غوپۇر ئىمىن

مەزھەر قىلىش مەسئىلىسى

كېسەللىكلىرى

قەشقەر ئۇيغۇر نەشرىياتى

ئۇيغۇر كتاب ئوريگىنى
ئۇيغۇرچە كتابلارنىڭ بېگى ئادرېسى
www.uyghurkitap.com

غوپۇر ئىمىن

ھەزدم قەلەش سىستېمىسى كېسەللىكلىرى

مەسئۇل مۇھەررىرى: دىلبەر ياقۇپ

قەشقەر ئۇيغۇر نەشرىياتى

هەزىم قىلىش سىستېمىسى كېنە للدكىلىرى

تاپتورى: غوپۇر ئىسمن
مەسئۇل مۇھەررىرى: دىلمۇر ياقۇپ
مەسئۇل كورېكتورى: باقى ھاجى

قەشقەر ئۇيغۇر نەشرىياتى نەشر قىلدى
شىنجاڭ شىنخۇا كىتابخانىسى تارقىتىدۇ
قەشقەر ئۇيغۇر نەشرىياتى باسما زاۋۇتىدا بېسىلدى
فورماتى: 1092 × 787مم 1/32، باسما تاۋىقى: 7.1875
1986 - يىل 3 - ئاي 1 - نەشرى
1987 - يىل 2- ئاي 1 - بېسىلىشى
قىراژى: 2200 — 1

كىتاب نومۇرى: 6 — 14264، باھاسى: 0.54 يۈەن

ئۇيغۇر كتاب تورىبكتى
ئۇيغۇرچە كتابلارنىڭ يېڭى ئادرىسى
www.uyghurkitap.com

مۇندەرىجە

ھەزىم قىلىش سىستېمىسىنىڭ ئاناتومىيە	
قىزىلئۆڭگەچ	1
قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى	9
ئاشقازان كېرىش ئېغىزى سىپازمىسى	13
قىزىلئۆڭگەچ راكى	18
ئاشقازان يالليۇغى	24
ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغى	25
سوزۇلما ئاشقازان يالليۇغى	28
ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا	32
ئاشقازان راكى	54
يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يالليۇغى.....	60
چەمبەر ئۇچەي راكى	73
ئاشقازان ئۇچەي نېۋرۇزىسى	79
جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈش	84
سېرىقلىق	96
جىگەر قېتىش	107
ھەرىكەتلىك سوزۇلما جىگەر يالليۇغى	135
بىرلەمچى جىگەر راكى	143
ياكتېرىيەلىك جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى	150
جىگەر ھوشسىزلىقى	158

ئۆتكۈر ئۆت خالتا يالليۇغى 174
سوزۇلما ئۆت خالتا يالليۇغى 180
ئۆت تاش كېسەلىمكى 182
ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى 193
سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى 204
ئۇچەي سىلى 209
سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە يالليۇغى 219

ئۇيغۇر كتاب توربىكتى
ئۇيغۇرچە كتابلارنىڭ يېڭى تورىسى
www.uyghurkitap.com

ھەزدم قەدىمىش سىستېمىسىنىڭ ئاناتومىيە ۋەزىپىلوگىيىسى

بۇ يەردە پەقەت كىلىنىڭ ئەمەلىيىتى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولغان ئاناتومىيە ۋەزىپىلوگىيىلىك ئەھۋاللار قىسقىچە تونۇشتۇرۇلمىدۇ.

1. قەزىلئۆڭگەچ: قەزىلئۆڭگەچ ئالدى - ئارقا يا-پىلاقراق كەلگەن ئەزا بولۇپ، ئۇنىڭ ئۇچ تارىيىش ئورنى بار. بىرىنچىسى، ھالقىسىمان كۆمۈرچەك ئارقىسى-غا توغرا كېلىدۇ. ئىككىنچىسى، چوڭ كانايچە شاخچىسى بىلەن قەزىلئۆڭگەچ قايچىلاشقان ئورۇندا. ئۈچىنچىسى، دىئافراگمىدىكى قەزىلئۆڭگەچ ئۆتۈش قىسمىغا توغرا كېلىدۇ.

يۇقىرىدىكى تارايغان جايلاردا قەزىلئۆڭگەچ راكى ئاسان پەيدا بولىدۇ.

قەزىلئۆڭگەچ دۇئارى ئىچكى تەرەپتىن سىرتقى تەرەپكە قاراپ تۆت قەۋەتكە بۆلۈنىدۇ: (1) شىللىق پەردە؛ (2) شىللىق پەردە ئاستى قەۋىتى؛ (3) مۇسكۇل قەۋىتى؛ (4) بىرىكتۈرگۈچى توقۇلما. ئەڭ سىرتىدا بىرىكتۈرگۈچى توقۇلمىلار بولۇپ، سىرۇز پەردە بولمايدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن قەزىلئۆڭگەچتىكى كېسەللىك ئۆز-

گىرىشلەر ئاسانلا كۆكرەك تىك پاسىلىغا قاراپ تارقايدۇ.
قىزىلئۆڭگەچ ئاستى قىسمىنىڭ خىزمىتى قوردىغۇچى مۇسكۇلىنىڭكىگە ئوخشاش بولىدۇ. بۇ ئورۇننىڭ خىزمىتى بۇزۇلغاندا، يېنىش خاراكتېرلىك قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغىسى، ئاشقازان كىرىش ئاغزى سېپازمىسى قاتارلىق كېسەللىكلەر پەيدا بولىدۇ.

2. ئاشقازان: بۇ ئەزا — ھەزىم قىلىش يوللىرى ئىچىدىكى ئەڭ چوڭ بوشلۇق بولۇپ، ئۇ ئاشقازان كىرىش قىسمى، ئاشقازان تۈۋى قىسمى، ئاشقازان تېنى ۋە ئاشقازان چىقىش قىسمىدىن ئىبارەت تۆت قىسىمغا بۆلۈنىدۇ. ئاشقازان چىقىش قىسمى 12 بارماق ئۈچەيگە بۆلۈنىدۇ. ئاشقازان چىقىش قىسمى مۇسكۇل بولۇپ، ئۇ ئۆتىدىغان جايدىكى قوردىغۇچى مۇسكۇل بولۇپ، ئۇ ئاشقازان ئىچىدىكى نەرسىلەرنىڭ 12 بارماق ئۈچەيگە چىقىشىنى تەڭشەپ تۇرىدۇ. شۇنداقلا، يەنە 12 بارماق ئۈچەيدىكى نەرسىلەرنىڭ ئاشقازانغا يېنىپ چىقىشىنى توسۇپ تۇرىدۇ.

ئاشقازان تۈۋى ۋە ئاشقازان تېنى شىلىق پەردىلىرىدە ناھايىتى نۇرغۇن بەز تەنچىلىرى بولۇپ، ئۇلار ئۈچ خىل ھۈجەيرىدىن تەشكىل تاپىدۇ.

(1) دىۋار ھۈجەيرە: بۇ ھۈجەيرە تۇز كىسلاتا سى ۋە ئىچكى فاكتۇر ئاجرىتىدۇ.

(2) ئاساسىي ھۈجەيرە: بۇ ھۈجەيرە *pepsinogin* كىسلاتالىق شارائىتتا ئاجرىتىپ چىقىرىدۇ. *pepsinogin* *PH* قىممىتى ئىككى بولغان چاغدا، *pepsin* گە ئايلىنىدۇ. ئۇنىڭ ھەزىم قىلىش ئىقتىدارى ئەڭ كۈچلۈك بولىدۇ.

(3) قوشۇمچە ھۇجەيرە: شىلىمشىقسىمان مادد
ئاجرىتىپ چىقىرىپ، ئاشقازان كىسلاتاسىنى نىترالايدۇ
ۋە شىللىق پەردىلەرنى قوغدايدۇ. ئاشقازان چىقىرىش
قىسمى شىللىق پەردىسىدە يەنە ئېچكى ئاجرالمىلىق خۇ-
سۇسىيەتكە ئىگە بىر خىل ھۇجەيرە بولۇپ، ئۇ G ھۇ-
جەيرە دەپ ئاتىلىدۇ. بۇ ھۇجەيرە Gastrin ئاجرىتىدۇ.
گاستىرىن قان ئارقىلىق كېلىپ، ددۋار ھۇجەيرىگە تە-
سىر قىلىپ، ئۇنىڭ تۈز كىسلاتاسى ئاجرىتىشىنى كۈچەي-
تىدۇ.ئاساسىي ھۇجەيرەنىڭ pepsinogin ئاجرىتىشىنمۇ كۈ-
چەيتىدۇ. ئاقسىللىق يېمەكلىكلەر، قانىدىكى كالتسىينىڭ
يۇقىرىلىشى، ئاداشقان زەرۋىنىڭ قوزغىلىشى، ئاشقازان
كىسلاتاسىنىڭ تۆۋەنلىشى قاتارلىق ئامىللار گاستىرىننىڭ
ئاجرىلىشىنى ئاشۇرىدۇ. Secritin ۋە Glucagin قاتارلىق-
لار گاستىرىننىڭ ئاجرىلىشىنى تورمۇزلايدۇ. ئاشقازان
كىسلاتاسى بۇقىرىلىغانسىرى، گاستىرىننىڭ ئاجرىلىشى
تۆۋەنلەيدۇ.

3. كىچىك ئۇچەي: بۇ 12 بارماق ئۇچەي، ئىنچە
چىكە ئۇچەي ۋە يانپاش ئۇچەيلەرنى ئۆز ئىچىگە ئالىدۇ.
12 بارماق ئۇچەي تاقا شەكىللىك ئەزا بولۇپ،
ئۇزۇنلۇقى تەخمىنەن 25 سانتىمېتر كېلىدۇ. ئۇنىڭ
ئوتتۇرا قىسمى 12 بارماق ئۇچەي چەمبىرى دەپ ئا-
تىلىپ، بۇ ئورۇنغا قېرىن ئاستى بەز باش قىسمى جايـ
لىشىدۇ. 12 بارماق ئۇچەينىڭ بىرىنچى بۆلۈكى شارچە
قىسىم دەپ ئاتىلىدۇ. بۇ ئورۇندا يارا ئاسان پەيدا بو-
لىدۇ. ئىككىنچى بۆلۈكى ئۇنىڭ تۆۋەنلىگەن قىسمى بو-

لۇپ، ئۆت ۋە قېرىن ئاستى بەز كانالىلىرى مۇشۇ ئو-
رۇنغا قۇيۇلمدۇ. ئۇچىنچى بۆلۈكى تۇز كەتكەن قىسمى
بولۇپ، ئۇنىڭ ئالدىدىن ئۆچەي باغلام ئارتېرىيەسى
توغرىسىغا ئاتلاپ ئۆتىدۇ. بەزىدە مۇشۇ ئارتېرىيەنىڭ
بېسىشى تۈپەيلىدىن ئۇچەي توسۇلۇشى پەيدا بولمدۇ.

ئىنچىكە ئۇچەينىڭ ئۇزۇنلۇقى تەخمىنەن ئالتە
مېتر ئەتراپىدا بولۇپ، ئوتتۇرىچە ئىچكى دىئامېترى
تۆت سانتىمېتردىن بولمدۇ. كىچىك ئۇچەي ئۇزۇقلۇق-
لارنى ھەزىم قىلىپ سۈمۈرۈشتىن باشقا، يەنە سۇ، ئېلېكتىرولىت، ۋىتامىن ۋە دورىلارنىمۇ سۈ-
رۈيدۇ. كىچىك ئۇچەيدىكى سۈمۈرۈش خىزمىتى ئاساسلىقى، ئىنچىكە ئۇچەينىڭ باش قىسمىدىكى بىر مېتر جايدا ئادا بولمدۇ. ئىنچىكە ئۇچەيدە سۈمۈرۈلمىگەن ئۇزۇقلۇق ماددىلار، بولۇپمۇ ماي يانپاش ئۇچەيدە سۈمۈرۈلمدۇ. ۋىتامىن B_{12} يانپاش ئۇچەيدە تاللاش خاراكتېرىدە سۈمۈرۈلمدۇ. فىزىئولوگىيىلىك ئېھتىياجدا، كىچىك ئۇچەيىنىڭ سۇيۇقلۇق ئاجرىتىش مىقدارى ئۇنىڭ سۈمۈرۈش مىقدارىدىن ئاز بولمدۇ. ئۇچەي يالليۇغى، خولېرا قاتارلىق كېسەللىكلەردە ئۇنىڭ سۇيۇقلۇق ئاجرىتىش مىقدا-

ری زور دەرىجىدە كۆپەيىدۇ.

4. چوڭ ئۇچەي: بۇ قارغۇ ئۇچەي، سازاڭ ئۆسۈك چە، چەمبەر ئۇچەي كۆتۈرۈلۈش قىسمى، چەمبەر ئۇچەي توغرا قىسمى، چەمبەر ئۇچەي تۆۋەنلەش قىسمى، ئىشەكلىك چەمبەر ئۇچەي ۋە تۈز ئۇچەي قاتارلىقلارغا بۆلۈنىدۇ. چوڭ ئۇچەيدىكى ھەزىم قىلىش ۋەزىپىسىنى ئاساسلىقى باكتېرىيىلەر ئادا قىلىدۇ. چرك تەركىبىدىكى باكتېرىيە مىقدارى ناھايىتى كۆپ بولۇپ، $\frac{1}{3}$ چوڭ تەركىبىدە قۇرۇق ئېغىرلىقنىڭ تەخمىنەن قىسمىنى باكتېرىيە ئىگىلەيدۇ. ھەر مىللىگرام چوڭ تەركىبىدە بىر مىليارد باكتېرىيە بولىدۇ. باكتېرىيىلەر فېرمېنت ئاجرىتىپ تاماق قالدۇقلىرى ۋە ئۆسۈملۈك تالالىرىنى پارچىلايدۇ. باكتېرىيىلەر نىڭ قەنت، مايلارنى پارچىلىشى — ئېچىتىش دەپ ئاتىلىدۇ. باكتېرىيىلەر نىڭ ئاقسىلنى پارچىلىشى — چىرىتىش دەپ ئاتىلىدۇ. بۇنىڭدىن باشقا B گۇرۇپپىلىق ۋىتامىن ۋە ۋىتامىن K لارنىمۇ چوڭ ئۇچەيدىكى باكتېرىيىلەر ئاددىي ماددىلاردىن پايدىلىنىپ بىرىكتۈرىدۇ.

چوڭ ئۇچەي ئاساسلىقى سۇنى سۈمۈرىدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا، تۈز، گاز ۋە ئاز مىقداردا گىلۈكوزلارنىمۇ سۈمۈرىدۇ.

5. جىگەر: چوڭ كىشىلەردە جىگەر نىڭ ئېغىرلىقى تەخمىنەن 1200 — 1600 گىرامغىچە بولۇپ، ئۇ ئادەم بەدىنىدىكى چوڭ بەز تەنچىسىدىن ئىبارەت. ئۇ ئىنتايىن

ئۇسۇلدا، جىگەردىكى ئوغاقسىمان تارامۇش پاسىل قىلىپ
نىپ، جىگەر ئوك بۆلەك ۋە سول بۆلەكتىن ئىبارەت
ئىككى چوك بۆلەككە بۆلۈنۈپ كەلگەنسىدى. ئۆۋەتتە،
تاشقى بۆلۈمدە جىگەردىكى قان تومۇر سىستېمىسىغا ئاسا-
سەن، جىگەر سەككىز رايونغا بۆلۈنىدۇ. بۇ خىل بۆلۈش
ئۇسۇلى جىگەر بۆلەكچىلىرىنى كېسىپ ئېلىش ئوپېراتسى-
يىسى ئۈچۈن ئەھمىيەتكە ئىگە بولۇپ، ئەنئەنە-
ۋى بۆلۈش ئۇسۇلىغا قارىغاندا كۆپ ئەۋزەل.

جىگەر ئۇرغۇن كىچىك جىگەر بۆلەكچىلىرىدىن تەش-
كىل تاپىدۇ. ھەر بىر كىچىك بۆلەكچە بەش بۇرجەك
ياكى ئالتە بۇرجەك شەكىلدە بولۇپ، ئۇنىڭ مەركىزىدە
بىر تال مەركىزى ۋېنا بولىدۇ. ئۇنىڭ ئەتراپى جىگەر
ھۈجەيرە ئۆسۈكچىلىرى دەپ ئاتىلىپ، ئوتتۇرىسىدا ئۆت
قىل تومۇرلىرى بولىدۇ. ئۆت قىل تومۇرلىرى يىغىلىپ،
بۆلەكچە ئارىلىقى ئۆت كاناللىرىنى ھاسىل قىلىدۇ. ئۇلار
يەنە ئۆزئارا قوشۇلۇپ، ئوك ۋە سول ئۆت كاناللىرىنى
ھاسىل قىلىپ، جىگەر دەرۋازىسىدىن چىقىدۇ. جىگەردىن
چىققاندىن كېيىن ئۇ ئىككىسى قوشۇلۇپ باش جىگەر كا-
نالچىسىنى ھاسىل قىلىدۇ. باش جىگەر كانالچىسى يەنە
ئۆت خالتا كانىلى بىلەن قوشۇلۇپ باش
ئۆت كانالچىسىنى ھاسىل قىلىپ،
12 بارماق ئۈچەي تۆۋەنلەش قىسمىغا قۇيۇلىدۇ.
ئۆت خالتىسىنىڭ سىغىمى 50 مىللىلىتىر ئەتراپىدا بو-
لۇپ، ئۆت سۇيۇقلۇقىنى قويۇقلاندۇرۇپ ساقلايدۇ. جە-

گەرنی تەمنلەیدىغان قانىنىڭ $\frac{1}{4}$ قىسمى جىگەر ئارتىپىرىدە
يىغىدىن، $\frac{3}{4}$ قىسمى قاپقاق ۋېنادىن كېلىدۇ. قاپقاق
ۋېنا قېنىدا ھەرقىسىم قىلىشىش يولى
بىلەن قېنىدىكى ئوزۇقلۇقلارنى ۋە تالدىكى قىزىل قان ھۈ-
جەيرىسى ماددا ئالمىشىش مەھسۇلاتلىرىنى ئېلىپ كە-
لىدۇ. جىگەر ئارتىپىردە قېنى ئاساسلىقى جىگەرنى ئوك-
سىگېن بىلەن تەمنلەيدۇ. جىگەردىكى قان بۆلەكچە مەر-
كىزى ۋېنا ئارقىلىق جىگەر ۋېناسىغا قۇيۇلۇپ، بۇ ئار-
قىلىق تۆۋەنكى كاۋاك ۋېناغا بارىدۇ.

جىگەرنىڭ خىزمىتى ناھايىتى كۆپ ھەم مۇرەك-
كەپ بولۇپ، ئاساسلىقى تۆۋەندىكىچە:

(1) قەنت، مای، ئاقسىل، ۋىتامىن قاتارلىقلار جە-
گەردە ماددا ئالمىشىش ئېلىپ بارىدۇ.

(2) ئۆت سۇيۇقلۇقىنى ئىشلەپ ئاجرىتىپ چىقىرىپ
بېرىدۇ.

(3) ھەر خىل زەھەرلىك ماددىلارنى زەھەرسىز-
لەندۈرىدۇ.

(4) باكتېرىيە ۋە بەزى زىيانلىق ماددىلارنى
سىرتقا چىقىرىدۇ.

(5) قان ئىشلىگۈچى فاكتۇرلارنى ساقلايدۇ.

(6) ئىچكى ئاجرالما گورمۇنلىرى جىگەردە بۇزۇ-
لۇپ، ئۆز تەڭپۇڭلۇقىنى بېرىپتۇرىدۇ ۋە ساقلايدۇ.

(7) قان ئۇيۇتۇش ۋە ئىممۇنىتېتولوگىيىلىك رولى بار.

6. قهردن ئاستی بهزی: قهردن ئاستی بهزی قور-
ساق پهرده ئارقىسىغا جايلاشقان ئهزا بولۇپ، ئۇستۇن-
كى قورساق قىسىم چوڭقۇر قىسمىغا ئورۇنلىشىدۇ. ئۇ باش
قىسىم، تهن قىسىم، قۇيرۇق قىسمىدىن ئىبارەت ئۈچ
قىسمىدىن تەشكىل تاپىدۇ. ئۇنىڭ ئاساسلىق كانالچىسى
ۋەقوشۇمچە كانالچىسى بار بولۇپ، ئاساسلىق قهردن ئاستى
بەز كانالچىسى باش ئۆت كانالچىسى بىلەن قوشۇلۇپ Vater
ئامپۇلىسى شەكىللەندۈردۇ. ئەگەر بۇئورۇندا توسۇلۇش
بولسا، ئۆت سۇيۇقلۇقى ئارقىغا يېنىپ، ئۆتكۈر قهردن ئاستى
بەز يالالۇغنى پەيدا قىلىدۇ. Vater ئامپۇلىسىنىڭ 12
بارماق ئۇچەيگە قۇيىدىغان ئورنىدا oddis قورسۇقچى
مۇسكۇلى بولۇپ، ئۆت سۇيۇقلۇقى ۋە قهردن ئاستى
بەز سۇيۇقلۇقىنىڭ ئۇچەيگە كىرىشىنى تەڭشەيدۇ.
قهردن ئاستى بېزىنىڭ ئۈچكى ئاجراتمىلىق ۋە
تاشقى ئاجراتمىلىق خۇسۇسىيتى بار. قهردن ئاستى بەز
پۇۋەكچىسىۋە قهردن ئاستى بەز كانالچە ئىپتىللىرى قهردن ئاس-
تى بەز سۇيۇقلۇقى ئاجرىتىدۇ. قهردن ئاستى بەز
سۇيۇقلۇقى بەدەنىدىكى ئەڭ مۇھىم
ھەزىم قىلىش سۇيۇقلۇقى بولىدۇ. قهردن ئاستى
بېزى كۇنلۇكى ئوتتۇرا ھېساب بىلەن ھەر كىلوگرام
بەدەن ئىغىرلىقى ئۈچۈن 25 مىللىلىتر. بەدەن سۇيۇق-
لۇقى ئاجرىتىدۇ. ئۇنىڭ تەركىبىدە يېتەرلىك مىقدار-
دىكى ئاقسىل، كۆراخمال، مايلارنى ھەزىم قىلغۇچى فېر-
مېنتلار بار. ئۇنىڭدىن باشقا، يەنە بى كاربونات تۇز-
لىرى بار. شۇنىڭ ئۈچۈن قهردن ئاستى بەز سۇيۇق-

لۇقى ئىشقارلىق بولۇپ، PH قىممىتى 7.8 ~ 8.4 گە چە بولىدۇ. كۇنلۇكى ئاجرىتىپ چىقىرىدىغان سۇ كاربونات تۇزلىرىنىڭ مىقدارى 7 ~ 18 گرامغىچە بولۇپ، ئۇ ئاشقازاندىن 12 بارماق ئۇچەيگە كىرگەن ئاشقازان كىسلاتاسىنى تولۇق نېترالاپ كېتەلەيدۇ. قېرىن ئاستى بەز سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى Na^+، K^+، Ca^{++} قاتارلىقلارنىڭ قويۇقلۇق دەرىجىسى ئاساسىي جەھەتتىن قان شېرىسىنىكىگە ئوخشاش. Mg^{++} مىقدارى قان شېرىسىنىكىگە قارىغاندا تۆۋەنرەك بولىدۇ.

قېرىن ئاستى بەز ئىرال قىسمى ئىچكى ئاجرالما ئاجرىتىدۇ. ئۇيەردىكى β- ھۈجەيرە ئېنزولىن ئاجرىتىدۇ. x ھۈجەيرە گىلىيوكوگېن ئاجرىتىدۇ. بەزى كىشىلەرىيەنە x ھۈجەيرە $Kallikren$ (قېرىن ئاستى بەز قان تومۇر كېڭەيتكۈچى ماددا) $Vagotonin$ (ئاداشقان نېرۋا جىددىيلىكىنى ئاشۇرغۇچى ماددا) ۋە $lipocaic$ (جىگەر مايلىق ئۆزگىرىشىگە قارشى ئامىل) قاتارلىقلارنى ئاجرىتىدۇ، بۇلارمۇ قېرىن ئاستى بېزى ئىچكى ئاجرالماخىز مېتىگەمەنسۇپ، دەپ قارايدۇ.

قىزىل ئۆڭگەچ يالليۇغى

Esophagitis

قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى ئۆتكۈر ۋە سوزۇلما دەپ ئىككى خىلغا ئايرىلىدۇ. بۇلارنىڭ ئىچىدە ئاشقازان ئىچىدىكى نەرسىلەرنىڭ قىزىلئۆڭگەچكە يېنىشىدىن پەيدا بولىدىغان قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى ئاساسەن كۆپ ئۇچرايدۇ.

1. ئۆتكۈر قىزىل ئۆڭگەچ يالاڭغىنىڭ سەۋەبى: ئېغىز بوشلۇقى، يۇتقۇنچاق قاتارلىق يەرلەك قىسمىدىكى يۇقۇملىنىشنىڭ قىزىلئۆڭگەچكە قارىپ كېڭىيىشى، كۆچلۈك غىدىقلىغۇچى ياكى چېرىتكۈچى خىمىيىلىك دورىلارنى يۇتۇش، قاتتىق قۇسۇش (ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ تەسىرى)، يات ماددا تۇرۇپ قېلىش، زىيادە سوغۇق ياكى قىزىق نەرسىلەرنى يۇتۇش، ئۇزۇن مۇددەت قېرىن زونتى سېلىش، ئاللىرگىيىلىك رېئاكسىيە قاتارلىقلار ئۆتكۈر قىزىل ئۆڭگەچ يالاڭغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2. سۈزۈلما قىزىلئۆڭگەچ يالاڭغىنىڭ سەۋەبى: ئاساسلىقى، ئۇزۇن مۇددەت ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ قىزىلئۆڭگەچكە يېنىشى، قىزىلئۆڭگەچتىكى ياخشى-يامان سۈپەتلىك توسۇلۇشلار سەۋەبىدىن تاماقنىڭ تۈرۈپ قېلىشى، ۋېتامىن B كەمچىللىكى، قىزىلئۆڭگەچتىكى ۋېنالارغا قانىنىڭ قېيىشى قاتارلىقلار سوزۇلما قىزىل ئۆڭگەچ يالاڭغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

پاتئولوگىيىلىك ئۆزگىرىش چەكلىك دائىرىدە ياكى كېسىك دائىرىدە بولۇشى مۇمكىن. ئۆتكۈر دەۋرىدە شىللىق پەردىلەردە قان تولۇش، سۇلۇق ئىششىق پەيدا بولۇپ، كۆپىنچە زىددىلىنىدۇ، ئۇزۇە يارىلار پەيدا بولىدۇ. ئەگەر چېرىتكۈچى نەرسىلەر ئىستېمال قىلىنغان بولسا، نىكروزلىنىش يۈز بېرىدۇ. ئېغىرلىرىدا تېشىلىش بولىدۇ. سوزۇلما دەۋرىدە شىللىق پەردە قېلىنلاش، پالەچى شەكىللىدە ئۆسۈش قاتارلىق ئەھۋاللار يۈز بېرىدۇ. بۇنىڭ

بەلەن قىزدىلىۋىگەچىنىك ھەرقايسى قەۋەتلىرىدە تالا تو-
قۇلمىلىرى ئۆسۈپ، قىزدىلىۋىگەچ تارىيىدۇ. ۋىتامىن B
كەم بولغانلاردا قىزدىلىۋىگەچ شىللىق پەردىسى قۇرۇپ
قورۇلۇپ ئاسان قانايدۇ.

كىلىنىك ئېپادىسى

كىلىنىك ئالامەتلىرى كېسەللىك ئۆزگىرىش ئورنى
ۋە خاراكتېرىگە قاراپ بەلگىلىنىدۇ. ئاساسلىقى، ئاغرىش،
كۆيۈش ھېس قىلىش ۋە يۇتۇش قىيىنلىشىش قاتارلىق
ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئاغرىش ياكى كۆيۈش سېزىمى
ئاساسلىقى، تۆش سۆڭەك ئارقا قىسمىدا ياكى خەنجەر
ئۆسۈكچە ئەتراپىدا بولىدۇ، دائىم تاماق يېگەندە پەي-
دا بولىدۇ. بولۇپمۇ قىزدى، سوغۇق نەرسىلەرنى يېگەندە
ياكى غىدىقلاش خۇسۇسىيىتىگە ئىگە نەرسىلەرنى يېگەندە
روشەن كۆرۈلىدۇ. قىزدىلىۋىگەچ يالليۇغى ئاشقازان سۇ-
يۇقلۇقىنىڭ يېنىشىدىن پەيدا بولغان بولسا، تۇز ياتقاق
دا ياكى بەلنى ئېگىكەن چاغلاردا يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر
ئېنىق كۆرۈلىدۇ. يۇتۇش قىيىنلىشىش دەرىجىسى ئوخشاش
بولمايدۇ. قىزدىلىۋىگەچتىكى سۇلۇق ئىششىق، سېپازما
ياكى تالا توقۇلمىلارنىڭ ئۆسۈشى، تارىيىش قاتارلىقلارنى
كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئېغىر كېسەللىكلەردە يۇتۇش قىيىن-
لىشىپ ئېغىر بولۇپ، ئوزۇقلىنىشى ناچارلىشىپ، بەدەن
ئېغىرلىقى تۆۋەنلەيدۇ. قىزدىلىۋىگەچ يالليۇغىنى چىرىتە-
كۇچى دورىلار كەلتۈرۈپ چىقارغان بولسا، ئۆتكۈر دەۋ-
رىدە قۇسۇش بولىدۇ. ئېغىرلاشقاندا ھەتتا تېشىلىش يۇز

بېرىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا، تۆش سۆڭەك ئارقا تەرىپىدە قاتتىق ئاغرىش بولۇپ، شوك پەيدا بولىدۇ. ئۆتكۈر دەۋرى ئۆتۈپ كەتكەندىن كېيىن تەدرىجىي تاتۇق شەكىللىنىپ، يۇتۇش قىيىنلىشىدۇ.

دىئاگنوزى

دىئاگنوز قويۇشتا كېسەللىك تارىخى، يەنى، يۇقىرىدا بايان قىلىنغان تىپىك كېسەللىك تارىخى ئاساس قىلىنىدۇ. زۆرۈر تېپىلغاندا، رېنتگېنده تەكشۈرگەندە، شىللىق پەردىلەردە تەرتىپسىز قېلىنلاش، تارىيىش قاتارلىق ئۆزگىرىشلەر كۆرۈلىدۇ.

قىزىلئۆڭگەچ ئەينىكى بىلەن تەكشۈرگەندە، ئۆتكۈر دەۋرىدە، قىزىلئۆڭگەچ شىللىق پەردىلىرىدە قان تولۇش، سۈلۈك ئىشىش، يالالۇغلۇق ئاجرالمالار (ئاجرالما مادىلار) كۆرۈلىدۇ. بەزىدە زىددىلىشىش، ئۇزەكى يارىلار كۆرۈلىدۇ. سوزۇلما كېسەللىكلەردە، شىللىق پەردە تاتىرىش، پۈرۈكلىرى، يوقىلىش، تارىيىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ.

داۋالاش

ئۆتكۈر دەۋردە ئاز مىقداردىن كۆپ قېتىم سۈيۇق تاماق بېرىلىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىرلاغانسېرى تاماق بېرىلمەي، سۈيۇقلۇق بېرىلىدۇ، ھاراق، تاماكا ۋە غىدىقلاش خۇسۇسىيەتكە ئىگە يېمەكلىكلەر چەكلىنىدۇ. ھەر قېتىملىق تاماقتىن بۇرۇن تېنىكتۇرا بىللادۇنىدىن 0.3 ~ 0.5 مىللىلىتر ئىچكۈزگەندە، قىزىل-

ئۆڭگەچ سىپازمىسى ۋە ئاشقازان كىسلاتاسى ئازىيىپ كېسەللىك ئالامىتى پەيدا قىلىشىدۇ. تاماق يۇتقان چاغدىكى سىپازمىلىنىش ۋە ئاغرىشنى پەيدا قىلىشتۇرۇش مەقسىتىدە 1%—2% پىروكايىندىن 30 مىللىلىتر ئىچۈرۈلىدۇ. تاماق ئارىلىقلىرىدا ئالىيۇمىن ھىدروكسىدى قاتارلىق دورىلار ئىچۈرۈلۈپ، ئاشقازان كىسلاتاسىنى نېترالاپ، قىزىلئۆڭگەچ شىللىق پەردىسى مۇھاپىزەت قىلىنىدۇ.

سوزۇلما كېسەللەردە تارىيىش ئېغىر بولسا، قىزىلئۆڭگەچنى كېڭەيتىش ئۇسۇلى ياكى ئوپېراتسىيە ئۇسۇلىغا قاتارلىقلار قوللىنىلىدۇ.

ئاشقازان كىرىش ئاغزى سىپازمىسى

AChalasia

كېسەللىك سەۋەبى

قىزىلئۆڭگەچ ئاشقازان كىرىش قىسمى قوردۇقچى مۇسكۇللۇق خۇسۇسىيەتكە ئىگە بولۇپ، تاماق مۇشۇ ئورۇنغا يېتىپ كەلگەندە، بۇ ئورۇن رېفلېكسىيە خاراكتېرىدە بوشاپ، قىزىلئۆڭگەچتىكى تاماق ئاشقازانغا كىرىدۇ. ئاشقازان كىرىش ئاغزى سىپازمىسى بىسلەن ئاغرىغاندا، قىزىلئۆڭگەچ تېنىنىڭ جىددىيلىكى تۆۋەنلەپ، يۇقىرىدىن تۆۋەنگە قاراپ ماڭىدىغان قىسىرلاش ھەرىكىتى سۇسلايدۇ. ئاشقازان كىرىش ئاغزى سىپازمىلىنىپ

تاماق مۇشۇ ئورۇنغا كەلگەندە توسۇلۇپ تۆۋەنگە ئۆتەمەيدۇ. بۇ كېسەللىكنىڭ سەۋەبى ئېنىق ئەمەس. ھازىر بۇ كېسەل قىزىلئۆڭگەچ دىۋار ئاردىلىقىدىكى *Auerbachis* نېرۋا توپلىرىدا چېكىنىش خاراكتېرلىك ئۆزگىرىش پەيدا بولۇپ، تۈگۈنچە ئارقا تەرەپتىكى خۇلىنلىق نېرۋا تالالىرىنىڭ ئازىيىپ كەتكەنلىكى بىلەن مۇناسىۋەتلىك، دەپ قارالماقتا.

پاتۇلوگىيىسى

قىزىلئۆڭگەچتە تاماق ماددىلىرى تۇرۇپ قېلىشتىن پەيدا بولغان قىزىلئۆڭگەچنىڭ كېڭىيىشى ۋە قىزىلئۆڭگەچ شىللىق پەردىلىرىدە يالليۇغلىنىش ئىپادىلىرى بولىدۇ. دەسلەپكى دەۋرىدە قىزىلئۆڭگەچنىڭ ئۈستى تەرىپى كېڭىيىپ كولبا شەكلىگە كىرىدۇ. ئاخىرقى دەۋرىگە كەلگەندە قىزىلئۆڭگەچ يۇقىرى دەرىجىدە كېڭىيىپ، سوزۇلۇپ ھەم ئېگىلىپ «S» شەكلىگە كىرىدۇ. ئاخىرقى دەۋرىدە قىزىلئۆڭگەچنىڭ سىغىمى ئىككى لىتىردىن ئاشىدۇ. دەسلەپكى دەۋرىدە قىزىلئۆڭگەچ دىۋارى قەلىنلاپ، ئاخىرقى دەۋرىگە بارغاندا نېپىزلايدۇ. قىزىلئۆڭگەچ ئاستى تەرىپىدە زىددىلىنىش، يارا پەيدا بولۇش. ھەتتا راكقا ئۆزگىرىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

كېلىنىك ئىپادىسى

بۇ كېسەللىك ھەرقانداق ياشتىكىلەردە پەيدا بولۇشى مۇمكىن، لېكىن 20 ~ 40 ياش ئارىلىقىدا كۆپ

ئۇچرايدۇ. كېسەللىكنىڭ باشلىنىشى ئاستا بولۇپ، دەسـ
لەپكى مەزگىلىدە بەزىدە تېزرەك تاماق يېگەنـدە، تـۆش
ئاستىدا يېقىمسىزلىق ھېس قىلىش ياكى خەنجـەر ئـۇ-
سۇكچە ئەتراپىدا تاماق چاپلىشىپ قالغاندەك سېزىم بو-
لۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. بەزىدە تۆش سـۆ-
ڭەك ئارقا تەرىپىدە ئاغرىش بولىدۇ. ئازراق سۇ ئىچـ
كەنىدىن كېيىن يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر يوقىلىدۇ. كېيىنچە،
ئالامەتلەر تەدرىجىي ئېغىرلاپ، تاماق يۇتقاندا ئاغرىش
بولىدۇ. ئاغرىق بويۇن ۋە دۇمبە قىسمىلارغىچە تارقاي-
دۇ، كېيىن يۇتۇش قىيىنلىشىدۇ. يۇتۇشنىڭ قىيىنلىشىشى
بۇ كېسەللىكنىڭ ئاساسلىق ئالامىتى بولۇپ، بەزىدە يې-
نىك، بەزىدە ئېغىر بولىدۇ. سوغۇق تەرسىلەرنى ئىس-
تېمال قىلغاندا، روھىي كەيپىياتىدا ئۆزگىرىش بولغان-
دا ياكى ياتلىق كىشىلەر بىلەن بىرگە تاماق يېگەن چاغ-
لاردا ئېغىرلىشىدۇ. ۋاقىت ئۇزارغاندىن كېيىن، يۇتـۇش
قىيىنلاش ئېغىرلىشىپ داۋاملىق تۇردە پەيدا بـولىـدۇ.
كېسەل كىشىلەر تاماقنى ئۆتكۈزۈش ئۈچۈن، ئۆرە تۇرۇپ
سۇ ئىچىش، بەدىنىنى ئالدى - كەينىگە ئېگىپ ھەرە-
كەتلەندۈرۈش قاتارلىق ئۇسۇللارنى قوللىنىدۇ. ئۇزۇن
يالغۇز تاماقلىنىشنى ياخشى كۆرىدۇ. بۇنىڭغا ئەگىشىپ
يېگەن نەرسىلەرى يېنىپ كېتىش ئەھۋالى يۈز بېرىدۇ.
يانغان نەرسىدە ئاشقازان كىسلاتاسى بولمايدۇ. ياتـقان
چاغلاردا ئاسانِ يېنىش پەيدا بولىدۇ. شۇڭا، بۇنداق
كېسەللەر ياشنى ئېگىز قويۇپ يېتىشنى ياخشى كۆرىدۇ.
قىزىلئۆڭگەچ كېڭەيگەندىن كېيىن، كېسەل كىشىلەر-

ده تاماقتىن كېيىن كۆكرەك قىسمى چىڭقىلىپ، بىئارام بولۇش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. كېڭىيىش ئېغىر بولغۇچىلاردا كۆكرەك تېك پاسىلىنىڭ بېسىلغانلىق ئېپادىلىرى (نەپەس قىيىنلاش، كۆكۈرۈش قاتارلىق) كۆرۈلىدۇ. تاماق يېيىپ كەتكەندىن كېيىن بۇ ئالامەتلەر يوقىلىدۇ.

بۇ كېسەللىكە قوشۇمچە هالدا دائىم قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى، يارا، قاناش قاتارلىقلار پەيدا بولىدۇ. بۇنىڭ كېسەللىك جەريانى ئۇزۇن بولۇپ، ئارىلاپ تۇتقانلىقتىن، كېسەل كىشىلەرنىڭ ئومۇمىي هالىتى بىر قەدەر ياخشى بولۇپ، ئۇزۇن يىلغىچە چوڭ ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

دىئاگنوزى

ئۇزۇن مۇددەت ئارىلاپ يۇتۇش قىيىنلىشىش، يېگەن نەرسىلەر يېيىپ كېتىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلگەن، مۇشۇ كېسەللىكنىڭ ئېهتىمالىنى ئويلاش لازىم.

رېنتگېنده تەكشۈرۈش: بارىي بوتقىسى ئىچكۈزۈپ كۆرگەنده، قىزىلئۆڭگەچ تۆۋەن قىسمى قۇش تۇمشۇقى شەكلىده تارىيىدۇ. شىللىق پەردە سىلىق بولۇپ، تارايغان ئورۇننىڭ ئۈستى كېڭەيىدۇ. نېترو گلىتسىرىن قاتارلىق دورىلارنى بەرگەنده، سىپازما قويۇپ بېرىدۇ. گۇمانلىق كېسەللەرگە قارىتا، قىزىلئۆڭگەچ ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈپ، هاياتى توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرۈلىدۇ.

سىلىشتۇرما دىئاگنوزى

1. قىزىلئۆڭگەچ راكى يا كى ئاشقازان كىسىرىش

ئاغىزى راكى: يۇتۇش قىينالمىشىش تەرەققىي قىلىش خاراكتېرىدە بولۇپ، قىسقامۇددەت ئىچىدە كاخكىسىيەلىك ئەھۋال كۆرۈلمەيدۇ. قىزىلئۆڭگەچ شىللىق پەردىسى تەرتىپسىز بولۇپ، تولۇش كەمتۈكلۈكى كۆرۈلمەيدۇ.

2. قىزىلئۆڭگەچنىڭ ياخشى سۈپەتلىك تارىيىشى: بۇنىڭدا چېرىتكۇچى نەرسىلەرنى يۇتۇش تارىخى، قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى ياكى يەرلىك ئورۇن جاراھەتلىنىش تارىخى بولمەيدۇ. رېنتگېنده باريۇ بوتقىسى يۇتقۇزۇپ تەكشۈرگەندە، تارايغان ئورۇننىڭ ئەتراپى سىلىق بولمەيدۇ.

3. قىزىلئۆڭگەچ يان خالتىسى: بۇنىڭدىمۇ بەزىدە يۇتۇش قىينالمىشى، تاماق يېنىش، تۆش كەيىنى يېقىمسىزلىنىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلمەيدۇ. ئەمما رېنتگېنده باريۇ بوتقىسى يۇتقۇزۇپ رەسىمگە ئالغاندا، قىزىلئۆڭگەچتىن يانغا پولتىيىپ چىققان يان خالتا ئېنىق كۆرۈنمەيدۇ.

داۋالاش

1. ئىچكى بۆلۈمده داۋالاش: كېسەل كىشىلەرگە يۇمشاق تاماقلارنى ئىستېمال قىلىش تاپشۇرۇلمەيدۇ. غىدىقلىغۇچى يېمەكلىكلەر ۋە سوغۇق نەرسىلەرنى ئىستېمال قىلىش مەنئىي قىلىنمەيدۇ. روھىي جەھەتىلىشتىن ساقلىنىش دەۋەت قىلىنمەيدۇ. زۆرۈر تېپىلغاندا، مۇۋاپىق مىقداردا تىنچلاندۇرغۇچى دورىلار ئىشلىتىلمەيدۇ. يۇتۇش قىيىنلىشىنى يېنىكلىتىش مەقسىتىده، تاماقتىن بۇرۇن 2 پەرسەنتە

لمك پەروكايسندىن 30 ~ 60 مىللىلىتر ئىچۇرۇلىدۇ، ياكى 0.3 ~ 0.6 مىللىگرام نىتروگلىتسىردىن تىل ئاستىدا قويۇپ شورىلىدۇ.

2. كېگە يتىپ داۋالاش: بۇ خىل ھازىرچە بۇ كېسەللىكنى داۋالاشنىڭ ئەڭ ياخشى ئۇسۇلى. داۋالاشتىن ئاۋۋال قىزىلئۆڭگەچ ئەينەكى ئارقىلىق قىزىلئۆڭگەچتىكى باشقا كېسەللىكلەر ئېھتىمالى ئىنكار قىلىنغاندىن كېيىن، رېنتگېنده تەكشۈرۈپ تۈرۈش ئارقىلىق كېگە يتكۈچى كەرگۈزۈپ كېگە يتىش ئېلىپ بېرىلىدۇ. كېگە يتكۈچى سايمانلاردىن سىماب خالتىسى (رېزىنكە تاشلىق خالتا بولۇپ، ئىچىگە سىماب قاچىلىنىدۇ. بۇنى كەرگۈزگەندىن كېيىن ئېغىرلىق تەسىرى بىلەن كېگە يتىش رولىنى ئويناىدۇ)، گاز بالۇنلۇق كېگە يتكۈچى، سۇ بالۇنلۇق كېگە يتكۈچى قاتارلىقلار ئىشلىتىلىدۇ.

3. يۇقىرىدىكى ئۇسۇللار ئۇنۇم بەرمىگەندە ئۇ. چېراتسىيە بىلەن داۋالىنىدۇ.

قىزىلئۆڭگەچ راكى

Carcinoma of the ESophagus

قىزىلئۆڭگەچ راكى يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەر ئىچىدە كۆپ ئۇچرايدىغان بىر خىل ئۆسمە بولۇپ، ھەرقايسى جايلاردا كېسەللىك پەيدا بولۇش نىسبىتى ئوخشاش ئەمەس. بەزى جايلاردا كېسەللىك پەيدا بو-

ئۇش نىسبەتى يۇقىرى، رايونىمىزغۇ بۇ كېسەللىكنىڭ پەيدا بولۇش نىسبەتى يۇقىرى بولغان رايونلارغا كىرىدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

باشقا يامان سۇيەتلىك ئۆسمىلەرگە ئوخشاش، قىزىلئۆڭگەچ راكىنىڭ پەيدا بولۇش سەۋەبىمۇ ئېنىق ئەمەس. ئەمما، تۆۋەندىكى ئامىللار بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن، دەپ قارىلىدۇ.

1. تاماقتىكى ناچار غىدىقلار: يىرىك نەرسىلەرنى ياخشى چاينىماي يۇتۇش، قىزىق نەرسىلەرنى يۇتۇش، كۇچلۇك غىدىقلاش خۇسۇسىيىتىگە ئىگە نەرسىلەرنى ئىستېمال قىلىش (مەسىلەن، يۇقىرى گرادۇسلۇق ھاراقلارنى ئىچىش) قاتارلىقلار بۇ كېسەللىك بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن. ئاپتونوم رايونىمىزنىڭ تاغ رايونلىرىدا بۇ كېسەللىكنىڭ كۆپ كۆرۈلۈشى قىممىز بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارالماقتا.

2. ئوزۇقلۇق ئاممىلىرى: بۇ كېسەللىك يېڭى كۆكتاتلارنى ئاز ئىستېمال قىلىدىغان ئورۇنلاردا كۆپ پەيدا بولىدۇ. بۇ ئەھۋال بەزى ۋىتامىنلارنىڭ كەملىكى بۇ كېسەللىكنىڭ پەيدا بولۇشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكىدىن دېرەك بېرىدۇ.

3. قىزىلئۆڭگەچنىڭ ئۆزىدىكى كېسەللىكلەر: مەسىلەن، قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى، قىزىلئۆڭگەچ يان خالتىسى قاتارلىقلار راكقا ئايلىنىشى مۇمكىن. بۇلاردىن باشقا، يەنە

ئەرسىيەتلىك ئامىل، ئېغىز تازىلىقى، تاماكا قاتارلىقلار
بىلەنمۇ مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن.

پاتئولوگىيەسى

قىزىلئۆڭگەچ راكى كۆپىنچە قىزىلئۆڭگەچنىڭ ئوتتۇرا قىسمىدا پەيدا بولىدۇ. ئاددىي كۆز بىلەن قارىغاندا تۆت تەپقا بۆلۈنىدۇ.

1. يىلىكسىمان تەپى: ئۆسمە قىزىلئۆڭگەچ دىۋارى ئىچىدە ئۆسىدۇ. ئۆسمە قىزىلئۆڭگەچ دىۋارىغا يامراپ كىرگەنلىكتىن قىزىلئۆڭگەچ دىۋارى ئومۇمىيۈزلۈك قېلىنلايدۇ، ئاخىرى قىزىلئۆڭگەچ بوشلۇقى تارىيىدۇ. شىللىق پەردە يۇزىدە دائىم ئۆزە يارا بولىدۇ.

2. موگو تەپى: ئۆسمە قىزىلئۆڭگەچ بوشلۇقىغا قاراپ ئۆسۈپ، موگو شەكلىگە كىرىدۇ. ئۇنىڭ ئۆسۈپ چىققان قىسمى بىلەن ئەتراپ شىللىق پەردىلەرنىڭ چېگرىسى بىر قەدەر ئېنىق بولىدۇ. شىللىق پەردە يۇزىدە دائىم يارا بولۇپ، يارا تۈۋى ئېگىز - پەس بولىدۇ. يارا يۈزىنى كۈلرەڭ ئاجرالمىلار يېپىپ تۇرىدۇ.

3. يارا تەپى: شىللىق پەردە ئىچىگە ئولتۇرۇشقان يارا بولىدۇ، يارا تۈۋى ئېگىز - پەس بولىدۇ، يارا تۈۋى دائىم چوڭقۇرلاپ مۇسكۇل قەۋەتكە بارىدۇ، بەزىدە مۇسكۇل قەۋەتنى تېشىپ ئۆتىدۇ.

4. تارىيىش تەپى: ئۆسمە قىزىلئۆڭگەچ دىۋارىدا

يامراپ، ئېنىق چەمبەر شەكىللىك تارىيىشنى پەيدا قىلىدۇ. ئادەتتە، ئۇزۇنلۇقى ئۇچ سانتىمېتر ئەتراپىدا بولىدۇ. ئۆسمە قىزىلئۆڭگەچنىڭ پۈتۈن ئايلانمىسىنى ئىگىلەيدۇ. ئەتراپ توقۇلمىلار بىلەن چېگرىسى ئېنىق بولمايدۇ. ئۆسمە ئۇستى تەرەپتىكى قىزىلئۆڭگەچ كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە كېڭىيىدۇ. يۇقىرىدىكىلەر ئېچىدە يىلىك تېپىلسىكى ئىك كۆپ ئۇچرايدۇ.

كېسىلنىڭ ئېپادىسى

دەسلەپكى مەزگىلدە ئېنىق ئالامەتلەر بولمايدۇ. كېسەل كەشىلەردە يۇتۇش قىيىنلاش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلگەندە، ئاللىقاچان ئاخىرقى مەزگىلگە بېرىپ قالغان بولىدۇ.

1. دەسلەپكى مەزگىللىك ئالامەتلەر: يۇتقۇنچاق قىسمىدا يات نەرسە تۇرۇپ قېلىش سېزىمى بولىدۇ. تۆش سۆڭەك ئارقا قىسمىدا يېقىمسىزلىق هېس قىلىش، ئاغرىش ياكى كۆيۈش سېزىمى بولۇش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ. تاماق يېگەندە قادىلىپ ئاغرىش ياكى تاماق تۇرۇپ قېلىش سېزىمى بولىدۇ. يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر ناھايىتى يېنىك بولۇپ، ئاربلاپ پەيدا بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، كۆپ ساندىكى كېسەل كەشىلەر ئۇنى سەل چاغلاپ ۋاقىتنى ئۆتكۈزۈۋېتىدۇ.

2. ئاخىرقى مەزگىللىك ئالامەتلەر: مۇتلەق كۆپ ساندىكى كېسەل كەشىلەردە ئوخشاشمىغان دەرىجىدە يۇتۇش قىيىنلاش كۆرۈلىدۇ. قىزىلئۆڭگەچ دىۋارىنىڭ يۇ-

قىرى دەرىجىدە ئىلاستىكلىقى ۋە كېڭىيىش خۇسۇسىيىتى بولغانلىقتىن، ئۆسمە چوڭىيىپ قىزىلئۆڭگەچ بوشاۇقىنى كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە تارايتىۋەتتى. ئاندىن يۇتۇش قىينلاش پەيدا بولىدۇ. دەسلەپتە قاتتىق نەرسىلەرنى يۇتۇش قىينلىشىدۇ، كېيىن يۇمشاق نەرسىلەرنى يۇتۇشمۇ قىينلىشىدۇ. يۇتۇش قىينلاش دەسلەپتە ئارىلاپ پەيدا بولسا، كېيىن داۋاملىق تۇرىدە ئېغىرلىشىپ بارىدۇ. ئاخىرىدا، ھەتتا سۇمۇ ئۆتمەيدۇ، يېگەن نەرسىلەر يانىدۇ. ئاخىرىغا بارغاندا، كېسەل كىشىلەردەكاخشكىسىيەلىك ھالەت شەكىللىنىدۇ. ئۆسمە باشقا ئەزالارغا كۆچىدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئاۋازى پۇتۇش، نەپەس يوللىرى توسۇلۇش، قىزىلئۆڭگەچ كانايچە ئاقمىسى، ئۆپكە ياللۇغى، يۈرەك قېپى ياللۇغى قاتارلىقلار پەيدا بولىدۇ.

دېئاگنوزى

ئاخىرقى مەزگىلدىكى كېسەللىكلەردە يۇتۇش قىينلاش ئېنىق بولغان چاغلاردا، بارىي بوتقىسى يۇتقۇزۇپ رېنتگېنده كۆرگەندە، تولۇش كەمتۈكلۈكى كۆرۈلۈپ دېئاگنوز قويۇش نىسبەتەن ئاسان بولىدۇ. بۇ كېسەللىكتىن گۇمانلانغاندا، تۆۋەندىكى ئۇسۇل ئارقىلىق تەكشۈرۈش ئېلىپ بارغاندا، بالدۇر دېئاگنوز قويۇشقا ياردىمى بولىدۇ.

قىزىلئۆڭگەچتىن ئاجرىلىپ چۈشكەن ھۈجەيرىنى تەكشۈرۈش: بۇ ئۇسۇل ئاددىي، بىخەتەر بولۇپ، مۇسىپىلىك نىسبەتى 90 پىرسەنتكە يېتىدۇ. ھازىر دۆلىتىمىز

ئۇيغۇر كتاب توربىكتى
www.uyghurkitap.com

ده. تور سهلمپ تارتمش ئۇسۇلى قوللىنىلۇاتىدۇ. بۇنىڭدا سەرتقى يۈزىگە يەپ تور ئورالغان رېزىنكە بالۇنىنى قىزىلئۆڭگەچكە كىرگۈزۈپ، ئاندىن بالۇنغا ھاۋا كىرگۈزۈپ تارتقاندا، قىزىلئۆڭگەچ شەللىق پەردە ھۈجەيرىلىرى تور يەپقا يېپىشىپ چىقىدۇ. بۇ ھۈجەيرىلەر پاتئولوگىيەدە تەكشۈرۈلىدۇ.

سېلىشتۇرما دىناگنوزى

1. خىزمەت خاراكتېرلىك يۇتۇش قىيىنلىشىش: يۇلۇن كېسەللىكلىرى، ئېغىر كېسەللىكتىكى مۇسكۇل ھالسىزلىقى، قىزىلئۆڭگەچنىڭ خىزمەت خاراكتېرلىك سىنچازمىسى قاتارلىقلاردا يۇتۇش قىيىنلىشىش پەيدا بولىدۇ. بۇلارنى كېسەللىك تارىخى، رېنتگېنده تەكشۈرۈش قاتارلىقلار ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈشكە بولىدۇ.

2. قىزىلئۆڭگەچنىڭ ياخشى سۈپەتلىك ئۆسمىلىرى: بۇنىڭدا، قىزىلئۆڭگەچ سىلىق مۇسكۇل ئۆسمىسى كۆپ ئۇچرايدۇ. بۇنداق ئۆسمە دائىم بىر تەرەپ قىزىلئۆڭگەچ دىۋاربىدىن ئۆسۈپ چىقىدۇ. ئۆسمە كۆپىنچە كىچىك بولۇپ، تەرەققىياتى ئاستا بولىدۇ. كېسەللەردە كۆرۈنەرلىك ئالامەتلەرنى پەيدا قىلمايدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە، ئۇنىڭ ئەتراپ قىرلىرى ئېنىق بولۇپ، شەللىق پەردىلەردە بۇزۇلۇش بولمايدۇ.

3. قىزىلئۆڭگەچنىڭ سىرتتىن بېسىلىشى: ئائورتا ئۆسمىسى، كۆكرەك تېنىك پاسىلىدىكى ئۆسمىلەر، كۆكرەك ئىچى قالقان بەز ئىششىقى قاتارلىقلار قىزىلئۆڭگەچنى

بېسىپ يۇتۇش قىينىلمىقنى پەيدا قىلىدۇ. بۇنداق ئەھ-
ۋاللاردا بىرلەمچى كېسەللىك ئىپادىلىرى ۋە مۇناسىۋەت-
لىك تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈشكە بولىدۇ.

4. قىزىلئۆڭگەچ ۋېنا ئىرىنىڭ ئەگرى - بۈگرى كۆپۈشى، قىزىلئۆڭگەچ يالليۇغى، قىزىلئۆڭگەچ يان خالـ-
تىسى قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

داۋالاش

بۇ كېسەللىكنى داۋالاشنىڭ ئەڭ ئۇنۇملۇك چارـ-
سى ــ بالدۇر بايقاپ، ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە قىلىپ ئې-
لىپ تاشلاشتىن ئىبارەت. دورا بىلەن داۋالاش ۋە را-
دىئو ئاكتىپ نۇرى بىلەن قاقلاپ داۋالاش ئۇسۇللىرـ-
نى پەقەت ئوپېراتسىيە قىلىش ئىمكانىيىتى بولمىغان ئە-
ۋالدىلا قوللىنىشقا بولىدۇ. بۇ ئۇسۇللارنىڭ ئۇنۇمى ياخ-
شى ئەمەس.

ئاشقازان يالليۇغى

Gastritis

ئاشقازان يالليۇغى ئاشقازان شىلىلىق پەردىسـ-
نىڭ يالليۇغى بولۇپ، كېسەللىك جەريانىغا ئاساسەن ئۆتـ-
كۈر، سوزۇلما دەپ ئىككى خىلغا ئايرىلىدۇ.

1. ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغى

ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغى بىر نەچچە خىل بولۇپ، بۇلارنىڭ ئىچىدە ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغى ئادەتتە كۆپ ئۇچرايدۇ. تۆۋەندە ئۇقتۇرۇلمدۇ. قۇل ئاشقازان يالليۇغى تونۇشتۇرۇلمدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

1. يېمەكلىكنىڭ مۇۋاپىق بولماسلىقى: مەسىلەن، زىيادە تويۇنۇش، كۆپ مىقداردا ھاراق ئىچىش، غىدىقلاش خۇسۇسىيىتىگە ئىگە نەرسىلەرنى كۆپ مىقداردا ئىستېمال قىلىش قاتارلىقلار.

2. باكتېرىيە بەلەن بۇلغانغان يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلىش: مەسىلەن، ئۇزۇمسىمان باكتېرىيە ۋە سالمونىلا گۇرۇپپىسىدىكى باكتېرىيىلەر بەلەن بۇلغانغان يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلغاندا، تاماقتىن زەھەرلىنىش يۈز بېرىپ، ئۆتكۈر ئاشقازان - ئۇچەي يالليۇغى پەيدا بولمدۇ.

3. دورىلارنىڭ ئالمىرگىيىلىك رېئاكسىيىسى ياكى دورىلار بەلەن زەھەرلىنىش: بەزى دورىلارنىڭ ئالمىرگىيىلىك رېئاكسىيىسىدە كۆپىنچە ئۆتكۈر ئاشقازان - ئۇچەي يالليۇغى بولمدۇ. بۇ ھەممىگە مەلۇم. بۇنىڭدىن باشقا، ئىسپىرت، دېگتالىس، بوتازۇلىن، يوت بىرىكمىلىرى، بىرۇم بىرىكمىلىرى، كويىنىدىن قاتارلىقلارمۇ ئاشقازان يالليۇغىنى پەيدا قىلمدۇ.

4. ئاشقازان شەللىق پەردە نورمال خىزمەتىگە تەسىر يەتكۈزگۈچى ئامىللار: مەسىلەن، ئوزۇقلىنىش هالىتىنىڭ ناچار بولۇشى، روهىي جەددىيلىك، جىگەر قېتىش، باشقا ئاشقازان كېسەللىكلىرى، بەزى ئۆتكۈر يۇقۇملۇق كېسەللىكلەر قاتارلىقلار ئاشقازان يالليۇغىغا تۈرتكە بولىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغىدا ئاشقازان شەللىق پەردىلىرىگە قان تولۇش، سۈلۈق ئىششىق، زەددىلىنىش، قانىماش، تۈراقلىق قەۋەتكە هۈجەيرە يامراپ كىرىش، شەللىق پەردە ئۈزە قەۋىتى تۆكۈلۈش هەم ئاجرالمىلار سىزىپ چىقىش قاتارلىق ئۆزگىرىشلەر بولىدۇ. ئەمما بۇ ئۆزگىرىشلەر بىر نەچچە كۈن ئىچىدىلا تامامەن تۈگەپ، هېچقانداق تاتۈق قالدۇرمايدۇ.

كېسەللىك ئىپادىسى

كېسەللىكنىڭ يوشۇرۇن دەۋرى 6 ~ 24 سائەت كەچە بولۇپ، ئارقىدىنلا پۈتۈن بەدەن بىئارام بولۇش، ئىشتىهاسىزلىنىش، ئۈستۈنكى قورساق قىسمى ئاغرىش، كۆڭلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق كۆپۈش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغاندا هالسىزلىنىش، ئۈستۈنكى قورساق قىسمى قاتتىق ئاغرىش، پۈت - قوللىرى سوۋۇش قاتارلىق ئەهۋاللار كۆرۈلىدۇ. كۆپچىلىكىدە، ئۇچەي يالليۇغى ياندىشىپ كېلىپ، ئوخشاشمىغان دەرىجىدە ئىچى سۇرۇش ئەهۋالى كۆرۈلىدۇ.

باکتېرىيەلىك يۇقۇملىنىشتاتوكۇش، قىزىتىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلۈپ، ئىچى سۈرۈش ھەم قۇسۇش بىر قەدەر ئېغىر بولىدۇ. بۇنداق چاغلاردا كۆپ ئۇسسىش، كۆز تالىملىرى ئولتۇرۇشۇش، تېرە ئىلاستىكلىقى تۆۋەنلەش، سۈيدۈك ئازىيىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىق سۇسىزلىنىش ئىپادىلىرى كۆرۈلىدۇ. قۇسۇش، ئىچى سۈرۈش ئېغىر بولغاندا، قانىدىكى Na، K، Ch تۆۋەنلەيدۇ. بەزىدە ئاشقازان قاناش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. ئەمما، كۆپ ھاللاردا ئۆزلۈكىدىن توختايدۇ.

داۋالاش

كۆپىنچىسى يېنىك بولۇپ ئۆزلۈكىدىن ساقىيىدۇ، ئالاھىدە داۋالاش ھاجەتسىز. قۇسۇش، ئىچى سۈرۈش كۆپ بولسا، ئاتروپېندىن 0.5 ~ 1 مىللىگرام تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلغاندا، تېز ئۇنۇم بېرىدۇ. ئەگەر ئۇنۇمى ياخشى بولمىسا، يېرىم سائەتتىن كېيىن، يەنە ئىشلىتىشكە بولىدۇ. زۆرۈر تېپىلغاندا، مىقدارىنى ئاشۇرۇپ ئوكۇل قىلىنىدۇ. قورساق ئاغرىش ئېغىر بولۇپ، يۇقىرىدىكى داۋالاش ئۇنۇمى بەرمىگەندە، مورفىن ياكى دولانتىن ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

قۇسۇش ئېغىر بولۇپ، يۇقىرىدىكى داۋالاش ئۇنۇم بەرمىگەندە، 0.9 پېرسەنتلىك $Nach$ ئېرىتمىسىنى يىلىتىپ، ئاشقازان يۇيۇلىدۇ. يۇيۇش ئاماملانغاندىن كېيىن، كېسەل كىشىگە يېرىم كۇندىن بىر كۇنىگە قەدەر ئاماق بېرىلمەيدۇ. ئۇندىن كېيىن ئاز مىقداردا سۇيۇق ئاماق

جەريانلىپ، تەدرىجىي ئادەتتىكى تاماقتا ئۆزگەرتىلمىدۇ. سۈيۇقلۇق يوقتىش ئېغىر بولسا، تېز سۈرئەتتە ۋېنادىن Nach تامغۇزۇلمىدۇ. ئادەتتە 1000 ~ 2000 مىللىلىتر كىرگۈزۈلسە قان بېسىم تۆزۈلمىدۇ. تەپسىلىي مىقدارى سۇيۇقلۇق يوقتىش ئەھۋالىغا قاراپ بەلگىلىنىدۇ.

ئېغىر كېسەللەرگە يەنە مۇڭاپىق مىقداردا ئانتىبىئوتىك دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە chloromycetin 0.25 ~ 0.5 گرامدىن كۈنىگە تۆت قېتىم بېرىلمىدۇ.

بۇ كېسەللىكنىڭ ئالدىنى ئېلىشتا، يېمەكلىكلەرنىڭ تازىلىقىغا رىئايە قىلىپ، سۈپەتسىز ئۆزگىرىپ بۇزۇلغان يېمەكلىكلەرنى يېمەسلىك لازىم. چۆچۈننى يوقتىش، يېمەك ـ ئىچمەك كەسپىگە قارىتا تازىلىق تەكشۈرۈش خىزمىتىنى كۈچەيتىش لازىم.

دورىلارنى مۇڭاپىق ئىشلىتىشكە دىققەت قىلىپ، دورا رېئاكسىيىسى كۆرۈلسە، دورا يېيىشنى دەرھال توختىتىش لازىم.

