi mumkin. Badani aytarli sarg'aymasdan, yengil, bilinmaydigan formada namoyon bo'ladigan kasallik atrofdagilar uchun katta xavf tug'diradi. Bunda infeksiya sezdirmagan holda boshqalarga yuqadi.

Infeksion gepatitda inkubatsion davrning oxirgi kunlarida, ya'ni badan sarg'ayishi oldidan va sariqlikning birinchi haftasida virus axlat bilan birga tashqariga chiqib turadi. Ko'pchilik bemorlarda badan sarg'ayganidan keyin taxminan uch hafta o'tgach virus chiqishi to'xtaydi. Inkubatsion davrning oxirgi va badan sarg'ayishidan oldingi davrning dastlabki kunlarida virus burun-halqum orqali chiqishi mumkin. Bemorning axlati qancha vaqt mobaynida yuqumli bo'lsa, qoni bilan zardobi ham taxminan xuddi shuncha muddat davomida yuqumli bo'ladi. Qon quyish yoki zardob yuborish yoki tibbiy muolajalarning yetarlicha yuqumsizlantirilmagan asboblari bilan qilish natijasida infeksiion gepatit yuqib qolsa, bunda ham virus keyinchalik axlat bilan birga tashqariga chiqib, infeksiya tarqataveradi. Infeksiion gepatitda qo'zg'atuvchilarning yuqishida fekal-oral (oziq-ovqat mahsulotlari, suv, hasharotlar) va parenteral mexanizmlar rol o'ynaydi. Infeksiion gepatit epidemiyalarida ayrim sporadik hollar va jamoaviy kasallanish hodisalari kuzatiladi.

Zardob gepatitida kasallik teri yoki shilliq pardalarning butunligini buzadigan har qanday muolajada organizmga qon, zardob yoki limfa yuborish natijasida yuqadi. Infeksiyali qon, plazma qo'yilganida, odam qon zardobi yoki qonning boshqa tarkibiy qismlari (gamma-globulindan tashqari) organizmga yuborilganida, shuningdek, yaxshi sterillanmagan asbob ishlatilganida ko'pincha shunday bo'ladi. Dori moddalar, vaksina va boshqa preparatlar venaga, muskullar orasiga, teri ostiga, teri orasiga, organizm bo'shliqlariga yuborilganida, vena yoki barmoqdan qon olinganida, shuningdek, stomatologik, urologik, xirurgik, ginekologik muolajalar va boshqalarda kasallik yuqib qolishi mumkin. Inkubatsion davrda zardob gepatiti virusi badan sarg'aymasdan ancha ilgari va sarg'ayganidan keyin bemorning qonida aylanib yuradi. Virusning qon oqimi bilan aylanib yurishi kasallikning boshdan-oyog'igacha va odam sog'ayib ketganidan keyin ancha vaqtgacha davom etishi mumkin. Zardob gepatitining virusi tashqi muhitga chiqmaydi. Zardob gepatitida bemorning axlati, siydigi va burun-halqumidan tushgan chayindi yuqumli bo'lmaydi. Zardob gepatiti virusi yuqqan qon va uning fraksiyalari parenteral yo'l bilan yuborilsagina kasallik yuqadi. Bunda bemor yoki virus tashuvchining arziyasi miqdordagi (0,001 ml.) qoni kasallikning paydo bo'lishi uchun kifoya qiladi.

Virusli gepatit bilan ko'pincha maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar og'riydi (2 yoshgacha bo'lgan bolalarda bu kasallik kamroq

uchraydi). Hayotda katta yoshdagilar ham virusli gepatitga chalinadilar. Goh-gohida esa virusli gepatit bilan ikkinchi marta og‘rish hollari uchrab turadi. Infeksion gepatit virusi uchun me‘da-ichak yo‘lining shilliq pardasi «kirish darvozalari» vazifasini o‘taydi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi virusning to‘g‘ridan-to‘g‘ri qonga o‘tishiga sabab bo‘la oladigan parenteral muolajalardagina organizmga tushadi va qondan retikulo-endotelial sistemaga o‘tadi. Keyin organizmning boshqa sohalari, ya‘ni jigar va asab tizimi shikastlanadi. Jigar faoliyatining izdan chiqishi (baryer funksiyasining pasayishi) esa moddalar (uglevodlar, oqsillar, suv-tuzlar, vitaminlar) almashinuvining buzilishiga olib keladi. Patologik protsessning avj olib borishida allergiya hodisalari katta ahamiyatga ega. Bo‘g‘imlarda barvaqt og‘riq turishi, badanga polimorf toshma toshishi, eozinofiliya shunga bog‘liq. Kasallik juda avjiga chiqqan payt parenximada distrofiya va nekroz kuchayib, jigar hujayralari proliferatsiyaga uchraydi. Qon oqimiga bir talay o‘t pigmentlari va kislotalarining tushib turishi gepatitning bosh simptomlari – kuz skleralari, shilliq; pardalar va badan terisining sarg‘ayib qolishiga olib keladi. Shuningdek, teri ham qichishib turadi. Ba‘zi hollarda kasallik asorat berib, jigarning o‘tkir distrofiyasiga olib keladi va bu o‘lim bilan tugashi mumkin. Yuqumli gepatitda inkubatsion davr 15–45 kun (ba‘zida 20–30), zardob gepatitida 50–180 kun (ba‘zida 60–120 kun) davom etadi. Kasallikning quyidagi klinik formalari bor: sariq; bilinmaydigan, sariqsiz o‘tadigan; subklinik va inapparant. Kasallikning sariq, bilinmaydigan va sariqsiz o‘tadigan formalarga diagnoz qo‘yish mumkin. Kasallikning dastlabki davri – badan sarg‘ayishidan oldingi davr bir necha kundan 2–3 haftagacha davom etadi. Ko‘pincha u asta-sekin avj olib boradi, lekin ba‘zan birdan boshlanishi mumkin. Harorat ko‘tarilib, et uvishadi, qorinda og‘riq paydo bo‘ladi, ko‘ngil aynish, qusish kuzatiladi. Kasallikning birdan boshlanishi ko‘proq bolalarda ko‘rinadi. Darmon qurishi asta-sekin kuchayib, mehnat qobiliyati pasayib ketadi. Lanjlik, serzardalik paydo bo‘lib, uyqu buziladi, bosh og‘riydi, dispeptik hodisalar ko‘rinadi. Bemorning ishtahasi pasayadi yoki umuman bo‘lmaydi. Tish osti sohasi va qovurg‘alar ostida og‘riq, dam bo‘lish, salgina og‘riq bezovta qiladi. Ba‘zan yuqori nafas yo‘llarida kataral hodisalar ro‘y berib, harorat 38–39°gacha ko‘tariladi. Xususan, yoshi kattalarda ko‘pincha muskullar, suyaklar, bo‘g‘imlar og‘riydi. Teriga eshakemiga o‘xshab ketadigan va qichishib turadigan allergik toshma ham toshishi mumkin. Kasallikning boshlang‘ich davridayoq, qon zardobidagi aldolaza va transaminazalar singari fermentlarning aktivligi anchagina kuchayib qolishi mumkin. Shu davrning oxiriga kelib jigar kattalashadi, siydik rangi to‘q, axlat ko‘pincha rangsizlanib qoladi.

Qondagi bilirubin miqdori ortib ketadi, uning reaksiyasi bevosita reaksiya toifasiga kirib qoladi.

Kasallikning avjiga chiqqan – badan sarg‘ayadigan davri ko‘z skleralari, ko‘rinib turadigan shilliq pardalar va badan terisining sariq tusga kirishi, qon zardobidagi aldolaza va transaminazalar aktivligining hiyla kuchayishi bilan boshlanadi. Sariqlik kuchayib borgani sari, teri qichishib, dispeptik hodi-salar zo‘rayadi. Jigar chegaralarining kattalashuvi davom etib, palpatsiya qilinganda uning cheti bezillaydigan bo‘ladi va qovurg‘alar devori tagidan 2–4 sm. chiqib turadi. Ko‘pincha, taloq xam kattalashib ketadi. Virusli gepatit uchun arterial bosimning pasayishi, bradikardiya xarakterlidir. Qonda leykopeniya bilan limfo va monotsitoz kuzatiladi, eritrotsitlarning cho‘kish reaksiyasi susayib qoladi. Sariqlik kuchayishi sayin, qon zardobida bilirubin miqdori ko‘payadi (6–10–16 mg. foizga yetadi), xolesterin miqdori kamayadi. Ma‘lum vaqt o‘tgach, bemor ahvoli yaxshi tomonga o‘zgarib boshlaydi, axlat bilan siydik rangi asliga qaytib, badandagi sariqlik kamayadi. Dispepsiya yo‘qoladi va bemorning ishtahasi ochiladi.

Virusli gepatit yengil, o‘rtacha va og‘ir formalarda o‘tishi va hatto, uzoq cho‘zilib ketishi mumkin (ba‘zi hollarda esa jigarning o‘tkir distrofiyasi bilan tugallanadi). Kasallikning yengil formasida bemorlarning umumiy ahvoli kam o‘zgaradi, tananing sarg‘aygani arang seziladi. O‘rtacha og‘irlikdagi kasallik kayfiyat va ruhiyatning anchagina buzilishi, darmon qurishi, adinamiya, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynish, qayt qilish, uyquning buzilishi va hokazolar bilan davom etadi. Og‘ir formaga o‘tganda esa, bu simptomlar yanada keskin tus oladi. Qondagi bilirubin miqdori 15–30 mg. foizga yetadi, gemorragiyalar paydo bo‘ladi, jigar ancha kattalashib ketadi. Kasallik uzoq cho‘zilib, surunkali gepatit yoki jigar sirroziga aylanish xavfi paydo bo‘ladi. Xastalikning sariqsiz o‘tadigan formasi nisbatan ko‘proq uchraydi va uni aniqlab olish ancha qiyin.

Jigarning o‘tkir distrofiyasi – virusli gepatitning eng og‘ir asorati hisoblanadi. Bu jarayonda u xavfli tusga kiradi. Kasallik yengil o‘tayotgan davrda bu asorat ahyon-ahyonda uchraydi. Darmonsizlik, mudroq bosishi, apatiya, atrofdagilarga loqaydlik bilan qarash yoki besaranjomlik, ba‘zan chuqur-chuqur entikib nafas olish yoki esnash distrofiyaning boshlanish belgilaridan darak beradi. Keyinchalik xotiraning pasayishi, beo‘xshov harakatlar, qo‘l-oyoqda tremor paydo bo‘lishi, ba‘zan talvasaga tutish kuzatiladi. Bradikardiya yoki normal puls o‘rniga taxikardiya paydo bo‘ladi, jigar o‘ta kichrayib, bemor og‘zidan jigar hidi anqib turadi. Sulema sinamasi juda susayib qoladi, protrombin, xolesterin miqdori keskin kamayadi. Kasallikni shu davrda qaytarishning iloji bo‘lmasa, jigar komasi boshlanadi.

Bunda bemor tipirchilayveradi, uyqudan ha deganda uyg'onavermaydi. Ko'z qorachiq-lari kengayib, reflekslar susayib qoladi yoki yo'qolib ketadi, ayrim muskullar tortishib, uchib turadi, bemor siydigi bilan ichini tutolmay qoladi. Koma qo'shilgan paytdan boshlab prognoz og'irlashadi.

Virusli gepatitga qarshi kurashish uchun infeksiya manbaini aniqlab, ajratib quyish va yuqish yo'llarini uzish muhim sanaladi. Klinik ma'lumotlar, epidemiologik anamnez hamda bioximiyaviy tekshirishlar natijalariga qarab ushbu xastalikka diagnoz qo'yiladi. Virusli gepatit diagnostikasida qon zardobidagi fermentlar, aksari transaminazalar bilan aldolaza aktivligini aniqlash amaliy jihatdan ahamiyatga ega bo'lib qoldi. Transaminazalar aktivligi keskin kuchayib ketadi, ya'ni glyutamin-oksalat transaminazasining aktivligi 150–300 birlikkacha (hatto, undan ham ortiq), glyutamin-pirouzum transaminazasi aktivligi esa 200–350 birlikkacha yetadi. Aldolaza aktivligi, xususan, kasallikning ilk muddatlarida 10–15 birlikka yoki undan yuqori ko'rsatkichni qayd etishi mumkin. Virusli gepatitning spetsifik davosi yo'q. Ushbu xastalik bilan og'ri-gan bemorlarni zudlik bilan shifoxonaga yotqizish va davolash choralarini ko'rish tavsiya qilinadi. Virusli gepatitni davolashda to'g'ri ovqatlanish asosiy o'rinda turadi. Sutkalik ratsion 100–160 gramm oqsil, 50–60 grammgacha yog'lar va 500 grammgacha uglevodlarni o'z ichiga olgan bo'lishi kerak. Sutkalik ratsiondagi kaloriyalar soni 3000–3500 Kkal.ni tashkil etadi. Bemorlarga sutli ovqatlar, kefir, non, bo'tqa, kartoshka, murabbo, asal, qand, mevalar, qaynatilgan go'sht, baliq, dimlama kotletlar ruxsat etiladi. Shuningdek, ularga ko'p miqdorda (sutkasiga 2–3 litrgacha) sharbat, kisel, meva suvlari, limonli choy, ishqoriy suvlar (Yessentuki suvi)ni ichish tavsiya etiladi. Kasallik tobora kuchayib, intoksikatsiya belgilari bo'lsa, oqsillar miqdori cheklanadi va bemorga sut-o'simlik oqsillari buyuriladi. Sutkalik kaloriyalar miqdori 2000–2500 Kkal.gacha kamaytiriladi. Bundan tashqari, teri osti va venaga tomchi usuli bilan 5 foizli glyukoza eritmasi yuborib turiladi (sutkasiga 1–1,5 litrgacha). Bemorga S vitamini (sutkasiga kamida 1 grammdan), V vitaminlari (V6, V12), tiamin, riboflavin buyuriladi.

Virusli gepatitning intoksikatsiya belgilari ayrim jarayonlar (tananing tobora sarg'ayishi, qichishi) bilan kechayotgan bo'lsa, bemorlarga kortikosteroidlar (buyrak usti bezlari gormonlari) buyurish yaxshi samara beradi. Bu yallig'lanishga qarshi antiallergik ta'sir ko'rsatib, almashinuv protsesslarini kuchaytiradi. Yara, og'ir gipertoniya, asab-ruhiy va endokrin kasalliklari bilan og'ri-gan bemorlarga kortikosteroidlar tavsiya etilmaydi. Sutkasiga 40–60 mg.dan prednizolon ichiriladi va uning miqdori bemorning holatiga qarab kamaytirib boriladi. Koma xavfi tug'ilganda yoki bosh-

langanda sutkasiga 180 mg.gacha prednizolon buyuriladi, shuningdek, bir necha kun mobaynida 5 foizli glyukoza eritmasi tomchi usuli bilan venaga yuborib turiladi.

Virusli gepatit B asosan qon orqali ignadan yuqadi. Tabiiy sharoitda u soqol olish uskunalari, tish tozalagichlar orqali, homilador ayoldan bolasiga, jinsiy aloqa (ayniqsa besoqolbozlarda) orqali yuqadi. Kasallikning sun'iy tarqalish yo'llariga jarohat olgan teri orqali virus yuqishi, inyeksiya, operatsiya, qon quyish, endoskopik, retroskopik va boshqa omillar kiradi.

Ushbu xastalik davriy o'tkir, teri rangining o'zgarishi, og'riqning zo'rayishi bilan kechadi. Yashirin davri 2–6 haftadan olti oy mobaynida namoyon bo'lishi mumkin. Sariqlikdan oldingi davr esa 4–10 kun mobaynida yuzaga chiqadi. Ilk alomatlari charchoq, bosh va bo'g'inlardagi og'riqlar, ishtahasizlik, uyqusizlik bilan boshlanadi. Sariqlik yuzaga chiqishidan oldin jigar va taloq kattalashib, terilar qichishadi. Siydik rangi qizarib, axlat oqarib ketadi. Sariqlik bosqichi 2–6 haftadan bir necha oylargacha davom etishi mumkin.

Difteriya va uni davolash

Difteriya – o'tkir respirator yuqumli kasallik bo'lib, kuchli zaharlanish va burun, hiqildoq, halqum, yutqunda fibrinoz yallig'lanish jarayoni bilan kechadi. Difteriya og'ir asoratlar beradigan xastalikdir.

Ushbu kasallik dunyoning barcha mintaqalarida uchraydi. Biroq so'nggi vaqtlarda olib borilgan rejali vaksinoprofilaktika tadbirlari sababli, xastalik xavfi keskin kamaydi. Difteriya kasalligining chaqiruvchisi – «*Corynobakterium dyphterio*» yoki Lyofler tayoqchasidir. Kasallik qo'zg'atuvchisi odam uchun obligat patogen parazitlarga kiradi.

Difteriya kasalligi korinobakteriyalarining bir qator belgilarini bilish zarur.

*Birinchi*dan, difteriya kasalligida korinobakteriyaning epidemik jarayondagi asosiy roli, ular toksigenligining bor yoki yo'qligiga asoslangan. Shu belgiga qarab hamma shtammlar toksigen va notoksigena bo'linadi. Difteriyaning patogenezini chaqiruvchining toksiniga asoslanadi, demak, difteriya kasalligini faqat toksigen mikroba chaqirishi mumkin. Notoksigen korinobakteriyalar kasallik chaqirish qobiliyatiga ega bo'lmagani uchun bunday shtamm tashuvchilari infeksiya manbai hisoblanmaydi. Hozirgi vaqtda korinobakteriyalar ichida toksigen turiga nisbatan notoksigen turi ko'proq uchraydi. Toksigen korinobakteriyalar toksin hosil qilish xususiyatiga qarab kuchsiz yoki kuchli toksigen bo'lishi mumkin. Agar virulentlik xossasi asosan toksinga bog'liq ekanligini hisobga olsak, yuqoridagiga binoan kuchsiz yoki kuchliroq shtammlar bo'lishi mumkin.

Ikkinchidan, korinobakteriyalarning o'ziga xos xususiyatlaridan biri polimorfizm bo'lib, buni laboratoriya tashxisotida hisobga olish zarur.

Uchinchidan, difteriya kasalligi korinobakteriyalari kultural-bio-kimyoviy belgilarga qarab uchga bo'linadi: gravis, mitis, intermedius. Mazkur belgilar kasallikni tahlil qilish, alohida kasallanish hollari orasida bog'lanishni aniqlash va tasvirlashda muhim.

To'rtinchidan, antigenlik belgisiga qarab korinobakteriyalar bir necha serovariantlarga bo'linadi. Korinobakteriyalarning 11 ta serovariantini ajratish mumkin. Biovar va serovariantlar orasida o'zaro bog'liqlik mavjud.

Beshinchidan, difteriya kasalligi korinobakteriyalari o'zaro difteriya faglari tomonidan lizis qilinish xossasiga qarab baholanadi. Fagovariantlarning ko'p miqdori aniqlangan. Bu belgi bo'yicha biovariant, serovariant, fagovariantlar orasida o'zaro bog'liqlik mavjud, ya'ni har bir biovariantga asosan o'zining serovarianti va fagovarianti to'g'ri keladi.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlar difteriya kasalligi korinobakteriyasi populyatsiyasining sezilarli darajada geterogenligini ko'rsatadi. Odam populyatsiyasi ham difteriya kasalligi qo'zg'atuvchisi va uning toksinlariga nisbatan sezgirliги bo'yicha geterogenligi bilan xarakterlanadi. Bu, avvalambor, yuqish xavfi bir xil bo'lgan vaqtda ba'zilarining shu kasallik bilan kasallanishi, boshqalarning (ko'pchilik) bakteriya tashuvchi kishilar bo'lib qolishi, uchinchi toifa kishilarning esa, bu kasallikka umuman sezgir emasligida namoyon bo'ladi. Shuningdek, geterogenlik klinik ko'rinishlarining xilma-xilligi bilan ham ko'zga yaqqol tashlanadi.

Difteriya kasalligining toksik (mahalliy), turli darajadagi gipertoksik, nafas yo'llari difteriyasi (burun, ko'z, quloq, og'iz, jinsiy a'zolar difteriya kasalligi) va hokazo turlari mavjud. Ushbu xastalikda quyidagilar infeksiya manbai bo'lishi mumkin:

- 1) *kasal odam – tipik klinik ko'rinish bilan;*
- 2) *kasal odam – atipik forma (noaniq) bilan og'riganlar;*
- 3) *bakteriya tashuvchilar – rekonvaletsentlar;*
- 4) *sog'lom tashuvchilar.*

Difteriyaning noaniq va atipik turlari bilan og'rigan bemorlar katta epidemiologik ahamiyatga ega, chunki bunday bemorlarga vaqtda tashxis qo'yilmaydi. Rekonvaletsentlarda tashuvchilik, odatda, 2–7 haftani tashkil qiladi, lekin bu vaqt 90 kungacha cho'zilgan hollar ham bo'ladi. Bu hollarda bakteriyalarni ajratish o'rtacha 20–25 kunni tashkil qiladi. Toksigen shtammlarining tez-tez uchrashi difteriya kasalligi epidemik jarayonining xarakteristikasiga bog'liq. Masalan, teri kasalligi o'choqlarida tashuvchilik bu infeksiyadan forig' bo'lgan hududlarga nisbatan bir necha marta

yuqoridir. Tashuvchilikning tarqalishida ko‘p jihatdan infeksiya qo‘zg‘atuvchisi manbai bilan muloqot soni va muloqotning davomiyligi ahamiyat kasb etadi. Mikroorganizmning qo‘zg‘atuvchi bilan uchrashuvi oqibatlari turlicha bo‘lishi mumkin, bu asosan organizm maxsus himoyasining darajasiga bog‘liq. Antitoksik immunitet darajasining yuqoriligi toksinning organizmda neytralizatsiyasini ta‘minlaydi. Difteriya tayoqchasi o‘ladi va organizmdan chiqarib tashlanadi, natijada organizm kasallanmaydi. Boshqa xolda antitoksik immunitet darajasi yetarli bo‘lsa xam, mikroorganizm tushgan joyda yashab qoladi va ko‘payadi. Bu bilan sog‘lom tashuvchilikni yuzaga keltiradi. Antitoksik immunitet bo‘lmaganda yoki uning darajasi toksinni neytrallash uchun yetarli bo‘lmasa, qo‘zg‘atuvchi toksin hosil qilib ko‘payadi va difteriya kasalligining klinik ko‘rinishi rivojlanadi. Yuqorida aytib o‘tganimizdek, notoksik shtamm tashuvchilari epid jarayonda ishtirok etmaydi. Toksigen shtamm tashuvchilik o‘rtacha 1–2 oyni tashkil qiladi. Qisqa tashuvchanlik 10 kungacha davom etib, 59,8 foiz tashuvchilarda kuzatiladi va eng ko‘p uchraydigan tur hisoblanadi. Uzoq davom etuvchi tashuvchilik 25 foiz uchraydi.

Infeksiya yuqishning yetakchi mexanizmi havo-tomchi yo‘li hisoblanadi. Qo‘zg‘atuvchi tashqi muhitga chidamli bo‘lgani uchun mikrobnning organizmga tushishiga bemor foydalangan turli buyumlar (kitob-daftar, jihozlar, idish-tovoq va hok.) yoki uchinchi shaxs sabab bo‘lishi mumkin. Kasallik sut orqali ham yuqadi. Difteriya kasalligining antitoksin antitana-chalari onadan chaqaloq organizmiga o‘tib, ular hayotining birinchi yarim yilligi davomida bu kasalliklardan muhofaza qiladi. Difteriya kasalligi bilan og‘rib o‘tgan yoki unga qarshi to‘g‘ri emlangan odamlarda antitoksik immunitet hosil bo‘ladi va bu infeksiyalardan himoyalash vazifasini bajaradi.

Difteriya kasalligiga qarshi kurashda immunoprofilaktika katta ahamiyatga ega. Maxsus vaksinaniya kasallanish darajasini pasaytirib, o‘lim hollarining oldini olishga xizmat qiladi. U quyidagi meyorlar asosida o‘tkaziladi:

- 2 oylik** – AKDS₁
- 3 oylik** – AKDS₂
- 4 oylik** – AKDS₃
- 16 oylik** – AKDS₄
- 7 yosh –1 sinf** – ADS - M₅
- 16–17 yosh** – ADSM₆
- 26 yosh** – ADSM₇
- 46 yosh** – ADSM₈

Difteriya kasalligi bilan kasallanish yoshi kattalashgani tufayli, faol immunizatsiya tarkibiga 26 va 46 yoshda revaksinatsiya qilish kiritilgan. Difteriya tarqalishining oldini olishda bunday bemorlarni erta aniqlash, tashxis qo'yish, shifoxonaga yotqizish va davolash chora-tadbirlarini ko'rish dolzarb ahamiyatga ega. Difteriyaga chalingan yoki uning alomatlari sezilgan bemorlar darhol shifoxonaga yotqizilishi kerak. Davolash muolajalari tugagach, bakteriologik tekshiruv natijalari yaxshi chiqqandan so'ng bemorga ruxsat beriladi. Xuddi shunday tekshiruvlardan bemor bilan aloqada bo'lganlar ham o'tkaziladi.

Dizenteriya (ichburug')ning infeksiya manbai, yuqish yo'llari va belgilari

Ichburug', ya'ni dizenteriya – shigellyoz, yo'g'on ichak distal qismining zararlanishi va umumiy intoksikatsiya bilan kechuvchi kasallik. Respublikamiz sharoitida ushbu kasallikni tarqatuvchi eng asosiy manbai inson omili hisoblanadi. Fekal-oral yo'li bilan yuquvchi ushbu kasallik asosan bolalar orasida ko'p uchraydi. Uning bolalar va kattalar orasida keng tarqalishi oxir-oqibat epidemiyalar yuz berish xavfiga olib keladi.

