

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ИЧКИ ИШЛАР ВАЗИРЛИГИ  
АКАДЕМИЯ

М. Н. РИЗАЕВ, И. Р. МАВЛЯНОВ, О. Р. МИРТУРСУНОВ

БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ

*Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги  
томонидан ИИВ олий ўқув юртлари учун дарслик  
сифатида тавсия этилган*

Иккинчи нашр

Тошкент – 2014

*Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академиясининг  
Таҳририят-ноширлик ҳайъатида маъқулланган*

**Т а қ р и з ч и л а р :**

Тошкент тиббиёт Академияси умумий жарроҳлик кафедраси  
профессори, тиббиёт фанлари доктори **Т.Х. Қаюмов**

Тошкент тиббиёт Академияси ички касалликлар пропедевтикаси  
ҳамда гематология ва профилактика курслари кафедраси мудир,  
тиббиёт фанлари доктори, профессор **М. Ш. Каримов**

Ўзбекистон Республикаси ИИВ госпитали бошлиғи,  
тиббиёт фанлари номзоди **Х. Х. Усмонов**

**Ризаев М.Н., Мавлянов И.Р., Миртурсунов О.Р.**

**Р-9 Биринчи тиббий ёрдам:** Дарслик (Иккинчи нашр). – Т.:  
Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси, 2014 – 291 б.

Дарсликда турли шароитларда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш асослари ёритиб берилган, одам анатомияси ва физиологияси, касалликнинг юқиши ва юқумли касалликлар ҳақида маълумотлар келтирилган, асептика ва антисептика, десмургия масалалари, суяклар синганда, қон кетганда, куйганда ва совуқ олганда кечиктириб бўлмайдиган тиббий ёрдам бериш ва шикастланганларни транспортировка қилиш усуллари, шок ва бошқа экстремал ҳолатларда энг содда реанимация комплексини ўтказиш кўриб чиқилган.

Ўзбекистон Республикаси ИИВ олий ўқув юртларининг тингловчилари ва ҳуқуқни муҳофаза қилувчи органлар ходимларига мўлжалланган.

**ББК 53.5**

© Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси, 2014

---

---

## СЎЗ БОШИ

Бугунги кунда Ўзбекистон Республикасида инсон саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш масалаларига катта эътибор берилмоқда. Бунга, 1996 йилнинг 29 августида қабул қилинган Ўзбекистон Республикаси «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида»<sup>1</sup> қонуни яққол далил бўлади. Ушбу қонуннинг 30-бандида бахтсиз ҳодисалар юз берган жойда кечиктириб бўлмайдиган биринчи тиббий ёрдамни милиция ходимлари, ёнғиндан сақлаш хизмати, авария хизмати, транспорт ташкилотлари ходимлари, қолаверса, бошқа касб вакиллари ҳам кўрсатишлари уларнинг вазифалари сифатида қонунлаштирилган. Қонуннинг ушбу талабини бажариш мақсадида Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси тиббий тайёргарлик кафедрасининг профессор-ўқитувчилари томонидан мана шу дарслик қайта ишлаб чиқилди.

Муаллифлар асосий эътиборни шаҳар ва қишлоқ шароитида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш масалаларини ҳамда одам анатомияси ва физиологияси ҳақидаги маълумотларни ёритишдан ташқари, экстремал ҳолатларда оммабоп замонавий реанимация усуллари қўллашга, қон кетишини тўғри тўхтатиш усулларига, қўл остидаги воситалар ёрдамида суяк синикларини имобилизация қилишга, шикастланганларни транспортда ташиш қоидаларига қаратганлар. Дарсликка қўшимча сифатида ички ишлар органлари ходимлари учун кафедра ходимлари томонидан тайёрланган «Биринчи тиббий ёрдам»<sup>2</sup> кўргазмали қўлланмасидан фойдаланиш тавсия этилади. Ушбу қўлланмадаги турли хил расмлар ва чизмалар дарсликда келтирилган назарий билимларни мустаҳкамлашга ёрдам беради.

---

<sup>1</sup> «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикасининг 29.08.1996 й. №265-І Қонуни // Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1996, №9, 128-модда.

<sup>2</sup> *Аширметов А.Х., Мавлянов И.Р., Равшанов Р.М., Ризаев Р.М.* Биринчи тиббий ёрдам: Ички ишлар органлири ходимлари учун кўргазмали қўлланма/ А.С. Якубов таҳрири остида. – Т.: Ўзбекистон Республикаси ИИВ Академияси, 1998.

Дарсликни ёзишда муаллифлар замонавий адабиётларга, тиббиёт олий ўқув юртларида кўп йиллик педагогик ва даволаш амалиётидан ҳамда Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш тизимидаги институтларда амалга оширилган илмий изланишлардан орттирилган тажрибаларга суянганлар. Бундан ташқари, дарслик Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлигининг 2012 йил 21 августидаги 341-сонли буйруғи билан тасдиқланган таълим мутахассисликлари бўйича Давлат таълим стандартларига мувофиқ қайта тайёрланган бўлиб, ҳуқуқни муҳофаза қилиш соҳасидаги мутахассисларни тайёрлашда катта аҳамиятга эга. Назарий билимларни мустаҳкамлаш мақсадида дарсликда турли хил расмлар ва чизмалар келтирилган.

Ушбу дарслик тиббиёт масалалари бўйича нисбатан кам маълумотга эга бўлган ички ишлар органлари ходимлари учун тайёрланган. Муаллифлар Сиз кўрсатган барча камчиликларни, таклиф ҳамда тилакларингизни миннатдорлик билан қабул қиладилар. Келажакда бу фикр ва мулоҳазаларингиз дарсликнинг янги нашрларини яратишда, албатта, эътиборга олинади.



---

---

## **БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ. ИЧКИ ИШЛАР ОРГАНЛАРИ ФАОЛИЯТИДА ТИББИЙ ДЕОНТОЛОГИЯНИ ҚЎЛЛАШ**

Ҳар бир инсон умрини узайтириш, соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш муаммоларини ҳал этиш соғлиқни сақлаш соҳасининг муҳим вазифасидир. Мамлакатимизда бу масалалар даволаш-профилактика ёрдамининг, шу жумладан, аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатишнинг ташкилий шакллари доимий такомиллаштириш орқали амалга оширилади. Соғлиқни сақлаш масалаларини тўғри ташкил қилиш назария ва амалиётнинг узвий боғлиқлигидан келиб чиқади, яъни ҳозирги замон тиббиёт фани эришган ютуқларни амалиётга татбиқ қилиш билан чамбарчас боғлиқдир.

Ўз вақтида кўрсатилган биринчи тиббий ёрдам, кўпинча, бахтсиз ҳодисалар ва тўсатдан касалланиш ҳолларида шикастланганлар ва беморлар ҳаётини сақлаб қолишда ҳал қилувчи омилга айланади. Ҳеч бўлмаганда касалликнинг давомийлиги, вақтинча ишга лаёқатсизлик ва ногиронликнинг олдини олишда сезиларли ижобий таъсир кўрсатади. Шу билан бир қаторда тиббиёт ривожининг ҳозирги даражасида биринчи ва малакали тиббий ёрдамнинг ўз вақтида кўрсатилиши ўзига хос ижтимоий ва иқтисодий аҳамият касб этади. 1996 йилнинг 29 августида қабул қилинган «Фуқаролар соғлиғини сақлаш тўғрисида»ги қонуннинг 30-бандида ички ишлар органлари ходимлари жароҳат олинган жойда, «Тез тиббий ёрдам» хизматини кутмасдан, биринчи тиббий ёрдам кўрсатишлари кераклиги белгилаб қўйилган.

### **«Тез тиббий ёрдам» хизматини ташкил қилиш**

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш чора-тадбирлари ва хизмати тизимида «Тез тиббий ёрдам» хизмати алоҳида ўрин тутаяди. Аҳолининг ўткир юрак-томир тизими касалликлари, жароҳат ва шикастланишлар, болаларнинг, айниқса, бир ёшгача бўлган болаларнинг тўсатдан касалланиши бўйича мурожаат этишлари сонининг ошиши умумий соғлиқни сақлаш тизимида «Тез тиббий ёрдам» хизматининг аҳамиятини янада оширди. Маълумки, бахтсиз ҳодиса, шикастланиш ва тўсатдан оғриб қолиш ҳоллари, кўпинча, кутил-

маган шароит ва жойларда, масалан, кўчада, ишлаб чиқаришда, транспортда, жамоат ва турар жойларда юз бериши мумкин. Бу эса ташхис қўйиш ҳамда шикастланган шахс аҳволининг оғирлиги, жароҳат ва касалликнинг хусусиятига қараб шошилиш ёрдам кўрсатиш масалаларини қисқа вақт ичида ҳал қилишни тақозо этади. Зеро, беморнинг ҳаёти ва оғир касалликдан ёки олинган шикастланишлардан даволанишнинг натижаси кўп жиҳатдан зарур шошилиш ёрдамнинг ўз вақтида кўрсатилишига боғлиқ. Шу билан бир қаторда шошилиш тиббий ёрдамнинг аниқ ва сифатли кўрсатилиши касалланган ва шикастланган беморларнинг стационар шароитдаги тақдирига ҳам таъсир кўрсатади.

Катта шаҳар шароитида ҳам, қишлоқ шароитида ҳам шошилиш госпитализация маълум вақтни талаб этади. Критик (ҳаёт учун хавфли) бўлган ҳолат эса анча аввал келиб чиқиши ва ўлимга олиб келиши мумкин. Демак, бемор ёки жароҳатланган шахс ҳаётини сақлаб қолишнинг муҳим ва энг оқилона шарт шошилиш ташхис қўйишнинг самарали усуллари кўллаш ва (минимал ҳажмда бўлса ҳам) даволашни имкон қадар амалга оширишдан иборатдир.

Ҳозирги кунгача тез ва шошилиш ёрдам кўрсатишнинг энг муҳим вазифаси бемор ва шикастланганларга шошилиш тиббий ёрдамнинг энг оддий турларини кўрсатиб, тезлик билан уларни касалхонага олиб боришдан иборат эди. Ҳозирги вақтда касалхонагача бўлган даврда ташхис ва даволаш тадбирларининг ҳажми миқдор ва сифат жиҳатдан кенгайди. Албатта, бунга ҳозирги замон тиббиёт фанининг ривожланиши, аҳолига тез ва шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни яхшилашга қаратилган бир қатор тадбирларни ҳаётга жорий қилиш ёрдам берди.

Ҳозирги вақтда республикамиздаги тез ва шошилиш ёрдам хизмати кўп сонли врачлар ва ўрта тиббиёт ходимлари фаолият кўрсатадиган ихтисослашган муассасаларнинг ривожланган тармоғини ташкил қилади. Бу муассасалар касалхонагача бўлган босқичда ҳамма турдаги тиббий ёрдамни кўрсата оладиган тажрибали мутахассислар билан таъминлангандир. «Тез ёрдам» хизмати таркибида ихтисослашган бригадаларнинг ташкил қилиниши ва ўткир оғир касалликларга учраган беморларга уй шароитида хизмат кўрсатишнинг кенгайиши ҳисобига тиббий ёрдам ҳажми ошди. Сурункали касаллик билан оғирган беморлар сонининг ўсиши ва кишиларнинг ўртача умр кўриш давомийлигининг ошиши аҳоли

ўртасидаги касаллик таркибининг ўзгаришига олиб келди. Касалхонагача бўлган босқичда бемор ва шикастланганлар ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган ташхис ва даволаш чора-тадбирларининг тўлақонли комплексини қўллаш имконияти яратилди. Бу эса, ўз навбатида, тез ва шошилиш ёрдам хизмати ходимларига нисбатан талабни кучайтирди.

Шаҳар ва қишлоқ шароитларида тез ёрдам кўрсатиш принциплари бир хил бўлишига қарамай, уни ташкил қилиш ва амалга ошириш ўзига хос хусусиятларга эгадир.

Катта шаҳарларда унинг узоқ туманлари аҳолисига шошилиш тиббий ёрдамни қисқа вақт ичида кўрсатиш ҳамда бу хизматга оператив раҳбарлик сифатини ошириш учун «Тез ва шошилиш ёрдам станциялари» ташкил қилинди. Улар маъмурий ва оператив жиҳатдан шаҳар тез ёрдам станциясига бўйсундилар (Тошкент, Андижон ва бошқа йирик шаҳарларда).

Қишлоқ жойларида тез ва шошилиш тиббий ёрдам хизмати кўрсатиш марказий туман касалхоналари (МТК) қошида ташкил қилинган «Тез ёрдам» бўлимларига ёки мустақил станцияларга юклатилган. Бундай бўлимлар қишлоқ туманларининг бошқа касалхоналарида – участка, туманлараро, корхоналарнинг тиббий санитария бўлимлари касалхоналари каби жойларда ҳам жорий этилган бўлиши мумкин. Барча туман тез тиббий ёрдам бригадалари навбатчилик пайтида марказий туман касалхонасининг масъул навбатчи врачига бўйсунди ҳамда шароитга қараб, туман миқёсида ишлаши мумкин. Бундай ёндашув қишлоқ жойларида бу бригадалар фаолиятининг оператив имкониятларини анча кенгайтиради.

Мамлакатимизда «Тез тиббий ёрдам» хизматини қишлоқ жойларида ривожлантириш ва мустақамлашга катта эътибор берилмоқда. Бу ўринда қишлоқ аҳолисига кўрсатиладиган тиббий хизмат даражасини шаҳар шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатиш даражасига яқинлаштириш, қишлоқ жойларида даволаш ва профилактика усуллари, уларнинг шакллариини такомиллаштириш катта аҳамиятга эга. Айни шароитда соғлиқни сақлаш соҳасидаги асосий муаммо нафақат қишлоқ аҳолисига стационар ёрдамни ташкил қилиш, шу билан бир қаторда, амбулатор-поликлиника хизматини, айниқса, катта ёшдагилар ва қарияларга, болаларга тез ва шошилиш ёрдам кўрсатишни янада такомиллаштиришдан иборатдир.

Соғлиқни сақлаш муассасаларининг жойлашуви, бу хизматни ташкил қилиш шакллари ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам

кўрсатиш усуллари улар тарқоқ жойлашган шароитда шаҳардагидан фарқлироқ бўлади.

Марказий туман касалхоналарида тез ва шошилич биринчи ёрдам бўйича ҳамма чақириқларга марказлашган тарзда хизмат кўрсатишни ташкил қилиш катта роль ўйнайди. Бу маълум даражада чекка қишлоқлар аҳолисига керак бўлган амбулатор-поликлиник биринчи ёрдам кўрсатишни енгиллаштиради.

Тез тиббий биринчи ёрдам бўлимлари ва станциялари асосан, туман маркази ва ён-атрофдаги аҳолига хизмат қилади. Бошқа турар жой пунктлари чақириқларига хизмат қилиш учун эса участка касалхоналари таркибида тез ёрдам подстанциялари ташкил қилинган. Одатда бундай подстанциялар хизмат қилиш радиуси 25–30 км дан ортиқ бўлганда ташкил қилинади.

Тез ва шошилич биринчи ёрдам станциялари бир йилда бўладиган чақириқлар сонига қараб категорияларга бўлинади. Қишлоқ жойларида 25 мингдан 50 минггача чақириқларга хизмат қиладиган учинчи ва 10 мингдан 25 минггача чақириқларга хизмат қиладиган тўртинчи категорияли станциялар бўлади. 100–200 минг аҳолиси бўлган йирик туман марказларида йилига 75 мингдан 100 минггача ва 50 мингдан 75 минггача чақириқларга хизмат қиладиган биринчи ва иккинчи категорияли станциялар фаолият кўрсатади.

Тез ёрдам машиналари ҳам, худди шаҳардагидек, нормативга асосан, ҳар 10 минг аҳолига 1 машина ҳисобида тақсимланади.

Тез ва шошилич ёрдам бўлимлари ва станциялари мунтазам равишда рўй берган бахтсиз ҳодисалар сабабини таҳлил қилади, ҳисобини олиб боради, ҳисобот тайёрлайди ва бу ҳақда туман бош врачига ахборот беради.

Кейинги йилларда қишлоқ жойларида олиб борилган самарали ишлар туфайли аҳолига тез ёрдам кўрсатиш соҳасида бирмунча ютуқларга эришилди, тиббий хизмат сифати ошиб, шаҳар шароитига янада яқинлашди. Қишлоқ аҳолисига тез ва шошилич ёрдам кўрсатиш сифатини ошириш, уни такомиллаштириш мақсадида тез ёрдам бўлимлари ва станцияларини аҳоли эҳтиёжига қараб кўшимча фельдшер ва врачлар бригадалари билан кучайтириш масаласи деярли ҳал қилинди.

Ҳозирги вақтда тез ва шошилич тиббий ёрдам хизмати ҳамма турдаги махсус тиббий ёрдамни кўрсата оладиган, юксак даражада ташкил қилинган тиббий муассасалар мажмуини ташкил қилади.

## **«Биринчи тиббий ёрдам асослари» предметини ўқитишнинг зарурияти**

Бахтсиз ҳодиса юз берганда ва тўсатдан касал бўлиб қолганда тез тиббий ёрдам кўрсатиш катта аҳамиятга эга. Аммо жуда яхши ташкил қилинган шифоркорлик давоси ҳам, агар шикастланган кишига ўз вақтида керакли бўлган биринчи тиббий ёрдам кўрсатилмаса, самарасиз ва кечиккан бўлиши мумкин. Чунки ҳамма бахтсиз ҳодисаларда шикастланиш тўсатдан ва ҳаёт учун хавфли бўлиши билан характерлидир. Шикастланиш натижаси, айниқса, оғир ва хавфли бўлган шикастланишларда, илк дақиқалардаёқ ҳал бўлади. Шунинг учун ҳам бахтсиз ҳодиса содир бўлган жойдаги кишининг тез ва самарали биринчи ёрдам кўрсатиш қобилияти жуда муҳим ва ҳаётий аҳамият касб этади.

Шу билан бир қаторда биринчи ёрдам кўрсатишда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Чунки сиз ёрдам бермоқчи бўлган кишига қўшимча шикаст етказишингиз мумкин. Шунини эсда тутиш керакки, сиз томондан берилаётган ёрдам фақат даволашнинг бошланишидир. У қанчалик зарур бўлмасин, ҳеч қачон врач мутахассиснинг малакали ёндашуви ўрнини боса олмайди. Сизнинг вазифангиз шикастланганни даволаш эмас, фақат биринчи ёрдам кўрсатиш. Биринчи тиббий ёрдамни тез ва сифатли кўрсатиш учун эса махсус билимга эга бўлишингиз лозим.

### **Биринчи тиббий ёрдамнинг аҳамияти ва қоидалари**

Тинчлик вақтида энг кўп учрайдиган бахтсиз ҳодисаларга: механик жароҳат, куйиш, иссиқ ва офтоб уриш, совуқ уриш ва умумий музлаш, чўкиш ва ер босиб қолиши туфайли бўғилиш, ис газидан заҳарланиш, электрдан жароҳатланиш ва чақмоқдан шикастланиш кабилар киради. Бу ҳолатларда биринчи тиббий ёрдамнинг асосий вазифалари шикастланганлар ҳаётини энг зарур чора-тадбирлар билан сақлаб қолиш, уларнинг азобланишини камайтириш, келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш ҳамда касаллик ва жароҳат кечувини енгиллаштиришдан иборат бўлади.

Биринчи тиббий ёрдам воқеа содир бўлган жойда шикастланганнинг ўзи (ўз-ўзига ёрдам) ёки бошқа киши томонидан (ўзаро ёрдам) ҳамда махсус ўргатилган шахслар томонидан кўрсатилади.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда тезлик билан шикастловчи манба (фактор)ни аниқлаш, уни йўқотиш, ҳар бир жароҳатда тавсия қилинадиган тиббий ёрдам чораларини қўллаш, врачни чақириш ёки жароҳатланганни яқин тиббиёт муассасасига олиб бориш керак. Баъзи ҳоллар (кучли қон кетиш, оғир суяк синишлари, эс-хушни йўқотиш, нафас олиш ва юрак фаолиятининг тўхташи ва бошқалар)да шикастланганларга шу жойнинг ўзида тезлик билан шошилишч тиббий ёрдам кўрсатмай туриб, уларни ташиш (транспортировка қилиш) мутлақо мумкин эмас.

Бундай ҳолларда реанимация чора-тадбирлари керак бўлади. Реанимация (жонлантириш) ўлаётган кишини ҳаётга қайтаришга, унинг орган ва тўқималарида қайтмас ўзгаришларнинг олдини олишга қаратилган, зудлик билан амалга ошириладиган чора-тадбирлар мажмуидир. Бунда биринчи навбатда, шикастланганларнинг нафас олиши ва қон айланишини тиклашга ва ушлаб туришга эришилади. Реанимациянинг мураккаб бўлмаган чоралари (сунъий нафас олдириш, билвосита юрак массажи) ҳар бир кишига маълум. Шу билан бир қаторда, кўпгина ҳолларда шикастланганлар қон тўхтатиш, оғриқ азобидан қутилиш, суяги синган қўл-оёқни ҳаракатсизлантириш, яра, куйган ва совуқ урган юзаларни инфекциядан ҳимоялаш каби ҳар бир киши амалга ошириши мумкин бўлган ёрдамларга муҳтож бўладилар.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш воқеа содир бўлгандан сўнг, иложи борича, қисқа фурсат ичида амалга оширилиши керак. Кучли қон кетиш, электрдан шикастланиш, чўкиш, бўғилиш, юрак фаолиятининг тўхташи ва бошқа қатор ҳолатларда биринчи тиббий ёрдам зудлик билан, кечиктирмай кўрсатилиши лозим. Агар бир пайтда бир неча киши жароҳат олса, кўрсатиладиган ёрдам муддати ва кетма-кетлиги аниқланади. Болаларга ва шошилишч ёрдамга муҳтож кишиларга керакли ёрдам биринчи навбатда кўрсатилади. Кўп сонли ва қўшимча жароҳат олган кишиларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда амалга ошириладиган чора-тадбирларнинг кетма-кетлиги аниқланиши керак.

Аввал шикастланган одам ҳаётини сақлаб қолишга имкон берадиган ёки биринчи тиббий ёрдамнинг кейинги чора-тадбирларини қўллаш учун шарт бўлган усул-амаллар бажарилади. Чунончи, сон суяги очик синиб, артериядан қон кетиб турганда биринчи навбатда, ҳаёт учун хавfli бўлган қон кетишини тўхтатиш, сўнгра

жароҳатга стерил боғлам қўйиш ва ундан кейингина оёқни қимирлатмайдиган қилиб боғлашга киришиш керак. Синган жойни ҳеч қимирламайдиган қилиб қўйиш учун эса махсус шина боғлаш ёки қўл остидаги воситалардан фойдаланиш керак.

Биринчи тиббий ёрдамнинг ҳамма усул-амалларини эҳтиёт бўлиб ва авайлаб бажариш лозим. Қўпол ҳаракатлар қилинадиган бўлса, бу шикастланган кишига зарар қилиши ва унинг аҳволини ёмонлаштириши мумкин. Биринчи тиббий ёрдамни бир эмас, балки икки ёки бир неча киши кўрсатадиган бўлса, у ҳолда келишиб иш кўриш керак. Бунда ёрдам кўрсатаётганларнинг бири бошлиқ бўлиб, биринчи тиббий ёрдамнинг барча усул-амаллари бажарилишига раҳбарлик қилиб туриши лозим.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш шароитида ташхис масаласи муҳим аҳамият касб этади. Чунки ўз вақтида ва тўғри қўйилган ташхис касаллик ёки шикастланиш турини аниқлашга ва шу асосда зарур ёрдам кўрсатиш тадбирлари кетма-кетлиги режасини тузишга имкон яратади. Ташхис касаллик ёки жароҳатнинг субъектив ва объектив белгиларини аниқлаш асосида қўйилади. Субъектив белгиларга бемор ёки жароҳатланганнинг шикоятлари (агар унинг эс-ҳуши жойида бўлса) киради. Объектив белгиларга эса касаллик ва жароҳатнинг ташқи белгилари ёки маълум услубий ёндашув орқали аниқланадиган, масалан, пульсни (томир уришни) ўлчаш, нафас олиш ва чиқаришнинг миқдори, рефлекслар ва бошқа белгилар киради.

Касаллик ёки шикастланишнинг объектив ва субъектив белгилари умумий ва шу ҳолат учун хос бўлиши мумкин. Шу туфайли бу белгиларни аниқлаш ва тахминлаш йўли билан дастлабки ташхисни қўйиш мумкин. Ташхис асосида эса зарур бўлган ёрдам тури ҳам аниқланади.

### **Биринчи ёрдам воситалари**

Тез тиббий ёрдам кўрсатишда *биринчи ёрдам воситалари* қўлланилади. Улар *табелъ* ва *қўл остидаги* воситаларга бўлинади. Биринчи ёрдам табелъ воситаларига боғлов материаллари, бинтлар, тиббий боғлов пакети, стерил боғлов материаллари, салфеткалар, пахта ва бошқалар киради. Қон кетишини тўхтатишда қон тўхтатувчи жгутлар, иммобилизация учун фанерли, нарвонсимон, тўрсимон шиналар каби табелъ воситалари қўлланилади. Биринчи

тиббий ёрдам кўрсатишда баъзи дори-дармонлар ҳам қўлланилади: йоднинг 5 % спиртли эритмаси, бриллиант кўки (зелёнка)нинг 1–2 % спиртли эритмаси, валидол таблеткаси, валериана тиндирмаси, навшадил спирти, натрий гидрокарбонат таблеткаси ёки порошоги, вазелин ва бошқалар. Одатда, биринчи тиббий ёрдам табель воситалари жамоат транспорти ёки шахсий транспорт ҳайдовчилари аптекаси таркибига кириди ҳамда оммавий дам олиш жойларида ҳам бўлади.

Биринчи ёрдам кўрсатиш вақтида табель воситалари бўлмаса, қўл остидаги воситалардан фойдаланилади. Биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда бундай воситалар сифатида тоза чойшаб, кўйлак, мато (оқ мато), картон, фанер, тахта, ёғоч ва бошқаларни қўллаш мумкин.

### **Жароҳатланганларни транспортда ташиш**

Жароҳатланган ва касалларни транспортда ташишда, асосан, (автомобиль, темир-йўл транспорти), ҳаво (самолёт, вертолётлар), сув (дарё ва денгиз транспорти), шунингдек, санитар ва мослаштирилган транспорт воситалари қўлланилади. Жароҳатланган шахс ёки касалларни ташиш замбилда, қўлда, орқада, елкада ҳамда қўл остидаги воситалардан фойдаланиб амалга оширилади. Жароҳатланганлар бир киши ёки бир неча киши ёрдамида ташилади. Энг мақбул, оғриқ чақирмайдиган ва авайлаб ташиш усули замбил ёрдамида ташишдир. Бемор ёки жароҳатланганларни ташишда, иложи борича, эҳтиёт қиладиган шароит яратиш керак. Уларни қулай ва тўғри ҳолда ётқизиш керак.

Ташиш ва транспортда ташиш жараёнида нотўғри ҳаракат қилиш жароҳатланган ёки бемор аҳволининг ёмонлашувига, қўшимча жароҳатларнинг келиб чиқишига, қон кетишининг кучайишига, суяк бўлақларининг жойидан силжишига ва бошқаларга олиб келиши мумкин.

Оёқлар ва бош суягининг шикастланишида жароҳатланганларни чалқанча, умуртқа поғонаси суяклари синганда эса, аксинча, қоринга ётқизиш лозим. Агар умуртқа поғонаси суяклари жароҳатланган кишини замбилга чалқанча ётқизилса, унда, албатта, замбилга ёғоч шит ёки кенг тахта қўйилиши керак.

Қорин ва тос суяклари шикастланганда жароҳатланган чалқанча ётқизилиб, оёқлар бир оз ташқарига кенгайтирилади, тизза ва сон бўғимлари букилади. Бунда тизза бўғимлари тагига кийимдан ёстикча қўйилади.



Шикастланганларни замбилда ва транспортда ташишда уларнинг умумий ҳолатини, боғлам ёки иммобилизация шинасининг тўғри қўйилганлигини кўздан кечириш лозим. Агар жароҳатланганларни ташиш узоқ давом этса, уларнинг ҳолатини ўзгартириш, бошлари тагидаги ёстикчаларни тўғрилаб туриш керак.

Горизонтал текис ерда ташишда жароҳатланганларни оёқ соҳаси олдинда бўлади. Агар жароҳатланган эс-ҳушини йўқотган бўлса, бош томони олдинда бўлади. Чунки бунда уни кузатиб бориш имкони бўлади. Юқорига ёки пастга туширишда эса уни горизонтал ҳолда ушлаш керак. Юқоридан пастга туширилаётганда шикастланганнинг оёқ соҳаси олдинда, кўтарилаётганда эса, аксинча, бош соҳаси олдинда бўлади.

Жароҳатланган ёки касалларни транспорт воситасига жойлаштиришда аввал замбил юқори қаторларга қўйилади, кейин эса пастки қаторларга жойланади, туширилаётганда эса, аксинча, аввал пастки қаторлардан, сўнгра эса юқори қаторлардан замбил олинади.

Бош суяги, умуртқа поғонаси, қорни жароҳатланганлар ҳамда оғир яраланганлар пастки қаторларга жойлаштирилади, чунки юқорига нисбатан пастки қаторларда камроқ чайқалиш кузатилади.

### **Кўп сонли жароҳатланиш ва касалланишларда шошилишч тиббий ёрдам кўрсатиш**

Маълумки, бахтсиз ҳодисалар, фалокат, табиий офат ва бошқалар вақтида воқеа содир бўлган жойда кўп сонли жароҳатланганлар бўлади. Бундай ҳолатларда тез ёрдам қандай ташкил қилинади? Қандай ёрдам амалга оширилади қандай кетма-кетликда? Бундай ҳолларда воқеа содир бўлган жойда тиббиёт ходими ёки биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмаларига эга бўлган шахс воқеа оқибатларини бартараф қилиш учун қўлланиладиган чора-тадбирларни ўтказиш бўйича жавобгар бўлади. У ҳамма жароҳатланганларга ёрдам берилмагунча ёки тез ёрдам бригадаси етиб келмагунча ўша жойда қолиши керак.

Бу ҳолатда ҳал қилиниши лозим бўлган асосий масалалар қуйидагилардан иборат: шикастланиш тури бўйича жароҳатланганлар гуруҳларини ташкил қилиш, ҳаётий кўрсатмалар бўйича тез тиббий ёрдам кўрсатиш, жароҳатланганларни тезкорлик билан, уларнинг ҳолати ва жароҳати даражасига қараб, навбат билан даволаш муассасасига эвакуация қилиш.

Жароҳатланганларга ёрдам кўрсатишни ташкил қилиш бўйича умумий бошқарув маҳаллий соғлиқни сақлаш органларига юклатилади.

Амалий бошқарув оператив бўлим орқали, ўчоқдаги (табиий ёки бахтсиз ҳодиса юз берган жойдаги) масъул тиббий ходим ва тез тиббий ёрдам станциясининг масъул навбатчи врач томонидан амалга оширилади. Ўчоқда барча ишларга масъул фельдшер тез тиббий ёрдам станциясининг масъул врачига бўйсунди. У воқеа содир бўлган жойга етиб келиши билан шароитни баҳолаб, барча тиббий ходимларни биринчи тиббий ёрдам кўрсатишга йўналтириши, сўнгра ўз ўрнини белгилаши керак.

У жароҳатланганлар сонини аниқлайди ва шунга мос равишда радио ёки телефон орқали қўшимча тез ёрдам машиналарини чақириш масаласини ҳал қилади. Фельдшер муассаса раҳбарияти, ички ишлар идоралари ходимлари ва фавқулотда вазиятлар вазирлигига тегишли кутқарув хизмати билан алоқа боғлайди ва жароҳатланганлар эвакуацияси йўналишини аниқлайди.

Жароҳат турига қараб, тиббий саралаш ва биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш учун фельдшер ва ҳамширалар ажратилади.

Янги келган бригадаларни ўз бошқарувига олиб, бош врач билан биргаликда жароҳатланганларни госпитализация қилиш ва кўрсатмалар бўйича профили касалхоналарга эвакуация қилиш тартибини аниқлайди.

Ўчоқда ишлар тугаганидан сўнг воқеа содир бўлган жойни шахсан текширади ва объект раҳбарига ҳамда тез тиббий ёрдам станцияси масъул навбатчи врачига ахборот беради, уларнинг рухсати билан воқеа содир бўлган жойдан ҳаммадан кейин жўнаб кетади.

### **Криминал ҳолатларда чақирилган тиббий ходимнинг ҳаракати ва вазифалари**

Тиббиёт ходимлари, агар ички ишлар идоралари ёки прокуратура ходимлари бўлмаса, воқеа содир бўлган жойда ҳамма бегона кишиларни чиқариб юборадилар. У ердаги нарсалар жойидан ўзгармаслигини назорат қиладилар (мебелларни жойидан кўзғатиш, қоғозларни бир-бирига қўшиш ёки ташлаб юбориш, полни супуриш ёки йиғиштириш ва бошқаларга йўл қўйилмайди).

Воқеа содир бўлган жойдаги жиҳозларнинг жойлашувини иложи борича ўзгартирмасликка ҳаракат қилиб, жароҳатланганга зарур тез ёрдам кўрсатилади. Воқеа содир бўлган жойда қурол ёки бошқа воситалар топилганда, уларни ички ишлар идоралари ёки прокуратура ходимлари етиб келгунча қайси жойда ва қандай ҳолда топилган бўлса, шундайлигича сақлаш чоралари кўрилади. Бу воқеа содир бўлган жойдаги масъул шахслар ёки шу мақсадда чақирилган махсус шахсларга уларни кўриқлаш вазифасини юклаш орқали амалга оширилади. Фельдшер шуни эсда тутиши керакки, жиноят содир қилинган воситаларда, жароҳатланган атрофидаги предметларда қон излари, бармоқ излари ва бошқалар бўлиши мумкин. Улар тергов олиб бориш учун сақланиб қолиши керак.

Тез ёрдам ходимлари етиб келган вақтда жароҳатланган кўлида сиқилиб қолган қурол воқеа содир бўлган жойда қолдирилади. Осиш ёки бўғиш учун ишлатилган сиртмоқ ечилмайди, балки кесиб олинади ва воқеа содир бўлган жойда қолдирилади.

Заҳарланиш ҳолатларида заҳарли модда бор бўлган ёки теккан ҳамда бор бўлиши мумкин бўлган барча предметларга эҳтиёткорлик билан ёндашиш керак. Озиқ-овқатдан заҳарланиш ёки интоксикация белгилари бор бўлган бемор сўроқ қилинганда, унинг ёки атрофдагиларнинг фикрича, қайси маҳсулотлар касалликка сабаб бўлганлигини, улар қаердан сотиб олинганлигини аниқлаш лозим. Воқеа содир бўлган жойда аниқ ўлим белгилари (мурда доғлари, мурда қотиши) бўлган мурда топилганда уни қандай ҳолатда ва кўринишда топилган бўлса, шу кўринишда ички ишлар идоралари ёки прокуратура ходимлари етиб келгунча сақлаб туришга тўғри келади. Ўлим содир бўлганини аниқлаш учун тиббий ходимлар, ҳатто мурда ҳолати ва кўринишини ўзгартириш зарур бўлса ҳам, барча керакли тиббий чораларни қўллашлари лозим. Қон доғлари ва ифлосланган соҳаларни ювиб ташлаш мутлақо ман қилинади. Мурда кўлида сиқилиб қолган жиҳозларга (қурол, қоғоз ва бошқалар) тегиш, ўлим сабаби ҳақида хулоса бериш фельдшернинг вазифасига кирмайди. У фақатгина юзаки кўрик асосида ўлим сабаби ҳақида хулоса қилиш ҳуқуқига эга эмас. Воқеа содир бўлган жойдаги тезкор ўлим ҳақида фельдшер ички ишлар идоралари ходимларига хабар бериши керак.

Криминал ҳолат туфайли ва ёки зўраки ўлимга шубҳа туғилган ҳолларда мурда фақат ички ишлар идоралари ёки прокуратура

органлари рухсатидан сўнг воқеа содир бўлган жойдан олиб кетилади. Мурда воқеа содир бўлган жойда қолдирилганда, унга тегилмайдиган шароитда сақлаш учун, ички ишлар идоралари ёки прокуратура органлари ходимлари етиб келгунча, мурдани ва у турган жойни қўриқлаш масъул шахсларга топширилади ва бу шахс фамилияси чақириқ қоғозига ёзиб қўйилади.

Криминал ҳолат ҳақидаги барча маълумотлар оператив ёки воқеа содир бўлган жойга етиб келган ходим томонидан фақат тергов органлари вакиллари ва тез ёрдам хизмати маъмуриятига хабар қилинади. Агар содир бўлган воқеа криминал характерда эканлиги чақирилган ходим етиб келганда аниқланса, у ҳолда ходим станция катта навбатчи врачини бу ҳақда хабардор қилиши керак. Жароҳатланган госпитализация қилинса, фельдшер уни қайси касалхонага ётқизилганлигини тез ёрдам станциясига хабар қилиши лозим.

### **«Тез тиббий ёрдам» хизмати ходимлари фаолиятида тиббий этика ва деонтология**

Тиббий деонтология тиббиёт ходимларининг шахсий манфаатинигина эмас, балки уларнинг беморга нисбатан бурчи ва меҳрибонлигини ҳам ифода этади.

Тиббий деонтологиянинг асосий вазифалари машҳур жарроҳ Н. Петровнинг 1944 йилда чоп этилган «Жарроҳлик деонтологияси масалалари» китобида белгилаб берилган.

Улар қуйидагилардан иборат:

1) тиббий муассаса ходимларининг ҳуқуқ ва вазифаларини тўғри тақсимлашга асосланган ишни йўлга қўйиш;

2) ўтказилаётган даволаш натижаси яхши бўлишида бемор руҳиятини доим ҳисобга олиб бориш ва уни авайлаш;

3) турли касалликлар тўғрисидаги илмий билимларни ҳар бир бемор касаллигини аниқлаш ва даволашга қаратиш;

4) «бемор жарроҳлик учун эмас, балки жарроҳлик бемор учун» деган шиорга амал қилиш;

5) ўз иш фаолиятида йўл қўйилган хато ва камчиликларни аниқлаш ва муҳокама қилиш йўли билан тажриба тўплаш.

Жарроҳликда арзимас нарсанинг ўзи йўқ. Бу машаққатли ва хатарли ишдир. Шу сабабдан ҳам бу принципларга амал қилмаслик, деонтология қоидаларини қўпол бузиш демакдир.

Врачнинг нотўғри хатти-ҳаракати натижасида беморнинг умумий аҳволи оғирлашиши ва ҳатто «янги ятроген» касалликлар келиб чиқиши мумкин.

И. А. Кассирский ятроген касалликларнинг сабаб ва шакллари-ни куйидагича таърифлаб беради:

– тиббий ходимларнинг эҳтиётсизлиги туфайли беморни шикастлантириш;

– тиббий адабиётларни ўқишга алоқадор бўлган билвосита шикастлантириш;

– психопатик, психоастеник реакцияга мойил бўлган беморлар руҳиятини шикастлантириш;

– тиббий асбоб-ускуналар ёрдамида ўтказиладиган нотўғри текширишлар, дори-дармонларнинг янглиш берилиши ва бошқалар.

Бемор руҳиятини асраш, ятроген касалликларнинг олдини олишда ўзини тўғри тутиш, эътиборли бўлиш ва зийраклик сифатларини алоҳида таъкидлаб ўтиш зарурдир.

Ҳар бир тиббий ходим юқори даражада маданиятли бўлиши керак. Унда тиббиётга зид, зарарли одатлар (чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш ва бошқалар) бўлмаслиги даркор, ундан шахсий гигиена ва эстетика қоидаларига қатъий амал қилиш талаб қилинади, кийимлари ораста, юриш-туришига мос, бежирим бўлиши керак. Чунки ўта ранг-баранг ва қўпол кийимлар беморга салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ҳар хил атир-упа ва бўёқларни меъёрида ишлатиш зарур. Беморлар соғлиғини ўйлайдиган тиббий ходим, табиийки, улар ёнида ўзининг шахсий ишлари тўғрисида гапирмаслиги лозим.

Тиббий деонтология қоидаларига амал қилиш фармацевтика ходимларига ҳам тааллуқлидир.

Тиббий ходим ва провизор врачлик сир-асрорини ошкор қилмаслиги керак, чунончи:

а) беморнинг ўзидан ёки даволаш жараёни давомида олинган маълумотларни жамоатчиликка ошкор қилмаслик;

б) беморлар тўғрисидаги баъзи маълумотларни уларнинг ўзларига ҳам билдирмаслик даркор.

Тиббий ходим ва провизорлар жароҳатланган беморларга то малакали врач келгунга қадар тиббий ёрдам кўрсатишлари шартдир. Чунки ўз вақтида ва тўғри кўрсатилган биринчи ёрдам бемор тақдирини ҳал қилади. Бунинг учун улар тиббий ёрдам кўрсатиш қоидаларини мукамал эгаллаган бўлишлари керак.

Провизор беморни даволамаса ҳам, унга дори-дармонлар ёзиб буюрмаса ҳам, бемор ёки унинг қариндош-уруғлари билан мулоқотда бўлади, керакли дори-дармонларни аниқ ва ўз вақтида тайёрлаб бериши билан бемор руҳиятига ижобий таъсир кўрсатади, соғайиб кетишига ишонч туғдиради.

Врач кўрсатмасисиз беморга у ёки бу дорини ёзиб берувчи провизор мутлақо ноҳақдир. Чунки врач беморда бўлган объектив ўзгаришларни, организмнинг шахсий хусусиятларини, қўшимча касалликларни эътиборга олиб иш тутадик, бу нарсалар фармацевтларга маълум эмас.

Тиббий ходимлар ҳамда провизорларнинг муҳим фазилатларидан энг асосийси касб поклигидир, унинг иш мезони эса йўл қўйилган хато ва камчиликларни ўз вақтида пайқаш ҳисобланади. Йўл қўйилган хато ва камчилик билан ўз обрўсининг пасайиши ёки жазоланишдан қўрқмасдан инсон ҳаётини сақлаш, бемор соғлиғини тиклаш тиббиёт ходимлари, провизорларнинг бурчи ҳамда вазифасидир.

Даволаш сифати кўпгина ҳолларда врач буюрган муолажани ўз вақтида аниқ ва пухта бажаришга ва беморларни парвариш қилишга боғлиқ бўлади, бу масъулият тиббий ҳамширалар ва энагаларга ҳам юкланади. Тиббиёт ҳамширалари ўз ишларининг сир-асрорини яхши биладиган, пок, ақл-заковатли, ўз касбларини мукамал эгаллаган кишилар бўлмоғи керак.

Беморнинг тезда соғайиб кетишини яхши парваришсиз ҳамда энага (санитарка)ларсиз тасаввур қилиш қийин. Энага тиббий ҳамширанинг биринчи ёрдамчисидир. Фақат уларгина бошқа тиббиёт ходимларига қараганда бемор ёнида кўпроқ бўладилар.

Беморнинг тезроқ тузалиб кетишида унга айтилган ҳар бир ширин сўз катта аҳамиятга эга. Шу борада Сервантеснинг ажойиб сўзларини келтириш ўринлидир: «Хушмуомалали бўлишнинг ҳеч бир қийинчилиги ҳам йўқ ва ҳеч бир нарса у каби юқори баҳоланмайди». Беморларда касаллик туфайли пайдо бўладиган инжиқлик, аччиқланиш ҳолларида хушмуомалалик касалнинг тузалиши учун муҳим омилдир.

## **ИИО ходимларига биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш асосларини ўргатишнинг зарурати**

Ҳар бир кишининг бахтсиз ходисаларда биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари ва қоидаларини билиши муҳимдир. Айниқса, бу масала ИИО ходимлари учун алоҳида аҳамиятга эга, чунки улар воқеа содир бўлган жойга биринчилар қаторида етиб келадилар. Шунинг учун ҳам ИИО ходимлари жароҳатланганга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш ҳамда ҳар қандай экстремал ҳолатларда, жумладан, жанговар ҳаракатларда ҳам бир-бирига ва ўз-ўзига ёрдам кўрсатиш усуллари тўла ҳажмда билишлари керак. Бу эса, ўз навбатида, ИИО ходимларига биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш махсус курсини ўрганишлари зарурлигини тақозо этади.

Бундай курснинг асосий мақсад ва вазифаси тингловчиларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатишнинг аҳамияти ва имкониятлари ҳақидаги назарий билимларни сингдиришдан иборатдир. Бу билимларнинг ўзлаштирилиши ИИО ходимларига қуйидаги имкониятларни беради:

- жароҳатланган шахснинг аҳволини объектив баҳолаш ҳамда унинг ҳаёти ва саломатлигига нисбатан хавф даражасини аниқлаш;

- етказилган жароҳат даражасини белгилаб, кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам бўйича асосий ва иккиламчи чора-тадбирларни тўғри аниқлаш, терминал ҳолатдаги жароҳатланганларга ва касалларга, керак бўлганда қўлдан келадиган биринчи реанимацион усулларни қўллаш;

- жароҳатланган ва касалларни имкони бўлган воситалар билан иммобилизация қилиш ва воқеа содир бўлган жойдан касалхонага олиб бориш;

- мутахассис шифокорга жароҳат олинган ҳолатни ҳамда жароҳатланганларга навбатдаги кўрсатиладиган тиббий ёрдамни енгиллаштириш учун қўлланган биринчи тез ёрдамни малакали қилиб айтиб бериш.

## **ОДАМ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ**

Одам организмнинг тузилишини, унинг ривожланиш жараёнини ўрганадиган фан *анатомия*, одам организми аъзоларининг якка ҳолдаги ва уларнинг бир бутун тизим кўринишидаги фаолиятларини ўрганадиган фан *физиология* дейилади.

Одам организми бир неча хил турли функцияларни бажарадиган аъзолар тизимидан ташкил топган. Буларга ҳаракат аъзолари, мускуллар, қон, қон ва лимфа томирлари, ҳазм қилиш, нафас олиш, сийдик чиқариш, жинсий, нерв тизими аъзолари ва ички секреция безлари киради.

### ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ ТИЗИМИ

Ҳаракат аъзолари тизимининг асосини суяклар, бўғимлар ва пайлар ташкил қилади.

Одам организмида 200 дан ортиқ суяк бўлиб, уларнинг жами одам вазнининг 8,5% ни ташкил қилади (1 - расм). Суяклар эгилувчан органик модда – оссеиндан ҳамда қаттиқ ва мўрт аорганик модда – оҳакдан ташкил топган.

Суякларнинг енгил ва мустаҳкамлиги фақат уларнинг таркибига қараб эмас, балки суяк танасининг қурилиш структураси билан ҳам белгиланади. Суякларнинг ташқи қавати зич қаттиқ моддадан, ички қавати эса ғовак кўринишидаги бир-бири билан тўр шаклида кесишган пластинкалардан иборат.

Суяклар ичида *суяк кўмиги* деб аталадиган тўқима жойлашган бўлиб, унда қизил қон (эритроцитлар) ва оқ қон таначалари (лейкоцитлар) ишлаб чиқарилади. Суякнинг сиртқи юзаси *суяк устки пардаси* билан қопланган. Суяк устки пардасидан суякларга нерв ва қон томирлари ўтади, яъни бу суяк устки пардасининг ички қаватини ташкил қилади, ташқи қаватини эса фиброз толали тўқима ҳосил қилади. Суяк устки пардасининг ички қавати суяк ҳосил бўлишида, ўсиш ва ривожланишида, синган суяклар битишида иштирок этади.

Суяклар ўзаро узлуксиз (ҳаракатсиз) ва бўғимлар (ҳаракатчан) кўринишда бирикиши мумкин. Узлуксиз бирлашган суякларга мисол қилиб бош суягини бириктирувчи тўқималар ва умуртқаларнинг тоғайлар орқали бирикишини олиш мумкин. Узлуксиз равишда кўшилган суяклар қимирламайди ёки ҳаракати жуда чегараланган бўлади. Бинобарин, бу бирикмаларни бўғим деб атаб бўлмайди. *Ҳаракатчан бирикмалар (бўғимлар)* эса бутунлай бошқача тузилган ва ўзгача хусусиятга эга. Уларга тос ва думғаза бўғими каби кам



ҳаракатланадиган ҳамда елка, тирсак, тизза сингари ҳаракатчан бўғимлар киради.

Суякларнинг бўғим юзалари тоғай билан қопланган бўлиб, бўғим ҳосил қилувчи учлари ва улар ўртасидаги бўшлиқнинг атрофи бўғим халтаси билан ўралган. Ҳар қайси бўғим сиртидан (баъзилари ичидан) зич бириктирувчи тўқима толаларидан тузилган бойламлар билан мустаҳкамланган. Бўғим халтасининг ички қавати ёғловчи суюқлик ишлаб чиқарадиган махсус қобикдан ташкил топган ва бу суюқлик бўғимлардаги ҳаракатни енгиллаштириб беради.

### **Бош суяклари**

Бош суяги *мия* ва *юз* суякларига бўлинади. Бошнинг мия суякларига: пешона, 2 та чакка, 2 та тепа, энса, понасимон ёки асос, ғалвир суяклари киради. Энса суягида катта тешик бўлиб, бу тешик орқали бош мия умуртқа поғонаси канали билан боғланиб туради. Чакка суяги ташқи ёнбошида жойлашган чакка чуқури орқали пастки жағ билан бирлашиб туради, яъни бу бирлашма бошнинг бирдан-бир ҳаракатдаги бўғими ҳисобланади.

Бошнинг юз суякларига: 2 та юқори жағ, 2 та танглай, 2 та ёноқ, 2 та бурун, 2 та ёш, 2 та бурун чиғаноғи, димоқ, пастки жағ ва тил ости суяклари киради.

Бош суяклари, пастки жағдан ташқари, барчаси чоклар орқали бириккан. Чакка суякларида эшитиш ва мувозанатни бошқарувчи аъзолар жойлашган. Бош суягининг юз қисмидан бошланадиган мимик мускулларнинг бир учи суякка, иккинчи учи эса терига ёпишган бўлиб, шу мускуллар ёрдамида инсон юзида қувонч, ғам, жаҳл, кўрқув ифодалари акс этади.

Ғалвирсимон, пешона, асос ва чакка суяклари ичида суяк коваклари (бўшлиқлар) бўлиб, бу бўшлиқлар ичида ҳаво бўлади. Пешона, асос ва ғалвирсимон суяклар ичидаги бўшлиқлар бурун ҳаво йўлига, чакка суягидаги бўшлиқ эса ўрта кулоқ билан туташган бўлади.

### **Умуртқа поғонаси**

Умуртқа поғонаси одам скелетининг асосий ўқи ҳисобланади. Умуртқа поғонасининг тепа қисми бош суяклари билан, ён томони

кўкрак қовурғалари билан, пастки қисми эса тос суяклари орқали оёқ суяклари билан туташган бўлади.

Умуртқа поғонаси 33 ёки 34 та умуртқа суякларидан тузилган бўлиб, шундан 7 таси бўйин, 12 таси кўкрак, 5 таси бел, 5 таси думғаза ва 4–5 таси дум умуртқаларидан ташкил топган.

Ҳар бир умуртқа – тана, ёй ва ўткир орқа ўсимталардан иборат. Умуртқа танаси қисқа ёйлар ёрдамида айлана тешик ҳосил қилади ва умуртқалар устма-уст жипслашиб, биргаликда орқа мия жойлашган канални ҳосил қилади.

Умуртқа суяклари бир-бири билан толали тоғай орқали бириккан бўлиб, югурганда, йиқилганда, сакраганда зарбалар кучининг пасайишига ёрдам беради. Бундан ташқари, умуртқа поғонаси олдинга, орқага, ён томонга эгилишда ва тананинг ўз ўқи атрофида айланишида ёрдам беради.

Бешта думғаза умуртқалари бир-бири билан жипс бирикиб, яхлит думғаза суягини ташкил қилади. Думғаза суяги тос суяги билан бирикиб, тоснинг орқа қисмини ҳосил қилади. Думғаза суягининг пастки қисмига 4–5 та дум умуртқалари бириккан бўлади.

### **Кўкрак қафаси**

Кўкрак қафаси 12 та кўкрак умуртқаси, 12 жуфт қовурға ва тўш суяқларининг ўзаро бирикишидан ҳосил бўлади.

Қовурғалар суяк ва тоғай қисмлардан ташкил топган. Улар суяк қисми билан кўкрак умуртқаларига бўғим ҳосил қилиб, тоғай қисми эса тўш суяги билан (7 таси) бевосита бириккан бўлади. Пастки 8, 9, 10-жуфт қовурғаларнинг тоғай қисмлари ўзаро бирлашиб 7-қовурғага бирикади. 11, 12-жуфт қовурғаларга *етим қовурғалар* дейилади. Уларнинг эркин учи қорин девори мускуллари орасида бўлади.

Кўкрак қафаси бўшлиғида ўпка ва юрак жойлашади. Кўкрак қафасини қорин бўшлиғидан *диафрагма* ажратиб туради. Диафрагмада пай ва мускул қисмлар фарқланади. Унинг пай қисмидаги дарча орқали қизилўнғач, қон ва лимфа томирлари ҳамда нервлар ўтади. Диафрагма нафас олишда иштирок этадиган асосий аъзо ҳисобланади.



1-расм.

### Тос суяклари

Тос иккита чанок, думғаз, дум суяклари ва уларни боғловчи тоғайлардан ташкил топган. Чанок суяги ўз навбатида уч қисмдан – қов, ёнбош, қуймиш суякларидан иборат. Икки қов суякларидаги

тоғай қисмларнинг бирикиши ҳисобига *симфиз*, яъни қов бирикмаси ҳосил бўлади.

Ёнбош суяги билан қов суяги ўртасидан боғлам тортилган бўлиб, унга *чов* ёки «*пупарт*» боғлами дейилади.

Тос суяқларининг икки ёнида ярим ойсимон чуқурчаси бўлиб, уларга сон суягининг бошчаси кириб туради ва тос-сон бўғимини ҳосил қилади. Эркақларнинг тос суяқлари баланд ва тор бўлади. Аёлларники эса паст ва кенг бўлиб, асосан, туғиш жараёнида ҳомила бошининг қийинчиликсиз ҳаракатини таъминлайди.

### **Қўл ва оёқ суяқлари**

Қўл суяқлари елка камари ва қўлнинг эркин суяқларидан ташкил топган бўлиб, елка камари таркибига курак ва ўмров суяқлари киради. Ўмров суяги бир учи билан тўш суягига бирикади, иккинчи учи билан эса курак суяги ва елка суягининг бошчаси билан биргаликда елка бўғимини ҳосил қилади. Елка суяги билан суяқлари билан бирга тирсак бўғимини ташкил қилади. Билак – билак ва тирсак суяқларидан ташкил топган.

Билак суяқлари кафт панжа суяқлари билан бирикиб билак кафт бўғимини ҳосил қилади. Қўл панжаси: 8 та кафт олди, 5 та кафт ва 14 та бармоқ суяқларидан иборат. Ҳар бир бармоқ суяги 3 та суяқдан иборат бўлиб, фақат бош бармоқда 2 та суяк мавжуддир.

Оёқ суяқлари танага тос суяқлари орқали бирикиб, сон, болдир, тизза қопқоғи, оёқ тўпиғи ва оёқ панжаси суяқларидан ташкил топган.

Сон суяги инсон танасидаги энг узун суяқлардан бири бўлиб, найсимон суяқлар қаторига киради. Унинг юқори учида ички томонга қараган шарсимон бошчаси, пастроғида эса суяк узун ўқиға нисбатан ўтмас бурчак остида жойлашган бўйни бор. Катта ва кичик болдир суяқлари ҳам найсимон суяқлар қаторига киради. Катта болдир суяги болдирнинг ички томонида, кичик болдир суяги эса ташқи томонида жойлашган бўлади. Сон суягининг пастки, яъни дистал қисми ва болдирнинг юқори, яъни проксимал қисми ҳамда тизза қопқоғи суяқлари билан биргаликда тизза бўғимини ҳосил қилади.

Болдир суяқлари оёқ панжа суяқлари билан ўзаро бирикиб, болдир панжа бўғимини ташкил қилади. Оёқ панжаси: 7 та панжа олди, 5 та панжа ва 14 та бармоқ суяқларидан иборат. Ҳар бир

бармоқ кафт бармоқларига ўхшаб 3 та суякдан иборат, фақат бош бармоқ 2 та суякдан ташкил топган.

## МУСКУЛЛАР ТИЗИМИ

Одам организмининг фаол ҳаракатлантирувчи қисми – мускуллар, пассив ҳаракатлантирувчи қисмлари – суяклар, боғламлар ва фасциялар билан биргаликда тананинг ҳаракатланишига ёрдам беради. Скелет мускуллари одам вазнининг 40 % ни ташкил этади. Одам танасида 600 га яқин мускуллар бор. Мускуллар бириктирувчи тўқимали парда – *фасциялар* билан ўралган бўлади. Мускуллар пайлар ёрдамида скелет суякларига ёпишади. Мимика мускуллари бир учи билан териға иккинчи учи билан калла ва юз суякларига ёпишади. Мускуллар қисқариши натижасида бўғимлар ҳаракатга келиб, инсон юриши, югуриши, ёзиши, чайнаши ва бошқа ҳаракатларни бажариши мумкин. Мускуллар – *қисқарувчи, ёювчи, узоқлаштирувчи, яқинлаштирувчи, айланма ҳаракатларни бажарувчи* мускул гуруҳларига бўлинади.

Мускуллар – *узун* ва *қисқа*, *кенг* бўлиши мумкин. Узун мускуллар, асосан, кўл ва оёқларда, қисқа мускуллар эса гавда орқаси чуқур мускуллари остида, қовурғалар орасида бўлади. Кенг мускуллар гавданинг кўкрак ва қорин қисмида ҳамда тананинг орқасида жойлашган бўлади. Тана орқасидаги мускуллар юза ва чуқур мускул гуруҳларига бўлинади. Тана орқасидаги чуқур мускуллар латерал ва медиал мускул гуруҳларига бўлиниб, умуртқа поғонасининг икки томони бўйлаб энсадан думғазагача чўзилган. Бу мускул гуруҳлари умуртқа поғонасининг тикловчи мускул гуруҳларига киради.

Кўкрак мускуллари – елка камари ва елка мускулларига тааллуқлидир. Катта кўкрак мускули юза жойлашган бўлиб, шакли учбурчак – кўлни танага яқинлаштиради ва ичкарига буради. Кичик кўкрак мускули – 2, 4-қовурғалардан бошланиб, курак суягига ёпишади. Бу мускул курак қимирламай турганда қовурғаларни кўтаради, кўкрак қафаси қимирламай турганда эса куракнинг ташқи бурчагини олдинга ва бирмунча пастга тортади.

Ўмров ости мускули 1-қовурға ва ўмров суяги орасида жойлашган бўлади. Бу мускул ўмров суягини пастга ва марказга тортади. Кўкрак қафасининг олд ва ён томонида олдинги тишсимон мускуллар жойлашади. Бу мускул қисқарганда куракни олдинга

тортади ва уни ташқарига буради. Бу эса ўз навбатида қўлни горизонтал ҳолатдан ҳам юқорироқ тутиш имконини беради.

Ички қовурғалараро мускуллар нафас олишда иштирок этса, ташқи қовурғалараро мускуллар нафас чиқаришда иштирок этади.

Қорин девори мускуллари ташқи ва ички қийшиқ, кўндаланг, тўғри ва квадрат мускуллардан ташкил топган.

Ташқи қийшиқ мускул кенг бўлиб, йўналиши юқоридан пастга ва ташқаридан ичкарига бўлади. Ички қийшиқ мускул ҳам ташқи қийшиқ мускул остида шу йўналишда жойлашган. Ташқи ва ички қийшиқ мускуллар орқасида қориннинг кўндаланг мускули жойлашган. Қорин тўғри мускули ўрта чизикдан ташқарида жойлашган бўлиб, мускул тутамлари (пресс) ҳосил қилади, ушбу мускулнинг йўналиши юқоридан пастга қараб боради. Орқанинг квадрат мускули ёнбош суякларининг юқориги қирраларидан бошланади ва 12-қовурға ва бел умуртқаларининг ён ўсмаларига ёпишади.

Қориннинг ташқи ва ички қийшиқ мускуллари тананинг ён томонга эгилишида иштирок этса, қориннинг тўғри мускули гавданинг олдинга эгилишга ёрдам беради. Қорин девори мускуллари қорин бўшлиғини ҳосил қилишда иштирок этади.

Бош мускуллари – юз-мимик ва чайнов мускулларига бўлинади. Мимик мускуллар – калла суяги юз қисмидан бошланиб терига ёпишган бўлади. Мимик мускуллар кўпроқ кўз олмаси, оғиз, кулок атрофида жойлашган ва шу аъзолар фаолиятида иштирок этади.

Чайнаш мускуллари – 4 жуфт мускулдан иборат ва қолган икки жуфти (медиал ва латерал канотсимон) чуқур жойлашган бўлади. Чайнаш мускуллари овқатни майдалаш, узиб олиш, чайнашга хизмат қилади.

Бўйин мускуллари юза ва чуқур гуруҳларга бўлинади. Юза мускуллар ички ва ташқи бўлади.

Ташқи гуруҳ мускулларига бўйин тери ости ва тўш-ўмров-сўрғичсимон ўсимта мускуллари (ўмров мускули) киради. Бўйин тери ости мускули оғиз пастки бурчагини пастга тортади ва бўйин терисини таранглаштиради.

Тўш-ўмров-сўрғичсимон ўсимта мускули бўшашганда бошни олдинга (бир томонлама қисқарганда) ўнг ёки чапга ўгириш, икки томонлама қисқарганда эса бошни қаттиқ тик ҳолда ушлаб туриш мумкин бўлади.

Бўйин чуқур мускулларига қуйидаги мускуллар киради:

а) нарвонсимон – олд, ўрта, орқа;

б) умуртқа олди мускуллари – бош ва бўйиннинг узун мускуллари, бошнинг тўғри мускуллари.

Булардан ташқари бўйинда – тил ости суягидан юқорида ва пастда жойлашган мускуллар бўлиб, бу мускуллар пастки жағни пастга туширишга, овқатни ютишга ва қалқонсимон тоғайни ҳаракатлантиришга мослашган.

Қўл мускуллари икки гуруҳга – елка камари ва қўл эркин қисмининг мускулларига бўлинади.

Елка камари мускуллари елка бўғими атрофида жойлашган бўлиб, кўкрак ва орқа мускуллар иштирокида елка бўғимини ҳаракатлантиради, елка камари ҳаммаси бўлиб 6 та (дельтасимон, курак қирра усти ва ости, кичик ва катта юмалоқ, курак ости) мускулдан иборат.

Қўл эркин қисмининг мускуллари узун бўлиб, олд ва орқа гуруҳ мускулларига бўлинади. Бу гуруҳ мускулларга елканинг олд ва орқаси, билак ва панжанинг олд ва орқа гуруҳ мускуллари кириб, асосан, қўл ва панжани букиш ва ёзишга мослашган мускуллардан ташкил топган. Букувчи мускулларга икки бошли ва тумшуксимон елка мускуллари киради. Букувчи мускуллар елканинг олд қисмидан жой олган.

Елканинг ёювчи мускулларига уч бошли ва тирсак мускули кириб, елкани ёзишга мослашган ва унинг орқа томонидан жой олган. Билакнинг орқа томонида панжани ёзувчи мускуллар, олд томонида эса панжани букувчи мускуллар жой олган. Қўл панжа мускуллари учта гуруҳга бўлинади:

1) бош бармоқ дўмбоғи мускуллари;

2) жимжилоқ мускуллари;

3) кафт ўртасидаги кафт суяклараро мускуллар.

Оёқ мускуллари – чаноқ, сон, болдир, оёқ панжа мускулларидан ташкил топган. Чаноқ мускуллари – чаноқ тана билан деярли ҳаракатсиз бирлашганлиги сабабли, мускуллар фақат чаноқ-сон бўғимига алоқадор бўлиб, икки (олд ва орқа) гуруҳга бўлинади. Чаноқ мускуллари чаноқдан бошланиб, сон суягида тугайди. Олд гуруҳ ёнбош-бел мускули сонни букади ва ташқарига буради. Оёқ қимирламай турганда гавдани букишда қатнашади. Ноксимон ва ички ёпқич мускул – сонни ташқарига буради.

Орқа гуруҳ мускулларига қуйидагилар киради: а) катта думба мускули (сонни ташқарига буради, одам гавдасини тик тутиш ва

гавдани тўғрилашда иштирок этади); б) думбанинг ўрта мускули; в) думбанинг кичик мускули (устма-уст жойлашган бўлиб, сонни узоқлаштиради); г) ташқи ёпқич; д) квадратсимон мускул (сонни ташқарига буради).

Сон мускуллари уч гуруҳга (олд, ўрта, орқа) бўлинади. Олд гуруҳ мускулларига тўрт бошли ва «тикувчилар» мускули киради. Бу мускуллар тизза ва соннинг чаноқ-сон бўғинини букишга ёрдам беради. Ўрта гуруҳ мускуллари – тароқсимон, сонни яқинлаштирувчи, узун, калта, катта ва нозик мускуллардан иборат бўлиб, сонни бир-бирига яқинлаштиришга ёрдам беради. Орқа гуруҳ мускулларига икки бошли сон мускули, ярим пай мускул, ярим парда мускуллар кириб, сонни ёзади, болдирни букади ва болдирни ташқарига буради.

Болдир мускуллари уч гуруҳга бўлинади: 1) олдинги; 2) латерал; 3) орқа.

Олдинги гуруҳ мускуллари: а) олдинги катта болдир мускулиоёқ панжасини ёзади, панжанинг медиал томонини кўтаради; б) бармоқларни ёювчи узун мускул панжа ва бармоқларни ёзади; в) бош бармоқни ёювчи узун мускул панжани ёзади ва оёқ кафтининг ички юзасини кўтаради.

Латерал гуруҳ мушаклари: а) кичик болдирнинг узун мускули оёқ гумбазини мустаҳкамлайди, оёқ панжасини ва бош бармоқни букади; б) кичик болдир калта мускули бармоқларни ёзади.

Орқа гуруҳ мускуллари: а) болдирнинг уч бошли мускули; б) болдир мускули; в) камбаласимон мускул; г) товон мускули. Бу мускуллар тизза бўғимини букади, одамнинг тик туришини таъминлайди.

## **ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ**

Инсон ҳазм қилиш тизимининг умумий узунлиги 8–10 м бўлиб, қуйидаги қисмларга бўлинади: а) оғиз; б) ҳалқум; в) қизилўнғач; г) ошқозон (меъда); д) ингичка ичак; е) йўғон ичак.

Овқат ҳазм қилиш тизимида овқат моддаси тишлар ёрдамида майдаланиб, механик ишланади. Сўнгра у сўлак безлари ва ичак безларидан чиққан ширалар таъсирида химик ишланиб, парчалана бошлайди. Ҳазм йўлида овқат моддаларининг парчаланиб шимилиши учун одам организмида бир суткада 8,5 л шира ажралади. Шундан 1,5 л сўлак, 2,5 л ошқозон шираси, 1 л ошқозон ости бези



шираси, 2,5 л ичаклар ишлаб чиқарган ширалар, 1,2 л сафро (ўт) ташкил этади.