2. سوزۇلما ئاشقازان يالليۇغى

كېسەللىك سەۋەبى

كۆپ قىسىملىرىنىڭ كېسەللىك سەۋەبىنى ئېنىق ئەمەس. بىر قىسمى تۆۋەندىكى ئامىللار بىلەن مۇناسىۋەتلىك:

(1) ئۆتكۈر ئاشقازان يالليۇغىنىڭ سوزۇلۇپ كېتىشى؛

(2) يېمه كلىكله رنىڭ فىزىكا - خىمىيىلىك غىدىقلىنىشى، مەسىلەن، ئۇزۇن مۇددەت يۇقىرى گىرادۇسلۇق ھاراق ئىچىش، يىرىڭ يېمه كلىكله رنى ئىستېمال قىلىش، تاماق قەرەلسىز بولۇش، غىدىقلىنىشى كۈچلۈك بولغان تاماقلار، تەم كۆرگۈزگۈچلەرنى كۆپ ئىستېمال قىلىش؛

(3) ئاقسىل، ۋېنىرامىلارنىڭ كەملىكى؛

(4) چوڭ مېڭە پوستلاق خىزمىتىنىڭ قالايمىقانلىشىشى؛

(5) 12 بارماق ئۈچەيدىكى نەرسىلەرنىڭ ئاشقازانغا يېنىپ كىرىشى قاتارلىقلار. بىر قىسىم كېسەللىكلەر ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېتىق كېسەللىك تەپكە كىرىدۇ.

پاتئولوگىيەسى

تۆۋەندىكىدەك ئۈچ خىل بولىدۇ:

1. ئۈزە خاراكتېرلىك ئاشقازان ياللۇغى: كېسەللىك ئۆزگىرىشى ئۈزە قەۋەتتە بولۇپ، ئاشقازان شىللىق پەردىسىنىڭ بىر قىسمىغا ياكى پۈتۈن قىسمىغا تاجاۋۇز قىلىدۇ.

ئاشقازان شىللىق پەردىسىدە قىزىرىش، شىللىق پەردىلەر دانچىسىمان پولتىيىپ چىقىش، زىددىيىنىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ. گىستولوگىيە جەھەتتە، تەرەققىي قىلىش خاراكتېرىدە ھۈجەيرە نىكروزلىنىش، ياللۇغ ھۈجەيرە يامراپ كىرىش قاتارلىقلار بولىدۇ. بۇ خىل ئاشقازان ياللۇغىدا كېسەللىك سەۋەبى يوقىتىلغاندىن كېيىن، يۇقىرىدىكى ئۆزگىرىشلەر تېزلا ياخشىلىنىپ كېتىپ

دۇ. ئاز ساندىكىلىرى ئاتروپىيىلىنىش خاراكتېرلىك ئاشقازان يالۇغىغا ئايلىنىشى مۇمكىن.

2. سوزۇلما ئاتروپىيە خاراكتېرلىك ئاشقازان يالۇغى: ئاساسلىق پاتئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى شىللىق پەردە قەۋىتى ئاتروپىيىلىنىشتىن ئىبارەت. ئاشقازان ئېينىكى بىلەن تەكشۈرگەندە، ئاشقازان شىللىق پەردىلىرىنىڭ نورمال رەڭگىنى يوقىتىپ، بوز يېشىل رەڭگە كىرگەنلىكى مەلۇم بولىدۇ. شىللىق پەردە نېپىزلەپ، شىللىق پەردە ئاستىدىكى ۋېنىلار ئېنىق كۆرۈنىدۇ.

3. ئاشقازان ئاتروپىيىسى: بۇنىڭدا، يالۇغلىنىش ئەھۋالى ئېنىق بولمايدۇ. ئەمما، ئاشقازان شىللىق پەردىسى پۈتۈنلەي ئاتروپىيىلىنىدۇ. بۇنداق ئەھۋال ئاشقازان يالۇغىنىڭ ئاخىرقى دەۋرىدە كۆرۈلىدۇ.

كېلىنىك ئىپادىسى

سوزۇلما ئاشقازان يالۇغى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ خېلى كۆپ قىسمىدا ھېچقانداق ئالامەت كۆرۈلمەسلىكى مۇمكىن. بىر قىسىم كېسەللەردە ئۇستۈنكى قورساق قىسمى يېقىمسىز ئاغرىشى، ياكى كۆيۈش سېزىمى بولۇشى، يېنىك دەرىجىدە كۆڭلى ئېلىشىش، ئاغزى ئاچچىق بولۇش، ئىشتىهاسى بۇزۇلۇش قاتارلىقلار بولىدۇ. بەزى كىشىلەردە، تاماقنى كۆرگەندە ياكى تاماقنىڭ پۇرىقىنى پۇرىغاندا كۆڭلى ئېلىشىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. بەزىدە، كېسەل كىشىلەردە قاتتىق قورساق ئاغرىقى پەيدا بولۇپ، ئاغرىق دۇمبە قىسمىغا قەدەر تارقايدۇ.

بەدەن تەكشۈرۈشتە، ئۈستۈنكى قورساق قىسمىنى باسقاندا ئاغرىش بولمدۇ.

رېنتگېنده تەكشۈرۈش: نورمال ئەھۋالدا ئاشقازان شىللىق پەردىسىدە ئۆزگىرىش كۆپ بولمدۇ. سوزۇلما ئاشقازان ياللۇغىدا، ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىكى ئۆزگىرىش كۆپسۈنچە يېنىك ھەم ئۇزە بولغانلىقتىن، باردى بوتقىسى بىلەن تەكشۈرگەندە دىئاگنوز قىممىتى چوڭ بولمايدۇ. ئۇنىڭ پەقەت ئاشقازانىدىكى باشقا كېسەللىكلەر ئېھتىمالىنى ئىنكار قىلىشلا رولى بولمدۇ.

ئاشقازان ياللۇغىنى ئېنىقلاشتا، ئاشقازان ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈشنىڭ رولى چوڭ بولمدۇ. بولۇپمۇ، ئاشقازاندىن ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرگەندە، ئۇنىڭ دىئاگنوز قىممىتى تېخىمۇ چوڭ بولمدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

بۇ كېسەللىكنى ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا، ئاشقازان راكى قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈش لازىم. (تەپسىلىي ئۇچۇرلۇق ھۇناسىۋەتلىك بابلارغا قارالسۇن.)

داۋالاش

كېسەللىك سەۋەبى ئېنىق بولمىغانلىقتىن، ھازىرچە ئۇنۇملۇك، مەخسۇس دورىسىمۇ يوق. تۆۋەندىكى چارىلەرنى قوللىنىشقا بولمدۇ.

1. بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا ھورمۇنىنى ئېشىلتىش: Dexamethasonum نى ھەر كۈنى 10 ~ 20

مىللىگرامدىن، ئۇزمەي بەش ئاي ئىشلەتكەندە، ئاتروپىن سۇلفاتنىڭ ئاشقازان يالليۇغىدىكى پائالىيەتلىكنى ئۆزگەرتىش نەتىجىسىدە كېلىپ چىققان ئاغرىقنى توختىتىدا دوكلاتلار بار. لېكىن دورا توختىتىلغاندىن كېيىن، مۇتلەق كۆپچىلىكىدە قايتىلاش يۈز بېرىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ ئۇسۇل ئانچە تەۋسىيە قىلىنمايدۇ.

2. كىسلاتاغا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىش: بۇ خىلدىكى دورىلارنىڭ قورساق ئاغرىشقا قارىتا ئۈنۈمى بولمىدۇ. ئۈنۈمى ياخشى بولمىغاندا، مەكىمىزنى پەيدا بولىدۇ.

3. ئاشقازان شىللىق پەردىسىنى قوغدىغۇچى دورىلار: Gelatum Aluminihydroxydi ھەر قېتىم 10 ~ 15 مىللىلىتىردىن ھەر 2 ~ 4 سائەتتە بىر قېتىمدىن ئىچۈرۈلسە بولىدۇ، ياكى بۇ دورا Magnesiioxydum بىلەن ئالماشتۇرۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

4. يەرلىك ئاغرىقسىزلاندۇرغۇچى دورا oxethazine دىن 10 مىللىگرام، ئالىيۇمىن ھىدروكسىدىدىن بەش مىللىلىترنى قوشۇپ، ھەر كۈنى تۆت قېتىم، ھەر قېتىمدا 4 ~ 8 مىللىلىتردىن ئىچۈرۈلسە، ئاغرىق توختىتىش ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ.

ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا

PePtic ULcer

ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا دېگەندە ئاشقا-

مۇان - 12 بارماق ئۇچەي يارىسى كۆزدە تۇتۇلغان بولۇپ، ئۇ، كۆپ ئۇچرايدىغان كېسەللىكتۇر. بۇ كېسەللىكنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى 10 ~ 12 پەرسەنتكە كىچە بولۇپ، ھەرقايسى ياشتىكىلەرنىڭ ھەممىسدە ئۇچرايدۇ. لېكىن، كۆپىنچە 20 ~ 55 ياش ئارىلىقىدا كۆرۈلىدۇ. ئەرلەردە ئاياللارغا قارىغاندا كۆپرەك پەيدا بولىدۇ.

كېسەللىكنىڭ سەۋەبى ۋە كېسەللىك پەيدا قىلىش مېخانىزمى

بۇ كېسەللىكنىڭ پەيدا بولۇش سەۋەبى ھازىرغىچە تامامەن ئايدىڭلاشقىنى يوق. كۆپىنچە، بۇ كېسەللىكنىڭ پەيدا بولۇشىدا كۆپ خىل ئامىللار رول ئوينايدۇ، دەپ قارىلىدۇ. يارا كېسەللىكىنىڭ پەيدا بولۇشىدىكى مۇناسىۋەتلىك ئامىللار تۆۋەندىكىچە:

1. ئاشقازان سۇيۇقلۇقى ئاجرىلىشىنىڭ زىيادە كۆپ بولۇشى: ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاساسلىق تەركىبى تۇز كىسلاتاسى (HCl) بولۇپ، ئۇ يارا پەيدا قىلىش بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. كىشىنىڭ ۋە پاتۇلوگىيىلىك ئەھۋاللار بۇنى ئىسپاتلايدۇ. مەسىلەن، يارا كۆپ بولىدىغان ئوروڭ ئاشقازان سۇيۇقلۇقى بىلەن داۋىم ئۇچرىشىپ تۇرىدىغان ئوروڭلار بولىدۇ. ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ ئىشلىنىشىنى تۆۋەندىكىچە ۋە كىسلاتانى نېيترالاشتۇچى دورىلارنى ئىشلەتكەندە، يارا كېسەللىكىگە قارىتا ئونۇمى بولمىدۇ.

ئاشقازاننىڭ كۆپ قىسمىنى ئېلىپ تاشلاپ ئوپېـ

راتسىيىسى ۋە ئاداشقان نېرۋىنى ئۇزۇپ تاشلاش ئوپې-
راتسىيەلمر ددىن كېيىن، ئاشقازان سۇيۇقلۇقى ئازسىپ
يارا ياخشىلىنىدۇ. كۆرۈشكە بولمدۇكى، ئاشقازان سۇيۇق-
لۇقنىڭ ئېشىپ كېتىشى يارا پەيدا قىلىشتا مۇھىم ئو-
رۇندا تۇرىدۇ.

ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ زادى قانداق قىلىپ هە-
زىم قىلىش خاراكتېرلىك يارىنى پەيدا قىلغانلىقى تۆۋەن-
دىكىچە چۈشەندۈرۈلمدۇ.

ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاساسلىق تەركىبى تۇز
كىسلاتاسى ۋە پېپسىن بولۇپ، پېپسىنىنىڭ ئاقسىلىنى
پارچىلىشى ئۈچۈن پۇقرى كىسلاتالىق مۇھىت بولۇشى
لازىم. PH قىممىتى 2.5 بولغان چاغدا ئۇنىڭ ئاقسىل
پارچىلاش تەسىرى ئەڭ كۈچلۈك بولمدۇ. پۇقرى كىس-
لاتالىق شارائىتتا، پېپسىن ئاشقازان شىللىق پەردىسىنى
هەزىم قىلىپ يارا شەكىللەندۈرىدۇ. هەزىم قىلىش خاراك-
تېرلىك يارا دېگەن ئاتالغۇ مانا مۇشۇنىڭدىن كەلگەن.

2. ئالمي نېرۋا پائالىيىتىنىڭ قالايمىقانلىشىشى: ئالمي
نېرۋا پائالىيىتى قالايمىقانلاشقاندا، پوستلاق ئاستى
مەركەزلەرنى ئۇنۇملۇك تىزگىنلەپ كېتەلمەستىن، ۋېگتا-
تىۋ نېرۋا سىستېمىا خىزمىتىدە تەڭپۇڭسىزلىق يۈز بېرە-
دۇ. ئاداشقان نېرۋا خىزمىتى كۈچەيىپ، ئاشقازان سۇ-
يۇقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشى ئاشىدۇ هەم ئاشقازان - ئۆچەي
دىۋار سىپازمىسى پەيدا بولمدۇ. سىمپاتىك نېرۋا خىزمە-
تى كۈچەيگەندە، ئاشقازان - ئۆچەي دىۋارىدىكى قان

تومۇرلار سىپازىلىنىپ، يەرلىك ئورۇننىڭ ئوزۇقلىنىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، شىللىق پەردىلەرنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەيدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، يەنە ئاشقازان شىللىق پەردىلىرىنى قوغدىغۇچى شىلىمشىق سۇيۇقلۇقنىڭ ئىشلىنىشى ئازىيىدۇ. نەتىجىدە، يارا كېسەللىكى ئاسان پەيدا بولىدۇ.

3. ئاشقازان شىللىق پەردىسى قارشىلىق كۈچىنىڭ تۆۋەنلىشى: نورمال ئاشقازان شىللىق پەردىسى قارشىلىق كۈچىنى ساقلاپ قالغۇچى ئامىللار تۆۋەنىدىكىدەك بەش خىل بولىدۇ:

(1) مۇكەممەل بولغان ئاشقازان شىللىق پەردىسى ھۈجەيرىسى؛

(2) ئېپتىل ھۈجەيرىسىنىڭ تېزسۈرئەتتە ئۆسۈشى؛

(3) قان بىلەن تەمىنلىنىشنىڭ تولۇق بولۇشى؛

(4) ئاشقازان شىللىق پەردىسىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقى؛

(5) ئاشقازان شىللىق پەردىسىنىڭ توسۇش رولى.

يۇقىرىدىكى ھالقىلارنىڭ قايسىبىرىدە توسقۇنلۇق يۈز بەرسە، ئاشقازان شىللىق پەردىسىنىڭ قارشىلىق كۈچى تۆۋەنلەيدۇ. ئاشقازان شىللىق پەردىسى قارشىلىق كۈچىنىڭ تۆۋەنلىشى يارا كېسەللىكى پەيدا بولۇشتا بىر ئامىل بولۇپ قالىدۇ.

4. ئىچكى ئاجرالما: نۇرغۇن ئەمەلىيەتلەر ئاجرالمىنىڭ ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارا بىلەن زىچ

مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكىنى ئىسپاتلىدى.

قىلىۋەك ئۈستى بەز پوستلاق ماددىسىنىڭ خىزمىتى كۇچەيگەنسىرى ئاشقازان كىسلاتاسى مۇناسىپ هالدا ئاشىدۇ.

زور مىقداردا كۆپ قېتىم ADH ئىشلەتكەندە، ئاشقازان 12 بارماق ئۇچەيدىكى قان تومۇرلار كۇچلۇك قىسقارغانلىقتىن، يەرلىك ئورۇندىكى ئوزۇقلىنىش توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، ئاشقازان - 12 بارماق ئۇچەيدە زىددىيلىنىش ۋە يارا پەيدا بولمىدۇ.

هايۋانلارنىڭ گىپوپىز بەز ئالدى بۆلىكىنى ئېلىپ تاشلىغاندا، ئاشقازان 12 بارماق ئۇچەيدە ئوتكۇر يارا، زىددىيلىنىش، قاناش قاتارلىق ئەهۋاللار كۆرۈلمىدۇ.

ئايالىق گىرمۇنىنىڭ يارىغا قارشى تەسىرى بار. ھۇنكى ئايالاردا كېسەللىك پەيدا بولۇش نىسبىتى تۆۋەن بولۇپ، كېسەللىك ئەھۋالى يېنىك بولمىدۇ. كېلىماتىك دەۋرىدىن كېيىن يارا كېسەللىكىنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى يۇقىرى بولمىدۇ. ئەسلىدە يارا كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغان ئايالارنىڭ كېسەللىكى هېيىز دەۋرىدە ئېغىرلىشىدۇ، دېمەك، ئېچكى ئاجرالما يارا كېسەللىكى بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ.

5. ئىرسىيەت ئامىلى: يارا كېسەللىكىنىڭ پەيدا بولۇشى ئىرسىيەتلىك ئامىل بىلەن بەلگىلىنىدىغان مۇناسىۋەتكە ئىگە. بەزى كىشىلەر تەپسىلىي تەكشۈرۈپ چىقىپ، ئائىلىسىدە يارا كېسەللىكى تارىخى بارلاردا يارا كېسەللىكىنىڭ پەيدا بولۇشى باشقىلارغا قارىغاندا ئۇچرىغانلىقىنى بايقىغان.

ABO قان گۇرۇپپىسىدا A ۋە B ماددا بولۇشتىن تاشقىرى، يەنە H ۋە Le ماددىلىرى بولۇپ، بۇ ماددىلار شۆلگەي سۈيۇقلۇقى، ئاشقازان - ئۇچەي يوللىرىدىكى شىلىمشىق سۈيۇقلۇقلار ئارقىلىق ئاشقازان - ئۇچەي بوشلۇقىغا ئاجرىلىپ كىرىدۇ. تەخمىنەن 75% كىشىلەردە A، B، H ماددىلىرى ئاجرىلىپ چىقىدۇ. بۇنداقلار ئاجراتقۇچىلار دەپ ئاتىلىدۇ. 25 پىرسەنت كىشىلەردە A، B، H ماددىلىرى ئاجرىلىمايدۇ. بۇلار ئاجراتمىغۇچىلار دەپ ئاتىلىدۇ. O گۇرۇپپىلىق كىشىلەر ئاجراتمىغۇچىلارغا كىرىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن يارا كېسەللىكى O گۇرۇپپىلىق كىشىلەردە كۆپ بولىدۇ.

يۇقىرىدىكى A، B، H ماددىلىرىنىڭ ئاشقازان ئۇچەي شىللىق پەردىلىرىنى قوغداش رولى بولىدۇ. بۇ ئەھۋالمۇ تېگى تەكتىدىن ئىنتىقاندا ئىرسىيەت پەلەن مۇناسىۋەتلىك.

6. يارا پەيدا قىلغۇچى دورىلار: نۇرغۇن دورىلار يارا كېسەللىكىنى پەيدا قىلىدۇ. دورا تۈپەيلىدىن پەيدا بولغان يارا دورا خاراكتېرلىك يارا دەپ ئاتىلىدۇ.

دورا يارا كېسەللىكىنى پەيدا قىلىشتا كۆپىنچە تەرەپلىمىلىك تەسىر كۆرسىتىدۇ. بەزى دورىلار ئاشقازان كىسلاتاسىنى ئاشۇرىدۇ. بەزى دورىلار قان تومۇرنى سىنىپ مىلايدۇ. يەنە بەزىلىرى ئاشقازان شىلىمشىق سۈيۇقلۇقىنىڭ رولىنى يوقىتىدۇ. خېلى كۆپ خىل دورىلار ئاشقازان شىللىق پەردىسىنىڭ ئۆتكۈزۈشچانلىقىنى ئاشۇرغاچقا

قا، سۇدا ئېرىكۈچى ماددىلار ۋە ئېيونلار نورمالسىز ھالـ
دا ئاشقازان شىللىق پەردىسىدىن ئۆتۈپ كېتىدۇ. ئاشـ
قازان سۇيۇقلۇقىدىكى H^+ شىللىق پەردىدىن ئۆتۈپ قانـ
غا ئارقايدۇ. كۆپ مىقدارىدىكى توقۇلما ئارىلىق سۇيۇقـ
لۇقلىرى ۋە K^+، N_a^+، قان شىرە ئاقسىلى قاتارلىقلار ئاشـ
قازان - ئۈچەي بوشلۇقلىرىغا كىرىدۇ. بۇ جەريانداۋ ئاشـ
قازانىدىكى كىسلاتالىق ماددا قانغا ئۆتۈش جەريانىدا قىل
تومۇر ۋە كىچىك ۋېنالارنى بۇزۇپ قاناشنى پەيدا قىلـ
دۇ. مەسىلەن، رىزىرپىن، بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق
ماددا گورمۇنلىرى، بوتازۇلىن، سىمن خۇپىن، سالمسلات
تۈزلىرى قاتارلىقلار ئەنە شۇنداق يامان تەسىر
كۆرسىتىدۇ.

7- يارا كېسەللىكى پەيدا قىلىش بىلەن مۇناسىۋەتـ
لىك بولغان باشقا كېسەللىكلەر: بەزى كېسەللىك بىلەن
ئاغرىنغۇچىلاردا يارا كېسەللىكى ئاسان پەيدا بولىدۇ. مەـ
سىلەن، جىگەرقېتىش بىلەن ئاغرىنغاندا، يان قان ئايلـ
نىش تەكلىنىپ، قاپقاق ۋېنادىكى ھىستامىن، ئامموني،
ئاممونىي كىسلاتاسى قاتارلىق ئاشقازانلىك ئاجرالما
چىقىرىشىنى قوزغاتقۇچى ماددىلارنىڭ جىگەردە پارچىلىنىشى
توسقۇنلۇققا ئۇچراش بىلەن، ئاشقازانغا تەسىر كۆرسـ
تىپ، ئاشقازانلىق سۇيۇقلۇق ئاجرىلىشىنى كۈچەيتىدۇ،
سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز ياللۇغىدا، قېرىن ئاستى بەز
سۇيۇقلۇقى ئازىيىپ، 12 بارماق ئۇچەيدىكى كىسلاتانى
نىترالاش ئىقتىدارى تۆۋەنلەيدۇ. بۇنىڭ بىلەن كىسلاتـ
لىك 12 بارماق ئۇچەينى غىدىقلىشى كۈچىيىدۇ. سو-

زۇلما ئۆپكە كىسەللىلىرىدە، CO_2 تۇرۇپ قېلىش ۋە ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك تۈپەيلىدىن، ئاشقازان - ئۈچەي شىللىق پەردىلىرىنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەپ، زەدىلىنىپ ئاسان يارا پەيدا قىلىدۇ.

دېمەك، يارا كېسەللىكى مەلۇم بىر خىل سەۋەب تەسىرىدىنلا پەيدا بولماستىن، بەلكى يۇقىرىدا بايان قىلىنغان كۆپ خىل سەۋەبلەرنىڭ ئۆزئارا تەسىر كۆرسىتىشىدىن پەيدا بولىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئاشقازان يارىسى ئاشقازان كىچىك ئەگرىسىدە ئەڭ كۆپ پەيدا بولىدۇ. چوڭ ئەگرىسىدىمۇ پەيدا بولىدۇ. ئاشقازان يارىسىدا كۆپىنچە ئاشقازان يالليۇغىمۇ بولىدۇ. 12 بارماق ئۈچەي يارىسى كۆپىنچە 12 بارماق ئۈچەيىنىڭ شارچە قىسمىدا پەيدا بولىدۇ. بەزىدە شارچە ئارقىسىدىمۇ پەيدا بولىدۇ. بىر قىسىم كىشىلەردە ئاشقازان ۋە 12 بارماق ئۈچەينىڭ ھەر ئىككىسىدە يارا بولىدۇ. بۇ بىرلەشمە يارا دەپ ئاتىلىدۇ. بۇنداقلار يارا كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغۇچىلارنىڭ تەخمىنەن بەش- پىرسەنتىنى تەشكىل قىلىدۇ. يارا ئادەتتە يالغۇز بولىدۇ، لېكىن كۆپ ئورۇندا بىردەك يارا بولۇش ئەھۋالىرىمۇ ئانچە ئاز ئەمەس.

يارا شەكلى يۇمىلاق ياكى سوقمىچاق بولۇپ، دىئامېتىرى كۆپىنچە 2.5 سانتىمېتر ئىچىدە بولىدۇ. چوڭ قۇرلۇقى كۆپىنچە مۇسكۇل قەۋىتىگە يېتىپ بارىدۇ. ئەتە

راپ قەرلەری تەكشى ، تەرتىپلىك بولۇپ، يالىلۇغ خا-
راكتېرلىك سۇلۇق ئىششەق، ھۇجەيرە يامراپ كەڭ-
تالا توقۇلمىلار ئوسۇش قاتارلىق ئۆزگىرىشلەر بولمىدۇ.
يارا تۇۋى قىسمى پاكىز بولۇپ، ئۇستىنى كۇلرەڭ تالا-
لىق ئاجرالمىلار قاپلاپ تۇرىدۇ. يارا داۋاملىق تەرەق-
قىي قىلغان چاغدا، ھەتتا شىرە پەردىگە قەدەر يېتىپ
بارىدۇ. بەزىدە شىرە پەردىنى تېشىپ ئۆتۈپ، يارا تې-
شىلىشىنى پەيدا قىلىدۇ. يارا نېرۋا قىسمىدىكى قان تومۇرلار،
بولۇپمۇ ئارتېرىيە تاجاۋۇزغا ئۇچرىغاندا، چوڭ قاناشنى
پەيدا قىلىدۇ. يارا ئادەتتە 4 — 8 ھەپتە ئەتراپىدا
پۈتىدۇ. پۈتكەندىن كېيىن تاتۇق پەيدا بولمىدۇ. بەزىدە
تاتۇق قىسقىراپ، ئاشقازان چىقىرىش ئاغزىنىڭ تار-
يىشىنى پەيدا قىلىدۇ، شىرە پەردىگە يەتكەن يارا
بولسا، ئەتراپ توقۇلمىلار بىلەن چاپلىشىپ، غەيرى شە-
كىل پەيدا قىلىدۇ.

كېسەللىك ئېپادىسى

يارا كېسەللىكى سوزۇلما جەريان بولۇپ، بەز
ئەچچە يىللاپ داۋاملىشىدۇ. پۈتۈن جەريانىدا كېسەللىك
دەۋرىلىك ھالدا قوزغايدۇ. يەنى، بەزىدە ياخشىلىنىپ،
بەزىدە يامانلىشىپ تۇرىدۇ.

كېسەللىك ئالامەتلىرى

1. ئاغرىشى: ئاغرىش — يارا كېسەللىكىدىكى
ئالاھىدە خاراكتېرلىك ئالامەت بولۇپ، ئاغرىش ئورنى
ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا بولىدۇ. ئاغرىش ئۆزۈن

مۇددەتكىچە بەزىدە قوزغاپ، بەزىدە پەسەيىپ تۇرىدۇ. دەسلەپ باشلانغاندا ئاغرىش يېنىك بولۇپ، كىشىلەر ئۇنىڭغا ئانچە ئېتىبار بېرىپ كەتمەيدۇ، كېيىن تەدرىجىي ئېغىرلىشىدۇ.

ئاغرىق كۆز ۋە باھار پەسلىدە كۆپرەك قوزغىلىدۇ. روھىي جەددىيلىك، غەم ـ ئەندىشە، تاماقنىڭ مۇۋاپىق بولماسلىقى، ھاۋا كىلىماتىنىڭ ئۆزگىرىشى قاتارلىقلارنىڭ ھەممىسى ئاغرىقنىڭ قوزغىلىشىغا تۈرتكە بولىدۇ.

ئاغرىش تاماقلىنىش بىلەن بەلگىلىك دەرىجىدە مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. ئاشقازان يارىسىدىكى ئاغرىش تاماق تىن كېيىن 0.5 ــ 1 سائەت ئىچىدە پەيدا بولۇپ، كېيىنكى قېتىملىق تاماقتىن بۇرۇن توختايدۇ. 12 بارماق ئۆچەي يارىسى تاماق يەپ 3 ــ 4 سائەتتىن كېيىن پەيدا بولۇپ، تاماق يېگەندىن كېيىن يېسىكلىشىدۇ ياكى يوقىلىدۇ. شۇڭا بۇ ئاچ قورساق ئاغرىش دەپ ئاتىلىدۇ. ئەمما كىلىنىك ئەمەلىيەتتە نۇرغۇن كېسەللىكلەردە ئاغرىش قانۇنىيىتى بۇنداق تەرتىپلىك بولمايدۇ. ئاغرىشنىڭ خۇسۇسىيىتى، دەرىجىسى ۋە داۋاملىشىش ۋاقتى يارىنىڭ چوڭ ـ كىچىكلىكى، ئۇزە ـ چوڭقۇرلۇقى، ئورنى ۋە ئاغرىغۇچىلارنىڭ ئاغرىشىغا بولغان چىداملىقلىقى قاتارلىقلارغا قاراپ ئوخشاش بولمايدۇ. كۆپىنچە يېقىمسىز قادىلىپ ئاغرىش، كۆيۈپ ئاغرىش بولىدۇ. بەزىدە ناھايىتى قاتتىقمۇ ئاغرىيدۇ. ئاغرىش بىر سائەتتىن بىر نەچچە سائەتكىچە داۋاملىشىدۇ. ئەگەر يارا شىرە پەردە قەۋىتىگە قەدەر تېشىپ بېرىپ كېسەللىك ئۇزۇن

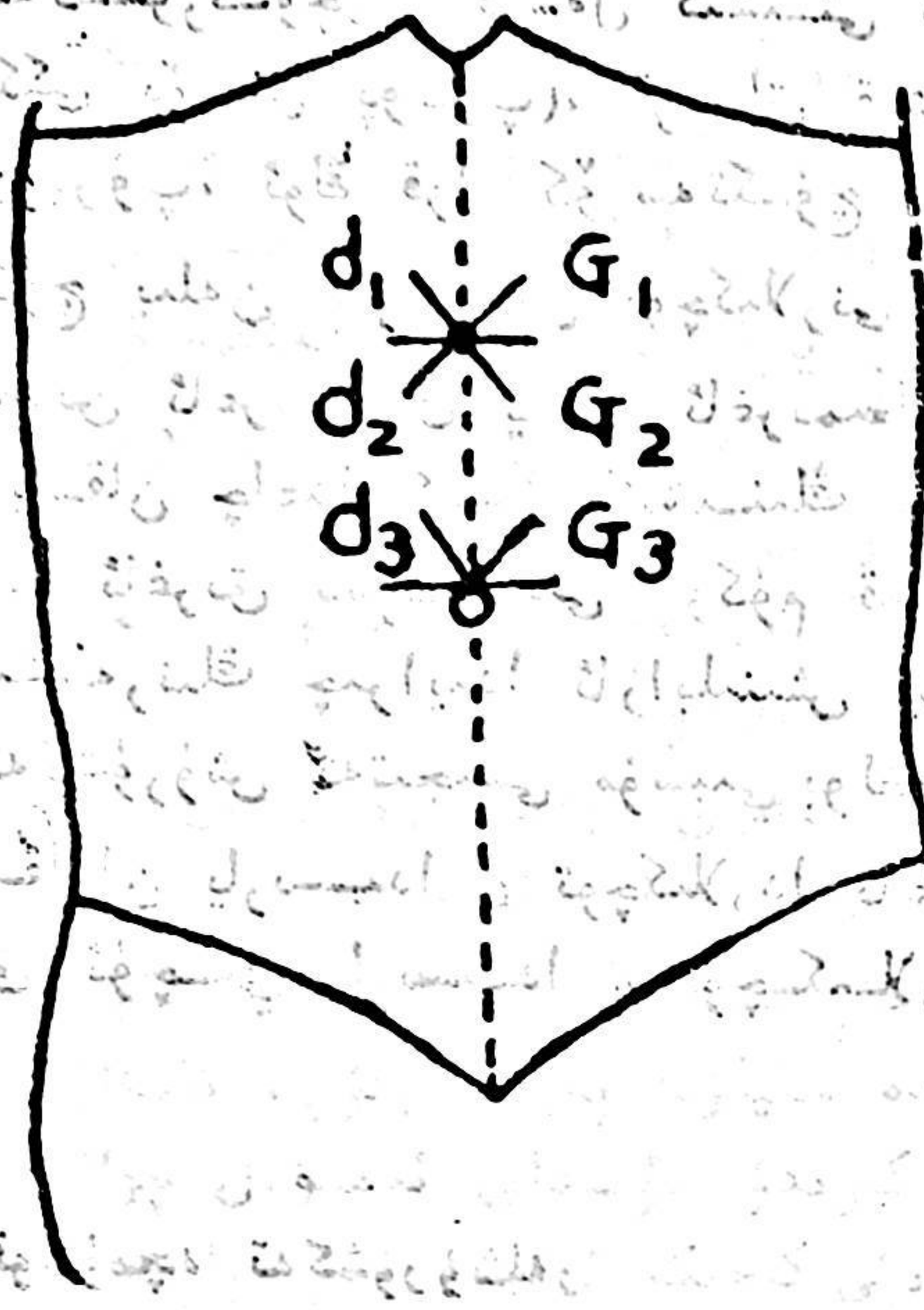
ئەتـراپىدىكى ئەزالار بىلەن چاپلاشقان بولسا، ئۇ چاغدا داۋاملىق تۇرده قاتتىق ئاغرىش بولىدۇ.

يارا كېسەللىكىدىكى ئاغرىش ئادەتتە، ئۇستۇنكى قورساق خەنجەر ئۆسۈكچى ئاستىدىكى 3 ~ 4 سانتىمېتر دائىرە ئىچىدە بولىدۇ. ئاغرىغان ئورۇنغا قاراپ يارا ئورنىغا ھۆكۈم قىلىش قىيىن بولىدۇ. شۇنداقتىمۇ بۇ ئاز - تولا چايدىلىنىش قىممەتكە ئىگە. ئومۇمەن، ئاغرىش ئورنى ئالدى ئوتتۇرا سەزگۈ سول تەرەپتە بولسا، كۆپىنچە ئاشقازان يارىسى بولىدۇ. ئورنى ئالدى ئوتتۇرا سەزگۈ ئوك تەرەپتە بولسا 12 بارماق ئۆچەي يارىسى بولىدۇ. 12 بارماق ئۆچەي شارچە قىسمى ئارقا تەرەپ يارىسىدا، ئوك تەرەپ ئۇستۇنكى قىسمىدىكى ئاغرىش دۇمبە قىسمىغا قاراپ تارقىلىدۇ.

كېسەلتاغا قارشى دورىلارنى ئىشلەتكەندە، ئاغرىق توختىتىش ئۇنۇمى ئاستا بولىدۇ.

2 . باشقا ئېپادىلىرى: ھەزىم قىلىش خاراكتېرلىك يارىدا يەنە كۆڭۈل ئېلىشمىش، قۇسۇش، زەدە قايناش، ئاچچىق سۇ ياندۇرۇش، قەۋزىيەت، ئىچى سۇرۇش، روھىي قوزغىلىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ.

بەدەن بەلگىلىرى: ئۇستۇنكى قورساق قىسمىنى باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ. خەنجەر ئۆسۈكچە ئاستىدىكى بىر نەچچە سانتىمېتر دائىرە ئىچىدە ئاغرىش ئېنىق بولىدۇ. يارا كېسەللىكى بىلەن ئاغرىغان بەزى كېشىلەردە 6 ~ 12 كۆكرەك ئومۇرتقا ئارقا ئۆسكۈچسىى ئۇستىدە ئۆزە باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ. ئۇنىڭ ئىككى تەرىپىدە چوڭقۇر باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ.



1-رەسىم. يارا كېسىلمىكىدىكى باسقاندا ئاغرىش توچكىلىرى.

يۇقىرىدىكى رەسىمگە بويىچە تەكشۈرگەندە، خەنجەر ئۆسۈكچىدىن كېيىنكىكە قەدەر بىر تۈز سىزىق سىزىلىدۇ. كىيىنكى بىلەن خەنجەر ئۆسۈكچە ئوتتۇرىسىدىن ھەر ئىككى تەرەپكە 45° بۇلۇڭ چىقىرىلىپ، ھەر تەرەپكە ئىككى سانتىمېتىر ئۇزۇنلۇقتا سىزىق سىزىلىدۇ، سول تەرەپ ئۈستى قىسمىدىكى سىزىق G_1 بىلەن، ئۇنىڭ ئاستىدىكى سىزىق G_2 بىلەن، كىيىنكى ئۈستىدىن سول تەرەپكە سىزىلىدىغان سىزىق G_3 بىلەن بەلگىلىنىدۇ. ئوڭ تەرەپتىكى مۇناسىپ سىزىقلار d_1، d_2، d_3 لەر بىلەن بەلگىلە-

ندۇ. تەكشۈرگۈچى كېسەل كەشنى ئوڭدا ياتقۇ-
زۇپ (ئەككى پۇتنى پۈكۈپ)، قورساق قىسمىنى بوش
قويۇشقا بۇيرۇپ، ئوڭ قول كۆرسەتكۈچ بارمىقىدا ئوت-
تۇرىھال كۈچ بىلەن ھەر قايسى توچكىلارنى باسىدۇ. كې-
سەل كىشىدىن ئاغرىغانلىق ياكى ئاغرىمىغانلىقىنى سورە-
ماستىن، باسقان چاغدا كېسەل كىشىنىڭ چىرايى ئېپادە-
سىگە قاراپ ئاغرىق دەرىجىسىنى ھۆكۈم قىلىدۇ. باسقاندا
كېسەل كىشىلەرنىڭ چىرايىدا ئازابلىنىش ئىپادىسى كۆ-
رۈلسە، تەكشۈرۈش نەتىجىسى مۇسبەي بولغان بولىدۇ.

ئاشقازان يارىسىدا G توچكىلاردا ئاغرىش بولىدۇ.
12 بارماق ئۈچەي يارىسىدا d توچكىلاردا ئاغرىش
بولىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. رېنتگېنده تەكشۈرۈش

بۇ ئۇسۇل ئاددىي، ئىشەنچلىك بولۇپ، تېخنىكا-
سى ياخشى كىشىلەر ئىنچكە تەكشۈرسە، مۇسىبىلىك دەرە-
جىسى 90 پىرسەنتتىن ئاشىدۇ.

ئاشقازان يارىسىغا ئاساسلىقى، ئاشقازاندا كۆرۈل-
گەن تاكچا سايىغا قاراپ دىئاگنوز قويۇلىدۇ. 12 بار-
ماق ئۈچەي يارىسىدا 60 ــ 80 پىرسەنت كىشىلەردە
تاكچا سايە كۆرۈلىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا يەنە شارچە
قىسمىنىڭ سىنچازمىسى، شەكىل ئۆزگىرىشى، قاتارلىقلارغا
قاراپمۇ دىئاگنوز قويۇلىدۇ.

یارا ناھایەتی کىچىك ھەم ئۇزە بولسا دېئاگنوز قويغىلى بولمايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا يارا چوڭقۇر بولسىمۇ، لېكىن يارا ئەترابلىرى ئىششىپ، يارا ئاغزىنى توسۇپ قويغان بولسا، ياكى يارا ئىچىگە قان، شىلىمشىق سۇيۇقلۇق، تاماق قاتارلىق نەرسىلەر توشۇپ قالغان بولسا، بۇنداق ئەھۋاللاردىمۇ ياردىنى كۆرگىلى بولمايدۇ.

بۇ قىسىمدا ئېيتىلغانلار رېنتگېنده تەكشۈرۈشتىكى بەۋاسىتە بەلگىلەر بولىدۇ.

ئۇنىڭدىن تاشقىرى، يەنە تۆۋەندىكى ۋاسىتىلىق ئالامەتلەر دىنمۇ پايدىلىنىشقا بولىدۇ.

سىپازما خاراكتېرلىك كەسەل ئىز: ئاشقازان چوڭ ئەگرىسىده سىپازما پەيدا بولۇپ، ئاشقازان شەكلى B شەكلىگە كىرىدۇ. بۇنداق ئەھۋال چوڭ ئەگرىنىڭ قارشى تەرىپىدىكى كىچىك ئەگرىده يارا بارلىقتىدىن دېرەك بېرىدۇ. بۇنىڭدىن باشقا، ئاشقازان ھەرىكەتىنىڭ توسقۇنلۇققا ئۇچرىشى، ئاشقازان جىددىيلىكەنلىك تۆۋەنلىشى، ئاشقازان چىقىرىش ۋاقتىنىڭ ئۇزىراپ كېتىشى قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. 12 بارماق ئۈچەي يارىسىدا ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشى كۆپەيسە، ئاچ قورساق چاغدىكى ئاشقازان سۇيۇقلۇقى كۆپەيدۇ. بۇ خىل ۋاسىتىلىق بەلگىلەردىن پايدىلىنىشقىلا بولىدۇ. ئۇنىڭ ئۈچۈن دىئاگنوز ئۆلچىمى دەپ قارىماسلىق لازىم.

2 لابىراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈش

1) چوڭ تەرەتتىكى يوشۇرۇن قاننى تەكشۈرۈش: يارا كېسەللىكىنىڭ ھەرىكەتلىك دەۋرىده چوڭ تەرەتتىكى

جيوشۇرۇن قان مۇسبەي بولمدۇ. بىر مەزگىل داۋالمغاندىن كېيىن مەنپەي بولمدۇ.

2) ئاشقازان سۈيۇقلۇقىنى تەھلىل قىلىش: ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى تەھلىل قىلىشنىڭ يارا كېسەللىكىگە دىئاگنوز قويۇشتا ياردىمى بولمدۇ. ئاشقازان كىسلاتاسى ھەققەتەن تۆۋەن بولسا، يارا كېسەللىكىنىڭ ئېھتىمالى ئاز بولمدۇ.

12 بارماق ئۆچەي يارىسىدا ئاشقازان كىسلاتاسى كۆپىنچە نورمالدىن يۇقىرى بولمدۇ. ئاشقازان يارىسىدا مۇ يۇقىرى بولمدۇ. ئەمما بەزى كىشىلەردە نورمال داىرىدە بولۇشى مۇمكىن.

3) ئاشقازان ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش: بەزى ئۇزە ھەم كىچىك يارىلارنى رېنتگېنده تەكشۈرۈش مۇمكىن بولمغان چاغلاردا، ئاشقازان ئەينەكى بىلەن تەكشۈرگەندە ئېنىق دىئاگنوز قويغىلى بولمدۇ. بەزىدە يارىنىڭ ياخشى سۈپەتلىك ياكى يامان سۈپەتلىك ئىكەنلىكىنى پەرقلەندۈرۈش قىيىن بولغان چاغلاردىمۇ ئاشقازان ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈشنىڭ مۇھىم ئەھمىيىتى بولمدۇ. بۇنىڭدا يارىنىڭ رەڭگى، شەكلى، چېگرىسى ۋە يارا يۈزىدىكى ئۆزگىرىشلەرنى ئېنىق كۆرگىلى بولمدۇ.

سىلىشتۇرما دىئاگنوزى

1. ئاشقاران راكى: ئاشقازان راكى بىلەن ئاشقازان يارىسى كۆپ ئۇچرايدىغان كېسەللىك بولۇپ، 40 ياشتىن يۇقىرى كىشىلەردە بۇ ئىككىسى تەڭلا مەۋجۇت بولۇپ تۇرۇشى مۇمكىن. بۇ ئىككى كېسەللىكنىڭ كلىنىك

ئىپادىلىرىمۇ ئوخشاپ كېتىدۇ. بولۇپمۇ يارا تېپىلىق ئاشقازان راكى بىلەن ئادەتتىكى يارا كېسەللىكىنى پەرقلەندۈرۈش قىيىن بولىدۇ. بۇلارنى پەرقلەندۈرۈشتە تۆۋەندىكى جەدۋەلگە قارالسۇن.

2. سوزۇلما ئاشقازان يالليۇغى: كۆپ جەھەتلەردە. يارا كېسەللىكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئاترۇپىيە خاراكتېرلىك ئاشقازان يالليۇغىدا ئورۇقلاش، هالسىزلىنىش، قان ئازلىق قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ. ئاشقازان ئەينەكى بىلەن تەكشۈرگەندە، دېئاگنوز ئۇچۇن ياردېمى چوڭ بولىدۇ.

3. سوزۇلما ئۆت خالتا يالليۇقى: ئاغرىش يارا كېسەللىكىدەك دەۋرلىك بولماستىن، داۋاملىق تۇردە يېقىمسىز ئاغرىش بولۇپ تۇرىدۇ. كۆپىنچە قورساق كۆپۈش، كۆكۈل ئېلىشىش بولىدۇ. ئۆت سۇيۇقلۇقىنى 12 بارماق ئۇچەيدىن ئاققۇزۇپ تەكشۈرگەنىدە، كۆپ مىقداردا ئاق قان هۈجەيرە ۋە خۇلىستىرۇل كىرىستاللىرى كۆرۈلىدۇ. ئۆت خالتىسىنى سايىلاندۇرۇپ سۈرەتكە ئالغاندا ئۆت خالتىسى كۆرۈلمەيدۇ، ئەگەر كۆرۈلگەن تەقدىردە ئۆت خالتا چوڭىيىدۇ، قىسقىرىش خىزمىتى ناچار بولىدۇ.

4. ئاشقازان شاللىق پەردىسى ئاجراپ چۈشۈش. كېسەللىكى: بۇ كېسەللىكنىڭ سەۋەبىي ئېنىق ئەمەس. ئاشقازان چىقىرىش قىسمىدىكى شاللىق پەردىدە قېلىنلاش ياكى بوشاپ كېتىش يۈز بېرىپ، شاللىق پەردە ئاجرىلىپ چۈشۈپ، ئاشقازان چىقىرىش كانالچىسى ئارقىلىق

ياخشى سۈپەتلىك ئاشقازان يارىسى بەلەن يامان سۈپەتلىك ئاشقازان يارىسىنى پەرقلەندۈرۈش جەدۋىلى

	ياخشى سۈپەتلىك يارا	ياماق سۈپەتلىك يارا
بېشى	ياش ۋە ئوتتۇرا ياشلىقلاردا كۆپ بولىدۇ.	ئوتتۇرا ياشلىقتىن ئاشقانلاردا كۆپ بولىدۇ.
كېسەللىك تارىخى ۋە كېلىنىك ئىپادىسى	كېسەللىك تارىخى ئۇزۇن بولىدۇ. دەۋرلىك خۇسۇسىيىتى ئېنىق بولىدۇ. ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا مۇنەك بولۇشى مۇمكىن. ئۇ مۇمىيى بەدەنلىك ئىپادىلىرى ئېغىر بولىدۇ. ئىچكى بۆلۈمدە داۋالاش ئۈنۈمى ياخشى بولمايدۇ.	كېسەللىك تارىخى قىسقا بولىدۇ. داۋاملىق تۇردە تەرەققىي قىلمىدۇ. ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا مۇنەك بولۇشى مۇمكىن. ئۇ مۇمىيى بەدەنلىك ئىپادىلىرى ئېغىر بولىدۇ. ئىچكى بۆلۈمدە داۋالاش ئۈنۈمى ياخشى بولمايدۇ.
چوك تەرەتتىكى يوشۇرۇن قان	مۇسپىي بولمىدۇ. داۋالاغاندىن كېيىن يوقلىدۇ.	داۋاملىق تۇردە مۇسپىي بولىدۇ.
ئاشقازان سۈيۈقلۇقىنى تەكشۈرۈش	ئاشقازان كىسلاتاسى بولماسلىق تەھۋالى بولمايدۇ.	كىسلاتا كەم بولۇچىلار كۆپ بولىدۇ.
رېنتگېنده تەكشۈرۈش	يارا دىئامېترى 2.5 سانتىمېتىردىن تۆۋەن بولۇپ، دىۋارى سىلىق بولىدۇ. ئاكچاسىمان سايە ئاشقازان دىۋار سىرتىغا پۈلتىيىپ چىقىدۇ.	يارا دىئامېترى 2.5 سانتىمېتىردىن چوك بولىدۇ. تەقراپ قىسمى تەرتىپسىز بولىدۇ. يارا ئاشقازان دىۋارىدىن بوشلۇققا قاراپ پۈلتىيىپ كىرگەنلىكتىن، بارىيۇ تەقسىغا تولماسلىق تەھۋالى بولىدۇ.

12 بارماق ئۇچه‌يگه كىرىدۇ. ئاده‌تته كېلىشنىك ئالامه‌ت بولمايدۇ. ئايرىم كېسه‌للە‌رده ئۆتكۈر قورساق ئاغرىش بولىدۇ. بۇ هال سازاك ئۆسۈك ياللۇغى، ئۆت تاش كېسه‌للىكى ياكى بۆره‌ك تاش كېسه‌للىكىگه ئوخشاپ كېتىدۇ. بەزىده ئۇستۈنكى قورساق ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئاچچىق سۇ ياندۇرۇش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. ئاغرىش تاماقتىن كېيىن ئېغىرلىشىپ، قۇسقاندىن كېيىن يېنىكلەشىدۇ. ئىشقارلىق دورىلارنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمايدۇ. ئايرىم كېسه‌للە‌رده قاناش بولىدۇ. دىئاگنوز قويۇشتا بىردىنبىر ئاساس شۇكى، پارىي بوتقىسى ئىچۈرۈپ رۇپ رېنتگېنده تەكشۈرگەنده، 12 بارماق ئۇچەيي نىگىز قىسمىنىڭ مەركىزىده تولۇش كەمتۈكلۈكى بولىدۇ. شارچه قىسىم موگو ياكى كۇنلۇك شەكىلده بولىدۇ.

داۋالاش

يارا كېسه‌للىكىنى داۋالاشتا ئالدى بىلەن غەم-ئەندىشىنى يوقىتىپ، ئىشەنچىنى تۇرغۇزۇپ، تۇرمۇشنى تەرتىپكە سېلىش لازىم. زوهى جىددىي، ئۇيقۇسى ياخشى بولمىغان كېسه‌ل كىشىلەرگه قارىتا مەلۇم ۋاقىت هەر كۈنى 2—3 قېتىم تىنچلاندۇرغۇچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. مۇشۇ ئاساستا تۆۋەندىكى تەدبىرلەر قوللىنىلىدۇ.

1. تاماق بىلەن داۋالاش: يارا كېسه‌للىكىنى داۋالاشتا مۇۋاپىق ئوزۇقلاندۇرۇش هەل قىلغۇچ رول ئويناپدۇ. تاماق بىلەن داۋالاشتا ئازدىن كۆپ قېتىم تاماقلاندۇرۇش تەلەپ قىلىنىدۇ. بۇنىڭدا، بىر قېتىمدا

كۆپ تاماق يەپ ئاشقازانندىكى مەجبۇرىيەتنى ئاشۇرۇۋېتىشتىن ساقلىنىش ھەمدە داۋاملىق تۇرده ئاشقازاندا مەلۇم مىقداردا تاماقنىڭ بولۇشىغا كاپالەتلىك قىلىش بەلەن داۋاملىق تۇرده ئاشقازان كىسلاتاسىنى نېترالاش مەقسەت قىلىنىدۇ. ئىستېمال قىلىنىدىغان تاماق يۇمشاق، ئوڭاي ھەزىم بولىدىغان بولۇشى لازىم. يىرىك، ئاسان ھەزىم بولمايدىغان تاماقلار ۋە غىدىقلاش خۇسۇسىيىتىدىكە ئىگە تاماقلارنى ئىستېمال قىلماسلىق لازىم. تاماقنىڭ ئوزۇقلۇق قىممىتىدىكە ئەھمىيەت بېرىپ، بەدەننىڭ يېتەرلىك مىقداردىكى ئاقسىل ۋە ماي بىلەن تەمىنلىنىشىگە كاپالەتلىك قىلىش لازىم.

كونكرېت داۋالاشتا، بىرىنچى باسقۇچتا كېسەللىك ئالامەتلىرى ئېغىر بولسا، بىر نەچچە كۈنگىچە ھەر كۈنى ئەتىگەن سائەت 7 دىن كەچ سائەت 9 غىچە ھەر سائەتتە 100 مىللىلىتىردىن سۈت ئىچۈرۈلۈپ، ئارىلىقتا ئىشقارلىق دورىلار ئىچۈرۈلىدۇ. مۇنداق ئوزۇقلاندۇرغاندا كالورىيە يېتىشمەسلىك كېلىپ چىقىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ ئۇسۇلنى ئۇزۇن مۇددەت قوللىنىشقا بولمايدۇ. 4 — 5 كۈن قوللىنىپلا، ئالامەتلەر يېنىكلەشكەندىن كېيىن ئۆزگەرتىلىدۇ. ئىككىنچى باسقۇچتا، ئەتىگەن سائەت 7 دىن كەچ سائەت 9 غىچە ھەر سائەتتە 100 مىللىلىتىردىن سۈت ئىچۈرۈلۈپ، ئارىلىقتا ئىشقارلىق دورىلار ئىچۈرۈلمەيدۇ. مۇنداق ئوزۇقلاندۇرغاندا كالورىيە يېتىشمەسلىك كېلىپ چىقىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ ئۇسۇلنى ئۇزۇن مۇددەت قوللىنىشقا بولمايدۇ. 4 — 5 كۈن قوللىنىپلا، ئالامەتلەر يېنىكلەشكەندىن كېيىن ئۆزگەرتىلىدۇ. ئىككىنچى باسقۇچتا، ئەتىگەن سائەت 8 دە، چۈشتە ھەم كەچ سائەت 6 دە بىرىلىدىغان سۈت ئورنىغا تاماق بېرىلىدۇ. بېرىلىدىغان تاماق ئاتىلا، ئۈگزە قاتارلىقلاردىن ئىبارەت بولىدۇ، يا كى بىر تۇخۇم بىلەن ئازراق نان يېسە بولىدۇ. ئۈچىنچى باسقۇچتا، كۈنلۈكى ئالتە ۋاخ تاماق بېرىلىدۇ.

كۇنددىلىك ئۇيۇچ ۋاخ ئاساسلىق تاماقتا ئۇگرە، چۆپ، شويلا، سۇت ئاش قاتارلىقلار بېرىلمەيدۇ. ئەتىگەن سائەت 10، چۈشتىن كېيىن سائەت 3 ۋە ولاردا ھەر قېتىم 200 مىللىلىتر سۇت ياكى ئاتىلا، پەچىنە قاتارلىقلار بېرىلسە بولىدۇ.

2. خۇلىنىغا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىش: بۇ خىل دورىلار خۇلىنلىق نېرۋا تالالىرىنىڭ قوزغىلىشىنى توسۇپ، ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى ئازايتىپ، يارىنىڭ پۈتۈشىنى تېزلىتىدۇ. يەنە ئاشقازان - ئۈچەي سىپازمىسىنى بوشىتىپ، ئۇلارنىڭ ھەرىكىتىنى ئاستىلىتىدۇ. تۆۋەندىكى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ:

Atropin: 0.3 مىللىگرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئېچۈرۈلىدۇ، ياكى 0.3 ~ 0.5 مىللىگرام تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

ScopolamineHydrobromide: 0.2 ~ 0.3 مىللىگرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئېچۈرۈلىدۇ، ياكى 0.3 ~ 0.5 مىللىگرامدىن تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

belladone: بۇ دورىنىڭ تىنىكتۇرىسىدىن ھەر قېتىم 0.3 ~ 1 مىللىلىتردىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئېچۈرۈلىدۇ.

Adiphenine: 75 ~ 150 مىللىگرام ئېچۈرۈلىدۇ.

Tiphenum: 50 ~ 100 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 ~ 4 قېتىم ئېچۈرۈلىدۇ.

Aprophenum: 25 ~ 60 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 ~ 4 قېتىم ئېچۈرۈلىدۇ.

3. كېسەلتاغا قارشى دورىلارنى ئىشلىتىش: بۇ خىل

دورلار ئاشقازان كىسلاتاسىنى نېترالالاپ، پېپېسىننىڭ ئاكتىپلىقىنى تۆۋەنلىتىدۇ، تۆۋەندىكى دورلار كۆپ ئىشلىتىلىدۇ:

$NaHCO_3$ تەسىرى تۆۋەندىكىدەك بولىدۇ.

$$NaHCO_3 + Hch \rightarrow Nach + H_2O + CO_2 \uparrow$$

بۇ دورىنىڭ كىسلاتا بىلەن رېئاكسىيىلىشىش سۈرئىتى تېز بولغانلىقتىن، دەرھال ئاغرىق توختىتىدۇ. يېتەرسىزلىكى شۇكى، تەسىر قىلىش ۋاقتى قىسقا بولىدۇ، رېئاكسىيە جەريانىدا ھاسىل بولغان CO_2 ئاشقازاننى غىدىقلاپ، سۇيۇقلۇقنىڭ ئىشلىنىشىنى تېزلىتىدۇ. CO_2 گازى ئاشقازان بېسىمىنى ئاشۇرۇپ يارىنىڭ تېشىلىشىگە تۈرتكە بولىدۇ. كۆپ ئىشلەتكەندە Na شۇمۇرۇلۇپ، ئىشقار بىلەن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ دورا بىر گرامدىن كۈنىگە 3 — 4 قېتىم ئىچىۈرۈلىدۇ.

MgO: بۇ دورىنىڭ Hch بىلەن رېئاكسىيىلىشىشى:

$$MgO + {}^2Hch \rightarrow MgCl_2 + H_2O$$

بۇ دورىنىڭ ئاشقازان كىسلاتاسىنى نېترالالاش ئىقتىدارى ئەڭ كۈچلۈك بولۇپ، تەسىرى ئۇزۇن داۋاملىشىدۇ. 0.3 ~ 1 گرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئىچىۈرۈلىدۇ.

$Al(oH)_3$: بۇنىڭ ئاشقازان كىسلاتاسى بىلەن رېئاكسىيىلىشىشى:

$$Al(OH)_3 + {}^3Hch \rightarrow Alch_3 + {}^3H_2O$$

بۇ دورا يۇقىرىدىكى رېئاكسىيە ئارقىلىق ئاشقازان كىسلاتاسىنى نېترالايدۇ. رېئاكسىيە جەريانىدا ھاسىل بولغان $Alch_3$ نىڭ كۈچلۈك قورۇغۇچى تەسىرى بو-

لۇپ، يارا يۇزىنىڭ قاناپ كېتىشىنى توسىدۇ. ئادەتتە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان يىلىمسىمان ياسالمىسى يەنە يارا يۇزىنى قوغدايدۇ. بۇ دورا 0.3 ~ 0.6 گرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. يۇقىرىدىكى دورىلارنى ئىشلىتىشتە چانلىق ئىگىلەش لازىم.

يۇقىرىدا بايان قىلىنغان دورا ئىشلىتىش مىقدارى ۋە قېتىم سانى پەقەت ئادەتتىكى كېسەللەرگىلا مۇۋاپىق كېلىدۇ. ئېغىر كېسەللىكلەردە دورا مىقدارى كۆپەيتىلىدۇ. بولۇپمۇ دورا بېرىش قېتىم سانى ئاشۇرۇلىدۇ. دورا مىقدارى زۆرۈر تېپىلغاندا، يېنىك دەرىجىدە زەھەرلىنىش تەسىرى كۆرۈلگەنگە قەدەر كۆپەيتىلسە بولىدۇ. بىر قېسىم كېسەل كىشىلەرگە قارىتا يۇقىرىدىكىدەك داۋالاشنىڭ ئۇنۇمى بولمايدۇ. بولۇپمۇ، كېچىلىرى قورساق ئاغرىشىنى تېزگىنلەش قىيىن بولىدۇ، بۇنداق ئەھۋاللاردا 3000 مىللىلىتىر سۇتكە $NaHCO_3$ دىن تۆت گرام قوشۇپ، قېرىن زونتى ئارقىلىق داۋاملىق ئاشقازانغا تامغۇزۇلىدۇ. ئەگەر ياخشىسى، كۈندۈزى تاماق بىلەن داۋالاشقا قوشۇمچە قىلىپ كېچىسى داۋاملىق تامغۇزۇلسا بولىدۇ. ئادەتتە 1 ـ 3 ھەپتىگىچە داۋاملاشتۇرۇلىدۇ.

ئەگەر تېشىلىش، قاناش، توسۇلۇش، يامان سۇپەتكە ئۆزگىرىش قاتارلىق قوشۇمچە كېسەللىكلەر كۆرۈلسە، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالىنىدۇ.

شۇنىمۇ ئېيتىپ ئۆتۈش لازىمكى، 40 ياشتىن يۇقىرى كىشىلەردە ئاشقازان يارىسى بولسا، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالىغان ياخشى. چۈنكى، ئۇنىڭ يامان سۇپەتكە ئۆزگىرىش نىسبىتى يۇقىرى بولىدۇ.

ئاشقازان راكى

Cancer of Stomach

ئاشقازان راكى يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەرنىڭ كۆپ ئۇچرايدىغان بىر خىلى بولۇپ، ھەرقىم قىلىش يولىدىكى ئۆسمىنىڭ 40 ~ 50 پىرسەنتىنى تەشكىل قىلىدۇ. شائىخەينىڭ 1965 - يىلىدىكى ستاتىستىكىسىغا قارىغاندا، ئاشقازان راكى بارلىق ئۆسمىلەر ئىچىدە بالىياتقۇ بويۇن راكىدىن قالسىلا ئىككىنچى ئورۇندا تۇرىدىكەن. ياپونىيىدە بارلىق يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەر ئىچىدە بىرىنچى ئورۇندا تۇرىدىغانلىقى مەلۇم.

ئاشقازان راكىنىڭ 50 پىرسەنتى ئاشقازان چىقىرىش قىسمىنىڭ ئالدى رايونىدا بولىدۇ. 25 پىرسەنتى ئاشقازان تېنى قىسمىدا پەيدا بولىدۇ. 20 پىرسەنتى ئاشقازان كىرىش قىسمى ۋە تۈۋى قىسمىدا پەيدا بولىدۇ. پۈتۈن ئاشقازانغا كەڭ دائىرىدە تارقىلىدىغان راك پەقەت بەش پىرسەنتىلا تەشكىل قىلىدۇ.

ئاشقازانىدىكى يامان سۈپەتلىك ئۆسمىنىڭ مۇتلەق كۆپچىلىكى شىللىق پەردىسىدە پەيدا بولغانلىقتىن، 99 پىرسەنتى ئاشقازان بەز راكى بولىدۇ.

پاتئولوگىك ئاناتومىيىسى

ئاشقازان راكى شەكلىگە ئاساسەن تۆۋەندىكى تۈرلەرگە بۆلۈنىدۇ:

1. چوڭ مۇنەك تېپىش: شەكلى، سەيخۇا دېيىلمدىغان سەيگە ئوخشاش بولۇپ، ئاشقازان بوشلۇقىغا قاراپ ئۆسىدۇ. سىرتقى يۈزىدە نەكروزلىنىش، بۇزۇلۇش، قاناش بولىدۇ. بۇ تېپتىكى كېسەللىك ئۆزگىرىشىنىڭ بۆلۈنۈش دەرىجىسى بىر قەدەر ياخشى بولۇپ، بىر قەدەر چەكلىك دائىرىدە بولىدۇ، چوڭقۇر ئورۇنغا تاجاۋۇزقىلىشى نىسبەتەن ئازبولىدۇ.

2. يارا تېپى: ئۆسمە شەكلى يارا هالىتىدە بولۇپ، يامان سۈپەتلىك دەرىجىسى يۇقىرى بولىدۇ. ئۇنىڭ ئەتراپ قىرلىرى ئېگىز، ئوتتۇرىسى پەس بولىدۇ. ئۆزى قاتتىق بولۇپ، سىرتقى يۈزىدە تۈگۈنچىلەر بولىدۇ. مەركىزىي قىسمى نەكروزلانغان توقۇلما بولۇپ، ئەتراپىدا ئوخشاشمىغان دەرىجىدە يامراپ كىرىش بولىدۇ.

دەسلەپكى دەۋرىدە كۆپىنچە ياخشى سۈپەتلىك يارا قاپلىپ قالىدۇ. بۇ تېپتا تېشىلىش ۋە چوڭ قاناش كۆپ ئۇچرايدۇ.

3. كېسەل دائىرىدە يامراش تېپى: راك ئۆسمىسى ئاشقازان دىۋارىنى بويلاپ يامراپ ئۆسىدۇ. سىرتقى شەكلىدىن ئېنىق مۇنەكچە كۆرۈلمەيدۇ. راك ئۆسمىسى ئاشقازاننىڭ كۆپ قىسمى ياكى پۈتۈن قىسمىغا يامراپ كىرىدۇ، ئاشقازان دىۋارى قېلىنلاپ، ئاشقازان سىرۇز پەردىسى جۈلاسىنى يوقىتىدۇ. شىللىق پەردىدە يارا بولىمايدۇ. ئاشقازان بوشلۇقى كىچىكلەيدۇ. ئاشقازان شەكلى خۇددى خىرۇمدىن ياسالغان تۈلۈمغا ئوخشاپ قالىدۇ. يۈ تېپتىكى راكنىڭ لىمفا ئارقىلىق باشقا ئورۇنلارغا كۆچۈشى بالدۇر بولىدۇ.

4. پالەپسەمان راك: بۇنىڭ كۆپ چىلىكى نوقۇل بەز راكى بولۇپ، شەكلى پالەپقا، ئوخشاپ كېتىدۇ. سا- پىتى كەڭ بولمدۇ. يەكەكە يانكى كۆپ ئورۇندا پەيدا بولمدۇ. راك توقۇلمىسى ئاسان بۇزۇلۇپ قانايدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

ئاشقازان راكىنىڭ سەۋەبى تېخى ئېنىق ئەمەس. سۇزۇلما ئاترۇپىيەلىسىڭ ئاشقازان يالليۇغى، ئاشقازان پا- لىپى، يامان سۇپەتلىك قان ئازلىقى، ئاشقازان يارىسى قاتارلىقلار ئاشقازان راكىنىڭ پەيدا بولۇشى بىلەن مۇ- ناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ.

بۇنىڭدىن باشقا ئاشقازان راكى يەنە ئىرسىيەت بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ. كۆپ تاماكا چەككۈ- چىلەردە تاماكا تەركىبىدىكى راك پەيدا قىلغۇچى ماددىلار- نىڭ شۆلگەي ئارقىلىق ئاشقازانغا كىرىشى، تاماق تەر- كىبىدە ماگنىي ئىيۇنلىرىنىڭ كەملىكى قاتارلىقلارمۇ ئاش- قازان راكى بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ.

