

56.12
R27

G. RAXIMBAYEVA

ASAB KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI

FBR NY RP

56.12
R27

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O'RTA MAHSUS TA'LIM VAZIRLIGI

G. S. RAXIMBAYEVA

ASAB KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK ISHI

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
tomonidan 5510700–Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi talabalari
uchun darslik sifatida tavsiya etilgan*

273786

TOSHKENT
«VORIS-NASHRIYOT»
2014

QIROATXONA

“FARHOD” MS
KUTUBXONASI

UO'K 614.253.52

KBK 56.12

R 37

Taqrizchilar:

- G. K. Sodiqova** – Toshkent tibbiyot pediatriya instituti asab kasalliklari kafed-rasi professori, tibbiyot fanlari doktori
- X. M. Xalimova** – Toshkent tibbiyot akademiyasi asab kasalliklari kafed-rasi professori, tibbiyot fanlari doktori

Raximbayeva, G.

Asab kasalliklarida hamshiralik ishi. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun darslik. O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan 5510700–Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi talabalari uchun tavsiya etilgan. Darslik.– T.: «Voris-nashriyot», 2014. – 248 b.

Ushbu darslikda umumiy nevrologiyaning asoslari shuningdek asab tizimining klinik-anatomik tuzilishi, tekshiruv usullari va turli patologik jarayonlardagi semiotikasi hamda topik diagnostikasi to'liq bayon etilgan. Darslikni yaratishda ilmiy, metodik va ilmiy-tibbiy adabiyotlarning zamonaviy ma'lumotlari, oliy tibbiy ta'lim tizimidagi amaldagi namunaviy va ishchi dasturlardan foydalanilgan.

UO'K 614.253.52

KBK 56.12

ISBN 978-9943-4214-9-3

© «Voris-nashriyot», 2014

KIRISH

Mustaqillik yillarida O'zbekiston Sog'liqni saqlash va tibbiy ta'lim tizimida katta o'zgarishlar yuz berdi. Tibbiyotni, ta'limni isloh qilish sog'liqni saqlashni tashkillashtirish, diagnostika va davolash usullariga, kadrlar tayyorlash va o'qitishda zamon bilan hamnafas yondoshish talablarini qo'yadi. Natijada, o'z-o'zidan tibbiyot xizmati xodimlariga, vrachlarga va o'rta tibbiyot xodimlariga talablar kuchaydi. O'rta tibbiyot xodimlarining ro'li ortdi. O'rta tibbiyot xodimlari o'z professional vazifalarini bajarish jarayonida tibbiy muolajalarini bemorlarga nisbatan qo'llashiga to'g'ri keladi. Bu muolajalarni ayniqsa asab kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga nisbatan mahorat bilan bajarishni o'qib o'rganish uchun mavjud tibbiy adbiyotlarda bu mavzuga yetarlicha o'rin ajratilmagan. Shu sababli oily ma'lumotli hamshiralar uchun asab kasalliklari bo'yicha alohida yaratilgan adbiyotlarga katta ehtiyoj sezilyapti. Ushbu kitob ma'lum ma'noda shu ehtiyojni qondirish maqsadida yaratilgan. Asab kasalliklarida hamshiralik parvarishiga bag'ishlangan bu darslik «Asab kasalliklarida hamshiralik ishi» fanini o'rganish jarayonidagi mustaqil faoliyatini tashkil etishni ta'minlaydi.

Darslik to'rtta bo'limdan iborat: birinchi bo'lim – asab sistemasi anatomiyasi va fiziologiyasi, ikkinchi bo'lim – nevrologik bemorlarni tekshirishni va davolashni asosiy prinsiplari, uchinchi bo'lim – nevrologik kasalliklarni asosiy klinik ko'rinishlari, to'rtinchi bo'lim – nevrologik bemorlarni parvarish qilishning asosiy prinsiplari va nevrologik bo'limda hamshiraning vazifalari.

O'quv fanining mavzulari bir-biriga bog'liq bo'lganligi uchun mavzularni o'rganishda mantiqiy ketma-ketlik mavjud. Shuning uchun yangi mavzuga dastlabki mavzu materiallarini o'zlashtirish asosida o'tiladi.

Ushbu darslik asab tizimining klinik anatomiyasi, zararlanish sindromlari va ularning tekshirish usullari, asab kasalliklarini etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi va davolash prinsiplari, fan tarixi va rivojining tendensiyasi, istiqboli masalalarini qamraydi hamda bo'lg'usi oliy ma'lumotli hamshiralarda klinik fikrlash, kasallik va uning belgilarini asoslash uchun zamin yaratib beradi.

Darslikning har bir bo'limi yakunida talabalar o'z bilimlarini tekshirishlari uchun nazorat savollari, talaba qila olishi kerak bo'lgan amaliy ko'nikmalar ro'yxati, mavzuga doyr asosiy kalit so'zlar keltirilgan. Bular yordamida talabalar olgan bilimlarini yanada mustaxkamlashi mumkin.

Darslikning to'rtinchi bo'limida nevrologik bo'limda ishlayotgan oiliy ma'lumotli hamshiraning vazifalari, hamshiralik jarayoni, bemorlarni parvarish qilishning asosiy prinsiplari va ular bajarishi zarur bo'lgan ishlar algoritmi keltirilgan.

Mustaqil davlatimizda tibbiyot oily bilimgohtarining soni ko'payib bormoqda, shu sababli bu xildagi darsliklarga bo'lgan ehtiyoj ortib borishi tabiiydir. Nevrologiya sohasida yaratilgan bu darslikning yangi nashriga o'z munosabatlarini bildirib, taklif-mulohazalarini yuboradigan kitobxonlarga muallif o'z minnatdorchiligini bildiradi.

NEVROLOGIYANING QISQACHA TARIXI, ZAMONAVIY NEVROLOGIYA YUTUQLARI VA ISTIQBOLLARI

Asab kasalligi – tibbiyotning bir qismi bo'lib, asab sistemasi kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini va klinik ko'rinishlarini o'rganadi. Bundan tashqari kasalliklarni diagnostik metodlari, davosi va profilaktikasini ishlab chiqadi.

Nevropatologiya – asab sistema kasalliklari haqidagi fan bo'lib, u asab sistemasining harakat, sezuvchanlik, sezgi organlar funksiyasi buzilishi, nutq buzilishi bilan ifodalanuvchi jarohatlarni o'rganadi va asab kasalliklarining diagnostik metodlari, davosi va profilaktikasini ishlab chiqadi.

Nevropatologiya ilmi asosan tibbiy xizmatchilarga zarur va ayrim hollarda oliy ma'lumotli tibbiyot hamshiralari uchun davolash profilaktika ishlarini bajarishda nafaqat samarali, balki bemorlarda turli kasalliklarda paydo bo'ladigan asabiy – ruhiy buzilishlarni aniqlash zarur. Menimcha bunda tibbiyot hamshiralari bemorlarni parvarish qilishni tashkil etishlari, hamshiralik jarayoni etaplarini hujjatlashtirishi va zarur hollarda vrachgacha yordam ko'rsatishlari lozim.

Tibbiyot hamshirasi ta'limi darajasiga qo'yilgan zamonaviy talab tibbiyot hamshiralari fikrlash madaniyatini oshishini, ilmiy bilim tasavvuri doirasining kengayishini, psixologiya asoslarini bilishini, kommunikatsion amaliyotini mahorat bilan egallashni talab etadi.

Asab sistemasi kasalliklari haqidagi ilk ma'lumotlar eng qadimgi yozma manbalarda uchraydi. Bundan 3 ming yil avval Misr papiruslarida falajlik, sezgi buzilishi haqida yozilgan.

Gippokrat, Abu Bakir ar-Roziy, Ibn Sino ilmiy asarlarida turli-tuman nevrologik kasalliklarning klinik ko'rinishlari, ularning diagnostik metodlari va davosi tasvirlangan.

Gippokrat (Buqrot)(miloddan avvalgi 460–377 yillar) uning asarlarida ilk bor epilepsiya, gemikraniya (migren) kabi kasalliklar to'g'risida ma'lumot berilgan. Gippokratning tibbiyot oldidagi yana bir buyuk xizmati uning vrach qasamyodini yaratganligidir

Klavdiy Galen (1129 atrofida – 1201) – atoqli va haqiqatgo'y vrach – 400 ilmiy maqolalar yozgan. Olim tajribalarini maymunlarda o'tkazgan va birinchi bo'lib markaziy asab sistemasi haqidagi muhim ma'lumotlarni tasvirlagan, ayrim hollarda 4 yo'nalishda ko'ruv va eshituvni bevosita munosabatini o'rgangan. U shuningdek adashgan va boshqa bosh miya nervlarini tasvirlagan.

Galen ruhiy kechinmalar, sezgi va harakat yurakdan emas balki markaziy nerv sistemasi orqali boshqarilishini tajribada isbotlagan.

Abu Ali ibn Sino (980–1037) Ilmiy tadqiqot ishlarini 16 yoshida boshlagan bu ulug' zot o'z umri davomida 450 dan ortiq asar yaratgan. Olim o'z hayotini nafaqat tibbiyotga shu qatorda falsafa, mantiq, kimyo, fizika, astronomiya, matematika soxalari rivojiga hissa qo'shgan qomusiy olimdir. Olim tibbiyotning barcha sohalariga teqishli «Tib qonunlari» asarida asab kasalliklari va ularni davosi to'g'risida asosiy tushunchalarni keng yoritib bergan va keyingi sakkiz asr davomida tibbiyot olamida keng qo'llangan. Shu jumladan epilepsiya, periferik nervlar falajligi, insult, bosh miya jarohatlari va boshqa kasalliklar to'g'risida fundamental tushinchalarni ta'rif qilgan

Ammo, nevrologiya rivojlanishi asab sistemasining tekshiruv metodlari mukammalligi va ko'rinishi bilan bog'liq. O'rta asrlarda *D.M. Morgan'i* va *G. Villiziy* miyaning tegishli strukturalaridagi buzilishlarni aniqlashga erishdi. Nerv sistemasining morfologiyasini rivojlanishiga *Andrey Vizaliy*, *Yakob Sil'viy*, *Konstansio Varoliy* muhim hissasini qo'shgan. XVIII asr nevrologiya rivojlanish davri hisoblanadi. Asab sistemasi kasalliklari sindromlari va simptomlari haqidagi yangi ma'lumotlar paydo bo'ldi. XIX asr boshlarida hujayra tuzilishi nazariyasining paydo bo'lishi buyuk ixtiro bo'ldi. Bu vaqtlarda qator olimlar (Bes, Broun – Sekar, Darshkevich) bosh va orqa miyaning turli tuzilmalarini aniqladi va tekshirdi.

1865-yil Parij kasalxonasi Salpetriera Jan Sharko ishlay boshladi. Oxirgi 10 yil ichida u qator kasalliklarni tarqoq skleroz, yonbosh amiotrofik skleroz, siringomieliya, isteriya va boshqalarni

o'rgandi. Uning qo'l ostida Parij universitetida birinchi nevrologiya kafedresi ochildi. Sharko klinik nevrologiya asoschisi hisoblanadi. XX asrda nevrologiya va psixiatriya Pavlovning reflektor nazariyasi, Kanadalik olim G. Selening stresslar haqidagi qo'llanmalari asosida boyidi. Nevrologiya rivojlanishining asosiy yo'li Rossiyada o'tdi.

1869-yil Moskva universitetida atoqli vrach, olim, pedagog A. Ya. Kojevnikov boshqargan 1-asab kasalliklari klinikasi, asab va ruhiy kasalliklar kafedresi ochildi.

XIX asrda nerv sistema funksiyasi va strukturasi o'rganish metodlari jadal rivojlandi, asab sistemasi fiziologiyasi o'rganildi. Asab sistemasining fiziologiya yo'nalishining rivojlanishi *I. M. Sechenov, I. P. Pavlov, N. Ye. Vvedenskiy, A. A. Uxtomskiy* nomlari bilan bog'liq.

I. M. Sechenov (1829–1905) reflektor psixik faoliyat nazariyasi asoschisi hisoblanadi. U refleks – turli tashqi ta'surotlarga miyaning universal javob reaksiyasi ekanligini ko'rsatadi. Ammo buyuk iste'dod egasi *I. M. Sechenov* shunday degan: inson psixik faoliyatining turli ko'rinishi – bu refleksdir, bu bosh miya reflektor faoliyatining to'liq formasi ochilgunga qadar ilmiy nazariya edi. Bu masalani *I. P. Pavlov* (1849–1936) va uning maktabdoshlari yechdi, oliy nerv faoliyati haqidagi bilimlari ustida ishladi. Nevrologiya sohasida erishilgan yutuqlar dastlab asab sistema kasalliklari haqidagi bilimlar tibbiyotda mustaqil soha sifatida ajralib chiqdi va bu soha nevropatologiya deb nom oldi. Nevropatologiyaning yangi yutuqlari patologo-anatomiya sohasidan elektrofiziologiya shuningdek kasalliklarning klinik simptomlari ma'lumotlari asosida boyitiladi.

Buyuk namoyanda Moskva maktabi nevropatologi va psixiatri *S. S. Korsakov* (1854–1900) hisoblanadi. U psixiatriya yo'nalishidagi nozologiyalar asoschisi *S. S. Korsakov* 12 yil psixiatrik klinikada ishlab rus psixiatriyasini dunyo miqyosiga ko'tardi.

V. K. Rot (1848–1916) talantli klinisist-nevropatolog, mushak kasalliklarini samarali o'rganish bilan shug'ullandi. Uning «Mushaklar qurishi haqida» monografiyasi bu izlanishlarning

umumlashmasi hisoblanadi. V. K. Rot o'sha vaqtlarda mushak atrofiyasi formalarini aniq sistemalashtirdi.

G. I. Rossolimo (1860–1928) talantli klinisist bo'lishi bilan birga o'tkir vrach- pedagog. Bolalar nevropatologiyasi, psixonevrologiya, tibbiyot psixologiyasi kabi qator ishlar unga tegishlidir. G. I. Rossolimo sovet defektologiyasiga asos soldi. U moskvalik nevropatologlar va psixiatr jamoasining o'zgarmas a'zosidan biri «S.S. Korsakov nomli Nevropatologiya va psixiatriya jurnali» redaktori.

V.M. Bexterov XIX asr buyuk olimlaridan biri, miya po'stlog'idagi alohida sohalarni qo'zg'atish va tormozlash metodlarini qo'llash bilan katta tajriba ishlarini olib bordi. U bosh miya po'stlog'ida joylashgan funksiyalaridagi murakkab muommolarni yechishqa katta hissa qo'shdi. V. M. Bexterov asabiy-ruhiy kasalliklarni gipnoz va ta'sir etish bilan davolashni o'sha paytlarda Rossiyada keng qo'llaganlardan biri hisoblanadi. U alkogolizmni davolash maqsadida kollektiv gipnoz metodini qo'llashni ishlab chiqdi.

O'zbekiston nevrologiyasi taraqqiyotida 1920 yilda O'zbekistonning Toshkent shahrida Turkiston universtiteti tashkil qilindi. Shu yili jumhuriyat nevropatologlarning ilmiy jamiyati tashkil etildi. Bu jamiyatga M.A. Zaxarchenkodan boshlab, Ya. Ya. Shargorodskiy (1939–1959), F. F. Detengof (1959 – 1963), Ya. Ya. Gordon (1963–1966) raislik qilgan. Jamiyat a'zolari bir necha marta xalqaro simpoziumlar, respublika, viloyat anjumanlarining sovrindorlari bo'lishgan.

Asab kasalliklari kafedrasiga professor M. L. Zaxarchenko asos soldi va 1939 yilgacha unga mudirlik qildi. 1940 yildan 1959 yilgacha kafedrada professor A. Ya. Shargorodskiy, 1963 yildan beri esa bu kafedraga O'zbekiston fanlar akademiyasining akademigi, professor N. M. Majidov rahbarlik qilib keldi.

Toshkent Davlat tibbiyot oliy bilimgohi asab kasalliklari kafedrasidan yuzlab mashhur olimlar va pedagoglar yetishib chiqdi. Bu olimlarning ilmiy tadqiqodlari keyingi yillar davomida mukamallashtirildi. Chunki bu kafedra va klinika yuqori malakali nevropatologlar tayyorlashda Markaziy Osiyoda yagona maktab

edi. Prof M. L. Zaxarchenkoning hissasi bu yo'nalishda nihoyat katta. Uning o'quvchilari ordinatoridan assistent, dotsent va professor darajasigacha bo'lgan yo'lni bosib o'tdilar. Professor M. A. Zaxarchenko angionevrologiya bo'yicha ilmiy izlanishlar olib borib, o'zining Zaxarchenko sindromi deb atalgan bosh miya qon tomir kasalligining bir turini yaratdi.

L. Ya. Shargorodskiy esa o'zining ilmiy izlanishlarini asab sistemasining ayrim yuqumli kasalliklariga bag'ishladi. U miopatiya, polinevrit, optikomielitlar klinikasi, diagnostikasini chuqur o'rgandi, bir necha ilmiy yo'llanmalar, bulardan «Progressiruyuuqie mishechnie distrofii» monografiyasi olimlar ichida katta shuhrat qozondi. U 17 ta tibbiyot fanlari nomzodi tayyorladi. Bu nomzodlar ichida o'zbeklardan birinchi nevropatolog X.K. Saloxiddinov, N.M. Majidov, F. T. Abduxakimov va boshqalar bor edi.

Professor Ya. Ya. Gordon Toshkent shifokorlar malakasini oshirish ilmgohida, professor S. S. Gabrilyan Samarqand tibbiyot oliy bilimghohida, professor M. Farizov Olma Ota tibbiyot oliy bilimghohi asab kasalliklari kafedrasida, A. A. Bogorodinskiy Leningrad tibbiyot institutida rahbarlik qildilar.

1963 yildan boshlab asab kasalliklari kafedrasiga professor N. M. Majidov rahbarlik qildi. U o'zining qariyb 30 yillik ilmiy pedagogik faoliyati davomida nevrologiya sohasida juda ko'p fan nomzodlari va doktorlarini tayyorladi. Bu shogirdlar hozirgi vaqtda ko'pgina ilmgohlarda, tibbiyot oliy bilimghohlarida rahbarlik lavozimlarida ishlab kelmoqdalar: N.M. Maxmudova, M.X. Qoriyev, M.M. Asadullaev, B.X. Orifjonov, O.I. Xo'jaev va boshqalar shular jumlasidandir.

N. M. Majidov o'zining ko'p yillik ilmiy izlanishlari va tadqiqotlarini leptomeningit va xorioependimatitlar muammosiga bag'ishladi. Olimning ko'p yillik izlanishlari uning 24 ta monografiyasida, yuzlab ilmiy amaliy metodik qo'llanmalar va ilmiy maqolalarida o'z aksini topgan. «Ensa chuqurchasining leptomeningiti» (1973), «Bosh miyaga qon quyilishi» (1973), «Periferik nerv jarohatlanishi» (1974), «Periferik asab sistemasi

kasalliklari klinikasi va davolash usullari» (1984), «Umurtqa pog'onasi osteoxondrozidagi nevrologik sindromlar», «Insultgacha bo'lgan bosh miya qon tomir kasalliklari» (1985), «Uch shoxli nerv nevropatiyasi» (1992), uch tomidan iborat «Profilaktik nevrologiya» (1993) va yana bir qancha ilmiy asarlar shular jumlasidandir. 1973-yili o'zbek tilida nevropatologiyadan amaliy mashg'ulotlar qo'llanmasi va umumiy nevropatologiya deb atalgan darslikchiydi.

Toshkent davlat tibbiyot Oliygo'hi ikkiga bo'lingandan so'ng 1990 yil 1-Tibbiyot Oliygo'hida prof. *N. M. Majidov*, 2-Tibbiyot Oliygo'hida prof. *M. M. Asadullayev* asab kasalliklari kafedrasida mudir bo'lib ishladi. Bu yillar mobaynida kafedralar hamkorlikda juda ko'p ilmiy ishlar ustida faollik ko'rsatdi. 2005-yil 2-sentabrda Toshkent Tibbiyot Akademiyasi tashkil topgani sababli, I va II Tibbiyot Oliygo'hilari birlashib, asab kasalliklari kafedrasini ham bir butun kafedraga aylandi. Kafedra mudiri bo'lib professori Asadullaev M. M. to 2008-yilgacha rahbar bo'lib ishladi.

Prof. M. M. Asadullayev tomonidan 35 ilmiy kadr tayyorlangan bo'lib, ularning 6 nafari tibbiyot fanlari doktori, 29 nafari tibbiyot fanlari nomzodidir. Prof. M. M. Asadullaev tomonidan 7 monografiya, 28 ratsionalizatorlik taklifi va 395 ilmiy maqola chop qilingan.

Professor S. N. Aslanova 1972 yildan hozirgi kungacha kafedrada faoliyat ko'rsatmoqda. Professor S. N. Aslanova 2 ta tibbiyot fanlari nomzodlari va bir qator magistrlik dissertatsiyalariga rahbarlik qilgan. Professor M. M. Asadullayev bilan hammualliflikda «Asab kasalliklari propidevtikasi» darsligini yorgan S. N. Aslanova boshchiligida o'quv jarayoniga yangi texnologiyalar, elektron darsliklar, video ma'ruzalar va o'quv video filmlar yaratildi.

1999 yildan 2005-yilgacha ushbu kafedra mudiri bo'lib prof. *Xalimova X. M.* faoliyat yuritgan. U 2005-yildan buyon TTA asab kasalliklari kafedrasining professori lavozimida ishlab kelmoqda.

Shu kunga qadar, prof. *Xalimova X. M.* 300 tadan ortiq ilmiy maqola va 32 ta metodik qo'llanma muallifi. 8 ta tibbiyot fanlari nomzodi va 1 ta tibbiyot fanlari doktori tayyorlagan.

Professor G.S. Raximbayeva 1988-yildan kafedrada faoliyat yuritmoqda. 2008-yil oktabrdan hozirgi kungacha professor Raximbayeva G.S. kafedra mudiri lavozimida ishlab kelmoqda.

Raximbayeva G.S. olim, t.f.d., professor, «Nevrologiya» jurnali redaksion kollegiyasining a'zosi, O'zbekiston nevrologlar Assotsiatsiyasi raisi o'rinbosari, Xalqaro epilepsiyaga qarshi kurashish Ligasining (ILAE) O'zbekiston bo'lim vise-prezidenti, EFNS Xalqaro Yevropa Birlashgan Nevrologlar Federatsiyasining a'zosi, WSO «Xalqaro Insultlarga qarshi kurash» jamiyati a'zosi.

Prof. G. S. Raximbayeva rahbarligida 15 ta tibbiyot fanlari nomzodlari va 2 ta fan doktori tayyorlangan. Hozirgi kunda 2 ta doktorlik dissertatsiyalari nihoyasiga yetkazilmoqda. 300 dan ortiq ilmiy maqolalar respublika miqyosida va chet ellarda chop etilgan.

Ibadullaev Zaripbay Rajapovich 1988-yildan boshlab asab kasalliklari kafedrasida ishlab kelmoqda. 2006-yil fevral oyidan asab kasalliklari kafedrasida professori lavozimiga o'tkazilgan va shu kungacha ushbu lavozimda ishlab kelmoqda. Prof. Ibadullaev Z.R. tibbiyot psixologiyasi yo'nalishi bo'yicha ish olib bormoqda. Chop qilingan ilmiy ishlar soni 60 dan ortiq, 4 ta darslik, 1 ta monografiya, 6 o'quv-uslubiy qo'llanmaning muallifi.

Professor Majidova Yo.N. 2002-yildan 2012-yilgacha kafedrada faoliyat olib borgan. Professor Majidova Yo.N. rahbarligida 15 ta tibbiyot fanlari nomzodlari va 1 ta fan doktori tayyorlangan. Hozirgi kunda uning rahbarligida 3 ta doktorlik dissertatsiyalari nihoyasiga etkazilmoqda. 300 dan ortiq ilmiy maqolalari respublika miqyosida va chet ellarda chop etilgan. Professor Majidova Yo.N. Toshkent pediatriya tibbiyot institutida «Bolalar va kattalar nevrologiyasi» kafedra mudiri lavozimida faoliyat yuritmoqda.

T.f.d., prof. Muratov Faxmiddin Xayritdinovich 1996-yilda nomzodlik va 2006-y. doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. Kafedrada ishlagan vaqti mobaynida o'zini malakali, eruditsiyali mutaxassis sifatida ko'rsatdi. Bilim darajasini doimo oshirib turadi, ilmiy va o'quv-pedagogik ishlarni birga muvaffaqiyatli olib boradi.

T.f.d., dotsent Saidvaliev Farrux Saidakramovich 2000 yilda nomzodlik va 2008-y. doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. Kafedrada davolash ishlariga mas'ul.

Ilmiy tekshirish faoliyatining yo'nalishi: ishemik insult, epilepsiya, miyaning surunkali ishemiyasi, tomirli demensiyalar patogenezining neyroimmunologik va biokimik aspektlari.

T.f.d., dotsent Yakubova M. M. tibbiyot oliy yurtidagi faoliyati davomida tajribali, yuqori malakali pedagog hisoblanadi. U ma'ruzalarni va amaliy mashg'ulotlarni yuqori metodik saviyada olib boradi, o'qitishda zamonaviy texnik anjomlar va adabiyotlardagi ma'lumotlardan unumli foydalanadi.

T.f.d., dotsent Proxorova Anna Vladimirovna 2003 yilda nomzodlik va 2011-y. doktorlik dissertatsiyasini himoya qilgan. Hozirgi vaqtda TTA asab kasalliklari kafedrasini dotsenti va nevrologiya bo'yicha magistrlar dasturi direktori hisoblanadi.

Proxorova A. V. yuqori malakali klinisist.

Hozirda kafedrada 6 ta professor, shu jumladan professor *Raximbayeva G.S., Aslanova S.N., Asadullaev M.M., Xalimova X.F., Ibodullaev Z. R., t. f. d. Muratov F. X.,* 5 ta dotsent, shu jumladan, *t. f. d. Saidvaliev F.S., t. f. d. Yakubova M.M., t. f. d. Proxorova A. V. t. f. n. To'ychibayeva N.M., Mirzayeva K.S., Ihsanxodjayeva G.T.,* katta o'qituvchi, *Shamsiyev U.A.* va assistentlar faoliyat ko'rsatmoqda. Bundan ko'rinib turibdiki, kafedraning ilmiy salohiyati juda balanddir.

Kafedra olimlari shogirdlari bilan birgalikda, o'z ustozlari boshlagan ishlarini davom ettirmoqdalar. Keyingi yillarda nevrologiyada anchagina yutuqlarga erishilib, ko'pgina qiziqarli, kelajagi porloq g'oyalar oldinga surilmoqda.

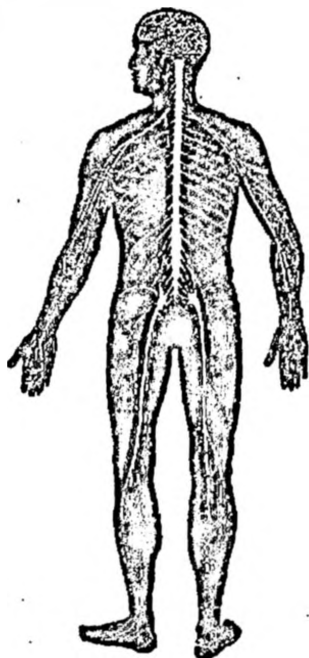
I-bo'lim. ASAB SISTEMASINING FUNKSIONAL ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI

I.1. BOSH MIYA VA ORQA MIYANING KLINIK NEYROANATOMIYASI

Bosh miya nervlari. Tuzilishi, funksiyalari shikastlanish sindromlari va prinsiplari.

Asab sistemasining asosiy funksiyasi – doimiy tashqi muhit sharoitlari o'zgarib turgan sharoitda kechadi va fiziologik jarayonlarni nazorat qilish bilan xarakterlanadi. Nerv sistemasi oraliq tashqi muhitga moslashishini ta'minlaydi va barcha ichki jarayonlarni va ularni doimiyligi (gomeostaz) ni nazorat qiladi – masalan tana harorati, AQB, to'qimalarning kislorod bilan ta'minlashini boshqaradi.

Asab sistemasi markaziy va periferik tuzilmalardan tashkil topgan 1-rasm. Markaziy asab sistemaga bosh va orqa miya kiradi. Ularning ikkalasi ham bir biri bilan evolyutsion fiziologik va funksional uzviy



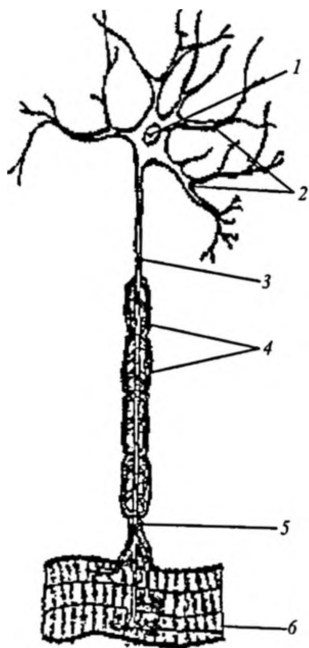
1-rasm. Asab sistemaning sxematik tasviri.

bog'liqdir, keskin chegarasiz birin – ketin keladi. Periferik asab sistemaga bosh miya, orqa miya nervlari va nerv shoxlari kiradi.

Neyron – nerv sistemasining asosiy struktura funksional birligidir, neyron tanasi yadro, yadrocha va ularning atrofiga esa protoplazma mavjud. Neyronda bir necha dendrit va bitta markaziy akson farqlanadi 2-rasm.

Nerv hujayrasini asosiy elementlari bo'lib:

1. *mitoxondriya* – uning energetik almashinuvini ta'minlaydi;
2. *yadro, yadrocha* – sitoplzmatik to'r, ribosomalar oqsil; sintezlash funksiyasini ta'minlaydi.
3. *li-zosomalar va fagosomalar* – hujayra ichi oziqlanishining asosiy organellalari.
4. *akson, dendritlar va sinapslar* alohida-alohida hujayralarning morfo-funksional bog'liqligini ta'minlaydi.

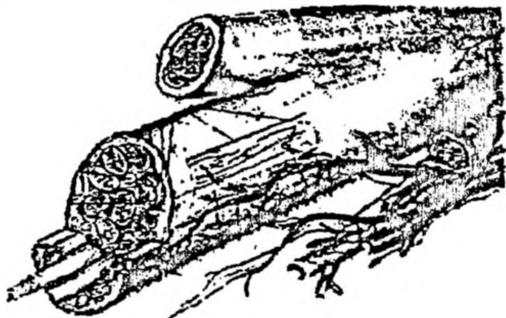


2-rasm. Neyron tuzilishi: 1 – neyron tanasi; 2 – dendrit; 3 – akson; 4 – mielin qobig'i; 5 – o'q silindri; 6 – nerv-mushak sinaps.

Asab hujayralarining bir-biri bilan o'zaro bog'ligi sinapslar yordamida amalga oshadi. Impulslarning o'tkazilishi mediator ishtirokida bo'ladi. Hozirgi paytda neyro-mediatorlarning 30 xili ma'lum (asetilxolin, serotonin, dofamin, noradrenalin, gamma-aminomoy kislota va boshqalar). *Nerv sistemasida impulslar hujayralarning dinamik polyarizatsiya qonuniga mos holda o'tkaziladi. Nerv impulslari nerv hujayrasining dendritlari bilan*

qabul qilinadi va ularning nerv hujayrasi tanasiga uzatiladi va akson tomon beriladi.

Dendritlarning asosiy funksiyasi bu impulsni nerv hujayrasi tanasiga o'tkazishdir. Akson esa impulsni hujayra tanasidan olib ketadi. Shunday qilib neyron bir necha «kirish» va 1 ta «chiqish» yo'llariga ega. Bunday ma'lumotni qabul qilish va o'tkazish faqat asab sistemasiga xos xususiyatdir. Bunda asab sistemasidagi impulslar faqat 1 ta yo'nalishda uzatiladi.



3-rasm. Asab tolasining tuzilishi.

Faoliyatiga ko'ra neyronlar sezuvchi, harakatlantiruvchi va aralash bo'ladi. 1 ta neyron bir qancha neyronlar bilan bog'liq bo'ladi. Neyronlarning bir-biri bilan zich tegib turish qismini sinaps deb nomlanadi. Biron funksiyani regulatsiya qiluvchi neyronlar kompleksini asab sistemasi tashkil qiladi. Biron funktsiya bajarishga moslashgan neyronlar har doim ham bir joyda joylashmaydi.

Ko'pgina terapevtik, xirurgik va boshqa kasalliklarning diagnostika qilishda palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya keng qo'llaniladi, lekin bosh va orqa miyani tekshirishda bu usullarni qo'llalab bo'lmaydi. Nevrologiyada funksional diagnostikadan foydalaniladi. Asab sistemasining har bir bo'limi ma'lum bir faoliyatni bajaradi. Bu bo'limlarning har birining shikastlanishi

ma'lum faoliyatlarni izdan chiqaradi. Agar shifokor MNSning tuzilishini va faoliyatini yaxshi bilsa u shikastlanish o'chog'ini osongina aniqlaydi.

Bosh miya

Bosh miya miya qutisida joylashgan bo'lib, uning og'irligi 1300 dan 2600 gr gacha bo'ladi. Tashqi tarafdin bosh miya 3 ta parda bilan o'ralgan – qattiq parda (dura mater), qon tomirli (pia mater) va o'rgimchaksimon (arachnoidea). Bosh miyaning 3 ta yuzasi mavjud: tashqi, asosiy-bazal va medial yuzalardir.

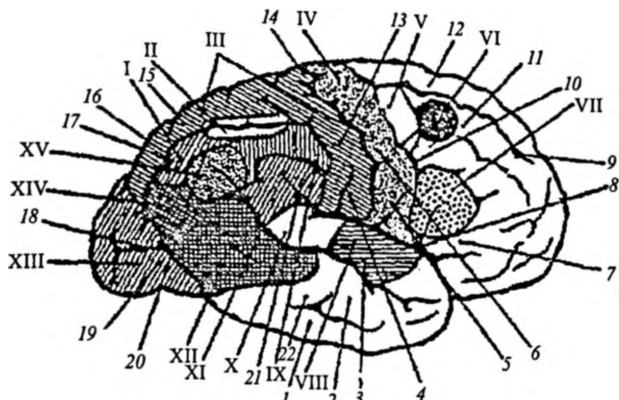
Bosh miya yarim sharlari bir-biri bilan qadoqsimon tana orqali bog'lanib turadi. Bosh miya quyidagi 4 ta qismlardan – peshona, ensa, tepa, chakkadan tashkil topgan 4-rasm. Bosh miyaning yuzasida egatlar bo'lib, u miya yuzasini kattalashtiradi. Tashqi, ya'ni konveksital yuzadagi eng katta egat markaziy roland egati bo'lib, u peshona qismini chakka qismidan ajratib turadi. Silviev egati tepa bo'lagini peshona va chakka bo'lakdan ajratib turadi.

Ensa chakka egati (g.oxiritalo-temporalis) chakka bo'lagini ensa bo'lagidan ajratib turadi.

Bosh miya asosida paragippokamp, kamar va til egriliklari mavjud. Shu bilan birga bosh miya asosida hidlov nervi, ko'ruv kesishmasi (xiazma optikum) so'rg'ichsimon tana – sorpus mamillaria ko'rinib turadi.

Bosh miya pustloq qismi organizmning hamma faoliyatini boshqarish sohasi hisoblanadi. I.P. Pavlov fikriga ko'ra – bosh miya po'stlog'i analizatorlari kompleksi va ularning miyadagi tugal qismlari bo'lib hisoblanadi. Po'stloq yupqa kulrang moddadan tashkil topgan bo'lib, uning qalinligi 1 dan 3–4 mmmgacha bo'ladi. U quyidagi qavatlardan tashkil topgan:

1. Molekular
2. Tashqi donador qavat
3. Tashqi piramidal qavat



4-rasm. O'ng yarim sharning yuqori lateral yuzasi:

1 - chakka pastki pushtasi; 2 - chakka o'rta pushtasi; 3 - chakka yuqori pushtasi; 4 - postentral egat; 5-6 - oldingi markaziy pushta; 7 - peshona pastki pushtasi; 8 - lateral egat; 9 - peshona bo'lagi; 10 - presentral egat; 11 - peshona o'rta pushtasi; 12 - peshona yuqori pushtasi; 13 - orqa markaziy pushta; 14 - markaziy egat; 15 - tepa bo'lagining yuqori qismi; 16 - tepa ichki egati; 17 - tepa bo'lagining pastki qismi; 18 - ensa ko'ndalang egati; 19 - ensa bo'lagi; 20 - tepa bo'lagi; 21 - chetki egat; 22 - chakka bo'lagi; I - sanash markazi; II - tana tasviri markazi; III - sezgi sohasi; IV - harakat sohasi; V - grafik tuzish markazi; VI - qarama-qarshi tomonga boshni va ko'zni birgalikdagi burish markazi; VII - motor nutq markazi; VIII - eshitish markazi; IX - stereognoziya markazi; X - sensor nutq markazi; XI - praksis markazi; XII - mnestik nutq markazi; XIII - ko'ruv gnoziya markazi; XIV - semantik nutq markazi; XV - o'qish markazi.

4. Ichki donador qavat
5. Ichki piramidal qavat
6. Multiform plastinka

Bosh miya po'stlog'idagi faoliyatlar lokalizatsiyasi

Peshona bo'lagi po'stlog'ida markaziy egatdan oldinda ixtiyoriy harakatlar zonasi joylashgan. Ko'pgina po'stloq zonalari juft bo'lib, ular ikkala yarim sharlarda simmetrik joylashadi, lekin bundan

QIROATKONA

KUTUBXONASI

tashqari miyada juft bo'lmagan markazlar ham mavjud. Bular nutq, o'qish, yozish, sanash markazlari hisoblanadi. Bu markazlar dominant, ya'ni yetarlicha rivojlangan yarim sharda joylashadi. Ko'pchilik odamlarda bu markazlar chap yarim sharda joylashadi. O'ng yarim sharlari rivojlangan shaxslar ko'proq kuch sarflanuvchi ishlarni chap qo'lda qiladilar, ya'ni chapaqay hisoblanadi. O'ta murakkab ruhiy funksiyalar po'stloqning katta zonalarini faoliyati hisobiga amalga oshib, po'stloqdagi bu zonalarini ajratish qiyin. Bu faoliyatlarning butun bo'lib miya po'stlog'i amalga oshiradi. Bosh miya po'stlog'ining maydonlari topografiyasini va ularning shikastlanish belgilarini to'liq ko'rib chiqamiz. Ma'lumki, oldingi markaziy egrilikdan orqada har bir yarim sharlarda 6 ta proeksion zonalar mavjud.

Harakat analizatorlarining po'stloq markazi

Bu markaziy burmaning Brodman bo'yicha 4,5 – maydonlariga to'g'ri keladi. Bu markaz juft bo'lib ikkala yarim sharda ham uchraydi. Markaziy burma oldingi burma periferiya bilan o'tkazuvchi yo'llar orqali bog'langan. O'tkazuv yo'llari o'zaro kesishgan bo'lib bitta yarim shar tananing qarama-qarshi tomonlarini boshqaradi. Markaziy egrilikni patologik jarayonlar bilan shikastlanishi natijasida tananing ma'lum qismlarida klonik tirishishlar paydo bo'ladi. Ma'lum qismlarning ta'sirlanishi natijasida markaziy yoki gemiparalich rivojlanadi. Bunda asosan oyoq va qo'lda o'zgarishlar bo'ladi.

Sezgi analizatorini po'stloq qismi – orqa markaziy egrilik.

Brodman bo'yicha 1, 2, 3 va undan tashqari tananing 5, 7 juftlariga to'g'ri keladi. Sezgi analizatori qanchalik yuqori joylashsa shunchalik tananing pastki qismlarini boshqaradi. Ko'pgina nervlar bilan ta'minlangan a'zolar – til, kaft, bilaklarni boshqaruvchi markazlar ko'p qismni egallaydi.

Orqa markaziy egrilik periferik qismlar bilan og'riq, temperatura, taktil, mushak bo'g'im sezgi yo'llari orqali bog'lanadi.

Sezgi yo'llari o'zaro kesimi natijasida orqa egrilik tananing qarama-qarshi tomonlarini boshqaradi. Patologik jarayonlar natijasida paresteziyalar, Djekson tutqanoqlari yuzaga keladi.

Ko'ruv analizatorining po'stloq markazi – Ensaning medial qismini 17 – maydoniga to'g'ri keladi – shkastlanishidan gomonim gemianopsiya (yarim ko'rish) qarama qarshi ta'rafida rivojlanadi.

Ikki tomonlama shikastlansa to'liq ko'rlik rivojlanadi. Undan tashqari ko'ruv gallusinatsiyalari, fotopsiyalar kuzatiladi. Bundan tashqari 18,19 – maydonlar ham ko'ruv markaziga kiradi. Bu markazlarda agnoziya rivojlanadi.

Eshituv analizatorlari po'stloq markazi – yuqori chakka egriligi – Geshli egriligi 22, 42 maydonlar – silviy egatchasidan pastroqda. Markazlarni ta'sirlanishi natijasida eshituv gallusinatsiyalari – hushtak, shovqin va boshqalar kuzatiladi. Karlik, bir tomonlama karlik rivojlanadi.

Hid va ta'm sezish analizatorlari – bosh miya limbik qismining medial sohaga ya'ni gippokamp ilmog'i va ammon shoxchaga to'g'ri keladi. Ta'sirlanishidan ta'm va hid sezish buziladi. Proeksion zonalar orasida assotsiativ zona joylashgan bo'ladi. Bosh miya asosida miya ustuni ko'rinadi. Miya ustuniga miya oyoqchalari, varoliev ko'prigi, uzunchoq miya, miyacha va to'rt tepalik joylashgan. Miya asosi miyaning asosiy qismi hisoblanadi, unda nafas, yurak – qon tomir boshqaruvchi markazlar joylashgan. Miya asosidan barcha o'tkazuv yo'llar o'tadi. Miya asosidan 12 juft nerv boshlanadi.

Miya ustuni kalla suyagi orqa chuqurchasida joylashgan.

Miya ustunining sohalari:

Uzunchoq miya

Varoliev ko'prigi

Miya oyoqchasi, to'rt tepalik

Diensefal soha

Miya oyoqchalari – (pedunculi cerebri) Juft tuzilma bo'lib, ko'prikning oldida joylashgan. U miya ustunini bosh miya yarim

sharlari bilan birlashtiradi. Miya oyoqchalarida III, IV nervlarning yadrolari joylashgan.

Ko'prik – (Pons) Ko'prik uzunchoq miya bilan, miya oyoqlari o'rtasida joylashgan. Ko'prikning old yuzasida bazillyar egat (sulcus basilaris) joylashgan. Ko'prikda V, VI, VII, VIII kranial nervlarning yadrolari joylashgan

Uzunchoq miya – medulla oblongata – pastki tomondan orqa miya, yuqori tomondan ko'prik bilan chegaralanadi. Uzunchoq miyaning old yuzasida sulcus med. ant., sulcus lat. ant., sulcus lat. post. egatlar bor. Uzunchoq miya piramidalar va pastki olivalardan tashkil topgan. Unda quyidagi kranial nervlarning yadrolari joylashadi: IX, X, XI, XII miya oyoqchalarining ortki yuzasida to'rt tepalik va uning tagidan o'tuvchi Silviev suv yo'li joylashgan.

Diensefal soha – miya ustunini miya yarim sharlari bilan bog'lovchi strukturalardan iborat:

- gipotalamus
- talamus
- metatalamus
- epitalamus

Miya qorinchalari

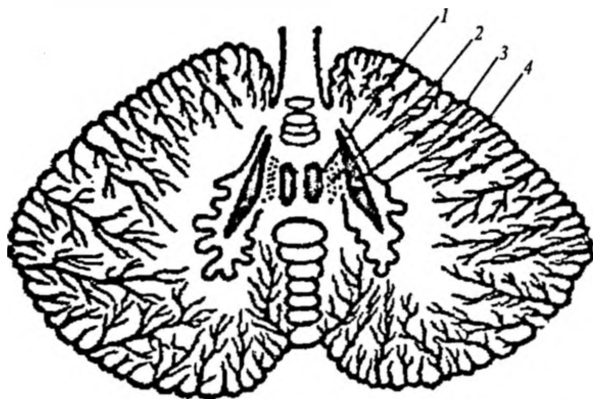
Miya qorinchalari – ularga yon va III, IV qorinchalar kiradi. Chetki qorinchalar yarim sharlar chuqurligida joylashgan, uni tubida qon tomirlar tutamlari joylashgan bo'lib ularda orqa va bosh miya suyuqligi ishlab chiqariladi. Qorinchalararo teshik orqali chetki qorinchalar III qorincha bilan bog'lanadi. III qorincha ko'ruv dumboqlari joylashgan. Vodopravod orqali IV qorincha bilan bog'lanadi. Uni tubida rombsimon chuqurcha joylashgan, unda bosh miya nervlarining yadrosi joylashgan. Qorinchalar sistemasidagi patologiyalarda likvor aylanishi, bosh og'rig'i gidrotsefal sindrom rivojlanadi.

Miyacha – Cerebellum. Muvozanat va harakatni koordinatsiya qiladigan organ. Miyacha miya qutisining orqa chuqurchasida,

bosh miya ensa bo'lagining ostida va ko'prik bilan uzunchoq miya orqa tomonida joylashgan bo'lib, rombsimon miyaning tomini hosil qiladi. Miyacha – tananing tinchlikda va harakatdagi muovzanatini boshqaruvchi markaziy organ. Miyacha tana muskullarining tonusini boshqaradi. Miyacha anatomik 2 ta yarim shardan va ularni birlashtiruvchi chuvalchangdan tuzilgan. Chuvulchang va miyacha yarim sharlari chuqur ko'ndalang yoriqlar bilan fragmentatsiyalanadi. Miyacha oq va kulrang moddadan tashkil topgan. Kulrang modda miyachaning po'stlog'ini hosil qiladi.

Miyachaning tashqi tomoni kulrang modda bilan qoplangan bo'lib, miyachaning po'stlog'i deyiladi. Po'stloq tagida oq modda yotadi. Miyacha oq modda oralig'ida esa uning markaziy yadrolari yotadi (5-rasm):

1. Tishli yadro (n.dentatus)
2. Yopilgich yadro (n. fastigii)
3. Probkasimon yadro (n.embiliformis)
4. Sharsimon yadro (n.globozi)



5-rasm. Miyachaning tuzilishi va uning yadrolari:
 1 – yopilg'ich yadrosi; 2 – sharsimon yadro; 3 – propkasimon yadro;
 4 – tishli yadro.

Miyacha po'stlog'ining qalinligi 1mm dan 2,5 mm gacha bo'lib, asosan 3 qavatdan iborat bo'ladi.

Miyachani miya ustuni bilan uch juft oyoqchalar bog'laydi.

1. Pedunculi cerebellaris superior.
2. Pedunculi cerebellaris media
3. Pedunculi cerebellaris inferior.

Bu oyoqchalar nerv tolalaridan iborat bo'lib, bu tolalar miyachaga impuls olib keladi va olib ketadi.

Pastki va o'rta miyacha oyoqchalari asosan afferent tolalaridan iborat bo'lib, markazga intiluvchi sistemani tashkil qilsa, miyacha yuqori oyoqchalari esa efferent tolalardan yoki markazdan keluvchi xarakterga ega.

Miyachaning pastki oyoqchalari miyachani uzunchoq miya bilan bog'laydi.

Miyachaning o'rta oyoqlari – miya po'stlog'ining peshona bo'lagidan boshlanib, ko'prik orqali o'tib miyacha po'stlog'ida tugaydi. Ushbu yo'l miya po'stlog'ining ensa, chakka bo'lagidan boshlanib, ko'prikdan o'tib miyacha po'stlog'ida tugaydi. Miyachaning yuqori oyoqchalari – miyachani qizil yadro bilan bog'laydi.

Shunday qilib, miyacha harakat davomida qo'zg'aluvchi barcha reseptorlardan afferent impuls oladi. Harakat sistemasining holatini hisobga olib, miyacha qizil yadro va miya ustunining to'r formatsiyasini ta'sirlaydi. Bu ta'sirlash umumlashib orqa miya oldingi shoxlariga impuls beradi va bularning barchasi muskul tonusini tashkil qiladi.

Bulardan tashqari miyacha ko'z olmasini harakatlantiruvchi nerv yadrolari bilan ham bog'lanadi.

Miyacha aniq somatotopik xususiyatga ega, ya'ni uning chuvalchangi tana muskullarini idora qilsa, uning yarim sharlari esa qo'l-oyoqning distal qismidagi muskullarni ta'sirlaydi. Shu sababli miyacha ataksiyasi ikki turga bo'linadi.

1. **Statik – lokomotor ataksiya.** Asosan tik turish va yurish buziladi. Bemor oyoqlarini keng tashlab turadi, chayqaladi. Yurish jarayonida tana yon tomonga ketib qoladi va mast kishining yurishini eslatadi. Chayqalish miyacha jarohatlangan tomonda bo'ladi. Bunday yurishni ataktik yurish deyiladi.

I. Statik ataksiya

1. Tik turish, oyoqlarni keng tutish
2. Yurish – mast kishi yurishi
3. Romberg belgisi
4. Dorboz belgisi

II. Dinamik ataksiya. Asosan harakat bajarilishida kuzatiladi.

1. Barmoq-burun belgisi
2. Tovon-tizza belgisi
3. Adiadoxokinez
4. Dismetriya
5. Nutqning buzilishi, har bo'g'imda urg'u beradi, skandirlashgan.
6. Intension titrash
7. Yozuvning buzilishi, notekis
8. Gorizontal nistagm
9. Muskul tonusining o'zgarishi (gipotoniya) zararlangan tomonda

Ekstrapiramida tizimi

Bunga po'stloq osti tugunlari va ularning yo'llari kiradi.

1. Lentikular yadro – nucleus.lenticularis
2. Luis subtalamik tanasi
3. Qora modda – substancia. nigra
4. Qizil yadro – nucleus. ruber
5. Dumli yadro – nucleus. caudatus
6. Vestibular yadro, pastki oliva – uzunchoq miyada
7. To'rsimon formatsiya-f. Reticulari

Gistologik tuzilishi, funksiyasining o'xshashligi uchun po'stloq, putamen va n. Caudatus striar sistemasini tashkil qiladi.

Ikkinchi qismi pallidar sistema – oq shar globus pallidum, qizil yadro-n..ruber, subs. Nigra. Ikkalasi striopallidar sistema deyiladi. Ekstrapiramida sistema, miyacha, ko'ruv do'ngligi, gipotalamik soha, miya po'stlog'i, to'rsimon formatsiya, orqa miya oldingi shox hujayralari bilan bog'langan.

Shunday qilib, ekstrapiramida sistema miostatik – muskullarning barakat qilishga tayyorlaydi, harakatning aniq ravonligini, tananing aniq bir holatini boshqaradi va ko'ruv do'ngligi va gipotalamik soha bilan juda yaqin bog'langan.

Pallidar sistemaning patologiyasi

Po'stloq osti tugunlarida dopamin sintez qilinadi, patologik holatda dopamin miqdori kamayadi va sintezi buziladi.

Pallidar sistemasining zararlanishi oqibatida gipertonik – gipokinetik yoki amiostatik sindrom, ya'ni Parkinsonizm kasalligi kelib chiqadi. Bunda tana muskullari plastik tonusining oshishi kelib chiqadi. Bemor tanasi yarim bukchaygan, oyoq-qo'llari tirsak va tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda bo'ladi. Harakat kamayadi va sekinlashadi (bradikineziya, oligokineziya). Yurish ritmida qo'l ishtirok etmaydi, mayda qadamlar bilan yurishadi. Birdan yurib ketish qiyin bo'ladi – keyin chopib ketishi mumkin. Mimika yo'qoladi, emotsiya sekinlik bilan boshlanib sekinlik bilan tugaydi.

Tonus plastik holatda oshadi «tishli gildirak» belgisi.

Nutq sekin bir xil past ovozda, so'zlashish oxirida nutq yo'qoladi.

Titrash – tanga sanash.

Propulsiya, retropulsiya, lateropulsiya (oldinga, orqa, yon tomonga). Og'irlik markazi o'zgarishi orqa muskul qisqarishini chaqirmaydi.

Striar sistemasi patologiyasi:

1. Gipotonik giperkinetik sindrom

2. gipotoniya – muskul tonusining pasayishi

giperkinez – avtomatik, ixtiyorsiz, maqsadsiz to'satdan paydo bo'ladigan ortiqcha harakatlarga aytiladi (xoreya, atetoz, torsion distoniya)

A. Xoreik giperkinezlar – tez, noaniq, tananing turli qismlaridagi muskullarni o'ziga qamrab oluvchi harakatlar. Bunda qo'l barmoqlarini to'xtovsiz bukib – yozib turadi. Bemor to'satdan oyog'ini uzatib yana tezlik bilan yig'ib oladi. Yoki tanasi to'satdan bir tomonga bukilib yana tezlik bilan yoziladi. Mimik muskullarining giperkinezi tufayli peshonasini ixtiyorsiz ravishda tirishtiradi, og'zini qiyshaytiradi, qoshini chimiradi. To'satdan yurib ketadi. Ularning harakatlari o'yin tushayotgan kishini eslatadi. Uyquda yo'qoladi. Bu holat revmatik xoreyada uchraydi.

B. Atetoz – qo'l panjasi va barmoqlardan yozuvchi va bukuvchi muskullarning tonusi oshib ketadi. Harakat impulslari yozuvchi va bukuvchi muskullarga birdaniga kelishi natijasida barmoqlarda chugalchangsimon harakat paydo bo'ladi.

D. Torsion distoniya-striar sistema zararlanishidan kelib chiqadi. Bu kasallik tonusning muskullarga noto'g'ri taqsimlanishidan kelib chiqadi. Bemorlar harakat qila boshlaganlarida tananing tabiiy vaziyati o'zgaradi. Tananing yoziltiruvchi muskullarining tortib ketishi natijasida bemorning bo'yni orqa yoki yon tomonga qiyshayib, tanasi orqa tomonga egiladi.

E. Miokloniya – tez va qisqa vaqt ichida alohida yoki muskul gruppalarining klonik qisqarishi. Hayajonlanganda harakat ko'payib, uxlaganda yo'qoladi.

TEKSHIRISH UCHUN SAVOLLAR

1. Miyacha zararlanganda qanday belgilar kuzatiladi?
2. Miyacha ataksiyasi boshqa ataksiyalardan (sensitiv, vestibular va peshona ataksiyalaridan) qanday farqlanadi?

3. Bosh miyaning qaysi qismlari ekstrapiramida sistemaga kiradi?
4. Striar sistemaning patologiyasi qanday belgilar bilan namoyon bo'ladi?
5. Pallidar sistemaning zararlanishi qanday belgilar bilan namoyon bo'ladi?

Bosh va orqa miya pardalar

Bosh va orqa miya pardalar – bosh va orqa miyada 3 ta qattiq, to'rsimon va yumshoq pardalar mavjud. Pardalar miyani har-xil ta'sirlardan saqlaydi. Qattiq miya pardasi o'simtalari va sisternalari mexanik ta'sirlardan saqlaydi. To'rsimon va yumshoq miya pardalari suyuqlik aylanishiniga miya to'qimasini oziqlanishini ta'minlaydi.

Qattiq miya pardasi

Qattiq miya pardasi – miyaning tashqi pardasi hisoblanadi va u 2 qavatdan iborat. Tashqi qavati kalla suyagini ichki pardasini, ichki qavati fibroz to'qimalardan iborat bo'lib miyani bevosita qoplaydi. Kalla suyagini ichida bu 2 qavat qo'shilib bosh miya o'rog'i (G'alx segebelli), miyacha o'rog'i (G'alx segebelli), miyacha chodiri (tentorium segebelli), egar diafragmasi (duafragma sellae), ularni o'zaro ajralgan joylari sinuslarni hosil qiladi. Eng kattalari yuqori va pastki sagittal, ko'ndalang va to'g'ri sinuslardir. Bular orqali venoz qon ichki bo'yinturuq venasiga quyiladi.

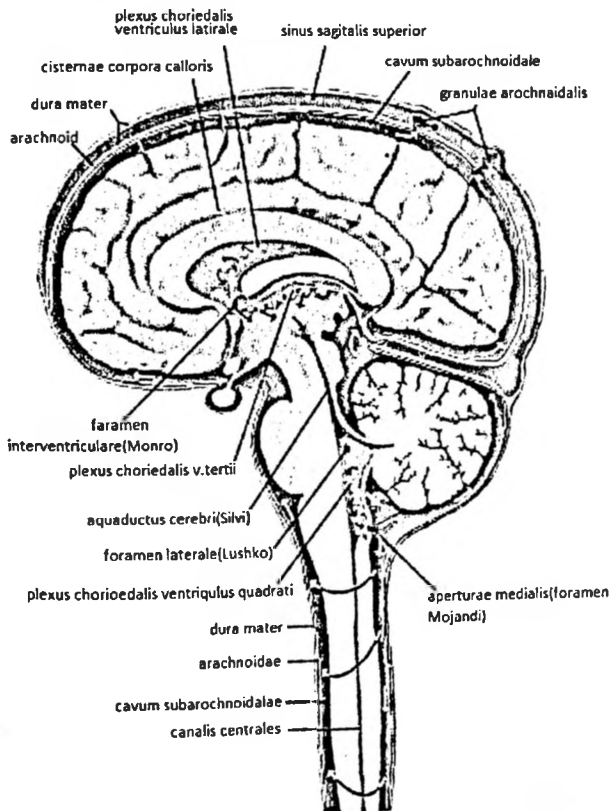
To'rsimon parda

To'rsimon parda – qattiq miya pardasi ostida joylashgan va undan subdural bo'shliq bilan ajralgan. Bu parda ostida subaraxnoidal bo'shliq joylashgan, unda orqa miya suyuqligi joylashadi. Shu bo'shliq har xil joylarida sisternalar hosil qiladi. Likvor subaraxnoidal bo'shliq to'rsimon va yumshoq pardalar orasida sirkulatsiyalanadi.

Qattiq parda umurtqa pog'onasidan epidural bo'shliq bilan ajralgan. O'rta va to'rsimon pardalar qattiq pardadan subdural bo'shliq bilan, yumshoq parda esa to'rsimon osti bilan (ot dumi sohasida) terminal qorinchani va u orqa miya suyuqligi bilan to'lgan bo'ladi.

Orqa miya suyuqligi

Orqa miya suyuqligi miya qorinchalaridagi tomirlardan chiqadi. Yon qorinchalaridan likvor III chi qorinchaga undan silviev yo'li bo'yicha IV chi qorinchaga va undan miya va orqa miya to'rsimon osti bo'shlig'iga o'tadi 6-rasm. Suyuqlik uzluksiz taxminan kuni 600 ml ishlab chiqariladi va uzluksiz asosan venoz sistema orqali



6-rasm. Serebrospinal suyuqlikning sirkulatsiya qilish sxemasi.

ajraladi. Likvor qisman limfa sistemasi orqali so'riladi. Likvor harakati tomirlar pulsatsiyasi nafas, bosh va tana harakati yordamida amalga oshiriladi. Orqa miya suyuqligi tarkibiga kiradi: suv, hujayralar, limfotsitlar, oqsil, glukoza, xloridlar, elektrolitlar, mikroelementlar, vitaminlar, gormonlar.

Me'yorda likvor tiniq, rangsiz miqdori katta odamda 120–150 ml, sitoz (limfotsitlar) 7–12 ta 1 mkl; glukoza 0.5–0.8 g/l, oqsil miqdori 0.12–0.33 g/l, bosimi 200 ml suv.ust. (yonbosh holatda).

Orqa miya suyuqligining fiziologik ahamiyati turli-tuman. Avvalambor u miyani gidravlik yostig'i hisoblanadi va miyani chayqalishidan mexanik himoya qiladi. Shuningdek u moddalar almashinuvida qatnashadi, bosh miya orqa miyaga oziqlantiruvchi mahsulotlarni yetkazadi va ulardan almashinuv mahsulotlarini olib chiqadi; elektrolit balansni saqlaydi va miya ichki muhitini turg'unlashtiradi.

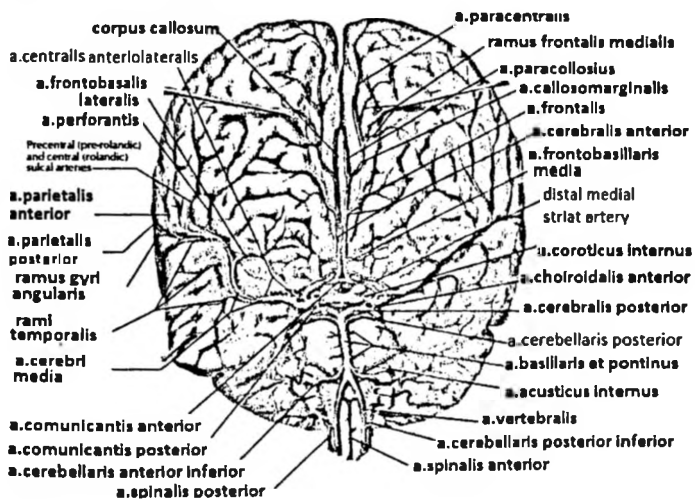
Gematoensefalik to'siq

MNS qon-tomirlarining o'ziga xos xususiyati shundaki, ular astrotsitlar bilan izolirlangan bo'ladi va ularni tomirlari orqali yirik molekula o'ta olmaydi, faqatgina gazlar va mayda molekuli oziqlantiruvchi moddalar kiradi. Bu chegaralanish gematoensefalik to'siq nomini olgan. Shuningdek miyadan qonga moddalarni o'tishi chegaralangan. Gematoensefalik to'siqni shikastlanishi miya faoliyatining og'ir buzilishiga olib keladi.

Asab sistemasining qon bilan ta'minlanishi

Bosh miya qonni ikkita juft magistral tomirlardan: umurtqa va ichki uyqu arteriyasidan oladi. Umurtqa arteriyasi o'mrov osti arteriyasini tarmog'i hisoblanadi. U bosh miya chanog'iga umurtqalarning ko'ndalang o'sig'i teshigi orqali yo'naladi va katta ensa teshigi orqali kiradi. Miya ustuni: sohasida umurtqa arteriyalari bitta umumiy ustunga quyiladi. Ular 2 ta orqa miya arteriyasiga

bo'linadi va o'rta miya, ko'prik, miyacha katta yarim sharlari ensa bo'lagini qon bilan ta'minlaydi. Bundan tashqari undan ikkita orqa miya arteriyasi (oldingi va orqa) ajraladi. Sanab o'tilgan arteriyalar vertebro-bazillyar havzani hosil qiladi 7-rasm. Karotid basseyn ichki uyqu arteriyasinnig tarmoqlaridan hosil bo'ladi. Ichki uyqu arteriyasi umumiy uyqu arteriyasining tarmog'i hisoblanadi. U kalla bo'shlig'iga ichki uyqu teshiklari orqali kiradi va bir nechta: ko'z arteriyasi, orqali qo'shuvchi va oldingi so'rg'ichsimon arteriyasi tarmoqlarini beradi.



7-rasm. Bosh miyani qon bilan ta'minlanish sxemasi.

Ichki uyqu arteriyasi oldingi va o'rta miya arteriyalariga bo'linadi. Oldingi miya arteriyasi peshona bo'lagining oldingi bo'limini va yarim sharlar ichki yuzasini, o'rta miya arteriyasi peshonaya po'stloq qismining ko'p qismini tepa va ensa bo'lagini po'stloq osti bo'laklarini va ichki kapsulani katta qismini qon bilan

ta'minlaydi. Oldingi o'rta va orqa miya arteriyasi miyaga radial kiruvchi arteriyalar ustunini boshlab beradi.

Ikkala oldingi miya arteriyalari, oldingi qo'shuvchi arteriyalar ham birikadi. Orqa qo'shuvchi arteriyalar orqa va o'rta miya arteriyalarini qo'shadi. Shunday qilib miya yarim sharlari ichki yuzasida turli xil tizim tomirlar o'zaro birikishi natijasidan katta miya arterial halqasi yoki Villizev halqasi hosil bo'ladi. U miya magistral tomirlarining birida qon oqishi buzilishida kollateral qon aylanish yuzaga kelishida katta rol o'ynaydi. Ichki uyqu yoki umurtqa arteriyalarining bir tomonlama berkilishi qarama-qarshi tomondagi Villizev halqasi tomirlar tizimi yordamida kompensatsiyalanadi. Po'stloqning kulrang moddasi oq moddaga nisbatan ko'proq qon bilan ta'minlanadi. Bosh miya arteriyalari oxirgi arteriyalar hisoblanmaydi, chunki arteriolalar va venular o'zaro anastomoz hosil qiladi. Miya qattiq pardasi tashqi uyqu arteriyasi tarmoqlari orqali qon bilan ta'minlanadi.

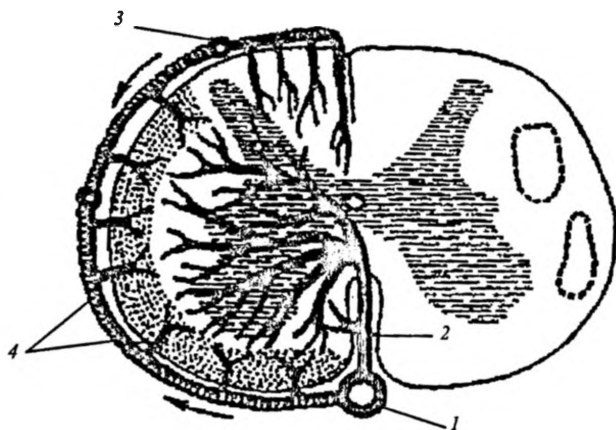
Venoz qon oqimi tomirlar chigali va miyaning chuqur qismlaridan katta miya venasi (Galen venasi) orqali amalga oshadi va to'g'ri venoz sinusga qo'shiladi. Boshqa sinuslarga miya yuzaki venalari quyiladi. Qattiq miya pardasi sinusidan qon ichki bo'yinturuq venasi orqali va keyinchalik yuqori kovak venaga quyiladi.