Оғиз бўшлиғидаги овқат лукмаси тишлар билан майдаланиб, сўлак билан аралашгандан сўнг лукма ютилади ва овқат моддаси қизилўнгач орқали ошқозонга тушади. Оғиз бўшлиғида овқат моддасининг мазаси, ширин ёки аччиқлиги, юмшоқ ёки қаттиқлиги, иссиқ-совуқлиги аниқланади. Бу сезгилар тил юзасида жойлашган рецепторлар таъсирида сезилади. Оғиз бўшлиғига 3 жуфт сўлак безидан сўлак қуйилиб, булар 1 жуфт қулоқ ости, 1 жуфт тил ости, яна 1 жуфт жағ ости сўлак безларидир. Сўлак безларидан ишланиб чиққан сўлак беzi йўли орқали (юқоридаги 3 жуфт) ёки сўлак найлари орқали тўғридан-тўғри оғиз бўшлиғига тушади. Сўлак билан ишланган овқатнинг ютилиши осонлашиб, оғиз бўшлиғида шакар ва айрим минерал тузлар парчалана бошлайди. Сўлак таркибида пtiалин моддаси бўлиб, шу модда таъсирида крахмал шакарга айланади.

Томоқ оғиз бўшлиғининг юмшоқ танглайдан бошланувчи қисмидир, унинг икки томонида олд ва орқа танглай равоқлари бўлиб, улар ўртасида бодомча безлари жойлашган. Томоқ ўртасининг юқори қисмида юмшоқ танглай давоми сифатида тилча осилиб туради. Бодомча безлари муҳим ҳимоя органи ҳисобланиб, лимфоид безлар жумласига киради.

Ҳалқумнинг бурун, оғиз ва қизилўнгач қисмлари бўлиб, у нафас олиш ва овқат ҳазм қилиш аъзоларининг кесишган чорраҳасини ўзаро боғлаб туради. Бурундан кирган ҳаво трахея орқали ўпкага, оғиздан кирган овқат моддаси эса қизилўнгач орқали ошқозонга тушади.

Қизилўнгачга тушган овқат ва суюқликлар ошқозонга ўтказилади. Қизилўнгач диафрагманинг чап томонидан махсус тешик орқали қорин бўшлиғига ўтади.

Ошқозон девори 3 қаватдан – ташқи, ўрта, ички шиллик қаватлардан ташкил топган. Ташқи қаватни қорин пардасининг ички девори ҳосил қилиб, у юпқа ва нозик бўлади. Ўрта қаватни ошқозон мускуллари ташкил этади. Бу мускуллар қисқариши овқат моддасининг ичакларга ўтишини таъминлайди. Ички шиллик қават кўплаб сўрғичлар билан қопланган бўлиб, бу ерда 5 млн дан ортиқ безлар ҳам жойлашган бўлади. Бу безлар шираси таркибида овқат моддасини парчалайдиган пепсин моддаси мавжуд.

Ошқозон шираси шиллик қаватда жойлашган безлар маҳсулоти бўлиб, бир суткада одамда 2–2,5 л гача шира ажралади. Бу шира ошқозон ички муҳитининг нордонлиги (кислоталилигини)ни таъминлаб, унинг асосий таркиби хлорид кислота (HCl), пепсин ва шилликдан иборат. Ошқозон шираси ўз таркиби билан оқсилларни парчалашда иштирок этади. Бундан ташқари, ошқозон шираси овқат билан бирга кирган микробларни ўлдириб, бактерицид таъсир этади. Ошқозон шираси ишланиб чиқиши нонуштадан сўнг 5–10 минутдан кейин бошланади ва овқат бўлаклари тўлиқ ичакларга ўтгандан сўнг шира ажралиши тўхтайди.

Ошқозонга тушган овқат 1–6 соат сақланиб туради ва ошқозон шираси таъсирида химиявий ишланиб, майда-майда порция ҳолида ошқозоннинг перистальтик ҳаракатлари билан ўн икки бармоқли ичакка, ингичка ичакнинг бошланғич қисмига ўтказилади. Ўн икки бармоқли ичакда ошқозон ости ва ўт (сафро) ичак ширалари таъсирида овқат парчаланadi. Бу ерда овқат таркибидаги ёғлар ҳам ўт ва ошқозон ости беши шираси таркибидаги моддалар таъсирида парчаланиб, ингичка ичак бўйлаб сўрилган ёғлар лимфатик тизим орқали ўтиб қонга тушади.

Ингичка ичак девори ҳам ошқозонники каби уч қаватдан иборат – қорин парда ҳосил қилган ташқи, ўрта мускул ва шиллик қаватларга бўлинади. Ичак деворидаги мускуллар қисқаришидан ичакнинг перистальтик қисқариши юзага келиб, овқат массаси ичак бўйлаб сўрилиб боради. Ичак шираси таъсирида ингичка ичакларда оқсил ва углеводлар тўлиқ парчаланиб сўрилади.

Йўғон ичак ингичка ичак охиридан ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, йўғон ичакнинг бу қисми кўричак деб аталади. Шу ерда кўричакнинг чувалчангсимон ўсимтаси ҳам жойлашган бўлади. Йўғон ичакнинг кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи, сигмасимон ва тўғри ичак қисмлари фарқланади. Йўғон ичак девори ҳам ингичка ичак девори каби 3 қаватдан иборат ва йўғонлиги ингичка ичак кўндаланг ўлчамидан 3 марта катта бўлади.

Йўғон ичакда овқат ҳазм бўлмайди, бу ерда овқат массасининг қолдиқлари, сув сўрилади ва ахлат (нажас) тўпланади. Жигар қорин бўшлиғининг ўнг томонида, диафрагма тагида жойлашиб, қовурға равоқларидан чиқмайди. Жигар остки қисмида ўт пуфаги жойлашган. Ўт пуфаги жигарда ишланган ўтнинг йиғилишига хизмат қилади. Ўт суюқлиги кўкимтир-сарик бўлиб, аччиқ таъмли

бўлади, бир суткада 1 л га яқин ўт суюқлиги ишланиб, ўн икки бармоқли ичакка қуйилади. Ўт ва ошқозон ости безидан ажралган шира ёғлар ва овқат ҳазм бўлишида иштирок этади. Шунинг учун ҳам ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларга ёғли овқатлар истеъмол қилиш ман этилади.

Жигар фаолияти организмда турли-туман бўлиб, овқат ҳазм бўлишида, моддалар алмашинувида, заҳарли моддаларни зарарсизлантиришда иштирок этади.

Тўғри ичакнинг охири қисмида ҳалқасимон мускуллар бўлиб, улар доим қисқарган ҳолда бўлади. Улар фақат дефекация актида (ҳожат) бўшашиб, очилади. Тўғри ичакда ахлат 12 соатгача сақланиб туриши мумкин.

## **НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ**

Одам ҳамда қуруқликда яшовчи ҳайвонлар нафас олишда ҳаво таркибидаги кислородни ўзлаштириб, ҳавога  $\text{CO}_2$  газини чиқарадилар. Нафас билан олинган ҳаво таркибида 21% кислород, 79% азот, кам миқдорда  $\text{CO}_2$  ва сув буғлари бўлади. Нафас билан чиқаётган ҳаво таркиби 16% кислород, 79% азот, 5%  $\text{CO}_2$  ва сув буғларидан иборатдир.

Ҳар бир нафас олиш жараёнида 5% кислород қонга ўтади ва тўқималарга етказилади. Ҳар бир нафас чиқариш жараёнида эса 5%  $\text{CO}_2$  ташқи муҳитга чиқариб юборилади.

Нафас олиш аъзоларига – бурун бўшлиғи, ҳиқилдоқ, трахея (кекирдак) бронхлар ва ўпкалар киради.

Бурун бўшлиғи орқали ўтган ҳаво бурун бўшлиқларида исийди, намланади, бурун туклари орқали чанглардан тозаланади. Бурун бўшлиғидаги ҳидни аниқловчи нерв учлари у ҳақда маълумот беради.

## **Ҳиқилдоқ**

Ҳиқилдоқ нафас йўлининг (бурун бўшлиғидан сўнг) иккинчи қисми бўлиб, ўзидан ҳаво ўтказишдан ташқари овоз пайдо қилувчи орган ва нафас йўлининг пастки қисмини муҳофаза қилиш каби функцияларни ҳам бажаради. Ҳиқилдоқда бир қанча мускуллар ва тоғайлар бор. Ҳиқилдоқ олдининг энг катта тоғайини қалқонсимон тоғай ташкил этади. Уни бўйин териси тагидан пайпаслаб кўрганда

ҳам билиш мумкин. Ҳақиқатда ҳақиқат усти тоғайи жойлашган бўлиб, ютиш вақтида оғза ва суюқликларнинг нафас йўлига ўтиб кетишига тўсқинлик қилади ҳамда қизилўнғач бўйлаб ўтишига шароит яратиб беради.

Ҳақиқатда овоз ҳосил бўлишида иштирок этувчи овоз бойламлари жойлашган. Овоз бойламлари ўртасида ҳосил бўлган ёриққа овоз ёриғи дейилади. Ҳақиқат мускуллари овоз ёриғининг кенгайиши, сиқилиши ва бўшашишини таъминлайди, натижада овоз бойламлари тебранади ва овоз пайдо бўлади.

### Ўпка

Ўпка бир жуфт орган бўлиб, кўкрак қафасининг икки томонида жойлашган. Ҳақиқат ўз навбатида кекирдакка (трахея) ўтади. Унинг узунлиги 9–11 см, диаметри эса 15–18 мм бўлиб, тоғай ҳалқалардан иборатдир. Кекирдак орқа девори қизилўнғач олд деворига тегиб туради. Кекирдак 4–5 кўкрак умуртқалари сатҳида ўнг ва чап бронхларга бўлинади ва ўпкаларга ўз тармоқларини беради. Ўнг бронх ўнг ўпканинг уч бўлагига, чап бронх чап ўпканинг икки бўлагига тармоқланади. Ўпка ичида бронхлар майда-майда бронхларга бўлиниб кетади. Энг майда бронхлар – бронхиолалар деб юритилади. Бронхиолалар ўпка тўқимасида узум шингилини эслатувчи ўпка пуфаклари (альвеолалар) билан тугайди. Ўпка альвеолалари ва бронхиолалари жуда майда қон томирлари тўри билан ўралган бўлади. Альвеолаларда карбонат ангидрид билан кислород алмашинуви кузатилади, яъни қонга кислород ўтса, карбонат ангидриди нафас орқали ҳавога чиқарилади.

Майда бронхлар, альвеолалар, қон томирлари ва атрофдаги тўқималар биргаликда нафас тизимини ташкил қилади.

Ўпкалар кўкрак қафасининг катта қисмини эгаллаб, уларни плевра варақлари ўраб туради. Плевра икки варақдан иборат. Унинг ташқи (париетал) варағи кўкрак қафасининг ички деворига ёпишса, ички (висцерал) варағи бевосита ўпкалар юзасига ёпишган бўлади. Натижада ички ва ташқи плевра ўзаро бир-бирига ёпишмай эркин сирпанади. Бу эса нафас олиш ва чиқариш ҳаракатларини осонлаштиради. Ўпканинг кенгайиши (нафас олиш) ва торайиши (нафас чиқариш) диафрагма ва қовурғалараро мускуллар иши билан чамбарчас боғлиқдир.

Нафас олганда диафрагма пастга тушади, қовурғалараро мускуллар бўшашиб, кўкрак қафаси бўшлиғининг ҳажми ортади. Нафас чиқарганда эса диафрагма тепага гумбазсимон бўртиб, қовурғалараро мускуллар қисқариб, ўпка ичидаги ҳаво ташқарига сиқиб чиқарилади. Натижада карбонат ангидрид ташқи муҳитга чиқарилади.

Одам тинч турганда бир минут давомида 16–20 марта нафас олиб, нафас чиқаради. Нафас олиш ва чиқаришни узунчоқ мияда жойлашган нафас олиш маркази бошқариб туради.

## **ҚОН ТОМИРЛАР ТИЗИМИ**

Қон – қон томирлар ичидаги суюқлик бўлиб, хужайра ва тўқималарга барча ҳаётий зарур моддаларни, шу билан бирга, тўқималардан ажралиб чиқадиган кераксиз (чиқинди) моддаларни айирув органларига етказиб беради. Қон одам танаси умумий оғирлигининг 1/13 қисмини ташкил қилади, яъни 70 кг оғирликдаги одамда 5 л га яқин қон бўлади.

Қон таркибидаги қизил қон таначалари – эритроцитлар қизил суяк кўмигида ишлаб чиқарилади. Қон таркибининг яна бир муҳим элементи лейкоцитлар бўлиб, улар организмга тушган касал чақирувчи микробларни зарарсизлантирувчи, ҳимоя воситаси саналади. Лейкоцитлар организм иммунитетни шаклланишида ҳам муҳим роль ўйнайди. Эритроцитлар таркибида гемоглобин оксили бўлиб, қонга қизил ранг бериб туради. Гемоглобиннинг асосий вазифаси тўқималарга кислород етказиб бериш ва тўқималардаги карбонат ангидридни ўпкага олиб келишдир. Нормада 1 мм<sup>3</sup> қонда 4,5 – 5 млн эритроцит бўлади.

Оқ қон таначалари ёки лейкоцитлар суяк кўмигида, лимфа тугунларида ва талокда ҳосил бўлади. Лейкоцитлар организмга тушган микробларни ҳазм қилиб, парчалаш йўли билан ҳимояни таъминлайди.

## **Юрак**

Юрак – мускулдан тузилган аъзо бўлиб, кўкрак қафасининг чап томонидаги 2–5-қовурғалар орасида, юрак халтаси (перикард) ичида жойлашган (2 - расм). Юрак уч қаватдан ташкил топган:

- 1) ички қават – эндокард;
- 2) ўрта қават – мускуллардан иборат бўлган миокард;

3) ташқи қават – эпикард.

Юрак ўнг ва чап қисмга бўлинади ва тўртта камерадан иборат. Юракнинг ўнг қисми юқорисида ўнг бўлмача, пастда эса ўнг қоринча, чап қисми юқорисида чап бўлмача, пастда эса чап қоринча жойлашган. Ўнг бўлмача ва ўнг қоринчалар орасида уч табақали, чап бўлмача ва чап қоринча орасида эса икки табақали клапан жойлашган.

Чап қоринчадан бошланадиган томир аорта деб аталади. Ўнг қоринчадан бошланадиган томир ўпка артерияси деб аталади. Чап бўлмачага ўпка веналари, ўнг бўлмачага эса ковак веналар қон олиб келади.

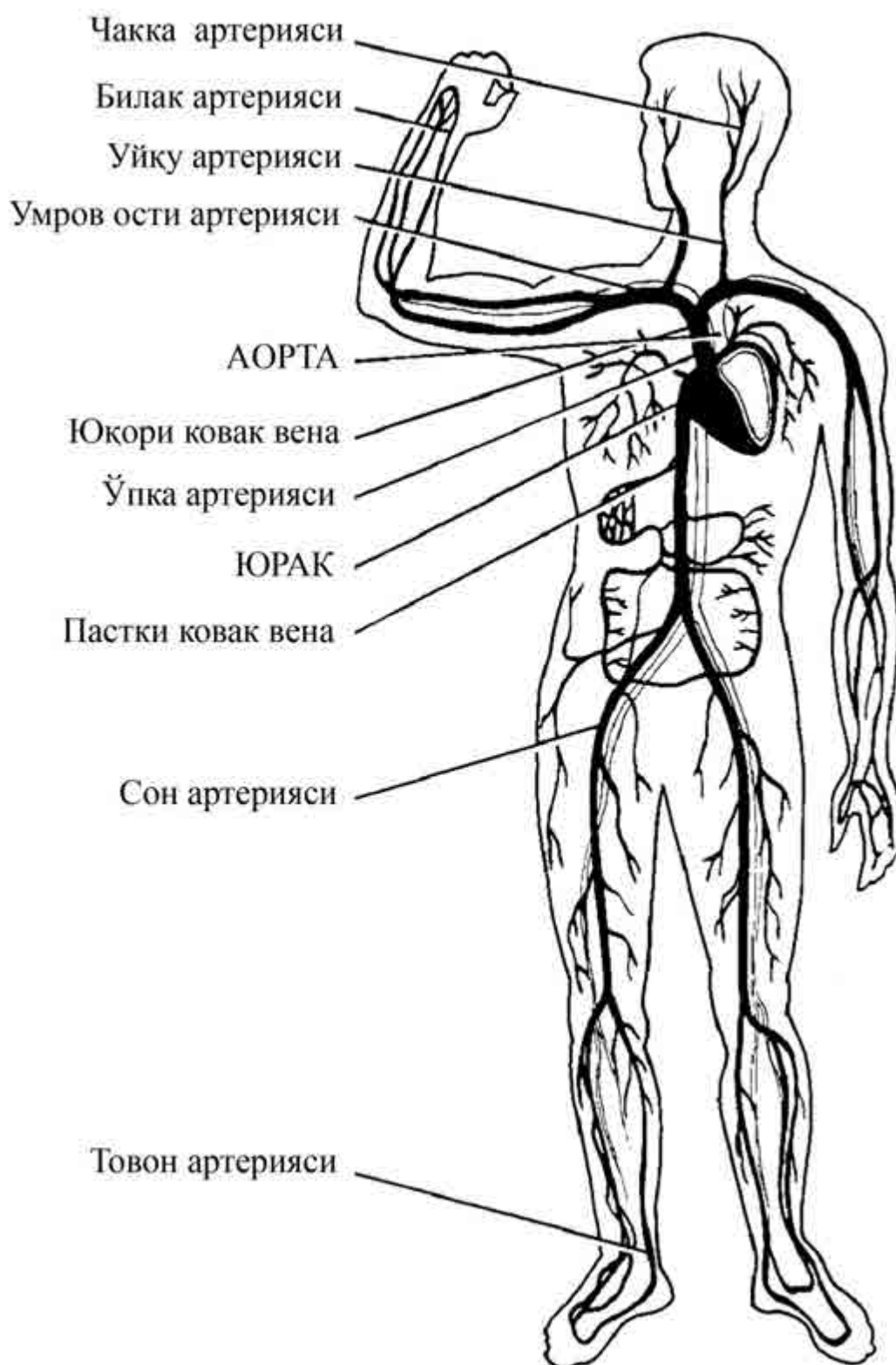
Юрак қисқариши натижасида йирик артерияларда ҳаракатланаётган қон томир деворларига кучли зарб билан урилиб, уни тўлқинсимон тебратиб, томир уриши, яъни пульсни юзага келтиради. Йирик артериялар бармоқ билан ушлаб кўрилганда пульс зарбларини сезиш мумкин. Пульс зарблари юрак қисқариши сонига тўғри келади.

Вена томирлари ичида клапанлар жойлашган бўлиб, улар қоннинг орқага қараб оқишига тўсқинлик қилади. Веналар бутун организмдаги қонни йиғиб, юракнинг ўнг бўлмачасига олиб келади.

Одам организмида иккита – катта ва кичик қон айланиш доираси бўлади.

**Катта қон айланиш доираси.** Кислородга тўйинган қон юракнинг чап қоринчасидан бошланиб, артерия ва артериолаларга бўлинади. Артериолалар, ўз навбатида, тўқималарда капилляр тўрларни ҳосил қилади ва улар учун керакли бўлган кислород ва бошқа озик моддаларни бериб, тўқималарда моддалар алмашинуви маҳсулоти бўлган карбонат ангдридни ( $\text{CO}_2$ ) йиғиб веноз қонга айланади ва вена томирлари орқали ўтиб, юракнинг ўнг бўлмасига қуйилади.

**Кичик қон айланиш доираси.** Карбонат ангдридга тўйинган веноз қон юракнинг ўнг қоринчасидан ўпка артерияси кўринишида бошланиб, ўпка орқали ўтади. Ўпкада веноз қон таркибидаги карбонат ангдридни чиқариб, кислород билан тўйинади. Натижада веноз қон артериал қонга айланади ва ўпка веналарига йиғилиб, юракнинг чап бўлмасига қуйилади. Демак, ўпка артерияларида оқаётган қон веноз қон бўлса, ўпка веналарида оқаётган қон эса артериал қондир.



2 - расм.

Одам организмидаги йирик қон томирларини билиш ҳар бир инсон учун зарур, чунки бу қон кетиши вақтида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш учун жуда муҳимдир.

Аорта чап қоринчадан бошланади. Сўнг юқорига кўтарилади. Кейин эса пастга қайрилиб аорта равоғини ҳосил қилади. Аорта равоғидан тананинг юқори қисмларини бош, тана, қўлларни қон билан таъминлайдиган артериялар бошланади.

Аорта равоғининг ўнг томонидан ўнг елка – бош (номсиз) тармоғи чиқади ва ундан, ўз навбатида, ўнг умумий уйқу ва ўнг ўмров ости артериялари ажралади. Ўнг умумий уйқу артерияси бош соҳасига қон олиб боради. Ўнг ўмров ости артерияси – ўмров суяги ва биринчи қовурға орасидан ўтиб (шу ерда уни босиб қон тўхтатиш мумкин) ўнг қўлга боради.

Ўмров ости артерияси қўлтиқ ости чуқурчасига ўтганда қўлтиқ ости артерияси номи билан юритилади. Қўлтиқ ости артериясини елка суяги бошчасига босиб қон оқишини тўхтатиш мумкин. Қўлтиқ ости артериясининг давоми елка артерияси бўлиб, уни елка ички соҳасида пайпаслаб билса бўлади. Елка артерияси тирсак бўғими соҳасида тирсак ва билак артерияларига бўлинади. Билак артериясидан пульсни аниқлашда фойдаланилади.

Аорта қон томирининг пастга қайрилган жойидан қорин бўшлиғига қисми кўкрак аортаси дейилади, у диафрагмани тешиб ўтгандан сўнг қорин аортаси номи билан юритилади. Қорин аортасини киндик соҳасида пайпаслаб аниқлаш мумкин. Қорин бўшлиғига қон кетиш вақтида уни умуртқа поғонасига тақаб босиб қон кетишини камайтириш мумкин. Қорин аортасидан қорин бўшлиғи аъзоларига қон олиб борувчи асосий тармоқ – қорин артериал ўзани бошлади. У учга бўлинади. Улардан бири жигар умумий артерияси, иккинчиси талоқ артерияси, учинчиси эса ошқозон чап артериясидир.

Вена қон томирлари ҳар бир артерия ёнида бўлиб, шу артерия билан параллел йўналган бўлади. Бош, қўл ва тананинг юқори соҳаларидан йиғилган қон юқори ковак венага келиб қуйилади. Тананинг пастки соҳаларидан: оёқлардан, қорин бўшлиғи аъзоларидан йиғилган қон пастки ковак венага қуйилади. Юқори ва пастки ковак веналар ўзидаги веноз қонни юракнинг ўнг бўлмачасига қуяди.

## **ЛИМФА ТИЗИМИ**

Лимфа тизими лимфа томирлари ва лимфа тугунларидан иборат. Лимфа тугунлари лимфа томирлари бўйлаб жойлашган. Лимфа



томирларида лимфа суюқлиги оқади. У ўзида кўплаб лимфоцит ва моноцитлар сақлайди. Энг йирик лимфа тугунлари кўлтиқ остида, чов (қов) соҳасида, пастки жағ остида, бўйинда жойлашган. Лимфа тизими элементлари организмнинг муҳим ҳимоя омили бўлиб хизмат қилади.

## **Талок**

Талок чап биқинда, қорин бўшлиғида жойлашган бўлиб, 9–11-ковурғалар соҳасига тўғри келади. Талок бажарадиган вазифасига кўра, кўпроқ лимфа безлари ва кўмикка ўхшайди. Талок лимфоцит ва моноцитлар (қон элементлари)ни ишлаб чиқаради. Талок ўзи орқали ўтаётган қон таркибидаги зарарли микробларни ушлаб қолади, яъни ўзига хос филтёр ролини ҳам бажаради ва шу йўл билан организмни ҳимоя қилишда қатнашади. Талокда умри тугаган қон элементлари (эритроцитлар) парчаланаяди. Айрим юқумли касалликлар (қорин тифи, безгак ва бошқалар)да талок катталашаяди. Бу унинг фаолияти кучайганлиги, яъни лимфоцитлар кўп ҳосил бўлаётганлигидан далолат беради. Жарроҳлик йўли билан талок олиб ташланса, унинг вазифасини суяк кўмиги, жигар, лимфа безлари бажаради.

## **СИЙДИК АЖРАТИШ ТИЗИМИ**

Одам организми фаолияти натижасида тўқималарда кўплаб кераксиз ва захарли моддалар ҳосил бўлаяди. Бу моддаларнинг организмдан чиқиб кетиши учун буйрақлар, яъни сийдик ажратиш аъзолари тизими хизмат қилади.

Буйрақлар жуфт аъзо бўлиб, қорин бўшлиғи ортида, умуртқа поғонасининг икки ёнида, 12-кўкрак умуртқаси ва 1–2-бел умуртқалари сатҳида жойлашган. Буйрақ, шаклига кўра, ловиясимон тузилишга эга бўлиб, унинг эгилган (ботиқ) қисми буйрақ дарвозаси деб юритилади. Буйрақ дарвозаси кенгайиб, сийдик жомига ўтади. Ундан пастга қараб сийдик йўли бошланади. Буйрақлар осон ажраладиган фиброз парда билан ўралган бўлаяди. Буйрақ ёғ тўқимаси буйрақ орқа томонида яхши ривожланган бўлаяди. Буйрақ устида буйрақ усти бези жойлашган.

Буйрақ безсимон тузилишга эга аъзо бўлиб, у кесиб кўрилганда икки, яъни пўстлоқ ва мағиз модда қаватларидан иборат эканлигини

кўриш мумкин. Пўстлоқ модда жигаррангли бўлиб, қалинлиги 4–5 мм келадиган пўст моддадан иборатдир. Буйрак ички қисмида алоҳида, тўдалашиб, пирамида шаклида жойлашган мағиз моддани кўриш мумкин. Пирамидалар кенг томони буйрак пўстига, сўрғич шаклидаги учи эса буйрак бўшлиғига қараб жойлашган. Пирамидалар, тахминан, 1 млн майда каналчалардан (нефрон) тузилган.

Буйрак каналчаларининг бир учи берк бўлиб, девори икки қаватли капсула билан тугайди. Улар, ўз навбатида, қон томирли коптокчани ўраб туради. Қон томирли коптокча ва капсула биргаликда буйрак таначасини ҳосил қилади. Буйрак таначаси ва каналчалари биргаликда буйрак структура ва функционал бирлигини ташкил қилади. Нефронларда йиғилган сийдик йиғувчи найчалар орқали буйрак сўрғичларига, улардан буйрак косачаларига ўтиб, буйрак жомчалари орқали сийдик йўлига тушади. Сийдик йўллари орқали буйракдан ажралган сийдик қовуққа келиб йиғилади.

Сийдик ҳосил бўлиш жараёни икки босқичдан иборат. Биринчи босқичда буйрак таначаларида ҳосил бўлган бирламчи сийдик (бир суткада 150 л) буйрак каналчаларида қайта сўрилиб, унинг таркибидаги сув ва ҳаётий зарур бўлган моддалар ушлаб қолинади. Сийдик таркибидаги креатинин, аммиак ва водород ионларидан иккиламчи сийдик (бир суткада 1,5 л) ҳосил бўлади. Иккиламчи сийдик ҳосил бўлиши сийдик ҳосил бўлиш жараёнининг иккинчи босқичини ташкил этади. Умуман олганда, сийдик ҳосил бўлиш 3 та босқич, яъни фильтрация, реабсорбция ва секреция жараёни натижасидир.

Қовуқда йиғилган сийдик ташқи сийдик чиқарув йўли орқали ташқарига чиқарилади. Қовуқ эзилувчан аъзо бўлиб, унда 1 л ҳажмдаги сийдик йиғилиши ва сақланиши (маълум вақт) мумкин.

## **КЎПАЙИШ АЪЗОЛАРИ**

Инсон организмида кўпайиш аъзолари икки қисмга, яъни ички ва ташқи жинсий аъзоларга бўлинади. Эркакларда жинсий безлар сперматозоидлар ишлаб чиқаради. Аёллар тухумдонида тухум хужайралари ишлаб чиқарилади.

### **Эркак жинсий аъзолари**

Эркак ички жинсий органларига қуйидагилар: эркак жинсий безлари – мояклар, уруғ чиқариш йўллари, уруғ пуфакчалари,

простата беги, бульбоуретрал безлари киради. Эркак ташқи жинсий аъзолари эрлик олати ва ёрғокдан иборат.

Сперматозоид эркак уруғ хужайраси бўлиб, у мойкнинг эгри - бугри каналчаларида ишланади ҳамда уруғ пуфакчалари ва простата бегида ишлаб чиқарилган суюқлик билан аралашиб ташқарига чиқарилади. Балоғатга етган одамда, унинг жинсий фаол бўлган даврида, уруғ хужайралари – сперматозоидлар мойкда доимий ишланиб туради.

### **Аёл жинсий аъзолари**

Аёл ички жинсий аъзоларига тухумдон, бачадон найлари, бачадон ва қин киради. Ташқи жинсий аъзоларга эса катта ва кичик жинсий (уятли) лаблар, клитор ва қизлик пардаси киради.

Бачадон – кичик чанок бўшлиғида, қовуқ билан тўғри ичак ўртасида жойлашган, нокка ўхшаш аъзо бўлиб, унда ҳомила ривожланади. Бачадон уч қисмга: бачадон туби (энг баланд қисми), бачадон танаси, бачадон бўйнига бўлиб ўрганилади. Бачадон тубининг икки ён қисмига бачадон найлари очилади. Бу найдан бачадон ичига тухумдонда етилиб чиққан тухум хужайраси келиб тушади.

Тухум хужайра бачадон ичига келиб тушган пайтда уруғланиш содир бўлмаса, аёллар ва вояга етган қизларда ҳайз (менструация) кузатилади, яъни уруғланмаган тухум хужайра билан бирга бачадон ички шиллик қавати кўчиб тушади. Агар бачадон бўшлиғида етук тухум хужайра билан эркак уруғ хужайраси (сперматозоид) қўшилса, уруғланиш ходисаси рўй беради. Уруғланган тухум хужайра бачадон шиллик қаватига жипс ёпишиб, ҳомиладорлик бошланади. Аёлларда ҳомиладорлик вақтида ҳайз кузатилмайди.

### **АСАБ ТИЗИМИ**

Асаб тизими иккига, яъни марказий ва периферик қисмларга бўлинади. Марказий асаб тизимига бош мия ва орқа мия киради. Периферик асаб тизимига эса бош ва орқа миядан чиқадиган нерв толалари киради. Нерв толалари бутун организм бўйлаб тарқалган.

Асаб тизими ташқи таъсирларни қабул қилади ва унга жавоб қилишда иштирок этади. Нерв толалари марказга интилувчи (таъсирни қабул қилувчи) ва марказдан қочувчи (таъсирга жавоб берувчи) қисмдан иборат.

Орқа мия умуртқа канали ичида жойлашган бўлиб, унинг узунлиги 45 см. Узунчоқ мия билан туташган орқа миянинг пастки қисми конуссимон шаклда тугайди. У ҳам бош мия каби учта парда билан ўралган.

Орқа миядан 31 жуфт орқа мия периферик нерв толалари чиқади. Булар қуйидагилар: 8 жуфт бўйин, 12 жуфт кўкрак, 5 жуфт бел, 5 жуфт думғаза ва 1 жуфт дум нервларидир.

Умуртқалараро тешикдан чиққан орқа мия нерв толаларининг олдинги ва орқа шохчалари бир-бирига қўшилиб, нерв тугунлари (ён шохлар)ни ҳосил қилади.

Орқа мия нерв толалари бир-бири билан қўшилиб, қуйидаги нерв тутамларини ҳосил қилади: бўйин, елка, бел, думғаза тутамлари.

Орқа мия кўндаланг кесимида унинг «Н» ҳарфини эслатувчи кулранг ва оқ моддадан иборат эканлигини кўриш мумкин. Унинг олдинги шохларидан ҳаракатлантирувчи, орқа шохларидан эса сезувчи нервлар чиқади.

Асаб тизими инсон организми билан уни ўраб турган ташқи муҳит ўртасидаги алоқани таъминлайди. Марказий асаб тизими ташқи таъсирлар, ҳаётини кўникмаларни ўзида қайта ишлайди, уларни таҳлил қилиб, жавоб реакциясини ишлаб чиқади. Жавоб реакцияси рефлекслар мажмуасидан иборат бўлиб, рефлекслар рефлексор ёйи орқали ўтади. Рефлексор ёйи сезувчи (марказга интилувчи) ва жавоб қайтарувчи (марказдан қочувчи) асаб толалари элементидан иборат бўлади.

Узунчоқ мияда одам фаолияти учун муҳим бўлган марказлар жойлашган. Булар нафас олиш, юрак-томир марказларидир. Бу марказлар бошқалари билан алоқада бўлади ва фаолият изчиллигини таъминлайди.

### **Вегетатив асаб тизими**

Вегетатив асаб тизими марказий асаб тизимининг ажралмас бир қисмидир. Вегетатив нерв толалари барча ички аъзоларнинг шиллик мускулларига тарқалиб, улар ишини қисман ихтиёрсиз (автоматик, маҳаллий) равишда бажариб туради. Аммо вегетатив нервлар ҳам мия пўстлоғи бошқаруви остида ишлайди. Вегетатив асаб тизими юрак-қон ва лимфа томирлари, ички аъзоларни, яъни таркибида силлик мускулларга эга бўлган аъзо ва безларни иннервация қилади.

Вегетатив асаб тизими икки, яъни симпатик ва парасимпатик асаб тизимларидан иборатдир.

*Симпатик асаб тизими.* Симпатик асаб тизимининг маркази орқа мияда жойлашган. Умуртқа поғонасининг икки ёнида жойлашган симпатик нерв тугунлари бир-бири билан туташган ҳолда 20–25 та нерв тугунларини ҳосил қилади. Бу симпатик тугунлардан бош, юрак, ўпка, ошқозон, ичаклар, жигар ва буйракларга борувчи симпатик нерв толалари бошланади.

*Вегетатив асаб тизимининг парасимпатик қисми.* Парасимпатик нервлар бош миянинг ўрта ва узунчоқ мия бўлагидан ва орқа миянинг думғаза қисмидан бошланади. Симпатик ва парасимпатик нерв толалари иш фаолиятлари бўйича бир-бирига қарама-қаршидир, яъни симпатик нервлар бирон орган ишини тезлаштиради, парасимпатик нервлар шу орган ишини секинлаштиради. Натижада уларнинг нормал ишлаши учун шароит яратилади.

Масалан, симпатик нервлар кўз қорачиғини кенгайтириб, сўлак ажралишини пасайтиради, юрак қисқаришлари сонини ошириб, ошқозон ва ичаклар ҳаракатини пасайтиради. Ошқозоннинг шира чиқариш қобилиятини пасайтириб, ўпка бронхларини кенгайтиради. Парасимпатик нервлар, аксинча, кўз қорачиғини торайтиради, юрак қисқаришлари сонини камайтиради, ичак перистальтикаси (ҳаракат)ни оширади, ўпка бронхларини торайтиради. Организмнинг нормал фаолияти ана шу иккала, яъни симпатик ва парасимпатик асаб тизимларининг ҳамжиҳатлиги орқали бош мия пўстлоғи билан идора қилинади.

## **СЕЗГИ АЪЗОЛАРИ**

Сезги органлари орқали инсон ташқи олам таъсирларини қабул қилади. Сезги органлари ёрдамида инсон эшитади, кўради, ҳид билади, таъмни сезади.

## **Кўриш органлари**

Кўриш органи кўз соққаси, қовоқлар, кўз соққасини ҳаракатга келтирувчи мускуллар ва кўз ёши аппаратидан ташкил топган.

Кўз соққаси (олмаси) уч қаватдан: 1) кўзнинг фиброз қавати, яъни ташқи қавати; 2) кўзнинг ўрта томирли пардаси; 3) рангдор пардалардан иборат.

Кўзнинг фиброз пардаси ташқи энг қаттиқ парда бўлиб, кўзнинг олдинги қисмида тиниқ шох пардага айланади, у кўзнинг нур синдирувчи қисмини ташкил этиб, ёруғлик нурлари тўсиқсиз қабул қилинади.

Кўзнинг ўрта томирли пардаси қон томирларга бой бўлиб, у киприкли тана билан бирлашади. Киприкли тана эса ўз навбатида, ёй (камалак) парда билан туташиб, унинг ўртасида қорачиғи бўлади. Мускул толаларидан иборат ёй парда қисқарганда, кўз қорачиғи тораяди, бўшашганда эса қорачиқлар катталашади. Қорачиқларнинг катталашиси ва торайиши кўзга тушаётган ёруғлик нурининг кучига боғлиқ. Яъни қанчалик ёруғ бўлса, қорачиқ шунча торайган бўлади ва аксинча.

Шох парда ва камалак парда ўртасидаги бўшлиқ кўзнинг олдинги камераси деб юритилади. Камалак парда орқасида кўз гавҳари бўлиб, унинг ортида ичи сариқ шилимшиқ модда билан тўлган кўзнинг орқа камераси мавжуддир. Шунинг учун у шишасимон тана деб аталади.

Кўзнинг энг муҳим пардаси тўр парда ҳисобланади, унга ташқи томондан қон томирлар ёпишиб турса, ички томондан шишасимон танага тегиб туради. Тўр парда ўз навбатида, ўнта қаватдан ташкил топган. Тўр пардадаги бош миядан келувчи кўрув нервининг охири «колбача» ва «таёқча»симон хужайралардан иборат. «Таёқчалар» оқ ва қора нурларни, «колбачалар» эса ёруғликда рангли нурларни қабул қилади.

Турли хил жисмлардан қайтиб, кўзга тушаётган ёруғлик шох парда ва кўзнинг олдинги камерасидан, қорачиқ, кўз гавҳари, шишасимон танадан ўтиб синади ва тўр пардада ўша жисмнинг тасвири пайдо бўлади. Бу тасвир кўрув нерви орқали бош мияга узатилади. Бош мияда жисмнинг ранги, катта-кичиклиги, шакли, узоқ-яқинлиги таҳлил қилинади ва миямизда шу тасвир ҳақида тасаввур ҳосил бўлади.

### **Эшитиш аъзолари**

Эшитиш аъзолари уч қисмдан: ташқи қулоқ, ўрта қулоқ, ички қулоқдан иборат.

Қулоқ супрасидан иборат ташқи қулоққа ташқи эшитиш йўли ҳам киради.

Ўрта қулоқ эса ноғора бўшлиғи ва эшитув (Евстахий) найидан иборат.

Ташқи ва ўрта кулоқ ўртасида чегара ноғора парда мавжуд.

Ўрта кулоқдаги ноғора бўшлиғида 3 та эшитув суякчалари занжир каби туташган бўлади. Болғача ноғора пардага тегиб туради. Болғачанинг иккинчи боши иккинчи эшитув суякчаси сандончасига тегиб туради. Сандонча ҳам ўз навбатида учинчи эшитиш суякчасига – узангичага тегиб туради, Узангича эса ички кулоқнинг лабиринти тешигини ёпиб туради.

Шундай қилиб, товуш тўлқини кулоқ ноғора пардасига тегиб уни тебратади, натижада эшитув суякчалари орқали тебраниш ички кулоқ лабиринтига келади. Ички кулоқ лабиринтида эшитиш нерви бошланади, эшитув нерви охирлари таъсирни эшитиш йўли орқали мия пўстлоғидаги эшитиш марказига олиб боради.

Ички кулоқда эшитув нервларидан ташқари, мувозанатни таъминлайдиган нервлар ҳам жойлашган.

**Ҳид билиш аъзолари** – атроф-муҳит ва предметларнинг ҳидини аниқлайди.

**Таъм билиш аъзолари** – оғиз бўшлиғи ва тил ёрдамида овқат консистенцияси ва мазасини аниқлайди.

**Сезиш аъзолари** – терида жойлашган рецепторлар орқали предметлар ва бошқа нарсаларни сезишни амалга оширади.

## АНТИСЕПТИКА ВА АСЕПТИКА

Кўхна дунё ҳакимларининг қўлёзмаларидан маълумки, жароҳатлар йиринглашининг олдини олиш мақсадида қиздирилган темирлар, қиздирилган ёғлар, оҳак ва малҳамлар қўлланилган (Гиппократ, Цельс, Ибн Сино ва бошқалар). Олмониялик акушер Земельвейс 1847 йилда хлор оҳагини қўллаб туғаётган аёл ҳаётини қутқариб қолган. Кейинчалик хлор оҳагини акушерлар қўлига ишлов бериш мақсадида қўллашган. Бу эса ўз вақтида оналар ўлимининг қисқаришига олиб келган. Рус жарроҳи Н. И. Пирогов жароҳатни тозалашда йод эритмасидан фойдаланган.

Француз микробиологи Луи Пастер 1863 йилда жароҳатларда юзага келадиган бижғиш ва йиринглашга уларга тушган ва яшаш қобилятига эга бўлган микроорганизмлар сабаб бўлишини тажрибалар ёрдамида кўрсатиб берган. Л. Пастер ташаббусини жарроҳлик соҳасига ёйган инглиз жарроҳи Жозеф Листер жароҳатлар йиринглашининг олдини олиш ҳамда уларга қарши курашиш мажмуасини ишлаб чиқиб, жарроҳлик оламида инқилоб қилди ва

1867 йилда «Антисептика асри» номли асарини ёзди. Бунда Ж. Листер операциядан олдин ва операция вақтида хонани зарарсизлантириш учун пуркагичлар ёрдамида карбол эритмаси пуркашни тавсия қилган. Шу билан бирга, операция майдони, жарроҳ қўли ва кийимлари, операция жиҳозларига ҳам 2 – 5 % карбол эритмаси билан ишлов берилган. Шундай қилиб, Ж. Листер усуллари ҳозирги замон тушунчасидаги асептика ва антисептика тамойилларини бирлаштиради.

*Антисептика* – жароҳатга инфекция тушмаслигига қаратилган махсус чора-тадбирлар йиғиндиси. Антисептика юнон тилидан олинган бўлиб, *anti* – қарши, *septicus* – йиринг чақирувчи тушунчасини билдиради.

*Асептика* – жарроҳлик муолажаларида, яраларни боғлашда ва бошқа муолажаларда яраларга, тўқималарга, аъзоларга ҳамда тана бўшлиқларига микроорганизмларнинг тушиш хавфига қарши қаратилган чора-тадбирлар тизими мажмуаси. Атама *a* – инкор, инкор этувчи, *septicus* – йиринг чақирувчи каби юнон сўзлардан олинган.

Шундай қилиб, ҳар қандай жароҳат каби жарроҳлик муолажалари туфайли, тўқималар бутунлигининг бузилиши ҳисобига пайдо бўлган жароҳатлар ҳам инфекция тушишидан ва йиринглашдан холи эмас.

Йирингли ҳолатларни чақирувчи бактериялар иккига бўлинади:

– аэроблар – атмосфера ҳавоси ҳисобига ҳаёт кечирувчи микроблар;

– анаэроблар – атмосфера ҳавоси иштирокисиз ҳаёт кечирувчи микроблар.

Аэроб бактерияларга кирувчи стафилококклар (*staphylococcus piogenes*) табиатда жуда кенг тарқалган бўлиб, ҳар қандай жиҳозлар, кийимлар, инсон ва жонзот таналарида, тери ва шиллик пардаларда, сочларда учрайди. Унинг оқ ва олтинсимон турлари мавжуд.

Улар фурункул, карбункул, абцесс ва бошқа йирингли касалликларни келтириб чиқаради; стрептококк (*streptococcus piogenes*) кенг тарқалган аэробдир. Табиатга жуда яхши мослашган. Сарамас, йирингли артрит ва бошқа йирингли касалликларни келтириб чиқаради; менингококк бош ва орқа миянинг пўстлоқ (парда) қаватига жуда юқори мойиллик намоён қилиб, уларда йирингли яллиғланиш касалликларини чақиради; гонококк кўпроқ сийдик ва жинсий аъзолар йўллариининг шиллик пардаларини



(сўзак, гонорея), кўз ва бўғимларнинг йирингли касалликларини чакиради; пневмококк нафас олиш аъзоларининг яллиғланишини келтириб чиқаради; ичак таёқчалари овқат ҳазм қилиш аъзолари касаллигини; кўк йиринг таёқчалари иккиламчи инфекцияларни келтириб чиқаради; ҳаволи қорасон таёқчалари қорасон касаллигини; қоқшол таёқчалари қоқшол (столбняк) касаллигини келтириб чиқаради.

### **Микроблар билан заҳарланиш йўллари**

Микроблар билан заҳарланиш гетероген ва аутоген йўллар билан бўлиши мумкин. Гетероген ёки экзоген юқиш деганда, жароҳатга микроорганизмларнинг ташқи муҳитдан тушиши тушунилади. Бунда икки хил йўл билан заҳарланиш кузатилади:

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

2) ҳаво орқали, яъни чанглар орқали, томчи ва тупроқлар орқали, мулоқот ва йўтал вақтида юқадиган тури.

Аутоген ёки эндоген юқиш инсон танасида ва аъзоларида бор микроблар орқали вужудга келади.

### **Микробларнинг организмда тарқалиш йўллари**

Йирингли жараёнларнинг ривожланишида микробларнинг организмга кириш жойи ва тарқалиш йўллари катта аҳамиятга эга. Шикастланмаган тери ва шиллиқ пардалар ишончли тўсиқ ҳисобланади, улар орқали микроблар ўта олмайди. Терининг эпидермис ёки шиллиқ пардаларнинг эпителий қаватларининг шилиниши кўп ҳолларда механик шикаст, гоҳида кимёвий бирикмалар ва заҳарли моддалар таъсирида вужудга келади. Бундай ҳолларда шикастланган аъзонинг катта ё кичиклиги микробларнинг киришида ҳеч қандай ўрин тутмайди, чунки бактериялар макро ва микро тешикчалардан ҳам ўтиш қобилиятига эгадир. Тешикчалардан ўтган бактериялар тўқималараро суюқликларга, кейин эса лимфа суюқликлари орқали қон айланиш доирасига тушиб, сўнгра қон орқали аъзоларга (тери, тери ости қатламлари, мускул, лимфа тугунлари, суяк ва бошқаларга) тарқалади. Баъзи ҳолларда бактериялар бевосита қўшни аъзоларга, яъни тўғридан-тўғри

контакт (*per continuitatem*) йўли билан ўтади. Масалан, ўпкадаги йирингли жараён плеврага ўтиши ёки шу ҳолатнинг акси бўлиши мумкин.

### **Мудроқ инфекциялар ҳақида тушунчалар**

Мудроқ инфекциялар инсон организмида иштирок этувчи микроорганизмлар бўлиб, улар маълум вақт мобайнида ҳеч қандай касаллик чақирмаслиги мумкин. Асосан, улар соғлом одамларда фаолият кўрсатадиган, инсон учун фойдали бўлган кучсиз бактериялар ёки сапрофит (нормада учрайдиган) микроорганизмлардир. Маълум бир шароитда (организм қаттиқ совқотганда, шикастланиш, жарроҳлик муолажаларидан кейин) бу микроорганизмларнинг фаоллашиши туфайли йирингли жараёнлар келиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолатлар эски чандиқ ва аъзоларнинг бир-бирига ёпишган жойларида ҳосил бўлади. Мудроқ инфекцияларнинг манбаи лимфа тугунлари ва чириган (кариес) тишларнинг коваклари бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, антисептика деганда, дезинфекция (зарарсизлантирувчи) воситалари ёрдамида жароҳат йирингли зарарланишининг олдини олиш тушунилади.

Антисептиканинг ривожланишида фақат жарроҳлик соҳасидаги билимларнинг тўпланишига асосланишдан ташқари, микробиология, фармакология, физика, кимё ва бошқа бир қатор соҳаларнинг ўзига яраша аҳамияти бор.

Амалиётда антисептиканинг бир нечта турлари мавжуд:

- *механик;*
- *физикавий;*
- *кимёвий;*
- *биологик;*
- *аралаш.*

### **Механик антисептика**

Инфекция тушган ва ҳаётга яроқсиз тўқималарни механик йўл билан кесиб олиб ташлаш ва шу йўл билан жароҳатларга инфекция тушишининг олдини олиш ҳамда уларни даволашнинг асосий турларидан биридир. Механик антисептика амалиётда энг кўп қўлланиладиган, жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлов бериш усули ҳисобланади. Бирламчи жарроҳлик ишлови тўғри ва ўз

вақтида бажарилгандагина жароҳатларнинг инфекциядан тозаланганлигига ва жароҳатнинг бирламчи битишига кафолат берилади. Ифлосланган жароҳатларни инфекциялардан тозалаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, ҳаёт фаолиятига эга бўлмаган тўқималарни кесиб ташлаш муолажалари механик антисептиканинг жарроҳлик амалиётида кенг қўлланиладиган жароҳатга бирламчи ишлов бериш даво табдилларидан бири ҳисобланиб, микробларнинг ҳаёт кечиришига қарши олиб бориладиган чоралардир. Бу усулни биринчи бўлиб рус жарроҳи К.К. Рейер 1877-1878 йилларда рус-туркия урушида қўллаган.

### **Физикавий антисептика**

Бу усул ҳам яраларга инфекция тушишининг олдини олиш ва даволашга қаратилган энг муҳим антисептиканинг тури бўлиб, физикавий омилларни қўллаш орқали микробларнинг миқдорини камайтириш, уларни парчалаб юбориш ҳамда ҳаёт фаолияти давомида ажратган захарли моддаларни (токсин) йўқотишдан иборат. Физикавий антисептикага қуйидагиларни киритиш мумкин:

– боғламларнинг гигроскопиклиги (суюқликни шимиб олиши) фойдаланиш, капиллярлик хоссаси туфайли яра юзасидаги (таркибида микроб ва унинг захарини тутган) суюқликнинг шимиб олиниши;

– гипертоник эритмадан фойдаланиш, ярадаги онкотик босимдан юқори бўлган осмотик босим (жароҳатни қуритади) ҳосил қилиниши капиллярлик хоссасини келтириб чиқаради ва юқори самара беради.

Ёруғлик, қуруқ иссиқ, ультратовуш, ультрабинафша нурлар ва бошқа омилларни ҳам физикавий антисептикага киритиш мумкин.

### **Кимёвий антисептика**

Бактерияларнинг ривожланишини тўхтатувчи (бактеиостатик) ва бактерияларни ўлдирувчи (бактериоцид) хусусиятга эга бўлган моддаларни қўллаш кимёвий антисептика ҳисобланади. Микробларга таъсиридан ташқари, кимёвий моддалар тўқима, жароҳат ва организмга ҳам биологик таъсир кўрсатади. Шунинг учун ҳам, антисептиканинг мазкур тури қўлланилаётган даво муолажалари вақтида ишлатилаётган моддаларнинг дозалари (миқдорлари)ни қатъиян меъёрлаш шарт.

## Биологик антисептика

Биологик антисептикада микробларнинг ўсиши ва ривожланишини тўхтатувчи биологик воситалар ёрдамидаги таъсирлар кўзда тутилади, булар:

- 1) *антибиотиклар*;
- 2) *бактериофаглар*;
- 3) *антитоксинлар (қоқшолга қарши, дифтерия (бўғма)га қарши зардоблар)*.

## Аралаш антисептика

Антисептика турларининг, микроблар хужайралари ва макроорганизмларга таъсир доираларини ўрганаётганда уларнинг ўрнини алмаштириш мумкин эмас. Чунки уларнинг таъсир кучлари ҳам-жиҳатликда ортиб боради.

Микробларга қарши таъсирини ошириш учун кенг миқёсда антисептиканинг бир нечта турларини биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Масалан, бугунги кунда жароҳатларни даволаш мақсадида бирламчи жарроҳлик йўли билан ишлов берилаётганда (механик ва кимёвий антисептика), у биологик (антибиотиклар ва қоқшолга қарши зардобларни юбориш) антисептика билан тўлдирилади ва қўшимча равишда физиотерапевтик муолажалар тавсия этилади.

Антисептика қўлланилишига қараб, маҳаллий ва умумий антисептика муолажаларига бўлинади. Ўз вақтида маҳаллий антисептика иккига, юзаки ва чуқур турларга бўлинади. Маҳаллий юзаки тури, асосан, жароҳат юзасига ҳар хил сепмалар, малҳамлар қўйиш ҳамда жароҳат юзаси ва бўшлиқларини ювиш муолажаларидан иборат.

Маҳаллий чуқур антисептика турига яллиғланиш ўчоғи ва жароҳат атрофидаги тўқималарга инъекция йўли билан моддаларни юбориш (санчиб қўйиш ва ҳар хил блокадалар) киради.

«Катта зарарсизлантирувчи даволаш» ёки умумий антисептика тадбирларига организмни (антибиотик, сульфаниламид) антисептик моддалар билан тўйинтириш ёрдамида шу юборилган моддаларни қон айланиш доираси орқали жароҳатга етиб келиб, микробларга таъсир этиши тушунилади.

Амалиётда кенг қўлланиладиган *антисептик* моддаларни 10 та асосий гуруҳга бўлиб ўрганиш мумкин.

### *1. Таркибида галоид моддалар бўлган гуруҳ.*

Хлорамин «Б» – жароҳлар кўлига ишлов беришда, резина кўлқопларни стериллашда, тери ва шиллик пардаларни ювиш ва ифлосланган жароҳатларни даволашда 2% эритмаси кўлланилади.

Йоднинг 5–10% спиртли эритмаси жароҳатларга ишлов беришда, жароҳатлар, тирналган ва ёрилган терилар атрофларига суртишда ишлатилади.

Йодоформ – ифлосланган ва секин битаётган жароҳатларга сепма ва малҳамлар кўринишида кўлланилади.

Люголь эритмаси – йод ва калий йоднинг спирт, глицерин ёки сувдаги эритмаси ҳисобланади. Шиллик пардаларга суртиш ва йирингли жароҳатларга тампон кўринишида ишлатилади.

Йодофорлар – йоднинг фаол спиртли бирикмалар (йодопирон, йоданал, йоданат) билан ҳосил қилинган комплекси ҳисобланади. Асосан, терига ишлов бериш, жароҳатларни, куйишни даволашда ва жароҳлик асбобларини стериллашда кўлланилади.

### *2. Оксидловчи гуруҳ (кислород тутувчи моддалар).*

3% водород пероксиди эритмаси йирингли жароҳатларни ювишда ишлатилади. Мочевина билан бирлашган таркиби таблеткалар кўринишидаги гидроперит шаклида ҳам ишлатилиши мумкин. Қайнатилган 200 мл сувда 4 та таблеткаси эритилганда 2% водород пероксиди эритмаси ҳосил бўлади.

Калий перманганат, кучли оксидловчи: 0,1–0,5 % эритмалари йирингли жароҳатларни ювишда, 0,02 % эритмаси бўшлиқларни ювиш ва чайқашда, 2–5 % эритмалари куйишларни даволашда ишлатилади.

Борат кислотасининг 2 % эритмаси жароҳатларни ювишда, чайқашда, шунингдек, сийдик пуфаги ва бошқа ковак аъзоларни ювишда ишлатилади.

### *3. Оғир металллар тузларининг гуруҳи.*

Симоб дихлорид (сулема) – фақат сиртга ишлатилади: 1:1000 нисбатдаги эритмаси кўллар ишлови учун, ипакларни стериллашда, беморлар ва жароҳатларга ишлатиладиган жиҳозларни дезинфекциялашда кўлланилади. Сулема – жуда кучли захарли модда ҳисобланади ва бу эритмалар билан ишлов мобайнида жуда эҳтиёткорлик талаб қилинади.

Диоцид – кучли антисептик хусусиятга эга, сепки ёки таблеткалар кўринишида чиқарилади. 1 та таблеткасининг 5,0 литр

қайнатилган сувдаги эритмаси кўллар ишлови учун, 1 литрда эритилган 1 та таблетка эритмаси асбобларни стериллашда қўлланилади.

Кумуш нитрат – ляпис сийдик пуфаги ва йирингли жароҳатларни ювишда ишлатилади. Ҳаддан ташқари тез ўсаётган ёш хужайра тўқималарини куйдириш мақсадида 10% эритмаси қўлланилади. Аммо шуни ҳам ёддан чиқармаслик керакки, тери ёки шиллик пардаларга теккан 10 % эритмаси тўқималар некрозига олиб келади.

Протаргол – сийдик пуфаги яллиғланишларида 1–3 % эритмаси юборилади.

Колларгол – йирингли жароҳатларни ювишда 0,2–1 % эритмалари ишлатилади.

#### *4. Спиртлар.*

Ҳар кунлик тиббиёт амалиётида мунтазам равишда этил (узумники) спирти кенг қўлланилади. Чунки метил спирти жуда заҳарли бўлиб, кучли заҳарланиш ҳолатларини чақириши мумкин.

Этил спирти нафақат дезинфекциялаш, балки қуриштириш ва қотириш хусусиятларига ҳам эга. Жарроҳлар кўлларини ювиши учун ва операцион майдонларга ишлов беришда кенг қўлланилади. Бундай ҳолларда спиртнинг 70 % эритмасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Чунки кучли спирт бирикмаси териларни қотириб, улар тешикларини ёпиб қўйиши, чуқурда ётган микробларнинг сақланиб қолишига сабабчи бўлиши мумкин.

90–95 % ли спиртлар, асосан, кесувчи жарроҳлик асбоблари ва жиҳозларни стериллашда қўлланилади.

#### *5. Формальдегид гуруҳи.*

Асосан, бу гуруҳдан формалин қўлланилади.

Формалин – формальдегиднинг 40 % сувли эритмасидир, қотирувчи антисептик восита сифатида 0,5–1 % эритмалари кўлларга ишлов беришда қўлланилади.

#### *6. Фенол гуруҳи.*

Кўп ҳолларда фенол ва қатрон кўринишларида ишлатилади. Фенол (карбол кислотаси) – резина кўлқоплар, асбоб ва жиҳозларни стериллашда 3–5 % эритмалари ишлатилади.

Қатрон (дёготь) – оқ қайин дарахти пўстлоғининг қуруқ ишлови натижасида олинади. Антисептик ва яллиғланишларнинг олдини олиш хусусиятларига эга. У Вишневский малҳами таркибига киради.

#### *7. Анилин бўёқлари гуруҳи.*

Антисептиклар сифатида қуйидаги бўёқлар:

- этакридин (риванол) – йирингли жароҳат ва бўшлиқларни ювишда;
- бриллиант яшилининг 0,1–2 % спиртли эритмалари йирингли яраларга суртиш мақсадида;
- метилен кўки куйишларда, пиодермия ва сийдик пуфагини ювишда (0,02 % сувли эритмаси) 1–3 % спиртли эритмалари ишлатилади.

*8. Нитрофуранлар ҳосилалари гуруҳи.*

Кам заҳарли ва кучли антисептиклардан саналади. Клиник амалиётда қўлланиладиганлари:

- фурациллин – йирингли жароҳат ва бўшлиқларни ювиш ва чайқашда 0,2 % эритма ва малҳамлар кўринишида қўлланилади;
- фурагин – жароҳат инфекциялари ва куйишларда эритмалари, ичишга таблеткалари ишлатилади;
- фурадонин – сийдик йўллари инфекцияларида таблеткалар кўринишида қўлланилади.

*9. Сульфаниламид препаратлари гуруҳи.*

Микроблар ўсиши ва ривожланишига бактериостатик (стрептококк, стафилококк, пневмококк ва ҳ. к. ) таъсирларини яққол намоён қилиши билан қуйидагилар алоҳида ажралиб туради.

- стрептоцид – яллиғланишга қарши, жароҳатлар инфекцияланишининг олдини олиш ва даволашда;
- норсульфазол – ичиш учун таблетка кўринишида;
- сульфацил – эритилгани йирингли жароҳатларни даволашда ишлатилади.

*10. Антибиотиклар (биологик антисептиклар).*

Антибиотиклар бактериялар ҳаёт фаолиятини тўхтатган ҳайвонлар, ўсимликлар ва микроблар маҳсулотидир.

Бу маҳсулотлар амалиётда ҳар хил дори шаклида, яъни ичиш учун таблеткалар, маҳаллий эритмалар ва малҳамлар кўринишида, мускул ва томирлар оралиғига юбориш учун кенг кўламда қўлланилади.

Антибиотиклар бир неча турларга бўлинади:

- пенициллин;
- стрептомицин;
- тетрациклин;
- эритромицин;
- синтомицин ва ҳоказолар.

Антибиотиклар, ўзларининг таъсир кучларига қараб, маълум микроорганизмларга нисбатан юқори таъсир этиши билан характерланади. Шунинг учун ҳам касалликнинг ривожланиш босқичи ва уни чақирувчи микроорганизмларнинг танланган антибиотикларга сезувчанлиги инобатга олинганда даволаш самараси юқори бўлади. Айрим ҳолларда антибиотиклар организмларда турли хил аллергик реакциялар чақирishi мумкин, яъни антибиотик юборилганда организм қаршилиқ кўрсатиб, бир неча дақиқа ичида анафилактик шок чақирishi, натижа ўлим билан якунланиши мумкин.

Баъзан бу аллергик қаршилиқлар кечиккан ҳолда, яъни антибиотиклар юборилгандан бир неча соат ёки кундан кейин ҳам юз бериши мумкин. Шунинг учун ҳам ҳар бир антибиотикни юборишдан олдин бемордан мазкур дармонларни олганлиги ҳақида маълумотлар йиғиш, олган бўлса, тери қичиши, қизариши, шиллик пардаларнинг шишлари каби аломатлар бўлганлиги ҳақидаги маълумотларга асосланган ҳолда иш олиб бориш зарур. Бундан ташқари, юқоридаги асоратларнинг олдини олиш учун олдиндан терининг антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш мақсадида синамалар қўйилади. Бунинг учун 500 000 бирликдаги пенициллинни 5 мл сувда эритиб, ундан 0,1 мл га яқин эритмаси билан олдинги қисми териси ичига «лимон пўсти» ҳосил қилиб юборилади, 30–60 дақиқа ичида эса терида содир бўлаётган ўзгаришларни мунтазам равишда кузатиб бориш шарт. Агарда тери атрофида қизариш, қизил доначалар, шиш ва тери қичишлари пайдо бўлса, организмнинг мазкур антибиотикка нисбатан қаршилиги борлигини ифода этади. Бундай ҳолларда қолган антибиотик эритмасини юбориш қатъиян ман этилади.

Мақсадга мувофиқ самара олиш ва микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан мосланишини пасайтириш мақсадида, бир вақтда бир неча антибиотикларни бирга қўллаш тавсия қилинади. Масалан, тетрациклинни эритромицин ва олеандомицин билан, аммо шу билан биргаликда, баъзи бир, яъни пенициллинни эритромицин билан, стрептомицинни тетрациклин билан ва ҳоказо антибиотикларнинг бир-бирига мос келмаслигини ҳам ёддан чиқармаслик керак.



## **Асептика услублари**

У антисептика услубларининг давоми ҳисобланиб, бир-бири билан чамбарчас боғлиқ.

*Асептика услублари қуйидагилардан иборат:*

- 1) асбоб-ускуна ва жиҳозларни стериллаш;
- 2) жарроҳ қўлини махсус йўл билан зарарсизлантириш;
- 3) текширишлар ва операция жараёнларидаги ишлар вақтида махсус қонун-қоидаларга қатъий риоя қилиш;
- 4) даволаш масканларида махсус ташкилий ва санитария-гигиена ишларини ташкиллаштириш.

Жарроҳлик инфекцияларининг манбаи икки хилда бўлади: экзоген (ташқаридан) ва эндоген (ички манбалардан).

Эндоген инфекциялар манбаи беморлар организмида, экзоген инфекциялар манбаи эса атроф муҳитдадир. Эндоген инфекциянинг олдини олишда антисептика, экзоген инфекцияда эса асептика асосий ўрин эгаллайди.

## **Ташқи муҳит (экзоген) инфекциялари**

Ташқи муҳит (экзоген) инфекциялари ҳаво, томчи кўринишидаги, контактли, кўчиб ўтувчи (имплантацион) турларга бўлинади. Ҳаво инфекциялари манбаи бўлган микроблар эркин ҳолда ҳавода учиб юради. Ҳавонинг микроблар билан булғаниш даражаси асосан, ёпиқ хоналарда ва шаҳарларда юқоридир. Ҳаво инфекциялари билан курашиш, бу, асосан, ҳаводаги чанглар билан курашишдир. Ҳаво инфекцияларини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар қуйидагилардир:

- 1) ёпиқ хонадонларда ҳаво айланишини махсус (кондиционерлар) ускуналар ёрдамида алмаштириш;
- 2) нам матолар билан хоналарни артиш;
- 3) мунтазам равишда ҳавони алмаштириш;
- 4) очик жароҳатларнинг ҳаво билан контакт вақтини қисқартириш.

## **Томчи инфекциялари**

Томчи инфекциялари ҳаво инфекцияларининг бир кўриниши бўлиб, унинг манбаи бемор оғиз бўшлиғидан ажралиб чиқаётган сўлак томчилари ҳисобланади. Бу ҳолатлар тиббиёт ходимлари

томонидан инфекцияга чалинган ҳар қандай суюқлик томчиси орқали ҳам ўтиши мумкин. Беморлар учун томчи инфекциялари ўта хавфли саналади.

Томчи инфекциясига қарши кураш тадбирлари – операция хоналарида сўзлашишга йўл қўймаслик, пахтали матодан оғиз ва бурунни ёпиб турувчи ғилофлар тақиш, операция ва боғлам қўйиш хоналарини замонавий талабларга риоя қилган тарзда жиҳозлаш ва кварц нурларидан фойдаланишдан иборат.

### **Контактли инфекциялар**

Контактли инфекциялар деб стерилланмаган асбоблар, ифлос кўллар, матолар ва ҳ. к. орқали юққан инфекцияларга айтилади. Жароҳатларни контактли инфекциялардан сақлаш жароҳат билан ишлаш мобайнида унга тегиши мумкин бўлган асбоб-ускуналарни, матоларни стериллаш, жарроҳ қўлини зарарсизлантиришда асосий қонун ва қоидаларга риоя қилинишига боғлиқдир. Бундан ташқари, операция вақтида жарроҳнинг стерилланган кўлқоплар орқали тўқималарга ишлов беришда кўпроқ асбоблар билан ишлаши тақозо этилади.

### **Кўчма (имплантацион) инфекциялар**

Кўчма (имплантацион) инфекциялар дейилганда, жароҳатларга тикиш матолари, тампонлар, дренаж найлари ва протезлардан тўғридан-тўғри кўчирилган инфекциялар тушунилади. Бундай инфекцияларнинг олдини олиш чораларига тикиш матоларини, дренаж найларини меъёрига етказиб стериллаш тадбирлари киради. Кўчма инфекциялар кўп ҳолларда, мудроқ (латент) кўринишда ҳам бўлиши мумкин, аммо вақти келиб организм қаршилигининг баъзи бир сабабларга кўра заифлашиб кетиши сабабли, ўз кучини кўрсатиши мумкин.