Dizenteriya ko'pincha o'tkir kechadigan, umumiy intoksikatsiya va asosan yo'g'on ichakning pastki qismlari shikastlanishi bilan o'tadigan yuqumli xastalik sanaladi. Ilgari ushbu kasallikning surunkali turi uchrab turgan bo'lsa, bugungi kunda o'tkir dizenteriya bilan kasallanganlar ko'paymoqda. Kasallik qo'zg'atuvchisi grammanfiy harakatsiz bo'lgan Enterobacteriaceae katta oilasiga mansub *Shigella* oilasidir.

Fermentativ va antigen xususiyatlariga qarab quyidagi turlarga bo'linadi:

- 1) Grigoryev-Shiga, Shtutser-Shmits va Lardj-Saks bakteriyalari;
- 2) «fleksner» tayoqchalari;
- 3) «boyd» shigellalari;
- 4) «zonne» shigellasi.

Dizenteriyani qo'zg'atuvchi mikroblar shigellalar turiga mansub. Hozirgi zamon iborasida uni *shigellyoz* yuritiladi. Shigellalar juda xilmaxil bo'lib, asosiy turlariga «shiga», «fleksner», «zonne» mikroblari hisoblanadi. Shigellalar grammanfiy mikroblar bo'lib, uzunligi 3 mikrongacha boradigan, uchi yumaloq, harakatsiz tayoqcha. Ular tuproqda oylab, oqar suvda bir necha soatdan 2 oygacha, sabzavotlar, non va sariyog'da 2 haftagacha turishi mumkin. «Zonne» mikroblari sutda yaxshi saqlanadi va hatto, ko'payish xususiyatiga ega. Ular quyosh nuri ta'sirida 30 daqiqada, qaynatilganda esa o'sha zahoti nobud bo'ladi. Iflos kiyim-kechakda 18-

25°S haroratgacha uzoq yashay oladigan ushbu mikroob dezinfeksiyalovchi moddalar ta'sirida 20-30 daqiqada o'lishi mumkin. Shuning uchun ham, «zonne» shigellalari tashqi muhit ta'siriga chidamli hisoblanadi. Aksincha, «shiga» tayoqchalari bu borada nihoyatda chidamsiz.

Ichburug' kasalligi dunyoning deyarli barcha mamlakatlarida uchraydi. U bilan kasallanganlar soni asosan yoz oylarida ko'payadi. Ichburug'ning infeksiya manbai kasal odamlar va bakteriya tashuvchilar hisoblanadi. Infeksiya fekal-oral, kontakt-maishiy va ovqat mahsulotlari va suv orqali yuqadi. Shu bilan birga, turli hasharotlar ham uning tarqalishiga xizmat qiladi. Kasallikning inkubatsion davri 1-7 kun davom etadi. Ichburug' kasalligida bakteriya tashuvchilarning epidemiologik ahamiyati tif-paratiflaridagidek yuqori emas. Dizenteriyani tarqatishda xastalikning yengil turi bilan og'rikan bemorlar katta rol o'ynaydilar. Shigellalar bemor organizmidan najas bilan ajralib chiqadi va atrofdagilarga idish-tovoq, turli buyumlar va boshqa uy ashyolari orqali yuqadi. Ayniqsa shaxsiy gigiyenaga rioya qilmaslik dizenteriyaning tarqalishiga yo'l ochib beradi. Yoz oylari sut va sut mahsulotlarida shigellalar juda tez ko'payadi. Ayniqsa, «zonne» mikroblari uchun sut qulay ozuqa muhiti hisoblanadi. Zararlangan sabzavotlar (bodring, pomidor, salat, ko'k piyoz, ko'katlar)ni yuvmasdan iste'mol qilish orqali ham shigellalar organizmga tushib qoladi. Tarqalish yo'llari va omillaridan qat'i nazar, ichburug' mikroblari organizmga faqat og'iz orqali kiradi.

Kasallikning kolitik shakli o'tkir boshlanib, umumiy intoksikatsiya va distal kolit ko'rinishida kechadi. Uning simptomlari tana haroratining (38,6°–39,5°S) ko'tarilishi, ishtahaning pasayishi, umumiy harakatsizlik, adinamiya, bosh og'rig'i, qorin sohasida spazmatik og'riqlar, qusish kabi belgilar bilan kechadi. Kasallikning og'ir shaklida intoksikatsiya sezilarli ravishda kuchayadi, ya'ni umumiy holsizlik, ongning g'ira-shira holati, tonik-klonik mushaklarning qisqarishi, gemodinamikaning umumiy buzilishi (arterial bosimning pasayishi, terining oqarishi, taxikardiya, yurak tonlarining bo'g'ilishi, diurezning pasayishi) kuzatiladi. Ichakning shikastlanishi sezilarli diareya bilan kechib, axlatning ajralishi sutkasiga 5-10 marta va undan ko'pni tashkil qiladi. 1-2 sutkadan so'ng ichakdagi ajratmalar distal kolit ko'rinishini oladi. Ya'ni axlat yashil rangdagi va qon aralash mayda quyqalar shaklida ajraladi («rektal tupugi»). Defekatsiya aktida qorin sohasidagi kuchli og'riqlar namoyon bo'ladi. Tenezmalar va yolg'on chaqiriqlar shigellyozning shu shakliga xosdir. Shigellyozning gastroenterokolitik shaklida toksikoz paydo bo'lib, tana harorati (40°S) ko'tariladi, bemor tinimsiz qusadi, harakatsizlik, adinamiya ro'y beradi. Kasallikda

meningeal simptomlar, tonik-klonik mushaklarning qisqarishi xarakterli hisoblanadi. Bemor terisi marmar rangiday tus oladi. Bir necha soatdan so'ng ichak disfunktsiyasi kuzatiladi, ya'ni bemorning ichi tez-tez ketadi. Ikkinchi kunga kelib bu holat kamayadi va axlatda yashil rang, qon aralashmalari paydo bo'ladi.

Kasallikning qaysi yo'sinda shakllanishi hamda kechishi, bir tomondan, shigellalarning xususiyatiga, ikkinchi tomondan esa, bemor organizmining holati va xususiyatlariga bog'liq. Dizenteriyada asosiy patologik o'zgarishlar yo'g'on ichakning oxirgi qismlari – sigmasimon va to'g'ri ichakda rivojlanadi. Qolaversa, butun me'da-ichak yo'llarida ro'y beradigan o'zgarishlar toksinning ichak asab-tomir tizimiga ko'rsatadigan ta'siri bilan bog'liq. Qon tomiri devorlari o'tkazuvchanligining ortishi tufayli, ichak shilliq qavati qizaradi (giperemiya) va bo'rtib chiqadi. Mahalliy qon aylanishi buzilishi oqibatida to'qimaning ayrim joylarida nekroz yuz beradi. Uning ustidagi parda tushib ketgach, yara hosil bo'ladi. U 1-2 hafta ichida bitadi. Amalda yaralar paydo bo'lishi kam uchraydi. Ko'p hollarda shilliq qavat yallig'lanishiga xos alomatlar, ba'zan mayda qon quyilishi (gemorragiyalar) uchraydi.

Dizenteriyaning yashirin davri o'rta hisobda 2–3 kun (1–7 kun) davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanib, bemorning eti uvishadi, lohas bo'lib qoladi. Ko'p o'tmay isitma ko'tariladi va odatda, 38-39°Sdan oshmaydi. Bemor ishtahasi yo'qoladi. Oradan 1-2 soat o'tgach, qorinda og'riq (vaqti-vaqti bilan) paydo bo'ladi. Og'riq asosan kindikdan pastda, ko'proq chap yonboshda his etiladi. Kasallik boshlanishida ich ko'pincha suyuq holda keladi va patologik aralashmalar bo'lmaydi. Vaqt o'tgani sari, hojat qistashi tezlashadi va najas oz miqdorda, kuchanish bilan keladi. Hojatdan so'ng bemor o'zini yengil tortmaydi. Kasallik avjiga chiqqan davrda hojat juda tez qistaydi. Najas massasi g'oyat kamayib ketadi, unga shilliq va qon aralashgan, ayrim hollarda, hatto, yiringli bo'ladi. Bemor halovatini yo'qotib, hojati kelaveradi. Ich kelishi g'oyat qiyinchilik kechadi, bemor uzoq vaqt kuchanib o'tiradi. Bu alomat tibbiyotda **tenezm** deb atalib, aynan dizenteriyaga xos hisoblanadi. Kasallikning yengil formasida ich ketishi kuniga 5-8-10 marta kuzatilsa, og'ir formasida bu holat 25-30 marta yoki undan oshishi mumkin. Ichburug'ning o'rta formasi nisbatan ko'proq qayd etiladi. Xastalik avj olgan davrda bemor yonboshlab, ikkala qo'lini qorniga qo'ygan holda yotadi. Uning tili qurib, tana harorati ko'tariladi va tomir urishi tezlashadi. Yurakda taxikardiya eshitiladi. Bemorning qorni taranglashgan, paypaslab ko'rilganda yo'g'on ichak bo'ylab og'riq seziladi.

Ichburug' kasalligi bolalar va keksalarda ko'pincha og'ir o'tadi. Intoksikatsiya alomatlari yaqqol ifodalangan bo'ladi. Ich buzilishi davri 10-12 kungacha cho'zilib ketishi mumkin. Sog'ayish ham ancha sekinlik bilan ro'y beradi. «Shiga» mikroblari ekzotoksin ishlab chiqarishi tufayli ular qo'zg'atgan dizenteriya ko'pincha og'ir kechadi. Bunda ichak alomatlaridan ko'ra, umumiy intoksikatsiya kuchli rivojlanadi. Uning ta'sirida yurak-tomir tizimi faoliyati sezilarli darajada buziladi. Qon bosimi pasayib, ba'zan kollaps ro'y beradi. Intoksikatsiya ta'sirida o'tkir buyrak yetishmovchiligi hollari ham uchrab turadi. «Zonne» mikroblari qo'zg'atgan kasallik asosan qisqa qusish va ich ketishi bilan boshlanadi. Najas ko'pincha suvdek suyuq, shilliq va bir oz qon aralash bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, tananing suvsizlanishi alomatlari aniqlanadi. Og'riq ikkala yonbosh sohasi va kindik atrofida seziladi.

Shigellyozning asosiy diagnostik belgilari:

1) epidanamnez, ya'ni bemor yoki bakteriya tashuvchi bilan muloqotda bo'lish; kasallikni fekal-oral yuqtirish; xastalikning yozgi-kuzgi faslga to'g'ri kelishi;

2) xastalikning o'tkir boshlanishi; ovqat-hazm qilish traktining buzilishi bilan kechuvchi umumiy intoksikatsiya;

3) kolit sindromining mavjudligi, ya'ni qorin og'rishi; pastki chap qismda sigmasimon ichakning og'rishi; og'riqning spastik xarakterga ega bo'lishi va ich ketishi bilan boshlanishi; tenezmalar; axlatning yashil rangda, qon aralashmalari bilan tez-tez chiqishi;

4) gastroenterokolitik sindromning mavjudligi.

Ichburuqqa tashxis qo'yishda kasallikning o'ziga xos gemokolit simptomlari (qon va shilliq aralash ich ketishi) mavjudligi katta ahamiyat kasb etadi. Bunda epidemiologik ma'lumotning ham o'rni bor. Dizenteriyada najasni bakteriologik tekshirish har doim ham ijobiy natija beravermaydi. Kasallikning klinik namoyon bo'lishi o'ziga xos bo'lgan hollarda, najasdagi o'zgarishlar yaqqol aniqlanganda, bakteriologik tasdiqsiz ham bemorga ichburug' tashxisini qo'yish mumkin. Dizenteriyaga tashxis qo'yishda passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasi (PGAR) qo'yiladi. Buning uchun kasallik boshlangandan 3-4 kun o'tib bilakdan 1-2 ml. qon olinadi va dizenteriya eritrotsitar diagnostikumi bilan serologik reaksiya qo'yiladi. Reaksiyaning diagnostik titri 1:100. Oradan 4-5 kun o'tgandan so'ng tekshirish takrorlansa, reaksiya titri ortib boradi. Ichburug' bilan og'rikan bemorlar shifoxonada davolanadi. Kasallikning yengil formasi bilan og'rikan katta yoshdagilarni uy sharoitida ham (sanitariya-gigiyena talablariga javob bersa) davolash mumkin. Buning uchun bemorning uyi vaqti-vaqti bilan joriy dezinfeksiyadan o'tkazib turilishi lozim.

Ichburug'ni davolashda quyidagi etiotrop moddalar (qo'zg'atuvchiga ta'sir qiluvchi dorilar) qo'llanadi:

- *nitrofuran qatoridagi preparatlar (furazolidon, furadonin, furatsillin),*
- *xinolin (xlorxinaldon),*
- *ftorxinolon (siprofloksatsin).*

Patogenetik davolash dezintoksikatsiyani olish uchun izotonik tuzli eritmalar (Ringer eritmasi), enterosorbentlar (enterosorb, aktivlashtirilgan ko'mir, polifepan, smekta)lardan foydalaniladi. Bemorni davolash har tomonlama asoslangan bo'lishi lozim. Kasallik avj olgan davrda osonroq hazm bo'ladigan taomlar buyuriladi, aksincha, sut qo'shilgan ovqatlar tavsiya etilmaydi. Ichak shilliq qavatini qitqlovchi xompiyoz, sarimsoq piyoz, qalampir, o'rik iste'mol qilish ham mumkin emas. Bemor uchun eng foydalisi ko'proq asal iste'mol qilish hisoblanadi. Ichburug'ning o'rta va og'ir kechadigan formalarini etiotrop davolash maqsadida antibiotiklar, masalan, levomitsetin (0.5 grammdan kuniga 4 mahal), tetratsiklin (0.5 grammdan kuniga 4 mahal), intetriks (2 kapsuladan kuniga 3 mahal) qo'llash mumkin. Zarurat tug'ilganda qo'shimcha ravishda ftalazol yoki sulgin (1.0 grammdan kuniga 4 mahal) ham ichiriladi. Ammo shuni unutmaslik kerakki, antibiotiklar faqat zarur vaziyatlardagina qo'llanishi maqsadga muvofiq. Chunki, ular ta'sirida ichak disbakteriozi kuchayishini unutmaslik lozim.

Ichburug' og'ir kechgan hollarda intoksikatsiyani kamaytirish uchun 5 foizli glyukoza, 0.9 foizli osh tuzi, Ringer eritmalariga askorbin kislotasi (5 foizli 5 ml.) qo'shib, tomirga tomchilab yuboriladi. Bemorning ahvoriga qarab, kunlik yuboriladigan suyuqlik miqdori 500-1500 ml.ni tashkil etadi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, strofantin qo'llanadi. Qorindagi og'riqni kamaytirishga 2 foizli papaverin (2.0 ml.), no-shpa (2.0 ml.), baralgin (5.0 ml.) eritmalaridan muskul orasiga yuboriladi. Bemor ahvoli ko'targan hollarda bu preparatlarni tabletkada berish mumkin. Qoringa issiq suv solingan rezina xaltachani vaqti-vaqti bilan qo'yib turish ham og'riqni kamaytiradi. Ichning suyuq ketishi uzoq vaqt davom etsa, vismut bilan tannalbin aralashmasi (0.5 grammdan) kukun holida yoki smekta preparati suyultirib ichiriladi. O'rta hisobda ichburug' bilan og'riqan bemorlar shifoxonada o'n kungacha davolanadilar.

Dizenteriya profilaktikasida aholining suv ta'minotini yaxshilash, turar joylarni ozoda tutish muhim o'rin tutadi. Shu bilan birga, oziq-ovqat mahsulotlari ishlab chiqaradigan korxonalar, ta'lim-tarbiya muassasalari va boshqa joylar sanitariya-gigiyena talablariga to'liq javob berishi kerak. Yana bir muhim omil – bu aholi orasida keng tushuntirish va targ'ibot ishlari olib borishdir. Ichburug' bilan og'riqan bemor shifoxonaga jo'natil-

ganidan so'ng uning xonadonida yakunlovchi dezinfeksiya o'tkaziladi. U iste'mol qilgan oziq-ovqat mahsulotlari, bemorning ish joyi va muloqot qilgan kishilar 7 kun muddatga tibbiy nazorat o'rnatiladi. Dizenteriya eng ko'p qayd etiladigan hududlarda esa yoz fasli davomida fagoprofilaktika olib borilishi maqsadga muvofiq. Dizenteriya bakteriofagi suyuq yoki tabletka holida bo'ladi. Tabletkalarga har uch kunda bittadan, bolalarga esa suyuq bakteriofag 5-10 ml.dan ichiriladi.

Meningit, uning klinikasi va asoratlari

Meningokokkli infeksiya – o'tkir yuqumli kasallik. U havo-tomchi (aerozol) yo'li bilan o'tib, sezilarli ravishda klinik polimorfizm bilan xarakterlanadi, nazofaringit, meningit yoki meningokokk sepsisi ko'rinishida kechadi.

Meningokokk infeksiyasi o'zining klinik formasi, ya'ni *epidemik serebrospinal meningit* shaklida qadimdan buyon ma'lum. U haqda antik davr olimlari ham o'z asarlarida yozib qoldirishgan. 1805 yili Yevropa (Jeneva)da ro'y bo'lgan eng yirik epidemiya meningitni ilmiy jihatdan o'rganishga turtki bo'ldi. Mashhur olim M.Vyeso epidemik serebrospinal meningitni alohida kasallik sifatida ajratdi va uning klinikasini omma e'tiboriga havola etdi. 1887 yili A.Veytselbaum meningokokkli infeksiyaning kasallik qo'zg'atuvchisini aniqladi va epidemik serebrospinal meningitni mustaqil nozologik xastalik sifatida ajratib ko'rsatdi. 1899 yili V.Osler tomonidan kasallik qo'zg'atuvchisining qonda aniqlanishi kasallik patogenezidagi mavhum savollarga javob topishga asos bo'ldi. 1965 yildan epidemik serebrospinal meningit – meningokokkli infeksiya deb ataladigan bo'ldi.

Meningokokklar ko'pincha orqa miya suyuqligida va qonda qo'shaloq-qo'shaloq bo'lib ko'rinadi. Ularning tashqi ko'rinishi biz iste'mol qiladigan qahva doniga o'xshaydi. Bu mikroorganizmlar grammanfiy bo'lib, anilin bo'yoqlari bilan yaxshi bo'yaladi. Meningokokk devoridagi endotoksin lipopolisaxarid tabiatga ega. Meningokokkning A, V, S, D, X, Y, Z, 29YE va W135 singari turlari ma'lum. Ular tashqi muhitda uzoq jon saqlay olmaydi, quyosh nurlari, 22°Cdan past haroratda tez halok bo'ladi. Oddiy dezinfeksiya moddalari (fenol, xloramin, ohak eritmasi) meningokokklarni bir necha daqiqa ichida o'ldiradi.

Meningokokkning infeksiya manbai bemor va bakteriya tashib yuruvchilardir. Ushbu infeksiyasini atrofdagilarga eng ko'p yuqtiradiganlar – bu kasallikning yengil va bilinar-bilinmas xili bilan og'rikan bemorlar hisoblanadi. Ba'zi hollarda meningokokk infeksiyasi nazofaringit

ko‘rinishida o‘tadi. Nazofaringitni meningokokk qo‘zg‘atganini faqat bakteriologik tekshirish yo‘li bilan aniqlash mumkin, xolos. Burun, halqum, tomoq shiliq pardasining surunkali yallig‘lanishi bakteriya tashib yuruvchilik hodisasi paydo bo‘lishiga qulaylik tug‘diradi. Meningokokk infeksiyasining epidemiyasi vaqtida bakteriya tashuvchanlik infeksiya o‘choqlarida 20-30 foizgacha ko‘payadi, ya‘ni o‘sha yerdagi sog‘lom kishilarning shunchasi infeksiya manbai bo‘ladi. Epidemiyadan boshqa vaqtlarda, kasallik sporadik tarzda uchrab turadigan mahalda bakteriya tashuvchilar infeksiya o‘chog‘ida 1–3 foizgacha kamayadi. Meningokokk infeksiyasi 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarda va yosh odamlarda ko‘proq uchraydi. Meningokokk infeksiyasi bilan kasallanish o‘rta hisobda har o‘n-o‘n besh, yigirma besh yil oralab ko‘payib turadi. Infeksiya epidemiyasi aksariyat hollarda maktab va maktabgacha ta‘lim muassasalari, yotoqxonalar, harbiy xizmat sharoitida («kazarma kasalligi») keng tarqaladi. Bunday sharoitlarda nazofaringit va bakteriya tashib yuruvchilik ko‘payadi, keyin meningokokk meningiti va infeksiyaning umumiy lashgan, tarqoq xillari uchray boshlaydi. Meningokokk infeksiyasi qish va ko‘klam faslida (fevral–may oylari) ko‘payadi. Bemor gapirganda, yo‘talganda va aksirganda tupuk zarrachalari bilan meningokokklarni tashqariga chiqaradi. Bu meningokokklar idish-tovoq, sochiq va boshqa buyumlarga tushadi va shu buyumlardan foydalangan odamga infeksiya osongina yuqadi. Meningokokk infeksiyasining inkubatsion davri bir kundan o‘n kungacha cho‘ziladi.

Meningokokk infeksiyasining klinik klassifikatsiyasi.

Birlamchi lokal xillari:

- 1) *meningokokksemiya;*
- 2) *o‘tkir nazofaringit;*
- 3) *pnevmoniya.*

Gematogen-tarqoq xillari:

- 1) *meningokokksemiya;*
- 2) *meningit;*
- 3) *meningoensefalit;*
- 4) *aralash (meningokokksemiya+meningit);*
- 5) *kam uchraydigan xillari (endokardit, artrit, iridotsiklit).*

Meningokokk tashib yuruvchilik – kasallikning subklinik xili bo‘lib, hech qanday simptomlar ko‘rinmaydi. O‘tkir nazofaringit meningokokk infeksiyasining bu xili juda ko‘p uchraydi. Harorat qisqa muddatga subfebril darajaga ko‘tarilib, ozgina intoksikatsiya bo‘ladi. Bemorning boshi og‘riydi, tomog‘i qichishib, quruq yo‘taladi. Burni bitib qoladi, keyin shilimshiq oqadi. Ba‘zi hollarda intoksikatsiya kuchliroq kechib, harorat 5-

7 kungacha choʻziladi. Bemor boshi aylanib, qusadi, muskullari ogʻriydi. Nazofaringitda halqum, tomoq shilliq pardasi shishib qizaradi, ayniqsa halqumning orqa tomoni koʻproq qizarib, shishadi. Va oʻsha yerdagi limfoid folikullar kattalashib, qip-qizil boʻlib koʻzga tashlanib turadi. Tomoq, halqumdagi oʻzgarishlar 1–2 hafta davom etadi. Oʻpkada bronxit aniqlanadi. Nazofaringit meningit epidemiyasi vaqtlarida infeksiya oʻchogʻi klinik tekshirishlar natijasida aniqlanadi. Meningokokk nazofaringitga davo qilishda bemorga antibiotiklar ichirish bilan kifoyalaniladi. Odatdagi dozalarda oksatsillin, ampioks, levomitsetin, tetratsiklin, eritromitsinlar (3–5 kun) tayinlanadi. Bundan tashqari, uzoq taʼsir qiladigan sulfanilamid preparatlar ham buyuriladi va bemor tomogʻini tez-tez chayib turishi kerak.

Baʼzan meningokokk birlamchi *pnevmoniyaga* sabab boʻladi. Bunda meningokokk infeksiyasining boshqa alomatlari koʻrinmaydi. Meningokokk pnevmoniyasi koʻpincha uzoq davom etadi va bemorning ahvoli ancha ogʻir boʻladi. Meningokokk bakteremiyasi baʼzan meningial simptomlarsiz oʻtadi, boshqa holarda esa meningit ham boshlanadi. Oxirgi yillarda 1–2 foiz bemorlarda meningitsiz oʻtadigan meningokokksemiya uchramoqda. Meningitsiz oʻtadigan meningokokksemiya (meningokokk sepsisi)ning klinikasi turlicha boʻladi. Baʼzan meningokokksemiya yengil oʻtadi, bunda bemorning harorati bir-ikki kun koʻtarilib turadi, ozgina intoksikatsiya boʻladi. Ammo ahvoli ogʻirlashmaydi. Meningokokksemiyaning bunday xilida diagnozni aniq belgilash qiyin. Meningokokksemiya koʻpincha birlan boshlanadi, 6–8 soat davomida harorat 38°S – 40°S gacha koʻtariladi. Intoksikatsiya bilan bir vaqtda meningizm belgilari paydo boʻladi: bosh qattiq ogʻrib, bemor talvasaga tushadi, qayd qiladi va behush boʻlib yotadi. Kasallik boshlangandan keyin 8–12 soat oʻtgach, bemor badanida gemorragiya alomatlari koʻrinadi, mayda petexiyali toshmalar bilan bir qatorda 0,5–1 sm. kattalikdagi qontalashlar paydo boʻladi. Badandagi toshmaning shakli yulduzchalarga oʻxshash boʻlishi juda xarakterlidir. Bu toshmalar dumba, son, boldir, koʻz qovogʻi, koʻz sklerasi va baʼzan yuzda paydo boʻladi. Isitma yuqori boʻlib turadi (39°S – 40°S), soʻngra u turli koʻrinishda davom etadi. Keyinroq subfibril darajaga tushadi. Kuchli intoksikatsiya vaqtida taxikardiya, gipotoniya, hansirash aniqlanadi: bemor tili karash bilan qoplanadi, koʻp chanqaydi, chaqaloqlarda dispepsiya belgilari (qusish, ich ketish) kuzatiladi. Meningokokksemiya baʼzan boʻgʻimlarning sinovial pardasi zararlanib, poliartrit simptomlari paydo boʻladi. Meningokokk oʻz vaqtida davo qilinsa, aksariyat hollarda bemor sogʻayib ketadi. Yashin tezligidagi meningokokksemiya juda kuchli intoksikatsiya boʻlishi bilan taʼriflanadi. Kasallik boshlanishidayoq, bemor hushini yoʻqotadi va har xil tartib-

siz harakatlari qilaveradi, ketma-ket tutqanoq tutib turadi. Yuz qizargan va bo'rtgan, shilliq pardalar, teri rangi o'zgarib, ko'karib turadi. Shunday holda yotgan bemorning birdaniga nafas olishi to'xtab, vafot etishi mumkin.