Orqa miyani qon bilan ta'minlanishi

Orqa miyani qon bilan ta'minlanishi oldingi va orqa miya arteriyalari hisobiga amalga oshadi. Oldingi orqa miya arteriyalari uzunchoq miya asosida umurtqa arteriyalari chiqib orqa miya chegarasida bitta toq orqa miya arteriyasiga qo'shiladi va u orqa miya bo'ylab pastga yo'naladi. Orqa miya arteriyalari umurtqa arteriyalarining oldingiga nisbatan pastroqdan chiqadi va orqa miyaning orqa yuzasi bo'ylab pastga yo'naladi.

Orqa miya arteriyalarining qon bilan ta'minlanishi (ko'ndalang kesim).

Oldingi va orqa miya arteriyalariga aortadan segmentar tarmoqlar umurtqa arteriyalari tizimining tugun arteriyalari qo'shiladi (8-rasm).



8-rasm. Orqa miyada arterial qon aylanish sxemasi (ko'ndalang kesimi):
 1 – orqa miyaning oldingi arteriyasi; 2 – egatsimon arteriya; 3 – orqa miyaning orqa arteriyasi; 4 – sirkumferent arteriya.

Orqa miyaning arterial qon bilan ta'minlanishida 3 ta basseyn farqlanadi:

yuqori (sigmentlar $S_1 - T_3$), umurtqa arteriyalaridan qon oladi o'rta ($T_4 - T_8$ sigmentlar), aortaning ildiz arteriyalarini qon bilan ta'minlaydi pastki ($T_9 - S_5$ sigmentlar) 1 ta ildiz arteriyasi Adamkevich arteriyasi orqali qon bilan ta'minlanadi. U pastki qovurg'alari yoki bel arctriyasi tarmog'i hisoblanadi.

Venoz qon orqa miyadan bir xil nomlanadigan arteriyalar bilan paralell ketuvchi venalar orqali oladi va umurtqa kanali venoz chigaliga quyiladi.

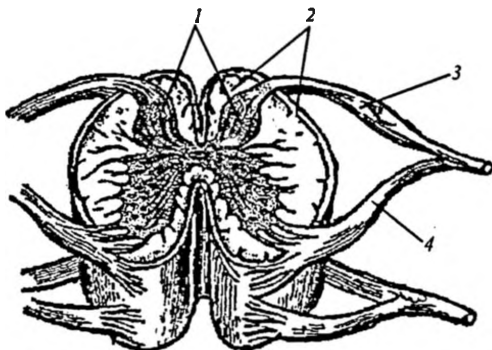
TEKSHIRISH UCHUN SAVOLLAR VA TOPSHIRIQLAR

1. Asab tizimini struktura birligi nima?
2. Asab tizimini qanday vazifalarini bilasiz?
3. Orqa miya tuzilishi nimadan iborat?
4. Katta yarim sharlar bo'laklari va bosh miyani qon bilan ta'minlovchi basseynlarni sanab o'ting.
5. Gematoensefalik to'siqning ahamiyati nimada?

Orqa miya

Orqa miyaning kulrang moddasi nerv hujayralarining yig'indisidan iborat va gorizontall kesmada xuddi uchib ketayotgan kapalak yoki «H» rasmni eslatadi. Kulrang modda markazida tor markaziy kanal mavjud. Bu kanal ko'ndalang kesmani 2 ga, ya'ni oldingi kulrang bitishma va orqa kulrang bitishmaga ajratadi.

Orqa miyaning kulrang moddasidan tuzilgan oldingi shoxlar, yon shoxlar, orqa shoxlar tafovut qilinadi 9-rasm. Bu yerda harakatlantiruvchi piramida yo'lining 2-neuron hujayralari joylashgan. Orqa miya oldingi shoxlarining shikastlanishi periferik falajlik rivojlanishiga olib keladi va mushaklar atoniyasi, arefleksiyasi va atrofiyasiga olib keladi. Yon shoxlarda vegetativ

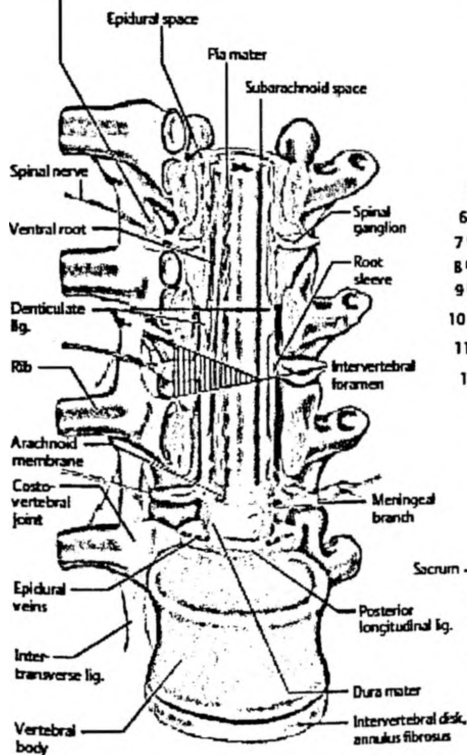


9-rasm. Orqa miya ko'ndalang kesimi:

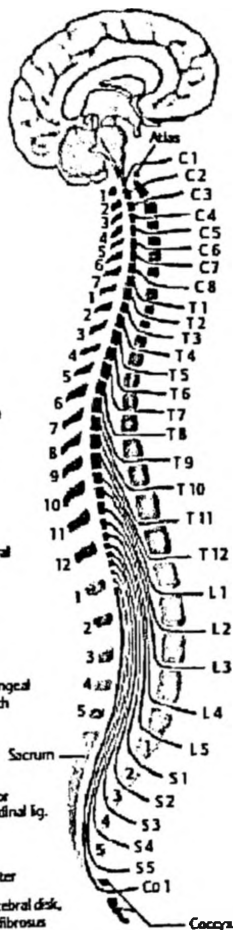
1 – kulrang modda; 2 – oq modda; 3 – orqa ildizcha; 4 – oldingi ildizcha

- C = Cervical nerves (C1-C8, blue)
- T = Thoracic nerves (T1-T12, purple)
- L = Lumbar nerves (L1-L5, turquoise)
- S = Sacral nerves (S1-S5, light green)
- Co = Coccygeal nerve (Co1, gray)

Posterior branch (→ skin and muscles of back)



Spinal cord, spinal canal
(thoracic spine, frontal view)



Spinal nerves

10-rasm. Orqa miya segmentlari bilan umurtqa tanasi o'rtasidagi topografik nisbat.

trofik funksiyaga javob beruvchi hujayralar joylashgan. Yon shoxlar asosan orqa miyaning ko'krak qismida yaxshi rivojlangan. $D_1 - D_2$ oralig'ida siliospinal simpatik markaz joylashgan, shu sohaning shikastlanishi Klod-Bernar-Gorner yarim ptoz-mioz-enoftalm sindromini yuzaga keltiradi. Shunday qilib yon shoxlarning shikastlanishi vegetativ trofik buzilishlarga: og'riqsiz panarisiy, soch va tirnoqlarning to'kilishiga olib keladi. Orqa miyaning orqa shoxlarida yuqori og'riq sezgisining o'tkazuvchi yo'llarining 2 neyronlari joylashgan. Ularning shikastlanishi sezgining segmentar buzilishlariga olib keladi, chuqur sezgi saqlanib qolgan bo'ladi.

Orqa miyaning oq moddasi o'tkazuvchi yo'llardan tashkil topgan bo'lib, oldingi, yon, orqa ustunlarga bo'linadi. Oldingi ustundan kesishmagan piramida yo'li, ekstrapiramida yo'llari o'tadi. Yon ustundan yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi yo'llar o'tadi. Orqa ustundan yuqoriga ko'tariluvchi yo'llar o'tadi.

Orqa miyaning alohida segmentlari orasida zich bog'lanishlar bo'lib, ular maxsus assotsiativ hujayra va tolalar tomonidan amalga oshiriladi. Bu apparatga orqa miyaning xususiy apparati deyiladi (10-rasm).

Orqa miyaning har bir segmenti o'z tomonining ma'lum bir qismini innervatsiya qiladi: teri-dermatoma, mushak-miotoma, ichki organ – splanxlotoma. Bunday kesma metomer deb atiladi.

I.2. REFLEKTOR SFERA VA HARAKAT SFERASI.

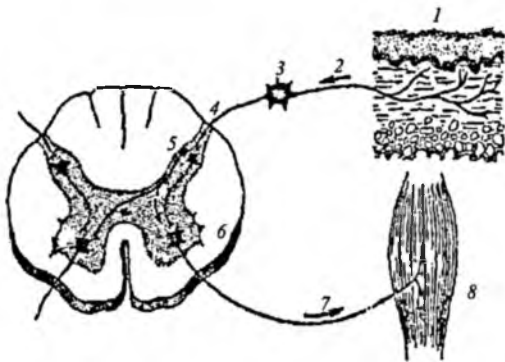
HARAKAT YO'LLARI TUZILISHI.

MARKAZIY, PERIFERIK FALAJLIKLAR.

HARAKAT SFERASI SHIKASTLANISHI SINDROMLARI

Topografik nuqtai nazardan nerv sistemasi markaziy va periferik bo'limlarga bo'linadi. Markaziy bo'limga – bosh va orqa miya, periferik bo'limga – miya o'zaklari, gangliylar, chigallar, nerv va ularning tugal qismlari kiradi.

Refleks – ta'sirga nisbatan javob reaksiyasi bo'lib, nerv sistemasi tomonidan amalga oshiriladi. Reflekslar oddiy reflektor yoy tomonidan amalga oshadi (11-rasm). Reflektor yoyida 3 ta qism farq qilinadi:



11-rasm. Reflektor yoyining tuzilishi:

1 – reseptor tuzilmasi; 2 – sezgi nerv tolasi; 3 – umurtqalararo ganliyalardagi sezgi neyron tanasi; 4 – orqa miyadagi sezgi neyron; 5 – oraliq neyron; 6 – orqa miya harakat neyroni; 7 – harakat nerv tolasi; 8 – nerv-mushak sinapsi

1. Reseptor, markazga intiluvchi, afferent
2. Markaziy, efferent
3. Oraliq neyron

Reflekslar bo'linadi:

Shartsiz – tug'ma doimiy, nasliy yo'l bilan o'tadi, ularning yoylari tug'ilish momentiga to'g'ri kelib butun hayot davomida saqlanib qoladi. Lekin ular kasallik natijasida o'zgarishi mumkin.

Shartli reflekslar – individual rivojlanish jarayonida yangi ko'nikmalar sifatida yuzaga keladi, shartsiz reflekslar bazasida rivojlanadi.

Ta'sirlovchini ta'siri joyiga qarab quyidagi reflekslar farqlanadi:

1. Pay reflekslari
2. Periostal refleks
3. Teri reflekslari:
 - qorin refleksi
 - oyoq-kaft refleksi
 - kremaster refleksi

4. shilliq parda reflekslari:

- kon'yuktival
- korneal
- yutqun.

Reflekslarni tekshirish metodikasi. Reflekslar patologiyasi.

Reflekslarni kiyimdan holi qo'l va oyoqlarda tekshiriladi. Mushaklar bo'shashgan holda bo'lishi kerak.

Pay refleksi oshgan, sust yoki umuman bo'lmasligi mumkin. Hatto bitta refleksning oshishi patologiya borligidan dalolat beradi.

Agar bir tomondagi refleks ikkinchi tomondagiga qaraganda yuqori bo'lsa – bunga anizorefleksiya deyiladi.

Teri reflekslari pasayishi yoki yo'qolishi shu reflekslarning segmentar apparati shikastlanishi, yoki piramidal yo'li butunligining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Shilliq qavat reflekslari: korneal reflekslarning pasayishi yoki yo'qolishi uch shoxlik yuz nervi shikastlanganda yoki miya ustunidagi patologik o'zgarishlarda yuzaga keladi.

Asosiy fiziologik reflekslarni chaqirilish usullari va ularning reflektor yoylarini tuzilishi

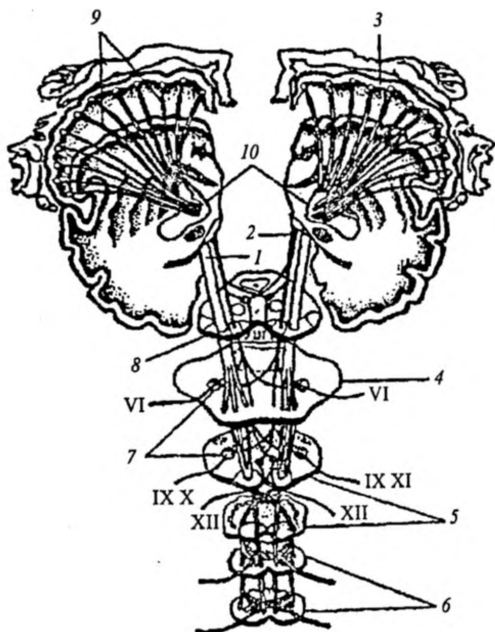
Patologik reflekslar: patologik reflekslar deb – sog'lom odamlarda fiziologik sharoitlarda mavjud bo'lmagan, piramida yo'llarining shikastlanishida aniqlanadigan reflekslarga aytiladi. Patologik reflekslar – bukuvchi va yozuvchi tipda bo'ladi. Yozuvchi tipdagi reflekslarga – Babinskiy, Oppengeym, Sheffer, Gordon reflekslari, bukuvchilarga – Rossolimo, Bexterev – Mendel, Jukovskiy reflekslari kiradi.

Harakatlantiruvchi sfera

Ta'sirlovchiga javob efferent harakatlantiruvchi yo'llar tomonidan amalga oshiriladi. Agar bu javob shartsiz refleks xarakterida bo'lsa, unda ularni orqa miyaning, miya ustunining, miyachaning, po'stloq

osti ekstrapiramidal sistemaning boshlovchi yo'llari amalga oshiradi. Bunday harakatlarga ixtiyorsiz harakatlar deyiladi.

Agar javob shartli refleks xarakterida bo'lsa va po'stloq impuls-lari natijasida yuzaga kelsa, unda javob bosh miya po'stlog'idan boshlanuvchi yo'llar tomonidan amalga oshiriladi. Bu harakatlar ixtiyoriy harakatlar deyiladi.



12-rasm. Ixtiyoriy harakat yoki kortikospinal (piramida) va kortikonuklear yo'llar:

- 1 – kortikospinal yo'l, 2 – kortikonuklear yo'l; 3 – oldingi markaziy pushta;
 4 – ko'priq; 5 – uzunchoq miya; 6 – orqa miya; 7 – miya ustunidagi harakat yadrolari;
 8 – miya oyoqchasi; 9 – nurli toj; 10 – ichki kapsula. Rim raqamida harakat kranial
 nervlarning yadrolari ko'rsatilgan.

Harakatlantiruvchi piramidal yo'l yoki ixtiyoriy harakat yo'li ikkala yarim sharlarning oldingi markaziy egriligidan boshlanadi.

Birinchi neyronning uzun o'simtasi – akson, bosh miyaning oq moddasining, ichki kapsulaning orqa tizzachasining miya ustunidan o'tib, kesishma hosil qiladi (12-rasm). Keyin yo'l orqa miyaning yon ustunlaridan o'tib, uning oldingi shoxida tugallanadi. Bu yerda 2-chi periferik neyron joylashgan. Uning aksonlari oyoq va qo'llardagi mushaklarga yo'naladi va ularni innervatsiya qiladi. Shunday qilib, oyoq va qo'l mushaklari qarama-qarshi yarim shardan ildizchalar, periferik nervlar orqali innervatsiyalanadi.

TEKSHIRISH METODLARI

1. Muskul atrofiyasini aniqlash uchun muskullar umumiy ko'rigi, psevdogipertrofiya, fibrilar va fassikular tortishuvlar.
2. Faol harakatlar hajmi.
3. Nofaol harakatlar – harakat hajmi, aniqlangan kontraktura.
4. Muskullar kuchini aniqlash.
5. Muskullar tonusini aniqlash.
6. Giperkinezni aniqlash – tremor, xoreya, atetoz va boshqalar.
7. Kasalni yurish holatiga e'tibor berish – spastik, gemiparetik va paretik.

Harakat buzilishlari semiotikasi

Piramida yo'lining jarohatlanishi impuls o'tmasligi oqibatida muskullar harakatda qatnasha olmaydi – bu falajlik bo'ladi.

Plegiya – muskullarqa impuls kelmasligi oqibatida ular harakatda qatnasha olmaydi. Harakatni butunlay yuqolmasligi parez deyiladi.

Falajlik (parez) tarqalganligiga qarab ularning turlari:

1. Monoplegiya (monoparez) – bitta qo'l yoki oyoq harakatining buzilishi.
2. Paraplegiya (paraparez) – ikkita qo'l yoki ikkita oyoq harakatining buzilishi.
3. Triplegiya (triparez) – ikkita qo'l va bitta oyoq harakatining buzilishi.
4. Tetraplegiya (tetraparez) – ikkita qo'l va oyoqlar harakatining buzilishi.

5. Gemiplegiya (gemiparez) – tana yarim qismi harakatining buzilishi.

Markaziy (spastik) falajlik markaziy harakat neyronining xohlagan sohasining jarohati natijasida kuzatiladi. Falajlikka xos xarakterli belgilardan asosiylari bu – tonusning oshishi, pay va periostal reflekslarning oshishi va patologik reflekslarning paydo bo‘lishidir. Tizza qopqog‘i va tovonda patologik reflekslar rivojlanadi, teri reflekslari yo‘qoladi yoki susayadi, patologik reflekslar paydo bo‘ladi (Babinskiy, Oppengeym, Rossolimo).

Periferik falajlik (atrofik falajlik) periferik harakat neyronlarining jarohatlanishi natijasida kelib chiqadi. Bu falajlik uchun muskullar tonusi susayishi (gipotoniya) yo‘qolishi (atoniya) xarakterli, pay va periostal reflekslar susayishi yoki yo‘qolishi (arrefleksiya), susayishi, muskullarda degenerativ o‘zgarishlar – atrofiya, fibrilar, va fassikular tortilishlar xarakterli. Bosh miya po‘stlog‘i harakat zonasining chandiqlanish jarayonlari, miya pardalarining yallig‘lanishlarida, o‘smalarda va boshqa jarohatlanishlarda tananing qarama – qarshi tomonlarida muskullar tortishish belgilari nomoyon bo‘ladi. Jekson epilepsiyasi kuzatiladi. Bosh miya harakatlari zonasining o‘smalari natijasida o‘ng tomon zararlansa chap tomon falajlanadi, bunda muskullar tonusi spastik tipda oshadi.

Orqa miya falajligi: Orqa miya zararlanihida markaziy va periferik falajlik uchrashi kuzatilishi mumkin.

Periferik falajlik – orqa miya oldingi shoxini jarohatlanishidan kelib chiqadi. Markaziy falajlik orqa miya piramida yo‘llarining jarohatlanishi natijasida kelib chiqadi.

I. 3. SEZGI SFERASI. SEZGI YO‘LLARINING TUZILISHI. TEKSHIRISH USULLARI. SEZGI BUZILISHI SEMIOTIKASI

Hamma ichki va tashqi muhitdan keladigan ta’sirotlar sezgi analizatorlari orqali qabul qilinadi. Analizator – tashqi ta’sirotni qabul qilib, tahlil qiladi.

Asab sistemasi analizatorlar kompleksidan tashkil topgan:

1. Reseptorlar
2. O'tkazuvchi yo'llar
3. Bosh miya po'stloq qismi hujayralari.

Reseptorlar klassifikatsiyasi

Teri reseptorlari – ekstrareseptorlar

Ichki organlar – intrareseptorlar.

Muskul bo'g'imlardagi reseptorlar – proprio reseptorlar

Teri analizatorlari – tashqi ta'sirlarni qabul qiladi, og'riq, taktil, harorat sezgilarni qabul qiladi.

Chuqur sezgi turlari:

1. Mushak-bo'g'im sezgisi 2 turda bo'ladi:

- a) passiv harakatlar sezgisi;
- b) tananing fazodagi holati;

2. Vibratsiya sezgisi.

3. Bosim va og'irlik sezgisi.

Murakkab sezgilar quyidagilardan tuzilgan.

- a) teriga chizilgan shakllarni aniqlash;
- b) diskriminatsiya;
- d) stereognoz;
- e) kinestetik;

Sezuvchi afferent yo'llarning asosiy xususiyatlari:

1. Uch neyronli yo'l.

2. Kesishgan yo'l.

3. Birinchi neyronning hujayrasi MNS dan tashqarida, umurtqalararo gangliyalarda joylashadi, ikkinchisniki orqa miyaning orqa shoxlarida (yuzaki sezuvchanlik). Uchinchi neyronning hujayralari ko'ruv do'mbog'ida joylashgan. Sezuv analizatorining po'stloq markazi ikkala yarim sharlarning orqa markaziy pushtasida joylashgan.

Sezgi buzilishlari semiotikasi

Nevrologiyadagi «umumiy sezuvchanlik» (tushunchasi harorat, taktil, mushak va paylardagi sezuvchanlikni o'z ichiga oladi. Uni og'riq, harorat, taktil sezgilari tegishli ekstrotseptiv (yuzaki) va mushak-bo'g'im sezgilari, tebranish hissi, shuningdek ichki organlarni sezish kabilarni qamrab oladigan interotseptiv (chuqur) turlari farqlanadi. Umumiy sezuvchanlikning buzilish simptomlari miqdoriy (obyektiv) va sifat (subyektiv) turlarga bo'linadi.

Sezgi buzilishlariga quyidagilar kiradi:

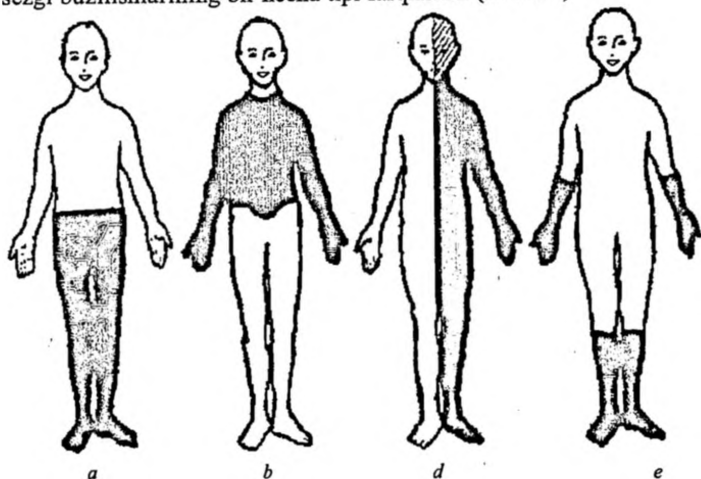
- *Anesteziya-bir* yoki bir necha turdagi sezuvchanlikning butunlay yo'qligi (analgeziya – og'riq);
- *Giperesteziya*-sezuvchanlikning ortishi;
- *Gipesteziya*-sezuvchanlikni pasayishi;
- *Sezuvchanlikning dissotsiatsiyasi*-ma'lum maydonda faqat bir turdagi sezuvchanlikning buzilishi;
- *Sezuvchanlikning sifat buzilishlariga quyidagilar kiradi:*
- *Paresteziya-uvishish*, qichishish, sovuq qotish, chumoli yurishi, hiqqichoq tutishi ko'rinishidagi yolg'on hissiyotlar;
- *Dizesteziya-ta'surotlarni* teskari qabul qilish (sovuqni issiqlik, siypalashni og'riq tarzida);
- *Giperpatiya-ta'sir* qilingach sezuvchanlikning uzoq vaqt yashirin suratda pasayishi, so'ngra birdan uzoq muddatli og'riq hissiyoti;

Og'riq-ko'p uchrovchi xilma-xil ko'rinishdagi sezgi simptomi. Og'riq sezuvchanlik sistemasining har qanday maydonini tasirlanganida yuzaga keladi. Lekin periferik nervlar, orqa miya orqa shoxlari, bosh miya sezgi nervlariniing po'stloqlari orqa va bosh miya qobig'i va ko'ruv do'mbog'i shikastlanganda og'riq kuchli bo'ladi.

Og'riq mahalliy (shikastlanish joyiga bog'liq), proeksion (shikastlanish joyidan pastroqda, nervning periferiyasida yuzaga keladi), irradiasion (shikastlangan nerv innervatsiya qiluvchi joylarga

tarqaladi), kausalgik (periferik nerv shikastlangandagi azoblovchi, g'ijimlovchi og'riq).

Sezuvchi o'tkazuvchi yo'llarning shikastlanish darajasiga qarab sezgi buzilishlarining bir necha tipi farqlanadi (13-rasm).



13-rasm. Sezgi buzilishining ko'rinishlari: *a* – o'tkazuvchi tip; *b* – segmentar tip; *d* – gemi ko'rinish; *e* – periferik tip.

- *Periferik tip* – sezuvchanlik buzilgan maydonlarda mazkur periferik nervlar innervatsiya qiluvchi maydonlarga to'g'ri keladi (polinevritda-qo'lqop, paypoq).
- *Segmentar tip* – sezgi buzilishining yaxlit «kurtka», «yarim kurtka» ko'rinishida orqa miyaning orqa shoxlari va orqa po'stloq qismi shikastlanishi bilan bog'liq buzilishi.
- *O'tkazuvchan tip* – sezuvchanlikning buzilishi jarohatlangan joydan pastda yuzaga keladi (shim ko'rinishida).

Sezuv yo'llarining shikastlanishi bir qator sindromlarni yuzaga keltiradi. Mononevritik sindrom-periferik tipga tegishli barcha sezuvchanlikning buzilishi og'riq, parasteziyalar ko'rinishida va bir

vaqtda sust falajliklar (parezlar) va vegetativ buzilishlarning yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi. Ildizcha (radikulyar) sindromi – tana va qo'l oyoqlarni bo'ylamasiga yaxlit o'rab oluvchi og'riqlar va paresteziyalarning paydo bo'lishi, barcha sezuvchanlikning segmentar tipda buzilishi va reflekslarning susayishi bilan xarakterlanadi. Orqa miya tugunining shikastlanish sindromi – orqa miya shikastlanish simptomlari va o'rab oluvchi lishay – seroz suyuqlikli pufakchalar bilan namoyon bo'ladi. Orqa miya orqa shoxlari shikastlanish simptomi – bunda sezuvchanlikning dissotsiatsiyalashgan buzilishi – taktil va chuqur sezgilar saqlangan holda og'riq va harorat sezuvchanligini segmentar tipda yo'qolishi bilan xarakterlanadi. Gemianesteziya bosh miyada sezgi yo'llarining bir tomonlama shikastlanishi. Umumiy sezuvchanlikning barcha ko'rinishlarining qarama-qarshi tomonda buzilishi bilan xarakterlanadi.

Po'stloqning tepa qismi shikastlanganda sezuvchanlikning murakkab ko'rinishdagi buzilishlari – astereognoziya, lokalizatsiya sezgisining buzilishi va teri – kinestetik sezgirlikning buzilishi yuzaga keladi.

TALABA BILISHI KERAK

1. Yuzaki va chuqur sezgilarni tekshirish
2. Patologik reflekslarni tekshirish
3. Turli kasalliklardagi simptomlar majmuasini o'rganish
4. Piramidal yo'l anatomiyasi va fiziologiyasini
5. Ekstrapiramida sistemasi anatomiyasi va fiziologiyasi
6. Ekstrapiramida sistemasining shikastlanish simptomlarini aniqlash
7. Mushak tonusini tekshirish
8. Akinetik – rigidlik sindromini aniqlash
9. Gipotonik – giperkinetik sindromni aniqlash

TALABA QILA OLISHI KERAK

1. Harakatni tekshirish usullarini
2. Ataksiyani tekshirish usullarini
3. Markaziy va periferik falajliklarni aniqlash va differentsiatsiyalash usullarini

NAZORAT SAVOLLARI

1. Refleks nima?
2. O'ng qo'lni boshqaruvchi piramida sistemasi hujayralari qaerda joylashgan?
3. Markaziy neyronning zararlanish belgilarini aytib o'ting?
4. Markaziy gemipligiya qorin reflekslari chaqiriladimi?
5. Jekson epilepsiyasi qanday namoyon bo'ladi?
6. Ekstrapiramidal innervatsiyada miyaning qaysi qismlari ishtirok etadi?
7. Qanday giperkinezlarni bilasiz?
8. Ekstrapiramida sistema shikastlangandagi mushaklar gipertonusi markaziy falajlikdagi mushak tonusidan qanday farqlanadi?

I. 4. BOSH MIYA NERVLARI. BOSH MIYA NERVLARI TUZILISHI, VAZIFALARI. SHIKASTLANISH SINDROMLARI

Bosh miyadan 12 juft nerv ajraladi. Barcha bosh miya nervlari miya asosida joylashgan 14-rasm. Ular 12 ta juft hisoblanadi:

I juft – n.olfactorius – hidlov nervi;

II juft – n.opticus – ko'ruv nervi;

III juft – n.oculomotorius – ko'zni harakatlantiruvchi nerv;

IV juft – n.trochlearis – g'altak nervi;

V juft – n.trigeminus – uch shoxli nerv;

VI juft – n.abducens – uzoqlashtiruvchi nerv;

VII juft – n.facialis – yuz nervi;

VIII juft – n.vestibulocochlearis – eshituvchi-chig'anoq va vestibular nervlari;

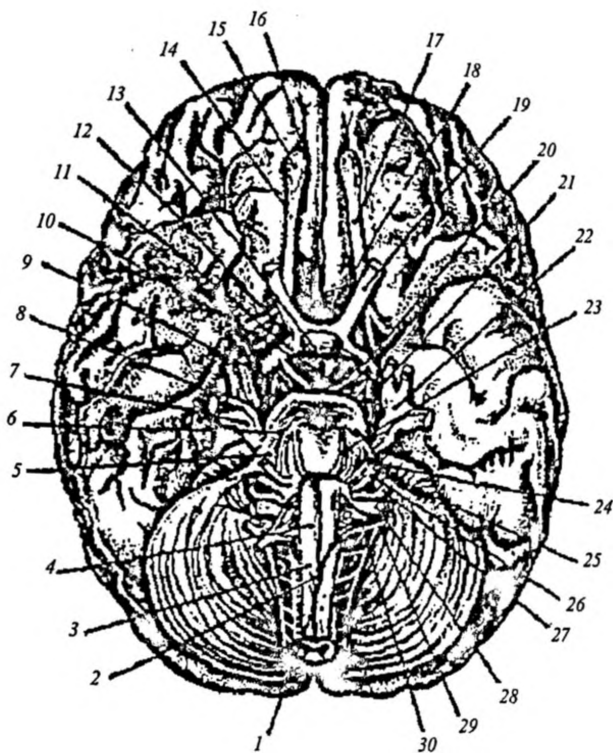
IX juft – n.glossopharyngeus – til-halqum nervi;

X juft – n.vagus – sayyor nervi;

XI juft – n.accessorius – qo'shimcha nervi;

XII juft – n.hypoglossus – til osti nervi.

Ulardan I, II, VIII juftlari sezuvchi; III, IV, VI, VII, XI, XII juftlari harakatlantiruvchi; V, IX, X juftlari aralash hisoblanadi. Ularning ko'pchiligi asosan III, VII, IX, X juftlarida vegetativ tolalar mavjud. Sezuvchi nervlar analizatorlarning periferik qismlarini tashkil qiladi: hidlov (I), ko'ruv (II), eshituv (VIII) va tam bilish (VII, IX).



14-rasm. Miya asosi, bosh miya nervlari:

1 - orqa miya; 2 - piramida kesishmasi; 3 - uzinchoq miya; 4 - piramida; 5 - miyacha o'rta oyoqchasi; 6 - ko'prik; 7 - sezgi ildizchasi; 8 - uch shoxli nervning harakat ildizchasi; 9 - miya oyoqchasi; 10 - so'rg'ichsimon tana; 11 - ko'ruv trakti; 12 - hidlov uchburchagi; 13 - gipofiz; 14 - hidlov trakti; 15 - hidlov piyozchasi; 16 - hidlov egati; 17 - hidlov nervi; 18 - xiazma; 19 - ko'ruv nervi; 20 - ko'zni harakatlantiruvchi nerv; 21 - g'altaksimon nerv; 22 - uch shoxli nerv; 23 - uzoqlashtiruvchi nerv; 24 - yuz nervi; 25 - oraliq nerv; 26 - dahliz-chig'anoq nervi; 27 - til-halqum nervi; 28 - adashgan nerv; 29 - qo'shimcha nerv; 30 - til osti nerv.

I juft hidlov nervi – N. Olfactorius

Hidlov nervi

I juft hidlov nervlari maxsus sezuvchanlikka ega bo'lgan nervlar bo'lib, kimyoviy ta'sirlarni qabul qiladi va yuqori differentsiyalashgan epitelial hujayralardan tarkib topgan. Ular yuqori burun chig'onog'ining shilliq pardasida va burun to'sig'ida joylashadi.

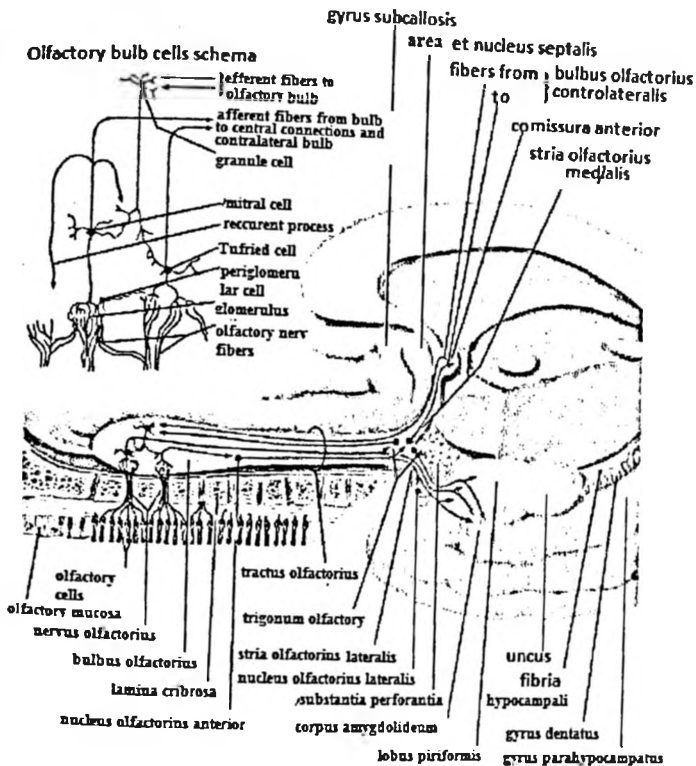
Hidlov nervlari boshqa sezuvchan bosh miya nervlaridan farqli o'laroq, sezuvchan yadrolar yoki gangliyadan emas, balki burun shilliq qavatida joylashgan mahsus hujayralardan boshlanadi.

Hidlov hujayralarining aksonlari hidlov ipchalarini hosil qiladi (filia olfactoria), bu ipchalar kalla suyagi bo'shlig'iga g'alvirsimon suyakda joylashgan lamina cribroza orqali tushadi va hidlov piyozchasida tugallanadi. Hidlov piyozchalari (bulbus olfactorii) oldingi kalla suyagi chuqurchasidagi miya asosida joylashadi.

Bulbus olfactorius-da ikkinchi neyronlarning hujayralari joylashgan bo'lib, ularning aksonlari hidlov yo'li (trakti) ni (tractus olfactorius) hosil qiladi. Hidlov trakti, hidlov uchburchagi (trigonum olfactorium)ni hosil qiladi. Bu uchburchak oldingi teshilgan modda substantia perforata anterior yonida joylashgan (15-rasm).

Trigonum olfactorium hidlov yo'lining uchinchi neyroni sanalgan neyronlardan iborat, bu neyronlarning tolalari uchta tutam: medial, oraliq, yon tutamlarga bo'linadi. Trigonum olfactorii, substantia perforata anterior, septum pellucidum birlamchi hidlov markazlari hisoblanadi. Uchinchi neyronning tolalari chakka bo'lagining gyrus hypposampi (asosan uning ilmog'ida) tugaydi. Bu yerda hid bilish tahlil qilinadi.

Po'stlog'da joylashgan hidlov markazlari faqatgina hid bilishni tahlil qilishda emas, balki limbik sistema tarkibiga ham kiradi, bu tizim organizmda murakkab vegetativ funksiyalarni boshqarishda ham ishtirok etadi.



15-rasm. Hidlov nervining anatomik tuzilish.

Hid bilishni tekshirish usullari va zararlanish simptomlari

Bemorda hid bilishni tekshirish uchun hidi uncha o'tkir bo'lmagan moddalar: mentol, valeriana damlamasi, kamfora moyi ishlatiladi. O'tkir xushbo'y moddalar qo'llanilmaydi, chunki ular nafaqat hidlov nervini, balki uch shoxli nerv reseptorlarini ham qitiqlaydi.

Qo'llaniluvchi xushbo'y moddalar hid bilishni tadqiq etish uchun bemorga oldindan tanish bo'lishi zarur, aks holda bu moddalarni bir-biridan ajratib bo'lmaydi.

Hid bilishni burunning har tomonidan alohida – alohida tekshirish lozim, yaxshisi, turli xil xushbo'y moddalar bilan tekshirgan ma'qul.

Hidlov yo'li zararlanganda quyidagi simptomlar rivojlanadi: hid bilishning pasayishi (*giposmiya*), yoki umuman bo'lmasligi (*anosmiya*), hidga sezuvchanlik oshishi (*giperosmiya*), hid bilishni buzilishi (*dizosmiya*) va hid sezish gallusinatsiyalari kuzatiladi.

Zararlanish simptomlari – giposmiya yoki anosmiya burun shilliq qavatini mahalliy zararlanishi bilan kechadi (o'tkir va surunkali rinit).

Giperosmiya – isterikada kuzatiladi, kam hollarda homilador ayollarda ham kuzatiladi. Hid sezish gallusinatsiyalari – tezlikdagi paresteziya epilepsiya bilan og'rikan bemorlarda boshlang'ich faza (*aura*) bilan bo'lishi mumkin.

II shox ko'ruv nerv – n. Opticus

Funksiyasi – ko'rish va qorachiq reaksiyasining ko'z to'rsimon pardasiga yorug'lik nuri tushishidan boshlanadi.

II juft, n.opticus sezuvchan nerv bo'lib, uning reseptorlari to'rsimon pardada joylashadi.

To'r parda (*retina*) uch qavatdan tuzilgan tayoqchalar va kolbachalar to'r pardaning birinchi qavatini tashkil qiladi. Bipolar hujayralar ikkinchi, ganglioz hujayralar esa to'r pardaning uchinchi qavatini tashkil etadi.

Ko'z to'r pardasining tuzilishi sxemasi 1 – tayoqchalar va kolbachalar yorug'likni qabul qiluvchi hujayralar. 2 – bipolyar hujayralar 3 – ganglioz hujayralar. Ganglioz hujayralarning aksonlari ko'ruv nervini hosil qilib, uning boshlang'ich qismi ana shu nerv so'rg'ichi yoki diski deb ataladi.

To'r pardaning ganglioz hujayralari aksonlaridan shakllangan ko'ruv nervi foramen opticum orqali kalla suyagi bo'shlig'iga tushib, peshona bo'laklari asosi bo'ylab joylashgan holda turk egari tomon yo'naladi. Turk egarining old qismida ko'ruv nervlari kesishadi, ayni paytda faqat ichki tolalar kesishadi, bu tolalar ko'ruv nervining medial qismini tashkil etadi. Ko'ruv nervining tashqi tolalari kesishmasdan, o'z tomonidan yo'naladi. Ko'ruv tolalarining kesishgan joygacha chiasma opticum bo'lgan qismi ko'ruv nervi deb, kesishgan joydan keyingi qismi-ko'ruv yo'li (tractus opticus) deb ataladi.

To'r pardaning ichki yarmi ko'ruv maydoning tashqi qismidan, tashqi yarmi esa ichki qismidan ko'ruv impulslarini tashqi yarmi esa ichki qismidan qabul qiladi. Bunga sabab quyidagicha: ko'z gavxari orqali o'tish nuri sinadi va ko'ruv maydonining chap tomonidagi buyumlar tasviri to'r pardaning o'ng yarmida o'z aksini topadi va, aksincha. Ko'ruv yo'llari tizimining ana shunday xususiyati katta klinik ahamiyatga molik, ya'ni ko'ruv maydoni o'ng yarmining ishlamasligi chap ko'ruv yo'lining zararlanganidan dalolat beradi va aksincha.

Shunday qilib, har bir ko'ruv yo'li to'r pardaning o'z tomonidagi lateral bo'limlaridan va to'r pardaning qarama-qarshi tomondagi medial bo'limlaridagi tolalarga ega.

Ko'ruv yo'li miya oyoqchlarini tashqi tomondan aylanib o'tib, po'stloq osti ko'ruv markazlarida tugaydi. Ularga ustki do'ngchalar (colliculus superior), lateral tizzasimon tana (corpus geniculatum laterale), ko'ruv do'ngining yostiqchasi (pulvinar thalami) kiradi. Po'stloq osti ko'ruv markazlarida to'r pardaning ganglioz hujayralar aksonlari tugallanib, bu yerdan ko'ruv nervining to'rtinchi neyroni boshlanadi (asosan lateral tizzasimon tana va ko'ruv do'ngligidan).

Lateral tizzasimon tanalar va yostiqchalarning neyronlari ichki kapsulaning orqa soni ortqi qismi orqali o'ta turib, Grasiolle tutamini hosil qiladi. Bu yo'llar ensa bo'laklarining ichki sathi bo'ylab

ko'ruvning po'stloq markaziga yo'naladi, bu markaz esa sulcus calcarinus atrofida joylashgan bo'ladi. Bu yerda ko'ruv impulslari analiz va sintez qilinadi.

Ko'ruv analizatorlarini tekshirish usullari

Ko'ruv funksiyasini tekshirishda ko'rish o'tkirligi, ko'rish maydoni va ko'z tubi holatiga e'tibor beriladi.

Ko'rish o'tkirligi. (Visus) Sivsev jadvali yordamida tekshiriladi, bu jadvalda qiymati kamayib boradigan harflar yozilgan va 12ta qatorda joylashgan. Har bir ko'z alohida tekshiriladi. Bemor jadvaldan 5 metr masofada turishi lozim. Yarqiragan, bemor ko'ziga ta'sir etadigan buyumlarni tekshiradigan sohadan olib tashlash zarur. Harflar ravshan ko'inishi uchun jadvalga yorug'lik tushib turishi lozim.

Bordi-yu bemor 10 qator harflarni ayta olsa, ko'rish o'tkirligi (Visus) 1,0 ga teng bo'ladi. Bu me'yordagi holat hisoblanadi. Agar bemor 6 qator harflarni ayta olsa, ko'rish o'tkirligi 0,6 ga, bordi-yu faqat 1 qator harflarni ko'rsa, ko'rish o'tkirligi 0,1 ga teng bo'ladi. Ko'rishning xiralashuvi – ambliopiya deb, ko'rmaslik esa – amovroz deb ataladi. Bemorning kasallik tarixida yoki ambulator xaritasida ko'rish o'tkirligi bo'yicha xulosa, quyidagicha yoziladi:

$$VISUS \frac{OD}{OS} = \frac{1,0}{1,0} \text{ (bu norma demakdir).}$$

Ko'rish maydoni. Harakat qilmaydigan ko'z ko'radigan masofa sohasi ko'rish maydoni deyiladi. Ko'rish maydoni 4 kvadratga ajratib o'rganiladi. Me'yorda (normada) ko'rish maydonining oq rangga bo'lgan tashqi chegaralari 85–90 darajaga, ichki va yuqori chegaralarida esa 55–60, pastkilari 65–70 darajaga tengdir.

Ko'rish maydoni har bir ko'z uchun alohida Perimetr pribori bilan tekshiriladi. Ayni paytda ikkinchi ko'z kaft bilan yopib turiladi.

Perimetr yarim oy shaklida bo'ladi, u 0 dan 180 gradusgacha darajalarga bo'lingan. Perimetr o'rtasida bemor o'z nigohini to'xtatish uchun oq harakatsiz dog' bor.

Bemor stolga qulay qilib o'tkaziladi, boshini esa tekshirilayotgan ko'z oq dog' ro'parasida bo'lishi uchun maxsus taglikka qo'yib o'tiradi.

Shifokor kichkina ko'rsatkich tayoqcha yoki uchi oq dasta yordamida uni asta-sekin markazdan perimetr chekkasiga sura boshlaydi va uning yo'qolgan paytini qayd qiladi. Keyin shifokor harakatchan nishonni chekkadan markazga qarab surib, uning paydo bo'lgan paytini yozib boradi. Nishonning yo'qolgan va paydo bo'lgan joyi bir-biriga mos tushsa, tekshirish natijalari qog'ozda qayd qilinadi.

Ko'rish maydonlarini tekshirishning boshqa usullari ham bor. Ko'rish maydoni chegaralari taxminiy aniqlash uchun bemordan uning ko'z oldida tortib qo'yiladigan sochiq o'rtasini ko'rsatish iltimos qilinadi. Bunda uning ikkala ko'zi ochiq turadi. Agar bemor sochiq o'rtasini ko'rsatib bersa, demak, bu ko'rish maydoni buzilmaganini ko'rsatadi. Sochiqning uzun uchi qaysi tomonda qolsa, demak, o'sha tarafda gemianopsiya bor.

Ko'rish maydoni yarmisining yo'qolishi gemianopsiya deb ataladi (16-rasm).

Gemianopsiyaning quyidagi turlari mavjud: ikkala ko'z ko'rish maydonining bir xil tomonini yo'qolishiga gomonom gemianopsiya deyiladi. Ko'ruv maydonning turli yarmining yo'qolishiga geteronim gemianopsiya deyiladi. Bitemporal gemianopsiyada ko'ruv maydonining tashqi yarmi yo'qoladi, binazol gemianopsiyada ichki yarmi yo'qoladi, shuningdek, kvadrant gemianopsiyada ham farq qilinadi, bunda ko'rish maydonning yuqori yoki pastki kvadrantlari yo'qoladi.

Ko'rish maydoni ayrim sohalarining yo'qolishi skotoma deb, uning barcha tomonlardan torayishi konsentrik torayish deb ataladi.

Rangni his etish. U Rabkinning maxsus jadvallari yordamida tekshiriladi. Bu jadvallar xilma-xil rangli tasvirlar va suratlardan iborat.

Sog'lom tekshiriluvchi ranglarni ajrata bilishi zarur. Agar bemor qizil va yashil ranglarni ajrata olmasa daltonizm deb ataladi. Ranglarni

tamomila ajrata bilmaslik axromotopsiya deb ataladi. Odatda bu xastalik ko'ruv nervi batomom ishdan chiqqanda kuzatiladi.

Ko'z tubi oftalmoskopiya usuli bilan tekshiriladi. Oftalmoskopiya yordamida ko'ruv nervining turg'un (qotib qolgan) so'rg'ichlari va atrofiyasi, ko'z tubi tomirlarining organik zararlanish darajasi aniqlanadi va h. k.

Me'yorda ko'ruv nervi diski odatda chegaralari aniq bo'lgan yumaloq shaklda bo'ladi. Disk och pushti rang bo'ladi.

Bosh miya pardalarining turli xil yallig'lanish kasalliklari (meningitlar, leptomeningitlar), miya qorinchalari xorioidal chigallarining xastalıkları (xorioependimatitlari) bosh miyaning hajmli kasalliklarida (absesslar, parazitlar kistalar) ko'ruv nervi diskining shishuviga olib keladi bu esa ko'ruv diskining dimlanishi deb ataladi. Disklarning dimlanishi odatda ikki tomonlama bo'ladi.

Zararlanish sindromlari:

Ko'ruv nervi zararlanishi bilan ko'ruv o'tkirligi pasayishi – ambliopiya, ko'rlik – amavroz kuzatiladi. Ensa soxasi zararlanishi hisobiga ko'ruv gallusinatsiyalari kuzatiladi (shakllar, yuz, kino kadrlari, ayrim vaqtlarda mikropsiya, metamorfopsiya).

Ko'zni harakatlantiruvchi nervlar guruhi

III. Shox ko'z harakatlantiruvchi nerv – n.Oculomotorius.

IV. Shox g'altaksimon nerv – n. Trochlearis

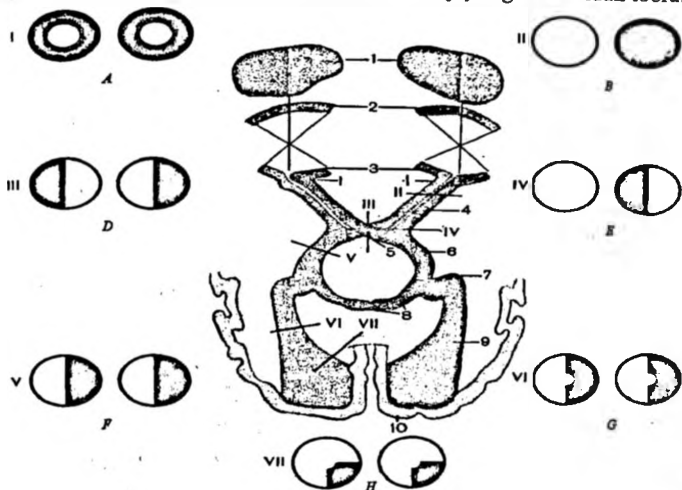
VI. Shox uzoqlashtiruvchi nerv – n.Abducens.

Ko'z olmalarining birgalashib harakat qilishi ko'zni harakatlantiruvchi (III juft), g'altak (IV juft) va uzoqlashtiruvchi (VI juft) nervlar tomonidan nervlanadigan 6 ta ko'zni harakatlantiruvchi mushaklarning sinergik ishlashi tufayli amalga oshiriladi.

Endi ularning anatomo-fiziologik tuzilishi va funksiyalarini ko'rib chiqaylik (17-rasm).

III juft – n.oculomotorius (ko'zni harakatlantiruvchi nerv). Ko'zni harakatlantiruvchi nerv yadrolari yuqori do'ngchalar sohasida Silviy yo'li tubi bo'ylab joylashadi.

N. oculomotorius yadrolari bir nechta hujayra guruhlaridan iborat:



16-rasm. Ko'ruv nervining anatomik tuzilishi.

1—ko'rish maydoni, 2—ko'rish maydonining gorizontaal kesimi, 3—ko'z to'rpardasi, 4—o'ng ko'ruv nervi, 5—ko'ruv kesishmasi, 6—o'ng ko'ruv yo'li, 7—lateral tizimon tana, 8—yuqori tepalik, 9—ko'ruv yoyi, 10—po'stloqning ensasoxasi. Zararlanishning joylashishi: I, II—ko'ruv nervi, III—ko'ruv kesishmasining ichki soxalari, IV—ko'ruv kesishmasining o'ng tashqi bo'lagi, V—chap ko'ruv trakti, VI—chap talamokortikal ko'ruv trakti VII—ko'ruv yoyining yuqori chap qismi. Zararlanish sindromlari A—ko'ruv maydonining konsentlangan kamayishi, B—o'ng ko'zda to'liq ko'rlik, V—bitemporal gemianopsiya, G—o'ng tomonlama nasal gemianopsiya, D—o'ng tomon lamagomonim gemianopsiya, E—ko'ruv kesishmasining ichki soxalari (ko'ruv maydoni saqlanishi bilan) J—o'ng tomonlama pastgi gomonomgemianopsiya.

Ikkala tarafda joylashgan lateral yirik hujayrali yadrolar, Yakubovich-Edinger-Vestfalning juft mayda hujayrali parasm-patik yadrolari va juft bo'lmagan parasimpatik Perlea yadrosi.

Lateral (tashqi) yirik hujayrali yadrolar 5 ta hujayra guruhlaridan iborat bo'lib quyidagi mushaklarni nervlaydi:

1. N.levator palpebrae superior — yuqori qovoqni ko'taradi;

2. M.rectus superior – ko‘z olmasini tepaga va bir oz ichkariga buradi;

3. M.rectus internus – ko‘z olmasini ichkariga buradi;

4. M.rectus inferior – ko‘z olmasini pastga va yo‘naltiradi;

5. M.obliquus inferior – ko‘z olmasini tepaga va tashqariga buradi.

Yakubovich-Edinger-Vestfalning juft mayda hujayralari (parasimpatik) yadrosi ko‘z qorachig‘ini toraytiruvchi mushak (m.sphincter pupillae)ni nervlaydi.

Perlea yadrosi m.ciliare (kiprik mushagi) ni innervatsiya qilib, akkomodisiyani ta‘minlagan holda ko‘z gavhari shaklini ifoda etadi.

Lateral yirik hujayra yadrolar bilan innervatsiya qilinadigan mushaklar, ko‘zning tashqi mushaklari, parasimpatik yadrolar bilan innervatsiya qilinadigan mushaklar ichki mushaklar hisoblanadi.

III nerv yadrolarining aksonlari pastga yo‘nalib, nucleus ruber ni kesib o‘tadi va ko‘prik – Fossa interpedicularis bilan chegarada miya oyoqchasining medial tomonidan chiqadi. N. Oculomotorius yuqori ko‘z tirqishi orqali chiqib orbitaga yo‘naladi.

III nervning yirik hujayrali yadrolari ikkita tomonlama po‘stloqli innervatsiyani oladi, shu sababli ko‘zni harakatlantiruvchi mushaklarning markaziy falaji faqat kortikonuklear yo‘llarning ikki tomonlama zararlanishida kuzatiladi.

IV juft g‘altak nerv (N.trochlearis)

N. trochlearis yadrosi Silviev suv yo‘li tubi yonidagi pastki do‘ngchalar sohasida joylashgan. Tolalar g‘altak nerv yadrosidan tepaga yo‘naladi, shunda Silviev suv yo‘lini aylanib o‘tib, oldingi miya yelkanida kesishadi. U to‘rt do‘nglik orqasidan chiqib, miya oyoqchalarini aylanib o‘tadi va kalla suyagi asosi bo‘ylab fissura orbitalis superior ga o‘tib, orbitaga tushadi va faqat bitta mushak m.obliquus superior ni nervlaydi bu mushak ko‘z olmasini tashqariga va pastga buradi.

G'altak nerv yadrosi ko'zni harakatlantiruvchi nervning yirik hujayrali yadrolariga yaqin turadi, shu sababi IV nervning alohida yadroviy zararlanishlari kam uchraydi.

N. trochlearis zararlanganda pastga nigoh tashlanganda, masalan zinadan tushayotganda diplopiya kuzatiladi. To'g'riga va tepaga nigoh tashlaganda diplopiya kuzatilmaydi, chunki yuqori qiya mushak falaji m.rectus inferior va m.rectus externus funksiyalari bilan kompensatsiya qilinadi.

Shuningdek birmuncha kam yaqinlatuvchi ko'z g'ilayligi (strabismus convergens) qayd qilinadi, u ko'z olmasini pastga burganda kuchayadi.

VI juft – N. Abducens – uzoqlantiruvchi nerv

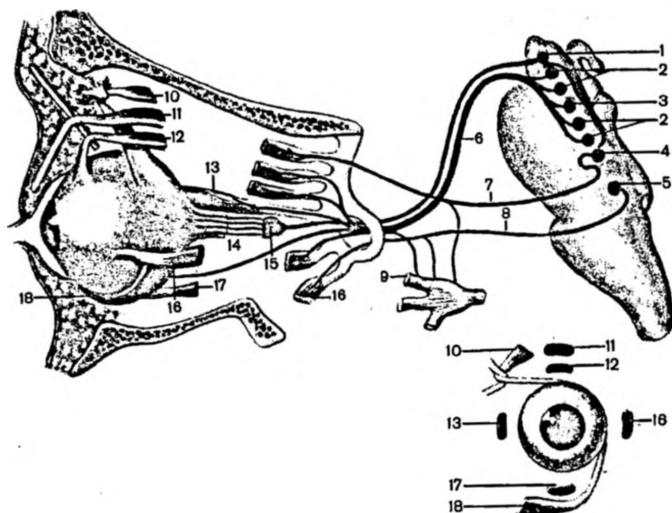
Uzoqlashtiruvchi nerv yadrosi IV qorincha tubida, Varoliy ko'prigining dorsal qismida yotadi. IV nerv yadrolaridan aksonlar miya asosi bo'yicha yo'nalib, ko'prik va uzunchoq miya chegarasida ko'prik miyacha burchagi sohasida chiqadi. U stres iga orbitalis superior orqali ko'z kosasiga o'tadi va bittagina tashqi ko'z mushagi – m.rectus externus ni nervlaydi. Bu mushak, ko'z olmasini tashqariga tortadi.

VI nerv zararlanganda ko'z olmasining tashqariga harakat qilishi chegaralanadi, qo'shiluvchi g'ilaylik (strobismus convergenus) va tashqariga qaralganda diplopiya kuzatiladi.

Ko'zni harakatlantiruvchi nervlarni tekshirish usullari

Ko'zni harakatlantiruvchi barcha nervlar bir vaqtning o'zida tekshiriladi, ko'z yoriqlarining qanchalik keng va bir maromda bo'lishiga: ko'z qorachiqlarining shakliga va kattaligiga, ularning yorug'likka bo'lgan reaksiyasiga, konvergentsiyasiga e'tibor beriladi. Ko'z qorachiqlarining bir xil bo'lmasligi anizokoriya

deb nomlanadi. Bundan tashqari, ko'z olmalarining ko'z kosasida qanday joylashganiga qaraladi. Ularning pastga tushib qolishi enoftalm deb, ko'z kosasidan chiqib qolishi ekzoftalm deb ataladi.



17-rasm. Ko'zni harakatlantiruvchi mushaklar innervatsiyasi.

1-Ko'zni xarakatlantiruvchi nervning qo'shimcha yadrosi, 2-Ko'zni xarakatlantiruvchi nervning yirik hujayrali yadrosi, 3-Ko'zni xarakatlantiruvchi nervning orqa markaziy yadrosi, 4-g'altaksimon nerv yadrosi, 5-uzoqlashtiruchi nerv yadrosi, 6-Ko'zni xarakatlantiruvchi nerv, 7-g'altaksimon nerv yadrosi, 8-uzoqlashtiruchi nerv, 9-ko'z nervi va uning ko'zni xarakatlantiruvchi nerv bilan aloqalari, 10 - yuqori qiyshiq mushak, 11-yuqori qovoqni ko'taruvchi mushak, 12-yuqori to'g'ri mushak, 13-medial to'g'ri mushak, 14-qisqa kipriksimon nerv, 15-kipriksimon tugun, 16-lateral to'g'ri mushak, 17-pastki to'g'ri mushak 18 - pastki qiyshiq mushak.

Keyin ko'z qorachiqalarining yorug'likka bevosita va hamkor reaksiyasi tekshiriladi. Ko'z qorachig'ining bevosita reaksiyasi bir ko'zni qo'l kafti bilan yopib turib tekshiriladi, bu esa ko'z

qorachiqlarining kengayishiga olib keladi. So'ngra qo'lni darhol olib qo'yib ko'z qorachig'ining yorug'likka bevosita reaksiyasi kuzatiladi. Ko'zga yorug'lik tushishi ko'z qorachig'ining torayishiga olib keladi. Ko'z qorachig'i fotoreaksiyasini cho'ntakda olib yuriladigan yoritgich (fonar) bilan tekshirsa bo'ladi. Ko'z qorachiqlarining hamkor reaksiyasini tekshirish uchun bir ko'zni qo'l bilan yopiladi, bunda boshqa ko'z qorachig'i hamkorona kengayadi. Keyin qo'l tezda olib qo'yiladi. Bunda ikkala ko'zning hamkorona toraygani yuzaga keladi. Ko'z qorachiqlari, odatda, qorong'ida kengayadi va uzoqqa nigoh tashlaganda torayadi, bu holat ko'zga yorug'lik tushganda va yaqin turgan buyumlarga nigoh tashlaganingizda yuz beradi.

Ko'z qorachiqlarining bir xil bo'lishi simpatik va parasimpatik innervatsiyaning bir zaylda harakat qilishi bilan ta'minlanadi, bunday bo'lmaganda ko'z qorachiqlari torayadi yoki kengayadi.

Ko'z qorachig'ining parasimpatik innervatsiyasi ko'z qorachig'i sfinkteri uchun Yakubovich-Edinger-Vestfal yadrolari bilan, kiprik mushagi uchun-Perlea yadrolari orqali amalga oshiriladi. Ana shu yadrolardan boshlanadigan tolalar III nerv tarkibida yo'nalib, ganglion ciliare da uziladi, ana shu yerdan past ganglionar tolalar va mm.sphincter pupillae et ciliaris boshlanadi, bular akkomodatsiya vazifasini ta'min etadi.

Ko'zning simpatik innervatsiyasi orqa miya yon shoxlarining yadrolari bilan C8-Th1 segmentlari orqali ta'minlanadi. Ushbu yadrolarning aksonlari chegaradosh ustunda yuqori bo'yin tuguni yo'nalib bo'yinning simpatik chigallarini hosil qilgan holda m.tarsalis superior, mm.orbitalis et dilatator pupillae ga yo'naladi.

Ko'z qorachig'larining konvergensiya reaksiyasi, bemorning burun qanshariga bolg'achani yaqinlashtirib tekshiriladi. Bunda ikkala ko'z olmasi ichkariga buriladi (konvergensiya) va ko'z qorachiqlari bir vaqtning o'zida torayadi (akkomodatsiya).

Ko'z qorachiqlarini akkomodatsiyaga reaksiyasini tekshirish uchun bemorning bir ko'zi qo'l bilan yopiladi, boshqa ko'zi bilan uzoqqa qarashi so'raladi (ko'z qorachig'i kengayadi), bolg'acha yaqinlashtirilganda esa ko'z qorachig'i torayadi. Ko'z qorachig'ining torayish va kengayish qobiliyatiga akkomodatsiya deb ataladi. Akkomodatsiya falaji Perlea yadrosi zararlanganda sodir bo'ladi. Ko'z qorachiqlarining yorug'likka bevosita va hamkor reaksiyasining bo'lmasligi konvergensiya va akkomodatsiyaga reaksiyasi saqlangan holda Argayl Robertson sindromi deb ataladi, bu sindrom Yakubovich yadrolari zararlanganda kuzatiladi. U tobos darsalis ga xosdir.

Parkinsonizm hodisalari yuz bergan epidemik ensefalitlarda Argayl Robertsonning teskari sindromi uchrab turadi, ya'ni, ko'z qorachiqlarining konvergensiya va akkomodatsiya reaksiyasi buzilgan holda ularning yorug'likka reaksiyasi saqlanib qolishi, ko'z yorug'ining holati yuqori qovoqning holatiga bog'liq bo'lib, buni his etish ko'z yorug'ining torayishiga olib keladi. Yuqori qovoqning pastga tushib qolishi ptoz deb, uning chala tushishi-chala ptoz deb ataladi. Ko'zlar simpatik innervatsiyasining buzilishi ham ko'z yorig'i torayishi bilan birga davom etadi, ammo yuqori qovoq funksiyasi saqlanadi. Ko'z yorig'ining simpatik innervatsiya buzilishi oqibatida torayishi, odatda, enoftalm va ko'z qorachig'ining torayishi (ptoz) bilan birga davom etadi. Bu sindrom odatda VIII bo'yin va I ko'krak segmentlari, bo'yinning simpatik chigali, yuqori bo'yin tugunining yon shoxlaridagi siliospinal markaz zararlanganda uchraydi.

Bu sindrom Klod-Gorner sindromi nomini olgan.

Zararlanish simptomlari

Ko'z olma harakatlari bir nechta nervlar hisobiga amalga oshiriladi: ko'zni harakatlantiruvchi (III), g'altaksimon (IV) va uzoqlashtiruvchi (VI) nervlar. Oxirgi ikkita nerv bittadan

mushakni innervatsiyalaydi, mushakni katta qismi ko'z olmasi harakatlantiruvchi nerv (III) hisobiga amalga oshiriladi. Klinikada barcha nervlar bir vaqtning o'zida tekshiriladi, shuning uchun ularni birgalikda ko'rib chiqishimiz mumkin.

Miya oyoqchasi, miya asosi, yuqori ko'z tirqishi sohasida yuz beradigan patalogik jarayonlarda aksari hollarda ko'zni harakatlantiruvchi nervning periferik falajlari kuzatiladi.

Yadro zararlanishi va nerv zararlanishi bir-biridan farq qiladi. Yadro zararlanishda ko'zning ayrim tashqi mushaklari falaji kuzatiladi, shunda yirik hujayrali yadroning qaysi qismi zararlanganligiga qaraladi. M. levator palpebrae superior ni innervatsiya qiluvchi hujayralar yadroning qolgan hujayralariga qaraganda chuqurroq joylashgan bo'ladi.

Ko'zni harakatlantiruvchi nerv tolasining zararlanishida esa yuqori qovoqning pastga tushishi asosiy simptomlardan biri sanaladi. Bu hol yadroli zararlanishining nevrал zararlanishdan farq qiladigan belgilaridan biridir. Mushakni yuqori qovoqni ko'taruvchi, innervatsiya qiluvchi tolalar ko'zni harakatlantiruvchi nerv tarkibida yuzaki joylashgan. Shu sababli bosh miya pardalarining yallig'lanish kasalliklarida (meningitlar, bazal leptomeningitlar), subaraxnoidal qon quyilishida dastlab ptoz paydo bo'ladi.

O'choq yuqori ikki tepalik sohasida joylashsa miya oyoqchasida alternirlashgan Veber sindromi rivojlanadi: o'choq tarafida ko'zni harakatlantiruvchi nervning periferik falaji, qarama-qarshi tomondagemparez kuzatiladi.