Асептика услуби микроорганизмлар ва уларнинг спораларини ўлдириш мақсадида физикавий ва кимёвий омилларни биргаликда қўллашни тавсия қилади. Кўп ҳолларда, микроб ҳужайралари оксилларини денатурация (ивиб қолиши) ҳолатига чақириш мақсадида физикавий омиллар қўлланилади. Аксарият қисм микробларнинг споралари юқори ҳарорат таъсирига чидамлидир.

Микробларнинг юқори ҳароратларга чидамлилиги уларнинг турлари, ҳолатларига (бўлинаётган ва ёш ҳужайралари жуда

чидамсиз) ҳам боғлиқдир. Бактерияларнинг сезгирлиги қайси муҳитда жойлашгани (оқсилли ва қандли (ширин) муҳит сусайтиради, асосли ва ишқорий муҳит эса оширади) ҳам катта ўрин тутаяди. Совуқ муҳит микроб хужайраларининг кўпайишини тўхтатади, холос, аммо бактериоцид таъсирини ўтказа олмайди. Бактериоцид хусусиятни ультрабинафша нурлари таъсири намоён этади, бундан ҳаводаги, тўқималар, тери, девор ва уй юзаларидаги микробларнинг барчаси ўлади. Ультратовуш усулида стериллашни ташкиллаштириш учун катта ультратовуш керак бўлади, шу сабабли амалиётда унча кенг тарқалган эмас. Суяқ муҳитларни микробларни тутиб қолувчи махсус тўрлар орқали тозалаш мумкин, аммо бу тўрлардан вируслар ўтиб кетганлиги сабабли, кенг миқёсда филтрлаш усули жорий этилмаган.

Стериллаш мақсадида кўпроқ юқори ҳароратдан фойдаланилади:

- 1) қайнатиш;
- 2) куйдириш;
- 3) қуруқ иссиқлик таъсирида;
- 4) буғ босими остида.

Жароҳатларнинг инфекцияга чалиниши олдини олиш чоралари қуйидагилардан иборат:

- жароҳатлар атрофини стерилланган матолар билан ўраш;
- асбоблар ва чойшабларни мунтазам алмаштириш;
- операция вақтида жарроҳлар қўлларини такрор ювиши;
- операция зарурат юзасидан кечиктирилган ёки тўхтатилган вақтларда унинг юзасига зудлик билан стерилланган мато ёпиб қўйилиши;
- операциядан кейин ишончли ва мустаҳкам боғламлар қўйиш.

Охирги вақтларда операциядан кейин қўйиладиган боғлам матолари ўрнига парда ҳосил қиладиган моддалар ишлатиляпти.

Босим остидаги тури (автоклавлар) нисбатан ишончли стериллаш усулларида ҳисобланади. Бу усул операцияда ишлатиладиган чойшабларни, боғлам матолари, резина қўлқоплар ва қон қуйиш учун ишлатиладиган системаларни стериллашда кенг қўлланилади.

Асептиканинг асосий усулларида бири жарроҳ қўлларини зарарсизлантириш ҳисобланади, қўлларда ёриқлар, териларнинг қалинлашиши (қадоқ) бўлмаслиги керак, тирноқлар калта қилиб олиниши шарт. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, микроор-ганизм-

ларнинг 90 % тирноқлар остида яшириниб ётар экан. Шунинг учун ҳам тез-тез қўлларни ювиб туриш, ифлос ишларни бажараётганда қўлқоплар кийиб ишлаш тавсия қилинади.

Қўллар ишловининг бир неча турлари мавжуд, аммо ҳар қайси тури ҳам уч босқичдан иборат:

- *терини механик йўл билан тозалаш;*
- *тери дезинфекцияси;*
- *терини қотириш.*

Амалиётда кенг тарқалган тури Спасокукоцкий – Кочергин усули ишқорларнинг ёғларни эритувчи ва микробларни ўлдирувчи таъсирига ҳамда спирт таъсирида терини қотириш ва дезинфекция қилинишига асосланган бўлиб, у 4 босқичдан иборатдир.

*Биринчи босқич* – илиқ 0,5 % нашатир спирти эритмасида стерилланган салфеткалар ёрдамида қўлларни яхшилаб 3–4 дақиқа давомида стерилланган тоғорада ва 3–4 дақиқа иккинчи тоғорада ювади, қўллар ювилаётганда ҳамма вақт эритмаларга ботиб турган бўлиши ва қўллар қисмларининг ювилишдаги кетма-кетлигига риоя қилиш шарт.

*Иккинчи босқич* – стерилланган сочиқларда қўлларни қуритиш.

*Учинчи босқич* – 5 дақиқа мобайнида 96 % спиртга тўйинтирилган салфетка ёрдамида қўлга ишлов берилади.

*Тўртинчи босқич* – бармоқлар учлари, тирноқ ўриндиқлари ва тери бурмаларига 5 % йоднинг спиртли эритмаси суртилади.

Фавқулодда ва жанговар ҳолатларда қўллар ишловининг тезкор усуллари қўлланилиши мумкин. У қуйида келтириляётган эритмаларнинг бири билан тўйинтирилган салфеткалар ёрдамида 3 дақиқа мобайнида қўлларни яхшилаб артиш орқали бажарилади:

- 0,5 % формалиннинг спиртли эритмаси;
- 2 % йоднинг спиртли эритмаси (йоднинг спирт билан аралашган турғун эритмаси);
- 0,5 % бриллиант яшилининг спиртли эритмаси.

Навбатдаги операция муолажалари қўлқоплар ёрдамида бажарилади.

Кейинги йилларда тиббиёт амалиётида кўплаб бир марта ишлатишга мўлжалланган шприцлар, томир ичига юбориш системалари, жарроҳлик асбоб-ускуналари қўлланилмоқда. Бундай бир марта ишлатилишга мўлжалланган ускуналарнинг тиббиёт амалиётида қўлланилиши натижасида бир вақтнинг ўзида контактли инфекцияларнинг, ифлос игналар, асбоблар, системалар орқали

қонга тарқаладиган касалликни келтириб чиқарувчи омилларнинг олди олиниб, «В» ва «С» вирусли гепатити ҳамда ОИТС касалликларини кескин камайтиришга эришилди.

Шундай қилиб, асептика ва антисептика қоидаларини билган ва унга риоя қилган ҳолдагина жароҳатлар йиринглашининг олдини олган, қон, ҳаво-томчи орқали, контактли ва кўчма инфекциялар тарқалишини бартараф этган бўламиз.

## ҚОН КЕТИШИ

Қон айланиш доираси томирларидан тўқималарга, ташқи муҳитга ёки бирор бўшлиққа қоннинг чиқишига *қон кетиши* дейилади. Оғир шикастланишларда кўп қон йўқотилиши туфайли ўлим юз бериши мумкин. Беморлар ҳаётига катта хавф туғдирувчи ҳолатлар, асосан, кўп миқдорда қон йўқотилганда пайдо бўлади, яъни бу ҳол қон айланиш доирасида умумий қон ҳажмининг кескин камайиб кетиши ва тўқималарнинг кислород билан таъминланиши бузилиши туфайли келиб чиқади. Артериал қон томирларида систолик босим 70 мм симоб устунидан пастга тушганда ҳаёт учун хавфли ҳолат юзага келади.

Катталарда тана вазнига қараб 4–5 литрга яқин қон бўлади. Шундан 60 % га яқини қон томирларида ва 40 % эса депо аъзоларда (жигар, талоқ, суяк илиги соҳасида) бўлади.

Баъзан катта босимда ва юқори тезликда қон кетганда (400–600 мл), йўқотилган қон ҳажми унчалик кўп бўлмаса-да, ўлим ҳолати юз бериши мумкин. Чунки бундай қон кетиши вақтида юракка бораётган қон ҳажмининг кескин камайиб кетиши сабабли томирларда айланаётган қон ҳажми, шу қон айланиш доираси ҳажмига тўғри келмайди. Қон кетишининг ҳажми ва тезлиги жароҳатланган томирнинг катта-кичиклигига, жароҳатнинг юза ёки чуқур кесилганлигига ҳамда эзилиб кетганлигига ҳам боғлиқ бўлади. Чунки кесилган жароҳатлардан эзилган жароҳатларга нисбатан кўпроқ қон кетиши мумкин.

Қон йўқотишда эркаклар аёлларга нисбатан бир оз чидамсиз бўлади, бу эса аёлларда ҳайз кўриш билан боғлиқ. Қарияларда қон кетиши кўпинча, уларда учраб турадиган ҳамроҳ касалликлар – хафаконлик, баъзи тизимли касалликлар, синдромлар ва юқумли касалликлар (сепсис, кўкйўтал, витаминлар етишмовчилиги, нур касаллиги, холемия – қоннинг ўт суюқлиги билан захарланганлиги)

натижасида қон томир деворларининг заифланиши туфайли рўй беради. Инсон ҳаёти учун ўта хавфли бўлган қон кетишлар қон касалликлари (гемофилия, лейкомия, тромбоцитопения) бор беморларда учрайди. Қон кетишининг юз беришида баъзи бир доридармонларнинг ҳам ўз ўрни бор (антикоагулянтлар, аспирин). Бу ўринда баъзи табиий омилларнинг, яъни атроф-муҳит ҳароратининг юқорилиги, атмосфера босимининг пасайиб кетганлиги ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Қон кетиши ёки қоннинг бирор ерда тўпланиб қолишига нисбатан турли хил атамалар қўлланилади. Тери остида тўпланиб қолган кам ҳажмдаги қон тўпламаси «*петехия*», шиллиқ парда остидагиси эса «*пурпура*» деб аталади. Тери ёки шиллиқ парда остига тўпланган катта майдондаги қоннинг тўпланишига «*экхимоз*» дейилади.

Катта ҳажмда, аммо чегараланган майдондаги тўқималар орасидаги бўшлиққа тўпланган қонга «*гематома*», бурундан қон кетишига «*эпистахис*», ошқозондан қон кетишига «*гастрорагия*», қон аралаш ҳайз келганда «*гематомезис*», сийдикнинг қон аралаш чиқишига «*гематурия*», бачадондан қон кетишига «*метрорагия*» дейилади. Булардан ташқари, бирор бир аъзо бўшлиғига қон тўпланишига қараб ҳам ўзгача атамалар ишлатилади: «*гемоперикардиум*» – юрак халтасида қон йиғилиши, «*гематоракс*» – ўпка плевра бўшлиғида қон йиғилиши, «*гемоперитониум*» – қорин бўшлиғига қон йиғилиши каби.

### Қон кетишининг турлари

Қон кетишининг бир нечта амалий аҳамиятга молик турлари фарқланади.

Анатомик, яъни аъзо турларига қараб артериал, веноз, капилляр ва аралаш қон кетишларга бўлинади. Артериал қон кетишда қон оч қизил рангда бўлиб, катта босим остида, фаввора кўринишида отилиб чиқади. Артериал томирлар жароҳатланганда, уларнинг ўлчамига боғлиқ бўлмаган ҳолда, қисқа вақт ичида организмда камқонлик юз бериб, ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Вена томирларидан кетаётган қон тўқ қизил рангда бўлиб, бир маромда ва секин, «булоқ» кўринишида оқиш хусусиятига эга. Катта веналар жароҳати туфайли қон кетиши юз берса, инсон ҳаёти учун катта хавф туғилиши мумкин. Капиллярлардан қон кетганда жароҳатнинг

бутун юзаси бўйлаб кам миқдорда, бир маромда, томчи кўринишида қон сизиб чиқади. Кўпинча, капиллярлардан кетаётган қон ўз-ўзидан тўхтайдди. Паренхиматоз (ғовак) аъзолар (жигар, талоқ, ўпка) жароҳатланганда қон кетиши жуда хавфли кечади, улар томирларининг ўз ҳолича ёпилмаслиги сабабли, қон кетиши тўхтамайди ва тез камқонлик ҳолатлари келиб чиқади.

Қон кетишининг ташқи, ички ва яширин клиник турлари фарқланади. Қон кетишининг ташқи турида қон томир деворининг жароҳати туфайли кетаётган қон ташқарига оқади. Бундай ҳолларда жароҳатланганнинг ўзи ёки ёрдам берувчилар ҳеч қандай қийинчиликсиз уни аниқлашлари мумкин. Ички қон кетиш жараёни нисбатан мураккаб кечиб, кетаётган қон бирор-бир аъзо қобикларида тўпланган тарзда ёки қорин ва кўкрак қафаси бўшлиқларига кетиши мумкин. Ички қон кетаётганлигини, фақат ўткир камқонлик кўрсаткичлари ва иккиламчи асоратлар бошлангандагина аниқлаш мумкин. Ичи бўш аъзолардан қон кетишида маҳаллий ва умумий ўзгаришлар, яъни кетаётган қон маълум вақт мобайнида ташқарига чиқиши ва ранги ўзгариб кетиши кузатилади. Масалан, ошқозонидан қон кетаётган беморларда қайт қилиш кузатилади, чиқаётган қон эса қаҳва қолдиқлари рангида бўлади.

Ички қон кетиш сурункали равишда кечиб, асосан, аъзоларда ўткир камқонликни чақиради ва махсус қон таҳлиллари кўрсаткичисиз ташхис қўйиш жуда қийин бўлади.

Ўткир ёки сурункали қон кетиш турлари ҳақидаги тушунчалар фақат қон кетиш тезлиги ва йўқотилган ҳажмига нисбатан айтилади. Инсон ҳаётида энг хавфли қон кетиш тури бу ўткир қон кетишидир. Қисқа вақт ичида йўқотилган катта миқдордаги қон етишмовчилигига инсон организми тез мослаша олмайди, натижада ўлим ҳоллари нисбатан кўп учрайди. Сурункали қон кетишда эса камқонлик секинлик билан ривожланади, натижада инсон организми бу янги ҳолатга аста-секин мослашиб олади.

Секинлик билан кечадиган катта ҳажмдаги қон кетишдан қисқа фурсат оралиғида кечадиган ўткир, кам миқдордаги қон кетиш хавфлироқдир. Ўткир қон кетишда гемоглобин миқдорининг 30 % гача камайиши катта хавф уйғотади. Шунга қарамасдан сурункали равишда гемоглобин миқдорининг 75–80 % ни йўқотган беморларнинг умумий аҳволи нисбатан қониқарли бўлиши мумкин.

## Қон кетишининг клиник кўринишлари

Қон кетишида маҳаллий ва умумий симптоматик ўзгаришлар юз беради. Қон кетишининг умумий белгилари қон кетиши турларидан қатъи назар бир хил кечади. Қон кетишининг хусусий (субъектив) аломатлари совуқ тер, камқувватлик, бош айланиши, нафас етишмовчилиги, оғиз қуриши кўринишида кечади. Яна қулоқларда шанғиллаш, кўз олди тиниши ва баданда «чумолилар ўрмалаши» каби аломатлар кузатилиши мумкин. Юқоридаги аломатлар ва бемор шикоятларининг кўпайиб бориши қон кетишининг қандай тезлик ва ҳажмда ўсиб боришига бевосита боғлиқдир. Катта миқдорда қон кетиши, ўткир камқонлик, яъни гемморагик шок клиникасининг ҳар хил оғирликларида кечиши мумкин. Масалан, бутун қон айланиш доирасида айланаётган қон ҳажмининг 20–25% (1000–1200 мл) миқдорида қон йўқотилганда, беморларда совуқ тер, кескин камқувватлик, оғиз қуриши ва томир уришининг бир минутда 100 тадан ошиб кетиши кузатилади. Бундай ҳолларда артериал қон босими меъёрида ёки бир оз пастроқ бўлиши ҳам мумкин.

Умумий қон айланиш доирасидаги қоннинг 30–35% (1500–1750 мл) га яқини йўқотилганда, беморларда ўзига бўйсунмаган ҳолдаги ҳаракатлар, нотинчлик, тери ва шиллик пардаларининг оқариб кетиши, лабларнинг кўкариши, тананинг увишиши ва томир уришининг 120 тадан ошиб, артериал босимнинг 70–90 мм симоб устунигача тушиб кетиши ҳамда сийдик ажратишнинг камайиши (олигурия) кузатилади.

Умумий қон айланиш доирасидаги қон ҳажмининг 35–40% (1750–2000 мл) ни йўқотган бемор аҳволи анча оғир, юз ифодалари мунгли, танаси совуқ тер билан қопланган, териси оқимтир-кўкиш рангда, танасининг очик жойларида ҳароратнинг тушиб кетганлиги ва томирнинг ипсимон ва тез-тез уриши аниқланади.

Умумий қон айланиш доирасидаги қон ҳажмининг 50% (2500 мл) ни йўқотган беморнинг аҳволи кескин оғирлашади, артериал босим аниқланмайди, томир уриши минутига 160 тадан ортиб кетади, юрак асистолияси (юракнинг тўхтаб қолиши) сабабли қисқа вақт ичида ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ўткир қон кетишининг дастлабки вақтларидаёқ инсон организмнинг қон айланиш доира-



сининг марказлашиши артерия босимини нисбатан бир меъёрда ушлаб туради. Шунинг учун ҳам бу ерда бошланаётган тахикардия (юрак уришининг тезлашиши)га аҳамият бериб, уни катта қон йўқотишнинг асосий ва биринчи белгиси сифатида қарашимиз керак.

Қон кетишининг маҳаллий белгилари (симптомлари) унинг қаердан кетаётганлигига тўғридан-тўғри боғлиқдир. Ташқи қон кетишида қон ташқи муҳитга чиқади. Бундай ҳолларда бемор кўздан кечирилганда қон чиқаётган жароҳат ҳолатига, йўналишига ва катта-кичиклигига аҳамият бериш лозим.

Шу билан биргаликда, жароҳатдан кетаётган қон қандай томирдан, артерияданми, венаданми ёки аралаш кўринишдалигига ҳам эътибор бериш керак. Жароҳатнинг пастки қисмидан бармоқлар билан пайпаслаб артерия томирининг уришини аниқлаш артерия қон томирининг бутунлиги ҳақида далолат беради. Томир уришининг сезилмаслиги унинг батамом узилганлигидан далолат бериб, жароҳатнинг пастки қисмидаги аъзолар музлаши ва рангининг оқариб кетиши кузатилади. Бундай ҳолларда аъзолар (тўқималарга кислород ва озик моддалар етишмаслиги туфайли) гангрена (тўқималар ўлими) келиб чиқади.

Жароҳатдаги артериянинг бир девори шикастланган бўлса, бундай ҳолларда жароҳат атрофида томир уриши кўринишидаги гематомалар (қон тўпланган бўшлиқ) ҳосил бўлади. Юмшоқ тўқималар ва мускуллар оралиғига қон йиғилса, оғриқ, шиш ва аъзолар ҳаракатининг чегараланиши кузатилади. Ҳосил бўлган гематома юзаси бармоқ билан босиб кўрилганда, юзага юмшоқ кириб, бармоқни қайтариб олган заҳоти унинг тикланиш симптоми кузатилади. Қон бўғим бўшлиғига тўпланса, гемартроз, яъни бўғим юзаси текисланиб, шишиши кузатилади. Оғриқ ва ҳаракатнинг чегараланганлигига қарамасдан, уни ҳаракатга келтириш мумкин.

Тизза бўғимига қон йиғилганда тизза юзаси ошиғининг эркин ҳаракати кузатилади. Бундай ҳолларда тизза бўғими рентгенография қилинганда икки суяк оралиғидаги масофанинг узайгани кузатилади. Гематома ва гемартроз ташхислари мазкур бўғимлар пункцияси, яъни қон йиғилган бўғимлардан игна орқали қонни сўриб кўриш усуллари асосида қўйилади. Гемартроз ташхиси аниқлангандан сўнг бўғимлардаги ҳаракатларни чегаралаб, олдин пункция, кейин иммобилизация қилинади.

Кўкрак қафасининг плевра бўшлиғига йиғилган қон (гемоторакс) кўп ҳолларда қовурғалар орасидаги ёки кўкрак қафаси артерияларининг жароҳатланиши туфайли келиб чиқади. Плевра бўшлиғида йиғилган қон оқиб, бурчак синусларига йиғилади. Бундай ҳолларда беморни касаллик белгилари безовта қилмаслиги ҳам мумкин. Плевра бўшлиғида йиғилган ўрта миқдордаги қон беморда оғирлик ва кўкрак қафасида оғриқ, нафас етишмаслиги белгиларини чақиритиши мумкин. Плевра бўшлиғини қон бутунлай, яъни тотал эгаллаган ҳолатларда ўпкалар бутунлай сиқилган, юрак ва оралик аъзолари қарама-қарши томонларга сурилган, қон ҳаракати ва нафас олишда катта ўзгаришлар кузатилади. Клиник белгилардан нафас етишмаслиги, кўкариш, томир уришининг тез ва юза бўлиши, артерия босимининг пасайиши кузатилади.

Кўкрак қафаси бармоқлар билан уриб кўрилганда ўтмас товуш, аускультатив (фонендоскоп орқали эшитиб кўрилганда) кўкрак қафаси орқа томонларида жуда сустлашган нафас эшитилади. Кўкрак қафаси рентгеноскопик текширилганда бутунлай бир хил кўринишда торайиши, юрак ва оралик аъзоларининг у ёки бу ёнга қийшайганлиги кузатилади. Кўп ҳолларда ташхис плевра бўшлиғи пункцияси йўли билан тасдиқланади. Кам миқдорда қон йиғилган ҳолларда плевра бўшлиғи қайта пункция ёки тарокоцентез йўли билан дренажлаш, агар кўп миқдорда қон йиғилган бўлса, шошилишч ревизия қилиб, қон томири бутунлигини тиклаш мақсадида торакотомия операцияси бажарилади. Плевра бўшлиғига катта миқдорда қон кетиши ўткир камқонлик белгилари билан кечади.

Қорин бўшлиғига қон кетиши кўп ҳолларда ғовак (паренхиматоз) аъзолар (жигар ва талоқ) жароҳатланганда ва бачадондан ташқари ҳомиладорликда, бачадон найларининг ёрилиб кетиш ҳолларида юзага келади. Бундай ҳолларда, кўпинча, умумий қон кетиш белгиларидан ташқари, маҳаллий белгилар ҳам аҳамиятга эгадир. Қон кетиш даврида қорин нафас олишда чекланган, кўкрак қафаси билан бир хил текисликда бўлади. Қорин бўшлиғи пайпасланганда унинг девори мушаклари таранглашган, бармоқлар билан босиб кўйиб юборилганда кучли оғриқ кузатилади (Шеткин–Блюмберг белгиси). Қорин бўшлиғи перкуссия (бармоқ учи билан уриб кўрилганда унинг пастки қисмида ўтмас, юқори қисмида эса жарангдор (тимпанит) – ҳаво тўлдирилган шар товушини

беради. Қон кетиш клиникасида қайт қилиш ва кўнгил айнашлар ҳам кузатилади. Юқоридаги белгилар билан биргаликда бемор организмида ўткир камқонлик белгилари ҳам ривожланиб боради. Қорин бўшлиғи ғовак аъзолари жароҳатларидан кетаётган қон ҳеч қачон ўз-ўзидан тўхтамайди, шу туфайли бундай ҳолларда шошилиш операция қилиш тавсия қилинади.

### **Қон кетишининг асоратлари ва оқибатлари**

Қон кетиши тўхтатилмаса, беморни гипоксия (тўқималарда кислород тақчиллиги), қон айланиш доирасида қон ҳажмининг етишмаслиги ва гемморагик шок юз бериши сабабли ўлимга олиб келиши мумкин.

Ўта нозик аъзоларга, масалан, бош мияга кам миқдорда қон қуйилганда улар фаолиятининг тўхтатиши ва ўлим юз бериши мумкин. Бош миянинг асосий соҳасида тўртинчи қоринча жойлашган, унда инсон ҳаёт фаолиятини бошқарувчи марказлар жойлашган. Шунинг учун бу соҳага қон қуйилганда ҳаёт учун хавфли бўлган ҳолатлар юз беради.

Юрак пардаси (перикард) ичига диастола вақтида йиғилаётган қон юрак парда ичида катта манфий босим пайдо қилиб, юрак бўлмачалари кенгайишига йўл қўймайди ва юрак тампонадаси туфайли ўлим ҳолати рўй беради.

Баъзи катта қон томирлар жароҳатида (бўйин катта веналари) ҳаво эмболияси ҳолати юзага келади.

### **Қон кетиши даврида организмнинг ташқи ва ички ўзгаришларга мослашиши**

Қон кетиши вақтида инсон организми содир бўлаётган хавфли ўзгаришларни бартараф этиш мақсадида бор ички имкониятларини ишга солади. Бундай ҳолларда қон кетишига ўта сезгир аъзо ва тўқималарни сақлаб қолиш мақсадида бошқа аъзолар ҳисобига ҳам иш тутишга мажбур бўлади.

Асосан, бундай мослашиш ҳаракатлари сурункали қон кетиш ҳолларида енгил кечади, аммо ўта хавфли ўткир қон кетиши вақтида эса бундай мослашишга улгурмаслиги ҳам мумкин. Натижада аъзо ва тўқималарда содир бўладиган ўзгаришлар сабабли ўлим ҳолатлари юз бериши мумкин. Қон кетиш даврида организмнинг

мослашиш ўрнини қоплаш (компенсатор) механизмлари, асосан, куйидагилардан иборат:

1) қон кетаётган томирнинг ички қаватида тромблар ҳосил бўлиши;

2) юрак ва нафас олиш фаолиятининг тўқималарда кислород етишмовчилигини бартараф қилиш мақсадида тезлашиши;

3) бутун танада ҳаракатланаётган қон ҳажмининг, депо аъзоларидаги қон ва тўқималар оралиғидаги суюқликларнинг қон томирига жалб этилиши эвазига ортиши;

4) юрак ва бош мия фаолиятларини ушлаб туриш мақсадида тананинг пастки ва қорин бўшлиғи аъзолари томирларининг қисқариши эвазига тананинг қон билан таъминланишининг марказлашиши;

5) турли нейро-эндокрин ва гуморал омилларнинг артериал қон босимини бир маромда тутиб туриш мақсадида кўзғалиши, бош мия фаолиятининг кислородсиз (анаэроб) шароитларга чидамлилигини ошириш мақсадида симпатико-адренал ва глюкокортикоид тизимларнинг ёрдамга чорланиши;

б) қон ҳужайралари ишлаб чиқарилиши (гемопоз) ва қон ившининг тезлашиши.

## **ҚОН КЕТИШНИ ТЎХТАТИШ ЧОРАЛАРИ**

Қадим замонларда ҳам инсонлар тан жароҳатлари олганларида қон кетишининг олдини олиш мақсадида жароҳат юзасини босиб ёки қаттиқ боғлаб кўйганликлари ҳақида маълумотлар бор.

Қадимги Миср ҳақимларининг қон кетаётган жароҳат юзасига қиздирилган темир босганликлари ҳақида маълумот берган қўлёзмалар ҳозирги вақтгача сақланиб қолган. Ўрта асрларда қон кетишини тўхтатиш мақсадида жароҳат юзасига қайноқ ёғ томчилари томизилган. XIX аср ўрталарида эса Пакелен асбоби орқали жароҳатни куйдириш усули билан қон кетишини тўхтатишга уринишган.

Айни вақтда бу усуллар диатермокоагуляция асбоби – «электр пичоғи» орқали бажарилади.

Милодидан аввалги III асрдаёқ кўхна Александрияда боғлам усуллари қўллана бошланган. Қон кетаётган жароҳат юзаси томирини тикиш усулларини Цельс ва Гален қўллаганлар. Аммо бу усуллар унутилиб, фақатгина XVI асрда Амбруз Паре томонидан қон кетаётган томирларни, асосан, артерияларни тикиш тикланган.

Шу билан биргаликда, А. Паре жароҳатлар вақтида аъзолар ампутациясини таклиф қилган. Ампутациялар вақтида оғриқларни камайтириш ва қон кетишининг олдини олиш мақсадида боғлам (жгут)ларни тавсия қилган.

1616 йилда У. Гарвей артериал ва веноз қон томирларидан қон кетишини тўхтатишда боғлам (жгут)ларни ҳар хил ҳолатларда қўйишни таклиф қилган. 1628 йилда эса одам қон айланиш доирасига оид ўз илмий мақоласини эълон қилган. Шундан кейингина боғлам (жгут)ларни кенг миқёсда қўллай бошлашган. Асосан, бу боғламлар 1673 йилда Ф. Эсмарх юмшоқ резина боғлам (жгут) таклиф этгандан кейин кенг тарқалган.

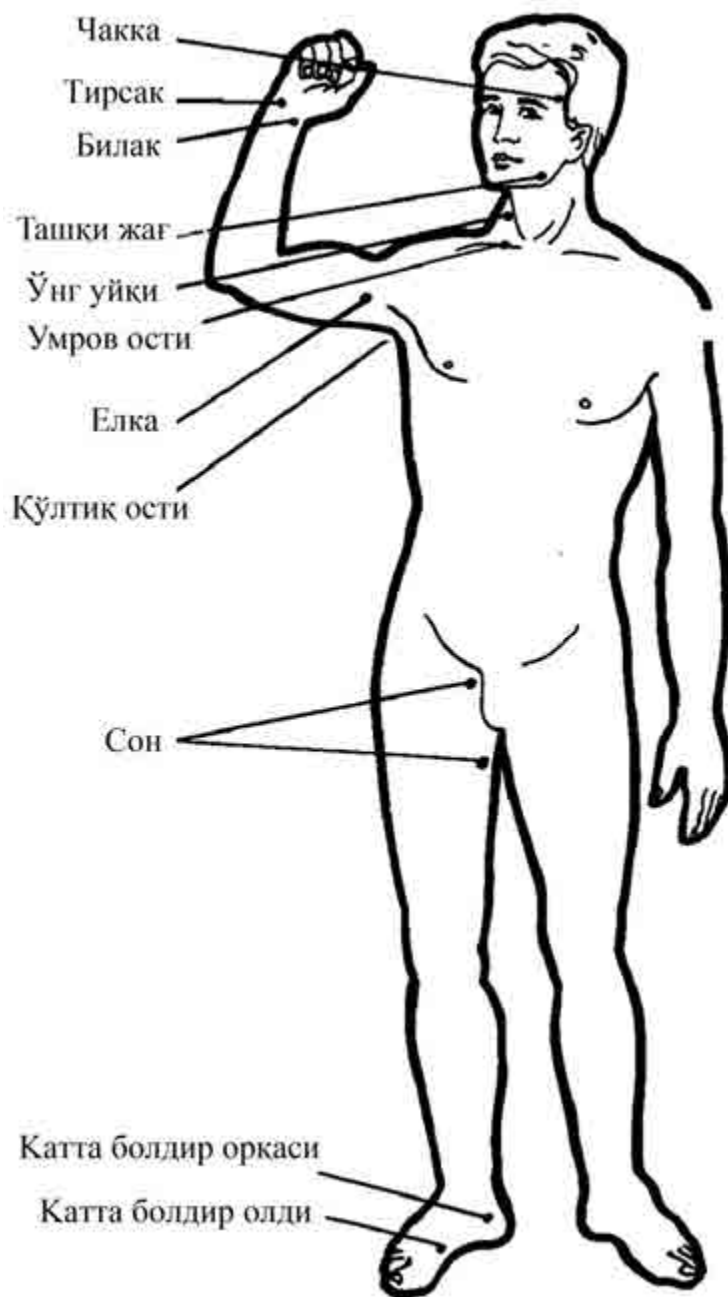
XVIII асрда Ж. Хантер қон кетаётган томирларни тикишни жароҳат соҳасидан эмас, балки бошқа томир йўналишидаги қисмдан таклиф этган. Томирларни тикишни осонлаштириш мақсадида Ж. Пеан томирлар учун қисқич асбобини яратган. Сўнгги ўн йилликларда томирдан кетаётган қонни тўхтатишнинг янги усуллари сифатида куруқ совуқ ва лазер нурлари қўлланиляпти.

Қон кетишини тўхтатиш усуллари вақтинча ва буткул тўхтатишга ажратиш мумкин. Қон кетишини вақтинчалик тўхтатиш усуллари, кўп ҳолларда, тиббиётга дахлдор бўлмаган инсонлар бажаради. Шу туфайли бундай усулларни барча билиши шарт. Қон кетишини вақтинча тўхтатиш усуллари кутилмаганда содир бўладиган ҳолатларда қўл келади. Айрим ҳолларда қонни тўхтатишга қилинган уринишлар қон томирида тромб ҳосил бўлиши сабабли қон кетишининг буткул тўхташга олиб келиши мумкин. Қон кетишини тўхтатиш усуллари бир нечта, аммо бу усулларни қўллаш жароҳатланган томир қай аҳволда ва жароҳат ўрнига ҳам боғлиқдир. Айрим ҳолларда қон кетишни тўхтатиш усуллари бир нечтасини қўллаш мумкин.

Юза вена ва кичик артериялардан қон кетиши ҳолатларини босиб турувчи боғламлар ёрдамида тўхтатиш мумкин. Жароҳат юзасига стерилланган юмалоқ шар кўринишидаги пахта қўйилиб, бир неча қават дока билан яхшилаб боғланади. Бундай ҳолларда босиб боғланган томирлар ўтказувчанлиги йўқолиб, тромб ҳосил қилади. Бундан ташқари, бу усул бошқа, яъни оёқ ва қўлларни кўтариб қўйиш усуллари билан биргаликда ҳам бажарилиши мумкин.

Агар қон кетаётган жароҳат оёқлар учиде жойлашган бўлса, бундай ҳолларда оёқни бўғимидан максимал букиб қўйиш

усулларидан фойдаланиш мумкин. Букилаётган бўғим оралиғига ёстикча қўйилиб, бўғим букиб боғланади. Агар қон кетиши бармоқлар, панжа соҳаларида бўлса, билак бўғимидан, оёқ



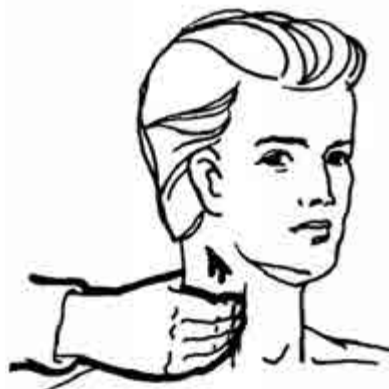
3 - расм.

бармоғи ва панжаларида бўлса, тизза бўғимидан, сон соҳасида бўлса, тизза ва тос-сон бўғимлари биргаликда букиб боғланади.

Агар қон кетиши артериал қон томиридан кузатилганда жароҳатдан юқори соҳадан босиб тўхтатилади ва кейинги муолажалар шароитга қараб бажарилади (3 - расм).

Чакка юмшоқ тўқималари жароҳати туфайли бўлаётган қон кетиши ҳолатларида, қон кетишини тўхтатиш артерияни суякка-босиш ҳаракатлари билан амалга оширилади. Бундай ҳолларда артерияни топиш унча қийин иш эмас. Қулоқни ташқи кириш соҳаси юқорисидан битта бармоқ билан босиш орқали ҳам мақсадга эришиш мумкин. Юз соҳасида эса артериянинг пастки жағнинг горизонтал чизиқ билан кесиб ўтган жойидан босиб, қон оқишини тўхтатиш мумкин.

Умумий уйқу артериясидан қон кетиши вақтида артерия VI бўйин умуртқасининг кўндаланг ўсимта-ларига босилади. Бундай муола-жалар, асосан, бош бармоқни бўйиннинг орқа қисмига, қолган бармоқларни эса олдинги қисмига қўйиб амалга оширилади ёки бунинг акси ҳам бўлиши мумкин (4 - расм).

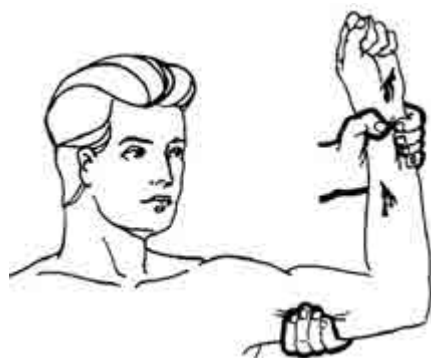


4-расм.

Ўмров ости артериясини биринчи қовурғага босиш билан ҳам қон кетиши тўхтатилади. Бундай муолажалар III–IV бармоқлар билан тўш-ўмров сўрғичсимон мускулнинг орқа-ташқи қирғоғини I қовурғага босиш йўли билан бажарилади.

Қўлтиқ ости артериясини елка суяги бошча қисмига босиш билан қон кетишининг олди олинади. Бемор кўли ташқарига очилган ҳолда ётқизилиб, бош бармоқ қўлтиқ ости юқори қисмига босилиб, қолган бармоқлар эса елканинг ташқи томонидан ўраб туради.

Елка артериясини елка суягига, яъни икки бошли мушакнинг бош қисми бириккан жойга, билан ва тирсак артерияларини эса суякларга босиш йўли билан қон кетишининг олди олинади (5 - расм).



5-расм.

Сон артериясидан қон кетганда қонни тўхтатиш учун чов бойлами учидан ичкариги қисмини бош бармоқлар билан босиш орқали амалга оширилади.

Бундай ҳолларда бошқа нуқталардан бундай уринишлар сон артериясининг чуқур ва қалин мушаклар остида ётганлиги сабабли, самара бермайди (6 - расм).

Тизза ости артериясидан қон кетишини тўхтатиш сон суяги пастки қисми орқасидан олдинга босиш билан амалга оширилади, бунда тизза бўғимининг бир оз букилган ҳолда бўлиши муолажа самарадорлигини оширади. Зарур бўлганда ташқи ёнбош артерия ва қорин аортасини ҳам босиш мумкин. Бундай ҳолларда беморни



6 - расм.

орқасига ётқизиб, сон-чанок бўғимидан бир оз букиб, қорин мушакларини эркин ҳолга келтириш зарур. Шундан кейингина кафт мушт ҳолига келтирилиб, қорин аортаси умуртқага, ташқи ёнбош артерияси эса суякларга босилади.

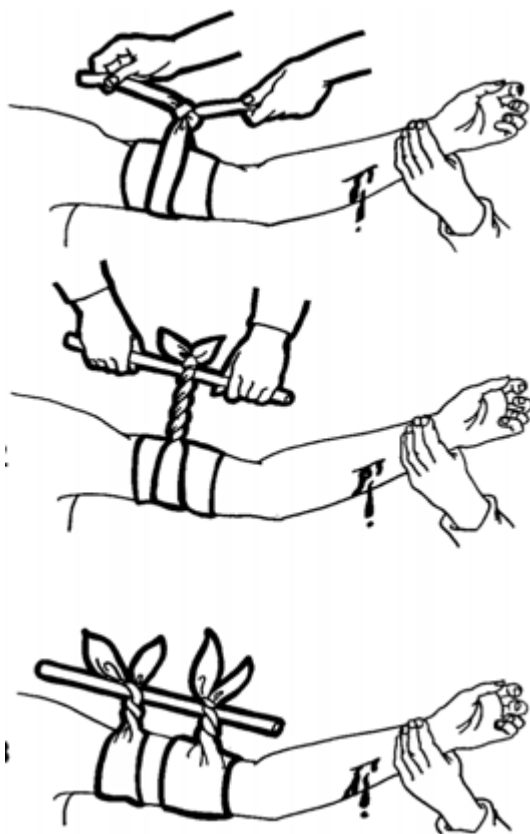
Веналардан қон кетган вақтда, артериялардан қон кетишидан фарқли, қон тўхтатиш жароҳатнинг пастки (дистал) қисмининг юмшоқ тўқималарига босиш орқали ҳам амалга оширилади.

Қон кетишида ҳар хил боғловчи (жгут) матолар ёрдамида қон тўхтатиш энг қулай усуллардан бири бўлиб, ўзига хос камчи-



ликларга ҳам эга. Боғловчи матолар ёрдамида қон тўхтатиш усуллари, асосан, артерия қон кетишларида, жароҳатдан юқори соҳаларга қўйиш орқали амалга оширилади. Уларни, асосан, қон тўхтатишнинг бошқа чоралари бўлмаган ҳолларда, 1,5-2 соатгача қўйиш мумкин. Акс ҳолда, тўқималарда қон айланишнинг кескин бузилиши сабабли тўқималар некрози (ўлими) ва гангрена сизига, бу эса аъзоларнинг маълум қисмини ампутация қилинишига олиб келади. Баъзида қаттиқ сиқиб боғланган соҳалар юмшоқ тўқималари оралиғида гематома, некроз ва нерв толаларининг жароҳатланиш ҳоллари кузатилади. Нерв тўқималарининг жароҳатланиши парезлар, гоҳида эса аъзолар фалажиги сабаб бўлади.

Кенг тарқалган боғловчи матолар резиналардан тайёрланади. Резина найдан иборат Эсмарх боғламининг бир қисмида илгак,



7-расм.

иккинчи қисмида эса ҳалқа бўлиб, бу махсус мослама боғловчи матони бириктиришни қулай ва осон қилади. Бошқа боғловчи восита сифатида кенглиги 2 см камарсимон резина ишлатиш мумкин. Унинг бир қисмида тугма, иккинчи қисмида эса тешиklar шаклидаги мослама бўлиб, маҳкамлаш учун жуда қулайдир. Жароҳатланган аъзонинг пастки қисмини қон тўхтатувчи боғлам қўйишдан олдин юқорига кўтариб, вена қони чиқариб юборилади. Боғловчи матолар вазият талабига қараб ҳар хил бўлиши мумкин.

Масалан, боғловчи қайишқоқ бўлмаган мато (белбоғ, камар) оддий ип ёки рўмолчалардан иборат бўлса, қон тўхтатувчи боғлам

қўйилаётганда унча қаттиқ тортмасдан, унинг тагига бирор-бир мато ўраб, сўнгра 10–15 см узунликдаги стержен (чўп, ручка, қалам ва ҳ. к.) ёрдамида бураш керак. Бундай ҳолларда стерженни бураш билан боғламни керагича тортиш мумкин (7-расм).

Боғлам қўйилгандан сўнг қўйилган вақти ёрликқа ёзиб кўрсатилади. Боғлам қўйиш муддати ёзда 2 соат, қишда эса 1,5

соатдан ошмаслиги керак. Агар жароҳатланган одамни шу муддат ичида шифохонага етказиб боришнинг иложи бўлмаса, боғлам ечилиб, 10–15 минут давомида қон кетаётган томир бармоқ билан босиб турилади, кейин боғлам юқорида кўрсатилган талаб бўйича қайтадан бошқа жойга қўйилади. Фақат давомийлиги биринчи марта қўйилгандаги вақтнинг тенг ярмига қисқаради.

### Жгутнинг тўғри қўйилганлигини текшириш

Кўпинча, жгут елка ва сон соҳасига қўйилади. Агар ҳақиқий тиббий жгут бўлмаса, у ҳолда қўлга илинган исталган матони «бурама – жгут» шаклида қўллаш мумкин. Аммо арқон ва симни ишлатиш ман қилинади, чунки улар тўқималарни шикастлайди. Тиббий жгут – эгилувчан резина тасма бўлиб, охириги учида қўл ва оёққа маҳкам-ланадиган мосламаси бор.

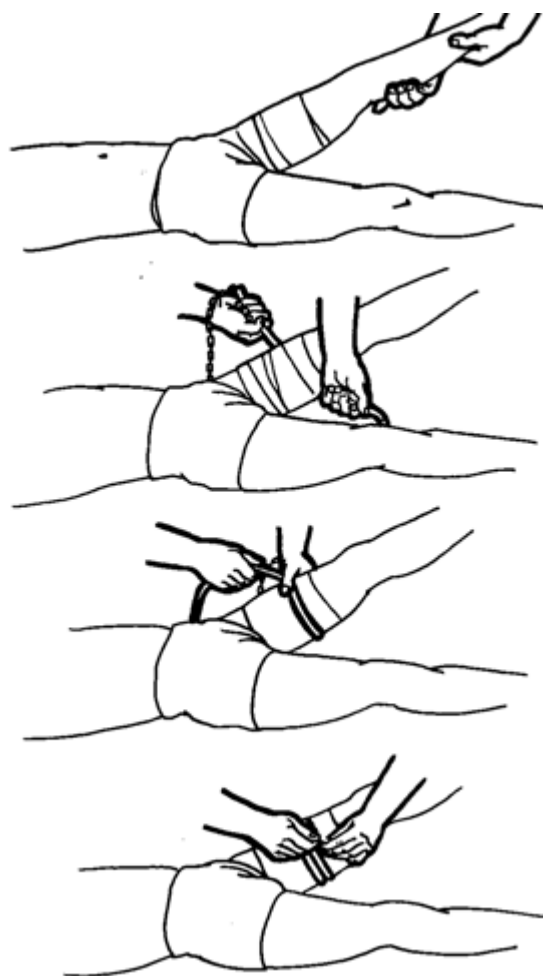
*Жгут қўйиш техникаси.* Жгутни икки қўллаб ушлаб, енгил таранг қилиб, ҳар бир айланмани олдингиси билан ёнма-ён қўйиб, сўнг жгут маҳкамланади. Бурама жгут қўйиш учун мато (рўмолча, бинт)ни арқон-симон ҳолатда ўраб, қўл ёки оёққа тугун шаклида боғланади, сўнг кичик таёқча ёрдамида қон оқиши тўхтагунча буралади (7 - расм).

Таёқча буралиб бўшаб кетмаслиги учун уни алоҳида боғлаб қўйилади. Қон кетиши тўхтагач, жароҳатга боғлам қўйилади.

Жгут қўйишда қуйидаги қоидаларни эсда тутиш керак (8 -расм):

1) жгут, асосан, сонга ёки елкага қўйилиши лозим, чунки у ерда битта суяк бор;

2) жгут танага тўғридан-тўғри қўйилмайди, албатта, унинг остига бирор нима қўйиш керак;



8-расм.

3) жгутни ёзда 2 соатдан, қишда 1,5 соатдан ошмаган муддатга қўйиш мумкин;

4) жгут қўйилган вақтни аниқ қилиб ёзиб, ёпиштириб қўйиш керак.

Жгут қўйилгандан сўнг унинг тўғри ёки нотўғри қўйилганлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Бунинг учун қўл ва оёқлардаги пульс аниқланади. Агар пульс йўқ бўлса, жгут тўғри қўйилган бўлади. Бирон сабабга кўра, 1,5-2 соат давомида беморни касалхонага олиб боришнинг иложи бўлмаса, у ҳолда 10–15 минутга жгут бўшатилади ва бир вақтнинг ўзида бармоқ билан жароҳатдан юқориси босиб турилади. Қиш вақтида оёқ ва қўлни ўраб, иссиқ сақлаш тавсия қилинади.

Кичик ўлчамли артерия ёки вена шикастланганда сиқиб турувчи боғлам қўйиш кифоя. Қон кетишини вақтинчалик тўхтатишда жароҳатга стерил доқа ёки бинт ҳамда пахта қўйиб боғланади. Унча катта ва чуқур бўлмаган жароҳатларга юқоридаги усулни қўллаш қон кетишини батамом тўхтатиш чораси ҳисобланади. Қолган ҳолларда батамом қон тўхтатиш учун жарроҳлик клиникаларида тикиш, боғлаш ёки шикастланган томирларни куйдириш каби усуллар ишлатилади.

## ЖАРОҲАТЛАР

Тери ва шиллик қаватларининг механик шикастланиши натижасида жароҳатлар пайдо бўлади. Баъзи ҳолларда жароҳатлар организмнинг чуқур жойлашган тўқималарида ва ички органларда ҳам кузатилади.

Жароҳатнинг клиникаси ундан қон силқиб, очилиб қолиши, қон оқиши ва оғриқ бўлиши билан характерланади.

Тўқималарни шикастловчи асбоб қанчалик кескир бўлса, жароҳатдан қон оқиши шунчалик кучли бўлади. Ҳамма жароҳатланишларда ҳам қон оқиши ташқарига бўлавермайди, баъзан қон томирлардан тўқималарга ва бўшлиқларга қуйилиб, тарқоқ гематомалар ҳосил бўлишига олиб келади. Шунингдек, паренхиматоз (ғовак) органларнинг жароҳатланиши ҳам кўплаб қон оқишига сабабчи бўлиши мумкин.

Жароҳатланишлардаги оғриқ, унинг интенсивлиги:

- 1) жароҳатланган нерв рецепторлари ва ўзақларининг сонига;
- 2) шикастланган киши организмнинг реактивлигига;

3) жароҳатловчи қуролнинг характериға ва жароҳат олиш тезлигиға боғлиқ.

Қурол қанчалик ўткир ва жароҳатловчи омил тезлиги қанча катта бўлса, у билан боғлиқ бўлган оғриқ шунчалик суи даражада ривожланади. Оғриқнинг қандай даражада эканлиги жароҳатланган жойнинг иннервациясига боғлиқ бўлади. Маълумки, юз, бармоқлар, чот ва жинсий органлар жуда бой иннервацияланганлиги учун улардаги оғриқлар кучли бўлади. Жароҳатлардаги оғриқ, одатда, қаттиқ (жизиллатадиган) характерда бўлиб, унинг шиддати, томир уришининг частотасига боғлиқ ҳолда ортиб ва камайиб туради. Жароҳатланган соҳанинг кўтариброқ қўйилиши ва қулай жойлаштирилиши натижасида оғриқ камаяди ва 2 соат давомида оғриқ тўлиқ тўхташи мумкин.

Жароҳатнинг очилиб қолиши унинг катталигиға, чуқурлигиға ва терининг эластик толалари бузилишиға боғлиқ. Шунингдек, жароҳатнинг очилиб қолиш даражаси тўқиманинг шикастланиш характериға ҳам боғлиқ. Юздаги Лангер чизиқларига нисбатан кўндаланг жойлашган жароҳатларнинг очилиб қолиши бу чизиқларға параллел жойлашган жароҳатларға қараганда катта бўлади.

### **Жароҳатларнинг таснифи**

Жароҳатлар келиб чиқиши ва хусусиятларига қараб турли-туман бўлади.

Қўлланилган қурол ёки жароҳатловчи агентнинг тўқималарни шикастлантирувчи хусусиятиға қараб жароҳатларнинг куйидаги турлари фарқланади:

- 1) ўқ отувчи қуроллардан жароҳатланиш;
- 2) тиф жароҳати (тиф санчишдан ҳосил бўлган);
- 3) тилинган жароҳатлар;
- 4) титилган жароҳатлар;
- 5) лат еган жароҳатлар;
- 6) мажақланган жароҳатлар;
- 7) юлинган жароҳатлар;
- 8) тирналган жароҳатлар;
- 9) шилинган жароҳатлар;
- 10) тишланган-чақилган жароҳатлар;
- 11) захарланган жароҳатлар;
- 12) аралаш жароҳатлар.

Ҳар қандай жароҳатнинг ўзига хос томонлари бўлиб, ёрдам кўрсатиш вақтида буни ҳисобга олиш керак. Масалан, тиғ санчишдан ва ўқотар қуроллардан олинган жароҳатдан қон кам оқади. Уларнинг чуқурлиги ва йўналишини кўз билан аниқлаш қийин, уларда, кўпинча, ички органларнинг ҳам шикастланишлари бўлади. Ўтмас предметлар билан етказилган тиғ жароҳатлари ўзига хос шаклларга эга бўлади. Масалан, ёғоч калтак ёки ёмғир соябонининг учи билан берилган зарбадан ҳосил бўлган жароҳатлар. Кесилган ва тўғралган жароҳатларда кўпроқ юзаларнинг дефектланиши ва қоннинг ташқарига кучли оқиши характерлидир. Лат ейишдан, мажақланиш ва юлиниш жароҳатларидан қон оқиши камроқ бўлиб, улар кучли оғриқ чақиради ва кўпинча, инфекцияланади, уларда қон айланишининг бузилиши нисбатан кўпроқ учрайди ва маҳаллий некрозларни келтириб чиқаради.

Шилинган жароҳатларнинг оғриғи кучли бўлади, лекин жароҳатлар ичида энг тез битадигани ҳисобланади. Тишланган жароҳатлар оғриқли бўлиб, кўпинча, йиринглаб кетади. Тишланган жароҳатларнинг энг оғир асоратларидан бири қутуриш касаллигидир. Қутуриш касаллигининг вирусидан касал ҳайвоннинг сўлаги билан ажралиб, у орқали тишлаш вақтида жароҳатга тушади. Каламуш, сичқон ва мушуклар тишлаб олса, «каламуш касаллиги» ривожланиши мумкин.

Илон ва чаёнлар чақиши натижасида заҳарланган жароҳатлар келиб чиқади. Шунингдек, жароҳатга жанговар ва бошқа кимёвий бирикмалар тушганда ҳам ҳосил бўлади. Авваллари аралаш жароҳатлар дейилганда, тананинг маълум қисмидаги турли кўринишдаги жароҳатлар тушунилар эди. Ҳозирги вақтда эса аралаш жароҳатлар дейилганда, жанговар заҳарловчи модда ёки радиациянинг таъсири мавжуд бўлган жароҳат тушунилади. Уларни аниқлашда махсус ном – жанговар заҳарловчи моддалар (ЖЗМ) билан заҳарланган жароҳатлар атамаси ишлатилади.

Ўқ отувчи қуроллардан ҳосил бўладиган жароҳатлар – ўқдан ва снаряд парчасидан келиб чиққан жароҳатларга бўлинади. Ўқотар қуролларнинг ўзига хос таъсири натижасида ундан ҳосил бўлган жароҳатлар бошқаларидан фарқ қилади:

- а) жароҳат каналининг чуқурлиги;
- б) тўқималар ўзгаришидаги анатомик нисбатнинг мураккаблиги;

в) тўқималар шикастланишидаги ўзига хос зоналарнинг мавжудлиги. Бирламчи жароҳат канали, у детрит тўқималари ва ёт моддалар билан тўлган бўлади, тўқималарнинг бирламчи травматик некроз ёки бирламчи контузия зонаси ва тўқималарнинг молекуляр чайқалиш зонаси ёки иккиламчи травматик некроз;

г) жароҳатланиш вақтидаги (бирламчи инфекция) ёки эвакуация босқичларидаги (иккиламчи инфекция) биринчи ёрдамнинг кечикиб кўрсатилиши ва жароҳатнинг бирламчи жароҳлик ишловининг кечикиши натижасида ифлосланишнинг юқори даражада бўлиши.

Ўқотар қуроллардан жароҳатланишда тўқималарнинг жароҳатланиш даражаси, асосан, ўқнинг ёки парчанинг кинетик энергиясига ва уларнинг бошланғич тезлигига боғлиқ бўлади. Тўқималарга бошланғич тезлиги кичик бўлган ўқнинг таъсирида ҳосил бўладиган жароҳатнинг механизми пичоқдан ва бошқа кескир предметлардан жароҳат ҳосил бўлиш механизмига яқин. Тезлиги катта бўлган ўқлар билан жароҳатланишда (ҳозирги замон жанговар ўқлари тезлиги 700–900 м/сек, шарчали ва чўзинчоқ ўқлар – 1000 м/сек дан юқори, снаряд парчалари – 1500–4000 м/сек) қуролнинг сифат жиҳатидан янги хусусиятлари намоён бўлиб, у тўқималарнинг кенгроқ ва оғирроқ жароҳатланишларини келтириб чиқаради. Ўқнинг тезлиги 600 м/сек дан юқори бўлса, энг муҳим аҳамиятни кинетик энергиянинг тўқималарга ўтказиш тезлиги касб этади, бундан паст тезликларда унинг аҳамияти унча юқори бўлмайди.

Катта тезликда учиб келаётган ўқ ва снаряд парчалари танага кираётганда атрофидаги тўқималарга энергиянинг тезланиш кўринишида узатади ва ўз навбатида, бу тўқималарни жароҳат каналидан чеккагача ва унинг марказига қараб нотекис ҳаракатланишга мажбур қилади. Бу эса «пульсацияланувчи бўшлиқ» шаклланишига олиб келади. Бўшлиқнинг кенгайиши вақтида ҳосил бўладиган манфий босим, жароҳат каналига ўқнинг кирган ва чиқиб кетган тешикларидан патоген микробларнинг сўрилиб киришига сабабчи бўлади. Вақтинчалик бўшлиқнинг пульсацияси тўқималар ва органларнинг нотекис эзилишини, узилишини ва қатламларга ажралишини юзага келтиради. Тўқималар некрози, асосан, мускул тўқималарида ҳатто жароҳат каналидан анча масофада бўлса ҳам, инфекция ривожланиши учун қулай шароитлар яратиб беради ва бу каби яраланишларнинг клиник кечиши шу сабаб билан тушунтирилади.

Ҳозирги вақтга келиб ўқотар қуроллар ўқининг калибри 5,6 мм гача кичрайтирилган (авваллари ҳамма жойда 7,6 мм қабул қилинган), бу билан ўқнинг бирламчи тезлиги ортган ва унинг жароҳатлаш зонаси ҳам кенгайган. Шунга ўхшаш шикастланишларни шарчали, тешиб ўтувчи ва пластик бомба ва снарядларнинг парчалари ҳам (улар ҳозирги замон ҳарбий қисмлари томонидан ҳарбий ҳаракатлар вақтида қўлланилади) чақира олади.

Келиб чиқиш сабабларига кўра, жароҳатлар операцион ва тасодифий жароҳатларга бўлинади. Шикастланишнинг чуқурлигига қараб жароҳатлар юзаки, тешиб ўтувчи ва ички аъзоларни шикастловчи жароҳатларга бўлинади. Масалан, тери жароҳати, тери ости тўқималари ва ҳатто қорин мускулларининг жароҳатлари ҳам юзаки жароҳатларга киради. Агар қорин пардаси шикастланган бўлса, жароҳат чуқур ўтувчи жароҳатлар қаторига киритилади. Айни вақтда жигар ва ичакларнинг шикастланишлари билан кечадиган жароҳатлар аъзоларнинг шикастланиши билан асоратланган жароҳатлар қаторига киритилади. Жароҳат тананинг қайси қисмида бўлишига қараб, юз, бош, бўйин, қўл жароҳатларига бўлинади.

Инфекцияланиш даражасига кўра, асептик ва инфекция билан ифлосланган жароҳатлар бўлади. Режали операциялардан ёки бирламчи жарроҳлик ишловидан кейинги жароҳатлар асептик жароҳатлар ҳисобланади. Ўткир ва нисбатан тоза предметлар воситасида юзага келган, кесилган ва қиймаланган жароҳатлар асептик жароҳатларга яқин бўлади. Қолган ҳамма жароҳатлар инфекциялар билан ифлосланган деб баҳоланади, чунки жароҳатланиш вақтида терининг ўзида ҳам, жароҳатловчи предмет воситаларида ҳам микроорганизмлар бўлади.

Жароҳатлар янги ва кечиккан турларга бўлинади. Агар шикастланган киши жароҳат олгандан кейин 24 соатдан кечикмай тиббий ёрдамга мурожаат қилса, жароҳат янги ҳисобланади. Бу ҳолда жароҳатнинг қирғоқлари ва асосини жарроҳлик йўли билан тозалаб, жароҳат инфекциясини тўхтатиш мумкин. Шу йўл билан инфекция тушган жароҳатни асептик жароҳатга айлантириш мумкин. Агар шикастланган киши 24 соатдан кечикиб мурожаат қилса, микроорганизмлар тўқималарнинг анча чуқур қаватларига ўтиб олади ва бундай жароҳатлар кечиккан жароҳатлар сирасига киритилади.

## Жароҳатларнинг битиш фазалари

Жароҳатланиш вақтида кўплаб ҳужайралар ўлади, қон ва лимфа томирларининг бутунлиги бузилади. Ҳамма фавқулодда олинган жароҳатлар инфекциялар билан ифлосланади, ҳатто асептик операциялар вақтидаги жароҳатларга ҳам бир оз миқдорда микроорганизмлар тушади. Агар тўқималар ҳужайра элементларининг ҳимоя жараёнлари етарли бўлса, бу инфекциялар тезда барҳам топади ва жароҳат бирламчи битиш билан тузалади.

Жароҳатга тушган инфекция, ўлган тўқима ва микроблардан ажралиб чиққан токсинларнинг механик қитиқланиши натижасида жароҳат атрофида яллиғланиш жараёни ривожланади.

Жароҳатнинг битиш жараёнида, ҳамма бошқа яллиғланишлардаги каби, икки фаза ёки икки давр кузатилиб, улар инфекция тушган ва йиринглаган жароҳатларда анча яққол ифодаланади. Бирламчи битиш билан тузалаётган жароҳатларда бу даврларни фарқлаш анча мушкул.

Биринчи фазада ўткир яллиғланиш кўринишлари устунлик қилади.

Гиперэмия, қон томирларининг кенгайиши ва улар деворларининг ўтказувчанлигининг ортиши, лейкоцитлар эксудацияси ва миграцияси бўлиши мумкин. Бундан ташқари, атрофдаги қон томирларда стаз ва тромбоз жараёнлар, лимфа томирларида лимфа ҳаракатининг сусайиши ва тўхтаб қолиши, яллиғланиши, шикастланган тўқималардаги дегенератив ўзгаришлар кузатилади.

Жароҳатларнинг битишидаги биринчи фаза гидротация фазаси дейилади, чунки жароҳат атрофидаги тўқималар суюқлик билан тўйинган, жароҳатдан суюқлик ажралиб туради. Бу фазада оғриқ ва ҳароратнинг кўтарилиши, жароҳат соҳасида инфилтрат ва шишнинг бўлиши, ҳар хил кўринишдаги функцияларнинг бузилиши кузатилади.

Иккинчи фаза регенерация фазасида тикланиш жараёнлари устунлик қилиб, тўқималар эксудацияси камаяди, шунинг учун ҳам бу фазани дегидратация фазаси деб аташади. Жароҳатда регенератив жараёнлар устунлиги кузатилиб, дефектлар ёш бириктирувчи тўқима ҳужайралари билан тўла бошлайди ва чандиқ ҳосил бўлиши бошланади.

Дегидратация фазаси бошланиши билан оғриқ, ҳарорат, шиш ва инфилтрат аста-секин камаяди, шунингдек, бузилган функциялар



нормага қайтади. Жароҳат тозаланиб, унда грануляция тўқимаси пайдо бўлади ва эпителийланиш белгилари юзага келади, некротик тўқималар қолдиқлари йўқолади, жароҳатдан ажралиб турадиган суюқлик миқдори, жароҳатдаги микроорганизмлар сони сезиларли камаяди.

Жароҳатнинг битиш жараёнини иккита алоҳида фазага бўлиш жароҳатланган кишининг тузалиш ҳолатини яхшироқ тушунишга ёрдам беради. Аммо амалиётда бу икки фаза бир-биридан аниқ ажралиб турмайди. Кўп ҳолларда, айни бир пайтда ҳам биринчи, ҳам иккинчи фазага тегишли ҳолатларни, яъни некротик тўқималарнинг ажралиши, йиринглаш ва тўқималар регенерациясини кузатиш мумкин.

### **Жароҳатларнинг битиш турлари**

Жароҳатнинг битиши – бу регенератив (тикланиш) жараён бўлиб, организмнинг шикастланишига нисбатан биологик ва физиологик таъсирланишни (реакциясини) акс эттиради.

Ҳамма тўқималарнинг регенерацияланиш қобилияти бир хилда эмас. Тўқима қанча юқори дифференциацияланган бўлса, у шунчалик секин тикланади. Марказий асаб тизимининг энг юқори дифференциацияланган ҳужайраларининг амалда умуман регенерацияланиш қобилияти йўқ. Периферик нервлар секин, лекин охиrqоқбатда нейрон аксонининг марказдан периферияга қараб ўсиши ҳисобига регенерацияланади. Эпителий, бириктирувчи тўқима элементлари – мускул пардаси, пайлар, суяклар, шунингдек, силлик мускуллар яхши регенерацияланади. Кўндаланг – тарғил мускуллар ва паренхима аъзоларининг регенерацияланиш қобилияти жуда суст. Улардаги шикастланишлар, кўпинча, бириктирувчи тўқима чандиқлари ҳисобига битади.

Жароҳатларнинг битишига маҳаллий ва умумий омиллар тўсқинлик қилиши мумкин. Агар йирик қон томирлари, нерв толалари жароҳатланган ва жароҳатларда ғайритабиий моддалар, некротик тўқима, суяк секвестрлари, вируслар ва микроорганизмлар мавжуд бўлса, уларнинг битиши ёмон кечади. Жароҳатларнинг битишига беморнинг умумий ҳолати – қўшимча касалликлар (гиповитаминоз, сурункали яллиғланиш касалликлари, қандли диабет, юрак ва бўйрак етишмовчиликлари, шунингдек, организмнинг иммун тизимидаги бузилишлар) салбий таъсир кўрсатади.

Жароҳатларнинг бирламчи ва иккиламчи битиши фарқланади. Агар жароҳатнинг чеккалари текис, яшовчан ва бир-бирига зич бўлса, жароҳатда бўшлиқ ҳосил бўлмаса, ичига қон қуйилмаса, ғайритабиий моддалар, некроз ўчоқлари ва инфекциялар бўлмаса, бирламчи битиш юзага келади. Асептик операциялар, жароҳатнинг тўлақонли жарроҳлик ишловидан кейин, баъзан бошқа жароҳатларда бирламчи битиш кузатилади. Бундай жароҳатлар тез (5–8 кун давомида) битиб, текис ва кам сезиладиган чандиқлар ҳосил қилади.

Янги чандиқ юмшоқ, текис ва пушти рангда бўлади. Вақт ўтиши билан янги ҳосил бўлган капиллярлар йўқолади, чандиқ катталашади, анча-қаттиқ ва маҳкам ҳолатга келади. Агар чандиқнинг йўналиши теридаги Лангер чизиқлари йўналишига мос тушса, аста-секин чандиқ кам сезиларли кўринишга ўтади.

Бирламчи битишнинг бир ва бир нечта шарт-шароитлари бўлмаган тақдирда иккиламчи битиш юзага келади. Жароҳат чеккаларининг яшовчан эмаслиги, чеккалари бир-бирига ёпишмаган жароҳатнинг катта бўшлиғи бўлиши ва унга қон қуйилиши, некроз ўчоғи, ғайритабиий моддалар ва йирингли инфекциялар бунинг сабабчисидир. Шунингдек, иккиламчи битишнинг умумий омилларга боғлиқлиги: кахексия, гипо ёки авитаминоз, модда алмашилишининг бузилишлари ёки юқумли касалликлар – ангина, грипп ва бошқаларнинг мавжудлиги.

Иккиламчи битишга жароҳатнинг йиринглаши ва ундан кейин грануляция тўқимасининг ҳосил бўлиши хосдир. Йиринг оқсилга бой бўлган яллиғланиш экссудати бўлиб, унда ҳужайра элементлари, асосан, нейтрофил лейкоцитлар ва катта микдордаги турли бактериялар, шунингдек, парчаланган ҳужайраларнинг қолдиқлари мавжуд бўлади. Йирингнинг кўриниши, ранги ва ҳиди микрофлора характериға боғлиқдир.