Surunkali meningokokksemiya – meningokokk infeksiyasining kam uchraydigan xili. Ushbu xastalik bir necha haftadan yilgacha davom etadi. Apireksiya davrida bemor ahvoli ancha yaxshilanadi, badandagi toshmalar rangi o'chadi. Surunkali meningokokksemiya ba'zan artrit, poliartritlar boshlanadi, ko'pincha gepatolineal sindrom aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, neytrofilyoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining tezlashganligi ko'rinadi. Surunkali meningoensefalitda glomerulonefrit, endokarditlar boshlanishi mumkin. Meningokokksemiyaning meningit bilan o'tadigan xili 25-50 foiz hollarda uchraydi. Bunda meningokokksemiya simptomlaridan tashqari, bosh miya yumshoq pardasining zararlanganligiga xos belgilar aniqlanadi. Meningokokk infeksiyaning kam uchraydigan xillari aksari poliartrit, endokardit, iridotsiklit ko'rinishdagi xastaliklardan iborat bo'ladi.

Meningitning inkubatsion davri deyarli bir hafta davom etadi. Kasallik to'satdan boshlanadi. Bemorning eti uvishib, qaltiraydi. Harorat 40⁰Sgacha ko'tariladi va bosh qattiq og'riydi. Ketma-ket qusish kuzatilib, intoksikatsiya tez kuchayib boradi. Bemorlar, ayniqsa bolalarni ba'zan tutqanoq tutadi. Goh qisqa, goh uzoq muddat isitma davom etadi. Ishtaha bo'g'ilib, ilk kundanoq badanda gemorragik toshma paydo bo'ladi. Ba'zan terida (kasallikning og'ir formasida) mayda toshmalardan tashqari, 0,5 sm. kattalidagi qontalashlar ko'zga tashlanadi. Bunday gemorragiya belgilari sklera, konyuktiva, tanglay, burun shilliq pardasida ham uchraydi. Ba'zan oshqozon, bachadon, buyrakdan qon ketadi. Bemor bezovtalanib, alahsiraydi, uni uyqu tortaveradi, lekin uxlay olmaydi. Bemorning yuz-ko'zi qizargan va bo'rtgan bo'ladi, u quyosh yoki elektr nuriga qaray olmaydi. Keyingi kunlar lab atrofida uchuq toshib, jigar va taloq kattalashadi.

Ayrim hollarda meningit *serozli meningit* ko'rinishida o'tadi. Bunda meningial sindrom yaqqol ko'rinmaydi. Orqa miya suyuqligi tiniq bo'ladi, pleotsitoz aniqlanadi. Pleotsitoz asosan limfotsitlar hisobiga bo'ladi.

Meningoensefalit – kam uchraydigan xastalik. Meningial sindrom sust ifodalangan bo'lib, asosan, ensefalit simptomlari aniqlanadi. Kasallik birdan boshlanib, bemor ruhiyati buziladi. Talvasaga tushish, oyoq-qo'llar falaji yoki yarim falaj kabi alomatlar aynan shu kasallikka xos. Meningokokk ensefaliti ko'pincha bemorning o'limi bilan tugaydi. Meningitdan sog'aygan kishilarda asteniya sindromi (tajanglik, muntazam charchoq, bosh og'rig'i) uchraydi. Ushbu kasallikka chalingan yosh bolalar yig'loqi bo'lib qoladi. Davolash vaqtida shunga e'tibor qaratish kerakki, antibiotik-

lar dozasi kam bo'lsa, meningit qaytalanib, zo'riqishi mumkin. Ensefalit bilan o'tgan meningitdan so'ng kamdan-kam hollarda oyoq-qo'llar falaj yoki yarim falaj bo'lib qoladi. Rekonvaletsentlarning 3 foizida quloq og'irlashib, ko'z xiralashadi. Meningit bilan og'rigan bemorni davolash shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi. Xastalikning tarqoq xilini davolashda bemorga antibiotiklar, xususan, muskullar orasiga penitsillin yuborib turiladi. Bu jarayonda penitsillin miqdorini kamaytirish mumkin emas, aks holda meningit alomatlari yana zo'rayadi. Penitsillin bilan davolash harorat tushib, meningial simptomlar yo'qolgunga qadar davom ettiriladi. Davo boshlanganidan 5-6 kun o'tgach bemor endolyumbal punksiya qilib ko'riladi. Agar bemor organizmi penitsillinga nisbatan sezuvchan bo'lsa, u holda tetratsiklin yoki levomitsetin qo'llanadi. Tetratsiklin muskullar orasiga kuniga 25 mg/kg. hisobidan, levomitsetin esa kuniga 80-100 mg/kg. hisobidan tayinlanadi. Levomitsetin suksinat parenteral yo'l bilan yuborilganda yaxshi natija beradi. Davolash davrida ba'zan bemor qayt qiladi, stomatit belgilari paydo bo'lishi mumkin. Xastalikni profilaktika qilishda ayrim hollarda A, V va S serogruppalarning polisaxirid tabiatga ega bo'lgan meningokokk vaksinalarini ishlatish maqsadga muvofiq.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

- 1) Infeksiya yuqish usullari va oldini olish choralari haqida gapirib bering.*
- 2) Virusli gepatit nima? Uning profilaktikasi nimalardan iborat?*
- 3) Difteriya va uning klinikasi qanday kechadi?*
- 4) Dizenteriyaning infeksiya manbalari nimalar? U qaysi yo'llar bilan yuqadi?*
- 5) Meningit va uning asoratlari haqida gapirib bering.*

4-mavzu. REPRODUKTIV SALOMATLIKNI MUSTAHKAMLASH. FIZIOLOGIK TUG‘ISH JARAYONIDA TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH

Reproduktiv salomatlik – sog‘lom avlod garovi

Sog‘lom farzandni dunyoga keltirish va har tomonlama barkamol etib voyaga yetkazish xalqimizda qadriyat darajasiga ko‘tarilgan. Ajdodlarimiz ham azal-azaldan o‘z nasl-nasabining sihat-salomatligiga katta e‘tibor qaratishgan. Chunki, sog‘lom farzand oilaning, millatning, davlatning kuch-qudrati, nasllar davomchisi bo‘lgan.

Darhaqiqat, oilada sog‘lom turmush tarzini qaror toptirish jamiyat uchun eng muhim omil. Bu, avvalambor, sog‘lom avlodni dunyoga keltirish, ona va bola salomatligini asrab-avaylashga bog‘liq. Inson faqat sog‘lom oiladagina barkamol voyaga yetadi, ulg‘ayadi, shaxs bo‘lib yetishadi. Shu ma‘noda, mustaqillik yillari ayollarimizning reproduktiv salomatligini asrashga, ona va bolalarni har tomonlama sog‘lomlashtirishga ustuvor ahamiyat qaratib kelinayotgani bejiz emas. O‘tgan yillar mobaynida onalik va bolalikni muhofaza qilish borasida amalga oshirilgan keng ko‘lamli islohotlar samarasi o‘laroq erishgan yutuqlarimiz jahon hamjamiyati tomonidan alohida e‘tirof etilmoqda. Ayniqsa, «o‘zbek milliy tibbiyot modeli»ning bugun Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan dunyo mamlakatlari uchun o‘ziga xos namuna sifatida ko‘rsatilayotgani quvonarli hol, albatta. Xalqaro ekspertlarning e‘tirof etishicha, O‘zbekistonning onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha dasturi mintaqaviy model sifatida tan olingan. Ushbu yo‘nalishda davlatimiz tomonidan olib borilayotgan ishlar yuqori bahoga loyiq.

Har qaysi millatning o‘ziga xos ma‘naviyatini shakllantirish va yuksaltirishda, hech shubhasiz, oilaning o‘rni va ta‘siri beqiyosdir. Chunki, insonning eng sof va pokiza tuyg‘ulari, ilk hayotiy tushuncha va tasavvurlari birinchi galda oila bag‘rida shakllanadi. Bolaning xarakterini, tabiati va dunyoqarashini belgilaydigan ma‘naviy mezon va qarashlar – yaxshilik va ezgulik, oliyjanoblik va mehr-oqibat, or-nomus va andisha kabi muqaddas tushunchalarning poydevori oilada qaror topadi. Sog‘lom farzandning dunyoga kelishi esa, birinchi navbatda, ayolning, onaning sihat-salomatligiga bog‘liq. *Reproduktiv salomatlik* – bu bola dunyoga kelishida ishtirok etuvchi erkak va ayolning salomatligi, jismoniy, ruhiy tetiklik va ijtimoiy farovonlik holati. Tibbiyot nuqtai nazari bilan aytganda,

ayollarning reproduktiv salomatligini muhofaza qilishning o'ziga xos tamoyillari mavjud. Bunga quyidagilarni keltirib o'tish joiz: xavfsiz homiladorlik; bexatar tug'ruq; chilla davridagi malakali yordam; abort va uning oldini olish; tug'ruq oralig'ini 3 yil saqlash; zamonaviy kontratseptiv vositalar haqida aholiga keng ma'lumot berish; OITSga barham berish; bepushtlik, saraton va saraton oldi kasalliklarining oldini olish; farzandni ko'krak suti bilan boqishni targ'ibot qilish; onalik va bolalikni muhofaza qilish; o'smirlar reproduksiyasi va jinsiy tarbiya.

Reproduktiv salomatlikka erishish uchun ayol homiladorlik davrida gigiyena qoidalariga amal qilishi, to'g'ri ovqatlanishi, ish va dam olishni to'g'ri tashkillashtirishi, zararli odatlardan voz kechishi, turli stress holatlardan saqlanishi hamda doimiy akusher-ginekolog shifokor nazoratida bo'lishi shart. Yuqoridagi omillar jamiyatdagi oilalarning muhim tayanchi hisoblanmish onalik va bolalikni har tomonlama sog'lomlashtirishga xizmat qiladi. Ammo nosog'lom turmush tarzi, turli darajadagi stresslar, noqulay ekologik sharoitlar kabi reproduktiv salomatlikka ta'sir qiluvchi xavfli omillar ham yo'q emas.

Muxtasar aytganda, «...bolaga e'tibor bo'lajak onaga e'tibor qaratishdan boshlanishi kerak. Chunki, homilador ayolning ruhiy-fiziologik holati, barcha his-tuyg'ulari, kayfiyati ona vujudi orqali bolaga o'tadi». Shu ma'noda, aholining tibbiy madaniyatini oshirish, joylardagi tibbiyot xizmatlari sifatini zamon talablari darajasida yaxshilash, onalar va bolalar salomatligini asrashga qaratilgan skrining va perinatal markazlari faoliyatini samarali yo'lga qo'yish, xotin-qizlarni har tomonlama sog'lomlashtirish, har bir oilada sog'lom ma'naviy muhitni qaror toptirish – reproduktiv salomatlikning ustuvor yo'nalishlari sanaladi.

Homilaning paydo bo'lishi, homiladorlik alomatlari va uni aniqlash

Spermatozoid – urug' hujayrasi odam balog'atga yetgandan boshlab uning jinsiy bezlarida ishlab chiqariladi va tuxum hujayrasini otalantiradi. Odatda, spermatozoid juda harakatchan bo'lib, uning yetilishi uchun 75 kun kerak bo'ladi. Spermaning hosil bo'lishi odamning faol holatiga bog'liq. Bu jarayon fanda «spermatogenez» deb ataladi. *Xromasoma* – hujayra yadrosining eng kichik qismlaridan (elementi) bo'lib, shakli ipsimon, vazifasi odam irsiy xususiyatlarini nasldan-naslga o'tishini ta'minlashdan iborat. U hujayraning bo'linishi davrida aniq bo'yaladigan holga keladi. Xromasomalar fanda X va Y deyiladi. Spermaning tarkibida, ya'ni teng

yarmida X va qolgan yarmida Y xromasoma mavjud. Jinsiy yaqinlikdan soʻng ayol qinidan bachadon va naychaga, Fallopiy nayidan urugʻlanish joyiga borguncha, spermatozoidlarning soni kamayib boradi. Urugʻlanish nayda sodir boʻladi. Sperma ikki kecha-kunduzgacha urugʻlanish xususiyatini saqlaydi. Ayollar tuxum hujayralari bachadon yonidagi chanoq boʻshligʻida joylashgan tuxumdonda hosil boʻladi va rivojlanadi. Fanda bu – ovogenez deyiladi. Tuxum hujayrasi har 20-28 kunda yetilib, naychaga va undan bachadon boʻshligʻiga tushadi. Birinchi boshlangʻich davridagi (birinchi qator) tuxum hujayrasi diametrining kattaligi taxminan 130 mkm.ga teng boʻlib, ustida yaltiroq pardasi (membranasi) boʻladi. Har bir tuxum hujayrasining ustida 3–4 mingta tukcha boʻladi. Ular naychadagi baxmalarga (duxobasimon pardaga) tegib, nay boʻylab harakat qila boradi va u yerda ana shu tuxum hujayrasi yetiladi. Soʻngra bir muncha yetilgan (ikkinchi qator, yaʼni ikkita davr) tuxum hujayrasi sifatida yetilib hujayra markazini yoʻqotib urugʻlanishga tayyor boʻladi. Tuxum hujayrasining yadrosida ham 23 ta xromasoma boʻlib, ularning hammasi X jinsiy xromasomalardan iborat. Urugʻlanish asosan Fallopiy nayining kengaygan joyida boʻladi. Bu vaqtda spermatozoid oʻzidan gialuronidaza, tripsin fermentlarini chiqaradi. Urugʻlangan tuxum hujayrasidagi erkak hamda urgʻochi hujayra yadrolari bir-biriga yaqinlashadi va qoʻshiladi. Shunday qilib, bir butun urugʻlangan tuxum hujayrasi – zigota hosil boʻladi. Bu pushtning birinchi, boshlangʻich kurtagi – embrionning hosil boʻlishi hisoblanadi.

Homiladorlikka tashxis qoʻyish oʻziga xos belgilarga asoslangan holda amalga oshiriladi. Tashxisning taxminiy belgilariga ishtahasizlik, hid va taʼm bilishning oʻzgarishi, asab tizimining oʻzgarishi (taʼsirchanlik, uyqusizlik, injiqlik, kayfiyat oʻzgaruvchanligi va hok.) hamda yuz terisida dogʻlar, koʻkrak soʻrgʻichlari va qorin devorida oq chiziqlarning hosil boʻlishi kiradi. Tashxisning ishonarli belgilari esa hayz koʻrishning toʻxtashi, koʻkrak bezlarini ezganda ogʻiz suti ajralishi, bachadon boʻgʻzi va qinning shilliq qavatlari koʻkarishi, bachadon oʻlchami, shakli va qattiqligining oʻzgarishi bilan namoyon boʻladi.

Yuqoridagi belgilar quyidagi usullar bilan aniqlanadi: savol-javob, surishtirish; koʻkrak bezini paypaslab koʻrish; tashqi jinsiy aʼzolari koʻzdan kechirish; koʻzgu yordamida tekshirish; qinni ikki qoʻl bilan tekshirish.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida ishonchli belgilar paydo boʻla boshlaydi, yaʼni bachadonda homila borligi aniqlanadi. Masalan, paypaslash yoʻli bilan homilaning bosh, bel va mayda qismlarini aniqlash, yuragining urishi daqiqasiga 120–140 ta boʻlishini sanab bilish mumkin. Bu davrda ona oʻz vujudida homilaning harakatlarini seza boshlaydi. Homiladorlikni qolgan belgilari ultratovush yordamida aniqlanadi.

Tug‘ruq jarayoni haqida umumiy ma’lumotlar

Tug‘ish fiziologik jarayon bo‘lib, u homilador ayolning asab tizimi, endokrin, jinsiy a’zolari va boshqa sistemalaridagi fiziologik o‘zgarishlar hisobiga ro‘y beradi. Bunda tug‘ish yo‘llari orqali bachadondan homilani, yo‘ldoshni, uning tashqi pardasini hamda homila oldi suvi tashqariga itarib chiqariladi. Bachadon devorining muntazam ravishda qisqarishi, unda kaliy, kalsiy, magniy, natriy va boshqa ionlarning miqdori o‘zgarishi hisobiga sodir bo‘ladi. Bachadonning qo‘zg‘aluvchanligi hamda qisqaruvchanlik faoliyatining kuchayishi homiladorlikning oxirgi kunlarida uning muskullarida oqsillar, glikogen, kalsiy, glutatsion va boshqa moddalarning ko‘plab to‘planishi hisobiga ro‘y beradi. Bachadonning qo‘zg‘aluvchanligi va qitiqlanish kuchining darajasi ma’lum chegara darajasiga yetganda tug‘ish jarayoni boshlanadi.

Tug‘ish jarayoni yaqinlashganini quyidagi belgilardan bilish mumkin: tug‘ishga 2–3 hafta qolganda bachadon tubi pastga tushadi, (odatda, homilador ayol nafas olish yengillashganini sezadi); homilaning quyi tomoni pastga tushadi; tug‘ishdan oldin, ko‘pincha, tashqi jinsiy a’zo orqali quyuq shilimshiqsimon ajralmalar chiqadi; homiladorlikning oxiriga kelib bachadon qisqarishini sezish boshlanadi (bunda dumg‘aza va qorinning pastki qismida og‘riq paydo bo‘ladi); homiladorning vazni ozroq kamaygan bo‘ladi.

Tug‘ishning boshlanishi dard tutishi, ya’ni bachadon muskullarining muntazam qisqarishi bilan kechadi. Bu jarayon boshida 10–15 soniyada yuz bersa, keyinchalik tez va kuchliroq kechishi bilan xarakterlanadi. So‘ng bachadon bo‘g‘zining silliqilanishi va ochilishi kuzatiladi, qon bilan aralashgan shilimshiq ajraladi, homila pufagi hosil bo‘ladi.

Tug‘ishda itaruvchi kuchlarga *dard tutishi (to‘lg‘oq)* va *kuchanish* kiradi. Dard tutishi bachadon bo‘g‘zining ochilishiga, homila va yo‘ldoshning tug‘ilishiga olib keladi.

Tug‘ish uch bosqichdan iborat.

1) *Ochilish bosqichi*. Bu dard tutishining muntazam ravishda bo‘lishi bilan boshlanib, bachadon tashqi bo‘g‘zining to‘liq ochilishi bilan tugaydi. Bachadon bo‘ynining ochilish jarayoni bachadon tubining va tanasining muskullari qisqarishi tufayli bachadon bo‘g‘zi aylanma muskullarining cho‘zilishi hisobiga hamda homila pardasining bachadon bo‘g‘zini kengaytiruvchi, ya’ni gidravlik tiqin sifatidagi ta’siri tufayli yuz beradi. Natijada, bachadon bo‘g‘zi silliqilanadi, tug‘ilayotgan chaqaloqning boshi va tanasi o‘tishi mumkin bo‘lgan cho‘zilgan nayga aylanadi. Ochilish bosqichi asta-sekin rivojlanadi. Boshlanishida bachadon bo‘g‘zi bir

barmoqni o'tkazadi, keyinchalik ikkita barmoqni va hok. Bunda tomoq chetlari borgan sari yupqalashadi va bachadon bo'g'zining kengligi 10–12 sm.ga yetganda, to'liq ochilgan hisoblanadi.

2) *Homilani tashqariga itarib chiqarish bosqichi*. Bunda tug'ish yo'llari orqali homila tashqariga itarib chiqariladi. Homila oldi suvi tashqariga oqib chiqib ketgandan so'ng dard qisqa muddatga to'xtaydi, bachadon devorlari qalinlashadi va homila badaniga hamma tomondan mahkam yopishadi. Bu davrda tez-tez dard tutadi va u kuchanish bilan kechadi. Bachadon ichidagi bosim bilan qorin devori bosimi qo'shiladi. Bu homila yo'llari orqali homilani ilgarilanma harakatlantirib, uning tug'ilishiga olib keladi.

3) *Yo'ldosh tug'ilishi bosqichi*. Bunda bachadon devoriga yopishgan yo'ldosh undan ajralib, homila yo'llari orqali tug'ilishi yuz beradi. Dard tutishi ushbu jarayonning asosiy sharoiti hisoblanadi. Bundan tashqari, qorin devorining taranglashishi, ya'ni kuchanish ham katta ahamiyatga ega. Chaqaloq tug'ilgandan so'ng bachadon qisqaradi. Oradan bir necha daqiqa o'tgach, bachadonning hamma qismi, yo'ldosh birikkan qismi ham bir maromda qisqaradi. Yo'ldosh qisqarish qobiliyatiga ega emas, shuning uchun u bachadon devoridan ko'chadi.

Tug'ish jarayonining ikkinchi bosqichida homila bachadon ichidan tug'ish yo'llari orqali tashqariga itarib chiqariladi. Tug'ish kanalining yumshoq to'qimalariga *bachadonning pastki qismi, qin, tos va uning tubidagi muskullar* kiradi. Tos tubining muskullari oxirgi bosqichga qadar tug'ish jarayonida homila boshining harakatiga to'sqinlik qiladi, shu tufayli homilaning gorizontol o'qi atrofida aylanishini ta'minlaydi. Tos tubining muskullari uzun chiqish nayini hosil qiladi. U suyak kanalining davomi hisoblanib, orqa tomonga bir oz yoysimon egilgan bo'ladi (shuning uchun gorizontol o'q parabola ko'rinishiga ega). U suyak kanalida to'g'ri pastga yo'nalgan bo'lib, tos tubiga yetgandan so'ng oldingi tomonga yo'naladi. Homilaning boshi ham turli o'lchamlarga ega: uzunasiga, egri, ko'ndalang va vertikal. Homila boshi ilgarilanma harakati o'z o'qi atrofida aylanishi hisobiga kichik tos va tug'ilish yo'lining yumshoq to'qimalari orqali tug'ilishi – tug'ish biomexanizmi deyiladi.

Birinchi bosqichda homila boshi ilgarilanma harakat qiladi. Bu bosqich ancha vaqtga cho'ziladi, boshlanishida dard tutishi kamroq, kuchsiz va qisqa davom etadi. Biroq u asta-sekin tezlashib kuchayadi va davomiyligi uzayadi. Bosqich oxiriga kelib dard tutishi har 2–3 daqiqa ichida kuzatiladi va davomiyligi 60–80 soniyaga yetadi. Dard turli darajada og'riq bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bachadon bo'g'zining

tekislanib, ochilishi qin tekshirish usullari bilan aniqlanadi. Dard va kuchanish hisobiga homilaning boshi kichik tos tubiga tushadi. Homila boshi oraliq sohaga yetganda u bo‘rtadi, ilgarilanma harakat natijasida jinsiy yoriq orqali chiqa boshlaydi. Tibbiyotda bu *homila boshining yorib chiqishi* deyiladi. Uchinchi bosqich juda qisqa davom etadi. Bachadon tubi kindik sohasida bo‘ladi. Dard tutgan vaqtda bachadon zichlashadi, tor va ensiz bo‘lib qoladi, tubi esa pastga tushib, o‘rta o‘q chizig‘idan chetlashadi. Yuqoridagi jarayonlar yo‘ldoshning bachadon devoridan ajralganligi haqida dalolat beradi. Yo‘ldosh qin sohasiga yaqinlashganda kuchanishga xohish tug‘iladi, dard tutishi hisobiga yo‘ldosh tug‘iladi.

Dunyoga kelgan chaqaloq sterillangan paxta yoki doka bilan artiladi. Sterillangan rezina moslama yoki elektrso‘rg‘ich yordamida esa og‘iz va burunlari shilimshiqdan tozalanadi. Shuni bilish kerakki, sog‘lom va o‘z vaqtida tug‘ilgan chaqaloqlar bir maromda nafas olib, baland ovozda qichqiradi va qo‘l-oyoqlarini faol harakatlantiradi. Voyaga yetmay, erta tug‘ilgan chaqaloqlarda bu belgilar ancha sust rivojlangan bo‘ladi. Chaqaloq qovoqlari alohida sterillangan paxta sharchalar bilan tashqi qirg‘og‘idan ichki qirg‘og‘iga qarab artiladi. Ko‘zning oldin pastki, keyin yuqorigi qovoqlar ochilib, bir tomchidan 30 foizli albusid eritmasi tomiziladi. Kindik tizimchasiga ikki bosqichda ishlov beriladi. Chaqaloq terisi sterillangan vazelinli yog‘ shimdirilgan paxta sharchalar bilan surtib tozalanadi. So‘ngra vazni tortiladi, bo‘yi o‘lchanadi, bosh o‘lchamlari aniqlanadi. So‘nggida chaqaloq kiyintirilib, yo‘rgaklab choyshabga o‘raladi.

Uchinchi bosqichda yo‘ldosh ko‘chishi va jinsiy yo‘llar orqali tashqariga itarilib chiqishi kuzatiladi. U ancha vaqtgacha (asoratsiz kechganda 1–2 soat) cho‘ziladi. Agar ona 300 ml. qon yo‘qotib, homiladorning ahvoli og‘irlashsa, asoratli kechish hisoblanadi. Shuning uchun yo‘ldosh ajraganligidan dalolat beradigan belgilarni aniq bilish katta ahamiyatga ega. Ular quyidagilardan iborat:

1) *bachadon tubining balandligi va shakli o‘zgaradi (Shreder belgisi), ya’ni yo‘ldosh ajragandan so‘ng bachadon devori qalinlashadi, torayadi, tubi kindikdan yuqoriga ko‘tariladi va o‘rta o‘qdan o‘ngga og‘adi;*

2) *kindik tizimchasining tashqi kesilgan qismi uzayadi (Alfeld belgisi), ya’ni kindik tizimchasiga bog‘langan ipak 10–12 sm. pastga tushadi;*

3) *qov bitishmasi yuqorisida qorin devorining tashqariga bo‘rtib qoladi, ya’ni bu bachadonning pastki qismiga ajralgan yo‘ldosh tushganda hosil bo‘ladi;*

4) *ajralgan yo‘ldosh qinga tushganda dard tutadi;*

5) *kuchanish vaqtida kindik tizimi uzayadi;*

6) qov bitishmasidan yuqoriga qo'l panjasini ko'ndalang qilib bosib ko'rilganda agar yo'ldosh ajralmagan bo'lsa, u holda kindik tizimchasi qisqaradi, aks holda uzunligi o'zgarmaydi (Kustner-Chukalov belgisi).