Faqat ko'zning tashqi mushaklarining innervatsiya qiluvchi yirik hujayrali yadrolarning zararlanishida tashqi oftalmoplegiya (ophthalmoplegia externa) rivojlanadi.

Mayda hujayralari yadrolarning yakkalangan holda zararlanishi ichki mushaklar funksiyasining buzilishiga olib kelib, ichki oftalmoplegiya (ophthalmoplegia interna) rivojlanadi.

Ko'zni harakatlantiruvchi nervi tamomila zararlanganda quyidagi simptomlar kuzatiladi:

1. Yuqori qovoqning pastga tushishi – ptoz, agar chala bo'lsa yarim ptoz;
2. Qochuvchi g'ilyalik (strabismus divergens). Bunda ko'z olmasi tashqariga chetlanib, picha pastga uzoqlashadi (m.rectus externus (VI nerv) va m. obliquus superior (IV nerv) ning saqlangan funksiyasi hisobiga).
3. Narsalarning ikkita bo'lib ko'rinishi (diploniya).
4. Ko'z qorachig'ining kengayishi (midriaz) – m.sphincter pupillae ni innervatsiya qiluvchi Yakubovich-Edinger-Vestfal parasimpatik yadrosining zararlanishi hisobiga va m.dilatator pupillae funksiyasining ustun kelishi oqibatida.
5. Ko'z qorachig'ining yorug'likka bevosita va hamkor reaksiyasining susayishi, ko'z qorachig'i refleksi rivojining efferent qismi zararlanishi oqibatida.
6. Ko'z gavhari shaklini o'zgartiruvchi m.ciliare ning falaji oqibatida akkomadatsiya falaji.
7. Ko'zning tepaga, ichkariga va qisman pastga harakatning cheklanishi.
8. Konvergensiyaning yuz bermasligi, ekzoftalm.
9. Anizokoriya-ko'z qorachilari kattaligining bir xil bo'lmasligi.

Orqa yon tutam tizimi

Sog'lom kishida ko'z olmalarining harakati barcha yo'nalishlarda birgalikda amalga oshiriladi, holbuki ko'zni harakatlantiruvchi mushaklar turli xil nervlar bilan innervatsiya qilinadi. O'ngga qaralganda bir yo'la o'ng ko'zning m.rectus externus (VI nerv) va chap ko'zning m.rectus internus (III nerv) qisqaradi. Ko'z olmasining bunday hamkor harakatlari orqa yon tutam funksiyasi bilan ta'minlanadi (fasciculus longitudinalis posterior). Orqa yon tutam Darkshevich yadrosidan boshlanadi, bu yadro o'rta miyada, n.oculomotorius yadrolaridan ko'ra yuqoriroqda joylashadi.

Ikkala tutamning tolalari miya ustuni bo'yicha pastga tushadi, shunda ular miya yo'li va IV qorincha tubida joylashib (o'rta chiziqqa yaqin) III, IV xamda VI juft nerv yadrolariga tolalar beradi. Orqa yon tutam tarkibida vestibular yadrolarda ham tolalar mavjud. Orqa yon tutam tolalari kalla xarakatlantiruvchi nerv yadrolariga kollaterallar berib, pastga yo'naladi va orqa miyaning oldingi tizimchalariga tushib, orqa miya bo'yin segmentlarining motoneyronlariga yaqinlashadi.

Bosh yon tomonlarga burilganda ko'zni harakatlantiruvchi mushaklar va bo'yin mushaklarining bir vaqtning o'zida harakat qilishini aynan orqa yon tutam tizimi ta'minlab beradi.

O'rta peshona pushtaning orqa bo'limida bosh va ko'zlarni qarama-qarshi tarafga burish markazi joylashgan, ya'ni nigohni ixtiyoriy innervatsiya qilish markazi bor. Tolalar po'stloqdan ko'prikka yaqinlashib, kesishadi va qarama-qarshi tarafdagi uzoqlashtiruvchi nerv yadrosi yonida tugaydi, bu yerda nigoxning ko'prik markazi bo'ladi. Shunday qilib, chapdagi ko'prik markazi nigoxning o'ng po'stloq markazidan innervatsiya oladi va aksincha. Masalan, ko'z olmalarini ixtiyoriy chapga burganda o'ng yarim shardagi nigoh markazidagi impulslar chapdagi uzoqlashtiruvchi nervga uzatiladi. Ayni paytda impulslar orqa yon tutamning tolalari bo'ylab o'ng ko'zning m.rectus internus ga yo'naladi. Ko'z olmalarining o'ngga-chapga ixtiyoriy harakat qilishi ana shunday amalga oshiriladi.

Nigohning po'stloq va ko'prik markazi zararlanganda nigoh falaji, ko'z olmalarini yon tomonga hamkor gorizontal burish buzilishi paydo bo'ladi.

O'rta peshona pushtasining orqa qismi zararlanganda nigohning qarama-qarshi tomonga falaji kuzatiladi, ya'ni bemor ko'z olmalarini qarama-qarshi tomonga bura olmaydi, ayni paytda ular zararlangan yarim shar tomoniga buralgan bo'lib qoladi. Mushak-antagonistlar tonusining kuchayib ketganidan «bemor o'choqqa qarab turadi».

Miya ko'prigi zararlanganda ko'z olmalari o'choqqa qarama-qarshi tomonga buraladi («bemor o'choqdan ko'z qochiradi»), chunki nigohning ko'prik markazi ko'z olmalarining o'z tomoniga burilishini ta'minlaydi. Nigoh po'stloq markazining qitqlanishi o'choqqa qarshi bo'lgan ko'z olmalarining tortishib turishiga sabab bo'ladi.

To'rt tepalik sohasi zararlanganda ko'z olmalarining tik qarashi izdan chiqadi, ya'ni Parino sindromi nigohning tepaga va pastga qarash falaji rivojlanadi.

Ko'zlarni tepaga burish m.obliquis inferior (III nerv) va m.rectus superior (III nerv) larning bir vaqtda qisqarishi, m.obliquis superior va m.rectus superior larning bo'shashuvi tufayli amalga oshiriladi.

Orqa yon tutam zararlanganda shuningdek, nistagm rivojlanadi, ya'ni bu tizim vestibular apparat va miyacha bilan uzviy bog'langan bo'ladi, bu a'zolar ko'z olmalarining hamkor harakatlanishini nazorat qiladi.

Orqa yon tutamning qisman zararlanishi vertikal bo'yicha uzoqlashuvchi ko'z g'ilayligiga olib kelishi mumkin: o'choq tarafida ko'z pastga va biroz ichkariga chetlashadi, qarama-qarshi tarafda esa tepaga va tashqariga yo'naladi. Ko'z olmalarining vertikal bo'yicha turli xil joylashuvi Germvich-Meshandi sindromi deb ataladi, bu sindrom aksari hollarda vertebrobazilar insultlarda uchrab turadi.

Orqa yon tutam Darkshevich yadrolari orqali ekstropiramidal sistema bilan ham bog'langan, pastga yo'naluvchi tolalar bilan orqa miya bilan bog'lanadi.

Ko'zni harakatlantiruvchi yadrolar shuningdek, ko'rishning po'stloq osti markazlari colliculis superior va eshitish markazlari (colliculis interior) bilan bog'langan bo'ladi. Shu sababli ko'ruv va eshituv yo'llari orqali tushuvchi tashqi signallar ko'z olmalari va boshni signal berilgan tarafga reflektor (beixtiyor) buradi.

V – uch shoxli nerv – n. Trigeminus

Uch shoxli nerv – aralash nerv bo'lib, o'z tarkibida harakatlantiruvchi, sezuvchan, simpatik va parasimpatik tolalar saqlaydi. Uch shoxli nervning sezgi yo'li uch neyronli tuzilishga ega.

I neyron Gasser tugunida joylashgan. Bu neyron psevdounipolyar hujayralardan iborat, uning dendritlari uch shoxli nervning uch tarmog'ini: ko'z nervi (n.ophthalmicus), yuqori jag'ni nervi (n.maxillaris), pastki jag'ni nervi (n.mandibularis) tashkil qiladi.

N. ophthalmicus peshona terisi va boshning oldingi soch qismi, yuqori qovoq, ko'z soqqasi, ko'zning va burun bo'shlig'i ustki qismining shilliq pardasi, peshona va g'alvirsimon bo'shliq, miya pardasi, ko'z yoshi bezi terisidan sezuvchan impulsni qabul qiladi.

Yuqori jag' nervi (n.maxillaris) pastki qovoq, ko'zning tashqi burchagi, yuqori lab, lunjning ustki qismi, yuqori jag' va tishlar, burun bo'shlig'i shillig'ining pastki qismi, gaymor bo'shlig'i, yuzning o'rta qismi, miya qattiq pardasini nervlaydi.

Pastki jag' nervi (n.mandibularis) pastki lab, lunjning pastki qismi, pastki jag' va tishlaridan, iyak, og'iz bo'shlig'i, tilning 2/3 pastki qismi, yuz terisi yon sathining orqa qismidan va quloq chig'onoqlaridan sezgi impulsini o'tkazadi.

Gasserov tugunning bipolyar hujayralari aksonlari (I neyron) yaxlit tutamga qo'shilib, Varoliy ko'prigiga kiradi. Gasser tuguni bilan ko'prik orasidagi nerv sohasi uch shoxli nerv ildizchasi deb nomlanadi.

Chuqur sezgini o'tkazuvchi tolalar ko'prik yadrosida (nucl. mesencephalis) yuzaki sezgini o'tkazuvchi tolalar esa, uch shoxli nervning spinal yadrosida (nucl.tractus spinalis) uziladi.

V nervning ko'priksimon va spinal yadrolarida sezgi yo'llarining II neyronlari joylashgan bo'lib, ularning aksonlari bir-biri bilan yonma-yon joylashib qarama-qarshi tomonga yondoshib talamus tomon yo'naladi.

Shunday qilib ikkala sezgi yo'llarining II neyroni aksonlari ko'ruv do'ngigacha yetib boradi. Ko'ruv do'ngligida (talamusda) III neyron yotadi, ularning aksonlari ichki kapsula orqa oyoqchasining orqa uchdan bir qismidan o'tib, orqa markaziy pushtaga yo'l oladi.

Uch shoxli nervning sezgisi yo'llari qarama-qarshi tomondagi orqa markaziy pushtaning pastki qismiga borib tugaydi.

Uch shoxli nervning harakatlantiruvchi qismi oldingi markaziy pushtadan boshlanib Varoliy ko'prik tomoniga yo'l oladi. Varoliy ko'prigida nerv tolalar qisman kesishma hosil kiladi. Uch shoxli nervning harakatlantiruvchi yadrosi ikki tomonlama po'stloq innervatsiyasini oladi shu sababli chaynov mushaklarining markaziy falaji faqat kortikonuklear yo'llar yoki oldingi markaziy pushtaning ikki tomonlama zararlanishida uchraydi.

Harakatlantiruvchi yadro – Nucleus motorius – ko'prik qobig'ining dorso-lateral bo'limida joylashadi. Ikkinchi neyronning aksonlari ko'prikdan chiqq turib, chaynov mushaklari (mm.masseter et temporalis ga yo'l oladi va uch shoxli nervning III shoxiga qo'shiladi).

Uch shoxli nerv tarkibida parasimpatik va simpatik tolalar bor, ular sekretor (modda ajratish), vazomotor va trofik vazifalarni bajaradi.

Tekshirish usullari

Uch shoxli nerv odatda bemor shikoyatlarini so'rab-surishtirib tekshirila boshlanadi. Bemorlar odatda uch shoxli nervning zararlangan shoxlar sohasida xurujsimon og'riq tutishidan shikoyat qiladilar. Uch shoxli nerv tarmoqlarining chiqish nuqtalariga bosib ko'riladi N.opthalmicus (I shox) zararlanganda og'riq nuqtasi faramen supraorbitalis sohasida, II shox zararlanganda og'riq faramen intraorbitalis da aniqlanadi.

III shox nevralgiasida og'riqlar foramen mentali nuqtasida seziladi. Keyin sezuvchanlik yuzda, uchlamchi nerv innervatsiyasi

sohalarida va Zelder zonalarida tekshiriladi. Harorat sezuvchanligini iliq va salqin suv bilan to'ldirilgan ikkita probirkada, og'riq sezuvchanligini igna, taktil og'riqni – bir bo'lakcha paxta yordamida tekshiriladi.

Yuz terisining ildizchali va segmentar innervatsiyasi farq qilinadi. Uchlamchi nerv shoxlari zararlanganda yuzda ildizchali buzilishlar va xurujsimon og'riqlar, nucl.spinalis, n.trigemini zararlanganda – Zelder sohalarida sezuvchanlikning segmentar buzilishlari kuzatiladi.

V nervning harakatlantiruvchi qismi funksiyasini tekshirish uchun kaftlarni chakka va chaynov mushaklari ustiga qo'yiladi, chaynash jarayonida ularning tarangligi, shuningdek og'izni ochganda pastki jag'ning surilishi aniqlanadi.

Kon'yunktival, korneal, qosh usti va pastki jag' reflekslari tekshiriladi. Korneal va kon'yunktival reflekslarni tekshirish uchun

bemorga tepaga qarashi so'raladi paxta bo'lagi yoki qog'oz tasmasi bilan to'r pardaga yoki kon'yuktivaga oxista tegishi qovoqlarning yumilishiga olib keladi.

Qosh usti refleksini tekshirish burun qanshariga yoki qosh usti yoyiga bolg'acha bilan sekin urib amalga oshiriladi. Bunda qovoqlar yopilib qoladi.

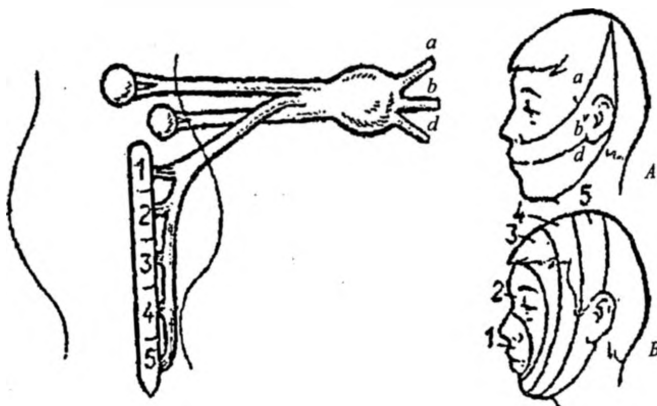
Pastki jag' (mandibulyar) refleksi quyidagicha tekshiriladi: bemordan og'zini yarim ochib turish so'raladi va iyakka bolg'acha bilan sekin uriladi. Bunda pastki jag' ko'tariladi (chaynov mushaklarining qisqarishi natijasida).

Uch shoxli nerv, aniqrog'i, ramus ophthalmicus yuza korneal, kon'yunktival hamda qosh usti chuqur reflekslarining afferent qismini tashkil qiladi. Yuz nervining harakatlantiruvchi tolalari reflektor yoyning efferent qismini tashkil etadi. qosh usti refleksini chaqirishda afferent impulslar nucl. terminalis ga, korneal va kon'yunktival reflekslarni chaqirishda esa nucl.spinalis n.trigemini ga boradi.

✧ Mandibulyar refleksning afferent qismini V nervning sezuvch tolalari, efferent qismini esa n.mandibularis ning harakatlantiruvchi tolalari tashkil qiladi.

Uch shoxli nerv zararlanishining topik diagnostikasi

Uch shoxli nerv sezgi tolalarining zararlanishi eng avvalo og'riq tutishi zararlangan nervlar sohasida sezuvchanlikning buzilishi va tegishli reflekslarning o'zgarishi bilan kechadi (18-rasm).



18-rasm. Yuzni sezgi zonalar: A) a – uch shoxli nervning ko'z tarmog'i; b – uch shoxli nervning yuqori jag' tarmog'i; d – uch shoxli nervning pastki jag' tarmog'i; e – yuzni segmentar tipda sezgi innervatsiyasi.

Amaliy tibbiyotda ko'pincha uch shoxli nerv I shoxining zararlanishi ko'p uchraydi, og'riqning peshona-chakka sohasiga tarqalishi, sezuvchanlikning buzilishi, qosh usti, korneal va kon'yunktival reflekslarning susayishi yoki so'nishi bilan birga davom etadi. N.opthalmicus chiqish nuqtasiga bosib ko'rilganda og'riq tutishi qayd qilinadi.

Gasser tuguni zararlanganda yuzning bir tomonida barcha sezgi turlarining buzilishi va kuchli xurujsimon og'riqlar kuzatiladi.

N.supraorbitalis, n.intraorbitalis va n.mentalis ning og'riq nuqtalariga bosib ko'rilganda og'riq qayd qilinadi. Uchlamchi tugunning zararlanishi ko'pincha yuzda vazomotor, atrofik buzilishlar bilan birga davom etadi, herpes va keratit ana shularning alomati bo'lib hisoblanadi.

Uchlamchi nerv ildizchasining zararlanishida (Gasser tuguni nervi sohasidan to ko'prikkacha) xuddi shunday alomatlar kuzatiladi, ammo gerpetik toshmalar qayd qilinmaydi.

III shoxning zararlanishi, og'riq xurujidan va sezuvchanlikning buzilishidan tashqari, ta'm bilish tegishli tomonda tilning oldingi 2/3 qismi va mandibulyar refleksning pasayishi bilan kechadi.

Nucl. spinalis zararlanganda Zelder zonalarida yuzning bir yarmida sezuvchanlikning dissotsiatsiyalangan buzilishlari kuzatiladi. Og'riq va harorat sezgisi buzilib chuqur va taktil sezgi saqlanib qoladi.

Yadroning oral qismi zararlansa, og'iz va burun sohasida sezuvchanlik buzilishlari, kaudal qismi shikastlanganda Zelderning tashqi anesteziyalar (yoki gipesteziyalar) kuzatiladi.

Bordi-yu patologik jarayon o'tkazuvchi yo'llarni qamrab olsa, alternirlovchi gemianesteziyalar, o'sha tarafda yuz sezgining segmentar buzilishi qarama-qarshi tarafda chuqur sezgining o'tkazuvchi tipda buzilishi kuzatiladi.

Ko'proq yadroning zararlanishi (nucl.terminalis) o'choq tarafidagi yuz yarmida chuqur va taktil sezuvchanlikning buzilishi bilan ta'riflanadi.

O'choq talamusda va ichki kapsula orqa sonining uchdan birida joylashganda qarama-qarshi tomondagi sezgining barcha turlari buzilishi kuzatiladi. (yuzda, gavda va qo'l-oyoqlarda).

Orqa markaziy pushtaning pastki uchdan biri zararlanganda ham qarama-qarshi tomondagi yuzning yarmida sezuvchanlikning yo'qolishi bilan birga kechadi.

Uch shoxli nerv III shoxining harakatlantiruvchi qismi va harakatlantiruvchi yadrosi zararlanganda o'choq tarafidagi chaynov mushaklarining periferik falaji rivojlanadi. Paypaslab ko'rilganda chaynov mushaklarining atrofiyasi aniqlanadi, chaynash qiyinlashadi, og'iz ochilganda pastki jag' kasal bo'lgan tomonga suriladi (sog'lom tarafdagi mm.pterygoideis funksiyasining ustun kelishi sababli).

Chaynov mushaklarining markaziy falaji faqatgina nucl. motorius ga boruvchi kortikonuklear yo'llarning ikki tomonlama zararlanishida yoki presentral pushtaning ikki tomonidan shikastlanishida kuzatiladi, bu esa amaliyotda kamdan-kam uchraydi. Ayni paytda chaynov mushaklarining falaji ikki tomonlama bo'lib, atrofiya kuzatilmaydi, mandibulyar refleks oshadi.

Uch shoxli nerv tolalari ta'sirlanganda trizm – chaynov mushaklarining tonik qisqarishi rivojlanadi. Bunda bemor mahkam qisib turgan tishlarni ocha olmaydi. Trizm shuningdek, presentral pushtaning pastki qismi, uchlamchi nervni tutgan harakatlantiruvchi yadrolari ta'sirlanganda talvasa tutgan paytda, qoqshol uchlamchi nerv ta'sirlanishi bilan birga davom etuvchi boshqa qator kasalliklarda kuzatiladi.

Shikastlanish simptomlari

1. Yuz sohasida o'tkir sanchuvchi og'riqlar
2. Nerv shoxlarining chiqish joyida og'riqlar
3. Og'riq zonalari
4. Shikastlangan nerv shoxlari innervatsiya qiluvchi sohalarda hamma turdagi sezgilar yo'qolishi. Og'iz bo'shlig'idagi sezgilar yo'qolishi (ta'm va boshqalar).
5. Chaynov mushaklarining parezi va falajliklari (harakatlantiruvchi yadro yoki uch shoxli nervining mayda tolalari shikastlanganda).

VII. Yuz nervi – n.facialis

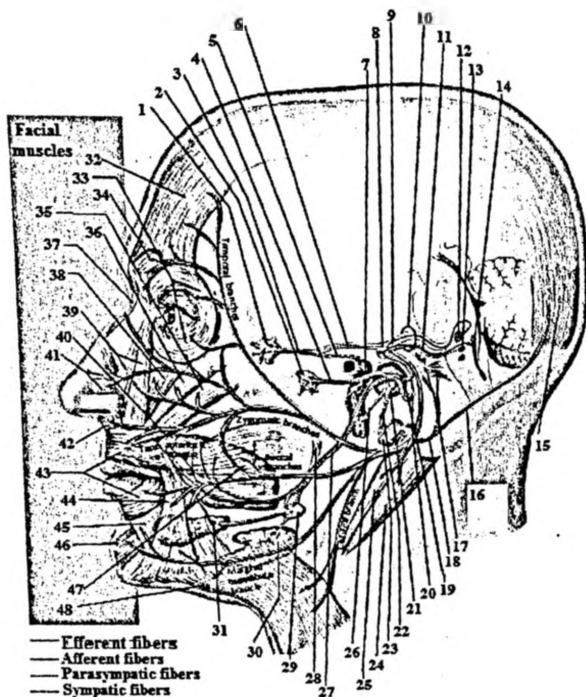
Yuz nervi aralash nerv bo'lib, o'z tarkibida harakatlantiruvchi, parasimpatik (sekretor) va sezuvchan (ta'm bilish) tolalarini saqlaydi. Parasimpatik va sezuvchan tolalarni yana XIII bosh miya nervi deb atashadi hamda oraliq nerv (n.intermedius Wrisbergi) tariqasida ajratiladi (19-rasm).

Yuz nervi V va IX nervlar bilan ko'p sonli bog'lanishlarga ega. VII nerv yadrosi turli xil hujayra guruhlari: a) nucl. motorius nervi facialis yuz nervi harakatlantiruvchi yadrosi. U ikki qismdan iborat bo'lib ikki tomonlama po'stloq innervatsiyasini oluvchi yuqori va qarama-qarshi yarimshardan bir tomonlama po'stloq innervatsiyasi oluvchi pastki qismlardan iborat; b) nucl. solivatorius superior – yuqori so'lak ajratuvchi yadro, parasimpatik; d) nucl. tractus solitarii. – IX va X juftlar bilan umumiy bo'lgan yakka yo'l yadrosi, sezuvchan (ta'm bilish). Oxirgi ikki yadro nervus intermedius ga mansub bo'ladi.

Yuz nervi yadrosining yuqori qismi mimik mushaklarni: m.frontalis, m.orbicularis oculi, m.corrigator supercilii ni, pastki qismida pastki mimik mushaklari: m.orbicularis oris, m. zygomaticus major, m.risorius, m. buccinator larni innervatsiya qiladi.

Yuz nervi yadrosi Varoliy ko'prigining pastki bo'limida uzunchoq miya bilan chegarada joylashadi. Ushbu yadro xujayralarining aksonlari tepaga ko'tarilib, uzoqlashtiruvchi nerv yadrosini aylanib o'tadi va VII nervning ichki tizzasini hosil qiladi. Keyin tolalar pastga yo'nalib ko'prik va uzunchoq miya orasidan, ko'prik-miyacha burchagi sohasidan chiqadi. Yuz nervi oraliq va dahliz-chig'onoq nervlari bilan birgalikda chakka suyagining porus ocusticus internus ga kiradi, keyin meatus ocusticus internus orqali Fallopiy kanaliga yo'naladi.

Kanalda yuz nervi dastlab gorizontal tashqariga yo'nalgan holda, keyin vertikal joylashadi va tashqi tizzani hosil qilib, kalla suyagidan foromen stylomastoideum orqali chiqadi. Bigizsimon-so'rg'ichsimon teshikdan chiqishda yuz nervi quloq oldi so'lak bezini teshib o'tib, oxirgi shoxlarga bo'linadi, shunda «g'oz panjasi» ni hosil qiladi.



19-rasm. Yuz nervining anatomik tuzilishi.

1-pterygopalatine ganglion, 2-otic ganglion, 3-n. canalis pterygoidei, 4-n.petrosus minor, 5-n.petrosus profundus, 6-n.petrosus major, 7-plexus carotidus internus, 8-ganglion geniculate, 9-n. facialis (VII), 10-meatus acusticus internus, 11-n. intermedius, 12-nuc.motorius n. facialis, 13-nuc.solivatorius superior, 14-nuc. tractisolitarii, 15-pars occipitalis m.occipitofrontalis, 16-r.occipitalis n.auricularis posterior, 17-rr.musculares, 18-n.auricularis posterior, 19-n.stapedius, 20-foramen stilomosteideus, 21-tympanic plexus, 22-tympanic nerve, 23-glossopharyngeal nerve (IX), 24-m.digastricus, 25-m.stylohyoideus, 26-n.coroticotimpanicus, 27-chorda tympani nerve, 28-lingual nerve, 29-submandibular ganglion, 30-submandibular gland, 31-sublingual gland, 32-m.occipitalefrontalis, 33-orbicularis oculi, 34-m. corrugator superior, 35-zygomaticus major, 36-zygomaticus minor, 37-processus, 38-levator labii superioris, 39-levator labii superioris alaque nasi, 40-levator anguli oris, 41-nasalis, 42-depressor septi nasi, 43-orbicularis oris, 44-depressor anguli oris, 45-depressor labii inferioris, 46-mentalis, 47-buccinator, 48-platysma

Falloyiy yuz nervi kanalda oraliq Vrisbergev nervi bilan yo'ldosh bo'ladi, bu nerv parasimpatik (sekretor) tolalardan iborat bu tolalar so'lak ajratuvchi yuqori yadro (nucl. salivatorius superior) hujayralarining aksonlari va sezuvchan (ta'm bilish) tolalari hisoblanadi. Bular yuz kanali tizzachasida genu canalis facialis joylashgan ganglion geniculati hujayralaridan boshlanadi. Sekretor tolalar til osti va jag' osti so'lak bezlarini, ta'm bilish tolalari, tilning 2/3 qismini va yumshoq tanglayni nervlaydi.

Falloyiy kanalida yuz nervi poyasidan quyidagi shoxlar chiqadi:

1. Katta toshsimon nerv (n. petrosus major) yuz kanali tizzachasi damida chiqadi, o'zida ko'z yoshi bezlari uchun sekretor tolalar tutadi.

2. Uzangisimon nerv. (n. stapedius) yuz nervining pastga tushuvchi qismidan boshlanib, uzangisimon mushakni nervlaydi.

3. Nog'ora tori (chordae tympani) oraliq nervning oxirgi shoxi hisoblanadi va sezuvchan ta'm bilish va parasimpatik (sekretor) tolalardan tarkib topgan. Bu tola yuz nervidan Falloyiy nayining vertikal bo'limida (foramen stylomastoideum dan yuqori) ajralib chiqadi, uning orqa devoridan nog'ora bo'shlig'iga kiradi. Ta'm bilish tolalari tilning oldingi 2/3 qismidan impulslarni idrok etib, sekretor tolalar jag' osti va til osti so'lak bezlariga yo'naladi.

Yuz nervini tashxis etish usullari

Yuz nervi funksiyasini ko'zdan kechirish mimik mushaklar holatini ko'rishdan boshlanadi. U zararlanganda, hattoki, tinch holatida ham yuz asimmetriyasi qayd qilinadi. Bunda ko'z yoriqlari kattalashgan shakli o'zgargan bo'ladi peshona va burunlab burmalari silliqqlangan bo'lib gaplashganda og'iz burchagining qiyshayib ketishi kuzatiladi.

Mimik mushaklarining holatini baholash uchun mimik sinamalar tekshiriladi, bu sinamalar peshonani tirishtirishdan, qoshlarni chimirish va ko'zlarni chirt yumish (ustki mimik sinovlar) lunjlarni

havoga to'ldirish, tishlarni baralla ochib ko'rsatish (pastki mimik sinovlar) dan iborat.

M. orbicularis oculi kuchini tekshirish uchun bemordan ko'zlarini qattiq yumishi so'raladi, ayni paytda shifokor bemorning ustki qovog'ini ko'tarib, aylana mushakning zararlangan tomonda qarshilik ko'rsatishi pasayganini aniqlaydi.

Ayni paytda kipriklar simptomini ham tekshirib ko'rish mumkin: aylana mushak kuchsiz yumilgani sababli kipriklar sog'lom tarafdagidan ko'ra ko'rinib qoladi.

VII nerv falaji rosmana ifodalanganda ko'z yumilmaydi, buni lagoftalm – quyon ko'zi deb atayadi. Ko'zlarni yumishga urinib ko'rganda ko'z olmasi tepaga ketib qoladi (Bell simptomi). Lagoftalm odatda ko'z yoshi oqishi bilan kechadi. Doim ochiq turgan ko'z shamol ta'siriga uchrab, reflektor tarzda ko'z yoshi oqishiga sabab bo'ladi. Ma'lumki qovoqning vaqti vaqti bilan yumilib turishi ko'zlarni ko'rib qolishidan saqlab turadi.

Keyin bemorga tishlarni tirjaytirish tavsiya etiladi, bunda bemor og'zi sog'lom tomonga qiyshayadi, qiyshaygan tarafdagi og'iz burchagi ham harakatchanligicha yoki harakatsizligicha qoladi. Burun-lab burmasining silliqlangani va og'iz burchagining pastga tushgani qayd qilinadi.

Bemorning og'iz tirqishi tishlar yarqirab ochiq turganda tennis raketkasini eslatadi (raketka simptomi). Lunjlarni shishirib turganda havo zararlangan tomondagi og'iz burchagidan chiqadi, bu tarafdagi lunj «elkan»ga o'xshab turadi (yelkan simptomi). Ovqat yeyish va nutq qiyinlashadi. Suyuq so'lak zararlangan tomonda og'iz burchagidan oqib chiqadi.

Qosh osti, korneal va kon'yunktival reflekslar susaygan bo'ladi. Yuz nervining elektr qo'zg'aluvchanligi pasayadi, mexanik qo'zg'aluvchanligi oshadi (Xvostekning musbat simptomi). U eshitish yo'lidan oldinda yonoq yoydan pastroqda bolg'acha bilan teriga urib

chaqiriladi. Bunda mimik mushaklarining qisqarishi yoki reaksiya sust ifodalanganda og'iz burchagining sal titrashi kuzatiladi.

Tilning oldingi 2/3 qismida ta'm bilish, shirin yoki kuchsiz nordon eritma bilan tekshiriladi. Buning uchun bemordan tilini chiqarishi so'ralib, tomizgich bilan ehtiyot bo'lib eritma tomchilarini oldin tilning bir tarafiga, keyin boshqa eritmani tilning boshqa tomoniga tomiziladi.

Oldindan tayyorlab qo'yilgan qog'ozda eritmalarining nomi yoki ta'mi yozib qo'yiladi. Bemor qo'li bilan eritmalar nomini ko'rsatadi.

Har bir sinamadan keyin bemor og'zini suv bilan chayib tashlaydi. Ta'm bilish sezgisining kamayishi gipogevziya, uning bo'lmasligi agevziya, uning aynishi paragevziya deb ataladi.

Yuz nervi zararlanishining topik diagnostikasi

O'choqning qerda joylashganiga qarab, yuz nervining intrakranial, intrakanal va ekstrakanal zararlanishlari farq qilinadi.

Yuz nervining intrakranial nevriti uning yadrosi va yuz nervining Fallopiev kanaliga kirgunga qadar bo'lgan qismi zararlanganda rivojlanadi.

Yuz nervi yadrosi va ildizchalari zararlanganda o'choq tarafida mimik mushaklarining periferik falaji kuzatiladi, burun-lab va peshona burmalari silliqlashadi yoki bo'lmaydi, yuz asimmetrik holda bo'ladi (20-rasm). Shungdek lagoftalm, Bell simptomi, kipriklar simptomi, ko'z yosh oqishi yoki ko'zlarning qup-quruqligi yelkan va raketka simptomi, qosh osti, korneal va kon'yunktival reflekslarning susayishi qayd qilinadi.

Nerv degeneratsiyasi reaksiyasi kuzatiladi, mimik mushaklarning mexanik qo'zg'aluvchanligi oshadi. Yuz mushaklari periferik falajining manzarasi ana shunday bo'ladi.

Yuz nervi yadrosining zararlanishi, odatda, jarayonga piramida yo'lining jalb etishi sababli alternirlovchi Miyer – Gubler sindromi rivojlanishi bilan kechadi. Bunda o'choq tarafida mimik mushaklarining periferik falaji, qarama-qarshi tomonda spastik

gemiplegiya kuzatiladi. Uzoqlashtiruvchi nerv yadrosi ham shu jarayonga jalb qilinsa, Fovil alternirlashgan sindromi rivojlanadi o'choq tomonida qo'shiluvchi (g'ilyalik VI nerv) va mimik mushaklarining periferik falaji (VII nerv), qarama-qarshi tarafda markaziy gemiparez rivojlanadi.

Ko'prik-miyacha burchagi sohasida (bu yerda VII nerv bilan birga V, VI va VIII nervlar ham chiqadi) yuz nervi zararlansa, mimik mushaklar falaji ana shu nervlarning zararlanishi simptomlari bilan birga davom etadi: xurujsimon og'riqlar va yuzda sezuvchanlikning izdan chiqishi, tilning 2/3 qismida ta'm sezishning kamayishi, ko'zlarning va og'izning qup-quruq bo'lishi, qo'shiluvchi g'ilyalik, eshituvning izdan chiqishi va vestibular buzilishlar yuz beradi.

Yuz nervining sentrokanal nevrity Fallopiy kanalidagi o'choqning qaerda joylashganiga aloqador bo'ladi. Nervning chiqadigan joydan yuqoriroqda zararlanishi (n.petrosus major) mimik mushaklarning falaji bilan bir paytda ko'z quruqligi (n.petrosus major), giperakuziya (n.stapedius), tilning oldingi 2/3 qismida ta'm sezishning buzilishi (chordae tympani) qayd qilinadi.



20-rasm. Yuz nervining o'ng tomonlama nevrity.

O'choqning n.petrosus major dan chiqishi pastroqda zararlanishida imo-ishora mushaklarining periferik falaji ta'm bilishning izdan chiqishi, giperakuziya bilan birga davom etib, ko'z quruqligi o'rniga bot-bot ko'z yoshi oqishi paydo bo'ladi.

Yuz nervining n.stapedius chiqishidan pastroqda va chordae tympani dan yuqoriroqda zararlanishida mimik mushaklarining falaji, ko'z yoshi oqishi, tilning oldingi 2/3 qismida ta'm sezishning buzilishi kuzatiladi.

Yuz nervining Fallopiy kanalidan chiqishidan so'ng zararlanishida yuz nervining ekstrakranial nevriti hisoblanishi mimik mushaklarning falaji va ko'z yoshi oqishi rivojlanadi.

Ba'zan yuz nervi nevriti ichki eshituv yo'lida va yuzda xurujsimon og'riq tutishi bilan birga kechadi, bu jarayonga biryo'la uch shoxli nerv tolalarining jalb etishi bilan izohlanadi.

Peresentral pushta va kortikonuklear yo'llar pastki qismining zararlanishida o'choqqa qarama-qarshi tarafdagi bo'lgan faqat pastki mimik mushaklarning markaziy falaji rivojlanadi, chunki yuqori mimik mushaklari ikki tomonlama po'stloq innervatsiyasini oladi.

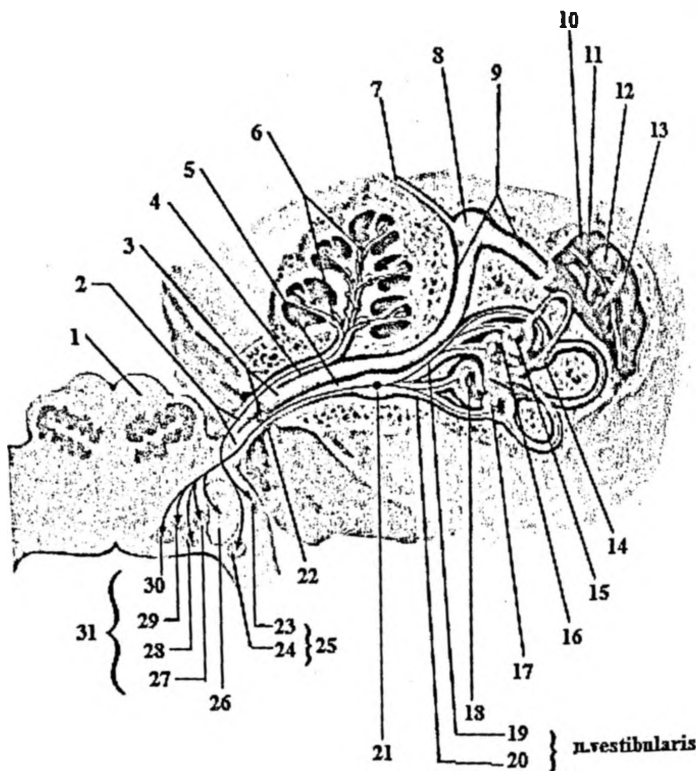
Patologik jarayonlar VII nervning po'stloq proeksion sohalarini ta'sirlantirsa, yuz mushaklarida Jekson xurujlari rivojlanishi bilan kechadi.

VIII juft – eshituv chig'anoq nervi (N. vestibulocochlearis)

Bu juft ikkita turli xil funksional tizim innervatsiyasini amalga oshiradi: eshituv a'zosi-chig'anoq va muvozanat a'zosi vestibular apparat shular jumlasidandir. Shunga muvofiq eshitish-chig'anoq nervi eshituv qismi-pars cochlearis dan va vestibular qism-pars vestibularis dan tarkib topgan bo'ladi (21-rasm).

Eshituv yo'llari spiral tugunining neyronlarida boshlanadi (I neyron). Gangl. spirale cochleae labirint chig'anog'ida joylashadi.

Ana shu neyronlarning periferik o'simtalari Korti a'zosiga yo'naladi. Bu yerda maxsus reseptorlar joylashgan. Markaziy o'simtalar porus acusticus internus orqali kalla suyagi bo'shlig'iga kirib, miya ko'prigining ikkita yadrosi oldingi (nucl. cochlearis ventralis) orqa chig'anoq yadrosida (nucl. cochlearis dorsalis) tugaydi. II neyron tolalari ana shu yadrolardan boshlanib, trapetsiyasimon tanani hosil qiladi, boshqa tomonga o'tib, yon tutam (lemniscus lateralis) tarkibida birlamchi eshituv po'stloq osti markazlari pastki ikki tepalik yadrolarida va ichki tizzasimon tanalarda tugaydi.



21-rasm. Dahliz chiganoq nervining tuzilish.

1—medulla oblongata, 2—n.vestibulocochlearis (VII), 3—yuz nervning xarakatlantiruvchi shohi, 4—n.cochlearis, 5—n.vestibularis, 6—cochlear ganglion, 7—n. petrosus major 8—coniculum facial nerve, 9—facial canal, 10—cavitis tympanicus, 11—n. chorda timpani, 12—capitulum mallei 13—incus, 14—ampulaecanalissemilunaris lateralis, 15—ampulaecanalissemilunaris superioris, 16—utricle, 17—ampulaecanalisse milunaris posterioris, 18—sacculus, 19—pars superior, 20—pars inferior, 21—vestibular ganglion, 22—meatus acusticus interna 23—nuc.cochlearis anterior, 24—nuc.cochlearis posterior, 25—nuc.cochlearis, 26—pedunculus cerebellaris inferior, 27—nuc.vestibularis lateralis, 28—nuc.vestibularis inferior, 29—nuc.vestibularis superior, 30—nuc.vestibularis medialis, 31—nuc.vestibularis

Shuni esda tutish joizki, eshituv tolalarining kesushuvi to'liq bo'lmaydi, ularning bir qismi kesishmasdan o'z tomonidagi birlamchi eshituv markazlariga boradi.

III neyron ichki tizzasimon tanadan boshlanib, ichki kapsula va corona radiata orqali o'tadi va po'stloqdagi eshituv markazi yuqori chakka pushtasining orqa bo'limida (Geml pushtasi) tugaydi. Har bir yarim sharning po'stloqdagi eshituv markazlarida tolalar ikki tomonlama, tugaydi.

Shu sababli lateral tutam yoki eshituv markazlari bir tomonlama zararlanganda karlik ro'y bermaydi.

Eshituv analizatorining turli xil bo'limlarining funksional ahamiyati xilma-xildir. Nog'ora parda, eshituv suyakchalari, Korti a'zosi reseptorlarining tizimi qabul etuvchi apparatni hosil qiladi. Pastki ikki tepalikda reflektor yoylarning birikishi (tutashuvi) amalga oshiriladi.

Bu yerda ovozga (tovushga) harakat javob reaksiyalari paydo bo'ladi. Masalan, odam, odatda, tovush manbai tomonga boshini buradi. Bu refleks ilk bolalikda namoyon bo'ladi. Keskin to'satdan eshitilgan tovushdan odam cho'chib tushadi. Bu «start refleksi» bo'lib o'rta miyada retikular formatsiya ishtirokida tutashadi. Eshituv analizatorining po'stloq bo'limlarida tovush signallariga ishlov berishning murakkab jarayonlari sodir bo'ladi: tovush namunalari, ularni xotirada saqlanadigan signallar bilan solishtirish shular sirasiga kiradi.

Eshituv buzilishlari turlicha bo'lib, ular nechog'lik zararlanishga bog'liqdir. Klinikada, odatda, eshituv o'tkirligi, suyak va tovushlarning havo orqali o'tkazuvchanligi, ularning joylashuvi tekshiriladi.

Eshituv o'tkirligi har bir quloqda alohida tekshiriladi. Tekshiriluvchidan ko'zlarini yumishi so'raladi va shivirlab ayrim so'zlarni yoki iboralarni aytiladi.

Aniq bir masofa belgilanadi va so'zlarni to'g'ri eshitish tekshiriladi. Eshitishni tekshirish uchun jarangli va jarangsiz undoshlari

ko'proq bo'lgan so'zlar tanlanadi. Shunda ayrim tonlarni idrok etish taxminiy baholanadi.

Kichkina bolalarda eshituv funksiyasi tovush ta'siriga bo'lgan harakat reaksiyasining baholash yo'li bilan tekshiriladi. Bolaning tovush manbayini ko'rmasligiga harakat qilish kerak.

Eshituv o'tkirligining susayishi gipoakuziya (hipoacusis) deb, uning yo'qolishi karlik (surditas) deb, eshituv zo'rayishi giperakuziya deb ataladi.

Giperakuziya yuz nervi zararlanganda (bunda shoxlar n.stapedius ga yuz nervidan yuqoriroqda o'tadi), shuningdek, nevrasteniya, tutqanoq va isteriyalarda kuzatilishi mumkin.

Eshituv o'tkirligi audiografiya yordamida birmuncha batafsil tekshiriladi, u grafik tasvirda chastotasi va amplitudasi bo'yicha ayrim tonlarni idrok etish imkonini beradi. 2 yoshga to'lmagan bolalarda eshituv o'tkirligini puxta tekshirish ancha mushkul bo'ladi.

Eshituv o'tkirligi aslida eshituv funksiyasining asosiy ifodasidir. Eshituv o'tkirligi pasaygani aniqlanganda, bu nuqson nimaga aloqadorligini: suyak, havo o'tkazuvchanligi yoki nerv yo'llari buzilgan-buzilmaganligini aniqlash zarur. Bu maqsadda kamertonlar yordamida havo va suyak o'tkazuvchanligi tekshiriladi.

Rinne sinamasi. Eshiriladigan kamerton prosessus mastoideus ga o'rnatiladi. Tekshiriluvchi tovushni eshitmay qolganda kamerton tashqi eshituv teshigiga yaqinlashtiriladi.

Normada tekshiriluvchi tovushni eshitaveradi, chunki havo o'tkazuvchanligi suyak o'tkazuvchanligidan yaxshiroq bo'ladi (Rinningning musbat simptomi). Tovush o'tkazuvchi apparat (nog'ora pardasi, eshituv suyakchalari) zararlangan taqdirda suyak o'tkazuvchanligi havo o'tkazuvchanligidan durustroq bo'lib chiqadi: Processus mastoideus da o'rnatilgan kamerton tovushi tashqi eshitilgandan ko'ra ko'proq idrok etiladi (Rinningning manfiy

simptomi). Shunday qilib, Rinne sinamasi tovush o'tkazuvchi apparat zararlanganini aniqlash imkonini beradi.

Veber sinamasi. Bu sinama quyidagicha tekshiriladi: kamerton bosh suyagining tepa qismiga qo'yiladi. Normada kamerton tovushi ikkala quloqda bir xil qabul qilinadi. Tovush o'tkazuvchi apparat zararlanganda suyak o'kazuvchanligi havo o'tkazuvchanligidan yaxshiroq bo'ladi, shu sababli tekshiriluvchi zararlangan tarafdagi tovushni durustroq eshitadi.

Tovushni qabul etuvchi apparat bir tomonda zararlanganda (Korti a'zosi) tekshiriluvchi sog'lom tomondagi tovushni yaxshiroq eshitadi. Shunday qilib, Veber sinamasi eshituv susaygan taqdirda tovush o'tkazuvchi va tovushni qabul qiluvchi apparatning nechog'li zararlanganini ajrata bilish imkonini beradi.

Tovushning joylashuvi ko'zlari yumilgan tekshiriluvchi tovush qaerdan kelayotganini aniqlab berishi kerak. Tovush joylashuvining buzilishi alohida bir simptom tariqasida kamdan-kam uchraydi.

Eshituv buzilishlarining to'rt do'nglikdan po'stloqqa qadar masofasida topik aniqlash ancha mushkul bo'ladi, chunki bir tomonlama zararlanishlar amalda simptomlarsiz o'tadi. «Eshituv po'stlog'i»ning zararlanishi eshituv agnoziyalariga olib kelishi mumkin.

Korti a'zosi, eshituv nervi, eshituv analizatorlarining ta'sirlanishi oqibatida quloqda shovqin, chiyillash, g'ichirlash sezgisi paydo bo'lishi mumkin. Eshituv gallusinatsiyalari kamdan-kam hollarda o'choq jarayoni sababli paydo bo'ladi.

Vestibular nerv – n.vestibularis ichki eshituv yo'li tubida yotgan Skarp tuguni (gangl.vestibularae Scarpae) dan boshlanadi. Tugun hujayralarining periferik o'simtalari (I neyron) uchta yarimdoira kanallar ampularidan va ikkita daxliz oldi chig'anoqsimon xaltachalar (utriculas va sacculus)dan yo'naladi.

Ana shu hujayralarning markaziy o'simtalari vestibular nervni tashkil etadi, bu nerv kalla suyagi bo'shlig'iga porus acusticus internus orqali kirib, ko'prik-miyacha burchagiga yo'l oladi.

Vestibular nerv tolalari IV qorincha sohasida joylashgan yadrolarda, ya'ni Deytersning tashqi yadrosida, Bexterevning yuqori yadrosida va vestibular nervning medial va pastki yadrolarida tugaydi.

Vestibular yo'lining ikkinchi neyronlari barcha yadrolardan, lekin asosan Deyteres Bexterev yadrolaridan boshlanadi. Tolalar Bexterev yadrosidan pastki miyacha oyoqchasi (corpus restiformis) orqali miyacha chuvalchangining nucl. fastigii ga asosan o'z tomonidan yo'naladi. Markaziy vestibular yo'l vestibular yadrolardan vestibular analizatorining po'stloq bo'limi bo'lgan ko'ruv do'ngi orqali bog'langan, u tepa – chakka sohasida joylashadi.

Vestibular tizim asab sistemasining boshqa bo'limlari bilan chambarchas bog'langan bo'ladi.

Deyters yadrosining hujayralaridan vestibulo-spinal yo'l boshlanadi, bu yo'l orqa miyacha, oldingi shoxlar hujayralariga borib tugaydi. Deyters yadrolari orqa medial tutam bilan ham chambarchas bog'langan. Vestibular sistema retikulyar formatsiya yadrolari bilan aloqalar o'rnatgan.

Vestibular apparat bosh, gavda va oyoq-qo'llarning fazodagi vaziyatini ifoda qiladi. Bunda statik holatni boshqarishda asosan sacculus et utriculus ishtirok etadi, ularning impulslari bosh va tananing fazodagi holati haqida axborot beradi, shunda propriotsepsiyaning murakkab tizimiga qo'shib ketadi.

Vestibular apparat faoliyati asab sistemasining boshqa ishi bilan shunchalik uzviy bog'langanki, yakkalangan, «sof vestibular» simptomlar kamdan-kam uchraydi va bundan tashqari, unchalik qat'iy spetsifik bo'lmaydi.

Bosh aylanishi, nistagm, harakatlar koordinatsiyasining buzilishi vestibular patologiyada ko'p kuzatiladi.

Bosh aylanishi xurujsimon, ba'zan esa bosh va gavdaning muayyan holatlarida paydo bo'lishi mumkin. Gobo bemorga go'yo uning atrofidagi barcha buyumlar muayyan yo'nalishida soat strelkasiga qarshi yoki soat strelkasi bo'yicha aylanayotgandek,

yer qimirlayotgandek tuyuladi. Bunday bosh aylanishi sistem bosh aylanishi deb ataladi. U vestibular zararlanishga anchagina xosdir. Ayrim hollarda bosh aylanishi tepaga qaraganda yoki boshni keskin burganda kuchayadi. Ana shu simptom ro'y berganda ko'ngil aynishi, qayt qilish, es-hush (xiralashuvi) paydo bo'lishi mumkin. Bosh aylanishi vestibular apparatga bevosita ta'sir ettirilganda, miyacha zararlanganda, vegetativ disfunktsiyalarda vertebrobazilar sindromlarda arterial gipotoniya paydo bo'ladi.

Nistagm – ko'z olmalarining bir maromda qimirlab turishidir. Bu harakatlarning yo'nalishi bo'yicha gorizontal, vertikal, rotator nistagm tafovut qilinadi. Ba'zi bir hollarda nistagm doim namoyon bo'ladi, boshqa hollarda esa faqat bosh va gavda ma'lum bir holatda bo'lgandagina kuzatiladi.

Ba'zan tug'ma, ko'pincha gorizontal nistagm uchraydi. Bu nistagmning qiyosiy tashxisi quyidagicha o'tkaziladi: agar bemordan tepaga qarashi so'ralsa, tug'ma nistagm o'z tabiatini saqlab turadi, ayrim paytda organik kasalliklarda gorizontal nistagm tepaga qaralganda yo'qoladi yoki vertikal nistagmga aylanadi.

Sog'lom odamlarda nistagmoid qisqa muddatli harakatlar goho ko'z olmalarini shartta uzoqlashtirilganda paydo bo'ladi. Ularni asab sistemasining zararlanish simptomi sifatida ko'rinishi bilan adashtirmaslik kerak.

Vestibular patologiyada harakat koordinatsiyasining buzilishlari ham kuzatiladi: gandaraklab yurish, bormoq-burun sinovida intensiya va h.k. Vestibular yadrolarning zararlanishi ko'pincha jarayonga orqa yonlama tutamning jalb qilinishi bilan navbatlashadi, bu esa topik diagnoz (tashxis)ni belgilash imkonini beradi.

Zararlanish simptomlari

Bu nerv ikki xil sezuvchi nervlarning faoliyatini birlashtiradi. Pars cochlearis – chig'anoq qism, pars vestibularis dahliz qism. Dahliz-chig'anoq nervi shikastlanganda eshitish

pasayadi (*gipoakuziya*), kar bo'lib qolish darajasigacha (*akuziya*), ayrim paytda eshitish faoliyati oshib ketadi (*giperakuziya*). Eshitish apparatining ta'sirlanishi shovqin hissini, chayqalish, hushtak, quloqlarda va boshda shovqin, eshituv gallusinatsiyalar paydo bo'lishi mumkin. Vestibular apparatni buzilishi sistemali bosh aylanishi, nistagm, ko'ngil aynishi, qusish, harakat vaqtida bosh og'rig'i kuchayishi bilan kechishi mumkin. Bu simptom-kompleks vestibular sindrom, yoki vestibular *ataksiya* atamasi bilan nomlanadi.

Chig'anoq qism:

1. Quloq soat yurishi va qarsakni eshitmaydi.
2. Rinne probasi, kamerton probasini o'tkazganda suyak o'tkazuvchanligi tarkibida havo 1:2 nisbatda, eshinishi yo'qolganiga qaramay.
3. Veber probasi kamerton yordamida tekshirilganda bir tarafga laterilizatsiyalanadi, qarama-qarshi tarafda zararlanadi.

Vestibular qism:

1. Gorizontaal nistagm (sekinlik komponenti asosan zararlangan sohada).
2. Zararlangan sohada barmoq-burun proba musbat.
3. Kalorik probaga reaksiyaning pasayishi.

IX nerv – n. Glossopharyngeus, til – halqum nervi;

X nerv – n. Vagus, sayyor (adashgan nerv)

Bu ikkala nerv odatda birgalikda ko'rib chiqiladi, chunki ularning miya ustunida umumiy yadrolarga ega, birgalikda yutqin, halqum, yumshoq tanglay sezuvchanligini va harakatlanishini ta'minlaydi.

IX nervda to'rtta yadro bor:

1. Ta'm bilish yadrosi-nucl.solitarius (XIII va X nervlar bilan umumiy);
2. So'lak ajratuvchi yadro-nucl.salivatorius interior;

3. Sezuvchan yadro-nucl.alae cinereae (X nerv bilan umumiy);

4. Harakat yadrosi-nucl.ambigius-yutqin, halqum, halqum usti, yumshoq tanglay mushaklarini nervlaydi. Bulardan tashqari X nerv xususiy yadroga ham ega.

Bu parasimpatik yadro-nucl.dorsalis n. vagi) bo'lib ichki a'zolarni nervlaydi.

IX va X nervlar sistemasida ikkita gangliya mavjud: gangl. superior, gangl.interior. IX va X nervlar tugunlarida yutqin, xiqildoq, traxeya va tildan keluvchi sezgi yo'llarining I neyroni joylashadi.

Tekshirish usullari. IX – X nervlar funksiyasini aniqlash ovoz chiqishi, uning jarangdorligi, suyuqlikni yuta olishi, yumshoq tanglay bilan tilchening harakatlari va ta'm bilishni tekshirishdan boshlanadi. Zararlanish simptomlari «Bulbar falajlik» qismida berilgan, yumshoq tanglayning falaji, uvulae ning sog'lom tomonga og'ishi, yutinishida qalqib ketish, manqalanib gapirishdan iborat.

Zararlanish simptomlari

1. Og'iz bo'shlig'i va yutqinning sezuvchanligini yo'qolishi.
2. Tilning orqa 1/3 qismida sezgining yo'qolishi.
3. Yutqin refleksini yo'qolishi.
4. Yutishni buzilishi (yaqqol emas).

X shox – adashgan nerv – n.vagus.

Adashgan nerv ko'plab funksiyani o'z ichiga oladi. U me'da – ichak trakti va yurak ko'ndalang targ'il mushaklarni innervatsiya qilishdan tashqari, ko'pgina ichki organlarning parasimpatik nervi bo'lib ham xizmat qiladi. Nevrologik diagnostika qilishda yumshoq tanglay, xiqildoq va yutqin innervatsiyasi buzilishlari katta ahamiyatga ega.

Zararlanish simptomlari.

1. Zararlangan tarafda yumshoq tanglayni osilib qolishi.
2. Yutqin refleksini yo'qolib qolishi.
3. Ovoz boylamlarining falajligi.
4. Yutishni qiyinlashishi.
5. Dimoqda gapirish, hushtaksimon ovoz.
6. Puls chastotasi va nafas olishni buzilishi.

Bulbar va psevdobulbar falajlik

Bulbar sindrom – IX, X, XI, XII nervlar innervatsiya qiladigan nerv yadrolarining zararlanishi natijasida yuzaga keladigan falajlik, yutinish buziladi; dizartriya, til muskullarining atrofiyasi va fibrillatsiyasi, tanglay va yutinish reflekslarining susayishi, yumshoq tanglay parezi; nafas olish va qon-tomir buzilishlar bilan xarakterlanadi.

Psevdobulbar sindrom – bu IX, XI va XII juft nervlarining markaziy neyronlarining shikastlanishi natijasida rivojlanadigan markaziy falajlik. Bulbar sindromida falajlik rivojlanadi, faqat atrofiya va fibrillatsiya kuzatilmaydi. Oral avtomatizm simptomlari kuzatiladi. Psixik faollikni pasayishi, majburiy yig'lash, kulish kuzatiladi. Nafas va qon-tomir sistemasida o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Psevdobulbar falajlikda ham xuddi shunday simptomlar kuzatiladi, bu falaj po'stloq-yadro yo'llari ikki tomonlama zararlanganda rivojlanadi. Po'stloq-yadro yo'llarining bir tomonlama zararlanishi faqat til osti nervi va qisman yuz nervi funksiyasining buzilishiga olib keladi, chunki qolgan boshqa kalla suyagi nervlari bosh miya katta yarimsharlari bilan ikki tomonlama bog'langan bo'ladi.

Psevdobulbar falajning bulbar falajdan farqli o'laroq, markaziy hisoblanadi, atrofiya va fibrillatsiyalar kuzatiladi. Kortiko-nuklear yo'llarning ikki tomonlama zararlanishini aniqlash uchun oral avtomatizm refleksleri tekshiriladi.

Psevdobulbar falajda yutish refleksi saqlanadi yoki oshgan bo'ladi, o'z-o'zidan yig'lash yoki kulish kuzatiladi.

XI shox – qo'shimcha nerv – n. Assessorius

Qo'shimcha nerv yadrosi uzunchoq miyaning quyi bo'limida va orqa miyaning S1-S5 segmentlarining oldingi shoxida joylashgan. Qo'shimcha nervning orqa miyadan chiqadigan ildizchalari orqa miya bo'yin bo'limining yon satxiga chiqib faromen occipitale magnum orqali miya qutisi ichiga kiradi. XI nervning kranial qismi bilan qo'shiladi. Hosil bo'lgan qo'shimcha nerv feramen jugulare orqali tashqariga chiqadi.

XI nerv n.sternocleidomastoideus va m.trapezius ni nervlaydi. N. sternocleidomastoideus boshni yon tomonlarga, orqa va oldinga egishda qatnashadi, m.trapezus esa yelkani tepaga ko'taradi.

N. accessorius vazifasini tekshirish uchun bemordan boshni yon tarablarga burish, yelkalarni ko'tarish, qo'llarini gorizontaal chiziqdan yuqoriroq ko'tarish so'raladi.

Nerv yadrosi va ildizchasi zararlanganda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon va trapetsiyasimon mushakning periferik falaji rivojlanadi, boshni sog'lom tarafga burish qiyinlashadi, zararlangan tarafda yelka pastga osilib qoladi, qo'lni gorizontaal chiziqdan yuqoriroq ko'tarish cheklangan bo'ladi.

Qo'shimcha nervning kranial qismi yadrosining ikki tomonlama po'stloq innervatsiyasini oladi, shu sababli u nervlaydigan mushaklarning markaziy falaji faqatgina kortikonuklear yo'llarning ikki tomonlama zararlanishda kuzatiladi.

Ko'krak-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak boshni qarama-qarshi tarafga va tepaga buradi. Trapetsiyasimon mushak yelka kamarini ko'taradi, yelkani qisish funksiyasini bajaradi. Ikkala mushak nafas kuchayishi aktida qatnashadi. Qo'shimcha nerv kam hollarda zararlanadi. Ikki taraf lama zararlanishda yelkani qisish kuzatiladi, yelkani ko'tara olmaslik kuzatiladi.

Zararlanish simptomlari

1. Yelkani ko'tarish vaqtidagi nimjonlik.
2. Boshni zararlangan tarafga qarama-qarshi tomonga burishdagi nimjonlik.
3. Trapetsiyasimon va ko'krak-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakda (faqatgina periferik falajligida) atrofiya va fassikulatsiyaning kuzatilishi.

XII juft – nerv – til osti nervi – n.hypoglossus

Til osti nervining yadrosi rombsimon chuqurcha tubida trigonum hypoglossi da yotadi. XII nervning ildizchalari uzunchoq miyaning piramidalari va olivalari orasidan chiqib canalis hypoglossi orqali miya qutisidan tashqariga chiqadi va til mushaklarida tugaydi.

Tekshirish usullari patologiyasi

Bu nervning periferik falaji uning yadrosi va undan chiqadigan tolalar zararlanganda kuzatiladi.

Bunda til mushaklari yarmida atrofiya kuzatiladi. Til og'izdan chiqarilganda falaj bo'lgan tarafga egiladi, chunki sog'lom tarafdagi m.genioglossus tilni oldinga va qarama-qarshi tomonga yo'naltiradi.

Til osti nervining yadrosi zararlanganda til mushaklarida fibrilar tortishishlar kuzatiladi. Til osti nervining ikki tomonlama zararlanishi nutq buzilishiga ham olib keladi. Buni dizartriya deb ataladi.

Yengil dizartriya da bemor qiyin talaffuz qilinadigan so'zlarni ayta olmaydi. Kuchli zararlanishlarda nutq artikulatsiyasi to'la buzilib, anartriya rivojlanadi, shuningdek chaynash va yutish ham buzilishi mumkin. Til osti nervining yadrosi zararlanganda va jarayonga piramid yo'llar jalb etilganda til mushaklarning periferik falaji va qarama-qarshi tarafda gemiplegiya rivojlanadi. Bunga alternirlashgan Jekson sindromi deyiladi.

Quyidagi alternirlashgan sindromlar mavjud. Avellis sindromi nucl.ambiguus (IX va X nervlar) simptomlari bilan ta'riflanadi. Shmidt sindromida patologik jarayon tomonida kaudal guruh (n.ambiguus va XI yadro) ga mansub harakatlantiruvchi yadrolarning zararlanish simptomlari, qarama-qarshi tarafda-markaziy gemiplegiya qayd qilinadi.

N. hypoglossus yadrosi faqat qarama-qarshi yarimsharlar bilan bog'langan bo'ladi, shu sababli po'stloq-yadro yo'li zararlanganda til mushagining markaziy falaji rivojlanadi, bunda til atrofiyasi, fibrillar tortishishlar kuzatilmaydi. Atrofiya va fibrillar tortishishlarning bor-yo'qligiga qarab, periferik falajni markaziy falajdan ajratsa bo'ladi.

Uni shikastlanishi tilning atrofiyasi va til uchini qiyshtayib qolishiga olib keladi.

Shikastlanish simptomlari

1. Shikastlangan tarafga til uchining deviatsiyasi.
2. Til atrofiyasi va fassikulatsiyasi (periferik falajlanishda).
3. Talaffuzni buzilishi (tilni ikki tomonlama shikastlanishida dizartriya). Ikki tomonlama to'liq shikastlanishida talaffuz umuman yo'qoladi-anartriya. Bemor tilini og'zidan chiqara olmaydi-glossoplegiya. Uzunchoq miyadagi ikkita o'choq paydo bo'lishi bulbar falajlikka, yadro usti jarayonlar – psevdobulbar o'zgarishlarga olib keladi.

I.5. MARKAZIY VA PERIFERIK NERV SISTEMASI SHIKASTLANISH SINDROMLARI

Bosh miya funksiyasini buzilishlari.

Bosh miya funksiyalari bosh miya yarim sharlari hisobiga boshqariladi. Shuning uchun patologik simptomlar jarohatlanish joyiga va tarqalganligiga bog'liq.

Nutq buzilishlari. *Afaziya* – Nutq buzilishi. Nutq markazlari peshona, chakka va tepa sohalarida joylashgan.

Motor afaziya – peshona sohasi shikastlanishida kuzatiladi, bemor nima gapirilganligini tushinadi, lekin javob bera olmaydi.

Sensor afaziya – bemor o'ziga nisbatan gapirilayotgan fikrni tushunmaydi, lekin ko'p gapiradi, gapining ma'nosi bo'lmaydi. Bu holat chakka sohasi shikastlanganda kuzatiladi.

Amnestik afaziya – bemor buyumlarni bilib turadi, lekin ularni nomini aytib bera olmaydi. Chakka-tepa-ensa burchagi shikastlanganda yuzaga keladi.

Total afaziya – hamma nutq turlari buziladi. Bu keng maydon buzilishida kuzatiladi. Xuddi shu holatda sanash buziladi – akal-kuliya. Nutqni buzilishi bilan birgalikda yozish (agrafiya), o'qish (aleksiya), sanash (akalkuliya) kabi buzilishlar ham kuzatilib mumkin.

Anartriya – artikulatsion apparat parezi yoki falajlanishi natijasida rivojlanadi. Bunda nutq aniq chiqmaydi.

Mutizm (soqovlik) – yoshligidan gapirish xususiyatini yo'qotgan bemorlarda kuzatiladi.

Skandirlashgan nutq – miyacha shikastlanishi natijasida kuza-tiladi.

Apraksiya – maqsadga yo'naltirilgan harakatlarni bajara olmaslik, ya'ni bir maqsad uchun ketma-ket ishlarni bajara olmaydi. Bu chakka-ensa-tepa sohalari shikastlanishida kuzatiladi. Ideator, konstruktiv, motor turlari farqlanadi.

Ideator apraksiyada – harakat rejasini tuzish buziladi.