Грануляция тўқимаси аста-секин ривожланади. Жароҳатланишдан кейин, тез фурсатда жароҳатнинг юзаси юпқа қаватли ивиган қон билан қопланади. Бу қават жароҳат экссудати билан биргаликда фибринозли бактериоцид ҳимоя пардасини ҳосил қилади. Агар жароҳатда инфекция ривожланса, унинг чеккаларида ва асосида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади (шиш, ҳарорат, гиперемия ва оғриқ). Жароҳат ёпишқоқ йирингли ажралма билан қопланади. Яллиғланишнинг ривожланиши тўқималар ҳимоя даражасидан, организмнинг реактивлиги ва инфекциянинг вирулентлигидан келиб

чиқади. Одатда, 48 соатдан кейин жароҳатнинг айрим ерларида майда бўртиқлар – грануляциялар пайдо бўлади. Уларнинг сони аста-секин ортади ва оқибатда, жароҳатнинг бутун юзасини қоплаб олади. Айни вақтда, капилляр қон томирларининг кўплаб ўсиши амалга ошади. Грануляция ўсиши билан жароҳат аста-секин некроз ўчоқларидан тозаланади, унинг чеккаларидан бошлаб ёки айрим оролчалар кўринишида, жароҳат юзасида эпителий ўсиши кузатилади. Кейинчалик грануляция тўқимаси чандикқа (фиброз ва бириктирувчи тўқима элементларидан ташкил топган) айланади.

Грануляция тўқимаси чуқур ётган тўқималарни беркитиб ва уларни инфекция тушишидан ҳимоялаб, жароҳатнинг битишида муҳим аҳамият касб этади. Жароҳатдан ажраладиган суюқлик бактериоцидлик хусусиятига эга. Шикастланганда грануляция тўқимаси қонталашиб қолади ва инфекция чуқур ётган тўқималарга ўтиб кетиши мумкин. Шунинг учун ҳам грануляцияланган жароҳатларни боғлашда уни механик ёки кимёвий шикастлаб қўйишдан эҳтиёт бўлиш ва жароҳатларни боғлашни иложи борича камроқ бажариш керак.

Кичик ва юзаки жароҳатлар – шилинган, тирналган, шунингдек, куйишлар ивиган қон ва лимфадан ҳосил бўладиган пўстлоқ остида битади. Тахминан 5 суткалардан кейин пўстлоқ остида эпителий-ланиш ва жароҳатнинг битиши тугалланиб, қорақўтир тушиб кетади.

### **Жароҳат инфекцияси**

Жароҳат инфекцияси – жароҳатга микробларнинг кириб бориши, организм тўқималарига тушган микроорганизмларнинг ва улар токсинларининг тарқалиб, таъсир этиш натижасидир. Тоза жароҳатга кўпайиш хусусияти бор бўлган патоген бактериялар ва захарли моддалар тушиб, уни ифлосласа (организм реакцияси бўлмаганда), бактериал ифлосланиш юзага келади.

Агар микробларнинг тушишига организм реакциясининг сезиларли белгилари пайдо бўлса, бу нарса бактериал ифлосланишни аниқ ифодаланган бактериал инфекцияга ўтганлигини кўрсатади. Бу жараён, бир томондан, микроорганизмлар ҳимоя реакцияларининг ҳолатига, иккинчи томондан, жароҳатга кириб борган инфекция кўзгатувчисининг миқдори ва вирулентлигига боғлиқ.

Шу нуқтаи назардан жароҳатлар асептик, бактериал-ифлосланган, инфекцияланган ва йирингли турларга бўлинади. Шартли равишда, асептик жароҳатлар дейилганда, режали стерил шароитларда ўтказилган тоза операцияларда олинган жароҳатлар тушунилиб, улар кўп ҳолларда бирламчи битиш билан тузалади.

Бошқа ҳамма жароҳатларга пайдо бўлиш вақтидан бошлаб микроорганизмлар тушади, демак, улар микробли ёки бактериал ифлосланган ҳисобланади. Бирламчи микроблар билан ифлосланиш жароҳатланиш вақтида юзага келса, иккиламчиси даволаш жараёнида, яъни шифохона ичидаги инфекцияланиш натижасида юзага келади.

Асептика қоидаларининг бирламчи ёрдам кўрсатиш вақтида ва шикастланган кишини даволаш давомида бузилиши иккиламчи инфекциянинг тушишига сабаб бўлади.

Жароҳатга ўз вақтида бирламчи жарроҳлик ишлови бериш, бунда ҳамма инфекцияланган некротик тўқималарни олиб ташлаш ва унга антисептиклар билан ишлов бериш бирламчи инфекциянинг профилактикаси ҳисобланади. Касални даволаш давомида асептиканинг ҳамма қоидаларига қатъий амал қилиш иккиламчи инфекциянинг тушишига йўл қўймайди.

### **Жароҳатларни даволаш**

Жароҳатларни даволашдан мақсад аъзо ва тўқималарнинг бирламчи шакли ва функцияларини ҳеч қандай асоратларга йўл қўймаган ҳолда тиклашдан иборатдир. Жароҳатларни даволаш биология, жарроҳлик, биофизика ва тиббиёт техникасининг ҳозирги замондаги эришган ютуқ ва усулларини қўллаб амалга оширилади.

Асептик, инфекцияланган ва йирингли жароҳатларни даволашнинг усуллари (тактикаси) турлича. Даволашнинг усулини танлашда шикастланган кишининг ёрдамга қанчалик ўз вақтида мурожаат қилиши, жароҳатнинг тури, унга тушган микроорганизмларнинг вирулентлиги ва бошқа шу каби омиллар инобатга олинади. Жароҳатларни даволашда жарроҳлик усуллари ва боғлашлар, маҳаллий ва умумий дори-дармонлар қўллаш, физиотерапия, даволаш бадантарбияси ва бошқалардан фойдаланилади.

Операция жароҳатлари махсус даволашга муҳтож эмас. Стерил муҳитда ўтказилган операция жароҳатлари амалда стерил бўлади. Операция яқунлангач, операция яраси стерил тикиш материаллари

билан тикилиб, 0,5 % ли хлоргексидин эритмаси ёки бошқа антисептиклар билан артилади ва стерил дока боғлами билан ёпилади (бу дока куруқ ёки спирт билан намланган бўлиши мумкин). Дока боғлами ўрнига антисептик аэрозоллардан фойдаланиш мумкин, бунда аэрозол ярага ва унинг атрофига сепилиб, уни намлайди. Аэрозол қотгач, юпқа тиниқ парда ҳосил бўлади ва у жароҳатни етарли даражада ишончли ҳимоя қилади, айна пайтда жароҳат даволаш давомида унинг ҳолатини кузатиб туриш имкониятини беради.

Операция жароҳатининг боғламини тикилган иплар олингунга қадар алмаштирмаслик керак. Агар қон кетиши, жароҳат инфекцияси каби асоратлар келиб чиқса, боғламни муддатидан олдин алмаштириш мумкин.

Шикастланган кишиларга касалхоналарнинг травматология бўлимларида махсус тиббий ёрдам кўрсатилади.

Кутилмаганда олинган жароҳатларнинг ҳаммаси у ёки бу даражада инфекцияланган бўлади. Биринчи ёрдамнинг вазифаси жароҳатга иккиламчи инфекция тушмаслигига қаратилган бўлиши керак. Шунинг учун биринчи ёрдам вақтида жароҳатларга қўл теккизиш ёки унга зонд юбориш мумкин эмас. Жароҳат атрофидаги терини спирт, эфир, бензин билан артиш (бунда, албатта, артиш йўналиши жароҳат томондан периферияга (ташқарига) бўлиши керак) лозим. Иложи бўлса, жароҳат атрофи антисептик препаратлар билан артилади. Агар жароҳатда ғайритабиий моддалар ёки кенг йиртиқлар бўлса, уларни стерил дока, салфетка ёки асбоблар ёрдамида олиб ташлашга рухсат этилади, жароҳатни ювишга рухсат этилмайди. Шундан кейин жароҳат боғланади, иложи бўлса, стерил материал ишлатиш керак. Агар кучли қон кетса, жгут қўйилади, бошқа ҳолларда, қон оқиши сиқиб боғлаш йўли билан тўхтатилади. Боғламларни фиксациялаш учун лейкопластир, ёпишувчи воситалардан ёки тўрсимон, найсимон бинтлардан фойдаланилади.

Бирламчи ва иккиламчи жарроҳлик ишловлари фарқланади. Жароҳатнинг бирламчи жарроҳлик ишлови деганда касалнинг жароҳатини биринчи марта жарроҳлик ишловидан ўтказиш тушунилади. Бу ишлов бирламчи кўрсаткичлар бўйича жароҳатнинг характерини ҳисобга олиб, жароҳат инфекцияланишини профилактика қилиш мақсадида ўтказилади. Жароҳатланиш билан уни бирламчи жарроҳлик ишловидан ўтказиш ўртасидаги муддат

имконияти борича минимумгача қисқартирилиши керак. Ҳозирги вақтда, зарурат юзасидан, жароҳатни бирламчи жарроҳлик ишловидан ўтказиш жароҳатланишдан 24 соатгача бўлган муддатда амалга оширилади. Оғриқсизлантирилгач, ўткир скальпел ёрдамида жароҳатнинг чеккалари, деворлари ва асоси тирик тўқималар чегарасида кесиб ташланади, имкони борича, ҳамма шикастланган, ифлосланган тўқималар олиб ташланади. Олиб ташланадиган тўқималарнинг қалинлиги 0,5 см дан 2 см гача бўлиши мумкин. Шунингдек, ғайритабиий моддалар, кийим йиртиқлари, эркин ётган суяк бўлаклари, ивиб қолган қон лахталари ҳам олиб ташланади. Жароҳат ифлосланган тўқималардан тозалангач, қон тўхтатилади ва жароҳат қаватма-қават тикилади.

Бирламчи жарроҳлик ишловидан кейинги тикишлар бирламчи тикиш дейилади. Баъзан бирламчи жарроҳлик ишловидан кейин ситуацион тикишлар (ёрдамчи тикишлар) қўйилади.

Айрим ҳолларда, бирламчи тикишлар қўйилишига зид ҳолатлар (инфекция хавфи) бўлса, жароҳат чеккалари тозалангач, бирламчи кечиктирилган тикишлар қўлланилади. Бунда жароҳат тикилади, лекин иплар бир неча кун давомида (2-4 сутка), яъни ўткир жарроҳлик инфекцияси хавфи ўтгунча тугилмайди. Бу муддат ўтгач, иплар тортилиб, жароҳат тикилади. Бундай усуллар кўпроқ ҳарбий-дала жарроҳлигида ўқотар қуроллардан яраланишда қўлланилади.

Вақт омилига боғлиқ жароҳатларда жарроҳлик ишловининг эрта, муддати узайтирилган ва кечиккан турлари фарқланади.

Жароҳатларнинг эрта жарроҳлик ишлови дастлабки 24 соат ичида ўтказилади. Агар у жароҳатланишдан кейинги 6-12 соат ичида амалга оширилса, оқибати яхши бўлади. Баъзан жароҳатларнинг жарроҳлик ишлови антибиотиклар билан даволаш остида, жароҳатланишнинг иккинчи суткасида ўтказилади. Бундай жарроҳлик ишлови муддати узайтирилган ишлов дейилади.

Агар жарроҳлик ишлови антибиотиклар билан даволанмаган жароҳатда иккинчи суткада ёки антибиотиклар билан даволанганда учинчи суткада ўтказилса, бундай жарроҳлик ишлови кечиктирилган жарроҳлик ишлови дейилади. Жароҳат инфекцияси учун жарроҳлик ишлови асос бўлмайди, фақат операция тактикаси ўзгаради. Жароҳатга кечиктириб жарроҳлик ишловини бериш ҳар доим жароҳат инфекцияси ва асоратларининг ривожланиши билан боғлиқ бўлади.

Иккиламчи жарроҳлик қайта ишлови жароҳат инфекцияси бўлганда амалга оширилади. Айрим ҳолларда жароҳат инфекцияси сабабли иккиламчи қайта жарроҳлик ишловини ўтказишга тўғри келади. Одатда, бундай ҳолатларда йиринглаш ўчоғи очилади, контрактура кесилиб, жароҳатга дренаж қўйилади. Касалхонага кеч келтирилган беморда иккиламчи жарроҳлик ишлови сон жиҳатидан биринчи жарроҳлик муолажаси бўлиши мумкин.

Йиринглаган жароҳатларни даволаш жароҳатда кечаётган жараённинг фазасини ҳисобга олиб амалга оширилади. Жароҳат жараёнининг биринчи фазасида ҳамма маҳаллий муолажалар йирингнинг ташқарига чиқиши ва жароҳатнинг йиринг ва некротик тўқималардан тозаланишига қаратилган бўлиши керак. Жароҳат жараёнининг иккинчи фазасида грануляция тўқимаси шикастланишининг олдини олиш мақсадида антисептик препаратлардан фақат малҳам дори (мазь) қўлланилиши керак.

### **ТЕРМИК ШИКАСТЛАНИШЛАР. КУЙИШЛАР**

Юқори ҳарорат таъсирида тўқималарнинг шикастланиши куйиш деб аталади. Термик куйишлар иссиқ суюқликлар, буғ, олов, қиздирилган металллар таъсирида келиб чиқиши мумкин. Тўқималар шикастланишининг оғирлиги ҳарорат даражасига, таъсирнинг давомийлигига ва шикастланиш майдонининг катта-кичиклигига боғлиқ бўлади.

Термик шикастланишлар шартли равишда енгил ва оғир куйишларга бўлинади. Тана юзасининг 10% дан кам бўлмаган қисмини эгаллаган куйишлар оғир куйишларга киради. Ёш болалар ва қарияларнинг куйиши, айниқса, хавфли бўлади.

Тўқималарнинг қайси қавати шикастланишига қараб куйишлар 1, 2, 3«а» ва 3«б», 4-даражаларга бўлинади.

1-даражали куйишда фақат терининг ташқи-эпителий қавати зарарланиб, уни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Беморда қизариш, шиш, куйган жойда эса қавариш ва маҳаллий қизариш кузатилади.

2-даражали куйиш терининг анча интенсив қизариши ва эпителийнинг унча катта бўлмаган ичига оч сариқ рангли суюқлик тўлган пуфакчалар ҳосил бўлиши билан характерланади.

3«а»-даражадаги куйишда терининг энг чуқур – ўсувчи қаватидан ташқари, ҳамма қаватлари некрозга чалиниб ўлади,

таранг пуфакчалар ҳосил бўлиб, улар тўқ-сарик рангли шилимшиқ билан тўлади. Кўплаб пуфакчалар ёрилган бўлиб, улар асосида спирт ва нина таъсирига сезувчанлик пасайган бўлади.

3«б»-даражадаги куйишда чуқур некроз юзага келиб, бунда терининг ҳамма қаватлари шикастланади. Пуфакчалар қон аралаш суюқлик билан тўлган, ёрилган пуфакчаларнинг асослари хира, қурук, кўпинча, мрамар рангда бўлиб, спирт ва нина таъсирида оғрикни сезмайди.

4-даражадаги куйишда нафақат тери, балки унинг остидаги тўқималар – пай ва мушакларнинг ҳам шикастланиши кузатилади. Куйган юзада жигарранг қаттиқ қобик (қасмоқли, қорақўтирли) ҳосил бўлиб, ҳар хил таъсирловчиларни сезмайди. Шикастланишнинг чуқурлигини фақат бир неча кундан кейингина, бемор даволаш муассасасида бўлган вақтда аниқлаш мумкин.

Куйган юзанинг катта-кичиклиги куйишнинг биринчи соатларида асосий аҳамият касб этиб, у беморнинг умумий ҳолатини аниқлаб беради. Шунинг учун ҳам, тахминан бўлса-да, биринчи ёрдам кўрсатиш вақтида уни аниқлаш керак. Одам танасининг умумий майдони унинг бўйи узунлиги бўйича ҳисобланади. Қадди-комати ва ориқ-семизлиги ҳисобга олинмайди.

Куйиш майдонини ҳисоблаш учун, аввало, шикастланувчининг тана майдони аниқланади, яъни бўйи узунлигига (см да) иккита ноль қўшилади. Масалан: 170 см бўйга эга бўлган кишининг тана юзаси 17000 кв см, 182 см бўйга эга кишининг тана юзаси 18200 кв см.

Куйган юзанинг процентлардаги миқдорини тезроқ аниқлаш учун «кафт» қоидасидан фойдаланиш мумкин. Куйган юза проекциясига нечта кафт жойлашишига қараб, беморнинг шунча фоиз тери юзаси куйган ҳисобланади. Бунда бир «кафт» юзаси тананинг 1,2 % ни ташкил қилишидан келиб чиқилади. Ҳисобнинг тез ва осон бўлиши учун фоизнинг ўндан бир қисмларини эътиборга олмаса ҳам бўлади. Масалан: куйган жой ўнта кафт юзасига тўғри келса, демак тананинг куйган юзаси 10–12% ни ташкил этади.

Агар тананинг маълум қисмларида тўлиқ куйиш кузатилса, «Тўққизлик қоидаси» ёки Тенисон-Руслак усулини қўллаш мумкин. Бунда бош ва бўйин, ҳар иккала қўл алоҳида тана юзасининг 9 % ни ташкил этади, тананинг олдинги, орқа юзалари, ҳар бир оёқ алоҳида – 18 %, чот ораси ва унинг органлари – 1% ни ташкил этиши кўрсатилган. Масалан: агар бир қўл ва тананинг олдинги қисми



тўлиқ куйган бўлса, унда куйиш  $9\% + 18\% = 27\%$  бўлади. Агар куйишнинг умумий юзаси  $10\%$  дан кўп бўлса, беморда куйиш касаллиги ривожланиши мумкин.

Куйиш касаллиги – бу клиник синдром бўлиб, оғир куйиш натижасида юзага келади.

Куйиш касаллигининг куйидаги давлари фарқланади:

1) куйиш шоки кенг ва чуқур куйиш натижасида (агар 2-даражали куйиш бўлса,  $20\%$  ва ундан кўп юза, 3-даражали куйишда  $10\%$  ва ундан кўп юза эгалланган бўлади) юзага келади. Куйиш шоки шикастланган тўқималардан организмнинг жуда кучли таъсирловчига жавоб реакцияси сифатида юзага келади. Кўп ҳолларда, у биринчи икки сутка давомида кузатилади ва фазалар билан кечади. Куйишдаги шокнинг эректил ва торпид фазалари кузатилади. Травматик шок симптомларидан ташқари куйидагилар ҳам характерлидир: плазма йўқотиш, гипопроотеинэмия, қоннинг қуюқлашуви, қон айланишидаги умумий қон миқдорининг камайиши, баъзан анурия ҳолатигача олиб борувчи олигурия;

2) куйишнинг ўткир токсемияси. Куйиш касаллигининг учинчи кундан бошлаб унинг клиникасида интоксикация синдромлари устунлик қила бошлайди, бу куйиш токсемияси бўлиб, у куйган тўқималардаги токсик маҳсулотларнинг қонга сўрилиши натижасида юзага келади. Унинг ўзига хос белгилари – тана ҳароратининг кескин равишда  $38\text{--}41$  даражагача кўтарилиши, тахикардия – юрак уриши  $1$  мин.  $110\text{--}130$  тагача, полидипсия, иштаҳанинг пасайиши, асабийлашиш (талвасагача тушиш, безовталаниш, уйқунинг бузилиши), кўнгил айниши ва қусиш кузатилади.

Куйиш касаллигининг оғир ҳолатларида  $12\text{--}15$  кундан бошлаб унинг  $3$  даври ривожлана бошлайди;

3) септикотоксемия. Куйган жароҳатларда йиринглаш ривожлана бориши натижасида беморда бактеремия ва септицемия симптомлари пайдо бўла бошлайди. Юқори ҳарорат, оғир умумий ҳолат, ҳар хил асоратлар кўпинча, зотилжам (пневмония) ривожланади;

4) куйишдан ҳолсизланиш. Узоқ муддатли интоксикация, бактеремия ва септицемия натижасида куйишдан ҳолсизланиш даври бошланади. Клиникаси: грануляциялар рангсизланиб қолади, кейинчалик уларда некроз келиб чиқади, жароҳатлар чуқурлашиб боради, битган жароҳатлар эса яна очилиб кетади. Некрозланган тўқималар чириб парчалана бошлайди. Беморнинг умумий ҳолати

кескин ёмонлашади. Агар интенсив терапия воситалари қўлланил-маса, бемор ўлиб қолиши ҳам мумкин.

Реконвалесценция даври – соғайиш даври. Белгилари: куйиш жароҳатлари некротик тўқималардан тўлиқ тозаланади, чандиқланади, бемор ўзини анча яхши сеза бошлайди. Касалликнинг бу даври 3 ойдан 5 ойгача давом этиши мумкин.

### **Биринчи ёрдам**

Куйишда кўрсатиладиган ёрдам жуда тез амалга оширилиши керак. Ҳаммадан аввал, тезлик билан оловни ўчириш, шикастланган кишининг ёнаётган кийимларини йиртиб олиб ташлаш, унинг устига ниманидир ёпиш, чойшаб, жун рўмол, плаш ёрдамида ҳаво кирмайдиган қилиб оловни ўчириш, кейин тутаётган нарсаларни олиб ташлаш керак. Шикастланган одам замбилғалтакка ёки шитга ётқизилади. Агар терига куйган кийим қолдиқлари ёпишиб қолган бўлса, уларни теридан кўчириб олиш асло мумкин эмас. Жароҳатларни стерил бинт билан боғлаш (индивидуал боғлаш пакетчаси), агар у қўл остида бўлмаса, қалинроқ матони дазмоллаб ишлатиш мумкин. Тананинг кўп қисми куйганда шикастланган кишини стерил чойшабга ўраб қуйиш қулайроқ.

Агар ёнғин бинода содир бўлган бўлса, тезлик билан ҳамма зарар кўрган кишиларни тоза ҳавога олиб чиқиш керак. Оғиз ва бурун бўшлиқлари кул ва қурум билан зарарланган бўлса, уларни тезликда бармоққа ҳўл латга ўраб тозалаш лозим. Агар бемор ҳушини йўқотган бўлса, тили билан тикилиб қолмаслиги чоратадбирлари қўлланилиши керак. Бунинг учун унинг пастки жағини олдинга тортиб, бармоқлар билан тилини тортиб чиқариш ва уни илгак тугма билан ияк терисига маҳкамлаб қуйилади. Бу манипуляциядан қўрқиш керак эмас, чунки тери ва тилдаги жароҳатлар тезда битиб кетади, агар бемор ўз тили билан тикилиб қолса, унинг асоратлари жуда оғир бўлиши, ҳатто асфиксия натижасида ўлимга олиб келиши мумкин.

Агар куйган кишида қорин бўшлиғи органларининг жароҳатлари бўлмаса, у ҳушини йўқотмаган бўлса, кўп суюқлик ичиш тавсия қилинади. Кейин унинг вена томирига 1% ли 2 мл промедол, 50% ли 2 мл анальгин, 2 мл дроперидол, 1% ли 1 мл димедрол, агар бу дори-дармонлар бўлмаса, беморга 2 та анальгин ёки аспириин таблеткасидан, 1 та димедрол таблеткасидан, 20 томчи корвалолни

20 мл сувга томизиб ичириш (ёки валокардин, кардиамин, валерианка, волидол таблеткасини тил остига қўйиш) керак. Бу дори-дармонлар оғриқни сусайтириб, юрак фаолиятини қўллаб-қувватлаб туради.

Агар шароит мавжуд бўлиб, куйиш унчалик катта бўлмаса, куйган жойни сув ўтказгичнинг совуқ сувида босимли оқим остида 15 минут давомида ювиб туриш керак. Бу оғриқни қолдирувчи таъсир кўрсатади ва айна вақтда шокнинг олдини олади. Кейин куйган жароҳатлар стерилланган салфеткалар ёрдамида қуритилгач, куйган юзага қуруқ асептик боғлам қўйилади. Биринчи ёрдам кўрсатишда малҳам дорилар билан боғлаш қўлланилмайди.

Шундан кейин беморни тезликда куйганлар бўлимига ёки тез жарроҳлик ёрдами бўлимига олиб бориш керак.

Кимёвий куйишлар, кўпинча, кислота ва ишқорларнинг тўйинган эритмалари таъсирида келиб чиқади. Кимёвий куйишларда ҳам худди термик куйишилардаги каби куйишнинг оғирлиги унинг чуқурлигига ва қанча юзани эгаллашига қараб, шунингдек, таъсир этувчи кислота ёки ишқорнинг концентрациясига қараб баҳоланади. Баъзи кислоталарнинг терига таъсир этишида, тери юзасида ўзига хос рангдаги жароҳат ёки қасмоқ (қорақўтир) ҳосил бўлади: сульфат кислотасидан ҳосил бўлган кимёвий куйишда улар тўқ жигаррангда, хлорид кислотаси таъсирида кулранг-оқиш, нитрат кислотаси таъсирида эса оч жигаррангда бўлади. Кислоталарнинг тўйинган эритмалари коагуляцион некроз (қаттиқ, қуруқ қасмоқ) чақиради, тўйинган ишқор эритмалари эса колликвацион некроз (юмшоқ, намланган, чуқур қасмоқ) чақиради. Баъзан жароҳатлардан кимёвий бирикманинг ҳиди анқиб туради.

Бундай куйишларда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам куйишни чақирган агентни нейтраллашдан иборатдир. Бунинг учун кислоталар билан куйганда кучсиз ишқор эритмалари (натрийли бикарбонатнинг 2% эритмаси, сут), ишқорлар билан куйганда эса кучсиз кислота эритмалари (1% сирка ёки 2% ли бор кислотаси) дан фойдаланилади. Бундай воситалар бўлмаган тақдирда, кимёвий агентни зарарланган майдондан сувнинг оқими билан ювиб кетказиш мумкин. Шундан кейин асептик боғлам қўйилиб, оғриқсизлантирувчи воситалар қўлланилгач, бемор навбатчи жарроҳлик стационарига олиб борилади.

Сингувчи радиациядан куйиш комбинацияланган (биргаликдаги) шикастланишлар сирасига кириб, оммавий характерга эга

бўлади ва атом қуролининг қўлланилиши (атом бомбасининг портлаши натижаси)да рўй беради. Сингувчи радиация билан шикастланишда куйишнинг кечиши ва оқибати кескин ёмонлашади.

Атом портлаши вақтидаги иссиқдан шикастланишлар ҳам бирламчи кучли нур тарқалишидан, шунингдек, иккиламчи таъсирдан – рўй берадиган ёнғинлардан келиб чиқиши мумкин. Биринчи ҳолатда инфрақизил нурлар муҳим роль ўйнайди. Бу нурлар оловли шарда юзага келиб, тананинг ҳимояланмаган ва портлаш томонга қараб турган қисмларида (юзнинг бир томони, бўйиннинг бир томони, қўлнинг кийим билан ҳимояланмаган қисмларида) куйиш чақиради. Шунини ёдда тутиш керакки, оқ кийим бундай куйишлардан яхши ҳимоя қилади, чунки оқ кийим портлаш вақтидаги ўзидан нур тарқалишини яхши қайтаради. Бирламчи нур тарқалишининг давомийлиги секунднинг қисмларини ташкил этади. Шунинг учун ҳам, кўпинча, бу куйишлар чуқур бўлмайди.

Нурланиш касаллигидаги куйиш жараёнининг кечиши амалда оддий термик куйишлардан фарқ қилмайди. Лекин нурдан куйишда асоратлар (йиринглаш, сепсис, сарамасли яллиғланишлар) кўпроқ кузатилиб, шикастланиш жойи кейинчалик рангсиз, пўст ташлайдиган, атрофлари кучли бўялган (пигментланган) бўлади, кандилома пайдо бўлиши, гиперкератоз, хавфли ўсмалар келиб чиқиши мумкин.

Биринчи ёрдам кўрсатиш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилиши керак:

- 1) ёнаётган кийимларни ўчириш;
- 2) қон оқишини вақтинча тўхтатиш;
- 3) куйган жойга бирламчи стерил боғлам қўйиш;
- 4) шприц-тюбик ёрдамида махсус антидот воситаларини юбориш;
- 5) синишлар бўлса, синган қўл ёки оёқ имобилизацияланади;
- 6) шикастланган кишига противогаз кийдирилади;
- 7) агар қорин аъзолари жароҳатланмаган бўлса, 50 мл сув ичирилади;
- 8) шикастланган кишини даволаш муассасасига олиб борилади.

### **СОВУҚ ОЛИШИ ВА МУЗЛАШ**

Умумий совқотиш (музлаш) кам учрайди. Бу нарса узоқ муддат совуқ сувда қолиб кетиш, қиш вақтида жароҳат олиб, ҳаракат

қобилиятини йўқотиш, маст ҳолда қорда ухлаб қолиш натижасида учрайди. Умумий совқотиш натижасида мадорсизланиш, титраш, уйқу босиши, бош оғриши, сўлак оқиши, терлаш кузатилади. Тана ҳароратининг – 24 ва ундан пасайиши ўлимга олиб келади.

Тананинг умумий совқотишида учта босқич бир-биридан фарқ қилади.

1. Адинамик: тана ҳарорати 33–32<sup>0</sup>С гача пасайган, пульс ва ҳуши сақланган, уйқу босиши кузатилади, бемор мадори йўқлиги ва боши айланишидан шикоят қилади, фикрлаши секинлашган ва суст бўлади.

2. Ступор ҳолати: тана ҳарорати 30–27<sup>0</sup>С гача пасайган, пульс ва нафаслар сони камаяди, ҳуши сусаяди, нутқ бузилади, асосий ҳаёт функциялари тобора пасайиб боради.

3. Акашаклик: тана ҳарорати 27–25<sup>0</sup>С гача пасаяди, тери қопламаси рангсизланади, совийди, озроқ кўкаради, мускуллар қисқаради, оёқ-қўллар букилади, танага ёпишган ва кучли тортилган бўлади, пульс камайган, нафас олиш юзаки, кучсизланади, қорачик тораяди, ёруғликка сезувчанлиги ёмонлашади.

Совуқ уриши ўткир ва сурункали, умумий ва маҳаллий бўлиши мумкин. Намли муҳитда оёқ-қўлларнинг ўткир совуқ уришида (сувда) ҳарорат 0<sup>0</sup>С дан +15<sup>0</sup>С гача бўлса, тери рангсизланиб, бироз шишади, суюқлик билан тўлган пуфакчалар пайдо бўлади, тери қопламлари таранглигини йўқотади, титроқ кузатилади. Сурункали совуқ уришида, кузатилаётган беморнинг қўл ва оёқлари тез-тез ва узок муддат давомида нам ва совуқ муҳитда бўлса, панжа ва товонларнинг совуқни сезувчанлигининг ортиши, уларнинг шишиши, терлаши, уларда оғриқ пайдо бўлиши, увишиш, бармоқларнинг қизиб кетгандек туюлиши ва уларнинг тўлишиши, терининг қуруқлашаши, қаттиқлашиши, бўғимларнинг йўғонлашиши кузатилади.

### **Музлашда кўрсатиладиган кечиктириб бўлмайдиган ёрдамлар**

Жабрланган кишини тезликда иссиқ, ёпиқ бинога олиб кириш (масалан, автомобиль салонига), унинг музлаб қолган кийимларини ечиш, иссиқ одеял билан ёпиш; венасига 45<sup>0</sup>С гача иситилган 5% ли 500 мл глюкоза эритмасини 8 бирлик инсулин билан юбориш лозим. Ҳўлланган кислород билан нафас олдириш, 0,05% ли 0,5 мл

строфантин, кардиамин инъекция қилиш керак. Иложи борича, тезроқ беморни жарроҳлик стационарига эвакуация қилиш керак.

Организмнинг кучли совқотишидан, баъзан қон айланишининг тикланмайдиган бузилишлари (узоқ муддатли спазм ва қон томирларининг беркилиб қолиши), модда алмашилишларининг бузилишлари (тўқималар озиқланишининг бузилишлари ва натижада уларнинг жонсизланиши) юзага келади. Тўқималар жонсизланишининг чуқурлиги ва кўлами совуқ таъсирининг давомийлигига, даражасига ва бошқа ноқулай омилларга боғлиқ (шамол, намлик, юпун юриш, оч қолиш, алкогольли захарланиш ва бошқалар) бўлади.

Қайтмас жараёнларнинг асосий сабаби кенг тарқалган ва тобора зўрайиб борадиган қон томирлар тромбози (тиқилиб қолиши) ҳисобланади. Омилларнинг совуқ олдириш таъсирига тўқималар реакциясининг икки: 1) яширин ва 2) реактив ёки ифодаланган жараёнлар даври киради.

Биринчи соатларда тўқималар шикастланишининг қандай даражада чуқур ва қанча майдонга тарқалганлигининг ҳақиқий ҳолатини аниқлаш имконияти йўқ. Улар фақат реактив даврда аниқланади. Шунинг учун ҳам совуқ уришининг қандай даражада эканлигига тўғри ташхис қўйиш қийин.

Совуқ уришининг 4 та даражаси фарқланади.

1-даражада совуқнинг қисқа муддатли таъсири натижасида ривожланади. Беморнинг умумий ҳолати қониқарли. Тери оч-қизил рангда ёки кўқарган, юзаси тўрланмаган, қўл-оёқлар муздек, периферик қон томирлардаги пульс анча сусайган, шикастланган, тўқималар шишган бўлади.

2-даража билан шикастланган тери юзасида ҳар хил катталикдаги тиниқ ёки қон аралаш суюқлик билан тўлган пуфакчалар ҳосил бўлиб, бу соҳаларда пульс аниқланмайди, шикастланган киши кучли оғриқ сезади.

3-даражада терининг ҳамма қаватлари жонсизланиб, пуфакчалар тўқ қизил суюқлик билан тўлган, периферик қон томирларда пульс йўқ, кучли оғриқ, беморнинг умумий ҳолати оғир бўлади.

4-даражада тери, тери ости ва суяк тўқималари жонсизланган, пульс йўқ, беморнинг умумий ҳолати жуда оғир кечади.

## Совуқ уришидаги кечиктириб бўлмайдиган ёрдамлар

Иссиқ хонада тананинг совуқ урган қисмларини иситишга қаратилган тезкор чора-тадбирлар ўтказиш – тоза қўл билан ташқаридан марказга қараб уқалаш, спирт, одеколон, вазелин ёки ҳар қандай антисептик мой («Детский», «Чебурашка», «Женьшен» ва бошқалар) билан ишлов бериш, кейин асептик боғлам қўйиш лозим. 3- ва 4-даражали совуқ уришларида шикастланган қўл ва оёқлар ҳаракатсиз ҳолатга келтирилиши керак.

Уқалашда қор ёки муздан фойдаланишга йўл қўйиб бўлмайди. Беморга иссиқ чой, кофе, сут, 20 томчи карволол ичирилади. Имконият борича, тезроқ жарроҳлик стационарига олиб борилади.

## ЭЛЕКТР ТОКИДАН ШИКАСТЛАНИШ

Бундай шикастланишлар техник ёки атмосфера электр қуввати таъсирида юзага келади. Электр асбобларидан техникада ва уй хўжалигида уқувсизлик билан фойдаланиш, шунингдек, бу асбобларнинг носозлиги электрдан жароҳатланиш (электро-травма)га олиб келади.

Электр қувватидан шикастланишлар: термик; электролитик; организмга механик таъсирларга бўлинади.

Электр қувватининг таъсири унинг кучи 3–5 мА га тенг бўлганда сезила бошланади, 20–25 мА кучга эга бўлган электр қуввати мушакларнинг беихтиёр қисқаришига сабабчи бўлади. Электротравмаларнинг сабаби ва баъзан бу фактни аниқлаш жуда қийин кечади, бундан ташқари, электротравмани бошқа шикастланишлар (контактли термик куйиш, электротравмадан кейин баландликдан йиқилиб синишлар) билан осон адаштириш мумкин.

Электротравмалар терининг намлиги юқори бўладиган баҳор, ёз ва куз ойларида кўпроқ кузатилади. Хавфли, ўлимга олиб келадиган электротравмалар 127–220 В ли электр токи таъсирида юзага келиши мумкин. Қуввати 10 000 В дан юқори бўлган электр токи билан шикастланишларда ўлим кенг кўламдаги куйиш натижасида юзага келади.

Паст кучланишли тоқларни ҳам организм учун умуман зарарсиз деб бўлмайди. Шу нарса аниқланганки, бир хил кучланишдаги ўзгарувчан ток доимий токка нисбатан хавфлироқ. Юқори кучланишли тоқлар билан шикастланганда кўплаб электр таъсиридаги куйишлар кузатилади. Ток кучи унинг кучланишига тўғри ва тери

ҳамда предметлар қаршилигига тескари пропорционал бўлиб, кўп жиҳатдан шикастланувчини ердан ажратиб турган предмет қаршилигига боғлиқ. Организмнинг электрга қаршилиги терининг қаршилигига боғлиқ. Тери қанча юмшоқ ва намлиги юқори бўлса, унинг қаршилиги шунча кам бўлади.

Электр токининг танага кирадиган ва чиқадиган йўли «ток ҳалқаси» деб аталади.

Пастки, юқориги ва тўлиқ ҳалқалар тафовут қилинади.

Пастки ҳалқа – оёқдан-оёққа хавфи кам. Юқори ҳалқа – кўлдан-кўлга хавфи юқорироқ ва тўлиқ ҳалқа – бунда ток нафақат оёқ-кўллардан, балки юракдан ҳам ўтади.

Токнинг кириш ва чиқиш жойларида электр куйишлар ҳосил бўлади, уларга хос ўзгаришлар «ток белгиси» деб аталади. Улар терининг юмалоқ, эллипссимон ёки чизикчали қуруқ жонсизланиши шаклида бўлиб, кулранг, оч сариқ ёки сут рангида, унинг маркази тўқроқ, четлари кўтарилган очроқ рангида бўлади. «Ток белгиси» атрофидаги сочлар куймаган, штопорсимон буралган бўлади. Кўпинча, «ток белгиси» унинг кириш жойида кўпроқ шаклланади, чиқиш жойида у металл билан контактда бўлганда ҳосил бўлади. «Ток белгилари» электр токининг йўлида терининг буришган ва букиладиган жойларида ҳам ҳосил бўлади.

Электротравманинг 4 та даражаси фарқланади.

1-даража – шикастланган кишида мускулларнинг беихтиёр титраб-қақшаши кузатилиб, ҳуши ўзида бўлади.

2-даража – мускулларнинг беихтиёр титраб қақшаши билан бирга бемор ҳушини йўқотади.

3-даража – ҳуш йўқотиш билан бирга юрак ва нафас функцияларининг ҳам бузилиши кузатилади.

4-даража – бемор клиник ўлим ҳолатида бўлади.

Электр токи билан шикастланганда унинг клиник кўриниши умумий ва маҳаллий белгилардан ташкил топади.

Умумий симптоматика субъектив белгилари – бу секин туртки, ачитиб оғриш, мушакларнинг беихтиёр қисқаришлари, қалтироқ тутишидан; объектив белгилари: тери қопламаларининг оқариши, баъзан кўқариш, сўлак ажралишининг кўпайиши, қусиш, юрак соҳасидаги оғриқдан иборат. Электр токининг билвосита таъсири йўқотилгандан кейин шикастланган киши ўзини худди қаттиқ калтаклангандек, чарчоқ, бутун гавдасида оғирлик сезади. Баъзан



жуда лоқайд, паришонхотир, баъзан эса жуда ҳаяжонланган ҳолатда бўлади. Уларда пульс тезлашиб, беихтиёр сийдик ажралиши кузатилиши мумкин. Электротравма юқоридан йиқилиши билан давом этса, суякларнинг турлича синишлари ва бўғимларнинг чиқишлари кузатилиши мумкин.

Маҳаллий шикастланиш кўзга кўриниб турадиган куйиш билан ифодаланади. Одатда, бу куйишлар иккинчи даражали бўлиб, улар термик куйишлардан пуфакчалар ва қизаришнинг йўқлиги, аксинча, сариқ-жигарранг доғлар ҳосил бўлиши ва бу жойнинг оғриқни сезмаслиги билан фарқ қилади; баъзан куйган жойдан қон оқиб туриши мумкин.

Куйиш майдони катта бўлган электротравмаларда, ички органларнинг шикастланишлари анча камроқ бўлади. Бунга сабаб, куйиб кўмирга айланган тўқималар токнинг ички органларга тарқалишига тўсик бўлади. Куйиш майдони кичик электротравмалар, ток таъсиридан кейин жуда тез вақт ичида аниқ чегара ҳосил қилиб, ўлган кулрангли тўқима атрофида тиниқ айлана ҳосил қилади. Бунда куйган жой атрофидаги тўқималарда шиш жуда тез ривожланади.

### **Электротравмада биринчи ёрдам**

Шикастланган кишини жуда тезлик билан электр токи манбаидан озод қилиш зарур. Бу ишни жуда эҳтиёткорлик билан, техника хавфсизлигига амал қилган ҳолда бажариш зарур. Агар имконияти бўлса, токни тезда махсус ўчириш пультадан ёки ток ўчиргичдан узиш керак. Агар улар носоз бўлса, махсус ўткир жағли омбирлар билан (изоляцияловчи резина найлар кийдирилган) электр симини қирқиб ташлаш, бунда, албатта, ҳар бир сим алоҳида қирқилиши, яъни қисқа туташув келиб чиқишига йўл қўймаслик керак.

Шикастланган кишини ток таъсиридан озод қилмай туриб, танасининг очик қисмларини ушлаш мумкин эмас. Агар беморда клиник ўлим юз берса, тезлик билан ва узлуксиз, шунингдек, транспортировка вақтида ҳам, сунъий нафас беришни (оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга) ва юракни билвосита массаж қилишни амалга ошириш керак. Воқеа содир бўлган жойда куйган терини одеколон билан артиш, стерил боғлам қўйиш, транспорт шиналарини қўллаш керак. Электротравма олган кишилар, уларнинг ҳолати қандай бўлишидан қатъи назар, касалхонага ётқизилиши шарт.

## АТМОСФЕРА ТОКИДАН ШИКАСТЛАНИШ

Электр зарядларининг атмосферада тўпланишидан, кўпинча, чақмоқ чақишлари ва момоқалдиروқлар вақтида шикастланишлар юзага келади. Бундай ҳолатларда чақмоқнинг ерга йўли очик жойда турган, масалан, очик даладаги ёлғиз дарахт, ўрмондаги энг баланд дарахт ёки энг юқори металл конструкция орқали ўтиши мумкин. Шунинг учун ҳам чақмоқ чақиши вақтида бундай жойларда (дарахт остида, металл конструкцияли симёғочлар ва шу кабилар ёнида) бўлиш хавфсиз эмас. Бинолар ичида чақмоқнинг шикастловчи таъсиридан сақланиш учун деразаларни ёпиш, ҳамма электр асбобларини, шу жумладан, радио, телевизорларни ўчириб, антенналарини узиш керак. Чақмоқ билан шикастланганда кишининг танасида дарахтсимон кўкиш рангдаги расм пайдо бўлади. Бундай вақтларда «чақмоқ ўз шаклини қолдирди» дейиш одат бўлган. Аслида эса бу нарса тери остидаги қон томирларининг фалажланиши натижасида келиб чиқади.

*Биринчи ёрдам:* бундай ҳолларда тезлик билан ва узлуксиз тирилтириш чора-тадбирларини бошлаш керак (сунъий нафас олдириш, юракни билвосита массаж қилиш). Бу чора-тадбирлар шикастланган кишини сақлаб қолишнинг бирдан-бир йўлидир.

---

---

## **ТАЯНЧ-ҲАРАКАТ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ**

### **Бош суяги қопламаларининг ёпиқ ва очик икастланишлари (лат ейиши, қон қуйилиши, жароҳатланиши)**

Бош суягининг ёпиқ шикастланишларида юмшоқ тўқималарнинг анатомик бутунлиги бузилмайди. Бундай ёпиқ шикастланишлар бевосита ташқи таъсир кучининг тез ва қисқа муддатли таъсир этиши натижасида юзага келади.

Лат ейишдаги шикастланиш даражаси шикастловчи агентнинг ўлчамлари ва массасига, урилиш кучига, таъсирининг давомийлигига, шунингдек, кўпинча, жабрланувчининг ҳолатига боғлиқ бўлади. Бундай ҳолларда, кўпинча, майда қон томирлари шикастланади.

Юмшоқ тўқималар, шу жумладан, бош суяги қопламалари лат еганда уларнинг клиник кўринишларида жароҳатловчи агент таъсир этган жойда оғриқ, қонталашлик ёки қон тўпланиши (гематома) ҳосил бўлиши кузатилади.

Бош суяги қопламаларининг очик шикастланишларида терининг бутунлиги бузилади ва жароҳатлар пайдо бўлади.

### **БОШ СУЯГИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ** *(бош суяги гумбази ва асосининг синиши)*

Бош суяги калланинг асосий скелети бўлиб, унинг мия ва юз қисмлари фарқланади. Бир-бири билан чоклар орқали бирлашган бир нечта алоҳида суякдан ташкил топган бош суяги бўшлиғида бош мия жойлашган. Бош суяги бўшлиғини чегаралаб турувчи суяклар – энса, 2 та тепа, пешона, асос, 2 та чакка, ғалвирсимон суяклардир.

Бош ва мия шикастланишларининг қуйидаги асосий турлари тафовутланади:

1) бош суяги ва бош миянинг ёпиқ шикастланишлари – бунда терининг бутунлиги сақланиб (терида жароҳатлар ҳам бўлиши мумкин) суякларнинг шикастланиши кузатилмайди;

2) очик шикастланишлар икки хил – миянинг қаттиқ пардасига ўтмаган ва миянинг қаттиқ пардасига ўтиб, унинг бутунлиги бузилган кўринишда бўлиши мумкин.

Бош суягининг синиши унга тўғридан-тўғри уриш ёки пастдан юқорига қаттиқ туртки бўлганда, бош қаттиқ жисмларнинг қирраларига урилиш, қаттиқ юзаларга йиқилиш оқибатида, турли транспорт ҳалокатларида кузатилиши мумкин. Бош суяги куббаси, асоси ва чакка қисмининг синишлари фарқланади.

Бош суяги юз қисмининг суякларида дарз кетиш ва эзилиш натижасидаги синишлар кузатилади. Эзилиш натижасидаги синишларда ташқи пластинка у ёки бу кўламда синади ва ичкари томонга қараб ботиқ ҳосил қилади. Бош суягининг дарз кетиши битта ёки бир нечта жойда бўлиши мумкин.

Бош суяги гумбази синиши унинг асоси синишига нисбатан икки баробар кўп кузатилади. Бош суяги асосининг синиши унинг гумбази синишининг давоми бўлиши ёки билвосита жароҳатланиш таъсирида (кўпинча, баландликлардан йиқилишда) суякнинг энг юпқа ва нозик жойларида (тешик ва ёриқлар атрофларида) юзага келади. Бундай шикастланишлар оғир кечади, чунки бунда доимо мия моддаси зарарланиб қаттиқ мия пардасида дефектлар юзага келади, бош мия нервлари жароҳатланади.

Бош мия қаттиқ пардаси бутунлигининг бузилиши билан кечадиган шикастланишларда қобик ости муҳити ва доимо патоген микрофлора бўлган бошқа бўшлиқларда боғланиш юзага келиб, касалликнинг кечиши янада оғирлашади. Масалан, бош суягининг олд чуқурчаси синганда ғалвирсимон суяк тешикчалари орқали бурун бўшлиғи билан боғланиш юзага келади; ўрта чуқурчада синиш бўлганда дарз кетиш кулоқ пардаси бўшлиғига ёки понасимон суяк бўшлиғига кириб бориши мумкин. Миянинг қаттиқ пардаси остидаги соҳанинг бурун бўшлиқлари билан боғланиб қолиши у ерга микроблар кириб боришига ва бош мия ичида инфекциянинг ривожланишига имконият яратади.

Бош мия асоси синишларида кулоқдан, бурун ва оғиздан қон келиши, орқа мия суюқлиги оқишини кўриш мумкин. Қоннинг юмшоқ тўқималар остига қуйилиши натижасида кўз атрофида («кўзойнак симптоми»), чакка ости чуқурлигида, кулоқ орқаларида қонталашлар юзага келиши бош мия нервлари фалажи ва ярим фалажлари кузатилиши мумкин.

## **Бош суяги ва бош миянинг ўқотар қуроллардан жароҳатланиши**

Бош суяги ва миянинг яраланиши ва шикастланишининг иккита асосий гуруҳи фарқланади: а) алоҳида ўқотар қуролдан яраланиш; б) биргаликдаги (комбинацион) шикастланиш. Ўқотар қуроллардан яраланиш жароҳатловчи қуролнинг турига қараб ўқдан ва парчаланиб зарар етказадиган (снаряд, мина, авиабомба парчалари ва б.), яралаш характериға қараб эса уринма, тешиб ўтувчи, кўр ва рикошет (йўналишини ўзгартириб) тегадиган гуруҳларға бўлинади. Охирги ҳолатда жароҳатловчи снаряд бош суягининг чегараланган қисмида тешикли синиқ ҳосил қилиб, суяқдан сапчиб, яра каналидан кирган тешиқдан орқага – юмшоқ тўқимаға қайтади ёки яна янги ҳосил бўлган тешиқдан кетади.

Металл парчасининг урилиш кучи етарли бўлганда у ўққа нисбатан анча кўпол гидродинамик таъсир кўрсатади. Жароҳатловчи металл парчаси бош суягига кириб борганда, одатда, тезда кинетик энергиясини йўқотиб, кўп ҳолларда, тешиб ўтувчи жароҳат ҳосил қилмайди. Металл парчаси бош суягининг синган жойида суяқ парчалари орасида тўхтаб қолади ёки мия тўқимасига кириб боради, кўпинча, унча чуқур кетмайди. Баъзан сапчиб қайтиб чиқиб кетади. Бундай ҳолларда, биринчи ўринда миянинг жароҳатланиши туради, иккинчи ўринда суяқ парчаларининг мия тўқимасига металл парчасига қараганда кўпроқ бузувчи таъсири кузатилади.

Майдаланган суяқ парчалари, агар уларнинг охирги кинетик энергияси катта бўлмаса, баъзан қаттиқ мия пардасида ушланиб қолади, баъзан мия тўқимасига кириб бориб, унинг эзилган қисмида 2–4 см чуқурликда тўпланиб қолади. Баъзан суяқ парчалари анча чуқур кириб бориб, мия қоринчаларини зарарлаши мумкин.

Бош суяги очик жароҳатланишининг икки тури бор:

1) мия қаттиқ қобиғини тешиб ўтмаган – жароҳат инфекциясининг мия суяқлигида ва мия тўқимасида тарқалиш имконияти жуда кам;

2) мия қаттиқ қобиғини тешиб ўтадиган – қаттиқ парда дефекти мия тўқимасида ва орқа мия суяқлигида инфекциянинг тарқалишиға имконият беради.

Бош суягини тешиб ўтмаган, қаттиқ мия пардасининг бутунлиги сақланган жароҳатланишларда бош миянинг жароҳатга яқин жойларида лат ейиш юзаға келади. Баъзи ҳолларда лат ейиш жароҳатдан

узоқроқда қарама-қарши зарба кўринишида юзага келади. Мия қобиғининг қон томирлари жароҳатланганда баъзан субдурал (қобиқ остига) ва эпидурал (қобиқ устига) қон куйилиши кузатилади.

Тешиб ўтувчи жароҳатланишларда, қаттиқ мия пардаси бутунлиги бузилиши билан бирга, деярли доимо лат ейиш ва мия тўқимасининг эзилиши кузатилади.

### **Бош миянинг чайқалиши, лат ейиши ва эзилиши**

Бош миянинг чайқалиши диффуз шикастланиш симптомлари билан характерланади. Бош мия чайқалишини шартли равишда 3 та даражага бўламиз: енгил, ўртача ва оғир. Бош мия чайқалишининг клиникасида ҳушдан кетиш, бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, шиллиқ қаватлар ва терининг рангсизланиши, рефлексларнинг сусайиши ёки умуман, бўлмаслиги кузатилади. Кўпинча, хотира бузилиб, жабрланувчи қандай ҳолатда жароҳат олганлигини эслай олмайди.

Мия чайқалишининг енгил даражасида ҳушдан кетиш бир неча секунддан бир неча минутгача давом этиб, кучсиз мушак гипотониясини аниқлаш мумкин. Пульс секинлашиши ёки тезлашиши мумкин. Тез кунлар ичида беморнинг ҳолати нормаллашиб, биринчи ҳафтанинг охирида шикоятлар аста-секин йўқолади.

Мия чайқалишининг ўртача даражаси клиникаси анча аниқ ифодаланади. Ҳушдан кетиш санокли секундлардан бир неча минутгача давом этса-да, бир неча кунгача беморнинг ҳуши ноаниқ ҳолатда бўлади. У ўзи билан нима ҳодиса юз берганлигини, жароҳатдан олдинги ҳодисаларни ҳам, жароҳат олган ҳолатини ҳам эслай олмайди (ретроград амнезия). Кўрик вақтида анизокория, нистагм, анизорефлексия, енгил менингеал белгилар, терининг рангсизланишини аниқлаш мумкин. Аста-секин беморнинг ҳолати нормаллаша бориб, 3–4 ҳафтадан сўнг яхшиланади. Нистагм жароҳатдан кейин ҳам бир неча ойларгача қолиб кетади.

Бош миянинг оғир даражада чайқалиши узоқ муддатли ҳушдан кетиш билан характерланиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Ҳаётий зарур органларнинг, жумладан, юрак-томир ва нафас тизими функциялари бузилади. Узоқ муддат – бир йил ва ундан кўп вақт мобайнида таҳлил қилиш ва хотира сустиги, вақтни билиш доирасининг етарли бўлмаслиги кузатилади. Вақти-

вакти билан психомотор ҳаяжонланиш, вазоматор бузилишлар, кўп терлаш кузатилади.

Бош миянинг лат ейиши – бу мия чайқалишига нисбатан анча оғирроқ даражадаги травматик жароҳатланиш бўлиб, у, кўпинча, бош мияга кучли ўтмас оғир предметларнинг зарбасидан келиб чиқади ва мия тўқимасида қон қуйилишининг микроскопик аниқ ифодаланган шикастланишларнинг клиник белгилари билан кечади.

Неврологик аҳволи асосида ўчоқнинг жойлашишини ҳисобга олиб, мия лат ейишининг учта даражаси фарқланади: енгил, ўртача ва оғир. Лат ейиш ўчоғи шикастловчи куч тушган жойда, ва аксинча, ундан йироқроқ жойларда бўлиши мумкин. Мия ўзаги ва қоринчаларига яқин жойлашган контузион ва геморрагик ўчоқлар бошқаларига нисбатан анча хавфли.

Мия лат ейишининг клиник кўринишлари бирданига келиб чиқадиган турли симптомлар билан характерланади. Бундай ўчоқли симптомлар фалажлик, ярим фалажлик, кўриш кенглигининг ўзгаришлари, патологик рефлекслар кўринишида намоён бўлади. Мия лат ейишининг энг бошида қисқа муддатли ҳушдан кетиш кузатилади.

Мия лат ейишининг енгил даражасида ҳушдан кетиш бўлмаслиги ёки у 10–15 минут давом этиши мумкин. Бемор тезда ҳушига қайтади, лекин енгил парез, асимметрия каби ўчоқли белгилар қолади.

Мия лат ейишининг ўртача даражасида узоқ муддатли ҳушни йўқотиш (7 дан 16 суткагача) – кома ривожланиши, нафас олишнинг бузилиши, юрак-томир фаолиятида бузилишлар ва бошқа симптомлар ривожланиши кузатилади. Беморнинг ҳушига келиши секин (соатлар, суткалар) кечиб, узоқ вақтгача хотираси хиралигича қолади. Ҳуши ўзига келгач эса бемор узоқ вақтгача ланж, уйқучан бўлиб, уларда атрофдагиларга қизиқиш сусайган бўлади. Ретроград амнезия кўринишидаги хотирадаги бузилишлар ҳам миянинг лат ейишига хос.

Мия лат ейишининг оғир даражаси, кўпинча, антеград амнезия билан характерланиб, жароҳатдан кейинги ходисаларни ҳам хотирасида сақлай олмайди, нафас органлари ва юрак-томир тизимида функцияларнинг бузилиши аниқ ифодаланган бўлади. Мия шикастланиши қанчалик ифодаланган бўлса, бу функциялар бузилиши ҳам шунга мос бўлади. Нафас олиш сони кескин

қисқариб, нафас олиш ҳаракатлари кўкрак қафасида ва диафрагмада аранг сезилади, гипоксия ва цианоз ривожланган бўлади. Узоқ вақт давомида қусиш сақланиб туради. Тана ҳарорати кўтарилади. Ўчоқли симптомлар периферик белгилар кўринишида миянинг зарарланиш ўчоғи жойлашишига қараб ифодаланади.

Бош миянинг эзилиши, кўпинча, бош суяги ичида қон қуйилиши натижасида, мия шишиши ёки мияда жуда тез ўсувчи ўсмалар пайдо бўлишидан юзага келади.

Бош суяги ичига қон тўпланиши, кўпинча, тезда ўзини намоён қилмайди, бунга сабаб баъзи бир компенсатор механизмларнинг мавжудлигидир. Масалан, орқа мия суюқлигининг бош суяги бўшлиғидан субарахноидал бўшлиққа ўтиши натижасида беморнинг умумий ҳолати бир қадар яхшиланади ва «порлоқ оралик» деб номланган ҳолат юзага келади. Мия эзилишининг тобора ортиб боришининг характерли белгиларидан бири – бош оғриғининг кучайиши, қайта қусишлар, ҳаяжонланиш, баъзан мушакларнинг ғайриихтиёрий қисқаришлари, хушни йўқотишга ўтиб кетадиган уйқуга мойиллик кузатилади.

### **Касалхонага ётқизилгунга қадар кўрсатиладиган ёрдам**

Бош мияси шикастланган беморнинг тақдири кўп жиҳатдан касалхонага ётқизилгунга қадар кўрсатиладиган ёрдамнинг сифати-га ва махсус даволаш касалхоналарига тезда етказиб борилишига, юқори малакали тиббий ёрдамнинг ўз вақтида кўрсатилишига боғлиқ. Бундай шикастланишлардаги даволашнинг ачинарли натижалари, айниқса, уйғунлашган шикастланишларда, кўпинча, жароҳатнинг даражаси ва оғирлигига эмас, балки касалхонага келгунга қадар биринчи тиббий ёрдамнинг кўрсатилганлиги ёки унинг етарли даражада амалга оширмаганлик натижасида бош миядаги қайтмас ўзгаришлар ёки унинг оғир асоратлари юз беришига сабаб бўлади.

Юқоридаги фикрнинг исботи сифатида касалхонага ётқизишдаги тезлик ва бунгача кўрсатилган ёрдамнинг беморлар ўлимига таъсирини келтириш мумкин. Таҳлил учун шаҳарлараро йўл – транспорт ҳодисалари ва йирик шаҳар ичидаги шундай ҳодисалардаги ўлим статистикаси танлаб олинади.

Шаҳарлараро йўл – транспорт ҳодисаларида бош мияси шикастланганлар орасидаги ўлим кўрсаткичи 17% бўлган ҳолда, бу кўрсат-



кич йирик шаҳарда 8% га тенг бўлган. Шаҳарлараро йўл – транспорт ҳодисаларида ҳалок бўлган жабрланувчиларнинг 80% фалокат жойида ёки касалхонага кетаётганда йўлда ўлган. Йирик шаҳар ичидаги бу кўрсаткич 28% га тенг бўлган. Бу нарса шаҳар ичидаги фалокатга учраган кишиларнинг касалхонага тезроқ етказилиши билан изоҳланади. Шаҳар ичидаги йўлга қўйилган телефон алоқаси, тез ёрдамнинг шаҳар бўйича бўлимлари мавжудлиги, радиоалоқа ва шу кабилар тез ёрдамнинг нисбатан тезроқ келишига ва беморга шошилишч тиббий ёрдам кўрсатилишига, шунингдек, унинг зудлик билан касалхонага етказилишига омил бўлади. Аксинча, шаҳар ташқарисида йўлларнинг тор ва узунлиги, тез ёрдам бўлимларининг фақат йирик шаҳарларда бўлиши, табиийки, касални касалхонага етказишга кетадиган вақтнинг узайишига сабабчи бўлади.

Касалхонага ётқизилгунга қадар бўладиган ўлим кўрсаткичлари частотаси яна бир муҳим омил – фалокат содир бўлган жойда малакали биринчи ёрдамнинг кўрсатилишига боғлиқ. Суд тиббиёт экспертизаси ҳайъатининг маълумотларига кўра, касалхонага ётқизилгунга қадар ўлганларнинг 17% да ўлимга сабаб қон кетиши, шок ёки асфиксия бўлиб, бу нарсалар воқеа содир бўлган жойда тезликда бартараф этилиши керак. Ўз вақтида ва малакали кўрсатилган биринчи ёрдам касалнинг ҳаётини сақлаб қолишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бу ҳал қилувчи омил жароҳат олингандан кейин ўтган вақт бўлиб, бу вақт давомида организмдаги ўзгаришларни ўз ўрнига қайтариш имконияти мавжуддир.

Шунинг учун ҳам ўз вақтида воқеа содир бўлган жойда ўтказилган чора-тадбирлар жабрланувчининг ҳаёт-мамотини ҳал қилади, кейинчалик ўтказиладиган даволаш ишларининг муваффақиятини таъминлайди, ногиронликнинг даражаси ва муддатига, айниқса, касалнинг тузалиб кетиш муддатига катта таъсир кўрсатади.

Бош мия жароҳатларида бир қатор оғир асоратларнинг юзага келишига сабабчи бўладиган асосий патологик омил мия гипоксиясидир. Миянинг қон билан етарли таъминланиши ўз-ўзини бошқарувчи мураккаб механизмлар ёрдамида ушлаб турилади. Лекин компенсация механизмларининг имкониятлари юқори бўлса ҳам, у чегараланган. Артериал босимнинг 60 ва 70 мм симоб уст. пасайиши критик чегара бўлиб ҳисобланади. Артерия босимининг кўрсатилган даражадан пасайиши аввал функционал ўзгаришларга,

сўнгра бош мияда қайтмас морфологик ўзгаришлар келиб чиқишига сабабчи бўлади. Шундан мия ишемияси (миянинг қонсизланиши) олдини олишга қаратилган, айниқса, касалхонага ётқизишгача бўлган даврда, чора-тадбирларнинг қанчалик катта аҳамиятга эга эканлиги кўриниб турибди. Демак, биринчи ёрдам кўрсатаётган кишиларга қўйиладиган талаблар: ўз вақтида, тўғри ва керакли ҳажмда воқеа содир бўлган жойда биринчи ёрдам кўрсатиш, махсус даволаш муассасаларига, иложи борича, тезроқ етказишдан иборат.

Шикастланишлардаги биринчи ёрдам – нафас йўлларидаги шилимшиқни, қусиқ массаларини аспирация йўли билан тозалаш, беморни ёнбошига ёки чалқанча ётқизиб, бошини ён томонга ўгириб қўйишдан иборат. Агар оғиз бўшлиғида шилимшиқ моддалар ва қусиқ массалари сезиларли тўпланган бўлса, уларни тампон, иложи бўлса, сурувчи мослама билан тозалаш керак. Сунъий нафас олдириш учун кўкрак қафасини қўл билан босиш усули яхши натижа бермайди, аксинча, бош миянинг қўшма жароҳатларида бундай чорани қўллаш ҳатто хавфли ҳамдир.

### **Юз-жағ жароҳатлари**

Юз-жағ жароҳатлари ичида юзнинг юмшоқ тўқималари ва юз скелети шикастланишлари ҳамда юмшоқ тўқима ва юз скелетининг биргаликдаги шикастланишлари фарқланади.

Юз соҳасидаги жароҳатларнинг ўзига хосликларига унинг хунуклашиши, ташқи кўриниш билан олинган жароҳатнинг кўп ҳолларда бир-бирига мос келмасликлари киради. Юз юмшоқ тўқималарининг анча кўп шикастланишларида, у жуда хунуклашиб, қон қуйилишлари бўлиб, юзнинг юза қисмида ивиб қотган қонлар бўлади, бунинг устига жабрланган беҳуш бўлса, кўрган кишида умидсизлик, ҳатто ўлиб қолган деган хулоса пайдо бўлиши мумкин. Шуни ҳам назарда тутиш керакки, юзи жароҳатланган ҳар уч кишидан бирида у ёки бу даражада ифодаланган миянинг лат ейиши кузатилади.

Юз жароҳатининг ўзига хос намоён бўлиши унинг катта-кичиклигида эмас, балки мимика мускулларининг қисқариши натижасида жойидан анча-мунча силжишида ҳамдир. Юз-жағ жароҳати олган кишиларда ҳиқилдоқ, оғиз бўшлиғи органлари, бурун, айниқса, пастки жағнинг шикастланишларида ташқи нафас олишнинг бузилишлари, ҳаттоки асфикция кузатилиши мумкин. Лаб

ва унга яқин жойлар шикастланганда ҳар доим жуда тез ва катта шишлар пайдо бўлади. Лаб жароҳатининг яна бир ўзига хос хусусиятларидан бири, жароҳат чеккаларининг очилиб қолиб, баъзан тўқима камчилиги бор, деган нотўғри таассурот бериши мумкин.

Юзнинг ёнбош қисмлари жароҳатланиши, кўпинча, кулоқ олди сўлак беши жароҳатига ва юз нерви стволининг шикастланишига, бу эса ўз навбатида, оғир клиник асоратларга – юзнинг хунукашишига, юзнинг имо-ишора мускуллари фалажиги, сўлак оқадиган жароҳат тешикларининг пайдо бўлишига ва бошқаларга олиб келади.

Жағ ости атрофларининг жароҳатлари, кўпинча, бу жойда жойлашган қон томирлари, нерв толалари, жағ ости сўлак беши, шунингдек, кекирдак ва томоқнинг шикастланишига олиб келади. Натижада, механик жароҳатдан ташқари, кўпинча, юқори ва пастки жағ, бурун суяклари ва ёноқ-кўз соҳаси шикастланади.

### **Юқори жағ шикастланишлари**

Юқори жағнинг синишига, кўпинча, юзга қаттиқ предмет билан уриш сабаб бўлади. Маълумки, юқори жағнинг бошқа юз суяклари билан бирлашган жойлари кучсиз анатомик жағлар ҳисобланиб, айна ана шу жойларда синишлар кузатилади. Майони унча катта бўлмаган предмет билан юзага келган жароҳатда юқори жағда тешиб ўтувчи шикастланиш кузатилиб, бу ҳолда суяк синиқлари ўз ўрнида қолади.

Юқори жағ суяги тана қисмининг билвосита синиши (масалан, пастки жағга тиралиб йиқилиши)да суяк синиқлари бош суягининг асос қисми томонга силжийди. Юқори жағ суягининг бир томони синганда, синган томондаги суяк синиқлари, яъни калтак теккан томондан мия асосига қараб силжийди. Ҳар иккала томондан калтак текканда, бутун жағ, одатда, паст томонга шундай тушадики, у очик ёки ярим очик оғизнинг пастки жағ тишларига тиралиб, бир оз орқага силжиган бўлади. Бундай ҳолларда юқори жағнинг олд қисми, унинг орқа қисмига қараганда пастга камроқ силжийди, ҳатто субназал ёки калла-юз суяги тўлиқ ажралиб кетганда ҳам шу нарса кузатилади.