Uchinchi bosqichda yuz berishi mumkin bo'lgan asoratlarga ajralgan yo'ldosh chiqishining kechikishi, bachadon devoridan yo'ldosh ajralish jarayonining buzilishi kiradi. Bunda qon ketish kabi asoratlar xavfi kuchayadi va bu tug'ish yo'li yumshoq to'qimalarining yirtilishi, yo'ldosh bo'laklarining bachadon devorida qolib ketishi hamda bachadonning gipo va atoniyasi sabab ro'y beradi.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

- 1) *Reproduktiv salomatlik nima?*
- 2) *Onalik va bolalikni muhofaza qilish omillari haqida gapirib bering.*
- 3) *Homila qanday paydo bo'ladi?*
- 4) *Homiladorlikni aniqlash belgilari haqida gapirib bering.*
- 5) *Tug'ish jarayoni haqida qisqacha gapirib bering.*

5-mavzu. INSON SALOMATLIGI UCHUN ZARARLI ODATLAR. TANOSIL KASALLIKLARI VA ULARNING OLDINI OLISH

Kashandalik, alkogolizm va giyohvandlik

Jamiyatda sogʻlom turmush tarzini qaror toptirish uchun aholi, xususan, yosh avlodni kashandalik, alkogolizm, giyohvandlik kabi turli zararli illatlardan himoya qilish muhim omil sanaladi. Biroq hozirgi globallashuv davrida ushbu illatlarning jahon boʻylab tobora ildiz otib borayotgani kishini biroz tashvishga soladi. Chunki, kashandalik, ichkilikbozlik va giyohvandlik kishi organizmiga salbiy taʼsir koʻrsatib, oxir-oqibat uni umuman izdan chiqaradi. Masalan, tamaki mahsulotlarini surunkali isteʼmol qilish – ashaddiy kashandalikka, spirtli ichimliklar – alkogolizmga; giyohvand moddalarga ruju qoʻyish – giyohvandlikka olib keladi. Eng achinarlisi, ular hayot-faoliyatimizga, sogʻlom turmush tarzimizga jiddiy xavf soladi. Maʼlumotlarga qaraganda, tamaki chekish natijasida sodir boʻlayotgan oʻlim holatlari bugun gipertoniya kasalligidan soʻng ikkinchi oʻrinni egallaydi.

Mutaxassislarning fikricha, tamaki asosan asablar tizimiga qoʻzgʻatuvchi hamda tormozlovchi taʼsir etadi. Afsuski, bu oʻta salbiy oqibatlarni vujudga keltiradi. Chekuvchilar oʻrtasidagi oʻlim koʻrsatkichi chekmaydiganlarga qaraganda 30-50 foiz yuqori boʻladi. Oʻpka saratoni bilan ogʻriganlarning salkam 95 foizini chekuvchilar tashkil etadi. Eng yomoni, chekish tufayli ogʻiz boʻshligʻi, tomoq, halqum, qiziloʻngach saratoni ham kelib chiqadi. Bir dona sigareta chekkanda qon-tomirlarning siqilib turish vaqti oshib, yurak urishi 15-20 taga koʻpayadi. Shu bois, yurak infarktlari, stenokardiya kasalliklari chekuvchilar orasida 12-15 marotaba koʻp uchraydi. Kashandalik mushaklar kuchi tezkorligini kamaytiradi, xotirani susaytirib, jinsiy maylni soʻndiradi. Naslga taʼsir etib, jismoniy yoki aqliy zaif farzandlarning tugʻilishiga sabab boʻladi. Ayniqsa kashanda ayollarda bola tashlash, homilaning chala yoki oʻlik tugʻilishi, jismoniy va aqliy koʻrsatkichlarining past boʻlishi kabi holatlar kuzatiladi.

Soʻnggi paytlarda kashandalikning yana bir turi – *chilim chekish* ommalashib bormoqda. Jahon Sogʻliqni saqlash tashkiloti (JSST) maʼlumotlariga koʻra, chilim tutuni tarkibida zaharli moddalar boʻlib, bu oʻpka saratoni, yurak qon-tomir tizimi kasalliklari va boshqa bir qancha xastaliklarning paydo boʻlishiga olib keladi. Oʻrtacha meyordagi chilim chekilganda siydikdagi nikotin darajasi 73 barobarga, katonin 4 barobarga,

o'pka va oshqozonosti bezi saratonini keltirib chiqaruvchi tamaki nikotini 2 barobarga ko'tariladi. Bundan tashqari, benzol va akrolenning parchalanishidan hosil bo'ladigan moddalar saraton va respirator kasalliklarni keltirib chiqaradi. Chilim chekilayotganda so'lak orqali herpes va sariq kasalligi ham yuqishi mumkin. Uning tutuni odam o'pkasida birdaniga to'planmaydi. Tutun tarkibida shunday zararli moddalar borki, ular nafas olish a'zolari va yurak qon-tomir tizimi kasalliklarining kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Masalan, xavfli o'sma kasalligi bilan kasallanish chilim chekuvchilar orasida ancha ko'p. Tamaki tutunidagi ko'pgina komponentlar suvda erimaydi va natijada zararli moddalar chekuvchining o'pkasiga to'g'ridan-to'g'ri o'tadi. Mutaxassislarining fikricha, bir marta chilim chekish davomida organizmga tushadigan zararli moddalar 60 ta sigaretanikiga teng. Uning tutuni oxir-oqibat halqum va o'pka rakiga olib keladi.

Alkogolizm ijtimoiy va tibbiy aspektga ega. Ijtimoiy ma'noda alkogolizm – jamiyat farovonligiga va kriminal holatga, insonlarning sog'ligiga, turmushiga, mehnatiga putur yetkazuvchi meyorsiz spirtli ichimliklarni ichishdir. Tibbiy ma'noda u organizmning ichki a'zolarida va tizimlaridagi o'zgarishlar, ruhiy buzilishlar bilan boradigan, spirtli ichimliklarga qaramlikning rivojlanishi bilan o'tadigan, doimiy alkogol iste'mol qilish natijasida yuzaga keluvchi surunkali kasallik hisoblanadi. Ichkilik odamni og'ir kasalliklarga olib keladi. Spirtli ichimliklarni uzoq vaqtgacha muntazam ichib yurish kishini alkogolizmga duchor qiladi. Ma'lumotlarga qaraganda, psixonevrologik dispanserlarga murojaat qiluvchi ruhiy kasalliklarga duchor bo'lganlarning eng ko'pi alkogolizmga muhtalo bo'lgan kishilardir. Alkogolizm natijasida miyaning ish qobiliyati pasayadi, fikrlash, faollik susayadi. Keyinchalik jahldorlik, uyquning buzilishi, mas'uliyatsizlik, boshqalarga va hatto, o'ziga ishonmaslik, toliqish, umumiy holsizlik alomatlarini seziladi. Kasallik o'z vaqtida oldi olinmasa, asab tizimi butunlay buziladi. Shu ma'noda, alkogolizm bir qator og'ir asoratlarni kelib chiqaradi. Jumladan, oshqozon-ichak xastaliklari, bosh miya va ruhiy holatning buzilishi, jigar, yurak qon-tomir tizimi kasalliklari va hokazo.

Alkogolizm kasalligining rivojlanishida ijtimoiy, biologik va psixologik omillar ham sabab bo'ladi. Shaxsning ma'lumoti, oilaviy ahvoli, moddiy ta'minot darajasi, jamiyatdagi o'rni va boshqalar ijtimoiy omillar guruhiga kiradi. Psixologik omillarga uni iste'mol qilish tufayli yuzaga keladigan ruhiy belgilar – sokinlik, beparvolik, quvnoqlik kayfiyatlari, hayotga yengil qarash kabilar kiradi. Biologik omillar deganda, irsiy moyillik, modda almashinuvining buzilishlari, xususan, V va S vitaminlarining balansi, qonda xlor va natriy ionlarining o'zaro nisbati, adrenalini

bilan adrenoxrom o'rtasidagi muvozanat buzilishlari tushuniladi. Oddiy alkogol mastlikning uchta darajasi bor: *yengil, o'rta va og'ir*.

Patologik mastlik asab tizimi ma'lum darajada to'liq bo'lmagan va ancha nozik bo'lgan kishilarda ro'y beradi. Epileptik tutqanog'i bor, bosh miyasi jarohatlangan hamda asab tizimi yuqumli kasalliklarini o'tkazgan shaxslarda alkogolning oz miqdori patologik mastlikka olib kelishi mumkin. Bu holat ko'pincha ba'zi psixopatik shaxslarda ham ro'y beradi. Patologik mastlik odatda bexosdan oddiy mastlikdan so'ng paydo bo'ladi va kishi xulqi, ko'rinishining keskin o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Bu holat 30-40 daqiqadan 1-2 soatgacha davom etishi mumkin va odatda, uzoq uyqu bilan tugaydi. So'ng bemorlar normal holat bilan uyg'onadilar, ammo bo'lib o'tgan voqealar, ya'ni o'tkir psixoz holati to'g'risida umuman eslolmaydilar. Patologik mastlik asosan guvohlarning ko'rsatmalari asosida o'tmish voqealarini tiklash, ya'ni retrospektiv yo'l bilan aniqlanadi.

Alkogolizm uch bosqichda rivojlanadi. *Boshlang'ich bosqichning* asosiy belgisi alkogolga tolerantlik, ya'ni chidamlilikning oshishi hisoblanadi. Alkogoldan zaharlanishda uchraydigan himoya reaksiyasi, ya'ni qusish refleksining yo'qolishi alkogolizm birinchi bosqichining belgisidir. Bemorda alkogolga hech yengib bo'lmaydigan ehtiyoj paydo bo'ladi va bu ko'pincha, tashqi vaziyat va faktorlarga bog'liq bo'ladi. *O'rtacha bosqichda* alkogolga nisbatan chidamlilik yanada oshadi. Uni iste'mol qilish miqdori sutkasiga 1-2 litrgacha yetadi. Bu bosqichda kishi o'zini ichkilikdan tiya olmaydi, ruhiy va jismoniy unga tobe bo'lib qoladi (abstinent sindromi). *So'nggi bosqichda* quyidagi belgilar kuzatiladi: alkogolga toqat qila olmaslik (intolerantlik), organik esipastlik, somatik buzilishlar, jinsiy maylning susayishi, shaxs o'zgarishlari, ya'ni qo'rslik, sharm-hayosizlik, urushqoqlik, xudbinlikni chuqurlashuvi.

Alkogol psixozlari kasallikning ikkinchi va uchinchi bosqichlarida uchraydigan ruhiy o'zgarishlardir. Psixozlar ko'proq alkogolizmga uchragan erkaklarda uchraydi. Psixozlar aksariyat hollarda abstinensiya, ya'ni xumor holatida boshlanadi. Uning quyidagi turlari mavjud: alkogolli deliriy (oq alahlash), alkogol gallyusinozlari, alkogol vasvasali psixozlari, alkogol ensefalopatiyalari. Bundan tashqari, psixozlarning aralash, murakkab turlari ham uchrab turadi. Ulardan eng ko'p uchraydigani alkogolli deliriydir. U ko'pincha surunkali alkogolizmning abstinensiya davrida paydo bo'ladi va kechishida uch bosqich tafovut qilinadi: *Birinchi bosqich* – darakchi bosqich. Odatda, 3-4 kun davom etadi. Bunda bemor ahvoli yomonlashadi, siqilish yoki xavotir kuchayadi, bosh og'irlashadi, uyqusizlik, quloqlarning shang'illashi, ishtahaning yo'qolishi bezovta qiladi.

Ikkinchi bosqich – deliriy bosqichi. Delirioz bosqich o‘rtacha 2-4 kun davom etadi, kam hollarda ikki xaftagacha cho‘ziladi. Yorqin ifodalangan ko‘rish gallyusinatsiyalari va illyuziyalar, harakat qo‘zg‘alishlari, es-hushning buzilishi, qo‘rquv affekti unga xos. *Uchinchi bosqich* – sog‘ayish bosqichi. Psixoz ko‘pincha chuqur va uzoq, 12-16 soatgacha davom etadigan uyqu bilan tugaydi. So‘ngra bemor o‘zini behol, quvvatsiz, kayfiyatsiz sezadi. Gallyusinatsiyalar kuzatilmaydi hamda ruhiy buzilishlar o‘tib ketadi. Bemorning jismoniy holati ham asta-sekin o‘z holiga keladi.

Alkogol gallyusinozi to‘satdan boshlanadigan kasallik. O‘tkir alkogol gallyusinozining kelib chiqishiga salbiy somatik omillar (infeksiya, jismoniy zaiflanish, ortiqcha charchash) yordam beradi. Psixoz uyqusizlik, behollik, vahima belgilari bilan boshlanadi. Odatda, tungi uyqusizlik vaqtida bemor qulog‘iga har xil vahimali «tovushlar» (so‘kish, po‘pisa, mayna qilish singari) eshitiladi. Gohida bemorni allakimdir ta‘qib qilganday bo‘ladi va bu holat o‘rtacha 1-2 haftadan bir oygacha cho‘ziladi. Agar shunday holat yana davom etsa, kasallik surunkali alkogol psixoziga o‘tadi. Surunkali alkogol psixozini oylab, ba‘zan yillab davom etishi mumkin.

Alkogol ensefalopatiyalari o‘tkir, o‘rtacha va surunkali kechadi. Uning o‘tkir darajasi og‘ir kechuvchi deliriy holati bo‘lib, ruhiy, somatik va asab o‘zgarishlari bilan kuzatiladi. Surunkali alkogol ensefalopatiyasi (Korsakov psixozini) xotiraning pasayishi, atrof-muhitni bilish qobiliyatining buzilishi, doimiy kayfchog‘lik, tanqidiy munosabatning pasayishi va polinevritga xos bo‘lgan belgilar bilan kechadi. Alkogol falaji ko‘pincha erkaklarda uchraydi. Ruhiy o‘zgarishlar fikrlash, bilish, o‘z-o‘ziga tanqidning pasayishi, bachkana hazillar, befahmlilik, eyforiya, xotira buzilishlari va boshqalar bilan xarakterlanadi. Alkogolli vasvasa psixozlariga esa rashk vasvasasi va ta‘qib qilish vasvasalari kiradi.

Giyohvandlik – turli xil giyohvandlik vositalarini notibbiy maqsadlarda iste‘mol qilish natijasida yuzaga keladigan kasallik. Giyohvandlik va toksikomanianing klinik ko‘rinishlari juda xilma-xildir. Biroq so‘nggi yillarda «polinarkomaniya» deb ataluvchi atama ham juda ommalashdi.

Giyohvandlik orasida nashaning har xil turlaridan tayyorlanadigan preparatlarni (nasha, marixuana, gashish, bang, kif, xusus, plan, xaras, dachcha kabi) suiiste‘mol qilish bilan bog‘liq holda yuzaga keladigan giyohvandlar asosiy o‘rinni egallaydi. Nasha o‘simligida ularning turi va naviga qarab turli miqdorlarda aldegid kannabinol mavjud. Giyohvand moddalarni chekish yoki qabul qilishdan hosil bo‘ladigan karaxtlik holati har bir shaxsning individual xususiyatlariga, shuningdek o‘sha moddaning miqdori qanchalik tez-tez qabul qilinishiga bog‘liq. Uni iste‘mol qilishning

dastlabki paytlarida ko'ngil ayniydi, taxirlik seziladi, so'lak ajralishi ko'payadi va bosh aylanadi. Keyinchalik bu ta'sir chanqash, ochlik, og'iz qurishi hislari bilan kechadi. Bora-bora turli istaklar paydo bo'ladi, tashqi ta'sirlarga beriluvchilik paydo bo'ladi. Katta illyuziyalar, fantaziyalar yuzaga keladi, barcha tovushlar alohida rezonansga ega bo'ladi va so'zlashuv akustikasi kuchli zalda yuz berayotgandek hissiyot tug'diradi. Nasha preparatlari jinsiy sohaga ham ta'sir ko'rsatadi. Ularni uzoq vaqt iste'mol qilganda karaxtlik holati o'zgaradi, ko'rish va eshitish gallyusinatsiyalari, ta'qib etish bilan bog'liq vasvasa bilan kechadigan psixozlar yuzaga keladi. Kishining aqliy salohiyati pasayadi, xotirasi buziladi, psixik asteniya, emotsional siyqalanish, ishtaha pasayishi boshlanadi, yolg'izlikka intiladi. Kuchli psixik reaksiyaning boshqa tipi yorqin ifodalangan xavotir, qo'rquv va sarosima (masalan, o'limdan, jinni bo'lishdan qo'rqish) hislari chulg'ab olgan shaxslarda kuzatiladi. Organizmning immun tizimini susaytiradi.

Morfin tipidagi giyohvandlik opiy va uning preparatlarini qabul qilish oqibatida yuzaga keladi. Opiyning 20ga yaqin alkaloidlari (morfin, kodein, tebain, heroin, dionin, narkotin singari), shuningdek morfinsimon ta'sirga ega sintetik preparatlari (fenadon, promedol va boshqalar) mavjudligi ma'lum. Morfin tipidagi giyohvandlik ko'knor o'sadigan va yetishtiriladigan joylarda uchraydi. Ayrim hollarda u shifokorlarning ushbu preparatlarni tibbiy maqsadlarda noto'g'ri va nazoratsiz ishlatishlari natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Kodein ichish orqali iste'mol qilinadi, morfin, promedol esa teri osti va venaga yuboriladi. Buning natijasida ong o'zgarib, og'iz quriydi, issiqlik his qilinadi. Keskin kuchsizlik, quloqlarda shovqin, bosh og'rish, teri ajralishi paydo bo'ladi. Ko'p peshob qilish kuzatilib, yurak-tomir tizimi va nafas olish buziladi. Zaharlanish kuchayganda sianoz, qonli ich ketish, talvasa boshlanadi, nafas olish markazining falajlanishi rivojlanadi. Preparat ta'sir qilgan davrlarda psixik stigmalar kompleksi – fantastik, kaleydoskopik kechinmalar (ilgari ko'rilgan, o'qilgan narsalar manzaralari, subyektning o'z fantaziyalari) bilan yuz beradigan motor tormozlanishiga o'tuvchi yengil eyforiya kuzatiladi. Ayni vaqtda jismoniy hissiyotlar kompleksi mavjud bo'ladi – og'iz qurishi, qichishish, iliqlik, tanada va oyoqlarda og'irlik hissi yuzaga keladi, uyqu buziladi. Ko'z qorachiqlari torayadi, ishtaha pasayib, tez-tez ich qotadi. Yurak-tomir tizimida har xil buzilishlar paydo bo'lishi mumkin. Boshlang'ich bosqich 2–3 oydan 6–8 oygacha davom etadi. Surunkali bosqichda narkotik vositalarni muntazam qabul qilishga o'tiladi va uning miqdori ham oshib boradi. Kishida ruhiy tobelik namoyon bo'la boshlaydi. Morfin giyohvandligida abstinensiya holati narkotikning oxirgi miqdori qabul qilingandan so'ng bir necha soat o'tgach boshlanadi. Bunda turli-tuman

somatovegetativ, psixonevrologik simptomlar, jumladan, esnash, terlash, koʻzdan yosh oqishi, burundan suv kelishi, tremor, titrash, koʻz qorachiq-larining kengayishi, koʻngil aynishi, qusish, harorat koʻtarilishi, nafas olishning tezlashishi, qorin va boshqa sohalardagi mushaklar guruhlarining siqilishi va ogʻrishi, organizmning suvsizlanishi va ozishi kabilar kuzati-ladi. Ruhiyatda xavotir, tashvishlanish, oʻlimdan beixtiyor qoʻrqish kuzati-ladi. Bu hissiyotlar goh kuchayib, goh susayadi. Kayfiyat oʻzgaruvchan boʻladi, yaʼni: oʻz shaxsi va imkoniyatlarini ortiqcha baholash bilan kechadigan yengil eyforiya yoki depressiya, jizzakilik, jahldorlik, loqayd-lik va tajovuzkorlik bilan kechadigan tushkun kayfiyat va hokazo. Giyoh-vandlikning ushbu guruhiga uzoq davom etadigan va barqaror asteniya xosdir. Jismoniy asteniya ozish bilan kechadi. Ruhiy asteniya har qanday aqliy harakat irodaviy kuch talab qilishida namoyon boʻladi. Emotsional soha buziladi, yaʼni kayfiyat doimo tushkun, oʻtib ketmaydigan depres-siyaga moyil boʻladi. Surunkali, kechki bosqichda giyohvandlar gʻayri-ijtimoiy boʻlib qoladilar. Giyohvand moddalarsiz yashay olmaslik hissi ularni oʻgʻirlik, firibgarlik va boshqa gʻayriqonuniy harakatlarga undaydi. Jinoyatlarni ular koʻpincha abstinensiya holatlarida sodir etadilar.

Kokain giyohvandligida kasallikning boshlangʻich bosqichi tez boshlanadi. Uni qabul qilgandan (burun orqali tortish yoki qonga yuborish) soʻng yengil bosh aylanishi va miyada uzoq vaqt davom etmaydigan noxush hissiyot paydo boʻladi. Bu hissiyot qattiq ogʻriq tarzida kechib, tezda yoqimli hissiyot bilan almashadi. Giyohvandlar ilhomlanish, kuchli aqliy faoliyat holatini his qiladilar, fikrlar tez keladi, assotsiatsiyalar oson yuzaga keladi, aqlning umumiy teranlashuvi boshlanadi. Faollik harakatlar-da ham namoyon boʻladi: ular koʻp harakatlanadilar, joylarini oʻzgartiradi-lar, uydan ketib qoladilar, koʻtarinki kayfiyatda daydib yuradilar. Bunday holat 2-3 soat davom etadi, soʻngra umumiy kuchsizlanish, harakatsizlik va kayfiyatning pasayishi bilan kechadigan loqaydlik paydo boʻladi. Qabul qilinayotgan preparatga koʻnikish tez kuchayib boradi va ruhiy qaramlik kuchayadi. Asta-sekin abstinent sindrom shakllana boshlaydi. Oʻzgarishlarning dastlabki belgilari, yaʼni qoʻpollashuv, qiziqishlar doirasining torayishi, psixik koʻrinishlarga ega boʻlgan hissiy siyqalanish paydo boʻladi. Koʻz qorachiq-lari kengayib, burun, ogʻizda qurish seziladi. Bu surunkali bosqich boshlanganidan dalolat beradi. Preparatga nisbatan tolerantlik kuchayadi. Hissiyotlar boshlangʻich bosqichdagi yorqin emas. Abstinent sindrom toʻliq shakllangan hamda somatovegetativ va psixik simptomlar majmuida namoyon boʻladi. Ular orasida asosiylari peshona va ensa sohasida kuchli bosh ogʻrigʻi, qoʻrquv hissi bilan kechadigan boʻshliqqa qulash hissidir.

Abstinent sindromning psixik tarkibiy qismida g'am-g'ussa kayfiyati ko'pincha yashashni istamaslik haqidagi fikrlar bilan kechadi. Ushbu holatda giyohvandlar o'ziga nisbatan o'lim bilan tugaydigan suiqasd harakatlarini sodir etishlari mumkin. Ular xudbin bo'lib va borgan sari qo'pollashib boradi. Butun fikr va hissiyotlari narkotik vosita olishga qaratilgan bo'ladi. Yuqori darajadagi his-tuyg'ular maydalashadi, xotira pasayadi, aqliy faoliyat susayadi, qiziqishlar keskin kamayadi. Ba'zan kishi uyqusizlikdan qiynaladi. Kokainni doimiy hidlovchi shaxslarda burun ichidagi devor teshilishi mumkin. Kokain giyohvandligining oxirgi bosqichida mazkur buzilishlarning hammasi keskin og'irlashadi. Jismoniy soha aziyat chekish, ozib ketish kuzatiladi. Bu holat butunlay toliqishga, nafas olish yoki tomir-harakat markazining falajligidan kelib chiqadigan marazm va o'limga olib keladi.

Giyohvandlik preparatlarining yana bir guruhiga *dietilamid lizergin kislota (DLK)* hamda ergotaminning yarim sintetik hosilasi bo'lmish ayrim zamburug'larda bo'ladigan psilotsibinni kiritish mumkin. Ushbu moddalardan kuchli zaharlanish oqibatida qo'zg'alish, ko'ngil aynishi, qayd qilish, so'lak oqishi kuzatiladi. Kishining qon bosimi pasayib, ba'zan ataksiya, spastik paralichlar uchraydi. Ba'zida nafas olish markazining falajlanishi tufayli o'lim kelib chiqishi ham mumkin. DLK ta'sirida holatlarning nihoyatda xilma-xilligi va shaxslararo variabellik kuzatiladi. Bu individ ichidagi o'zgaruvchanlik bilan kechadi. Tovushlarga o'ta sezgirlik, eshitish illyuziyalari va soxta gallyusinatsiyalar tipik hol hisoblanadi. Psixologik tekshiruvlarda har doim ham aniqlanmaydigan tafakkur, aql va xotiradagi o'zgarishlar kuzatiladi.

Teri-tanosil kasalliklarining qo'zg'atuvchilari va yuqish yo'llari

Teri-tanosil kasalliklari bugungi kunda sog'liqni saqlash tizimi oldidagi dolzarb muammo sanaladi. Chunki, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar bo'yicha epidemiologik holat dunyoda yildan-yilga yomonlashib bormoqda. Teri-tanosil, ayniqsa zaxm kasalligi yosh nuqtai nazaridan tahlil qilinganda uning miqdori 8–20 yoshdan boshlab sezilarli darajada o'sib boradi. 16 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan shaxslarda bu kasallikning uchrashi juda yuqori. Shu bilan birga, hozirgi vaqtda teri-tanosil kasalliklarining bolalar va o'smirlar o'rtasida ko'payib borish ehtimolligi ko'zga yaqqol tashlanmoqda. Bu esa ushbu kasalliklarning kelib chiqishi va tarqalishiga qarshi kurash, uning oldini olish chora-tadbirlarini keng ko'lamda amalga oshirish haqiqatan ham dolzarb muammo ekanligidan dalolat beradi.