Konstruktiv apraksiya – bemor bo'laklardan butun yasay olmaydi (cho'plardan kvadrat yasay olmaydi).

Motor apraksiya – plan tuza olmasligidan tashqari bemor ularni amalga ham oshira olmaydi.

Agrafiya – apraksiya turlaridan biri yoza olmaslik.

Agnoziya – ta'sirlantiruvchilarni farqlay olmaslik. Turi qaysi soha shikastlanishiga qarab farqlanadi. Ko'ruv, eshituv, ta'm bilish va umumiy-astereognoz turlari mavjud.

Aleksiya – o'qish va yozilgan narsani tushinish buziladi.

Psixoemotsional buzilishlar

Bosh miyaning har qanday sohasi shikastlanishida kuzatiladi. Ko'pincha psixikani buzilishi peshona sohasinining shikastlanishida kuzatiladi. Bunda intellektni keskin pasayishi, qiziqishlarning kamayishi, emotsional labillik, befarqlik tartib – qoidaga, apatiya, urushqoqlik, hazillarga moyillik, giperseksualizm kuzatiladi. Peshonani ikki tomonlama shikastlanishida va qadoqsimon tanani oldingi qismini shikastlanishida abuliy (irodani yo'qolishi) kuzatiladi. Bemorlar butunlay befarq bo'lib qoladi. Peshona hamda po'stloq osti aloqa sohalari shikastlanganda oral avtomatizm va tutib qolish fenomeni rivojlanadi. Yarim sharlar medial sohasini shikastida emotsiya, qo'rqish, vahima, umumiy tormozlanish, orientir buzilishi, xotirani ayniqsa oxirgi hodisalarni unutish kuzatiladi.

Miya moddalarining shikastlanish simptomlari

Miya pardalarini shikastlanish simptomlari pardalar yallig'langanda yoki miya ichi bosimi ko'tarilganda yuzaga keladi. Ular subyektiv va obyektiv turlarga bo'linadi.

Subyektiv belgilarga: kuchli bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, ta'sirchanlik, aqliy qobiliyatni susayishi.

Obyektiv simptomlar: meningial holat (poza) – bemor yon tarafdan yotgan holatda, boshi orqaga tashlangan, umurtqa pog'onasi ravog'i orqaga chiqqan, oyoqlari bukilgan holat.

Ensa sohasi muskullari rigidligining oshishi – bemor boshini umuman oldinga tashay olmaydi.

Kering simptomi – son – chanoq hamda tizza bo'g'imlarida bukilgan holatda tizza bug'imini yoza olmaslik.

Miyacha shikastlanishi

Miyacha shikastlanishining xarakterli belgilariga statikani buzilishi, koordinatsiyaning buzilishi va mushaklar gipotoniyasi kiradi.

Miyacha asosi shikastlangan vaqtda organizm statikasi ya'ni tayanch nuqtaning stabiligi buziladi. Miyacha yarim sharlar shikastlangan vaqtda uni inertlikka qarshi ta'siri buziladi, kinetik hamda lokomotor ataksiya yuzaga keladi.

Tekshirish usullari

1. Adiodoxokinez.
2. Barmoq – burun sinamasi.
3. Tovon-tizza sinamasi.
4. Nistagm.
5. Nutq buzilishi.
6. Husni-xatni o'zgarishi.
7. Romberg holati.
8. Darbozsimon holati.
9. Yurish o'zgarishi.
10. Dismetriya.

Vegetativ nerv sistemasini buzilish simptomlari

Simpatik va parasimpatik nerv sistemasi hamda animal nerv sistemasi o'zaro bog'liq. Vegetativ o'zgarishlar qon – tomir tonusini buzilishi termoregulatsiya neyroendokrin, modda almashinuvi, siydik ayirish, defekatsiya hamda jinsiy funksiyalarni buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Simpatik qism tonusi oshganda bemorlarda taxikardiya, arterial bosim oshishi, nafas olishni tezlashishi midriaz, vahima, ozish, ich qotishi kuzatiladi. Vagotoniyada puls sekinlashadi, arterial bosim pasayadi, mioz, bemorlarda semirishga moyillik kuzatiladi, hushdan ketish, ko'p terlash kuzatiladi. Vegetativ nerv sistemasini periferik qismlarini shikastlanishida teri rangida (oqarish, qizarish, ko'karish) o'zgarishlar, oyoqlarning sovushi, teri ajralishning buzilishi, shish, soch-tirnoqlar o'sishining buzilishi kuzatiladi. Undan tashqari simpatalgiya va trofik o'zgarishlar kuzatiladi.

Orqa miyaning shikastlanish sindromi

Orqa miya shikastlanganda bitta qism emas, 2–3 sigment birdaniga shikastlanadi va og'ir klinik sindromlar rivojlanadi. Orqa miya patologiyasida qaysi qismi shikastlanganligini harakat buzilishlariga qarab aniqlasa bo'ladi.

Orqa miya to'liq ko'ndalang shikastlanishini topik diagnostikasi

1. *Bo'yin sohasini to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – markaziy tetraplegiya qo'l oyoqlarga boruvchi piramida yo'llarining shikastlanishi hisobiga yuzaga keladi. Tetraanesteziya, tetraataksiya va chanoq a'zolarining markaziy shikastlanishi – axlat va siydikni o'tkir ushlanishi sifatida yuzaga keladi.

2. *Orqa miya bo'yin kengligining to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – bunda aralash tetraplegiya, ya'ni qo'llarning periferik falajligi va oyoqlarning markaziy falajligi kuzatiladi. Tetraanesteziya, tetraataksiya va chanoq a'zolarining markaziy shikastlanishi – o'tkir siydik va axlat ushlanishi sifatida yuzaga keladi.

3. *Ko'krak qismining to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – qo'llarga ta'sir qilmaydi. Oyoqlarda spastik paraplegiya, paraanesteziya, paraataksiya, siydik va axlatning o'tkir ushlanib qolishi.

4. *Bel kengligining to'liq shikastlanishi* – oyoqlarda sust periferik paraplegiya, paraanesteziya, paraataksiya va o'tkir axlat va siydik ushlanishi bilan kuzatiladi.

5. *Bel konusining to'liq ko'ndalang shikastlanishi* – chanoq a'zolarining periferik shikastlanishi sifatida chin siydik va axlat ushlanmasligi, anagenital sohani anesteziyasi namoyon bo'ladi.

Orqa miyaning to'liq ko'ndalang shikastlanishi o'tkir mielitda, keng shikastlanishlarda va boshqa kasalliklarda kuzatiladi.

Orqa miyaning yarim ko'ndalangiga shikastlanishi

Orqa miyaning yarim kundalang shikastlanishida Broun-Sekar sindromi kuzatiladi. Bunda shikastlangan tarafda periferik falajlik,

chuqur sezgining buzilishi, qarama-qarshi tarafda yuzaki sezgisini buzilishi kuzatiladi. Odatda Broun-Sekar sindromi orqa miyaning o'smalarida kuzatiladi.

Orqa miyaning qaysi qismi shikastlanishini aniqlash aniq topik diagnoz qo'yish uchun kerak bo'ladi. Buni reflekslarni va sezgini to'liq tekshirish bilan aniqlasa bo'ladi. Segmentlar shikastlanmaguncha reflekslar saqlanadi. Segmentlarni shikastlanishi shu qism reflekslarini yo'qolishiga olib keladi. Refleks hosil qiladigan segmentdan yuqorisidagi segment shikastlanganda shu reflekslarni kuchayishiga olib keladi.

Topik diagnoz uchun sezgini yo'qolishi ham katta ahamiyatga ega. Chunki ma'lum bir segment shikastlanishi shu soha terisining sezgisini yo'qolishiga olib keladi.

Chanoq organlari buzilishining klinik ko'rinishi

Siydik pufagi va to'g'ri ichakni innervatsiyalovchi vegetativ markazlar orqa miyaning bel-dumg'aza bo'limidan chiqadi. Simpatik nerv sistemasi sfinkterlar ishini ta'minlab beradi. Parasimpatik nerv sistemasi esa siydik pufagi va to'g'ri ichak devori muskullarini innervatsiya qiladi. Orqa miya bel qismidagi simpatik markaz shikastlansa chin siydik va axlat tuta olmaslik rivojlanadi. Siydik pufagiga tushgan siydik to'xtatishsiz to'g'ridan – to'g'ri tashqariga chiqariladi. Spinal parasimpatik markaz shikastlanganda bemorlarda soxta siydik tuta olmaslik va axlat tuta olmaslik rivojlanadi, siydik pufagiga tushgan siydik to'xtalishsiz to'g'ridan-to'g'ri tashqariga chiqariladi. Spinal parasimpatik markaz shikastlangan bemorlarda soxta siydik tuta olmaslik rivojlanadi. Bunday holatlarda sfinkterni mexanik qo'zg'alishi hisobiga oz miqdorda siydik ajraladi, siydik pufagida doimiy qoldiq siydik qoladi. Hamda axlat tutilishi ham yuzaga keladi. Bunday bemorlarni tos organlari funksiyasini diqqat bilan tekshirish kerak va urosepsis rivojlanishi mumkin bo'lganligi uchun o'z vaqtida kateter qo'yish va tozalovchi klizmalar qilish kerak.

Siydik va axlatni tutilib qolishi ikki taraflama bosh miya yarim sharlari po'stloq qismi shikastlanishi hisobidan yuzaga keladi. Bunday paytda siydik pufagi bo'shashmaydi, u yiringlashi ham mumkin. Shuning uchun tezlik bilan kateterizatsiya qilish kerak.

Enurez (kechki siydikni tutaolmaslik) yosh bolalarda mustaqil kasallik bo'lishi mumkin.

Defekatsiyani buzilishi mexanizmi ham siydik ajralishini buzilishiga o'xshashdir.

Dumg'aza segmentidagi spinal markazni shikastlanishi bo'lganda yoki uni po'stloq bilan boglovchi yo'llarda shikastlanish bo'lganda jinsiy zaiflik-impotensiya ko'rinishidagi jinsiy buzilish yuzaga keladi. Charchaganda, nevrozlarda, psixik kasalliklarda jinsiy moyillik oshishi yoki kamayishi mumkin.

TALABA BILISHI VA BAJARISHI KERAK

1. Chuqur va yuzaki reflekslarni chaqira olish.
2. Piramida yo'lining fiziologiyasi va anatomiyasi.
3. Shartli va shartsiz reflekslarni yuzaga keltiruvchi sistema asosini bilish kerak.
4. Ekstrapiramida sistemaning anatomiyasi va funksiyasini bilish.
5. Miyacha va ekstrapiramida sistemani shikastlanishi simptomlarini aniqlash.
6. Muskul tonusini aniqlash.
7. Akinetik – rigidlik sindromini aniqlash
8. Gipotonik – giperkinetik sindromni aniqlash.

TALABA BILISHI KERAK

1. Yuzaki va chuqur sezgi yo'llarining anatomiyasi va fiziologiyasi.
2. Sezgi analizatorining shikastlanishi darajasiga bog'liq bo'lgan sezgi buzilishi turini aniqlash.
3. Sezgi analizatorlari shikastlanishi og'irligiga bog'liq bo'lgan sezgi buzilish shaklini aniqlash.
4. Yuzaki sezgi tekshirish usullari.
 - a) og'riq, temperatura, taktil
 - b) nerv stvolini tortilish simptomini tekshirish
 - d) og'riq nuqtalarini aniqlash.
5. Chuqur sezgini tekshirish.

TEKSHIRISH UCHUN SAVOLLAR

1. Qanday analizatorlarni bilasiz?
2. Analizatorlar qanday qismlardan iborat?
3. Qanday yuzaki sezgi turlarini bilasiz va qanday tekshirish usullarini bilasiz?
4. Qanday chuqur sezgi turlarini bilasiz va qanday tekshirish usullarini bilasiz?
5. Yuzaki sezgi buzilish turlarini ayting va ularga xarakteristika bering.
6. Chuqur sezgi buzilish turlarini ayting.

TALABA QILA OLISHI, BILISHI VA ESLAB QOLISHI KERAK

1. Bosh miya nervlari tuzilishini bilish kerak.
2. Bosh miya nervlarini zararlanish simptomlarini bilish kerak.
3. Bemorning shikoyatini to'g'ri aniqlashi kerak.

TEKSHIRISH UCHUN SAVOLLAR

1. Bosh miya nervlari funksiyasiga ko'ra qanday turlarga bo'linadi?
2. Qachon hid sezish gallusinatsiyasi yuzaga keladi?
3. Vestibullar nervi shikastlanishiga xos simptomlarni ayting.
4. Ko'zni harakatlantiruvchi, g'altaksimon va uzoqlashtiruvchi nervlar shikastlanganda qanday simptomlar yuzaga keladi?
5. Yuz nervi shikastlanganda kuzatiladigan simptomlarni ayting.
6. Qo'shimcha va til osti nervlarini shikastlanishi simptomlarini ayting.
7. Uch shoxli nerv shikastlanganda kuzatiladigan bemorlarning shikoyati.
8. Til – yutqin nerv shikastlanganda kuzatiladigan shikoyatlar.
9. Sayyor nerv shikastlanganda kuzatiladigan simptomlarni ayting.

II bo'lim. NEVROLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISHNING ASOSIY PRINSIPLARI

II. 1. NEVROLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISHNING ASOSIY PRINSIPLARI

Nevrologik bemorlarni tekshirish pasport ma'lumotlarini to'plash, bemor shikoyatlari va anamnezini yig'ishdan boshlanadi. *Anamnez* (xotirlash) – bu kasallikning rivojlanishi va bemorning oldingi hayoti haqidagi ma'lumotlar yig'indisi.

Bemorning shikoyatlari bilan tanishib chiqqandan keyin, kasallikni birinchi belgilaridan boshlab tekshiruv o'tkazilayotgan vaqt-gacha bo'lgan kasallik anamnezi yig'iladi. Bunda diqqat-e'tiborni simptomlarni dinamikasiga va o'tkazilgan davo muolajalarning samarasiga qaratish kerak. Anamnezni muhim ahamiyatga ega ikkita qismi:

a) hayot anamnezi: hayot anamnezida bemorning tug'ilishi, bolalik va o'smirlikda rivojlanishi, o'tkazgan kasalliklari yashash va mehnat sharoitlari zararli odatlari va kasallik haqidagi ma'lumotlar to'planadi.

Anamnez yig'ib bo'lgandan keyin b) bemorni tekshirishga o'tiladi. Umumiy ko'zdan kechirish va ichki organlarni tekshirib bo'lgandan keyin bemorning asab sistemasini tekshirishga o'tiladi (nevrologik status).

II. 2. NEVROLOGIK STATUSNI TEKSHIRISH USULLARI

Oliy malakali hamshiralar nevrologik kasalliklarda asab sistemasining buzilishlarini aniqlash uchun nevrologik statusning holatini tekshirishni bilishlari lozim. Bu bilimlarni talaba nevrologik bemorlarda ko'rsata olishi kerak. Olingan natijalar hamshiralik tashxisini qo'yishga asos bo'lib, hamshira harakatlariga va bemorni parvarish qilishiga yordam beradi.

II. 3. BOSH MIYA NERVLARI VAZIFASINI TEKSHIRISH USULLARI

Hidlov nervi funksiyasini tekshirishda turli moddalar (yalpiz, kamfora, kerosin) solingan probirkalardan foydalaniladi. Patsiyent bularni farqlay olishi kerak.

Ko'ruv nervi funksiyasi: ko'rish o'tkirligi, ko'rish maydoni, yoruglikni sezish va ko'z tubini tekshirish orqali aniqlanadi. Bu tekshirishni okulist o'tkazadi.

Ko'zni harakatlantiruvchi, g'altaksimon, uzoqlashtiruvchi nerv funksiyasini tekshirish uchun quyidagilar: Ko'z yorig'ini kengligi, ptoz yo'qligi, g'ilaylik, ko'z olmasining yonga, yuqoriga, pastga harakati hajmi, konvergensiya aniqlanadi. Qorachiqni tekshirishda: uning shakli, o'lchami, yorug'likka reaksiyasi, akkomodatsiyasi aniqlanadi.

Uch shoxlik nervi: tekshirishda uchlik nerv tarmoqlari chiqadigan nuqtalarni bosib ko'rishdan tashqari yuzning simmetrik qismlarini sezuvchanligi ham aniqlanadi. Pastki jag' harakati chaynov muskullari atrofiyasi bor yo'qligi tekshiriladi.

Yuz nervining funksiyasini tekshirish: yuzni tinch holatda tekshirishdan boshlanadi va assimetriyasi aniqlanadi. Bunda yuzning tortilish, teri burmalarining tekislanishi, ko'z yorug'ini kengayishi, og'iz burchagining tushishi kuzatiladi. Mimika muskullarining funksional qobiliyatini aniqlash uchun bemorga qoshini ko'tarish, ko'zni yumish, lunjini shishirish, tishni ko'rsatish buyuriladi. Periferik falajlikda yuzning butun yarmida mimika buziladi. Markazda faqat pastki qismidagi mimika buziladi. Yuz nervi shikastlanishi darajasini aniqlash uchun va shu bilan birga eshitish, yosh ajratish, so'lak ajratish, tilni yarmidagi ta'mni sezish xususiyatlari ham tekshiriladi.

Dahliz - chig'anoq nervini tekshirishda eshitish va muvozanat aniqlanadi. Eshitish funksiyasini tekshirishda kamertonlar to'plami, masofada shivirlab gapirish hamda audiometriya tekshiruvlaridan

foydalaniladi. Vestibular funksiyasini tekshirish maxsus kreslo (Barani), sentrifuga, kalorik sinamalar yordamida aniqlanadi.

Til – halqum nervi va adashgan nerv funksiyasini yumshoq tanglay harakati, tovush jarangi, ovoz tiniqligi, tilning orqa uchligini ta'm sezish xususiyatiga qarab aniqlanadi.

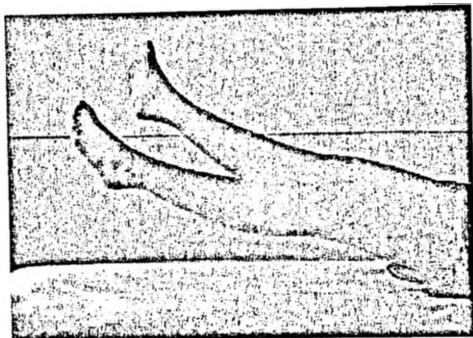
Qo'shimcha nerv funksiyasini tekshirish yelkani ko'tarish va uzoqlashtirish, kuraklarni umurtqaga yaqinlashtirish, boshni yonga burish bilan tekshiriladi. Shu bilan birga trapetsiyasimon muskul va to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul atrofiyasini aniqlash uchun ko'zdan kechiriladi.

Til osti nervi funksiyasini tekshirish uchun bemordan tilini chiqarish so'raladi, tilning harakat hajmi, til mushaklarining atrofiyasi bor yo'qligi ko'riladi.

II. 4. REFLEKTOR – HARAKAT FUNKSIYASINI TEKSHIRISH

Harakat buzilishlarini aniqlash va baholash uchun harakat hajmi, mushaklar tonusi va reflekslar tekshiriladi. Harakat hajmini aniqlash uchun navbatma-navbat oyoq-qo'llarni turli bo'g'imlariga harakatlar buyuriladi va mushaklar ishi kuzatiladi. Mushaklar tonusi dinamometr yoki qarshilik darajasi orqali baholanadi.

Faol harakatlarni bajara olmaslik falajlik deb hisoblanadi. Mushaklar kuchini nisbatan kamayishi chuqur parez, bir oz kamayishi yengil parez deb ataladi. Klinik amaliyotda mushaklar kuchini 5 balli shkala bo'yicha baholanadi. 5balidan (norma) 0 gacha (to'liq falajlik, har qanday harakat va mushak kuchini yo'qligi). Yashirin parezni aniqlash uchun Barre sinamasidan foydalaniladi (22-rasm). Barre sinamasini yuqori turida bemorga qo'llarini yuqoriga ko'tarish so'raladi, zararlangan tomonda qo'l tez charchaydi va tushirib oladi. Barre sinamasini pastki sinamasida chalqancha yoki qorinda yotgan bemorga oyoqlarining tizza bo'g'imini bukish buyuriladi, shikastlangan tomonda oyoq tez charchaydi va tezroq pastga tushadi.



22-rasm. Yengil parezni aniqlash uchun pastki Barre sinamasi.

Mushak tonusini aniqlash uchun oyoq va qo'l bo'g'imlarida passiv harakatlar bajariladi. Me'yordan bo'shashgan mushaklar bir oz qarshiligi aniqlanadi: markaziy perez va falajlikda mushaklarning spastik tarangligi periferik perez va falajlikda mushaklar gipotoniya kuzatiladi. Mushaklar trofikasi vizual tekshiriladi. Mushaklar simmetrikligi, atrofiyalar bor yo'qligiga e'tibor beriladi. Atrofiyani simmetrik tomonlarini o'lchash bilan aniqlanadi.

Chuqur va yuza reflekslar farqlanadi. Ularning yoylari nerv sistemasining ma'lum qismlarida tugallanadi.

Chuqur reflekslar quyidagi sohalarda ko'p tekshiriladi.

Bilak-kaft (karporadial) bunda bilak suyagini bigizsimon o'sig'iga bolg'acha bilan urganda kaft yengil bukiladi.

Biseps – ikki boshli mushak payiga bolg'acha bilan urganda yelkani bukilishi kuzatiladi (23-rasm).

Triseps – tirsak bo'g'imini yarim bukilgan holatda uch boshli mushak payiga bolg'acha bilan urilganda bo'g'im yoziladi (23-rasm).

Tizza qopqog'i payiga bolg'acha bilan urilganda bukilgan tizza yoziladi (24-rasm). Axill payiga bolg'acha bilan urilganda kaft tovon tomonga bukiladi (25-rasm).



23-rasm. Biceps va triseps refleksini tekshirish.



24-rasm. Tizza refleksini tekshirish.



25-rasm. Axill refleksini tekshirish.

Chuqur reflekslar harakat yo'lini periferik neyronlari zararlanganda pasayadi, markaziy neyroni zararlanganda chuqur reflekslar kuchayadi.

Yuza reflekslarga quyidagilar kiradi:

Shox parda (korneal) shox pardaga ta'sir ettirilganda qovoqning yumilishi. Halqum orqa devoriga ta'sir ettirilganda yo'tal, qusish aktini paydo bo'lishi kuzatiladi. Qorin (yuqori, o'rta, pastki)

devoriga to'g'nogich bilan shtrix ta'sir ettirilganda mushaklarni qisqarishi kuzatiladi. Oyoq-kaftining tashqi qirg'og'iga shtrixli ta'sir etirilganda barmoqlar bukilishi kuzatiladi.

Bosh miya po'stlogi jarohatlanganda kuzatiladigan patologik reflekslar. Bularga quyidagi patologik reflekslari kiradi:

Xartum refleksi: yuqorigi yoki pastki lablarni bolg'acha yordamida ta'sirlaganda og'izning aylana mushaklari qisqarishi hisobiga lablar do'ppayib chiqadi.

Kaft-iyak refleksi: tenor sohasini chiziqsimon ta'sirlaganda iyak mushaklari qisqaradi.

Ushlash refleksi: (Yanischevskiy) kaft sohasini ta'sirlaganda proksimal falangalar qisqarib bemor predmetni ushlaydi va qo'lini musht qiladi.

Piramida yo'llari jarohatlangada qo'l barmoqlari va oyoq panjasi uchun xarakterli patologik reflekslar.

Babinskiy simptomi – oyoq tagining tashqi qirrasini chiziqsimon ta'sirlaganda bosh barmoqning kuchsiz qisqarishi bilan namoyon bo'ladi.

Yukorigi Rossolimo simptomi: II–V qo'l barmoqlarini oxirgi falangasiga urilganda boshqa barcha barmoqlarning yozilishi kuzatiladi.

Pastki Rossolimo simptomi: II–V oyoq barmoqlarini oxirgi falangasiga urilganda oyoq barmoqlarining yozilishi.

II. 5. IXTIYORSIZ HARAkatLAR

Ixtiyorsiz harakatlarning namoyon bo'lishi muskullar tonusining oshishi, mimika holati, yurish xarakteri, harakatni bajarish tempi, harakatni tez boshlash va boshqarish, sinkineziya, tremor va boshqa zo'raki harakatlar bilan yuzaga chiqadi.

Amimiya harakatlarining sekinlashishi (bradikineziya) harakat sustligi (oligokineziya), muskullar tonusining plastik oshishi, ekstrapiramida sistemasining (qora substansiya va oq modda) zarar-

lanishida, giperkinez va gipotoniya dumsimon yadro va po'st-loq(skorlupa) zararlanishidan dalolat beradi.

II. 6. HARAKAT KOORDINATSIYASI

Harakat koordinatsiyasini baholash uchun yurish xarakteri va bir qator diagnostik sinamalardan foydalaniladi.

Romberg sinamasi: bemor oyoqlarini birlashtirib, qo'lni oldinga uzatib ko'zini yumadi. Agar miyacha zararlangan bo'lsa bemor yon tomonga yiqilib ketadi.

Barmoq-burun sinamasi: bemor ko'zlarini yumib qo'llarini yon tomonga uzatadi. Navbati bilan qo'llarining bosh barmog'ini burun uchiga tekizadi. Barmoqni burun uchiga tekiza olmaslik miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Tizza-tovon sinamasi: bemor chalqancha yotgan holatda, bir oyog'ining tovonini ikkinchi oyog'ining tizzasi ustiga qo'yiladi va boldir suyagi bo'ylab pastga suriladi. Bemorning bu sinamani to'g'ri bajara olmasligi miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Adiodoxokinez sinamasi: bemor qo'llarini uzatgan holatda, qo'llarini aylanma harakat qildiradi. Shu qo'lning birortasi orqada qolishi miyacha zararlanishidan dalolat beradi.

Harakat koordinatsiyasining buzilishi nistagm, skandirlashgan nutq va mushak tonusi o'zgarishi bilan namoyon bo'ladi. Miyacha ataksiyasi bilan birgalikda *sensitiv ataksiya* ham uchrab turadi, bunda muskul bo'g'im sezgisi buzilishi bilan kechadi.

II. 7. SEZUVCHANLIKNI TEKSHIRISH

Bemorda sezuvchanlikni tekshirish har xil ta'sirlovchi buyumlar orqali amalga oshiriladi. Ta'sirlantirish tananing turli qismlariga har ikkala tomondan o'tkaziladi. Bosh va yuzdan boshlab bo'yin, qo'llar, tananing oyoqlari tekshiriladi. Tananing *simmetrik* qismlarining sezuvchanligi solishtiriladi. Og'riq sezgisini aniqlash uchun ignadan, harorat sezishini aniqlash uchun iliq (+17° C) va issiq (+40° C) suv

solingan probirkadan, taktil sezgi uchun paxta bo'lagidan foydalaniladi.

Chuqur sezgini tekshirish muskul-bo'g'im sezgisi, mayda bo'g'imlarda passiv harakatlar bilan aniqlanadi.

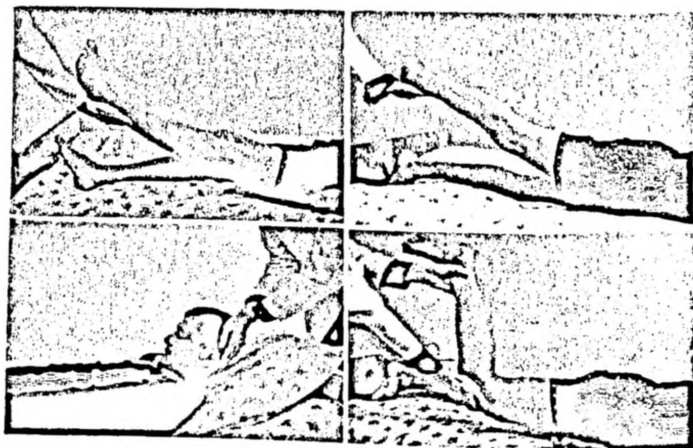
Vibratsiya sezgisini aniqlash uchun harakatga keltirilgan kamerton oyoqchasini tananing turli simmetrik qismlariga quyilib sezish vaqti sekundomerda aniqlanadi. Shu bilan birga sezuvchanlikni murakkab turi aniqlanadi.

Stereognoz –bemor ko'zlarini yumib o'tirgan holatda qo'lga tanish buyum beriladi va nimaligi so'raladi.

Tanaga chizilgan shakllarni sezuvchanligini aniqlash –bemor terisiga o'tmas buyum bilan har xil harf yoki shakllar chiziladi va uning nomi so'raladi.

Teri kinestetik sezgisi –barmoq bilan terini ustidan yengil aylanma harakat qilinadi va harakatning yo'nalishi so'raladi.

Diskriminatsion sezuvchanlik –bemor qanday masofada ikkita nuqta sezishi aniqlanadi.



26-rasm. Tortilish simptomlarini tekshirish.

Yuqorida olingan ma'lumotlar topik tashxisga asos bo'la oladi. Ulardan tashqari periferik nervlarning tortilish simptomlari tekshiriladi: Lasseq, Vasserman, Neri, Maskevich simptomlari (26-rasm). Ushbu klinik simptomlar ko'proq o'tkir va surunkali bel-dumg'aza radikulitida uchraydi.

II. 8. OLIY NERV FAOLIYATINI TEKSHIRISH

Asab sistemasi kasalliklarga tashxis qo'yish uchun va nutq, o'qish, yozish, hisoblash, gnozis va paraksisni tekshirish muhim ahamiyatga ega.

Nutqni tekshirish. Bemorga avvalo oddiy vazifalar aytiladi ko'zni yumish, qo'lni ko'tarish va keyin murakkablashtirib boriladi. Motor afaziyani subbat va so'zlarni takrorlash yo'li bilan aniqlanadi.

Amnestik afaziyani aniqlash uchun bemorga tanish bo'lgan buyumlarni ko'rsatib uning nomi so'raladi. Nutqning buzilishida bosh miya po'stlog'i zararlanganda dizartriya, skandirlashgan nutq va mutizmni ajrata olish kerak.

Vegetativ nerv sistemasi funksiyasini tekshirish

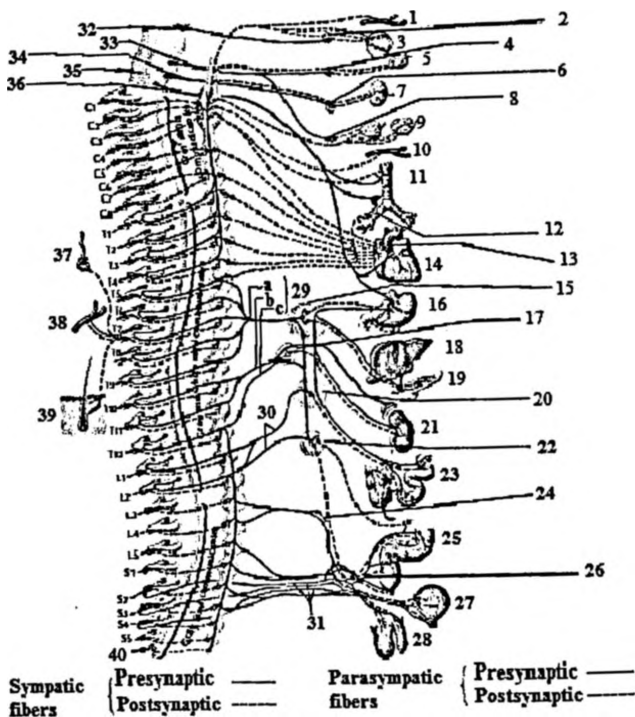
VNS baholashda bemorning tana tuzilishi, teri osti yog' qavatining rivojlanganligi, teri rangi va namligi, tana harorati, puls, nafas, AKB, qorachiqning kengligi hisobga olinadi. Buning uchun bir qator sinamalar o'tkazish kerak (27-rasm).

Dermagrafizm sinamasi – ko'krak qafasining yuqoridagi qismi chiziqsimon ta'sirlantiriladi. Bunda vagotoniya qora dermagrafizm va simpatikotoniya esa oq dermagrafizm aniqlanadi.

Klinostatik sinama – bemor vertikal holatdan gorizontol holatga o'tganda puls 10–12 taga kamayadi.

Ortostatik sinama – bemor gorizontol holatdan vertikal holatga o'tganda puls 10–12 ur/min ga, qon bosimi 5–10mm.s.u.ga oshadi.

Ko'z-yurak refleksi – sog'lom odamda ko'z olmasi bosilganda puls 6–12 ur/min.ga kamayadi.



27-rasm. Vegetativ innervatsiya tuzilishi:

1-vv.intracraniales, 2-ganglion ciliare, 3-bulbus ophthalmicus, 4-ganglion pterigopalatina, 5-glandula lacrimalis, 6-ganglion oticus, 7-glandula parotidis, 8-submandibular gland, 9-gg.sublingualis et mandibularis, 10-vv.craniales et faciales, 11-larynx, trachea, bronchus, 12-plexus pulmonaris, 13-plexus cardiacus, 14-cor, 15-ganglion coeliacus, 16-gaster, 17-ganglion aorticorenalis, 18-hepar, 19-pancreas, 20-ganglion mesentericus superior, 21-ren, 22-ganglion mesentericus inferior, 23-intestinum, 24-plexus hypogastricus superior, 25-colon descendens et sygmoideum, 26-plexus hypogastricus inferior, 27-vesica urinaria, 28-genitalia externa, 29-splanchnic nerves, 30-nn.splanchnici lumbares, 31-nn.splanchnicipelvici, 32-n.oculomotorius (III), 33-n.facialis (VII), 34-n.glossopharyngeus (IX), 35-medulla oblongata, 36-n.vagus (X), 37-ter bezlari, 38-periferik qontomirlar, 39-m.erector villi, 40-coccygeum.

Solyar refleks – quyosh chigali bosilganda puls 4–12 ur/min.ga kamayadi.

Aspirin sinamasi – bemorga lgr tabletkada aspirin ichiriladi. Bu sog'lom odamlarda diffuz terlashni yuzaga keltiradi. Gipotalamus va uning tarkibiy tuzilmalari zararlanganda terlash kuzatilmaydi.

Teri haroratini aniqlash – bu elektrotermometr yordamida tananing simmetrik joylarida o'tkaziladi.

II. 9. PARAKLINIK TEKSHIRISH USULLARI

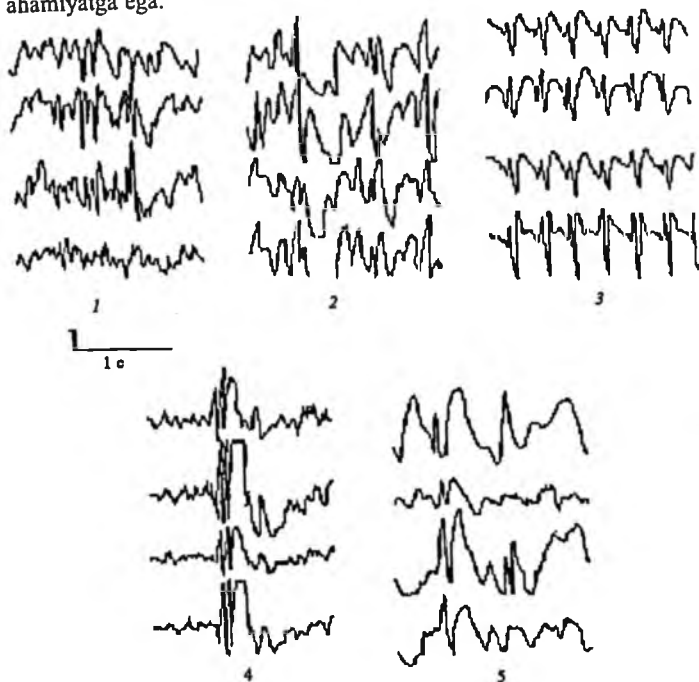
Lyumbal punksiya – MNS yallig'lanish kasalligi, miya to'qimasi va miya pardasi ostiga qon quyilish kasalligini aniqlash uchun qo'llaniladi.

Oftalmologik tekshiruv – ko'z tubi qon tomirlari va ko'ruv nervi diskining holati, ko'ruv maydoni, ko'rish o'tkirligi va rang ajratish xususiyati aniqlanadi.

Rentgenografiya – jarohat va jarohatsiz kechadigan kasalliklarda qo'llaniladi. Bu to'g'ri va yon proeksiyalarda olinadi. Kraniogrammada bosh suyagining o'lchami, butunligi, choklari va yosh bolalarda liqildoqlarga e'tibor beriladi. Rentgenografiya umurtqa pog'onasi bo'yicha asosiy diagnostik usullaridan biri. Spondilogrammada umurtqa tanasi shakli va o'lchamiga e'tibor beriladi. Shu bilan birga umurtqalararo yoriqqa, suyak to'qima strukturasi e'tibor beriladi.

Elektroensefalografiya miya biopotensiyalarini kompyuterda yozib olish (28-rasm). Normada EEG to'lqinlari bir xil bo'lmagan to'lqin va amplitudalardan iborat. Alfa-ritm, betta-ritm, delta-ritm, teta-ritm farqlanadi. O'tkir to'lqinlar va sekin yuqori valtili to'lqinlar miyaning epilepsiya davrida xurujga tayyorgarligini bildiradi. Bosh miya o'smalarida ularning tarqalish x-ritmda kuchsiz bo'lishi va

1-to'liqlar paydo bo'lishi titroq razryadi paydo bo'lishi mumkin. EEG narkoz chuqurligini baholaydi va miya o'limi konstantasida ahamiyatga ega.



28-rasm. Epilepsiya bilan kasallangan bemorning EEG to'liqlari: 1 – baland amplitudali spayk-delta to'liqlar; 2 – baland amplitudali alfa va delta to'liqlar; 3 – spayk delta to'liq komplekslari; 4 – Poli-Spayk delta to'liq komplekslari; 5 – baland amplitudali Alfa to'liqin delta to'liqin komplekslari.

Reoensefalografiya: – bosh to'qimalarini elektr tokiga qarshiligini aniqlashqa asoslangan bo'lib, miyada qon aylanishini tomirlarni qon bilan to'lishini, miya tomirlari to'lish va venoz oqimi holatini o'rganuvchi usul. Elektrodlarni joylashishiga qarab

karotid va vertebrobazilar bosimlar tekshiriladi. *REG* – asosan serebrovaskular, gipertoniya kasalliklarida ko'proq ma'lumot beradi.

Exoensefalografiya: – bosh miya ichida joylashgan ultra tovush to'liqlarini har-xil hosilalardan nomoyon bo'lishiga asoslangan. Tekshiruvda strukturalarning o'rta chiziqda joylashishiga ahamiyat beriladi. Ular normada 1 mm dan uzoqlashmaydi. Agar o'rta strukturalar o'rta chiziqdan 6mm ga uzoqlashgan bo'lsa, bu bosh miyada patologik jarayon (gematoma, o'sma, absess) borligini bildiradi.

Dopplerografiya: – tomirlar qon harakatini va qon tomir o'tkazuvchanligini, oqim tezligini aniqlovchi usul. Bu usul bilan nafaqat magistral tomirlar, balki intrakranial tomirlarda qon oqimini aniqlash mumkin. Bu usul qon-tomir patologiyasini, miya o'limini aniqlashda qo'llaniladi.

Elektromiografiya: – muskullar biopotensiallarining funksional holatini, nerv impul'slarining nerv tolasi orqa miya o'tkazgich orqali o'tkazilishini aniqlaydi. Markaziy va periferik neyronlar zararlanganda o'zgarishlar yuzaga keladi.

Pnevmoensefalografiya: – orqa miyaga lyumbal punksiya qilinib 11–70 ml kislorod yuboriladi. Havo yuqoriga ko'tariladi. Qorinchalar to'r parda osti bo'shligini to'ldiradi, so'ng rentgenografiya qilinadi. Karotid yoki vertebral angiografiya uyqu arteriyasi yoki umurtqa arteriyasiga 10–15 ml kontrast modda yuborilib, bosh miyani asosiy qon tomirlari kraniogrammada aks ettiriladi. Angiografiya och qoringa o'tkaziladi. Bu metodlar invaziv bo'lib og'ir asorat berishi mumkin.

Nevrologik bemorlarni davolashning asosiy prinsiplari

Nevrologik kasalliklarni davolashda bir nechta usullar: parhez, medikamentoz terapiya, fizioterapiya muolajalaridan foydalaniladi.

Davolash 3 guruhga bo'linadi:

1. Tabiiy vositalardan.
2. Medikamentoz davo.
3. Psixoterapiya.

Shu bilan birga etiologik, simptomatik, patogenetik davo va reabilitatsiya olib boriladi.

Etiologik davo: kasallikka olib kelingan omil bartaraf etiladi.

Patogenetik davo: patogenezni har-xil bo'limlariga ta'sir qiladi.

Simptomatik davoda: simptomlar yo'qotiladi.

Bemorning mehnat faoliyati qayta tiklanadi. Reabilitatsiya kichik yoshdagi bolalarga harakat subbat sferasini korreksiya qilish. Nevrologik kasalliklarni davolashda fizioterapiya katta ahamiyatga ega. Periferik nerv sistemasi kasalliklarini o'tkir bosqichida UVCH, UFO, DDT, amplipuls keng qo'laniladi.

Remissiya davrida elektroforez, lazer, ultratovush terapiya va parafin terapiya o'tkaziladi. Harakat buzilishlarida massaj, LFK o'tkaziladi va IRT keng qo'laniladi.

Bundan tashqari bemorlarga sanatoriya – kurortda dam olish buyuriladi. O'zbekistonda quyidagi sanatoriya – kurort davolanish maskanlari mavjud.

1. «Zomin» sanatoriyasi, Jizzax viloyati, Zomin tumanida tog'li joylarda joylashgan bo'lib, asosan asab sistema funksional kasalliklarini davolash uchun mo'ljallangan.

2. «Turon» sanatoriyasi, Toshkent shahar, Sho'rtepa dahasida joylashgan bo'lib, asosan serebro-vaskular va yurak qon-tomir kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsion davolanishlari uchun mo'ljallangan.

3. «Chinobod» sanatoriyasi, Toshkent shahrida joylashgan bo'lib, asosan periferik nevr sistema va diabetik polineyropatiya kasalliklarini davolash uchun mo'ljallangan.

4. «Chortoq» sanatoriyasi, Namangan viloyati, Chortoq tumanida joylashgan bo'lib, asosan serebro-vaskular kasalliklarini fitoterapiya bilan davolash uchun mo'ljallangan.

5. «Abu Ali Ibn Sino» sanatoriyasi, Samarqand viloyati, Nurobod tumanida joylashgan bo'lib, asosan vertebrogen nevrologik kasalliklarini iglorefleksoterapiya usullari bilan davolash uchun mo'ljallangan.

6. «Botanika» sanatoriyasi, Toshkent viloyati, Qibray tumanida joylashgan bo'lib, asosan somatonevrologik kasalliklarni davolash uchun mo'ljallangan.

MUSTAQIL NAZORAT UCHUN SAVOLLAR VA TOPSHIRIQLAR

1. Harakat funksiyasi qanday tekshiriladi?
2. Og'riq sezgisi qanday tekshiriladi?
3. Asab sistemasini tekshirishni qanday metodlarini bilasiz?
4. Insultni davolash prinsiplarini ayting.
5. Osteoxondrozni davolashda qanday preparatlardan foydalaniladi?

III bo'lim. NEVROLOGIK KASALLIKLARNI ASOSIY KLINIK KO'RINISHLARI

III. 1. BOSH MIYA QON TOMIRLARINING INSULTGACHA BO'LGAN KASALLIKLARI. HAMSHIRA TASHXISI VA BEMORNI PARVARISH QILISH REJASI MIYADA QON AYLANISHINING BUZILISHI

Asab tizimi kasalliklari orasida ko'p o'limga sabab bo'lishi yoki mehnat qobiliyatini turg'un buzilishlariga olib kelishi bilan tomir patologiyasi oldingi o'rinlarni egallaydi. Rivojlangan mamlakatlarda miya tomirli kasalliklardan o'lim ko'rsatkichi yurak va o'sma kasalliklaridan so'ng 3-o'rinda turadi. Insult o'tkazgan bemorlarning 25% birinchi kunda, 40% 2-3 haftada, yashab qolganlarining 50% 4-5-yilda hayotdan ko'z yumadi.

Miyada qon aylanishi yetishmovchiligini asosiy sabablari serebral ateroskleroz va gipertoniya kasalligi, kam hollarda tomir anomaliyalari (anevrizmalar, patologik bukilmalar, torayishlar), revmatizm, vaskulitlar, yurak patologiyasi, qandli diabet, qon kasalliklari bo'lib hisoblanadi.

Bosh miyada qon aylanishi buzilishining quyidagi klinik shakllari mavjud:

A. Bosh miyada qon aylanish yetishmovchiligini dastlabki belgilari (BMQAEDB).

B. Bosh miyada qon aylanishni o'tkinchi buzilishi (BMQAO'B).

- Tranzitor ishemik atakalar.
- Gipertonik ishemik krizlar.
- O'tkir gipertonik ensefalopatiya.

- D. Bosh miyada qon aylanishning o'tkir buzilishi. Insult.
- Subaraxnoidal qon quyilishi.
 - Gemorragik insult.
 - Ishemik insult.
 - Kichik insult.
 - Oldin o'tkazilgan insult qoldig'i (1-yildan ko'proq).
- E. Bosh miyada qon aylanishni surunkali yetishmovchiligi.

Bosh miyada qon aylanish yetishmovchiligining dastlabki belgilari

Bu tashxis bosh miyada qon aylanish yetishmovchiligining dastlabki klinik belgilarini ko'rsatadi va miyaning tomirli shikastlanishini nisbatan erta shakliga e'tibor qaratish, hamda kasallikni rivojlanishini oldini olish va o'z vaqtida davolash maqsadida ajratiladi.

Ateroskleroz, arterial gipertenziya, vazomotor distoniyalar etiologik omillar hisoblanadi. Odatdagi holatlarda bemorlar o'zlarini yaxshi his qilishadi, lekin miyani kislorodga bo'lgan ehtiyojini oshiruvchi (aqliy zo'riqish, jismoniy charchash va h.) holatlarda bir qator shikoyatlar paydo bo'ladi.

Bemorlar bosh og'rig'i, bosh aylanishi, boshda shovqin, xotirani buzilishi, ish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilishadi. BMQAEDB tashxisi bemorda oxirgi 3 oy davomida 1 haftada 1 necha marta kasallik belgilarini takrorlangan holatlarda qo'yiladi. Bunda asab tizimida organik shikastlanish belgilari bo'lmaydi.

Davolashda tomir kasalligi, AB ni to'g'irlash, miyada qon aylanishini yaxshilovchi preparatlarni buyurish (kavinton, sinna-rizin), sedativ vositalar (valeriana tindirmasi, pustirnik), polivitaminlar, nootropalar (aminalon, pikamilon, nootropil). Bemorni kun tartibini normallashtirish kerak, uyquni 8-9 soatgacha uzaytirish va parhez tanlash kerak. Yengil ishlarni bajarish, davriy ravishda dam olish uylari va sanatoriylarda dam olish tavsiya qilinadi.

Bosh miyada qon aylanishni o'tkinchi buzilishi

BMQAO'B – bir kundan oshmaydigan o'tkir boshlanuvchi o'choqli yoki umumiy miya simptomlari yoki ularni birga kelishi bilan namoyon bo'luvchi miyada qon aylanishi buzilishi hisoblanadi. Ularga kichik tomirlarga tromb tiqilishi, tromboemboliya, angiospazm, miyada qon aylanishini buzuvchi gemodinamik buzilishlar va boshqa mexanizmlar natijasida uncha katta bo'lmagan qon quyilishlar, yoki infarktlar bo'lishi mumkin.

Bunday patologiyaning sababi miya tomirlarining sklerozi, gipertoniya kasalligi, arterial gipotoniya, qon ivishi va quyush-qoqligini ortishi, bo'yin osteoxondrozi bo'lishi mumkin.

BMQAO'B paydo bo'lishiga jismoniy va ruhan zo'riqishlar, alkogol iste'mol qilish, qizib ketish va boshqalar yordamlashadi.

BMQAO'B Tranzitor ishemik ataka va gipertonik krizlarga bo'linadi

Tranzitor ishemik atakalar o'choqli simptomatika (oyoq va qo'llarni holsizligi, nutqni buzilishi, diplopiya va boshqa), umumiy miya simptomlari, yoki ularsiz, yoki ularni kuchsiz rivojlanish fonida yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi. Simptomatika tomir spazmi lokalizatsiyasiga bog'liq. Tranzitor ishemik ataka ko'pincha vertebrobazilar, ba'zan karotid basseynida paydo bo'ladi.

Vertebrobazilar basseynida qon aylanishi buzilsa bosh aylanishi, ko'ngil aynashi, qusish, ensa sohasida og'riq, ko'rish buzilishi (ikkilanish, ko'ruv maydonini tushib qolishi), eshitishni pasayishi, yurishdagi buzilishlar paydo bo'ladi.

Karotid basseynida qon aylanishida buzilish bo'lsa doimiy bo'lmagan gemitip bo'yicha parezlar, falajliklar, sezishni buzilishi, nutqni va yozishni buzilishi bo'lishi mumkin.

Gipertonik serebral kriz bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, ba'zan tormozlanish yoki arterial gipertenziya fonida psixomotor

qo'zg'alishlar bilan xarakterlanadi. Miya shishi hisobiga meningeal simptomlar kuzatiladi. Gipertonik kriz o'tkir gipertonik ensefalopatiyadan turg'un organik belgilar yo'qligi bilan farqlanadi. O'tib ketuvchi miyadagi qon aylanish buzilishlari bilan bog'liq simptomlar 24 soat ichida yo'qoladi.

Davolash: tinchlik ko'zda tutiladi, nevrologik simptomatika paydo bo'lganida va yo'qolgach 2-3 hafta davomida yotoq rejimiga rioya qilinadi. Dorilar bilan davolash etiopatogenezga ko'ra va insultlarni davolash sxemasiga muvofiq: miyada qon aylanishi yetishmovchiligida yurak glikozidlari va tonusni oshiruvchi vositalar (korglyukon, strofantin, sulfokamfokain, kofein) angiospazmlarda tomir kengaytiruvchi preparatlar (eufillin, klofellin, kavinton) qon ivishi ortganida antikoagulantlar buyuriladi.

Surunkali avjlanuvchi miya qon aylanishining buzilishi

Kasallik serebral ateroskeleroz yoki gipertoniya kasalligi fonida kuzatiladi va «dissirkulator» ensefalopatiya sindromi ko'rinishida bo'ladi. Ensefalopatiya tushunchasi bosh miya to'qimasi yallig'lanishsiz shikastlanishi hisoblanadi. *Dissirkulator ensefalopatiya* – bu asta-sekin avj olib boruvchi bosh miya qon aylanishini yetishmovchiligi hisoblanadi va u miya to'qimasida diffuz mayda o'choqli o'zgarishlar bilan kechadi va bosh miya faoliyatini buzilishini o'sishiga olib keladi. *Serebral ateroskeleroz* – tomirlar devorining lipoid o'zgarishlari bilan kechadi. Bunda miya arteriyasi intimasiga lipoid moddalar cho'kib qoladi va qon tomirlar ateramatoz blyashkalar hosil bo'lib, ularning yorug'ligi torayadi. Oqibatda qon tomirlar o'tkazuvchanligi buziladi va miya to'qimasida mayda qon quyilishlar va ishemik o'choqlar yumshashi ko'rinishida paydo bo'ladi. Serebral gemodinamika, miya oziqlanishi buziladi va kechki bosqichlarda uning atrofiyasi kuzatiladi. *Dissirkulator ensefalopatiya*-serebral aterosklerozning klinik ko'rinishlaridan hisoblanadi. Uning boshlang'ich bosqichlariga

boshda og'irlik, quloqda shovqin, bosh aylanish, ta'sirchanlik, ko'z yoshlanib turishi, emotsional labillik, xotirani va ish qobiliyatini pasayishi, uyqu buzilishi xos.

Atroskeleroz rivojlanishi bilan yuqoridagi simptomlar oshib boradi va nerv tizimida organik shikastlanish belgilari paydo bo'ladi: patologik reflekslar, muvozanat, nutq, yozish buziladi; qiziqish doirasi torayadi, egayizm kuchayadi, ish qobiliyati pasayadi.

Kuchli ifodalangan ensefalopatiyada xotira buziladi, intellekt pasayadi, parkinsonik sindrom, aql zaiflik, insultlar rivojlanadi.

Diagnostika xos simptomlarga va ular dinamikasiga, shu bilan birga ko'z tubi qon tomirlarini tekshiruvlari, REG va qon bioximik ko'rsatkichlariga asoslanadi, (qonda b-lipoprotiedlar, xolesterin miqdori oshadi).

Davolash: tadbirlari lipid almashinuvini (mevakor, lipostabil, setamifin) arterial bosimni me'yorga keltirishga (atenolol, kapoten, klofelin) miya qon aylanishini yaxshilashga (sinnarizin, kavinton, vazobral) eritrotsitlar agregatsiyasini pasaytirishga (kurantil, tagren, kompolamin) miyada metabolik jarayonlarni yaxshilashga (pirasetam, nootropil, aminalon) qaratilgan bo'ladi.

Profilaktika: Bemorni individual xususiyatlarini nazarda tutgan holda ratsional tartibda o'tkaziladi (yetarli uyqu va mehnat, ovqatlar umumiy kaloriyasi chegaralanishi, hayvon yog'larini o'simlik yog'lariga almashtirish, ijobiy emotsiyalar).

III. 2. BOSH MIYA O'TKIR QON TOMIR KASALLIKLARI. HAMSHIRA TASHXISI VA BEMORNI PARVARISH QILISH REJASI

Bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi (BMQAO'B) – shoshilinch holatning eng ko'p uchraydigan turi bo'lib, u *insult* (lotincha «insulto» – zarba) deb ham yuritiladi. Jahon sog'liqni saqlash jamiyatining talqini bo'yicha *insult* – bu 24 soatdan uzoq davom etadigan, o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan va miyada qon aylanishining buzilishidan boshqa sababi bo'lmagan, tez

rivojlanadigan miya faoliyatining fokal va global buzilishidir. Insultning quyidagi turlari mavjud:

- Ishemik insult (80% holatda);
- Miyaga qon quyilishi (12% holatda);
- Subaraxnoidal qon quyilishi (8% holatda).

Bundan tashqari miyada qon aylanishining o'tuvchi buzilishi (tranzitor ishemik ataka) va o'tkir gipertonik ensefalopatiya ham farqlanadi.

Ishemik insult – miyaning ma'lum qismida qon aylanishining pasayishi natijasida miya moddasining infarkti shakllanishi bilan kechadigan o'tkir kasallik.

Ishemik insultni keltirib chiqaruvchi sabablarga quyidagilar kiradi: bosh miya magistral arteriyalarining intimasidagi ateromatoz pufakchalar qon tomirni okkluziya (to'sib qo'yish) qilishi, aterosklerotik embollarni qon tomir yoriqlarini to'sib qo'yishi, arterial gipertenziya natijasida kelib chiqadigan arteriospazm (qon tomiri torayishi), bo'yin umurtqa pog'onasining deformatsion spondilyozi natijasida umurtqa arteriyasining kompressiyasi (siqilishi), arteriitlar (Takayasu kasalligi, Moya-Moya kasalligi, tuberkulyoz, OITS, sifilis, malyariya va b. q. kasalliklarda), yurak faoliyatining buzilishi (YuIK, aritmiyalar), koagulopatiyalar (DVS-sindrom), turli etiologiyali anemiyalar.

Qayta-qayta tranzitor ishemik xurujlarning bo'lishi ishemik insult rivojlanishining jiddiy alomatidir. Kasallik rivojlanishidan oldin bemorda paresteziyalar, oyoq va qo'llarda o'tuvchan holsizlik, nutqning buzilishi, yurak urib ketishi, nafas yetishmasligi kabi alomatlar namoyon bo'ladi. Ishemiya ko'p hollarda uyquda yoki uyqudan turganda rivojlanadi. Kasallik klinikasi bir necha daqiqa yoki soat davomida asta-sekin rivojlanib boradi. Bemorning hushi o'zida yoki qisqa muddatga soporoz bo'lishi mumkin. Yuzi rangpar yoki sianotik, pulsi pasaygan, qon bosimi va harorat tushgan, bradipnoe kuzatiladi.

Ishemik insultda miya zararlanishining o'choqli belgilari umumiy miya belgilaridan ustun turadi. Ishemik insultning klinikasi qaysi qon tomirda zararlanish borligiga bog'liq. Oldingi miya arteriyasida okklyuziya rivojlanganda bemorning ikkala oyog'ida spastik paralich, siydik tuta olmasligi, asponanlik, abuliya, abaziya, apraksiya, «ushlab olish» refleksi kuzatiladi.

O'rta miya arteriyasida qon aylanishi pasayganda bemorda kontrlateral (qarama-qarshi tarafda) gemiplegiya va gemianesteziya, kontrlateral qarashning falajligi, afaziya, anozognoziya kuzatiladi.

Orqa miya arteriyasida qon aylanishi pasayganda kontrlateral gomonim gemianopsiya, amneziya, disleksiya, rang ajratish amnestik afaziyasi, ko'z harakatlantiruvchi nervining ipsilateral (o'z tarafida) zararlanishi, ataksiya, kontrlateral tarafda ixtiyorsiz harakatlar kuzatiladi.

Bazillary arteriyada okklyuziya bo'lganda ikki tarafdama nevrologik simptomatika (tetraparez) va koma kuzatiladi. Umurtqa arteriyasida qon aylanishi pasayganda uzunchoq miya zararlanish belgilari namoyon bo'ladi: nistagm, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, disfagiya, disfoniya; ipsilateral tarafda Gerner sindromi, ataksiya, yuzda sezgining buzilishi, kontrlateral tarafda og'riq va harorat sezgisining buzilishi.

Gemorragik insult – qon tomirning yorilishi yoki qonning miya parenximasiga sizib o'tishi natijasida miya to'qimasiga qon quyilishi (29-rasm).

Gemorragik insultni keltirib chiqaruvchi sabablarga quyidagilar kiradi: bosh miya jarohati, qon bosimini to'satdan jadal ko'tarilishi, antikoagulantlar miqdorini oshib ketishi, miya ustunida ikkilamchi gemorragiyalar, arterit va koagulopatiyalar, surunkali alkogolizm va narkomaniyada arterial tizimda o'zgarishlar paydo bo'lishi, anevrizmalar, mikroangioma, teleangiektaziya, kavernomalar, gemofiliya, DVS – sindrom va b. q. Gemorragik insult ko'p hollarda 50–60 yoshlarda kuzatiladi.

Gemorragik insultdan oldin kasallik boshlanishidan xabar beruvchi alomatlar odatda kuzatilmaydi. Ba'zida nospesifik namoyondalar – bosh og'rihi, xavotir, bezovtalik, bosh aylanishi quloqda shang'illash kuzatilishi mumkin. Gemorragik insult kunduzi hissiy yoki jismoniy zo'riqishdan keyin rivojlanadi. Ko'pincha miyaga qon quyilishiga xos bo'lgan belgi – bu kuchli bosh og'rig'i bilan to'satdan o'tkir boshlanishidir. Qon quyilganda miya ichi bosimi ortishi va miya shishi natijasida bemorda (daqiq ichida) behushlik, qusish va koma holati kuzatiladi. Tezda o'choqli belgilar (kontralateral gomonim gemianopsiya, kontralateral gemiplegiya va gemianesteziya, kontralateral qarashning falajligi, afaziya, anozognoziya, qarama-qarshi tarafga qarashning falajligi, afaziya va b. q.) rivojlanadi. Bemorning yuzi sianotik va qizil tusda bo'ladi, tana harorati ko'tariladi. Tezda meningeal belgilar rivojlanadi, lekin ular chuqur koma holatida aniqlanmasligi ham mumkin.

Po'stloq osti tugunlariga qon quyilganda uning klinikasini o'rta miya arteriyasida okkluziya bo'lganda kuzatiladigan belgilardan ajratish mushkul, chunki ikkalasida ham bir xil simptomatika (kontralateral gemiplegiya va gemianesteziya, kontralateral qarashning falajligi, afaziya, anozognoziya) kuzatiladi. Lekin qon quyilganda ongning chuqur buzilishi kuzatiladi.

Talamusga qon quyilganda kontralateral gemiplegiya va gemianesteziya, yuqoriga qarashning chegaralanishi, g'ilyalik kuzatiladi.

Ko'prikka qon quyilishi komaning erta rivojlanishi, qorachiqning kuchli torayishi, ikki taraf lama deserebratsion rigidlik bilan xarakterlanadi.

Miyachaga qon quyilishi to'satdan paydo bo'lgan bosh aylanishi, qusish va ataksiya bilan kechadi.

Subaraxnoidal qon quyilishi – subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilishi. 70–80% holatda subaraxnoidal qon quyilishi etiologiyasida anevrizma, 5–10% holatda – arterio-venoz malformatsiyalar, 3–5% holatda esa infeksiyon-toksik, travmatik, aterosklerotik, patogemik

(gemorragik diatez, trombotsitopeniya, gemofiliya, leykoz) paraneoplastik sabablar yotadi.

Anevrizmani yorilishi to'satdan paydo bo'ladigan kuchli og'riqdan boshlanadi. Anevrizmani yorilishiga qon bosimini baland ko'tarilishi, jismoniy zo'riqish, qattiq yo'tal, kuchli hissiy zo'riqish sabab bo'lishi mumkin. Bosh og'rihi bilan birga qusish, kuchli terlash, taxikardiya kuzatiladi. So'ngra hushini yo'qotish, hattoki koma holati kuzatiladi. Subaraxnoidal qon quyilishida quyidagi asosiy nevrologik sindromlar kuzatiladi:

- Soporoz-komatoz sindromi – sopor va koma holati, o'choqli belgilarni yo'qligi, birinchi 2–6 soatda meningeal belgilarni aniqlanmasligi bilan kechadi.
- gipotalamik sindrom – katabolik va vazomotor reaksiyalar bilan kechadi.
- Meningeal-psixomotor sindrom – asosan yoshlarda, o'choqli nevrologik simptomlar yo'qligi fonida asab tizimini qo'zg'atish belgilari bilan kechadi.
- Meningeal-radikulyar sindrom – miya pardalari zararlanish belgilari bilan birgalikda bosh miya-chanoq juft nervlarining (ko'zni harakatlantiruvchi, uzoqlashtiruvchi, uch shoxli) zararlanishi kuzatiladi.
- Meningeal-fokal sindrom – meningeal belgilar bilan birgalikda miya zararlanish simptomlari (afaziya, monoparez, anesteziya) kuzatiladi.

Insultlarning kechishida bir necha davr farqlanadi.

1. Eng o'tkir davr – 3–5 kun davom etadi, nevrologik belgilarni paydo bo'lishi va rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Bu davrda intensiv terapiya eng samaralidir.
2. O'tkir davr – 21 kun davom etadi, nevrologik belgilarni stabillashishi yoki miya va miyadan tashqari rivojlangan asoratlar (gipertenziya, pnevmoniya, vegetativ buzilishlar, qon tomirlar spazmi) tufayli bemorning ahvoli og'irlashishi bilan kechadi.

3. Tiklanish davri – bemor holatining stabillashishi va asta-sekin patologik belgilarning kamayishi bilan xarakterlanadi, bu holat 2-yilgacha davom etadi.
4. Qoldiq asoratlar davri – bu davrda turg'un rezidual belgilar qoladi yoki kechki asoratlar rivojlanadi (miya chandiqlari, araxnoidit, dissirkulator o'zgarishlar, likvor hosil bo'lishi yoki so'rilishining buzilishi va h. k. lar natijasida epilepsiya, gidrotsefaliya, ensefalopatiyalarning rivojlanishi).

Insult

Miya insulti deb, miyadagi qon aylanishining to'satdan buzilishiga aytiladi. Miya to'qimalarida destruktiv o'zgarishlar yuzaga keladi va uning organik shikastlanishining turg'un simptomlari paydo bo'ladi. Insultning 2 xil ko'rinishi farqlanadi: gemorragik (miyaga qon quyulishi) va ishemik (miya infarkti).

Insult – miya qon aylanishini o'tkir buzilishi bo'lib, bu miya funksiyasining bir necha kun davom etuvchi patologiyasiga olib keladi. Insult – bu aholining mehnatga layoqatini pasaytiruvchi, uzoq muddat hospitalizatsiyasiga olib keluvchi kasallarning turg'un nogironlanishiga, ularning oilalarida hayot sifatining pasayishiga va davlatni sezilarli iqtisodiy xarajatlariga sabab bo'luvchi patologiyadir. Insult – o'lim sababchisi sifatida yurak qon tomir va onkologik kasalliklardan so'ng uchinchi o'rinda turadi va bundan 14 % ni tashkil qiladi (Mankovskiy N.B. 2000 y). Ishemik insult o'rta hisobda gemorragik insultga nisbatan 5–6 marta ko'p uchraydi (Avakyan G. I. 2000 y). «Ishemik insult, miya infarkti va o'tkir serebral ishemiya» tushunchalari adabiyotlarda sinonim sifatida ishlatiladi. O'zbekistonda miya insulti bilan xastalanish 1000 aholiga 0.9 dan 1.4 gacha o'zgarib turadi (Majidov. N. M. va boshqalar 1998-yil). Toshkentda 1000 aholiga 1.5 ta to'g'ri keladi.

O'tkir ishemik insult yuqori darajada letallik bilan xarakterlanadi. Bu faqat bemorning qariligiga, patologik o'choqning

ko'lamiga, takroriy insultning erta qo'shilishiga emas, balki kardial asoratlar, bo'lmachalar xilpirashi o'lim ko'rsatkichlarini oshiradi (Soksena. R. I. va boshqalar 2001 y). Bunda insultning oqibatlari turli faktorlarga – bemorning yoshi, arterial gipertenziyaning borligiga, qandli diabet, yurak yetishmovchiligi, o'tkazilgan insultlar mavjudligi, bemorning irqi kabilarga bog'liq. B. S. Valenskiyning ma'lumotlariga ko'ra, ishemik insultdan o'lim sababi 12–37 %, besabab 52–82%, miyaga qon quyulishi 32–64% araxnoidal qon quyulishlar bo'lib hisoblanadi.

