

ШИФОКОР – БЕМОР МУНОСАБАТИ ТАЛАБАЛАР НИГОҲИДА
(QUI BENE DIAGNOSCIT, BENE CURAT)
(КИМ ЯХШИ ТАШХИС КУЙСА, УША ЯХШИ ДАВОЛАЙДИ)

Турдиев А., Турсунов Д.

ТДСИ ПИМУ даволаш факультети 3- курс талабалари Илмий

рахбар доц Мехманов Ш.Р.

Хирургия ва ХДЖ кафедраси

Тиббиёт оламига эндигина кириб келаётган тиббиёт олийгоҳларининг талабалари бугун нечоғлик бемор билан мулоқотда синчковликни, зийракликни ишга соляптию, ташхис қуйишда қай даражада маъсулият билан ёндаша олиш кераклигини англаб етати?

Айнан ушбу саволларга жавоб берар эканмиз “шифокор ва бемор” муносабатларида тарихда ҳам бееътибор бўлмаганликларини гувоҳ буламиз. Хусусан, тиббиёт деонтологиясини ривожлантиришда Гиппократ дунёқарашлари бебаҳо рол ўйнаганини айтиб ўтиш жоиз. Унинг “Қаерда инсонларга нисбатан меҳр-муҳаббат бўлса у ерда ўз санъатига нисбатан ҳам муҳаббат бор” деган олтинга тенг ибораларида санъатга яъни тиббиётга муҳаббат хусусида сўз беради. Тиббиёт ривожига улкан хисса қўшган улуғ ватандошимиз Абу Али ибн Сино ҳам ҳар бир беморга индивидуал ёндашиш лозимлигини таъкидлаб шифокорда қуйидаги хислатлар бўлиши кераклигини айтади: “ Шифокор бургут кўзларига, қиз бола кўлларига, илон донишмандлигига ва арслон юрагига эга бўлиши керак.” Дарҳақиқат, айнан “индивидуал” ёндашиш хусусида сўз борар экан устозимиз М. Ш. Раҳмоновичнинг “ ҳар бир бемор гўёки ўқилмаган янги китоб, уни ўқий олиш ҳақиқий шифокорнинг маҳоратига боғлиқ” деган сўзлари биз талабаларни беморлар билан мулоқот жарараёнига жиддий киришишимизга ундамоқда десам муболага бўлмайди.

Бугун тиббиёт муассасаларига ўз шикоятлари билан мурожаат қилаётган беморларнинг аксарияти ўзларига ўзлари “қиёсий ташхис” ни қуйиб келишмоқда. Албатта, бундай ҳолларни кўп кузатамиз ва бу одамни хурсанд ҳам қиладики, инсонларнинг ўз соғлиғига анча эътиборли бўлаётганлиги, аҳоли орасида “тиббий онг” ривожланаётганлигидан далолат беради. Демакки, долзарблик ҳам шунда – бугун етишиб чиқаётган ёш тиббиёт ҳодимлари ҳар томонлама илғор, зийрак, синчков, тиббий илмларни пухта ва мукаммал эгаллаган бўлиши шарт. Келинг унда бу борадаги айрим тиббий тушунчаларини эслаб оламиз.

Ташхислаш (диагносис) юнончадан таржима қилганда “касалликни аниқлаш” деган маънони англатади. Замонавий тил билан айтганда, шифокорнинг касаллик тўғрисидаги қисқа ва аниқ хулосаси тушунилади. Бу жараён қуйидаги аниқ мантикий кетма-кетликда бўлиши лозим : 1. Клиник белгилар тўғрисида асосли ахборот йиғиш. 2. Олинган ахборотлани субектив ва обектив белгиларга ажратиш гуруҳлаш. 3. Белгиларни клиник-мантикий боғлаб гуруҳларга ажратиш. 4.

Шу асосда бирламчи ташхисни шакллантириш. 5. Солиштирма ташхисни амалга ошириш 6. Ваниҳоят якуний ташхис қўйиш.

Шуни унутмаслик керакки, клиник ташхис қўйишда асосий ва ёндош касалликларни, рақобатбардош касалликларни, фон касалликларини ҳам кўздан қочирмаслик керак.