Venerik kasalliklar infeksiyon kasalliklar bo‘lib, maxsus qo‘zg‘atuvchi – mikroorganizmlar ta’sirida kelib chiqadi. Bu qo‘zg‘atuvchilar inson tanasiga, asosan, jinsiy aloqa natijasida yuqadi. Shuning uchun ham, teri-tanosil – venerik kasalliklar jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar deb ataladi. Ularda infeksiya manbai kasallangan inson bo‘lib, xastalik bevosita va bilvosita kontakt yo‘li bilan sog‘lom kishiga yuqadi. Bu kasalliklarda ham, boshqa infeksiyon kasalliklar singari, infeksiyon jarayonning boshlanishi makro va mikroorganizm orasidagi murakkab munosabatlarga bog‘liq bo‘ladi. Bunda bir tarafdin makroorganizm spetsifik va nospetsifik himoya tizimining holati, teri qatlamlarining anatomik butunligi va boshqalar muhim ahamiyat kasb etsa, ikkinchi tomondan, mikroorganizm miqdori, uning patogen, virulentlik, moslanish shakli va boshqa xossalari o‘ziga xos rol o‘ynaydi.

Teri-tanosil kasalliklari ichida eng ko‘p uchraydigan turi zaxm (sifilis) va so‘zak (gonoreya)dir. Bu turdagi xastaliklar azaldan mavjud. Teri kasalliklarining klinik belgilari haqidagi yozma manbalar hatto eramizdan oldingi davrlarga borib taqaladi. Zaxm surunkali yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, uning yer yuzida paydo bo‘lishi va tarqalishi haqida uch xil nazariya mavjud. Birinchi nazariyaga ko‘ra, ushbu xastalik Yevropaga 1493 yili, ya’ni Amerika qit’asi kashf etilgan yili mahalliy aholidan zaxm kasalini yuqtirgan dengizchilar tomonidan olib kelingan. Ushbu nazariyaga asosan xastalikning vatani Markaziy Amerika deyiladi. Ikkinchi nazariya tarafdorlari esa zaxmning vatani Afrika qit’asi deb hisoblaydilar. Ularning fikricha, endemik yoki tropik treponematozlarning qo‘zg‘atuvchilari va venerik zaxmning qo‘zg‘atuvchisi treponemalar avlodining turli ko‘rinishi. Aholi migratsiyasi bu kasallikning Afrikadan dunyo mamlakatlariga tarqalishiga sabab bo‘lgan. Uchinchi nazariyani yoqlovchilar zaxm Yevropa, Osiyo va Yaqin Sharqda qadim zamonlarda mavjud bo‘lgan, degan fikrda. Galen, Gippokrat, Abu Ali ibn Sino va boshqa olimlar asarlarida yozilgan kasallik belgilari aynan zaxmni eslatadi. Odam suyaklarida zaxmga xos bo‘lgan rentgenologik o‘zgarishlarning topilishi, zaxmni davolashda qo‘llaniladigan simobli moddalarning qon tomirlarida aniqlanishi bu nazariyani yana bir bor tasdiqlaydi. Biroq yuqoridagi nazariyalarning hech biri hali-hanuz to‘liq o‘z tasdig‘ini topmagan.

Zaxm kasalligini oqish treponema qo‘zg‘atadi. Bu mikroob 1905 yili F. Shaudin va YE. Goffmanlar tomonidan kashf etilgan. Oqish treponema spiral ko‘rinishga ega. U juda xilma-xil ilgari lama, mayatniksimon, to‘l-qinsimon, bukiluvchi, aylanma harakatlar qila oladi. Bunday harakatlar ipsimon fibrillalar yordamida amalga oshadi. Zaxm qo‘zg‘atuvchisi tashqi

muhitga chidamsizdir. U quritilganda o‘ladi, lekin nam muhitda uzoq yashaydi (40–42⁰S da 3–6 soatda, 56⁰S esa 5 daqiqada halok bo‘ladi). Qaynagan suv, 3–0,5 foizli xlorid kislota, 1:2000 nisbatdagi sulema, 1:1000 nisbatdagi suyultirilgan karbol kislota, 96 etil spirtida treponemalar bir zumda o‘ladi. Konservlangan qonda oqish treponemalar 3–5 kungacha tirik saqlanishi mumkin. Oqish treponemalar ko‘ndalang bo‘linish yo‘li bilan ko‘payadi. Antibiotiklar ta‘sirida, yetarli ozuqa bo‘lmasligi va boshqalar tufayli ular «omon qolish», ya‘ni L – shakl va sistalar shakliga o‘tadilar. Sistalar ko‘ptokcha shaklida o‘ralgan treponemalar bo‘lib, tashqi tomonidan dori-darmonlarga chidamli qobiq bilan o‘ralgan hamda ular organizmga patogen ta‘sir ko‘rsatmaydi va uzoq vaqt shunday holda saqlanadi. Ammo ma‘lum sharoitlarda, organizmning himoya funksiyasi pasayganda va mikroorganizmga salbiy ta‘sir etuvchi faktorlar bartaraf etilganda, sista shaklidagi mikroblar patogen ko‘rinishga o‘tadi. Bu jarayon *reversiya* deb ataladi. Sista va L-shaklli treponemalar paydo bo‘lishining oldini olish uchun zaxm bilan og‘rigan bemorlarni davolashda antibiotiklarni yuqori miqdorda qo‘llash tavsiya etiladi.

Bemor zaxm tarqatadigan asosiy manbadir. U sog‘lom kishi bilan o‘pishganda, jinsiy aloqa qilganda, uning idish-tovoqlaridan foydalan-ganda kasallik yuqadi. Oqish treponema odam organizmiga shikastlangan teri va shilliq qavatlar orqali kiradi. U bemor qonida, terisidagi yarada, limfa tugunlarida, orqa miya suyuqligida, so‘lagida, nerv to‘qimalarida, deyarli hamma a‘zolari, hatto, zaxm bilan og‘rigan ayol sutida yoki erkak shahvati (sperma)da ham bo‘ladi. Shuning uchun kasallikning aktiv davrida bemor atrofidagilar uchun o‘ta yuqumli hisoblanadi. Zaxmning umumiy kechuvida to‘rtta davr – *inkubatsion (yashirin), birlamchi, ikki-lamchi* va *uchlamchi davrlar* tafovut qilinadi. Inkubatsion (yashirin) davr organizmga oqish treponemalar kirgandan boshlab, kasallikning birinchi belgisi – qattiq shankr paydo bo‘lgunga qadar davom etadi. Bu davr o‘rta hisobda bir oycha davom etishi, ba‘zan 10–15 kungacha qisqarishi yoki 4 oy-gacha cho‘zilishi mumkin. Zaxmning birlamchi davri terida birlamchi sifiloma (qattiq shankr) paydo bo‘lgandan teri va shilliq qavatlarda ikki-lamchi zaxmga xos toshmalar toshishiga qadar bo‘lgan muddat (6–7 hafta)ni o‘z ichiga oladi. Qattiq shankr yoki birlamchi sifiloma oqish treponema kirgan teri va shilliq qavatlarda chegaralangan infiltrat hosil bo‘lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik esa infiltratning yuza qismi nekrozga uchrab, eroziya yoki yara vujudga keladi. Odatda, qattiq shankr oval yoki yumaloq, atrof terisidan aniq chegaralangan, kattaligi jimjiloq tirnog‘iday keladigan eroziyadir. Uning rangi qizil, atrofi tekis, yulinmagan va bir oz

ko'tarilgan bo'lib, tubiga tomon nishab bo'lib boradi (idish shaklini eslatadi). Jarohatning yuzi tekis, silliq, go'sht rangida bo'ladi, uning markazi ba'zan sarg'ish yog' g'ubori bilan qoplangan bo'lishi mumkin. Eroziyalardan bir oz seroz suyuqlik chiqib, shankrga yaltiroq ko'rinish beradi. Eroziyali shankrlar epitelizatsiya yo'li bilan tuzalsa, yarali xili o'zidan so'ng chandiq qoldiradi. Qattiq shankr, ko'pincha, jinsiy a'zolarida, ba'zan oyoq, qorin va boshqa sohalarda kuzatiladi. Shu bilan birga shilliq qavatlarida, ko'pincha, lab, til, ko'krak va bodomcha bezlarida joylashadi. Qattiq shankrning joylashuvi kasallik qanday yo'l bilan yuqqanligi haqida dalolat beradi. U subyektiv belgilarsiz, ba'zan esa sezilarsiz og'riq bilan kechadi. Hosil bo'lgandan so'ng (ko'pincha 5-7 kun o'tib) birlamchi zaxmning ikkinchi belgisi, ya'ni regional limfa tugunlarining yallig'lanib, kattalashib shishishi, qattiqlashishi – regionar skleradenit kuzatiladi. Bu tugunlarning joylashuvi qattiq shankr paydo bo'lgan sohalarda yaqinida bo'ladi. Agar qattiq shankr jinsiy a'zolarida paydo bo'lsa, chov limfa sohasi limfa tugunlari kattalashadi. Shankr og'iz bo'shlig'i, lab va tilda paydo bo'lsa, jag' va dahan osti limfa tugunlari kattalashadi va hokazo. Limfa tugunlarining loviyadek kattalashuvi, qattiq elastik konsistensiyaga ega bo'lishi, paypaslab ko'rilganda ularning harakatchanligi, bir-biri va teri bilan birlashmaganligi hamda og'rimasligi regionar skleradenitning belgilaridir. Birlamchi zaxmning oxirgi haftasiga borib oqish treponemalar organizmning barcha limfa tugunlariga tarqaladi va soni ham ortadi. Bu holat barcha limfa tugunlarining kattalashishi – poliadenit bilan ifodalanadi. Birlamchi zaxmning birinchi uch haftasida Vasserman (RW) va cho'kma reaksiyalar manfiy bo'ladi (birlamchi seronegativ zaxm). Keyinchalik esa (odatda, qattiq shankr paydo bo'lganidan to'rt hafta o'tgach) serologik reaksiyalar musbatlashadi (birlamchi seropozitiv zaxm). Birlamchi zaxmning umumiy belgilari qariyb 60 foiz bemorlarda darmon qurishi, isitma chiqishi, bosh va bo'g'im og'rishi, ishtaha yo'qolishi, uyqusizlik bilan kechadi. Qonda anemiya, leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi kuzatiladi. Zaxmning ikkilamchi davri, odatda, qattiq shankr hosil bo'lgandan 6-7 hafta o'tib boshlanadi. Bunda birlamchi zaxmga xos bo'lgan klinik belgilar (qattiq shankr, regionar skleradenit, poliadenit) fonida teri va shilliq qavatlarida rozeolyoz-papulyoz toshmalar toshadi. Ikkilamchi zaxm to'rt yil, hatto, besh yilgacha cho'zilishi mumkin va serologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Zaxmning ikkilamchi davrida ichki a'zolar, harakatlanish apparatlari va asab tizimida turli xil patologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ikkilamchi zaxmning birinchi 5–7 kunida ayrim bemorlarda (10–15 foiz) umumiy darmonsizlik, lanjlik, bosh og'rishi, harorat ko'tarilishi, qechqurun bo'g'im

va suyaklarda ogʻriq paydo boʻlishi mumkin. Ammo bemorning umumiy ahvoli aksariyat hollarda deyarli oʻzgarmaydi. Ikkilamchi zaxmga xos boʻlgan xususiyat – bu aktiv toshmalar toshish davrining yashirin yoki assimptom davrlar bilan almashinishidir. Agar ikkilamchi zaxm davrida teri va shilliq qavatlarda toshmalar birinchi marotaba paydo boʻlsa, bunday zaxm ikkilamchi yangi zaxm deb ataladi. Taxminan uch oydan soʻng (agar kasallik davolanmasa) toshmalar oʻz-oʻzidan yoʻqolib ketadi va kasallik ikkilamchi yashirin yoki latent davrga oʻtadi. Keyinchalik yana toshmalar paydo boʻlsa, u holda ikkilamchi retsidiv (qaytalama) zaxm vujudga keladi. Ikkilamchi latent davr turli muddatlarga choʻzilishi mumkin. Bu, avvalambor, makro va mikroorganizm orasidagi immunobiologik jarayonga bogʻliq. Ikkilamchi zaxmda toshmalar toshishi 3–4 marta qaytalanishi mumkin. Bu toshmalar umumiy xususiyatga ega. Ular badanning turli sohalarida uchrab, shakli dumaloq, keskin chegaraga va koʻkintir-qizgʻish rangga ega, qoʻshilishga moyil emas, subyektiv sezgilar boʻlmaydi, davolash choralari oʻtkazilmasa ham maʼlum muddatdan keyin izsiz yoʻqolishi mumkin. Eng yomoni, bemorlar bu davrda oʻta yuqumli boʻladilar. Ikkilamchi zaxmda morfologik elementlardan dogʻ (rozeola), tuguncha (papula), baʼzan esa pufakcha (vezikula) uchraydi. Shu bilan birga, bu davrda sifilitik leykoderma va soch toʻkilishi (sifilitik alopetsiya) ham kuzatiladi. Zaxmning ikkilamchi yangi davridagi sifilidlar mayda va koʻp, yorqin rangli, simmetrik, atrofga yoyilmaydi, usti kepaklanmaydi. Ular, koʻpincha, koʻkrak, qorin va qoʻl, dumba, son va ogʻiz shilliq qavatida uchraydi. Bosib koʻrilsa yoʻqoladi, soʻng yana paydo boʻladi. Rozeola ikki hafta davomida toshib, 3–4 haftagacha oʻzgarmay turaveradi, keyin rangsizlanadi va sekin-asta hech qanday dogʻ qoldirmay yoʻqolib ketadi. Ikkilamchi retsidiv zaxmda toshmalar yirik va soni kam, koʻpincha, simmetrik boʻlmay, guruhlashishga moyil boʻladi hamda koʻp ishqalanuvchi sohalarida (son, jinsiy aʼzolar, ogʻiz boʻshligʻi) joylashadi. Bu davrda ichki aʼzo va nerv tizimida oʻziga xos oʻzgarishlar paydo boʻladi. Jumladan, Botkin kasalligini eslatuvchi oʻtkir gepatitga xos boʻlgan, yaʼni sifilitik lipoidli nefroz, sifilitik miokardit, gipoatsid gastrit, sifilitik meningit, gidrotsefaliya, bazal meningit kabi kasallik belgilarini aniqlash mumkin. Zaxmning uchlamchi davri (3–5 yildan keyin) bemorlarning hammasida ham kuzatilavermaydi. U bemorni toʻliq yoki mutlaqo davolanmaganligi natijasida kelib chiqadi va teri, shilliq qavatlar, ichki aʼzolar, asab tizimi hamda harakat apparatining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Uchlamchi zaxmning rivojlanishida travma va surunkali kasalliklar, zaharlanishlar, bemorning yoshi hamda boshqa omillarning ahamiyati katta. Uchlamchi zaxm klinik kechuviga qarab faol (aktiv)

va yashirin davrlarga bo‘linadi. Bu davr, o‘z navbatida, do‘mboqcha va tugun (gumma) toshish davriga ajratiladi. Toshmalar son jihatidan oz bo‘lib (do‘mboqchalar 10–20 ta bo‘lsa, gumma, odatda, bitta yoki ikkita bo‘ladi), o‘zidan so‘ng chandiq qoldiradi. Agar toshmalar hayot uchun muhim a‘zo va tizimlarda joylashsa, u bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug‘diradi. Bemor bu davrda atrofdagilar uchun kam yuqumli hisoblanadi. Chunki, toshmalar yuzasida oqish treponemalar kam bo‘lib, ular asosan, infiltrat tubida joylashadi. Uchlamchi zaxm organizmni og‘ir o‘zgarishlarga olib keladi. Bu davr ichida teri osti yog‘ qavatida, suyak va muskullarda, asab tizimi va ichki a‘zolarida o‘zgarishlar kuzatiladi. Do‘mboqchali sifilid bemor terisining derma qavatida hujayraviy infiltrat hosil bo‘lishi natijasida vujudga keladi. Bu terining hamma sohasida uchrashi mumkin. Do‘mboqchalar og‘rimaydi, qichishmaydi va yallig‘lanmaydi. Ular yarim oysimon yoki yassi, qizg‘ish tusda bo‘lib, terida asimmetrik joylashadi. Do‘mboqchalar olcha danagidek, qattiq va aniq chegaralangan bo‘ladi. Ular vaqt o‘tishi bilan nekrozga uchrab, yara va tortilgan chandiqlar hosil qiladi. Do‘mboqchali sifilidlarning bir necha turi tafovut qilinadi:

guruhlashgan (elementlar guruh-guruh bo‘lib joylashadi, lekin bir-biri bilan qo‘shilmaydi);

emaklovchi (do‘mboqchalar qo‘shiladi, markazidagi regressga uchraydi, pereferik sohalarda esa yangi elementlar paydo bo‘ladi);

maydonchali (do‘mboqchalar qo‘shilib maydoncha hosil qiladi);

pakana (tariq donidek keladigan do‘mboqchalar kuzatiladi).

Do‘mboqchali sifilid subyektiv o‘zgarishlarsiz kechadi.

Sifilitik gumma uchlamchi aktiv zaxmning eng ko‘p uchraydigan elementidir. Morfologik nuqtai nazardan sifilitik gumma gipodermada joylashgan tugun bo‘lib, kattaligi yong‘oqdek keladi. U asta-sekin kattalashib, teri bilan birlashadi va harakatchanligini yo‘qotadi. Terining rangi ko‘kimtir-qizg‘ish tusga kiradi. Bemor bir oz og‘riq sezadi. So‘ng tugunning o‘rtasi yumshab, u yerda teshik hosil bo‘ladi va undan yopishqoq suyuqlik ajralib chiqadi. Hosil bo‘lgan yara – oval shaklida, aniq chegaralanganligi, cheti bir oz teridan ko‘tarilganligi, qattiq konsistensiyaga ega ekanligi va tubida nekrozga uchragan to‘qima borligi bilan xarakterlanadi. Jarohat o‘rnida yulduzsimon giperpigmentli chandiq hosil bo‘ladi. Klinik kechuviga qarab izolyatsiyalangan, infiltratli va fibrozli gummalar farqlanadi. Uchlamchi sifilidlar (do‘mboqcha va gummalar), ko‘pincha, burun, yumshoq tanglay va tanglay tilchasi shilliq qavatlarida joylashadi. Suyaklar zararlangansa, burun suyagi cho‘kib, egarsimon bo‘lib qoladi. Qattiq va yumshoq tanglaylarning teshilishi, tanglay pardasining shikastlanishi oqibatida ovoz

o'zgaradi, yutgan ovqat burun bo'shlig'iga o'tib ketadi. Harakatlanish a'zolarida o'zgarishlar – periostitlar, ostitlar va osteomiyelitlar, artritlar va osteoartritlar namoyon bo'ladi. Yurak qon-tomir tizimida aortit va mezoaortitlar, zaxm miokarditi rivojlanadi. Jigarda surunkali epitelial zaxm gepatitlari kuzatiladi. Asab tizimida esa kechki neyrosifilis belgilari yuzaga keladi. Ko'pgina hollarda uchlamchi zaxmda orqa miya so'xtasi (qurishi, tabes) – surunkasiga og'ir o'tishi bilan ajralib turadigan, orqa miya qobiqlari, ustunlari va po'stloqlarining shikastlanishi va kuchli og'riq bilan kechadigan kasallik yoki progressiv falaj – miya mayda qon tomirlarining yallig'lanishi va bosh miya moddasi, miyaga hamda markaziy kulrang yadrolarning shikastlanishi yotadigan kasalliklar kelib chiqadi.

Ba'zan zaxm bilan og'rikan bemorlarning terisi, shilliq qavatlari, ichki a'zolari, asab tizimi va harakatlanish apparatlarida kasallikning klinik belgilari kuzatilmaydi, ammo serologik reaksiyalar musbat bo'ladi. Bu yashirin zaxmning alomati. Ushbu xastalikning *erta* (infeksiya tushgandan so'ng o'rtacha yil mobaynida), *kechki* va *noma'lum* turlari tafovut qilinadi. Zaxm bilan og'rikan homilador onadan sifilitik infeksiya qorindagi bolaga o'tadi va uni zararlaydi. Tug'ma zaxm shu tufayli yuzaga keladi. Zaxm qo'zg'atuvchisi homilaga onadan yo'ldosh orqali o'tadi. Shuning uchun tug'ma zaxm uchun homiladorlikning ikkinchi yarmi, ya'ni yo'ldosh qon aylanish doirasi ishga tushgandan so'ng xavfli hisoblanadi. Zaxmning ikkilamchi davri, ba'zida esa uchlamchi va kechki zaxm homila uchun o'ta xavfli bo'ladi. Klinik belgilarining kechishi va muddatiga qarab tug'ma zaxm to'rt xilga bo'linadi:

- 1) homila zaxmi;
- 2) erta tug'ma zaxm (tug'ilgandan 4 yoshgacha bolalarda uchraydi);
- 3) kechki tug'ma zaxm (4 yoshdan oshgan bolalarda uchraydi);
- 4) yashirin tug'ma zaxm (turli yoshda uchraydi).

Zaxmga qarshi kurashda quyidagi davolash usullari qo'llaniladi: perventiv davolash zaxmning kelib chiqishi oldini olish maqsadida uning erta davridagi bemorlar bilan jinsiy va maishiy muloqotda bo'lgan (agar muloqot muddati uch oydan oshmagan bo'lsa) kishilarga o'tkaziladi; profilaktik davolash ilgari zaxm bilan og'rikan yoki ayni vaqtda badanida zaxm infeksiyasi bor bo'lgan homilador ayollar va ularning bolalariga (ularda serologik va klinik belgilari bo'lmasa ham) o'tkaziladi; asab tizimi, ichki a'zolarining zaxm bilan zararlanganligi gumon qilinganda sinama davolash belgilanadi.

Bemorlarning zaxmdan to'la davolanganligini tasdiqlovchi mezonlarga klinik ko'rsatkichlar (teri, shilliq qavatlar, ichki a'zolar va asab tizimidagi

kasallik belgilarining yo‘qolishi), rentgenologik va laboratoriya ko‘rsatkichlarining normallashuvi kabilar kiradi.

Zaxmdan davolangan bemorlar quyidagi holatlarda ro‘yxatdan chiqariladi:

– boshlanishida birlamchi davolangan, so‘ng bir yil mobaynida dispanser nazoratida bo‘lgan bemorlar;

– birlamchi zaxm davrida davolangan, so‘ng ikki yil mobaynida dispanser nazoratida bo‘lgan bemorlar;

– ikkilamchi zaxm davrida to‘liq davolanganidan so‘ng besh yil mobaynida dispanser nazoratida bo‘lgan bemorlar;

– uchlamchi zaxm davrida to‘liq davolanganidan so‘ng besh yil mobaynida dispanser nazoratida bo‘lgan bemorlar;

– zaxm kasalligi bilan aniq og‘rigan va klinik belgilari namoyon bo‘lmasdan oldin to‘liq davolanmagan bemorlar kasallik yuqqandan boshlab o‘n yil o‘tgach, mutaxassis ko‘rigidan so‘ng;

– tug‘ma zaxm bilan og‘rigan bemorlar to‘liq davolangach, 5 yil mobaynida dispanser nazoratida bo‘lganidan so‘ng maxsus ro‘yxatdan chiqariladi.

So‘zak (yunoncha «gonoreya», ya‘ni *gone* – urug‘, *rhoia* – oqish) yuqumli tanosil kasalligi bo‘lib, asosan, jinsiy yo‘l bilan yuqadi. Ushbu kasallikda siydik-tanosil a‘zolari, ba‘zan to‘g‘ri ichak, ko‘z, og‘iz shilliq qavatlari ham zararlanadi. Erkaklar so‘zagida, odatda, uretradan sarg‘ishgungurt yiringli suyuqlik chiqa boshlaydi. Bu klinik ko‘rinishni eramizdan avvalgi II asrda yashagan Galen «gonoreya» deb atagan. Ammo so‘zak xastaligini fanda birinchi bo‘lib A. Neyser aniqlagan. U bemorlarning uretra kanalidan kasallik qo‘zg‘atuvchisini topib, gonokokklar siydik-tanosil a‘zolarida yallig‘lanish jarayonlarini vujudga keltirishini ilmiy asoslagan (1879 y.). Shundan buyon so‘zak alohida kasallik sifatida yuritiladi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma‘lumotlarida so‘zak eng ko‘p tarqalgan tanosil kasalliklar qatoriga kiritiladi. Dunyo bo‘ylab yiliga 200–250 million aholi ushbu xastalikka chalinadi.

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi gonokokklar juft-juft bo‘lib turadigan kokklar, ya‘ni diplokokklardir (yunoncha *diplos* – juft). Ular botiq tomoni birbiriga qarab yotadigan dukkaklar shaklida bo‘ladi. Gonokokkni 1879 yili nemis olimi Albert Neysser topgan. YE. Bum esa 1885 yilda uni maxsus oziqli muhitda undirishga muvaffaq bo‘lgan. Gonokokklar bir xil kattalikda, ya‘ni 0,7– 0,8 mk., bo‘yi 0,25 mk. keladi. Bemorga yetarli miqdorda antibiotiklar yoki sulfanilamid preparatlari buyurilmasa, ularning kattakichikligi, shakli tezda o‘zgarib, sharsimon, tuxumsimon yoki eritrotsitlar kattaligidagi zarrachalarga, ya‘ni L-shakliga aylanib qoladi. Bu esa

davolashni ancha mushkullashtiradi. Hatto, ular ba'zi antibiotiklarga, masalan, penitsillinga qarshi penitsillinaza fermentini ishlay boshlaydi. Gonokokklar odam organizmidan tashqarida yuqori haroratga chidamsiz, ayniqsa 40–50⁰S dan yuqori harorat, dezinfeksiyalovchi eritmalar ta'sirida tez o'ladi. 1:100 nisbatdagi kumush nitrat eritmasi, yod va spirt gonokokklarni shu zahoti o'ldiradi. Ammo qurimagan qalin yiringda va har xil buyumlarda yoki nam ichki kiyimlarda, sochiq va boshqalarda bir sutka, ba'zan undan ortiq saqlanadi.