كېلىنىك ئىپادىسى

ئاشقازان راكىنىڭ كلىنىك ئىپادىسى ئۇنىڭ بالا- دۇر - كېيىنلىكىگە قاراپ بەلگىلىنىدۇ. دەسلەپكى دەۋرىدە كېلىنىك ئىپادىلىرى ئېنىق بولمايدۇ. راك ئورنى ئاشقا- زان چەمبىرىش قىسمىدا بولسا، قۇسۇش بالدۇرراق پەيدا بولىدۇ. ئاشقازان كىرىش قىسمىدا بولسا، يۇتۇش قىيىن- لىشىش بالدۇرراق كۆرۈلىدۇ.

كېسەل كىشىلەردە ئىشتىپى بۇزۇلۇش، ئۇستۇنكى قورساق قىسمى بىمارام بولۇش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلمدۇ. بەدەن ئېغىرلىقى تۆۋەنلەپ ئورۇقلاش بولىدۇ. ئۇستۇنكى قورساق قىسمدا ئاغرىش بولىدۇ. بولۇپمۇ ئوك تەرەپ ئۇستۇنكى قورساق قىسمدىكى ئاغرىشى تېپىك بولمدۇ. راك ئورنى ئاشقازان كىچىك ئەگرىسىدە بولسا، بۇ ئورۇندا نېرۋا تالالىرى بىر قەدەر كۆپ بولغانلىقتىن ئاغرىش روشەن بولمدۇ. راك ئورنى ئاشقازان چوڭ ئەگرىسىدە بولسا، ئاغرىش ئانچە روشەن بولمايدۇ. ئەگەر ئاشقازان كىرىش ئاغزىدىكى راك ئۆسمىسى ئاشقازانغا قاراپ تاجاۋۇز قىلسا، دائىم تۆش قىسمدا ئاغرىش پەيدا بولمدۇ. ئاغرىش ھەتتا سول تاغاقىغا قاراپ تارقايدۇ.

تەخمىنەن 60 پېرسەنت كېسەللەردە قۇسۇش بولمدۇ. بۇنداق ئەھۋال ئاشقازان چىقىرىش قىسمىدىكى راك ئۆسمىسىنىڭ توسۇلۇشىنى پەيدا قىلىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولمدۇ. قۇسۇق كافى رەڭگىدە بولمدۇ. بەزىلەرگە قان قۇسمدۇ. بۇنداق چاغلاردا چوڭ تەرەت قارا كېلىدۇ.

ئاخىرقى مەزگىللىردە كېسەل كىشىلەرگە كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئورۇقلاپ، چىرايى تاتىرىدۇ.

25 ~ 30 پېرسەنت كىشىلەردە ئۇستۇنكى قورساق قىسمىنى تۇتۇپ تەكشۈرگەندە، قولغا قاتتىق مونەك بىلىنمدۇ. راك ئۆسمىسى ئىچەك تۇگۇنلىرىگە كۆچكەندە، ئوڭ

مۇرەك سۆڭەك دۇستى ئويمىنى ئىمپا تۇگۇنى، قولىتۇق ئاستى ئىمپا تۇگۇنلىرى چوڭمىيدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. ئاشقازان سۇيۇقلۇقمنى تەكشۈرۈش: ئاشقازان راكى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ 40 ~ 60 پىرسەنتىدە ئاشقازان سۇيۇقلۇقىدا ئەركىن كىسلاتا بولمايدۇ. 16 پىرسەنت ئەتراپىدىكىلەردە ئاشقازان كىسلاتاسى زىيادە تۆۋەنلەپ كېتىدۇ. شۇنىمۇ ئېيتىپ ئۆتۈش لازىمكى، ئاشقازان راكىنىڭ دەسلەپكى مەزگىللىرىدە ئاشقازان كىسلاتاسى تۆۋەنلىمەيدۇ.

2. ئاشقازان سۇيۇقلۇقىدىكى ئاجرىلىپ چۈشكەن ھۈجەيرىنى تەكشۈرۈش: ئاشقازان ئەينىكى ئارقىلىق كېسەللىك ئورۇننى بىۋاسىتە كۆرۈپ، شۇ ئورۇنىدىن ئېلىنغان سۇيۇقلۇق ھۈجەيرىسىنى تەكشۈرگەندە، مۇسپىيلىك دەرىجىسى 96 پىرسەنتكە يېتىدۇ. بۇنىڭ دىئاگنوز ئۈچۈن ياردىمى چوڭ بولمدۇ.

3. رېنتگېنداه تەكشۈرۈش: بۇ، ئۆۋەتتە ئاشقازان راكىغا دىئاگنوز قويۇشتا يەنىلا مۇھىم ئورۇندا تۇرىدۇ. بولۇپمۇ ھاۋا-كىرگۈزۈپ، بارىي بوتقىسى بىلەن سىلىشتۇرۇپ تەكشۈرگەندە، مۇسپىيلىك نىسبەتى تېخىمۇ يۇقىرى بولمدۇ.

يۇقىرىقىلاردىن باشقا، يەنە يېقىنىدىن بېرى بەزى ئورۇنلار ئىممۇنىتولوگىيىلىك تەكشۈرۈش ئېلىپ بارماقتا. ئاشقازان راكى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ ئاشقازان سۇ-

يۇقلۇقمدا بىر خىل ئانتىگېن بولۇپ، بۇنىڭدىن پايدىلىنىپ ئىممۇنىتېتنى ئاكسىيلىك تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىشقا بولىدۇ. بۇنىڭ مۇسپىيلىك دەرىجىسى 92 پىرسەنتتىن ئاشىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

يارا كېسەللىكىگە قارالسۇن.

داۋالاش

1. ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش

دەسلەپكى مەزگىللىك ئاشقازان راكىنى داۋالاشتىكى ئەڭ ئۇنۇملۇك چارە يەنىلا ئوپېراتسىيە قىلىشتىن ئىبارەت. ئوپېراتسىيە قىلغاندا، راك ياشقا ئورۇنغا كۆچمىگەن بولسا، بەش يىل ھايات كەچۈرۈش نىسبىتى 36.4 پىرسەنتكە يېتىدۇ.

2. خىمىيىلىك دورىلار بىلەن داۋالاش

1) Fluorouracilum — 5 (5 — FU): ئىككى كۈندە بىر قېتىم 250 ~ 500 مىللىگرامىدىن ۋېنىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىر كۈرسى 15 ~ 20 گرام بولىدۇ.

قوشۇمچە تەسىرى: كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، ئىچى سۈرۈش، ئىشتەي بۇزۇلۇش قاتارلىقلار بولىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرىسى ئازلايدۇ. قوشۇمچە تەسىرى ئېغىر بولسا داۋالاشنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. ئېغىر بولسا دەرھال توختىتىش لازىم.

2) Mitomycinum: ھەر كۈنى بىر قېتىم، ھەر قېت

ىتىم ئىككى مىللىگرام ۋېناغا تامغۇزۇلىدۇ ياكى ھەر قېـ
ىتىم 8 ~ 10 مىللىگرامدىن ھەپتىدە ئىككى قېتىم ۋېـ
نادىن تامغۇزۇلىدۇ. بىر كۇرس 60 ~ 80 مىللىگرامغا
قەدەر بولىدۇ. بۇ دورا گلۇكوزا ئېرىتمىسىدە سۇيۇقلانـ
دۇرۇلسا، ئۇنۇمى تۆۋەنلەپ كېتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن
تۈز سۇيى بىلەن سۇيۇقلاندۇرۇلىدۇ. بۇ دورىنىڭ يېـ
لىكنى تورمۇزلاش، ئاشقازان - ئۈچەي يوللىرىنى غىدىقـ
لاشتەك قوشۇمچە تەسىرى بار.

3) *Thiophoramidum (TSPA)*: ھەر قېتىم 10 مىلـ
لىگرامدىن ھەر كۈنى بىر قېتىم ياكى كۈن ئارىلاپ بىر
قېتىمدىن مۇسكۇل ياكى ۋېنىدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. بىر
كۇرس 300 ~ 500 مىللىگرامغىچە بولىدۇ.
يۇقىرىقى دورىلاردىن بەرەرسى تاللاپ ئىشلىتىلسە
بولىدۇ. ھەر بىر كۇرسى تاماملانغاندىن كېيىن چوقۇم
10 ~ 14 كۈن ئارام ئالدۇرۇش لازىم.

يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۈچەي يالليۇغى

UICerativel Colitis

بۇ كېسەللىك خاس ئالاھىدىلىككە ئىگە بولمىغان
يارا خاراكتېرلىك سوزۇلما چەمبەر ئۈچەي يالليۇغى
دەپمۇ ئاتىلىدۇ. بۇ، دۇنيا مىقياسىدا كۆپ ئۇچرايدىغان
كېسەللىكلەرنىڭ بىرى بولۇپ، ھەر قانداق ياشتىكىلەردە
پەيدا بولىدۇ. لېكىن، 20 ~ 40 ياشقىچە بولغانلار كـ
ۆپرەك ئۇچرايدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى ۋە كېسەللىك پەيدا قىلىش.

مېخانىزمى

1. يۇقۇملىنىش: بۇ كېسەللىكنىڭ پاتىمولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى ۋە كىلىنىك ئىپادىلىرى سوزۇلما ئۇچەي يۇقۇملىنىشلىرىنىڭكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ھەتتا ئۇچەي يوللىرىدىن ھەر خىل باكتېرىيە، ئامىيوبا پېرۇتوزىلىرى، ۋىرۇس قاتارلىقلارنى تاپقىلى بولىدۇ. ئەمما يۇقىرىقىدەك ئالاھىدىلىكلەرنى ئىممۇنىتېتىغا جەھەتتە ئىسپاتلاشقا بولمايدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە خىمىيىلىك داۋالاشنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمايدۇ. بۇ كېسەللىكتە، ئېھتىمالى ئېنىق بولمىغان سەۋەبلەر تۈپەيلىدىن ئالدى بىلەن ئۇچەي شىللىق پەردىلىرىدە زەخىملىنىش بولۇپ، شۇ زەخىملەنگەن رۇنقا باكتېرىيە تاجاۋۇز قىلىپ كىرىشى مۇمكىن.

2. ئاللىرگىيىلىك رېئاكسىيە: بەزى يېمەكلىكلەر بولۇپمۇ سۈت بۇ كېسەللىكنى قوزغايدۇ. سۈتنى توختاتقاندىن كېيىن بۇ كېسەللىكمۇ يېنىكلىشىدۇ. مەلۇم خىل يېمەكلىكلەردىن ئېلىنغان نەرسىلەرنى تۈز ئۇچەي ئېچىگە كىرگۈزگەندە، بۇ خىل كېسەللىك بىلەن ئاغرىغۇچىلاردا كۆپىنچە بىر ياكى بىر نەچچە خىل شىللىق پەردە يەرلىك رېئاكسىيىسى پەيدا بولىدۇ. ساغلام كىشىلەردە بۇنداق ئەھۋال بولمايدۇ.

يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يارىسى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ قان سۈرۈتكىسىدا چەمبەر ئۇچەي ئانتىتېلىسى بولىدۇ. ساغلام كىشىلەردە بولمايدۇ.

يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يالىلۇغى دائىم ھاشقا ئاللىرگەيىلىك رېئاكسىيىلەر بەسلەن بەرگە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. يۇقىرىدىكى ئەھۋاللارنىڭ ھەممىسى بۇ كېسەللىكنىڭ ئاللىرگەيىلىك رېئاكسىيە بىلەن مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكىنى چۈشەندۈرىدۇ.

3. روھىي ئامىل: كىشىلەر غەزەپلەنگەندە، چەمبەر ئۇچەي شىلىلىق پەردىسىگە قان تولۇش، شىلىلىق پەردە قاناش، سېپازمىلىنىش، ئاجرالمىلار كۆپەيىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ.

نېرۋا سىستېمىسىنىڭ خىزمىتى قالايمىقانلاشقاندا، ئاشقازان - ئۇچەي يوللىرى ۋە ئۇلاردىكى قان تومۇرلار سېپازمىلىنىپ، چەمبەر ئۇچەي شىلىلىق پەردىسىدە زىددىلىنىش ۋە يارىلىنىش پەيدا بولىدۇ.

ئومۇمەن بۇ كېسەللىك، بىر خىل ئامىلنىڭ ئەمەس، بەلكى نەچچە خىل ئامىلنىڭ تەسىرى قىلىشىدىن پەيدا بولىدۇ. كونكرېت كىشىلەر ئۇچۇن ئېيتقاندا، ھەر بىر كىشىدە يۇقىرىدىكى ئامىللارنىڭ مەلۇم بىر خىلى ئاساسلىق رول ئوينىشى مۇمكىن.

پاتئولوگىيەسى

كېسەللىك ئۆزگىرىش ئورنى تۇز ئۇچەي ۋە S شەكىللىك چەمبەر ئۇچەيدە ھەممىدىن كۆپ ئۇچرايدۇ. چەمبەر ئۇچەينىڭ باشقا جايلىرىدىمۇ ئۇچرايدۇ.

دەسلەپكى دەۋردە كېسەللىك ئۆزگىرىش يۇز بەرگەن ئورۇندا كەڭ دائىرىلىك يالۇغلۇق ئۆزگىرىش بو-

ئالمدۇ. بۇنىڭدىن باشقا ئىپتىل ھۈجەيرىلەردە سۇپەت ئۆزگىرىشى ۋە نىكرۇزلىنىش بولۇپ، كىچىك، يوشۇرۇن يىرىك ئىشلىرى پەيدا بولمدۇ. تۇراقلىق قەۋەت ۋە شىللىق پەردە ئاستى قەۋەتلىرىگە لىمفا ھۈجەيرە، شىرە ھۈجەيرە ۋە ئىزۇنۇفىللار يامراپ كىرىدۇ. ئۇششاق يىرىڭلىق ئىششىقلار ئۆزئارا قوشۇلۇپ، يىرىلىپ، ئۇزە، كىچىك يارىلارنى پەيدا قىلىدۇ. ئېغىرلىرىدا يارا بىر قەدەر چوڭ ھەم چوڭقۇر بولمدۇ. ھەتتا بەزىدە تېشىلىپ، چەمبەر ئۇچەي ئەتراپ يىرىڭلىق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ. كۆپ ھىقدا يېڭى گۆش بىخ توقۇلمىلىرىنىڭ ئۆسۈپ چىقىشى ۋە يارا ئارىلىق سۇلۇق ئىششىقلىرى تۇپەيلىدىن، شىللىق پەردە سىرتقى يۈزى كۆتۈرۈلۈپ چىقىپ، پالىپ تۇسىنى ئالمدۇ. بۇ يالغان پالىپ دەپمۇ ئاتىلىدۇ.

كېسەللىك ئەھۋالى بىر قەدەر ئېغىر بولغانلاردا، توقۇلمىلارنىڭ بۈزۈلۈشى ۋە قايتا تىكلىنىشى نەتىجىسىدە، شىللىق پەردىلەرنىڭ نورمال تۈزۈلمىسى يوقىلىپ، بەزىتەن شەكلى ئۆزگىرىپ، رېتتى قالايمىقانلىشىپ، سانى ئازلايدۇ. يارا ساقايغاندىن كېيىن تاتۇق ھاسىل بولۇپ، چەمبەر ئۇچەي خالتىلىرى يوقىلىش بىلەن ئۇچەي بوشلۇقىدا تارىيىش پەيدا بولمدۇ.

كېلىنىك ئىپادىسى

ھەزىم قىلىش سىستېمىسى ئالامەتلىرى: كېسەلدە ئېچىي سۇروش بولمدۇ. ئېچىي سۇروش يالىلۇغلۇق غىدىق تۇپەيلىدىن، ئۇچەي ھەرىكىتىنىڭ تېز لىشى ۋە ئۇچەينىڭ

سۇ. ناتىرىلارنى شۇمۇرۇشمىنىڭ توسقۇنلۇقىغا ئۇچرىشى سەۋەبىدىن بولىدۇ. يېنىك ئىچى سۇركەنسە، چوڭ تەرەت كۇنىگە 3 ~ 4 قېتىم بولۇپ، ئۇماچقا ئوخشاش كېلىدۇ. ئېغىز بولغاندا، ھەتتا سائىتىگە بىر قېتىم سۇرىدۇ. بۇنداق چاغلاردا چوڭ تەرەت سۇغا ئوخشاش بولىدۇ.

چوڭ تەرەتتە شىلىمشىق سۇيۇقلۇق، قان، يىرىڭ بولىدۇ. بەزىدە ئىچى سۇرۇش بىلەن قەۋزىيەت ئالمىشىپ پەيدا بولىدۇ. قورساق ئاغرىيدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى پەسەيگەن چاغلاردا قورساق ئاغرىشى بولمايدۇ. جىددىيلەشكەن چاغلاردا ئاغرىش بولىدۇ. قورساق ئاغرىشى كۆپىنچە يېنىڭ ياكى ئوتتۇراھال بولىدۇ، كۆپىنچە تۆۋەنكى قورساق قىسىم، بولۇپمۇ سول تەرەپ تۆۋەنكى قورساق قىسىم ئاغرىيدۇ. بەزىدە پۇتۇن قورساق قىسمى ئاغرىيدۇ. كۆپىنچە قورساق ئاغرىپ چوڭ تەرەت قىلغۇسى كېلىدۇ. چوڭ تەرەتتىن كېيىن ئاغرىش يېنىكلەيدۇ.

بۇ كېسەللىكتە تۈز ئۇچەيدە ياللۇغلىنىش بولغانلىقتىن، تەرەتتىن كېيىن ئىنجىق بولىدۇ. ئېغىر كېسەلدە ئىشتەي بۇزۇلۇش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىقلار بولىدۇ.

پۇتۇن بەدەن ئالامەتلىرى: ئېغىرلاردا قىزىتما، يۇرەك ھەرىكىتى تېز لەش، ئورۇقلاش، قان ئازىيىش، سۇسىزلىنىش، ئېلېكتىرولىت تەڭپۇڭلۇق بۇزۇلۇش، ئوزۇقلىنىش توسقۇنلۇقىغا ئۇچراش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ.

بەدەن بەلگىلىرى: يېنىك كېسەللەردە سۆل تەرەپ تۆۋەن قورساق قىسمىنى باسقاندا، ئاغرىشتىن باشقا ھېچقانداق ئالامەت بولمايدۇ. ئېغىرلاردا قورساق كۆپۈش، قورساق مۇسكۇللىرى جىددىيلىشىش، قورساق قىسمىنى باسقاندا ئاغرىش، ھەتتا بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىش قاتارلىقلار بولىدۇ.

كىلىنىك تىپكە بۆلۈنۈشى: كېسەللىك باشلىنىشىنىڭ جىددىي - ئاستىلىقى ۋە كېسەللىك ئېھتىمالىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكىگە ئاساسەن، بۇ كېسەللىك تۆۋەندىكىدەك ئۈچ تىپقا ئايرىلىدۇ.

1. يېنىك تىپى: كىلىنىكىدا ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. كېسەللىكنىڭ باشلىنىشى ئاستا بولۇپ، ئالامەتلەر يېنىك بولىدۇ. ئومۇمىي بەدەننىڭ ئالامەتلىرى بولمايدۇ.

2. ئېغىر تىپى: ھەزىم قىلىش سىستېمىسى ئالامەتلىرى ئېغىر بولۇشتىن باشقا، يەنە پۈتۈن بەدەنلىك ئالامەت ۋە بەدەن بەلگىلىرى بولىدۇ. پۈتۈن چەمبەر ئۇچەينىڭ ھەممىلا يېرىدە دېگۈدەك كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولىدۇ.

3. پارتلاش تىپى: بۇ تىپى ئاز ئۇچرايدۇ. كېسەلنىڭ باشلىنىشى جىددىي بولۇپ، ھەزىم قىلىش سىستېمىسى ئالامەتلىرى ۋە پۈتۈن بەدەن ئالامەتلىرى ئېغىر بولىدۇ. قورساق قىسمىدىكى بەلگىلىرى روشەن بولىدۇ. قوشۇمچە زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك چەمبەر ئۆچەي كېڭىيىش، ئۆچەي تېشىلىش ۋە ئۆچەي توسۇلۇش ئەھۋالىلىرى كۆپ ئۇچرايدۇ. بۇ تىپتا چەمبەر ئۆچەيدە كەڭ دائىرىدە ئېغىر كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولىدۇ.

قوشۇمچە كېسەللىكلەرى

1. زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي كېـ
ڭىيىش: كۆپىنچە ئېغىر كېسەللىكلەردە پەيدا بولىدۇ. ئۇـ
چەي ددۇارىنىڭ كۆپپۈش كۇچى تۆۋەنلەپ، ئۇچەي ھەـ
رىكەتى ئاجىزلىشىدۇ. ئۇچەيدە تاماق قالدۇقلىرى ۋە گاز
كۆپىيىدۇ. بۇنىڭ بىلەن چەمبەر ئۇچەي ئۆتكۇر ھالدا
كېڭىيىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى جىددىي ياماناللىشىپ، زەـ
ھەرلىنىش ئالامەتلىرى روشەنلىشىدۇ، قورساق كۆپىدۇ.
قورساقنى باسقاندا ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىيدۇ.
ئۇچەي تاۋۇشى ئاجىزلىشىدۇ ياكى يوقلىدۇ. ئاق قان
ھۈجەيرىسىنىڭ سانى ئاشىدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە،
ئۇچەي بوشلۇقلىرىنىڭ چوڭىيىپ، چەمبەر ئۇچەي خالتا
شەكلىنىڭ يوقالغانلىقى مەلۇم بولىدۇ. ئۇچەي ئاسان تېشىلمىدۇ.

2. چەمبەر ئۇچەي يارا تېشىلىشى: كۆپىنچە يۇقىـ
رىدىكى ئاساستا تېشىلىش يۈز بېرىپ، كەڭ دائىرىدە قورـ
ساق پەردە يالليۇغى پەيدا بولىدۇ.

3. راكقا ئۆزگىرىشى: بۇ كېسەللىككە گىرىپتار بولـ
غۇچىلارنىڭ تەخمىنەن بەش پىرسەنتىدە راكقا ئۆزگـ
رىشى بولىدۇ.

4. بىر قىسىم ئېغىر كېسەللەردە چەمبەر ئۇچەي
تۇز ئۇچەيلەردە چوڭ قاناش يۈز بېرىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. قان تەكشۈرۈش: قان ئازلىق كۆرۈلىدۇ. ئاق

قان هۇجەيرىسى كۆپەيىدۇ. ESR تېز لىشىدۇ. تىرۇمبوسىتن ۋاقتى ئۇزىرايدۇ. قان ئۇيۇتقۇچى فاكتۇر VIII ئاكتىپلىقى ئاشىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولغانلاردا، قاندىكى ئاق ئاقسىل، كالىي، ناترىي قاتارلىقلار تۆۋەنلەيدۇ. كېسەللىك قوزغىغان چاغلاردا قاندىكى گاماگلوبولىنلىك تۆۋەنلەپ كېتىشى ناچار ئاقىۋەتلەرنىك كېلىپ چىقىشىدىن دېرەك بېرىدۇ.

2. چوك تەرەتنى تەكشۈرۈش: چوك تەرەتتە شىلىمشەك سۇيۇقلۇق، قان، يىرىك كۆرۈلىدۇ.

3. چەمبەر ئۇچەي ئەينىكى بىلەن تەكشۈرۈش: شىللىق پەردىدە كەك داغىردە قان تولۇش، سۇلۇق ئىشىش كۆرۈلىدۇ. شىللىق پەردە چۈرۈك بولۇپ ئاسان قانايدۇ. شىللىق پەردە ئاستىدىكى شاخچىسىمان قان تومۇرلار ئېنىق كۆرۈلمەيدۇ. شىللىق پەردە يۇزى غۇدۇر-بۇدۇر دانچە شەكلىگە كىرىدۇ، ياكى يالغان پالىپ هاسىل بولىدۇ. شىللىق پەردە پۈرۈكلىرى قېلىنلاپ چېگىرىسى تەرتىپسىز بولىدۇ. كىچىك يارىلار كۆرۈلىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولغاندا، چوڭقۇر هەم چوك يارىلار كۆرۈلىدۇ. شىللىق پەردە يۇزىدە ياكى يارا يۇزىدە ساغۇچ كۆلەك شىلىمشىق سۇيۇقلۇق ياكى يىرىك بولىدۇ. ئاخىرقى دەۋرلىك كېسەللىكلەردە شىللىق پەردە تارتىپ، چەمبەر ئۇچەي خالتىلىرى يوقىلىدۇ. تارىيىش، ئۇچەي دىۋارى قېتىش ئەھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ.

4. رېنتگېنده تەكشۈرۈش: بارىي سۇلفات بوتقىسى ئىچۈرۈپ تەكشۈرگەندە، دەسلەپكى دەۋردە، كېسەللىك

ئۆزگەرىشى يۈز بەرگەن ئۇچەي بۆلىكىنىڭ ھەربىرىنى كۆچىپ، شىللىق پەردىلىرى قالايمىقانلىشىدۇ. يارا شەكىللەنگەندە، ئۇچەي دىۋارىنىڭ قىرى ھەرە چىشى شەكلىدىكى كىرىدۇ. ئاخىرقى دەۋردە، چەمبەر ئۇچەي خالتىلىرى يوقىلىپ، ئۇچەي دىۋارى تەكشى، سىلىق تۈس ئالىدۇ. ئەگەر يالغان پالەچ شەكىللەنسە، ئۇچەي بوشلۇقىدا، كۆپ ئورۇنىدا يۇمىلاق تولۇش كەمتۈكلۈكى كۆرۈلىدۇ.

سىلىشتۇرما دىئاگنوزى

1. سوزۇلما باكتېرىيەلىك تولغاق: ئۆتكۈر باكتېرىيەلىك تولغاق تارىخى بولىدۇ. ئانتىبىئوتىكلار بىلەن داۋالاش ئۇنۇم بېرىدۇ. چوڭ تەرەتتىنى ئۆستۈرگەندە، تولغاق تاياقچىسى ئۆسىدۇ.

2. سوزۇلما ئامىبىالىق تولغاق: كۆپىنچە ئوڭ تەرەپ چەمبەر ئۇچەيگە تاجاۋۇز قىلىدۇ. تارقاق ھالدا يارا شەكىللىنىدۇ. يارا نىسبەتەن چوڭقۇر بولىدۇ. چوڭ تەرەتتىن ئامىبا ئوزۇقلانغۇچى تەركىبچە كاپسۇللار تېپىلىدۇ.

3. چەكلىك دائىرىلىك ئۇچەي يالليۇغى: كۆپىنچە يانپاش ئۇچەي ئاخىرقى ئۇچىغا تاجاۋۇز قىلىدۇ. كەندىك ئەتراپى ياكى قورساقنىڭ ئوڭ تۆۋەن قىسمىدا ئاغرىش بولىدۇ. تەرەتتىن كېيىن ئىنجىق بولمايدۇ. چوڭ تەرەتتە قان، يىرىڭ بولمايدۇ. S شەكىللىك چەمبەر ئۇچەي ئەينەكى بىلەن تەكشۈرگەندە، نەتىجىسى نورمال بولىدۇ.

4. چەمبەر ئۇچەي راكى: بۇ، ئوتتۇرا ياشتىن

ئاشقانلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ. تۇز ئۇچەي راكىنى بار-
ماق بىلەن تەكشۈرگەندە قولغا يېمىنمەيدۇ. چەمبەر
ئۇچەي ئەينىكى ۋە باربي بوتقىسى بىلەن ھەمەلچە
قىلىپ تەكشۈرگەندە، دىئاگنوزنى مۇقۇملاشتۇرۇش
قىيىن بولمايدۇ.

داۋالاش

ئارام ئالدۇرۇش: كېسەللىك ئۆتكۈر قوزغىغان
مەزگىللەردە، تاكى ئىسسىتمىسى يېنىپ ئىچ سۇرۇش
توختىغانغا قەدەر ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش لازىم-
سوزۇلما يېنىك تېپتكى كېسەل كىشىلەرنى مۇۋاپىق
داۋالاش بىلەن بىللە مۇۋاپىق ئارام ئالدۇرۇش كېرەك.
بۇنداق كىشىلەر يېنىك ھەرىكەت بىلەن شۇغۇللانسا
بولمدۇ.

2. ئوزۇقلاندۇرۇش: كېسەل كىشىلەردە ئۆزۈن
مۇددەت ئىچ سۇرۇش، يېمەكلىمكلەرنىڭ يېتەرلىك بول-
ماسلىقى سەۋەبىدىن ئوزۇقلۇق يېتىشمەسلىك ئەھۋالىرى
كۆرۈلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئوزۇقلۇق قىممىتى يۇقىرى
ئاسان ھەزىم بولىدىغان يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلىش،
مېۋە، كۆكتاتلارنى ئىستېمال قىلماسلىق لازىم (ئۆسۈمە
لۈك ئالالىرى ئىچ سۇرۇشنى ئېغىرلاشتۇردۇ). ھاراق
ئىچمەسلىك كېرەك. كۈندىلىك ئاقسىل مىقدارى ھەر
كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن ئىككى گرامغا
يەتكۈزۈلۈشى شەرت. كۈندىلىك كالورىيە مىقدارى
3000 كالورىيە ئەتراپىدا بولسا بولىدۇ. ئاز-ئازدىن
كۆپ قېتىم تاماقلىنىش، ئاز دېگەندە ئۈچ ئاي داۋا-

لاشتۇرۇلمدۇ. ئىچ سۇرۇش ئېغىر بولغاندا سۇيۇق تاماق ئىستېمال قىلمىش لازىم. كېسەل كىشىمەردە ناتىردى، كالمي يوقمتمش كۆرۈلسە، كۈنلىمكى 10% گىلۈكوزا ۋە 0.9% ناتىرى خىلوردىن 3000 ھىللىلىمتر ۋېنادىن كىرگۈزۈلمدۇ. كالمي تۆۋەن بولسا، ئەھۋالغا قاراپ كۈنلىمكى 2 ~ 6 گرامغىچە كىرگۈزۈلمدۇ. بۇنىڭدىن باشقا، يەنە مۇۋاپىق مىقدارىدا كالىتسمي بېرىش لازىم. ۋىتامىن A، ۋىتامىن B، ۋىتامىن C لارنىمۇ بېرىش لازىم. ئەگەر تىرۇمبىگىن ۋاقتى ئۇزىراپ كەتسە، ۋىتامىن K بەش ھىللىگرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم بېرىلمدۇ.

3. كېسەل كىشىلەرنىڭ تۇرمۇشىنى رەتكە سېلىپ، ئۇلاردا ئىشەنچ تۇرغۇزۇپ، روھي جەھەتىلىكنى يوقىتىش لازىم. زۆرۈر تېپىلغاندا، مۇۋاپىق مىقدارىدا تىنچلاندۇرغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولمدۇ.

4. قورساق ئاغرىش، ئىچ سۇرۇشلەرگە قارىتا سەپازما بوشاتقۇچى دورىلار بېرىلمدۇ. بۇ خىلدىكى دورىلارنىڭ ئىچىدە *Tinctura belladon* 0.3 ~ 0.5 ھىللىلىمتردىن كۈنىگە 3 ~ 4 قېتىم ئىچۈرۈلمدۇ. *Atropin* 0.5 ھىللىگرامدىن كۈنىگە 3 ~ 4 قېتىم تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنمدۇ. ئەمما زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يالىلۇغى پەيدا بولغاندا، بۇ خىل دورىلارنى ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. بۇ خىل دورىلار كېڭىيىشنى ئېغىرلاشتۇرۇپ قويمدۇ.

5. قان ئازلىق، قاناش ۋە قان شىرە ئاقسىلى

تۆۆەنلەش قاتارلىق ئىھتىياللار بولسا. قان ياكى قان شىرىسىدىن 300 ~ 900 مىللىلىمىترغىچە بېرىلىدۇ. يەنە مۇئاپىق مىقداردا قان كۆپەيتكۈچى دورىلارنى بېرىشكە بولىدۇ.

6. باكتېرىيىگە قارشى داۋالاش: بۇنىڭدا يۇقۇملىنىشنى يوقىتىش ھەقسەت قىلىنىدۇ. ئادەتتە 2 ~ 3 ھەپتىگە قەدەر ئىشلىتىلىدۇ. SD بىر گىرامدىن كۈنىگە تۆت قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. ياكى SG ئىككى گىرامدىن كۈنىگە تۆت قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. بۇ دورىلارنى دەسلەپ ئىشلەتكەندە ئۇنۇملۇق بولسىمۇ، لېكىن بىر نەچچە كۈن بىر قەدەر ياخشى بولسىمۇ، لېكىن بىر نەچچە كۈن ئىشلەتكەندىن كېيىن ئۇنۇمى بولمايدۇ. ئانتىبىئوتىكلاردىن Terramycine 0.5 گرامدىن كۈنىگە تۆت قېتىم، chloromycetine 0.25 گرامدىن كۈنىگە تۆت قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ.

7. بۆرەك ئۈستى بەز پوستلاق ماددا ھورمۇنلىرىنى ئىشلىتىش: نۆۋەتتە، يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۈچەي يالۇغنىڭ مەخسۇس داۋاسى يوق. بىراق بۆرەك ئۈستى بەز پوستلاق ماددا گورمونلىرىنى ئىشلەتكەندە، كېسەللىك ئالامەتلىرى يېنىكلىشىدۇ. شۇڭلاشقا پەردىمۇ ئەسلىگە كېلىدۇ. يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۈچەي يالۇغى مەلۇم مەندىن ئېيتقاندا ئالمىرگىيىلىك كېسەللىك بولۇپ، بۇ خىل گورمونلارنىڭ ئالمىرگىيىگە قارىتا ئۈنۈمى بولىدۇ. بۇ كېسەللىكتە، ئوخشاشمىغان دەرىجىدە بۆرەك ئۈستى بەز پوستلاق ماددا خىزمىتى

تۆۋەنلەش ئەھۋالى كۆرۈلمىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن گورمۇن بىلەن داۋالاش ئۇسۇلى قوللىنىلمىدۇ. تۆۋەندىكى ئەھۋاللاردا بۇ خىل ئۇسۇلنى ئىشلەتمەسلىك بولمايدۇ:

① ئۆتكۈر پارتلاش تىپىكە زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك چەمبەر ئۈچەي كېڭىيىش قوشۇلغان بولسا، دەسلەپكى بەش كۈنگىچە گورمون ئىشلىتىپ داۋالىغاندا ئۈنۈم بەرمىسە، داۋاملىق ئىشلەتمەسلىك بولمايدۇ.

② ئۈچەي تېشىلىش، ئۈچەي ئەتراپى يېرىڭلىق ئىششىقى ۋە قاناش كۆرۈلگەنلەرگە ئىشلىتىلمەيدۇ.

③ ئېغىر دەرىجىدە ئوزۇقلىنىش ناچارلاشقان ئېلېكترولىت قالايمىقانلاشقانلارغا ئىشلىتىلمەيدۇ.

گورمون ئاساسلىقى ئۆتكۈر مەزگىلدىكى كېسەللەرگە قارىتا ئۈنۈم بېرىدۇ. سوزۇلما كېسەللەرگە قارىتا ئۈنۈمى ياخشى بولمايدۇ.

ئىشلىتىش ئۇسۇلى: ئادەتتە داۋالاش كۇرسى 4 — 6 ھەپتىگىچە بولىدۇ. ئاز دېگەندە ئىككى ھەپتە ئىشلىتىلىدۇ. دورا توختىتىلغاندىن كېيىن ئاسانلا قايتىلاش يۈز بېرىدۇ. بۇ خىل دورىلار ئىچىدە *ACTH* نىڭ ئۈنۈمى ھەممىدىن ياخشى بولىدۇ.

ئېغىر كېسەللەرگە ھەر كۈنى *ACTH* دىن 40 ~ 80 بىرلىكنى 500 مىللىلىتىر گلۈكوزنىغا قوشۇپ ۋېنا دىن تامغۇزۇلىدۇ (سەككىز سائەت تامغۇزۇلىدۇ). ئادەتتە 5 — 7 كۈن ئىشلەتكەندە ئالامەتلەر ياخشىلىنىدۇ. ئۇ نېگىدىن كېيىن ئۈنۈمى ئۈزۈن داۋاملىشىدىغان ياسالمىلاردىن ھەر 12 سائەتتە بىر قېتىم 40—60 بىرلىكتىن

مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىندۇ. بىر ھەپتە ئىشلىتىلگەندىن كېيىن توختىتىلىپ، predinison نى ئىچىشكە ئۆزگەرتىلىدۇ. predison ئىچۈرگەندە، 40 ~ 80 مىللىگرامنى تۆت قېتىمغا بۆلۈپ، ھەر ئالتە سائەتتە بىر قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. ئۇنۇمى كۆرۈلمىسە تەدرىجىي مىقدارى ئازايتىلىپ توختىتىلىدۇ.

8. ئىممۇنت تورمۇزلىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىش: باشقا داۋالاشلار ئۇنۇم بەرمىگەندە بۇ ئۇسۇلنى قوللىنىشقا بولىدۇ. بۇ خىل دورىلار يىلىكنى تورمۇزلاپ ئېغىر يۇقۇملىنىشنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن. شۇنىڭ ئۈچۈن ئىشلىتىش جەريانىدا ئېھتىيات قىلىش لازىم. كۆپىنچە بۇ دورىلاردىن Azathioprinum ئىشلىتىلىدۇ. كۈنلۈكى ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن 1.5 ~ 2.5 مىللىگرام بىر نەچچە قېتىمغا بۆلۈپ ئىچۈرۈلىدۇ. داۋالاش كۇرسى بىر يىل بولىدۇ.

راكقا ئۆزگىرىش، ئۇچەي تېشىلىش، ئۇچەي توسۇلۇش، يىرىڭلىق ئىششىق، ئاقما ياكى چوك قانىتىش قاتارلىقلار كۆرۈلسە، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالىنىدۇ.

ئاقمۇتى: يېنىك تېپتىكىلەرنىڭ ئاقمۇتى ياخشى بولىدۇ. ئېغىر تېپتا بولسا، يەنە كېلىپ ياشانغان كىشىلەردە پەيدا بولغان بولسا، ئاقمۇتى ناچار بولۇپ، ئۆلۈش نىسبىتى 35 پىرسەنتكە يېتىدۇ،

چەمبەر ئۇچەي راكى

Carcinoma of the Colon

بۇ كۆپ ئۇچرايدىغان كېسەللىك بولۇپ، ھەزىم

قىلىش سىستېمىسى يامان سۇپەتلىك ئۆسۈملىرى ئىچىدە ئاشقازان راكىدىن قالسا ئىككىنچى ئورۇندا تۇرىدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

سەۋەبى ئېنىق ئەمەس. بىراق تۆۋەندىكى ئامىللار بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ:

1. تاماق ئاملى: بۇ كېسەللىك ياۋروپا، ئوكيانىيە، ئامېرىكا، ئاۋسترالىيە قاتارلىق جايلاردا كۆپ پەيدا بولىدۇ. بۇ ئورۇندىكى كىشىلەر ماينى كۆپ ئىستېمال قىلىدۇ. بولۇپمۇ توپۇنغان مايىنى كۆپ ئىستېمال قىلىدۇ. بۇ خىل ماي ئۆت سۈيۇقلۇقىنىڭ ئاجرىلىشىنى كۈچەيتىدۇ. ئۆت تۇزى بىلەن ماي كىسلاتاسى ئوكسىگېن خالىمايدىغان باكتېرىيىلەرنىڭ تەسىرىدە راك پەيدا قىلغۇچى ماددىغا ئايلىنىدۇ، دەپ قارىلىدۇ.

2. چەمبەر ئۈچەيراكى چەمبەر ئۈچەي پالىپى ۋە چەمبەر ئۈچەي بەز ئۆسمىسىنىڭ راكقا ئۆزگىرىشىدىن پەيدا بولىدۇ.

3. سوزۇلما چەمبەر ئۈچەي يالىلۇغى: ھەر خىل سوزۇلما چەمبەر ئۈچەي يالىلۇغلىرىدا چەمبەر ئۈچەيدە يالغان پالىپ پەيدا بولۇپ، ئاخىرىدا راكقا ئايلىنىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

چەمبەر ئۈچەي راكى تۈز ئۈچەيدە ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا سىمان چەمبەر ئۈچەيدە كۆپ ئۇچرايدۇ. چەمبەر ئۈچەينىڭ باشقا جايلىرىدا نىسبەتەن ئاز بولىدۇ. چەمبەر ئۈچەي راكى تاشقى شەكلىدىن قارىغاندا

تۆۋەندىكى ئۇچ خىل تىپتا بولىدۇ:

① پالىپسىمان تىپى: راك تېنى چېرىك بولۇپ، سۈپىتى يۇمشاق بولىدۇ. بۇ يىلىكسىمان راك ياكى يۇمشاق راك دەپمۇ ئاتىلىدۇ. ئۇچەي بوشلۇقى ئىچىگە قاراپ سەيخۇا سەي شەكلىدە ئۆسىدۇ. راكنىك سىرتقى يۈزىدە زىدىلىنىش، قاناش، نەكروزلىنىش بولۇپ، ئاسان ئىككىلەمچە يۇقۇملىنىدۇ.

② تارىيىش تىپى: بەز تېنى ئانچە چوڭ بولمايدۇ. تالا توقۇلمىلىرى كۆپ بولۇپ، سۈپىتى قاتتىق بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن قاتتىق راك دەپمۇ ئاتىلىدۇ. ئۇچەي دېۋارىنى ئايلىنىپ يامراپ كىرىش بىلەن چەمبەر شەكىلىك تارىيىشنى پەيدا قىلىدۇ. ئاسانلا توسۇلۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

③ يارا تىپى: كىچىكرەك بولۇپ، دەسلەپكى دەۋرىدىلا زىدىلىنىش، نىكروزلىنىش يۈز بېرىپ، ئىچىگە ئولتۇرۇشقان يارىنى پەيدا قىلىدۇ. ئاسانلا قاناش ۋە تېشىلىش كېلىپ چىقىدۇ.

گىستولوگىيە جەھەتتىن ئېپىتېلىيدا، مۇتلەق كۆپچىلىكى بەز راكى بولۇپ، ئاز قىسمى قاسىراق راكى بولىدۇ. چەمبەر ئۇچەي راكنىڭ باشقا ئورۇنلارغا كۆچۈشى تۆۋەندىكى يوللار ئارقىلىق بولىدۇ:

1. بىۋاسىتە يامراش: چەمبەر ئۇچەي راكى ئۆسۈپ سىروز پەردە قەۋىتىگە يېيىپ بېرىپ، بىۋاسىتە ھالىدا داس ۋە قورساق بوشلۇقىدىكى قوشنا ئەزالارغا كۆچىدۇ.

2. لىمفا ئارقىلىق كۆچۈش: ئالدى بىلەن چەمبەر ئۇچەي دېۋارى ۋە چەمبەر ئۇچەي يان لىمفا تۈگۈنلە-

ردگه كۆچۈپ، ئاندىن جەگەر قاپقاق لەمفا تۈگۈنى، چات، قولتۇق ئاستى لەمفا تۈگۈنلىرى ۋە ئوقۇرەك سۆڭەك. ئۇستى لەمفا تۈگۈنلىرىگە كۆچىدۇ.

3. قان ئارقىلىق كۆچۈش: راك ھۈجەيرىسى قاپقاق ۋېنىغا كىرىپ، بۇ ئارقىلىق جىگەر ۋە باشقا ئەزالارغا كۆچىدۇ.

كەلمىدىك ئەپادىسى

چەمبەر ئۇچەي راكىنىڭ تەرەققىياتى ئاستا بولىدۇ. بالدۇر بايقاپ، بالدۇر داۋالىغاندا، ئاقىۋىتى نىسبەتەن ياخشى بولىدۇ. ئەمما، دەسلەپكى دەۋرىدىكى ئالامەتلىرى ئېنىق بولمىغانلىقتىن، بايقاش قىيىنراق بولىدۇ.

ئوتتۇرا ياشلىقتىن يۇقىرى كىشىلەردە تۆۋەندىكى ئەھۋاللار كۆرۈلسە، بۇ كېسەلنىڭ ئېھتىمالىنى ئويلاش لازىم.

1. چوڭ تەرەت ئادىتىنىڭ ئۆزگىرىشى: ئەسلى چوڭ تەرەت نورمال كىشىلەردە سەۋەبسىز ئىچى سۈيۇش ياكى قەۋزىيەت پەيدا بولسا، ياكى قەۋزىيەت بىلەن ئىچى سۇرۇش ئالمىشىپ پەيدا بولسا، چوڭ تەرەتتىكى يۇشۇرۇن قان داۋاملىق مۇسپىي بولسا، ھوشيار بولۇش لازىم. بەزىدە چوڭ تەرەتتىن قان كېلىش بۇ كېسەلنىڭ تىپىك ئالامىتى بولۇپ قالمىدۇ. ھەتتا توغاقتا ئوخشاش چوڭ تەرەتتىن قان، يەرەك كېلىش ئەھۋاللىرىمۇ كۆرۈلمىدۇ. چوڭ تەرەتنىڭ شەكلى ئىنچىكە ياكى ياپىلاق بولۇشى مۇمكىن.

2. قورساق ئاغرىش: دەسلەپكى دەۋردە قورساق ئاغرىش بولمايدۇ. پەقەت قورساق كۆپۈش سېزىمى بو-

لۇشى، مۇمكىن. ئوك تەرەپ چەمبەر ئۇچەي راكىدا زىددىلىنىش ۋە ئىككىلەمچى يۇقۇملىنىش پەيدا بولغان چاغلاردا، ئۇچەي سىپازمىلىنىپ ئاغرىش بولىمدۇ. ئاغرىش دەرىجىسى ئوخشاش بولمايدۇ.

3. ئۇچەي توسۇلۇش: راك ئۆسمىسى ئۇچەي توسۇلۇشنى پەيدا قىلغاندا، توسۇلۇش ئالامەتلىرى كۆرۈلىدۇ.

4. قورساق قىسمىدا مونەك پەيدا بولىدۇ. تۇتۇپ تەكشۈرگەندە، مونەك ئوك تەرەپ قورساقتا كۆپرەك بىلىنىدۇ. كۆپىنچە ھەرىكەتلىك بولىدۇ.

5. كېسەل كىشىلەردە ئورۇقلاش، ھالسىزلىنىش، قان ئازلىق، قىزىتىش قاتارلىق ئەھۋاللار بولىدۇ.

6. ئاخىرقى دەۋردە ئۆسمە باشقا ئورۇنلارغا كۆچكەندە، جىگەر چوكىمىش، قورساقتا سۇ يىغىلىش، لىمفا تۇگۈنلەر چوكىمىش قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ.

7. تۇز ئۇچەي راكى بولسا، بارماقنى مەقەتكە قىسقىپ تەكشۈرگەندە مونەكنى بىلگىلى بولىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. لابراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈش: قان ئازلىق كۆرۈلىدۇ. چوك تەرەتتىكى يۇشۇرۇن قان داۋاملىق مۇسپەي بولىدۇ. چەمبەر ئۇچەينى چايقاپ تەكشۈرگەندە، راك ھۈجەيرىسى تېپىلىشى مۇمكىن.

2. چەمبەر ئۇچەي ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش: يۇنىكداك، راك ئۆسمىسىنىڭ شەكلى، دائىرىسى ۋە چىگرىلىرىنى

ئېنىق كۆرگىلى بولمىدۇ. ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرگەندە دىئاگنوزنى مۇقىملاشتۇرغىلى بولمىدۇ.

3. رېنتگېنده تەكشۈرۈش: باردى سۇلغات بوتقىسىنى ھەمەلچە قىلىپ تەكشۈرگەندە، تولۇش كەمتۈكلۈكىنى، شىللىق پەردە بۇزۇلۇش، ئۇچەي بوشلۇقنى تاردىيىش، ئۇچەي دىۋارى قېتىش قاتارلىق ئىپادىلەر كۆرۈلمىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوز

1. چەمبەر ئۆچەي يان خالتا ياللۇغى: بۇ كېسەللىكنىڭ ئالامەتلىرى تۇتقاقلىق بولۇپ، چوڭ تەرەت ئاددىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ. چوڭ تەرەتتە قان بولمايدۇ. كۆپىنچە كۆكلى ئېلىشىش، قۇسۇش، قىزىتىش بولمىدۇ. قورساقتا مونەك بولمايدۇ. پاراللىچ خاراكتېرلىك ئۇچەي توسۇلۇش بولمىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرىسى كۆپىيمىدۇ.

2. ئامىبا لىق چەمبەر ئۆچەي گۆش بىخ ئۆسمىسى: بۇنىڭ ئالامەتلىرى رېنتگېنلىك تەكشۈرۈش. ۋە چەمبەر ئۇچەي ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش قاتارلىق تەرەپلەردە چەمبەر ئۆچەي راكىنىڭ ئالامەتلىرىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئەمما، چوڭ تەرەتتىن ئامىبا تېپىلمىدۇ. ھايات توقۇلما ئېلىپ پاتئولوگىيەدە تەكشۈرۈش ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈشكە بولمىدۇ.

3. چەمبەر ئۈچەيدىكى ياخشى سۈپەتلىك ئۆسمە ۋە پالىپلار: كېسەللىك جەريانى ئۇزۇن بولۇپ كىلىنىكىلىق ئالامەتلىرى ئاز بولمىدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەرنىڭ دىئامېتىرى كۆپىنچە بەش سانتىمېتىردىن ئاشمىدۇ. يامان سۈپەتلىك ئۆسمە چەمبەر شەكىللىك تارتىـ

يېشىنى پەيدا قىلىدۇ. ياخشى سۈپەتلىك ئۆسمىنىڭ سىرتقى يۈزى سىلىق، چېگرىسى ئېنىق بولىدۇ. زۆرۈر تېپىلغاندا، ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرۈلىدۇ.

داۋ الاش

چەمبەر ئۈچەي ياكى خىمىيىلىك دورا ۋە رادىئو ئاكتىپ بىلەن داۋالاشقا قارىتا سەزگۈر ئەمەس. نۆۋەتتە بۇ كېسەللىكنى داۋالاشنىڭ بىردىنبىر ئۇنۈملۈك چارىسى ئوپېراتسىيە قىلىشتىن ئىبارەت.

ئاشقازان ـ ئۈچەي نېۋرۇزسى

Gastroin testinal Neurosis

بۇ كېسەلنىڭ نېرۋا خىزمىتىنىڭ قالايمىقانلىشىشى، بولۇپمۇ ئالمي نېرۋا خىزمىتىنىڭ قالايمىقانلىشىشىدىن كېلىپ چىققان ئاشقازان ـ ئۈچەي خىزمىتىنىڭ توسقۇنلۇققا ئۇچرىشى نەتىجىسىدە پەيدا بولغان بولۇپ، ناھايىتى كۆپ ئۇچرايدۇ. كېسەل كىشىلەردە ھېچقانداق پاتئولوگىيىلىك كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولمايدۇ. بەدەننىڭ باشقا جايلىرىدىكى ياكى ئاشقازان ـ ئۈچەي يوللىرىنىڭ ئۆزىدىكى پاتئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر كەلتۈرۈپ چىقارغان ئاشقازان ـ ئۈچەي يول ئالامەتلىرى بۇ كېسەللىك دائىرىسىگە كىرمەيدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

1. ئۇزۇن مۇددەت غەم ـ ئەندىشە قىلىش، روھىي

جەددىيلىك، روھىي غەيرىقانا ئۇچراش، زىيادە چارچاش قاتارلىقلار ئالمىي نەرۋا پائالەيىتىنى توسقۇنلۇققا ئۇچرىتىپ، پوستىلاق ئاستى مەركەزلەرنى ئۇنۇملۇك تەكشەپ كېتەلمەگەنلىكتىن، سىمپاتىك نەرۋا خىزمىتى بۇزۇلۇپ، ھەرقايسى ئەزالارنىڭ خىزمىتىدە قالايمىقانلىشىش پەيدا قىلىدۇ. ئاشقازان - ئۇچەي خىزمىتىنىڭ توسقۇنلۇققا ئۇچرىشى ئاساسلىق بولغاندا، مۇشۇ كېسەللىك پەيدا بولىدۇ.

2. ھەرخىل بىشارەتلەردىن پەيدا بولىدۇ. مەسىلەن، كېسەل كىشىلەر بۇ خىل كېسەللىكنىڭ ئالامەتلىرىنى كەتابتىن كۆرگەن ياكى ئاشقازان - ئۇچەي يول كېسەللىكلىرى بىلەن ئاغرىپ بەختسىزلىككە ئۇچرىغانلارنىڭ سەرگۈزەشتىلىرىنى ئاڭلىغان ئەھۋاللاردا، ئۆزىدە مۇشۇنداق كېسەللىك بولۇش مۇمكىن دەپ گۇمان قىلىدۇ - دە، بۇ كېسەللىككە گىرىپتار بولىدۇ. بەزىدە دوختۇرلار خاتا ھالدا، تېخىر ئاشقازان - ئۇچەي كېسەللىكى دەپ دىئاگنوز قويۇپ قويغان بولسا، كېسەل كىشىلەردە كېسەللىك ئالامەتلىرى پەيدا بولىدۇ. كېيىن تەپسىلىي تەكشۈرۈش ئارقىلىق ئۇنداق كېسەللىك يوقلۇقىنى ئېيتقاندىمۇ، كېسەل كىشىلەر ئىشەنمەستىن مەندە مۇشۇ كېسەللىك بار دەپ قاراپ، ئاشقازان - ئۇچەي نېۋرۇزىسىنى پەيدا قىلىدۇ.

3. يېمەكلىكلەرنىڭ مۇۋاپىق بولماسلىقى: تاماقلانغان چاغدىكى ناچار غەيرىقلار كەلتۈرۈپ چىققان شەرتلىك رېفلېكسلەر، قالايمىقان سۈرگە دورىسى ئىچىش ياكى ھەمەلچە قىلىش قاتارلىقلارمۇ بۇ كېسەللىككە سەۋەب بولۇپ قالىدۇ.

كىنامنىڭ ئىپادىسى

بۇنداق كېسەللىككە گىرىپتار بولغانلارنىڭ زارى ناھايىتى كۆپ بولىدۇ. بۇ، نېرۋا خىزمىتىنىڭ بۇزۇلۇشى نەتىجىسىدە پەيدا بولغان كېسەللىك بولغانلىقتىن، كېسەل كىشىلەرنىڭ ھەممىسىدىلا ئۇخلىيالماسلىق، باش ئاغرىش، ئۇنتۇغاقلىق، يۈرەك سېلىش، كۆكرەك ئاغرىش، چارچاش، كېچىسى تەرلەش، كۆپ ئېھتىلام بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلۈپ، ئۇزۇن يىل داۋاملىشىدۇ. ئاشقازان - ئۈچەي يول ئالامەتلىرى مۇنداق بولىدۇ:

1. نېرۋا خاراكتېرلىك قۇسۇش: بۇ كېسەللىككە گىرىپتار بولغانلار تاماق يەپ بولۇپ ياكى تاماق يەۋېتىپ قۇسىدۇ. قۇسقاندا كۆكۈل ئېلىشىش ياكى باشقا بىئارام بولۇش ئەھۋاللىرى بولمايدۇ. دائىم باشقا كىشىلەرنىڭ ئالدىدا قۇسىدۇ. ئۆزى يالغۇز تاماقلانغاندا قۇسمايدۇ. ھەرقېتىم 1 — 2 قوشۇقلا قۇسىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئۇزۇقلىنىش ھالىتىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

2. كېكىرىش: كېسەل كىشىلەر ئاشقازىنىغا گازتولغانلىقتىن ھېس قىلىپ تەكرار - تەكرار كېكىرىدۇ. ئەمەلىيەتتە بۇ خىل كېكىرىش بىلەن بىللە كۆپلەپ ھاۋانىي يۇتۇۋالغانلىقتىن، ئۆزىدىكى ئالامەتلەر يېنىكلەشمەيدۇ.

3. ئاشقازان - ئۈچەي يوللىرىنىڭ خىزمىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، ئاشقازان كىرىش ئاغزىدا سىپازما بولغاندا، تۆش سۆڭەك ئاستى يېقىمسىزلىنىش، يۇتۇش قىيىنلىشىش بولىدۇ. ئاشقازان چىقىرىش ئاغزى سىپازمىلانغاندا، ئۇس-

ئۆنكى قورساق قىسمىدا قاتتىق ئاغرىش بولىدۇ.

4. نېرۋا خاراكتېرلىك تاماقتىن سەسكىنىش: كېسەل كىشىلەر توسقۇنلۇق تۇيۇلىدىن تاماقنى رەت قىلىدۇ. كۆپىنچە تاماقلانغاندىن كېيىن بىئارام بولۇشتىن قورقۇپ تاماق يېگۈسى كەلمەيدۇ. بارا - بارا تاماقنى كۆرسە سەسكىنىدىغان بولۇپ قالىدۇ. ۋاقىتنىك ئۆتۈشى بىلەن ئوزۇقلىنىش بۇزۇلۇپ، ۋېتامىن يېتىشمەسلىك، ئېلېكتىرولىت قالايمىقانلىشىش قاتارلىق ئەھۋاللار كېلىپ چىقىدۇ.

5. نېرۋا خاراكتېرلىك ئىچى سۇرۇش: ۋېگىتاتسۇ نېرۋا سىستېمىسىنىڭ خىزمىتى بۇزۇلۇپ، ئاشقازان - ئۇچەي ھەرىكىتى جىددىيلىشىدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئىچى سۇرۇش پەيدا بولىدۇ. دائىم روھىي كەيپىيات بۇزۇلغان چاغلاردا قوزغايدۇ. چوڭ تەرەت كۈنىگە 10 نەچچە قېتىمغا يېتىشى مۇمكىن. بەزى كېسەل كىشىلەردە ئىچى سۇرۇش بولمىسۇ، لېكىن كىچىك ئۇچەينىڭ مەلۇم باسقۇچلىرىدا ئۇزۇنغا سوزۇلغان سېپازما پەيدا بولىدۇ. بۇنداقلاردا ئاساسلىقى كىندىك ئەتراپى مۇجۇپ ئاغرىيدۇ.

دېئاگنوزى

بۇ كېسەللىككە دېئاگنوز قويۇشتا ناھايىتى ئېھتىياتچان بولۇش لازىم. ئالدىراپلا ھۆكۈم چىقىرىشقا ھەرگىز بولمايدۇ. ئالدىن ئەستايىدىللىق بىلەن كېسەللىك تارىخىنى سۇرۇشتۇرۇپ، ئىنچىكىلىك بىلەن ئومۇمىيۈزلۈك تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىپ، ھەرخىل پاتئولوگىيىلىك كېسەللىكلەرنىڭ ئېھتىمالىنى ئىنكار قىلغاندىن كېيىن، ئاندا

سدىن بۇ كېسەللىكنىڭ ئېھتىمالى توغرىسىدا ئويلىنىشقا بولىدۇ.

داۋالاش

1. كېسەللىك سەۋەبىگە قارىتا چارە قىلىش: بۇ خىل كېسەللىككە گىرىپتار بولغانلار ئۆزىدە «ناھايىتى ئېغىر كېسەللىك بار» دەپ قاراپ، ئېغىر ئەندىشە قىلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن داۋالاشتا، ئالدى بىلەن كېسەل كىشىلەردىكى ئەندىشىنى تۈگىتىپ، ئۇلاردا ئىشەنچ تۇرغۇزۇش لازىم. بۇ ئانچە ئاسان ئەمەس. بۇنىڭ ئۈچۈن ئەستايىدىللىق بىلەن چۈشەندۈرۈش خىزمىتى ئىشلەشكە توغرا كېلىدۇ. «ھېچ گەپ يوق، ھېچقانداق كېسەللىك يوق» دەپ قويۇش كۆپايە قىلمايدۇ. چۈنكى، ئۇنداق بولسا، كېسەل كىشىلەر دوختۇرغا بولغان ئىشەنچىنى يوقىتىپ قويىدۇ. نەتىجىدە، داۋالاش ئۇنۇم بەرمەيدۇ. ئىلمىي ئاساستا ئېيتقاندىمۇ، ئاشقازان - ئۈچەي نېۋروزىسى بىر خىل كېسەللىك قاتارىغا كىرىدۇ. ئۇنىڭ كېسەللىك ئىكەنلىكىنى ئېيتىراپ قىلماسلىقمۇ خاتا بولىدۇ.

دورا ئىشلىتىش مەسىلىسىگە كەلگەندە، ئادەتتىكى دورىلارنىڭ مۇنداق كېسەل كىشىلەر ئۈچۈن ھېچقانداق ئۇنۇم بەرمەسلىكى ئېنىق. ئەمما، روھىي جەھەتتىن ئېيتقاندا ئەھۋال باشقىچە. كىشىلەر ئادەتتە، دورا ئىشلەتكەندىلا ئاندىن كېسەللىك ساقىيىدۇ دەپ قارايدۇ. بۇنىڭ ئۈچۈن، مۇنداق كېسەللەرنى تەكشۈرگەندىن كېيىن، ئۇلارغا بۇرۇن ئىشلىتىپ كۆرمىگەن بەزى دورا-

لارنى بېرىپ، ئۇلاردا ئىشەنچ تۇرغۇزۇپ، روھىي داۋا-
لاش ئۇنۇمىنى قولغا كەلتۈرۈش لازىم.
2. ئالامەتلەرگە قارىتا چارە قىلىش: بۇنداق كې-
سەل كېشىلەردە دائىم ئۇيقۇسىزلىق، بىئارام بولۇش،
ئەندىشە قىلىش قاتارلىق ئەھۋاللار بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈ-
چۈن مۇۋاپىق مىقداردا تىنچلاندۇرغۇچى دورىلارنى ئىش-
لىتىش زۆرۈز. خلور پېرۇمازىندىن 25 مىللىگرامدىن
كۈنىگە 2 ~ 3 قېتىم ياكى بروم ياسالمىلىرى، ۋالئوم
قاتارلىقلار بېرىلسە بولىدۇ. قورسىقى ئاغرىۋاتقان ۋە ئە-
چى سۈرۈۋاتقانلارغا بىللادۇن، ئاتروپىن قاتارلىق دو-
رىلار ئىشلىتىلسە بولىدۇ.
مۇۋاپىق مىقداردا بىنادىرىل قاتارلىق ئاللىرگىيىگە
قارشى دورىلار بېرىلىدۇ.
3. تاماق جەھەتتە، ئاز مىقداردىن كۆپ قېتىم
تاماقلاندۇرۇپ ئاسان ھەزىم بولىدىغان، غىدىقلىقى ئاز
يېمەكلىكلەرنى بەرگەندە، ئاشقازان - ئۈچەي خىزمىتى-
نىڭ ئەسلىگە كېلىشىگە ياردىمى بولىدۇ.
4. تۇرمۇشنى تەرتىپكە سېلىپ، خىزمەت بىلەن ئا-
رام ئېلىشنى مۇۋاپىق ئورۇنلاشتۇرۇش لازىم.

جەگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈش

جەگەر ئادەم بەدىنىدىكى خىزمىتى ئەڭ كۆپ ئە-
زا بولۇپ، ئۇ زەھىمە نگەن چاغدا، ئۇنىڭ خىزمىتىدە-

ئۆزگىرىش بولمىدۇ. بۇنىڭ دېمىگىنىز ئۇچۇن ياردەمى بولمىدۇ.

جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈشنىڭ كىلىنىكىدا ئىشلىتىلىۋاتقىنىغا 60 يىلدىن ئارتۇق بولغان بولسىمۇ، ھازىرغىچە تېخى ھېچقانداق بىر خىل جىگەر خىزمىتى جىگەردىكى زەخىملىنىشنىڭ ئەينى ئەھۋالىنى ئىنكاس قىلىپ بېرەلمەيدۇ. ئۇنداق بولۇشى تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بىلەن مۇناسىۋەتلىك:

(1) جىگەر خىزمىتىنىڭ زاپاس كۈچى كۆپ بولۇپ، جىگەرنىڭ 80 پىرسەنتى بۇزۇلغاندا، ئاندىن ئۇخلىغاندا خىزمىتىدە ئۆزگىرىش بولمايدۇ.

(2) جىگەرنىڭ ئورۇن تولدۇرۇش ئىقتىدارى ناھايىتى يۇقىرى بولىدۇ. جىگەر توقۇلمىلىرىنىڭ قايتا ئۆسۈش ئىقتىدارى ناھايىتى كۈچلۈك بولغاچقا، جىگەر توقۇلمىلىرىدا بۇزۇلۇش بولغاندا، يېڭىدىن ئۆسكەن جىگەر ھۈجەيرىلىرى ئۇنىڭ ئورنىنى تولدۇرۇپ تۇرىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بەزىدە جىگەردە خېلى ئېغىر كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولغان چاغلاردىمۇ، ئۇنىڭ خىزمىتى يەنىلا نورمال بولۇشى مۇمكىن.

(3) جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈش ئۇسۇلى كۆپ بولۇپ، نۆۋەتتە 500 خىلدىن ئاشىدۇ. مەلۇم بىر خىل تەكشۈرۈش ئۇسۇلى جىگەرنىڭ مەلۇم خىزمىتىنى ئىنكاس قىلىپ بېرىدۇ. ئۇنىڭ جىگەر خىزمىتىنىڭ ھەممىسىنى ئىنكاس قىلىپ بېرەلىشى مۇمكىن ئەمەس.

(4) جىگەرنىڭ خىزمىتى باشقا سىستېمىلارنىڭ

خىزمىتى بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بەزى باشقا ئەزالاردىكى كېسەللىك ئۆزگىرىشلىرى جىگەر خىزمىتىگە تەسىر كۆرسىتىدۇ.

(5) جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈش ئۇسۇلى ۋە جەريانى مۇرەككەپ بولىدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە ئىشلىتىلىدىغان دورا، سايمانلارنىڭ ئۆلچەملىك بولۇپ كېتىشى ناتايىن. بۇنداق ئەھۋالاردىمۇ نەتىجىگە تەسىر كۆرسىتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، جىگەر خىزمىتى نورمال بولغان تەقدىردىمۇ، جىگەردە كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ مەۋجۇتلۇقىنى پۈتۈنلەي ئىنكار قىلغىلى بولمايدۇ. شۇنداقلا، بەزى جىگەر خىزمىتىدىكى نورمالسىزلىقلار قاراپ، جىگەر مورفولوگىيىسىدە كېسەللىك ئۆزگىرىش بار دەپ مۇئەييەنلەشتۈرۈشكىمۇ بولمايدۇ. بۇنىڭغا قارىتا ئەتراپلىق پىكىر يۈرگۈزۈپ، ھەرىكەتلىك كۆزىتىش ئېلىپ بېرىش لازىم.