Бу нарса қанотсимон мускулларнинг медиал ва латериал тортиш кучи билан тушунтирилади. Бу мускуллар бир томондан юқори жағ бўртиқларига, иккинчи томондан асосий суякнинг қанотсимон

ўсимталарига ёпишган бўлади. Шунингдек, юқори жағнинг пастга силжишига унинг ўз массаси ҳам сабаб бўлади.

Юзнинг икки қаттиқ жисм орасида сиқилишида, юз билан юқоридан пастга йиқилганда ва бошқа жароҳатларда юқори жағ суягининг бошқа юз суяклари билан бирга силжиши ёноқ ва бурун суяklarининг силжиши билан биргалашиб, юзнинг юмшоқ тўқималари йиртилиб суяклари синади. Баъзан юқори жағнинг бир ёки иккала томони икки томонга кетиб, бу нарса юқори жағ синиқларининг бош суяги асоси билан алоқаси тўлиқ бузилганлигидан, шунингдек, танглай чоки чизиғи бўйича шикастланиш бўлганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда юқори жағнинг умуман ажраб кетишидан юмшоқ тўқималар сақлаб қолади, улар ушлаб туради. Баъзан эса юқори жағ суягининг бошқа кўшни суякларга пона каби қокилиб кириб қолиши кузатилади (кўпинча бир томондан). Бундай икки хил ҳаддан бошқа юқори жағ суяklarининг силжишларидан ташқари ўртача силжиш ҳам кузатилиб, бунда суяк синиқлари ёки жағнинг ўзи олди-орқасига, ёнбошга ёки вертикал йўналишда силжиши мумкин.

Пастки жағ суягининг шикастланиши бошқа скелет суяklarига нисбатан кўпроқ учрайди, бу нарса пастки жағнинг олдинга чиқиб туриши ва унинг ўлчовлари нисбатан катталиги билан изоҳланади. Пастки жағ суягининг синишлари, кўпинча, ўрта чок, сўйлоқ тиш ва ияк соҳасида кузатилади. 76% атрофидаги синишлар тиш қаторлари атрофида жойлашиб, улар очиқ синишларга киради. Пастки жағнинг синиши ташхисида унинг анатомик ўрнини аниқ кўрсатиш керак, яъни пастки жағ танаси, марказий, ментал ёки латериал қисми, пастки жағ бурчаги синган деб кўрсатилиши лозим.

## **УМУРТҚАЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ**

Умуртқаларнинг қуйидаги шикастланишлари тафовутланади: боғламларнинг чўзилиши ва узилишлари, умуртқалараро дискнинг шикастланиши, чиқиши, умуртқа танаси ва ўсимталарининг ҳамда умуртқа ёйининг синиши.

Умуртқаларнинг синишида орқа миянинг шикастланмайдиган, шикастланадиган, орқа мияни эзадиган, қисман ва тўлиқ узиб юборадиган турлари фарқланади. Орқа миянинг оқ моддаси ўзгаришига олиб келадиган қисман шикастланишлар натижасида

унинг ўтказувчанлиги бузилади. Орқа илдизлар шикастланганда сезувчанликнинг ҳамма турлари ва рефлекслар йўқолади.

Синган умуртқалар асоратларининг кечиш оғирлиги унинг даражаси, характери ва орқа миянинг шикастланиш даражасига боғлиқ. Орқа миянинг тўлиқ узилиши натижасида узоқ муддатли фалажлик ва орқа мия орқали иннервацияланган жойларнинг анестезияси (сезувчанликнинг йўқолиши) юз беради. Орқа мия бўйин умуртқалари бўлими шикастланса, оёқ ва қўлларнинг фалажланиши – тетраплегия кузатилади. Бундан ташқари, баъзи ҳолларда, диафрагма ва қовурға оралиғидаги мушаклар функцияси издан чиқади. Орқа миянинг кўкрак ёки бел қисмлари узилиши оёқларнинг фалажланишига – пастки параплегияга олиб келади. Орқа миянинг бузилишида қайси бўлимда бўлишидан қатъи назар, тос органлари функциялари бузилади (сийдик ажралиши, дефекация) ва озиқланишнинг бузилиши натижасида жуда тез орада ётоқ жароҳатлари юзага келади.

### **Биринчи ёрдам**

Умуртқалар синишида биринчи ёрдамнинг тўғри амалга оширилиши жуда аҳамиятга эга.

Жароҳатланган кишини эҳтиётсизлик билан бир жойдан иккинчи жойга олиб ётқизишда суяк синиқларининг силжиши ва қўшимча шикастланишларга, шу жумладан, орқа миянинг узилишига олиб келиши мумкин. Жароҳатланган кишини кўтариб бошқа жойга ётқизишда жуда эҳтиёткор бўлиш ва фақат бир неча киши бир вақтда баҳамжиҳатлик билан кўтариши ва ётқизиши лозим. Шикастланганлар махсус қаттиқ замбилда ёки оддий замбилга тахта қўйиб, унга ётқизилган ҳолатда ташилади. Агар тахта топилмаса, беморни тиббий замбилга қорни билан ётқизиб ташилади, бундай ҳолатда умуртқа суяклари силжишининг олди олинади.

### **Тос суягининг синиши**

Тос суяги синишининг қуйидаги турлари тафовутланади:

1) тос суяги ҳалқасининг бутунлиги бузилмаган ҳолда, алоҳида суякларнинг синиши (оралиқ, қов, қуймич ва бошқалар);

2) тос суяги ҳалқасининг бутунлиги бузилиши билан бўладиган синишлар: а) тос ҳалқаси олдинги бўлимининг синиши (бир

томонлама ва икки томонлама); б) чаноқ косачали чуқурчасининг синиши (кўпинча, чиқиш билан); в) вертикал синишлар; г) симфиз чокининг ажралиб кетиши ва бошқа турдаги синишлар.

Тоснинг синишида беморнинг ўзига хос ҳолатлари қуйидагича кузатилади:

– оёқлари тиззасидан букилган ва бир-бирига келтирилган, бемор уларни ажратишга бермайди. Бу нарса симфиз чокининг ажралганлигини кўрсатади;

– «қурбақа ҳолати» – оёқлар тиззадан букилган ва икки томонга керилган бўлади. Бу нарса ҳар иккала қов ёки қуймич суякларининг синишига хос белгидир. Шунингдек, бу вертикал синишларда (Мальген типдаги) ҳам кузатилади;

– «ёпишган товон» ҳолати – касал синган томондаги оёғини узатилган ҳолатидан кўтара олмайди (ердан оёғини уза олмайди), агар уни кўтариб қўйилса, касал уни шу ҳолатда қисқа муддатга ушлаб қола олади. Бу симптом қов суягининг горизонтал ўсимтаси синишига ва марказий чиқишга хос.

### **Биринчи ёрдам**

Биринчи ёрдам кўрсатишда, энг аввало, беморни тўғри транспортировка қилиш лозим, яъни уни қаттиқ асосли жойга ёки эзилмайдиган замбилғалтакка (тахта, фанер ва бошқалар) орқаси билан тиззалари ва тос-сон бўғимлари букилган ҳолатда ётқизилади. Тиззаси остига қаттиқ ёстиқ қўйилади, бунда беморни замбилғалтакка қорин ва болдир-товон бўғими соҳаларидан боғлаб қўйиш мақсадга мувофиқ.

### **Қўл-оёқларнинг шикастланишлари**

Оёқ-қўлларнинг жароҳатлари барча шикастланишларнинг асосий қисмини ташкил этади.

Оёқ-қўлларнинг ёпиқ шикастланишларига лат ейиш, эт узилиши – пайларнинг шикастланишлари, гемартроз (бўғимларга қон қуйилиши), чиқишлар, ёпиқ синишлар ва бошқалар кириб, бунда тери қопламининг ва шиллиқ пардаларининг бутунлиги бузилмайди.

Очиқ шикастланишларга ҳар хил жароҳатлар (кесилган, ўқ теккан ва бошқалар) кириб, бунда тери ва шиллиқ қаватларининг бутунлиги бузилган бўлади.

## Лат ейишлар

Қўл-оёқларнинг лат ейишлари нисбатан катта бўлмаган куч таъсири натижасида пайдо бўлиб, улар қон тўпланиши (гематома) – шиш, оғриқ ва пайпаслаганда оғриқнинг кучайиши билан кечади. Биринчи ёрдамга босиб турувчи боғлам ва маҳаллий совуқ қўллаш киради.

Пайларнинг чўзилиши ва узилишлари бўғимларда кутилмаганда ва кескин ҳаракат натижасида юзага келади. Бундай шикастланишларга юмшоқ тўқималарга қон қуйилиши хос бўлиб, бунинг оқибатида шиш, бўғимда оғриқ пайдо бўлади, ҳаракатнинг чегараланиши ёки оғриқнинг кучли бўлиши сабабли ҳаракатлана олмаслик юзага келади.

Биринчи ёрдам кўрсатишда таранг қилиб бинтланади, иммобилизацияланади ва совитиш воситалари (муз, қор) қўлланилади. Мускул ва пайларнинг узилишларига тахмин қилинган тақдирда беморни травматология бўлимларига ётқизилади.

## Қўл-оёқларнинг чиқишлари

Йиқилиш ёки қаттиқ зарба натижасида бўғим юзаларининг силжишига чиқиш дейилади. Шарсимон бўғимларнинг чиқиб кетиши осон кечади, шунинг учун ҳам елка бўғимининг чиқиши кўпроқ учраб туради.

Чиқишда периферияда жойлашган суякнинг номи қўлланилади. Бундан чиқишларнинг номи келиб чиқади. Масалан, елка бўғимидаги чиқиш – елканинг чиқиши, тос-сон бўғимидаги чиқиш – соннинг чиқиши ва бошқалар.

Тўлиқ чиқишлар (суякларнинг бўғим юзалари бир-бирига тегмай қолганда) ва чала чиқишлар (бўғим юзалари қисман бир-бирига тегиб турганда) фарқланади. Шунинг ҳам назарда тутиш керакки, чиқишларда нафақат бўғим юзаларининг силжиши, балки бўғим капсуласининг, пайлар, баъзан эса қон томирлари ва ҳатто нервларнинг шикастланишлари ҳам кузатилади.

Чиқишнинг симптомлари – қўл ёки оёқнинг мажбурий ҳолатдаги фиксацияси, деформация, фаол ва пассив ҳаракатларда оғриқнинг кучайиши, оёқ ёки қўл узунлигининг ўзгариши, пружинали фиксация (ҳаракатлантиришга интилганда жароҳатланган бўғимда ҳолатни ўзгартиришга қаршилик сезилади ва оғриқ пайдо бўлади).

Қўллардаги чиқиш оёқ чиқишига нисбатан 2 баробар кўп учрайди ва у ҳамма чиқишларнинг 60% ни ташкил этади. Оёқлардаги чиқишлар, мос равишда, 30% ни ташкил этади.

Бунда елка чиқиши 41%, тирсак чиқиши 16%, кафт ва бармоқлар чиқиши 4% атрофида кузатилади. Оёқ бўғимларидаги чиқишлардан сон суягининг чиқиши кўпроқ учрайди (27%). Тизза чиқиши 2% ни ва товон чиқиши бир фоиздан кўпроқни ташкил этади.

Биринчи ёрдам оёқни шина билан ва қўлни қаттиқ рўмол билан иммобилизациялаш, анальгетик дорилар бериш ва травматология бўлимларига ёки стационарга олиб боришдан иборат.

Ҳар хил жойлардаги чиқишларда асосий биринчи ёрдам, шикастланган оёқ ёки қўлни ҳаракатсизлантириш ва тезда беморни травматология бўлимига жўнатишни ўз ичига олади.

### **Қўл бўғимларининг чиқиши**

Елканинг чиқиши кучли оғриқ ва унинг функцияси бузилиши билан кечади. Беморнинг чиққан қўли томондаги елкаси пастга тушган, боши шу томонга оғган, соғлом қўли билан чиққан қўлни ушлаб туришга ҳаракат қилади. Шикастланган қўл танадан узоқлашган, тирсак бўғими букилган ва худди узайиброқ қолгандек кўринади. Елка бўғимининг нормал юмалоқлиги йўқолиб, унинг ташқи юзаси, елка суяги бошининг силжиши натижасида, текисланиб қолади. Бу бўғимнинг фаол ҳаракати йўқ, секин ҳаракатлантирилганда елканинг «таранг фиксацияси» кузатилиб, тирсак бўғимини танага яқинлаштириб бўлмайди.

Билак суягининг чиқишида тирсак бўғимининг ҳажми катталашиб, деформацияланади, қўл ярим букилган ҳолатда бўлади. Агар билак олд томондан чиққан бўлса, у узайгандек, орқадан чиқса, калталашиб қолгандек туюлади.

Бармоқлар ичида, кўпинча, биринчи бармоқнинг чиқиши кўпроқ кузатилади. Бунда кўпроқ орқа томонга ва озроқ кафт томонга силжиш кузатилади. Бармоқларнинг чиқишига, кўпинча, уларни зўрлаб эгиш сабабчи бўлади. Чиққан бармоқ мажбурий «милтиқ тепкиси» ҳолатида бўлиб, панжаларга нисбатан деярли  $90^{\circ}$  ли бурчак остида жойлашади.



## Оёқ бўғимларининг чиқишлари

Сон суягининг чиқиши билвосита катта кучнинг таъсири натижасида юз бериб, бу куч кутилмаганда ва кескин тарзда сонни ичкарига (орқага чиқиш) ёки оёқнинг кескин керилиши ва уни ташқарига айлантирилиши (олдинга чиқиш) натижасида келиб чиқади.

Соннинг орқага чиқишида оёқ тос-сон бўғимида букилган, танага ёпишган ва ичкарига ўгирилган, айланиб қолгандек туюлади.

Оёқ кафтидаги чиқишлар, кўпинча, тўлиқ бўлмай (чала чиқишар деб аташ мумкин), уларни рентгенологик текширувсиз тўғри ташхислаш жуда қийин.

Чиқишларнинг ҳар хил локализацияларидаги асосий биринчи ёрдам шикастланган оёқ ёки қўлни тинч ҳолатга келтириш ва тезда беморни травматологик бўлимга ёки травмопунктларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш ва чиққан бўғимни ўрнига солиб қўйиш учун жўнатилади. Бундай шикастланишларда воқеа содир бўлган жойда бирон-бир манипуляция ўтказиш мумкин эмас, чунки мутахассиссиз қўйилган ташхис нотўғри бўлиши мумкин, бундан ташқари воқеа жойида етарли оғриқсизлан-тиришнинг иложи ҳам йўқ.

Воқеа содир бўлган жойда чиққан жойни солиш, оёқ-қўлларни силтаб тортиш, бўғимларни пассив ҳаракатга келтириш – йўл қўйиб бўлмайдиган ҳолат.

Бундай беморларни шифохонага олиб боришда чиққан қўлни рўмол билан боғланади ва тирсак чуқурчасига юмшоқ ёстикча қўйилади, оёқ чиққанда стандарт симли Крамер шинаси ёрдамида, у бўлмаган тақдирда қўл остида бўлган иммобилизацияловчи воситалар ёрдамида бинтланиб ёки чиққан оёқни соғлом оёққа маҳкамлаб (бунда кийимлар ечилмайди), кейин жўнатиш тавсия этилади. Беморга оғриқсизлантирувчи ва тинчлантирувчи дори воситаларини бериш мумкин.

Қўли чиққан бемор ўтирган ҳолатда, оёқ бўғимлари чиққан бемор фақат ётқизилган ҳолатда шифохонага олиб борилади.

Беморни касалхонага ётқизишни пайсалга солиш мумкин эмас. Чиққан бўғимни жойига солиш қанча кечикса, шунча қийинлашиб боради. Чунки аста-секин чиққан бўғимнинг юмшоқ тўқиаларида иккиламчи ўзгаришлар (шиш, қисилиш, узилиш) келиб чиқа бошлайди.

## Таянч-ҳаракат аъзолари суякларининг синиши

Суяк бутунлигининг бирон қисми бузилишига синиш дейилади. Кўп ҳолларда суякларнинг синиши унга ташқи кучнинг бевосита ёки билвосита таъсири натижасида, шунингдек, ўқотар қуролдан жароҳатланиш оқибатида юзага келади.

Тери қопламаси бутунлигининг бузилиши ёки аксинчалигига қараб, синишларни очиқ ва ёпиқ турларга бўламиз.

Суяк синишининг қайси текисликда жойлашишига қараб, улар қуйидагича тафовутланади:

- *кўндаланг*;
- *қийшиқ*;
- *спиралсимон*;
- *узунасига синган*;
- *парчаланиб синиш*;
- *компрессион*.

Суякнинг синиш даражаси ундаги бузилишларга қараб, тўлиқ синиш (бутунлигининг тўлиқ бузилиши) ва суяклар пардаси остидаги синиш (суяк синган, лекин суяк усти пардаси бутун)ларга бўлинади. Суяк синган вақтда унинг бўлакчалари синдирувчи кучнинг йўналишига ва мускуллар қисқаришига боғлиқ ҳолда у ёки бу томонга силжиши мумкин. Суяк бўлакчаларининг силжиши унинг ўқи бўйлаб бурчак остида, периферияга ва узунлиги бўйича амалга ошади. Суяк бўлакчаларининг силжиши, одатда, икки ва ундан кўп йўналишларда кузатилади. Суяк парчалари орасига мускуллар, пайлар, нерв толалари ва қон томирлари кириб қолиб зарарланиши мумкин. Бу нарса, бир томондан, фалажликка, қон айланишининг бузилишларига олиб келса, иккинчи томондан, суякнинг битишига тўсқинлик қилади. Биринчи ёрдам кўрсатишда шу нарсани ёдда тутиш керакки, бундай бемор жуда тезлик билан махсус тиббий ёрдам кўрсатиш учун (кўпинча, бундай беморлар жарроҳлик ёрдамига муҳтож бўлишади) транспортировка қилиниши керак.

Синишнинг симптомлари: синган жойда кескин оғриқ, функциянинг бузилиши (бемор синган оёқ ёки қўлдан фойдалана олмайди) ва деформация кузатилади. Бемор кўздан кечирилганда, оёқ ёки қўл (синган аъзо) узунлигининг қисқарганлиги, унинг нотабий ҳолати, баъзан пайпаслаганда синган жойда ғирчиллаш (крепитация)ни кузатиш мумкин. Очиқ турдаги синишларда жароҳат кузатилиб, ундан суяк парчалари баъзан кўзга кўриниб туради.

## **Синишлардаги биринчи ёрдам**

Ёпиқ турдаги синишларда шикастланган аъзони иммобилизация қилиш мақсадида транспорт шиналаридан фойдаланилади, кейин шифохонага олиб борилади. Махсус транспорт шиналари бўлмаган тақдирда, қўл остида мавжуд бўлган воситалардан: фанер, картон, тахтача ва шу кабилардан фойдаланилади. Агар қўл остида юқоридагилар бўлмаса, қўл синганда уни гавдага, оёқ синганда – уни соғлом оёққа бинт билан маҳкам қилиб боғланади. Синган аъзо билан эҳтиётсиз муносабатда бўлганда, беморни бир жойдан иккинчи жойга ўтказиш ёки ётқизишда, суяк парчалари терини ички томонидан жароҳатлаб, ёпиқ синишни очик синишга айлантириб қўйиши мумкин. Бу эса беморнинг аҳволини нафақат оғирлаштиради, балки ярага инфекция тушиш хавфини туғдиради, кейин бу нарса йирингли шамоллаш жараёнига ва остеомиелит (суякнинг йирингли жараёни) га олиб келиши мумкин.

Очик синишда биринчи навбатда қон оқишини тўхтатиш, жароҳат атрофидаги терини йоднинг спиртли эритмаси билан артиш ва асептик воситалар билан боғлаб қўйиш керак. Кейин синган аъзога транспорт шиналари қўйилиб иммобилизацияланади. Шундан кейин, яъни биринчи ёрдам кўрсатилгач, кейинги босқичга ўтилади: замбилга жойлаштирилиб, транспорт воситасида шифохонага олиб борилади.

## **Қўл ва ўмров суякларининг синиши**

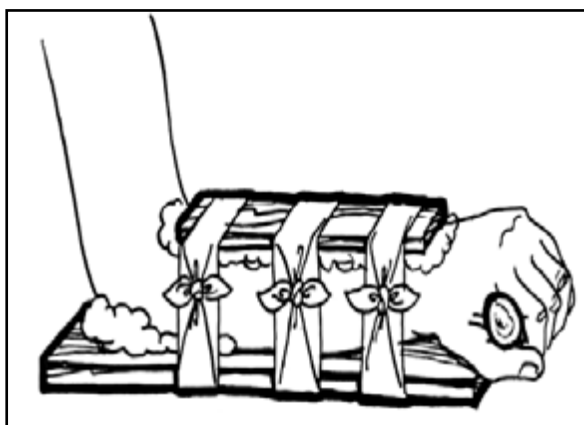
Ўмров суягининг синиши тўғридан-тўғри тушган зарба ёки билвосита шикастланиш натижасида, масалан, қўл устига йиқилганда келиб чиқиши мумкин. Ўмров суяги ўртасидаги учдан бир қисмида синишлар кўпроқ кузатилади, чунки айни шу жой ташқарига кўпроқ бўртиб чиққан ва камроқ ҳимояланган. Мускулларнинг тортиш кучи таъсирида ичкаридаги суяк синиқлари юқорига ва орқага, ташқаридаги синиқлар пастга ва олдинга силжийди. Суяк пардаси остидаги синишлар ва дарз кетишларда синиқлар силжиши бўлмайди.

Ўмров суяги синишидаги белгилар бу – оғриқ, елканинг асимметрияси, кўпчилик ҳолларда синган ўмров суяги силжиган жойда шиш кўзга ташланади, баъзан крепитация аниқланади.

Биринчи ёрдам кўрсатишда саккизсимон ёки ҳалқасимон қилиб пахта-докали боғлам қўйилади. Саккизсимон боғлам қўйилаётган вақтда бемор ўтирган ҳолатда, ёрдам кўрсатувчи эса унинг орқасида жойлашади. Боғлам қўйишдан олдин беморнинг қўлтиқлари остига пахтадан ёки поролондан ёстиқчалар жойлаштирилади. Бинт (кенглиги 10-15 см)ни елка бўғими олдида қўлтиқ остига ўтказилади ва орқада кураклар ўртасида кесишади. Тола-докали ҳалқа тайёрлаш ва ҳалқасимон боғламни қўйиш техникаси жуда содда. Ҳалқани тайёрлаш учун аёллар пайпоқлари (капронли, трикотажли), кўйлак енгларида фойдаланиш мумкин: улар тола билан тўлдирилиб, кейин ҳалқа шаклига келтирилади. Бу ҳалқачалар беморнинг қўлларига биттадан кийдирилиб, елканинг юқори учдан бир қисмигача кўтарилади, уларни орқасидан тортиб кураклар бир-бирига максимал яқинлаштирилади, кейин бинт билан тортиб боғланади, лекин бундай тортиш қон айланишига ҳалал бермаслиги шарт (қўлтиқ ости ва елка артерияларини сиқиб қўймаслик керак).

### Елка суягининг синишлари

Елка суягининг қайси жойи синишидан қатъи назар (юқори, ўрта ёки пастки қисми) биринчи ёрдам Крамер транспорт шиналарини қўйиш билан чегараланади. Аввало, шикастланган қўлни танага яқинлаштириб, унинг тирсак бўғимида  $90^{\circ}$  ли бурчак остида букилади, кейин танага бинт билан маҳкам боғланади. Агар очик синиш бўлса, аввало, қон оқиши тўхтатилиб, асептик боғлам қўйилади. Агар боғлаш материаллари йўқ бўлса, кўйлак ва бошқа шу кабилардан фойдаланилади. Бу кийимларнинг пастки қисми



9-расм.

юқорига кўтарилиб, илгак тугма, қистиргичлар ёрдамида маҳкамлаб қўйилади.

Билак ва қафт суякларининг синишларида, уни ҳаракатсиз-лан-тириш учун калта симли шиналар ёки қўл остидаги воситалар ишлатилади (9-расм). Бунинг учун биллак суягини тирсак бўғимидан тўғри бурчак остида

букиб, беморнинг кафтига озроқ боғлов материали солинади ва уни бемор бармоқлари билан қисади. Симли шинани (ғилофли) тўғри бурчак остида буклаб, қўл шаклига мосланади ва у қўлнинг орқа юзасидан, елканинг юқори қисмидан бошлаб, бармоқ-ларгача олиб борилади. Кейин шинани қўл билан биргаликда қўшиб бинт билан ўраб чиқилади. Қўлни бинт ёки рўмолча билан бўйинга осиб қўйилади. Қўлни ҳаракатсизлантирилгач, уни танага бинт билан маҳкамлаб ўраб қўйиш мумкин (10- расм).



10 - расм.

### **Қовурғалар ва тўш суягининг синишлари**

Кўкрак қафасининг шикастланишларида унинг тинч ҳолатини яратиш учун спирал боғлам қўйиш тавсия этилади. Бу боғлам учун кенг бинтлар қулай бўлиб, бу мақсадда сочиқ ва чойшаблардан ҳам фойдаланиш мумкин. Сочиқ ёки чойшаб уч қават қилиб букланади ва ўрама ҳолига келтирилади. Боғлам тушиб кетмаслиги учун елка усти кийимига тикиб қўйиш мумкин. Кўкрак қафасининг шикастланган томонини фиксациялаш учун кенг лейкопластрдан ҳам фойдаланиш мумкин, уни черепица шаклида тўшдан умуртқалар томонга ёпиштириб чиқилади. Беморни ўтирган, ярим ўтирган ёки гавданинг юқори қисми бир оз кўтарилган ҳолатда шифохонага олиб борилади.

### **Оёқ суякларининг синиши**

Сон суяги скелетнинг энг катта ва энг мустаҳкам суяги бўлиб, у вертикал ҳолатда 1500 кг дан кўпроқ оғирликни кўтаради. Бундан юқори бўлган куч ёки оғирлик таъсирида сон суяги синиши мумкин.

Сон суягининг синиши оғир жароҳатлар қаторига кириб, бунда юмшоқ тўқималар, қон томирлари қаттиқ шикастланади, кўп қон йўқотилади, кўпинча, травматик шок ҳолати кузатилади.

Сон суягининг юқори, ўрта ва пастки қисмлари синиши тафовутланади. Сон суягининг юқори қисми синиши (бўйин ва бошчаси) синишнинг, тахминан, ярмини ташкил этади ва у тос-сон бўғими билан йиқилишдан юзага келади. Бундай синишлар, кўпинча, қарияларда (70 ёшдан ошган) кузатилади. Симптомлари: қов ва тос-сон бўғими соҳаларида оғриқ, шиш ва бемор оёғини кўтара олмайди.

Сон суягининг ўрта ва пастки қисми синиши бевосита оғир предметлар ва ҳаракатдаги транспорт воситаларининг урилишидан, юқори баландликдан йиқилганда, шунингдек, йиқилиш вақтидаги билвосита кучли таъсирдан (бу таъсир суякнинг буралишига ва ҳаддан ташқари эгилишига олиб келади) юзага келиши мумкин. Синишлар очик ва ёпиқ турда бўлиши мумкин. Симптомлари: синган жойдаги оғриқ, оёқ билан ҳаракат қилишнинг иложсизлиги. Оёқ ташқарига ўгирилган, калталашган, пайпаслаб кўрилганда суяк синиқларининг бўртиб туриши, баъзан крепитация сезилиши мумкин.

Тизза бўғимининг синишлари бевосита калтак таъсирида, тизза билан йиқилганда ёки баландликдан йиқилиб оёқ билан тушганда юзага келади. Кўпинча, тиззанинг қопқоқ суяги синиши кузатилади. Синишнинг белгилари: оғриқ, контурларнинг текисланиши ва бўғим айланасининг катталаниши. Пайпаслаб кўрилганда, бўғим ичида суюқлик борлиги сезилади. Тизза қопқоғини суриш анча қийин – «пружинасимон ҳаракат белгиси», ҳаракат кескин қисқарган. Синиқ бўлакчалари орасида тирқиш аниқланиши мумкин.

**Биринчи ёрдам** – шикастланган кишига қўл остида бўлган ҳар қандай оғриқсизлантирувчи дори-дармонларни, юрак препаратларини бериш; очик синишларда тезлик билан қон оқишини тўхтатиш, жароҳатга стерил боғлам, синган суякка шина кўйиш-бунда узунлиги етарли бўлган ҳар қандай қўл остидаги оситалардан фойдаланиш мумкин (11- расм). Бунда учта бўғим ҳаракатсизлантирилиши керак (тос-сон бўғими, тизза ва болдир



11-расм.

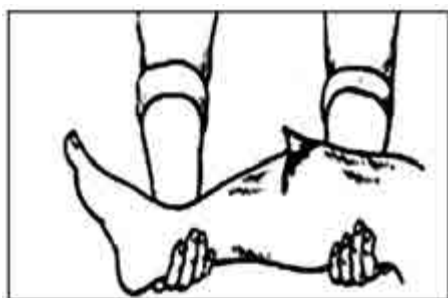
товон бўғимлари). Агар қўл остида яроқли восита бўлмаса, шикастланган оёқни соғлом оёққа бинт ёрдамида



12-расм.

маҳкам боғлаб, ундан кейин бемор ётқизилган ҳолатда шифохонага олиб борилади (12 - расм).

### Болдир ва товон суякларининг шикастланишлари



13-расм.

Характери бўйича улар қийшиқ винтсимон, кўп парчаланган, кўндаланг (силжиш билан ва силжишсиз) кўринишда бўлади. Бундай синишларда ички ёки ташқи қон кетишлар бўлиб, баъзан йўқотилган қон миқдори анча катта бўлади. Кўпроқ чанғичиларда ва пиёдаларда винтсимон синишлар кузатилади.

Синишнинг белгилари – кучли оғриқ, оёқ функциясининг бузилиши, деформация ва оёқ узунлигининг қисқариши, очик синишларда тери бутунлигининг бузилиши ва суяк синиқларининг чиқиб қолиши, қон оқиши ва бошқалар (13 - расм).

Суяк синиқларини воқеа содир бўлган жойда тўғрилашга йўл қўйиб бўлмайди ва бу нарса жуда кўпол хато ҳисобланади!

Болдир суяги синганда 2 та қўшни бўғимлар – тизза ва болдир-товон бўғимлари маҳкам фиксацияланади. Болдир-товон бўғими  $90^{\circ}$  бурчакда, тизза  $180^{\circ}$  гача ёйилиб шиналанади.

Товоннинг анатомио-физиологик хусусиятлари, яъни унинг кўплаб нисбатан майда суяклардан ташкил топиши, ўзаро бўғим ва боғламлари шунга сабаб бўладики, шикастланиш вақтида нафақат суякларнинг синиши, балки ҳамма боғлам аппаратида бузилишлар, синиш билан бирга чиқишлар ҳам юз беради.

Болдир-товон бўғими ва товон синиши белгиларига: жуда кучли оғрик, шиш, деформация, катта гематома, бўғимга қон қуйилиши, таянч ва ҳаракат функцияларининг бузилишлари киради.

Биринчи ёрдам юқорида кўрсатиб ўтилган чора-тадбирлардан таркиб топиб, бунда қуйидаги қондан сўзсиз бажариш талаб қилинади – тизза бўғими  $180^{\circ}$  га ёйилиши, болдир-товон бўғими  $90^{\circ}$  бурчак остида шиналаниши лозим, аммо ўзбошимчалик билан синиқ ва чиқишларни тўғрилаш мумкин эмас.

Тизза-товон бўғими ва товоннинг ёпиқ шикастланишларида биринчи ёрдам унга транспорт шиналарини қўйиш ва беморни махсус даволаш муассасаларига олиб боришдан иборат бўлади.

## ДЕСМУРГИЯ

### (иммобилизациянинг асослари ва принциплари)

Десмургия (юнонча *desmos* – боғлам, боғланиш, *ergon* – иш, фаолият) – жароҳатларни боғлашда қўлланиладиган қондалар тўғрисидаги таълимотдир.

Гиппократ яшаган милоддан аввалги IV–V асрларда ҳам ҳар хил тузлар, винолар ва малҳамлар билан яраларни боғлаш усуллари қўлланилган. IX–XI асрлардаги араб манбаларида ҳам гипслаш тўғрисидаги кўрсатмалар бор. Уларда ёзилишича, оёқ-қўллар синганда гипс бўтқасига ботириб гипсланган. Антисептика татбиқ этилгунгача бўлган даврда ярага латтадан титиб олинган иплардан боғлам қўйилиб, у ип-газлама материал ёрдамида боғлаб қўйилган. Докали бинтларнинг пайдо бўлиши билан десмургия соҳасида катта олға силжиш (прогресс) бўлган.

Жароҳатга ёки тананинг қайсидир қисмига уни даволаш мақсадида қўйиладиган нарсаларнинг барчаси «боғич» термини ҳисобланади. Боғични жароҳатда ушлаб туриш ва уни маҳкамлаш боғлаш дейилади. Бошқача айтганда, боғлаш боғични маҳкамлашдир.

Боғлов материалларининг қуйидаги турлари ишлаб чиқарилади:



Тиббий дока (*tela medicinalis*) – оқартирилган, ёғсизлан-тирилган пахтадан қилинган газмол. Докадан бинтлар, индивидуал пакетлар, шарчалар, тампонлар, салфеткалар ва бошқалар тайёрланади. Бинтларнинг узунлиги 5 м дан 7 м гача, кенглиги 3 см дан 16 см гача бўлади.

Асептик боғловларнинг яраларга ва куйган юзаларга ишлатиладиган турлари фаркланади. Саноатда боғловларнинг куйидаги турлари ишлаб чиқарилади:

1) катта асептик боғлов. У 65–43 см ли ўлчамга эга бўлиб, момиқ-докали ёстиқча. Унга маҳкамловчи тасмалар тақилган бўлади;

2) кичик асептик боғлов. 56–29 см ли ўлчамга эга бўлган момиқ-докали ёстиқча ва 14 см–7 м ли дока бинтдан иборат бўлади;

3) момиқ-докали ёстиқчалар. Икки хилда ишлаб чиқарилади: каттаси 32–29 см ли пакетчасида 5 донадан, кичиги 17,5–16 см пакетчасида 10 донадан бўлади. Бу ёстиқчаларда бир қават момиқ икки қават дока орасига солинган бўлади. Бу ёстиқчалар жароҳатларни ва куйган юзаларни ёпиш учун ишлатилиши мумкин;

4) стерил докали салфеткалар. Бевосита жароҳат юзасига қўйиш учун ишлатилади. Икки хил ўлчамда ишлаб чиқарилади. Каттаси 70–68 см ли пакетда 10 тадан, кичкинаси 16–14 см ли пакетда 20 тадан бўлади. Докали салфеткалардан ташқари травматик куйган юзаларни боғлашга мўлжалланган вискоза тўқимали салфеткалар ҳам ишлаб чиқарилади;

5) рўмолли боғлов, тўғри бурчакли тенг ёнли учбурчак, ўлчами 140–150 см.

### **БОҒЛАМЛАРНИНГ ТУРЛАРИ**

Боғламларни маҳкамлашнинг жуда кўп усуллари мавжуд.

1. Қимирламайдиган боғлам – шикастланган соҳанинг ҳара-кат-сизлиги ва тинчлигини таъминлаб бериши керак.

2. Чўзувчи боғлам – шикастланган соҳанинг чўзилишини таъминлаб бериши лозим.

3. Босувчи боғлам – тананинг носоғлом қисмини бир текисда босиб турадиган боғлам.

4. Антисептик боғлам – ўзидаги моддалари билан бактерияларга қарши таъсир кўрсатишга мўлжалланган.

5. Ҳимоя қилувчи боғлам – жароҳатнинг грануляцияланиш даврида қўлланилиб, нозик грануляция тўқимасини қуриб қолишдан ва жароҳатланишдан сақлаш мақсадида қўлланилади.

6. Окклюдзион боғлам – жароҳатга ҳаво киришига тўсқинлик қиладиган боғлам. У очик пневмотораксда қўлланилади.

### **Юмшоқ ва қаттиқ боғламлар**

Юмшоқ боғламларга елимли, рўмолли, сопқонсимон, бинтли боғламлар киради. Қаттиқ боғламларга шинали ва гипсли боғламлар киради.

*Елимли боғламлар.* Боғламларни терига ёпиштириш учун клеол, каллоидли, ёпишқоқ пластрдан фойдаланилади. Устувор томонларига қуйидагилар киради: боғлам қўйишнинг оддийлиги, терини қитиқламаслиги сабабли уни қайта-қайта ишлатиш мумкин. Камчилликлари: терининг тукли жойларида ишлатиб бўлмайди, қўлланса, теридан кўчиб кетади.

*Рўмолли боғламлар* – қўлланилиши жиҳатидан энг оддий боғлам туридир. Бу боғлам тури қўлнинг турли шикастланишларида (панжа, билак ва елка жароҳатларида) уни ҳаракатсизлантириш мақсадида қўлланилади. Рўмол пахтали матодан қилинган уч бурчак материал бўлиб, унинг узунроқ томони – асоси, унинг қаршисидаги бурчаги – чўққи, 2 та бурчаги – охири бўлиб ҳисобланади. Рўмолча ёрдамида бармоқларга, қўл ва елкаларга, сут безига, елка бўғимига, тос-сон бўғимига, бош ва товонларга турли хил боғламларни қўйиш мумкин.

Агар қўлга рўмолли боғлам қўйилса, тирсак бўғими 90° га букилади. Рўмолни жароҳатланган қўлнинг орқасига шундай жойлаштириш керакки, унинг асоси гавданинг ўрта чизиғига тўғри келсин, чўққиси эса жароҳатланган қўлнинг тирсаги томон йўналтирилган бўлсин (14-расм). Бунда рўмолнинг бир учи жароҳатланган қўлнинг билагида ётса, иккинчи учи тана бўйлаб пастга осилиб туради. Пастга осилиб турган рўмолнинг учини кўтариб соғлом елка орқали бўйининг орқа томонига ўтказилади ва бошқа учи билан туғиб боғлаб қўйилади. Рўмолнинг чўққиси унинг олдинги қисмига илгак тугма билан маҳкамланади.

Рўмолли боғламнинг бошқа варианты ҳам бор: рўмолни шикастланган қўлнинг орқасидан эмас, олдидан ўтказилади. Рўмолнинг бир учи жароҳатланган қўлнинг олдидан ўтиб билакни



14-расм.

ўрайди ва бўйинга кўтарилади, иккинчи учи соғлом кўлнинг кўлтиқ остидан ўтиб, орқадаги биринчи учи билан туташади. Иккала учини шикастланган кўлнинг елка устида тугиб маҳкамланади. Чўққиси илгак тугма билан маҳкамланади. Бундай боғлам кўлланганда рўмол кўлни танага маҳкам ва зич фиксациялайди, кўлнинг тинч ҳолатига яхшироқ эришилади.

Кичик жароҳат боғламларида рўмолни галстук кўринишида буклаш керак. Кўлни осилтириб, рўмолнинг икки учи катта боғлам каби тугиб қўйилади.

Товондаги рўмолли боғлам панжа боғламига монанд қўйилади. Рўмолнинг ўртаси оёқ остига қўйилиб, чўққиси бармоқлар орқасига ўтказилади, учлари тўпиқ юқорисидан боғланади, чўққиси боғланган учларнинг остига олиб келиб қистирилади. Бошга қўйишда рўмолнинг асоси энса томонга йўналтирилиб, чўққиси пешонага туширилади (юзга ҳам), ҳар учала учи пешонада боғланиб, чўққиси қайириб боғланган учлар тагига қистириб маҳкамланади.

*Сопқонсимон боғлам* – бундай боғламлар асосан бурун, даҳан, энса ва пешона соҳасига қўйилади. Сопқонсимон боғлам дейилганда – ўртаси туташган ва икки томони узунасига кесилган бинт ёки бошқа матодан тайёрланган боғлам тушунилади. Ушбу боғлам қўйилганда, албатта, унинг сўнги қисмлари бир-бири билан боғланади.

*Т-шаклидаги боғламлар* чот ва орқа чиқариш тешиги соҳасига қўйилади. У кенг дока тасмадан ташкил топиб, унинг бир томонига горизонтал тасма (белбоғ) маҳкамланади. Доканинг пастки учи бир оз узунликда 2 та тасмага ажратиб қирқилади. Горизонтал тасма

тана атрофида айлангириб боғланади, вертикал қисми орқа томондан пастга туширилиб, чот қисмидан ўтиб, қориннинг олдинги томонидан белбоғга боғлаб қўйилади.

### **Бинтли боғламлар**

Бинтлар ингичка (3–5–7 см), кенг (15–16 см) ва ўртача (10–12 см) бўлади. Ингичка бинтлар қўл ва оёқ бармоқларини; ўртача бинтлар бошни, панжаларни, билакни, оёқ панжасини, болдирни; кенг бинтлар кўкрак қафасини, кўкрак безларини ва сонни боғлашда ишлатилади.

Тўғри қўйилган бинтли боғлам десмургиянинг қуйидаги асосий талабларини қондириши керак:

- тананинг касал қисмини тўла ёпиши;
- қон ва лимфа айланишини бузмаслиги;
- бемор учун қулай бўлиши;
- имконият борича, эстетик чиройли бўлиши лозим.

### **Бинтли боғламларни қўллашнинг асосий қоидалари**

Бинтли боғламларни қўллашнинг асосий қоидалари қуйидагилардан иборат:

1. Касални шундай ўтқизиш ёки ётқизиш керакки, бинтланаётган тана қисми ҳаракатсиз ва бинтлашга қулай бўлсин.

2. Бинтлаётган одам беморнинг юзига қараб туриши керак ва у бинтлаш вақтида касални визуал кузатиш имкониятига эга бўлсин.

3. Бинтлаш доимо перифериядан марказга қараб (қуйидан юқорига) амалга оширилади.

4. Бинтлаш ўнг томондан чап томонга қараб, соат стрелкасига қарама-қарши амалга оширилади.

5. Бинтлаш биринчи мустаҳкам айлана қўйишдан бошланади.

6. Кейинги ҳар бир айланиш аввалги айланишнинг ярмини ёки учдан бирини беркитиши керак.

7. Бинт ўрамини бинтланаётган юзада ғилдиратиб, ундан кўтармай айлангириш керак.

8. Бинтлаш икки қўлаб амалга оширилади: бир қўл билан бинт ўрамини ғилдиратиш, иккинчи қўл билан ўралган бинтни текислаб туриш керак.

9. Бинтни бир хилда тортиш керак, чунки унинг йўллари чалкашиб ҳар хил бурмалар ҳосил қилмаслиги керак.

10. Бинтлаш вақтида тананинг бинтланаётган қисми шундай ҳолатда жойлаштирилиши керакки, шу ҳолат бинтлаб бўлгандан кейин ҳам сақлансин.

11. Тананинг конус шаклига эга бўлган қисмларига (сон, болдир) боғлам қўйилаётган вақтда бинтнинг танага жипсроқ жойлашиши учун ҳар 1–2 айланишдан кейин бир марта ўқи атрофида бураш керак.

12. Боғламнинг охирида бинт маҳкамлаб қўйилади (тугиб қўйилади).

### **Бинтли боғламларнинг турлари**

*Циркуляр ёки айланма боғлам* – бу шундай боғламки, бунда бинтнинг ҳамма айланалари бир-бирининг устига тушади ва аввалги айланани тўлиқ беркитади. Бундай боғламлар оёқ-қўлларга, пешона, бўйин ва қоринга қўйилади.

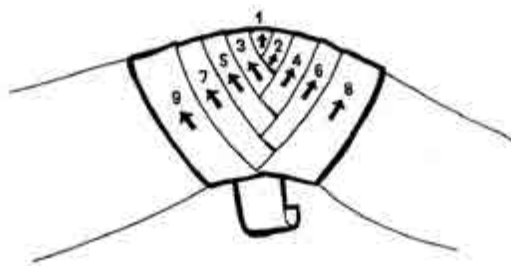
*Спиралсимон боғлам* циркуляр боғламнинг бир кўри-нишидир. Спиралсимон боғламнинг 2 тури тафовутланади: юқорига кўтари-лувчи, бунда бинтлаш пастдан юқорига ва пастга тушади ва аввалги айланишнинг ярмини қоплаб, яна юқоридан пастга туширилади.

*Ўрмаловчи боғлам* ҳам спиралсимон боғламнинг бир тури бўлиб, унда бинт айланалари бир-бирига тегмайди. Бундай боғламлар жароҳатга қўйилган материални ушлаб туриш мақсадида бинтлашнинг бошланғич даврида қўлланилади, кейин спиралсимон боғламга ўтилади.

*Саккизсимон (бутсимон) боғлам* деган ном унинг шакли ва бинт йўлларида олинган. У бўйиннинг орқа юзасига, кўкрак қафасига боғлам қўйилганда қўлланилади.

*Бошоқсимон боғлам* – саккизсимон боғлам кўринишларидан бири. Бинтлар йўли бошоқни эслатгани учун шундай аталади. Бундай боғламларни елка бўғимига ва ўмров усти соҳаларига қўллаш жуда қулай. Елка бўғимига бошоқсимон боғламни қўйишда, умум эътироф этилган қоидаларга тескари, бинтлашни шикастланган томонга йўналтирилган ҳолда амалга оширилади, яъни қуйидаги қоидани ёдда сақлаш керак: ўнг елкани соат мили йўналишида, чап елкани эса унга тескари йўналишда бинтлаш керак.

*Тошбақасимон боғлам* 2 хил бўлади (15-расм): қўшилувчи ва тарқалувчи. Бу боғламлар тирсак, тизза ва бошқа бўғимларни боғлаш учун тавсия этилади.



**15-расм.**

*Тарқалувчи боғламлар* қуйидаги тарзда қўлланилади.

Биринчи айланиши циркуляр тарзда бўғимнинг ўртасидан ўтади. Иккинчи айлана биринчи айлананинг пастки ярми ёки учдан бирини беркитади. Учинчи айлана биринчи айлананинг юқориги ярмини ёки учдан икки қисмини беркитади. Тўртинчи айлана иккинчини, бешинчи айлана учинчини такрорлайди ва ҳ. к. Шундай қилиб, тоқ сонли айланалар тоқ айланаларни, жуфт сонли айланалар жуфт айланаларни такрорлайди, лекин тоқлари ундан пастда, жуфтлари аввалгисидан тобора юқорироқда жойлашади. Қўшилувчи боғлам ҳам худди шу тартибда қўйилади, лекин ҳамма нарса тескари тарзда бажарилади.

*Орқага қайтадиган боғламлар* қўл ёки оёқ чўлтоқлари (ампутациядан кейинги қолган жой)га, бошга ва бошқа жойларга қўйилади.

Бундай боғламларни қўйиш техникаси қуйидагича:

- а) бир неча циркуляр йўллар билан бинт маҳкамланади;
- б) бармоқ билан ушлаб туриб, бинт букилади ва уни кўндаланг ҳолда бошнинг қарама-қарши томонига (чўлтоқнинг) олиб борилади, кейин циркуляр айланалар билан бинтнинг кўндаланг тасмаси маҳкамланади;
- в) яна бинт букланиб, у кўндаланг йўналтирилади, бунда аввалги айлананинг ярмини ёки учдан икки қисмини ёпиб ўтиши керак. Бу йўл ҳам циркуляр айлана билан маҳкамланади.

### **Тананинг алоҳида жойларига қўйиладиган боғламлар**

Бошнинг унча катта бўлмаган жароҳатларида лейкопластрли, коллодийли, клеолли боғламлар қўйиш мумкин, бунда боғлам

қўйиладиган жойдаги сочлар яхшилаб қириб ташланиши керак. Шуни қайд қилиш керакки, тананинг тукли қисмларида елимли боғламлар яхши ушламайди. Шунинг учун ҳам бундай жойларда сопқонсимон ва рўмолли боғламларни ишлатиш маъқулроқ.

**Бошга қўйиладиган боғламлар.** Бошга қуйидаги бинтли боғламлар қўйилади: қайтар боғлам, «Гиппократ қалпоғи», қалпоқчали боғлам, бир ёки иккала кўзга қўйиладиган боғлам «юган»симон ва бошқалар.

«Гиппократ қалпоғи» қуйидагича қўйилади: бир қўлга биринчи ўрам, иккинчи қўлга иккинчи ўрам бинт олинади. Ҳар иккала бинтнинг бўш учлари энса дўнглигининг пастроғига жойлаштирилади. Ҳар иккала бинт бир-бирига қарама-қарши йўналишда пешона дўнги ўртасига олиб борилади. Ўнг қўлдаги бинт ўрами циркуляр айланишлар ҳосил қилади, бунда ҳар бир қайтиб келадиган айланиш ундан аввалги айланишнинг  $1/2$  ёки  $2/3$  қисмини қоплаб олиши керак. Айни бир пайтда циркуляр айланиш ҳосил қилаётган бинт қайтар айланиш қилаётган чап қўлдаги бинтни ҳар доим маҳкамлаб боради. Бу нарса бошнинг гумбази тўлиқ қоплангунга қадар давом эттирилади.

**Бошнинг қалпоқчали боғлами** (16-расм). Бу боғлам энг қулай ва ишончли ҳисобланади, чунки бундай боғлам қўлланилганда унинг бўшашиб, ўрнидан кўзғалишига ҳеч қандай имкон бўлмайди. Бундан ташқари, бу боғламни қўйиш техникаси содда бўлиб, у қуйидагича амалга оширилади: узунлиги 80–90 см бўлган бинт олинади (бинт – боғич). У тепа суягининг ўрта қисмига шундай қўйиладаки, бунда унинг учлари қулоқларнинг олд қисмидан пастга вертикал тушиб туради. Бинтнинг ҳар иккала бўш учини таранг ҳолда ушлаб туриш керак (бинтни касал ёки ёрдамчи тортиб ушлаб туради). Ўнг қўл билан бинт ўрамини олиб бош атрофидан биринчи циркуляр йўл билан айланттирилади (бу маҳкамловчи йўл бўлиб ҳисобланади). Уни 2–3 марта айланттириб ишончлили-гини ошириш ҳам мумкин.



16-расм.

Маҳкамловчи циркуляр йўлдан кейин, боғичга боргач, бинт унинг атрофидан ва пастидан айлантрилиб, пешона ёки энса томонга ўтилади, кейин бинтни қарама-қарши томонга бошқа боғичга йўналтриилади, ундан айлантрилиб яна қарама-қарши томонга йўналтриилади, бунда ҳар бир галдаги айлана аввалги айланишнинг бир қисмини беркитиб боради, у бош гумбази беркилгунга қадар давом эттриилади. Шундан кейин бир ёки иккита циркуляр йўл билан бинт маҳкамланади, боғичларнинг биридан ўтказилади ва боғичнинг иккинчи учи билан ияк остидан боғлаб қўйилади.

*Кўзга қўйиладиган боғламлар.* Бир кўзга қўйиладиган боғлам – монокуляр боғлам дейилади. Шунини ёдда тутиш керакки, бинтлаш касал кўздан бошланади. Бинтни бош атрофидан циркуляр йўл билан ўтказиб (бунда пешона ва энса дўнглари қамраб олинади) маҳкамловчи айлана ҳосил қилинади. Кейин бинтни орқа томондан энсага қараб йўналтрииб, уни шикастланган кўз томондаги қулоқнинг остидан олиб ўтиб, чакка орқали юқорига кўтарилади ва у шикастланган кўзни беркитади. Мана шу иккинчи йўл орқали циркуляр маҳкамловчи йўлга ўтади, кейин яна иккинчи йўлга қайтилади. Шу йўсинда йўлларни галма-гал алмаштрииб касал кўз беркитилади.

Ҳар иккала кўзга қўйиладиган боғлам – бинокуляр боғлам деб аталади. Бу боғлам ҳам бир кўзга қўйиладиган боғлам каби бошланади. Циркуляр – маҳкамловчи йўл қилинган, иккинчи йўл қулоқ остидан ўтади, кўзни беркитиб яна маҳкамловчи циркуляр йўл ҳосил қилиб, кейин пешона орқали пастга тушиб, иккинчи кўзни ёпади, уни қулоқ остидан ўтказиб яна маҳкамловчи циркуляр йўлга қайтилади. Шундай қилиб, бу боғламда учта йўл навбатма-навбат такрорланади: циркуляр – маҳкамловчи йўл, иккинчиси қулоқ остидан бир кўзга, учинчиси пешонадан кўзга тушиб уни беркитган, қулоқ остига йўналади.

*«Юган» боғлами (17 - расм).* Бу боғлам юз, ияк соҳаси ва баъзан тананинг тукли қисмларини боғлашда тавсия этилади. «Юган» боғлами 4 та навбатлашувчи йўллардан ташкил топади. Биринчи ва иккинчи йўллар – циркуляр маҳкамловчи (энса ва пешона дўнгларидан ўтади) йўллардир. Учинчи йўлда бинт энса орқали иякка ўтади. Кейин бинт вертикал ҳолатда 4-, 5- ва 6-йўллар билан ияк остидан ўтади. Кейин бинт горизонтал ҳолатга (айлана йўл)





17 - расм.

ўтиб, 7- ва 8-йўлларни ҳосил қилади. Кейин боғлам қотирилади. Мана шу йўлларни навбати билан алмаштириб, бутун бошни ёки икала чаккани боғлам билан ёпиш мумкин.

*Бармоқлар боғлами.* Битта бармоқни бинтлашда биринчи (махкамловчи) циркуляр йўл билан бўғимнинг юқорироғидан бир неча марта айлантириб қўйилади. Кейин бинт панжаларнинг орқа томонидан қийшиқ йўналтирилган ҳолда шикастланган бармоқнинг тирноқ жимжилоғига олиб борилади. Уни беркитиб орқага қайтилади, кейин спираль йўллар билан тирноқ жимжилоғидан бармоқ

асосигача бинтланади, панжанинг орқа юзасида бинт кесишиб ўтгач, циркуляр йўллар билан бирламчи маҳкамловчи йўлларга келтириб яна маҳкамланади.

Бармоқларнинг «қўлқоп» боғлами худди шу тарзда амалга оширилади, бу ерда битта бармоқ эмас, ҳамма бармоқлар бинтланади. Ўнг қўлни боғлашда бош бармоқдан, чап қўлни боғлашда 5-бармоқ (жимжилок)дан бошлаш керак. Бош бармоққа боғлам бошоқсимон кўринишда, қолган бармоқларга эса боғлам қайтариладиган кўринишда қўйилиши мумкин.

*Панжалар боғлами.* Панжаларга боғлам қайтариладиган кўринишда боғланади. Аввал тўртта бармоқ биргаликда, кейин бош бармоққа боғлов алоҳида бажарилади.

*Билаклар боғлами.* Спиралсимон кўринишда букишлар ҳосил қилиб боғлам қўйилади.

Тирсак бўғимига боғлам қўйиш зарурати бўлганда тирсакни 90° ли бурчак остида букиб, боғлам *тошбақасимон* – тарқалувчи ёки қўшилувчи кўринишда қўйилади.

*Елканинг бошоқсимон боғлами.* Бинтлаш шикастланган томонга йўналтирилган ҳолатда амалга оширилади. Бинтнинг биринчи йўллари (циркуляр) маҳкамловчи бўлиб ҳисобланади. Қўлтиқ ости чуқурчасига унинг йирингли яллиғланиш жараёнларида (гидраденит) боғлов қўйилади. Десмургиянинг кўплаб қўлланмаларида берилган боғловлар ўрнидан осон қўзғалиб тушиб кетади. Бу камчилликлардан холи қулай ва бўлган усул – сопқонсимон

усулдир. Уни кўйиш учун кенг бинт (кенглиги – 16-20 см, узунлиги – бир м) олиниб, икки учи тўртга ажратиб кесилади. Бинтнинг кесилган қисми кўлтиқ ости чуқурчасига шундай кўйиладикки, тўртта тасмаси кўкрак қафасига, тўртта тасмаси елкага чиқиб туради. Кўкракка кетадиган икки учи кўкрак атрофида, қолган иккитаси елка усти ва бўйин ўртасида маҳкамланади. Қарама-қарши томондаги иккита тасма елка атрофида ва елка усти соҳасида маҳкамланади. Маҳкамланишнинг яхши чиқиши учун терининг боғлам турадиган жойларига клеол суркаб кўйиш мақсадга мувофиқдир.

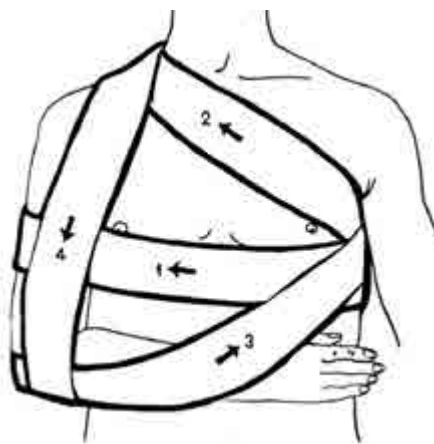
Кўкрак қафасини бинтлашда бутсимон, саккиз кўринишдаги боғламлар қўлланилади.

### **Сут безининг боғлами**

Бу боғламдан сут безининг яллиғланишларида, операциядан сўнг ва бошқаларда, уни кўтариб туриш мақсадида фойдаланилади. Бинтлаш касал сут безидан бошланади. Биринчи йўл кўкрак қафасининг пастки қисмидан циркуляр кўринишда 1–2 айлана маҳкамловчи бинт ўрама ўтказилади. Иккинчи йўл кўлтиқ ости соҳасидан тепага қийшайтирилиб қарама-қарши томондаги елка устига тортилади. Бу йўллар кўкрак беги тўлиқ беркилгунча алмашиб давом эттирилади.

### **Дезо боғлами**

Боғлам кўйишдан олдин кўлтиқ ости чуқурчасига юмшоқ ёстиқча кўйилади. Билакни тирсак бўғимида тўғри бурчак остида букиб, кўлни кўкракка олиб келинади. Дезо боғлами 4 та йўлдан ташкил топади. Биринчи циркуляр йўл билан елка кўкрак қафасига бинтланади. Иккинчи йўл соғлом кўлтиқ ости чуқурчасидан шикастланган томондаги елка устига йўнал-тирилади, ундан орқа томонга ўтказилиб пастга туширилади. Учинчи йўл тирсак бўғимини айланиб ўтиб, билакни кўтариб туради, қийшиқ ҳолда юқорига соғлом томондаги кўлтиқ ости чуқурчасига кўтарилади, кейин кўкрак қафасининг орқа текислигига ўтади. Тўртинчи йўл шикастланган елка устига йўналтирилиб, ундан тирсак бўғимида, уни билакнинг юқори учдан бир қисмида айланиб ўтиб, кўкрак қафасининг орқа юзасига ва соғлом томонаги кўлтиқ ости чуқурчасига йўналтирилади (18-расм). Ҳамма 4 та йўл тўлиқ фиксацияни таъминлангунга қадар бир неча бор такрорланади.



18-расм.

### Торакобрахиал боғлам

Боғламнинг бу тури, асосан, елка суягининг синишларида тавсия этилади. Бажарилиш техникаси бўйича бу жуда оддий боғлам. Торакобрахиал боғламнинг 2 хил варианты бор.

Биринчи вариантда бинтнинг икки хил йўли бор. Биринчи йўл – елкани кўкрак қафасига нисбатан ишончли фиксациялаш учун одатдаги бир неча айланишли спиралсимон боғлаш. Иккинчи йўл биринчисининг давоми бўлиб, у касал томондаги қўлтиқ ости чуқурчасидан орқага ўтиб пастга тушади, тирсакка унинг орқасидан ўтиб, олдинга йўналтирилади ва биладан билак бўғмига яқин жойдан ўтиб, соғлом томондаги қўлтиқ ости чуқурчаси орқали орқа томонга ўтади. Биринчи ва иккинчи йўллар елка ва билакнинг тўлиқ иммобилизацияси таъминлангунга қадар бир неча бор такрорланади.

Иккинчи вариантдаги биринчи йўл юқоридагидек, иккинчи йўл билакни кўтариб туриб, тепага қараб қийшиқ тарзда соғлом елка устига йўналади.

Бу боғламлар ўмров, елка, билак суяklarининг синишларида, елка ва тирсак бўғимларининг шикастланишларида иммобилизация шиналари бўлмаган тақдирда қўлланилади.

### Вельпо боғлами

Сут безининг кесиб ташланиш операциялари ва елка бўғмининг чиқишлари ўрнига солингач, бу боғламларни қўллаш тавсия этилади. Қўлнинг тирсаги юқorigа кўтарилиб, панжалар соғлом томондаги елка устига қўйилади. Бинтлаш касал томондан бошланади.

Боғлам бинтнинг иккита йўлидан ташкил топади. Биринчи йўл циркуляр бўлиб, қўлни кўкракка маҳкамлайди, у соғлом томондаги қўлтиқ остидан орқага ўтиб, қийшиқ йўналишда касал томондаги елка устига чиқади. Иккинчи йўл кўкрак қафаси олдидан пастга қараб соғлом қўлтиқ остидан ўтади ва соғлом елка усти орқали ўтиб, қўлни мустаҳкамлайди.

*Кўкрак қафасининг спирал боғлами.* Узунлиги 100–120 см га тенг бинт олиниб, ўнг ёки чап елка устига ташланади. Бинтнинг бир учи кўкракда, бошқа учи орқада осилиб туради. Циркуляр йўл билан ханжарсимон ўсимтадан сал пастроқда бинтни икки айлантриб маҳкамланади, кейин спиралсимон йўл билан юқорига кўтарилиб, олдинги йўлнинг ярмини ёки  $2/3$  қисмини беркита боради. Шундай қилиб, бутун кўкрак қафаси қўлтиқ ости чуқурчасига қадар бинт билан беркитилади. Бинтнинг эркин осилиб турган учлари қарама-қарши елка устига боғлаб қўйилади.

*Қорин соҳаси ва тос-сон бўғимида қўйиладиган боғламлар.* Қорин соҳасига спиралсимон кўринишдаги боғламлар қўйилади. У пастдан юқорига қараб ҳаракатланади. Боғлам сирпаниб тушиб кетмаслиги учун, терининг бир неча жойига клеол суркаб қўйиш мақсадга мувофиқдир. Тос-сон бўғимида бошоқсимон типдаги боғлам қўйилади. Бу боғлам қориннинг пастки қисмини ҳам ўз ичига олади. Боғламнинг айнан қайси жойга қўйилишига қараб (ёнбош, олдинда, орқада) ёнбош, олдинги ёки орқа бошоқсимон боғламлардан иборат бўлади.

Чот соҳасидаги жароҳатни боғлашда бинтлаш шикастланган томондан бошланади. Аввал бинт циркуляр йўллар билан қорин атрофида маҳкамланади. Кейин қориннинг олдинги томонидан соннинг олдинги томонига ўтилади – ички ярим айланасига ва ички юзасига қайтади. Кейин бинт қийшиқ ҳолатда тепага ва қовга йўналиб, олдинги йўлни беркитади ва тепага қорин атрофига кўтарилади. Бу йўллар қов соҳаси тўлиқ беркулгунга қадар давом эттирилади.

### **Оёқларга қўйиладиган боғламлар**

Сон ва тиззага қўйиладиган боғламлар жойидан қўзғалиб кетмаслиги учун спиралсимон типда бинтни ўраш йўли билан қўйилади.

Тизза бўғими соҳасига тошбақасимон қўшилувчи ёки тарқалувчи боғламлар қўйилади.

Болдир-товон бўғимига саккизсимон боғлам қўйилади. У болдирнинг пастки учдан бир қисмида циркуляр йўл билан бошланиб, кейин қийшиқ ҳолда товоннинг орқа томонига тушади, унинг атрофида айлантрилиб тепага кўтарилади, аввалги йўл билан кесишади ва болдирда маҳкамланади.

### **Қаттиқ боғламлар. Махсус шиналар**

Қаттиқ боғламлар фиксацияловчи ва экстенцияли турларига бўлинади.

Фиксацияловчи:

- 1) симли (нарвонсимон);
- 2) тўрсимон;
- 3) фанерли;
- 4) картонли.

Экстенцияли:

Дитерихс шинаси

Нарвонсимон шина (Крамер шинаси) – рух билан қопланган ва тобланган пўлат симлардан тайёрланган бўлиб, нарвон шаклига эга, 12 га 100 ва 10 га 60 см ўлчамли турлари бор. Уни исталган шаклга келтириш мумкин, қўйиш техникаси ҳам жуда содда, шунинг учун ҳам уни қўл ва оёқ жароҳатларида қўллаш мумкин. Тўрсимон шина (Фильбри шинаси) – юмшоқ ва ингичка симдан тайёрланган бўлиб, ўлчами 12 га 100 см, жуда осон букилади ва эгилади, исталган шаклга келтириш мумкин, лекин у етарли даражада қаттиқ эмас ва жуда эгилувчан. Фанерли шиналар синган ёки чиққан қўл ва оёқларни иммобилизация қилишда енгиллик билан мослашадиган воситалар ҳисобланади.

Дитерихс шинаси – қўл ва оёқларни ҳаракатсизлантириш билан бир вақтда уларни чўзиш (экстензия) имконини беради. Ушбу шинани сон суяги, тос-сон ва тизза бўғимлари синганда қўлланилади, тўпиқ, болдир – оёқ панжаси бўғими ва панжа жароҳатланганда қўллаш ман этилади. Шина 4 қисмдан иборат: 1) панжа ости қисми; 2) ташқи (катта ўлчам); 3) ички ва 4) чилвирли таёқча бурагич. Шинанинг асосий камчилиги сон ва болдир соҳасининг орқа томонидан маҳкамлайдиган детали йўқ, шунинг учун ҳам синган суяк бўлакчаларининг орқага силжиши кузатилиши мумкин.

## Шиналарни қўйиш қоидалари

Шиналарни қўйишда қуйидагиларга риоя қилиш керак:

1. Жароҳатланган соҳага қўшимча икки бўғимни (юқориги ва пастки) қўшиб ишончли иммобилизация қилиш, сон ва елка синганда эса учта бўғим ҳаракатсизлантирилади.

2. Жароҳатланган соҳага тўғри физиологик ҳолат бериш.

3. Ёпиқ синишларда ушбу соҳани ўз ўқи бўйлаб бироз чўзиб ҳаракатсизлантириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

4. Очиқ синишларда жароҳатдан чиқиб турган суяк бўлакчаларини олиб ташлаш ёки жойига қайтариб тўғрилаш ман этилади.

5. Жароҳатланган шахснинг устки ва оёқ кийимларини ечишда унга қўшимча тан ҳароҳати етказилишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун ечинтириш мақсадга мувофиқ эмас, айниқса, очиқ синишларда.

6. Очиқ синишларда иммобилизация қилишдан олдин жароҳатга асептик боғлам қўйилади, ушбу соҳа жароҳатдан олдин қандай ҳолатда турган бўлса, худди шундай ҳолатда ҳаракатсизлантирилади, бунда ёрдамчи кўмаклашади.

7. Зарурати бўлмаган ҳолларда резина жгут ишлатмаслик.