So'zak ham xuddi zaxm singari jinsiy aloqa paytida yuqadi. Kasallik manbai so'zak bilan og'rganligini bilmay yurgan yoki surunkali so'zakka chalingan bemorlar hisoblanadi. Unga chalingan ayollar o'zlarining kasal ekanliklarini uzoq vaqtgacha bilmay yurishlari mumkin. Qolaversa, bunday holat besoqolbozlik (gomoseksualizm) bilan shug'ullanvchilarda ham kuzatilishi mumkin. Ba'zan so'zak bilan og'rgan qizlarning shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilmasliklari tufayli ularning jinsiy a'zolaridan kelayotgan infeksiyali ajralmalar to'g'ri ichak shilliq qavatiga tushib uni yalig'lantiradi. Orogenital muloqotdan so'ng gonokokklar bodomcha bezlar va tomoq shilliq qavatini birlamchi yallig'lantirishi mumkin. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, so'zak bilan og'rgan bemorlarning deyarli 95–99 foizi uni jinsiy aloqa oqibatida yuqtirib oladi. So'zakka qarshi tug'ma immunitet ham, orttirilgan immunitet ham yo'q. Shu bois, kasaldan tuzalgan bemor yana qayta kasallanishi ham mumkin (reinfeksiya). So'zakda asosiy patologik jarayon, odatda, qo'zg'atuvchi birlamchi kirgan joyidan boshlanadi. Shunga asosan, siydik-tanosil a'zolari (genital), ekstragenital va metastatik so'zak farqlanadi. Metastatik so'zak genital va ekstragenital so'zaklar asorati hisoblanadi. Erkaklar so'zagining inkubatsion davri ushbu xastalik bilan og'rgan ayol bilan jinsiy aloqa qilgandan so'ng 3–5–7 kun davom etadi. Ba'zan esa 3 haftagacha cho'zilishi mumkin. Kasallik boshlanganiga bir oydan oshgan bo'lsa, u surunkali so'zakka aylanadi. Shuningdek, kasalligi aniqlanmagan bemorlar ham so'zakning surunkali xiliga kiritiladi. Inkubatsion davrdan so'ng siydik chiqarish kanalidan sarg'ish-ko'kimtir yiring ajrala boshlaydi. Ba'zi kasallarda gonokokk bo'lishiga qaramay, xastalik belgilari kuzatilmaydi. Bunday holat yashirin (latent) so'zak yoki gonokokk tashuvchilik deb yuritiladi. Erkaklar so'zagining quyidagi turlari mavjud:

- 1) yangi so'zak (o'tkir, o'rtacha o'tkir, sust kechadigan);
- 2) surunkali so'zak;
- 3) yashirin (latent) so'zak.

O'tkir so'zak uretriti siydik chiqarish kanalining old qismida qichish, qizish va bir oz achishishdan boshlanadi. Bu belgilar, ayniqsa tongda

bezovta qiladi. Bunda uretra kanali og'zi yopishib qizaradi va shishib ketadi. Siydikda shilimshiq va yiringli ipchalar ko'rinadi. Bora-bora bemor siyganida og'riq turib, qattiq achishishdan, erreksiyada og'riq sezilishidan noliydi hamda siydik kanalidan juda ko'p sarg'ish-gungurt yiring keladi. So'ng yallig'lanish kuchayib, ajralmalar qon aralash chiqadi va rangi sarg'imir-jigarrang tusga kiradi. Kasallikning 3–4 haftalari oxirida yallig'lanish uretraning old qismidan orqasiga o'tadi va o'tkir total so'zak uretriti avj oladi. Kasallik belgilari zo'rayadi (uretrotsistit). Bemor tez-tez siyadi, siyganida (qon aralash bo'lishi ham mumkin) og'riq sezadi. Sust kechadigan so'zakda so'zak uretritining klinik belgilari sust, ya'ni siydik chiqarish kanali atrofi bir oz qizargan, shishgan bo'lib, faqat ertalablari ajralmalar kam miqdorda shilimshiq va yiringli bo'ladi. O'rtacha o'tkir so'zak uretriti belgilari yuqorida aytilgan har ikkala uretritning oralig'ida turadi. O'tkir so'zak uretritida siydik kanalining orqa qismi zararlanib, unda, odatda, prostata bezi va tuxum ortiqlari ham patologik jarayonga qo'shiladi. O'tkir so'zakda harorat ko'tarilishi, ishtaha pasayishi, umumiy quvvatsizlik kuzatiladi.

Bemor o'z vaqtida davolanmasa yoki pala-partish davolansa, shuningdek, parhez va davolash rejimiga rioya qilmasa, jarayon o'tkirdan surunkaliga o'tadi. Kasallikning bu ko'rinishi kechuvi jihatdan sust kechadigan so'zakka o'xshaydi. Ba'zan surunkali so'zak qo'zib turadi. Ayniqsa, bemor achchiq, sho'r taomlar iste'mol qilsa, spirtli ichimliklar ichsa, jinsiy aloqa qilsa, yallig'lanish zo'rayadi. Bunda kasallik belgilari xuddi o'tkir yoki o'rtacha o'tkir so'zakka o'xshab ketadi.

Erkaklar so'zagining asoratlariga quyidagilar kiradi:

- 1) uretra strikturasi;
- 2) so'zak prostatiti;
- 3) so'zak kallikuliti (urug' do'mboqchasining yallig'lanishi) va vezikuliti (urug' pufakchalarining yallig'lanishi);
- 4) epididimit (moyak ortig'ining yallig'lanishi).

Ayollar so'zagi o'zining klinik ko'rinishi va kechishi jihatidan erkaklarnikidan farq qiladi. Bu erkak va ayol siydik-tanosil a'zolarining tuzilishidagi tafovutlarga bog'liq. Ayollarda so'zak infeksiyasi uretra, bartolin bezlari, bachadon bo'yni, shuningdek, to'g'ri ichakni bir yo'la shikastlantiradi va jadal kechadi. Infeksiya, asosan, jinsiy yo'l bilan, ammo nojinsiy yo'l bilan yuqishi ham mumkin. Gonokokklar jinsiy aloqadan so'ng avval uretraga keyin bachadon bo'yniga tushib, uni yallig'lantiradi. Keyinchalik katta vestibulyar bezlar va to'g'ri ichakning quyi qismi zararlanadi. Bunda inkubatsion davr 3–5 kun, ba'zan 4–15 kungacha cho'zilishi mumkin.

Ayollar soʻzagi klinik kechishiga qarab tafovut qilinadi: yangi soʻzak (oʻtkir, oʻrtacha oʻtkir, sust kechadigan); surunkali soʻzak (ikki oydan oshgan soʻzak). Siydik-tanosil aʼzolarining faqat quyi qismi (qin dahlizi, bartolin bezlari, uretra, bachadon boʻyni) soʻzak bilan zararlangan boʻlsa, bu asorat bermagan, mabodo bachadonning ichki qismi, tuxumdon ortiqlari va boshqa aʼzolari ham zararlangan boʻlsa, kasallik yuqoriga koʻtariluvchi asorat bergan soʻzak deyiladi. Ayollar soʻzagining oʻtishi oʻtkir va surunkali boʻladi. Bemor ayollarning 71–96 foizida soʻzak uretriti kuzatiladi. Bunga ayollar uretrasining qisqa va enliligi sabab boʻladi. Kasallikning oʻtkir davrida bemorlar uretraning sanchib ogʻrishidan, surunkali davrida esa tez-tez peshob qilishdan shikoyat qilishadi. Uretra shishib qizaradi, bosganda ogʻrib, oqish-sargʻimtir ajralma keladi. Ayollar soʻzagining yuqoriga koʻtariluvchi asorat bergan koʻrinishlarida ichki jinsiy aʼzolarining zararlanishi tufayli shu kasalliklarga xos boʻlgan belgilar namoyon boʻladi.

Soʻzakning davosini bemorni toʻliq davolash va 1–2 oy mobaynida dispanser koʻrigi oʻtkazgandan keyin bilish mumkin. Bakteriologik tekshirishlar vaqtida gonokokk aniqlanmasligi toʻliq davolanganlik dalolati boʻla olmaydi.

Bemorlarning toʻliq davolanganligini tasdiqlashda quyidagilarni hisobga olish kerak:

– hafta davomida tekshirilganda sinamalarda gonokokklarning mutlaq uchramasligi;

– prostata bezi va urugʻ pufakchalari tomonidan oʻzgarishlar boʻlmasligi hamda ajralmada leykotsitlarning uchramasligi;

– siydik kanalida yalligʻlanish jarayonining kuzatilmassligi.

Shu oʻrinda, *trixomoniaz*, yaʼni siydik-tanosil aʼzolarining trixomonadadan zararlanishi tufayli yuzaga keladigan kasallik haqida toʻxtalib oʻtsak. U eng koʻp tarqalgan parazit kasalliklardan hisoblanadi. Maʼlumotlarga koʻra, har yili dunyoda 180–200 million kishi bu dardga chalinar ekan. Kasallik erkaklarga ham ayollarga ham bir xilda yuqadi, ammo kasallik belgilari erkaklarda sust namoyon boʻladi. Trixomoniaz tanosil (venerik) kasalliklari roʻyxatiga kiritilmagan boʻlsa ham, jinsiy yoʻl bilan yuqadigan kasalliklar qatorida turadi. Trixomoniazning yashirin davri 3–7 kundan uch-toʻrt haftagacha, oʻrtacha 10–15 kun, baʼzan uzoqroq choʻzili-shi ham mumkin. Klinik kechuvi soʻzakli uretrit klinik belgilariga oʻxshaydi. Oʻtkir trixomonadali uretritda uretradan ajralayotgan suyuqlik 1–2 hafta ichida oʻz-oʻzidan kamayib, kasallik alomatlarini barham topishi mumkin. Bora-bora kasallik surunkali uretritga oʻtib, vaqti-vaqti bilan xuruj qilib turadi. Bunday bemorlar kasallik tashuvchilar hisoblanadi. Trixomonadali

uretritdan yaxshi davolanmagan yoki davolash rejimi va parhez saqlamagan bemorda (5–10 %) uretra strikturasi, chandiqlanish kabi asoratlarga qoladi. Keyingi yillarda xavfli yuqumli tanosil kasalliklari qatorida gonokokksiz (nagonokokk) uretrit (nospecific urethritis, soʻzdan keyingi urethritis) xastaligi ham eʼtirof etilmoqda. U bilan ogʻriq bemorlarning 60–65 foizini urogenital xlamidoz va mikoplazmoz (ureaplazmoz)ga chalinganlar tashkil etadi. Maʼlumotlarga koʻra, bunday kasalliklar soʻzga qaraganda 2–3 baravar koʻproq siydik-tanosil aʼzolari yalligʻlanishiga sabab boʻladi.

Siydik-tanosil aʼzolari xlamidioziga xlamidiylar sabab boʻladi. Ular mayda gramm manfiy kokk shaklida boʻlib, prokariotlarga xos bakteriyalarga oʻxshab ketadi. Xlamidiylar 4–48 soatlik rivojlanish bosqichini bosib oʻtib, odatda, hujayralar ichida va tashqarisida yashashga moslashgan. U klinik koʻrinishi boʻyicha soʻzga oʻxshab ketganda, oʻziga xos belgilari bilan undan farq qiladi. Bunda yalligʻlanish oʻtkir yoki sust, koʻproq asorat bilan kechadi, soʻzga qarshi antibakterial preparatlarga ancha chidamli boʻladi. Kasallik koʻpincha jinsiy yoʻl bilan yuqadi va inkubatsion davri 20–30 kuni (baʼzan bu muddat oʻzgaradi) tashkil etadi. Yalligʻlanish oʻchoqlariga qarab xlamidiyal uretrit, prostatit, epididimit, servitsit, oofarit, salpingit va boshqalar bor. Kasallik koʻproq surunkali shaklda uchraydi. Aksariyat bir vaqtning oʻzida siydik-tanosil aʼzolaridan bir nechtasi zararlanadi. Xastalik bir necha haftadan soʻng spontan tuzalishi mumkin. Ammo bundagi klinik oʻzgarish etiologik oʻzgarishga olib kelmaydi. Davolanmagan bemorlarning koʻpchiligida turli asoratlarga: epididimit, orxoepididimit, gemmoragik sistit, uretra strikturasi kuzatiladi. Siydik-tanosil aʼzolari mikoplazmoziga gamikoplazmalar sabab boʻladi. Mikoplazmalar juda mayda mikroorganizmlar boʻlib, bakteriyalar kabi oʻzining hujayra qobigʻiga ega emas. Ular tuxumsimon, choʻzinchoq va sferik shaklda, kattaligi 0,2–0,3 mkm. boʻladi. Mikoplazmalar yoki ureaplazmalar tufayli yuzaga kelgan uretritlar spetsifik klinik koʻrinishga ega emas. Barcha nagonokokk uretritlari kabi u ham kam belgilar bilan kechadi. Shuning uchun inkubatsion davrini belgilash ham mushkul. Bemorlarning maʼlum bir qismida (4–5 foiz) ureaplazmali uretritlar soʻzga oʻxshab ketadi. Kasallik bunday kechganda inkubatsion davr 3–5 kunga teng boʻladi. Ammo aksariyat hollarda mikoplazmali uretritlar oʻrtacha oʻtkir yoki surunkali kechib, 30–40 kunga surilib ketishi mumkin. Urogenital ureaplazmoz ogʻir-yengilligiga qarab yengil, oʻrtacha ogʻir va ogʻir xillarga ajratiladi. Soʻzga, trixomoniazdan keyingi asoratlarda, nagonokokksiz uretritda, kichik chanoq aʼzolarining surunkali yalligʻlanishida, homilador boʻlmaslik, bepushtlik, homila tashlash, tugʻruqdan keyingi patologik jarayonlar,

bo'g'im kasalliklari hamda boshqa holatlarda ureaplazma va xlamidiy infeksiyasi bo'yicha tekshuvdan o'tish maqsadga muvofiq.

Tanosil kasalliklari tarqalishining oldini olish chora-tadbirlarida quyidagilarga e'tibor qaratish zarur:

- tanosil kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni maxsus ro'yxatga olish va bepul davolash;

- zaxm kasalligining barcha yuqumli ko'rinishlari bilan og'rikan bemorlarni maxsus shifoxonalarga yotqizish;

- infeksiya manbalarini aniqlash;

- tanosil kasalligiga yo'liqqan bemorlar bilan jinsiy aloqada bo'lgan shaxslarni aniqlash va ularni maxsus tekshiruvdan o'tkazish;

- tanosil kasallar bilan aloqada bo'lganlarni oldindan davolash, davolanishdan bosh tortgan bemorlarning majburiy davolanishlarini amalga oshirish;

- ishga joylashayotganlar, donorlar va homiladorlarni tanosil kasalligi bo'yicha tekshirish;

- shifoxonaga yotgan barcha bemorlarning tanosil kasalligi bo'yicha tekshiruvini amalga oshirish;

- aholining teri-tanosil kasalliklari va uning asoratlari bo'yicha tibbiy madaniyatini oshirish.

OITS (Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) yuqumli kasallik sifatida ilk bor 1981 yili AQShda qayd qilingan. Chaqiruvchisining tuzilishi va kimyoviy tarkibi bo'yicha u juda murakkab virus hisoblanadi. Kasallik ko'p hollarda jinsiy aloqa orqali yuqadi. Bundan tashqari, sterillanmagan ninalar, shpritslar va boshqa vositalar qo'llanilganda, qon va uning mahsulotlari quyilganda, organ va to'qimalar boshqa odamga o'tkazilganda, bemor onadan bolaga yuqish hollari ham kuzatiladi.

OITSning yuqishida «xavfli guruh»lar katta rol o'ynaydi, ayniqsa bu guruhga besoqolboz (gomoseksualist) lar kiradi. Kasallik asosan tartibsiz jinsiy hayot kechirgan odamlarda uchraydi. Shuning uchun ushbu virusning keng tarqalishida fohishabozlik ham muhim o'rin egallaydi. Keyingi o'rinni giyohvandlar guruhi egallaydi. Ular sterillanmagan ninalar va shpritslardan foydalanganligi uchun kasallikni yuqtirib oladilar. Odam organizmining immun tizimi shikastlanishi OITS rivojlanishining asosiy mexanizmi hisoblanadi. Virus immun tizim hujayralari (T – limfotsitlar) ichida ko'payadi va ularni parchalaydi, shuning uchun immun javob reaksiyasi pasayadi. Kasallikning yashirin davri o'rtacha 2–5 yil davom etadi. Bu davrda bemor o'zini sog'lom deb o'ylaydi. Ammo atrofdagilar uchun yuqtirish xavfi yuqori hisoblanadi, ular infeksiya manbaiga aylanadilar. Aynan ular virus tashuvchilar hisoblanadi. OITSning klinik kechishi to'rt bosqichni qamrab oladi.

1. *Yashirin davri* (bir necha yil davomida kasallik belgilari paydo bo'lmay virus tashib yuriladi).

2. *Zo'raygan limfadenopatiya sindromi* (bu davrda ikki va undan ortiq limfa tugunlarining kattalashishi kuzatilib, 3 oy davom etadi).

3. *OITS uyushgan kompleks davri* (barcha limfa tugunlarining kattalashishi, tana vaznining kamayishi, terlash, haroratning ko'tarilishi, yo'tal, oshqozon-ichak tizimi faoliyatining buzilishi va immun tizimining pasayganligini laboratoriya ko'rsatkichlari tasdiqlaydi).

4. *Klinik belgilarining keng miqyosda rivojlanish bosqichi* (bu hamma vaqt bemor o'limi bilan tugaydi).

Yoshi kattalarda immun tizimi faoliyati pasayishining aniq sababi bo'lmagan, ya'ni o'sma (rak) va ovqatlanish yetishmovchiligining og'ir shakllari yoki boshqa aniq holatlar kuzatilmagan hollarda, OITS tashxisi uning ikkita ahamiyatli va bitta ahamiyatsiz belgilari birga uchraganda qo'yiladi.

Ahamiyatli belgilar:

- tana vaznining 10 foiz va undan ko'proq kamayishi;
- bir oydan ko'proq muddat surunkali ich ketishi;
- bir oydan ko'proq muddat muntazam ravishda haroratning ko'tarilishi (doimiy yoki vaqti-vaqti bilan).

Ahamiyatsiz belgilar:

- bir oydan ko'proq muddat davomli kuchli yo'tal;
- ko'p o'choqli zo'raygan dermatit (teri yallig'lanishi);
- qaytalanuvchi o'rab oladigan uchuq;
- tomoq va og'iz bo'shlig'ining kandidozi;
- surunkali zo'raygan va keng tarqalgan oddiy uchuq;
- zo'raygan limfadenopatiya.

Shuni aytish kerakki, teri va shilliq qavatlarining yallig'lanishi ba'zan OITSning asosiy va yagona belgisi hisoblanadi. Bemorlarning 50–100 foizida o'pka va ovqat hazm qilish traktining shikastlanishi, 60 foiz bemorlarda esa aqlning pasayishi kuzatiladi.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

1) *Chekish, alkogolizm va giyohvandlikning inson organizmiga ta'siri haqida gapirib bering?*

2) *Teri-tanosil kasalliklari haqida nimalar bilasiz?*

3) *Zaxm va so'zak kasalliklari qanday yo'llar bilan yuqadi?*

4) *OITSning qo'zg'atuvchisi va yuqish yo'llari haqida gapirib bering.*

5) *Tanosil kasalliklari tarqalishining oldini olish uchun nimalarga e'tibor qaratish zarur?*

6-mavzu. HAYOT FAOLIYATI XAVFSIZLIGI ASOSLARI: FAVQULODDA HOLATLARDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

Favqulodda vaziyatlarda jarohatlanish xususiyatlari

Bugun dunyoda sodir bo'layotgan turli tabiiy ofatlar ko'rsatib turib-diki, aksariyat insonlar favqulodda ro'y bergan hodisalar qurboniga aylanadilar. Bunday ofatlarga yer qimirlashi (zilzilalar), suv bosishi, ko'chkilar va hokazolarni kiritish mumkin. Tabiiy ofat bo'lgan mintaqalarda industrial obyektlar qancha ko'p bo'lsa, xavf shuncha yuqori va vujudga kelgan holat murakkab bo'ladi. Masalan, zilzila vaqtida yuzaga keladigan jarohatlar shikastlantiruvchi agentning ta'sir qilish tezligiga, kuchiga, davomiyligiga, ta'sir qilish joyiga hamda jarohatlanganning yoshiga bog'liq bo'ladi. Shikastlanishning jarohatlanish mexanizmiga qarab quyidagi turlari kuzatiladi: zarbali, kompression va aralash. Zarbali shikastlanish ta'sirida uning ta'sir kuchiga bog'liq bo'lgan miya chayqalishidan tortib, bosh miyaning og'ir jarohatlanishigacha bo'lishi mumkin. Jarohat olgandan so'ng es-hush va xotirani yo'qotish holatlari kuzatiladi. Zarba tekkan joyda yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, har xil sinishlar ham aniqlanadi. Kompression (bosib qolish) mexanizmi ta'sirida (bino va qurilish bo'laklari va boshqa jihozlar bilan ko'p kuzatilgan) jarohatlovchi kuch katta bo'lmaydi. Bunda kam hollarda suyaklarning sinishi va deformatsiyaga uchrashi aniqlanishi mumkin. Aralash mexanizmli shikastlanishda esa tayanch-harakat organlari, bosh suyagi, miya to'qimasining jarohatlanishi bilan birga, tana sohalarining yuk ta'sirida ezilishi ham kuzatiladi.

Bosh suyagining jarohati kommotsion-kontuzion sindrom ko'rinishida organizmning o'ziga xos xususiyati bilan xarakterlanadi. U yumshoq to'qimalarda gematomalarning paydo bo'lishi, ular butunligining buzilishi (yorilishlar), bosh suyagining sinishi hamda miya shikastlanishlari bilan kechadi. Shikastlanish ochiq va yopiq xarakterda bo'lishi mumkin. Bosh sohasining yopiq shikastlanishida yumshoq to'qimalarning anatomik butunligi buzilmaydi. Teri osti tomirlarining shikastlanishi tufayli gematoma hosil bo'ladi va bosh sohasida turli o'lchamli shish (g'urra) paydo bo'ladi. Shikastlangan sohada og'riq, qizarish, keyinchalik esa ko'karish kuzatilib mumkin. Ochiq shikastlanish holatlarida esa to'qimalar anatomik butunligi buzilishi tufayli jarohatlar paydo bo'ladi va jarohatlarga xos bo'lgan belgilar kuzatiladi. Shikastlanishlarning 8–15 foizida bosh miya funksiyasining buzilishlari qayd etiladi. Yopiq shikastlanishlar ochiq shikastlanishlarga qaraganda uch marta ko'proq uchraydi.

Jarohatlanganni tekshirayotganda bosh suyagi jarohatining bor yoki yo'qligi, yaraning chuqurligi, miyaning shikastlanishini aniqlash katta ahamiyatga ega. Teri butunligi, yaralar, gematomalar yoki bosh suyagi ezilishini aniqlashga e'tibor berish kerak. Bosh suyagi aponevrozi yaralari, odatda, teri va teri osti qavati yaralariga qaraganda ko'proq ochiq bo'ladi. Jarohat chuqurligini aniqlashda undan chiqayotgan ajralmalar xarakteri muhim. Jarohatdan oqayotgan qon hajmi bosh suyaklarining shikastlangan yoki shikastlanmaganligidan dalolat berishi mumkin. Chunki, bosh suyaklari shikastlanganda miya tomirlari va qavatlaridan qon ko'p ketadi. Jarohat ajralmasida orqa miya suyuqligi yoki miya to'qimasi bo'laklarining bo'lishi jarohat miya to'qimalariga o'tganligidan dalolat beradi. Ko'z qovog'ining «ko'zoynak» ko'rinishidagi qontalashuvi bosh suyagi asosi oldingi sohasining sinishi belgisidir. Quloqlardan qon ketishi esa bosh suyagi asosi o'rta qismining singanligini ko'rsatadi.

Bosh miya jarohatida miya shikastlanishining asosiy uch turi farqlanadi: miya chayqalishi, lat yeyishi va ezilishi. Miyaning chayqalishi mexanik kuchning tez va kuchli ta'siridan kelib chiqadi. Klinik kechuviga qarab miya chayqalishining *yengil*, *o'rtacha* va *og'ir* darajalari tafovut qilinadi. Yengil darajali miya chayqalishida qisqa muddatli hushni yo'qotish, ba'zan bosh aylanishi, quloqlar shang'illashi, ko'z oldi qorong'lashishi, bosh og'rishi, teri oqarishi, ko'ngil aynishi yoki qusish ro'y beradi. Shikastlanganda retrograd amneziya (jarohat olishdan oldingi voqelikni esdan chiqarish) holati kuzatiladi. Yuqorida qayd qilingan belgilar miya chayqalishining bu og'irlik darajasida 5–7 kundan so'ng asta-sekin yo'qoladi. O'rta darajali miya chayqalishida bir necha soat davomida hushni yo'qotish, adinamiya, ruhiy qo'zg'alish, qusish, reflekslarning pasayishi, nistagm, ko'z qorachig'ining torayishi, pulsning sustlashuvi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi. Og'ir darajali miya chayqalishida esa hushni uzoq muddatga (bir necha soatdan kungacha) yo'qotish bilan xarakterlanadi. Bunda nafas olishning yuzakiligi, pulsning sustligi va kuchsizligi, teri qoplamlarining oqarishi, reflekslarning yo'qolishi, ko'z qorachig'ining yorug'likka bo'lgan reaksiyasining yo'qolishi, peshob va najasning ixtiyorsiz ajralishi yuz beradi. Buning hammasi koma va o'lim bilan tugashi mumkin. Miyasi chayqalgan bemorlar faqat yotishlari shart. Yengil chayqalishda uch haftagacha, og'irroq chayqalishlarda bir oydan ikki oygacha yotib davolanish tavsiya etiladi.