نۆۋەتتە كۆپ ئىشلىتىلىدىغان جىگەر خىزمىتى تەجرىبىلىرى تۆۋەندىكىچە:

1. قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى بىلۇرۇبىن مىقدارى: نورمال ئومۇمىي بىلۇرۇبىن مىقدارى 1mg پەرسەنتتىن تۆۋەن بولىدۇ.

2. b. d. V رېئاكسىيىسى: قانىدىكى ئەركىن بىلۇرۇبىن ۋاسىتىلىق رېئاكسىيىگە كىرىدۇ. بىرىكمىش ھالەتتىكى بىلۇرۇبىن بىۋاسىتە رېئاكسىيىگە كىرىدۇ. نورمال ئەھۋالدا ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن مۇسپىي بولۇپ، بىۋاسىتە بىلۇرۇبىن مەنپىي بولىدۇ.

ئەھمىيتى جەھەتتىن ئالغاندا، نورمال ئەھۋالدا قاندا بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن بولمايدۇ. توسۇلۇش خاراكتېرلىك سېرىقلىق، جىگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىقلاردا بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن قانغا كىرگەندىن كېيىن، قاندىكى بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن مۇسپىي بولىدۇ. جىگەر ھۈجەيرىلىك سېرىقلىقتا قاندىكى ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن جىگەردە پۈتۈنلەي بەۋاسىتە بىلۇرۇبىنگە ئايلىنىپ كېتەلمىگەنلىكتىن، ئۇنىڭ قاندىكى مىقدارى ئاشىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇنداق ئەھۋالدا قاندىكى بەۋاسىتە ۋە ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن مۇسپىي بولىدۇ. قان ئېرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىقتا قاندىكى ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن مىقدارى كۆپلەپ ئېشىپ كېتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن كۆچلۈك مۇسپىي بولىدۇ.

3. سېرىقلىق كۆرسەتكۈچ سانى: نورمال كىشىلەردە 3 — 8 بىرلىككىچە بولىدۇ. ئەگەر 9 ~ 15 بىرلىككە يەتسە، ئۇ يوشۇرۇن سېرىقلىق دەپ ئاتىلىدۇ. 15 بىرلىكتىن ئېشىپ كەتسە، ئېنىق سېرىقلىق بولىدۇ. ئەمما سەۋزە ماددىسى، ئادەپرىن ۋە باشقا رەڭلىك ماددىلار كەلتۈرۈپ چىقارغان سېرىقلىقلارنىڭ ھەممىسىدە بۇ سان يۇقىرى بولىدۇ.

4. سۈيدۈكتىكى بىلۇرۇبىننى ئۆلچەش: قاندىكى ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن بۆرەكتىن ئۆتەيدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن سۈيدۈكتە كۆرۈلمەيدۇ. ئەمما بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن بۆرەكتىن ئۆتەلەيدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن جىگەر ھۈجەيرىلىك سېرىقلىق ۋە توسۇلۇش خاراكتېر-

لمك سېرىقلىقلاردا، قاندا بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن پەيدا بولغاندا، سۇيدۇكتە بىلۇرۇبىن كۆرۈلمەيدۇ.

سۇيدۇكتىكى ئورۇبىلۇنۇگىنىنى ئۆلچەش: بەۋاسىتە بىلۇرۇبىن ئۆت يوللىرى ئارقىلىق ئۇچەيگە كىرگەندىن كېيىن، ئۇچەيدىكى باكتېرىيەلەر تەرىپىدىن ئوكسىدسىزلاندۇرۇلۇپ، ئورۇبىلۇنۇگىنغا ئايلىنىدۇ. ئۇنىڭ بىر قىسمى چوڭ تەرەت ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ. بىر قىسمى قايتا سۆمۈرۈلۈپ، ئۇنىڭ بىر قىسمى بۆرەك ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ، يەنە بىر قىسمى جىگەر ئارقىلىق ئۇچەيگە چىقىرىلىدۇ. نورمال ئەھۋالدا، 24 سائەتتىلىك سۇيدۇكتە 1 — 4 مىللىگرام ئورۇبىلۇنۇگىن بولىدۇ.

ئەھمىيىتى: باش ئۆت كانىلى ياكى جىگەر دېگى ئۆت كانالچىلىرىدا تولۇق توسۇلۇش بولسا، سۇيدۇك ۋە چوڭ تەرەتتىكى ئورۇبىلۇنۇگىن مەنپىي بولىدۇ. قان ئېرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىقتا ئۇنىڭ مىقدارى ئاشىدۇ. جىگەر ھۈجەيرىسى زەخمىلەنگەندە، ئۇچەيدە قايتا شۆمۈرۈلگەن ئورۇبىلۇنۇگىنى تولۇق قوبۇل قىلالمىغانلىقتىن، ئورۇبىلۇنۇگىنىنىڭ سۇيدۇكتىن چىقىرىلىش مىقدارى ئاشىدۇ.

ئۆتكۈر سېرىقلىق تېپىلىق يۇقۇملۇق جىگەر كېسەللىكىدە، سېرىقلىق هارپىسىدا سۇيدۇكتىكى ئورۇبىلۇنۇگىن ئاشىدۇ (جىگەر ھۈجەيرىسى زەخمىلەنگەنلىكىتىن). سېرىقلىقنىڭ دەسلەپكى دەۋرىدە جىگەر ئىچىدىكى ئۆت يوللىرىدا توسۇلۇش ئېغىر بولغانلىقتىن، سۇيدۇكتىكى ئورۇبىلۇنۇگىن مەنپىي بولۇشى مۇمكىن، ئاسلىگە كېلىش دەۋرىدە نورمالىشىدۇ.

ئۇيغۇر كتاب توربىتى
www.uyghurkitap.com

ئاقسىل ماددا ئالمىشىش تەجرىبىلىرى

1. قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى ئالبۇمىن ۋە گىلوبولىنىنى ئۆلچەش)

ئالبۇمىننى جىگە رەڭ بېرىش بىرىكتۈرىدۇ. شۇندا قىلا يەنە گىلوبولىن جىگەردە ئالبۇمىنگە ئايلىنىدۇ. گىلوبولىنىنى تورسىمان ئىچكى تېرە سىستېمىلىرىمۇ بىرىكتۈرىدۇ. جىگەر زەخىملەنگەندە، قاندىكى ئالبۇمىن تۆۋەنلەپ، گىلوبولىن ئاشىدۇ. نورمال قاندىكى ئومۇمىي ئاقسىل مىقدارى 5.5 ~ 8 گرام پىرسەنتكىچە بولىدۇ. گىلوبولىن 1.5 ~ 3 گرام پىرسەنتكىچە بولىدۇ. ئالبۇمىن بىلەن گىلوبولىن نىسبىتى بىرىدىن چوڭ بولىدۇ.

جىگەر كېسەللىكلىرىدە ئالبۇمىن كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە تۆۋەنلەپ، گىلوبولىن ئېشىپ كېسىلنىشنىڭ ئېغىر ئىكەنلىكىنى بىلدۈرىدۇ.

2. قان سۈزۈرۈتكا توزغاقسىمان تەجرىبىسى

بۇ دۇغلىشىش تەجرىبىسى دەپمۇ ئاتىلىدۇ. قاندىكى ئالبۇمىن ۋە ئۆت سوبۇقلۇقىدىكى تورمۇزلىغۇچى فاكتۇرلار بۇ خىل دۇغلىشىشنى توسىدۇ. گىلوبولىن، مايسىمان ماددا ۋە ئاقسىل سۈپىتىنىڭ ئۆزگىرىشى قاتارلىقلار دۇغلىشىشقا تۈرتكە بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، ئاق ئاقسىل تۆۋەنلەش، ئالپا گىلوبولىن تۆۋەنلەش، گاما گىلوبولىن ئېشىپ كېتىش، قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى مايسىمان ماددىلار ئېشىپ كېتىش قاتارلىقلاردا يۇقىرىدىكى

رېئاكسىيه مۇسپىي بولىدۇ.

كۆپ ئىشلىتىلىدىغان توزغاقسىمان رېئاكسىيىلەر تۆۋەندىكىچە:

(1) *cePhalin choles t_erol Floculation Test* (CCFT) قېتكۇر جىگەر يالليۇغىدا مۇسپىيلىق نىسبىتى 80 پىرسەنتىكە يېتىدۇ. جىگەر قېتىشتا 50 ~ 80 پىرسەنتىكە يېتىدۇ. جىگەر قېتىشتا مۇسپىيلىق مەلۇم بولسا، ئۆتكۇر پالىلۇغ بارلىقىنى بىلدۈرۈپ، ئاقۇنتى ناچارلىقتىن دېرەك بېرىدۇ. نورمال نەتىجىسى 0 — + گىچە بولىدۇ.

(2) *Thymo L Turbidity Test* (TTT): نورمال 0 ~ 5 بىرلىككە قەدەر بولىدۇ. ھەربىر تىلىك جىگەر كېسەللىكلىرىدە ئۇنىڭ مۇسپىيلىقى يۇقىرى بولىدۇ. بۇ تەجرىبە قاندىكى گاماگلوبولىن بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك بولغانلىقتىن، كالا ئازار، كوللوگىنلىك كېسەللىكلەر، تىپىك بولمىغان ئۆپكە يالليۇغى قاتارلىقلاردىمۇ TTT يۇقىرى بولىدۇ.

(3) *Zine sulfate Turbity Test* (ZnTT): يۇقۇملۇق جىگەر يالليۇغىدا بۇنىڭ يۇقىرىلاش ۋاقتى ئۇزۇن داۋاملىشىدۇ. نورمال ھالەتتە 12 بىرلىكتىن تۆۋەن بولىدۇ.

3. قاندىكى ئاممونىينى ئۆلچەش

100 مىللىلىتر نورمال قاندا 40.5 ~ 126 مىكرو گرام ئاممونىي بولىدۇ. ئېغىر جىگەر كېسەللىكلىرىدە ئاممونىي مىقدارى بىر نەچچە ھەسسە ئۆرلەيدۇ. بولۇپمۇ جىگەر ھوشسىزلىقىدا يۇقىرى بولىدۇ.

ئاممونىيغا بەرداشلىق بېرىش سېنىقى: نورمال كىشىلەرگە بەلگىلىك مىقداردا ئاممونىي بەرگەندىن كېيىن مۇلازىمىتىدىكى ئاممونىيىنى تازىلاپ چىقىرىش ئىقتىدارىنىڭ قانداق ئىكەنلىكى تەكشۈرۈلىدۇ.

ئۇسۇلى: ئەتىگەن ئاچ قورساق چاغدا ۋېنادىن قان ئېلىپ ئاممونىي تەكشۈرۈلىدۇ. ئارقىدىنلا ئاممونىي خلورىدىن 3 گرام ئىچۈرۈلۈپ، ئۇندىن كېيىن 30 مىنۇت، 60 مىنۇت، 120 مىنۇتلاردا بىر قېتىمدىن قان ئېلىپ ئاممۇنىي ئۆلچىنىدۇ. نورمال ئەھۋاللاردا، ئاممونىي خلور ئىچۈرۈلگەندىن كېيىن، قاندىكى ئاممونىي سەل ئۆرلەيدۇ. لېكىن 120 مىنۇتتىن كېيىن ئېلىنغان قاندىكى ئاممونىي مىقدارى نورمال بولىدۇ. جىگەر خىزمىتى بۇزۇلغاندا ياكى قاپقاق ۋېنادا يان قان ئايلىنىشى تىكلەنگەندە، قاندىكى ئاممونىينىڭ ئۆرلىشى كۆرۈنەرلىك بولۇپ، 120 مىنۇتتىن كېيىنمۇ تەسلىگە كېلەلمەيدۇ.

ماي ماددا ئالمىشىشنى تەكشۈرۈش

(1) قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى خولىستىرىننى ئۆلچەش: قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى ئومۇمىي خۇلىستىرىن مىقدارى نورمال ئەھۋالدا 130 ~ 250 مىللىگرام پىرسەنت بولىدۇ. جىگەر ۋە ئۆت كېسەللىكلىرىدە خۇلىستىرىن مىقدارى ئاشىدۇ. بۇنىڭ سەۋەبى شۇكى، نورمال ئەھۋالدا ھەر كۈنى ئىككى گرام خۇلىستىرىن ئۆت سۇيۇقلۇقى بىلەن ئۇچەيگە چىقىرىلىدۇ. ئۆت يوللىرىدا توسۇلۇش بولغاندا، خۇلىستىرىن ئۇچەيگە كىرەلمەي، ئارقىغا يېنە

سىنىپ قانغا ئۆتكەنلىكىتىن، قاندىكى مىقدارى ئاشىدۇ.
جىگەر خىزمىتى بۇزۇلغاندا خۇلىستىرىننىڭ ئۆت سۇيۇقلۇقىغا كىرىشى قىيىن بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، جىگەر كېسەللىكلىرىدە قاندىكى خۇلىستىرىن مىقدارى ئاشىدۇ.

(2) قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى فوسفات مايلىرىنى ئۆلچەش: فوسفات مايلىرىنىڭ ھەممىسى دېگۈدەك جىگەردە بىرىكىدۇ. قان سۈزۈرۈتكىسىدىكى فوسفات مايلىرى ئىچىدىكى ئېنىق مۇھىم بىر خىلى *Lesitin* دېن ئىبارەت. ئاندىكى فوسفات مايلىرىغا ۋەكالىتەن *Lesitin* دەتتە بارلىق فوسفات مايلىرىنى ئۆلچەيدۇ. ئۇنىڭ قاندىكى نورمال مىقدارى 110 ~ 250 مىللىگرام پىرسەنت بولىدۇ. جىگەر ھۈجەيرىسىدە كېسەللىك بولغاندا، ئۇنىڭ مىقدارى تۆۋەنلەيدۇ. توسۇلۇش خاراكتېرلىك سېرىقلىقتا فوسفات مايلىرىنىڭ چىقىرىلىشى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغانلىقتىن، ئۇنىڭ مىقدارى ئاشىدۇ.

فېرمېنت ئالمىشىش تەجرىبىلىرى

فېرمېنت ئاكتىپچانلىقىنىڭ ئۆزگىرىشى مەلۇم بىر سىستېما كېسەللىكى بەلەنلا چەكلەنمەيدۇ. نۇرغۇن ئەزالاردىكى كېسەللىكلەر بۇنىڭغا قارىتا تەسىر كۆرسىتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئۇنى باشقا تەكشۈرۈش نەتىجىلىرى بىلەن بىرلەشتۈرۈپ قاراش لازىم.

(1) قاندىكى ئامموني يۆتكەش فېرمېنتلىرىنى ئېنىقلاش: ئادەتتە *GPT* ۋە *GOT* تەكشۈرۈلىدۇ. نەتىجىسى، ئادەتتە بىرلىك بەلەن ئىپادىلىنىدۇ، نورمال قىممىتى تەكشۈرۈش ئۇسۇلى ۋە شەرتلىرىگە قاراپ

راپ ئوخشاش بولمايدۇ. بەزى دوختۇرخانىلار 100 بىرلەشكەنى، بەزىلەر 40 بىرلەشكەنى، بەزىلەر 20 بىرلەشكەنى ئۆلچەم قىلىدۇ. نەتىجىسىگە ھۆكۈم قىلىشتا شۇ دوختۇرخانىنىڭ ئۆلچىمى ئاساس قىلىنىدۇ. ئۆتكۈر جىگەر يالليۇغىدا كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ. جىگەر قېتىش، جىگەر يېرىلىش ئىششىقى، جىگەر راكى قاتارلىقلاردىمۇ ئوخشاشمىغان دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ. بۇ تەجرىبە باشتا كېسەللىكلەرنىڭ تەسىرىگىمۇ ئۇچرايدۇ. مەسىلەن، يۇرەك مۇسكۇل كېسەللىكى، سۆڭەك ئوپېراتسىيىلىرى ۋە جاراھەتلىنىش، توقۇلمىلارنىڭ نېكرۇزلىنىش قاتارلىقلاردىمۇ ئۆرلەيدۇ. جىگەر كېسەللىكلىرىدە بۇ فېرمېنتلارنىڭ ئۆرلەپ كېتىشى ھۆجەيرە نېكرۇزلىنىشىغا بەلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. بۇ ئىككى خىل فېرمېنتنىڭ يۇقىرى كۆتۈرۈلۈش دەرىجىسى پۈتۈن كېسەللىك جەريانىدا جىگەردىكى كېسەللىك دەرىجىسىنى بەلەن ئوك تاناسىپ بولىدۇ.

بۇ تەجرىبە باشقا جىگەر خىزمەتى تەجرىبىلىرىگە قارىغاندا سەزگۈر بولىدۇ. ئەمما جىگەر يالليۇغىنىڭ ئاقىۋىتىنى بەلەن مۇناسىۋەتسىز بولىدۇ. مەسىلەن، بەزىدە ئۆتكۈر پارتلاش تەپكىدىكى جىگەر نېكرۇزلىنىشلارىدا بۇ ئىككى خىل فېرمېنت پەقەت ئوتتۇرا دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ. بىرقىسىم كېسەللىكلەردە بۇ ئىككى خىل فېرمېنت ناھايىتى يۇقىرى بولسىمۇ، لېكىن بۇ كېسەللىكلەر تېزلا ئەسلىگە كېلەلەيدۇ.

(2) ئىشقارلىق فوسفاتازا (AKP) نى ئۆلچەش:

بۇ مادىدا بەدەندىكى بارلىق توقۇلمىلاردا بولىدۇ. ئەمما سۆڭەك، جىگەر، يۇرەك ۋە ئۇچەي قاتارلىقلاردا مىقدارى كۆپرەك بولىدۇ. نورمال سانى 0.5 ~ 4 بولۇشى بىرلىكى بولىدۇ. جىگەر سىرتىدىكى توسۇلۇشلاردا، بولۇپمۇ يامان سۈپەتلىك ئۆسمە كەلتۈرۈپ چىقارغان تولۇق توسۇلۇشلاردا *AKP* ئۆرلەيدۇ. ئۇندىن باشقا ۋىرۇسلۇق جىگەر يالۇغى، جىگەر يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلىرى، جىگەر قېتىش قاتارلىقلاردىمۇ ئوخشاشمىغان دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ.

(3) *LDH*: بۇمۇ بەدەندىكى ھەرقايسى توقۇلمىلاردا كەڭ دائىرىدە ساقلىنىدۇ. ھۈجەيرە نېكروزلانغاندا بوشۇنۇپ چىققاچقا، قاندىكى مىقدارى ئۆرلەيدۇ. نورمال قىممىتى 220 ~ 540 بىرلىككە قەدەر بولىدۇ. جىگەر ھۈجەيرىسى راكى، ئۆتكۈر جىگەر يالۇغلىرىدا ئۆرلەيدۇ. جىگەر قاتقۇچلارنىڭ بىر قىسمىدا ئۆرلەيدۇ. جىگەر سىرتىدىكى توسۇلۇش خاراكتېرلىك سېرىقلىقلاردا ئۆرلىمەيدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا يۇرەك مۇسكۇل تېنىلىمىسى، قان ئازلىق، ئاق قان كېسەللىكى، يامان سۈپەتلىك ئۆسمە، بۆرەك كېسەللىكى، ھامىلدارلىق قاتارلىقلاردا ئۆرلەيدۇ.

(4) *Aldolase* نى ئۆلچەش: بۇ بىر خىل ئېنزىم فېرمېنتى بولۇپ، بەدەندىكى بارلىق توقۇلمىلاردا مەۋجۇت بولىدۇ. لېكىن يۇرەك ۋە جىگەردە ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۆتكۈر جىگەر يالۇغىدا كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئاشىدۇ. جىگەر سىرتىدىكى توسۇلۇش خاراكتېر-

لمك سېرىقلىق، جىگەر قېتىش ۋە جىگەر راكى قاتارلىقلاردىمۇ يېنىك دەرىجىدە ئاشىدۇ. نورمال سانى 5—27 بىرلىمككە قەدەر بولىدۇ.

بويۇق ماتېرىيالىرىنى سىرتقا چىقىرىش تەجرىبىسى

1. *BSP* تەجرىبىسى: ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن *Bromsulphalein* دىن 5 مىللىگرام ۋېنا ئاستا كىرگۈزۈلۈپ، 30 مىنۇت ۋە 60 مىنۇت ئۆتكەندە، يەنە بىر تەرەپتىكى بىلەك ۋېناسىدىن 3 مىللىلىتر قان ئېلىپ تەكشۈرۈلىدۇ.

ئەھمىيىتى: دورا كىرگۈزۈلۈپ 30 مىنۇتتىن كېيىن ئېلىنغان قاندا، كىرگۈزۈلگەن دورىنىڭ مىقدارى 10 پىرسەنتتىن تۆۋەن بولۇشى لازىم. ئەگەر مىقدارى 10 ~ 40 پىرسەنتكىچە بولسا، جىگەر دە يېنىك دەرىجىدە زەخمىلىنىش بولغان بولىدۇ. 50 ~ 80 پىرسەنتكىچە بولسا، ئوتتۇرا دەرىجىدە زەخمىلىنىش بولغان بولىدۇ. 90 پىرسەنتتىن يۇقىرى بولسا، ئېغىر دەرىجىدە زەخمىلىنىش بولغان بولىدۇ. بىرسائەتتىن كېيىن ئېلىنغان قاندا بۇ دورا ئاساسىي جەھەتتىن بولماسلىقى لازىم. جىگەر كېسەللىكلىرىدە ئوخشاشمىغان دەرىجىدە يەنە قاندا ساقلىنىپ قالىدۇ.

2. *Prontosil* تەجرىبىسى: كېسەل كىشىگە ئەتىگەندە ھېچقانداق نەرسە يېگۈزمەستىن ئەتىگەن سائەت 8 دە بىر قېتىم سىيگۈزۈپ تۆكۈۋېتىلىدۇ. ئۇنىڭدىن كېيىن مۇسكۇلغا *Prontosil* دىن 200 مىللىگرام ئول قىلىپ، بىرلا ۋاقىتتا 300 مىللىلىتر قايناقسۇ ئې

چۈرۈلىدۇ. بەش سائەتتىن كېيىن تاماق بېرىلىدۇ. ئەمما تەجرىبە تاماملانغانغا قەدەر بوتقا ھالىتىدىكى يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلىش لازىم. دورىنى ئوكۇل قىلغاندىن كېيىن ئەتىسى ئەتىگەن سائەت 8 گە قەدەر 24 سائەتلىك سۈيدۈك يىغىپ تەكشۈرۈلىدۇ. نورمال كىشىلەردە 24 سائەتلىك سۈيدۈكتە *prontosil* نىڭ چىقىرىلىش مىقدارى 50 پىرسەنت ئەتراپىدا بولىدۇ.

ئۆتكۈر جىگەر يالىلۇغى، ئاخىرقى دەۋرلىك جىگەر قېتىش قاتارلىقلاردا ئۇنىڭ سۈيدۈكتىكى مىقدارى ئاشىدۇ. ئېشىش دەرىجىسى جىگەرنىڭ زەخىملىنىش دەرىجىسى بىلەن بىردەك بولىدۇ. بۆرەكتە كېسەللىك بولغان چاغلاردا، تەجرىبە نەتىجىسىگە تەسىر كۆرسىتىدۇ. بۇنىڭغا دىققەت قىلىش لازىم.

سېرىقلاق

Jaundice

بىلۇرۇ بەزنىڭ نورمال ئالمىشىشى.

1. بىلۇرۇ بەزنىڭ مەنبەسى ۋە ھاسىل بولۇشى: بىلۇرۇ بەزنىڭ مۇتلەق كۆپچىلىكى (80 ~ 85 پىرسەنتى) قېرىپ بۇزۇلغان قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى ئىچىدىكى ھېموگلوبىندىن كېلىدۇ. ئۇ ھېموگلوبىنلارنىڭ تورسىمان ئىچكى تېرە سىستېمىسى ئىچىدە بۇزۇلۇپ پارچىلانغاندىن كېيىنكى مەھسۇلاتىدۇر. ئاز بىرقىسمى يىلىكستىكى يېتىل

ئۇيغۇر كتاب توربىكتى
www.uyghurkitap.com

ھەمگەن قىزىل قان ھۈجەيرىلىرى، مۇسكۇل قىزىل قان ئاقسىلى ھۈجەيرە فېرمېنتى قاتارلىقلاردىن كېلىدۇ.

قىزىل قان ھۈجەيرىلىرىنىڭ قان ئايلىنىشتىكى نورمال ھايات تەخمىنەن 120 كۈن بولىدۇ. دېمەك، ھەر كۈنى $\frac{1}{120}$ ھەمۇگلوبىن بىلۇرۇبىنگە ئايلىنىپ تۇرىدۇ. ھەممىگە مەلۇم، 100 مىللىلىتىر قاندا 15 گرام ھېموگلوبىن بولىدۇ. چوڭ كىشىلەرنىڭ ئومۇمىي قان مىقدارىنى ئوتتۇرا ھېساب بىلەن 5000 مىللىلىتىر دەپ ھېسابلىغاندا، قان ئايلىنىشتىكى ئومۇمىي ھەمۇگلوبىن مىقدارى 750 گرام بولىدۇ ئۇنىڭ $\frac{1}{120}$ قىسمى 6.3 گرام بولىدۇ. دېمەك، ھەر كۈنى 6.3 گرام ھېموگلوبىن بىلۇرۇبىنگە ئايلىنىدۇ. بىر گرام ھېموگلوبىندىن 35 مىللىگرام بىلۇرۇبىن ھاسىل بولىدۇ، يەنى نورمال كىشىلەردە ھەر كۈنى 200 ~ 300 مىللىگرام بىلۇرۇبىن ھاسىل بولىدۇ. نورمال تورسىمان ئىچكى تېرە سىستېمىسى ھەر كۈنى ئۆزگىرىپ تۇرىدىغان كۆپ بولغاندا 40 ~ 50 گرام ھېموگلوبىننى بىلۇرۇبىنگە ئايلاندۇرالايدۇ. دېمەك، ئۇنىڭ زاپاس كۈچى ناھايىتى چوڭ بولىدۇ.

2. بىلۇرۇبىننىڭ يۆتكىلىشى: بىلۇرۇبىن تورسىمان ئىچكى تېرە سىستېمىسىدىن قانغا كىرىش جەريانىدا ئاقسىل بىلەن بىرىكىدۇ. بىرىكمىش كۈچى ئەڭ زور بولغاندا، بىر مالېكۇلا ئاقسىل، ئىككى مالېكۇلا بىلۇرۇبىن بىلەن بىرىكىدۇ. بۇ خىل بىرىكمىش خېمىيىلىك بىرىكمىش

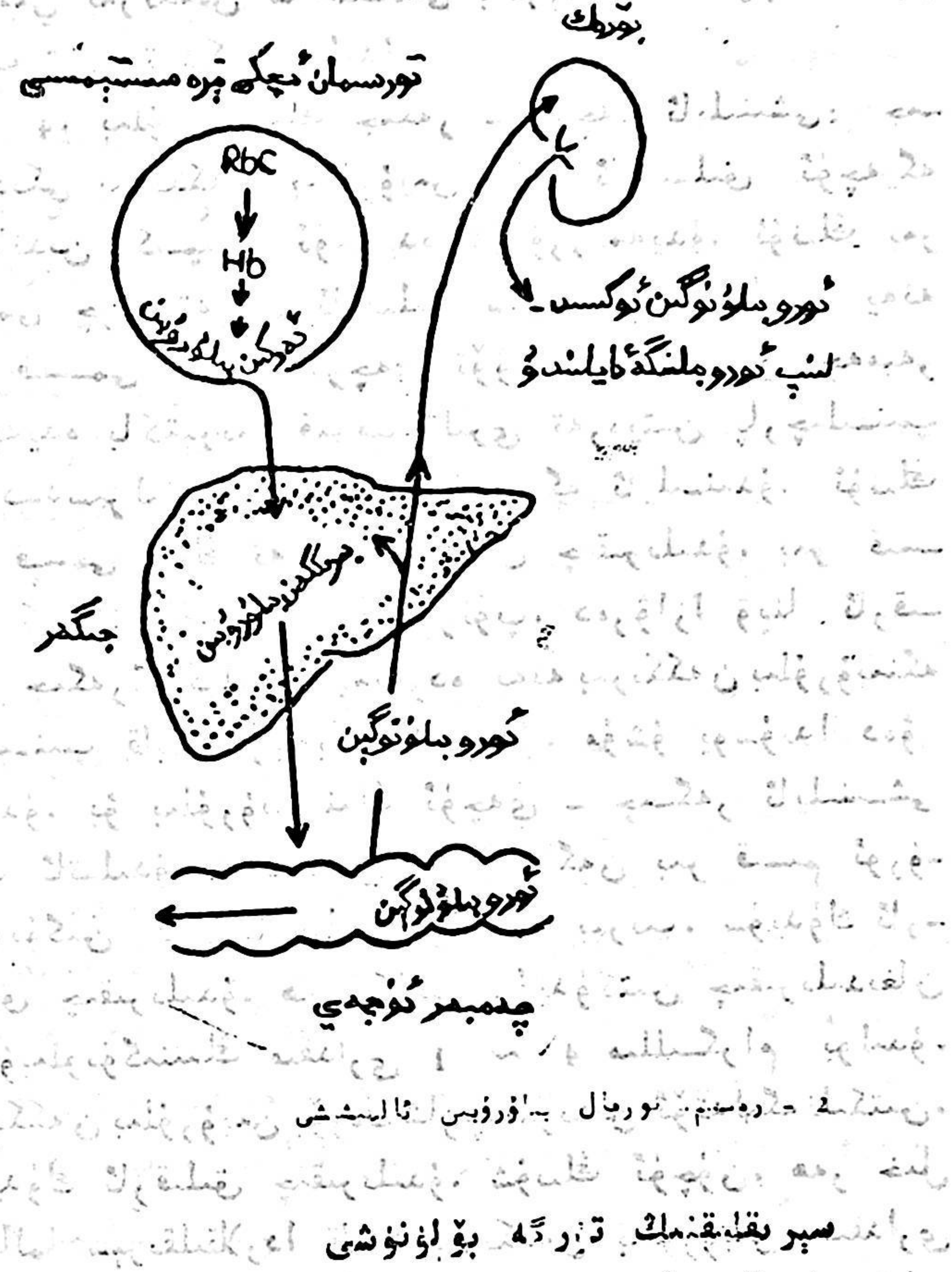
بولماستىن، پەقەت يۆتكەش جەريانىدىكى ئېلىپ مېڭىشلا بولمىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ خىل بىلۇرۇبەن بىرىكمىگەن بىلۇرۇبەن دەپمۇ ئاتىلىدۇ. بۇنداق بىلۇرۇبىنىڭ قانىدىكى مىقدارى چەكلىك بولۇپ، ھەرگىزمۇ بارلىق ئاقسىل بىلەن تويۇنۇش دەرىجىسىدە بىرىكمە كېتەلمەيدۇ.

بەدەن سۇيۇقلۇقىدىكى بىلۇرۇبەن مىقدارى شۇ بەدەن سۇيۇقلۇقىدىكى ئاقسىل مىقدارىغا قارىغاندا بەلگىلىنىدۇ. ھەقىقىي ئاجرالما سۇيۇقلۇقلاردا، مەسىلەن، ياش سۇيۇقلۇقى، شۆلگەي سۇيۇقلۇقى، قېرىدىن ئاستى بەز سۇيۇقلۇقى قاتارلىقلاردا بىلۇرۇبەن بولمايدۇ. كۆز ئېقىغا كەلگەندە، ئۇنىڭ تەركىبىدە قانتىق ئاقسىل ناھايىتى كۆپ بولغانلىقتىن، ناھايىتى چوڭ دەرىجىدە بىلۇرۇبەن بىلەن يېقىنلاشسىمۇ كۆچمىگە ئىگە. شۇڭا كۆزدە ناھايىتى ئاسانلا سېرىقلىق كۆرۈلمەيدۇ.

3. جىگەرنىڭ بىلۇرۇبەن ئالماشتۇرۇش رولى: ئاق ئاقسىل بىلەن بىرىككەن ھەمۇگلۇبىن جىگەرگە كەلگەندىن كېيىن، ئاق ئاقسىلدىن ئاجرىلىپ جىگەر ھۈجەيرىسىگە كىرىدۇ. ئۇنىڭدىن كېيىن جىگەر ھۈجەيرىسى ئېچىدىكى مىكرو دانچىلار ئېچىدە بىرىكمىش ئېلىپ بارىدۇ. ئاساسلىقى، جىگەر ھۈجەيرە ئېچىدە بىلۇرۇبەن گىلىيوكورو (بەۋاسىتە بىلۇرۇبەن)غا ئايلىنىدۇ. بۇ خىل بىلۇرۇبەن ئومۇمىي بىرىككەن بىلۇرۇبىنىڭ 75 ~ 80 پىرسەنتىنى ئىگىلەيدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا بىلۇرۇبەن سۇلفاتقا ئايلىنىدۇ. بۇمۇ بىر خىل بىرىكمىش ھالىتىدىكى بىلۇرۇبەن بولۇپ،

ئومۇمىي بەر بىكىش ھالىتىدىكى بىلۇرۇبىنىڭ 10 ~ 15 پەرسەنتىنى تەشكىل قىلىدۇ.

4. بىلۇرۇبىنىڭ جىگەر - ئۇچەي ئايلىنىشى: جىگەردىكى بىر يەككەن بىلۇرۇبىن ئۆت ئارقىلىق ئۇچەيگە بارغاندىن كېيىن، ئۇچەيدە شۇمۇرۇلمەيدۇ. ئۇنىڭ بەر قىسمى چوڭ تەرەت ئارقىلىق سەرتقا چىقىرىلىدۇ. يەنە بىر قىسمى كىچىك ئۇچەي تۆۋەن قىسمى ۋە چەمبەر ئۇچەيدە باكتېرىيە فېرمېنتلىرى تەرىپىدىن پارچىلىنىپ (ئوكسىدسىزلىنىپ)، ئورۇبىلونۇگىنگە ئايلىنىدۇ. ئۇنىڭ بىر قىسمى چوڭ تەرەت ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ. بىر قىسمى كىچىك ئۇچەيدە سۇمۇرۇلۇپ، دەرۋازا ۋېنا ئارقىلىق جىگەرگە كېلىپ، جىگەردە يەنە بىر يەككەن بىلۇرۇبىنگە ئايلىنىپ قايتا ئۇچەيگە كېرىدۇ. مۇشۇ يوسۇندا دەۋرىيلىنىپ قىلىدۇ. بۇ بىلۇرۇبىنىڭ ئۇچەي - جىگەر ئايلىنىشى دەپ ئاتىلىدۇ. ئۇچەيدىن سۇمۇرۇلگەن بىر قىسىم ئورۇبىلونۇگىن قان ئارقىلىق بۆرەككە بېرىپ، سۇيدۇك ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ. ھەر كۈنى سۇيدۇكتىن چىقىرىلىدىغان ئورۇبىلونۇگىننىڭ مىقدارى 1 ~ 4 مىللىگرام بولىدۇ. بىر يەككەن بىلۇرۇبىن بۆرەك شارچىلىرىدىن ئۆتىلىگەنلىكتىن، سۇيدۇك ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، ھەر خىل توسالما سەۋەبلىكلارنى قاندا بىر يەككەن بىلۇرۇبىن مىقدارى ئاشقانلىقتىن، سۇيدۇكتىن بىر يەككەن بىلۇرۇبىن چىقىرىلىدۇ. ئەمما بىر يەكمىگەن بىلۇرۇبىن بۆرەكتىن ئۆتۈش ئىقتىدارىغا ئىگە ئەمەس. شۇنىڭ ئۈچۈن سۇيدۇكتە بىر يەكمىگەن بىلۇرۇبىن بولمايدۇ.



سېرىقلىقنىڭ تۈرگە بۆلۈنۈشى

نورمال قان سۈزۈكتىكى بىلۇرۇبىن مىقدارى بىر مىللىگرام پىرسەنتتىن ئاشمايدۇ، ئەگەر بۇ سانداندىن ئېشىپ كەتسە، سېرىقلىق دەپ ئاتىلىدۇ، ئەمما ئۇنىڭ مىقدارى ئىككى مىللىگرام پىرسەنتتىن ئاشمىسا، كۆز

ئېقى ۋە شەللىق پەردىلەردە سېرىقلىق كۆرۈلمەيدۇ. بۇ يوشۇرۇن سېرىقلىق دەپ ئاتىلىدۇ. ئىككى مىللىگرام پېرسەنتتىن ئاشقاندا تېرە ۋە كۆز ئېقىدا سېرىقلىق كۆرۈلىدۇ. بۇ ئاشكارا سېرىقلىق دەپ ئاتىلىدۇ. نۆۋەتتە، سېرىقلىق تۆۋەندىكى تۆت خىلغا بۆلۈنىدۇ:

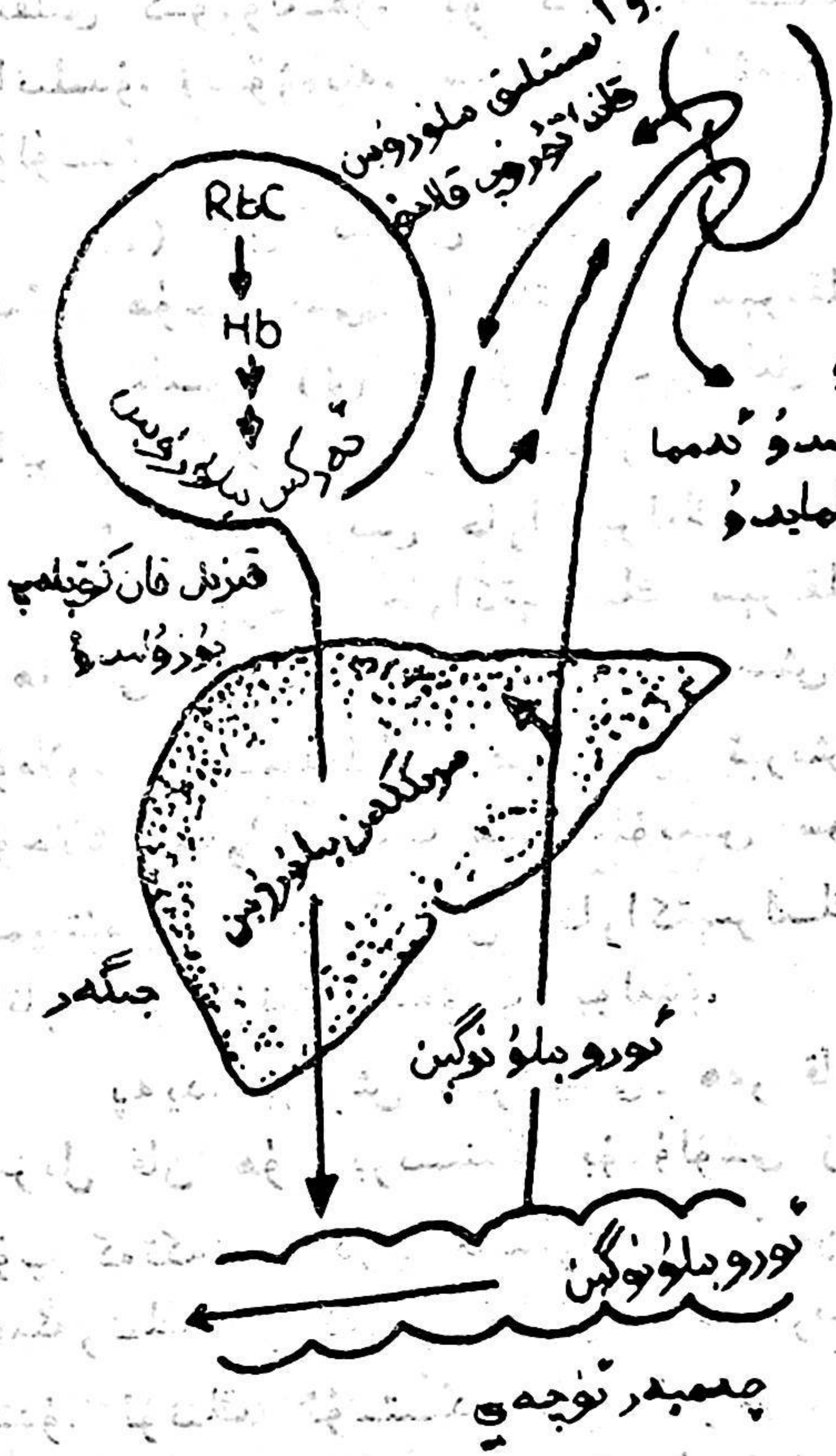
(1) قان ئېرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىق؛ (2) جىگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىق؛ (3) توسالما سېرىقلىق؛ (4) ئارىلاشما سېرىقلىق. بۇلار تۆۋەندە ئايرىم - ئايرىم بايان قىلىنىدۇ.

1. قان ئېرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىق

قان ئېرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىقنىڭ سەۋەبى ناھايىتى كۆپ. مەسىلەن، يۇقۇملىنىش، خىمىيىلىك بۇيۇملار، ئىرسىيەتلىك تۇغما قان ئېرىش، تۇتقاقلىق ئۇخلاش خاراكتېرلىك ھېپوگىلۇبىن سىمىش كېسەللىكى، سىمپتۇملۇق قان ئېرىش خاراكتېرلىك قان ئازلىق قاتارلىقلار ئۇنىڭغا سەۋەب بولىدۇ.

پەيدا بولۇش قانۇنىيىتى: ھەر قانداق سەۋەبتىن قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ بۇزۇلۇشى زىيادە، كۆپ بولۇپ كەتكەندە، كۆپ مىقداردا بىلۇرۇبىن ھاسىل بولۇپ، جىگەرنىڭ بىر تەرەپ قىلىش ئىقتىدارىدىن ئېشىپ كېتىدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە قان ئازلىق تۈپەيلىدىن ئوكسىگېن يېتىشمەسلىك ۋە قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ پارچىلىنىشىدىن ھاسىل بولغان بەزى ماددىلارنىڭ زەھەرلىك

تەسىرى تۆۋپەيلىددن جىگەر خىزمىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش بىلەن جىگەرنىڭ بىلۇرۇبىنىنى بىر تەرەپ قىلىش ئىقتىدارى تۆۋەنلەپ، زىيادە كۆپ مىقدارىدىكى بىلۇ-



د - رەسىم. قان تۈرىش خاراكتېرلىك سېرىقلىقتىكى بىلۇرۇبىن ئالمىشىشى.

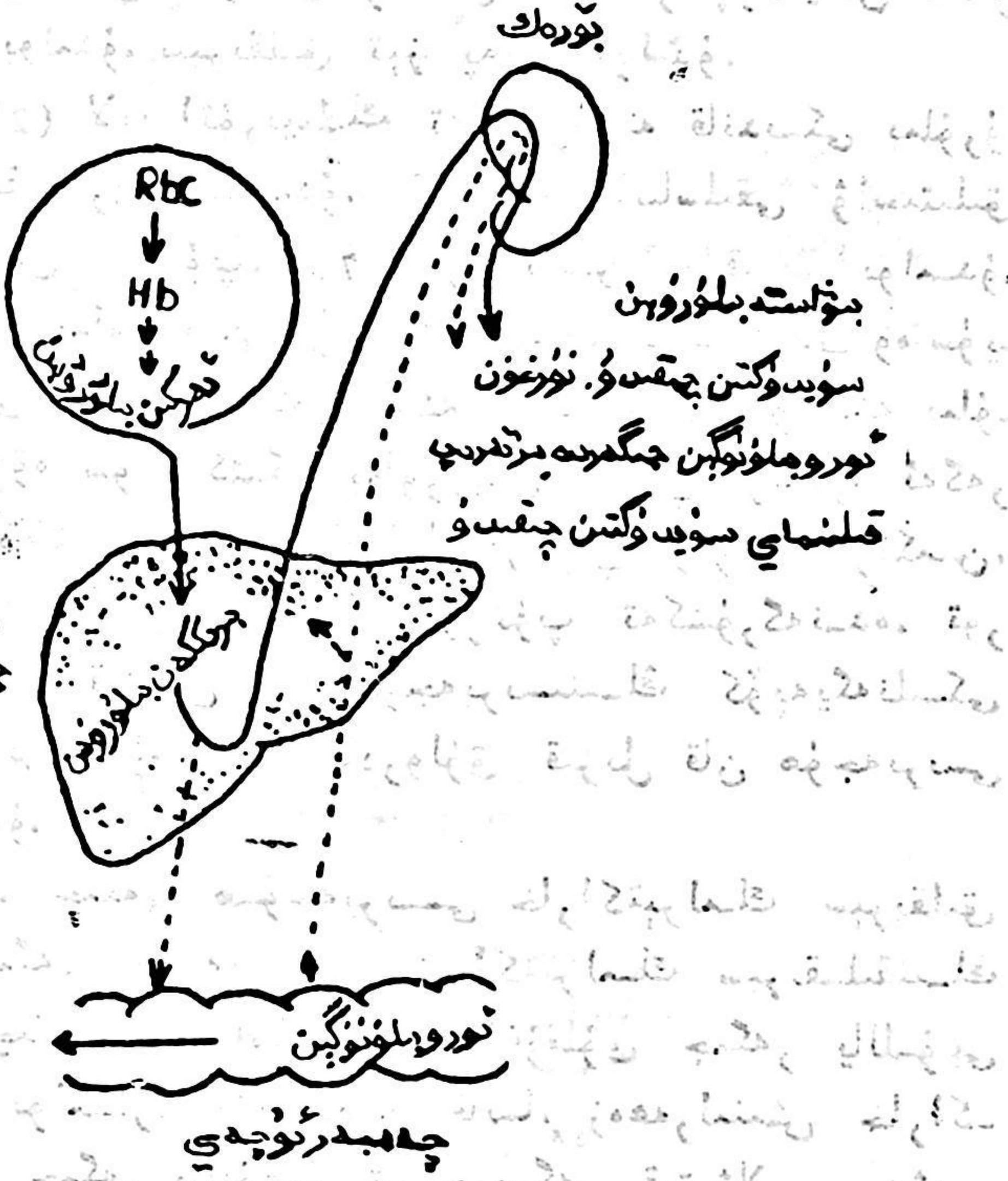
رۇبەن قاندا تۆرۈپ قېلىپ، سېرىقلىقنى پەيدا قىلىدۇ.
ئالاھىدىلىكلىرى: (1)قان ئېرىش سۈرئىتى، دەرىجىسى، كېسەللىك جەريانى قاتارلىقلارنىڭ ئوخشاشماسلىقىغا قاراپ كېلىنىڭ ئىپادىسىمۇ ئوخشاش بولمايدۇ. ئۆتكۈر قان ئېرىشتە توكۈپ تىترەش، يۇقىرى قىزىتما، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، باش ئاغرىش، پۈتۈن بەدەن ئاغرىش، قان ئازلىق ۋە تال، جىگەر چوڭىيىش قاتارلار بولىدۇ، سېرىقلىق تېز پەيدا بولىدۇ.
(2) لابىراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈشتە قاندىكى بىلۇرۇبىن مىقدارى ئاشىدۇ. ئۇنىڭ ئاساسلىقى ۋاستىلىق بىلۇرۇبىن بولۇپ، 75 پىرسەنتتىن يۇقىرى بولىدۇ. بۇ ئاستە بىلۇرۇبىن كۆپەيگەنلىكتىن، چوك تەرەت ۋە سۈيدۈكتىكى ئورۇبىلونۇگىن ئاشىدۇ. قاندىكى بۇ ئاستە بىلۇرۇبىن ۋە سۈيدۈكتىكى بىلۇرۇبىن مەنپىي بولىدۇ. ئەگەر جىگەردە زەخىملىنىش بولسا، مۇسپىي بولۇشى مۇمكىن، قاننى ئەينەك پارچىسىغا سۈرتۈپ تەكشۈرگەندە، توقۇلمىلىق قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ كۆپەيگەنلىكى مەلۇم بولىدۇ. قاندا يادرولۇق قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆرۈلمەيدۇ.

2. جىگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىق

جىگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىقنىڭ كېلىپ چىقىشىغا ئاساسلىقى، يۇقۇملۇق جىگەر يالۇغى سەۋەب بولىدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا، زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك جىگەر يالۇغى ۋە جىگەر قېتىشلار سەۋەب بولىدۇ.

پەيدا بولۇش قانۇنىيىتى: جىگەر ھۈجەيرىسى زەخىملەن-
گەندە، ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىننىڭ ھەممىسىنى بىۋاسىتە بىلۇ-
رۇبىنگە ئايلاندۇرۇپ كېتىلمەيدۇ. بۇنىڭ بىلەن بىر قىسىم
ئاسىتىلىق بىلۇرۇبىن قاندا تۇرۇپ قالمدۇ.

ئۇنىڭدىن باشقا جىگەر ھۈجەيرىلىرى نىكرۇزلان-
خاندا، قىسىل ئۆت كانالچىلىرى بۇزۇلۇپ، بىۋاسىتە بىلۇ-
رۇبىن جىگەر لىمفا سۇيۇقلۇقى ئارقىلىق يادى بىۋاسىتە



4 - رەسىم. جىگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىقتىكى بىلۇرۇبىن ئالمىشىشى.

يامراپ ئۆتۈش ئارقىلىق قانغا كىرىدۇ. جىگەر ھۈجەيرىلىرىنىڭ ئېسىلىپ كۆپۈشى بىلەن ئۇششاق ئۆت كانالچىلىرى بېسىلىپ ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ چىقىرىلىشى راۋان بولمايدۇ. نەتىجىدە، ئۆت كانالچىلىرى ئىچىدىكى ئۆت سۇيۇقلۇقى بۆلەكچە ئەترافىدىكى لىمفا ئارقىلىق بوشلۇقلارغا سىزىپ ئۆتۈپ، قانغا كىرىپ سېرىقلىق پەيدا قىلىدۇ.

ئالاھىدىلىكلىرى: قاندىكى بۇاسىستە بىلۇرۇبىن ۋە ۋاسىتىلىق بىلۇرۇبىن بىردەك ئاشىدۇ، بۇنىڭ ئىچىدە بۇاسىستە بىلۇرۇبىن ئاساسلىق ئورۇندا تۇرىدۇ.

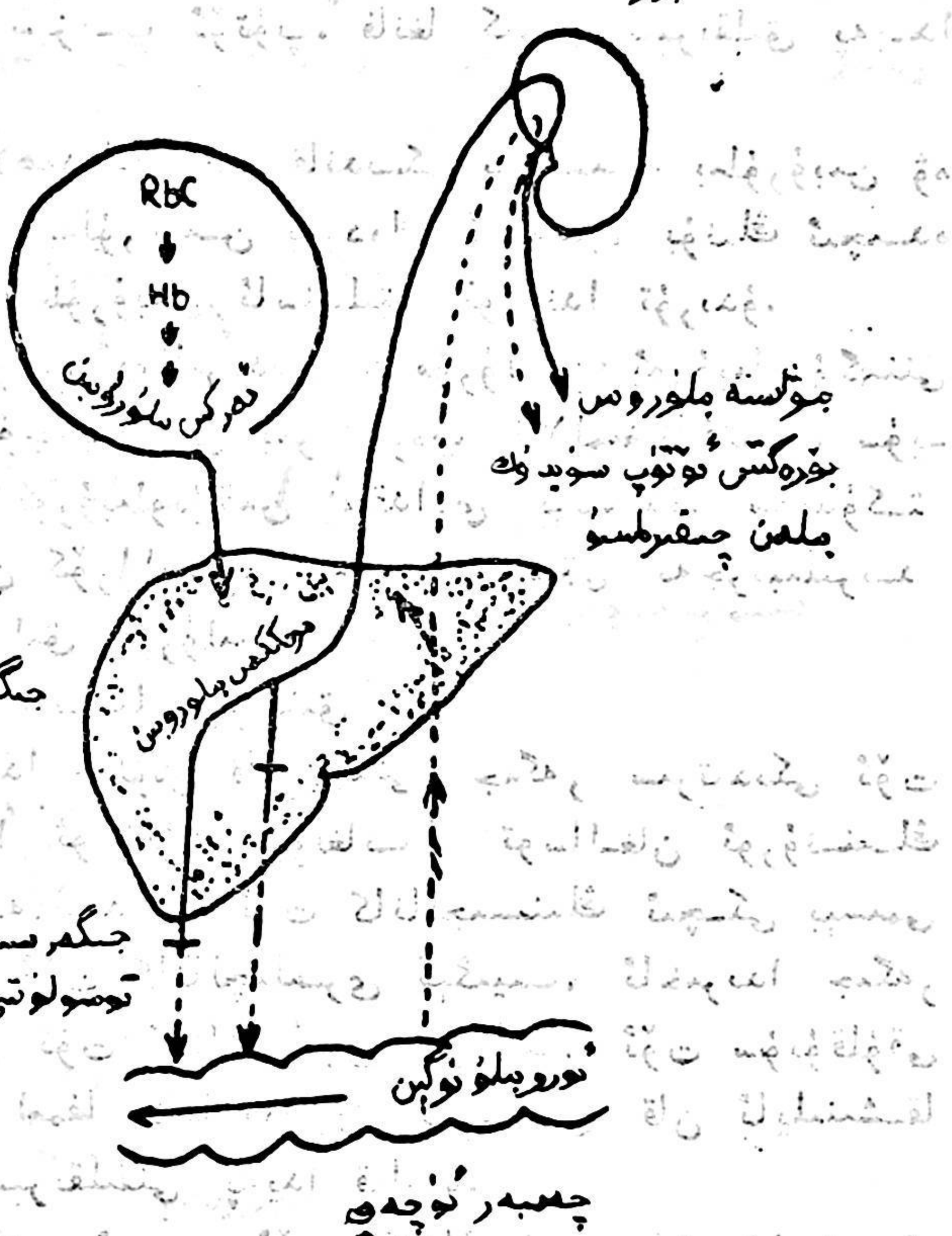
ئۈچەي يوللىرىدىن شۇمۇرۇلگەن ئورۇبىلونۇگېننىڭ جىگەر ھۈجەيرىلىرى بىر تەرەپ قىلالمىغانلىقتىن، سۇيىدۇكتىكى ئورۇبىلونۇگېن مىقدارى ئاشىدۇ. سۇيىدۇكتە بىلۇرۇبىن كۆرۈلىدۇ. جىگەر خىزمىتى تەجرىبىلىرىدە نورمالسىزلىق كۆرۈلىدۇ.

3. توسالما سېرىقلىق

پەيدا بولۇش قانۇنىيىتى: جىگەر سىرتىدىكى ئۆت يوللىرىدا توسۇلۇش بولغاندا، توسالغان ئورۇننىڭ ئۈستى تەرىپىدىكى ئۆت كانالچىسىنىڭ ئىچكى بېسىمى ئۆرلەپ، ئۆت كانالچىلىرى كېڭىيىپ، ئاخىرىدا جىگەر ئىچىدىكى ئۆت كانالچىلىرى يېرىلىپ، ئۆت سۇيۇقلۇقى بۇاسىستە لىمفا كانالچىلىرى ئارقىلىق قان ئايلىنىشقا ئۆتۈپ سېرىقلىقنى پەيدا قىلىدۇ.

جىگەر ئىچى ئۆت كانالچىلىرى توسۇلغاندا، جىگەر ئىچىدىكى ئۇششاق ئۆت كانالچىلىرى

زەخمەلىنىپ، ئۇنىڭ ئۆتكۈزۈچانلىقى ئېشىپ،
تەركىبىدىكى سۇ سەرتقا سېزىلىپ چىقىش بىلەن
ئۆت سۇيۇقلۇقى قويۇقلاپ، ئۆت كانالچىلىرى ئىچىدە



جەدۋەلدە سىلىندروس بىلۇرۇبىن ئالمىشىش.

ئەمىۋلا پەيدا بولىدۇ. ئۆت سۇيۇقلۇقىمۇ سىزىپ چىقىپ، ئەتراپ توقۇلمىلاردا يالليۇغ پەيدا قىلىدۇ. ئۇنىڭ بىلەن ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ راۋانلىقى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، ئارقىمىغا يېنىپ سېرىقلىق پەيدا قىلىدۇ.

ئالاھىدىلىكى: قاندىكى بەۋاسىتە بىلۈرۈبىنىڭ مىقدارى كۆپەيمىش بىلەن سۇيدۇكتە بىلۈرۈبىن پەيدا بولىدۇ. ئۆت يوللىرى توسالغانلىسىقتىن، ئۇچەيدە بىلۈرۈبىن ئازلايدۇ ياكى پەقەت بولمايدۇ. بۇنىڭ بىلەن چۆكمە رەڭ سېغىزرەڭگىدە كېلىدۇ.

سۇيدۇكتە ئورۇبىلونۇگىن ئازلايدۇ ياكى بولمايدۇ. ئۆت سۇيۇقلۇقى تەركىبىدىكى ئۆت كىسلاتاسى بەدەندە تۆرۈپ قېلىپ، ئۆتلىك قان كېسەللىكى (*cholemia*) نى پەيدا قىلىدۇ. بۇنىڭ بىلەن بەدەن قىچىشىش، يۈرەك ھەرىكىتى ئاستىلاش ئىھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ. ئۇچەيدە ئۆت كىسلاتاسى كەم بولغانلىسىقتىن، مايىنىڭ ھەزىم قىلىشى ۋە شۇمۇرۇلۇشى توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، ئىچ سۇرۇش (مايلىق تەسۇرۇش) پەيدا بولىدۇ. مايدا ئېغىر گۈچى ۋېتامىنلارنىڭ شۇمۇرۇلۇشى ناچارلىشىپ، ئورۇقلاش، قاناش ئىھۋاللىرى كۆرۈلىدۇ.

جىگەر قېتىمىش

Cirrhosis of the liver

جىگەر قېتىمىش مۇستەقىل بىر كېسەللىك بولماستىن، بەلكى جىگەر زەخمىلىنىشلىرىنىڭ ئاخىرقى دەۋرلىك ئىپادىسى ھېسابلىنىدۇ. ئۇنىڭ ئالاھىدىلىكى، كەڭ دائىرە-

لىنك سوزۇلما ياللۇغلىنىش، بىر يكتۇرگۈچى توقۇلمىلارنىڭ ئۆسۈشى، جەگەر ھۈجەيرىلىرىنىڭ زەكرىلىنىشى ۋە قايتا ئۆسۈشى، جەگەر كېچەك بۆلەكچە تۇزۇلۇشلىرىنىڭ بۇزۇلۇشى قاتارلىقلاردىن ئىبارەت.

جەگەر قېتىشنى تۇرلەرگە بۆلۈشتە، ئۆلۈەتتە ئۇنۇغۇن قالايمىقانچىلىقلار مەۋجۇت. ھازىر پاتئولوگىيىلىك مورفولوگىيىسىگە ئاساسەن تۆۋەندىكىدەك تۆت تىپقا بۆلۈش ئۇسۇلى كۆپ قوللىنىلىدۇ: 1. قاپقاق ۋېنا خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش؛ 2. زەكرىلىنىشتىن كېيىنكى جەگەر قېتىش؛ 3. ئۆت سۇيۇقلۇقى خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش؛ 4. ئارىلاشما خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش.

بۇلارنىڭ ئىچىدە قاپقاق ۋېنا خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش ھەممىدىن كۆپ ئۇچرايدۇ، بۇ تۆۋەندە نۇقتىلىق بايان قىلىنىدۇ.

قاپقاق ۋېنا خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش

بۇ كېسەللىك بۇرۇن ئىسپېرت خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش، ماي خاراكتېرلىك جەگەر قېتىش، laennoc چە جەگەر قېتىش دەپ ئاتىلىپمۇ كەلگەندى.

كېسەللىك سەۋەبى

كېسەللىك سەۋەبسىز تازا ئېنىق ئەمەس. نۆۋەتتە تۆۋەندىكى ئامىللار بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ.

1. يۇقىلىنىش: ۋىرۇسلۇق جەگەر يالىلۇغىنىكى بىر قىسمى تولۇق ساقىيىپ كەتمەستىن تەدرىجىي

تەرەققي قىلىپ، ئاخىرى جىگەر قېتىشنى كېلىتۈرۈپ چىقىرىدۇ. دۆلىتىمىزدە مۇنداق ئىھتىمال 3.9 ~ 8 پىرسەنتنى ئىگىلەيدۇ.

قان شورىغۇچى قۇرت كېسەللىكى، جۇڭخۇا شاخچا تاشلىق شورىغۇچى قۇرت كېسەللىكى قاتارلىقلار بىلەن يۇقۇملانغۇچىلاردىمۇ جىگەر قېتىش پەيدا بولۇشى مۇمكىن.

ئۇنىڭدىن باشقا سىفلىس، سىل، بەزگەك، كالا ئازار قاتارلىقلار بىلەن يۇقىملانغاندىمۇ، جىگەر قېتىش پەيدا بولۇش ئېھتىمالى بار (پەيدا بولمىدۇ).

2. ئۇزۇقلىنىشنىڭ بۇزۇلۇشى: نۇرغۇن كىلىنىكىلىق كۆزىتىشلەر ۋە ھايۋان تەجرىبىلىرى جىگەر قېتىشنىڭ ئۇزۇقلىنىشنىڭ ناچارلىشىشى بىلەن زىچ مۇناسىۋەتلىك ئىكەنلىكىنى ئىسپاتلىدى. بۇنىڭ مېخانىزمى تۆۋەندەكىچە:

(1) ئاقسىل: ئوزۇقلۇق تەركىبىدىكى سىستېين (بىر خىل ئامىنو كىسلاتاسى) بەدەندە ئوكسىدسىزلىنىپ، ئىككى مالېكۇلادىن ئىبارەت بېرىم سىستىنگە ئايلىنىدۇ. بېرىم سىستېين فېرمېنتلار ئۈچۈن زۆرۈل بولغان HS— ئاساسىنى تەمىن ئېتىدۇ. ئەگەر HS — ئاساسى ئوكسىدلىنىپ $-S-S-$ گە ئايلانسا، ئۇ چاغدا فېرمېنتلار ئاكتىپلىقىنى يوقىتىدۇ، كۆرۈشكە بولمىدۇكى، سىستېين بېتەشمەگەندە جىگەر ھۈجەيرىلىرىدىكى فېرمېنتنىڭ تۈزۈلۈشىدە ئاكتىپلىقى تەسىرگە ئۇچرايدۇ. ھۈجەيرىدىكى فېرمېنت كەم بولغانلىقتىن، ئۇلار نورمال ماددا ئالمىشىش

ئېلىپ بارالماستىن، زىكروزلىنىپ ئورنىغا بېرىكتۈرگۈچى توقۇلمىلار ئۆسۈپ، جىگەر ھۈجەيرىلىرى قايتا ئۆسۈپ جىگەر قېتىش شەكىللىنىدۇ.

(2) مانې: نورمال ئەھۋالدا ماي جىگەردە فوسفات مايلىرىغا ئايلىنىپ، ئۇنىڭدىن كېيىن توقۇلمىلار تەرىپىدىن پايدىلىنىدۇ. ئاقسىل تەركىبىدىن كېلىدىغان خۇلىن فوسفات مايلىرىنىڭ مۇھىم تەركىبىي قىسمى ھېسابلىنىدۇ. خۇلىن يېتىشمىگەندە، فوسفات مايلىرىنىڭ ھاسىل بولۇشى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ. نەتىجىدە ماي جىگەرگە يىغىلىپ قېلىپ، مايلىق جىگەرنى ھاسىل قىلىش بىلەن، ئاخىرىدا جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن خۇلىن مايلىق جىگەرگە قارشى ئامىل ھېسابلىنىدۇ.

(3) ئوگلى ۋۇتلار: ئوگلى ۋۇت يېتىشمىگەندە، ھەدەن ئىسسىقلىقنى ئاقسىلدىن ئالمىدۇ. نەتىجىدە، ئاقسىل يېتىشمەسلىك پەيدا بولمىدۇ. ئوگلى ۋۇتلار پەۋقۇلئادە كۆپ بولۇپ كەتكەندە، بەدەندە خۇلىن سەرپىياتى كۆپىيىپ، خۇلىن يېتىشمەسلىك پەيدا بولمىدۇ. بۇنىڭ بىلەن يەنە جىگەر قېتىش يۇز بېرىدۇ.

(4) ۋىتامىن: ۋىتامىن E ناھايىتى كۈچلۈك ئوكسىدسىزلاندۇرغۇچى بولۇپ فېرمېنتلار تەركىبىدىكى SH ــ ئاساسىنىڭ ئوكسىدلىنىپ $-S-S-$ گە ئايلىنىشىنى توسىدۇ. ۋىتامىن E يېتىشمىگەندە، فېرمېنت سىستېمىسى قالايمىقانلىشىپ، ھۈجەيرە زىكروزلىنىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، ۋىتامىن B گۇرۇپپىسىدىكى دورىلارمۇ زىكروزلىنىش

ۆه مايلىق ئۆزگىرىشكە قارشى تەسىر كۆرسىتىدۇ.