Insultlar 80% hollarda o'rta miya arteriyalarida, 20% hollarda boshqa arteriyalarda yuzaga keladi. Insultning klinikasi shikastlangan tomir havzasiga bog'liq. Insultning klinik simptomatikasi umumiy miya va o'choqli simptomlar, xarakter, yaqqol va nisbiy ko'rsatkichlar bir qator omillar jumladan tomir havzasini zararlovchi yetakchi patogenetik zanjirga asoslanadi (Troshin V.D. 2000).

Bemorlar insultga bir necha kun qolganda bosh og'rig'i, holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashuvi, qo'l oyoqlarda uvishish kabilarni his etadi. Belgilar kuchayib boradi va bir kunda qo'l oyoqlarning gemiparezi paydo bo'ladi. Bemor hushini yo'qotmaydi, lekin bemor karaxt holda bo'ladi. Ba'zida kasallikning kechishi bexosdan bo'lishi mumkin, bunda o'tkir davrda gemorragik insultdan farqlab bo'lmaydi. Ishemik insult uch og'irlik darajasiga ega (Troshin V. R. 2000).

Kichik insult – ahamiyatsiz o'rtacha nevrologik simptomatika yuzaga kelgach uch hafta ichida regressiyaga uchrashi bilan xarakterlanadi. O'rta og'irlikdagi ishemik insult klinikasida miya shishi, hush yo'qotish belgilarisiz kechadigan o'choqli simptomatika kuzatiladi. Og'ir insultga esa es hush yo'qotilishi, miya shishi, vegetativ trofik o'zgarishlar, qo'pol o'choq nuqsoni ko'pincha dislokatsion simptomlar bilan birga kechuvchi umumiy miya simptomlariga xos. (Gusev Ye. I 1992 y).

Miya infarktining o'chog'ini aniqlash tomirlarning okklyuziyasi, stenozi yoki tromboemboliyasi oqibatida yuzaga kelgan simptomlar va topik sindromlar analiziga asoslanadi. O'ng tomonlama gemiplegiyaning rivojlanishi oz yoki ko'p miqdorda ifodalangan afaziya ko'rinishidagi nutq buzilishi bilan kechishi mumkin. Miya po'stlog'ining tepa qismi va miya ichki kapsulasining zararlanishida bemorda anozoognoziya, metamorfopsiya, autotopognoziya yolg'on ko'rinishlari bilan, ko'ruv maydonida tana tuzilishining qiyshayib ko'rinishi o'z holatini tushunmaslik kabilar rivojlanadi.

O'rta miya arteriyasining alohida tarmoqlarida ko'p uchrovchi okklyuziyasidagi noto'liq sindromlar: pastki shoxlar okklyuziyasida qo'lning va mimika muskullarining kontralateral parezi bilan kechuvchi motor afaziya, falajlangan qo'l va oyoqlarda yuzaga kelgan vazomotor trofik o'zgarishlar: sovuq qotish, sianoz, shish, bo'g'imlarda og'riq bilan kechuvchi artropatiyalar ularning bujmayishiga – kontraktura va atrofiyalarning rivojlanishiga sabab bo'ladi (Avakyan G.N. 2000-y). O'rta miya arteriyasining butun havzasida qon aylanishi buzilganida kontralateral gemiplegiya va gemianesteziya kontralateral gomonim gemianopsiya, afaziya (dominant bilan davom etadi. Miyaning yo'qotilgan funksiyasining tiklanishi sekinlik bilan kechadi, lekin buyrak usti bezida xususiy va potensial rezervlarning defisiti borligini ham eslatib o'tish kerak. Kasallikning klinikasida miya insultining serebral defekti belgilari bilan birga poliorgan yetishmovchilik bilan xarakterlanuvchi sistemali qon-tomir jarayonining belgilari ham namoyon bo'ladi. Miya infarktining kechishi, miyadagi morfofunksional o'zgarishlar, organizmning gomokinetik ko'rsatkichlari va yuqoridagilarni hisobga olgan holda, kasallikning har bir bosqichida ma'lum terapevtik yondashish lozim, lekin terapevtik taktika induvidual bo'lishi lozim (Raximjanov A. R. 1999-yil).

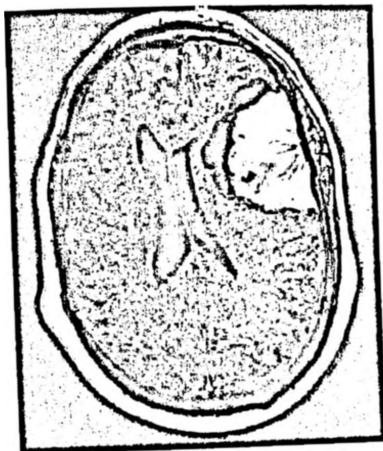
Gemorragik insult

Bu miya to'qimasiga (parenximatoz qon quyulish) to'r osti bo'shliqqa (subaraxnoidal) yoki miya qorinchalariga (ventrikulyar qon quyulish) qon quyulishi bilan xarakterlanuvchi miyadagi qon aylanishini o'tkir buzilishi. Aralash shakllari ham uchrashi mumkin. Kasallikning klinik ko'rinishlari qon quyulish o'lchami va lokalizatsiyasiga bog'liq. Kasallik kechishida uchta davr farqlanadi: o'tkir, tiklanuvchi va rezidual.

Bosh miyaga qon quyulishi

Asosan miyaning o'rta arteriyasi havzasida, ichki kapsula va bazal yadrolar sohasida kechadi, miyaga qon quyulishining asosiy sababi xafaqon kasalligidir. Qon quyulishi diapedez yoki qon tomir yorilishi sababli yuzaga kelishi mumkin. Quyilgan qon miya to'qimasini parchalaydi, miya pardalarini ta'sirlantiradi, bu esa miya va o'choqli simptomlarni yuzaga kelishiga olib keladi. Miyadagi patologik o'choq paydo bo'lishi miya ichki bosimini oshishi, es-hush yo'qolishi va hayotiy muhim funksiyalar-nafas olish, qon tomir sistemasi, termoregulatsiyaning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Kasallik fizik yoki emotsional zo'riqishda dastavval paydo bo'ladigan belgilarsiz o'tkir boshlanadi (apopleksiform). Bemor kuchli bosh og'rig'ini sezadi, xushidan ketib yiqiladi, kollapsga tushadi. Bunda AQB ning oshishi, puls zo'riqishi shovqinli nafas, qorachiqslarning yorug'likka reaksiyasining yo'qolishi, qayt qilishga chaqiruvlar kuzatiladi, yuzi to'q qizil rangli, bemorning boshi va ko'zi falaj bo'lgan sohadan qarama-qarshi tomonga qaragan (bemor o'choq tomonga qaragan) bo'ladi, falaj tomonda burun lab-burmasi silliqlashgan og'iz burchagi tushgan, yonog'i tuslangan, oyog'i tashqi tarafga burilgan.



29-rasm. O'tkir gemorragik insulti bemorning kompyuter tomografiyasi.

Bemorni tekshirganda gemiplegiya, muskullar tonusini pasayganligi falajlangan oyoq va qo'llarning tushib ketishi, Babinskiy patologik simptomi, shuningdek minimal simptomlar ham aniqlanishi mumkin. 1-2 kunda tana harorati 41 darajaga ko'tarilishi mumkin, 2-3 kunda pnevmoniya yoki o'pka shishi rivojlanadi, yotoq yaralar paydo bo'ladi. Qo'shimcha tekshiruvlarda ko'z tubida gemorragiyalar, qonda leykotsitoz, EEG da sust to'lqinlar (teta va delta ritm) paydo bo'lishi, ba'zida ExoEGda M-Eho da siljishlar, likvorning bosimi oshgan, 1-kunda qon aralashmasi aniqlanadi. 3-5 kun davomida ksantaxromiya aniqlanadi.

Bemorlarning ahvoli odatda o'ta og'ir, o'lim ko'rsatkichi 60%. Yaxshi kechganda bemor komatoz holatdan doimiy chiqib boradi, es-hushi oydinlashadi, o'choqli simptomatika yaqqollashadi. Bemorlarda gemiplegiya, gemianesteziya ba'zida gemianopsiya aniqlanadi. Chap yarim shar shikastlanganda nutq, o'qish, yozish buziladi. O'ng yarimshar shikastlanganda psixika buziladi, aprak-

siya, agnoziya va parakinez(falajlanmagan sohalarda avtomatik harakatlar kuzatiladi).

10–14 kundan so'ng tiklanish davri boshlanadi. Dastlab oyoq so'ng qo'l harakatlari tiklanadi, sezuvchanlik, nutq, ko'rish, eshitish, psixik faoliyat yaxshilanadi. Falajlik spastik tus oladi. Tiklanish intensivligi doimiy susayadi va rezidual davr boshlanadi.

Ventrikular (qorinchalari) qon quyilishi og'ir kechadi. Unga bosh aylanish, hushini yo'qotish, koma, Cheyn-Stoks tipidagi shovqinli nafas kabilar xos, puls tezlashgan, qo'zg'algan, tana harorati 40 darajaga ko'tarilgan; qaltirashsimon tremor, ko'p ter ajralishi, likvorda qon kuzatiladi.

Gormetoniya-mushakning tonik qo'zg'alishlari gipotoniya bilan almashib turadigan xos belgi hisoblanadi. Ko'pincha bemorlar 2–3 kun ichida o'ladi.

Subaraxnoidal qon quyilishlar ancha yosh kishilarda yuzaga keladi. Asosiy sabab bosh miya tomirlar anevrizmining yorilishi. Anevrizmaning yorilishiga fizik va emotsional zo'riqishi, miya shikastlari sabab bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanib unga kuchli bosh og'rig'i, psixomotor qo'zg'alishlar (kasal qichqiradi boshini ushlab oladi), yuzi qizargan, harorati ko'tarilgan, ensa mushaklari rigidligi aniqlanadi. Kernig va Brudzinskiy simptomlari aniqlanishiga xos. Likvorda yangi qon aralashmasi va bosim oshishi aniqlanadi. Letallik 30% hollarda. Residiv qon quyilishlar ehtimoli bor.

Ishemik insult (miya infarkti)

Ishemik insult miyaning to'liq yoki qisman qon bilan ta'minlanishining to'xtashi oqibatida yuzaga keladi. Bunga ta'minlovchi tomirlarning trombozi, emboliyasi, magistral tomirlar patologiyasi yoki AQB ning birdan tushishi sabab bo'ladi.

Ishemik insultning asosiy sababi-miya tomirlarining aterosklerozidir. Shu sababdan, u keksa yoshlilarda ko'pincha yurak kasalliklari va qonning ivishi ortgan kishilarda uchraydi.

Bosh miya tomirlari trombozi tipidagi ishemik insult doimiy yuzaga keladi. Unga kasallarning bir necha soat, kun va hattoki bir oy oldin sezadigan insult boshlanishining belgilari-parasteziyalar, qisqa muddatli parezlar, ko'rish, eshitish va boshqa sezgilarning buzilishi kabi darakchilar xos.

Ba'zida insult uyqu vaqtida o'tkaziladi. Bemorlar uyg'ongach holsizlik, qo'l-oyoqlarda quvvatsizlanish, bosh aylanishini sezishadi. Bunda es-hush saqlangan, AQB normada, teri qoplamalari normada yoki odatdagi rangda. Nevrologik simptomatika shikastlangan tomir joylashuviga qarab bir necha daqiqa yoki soat ichida o'sib boradi. Karotid havzadagi qon aylanishinig buzilishi tananing qarama-qarshi tomonidagi mono va gemiplegiya ko'rinishidagi sezuvchanlikning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Chap yarim sharning shikasti nutq, o'qish va yozishning buzilishi bilan o'ng yarim sharning buzilishi esa aprakto-agnozika buzilishlar bilan kuzatiladi. Umumiy yoki ichki uyqu arteriyasi tiqilib qolganda optiko-piramida sindromi rivojlanadi, bunda tromboz bo'lgan tarafdagi ko'rish buziladi, teskari tarafdagi qo'l va oyoqlar harakati buziladi.

Vertebrobazilar basseynida qon aylanish buzilganda ko'rish maydoni tushib qolishi, ikkita ko'rish, koordinatsiya buzilishi, boshqa miyacha va vestibular buzilish belgilari kuzatiladi. Yutishni buzilishi, fonatsiya va alternatsiyalanuvchi falajlik bilan birgalikda bulbar simptomlar ham bo'lishi mumkin.

Embolik insult to'satdan rivojlanadi. Bemor hushini yo'qotadi, lekin koma ko'pincha chuqur va davomli bo'lmaydi. Emboliya manbai bo'lib bosh magistrat tomirlari boshlanish joyidagi yemirilgan aterosklerotik yostiqcha, yurak trombozi, endokard va yurak klapanlari kasalliklari bo'lishi mumkin. O'choqli simptomlar ko'pincha aorta, chap umumiy uyqu arteriyasi va chap ichki uyqu arteriyasini davomi hisoblangan chap miyaning o'rta arteriyasiga tikilgani uchun chap yarim sharni jarohatlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Ishemik insultda qo'shimcha tekshirish usullarida qonda leykotsitoz, protrombin indeksini 110–115 % gacha ortishi, EEG da patologik sekin to'liqlar, REG da o'choq tomonda pulsatsiyani susayishi aniqlanadi. Angiogrammada tomirlar formasi va kengligi o'zgarganligi, egri-bugriligi, anevrizmatik kengayishlar ko'riladi, likvor ko'pincha o'zgarishsiz bo'ladi.

Ishemik insultda o'lim ko'rsatkichi (20–30%) miyaga qon quyilishiga nisbatan kam bo'lganligiga qaramasdan, ko'pincha og'ir kechadi. O'choqli simptomlar stabillashgandan keyin tiklanish davriga o'tadi, bu davr oylab va yillab davom etadi hamda qoldiq holatlar davriga o'tadi (rezidual).

Davolash: Insultlarni davolash tezda boshlanishi kerak. Birinchi etapda hali insult xarakteri aniqlanmagan paytda bemor hayotini saqlab qolishga qaratilgan davo muolajalari o'tkaziladi. Buni differensiallashmagan yordam deb ataladi. Dastlab bemorni chalqancha boshi sal ko'tarilgan holatda yotqiziladi. Protez tishlari bo'lsa olib tashlanadi, kiyimlarini tugmasi yechiladi, agar bemor qussa boshini yon tomonga buriladi va og'iz bo'shlig'i tozalanadi.

Agoniya holatida ko'chirish mumkin bo'lmagan bemorlardan boshqa hamma insult bemorlar maxsuslashtirilgan nevrologik bo'limga yotqizilishi kerak. Bemorni ko'chirish vaqtida ehtiyotkor bo'lishi kerak, bemorni silkitmasdan, zinadan chiqib tushganda muvozanatni saqlash kerak.

Differensiallashmagan davo o'tkir yurak qon tomir buzilishlarini bartaraf qilishga qaratilgan. Yurak faoliyati buzilganda dopamin v/i ga tomchilab, strofantin 0,05 % –0,5 ml v/i ga yoki korglyukon 0,06 % –0,5 ml v/i ga, kordiamin 1 ml t/o ga, sulfokamfokain 10%–2 ml t/o ga buyuriladi. Qon bosimi oshib ketganda klofelin 0.1 % –0,5–1 ml m/o ga yoki 10–20 ml steril fiziologik eritmada 3–5 min davomida asta sekin v/i ga, atenolol, yengil holatlarda v/i ga eufillin 2,4 % li–5 ml buyuriladi. Agar yurak faoliyati buzilishi o'pka shishi bilan birga uchrasa spirt bug'lari qo'shilgan kislorod bilan nafas oldiriladi, bemor boshi baland qilib yotqiziladi,

oyog'iga jgut qo'yiladi, 300 ml qon olib tashlanadi. Nafas olishi me'yorlashishi uchun elektr so'rg'ich bilan og'iz bo'shlig'i, burun va xalqum shilliqlardan tozalanadi. Tili orqaga ketishini oldini olish va nafas olishni yengillashtirish uchun og'izga havo naychasini qo'yish mumkin. Qusishni va qusuq massasini nafas yo'llariga aspiratsiyasini oldini olish uchun burun orqali oshqozonga ingichka zond quyiladi. Bemorni holati har ikki soatda o'zgartirilib turiladi. Agar bu choralar nafas yo'llari tiqilishini bartaraf eta olmasa, traxeotomiya amalga oshiriladi hamda traxeya va bronxlardagi shilliqni so'rib olinadi. Miya shishini bartaraf etish uchun degidratatsiya o'tkaziladi – (10%) gliserinning fiziologik eritmadagi eritmasi v/i ga, deksametazon, laziks 2–8 ml bir kunda, mannit, mochevina, furasemid).

Miyani gipoksiyaga chidamligini oshiruvchi va psixomotor qo'zg'alishlarni kamaytiruvchi dori vositalari buyuriladi (natriy oksibutirat, faustan, relanium, droperidol).

Ringer eritmasi, natriy xlorid, kaliy xlorid yuborish orqali suv tuz almashinuvi korreksiya qilinadi. Miyadagi metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun v/i pirasetam 20%–5 ml, serebrolizin 1–5 ml yuboriladi.

Insult bilan kasallangan bemorlarni diferensiallangan davolash quyidagicha amalga oshiriladi. Gemmoragik insultda bemor yotqiziladi, boshiga baland ko'targan holat beriladi va muzli xalta qo'yiladi, oyoqlariga issiq grelka qo'yiladi. Qon to'xtatuvchi preparatlar buyuriladi: aminokapron kislotasi 100 ml v/i tomchilab kuniga 4–6 marta, pamba v/i, kontrikal v/i, vikasol, disinon. Miya tomirlarini spazmini oldini olish uchun v/i tomchilab nimotop 5–10 ml yoki lidokain 2% –2ml yuboriladi.

Ishemik insultda bemor gorizontal yotqiziladi, bosh sal ko'tariladi. Miyadagi gemodinamikani yaxshilovchi preparatlar buyuriladi (kavinton, trental, nisergolin), qonning reologik xususiyatini yaxshilash uchun v/i tomchilab reopoliglyukin, reoglyuman, gemodez yuboriladi. Qon yopishqoqligini kamaytirish uchun antikoagulantlar

buyuriladi: geparin 20–40 ming YeD dan kuniga 5 kun mobaynida yoki past molekular geparinlar – fraksiparin, kleksan 0,4–0,6 ml yuboriladi. Uni bekor qilishdan 1–2 kun oldin bilvosita antikoogulantlar qo‘shiladi (sinkumar, fenilin). Antikoogulantlarni qabul qilish vaqtida ulardan zaharlanishni oldini olish uchun qon ivish ko‘rsatgichlarini, siydik tahlilini qat’iy nazorat qilish kerak (PTI 60%dan kamaymasligi kerak). Bunday bemorlarga oksigenatorlar: sitoxrom, aktovegin, solkoseril buyuriladi. Ba’zi bir insult bemorlarda, xususan miya tomirlari anevrizmida, qorinchalarga qon qo‘yilganda neyroxirurgik amaliyot o‘tkaziladi.

Parvarish: gemorragik insultda yotoq rejimi 21 kunni tashkil qiladi. Ishemik insultda bemorning ahvoriga bog‘liq holda 10–20 kundan iborat. Birinchi kundan boshlab bemorda dimlanishli pnevmoniya va yotoq yaralarni oldini olish kerak. Buning uchun bemorni kun davomida har 2–3 soatda yon tomonlariga burish, ko‘krak qafasiga banka, gorchichnik qo‘yish, kerak bo‘lsa antibiotik buyurish, palatani doimo shamollatib turish kerak. Yotoq yaralarini oldini olish uchun dumg‘aza, dumba, bel sohasiga kamfora spirti surtiladi. Anatomik burmalarni tekislash dumg‘aza ostiga shishirilgan rezinali halqa qo‘yish, tovon ostiga paxtali halqa qo‘yish yoki bemorni singdiruvchi tagliklarga, yotoq yaralariga qarshi ko‘rpachalarga yotqizish kerak. Hosil bo‘lgan yotoq yaralarga bepenten, lifuzol, Vishnevskiy malhamlari bilan ishlov beriladi. Bemorni kun davomida ikki marta yuvintiriladi, tishlari va og‘iz bo‘shlig‘i yuviladi. Falajlangan qo‘l oyoqlarda mushak kontrakturasini oldini olish uchun fiziologik holat beriladi. Agar bemorni hushi va yutishi saqlangan bo‘lsa, birinchi kundan boshlab shirin choy, meva sharbatlaridan berish mumkin. Ikkinchi kundan parhez kengaytiriladi, lekin ovqat yumshoq va tez hazm bo‘ladigan bo‘lishi kerak. Agar hushi va yutishi buzilgan bo‘lsa dastlabki ikki-uch kun mobaynida parentral oziqlantiriladi (glukoza, albumin yoki gidrolizin). Keyin nazogastral zond qo‘yiladi va ovqat aralashmalari beriladi.

Gipertonik krizisda hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qattiq bosh og'rihi 2. Bosh aylanishi 3. Quloqda shovqin 4. Yurak sohasida og'riq 5. Ko'ngil aynishi, qusish 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rihi 2. Bosh aylanishi 3. Yurak sohasida og'riq 4. Ko'ngil aynishi, qusish 5. Hansirash 6. Bezovtalik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Tabletka berish 4. Gipotenziv dorilar yuborish orqali AGni bartaraf qilish 5. Tomirni kengaytiruvchi dorilar yordamida yurakdagi og'riqni bartaraf qilish 6. QB, puls monito-ringi 7. EKGga tushirish 8. Bemorning ko'ngli ayniganda, qusganda yordam ko'rsatish 9. Asoratlarni (yurak astmasi) oldini olish yoki bartaraf qilish 10. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor boshini baland qilib yotqiziladi 2. Siqib turgan kiyimlarni bo'shatadi 3. Toza havo bilan ta'minlaydi 4. Til ostiga kapoten yoki qorinfar 1 tabl. beriladi 5. Oyoqlariga issiq vanna qilinadi 6. Boshiga muz xaltachasi qo'yiladi 7. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilarni yuborish: dibazol 1%-5,0 m/o, magniya sulfat 25%-5,0 t/o, laziks 3,0 t/o 8. Til ostiga nitroglicerini yoki validol 1 tabl. berish 9. QB, puls har 10-15 min. tekshiriladi 10. EKG olinadi 11. Bemor ko'ngli ayniganda limon kislotasi bilan og'zi chayiladi, qusganda yordam berish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning bosh og'rig'i kamaydi yoki to'xtadi 2. Bosh aylanishi to'xtadi 3. Yurak sohasidagi og'riq qoldi 4. Ko'ngil aynishi, qusish to'xtadi 5. Hansirash yo'qoldi 6. QB, puls normaga tushdi 7. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 8. Bemor ruhan tinchlandi 9. Asoratlari oldi 10. Shifokor tavsiyalari bajarildi
<p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor bezovta 2. Terisi oqargan yoki giperemik 3. Hansirash 4. Pulsa tarang, taxikardiya 5. QB 200/100 6. II ton aksenti 	<p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rishini zo'ravishi 2. Nutq buzilishi 3. Hansirashini zo'ravishi 4. Asoratlarni yuzaga kelishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor ko'ngli ayniganda, qusganda yordam ko'rsatish 9. Asoratlarni (yurak astmasi) oldini olish yoki bartaraf qilish 10. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor ko'ngli ayniganda, qusganda yordam berish 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Shifokor tavsiyalari bajarildi

Gemorragik insultda hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qattiq bosh og'rishi 2. Ko'ngil aynishi, qusish 3. Bosh aylanishi 4. Quloqda shovqin 5. Harorat ko'tarilishi 6. Tutqanoq xurujlari <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tezda hushini yo'qotadi 2. Yuz terisi sianotik va giperemik 3. Kuchli terlash 4. Nafas olishi tezlashgan 5. Harorati yuqori 6. Qo'l va oyoqda harakat chegara-langani 7. Yuzi qiyshaygan 8. Nutqi buzilgan 9. Pulsi tarang, taxikardiya 10. QB 200/100 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rishi 2. Bosh aylanishi 3. Qo'l va oyoqda harakat chegaralanishi 4. Ko'ngil aynishi, qusish 5. Yuzda qiyshayish 6. Nutq buzilishi 7. Harorat ko'tarilishi 8. Karaxtlik <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ongini to'liq yo'qolishi, koma yoki sopor holatiga tushishi 2. Yurak ritmini buzilishi 3. Mustaqil nafas olish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Yuqori haroratni bartaraf qilish 4. Normal nafas olishga imkon yaratish 5. Og'iz bo'shlig'i va halqumni tozalash 6. Gipotenziv dorilar yuborish orqali AGni bartaraf qilish 7. QB, puls monitoringi 8. EKG, KT, MRT tekshiruvlarini o'tkazish 9. Bemorning ko'ngli ayniganda, qusganda yordam ko'rsatish 10. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor boshini baland qilib yotqiziladi 2. Siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi 3. Toza havo bilan ta'minlanadi 4. Haroratni tushirish uchun analgin 50%–2,0, dimedrol 1%–1,0, novokain 0,5%–2,0 m/o yuboriladi 5. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: gipotenziv, yurak glikozidlari, diuretiklar, V-adrenoblokatorlar va b. q. 6. QB, puls har 10–15 min. tekshiriladi 7. EKG, KT, MRTga tushiriladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor ruhan tinchlandi 2. Bosh og'rishi kamaydi 3. Ko'ngil aynish, qusish kamaydi 4. Harorat tushdi 5. QB tusha boshladi 6. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilana boshladi 7. Bemor ruhan tinchlandi 8. Asoratlarni oldini olish choralari ko'riladi (har 2 soatda yonboshga ag'darish)

11. Yurakda II ton aksenti	4. Miya shishini rivojlanishi 5. Tutqanoq xurujlari 6. Pnevmoniya rivojlanishi 7. Yotoq yaralarni rivojlanishi	11. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish	8. Bemor ko'ngli ayniganda limon kislotasi bilan og'zi chayiladi, qusganda yordam beriladi	9. Shifokor tavsiyalari bajarildi
----------------------------	---	--	--	-----------------------------------

Ishemik insultda hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rishi 2. Bosh aylanishi 3. Ko'z oldi qorong'lashishi 4. Qaltirash <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning ahvoli asta-sekin og'irlashib boradi 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rishi 2. Bosh aylanishi 3. Qo'l va oyoqda harakatning chegaralanishi 4. Yuzda qiyshayish 5. Nutq buzilishi 6. Harorat pasayishi 7. Bezovtalik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Normal nafas olishga imkon yaratish 4. Og'iz bo'shlig'i va halqumni tozalash 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor boshini past qilib yotqiziladi 2. Siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi 3. Toza havo bilan ta'minlanadi 4. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor ruhan tinchlandi 2. Bosh og'rishi kamaydi 3. QB normallashdi 4. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilana boshladi 5. Bemor ruhan tinchlandi

<p>2. Bemor bezovta 3. Terisi oqargan 4. Nafas olishi sekinlashgan 5. Harorati pasaygan 6. Qo'l va oyoqda harakat chegaralangan 7. Yuzi qiyshaygan 8. Nutqi buzilgan 9. Pulsi ipsimon, bradikardiya 10. QB past 11. Yurak tonlari bo'g'iq</p>	<p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i> 1. Ongini asta-sekin buzilishi 2. Yurak ritmini buzilishi 3. Mustaqil nafas ololmاسlik 4. Miya shishini rivojlanishi 5. Pnevmoniya rivojlanishi 6. Yotoq yeralarni rivojlanishi</p>	<p>5. QBni normallashtirish 6. QB, puls monitoringi 7. EKG, KT, MRT tekshiruvlarini o'tkazish 8. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 9. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish</p>	<p>yuboriladi: yurak glikozidlari, diuretiklar, V-adrenobloqatorlar va b. q. 7. QB, puls har 10-15 min. tekshiriladi 8. EKG, KT, MRTga tushiriladi</p>	<p>6. Asoratlar oldini olish choralari ko'riladi (har 2 soatda yonboshga ag'darish) 7. Shifokor tavsiyalari bajarildi</p>
---	--	--	--	---

Siydik tutilganda siydik pufagiga kateter qo'yiladi va o'z vaqtida bo'shashi nazorat qilinadi. Ich kelmay qolganda ichak motorikasini stimullovchi preparatlar (besakodil, gudtalaks, izfenin) beriladi, kerak bo'lsa ikki uch kunda bir marta tozalovchi klizma qilinadi.

Bemor holati stabillashganda va ahvoli yaxshilanish belgilari paydo bo'lganda, massaj, yotgan holatda ShJT buyuriladi.

Keyinchalik bemor qisqa vaqtga o'tqiziladi va kun sayin o'tirish davomiyligi oshirib boriladi. Tiklanish davrida falajlangan qo'l-oyoqlarga issiq muolajalar, elektrostimulatsiya buyuriladi. Nutq buzilganda bemor bilan logoped shug'ullanadi.

Bemor kasalxonadan chiqarilgandan so'ng dispanser nazoratiga olinadi, hamda nevropatolog va terapevt kuzatuvi ostida keyingi davolash amalga oshiriladi.

Insultdan keyingi holat

Gemorragik va ishemik insultlarning patogenezi va patomorfologik o'zgarishlar bo'lishiga qaramasdan bu kasallik rezidual davrida nevrologik simptomatikasi bir xil ko'p hollarda o'rta miya arteriyasi basseynining shikastlanishi hisobiga insult o'tkazgan bemorlarda gemiparez va sezuvchanlikning buzilishi saqlanib qoladi. Chap yarim shar shikastlanishida nutq ham buziladi. Vernik-Man holati rivojlanadi, bunda falajlangan tomonda bemor qo'l bukilgan holatda (bukuvchi gipertonusi) oyoq to'g'ri saqlangan (oyoq yozuvchi muskullarning gipertonusi), harakatlar noravon bo'lib qoladi (30-rasm).



30-rasm. Vernike – Man holati.

Vernike – Man holati

Sirkumfirlangan yoki aylanma harakat falajlikka uchragan oyoq to'g'ri xuddi uzaygandek qadam tashlash yarim aylana harakat bilan kechadi. Insult o'tkazgan bemorlarda miya qobiliyatini yo'qotishini asosiy sababi harakat va nutqning buzilishi bo'lgani sababli, reabilitatsiya ishlari ushbu nuqsonlarni bartaraf etishga qaratilgan bo'ladi. Poliklinika, dispanser reabilitatsiya markazlarida va sanatoriyalarda bemorlarga shifobaxsh mashqlar, massaj, fiziomuolajalar, balneoterapiya, logoped mashg'ulotlari o'tkaziladi.

Bemorlarga qon bosimini korreksiyalovchi, mikrotsirkulatsiani yaxshilovchi (kurantil, kavinton qon ivishini pasaytiruvchi aspirin 0,25 g dan bir kecha kunduzda) kabi dori vositalari buyuriladi, shu bilan birga vitaminlar, biostimulyatorlar, nootrop dori vositalari kurslari o'tkaziladi.

O'tkir miya qon aylanishi yetishmovchiligining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi farqlanadi. Birlamchi profilaktikasi insultning oldini olish va pasaytirishga qaratilgan bo'ladi. U ratsional tartib, to'g'ri ovqatlanish, xatarli omillarni pasaytirishni o'z ichiga oladi (emotsional zo'riqish, ko'p ovqat yeyish, chekish, alkogol, gipodinamiya) o'z vaqtida miya qon aylanishini buzilishi boshlang'ich belgilarini davolashni o'z ichiga oladi. Ikkilamchi profilaktika insultlarni ikkilamchi residivlanishini oldini olishga qaratilgan bo'lib dispanser kuzatuv davrida olib boriladi.

Spinal qon aylanishning buzilishi oqibatida

Spinal qon aylanishi buzilishi serebral kabi o'tkir va surunkali ishemik va gemorragik bo'ladi. Umurtqa pog'onasidagi patologik jarayonlar bilan birga bir xil oqibatlanga olib keladi. Klinikada radikulomielozmiya yoki dissirkulyator mielopatiya manzarasi kuzatiladi. Shikastlangan sohada og'riq va sust parezlar kuzatilishi mumkin. Patologik o'choqdan pastda spastik falajlik yoki parez, sezuvchanlikning o'tkazuvchanlik turida buzilishi, chanoq a'zolar faoliyati buziladi. Lumbosakral joylashishda «o'tkinchi oqsoqlanish»

simtomi kuzatiladi. Tashxis mielografiya, kompyuter tomografiyada tasdiqlanadi.

Davolash: miya buzilishlar davosi bilan bir xil o'tkaziladi. Ayniqsa, parvarish ahamiyatga ega, chunki tez yotoq yaralar, sepsis va urosepsis rivojlanishi mumkin.

SAVOL

1. Bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi sabablarini qanday?
2. Gemorragik insult klinik ishemik insultdan qanday farqlanadi?
3. Insultda kursatiladigan shoshilinch yordam nimalardan iborat bo'ladi?
4. Miya qon aylanishining o'tkir buzilishi bilan kasallangan bemorlarni parvarishlashning qanday xususiyatlari bor?
5. Dissirkulator ensefalopatiyada qo'llanadigan davolash va profilaktik usullari nimalardan iborat?

III. 3. MARKAZIY ASAB SISTEMASINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI. MENINGIT, ENSEFALIT, ARAXNOIDIT. HAMSHIRA TASHXISI VA BEMORNI PARVARISH QILISH REJASI

Asab tizimining yuqumli kasalliklari neyroinfeksiya asab tizimiga virus yoki bakteriyalar tushish natijasida yuzaga keladi. Shunga muvofiq virus va bakterial neyroinfeksiyalarga bo'linadi. Bundan tashqari, birlamchi va ikkilamchi neyroinfeksiyalar farqlanadi. Birlamchi neyroinfeksiyada organizmga qo'zg'atuvchi tushishi bilanoq asab tizimini zararlaydi (poliomielit); ikkilamchi neyroinfeksiyada – asab tizimining shikastlanishi organizmdagi biror bir yallig'lanish o'chog'i fonida asorat sifatida namoyon bo'ladi (tuberkulyozli meningit).

Organizmga qo'zg'atuvchining tushishi kasallik albatta, rivojlanib ketadi degani emas. Makroorganizmning holati, uning reaktiv himoya qilish xususiyati o'ta muhimdir. Gematoensefalik to'siq katta rol o'ynaydi. Qo'zg'atuvchi miya pardasida yoki uning moddasida tarqalishi mumkin.

Asab tizimi yallig'lanish kasalliklarining tasnifi

Meningit – bosh miya pardalarining yallig'lanishi (yumshoq);
paximeningit – qattiq pardaning shamollashi.

Ensefalit – bosh miya moddasining yallig'lanishi.

Mielit – orqa miya yallig'lanishi.

Radikulit – ildizchalar yallig'lanishi.

Nevrit – periferik anervning yallig'lanishi.

Polinevrit – ko'p nervlarning yallig'lanishi.

Yallig'lanish kasalliklari turli xil omillarga bog'liq:

Infeksion omil – gripp, neyrovirus. **Infeksion** – allergik jarayon – uni keltirib chiqaruvchi mexanizm infeksiion omil bo'lib, shundan so'ng paraallergik omil katta rol o'ynaydi, masalan surunkali tonzillitda, revmatizmida.

Travmatik omil, bunda aseptik yallig'lanish jarayoni kechadi (miya chayqalishi, lat yeyishi).

Barcha omillarning ichida infeksiion omillar katta ahamiyatga ega

– bakterial infeksiyalar.

– virusli infeksiyalar.

Infeksiyalar quyidagi yo'llar bilan kiradi:

A) gematogen yo'l bilan;

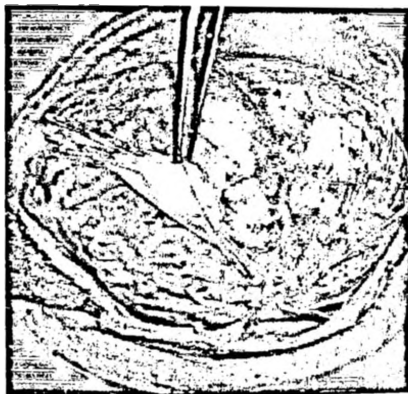
B) kontakt yo'li bilan quloq, qo'shimcha qorinning yiringlagan, lat yeyish, qattiq miya pardasi zararlanganda;

D) perinevral yo'l bilan (o'q silindr orqali), masalan quturish kasalligida, poliomieliitda.

Meningitlar – bosh miya va orqa miya pardalarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, ushbu jarayonni ko'proq mikroblar va viruslar chaqiradi. Meningit birlamchi va ikkilamchi turlarga bo'linadi. Birlamchi meningitlar organizmda umumiy (yuqumli kasalliklarsiz, masalan, meningokokkli, limfotsitar) taraqqiy qiladi, ikkilamchi

meningit esa umumiy yoki ayrim joydagi yallig'lanish, infeksiyon kasalliklardan (otit, gaymorit, tonzillit, sil, pnemoniya va boshqalar) so'ng kelib chiqadi.

Serebrospinal suyuqlikning tarkibidagi morfologik o'zgarishlarga qarab meningitlar yiringli va serozli turlarga bo'linadi. Ko'pchilik yiringli meningitlarni mikroblar, serozli meningitlarni viruslar keltirib chiqaradi (31-rasm). Kasallikning kechishiga ko'ra o'tkir, o'tkirosti va surunkali shakllari tafovvut qilinadi.



31-rasm. Pnevmonokokli meningitda bosh miyaning ko'rinishi.

Infeksiyaning tarqalish yo'llari. Meningit qo'zg'atuvchi agent miya pardalariga turli yo'llar orqali kirib boradi: gematogen, limfogen, kontakt yo'llari bilan.

Meningitlarning barcha turlarida umuminfeksion belgilar – tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, qonda leykotsitoz, ECHT oshishi, bezovtalik va meningial belgilarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Meningial belgilarga tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rishi, qusish, muskullarning taranglashishi, ixtiyoriy harakat, sezgi, vegetativ va ruhiy buzilishlar, serebrospinal suyuqlik tarkibining buzilishi kiradi.

Bosh og'rig'i – asosiy va doimiy belgi bo'lib, kasallikning boshida paydo bo'lib oxirgacha davom etadi. Ayniqsa yiringli va sil meningitlarda qattiq bosh og'rishi kuzatiladi.

Qusish – ko'ngil aynimasdan, hech sababsiz, ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lmay, tana holati o'zgartirilganda ro'y beradi.

Mushaklarning taranglashishi – ensa mushaklarining taranglashishi, Kerning simptomi, Brudzinskiy belgilari (yuqori, o'rta va pastki).

Ixtiyoriy harakatning zararlanishi muskullarning o'tib ketuvchi parezlari, bosh miya nervlarining zararlanishi, Jekson epilepsiyasi xuruji yuz beradi.

Sezgi o'zgarishlari – umumiy giperesteziya (ko'rish, eshitish) tashqi ta'surotlarni qabul qilishning kuchayishi. Shovqin yorug'lik, gapirish bemorlarga salbiy ta'sir etadi, ular ko'zlarini yumgan holda hech kim bilan gaplashmay yotadilar.

Vegetativ o'zgarishlar – aritmiya, tana harorati va puls dissotsiatsiyasi, nafas olishning qiyinlashishi, ko'z qorachig'ining torayishi hollari yuz beradi. Bolalarning ko'krak, qo'l-oyoq qorin terilarida toshmalar toshadi.

Ruhiy o'zgarishlar – ayniqsa bolalarda uchrab, ular holsizlik, sustlik, lanjlik, karaxtlik holatda bo'lib, ayrim paytda ularda illuziya (obyektiv bor bo'lgan buyumlarni noto'g'ri sezish) va gallusinatsiya (tashqi ma'lum obyektlarni yo'q bo'lishiga qaramay, sezib qabul qilish) kuzatiladi.

Serebrospinal suyuqligining patologiyasi. Orqa miya subaraxnoidal bo'shlig'i punksiyasi bemorni o'ng yonboshiga yotqizib, boshi oldinga egiladi, oyoqlari esa chanoq-son va tizza bo'g'imlaridan bukilib, sonlarini qoringa tegizib qo'yiladi. Ignani umurtqa pog'onasining III va IV bel umurtqalari oralig'ida san-chiladi. Serebrospinal suyuqlikni 4 xil usulda: orqa miya subaraxnoidal bo'shlig'ini, katta sisterna, bosh miya qorinchalari va kichkina bolalarda liqildoqni punksiya qilish yo'li bilan olinadi.

Serebrospinal suyuqligi normal holatda rangsiz va tiniqdir, bosimi 100–160 mm suv ustunining bosimiga tengdir, ignadan bir minutda 50–60 tomchi suyuqlik oqadi. Bolalarda uning bosimi kattalarga nisbatan 30–50 mm kam bo'ladi. Normal serebrospinal suyuqligida 1 ml xajmida 5–6 donagacha limfotsitlar uchraydi, bolalarda esa 14–15 donagacha. Normal holatda oqsil moddasi (albumin, globulin) – 0,15–0,3 g/l ni tashkil qiladi, qand 0,45–0,65 g/l bo'lib, qondagi qand miqdoridan ikki marta kam bo'ladi.

Meningitlar, ayniqsa, yiringli turlarida serebrospinal suyuqligining bosimi oshib ketadi, suyuqlik loyqalangan, sil meningitida esa uncha tiniqmas, serozli meningitlarda esa tiniq bo'ladi. Miya pardalarining yallig'lanishi serebrospinal suyuqligidagi hujayralarining sonini ko'payishiga (pleotsitozga) olib keladi. Yiringli meningitning 1 ml serebrospinal suyuqligida bir necha ming neyetrofil hujayralar soni aniqlanadi. Seroz meningitida pleotsitoz bir necha o'n yoki yuz hujayra, sil meningitida esa bir necha yuz yoki ming limfotsitar hujayralardan iborat, rangi loyqalangan bo'ladi. Oqsil moddasi miqdori yiringli meningitlarda 1–16 g/l, serozli 2–3 g/l gacha oshadi. Meningitlarda hujayralar soni ko'payib, oqsil moddasi miqdori ozgina oshsa, bunga hujayra-oqsil dissotsiatsiyasi deyiladi. Yiringli va sil meningitlarda esa serebrospinal suyuqlikda globulinning sifat tarkibi (Pandi, Nonne-Appelt) reaksiyalari juda kuchli, seroz turida normal miqdorda bo'ladi.

Yiringli meningitni meningokokk, pnevmokokk, gemofil tayoqchalar keltirib chiqaradi. Jarohat, o'tkazilgan xirurgik amaliyot, immunosupressiya kabi jarayonlar kasallikni rivojlantirish omillaridan hisoblanadi. Klinikada psixomotor qo'zg'alish, ong buzilishlari, giperesteziya, kuchli bosh og'rish, qusish, epixurujlar, tana haroratining gektik tipda ko'tarilishi, meningial belgilarning erta va keskin paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qonda leykotsitoz, leykoformulaning chapga siljishi kuzatiladi. Likvor xira, loyqalangan, ba'zan och yashil rangda bo'ladi. Neytrofillar oshib ketgan, oqsil 1–2 dan 10g/l gacha ko'tariladi, glukoza miqdori

pasayadi. Kasallikning sababini aniqlash uchun otolaringologik tekshiruvi, o'pkani rentgenologik tekshiruvi, lyumbal punksiya, bosh miya kt va mrt tekshiruvlari o'tkazilishi shart. Kasallik prognozi jiddiy bo'lib, vaqtida davo berilmasa, o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Kasallikdan turli ko'rinishdagi asoratlar – ensefalit, ventrikulit, absess, gidrotsefaliya, epixurujlar, eshituv zaifligi, intellektual-mnestik darajaning pasayishi kabi holatlar kelib chiqishi mumkin.

Davolash: Qo'zg'atuvchining antibiotiklarga sezgirligini aniqlash maqsadida bemorni antibiotiklarni qabul qila olish sinamasi o'tkaziladi.

Davolashda sefalosporinlarning (rotsefin, seftriakson, sulpirazon va x.k.) kunlik dozasi 2–4 gr. mushaklar orasiga yoki tomir ichiga 7–10 kunlik davomida yuboriladi, penisillin eritmasi 1–2 marta endolyumbal yuboriladi.

Dezintoksikatsiya maqsadida reogluman, reopoliglukin, pollion eritmalar quyiladi. Miya shishini yo'qotish uchun laziks, mannitol, gliserol, bufenoks vena ichiga 2 ml dan yuboriladi.

Talvasa va psixomotor qo'zg'alishlarni yo'qotish uchun seduksen, klonazepam, natriy oksibutirat qo'llaniladi. Miyada metabolik jarayonlarni yaxshilash maqsadida nootropalar va V guruhidagi vitaminlar qo'llaniladi.

Shuningdek, davolashda kortikosteroidlar, geparin, antiagregantlar, antipiretiklar, antigistamin va boshqa vositalar qo'llaniladi. Antibiotiklar likvorda qo'zg'atuvchi yo'qolguncha qo'llaniladi.

Og'ir hollarda bakteriologik shok tipida kechganda, vena ichiga gidrokortizon eritmasi 0,012 g/kg dozada tana massasiga nisbatan quyiladi, tomchilab fiziologik eritma, 5% li glukoza eritmasi, qon plazmasi, reopoliglyukin, strofantin, askorbin kislotasi, prednizolon (0,005 g/kg), kokarboksilaza yuboriladi.

Bemorlarga yengil ichimlik, kislorod ingalatsiyasi beriladi, nafas olish to'xtaganda apparatga o'tkazish va boshqa reanimatsion tadbirlar amalga oshiriladi.

Meningokkokli meningit bilan bemorlarni infeksiyon bo'limga gospitalizatsiya qilinadi. Bakteriologik sog'ayishdan keyin (qo'zg'atuvchining yo'qligi) ularni tamoman davolash uchun nevrologiya bo'limiga o'tkazish mumkin. Infeksiya o'chog'i dezinfeksiya qilinadi, basill tashuvchilar aniqlanadi va izolatsiya qilinadi. Bemorlar bilan aloqada bo'lgan bolalar orqasidan qat'iy tibbiy nazorat va ota-onalar bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib boriladi.

Seroz meningit – bu miya yumshoq pardasi o'tkir seroz yallig'lanishidir. Birlamchi (koksaki va YeSNO viruslari bilan zararlangan limfotsitar xoriomeningit) va ikkilamchi yuqumli kasalliklar (pnevmoniya, qizamiq, gripp, parotit) asorati sifatida namoyon bo'ladi. Asosan qo'zg'atuvchi viruslar va ba'zan mikroblar (tuberkulyoz) hisoblanadi.

Seroz meningitlar o'tkir boshlanadi, harorat ko'tariladi, qattiq bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qusish, ko'zlarda og'riq va meningial simptomlar paydo bo'ladi. Og'ir holatlarda hushdan ketish sodir bo'ladi, nafas va yurak faoliyati buziladi, tutqanoq xurujlari uchrab turadi. Likvor tiniq, oqsil 0,66–1,2 g/l, 1 mkl.dagi limfotsitar pleotsitoz bir necha yuz hujayragacha bo'ladi.

Diagnostika qilishda epidemiologik, klinik va laborator xulosalar ahamiyati katta. Lyumbal punksiya, bosh miya kt va mrt tekshiruvlari o'tkazilishi shart. Kasallik prognozi jiddiy bo'lib, vaqtida aniqlangan tashxis va berilgan davo tuzalish bilan yakunlanadi, ba'zan absess, gidrotsefaliya, diensefal va ruhiy buzilishlar ko'rinishida asoratlar kuzatilishi mumkin.

Davolash: lyumbal punksiyalar 5–6 kun davomida kunaro, virusga qarshi preparatlar – asiklovir vena ichiga tomchilab har 8 soatda 0,01 g/kg, dezoksiribonukleaza, immunoglobulin vena ichiga tomchilab 3,0, o'rta terapevtik dozada antibiotiklar, antigistaminlar (bronal, tavegil mushak ichiga 0,1%–2 ml), bosh og'rig'ini kamaytirish uchun analgetiklar (analgin, baralgin), dehidratatsiya maqsadida laziks vena ichiga yoki mushak ichiga 1%–2 ml,

diakarb, vena ichiga tomchilab 200ml 15% mannitol eritmasi, dezintoksikatsiya uchun 200 ml 5% glukoza eritmasi, reopoliglyukin yuboriladi. Epixurujlar kuzatilganda antikonvulsantlar – karbamaze pin, depakin peros, seduksen vena ichiga yuboriladi. Lozim bo'lsa yurak vositalari – strofantin, korglikon, sulfokamfokain qilinadi. Nootroplar, V guruh vitaminlari, askorbin kislotasi buyuriladi. Og'ir holatlarda kuniga 1–2mg/kg prednizolon tayinlanadi.

Tuberkulyoz meningit – seroz meningitning bir turi bo'lib, yon qorinchalarni, qon – tomir chigallarini, bosh miya nervlarini va miya asosi pardalarini o'ziga xos zararlaydi. Ko'pincha bahorda bronx, limfa tugunlari, o'pka sili bilan kasallangan bolalarda asosan namoyon bo'ladi va o'tkir osti shaklida namoyon bo'ladi. 2–3 hafta davomida umumiy holsizlik, apatiya, ta'sirchanlik, yig'loqlik, ishtahaning pasayishi, tananing turli joylarida og'riqqa shikoyat, subfebril haroratni sezadi. Keyin bosh og'riq birdaniga kuchayadi, qayt qilish paydo bo'ladi, ensa mushaklarining rigidligi oshadi, Kernig, Brudzinskiy simptomlari yuzaga keladi. G'ayilik, diplopiya, anizokoriya, ptoz yuzaga keladi, vegetativ buzilishlar – terlash, terida qizil dog'lar paydo bo'ladi, es-hushi buziladi, tutqanoq xurujlari kuzatiladi, ba'zan deserebratsion rigidlik yuzaga keladi. Davolash ishlari olib borilmasa o'lim yuz berishi mumkin.

Diagnostikada anamnez, somatik va nevrologik tekshiruv xulosalari bilan birga lyumbal punksiya xulosalari ahamiyati katta. Likvor bosimi 300–500mm. suv.ust.gacha oshgan, aralash pleotsitoz, oqsil miqdori 5–10 g/l, qand miqdori 40mg% dan kam, xloridlar kamaygan. 1 kundan keyin probirkadagi likvor yuzasida tuberkulyoz meningitga xos bo'lgan nozik fibrinli qobiqni ko'rish mumkin. Likvor ekilganda tuberkulyoz chaqiruvchi Kox tayoqchalari o'sganligini ko'rish mumkin. Tuberkulin sinamasi, ko'krak qafasi rentgenografiyasi, bosh miya kt va mrt tekshiruvlari o'tkazilishi shart. Kasallik prognozi jiddiy bo'lib, vaqtida aniqlangan tashxis va berilgan

davo fonida kasallik chuzilishi mumkin, absess, gidrotsefaliya, diensefal va rubiy buzilishlar kabi asoratlar ehtimoli yuqori.

Davolash: bemor maxsus shifoxonaga yotqiziladi. Davo jaryonida tuberkulyozga qarshi preparatlar – izoniazid 300mg sutkada, rifampisin 600mg sutkada, etambutol 15 mg/kg/sutkada, streptomisin 15mg/sutkada buyuriladi. Ushbu preparatlar bilan birgalikda miya shishini bartaraf qilish uchun prednizolon 60–80 mg, magneziya sulfat, laziks, mannit vena ichiga yuboriladi. Metaboliklar, vitaminlar, immunomodulatorlar beriladi. Bemor 1-yil davomida davolanadi, so'ng maxsus sanator-kurort sharoitida davo buyuriladi.

Meningit bilan og'rigan bemorlarni parvarish qilishning asosiy qoidalari

Meningit bilan og'rigan bemorni parvarishlash katta ahamiyatga ega. Bunday bemorlar mavjud palatalarni shovqin binolardan uzoqroqda joylashtirish joizdir. Hamshira bemorlarning ta'sirchanlik sezgirligi oshganini esida tutishi lozim. Meningitda hamshira vazifasi quyidagilardan iborat:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, in'eksiyalar, yotoq yaralariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va h.).

2. Gigienik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarni almashtirish, teriga ishlov berish va h.)

3. Bemorlarni ovqatlantirish.

4. Sanitar – oqartuv tadbirlari.

Bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi, ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak. Bemorning choyshabi (chexol) doimo tozalab, qoqib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga kleyonka yoki maxsus kleyonka qoplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniqsa, yotoq yaraga qarshi matraslar ishlatilganda paxta-kog'ozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari ehtiyojga qarab, haftasiga kamida bir marta,

Meningitida hamshiralik jarayoni

Ma'lumot to'plash	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Jarayonning samaradorligini baxolash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rig'i, qusish 2. Shovqin, yorug'likka o'ta ta'sirchanlik 3. Ko'rishning xiralashishi 4. Eshitishning pasayishi 5. Tutiqanoq xuruji 6. Buyumlarni ikkita bo'lib ko'rinishi <p><i>Cibyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qalitrash 3. Tetricda toshmalar 4. Bezovtalik 5. Qo'l-oyoqlarda qalitrash 6. Meningial belgilar 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuchli bosh og'rig'i 2. Ko'ngil aynashi, qusish 3. Harorat ko'tarilishi 4. Ruhiy bezovtalik 5. Uyquning buzilishi <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ong buzilishi 2. Epixuruj 3. Ko'rishni xiralashishi 4. O'tib ketuvchi falajliklar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga osoyishtalik yaratish 3. Yotoq rejimi 4. Qon bosimi, puls va nafas monitoringi 5. Bosh og'rig'ini bartaraf etish 6. Haroratni tushirish 7. Qusishni bartaraf etish 8. Bemorni lyumbal punktsiyaga tayyorlash 9. MRT, KT tekshiruvi o'tkazishiga tayyorlash 10. Bemor aholini muhtazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokor chaqirildi 2. Yotoq rejimi buyurildi 3. Osoyishtalik yaratildi 4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi 5. Bosh og'rig'i va qusish bartaraf etildi 6. Harorat tushirildi 7. Lyumbal punktsiya qilindi 8. KT, MRT qilindi 9. Vrach ko'rsatmalari bajarildi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tinchlandi 2. Bosh og'rig'i kamaydi 3. Qusish to'xtadi 4. Harorati pasaydi 5. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi

gigienik vannadan so'ng almashtiriladi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda hamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi. Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani ko'p uchraydigan joylarda (dumg'aza va dumba, son orqa sohasi, tovon) ahamiyat bergan holda, bemorni har choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga qarab turish lozim. Har kuni bu joylarga kvars lampasi, rezinali chambar qo'yish lozim. Teri har kuni suv shimdirilgan salfetka bilan, kamfora spirti, odekolon, aroq yoki oshxona sirkasi bilan artiladi, so'ng teri quritiladi.

Ovqat yengil bo'lishi kerak, asosan suyuqlik bo'lishi lozim. Doimo teri qoplamlarini va shilliq qavatlarini parvarish qilib turish kerak, permanganat kaliy kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayib turish kerak.

Ensefalit – bosh miyaning infeksiyon yoki infeksiyon-allergik xarakterdagi yallig'lanishidir (32-rasm). Bosh miya to'qimasining miya pardalari bilan birgalikda yallig'lanishi meningoensefalit, bosh miya bilan orqa miyaning birgalikda yallig'lanishi ensefalomielit, miya pardalarining bosh va orqa miya bilan birgalikda yallig'lanishi meningoensefalomielit deyiladi. Kasallik qo'zg'atuvchi faktor bakteriya, virus, riketsiyalar hisoblaniladi. Ba'zan qo'zg'atuvchi ma'lum emas. Oq moddaning zararlanishi leykoensefalit, kulrang moddaning zararlanishi polioensefalit, oq va kulrang moddalarning birgalikda zararlanishi panensefalit deyiladi. Ensefalitlar birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi ensefalitni mavsumiy arboviruslar-bahor-yozgi kana, yapon chivini, Koksaki enterovirusi, quturish va gripp viruslari chaqiradi. Ikkilamchi ensefalitni qizamiq, suvchechak, qizilcha viruslari, hamda antirabik, qoqshol-bo'g'ma-ko'k yo'talga qarshi qilinadigan vaksinalar chaqiradi. Ekssudatning xarakteriga ko'ra ensefalit yiringli va yiringsiz bo'ladi. Kasallikning klinikasi umuminfeksion, umumiy miya simptomlari va o'choqli nevrologik belgilarning paydo bo'lishi bilan karakterlanadi.



32-rasm. Gerpetik ensefalitni KT ko'rinishi.

Bahor-yozgi kana ensefalitini neyrotrop arbovirus chaqiradi. Kana chaqqanidan so'ng inkubatsion davr 7–14 kunni tashkil qilishi mumkin. Kasallikning o'tkir davri qattiq bosh og'rig'i, qusish, qaltirash, baland harorat (39–40°C) bilan boshlanadi. Mushaklarda og'riq, holsizlik seziladi. Bu paytda meningeal simptomlar paydo bo'ladi, es-hush buziladi – sopor, koma kuzatiladi. Yelka, qo'l va bo'yin mushaklarida periferik falajlik rivojlanadi. Ko'krakka kallaning osilib qolishi («bosh osilib qolish» simptomi), yelkalarining pastga tushib qolishi, mushaklar atrofiyasi, tanaga nisbatan qo'llarning osilib qolishi, gemiplegiya, tetraplegiya xarakterlidir (33-rasm). Kana ensefalitining progredient kechishida Kojevnikov epilepsiyasi rivojlanadi: kasallik boshlanganidan 6 soat ichida zararlangan mushaklarda lokal, mioklonik giperkinezlar paydo bo'lib, sog'lom mushaklarga o'tib, ikkilamchi generallashgan epixurujlar kuzatiladi. Likvorda pleotsitoz va giperalbuminoz namoyon bo'ladi, serologik tekshiruvda kana ensefaliti virusi aniqlanadi.



33-rasm. Kana ensefalitining asorati, kasallikning rezidual davri.

Davolash: bemorni kasalxonaga yotqizish lozim, qat'iy yotoq rejimi belgilanadi, har kuni yoki kun aro 3–5 kun davomida mushak ichiga 5–6 ml spesifik gamma-globulin kiritiladi. Shuningdek, kana ensefaliti bilan kasallangan odam zardobi, giperimmunli ot zardobi, interferon, degidratatsion preparatlar (laziks, furosemid, mannit) simptomatik preparatlar (isitma tushiruvchi, tutqanoqqa qarshi) kiritiladi, og'ir holatlarda kortikosteroidlar buyuriladi. Remissiya bosqichida biostimulatorlar, vitaminlar, massaj, LFK, fizioterapevtik muolajalar, balchiq bilan davolash, elektr stimulatsiyasi qo'llaniladi. Kasallikning prognozi ensefalitning kechishi va shakliga ko'ra aniqlanadi, o'choqli zararlanishlarda qo'pol nevrologik deffektlar bemorni nogiron bo'lishiga sabab bo'ladi, Kojevnikov epilepsiyasi ko'rinishida qoldiq paydo bo'lishlar kuzatiladi.

Profilaktika: Kasallikni oldini olish uchun kanalarni yo'q qilish, yopiq kiyimda yurish, tananing ochiq joylariga kanalarni haydovchi va kuchli hid beradigan preparatlarni surtish lozim. Kasal bo'lishi ehtimoli bo'lgan sharoitlarda yanvar – mart oyi ichida vaksinatsiya, bir yildan so'ng qayta vaksinatsiya o'tkaziladi.

Chivin (yapon) ensefaliti. Bosh miyaning o'tkir yiringsiz yallig'lanishi. Qo'zg'atuvchi – neyrotrop virus bo'lib, chivin chaqishi

natijasida makroorganizmga o'tadi. Inkubatsion davr ikki haftagacha cho'ziladi. Kasallik tana haroratining 40°C gacha ko'tarilishidan boshlanadi, qolaversa qaltiroq, qattiq bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, qayt qilish, mushaklarda og'riq bilan boshlanadi. Meningeal simptom keskinligi bilan xarakterlanadi, psixomotor qo'zg'alish, ong buzilishlari-sopor, keyinchalik koma holati kuzatiladi. Epixurujlar, gemiparezlar, gemorragik toshmalar, bulbar falajlik paydo bo'ladi. 50% gacha o'lim sodir bo'ladi. Likvor bosimi oshgan bo'ladi, 1 mkl. da 50–600 gacha hujayralar – limfotsitar pleotsitoz, oqsil 0,5–2 g/l kuzatiladi. Nevrologik simptomatikaning xosligiga ko'ra kasallikning meningial, tutqanoq, bulbar, gemiparetik, giperkinetik, letargik shakllari farqlanadi.

Davolash: rekonvalessent zardoblarini, giperimmun ot zardobini, geksametiltentramin, prednizolon, immunomodulator, vitaminlar, nootropalar, dehidratatsion va simptomatik preparatlar qo'llaniladi.

Kam holatlarda o'tkir qaytalanishlar paydo bo'lishi kuzatiladi.

Ikkilamchi ensefalitlar, meningoensefalitlar har xil yuqumli kasalliklar (gripp, parotit, qizamiq, suvchechak, qizilcha, revmatizm, emlash) asorati bilan sodir bo'ladi. Bu kasallik bilan ko'pincha yosh bolalar kasallanadilar. Asab tizimida patologik jarayon tarqalib ketishi bilan xarakterlanadi. Patogenezida makroorganizmning immun sistemasi holati katta rol o'ynaydi.

Qizamiq virusi asab tizimini boshqa infeksiyalarga qaraganda ko'proq zararlaydi. Kasallik zararlanish o'chog'iga ko'ra ensefalit, meningoensefalit, ensefalomielit ko'rinishida kechadi.

Qizamiqli **ensefalit** tana haroratning oshishi, qattiq bosh og'rig'i, bosh aylanish va qayt qilish bilan xarakterlanadi. Ong buzilishlari – ong xiralashishidan sopor, koma darajasigacha buzilishi mumkin. Falajliklar, bosh miya nervlarning zararlanishi, nistagm kuzatiladi. Ba'zi holatlarda virusning orqa miyaga transformatsiyasi tufayli ensefalit **ensefalomielitga** o'tadi.

Bunda pastki markaziy paraplegiya, sezgining o'tkazuvchi tipda buzilishi, chanoq a'zolari funksiyasining buzilishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ba'zi holatlarda **meningoensefalit** ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Bunda ong buzilishi, tetra yoki gemplegiya, umumiy miya simptomlari, meningial belgilarning keskin namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ba'zan ensefalitning surunkali progredient shakli uchrab turadi. Kasallikning ushbu turi **Van-Bogart o'tkirosti leykoensefaliti** deb ataladi. Qizamiq o'tkazgandan keyin 8-yil ichida ushbu kasallik rivojlanishi mumkin. Kasallikning bu ko'rinishi kuchayib boruvchi demensiya, harakat buzilishlari bilan xarakterlanadi. Kasallik kechishida 4 bosqich farqlanadi. 1 bosqichda umumiy miya va xulq-atvor buzilishi belgilari kuzatiladi. 2 bosqichda harakat buzilishlari – piramidal, ekstrapiramidal buzilishlar kuzatiladi. 3 bosqichda demensiyaning kuchayishi va tos organlarining funksiyasi buzilishlari kuzatiladi. 4 bosqichda kaxeksiya, chuqur demensiya, koma holati yuzuga keladi. Kasallikning davomiyligi 1–3-yilgacha, o'lim bilan tugaydi. Ikkilamchi ensefalitlardan keyingi asorat sifatida parezlar, tutqanoqlar, rivojlanmagan intellekt qolishi mumkin. Davolash birlamchi ensefalitni davolash prinsipi bilan o'tkaziladi.

Grippoz (toksikogemorragik) ensefalit – bosh miya va bosh miya pardalarining o'tkir yallig'lanish zararlanishidir (meningoensefalit). Miyada patalogoanatomik shish, qon quyilish va likvorda qon paydo bo'lish bilan birga perivaskular qon quyilish rivojlanadi.

Kasallik gripp fonida o'tkir boshlanadi, ko'pincha yuqori nafas yo'llarining kataral o'zgarishlari paydo bo'ladi. Qattiq bosh og'riq, ko'ngil aynish, bosh aylanish, ko'z qorachiqklarining anizokoriyasi, diplopiya, nistagm, ptoz, trigeminal nuqtalarda keskin og'riq namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Og'ir holatlarda ong buziladi, qo'pol o'choqli simptomlar rivojlanadi (gemplegiya, afaziya),

tutqanoq paydo bo'ladi. Likvor qonga to'ladi, oqsil 1,5 g/l gacha, pleotsitoz 1 mkl. da 100ta va undan ko'p hujayragacha oshadi. Kasallikning bunday shaklida o'lim ehtimoli kattadir.

Davolash: har 8 soatda 0,01 g/kg hisobidan vena ichiga tomchilab 0,2 asiklovir, sikloferon 2 ml mushak orasiga sxema bo'yicha, gemostatiklar – kalsiy glyukonat tomir ichiga, disinon tomir ichiga, kontrikal tomir ichiga, geksametilentetramin, immunoglobulin, interferon, antibiotiklar, antigistamin preparatlar (bronal, tavegil, dimedrol); qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydigan preparatlar (kavinton, reopoliglukin), analgetiklar, vitaminlar, og'ir vaziyatlarda – kortikosteroidlar, reanimatsion tadbirlarni o'z ichiga oladi.