Miyaning lat yeyishi – bu miya moddasining shikastlanishidir. Og'ir jarohatlarda bu shikastlanish fizik kuch ta'sirining qarama-qarshi tomonida joylashgan bo'ladi. Miya lat yeganida miya funksiyasining buzilishi ham xarakterli bo'lib, bu holat jarohatdan so'ng birdan rivojlanadi. Oyoq yoki

qo'lining (monoplegiya) yoki gavda yarmi mushaklarining (gemiplegiya) falajlanishi kuzatiladi, ovoz yo'qoladi (afaziya), yuz nervlarining shikastlanishi tufayli yuz qiyshayishi (assimetriya) va ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi yuz beradi. Tana harorati 40⁰Sgacha keskin ko'tarilishi mumkin. Siydikning sutkalik miqdori oshadi, undagi qand miqdori ko'payadi. To'rt-besh hafta davomida kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Bunda asosiy e'tibor nafas olish va qon tomir tizimlarining faoliyatini yaxshilash, keyinchalik esa nevrologik o'zgarishlarni yo'qotishga qaratiladi.

Miya ezilishi bosh suyagi ichidagi tomirlardan qon ketishi yoki suyaklar sinishi natijasida ro'y beradi. Qon to'planishi (gematoma) miya qattiq po'stlog'i ustida (epidural gematoma) hamda miya to'qimasi ichida (miya ichi gematomasi) hosil bo'ladi. Ilk belgilari es-hushning yo'qolmasdan tormozlanishi, bosh og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Ko'z qorachig'ining qon quyilgan tomonda kengayishi kuzatiladi. Keyinchalik esa bemorning tashqi muhitga reaksiyasi yo'qoladi, hushidan ketadi, puls sekinlashadi, daqiqasiga 40–50gacha kamayadi. Nafas olish yomonlashadi, shovqinli va notekis bo'lib qoladi. Bosh miyaga qon ketishi natijasida ezilish belgilari birdaniga ro'y bermasdan bir necha vaqtdan so'ng namoyon bo'ladi. Shuning uchun ham shikastlanganlar shifokorning qat'iy nazoratida bo'lishlari lozim.

Bosh suyagi va miya jarohatlarida, eng avvalo, bosh sohasini immobilizatsiya qilish, bemorning nafas olishini yaxshilash, ya'ni hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarning oldini olish muhim sanaladi. Jabrlanuvchilarga osoyishta sharoit yaratish, ularni transportirovka qilish boshi bir oz ko'tarilgan, yotgan holda bajarilishi lozim. Bemor hushsiz bo'lganligi uchun qusuq massasining nafas yo'lga tiqilishi, tilning tushib qolishiga qarshi choralar ko'riladi. Boshni yon tomonga egib, og'iz bo'shlig'iga havo o'tkazuvchi naycha qo'yish, ba'zan transportirovka qilishda kislorod bilan nafas oldirish va yurak-tomir vositalaridan berish lozim bo'ladi. Og'ir bemorni transportirovka qilishda maxsus taxta, zambil yoki g'ildirakli zambil ishlatiladi. Bemor solingan zambil ikki yoki to'rt kishi yordamida chayqatmasdan ko'tariladi. Shikastlanganlarni yuqori qavatlariga ko'tarishda boshini oldingi tomonga va oyoq tomonini gorizontol holatgacha ko'targan holda chiqarish kerak. Bemorni zambildan to'shakka o'tkazishda zambilni karavot sathida ushlab va uch kishi zambil bilan karavot orasida bemorga qaragan holda turishi lozim. Bunda bir kishi bemor boshi va ko'kragini, ikkinchi kishi beli va sonini, uchinchi esa boldirini ushlab kerak.

Favqulodda holatlarda bosh suyagi va miya shikastlanishlari bilan bir qatorda, bel suyaklari, jumladan, umurtqa pog'onasi, yuz suyaklari (yuqori va pastki jag' suyaklari, burun suyaklari)ning sinishi ham kuzatiladi. Bu

shikastlanishlar bosh va yuz sohasining hamda tana boshqa sohalari yumshoq to'qimalarining jarohatlanishi va turli kattalikdagi yaralarning paydo bo'lishi bilan ro'y beradi. Falokatlar chog'ida birinchi yordam ko'rsatish uchun quyidagilarni bajarish talab etiladi:

1) yuqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, jarohatlangani boshini orqa tomonga maksimal egish, pastki jag'ini oldinga tortib, barmoq bilan og'iz bo'shlig'i va tomog'ini yot jismlardan tozalash;

2) ekspirator sun'iy (og'izdan-og'izga yoki og'izdan-burunga) nafas berishni amalga oshirish;

3) tashqi qon ketishni bosuvchi bog'lam yoki jgut yordamida to'xtatish;

4) koma holatiga tushgan bemorlarga zarur bo'lgan holatni berish;

5) shok holati kuzatilgan bemorlarga zarur bo'lgan holatni berish;

6) bosib qolgan joylardan bemorlarni qo'shimcha shikast yetkazmasdan chiqarib olish.

Suv bosganda ko'rsatiladigan birinchi yordam

Suv bosishi, toshqinlar, sel olib ketishi kabi favqulodda holatlarda cho'kayotganlarni qutqarish va ularga birinchi tibbiy yordam ko'rsatish muhim ahamiyat kasb etadi. Inson suv ostiga tushib qolganda kuchli harakatlanish holatiga keladi. U suv yuzasiga chiqishga, nafas olishga intiladi, tez-tez moslashmagan harakatlar qiladi. Maromsiz nafas olish va nafasni tutib turish qonda karbonat angidridining to'planib qolishiga sabab bo'ladi. Bu esa ixtiyorsiz nafas olishga olib keladi. Natijada, traxeya, bronx va alveolalarga ko'p miqdordagi suv tushadi. Suv ostida muntazam nafas olish bir necha soniyagacha davom etadi, so'ngra bir daqiqagacha ikkilamchi nafas to'xtashi, keyin esa agonal nafas bo'ladi. Yurak faoliyatining to'xtashi cho'kishda qorinchalar fibrilyatsiyasi natijasida kelib chiqadi. Chuchuk suvga cho'kish vaqtida o'pka orqali qonga ko'p miqdorda suyuqlik tushib, qonning suyuqlanishiga, eritrotsitlar gemoliziga va ionlar tengligining buzilishiga olib keladi. Bu omillar gipoksiya sharoitida qorinchalar fibrilyatsiyasini keltirib chiqaradi. Yurak faoliyati nafas olishdan avvalroq to'xtab qoladi. Dengiz suvida cho'kish vaqtida suv o'zining gipertonikligi natijasida o'pkadan qonga o'tmaydi. Biroq suv tarkibidagi tuz moddalari qonga o'tadi, qondan o'pkaga esa plazma oqsillari o'tishi kuzatiladi. Yurak faoliyati nafas olishdan ancha keyin to'xtaydi. Suv ostida uch daqiqadan yarim soatgacha qolib ketgan odamni qaytadan tiriltirish mumkin. Biroq bu o'limning turi, suv harorati, cho'kish vaqtidagi markaziy asab tizimining holatiga ham bog'liq. Cho'kkanlarga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda cho'kuvchining hushdan ketgan-ketmaganligi, yurak faoliyati va nafas

olishini aniqlash kerak. Bemor faqat terminal holatdan chiqarilgandan keyingina transportirovka qilinishi mumkin. Agar choʻkkan kishi hushida boʻlsa, tinchlantirib, hoʻl kiyimlari yechiladi va isitilib, choy, kofe, spirt yoki valeriana tindirmasi beriladi. Ammo baribir uni shifoxonaga yotqizish maqsadga muvofiq. Choʻkkan inson suvdan hushsiz, lekin yurak faoliyati va nafasi saqlangan holda olib chiqilsa, unga navshadil spirti hidlatilib, badani isitiladi. Agar zarurat boʻlsa, yurak va nafas faoliyatini yaxshilovchi dori-darmonlar ichirilib, eng yaqin davolash muassasasiga joʻnatiladi. Oʻlim holatidagi choʻkkanlarning, avvalo, nafas yoʻllari yot jismlar, suv va shilimshiq moddalardan tozalanib, sunʼiy nafas oldiriladi. Bu oʻrinda yurak massajini oʻtkazishni ham unutmash kerak. Koʻrsatkich barmoq tomoqqa kiritilib, nafas yoʻlining ochiq yoki yopiqligi tekshirib koʻriladi. Jagʻlar bir-biriga qattiq qisilib qolgan boʻlsa, nafas oldirish ogʻizdan-burunga usulida bajariladi. Havo burun orqali oʻtmasa, ogʻiz tezda ochilishi kerak. Ogʻiz ochuvchi asbob boʻlmasa, ogʻizni har qanday yupqa metallda ochish va uni ochiq holda biron-bir buyum bilan ushlab turish mumkin. Nafas yoʻllari, oshqozondan suyuqlik, koʻpiklarni chiqarib yuborish uchun qorin bilan yotqizilib, sonidan koʻtariladi va qorni bilan qutqaruvchining tizzasiga yotqiziladi. Chap qoʻl bilan choʻkuvchining orqasiga bosiladi. Nafas yoʻllari va oshqozonning bu yoʻl bilan butunlay tozalanishi mushkul. Laringoskop yordamida traxeyani intubatsiya qilish nafas yoʻlini tozalashning ishonchli usullaridan biridir. Traxeyaga kirgizilgan intubatsion naycha orqali yuqori nafas yoʻllaridan suv va koʻpiklarni tortib olish mumkin. Qon aylanishini tiklash yurakni yopiq massaj qilish bilan boshlanadi. Bu muolaja choʻkuvchi suvdan chiqarib olinishi va sunʼiy nafas oldirish bilan bir vaqtda amalga oshiriladi. Shunday qilib, choʻkish vaqtida birinchi tibbiy yordam koʻrsatish samaradorligi oʻz vaqtida va toʻgʻri oʻtkazilgan, markaziy nerv tizimi funksiyasi, nafas hamda yurak faoliyatini tiklashga qaratilgan muolajalar majmuasiga bogʻliq. Shuni ham aytish kerakki, koʻp falokatlar vaqtida (zilzila, suv bosishi) shikastlanganlarda tipik, oʻziga xos shikastlanishlarning birga kelishi bir qancha sindromlarning rivojlanishiga olib keladi. Eng achinarlisi, bu koʻp insonlarning oʻlimiga sabab boʻladi.

«Ezilish» sindromida koʻrsatiladigan yordam va ommaviy jarohatlanishlarda bemorlarni transportirovka qilish

«Ezilish» sindromi (Krash sindromi) yumshoq toʻqimalarning uzoq vaqt yuk ostida ezilishi natijasida kelib chiqadi. Uning umumiy va mahalliy belgilari bor. Umumiy (asosiy) belgilari shok, oʻtkir buyrak yetishmovchiligi va mioglobinuriyadan (siydik orqali mioglobulin moddasining

chiqishi) iborat bo'lib, kasallik oqibatini aniqlashga yordam beradi. Bu sindromi turli tabiiy ofatlar, favqulodda hodisalar paytida uchraydi.

Uzoq ezilish sindromi uch davrda kechadi: *erta*, *o'rta* va *kechki* davrlar. Erta davr o'tkir yurak qon tomir yetishmovchiligi davri, yumshoq to'qimalarni ezilishidan hosil bo'ladigan plazmarogiya (qon plazmasini tomirlardan tashqariga chiqishi) bilan namoyon bo'ladi. Bunda zudlik bilan qutqarib olingan jarohatlanganlarning holati qoniqarli bo'ladi. Tanasining shikastlangan qisimlarida shish paydo bo'lib, ularni hajmi kattalashib boradi. To'rt soatdan bir kungacha shish maksimal kattalashadi, oyoq va qo'llari ko'karib, juda qattiq va sovuq bo'lib qoladi. Natijada, ularning umumiy holati yomonlashadi. Arterial qon bosimi pasayib, asab tizimida tormozlanish ro'y beradi. Agar jabrlanuvchi shu davrni yaxshi o'tkazsa, 3-4 kundan keyin unda ikkinchi davr buyrak yetishmovchiligi davri boshlanadi. Bu davr 7-9 kun davom etib, bemor siydigida qon paydo bo'lishi mumkin. Oxirgi davrlarda esa muskullar, nerv tolalarining shikastlanishi natijasida nekroz paydo bo'lishi, terining archilishi hamda flegmonalar paydo bo'lishi mumkin.

Ma'lumki, talofat ko'rganlarni bosib qolgan joylardan olib chiqish birinchi yordamning muhim omili hisoblanadi. Ammo shuni unutmaslik kerakki, birinchi yordam ko'rsatishda shoshilish kerak emas. Chunki, ehtiyotsizlik shikastlanganlarni og'ir ahvolga tushirib qo'yishi mumkin. Jabrlanuvchilar qutqarib olingandan so'ng birinchi navbatda og'riq qoldirish, infuzion terapiya va transportirovka immobilizatsiyasi tadbirlari o'tkaziladi. Masalan, uylar bosib qolganlarni qutqarib olishdan oldin maxsus darmonlardan foydalanib og'riqni kamaytirish, shikastlangan oyoq-qo'llarni immobilizatsiya qilish kerak. Bunday yordam kuygan holatlarda ham qo'l keladi. Ba'zan bosib qolgan joylardan oyoq-qo'llarni olishning imkoni bo'lmaydi va ularni kesib tashlash (amputatsiya)ga to'g'ri keladi. Buning uchun avval jarohat joyiga qon to'xtatuvchi bog'lam (jgut) qo'yish kerak bo'ladi. Har qanday talofat paytida birinchi yordamning to'g'ri va o'z vaqtida ko'rsatilishi shikastlarning jonini omon saqlashga zamin yaratadi.

Tabiiy ofatlar oqibatida shikastlanganlar jarohat olganining holatiga transportirovka qilinadi. Bu to'rt guruhga ajratiladi. Birinchi guruhga kechiktirib bo'lmaydigan jarrohlik muolajasiga muhtoj, og'ir holatdagi shikastlangan bemorlar kiradi. Ikkinchi guruhni salomatlik holati o'rtacha og'irlikdagi, ya'ni tibbiy yordamni 6-8 soatga kechiktirish mumkin bo'lgan bemorlar tashkil etadi. Uchinchi guruh bemorlarining salomatlik holati yengil bo'lib, ularga ambulatoriya yordami bilan chegaralanish mumkin. ular tashkil qiladi. To'rtinchi guruhga salomatlik holati juda og'ir, aziyat

chekishini yengillashtirishga muhtoj bemorlar kiradi. Ommaviy shikastlanishlarda, birinchi navbatda, hayoti xavf ostida qolgan, lekin yashashga imkoniyati bor bemorlarni transportirovka qilish talab qilinadi. Terminal holatdagi bemorlar esa shu joyning o'zida simptomatik yo'l bilan davolanadi, ular transportirovka qilinmaydi. Transportirovka qilish faqat sanitar transportida amalga oshirilishi kerak. Yordamchi transport vositasi sifatida yuk avtomobillaridan, avtobuslardan foydalanish mumkin. Bunda bemorlarni matrasli shitlarga yotqizib olib borish maqsadga muvofiq. Shifoxona va talofat yetgan joy o'rtasidagi masofa 20 kilometr yoki undan uzoq bo'lsa, vertolyotlardan ham foydalanish ma'qul.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

- 1) Tabiiy ofatlar paytida birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari haqida gapirib bering.*
- 2) Suvda cho'kkanlarga qanday birinchi yordam ko'rsatiladi?*
- 3) «Ezilish» sindromi nima?*

7-mavzu. HAYOT FAOLIYATI XAVFSIZLIGI ASOSLARI: YO‘L-TRANSPORT HODISALARI JABRLANUVCHILARIGA BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH

Transport vositalarining to‘qnashuvi paytida birinchi yordam ko‘rsatish

Ma'lumotlarga ko'ra, rivojlangan mamlakatlarda yo'l-transport hodisalari tufayli kelib chiqadigan jarohatlanish umumiy jarohatlanishning asosiy qismini tashkil etadi. Dunyo bo'ylab har yili taxminan 10 million kishi yo'l-transport hodisalari tufayli jarohat olib, shundan 300 minggi hayotdan ko'z yumadi.

Transport hodisalari tufayli olingan jarohatlar yuz va burunning shikastlanishi, ko'p qon ketish, shok holati, bosh chanog'i suyaklari va asos suyaklarining sinishi, quloq va burundan qon ketishi, ko'z atrofida ko'zoynak belgisining rivojlanishi, miyaning chayqalishi va lat yeyishi, hushdan ketish, ko'ngil aynishi, qusish va boshqa belgilar bilan xarakterlanadi. Masalan, umurtqa pog'onasi bo'yin qismining shikastlanishi og'ir oqibatlariga olib keladi, bunda bemor qo'l-oyoqlarida sezgi va harakat buziladi. Avtotransport haydovchisining rul chambaragiga qattiq urilishi natijasida esa ko'pincha to'sh suyagi, qovurg'alar shikastlanadi. Shu bilan birga, nafas olish faoliyati, yurak sohasi jarohat olganda travmatik infarkt (ayniqsa, keksa haydovchilarda) rivojlanishi mumkin. Travmatik infarktda bemor yurak sohasidagi og'riqlarni, sarosima va qo'rqinchni, bo'g'ilishni, holsizlikni, hushining joyida emasligini his qiladi. Yo'l-transporti bilan bog'liq hodisalarda, ayniqsa temir yo'l kesishmalarida sodir bo'ladigan baxtsiz voqealardan ko'p odam jabr ko'radi. Mutaxassislar fikricha, bunday hodisalar asosan ertalabki va kechki paytlari sodir bo'ladi. Bunga turli omillar sabab bo'ladi va to'qnashuv tufayli bir vaqtning o'zida inson tanasining ko'p qismi og'ir (ichki organlar faoliyati, ba'zan miyani faoliyatini o'tkir buzilish hollari shikastlanadi) uchraydi. Ammo birinchi yordam ko'rsatish ishlari o'z vaqtida va benuqson bajarilsa, bemorning hayotini saqlab qolish mumkin. Odatda, yo'l-transporti hodisalari natijasida jarohatlanishlar sodir bo'lgan yerda o'z-o'ziga va o'zaro yordam choralari qo'llaniladi. Dastlabki yordamni «tez tabiiy yordam» brigadasi amalga oshiradi.

Transport to'qnashuvi paytida haydovchi va yo'lovchilar oldinga va yuqoriga uriladilar. Bunda haydovchilar yo'lovchilarga qaraganda ko'proq jarohat oladilar va bunda bosh qismi, bo'yin shikastlanishi mumkin. Tahlillarga qaraganda, haydovchilar yonlarida o'tirib ketayotgan yo'lovchilardan ko'ra 7 marta, orqada o'tirib kelayotganlardan ko'ra 5,5 marta

ko'proq o'limga duchor bo'ladi. To'qnashuv paytida avtomobilda bo'lgan kishilarning deyarli hammasi jarohatlanadi, ya'ni ularning 95 foizida qo'shma va murakkab shikastlanishlar uchraydi. Eng ko'p qo'shma jarohatlar quyidagilar: bosh-qo'l-oyoq, bosh-ko'krak, bosh-qorin, bosh-ko'krak-oyoq-qo'l, bosh-ko'krak-qorin-oyoq-qo'l. Ko'proq uchraydigan shikastlanish turi – bu miya chanoq suyaklarining sinishidir. Keyingi o'rinlarda ko'krak qafasi shikastlanishlari (qovurg'a va to'sh suyaklari jarohati, sinishlari), oyoq suyaklarining sinishi, bosh miya va ichki organlarning jarohatlanishi turadi. Bosh miya jarohatlari, shok va qon ketishlar o'limga ham olib keladi. Qo'shma jarohatlar tufayli kelib chiqadigan o'limga ko'proq ichki organlar bilan tayanch harakat apparatining birga jarohatlanishi sabab bo'ladi.

Jarohatlanganlarni transportirovkaga tayyorlash

Yo'l-transport hodisalarida shikastlanganlarga o'sha zahoti ko'rsatiladigan tibbiy yordam yaxshi samara beradi. Ba'zida avtomobil eshiklari ochilmay qolishi, kuzov qattiq deformatsiyaga uchrangani sababli shikastlanganlarni qutqarish mumkin bo'lmay qoladi. Shuni bilingki, jarohatlanganlarni avtomobil ichidan kuch ishlatib tortish ularga qo'shimcha shikast olib kelishi mumkin. Jabrlanuvchining ahvolini og'irlashtirmaslik uchun boshi va bo'ynini qimirlatmasdan chiqarib olish kerak. Qovurg'alar singanda ko'krak qafasini ezib yubormaslikka e'tibor qaratish zarur, chunki shikastlangan qovurg'alarining siljishi natijasida og'riq yanayam kuchayishi, ko'p qon ketishi, ichki a'zolarga shikast yetishi mumkin. Qutqaruv paytida uning qo'ltiq qismidan ushlab maqsadga muvofiq va bu ortiqcha jarohatlanishlarning oldini oladi. Mashinadan yonayotgan elektr simlari yoki benzin hidi anqiyotgan bo'lsa, tezlik bilan jarohatlanuvchini chiqarib olish lozim. Shunday keyin bemorda diagnostika maqsadida hayot uchun xavfli jarohati bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Shikastlanganlarga ko'rsatiladigan yordam ketma-ketligi, hajmi (agar bir necha kishi bo'lsa), ya'ni tibbiy saralash tadbiri o'tkaziladi. Ko'krak qafasining og'ir shikastlanishida ko'krak qafasi deformatsiyasini ba'zan ko'z bilan ko'rish yoki qo'l bilan ushlab bilish mumkin. Bosh chanoq'ining og'ir jarohatlarida qo'loq va burun teshigidan qon ketishi, ko'krak qafasi og'ir shikastlanganida esa qon burundan va og'izdan oqishi mumkin. Bunda teri qoplamalari rangi oqargan yoki ko'kargan, qorachiqlar kengaygan bo'lib, yorug'likda o'zgarmaydi. Tomirlar pulsatsiyasi qo'lda ham, uyqu arteriyasida ham aniqlanmaydi. Jabrlanuvchining yurak urishi va nafasi olayotganini bilish uchun og'ziga oyna bo'lagi tutiladi.

Yo'l-transporti hodisalarida tez yordam mashinasi kelgunga qadar jabrlanuvchilarning ahvoli, olgan jarohatining og'ir yoki yengilligini baho-

lash kerak. Jarohatlanganda deformatsiya belgilarining bor-yoʻqligi, qoʻl-oyoqlaridagi gʻayritabiiy harakatlar, yaralar, qon ketish jadalligi, yurak faoliyati tekshirilishi lozim. Toʻqnashuvdan keyin jarohatlanuvchi oʻzini yaxshi his etgan taqdirda ham, uni yaqin oradagi davolash muassasasiga joʻnatish maqsadga muvofiq.

Nafas olish jarayoni buzilgan taqdirda ogʻiz boʻshligʻini koʻrish kerak, yopiq boʻlsa qoʻl bilan qayd qilish mahsulotlarini salfetka yoki roʻmolcha yordamida chiqarib tashlash lozim. Agar arterial qon ketish hollari kuzatilsa, oʻsha tomirning yuqori qismidan bosib turish yoʻli bilan qonni toʻxtatib, jgutdan foydalanish mumkin. Bemorni kiyimlariga tegish kerak emas. Ammo nafas qisilishining oldini olish uchun yoqasi va belini bir oz boʻshatish, zarur hollarda esa kiyimini yirtish yoki qisman yechish mumkin. Shikastlanuvchi yotqizilgach, uning nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligi yana bir marta tekshiriladi. Tili orqaga tushib qolsa, salfetka bilan ushlab tortiladi. Nafas olish toʻxtab qolsa, qayta sunʻiy nafas beriladi. Buning uchun boshni orqaga bukib, nafas yoʻllari orqali havo oʻtishini osonlashtirish kerak. Mabodo, koʻkrak qafasi ochiq jarohat olgan boʻlib, u orqali havo kirayotgan boʻlsa, darhol uni steril salfetka yoki tozaroq mato (hech boʻlmaganda kaft) bilan yopish lozim. Fojia yuz bergan yerda jarohatlanuvchida hayot uchun xavfli tashqi qon ketish boʻlganda uni toʻxtatish kerak. Buning uchun koʻpincha dastlab steril, soʻng bogʻlam qoʻyiladi. Agar bu yordam bermasa, jgut yoki tomirni bosuvchi boshqa usullar qoʻllaniladi. Jgut sifatida belbogʻ, tasma, roʻmol kabi vositalarni ishlatish ham mumkin.

Jarohatlanganlarni saralash, jarohat turi va ogʻirligiga qarab birinchi yordam ketma-ketligini aniqlash, transportirovkani toʻgʻri tashkil qilish – ularning hayotini saqlab qolishning muhim shartidir.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

1) Transport vositalarining toʻqnashuvi paytida koʻrsatiladigan birinchi tibbiy yordam haqida gapirib bering.

2) Hodisa paytida shikastlanganlarga transport vositalaridan chiqarib olish nimalarga eʼtibor qaratish kerak?

3) Yoʻl-transport hodisalarida jarohat olganlarni transportirovkaga tayyorlash haqida gapirib bering.

8-mavzu. OVQATLANISH GIGIYENASI VA UNING INSON SALOMATLIGIDA TUTGAN O'RNI

Ovqatlanish gigiyenasining ahamiyati

Ovqatlanish organizm hujayra va to'qimalarning hosil bo'lishi, qayta tiklanishi hamda ular tomonidan sarflangan energiyaning o'rnini to'latish uchun kerak bo'ladigan moddalarni qabul qilinishidir. Ovqatlanish tufayli organizm tashqi muhit bilan bog'lanadi, chunki bu jarayon organizmdagi moddalar almashinuvi jarayonini ta'minlovchi vosita hisoblanadi. Shuning uchun yetarli darajada ovqatlanmaslik yoki meyordan ortiq ovqat yeyish moddalar almashinuvini izdan chiqaradi.