8. Шиналарни яланғоч танага қўйиш ман этилади. Шинага олдиндан мато ўралади ёки кийим устидан қўйилади. Шина қирғоқлари терини шикастламаслиги керак.

9. Бўғимлар жароҳатланганда соҳани чўзиб ҳаракатсизлантириш мақсадга мувофиқ эмас;

10. Шифохонага олиб бориш вақтида жароҳатланганни замбилга ўтказишда шикастланган соҳани авайлаб амалга ошириш керак.

11. Шина жароҳатланган соҳага бинт билан маҳкам ўралган бўлиши керак.

Крамер шинасини кўл ва оёқларга қўйиш уч босқичдан иборат.

1-босқич – тана қисмининг шаклига шинани мослаштириш.

2-босқич – шинанинг ички томонини пахта билан ёпиб, бинт ёрдамида маҳкамлаш.

3-босқич – шинани жойлаштириш ва умумий қабул қилинган боғлаш усули ёрдамида маҳкамлаш.

Дитерихс шинасини қўйиш 7 босқичдан иборат:

1) шинанинг панжа остки қисми оёқ панжаси остига «саккизсимон» боғлам кўринишида бинтлар ёрдамида маҳкамланади;

2) ташқи қисми (узун қисми) қўлтиқ остидан панжа остки қисмининг металл кулоқчаси орқали ўтказилиб, ундан 8–10 см ортиқча узунликда қўйилади;

3) ички қисми чот соҳасидан панжа остки қисмининг металл кулоқчаси орқали ўтказилган ҳолатда қўйилади;

4) болдир соҳасининг осилиб қолмаслиги учун, қўшимча равишда Крамер шинасидан фойдаланиш тавсия этилади;

5) суякларга тегиб турган жойларга пахтадан ёки поролондан кистиргичлар қўйилади.

6) циркуляр йўналишда бинт ёрдамида шина болдир, сон, қорин ва кўкрак қафасига маҳкамланади;

7) таёкчали бурагич ёрдамида чўзиш амалга оширилади.

### **Гипсли боғламлар тўғрисида тушунча**

Гипсдан биринчи марта араб ҳақимлари фойдаланишган. Рус жарроҳи Н. И. Пирогов гипсни биринчи марта ҳарбий дала шароитларида Қрим урушида ишлатган. Кальцийнинг олтингугурт тузини 140<sup>0</sup>С да қиздириб, гипс олинади. Гипс қаттиқ боғловлар учун ишлатилади. Ташқи кўринишидан гипс оқ рангли, майда ва кукунсимон унга ўхшаш модда, сув билан аралаштирилганда бўтқасимон масса ҳосил бўлади. У тез қуриш ва қотиш хусусиятига эга.

### **Гипс боғламининг устуворлиги**

– иммобилизацияни таъминлайди;

– жароҳатланган оёқ-қўлнинг максимал тинч ҳолатини таъминлаб беради;

– иккиламчи инфекция тушишидан ва қўшимча жароҳатдан сақлайди;

– жароҳатдан ажралаётган суюқликларни ўзига сўриб олади, чунки гипс катта гигроскопик хусусиятга эга.

Гипсли боғламларнинг турлари

а) туйнуксиз;

б) туйнукли;

в) кўприкли;

г) лонгетли;

д) корсетли;

е) кроватли.

Лонгетли боғлам бинт бир неча қават қилиб, тахлаб тайёрланган таёқча кўринишидаги гипсли боғлам.

Корсетли боғлам умуртқа поғонаси касалликларида ва синишларида ишлатилади. Уни тайёрлаш учун 12–14 та гипсли бинт ва бир дона кенглиги 16 см бўлган бинт керак бўлади.

Кроватли боғлам ечиб яна қўйиш мумкин бўлган боғлам, асосан, тананинг бир қисмига қўйилади ва беморнинг узоқ муддатга ётишига мўлжалланган.

## **ЖАРОҲАТЛАНГАНЛАР ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ ВА УЛАРНИ ШИФОХОНАГАЧА ТАШИШ (ТРАНСПОРТИРОВКА ҚИЛИШ)НИ ТАШКИЛ ЭТИШ**

### **ТРАНСПОРТ ИММОБИЛИЗАЦИЯСИ**

Транспорт иммобилизацияси деганда, жароҳатланган соҳани транспортировка қилиш вақтида тўлиқ ҳаракатсизланишни таъминлаб берадиган воситалар тушунилади.

Ҳар қандай транспорт иммобилизацияси боғламлари қўйидаги уч қисмдан ташкил топади:

- 1) шиналар;
- 2) шина остига қўйиладиган қистирмалар;
- 3) маҳкамловчи боғлам.

Транспорт иммобилизациясини қўллаш зарурияти суяк ва бўғимлар, магистрал қон томирлари ва нервлар жароҳатларида, юмшоқ тўқималарнинг кенг кўламдаги шикастланишларида (механик, кимёвий, термик), шунингдек, яллиғланиш касалликларида туғилади.

Травматик шок, иккиламчи қон кетиш ва жароҳат инфекциясининг профилактикасида транспорт иммобилизациясининг аҳамияти беқиёсдир. Инсон танасининг жароҳатланган қисмини фиксациялаш оғриқ сезгисини йўқотади ёки уни сезиларли даражада камайтиради. Бу шикастланган жойда ҳосил бўладиган оғриқ импульсларининг марказий асаб тизимига узатилишини камайтиради.

Демак, транспорт иммобилизациясини талабларга жавоб Берадиган даражада билимдонлик билан қўллаш оғриқни қолдиради ёки уни сезиларли пасайтиради, айти пайтда, жароҳатдан келиб чиқадиган шок хавфини камайтиради.



Суяклар синганда қўйиладиган транспорт шиналари суяк синиқларининг ҳаракатини тўхтатади ва бу билан қон томирларининг суякнинг ўткир қирралари билан жароҳатланишини ва иккиламчи қон оқшининг олдини олади.

Тананинг жароҳатланган қисмига транспорт иммобилизацияси қўйилиши мускуллар қисқаришига йўл қўймайди, лимфа оқимини кескин камайтиради ва бу билан ярадаги микрофлоранинг атрофдаги тўқималарга тарқалишига тўсқинлик қилади, жароҳат инфекцияси ривожланишининг олдини олади.

Қўл остидаги материаллар ёрдамида транспорт шиналари ва маҳкамловчи боғламларни қўллашда қуйидаги принципларга қатъий амал қилиш керак:

1) транспорт иммобилизацияси, иложи борича, вақтида амалга оширилиши керак;

2) шиналар кийим ва пойафзал устидан қўйилади;

3) оёқ-қўлларга ўрта физиологик ҳолат берилади, масалан, қўлга – елка бўғимида  $30^{\circ}$  га букилган ва танадан узоклаштирилган, тирсак бўғимида  $90^{\circ}$ , бармоқлар ҳамма бўғимлари  $45^{\circ}$  ли бурчак остида букланган бўлиши керак;

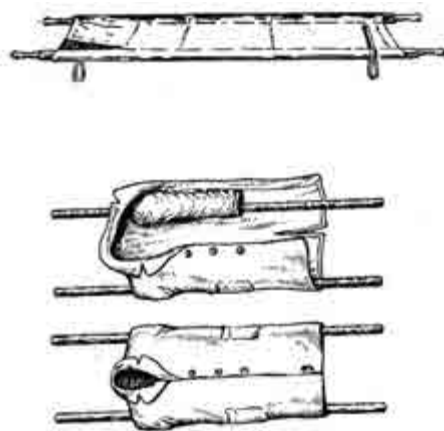
4) оёқ-қўлларнинг ҳар қандай жойи шикастланганда 2 та қўшни бўғимни, оёқ ва сон шикастланишларида елка ва тос-сон бўғимларини шиналаш керак бўлади. Транспорт шинасини қўйишдан олдин уларнинг шакли оёқ-қўлнинг асосий сегментлари функционал ҳолатига мос равишда модуллаштирилади. Уларнинг остига тола докали қистиргичлар қўйилади.

Транспорт шиналари бўлмаган тақдирда қўл остидаги воситалардан: белбоғ, қўйлак этаклари, костюмлар ёрдамида қўлни ўрта физиологик ҳолатда танага бинт билан боғлаб қўйилади. Оёқ шикастланганда уни соғлом оёққа бинт билан боғлаб маҳкамланади, бинт бўлмаган тақдирда рўмолчалар билан ҳам боғлаш мумкин.

Транспортировканинг тури ва усуллари шикастланишнинг характери ва касалнинг ҳолатига қараб танланади.

Агар беморнинг мустақил ҳаракат қилишига қарши ҳолатлар бўлмаса, шикастланган киши кузатувчи шахслар ёрдамида ҳаракатланиши мумкин. Кузатув-чи бир қўли билан беморнинг шикастланган томонидан панжа-ларини, иккинчи қўли билан шу томондан қўлтиқ остидан олиб ҳаракатланишига ёрдам беради ёки шикастланган кишининг қўлини ўз бўйнидан ўтказиб, унинг панжаларини

қўли билан ушлаб олади, иккинчи қўли билан шикастланган кишининг белидан ушлаб олади. Агар икки киши бўлса, шикастланган кишини икки томонидан ушлаб ёрдам бериши мумкин.



19-расм.

Агар шикастланган киши мустақил ҳаракат қилолмаса, у ҳолда уни қўлда кўтариб ёки замбилда, ёки тахталарда, ёхуд қўлда тайёрланган (импровизион) – чанғи, курси, нарвон, пальто (енгларига таёқлар кийдирилиб) ва бошқа воситалардан фойдаланиш керак (19- расм).

### **Шикастланган кишини замбилга жойлаштириш қоидалари**

Шикастланган кишини замбилга қуйидагича жойлашти-рилади:

1) чойшаб ёзилган замбил шикастланган кишининг жароҳатланган томонидан ёнига қўйилади. Икки киши ёрдам беради – биринчиси тиззалаб туриб битта қўлини беморнинг боши тагига олиб бориб, иккинчи қўли билан бўйин ва кўкрак қисмидан, иккинчи киши думғаза ва болдир остидан ушлайди;

2) шикастланган киши бир вақтда, силтамасдан ердан кўтарилади;

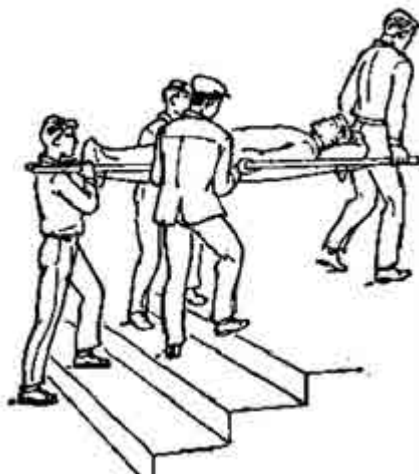
3) учинчи, ёрдамлашувчи киши замбилни беморнинг тагига суради, бемор унга эҳтиётлик билан туширилади ва чойшаб билан ўралади.

### **Шикастланган кишини замбилда ташиш**

Шикастланган кишини замбилда ташишда қуйидагиларга эътибор қилиш керак:

1) замбилни дасталаридан ушлаб, бир вақтда ердан кўтарилади ва бош томони олдинга қилиб ҳаракатланади. Юришда калта қадамлар билан, тиззани салгина букиб, бир вақтда ташланмаган қадамлар билан ҳаракат қилинади.

2) зинапоядан кўтарилиш-да ёки тепаликка чиқишда шикастланган кишининг боши олдинги томонда бўлиши керак.

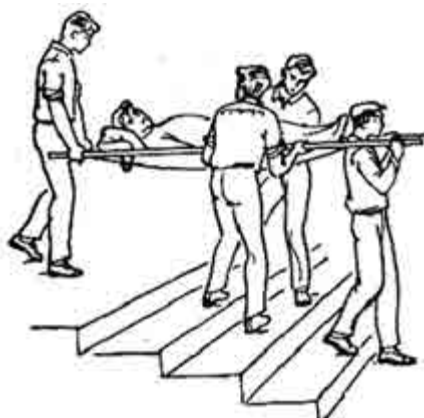


20- расм.

Агар оёқ суяклари синган бўлса, бундан мустасно, бу ҳолда замбилни горизонтал ҳолатда сақлаш керак (20 - расм).

3) зинапоядан пастга тушиш-да (тепаликдан тушишда) шикастланган кишининг оёқлари олдинда (оёқлар шикастланганда бундан мустасно) бўлиши керак (21 - расм).

Шикастланган кишини зам-билга жойлаштиришда олинган жароҳат турига мос келишини таъминлаш, яъни турли хил жароҳатларда замбилга турлича жойлаштирилади. Шунинг учун ҳам кузатувчи шикастланганнинг замбилдаги ҳолатини доимо диққат билан кузатиб бориши керак.



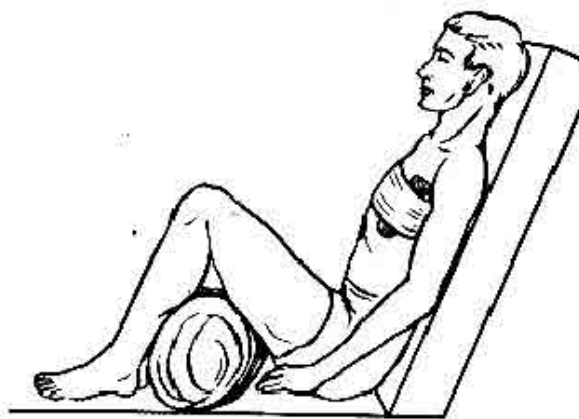
21 - расм.

Умуртқа синган деб тахмин қилинса ва беморнинг хуши ўзида бўлса, қаттиқ тахта устига ётқизилиб, горизонтал ҳолатда ташилади.

Бош ва мия шикастланганда (хуши ўзида, шок белгилари йўқ) замбилларда оёқ томонини  $10-15^{\circ}$  пасайтириб кўтариб борилади. Бош тагига уни ва бўйинни маҳкамлаш учун ёстикча қўйиш мумкин.

Қон йўқотиш ва шок бўлса ёки уларнинг хавфи бўлса, бош томон пастроқ, оёқлар  $10-15^{\circ}$  га кўтариброқ қўйилади ёки оёқлар қаламтарош кўринишида букил-ган бўлиши керак.

Кўкрак қафаси ва унинг органлари шикастланиб, ўткир нафас етишмовчилиги кузатилса, тана ва бош томон кўтариброқ ташилади (22- расм).



22 - расм.

Қорин бўшлиғи органлари ва тоснинг шикастланишларида горизонтал ҳолатда ётқизилиб, бош ва тизза остига ёстикчалар қўйилади.

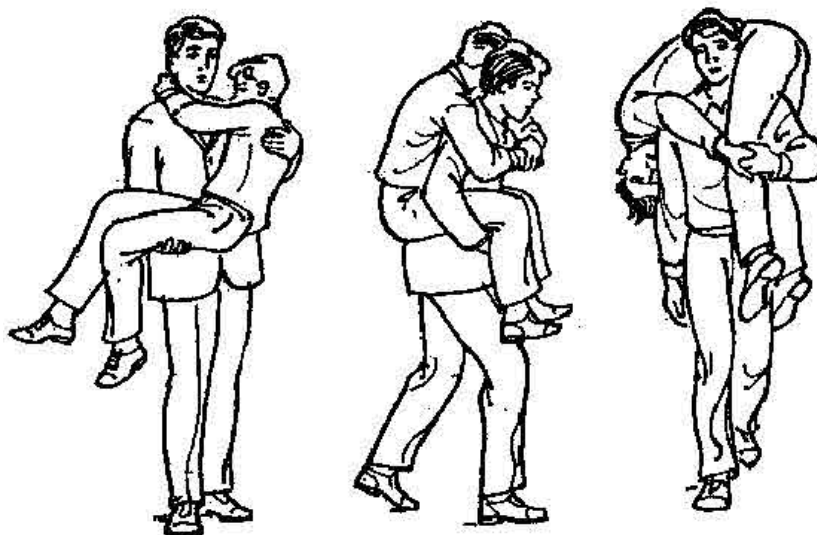
Юз ва жағ соҳаларининг шикастланишларида горизонтал вазиятда юзи билан пастга қаратиб ётқизилади.

Хуши ўзида бўлмаган ҳолатларда (асфиксиянинг олдини олиш мақсадида), бемор ёнбоши билан турғун ҳолатда ётқизилиши керак.

Агар шароит замбилни беморга яқин олиб келишга имконият бермаса, унда беморни қўлда қуйидаги усулларни қўллаб:

1) агар ташувчи бир киши бўлса, у қуйидаги усулларни қўллаши мумкин (23 - расм):

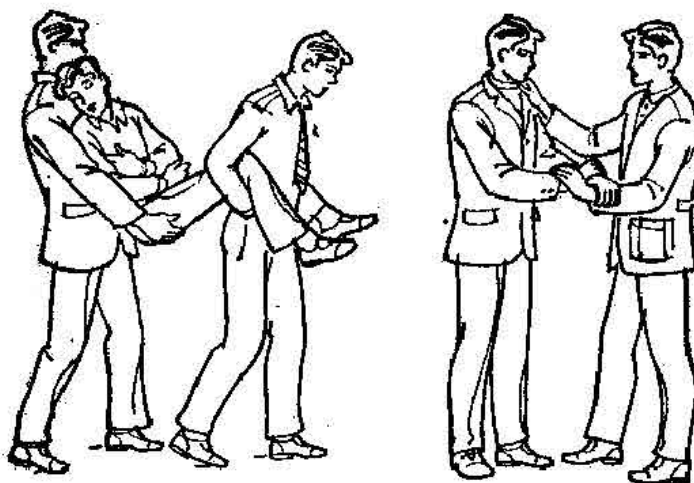
- а) ярадорнинг орқасидан ушлаб ёрдам бериши;
- б) қўлда кўтариб олиб бориши;
- в) елкасида ёки орқалаб олиб бориши;



23-расм.

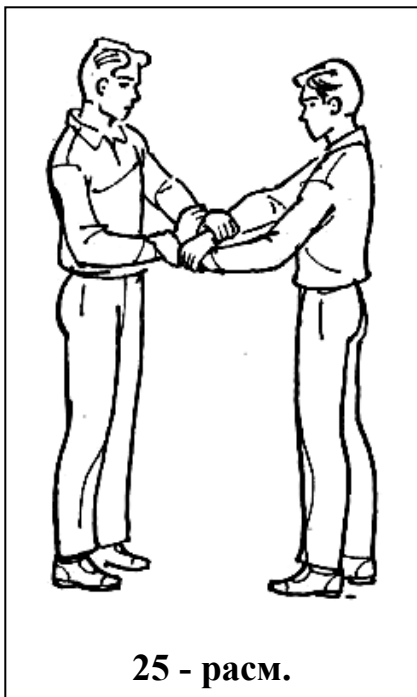
г) чойшаб, плаш, пальто, палатка, дарахт шохлари устига беморни жойлаштириб чанага ўхшаб тортиб бориш мумкин;

2) агар шикастланган кишига ёрдам берувчилар икки киши бўлса, улар беморнинг икки томонидан бир тиззасида ерга туриб, бир қўлини белидан, бошқа қўлини чаноқ остидан ўтказиб ушлаб кўтаришади ва бир вақтда ташланмаган қадамлар билан касални кўтариб керакли жойга олиб боришади (24 - расм);



24 - расм.

3) агар беморнинг ҳолати йўл қўйса, уни ўтирган ҳолатда «мураккаб кулф» усулини қўллаб кўтариб бориш мумкин. Бунда бемор қўллари билан кўтариб бораётган кишиларнинг бўйнидан кучоқлаб олади (25- расм).



25 - расм.

Кўкрак ва кўкрак қафаси суяклари синган беморларни замбилда ярим ўтирган ҳолатда транспортировка қилиш мумкин. Ўмров ва кўкрак суяклари синганда ўтирган ҳолатда транспортировка қилинади.

Шикастланган кишини даволаш муассасасига тезликда етказиш зарур бўлган ҳолатларда транспортировка қилиш биринчи тиббий ёрдамнинг энг муҳим босқичларидан ҳисобланади.

Бунда имконият борича, қуйидаги қоидаларга амал қилиш керак:

а) тез ва эҳтиёткор ташишни таъминлаш (кўполлик оғриқ чақиради, суяк синиқлари силжишига ва шокка сабабчи бўлиши мумкин);

б) кўтариб бориш ва ташишни шикастланишнинг характери ва оғирлигига мос равишда бажариш;

в) транспортировка қилишдан олдин жароҳатларни боғлаш, шиналар қўйиш, оғриқсизлантириш, агар шароит кўтарса, томирга дори қуювчи тизимни тайёрлаб қўйиш ва шу кабиларни, бошқача айтганда, беморни биринчи ёрдам кўр сатишнинг яқунловчи босқичига тайёрлаш керак.

Кўпинча, шундай ҳолатлар юз берадики, ёрдам берувчи киши, жароҳатланган киши нафас олаётгани ёки йўқми, юрак фаолияти тўхтаб қолмагани ва шу каби ҳаётий муҳим нарсаларни эътиборсиз қолдириб, энг аввало, шилинган жароҳатларни тозалаш ва боғлаш билан шуғулланади ёки шикастланган кишини эътиборсиз қолдириб, уни шифохонага олиб бориш учун транспорт қидириб юради.

Шикастланган кишига нисбатан қўлланилган тирилтириш чоралари натижасида нафас ва юрак фаолияти тиклангач, қон босими меъёрга келгач, у транспортировкага тайёрланган ҳисобланади. Агар шу вақтгача нафас олиши тикланмаса, сунъий нафас олдиришни транспортировка вақтида ҳам давом эттириш лозим.

Агар тирилтириш чора-тадбирлари муваффақиятсиз бўлиб, ўлим белгилари юзага чиқса, врач келишини кутиш керак. Врач шикастланган кишининг ўлимини узил-кесил аниқлаб беради;

г) замбилнинг транспорт воситасининг ҳаракати вақтида кўзғалиб ва ҳаракатланиб кетмаслиги учун чора кўрилади, яъни у маҳкамлаб қўйилади;

д) киш вақтида касал устига иссиқ нарсалар ёпиб қўйиш лозим;  
е) кузатувчи доимо беморнинг ёнида бўлиши зарур (машина кабинасига – ҳайдовчи ёнига ўтириб олмаслиги керак).

Шикастланган кишиларни махсус машиналарда, шунингдек, йўловчи енгил машиналарда, самолётларда, тракторларда (тиркама-лари бўлган), араваларда транспортировка қилиш мумкин.

Ҳал қилувчи нарса транспортнинг тури эмас, балки касалнинг қанчалик тез махсус касалхонага олиб борилишидир. Шикастланган кишини, иложи борича, тез максимал қулайликларга эга бўлган ва барча талабларга жавоб берадиган ҳолатда энг яқин даволаш муассасасига олиб бориш керак.

Шикастланган кишини замбилдан кроватга ўтказишда, замбилнинг оёқ томони кроватнинг бош томонига қаратиб қўйилади ёки аксинча. Оғир шикастланишларда замбил кроват ёнига бир хил баландликда қўйилади, кейин эҳтиётлик билан бемор кроватга ўтқизилади.

Хотима ўрнида яна бир муҳим нарса – ёрдам берувчи киши беморга ва унинг яқинларига хушмуомала бўлиши керак. Энг аввало, уларни тинчлантириш ва руҳан қўллаб-қувватлаш, шикастланган кишининг тузалиб кетишига умид ва ишонч туғдириши керак (амалда бундай умид қолмаган бўлса ҳам). Бу нарса беморда даволашнинг кейинги босқичларида врач томонидан касалхонада қўлланиладиган даволаш чора-тадбирларига ишонч туғдиради. Ўз навбатида, бу касалнинг тезроқ оёққа туришига сабаб бўладиган омиллардан биридир.

## **ЎТКИР ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯЛАРИ**

Ҳар хил хасталик чақирувчи бактериялар таъсирида тўқималарда ҳосил бўлган йирингли касалликлар ўткир жарроҳлик йирингли касалликлари деб аталади.

Касалликнинг келиб чиқиши ва чақирувчиларининг таъсирига қараб, жарроҳлик йирингли касалликлари иккига: ўткир ва сурункали турларга бўлинади.

Ўз вақтида ўткир йирингли жарроҳлик касалликлари ўткир махсус бўлмаган (стрептококк, стафилококк ва ҳ. к.) йирингли касаллик чақирувчи; ўткир махсус (сарамас, столбняк (қоқшол), анаэроб ёки газли) йирингли касалликларни чақирувчиларга бўлинади.

Сурункали кўриниши ҳам сурункали махсус бўлмаган тури ва сурункали махсус тур (сил, актиномикоз, захм)га бўлинади.

Бактерияларнинг тўқималарга кириш дарвозаси бўлиб жароҳатланган тери, шиллиқ пардалар, лимфа ва қон томирлари хизмат қилади. Тўқималарга тушган бактериялар ўз вақтида организмда маҳаллий ва умумий қарши ҳаракатларни чақиради. Маҳаллий яллиғланиш белгилари қуйидаги асосий белгилар билан ифодаланади: қизариш, шиш, маҳаллий ҳарорат ва яллиғланган тўқима ёки аъзо фаолиятининг бузилиши.

Умумий организмнинг қаршиликлари бутун тана ҳароратининг кўтарилиши, қалтираш, бош оғриши, томир уришининг тезлашиши ва қон таҳлилларидаги ўзгаришлар билан ифодаланади.

Ўткир йирингли жарроҳлик касалликларидан, асосан, бармоқ ва кафт йирингли касалликлари, фурункул, карбонкул, гидраденит, абсцесс ва флегмоналар учрайди.

Юқорида қайд қилинган касалликлар ўз вақтида ташхиси аниқланиб даволаш муассасаларига мурожат қилинмаса, ўзидан кейин жуда оғир сепсис, септик шок каби ҳаёт учун хавфли асоратларни чақирishi мумкин. Ҳозирги замон тиббиёт илми эришган юксак ютуқларга қарамасдан, айнаи касалликнинг ўлим кўрсаткичлари 50–80 % фоизлигича қолмоқда.

Кафт ва бармоқларнинг махсус бўлмаган йирингли касалликлари табиатда жуда кўп учрайди. Буларга панариция, паронихия ва кафтлар флегмоналари киради.

*Панариций (хасмол)* бармоқлар тўқималарининг жароҳатланиб, йирингли яллиғланишидир. Асосан, хасмол билан маълум касб (механизатор, ҳайдовчилар, пахтакор ва чорвадорлар) эгалари оғрийдилар. Буларга сабаб иш вақтида олинган жароҳатга ифлос орқали инфекция тушишидир. Касалликнинг 80 фоизи 1, 2, 3-бармоқларга тўғри келади.

Аъзоларнинг анатомик жиҳатига қараб тери ости, тери, пай, суяк ва бўғимлар хасмолларига бўлинади.

Тери ичи хасмоли тери қаватининг эпидермис ва дерма қавати оралиқларида ривожланиб, йиғилган йиринг эпидермис тагидан кўриниб туради. Тери ости хасмоли – атрофи қизариб, хасмол ривожланаётган бўғим шиши билан ифодаланади.

Пай хасмоли организмнинг умумий қаршилиги билан ифодаланади, яъни умумий қувватсизлик, тана ҳароратининг



кўтарилиб кетиши билан кечади. Хасмол ривожланаётган бармоқ панжанинг ички соҳасига бир оз букилган ҳолда, шишган, қизарган бўлади, бармоқни тўғрилашга қилинган камгина ҳаракат ҳам кучли оғриқ чақиради.

Суяк хасмоли – асосан, бармоқларнинг юмалоқ шаклда шиши ва оғриқ билан бошланиб, аксарият ҳолларда йирингли оқмалар ҳосил қилади.

Бўғим хасмоли ташхиси бўғимлардаги шиш ва кучли оғриқ, ҳаракатларнинг чегараланганлиги каби белгиларга асосан қўйилади. Бармоқ бироз букилган ҳолда, тери ажинлари силлиқланган, озгина ҳаракат ҳам кучли оғриқ чақиради.

*Паронихия* – бармоқларнинг тирноқ атрофи айланаси тўқималарининг яллиғланишидир.

Жойлашишига қараб, юзаки (субэпидермал) ва чуқур – тирноқ атрофи тўмтоғи тўқималарида учрайдиган турларига бўлади. Клиник кечиши тирноқ атрофи тўмтоғининг қизариб шишишига хос кўринишларда ифодаланади. Бармоқларда учрайдиган ўткир йирингли яллиғланишлари бўлган беморлар кечиктирмасдан жарроҳлик йўли билан даволанишлари шарт. Юзаки кўринишдаги хасмол ва паронихиялар поликлиника шароитида очилади. Хасмолларнинг пай, суяк ва бўғим кўринишдаги турлари фақат шифохоналарда йирингли жарроҳлик бўлимларида даволаниши шарт.

*Панжа флегмоналари* – жуда оғир ва хавfli хасталик ҳисобланади, яъни бу умумий камқувватлик, уйқусизлик, титраб қақшаш ва алаҳсираш билан кечади. Беморлар жароҳатланган соҳадаги кучли оғриқдан шикоят қиладилар. Кафтнинг юза қисмида жуда катта шиш кузатилади. Бармоқлар ҳолати оғирлашганда унинг уч қисми бир оз букилиб, асос қисмлари тўғриланган ҳолда бўлади. Кафт флегмоналари билан оғриган беморлар шошилишч жарроҳлик муолажаларига муҳтож бўлиб, улар кечиктирилмасдан жарроҳлик бўлимларига ётқизилиши шарт.

## **ТЕРИ ВА ТЕРИ ОСТИ ЁҒ ТЎҚИМАЛАРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

*Фурункул* – тери ости ёғ халтаси ва ёғ безларининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Бу яллиғланишлар гоҳида тери ости ёғ тўқималарига ҳам ёйилиши мумкин. Фурункуларнинг асосий чақирувчилари стафилококклардир. Фурункулар тананинг туклар

билан қопланган барча майдонларида, асосан, юз, бўйин, бел ва думба соҳаларида кўпроқ учраши мумкин. Фурункулни келтириб чиқарувчи омиллардан асосий ўринни шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик (кам чўмилиш, кийимларни тез-тез алмаштирмаслик), витаминлар етишмаслиги, терининг тирналиши, умумий ва углеводлар алмашинувининг (қандли диабет билан оғриган беморларда) бузилиши эгаллайди. Фурункул объектив кузатилганда тери қизарган, шишган, тук атрофидаги ҳамда тери ости ёғ қатламини ҳам йирингли жараён ўзига жалб этган, йиринг юзида битта тук бўлиб, у ҳам гоҳида ўзидан-ўзи тушиб кетиши мумкин.

Юз фурункуллари ўта хавфли бўлиб, юқори жағ соҳасида учрайдиган хиллари қўл билан эзилганда, вена томирлари орқали инфекциялар кўтарилиб, веналар тромбофлебити, юз сарамаси, веналар орқали бош мия синусларига ўтиб менингит, энцефалит, бош мия абсцесси ва сепсис ҳолатларига олиб келиши мумкин. Шунинг учун ҳам бундай беморлар шифохоналарда даволанишлари шарт.

*Карбункул* деб бирданига бир нечта соч халталари, тери ости ёғ қатлами ва пастки қават тўқималарининг бир вақтда ўткир йирингли яллиғланиб, катта миқдордаги тўқималарни некрозга олиб келувчи ҳолатга айтилади. Карбункулни чақирувчи микроорганизмлар фурункулни чақирувчилардан фарқ қилмайди. Асосан, карбункул бўйиннинг орқа соҳасида кўп учрайди, яъни бу ҳолат ифлос куйлакларнинг ёқаси бўйинга кўп ишқаланиши туфайли терининг шикастлаши сабабли келиб чиқади. Карбункулнинг клиник кечиши ҳам фурункулникига ўхшаш, бироқ бу кўрсаткичлар оғирроқ кечиб, буларга иштаҳанинг йўқлиги ва қусиш ҳолатлари кўшилади. Карбункулда фурункулга қараганда абсцесс, флегмона, лимфаденит, тромбофлебит ва сепсис каби асоратлар кўп учрайди. Карбункул билан оғриган беморлар ҳам шошилиш равишда шифохоналарда даволанишлари шарт.

*Гидраденит* – тер безларининг ўткир йирингли касаллигидир. Бундай йирингли яллиғланишга, кўпинча, қўлтиқ ости тер безлари чалинади. Аввалига қизариб инфильтрат ҳосил қилади, кейинчалик уч бериб, ўрта қисмидан йиринг чиқаради, абсцесслар пайдо қилади. Бундай беморларнинг қарийб барчаси амбулатор шароитда даволанишлари тавсия этилади.

*Лимфонгоит ва лимфоаденит* – лимфа томирларининг ҳамда лимфа безларининг яллиғланиши бўлиб, иккала хасталик ҳам

иккиламчи касалликлар туркумига киради. Булар, асосан, фурункул, карбункул, гидраденит ва бошқа йирингли касалликлар асорати сифатида пайдо бўлади. Йирингли ўчоқлар ривожланган жойлардан лимфа томирлари бўйлаб томир қизариб, оғриқ билан тортилган жойни пайпаслаганда оғриқ берадиган чизик бирор-бир бўғим чуқурчасида тугунлар ҳосил қилиши ва уларнинг катталашishi – лимфаденит деб аталади. Баъзи яллиғланган томирлар бўйлаб кузатиладиган инфильтрат юмшайди, оғриқлар бир оз камаяди. Бу эса йиринглаш рўй берганлигидан далолат беради. Бундай ҳолларда жарроҳлик йўли билан йирингли ўчоқларни очиш тавсия қилинади. Қолган ҳамма ҳолларда, асосан, бирламчи йирингли касалликларни даволаш, антибиотиклар ва физиотерапевтик умумий даволаш тавсия этилади. Касаллик бошида эса аъзолар ҳаракатини чегаралаб, маҳаллий муолажаларни бажариш мақсадга мувофиқдир.

### **Абсцесс ва флегмоналар**

*Абсцесс* тўқима ва аъзоларнинг чегарали ўткир йирингли яллиғланишидир. *Флегмона* – тарқалган ўткир йирингли яллиғланиш ҳисобланади. Кўпроқ тери остидаги ёғ тўқимасида ривожланади, тўқималарни емириш хусусиятига эга.

Иккала касаллик ўртасидаги фарқ шундан иборатки, биринчи ҳолда йирингли яллиғланиш чегараланган, иккинчи ҳолда эса тарқалган бўлади. Абсцессларда флюктуация (тўлқинланиш) белгиси мусбат, флегмоналарда бу белги умуман аниқланмайди, аниқланса ҳам кучсиз бўлади. Қолган клиник белгиларнинг ҳаммаси иккала касалликда ҳам қарийб бир хилдир. Флегмонада йирингли яллиғланиш тарқалганлиги сабабли умумий клиник кўрсаткичлари бир оз кучлироқ намоён бўлиши мумкин.

Флегмона ва абсцессларни даволаш, асосан, жарроҳлик йўли билан, йирингли ўчоқларни очиш орқали бажарилади. Йиринглар очилгандан кейин эса жароҳатларни маҳаллий даволашнинг умумий қоидасига риоя қилган ҳолда бажарилади. Яъни шу аъзоларга дам бериш, йирингларнинг оқишига шароит туғдириш, механик антисептика йўли билан даволаш ва антисептикларни қўллаш орқали бажарилади. Суюқлик ажратиб чиқараётган жароҳатларга тузли гипертоник эритмалар (10 % хлорид натрий эритмаси) билан салфеткалар, жароҳат қуриши (дигидратация) вақтида эса Вишневский малҳами билан боғламлар қўлланилади.

*Сепсис* – йирингли касалликлар чақирувчи микробларнинг тўғридан-тўғри қон айланиш доирасига томирлар орқали тарқалиши организм учун ўта хавфли хасталик ҳисобланади. Сепсисни чақирувчи бактериялар стрептококк, стафилококк, ичак таёқчалари ва баъзида анаэроб микроблар ҳам бўлиши мумкин.

Сепсиснинг клиник белгиларига юқори ҳарорат (39–40<sup>0</sup>С), томир уришининг тезлашиши, қон босимининг пасайиши, бош оғриши, мускул ва суякларнинг оғриши, эт увишиши ва совуқ тер ажралиши киради.

Септик шок сепсис касалигининг оғир асорати бўлиб, тананинг барча муҳим аъзолари фаолиятининг чуқур бузилишига олиб келади. Клиник белгиларига ўткир юрак-томир етишмовчилигининг нафаснинг юзаки ва тезлашиши каби ўзгаришлар билан бир вақтда бўлиши киради. Беморларнинг юзлари кўкимтир кулранг кўринишда бўлади, тери қопламларини муздек ёпишқоқ тер қоплайди, қон босими 90–70 мм симоб устунига тенглашади, аҳволи оғирлашган сари қон босимининг пасайиши кузатилади. Қўл ва оёқлар музлайди, кейинчалик томир уриши сезилмай қолади.

Сепсис ва септик шок билан оғриган беморларни зудлик билан шифохонага ётқизиш зарур. Беморларни шитда горизонтал ҳолатда олиб бориш тавсия этилади.

### **Ўткир махсус жарроҳлик инфекциялари**

Бу касалликларга сарамас, қоқшол, анаэроб ҳаволи инфекция ва куйдирги киради. Ушбу касалликларнинг бошқа касалликлардан фарқи, буларнинг махсус чақирувчиси бўлиб, улар таъсирида тўқималарда маҳаллий ўзгаришлар юз беради.

*Қоқшол (столбняк)* – ўткир инфекцион касаллик, уни махсус анаэроб «қоқшол таёқча» си келтириб чиқаради. Тери ва шиллик қаватлар шикастланганда одам организмига киради. Қоқшол таёқчаси ҳайвонлар ва одам ичакларида яшайди ва ташқарида спора кўринишида тупроқда, кийим-кечакларда ва исталган жойда узоқ сақланиб, шамол бўлганда, чанг билан кенг тарқалади.

Қоқшол таёқчаси одам организмига тушгандан сўнг, ўзидан турли хил захарлар чиқаради, бу захарлар, асосан, нерв толалари ҳамда лимфа тизими бўйлаб бутун организмга тарқалади.

Яширин даври 3–7 кундан 3 ҳафтагача давом этади.

Ривожланган қоқшол касаллигининг клиник белгилари қуйидагилардан иборат: кичик кўзғатувчилар (ёруғлик, овоз ва б.)га нисбатан мускулларни клоник ва тоник тиришишлари. Касаллик бошланишида тоник тиришиш оғиз мускулларидан бошланади – тризм (бемор оғзини оча олмайди). Юздаги мимика мускулларининг тортилиши туфайли беморларда «сардоник кулги» аломатлари пайдо бўлади. Бўйин соҳасидаги мускулларнинг кучли тиришиши туфайли беморнинг бош қисми орқа томонга кетиб қолади. Вақт ўтган сари тиришиш бутун тана мускулларига (бел, кўкрак, қорин ва оёқ) тарқалади. Бундай ҳолат «оπισотонус» деб аталади. Мускулларнинг тиришиши бир неча секунддан бир неча минутгача давом этиши мумкин. Баъзан мускулларнинг узилиши, суякларнинг синиши ва бўғимларнинг чиқиши кузатилиши мумкин, шунга қарамадан, кўпчилик беморларнинг ҳуши ўзида бўлади.

Қоқшол касаллигининг олдини олиш чоралари:

1) жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлови беришни амалга ошириш;

2) тана аъзоларининг иш фаолиятини қайта тиклаш (шокка ва камқонликка қарши кураш);

3) махсус профилактика ўтказиш, яъни қоқшолга қарши зардоб ва анатоксин воситаларини организмга киритиш.

Қоқшолда биринчи ёрдам – беморни зудлик билан шитда горизонтал ҳолатда яқинроқда жойлашган, реанимацион бўлими бор шифохонага олиб бориб ётқизишдан иборат.

### **Анаэроб ҳаво инфекцияси**

Газли флегмона ва газли гангрена (чириш) организм барча тўқималарининг оғир шикастланиши бўлиб, анаэроб ҳаво инфекциясини келтириб чиқаради. Бу бактериялар ерда, айниқса, одам ва ҳайвонлар ахлатлари билан ифлосланган жойларда жуда кўп миқдорда учрайди. Анаэроб инфекция, кўпинча, жанговар ҳаракатлар пайтида, мускуллар шикастланганда ривожланади.

Яширин даври жуда қисқа бўлиб, 2–4 кундан сўнг касаллик белгилари бошланади.

Газли гангренада маҳаллий ўзгаришлар, асосан, жароҳатда кучли оғриқ бўлиши, шиш ва тери қопламида оғриқ кузатилиши билан характерланади. Бармоқ билан босиб кўрилганда, тери ости ёғ клетчаткасида ҳаво пуфакчалари силжиши ҳисобига ғичирлаш

сезилади. Жароҳат кулранг кўринишда бўлади. Кўриниб турган мускуллар «қайнатилган гўштни» эслатади, жароҳатдан гоҳида ҳаво пуфакчалари чиқиб туради.

Умумий симптомлари, асосан, кучли заҳарланиш ҳисобига рўй беради: юқори ҳарорат, терининг сарғайиши, кўзнинг бир нуқтага тикилиши, пульс камайиши ва кучсизланиши, артериал босимнинг пасайиши, бемор ўлим юз бергунгача хушини йўқотмайди.

Биринчи ёрдам – жароҳатга зудлик билан асептик боғлам қўйиб, транспорт иммобилизациясини амалга ошириш, беморни горизонтал ҳолатда замбилда ёки шитда энг яқин шифохонанинг жарроҳлик бўлимига ётқизиш керак.

### **ҚОРИН БЎШЛИҒИ ВА АЙИРУВ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИКЛАРИ ҲАМДА ЖАРОҲАТЛАРИ**

Касаллик клиник симптомларининг кескин равишда ўсиб боришини ва бемор аҳволининг оғирлигини ҳаёт учун хавfli бўлган касалликлар туркумига кирадиган ўткир қорин аъзоларидан қон кетиши мисолида кўриб чиқиш мумкин. Ўз вақтида қорин аъзоларидан ўткир қон кетиши икки хил кўринишда бўлади. Биринчи кўринишида қорин бўшлиғи аъзоларидан кетаётган қон шу аъзолар бўшлиғига тушади ва шу сабабли бу кўриниш қон кетишнинг қорин бўшлиғи аъзолари ичига кетиш номи билан аталади. Иккинчи кўринишида эса қорин бўшлиғи аъзоларидан кетаётган қон тўғридан-тўғри қорин бўшлиғига тушади ва шу сабабли қон кетишнинг қорин бўшлиғига эркин қон кетиш номи билан аталади.

*Овқат ҳазм қилиш аъзолари ичига ўткир қон кетиши.* Бундай ҳолларда қон кетиш манбаи бўлиб, кўпинча, ошқозон (меъда) ва 12 бармоқли ичакларда учрайдиган жароҳатлар, қизилўнгач пастки веналарининг жигар циррозларида учрайдиган варикоз кенгайишлари, ошқозон ва ичаклардаги ўсмаларнинг емирилиши, алиментар (овқат истеъмоли туфайли учрайдиган) геморрагик гастритлар ва ҳоказолар бўлиши мумкин.

Ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетиши пинҳона (кўз илғамайдиган даражадаги кичик веналардан) ва профуз (бирон-бир артериядан шовуллаб) қон кетиш кўринишларига бўлинади.

Пинҳона қон кетишининг асосий манбасини аниқлаш бир оз қийин кечиши мумкин, аммо асосий клиник симптомларидан бири бўлиб сабабсиз ўсиб бораётган камқонлик хизмат қилади.

Овқат ҳазм қилиш йўлларида қон кетиши ўз вақтида клиник кечиши билан икки хил кўринишда бўлади:

1) латент (пинҳона) қон кетишида беморнинг умумий қон таҳлили шуни кўрсатадики, қондаги гемоглобин миқдорининг 85–100 г/л гача (нормада 140–160 г/л) камайиб кетиши билан бирга беморлар умумий дармонсизлик ва бош айланишидан шикоят қиладилар, уларнинг ранги оқариб, юраги тез-тез уради (тахикардия), артериал босими пасайиб кетган бўлади, баъзан улар ҳушидан кетиб қолади;

2) ошқора (шовуллаб) қон кетишда, гемоглобин миқдори 50 г/л гача, баъзан бундан ҳам кўпроқ камайиб кетишига сабаб бўлади, беморларда оғир коллапс ҳолати кузатилади, қон қусиш ва ахлатининг қорайиб ажралиши билан бирга кечади. Бу ҳолларда бемор ранги оқариб кетади, қон босими кескин тушиб кетиши, баданини муздек совуқ тер босиши, лаб ва бармоқларининг кўкариб кетиши кузатилади.

Шошилиш ёрдам: бемор қорнининг (эпигастрал) юқори қисмига совуқ нарса (муз, қор, совуқ сувга шимдирилган мато) қўйиш, шошилиш ҳолатда беморни турғизмай, замбилда касалхонага етказиш зарур.

### **Ўткир қорин бўшлиғига қон кетиши**

Бундай кўринишдаги қон кетиши бачадондан ташқарида ривожланган ҳомиладорликда, талоқ ва тухумдоннинг ёрилишида, қорин аортаси аневризмасининг ёрилиш ҳолатларида учрайди.

Асосан, қон кетишининг бу кўриниши бирон-бир жисмоний оғир зўриқишдан кейин тўсатдан камқувват, бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, терининг оқариб, совуқ терга тушиши, томир уришининг кескин ортиши ва тана ҳароратининг тушиб кетиши, қон босимининг пастлиги ва қорин пардасининг яллиғланиши, яъни Шеткин–Блюмберг симптомининг кескин мусбатлиги кўрсаткичлари билан ифодаланади.

Кўп ҳолларда, бу беморларда, оғриқ икки елкага, талоқ ёрилишида эса кўпроқ чап елкага бериши, диафрагма юзасининг қон билан қопланганлигидан юзага келади. Бундай беморларда «Ванька–Встанька» симптоми мусбат бўлади, яъни бемор ўтроқ ёки ярим ўтирган ҳолатда ўзини яхши ҳис қилади, мажбурий горизонтал ҳолатга ўтганда, елка соҳасида оғриқнинг зўрайишини таъкидлайди ва зудлик билан ўтирган ҳолатга қайтади.

Бачадон ташқарисидаги ҳомиладорликда кўп ҳолларда, ҳайз кўришнинг кечикканлиги кузатилади.

Аорта аневризмасининг ёрилиши аксар ҳолларда қари ва кекса кимсаларда учрайди.

Врачгача бўлган тез ёрдамда беморлардаги касаллик белгиларига асосланиб, (бачадон ташқарисидаги ҳомиладорликда ва уруғдоннинг ёрилишида), гинекология ва (талоқ ёрилиши ва аорта аневризмасининг ёрилишида) жарроҳлик бўлимига, қорин соҳасига совуқ қўйиб, замбилда ётқизилган ҳолатда олиб бориш шарт.

## **ҚОРИН ДЕВОРИ ВА ҚОРИН АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ**

### **Ёпиқ лат ейиш**

Бундай лат ейиш, асосан, ўтмас ва тўмтоқ нарсалар (мушт ва товон) зарбаларидан кейин келиб чиқади. Асосий белгилари: оғриқ, шиш, қонталаш ва қорайиш (гематома) билан чегараланади. Зарба кучли бўлган ҳолларда қорин девори мушакларининг ёрилиши ҳам кузатилади, унда юқоридаги клиник кўринишлар нисбатан оғир кечиши, гематоманинг кескин ўсиб бориши, юза соҳада «флуктуация» белгилари пайдо бўлиши мумкин.

Агарда ёпиқ лат ейишнинг оғир ҳолатлари кузатилса, паренхиматоз аъзолар (жигар, талоқ) ёрилса, унда қорин бўшлиғига қон кетиш белгилари намоён бўлади (бехосдан бемор рангининг оқариб кетиши, умумий қувватсизлик, уйқучанлик, оғиз қуриши, томир уришининг тезлашганлиги ва қон босимининг кескин тушиб бориши ва ҳ. к. ).

Биринчи тез ёрдам кўрсатиш вақтида беморни ётқизиб, унга тўлиқ тинчлик бериш керак. Қорнига музли пуфак, агарда ички қон кетиш белгилари бўлса, шокка қарши шошилиш муолажалар – қон ва қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйиш керак.

Бундай ҳолатларда шуни унутмаслик керакки, беморларга оғриқни қолдирувчи морфин ва бошқа анальгетикларни қилиш тақиқланади, яъни оғриқни қолдирувчи бундай дори-дармонлар таъсири касаллик белгиларини аниқлашда баъзи бир чалкашликларга олиб келиши мумкин.

Ҳар қандай ҳолатда содир бўлган қорин деворининг лат ейиши билан мурожаат қилган беморларни стационарга кузатиб, текшириш



учун ётқизиш шарт. Оғир ҳолларда беморларни шошилиш жарроҳлик бўлимларига замбилга ётқизиб олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

### **Очиқ жароҳатлар**

Қорин деворининг жароҳатлари қорин деворини тешиб ўтган (ошқозон, ичак тутқичи (чарви), жигар, талоқ ва ҳ.к. ) ва тешиб ўтмаган кўринишларда бўлади.

Қорин бўшлиғини тешиб ўтган жароҳатларда қорин бўшлиғи аъзоларидан биронтаси жароҳатланган бўлса, бу ҳолатларга қориндаги кучли оғриқ, қориннинг олдинги девори мускуллари таранглашганлиги ва қорин пардасининг яллиғланиш симптомларининг мусбатлиги мисол бўла олади.

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш вақтида жароҳатларга бирламчи жарроҳлик ишлови берилади, агарда жароҳатдан қорин аъзолари чиқиб турган бўлса, уларни қорин бўшлиғига тўғрилаб, қайтадан жойлаштириш қатъиян ман қилинади, аксинча, бу аъзоларни стерилланган матолар билан ўраб, қуриб қолишининг олдини олиш чораларини кўриш тавсия қилинади.

Агар тешиб ўтган жароҳат белгилари аниқ бўлса, у ҳолда беморга шошилиш оғриқни қолдирувчи дори-дармонлар (промедол, морфин) қилиниб, зудлик билан операция ўтказилади. Овқат ҳазм қилиш йўли аъзолари жароҳати борлиги гумон қилинганда беморларга сув ичиш қатъиян ман қилинади.

### **ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Маълумки, ҳар бир жарроҳлик муассасаларида шошилиш чора кўришни талаб этадиган жами операцияларнинг 2/3 қисмини ташкил этадиган қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликларига (ўткир аппендицит, ўткир холецистит, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши (перфорацияси), ошқозон ва ичаклар ярасидан қон кетиши, ичак туттилиши, ўткир панкреатит ва бошқа касалликлар битта «ўткир (хавфли) қорин» номи билан аталади.

Асосий клиник симптомлари қуйидагилардир:

1) қорин бўшлиғида тўсатдан бошланадиган оғриқ;

2) қорин пардасининг яллиғланиши, яъни қорин девори мускулларининг таранглашиши;

3) юрак-томирлар доирасидаги ўзгаришлар, шоккача бориши, овқат ҳазм қилиш доирасидаги дисфункционал ўзгаришлар (кўнгил айнаш, қайт қилиш, қабзият бўлиши, ичак юришининг (перестальтика) тўхташи кабилар.

«Ўткир қорин» ташхиси гумон қилинган барча ҳолатларда, қисқа вақт ичида беморни замбилга ётқизиб, бош томонини бир оз кўтариб, оёқларини тиззасидан букиб, тагига ёстик кўйиб, шошилиш равишида яқинроқда жойлашган жарроҳлик бўлимига элтиш мақсадга мувофиқдир. Агарда беморда шок белгилари бўлса, мускул оралиғига юрак ва нафас аналептиклари (2 мл–10% ли кофеин ва 2 мл кардиамин) дори-дармонларини қилиш тавсия этилади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари ичида шошилиш, мунтазам равишда даволаш муолажаларига муҳтож касалликлардан бири бўлган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини алоҳида кўрсатиш керак. Бу касалликни алоҳида таъкидлашимизга сабаб, у билан 8–10% дан кўпроқ эркаклар оғрийдилар ва асоратлари ҳам кўп учрайди. Бу касаллик асоратлари кутилмаганда касаллик ривожининг турли вақтларида, қолаверса, клиникаларда биринчи бор аниқланиши ҳам мумкин.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши (перфорация) бу касалликнинг энг катта ва энг хавфли асоратларидан бири саналади ва шошилиш жарроҳлик муолажаларини талаб этади.

Биринчи давр (перфорация бошлангандан сўнг 4–6 соат ичида) – бу вақтда тўсатдан «ханжар» санчилгандек кучли оғриқ қориннинг юқори қисмида бошланади, қориннинг олдинги девори мускуллари таранглашиб, тахтасимон қаттиқ ҳолатга ўтади. Айрим ҳолларда шок ҳолати кузатилади (бемор оқариб, совуқ терга тушади, брадикардия – томир уриши пасаяди, нафас олиши юзаки ва ҳ.к. ) тана ҳарорати бу вақтда меъёрида бўлади.

Иккинчи давр (тешилгандан кейин 6–12 соатгача) давом этади, бу вақтда ўткир шок белгилари йўқолиб, бемор ўзини бир оз яхши ҳис қилади, гоҳида эйфория – маст одамга ўхшаб алаҳсираши мумкин.

Аммо бу ҳолат «ёлғон» яхшиланиш вақти ҳисобланиб, бу вақтда қорин пардасининг яллиғланиши ривожланади.

Учинчи давр тешилишдан кейинги 12–18 соатни ўз ичига олади ва перитонит (қорин пардаси яллиғланиши)нинг маҳаллий ва умумий симптомлари буткул ривожланганлиги билан ифодаланади.

Касалликнинг умумий белгилари организмнинг умумий заҳарланиши (интоксикация) асосида ривожланади: тили қуруқ, оқ парда билан қопланган, тана ҳарорати кўтарилган, томир уриши тезлашган, кўнгил айниши, қайт қилиш, айрим ҳолларда сийдик ажралишининг бузилиши (кўпинча тўхташи) кабилар. Касаллик ўтиб кетган ҳолларда беморнинг юз ифодаси шунчалик нажот истаб турганга ўхшайдики, бу ифодага қараб ҳам беморга перитонит ташхисини қўйиш мумкин. Юз ифодасининг бу кўринишига «Гиппократ юзи» дейилади, яъни юз ифодаси бир нуқтага қаратилган, кўзлари чўккан, кўзлари тагида қорамтир доғлар ҳосил бўлганлигини кузатиш мумкин. Бемор вақти-вақти билан алаҳсирайди ва оғир ҳолларда ҳушидан кетиш кузатилади.

Перитонитнинг асосий белгиларини ифодаловчи маҳаллий симптомлари: қориндаги кучли оғриқ, пайпаслагандаги оғриқлар, қорин мускулларининг таранглиги ва нафас олишда иштирок этмаслиги.

Ошқозон перфорациясида беморни кутқариб қолишнинг бирдан-бир чораси шошилиш жарроҳлик муолажаларига ҳамда муолажаларнинг қанча эрта бошланганлигига боғлиқдир. Шу қоидаларни қатъиян эсда тутиш шарт.

### **Ошқозон ярасидан қон кетиши**

Ошқозон ярасидан қон кетиши умумий қон кетишнинг 15–20 % ни ташкил қилади. Қон кетиш ўз вақтида қисман яширин ва ўткир (профуз) қон кетишларга бўлинади. Асосан, қон кетиш яра девори бузилиши билан бошланади.

Қисман (яширин) қон кетишда 200 мл миқдоргача қон кетган вақтда бемор қон кетганлигини пайқамаслиги мумкин. Бу ҳолларда кейинги куни бемор бир оз беқувватликни ва ахлатининг қорайиб чиқишини кузатиш билан англаши мумкин.

Профуз (кўп миқдорда) қон кетишда қон кетишига хос бўлган барча белгилар ўткир анемия (камқонлик) белгилари билан кечади. Бу ҳолда умумий дармонсизлик, танглик, тери рангининг кескин оқариб кетиши билан, қулоқлардаги шовқин, бош айланиши, кучсиз ва тез томир уриши, қон босими ва тана ҳароратининг тушиб кетиши каби белгилар билан кузатилади.

Бехосдан бошланадиган қонли қусиқ, асосан, «куюқ қаҳва» рангида бўлади, бу ҳолат қоннинг тузли ишқорлари таъсирида гематин моддаси ҳосил бўлиш жараёни билан ифодаланади. Баъзан кучли қон кетиш бўлган ҳолларда қусиқдаги қон қип-қизил, яъни тузли ишқор таъсир қилиб улгурмаганлиги сабабли ўз ҳолида ажралиши мумкин. Кетаётган қоннинг ичакларга тушган қисми эса қабзият билан қора тусда суюқ (мелана) ҳолда чиқади.

Шу ўринда таъкидлаб ўтиш керакки, қон кетиши нафақат яра касаллигида, қолаверса, қизилўнғач веналарининг жигар циррозида кескин кенгайишида ҳам бўлиши мумкин.

Шифокорларгача бўлган тез ёрдам беморга берилган тинч ҳолат, қориннинг юқориги қисмига қўйилган музли пуфак, вена ичига 5–10 мл 10 % кальций хлорид эритмасини юбориш, мускул оралиғига 1–2 мл бир фоизли виқасол эритмасини юбориш ва шошилиш равишида замбилда жарроҳлик бўлимига элтиш каби тадбирлардан иборатдир.

### **Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари**

*Ўткир аппендицит* – кўричакдаги чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланишидир. Ўртача бир йилда 250 та одамдан биттаси ўткир аппендицит билан оғрийди, бу эса тахминан «Ўткир қорин» касаллигининг 70 % ни ташкил қилади. Асосан, ўткир аппендицит ёш ва ўрта ёш одамларда кўпроқ учрайди.

Ўткир аппендицит қоринда тўсатдан оғриқ тутиб қолиши билан бошланади. Бу касаллик, одатда, даракчиларсиз бошланаверади. Бир вақтнинг ўзида иштаҳа йўқолиши, оғиз қуриши, кўнгил айниши, қайт қилиш, кўпинча, бир марта, аммо овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлмаган ҳолда, тана ҳароратининг субфебрил ( $37,3\text{--}37,8^{\circ}\text{C}$ ) даражасига кўтарилиши, тахикардия бўлиши билан бошланади.

Маълум вақт ичида оғриқ буткул қориннинг пастки ўнг қисмига ўтади. Қорин девори кузатилганда ўнг қисми нафас олишдан бир оз қолади, пайпаслаганда ва бошқа ҳар қандай ҳаракат вақтида бемор оғрикни ҳис қилади.

Ўткир аппендицитни даволаш фақат жарроҳлик йўли билан чувалчангсимон ўсимтани кесиб олиш, аппендэктомия усулида бажарилади. Шунинг учун ҳамма вақт бундай беморлар жарроҳлик бўлимига шошилиш равишида келтирилиши шарт.

*Ўткир холецистит* – ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши. Асосан, ўрта ва кекса ёшдаги одамларда учрайди, нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди.

Касалликнинг клиник кечиши, асосан, бехосдан бошланадиган, ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриқ билан бошланиб, беморларда тана ҳароратининг 38–39<sup>0</sup>С га кўтарилиши, беморнинг кўзида ва кўзга ташланадиган шиллиқ пардаларида пайдо бўладиган сариқлик билан кечади. Баъзи ҳолларда оғриқни ўнг кўлга, ўнг елкага узатилиш ҳолатлари билан ҳам кечиши мумкин.

Беморни текшириш жараёнида тахикардия (юракнинг тез уриши), қорин деворининг олдинги ва ўнг қовурға соҳаси мускулларининг таранглашганлиги кузатилади. Ўт пуфаги йирингли яллиғланган ва тешилган ҳолларда перитонит ривожланади, шунинг учун бундай беморларни шошилиш жарроҳлик бўлимига жойлаштириш тавсия қилинади.

*Ўткир панкреатит* – ошқозон ости безининг яллиғланиши бўлиб, барча ўткир жарроҳлик касалликларининг 9–12 % ни ташкил этади, шу билан биргаликда деструктив, яъни аъзо йиринглаб чиришига олиб келадиган ҳоллари 25–30 % гача боради, бундай пайтларда эса ўлим 22–50 % гача боради. Кўпроқ 30–50 ёшдаги беморларда учрайди. Касалликни келтириб чиқарувчи асосий омиллардан бири ёғли, аччиқ ва спиртли ичимликларни меъеридан кўп истеъмол қилишдир. Айрим ҳолларда ўт тош касалликлари билан оғриган беморларда ҳам мойилликлар аниқланган.

Касалликнинг бошланиши бехосдан санчиқ билан, қорин юқори қисмидан бошланади. Оғриқ ҳаддан ташқари чидаб бўлмас даражада бўлиб, бошланиш нуқтаси ошқозон ости безининг қайси қисми яллиғланишига боғлиқ. Дум қисми яллиғланганда қорин деворининг юқори чап қисмида, бош ва тана қисми яллиғланганда қориннинг юқориги ўрта қисмидан бошланади. Кўп ҳолларда оғриқ орқа, бел соҳаларига ва белбоғ шаклида тарқалган бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда оғриқ, кўнгил айниши қайта-қайта қусиш ва қориннинг дамланиши ҳолатлари билан кечиши мумкин. Шулар билан биргаликда, юрак-томир етишмовчилиги (коллапс) белгилари, тери рангининг оқариб кетиши, кўзга кўринар шиллиқ пардаларнинг кўқарганлиги, тахикардия, тана ҳароратининг пастлиги кузатилади.

Ўткир панкреатит билан оғриган беморлар шошилиш шифонага ётқизилиши ва жарроҳлик бўлимида даволаниши шарт.

*Ўтқир ичак тутилиши* – ҳамма ёшдаги беморларда учраши мумкин.

Ичак тутилиши – ичак бўйлаб унинг ичидаги массанинг бирон-бир сабабга кўра, ҳаракатининг вақтинчалик ёки батамом тўхташи билан таърифланадиган касалликдир. Ичак тутилишини икки: механик ва динамик кўринишда ўрганиш мумкин.

Механик ичак тутилиши ўз вақтида бир неча сабабларга кўра бўлиши мумкин – ўсма, ёт жисм, стеноз (торайиш), ичакнинг тугилиб қолиши, ичакларнинг бир-бирига ёпишиши ва уларнинг тикилиши.

Динамик ичак тутилишида, ичакнинг бўйлама ва кўндаланг қисқарувчанлик хусусиятлари (перистальтикаси) бузилганлиги туфайли овқат лўқмаси йўналишининг ичакларда бузилиши кузатилади. Бу турдаги ичак тутилиши қорин бўшлиғида амалга оширилган оғир операциялардан ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишларидан кейин келиб чиқади.

Ичак тутилишининг асосий белгиларидан бири қориндаги оғриқ, санчиқлар, кўнгил айниши ва қайт қилиш (аввалига ейилган овқат, кейинчалик ўт суюқлиги, сўнгра ахлат аралаш «ахлатли қайт» қилиш) кузатилади. Беморлар бундай ҳолларда ҳаракатсиз, дармонсиз бўладилар, тери ва шиллиқ пардалари оқимтир, қон босими нисбатан паст, тана ҳарорати пасайган ёки меъёрида бўлади. Қорин деворининг кўриниши ассиметрик (нотекис), беморда кўзга кўринарли ичак ҳаракати вақтида (перистальтика) кучли оғриқ туфайли унинг чинқираб азобланиши кузатилади. Пайпаслаганда бемор қорнида кучли оғриқ ҳис қилади, баъзан ичак тутилишида қорин деворида тугунларни, шишларни пайпаслаб аниқлаш мумкин. Бу ҳолларда шошилинич чоралар кўрилмаса, қисқа вақт ичида одам организмнинг заҳарланиш хавфи кузатилади. Ичак тутилиши бўлган ҳолларда беморларни шифохонага келтириш ва лозим бўлса, оператив даво чораларини кечиктирмаслик даркор, аксинча, бемор ҳаёти хавф остида қолади.

### **АЙИРУВ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ЖАРОҲАТЛАРИ**

Бу аъзоларнинг ёпиқ шикастланишлари, асосан, кучли транспорт тўқнашишларида, юқоридан пастга йиқилишда, тос суюқларининг синиши (сийдик ажратиш йўли)да кузатилиши мумкин.

Очиқ шикастлар эса, асосан, бел ёки қовуқ усти соҳаларининг ёрилган, санчиб кесилган жароҳатларида учрайди.

Сийдик чиқариш аъзоларининг шикастланишлари ва жароҳатлари оғир, хавfli шикастлар ҳисобланиб, кўп ҳолларда травматик шокка олиб келади. Бўйрак шикастланганда эса бел соҳасида қаттиқ оғриқ, буйрак олди ёғ қобиғида қон тўпланиши ва сийдикдан қон ажралиб чиқиши (гематома, гематурия) кузатилади, гоҳида шу жароҳатлар орқали сийдик ажралиб туриши ҳам мумкин. Бундан ташқари, сийдик пуфағи ва йўллари жароҳатида сийдик ажралишининг вақтинчалик ёки бутунлай тўхташи кузатилади.

Сийдик қопини ва сийдик чиқариш аъзолари шикастланишларида юқоридаги белгилардан ташқари, кўп ҳолларда, сийдикнинг қорин бўшлиғида йиғилиш хавфи ҳам кўп учраб туради ва бу ҳолат сийдикли перетонит ва инфилтратга олиб келади.

Биринчи ёрдам: жароҳат соҳасига яхшилаб спирт ва йод билан бирламчи ишлов берилгандан кейин, асептик боғлам қўйиб, шошилишч замбилда ётқизилган ҳолда шокка қарши чора-тадбирларни қўллаб, зудлик билан жарроҳлик, яхшиси махсус урология бўлимларига элтиш мақсадга мувофиқдир.

### **Сийдик чиқариш аъзолари касалликлари**

Бу касалликларни иккига бўлиб ўрганиш мумкин: яллиғланиш туфайли келиб чиқадиган (пиелит, цистит, паранефрит) ва яллиғланишга хос бўлмаган (буйрак тош касаллиги) касалликлар.

Буйрак тош касаллиги: адабиётларнинг хабар беришича, буйрак тош касаллиги умумий жарроҳлик касалликларининг 16 % ни ташкил қилади. Айни вақтгача тош ҳосил бўлиш жараёни тўлиқ очилган бўлмаса-да, баъзи сабаблари аниқланган. Буларга витаминлар етишмовчилиги (авитаминоз), буйрак ва суяк системалари шикастланишлари, сийдик йўллари инфекциялари, ишқор ва асослар тенглигининг йўқолиши, иссиқ иқлим шароити, экологик кўрсаткичлар киради. Кимёвий тузилишига қараб, тошлар, уратлар, оксолатлар, фосфатлар ва бошқа турларга бўлинади. Тошларнинг буйрак ва сийдик йўллариининг шиллиқ пардаларида силжишидан буйрак жоми ва сийдик йўллари мускулларининг торайиши (спазм) пайдо бўлади.