Ensefalit bilan og'rigan bemorlarni parvarish qilishning asosiy qoidalari

Ensefalit bilan kasallangan bemorlarni davolash murakkabdir, chunki ularda es-hush buziladi, harakat buzilishi, shuningdek falajliklar, giperkinezlar, bulbar sindromlar mavjud bo'ladi. Bunday holatda hamshiraning vazifasi quyidagilardan iborat:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, inyeksiyalar, yotoq yaralariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va h.).
2. Gigienik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarni almashtirish, teriga ishlov berish va hok.).
3. Bemorlarni ovqatlantirish.
4. Sanitar – oqartuv tadbirlari.

Bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi, ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak. Bemorning choyshabini doimo tozalab, qoqib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga kleyonka yoki maxsus kleyonka qoplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniqsa, yotoq yaraga

qarshi matraslar ishlatilganda paxta-qog'ozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari ehtiyojga qarab ammo haftasiga kamida bir marta, gigienik vannadan so'ng almashtiriladi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda hamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi. Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani ko'p uchraydigan joylarda (dumg'aza va dumba, son orqa sohasi, tovon) ahamiyat bergan holda, bemorni har choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga qarab turish lozim. Har kuni bu joylarga kvars lampasi, rezinali chamber qo'yish lozim. Teri har kuni suv shimdirilgan salfetka bilan artiladi, kamfora spirti bilan artilib teri quritiladi. Ovqat yengil bo'lishi kerak, asosan suyuqlik bo'lishi lozim. Bemorga qoshiq yoki zond orqali ovqatlanishni tashkil qilish lozim. Nutq, nafas olish va yutish buzilishlari-bulbar sindromli bemorlarga maxsus yondashish lozim. Hamshira bemor bilan muloqot o'rnatibgina qolmay, vital funksiyalar buzilishi ro'y berganda, vrachdan oldingi yordam berishi va vrachga tezkor xabar berishi lozim. Doimo teri qoplamlarini va shilliq qavatlarini parvarish qilib turish kerak, permanganat kaliy kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayib turish kerak.

Araxnoidit – miya yumshoq va o'rgimchaksimon pardalarning chegaralangan, surunkali, proliferativ yallig'lanish kasalligi. Araxnoiditga sabab yallig'lanish jarayonlari (meningit, ensefalit, gripp) va miya shikastlanishi, subaraxnoidal qon quyilishlar bo'lishi mumkin. Patologik jarayon xarakteriga ko'ra yopishqoq, kistoz va aralash araxnoidit farqlanadi. Yopishqoq araxnoiditda parda va miya orasida chandiqlar mavjud bo'ladi, kistoz araxnoiditda esa suyuqlikka to'lgan kistalar mavjud bo'ladi. Agar bunday o'zgarishlar birga paydo bo'lsa, unda araxnoiditning aralash shakli aniqlanadi. Jarayonning joylashishiga ko'ra konveksital, ko'priknig yon sisternasi, optikoxiazmal araxnoiditlar tafovvut qilinadi.

Ensefalitda hamshiralik jarayoni

Ma'lumot to'plash	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Jarayonning samaradorligini baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'riishi 2. Bosh aylanishi 3. Buyumlarning ikkita bo'lib ko'rinishi 4. Uyquning buzilishi 5. Yorug'lik va shovqinga yuqori ta'sirchanlik 6. Bosh osilib qolishi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Harorat ko'tarilishi 2. Qaltirash 3. Meningial belgilar 4. Ko'z qorachig'i asimetriyasi 5. Qusish 	<p><i>Manjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'riishi 2. Bosh aylanishi 3. Gipertermiya 4. Buyumlarning ikkita bo'lib ko'rinishi 5. Bosh osilib qolishi 6. Uyquning buzilishi <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ong buzilishi 2. Epixurujlar 3. Yutishning buzilishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Yotoq rejimi 3. Osoyishtalik yaratish 4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi 5. Bosh og'rig'ini bartaraf qilish 6. Haroratni tushirish 7. Qusishni bartaraf etish 8. Bemorni iyumbal punksiyaga tayyorlash 9. MRT, KT tekshiruvi o'tkazishiga tayyorlash 10. Bemor ahvolini muvotazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokor chaqirildi 2. Yotoq rejimi buyurildi 3. Osoyishtalik yaratildi 4. Qon bosimi, nafas, puls tekshirildi 5. Bosh og'rig'i va qusish bartaraf etildi 6. Harorat tushirildi 7. Lyumbal punksiya qilindi 8. KT, MRT qilindi 9. Vrach ko'rsatmalari bajarildi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tinchlandi 2. Bosh og'rig'i kamaydi 3. Qusish to'xtadi 4. Harorati pasaydi 5. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi

Araxnoidit klinikasi lokalizatsiya va morfologik xususiyatlarga bog'liq. Kasallik o'tkir yoki o'tkir osti shaklida boshlanadi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynish, bosh aylanish, subfebril harorat paydo bo'ladi, shuningdek meningeal belgilar va miya zararlanishining o'choqli simptomlari – diplopiya, g'ilaylik, gemiparez va boshqalar paydo bo'ladi, miya ichki bosimi oshadi.

Yopishqoq araxnoidit bemorlarda miyaning katta yarim sharlari shishib chiqqan yuzasida ildizcha va miya pardalari ta'sirlanish simptomlari mavjud bo'ladi, bunda bosh og'riq, jekson epilepsiyasi, paresteziyalar kuzatiladi.

Kistoz araxnoiditda miya funksiyalarining zararlanish simptomlari xarakterlidir, bunda parezlar, ko'rishning pasayishi, epixurular kuzatiladi.

Optikoxiazmal araxnoiditda ko'rish buziladi, ko'ruv o'tkirligi pasayadi, ko'ruv maydoni torayadi, ko'ruv nervlari atrofiyasi paydo bo'ladi.

Miya ko'prigi burchagi araxnoiditi uchun yuz, uzoqlashtiruvchi va eshituv nervlari zararlanishi xos, shuningdek miyacha yarim sharlari zararlanish simptomlari – nistagm, intension tremor xarakterlidir.

Konveksital araxnoiditga xos simptomlar fokal yoki ikkilamchi generallashgan tipdagi epixurujlardan iborat.

Spinal araxnoidit simptomlari tomirlarning zararlanishi va orqa miyaning ezilish simptomlari birlashishi bilan ekstramedular o'smani eslatadi. Likvordagi yengil pleotsitoz, ba'zan oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi kuzatiladi. MRT, EEG tekshiruvlarida xos o'zgarishlar mavjud bo'ladi.

Davolash: birinchi navbatda kasallanish sabablarini yo'q qilishga yo'naltiriladi, Davolash metodi seroz meningitni davolash kabi sxema bilan amalga oshiriladi. Remissiya bosqichida reparant xususiyatiga ega bo'lgan preparatlar tayinlanadi (mushak ichiga

lidaza 64 Yed, mushak ichiga biosed 1 ml, fibs 2 ml, shishimon
tana teri osiga 2 ml dan yuboriladi).

Konservativ davolash samarasiz bo'lganda xirurgik davo buy-
rildi.

**Araxnoidit bilan og'rtigan bemorlarni parvarish
qilishning asosiy qoidalari**

Araxnoidit bilan og'rtigan bemorni parvarishlash katta ah-
miyatga ega. Hamshira bemorning ta'sirchanlik sezgirligi osibganini
esida tutishi lozim. Araxnoidida hamshira vazifasi quyidagilardan
iborat:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, inekstiyalar
va h.).
2. Gigienik tadbirlarni o'kazish (bemorlarni yuvintirish, choy-
shablarni almashtirish, teriga islov berish va h.)
3. Bemorlarni ovqatlanirish.
4. Sanitar – oqartuv tadbirlari.

Bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi, ichak va siydik putagi
doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak. Bemorning choyshabdni
doimo tozalab, qoqib turishi kerak, to'shak va ko'rpa choyshabdni
chuyoyga qarab haffasiga kamida bir marra, gigienik vannadan
so'ng almashiriladi. Teri har kuni suv shimdirilgan salfetka bilan
artiladi, kamfora spiriti, odekolon, aroq yoki oshxona sirkasi bilan
artiladi, so'ng teri quritiladi. Ovgat yengil bo'lishi kerak, asosan
suyuqlik bo'lishi lozim. Bemorga qo'shiq organi ovqatlanishni tashkil
qilish lozim. Hamshira bemor bilan muloqot o'rnatibgina qolmay,
shoshilinch vaziyatlarda – epixuruj kuzatilganda vrachdan oldingi
yordam berishi va vrachga tezkor xabar berishi lozim. Doimo teri
qoplamlarini va shilliq qavallarini parvarish qilib turish kerak,
permanaganat kalfiy kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayib
turish kerak.

Araxnoiditda hamshiralik jarayoni

Ma'lumot to'plash	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami re- jasini amalga oshirish	Jarayonning samaradorligini baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rish 2. Bosh aylanishi 3. Ko'rishning pasayishi 4. Generallashgan epixurujlar 5. V, VII, VIII juft nervlarining zar- rirlanishi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rish 2. Bosh aylanishi 3. Ko'rish pasaygan 4. Yuzda trigeminal nuqtalarda og'riq 5. Mimik mushaklarda falajlik 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rish 2. Bosh aylanishi 3. Ko'rish pasayishi 4. Epixuruj 5. Uch shoxli nerv nevralfiyasi 6. Yuz nervi nevriti <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epixurujlar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Yotoq rejimi 3. Osoyishtalik yaratish 4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi 5. Bosh og'rig'ini bartaraf qilish 6. Bosh aylanishini bartaraf qilish 7. Epixurujda nafas yo'llarini bo'shatish, boshni yonga burish, tish- lar orasiga doka o'ralgan shpatel qo'yish 8. Shifokor tavsiyasiga ko'ra vena ichiga laziks, mag- neziya sulfat, seduksen yuborish 9. MRT, KT, EEG, oftal- mologik, otolarinologik tekshiruvlarni o'tkazish 10. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokor chaqirildi 2. Yotoq rejimi buyurildi 3. Osoyishtalik yaratildi 4. Qon bosimi, nafas, puls tekshirildi 5. Bosh og'rig'i, qusish bartaraf etildi 6. Bosh aylanishi bartaraf qilindi 7. Bosh yonga burilib nafas yo'llari toza- landi, tish orasiga doka o'ralgan shpatel qo'yildi 8. Shifokor tavsiyasi ba- jarildi 9. MRT, KT, EEG, of- talmologik, otolarin- gologik tekshiruvlari o'tkazildi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tinch- landi 2. Bosh og'rig'i kamaydi 3. Bosh aylanishi to'xtadi 4. Epixuruj to'xtadi 5. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi

III. 4. ORQA MIYANING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI. HAMSHIRA TASHXISI VA BEMORNI PARVARISH QILISH REJASI

Mielit – orqa miya yallig'lanishidir. Kasallik polietnologik bo'lib, infeksiyon-allergik xarakterga ega. Yallig'lanish o'chog'i orqa miya ko'ndalang qavatini qamrab oladi. Jarayonning joylashuviga ko'ra bo'yin, ko'krak, bel, dumg'aza mieliti farqlanadi. Kasallik tana haroratining oshishi, umumiy holsizlik, qaltirash bilan boshlanadi, paresteziyalar, bel, ko'krak, qorin, oyoqda og'riq paydo bo'ladi. Pastki paraparez yoki paraplegiya kuzatiladi, chanoq a'zolari funksiyalari buziladi hamda tutilib bo'shanadi, dum va dumg'aza sohasida yotoq yaralari paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayonining joylashuviga ko'ra tananing turli qismlarida aralash falajliklar kuzatiladi. Orqa miya bo'yin qismi segmentlarining zararlanishi natijasida qo'l va oyoqlarda spastik tetraplegiyalar, tetraanesteziyalar kuzatiladi. Ko'krak qismi segmentlarining zararlanishida oyoqlarda spastik paraplegiya, paraanesteziya kuzatiladi, chanoq a'zolari funksiyasi markaziy tipda buziladi. Bel kengligi zararlangan oyoqlarda periferik paraplegiyalar, paraanesteziyalar rivojlanadi.

Kasallik klinikasi bir necha soatdan bir necha kungacha to'liq namoyon bo'ladi. Ba'zan orqa miyaning yarim ko'ndalangi zararlanishi natijasida Broun-Sekar sindromi kuzatilishi mumkin, bunda zararlangan tomonda chuqur sezgi va falajlik, qarama-qarshi tomonda yuzaki sezgi buzilishlari kuzatiladi. Likvorda uncha katta bo'lmagan limfotsitar pleotsitoz, oqsil 1 g/l gacha mavjud bo'ladi. Kasallik og'ir kechganda pielotsistit, urosepsis rivojlanadi. Ikkilamchi infeksiya qo'shilishi natijasida o'lim yuz berishi mumkin.

Davolash: Davolash rejasi antibiotiklar, kortikosteroidlar, degidratatsion preparatlar, vitaminlar, simptomatik preparatlarni o'z ichiga oladi. Erta tiklanish davrida LFK, massaj, fizik muolajalar, biostimulatorlar, spastik falajliklarda – baklofen, midokalm, skuta-mil-s buyiriladi. Mielit bilan kasallangan bemorlar uchun maxsus-

lashtirilgan kurortlarda balchiq, mineral vannalar bilan davolash tavsiya etiladi. Funktsiyalarning qayta tiklanishi ikki yilgacha davom etadi.

Mielit bilan og'rigan bemorlarni parvarish qilishning asosiy qoidalari

Mielit bilan og'rigan bemorni parvarishlash katta ahamiyatga ega. Bunday bemorlar mavjud palatalarni shovqin binolardan uzoqroqda joylashtirish joizdir. Hamshira bemorlarning ta'sirchanlik sezgirligi oshganini esida tutishi lozim. Mielitda hamshira vazifasi quyidagilardan iborat:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, in'eksiyalar, yotoq yazarlariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va h.).

2. Gigienik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarni almashtirish, teriga ishlov berish va h..)

3. Bemorlarni ovqatlantirish.

4. Sanitar – oqartuv tadbirlari.

Bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi, ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak. Bemorning choyshabrini doimo tozalab, qoqib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga kleyonka yoki maxsus kleyonka qoplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniqsa, yotoq yaraga qarshi matraslar ishlatilganda paxta-qog'ozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari ehtiyojga qarab, haftasiga kamida bir marta, gigienik vannadan so'ng almashtiriladi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda hamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi. Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani ko'p uchraydigan joylarda (dumg'aza va dumba, son orqa sohasi, tovon) ahamiyat bergan holda, bemorni har choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga qarab turish lozim. Har kuni bu joylarga kvars lampasi, rezinali chambar qo'yish lozim. Teri har kuni suv shimdirilgan salfetka bilan artiladi,

Micrida hamshiralik jarayoni

Ma'lumot to'plash	Hamshiralik tashixi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalgah oshirish	Jarayonning samaradorligini baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l-oyoqlarda og'riq 3. Qo'l - oyoqlarda harakat buzilishi, kamquvvatlik 4. Siydik va najas tutilishi 5. Umumiy quvvatsizlik <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l-oyoqlarda og'riq, sezgi buzilishlari 3. Qo'l-oyoqlarda falajliklar 4. Xo'jating noravonligi 5. Holsizlik 	<p><i>Mayjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l yoki oyoqlarda falajlik 3. Qo'l yoki oyoqlarda sezgi buzilishi 4. Siydik va najas tutilishi 5. Umumiy holsizlik <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ikki lamchi somatik kasalliklarning rivojlanishi 2. Yotoq yaralari paydo bo'lishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Yotoq rejimi 3. Osoyishalik yaratish 4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi 5. Tana haroratini tushirish 6. Yotoq yara profilaktikasi 7. Siydik qopini kateterizatsiya qilish, antiseptik vositalar bilan sanatsiya qilish 8. Bemorni iyumbal punktsiyaga tayyorlash 9. MRT, KT tekshiruvlari o'tkazishga tayyorlash 10. Bemor ahvolini munozam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokor chaqirildi 2. Yotoq rejimi buyurildi 3. Osoyishalik yaratildi 4. Qon bosimi, nafas, puls tekshirildi 5. Tana harorati tushirildi 6. Yotoq yara profilaktikasi qilindi 7. Siydik qopi kateterizatsiya qilindi, antiseptik vositalar yordamida urogenital soha sanatsiya qilindi 8. Shifokor tavsiyasi bajarildi 9. MRT, KT tekshiruvlari o'tkazildi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tinchlandi 2. Qo'l-oyoqlarida og'riqlar kamaydi 3. Bemor bo'shandi 4. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi

kamfora spirti, odekolon, aroq yoki oshxona sirkasi bilan artiladi, so'ng teri quritiladi. Yotoq yarasi paydo bo'lganida brilliant yashil eritmasi, kalanxoc mazi, Vishnevskiy mazi, olazol qo'llash joizdir. Siydik tutilishida dezinfekcion eritma bilan siydik pufagi kateterizatsiya qilinadi. Ovqat yengil bo'lishi kerak, asosan suyuqlik bo'lishi lozim, permanganat kaliy kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayib turish kerak.

Poliomielit – asab tizimining o'tkir infekcion kasalligidir. Kasallik qo'zg'atuvchisi 3 tipdagi neyrotrop enterovirus hisoblanadi – Lansing, Leon, Brungild viruslari. Kasallik manbai inson bo'lib, tarqalishida sog'lom virus tashuvchilarning roli katta. Kasallangan inson 2–4 kundan keyin og'iz-halqum orqali, 4–7 haftadan keyin esa axlati orqali virus ajrala boshlaydi. Infeksiya havo-tomchi, fekal-og'iz orqali o'tadi. Kasallik yosh bolalarda ko'proq uchraydigan yuqumli kasallik bo'lib, orqa miya oldi shoxlari motoneyronlarining va bosh miya nervlari yadrosining zararlanishidir. Asosan 5 yoshdan kichikroq bolalar poliomielitga qarshi emlanmagan bo'lsa kasallanishga moyil bo'ladi. Kasallikning kechishida davrlar farqlanadi: inkubatsion, prodromal, falajlik oldi, falajlik davrlari. Inkubatsion davr 7–14 kun davom etadi.

Prodromal davr holsizlik, tez charchash, tana harorati ko'tarilishi, qaltirash, dispepsiya, qorinda og'riq bilan xarakterlanadi.

Falajlik oldi davri 1 kundan 6 kungacha davom etadi. Bu davrda prodromal simptomlar fonida nevrалgiya, mialgiya tipida og'riqlar paydo bo'ladi. Nerv tutamlarining og'rishi, fassikular tortishuvlar, nerv tortilish sinamalarining musbatligi xos.

Falajlik davrida sust falajlik sindromi kuzatiladi. Ushbu davrning birinchi belgisi «tonggi falajlik» hisoblanadi, bemor ertalab o'rnidan turolmaydi, sust, assimetrik tipda qo'pol harakat buzilishlari paydo bo'ladi.

O'tkir epidemik poliomielit turli shaklda kechishi mumkin.

Inapparant shakli halqum-ichakda virusni tashish bilan xarakterlanadi, bunda klinik belgilar bo'lmaydi, tashxis virusologiyi tekshiruv yordamida qo'yiladi.

Abortiv shakli qisqa muddatli umuminfeksion sindrom paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi, bunda tana harorati 2–3 kun ichida 38 gradusgacha ko'tariladi, nafas yo'llarida yengil kataral o'zgarishlar, dispepsiya, qorinda og'riq, vegetativ buzilishlar, bezovtalik kuzatiladi. Nevrologik belgilar bo'lmaydi. 3–7 kundan keyin tuzalish bilan yakunlanadi.

Meningial shakli o'tkir scroz meningit tipida kechadi. Umumiy infeksiyon, meningial belgilar bilan bir qatorda ikki to'lqinli isitma xos. Bosh og'rig'i, qusish, tana va oyoqlarda og'riq meningoradikular sindromning rivojlanganidan dalolat beradi. Bunday holatda yotgan bemor o'tirmoqchi bo'lsa, bemor o'tirishdan oldin oyoqlarini chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukadi (Morkio simptomi). Likvorda limfotsitar pleotsitoz (30–50 hujayra 1 kub mm da), oqsil 0,6–0,9g/l.

Paralitik shakli tana harorati ko'tarilishi, bosh og'rig'i, qusish bilan bir qatorda tana, bo'yin, bel, oyoqlarda og'riq, nerv tortilishi bilan xarakterlanadi. 1–3 kundan keyin orqa miyaning oldingi shoxi motoneyronlari (spinal shakli) va miya ustuni harakat yadrolarining (pontin shakli) zararlanishi natijasida periferik falajliklar paydo bo'ladi. Spinal shaklida falajliklarning assimetrik, asosan proksimal mono-, para-, tri-, tetra – ko'rinishda bo'lishi xos.

Poliomielitning spinal, bulbar, bulbospinal turlarida nafas, yurak, oshqozon-ichak funksiyalari periferik va markaziy ko'rinishda buziladi. Sianoz, xansirash, ko'krak qafasi harakati cheklanishi, parodoksal nafas, ovozning pasayishi nafas mushaklari va diafragmaning zararlanishidan dalolat beradi. Kasallikning o'tkir davri 1–3 haftagacha, tiklanish davri 3 oydan 1-yilgacha, rezidual davr 1-yil o'tgandan keyin kuzatiladi. Tashxis kasallik ko'rinishi, serologik, virusologik, elektromiografiya tahlillari asosida qo'yiladi.

Davolash: bemor maxsus shifoxonaga yotqizilib izolatsiya qilinadi. Spesifik davolash metodi yo'q. Bemorga yotoq tartibi buyurilib, simptomatik davo beriladi. Nafas, yurak faoliyati buzilganda o'pkani sun'iy ventilatsiya qilish uchun apparatga o'tkaziladi, kardirotrof preparatlar buyuriladi. Pnevmoniya profilaktikasi o'tkaziladi. Tiklanish va rezidual davrlarda massaj, gimnastika, vitaminoterapiya, anabolik steroidlar, aktovegin, fizioterapiya, sanator-kurort davo buyuriladi. Lozim bo'lsa ortopedik-xirurgik yordam ko'rsatiladi. Profilaktika nuqtai nazaridan tirik vaksina bilan immunizatsiya o'tkazish yaxshi natija beradi.

Poliomielit bilan og'rigan bemorlarni parvarish qilishning asosiy qoidalari

Asab tizimining ko'pchilik kasalliklarida harakat buzilishi aniqlanadi. Ularga markaziy va periferik shol, ataksiya, parkinsonizm, giperkinezlar, og'riq tufayli harakatni cheklanishi kiradi. Bunday hollarda tibbiyot hamshiralarining vazifalari quyidagicha:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, inyeksiyalar, yotoq yaralariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va h.).

2. Gigienik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarini almashtirish, teriga ishlov berish va h.)

Bemorlarni ovqatlantirish.

Sanitar-oqartuv tadbirlari.

Ayniqsa shol bo'lgan bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi, ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak. Bemorning choyshabini doimo tozalab, qoqib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga kleyonka yoki maxsus kleyonka qoplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniqsa, yotoq yaraga qarshi matraslar ishlatilganda paxta-qog'ozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari ehtiyojga qarab haftasiga kamida bir marta, gigienik vannadan so'ng almashtiriladi. Bunday

Poliomielitida hamshiralik jarayoni

Ma'lumot to'plash	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Jarayonning samaradorligini baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l-oyoqlarda harakat buzilishi, kamquvvatlik 3. Umumiy quvvatsizlik 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l yoki oyoqlarda falajlik 3. Umumiy holtsizlik <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ikkilamchi somatik kasalliklarning rivojlanishi 2. Yotoq yaralari paydo bo'lishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Yotoq rejimi 3. Osoyishtalik yaratish 4. Qon bosimi, nafas, puls monitoringi 5. Tana haroratini tushirish 6. Yotoq yara profilaktikasi 7. Siydik qopini kateterizatsiya qilish, antiseptik vositalar bilan sanatsiya qilish 8. Bemorni lyumbal punktsiyaga tayyorlash 9. MRT, KT tekshiruvlari o'tkazishiga tayyorlash 10. Bemor ahvolini munozam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokor chaqirildi 2. Yotoq rejimi buyurildi 3. Osoyishtalik yaratildi 4. Qon bosimi, nafas, puls tekshirildi 5. Tana harorati tushirildi 6. Yotoq yara profilaktikasi qilindi 7. Siydik qopi kateterizatsiya qilindi, antiseptik vositalar yordamida urogenital soha sanatsiya qilindi 8. Shifokor tavsiyasi bajarildi 9. MRT, KT tekshiruvlari o'tkazildi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tinchlandi 2. Bemor bo'shandi 3. Bemor ahvoli nisbatan yaxshilandi
<p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tana harorati ko'tarilishi 2. Qo'l-oyoqlarda falajliklar 3. Holtsizlik 				

bemorlarni parvarish qilishda hamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi. Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani ko'p uchraydigan joylarda (dumg'aza va dumba, son orqa soxasi, tovon) ahamiyat bergan holda, bemorni har choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga qarab turish lozim. Har kuni bu joylarga kvarts lampasi, rezinali chambar qo'yish lozim. Teri har kuni suv shimdirilgan salftetka bilan artiladi, kamfora spirti, odekolon, aroq yoki oshxona sirkasi bilan artiladi, so'ng teri quritiladi. Ovqat yengil bo'lishi kerak, asosan suyuqlik bo'lishi lozim. Bemorga qoshiq yoki zond orqali ovqatlanishni tashkil qilishi lozim. Nutq, nafas olish va yutish buzilishlari – bulbar sindromli bemorlarga maxsus yondashish lozim. Hamshira bemor bilan muloqot o'rnatibgina qolmay, vital funksiyalar buzilishi ro'y berganda, vrachdan oldingi yordam berishi va vrachga tezkor xabar berishi lozim. Doimo teri qoplamlarini va shilliq qavatlarini parvarish qilib turish kerak, permanganat kaliy kuchsiz eritmasi bilan og'iz bo'shlig'ini chayib turish kerak.

III. 5. EPILEPSIYA VA TUTQANOQ SINDROMI. BEMORLARGA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

Epileptik sindrom

Epileptik sindrom – bu turli xil ta'sirotlarga nisbatan organizmning universal reaksiyasi. Epileptik sindrom o'z ichiga epilepsiya kasalligini, turli xil kasalliklarda namoyon bo'ladigan epileptik sindrom va epileptik statusni qamrab oladi.

Epileptik sindrom turli xil kasalliklarda bir simptom sifatida namoyon bo'lishi mumkin: bularga BMQAO'B, meningit, ensefalit, o'simta, abscess, miyaning infeksiyalar – allergik zararlanishi; alkogol, dori moddalari va b.q. lar ta'sirida ekzogen intoksikatsiyalar; diabet, porfiriya, tireotoksikoz, abstinensiya va b.q. larda kuzatiladigan dismetabolik jarayon, o'tkir rivojlangan gipoksiya, intoksikatsiya bilan

kechadigan somatik kasalliklar, gipertermiya, antikonvulsantlarni qabul qilishni to'satdan to'xtatish misol bo'la oladi.

Epileptik sindrom klinik namoyon bo'lishi uch kategoriyaga bo'linadi:

birinchi – reanimatsion va tezkor yordam talab qiladigan epileptik status.

ikkinchi – tezkor statsionar psixiatrik yordam talab qiladigan epileptik statusning talvasasiz kechadigan hushning karaxtlilik holati.

uchinchi – onda-sonda bo'ladigan talvasa xurujlari, parsial talvasali va talvasasiz xurujlar, kichik epileptik xuruj (petit mal), mioklonik xurujlar statusi. Bular da bemorni kuzatish talab qilinadi. Davo choralari faqat epileptik sindrom uzoq davom etganda yoki kuchli ifodalanganda talab qilinadi.

Epileptik status – qisqa muddat ichida tez takrorlanadigan yoki uzoq davom etadigan epileptik holat. Epileptik status talvasali va talvasasiz bo'ladi.

Talvasali turi – epileptik xurujlar qayta-qayta davom etadigan yoki doimiy fokal harakat bilan kechadigan bemor hushiga kelmaydigan holat. Bu turda statusning uch turi kuzatiladi:

Birlamchi – gyenyerrallashgan status – to'satdan paydo bo'ladigan tonik-klonik, tonik, mioklonik xurujlar. Epilepsiya kasalligiga xos bo'lgan holat, o'tkir intoksikatsiyalarda ham kuzatiladi.

Ikkilamchi – gyenyerrallashgan status – parsial xurujlar statusi – xuruj ayrim mushaklarda parsial talvasadan boshlanib, keyin generallashgan holatga o'tadi. Turli patologiyalar natijasida miyaning o'choqli zararlanishida kuzatiladigan simptomatik epilepsiyada kuzatiladi.

Fokalepileptik xurujlar statusi – alohida mushaklarda uzoq davom etadigan xurujlar (djekson xurujlar statusi). Bu status o'choqli ensefalit, posttravmatik kista, miya ichi gematomasi, miya o'simalari, miya infarktida namoyon bo'ladi.

Talvasasiz turi – talvasasiz uzoq davom etadigan, kichik epileptik xurujlar, sodda va murakkab absanslar, kuchli ifodalangan disforiyalar bilan kechadigan holat. Bu turga uzoq (ba'zida kunlab) davom etadigan qo'zg'aluvchanlik, agressiya, badjahllik, atrofni to'liq anglay olmaslik bilan kechadigan karaxtlik holati ham kiradi. Bunda bemorlar uzoqlarga ketib qolishi, jamiyatga zarar yetkazadigan harakatlar qilishlari mumkin bo'lganligi sababli, ularni psixiatrik bo'limga tezkor yotqizish kerak bo'ladi.

Generallashgan umumiy talvasali xuruj – qo'l va oyoqlarda tonik-klonik tortishishlar, hushni yo'qotish, yuz sianozi, og'izda ko'pik, tilni tishlash, ihtiyorsiz siyish bilan kechadi. Xuruj oxirida aritmiya yoki apnoe kuzatiladi. Xuruj 2–3 minut davom etadi, keyin sopor yoki koma holati kuzatilib, bemor chuqur uyquga ketadi. Xuruj tugagandan so'ng qorachiqlar maksimal kengaygan, yorug'likka reaksiyasi yo'q, teri sianotik va nam bo'ladi. Bemor to'satdan yiqilganligi sababli tana jarohatlari olishi mumkin. Xuruj tugagandan so'ng ham bemorlarni bir necha muddat kuzatish lozim, chunki bemorda karaxtlik kuzatiladi.

Hushni yo'qotishsiz kechadigan parsial talvasali xuruj – alohida mushaklarda qisqa muddat davom etadigan tonik yoki klonik tortishishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorni kuzatish talab qilinadi, chunki xurujni generallashishi va fokal epileptik status kuzatilishi mumkin.

Parsial talvasasiz xuruj (ambulator avtomatizm) – bemor o'rab turgan olam bilan muloqotni yo'qotadigan, xulq-atvori epizodik o'zgarishi bilan kechadigan holat. Xuruj boshlanishidan oldin aura (hidlov, ta'm, ko'ruv gallusinatsiyalari, makro- va mikropsiya, «ilgari ko'rganlik» hissi) bo'lishi mumkin. Xuruj paytida harakat faolligi chegaralanib, labni chapillatish, yutish, maqsadsiz yurish, kiyimni taxlash, psixomotor qo'zg'alish kuzatiladi. Xuruj tugagandan keyin amneziya kuzatiladi.

Epileptik xurujlarda hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushsiz bo'lganligi sababli shikoyatlarini yig'ib bo'lmaydi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor to'satdan hushini bir necha soniyaga yo'qotadi va yiqiladi 2. Ko'z soqqalari tepaga qaraydi, ko'z qorachiq-lari kengaygan 3. Tilini tishlaydi 4. Og'zidan ko'pik ajraladi 5. Qo'l va oyoqda tortishish va tirishishlar kuza-tiladi 6. Nafas olishi o'zgaradi 7. Pulsi ipsimon, radikardiya 	<p><i>Mayjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hushini yo'qolishi 2. Qo'l va oyoqlarda tirishishlar 3. Og'zidan ko'pik ajralishi 4. Nafas olishni qiyinlashishi 5. Tilini tishlash <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epixurujni takrorlanishi 2. Ongini to'liq yo'qolishi 3. Xuruj paytida jarohatlar olishi 4. Epileptik status 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemor boshini yumboshga ag'darish, boshini tagiga yumshoq yostiq qo'yish 3. Siqib turgan kiyimlarini bo'shatish 4. Og'zini ochib, tish protezlari bo'lsa, yechib olish 5. Yumshoq dokaga o'ralgan qoshiq yoki shpatel bilan tilini ushlab turish 6. Nafas olishga qulaylik yaratish 7. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay holatga yetqiziladi 2. Bemor boshi yon tarafiga qaratilib, boshini tagiga yumshoq yostiq qo'yiladi 3. Siqib turgan kiyimlar yechiladi 4. Toza havo bilan ta'minlanadi 5. Tili shpatel yoki qoshiq bilan ushlab turiladi 6. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: <p>benzodiazepinlar, antikon-vulsantlar, degid'rataziya</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushiga ketdi 2. Ajralgan so'lakni nafas yo'llariga ketib qolishini oldi olindi 3. Tilini tishlab olishini oldi olindi 4. Ihtiyorsiz hojat va defekatsiya bo'lgan holatda gigienik yordam ko'rsatildi 5. Shifokor tavsiyalari bajarildi 6. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 7. Bemor tinchib, uxlatdi 8. Xurujlar qaytaril-madi

Kichik epileptik xuruj (petit mal) – o'ngni qisqa muddatga «o'chishi», shifokor yordami talab qilinmaydi.

Mioklonik xurujlar statusi – turli mushaklarda tinimsiz talvasali qisqarishlar, bemor hushini yo'qotmaydi.

Davolanish:

Xuruj paytida birinchi yordam.

Tomir tortishishga qarshi: sedksen 2,0 m/i, geksonal yoki tiopental natriy 1 kg og'irlikka 10 ml hisobidan, sulfat magniya, xlorid kalsiya, xloralgidrat 5% 30–50 ml klizmada.

Yurak uchun: korglikon, eufilin, panangin.

Lyuminal 0,05–0,1.

Difenin, delantin 0,1.

Geksomedin 0,1–1,5 g, bolalarga – kuniga 0,1 – 0,75 g.

Tegretol 200–400 mgdan (1–2 t) 2–3 marta.

Trimetin 0,2–0,3, suksilep, morfolep (Petit mal).

III. 6. MARKAZIY NEVR SISTEMASINING NASLIY KASALLIKLARI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH REJASI

Asab sistemasining ko'pgina funksional va organik kasalliklarining kelib chiqishida irsiy omil katta ahamiyatga ega.

Hozirgacha 1500 ta nasliy kasalliklar mavjud bo'lib, ularning 200 ga yaqini asab sistemasining kasalligi (genlar mutatsiyasi tufayli kelib chiqadi). Undan kamroq nasl kasalligi xromosomalar abberatsiyasi bilan bog'liq kasalliklar uchraydi (Daun kasalligi, Klaynfelter va Shareshevskiy – Terner kasalligi).

Asab sistemasi nasliy kasalliklariga xos umumiy xususiyatlar:

1. Ularning hammasi degenerativ kasalliklar hisoblanadi.
2. Patomorfologik o'zgarishlar asosan nerv parenximasi va nevrologiyada kechadi.
3. Biriktiruvchi to'qima va qon tomirlarda ekssudativ-proleferativ yallig'lanish jarayonlari kuzatilmaydi.
4. Meningeal belgilar va likvorda o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Neyrodegenerativ jarayonlar asosan tanlab zararlanishi bilan kechadi, bir tizma zararlanib, boshqasi zararlanmasligi irsiy kasallikka xos.

Kasalliklar turli tipda nasldan-naslga o'tadi. Asosan ular autosom-dominant, autosom-resessiv va X-jinsga bog'liq resessiv tip (chirmashgan tip) nasldan-naslga o'tadi.

1. Autosom dominant tipdagi irsiyotda patologik gen autosomlardan bittasida joylashadi, kasallik ota yoki onadan o'tadi va u qizlarda ham o'g'il bolalarda ham bir xil rivojlanadi. Oilasida bolalarning deyarli 50% shu kasallik bilan og'rishi mumkin. Kasallik avloddan-avlodga «vertikal» bo'yicha o'tadi.

2. Resessiv tipdagi irsiyatda ota ham ona ham fenotip jihatdan sog'lom bo'ladi, ammo o'zida geterozigotali patologik gen saqlaydi. Shu genni tashuvchi hisoblanadi, fenotip tomondan sog'lom bo'lgan sibslarning 2/3 qismi xuddi o'z ota-onalari kabi getarozigota nomidagi patologik genga ega bo'ladi. Bemorlarning ota-onasi yaqin qarindosh bo'lgan taqdirda resessiv kasalliklarning kelib chiqishi ko'payadi.

3. Jinsga bog'liq X – (chirmashgan) resessiv tip natijasida vujudga kelgan irsiy kasalliklarning nasldan-naslga o'tishida patologik gen X-jinsiy xromasomada joylashgan bo'ladi. Bu kasallik erkaklarda ko'proq, xotin-qizlarda esa kamdan-kam uchraydi.

1. Irsiy kasalliklar klassifikatsiyasi S. N. Davidenkov (u yoki bu sistema tanlab zararlanishi bo'yicha)

1. Piramida va miyacha sistemasining degenerativ kasalliklari.
2. Shtryumpel kasalligi yoki oilaviy spastik paraplegiya.
3. Fridreyx kasalligi yoki oilaviy ataksiya.
4. P'er-Mari kasalligi yoki nasliy miyacha ataksiyasi.

2. Periferik motoneyron zararlanish (nevral amiotrofiya) bilan kechadigan degeneratsiyalar

1. Shako-Mari kasalligi, (pereneal, nevril) amiotrofiya.
2. Verdniq-Gofman kasalligi – bolalar spinal amiotrofiyasi.

3. Tug'ma miotoniya, ziyonsiz tug'ma gipotoniya. Oppengeym kasalligi.
4. Bolalar va o'smirlar spinal amiatrofiyasi (Kugelberg-Velandra) kasalligi.

3. Ekstrapiramida sistemasining degenerativ kasalliklari

1. Titrash (qaltirash) falajligi, Parkinson kasalligi.
2. Nasliy xorcy, Gentington kasalligi.
3. Gepato-letikular deggeneratsiya (gepato-serebral distoniya, Vilson-Konovalov kasalligi).
4. Torsion distoniya. Sien-Oppengeym kasalligi.
5. Rivojlanayotgan (progressiv) oilaviy mioklanus-epilepsiya.

4. Mushak kasalliklari.

1. Progressiv mushak distrofiyalari:
 - a) Dyushen psevdogipertrofik formasi.
 - b) Erba o'smalar formasi.
 - d) Landuzi-Dejerin yelka-ko'krak-yuz formasi.
 - e) Okular va okulo-faringial miopatiya.

5. Miotoniya.

1. Tug'ma miotoniya yoki Tomson kasalligi.
2. Kurshman-Batten – Shteynert distrofik miotoniyasi.
3. Mioplegiya, paroksizmal oilaviy falajlik.

Progressiv mushak distrofiyasi

Birlamchi mushak distrofiyasi asab-muskul kasalliklari ichida keng tarqalgan kasalliklardan bo'lib hisoblanadi.

Bular nasldan-naslga o'tish tiplari, kasallikning boshlanishi, kechishi, o'ziga xos topografik muskullar zararlanishi va psevdogipertrofiya, pay kontrakturalari bilan bir-biridan farq qiladi.

Klassifikatsiyasi klinik ko'rinishlari va nasldan-naslga o'tish tiplariga qarab tuzilgan.

Valton (1974) irsiy kelib chiqishiga qarab miodistrofiyaning quyidagi formalarini ajratadi.

A. X-ulangan autosom-recessiv mushak distrofiyalari:

a) Og'ir Dyushen formasi;

b) Yengil Bekker formasi.

B. Autosom – recessiv (mushak distrofiyasi):

a) Erba o'smirlar miodistrofiyasi;

b) Bolalar mushak distrofiyasi;

d) Tug'ma mushak distrofiyasi.

D. Yelka-ko'krak-yuz-Landuzi Dejerin.

E. Distal mushak distrofiyasi.

F. Okulyar mushak distrofiyasi.

G. Okulofaringial mushak distrofiyasi.

Oxirgi bir necha formasi autosom-dominant tip bo'yicha nasldan-naslga o'tadi. (Landuzi Dejerin miopatiyasi, Velandier miopatiyasi va hokazo.)

Dyushen, Erba va Landuzi-Dejerin miodistrofiyalari ko'proq uchraydi.

Dyushen miopatiyasi. Dyushen mushak distrofiyasi ko'proq o'g'il bolalarda uchraydi. Autosom-recessivga bog'liq X chirmashgan tip. Boshqa mushak distrofiyalarga qaraganda ko'p uchraydi 3,3:100000. U erta boshlanib xavfli kechishi bilan xarakterlanadi. 2–5 yoshdagi bolalarda yurishning o'zgarishi bilan boshlanib, 14–15 yoshga yetganda odatda bolalar umuman harakatsiz bo'lib qolishadi. Eng erta boshlanadigan belgilardan biri boldir mushaklari qotishi va psevdogipertrofiyasidir. Son, chanoq sohasi mushaklar atrofiyasi kuzatiladi. Jarayon asta-sekin ko'tarila borib, yelka kamari, orqa va qo'lning paroksizmal mushaklariga tarqaladi. «O'rdaksimon» yurish paydo bo'lib, giperlordoz rivojlanadi.

«Qanotsimon», «ozod» yelka belgilari rivojlanadi. Vaqtli pay reflekslari so'nadi. Mushak va pay kontrakturasi rivojlanadi. Ba'zan dumba, deltasimon muskullarda, qorin, til mushaklarida psevdogipertrofiyalar kuzatiladi.

Bu kasallikning xarakterli belgisidan biri intellektning pasayishi. Mushak to'qimasi uchun spesifik bo'lgan qon zardobidagi

kreatinin – fosfokinaza normadan o'nlab, hatto yuzlab marta oshishi mumkin. Shuningdek, aldolaza, laktat dehidrogenaza fermentlari faolligi ham bir necha marta oshadi. Kreatinin almashinuvi ham buziladi. Kreatinuriya ro'y beradi. Dyushen miodistrofiyasi resessiv va X – birikkan (jinsga bog'liq) xromosoma tipida kuzatiladi. 70% geterozigot tashuvchilarda subklinik belgilar taniladi. Kardiopatiya bilan kechadi.

Erb-Rott progressivlashuvchi miodistrofiyasi

Aholi soniga 1, 5 : 100.000 nisbatan uchraydi.

Autosom-resessiv tip bilan o'tadi. Ikkala jins ham bir xilda zararlanadi.

Kasallik asosan 14–16 yoshda, ba'zan 10 yoshda, hattoki 30 yoshdan keyin ham uchrashi mumkin, to'la nogironlik 15–20 yoshda kuzatiladi. Ko'p hollarda Erba – Rota miodistrofiyasi chanoq tos mushaklari va son muskullari atrofiyasi bilan boshlanadi. So'ng jarayon yelka sohasi mushaklariga tarqaladi. Qorin va orqa mushaklari ham zararlanadi. «O'rdak» simon yurish giperlordoz yuz beradi. Psevdogipertorofiya va kontrakturalar xarakterli emas. Intellect o'zgarmaydi. Yurak mushaklari zararlanmaydi. Fermentlar ozgina oshadi.

Progressiv mushak distrofiyalarida patomorfologik o'zgarishlar

Asab sistemasi kam zararlanadi. Oldingi shox hujayralari kichrayadi (kamayadi). Harakat nerv tolalari (o'q silindr va mielin pardalari) o'zgaradi. Asosiy o'zgarishlar mushak to'qimasida kechadi, mushak tolalari kichrayadi, yon va biriktiruvchi to'qima o'sadi, mushak yadrolari soni oshadi. Qon tomirlari devori qalinlashadi, stenoz mikrotrombozlar paydo bo'ladi. Gistoximik tekshiruvlar natijasida mushak biopatatida mukopolisaxaridlar to'planadi.

Patogenezida quyidagi gipotezalar mavjud: nevrogen, gipoksik, membrana defekti, hujayradagi mediatorlar disfunktsiyasi. Nevrogen gipoteza asab sistemasi (orqa miya, periferik nervlar mushak orasidagi qismi) birlamchi zararlanib, keyin mushak to'qimasida ikkilamchi metabolik buzilishlar ta'kidlanadi.

Asab sistemasi trofik vazifasi buzilishi roli ham ko'rsatiladi (asosan simpatik qismda). Lekin nerv o'zgarishlari birlamchi emasligi to'la tasdiqlanmagan. To'qima gipoksiyasi gipotezasi tarafdorlari mushak tolalari o'lishini surunkali kislorod yetishmasligidan deb bilishadi.

Mushaklarda va tomirlarda kislotali polisaxaridlar to'planadi, qolgan tolalar o'sadi, mushak tolalari atrofida fibroz futlar, paydo bo'lib tomirlarni bosib qo'yadi va mikrotsirkulatsiyaning buzilishiga olib keladi va to'qima gipoksiyasi sababchisi bo'ladi.

Mioglobin defektni aniqlash to'qima gipoksiyasi gipoteziyasi yana tasdiqlaydi, membrana defekti gipotezasi sarkomaning o'tkazuvchanligi oshuvi mushak distrofiyasi patogenezida asosiy rol o'ynashini va hujayradagi fermentlar, glikogen aminokislotalar, kreatin yo'qotish ta'kidlaydi. Bular hammasi oqsillar kamayishiga va bioximik protsesslarning buzilishiga olib keladi.

Davolash usullari: anabolik gormonlar retobolil 1 marta 5–7 kunda N 7, vit. Ye, V guruh, ATF, DFK, massaj, nafas gimnastikasi, nikotin kislotasi, glukoza insulin bilan, elektroforez prozerin bilan, kokarboksilaza, serebrolizin, fosfaden, prozerin, galantamin, oksazil neyromedin).

Shtryumpel kasalligi

Bu kasallik mahalliy motoneyron (piramida yo'li)ning degenerativ o'zgarishlari bilan xarakterlanadi. Kasallik Shtryumpel (1886–1904) tomonidan batafsil o'rganilgan. Autosoma-dominant va autosom-resissiv tip bo'yicha nasldan-naslga o'tadi. Patogenezi hozircha noma'lum. Patomorfoloqik o'zgarishlar piramida yo'llarida,

ko'proq orqa miya bo'ylab, asosan bel va dumg'aza segmentlari sohasida joylashadi. Asosiy o'zgarishlar o'q silindirida kechadi. Piramida yo'lining miya oyoqchasi, ko'prik va uzunchoq miya sohasida glioz kuzatiladi. Bes hujayralari soni kamayadi. Goll va spinotserbellar yo'llarda, orqa miya oldingi shox hujayralarida, miyachada va qora moddada ham degenerativ protsesslar kuzatiladi.

Kasallik 10–20 yoshda boshlanadi. Kasallik yurishning o'zgarishidan boshlanib, asta-sekin kuchayib boradi. Bemorlar oyoqlarining tez charchashiga shikoyat qilishadi. Asosiy kasallik belgisi spastik tonus bo'lib, reflekslar oshib, patologik reflekslar paydo bo'ladi (bukuvchi va yozuvchi), spinal avtomatizmi, bo'g'imlarda kontrakturalar, kechki davrida muskullar kuchsizlanadi. Gavda oldinga bukiladi, lordoz kuchayadi. Vibratsiya sezgisi kamayadi. Chanoq a'zolari funksiyasi buzilmaydi. Nistagm, intellekt buzilishi, ataksiya va intensiya ham bo'lishi.

Oilaviy ataksiya, Fridreyx kasalligi

Fridreyx tomonidan 1862-yilda yozilgan. Autosom-recessiv tip bo'yicha nasldan-naslga o'tadi. Patomorfologiyasi: orqa miya ingichkalanadi, asosan orqa ildizchalar, Klark ustuni hujayralari, dorsal va ventral spino-serebellar yo'llarda o'zgarishlar kuzatiladi. O'zgarishlar miya ustunida, Purkine hujayralarida va tishli yadroda kuzatiladi. Degenerativ o'zgarishlar orqa miya va po'stloqda, piramida yo'llarida ko'proq uchraydi.

Klinikasi: kasallik 10–20 yoshda boshlanadi. Kechishi o'tkir va asta-sekin. Ba'zan 5–6-yildan keyin ataksiya tufayli bemorlar o'rindan turolmay qolishadi. Dastlab tez charchab qolish, yurish buziladi, bemorlar chopa olishmaydi, ko'p yiqilishadi, ataksiya kuzatiladi. Dizartriya va skandirlashgan nutq kuzatiladi. Boshda tremor, oyoq panjalari va boldir mushaklarida gipotrofiya, distal parezlar, pay reflekslari pasayishi va yo'qolishi, muskul-bo'g'im sezgisi va vibratsiya sezgisi buziladi. Nistagm kuzatiladi. Fridreyx

panjasi, skelet anomaliyasi, umurtqa deformatsiyasi, kifoskolioz muskul tonusi buzilishi tufayli kuzatiladi.

Davolash: umumiy quvvat beruvchi dorilar, ortopedik muolajalar, davolash fizkulturasi.

P'er-Mari nasliy miyacha ataksiyasi

P'er-Mari tomonidan 1893-yilda yozilgan. Autosom-dominant tip bo'yicha o'tadi. Kasallik 20–30 yoshda boshlanadi.

Patomorfologiyasi: miyacha yadrolari, Purkine po'stloq hujayralarida degeneratsiya va atrofiya kuzatiladi. Miya ustuni, pastki olivalar, spino-serebellar yo'llarda ham degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi.

Klinikasi: lokomotor ataksiya (BBS, TTS) juda kuchli, skandirlashgan nutq, juda qo'pol holda boshning intension tremori, gavdaning titrashi, pay reflekslari oshadi, patologik reflekslar, klonusoidlar, nistagm, qorachig' reflekslari buzilishi, ko'ruv nervi atrofiyasi, intellekt pasayadi.

Nevral amiotrofiyasi (Sharko-Mari). Periferik motoneyronning tanasi yoki uning aksioni atrofiyasi natijasida kelib chiqadi. Surunkali nasliy polineyropatiyalar orasida Sharko-Mari nevrал amiotrofiyasi nisbatan ko'p uchraydi. 1886-yilda yozilgan. Autosom-dominant tipda o'tadi. Kasallik 10–20 yoshda boshlanadi.

Dastlab perenevral va oldingi boldir katta mushagi kuchsizlanib, oyoq panjasi osilib qoladi. Boldir, oyoq panjasi muskullari gipotrofiyasi, distal qismida atrofiya, oyoqlar xuddi «to'ntarilgan butilka» shishaga o'xshab qoladi. AR refleksi tez so'nadi.

Kasallik asta-sekin rivojlanib, qo'llarda distal qismda mushak atrofiyasi paydo bo'ladi. Qo'llarda ham reflekslar so'nadi. Distal qismlarda sezgi o'zgarishlari ro'y beradi. Oyoq panjasi deformatsiyasi, Fridreyx panjasi kelib chiqadi. Kasallik klinikasi o'zgaruvchan, ba'zan kasallik qo'llardan boshlanadi. Diagnostik nerv impulslari o'tkazish tezligini o'lchash bilan tasdiqlanadi. Bunda

oraliq nerv (n.medianus) u 20–15 m/sek. gacha kamayadi (normada–65m/s). Mushak biopsiyasida denevratsiya «tutam atrofiyasi» kuzatiladi, segmentar demielinizatsiya. Kasallik patogenezi mielin paydo bo'lishining spesifik genetik bloki deb tushintiriladi.

Davolash: Vit. V, galantamin, ATF, nivalin, LFK.

Ekstrapiramida sistemasi zararlanishi bilan kechadigan degeneratsiyalar

Gentington xoreyasi, surunkali kuchayib boruvchi xoreya. Dominant tipda kuzatiladi, kam uchraydigan kasallik (Ita: 500).

Amerikalik psixiatr Gentington 1872-yilda yozgan. Kasallik 30–50 yoshda bilinadi, erkaklarda ko'proq uchraydi.

Patanatomiyasi: morfologik o'zgarishlar diffuz tarzda uchraydi. Miyaning hajmi va og'irligi kamayadi. Miyadagi atrofiyalar tufayli qorinchalar kengayadi. Ekstrapiramida yadrolari (dumli yadro, chechevidasimon mayda yadrolar), shuningdek kuchli degenerativ o'zgarishlar miya po'stlog'ida kuzatiladi.

Patogenezi: miya moddasi, asosan, bazal gangliyalarda gamma-yog' kislotasining yetishmovchiligida. Dopamin giperproduksiyasida.

Klinikasi: asosiy belgilaridan xoreik giperkinezlar, avj oluvchi demensiya, beixtiyor harakatlar asta-sekin boshlanadi, keyinchalik ruhiy o'zgarishlar kuzatiladi. Har xil noixtiyoriy harakatlar, intension tremor, tentirab yurish va boshqa xoreik giperkinezlar rivojlanib boradi. Bemorlar xohishiga qarab giperkinezlarni kamaytirish mumkin (xoreik revmat). Har qanaqa qilingan harakat giperkinezlarning ko'payishiga olib keladi. So'zlashish paytida grimasalar: labni cho'chaytirish, nafas olish tufayli nutq buziladi. Mushaklar gipotoniyasi. Parez, sezgi o'zgarishlari, toz funksiyasi buzilmaydi. Ruhiiy o'zgarishalar giperkinezlar fonida borgan sari kuchayib borib demensiyaga olib keladi. Bemorlar interkurent kasalligidan halok bo'ladi.

Davolash: galoperidol, dopegit. Bular dopamin miqdorini kamaytiradi.

Gepatotserebral distrofiya, Vilson-Kanovalov kasalligi

Autosom-recessiv yo'l bilan uzatiladi, miya bilan jigar zararlanishi kuzatiladi.

Patanatomiya: diffuz o'zgarishlar, po'stlog' osti gangliylarida ko'proq o'zgarishlar kuzatiladi. Makroskopik miya moddasi atrofiyasi, uning parchalanishi va bo'shliqlar paydo bo'ladi. Nerv to'qimada perivaskular shish, ikkilamchi atrofiya va uning nobud bo'lishi.

Shuningdek po'stlog', putamen, globus pallidum hujayralar soni kamayadi va kuchli degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi. Shuningdek, miyacha po'stlog'i hujayralari kamayishi, glioz kuzatiladi hamda jigarda atrofiya, sirroz, kichrayadi qotadi.

Patogenezi: misning metabolizmi, nasliy defekti kasallik patogenezida asosiy rolni o'ynaydi. Organizm to'qimalarida miya miqdori oshadi. Uning siydik bilan juda ko'p ajralib chiqishi, qonda kamayishi, mis taqsimlanishi buzilishi, seruloplazmin miqdorining kamayishi genetik holat bo'lib, bunda oqsil misni qon zardobida bog'laydi. Ovqat orqali organizmga tushgan mis qon zardobida ushlanib tura olmaydi, natijada mis organizmda ko'payib, siydik bilan ko'plab chiqariladi, miya, shox parda (rogovisa) jigarning zararlanishi, ularda misning to'planib yig'ilib qolishidadir.

Klinikasi: asosiy belgilaridan biri zo'rayib boruvchi mushak tarangligi, tremor va progressiv demensiya. Hamma mushaklar qotib qoladi. Yuz maska ko'rinishida, amimiya, og'iz ochiq, dizartriya, bo'g'iq ovoz, disfagiya, gipersalivatsiya, bradikardiya, intension tremor. Qo'llarda giperkinezlar, barmoqlarda atetoz, tutqanoq xurujlari, intellektning juda pasayishi, aqlsizlik, pay reflekslari oshadi, Babinskiy refleksi paydo bo'ladi.

Spesifik belgisi – shox pardada Kayzera-Fleyshera halqachalari, 60–70% hollarda qonda anemiya, trombotsitopeniya, gemorragik sindrom, subfebril t-ra, jigar kattalashadi, keyinchalik atrofiya, assit, qon qusish.

Kechishi va prognoz: sekin progressivlashib 4–10-yildan so'ng bemor o'ladi.

Davolash: dieta, misni kam saqlovchi ovqatlar (shokolad, kakao, yong'oq, zamburug' jigar iste'mol qilinmaydi), penisillinamin 1,5–2 g., V6.

Parkinson kasalligi

Ingliz olimi Parkinson 1877-yilda yozgan. Sharko klinik ko'rinishini to'ldirgan, 60–140:100.000 uchraydi. Katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi. U aholining 1% 60 yoshgacha va 60 dan katta bo'lganlarda 5% qaltirash holati kuzatiladi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq kasallanadilar.

Etiologiyasi: Aslida parkinsonizm o'tkir ensefalitining surunkali bosqichida, kana ensefalitida va boshqa virusli ensefalitlardan so'ng kelib chiqadi. Undan tashqari serebral ateroskleroz, bosh miya qon-tomir kasalliklari, travmalar, o'smalar, hamda fenotiazin (aminazin), rezepin, triftizin, ko'p qabul qilganda SO₂ gazdan so'ng, marganesdan so'ng kelib chiqadi. Undan tashqari katexolamin va boshqa fermentlarning kamayishi tufayli, kotexolin hamma modda almashinuvini boshqaradi. Parkinson kasalligi ko'pincha autosom-dominant tipda o'tadi. Tashqi va ichki muhit, genuin defektlarning kelib chiqishida rol o'ynaydi.

Asosiy sababi-katexolaminlar almashinuvi (dofamin, asetiloxolin, noradrenalin) ekstrapiramid yadrolarida buzilishi. Dofamin harakati boshqaruvchi mediatr hisoblanadi, me'yorda uning konsentratsiyasi bazal yadrolardan boshqa nerv strukturalarga nisbatan ancha yuqori.

Asetilxolin –n.lentucularis, globus pallidum va qora substansiya orasidan qo'zg'alishini boshqaradi. Dofamin uning antogonisti bo'lib,

tormozlovchi ta'sir qiladi. Qora substansiya va globus pallidum zararlanganda dofamin hajmi kamayadi (dumli yadro,po'stloqda). Bunda ekstrapiramida yadroda o'zgarishlar paydo bo'ladi.

Patomorfologiyasi: qora substansiya, globus pallidum da degenerativ o'zgarishlar nerv kletkalarining o'lishi (nobud) bo'lishi kuzatiladi. Hujayralarning o'rnida glial elementlarning o'sishi, yoki bo'shliq paydo bo'ladi.

Klinika: asosiy sindrom – akinetik – rigidlik yoki gipertonik – gipokinetik. Parkinsonizm uchun qaltirash paralichi va gipo-akineziya xarakterli.

Bukilgan holat: bosh va tanasi oldinga, qo'llari tirsak bo'g'imida bilakda yarim bukilgan. Ayrim hollarda tanaga yopishgan, oyoqlar tizza bo'g'imida yarim bukilgan, mimika yo'q-amimiya, harakatlar kam, sekin, asta-sekin umuman yo'qoladi, yurish mayda-mayda qadamlar bilan. Propulsiya-oldinga qarab yurish, retropulsiya-orqaga, lateropulsiya-yon tarafga.

Plastik gipertoniya, yuzdagi, chaynov, ensa mushaklarning qotishi. Yurganda qo'llar qatnashmaydi, gapirish monoton, sekin, gapning oxirida ovoz o'chib qoladi. Tremor – boshda, qo'lda, oyoqlarda, pastki jag'da, tanga sanaganday. Tremor – haya-jonlanganda ko'payadi, uyquda yo'q bo'ladi.

Psixikasi: inisiativa yo'q bo'ladi. Bradifreniya-emotsiya pasayishi. Bir holatdan ikkinchi holatga o'tish qiyin, qayg'u, xursandchilik.

Vegetativ o'zgarishlar – yuzning yog'ligi, seboreya, gipersalivatsiya, giperkinez.

III. 7. MARKAZIY ASAB SISTEMASINING POSTTRAVMATIK SHIKASTLANISHI. HAMSHIRA TASHXISI VA BEMORNI PARVARISH QILISH REJASI

Bosh miya jarohatlari

Bosh chanoq-miya jarohati (BCHMJ) – bu bosh yumshoq to'qimalarining, bosh chanoq'ining va miya moddasining jarohat natijasida zararlanishidir. BCHMJ olgan bemorlarda kasallik klinikasi jarohatning kuchi, hajmi, mexanizmi, vaqtiga qarab turlicha bo'ladi.

BCHMJda uchta davr aniqlanadi:

o'tkir davri – bosh miya chayqalishida 1–2 hafta, bosh miya lat yeyishida 2–3 hafta;

oraliq davri – yengil BCHMJda 2 oy, og'ir BCHMJda 6 oy;

kechiktirilgan davri – 2 yilgacha.

Jarohatning kuchiga qarab BCHMJ quyidagi klinik formalarga bo'linadi:

I. *Bosh miya chayqalishi* – bu MNSning funksional zararlanishi bo'lib, o'choqli simptomlar aniqlanmagani holda umumiy miya belgilari borligi bilan xarakterlanadi. Hushni bir necha soniya va daqiqalargacha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rishi va amneziya bilan kechadi. 1–5 kunda bemorning ahvoli yaxshilanib, 2–4 haftada tuzalib ketadi.

II. *Bosh miya lat yeyishi* – jarohat paytida miyaning zararlanishi unga qon quyilish, ishemiya, nekroz va regional shish bilan kechadigan anatomik buzilishidir. Bosh miyaning lat yeyishi uchta darajaga bo'linadi:

a) yengil darajasi – ongni bir necha daqiqadan bir soatgacha o'chishi bilan xarakterlanadi. O'ziga kelganidan keyin bosh og'rishi, bosh aylanishi, holsizlik, ko'ngil aynishi, uyquchanlik, amneziya, bradikardiya bezovta qiladi. Anizokoriya, nistagm, piramida yo'li zararlanish belgilari, meningeal belgilar aniqlanadi. 2–3 haftada bemorning ahvoli yaxshilanib boradi.

b) O'rta og'ir darajasi – ongning o'chishi bir necha o'n daqiqalardan 4–6 soatgacha davom etadi. Amneziya kuchli ifodalangan, kuchli bosh og'rishi, ko'p marta qusish, adinamiya, ruhiy faoliyatning buzilishi kuzatiladi. Vital faoliyatning o'tkinchi buzilishi kuzatiladi: bradi yoki taxikardiya, arterial gipertenziya, taxipnoe, subfebril harorat. O'choqli belgilar: parezlar, ko'zni harakatlantiruvchi nervlarning zararlanish belgilari, sezgi buzilishlari, fokal tutqanoq xurujlari bilan namoyon bo'ladi. 3–5 haftada bemorning ahvoli yaxshilana boshlaydi.

d) og'ir darajasi – ongning o'chishi bir necha soatdan bir necha haftagacha davom etadi. Vital faoliyatning buzilishi kuzatiladi. Miya ustuni zararlanish simptomlari asosiy bo'lib qoladi: Majandi simptomi, ko'z soqqalarini suzuvchi harakati, nistagm, mioz yoki midriaz, bulbar sindrom, giperrefleksiya yoki arefleksiya. Parez va paralichlar, tutqanoq xurujlari kuzatiladi. Odatda, bosh chanog'i sinishi va subaraxnoidal qon quyilishi kuzatiladi.

III. *Bosh miyani ezilishi* – jarohatdan keyin ma'lum bir vaqt o'tgach hayot uchun xavfli umumiy miya, o'choqli va miya ustuni zararlanish belgilarining kuchayishi bilan xarakterlanadi. Bosh miyaning ezilishi ko'p hollarda bosh chanoq ichi gematomalari, ba'zida bosh chanog'i asosining tiqilgan sinishi, miya shishi, pnevmotsefaliya hisobiga yuz beradi. Jarohatdan keyin ma'lum bir muddatga ong buzilishi kuzatiladi, keyin bemorning ahvoli yaxshilanib, ongi tiklanadi («yorug' oraliq»). Bemor o'zini yaxshi his qila boshlaydi, hatto ishlashni boshlashi ham mumkin, lekin doimo bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, parishonxotirlik bezovta qiladi. Ma'lum vaqtdan keyin bemorning ongi to'satdan keskin buziladi, bemorda avval sopor, keyin koma holati rivojlanadi (gematomaning birinchi belgisi). Bemorning pulsi daqiqasiga 50–40gacha tushib ketadi (ikkinchi belgisi), gematoma tarafida midriaz rivojlangani hisobiga anizokoriya kuzatiladi (uchinchi belgisi), gematomaga qarama-qarshi tarafda gemiparez rivojlanadi (to'rtinchi belgisi).