Organizm o'zi uchun kerakli energiyani yog'lar, karbonsuvlar, oqsillar va boshqa moddalardan oladi. Ratsional (oqilona, to'g'ri) ovqatlanish natijasida har bir inson turli kasalliklarning oldini oladi va sog'lig'ini mustahkamlaydi. Kishi butunlay och qolsa, ya'ni hech narsa iste'mol qilmasa, o'z ichki zaxirasi hisobiga yashaydi. Bu *endogen (ichki) ovqatlanish* deyiladi. Ovqat moddalarining bir kecha-kunduzlik zaxirasi quvvati odamning yoshi, jinsi, mehnat faoliyati (ish turlari) va uning turmush tarziga ko'ra, taxminan 1700-5000 Kkal. va undan ortiq bo'lishi mumkin.

Ovqat moddalarining turlariga qarab, *oqsillar, yog'lar, karbonsuvlar va boshqalar* tafovut etiladi. **Oqsillar** organizm to'qima va hujayralarining asosiy qismi hisoblanib, ular tana massasining 20 foizini, hujayra quruq massasining 50 foizini tashkil qiladi. Ular aminokislotalardan tuzilgan murakkab moddalardir. Tarkibidagi azot elementi bilan boshqa biomolekulalardan farq qiladi. U organizmda kechadigan hayotiy jarayonlarning mo'tadil amalga oshishida muhim o'rin egallaydi. Lo'nda qilib aytganda, oqsillar organizm uchun energiya manbai vazifasini bajaradi. Ular asosan hujayralarning yangidan hosil bo'lishi va hujayra turli qismlarining tuzilishi uchun sarflanadi. Organizmdagi barcha fermentlar, gormonlar va boshqa biologik faol suyuqliklar hamda qondagi gemoglobin va shaklli elementlarning tarkibiy qismlarini ham oqsillar tashkil qiladi. Shuningdek organizmga tushgan yot moddalarga qarshi kurashda ishtirok etuvchi antitelolar ham oqsil moddalar organizmning immunobiologik qobiliyatini ta'minlashda xizmat qiladi. Bundan tashqari, ular yog'lar, uglevodlar, mineral moddalar va ayrim vitaminlarning organizm tomonidan o'zlashtirilishi jarayonlarida faol ishtirok etadi. Masalan, go'sht, sut, baliq, tuxum kabilar oqsillarga boy mahsulotlar bo'lib, organizmning meyoriy o'sishi va

rivojlanishida, kamqonlikning oldini olishda zarur bo'lgan aminokislotalardan tarkib topgan. Ushbu mahsulotlar yaxshi hazm bo'lish xususiyatiga ega.

Shuningdek, o'simlik oqsillari ham organizm hayotida muhim ahamiyatga ega. Ular garchi almashinadigan aminokislotalardan (glitsin, sistein, glutamat kislota, glutamin, serin va hok.) tarkib topgan bo'lsa-da, organizmning umumiy oqsillarga bo'lgan kunlik talabini qondirishda alohida o'rin tutadi. Ma'lumki, o'simlik oqsillari tarkibidagi aminokislotalar odam va hayvon organizmida sintezlanib turadi. Shuning uchun ular almashinadigan aminokislotalar nomini olgan. Almashinmaydigan aminokislotalar esa aksincha organizmda hosil bo'lmaydi va shu bois, ular doimo tashqi muhitdan qabul qilib turilishi kerak. Almashinmaydigan aminokislotalar asosan sakkizta, ya'ni: *lizin, leysin, izoleysin, fenilalanin, metionin, valin, treonin va triptofan*. Hozirgi kunda gistidin va arginin aminokislotalari ham ular qatoriga kiritilgan. Triptofan, metionin va lizin aminokislotalari bolalarning kundalik ovqati tarkibida alohida o'rin egallaydi. Xususan, triptofan yosh bolalarning meyoriy o'sishini ta'minlovchi omillardan biri bo'lib xizmat qiladi. U go'sht-sut, baliq, tuxum, mosh, loviya, no'xat, soya va boshqalar tarkibida anchagina. Yana bir jihati, triptofan gemoglobin hosil bo'lishida, nikotin kislota sintezida qatnashadi, pellagra kasalligining profilaktikasini ta'minlaydi. Metionin ham o'ziga xos xususiyatga ega, u organizmda metillanish, transmetillanish jarayonlarida hamda xolin sintezida qatnashadi. Metionin sut va sut mahsulotlari tarkibida mo'l bo'ladi. Aqliy va jismoniy rivojlanish, tanada yog'lar almashinuvi jarayonlarining bir maromda kechishida u faol qatnashadi. Lizin qondagi gemoglobin miqdorini meyor darajasida ushlab turadi. Uning kunlik iste'mol taomlari tarkibida belgilangan miqdorda bo'lishi fiziologik jihatdan muhim ahamiyat kasb etadi. U non va non mahsulotlari, donli ekinlar tarkibida kam miqdorda uchraydi. Uning asosiy manbai go'sht, baliq, tuxum va sut mahsulotlari hisoblanadi. Fenilalanin qalqonsimon bez, buyrak usti bezi faoliyati bilan bog'liq jarayonlarda muhim bo'lib, tiroksin va adrenalin gormonlarining sintezida qatnashadi. Bundan tashqari, murakkab oqsillardan – fosfoproteid tuxum sarig'ida ko'p bo'ladi. U markaziy nerv tizimining funksional holati va shakllanishida salmoqli o'rin tutadi. Ammo tuxum tarkibida avidin oqsili mavjud bo'lib, u tuxumni xom holatda iste'mol qilganda organizmdagi mavjud vitaminlarni bog'lab, avitaminoz holatiga olib kelishi mumkin. Shu sabab xom tuxum iste'mol qilish aslo tavsiya qilinmaydi.

Yog'lar asosiy oziq-ovqat mahsuloti va organizm uchun muhim quvvat manbaidir. Ma'lumki, bir gramm yog' tanada oksidlanib, 9,0 Kkal.

quvvat hosil qiladi. Bu ko'rsatkich oqsil va uglevodga nisbatan ikki barobardan ham yuqori bo'lib, organizm to'qima va hujayralarining hayot faoliyatida muhim o'rin egallaydi. Shu bilan birga, ular moddalar almashinuvi jarayonida faol qatnashadi. Yog'lar hujayra sitoplazmasi tarkibiga kiradi hamda zaxira ko'rinishida teri osti yog' qatlamida to'planadi. Organizmida o'rtacha 10-20 foiz lipoidlar yoki yog' bo'ladi, ba'zan esa bu ko'rsatkich semirish tufayli 50 foizgacha ham yetadi. Shuningdek, ular organizmning to'qima va hujayralarida uglevodlardan va oqsillardan ham sintezlanib turadi. Yog'larning muhim xususiyatlaridan biri shundaki, ular asab tolasi bo'ylab asab impulslarining o'tishini yaxshilaydi. Ulardan jinsiy gormonlar, buyrak usti bezi po'stlog'i gormonlari hamda D vitamini hosil bo'ladi. Yog'lar organizmlarni mexanik ta'sirotlardan, sovuqdan himoya qilish xususiyatlariga ega. Bundan tashqari, teri elastikligini (qayishqoqligini) ta'minlab turadi. Odam tanasida yog'lar asosan ikki xil ko'rinishda, ya'ni *tarkibiy* va *zaxira* holda bo'ladi. Ammo organizmning yog'larga bo'lgan kunlik fiziologik talabi faqatgina kundalik ovqat tarkibidagi o'simlik va hayvon yog'lari hisobidan qoplanib boradi. Hujayrada moddalar almashinuvi jarayonlarining idora etilishida, mitoxondriyalarda quvvat hosil bo'lishi jarayonlarida yog'lar tarkibidagi araxidonat, linolenat, linolat kabi yarim to'yinmagan yog' kislotalar juda foydali. Membranalar tarkibidagi yog' kislotalarining taxminan 25 foizini araxidonat kislotasi tashkil qiladi. O'simlik mahsulotlari tarkibidagi yarim to'yinmagan yog' kislotalari muhim quvvat manbai bo'lishi bilan bir qatorda, xolesterin birikmalarini bartaraf etish, aterosklerozning oldini olish, qon tomirlari devorining qayishqoqligini oshirish, teri va shilliq pardalardagi modda almashinuvi jarayonlarini yaxshilashda muhim o'rin egallaydi. Fosfolipidlar membranalarning muhim tarkibiy qismi bo'lib, ular xolesterinning organizmdan chiqarib yuborilishini yengillashtiradi. Quvvat hosil bo'lish jarayonida faol qatnashadi. Asab tizimi faoliyatini yaxshilaydi hamda qo'zg'alish jarayonlarining kuchayishiga yordam beradi. Kunlik ovqat tarkibida fosfolipidlarning yetarli miqdorda bo'lmasligi kamqonlikni oshiradi, yog'larning zaxira holda to'planishi kuzatiladi. Xolesterin organizmda yog' kislotalari, jinsiy gormonlar va buyrak usti bezi gormonlari hosil bo'lishida hamda teri ostida ultrabinafsha nurlar ta'sirida D₂ vitaminining sintezlanishida muhim o'rin egallaydi. Shu bilan bir qatorda, hayvon yog'lari ham bolalarning o'sishi va rivojlanishida alohida o'rin tutadi. Ular yog'da eriydigan A, D vitaminlari hamda fosfolipidlarning asosiy manbai hisoblanadi. O'simlik yog'lari tarkibidagi to'yinmagan yog' kislotalari (linolein, linol, aroxidonat va olein kislotalari) oqsil va vitaminlar almashinuvida faol qatnashadi. Immunitetni saqlashda alohida o'rin egallaydi. Shu bois, iste'mol taomlari

orqali kunlik qabul qilinadigan umumiy yog‘ miqdorining 70 foizini hayvon, 30 foizini esa o‘simlik yog‘lari tashkil etishi maqsadga muvofiq. Yog‘lar tarkibida A, D, YE va K vitaminlarining bo‘lishi ularning biologik qiymatini yanada oshiradi. Bu borada baliq yog‘i juda muhim hisoblanadi. Organizmning yog‘larga bo‘lgan kunlik talabining qondirilishi ularning oqsil, uglevod va vitaminlarga bo‘lgan ehtiyojining ta‘minlanishi bilan chambarchas bog‘liq. Yog‘lar organizmga yetarli miqdorda kiritilmaganda bir qator salbiy oqibatlar yuzaga keladi. Jumladan, markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishi, immunobiologik qobiliyatning pasayishi, teri, buyrak va ko‘rish a‘zolarining patologik o‘zgarishi kuzatiladi. Shuningdek, tana massasining kamayishi, jinsiy bezlar funksiyasi va suv almashinuvining buzilishi, steroid gormonlar ishlab chiqarilishining susayishi hamda organizmning tashqi muhit omillariga chidamliligining kamayishiga ham sabab bo‘lishi mumkin. Organizmning kasalliklarga chidamliligi pasayadi, modda almashinuvi jarayonlari buziladi. To‘yinmagan yog‘ kislotalarining (kungaboqar, soya, zaytun, makkajo‘xori kabi o‘simlik yog‘lari tarkibida mo‘l bo‘ladi) meyordan oshishi esa buyrak va jigar kasalliklariga sabab bo‘lishi mumkin.

Uglevodlar kunlik iste‘mol qilinadigan oziq-ovqat mahsulotlarining asosiy qismini tashkil qiladi. Ular tanada bajariladigan ayrim faoliyatlarining energetik manbai hisoblanadi va shirinliklar, sut, meva-sabzavotlar hamda boshqa oziq-ovqat mahsulotlari tarkibida mo‘l bo‘ladi. Uglevodlar organizmda plastik vazifani bajaradi. Ya‘ni organizmning tarkibiy tuzilmalari qatoriga (nuklein kislotalar, hujayra membranasi va boshqalar) kiradi, organizmda himoya va zaxira ozuqa modda sifatida ham muhim o‘rin egallaydi. Kunlik ovqat umumiy kaloriyasining 55 foizi uglevodlar hissasi-ga to‘g‘ri keladi. Ularning asosiy qismini o‘simlik mahsulotlari (un, yorma, kartoshka, meva va sabzavotlar) tashkil qiladi. Uglevodlar tuzilishiga ko‘ra, *oson* (shakar, kraxmal) va *qiyin* (sellyuloza, pektin, lignin va boshqalar) o‘zlashtiriladigan guruhlariga bo‘linadi.

Kraxmalning asosiy manbai non, yormalar va kartoshka kabi mahsulotlar hisoblanadi. Shuni alohida ta‘kidlash lozimki, oziq tolalari, xususan, kletchatka ichaklar peristaltikasini ta‘minlaydi. Yo‘g‘on ichakdagi mikroflora faoliyatini yaxshilaydi. Pektin moddalar esa ichakdagi chirituvchi bakteriyalarning ko‘payishiga imkon beradi, organizmdan zaharli moddalarning chiqib ketishini ta‘minlaydi. Shuning uchun, kletchatka kunlik iste‘mol taomlar tarkibidagi umumiy uglevodlar miqdorining 2 foizni, pektin moddalar esa 3 foizini tashkil etishi maqsadga muvofiq. Kletchatka va pektinning asosiy manbai meva va sabzavotlardir.

Vitaminlarning foydali xususiyatlari

Inson organizmida hayotiy jarayonlarning meyoriy kechishini ta'minlashda *vitaminlar* alohida o'rin egallaydi. Moddalar almashinuvi, hujayra va to'qimalarning rivojlanishi hamda organizmning tashqi omillarga chidamliligini oshirishda faol qatnashadi. Vitaminlar odam organizmida deyarli hosil bo'lmaydi. Shu bois ular kunlik iste'mol taomlari tarkibidagi meva-sabzavotlar, yormalar, non, go'sht, sut, tuxum, baliq singari mahsulotlar orqali tegishli miqdorda qabul qilib turilishi lozim.

Vitaminlar ikki guruhga bo'linadi: suvda eriydigan va yog'da eriydigan.

Suvda eriydigan vitaminlar guruhiga V_1 (tiamin), V_2 (riboflavin), V_3 (pantotenat kislota), V_6 (piridoksin), V_{12} (siankobolamin), N (biotin), RR (niatsin) vitaminlari, folat kislota hamda S (askorbat kislota) vitamini va boshqalar kiradi. Bu guruh vitaminlari donlar po'stida, go'sht mahsulotlari, tuxum sarig'i va hokazolarda mo'l bo'ladi. *Tiamin* moddalar almashinuvi jarayonlarida qatnashadigan bir qator fermentlar tarkibiga kiradi. Uning asosiy manbai bug'doy va javdar uni, yong'oq, dukkaklilar, yormalar, go'sht va boshqalar hisoblanadi. Organizmda tiamin yetishmasligi beri-beri kasalligini keltirib chiqaradi. *Riboflavin* ham organizmda kechadigan reaksiyalarda qatnashib, elektronlar transportini ta'minlaydi. Tanadagi shilliq qavatlar funksiyasini yaxshilaydi. U go'sht-sut, yorma, achitqilar, non, kartoshka va no'xat kabi mahsulotlarda mo'l uchraydi. Riboflavin yetishmasligi kishilarda xeyloz, stomatit, glossit kabi xastaliklarni yuzaga keltiradi. *Pantotenat kislota* organizmda oqsil, yog' va uglevodlarni katalizlovchi fermentlar tarkibiga kiradi. U atsetilxolin sinteziga qatnashadi, nerv tizimi, ichki sekretiya bezlari hamda ichaklar faoliyatining boshqarilishida qatnashadi. U barcha oziq-ovqat mahsulotlarida uchraydi. Xususan, hayvon jigari, go'sht, baliq, tuxum, don va dukkaklilar uning asosiy manbai hisoblanadi. V_6 vitamini to'qima va hujayralarda aminokislotalar almashinuviga qatnashuvchi fermentlar tarkibiga kiradi. Nerv tizimi, jigar, qon hosil qiluvchi a'zolar va teri funksiyasini yaxshilash uchun xizmat qiladi. Uning asosiy manbai go'sht, baliq, kalla-pocha, tuxum sarig'i, no'xat, yorma, kartoshka va boshqa mahsulotlar hisoblanadi. Shu bilan birga, u yo'g'on ichak mikroflorasi tomonidan ham ma'lum miqdorda sintezlanadi. V_{12} vitamini suyak ko'migida qon hosil bo'lish jarayonlarida faol qatnashadi. Asab tizimining ishini yaxshilaydi. Metillanish jarayonlarida qatnashadi. U asosan go'sht mahsulotlari va tuxum tarkibida uchraydi. Ushbu vitaminning yetishmasligi kamqonli va asab tizimi buzilishiga olib

keladi. *Folat kislota* (folatsin) qon hosil bo'lishi, metillanish, nuklein kislotalarning sintezlanishi kabi jarayonlarda faol qatnashadi. Jigarning funksional holatini yaxshilash va organizmning turli kimyoviy moddalarga chidamliligini oshirishga xizmat qiladi. Sabzavotlar, go'sht, pishloq kabi mahsulotlar uning asosiy manbai hisoblanadi. Bu vitamin achitqilar, loviya, shavel va boshqalar tarkibida tabiiy holda uchraydi. Folat kislotaga bo'lgan kunlik talab qondirilmasa, qon hosil bo'lish jarayoni, hazm qilish tizimi va jigar funksiyasi buziladi. *S vitamini* organizmdagi moddalar almashinuvi jarayonlarida faol qatnashadi. Tishlar milking qonashi ushbu vitaminning yetishmasligi natijasidir. Singa (lavsha) kasalligi yuzaga keladi. Bu vitamin boshqa vitaminlarga qaraganda ancha beqaror hisoblanadi. Havodagi kislorod ta'sirida tezda parchalanib ketadi. Masalan, ayrim meva-sabzavotlar, maslan olmani pichoq bilan teng ikkiga bo'lsak, biroz vaqt o'tgandan keyin o'sha kesilgan joyning rangi o'zgaradi. Bu jarayon meva-sabzavotlar tarkibidagi kimyoviy moddalarning havodagi kislorod bilan o'zaro ta'siri natijasida yuzaga keladi. Shu bilan birga, u haroratning ko'tarilishi hamda muhitning ozroq o'zgarishi natijasida ham oksidlanish xususiyatiga ega. Masalan, sabzavot qaynatmasi, sho'rva yoki boshqa sabzavotlardan tayyorlanadigan taomlarni past haroratda qaynatish bilan yuqori haroratda qaynatish o'rtasida ancha farq bor. Past haroratda sabzavotlar tarkibidagi kimyoviy moddalarning sifati ma'lum darajada saqlanib qoladi. S vitaminining asosiy manbai ko'katlar, sabzavotlar, meva-chevalar va boshqa mahsulotlar hisoblanadi. S avitaminozi amalda kam uchraydi, biroq qish-bahor oylarida kunlik ovqat tarkibidagi o'simlik mahsulotlarining nisbatan kamayishi bois, S gipovitaminozi kuzatilishi mumkin.

Yog'da eriydiganlardan A vitaminining kimyoviy nomi retinol deb ataladi. Bu vitamin organizmning o'sishi, rivojlanishi hamda skeletning shakllanishida alohida o'rin tutadi, shilliq qavat tarkibiga kiradigan glyukoproteinlar sintezida qatnashadi. Shu bois u ko'zning shilliq qavati, nafas a'zolari, hazm qilish tizimi va siydik yo'llari shilliq qavatlarining meyoriy ishlashini ta'minlashda ishtirok etadi. Organizmda A vitamini yetishmasligi generalopiya, kseroftalmiya kabi kasalliklarning avj olishiga sabab bo'ladi. *D vitamini* ham bolalar organizmi uchun juda muhim bo'lib, u tanada kalsiy va fosfor almashinuvini boshqaradi. Suyak to'qimalarining hosil bo'lishi va skeletning shakllanishida ishtirok etadi. U teri ostidagi yog' qavatida quyoshning ultrabinafsha nurlari ta'sirida ham ma'lum miqdorda sintezlanib turadi. Bunda D provitamini D₃ vitaminiga aylanadi. Bundan tashqari, D vitaminiga bo'lgan kunlik talab qondirilmasa, bolalarda

raxit, osteoporoz kasalliklari rivojlanadi, suyaklanish jarayonlarining buzilishi kuzatiladi. Ushbu vitamin go'sht-sut mahsulotlari, tuxum va boshqalarda ko'p uchraydi. *YE vitamini* organizmda oqsil, yog' va uglevodlarning o'zlashtirilishini ta'minlash bilan bir qatorda, to'qimalarning nafas olish jarayonlarida faol ishtirok etadi. Moddalar almashinuvi jarayonini yaxshilaydi. Skelet va yurak muskullari, shuningdek, jigar va asab tizimida bir qator jarayonlarning meyoriy kechishida muhim o'rin egallaydi. Og'ir jismoniy mehnat ushbu vitamanga bo'lgan kunlik talabni oshiradi. *K vitamini* tanadagi protrombin sintezida qatnashadi, ya'ni qon ivish jarayonining meyoriy kechishini ta'minlaydi. Ushbu vitamin yetishmasligi sezilganda milklarning qonashi, tananing biror qismi shikastlanganda qon ivish jarayonining buzilishi kuzatilishi mumkin. Karam, kartoshka, pomidor, ismaloq, oshqovoq, go'sht mahsulotlari tarkibida ko'p uchraydigan vitamin ma'lum miqdorda yo'g'on ichak mikroflorasi ta'sirida ham sintezlanib turadi.

Mavzu yuzasidan savol va topshiriqlar

- 1) Ovqatlanish gigiyenasi nima?*
- 2) Oqsillarlarning inson organizmi uchun foydali xususiyatlari haqida gapirib bering.*
- 3) Vitaminlarning qanday turlari bor?*
- 4) Vitamin yetishmasligi oqibatida qanday xastaliklar kelib chiqadi?*

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

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.

MUNDARIJA

KIRISH.....	3
-------------	---

1-mavzu. VALEOLOGIYA FANINING PREDMETI, MAQSADI VA VAZIFALARI

Valeologiya haqida asosiy tushunchalar	4
Sogʻlom turmush tarzi va uni shakllantiruvchi omillar	5

2-mavzu. SALOMATLIKNI ASRASHDA JAMOAT GIGIYENASI HAMDA SHAXSIY GIGIYENANING OʻRNI. ASEPTIKA VA ANTISEPTIKA

Jamoat gigiyenasi va shaxsiy gigiyena	9
Aseptika va antiseptika haqida tushuncha. Antiseptika turlari	11
Teri va teri osti yogʻ toʻqimalarining yalligʻlanishi. Yiringli kasalliklar	14
Oʻtkir jarrohlik infeksiyalari.....	15

3-mavzu. KENG TARQALGAN YUQUMLI KASALLIKLAR VA ULARNING PROFILAKTIKASI

Infeksiyaning asosiy yuqish yoʻllari. Yuqumli kasalliklarning oldini olish choralari	20
Virusli hepatit: epidemiologiyasi, klinikasi, aniqlash va davolash usullari	21
Difteriya va uni davolash	26
Dizenteriya (ichburugʻ)ning infeksiya manbai, yuqish yoʻllari va belgilari.....	29
Meningit, uning klinikasi va asoratlari	34

4-mavzu. REPRODUKTIV SALOMATLIKNI MUSTAHKAMLASH. FIZIOLOGIK TUGʻISH JARAYONIDA TIBBIY YORDAM KOʻRSATISH

Reproduktiv salomatlik – sogʻlom avlod garovi	39
Homilaning paydo boʻlishi, homiladorlik alomatleri va uni aniqlash	40
Tugʻruq jarayoni haqida umumiy maʼlumotlar	42

**5-mavzu. INSON SALOMATLIGI UCHUN ZARARLI
ODATLAR. TANOSIL KASALLIKLARI
VA ULARNING OLDINI OLISH**

Kashandalik, alkogolizm va giyohvandlik.....	46
Teri-tanosil kasalliklarining qo‘zg‘atuvchilari va yuqish yo‘llari	52

**6-mavzu. HAYOT FAOLIYATI XAVFSIZLIGI
ASOSLARI: FAVQULODDA HOLATLARDA BIRINCHI TIBBIY YORDAM
KO‘RSATISH**

Favqulodda vaziyatlarda jarohatlanish xususiyatlari.....	66
Suv bosganda ko‘rsatiladigan birinchi yordam.....	69
«Ezilish» sindromida ko‘rsatiladigan yordam va ommaviy jarohatlanishlarda bemorlarni transportirovka qilish.....	70

**7-mavzu. HAYOT FAOLIYATI XAVFSIZLIGI
ASOSLARI: YO‘L-TRANSPORT HODISALARI JABRLANUVCHILARIGA
BIRINCHI TIBBIY YORDAM KO‘RSATISH**

Transport vositalarining to‘qnashuvi paytida birinchi yordam ko‘rsatish.....	73
Jarohatlanganlarni transportirovkaga tayyorlash.....	74

**8-mavzu. OVQATLANISH GIGIYENASI VA UNING INSON
SALOMATLIGIDA TUTGAN O‘RNI**

Ovqatlanish gigiyenasining ahamiyati.....	76
Vitaminlarning foydali xususiyatlari	80

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	83
---------------------------------------	-----------

TO‘RAYEV Ilhomjon Esanovich
QURBONOV Komil Soatovich

BIRINCHI TIBBIY YORDAM ASOSLARI
VA VALEOLOGIYA

Ma’ruzalar kursi

Muharrir J.E. Xolov
Texnik muharrir D.R. Djalilov

Bosishga ruxsat etildi 19.06.2017. Nashriyot hisob tabag‘i 6,0
Adadi 30. Buyurtma № . Bahosi shartnoma asosida

O‘zbekiston Respublikasi IIV Akademiyasi
100197, Toshkent sh., Intizor ko‘chasi, 68.