Асосан, санчиқ ва оғриқлар тош ёки қумларнинг буйракдан чиқиб, сийдик йўлларида силжиши вақтида кучли бўлади. Бундай

ҳолларда сийдикнинг чиқиши қийинлашиб, бўйрак жомлари ва қобиғини катта босим остида кенгайтириб, оғрикнинг яна ҳам зўрайиб кетишига олиб келади. Бўйрак санчиғи тўлиқ бемор хотиржамлигида, бирдан бошланиб, оғриқ XII қовурға ёки қорин соҳасига узатилиши мумкин. Бундай санчиқсимон оғриқлар бир неча дақиқалардан то бир неча соатларгача чўзилиши мумкин. Кўп ҳолларда, оғриқлар сийдик чиқариш йўллари, сийдик пуфағи, сон соҳалари ва жинсий аъзолар атрофида ҳам бўлиши мумкин. Сийдикда қон аниқланиши бўйрак санчиғининг доимий кўрсаткичлари ҳисобланади. Айрим ҳолларда сийдик билан тошларнинг тушиши 15 % гача учрайди.

Бўйрак тош касалликларини даволаш консерватив ва жарроҳлик йўли билан бўлиши мумкин.

Биринчи ёрдам: бундай беморларга бел соҳасига иссиқ қўйиш, иссиқ ванналар, атропин, оғриқ қолдирувчи дори-дармонлар ва кўп миқдорда суюқлик ичириш муолажалари тавсия этилади.

Юқоридаги муоложалар кўп ҳолларда санчиқларни қолдиришда катта ёрдам беради. Жарроҳлик муолажалари, асосан, тез-тез бўладиган санчиқлар, сийдик йўлларида тошлар тикилиб қолганда, уларни олиб ташлаш ва айрим ҳолларда бўйракни олиб ташлаш турлари қўлланилади. Охири вақтларда, тошларни ультратовуш нурлари билан парчалаш йўли орқали – операциясиз, табиий йўллар орқали тошлар ажратиб олинмоқда.

### **ЎТКИР ЮРАК-ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ ВА БРОНХИАЛ АСТМАДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ**

Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) йиғма тушунча бўлиб, унинг асосида юрак тож артерияларидаги қон оқиши ва тўқималардаги энергетик эҳтиёж ўртасида мувозанатнинг бузилиши натижасида келиб чиқадиган юрак мускули касаллиги ётади. ЮИК юзага келгач, кўпинча, сурункали характер касб этади, бунга тож артерияларида атеросклерознинг жадаллашиши сабаб бўлади. Маълум босқичларда у ўткир кечишга ўтиши, баъзан бирламчи инфаркт ёки турғун бўлмаган стенокардия хасталигини келтириб чиқариши мумкин. Агар касаллик кечиши яхши томонга ўзгарса, турғун стенокардия кўринишида у яна ЮИКнинг сурункали шаклига ўтади.

ЮИК АҚШ, Европа мамлакатлари, Япония каби индустриал ривожланган мамлакатларда кенг тарқалган. Кўпроқ 40–66 ёшдаги



эркаклар касалланиб, уларнинг 23,4% да ЮИК нинг оғриқсиз шакллари кузатилади. Бундай кишилар шифокорларга мурожаат қилишмайди, шу сабабли, уларда миокард инфаркти кўп учрайди. ЮИК натижасида ҳар йили 5,4 дан 11,3% гача ўлим юз бериши аниқланган. Юрак-томир касаллигидан келиб чиқадиган ҳамма ўлимларнинг 53% ЮИК га тўғри келади. В. Lawn (1980 й) маълумотларига кўра, АҚШ да ҳар куни тўсатдан 1200 киши вафот этиб, уларнинг 75% ёриб кўрилганда, ЮИК белгилари мавжуд бўлган. ЮИК Ўзбекистонда 8% дан 15,5% гача тарқалганлиги маълум.

ЮИК патогенезида 3 та асосий жараён муҳим ўрин тутади:

1) липопротеид спектрининг бузилиши;

2) липопротеид ташувчи апо-В нинг артерия интима қаватига тушиши;

3) артериянинг интима қавати ҳужайраларида қондаги липопро-теидларнинг бошқарилмайдиган тарзда ушланиб қолиши.

Бундан ташқари, қуйидагилар катта аҳамият касб этади:

– тож томирлар тромбози;

– тож томирлар спазми;

– микроциркуляциянинг издан чиқиши ва қон ёпишқоқлигининг ортиши. Бу омиллар миокард ишемиясини чуқурлаштиради.

ЮИК нинг ривожланиш механизмидаги хатарли омилларга:

а) гиперхолестеринемия;

б) модда алмашилишининг бузилишлари (қандли диабет, подагра);

в) артериал гипертензия;

г) чекиш;

д) гиподинамия;

е) семириш;

ё) асаб ва ҳиссиётнинг толиқишлари ва бошқалар киради.

ЮИК нинг қуйидаги турлари тафовутланади:

– тўсатдан бўладиган коронар ўлим;

– стенокардия;

– миокард инфаркти;

– кардиосклероз;

– хос бўлмаган кўринишлар.

*Стенокардия* («кўкракнинг сиқилиши») – қайталаниб турувчи, сиқувчи, санчиқли, ғижимловчи, кўкрак орқасида ҳосил бўлувчи

оғриқлар билан характерланади. Бундай оғриқлар, кўпинча, жисмоний зўриқиш, ҳиссиётга берилиш ва баъзан осойишталик ҳолатларида ҳам келиб чиқади.

Оғриқ, асосан, чап елкага, кўкрак, бўйин, пастки жағ ва тишларга узатилади. Айни пайтда бемор нафас олишга қийналади, хавотирга тушади, ҳаракатини тўхтатиб, оғриқ ўтгунча қимирламай қотиб туради.

Кекса ёшли касалларда оғриқни сезиш камроқ юз бериб, касалликнинг клиник белгилари нафас олишнинг қийинлашиши, бирданига ҳаво етишмай қолиши ва кучли дармонсизлик билан кечади.

Муҳим ташхисий белгиларидан бири тил остига нитроглицерин қўйгач, оғриқнинг тўла тўхташи ва шунингдек, келтириб чиқарувчи омилларнинг бартараф этилишидан кейин оғриқнинг тўхташи ҳисобланади. Оғриқ одатда бир неча минут давом этади.

***Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:***

1) тўлиқ жисмоний ва руҳий тинчликни таъминлаш;  
2) тил остига 1 – 2 дона нитроглицерин дорисини қўйиш;  
3) томирга ёки мускул орасига 50% ли анальгин эритмасидан 2 мл, 2% ли промедолдан 1 мл ва 1% ли димедрол эритмасидан 1 мл юбориш керак. Агар бу дорилар вена ичига юбориладиган бўлса, аралашма 10 мл 0,9% ли натрий хлорид эритмасида суюлтирилади;

4) кучли ифодаланган руҳий безовталиқда ёки етарли натижа бўлмаган тақдирда оксигенотерапия (кислород билан нафас олдириш)ни қўллаш мумкин. Транспортировка касалнинг ҳолатидан қатъи назар, замбилда амалга оширилиши керак.

Ҳаракат тактикаси касалнинг тож артерияларидаги қон айланишининг қай даражада бўлганлигини ва тўсатдан ўлим келиб чиқиш имкониятини аниқлаш билан белгиланади. Жамоат жойларида ва кўчаларда беморни шифохонанинг қабул бўлимларига, ҳатто оғриқ қолган тақдирда ҳам, текшириш учун олиб келиш керак.

**Қуйидаги ҳолатларда:**

1) оғриқ 30 минутдан кўп муддатга давом этса;  
2) хуруж касалнинг ҳаётида биринчи марта юзага келса;  
3) нитроглицерин оғриқни қолдирмаса;  
4) оғриқ хуружлари бўғилиш, аритмия, ҳушни йўқотиш билан давом этса, махсус тез ёрдам бригадаси чақирилади. Чунки бу ҳолатларни нотурғун стенокардия ёки миокард инфарктининг дастлабки ҳолати деб баҳолаш керак.

Тўхтовсиз ёрдам кўрсатишнинг вазифаси оғриқсизлантириш ва миокард инфарктининг ҳамда энг хавфли асоратларнинг олдини олишга қаратилади.

Бунинг учун қуйидаги терапия қўлланилади:

а) тўлиқ тинч ҳолатни яратиш;

б) узоқ вақт давомида нитроглицеринни қабул қилиш – 2 та таблеткадан тил остига ҳар 15 минутда (агар артериал қон босими жуда пасайган бўлса, нитроглицеринни бериб бўлмайди);

в) тезда қон ивишига қарши воситалар қўллаш – вена ичига 10000 ДБ гепарин юборилади;

г) артериал босими юқори бўлса, пентамин юборилади;

д) сийдик ҳайдовчи препаратлар – лазикс ёки фурасемид 1–2 та таблеткадан тавсия этилади.

е) миокардда кислородга эҳтиёжни кучайтирувчи препаратларни (строфантин, эуфиллин, платифиллин) иложи борича, бермаслик керак.

Биринчи тиббий ёрдам қаерда кўрсатилишидан қатъи назар, инфаркт олди ҳолатидаги касал тезда махсус ихтисослаштирилган кардиологик бўлимга ётқизилиши керак.

*Ўтқир миокард инфаркти (ЎМИ)* ЮИКнинг оғир кўринишларидан бири ҳисобланади. Миокард инфаркти – бу некроз, юрак мускулларининг маълум қисми ўлишидир. У билан бирга кўплаб орган ва тизимларнинг функцияларида бузилишлар юзага келади.

Миокард инфарктининг кўпроқ кузатиладиган вариантлари – ангиноз (оғриқли), астматик ва гастралгик (абдоминал) ҳисобланади.

Ангинозли вариантида кучли ифодаланган оғриқ синдромлари узоқ давом этиб, ҳатто кучли оғриқсизлантирувчи дорилар ҳам уни қолдира олмайди, оғриқ турли томонларга узатилади. Кўп ҳолларда вегетатив бузилишлар билан биргаликда кечади: кўнгил айниши, қусиш, ўлим хавфидан қўрқиш, совуқ тер босиши кузатилади.

Астматик варианти кўпроқ аввалда миокард инфаркти ўтказган қари ёшдаги беморларда кузатилади. Юрак астмаси хуружи ва ўпка шиши билан характерланади.

Гастралгик (абдоминал) варианти – эпигастрал соҳада ва тўш суяги орқасида ифодаланган оғриқ, шунингдек кўнгил айниши ва қусиш билан кечади. Динамик ичак тутилиши белгилари кузатилиши мумкин. Миокард инфаркти ташхиси госпитализация қилин-

гунга қадар беморни сўраб-суриштириш, текшириб кўриш ва ЭКГ асосида кўйилади.

Аммо миокард инфарктига шубҳаланиш ва беморга бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишни ҳар бир ички ишлар ходими билиши ва бажара олиши лозим. Миокард инфаркти билан оғриган ҳамма беморлар шифохонага ётқизилиши шарт.

**Воқеа содир бўлган жойдаги кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:**

– оғриқсизлантириш – наркотик анальгетиклар (промедол, морфин 1 мл томирга)+димедрол 1% – 1 мл, фентанил 0,005% – 1–2 мл+дроперидол 0,95% – 1мл;

– ритм бузилишларини даволаш ва олдини олиш – лидокаин 10% – 1-2 мл;

– антикоагулянтлар юбориш – томир ичига ёки тери остига 10–15000 ДБ гепарин юборилади.

– систолик артериал босим 70 мм симоб устунидан пастга тушса, томир ичига реополиглюкин ёки полиглюкин юборилади.

Ўткир ишемик касалликнинг кўп асоратлари касалликнинг биринчи кунда юзага келади. Кўпинча, бу асоратлар нафақат касаллик прогнози, балки беморнинг ҳаётига бевосита хавф туғдиради.

Кўп ҳолларда қон айланишининг бирданига тўхтаб қолиши бемор касалхонага ётқизилгунга қадар юзага келади. Бунга кўпроқ юрак ритмининг ўткир бузилиши – фибриляция (юрак қоринчаларининг фибриляцияси) сабабчи бўлади. Фибриляциядан олдин жуда кучли оғриқ хуружи бўлади, артериал босим кўтарилади.

Қон айланишининг тўсатдан тўхтаб қолишида ҳуш йўқотилади, бош миянинг фаолияти бузилади. Бош мияда қон айланиши тўхтагандан сўнг 3–5 минут ўтгач, ортга қайтмайдиган ўзгаришлар келиб чиқади. Бу минутлар ичида бош мия функциялари босқичма-босқич бузилади. Қон айланиши тўхтагач, 10 секунддан кейин ҳуш йўқолади ва клоник ҳамда тоник талвасалар бошланади.

Тери қопламнининг кескин оқариши ривожланади. Бўйиннинг йирик артерияларида пульс йўқолади. 20–30 минутдан кейин нафас бузилади, аста-секин онда-сонда чуқур нафас оладиган – «балиқ нафаси» бўлиб қолади. Қон айланиши тўхтагандан кейин 1–2 минут ўтгач, нафас олиш тўхтайдиган, яна 30–60 секунд ўтгач, кўз қорачиқлари кенгаяди. Клиник даврида кўз қорачиқлари реанимацион чоратадбирларга нисбатан қисқариш хусусиятини сақлаб туради. Бу нарсанинг йўқолиши бош миянинг қайтмас биологик ўлимга учраганлигидан гувоҳлик беради.

Шундай қилиб, клиник ўлим – бу эффектив қон айланишининг ҳамма белгиларининг йўқлигидир (хуш йўқолган, йирик артерияларда пульс йўқ, қон босими ва нафас аниқланмайди). Бу даврда миядаги ўзгаришларни ортга қайтариш мумкин. Ўртача бу вақт қон айланиши тўхтагандан кейин 3 минут давом этади. Бу ҳолат тўсатдан юз берган ўлим тушунчаси билан бир хилда эмас. У нарса қон айланишининг тўхташ сабаблари тўғрисида маълумот беради, лекин миядаги метаболизм бузилишлари чуқурлиги тўғрисида маълумот бермайди.

Инфаркт билан касалланган беморга фақат стационар шароитлардагина максимал самарали даволаш мумкин. Беморда оғриқ хуружи бошлангандан кейин эртароқ уни транспортировка қилиш кечикиб транспортировка қилишга қараганда хавфсизроқ. Миокард инфаркти билан оғриган беморни кардиоген шок, ўпка шиши бор ёки аритмоген коллапс вақтида транспортировка қилиш мумкин эмас.

Лекин бу қаршилиқлар нисбий бўлиб, агар бутун транспортировка давомида тўхтовсиз дори юбориш таъминланса ва керакли бўлган тирилтириш ёрдамани кўрсатадиган ускуналар мавжуд бўлса, касални зудлик билан эвакуация қилиш керак. Адекват оғриқсизлантиришга эришилгач, касални транспортировка қилишга бўлган монелиқлар камдан-кам ҳолатларда сақланиб қолади.

### **Юрак ритмининг ўткир бузилишлари**

Юракнинг энг муҳим функцияларидан бири автоматизм функциясидир, бошқача қилиб айтганда, частотали электрик импульслар ишлаб чиқариш қобилияти бўлиб, у организм эҳтиёжларига мос келиши керак. Юракнинг махсус тузилмалари электр импульсини маълум тезликда ўтказиш қобилиятига эга бўлиб, норма бўйича одамда тўғри синусли ритм сақланганда минутига 60–90 та юрак уришини ташкил этади. Қандайдир сабаблар билан юракнинг ўтказувчи тизимида нормал функциянинг бузилишларида узилишлар келиб чиқади ва бу нарса аритмия деб аталади.

*Экстросистолия* – юракнинг муддатидан аввал қисқариши. Экстросистолия мавжудлигини пульсни ва юракни текшириб аниқлаш мумкин. Касал ўзини худди юраги тўхтаб қолгандек ҳис қилади ва ундан кейин кучли туртки сезади. Узилишлар узоқ давом этса, бош айланиши, мадорсизлик, кўришнинг хиралашиши (кўз олди қоронғилашиши, кўнгил айниши) кузатилади.

Қатъий ташхис ЭКГ асосида қўйилади.

**Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:** кўпчилик ҳолларда экстросистолия учун шошилиш даво талаб қилинмайди, узоқ ва тез-тез кузатиладиган хуружларда касални шифохонага юбориш керак. Агар экстросистолия миокард инфаркти гипертоник криз фонида юзага келиб, турғун аҳамият касб этса, қуйидаги чора-тадбирларни қўллаш керак:

1) махсус кардиологик бригада ёки «тез ёрдам» машинасини чақириш лозим;

2) ичишга 50-80 томчи валокардин ёки 50-80 томчи корвалол берилади;

3) беморни замбилга ётқизиб, кардиологик стационарга ётқизиш учун жўнатилади.

*Тебранма аритмия* амалиётда анча кўп учрайди. Доимий, кўпдан давом этиб келаётган ва пароксизмал, кутилмагандаги хуруж кўринишида юзага келадиган турлари фарқланади. Касаллик юракнинг тартибсиз қисқариш фаолияти билан характерланиб, пульс аритмияси, унинг нотекис тўлиқлиги ва дефицити билан ифодаланади. Ташхис ЭКГ текширишлари билан тасдиқланади.

**Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:**

а) беморга тез ёрдам кўрсатиш учун махсус кардиологик бригадани чақириш ва уни тезлик билан касалхонага ётқизиш керак;

б) юрак гликозидлари беришни бошлаш лозим: строфантиннинг 0,05% ли эритмасидан 0,5 мл ни 10 мл физиологик эритмада эритиб, томирга юборилади;

в) 10 мл панангин томир ичига юборилади;

г) кордарон 2–4 мл томир ичига берилади.

*Пароксизмал тахикардия* тўсатдан юзага келади. Хуружлар 10–15 минутгача давом этади. Юрак қисқаришларининг сони минутига 200–220 тагача етади.

Бундай тахикардиянинг хавфи шундаки, юрак қисқаришларининг сони жуда катта бўлганлиги учун юрак бўлмачалари қонга яхши тўлмайди, шу сабабли юракнинг томирларга ташлаётган қон ҳажми кескин камайиб кетади. Юрак етишмовчилиги белгилари юзага келади. Бундай ҳолларда беморда тез ва кичик пульс аниқланади, артериал босим жуда пасайиб кетади.

**Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:**

– тезликда «адашган нерв синамасы»ни қуйидагича қўллаш мумкин: а) кўз олмасига босиш; б) беморга кучанишни тавсия қилиш; в) сунъий қусишни чақириш;

– дори-дармонлардан: а) физиологик эритмада эритилган 0,05% – 0,5 мл строфантини томирга юбориш; б) бетта-блокаторни (обзидин, анаприлин) тил остига қўйиш; в) новакаинамиддан 10 мл 10% ли эритмасини 10 мл физиологик эритмага қўшиб томирга юбориш (бўлиб-бўлиб 2 мл дан, ҳар бир дори юборилгач, артериал босим назорат қилиб турилади).

### **Юрак ўтказувчанлигининг бузилишлари**

Электр импульсининг юрак бўйлаб тарқалиши қатъий қонуният бўйича амалга оширилади. Бу нарсанинг бузилиши ўтказувчанликнинг блокадаланиши билан юзага келади, унинг қисман (одатдаги йўл билан секинроқ ўтади) ва тўлиқ (импульс ўз йўлидан ўтолмай, айланиб ўтишга мажбур бўлади) бузилиши кузатилади. Ўтказувчанликнинг бу бузилишлари турли касаллик ва ҳолатларда кузатилиши мумкин. Кўпроқ бу нарсалар тож томирлардаги қон айланишининг бузилишлари ва юракнинг яллиғланишларида хавфлироқ бўлади. Клиник жиҳатдан юрак бўлмачалари ва қоринчалари ўтказувчанлигининг бузилишлари – атриовентрикуляр блокадалар хавфлироқ ҳисобланади. Блокаданинг 3 та босқичи фарқланади.

1-босқичдаги ўзгаришларни фақат ЭКГда аниқлаш мумкин. Клиник жиҳатдан у ўзини намоён этмайди ва махсус даволашни талаб қилмайди.

2-босқичдаги атриовентрикуляр блокадада пульснинг камайиши аниқланади. ЭКГ текширишларида қаттиқ чизиқнинг даврий структура ўзгаришлари қоринчалар қисқаришларининг тушиб қолиши кўринишида, пульс тўлқинларининг даврий йўқолишида намоён бўлади.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам сифатида венага 1 мл 0,1% атропин эритмаси, тил остига 1 дона изадрин таблеткаси, мускул орасига 1 мл 1% ли мезатон эритмаси, 60 мг преднизалон ёки 250 мг гидрокортизон, 60 мг лазикс юборилади.

Атриовентрикуляр блокаданинг 3-даражаси жуда хавфли бўлиб (тўлиқ блокада), ЭКГ да юрак бўлмачалари ва қоринчаларининг номутоносиб ишлаётганлиги кўринади. Клиник жиҳатдан бундай касалларда пульснинг минутига 60 тадан камлиги кузатилади. Пульс қанча кам бўлса, юрак етишмовчилиги шунча кучли ифодаланган бўлади. Блокаданинг учинчи даражасида даврий равишда Моргани – Адамс – Стокс хуружлари намоён бўлиб, бунда бирданига беморда

хушни йўқотиш, талвасага тушиш, нафас олишнинг бузилишлари кузатилади. Бу ҳолатлар қон айланишининг самарали бузилишлари даврий юзага келиб туриши сабабли доимий эҳтиёткорликда бўлишни, тирилтириш чораларини қўллашни талаб қилади.

Атриовентрикуляр блокаданинг 3 – даражасида энг самарали даво бўлиб электрли кардиостимуляция ҳисобланади. Дори-дармон билан даволаш, одатда, яхши натижа бермайди.

Атриовентрикуляр блокаданинг 2- ва 3-даражалари билан оғриган беморлар, албатта, аритмияни даволаш учун махсус бўлимларга ётқизилади.

### **Ўткир юрак-томир етишмовчиликлари**

Кардиоген шокнинг қуйидаги турлари фарқланади:

а) рефлексор (оғриқли);

б) ҳақиқий;

в) эректил;

г) аритмик;

д) миокарднинг ёрилиб кетиши натижасидаги шок.

Рефлексор шокдаги оғриқ синдроми рефлексор минтақаларни кўзғатиб, периферик қон томирларнинг кенгайиши ҳисобига артериал босимнинг пасайишига олиб келади. Баъзан артериал босимнинг пасайиши олдидан унинг кўтарилиш фазаси кузатилади. Агар оғриқ тўхтатилгач, артериал босим меъёрига қайтса, бу нарса рефлексор шок ташҳисини тасдиқловчи мезон ҳисобланади. Кардиоген шок ташҳиси ЭКГ да ўзига хос белгилар бўлганда ва миокард инфарктининг клиник белгилари юзага келганда қўйилади: норматониклар учун систолик артериал босим 80 мм симоб устунидан ва гипертония касали бор беморлар учун 90 мм симоб устунидан пасая бошласа, тана ҳароратининг пасайиши ва тери қопламларининг намлиги, олигурия (анурия), шунингдек, вазорецептор препаратларнинг (мезатон, норадреналин) вена ичига бир марта юборилиши натижа бермаганда. Бу белгилар кардиоген шокнинг ҳақиқий шаклига кўпроқ тегишлидир.

Аритмоген (аритмик) шокда у пароксизмал тахикардия, тебранма тахиаритмия, тўлиқ атриовентрикуляр блокада, қон айланишининг минутлик ҳажми қисқариши билан боғлиқ артериал босимнинг пасайиши, периферик қон томирларнинг компенсацияланувчи қисқаришлари оқибатида келиб чиқади. Шокнинг бу



кўринишлари ритмнинг пароксизмал бузилишлари ва юрак блокадасида миокард инфарктисиз ривожланади. Юрак ритми тикланса, артериал босим стабиллашади ва шок белгилари йўқолади. Юрак миокардининг ёрилиши (қоринчалар ўртасидаги деворнинг ёрилиши ёки миокард ташқи деворининг ёрилиши) натижасидаги шок жуда кам кузатилади.

### **Юрак чап қоринчасидаги ўткир етишмовчилик**

Ўпка шишишининг клиник кўриниши анча ифодаланган нафас қисилишлари кўкракнинг юрак олд чўққиси қисмида, жуда ифодаланган нафаснинг хириллаши, тери ва лабларнинг сезиларли кўкаришлари билан кечади.

Юрак астмасида нафас қисилишлари анча кучли бўлса, хириллаш бўлмаслиги ёки орқа пастки бўлмаларда кучсиз хириллашлар бўлиши мумкин. Ўпка шиши артериал босимнинг турли даражаларида ривожланиши мумкин, аммо, кўпинча, артериал гипертензияда кузатилади.

Агар артериал босим паст бўлса ва кардиоген шок билан бирга келса, натижа анча хавфли бўлиши мумкин.

Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам миокарднинг ўткир инфарктида тез тиббий ёрдам кўрсатиш бир қатор бир-бирига ўхшаш чоратадбирлардан ташкил топади: оғриқсизлантириш, ритм бузилишларини даволаш ва юрак ўтказувчанлиги бузилишларини тиклаш; антикоагулянтлар, фибринолитиклар ва антиагрегантлар юбориш; артериал босимни меъёрлаштириш, қон айланиши бузилишларини коррекциялаш; босқичма-босқич даволашни такомиллаштириш ва беморни стационарга жўнатиш.

Беморни касалхонага олиб боргунча бўлган босқичда оғриқни қолдириш энг муҳим ёрдам бўлиб ҳисобланади. Қон айланиши бузилмаган ҳолда оғриқ унча кучли бўлмаса, наркотик анальгетикларни (промедол, омнапон ёки морфин – 1 мл вена ичига) юбориш мумкин. Одатда, бу препаратлар антигистамин препаратлари билан аралаштирилиб (1 мл 1% ли димедрол эритмаси, 1–2 мл 2,5% ли пипольфен) берилади (наркотик моддалар таъсирида келиб чиқадиган кўнгил айланиши ва қушишнинг олдини олади).

Анча ифодаланган оғриқ, хусусан, гемодинамика бузилишлари мавжуд (гипотензия, коллапс) бўлганда нейрорептанальгезия усули қўлланилади. Бунда наркотик анальгетиклар (1 мл 1% ли морфин

эритмаси, 1–2 мл 0,005% ли фентанил эритмаси) нейролептик воситалар билан биргаликда (дроперидол – 0,25% ли 1–4 мл эритма) томирга юборилади. Препаратларнинг дозалари клиник маълумотлар ҳисобга олинган ҳолда танланади (беморнинг ёши, мия томирларида атеросклерознинг ифодаланганлиги, нафас функциясининг бузилиш даражалари, гемодинамиканинг бузилишлари мавжудлиги). Наркотик воситалар қаторига кирувчи моддалар нафасни бузишини ҳисобга олиб, унинг дозаси индивидуал танланади. Миокард инфаркти билан оғриган беморга юқорида келтирилган фикрлар бефарқ эмаслигини ҳисобга олиб, бу препаратларни бўлиб-бўлиб бериш усули қўлланилади.

Наркотик моддалар нафасни сўндирувчи зарарли таъсир кўрсатгудек бўлса, оғриқсизлантириш учун бошқа вариант қўллаш керак бўлади (глюкоза-новакаин аралашмаси – 20 мл 5% ли новакаин ва 100 мл 5% ли глюкоза аралашмасини томчи усулида юбориш), азот икки оксиди ва кислород аралашмасини АН-8 аппарати ёрдамида ингаляция қилиш (аввал тоза кислороддан 2–3 минут давомида нафас олдириб, аста-секин азот икки оксидининг қонцентрацияси орттирилиб борилади ва у 80 % га етказилади, эффектга эришилгач, кислород ва азот икки оксидининг нисбати 1:1 қилиб нафас берилади).

Кейинги вақтларда оғриқсизлантиришнинг янги усули – электроаналгезиядан фойдаланилмоқда, бу нарсага фентанилнинг унча катта бўлмаган дозаси (0,5–1,0 мл 0,005% ли эритма) ва частотаси 1000–1500 гц бўлган электрик импульслар (ток кучи 1,5–3 мА) электроаналгезия аппарати ёрдамида эришилади. Бу нарса ёрдамида эффектив оғриқсизлантириш беморни транспортировка калаш ва кейинчалик даволаш вақтида ҳам 2–3 соат давомида узайтириш мумкин.

Нафас олиш функциялари бузилган беморларда ирода стимуляцияси қўлланилади (даволовчи ходимнинг оғзаки буйруғи билан нафас олиш).

Кардиоген шокда даволашни оғриқ синдромини йўқотишдан бошлаш керак. 10–15 минут ичида гемодинамик эффект бўлмаса, кардиоген шокда эса систолик (70 мм симоб устунидан) ва пульс босимлари (15 мм симоб устунидан) паст бўлса, реополюглюкин ёки полиглюкин, вазопрессорлар, стероид гармонлар юбориш керак бўлади. Кислота-ишқор мувозанатини сақлаш учун 2–4% ли бикарбонат натрий эритмаси (200–400 мл) юборилади.

Миокард инфарктининг ўткир даврида томир ичига антикоагулянтлар ва фибринолитиклар (тез оқим билан 10 000 – 15 000 ДБ гепарин; томчи билан 60 000–90 000 ДБ фибрино-лизинни 300–500 мл 0,9% ли натрий хлорид эритмасида) ёки 500 000– 750 000 ДБ стрептокиназа авелизини (стрептазалар) 250–300 мл физиологик эритмада эритиб юборилади.

Ўткир миокард инфаркти билан оғриган ҳамма беморлар интенсив терапия палатасига ёки реанимация бўлимига ётқизи-лиши, бемор бевосита кардиолог врачга топширилиши керак.

### **Артериал гипертония**

Гипертоник криз артериал босимнинг тўсатдан кўтарилиши ва асаб-қон томир тизимида гормонал ва гуморал бузилишлар билан характерланади. Криз гипертония касалининг ҳамма босқичларида ва симптоматик гипертонияларда (ўткир ва сурункали гломеруло-нефрит, пиелонефрит, феохромацитома, нефропатия, мия ўсмалари ва б.) кузатилиши мумкин. Кўпчилик касалларда криз юрак-томир тизимининг марказий асаб тизими орқали бошқарилиш механизмларининг бузилишлари ва артериал босим мавжудлиги асосида келиб чиқади.

Криз ҳолатига олиб келадиган бевосита омиллар қуйидагилар ҳисобланади: руҳий эмоционал стрессли вазиятлар, жисмоний зўриқиш, марказий асаб тизимининг гипоксияси (миянинг ортоста-тик гипоксияси, ҳавоси бузилган биноларда бўлиш ва б.); атмосфера ва физик омиллар таъсирида (атмосфера босимининг кескин ўзгаришлари, ҳаво намлигининг ортиши ва ҳароратнинг пасайиши, қуёш радиацияси фаоллигининг ўзгаришлари, атмосфера ҳавоси-нинг ифлосланишлари, вибрация, электромагнит нурланишлари ва б.); гипотензив дори-дармонларнинг бирданига тўхтатиб қўйилиши (гемитон, допегит ва б.).

*Клиник кўриниши.* Гипертоник криз церебрал, кардиал ва вегетатив характерга эга бўлган бузилишлар билан намоён бўлади. Ташхис беморнинг бош оғриғига (пульсланувчи ва доимий), бош айланиши, шунингдек, церебрал симптоматик белгиларнинг – кўнгил айниши, қусиш, кўриш функцияларининг бузилишлари намоён бўлиши асосида қўйилади.

Гипертоник криз кўпчилик ҳолларда тўсатдан бошланади ва жўшқин кечади. Ҳозирги даврда гипертоник кризни икки турга

бўлишади. Биринчи кўринишдаги кризда юқорида санаб ўтилган симптомлар ва гипертония касаллигининг бошланғич босқичларига хос белгилари бўлади (А. Л. Мясников тавсифи буйича 1 ва 2 босқичлари).

Иккинчи кўринишдаги кризлар анча оғирроқ церебрал симптомлар билан кечади: беморлар бефарқроқ, баъзан ҳушини йўқотиб туради, боши кучли оғрийди, боши айланади, қусади, кўз олдида жимирлашлар ҳосил бўлиши натижасида кўриши бузилади, ёруғликни ажрата олмай қолади ва вақтинчалик кўрлик келиб чиқиши мумкин.

Клиник кўринишлари бўйича кризлар церебрал ва кардиал, шунингдек, аралашган цереброкардиал кўринишларга бўлинади.

Кризларни асоратли ва асоратсиз кўринишларга бўлиш мақсадга мувофиқдир. Одатдаги симптоматикага регионар (органларнинг) қон айланишининг бузилиши белгилари қўшилса, бу асоратли гипертоник кризларга киради. Кризнинг авжида унга ўпка шиши қўшилса, бу гипертоник кризга чап қоринча етишмовчилиги асорати қўшилганлигидан далолат беради. Кризга ўзига хос оғриқ қўшилса, ЭКГ да ўчоқли симптоматика бўлмаса, бу стенокардияли асорат, оғриқ синдроми ЭКГ да ўчоқли патология билан намоён бўлса, ўткир қоронар етишмовчилиги (миокард инфаркти) дан далолат беради.

Агар узоқ давом этган кризда умумий мия симптоматикалари билан локал (ўчоқли) неврологик симптоматикалар (сезгининг бузилишлари, фалажлик ва б.) кузатилса, гипертоник кризнинг ўткир мия-қон томирлари етишмовчилиги асоратлари тўғрисида ўйлаш керак.

Гипертоник кризлар билан оғриган беморларни бундай кўринишларга бўлишдан мақсад, уларни махсуслаштирилган стационарларда (кардиологик, асаб касалликлари) даволаш лозимлигини кўрсатади.

**Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам:** гипертоник криздаги биринчи ва асосий чора-тадбир артериал босимни пасайтиришдан иборатдир. Гипотензив воситаларнинг катта арсенали касалхонага олиб боргунча артериал босимни пасайтириш имкониятини беради. Артериал босимни пасайтиришда икки тактик усулни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Агар беморда церебрал ва қоронар қон айланишининг бузилиш белгилари бўлмаса, гипертония бошланғич босқичларда бўлса,

артериал босимни тезда, 2–10 мин давомида пасайтириш эҳтимоли бор. Агар беморда гипертония касаллигининг кеч босқичлари (2- ва 3-босқич) бўлса, мия (сурункали мия қон-томир етишмовчилиги), инсультнинг қолдиқ кўринишлари (бош айланиши, хотиранинг сусайиши ва б.) етишмовчиликлари ифодаланган бўлса, артериал босимни аста-секин – 20–40 минут давомида пасайтириш тактикаси қўлланилади.

Артериал босимни пасайтириш тезлиги дорини қай йўсинда юбориш билан бошқарилади.

Гипертония касаллигининг бошланиш босқичларида коранар ва мия атеросклерози белгилари бўлмаса, тезда, 2–10 минут давомида артериал босимни пасайтириш тактикаси – вена ичига оқим билан қуйидаги препаратлардан бирини юбориш керак: дибазол (5% ли эритмадан 6–8 мл), фуросемид (40–60 мг), урегит (50–100 мг), дроперидол (1–4 мл 0,25% ли эритма), клофелин (0,1% ли эритмадан 1 мл), рауседил (1–2 мл 0,1% ли эритма), обзидан (5–10 мг). Эффе́кт 1–5 минут давомида юзага келиб, артериал босимнинг максимал пасайиши 20–40 минутда қайд этилади.

Гипертония касаллигининг кечиккан босқичларида ёки симптоматик гипертонияда, мия ва коранар атеросклерозининг ифодаланган кўринишларида (асосан, ўткир коранар ёки мия-қон томир етишмовчилиги асоратларида) артериал босимни аста-секин, 20–40 минут давомида, биринчи гуруҳ препаратларини венага томчи усулида юбориб ёки қуйидаги дориларни оқим билан юбориб пасайтирилади: дибазол (0,5 % ли эритмадан 6–10 мл ёки 1% ли эритмадан 3–5 мл), магний сульфат эритмаси (25% ли эритмадан 10 мл) томирга жуда секинлик билан юборилади (беморда қизиб кетишнинг ёқимсиз белгиси бўлмаслиги учун).

Яна оқим билан дроперидол (0,25% ли 1–2 мл), фуросемид (40–60 мг) ёки урегит (50–100 мг) ни томирга юбориш мумкин.

Бирламчи криз ташхиси қўйилган, оғриқни тўхтатиб бўлмаган ва асоратлар билан кечадиган беморлар касалхонага ётқизилади. Асоратли кўринишдаги ва биринчи гуруҳ препаратларини қабул қилган беморларни транспортировка қилишда замбилдан фойдаланиш зарур бўлади. Биринчи гуруҳ препаратларини қабул қилган беморларнинг 2–3 соат давомида ўрнида ётиши зарурлиги тўғрисида огоҳлантирилади.

Буйрак генези сабабли келиб чиқадиган симптоматик гиперто-ния кризлари ҳам гипертоник кризларни даволашдаги каби усуллар билан даволанади.

### **Бронхиал астма**

Бронхиал астма – ўткир нафас етишмовчилигида етакчи ўринни бўғилиш ва экспиратор нафас қисиши эгаллайдиган касалликдир.

Касаллик таснифида у ноаллергик ва аллергик кўринишларга бўлинади.

Ноаллергик бронхиал астма жуда кам учрайди ва у нафаснинг марказдан бошқарилиши ва силлиқ мускуллар тонусининг бузилиши билан боғлиқ бўлади.

Аллергик бронхиал астма инфекцион-аллергик ва ноинфекцион-аллергик турларга бўлинади. Бурун томоқ касалликлари, бронхитлар (сурункали бронхит), ўпка касалликларида (сурункали зотилжам, қайтар зотилжам ва б.), эндо ва экзотоксинлар сенсibiliзацияси оқибатида келиб чиқади. Атопик тури (ноинфекцион-аллергик) ноинфекцион характердаги аллергенларга нисбатан (гул чанги, хўжалик ва саноат чанглари) юқори сезувчанлик оқибати бўлиб ҳисобланади. Узоқ давом этадиган сурункали касалликда организмнинг аллергияланиш жараёнига реактивлиги ташқи ёки ички муҳитнинг нафақат бирон бир омилига, балки бир қатор ёки бир гуруҳ аллергенларнинг аллергияловчи омилларига (инсоляция, метеомиллар, ҳид, дори-дармонлар, ҳис-ҳаяжон ва б.) нисбатан ўзгаради. Нафас қисиш хуружлари турли-туман эндоген ва экзоген таъсирлар сабабли келиб чиқиши мумкин.

*Клиник кўринишлари.* Касалликнинг қандай кўринишда бўлишидан қатъи назар, бронхиал астмада 3 та босқич тафовутланади: астмоид синдром, бронхиал астма хуружи (енгил, ўртача оғирликда, оғир), астматик ҳолат (асматик статус). Касалликнинг юқорида кўрсатилган босқичлари клиникаси ўткир нафас етишмовчилигидаги нафас қисишининг оғирлиги билан бир-биридан фарқланади.

Астмоид синдроми бўғилиш (ҳаво етишмаслиги) билан характерланади. Бу нарса кўпроқ сурункали астмоид бронхитда кузатилади. Нафас олиш тезлашиб, нафасни чиқариш биров узаяди. Аускультацияда қаттиқ нафас эшитилади, бунда бир оз қуруқ хириллаш бўлади. Қуруқ йўтал, баъзан аввал ажралиб турган балғам тўхтаб қолади. Бўғилиш, одатда, узоқ давом этмайди,

симпатомиметиклар ва бронходилататорлар таъсирида осонгина йўқолади (теофедрин ва эуфиллин таблеткалари). Астмоид синдромининг бошланиши, кўпинча, сурункали ўпка жараёнларини (сурункали бронхит, интерстициал зотилжам) эслатади.

Бронхиал астманинг биринчи клиник белгиси қуруқ азобли йўтал ҳисобланади. Касаллик, кўпинча, тўсатдан ўткир бошланади, беморлар касаллик бошланган вақтни соати ва минутигача айтиб беришлари мумкин. Хуруж бошланишидан олдин бўладиган белгиларга томоқ қуриши, йўтал, тумов ва терининг қичиши киради. Хуружнинг давомийлиги бир неча минутдан бир неча суткагача (оғир турларида) бўлиши мумкин. Беморлар, кўпинча, мажбурий ҳолатга ўтадилар – турган ёки ўтирган ҳолатда кроватни қўллари билан ушлаб, кўкрак қафасларини бир оз кериб, бошларини максимал орқага эгиб, оғзиларини катта очиб, ҳаво ютаётганга ўхшайдилар (ортопноэ ҳолати). Экспиратор ҳарсиллаш (нафас қисиши) – нафас олиш вақти нафас чиқариш вақтига нисбатан 2 марта қисқарган (нормада нафас чиқариш вақти нафас олиш вақтидан 2–4 марта қисқа бўлади). Нафас олишлар сони минутига 60 тага етади. Нафас олишда қўшимча ёрдамчи нафас олиш мускуллари иштирок этади (елка, қорин ва бўйин мускуллари). Беморнинг хириллаб нафас олиши масофадан эшитилиб туради.

Бронхиал астманинг енгил, ўртача ва оғир турдаги хуружлари фарқланади. Енгил хуружлар узоқ муддат давом этмасдан, тезда тўхтайтиди. Хуруж тўхтаганда йўтал ва хириллаш ҳам тўхтайтиди. Ўртача оғирликдаги хуружлар давомли бўлиб, тез-тез қайталаниб туради ва фақат томирга дори юборилгандагина тўхтайтиди. Хуруж тўхтаганда йўтал ва қуруқ хириллаш сақланади. Ўпка эмфиземаси ва ўпка-юрак етишмовчилиги каби асоратлар ривожланиши мумкин. Оғир турида хуруж бир куннинг ўзида бир неча марта қайталаниши ва дорилар таъсирида жуда секин тўхташи мумкин. Хуруж тўхтаганда йўтал, қуруқ хириллаш, терининг кўқариши, нафас чиқаришининг узайиши давом этади. Асоратлар эса одатдагидан олдинроқ ривожланиши мумкин.

Астматик ҳолат (астмали статус) – бронхиал астманинг оғир босқичи ҳисобланиб, бронхларнинг диффуз бузилиши ҳисобига пайдо бўлади ва дорилар таъсирида ҳам жуда узоқ муддат (суткалаб) тўхтамайди, натижада гипоксик кома ҳолатига ўтиб, кейинчалик ўлим юз бериши мумкин.

Асматик ҳолатнинг келиб чиқишида ўпканинг яллиғланиш касалликлари хуружи, аллергенлар билан давомли контактда бўлиш, глюкокортикоидларни бирданига қабул қилишни тўхтатиш ва антигистамин препаратларни назоратсиз ўзбошимчалик билан қабул қилиш катта роль ўйнайди.

Бронхиал астма ташхисини қўйиш беморни касалхонага ётқизгунга қадар ҳам қийинчиликсиз бажарилиши мумкин (ўтмишдаги хуружлар, адреномиметик ва эуфиллиннинг самарадорлиги, касалхонадаги аввалги текширишлар, аускультациядаги ўзига хослик (хуштакли қуруқ хириллашлар), экспиратор нафас қисишининг мавжудликлари).

Бронхиал астманинг ташхисини қўйишда юрак, уремик, церебрал ва истерик (жазавали) касалликлар астмаларидан дифференциаллаш (фарқлаш) лозим.

Бронхиал астма хуружида биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатишда катта ёшли ва айниқса, кексалардаги юрак ҳамда аралаш астмалардан бронхиал астмани фарқлай билиш керак. Ташхис қўйиш вақтида беморнинг ёшини (одатда, бронхиал астма билан ўспирин ва ўрта ёшдагилар оғрийди), ўтказаётган йўлдош касалликларини (бронхиал астмада сурункали бронхит ва зотилжам, юрактомир касалликлари юрак астмали беморларда), нафас қисишининг характерини (бронхиал астмада экспиратор, юрак астмасида эса инспиратор), аускультация кўрсаткичлари (бронхиал астмада хуштакли қуруқ хириллаш ва чўзилган нафас чиқариш, юрак астмасида эса чўзилган нафас олиш ва хириллашсиз қаттиқ нафас ёки ўпканинг орқа пастки қисмида тўхташ хириллашлари)ни ҳисобга олиш керак.

**Шошилинч ёрдам.** Асосий вазифа астма хуружини тўхтатиш ва асматик ҳолатдан беморни олиб чиқиш ҳисобланади. Даволаш кўпроқ касалликнинг оғир ёки енгиллигига боғлиқ бўлади.

Бронхиал астма ва астмоид синдромнинг енгил хуружида таблеткалар ва адреномиметикларни ингаляция қилиш тавсия қилинади: 1–2 та 0,025 ли эфедрин таблеткаси, 0,005 ли изадрин (новодрин, эуспиран)ни тил остига қўйиши ёки 1% ли 0,5–1,0 мл эритмасини ингаляция қилиш, 0,02 ли алупентни тил остига қўйиши ёки 2% ли 0,5–1,0 мл эритмасини ингаляция қилиш, 0,1–0,15 эуфиллин, 1 та таблетка теофедрин қабул қилиш.

Ўртача ва оғир даражадаги хуружларда эуфиллиннинг 2,4% ли эритмасидан 10 мл шприц ёрдамида томирга аста-секин юборилади.



Агар беморларда кучли тахикардия билан юрак етишмовчилиги белгилари бир вақтда кузатилса, у ҳолда эуфиллин эритмаси билан бир вақтда 0,06% ли 1 мл коргликон ёки 0,05% ли 1 мл строфантин эритмаси қўлланилади. Адреномиметик препаратлар: 40–50 минутли интервал билан 0,1% ли 0,2–0,5 мл адреналин эритмасини тери остига; 2,5% ли 1 мл эфедрин эритмасини тери остига; 0,05% ли 1–2 мл алупент эритмасини тери остига ёки мускул орасига ёки томир ичига аста-секин; антигистамин препаратлар томир ичига ёки мускул орасига: 1% ли 1–2 мл димедрол эритмаси, 2% ли 1–2 мл супрастин эритмаси, 2,5% ли 1 мл пипольфен эритмаси; холиномиметиклар адреномиметик воситалар билан бирга юборилади: 0,1% ли 1 мл атропин тери остига, 0,2% ли 1 мл платифиллин эритмаси тери остига юборилади.

Бундан ташқари намланган кислород билан 20–30 минут давомида ингаляция қилинади. Бронхиал астманинг оғир хуружларида беморларга 60–90 мг преднизолон ёки 50–100 мг гидрокортизон томир ичига юборилади. Балғам кўчишини енгиллаштириш учун интубацион трубка ёки катетер орқали трахея ичига тўғридан-тўғри 5–10 мл трипсин ёки химотрипсин эритмасидан юборилади. 1–2 минут ўтгач, балғам махсус аппарат ёрдамида сўриб олинади. Ушбу муолажалар умумий наркоз остида ўтказилади.

Адреномиметиклар ва эуфиллин бронхлар торайишини камайтириб, уларни кенгайтиради, холиномиметиклар ва гистамин препаратлар бронх безларининг секрециясини камайтиради, антигистамин воситалар спазмолитик ва тинчлантирувчи самара беради.

Астматик ҳолатдаги беморларга шифохонагача бўлган ёрдам ҳажми астманинг босқичига боғлиқ бўлади.

1-босқичида:

а) вена томирига томчилатиб 400–800 мл полиглюкин (реополиглюкин) ёки 400–800 мл натрий хлориднинг изотоник эритмаси юборилади. Юборишдан мақсад балғам кўчишини енгиллаштириш ва организмнинг сувсизланишига қарши курашдан иборат;

б) вена томирига оқим билан десенсибилизация, хужайра қобиғи ўтказувчанлигини камайтириш, адреномиметик ва антигистамин воситаларининг таъсир самарасини ошириш мақсадида 60–90 мг преднизолон, 2–4 мг дексаметазон, 100–200 мг гидрокортизон юборилади;

в) ацидоз ривожланишига қарши вена томирига гидрокарбонат натрийнинг 4% ли эритмасидан (200 мл) томчилатиб юборилади.

2-босқичида:

а) вена томирига оқим билан қайтадан 180–360 мг преднизолон ва 4–8 мг дексаметазон юборилади.

б) гексенал (10% ли эритмасидан 3–5 мл вена томирига секин юбориб ёки 10% ли эритмасидан 3–10 мл мускуллар орасига юбориб) ёрдамида наркоз остида нафасни сунъий бошқаришга ўтилади ҳамда кейинчалик бронхларни иситилган бикарбонат натрий эритмаси билан ювилади ва балғам яхши кўчиши учун фермент воситалардан фойдаланилади.

3-босқичида бемор нафасини сунъий бошқаришга тўлиқ ўтилади ва 1- ҳамда 2-босқичдаги тадбирлар қайтарилади.

Бронхиал астманинг оғир хуружи ва ёрдам самарасиз бўлган биринчи марта ташхис қўйилганлар шифохонага ётқизилади.

### **Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши**

Шифохонагача бўлган ёрдам босқичида кўпгина беморлар қон туфлашдан шикоят қилишади, ваҳоланки, ўпкадан қон кетиши ҳамма вақт ҳам бу нарсанинг ташхиси бўлавермайди.

Бемор тупугига (балғамда) қон аралашган бўлса, буни юқори нафас йўлларида (энг олдин бурундан) ёки ошқозон ичак йўлларида (ошқозондан қон кетиши) кетаётган «қон туфлаш»дан фарқлаш керак. Ҳақиқий қон туфлаш, кўпинча, қоннинг диапедез сизиб чиқиши, кичик қон айланиш доирасида гипертензия (юрак пороклари, бирламчи ўпка гипертензияси) бўлганда, ўпка силида, ўпка ўсмасида ва пневмосклерозда кузатилади.

Арзимас қон туфлаш кейинчалик одам ҳаётига хавф солувчи ўпкадан бирданига кўп миқдорда қон кетишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун бундай ҳолатда беморни даволаш ва кузатиш талаб қилинади. Ўпкадан қон кетишида қисқа вақт ичида кўп миқдорда (10 мл дан кўп) йўтал турткилари таъсирида оч кўпиксимон ажраланинг оғиз орқали чиқиши характерлидир.

Ўпкадан қон кетишини ошқозондан ва бурун-томоқдан қон кетишидан фарқлаш зарур. Бурун-томоқдан қон кетганда қон кўпиксимон аралашмасиз ва тўқ рангда бўлади, кўпинча, бурунга тампон тикилганда у тўхтайдди. Ошқозондан қон кетганда қон тўқ хира рангда бўлиб (гемоглобин билан хлорид кислотасининг ўзаро таъсири натижасида), овқат массаси билан аралашган бўлади ҳамда қусиш вақтида ажралади. Ўпкадан қон кетишининг асосий

сабабларига: ўпка сили, бронхоэктаз касаллиги, ўпка гангренази ва абсцесси, ўпка ўсмаси, пневмосклероз, баъзан юрак касалликлари (митрал ва аортал пороклар) ва аорта аневризмасининг ёрилиши киради.

Шифохонагача бўлган ёрдам босқичида ўпкадан қон кетишини аниқлаш анча қийин.

Шифохонага ётқизишда беморга ўпка сили ташхисини ўз вақтида қўйиш катта аҳамиятга эгадир. Ўпка сили ташхиси шифохонагача бўлган ёрдам босқичида беморнинг касаллик тарихи (сил касали бор беморлар билан контакт), йўтал борлиги, нафас қисиши, ҳарорат кўтарилиши (субфебрил), терлаш, иштаҳа пасайиши, озиш ва бошқаларга асосланади.

**Кечиктириб бўлмайдиган ёрдам.** Сил касаллигига тахмин қилинган барча беморлар махсус сил бўлими бор шифохоналарга, қолган беморлар эса кўп профилли пульмонология ва жарроҳлик бўлими бор шифохоналарга ётқизилади.

Транспортировка мутлақ тинч ҳолатни сақлаган ҳолда замбилда амалга оширилади.

Кичик қон айланиш доираси томирларининг қон билан тўлиб кетмаслиги учун бемор боши ва гавдаси бир оз юқорига кўтариб қўйилади.

Кўп миқдорда қон йўқотилса ва қон босими кескин тушиб кетса, у ҳолда бемор венасига реополиглюкин (400 мл гача) томчилаб, кальций хлорид ва глюконат (10% ли 10 мл), викасол (1% ли 2–4 мл), аскорбин кислотаси (5% ли 4–8 мл) оқим билан юборилади.

## ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ АСОСИЙ БЕЛГИЛАРИ

Инфекция (лотинча *infectio* – юқиш) – макроорганизмларга микроорганизмларнинг кириб ривожланиши, кейинчалик булар орасида мураккаб комплекс мулоқот юзага келиб, касалликнинг тўла намоён бўлиши ёки шу касалликни чақарувчиларнинг ташувчиси ҳам бўлиб қолиши мумкин.

Археологик текширишлар ва бизгача етиб келган қўлёмалардан маълумки, ҳатто қадимги даврларда ҳам юқумли касалликларни тарқатувчи омиллар ва уларга қарши кураш чоралари аниқ бўлган.

Юқумли касалликларнинг кенг тарқалганлиги, ўлим кўрсаткичларининг ўсиб борганлиги сабабли, улар бу касалликни шамол орқали тарқаладиган ва ҳамма чалинадиган касаллик деб қарашган.

Тарихда илм фидойилари томонидан тошмали ва қайталама тиф чақирувчиларига илмий нуқтаи назардан шоҳидлик бериш мақсадида бундай касалликларни ўзларига юқтирганлар ҳам кўп бўлган.

Табиий ҳолларда инсониятнинг юқумли касалликларга чалинишининг тўртта йўли бор: фекал-орал (нажас (ахлат)-оғиз орқали); ҳаво ва томчи орқали; трансмиссив (тўғридан-тўғри, қон қуйиш, игналар орқали); мулоқот орқали.

Инсон организмида касаллик чақирувчисининг юқиш йўллари ва жойлашган ўрни бир-бирига мунтазам боғлиқликда бўлади. Масалан, ичакларда касалликни чақирувчилар нажас билан ташқарига чиқади, турли йўллар билан озиқ-овқат маҳсулотларига тушади ва уларни ювмасдан истеъмол қилинган вақтда касаллик келиб чиқади, яъни бу фекал-орал йўли билан юқиш ҳисобланади.

Нажас-оғиз орқали юқадиган касалликлар, ичакнинг юқумли касалликлари гуруҳига киради.

Булар қуйидагиларга бўлинади:

- 1) антропонозлар – инсондан инсонга юқадиган;
- 2) зоонозлар – ҳайвондан инсонга юқадиган.

*Биринчи (антропоноз) гуруҳга кирадиганлар:*

- қорин тифи;
- дизентерия (ичбуруғ);
- паратифлар (ичтерлама);
- полиомиелит (шол касаллиги);
- холера (вабо);
- юқумли энтероколитлар;
- вирусли гепатит.

*Иккинчи (зооноз) гуруҳга кирадиганлар:*

- ботулизм;
- бруцеллез;
- сальмонеллез.

Юқумли касалликларнинг ҳаво-томчи йўли орқали юқадиган турлари деганда, касал одамнинг нафас олиш йўлларида ажралган суюқликлар (сўлак томчилари) хонада тарқалганда (гапирганда, акса урганда), шу зарарланган ҳаво орқали бошқа соғ инсонларнинг нафас олишида юқадиган касалликлар тушунилади.

*Нафас олиш йўллари орқали юқадиган (антропооноз) касалликларига қуйидагилар киради:*

- аденовирусли инфекция;
- грипп;
- дифтерия (бўғма);
- коклюш (кўкйўтал);
- корь (қизамиқ);
- краснуха (қизилча);
- менингококкли инфекция;
- моноклеоз инфекция;
- сувчечак;
- қорачечак (чин);
- парагрипп;
- скарлатина;
- сил;
- эпидемик тепки.

*Нафас олиш йўллари (зооноз) инфекцияларига орнитозлар (касаллик чақирувчилар, асосан, қушлар, каптар, тўти ва бошқа уй паррандаларидир) киради.*

*Трансмиссив – қон орқали юқадиган касалликларни, асосан, ҳашаротлар, каналар, битлар инсонларни чаққанда чақиради.*

*Бу гуруҳ ўз вақтида иккига бўлинади:*

*Антропоозлар:*

- бит қайталама терламаси;                               – тошмали терлама;
- окоп (қизилган ўра) безгаги;                               – малярия (безгак).

*Зоонозлар:*

- бургали термала;   – канали қайталама;
- туляремия   – ўлат.
- риккетсиозлар;

*Контактли юқиш деб, бевосита яқинлашиш натижасида ташқи тери қобиғининг жароҳати ёки жароҳатсиз юққан касалликларга айтилади.*

*Ташқи тери қобиғи ва шиллиқ пардаларга бевосита ифлосланган жисмларнинг тегиши вақтида тери ва ташқи шиллиқ қобиқлар (кўз, оғиз, жинсий аъзолар) нинг инфекцион касалликлари келиб чиқади.*

*Булар ҳам иккита гуруҳга бўлинади:*

*Антропоозлар:*

- юқумли сўгаллар;

*Зоонозлар:*

- қутуриш;

- микозлар;
- сарамас (рожа);
- трахома.
- куйдирги;
- қоқшол;
- манқа (сап);
- оқсим (ящур);
- ҳайвонлар чечаги.

Юқумли касалликларнинг олдини олиш ва ўз вақтида даво тадбирларини ҳозирлаш тиббий хизматнинг асосий вазифаларидан ҳисобланади. Бундай ҳолларда юқумли касалликлар бўлиши эҳтимоли бўлган жойларда санитария оқартирув ишларини яхши йўлга қўйиш, агарда бирор касаллик аниқланса, зудлик билан беморни атрофдагилардан ажратиш лозим. Бундай хизматнинг ташкилий асосларидан бири шошилинич ташхис қўйиш ва дастлабки текширув ишлари ҳисобланади. Бирламчи текширувлар мобайнида беморлар, асосан, умумий тиббий тажрибага эга бўлган шифокорларга, поликлиника шароитида юқумли касалликлар хонаси шифокорига мурожаат қилишади. Агарда бирор тахмин ёки касалликнинг аниқ белгилари бўлган ҳолларда, махсус даво масканларига жўнатилади. Бундай занжирли доира ўз вақтида қайтиши, даволанган беморлар яна умумий тиббий маълумотдаги шифокорларга мурожаат қилишлари мумкин. Юқумли касалликларни аниқлаш ва даволашларда махсус соҳа мутахассисларининг илмий нуқтаи назардан ёндошиши муҳим ўрин тутди.

Юқумли касалликлар клиникаларида эпидемиология, вирусология, иммунология ва паразитология соҳаларидаги эришилган илмий ютуқлар катта аҳамиятга эга.

Юқумли касалликларга қарши олиб бориладиган тадбирлар профилактик, яъни касаллик белгилари бўлмасдан унинг олдини олиш, эпидемия тарқалганда эса унга қарши кураш чораларини кўриш билан ифодаланади.

### ***Профилактик чора-тадбирлар:***

1) атмосфера, корхона ва ёпиқ хоналардаги ҳаволар софлигини сақлаш;

2) аҳоли яшайдиган жойларда сув сақланадиган ҳавзалар ва сув тозаловчи иншоотлар тозаллигини сақлаш ва аҳолини тоза ичимлик суви билан таъминлаш;

3) шахсий ва давлат қурилиш масканларини санитария қонунқоидаларига асосланиб қуриш;

4) аҳоли гавжум яшайдиган жойларда, темир йўл ва автовокзалларда, денгиз ва дарё портида, аэропорт, кинотеатр, кир ювиш муассасаларида тозалликка қатъий риоя қилиш;

5) корхоналарда меҳнаткашлар соғлиғи ва техника хавфсизлиги (шовқин, чанг, намлик) қоидаларига риоя қилиш;

6) озиқ-овқат ишлаб чиқариш корхоналари, умумий овқатланиш муассасаларида санитария талабларига риоя қилиш, бозорларда тозалик, озиқ-овқат маҳсулотларини ташиш ва сақлаш каби масалаларга илмий ёндошиш;

7) туғруқхоналар, болалар муассасаларида, умумий овқатланиш, тоза ичимлик суви билан таъминлайдиган, озиқ-овқат ишлаб чиқарадиган муассасаларда хизмат қилаётган ходимлар ичидан инфекция ташувчиларини аниқлаб, уларни санация қилиш (даволаш) керак;

8) қишлоқ хўжалиги корхоналарида ветеринар мутахассислар билан биргаликда санитария-оқартирув ишларини олиб бориш;

9) чет эллардан юқумли касалликлар тарқалмаслиги учун давлат чегараларини кўриқлаш;

10) вокзал, портлар, жамоат транспорти ва томоша жойларида профилактик дезинфекция ишларини олиб бориш;

11) керак бўлганда инсонларни касаллик тарқатувчи ҳашарот ва каналардан ҳимоя қилиш:

– ҳимоя кийимлари;

– кемирувчи ва ҳашаротларга қарши кураш.

*Эпидемияга қарши тадбирлар, асосан, уч йўналишида бўлади:*

а) касалликни тарқатувчи ёки беморларни аниқлаб даволаш, жойларда касаллик тарқатувчи ҳайвонларга қарши кураш чораларини ташкил қилиш;

б) касалликнинг тарқалиш йўналишидаги занжирини, яъни умумий овқатланиш ва тоза ичимлик суви билан таъминлаш муассасаларида қатъий санитария кузатувларини ўрнатиш, ҳашарот, ҳайвонлар ва каналарни қириб ташлаш;

в) инсон организмнинг юқумли касалликларга қаршилигини ошириш мақсадида фаол ва суст эмлаш турларини қўллаш.

*Касаллик ривожланишининг асосий босқичлари:*

1) касаллик чақирувчининг организмга тушиши ва касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлишигача ўтган муддат инкубацион, яъни яширин (пинҳона) босқич ҳисобланади. Бу босқичда касаллик чақирувчи организмнинг ички муҳитига мослашиб, кўпайиш ҳолатига тўғри келади;

2) касалликнинг бошланғич босқичи продромал босқич ҳисобланиб, бу босқичда тана ҳароратининг кўтарилиши, бош

оғриши, кўнгил айнаши, қусиш, мускул ва бўғимлардаги кучли оғриқлар, яъни айна касалликка хос бўлмаган (умумий) белгилар билан характерланади;

3) касалликнинг ёрқин намоён бўлиши – айна касалликларга хос бўлган махсус клиник белгилар ва лаборатория таҳлилларининг тўлиқ намоён бўлиши, у ёки бу юқумли касалликларга мослиги билан кечади;

4) организмнинг ёт инфекцияларга қарши кучининг сусайиши ва иммунитетнинг пасайиб кетиши туфайли касаллик белгиларининг сўниб бориши билан ифодаланади;

5) бу босқичда организмнинг буткул инфекциядан халос бўлиши ёки қайта зўрайиши кузатилади.

### **Қутуриш (гидрофобия)**

Қутуриш – бош миянинг ўткир вирусли, ҳайвонлардан юқадиган оғир инфекцион касаллиги бўлиб, касаллик ривожланиш босқичининг узоклиги ва ўлим оқибатларига олиб борувчи омиллари билан ифодаланади.

*Этиологияси:* қутуриш чақирувчиси вируслар ҳисобланиб, улар рабдовируслар туркумига мансубдир, нерв тўқималарини емириш (нейротроп) хусусиятларига эга бу касалликнинг икки хил варианты мавжуд:

1) «ёввойи» (кўчадаги) – кўриниши жиҳатидан табиий шароитда ўзгарувчи тури бўлиб, сут эмизувчилар учун жуда хавфли саналади;

2) қотирилган (фиксацияланган) тури лаборатор шароитда қутуришга қарши (вакциналар) эмлаш дармондориларини олиш учун фойдаланилади.

Табиий шароитга қутуриш вируслари чидамсиз бўлиб, ҳар хил дезинфекциялаш муолажалари таъсирида тез қирилиб кетади, қайнатилганда эса 2 дақиқада ўлади.

*Эпидемиологияси:* табиатда касалликнинг асосий тарқатувчилари ҳайвонлар билан озиқланадиган йиртқичлар бўлиб, кўпроқ тулкилар, бўрилар, чиябўрилар ва уй ҳайвонларининг сўлаги орқали тарқатадиган итлар ва мушуклар саналади.

Касаллик инсонларга терининг жароҳатланган жойларига касалланган ҳайвонлар сўлаги тегиши орқали ёки тўғридан-тўғри ҳайвонлар тишлаганда юқади. Инсонлардан вируслар бир-бирига ўтмайди. Энг хавфли тишлаш жойларига энса, бош ва қўл бармоғи сохалари киради.



*Патогенези (касаллик ривожланиши)* – тишлар ботган жароҳат ўрнидан вируслар нерв толалари орқали кўтарилиб, бош ва орқамия тўқималарига чиқиб боради.

Марказга интилувчи нерв толалари орқали марказий асаб тизимига етиб бориб, нерв тўқималари ва сўлак безларига ўрнашган вируслар кўп миқдорда сўлак билан бирга ажралиб чиқади.

Марказий асаб тизими тўқималарида вируслар таъсирида қон қуйилиш ва шиш ҳолатлари юз беради.

Бундай ўзгаришлар касалликнинг бошланиш вақтида беморларда тиришиш ва охири босқичида эса фалаж ҳолатида вафот этишига олиб келади.

*Клиникаси:* касалликнинг яширин даври 10 кундан 1 йилгача (асосан, 1–2 ой ичида) давом этади.

Касалликнинг кечиши учта босқичга бўлинади:

1) дастлабки (продромал) босқичи кўрқув ва ваҳимали ҳолатлар билан кечади;

2) талвасали босқичида беморлар ҳаддан ташқари қаҳру ғазабли ҳолатларда бўлиб, атрофдагилар учун ўта хавfli саналади;

3) шол (фалаж) босқичида беморлар мунгли, ночор ҳолатда мадад сўрайдилар.

Дастлабки (продромал) босқичининг давомийлиги 1–3 кундан иборат бўлиб, ҳайвонлар тиши ботган жойнинг чандиқ соҳаларида қичишиш ва оғриқлар пайдо бўла бошлайди. Бундай ҳолатлар нерв толалари орқали узатилади. Шу билан биргаликда ваҳима, кўрқув, уйқусизлик ва кайфиятсизлик ҳолатлари ҳам ривожлана боради.

Талвасали босқичда беморларда гидрофобия (сувдан кўрқиш) ҳолати ривожлана боради, яъни беморларга қуйилаётган сувнинг жилдираши, беморга сув ҳақида гапирилганда уларда ҳалқум мускулларининг қисқариши натижасида тутқаноқли тиришиш ҳолатлари юзага келади. Бу каби ҳолат қуйидаги сабаблар ҳисобига ҳам учраши мумкин – аэрофобия (шамолдан кўрқиш), фотофобия (ёруғ нурлардан кўрқиш), акустикофобия (қаттиқ товушдан кўрқиш) ва бошқалар. Аста-секин беморлар кулоқларига ўзига қасд қилиш эшитилиб, кўзларида даҳшатли ҳодисалар пайдо бўла боради ва улар ҳаддан ташқари жангари ҳолатларга тушиб борадилар. Бемор кўп терлайди, сўлаклари кўп ажралади, аммо юта олмаганлиги сабабли кўп тупуради, тана ҳарорати бир оз (субфебрил) кўтарилади, юрак уриши тезлашади, бу босқич 2–3 кун, айрим ҳолларда 6 кунгача давом этиши мумкин.