Bosh miya jarohatlarida hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qattiq bosh og'rish 2. Ko'ngil aynishi, bir necha marta qusish 3. Xotirani yo'qolishi 4. Uyquchanlik 5. Bosh aylanishi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushini bir necha soniyadan bir necha daqiqa yoki soatgacha yo'qotadi 2. Bemor holsiz 3. Meningial belgilarni aniqlanishi 4. Nafas olishni o'zgarishi 5. Pulsi tarang, taxikardiya yoki bradikardiya 6. Harorati yuqori 7. Qo'l va oyoqda harakat chegaralangan 8. Tutqanoq xurujlari 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rish 2. Bosh aylanishi 3. Harorati yuqori 4. Ko'ngil aynishi, qusish 5. Bezovtalik yoki karaxtilik 6. Qo'l va oyoqda harakat chegaralanishi 7. Tutqanoq xurujlari <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ongini to'liq yo'qolishi, koma holatiga tushishi 2. Yurak ritmini buzilishi 3. Nafas olishni qiyinlashishi 4. Asoratlarni yuzaga kelishi 5. Epileptik status 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Haroratni tushirish 4. Xuruj paytida bemorni yonboshga ag'darib, yoqalarini bo'shatish 5. Bosh miyani KT yoki MRTga tushirish 6. QB, puls monitoringi 7. Bemorning ko'ngli ayniganda, qusganda yordam ko'rsatish 8. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 9. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay holatga yotqiziladi 2. Xuruj paytida bemor yonboshga ag'darilib, yoqalari bo'shatiladi, ushlab turiladi 3. Siqib turgan kiyimlar yechiladi 4. Toza havo bilan ta'minlanadi 5. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: antibiotiklar, litik aralashma, antikongvulsantlar, degidratsiya, antipokasantlar, metaboliklar 6. KT yoki MRTga tushiriladi 7. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushiga keldi 2. Bemorning bosh og'rig'i kamaydi yoki to'xtadi 3. Bosh aylanishi to'xtadi 4. Ko'ngil aynish, qusish to'xtadi 5. Xurujlar qaytarilmadi 6. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 7. Bemor ruhan tinchlandi 8. Asoratlar oldi olindi yoki bartaraf qilindi 9. Shifokor tavsiyalari bajarildi

III. 8. PERIFERIK NEVR SISTEMASI KASALLIKLARI (NEVRIT VA NEVRALGIYALAR, TUNNEL SINDROMI). UMURTQA OSTEONXONDROZINI NEVROLOGIK KO'RINISHI

Hozirgi vaqtda umurtqa patologiyasi periferik nerv sistemasida asosiy sabab hisoblanadi. Degenerativ o'zgarishlar joylashishiga qarab, diskda (osteoxondroz), umurtqada (spondilez), umurtqalarora bo'g'imda (spondiloartroz). *Umurtqa osteoxondrozini* klinikasi – degenerativ-distrofik kasallik, umurtqalararo disk xarakterli o'zgarishi, umurtqa tanasida osteofit o'sishishi, umurtqalararo bo'g'imda artroz, tez-tez disk churrasi, orqa miya va orqa miya shoxlarida bosish oshishi bo'ladi. Umurtqa osteoxondrozini sabablari turli xil. Ular quyidagilar: disk mikrotravmasi (og'ir ko'charganda, qattiq ezilish, uzoq majburiy holat, vibratsiya), shamollash, yaqin joylashgan hosil organlardan reflektor ta'sir, umurtqa travmalari, o'zgarishlarni ortishi.

Patogen omillar ta'sir ostida umurtqalararo diskda qon aylanishi yomonlashadi, disk yadrosida sklerozlanish jarayoni boshlanadi, uning atrofidagi fibroz halqa, so'ngra umurtqalar tanasida va umurtqalararo bo'g'imda degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi. Natijada fibroz halqa va disk elastikligi yo'qoladi. Mikroyoriqlar paydo bo'ladi va diskga ko'proq yuklama tushishishi oqibatida, u bo'rtib chiqadi. Disk chuqurchasida churra shakllanadi. Disk bo'rtishi orqa miya shoxlari va orqa miya ustunlarini oziqlanishini buzib, statik va dinamik buzilishlarga olib keladi. Bu holat ko'pincha bel va bo'yin umurtqalari osteoxondrozi kasalligi oqibatida kuzatiladi.

Klinik osteoxondrozni reflektor ko'rinishlari: muskul tonusida, shoxlarida, neyrodistrofikasida, visseralida, vegetativ-tomirida va bel sindromi, klinik osteoxondroz shakllari joylashish jarayoniga qarab turli xil ko'rinishlar kuzatiladi.

Bo'yin sohasida

Servikalgiya – o'tkir, bo'yinda chuqur xirujsimon og'riq, ensa irradiatsiya. Ko'krakda, yo'tal kuchayishi og'riq. Bo'yindagi to'satdan bo'ladigan harakatlar, boshni majburiy holatga olib keladi. Surunkali bo'yin og'rig'i. Servikokranialgiya – bo'yin orqasining simpatik sindromi, umurtqa arteriyasining sindromi. Asosiy sababi-unkovertebral artroz. Og'riq ensa sohasida, chakka zonasida joylashgan, bosh harakatlarini kuchayishi, bo'yindagi og'riq bilan birga keladi, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, quloqda shovqin va jiringlashi.

Yelka-ko'krak periartroz sindromi – yelka bo'g'imini kontrakturasi va og'rig'i. Bo'yin va qo'lda irradiatsiyalangan og'riq, bemor qo'lini beliga qo'yib qotib turishi. Bemorni paypaslab ko'rganda, pay birikkan joylar, hamda suyak bo'g'imlarida og'riq va kurak, deltasimon muskullarni gipotrofiyalari kuzatiladi.

Spinal qon aylanishini buzilish sindromi – belgilari: muskullar parezi, sezgini yuqolishi, muskul atrofiyasini, fibrillatsiyaga uchrashi.

Kardial sindrom – ko'krak sohasi va yurakda davomli og'riq bo'lishi EKG normada bo'ladi. Avvaliga og'riq kuraklararo sohada va yelka ustuda bo'lishi mumkin.

Shoxli sindrom (bo'yin-ko'krak radikuliti) – qo'lni ichki yuzasi yoki tashqi yuzasida, bo'yin sohasilaridan turli xil intensiv, irradiatsiyalangan og'riqlar bo'lishi, shu yerda giperesteziya yoki gipoesteziya aniqlanadi. Boshni harakati va bemor yo'talishi og'riqlarni kuchaytiradi, ikki va uch boshli muskullarni reflekslari pasayishi, vegetativ-tomir disfunktsiya belgilari ham kuzatiladi. Bo'yin muskullarini taranglanishi, bo'yinda lordoz kasallik – s5 – s6 – s7-larda belgilanadi.

Ko'krak sohada

Torakalgiya – orqa ko'krak sohasida, ko'krak qafasida, umurtqa pog'onasining ko'krak qismida, harakat va fizik yuklamalarda kuchli og'riq bo'ladi. Umurtqaning ko'krak qismida harakat cheklanganligi va orqa muskullari taranglashishi skolioz, bemorning ko'krak umurtqasi o'tkir o'siqlariga perkussiya qilish bilan aniqlanadi.

Abdominal sindrom – epigastral sohasida, qorinda, o'ng qovurg'a ostida, oshqozon-ichak trakti funksiyasi buzilishi bilan bog'lanmagan.

Bel sohasida

Lyumbago – dumg'aza sohada qattiq og'riq bo'lib, yo'tal, aksirish kabi harakatlarda kuchayadi. Xarakterlari antialgik (og'riqqa qarshi yoki majburiy) holat, skolioz, orqa muskullarini birdan qisqarishi musbat belgilari bo'ladi.

Lyumbalgiya – o'rta darajadagi o'tkir yoki surunkali og'riq bel-dumg'aza sohada xurujsimon kechadi, bu og'riqlar sovqotish, faol harakatlarda, ortiqcha yuklamalarda kuchayadi. Kasallik sababi pastki umurtqalararo diskda va o'tkir o'siqlarda bo'ladi.

Lyumboshiialgiya – dumg'aza sohasida og'riqlar xarakterlanadi, lyumbada oyoqqa tarqaladi. Og'riqlar diffuz, kechasi kuchayadi, o'zgaruvchan ob-havoda tarqaladi. Bir qancha og'riqlar reflektor xarakterga ega, sezgilar kamayadi va reflekslar buzilishi kuzatiladi.

Rivojlantiruvchi omillar-sovqotish va fizik yuklamadir. Kasallikda bel-dumg'aza sohasidagi og'riq, harakatlarda kuchayadi va oyoqni orqa-tashqi yuzasi bo'ylab tarqaladi. Umurtqaning bel sohasida harakatlar qat'iy chegaralangan, kasallanish antalgik holat bilan ifodalanadi.

Reflektor miotonik reaksiyalar davomida umurtqa segmenti zararlanadi.

Taranglashish, pastki ko'krak soha va beldagi muskullar kontrakturasi, beldagi lordoz, skolioz yoki kifoskolioz, paravertebral kasallikda disk zararlanishi va pastda joylashgan shoxlarda bo'ladi.

Xarakterli simptomlar: Lasseg, Neri, Dejerin. Axillov refleksi so'navi. Tipik reflektor vegetativ tomir disfunktsiyasi (sianoz, gipergidroz), oziqlanishi buzilishi, oyoq muskullarini atrofiyasi va kuchsizlanish.

Osteoxondroz belgilarini rentgenologik farqlari-umurtqalararo yoriq torayishi, plastikalar sklerozi bilan birlashadi, osteofitlar, disk churrasi.

Diagnostikani xarakterli simptomlar va rentgenologik tekshiruv ma'lumotlari belgilanadi. Bel-dumg'aza radikuliti buyrak kasalliklari, orqa miya va umurtqa pog'onasi o'smalari, spondiloartrit, kichik chanoq organlari kasalligi, surunkali appendisit bilan qiyosiy tashxislanadi.

Davolash: Og'ir hollarda bemorni tinchlantirish kerak, og'riq qoldiruvchi vositalar kiritiladi, yallig'lanishda zararlangan segmentlarga (diklofenak, 2,5% -3 ml. muskul ichiga 1-2 marta kuniga, analgin 50% -2ml. muskul ichiga, baralgin 5ml. muskul ichiga, indometatsin, piroksikam, revodin) mahalliy og'riqlarni, muskul tonus buzilishlari yo'qotish uchun qo'llaniladi: teri ichiga Deksametazon, 0,5% ml novokain eritmasi kiritiladi. Ba'zan novokain bilan birga gidrokortizon va vit V 12 kiritiladi.

Hamshira blokada qilish uchun tayyorlaydi: 20 ml. steril shpris, yod, spirt, 40-60 ml. -0.5% li novokain, steril paxta, salftokalar va vrachga yordam beradi.

Kasallangan sohaga og'riq qoldiruvchi maz surtiladi: Dolgit, Fenalgon, Dimeksit, Indometasin, Kefentek plastirlari ishlatiladi.

Tunnel sindromlari

Tunnel sindromlarida perefirik nerv kasalligi guruhlari tushuniladi va bunda mushaklar bilan o'ralib turuvchi suyak elementlari, boylamlar va maxsus kanallardan (tunellardan) o'tuvchi nerv tutamlarining mexanik shikastlanishi kuzatiladi.

Nervning mexanik shikastlanishi anatomik tor kanalning uzoq vaqt kompressiyasi yoki surunkali mikrotravmalar natijasida rivojlanib boradi. Quyida ko'rsatilgan sindromlar ko'p holatlarda uchraydi.

Bilak sindromi – bilak kanalidagi gipertrofiyalashgan kaft ko'ndalang boylami o'rta nervini kompressiyasi natijasida qo'l panjasi og'riqlik paresteziyasi, barmoqlarning kaft yuzasi va oxirgi falanganing ostki yuzasi giperesteziyasi, tenor gipotrofiyasi paydo bo'ladi.

Tirsak nervi kompressiyasining bilak sindromi – panjada og'riq, gipesteziya va 4, 5 – qo'l barmoqlarining holsizligi, «tirnoqli changal» tipi bo'yicha qo'l panja mayda mushaklari atrofiyasi, qo'l panja deformatsiyasi.

Parestetik nevrالgiya – paresteziyalar, og'riqlar yurganda sonning old-tashqi yuzasi to'qimalarida yuzaga keluvchi va kuchayuvchi paresteziyalar, og'riqlar trofik buzilishlar. Son tashqi nervining chiqish joyidagi og'riqlilik (qarang: Erba-Rota kasalligi).

Peroneal (dumg'aza nervi) sindrom – kaft osti va tizza ustidagi gipesteziya va og'riqlar kuzatiladi. Oyoq kafti bukuvchi bo'g'im holsizligi va gipotrofiyasi ham kuzatiladi. (Qarang: son tashqi teri nervi nevriti).

Tarzal kanali sindromi – kechki payt va yurganda kuchayuvchi. Tovon osti (podoshva), barmoqlar, tizza bo'g'imlarida og'riqlar, paresteziyalar va barmoqlarni bukuvchi parezi kuzatiladi.

Periferik nervlar tunel sindromlarining kechishi surunkali va progressiyalanuvchidir. Barcha tunel sindromlari uchun bosganda birdan og'riqlilik va shikastlangan kanal atrofi palpatsiyasida birdan og'riqlilik yuzaga kelishi xarakterlidir.

Radikulopatiya

Ganglionit va pleksitlar. Radikulopatiya-radikulit orqa miya ildizchalarining yallig'lanishi. Ko'pincha og'ir yuk ko'tarish, zo'riqish, sovqotish, noto'g'ri kutilmagan harakat, jarohatlar, kasal-

likning kelib chiqishida asosiy rolni o'ynaydi. Kasallikning joylanishiga qarab belangilar bir necha turlarga bo'linadi:

a) Meningoradikulit-orqa miya ildizlari va pardasining yallig'lanishi. Bu kasallikda asosan, shu ildizchalar yo'nalishida og'riq va sezgi o'zgarishlari bilan birga yengil meningial belgilar, ba'zi hollarda esa piramidal belgilar kuzatiladi.

b) Bel-dumg'aza belangisi. Kasallikning kechishi ikki qismdan tashkil topadi, ya'ni ildizcha zararlanmasdan avvalgi reflektor irritator bosqichi. Bular qatoriga lyumbago, lyumbalgiya va lyumboishialgiyalar kiradi.

Lyumbago-birdaniga paydo bo'ladigan bel og'rig'i. Belda harakat cheklangan, muskullar tortishgan bo'ladi. Ezib ko'rganda kuchli og'riq seziladi, lekin tortishish belgilari yoki funksiyaning yo'qolishi kuzatilmaydi. Tik turish va yurish ancha qiyinlashadi.

Lyumbalgiya-belda asta-sekin paydo bo'ladigan va qaytalanib turadigan kuchsizroq og'riq. Bunda belda harakat, hamda yurish-turish qiyinlashadi va yengil tortishish belgilari kuzatiladi.

Lyumboishialgiya-belda boshlanib, oyoqning orqa tomoniga tarqaydigan o'tkir og'riqdir. Bunda muskul tortishishi belgilari va vegetativ o'zgarishlar kuzatiladi. Lekin harakat va sezgi o'zgarishlari kuzatilmaydi. Agar shunday o'zgarishlar qo'shilsa, ildizchalar ezilishi, ya'ni belangi boshlanganligidan dalolat beradi.

Belangining asosiy belgilari-bu og'riq, segmentar sezgi buzilishlari, reflekslarning pasayishi, vegetativ trofik buzilishlaridir. Kasallikning o'tkir davrida harakatsiz o'tirganida ham og'riq bo'ladi, sal harakat og'riqni kuchaytiradi. Bemor majburiy holatni (oyoqlarni bukib, qo'llariga suyanib, qorniga yostiq qo'yib yotadi, bir tomonga og'ib o'tiradi) egallaydi. Harakat qilganda sog' tomonga suyanib yuradi. Palpatsiya-bosib ko'rilganda umurtqa atrofida, o'tirg'ich nervining ildizchalari chiqadigan nuqталarda, sonning orqa yuzasida, tizza ostida, boldirda, to'piqda va tovonda og'riq sezadi.

Tashxis uchun asab ildizchalari va tolalarini tortishish belgilarini aniqlash katta ahamiyatga egadir. Belangining doimiy belgilaridan biri, sezgi buzilishdir. Bunda son, boldir ostki va ustki yuzasi, hamda oyoq ustki yuzasida og'riq sezgisi kamayadi.

Axill refleksi, ba'zida tizza refleksi (bel belangisida) susayadi yoki yo'qolishi kuzatiladi. Bel-dumg'aza belangisida vegetativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Umurtqa diski churrasining topikasi – V – bel diski churrasida sonning oldi yuzasi va boldirning ichki yuzasida og'riq va uvishish, mushak tonusi kamayishi, to'rt boshli mushak atrofiyasi, tizza refleksining susayishi yoki yo'qolishi, bel umurtqasi oralg'ida og'riq paydo bo'ladi.

Axill refleksi susayadi yoki yo'qoladi, oyoq kafti bo'shashadi, umurtqaning oralg'ida og'riq bo'ladi. Bo'yin-ko'krak belangisi kasallikning boshlang'ich davrida mushak tonuslari kuchayib og'riydi, bemor umurtqa atrofi nuqtalarida kuchli og'riq sezadi va boshini majburiy egib yuradi. Keyinchalik ildizchalarning (V – S₆₋₇) ezilishi davrida kaft-panja harakati buziladi. Qo'l barmoqlarining yozuvchi mushaklari ko'proq, bukuvchi mushaklari kamroq bo'shashadi. Ba'zi hollarda vegetativ tomir o'zgarishlari qo'shilishi mumkin. Umurtqa holati o'zgarishi og'riqni kuchaytiradi.

Ganglionit – kasalligi asosan qamrab oluvchi lishay virusining tanaga kirishi bilan bog'liqdir. Bu kasallik virus ta'sir qilgan gangliya tugunchalariga tegishli segmentar yo'nalishda dermatomada og'riq (kuyganga o'xshab) bilan mayda pufakchali toshmalar kamarsimon lishay paydo bo'ladi. Ko'pincha bu kasallik Dz-D11 oralg'ida, ba'zan yuz nervining tizzasimon gangliyasi zararlanganda, kamarsimon lishayning quloq formasi paydo bo'ladi. Bunda quloq suprasi va ichida, yuzda, tilning yarmida mayda pufaksimon toshmalar va kuchli og'riq bo'ladi. Ba'zan quloqda shovqin paydo bo'ladi, eshitish susayadi, bosh aylanish, nistagm va yuz mushaklari bo'shashishi mumkin.

Yelka pleksiti asosan yelka chigalining yuqori qismi S5-8 bo'yin ildizchadarining zararlanishidan sodir bo'ladi. Bu kasallikda yelkada, o'mrov osti va ko'krak usti qismida og'riq bo'ladi. Qo'ldan quvvat ketib, uni ko'tarish, qimirlatish qiyinlashadi va og'riq bo'ladi, qo'lning tashqi yuzasida sezgi kamayadi.

Qovurg'alararo nevrologiya kasalligida qovurg'alararo nervlar yo'nalishida doimiy yoki xurujli og'riq paydo bo'lib, sal harakatga kuchayadi. Paypaslab ko'rganda nerv atrofi nuqtalarida og'riq kuchayadi. Zararlangan nerv yo'nalishida ba'zan, sezgi o'zgarishlari sodir bo'lishi mumkin.

Bilak nervining nevropatiyasi (nevriti) kasalligida qo'l barmoqlarining yozuvchi mushaklari bo'shashishi oqibatida kaft maymunnikiga o'xshab qoladi. Bilakning tashqi va ustki yuzasida, I, II, va III barmoqning yarmida sezgi buziladi. Qo'lni musht qilib siqqanda bo'shliq sezilmasada, uni to'liq yozib bo'lmaydi va barmoqlarni bir-biridan ajratish qiyinlashadi. Tirsak nervining nevropatiyasi (nevriti) kasalligida qo'l barmoqlarini bukuvchi mushaklar bo'shashishi kuzatiladi. Ko'proq IV va V barmoqlar bukilishi qiyinlashadi. Bunda qo'lni musht qilib siqqanda shu ikki barmoq bukilmaydi. Barmoqlarni bir-biriga siqish qiyinlashadi. Kaft va barmoqlar mushuk panjasini eslatadi. Kaftning ichki yuzasida, bosh barmoqning yarmida sezgi buzilishi kuzatiladi.

N. medianus nervining nevropatiyasi (nevriti) kasalligi I, II, III barmoqlarining og'rishi bilan boshlanadi va shu barmoqlarning bukilishi qiyinlashadi. Bemor bosh va ko'rsatkich barmoqlari orasidagi qog'ozni mahkam ushlab turolmaydi. Kaft o'zgarishlari maymun panjasi shakliga o'xshab ketadi. Sezgi o'zgarishlar I, II, III; IV barmoqlarda panjasining ichki yarmida kuzatiladi, ba'zi hollarda trofik va vazomotor buzilishlari kuzatiladi.

Son nervining nevropatiyasi (nevriti) kasalligida oyoqning son qismini bukish va boldir qismini yozish (tizzadan) qiyinlashadi. Sonning oldi qismi mushaklarining ozishi (atrofiyasi) kuzatiladi.

Tizza refleksi susayadi yoki yo'qoladi, boldirning oldi yuzasida sezgi kamayib, og'riq paydo bo'ladi.

Quyunch nervining nevropatiyasi kasalligida sonning orqa yuzasida va boldirning tashqi yuzasida kuchli og'riq bo'lib, boldirning bukuvchi, oyoq kaftining bukuvchi va yozuvchi mushaklarida gipotoniya va trofik o'zgarishlar kuzatiladi. Dumba mushaklarining darmonsizligi oqibatida dumba burmasi pastga qarab siljiydi. Katta boldir nervi zararlenganda oyoq kaftini bukish mumkin bo'lmay qoladi. Axill refleksi yo'qoladi. Bemor oyoq uchida turolmaydi. Boldirning orqa yuzasi va oyoq ostida sezgi kamayadi. Boldirning kichik nervi zararlenganda paytida oyoq kaftini yozish mumkin bo'lmay qoladi, osilib qoladi. Shuning uchun bemor oyog'ini yuqori ko'tarib qadam tashlaydi. Sezgi buzilishlari boldirining tashqi yuzasida va oyoq kaftining ustki yuzasida kuzatiladi.

Polinevropatiya (polinevrit) kasalligi jarayonida qo'l va oyoqlarning uch qismida sezgi yo'qolishlari va harakatning susayishi kuzatiladi. Bu kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarga: virusli infeksiya, intoksikatsiya (zaharlanish), allergiya, qon-tomir kasalliklari, vitamin yetishmovchiligi kiradi. Infeksion polinevrit o'tkir boshlanib, tana harorati ko'tarilishi kuzatiladi va asta-sekin refleks susayishlari, harakat buzilishlari ham kuzatiladi. Mushak atrofiyasi, vazomotor va trofik o'zgarishlar, qo'l va oyoq uchlarida joylashadi.

Polinevropatiya kasalligining har xil turlari mavjud:

1. Giyen-Barre poliradikulonevriti kasalligida asosan periferik nervlarining harakatlantiruvchi tolalari zararlanishi bilan bir qatorda serebrospinal suyuqligida oqsil-hujayra dissotsiatsiyasi kuzatiladi. Ba'zi hollarda bosh miya nervlarining zararlanishi belgilari qo'shiladi.

2. Diabetik polinevropatiya-kasalligi qandli diabet bilan og'riq bemorlarda uchraydi.

3. Homiladorlar nevropatiyasi-asosan oyoqlarda og'riq bilan boshlanadi, keyinchalik mushaklar bo'shashishi va falajligi qo'shiladi. Homiladorlarda umumiy zaharlanish belgilari kuzatiladi.

Umurtqa osteoxondrozi juda keng tarqalgan kasallik bo'lib, kamharakatlilik, zo'riqish, shamollash, jarohatlanish, inson tanasidagi modda almashuvi va autoimmun jarayonining buzilishi oqibatida suyak va tog'ay to'qimalarida bo'ladigan degenerativ o'zgarishlar asosida kelib chiqadi. Umurtqa osteoxondrozi kasalligi asta rivojlanib boruvchi surunkali kasallik bo'lib, klinikasi asabiy, ortopedik va rengenologik sindromlardan tashkil topadi. Osteoxondroz jarayoni umurtqa pog'onasining qaysi qismida ko'proq rivojlangan bo'lsa, nevrologik belgilari o'sha yerda namoyon bo'ladi va shunga qarab umurtqa osteoxondrozi amaliyotda: bo'yin, bo'yin-ko'krak, ko'krak, bel, bel-dumg'aza osteoxondrozi deb ham nomlanadi.

1. Bo'yin osteoxondrozining nevrologik belgilari boshning ensa qismlarida va bo'yin qismida og'riq, gardon qotishi, quloqda shovqin, bosh aylanishi bilan kuzatiladi ayniqsa, yo'talganda, aksirganda va bosh chayqalganda boshning ensa qismida va bo'yinda og'riq kuchayishi. Ba'zan bo'yin mushaklari tortishib, bo'yin qiyshayib qoladi.

2. Bo'yin-ko'krak osteoxondrozida og'riq ko'proq bo'yin ensa qismida va yelka-ko'krak qismida bo'ladi. Bo'yin va yelka mushaklarida atrofiya va ildizcha yo'nalishida segmentar tipdagi sezgi o'zgarishlari kuzatiladi. Ba'zan yelka-ko'krak periartriti, oldingi narvonsimon mushak sindromi, bo'yin qiyshayishi, qo'l barmoqlarining uvishishi, vertebro-bazillar dissirkulator sindromlari bo'lishi mumkin. Oxirgi holatda bemor qattiq bosh og'rig'i, bosh aylanishi, quloqda shovqin, ba'zan eshitish kamayishiga, yurganda gandaraklab ketishiga shikoyat qiladi. Bemorning uyquasi buzilib, xotirasi zaiflashib, asabiylashib qoladi. Bosh og'rig'i va aylanishi bo'yin va boshni harakatlantirganda kuchayadi, qattiq harakat qilsa yiqilib ketishi mumkin.

Bel-dumg'aza radikulitida hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiraitik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qattiq bel og'irishi 2. Belda harakatni chegaralanishi 3. Og'riqni oyoqlarga berishi 4. Oyoqlarida uvishish 5. Og'riqni harakatlanganda kuchayishi 	<p><i>Mayjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bel og'rig'i 2. Belda harakatni chegaralanishi 3. Oyoqlarida og'riq 4. Oyoqlarini uvishishi 5. Harakatlanganda og'riqni kuchayishi <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belda og'riqni zo'rayishi 2. Oyoqlarida harakatni chegaralanishi 3. Yura olmaslik 4. Asoratlarni yuzaga kelishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Og'riq qoldiruvchi tabletka berish 4. Bemorga og'riqni yengillashtiradigan qulay holat yaratib berish 5. Bel sohasini KT/ MRT-ga tushirish 6. Asoratlarni (yura olmaslik) oldini olish yoki bartaraf qilish 7. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay holat qilib yoqtiziladi 2. Belni siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi 3. Toza havo bilan ta'minlanadi 4. Og'riq qoldiruvchi analgetiklar beriladi 5. Oyoqlariga issiq vannaga qilinadi 6. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: diklofenak 3,0 m/o, nikotin kislotasi 2,0 m/o, laziks 3,0 m/o 7. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning bel og'rig'i kamaydi yoki to'xtadi 2. Belda harakat hajmi ko'paydi 3. Oyoqdagi og'riqlar kamaydi yoki to'xtadi 4. Harakatlanganda og'riq sezilmaydi 5. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 6. Bemor ruhan tinchlandi 7. Asoratlar oldi olindi yoki bartaraf qilindi 8. Shifokor tavsiyalari bajariladi
<p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor bezovta 2. Bemorning holati majburiy 3. Belni ayab o'ng'ay-siz holatda o'tiradi 4. Bel sohasida og'riq kuchaygandan oyoqlarini harakatlantirishdan qo'rqadi 				

3. Ko'krak osteoxondrozida ikki kurak oralg'ida og'riq bo'lib, ko'pincha chap kurak tarafida va yurak atrofida sanchish beradi. Og'riq va sezgi o'zgarishlari kamarsimon yo'nalishida qovurg'alararo nervlar bo'yicha tarqaladi. Kuchanish, zo'riqish, yo'tal, chuqur nafas olish, kuchli harakat va nam-sovuq, ob-havo ta'sirida og'riq kuchayadi. Avvaliga qovurg'alararo nervlar bo'yicha giperesteziya bo'lishi mumkin, keyinchalik gipesteziya anesteziyaga aylanadi. Umurtqa usti va yon-atrof nuqtalari, hamda kurak osti nuqtalarida og'riq paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda og'riq yurak atrofida bo'lib stenokardiya kasalligiga o'xshab ketadi.

4. Bel osteoxondrozida og'riq asosan belda bo'lib, bukilganda va ayniqsa belni rostlanayotganda kuchayadi. Bel qismi sovuqqa ta'sirchan bo'lib qoladi. Ko'pincha og'riq bir tomonlama boshlanib, keyinchalik ikkala oyoqqa qarab tarqaladi. Og'riq nuqtalari esa umurtqa usti, ayniqsa umurtqa yoni (paravertebral), dumba osti va son-boldirning yon-orqa qismlarida joylashadi. Amaliyotda bel osteoxondrozi klinikasi bel va dumg'aza osteoxondrozi bilan uyg'unlashib ketadi.

Bunda og'riq bel va oyoqlarning yon-orqa qismidan tashqari, ichki va oldi atroflari bo'yicha ham tarqaladi. Qo'ymich va son nervlari ildizchalari yo'nalishi bo'yicha nerv tortilish belgilari (Lasseg, Neri, Vasserman) paydo bo'ladi. Oyoqlarda harakat chegaralanib, sezgi kamayishi mumkin.

Xulosa qilib aytganda, umurtqa osteoxondrozida bo'ladigan nevrologik belgilarni ko'p yoki kamligi nafaqat osteoxondroz jarayonining darajasiga, balki ko'proq qo'shimcha shamollash jarayoni darajasiga ham bog'liqdir.

Davolash usullari: Periferik asab tizmasi kasalligining davolash tadbirlar uning sababiga, turiga, jarayoniga qarab tuziladi. Bu tadbir kompleks holda bajarilib, dori-darmon, fizioterapevtik, manual terapiya, blokada, ba'zi bir hollarda esa neyroxirurglik, jarrohlik usullari kiradi.

Bel og'irg'ining o'tkir jarayonida tinchlik, analgetiklar kerak. Yotganda qattiq to'shakda, oyoqni bukib, iyak ko'krakka keltirgan holda yotish lozim. Bel va oyoqni qalin ko'pra bilan o'rab qo'yish kerak. Og'riqni kamaytirish uchun analgetiklar (analgin, reopirin, indometatsin va hokazo), kombinatsiyalangan dorilar (baralgin, sedalgin, pentalgin) V12, dimedrol, analgindan iborat kokteyl) qo'llaniladi, blokadalar qilinadi (perinevral, paravertebral, epidural). Blokada uchun ishlatiladigan eritma, ko'pincha bir necha dorilarning qo'shilmalaridan iborat bo'ladi. Davolash davomida har 2-3 kunda blokadalar, ko'pincha 3-4 marta qilinadi. Dorilar (analgetik) ta'sirini neyroleptiklar, trankvilizatorlar bilan kuchaytirish mumkin.

Infekcion-allergik sababdan boshlovchi kasalliklarda ximioterapevtik, antigistamin preparatlar, kortikosteroid garmonlar ishlatiladi. Kortikosteroidlarni berayotganida boshlang'ich kunda 30-60 mg bo'lib, 5 mg dan 2 hafta davomida kamaytiriladi. Kasallikning boshida vitamin V1 V6, V12 berilib, 1-2 haftadan so'ng so'riltiruvchi dorilar aloe, steklovidnoe telo, rumolonga o'tiladi.

Bemorda falajlik bo'lganda xolinolitiklar (prozerin, galantamin, oksazil) beriladi. Fizioterapevtik usullar chekka asab tizmasi kasalliklarida keng qo'llaniladi. O'tkir bosqichda-UFN, sinusoidal modullashgan toklar, novokain bilan elektroforez, impulsli rejimda ultratovush yoki analgin bilan fonoforez, pulsatsiyalashgan magnit maydoni qilinadi. Uncha o'tkirmas bosqichida esa parafin, ozokerit, loy bilan davolash, interferension tok ishlatiladi.

Qon aylanishi buzilishlari kuzatilganda sulfid vannalar, endokrin buzilishlarda radon vannalari, asab tizmasining tez ta'sirlanuvchanligida xvoy vannalari beriladi. Agar 3-4 fizioterapevtik davolanishdan keyin og'riq kuchayib ketssa, 1-2 kuncha to'xtab turish lozimdir. Bu bosqichda (agar og'riq kamaygan bo'lsa) massaj va davolash fizikulturaning reabilitatsion va profilaktik ahamiyati katta.

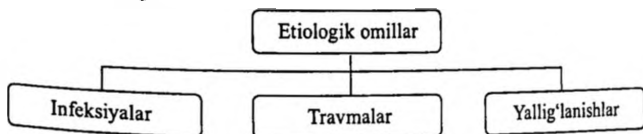
Uch tarmoqli nerv nevrалgiyasining boshlang'ich bosqichida (finlepsin, tegretol kabi dorilar), vitaminlar, fizioterapevtik usullarining bir necha turlari kompleks holda beriladi.

Remissiya bosqichni uzoq vaqt saqlash uchun uch tarmoqli nervning yallig'lanishi tarmog'ini gidrokortizon, novokain bilan blokada qilish mumkin.

Uch shoxli nerv nevrалgiyasi

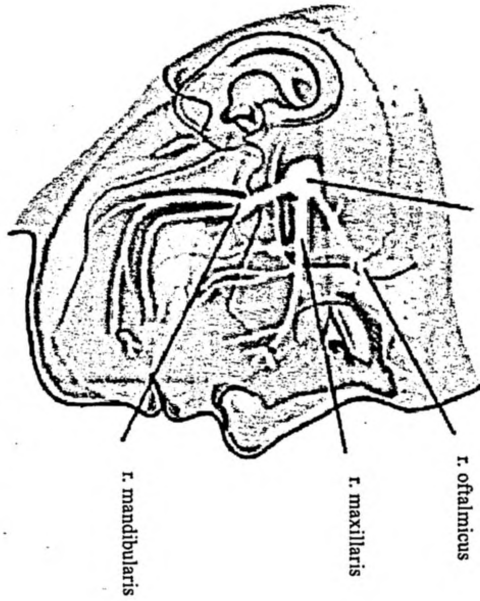
Nevropatiyalar va nevrалgiyalar periferik nervlarning zararlanishi oqibatida, ularning faoliyatini buzilishi, nevrалgiya-nerv tolalariining qitqlanishi bo'lib, kuchli og'riq xurujlari bilan xarakterlanadi. Nevritlarni keltirib chiqaruvchi asosiy sabablardan biri infeksiya bo'lsa, nevrалgiyada esa intoksikatsiya, jarohatlar va sovuqda qolish hisoblanadi.

Quyida Uch shoxli nerv nevrалgiyasining asosiy etiologik faktorlari ko'rsatilgan.



Uch tarmoqli nerv nevrалgiyasi asosiy sabablaridan biri gaymorit, frontit bo'lsa, yuz nervining nevriti sababchilaridan biri o'rta quloq kasalliklari va suyak ichi kanallarining torligi sabab bo'ladi. Ko'pincha nervlar o'zining tarkibida harakat, sezgi va vegetativ tolalar bo'lgani uchun nevrit va nevrоpatiylalarda harakat o'zgarishlari va mushaklar atrofiyasi bilan birga yuzaki va chuqur sezgilarni buzilishlari bilan birga kuzatiladi. Uch tarmoqli nerv nevrалgiyasi kasalligida kuchli og'riq xurujlari bo'ladi. Og'riq asosan yuzda, lunjda, tishlarda, yuqori va pastki jag'larda - kuzatiladi. Ko'pincha kasallik 40-50 yoshdan boshlanadi. Kuchli og'riq paytida kasalning aft-angori burishib, ko'zlaridan yosh chiqib, qimirlamay turib qoladi, ranglari oqarib, gohida qizarib, burnidan suv kelishi mumkin.

Uch shoxli nerv. Zararlenganda nevrologiya kuzatiladi. Uch shoxli nerv nevrologiyasi xurujisimon ko'rinishda kechadi, yuzning yarmida sanchuvchi og'riq, peshona sohaga, ko'zga, yuqori va pastki jag'larga irradiatsiyalanishi bilan xarakterlanadi. Nerv shoxlarini zararlaniishi natijasida innervatsiya sohasidagi barcha sezuvchanliklar buziladi (34-rasm).



34-rasm. Uch shoxli nervning tarmoqlari.

Uch shoxli nerv nevrologiyasida hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p>Bemor shikoyatlari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yuzning bir tarafida yoki milkda, tishlarda og'riq 2. Og'riqni chaynaganda, gapirganda, kulganda kuchayishi 3. Og'riqni kuchli chidamsiz bo'lishi (tok urgandek, achishish bilan) 4. Og'riqni qisqa muddatli bo'lishi <p>Obyektiv tekshirish natijalari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor bezovta 2. Bemor gapirishga, ovqat yeyishga, kulishga qo'rqadi 3. Bemor yuvinishga, soqol olishga qo'rqadi 4. Og'riq kuchayganda bemor yuzida og'riqli tik kuzatiladi 	<p>Mavjud muammolar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yuzning bir tarafida og'riq 2. Gapirganda, chaynagan-da, kulganda og'riqni kuchayishi 3. Og'riqni kuchli, chidamsiz bo'lishi 4. Ovqat yeya olmaslik <p>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yuzda og'riqni zo'rayishi 2. Umumiy quvvatsizlik, asteniya 3. Asoratlarni yuzaga kelishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Og'riq qoldiruvchi tabletka berish 4. Bemorga og'riqni yengillashtiradigan qulay holat yaratib berish 5. Og'riqni qo'zg'atadigan omillarni bartaraf qilish 6. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 7. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay sharoit qilib yotqiziladi 2. Og'riq qoldiruvchi analgateiklar yoki finlepsin beriladi 3. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: antibiotiklar, degidratatsiya, gormonlar, YaQNV (diklofenak 3,0 m/o), metaboliklar, so'ril-tiruvchi dorilar 4. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning yuzidagi og'riq kamaydi yoki to'xtadi 2. Bemor ovqat yeyishni boshladi 3. Bemor bemalol gapira va kula oladi 4. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 5. Bemor ruhan tinchlandi 6. Asoratlar oldi olindi yoki bartaraf qilindi 7. Shifokor tavsiyalari bajarildi

Uch shoxli nerv tuguni zararlanishi og'riq bilan kechadi. Zararlangan nerv yadrosi og'riq va harorat sezgisini konsentrik zonalarda buzilishi ko'rinishida kechadi. Uch shoxli nerv yoki uning tarmoqlari zararlanishi xurujsimon og'riq, ayrim hollarda yosh oqishi, sanchuvchi tiklar bilan kechadi. Harakatlantiruvchi yadro va uch shoxli nerv tolalari zararlanganda chaynov muskuli parezi kuzatiladi.

Yuz nervining nevriti

Yuz nervining nevropatiyasi (nevriti) kasalligida mimik mushaklari bo'shashadi yoki harakati yo'qoladi, ko'z yumilmaydi, peshona, lab burun burmalari yoziladi. Pufflash, hushtak chalish mumkin bo'lmay qoladi. Ovqat chaynash qiyinlashib qoladi, suyuqlik ichayotganda falajlangan tomondan oqib ketadi. Yuz nervi qaysi qismi zararlanganiga qarab qo'shimcha belgilar uchraydi:

1. Yuz nervining miyacha-ko'prik burchagi zararlanganida mimik mushaklar falajlanishi bilan birga eshitishning susayishi, quloqda shovqin, miyacha faoliyatining buzilishi, ba'zida qarama-qarshi tarafda piramida yo'lining zararlanish belgilari uchraydi.

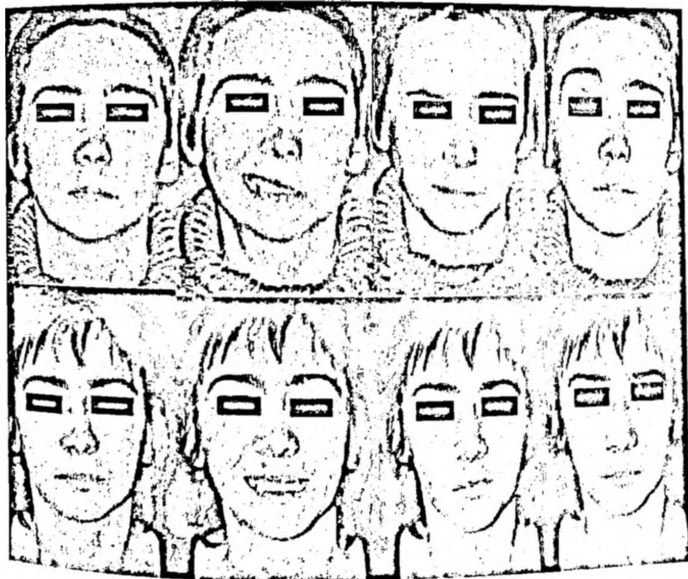
2. Yuz nervi o'zagidan chakka suyagi qattiq qismining katta nervi ajralgandan so'ngi qismi zararlanganda eshitishning patologik kuchayishi-giperakuziya qo'shiladi.

3. Agar kasallik yuz nervining chekka suyagining qattiq qismining katta nervi ajralmasdan oldingi qismi zararlangan bo'lsa bunda, ko'z yoshi ajralishining buzilishi, kamayishi, to'xtab qolishi kseroftalmiya qo'shiladi.

4. Agar yuz nervi nog'ora tori ajralmasdan oldingi qismi zararlansa, tilning oldingi $\frac{2}{3}$ qismining yarmida maza-ta'm bilish sezgisining yo'qolishi va unda so'lak ajralishining susayishi qo'shiladi.

Shikastlanish simptomlari

1. Yuz nervining shikastlanishining markaziy va periferik turlari farqalanadi. Periferik shikastlanishda, yuzning yarmida hamma mimika mushaklarining falajligi kuzatiladi. Markaziy falajlanishda burun-lab burmasi tekislanadi, og'iz burchaklarining tushishi (shikastlangan tomonga qarama-qarshi tomonda) (35-rasm).



35-rasm. Yuz nervi nevrining bosqichma-bosqich tiklanishi

2. Ko'z yorug'ining kengayishi (periferik falajlikda).
3. Qoshlarni ko'tarib bo'lmaydi (periferik falajlikda).
4. Lagoftalm, Bell fenomeni (periferik shikastlanganda).
5. Burun, lab burmalarini silliqlashishi.
6. Xushtak chalib bo'lmaydi.
7. Tilning oldingi 2/3 qismida ta'm sezishning yo'qolishi.

Yuz nervi nevritida hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordamini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yuzning bir tarafini bir kunda qiyshayishi 2. Suyuqlik ichganda og'zidan oqishi 3. Bir tarafda ko'zining yoshlanishi yoki qurishi 4. Ko'zini bir tarafda to'liq yuma olmasligi 5. Qoshini ko'tara olmasligi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor tushkun holatda 2. Yuzning bir taraf osilgan 3. Bemor suyuqlik ichayotganda zararlangan tarafdan oqadi 4. Bemor qoshini ko'tara olmaydi, ko'zini to'liq yuma olmaydi, yuzini shishira olmaydi, qovog'ini sola olmaydi, chala olmaydi 5. Zararlangan tarafda ko'z yoshi oqadi 	<p><i>Mayjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yuzning bir tarafini qiyshayishi 2. Suyuqlik ichganda og'zi-ning bir tarafdan oqadi 3. Shu tarafda ko'zi yoshlanadi yoki quriydi 4. Zararlangan tarafda qoshini ko'tara olmaydi, ko'zini to'liq yuma olmaydi, yuzini shishira olmaydi, qovog'ini sola olmaydi <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mimik muskullarda kontraktura rivojlanishi 2. Suyuqlik icha olmaslik 3. Asoratlarni yuzaga kelishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Yelvizaklarni bartaraf qilish 4. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 5. Bemor ahvoli ni muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorga qulay sharoit yaratiladi 2. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: 3. Yelvizaklarni antibiotiklar, degidratatsiya, gormonlar, YaQNV (diklofenak 3,0 m/o), metaboliklar, dorilar 3. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning yuzi simmetriklashdi 2. Bemor suyuqlik icha boshladi 3. Bemor ko'zini to'liq yuma oladi, qoshini ko'tara oladi, yuzini shishira olmaydi, hushtak chala oladi 4. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 5. Bemor ruhan tinchlandi 6. Asoratlar oldi olindi yoki bartaraf qilindi 7. Shifokor tavsiyalari bajarildi

TEKSHIRISH UCHUN SAVOLLAR

1. Lyumbago (belangi), radikulonevrit, ganglionit, nevrit kasalliklarining umumiyligi va farqlanish belgilari qanday?
2. Nevrit va nevrologiya deganda nimani tushunasiz?
3. Son va quymich nervlari zararlanganda qanday tortishish belgilarini tekshirish kerak?
4. Yelka pleksiti kasalligining klinik belgilarini bilasizmi?
5. Yuz nervining zararlanish yoki kasalligida ekstrakranial va intrakranial qismining zararlanishining klinik farqlari nimalardan iborat?
6. Bo'yin, ko'krak, bel-dumg'aza radikulitining umumiy va farqli belgilarini nimalardan iborat?
7. Bilak, tirsak va o'rtalik nervlarning zararlanishi oqibatida kelib chiqadigan nevrologik o'zgarishlarni farqlab olasizmi?

TEKSHIRISH UCHUN MASALALAR

1. 54 yoshdagi bemor bel-dumg'aza qismining chap tarafida va chap oyog'ida kuchli og'riq bo'lgani uchun yurishning qiyinlashganini aytib shikoyat qiladi. Bemorni tekshirish jarayonida uning bel-dumg'aza umurtqa atrofining chap tomonida va oyog'ining orqa tomonini paypaslaganda kuchli og'riq borligi aniqlanadi. Oyoqning kuch-quvati kamaygan emas, lekin son va boldirning orqa tashqi qismida va to'piqda sezgi kamayganligi aniqlanadi. Pay reflekslari susaygan, axill refleksi yo'qolgan. Bu bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin?
 - a) bel-dumg'aza belangisi;
 - b) quymich nervining nevropatiyasi;
 - d) lyumbago.
2. 28 yoshli bemor yuzining bir tomonga qiyshayib qolganligiga shikoyat qilib keldi. Tekshirish natijasida chap ko'zining yumilmasligi, yuzining chap qismi osilib turishi, chaynashning va suyuqlik ichishning qiyinlashganligi aniqlanadi. Yelkan belgisi chap tomonda kuzatiladi, peshona, lab-burun burmalari chap tomonda silliqlashganligi kuzatiladi, sezgi o'zgarishlari yo'q. Bemorga qanday tashxis qo'yish kerak?
 - a) yuz nervining intrakanal nevriti;
 - b) yuz nervining ekstrakranial nevriti;
 - d) intrakranial nevriti.

III. 9. NEVROLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLARDA HAMSHIRALIK JARAYONI

Shoshilinch holatlarga tashqi yoki ichki omillar natijasida kelib chiqqan va tezlik bilan tashxislanishi va davolanishi lozim bo'lgan o'tkir patologik jarayonlar kiradi. Shoshilinch deb yuritiladigan holat – bu davomiyligi bilan farqlanadigan, shu vaqtda vital (hayotiy muhim) faoliyatning yaqqol buzilishlarining va hayotga xavf soladigan nevrologik buzilishlarning kuchayishi yoki muqim saqlanishi bilan namoyon bo'ladigan holatdir. Shoshilinch holatlar yana «kritik holat» yoki «terminal holat» deb ham yuritiladi. Bosh miya zararlanishi natijasida kelib chiqadigan shoshilinch holatlarning boshqa a'zo va tizimlarning o'tkir rivojlanadigan kasalliklari natijasida kelib chiqadigan shoshilinch holatlardan farqi shundaki, bunda ong va boshqa hayotiy muhim bo'lgan faoliyatlarning (nafas olish, yurak urishi, qon aylanishi) keskin buzilishi, gomeostaz, hatti-harakat, sezgi, muvozanat buzilishlari darhol rivojlanadi.

Shunday qilib, nevrologik shoshilinch holatlar tez va bir vaqtda bir necha faoliyatning buzilishi bilan kechadi. Bosh miya zararlanishi bilan kechmaydigan shoshilinch holatlarda, odatda, lokal xarakterga ega bo'lgan buzilishlar aniqlanadi. Masalan, qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir kasalliklarida qorinda lokal o'tkir og'riq, oshqozon-ichak trakti faoliyatining buzilishi, qorinpardaning ta'sirlanish simptomlarining aniqlanishi; o'tkir qon-tomir yetishmovchiligida keskin arterial gipotenziya; o'tkir yurak yetishmovchiligida aritmiya, havo yetishmasligi, o'pka shishi belgilari namoyon bo'ladi, lekin ong buzilmaydi va bemor hushini yo'qotmaydi; miokard infarktida yurak sohasida kuchli og'riq bezovta qiladi.

Nevrologiyada shoshilinch holatlar klinik ko'rinishi keng gamrovli bo'lib, uni tashxislash ma'lum bir qiyinchiliklarni tug'diradi. Ko'pincha shoshilinch holatlarni keltirib chiqaruvchi omillarni aniqlash qiyin masala bo'lib qoladi. Shoshilinch holatlar

ma'lum bir vaqt yoki muddat bilan chegaralanmaydi. Shoshilinch holatlarning kechishi, davomiyligi, og'irlik darajasi kasallikni keltirib chiqargan omil va uning individual xususiyatlari, bemorning umumiy holatiga bog'liq bo'ladi.

Nevrologik shoshilinch holatlar ba'zi avtorlarning ma'lumotlariga ko'ra ko'p profilli klinikalarga yotqizilayotgan bemorlarning 5–10%ini tashkil qiladi. Bemor holatining og'irligi, kasallikni keltirib chiqargan omil haqida ma'lumotning yo'qligi, gospitalizatsiya davrigacha tashxislash imkoniyatining cheklanganligi ko'p hollarda holatni bir tarafлама ta'riflash va hayotiy muhim ahamiyatga ega bo'lgan a'zolar faoliyatidagi buzilishlarni tiklash choralarini tezkorlik bilan olib borishga qaratiladi.

Nevrologiyada shoshilinch holatlarga quyidagilar kiradi:

- Bosh miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi – ishemik insult, miyaga qon quyilishi, subaraxnoidal qon quyilishi, o'tkir gipertonik ensefalopatiya;
- Miya va uning pardalarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari – meningitlar, meningoensefalitlar, subdural empiema, epidural abscess;
- Bosh miya jarohatlari va uni o'z vaqtida aniqlanmaganligi natijasida kelib chiqadigan posttravmatik gematomalar;
- Epileptik sindrom – epileptik status, sinkopal holatlar;
- Bosh chanoq gipertenziyasi va shishining o'tkir klinik namoyon bo'lishi;
- Ong buzilishlari va koma;
- Metabolik buzilishlarda o'tkir nevrologik patologiya – qandli diabet dekompensatsiyasi, jigar, buyrak, buyrak usti bezi, qalqonsimon bez faoliyatining o'tkir buzilishi, o'tkir pankreatit;
- Asab tizimining o'tkir infeksiyon-allergik kasalliklari – Giyen-Bare o'tkir poliradikulonevriti, o'tkir tarqoq ensefalomielit, postvaksinal ensefalit;

- Xavfli neyroleptik sindrom;
- Botulizm;
- Qoqshol;
- Migren;
- Nevrologik patologiya bilan namoyon bo'ladigan ekzogen intoksikatsiyalar – etil va metil spirti, analgetiklar, uyqu vositalari, antigistamin moddalar, psixotrop moddalar, atropin, sianidlar, antixolinesteraz moddalar, alkogol bilan zaharlanish;
- Orqa miyaning o'tkir zararlanishi – birlamchi va dissirkulator-kompression.

Shoshilinch holatlarda ko'rsatiladigan yordam keskin kechmaydigan boshqa kasalliklarda ko'rsatiladigan yordamdan tubdan farq qiladi. Birinchi yordam imkoniyat boricha kasallik boshlangandan qisqa muddat ichida ko'rsatilishi lozim. Obyektiv ko'rik eng avval hayotiy zarur bo'lgan a'zolar – yurak va nafas olish faoliyatini tekshirishdan boshlanadi. Epileptik status va hayotiy zarur bo'lgan a'zolar faoliyatining keskin buzilishida tekshirishdan avval zarur bo'lgan davolash tadbirlari o'tkaziladi, so'ngra tezda tekshiruv o'tkaziladi.

Shoshilinch holatlarda hamshiralik jarayonini tashkillashtirish

Zamonaviy sog'liqni saqlash maskanida hamshira shifokorning partneri bo'lib, barcha davolash jarayoni bosqichlarida yordam berishi va javobgarlikni his qilishi kerak. Bu masalalar hamshiralik jarayoni ostida amalga oshiriladi.

Professor Perfilyev G. M. fikricha, hamshiralik jarayoni boshqa barcha yo'nalishlar kabi nevrologiyada ham juda zarur, chunki u bemorni jismoniy va ruhiy mustaqilligini ta'minlab beradi.

Hamshira bemor bilan ishlaganda ular orasida bir-biriga ishonch munosabatlari kuzatiladi, hamshira bemorga gigiena haqida tushuntirish ishlari olib boradi. Bemor bilan erkin aloqani bog'lab

olish juda muhimdir, buning uchun bemorni eshita bilish va uning holatini tushunishga harakat qilish kerak. Hamshiralik jarayoni bajarilayotganda hamshira, bemorning o'zi va uning qarindoshlari qatnashadilar.

Hamshiralik jarayonining *birinchi bosqichiga* tibbiyot hamsirasining bemorlar haqida pasport ma'lumotlarini aniqlashi (familiyasi, ismi, sharifi, tug'ilgan yili, millati va h. k.), ijtimoiy ma'lumotlar to'plashi (oilasi, turar joyi, yashash sharoiti va h. k.), shikoyatlarini yig'ishi (hozir bemorni bezovta qilayotgan holat), bemorning ruhiy holatini baholashi (bemor qo'zg'aluvchan yoki tormozlangan, jizzaki yoki tushkun kayfiyatda, ong buzilishi holatlari, kasallikni simulatsiya qilish holatlari va h. k.) va obyektiv ko'rik o'tkazishi kiradi. Bu bosqichni o'tkazish bemorning ehtiyoj, muammo va talablarini aniqlash imkonini beradi. Shu o'rinda aytib o'tish kerakki, ehtiyoj – bu biror narsani yetishmovchiligi, muammo – bu bemorni o'z-o'ziga yordam bera olmasligi, talab esa – shu yordamni kutishlikdir.

Nevrologik bemorlarda ko'pincha quyidagi ehtiyoj buzilishlari kuzatiladi: ovqatlanish, harakatlanish, gigiena, muloqot.

Hamshiralik jarayonining *ikkinchi bosqichiga* bemor muammolarini aniqlash yoki hamshiralik darajasida tashxislash, ya'ni bemor sog'lig'i holatini aniqlash kiradi. Hamshira tashhisi bemorning jismoniy, hissiy-ruhiy, ijtimoiy holatini o'z ichiga qamrab oladi.

Nevrologik bemorlarga quyidagi namunaviy hamshira tashxislari xos:

- umurtqaning turli bo'limlari shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan og'riqlar;
- tananing qaysidir qismida noxush sezgilar;
- kasallik bilan bog'liq bo'lgan turli lokalizatsiyali va xarakterdagi bosh og'riqlari;
- kasallik bilan bog'liq bo'lgan ko'ngil aynishi va qusishlar;

- shol yoki og‘riq tufayli jismoniy faollikning susayishi;
- o‘z-o‘zini parvarishlash imkoniyatining yo‘qligi;
- mustaqil ovqatlanish imkoniyatining yo‘qligi;
- ortiqcha vazn;
- siydik ushlay olmaslik yoki tutilishi;
- ihtiyorsiz defekatsiya (katta hojatni ushlay olmaslik);
- yotoq yara paydo bo‘lish xavfi;
- kontraktura rivojlanish xavfi;
- o‘pkada dimlanish belgilari hosil bo‘lish xavfi;
- bo‘limdagi shovqin yoki og‘riqlar hisobiga uyqu buzilishi;
- nutq buzilganligi sababli muloqotni qiyinlashuvi;
- hissiy holat bilan bog‘liq jamoat tomonidan parvarish;
- yordamchilarsiz qolishdan xavfsirash, ishonchsizlik;
- o‘z kelajagidan qo‘rqish.

Hamshiralik tashxisi uch turda bo‘ladi:

1. Birlamchi – tez yordam ko‘rsatishni talab qiladigan, ya‘ni bemorning hozirgi holati bemor hayotiga xavf solayotgan holda.
2. Oraliq – tez yordam ko‘rsatishni talab qilmaydigan, ya‘ni bemorda o‘lim xavfi yo‘q holda.
3. Ikkilamchi – kasallikka aloqasi yo‘q bo‘lgan tashxis.

Tashxis qo‘yilgandan so‘ng hamshiralik jarayonining *uchinchi bosqichi*, ya‘ni hamshira ishini rejalashtirish bosqichiga o‘tiladi. Bunda haqiqatga yaqin maqsadlar aniqlanadi, qisqa muddatli, uzoq muddatli va hamshira ish rejasi tuziladi. Hamshiraning parvarish bo‘yicha rejalashtirilgan ishi hamshiralar kasallik tarixiga yoki hamshira parvarish varaqasiga yozib boriladi.

To‘rtinchi bosqich – rejalashtirilgan ishni amalga oshirish bilan yakunlanadi (hamshira aralashuvi). Ish rejani amalga oshirish hamshiralik parvarish qilish standartiga muvofiq amalga oshiriladi. Bunda parvarishni birlamchi rejasi tuziladi, rejani barcha punktlari bo‘yicha belgilar qo‘yib boriladi.

Beshinchi bosqich – hamshiralik xizmatini samaradorligini baholashdan iborat. Buning uchun quyidagi amallarni bajarish kerak:

1. Erishilgan natijani rejalashtirilgan ish bilan taqqoslash;
2. Rejalashtirilgan xizmatni samaradorligini baholash;
3. Agar kutilgan natijalarga erishilmagan bo'lsa, uni baholash va qayta rejalashtirish;
4. Jarayonning barcha bosqichlarini tanqidiy tahlil qilish va kerakli tuzatishlar kiritish.

Hamshira faoliyatining uchta darajasi farqlanadi:

- qaramlik – shifokor ko'rsatmalarini uning nazorati ostida bajarish;
- mustaqil – shifokor ko'rsatmasasiz hamshira o'z tashabbusiga ko'ra harakat qilishi;
- o'zaro qaramlik – shifokor va boshqa mutaxassisning hamshira bilan o'zaro hamkorlikdagi faoliyati.

Erishilgan natija rejalashtirilgan ishga muvofiq kelganda hamshiralik jarayoni to'g'ri va samarali bajarilganligi ta'kidlanadi. Bu hamshiraning bilimi va amaliyoti yuqori darajada ekanligidan dalolat beradi.

Misol

64 yoshli bemorda noqulay harakatdan so'ng belda og'riq o'ng oyoqqa tarqalishi bilan paydo bo'ldi. Bemor bel osteoxondrozi bilan stasionarda davolanmoqda.

Obyektiv: bemor egilib turadi, qimirlamaslikka harakat qiladi, umurtqasi bel sohasida qiyshaygan, shu yerda kuchli og'riq, o'ng tarafda bel mushaklari taranglashgan.

Masala:

1. Hamshiralik tashxisini qo'yish;
2. Tashxisga asoslanib hamshiralik yordamini aniqlash;
3. Hamshiralik faoliyati rejasini tuzish;

4. Hamshiralik faoliyati samaradorligini baholash.

Javob:

1. Hamshiralik tashxisi: belda og'riq tufayli harakatning cheklanishi.
2. Maqsad (qisqa muddatli): 20 daqiqa ichida og'riqni yo'qotish.
3. Hamshiralik faoliyatini rejalashtirish:
 - hamshira shifokorni chaqiradi;
 - hamshira bemorni yotishiga va to'shakda qulay holat tanlashiga yordam beradi;
 - hamshira tabletka beradi;
 - hamshira shifokor ko'rsatmasiga binoan analgin 50%li 2ml va dimedrol 1%li 1mlni eritmani tayyorlaydi va mushak orasiga yuboradi;
 - hamshira bemor ahvolini kuzatadi.

Eslatma: maqsadga yetishish uchun bemorni tinchlantirish lozim. Hamshira aralashuvining har punktida bemorlarga rejani tushuntirish va roziligini olish kerak.

20 daqiqadan so'ng hamshira faoliyatini bajarilganligini baholash: og'riq kamaydi, bemor harakatlana oladi, bemorga taxtali to'shak hozirlash lozim.

Nevrologiyada shoshilinch holatlar klinikasi

Shoshilinch holatlarni aniqlashda tibbiyot xodimidan uning harakatlarida maksimal aniqlik talab qilinadi. Qisqa muddat ichida bemor haqida imkoniyat boricha to'laroq ma'lumot yig'ish uchun tibbiyot xodimi o'zining tajribasi va bilim xazinasini isbga solishi kerak. Ma'lumot yig'ayotganda birlamchi va ikkilamchi bo'lgan ma'lumotlarni ajrata bilishlik, ularni to'g'ri talqin qilishlik davo choralarini to'g'ri olib borishlikning muhim garovidir. Shoshilinch holatlarda birlamchi tashxis qo'yishda albatta kasallikning sabablari, kechishi haqida qisqa bo'lsa ham ma'lumotga ega bo'lish lozim. Shu sababli, nevrologiyada ba'zi shoshilinch holatlarni keltirib

chiqaruvchi kasalliklar sabablari, ularning klinikasi haqida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Sinkopal holatlar

Sinkopal holatlar yoki hushdan ketish—bu bosh miyada gipoksiya va anoksiya natijasida metabolik jarayonlarning diffuz buzilishi oqibatida noepileptik bo'lgan ongning qisqa muddatga paroksizmal buzilishidir.

30% insonlar 15–30 yoshida bir marotaba bo'lsa ham sinkope holatiga tushgan, stomatolog qabulida 1% patsient, qon topshirayotganda 4–5% donor sinkopal holatga tushadi.

Sinkopal holat hissiy stress, ortostatik gipotenziya, dim xonada bo'lish, yo'tal, gipoglikemiya, o'tkir dispepsiya va boshqalardan keyin rivojlanadi.

Sinkopal holatning quyidagi turlari farqlanadi:

1. Nevrogen (psixogen) turi:

- hissiy – keskin og'riq, xavotir, qonni ko'rganda, qo'rquv, tibbiy muolajalar, uyalish, ranjish kabi salbiy hissiyotlar bilan bog'liq;
- assosiativ – bo'lib o'tgan hissiy voqeani eslaganda hosil bo'lgan patologik shartli reflekslar hosil bo'lishi bilan bog'liq;
- irrativ – patologik shartsiz vegetativ-qon-tomir reflekslar hosil bo'lishi bilan bog'liq, masalan: sinokarotid zona yoki vestibular apparatni ta'sirlanishi natijasida;
- dyezadaptatsion – harakat va ruhiy zo'riqishning oshishi bilan bog'liq, masalan: ortostatik va gipertermik hushni yo'qotish;
- dissirkulator – bosh miyada regional ishemiya bo'lishi bilan bog'liq, masalan: boshni keskin harakat qildirganda, keskin yuqoriga qaraganda, gipertonik krizda.

2. Somatogen turi:

- kardiogen – yurak kasalliklarida kuzatiladigan qonni haydashni pasayishi bilan bog'liq;
- vazodiyepressor – periferik qon tomirlar tonusining keskin pasayishi bilan bog'liq;
- anemik – gemik gipoksiya bilan bog'liq;
- gipoglikyemik – qonda glukoza miqdorini tushib ketishi bilan bog'liq;
- rеспirатор – o'pka kasalliklarida nafas yo'llarini to'silib qolishi bilan bog'liq.

3. Ekstremal holatlarda uchraydigan turi:

- gipoksik – nafas olayotgan havoda kislorod yetishmasligi bilan bog'liq, masalan: balandlikda;
- gipovolyemik – qonni noto'g'ri taqsimlanishi bilan bog'liq, masalan: ko'p qon yo'qotganda, tez uchganda;
- intoksikatsion – zaharlovchi moddalar bilan zaharlanganda;
- myedikamyentoz – dorilarni nojo'ya ta'siri natijasida;
- gipyerbarik – havoning bosimi keskin ortganda.

Sinkope uch bosqichdan iborat:

- alomatlar davri yoki lipotimiya, sinkopaldan oldingi holat;
- kulminatsiya yoki holatni avjiga chiqqan davri, sinkopal holat;
- tiklanish davri, sinkopaldan keyingi holat.

Alomatlar davri bir necha soniyadan 2 daqiqalargacha davom etadi. Bu davrda lipotimiya – «noxush ahvol» belgilari namoyon bo'ladi: yuzning oqarib ketishi, umumiy holsizlik, diskomfort va havo yetishmasligi tuyg'usi, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ilashishi, quloqda shang'illash, ko'ngil aynishi, terlash, yurak urib ketishi, lab qurishi va uvishishi, qorin va yurak sohasida yoqimsiz sezgilar kabi alomatlar bezovta qiladi. Bemorga xuddi «er yoq'ini tagidan ketib qolayotgandek» bo'lib tuyuladi.