3. ھاراق: نۇرغۇن ماتېرىياللارنىڭ ئىسپاتلىشىچە، ھاراقنىڭ ئۆزى جىگەر قېتىشنىڭ بىۋاسىتە سەۋەبى بولالمايدۇ. ئۇ پەقەت تۇرتكە بولغۇچى ئامىل ھېسابلىنىدۇ. ھاراق جىگەرنىڭ نورمال ماددا ئالمىشىشىنى بۇزىدۇ، ھەمدە ئوزۇق قۇۋۇق يېتىشمەسلىكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

4. زەھەرلىنىش: نۇرغۇن خىمىيىلىك بۇيۇملار ۆه بەزى دورىلار تەكرار - تەكرار، ئۇزۇن مۇددەت جىگەر-گە تەسىر قىلغاندا، ئاخىرى جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. نۆۋەتتە، جىگەرگە يامان تەسىر قىلىدىغان دورىلارنىڭ تۈرىمۇ ناھايىتى كۆپ. بۇنداق دورىلارنى ئۇزۇن مۇددەت قالايمىقان ئىشلەتكەندە، زەھەرلەش ياكى ئاللىرگىيىلىك ېتىلىش ئارقىلىق جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

5. قان ئايلىنىش توسقۇنلۇقىغا ئۇچراش: يۇرەك زەئىپلىشىش ياكى تارىيىش خاراكتېرلىك يۇرەك قېپىنى يالليۇغى قاتارلىقلاردا جىگەرگە ئۇزۇن مۇددەت قان قايتىغاندا، جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

6. ماددا ئالمىشىش توسقۇنلۇقىغا ئۇچراش: تۆۆر ماددىسى چۆكۈپ قېلىشتىن پەيدا بولغان قان رەڭ كېسەللىكى، جىگەر پۇرچاقسىمان يادروسۇپەت ئۆزگىرىشى قاتارلىقلاردا جىگەر قېتىش كېلىپ چىقىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئاددىي كۆز بىلەن قارىغاندا جىگەرنىڭ سىرتقى

يۇزدە كەلگە دائىر دە تۇگۇنچىلەر بولىدۇ. تۇگۇنچىلەر-
نىڭ دىئامېترى 1 ~ 10 مىللىمېتر گىچە بولىدۇ. جىگەر-
نىڭ ئېغىرلىقى 600 ~ 4000 گرامغىچە بولۇپ، دەسـ-
لەپكى دەۋردە ماي توقۇلمىلىرىنىڭ يامراپ كېرىشى
ۋە قايتا ئۆسۈشى تۇپەيلىدىن جىگەر چوڭىيىدۇ. ئاخىر-
قى دەۋرگە بارغاندا تالالىشىپ كىچىكلەيدۇ.

مىكروسكۇپتا قارىغاندا، بىر تۈركۈم گۇچى توقۇلمىلار-
نىڭ كۆپىيىشى، جىگەر ھۈجەيرىسى سۇپىتىنىڭ ئۆزگە-
رىشى ۋە نىكروزلىنىشى، جىگەر ھۈجەيرىلىرىنىڭ قايتا
ئۆسۈشى، جىگەر ئىچىدىكى قان تومۇرلارنىڭ ئۆزگىرە-
شى قاتارلىق ئەھۋاللار مەلۇم بولىدۇ.

كېلىنىك ئىپادىسى

جىگەر قېتىشنىڭ كېلىنىك ئىپادىسى بىر دەك بول-
مايدۇ. ئۇنىڭ پۈتۈن ئۆتۈش جەريانى يوشۇرۇن دەۋرلىك
جىگەر قېتىش (ئورنىنى تولدۇرۇش دەۋرلىك جىگەر قې-
تىش) ۋە ئورنىنى تولدۇرۇش ئىقتىدارىنى يوقىتىش دەۋر-
لىك جىگەر قېتىش دەپ ئىككىگە بۆلىنىدۇ.

1. ئورنىنى تولدۇرۇش دەۋرلىك جىگەر قېتىش: جىگەر قېتىش بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ تەخمىنەن $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ قىسمىدا ئېنىق جىگەر قېتىش ئىپادىلىرى بول-
مايدۇ. كېلىنىك جەھەتتە ئۇنىڭغا ئېنىق دىئاگنوز قويۇش مۇمكىن بولمايدۇ. بۇنداقلار يوشۇرۇن دەۋرلىك جى-
گەر قېتىش دەپ ئاتىلىدۇ. يوشۇرۇن دەۋرلىك جىگەر

قېتىش بىلەن ئاغرىنۇچىلاردا ئىشتىھاسىزلىنىش، ھالسىزلىنىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق كۆپۈش، ئۇستۈنكى قورساق قىسمى بىئارام بولۇش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. بۇ ئالامەتلەرنىڭ خاس ئالاھىدىلىكى بولمىغانلىقتىن، ئۇنىڭغا جىگەر قېتىش دەپ ھۆكۈم قىلىش قىيىن بولىدۇ. بەدەن تەكشۈرۈشتە، ئومۇمىي ئۇزۇقلىنىش ھالىتى تۆۋەن بولۇش، چىرايى، خۇنۇكلىشىش، بەدەنلىرىدە ئۆمۈچۈك مەۋجىلىرى پەيدا بولۇش، قول ئالقانلىرى قىزىرىش قاتارلىقلار بولىدۇ.

جىگەر يېنىك دەرىجىدە چوڭىيىدۇ. جىگەر يۇزى سىلىق بولۇپ، ماددىسى سەل قاتتىق بولىدۇ. باسقانىدا يېنىك دەرىجىدە ئاغرىش بولمىدۇ. تال ئوتتۇرا دەرىجىدە چوڭىيىدۇ. جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرگەندە كۆپىنچە نورمال دائىرىدە بولىدۇ، ياكى يېنىك دەرىجىدە نورمالسىزلىق بولىدۇ.

يوشۇرۇن دەۋرلىك جىگەر قېتىش ئۇزۇن مۇددەت ئورنىنى تولدۇرۇش باسقۇچىدا تۇرۇپ، ئورنىنى تولدۇرۇش ئىقتىدارىنى يوقىتىش باسقۇچىغا كىرمەسلىكى مۇمكىن. بۇنداق كېسەللىكلەرنى پەقەت قورساق ئوپېراتسىيىلىرى ياكى بەدەن تەكشۈرۈش جەريانلىرىدىلا بايقاش قا بولىدۇ.

2. ئورنىنى تولدۇرۇش ئىقتىدارىنى يوقىتىش دەۋرلىك جىگەر قېتىش: يۇقىرىدىكى كېسەللىكلەر تەدرىجىي تەرەققىي قىلىپ، يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر ئىپادىلەنگەندىن كېيىن، جىگەر خىزمىتى زەئىپلىشىش ۋە قاپىقاق ۋېنا

بهسمى يۇقمرىلاش ئالامەتلىرى پەيدا بولمدۇ.

1) جەگەر خەزمىتى ئاجىزلاشقانلىق كېسىلىنىڭ ئىلىنىشى پاددىلىرى

(1) ئۇمۇمىي بەدەنلىك ئالامەتلەر: كېسەل كىشىلەردە ئورۇقلاش، ھالسىزلىنىش قاتارلىقلار بولمدۇ. ئازغىنە ھەرىكەتتىن كېيىن ھالسىزلىنىپ كېتىدۇ. بەزىدە تەرتىپسىز قىزىتما بولمدۇ. تېرىلىرى قۇرغاق ھەم يىرىك بولمىدۇ. چىرايى خۇنۇك بولۇپ، بەزىدە فىگمېنت ئولتۇرۇشىدۇ. كۆپىنچە قان ئازلىق بولمدۇ. بۇنداق كېسەللەردە ئېغىز جاۋغاي يالليۇغى ۋە كۆپ ئورۇندىكى نېرۋا يالليۇغى بولمدۇ.

(2) ھەزىم قىلىش يوللىرىدىكى ئالامەتلەر: ھەزىم قىلىش يوللىرىدا قان قېيىش ۋە سۇلۇق ئىششىق بولغانلىقتىن، ھەزىم قىلىش خىزمىتى بۇزۇلمدۇ. بەزىدە ئىككىلەمچى ھالدا ئاشقازان - ئۇچەي يالليۇغى پەيدا بولۇپ، ھەزىم قىلىش خىزمىتىنى تېخىمۇ ئېغىر توسالغۇغا ئۇچرىتىدۇ. كېسەل كىشىلەردە كۆپىنچە كۆڭلى ئېلىشىش ھەتتا قۇسۇش، ئىشتىھا بۇزۇلۇش، ئۇستۈنكى قورساق قىسمى بىئارام بولۇش، قورساق كۆپۈش، ئاغرىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولمدۇ.

(3) قاناش ۋە قان ئازلىق: جەگەر خىزمىتى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاندا تىرۇمبىگەن ۋە باشقا قان ئۇيۇتقۇچى فاكتورلار بىرىكمىشى تەسىرگە ئۇچرايدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە تال چوگمىيىپ خىزمىتى ئېشىپ كەتكەنلىكتىن، قان پىلاستىنكىلىرى ئازلايدۇ. بۇلارنىڭ ھەممىسى

قاناشقا تۇرتكه بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن كېسەل كىشىلەرـ
ده بۇرۇن ۋه چىش تۇۋى قاناش، ئاشقازان ـ ئۇچىيـ
يوللىرى قاناش ۋەتىرىدەسۆسۈن داغ پەيدا بولۇشقاتارـ
لىقلار بولىدۇ. ئوزۇقلىنىشنىڭ ناچارلىشىشى، ھەزىم قىـ
لىش خىزمىتىنىڭ بۇزۇلۇشى، قاننىڭ يوقىتىلىشى، تال
خىزمىتىنىڭ كۆچىيىشى قاتارلىقلار تۇپەيلىدىن قان ئازـ
لىق كېلىپ چىقىدۇ.

(4) ئىچكى ئاجرالما خىزمىتىنىڭ قالايمىقانلىشىـ
شى: جىنسىي بەز گورمۇنلىرىدىن ئايالىق گورمۇنى نىسـ
پىي هالدا كۆپىيىپ، ئەرلەك گورمۇنى تۆۋەنلەيدۇ. بۇنـ
داق بولۇشى، جىگەر قاتقاندا جىگەرنىڭ ئايالىق گورـ
مۇنىنى پارچىلاش ھەم چىقىرىش خىزمىتى تۆۋەنلەپ،
بەدەندە ئايالىق گورمۇنىنىڭ مىقدارى نىسپىي هالدا
ئاشىدۇ. ئەرلەك گورمۇنى تۆۋەنلىگەندە، ئەرلەردە جىنـ
سىي تەلەپ تۆۋەنلەش، قولتۇق ۋە جىنسىي قىسمىدىكى
مويلار تۆكۈلۈش، ئۇرۇق تېشى ئاتروپىيىلىنىش قاتارلىق
ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ. ئايالىلاردا ھېيىز قالايمىقانلىشىش،
بالىياقۇ خىزمىتى خاراكتېرلىك قاناش، تۇغماسلىق،
سۈت بەز خالتىلىق ئىششىق قاتارلىقلار بولىدۇ.

گىپوفىز بەز گورمۇنلىرىدىن ADH كۆپەيىدۇ. چۈنكى ADH جىگەردە پارچىلىنىدۇ. جىگەرنىڭ خىزمـ
تى ئاجىزلىغاندا، ئۇنىڭ بۇزۇلۇشى ئازلاپ قاندىكى
مىقدارى ئاشىدۇ. جىگىرى قاتقان كېسەللەردە قان شىرە
ناتريي مىقدارى ئۇزۇن مۇددەت تۆۋەن بولىدۇ. بۇنـ
داق كېسەللەر ناتريي ئىستېمال قىلغاندىن كېيىن، قان

نىڭ ئوسمۇتىك بىسىمى ئېشىپ، رېفلېكسىيىلىك ھالدا ADH نىڭ ئاجرىلىشى كۆپەيىدۇ. بۇنىڭ بىلەن بۆرەك كانالچىلىرى سۇنى كۆپ سۈمۈرۈپ تەڭپۇڭلۇقنى ساقلايدۇ. بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرى دىن ئېيتقاندا، بەزى كېسەللەردە بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا خىزمىتى تۆۋەنلەيدۇ. مەسىلەن، تېزلەرگە قەگمېنتنىڭ چۆكۈشى مۇشۇنىڭ بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولىدۇ. ئەمما، قورساق سۈيى بارلاردا ئالدۇستېرۇننىڭ ئاجرىلىشى كۆپىيىدۇ.

2) قاپقاق ۋېنا بېسىمى يۇقىرىلاشنىڭ ئىپادىلىرى.

(1) تال چوڭىيىش: قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئاشقاندا، تالغا قان قېيىپ چوڭىيىدۇ. كۆپىنچە نورمالدىكىدىن 2 —3 ھەسسە چوڭىيىدۇ. بەزى كېسەل كىشىلەردە تال مەتتا كىندىك ئۈدۈلىغا كېلىدۇ. ئۈستۈنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىدا قاناش بولغاندا، تال كېچىكلەيدۇ. تال ئەتراپىدا يالليۇغ بولغاندا، سول تەرەپ ئۈستۈنكى قورساق قىسمىدا ئاغرىش بولىدۇ.

(2) يان قان ئايلىنىشنىڭ تىكلىنىشى: قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئاشقاندىن كېيىن، قورساق بوشلۇقىدىكى ئازالاردىن يۇرەككە قايتىدىغان قان توسۇلۇشقا ئۇچراپ، باشقا يوللار ئارقىلىق ئۆتۈشكە مەجبۇر بولىدۇ. كېلىنىكىدا مۇھىم راق بولغان يان قان ئايلىنىشلار تۆۋەندىكىچە:

① قىزىلئۆڭەچ ئاستى قېسىمى ۋە ئاشقازان تۈۋى قىسمىدىكى ۋېنالارنىڭ ئەگرى - بۈگرى كۆپۈشى: يۇقىرىقى ئورۇنلاردىكى ۋېنالار كۆپكەنلىكتىن، يەرنىڭ

ئۇيغۇر كتاب توربېكىتى
www.uyghurkitap.com
ئۇيغۇرچە كتابلارنىڭ بىرىنچى تورىسى

نەزىمىنى ئىستېمال قىلغاندا ياكى قورساق ئىچى بىلەن سىمى ئۇشتۇمتۇت ئاشقاندا، بۇ ۋېنالار يېرىلىپ قانىش بولىدۇ. كېسەل كىشىلەردە قان قۇسۇش، چوڭ تەرەت قارا كېلىش ۋە شوك قاتارلىق ئالامەتلەر كۆرۈلىدۇ. ئېغىر بولغاندا ھايات خەۋپكە ئۇچرايدۇ.

② قورساق دىۋارى ۋە كىندىك ئەتراپىدىكى ۋېنا-لارنىڭ ئەگرى - بۈگرى كۆپۈشى: بۇ ۋېنالار كىندىك-نى مەركەز قىلغان ھالدا ئۇستۈنكى ۋە تۆۋەنكى قور-ساقتا قاراپ سوزۇلىدۇ. ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە، بەزىدە ئۇزۇلمەي داۋاملىشىدىغان ۋېنا شاۋقۇنى ئاڭلىنىدۇ.

③ قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئاشقانىدىن تۆۋەنىدىكى تۈز ئۇچەي ۋېنالىرى كۆپۈپ بوۋاسىرنى پەيدا قىلىدۇ.

(3) قورساق سۇيى ۋە سۇلۇق ئىشىش: جىگەر قېتىشتا قورساق سۇيى، كۆكرەك سۇيى ۋە سۇلۇق ئىش-شىقلار پەيدا بولىدۇ. بۇلارنىڭ ئىچىدە قورساق سۇيى ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. قورساق سۇيىنىڭ پەيدا بولۇشى جىگەرنىڭ ئېغىر دەرىجىدە زەخىملەنگەنلىكىنىڭ ئىنكاسى بولىدۇ. ئۇنىڭ پەيدا بولۇشى يالغۇز بىر ئامىلدىن بولمايدۇ. ئۇنىڭ پەيدا بولۇش سەۋەبلىرىنى ئومۇمىي بەدەنلىك ئامىل ۋە يەرلىك ئامىل دەپ ئىككىگە بۆلۈشكە بولىدۇ.

ئومۇمىي بەدەنلىك ئامىل: ① قان شەرە ئاق ئاقسىلى تۆۋەنلەيدۇ. قان شەرە ئاق ئاقسىلىنىڭ مالمكۇلاسى كىچىك بولۇپ، ئۇ ھاسىل قىلىدىغان كوللوئىدلىق

ئوسمۇتنك بېسىم كىلوبۇلىنكە قارىغاندا يۈقىرى بولىدۇ. ئاق ئاقسىل ئاساسلىقى جەمگەردە بىرىكمىدۇ. جەمگەر قاتقاندا ئاق ئاقسىلىنىڭ بىرىكمىسى تۆۋەنلەپ، قان شىرە ئوسمۇتنك بېسىم تۆۋەنلەيدۇ. بۇنىڭ بىلەن قان تومۇر ئىچىدىكى سۇيۇقلۇق قان تومۇر سىرتىغا سىلجىپ، توقۇلما ۋە بەدەن بوشلۇقلىرىدا سۇ تۇرۇپ قېلىشنى شەكىللەندۈرىدۇ. ② جەمگەر قېتىشتىكى قورساق سۇيى بىلەن ئاغرىغۇچىلاردا قان ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى تۆۋەنلەپ رېفلېكسىيىلىك هالدا بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق مادىسى ۋە گىپوفىز بەز ئارقا بۆلەكلىرىگە تەسىر كۆرسىتىدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئالدۇسترۇن ۋە ADH نىڭ ئاجرىلىشى كۆپىيىدۇ. ئالدۇسترۇننىڭ ناترىينى تۇتۇپ قېلىشى، ADH نىڭ سۇنى تۇتۇپ قېلىشى بىلەن بەدەنىدە سۇ تۇتۇپ قېلىپ، قورساق سۇيىگە تۇرتكە بولىدۇ.

يەرلىك ئامىللار: قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئۆرلەيدۇ. قورساق سۇيى پەيدا بولۇشتا قاپقاق بېسىمىنىڭ ئۆرلەپ كېتىشى مۇھىم ئامىل بولىدۇ. چۈنكى، نورمال ئەھۋالدا قورساق بوشلۇقىدىكى ۋېنالارنىڭ 5 و 95 پىرسەنتى قاپقاق ۋېنا ئىرقىلىق بەدەن قان ئايلىنىشىغا كىرىدۇ. جەمگەر قېتىشتا قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئۆرلىگەندە، قورساق بوشلۇقىدىكى قاپقاق ۋېناغا قۇيۇلىدىغان قان تومۇرلار دائىم رېسىدىكى قىل تومۇرلارنىڭ تىنچ بېسىمى ئۆرلەپ، ئۇنىڭ ئىچىدىكى سۇيۇقلۇق سىرتقا سىزىپ چىقىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، جەمگەر قېتىشتا قىل تومۇر دىۋارى ئوزۇقلىنىشى توسقۇنلۇققا ئۇچرىغانلىقتىن، ئۇلارنىڭ ئۆتكۈ-

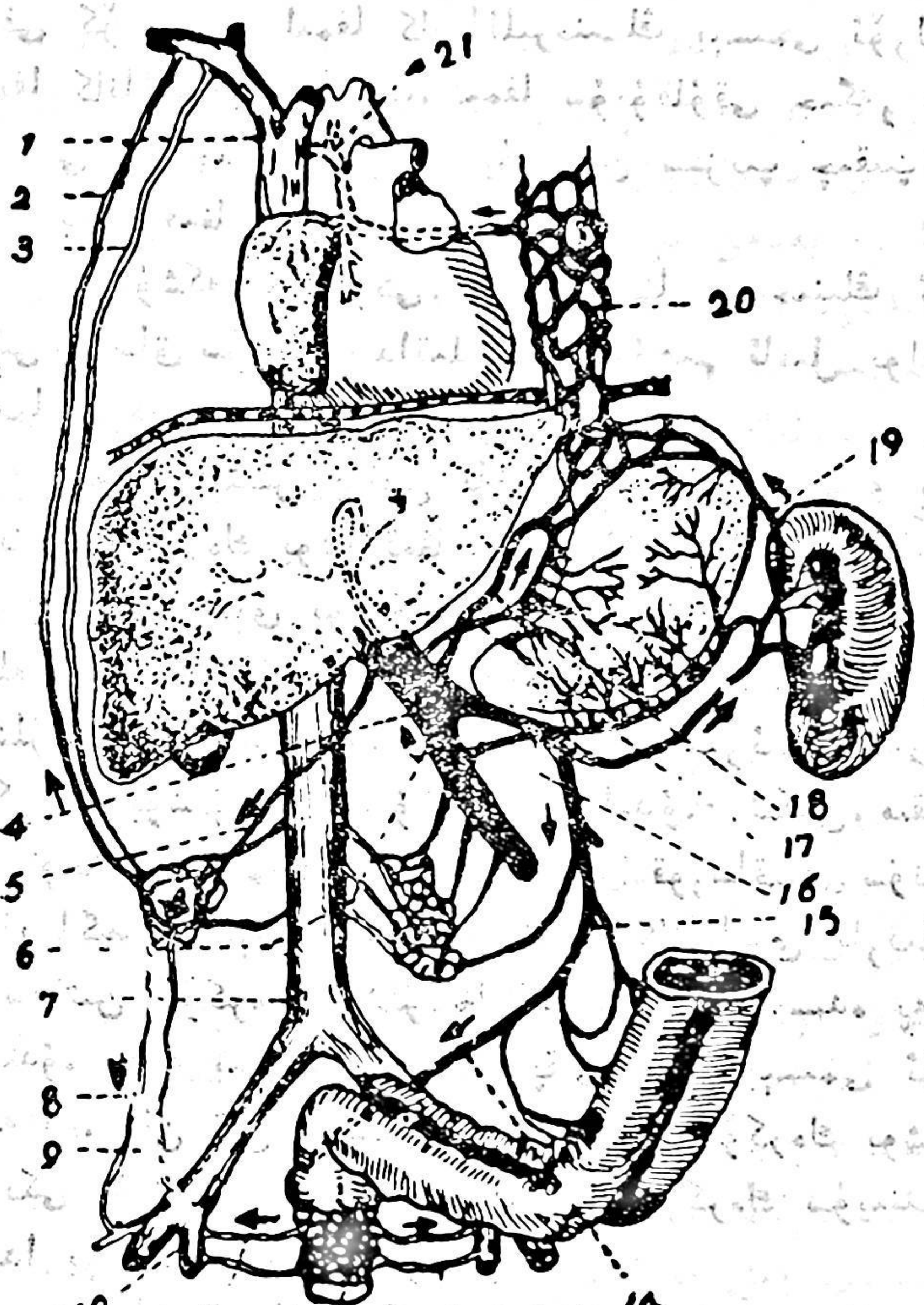
ئۇشچاندىقى يۇقىرىلاپ، سۇيۇقلۇقنىڭ سىزىپ چىقىشى كۆپەيىدۇ. چىگەر قاتقاندا، چىگەر ئىچىدە ئەمگا سۇيۇقلۇقى كۆپەيىدۇ. ئەمگا كانالىرىنىڭ بېسىمى ئۆرلەپ، ئەمگا كانالىرى كېڭىيىپ، ئەمگا سۇيۇقلۇقى چىگەر دەرۋازىسى ۋە چىگەر سىرتقى يۇزىدىن سىزىپ چىقىپ قورساق بوشلۇقىغا قۇيۇلىدۇ.

كۆرۈشكە بولمىدۇكى، قاپقاق ۋېنا بېسىمىنىڭ ئۆرلىشى قورساق سۇيىقلىقىنىڭ پەيدا قىلىشتىكى مۇھىم ئامىل بولىدۇ. ئەمما بىردىنبىر ئامىل ئەمەس.

چىگەر قېتىش بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ 3 ~ 6 پەرسەنتىدە كۆرەك بوشلۇقىغا سۇيۇقلۇق يىغىلىپ قالىدۇ. بۇ ھال قورساق بوشلۇقىغا سۇيۇقلۇق يىغىلىش بىلەن بىللە ھەۋىجۈت بولۇپ تۇرىدۇ. كۆپىنچە ئوك تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىغا سۇيۇقلۇق يىغىلىدۇ. بەزىلەردە ھەر ئىككى تەرەپ كۆكرەك بوشلۇقىغا سۇيۇقلۇق يىغىلىدۇ. لېكىن، مىقدارى ئوخشاش بولمايدۇ. كۆكرەك سۈيى قورساقتىكى سۇنىڭ دىئاپراگمىنى تېشىپ ئۆتكەن ئەمگا كانالىرى ئارقىلىق قورساقتىن كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىشى نەتىجىسىدە پەيدا بولىدۇ. يەنە بىر تەرەپتىن، قاپقاق ۋېنا بېسىمى ئۆرلىگەندە، يان قان ئايلىنىش سەۋەبىدىن كۆكرەك بوشلۇقىدىكى ۋېنا بېسىمىنىڭ ئۆرلىشىمۇ كۆكرەك سۇيىنىڭ پەيدا بولۇشىغا سەۋەب بولىدۇ.

قورساق بوشلۇقىدىكى سۇيۇقلۇق مىقدارى ئاز دېگەندە 1500 مىللىلىتردىن ئاشقاندا، ئاندىن ھەرىكەتلىك بوغۇق تاۋۇش پەيدا بولىدۇ. چارچاش، ئىچى سۇرۇش،

يۇقۇملىنىش، ھەزىم قىلىش يولىرىنىڭ قانىشى، ئوزۇق‌لىنىشنىڭ ناچارلىشىشى قاتارلىقلار قورساق سۈيىنىڭ پەيدا



6 - رەسىم. قاپقاق ۋېنا توسۇلغاندا يان قان ئايلىنىشتىكى قان ئېقىم يۆنىلىشى

1. ئۇستۇنكى كاۋاك ۋېنا؛ 2. كۆكرەك قورساق دىۋار ۋېنالىرى؛ 3. كۆكرەك قەپەز ئىچكى ۋېنىسى؛ 4. قاپتاق ۋېنا؛ 5. كىندىك قوشۇمچە ۋېنىسى؛ 6. ئۇچەي چاۋا ئۇستى ۋېنىسى؛ 7. تۆۋەنكى كاۋاك ۋېنا؛ 8. قورساق دىۋار ئۆزەكى ۋېنا؛ 9. قورساق دىۋار ئاستى ۋېنىسى؛ 10. چات ئىچكى ۋېنىسى؛ 11. تۈز ئۇچەي ئوتتۇرا ۋېنىسى؛ 12. تۈز ئۇچەي ۋېنا توپ لىمى؛ 13. تۈز ئۇچەي ئاستىنقى ۋېنىسى؛ 14. تۈز ئۇچەي ئۈستى ۋېنىسى؛ 15. ئۇچەي چاۋائاستى ۋېنىسى؛ 16. تال ۋېنىسى؛ 17. ئاشقازان ئوك تەرەپ ۋېنىسى؛ 18. ئاشقازان سول تەرەپ ۋېنىسى (تاجسىمان ۋېنا)؛ 19. ئاشقازان كالتە ۋېنا؛ 20. قىزىلئۆڭەچ ۋېنا توپلىمى؛ 21. غەيرى ۋېنا.

بولۇشىغا تۇرتكە بولىدۇ. سۇلۇق ئىششىق كۆپمىنچە ئاياغ تەرەپتە بولىدۇ. پۇتۇن بەدەنلىك سۇلۇق ئىششىق ئاز ئۇچرايدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. جىگەر خىزمىتىنى تەكشۈرۈش تەجرىبىلىرى: جىگەر قېتىشنىڭ ئورنىنى تولدۇرۇش ئىقتىدارى يوقىلىش باسقۇچىدا، 50 پىرسەنتتىن كۆپرەك كېسەل كىشىلەرنىڭ قان زەردىۋىدىكى بىلوروبىن مىقدارى يېنىك دەرىجىدە ئاشىدۇ. قان شەكىرى ئومۇمىي ئاقسىل مىقدارى نورمال بولۇشى مۇمكىن. لېكىن ئاق ئاقسىل تۆۋەنلەپ گىلوبولىن نىسبىتى بولىمىن ئۆرلەيدۇ. ئاق ئاقسىل بىلەن گىلوبولىن نىسبىتى ئاغىدۇ. قان زەردىۋىدىكى ئاقسىلنى ئېلېكتىرولىك لەيلەتكەندە، گاما گىلوبولىن كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ، دۇغلىشىش تەجرىبىلىرى كۆپىنچە مۇسپىي بولىدۇ. بولۇپمۇ zinTT شۇنداق بولىدۇ. BSP تەجرىبىسىدە، 90 پىرسەنتتىن كۆپرەك كېسەل كىشىلەردە تۇرۇپ قېلىش ئەھۋالى كۆرۈلىدۇ.

جەگەر خەزمەتچى ئورنىنى تولدۇرۇش ئەقتىدارىنى يوقاتقان مەزگىلدە، GPT كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئۆرلەيدۇ. جەگەر ھۈجەيرىلىرىدە كۆرۈنەرلىك نىكروزلىنىش بولغاندا، GOT ئۆرلەيدۇ.

تىرومبوز كىنازا ۋاقتى دەسلەپكى مەزگىلدە نورمال بولۇپ، كېيىنكى مەزگىلدە كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئۇزىرايدۇ. بۇنى ۋىتامىن K نى ئوكۇل قىلىپمۇ تۈزەتكىلى بولمايدۇ.

2. قورساق سۈيىنى تەكشۈرۈش: قورساق سۈيى ئىنفلىتراتلىق بولمدۇ.

3. ئۇلترا ئاۋاز دولقۇنى بىلەن تەكشۈرگەندە، جەگەر رايونىدا زىچ مىكرو كېچىك دولقۇن ياكى ئوتتۇرا كېچىك دولقۇن كۆرۈلمدۇ. كىرىش دولقۇنى قامچىسمان ياكى ھەرە چىششىمان بولمدۇ.

4. بارلىق بوتقىسى يۇتقۇزۇپ قىزىلئۆڭگەچنى تەكشۈرگەندە، قىزىلئۆڭگەچتىكى ئەگرى - بۈگرى كۆپكەن ۋېنىلار قۇرت يېگەن ياغاچتەك تولۇش كەمتۈكلۈكنى پەيدا قىلمدۇ. بويىغا كەتكەن شىلىلىق پەردە پۈرۈكلىرى كېڭىيىدۇ. ئاشقازان ئۈۋىدىكى ئەگرى - بۈگرى كۆپكەن ۋېنىلاردا جۇخار گۈلسىمان تولۇش كەمتۈكلۈكى كۆرۈلمدۇ.

5. زۆرۈر تەپىلغاندا، جەگەرنى تېشىپ ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرگەندە، دىئاگنوزنى مۇقىملاشتۇرۇشتا چوڭ ياردىمى بولمدۇ.

قوشۇمچە كېسەللىكلىرى

1. ئۇستۇنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىنىڭ قانىشى: بىر قىسىم كېسەللىكلەردە قىزىلئۆڭگەچ ۋە ئاشقازان تۈۋىدىكى كۆپكەن ۋېنالار يېرىلىپ، ئۇستۇنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىنىڭ قانىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. قانىش مىقدارى كۆپ بولسا، شوكىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ ھەمدە جىگەر ھوشسىزلىقىغا تۈرتكە بولىدۇ.

2. يۇقۇملىنىش: جىگەر قېتىش بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ ئومۇمىي بەدەن قارشىلىقى تۆۋەنلىگەنلىكى، تال خىزمىتى ئاشقانلىقى ھەمدە قاپقاق ۋېنا بىلەن بەدەن ۋېنا سى ئوتتۇرىسىدا تارقاق قان ئايلىنىش تىكلەنگەنلىكى سەۋەبىدىن، باكتېرىيەلەرنىڭ بەدەنگە تاجاۋۇز قىلىپ كېرىش پۇرسىتى كۆپ بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئاسان يۇقۇملىنىدۇ. يۇقۇملىنىشلاردىن كانايچە يالليۇغى، ئۆپكە يالليۇغى، ئۆت خالتا ۋە ئۆت يوللىرىنىڭ يۇقۇملىنىشى، سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە يالليۇغى قاتارلىقلار كۆپ ئۇچرايدۇ.

3. جىگەر ھۇشسىزلىقى: بۇ ئاخىرقى دەۋرلىك جىگەر قېتىشنىڭ ئېغىر قوشۇمچە كېسەللىكى بولۇپ، ئۇ ئالۇشنىڭ مۇھىم سەۋەبى ھېسابلىنىدۇ.

4. بىرلەمچى جىگەر راكى: بىرلەمچى جىگەر راكى كۆپىنچە جىگەر قېتىش ئاساسىدا پەيدا بولىدۇ. ئەسلىدە جىگەر قاتقان كېسەل كىشىلەردە قىسقا ۋاقىت ئىچىدە جىگەر تېز سۈرئەتتە چوڭىيىپ، جىگەر رايونىدا

داؤاملىق ئاغرىش بولۇش بىلەن بىللە، قورساق سۇيى قانلىق خاراكتېرگە ئۆزگەرسە، قىزىتما بولۇپ، بۇنى باشقا سەۋەبلەر بىلەن چۈشەندۈرۈشكە بولمىسا، ئاكتىپ داؤالاش تەدبىرلىرى قوللىنىلسىمۇ، لېكىن كېسەللىك ئەھۋالى ئەكسىچە يامانلىشىپ بارسا، بىرلەمچى جىگەر ئاكتىپلىقىنى ئۆيلاپ، يەنىمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا تەكشۈرۈش لازىم.

5. جىگەر قېتىشتىكى بۆرەك خىزمىتى زەئىپلىشىش (جىگەر بۆرەك سىندىرۇمى): جىگەر قېتىشتا جىگەر خىزمىتى ئورنىنى تولدۇرۇش ئىقتىدارىنى يوقاتقان مەزگىلدە، جاھىل خاراكتېرلىك كۆپ مىقدارلىق قورساق سۇيى پەيدا بولغاندا، بۆرەك خىزمىتى زەئىپلىشىدۇ. بۇنى بەزى كىشىلەر جىگەر بۆرەك سىندىرۇمى دەپ ئاتايدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا، ئازوتلۇق قان كېسەللىكى، سۇيۇقلىنىش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناتېرىلىق قان كېسەللىكى، سۇيدۇكتىكى ناتېرىي تۆۋەنلەش، سۇيدۇك ئازلاش قاتارلىق كېسەللىكلەر ئۆزلۈكىدىن پەيدا بولمىدۇ. بۆرەكتە ئېنىق كېسەللىك ئۆزگىرىشى پەيدا بولمايدۇ. چۈنكى بۇنداق بۆرەك نورمال كىشىلەرگە كۆچۈرگەندە، ئۆزىنىڭ نورمال خىزمىتىنى جارى قىلدۇرالايدۇ.

پەيدا بولۇشى: كۆپ مىقدارلا قورساق سۇيى پەيدا بولغاندا، قان ئايلىنىشتىكى قان مىقدارى ئازىيىپ، بۆرەككە كېلىدىغان قان مىقدارى تۆۋەنلەش بىلەن، بۆرەك شارچىلىرىنىڭ فىلتىرلىنىش ئۆتكۈزۈش مىقدارى تۆۋەنلەيدۇ.

جەگەر خىزمىتى زەئىپلەشكەندە، جىگەرنىڭ قاندىكى زەھەرلىك ماددىلارنى تازىلاش ئىقتىدارى تۆۋەنلەپ، بۇ خىل ماددىلار بۆردىكنى زەخىملەيدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە تاماقلىنىشنىڭ ئازىيىشى، قۇسۇش، ئىچى سۇرۇش، سۇيۇقلۇك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش قاتارلىقلار تۈپەيلىدىن، قاندىكى كالىي تۆۋەنلەپ، ئېلېكترولىتلارنىڭ قالايمىقانلىشىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

6. قاپقاق ۋېنادا قان نوكچىسى شەكىللىنىش: قاپقاق ۋېناغا قان قايغاندا، قان ئېقىمى ئاستىلاپ ئۇيۇپ قان نوكچىسى شەكىللىنىدۇ. بۇنداق كېسەل كىشىلەردە ئۇشتۇمتۇت قاتتىق قورساق ئاغرىش، قورساق كۆپۈش، قىزىتىش، چوڭ تەرەتتىن قان كېلىش ۋە شوك قاتارلىق ئەھۋاللار پەيدا بولىدۇ. تال يەنمۇ ئىلگىرىلىگەن ھالدا چوڭىيىدۇ. قورساق سۇيى پەيدا بولىدۇ. ئەسلىدەقورساق سۇيى بولغان بولسا، تېز سۇرئەتتە كۆپىيىدۇ.

دىئاگنوزى

كېسەللىك تارىخى، كىلىنىك ئالامەتلىرى، جىگەر، نىڭ چوڭ ھەم قاتتىق بولۇشى، قاپقاق ۋېنا يۇقىرى بېسىم ئالامەتلىرى ۋە باشقا قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەرگە ئاساسەن بۇ كېسەللىكە دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

بۇ كېسەللىكنى قورساق سۇيى پەيدا قىلىدىغان باشقا كېسەللىكلەر، تال - جىگەر چوڭىيىشى، شۇنىڭدەك

سەھەر نەلىقلارنى پەيدا قىلىدىغان كەسەللىكلەردىن پەرقلەندۇرۇش لازىم.

1. قورساق سۇيى جەھەتتە تۆۋەندىكى كەسەللىكلەردىن پەرقلەندۇرۇلمىدۇ.

(1) تارىيىش خاراكتېرلىك يۇرەك قېپى يالۇغى: يۆتىلىش، تۇز ياتالماسلىق، بويۇن ۋېنىسى كۆپۈش، جىگەر چوڭىيىش، ۋېنا بېسىمى ئۆرلەش، قان ئايلىنىش ۋاقتى ئۇزىراش قاتارلىق يۇرەك خىزمىتى تولۇق بولماسلىق ئىپادىلىرى كۆرۈلمىدۇ. تومۇز بېسىمى تۆۋەنلەيدۇ.

(2) سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە يالىلۇغى: كۆپ مىقداردا قورساق سۇيى بولمىدۇ. ئەمما ئاساسلىق ئالامىتى قورساق ئاغرىش، قىزىتىش، ئىچى سۇرۇشتىن ئىبارەت بولمىدۇ. كۆپچىلىكىدە ئۆپكە سىلى بولمىدۇ. ئۇچەينى رېنتگېنىدە تەكشۈرگەندە، ئۇچەي سىلىنىك ئالامەتلىرى كۆرۈلمىدۇ. قورساق سۇيى سېزىپ چىقىش خاراكتېرلىك بولۇپ، تەركىبىدە ئاق قان ھۈجەيرىسى، ئاقسىل كۆپ بولمىدۇ.

(3) زور تۇخۇمدان خالتىلىق ئىششىقى: خالتىلىق ئىششىق دەسلەپتە سول تەرەپ ياكى ئوك تەرەپ تۆۋەن قورساق قىسمىدىن باشلىنىپ، تەدرىجىي پۈتۈن قورساق قىسمىغا كېڭىيىدۇ. ھەربىر تەلىك بۇغۇق تاۋۇش بولمايدۇ. خالتىلىق ئىششىق قورساق قىسمىنىڭ كۆپ قىسمىنى ئىگىلەپ، ئۇچەينى ئىككى تەرەپ بەل قىسمىغا ئىتتىرگەنلىكتىن، قورساق مەركىزىي قىسمىنى چەككەندە

تۇيۇل تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. قورساق بەل قىسمىنى چەككەندە دۇمباق تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ.

(4) قورساق قىسمىدىكى ئۆسمە: قورساق بۇشلۇقىدىكى يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەر قورساق پەردىسىگە كۆچكەندە، قورساق سۈيى پەيدا بولىدۇ. قورساق سۈيى قانلىق خاراكتېرلىك بولۇپ، ئۇنىڭدىن راك ھۈجەيرىسى تېپىلىدۇ.

(5) تۆۋەنكى كاۋاك ۋېنا توسۇلۇشى: قان ئېقىمى توسۇلۇپ، قورساق سۈيى پەيدا بولىدۇ. قورساق داۋاردىكى كۆپكەن ۋېنالاردىكى قان ئېقىمى تۆۋەندىن يۇقىرىغا ئېقىپ، ئۇستۈنكى كاۋاك ۋېناغا قۇيۇلىدۇ. جىگەر قېتىشتا، كىندىكنى مەركەز قىلغان ھالدا، كىندىك ئۈستى تەرەپتىكى ۋېنالار ئۈستى تەرەپكە، كىندىك ئاستى تەرەپتىكى ۋېنالار تۆۋەن تەرەپكە قاراپ ئاقىدۇ.

2. تال چوگىيىش: تال چوگىيىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدىغان كېسەللىكلەر ناھايىتى كۆپ بولۇپ، جىگەر قېتىش كەلتۈرۈپ چىقارغان تال چوگىيىشتا، تال قان تولۇش خاراكتېرىدە چوگىيىدۇ. تال خىزمىتى ئاشىدۇ. جىگەر ھۈ چوگىيىدۇ. جىگەر خىزمىتى ياخشى بولمايدۇ.

3. جىگەر چوگىيىش: جىگەر چوگىيىش تۆۋەندىكى كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

(1) سوزۇلما جىگەر يالليۇغى: كېسەللىك جەريانى جىگەر قېتىشقا نىسبەتەن قىسقىراق بولىدۇ. ئالامەتلىرى يېنىك بولىدۇ. ئەمما دەسلەپكى دەۋرلىك جىگەر قېتىشىنى پەرقلەندۈرۈش قىيىن بولىدۇ. زۆرۈر تېپىلغانىدا،

قورساق بوشلۇقى ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش، جەگەر دىن قورساق بوشلۇقى ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش قاتارلىقلار ئارقىلىق ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرۈش قاتارلىقلار ئارقىلىق ئېنىقلىنىدۇ.

(2) بىرلەمچى جەگەر راكى: جەگەر ئىلگىرىلەش خاراكتېرىدە چوڭىيىدۇ. جەگەر قاتتىق بولۇپ، سىرتقى يۈزى تەكشى بولمايدۇ. كېسەلنىڭ ئومۇمىي ئەھۋالى تېز سۈرئەتتە ياماناشىدۇ. AFP مۇسبەي بولمىدۇ.

4. سىرىقلىقنى پەرقلەندۈرۈش: بۇنىڭدا ئاساسلىقى، ئۆت سۈيۇقلۇقى خاراكتېرلىك جەگەر قېتىشتىن پەرقلەندۈرۈش لازىم. بۇ كېسەللىكتە توسۇلما سىرىقلىق بىرلۇپ، جەگەر كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە چوڭىيىدۇ. كېسەللىك جەريانىنىڭ سوزۇلۇشىغا ئەگىشىپ، جەگەرنىڭ چوڭىيىشىمۇ روشەن بولمىدۇ. قاپقاق ۋېنا خاراكتېرلىك جەگەر قېتىشتىكى سىرىقلىق جەگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك بولۇپ، ئاخىرقى دەۋرلەك كېسەللىكلەردە جەگەر كىچىكلەيدۇ.

داۋالاش

1. ئارام ئالدۇرۇش: جەگەر خىزمىتى ئورنىنى تولدۇرۇش دەۋرىدىكى كېسەل كىشىلەرگە قارىتا، ئۇرمۇشنى مۇۋاپىق رەتكە سېلىپ، ھەربىر بىلەن ئارام ئېلىشنى بىرلەشتۈرۈش ئۈسۈلى قوللىنىلىدۇ. جەگەر خىزمىتى ناچار بولغان ئاخىرقى دەۋرلىك كېسەل كىشىلەرگە قارىتا، ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇش ئاساس قىلىنىدۇ.

2. جەگەرنى زەخىملىگۈچى ئامىللارنى يوقىتىش: بۇنداق كېسەل كىشىلەر ئۆمۈر بويى ھاراق ئىچىشكە بول-

www.uyghurkitap.com

مايدۇ. جەگەرگە قارىتا زىيانلىق تەسىرى بولغان دورا-
لارنى يېيىشتىنمۇ ساقلىنىش لازىم.

ئىچى سۇرۇش ئاسانلا ئوزۇقلىنىشنىڭ بۇزۇلۇشى-
نى ئېغىر لاشتۇرۇپ، جەگەر ئۇچۇن زەھەر يەتكۈزىدۇ.
شۇنىڭ ئۇچۇن ئىمكان قەدەر ئۇنىڭ ئالدىنى ئېلىش لا-
زىم. ئۇچەي يول يۇقۇملىنىشلىرىدا مىكروبلار ياكى ئۇ-
نىڭ توكسىنلىرى جەگەرگە تاجاۋۇز قىلىپ ئەھۋالىنى
ئېغىرلاشتۇرىدۇ. ئۇنى ۋاقتىدا تىزگىنلەش لازىم.

قان ئازلىق جەگەر ددىكى كېسەللىكنىڭ ناچارلىشىشىنى
تېزلىتىدۇ. شۇنىڭ ئۇچۇن قان كۆپەيتىكۈچى دورىلارنى
بېرىش لازىم. تاۋار خىزمىتى ئېشىپ كېتىشتىن بولغان
قان ئازلىقىغا قارىتا باشقا چارىلەر ئۇنۇم بەرمەيدۇ. بۇ-
داقلارغا قارىتا تالنى ئېلىپ تاشلاش ئوپېراتسىيىسى
ئىشلىنىدۇ.

3. ئوزۇقلاندۇرۇش: ئوزۇقلاندۇرۇش كېسەل كىشە-
لەرنىڭ ئېھتىياجىغا قاراپ بەلگىلىنىدۇ.

ئادەتتە، كۈندىلىك كالورىيە مىقدارى 2500 ~ 3000
كالورىيەگە قەدەر بولسا بولىدۇ. ئاقسىل مىقدارى كۈنلۈكى
ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۇچۇن 1 ~ 1.5 گرام
غىچە بولسا بولىدۇ. ئىسلا جى بار سۇت، تۇخۇم، گۆش
قاتارلىقلار بىلەن تەمىنلەش لازىم. ئاقسىل زەخمىلەنگەن
ھۈجەيرىلەرنىڭ ئەسلىگە كېلىشىنى ۋە قايتا ئۆسۈشنى
تېزلىتىدۇ. جەگەر ھوشسىزلىقى يۈز بەرگەندە، ئاقسىل
مىقدارى ۋاقتىنچە ئازايتىلىدۇ.

ئوگلى ۋۇتلارنىڭ مىقدارى كۈنلۈكى 300 ~ 400

گرام ئەتراپىدا بولسا بولىدۇ.
ماي مىقدارى ئادەتتىكى كۈنلۈكى 50 ~ 80 گرام-
غىچە بولسا بولىدۇ.
كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولۇپ، تاماق ئىستېمال
قىلالمايدىغان كېسەل كىشىلەرگە قارىتا ۋېنادىن ئېنېر-
گىيە بىرىكمىسى تامچىۋۇلىدۇ (10% گلۈكوزىدىن 500
مىللىلىتىرگە ATP دىن 20 مىللىگرام، COA دىن 50
بىرلىك، ئادەتتىكى ئىنزۇلىندىن 8 بىرلىك، VitBb دىن
50 مىللىگرام، 10% كالىمي خلوردىن 10 مىللىلىتر
قوشۇلىدۇ) ياكى ۋېنادىن قان، ئاق ئاقسىل، قان شە-
كىرىسى قاتارلىقلار بېرىلىپ ئاقسىل تولۇقلىنىدۇ.
قوشۇمچە دورىلار
(1) ۋىتامىن B گۇرۇپپىسىدىكى دورىلارنىڭ جە-
گەر خىزمىتىنى قوغداش رولى بولىدۇ. پرىنسىپ جە-
ھەتتە، بىرنەچچە خىل ۋىتامىن B بىرلەشتۈرۈپ ئىشلە-
تىلىدۇ. كۆپىنچە ئېغىزدىن بېرىلىدۇ.
yeaste تەركىبىدە ئاساسلىقى B گۇرۇپپىلىق ۋىتامىن
بىلەن 50% ئاقسىل بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن B گۇرۇپپىلىق
ۋىتامىنلارنىڭ ئورنىغا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. كۈندىلىك مىقدارى
10 ~ 30 گرامغىچە بولىدۇ.
(2) ۋىتامىن E: ۋىتامىن E نىڭ ئاقسىل كەملىكى
كەلتۈرۈپ چىقارغان جىگەر زىكرۇزلىنىشىنىڭ ئالدىنى ئې-
لىش رولى بار. بۇ دورىدىن 100 ~ 300 مىللىگرامنى
بۆلۈپ ئىچۈرۈلىدۇ ياكى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.
(3) جىگەر مايلىشىشقا قارشى ئامىللار: ئاساسلىقى
خۇلىدىن ۋە metionin بولۇپ، جىگەرنىڭ مايلىشىشىنى تو-

سمدۇ. مېتىيونىن ئاساسلىق ئاممونىي كىسلاتالمرىنىڭ بىرى بولۇپ، ئۇزۇقلىنىش يېتىشمەسلىككە قارىتا ئۇنۇم بېرىدۇ. مېتىيونىن مىقدارى كۈنلۈكى 3—6 گرامغىچە بولۇپ، 3 قېتىمغا بۆلۈپ ئىچىلىدۇ. يېمەكلىكلەردىن تۇخۇم، سۈت، بۇغداي ئۇنى قاتارلىقلاردا مول مىقداردا مېتىيونىن بولىدۇ. جىگەر، گۆرۈچ، پۇرچاق، ئاق ئۇن، yeaste، سۈت قاتارلىقلاردا مول خۇلىن بولىدۇ.

ئالامىتىگە قارىتا چارە قىلىش

قانىش مايىللىقى بولسا، ۋېتامىن K دىن ھەركۈنى بىر قېتىم، ھەر قېتىم 5—10 مىللىگرامدىن مۇسكۈلىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

ئەگەر قال خىزمىتى ئېشىپ كېتىپ، قان پىلاستىنكىلىرىنىڭ ئازىيىشىنى كەلتۈرۈپ چىقارغان بولسا، تالىنى ئېلىپ تاشلاش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەشنى ئويلاپ كۆرۈشكە بولىدۇ. بەزىدە قىل تومۇرلار چۈرۈكلۈكى ئېشىپ كېتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ۋىتامىن C دىن كۈنىگە 300 مىللىگرام بېرىلىدۇ.

ناماز شام قارغۇسى بولسا، ۋىتامىن A دىن كۈنلۈكى 5 مىڭ بىرلىك بېرىلىدۇ.

سۇ تۇرۇپ قېلىشقا چارە قىلىش

بۇنداق كېسەللەرگە قارىتا ناترىي تۇزى چەكلىنىدۇ. كۈندىلىك ناترىي مىقدارى 0.5 گرامدىن ئاشماسلىقى لازىم.

ئېغىر دەرىجىدە قورساق سۇيى بولۇپ، قاندىكى ناترىي تۆۋەنلىگەن كېسەللەرنىڭ كۆپچىلىكىدە سۇيۇقلۇق

ننش خاراكتېرلماك قاندىكى ناترىي تۆۋەنلەش كۆرۈنىشى بۇنداقلارغا قارىتا بىرلا ۋاقىتتا سۇ مىقدارىنىمۇ چەكلەش لازىم.

سۇيدۇك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش ناترىي چەكلىنىپ ئىككى ھەپتىدىن كېيىن، سۇنىڭ تۇرۇپ قېلىشىدا يەنىلا ياخشىلىنىش بولمىسا، سۇيدۇك ھەيدىگۈچى دورىلار ئىشلىتىلىدۇ. ئالدى بىلەن *Hydro Chlorothiazidi* 25 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. بۇ دورا بۆرەك كانالىچە يىراق ئۇچىغا تەسىر قىلىپ، ناترىي ۋە كالىينىڭ قايتا شۇمۇرۇلۇشىنى تورمۇزلايدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، داۋالاش جەريانىدا مۇۋاپىق مىقداردا كالىي تولدۇرۇپ بېرىشكە دىققەت قىلىش لازىم. *Salyrgan*: بۆرەك كانالچە يېقىن تەرەپتىكى ناترىي، خلور ھەم كالىينىڭ قايتا سۇمۇرۇلۇشىنى تورمۇزلايدۇ. بۇ دورانى 1—2 مىللىلىتىر ددن مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ.

دورا ئىشلىتىشتىن ئۈچ كۈن بۇرۇن، ۋېنا ئىچىدىن C دىن كۈنىگە 300 مىللىگرامدىن بېرىلىسە، سۇيدۇك ھەيدەش تەسىرى كۈچىيىدۇ. مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلغاندا ئۈنۈمى ياخشى بولمىسا، ۋېنا ياكى قورساق بوشلۇقىغا كىرگۈزۈلسە ئۈنۈمى كۆرۈنەرلىك بولىدۇ. بۇ دورىنىڭ بۆرەك ۋە ئاشقازان - ئۈچەي يوللىرىغا قارىتا زەھەرلىك تەسىرى بار. شۇنىڭ ئۈچۈن بۆرەك خىزمىتى ناچارلارغا ۋە ئۈچەپىدە كېسەللىك ئۆزگىرىش بولغۇچىلارغا

قارىتا ئىشلىتىش مەنئىي قىلىنىدۇ.

Triamterenum: بۆرەك كانالچە يىراق تەرىپىدە ناترىينىك قايتا سۈمۈرۈلۈشىنى تورمۇزلايدۇ. كالىينىك چىقىرىلىشىنى كۆپەيتمەيدۇ. ھەر قېتىم 50 ~ 100 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 قېتىم بېرىلىدۇ.

Antisterone: ئالدوستېرۇنغا قارشى دورا بولۇپ، 100 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 قېتىم بېرىلىدۇ. سېزىپ ئۆتۈش خاراكتېرلىك سۈيدۈك ھەيدىگۈچىلەردىن بولغان 20 پېرسەنتلىك مانىنى تولدۇرۇن 250 مىللىلىتىرى ۋېنىغا تامغۇزۇلىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالىغا قاراپ 1 ~ 3 كۈندە بىر قېتىم تامغۇزۇلىدۇ.

Furosemidum: بۆرەك كانالچىلىرىنىڭ ناترىي، خلور، كالىي قاتارلىقلارنى قايتا سۈمۈرۈشىنى كۈچلۈك تورمۇزلايدۇ. 20 مىللىگرامدىن كۈنىگە 3 قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ ياكى 20 مىللىگرامى ۋېنادىن، مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئۇنۇم بەرمىسە 4—8 سائەتتىن كېيىن، مىقدارى بىر ھەسسە ئاشۇرۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

لازىم تېپىلغاندا، يۇقىرىدىكى سۈيدۈك ھەيدىگۈچىلەردىن بىر نەچچە خىلى بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىلىدۇ. سۈيدۈك ھەيدىگۈچىلەر تەكشەندە، ئېلېكترولىتلار تەڭپۇڭلۇقىنىڭ بۇزۇلۇشىغا دىققەت قىلىپ ۋاقتىدا ئۆزىتىش لازىم.

قورساقتىن سۇ ئېلىش: قورساقتىن سۇ قويۇپ بېرىش ئۇسۇلىنى ئانچە ياخشى داۋالاش ئۇسۇلى دەپ

قاراشقا بولمايدۇ. چۈنكى، سۇ ئالغاندىن كېيىن ناھا-
يىتى تېزلا يەنە سۇ كۆپمەيدۇ. قورساق بوشلۇقىدا يۇ-
قۇملىنىش ئېھتىمالى بولمىدۇ. قورساقتىن كۆپ مىقداردا
سۇ ئالغاندا، ئاقسىل كۆپلەپ يوقىلىپ، قان شىرە ئاق-
سىلى تېخىمۇ تۆۋەنلەيدۇ. ناترىي كالىيمۇ يوقىلىپ،
ناترىي كالىينىڭ تۆۋەنلىشى كېلىپ چىقىدۇ. كالىينىڭ
تۆۋەنلىكى جىگەر هوشسىزلىقىغا تۈرتكە بولىدۇ. ئەمما
كۆپ مىقداردىكى قورساق سۈيى ئېغىر دەرىجىدە قورساق
كۆپۈش، نەپەس قىينىلاشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىپ، كېپ-
سەل كىشىلەردىكى ئازاپلىنىشنى ئېغىرلاشتۇرغاندا، يەنىلا
قورساقتىن سۇ ئېلىش ئۇسۇلى قوللىنىلىدۇ. ئەمما ئاز
مىقداردىن كۆپ قېتىم ئېلىش لازىم. بىر قېتىم ئېلىنى-
دىغان سۇ مىقدارى ئالتىردىن ئاشماسلىقى، هەپتىدە
بىر قېتىم ئېلىنىشى، سۇ ئېلىش سۈرئىتى ئاستىراق
بولۇشى لازىم.

ئاز سانداقى كېسەل كىشىلەردە قورساق سۈيى
ئېغىر هەم جاهىل بولۇپ، ئىچكى بۆلۈمىدە داۋالاش
ئۇنۇم بەرمىگەندە، ئومۇمىي ئەهۋالى بىر قەدەر ياخشى
بولۇپ، سېرىقلىق ۋە جىگەر هوشسىزلىقى بولمىسا، قان
ئۇيۇشى نورمال بولسا، قاپقاق ۋېنادىن تۆۋەنكى
كاۋاك ۋېنانى تۇتاشتۇرۇش ئوپېراتسىيىسى ئىشلەنسە،
قورساق سۈيى ياخشىلىنىدۇ.

ئۇستۈنكى هەزىم قىلىش يوللىرى قانىغان چاغدا،
تاماق توختىتىلىپ، پەرۋىش كۈچەيتىلىپ، كېسەل كىشى
تىنچ ياتقۇزۇلۇپ ئاكتىپلىق بىلەن قان سىغىمچانلىقى

تولدۇرۇلمدۇ ھەمدە ھەر خىل قان توختىتىش تەدبىر-
لىرى قوللىنىلمدۇ. بۇنىڭ ئۈچۈن، *Pituitrinum* دىن
10—20 بىرلىكنى 50% گلۇكوزىدىن 20 مىللىلىترگە
قوشۇپ ۋېنادىن ئاستا كىرگۈزۈلىدۇ. بۇ دورا ئىچ-
كى ئەزا ۋە قاپىقاق ۋېنادىكى قان مىقدارىنى
ئازايتىپ، قان توختىتىش رولىنى ئويناىدۇ.
بۇ دورىنىڭ تەسىرى قىسقا بولىدۇ. 2 ~ 4 سائەتتىن
كېيىن قايتا ئىشلىتىشكە بولىدۇ. بۇ دورا يۇرەك سېلىش،
باش قېيىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، چىراي تاتىرىش قاتار-
لىق ئالامەتلەرنى پەيدا قىلىدۇ. ئەمما بۇ ئالامەتلەر
تېزلا يوقىلىدۇ. تاجى ئارتېرىيە قېتىش، يۇرەك زەئىپلە-
شىش، يۇقىرى قان بېسىم، ئۆپكە مەنبەلىك يۇرەك كې-
سەللىكى بارلارغا بۇ دورىنى ئىشلىتىش مەنئىي
قىلىنىدۇ.

ئۇنىڭدىن باشقا، *EACA* دىن كۈنىگە 6 ~ 18
گرامى سۈيۇقلۇققا قوشۇپ ۋېنادىن تامغۇزۇلىدۇ. يۇ-
قىرىقى ئۇسۇللاردا قان توختىمىغاندا، 3 نولۇق نەي-
چە سېلىپ بېسىپ قان توختىتىش ئۇسۇلى قوللىنىلىدۇ.

ھەرىكەتلىك سوزۇلما جىگەر يالۇغى

Actiue chronie Hepatitis

ھەرىكەتلىك سوزۇلما جىگەر يالۇغى داۋاملىق
ئىلگىرىلەش خاراكتېرلىك ھەمدە بۇزغۇنچىلىق خۇسۇ-

سەيتتەگە ئىگە يالۇغلۇق كېسەللىك ئۆزگىرىشى بولۇپ. ئۇنىڭدا ئۆتكۈر ھەم سوزۇلما جىگەر يالۇغىنىڭ خۇسۇسىيەتلىرى بولمىدۇ. ئەكسىچە ئاخىرىدا تەرەققىي قىلىپ جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

ھازىرچە تېخى تازا ئېنىق ئەمەس. لېكىن، تۆۋەندىكى سەۋەبلەر كەلتۈرۈپ چىقىرىشى مۇمكىن دەپ قارىلىدۇ:

1. ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېتلىقىنىڭ توسقۇنلۇقىغا ئۇچرىشى: بۇنى بىۋاسىتە ئىسپاتلىغۇچى پاكىتلار بولمىسىمۇ، لېكىن بەزى ئەھۋاللار ۋاسىتىلىق ھالدا ئىسپاتلايدۇ. چۈنكى، ھەربىر كەلتۈرۈپ چىقىرىشى سوزۇلما جىگەر يالۇغى دائىم ياشقا ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېتلىق كېسەللىكلەربىلەن بىرگە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ (مەسىلەن، بۆرەك شارچە يۆرەك يالۇغى، يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يالۇغى، يۇرەك مۇسكۇل يالۇغى قاتارلىقلار). نورمال بولمىغان قان سۈرۈتكا رېئاكسىيىلىرى مەۋجۇت بولمىدۇ. كېسەل كىشى بىلەن بىر ئائىلىدىكى باشقا كىشىلەردىن غەيرىي ئىممۇنىتېتلىق گىلوبولىن تېپىلمىدۇ. جىگەرگە شىرە ھۈجەيرىلەر يامراپ كىرىدۇ. كېسەلنىكىدا بۇ كېسەللىككە قارىتا بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق مادىدا گورمۇنلىرى ۋە ئىممۇنىتېت تورمۇزلىغۇچى دورىلارنى ئىشلەتكەندە، ئۇنۇمى بىر قەدەر ياخشى بولىدۇ. جىگەرنىڭ ئۆزگىرىشى: ئىممۇنىت كەلتۈرۈپ چىقارغان ھايە-

ۋانلاردىكى سوزۇلما جىگەر ياللۇغى ئۆزگىرىشىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن، بۇ كېسەللىك ئۆز بەدەن ئىممۇنىتېتلىقىنىڭ توسقۇنلۇقىغا ئۇچرىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ.

2. ۋىرۇس بىلەن يۇقۇملىنىش: ھازىرغىچە تېخى ۋىرۇس ئاجرىتىپ چىقىلمىغان بولسىمۇ، لېكىن بىر قىسىم كېسەل كىشىلەردە كۆرۈلگەن دەسلەپكى دەۋرلىك ئۆزگىرىشلەر يۇقۇملۇق جىگەر ياللۇغىنىڭكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. بىر قىسىم كېسەل كىشىلەرنىڭ ئۆتكۈر يۇقۇملۇق جىگەر ياللۇغى بىلەن ئۇچرىشىش تارىخى بولىدۇ. ئۆتكۈر يۇقۇملۇق جىگەر ياللۇغى كۆپ سىستېما كېسەللىكى بولۇپ، بۆرەك، يىلىك، ئۇچەي ۋە ئاشقازان قاتارلىق ئەزالارغا تاجاۋۇز قىلىدۇ. ئۆتكۈر ۋىرۇسلۇق جىگەر ياللۇغىمۇ ئاخىرىدا نېكروزلىنىش خاراكتېرلىك جىگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

3. دورا: بەزى دورىلار بۇ كېسەللىككە سەۋەب بولۇشى مۇمكىن. 6 نەپەر سوزۇلما قەۋزىيەت بىلەن ئاغرىغۇچى كىشىنىڭ ئۇزۇنغىچە ھەر كۈنى *Bisatin* ئىچىپ، 1 ~ 2 يىلدىن كېيىن ھەربىر تۈرلۈك سوزۇلما جىگەر ياللۇغىغا گىرىپتار بولغانلىقى توغرىسىدا دوكلات بار. بۇلار دورا توختىتىلغاندىن كېيىن ئەسلىگە كەلگەن.

پاتئولوگىيىسى

ھەربىر تۈرلىدە ئاساسلىقى، كىچىك بۆلەكچە ئەتراپىدىكى جىگەر ھۈجەيرىلىرىدە سۇپەت ئۆزگىرىشى،

نمکروُزلمنمش، پاللوُغ هوُجه یرسله‌ر یامراش قاتارلیق ئه‌هوُاللار بولمدوُ. هوُجه‌یره یادرولمرنمك چوك ـ كیچكلمكی ۋه ره‌ڭگی ئوخشاش بولمایدوُ.

یادرو ئه‌تراپمدیكی پروتوپلازما ناهایمتی سۇس ره‌ڭ ئالمدوُ. جمگه‌ر كمچمك بۆله‌كچه ئه‌تراپمدا قایمتا ئۆسكه‌ن قوش یادرولوُق جمگه‌ر هوُجه‌یرلمری بولمدوُ. كیسه‌للمك ئوچاقلری ئاده‌تته توچكسمان بولمدوُ.

ته‌خمنه‌ن $\frac{1}{3}$ قمسمم كیسه‌ل كمشله‌رده پوُتوُن بۆله‌كچه خاراكتیرلمك نمكروُزلمنمش بولمدوُ. به‌زمده، نوُرخوُن بۆله‌كچله‌رده نمكروُزلمنمش بولمدوُ.

هه‌ریكه‌تسز ده‌ۋریده ئاساسلمقی، تالالمشمش یاكی جمگه‌ر قیتمش بولمدوُ.

ده‌سله‌پكی ده‌ۋریده $\frac{1}{3}$ قمسمم كیسه‌ل كمشله‌رده جمگه‌ر قیتمش بولمدوُ. ئمككی یمللدن كییمن موُتله‌ق كۆپ ساندیكله‌رده جمگه‌ر قیتمش بولمدوُ.

كمللمنمك ئمپادنسی

بوُ كیسه‌للمك ئایاللاردا كۆپ ئوُچرایدوُ. ئایانلار ته‌خمنه‌ن 70 ~ 80 پمرسه‌نتنی ئمگله‌یمدوُ. یاش جه‌هه‌تته هه‌رقانداق یاشتكله‌رده په‌یدا بولمدوُ. ئه‌مما 10 ~ 30 یاشقمچه بولغانلاردا ئه‌ڭ كۆپ ئوُچرایمدوُ.