Ташхисда белгилар яъни, симптомларни билиш муҳимдир. Улар ўз навбатида спесифик (маълум тизим касалликлари,масалан, нафас аъзоларикасалликларида – йўтал), носпесифик (иситмалаш, қайд қилиш ва б.), патогономик (фақат бир касалликка хос,масалан, диастолик шовқин – митрал стенозда) , шунингдек, субектив ва обектив симптомларга бўлинади. Касаллик тарихи (анамнесис морби) ва ҳаёт анамнези(анамнесис витае)ни йиғишдаги эшитиш маҳорати асосидаги сўраб-суриштиришнинг ўзи ҳам ташхиснинг 50% гача аниқ ва тўғри қўйишга ёрдам беради.

Умумий кўрик жараёнида бемор ҳолатини актив,пассив ва мажбурий(аҳволини энгиллаштириш учун бемор ўзи эгаллаган ҳолати) деб баҳолаймиз. Масалан, қуруқ плеврит, ўпка абсесси, бронхоекталарда беморлар зарарланган томони билан ётишга ҳаракат қилади, сурункали юрак етишмовчилигида хансирашни камайтириш учун мажбурий ўтирган ҳолат(ортопноэ)ни эгаллайдилар, қовурғалар синишида эса аксинча, касал томон билан ётиш оғриқни кучайтиргани учун соғлом томон билан ётиш кузатилади. Кўздан кечириш давомида тана тузилишига – конституциясига, тана вазн индексига, қадам ташлаш ўзгаришларига (паркинсонизм, ишиас, остеомалютсия, бўғим анкилозларида) ҳам эътиборли бўлиш лозим. Бошнинг шакли ва катталигига (микротсефалия, рахит, туғма захм, паркинсонизм, пулсатсияловчи оғиш – Мюссе симптоми), юз ифодасига, тери ва лабнинг рангига, кўз косаси тузилишига аҳамият бериш касалликларни аниқлашда бирламчи кўмак беради. Масалан, кахектик юз – ер рангини эслатувчи ошқозон-ичак тизими хавфли ўсмаларида, Гиппократ юзи – кўз олмасининг чўкиши ўткир чегараланган перитонитда, юқори қовоқнинг тушиши – птоз, лагофталм, Горнер учлиги, риносклерома, акромегалияда бурун шаклининг ўзгаришларини кўришимиз мумкин. Оғизни кўздан кечиришда оғизнинг шиллик қавати, тил ранги, милклар ва тишларни кўздан кечирамиз. Хусусан, тилнинг малина рангда бўлиши – скарлатинага ишора қилса, лакланган тил – В12 ва фолат кислота етишмовчилигида кўзга ташланади. Терини клиник текшириш қатор касалликларда муҳим ахборот манбаи болиб хизмат қилади.Бунда унинг рангига, намлилигига, ёғлилигига, силлиқлигига, тургорлигига патологик элементларнинг (тошмаларнинг) бор йўқлилигига қараймиз. Ваҳоланки, тирноқларни кўздан қочириб бўлмайди, улардаги Соат ойнаси симптоми бизга ўпкада йирингли жараён борлигини, юракдаги ўзгаришларни, жигарнинг биллиар сиррозини ифодаласа, Терри тирноқлари – жигар сиррози, сурункали юрак етишмовчилиги, инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабетни тахлилий ташхисида қўл келади. Ташхисимизнинг аниқлилиги пайпаслаш(пальпацио),перкуссия(перкуссион), аускултатсия(аускултацион) ни тўғри қўллай билишимизга ҳам боғлиқ. Уларни

пuxта ўзлаштирган шифокоргина “шифокор-бемор” муносабатларида ўзаро ишончни кўлга киритиши, беморларнинг кўшимча текширувлар билан узок ватк йўқотишини камайтиради десак, фикримча, хато бўлмас.

Хулоса ўрнида шуни айтоламанки, “тиббиёт – фан, врачлик эса санъатдир”. Фанни ўзлаштириш, санъатимизни гўзаллаштириш ўз кўлимизда ва биз бу йўлда юртимиздаги, олийгоҳимиздаги, тиббиётимиздаги барча имкониятлардан фойдаланиб, малакали шифокор бўлишга ҳаракат қиламиз.

Oydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Муратова, Н. Д., Ш. А. Зуфарова, and Д. Д. Эшонходжаева. "Диагностическое значение определения сосудисто-эндотелиального фактора роста при миоме матки." Журнал теоретической и клинической медицины 1 (2015): 106-108.
2. Муратова, Н. Д., et al. "Допплерометрия в диагностике типа миомы матки сочетанной с аденомиозом." IX Международный съезд акушеров-гинекологов (2017): 27-28.
3. Abdullaeva, L. M., Babadzhanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Role of hormonal disturbances in sterility development for patients with benign formations of ovaries. Likars' ka Sprava, (3-4), 104-109.