Sinkopal holatlarda hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sinkopedan oldingi alomatlar: 2. Umumiy holisizlik 3. Ko'z oldi qorong'lashishi 4. Bosh aylanishi 5. Quloqda shang'illash 6. Yurak va qorin sohasida noxush sezgilar 7. Lab qurishi va uvishishi 8. Havo yetishmaslik tuyg'usi <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor to'satdan hushini 10 soniya yoki ko'proq vaqtga yo'qotib, yiqiladi 2. Mushaklar tonusi pasayib ketadi 3. Ko'zi yarim ochiq holatda, nazari yuqoriga qaratilgan 4. Ko'z qorachiqclarini yorug'likka reaksiyasi susaygan 5. Pulsi ipsimon, kamaygan yoki asistoliya 6. Nafas olishi yuzaki 	<p><i>Mavjud</i></p> <p><i>mumammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushini yo'qotishi 2. Yurak ritmini buzilishi 3. Nafas olishini buzilishi <p><i>Bo'lishi</i></p> <p><i>mumkin bo'lgan mumammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yurak urishini bir necha soniyaga to'xtatish 2. Nafas olishni qiyinlashishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorni gorizontol holatda oyog'ini bir oz yuqori ko'tarib yotqizish 3. Sijib turgan kiyimlarini bo'shatish 4. Toza havo bilan ta'minlash 5. Yuzi va bo'yniga sovuq suv sepish 6. Novshadil spirtini hidlatish 7. Shifokor tavsiyasiga ko'ra yurak urishi sekinlashganda atropinni mushak orasiga yuborish 8. QB tushib ketganda kofeinni mushak orasiga yuborish 9. Bemorning ko'ngli aynganda, qusganda yordam ko'rsatish 10. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay holatga yotqiziladi 2. Sijib turgan kiyimlar yechiladi 3. Toza havo bilan ta'minlanadi 4. Bemorning yuzi va bo'yniga suv sepilib, novshadil spirti hidlantiriladi 5. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: atropin, kofein, tinchlantiruvchi vositalar 6. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor hushiga keldi 2. Ko'ngil aynish, qusish to'xtadi 3. Yurak urishi va qon bosimi normallashti 4. Nafas olishi normal-lashdi 5. Xurujlar qaytarilmadi 6. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 7. Bemor ruhan tinchlandi 8. Asoratlar oldi olindi yoki bartaraf qilindi 9. Shifokor tavsiyalari bajarildi

Shu belgilar fonida bemor hushini yo'qotadi – *sinkopal holat* rivojlanadi. Mushak tonusi keskin pasayib, bemor yiqiladi, lekin bemor tikka yiqilmasdan, balki xuddi o'tirib olayotgandek ohista yiqiladi. Shuning uchun sinkopeda talvasa xurujidan farqli o'laroq travmatik jarohatlar kam uchraydi. Ongning buzilishi yengil karaxtlikdan to chuqur yo'qotishgacha bo'lishi mumkin, bu holat 10 soniya yoki undan ko'proq davom etadi. Bu davrda bemorning ko'zi yumuq, nazari tepaga qaratilgan, qorachiqdari kengaygan, yorug'likka reaksiyasi pasaygan bo'ladi. Pay reflekslari saqlanib qoladi. Pulsi past, ba'zida 2–3soniyaga asistoliya kuzatilishi mumkin, qon bosimi pasaygan. Nafas olishi yuzaki, siyrak. Og'ir hollarda sinkope 1 yoki 2 daqiqa davom etadi. Bunda mushak tortishishlari, tilini tishlab olish, gipersalivatsiya ham kuzatiladi. EEG qilinganda bosh miyada gipoksiya belgilari namoyon bo'ladi.

Tiklanish davrida bemor hushiga kelganidan so'ng umumiy holsizlik, boshida og'irlik hissi, yurak va qorin sohasida noxush hislar bezovta qiladi. Gorizental holatga yotqizish, toza havo, nashatir spirtini hidlatish, kofein qilish bemorni tezda o'ziga kelishiga yordam beradi. O'ziga kelgan bemor vaqt va maqonni yaxshi anglaydi, lekin qo'rquv, bezovtalik namoyon bo'ladi. Bemor hushdan ketishdan oldingi holatni eslaydi, tez turib ketgisi va faol harakatlar qilgisi keladi. Gorizental holatdan vertikal holatga o'tishlik yana sinkopal holatga olib kelishi mumkin, shuning uchun bemorni bir oz yotishga ko'ndirish lozim bo'ladi.

Shunday qilib, epileptik xurujdan farqli ravishda sinkopal holatda hushdan ketishdan oldin keskin parasimpatik vegetativ buzilishlar namoyon bo'ladi, hushdan ketish va mushak tonusining pasayishi keskin emas, balki ohista rivojlanadi va bemor yiqilganda jarohatlar olmaydi. Epileptik xuruj kunning harqanday vaqtida va bemorning harqanday holatida vujudga kelsa, sinkope vegetativ buzilishlarni rivojlanib borishidan keyin ro'y beradi va hech qachon gorizental holatda bo'lmaydi. Sinkopeda juda kam hollarda

tutqanoq xurujiga xos bo'lgan mushak tortishishlari, tilini tishlab olish kuzatiladi. Tutqanoq xurujidan keyin bemor odatda uxlasa, sinkopedan keyin bir oz holsizlik qayd qilinadi. Bemor vaziyatni anglaydi va sinkopegacha qilayotgan ishini davom ettira oladi.

Bosh miya ichi gipertenziyasi sindromi

Bosh miya ichi bosimi miya moddasi, qon va likvorning o'zaro dinamik muvozanat natijasida turg'un bir darajada ushlab turiladi. Bu uch birlikning birining oshishi, boshqasining kamayishi hisobiga miya ichi bosimi bir maromda ushlab turiladi. Bu dinamik muvozanat buzilganda miya ichida bosim pasayishi (miya ichi gipotenzivasi) yoki ko'tarilishi (miya ichi gipertenzivasi) mumkin.

Bosh miya ichi gipotenzivasi lyumbal punksiyada, bosh miya jarohatlarida yoki jarrohlikda likvorning ancha qismini oqib ketishi natijasida rivojlanadi. Bunda bemorda ensa sohasida og'riq, meningeal sindromning yengil belgilari, holsizlik, tez charchash, apatiya, taxikardiya kuzatiladi. Bemor gorizontol holatdan vertikal holatga o'tganda bosh og'rig'i kuchayadi va ko'ngil aynishi, qusish, ko'z oldi qorong'ilashishi bezovta qiladi. Bosh og'risi boshni tez burganda va yurganda «miyaga urganday» bo'lib kuchayadi. Bunday bemorlarda «boshni tushirish simptomi» musbat bo'ladi: oyoqni 10–15 daqiqaga yuqoriga qilib, yostiqsiz yotganda bosh og'rig'i kamayadi.

Bosh miya ichi gipertenzivasi bosh miya ichida joylashgan moddalarning summar hajmi oshganda kuzatiladi. Bularga miya shishi, venalarda qonning turg'unligi, serebrospinal suyuqlikning ortiqcha miqdorini yig'ilishi, chanoq ichida hajmli (o'simta, abscess, gematoma, infeksiyon granulema) patologik jarayon, meningit, ensefalit, bosh chanoq-miya jarohati, eklampsiya, metabolik va gipoksik ensefalopatiya, gidrotsefaliya va b. q. lar, shuningdek, bosh chanoq'ining kichrayishi (kraniostenoz, chanoq asosidagi suyaklarning tiqilib sinishi) sabab bo'ladi.

Bosh miya ichi gipertenziyasida hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p><i>Bemor shikoyatlari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qattiq bosh og'rihi, ayniqsa, uyqudan turganda 2. Bosh og'rig'ini aksir-ganda, yo'talganda kuchayishi 3. Ko'ngil aynishi, bir necha marta qusish 4. Ko'z oldida tuman paydo bo'lishi, ko'rishni pasayishi 5. Uyquchanlik 6. Holsizlik <p><i>Obyektiv tekshirish natijalari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor holsiz, tormoz-langan 2. Bemor hissiy befarq 3. Yuzi qizargan, bo'g'riq-qan 4. Boshi perkussiya qilinganda og'riqli 5. Vaale nuqtalarida og'riq 6. Dansig-Kunakov simp-tomi musbat 	<p><i>Mavjud muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rihi 2. Ko'ngil aynishi, qusish 3. Uyquchanlik 4. Hissiy befarqlik <p><i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bosh og'rig'ini kuchayishi 2. Ong buzilishini kuchayib borishi, koma holatiga tushishi 3. Yurak ritmini buzilishi 4. Nafas olishni qiyinlashishi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorga jismaniy va ruhiy osoyishtalik yaratib berish 3. Bemorning ko'ngli ayniganda, qusganda yordam ko'rsatish 4. Bosh miyani KT yoki MRTga tushirish 5. QB, puls monitoringi 6. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 7. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemor qulay holatga yotqiziladi 2. Toza havо bilan ta'minlanadi 3. Bemor qusganda gigienik yordam ko'rsatiladi 4. Shifokor ko'rsatmasiga binoan dorilar yuboriladi: degidratatsiya, antigipok-santlar, metaboliklar 5. KT yoki MRTga tushiriladi 6. Bemor muntazam kuzatiladi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bemorning bosh og'rig'i kamaydi yoki to'xtadi 2. Ko'ngil aynish, qusish to'xtadi 3. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilandi 4. Bemor ruhan tinchlandi 5. Asoratlari oldi olindi yoki bartaraf qilindi 6. Shifokor tavsiyalari bajarildi

Kasallikning klinikasi ko'pincha ertalab, kuchayib boradigan diffuz bosh og'rig'idan boshlanadi. Taom qabul qilish bilan bog'liq bo'lmagan qusish, ruhiy faoliyatning tormozlanishi kuzatiladi. Bosh og'rig'i yo'talganda, kuchanganda, aksirganda kuchayadi. Bemor oldinga engashib o'tirganda yoki oyoq'ini ko'tarib, boshini pasaytirib yotganda chanoq ichi gipertenziyasi oshadi. Ko'rishning vaqincha yomonlashuvi, ko'z oldida tuman paydo bo'lishi ko'ruv nervi diskining turg'unligi-bosh miya ichi gipertenziyasi boshlanishining erta klinik belgisidir. IV qorinchada o'sima o'sganda, retikulyar formatziyadagi «qusish markazini» ta'sirlanishi natijasida kasallik debyurida kuchli qusish va turg'un xiqichiq kuzatiladi. Bu belgilar vital (o'limga olib keluvchi) xavf belgilari bo'lib, bemor hayotini saqlashga qaratilgan choralarini tez boshlash kerakligini bildiradi.

Bosh miya ichi gipertenziyasining oshib borishi bemor ruhiyatida ham o'zgarishlarga olib keladi: bemor odatda holsiz, apatiyada, hayotga qiziqishni toraygan, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Bemorning yuzi aminlik, qarashlari ma'nosiz, savollarga bir xil, uzog pauzadan keyin kechikib javob beradi, somnolensiya (uyquchanlik) holati kuzatiladi. Bosh miya ichi gipertenziyasi oshishining davom etishi karaxtik, sopor va, hatto'ki, koma holatiga olib kelishi mumkin.

Miya shishi

Bosh miya shishi – bosh miyada suyuqlikning yig'ilishi, uning og'irligi va hajmining oshishi bilan kechadigan patologik jarayondir. Miya shishi ko'p hollarda avval lokal chegaralangan bo'lib, keyin butun bosh miyaga tarqaladi.

Miya shishini keltirib chiqaruvchi sabablar turlichadir: miya jarohati, miya qon aylanishining buzilishi, gipertonik kriz, o'likir gipertonik ensefalopatiya, gemorragik insult, infarkt, miya o'simatlari, ensefalit va meningoensefalitlar, gipoksik va toksik ensefalopatiyalar, miyani nuntantirish, epileptik status.

Miya shishi va komada hamshiralik ishi jarayoni

Bemorni tekshirish	Hamshiralik tashxisi	Hamshiralik yordamini rejalashtirish	Hamshiralik yordami rejasini amalga oshirish	Natijalarni baholash
<p>Bemor shikoyatlari: Bemor hushsiz bo'lganligi uchun shikoyatini yig'ib bo'lmaydi</p> <p>Obyektiv tekshirish natijalari: 1. Bemor hushsiz, ko'zlari yumuq 2. Yuzi oqargan, sianoz 3. Ko'z soqqalari harakatsiz, yoki suzuvchi harakatta, g'illaylik 4. Qorachiqilar kengaygan 5. Qorachiqni yorug'likka reaksiyasi sust yoki yo'q 6. Qo'l va oyoqda harakat chegaralangan, mushaklar bo'shangan 7. Himoya reflekslari yo'qolgan 8. Tashqi ta'siroga javob reaksiyasi yo'qolgan 9. Nafas olish ritmi keskin buzilgan 10. Pulsni ipsimon, keskin sekinlashgan 11. QB tushib ketgan 12. Ba'zida epixurujlar kuzatiladi</p>	<p>Mayjud muammolar: 1. Bemor hushsiz 2. Qo'l va oyoqda harakat chegaralanishi 3. Nafas olish ritmini keskin buzilishi 4. QBni tushib ketishi 5. Yurak ritmini keskin buzilishi 6. Epixurujlar 7. <i>Bo'lishi mumkin bo'lgan muammolar:</i> 1. Pnevmoniya 2. Yotoq yaralarini rivojlanishi 3. Komani chuqurtlashib borishi 4. Yurakni urishdan to'xtashi 5. Mustaqil nafas olishni to'xtashi 6. Epileptik status 7. Klinik yoki biologik o'lim</p>	<p>1. Shifokorni chaqirish 2. Bemorni qulay holatga yotqizish 3. Siqib turgan kiyimlarini yechish 4. Og'iz bo'shlig'i va halqumni tozalash 5. Mustaqil nafas ola olmaganida O'SV (IVL) ga tayyorlash 6. Yurak urishdan to'xtaganda bemorni kadiostimulatsiyaga tayyorlash 7. Qon bosimini normallashtirish 8. Epixurujlarda bemorga yordam ko'rsatish 9. QE, puls, nafas olish monitoringi 10. Asoratlarni oldini olish yoki bartaraf qilish 11. Bemor ahvolini muntazam kuzatib borish</p>	<p>1. Bemor qulay holatga yotqiziladi 2. Siqib turgan kiyimlar bo'shatiladi 3. Toza havo bilan ta'minlanadi 4. Og'iz bo'shlig'i va halqum tozalanadi 5. Bemor O'SV (IVL) ga tayyorlanadi 6. Shifokor ko'rsatma-siga binoan dorilar yuboriladi: antipokasantlar, antioksidantlar, gemodinamika va mikrotsirkulyatsiyani yaxshilovchi dorilar, yurak glikozidlari, diuretiklar, V-adrenobloqatorlar va b.q. 7. QB, puls har 10-15 min. tekshiriladi 8. EKG, KT, MRTga tushiriladi</p>	<p>1. Bemorning umumiy ahvoli stabillasha boshladi 2. Bemor hushiga keldi 3. Yurak urishi normallashti 4. Nafas olishi mustaqil 5. QB normallashti 6. Asoratlari oldini olish choralari ko'riladi (har 2 soatda yonboshga ag'darish) 7. Shifokor tavsiyalari bajarildi</p>

Bosh miya shishining quyidagi turlari farqlanadi:

- *vazogen* – kapillarlar o'tkazuvchanligining oshishi va gematoensefalik barer faoliyatining buzilishi natijasida;
- hujayradan tashqarida suyuqlikning ko'payishi. Miyada qon aylanishining o'tkir buzilishi, ensefalit, glial o'simtalarda kuzatiladi;
- *intyerstisial* – okklyuzion gidrotsefaliyada likvor aylanishining buzilishi natijasida hujayra atrofida suyuqlikning yig'ilishi;
- *osmotik* – qon plazmasi va hujayralaro miya to'qimasi orasida osmotik gradientning patologik o'zgarishi natijasida hujayra atrofida suyuqlikning yig'ilishi. Bolalarda miyaning o'tkir zararlanishida, giperosmolyar suyuqliklar quyilganda, gemodializda kuzatiladi;
- *sitotoksik* (dismetabolik) – ekzogen va endogen faktorlarni miyaga shikastlantiruvchi ta'siri natijasida metabolik jarayonlarni buzilishi oqibatida hujayra ichida suyuqlikni yig'ilishi.

Bosh miya shishining o'tkir davrida umumiy miya sindromi (koma, talvasa) va miya ustuni zararlanishi simptomlari aniqlanadi. Miya shishining boshlang'ich davrida sopor, keyinchalik koma holati kuzatiladi. Miya ustunining yuqori qismlarida shish kuzatilganda deserebratsion xuruj, uzoqlashtiruvchi g'ilyalik, spontan vertikal nistagm paydo bo'ladi. Miya ustunining pastki bo'limlari shishiga hos bo'lgan klinika – bu rotator nistagm, yutishni buzilishi, nafas aritmiyasi, taxikardiya, qon bosimining pasayishidir. Nafas olish markazi zararlanganda nafas olish buzilishining Cheyn-Stoks (nafas olish tez-tez va yuzaki bo'ladi) va Kussmaul (nafas olish chuqur va nafas olish soni kamayadi) turi kuzatiladi.

Miya shishining eng xavfli holati – bu miyani ensa sohasida tiqilishidir. Bunda vital faoliyatning tezda so'nishi, atonik koma,

midriaz, qorachiqni yorug'likga reaksiyasini yo'qolishi, nafas olish va yurak-qon-tomir faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Bosh miya shishidan keyingi prognoz kasallik etiologiyasi, dislokatsiya sindromini bor yoki yo'qligi, o'z vaqtida boshlangan davo choralariga bog'liq. Miya shishining birinchi uch kunida o'lim holati 5–30%ni tashkil qiladi.

Ong buzilishlari va koma

Ong – bu obyektiv borliqni va vaqtni anglash, o'zini anglash va kognitiv faoliyatni bajara olishga bo'lgan layoqatdir. Ongli xulq-atvor faqat bedorlikni ma'lum darajasida bo'lishi mumkin. Bosh miya yarim sharlarining faolligi va kognitiv faoliyatini tartibga soladigan miya ustuni retikular formatsiyaning faollashtiruvchi bo'limlari faoliyatining buzilishi, bosh miya yarim sharlarining massiv shikastlanishi va limbik-retikular kompleks bilan aloqasiing uzilishi ongni kuchli ifodalangan buzilishlariga sabab bo'ladi.

Ong buzilishlari unumli (produktiv) va unumsiz (noproduktiv) turlariga bo'linadi. Ongning unumli buzilishlarida bedorlik holatida borliqni va o'z shaxsini anglash buziladi va bu holat ong o'zgarishlari deb yuritiladi. Ularga deliriy, oneyroid, amensiya, psixomotor qo'zg'alish kiradi. Bu holatlar ruhiy kasalliklarda kuzatiladi va nevrologik o'choqli simptomlar aniqlanmaydi.

Ongning unumsiz buzilishlarida bedorlik, intellektual va harakat faolligi pasayadi, bu holat ong pasayishi deb yuritiladi. Ularga karaxtlik, sopor va koma kiradi.

Karaxtlik fikrlash va nutqning sekinlashishi, idrok va voqelikni baholashni buzilishi, diqqatni pasayishi, uyquchanlik bilan namoyon bo'ladi. Bu holat endogen va ekzogen intoksikatsiyalarda, bosh miya jarohatlarida kuzatiladi.

Sopor ruhiy faoliyatni keskin pasayishi va patologik uyquchanlik bilan kechadi. Bemor og'riqli ta'sirlantiruvchiga javoban himoya hatti-harakatlarini bajaradi, ingraydi, yuzida og'riq ifodasini ko'rsatadi. Qorachiq, korneal, yutqum va chuqur reflekslar saqlangan bo'ladi. Kichik tos organlari faoliyatining nazorati buziladi. Hayotiy muhim bo'lgan faoliyat (nafas olish, yurak urishi) saqlanib qoladi yoki yengil buziladi.

Koma – borliqni va o'zlikni anglash, ruhiy faoliyatni yo'qolishi bilan kechadigan ongning to'liq o'chishi. Bemor tashqi ta'sirotlarga umuman javob bermaydi, qovog'ini ko'tarib qaralganda ko'z soqqalari harakatsiz, midriaz kuzatiladi, qorachiqni yorug'liqqa reaksiyasi, korneal va konyuktival reflekslar yo'qolgan, mushak atoniyasi, arefleksiya, hayotiy muhim bo'lgan faoliyatlarning kritik buzilishi, nafas olish ritmi va tezligini qo'pol o'zgarishi yoki apnoe, keskin taxikardiya, qon bosimining keskin tushib ketishi bilan kechadi.

Koma holati qancha uzoq davom etsa, shuncha bemorning komadan chiqishiga umid kamayib boradi. 2 haftadan ortiq davom etgan komadan chiqqanda bemorda *surunkali vegetativ holat* davom etadi. Bu holat uyqu va bedorlikning almashib turishi bilan kechadi. Bemor ba'zan spontan ko'zini ochadi, lekin nazarini predmetga qaratmaydi, ruhiy faoliyat va nutq tiklanmaydi, bemor ko'rsatmani bajarmaydi, bir so'z bilan aytganda tashqi olam bilan aloqa qilmaydi, o'zini va atrofnl anglamaydi. Bemorda sodda reflektor harakatlar, ihtiyorsiz «ushlab olish» refleksi, oral avtomatizm simptomlari, og'riq ta'sirotlariga javoban xaotik harakatlar kuzatiladi. Vegetativ holat bir necha kundan bir necha yillargacha davom etishi mumkin.

Bosh miyaning o'limi – destruktiv va metabolik o'zgarishlari bo'lgan bosh miya faoliyatining qaytarib bo'lmaydigan yo'qolishi. Bu nafas olish va yurak-qon-tomir, jigar, buyrak faoliyatining

qaytmas buzilishiga olib keladi. Bu vegetativ reaksiyalarning qo'zg'alishiga olib keladi. Bosh miya o'lganda ong turg'un yo'qoladi, nafas olish mustaqil bo'lmaydi (faqat sun'iy nafas olish apparati yordamida), barcha mushaklar atoniyasi, tashqi ta'sirotda javobning umuman yo'qligi, qorachiqni turg'un kengayishi, qon bosimi gipotenzivasi, spontan gipotermiya, EEGda elektrik faoliyatning turg'un yo'qligi kuzatiladi. Bemor 72 soat davomida kuzatiladi va shifokorlar komissiyasi yordamida bosh miyaning o'lganligi ta'kidlanadi.

IV bo'lim. NEVROLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISHNING ASOSIY PRINSIPLARI. NEVROLOGIK BO'LIMDA HAMSHIRA VAZIFALARI

Nevrologik bemorlarni davolash samaradorligi to'g'ri parvarish qilishga ko'p jihatdan bog'liqdir.

Nevrologik bo'limlar ko'ngilga yoqadigan jihozlar bilan ta'minlangan, osoyishta bo'lishi kerak. Bosh og'rig'i bezovta qiladigan bemorlarga tinchlik va sokinlik juda muhim hisoblanadi. Masalan: meningit bilan og'rigan bemorlar yotgan xonada shovqinni yo'qotish va yorug'likni kamaytirish lozim.

O'rin-to'shak bemorning holatiga mos kelishi kerak. Masalan: bel sohasida disk churrasi bo'lgan bemorlarga tekis va qattiq bo'lishi uchun matras ostiga yog'och doskalar qo'yish lozim.

Tibbiyot hamshirasi bemorlarni parvarish qilishni tashkil-lashtirish va ta'minlashni bilishi lozim. Ayniqsa, o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaydigan, shol tufayli yordamga muhtoj, hush va chanoq organlari faoliyati buzilishlari bo'lgan, nutq buzilishlari bo'lgani sababli muloqotga kirisha olmaydigan Bemorlarga bu parvarish juda muhimdir.

Nevrologik bo'limida hamshiralar ishi judayam zarur va qiyin hisoblanib, bu yerda qiyin, yordamga muhtoj va psixologik og'ir bemorlar davolanadi va shu bo'lim o'zining maxsusligi bilan ajralib turadi.

Davolovchi vrachning ko'rsatmalarini o'z vaqtida va sifatli bajarilishiga, sanitar holat va bemorlarni belgilangan rejimga rioya qilishga hamshira bevosita majburiyatni his qiladi. Hamshira xavfli favqulotdagi holatlarda birinchi tibbiy yordamni ko'rsatish majbur

va vrachni chaqirishi lozim. Shuningdek, erta reabilitatsiyada va og'ir bemorlarda profilaktik usullarni qo'llay olishda hamshiraning o'zni katta.

Hamshiraning ish kuni navbatchiliklarni qabul qilib olishdan boshlanadi. Navbatchilikni topshiruvchi hamshira bilan birga bemorlarni birga ko'rib, ularni holati bilan tanishib chiqib va postidagi barcha hujjatlarni va narsalarni qabul qilib oladi.

Shuningdek, hamshira ertalabki anjumanda qatnashib, shifokorlar bilan birgalikda bemorlarni ko'rib va shifokorning davolash, parvarishlash to'g'risidagi ko'rsatmalarini qabul qilib oladi. Ko'rsatmalarni bajarishda hamshira faol ishtirok etib, bemorga shifokor tomonidan tavsiya etilgan dorilarni qabul qilishini kuzatib turishi kerak. Bo'limda hamshira kichik tibbiyot personalini ishini boshqarib turadi, kichik tibbiyot personalini sanitar-gigienik ishlarni olib borib va bemorlarni parvarish qilishga qarashadi.

Hamshira palatadagi tozalikni va shinamlikni, o'z vaqtida havosini shamollatib turishini va kvarslanishini nazorat qilib turadi.

Hamshira davolash rejimi prinsipini bilishi va bo'limda uni tatbiq qilishi shart. O'z postining bekasi hisoblanib, u hamma narsani o'z vaqtida bajarib va kayfiyati yaxshi bo'lib, yaxshi psixologik fonni keltirib yaratadi hamda baland ovozda gapirish, baqir-chaqir va nomunosib xulq-atvorlarga yo'l qo'ymaydi. Bo'limda psixologik atmosferada personallar deontologiya qoidalariga rioya qilishi va professional etika juda zarurdir. Madaniyatli va hurmatli munosabatlar bilan ish olib borishi kerak.

Bemor bo'limga qabul qilinishi bilan hamshira kerakli ma'lumotlarni bemorga tushuntiradi, bo'limning rejimi bilan tanishtirib, palataga joylanishiga yordam beradi. Bemorga e'tiborli va shirin so'zli munosabati, tibbiyot kiyimida vrachning ko'rsatmalarini aniq bajarilishi, keskin hamshiraning obro'li ishchiligini bildirib,

bunday hamshiralarga bemorlar o'z ishlari va muammolari bilan murojaat qilishlari mumkin.

Nevrologiya bo'limida qiyinchilik bilan davolanadigan bemorlar quyidagilardir: surunkali yuqori qo'zg'aluvchanlikka va salbiy holatlarga ega bo'lgan bemorlardir. Shuning uchun hamshira nafaqat yuqori bilimga ega bo'lishi kerak va professional chidamlikka ega bo'lishi lozim.

Bemorlarning qarindoshlari bilan subbatlashganda muomalali bo'lishi kerak, bemorlar bilan esa vazmin - bosiqlik, e'tiborli gaplashishi kerak. Bemorga «siz» bilan murojaat qilishi kerak, yoki ismi, sharifi bo'yicha. Bemorga ovoz tonini ko'tarishga yo'l qo'ymaslik kerak.

Kasbiy sirni jiddiy saqlab, bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni tarqalishiga yo'l qo'ymaslik va «so'z aseptikasiga» rioya qilishi, bilib-bilmasdan gapirib yuborishga yoki davolashni to'g'riligini muhokama qilishga yo'l qo'ymaslik, tekshiruvlar natijalari va davolanish to'g'risida shifokorga murojaat qilishlarni tavsiya qilish kerak. Ko'rsatmalarni bajarayotganda shifokorni va boshqa tibbiy xodimlarni hurmat qilish maqsadga muvofiqligini tushuntirishi lozim. Hamshiraning vazifalaridan yana bittasi bemorlarga madaniy xordiq chiqarish uchun (gazetalar, adabiyotlar) sanbulletenlarni tarqatish, «salomatlik derazasi» uyushtirishi lozim.

Hamshiraning ko'p vaqti bemorga ketadi, shuning uchun u tuzalmas, og'ir bemorlar uchun yagona suhbatdosh va «dunyo derazasi» hisoblanadi. Demak, uning fikrlari, maslahatlari, tavsiyalari bemorlarga judayam kerakdir. Bemorlarni tibbiyotdan qiziqtirayotgan savollari bo'lganda, u tushuntirib berishi mumkin yoki qaysi adabiyotlardan o'qishini tavsiya qiladi. Hamshira bemorlarni va qarindoshlarini gigienaga o'rgatadi. Asab sistemasi kasalliklari profilaktikasi va parvarishiga o'rgatadi.

IV. 1. NEVROLOGIYADA HAMSHIRA VAZIFALARI

Zamonaviy sog'liqni saqlash maskanida hamshira shifokorning hamkori bo'lib, barcha davolash jarayonining bosqichlarida va uning yaxshi o'tishiga javobgarlikni his qilishi kerak. Bu masalalar hamshira ishtiroki ostida amalga oshiriladi. Professor G.M. Perfiyev fikri bo'yicha, hamshira nevrologiyada juda zarur, chunki u bemorni jismoniy mustaqilligini ta'minlab beradi. Bemor bilan ishlaganda, hamshira bilan bemor orasida bir-biriga ishonch munosabatlari kuzatiladi, parvarishlash haqida tushuntirish ishlarini olib boradi. Bemor bilan aloqani bog'lab olish juda muhim, bemorni eshitish, uni o'z so'zlarini oxirigacha gapirishni kutib va uni nima bezovta qilayotganini aniqlashdir.

Birinchi bosqich – hamshira ish jarayoniga kiradi, tibbiyot hamshirasining tekshiruv o'tkazishi, pasport qismi, shikoyatlari, obyektiv tekshiruv, ijtimoiy ma'lumotlar to'plash va bemorning ruhiy holatini baholash.

Bu bosqichni o'tkazish bemorning muammo va talablarini buzilishi va ularni aniqlash imkonini beradi. Bundan kelib chiqadiki, ehtiyoj – bu biror bir narsani yetishmovchiligi, muammo esa – bemorni o'z-o'ziga yordam bera olmaydigan vaziyat hisoblanadi.

Nevrologik kasallarda ko'pincha quyidagi ehtiyoj buzilishlari kuzatiladi (Mas-lou tasnifi bo'yicha): yemoq, ajratmoq, harakatlanmoq, tozalanmoq, muloqot.

Ikkinchi bosqich – bemor muammolarini aniqlash yoki hamshira darajasida tashxislash, ya'ni bemor sog'ligi holatini yozish.

Hamshira tashxisi o'z ichiga bemorni jismoniy, emotsional-psixologik, sotsial va ruhiy holatini o'z ichiga oladi. Nevrologik bemorlarga quyidagi topik hamshira tashxislari xos: umurtqani turli bo'limlarini shikastlanishi bilan bog'liq og'riqlar. Hamshira

faoliyatining uchta kategoriyasi farqlanadi: qaramlik (shifokor ko'rsatmalarini uning nazorati ostida bajarish); mustaqil (shifokor ko'rsatmassiz hamshira o'z tashabbusiga ko'ra harakat qilishi); o'zaro qaramlik (shifokor bilan hamshiraning va boshqa mutaxassisning o'zaro hamkorlikdagi faoliyat).

Uchinchi bosqich – bemorni parvarish qilish rejasini tuzish;

To'rtinchi bosqich – kasallik asoratlarini oldini olish;

Beshinchi bosqich – bemorlarni ovqatlanish ratsionini, davolash muassasasi ichki tartibiga rioya qilishini, davolash – himoya rejimini saqlash zarurligini hamda sog'lom hayot tarzi asoslarini tushuntirish.

Hamshiralik xizmatini samaradorligini baholash.

1. Rejalashtirilgan natijani erishilgan natija bilan taqqoslash.
2. Rejalashtirilgan xizmatni samaradorligini baholash.
3. Agar kutilgan natijalarga erishilmagan bo'lsa, kelajakda baholash va rejalashtirish.
4. Jarayonning barcha bosqichlarini tanqidiy tahlil qilish va kerakli tuzatishlar kiritish. Hamshiralik jarayonida hamshira, bemorning o'zi yoki uning qarindoshlari qatnashadilar.

Misol: 43 yoshli bemorda noqulay harakatdan so'ng belda og'riq, o'ng oyoqqa tarqalishi bilan paydo bo'ldi. Bemor bo'yin-ko'krak osteoxondrozi bilan statsionarda davolanmoqda.

Obyektiv: bemor egilib turadi, qimirlamaslikka harakat qiladi, umurtqa qiyshaygan, bel umurtqasi sohasida kuchli og'riq, o'ng orqa mushaklari taranglashgan. Puls 92 ta /min, ritmik, AKB 145/80, NOCh 19 ta/min.

Masala:

1. Hamshiralik tashxisini qo'ying.
2. Tashxisga asoslanib hamshiralik yordam maqsadini aniqlang.
3. Hamshiralik faoliyati rejasini tuzing.
4. Hamshiralik faoliyati samaradorligini baholang.

Javob:

1. Hamshiralik tashxisi: belda og'riq tufayli harakat cheklanishi.
2. Maqsad (qisqa muddatli) 20 minut ichida og'riqni yo'qotish.
3. Hamshiralik faoliyatini rejalashtirish:
 - hamshira shifokorni chaqiradi
 - hamshira bemorni yotishiga va to'shakda qulay holat tanlashiga yordamlashadi
 - hamshira tabletka beradi
 - hamshira shifokor ko'rsatmasiga binoan analginni 50%-2ml va dimedrolni 1%-1 ml li eritmasini tayyorlaydi va mushak orasiga kiritadi
 - hamshira bemor ahvolini kuzatib boradi.

Eslatma: maqsadga yetishish uchun bemorni tinchlantirish lozim. Aralashuv har punktida bemorlarga muomalani tushuntirish va roziligini olish kerak. 4.20 minutdan so'ng hamshira faoliyatini bajarganligini baholash: og'riq kamaydi, bemor harakatlana oladi, bemorga to'shak ostiga taxta qo'yib yotoq joy tayyorlash kerak.

IV. 2. NEVROLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISHNI ASOSIY PRINSIPLARI

Nevrologik bemorlarni davolash samaradorligi nevrologik bemorlarni to'g'ri parvarish qilishga ko'p bog'liqdir.

Nevrologik bo'limlar tinch, ko'ngilga yoqadigan jihozlar bilan ta'minlangan bo'lishi kerak. Bosh og'rig'i bilan kechuvchi kasalliklarda, bemorlarga tinchlik va sokinlik juda muhim hisoblanadi. Masalan: meningitlarda shovqinni yo'qotish va yorug'likni kamaytirish lozim.

Boshqa kasalliklarda ham, masalan umurtqa pog'onasida osteoxondrozida bemorga qanday holatni qabul qilish lozimligini

aytib ham bemor ahvolini yengillashtirish, og'riqlarni kamaytirish mumkin. Bel-dumg'aza radikulitida agar bemor sog' tomonga yotib, oyog'ini qorniga yaqinlashtirib yotsa, og'riq kamayadi. To'shak tekis va qattiq bo'lishi uchun yog'och doskalardan matras ostiga qo'yish juda foydalidir.

Tibbiyot hamshirasi bemorlarni parvarish qilishni tashkillashtirish va ta'minlashni bilishi lozim. Ayniqsa o'z-o'ziga xizmat ko'rsata olmaydiganlar, shol tufayli yordamga muhtoj, nutq, hush buzilishlari, chanoq buzilishlari bo'lgan bemorlarga muhimdir.

Nevrologik bemorlarni to'la-to'kis parvarish qilish uchun yuqori darajadagi hamshira va kichik hamshira (sanitarka) kerak. Bemorni bir kunda bir necha marta ostini yuvish lozim, chunki siydik va axlatni burmalarda hosil qilib to'planishi mumkin.

IV. 3. HARAKAT BUZILISHI BO'LGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH

Harakat buzilishi asab tizimi ko'pchilik kasalliklarida aniqlanadi. Ularga markaziy va periferik shol, ataksiya, parkinsonizm, giperkinezlar, og'riq tufayli harakatni cheklanishi kiradi. Bunday hollarda tibbiyot hamshiralarining vazifalariga kiradi:

1. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish (dori tarqatish, inyeksiyalar, yotoq yaralariga ishlov berish, siydik pufagini kateterlash, gorchichniklar qo'yish va h.).

2. Gigienik tadbirlarni o'tkazish (bemorlarni yuvintirish, choyshablarni almashtirish, teriga ishlov berish va h.)

3. Bemorlarni ovqatlantirish.

4. Sanitar-oqartuv tadbirlari.

Ayniqsa, shol bo'lgan bemorlarni parvarish qilishda teri tozaligi va ichak va siydik pufagi doimo bo'shatilishiga e'tibor berish kerak.

Bemorning choyshabi doimo tozalab, qoqib va davriy zararsizlantirish kerak, bel sohasiga kleyonka yoki maxsus kleyonka

qoplamali matras joylashtiriladi. To'shak choyshablari ayniqsa, yotoq yaraga qarshi matraslar ishlatilganda paxta-qogozsimon bo'lishi kerak. To'shak va ko'rpa choyshablari ehtiyojga qarab, ammo haftasiga kamida bir marta, gigienik vannadan so'ng almashtiriladi. Bunday bemorlarni parvarish qilishda hamshiralarni mustaqil faoliyatiga yotoq yara profilaktikasi kiradi.

IV. 4. YOTOQ YARALAR PROFILAKTIKASI

Yotoq yara profilaktikasida yotoq yarani ko'p uchraydigan joylarda (dumg'aza va dumba, son orqa sohasi, tovon) ahamiyat bergan holda, bemorni har choyshabini to'g'rilagan paytda bemor tanasiga qarab turish lozim.

Har kuni bu joylarga kvars lampasi, rezinali chambar qo'yish lozim. Teri har kuni suv shimdirilgan salfetka bilan artiladi va kamfora spirti, odekolon, aroq yoki oshxona uksusi bilan artiladi. Teriga ishlov bergandan so'ng quritiladi.

IV. 5. ZOTILJAM PROFILAKTIKASI

Yotoq bemorlarni yonboshga ag'darib turish zotiljam profilaktikasida ham muhim o'rin to'tadi. Qarama – qarshi ko'rsatma bo'lmagan holatda bemorlarga yotoqda yarim-o'tirishni maslahat beriladi. Tananing yuqorigi qismini ko'tarilishi nafas olishning yaxshilanishiga hamda nafas olish va chiqarishning chuqurlashuviga olib keladi. Shu maqsadda orqani uqalash, gorchichnik, banka qo'yish ham muhim o'rin tutadi. Shuningdek, xonaning haroratini tekshirib turish, bemorni sovqotishini oldini olish hamda rejali ravishda xonani kvarsplash va shamollatish lozim.

IV. 6. KONTRAKTURA PROFILAKTIKASI

Falajlikning 4, 5-kunlardan boshlab mushaklarda atrofik jarayonlar, hamda bo'g'imlarda kontrakturalar rivojlanadi. Falaj bo'lgan sohadagi kontrakturalarni oldini olish maqsadida shu sohaning har bir sigmentini uqalash va shu sohada passiv harakatni yuzaga keltirmoq lozim. Bu davolovchi mashg'ulotni 5–10 daqiqa mobaynida bir necha bor kuniga, 1–2 soat oralab o'tkazish zarur. Davolovchi mashg'ulot va uqalashni bemorning yaqinlariga o'rgatish mumkin. Qarama – qarshi tomondagi kontrakturalar uchun davolovchi mashg'ulotdan so'nggi tanaffuslarda falaj sohaga maxsus holat beriladi. Qo'llar uzoqlashtirilgan, supinatsiya holatida fiksatsiyalanadi. Oyoqlar to'g'rilanadi, oyoqning tagiga tayanch qo'yiladi, tizza bo'g'imi tagiga bolish qo'yiladi. Tizza va tovon to'g'ri burchak asosida bo'lishi kerak.

IV. 7. UMUMIY GIGIENIK CHORA-TADBIRLAR

Bemor shaxsiy gigiyenaga rioya qilishi uchun kuniga kamida ikki marta yuvinib, cho'milib turishi lozim, qo'llarini tez-tez yuvishi kerak. Og'iz bo'shlig'ini toza tutishi lozim. Bemorlarni tishini tozalashga yordam berish kerak, og'ir bemorlarda milkini artish, tishlarini dokali tampon (bor kislotasi yoki soda) bilan parvarish qilish zarur. Ko'zdan ajralgan, kipriklarga yopishib qolgan ajralmalarni iliq antiseptik eritma yordamida namlangan tampon bilan artiladi. Undan tashqari burun, quloq, soch, soqol va tirnoqlarni ham shunday parvarishlash lozim.

IV. 8. BEMORLARNI OVQATLANTIRISH

Bemorlarni parvarish qilishda oziqlantirish muhim o'rinni egallaydi. Nerv kasalliklarida yutish aktining buzilishi ham kuzatiladi. Agar yutish akti qiyinlashgan bo'lsa, u holda individual

konsistensiyaga ega bo'lgan ovqat tanlanadi. Masalan aksariyat bemorlar qattiq yoki suyuq ovqatlarni iste'mol qila olmaydilar, ammo bo'tqasimon ovqatlarni iste'mol qiladilar. Bemorlarni iliq, shirin ovqat bilan ehtiyotkorlik hamda shoshilmasdan ovqatlantirish lozim. Agar yutish to'liq buzilganida yoki bemor xushsiz bo'lsa unda oziqlantirish nazogastral zond orqali amalga oshiriladi. Shifokor steril gliserin surtilgan zondni taxminan 50 sm belgisigacha yuboradi. Yo'tal tutishi, nafasning qiyinlashuvi, sianoz bor-yo'qligini shifokor kuzatib turadi. Ovqatlantirishdan oldin 100 ml suyuqlik yuboriladi, o'tkazuvchanlikni aniqlash maqsadida, so'ngra asosiy oziqa yuboriladi.

IV. 9. TOS ORGANLAR FAOLIYATINI KUZATISH

Bosh va orqa miya shikastlanishlarida tos a'zolarining faoliyati buzilishi kuzatilishi mumkin. Xavfli tomoni shundaki, bu holatda peshob va najasning turib qolishi kuzatiladi, bu qo'shimcha organizmning zaharlanishiga olib keladi. Peshobning turib qolishida kuniga ikki mahal (ertalab va kechqurun) siydik qopini steril, gliserin yoki vazelin surtilgan kateter bilan kateterlash o'tkaziladi.

Siydik qopi peshobdan bo'shaganidan so'ng, siydik qopini antiseptik eritma bilan yuviladi. Agar chin siydik usholmaslik holati kuzatilsa hamda siydik qopida yallig'lanish jarayoni yuzaga kelsa, bu holatda ham siydik qopi antiseptik eritma bilan yuviladi va har kateter qo'yganda siydik kanalini shikastlamaslik uchun 5-6 kunga kateter qo'yiladi.

Shuningdek, tos a'zolari faoliyati buzilishida defekatsiya bo'lmasligi kuzatiladi. Bunday bemorlarga kun oralab 1-2 l suv yoki gipertonik eritma bilan tozalovchi xuqna qilinadi. Bemorning holsizlik darajasiga qarab o'simlik mahsulotlari va zig'ir yoki vazelin moyi 2 st. l beriladi.

Peshob yshaydmaslik holatlarida ayollarga pampers, erkaklarga tashqi siydik qabul qilgich maslahat beriladi. Peshob va najas ushlay olmaslik holatida kattalar uchun antifekal barerli, shimib oluvchi taglik tutish maslahat beriladi. Pampersni almashtirishda albatta gigiena qoidasiga rioya qilgan holatda, iflos bo'lgan sohalar suyuq sovun va suv bilan yuviladi.

IV. 10. TALAFFUZI BUZILGAN BEMORLARNI PARVARISH QILISH

So'zlashuv muloqoti buzilgan bemorlarni parvarish qilish katta sabr va aniqlikni talab qiladi. Bu holatda so'zlashuvni yo'qotgan bo'lishiga qaramay bemorlarda ma'lum darajada hushi va qiziqishi saqlangan bo'ladi. Bu holatda hamshiraning vazifasi bemor bilan mimika, imo-ishora, yozma (agar yoza olsa) ravishda muloqotga kirishishdir. Motor afaziya holatida hamshira bemorga (ha yoki yo'q) deb javob beruvchi savollar beradi.

Agar bemor hamshiraning gapiga tushunmasa, u holda hamshira tushuntirish maqsadida imo-ishoradan foydalanadi; *Masalan:* bemorning qo'lini ko'tarib shu bilan birga «qo'lingizni ko'taring» deydi.

So'zlashuv muloqoti buzilgan bemorlarni parvarish qilishda bemorlarning to'g'ri talaffuz qilishini nazorat qilish lozim.

IV. 11. LYUMBAL PUNKSIYA O'TKAZISH UCHUN BEMORLARNI TAYYORLASH

Orqa miya subaraxnoidal bo'shlig'i punksiyasi bemorni o'ng yon boshiga yotqizib, boshi oldinga egiladi, oyoqlari esa chanoqson va tizza bo'g'imlaridan bukilib, sonlarini qoringa tegizib qo'yiladi. Ignani umurtqa pog'onasining III va IV bel umurtqalari oralig'ida sanchiladi. Serebrospinal suyuqlikni 4 xil usulda: orqa miya subaraxnoidal bo'shlig'ini, katta sisterna, bosh miya

qorinchalari va kichkina bolalarda liqildoqni punksiya qilish yo'li bilan olinadi.

Serebrospinal suyuqligi normal holatda rangsiz va tiniqdir, bosimi 100–160 mm suv ustunining bosimiga tengdir, ignadan bir minutda 50–60 tomchi suyuqlik oqadi. Bolalarda uning bosimi kattalarga nisbatan 30–50 mm kam bo'ladi. Normal serebrospinal suyuqligida 1 ml hajmida 5–6 donagacha limfotsitlar uchraydi, bolalarda esa 14–15 donagacha. Normal holatda oqsil moddasi (albumin, globulin) – 0,15–0,3 g/l ni tashkil qiladi, qand 0,45–0,65 g/l bo'lib, qondagi qand miqdoridan ikki marta kam bo'ladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Аверьянов Ю. Н., Зенков Л. Р., Торопина Г. Г. Синдром беспокойных ног и движущихся пальцев стопы. Клинико-нейрофизиологический анализ // Ж. невропатол. и психиатр.-1993. – Т. 93. – С. 57–59.
2. Александрова Н. Ш. Детские афазии и синдром Ландау-Клеффнера в свете пластичности мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – Т. 104. – №6. – С. 54–58.
3. Асадуллаев М. М., Сысуев О. М., Муратов Ф. Х. Изменение регионарного мозгового кровотока при церебральных лептоменингитах с судорожным синдромом и применение препарата кавинтон в комплексном их лечении// Значение кавинтона в лечении психических и неврологических расстройств при нарушении мозгового кровообращения: Материалы науч. конкурса. – М., 1998. – №32. – С. 14.
4. Асадуллаев М. М., Сысуев О. М., Рахимбаева Г. С. Некоторые клинико-биохимические особенности развития судорожного синдрома у больных церебральным лептоменингитом//Исследод.-1998.-№8. – С. 31–34.
5. Асадуллаев М. М., Сысуев О. М., Рахимбаева Г. С. Новые особенности фармакологического действия противосудорожного препарата депакина //Бюл.ассоц. врачей Узбекистана.-1999.- №2.-С. 65–67.

6. Бадалян Л. О., Темин П. А., Никанорова М. Ю. Медикаментозное лечение эпилепсии // Клиническая медицина. – 1990. – №11. С. 10–15.
7. Берснев В. П., Хачатрян В. А., Земская А. Г., Яцук С. Л. и др. Расширенная лобэктомия и гемисферэктомия в лечении фармакорезистентных форм эпилепсии у детей и подростков // Всероссийская конференция по детской нейрохирургии: Тезисы докладов. – М., 18–20 июня 2003. – С. 171–172
8. Бехтерева Н. П., Можаяев С. В., Аничков А. Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение височной эпилепсии // II Съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. – Н. Новгород, 1998. – С. 200.
9. Болдырев А. И., Сигидиненко Л. В. Лечение больных с психомоторными приступами, резистентными к обычной противосудорожной терапии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т.90, вып.6. – С. 60–61.
10. Бурцев В. М., Трошин В. Д., Трошин О. В. Основы неврологии: Руководство 3 – тираж. – Нижний Новгород: Издательство НГУ, 1998. – 560 с.
11. Вейн А. М., Мосолов С. Н. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике. – СПб., 1994. – 336 с.
12. Верещагин Н. В. Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии. – М.: Медицина, 1993. – 345 с.
13. Верещагин Н. В., Пирадов М. А. Инсульт: оценка проблемы. // Неврологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 4–7.
14. Виберс Д. О., Фейгин В., Браун Р. Д. Инсульт. Клиническое руководство / Пер. с англ. Фейгин В. – М.: «Издательство БИНОМ»; СПб.: «Издательство «Диалект», 2005. – 608 с.

15. Виленский Б. С. 6-я Международная конференция по проблеме инсульта и 3-я Конференция Средиземноморской ассоциации по изучению инсульта (Монако, 12–15 марта 2003г.) // Неврологический журнал.–2003.–№5, Т.8.– С. 61–63.
16. Виленский Б. С. Антикоагулянты в лечении и профилактике церебральных ишемий. – Л.:1976.
17. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб.,1999.–336с.
18. Виленский Б. С. Неотложные состояния в неврологии. – СПб.; ФОЛИАНТ. 2004. 510 с.
19. Воробьева О. В., Кудрявцева Е. П. Роль парietального тета ритма при терапии карбамазепином эпилепсии у детей // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – Т. 101. – С. 61–65.
20. Воронкова К. В., Пылаева О. В., Левадная А. В. и др. Эволюция эпилепсии: причины и следствия // Вестник эпилептологии. – 2004. – №2. – С. 11–14.
21. Виничук С. М., Черенько Т. М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения. – К., 2003.–120с.
22. Гафуров Б. Г. Современные принципы лечения острого мозгового инсульта // Журн. Неврология. – №3–4. – 2008. – С.50–52.
23. Гафуров Б. Г., Аликулова Н. А., Ходжаева Н. Клинико-физиологическая оценка эффективности церебролизина при ишемическом мозговом инсульте. // Журн. Неврология. – №3–4. – 2008. – С.52–54.
24. Гафуров Б. Г., Захидов А. Я., Арифджанов Ш. Х., Муборакков Ш. Р. Эффективность Цераксона в остром периоде ишемического инсульта. // Журн. Неврология. – №3–4. – 2008. – С.54–56.

25. Гольдина О. А., Горбачевский Ю. В. Гемодиллюционная терапия с использованием плазмозаменяющих растворов гидроксипропилированного крахмала при нарушении микроциркуляции // Вестн. интенсив. тер.–1998.–№3.–С. 25–32.
26. Гомазков О. А. Апоптоз нейрональных структур и роль нейротрофических ростовых факторов. Биохимические механизмы эффективности пептидных препаратов мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.–2002. – Вып.7.–С. 17–21. (Инсульт: приложение к журн.)
27. Горн М., Хейтц У., Сверинген П. Вводно-электролитный и кислотно-основной баланс. – СПб.: Невский диалект, 2000.–С. 48–49.
28. Гринберг Д. А., Аминофф М., Саймон Р. П. Клиническая неврология / Пер. с англ. О. С. Левина.-М.: МЕДпресс-информ, 2004.–520 с.
29. Грицай Н. Н., Мищенко В. П. Проблемы гемостаза в неврологии. – К.: Здоров'я – 2000. – 155 с.
30. Гариб Ф. Ю., Шамсиев А. М., Елисеева М. Р. Иммунозависимые болезни. – Ташкент, 1995. – 72 с.
31. Герасимова М. М. Нервные болезни. – Тверь, 2000. – 507 с.
32. Громов С. А., Смирнов Д. П., Хоршев С. К. Совершенствование фармакотерапии эпилепсии с различной степенью резистентности к лекарственному лечению//Журн. невропатол. и психиатр.–1998.– Т.3, №2.–С. 25–30.
33. Гусев Е. И., Бурд Г. С., Коновалов А. Н. Неврология и нейрохирургия. М.: Медицина, 2000. – 656 с.
34. Дамулин И. В., Парфенов В. А., Скоромец А. А., Яхно Н. Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под

- ред. Н. Н. Яхно и Д. Р. Штульман.— М., 2001.— Т.1.— С. 231—303.
35. Дарий В. И Изменение нейроспецифичных белков у больных с интрацеребрально осложненным мозговым ишемическим инсультом // Запорожский медицинский журнал. — 2001. — № 5—6. — С.33—35.
 36. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей. Под редакцией В.П. Зыкова. —М.; «Триада-Х». 2006. 255 с.
 37. Деев А. С., Захарушкина И. В. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта в молодом возрасте // Неврологический журнал.—2001.—№ 5.—С. 14—18.
 38. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 2. / Пер. с англ. С. Е. Башинский. — М.: Медиа Сфера, 2003.—Ч.1. — С.190—208.
 39. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 3. / Пер. с англ. С. Е. Башинский. — М.: Медиа Сфера, 2004.—С. 33—40.
 40. Дополнение к клиническим рекомендациям по лечению преходящих нарушений мозгового кровообращения, разработанным советом по проблеме инсульта американской кардиологической ассоциации // Медунар. журн. мед. практики.—2000.—№ 8.—С. 45—57.
 41. Дзяк Л. А., Голик В. А., Рожкова И. В. Опыт использования танакана в лечении церебральных ишемий, обусловленных патологией магистральных артерий головы в послеоперационном периоде//Танакан: Материалы науч.—практ. симп.—Киев, 1997. —С. 5—6.
 42. Жирмунская Е. А. Клиническая электроэнцефалография. — М., 1991. —77 с.
 43. Жирмунская Е. А., Лосев В.С. Системы описания и классификации энцефалограмм человека. — М.: Наука, 1984.—19 с.

44. Жулев Н. М., Пустозеров В. Г., Жулев С. Н. Цереброваскулярные заболевания. Профилактика и лечение инсультов. – СПб.: Невский Диалект, 2002. – 384 с.
45. Завгородний В. Л., Наливайко Ю. Т., Мамчур С. Ю. Алгоритмы интенсивной терапии при заболеваниях и травмах головного мозга / Под ред. Шлапака И.П.-Луганск.: 2002,- 143с.
46. Захаров В. В. 7-я Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал.-1998.-№ 6.-С. 62–63.
47. Изучение механизмов нейропротективного действия семакса в остром периоде ишемического инсульта / Мясоедов Н. В., Скворцова В. И., Насонов Е. Л. и др. // Журн неврол и психиат 1999.-№ 5.-С:15–19.
48. Инсульт: Практ. руководство для ведения больных / Ч.П.Ворлоу, М. С. Деннис, Ж. ван Гейн и др.; Пер. с англ. А. В. Борисова и др.; Под ред. А. А. Скоромца, А. В. Сорокумова.-СПб.: Политехника, 1998,-629с.
49. Использование метода RR-кардиоинтервалометрии для прогнозирования течения и исхода заболевания у пациентов в остром периоде ишемического инсульта / Музавская Н. И., Балунов О. А., Прокофьева А. А., Прохорова А. В. // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.- 2002. – Вып.7.-С. 54–58. (Инсульт: приложение к журн.)
50. Карпуничев О. Б., Поляков Л. Ю., Попов В. В. Опыт применения 6% инфузионного коллоидного раствора на основе гидроксипропилированного крахмала Инфлукол ГЭК (UES200/0,5) в комплексной терапии больных ишемическим церебральным инсультом в остром периоде// Вестн. интенсив. тер.-1999.-№ 1.-С. 53–54.
51. Касте М. Как улучшить качество медицинской помощи больным с инсультом в общенациональном масштабе? Опыт

- Финляндии // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.–2003. – Вып.9.–С. 65–71. (Инсульт: приложение к журн.)
52. Кюбшина О. В., Талибов О. Б., Верткин А. Л. Алгоритм диагностики и лечения инсульта на догоспитальном этапе // Журн. Consillium medicum.–2004.–№8, Т6.–С. 10–12–30.
53. Карлов В. А. Терапия нервных болезней. – М.,1996.–276 с.
54. Карлов В. А. Неврология: Руководство для врачей. – М.1999, – 634 с.
55. Квитницкий-Рыжов Ю. Н., Матвиенко А. В. Современные представления о нейроглии головного мозга и ее реакция на воздействие химических факторов (обзор)//Журн. невропатол. и психиатр.–1991.– Т.91, вып.3. – С.107–114.
56. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп.// гл. ред. Т. Б.Дмитриева – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5–88816–010–5.Pocket Handbook of Clinical Psychiatry// Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock//Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0–683–04583–0
57. Левицкий Д. О. Кальций и биологические мембраны. – М.: Медицина, 1990.–105 с.
58. Малахов В. А., Кочуева Е. В. Сравнительная эффективность винпоцетина и танакана при монотерапии больных с начальными формами сосудистых заболеваний головного мозга // Фармакологічний вісник (Київ). – 1997. грудень –С.50–52.
59. Мельничук П. В., Зенков Л. Р., Морозов А. А., Коган Э. И., Аверьянов Ю. Н. Нейрофизиологические механизмы афазии при эпилепсии // Журнал невро. и психиатрии им. С. С. Корсакова–1990. – Т. 90. – С. 34–40.
60. Михайленко А. А., Иванов Ю. С., Семин Г. Ф. Ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы и

- мозга в практике врача военного госпиталя: Учебное пособие. – СПб., 1994. – 75 с.
61. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Глухова Л. Ю., Эпилепсия. Атлас электроэнцефалографической диагностики. – М. Альварес Паблшинг. – 2004.
 62. Мухин К. Ю., Холин А. А., Петрухин А. С. и др. Электроклиническая характеристика синдрома Ландау-Клеффнера // Журнал неврол. психиатр. – 2004. – Т. 104. – В. 10 – С. 48–56
 63. Нурмухаметов Р. Неотложная помощь при инсульте // Рус. мед. журн.–1999.–Т.7, №9.–С. 441–443.
 64. Никифоров А. С., Гусев Е. И. Общая неврология. –М.; «Геотар–Медиа». 2007. 718 с.
 65. Никифоров А. С., Гусев Е. И. Частная неврология. –М.; «Геотар–Медиа». 2007. 767 с.
 66. Парфенов В. А. Лечение и профилактика ишемического инсульта. // Consillium medicum.–2002.– Т.4, №2.–С. 11–15.
 67. Парфенов В. А., Вахнина Н. В. Артериальная гипотензивная терапия при ишемическом инсульте. // Неврол. журн. 2001. – №4. – С.19–22.
 68. Патогенетические аспекты кардиогенных ишемических инсультов / Суслина З. А., Танашян М. М., Фоякин А. В. и соавт. // Клиническая медицина.–2001, №5, с.15–19
 69. Пирлик Г. П., Гнездицкий В. В., Коптелов Ю. М. и др. Неоднородность локальных изменений ЭЭГ у больных с инсультом полушарной локализации // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – Т.101, №2. – С.27–34.
 70. Полищук Н., Трещинский А. Интенсивная терапия при остром ишемическом инсульте. // Doctor.–2003.–№3, С 20–23.
 71. Практическая неврология: неотложные состояния / Под ред. И.С. Зозули. – К.: Здоровья, 1997.–214 с.

72. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). //Метод. рекомендации под ред. Н.В. Верещагина.– М., 2000.–28 с.
73. Профилактика инсульта с позиций доказательной медицины: ABC / Яворская В. А., Фломин Ю. В., Диолог Н. В., Гребенюк А. В. // Украинський медичний часопис.–2004.–№4 (42).–С. 49–59.
74. Обухова А. В. Синдром беспокойных ног // Русский медицинский журнал. «Болезнь Паркинсона». – 2001. – С. 16–19.
75. Применение танакана в неврологической практике / А.В. Астапенко, И.П. Антонов, В.Б. Шалькевич, Г.И. Овсянкина// Мед. новости (Минск). –1999. –№ 1–2. –С.32–33.
76. Старченко А. А. Клиническая нейрореаниматология. –М.; «МЕДпресс–информ». 2004. 803 с.
77. Танакан в лечении начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга: эффективность, переносимость и отдаленные результаты/ С. Л. Тимербаева, З. А. Суслина, Э.А. Бодарева, П. А. Федин //Журн. невропатол. и психиатр.–1999. –№ 3. – С.54–61.
78. Терапевтический справочник Вашингтонского университета: Пер. с англ.; Под ред. М. Вудли, А. Уэлан. – М.: Практика, 1995.–832 с.
79. Ходос Х. Г. Нервные болезни. – М., МИА, 1999.–510 с.
80. Чухрова В. А. Клиническая электроэнцефалография: пособие для врачей. – М., 1990.–70 с.
81. Шмидт Е. В. Арахноидит: Справочник по невропатологии – М., 1981.–С. 81–86.
82. Якименко В. П., Шевченко П. П. Современные методы ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Современ. Пробл. Неврол., нейрохирургии и

погран. Психиатрии: Сб. науч. тр. – Ставрополь, 1998.– Т.1.–С. 68–73.

83. Якубова М. М. Церебральные осложнения при инсульте // Журн. Неврология, 2008.– № 3–4. – С.90.
84. Яхно Н. Н., Валеркова В.А. О состоянии медицинской помощи больным с нарушением мозгового кровообращения // Неврологический журнал. – 1999.– № 4.–С. 44–45.
85. Яхно Н. Н., Штульман Д. Р., Мельничук П. В. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. – М., 1995.– Т.2.–С. 280–314.

MUNDARIJA

KIRISH	3
Nevrologiyaning qisqacha tarixi, zamonaviy nevrologiya yutuqlari va istiqbollari.....	5
I-BO'LIM. ASAB SISTEMASINING FUNKSIONAL ANATOMIYASI VA FIZIOLOGIYASI	13
I.1. Bosh miya va orqa miyaning klinik neyroanatomiyasi.....	13
I. 2. Reflektor sfera va harakat sferasi. Harakat yo'llari tuzilishi. Markaziy, periferik falajliklar. Harakat sferasi shikastlanishi sindromlari	34
I. 3. Sezgi sferasi. Sezgi yo'llarining tuzilishi. Tekshirish usullari. Sezgi buzilishi semiotikasi.....	39
I. 4. Bosh miya nervlari. Bosh miya nervlari tuzilishi, vazifalari. Shikastlanish sindromlari.....	44
I.5. Markaziy va periferik nerv sistemasi shikastlanish sindromlari	87
II BO'LIM. NEVROLOGIK BEMORLARNI TEKSHIRISHNING ASOSIY PRINSIPLARI	95
II. 1. Nevrologik bemorlarni tekshirishning asosiy prinsiplari	95
II. 2. Nevrologik statusni tekshirish usullari	95
II. 3. Bosh miya nervlari vazifasini tekshirish usullari	96
II. 4. Reflektor – harakat funksiyasini tekshirish.....	97
II. 5. Ixtiyorsiz harakatlar	100
II. 6. Harakat koordinatsiyasi	101
II. 7. Sezuvchanlikni tekshirish.....	101
II. 8. Oliy nerv faoliyatini tekshirish	103
II. 9. Paraklinik tekshirish usullari	105

III BO'LIM. NEVROLOGIK KASALLIKLARNI ASOSIY

KLINIK KO'RINISHLARI	110
III. 1. Bosh miya qon tomirlarining insultgacha bo'lgan kasalliklari. Hamshira tashxisi va bemorni parvarish qilish rejasi Miyada qon aylanishining buzilishi.....	110
III. 2. Bosh miya o'tkir qon tomir kasalliklari. Hamshira tashxisi va bemorni parvarish qilish rejasi.....	114
III. 3. Markaziy asab sistemasining yallig'lanish kasalliklari. Meningit, ensefalit, araxnoidit. Hamshira tashxisi va bemorni parvarish qilish rejasi	135
III. 4. Orqa miyaning yallig'lanish kasalliklari. Hamshira tashxisi va bemorni parvarish qilish rejasi.....	156
III. 5. Epilepsiya va tutqanoq sindromi. Bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatish	163
III. 6. Markaziy nevr sistemasining nasliy kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni parvarish qilish rejasi	167
III. 7. Markaziy asab sistemasining posttravmatik shikastlanishi. Hamshira tashxisi va bemorni parvarish qilish rejasi	179
III. 8. Periferik nevr sistemi kasalliklari (nevrit va nevralfiyalar, tunnel sindromi). Umurtqa osteoxondrozini nevrologik ko'rinishi	182
III. 9. Nevrologiyada shoshilinch holatlarda hamshiralik jarayoni	202

IV BO'LIM. NEVROLOGIK BEMORLARNI PARVARISH QILISHNING ASOSIY PRINSIPLARI. NEVROLOGIK

BO'LIMDA HAMSHIRA VAZIFALARI.....	221
IV. 1. Nevrologiyada hamshira vazifalari	224
IV. 2. Nevrologik bemorlarni parvarish qilishni asosiy prinsiplari	226
IV. 3. Harakat buzilishi bo'lgan bemorlarni parvarish qilish	227

IV. 4. Yotoq yaralar profilaktikasi.....	228
IV. 5. Zotiljam profilaktikasi	228
IV. 6. Kontraktura profilaktikasi	229
IV. 7. Umumiy gigienik chora-tadbirlar.....	229
IV. 8. Bemorlarni ovqatlantirish.....	229
IV. 9. Tos organlar faoliyatini kuzatish.....	230
IV. 10. Talaffuzi buzilgan bemorlarni parvarish qilish	231
IV. 11. Lyumbal punksiya o'tkazish uchun bemorlarni tayyorlash	231
ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	233

RAXIMBAYEVA GULNORA SATTAROVNA

**ASAB KASALLIKLARIDA
HAMSHIRALIK ISHI**

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
tomonidan 5510700 – Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi talabalari uchun
darslik sifatida tavsiya etilgan*

«Voris-nashriyot»
Toshkent – 2014

Muharrir *M. Akramova*
Badiiy muharrir *Sh. Xodjayev*
Musahhih *Sh. Niyozova*
Kompyuterda sahifalovchi *S. Akramov*

«Voris-nashriyot», Toshkent sh., A. Navoiy ko'chasi, 30.

Nashriyot litsenziyasi AI № 195 28.08.2011.

Original-maketdan bosishga ruxsat etildi 15.10.2014. Bichimi 60×84^{1/16}.

Ofset bosma usulida bosildi. Bosma t. 15,5. Shartli b.t. 14,4l

Nashr h.t. 14,1l. 500 nusxada bosildi. Buyurtma № 560.

«NISO POLIGRAF» MChJ bosmaxonasida bosildi.

Toshkent viloyati, O'rta Chirchiq tumani,

«Oq-Ota» QFY, Markaz-1 ko'chasi.

UO'K 614.253.52

KBK 56.12

R 37

Raximbayeva, G.

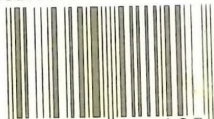
Asab kasalliklarida hamshiralik ishi. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun darslik. O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan 5510700–Oliy hamshiralik ishi yo'nalishi talabalari uchun tavsiya etilgan. Darslik.– T.: «Vorish-nashriyot», 2014. – 248 b.

UO'K 614.253.52

KBK 56.12

Voris
NASHRIYOT

ISBN 978-9943-4214-9-3



9 789943 421493