1. جمگه‌ر جه‌هه‌تتمكی ئمپادنسی: كیسه‌ل كمشله‌رده ئمشتمهاسمزلمنمش، هالسمزلمنمش، سمرنقله‌ق، جمگه‌ر

چوڭەيمەش، تال چوڭەيمەش، جەڭەرنى باسقاندا ئاغرىش،
تېرىدە ئۆەۋچوك مەڭلىرى كۆرۈلۈش، جەڭەرلىك ئالا-
قان پەيدا بولۇش، قىزىلئۆڭگەچ ۋېنالىرى ئۇدگىرى -
بۇگرى كۆپۈش، ئۇستۇنكى مەزىم قىسلىش يوللىرى
قاناش، جەڭەر هوشسىزلىقى قاتارلىق ئالامەتلەر
كۆرۈلىدۇ.

2. جەڭەر سىرتىدىكى ئېپادىلەر: جەڭەر سىرتىدى-
كى ئېپادىلەر كۆپ خىل بولۇپ، داۋاملىق ئۇرده قىزى-
تىش، قورساق ئاغرىش، سوزۇلما ئىچى سۈرۈش،
ياريسىمان چەمبەر ئۇچەي يالليۇغى، بوغۇم ئاغرىش،
بۇرۇن قاناش، هېيىز كەلمەسلىك، هەر خىل تېرە سەپ-
كىنلىرى پەيدا بولۇش، پۇتۇن بەدەن لىمفا تۇگۈنلىرى
چوڭەيمەش، ئېغىر دەرىجىلىك قان ئېرىش خاراكتېرلىك
قان ئازلىق، كۆكرەك پەردە يالليۇغى، يۈرەك قېپى يال-
ليۇغى، سوزۇلما بۆرەك شارچە بۆرەك يالليۇغى، يۈرەك
مۇسكۇل يالليۇغى، بۆرەك كېسەللىك سىندىرۇمى
قاتارلىقلار بولىدۇ.

بۇ كېسەللىك $\frac{1}{3}$ قىسىم كېسەل كىشىلەردە جىد-
دىي پەيدا بولۇپ، كىلىنىك ئېپادىسى ۋە لابىراتۇرىيە-
لىك تەكشۈرۈش نەتىجىلىرى ئۆتكۈر يۇقۇملۇق جەڭەر
يالليۇغىنىكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئەمما كېسەللىك جەر-
يانى ئۇزۇن بولىدۇ. $\frac{1}{3}$ قىسىم كېسەل كىشىلەردە يوشۇ-
رون هالدا پەيدا بولۇپ، تەدرىجىي سېرىقلىق كۆرۈلە-

دۇ. ئېغىر دەرىجىدە ئىشتىهاسىزلىنىش بولىدۇ. ھېچقانداق ئالامەت بولمىغان جىگەر چوڭىيىش، قورساق ئاغرىش، بۆرۈن قاناش، داۋاملىق قىزتما، بوغۇم ئاغرىش قاتارلىقلاردىن ئىككى خىلدىن ئارتۇقراقى كۆرۈلىدۇ. بەزىدە كېسەل كىشىلەر قىزتما، بوغۇم ئاغرىش، ئېغىر دانسخورەك، چەمبەر ئۈچەي ياللۇغى ياكى بۆرەك كېسەللىكى قاتارلىقلار تۇيۇقسىز دوختۇرخانىغا تەكشۈرتكىلى كېلىدۇ.

دىئاگنوزى:

1. كىلىنىك ئېپىدىمىرى: بۇ كېسەللىكنىڭ تەسىر دائىرىسى كەڭ بولغانلىقتىن، يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر كۆرۈلگەندە، بولۇپمۇ جىگەر سىرتىدىكى ئالامەتلەر كۆرۈلگەندە، ئۇزاق قارىماستىن، بۇ كېسەللىكنىڭ ئېھتىمالىنى ئويلاپ، تەپسىلىي تەكشۈرۈش لازىم.

2. لابىراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈش: قان زەردىۋىدىكى بىلورۇبىن كۆپمىنچە 10 ملگرام پىرسەنتتىن تۆۋەن بولمىدۇ. قان شىرە گاماگىلوبولىن ئۆزگەرمەيدۇ (بەزىدە نورمال ھەتتا تۆۋەن بولۇشى مۇمكىن). GPT، GOT لار ئوخشاشمىغان دەرىجىدە ئۆزگىرىدۇ.

ئاق قان، قىزىل قان، قان پىلاستىنكىلىرى جىگەر قېتىشىنىڭ دەسلەپكى دەۋرىدىلا تۆۋەنلەيدۇ.

زۆرۈر تېپىلغاندا، جىگەر ئىچى ھايات توقۇلما ئېلىپ تەكشۈرگەندە، دىئاگنوز ئۇچۇن ياردەمى چوڭ بولىدۇ.

داۋالاش پەرىنسىپ جەھەتتە ئۆتكۈر جىگەر يالليۇغى بىلەن جىگەر قېتىشنى داۋالاش بىلەن ئوخشاش بولىدۇ. ئەمما بۇ كېسەللىككە قارىتا دورا ئىشلىتىشتە، بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرى ۋە ئىممۇنىتېت تورمۇز-لىغۇچى دورىلارنى ئىشلىتىپ ئۆز بەدەنلىك ئىممۇنىتېتلىق-نى تورمۇزلاش ئاساس قىلىنىدۇ. بۇ دورىلارنىڭ ئىش-لەتكەندە ئومۇمىي ئەھۋال ياخشىلىنىدۇ.

1. بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرى-نىڭ ئىشلىتىش: جىگەر يالليۇغىنىڭ ھەر بىر كېسەللىقى كۆرۈنەرلىك بولغان مەزگىللەردە ئىشلىتىلىدۇ. ئادەتتە 20 *Prednison* مىللىگرامدىن كۈنىگە 4 قېتىم ئىچۈرۈ-لىدۇ. 1 ~ 2 ھەپتىدىن كېيىن ھەر ھەپتىدە 5 ~ 10 مىللىگرامدىن ئازايتىپ، ئاخىرىدا ئۇنۇمىنىڭ ساقلاپ قېلىش مىقدارىغا چۈشۈرۈلىدۇ (كۈنلۈكى 15 ~ 20 مىللىگرام). ئەگەر بۇ جەريانىدا كېسىلنىڭ ئېغىرلىشىپ يەنە ياماناشقاندەك كۆرۈلسە، قىسقا ۋاقىت يۇقىرى مىق-دارda ئىشلەتكەندە كۆپىنچە ياخشىلىنىدۇ. بۇ دورا بۆرەكتىكى تارتۇقلىشىشنى ئازايتىمايدۇ. كېسەل كىشىلەر-نىڭ ھاياتىنى ئۇزارتىشقىمۇ ياردىمى بولمايدۇ. بەزى چاغلاردا بۇنداق كېسەل كىشىلەردە قوشۇمچە بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا خىزمىتى ئېشىپ كېتىش ئەھ-ۋاللىرى بولىدۇ. بۇنداق چاغلاردا بۆرەك ئۈستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرىنى ئىشلىتىش مەنئىي قىلىنىدۇ.

2. ئىممۇنىتېت تورمۇزلىغۇچى دورىلار: ئىشلىتىلمدۇ. بۇ دورا $(b-MP)b-Mcr\ Captopurinum$ كۆپ جەھەتلەردە بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرىغا قارىغاندا ئۇستۈن تۇرىدۇ. ئەگەر كۈنلۈكى ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن 2.5 مىلىگرامدىن كۆپرەك بېرىلسە، زەھەرلىك تەسىرى چوڭراق بولىدۇ. ئەگەر كۈندىلىك مىقدارى ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن 1.5 مىللىگرامدىن تۆۋەن بولسا، داۋالاش كۇرسى بىر نەچچە يىل داۋاملاشسىمۇ قوشۇمچە تەسىرى بولمايدۇ. بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرىنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولغان ئەھۋالدا، بۇ دورىنىڭ تەسىرى ياخشى بولىدۇ. بەزى چاغلاردا يىلىك تورمۇزلىنىش، دورىغا كۆنۈپ قېلىش، سېرىقلىق ئېغىرلىشىش قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا مىقدارى ئازايتىلىدۇ ياكى دورا توختىتىلىدۇ.

3. بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرى بىلەن ئىممۇنىتېت تورمۇزلىغۇچى دورىلارنى قوشۇپ ئىشلىتىش: كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە سېرىقلىق بولغاندا، دەسلەپ $Prednison$ ۋە $b-MP$ نى ئىشلىتىپ، كېيىن $Prednison$ نى ئازايتىپ، $b-MP$ مىقدارىنى ئاشۇرۇپ، ئاخىرىدا گورمۇننى توختىتىپ، $b-MP$ نى قالدۇرۇپ قويغاندا ئۈنۈمى ياخشى بولىدۇ.

4. $d-Penicillamine$ دىن كۈنىگە 1.8 گرام ئىچۈرۈپ، ئۇنىڭغا ۋىتامىن B_6 دىن 300 مىللىگرام قوشۇپ بېرىلسە بولىدۇ.

ئاقمۇدتى: دەسلەپكى دەۋردە ھەرىكەتچانلىقى كۈچ-
لۈك بولۇپ، ئۆلۈش نىسبىتى يۇقىرى بولمدۇ. مۇشۇ دەۋ-
رى ئۆتۈپ كەتسە، ئاقمۇدتى نىسبەتەن ياخشى بولمدۇ.
كېسەللىك جەريانى 2 ~ 10 يىلغىچە بولمدۇ. بە-
زىلىرى 18 يىلدىن ئاشمدۇ. ئاساسلىق ئۆلۈش سەۋەبى-
جىگەر ھوشسىزلىقى بولمدۇ.

بىرلەمچى جىگەر راكى

rimary carcinoma ofthe tiverp

بىرلەمچى جىگەر راكى مەلىكمتىمىزدە كۆپ ئۇچ-
رايدىغان يامان سۈپەتلىك ئۆسمىلەرنىڭ بىرى بولۇپ،
ھەر قانداق ياشتىكىلەردە پەيدا بولمدۇ. ئىلمىي ماتېر-
يالالاردا ئېلان قىلىنىشچە، مەلىكمتىمىزدە ھازىرغىچە جە-
گەر راكىغا گىرىپتار بولغان بوۋاق ۋە بالىلار 100 نە-
پەردىن ئاشمدىكەن. ئۇلارنىڭ يېرىمىدىن كۆپرەكى ئىك-
كى يىل ئىچىدە ئۆلگەن. بۇ كېسەللىك ئەرلەردە كۆپ-
ئۇچرايدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

كېسەللىك سەۋەبى ئېنىق ئەمەس. لېكىن، تۆۋەن-
دىكى ئامىللارنىڭ مەلۇم مۇناسىۋىتى بار دەپ قارىلىدۇ.
1. جىگەر قېتىش: قاپقاق ۋېنا خاراكتېرلىك جە-
گەر قېتىشنىڭ بىرلەمچى جىگەر راكى بىلەن زىچ مۇنا-

سەۋدىتى بار دەپ قارىلىدۇ. تەخمىنەن $\frac{2}{3}$ قىسىم جىگەر، راكى يىلەن ئاغرىغۇچىلاردا قوشۇمچە جىگەر قېتىش بولىدۇ.

2. پارازىت قۇرت كېسەللىكلىرى: قان شورىغۇچى قۇرت كېسەللىكى تارقالغان رايونلاردا، جىگەر قېتىش ۋە يەرلەمچى جىگەر راكىنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى يەر قەدەر يۇقىرى بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ ئىككىسى ئۆز-ئارا مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن.

3. جىگەر يالۇغى: بەزى كىشىلەر يۇقۇملۇق جىگەر يالۇغى يەرلەمچى جىگەر راكىنى پەيدا قىلىشتا مۇھىم ئامىل دەپ قارايدۇ. يېقىنقى يىللاردىن بېرى يەرلەمچى جىگەر راكى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ قان سەۋرۇتكەسسىدىن جىگەر يالۇغى بىلەن مۇناسىۋەتلىك ئانتىگېن تېپىلغان.

4. ئوزۇقلىنىشنىڭ بۇزۇلۇشى ۋە زەھەرلىك ماددىلار: ئوزۇقلىنىشنىڭ ناچارلىشىشى يەرلەمچى جىگەر راكىنىڭ پەيدا بولۇشىدا مۇھىم ئامىل ھېسابلىنىدۇ. كۆكرەپ كەتكەن ئاشلىقنى كۆپ ئىستېمال قىلىدىغان رايونلاردا يەرلەمچى جىگەر راكىنىڭ پەيدا بولۇش نىسبىتى يۇقىرى بولىدۇ. كۆكۇرۇپ كەتكەن ئاشلىق تەركىبىدىكى *Ajltoxin* نىڭ راك پەيدا قىلىش تەسىرى بارلىقى ھازىر بىر قەدەر ئېنىق بولدى.

پاتئولوگىيەسى يەرلەمچى جىگەر راكى سىرتقى شەكلى جەھەتتە

ئۇيغۇر كتاب توربىكتى
www.uyghurkitap.com

تۆۋەندىكى تۆت تىپقا بۆلۈنىدۇ.

1. تۆگۈنچە تىپى: بۇ تىپ كۆپ ئۇچرايدۇ. چەگەردە چوڭ - كىچىكلىكى ئوخشاش بولمىغان قاتتىق راك تۇگۈنلىرى بولىدۇ.

2. چوڭ مۇنەك تىپى: جەگەر تېز سۇرئەتتە چوكۈپ ناھايىتى زور دەرىجىگە يېتىدۇ. راك تېنى ناھايىتى چوڭ بولۇپ، جەگەر ئوك بۆلۈكىدە كۆپ بولىدۇ. ئۇنىڭ ئەتراپىدا كىچىك تۇگۈنچىلەر بولىدۇ.

3. كەڭ دائىرىدە يامراش تىپى: بۇ تىپ ئاز ئۇچرايدۇ. جەگەر كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە چوكۈيىشى مۇمكىن ياكى چوكايماسلىقى مۇمكىن. جەگەردە كەڭ دائىرىدە يامراش خاراكتېرلىك تۇگۈنچىلەر بولۇپ، بىرنەچتۇرگۈچە توقۇلمىلار ئومۇمىيۈزلۈك ئۆسىدۇ. شەكلى جەگەر قىسمىغا ئوخشاپ كېتىدۇ.

4. ئارىلاش تىپى: بۇ تىپتا يۇقىرىدىكى ئۈچ تىپ بىرگە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. مىكروسكوپتا جەگەر ھۈجەيرە راكى، ئۆت كانالچە ھۈجەيرە تىپلىك جەگەر راكى، يۇقىرىدىكى ھەر ئىككىسى مەۋجۇت بولغان ئارىلاشما تىپلىك جەگەر راكى قاتارلىقلارغا بۆلۈنىدۇ.

كېلىنىك ئەھمىيىتى

بىرلەمچى جەگەر راكىنىڭ كېلىنىك ئىپادىسى دەسلەپكى دەۋرىدە ئېنىق بولمايدۇ. ھەتتا ھېچقانداق ئالامەت بولمايدۇ. كېلىنىك ئالامەتلەر پەيدا بولغاندا، ئالدىنقاچان ئاخىرقى دەۋرگە بېرىپ قالغان بولىدۇ. جەگەر

راكىندك ئۆسۈش سۈرئىتى، تېرە بولغانلىقتىن، قاپقاق ۋېنا بېسىمى يۇقىرىلاش، بەدەن ئېغىرلىقى تۆۋەنلەش، قىزىتىش قاتارلىق ئالامەتلەر پەيدا بولمدۇ. كۆپچىلىك كېسەللەر جىگەر رايونى ئاغرىش، قورساق كۆپۈش، ئۇسۇتۇنكى قورساق قىسمىدا مۇنەك پەيدا بولۇش، ئىشتىھاسى بۇزۇلۇش قاتارلىق ئالامەتلەر تۇپەيلىدىن تەكشۈرتكىلى كېلىدۇ.

جىگەر رايونى ئاغرىش — كۆپ ئۇچرايدىغان دەسلەپكى دەۋرلىك ئالامەت بولۇپ، ئاغرىش خۇسۇسىيىتى داۋاملىق ئاغرىش ياكى ئارىلاپ ئاغرىش تۇسىنى ئالمدۇ. ئاغرىش خۇسۇسىيىتى قادىلىپ ئاغرىش، قاتتىق ئاغرىش ياكى ئېغىرلىشىپ يېقىمسىزلىق ھېس قىلىش قاتارلىقلاردىن ئىبارەت بولىدۇ. ئاغرىش ئورنى ئوك تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا بولۇپ، ئوك تاغاق يانكى دۇمبە تەرەپكە قاراپ تارقايدۇ. راك ئۆسمىسى بېرىلىپ قاناش پەيدا بولغاندا، قورساق پەردە غىدىقلىنىش ئالامەتلىرى، قاتتىق قورساق ئاغرىش ۋە شوك پەيدا بولمدۇ.

ئۇنىكىدىن باشقا، قورساق كۆپۈش، ئىشتىھا بۇزۇلۇش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش قاتارلىق ھەزىم قىلىش خىزمىتى توسقۇنلۇققا ئۇچراش ئەھۋاللىرى كۆرۈلمدۇ.

ئومۇمىي بەدەن زەئىپلىشىش، كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە ئورۇقلاش، ئوزۇقلىنىش بۇزۇلۇش خاراكتېرلىك سۇلۇق ئىشىقى، تەرەققىي قىلىش خاراكتېرلىك قان ئازلىق قاتارلىقلار كۆپ ئۇچرايدىغان ئالامەتلەر ھېسابلىنىدۇ.

ئاخىرقى دەۋرلەك كېسەللىكلەردە كۆپىنچە جەگەر ھوشسىزلىقى پەيدا بولىدۇ. بۇرۇن قاناش، تېرە ئاستى قاناش، ئۆت يوللىرى قاناش، قورساق بوشلۇقى قاناش قاتارلىقلار بولىدۇ. بەزىدە قىزىلئۆڭگەچ ۋە ئاشقازان تۇۋىدىكى ئەگرى - بۈگرى كۆپكەن ۋېنىلار يېرىلىپ قانايدۇ.

ئاز بولمىغان كېسەل كىشىلەردە جەگەر چوڭىيىدۇ. جەگەر قاتتىق بولۇپ، سىرتقى يۈزى تەكشى بولمايدۇ. چوڭىيىش سۈرئىتى تېز بولىدۇ. باسقاندا بەزىلەردە ئاغرىش بولىدۇ، بەزىلەردە بولمايدۇ.

قورساق سۇيى: ئاخىرقى دەۋردە كۆپىنچە قورساق سۇيى بولىدۇ. قورساق سۇيى بەزىدە قانلىق، بەزىدە قانسىز بولىدۇ. كۆپەيىش سۈرئىتى تېز بولىدۇ.

سېرىقلىق: تەخمىنەن $\frac{1}{3}$ قىسىم كېسەل كىشىلەردە سېرىقلىق بولىدۇ. دەسلەپ توسۇلۇش خاراكتېرلىك سېرىقلىق بولۇپ، كېيىن جەگەر ھۈجەيرىسى خاراكتېرلىك سېرىقلىق ئارىلىشىپ كېلىدۇ.

لابىراتۇر دېيىلىك تەكشۈرۈش

ئالفا - فېتوگلوبۇلىن (*AFG*): بۇ تۆۋەنلىمىدە ھاسىل بولىدۇ. ھامىلە تۆت ئايلىق بولغاندا يۇقىرى سەۋىيىگە يېتىدۇ. بالا تۇغۇلغاندا ئاساسىي جەھەتتىن يوق بولىدۇ. جەگەر ھۈجەيرىلىرى *AFG* ئىشلەپچىقىرىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن جەگەر راكى بەلەن ئاغرىغۇچىلاردا *AFG* مۇسپىي بولىدۇ.

2. جەگەر خىزمىتى تەجرىبىلىرى: باشقا جەگەر خىزمىتى. تەجرىبىلىرىنىڭ خاس ئالاھىدىلىكى بولمىغانلىقتىن، دىئاگ. نوز ئۇچۇن ئەھمىيىتى چوڭ بولمايدۇ.

لېكىن بەزى كىشىلەر، AKP بىلەن BSP نورمال. سىز بولۇپ، باشقا جەگەر خىزمىتى تەجرىبىلىرى نورمال بولسا جەگەر راكى دېگەن دىئاگنوزنى تۇرغۇزۇشقا بولمدۇ دەپ قارايدۇ.

3. قان قەنتى تۆۋەنلەش: بۇ ئاخىرقى دەۋرلىك كېسەللىكلەردە كۆپ ئۇچرايدۇ. بۇ ئەھۋال جىگەر ھۈجەيرىلىرى بۇزۇلۇپ، جەگەر گىلىيوكوگىنى تۆۋەنلەش، ئىشتىھاسىزلىنىش سەۋەبىدىن تاماق يېمەسلىك ۋە سەرپىيات ئېشىپ كېتىش قاتارلىقلار بىلەن ھۇناسىۋەتلىك.

ئۇلتراۋاز دولقۇن بىلەن تەكشۈرۈش: ئۇلتراۋاز دولقۇن بىلەن تەكشۈرۈشنىڭ جەگەر راكىغا دىئاگنوز قويۇشتا بەلگىلىك ياردىمى بولمدۇ. تېپىك كېسەللەردە باغلامسىمان دولقۇن كۆرۈلمدۇ. چېقىش دولقۇنى بولمايدۇ، ياكى چېقىش دولقۇنى كىچىكمدۇ.

شەرت - شارائىت بولسا، ئىنزۇتوپلۇق تەكشۈرۈش ئېلىپ بېرىلسا، دىئاگنوز ئۇچۇن ياردىمى بولمدۇ.

قورساق ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش: قورساق ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈشنىڭ دىئاگنوز قىممىتى يۇقىرى بولمدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

بۇ كېسەللىكنى قېرىدىن ئاستى بەزىخالتىلىق ئىشىش

قى، جەگەر ئېغىنكوكى، بۆرەك ئۆسمىسى، جەگەر يىرىگ
لىق ئىششقى، جەگەر قېتىش قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈ
رۈش لازىم.

داۋالاش

ئەڭ ياخشى داۋالاش ئۇسۇلى بالدۇر بايقاپ ئو
پېراتسىيە قىلىپ ئېلىپ تاشلاشتىن ئىبارەت. ئەپسۇسكى،
كېسەللىكلەرنىڭ كۆپچىلىكى ئاخىرقى دەۋردە ئېنىقلىنى
دۇ. بۇ چاغدا ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاشنىڭ ئۈنۈمىمۇ
تۆۋەن بولىدۇ. ئوپېراتسىيە قىلماي داۋالاشنىڭ ئۈنۈمى
تۆۋەتتە تولىمۇ قانائەتلەندۈرگۈسىز بولۇۋاتىدۇ. ھازىر
جەگەر ئارتېرىيىسىگە نەيچە كىرگۈزۈپ، نەيچە ئارقىلىق
راكقا قارشى دورا كىرگۈزۈش ئۇسۇلى قوللىنىلىۋاتىدۇ.

5 — *Fluorouracilum* ھەر كۈنى ئىنكى گرام ۋې
نادىن تامغۇزۇلىدۇ ياكى كۈن ئارىلاپ بىر قېتىمدىن
بېرىلىدۇ. بىر كۇرسى بەش قېتىم، ئومۇمىي مىقدارى 10
گرام بولىدۇ. داۋالاشتىن كېيىن جەگەر كۆرۈنەرلىك كى
چىكلەيدۇ. بەزىلەردە ھەتتا بۇرۇنقىدىن يېرىم باراۋەر كى
چىكلەيدۇ. ئەمما كۆپىنچە كۆڭۈل ئېلىشمىش، قۇسۇش،
ئىچى سۇرۇش، ئېغىز ئىشتىھاسىزلىنىش قاتارلىق قوشۇم
چە تەسىرلەر بولغانلىقتىن، كۆپ ھاللاردا داۋالاشنى
ئوتتۇرىدا ئۈزۈپ قويۇشقا توغرا كېلىدۇ.

200 *Cyclophosphamidum* مىللىگرامدىن كۈن ئا
رىلاپ ۋېنىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئومۇمىي مىقدارى 10 ~
15 گرام. بۇ دورىنىڭ ئۈنۈمى ياخشى ئەمەس. ئايرىم

كېسەللەردە ئۆزى. ھېس قىلىدىغان ئالامەتلەر يېنىكلىشىدۇ. خەمسىيلىك داۋالاشقا بەرلەشتۇرۇپ رادىئو ئاكتىپ نۇرى بىلەن قاقلاش ئېلىپ بېرىلسا ئۇنۇمى ياخشىراق بولۇشى مۇمكىن.

باكتېرىيەلىك جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى

Bacterial Abscess of the liver

جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى باكتېرىيەلىك ۋە ئامىۋبا-لىق دەپ ئىككى خىلغا بۆلۈنىدۇ.

ئامىۋبالىق جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى ئامىۋبا كېسىلىكىدە سۆزلىنىدۇ. بۇ يەردە باكتېرىيەلىك جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقى ئۈستىدە توختىلىمىز.

كېسەللىك سەۋەبى

كۆپ خىل باكتېرىيە بۇ كېسەللىكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەمما چوڭ ئۇچەي تاياقچىسى، ئۇزۇمسىمان باكتېرىيە ۋە شەكلى ئۆزگەرگۈچ باكتېرىيەلەر كۆپرەك سەۋەب بولىدۇ.

يۇقۇملىنىش يوللىرى

يىرىڭلىق باكتېرىيەلەرنىڭ جىگەرگە بېرىش يوللىرى تۆۋەندىكى بىر نەچچە خىل بولىدۇ:

1. جىگەر ئەتراپىدىكى ئەزالاردىن بىۋاسىتە كېسىپ كىرىدۇ. مەسىلەن، ئۆت خالتا ۋە ئۆت يوللىرى-

ىنىڭ يۇقۇملىنىشى، ئاشقازان - 12 بارماق ئۆچەي تەـ
شىلىش، جىگەر ئەتراپى يەرىكلىق ئىششىقلىرى قاتارلىقـ
لار. بۇلارنىڭ ئىچىدە ئۆت يوللىرىنىڭ يۇقۇملىنىشى مۇـ
ھىم ئورۇندا تۇرىدۇ. بولۇپمۇ ئۆت يوللىرىدا يۇقۇملـ
ىنىش بولغاندا، ئۇنىڭ ئوستىگە ئۆت تېشى ياكى ئاسـ
كارىدا قاتارلىقلار ئۆت يوللىرىنى توسىۋاندا، يۇقۇملىنىش
ئاسانلا يۇقىرىغا قاراپ تارقاپ جىگەر يەرىكلىق ئىششىقـ
ىنى پەيدا قىلىدۇ.

2. قاپقاق ۋېنا سىستېمىسىدىن كېلىدۇ. ئاشقازان، ئۆچەي، قورساق بوشلۇقى، داس بوشلۇقى، تال، قېرىن ئاستى بېزى قاتارلىق ئورۇنلاردىكى يەرىكلىق كېسەللىكـ لەر قاپقاق ۋېنا ياللۇغى ياكى يەرىكلىق ئىمبۇلانى ھاـ سىل قىلىپ، قاپقاق ۋېنا ئارقىلىق جىگەرگە تاجاۋۇز قىلىپ كىرىدۇ. بۇلارنىڭ ئىچىدە سازاك ئۆسۈكچە ياللۇـ غى، سازاك ئۆسۈك يەرىكلىق ئىششىقى، داس ۋە قورـ ساق بوشلۇقىدىكى يەرىكلىق كېسەللىك ئوچاقلىرى كۆپ ئۇچرايدۇ.

3. جىگەر ئارتېرىيىسى: بەدەننىڭ ھەر قانداق جايـ لىرىدىكى يۇقۇملىنىشلار قانغا ئۆتكەندە، جىگەر ئارتېرـ ىيىسى ئارقىلىق جىگەرگە كىرىپ جىگەر يەرىكلىق ئىششـ قىنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

4. بەۋاسىتە يۇقۇملىنىش: تاشقى زەخمىلىنىشلەردە تىغ ياكى ئەينەك، تۆمۈر پارچىسى قاتارلىق نەرسىلەر باكتېرىيىنى جىگەرگە ئېلىپ كىرىپ يۇقۇملىنىش پەيدا قىلىدۇ.

پاتئولوگىيەسى

يىرىڭلىق باكتېرىيىلەر جەگەرگە تاجاۋۇز قىلىپ كىرىـ
گەندىن كېيىن يالۇغلىنىش پەيدا بولۇپ، ئۇنىڭ بىر
قىسمى ئۆزلۈكسىدىن ساقىيىپ كېتىدۇ، بەزىلىرى تەرەققىي
قىلىپ يىرىڭلىق ئىششىق پەيدا قىلىدۇ. ئالدى بىلەن ئۇـ
يۇش خاراكتېرلىك نىكروزلىنىش پەيدا بولۇپ، دىئامېـ
تىرى 1 ~ 10 مىللىمېتر غىچە ياكى تېخىمۇ چوڭ بو-
لىدۇ. ئارقىدىنلا كىچىك يىرىڭلىق ئىششىلار پەيدا بو-
لىدۇ. بىر نەچچە كىچىك يىرىڭلىق ئىششىقلار ئۆزئارا
قوشۇلۇپ بىر ياكى بىر نەچچە چوڭ يىرىڭلىق ئىششىـ
نى پەيدا قىلىدۇ. يەككە يىرىڭلىق ئىششىلار جەگەر ئوڭ
بۆلمىكىدە كۆپ بولىدۇ.

كېلىنىك ئىپادىلىرى

جەگەردە كۆپ ئورۇندا پەيدا بولغان يىرىڭلىق
ئىششىقنىڭ باشلىنىشى جىددىي بولۇپ، يەككە ئورۇندا
پەيدا بولغانلىرىنىڭ باشلىنىشى ئاستىراق بولىدۇ. ھەمـ
سىدە دېگۈدەك قىزىتما بولىدۇ. قىزىتما ئارىلاتما، بو-
شاشتۇرغۇچى ياكى تۇراقلىق تىپلاردا بولىدۇ. جەگەرنىڭ
كۆپ ئورۇنىدىكى يىرىڭلىق ئىششىقلىرىدا توڭۇپ تىترەش
ۋە يۇقىرى قىزىتما بولىدۇ.

جەگەر رايونىدا داۋاملىق تۇردە ئاغرىش بولىدۇ.
ئاغرىش ئورنى يىرىڭلىق ئىششىقنىڭ ئورنىغا قاراپ بەلـ
گىلىنىدۇ. يىرىڭلىق ئىششىق جەگەرنىڭ ئوڭ بۆلمىكىدە

كۆپ بولغانلىقتىن، كۆپىنچە ئوك كۆكرەك تۆۋەن قىسمى
ياكى ئوك تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا بولىدۇ.
يىرىڭلىق ئىششىق ئورنى جىگەرنىڭ سول بۆلۈكىدە بو-
لسا ئۇ چاغدا ئاغرىش خەنجەر ئۆسۈكچە ئاستىدا بو-
لىدۇ. يىرىڭلىق ئىششىق ئورنى دىئافراگمىغا يېقىن بول-
سا، ئۇ چاغدا ئاغرىش ئوك مۇرىگە تارقايدۇ. چوڭتۇر
نەپەسلەنگەندە ھەمدە يۆتەلگەندە ئاغرىش كۈچەيدۇ.

تەخمىنەن $\frac{3}{4}$ قىسىم كېسەل كىشىلەردە جىگەر چو-
ڭىيىدۇ. ئوك تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسىم كۆتۈ-
رۈلۈپ تۇرىدۇ. جىگەرنى باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ. بە-
زى چاغلاردا يىرىڭلىق ئىششىق كۆكرەك، قورساق دىۋار-
لىرىغا يېقىن جايلىشىدۇ. بۇنداق چاغلاردا يەرلىك ئو-
رۇندا قىزىرىپ ئىششىش بولىدۇ. رېنتگېنىيە خاراكتېر-
لىك كۆكرەك پەردە يالليۇغى پەيدا بولغاندا، كۆكرەك
ئاغرىش، ھاسىراش، ئوك تەرەپ تۆۋەن كۆكرەك قىس-
مىنى چەككەندە بوغۇق تاۋۇش ئاڭلىنىش، ئوك تەرەپ
تۆۋەن كۆكرەك قىسىم نەپەس تاۋۇشى تۆۋەنلەش، ئوك تەرەپ
تۆۋەن كۆكرەك قىسمىدا سۈركىلىش تاۋۇشى ئاڭلىنىش
قاتارلىقلار بولىدۇ. يىرىڭلىق ئىششىق ئورنى ئوك بۆلەك
ئاستى قىسمى ياكى جىگەر سول بۆلۈكىدە بولغاندا، شۇ
ئورۇنداكى قورساق مۇسكۇلىدا جىددىيلەشمىش بولىدۇ. ئۇ-
خلىغىدەك باشقا، كۆپ تەرلەش، ھالسىزلىنىش، ئىشتىها بۇ-
زۇلۇش، قان ئازلىق قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ.

نوقۇل جىگەر يىرىڭلىق ئىششىقىدا سېرىقلىق ئاز

ئۇچرايدۇ. قوشۇمچە ئۆت يول يالـلۇغى ياكى جـەگەردە. كۆپ ئورۇندا يەرنىڭلىق ئىششىق بولـغان چاغلاردا سەرـ رىقلىق كۆرۈلۈشى مۇمكىن.

قوشۇمچە كېسەللىكلىرى

يەرنىڭلىق ئىششىق يېرىلىپ، كۆكەرەك بوشلۇقىغا كەرىپ مرنىڭلىق كۆكەرەكنى پەيدا قىلىدۇ. يېرىلىپ قورساق بوشلۇقىغا كىرسە، ئىنتېراگما ئاستى يەرنىڭلىق ئىشـ شىقىنى پەيدا قىلىدۇ. بەزىدە كەك دائىرىلىك قورساق پەردە يالـلۇغىنى پەيدا قىلىدۇ. يۇقىرىدىكى ئەھۋاللار نىسبەتەن كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، ئازراق ئۇچرايدىغان قوشۇمچە كېسەللىكلەردىن يۇرەك قېپى يالـلۇغى، كاۋاك ۋېنا يالـلۇغى، يەرنىڭلىق ئىمبۇل قان ئارقىلىق تارقاپ باشقا ئورۇنلاردا پەيدا قىلغان يەرـ نىڭلىق ئىششىق قاتارلىقلار بار. بەزىدە جىگەر توقۇلـ مىلىرى نىكروزلىنىپ، قان تومۇرلار بۇزۇلۇپ، چوك قاناشنى پەيدا قىلىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. قان تەكشۈرگەندە ئاق قان ھۈجەيرىسى ئاشـ دۇ. نېترۇپىللا ئاساسـلىق ئورۇندا تۇرىدۇ. كۆپچىلىكـ دە قان ئازلىق بولمىدۇ.

2. جىگەر خىزمىتى ئاساسىي جەھەتتىن نورمال بولـمىدۇ. جىگەر چوك بولۇپ، يۇقىرىدىكى ئالامەتلەر كۆرۈلۈش بىلەن بىللە جىگەر خىزمىتى نورمال بولسا جىگەر يەرنىڭلىق ئىششىق ئېھتىمالى چوك بولمىدۇ.

3. سەپسەس بولسا، قانىنى ئۆستۈرگەندە باكتېرىيە ئۆسمەيدۇ.

4. رېنتگېندە تەكشۈرگەندە، يەرىكلىق ئىششىق ئۆرنى جەگەرنىڭ ئوڭ بۆلمىكىدە بولسا، ئوڭ تەرەپ دىئافراگما يۇقىرى كۆتۈرۈلۈپ ھەرىكىتى چەكلىنىمگە ئۇچرايدۇ. دىئافراگما يۇزى پۈلتىيىپ كۆتۈرۈلۈپ تۇرىدۇ. جىگەرنىڭ سول بۆلمىكىدە بولسا، ئاشقازان كىچىك ئەگرىسى بېسىلىپ يېڭى ئاي شەكلىگە كىرىدۇ. قوشۇمچە دىئافراگما ئاستى يەرىكلىق ئىششىقى بولسا، يۇرەك دىئافراگما بۇلمىكى يوقىلىدۇ. يانچە تۇرغۇزۇپ رەسىمگە ئالغاندا، ئارقا قوۋۇرغا دىئافراگما بۇلمىكى يوقىلىدۇ.

5. ئۇلتىرا ئاۋاز دولقۇنى بىلەن تەكشۈرگەندە، چوڭراق يەرىكلىق ئىششىقلارغا قارىتا دىئاگنوز قويۇلىدۇ. كىچىك يەرىكلىق ئىششىقلارغا قارىتا ئەھمىيىتى بولمايدۇ.

6. جىگەرنى سىناق تەرىقىسىدە تېشىپ يەرىك ئېلىنىپ تەكشۈرۈشكە بولىدۇ.

7. لازىم تېپىلغاندا، قورساق ئەينەكى ئارقىلىق تەكشۈرۈلىدۇ.

سىلەشتۈرما دىئاگنوزى

1. ئامىبا لىق جىگەر يەرىكلىق ئىششىقى: ئامىبا كېسەللىك تارىخى بولىدۇ. كېسەللىكنىڭ باشلىنىشى ئاستا بولۇپ، كېسەللىك جەريانى ئۇزۇن بولىدۇ. قانىنى ئۆسمە تۇرگەندە باكتېرىيە ئۆسمەيدۇ. چوڭ تەرەتتىن ئامىبا

كاپسۇلى ياكى ئامپۇلا ئۇزۇقلىنىش تەنچىلىرى تېپىلىدۇ.

جىگەرنى فۇنكسىيە قىلىغاندا، يىرىلىك مىقدارى كۆپ بولۇپ، يىرىلىك قوشۇر رەڭدە بولىدۇ. كۆپچىلىكىدىن ئامپۇلا ئۇزۇقلىنىش تەنچىسى تېپىلىدۇ.

2. دىئاپىراگما ئاستى يىرىڭلىق ئىششىقى: كۆپىنچە قورساقنىڭ باشقا ئورۇنلىرىدىكى يىرىڭلىق كېسەلىك ئۇچاقلىرىدىن كېلىدۇ. چوشقۇر نەپەسلەنگەندە ئاغرىش كۈچەيىدۇ. جىگەر چوك بولمايدۇ. جىگەرنى باسقاندا ئاغرىش بولمايدۇ. ئاغرىش ئوك تاغاقىقا تارقايدۇ. ئوك تەرەپ تۆۋەنكى قوۋۇرغىنىڭ ئومۇرتقا بەلەن تۇتاشقان بۇلۇڭىدا باسقاندا ئاغرىش بولمدۇ.

يۇقىرقىلاردىن باشقا يەنە بىرلەمچى جىگەر راكى، جىگەر ئېخىنوكوكى، ئوك بۆرەك ئەتراپ يىرىڭلىق ئىششىقى قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

داۋالاش

1. مۇڭا پەق ئارام ئالدۇرۇش، ئۇزۇقلۇقنى كۆچەيتىش، سۇيۇقلۇق تولدۇرۇش قاتارلىق تەدبىرلەر قوللىنىلىدۇ.

2. ئانتىبىئوتىك ئىشلىتىش: بۇ، كېسەللىكنى داۋالاشتىكى مۇھىم تەدبىر بولۇپ، ئىشلىتىلىدىغان ئانتىبىئوتىك تۈرى ۋە مىقدارى يىرىڭلىق سۇيۇقلۇقىدىن باكتېرىيە ئۆستۈرۈش نەتىجىسىگە قاراپ بەلگىلىنىدۇ. باكتېرىيە ئۆستۈرۈشتىن ئاۋۋال *Penicillin* دىن ھەركۈنى

1000000 ~ 3200000 بىرلىمىك streptomycin دىن
بىرگرامغا قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ ياكى oxacillium دىن
كۈنىگە 2 ~ 4 گرام Kanamycin دىن بىر گرام ياكى
Gentamycin دىن 80000 ~ 160000 بىرلىككە
قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

3. جىگەرنى فۇنكسىيە قىلىپ يىرىڭ ئېلىش:
يەككە زور يىرىڭلىق ئىششىقلارغا قارىتا ئانتىسېپتىك
بىلەن داۋالاش بىلەن بىر ۋاقىتتا، جىگەرنى فۇنكسىيە
يە قىلىپ يىرىڭ ئېلىنسا بولىدۇ. ئىمكان قەدەر يىرىڭنى
تولۇق تارتىپ چىقىرىش لازىم. ھەر قېتىم يىرىڭ تارتىپ
چاندىن كېيىن، Penicillin دىن 500000 بىرلىك،
streptomycin دىن 0.5 گرامنى 10 ~ 20 مىللىلىتىر
ئاكۇادا ئېرىتىپ، يىرىڭ بوشلۇقىغاكىرگۈزۈلسە بولىدۇ.

4. قىزىتما ۋە پۈتۈن بەدەنلىك ئالامەتلىرى ئېغىر
كېسەلگە قارىتا، يېتەرلىك مىقداردا ئۈنۈملۈك ئانتى
سېپتىكلارنى ئىشلىتىش ئاساسىدا، بۆرەك ئۈستى بەز
پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرىنى قوشۇپ ئىشلەتكەندە، يالى
لۇغنى ياندۇرۇشقا ياردەمى بولىدۇ. ئادەتتە Prednison
دىن ھەر قېتىم 5 ~ 10 مىللىگرامدىن كۈنىگە 4 قېتىم
قوشۇپ بېرىلىدۇ. ئەستىما يانغانغا قەدەر ئېشلىتىلسە
بولىدۇ.

5. كېسەپ ئاققۇزۇش: يەككە زور يىرىڭلىق ئىششىق
لارغا يۇقىرىدىكى چارىلەر ئۈنۈم بەرمىگەندە، ئانتېسېپ
تىك بىلەن داۋالاشقا بىرلەشتۈرۈپ، كېسەپ ئاققۇزۇش
ئېلىپ بېرىلسا بولىدۇ.

جىگەر دوشسىزلىقى

Hepatic Coma

جىگەر هوشسىزلىقىدا جىگەر خىزمىتى زەئىپلىشىپ
تۆۋزىنىڭ نورمال ماددا ئالمىشىش ئىقتىدارىنى يوقىتىش
ھەمدە بەدەندىكى ھەر خىل ماددىلارنى تازىلاپ چىقىرىش
قابىلىيىتىدىن مەھرۇم بولۇش بىلەن، قاندا زەھەرلىك
ماددىلار كۆپەيىپ كېتىش ياكى قاپقاق ۋېنا بىلەن كاۋاك
ۋېنا ئوتتۇرىسىدا بۇاسىتە تۇتىشىدىغان تارماق قان ئايـ
لىنىش تىكلىنىش تۈپەيلىدىن، قاپقاق ۋېنا قېنى جىگەر
دىن ئۆتمەستىن بۇاسىتە بەدەن قان ئايلىنىشقا ئۆتۈپ، قاندا-
زەھەرلىك ماددىلار كۆپەيىپ، بىر تۈتاش روھىي ئالامەتلەرنى
كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. جىگەر ھوشسىزلىقى جىگەر خاراكـ
تېرلىك مېڭە كېسەللىكى دەپمۇ ئاتىلىدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

ھەر خىل تىپتىكى جىگەر قېتىشى، ئېغىر ۋىرۇسـ
لۇق جىگەر ياللۇغى، بىرلەمچى جىگەر راكى، دورا كەلـ
تۈرۈپ چىقارغان زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك جىگەر
كېسەللىكى، قاپقاق ۋېنا بىلەن كاۋاك ۋېنانى تۇتاشتۇـ
رۇش ئوپېراتسىيىسى ۋە باشقا ھەر خىل كەلگۈسى دائىرىلىك
جىگەر زەخمىلىنىشلىرىنىڭ ئاخىرقى مەزگىلىدە جىگەر
ھوشسىزلىقى پەيدا بولۇشى مۇمكىن.
ئۇستۈنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىنىڭ چوڭ قانىشى،

كۆچلۈك سۆيدۈك هەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش، قورساقتىن سۇ ئېلىش، جىگەرنى زەخمىتلىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش، ئوپېراتسىيە، يۇقىملىنىش، تۇغۇت، قاتتىق ئىچى سۇرۇش قاتارلىقلار ئۈنۈمگە پەيدا بولۇشىغا تۈرتكە بولىدۇ،

كېسەل پەيدا قىلىش مېخانىزمى

ھەممىگە مەلۇم، جىگەر بەدەندىكى ماددا ئالمىشىشتا مەركەزلىك ئەزا بولۇپ، ئۇنىڭ خىزمىتى زەھەرلىنىش ئىكەندە، ماددا ئالمىشىشنىڭ ھەر خىل ھالقىلىرىدا قالايمىقانلىشىش يۈز بېرىدۇ. مۇشۇ قالايمىقانلىشىشلارنىڭ مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسىدىكى ئېغىرلىرى جىگەر ھوشسىز لەقى دەپ ئاتىلىدۇ. جىگەر ھوشسىز لىقىنىڭ پەيدا بولۇشى توغرىسىدا تۆۋەندىكى تەلىماتلار بار:

1. قاندا ق ئاممونىي يۇقىرىلاپ كېتىش: نورمال كىتسىلەرنىڭ بەدىنىدىكى ئاممونىي تۆۋەندىكى تۆت مەنبەدىن كېلىدۇ: ① ئۈچەي يوللىرىدىكى ئازۇقتۇق ماددىلار (ئاقسىل ئورېئا، ئامموئنىي تۈزلىرى قاتارلىقلار): دىن كېلىدۇ. ئاممونىي تۈزلىرى ئاممونىغا ئايلىنىدۇ. ئاقسىل تەركىبىدىكى ئاممونىي كىسلاتالىرى ئۈچەيدىكى باكتېرىيە لەرنىڭ ئاممونىي ئاساسى ئاجراتقۇچى فېرمېنتى تەسىرىدىن ئاممونىي ئاجرىتىپ چىقىرىدۇ. ئورېئا مەسىلىسىگە كەلگەندە، قانداقى ئورېئانىڭ $\frac{1}{4}$ قىسمى ئۈچەيگە چىقىرىلىدۇ. ئورېئا ئۈچەيگە كىرگەندىن كېيىن ئۈچەي باكتېرىيىلىرى ئاجرىتىپ چىقارغان ئورېئا فېرمېنتى ئورېئانى پارچىلاپ،

ئاممونىي پەيدا قىلىدۇ. يۇقىرىدىكى يوللار بىلەن ھاسىل بولغان ئاممونىي ئۇچەيدە شۇمۇرۇلۇپ، قاپقاق ۋېنىغا كىرىدۇ. ② ئافسىل ماددا ئالمىشىش جەريانىدا، ئاممونىي كىسلاتالىرى جىمغىردە ئاممونىي ئاساسى ئاجرىتىش ئارقىلىق ئاممونىي پەيدا قىلىدۇ. ③ بۆرەكتە $glutamine$، ئاممونىي بىلەن $glutamate$گە ئايلىنىپ، ئاممونىي پەيدا قىلىدۇ. ④ باشقا توقۇلمىلاردىكى ماددا ئالمىشىش جەريانىدىمۇ ناھايىتى ئاز مىقداردا ئاممونىي پەيدا بولىدۇ.

نورمال ئەھۋالدا، يۇقىرىدا پەيدا بولغان ئاممونىي جىمغىردە بىرىكىپ ئورېئا ھاسىل قىلىپ، سۈيدۇك ئارقىلىق چىقىرىلىدۇ. ئۇنىڭ قانداقى مىقدارى ئاشىمايدۇ. جىمغىردە ئېغىر زەخمىلىنىش بولغاندا، جىمغىرنىڭ ئورېئا بىرىكتۈرۈش خىزمىتى تۆۋەنلەپ، قانداقى ئاممونىي مىقدارى ئاشىدۇ. جىگەر قېتىشتا بۆرەكنىڭ باشقا يەنە تارماق قان ئايلىنىش شەكىللىنىش بىلەن، ئۇچەيدىن سۈمۈرۈلگەن ئاممونىي جىگەرگە كىرمەستىن بىۋاستە چوڭ قان ئايلىنىشقا ئۆتۈپ، قانداقى مىقدارى ئۆرلەيدۇ. مادا ئالمىشىش خاراكتېرلىك ئىشقار بىلەن زەھەرلىنىش ۋە قانداقى كالىي تۆۋەنلەش ئەھۋاللىرىدا گىلىيۇ تامىنازى گىلىيۇ تامىنىگە تەسىر قىلىپ، بۆرەكتە ئاممونىي پەيدا بولۇشنى ئاشۇرىدۇ. بۆرەكنىڭ باشقا ئىشقار بىلەن زەھەرلەنگەندە $NH^+_4 + OH \leftrightarrows NH_3 + HOH$ رېئاكسىيە ئوڭ تەرەپكە يۆرۈشىدۇ. بۆرەكنىڭ بىلەن NH_3 مىقدارى ئۆرلەيدۇ. NH_3 مىقدارى ئازىيىدۇ. NH_3 بولسا، بېرىكىش ھالىتىدە تۇرىدۇ. NH^+_4 بولسا، ئەركىن ئاممونىي بولىدۇ. بىرىكىش ھالىتىدىكى ئاممونىي (NH_3) نىڭ توقۇلمىدىن ئۆتۈش مىق-

تبداری ئەركىن ئاممونىلى (NH_3)غا فارىغاندا كۆچلۈك بولىدۇ.
ئۇ تېخىمۇ ئاسان مېڭە توقۇلمىسىغا كىرەلەيدۇ.
ئاممونىيىنىڭ زادى قايسى يول بىلەن مەركىزى
نېرۋا سىستېمىسىغا زەھەرلىك تەسىر كۆرسىتىش مەسىلىسى
ھازىرچە تازا ئېنىق ئەمەس. بۇ ھەقتە كۆپچىلىكنىڭ قا-
رىشى تۆۋەندىكىچە:
ئاممونىي $a-Ketoglutaric\ acid$ بىلەن بىرىكىپ گىلىيۇ
تاماتنى ھاسىل قىلىدۇ. گىلىيۇتامات يەنە ئاممونىي بىلەن
قوشۇلۇپ، گىلىيۇتامىن ھاسىل قىلىدۇ. ئاممونىي گىلىيۇ-
تامات بىلەن قوشۇلۇپ گىلىيۇتامىن ھاسىل قىلىش جەريا-
نىدا ATP سەرپ قىلىدۇ. يەنە بىر تەرەپتىن،
$a-Ketoglutaric\ acid$ ئۇچ كاربوكسىل كىسلاتا ئايلىنىشنىڭ
مۇھىم ھالقىسى بولۇپ، يۇقىرىدىكى بىرىكىش جەريانىدا
بىر قىسىم مىقدارى ئازىيىپ، ئۇچ كاربوكسىل كىسلاتا ئايلىنىشى
توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ. بۇنىڭ بىلەن قەنتنىڭ ئوكسىد-
لىنىشى تولۇق بولماستىن، بەدەندە ATP نىڭ ھاسىل بو-
لۇشى ئازىيىدۇ. ئاخىردا، چوڭ مېڭە ھۈجەيرىلىرى ئۇ-
چۇن زۆرۈر بولغان قۇۋۋەت مەنبەسى يېتىشمەستىن،
بىر يۈرۈش روھىي ئالامەتلەر، ھەتتا ھوشسىزلىنىش يۈز
بېرىدۇ. قانىدىكى ئاممونىي ئاشقاندا نەپەس مەركىزىنى
غىدىقلاپ، ھاۋا ئالماشىنىشنى كۈچەيتىدۇ. نەتىجىدە، CO_2
نىڭ چىقىرىلىشى كۆپىيىپ، نەپەس خاراكتېرلىك ئىشقار
بىلەن زەھەرلىنىش پەيدا بولىدۇ. ئىشقارلىق شارائىتتا
ئاممونىي مېڭە قان توسۇقىدىن تېخىمۇ ئاسان ئۆتىدۇ.
بۇ ھال، ھوشسىزلىنىشنى تېخىمۇ ئېغىرلاشتۇرىدۇ.

بۇنىڭدىن باشقا، نورمال جىگەر ھېكە ئۇچۇن زۇ-
روۇر بولغان، ھازىرچە تۇزۇلۇشى تېخى ئېنىق بولمىغان
بەزى ماددىلارنى ئىشلىشى مۇمكىن. جىگەر خىزمىتى
بۇزۇلغاندا، بۇ خىل ماددىلار ئازىيىپ ھېكە خىزمىتىدە
توسقۇنلۇق پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

2. قەنت ئالمىشىشى توسقۇنلۇققا ئۇچراش: نورمال
جىگەر گىلىيوكوگىنىي پارچىلاپ گلوكوزغا ئايلاندۇرۇش
ئارقىلىق قان قەنت مىقدارىنى تەڭشەپ تۇرىدۇ. جىگەر
خىزمىتى زەئىپلەشكەندە، قان قەنتى تۆۋەنلەپ ھوشسىز-
لىق پەيدا بولىدۇ. بۇنىڭدىن باشقا جىگەر ھۈجەيرىلىرى
لارنىڭ كەملىكى تۈپەيلىدىن، قەنتنىڭ پارچىلىنىشىدىن
ھاسىل بولغان كېتۇن كىسلاتاسى ۋە سۈت كىسلاتاسى
قاتارلىقلار جىگەر گىلىيوكوگىنغا ئايلىنالماستىن، قاندا بۇ
خىل ماددىلارنىڭ مىقدارى ئاشىدۇ.

3. ئاقسىل ۋە ماي ئالمىشىش توسقۇنلۇققا ئۇچ-
راش: جىگەر گىلىيوكوگىنى تۆۋەنلەش بىلەن جىگەر ھۈ-
جەيرىلىرىدە قەنتنىڭ ئوكسىدلىنىشى ئاجىزلىشىپ، ئاقسىل
ۋە ماي ماددىلىرىنىڭ ئالمىشىشى نەسىپي halda كۈچەيگەن-
دە، ئاقسىلنىڭ زىيادە كۆپ پارچىلىنىشى قاندىكى قالدۇق
ئازۇت مىقدارىنى ئاشۇرىدۇ. ماينىڭ زىيادە كۆپ پارچە-
لىنىشى قاندىكى كېتون مىقدارىنى ئاشۇرىدۇ. بۇ ماددىلار-
نىڭ ھەممىسى ھوشسىزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

4. ئېلېكتىرولىت ئالمىشىشىنىڭ قالايمىقانلىشىشى:
جىگەر قېتىش كۆرۈلۈپ، قورساق سۇيى پەيدا بولغۇچى-
لاردا كۆپىنچە ناتىرىي ۋە كالىي تۆۋەن بولىدۇ. يۇنىڭ

ئۇيغۇر كتاب توربىتى
www.uyghurkitap.com

ھتا ئىشتىھاسىزلىق، ئۇزۇن مۇددەت تۇزنى چەكلەش، سۇيۇقلۇق ھەيدىگۈچى دورىلارنى تەكرار ئىشلىتىش، قورساقتىن سۇ ئېلىش، داۋالاشتا گلۇكوزنى كۆپ ئىشلىتىش بىلەن كالىينىك ھۇجەيرە ئىچىگە قاراپ سىلجىشى قاتارلىقلار سەۋەب بولۇشى مۇمكىن. بەزىدە قان سۈرۈشكىسىددكى ماگنىي تۆۋەنلەيدۇ. بۇ ھال كېسەل كىشىلەرنىڭ بىمارام بولۇپ تارتىشىشىدكى بىر سەۋەب بولۇشى مۇمكىن.

ساختا نېرۋا يەتكۈزگۈچى ماددا تەلىماتى: نورمال ئەھۋالدا، ئۇچەيدە ھاسىل بولغان *tyrosine،phenylalanine* ۋە ئۇلاردىن ھاسىل بولغان *tyramine* قاتارلىق ماددىلار جەگەرگە كېلىپ بىر تەرەپ قىلىنىدۇ. جىگەر خىزمىتى بۇزۇلغاندا، ئۇلارنىڭ جىگەردە بىر تەرەپ قىلىنىشى توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ، ياكى ئۇلار قاپقاق ۋېنا بىلەن كاۋاك ۋېنا ئوتتۇرىسىدكى تارماق ئېقىملار ئارقىلىق بىۋاستە چوڭ قان ئايلىنىشقا ئۆتۈپ مېڭە توقۇلمىسىغا كىرىدۇ. ئۇلار مېڭە توقۇلمىسىدا *octopamine* ۋە *phenylethanotamine* ھاسىل قىلىدۇ. بۇ ماددىلارنىڭ خىمىيىلىك تۈزۈلۈشى ھەقىقىي نېرۋا يەتكۈزگۈچى ماددا بولغان كاتېخولامىنىڭكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئەمما، بۇ ماددىلار يەتكۈزۈش خىزمىتىنى بېجىرمەيدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن نېرۋا يەتكۈزۈش توسقۇنلۇققا ئۇچرايدۇ. بۇنىڭ بىلەن مېڭە ھەرقايسى ئورۇنلىرىنىڭ خىزمىتىدە قالايمىقانلىشىش يۈز بېرىدۇ.

كىلىنىڭ ئىپادىسى

ئادەتتە تەرەققىي قىلىش جەريانىغا ئاساسەن تۆۋەت
دەۋرگە بۆلۈنىدۇ.

1. كىسەللىك پەيدا بولۇش ئالدىنقى دەۋرى:
كۆپ ساندىكى كىسەل كىشىلەردە ئۇزۇن سەزمەسىتىنلا
تەدرىجىي هالدا پەيدا بولىدۇ. ئالدى بىلەن روهىي جە-
هەتتە ئۆزگىرىش بولىدۇ. بەزىلىرى ناهايىتى خۇش
كەيپ بولىدۇ. بەزىلىرى روهىي چۈشكۈنلۈككە ئۇچرايدۇ.
نىشان بەلگىلەش ئىقتىدارى تۆۋەنلەيدۇ. كېسىم - كې-
چەكلىرى رەتسىز، يۇرۇش - تۇرۇشى غەيرىي بولىدۇ.
ئەسلىدە ناهايىتى ئەدەبلىك كىشى بىردىنلا خالىغان يەر-
گە، كىشىلەر قاراپ تۇرسىمۇ، تەپتارتماستىن تەرەت قە-
لىدىغان بولىدۇ. بەزىلەرنىڭ ئۇخلاش ئادىتى ئۆزگىرىپ،
كۈندۈزى باش كۆتۈرمەي ئۇخلايدىغان، كېچىسى ئۇخلە-
ماستىن پاراكەندە قىلىدىغان ياكى تالا - تۈزگە چىقىپ
مېڭىپ يۈرىدىغان بولۇپ قالىدۇ.

2. هوشسىزلىق هارپىسى: روهىي توسقۇنلۇققا ئۇچ-
راش ئېغىرلىشىدۇ. سەرتقى مۇهىتقا قارىتا رېئاكسىيىسى
سۇسلايدۇ. كېسەل كىشىلەر ئىككى قوماندىنى ئالدىغا سو-
زۇپ بارماقلىرىنى ئېچىپ تۇرغاندا قول بارماقلىرى بىر-
دەم ئېچىلىپ، بىردەم يېپىلىپ تۇرىدۇ. قول بېغىشى
قۇشلار قانات قاقىغاندەك سىلكىنىدۇ. بەزىدە كۆزىنى يۇ-
مۇش، تىلىنى چىقىرىش، كالپۇكلىرىنى هەر يانغا قىلىش
قاتارلىق ئەهۋاللار كۆرۈلىدۇ. بەزىدە ئەس - هوشىنى

يوقىتىش، ۋارقىراش - جارقىراش قاتارلىق ئىھۋاللارگۇ-
رۇلىدۇ. بۇ دەۋرى بىرنەچچە سائەتتىن بىرنەچچە ھەپ-
تىدىگە قەدەر داۋاملىشىدۇ.

3. خاموش ئۇخلاش دەۋرى: داۋاملىق ئۇخلاش ھالىتىدە تۇرىدۇ. لېكىن يەنىلا ئويغاتقىلى بولىدۇ.

4. ھوشسىزلانمىش دەۋرى: بۇ دەۋردە كېسەل كە-
شىنىڭ ئەس ھۇشى يۇقىرى دەرىجىدە توسقۇنلۇققا ئۇچراپ، تاشقى غىدىقلارغا قارىتا رېئاكسىيسى پۈتۈنلەي يوقىلىدۇ. كۆز - مۇڭگۈز پەردە رېئاكسىيسى يوقىلىدۇ. كۆز قارچۇقى چوڭىيىدۇ. نۇرغا قارىتا رېئاكسىيسى يوقىلىدۇ. بەزىدە پۇت، قول، يۈز قىسمىدىكى مۇسكۇللار-
دا تارتىشىش بولىدۇ. چىشلىرى كىرىشىپ، بويىنى قاتىدۇ.
شۇنى ئېيتىپ ئۆتۈش لازىمكى، يۇقىرىدىكى ھەر-
قايسى دەۋرلەرنىڭ ئېنىق چېگرىسى بولمايدۇ. بەزى ئالامەتلەر ئارىلىشىپ پەيدا بولىدۇ. بەزى كېسەللەردە ھوشسىزلانمىش ئالدى دەۋرى ناھايىتى قىسقا بولۇپ، ئېنىق ھوشسىزلانمىش دەۋرىگە كىرىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. ئېلېكتىرو ئېنسىفالوگرامما تەكشۈرۈش: ھوشسىزلانمىش ئالدىنقى دەۋرىدىلا تەكشۈرگەندە ئۆزگىرىش بولىدۇ. ئاساسلىقى ئاستا دولقۇن پەيدا بولىدۇ. ئەس-ھوشى يېنىك دەرىجىدە توسقۇنلۇققا ئۇچرىغاندا، سېكۇنتىغا 4 ـ 7 قېتىمغىچە بولغان θ دولقۇن ئاساسلىق بولىدۇ. ھوشسىزلانغاندا، ھەر ئىككى تەرەپتە ئوخ-

شاشلا تەۋرىنىش يۇقىرى بولغان دىلتا دولقۇن پەيدا بولۇپ، تەۋرىنىش سېكۇنتىغا 105 ~ 3 قېتىمغىچە بولىدۇ.

2. قاندىكى ئاممونىي: 80 ~ 90 پىرسەنت كىسەل كىشىلەردە قاندىكى ئاممونىي يۇقىرىلايدۇ. نورمال ئادەم ئالدىدا، 10 ~ 60 مىكروگرام پىرسەنت بولىدۇ.

داۋالاش

1. تۈرتكە بولغۇچى ئامىللارنى يوقىتىش

بۇ خالقا داۋالاشنىڭ ئۇنۇملۇك بولۇشىدا ناھايىتى مۇھىم. ئەگەر ئۇستۈنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىدا قاناش بولسا، دەرھال ئۇنى توختىتىش لازىم. يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش، يۇقۇملىنىش پەيدا بولسا ئاكتىپ داۋالاش، سۈيدۈك ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىش ساقلىنىش، بولۇپمۇ كالىي ھەيدىگۈچى دورىلارنى ئىشلىتىشتىن ساقلىنىش لازىم.

كۆپ مىقداردا قورساقتىن سۇ ئېلىشتىن ساقلىنىش كېرەك. سۇ ئېلېكتىرولىت تەڭپۇڭلۇقى بۇزۇلۇشىنى تۈزەش، ئاممونىي پەيدا قىلغۇچى دورىلارنى ئىشلەتمەسلىك، جىگەرگە يامان تەسىر قىلغۇچى دورىلارنى ئىشلەتمەسلىك قاتارلىقلارغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش لازىم.

2. ئوزۇقلاندۇرۇش

ئېغىز ئارقىلىق ئوزۇقلاندۇرۇشقا مۇمكىن بولسا، كۈندىلىك بېرىلىدىغان كالورىيە مىقدارى 2000 ~ 1500 كالورىيەگىچە بولسا بولىدۇ. ئەگەر ۋېنا ئارقىلىق گلۇكوزا تامغۇزۇشقا توغرا كەلسە، كۈندىلىك كالورىيە مىق-

داری 1200 ~ 1500 كالورىيىگە يەتكۈزۈلۈشى لازىم. كاۋ-
كوزا بەدەنىنى كېرەكلىك كالورىيە بىلەن تەمىنلەشتىن
تاشقىرى، يەنە توقۇلما ئاقسىللىرىنىڭ پارچىلىنىشىنى ئا-
زايتىدۇ. شۇنداقلا، يەنە ئاممونىينىڭ گىلىۋ تامات بىلەن
بىرىكىپ گىلىۋ تامىنگە ئايلىنىش جەريانىنى تېزلىتىدۇ.

ئاقسىل بېرىش: جىگەر هۈجەيرىلىرىنىڭ دەسلەپكى
2 — 3 كۈنىگىچە پەقەت ئوكسى ۋۇت بېرىلىپ، ئاقسىل
بېرىلمەيدۇ. بۇنىڭدىكى مەقسەت ئۈچەيدە ئاممونىي پەيدا
بولۇشنى ئازايتىشتىن ئىبارەت. بۇ جەريانداا كېسەللىك
ئەھۋالىدا ياخشىلىنىش بولسا، ئەھۋالغا قاراپ كۈنلۈكى
20 گرام ئەتراپىدا ئاقسىل بېرىلىدۇ. كېيىن ئەھۋالغا
قاراپ تەدرىجىي ئاشۇرۇپ، كۈنلۈكى 50 گرامغا يەت-
كۈزۈلىدۇ.

سۇ ـ ئېلېكتىرولىت مىقدارى: سۇنىڭ كۈنلۈك مى-
دارى ئادەتتە 2 مىڭ مىللىلىتر ئەتراپىدا بولسا كۈپايە
قىلىدۇ. ئەگەر سۇسىزلىنىش بولسا، مۇڭاپىق كۆپەيتىشكە
بولىدۇ. ئەگەر قورساق سۇيى ياكى سۈلۈق ئىشىش بول-
سا، سۇ مىقدارىنى ئازايتىش لازىم.

ناترىي مىقدارى ـ سۈلۈق ئىشىش، قورساق سۇيى
ۋە قاندىكى ناترىي مىقدارىغا قاراپ بەلگىلىنىدۇ. قورساق
سۇيى كۆپ بولسا، كۈندىلىك بەدەنگە كىرىدىغان ناتـ
رىي مىقدارىنى 250 مىللىگرامدىن تۆۋەن سەۋىيىدە تۇ-
تۇپ تۇرۇش لازىم. كېسەل كىشىلەردە بەدەنىدە سۇ تۇرۇپ
قېلىش بىلەن بىرگە قاندىكى ناترىي تۆۋەن بولسا، بۇ
سۇيۇقلىنىش خاراكتېرلىك تۆۋەن ناترىيەلىق بولىدۇ.

بۇنداق كەھۋالدا ھەم ناترىي مىقدارىنى ئازايتىش، تەلەپ قىلىنىدۇ. سۇ تۇرۇپ قېلىش كەھۋالى بولمىسا، كۇنلۇكى Nach ددن 3 ~ 5 گرامغىچە بېرىلسە بولىدۇ. ئۇ كالىي مەسىلىنىدە كېسەل كىشىلەر تاماق ئىستېمال قىلالمىسا، ھەر كۇنى Kch ددن 3 گرام ئەتراپىدا بېرىلىدۇ. كۆپ مىقدارىدا گلۇكوزا ئىشلەتكەندە، كالىينىڭ ھۇجەيرە ئىچىگە سىلجىشى كۆپ بولۇپ كېتىپ، قاندىكى كالىي تەۋەنلەش ئېھتىمالى بولىدۇ. بۇنداق كەھۋالدا كالىي مىقدارىنى ئاشۇرۇشقا توغرا كېلىدۇ.

ۋىتامىنلار: بۇنداق كېسەل كىشىلەرنى كۇنلۇكى يېتەرلىك مىقدارىدا ۋىتامىن بىلەن تەمىنلەش زۆرۇر.

3. ئاممونىي ھاسىل بولۇشنى ئازايتىش

بۇنىڭ ئۈچۈن تۆۋەندىكى تەدبىرلەر قوللىنىلىدۇ:

1) ئاقسىل مىقدارىنى چەكلەش: (2) ئۈچەي يوللىرىدا ئاممونىي پەيدا بولۇشنى تورمۇزلاش:

① ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش: بۇنىڭدا ئۈچەي يوللىرىدىكى باكتېرىيەنى تورمۇزلاپ، ئۇلارنىڭ ئاجراتما مەھسۇلاتلىرىنى ئازايتىش مەقسەت قىلىنىدۇ. ئانتىبىئوتىك ئىشلەتكەندە، جىگەر مەجبۇرىيىتىنى ئاشۇرۇۋېتىشتىن ساقلىنىش ئۈچۈن، ئۇچەيدە ئاسان سۈمۈرۈلمەيدىغان ئانتىبىئوتىكلار ئىشلىتىلىدۇ. مەسىلەن، Kanamycin، Paromomycnum، Neomycn قاتارلىقلار. ئەگەر پۈتۈن بەدەنىدە يۇقۇملىنىش بولسا، ئۇ چاغدا ئۈچەي يوللىرىدا ئاسان سۈمۈرۈلىدىغان ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

② Lactulose ئىشلىتىش: بۇ سۈنئىي ئۈسۈلدا ئىشلەنگەن جۇپ قەنت بولۇپ، ئۈچەيدىكى Lactulose فېرمېنتى تەرىپىدىن پارچىلانمايدۇ ھەمدە ئۈچەيدە ئاساسىي جەھەتتىن سۈمۈرۈلمەيدۇ. ئۇ بەۋاسىتە چەمبەر ئۈچەيگە كىرىپ، چەمبەر ئۈچەيدىكى باكتېرىيىلەر تەرىپىدىن پارچىلىنىپ، تۆۋەن مالېكۇلالىق ئورگانىك كىسلاتاغا ئايلىنىدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئۈچەينىڭ PH قىممىتى تۆۋەنلەپ كىسلاتالىق مۇھىت شەكىللىنىدۇ. بۇ چاغدا ئۈچەيدە H^+ كۆپەيگەنلىكتىن، ئۈچەيدىكى NH_3 ھەدروگېن بىلەن بىرىكىپ NH^+ گە ئايلىنىش بىلەن، ئۈچەيدە سۈمۈرۈلىدىغان ئاممونىي مىقدارى زور دەرىجىدە ئازىيىدۇ. بۇ دورا كۈنلۈكى 60 گرامدىن ئۈچ قېتىمغا بۆلۈپ، ئىچىلىدۇ. بۇ دورا ئىشلىتىلگەندىن كېيىن ئاقسىلىنىڭ ئىستېمال مىقدارىنى ئاشۇرۇشقا بولىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا ئاقسىل مىقدارى كۈنلۈكى 100 گرامغىچە بولسىمۇ، قاندىكى ئاممونىي ئېشىپ كېتىش ئەھۋالى كۆرۈلمەيدۇ.

③ Lactobacillus acidophilus: بۇنىڭ مۇزلىتىلغان قۇرۇق پاراشوكى «EntaC» دەپ ئاتىلىدۇ. بۇ بىر خىل باكتېرىيە بولۇپ، چەمبەر ئۈچەيگە بارغاندىن كېيىن ئۆسۈپ كۆپەيىدۇ. ئاخىردا چەمبەر ئۈچەينىڭ PH قىممىتىنى ئۆزگەرتىپ، چوڭ ئۈچەي تاياقچىلىرىنىڭ كۆپەيىشىنى تورمۇزلاپ، ئاممونىينىڭ پەيدا بولۇشىنى ئازايتىدۇ. بۇ دورا 20 ~ 40 گرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ.

④ Acetohydroxamic acid (AHA): بۇ ئاساسەن

ئورېنا فېرمېنتنىڭ ئاكتىپلىقىنى تورمۇزلاپ، ئورېئانىڭ پارچىلىنىشىدىن ئاممونىينىڭ پەيدا بولۇشىنى ئازايتىدۇ. بۇ دورا ھەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن 48 مىلـلىگرامدىن بېرىلىدۇ. بۇ دورىنى ئېئۇمىتسىن بىلەن بىرگە ئىشلەتسە، ئۇنۇمى تېخىمۇ ياخشى بولىدۇ.

⑤ ئۇچەي يوللىرىنى تازىلاش: ئەگەر ئۇستۈنكى ھەزىم قىلىش يوللىرىدا قاناش بولسا، بۇرۇن زونتى ئارقىلىق قانىنى تارتىپ چىقىرىپ، ئاندىن تويۇنغان $MgSo_4$ ئېرىتمىسىدىن 30 ~ 60 مىللىلىتر كىرگۈزۈپ تازىلىسا بولىدۇ.

يۇقىرىقىلاردىن باشقا، يەنە كېسەل كىشىلەردە قوزغىلىپ بىئارام بولۇش ئەھۋاللىرى كۆرۈلسە، بۇنداق ئەھۋالدا مۇسكۇللارنىڭ ھەرىكىتى كۈچىيىپ، ئاقسىل پارچىلىنىپ، ئاممونىينىڭ پەيدا بولۇشى كۈچىيىدۇ. شۇڭا بۇنداق كېسەل كىشىلەرنى تىنچلاندۇرۇش ئۈچۈن، *phenergan* دىن 25 ~ 50 مىللىگرامنى ياكى *Valium* دىن 20 مىللىگرامنى مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلسا بولىدۇ.

4. قاندىكى ئاممونىينى تۆۋەنلەتكۈچى دورىلار

(1) *Acidum Glutamicum*: بۇ دورا ئۆزى بىلەن باراۋەر گرام مالمكۇلا مىقدارىدىكى ئەركىن ئاممونىي بىلەن بىرىكىپ، ئۇنىنى زىيانسىزلاندۇرىدۇ. بۇ دورىدىن ھەر كۈنى 20 ~ 50 گرامنى 10% گلۇكوزدىن 500 ~ 1000 مىللىلىتىرگە ئارىلاشتۇرۇلۇپ ۋېنادىن تامغۇزۇلىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى يېنىكلەرگە 6 ~ 20 گرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئىچۈرۈلسە بولىدۇ.

ئاتسدوم گلیوتامسکوم تۇزلىرى ئىشقارلىق ئېرىتمە بولۇپ، ئىشقار بىلەن زەھەرلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ ياكى ئۇنى ئېغىرلاشتۇرىدۇ. ئىشقار بىلەن زەھەرلەنگەندە، ئاممونىيلىك مېڭە توقۇلمىلىرىدىن ئۆتۈشى كۈچىيىدۇ. بۇنداق بىلەن جىگەر هوشسىزلىقى ئېغىرلىشىدۇ. ئاگەر ئىشلىتىش جەريانىدا ئىشقار بىلەن زەھەرلىنىش پەيدا بولسا، ۋىتامىن C دىن 5 ~ 10 گرامنى ۋېنادىن تامغۇ- زۇپ، ئەھۋالنى ياخشىلاش لازىم. ئادەتتە Calcii Glutamas نىڭ ئۇنۇمى ناترىي ۋە كالىي تۇزلىرىغا قارىغاندا ياخ- شى. بۇ دورىدىن 2 ~ 3 گرامنى 50% گلۇكوزدىن 80 مىللىلىتىرگە ئارىلاشتۇرۇلۇپ، كۈندىگە ئىككى قېتىم ۋېنادىن ئاستا كىرگۈزۈلىدۇ.

(2) Argininum: بۇ بەدەندە ئورنىتا بىرىكتۈرۈشتە كەم بولسا بولمايدىغان بىر خىل ماددا بولۇپ، قاندىكى ئاممونىي ئاشقاندا، ئورنىتا بىرىكتۈرۈشنى كۈچەيتىش ئارقىلىق قاندىكى ئاممونىيىنى تۆۋەنلىتىدۇ. ئادەتتە ھەر- كۈنى 10% گلۇكوزدىن 500 ~ 1000 مىللىلىتىرگە بۇ دورىدىن 20 ~ 40 گرام قوشۇپ ۋېنادىن تامغۇزۇلىدۇ.

(3) r-Amino butyrc Acid: بۇ نېرۋا ھۈجەيرىلىرىنىڭ ماددا ئالمىشىش مەھسۇلاتى، شۇنداقلا مەركىزىي نېرۋا ھۈجەيرە ئۆسۈكچىلىرىدىكى خىمىيىلىك يەتكۈزگۈ- چى ماددا بولۇپ، مېڭە توقۇلمىسىدىكى ماددا ئالمىشىشنى ياخشىلايدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، مېڭە ھۈجەيرىلىرىنىڭ كىر- گەن زەھەرلىك خۇسۇسىيەتكە ئىگە ئاممونىيىغا قارىتا زە- ھەرسىزلەندۈرۈش رولىنى ئويناىدۇ. 10% گلۇكوزدىن

500 ~ 1000 مىللىلىتىرگە بۇ دورىدىن 2 ~ 4 گرام ئارىلاشتۇرۇلۇپ، كۈنىگە 1 ~ 2 قېتىم ۋېنادىن تامغۇزۇلىدۇ.

باشقا داۋالاش چارىلىرى

1. سۇسىز لاندۇرۇپ داۋالاش: جىگەر هوشسىزلىقى بىلەن ئاغرىغۇچىلاردا ئوخشاشمىغان دەرىجىدە مېڭە سۇلۇق ئىششىقى بولىدۇ. ئۇنىڭ پەيدا بولۇشى ماددا ئالماشمىسىنىڭ توسقۇنلۇققا ئۇچرىشى، قان تومۇر مېڭە توقۇمىسى ئۆتكۈزۈشچانلىقىنىڭ ئېشىشى، گلۇكوزىنىڭ كۆپ مىقداردا كىرگۈزۈلۈشى قاتارلىقلار بىلەن مۇناسىۋەتلىك. بۇنىڭ ئۈچۈن ماننىتولدىن هەر كىلوگرام بەدەن ئېغىرلىقى ئۈچۈن 1 ~ 4 گرام ۋېنادىن تامغۇزۇلىدۇ. يۇقىرىقى مىقداردىكى دورا تەخمىنەن يېرىم سائەت ئىچىدە تامغۇزۇلۇپ بولۇشى لازىم. كۈنىگە 1 ~ 4 قېتىمغىچە ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

2. بۆرەك ئۇستى بەز پوستىلاق ماددا گورمۇنلىرىنى ئىشلىتىش: بۇنىڭ ئۇنۇمى تازا ئېنىق ئەمەس. ئېغىر كىسەللەرگە سىناپ ئىشلىتىپ كۆرۈشكە بولمىدۇ. ئۆتكۈر ۋىرۇسلۇق جىگەر يالليۇغى كەلتۈرۈپ چىقارغان جىگەر هوشسىزلىقىغا قارىتا، ئۇنۇمى نىسبەتەن ياخشى بولمىدۇ. Hydro Cortison دىن كۈنىگە 600 ~ 1000 گرامغىچە ئىشلىتىشكە بولىدۇ.

3. ئاق ئاقسىل: هەزىم قىلىنىش يوللىرىدا چوڭ قاناش يۇز بەرسە ياكى قورساقتىن سۇ ئالغاندىن كېيىن

جەمگەر هوشسىزلىقى پەيدا بولسا، ئادەم قان شەكىرى ئاز ئاقسىلدىن 25 ~ 50 گرامنى ۋېنادىن بەرگەندە، بەزىدە ئۇنۇم بېرىدۇ. بۇنداق ئۆتكۈر جەمگەر نىكرۇزلىنىش كېسىلىنى تۇرۇپ چىقارغان جەمگەر هوشسىزلىقىغا قارىتامۇ ئۇنۇمى بولمىدۇ. بۇ ئۇسۇلنى قوللانغاندا، بەدەندىكى ئاقسىل مەلۇم دەرىجىدە تولۇقلىنىپ، جەمگەر هۈجەيرىلىرىنىڭ ئەسلىگە كېلىشى ئۈچۈن ياردەمى بولىدۇ.

4. L - Dopa: ئۇر ئاددىرىنالىن ۋە كاتېخۇلامىنىڭ ئالدىنقى ماددىسى بولۇپ، ئۇ، قان مېڭە توسمىسىدىن ئۆتۈپ، مېڭە هۈجەيرىسىگە كىرىشى بىلەن، مېڭە هۈجەيرىسى ئىچىدە Dopamine هاسىل قىلىپ نېرۋا يەتكۈزۈشنى يالغ شىلاش بىلەن داۋالاش ئۇنۇمىنى جارى قىلدۇرىدۇ. كلىنىكىدا بەزى كېسەللەرگە بۇ دورىنى ئىشلەتكەندە ئەس - هوشى تېزلا ياخشىلىنىپ، ئېلېكتىرو ئېنسېفالوگرامىدا كۆرۈنەرلىك ياخشىلىنىش مەلۇم بولىدۇ. بۇ دورىنى ئىشلىتىشتە، ئۇنىڭ بەش گرامنى 100 مىللىلىتر فىزىئولوگىيىلىك تۇز سۇيىدە ئېرىتىپ ئىچۈرۈلىدۇ ياكى بۇرۇن زونتىسى ئارقىلىق كىرگۈزۈلىدۇ ۋە ياكى قالدۇرۇپ هەمەلچە قىلىنىدۇ.

5. قان ئالماشتۇرۇپ داۋالاش: ئېغىر كېسەللەرگە قارىتا ئۇلارنىڭ قېنىنى تارتىپ ئېلىپ، ئورنىغا نورمال قان كىرگۈزگەندە ئۇنۇمى بولىدۇ. ئەمما تۇپ مەسىلە هەل بولمىغانلىقتىن، ئۇنۇمسىدە ئىشەنچ يوق. ئۇنىڭ ئۇستىگە تەننەرقى ئۇسۇلۇن بولغاچقا، ئومۇمىيۈزلۈك قوللىنىپ كېتىش قىيىن. شەرت - شارائىتى يار بەرسە، سىناپ كۆرۈشكە بولىدۇ.

6. ۋىتامىن E: بەزىلەرنى بۇ دورىلاردىن 150 ~ 300 ميللىگرامنى بەر نەچچە قېتىمغا بۆلۈپ ئىچۈرۈشنى ياكى مۇسكۇلدىن ئوكۇل قىلىشنى تەۋسىيە قىلىدۇ.

ئەگەر كېسەل كىشىلەردە DIC بولسا، دەرھال DIC گە قارىتا چارە قىلىنىدۇ.

ئۆتكۈر ئۆت خالتا يالۇغى

ACute choleCYS titiS

بۇ كېسەللىك ئاساسلىقى، ئۆت خالتا ئىچىدىكى ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ چىقىرىلىشىنىڭ راۋان بولماسلىقىدىن، ياكى باكتېرىيە بىلەن يۇقۇملىنىشتىن پەيدا بولىدۇ. ئايالларدا كۆپرەك كۆرۈلىدۇ. ياش جەھەتتىن ئېيتقاندا، 20 ~ 50 ياشقىچە ئارىلىقتا ئەك كۆپ ئۇچرايدۇ.

كېسەللىك سەۋەبى

1. ئۆت خالتا چىقىش ئاغزىنىڭ توسۇلۇشى: ئۆت تېشى، ئاسكارىدا، ئۆسمە قاتارلىقلار ئۆت خالتا چىقىش يولىنى توسقاندا، ئۆت خالتا ئىچىدىكى ئۆت سۈيۇقلۇقى قويۇقلىشىپ، ئۆت خالتا شىللىق پەردىسىنى غىدىقلايدۇ. بولۇپمۇ بۇنداق ئىچىدىكى ئۆت تۈزىنىڭ غىدىقلاش تەسىرى ئەك كۈچلۈك بولۇپ، خىمىيىلىك يالۇغلىنىشنى پەيدا قىلىدۇ. بۇنىڭدىن باشقا توسۇلۇش

بولغاندا، ئۆت خالتا ئىچىدىكى سۇيۇقلۇق مىقدارى داۋاملىق كۆپەيىپ، ئۆت خالتىسى كۆپۈپ، ئۆت خالتا دىۋالىرىدىكى قان تومۇر ۋە لىمفا كاناللىرى بېسىلىپ، ئۆت خالتا دىۋالىرىدا نېكروزلىنىش ياكى ئېشىلىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ.

2. قېرىن ئاستى بەز سۇيۇقلۇقىنىڭ ئۆت خالتىسىغا ئېقىپ كىرىشى: مەلۇم سەۋەبلەر بىلەن، قېرىن ئاستى بەز سۇيۇقلۇقى ئۆت خالتىسىغا ئېقىپ كىرگەندە ئۇنىڭ تەركىبىدىكى ھەزىم قىلىش فېرمېنتى ئۆت سۇيۇقلۇقىنى جانلاندۇرۇپ، ئۆت خالتا دىۋالىرىنى بۇزۇپ، ئۆت خالتا يالليۇغىنى پەيدا قىلىدۇ.

3. باكتېرىيە بىلەن يۇقۇملىنىش: ئۆت كۆرۈ ئۆت خالتا يالليۇغى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ 80 پېرسەنتىدە باكتېرىيە تاپقىلى بولىدۇ. كېسەللىك چاقىرغۇچى باكتېرىيىنىڭ كۆپچىلىكى چوڭ ئۇچەي تاياقچىسى، زەنجىرسىمان باكتېرىيە، ئۇزۇنمسمان باكتېرىيە، كىزىك تاياقچىسى، ئۆپكە يالليۇغ شارچە باكتېرىيىسى قاتارلىقلاردىن ئىبارەت. باكتېرىيىنىڭ ئۆت خالتىسىغا كىرىش يوللىرى مۇنداق بولىدۇ:

(1) ئۆت يوللىرى ئارقىلىق كىرىدۇ. ئۇچەي يوللىرىدىن كىرگەن باكتېرىيە قاپقاق ۋېنا ئارقىلىق جىگەرگە كېلىپ يوقىتىلىدۇ. ئەگەر ئۇ تولۇق يوقىتىلمايلا قالسا، ئۆت سۇيۇقلۇقى ئارقىلىق ئۆت خالتىسىغا كىرىدۇ.

(2) قان مەنبەلىك يۇقۇملىنىشتىن كىرىدۇ. كۆپ

ھاللاردا، ئۆتكۈر ئۆت خالتا ياللۇغى ئومۇمىي بەدەنـ
لىك يۇقۇملىنىشىنىڭ قوشۇمچە كېسەللىكى بولىدۇ. بولۇپـ
مۇ كىزىك، قوشۇمچە كىزىك، ئىسكارلاتىنا، تارقىلىشچان
زۇكام قاتارلىقلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ. بۇ ھاللاردا باكتېـ
رىيە قان ئارقىلىق ئۆت خالتىسىغا كىرىدۇ.

(3) ئەتراپ ئەزالاردىكى ئۆتكۈر ياللۇغلىنىشلار
بىۋاسىتە كېڭىيىپ ئۆت خالتىسىغا كىرىدۇ.

(4) جىگەر ياكى ئۇچەي يوللىرىدىن لىمفا كانالـ
لىرى ئارقىلىق ئۆت خالتىسىغا كىرىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئېغىر يېنىكلىك دەرىجىسى ئوخشاش بولمايدۇ.
يېنىكلەپ دە پەقەت شىللىق پەردىگە قان تولۇش، سۈلۇق
ئىششىق پەيدا بولۇش ئەھۋاللىرى كۆرۈلۈپ، كىلىنىك
ئالامەتلەر مۇ يېنىك ئۆتىدۇ. ئاسانلىقچە تېشىلمەيدۇ. ئېغىر-
لاردا ئۆت خالتا كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە چوڭىيىپ، سىرتقى
پەردىسىدۇ قان تولۇش بولىدۇ. ئەتراپتىكى لىمفا تۇگۈنـ
لەر چوڭىيىدۇ. ئۆت خالتا دىۋارى ياللۇغلۇق سېزىپ
چىقىش ۋە تالا ماددىلىرى يامراپ كىرىش سەۋەبىدىن
قېلىنلايدۇ. ھەتتا كۆكىرىپ نىكرۇزلانغان رايونلار كۆـ
رۈلىدۇ. ھەتتاكى قان تومۇرلارنىڭ بېسىلىشى سەۋەبىدىن
گانگرېنا پەيدا بولىدۇ. بەزىدە ئۆت خالتىسى تېشىلىپ،
كەڭ دائىرىلىك ئۆت سۇيۇقلۇقى خاراكتېرلىك قورساق
پەردە ياللۇغىنى پەيدا قىلىدۇ. 12 بارماق ئۇچەي
ياكى چەمبەر ئۇچەيگە تېشىلىپ ئاقما پەيدا قىلىشى
مۇمكىن.

ئۇيغۇر كتاب توربىكىنى
ئۇيغۇرچە كتابلارنىڭ بىرىگى تۇرسى
www.uyghurkitap.com

كىلىنىكلىك ئىنپادىسى

ئۆتكۈر ئۆت خالتا ياللۇغىدا تۆۋەندىكىدەك ئالاھىدىلىكلەر كۆرۈلىدۇ:

1. قورساق ئاغرىشى: قورساق ئاغرىشىنىڭ خاراكتېرى ئوخشاش بولمايدۇ. ئادەتتە داۋاملىق تۇرىدە قاتتىق ئاغرىش بولىدۇ. بەزىدە تۇتقاق خاراكتېرىدە ئېغرىمىشىدۇ. دەسلەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسىم ئاغرىپ، كېيىن ئوڭ تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمىغا مەركەزلەشىدۇ. خېلى كۆپ كېسەل كىشىلەردە ئاغرىق ئوڭ تاغاقىقا قاراپ تارقايدۇ. ئەگەر قوشۇمچە تاش بولسا، ئاغرىش چىددىغۇسىز دەرىجىگە يېتىپ، كېسەل كىشىلەر ئىنتايىن بىئارام بولىدۇ. پۇتلىرىنى تۇگۈپ ئوڭ تەرەپنى بېسىپ ياتىدۇ.

2. قىزىتما ۋە توكۇپ تىتىرەش: يېنىكلەردە ئازراقلا قىزىتما بولىدۇ. ئۆتكۈر يىرىڭلىق تېپىتكى كېسەللەردە باشلىنىشىلا يۇقىرى قىزىتما بولۇپ، توكۇپ تىتىرەش بولىدۇ. كۆپچىلىكىدە تېمپېراتۇرا 38 ~ 39℃ ئارىلىقىدا بولىدۇ.

3. ھەزىم قىلىش يولى ئالامەتلىرى: كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش، قورساق كۆپۈش قاتارلىقلار كۆپ ئۇچرايدۇ.

4. سېرىقلىق: ئادەتتە سېرىقلىق بولمايدۇ. ئەگەر ياللۇغ باش ئۆت كانالچىسىغا تەسىر قىلىپ، سۇلۇق ئىششىق پەيدا قىلسا، سېرىقلىق پەيدا بولىدۇ.

5. باسقاندا ئاغرىش ۋە مۇسكۇل جەددىيلىشىش: دەسلەپكى دەۋرىدە ئۆت خالتىسىدا يالۇغلىنىش يېنىك بولغانلىقتىن، باسقاندا ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىش ئانچە ئېنىق بولمايدۇ. لېكىن murPhy بەلگىسى مۇسپىي بولمىدۇ. يالۇغ ئېغىرلىشىپ سىرۇز پەردىگە يەتكەندە، ئۆت خالتا دىئاپراگما ئەتراپىدىكى قورساق پەردە بىلەن چاپلاشقانلىقتىن، قورساق پەردىنى غىدىقلاپ ئۆت خالتا رايونىدا قاتتىق ئاغرىش بولۇش بىلەن بىللە، باسقاندا ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىش بولىدۇ. يەرلىك ئورۇنداكى قورساق مۇسكۇللىرى جەددىيلىشىدۇ. ئوك تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمىنى تۇتقاندا، چوڭايغان ئۆت خالتىسى بىلىنىدۇ.

دىئاگنوزى

1. كىلىنىك ئىپادىلىرى: يۇقىرىدا بايان قىلىنغان كىلىنىك ئىپادىلىرى ئاساس قىلىنىدۇ.

2. لابىراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈش: رېنتگېن رەسىمگە ئالغاندا، ئۆت تاش سايىلىرى كۆرۈنۈشىنى مۇمكىن. ئۆتكۈر دەۋرىنى ئۆتكۈزۈپ، سايىلاندۇرۇپ رەسىمگە ئالغاندا، ئۆت خالتىسىدىكى تاشلارنى بايقىغىلى بولىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

بۇ كېسەللىكنى ئاشقازان ـ 12 بارماق ئۇچەي يارا تېشىلىشى، ئۆتكۈر سازاك ئۆسۈك يالۇغى، ئوك

بۆرەك تېشى ۋە بۆرەك جام بۆرەك ياللۇغى، ئوك تەرەپ ئۆپكە يالـلۇغـى، ئوك تەرەپ كۆكرەك پەردە ياللۇغـى قاتارلىقلاردىن پەرقلەنىدۇرۇش لازىم (مۇناسىۋەتلىك بابلارغا قارالسۇن).

داۋالاش

1. ئومۇمىي داۋالاش: كېسەل كىشى تىنچ ياتقۇزۇپ ئارام ئالدۇرۇلۇپ، يېقىنلىرىدىن كۆزىتىلىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى يېنىكلەرگە مايىسز سۇيۇق تاماق بېرىلىدۇ. ئېغىر لارغا تاماقنى چەكلەپ، ۋېنادىن سۇيۇقلۇق بېرىلىدۇ.

قورساق كۆپۈش، قۇسۇش ئېغىر بولسا، ئاشقازان ئۇچۇن بېسىمنى تۆۋەنلىتىش چارىسى قوللىنىلىدۇ.

2. ئاغرىق توختىتىش: دىئاگنوز ئېنىقلانغاندىن كېيىن، ئاغرىق توختىتىش تەدبىرلىرى قوللىنىلىدۇ. ئالدى بىلەن ئاترۇپىن ياكى *Nitroglycerimum* قاتارلىق سىمپازما بوشاتقۇچى دورىلار بېرىلىدۇ. لازىم تېپىلغاندا، *Morphin* دىن 10 مىللىگرام تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ئەمما موزىفىنىڭ ئۆزىنى ئىشلەتكەندە، ئۆت قورىغۇچى مۇسكۇل سىمپازمىسىنى پەيدا قىلىپ، ئاغرىق توختىتالمايدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئاترۇپىن بىلەن قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

3. ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش: خىلۇرۇمىستىن، ئىستىرىپتومىتسىن، پېنىتسىللىن ۋە باشقا تەسىر دائىرىسى كەڭ ئانتىبىئوتىكلار ئىشلىتىلىدۇ.

چولۇق ئۇچەي تاياقچىسى بىلەن يۇقۇملىنىشقا قارىتا CreatmyCinum نىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمىدۇ. بۇ دورا 0.5 گرامدىن كۇنىگە تۆت قېتىم ئىچۈرۈلمىدۇ. بىر كۇرىسى ئىككى ھەپتە بولمىدۇ.

ئەگەر كېسەللىك ئەھۋالى داۋاملىق ئېغىرلىشىپ بارسا، ۋاقتىدا ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش لازىم.

ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاشقا مۇۋاپىق كېلىدىغان ئەھۋاللار تۆۋەندىكىچە:

(1) ئۆتكۈر ئۆت خالتا يالليۇغىغا قوشۇمچە زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك شوك بولسا؛

(2) قوشۇمچە ئۆت يوللىرىدا توسۇلۇش كۆرۈلسە؛

(3) ئۆت خالتىسى تېشىلسە ياكى ئۆت خالتىسىغا يېرىلىش يىغىلسا؛

(4) ئۆت خالتا يالليۇغى تەكرار قوزغاتقان بولۇپ، قوشۇمچە تاش ياكى ئاسكارىداكە پلىشىشتىن گۇمان قىلىنسا؛

(5) ئۆت يوللىرىدا تارىيىش بولسا؛

(6) ئوپېراتسىيىسىز داۋالاش جەريانىدا كېسەللىك ئەھۋالىدا ياخشىلىنىش بولماستىن، ئەكسىچە يامانلىشىش بولسا.

سوزۇلما ئۆت خالتا يالليۇغى

chronic chQleCYStitiS

سوزۇلما ئۆت خالتا يالليۇغى دائىم ئۆتكۈر ئۆت

خالتا یاللۇغمنڭ داۋامى بولىدۇ. كۆپچىلىكىدە قوشۇمچە ئۆت تاش كېسەللىكى بولىدۇ.

پاتئولوگىيەسى

ئۆت خالتىسى قېلىنلاپ، ئاقۇش رەڭگە كىرىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىرلاردا ئۆت خالتىسى ئاترۇپىنىيەلمەسلىك، خىزمەت ئىقتىدارىنى يوقىتىدۇ. بۇنداق چاغلاردا، كىچىكلەشكەن ئۆت خالتىسى دائىم ئەتراپتىكى ئەزالارغا چاپلىشىپ قالىدۇ.

كېلىنىك ئىپادىسى

كۆپىنچە تېپىك ئالامەتلەر بولمايدۇ. كېسەل كىشىلەر كۆپىنچە ئوڭ تەرەپ ئۇستۇنكى قورساق قىسمىدا يېڭىمسىزلىق ھېس قىلىدۇ. بەزىدە قادىلىپ ئاغرىپ، ئاغرىق ئوڭ تاغاقتا تارقايدۇ. كېكىرىش، قورساق كۆپۈش، ئىشتىھاسىزلىنىش قاتارلىق ئەھۋاللار بولىدۇ. كۆپىنچە مايلىق تاماق يېگەندىن كېيىن ئالامەتلەر ئېغىرلىشىدۇ. ئەگەر قوشۇمچە ئۆت تېشى بولسا، تاش ئۆت كانىلىغا كەپلىشىپ، قورساق سانجىقى ۋە سېرىقلىقنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۆتكۈر قوزغىلىش بولمىسا، ئادەتتە قىزىتما بولمايدۇ. بىر قىسىم كېسەل كىشىلەردە يېنىك دەرىجىدە ھەزىم قىلىش يوللىرىنىڭ ئالامەتلىرى بولىغاندىن تاشقىرى، داۋاملىق ئۆرده ئۆۋەن قىزىتما بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن سەۋەبى ئېنىق بولمىغان ئۇزۇن مۇددەتلىك قىزىتمىلاردا بۇ كېسەللىكنىڭ ئېھتىمالىنى ئويلىشىش لازىم.

سوزۇلما ئۆت خالتا ياللۇغمنڭ بەدەن بەلگىلىرى ئېنىق بولمايدۇ. بەزىلەردە ئۇستۇنكى قورساق قىسمى (ئوڭ تەرەپ) نى باسقاندا ئاغرىش بولۇشى مۇمكىن. بەزىدە ئوڭ تەرەپ ئۇستۇنكى قورساق قىسمىدىن چوڭايغان ئۆت خالتىسىنى تۇتۇپ بىلگىلى بولىدۇ. دىئاگنوز قويۇشتا، كۆپىنچە سايىلاندۇرۇپ رەسىمگە ئېلىش، 12 بارماق ئۇچەيدىن ئاققۇزۇش قاتارلىق ئۇسۇللار قوللىنىلىدۇ.

داۋالاش

ئومۇمىي داۋاسى ۋە ئالامەتلەرگە قارىتا چارە قىلىش ئۇسۇللىرى ئۆتكۈر ئۆت خالتا ياللۇغىنىكىگە ئوخشاش.

كېسەللىك كۆپ قېتىم قوزغاپ، سالامەتلىكىگە تەسىر يەتكەنلەرگە قاردىتا ئۆت خالتىنى ئېلىپ تاشلاش ئوپېراتسىيىسى قوللىنىلىدۇ.

ئۆت تاش كېسەللىكى

Cholelithiasis

ئۆت يول سىستېمىسىدىكى پاتوفىزىئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر تۈپەيلىدىن، ئۆتتە تاش پەيدا بولۇشى — ئۆت تاش كېسەللىكى دەپ ئاتىلىدۇ. مەملىكەت ئىچىدىكى ستاتىستىكىلارغا قارىغاندا، ئۆت خالتا ياللۇغى بىمالەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ 70 پىرسەنتىدە ئۆت تاش كېسەللىكى

بولمدىغانلىقى مەلۇم. مەملىكەت سىرتىدا ئۆت خالىتا يالـ
لۇغى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ 90 پىرسەنتىدە ئۆت
تاشى كېسەللىكى بولمىدىغانلىقى مەلۇم.

كېسەللىك سەۋەبى

ھازىرچە ئېنىق ئەمەس. لېكىن، تۆۋەندىكى ئامىل-
لار بىلەن مۇناسىۋەتلىك دەپ قارىلىدۇ.

1. ئۆت سۈيۈقلۇقى تۇرۇپ قېلىش: روھىي
كەيپىياتىنىڭ ياخشى بولماسلىقى، تاماقنىڭ تەرتىپسىز
بولۇشى، جىسمانىي ھەرىكەتلەر بىلەن ئاز شۇغۇللىنىش،
ھامىلدارلىق، ۋېگېتاتسۇ نېرۋا خىزمىتىنىڭ بۇزۇلۇشى
قاتارلىق سەۋەبلەردىن ئۆت خالىتا قوربۇغۇچى مۇسكۇلى
سىپازمىلىنىپ، ئۆت سۈيۈقلۇقىنىڭ چىقىرىلىشى توسقۇن-
لۇققا ئۇچرايدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئۆت سۈيۈقلۇقى ئۆت
خالىتىسى ئىچىدە ئۇزۇن ۋاقىت تۇرۇپ قېلىپ، تەركىبـ
ىدىكى سۇ سۈمۈرۈلۈپ ئۆت سۈيۈقلۇقى قويۇقلاپ، ئۇ-
نىڭ تەركىبىدىكى خۇلىسترۇل، ئۆت فېگىمېنتى، ئۆت
تۇزى قاتارلىقلارنىڭ نورمال نىسبەتتىدە ئۆزگىرىش بولۇپ،
چۆكمە ھاسىل قىلىپ تاش پەيدا قىلىدۇ. قان ئېرىتىش
خاراكتېرلىك سېرىقلىقتا بىلىرۇبىن قويۇقلۇقى يۇقىرى
بولغانلىقتىن، ساپ ئۆت فېگمېنت تېشى پەيدا قىلىدۇ.
بۇنداق تاش ياشلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ.

2. يالۇغلىنىش: ئۆت خالىتا يۇقۇملىنىشى دائىم
ئۆت تاش كېسىلىگە سەۋەب بولىدۇ. چۈنكى نورمال ئەھ-
ۋالدا مۇتلەق كۆپ قىسىم خۇلىسترۇل ئۆت سۈيۈقلۇ-

قەدا ئېرىش ھالىتىدە تۇرىدۇ. ئۆت خالتا شەللىق پەر-
دىسىدە يۇقۇملىنىش پەيدا بولغاندىن كېيىن، ئۇنىڭ
سۈمۈرۈش خىزمىتىدە ئۆزگىرىش بولۇپ، ئۆت تۇزلىرى-
نى سۈمۈرۈش تېزلىشىپ، ئۆت خالتا ئىچىدە ئۆت تۇز-
لىرىنىڭ مىقدارى تۆۋەنلەيدۇ. خۇلىستېرۇل مىقدارى
غىسپىي ھالدا ئاشىدۇ. نەتىجىدە چۆكمە پەيدا بولۇپ،
ئۆت تېشى ھاسىل بولىدۇ. بۇنىڭدىن باشقا، يالۇغدىن
سېزىپ چىققان ئاقسىللىق ماددىلار خۇلىستېرۇل ۋە كالى-
سىي بىلورۇبىننىڭ ئېرىشىنى تۆۋەنلىتىپ تاش پەيدا قى-
لىدۇ. باكتېرىيەلەر بېرىكىكەن بىلىرۇبىننى پارچىلاپ
ئەركىن بىلورۇبىنگە ئايلاندۇرۇش بىلەن تاش يادروسى
ھاسىل قىلىدۇ. ئۇنىڭ ئۈستىگە خۇلىستېرۇل كرىستالىرى
چۆكۈپ تاش پەيدا قىلىدۇ.

3. خۇلىستېرۇل ئالمىشىشىنىڭ بۇزۇلۇشى: قاندىكى
خۇلىستېرۇل تاماق ۋە بەدەن ئىچىدىكى ماددا ئالمىشى-
تىن پەيدا بولىدۇ. خۇلىستېرۇلغا باي يېمەكلىكلەرنى
ئىستېمال قىلغاندا ياكى مەلۇم سەۋەبلەردىن بەدەن ئى-
چىدە پەيدا بولمىغان خۇلىستېرۇل مىقدارى ئاشقاندا،
خۇلىستېرۇل تاشلىرى ئاسان پەيدا بولىدۇ.

4. نېرۋا سىستېمىسى تەڭپۇڭلۇقىنىڭ بۇزۇلۇشى:
مەركىزىي نېرۋا سىستېمىسى ۋە ۋېگىتاتىۋ نېرۋا خىزمىتى
بۇزۇلغاندا، ئۆت يوللىرى ۋە ئۆت قوربۇقچى مۇسكۇل-
لىرى سەپازىلىنىپ، ئۆت سۈيۇقلۇقىنىڭ چەمبىرىلىشى
توسقۇنلۇققا ئۇچراش بىلەن، تاشسىمان پەيدا بولۇشى
ئۇچۇن پايدىلىق شارائىت ھازىرلىنىدۇ.

ئۆت تاش تۈرلىرى:

1. خۇلىسترۇل تېشى: ئاچ سېرىق رەڭدە بولۇپ، يۇمىلاق ياكى سوقمىچاق بولىدۇ. ئۆزى قاتتىق، سىرتقى يۈزى سىلىق بولىدۇ. چېقىشتۇرما ئېغىرلىقى يېنىك بولۇپ، سۇدا چۆكمەيدۇ. كۆپىنچە يالىغۇز بولىدۇ. رېنتگېنده كۆرۈنمەيدۇ.

2. ئۆت فېگمېنت تېشى: قارا ياكى توق سۆسۈن رەڭدە بولىدۇ. ئۇششاق توم شەكىللىك دانچىلار بولۇپ، رېنتگېنده كۆرۈنمەيدۇ.

3. ئارىلاشما تىپلىق تاش: كۆپىرەك ئۇچرايدۇ. جەگەررەڭ ياكى توق يېشىل رەڭدە بولۇپ، چوڭ ھەم كۆپ قىرامق بولىدۇ. سىرتقى يۈزى سىلىق بولىدۇ. بۇنىڭ بىر قىسمى رېنتگېنده كۆرۈنىدۇ. (رېنتگېنده كۆرۈنىدۇ دېگەندە، ئادەتتىكى رەسىم كۆزده تۈتۈلىدۇ سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈشتە كۆپچىلىكىنى بايقىغىلى بولىدۇ)

پاتئولوگىيىسى

1. ئۆت خالتا تېشى: بۇ ئۆت خالتا ئىچىده بولۇپ، دائىم توسۇلۇشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇنىڭ بىلەن ئۆت خالتا يالۇغى پەيدا بولىدۇ.

2. ئۆت كانال تېشى: تاش باش ئۆت كانىلىنى توسقاندىن كېيىن ئەگەر يۇقۇملىنىش بولمىسا، ئاساسلىقى ئۆت كانىلى كېڭىيىپ، ئۆت سۇيۇقلۇقى تۈرۈپ قېلىش بىلەن، توسالما سېرىقلىقنى پەيدا قىلىدۇ. ئۇزۇن داۋام

لاشسا، ئۆت سۆيۈقلۇقى خاراكتېرلىك جىسىملەر قېتىشنى پەيدا قىلىدۇ. ئەگەر يۇتۇملىنىش بولسا، باش ئۆت يولىدا يىرىڭلىق سۆيۈقلۇق پەيدا بولىدۇ ھەمدە كۆپ ئورۇنلۇق جىسىملەر يىرىڭلىق ئىششىقنى پەيدا قىلىشى مۇمكىن.

كېسەلنىڭ ئېپادىسى

ئاساسلىقى، تاشنىڭ ئورنى، ھەرىكەتلىك ھالىتى، ۋە قوشۇمچە يۇقۇملىنىش بار - يوقلۇقىغا ئاساسەن، كېسەلنىڭ ئىپادىسى تۆۋەندىكىچە بولىدۇ.

1. ئۆت خالتا تېشى: ئادەتتە ئالامەت بولمايدۇ. تاش ئۆت خالتا كانىلى، باش ئۆت كانىلى قاتارلىق ئورۇنلارغا تىقىلىپ قالسا، ياكى قوشۇمچە يۇقۇملىنىش بولسا، ئاندىن ئالامەتلەر پەيدا بولىدۇ. ئارتۇقچە تويۇش، مايلىق يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلىش، جىسمانىي ھەرىكەت قاتارلىقلار تاشنىڭ ئۆت خالتىسىدىن سىلىجىپ ئۆت خالتا كانىلى ياكى ئۆت باش كانىلىغا كىرىشكە تۈرتكە بولىدۇ. بۇنداق چاغلاردا، ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا قاتتىق سانجىق پەيدا بولۇپ ئاغرىش ئوڭ تاغاققا قاراپ تارقايدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش بولىدۇ. قۇسقاندىن كېيىنمۇ ئاغرىق پەسەيمەيدۇ. ئاغرىش ئادەتتە بىرنەچچە سائەت داۋاملىشىدۇ. بەزىدە قىسقىراق بولىدۇ. كۆپىنچە پات-پات تەكرارلىنىپ تۇرىدۇ.

ئۆت باش كانىلىدا سېرىقلىق پەيدا بولىدۇ. قوشۇمچە ئۆت خالتا يالىلۇغى پەيدا بولسا، قىزىتىش،

ئوك تەرەپ ئۇستۇنكى قورساق قىسمىدا باشقاندا ئاغرىق پەيدا بولۇش، يەرامك ئورۇندا مۇسكۇل سىپازمىلىنىش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئۆت خالتىسىدا ئۆت سۈيۇقلۇقى تۇرۇپ قېلىپ ئۆت خالتىسى چوڭايغان بولسا، ئۆت خالتىسى قولغا بىمالىنىدۇ.

2. باش ئۆت كانال تېشى: بۇ كۆپىنچە ئۆت خالتىسىدىن كېلىدۇ. يەزىدە جەگەر ئىچى ئۆت كانالچىلىرىدىن كېلىشى مۇمكىن. ياكى باش ئۆت كانالچە ئىچىدە پەيدا بولۇشى مۇمكىن. بۇنداق ئەھۋالدا ئۆت خالتا كانىلى كېڭىيىدۇ. كىلىنىك ئىپادىسىدە پەرق كۆپ بولىدۇ.

باش ئۆت كانىلىدا كۆپ مىقداردا قۇمسىمان تاش پەيدا بولغاندا، ئۆت كانىلى كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە كېڭىيىدۇ. ئېكىن ئۆت سۈيۇقلۇقى تاش ئارىلىق بوشلۇقلىرىدىن يەنىلا ئۆتەلەيدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئۇزۇنغىچە سەپرا قىلىق ياكى قورساق سانجىقى قاتارلىقلار بولمايدۇ. ئەمما ئوك تەرەپ ئۇستۇنكى قورساق قىسمىنىڭ قەرىلىسىز ئاغرىشى ۋە تەرتىپسىز قىزتما قاتارلىقلار مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. ئۆت تېشى باش ئۆت كانىلىغا توپلىشىپ توسالما سەپرا قىلىقنى پەيدا قىلىغاندا، سەپرا قىلىق بەزىدە ئېغىر، بەزىدە يېنىك بولىدۇ. يېنىك دەرىجىدە قورساق ئاغرىش بولىدۇ. قىسمەن كېسەللەردە تەكرار ئۇستۇنكى قورساق قىسىم سانجىقى، قىزىتىش، توڭۇپ تىترەش قاتارلىق ئالامەتلەر بولىدۇ. ئەگەر يىرىڭلىق ئۆت كانال ياللۇغى ياندىشىپ كەلسە، ئۇ ئۇستىكە قاراپ كېڭىيىپ

ئۆت كانال ئەتراپ-يالالۇغى، جەگەر يالالۇغى قاتارلىقلارنى پەيدا قىلىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا، ئۇستۇنكى قورساق قىسمى سانجىقى، توكۇپ تىتىرەش، قىزىتىش بولۇشلىرى ئاشقىزى، تەرەققىي قىلىپ سەپسەس، زەھەرلىنىش خاراكتېرلىك شوك قاتارلىقلارنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئۇزۇن مۇددەت داۋاملاشسا، ئۆت سۇيۇقلۇقى خاراكتېرلىك جەگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. پەردە كۆپ ئورۇندا پەيدا بولىدىغان جەگەر پەرىنگلىق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ.

3. جەگەر ئىچى ئۆت كانال تېشى: ئاساسلىقى، كالتېسىي بىلىرۇبىن تېشى بولۇپ، كۆپىنچە باش ئۆت كانال تېشى يانداشقان بولىدۇ. ئادەتتە ئالامەتلەر بولمايدۇ. تاش باش، ئۆت كانىلىغا كىرگەندە، ئۆت سانجىقى پەيدا بولىدۇ. كېسەلدە ئۇستۇنكى قورساق قىسمىنى باسقاندا ئاغرىش ۋە قىزىتما قاتارلىق ئەھۋاللار بولىدۇ. قوشۇمچە باكتېرىيە بىلەن يۇقىملىنىش بولسا، جەگەر پەرىنگلىق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ.

4. قوشۇمچە كېسەللىكلىرى: ئۆت خالتا يالالۇغى، ئۆت كانال يالالۇغى، جەگەر يالالۇغى، قېرىدىن ئاسىتى بەز يالالۇغى، ئۆت يوللىرى قاناش قاتارلىق كېسەللىكلەر بولىدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولغانلاردا، جەگەر پەرىنگلىق ئىششىقى، سەپسەس قاتارلىقلار بولۇشى مۇمكىن. بىر قىسىم كىشىلەردە ئۆت سۇيۇقلۇغى خاراكتېرلىك جەگەر قېتىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بەزىلەر ئۆت تاش كېسەللىكى ئۆت خالتا راكىنىكى بىر سەۋەبى بولۇشى مۇمكىن دەپ قارايدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. رېنتگېنده تەكشۈرۈش: بىر قىسىم تاشنىڭ سىرتقى يۈزىگە ئۆت خالتا شەللىق پەردىدىن ئاجرىلىپ چىققان كالتسىي كاربونات ئولتۇرۇشۇپ قالغاچقا، رېنتگېن نۇرىنى ئۆتكۈزمەيدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا، ئادەتتىكى قورساق رەسىمدە تاش كۆرۈنمەيدۇ. بۇنداقلار ئومۇمىي ئۆت تاش كېسەللىكىگە گىرىپتار بولغانلارنىڭ 10 — 20 پىرسەنتىنىلا ئىگىلەيدۇ. باشقا 80 — 90 پىرسەنت كېسەللىكلەرگە تەركىبىدە يوت بولغان سايىلاندۇرغۇچى دورا ئىچۈرۈپ رەسىمگە ئالغاندا، تاش سايىلىرىنى كۆرگىلى بولمىدۇ. بۇنىڭدىمۇ پەقەت 50 پىرسەنتلا كۆرۈنۈشى مۇمكىن. سېرىقلىق ئانچە ئېغىر بولمىغان ھەمدە جىگەر خىزمىتىنىڭ زەخمىلىنىشى يېنىك بولغانلارغا قارىتا Biligrafin كىرگۈزۈپ رەسىمگە ئالغاندا، دىئاگنوز ئۇچۇن بەلگىلىك ياردەمى بولمىدۇ.

2. 12 بارماق ئۇچەيىدىن ئاققۇزۇش تېخنىكىسى: بۇ ئۇسۇل ئارقىلىق ئۆت سۇيۇقلۇقىنى ئېلىپ تەكشۈرگەندە، ئۇنىڭ تەركىبىدىن خۇلىستېرول، كالتسىي بىلىرۇبىن كىرىستاللىرىنى تاپقىلى بولمىدۇ.

3. ئۇلترا دولقۇن بىلەن تەكشۈرۈش: بۇ خىل تەكشۈرۈشتە، سۇيۇقلۇق تەكشىلىكى ئېچىدىن ئېگىز قايتقان دولقۇن كۆرۈنمىدۇ. قۇمسىمان تاشتىن ھىكرو كىچىك دولقۇنلار كۆرۈنمىدۇ. يۇقىرىدىكى كىلىنىك ئىپادىلىرى ۋە قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر ئارقىلىق بۇ كېسەللىكنى دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ.

سېلىشتۇرما دېئالگىنوزى

بۇ كېسەللىكنى تۆۋەندىكى كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈش لازىم.

1. بۆرەك سانجىقى: ئاغرىش كۆپىنچە بەل قىسمىدىن باشلىنىپ، تاشقى جىنسىي قىسمىغا تارقايدۇ. سۈيىگەندە ئاغرىش، قان سەيىش قاتارلىقلار بولىدۇ. سۈيدۈكنى مىكروسكوپتا تەكشۈرگەندە قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆرۈنىدۇ.

2. ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى: ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا قاتتىق ئاغرىش بولۇش بىلەن بىللە، دائىمى خاراكتېرلىك قۇسۇش، قەزىتىش قاتارلىقلار بولىدۇ. قان سۈرۈتكا ۋە سۈيدۈكتىكى كىراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ.

3. ئۆت يول ئاسكاريدا كېسەللىكى: كېسەل كىشىلەرنىڭ يېشى كۆپىنچە كىچىكرەك بولۇپ، ئاسكاريدا كېسەللىك تارىخى بولىدۇ. ئاغرىش خەنجەر ئۆسكۈچە ئاستىدا بولىدۇ. خۇددى ئۇستىگە قارىتىپ ئۇشكىدەك تەشكەندەك سېزىم بولىدۇ. كېسەللىك ئۇنقان چاغلاردا كۆپىنچە ئاسكاريدا قۇسىدۇ. چوڭ تەرتىتىن ئاسكاريدا تۇخۇمى تېپىلىدۇ.

4. ئۇچەي سانجىقى: كىندىك ئەتراپىنىڭ ئاغرىشى ئاساسلىق بولىدۇ. ئۇچەي تاۋۇشى كۈچەيىدۇ. چوڭ تەرەت نورمال بولمايدۇ. قورساق كۆپۈش ئېغىر بولىدۇ. ئۇچەي سانجىقى قوغۇشۇن بىلەن زەھەرلىنىشتىن

كېلىپ چىققان بولسا، چىش مۇلۇكلىرىدە قوغۇشۇن زەھىرى بولىدۇ. قىزىل قان هۈجەيرىسىدە ئىشقارلىق رەڭلىك توچكا بولىدۇ. سۈيدۈكتىكى قوغۇشۇن مىقدارى ئاشىدۇ.

5. يۇرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى: بەزىدە ئاساسلىقى ئۇستۇنكى قورساق قىسمىنىڭ قاتتىق ئاغرىشى بىلەن ئىپادىلىنىدۇ. بۇنداق ئەھۋالدا ئېلېكتىروكاردىئوگراممىلار تەكشۈرگەندە، دىئاگنوزنى ئېنىقلاشقا بولىدۇ.

6. يارىلىنىڭ ئۆتكۈر تېشىلىشى: ئۇستۇنكى قورساق قىسمى قاتتىق ئاغرىغاندىن باشقا، قورساق مۇسكۇلى قېتىپ تاختايدەك بولۇپ قالىدۇ. باسقاندا ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىش روشەن بولىدۇ. ئۇچەي تاۋۇشى يوقىلىدۇ. چېكىپ تەكشۈرگەندە، جىگەر بوغۇق تاۋۇش. چىگرىسى يوقىلىدۇ.

داۋالاش

1. تاماقلاندۇرۇش: مايلىق تاماق ئۆت خالتىسىنىڭ قىسقىرىشىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەگەر شۇ مەزگىلدە ئۆت يولى قوزغۇچى مۇسكۇللىرى ۋاقتىدا بوشاشمىغاي قالسا، قورساق قىسمىدا بىئاراملىق پەيدا بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئۆت تاش كېسەللىكى ئۆتكۈر قوزغاتقان چاغلاردا، ماي ئىستېمال قىلماسلىق لازىم. ئاقسىلىنىسىگىمۇ يۇقىرىقىدەك تەسىرى بولغانلىقتىن، ئۆتكۈر دەۋرىدە ئاقسىلنى توختىتىشقا توغرا كېلىدۇ. بۇنداق كېسەللەرگە يۇقىرى قەنتلىك يۇمشاق يېمەكلىكلەر مۇۋاپىق كېلىدۇ.

ئەگەر قۇسۇش قېتىمى كۆپ بولسا، سانجىق ئېغىر بولۇپ، تاماق ئۆتمەسە، ۋېنادىن گلۇكوزا، فىزىئولوگىيلىك تۇز سۇيۇقلۇقلىرى كىرگۈزۈلىدۇ.

2. سېپازمىنى بوشىتىپ ئاغرىق توختىتىش: ئاتروپىن پېنىدىن 0.5 مىللىگرام ھەر ئۈچ سائەتتە بىر قېتىم تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ياكى ھەر ئۈچ سائەتتە بىر قېتىم ئىنتروگلىسىرىندىن 0.6 مىللىگرام تىل ئاستىغا قويۇپ چوريلىدۇ.

سانجىق ئېغىر بولغاندا، مورفىندىن ئون مىللىگرام تېرە ئاستىغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. ياكى دولانتىندىن 100 مىللىگرام مۇسكۇلغا ئوكۇل قىلىنىدۇ. بۇ دورىلار ئاتروپىن بىلەن بىللە ئىشلىتىلىدۇ.

3. ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ چىقىرىلىشىنى تېزلاتىش: ماگنىي سۇلفۇر ياكى ئۆت تۇزلىرىنىڭ قوربىغۇچى مۇسكۇلنى بوشىتىپ، ئۆت سۇيۇقلۇقىنىڭ چىقىرىلىشىنى تېزلىتىش رولى بار.

ماگنىي سۇلفۇر تويۇنغان ئېغىزىتىمىدىن كۇنىگە 10 ~ 15 مىللىلىتىر ئىچۈرگەندە، ئۆت سۇيۇقلۇقىنى ھەيدەش تەسىرى بولىدۇ. ئۆت تۇزلىرى جىگەر ئاجرىتىپ چىقارغان كۆپ مىقداردىكى سۇيۇق ئۆت سۇيۇقلۇقى ئۆت يوللىرىنى چايقاش رولىنى ئويناپدۇ. ئۆت كۆپۈر قوزغاش ئۆتۈپ كەتكەندىن كېيىن، بۇ دورىنى بىر نەچچە ھەپتە ئۇزمەي ئىشلەتكەندە، قايىتىلاش پۈرسىتى ئازىيىدۇ. بۇ خىل دورىلاردىن Dehydro Cholin 0.25 گرامدىن ياكى Natrii TauroglyCoCholatis 0.2 گرامدىن

كۇنىگە ئۇچ قېتىم تاماقتىن كېيىن ئىچىلىدۇ.

4. ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى تارتىش: ئاشقازان كىسىلاتاسمىنىڭ ئۆت خالتىسىنى قىسقارتىش تەسىرى بولۇپ، ئۆت سانجىتىنى ئېغىرلاشتۇرىدۇ. قۇسۇش ئېغىر بولغان ياكى ئۆت سانجىقىنى پەسەيتىش قىيىن بولغان كېسەل كىشىلەرگە قارىتا. ئاشقازان زونتلى ئارقىلىق ئاشقازان سۇيۇقلۇقىنى تارتىشنىڭ ئۇنۇمى ياخشى بولمدۇ.

ئۆت تاش كېسەللىكىدە كۆپىنچە قوشۇمچە باكتېرىيە بىلەن يۇقۇملىنىش بولغانلىقتىن، بىرلا ۋاقىتتا مۇ-ۋاپىق ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىش لازىم.

5. ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش: كېسەللىك كۆپ قېتىم قوزغىلىپ، يۇقىرىدىكى داۋالاشلار ئۇنۇم بەرمىگەن-دە، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش ئېلىپ بېرىلىدۇ.

ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى

ACute pancreatitis

ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى كۆپ ئۇچرايدىغان ئۆتكۈر قورساق كېسەللىكلىرىدىن بىرى بولۇپ، ئايالالاردا ئەرلەرگە قارىغاندا كۆپ ئۇچرايدۇ. ئازسانلىقتىكى ئېغىر كېسەللىكلەرنىڭ شوك ياكى باشقا ئېغىر قوشۇمچە كېسەللىكلەر تۈپەيلىدىن ئۆلۈپ كېتىدىغانلىقىنى ھېسابقا ئالمىغاندا، مۇتلەق كۆپچىلىكى داۋالاشتىن كېيىن ساقىيىپ ئەسلىگە كېلىدۇ.

كېسەللىك سەۋەبىي ۋە كېسەللىك پەيدا قىلىش
مېخانىزمى

كېلىنىكىدا ھازىرچە مەلۇم بولغان كېسەللىك سە-
ۋەبىي ئىچىدە ئۆت يول كېسەللىكلىرى ئالدىنقى ئو-
رۇندا تۇرىدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا، كۆپ مىقداردا ھاراق
ئىچىش، زىيادە تويۇنۇش، قېرىدىن ئاستى بەز كانىلى
توسۇلۇش قاتارلىقلار بۇ كېسەللىككە سەۋەب بولىدۇ.
ئۇنىڭدىن باشقا، يۇقۇملىنىش، تاشقى زەخىملىنىش، ھامىلە-
دارلىق، قېرىدىن ئاستى بەز قان تومۇر كېسەللىكلىرى
قاتارلىقلارمۇ بۇ كېسەللىكنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. ئەمما،
بۇنداق ئەھۋال ئازراق ئۇچرايدۇ. كېسەل پەيدا قى-
لىش مېخانىزمى توغرىسىدا تۆۋەندىكى تەلىماتلار بار:

1. ئۆتتۇش يول تەلىماتى: 80 پىرسەنت نورمال كىشىلەردە ئۆت باش كانىلى بىلەن قېرىدىن ئاستى بەز كانىلى ئۇزۇنارا تۇتاشقاندىن كېيىن، 12 بارماق ئۇچەيگە قۇيۇلىدۇ.

يۇقىرىقى ئىككى كانال تۇتاشقان ئورۇنىنىڭ يىراق تەرىپىنى تاش، يالۇغ، سۇلۇق ئىششىق، ئاسكاريدا قا-تارلىقلار توسقاندا، ئۆت سۇيۇقلۇقى قېرىدىن ئاستى بەز-گە يېنىپ كىرىپ، قېرىدىن ئاستى بەز فېرمېنتلىرىنى جانلاندۇرۇپ، ئۇزۇنىنى ئۇزى ھەزىم قىلىپ، ئۆتكۈر قې-رىدىن ئاستى بەز يالۇغىنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. بۇ تەلىماتنى OpiC دېگەن كىشى 1901 - يىلى ئوتتۇرىغا قويغاندىن بېرى گەرچە بەزى يېڭىلىقلار قوشۇلا-

قان بولسىمۇ، لېكىن تەپسىلىي چۈشەندۈرۈشتە يەنىلا ئېنىق بولمىغان جايلىرى كۆپ، ھازىر بەزىلەر بۇ تەلىماتقا قارشى تۇرىدۇ.

2. قېرىن ئاستى بەز كانىلى توسۇلۇش تەلىماتى: قېرىن ئاستى بەز كانىلى توساڭغانداء، قېرىن ئاستى بەز بەز پۈۋەكچىلىرىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشى كۈچىيىپ، قېرىن ئاستى بەز كانالچە ئىچكى بېسىمى ئۆرلەيدۇ. قېرىن ئاستى بەز كانالچىلىرى ۋە بەز پۈۋەكچىلىرى يېرىلىپ، ئاكتىپ قېرىن ئاستى بەز پىرمىنتلىرىنى قويۇپ بېرىش بىلەن، قېرىن ئاستى بەز ئۆزنىنى ئۆزى ھەزىم قىلىپ، ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز ياللۇغىنى پەيدا قىلىدۇ.

يۇقىرىقىلاردىن باشقا يەنە قېرىن ئاستى بەز قان تومۇر كېسەللىكلىرىنىڭ ئۆزىمۇ بۇ كېسەللىكنى پەيدا قىلىدۇ. مەسىلەن، قېرىن ئاستى بېزىگە قان يېتەشمەسلىك ياكى قاناشلاردىمۇ بۇ كېسەللىك پەيدا بولىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز كېسەللىكىنىڭ پاتئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشى سۈلۈق ئىششىق تېپى ۋە نەكروز تېپى دەپ ئىككىگە بۆلۈنىدۇ.

1. سۈلۈق ئىششىق تېپى: قېرىن ئاستى بېزى نورمال شەكلىنى ساقلاپ قالىدۇ. ئەمما قاتتىقلىشىپ تارتىرىدۇ. ئۇنىڭ يۈزى ۋە قورساق بوشلۇقىغا ئاز مىقداردا سۈيۇقلۇق سېزىپ چىقىدۇ. ئارىلىق توقۇلما سۈلۈق ئىششىقىغا قوشۇمچە ئاق قان ھۈجەيرىسى يامراپ كىرىپ

مدۇ. يەنە ئاز - تولا مايلىق نەكروزلىنىش بولمدۇ. كېسەللىك ئۆزگىرىشى ئادەتتە بىر ھەپتە ئەتراپىدا پۈتۈنلەي يوقىلمدۇ. كېسەللىك ئەھۋالى كۆپىنچە بىر قەدەر يېنىك ئۆتىدۇ. بۇ تىپى مۇتلەق كۆپ سانلىق ئىگىلەيدۇ.

2. نەكروز تىپى: ئاساسلىقى بەز پۈۋەكچىلىرى نەكروزلىنىدۇ. قان تومۇرلار نەكروزلىنىپ يېرىلىپ قاناش پەيدا بولمدۇ. قېرىن ئاستى بېزى ۋە ئۇنىڭ ئەتراپىدىكى توقۇلمىلاردا مايلىق نەكروزلىنىش بولمدۇ. ئاز سانلىق كېسەللەردە ماي فېرمېنتى لىمفا كانالىرى ئارقىلىق قورساق بوشلۇقى سەزتمەسكى ئەزالارغا بېرىپ، ماي نەكروزلىنىشنى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ (مەسىلەن، كۆكرەك پەردە، يۇرەك قېپى، يىلىك، مېڭە قاتارلىق توقۇلمىلاردىكى ماي نەكروزلىنىدۇ).

قېرىن ئاستى بېزىنىڭ چوڭ - كىچىكلىك شەكلى نورمال بولسىمۇ، لېكىن ئۆزى يۇمشاپ قارىداپ ھەم چۈرۈكلىشىدۇ. ئوخشاشمىغان دەرىجىدە قانىش بولمدۇ. قورساق بوشلۇقىغا قانلىق سۇيۇقلۇق سېزىپ چىقىدۇ. بۇ تىپ ئاز ئۇچرىسىمۇ، لېكىن كېسەلنىڭ ئەھۋالى ئېغىر بولۇپ، ئاقىۋىتى ناچار بولمدۇ.

كىلىنىكىلىك ئەپادىسى. قېرىن ئاستى بەز پالىلۇغى ھەر قايسى ياشتىكىلەردە پەيدا بولمدۇ. لېكىن ياش ۋە ئوتتۇرا ياشلىقلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ. كۆپچىلىكىدە ئۆت يول كېسى

سه للك تاريخى بولمدۇ. كېسه للك نه هۆالىنىڭ ئېغىر-
يېنىك بولۇشى كېسه للىڭ ئۆزگىرىش خۇسۇسىيەتتى ۋە
دائىردىسى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولمدۇ.

يېنىك سۇلۇق ئىششىق تېمپېراتۇرا پەقەت يېنىك
دەرىجىدە قورساق ئاغرىش، كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش
بولۇپ، قان ۋە سۇيدۇكتەكى كراخمال فېرمېنتنى تەكـ
شۈرۈش ئارقىلىقلا دىئاگنۇز قويۇشقا بولمدۇ. كەسكىن دا-
ئىردىكى نەكرۇز تېمپېراتۇرا شوك پەيدا بولۇپ،
ئۇشتۇمتۇت ئۆلۈپ قالمدۇ. بەزىلەرنىڭ ھەتتا جەسەتنى
ئانا تۇمېيىلمك تەكشۈرۈش ئارقىلىق دىئاگنوز قويغىلى
بولمدۇ.

بۇ كېسه للىكنىڭ ئاساسلىق ئالامىتى قورساق ئاغـ
رىش بولۇپ، تاسادىپىيلا پەيدا بولمدۇ. كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش
ئېچىش ياكى زىيادە تۇبۇنۇشتىن كېيىن قوزغايدۇ. ئا
رىش ئورنى ئۈستۈنكى قورساق قىسمىدا بولۇپ، چىد
غۇسىز دەرىجىدە قاتتىق ئاغرىيدۇ. ئاغرىش بەل قىسـ
تۆش ئاستى ۋە تاغاق قىسىملارغا قەدەر تارقايدۇ. ئوڭـ
دا ياتقاندا ئاغرىش ئېغىرلىشىپ، ئوڭ تۇرغانـدا ياكى تۇـ
گۈلۈۋالغاندا ئاغرىش يېنىكلىشىدۇ. ئاغرىش كۆپىنچە بىر
ھەپتە ئېچىدە يوقىلىدۇ. كۆڭۈل ئېلىشىش، قۇسۇش 2—3
كۈن داۋاملىشىدۇ. بەزى كېسه للەردە سۇسىزلانمش پەيـ
دا بولمدۇ. كېسه للك باشلىنىش ۋاقتىدا ئېچى سۇرۇش
بولمدۇ. كېيىن قەۋزىيەتكە ئايلىنمدۇ. ئوخشاشمىغان دەرـ
جىدە قەزىتما بولمدۇ. ئۆت يول كېسه للىكلىرى كۆرۈلسە،
ياكى قېرىن ئاستى بەز باش قىسىم سۇلۇق ئىششىقى

ئۆت يوللرننى باسسا، سېرىقلىق پەيدا بولمدۇ. قورساق قىسمىنى تەكشۈرگەندە، باسقاندا ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندە ئاغرىش بولمدۇ. قورساق مۇسكۇللىرى يېنىك دەرىجىدە جىددىيلىشىدۇ، قورساق كۆپۈش، ئۇچەي ھەرىكىتى ئاجىزلاش ھەتتا ئۇچەي تاۋۇشى يوقىلىش قاتارلىقلار بولمدۇ. قورساق بوشلۇقىغا كۆپلەپ سۇيۇقلۇق سېزىلىپ چىقسا، ياكى ئېغىر دەرىجىدە قاناش بولسا، چېكىپ تەكشۈرگەندە ھەرىكەتلىك بۇغۇق تاۋۇش ئاڭلىنىدۇ. كېسەل دائىرىدە نىكروزلىنىش تېپىدە ياكى ئېغىر قاناش بولغۇچىلاردا شوك پەيدا بولمدۇ. بۇنداق كېسەللەردە تېرە كۆكۈرۈش، پۇت - قول سوۋۇش، تومۇر سوقۇش ئاجىزلىشىش، قان بېسىم تۆۋەنلەش قاتارلىق ئالامەتلەر بولمدۇ. ئوتتۇرا ھېساب بىلەن تەخمىنەن 5 پېرسەنت كېسەللەردە شوك پەيدا بولمدۇ. بىر قىسىم كېسەل كىشىلەردە كۆكرەك پەردە يالۇغى بولمدۇ. ئايرىم كېسەللەردە ئۆپكە يالۇغى بولمدۇ. كۆپىنچە سول كۆكرەكتە پەيدا بولمدۇ. بۇ ئېھتىمال قېرىن ئاسلتى بەز فېرمېنتىمنىڭ لىمفا كانىلى ئارقىلىق كۆكرەك بوشلۇقىغا كىرىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن. ئاز سانلىقلاردا قاندىكى كالتسىي تۆۋەنلەپ، پۇت - قول تىتىرەش پەيدا بولمدۇ. بەزىلەردە تېرە ئاستىدا قاناش داغلىرى پەيدا بولمدۇ. بۇنىڭغا قېرىن ئاستى بەز ئاقسىل فېرمېنتى ۋە ماي فېرمېنتلىرىنىڭ قورساق پەردە قىسمىدىن تېرە ئاستىغا سېزىلىپ چىقىپ ياكى قان ئارقىلىق تېرە ئاستىغا كېلىپ، قان تومۇر ۋە مايلارنى نىكروزلىغانلىقى سەۋەب بولغان

بولۇشى مۇمكىن. ناھايىتى ئاز سانلىقلاردا روھىي ئالا-
مەتلەر پەيدا بولىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. لابىراتۇرىيىلىك تەكشۈرۈش

(1) ئاق قان ھۈجەيرىسى ئاشىدۇ. كۆپىنچە $10000 \equiv 20000/mm^3$ ئەتراپىدا بولۇپ، ئاساسلىقى نېتروپىللار ئاشىدۇ.

(2) قان سۈرۈتكا كراخمال فېرمېنتى: *Somogyi* ئۇسۇلىدا نورمال ئەھۋالدا ھەر يۈز مىللىلىتر قاندا 40 ~ 180 بىرلىككە قەدەر بولىدۇ. كېسەللىك پەيدا بولۇپ، بىرنەچچە سائەت ئىچىدىلا ئېشىپ كېتىدۇ 24 ~ 48 سائەتتىن كېيىن تۆۋەنلەيدۇ. 500 بىرلىكتىن ئېشىپ كەتسە، دىئاگنوز ئەھمىيەتلى چوڭ بولىدۇ. قان سۈرۈتكا كراخمال فېرمېنتىنىڭ ئۆرلىشى ئادەتتە كېسەللىك ئەھۋالىنىڭ ئېغىر - يېنىكلىكى بىلەن مۇناسىۋەتسىز بولىدۇ. بەزىدە كەڭ دائىرىلىك نىكروزلانغان كېسەللىكلەردىمۇ ئۇنىڭ مىقدارى نورمال ياكى تۆۋەن بولۇشى مۇمكىن.

(3) سۈيدۇك كراخمال فېرمېنتى: ئەگەر بۆرەك خىزمىتى نورمال بولسا، قاندىكى كراخمال فېرمېنتىنى ئۆرلەپ، ئىككى سائەتتىن كېيىن سۈيدۇكتىكى كراخمال فېرمېنتى ئۆرلەيدۇ. ئۇنىڭ ئەسلىگە كېلىشى ئاستا بولىدۇ. شۇنىڭ

ئۇچۇن قاندىكى كراخمال فېرمېنتى ئەسلىگە كېلىپ نورمالالاشقان چاغلاردا، سۈيدۈك كراخمال فېرمېنتىنى تەكشۈرۈشنىڭ ئەھمىيىتى چوڭ بولمىدۇ. نورمال ئەھۋالدا Somogyi 300 ~ 80 بىرلىكى بولمىدۇ. 1000 دىن ئېشىپ كەتسە، ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالىلۇغى دەپ ھۆكۈم قىلىشقا بولمىدۇ.

(4) قان سۈرۈتكا ماي فېرمېنتى: بۇنىڭ ئۆرلىشى ئاستىراق بولسىمۇ، لېكىن داۋاملىشىش ۋاقتى ئۇزۇن بولىدۇ (بىر - ئىككى ھەپتىگىچە). نورمال قان سۈرۈتكا ماي فېرمېنتى 0.2 ~ 0.7 بىرلىك بولىدۇ. ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالىلۇغىدا 1.5 بىرلىك ئاشىدۇ.

2. رېنتگېنده تەكشۈرۈش

ئادەتتىكى قورساق رەسىمىدە ئۆت تاش، پالەچ خاراكتېرلىك ئۇچەي توسۇلۇش قاتارلىقلار كۆرۈلسە، ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالىلۇغنىڭ ئېھتىمالى بولىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

تۆۋەندىكى كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ:

1. يارا تېشىلىش: يارا كېسەللىك تارىخى بولىدۇ. تەكشۈرۈشتە، قورساق مۇسكۇللىرى تاختايدەك قاتتىق بولۇپ، چېكىپ تەكشۈرگەندە جىگەر بوغۇق تاۋۇش چېگىرىسى يوقىلىدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە، دىئافراگما ئاستىدا ئەركىن ھاۋا بولىدۇ.

2. ئۆت تاش كېسەللىكى ۋە ئۆت خالتا يالىلۇغى:

ئاغرىش ئوكۇ تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمىدا بولۇپ، تۈتقاقلىق سانجىق پەيدا بولىدۇ. داۋاملىشىش ۋاقتى قىسقا بولىدۇ. باسقاندىكى ۋە بېسىپ قويۇپ بەرگەندىكى ئاغرىش ئوكۇ تەرەپ ئۇستۈنكى قورساق قىسمى بىلەن چەكلىنىدۇ. قان ۋە سۈيدۈك تەكشۈرۈش، رېنتگېنە كراخمال فەرمېنتنى تەكشۈرۈش، رېنتگېنە دە ئۆت يوللىرىنى سايىلاندۇرۇپ تەكشۈرۈش ئارقىلىق پەرقلەندۈرۈشكە بولىدۇ.

3. ئۇچەي توسۇلۇش: قورساق ئاغرىش، تۈتقاقلىق خاراكتېردە بولۇپ، ئۇچەي قىممىلاش دولقۇنلىرىنى كۆرگىلى بولىدۇ. ئاڭلاپ تەكشۈرگەندە، گازنىڭ سۈيدۈكنىڭ ئۆتۈش تاۋۇشى ئاڭلىنىدۇ. رېنتگېنده ئۇچەينىڭ كۆپ ئورۇنلىرىدا سۈيۇقلۇق تەكشىلىكى كۆرۈلىدۇ.

4. ئۇچەي باغلام قان تومۇر ئېمبولى: قاتتىق قورساق ئاغرىش، قۇسۇش بولۇپ، قانلىق قورساق سۈيدۈك بولىدۇ. چوڭ تەرەتتىن قان كېلىدۇ. كېسەل كەشىلەرد يۇرەك كېسەللىك، قان تومۇر قېتىش كېسىلى قاتارلىق كېسەللىك تارىخى ۋە ئېپادىلىرى بولىدۇ.

5. يۇرەك مۇسكۇل تىقىلمىسى: كۆپ ھاللاردا ئاغرىشتۇرۇپ قويۇلىدۇ. ئەمما بۇ كېسەللىكنىڭ ئېھتىمالىنى ئويلاپ، ئېلىكتىرو كاردىئوگراممىدا تەكشۈرگەندە، پەرقلەندۈرۈش قىيىن ئەمەس.

داۋالاش

1. قېرىدىن ئاستى بېزىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشىنى

تـورمۇزلاش: بۇنەڭغا تۆۋەندىكى تەدبىرلەرقوللىنىلىدۇ:

(1) تاماقنى توختىتىش: تاماق بوتقىسى 12 بارماق ئۇچەيگە بارغاندا، قېرىن ئاستى بېزىنى غىدىقلاپ ئۇرىنىش سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشنى ئاشۇرىدۇ. بۇنىڭ بىلەن قېرىن ئاستى بەز يالليۇغى ئېغىرلىشىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇنداق كېسەللىكلەرگە قارىتا تاماق توختىتىلىدۇ.

(2) ئاشقازان - ئۇچەي بېسىمنى تۆۋەنلىتىش: داۋاملىق تۇردە ئاشقازان سۈيۇقلۇقنى تارتىپ چىقارغاندا، قېرىن ئاستى بېزىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشنى ئازايتىشقا ياردىمى بولىدۇ. شۇنداقلا ئۇچەي پالىچىنى داۋالاش رولى بولىدۇ.

(3) ئاتروپىن ئوكۇل قىلىش: ئاتروپىن ئاشقازان كىسلاتاسىنىڭ ئاجرىلىشىنى تۆۋەنلىتىپ، داۋالاش رولىنى ئويناپىدۇ.

(4) Diamox نى ۋېنىدىن ئوكۇل قىلىش: ھەر قېتىم 0.2 گرامدىن كۈنىگە ئىككى قېتىم ۋېنىغا ئوكۇل قىلغاندا، قېرىن ئاستى بېزىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشنى ئازايتىدۇ.

بۇ كېسەللىكنى داۋالاش جەريانىدا ئۇچەي پالىچىنى تۈزىمەن دەپ ئۇستىگىمىن ئىشلىتىشكە بولمايدۇ. چۈنكى بۇ دورا پاراسىمپاتىك نېرۋىنى قوزغاپ، قېرىن ئاستى بېزىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشنى ئاشۇرىدۇ. شۇنداقلا ئىنزۇلىنىڭمۇ دىققەت قىلىش لازىم. ئىنزۇلىن قان قەنتىنى تۆۋەنلىتىپ، قېرىن ئاستى بېزىنىڭ سۈيۇقلۇق ئاجرىتىشنى ئاشۇرىدۇ. شۇڭا بۇ دورىنىمۇ ئىشلىتىشكە بولمايدۇ.

2. ئاغرىق توختىتىش: قاتتىق ئاغرىش قان تومۇرلارنى قىسقارتىپ، يۇرەكنىڭ قان بىلەن تەمىنلىنىشىنى

ئازايتمدۇ. ئاغرىش كۈچەيگەندە، قىرىن ئاستى بېزى نورمال قان بىلەن تەمىنلىنىشى تۈۋەنلەپ، ئەسلىدىكى سۈلۈق ئىشتىق تېپىلىق كېسەللىك نىكروز تېپىلىق كېسەللىككە ئايلىنىشى مۇمكىن. شۇنىڭ ئۈچۈن دىئاگنوز ئېنىقلانغان ھامان، دەرھال مۇسكۇلدىن 100 مىللىگرام دولانتىن ئوكۇل قىلىنمدۇ ياكى ۋېنادىن پاپاۋېرىن كىرگۈزۈلسمۇ بولمدۇ. ئەگەر ئاغرىقسىزلاندۇرغۇچى دورىلار ئۈنۈمى بەرمىگەندە، يۇلۇن قاتتىق پەردە سىرتىدىن بىلوكادا قىلىنمدۇ.

3. *Trasylol*: بۇ دورا قېرىن ئاستى بېزى ئاقسىل فېرمېنتىنىڭ ئاكتىپلىقىنى تورمۇزلايدۇ. بۇنىڭ بىلەن قېرىن ئاستى بېزىنىڭ ئۆزلۈكسىدىن ھەزىم قىلىنىشىنى ئازايتمدۇ. بۇ دورا كېسەللىكنىڭ دەسلەپكى دەۋرىدە ئۈنۈم بېرىمدۇ. لېكىن نىكروزلانغان كېسەللىك ئۆزگىرىلمىگە قارىتا ئانچە ئۈنۈم بەرمەيدۇ. 1 ـ، 2 ـ كۈنلىرى كۈنىگە 80000 ~ 120000 بىرلىكتىن ۋېنىغا ئاستا ئىنتىرىپ كىرگۈزۈلمدۇ (مىنۇتىغا 4000 بىرلىكتىن ئاشماسلىقى لازىم). كېيىن كۈنىگە 20000 ~ 40000 بەرلىك ئۈنۈمنى ساقلاپ قېلىش مىقدارى سۈپىتىدە ئىشلىتىلمدۇ (تۆت قېتىمغا بۆلۈپ ۋېنادىن تامغۇزۇلمدۇ).

4. شوكنى داۋالاش: ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالليۇغىدىكى شوك قان سىغىمچانلىقى تۆۋەنلەش خاراكتېرلىك شوك بولمدۇ. شوكنى قاناش كەلتۈرۈپ چىقارغان بولسا، قان بېرىش لازىم. ئەگەر قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ بېسىلىش ھەجمى يۇقىرى بولسا، قان شىرىسى ياكى بەش پىرسەنتلىك قان شىرە ئاق ئاقسىلى ياكى تۆۋەن مالمكۇلالىق

دىكىستىران بېرىلىدۇ. قان سەپچانلىقى تولدۇرۇلغاندىن كېيىن شوك يەنىلا تىزگىنلەنمىسە، *HydroCortiSon* قان تومۇر كېڭەيتكۈچى دورا ۋە قان تومۇر قىسقارتقۇچى دورىلار ئىشلىتىلسە، قان بېسىمى ئۆرلەيدۇ.

5. ئوزۇقلۇق ۋە سۇ ئېلېكتىرولىت تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاش: ۋېنادىن ئوزۇقلۇق ماددىلىرى بېرىلىدۇ. كېسەلنىڭ كۈنددىلىك ئېھتىياجى ۋە يوقاتقان سۇيۇقلۇق مىقدارىغا ئاساسەن، ۋېنادىن سۇيۇقلۇق ۋە ئېلېكتىرولىتلار تولدۇرۇپ بېرىلىدۇ. قانددىكى كالتسىي تۆۋەن بولسا، ۋېنادىن كالتسىي گىلوكونات ئوكۇل قىلىنىپ نورمالاشتۇرۇلىدۇ.

6. يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە ئۇنى تېزگىنلەش: مۇۋاپىق ئانتىبىئوتىكلارنى ئىشلىتىپ، يۇقۇملىنىشنىڭ ئالدىنى ئېلىش ۋە ئۇنى تىزگىنلەش لازىم. ئادەتتە كاناماتسىن ۋە خلورۇمنىتسېتىنۇملارنىڭ قېرىن ئاستى بېزى سۇيۇقلۇقىدىكى مىقدارى ئەڭ يۇقىرى بولىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن بۇ ئانتىبىئوتىكلارنى ئالدىن تاللاش لازىم.

سوزۇلما قېرىن ئاستى بەزىياللۇغى

chronie Pancreatitis

كېسەللىك سەۋەبىدىن ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەزىياللۇغىنىڭ كېسەللىك سەۋەبى تېخى ئېنىق ئەمەس.

ئۇيغۇر كىتاب تورىدىن ئېلىندى
www.uyghurkitap.com

پاتئولوگىيەسى

قېرىن ئاستى بەزدە چەكلىك دائىرىدە ياكى كەڭ دائىرىدە ئالا توقۇلمىلىرىنىڭ ئۆزگۈشى بولۇپ، بەز پۇ-ۋەكچىسى ۋە بەز ئارىلى ئاتروپىيلىندۇ ياكى يوقىلىدۇ. شۇنىڭ بىلەن بىرگە يالۇغ ھۈجەيرە يامراپ كىرىدۇ. بەز كانىلى تارىيىدۇ ياكى كېڭىيىدۇ. بەز ئەسلى ماددا-سىغا كالتسىي ئولتۇرۇشىدۇ. بەز ئەسلى ماددىسى قاتتىق تۈگۈنچە ھالەتكە كىرىدۇ. سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز يالۇغى ئۆتكۈر قوزغاتقان چاغلاردا، ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالۇغىنىڭكىگە ئوخشاش پاتئولوگىيىلىك ئۆزگىرىشلەر بولىدۇ.

كىلىنىك ئىپادىسى

بۇ كېسەللىك ئوتتۇرا ياشلىقلاردا كۆپ ئۇچرايدۇ ئاياللارغا قارىغاندا ئەرلەردە كۆپ بولىدۇ.

كىلىنىكىدا، قايتا - قايتا قورساق ئاغرىش تارىخى بولسا، سوزۇلما قايتىلاش تىپلىق قېرىن ئاستى بەز يالۇغى دەپ ئاتىلىدۇ. كۆرۈنەرلىك قورساق ئاغرىش تارىخى بولمىسا، ئاغرىقسىز تىپلىق سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز يالۇغى دەپ ئاتىلىدۇ.

1. سوزۇلما قايتىلاش تىپى: سوزۇلما قايتىلاش تىپلىق قېرىن ئاستى بەز يالۇغى بىلەن ئاغرىغۇچىلاردا كۆپىنچە ئۆت يول كېسەللىكلىرى ياكى كۆپ ھاراق ئىچىش تارىخى بولىدۇ، شۇنداقلا كۆپ قېتىم ئۆتكۈر

قوزغىتىش تارىخى بولمدۇ. ئۆتكۈر قوزغاتقان مەزگىلدە ئىپادىسى ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز يالۇغىنىڭكىگە ئوخشاش بولمدۇ. ئۆتكۈر ئالامەتلىرى يوقالغاندىن كېيىن ھېچقانداق ئالامەت بولمايدۇ ۋە ياكى پەقەت يېنىك دەردىجىدە ھەزىم قىلىش توسقۇنلۇقىغا ئۇچراش ئالامەتلىرى بولمدۇ. ھەر قېتىملىق ئاغرىق تۇتۇش ئارىلىقى ئوخشاش بولمايدۇ. دەسلەپتە بەر نەچچە يىلدا بىر قېتىم تۇتۇشى مۇمكىن. كېيىن قورساق ئاغرىش داۋاملىشىش ۋاقتى ئۇزىراپ، ئارىلىق ۋاقتى قىسقرايدۇ. بىر قىسىم كېسەل كىشىلەردە قېرىن ئاستى بەز تاشقى ئاجرالما خەزمىتى يوقالغاندىن كېيىن، قورساق ئاغرىشمۇ يوقلىدۇ. ئايرىم كېسەل كىشىلەردە داۋاملىق تۇردە قورساق سۇيى مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ. قورساق سۇيى تەركىبىدە ئاقسىل كۆپ بولمدۇ. قورساق سۇيى قېرىن ئاستى بېزىنىڭ يېرىلىشى بىلەن مۇناسىۋەتلىك بولۇشى مۇمكىن. ئاخىرقى دەۋردە قېرىن ئاستى بېزىنىڭ تاشقى ئاجرالما ۋە ئىچكى ئاجرالما خىزمىتى بىردەكلا يېتىشمەسلىكتىن، مايلىق ئىچ سۈرۈش، شېكەر سىيىش كېسەللىكى قاتارلىقلار بولمدۇ. كېسەل كىشىلەردە چوڭ تەرەت مىقدارى كۆپىيىپ، رەڭگى ئاچراق، پۇرىقى بەدبۇي بولمدۇ. كۈۋۈك ئارىلاش كېلىدۇ. كېسەل كىشىلەرنىڭ بەدەن ئېغىرلىقى تۆۋەنلەپ، ئوزۇقلىنىشى ناچارلىشىدۇ. تالا توقۇلمىلىرى ئۆسۈپ، ئۆت كانىلىنى باسقانلىقتىن، ئىلگىرىلەش خاراكتېرلىك توسۇلما سېرىقلىقنى پەيدا قىلىدۇ. ئەگەر يالغان خالتا ياكى تۇگۈنچە پەيدا بولۇپ، قېرىن ئاستى بېزى

چوڭىپ 12 بارماق ئۇچەيىنى باسىدۇ. ئۇچەي توسۇلۇش ئالامەتلىرى پەيدا بولمايدۇ.

2. ئاغرىقسىز تىپى: ئۆتكۈر قوزغىتىش تارىخى بولمايدۇ. ئېنىق قورساق ئاغرىشىمۇ كۆرۈلمەيدۇ. دەسلەپكى دەۋرىدە ئالامەتلەر روشەن بولمايدۇ. دىئاگنوز قويۇشمۇ قىيىن بولمايدۇ. ئاخىرقى دەۋرىدە ئاساسىي جەھەتتىن قايتىلاش تىپلىق سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز يالىلمۇغى بىلەن ئوخشاش بولمايدۇ.

دىئاگنوزى

1. كېسەللىك تارىخى: قايتا-قايتا قورساق ئاغرىشى، ماىلىق ئىچى سۈرۈش، شېكەر سىيىش كېسەلىكى قاتارلىقلارغا قارىغاندا دىئاگنوز قويۇلمايدۇ.

2. لابىراتۇرىيەلىك تەكشۈرۈش: ئۆتكۈر قوزغىتاندا ئاق قان ھۈجەيرىسى ئاشىدۇ. بولۇپمۇ نېترۇپىل يۇقىرىلايدۇ، سۈيدۇك كىراخمال فېرمېنتى يۇقىرىلاش مۇمكىن.

كېيىنكى دەۋرىدە قېرىن ئاستى بەز خىزمىتى تۆۋەنلەيدۇ. مەسىلەن، قان شېكىرى ئۆرلەش، چوڭ تەرەتنى مىكروسكوپتا كۆرگەندە، ماي دانچىلىرى كۆپەيىپ، ھەزىم بولمىغان گۆش تالالىرى كۆرۈلۈش قاتارلىقلار.

3. رېنتگېنىدە تەكشۈرۈش: ئادەتتىكى قورساق رەسىمىدە قېرىن ئاستى بېزىدە كالتسىيلىشىش ياكى تاش كۆرۈلسە، دىئاگنوز ئۇچۇن ياردىمى بولمايدۇ. ئەگەر قېرىن ئاستى بېزى چوڭايغان بولسا، بارىي بوتقىسى ئىچۈ-

رۇپ تەكشۈرگەنسدە، ئاشقازان - 12 بارماق ئۇچەي، بېسىلىشقا ئۇچراش ياكى ئورنى يۆتكىلىش ئەھۋالىدا كۆرۈلىدۇ.

سېلىشتۇرما دىئاگنوزى

1. سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز ياللۇغى ئۆتكۈر قوزغاتقاندا، ئۇنى ئۆت تاش كېسەللىكى، ئۆت خالتا ياللۇغى قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈش لازىم (ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز ياللۇغىنىڭ سېلىشتۇرما دىئاگنوزىغا قارالسۇن).

2. سوزۇلما قېرىن ئاستى بەز ياللۇغىنىڭ ئاخىرقى دەۋرىدە پەيدا بولغان ئىلگىرىلەش خاراكتېرلىك سېرىق مقنى ۋە ئاشقازان - 12 بارماق ئۇچەينىڭ بېسىلىشا ئۇچراش ئالامەتلىرىنى قېرىن ئاستى بەز راكىدىن پەرقلەندۈرۈش لازىم. بۇنىڭ پەرقلەندۈرۈش قىيىن بولمىدۇ. ئەمما قېرىن ئاستى بەز راكىنىڭ يامان سۈپەتلىك دەرىجىسى يۇقىرى بولۇپ، كېسەللىك جەريانى قىسقا بولمىدۇ. كېسەل كىشىلەرتېز لاكاخېكسىيەلىك ھالەتكە كىرىدۇ. ئاخىرقى دەۋرىدىكى مايلىق ئىسچ سۈرۈش. بولغان كېسەل كىشىلەرنىڭ سۈەھۇرۇش ناچارلىشىش سەۋەبىدىن پەرقلەندۈرۈش لازىم.

داۋالاش

1. ئىچكى بۆلۈمدە داۋالاش: ئۆتكۈر قوزغىشى دەۋرىدىكى داۋالاش ئۆتكۈر قېرىن ئاستى بەز ياللۇغى

نەتىجىسىگە ئوخشاش بولىدۇ. ئۆتكۈر دەۋرى ئۆتۈپ كەتكەندىن كېيىن مايسىز يۇمشاق تاماق بېرىلىدۇ. ھاراق ئىچىشكە، زىيادە تويۇنۇپ كېتىشكە بولمايدۇ. مايدا ئېرىگۈچى ۋىتامىنلاردىن ۋىتامىن A، D، K قاتارلىقلار تولدۇرۇپ بېرىلىدۇ. قەبىزلىقنى ئاشقى تاشقى ئاجرالما خىلىمىتى تۆۋەن بولغانلارغا پانكرىياتىتتىن ھەر قېتىمدا 0.3 ~ 0,6 گرامدىن كۈنىگە ئۈچ قېتىم ئىچۈرۈلىدۇ. تاماقتىن بۇرۇن ئاتروپېن ۋە ئىشقارلىق دورىلار بېرىلمىدۇ. قوشۇمچە شېكەر سىيىش كېسەللىكى بولسا. كۆپىنچە پېنىك بولىدۇ. ئىنزولىن ئىشلىتىشكە توغرا كەلسە. كۈندىلىك مىقدارى 30 بىرلىكتىن تۆۋەن بولىدۇ.

2. تاشقى بۆلۈمدە داۋالاش: تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بولسا. ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالىنىدۇ:

(1) قەبىز ئاستى بەز ئەتراپ يېرىكلىق ئىششىقى ياكى قەبىز ئاستى بەز يالىغان خالىتىسى قاتارلىق قوشۇمچە كېسەللىكلەر بولسا؛

(2) قوشۇمچە ئۆت يول كېسەللىكلىرى بولسا ياكى توسۇلما سېرىقلىق بولسا؛

(3) قەبىز ئاستى بەز كانىلىدا توسۇلۇش بولۇپ، قەبىز ئاستى بەز سۇيۇقلۇقىنىڭ ئېقىپ چىقىشى توسۇلۇپ، سۇلۇق سوزۇلما قەبىز ئاستى بەز يالليۇغىنىڭ كۆپ قېتىم ئۆتكۈر قوزغىلىشىنى پەيدا قىلسا؛

(4) ئاغرىش پەۋقۇلئاددە ئېغىر بولۇپ، ئىچكى بۆلۈمدە داۋالاش ئۇنۇم بەرمىسە؛

(5) قەبىز ئاستى بەز راكىنىڭ ئېغىتمالى بولسا.

ئۇچەي سىلى

TuberCulosis intestinalis

كېسەللىك سەۋەبى ۋە كېسەللىك پەيدا قىلىش مېخانىزمى:

ئۇچەي سىلىنى ئادەم تېپىلىق سىل تاياقچىسى كەلـ تۇرۇپ چىقىرىدۇ. تەركىبىدە سىل تاياقچىسى بولغان كالا سۈتىنى دېزىنفېكسىيە قىلمىغاي ئىچكەندە، كالا تېپىلىق سىل تاياقچىسى بىلەن يۇقۇملىنىپ، بۇ كېسەللىككە گىرىپتار بولۇش ئېھتىماللىرىمۇ كۆرۈلمەكتە.

سىل تاياقچىسىنىڭ ئۇچەيگە تاجاۋۇز قىلىشى ئاساسـلىقى، ئوچۇق خاراكتېرلىك ئۆپكە سىلى بىلەن ئاغرىـ غۇچىلار ياكى كېكىردەك سىلى بىلەن ئاغرىغۇچىلارنىڭ داۋاملىق تەركىبىدە سىل تاياقچىسى بولغان بەلغەمنى يۇتۇشىدىن بولىدۇ. ئۇنىڭدىن باشقا، سىل باكتېرىيەسى بىلەن بۇلغانغان يېمەكلىكلەرنى ئىستېمال قىلىشتىنمۇ بولىدۇ.

سىل تاياقچىسى هەزىم قىلىش يوللىرىغا كىرگەندىن كېيىن، كۆپىنچە قارغۇ ئۇچەي قىسمىدا كېسەللىك پەيـ دا قىلىدۇ. چۈنكى، يېمەكلىكلەر قارغۇ ئۇچەيگە بارغاندا تەكشى بوتقاھالىتىگە كىرگەنلىكتىن، ئۇنىڭ تەركىبىدىكى سىل تاياقچىلىرىنىڭ ئۇچەي شىللىق پەردىسى بىلەن ئۇچـ رىشىش پۇرسىتى كۆپ بولىدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە تاماقنىڭ قارغۇ ئۇچەي قىسمىدا تۇرۇش ۋاقتى ئۇزۇن بولىدۇ. بۇمۇ

سىل تاياقچىلىرىنىڭ ئۇچەي شىللىق پەردىسىگە تاجاۋۇز قىلىشىغا ئوڭايلىق تۇغدۇرۇپ بېرىدۇ. ئۇنىڭ ئۇستىگە قارىغۇ ئۇچەيدە لىمفا توقۇلمىلار ناھايىتى كۆپ بولىدۇ. سىل تاياقچىلىرى لىمفا توقۇلمىغا ئاسان تاجاۋۇز قىلىدۇ. شۇنىڭ ئۈچۈن ئۇچەي سىلى قارىغۇ ئۇچەيدە كۆپ پەيدا بولىدۇ. ئەمما سىل كېسەللىكى ئاشقازان - ئۇچەي يوللىرىنىڭ ھەر قانداق ئورنىدا پەيدا بولۇشى مۇمكىن، پەقەت قارىغۇ ئۇچەيگە قارىغاندا ئازراق بولىدۇ، خالاس.

يۇقىرىقىدىن باشقا، ئۇچەي سىلى سىل تاياقچىلىرىنىڭ قان ئارقىلىق تارقىلىشىدىنمۇ پەيدا بولىدۇ. يەنە سىل تاياقچىلىرى قورساق بوشلۇقى ۋە داس بوشلۇقىدىكى سىل ئوچاقلىرىدىن بىۋاسىتە تارقاپمۇ ئۇچەي سىلىنى پەيدا قىلىدۇ. سىل كېسەللىكىنىڭ پەيدا بولۇشى ئادەم بەدىنى بەلەن سىل تاياقچىسى ئۆزئارا تەسىر كۆرسىتىكەنلىكىنىڭ نەتىجىسى بولىدۇ. بەدەنگە كىرگەن سىل تاياقچىسىنىڭ سانى كۆپ، زەھىرى كۈچلۈك بولۇپ، ئادەم بەدىنىنىڭ ئىممۇنىتلىقى تۆۋەن بولسا ھەمدە ئۇچەي خىزمىتى قالايمىقانلىشىپ پەردىنىڭ ئورۇنىنىڭ قارشىلىقى تۆۋەنلەپ كەتسە، ئاندىن كېسەللىك پەيدا بولىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئۇچەي سىلى قارىغۇ ئۇچەيدە ئەڭ كۆپ ئۇچرايدۇ. ئۇنىڭدىن قالسا ئۆز رېتى بويىچە چەمبەر ئۇچەي كۆتۈرۈلگەن قىسمى، ئاچچىق ئۇچەي، كۆندىلەڭ چەمبەر ئۇچەي، چەمبەر ئۇچەي تۆۋەنلەش قىسمى، 12 بارماق ئۇچەي، S سىمان چەمبەر ئۇچەي قاتارلىقلاردا پەيدا

بولمدۇ. سازاڭ ئۆسۈڭ سىلىمۇ ئاز ئەمەس، بەزى چاغ
لاردا ئاشقازانمۇ پەيدا بولمدۇ. پاتئولوگىيىسى تۆۋەنـ
دىكىمدەك ئىككى تىپتا بولمدۇ:
1. يارا تىپلىق ئۇچەي سىلى: ئۇچەي دىۋارىدىـ
كى توپلاشقان لىمفا توقۇلمىلىرى ۋە ئايرىم مۇستەقىل
لىمفا پۇۋەكچىلىرىدە قان تولۇش، سۇلۇق ئىششىق قاتارـ
لىق سېزىپ چىقىش خاراكتېرلىك ئۆزگىرىشلەر پەيدا
بولۇپ، يەنمۇ ئىلگىرىلىگەن هالدا ئىرىمچىكسىمان نېكـ
رۇزلىنىش يۈز بېرىشى بىلەن ئاخىرىدا يارا شەكىللىنىـ
دۇ. يارا ئۇچەي چەمبىرىنى بويلاپ كېڭىيىدۇ. ئەتراپى
تەرتىپسىز بولمدۇ. تېپىز - چوڭقۇرلۇقى ئوخشاش بولمايدۇ.
بەزىدە چوڭقۇرلاپ مۇسكۇل قەۋەت، هەتتا سېروز پەردـ
ىنى يېتىدۇ. يارا ئەتراپى ۋە ئاستى قىسمىدىكى ئارىلىق
رىيىلەردە توسۇلۇش خاراكتېرلىك ئىچكى پەردە يالليۇغى
بولغانلىقتىن، قاناش پۇرستى ئاز بولمدۇ. كېسەللىك تە
رەققىياتى ئاستا بولۇپ، دائىم ئەتراپ توقۇلمىلار بىلەن
زىچ چاپلىشىپ كېتمدۇ. شۇنىڭ ئۇچۇن ئادەتتە ئۆتكۇر
تېشىلىش ئەھۋالىرى كۆرۈلمەيدۇ. ئاخىرقى دەۋرلىك
كېسەللەردە كۆپىنچە ئاستا خاراكتېرلىك تېشىلىش بولـ
مدۇ. بۇنداق چاغلاردا قورساق بوشلۇق يىرىڭلىق ئىششىقى
ياكى ئۇچەي ئاقمىسى پەيدا بولمدۇ. ئەسلىگە كېلىش
چەزيانىدا تالا توقۇلمىلار كۆپەپ ئۆسۈش ۋە تاتۇق
پەيدا بولۇش بىلەن، كېسەللىك ئوزۇندىكى ئۇچەيدە
چەمبەر شەكىللىك تارىيىشنى پەيدا قىلمدۇ.
2. ئۆسۈش تىپلىق سىل كېسەللىكى: كۆپچىلىكى
قارغۇ ئۇچەي بىلەن چەكلىنمدۇ. بۇنىڭدا كۆپ مىقداردا

سەل گۆش بىخ توقۇلمىلىرى ۋە تالا توقۇلمىلىرى ئۆسۈپ، يەرلىك ئورۇندىكى ئۇچەي دېۋارى قېلىنلاپ قالىدۇ. ئۆسمىسمان مۇنەكچە دائىم ئۇچەي بوشلۇقى ئىچكە پۈلتىيىپ كىرىپ، توسۇلۇشنى پەيدا قىلىدۇ.

ئەمەلىيەتتە، ئاز بولمىغان كېسەل كىشىلەردە، يۇقىرىدىكى ھەر ئىككى خىل پاتولوگىيىلىك ئۆزگىرىش بىرگە مەۋجۇت بولۇپ تۇرىدۇ.

كىلىنىك ئىپادىسى

كېسەللىك جەريانى ئاستا بولۇپ، تىپىك ئىپادىلىرى تۆۋەندىكىچە بولىدۇ:

1. قورساق ئاغرىشى: ئاغرىش ئورنى كۆپىنچە ئوك تەرەپ تۆۋەن قورساق قىسمىدا بولۇپ، يېقىمسىز قاتىدىپ ئاغرىيدۇ. بەزىدە تاماقتىن كېيىن قوزغايدۇ. تاماقتىن كېيىن كېسەللىك ئورۇنىدىكى ئۇچەيدە سىپازما پەيدا بولۇپ ياكى ھەرىكەت كۈچىيىپ، ئاغرىش پەيدا قىلىدۇ ھەمدە چوك تەرەت قىستايدۇ. تەرەتتىن كېيىن ئاغرىش مەلۇم دەرىجىدە پەسلەيدۇ. بەزى چاغلاردا ئوك تەرەپ تۆۋەن قورساق قىسمىدا سانجىق پەيدا بولىدۇ. شۇڭلاشقا قورساق كۆپۈش بولىدۇ. ئوك تەرەپ تۆۋەن قورساق قىسمىنى باسقاندا، ئاغرىش بولىدۇ.

2. چوك تەرەت ئادەتتى نورمالسىزلىنىش: يارا تېپىلىق ئۇچەي سىلىدە ئىچى سۈرۈش مۇھىم ئالامەتلەرنىڭ بىرى ھېسابلىنىدۇ. چوك تەرەت كۈنىگە 2 ~ 4 قېتىم ئىچچە بولۇپ، تەرەت شەكلى ئۇماچتەك بولىدۇ. قان - يېرىڭ بولمايدۇ. تەرەتتىن كېيىن ئىنجىقمۇ بولمايدۇ.

كېسەللىك ئەھۋالى ئېغىر بولغانلاردا چوڭ تەرەت كۆنە گە ئون نەچچە قېتىمغا يېتىشى مۇمكىن. بۇنداق ئەھۋاللاردا، كۆپىنچە، چوڭ تەرەتتە ئاز - تولا شىلىمشىق سۇيۇقلۇق ۋە يېرىڭ بولىدۇ. ئارىلاپ يەنە قەۋزىيەت پەيدا بولىدۇ. يەنى، قەۋزىيەت بىلەن ئىچى سۇرۇش ئالمىشىپ پەيدا بولىدۇ. ئۇزۇن يىللاردىن بېرى بۇ خىل ئەھۋال بۇ كېسەللىكنىڭ ئالاھىدىلىكى دەپ قارىلىپ كەلگەن. ئەمەلىيەتتە ئۇ، ئۇچەي خىزمىتى قالايمىقانلىشىشنىڭ بىر خىل ئىپادىسى بولۇپ، باشقا سەۋەبلەر پەيدا قىلغان ئۇچەي خىزمىتى قالايمىقانلىشىشلارنىڭ ھەممىسىدە كۆرۈلىدۇ. ئۇنى ھەرگىز ئۇچەي سىلىنىڭ ئالاھىدىلىكى دەپ قارىشقا بولمايدۇ.

ئۆسۈش تېپلىق ئۇچەي سىلىدە قەۋزىيەت ئاساسىق ئىپادە بېرىلۈپ قالىدۇ.

3. قورساق قىسمىدا مۇنەك پەيدا بولۇش: ئاساسلىقى ئۆسۈش تېپلىق ئۇچەي سىلىدە كۆرۈلىدۇ. يارا تېپلىق ئۇچەي سىلىگە قوشۇمچە ھالدا چەكلىك دائىرىلىك قورساق پەردە يالليۇغى پەيدا بولغاندا، كېسەللىك ئورۇندىكى ئۇچەي ئەتراپ توقۇلمىلارغا چاپلىشىپ مۇنەك پەيدا قىلىدۇ. ئۇچەي باغلام لىمفا تۇگۈنلىرىدىمۇ مۇنەك پەيدا بولىدۇ. مۇنەك ئادەتتە ھەرىكەتسىز بولۇپ، ئوتتۇرا ھال قاتتىق بولىدۇ. ئوخشاشمىغان دەرىجىدە باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ.

4. ئومۇمىي بەدەنلىك ئالامەتلەر ۋە ئۇچەي سىرتىدىكى سىل ئالامەتلىرى: كېسەل كىشىلەردە تەرتىپسىز قىزىتما، كېچىسى تەرلەپ ھالسىزلىنىش، ئورۇقلاش،

ئىشتىهاسى بۇزۇلۇش، ۋىتامىن يېتىشمەسلىك، مايلىق جەگەر، ئۆزۈقلىنىش يېتىشمەسلىك خاراكتېرلىك سۇلۇق ئىششىق قاتارلىقلار كۆرۈلىدۇ. ئەگەر ئۇپكە سىلى بولماسا، مۇناسىپ ئالامەتلەر پەيدا بولىدۇ.

قوشۇمچە كېسەللىكلىرى: ئاخىرقى دەۋرلىك كېسەللىكلەردە، ئۇچەي توسۇلۇش، سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە باللۇغى كۆپرەك ئۇچرايدۇ. ئاز سانداكى كېسەللەردە ئۇچەي قاناش ۋە تېشىلىش پەيدا بولۇشى مۇمكىن.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. قان تەكشۈرۈش: يارا تېپىلىق ئۇچەي سىلىدە ئوتتۇرا دەرىجىدەقان ئازلىق بولىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرىسى سانى نورمال بولىدۇ. قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ چۆكۈشى (ESR) كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە تېزلەيدۇ.

2. چوڭ تەرەت: يارا تېپىلىق ئۇچەي سىلىدە چوڭ تەرەت ئۇماچتەك بولۇپ، ئادەتتە قان - يىرىڭ بولمايدۇ. مىكروسكوپتا تەكشۈرگەندە، ئاز - تولا يىرىڭ ھۈجەيرە ۋە قىزىل قان ھۈجەيرىسى كۆرۈلىدۇ. چوڭ تەرەتنى قويۇقلاندۇرۇپ سىل تاياقچىسىنى ئاختۇرغاندا، بەزىدە مۇسبەت نەتىجە كۆرۈلمىدۇ. ئەمما ئۇپكە سىلى بولۇپ، بەلغەمدە سىل تاياقچىسى كۆرۈلگەن ئەھۋالدا چوڭ تەرەتتىن سىل تاياقچىسى تېپىلسا، ئۇنىڭ چوڭ ئەھمىيىتى بولمايدۇ. چۈنكى سىل تاياقچىسى بەلغەمنى يۇتقان چاغدا كىرگەن بولۇشى مۇمكىن.

3. رېنتېگنىدە تەكشۈرۈش: بارلىق سۇلغۇر ئىچۈ-
رۈپ يېكى بارلىق سۇلغۇر ھەمەلچە قىلىپ تەكشۈرۈلمەدۇ.
يارا تېپلىق ئۇچەي سىلىدە، كېسەللىك ئۆزگىرىش بول-
غان ئۇچەي قىسمىدا سېزما پەيدا بولۇپ، بارلىق سۇل-
غۇر ناھايىتى تېزلا چىقىرىلمەدۇ - دە، ئۇچەيىنىڭ تولۇ-
شى ياخشى بولمايدۇ. لېكىن كېسەللىك ئۆزگىرىش بول-
غان ئورۇننىڭ ئىككى تەرىپىدىكى ساق ئۇچەيىنىڭ تولۇ-
شى ياخشى بولىدۇ. بۇ بارلىق سۇلغۇر ئاتالاش ئالامىتى
دېيىلمدۇ.

ئەگەر كېسەللىك ئۆزگىرىش بولغان ئورۇن تول-
غان بولسا، ئۇچەي پۈرۈكلىرى قالايمىقان، ئۇچەي
دىۋار ئەتراپ قىرلىرى تەرتىپسىز بولمدۇ. بەزىدە ھەرە
چىش شەكلىگە كىرىدۇ. ئۆسۈش تېپلىق ئۇچەي سىلىدا
ئۆسۈش خاراكتېرىدە تارىيىش بولمدۇ. تولۇش كەمتۈك-
لۈكى كۆرۈلمدۇ. ئۇچەي شىللىق پەردە بۈرۈكلىرى
قالايمىقانلىشىپ، ئۇچەي دىۋارى قاتمدۇ. چەمبەر ئۇ-
چەي خاتىسى يوقىلمدۇ.

4. S سىمان چەمبەر ئۇچەي ئەينەكى بىلەن تەك-
شۈرۈش: كېسەللىك ئۆزگىرىش S سىمان چەمبەر ئۇ-
چەي ياكى تۈز ئۆچەيدە بولسا، ئېنىق كۆرگىلى بول-
مدۇ. يېقىنىدىن بېرى تالا چەمبەر ئۇچەي ئەينەكى
قوللىنىلماقتا. بۇنىڭ بىلەن تەكشۈرگەندە،
چەمبەر ئۇچەينىڭ كۆتۈرۈلگەن قىسمى، ھەتتا قارغۇ ئۇ-
چەيلەرنىمۇ كۆرگىلى بولمدۇ. بۇنىڭ دىئاگنوز ئۇچۇن
ياردىمى چوڭ.

بۇ كېسەللىككە كېسەللىك تارىخى، كىلىنىك ئالامىتى ۋە يۇقۇرىدىكى باشقا تەكشۈرۈشلەرگە ئاساسەن دىئاگنوز قويۇشقا بولىدۇ. بۇ كېسەللىكنى تۆۋەندىكى كېسەللىككە ئوخشاش پەرقلەندۈرۈش لازىم.

1. چەكلىك دائىرىلىك ئۆچەي يالىلۇغى: كۆپ ئالامەتلىرى ئۆچەي سىلىنىشكىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئەمما بۇنىڭدا سىل كېسەللىك تارىخى ۋە سىل كېسەللىك ئىسپاتلىرى بولمايدۇ. كېسەللىك جەريانى ئۆچەي سىلىدىن تېخىمۇ ئۇزۇن بولىدۇ. كۆپ قېتىم قايتىلايدۇ. چوڭ تەرەتتىن سىل تاياقچىسى تېپىلمايدۇ. رېنتگېنده تەكشۈرگەندە، كېسەللىك ئۆزگىرىش كۆپىنچە يانپاش ئۆچەينىڭ ئاخىرقى قىسمىدا بولىدۇ. ئۆچەي توسۇلۇش قاتارلىق قوشۇمچە كېسەللىكلەر ئۆچەي سىلىگە قارىغاندا كۆپ ئۇچرايدۇ. زۆرۈر تېپىلغانىدا، قورساقنى ئېچىپ هايات توقۇلما ئېلىپ پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

2. ئوڭ تەرەپ چەمبەر ئۆچەي راكى: 40 ياشتىن ئاشقانلاردا كۆپرەك بولىدۇ. سىل كېسەللىك تارىخى بولمايدۇ. كېسەللىك تەرەققىياتى تېز بولۇپ، قەۋزىتىش، كېچىسى تەرلەش ئەھۋاللىرى ئانچە ئېنىق بولمايدۇ. ئورۇقلاش روشەن بولۇپ، ئومۇمىي ئەھۋالى تېز يامانلىشىدۇ. قورساقتا مۇنەك پەيدا بولغان بولسا كۆپىنچە هەرىكەتلىك بولۇپ، سىل مۇنكىدەك مۇقىم بولمايدۇ. ياسقاندا ئاغرىنش بولمايدۇ. سىلىگە قارىغاندا داۋالاش ئۇنۇمى بەرمەيدۇ.

تالالىق چەمبەر ئۆچەي ئېنىكى بىلەن تەكشۈرگەندە

ده دىئاگنوزنى ئېنىقلاشقا بولىدۇ.

3. ئاميۇبا كېسەللىكى: كېسەللىك قوزغۇتقۇچى ئۇچەيدە بولسا، كېسەللىك ئالامەتلىرى ئۇچەي سىلىنىڭ كىگە ئوخشاپ كېتىدۇ. ئاساسا ئاميۇبا بىلەن يوغۇنلىنىش تارىخى بولىدۇ. قان - يىرىڭلىق چوك تەرەت كېلىدۇ. چوك تەرەتتىن ئاميۇبا تېپىلىدۇ. ئاميۇباغا قارشى داۋالاش ئۇنۇم بېرىدۇ.

يوغىنقىلاردىن باشقا ئۇچەي سىلى يەنە يارا خاراكتېرلىك چەمبەر ئۇچەي يالليۇغى، ئۇچەي كىزىكى، قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

داۋالاش

1. ئارام ئالدۇرۇش ۋە ئوزۇقلاندۇرۇش: بۇ داۋالاشنىڭ ئاساسى بولىدۇ. ھەربىر كېسەللىك ئۇچەي سىلى بىلەن ئاغرىغۇچىلار يېتىپ ئارام ئېلىشى لازىم.

ئوزۇقلاندۇرۇشتا ئوزۇقلۇق قىممىتى يۇقىرى يېمەكلىكلەر بېرىلىدۇ.

2. سىلىگە قارشى داۋالاش: سىلىگە قارشى دورىلاردىن ئادەتتە *Streptomycin*، رېسمۇفمىن *PAS* قاتارلىقلار تاللاپ ئىشلىتىلىدۇ. دورىغا كۆنۈپ قېلىشتىن ساقلىنىش ئۈچۈن، نۆۋەتتە ئىككى خىل دورىنى بىرلەشتۈرۈپ ئىشلىتىش تەۋسىيە قىلىنىدۇ. ئۇچەي سىلى ئېغىر بولسا ياكى قوشۇمچە ئۇچەي سىرتىدا سىل كېسەللىكلىرى بولسا، ئۇچ خىل دورىنى بىرگە ئىشلەتكەن ياخشى.

3. ئالامەتلىرىگە قارىتا داۋالاش: قورساق ئاغرىشى

بولسا بىللادۇن، ئاترۇپىن قاتارلىقلار بېرىلىدۇ. ئىشتېيى ياخشى بولمىغانلارغا ياكى ئىچى سۇرۇش بولغانلارغا مۇۋاپىق هالدا سۇيۇقلۇق ۋە كالىي تولدۇرۇپ بېرىلىپ، سۈيۇقلىكتروليت ۋە كىسلاتا، ـ ئىشقار تەڭپۇڭلۇقىنى ساقلاشقا دىققەت قىلىش لازىم. ئەگەر تولۇقسىز توسۇلۇش بولسا، يۇقىرىدىكى چارىلاردىن باشقا، ئاشقازان ـ ئۇچەي بېسىمىنى تۆۋەنلىتىش ئۈسۈلى قوللىنىلىدۇ.

4. ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش: تۆۋەندىكى ئەھۋاللار بولسا، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالاش ئېلىپ بېرىلىدۇ:

(1) تولۇق توسۇلۇش بولۇپ، ئىچكى بوشلۇقىدە داۋالاش ئۇنۇم بەرمىسە؛

(2) ئۆتكۈر تېشىلىش بولسا، ياكى سوزۇلما تېشىلىش بولۇپ ئاقما پەيدا قىلغان بولسا؛

(3) ئۇچەي يوللىرىدا چوڭ قاناش بولۇپ، ئىچكى بوشلۇقىدە قۇتقۇزۇش نەتىجە بەرمىسە.

سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە يالليۇغى

TuberCulouS PeritonitiS

بۇ كېسەللىك سىل تاياقچىسى كەلتۈرۈپ چىقارغان سوزۇلما خاراكتېرلىك كەڭ دائىرىلىك قورساق پەردە يۇقۇملىنىشى بولۇپ، بىر قەدەر كۆپ ئۇچرايدۇ. هەر خانداق ياشتىكىلەردە پەيدا بولىدۇ. ئەمما ياش ۋە قىران كىشىلەردە كۆپ ئۇچرايدۇ. ئەرلەردىمۇ، ئاياللاردىمۇ ئوخشاشلا پەيدا بولىدۇ.

- كېسەللەك سەۋەبى ۋە كېسەللەك پەيدا قىلىش.

مېخانىزمى

بۇ كېسەللىكنى سىل تاياقچىسى كەلتۈرۈپ چىقىرىدۇ. كۆپىنچە باشقا ئورۇنلاردىكى سىل كېسەللىكىگە ئىككىلەمچى بولۇپ كېلىدۇ. يۇقۇش يولى جەھەتتىن ئېيتقاندا، قورساق ئىچىدىكى ئەزالارنىڭ سىل ئوچاقلىرىنىڭ بىۋاسىتە يامراپ كېڭەيىشى ئاساسلىق ئورۇندا تۇرىدۇ. مەسىلەن، ئۇچەي سىلى، ئۇچەي باغلام لىمفا تۈگۈن سىلى، تۈخۈم توشۇغۇچى كانال سىلى قاتارلىقلار ئەڭ كۆپ ئۇچرايدىغان بىرلەمچى كېسەللىك ئوچىقى بولىدۇ. ئاز ساندىكىلىرى بەدەنىنىڭ باشقا ئورۇنلىرىدىكى سىل ئوچاقلىرىدىن قان ئارقىلىق تارقاپ كېلىدۇ.

پاتئولوگىيىسى

ئاساسلىق پاتئولوگىيەلىك ئۆزگىرىشى تۆۋەندىكىچە:

1. سېزىپ چىقىش تەپى: قورساق پەردىسىدە قان تولۇش، سۈلۈق ئىششىق كۆرۈلۈپ، ئۇنىڭ سىرتقى يۈزىدە تالا ئاقسىللىق سېزىپ چىقىقان ماددىلار بولىدۇ. قورساق پەردىسىدە نۇرغۇن ئاق سېرىق ياكى كۈلرەڭ ئۇششاق تۈگۈنچىلەر پەيدا بولۇپ، بەزىلىرى ئۆزئارا قوشۇلۇپ چوڭراق مۇنەككىلەرنى ھاسىل قىلىدۇ. قورساق بوشلۇقىدا ئوخشاشمىغان دەرىجىدە سېزىپ چىقىقان سۈيۈقلۇق بولىدۇ. قورساق سۈيى كۆپىنچە سامان رەڭ

گىدە بولۇپ، بەزىدە ئازراق قان ئارىلاش بولىدۇ.
2. چاپلىشىش تېپى: تالا توقۇلمىلار كۆپلەپ ئۆسۈپ، قورساق پەردىسى كۆرۈنەرلىك دەرىجىدە قېلىنلايدۇ. ئۇچەي ئىزمىلىرى ئۆزئارا چاپلىشىدۇ. ئۇچەي ئەگرىلىرى بېسىلىپ ھەم سىقىلىپ توسۇلۇش پەيدا قىلىدۇ، بەزىدە قورساق بوشلۇقى پۈتۈنلەي پۈتۈپ كېتىدۇ. بۇ تېپ دائىم سەزىپ چىقىش تېپىلىق كېسەللىك ئۆزگىرىشتىكى قورساق سۈيى سۈمۈرۈلگەندىن كېيىن پەيدا بولىدۇ. بەزىلىرىدە باشلىنىشتىلا چاپلىشىش ئاساسلىق ئورۇندا تۇرىدۇ.
3. ئىرىمچىك تېپى: بۇنىڭدا ئىرىمچەكسىمان نېكروزلىنىش ئاساس قىلىنغان بولۇپ، ئۇچەي ئەگمىسى، چوڭ چاۋا، ئۇچەي باغلىمى پاكى قورساق بوشلۇقىدىكى باشقا ئەزالار ئۆزئارا چاپلىشىپ، نۇرغۇن ئۇششاق كاۋاكچىلارنى پەيدا قىلىدۇ. ئۇششاق كاۋاكچىلار ئېچىدە دۇغ يېرىڭلىق سۇيۇقلۇق بولىدۇ. ئېرىمچەكسىمان نېكروزلىنىشتا ئۇچرىغان ئۇچەي باغلام لىمفا تۇگۈنلىرىمۇ بۇنىڭغا قاتناشقانلىقتىن، سىل خاراكتېرلىك يېرىڭلىق ئىششىقنى پەيدا قىلىدۇ. يۇقىرىدىكى ئۇششاق كاۋاكچىلار ئۇچەي، جىنسىي يول ياكى قورساق بوشلۇقىغا قاراپ تېشىلىپ ئاقما پەيدا قىلىدۇ. بۇ تېپ يۇقىرىدىكى ئىككى تېپتىن تەرەققىي قىلىپ پەيدا بولىدۇ ھەمدە ئەڭ ئېغىر تېپ ھېسابلىنىدۇ.

كىلىنىك ئىپادىسى

كىلىنىك ئىپادىسى كۆپ خىل بولىسىمۇ، لېكىن تۆۋەنـ

ددىكى بىر نەچچە خىلغا يىغىنچاقلاشقا بولىدۇ:

1. پۈتۈن بەدەن ئالامەتلىرى: ئاساسلىقى قىزىتىش ۋە كېچىسى تەرلەش بولىدۇ. قىزىتىش كۆپىنچە تۆۋەن قىزىتمىلار بولۇپ، بىر قىسىم كېسەل كىشىلەردە بوشاشتۇرغۇچى قىزىتما بولىدۇ. بەزىدە تۇراقلىق قىزىتما بولىدۇ. قىزىتما سېزىپ چىقىش تېپلىق كېسەللىكلەر بىلەن ئېرىسىپېلاس نىكروزلىنىش تېپلىق كېسەللىكلەردە كۆپ ئۇچرايدۇ. ئاخىرقى دەۋرىدە ئوزۇقلىنىش ناچارلىشىپ، ئورۇقلاش، تاتىرىش، سۇلۇقئىششىق، ئېغىز يالملۇغى، ۋىتامىن A يېتىشمەسلىك قاتارلىق ئەھۋاللار كۆرۈلىدۇ.

2. قورساق ئاغرىش: دەسلەپكى دەۋردە ئاغرىش ئېنىق بولمايدۇ. كېيىن يېقىمسىز قادىلىپ ئاغرىش پەيدا بولىدۇ. بەزىدە تۇتقاقلىق ئاغرىيدۇ. ئاغرىش ئورنى كېنىدىك ئەتراپىدا، تۆۋەن قورساق قىسمىدا ياكى پۈتۈن قورساق قىسمىدا بولىدۇ.

كۆپىنچە تولۇقسىز ئۈچەي توسۇلۇش، ھەرىكەتسىلىك ئۈچەي سىلى، ئۈچەي باغلام لىمفا سىلى قاتارلىقلار قوشۇلۇپ كەلگەندە ئاغرىش روشەن بولىدۇ.

بەزى چاغلاردا ئۆتكۈر قورساق ئاغرىش بولۇشى مۇمكىن. قورساق قىسمىنى باسقاندا ئاغرىش بولىدۇ. ئەما ئاغرىش يېنىك بولىدۇ. قورساق قىسمىنى بېسىپ قويۇپ بەرگەندىمۇ ئاغرىيدۇ.

3. قورساق سۇيىقى ۋە قورساق كۆپۈش:

كېسەل كىشىلەردە دائىم قورساق كۆپۈش سېزىمى بولىدۇ. قورساق سۈيىنى بايقاش قىيىن بولىدۇ. قورساق سۈيى 1000 مىللىلىتىرگە يەتكەندە، ئىنچىكىلىك بىلەن تەكشۈرگەندە، ئاندىن ھەربىر تامچە بوغۇق تاۋۇشنى بايقىغىلى بولىدۇ. سىل خاراكتېرلىك قورساق پەردە يالىلۇغدا ئاز مىقداردا ياكى ئوتتۇر دەرىجىدە سۈ يىغىلىش كۆپ ئۇچرايدۇ. شۇڭا تەكشۈرۈشتە ئەستايىدىل بولۇش لازىم.

چاپلىشىش تېپلىق كېسەللىكلەردە قورساق دىۋارىنى تۇتۇپ تەكشۈرگەندە، خۇددى خېمىرنى باسقاندەك سېزىم بولىدۇ. چاپلىشىش تېپلىق ياكى ئېرىمچەك تېپلىق كېسەللەردە قوۋاغا مۇنەك بىلىنىدۇ. مۇنەكنىڭ چوڭ - كىچىكلىكى ئوخشاش بولمايدۇ. ئەتراپى تەكشى بولمايدۇ. ئاسان ھەربىر تالە نىمەيدۇ. كۆپ ھاللاردا خاتا ھالدا ئۆسمە دەپ دىئاگنوز قويۇلۇپ قالىدۇ.

قوشۇمچە تەكشۈرۈشلەر

1. قان تەكشۈرۈش: بىر قىسىم كېسەللەردە قان ئازلىق بولىدۇ. ئاق قان ھۈجەيرىسىنىڭ سانى نورمال. ياكى سەل يۇقىرى بولىدۇ. ئاز سانلىق كېسەل كىشىلەردە ھەتتا تۆۋەنرەك بولۇشى مۇمكىن. قىزىل قان ھۈجەيرىسىنىڭ چۆكۈشى تېزلىشىدۇ.

2. قورساق سۈيىنى تەكشۈرۈش: قورساق سۈيى كۆپىنچە سامان رەڭدە بولىدۇ. تىنچ قويۇپ قويغاندا ئۆيۈيدۇ. بەزىلىرى قانلىق بولىدۇ. چېقىشتۇرما ئېغىرلىقى

1.016 دن يۇقىرى بولىدۇ. ئاقسىل مىقدارى 3g پەرسەنتتىن ئاشمايدۇ.

ئاق قان ھۈجەيرىسىنىڭ سانى $500/mm^3$ دىن يۇقىرى بولۇپ، لىمفا ھۈجەيرىلىرى ئاساسلىق بولىدۇ. قورساق سۈيىدىن باكتېرىيە ئىزلىگەندە، كۆپىنچە مەنپىي بولىدۇ. بەزىدە قوشۇمچە جىگەر قېتىش بولغان چاغلاردا، قورساق سۈيى ئېنىقلىتراتلىققا يېقىن بولىدۇ. بۇنىڭغا ئالاھىدە دىققەت قىلىش لازىم.

3. ھەزىم قىلىش يوللىرىنى رېنتگېنده تەكشۈرۈش: بۇنىڭ ئۈچەي سىلى، ئۈچەي چاپلىشىش، ئۈچەي ئاق-سى، قورساق بوشلۇقى سىرتىدىكى ئۆسمە قاتارلىقلارنى ئېنىقلاشقا ياردىمى بولىدۇ.

4. قورساق بوشلۇق ئەينەكى بىلەن تەكشۈرۈش: قورساق بوشلۇقىدا كەڭ دائىرىدە چاپلىشىش بولغۇچىلارغا قارىتا قوللىنىشقا بولمايدۇ. ئەمما قورساق سۈيى بارلارغا قولىلانغاندا، قورساق بوشلۇقىدىكى ئەھۋاللارنى بىۋاسىتە كۆرگىلى بولىدۇ.

سىلىشتۇرما دىئاگنوزى

1. بۇ كېسەللىك تۈپەيلىدىن پەيدا بولغان قىزىتما كېزىك، سىپىس، تۇغۇتتىن كېيىنكى قىزىتمىدىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ. قىزىتما بىلەن بىللە قورساقتا پەيدا بولغان ھۈنەك قورساق تىپلىق لىمفا ئۆسمىسى، يامان سۈپەتلىك توقۇلما ھۈجەيرە كېسەللىكى قاتارلىقلاردىن پەرقلەندۈرۈلىدۇ.

2 . قورساق سۇيىنى ئاساس قىلىپ ۇچىلارنى جىگەر قېتىشىدىكى قورساق سۇيى، قورساق بوشلۇقىدىكى ياماق سۇپەتلىك ئۆسمە، تارىيىش خاراكتېرلىك يۇرەك قېپى ياللۇغى، جىگەر ۋېنا توسۇلۇش سىندىرۇمى قاتارلىقلارنى پەرقلەندۇرۇلىدۇ.

3. قورساقتا مۇنەك پەيدا قىلىشنى ئاساس قىلىپ ۇچىلارنى تال، جىگەر، ئۆت خالتا، بۆرەك، تۇخۇمدان قاتارلىقلاردىكى كېسەللىكلەردىن پەرقلەندۇرۇش لازىم.

داۋالاش

ئىچكى بۆلۈمدە داۋالاش ئۇسۇلى ئۇچەي سىلىنى داۋالاش بىلەن ئوخشاش. قان ئارقىلىق تارقىلىش بولغۇچىلارغا ياكى زەھەرلىنىش ئالامەتلىرى ئېغىر بولغۇچىلارغا قارىتا يېتەرلىك مىقداردا سىلىكە قارشى دورىلار ئىشلىتىلىشى بىلەن بىللە، بۆرەك ئۇستى بەز گورمۇنلىرى قوشۇپ ئىشلىتىلىدۇ.

سېزىپ چىقىش تېپلىق كېسەل كىشىلەرگە قارىتا، بەزىلەر قورساق سۇيىنى ئالغاندىن كېيىن قورساق بوشلۇقىغا *Rimifon* ،*Streptomycin* ھېدرۇكسور-تىزۇنلارنى كىرگۈزگەندە، ئۇنۇمى ياخشى بولىدۇ، دەپ قارايدۇ. بۇنىسى ھەپتىدە 1 — 2 قېتىم قوللىنىشقا بولىدۇ. ئەگەر كېسەل كىشىلەردە ئۇچەي توسۇلۇش، ئۇچەي تېشىلىش، ئاقما قاتارلىقلار بولسا، ئوپېراتسىيە بىلەن داۋالىنىدۇ.