Шол (фалаж) босқичи гидрофобия (сувдан кўрқиш) ҳолатининг ўтиши билан бошланиб, бу босқичда бемор ночор-мунгли ҳолатга тушади, оёқлардаги фалаж сабабли ҳаракатдан қолиши, юз ва тил мускулларининг фалажи бошланиши билан ўтади. Ўлим нафас марказининг фалажи сабабли юрак-томир етишмовчилигидан келиб чиқади.

Касалликнинг умумий давомийлиги 3–7 кун, кам ҳолларда 2 ҳафта давом этиши мумкин.

**Давоси:** клиник белгилари ривожланган беморларга даво йўқ, яъни инкурабелен. Қилинадиган ҳамма муолажалар симптоматик йўналишда бўлиб, тиришишга қарши ёрдамга (аминазин, хлоралгидрат) қаратилган. Бундай муолажалар махсус изоляторларда амалга оширилиши керак, беморларни безовта қиладиган омиллардан сақлаш шарт.

**Профилактикаси:** қутуришнинг даво чоралари йўқлиги сабабли, касалликни келтириб чиқарувчи ҳайвонларга қарши кураш тадбирларини ва инсонларни булардан муҳофаза қилиш чораларини кўриш мақсадга мувофиқдир. Ҳар қандай ҳайвонлар тирнаган ва тишлаганда ҳам шу жойларни зудлик билан совунлаб ювиш, перекись водород эритмаси билан ювиб, йод ва спирт билан ишлов бериш керак. Агарда тишлаган ҳайвонда қутуриш ёки шунга тахмин қилинган ҳолларда, тишланган жой тери остига антирабик иммуноглобулин юбориш керак. Тишланган жароҳатга зарурият бўлмаса, боғлам қўйиш керак эмас.

Юқорида қайд этилган муолажалар бажарилгандан сўнг, профилактик мақсадда антирабик эмлаш, ўз қондасига биноан, шошилишч қўлланилиши шарт.

## **Вирусли гепатитлар**

Бу гуруҳ касалликларнинг чақирувчилари ҳар хил бўлиб, клиник кечишлари – организмнинг умумий захарланиши, сариқлик, жигар ва талокнинг катталаниши каби симптомларининг ўхшашлиги сабабли бир гуруҳ касалликларни ташкил қилади.

А, В, С, D, Е, F, G гепатитларни чақирувчи вирус турлари мавжуддир.

## **Вирусли «А» гепатит**

Вирусли «А» гепатит тури, асосан, овқатланиш тармоқларида санитария-гигиена қоидалари кўпол бузилганда юқади, кечиши

ўткир циклик, яъни даврли хусусиятга эгадир. Асосан, кучли заҳарланиш, жигар тўқималарининг емирилиши ва умумий сариқлик билан кечади.

*Этиологияси:* вирусли «А» гепатитнинг чақирувчиси табиий муҳитга жуда чидамли ҳисобланади, яъни хона ҳароратида ҳафта ва ойлаб, 4<sup>0</sup>С ҳароратда эса ойлаб ва йиллаб жон сақлаши мумкин. Вируслар 100<sup>0</sup>С иссиқликда 5 минут, 85<sup>0</sup>С да 10 минут ва автоклавда эса 20 минут ичида ўлиши мумкин.

*Эпидемиологияси:* вирусли «А» гепатитнинг асосий тарқалиш йўли озиқ-овқат орқали бўлиб, маиший ва шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик сабабли ҳам келиб чиқади.

Касалликка мойиллик ҳамма инсонларда бир хил, кўпроқ бир ёшдан катта болаларда, одамлар жамоа бўлиб тўпланган жойларда учрайди. «А» гепатитнинг тарқалишида фасллар ҳам катта роль ўйнайди, жумладан, касаллик ёз ва куз фаслларида кўпроқ учрайди.

*Клиникаси:* касалликнинг яширин даври 21–28 кун (7 кундан 2 ойгача). Дастлабки белгилари 5–7 кунлар орлиғида грипп олди ҳолати, иштаҳасизлик, умумий қувватсизлик, уйқусизлик, тез чарчашлик, иш фаолиятининг сусайиши ва кайфият бузилиши каби симптомлар билан намоён бўлади. Кўп ҳолларда касаллик бирданига 1–3 кун давомида тана ҳароратини 38–40<sup>0</sup>С гача кўтарилиб, грипп ҳолатини эслатувчи ўзгаришлар билан бирга бош оғриғи, иштаҳанинг камайиши, кўнгил айниши, иш фаолиятининг сусайишига хос белгилар билан намоён бўлади. Гоҳида қорин деворининг юқориги ўнг қисмида оғирлик, бир оз оғриқ билан ҳам кузатилиши мумкин.

Орадан 2–4 кун ўтгач, сийдик ўзгариб, пиво ёки қуюқ қилиб дамланган чой рангини олади, нажасининг ранги оқаради. Шу даврда жигар бир оз шишади, гоҳида талоқ ҳам катталашиши мумкин.

Сариқлик тери юзасига чиққанда организмнинг умумий заҳарланиши енгиллашиб, бош оғриши камаяди, тана ҳарорати нормаллашиб, беморлар анча ўзларини яхши ҳис қилишади.

«А» гепатит нисбатан кўп ҳолларда тузалиш билан якунланади, яъни 90 % беморларда буткул соғайиш, қолганларда эса ҳар хил асоратлар қолади.

*Профилактикаси:* касалликнинг олдини олиш мақсадида кенг миқёсда санитария-оқартув ва эпидемияларга қарши чоралар қўлланилиши керак.

Қувурлардан келаётган ичимлик сувларини мунтазам равишда гепатит вирусларига текшириб туриш ва аҳоли орасида санитария маданиятини кенг жорий этиш керак.

### **Вирусли «В» гепатит**

*Этиологияси:* вирусли «В» гепатит касалининг чақирувчиси гепадновируслар оиласига кириб, асосан, жигар тўқимасини шикастлайди.

*Эпидемиологияси:* касаллик перкутант (қон орқали, игнадан) юқади. Касаллик юқишининг табиий йўлларига соқол олиш ускуналари, тиш тозалагичлардан юқишлар киради. Ҳомиладор аёлдан боласига ўтиши, жинсий алоқаларда, асосан, бесоққолларда кўп учрайди.

Касалликнинг сунъий тарқалиш йўлларига вирусларнинг жароҳат олган тери орқали кириши, касаллик ташхисини қўйиш мақсадида олиб борилаётган текширишлар даврида (инъекция, операция, қон қуйиш, эндоскопик, ретроскопик ва тиш суғириш вақтида) сабаб бўладиган омиллар киради.

*Клиникаси:* касалликнинг кечиши даврий ўткир, терининг сарик рангга бўялиши ҳолатларининг алмашиши ва оғриқнинг зўрайиши билан кечади.

Касалликнинг яширин даври 2–6 ҳафтадан 6 ойгача муддатда намоён бўлиши мумкин. Сарикликдан олдинги давр эса 4–10 кун мобайнида юзага чиқади. Касаллик чарчашлик, бош ва бўғимлардаги оғриқлар, иштаҳасизлик, уйқусизликлар билан бошланади. Сариклик юзага чиқишидан олдин жигар ва талоқ катталашиб, терилар кичиб, сийдик ранги қизариб, нажас эса оқариб кетади. Сариклик босқичи 2–6 ҳафтадан бир неча ойларгача давом этиши мумкин.

*Профилактикаси:* асосий омиллардан бўлган табиий ва сунъий юқишларга қарши кураш ҳамда санитария-оқартув ишларини яхши йўлга қўйиш. Шулар билан бирга тартибсиз жинсий муносабатларни чегаралаш ва лабораторияларда вирус ташувчиларнинг қонини текшириш, тиббий асбоб ускуналарни зарарсизлантиришни тўғри амалга оширишни назорат қилишдан иборат.

### **Ўткир вирусли респиратор инфекциялар**

Бу гуруҳ касалликларига грипп, парагрипп, аденовирусли ва риновирусли касалликлар киради. Бу касалликлар ўзларининг

қисқа вақт ичида ривожланиши ва нафас олиш аъзоларини яллиғлантириши билан тавсифланади. Касалликни тарқатувчилар беморлар бўлиб, асосан, томчили ва ҳаво йўллари билан юқади.

*Клиникаси:* касалликнинг ривожланиш даври бир неча соатдан 1,5 суткагача давом этади. Касаллик тўсатдан организмдаги кучли заҳарланиш белгилари – иситма, бош оғриғи, мускул ва бўғимлардаги, беллардаги, кўз ҳаракати вақтида эса кўздаги оғриқлар, ёруғликдан кўрқиш, дармонсизлик, кам ҳаракатлик кабилар билан тавсифланади.

Касаллик бошланган биринчи кундаёқ тана ҳарорати 38–40<sup>0</sup>С дан баланд бўлиб кетади. Тана ҳароратининг қанчалик баландлигига қараб, иситмали босқичи шунча қисқа бўлади. Агарда тана ҳарорати 40<sup>0</sup>С ва ундан юқори бўлса, ҳароратга қарши дори-дармонларни қўллаш мумкин. Гриппнинг иситмали босқичи асоратсиз кечса, асосан, 1–8 кун давом этади, ундан кейинги вақтларда эса ҳарорат кўтарилиб ёки меъёрдагидан тушиб кетиш ҳоллари кузатилади.

Тана ҳарорати кўтарилган вақтларда кўз олмаси ва шиллик пардаларида (конъюнктивит ва склерит) қизаришлар кузатилади. Юмшоқ ва қаттиқ танглайлар, ҳалқум шиллик пардаларидаги қизаришлар, гоҳида кўкимтир рангда ҳам бўлиши мумкин.

Ўзининг клиник кечишига қараб грипп енгил, ўрта, оғир ва айрим ҳолларда ўта оғир гипертотоксик кўринишларда бўлади.

Енгил ва ўртача оғирликдаги кўринишлари асоратсиз кечганда, касаллик қониқарли яқунланиб, 5–7 кунгача давом этиши мумкин. Агарда ҳароратли, умумий заҳарланиш ва қизариш босқичлари чўзилиб кетса, унда бирламчи грипп ташхиси инкор қилиниб, иккиламчи, кўшимча ва асоратли кечинмалари ҳақида ўйлаб кўришга тўғри келади.

*Гриппнинг асоратлари:* грипп асоратлари ичида энг оғирларидан бири бу инфекцион-токсик шок бўлиб, касалликнинг клиник кечиши бир нечта синдромларни ўз ичига қамраб олади: ўткир юрак-томир етишмовчиликлари, ўпка ва мия тўқималарининг шиши, томирлар ичидаги оммавийлашган қон ивувчанлик синдромлари билан ифодаланади.

Гриппнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан бири ўпканинги яллиғланиши саналади. Кўп учрайдиган асоратларига яна бактериал мастоидит (сут беши яллиғланиши), отитлар (қулоқлар яллиғланиши), бош мия синусларининг яллиғланишлари киради.

Энцефалит, менингит, невритлар ва миокардиодистрофиялар каби асоратлари камдан-кам учрайди.

Ўтказилган гриппдан кейинги даврларда, одам организми иммунитетининг (умумий қаршилигининг) пасайиб кетиши эвазига, ўтмишда бўлган сурункали бронхит, тонзиллит, пиелонефрит, сил ва ревматизм каби касалликларнинг қайталанишлари кузатилади.

### Дифтерия (бўғма)

Дифтерия – томоқ безлари ва нерв тўқималарининг маҳаллий инфекциян яллиғланиши, умумий кучли захарланиш, асаб ва юрак системалари аъзоларини ишдан чиқариш каби асоратлар билан кечувчи касалликдир.

Чақирувчиси дифтерия коринебактерияси бўлиб, захарли (токсик) ҳаракатсиз таёқчалар кўринишидадир. Дифтерия таёқчалари ташқи муҳит таъсирларига жуда чидамли бўлади. Дифтерия микроби бир томчи сўлак, эшик ушлагичларида ва болалар ўйинчоқларида 15 кунгача сақланиб қолади. Сув ва сутларда 6–20 кунлар мобайнида ҳаёт кечири олади. Уларга куёш нурлари ва юқори ҳароратлар салбий таъсир қилади, қайнатилганда бир дақиқада қирилиб кетади.

Касаллик тарқатувчиси бўлиб касалликнинг ҳар қандай босқичида оғриган беморлар ва бактерия ташувчи инсонлар саналади.

Дифтерия чақирувчи бактериялар, асосан, нафас олиш йўллари ва ҳалқум соҳаларида жойлашадилар. Касаллик ҳаво-томчи ва ҳаво-чанг йўллари орқали юқади. Бемор ёки бактерия ташувчиларнинг йўталган, акса урган ва гапирган вақтларида нафас ва ҳалқум йўлларида таркибида дифтерия бактерияси бўлган сўлак томчилари орқали кичик заррачалар ҳавога тарқалади. Айнан шу заррачаларнинг соғлом одамнинг юқори нафас ва ҳалқум аъзоларига тушиши туфайли касаллик ривожланади.

Рўзғор буюмлари ва ўйинчоқларга тушган сўлақлар эвазига юқадиган турлари ҳам унча катта бўлмаган аҳамиятга эгадир. Гоҳида биргаликда бир олмани истеъмол қилишда ҳам юқади.

Касалликнинг фаслий кучайиши, асосан, куз ва қиш фаслларида тўғри келади.

*Патогенези:* Бўғма микроблари организмга қандай йўл орқали кирганлигига қараб, оғиз-ҳалқум, бурун ва юқори нафас олиш йўллари шиллиқ пардаларида ривожланади ва шу жойнинг ўзида

кириш дарвозасини ҳосил қилади. Микробларнинг кириш жойига қараб бўғма: оғиз-ҳалқум, нафас олиш йўллари, бурун, кўз, кам ҳолларда тери, жинсий аъзолар ва аралаш бўғмаларга бўлинади.

Энг кўп учрайдиган тури оғиз-ҳалқум кўринишидир (85–90% гача). Касалликнинг ривожланиш даври 2–10 кун. Ушбу бўғмада камқувватлик, бош оғриши, ҳаракатнинг сусайиши, айрим ҳолларда қусиш, ҳароратнинг 39<sup>0</sup>С гача кўтарилиши, кучли захарланиш ҳолатлари кузатилади. Томоқ безларида меъёридаги қизариш билан биргаликда, шиш ва ўргимчак уяси кўринишидаги кулранг парда пайдо бўлади. Бу парда осон кўчади ҳамда қонталаш ҳосил бўлиб, ўрнида мустаҳкам парда ҳосил бўлади. Бундай парда жуда қийин кўчади. Кўчирилганда яна бошқатдан ҳосил бўлаверади. Бир вақтнинг ўзида маҳаллий лимфа тугунлари катталашиб, пайпаслаб кўрилганда оғрийди. Айрим ҳолларда тери ости ёғ қатламининг шиши ҳам кузатилади.

Нафас йўллари бўғмасида маҳаллий ўзгаришлар, асосан, кекирдакда (маҳаллий круп), тарқалган кўриниши эса трахея, бронх ва бронхиолаларда (пастки круп) бўлади.

Ҳақиқий крупда нафас қисиши (бўғилиш) ва йўтал кузатилади. Беморнинг нафас олиши ҳуштаксимон, масофадан эшитилиб туради. Нафас олишнинг қийинлашиши бир неча минутдан ярим соатгача чўзилади.

Юқоридаги ҳолат ўтгандан кейинги даврда беморларда ҳаво етмаганлиги сабабли кўкариш, рангининг оқариши бурун «учбурчаги»да кузатилади, кучли тер босиши ва юрак уришининг бузилиши юз беради.

Бўғманинг энг оғир асоратларига инфекциян-токсик шок, трахея қисилиши, миокардит ва полиневропатия ҳолатлари киради.

*Профилактикаси:* касаллик ташхиси аниқланганда зудлик билан беморни шифохонага ётқизиш ва бошқалар билан мулоқотини чеклаш, буткул соғайиш бактериологик текширишлар билан тасдиқланмагунга қадар изоляция қилиш керак.

Беморлар билан мулоқотда бўлган ҳамма инсонларни текшириб, ташхис инкор қилингунча уларни 7 кун мобайнида изоляция қилиш шарт.

Дифтерия ўчоғидаги беморлар шифохонага ётқизилгандан сўнг 1% хлорамин эритмаси билан дезинфекция ишлари амалга оширилади.

## Ичбуруғ (дизентерия)

Ичбуруғ – инсонларда учрайдиган, шигелл бактериялари билан чақириладиган, асосан, йўғон ичакнинг пастки қисмини жароҳатлайдиган, кучли интоксикация билан кечадиган инфекцион касалликдир.

*Этиологияси:* ташқи муҳитда, шигеллалар 30–45 кун мобайнида жон сақлашлари мумкин. Овқат қолдиқларида улар кўпайиш хусусиятларини сақлаб қоладилар. Юқори ҳарорат ва дизенфекция моддалари уларга кучли таъсир қилади.

Касаллик тарқатувчилар бўлиб ҳар хил кўринишдаги беморлар ёки ташувчи инсонлар саналади. Касаллик фекал-орал, контакт, сув ва овқатлар орқали ўтади. Касалликни чақирувчи омилларга ювилмаган ифлос кўллар, бактерия билан ифлосланган рўзғор жиҳозлари, ўйинчоқлар, озиқ-овқат ва сут маҳсулотлари киради. Дизентерия ҳамма ерда бир хил ривожланган бўлиб, асосан, озиқ-овқат тайёрлаш технологияси бузилган корхоналарда, очиқ сув ҳавзаларида кўпроқ учрайди.

Дизентерия билан ҳамма ёшдаги инсонлар оғриши мумкин. Ориқ, кучсиз, иммунитети сусайган шахслар, мактабгача ёшдагилар ва қарияларда кўпроқ учрайди. Асосан, фаслларга боғлиқ – ёз ва куз фаслларига тўғри келади, аммо сув ёки озиқ-овқат маҳсулотлари зарарланганда, йилнинг қайси фасли бўлишига қарамасдан, эпидемиялар бўлиши эҳтимолдан холи эмас.

Инфекциянинг кириш жойи ва ривожланадиган аъзолари бўлиб овқат ҳазм қилиш системаси аъзолари саналади.

*Клиникаси:* касаллик яширин даврининг давомийлиги 1–7 кунга, кўпинча, 2–3 кунга тўғри келади. Касалликнинг бошланиши ўткир бўлиб, гоҳида қисқача продромал босқич билан бошланиб, уйқусизлик, иситма, қорин бўшлиғидаги баъзи бир бузилишлар билан кузатилади. Юқоридаги ҳоллардан кейинги даврда иситма, бош оғриғи, дармонсизлик, қориннинг чап томон пастки қисмида санчиқсимон оғриқлар бошланади. Дастлаб ажралаётган нажас ярим суюқ, кўп миқдорда бўлади. Кейинчалик бир неча марта қайтарилган катта қабзиятлардан сўнг, нажас ҳар хил шиллиқ ва қон аралаш чиқади. Катта қабзиятнинг кейинги босқичларида нажас ажралишининг тезлашиши нажаснинг табиий ранги йўқолиб, асосан, шиллиқ моддалар, қон аралаш ва оғир ҳолатларда эса



йиринг аралаш келиши кузатилади. Баъзи бир беморларда нажасининг ранги гўшт ювилган сувга, баъзиларида эса шилимшиқ моддалар, йиринглардан алоҳида томчилар шаклида чиқади. Натижасиз ва оғриқ билан кузатиладиган ёлғон нажас ажратиш белгилари беморларни ҳолдан тойдириб қўяди ва улар касалликка хос белгилардан саналади.

Йўғон ичакнинг бир қисми енгил касалланганда умумий организмнинг захарланиш белгилари нисбатан енгил кечади, ҳарорат субфебрил (ўртача) бўлади. Ич келиши кунига 10 мартагача бўлади. Касалликнинг умумий давомийлиги 2–3 ҳафтагача боради.

Йўғон ичакнинг оғир кўринишидаги хасталигида эса касалликнинг белгилари кучли ривожланган. Ич келиши кунига 20–25 мартагача боради. Баъзи бир беморларда колит (йўғон ичаклар касаллиги) белгилари кучли намоён бўлиб, қон аралаш ич кетиши кузатилади.

*Профилактикаси:* умумий овқатланиш муассасалари, сув ҳавзаларини назорат қилиш, санитария-оқартув ва шахсий гигиена ишларини яхши йўлга қуйиш каби асосий омиллар муҳим аҳамият касб этади.

## **Менингококкли инфекция**

Менингококкли инфекция – одамлар орасида тарқалган (антропоноз) касаллик ҳисобланиб, касаллик, асосан, ҳаво-томчи йўли билан тарқалади ва кенг кўламдаги клиник шакллари – менингококк ташувчилик, менингит ва менингококк сепсис ривожланиши мумкин.

*Этиологияси:* касалликни келтириб чиқарувчи микроблар грамм манфий кокклар бўлиб, ташқи муҳит таъсирига чидамсиз саналади. Бу микроблар, асосан, оғиз-ҳалқум соҳаларида ривожланишга мослашган бўлиб, сўлаклар орқали ташқи муҳитга бактерия ташувчилар ёрдамида тарқалади. Маҳаллий иммунитетнинг пасайиши туфайли бактериялар шиллиқ қават ости қатламларига тарқалиб, томоқ яллиғланиши белгиларини намоён қилади. Фақатгина 5% беморларда менингококклар маҳаллий яллиғланиш чегараларини бузиб ўтиб, қон томирлар системаси орқали аъзоларга тарқалади. Менингококклар тери, мия қобиқлари, бўғимлар, кўз гавҳарига, буйрак усти безлари, ўпка, миокард ва бошқа аъзоларга шу тариқа тарқалади.

*Клиникаси:* менингококксемия (қондаги микроблар ёки менингококкли сепсис) юқори ҳарорат билан бошланади. Кўп ҳолларда касаллик бошланишидан олдин назофарингит белгилари кузатилади. Касалликнинг дастлабки кунларидаёқ тана ҳарорати  $40^{\circ}\text{C}$  ва ундан юқори бўлиб, кучли интоксикация белгилари: бош оғриғи ва мускулларда кучли оғриқлар кузатилади. Касаллик бошланганидан 12–48 соат ўтгандан кейин беморларнинг гавда, бел ва думба соҳаларида кичик нуқталар шаклидаги доғлар пайдо бўлади. Доғлар, асосан, қизил рангда бўлади. Агарда шу доғлар юз соҳаларида бўлса, у ҳолда бу ёмон кўрсаткичларга олиб келади.

Яшин кўринишидаги менингококксемия ҳаддан ташқари тез ривожланадиган менингококкли сепсис (гипертотксик сепсис) ҳисобланади. Бу касаллик жуда тез ривожланиб, кучли ҳарорат кўтарилиши, қаттиқ совқотиш ва кўрқинч билан кузатилади. Дастлабки вақтларида тана ҳарорати  $40\text{--}41^{\circ}\text{C}$  га кўтарилиб, кейинчалик инфекция-токсик шок ривожланиши эвазига тана ҳарорати тушиб кетади. Касаллик бошланганидан 6–48 соат мобайнида ўлим содир бўлади.

Менингит ҳам кучли иситма билан бошланади, шу асосда умумий мия симптомлари ривожлана боради. Бундай симптомлар қуйидагилардан иборат: кучли бош оғриғи, қайт қилиш, аммо қусишдан сўнг бемор енгиллик ҳис қилмаслиги аҳамиятга эга. Дастлабки вақтларда беморда ёруғликдан кўрқиш, тери сезувчанлигининг ошиши, сўнгра кучли ҳаракат кўзғалишларининг бошланиши кузатилади. Менингитга хос бўлган ҳар хил ҳушни йўқотиш каби белгилар пайдо бўлади.

Шуни эсда сақлаш керакки, қўйилган гипертотксик кечикиб қўйилган ташхисдан кўра инсон ҳаётида катта ўрин тутати.

Ҳар қандай менингитга қилинган тахмин, беморларда учраган ўткир бошланиш, ҳаддан ташқари юқори ҳарорат, танада ҳосил бўлган доғлар ва эпидемия ўчоқларини инобатга олиш беморлар ҳаётини сақлаб қолишда катта аҳамиятга эга.

*Профилактикаси:* эпидемия ва касаллик аниқланган ўчоқларда беморлар билан мулоқотда бўлган инсонларга 10 кун мобайнида карантин эълон қилинади ва мунтазам равишда текширув ишлари олиб борилади.

---

---

## ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Тери-таносил касалликлари – соғлиқни сақлаш тизимининг долзарб муаммоси. Маълумки, дунёда жинсий йўл билан юқадиган касалликлар бўйича эпидемиологик ҳолат йилдан-йилга ёмонлашиб бормоқда.

Тери-таносил касалликлари, жумладан, захм ёш нуқтаи назаридан таҳлил қилинганда унинг миқдори 8–20 ёшдан бошлаб сезиларли даражада ўсиб боради. Айниқса, 16 ёшдан 50 ёшгача бўлган шахсларда бу касалликнинг учраши жуда юқоридир. Шу билан бирга касаллик кечуви ҳам сифат жиҳатдан ўзгарди. Ҳозирги вақтда тери-таносил касалликларининг болалар ва ўсмирлар ўртасида кўпайиб бориш эҳтимоллиги кўзга яққол ташланмоқда.

Юқорида баён этилганларнинг барчаси тери-таносил касалликларининг келиб чиқиши ва тарқалишига қарши кураш, унинг олдини олиш чора-тадбирларини кенг кўламда амалга ошириш жуда долзарб муаммо эканлигидан далолат беради. Шунинг учун ҳам тери-таносил, яъни жинсий йўл билан юқадиган касалликларни ўрганиш, уларнинг келиб чиқиши ва тарқалишининг олдини олиш, самарали даво усулларини ишлаб чиқиш республикамиз соғлиқни сақлаш тизимининг устувор йўналишларидан биридир.

*Тери-таносил касалликлари ҳақида тушунча.* Тери-таносил касалликлари қадимдан маълум. Бизнинг эрамызгача бир қанча тери касалликларининг клиник белгилари ёзиб қолдирилган.

Яқингача фақат захм, сўзак, юмшоқ шанкр, венерик лимфогранулематоз ва донованоз венерик касалликлар деб юритилган.

XX асрга келиб тери-таносил, жумладан, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар сони ошиб бормоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотига қараганда, охириги ўн йил ичида уларнинг сони анча ошди.

Венерик касалликлар инфекциян касалликлар бўлиб, махсус кўзғатувчи – микроорганизмлар таъсирида келиб чиқади. Бу кўзғатувчилар инсон танасига, асосан, жинсий алоқа натижасида юқади, шунинг учун ҳам тери-таносил – венерик касалликлар жинсий йўл билан юқадиган касалликлар деб аталади. Уларда

инфекция манбаи касалланган инсон бўлиб, касаллик бевосита ва билвосита контакт йўли билан касал кишидан соғлом кишига юқади. Бу касалликларда ҳам, бошқа инфекцион касалликлар сингари, инфекцион жараённинг бошланиши макро ва микроорганизм орасидаги мураккаб муносабатларга боғлиқ бўлади. Бунда бир тарафдан макроорганизм специфик ва носпецифик химоя тизимининг ҳолати, тери қатламларининг анатомик бутунлиги ва бошқалар муҳим аҳамият касб этса, иккинчи томондан микроорганизм миқдори, унинг патоген, вирулентлик, мосланиш шакли ва бошқа хоссалари ўзига хос роль ўйнайди.

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

### **Захм (сифилис, луис)**

Захм сурункали юқумли таносил касаллиги бўлиб, у қадимдан маълум. Унинг ер юзида пайдо бўлиши ва тарқалиши ҳақида учта назария мавжуд.

Биринчи назарияга биноан, захм Европага 1493 йили, яъни Америка қитъаси кашф этилган йили, Христофор Колумбнинг маҳаллий аҳолидан захм касалини юктирган матрослари томонидан олиб келинган. Шундай қилиб, бу назарияга асосан захмнинг ватани Марказий Америка ҳисобланади.

Иккинчи назария тарафдорлари эса захмнинг ватани Африка қитъаси деб ҳисоблайдилар. Улар эндемик ёки тропик трепонематозларнинг кўзгатувчилари ва венерик захмнинг кўзгатувчиси трепонемалар авлодининг турли кўриниши деган фикрдалар. Аҳоли миграцияси бу касалликнинг Африкадан дунё мамлакатларига тарқалишига сабаб бўлган.

Учинчи назарияни ёқловчилар захм Европа, Осиё ва Яқин Шарқда қадим замонларда ҳам мавжуд бўлган деган фикрдалар. Ўтмишнинг буюк олимлари Гален, Гиппократ, Абу Али ибн Сино ва бошқаларнинг асарларида ёзилган касаллик белгилари айнан захмни эслатади. Одам суякларида захмга хос бўлган рентгенологик ўзгаришларнинг топилиши, захмни даволашда қўлланиладиган симобли моддаларнинг қон томирларида аниқланиши бу назарияни яна бир бор тасдиқлайди.

Юқоридаги назарияларнинг ҳеч бири тўлиқ тан олинмаган. Лекин эҳтимолга лойиқ фикр бу захмнинг ер юзида деярли инсон билан бирга пайдо бўлишидир.

*Касаллик қўзғатувчиси.* Захм касаллигини оқиш трепонема қўзғатади. Бу микроб 1905 йили Ф. Шаудин ва Е. Гоффманлар томонидан кашф этилган.

Оқиш трепонема спирал кўринишга эга. У жуда хилма-хил илгарилама, маятниксимон, тўлқинсимон, букилувчи, айланма ҳаракатлар қила олади.

Бундай ҳаракатлар ипсимон фибриллалар ёрдамида амалга ошади. Захм қўзғатувчиси ташқи муҳитда чидамсиздир. У қуритилганда ўлади, лекин нам муҳитда узоқ яшайди, 40–42<sup>0</sup>С да 3–6 соатда, 56<sup>0</sup>С эса 5 минутда ҳалок бўлади. Қайнаган сув, 3–0,5% ли хлорид кислота, 1:2000 нисбатдаги сулема, 1:1000 нисбатдаги суюлтирилган карбол кислота, 96 этил спиртида трепонемалар бир зумда ўлади. Консерваланган қонда оқиш трепонемалар 3–5 кунгача тирик сақланиши мумкин.

Оқиш трепонемалар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Антибиотиклар таъсирида, етарли озуқа бўлмаслиги ва бошқалар туфайли улар «омон қолиш» яъни L – шакл ва цисталар шаклига ўтадилар. Цисталар коптокча шаклида ўралган трепонемалар бўлиб, ташқи томонидан дори-дармонларга чидамли қобиқ билан ўралган ҳамда улар организмга патоген таъсир кўрсатмайдилар ва узоқ вақт шундай ҳолда сақланадилар. Аммо маълум шароитларда, организм ҳимоя функцияси пасайганда ва микроорганизмга салбий таъсир этувчи факторлар бартараф этилганда, циста шаклидаги микроблар патоген кўринишга ўтадилар. Бу жараён реверсия деб аталади. Циста ва L – шаклли трепонемалар пайдо бўлишининг олдини олиш учун захм билан оғриган беморларни даволашда антибиотикларни юқори миқдорда қўллаш тавсия этилади.

*Захминг юқиш йўллари.* Бемор захм таркатадиган асосий манбадир. У соғлом киши билан ўпишганда, жинсий алоқа қилганда, унинг идиш-товоқларидан фойдаланганда касаллик юқади. Демак, касаллик бевосита ёки билвосита контакт йўл билан юқар экан.

Оқиш трепонема одам организмга шикастланган тери ва шиллик қаватлар орқали киради. У бемор қонида, терисидаги ярада, лимфа тугунларида, орқа мия суюқлигида, сўлагида, нерв тўқималарида, ҳамма аъзоларида, ҳатто захм билан оғриган аёл сутида ёки эркак шахвати (сперма)да ҳам бўлади. Шунинг учун касалликнинг актив даврида бемор атрофидагилар учун ўта юқумли ҳисобланади.

*Захминг кечуви.* Захминг умумий кечувида тўртта давр – инкубацион (яширин), бирламчи, иккиламчи ва учламчи даврлар тафовут қилинади.

Инкубацион (яширин) давр организмга оқиш трепонемалар киргандан бошлаб, то касалликнинг биринчи белгиси – қаттиқ шанкр пайдо бўлгунга қадар давом этади. Бу давр ўрта ҳисобда бир ойча давом этиши, баъзан 10–15 кунгача қисқариши ёки 4 ойгача чўзилиши мумкин.

*Захминг бирламчи даври* терида бирламчи сифилома (қаттиқ шанкр) пайдо бўлгандан то тери ва шиллик қаватларда иккиламчи захмга хос тошмалар тошишига қадар бўлган муддатни ўз ичига олади. Бу муддат 6–7 ҳафтани ташкил этади.

Қаттиқ шанкр ёки бирламчи сифилома оқиш трепонема кирган тери ва шиллик қаватларда чегараланган инфилтрат ҳосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик эса инфилтратнинг юза қисми некрозга учраб, эрозия ёки яра вужудга келади. Одатда, қаттиқ шанкр овал ёки юмалоқ, атроф терисидан аниқ чегараланган, катталиги жимжилоқ тирноғидай келадиган эрозиядир.

Унинг ранги қизил, четлари текис, юлинмаган ва бир оз кўтарилган бўлиб, тубига томон нишаб бўлиб боради (идиш шаклини эслатади). Жароҳатнинг юзи текис, силлик, гўшт рангида бўлади, унинг маркази гоҳо сарғиш ёғ ғубори билан қопланган бўлиши мумкин. Эрозиялардан бир оз сероз суюқлик чиқиб, шанкрга ялтироқ, «лакланган» кўриниш беради. Эрозияли шанкрлар эпителизация йўли билан тузалса, яралиси ўзидан сўнг чандик қолдиради.

Қаттиқ шанкр, кўпинча, жинсий аъзоларда, баъзан оёқ, қорин ва бошқа соҳаларда кузатилади. Шу билан бирга шиллик қаватларда, кўпинча, лаб, тил, кўкрак ва бодомча безларида жойлашади. Қаттиқ шанкрнинг жойлашуви касаллик қандай йўл билан юққанлиги ҳақида далолат беради.

Қаттиқ шанкр субъектив белгиларсиз, баъзан эса сезиларсиз оғриқ билан кечади.

Қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан сўнг (кўпинча, 5–7 кун ўтиб) бирламчи захминг иккинчи белгиси, яъни регионал лимфа тугунларининг яллиғланиб, катталашиб шишиши, бир оз қаттиқлашиши – регионар склераденит кузатилади.

Бу тугунларнинг жойлашуви қаттиқ шанкр пайдо бўлган соҳалар яқинида бўлади. Агар қаттиқ шанкр жинсий аъзоларда

пайдо бўлса, чов лимфа соҳаси лимфа тугунлари катталашади. Агар шанкр оғиз бўшлиғи, лаб ва тилда пайдо бўлса, жағ ва даҳан ости лимфа тугунлари катталашади ва ҳ. к.

Лимфа тугунларининг ловиядек катталашуви, қаттиқ эластик консистенцияга эга бўлиши, пайпаслаб кўрилганда уларнинг ҳаракатчанлиги, бир-бири ва тери билан бирлашмаганлиги ҳамда оғримаслиги регионар склераденит учун характерлидир.

Бирламчи захмнинг охириги ҳафтасига бориб оқиш трепонемалар организмнинг барча лимфа тугунларига тарқалади ва сони ҳам ортади. Бу ҳолат барча лимфа тугунларининг катталашуви – полиаденит билан ифодаланади.

Бирламчи захмнинг биринчи 3 ҳафтасида Вассерман (RW) ва чўкма реакциялар манфий бўлади (бирламчи серонегатив захм), кейинчалик эса (одатда, қаттиқ шанкр пайдо бўлганидан 4 ҳафта ўтгач) серологик реакциялар мусбатлашади (бирламчи серопозитив захм). Бирламчи захмнинг умумий белгилари, қарийиб 60% беморларда дармон қуриши, иситма чиқиши, бош ва бўғим оғриши, иштаҳа йўқолиши, уйқусизлик билан кузатилади. Қонда анемия, лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши кузатилади.

*Захмнинг иккиламчи даври*, одатда қаттиқ шанкр ҳосил бўлгандан 6–7 ҳафта ўтиб бошланади, яъни бирламчи захмга хос бўлган клиник белгилар (қаттиқ шанкр, регионар склераденит, полиаденит) фонида тери ва шиллик қаватларда розеолез-папулез тошмалар тошади. Иккиламчи захм 4 йил давом этади, ҳатто 5 йилгача чўзилиши мумкин ва серологик реакциялар мусбат бўлади. Захмнинг иккиламчи даврида ички аъзолар, ҳаракатланиш аппаратлари ва асаб тизимида турли хил патологик ўзгаришлар кузатилади.

Иккиламчи захмнинг биринчи 5–7 кунда баъзи беморларда (10–15 %) умумий дармонсизлик, ланжлик, бош оғриши, ҳарорат кўтарилиши, кечқурун бўғим ва суякларда оғриқ бўлиши кузатилади. Аммо, кўпинча, беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди.

Иккиламчи захмга хос бўлган хусусият – бу актив тошмалар тошиш даврининг яширин ёки ассимптом даврлар билан алмашилишидир. Агар иккиламчи захм даврида тери ва шиллик қаватларда тошмалар биринчи маротаба пайдо бўлса, бундай захм иккиламчи янги захм деб аталади. Тахминан 3 ойдан сўнг (агар касаллик даволанмаса) тошмалар ўз-ўзидан йўқолиб кетади ва

касаллик иккиламчи яширин ёки латент даврга ўтади. Кейинчалик яна тошмалар пайдо бўлса, у ҳолда иккиламчи рецидив (қайталама) захм вужудга келади. Иккиламчи латент давр турли муддатларга чўзилиши мумкин. Бу, авваламбор, макро ва микроорганизм орасидаги иммунобиологик жараёнга боғлиқ. Иккиламчи захмда тошмалар тошиши 3–4 марта қайталаниши мумкин. Бу тошмалар умумий хусусиятга эга. Улар баданнинг турли соҳаларида учраб, шакли думалоқ, кескин чегарага ва кўкимтир-қизғиш рангга эга, қўшилишга мойил эмас, субъектив сезгилар бўлмайди, даволаш чоралари ўтказилмаса ҳам маълум муддатдан кейин изсиз йўқолиши мумкин.

Беморлар бу даврда ўта юқумли бўладилар.

Иккиламчи захмда морфологик элементлардан доғ (розеола), тугунча (папула), баъзан эса пуфакча (везикула) учрайди. Шу билан бирга бу даврда сифилитик лейкодерма ва соч тўкилиши (сифилитик аллопеция) ҳам кузатилади.

Захмнинг иккиламчи янги давридаги сифилидлар майда ва кўп, ёрқин рангли, симметрик, атрофга ёйилмайди, усти кепакланмайди. Улар, кўпинча, кўкрак, қорин ва қўл, думба, сон ва оғиз шиллик қаватида учрайди. Улар босиб кўрилса йўқолади, сўнг яна пайдо бўлади. Розеола 2 ҳафта давомида тошиб, 3–4 ҳафтагача ўзгармай тураверади, кейин рангсизланади ва секин-аста ҳеч қандай доғ қолдирмай йўқолиб кетади.

Иккиламчи рецидив захмда тошмалар йирик ва сони кам, кўпинча, симметрик бўлмай, гуруҳлашишга мойил бўлади ва кўп ишқаланувчи соҳаларда (сон, жинсий аъзолар, оғиз бўшлиғи) жойлашади.

Иккиламчи захм даврида ички аъзо ва нерв тизимида ўзига хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Жумладан, Боткин касаллигини эслатувчи ўткир гепатитга хос бўлган белгилар, сифилитик липоидли нефроз, сифилитик миокардит, гипоацид гастрит, сифилитик менингит, гидроцефалия, базал менингит каби касаллик белгиларини аниқлаш мумкин бўлади.

*Захмнинг учламчи даври.* 3–5 йилдан кейин иккинчи давр захмнинг учинчи даврига ўтади; захмнинг бу даври беморларнинг ҳаммасида ҳам кузатилавермайди. Бу давр беморни тўла ёки мутлақо даволанмаганлиги натижасида келиб чиқади. Бу давр тери, шиллик қаватлар, ички аъзолар, асаб тизими ҳамда ҳаракат



аппаратининг зарарланиши билан характерланади. Учламчи захмнинг ривожланишида травма ва сурункали касалликлар, заҳарланишлар, беморнинг ёши ҳамда бошқа омилларнинг аҳамияти катта.

Учламчи захм клиник кечувига қараб фаол (актив) ва яширин даврларга бўлинади. Бу давр яна ўз навбатида дўмбоқча ва тугун (гумма) тошиш даврига ажратилади. Тошмалар сон жиҳатидан оз бўлиб (дўмбоқчалар 10–20 та бўлса, гумма, одатда, битта ёки иккита бўлади), ўзидан сўнг чандиқ қолдиради. Агар тошмалар ҳаёт учун муҳим аъзо ва тизимларда жойлашса, у бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради. Бемор бу даврда атрофдагилар учун кам юқумли ҳисобланади, чунки тошмалар юзасида оқиш трепонемалар кам бўлиб, улар асосан, инфилтрат тубида жойлашади. Учламчи захм организмни оғир ўзгаришларга олиб келади. Бу давр ичида тери ости ёғ қаватида, суяк ва мускулларда, асаб тизими ва ички аъзоларда ўзгаришлар кузатилади.

Дўмбоқчали сифилид бемор терисининг дерма қаватида ҳужайравий инфилтрат ҳосил бўлиши натижасида вужудга келади. Бу терининг ҳамма соҳасида учраши мумкин. Дўмбоқчалар оғримайди, қичишмайди ва яллиғланмайди. Улар ярим ойсимон ёки ясси, ранги қизғиш бўлиб терида асимметрик жойлашади. Дўмбоқчалар олча данагидек бўлиб, каттиқ ва аниқ чегараланган бўлади. Улар вақт ўтиши билан некрозга учраб яра ва тортилган чандиқлар ҳосил қиладилар.

Дўмбоқчали сифилидларнинг тошмаларнинг бир вақтда чиқмаслиги туфайли бир неча тури тафовут қилинади: гуруҳлашган (элементлар гуруҳ-гуруҳ бўлиб жойлашади, лекин бир-бири билан қўшилмайди), эмакловчи (дўмбоқчалар қўшилади, марказидаги регрессга учрайди, периферик соҳаларда эса янги элементлар пайдо бўлади), майдончали (дўмбоқчалар қўшилиб, майдонча ҳосил қилади), пакана (тариқ донидек келадиган дўмбоқчалар кузатилади).

Дўмбоқчали сифилид субъектив ўзгаришларсиз кечади.

Сифилитик гумма учламчи актив захмнинг энг кўп учрайдиган элементиدير. Морфологик нуқтаи назардан сифилитик гумма гиподермада жойлашган тугун бўлиб, катталиги ёнғоқдек келади. У аста-секин катталашиб, тери билан бирлашади ва ҳаракатчанлигини йўқотади. Терининг ранги кўкимтир-қизғиш тусга киради. Бемор бироз оғриқ сезади. Сўнг тугуннинг ўртаси юмшаб, у ерда тешик ҳосил бўлади ва ундан ёпишқоқ суюқлик ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган яра – овал шаклида, аниқ чегараланганлиги, чети бироз

теридан кўтарилганлиги, қаттиқ консистенцияга эга эканлиги ва тубида некрозга учраган тўқима борлиги билан характерланади. Жароҳат ўрнида юлдузсимон гиперпигментли чандиқ ҳосил бўлади.

Клиник кечувига қараб изоляцияланган, инфилтратли ва фиброзли гуммалар фарқланади.

Учламчи сифилидлар (дўмбоқча ва гуммалар), кўпинча, бурун, юмшоқ танглай ва танглай тилчаси шиллиқ қаватларида жойлашади. Суяклар зарарланса, бурун суяги чўкиб, эгарсимон бўлиб қолади. Қаттиқ ва юмшоқ танглайларнинг тешилиши, танглай пардасининг шикастланиши оқибатида овоз ўзгаради, ютган овқат бурун бўшлиғига ўтиб кетади.

Ҳаракатланиш аппаратларида ўзгаришлар периоститлар, оститлар ва остеомиелитлар, артритлар ва остеоартритлар намоён бўлади.

Юрак-томир тизимида аортит ва мезоаортитлар, захм миокардиди ривожланади. Жигарда сурункали эпителиал захм гепатитлари кузатилади. Нерв тизимида эса кечки нейросифилис белгилари юзага келади. Кўпгина ҳолларда учламчи захмда орқа мия сўхтаси (қуриши, табес) – сурункасига оғир ўтиши билан ажралиб турадиган, орқа мия қобиклари, устунлари ва пўстлоқларининг шикастланиши ва кучли оғриқ билан кечадиган касаллик ёки прогрессив фалаж – мия майда қон томирларининг яллиғланиши ва бош мия моддаси, мияга ҳамда марказий кулранг ядроларнинг шикастланиши ётадиган касалликлар келиб чиқади.

*Яширин ва туғма захм.* Баъзан захм билан оғриган беморларнинг териси, шиллиқ қаватлари, ички аъзолари, асаб тизими ва ҳаракатланиш аппаратларида касалликнинг клиник белгилари кузатилмайди, аммо серологик реакциялар мусбат бўлади. Бундай захмга яширин захм деб аталади.

Яширин захмнинг эрта (инфекция тушгандан сўнг ўртача йил мобайнида), кечки ва номаълум турлари тафовут қилинади.

Захм билан оғриган ҳомиладор онадан сифилитик инфекция қориндаги болага ўтади ва уни зарарлайди. Бу туғма захм деб аталади.

Захм қўзғатувчиси ҳомилага онадан йўлдош орқали ўтади. Шунинг учун туғма захм учун ҳомиладорликнинг иккинчи ярми, яъни йўлдош қон айланиш доираси ишга тушгандан сўнг хавфли ҳисобланади. Захмнинг иккиламчи даври, баъзида эса учламчи ва кечки захм ҳомила учун ўта хавфли бўлади.

Клиник белгиларининг кечиши ва муддатига қараб туғма захм тўрт хилга бўлинади: 1) ҳомила захми; 2) эрта туғма захм (туғилгандан то 4 ёшгача бўлган давр); 3) кечки туғма захм (4 ёшдан ошган болаларда); 4) яширин туғма захм (турли ёшда учрайди).

*Захмга қарши кураш.* Захмга йўлиққан беморни даволашдан ташқари захмга қарши курашда қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади:

1) первентив даволаш захмнинг келиб чиқиши олдини олиш мақсадида, унинг эрта давридаги беморлар билан жинсий ва маиший мулоқотда бўлган (агар мулоқот муддати уч ойдан ошмаган бўлса) кишиларга ўтказилади;

2) профилактик даволаш илгари захм билан оғриган ёки айна вақтда баданида захм инфекцияси бор бўлган ҳомиладор аёллар ва уларнинг болаларига (уларда серологик ва клиник белгилари бўлмаса ҳам) ўтказилади;

3) асаб тизими, ички аъзоларнинг захм билан зарарланганлиги гумон қилинганда синама даволаш белгиланади.

*Захм билан оғриган шахсларни махсус рўйхатдан чиқариш.* Беморларни захмдан тўла даволанганлигини тасдиқловчи мезонларга клиник кўрсаткичлар (тери, шиллиқ қаватлар, ички аъзолар ва асаб тизимидаги касаллик белгиларининг йўқолиши), рентгенологик ва лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашуви кабилар киради.

Захмдан даволанган беморлар махсус рўйхатдан қуйидаги ҳолатларда чиқарилади:

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

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

в) иккиламчи захм даврида тўлиқ даволанганидан сўнг 5 йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

г) учламчи захм даврида тўлиқ даволанганидан сўнг 5 йил мобайнида диспансер назоратида бўлган беморлар;

д) захм касаллиги билан аниқ оғриган ва клиник белгилари намоён бўлмасдан олдин тўлиқ даволанмаган беморлар касаллик юққандан бошлаб 10 йил ўтгач, мутахассис кўригидан сўнг махсус рўйхатдан чиқарилади;

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

## Сўзак (гонорея, триппер)

Сўзак юқумли таносил касаллиги бўлиб, асосан, жинсий йўл билан юқади. Сўзак юнонча «гонорея», яъни *gone* – уруғ, *rhoia* – оқиш демакдир. Сўзакда, асосан, сийдик-таносил аъзолари, баъзан тўғри ичак, кўз, оғиз шиллиқ қаватлари ҳам зарарланади.

Сўзак қадимги таносил касалликларидан ҳисобланади. Эркаклар сўзагида, одатда, уретрадан сарғиш-гунгурт йирингли суюқлик чиқа бошлайди, шу клиник кўринишни эрамиздан аввалги II асрда яшаган Гален «гонорея» деб атаган.

Сўзак эрамиздан аввалги V асрда Гиппократга ҳам маълум бўлган, лекин уни биринчи бўлиб А. Нейссер аниқлаган. У беморларнинг уретра каналидан касаллик қўзғатувчисини топиб, гонококклар сийдик-таносил аъзоларида яллиғланиш жараёнларини вужудга келтиришини илмий асослади (1879). Шундан буён сўзак мустақил касаллик деб юритилади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳозир ҳам сўзак энг кўп тарқалган таносил касалликлар қаторига киритилади. Ер шарида йилига 200–250 млн. аҳоли бу касалликка чалинади. Ҳатто ривожланган Европа давлатларида ҳам, сўзак касаллиги сони бўйича ўткир юқумли гриппдан кейинги ўринда туради.

*Касаллик қўзғатувчиси.* Сўзак қўзғатувчиси гонококклар жуфт-жуфт бўлиб турадиган кокклар, яъни диплококклардир (юнонча *diplos* – жуфт демакдир). Улар ботиқ томони бир-бирига қараб ётадиган дуккаклар шаклида бўлади. Гонококкни 1879 йили немис олими Альберт Нейссер топган.

Е. Бум эса 1885 йилда уни махсус озиқли муҳитда ундиришга муваффақ бўлган. Гонококклар бир хил катталиқда, яъни 0,7– 0,8 мк, бўйи 0,25 мк келади. Беморга етарли миқдорда антибиотиклар ёки сульфаниламид препаратлари буюрилмаса, уларнинг катта-кичиклиги, шакли ўзгариб, шарсимон, тухумсимон ёки эритроцитлар катталигидаги заррачаларга, яъни L – шаклига тезда айланиб қолади. Бу эса даволашни анча мушкуллаштиради, ҳатто улар баъзи антибиотикларга, масалан, пенициллинга қарши пенициллиназа ферментини ишлай бошлайди.

Гонококклар одам организмидан ташқарида юқори ҳароратга чидамсиз, айниқса, 40–50<sup>0</sup>С дан юқори ҳарорат, дезинфекцияловчи эритмалар таъсирида тез ўлади. 1:100 нисбатдаги кумуш нитрат

эритмаси, йод ва спирт гонококкларни шу заҳоти ўлдиради. Аммо куримаган қалин йирингда ва ҳар хил буюмларда ёки нам ички кийимларда, сочиқ ва бошқаларда бир сутка, баъзан ундан ортиқ сақланади.

*Касалликнинг юқиш йўллари.* Сўзак, асосан, соғлом одамга бемор билан жинсий алоқа қилганда юқади. Касаллик манбаи сўзак билан оғриганлигини билмай юрган ёки сурункали сўзакка чалинган беморлар ҳисобланади.

Айниқса, аёллар ўзларининг касал эканликларини узоқ вақтгача билмай юришлари мумкин. Бундай ҳолат бесоқолбозлик (гомосексуализм) билан шуғулланувчиларда ҳам кузатилиши мумкин. Баъзан сўзак билан оғриган қизларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмасликлари туфайли, уларнинг жинсий аъзоларидан келаётган инфекцияли ажралмалар тўғри ичак шиллик қаватига тушиб уни яллиғлантиради. Орогенитал мулоқотдан сўнг гонококклар бодомча безлар ва томоқ шиллик қаватини бирламчи яллиғлантириши мумкин.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, сўзак билан оғриган беморларнинг деярли 95–99% уни жинсий алоқа оқибатида юқтириб олади.

*Касаллик кечуви.* Сўзакка қарши туғма иммунитет ҳам, орттирилган иммунитет ҳам йўқ. Шу боис, касалдан тузалган бемор яна қайта касалланиши мумкин, яъни бир киши сўзак билан бир неча марта оғриши мумкин (реинфекция)

Сўздакда асосий патологик жараён, одатда, кўзгатувчи бирламчи кирган жойидан бошланади. Шунга асосан, сийдик-таносил аъзолари (генитал), экстрагенитал ва метастатик сўзак фарқланади. Метастатик сўзак генитал ва экстрагенитал сўзаклар асорати ҳисобланади.

*Эркаклар сўзаги.* Инкубацион давр сўзак бўлган аёл билан жинсий алоқа қилгандан сўнг 3–5–7 кун давом этади. Баъзан эса 3 ҳафтагача чўзилиши мумкин. Агар касаллик бошланганига бир ойдан ошган бўлса, уни сурункали сўзак деб юритилади. Шунингдек, касаллиги аниқланмаган беморларни ҳам сўзакнинг сурункали хилига киритилади.

Инкубацион даврдан сўнг сийдик чиқариш каналидан сарғиш-кўкимтир йиринг ажрала бошлайди.

Баъзи касалларда гонококк бўлишига қарамай, касаллик белгилари кузатилмайди, бундай ҳолат яширин (латент) сўзак ёки гонококк ташувчилик деб юритилади.

Эркаклар сўзагининг қуйидаги турлари мавжуд:

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

*Ўткир сўзак уретрити.* Касаллик сийдик чиқариш каналининг олд қисмида қичиш, қизиш ва бир оз ачишишдан бошланади. Бу белгилар, айниқса, тонгда безовта қилади. Бунда уретра канали оғзи ёпишиб қизаради ва шишиб кетади. Сийдикда шилимшиқ ва йирингли ипчалар кўринади. Бора-бора бемор сийганида оғриқ туриб, қаттиқ ачишишдан, эррекцияда оғриқ сезилишидан нолийди ҳамда сийдик каналидан жуда кўп сарғиш-гунгурт йиринг келади. Сўнг яллиғланиш кучайиб, ажралмалар қон аралаш чиқиб, ранги сарғимтир-жигарранг тусга киради.

Касалликнинг 3–4 ҳафталари охирида яллиғланиш уретранинг олд қисмидан орқасига ўтади ва ўткир тотал сўзак уретрити авж олади. Касаллик белгилари зўраяди (уретроцистит). Бемор тез-тез сияди, сийганида оғриқ сезади, сийдигида қон бўлиши ҳам мумкин.

Суст кечадиган сўзакда сўзак уретритининг клиник белгилари суст, яъни сийдик чиқариш канали атрофи бир оз қизарган, шишган бўлиб, фақат эрталаблари ажралмалар кам миқдорда шилимшиқли ва йирингли бўлади.

Ўртача ўткир сўзак уретрити белгилари юқорида айтилган ҳар иккала уретритнинг оралиғида туради.

Ўткир сўзак уретритида сийдик каналининг орқа қисми зарарланиб, унда, одатда, простата беши ва тухум ортиқлари ҳам патологик жараёнга кўшилади.

Ўткир сўзакда умумий белгилар: ҳарорат кўтарилиши, иштаҳа пасайиши, умумий қувватсизлик кузатилади.

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

Эркаклар сўзагининг асоратлари:

- 1) уретра стриктураси; 2) сўзак простатити; 3) сўзак калликулити (уруғ дўмбоқчасининг яллиғланиши) ва везикулити (уруғ пуфакчаларининг яллиғланиши); 4) эпидидимит (мойк ортиғининг яллиғланиши).

*Аёллар сўзаги ўзининг клиник кўриниши ва кечиши жиҳатидан эркакларникидан бир оз фарқ қилади – бу эркак ва аёл сийдик-таносил аъзоларининг тузилишидаги тафовутларга боғлиқ.*

Аёлларда сўзак инфекцияси уретра, бартолин безлари, бачадон бўйни, шунингдек, тўғри ичакни бир йўла шикастлантиради ва жадал кечади.

Инфекция, асосан, жинсий йўл билан юқади, аммо ножинсий йўл билан юқиш ҳам учрайди.

Гонококклар жинсий алоқадан сўнг аввал уретрага кейин бачадон бўйнига тушиб, уларни яллиғлантиради. Кейинчалик катта вестибуляр безлар ва тўғри ичакнинг қуйи қисми зарарланади.

Инкубацион давр 3–5 кун, баъзан 4–15 кунгача чўзилиши мумкин. Касалликнинг субъектив белгилари сустиги туфайли аёллар инфекция юқтирган вақтини тайин айта олмайди.

Аёллар сўзаги клиник кечишига қараб худди эркакларникидек тафовут қилинади: янги сўзак (ўткир, ўртача ўткир, сусти кечадиган); сурункали сўзак (икки ойдан ошган сўзак).

Сийдик-таносил аъзоларининг фақат қуйи қисми (қин даҳлизи, бартолин безлари, уретра, бачадон бўйни) сўзак билан зарарланган бўлса, бу асорат бермаган, мабодо бачадоннинг ички қисми, тухумдон ортиқлари ва бошқа аъзолари ҳам зарарланган бўлса, касаллик юқорига кўтарилувчи асорат берган сўзак дейилади.

Аёллар сўзагининг ўтиши ўткир ва сурункали бўлади. Бемор аёлларнинг 71–96% да сўзак уретрити кузатилади. Бунга, асосан, аёллар уретрасининг қисқа ва энлилиги сабаб бўлади. Касалликнинг ўткир даврида беморлар уретранинг санчиб оғришидан, сурункали даврида эса тез-тез сийишдан шикоят қиладилар. Уретра шишиб қизаради, босганда оғриб, оқиш-сарғимтир ажралма келади.

Аёллар сўзагининг юқорига кўтарилувчи асорат берган кўринишларида ички жинсий аъзоларнинг зарарланиши туфайли шу касалликларга хос бўлган белгилар намоён бўлади ва субъектив ҳамда объектив жиҳатдан яққол ва аниқ белгилар билан кечади.

*Сўзак билан оғриган шахсларни махсус рўйхатдан чиқариш.* Сўзакдан даволанганликнинг исботи беморни тўлиқ даволаб, 1–2 ой мобайнида диспансер кўриги ўтказилгач аниқланади. Бактериологик текширишлар вақтида гонококк аниқланмаслиги тўлиқ даволанганлик далолати бўла олмайди, чунки гонококкларнинг бошқа шаклларга ўта олиш эҳтимоллиги туфайли ҳамда уларни

яширин ўчоқлардан чиқишига мажбур қилувчи усуллар қўлланилганидан сўнг бу ҳақда фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг тўлиқ даволанганлигини тасдиқлашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак:

1) ҳафта давомида текширилганда синамаларда гонококкларнинг мутлақ учрамаслиги;

2) простата беши ва уруғ пуфакчалари томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги ҳамда ажралмада лейкоцитларнинг учрамаслиги;

3) сийдик каналида яллиғланиш жараёнининг кузатилмаслиги.

### **Сийдик-таносил аъзоларининг бошқа касалликлари**

*Трихомониаз.* Бу касаллик сийдик-таносил аъзоларининг трихомонададан зарарланиши туфайли юзага келади. Трихомониаз энг кўп тарқалган паразит касалликлардан ҳисобланади. Маълумотларга кўра, ҳар йили дунёда 180–200 млн киши бу дардга чалинар экан. Одатда, касаллик эркакларга ҳам аёлларга ҳам бир хилда юқади, аммо касаллик белгилари эркакларда суст намоён бўлади.

Трихомониаз таносил (венерик) касалликлари рўйхатига киритилмаган бўлса ҳам, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар қаторида туради. Трихомониазнинг яширин даври 3–7 кундан 3–4 ҳафтагача, ўртача 10–15 кун, баъзан узокроқ чўзилиши ҳам мумкин. Клиник кечуви сўзакли уретрит клиник белгиларига ўхшайди.

Ўткир трихомонадали уретритда уретрадан ажралаётган суюқлик 1–2 ҳафта ичида ўз-ўзидан камайиб, касаллик аломатлари барҳам топиши мумкин. Бора-бора касаллик сурункали уретритга ўтиб, вақти-вақти билан хуруж қилиб туради. Бундай беморлар касаллик ташувчилар ҳисобланади.

Трихомонадали уретритдан бемор яхши даволанмаса ёки даво режими ва парҳез сақланмайдиган бўлса, уларда (5–10 %) уретра стриктураси, чандикланиш каби асоратлар қолади.

*Сийдик-таносил аъзолари хламидози ва микоплазмози.* Кейинги йилларда жаҳон миқёсида сўзак, захм каби хавфли юқумли таносил касалликлари билан бир қаторда гонококксиз (ногнококк) уретрит (носпецифик уретрит, сўзакдан кейинги уретрит) деб аталадиган таносил касалликлари учраб туради. Маълумотларга кўра, бундай касалликлар сўзакка қараганда 2–3 баравар кўпроқ сийдик-таносил аъзолари яллиғланишига сабаб бўлмоқда. Мазкур касаллик билан оғриган беморлар сони расмий маълумотларга қараганда дунё



бўйича 750–800 млн дан ошиб кетди. Уларнинг 60–65% ни урогенитал хламидоз ва микоплазмоз (уреаплазмоз) ташкил этади деб тушунтирилмоқда.

Сийдик-таносил аъзолари хламидиозига хламидийлар сабаб бўлади. Улар майда грамм манфий кокк шаклида бўлиб, прокориотларга хос бактерияларга ўхшаб кетади. Хламидийлар 4–48 соатлик ривожланиш босқичини босиб ўтиб, одатда, хужайралар ичида ва ташқарисида яшашга мослашган.

Сийдик-таносил аъзолари хламидози клиник кўриниши бўйича сўзакка ўхшаб кетса-да, ўзига хос белгилари билан ундан фарқ қилади. Бунда яллиғланиш ўткир ёки суст, кўпроқ асорат билан кечади, сўзакка қарши антибактериал препаратларга анча чидамли бўлади.

Касаллик асосан жинсий йўл билан юқади. Инкубацион давр 20–30 кун, баъзан бу муддат сал ўзгариб туради. Яллиғланиш ўчоқларига қараб хламидияли уретрит, простатит, эпидидимит, цервицит, оофарит, сальпингит ва бошқалар учрайди. Касаллик кўпроқ сурункали шаклда учрайди. Аксарият бир вақтнинг ўзида сийдик-таносил аъзоларидан бир нечтаси зарарланади.

Касаллик бир неча ҳафтадан сўнг спонтан тузалиши мумкин. Аммо бундаги клиник ўзгариш этиологик ўзгаришга олиб келмайди. Даволанмаган беморларнинг кўпчилигида турли асоратлар: эпидидимит, орхоэпидидимит, гемморагик цистит, уретра стриктураси кузатилади.

Сийдик-таносил аъзолари микоплазмозига гамико-плазмалар сабаб бўлади. Микоплазмалар жуда майда микроорганизмлар бўлиб, бактериялар каби ўзининг хужайра қобиғига эга эмас. Улар тухумсимон, чўзинчоқ ва сферик шаклда бўлиб, катталиги 0,2–0,3 мкм.

Микоплазмалар ёки уреаплазмалар туфайли юзага келган уретритлар специфик клиник кўринишга эга эмас. Барча ногонококк уретритлар каби у ҳам кам белгилар билан кечади. Шунинг учун инкубацион даврини белгилаш ҳам мушкул.

Беморларнинг маълум бир қисмида (4–5 %) уреаплазмали уретритлар сўзакка ўхшаб кетади. Касаллик бундай кечганда инкубацион давр 3–5 кунга тенг бўлади. Аммо аксарият ҳолларда микоплазмали уретритлар ўртача ўткир ёки сурункали кечиб, инкубацион даври 30–40 кунга сурилиб кетиши мумкин.

Урогенитал уреоплазмоз оғир-енгиллигига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир хилларга ажратилади.

Қуйидаги ҳолларда аёл ва эркаклар уреоплазма ва хламидий инфекцияси бўйича текширилиши лозим: сўзак, трихомониаздан кейинги асоратларда, ногонококксиз уретритда, кичик чаноқ аъзоларида сурункали яллиғланиш бўлганда, бўйида бўлмаслик, бепуштлик, ҳомила ташлаш, туғруқдан кейинги патологик жараёнлар, бўғим касалликлари ва пала-партиш жинсий ҳаёт тарзи ва бошқалар.

### **Таносил касалликлари тарқалишининг олдини олиш чора-тадбирлари**

Шахсий профилактика:

- 1) пала-партиш жинсий алоқалар эҳтимоллигини чеклаш;
- 2) жинсий алоқада презерватив қўллаш;
- 3) жинсий алоқадан сўнг жинсий аъзоларни совун билан ювиш;
- 4) индивидуал профилактика пунктига муурожаат қилиш.

Жамоат профилактикаси:

- 1) таносил касалликлари билан оғриган беморларни махсус рўйхатга олиш;
- 2) таносил касаллигига учраган беморларни бепул даволаш;
- 3) захм касаллигининг барча юқумли кўринишлари билан оғриган беморларни махсус шифохоналарга ётқизиш;
- 4) инфекция манбаларини аниқлаш;
- 5) таносил касаллигига йўлиққан беморлар билан жинсий алоқада бўлган шахсларни аниқлаш ва уларни махсус текширувдан ўтказиш;
- 6) таносил касаллар билан алоқада бўлганларни олдиндан даволаш;
- 7) даволанишдан бош тортган беморларнинг мажбурий даволанишларини амалга ошириш;
- 8) ишга жойлашаётганлар, донорлар ва ҳомиладорларни таносил касаллиги бўйича текшириш;
- 9) шифохонага ётган барча беморларнинг таносил касаллиги бўйича текширувини амалга ошириш;
- 10) таносил касаллигига учраб, уни юқтириб юрган шахсларга нисбатан жиноий жазо чораларини қўллаш;

11) аҳолининг тери-таносил касалликлари ва унинг асоратлари бўйича тиббий маданиятини ошириш.

### **ОИТС – орттирилган иммунтақчиллик синдроми**

У биринчи марта инфекция касаллик сифатида 1981 йилда АҚШда қайд қилинган.

ОИТС чақирувчиси тузилиши ва кимёвий таркиби бўйича жуда мураккаб вирус ҳисобланади. Юқори ҳарорат ва бошқа воситалар таъсирида вирус ҳалок бўлади. Касаллик, асосан, жинсий алоқа орқали юқади. Бундан ташқари, стерилланмаган ниналар, шприцлар ва бошқа воситалар қўлланилганда, қон ва унинг маҳсулотлари қуйилганда, орган ва тўқималар бошқа одамга ўтказилганда, бемор онадан болага юқиш ҳоллари ҳам кузатилади.

ОИТС юқишида «хавф» гуруҳлари катта роль ўйнайди, айниқса, бу гуруҳга бесоқол (гомосексуалист)лар киради.

Касаллик, асосан, тартибсиз жинсий ҳаёт кечирган одамларда учрайди. Шунинг учун бу касалликнинг кенг тарқалишида фоҳишабозлик муҳим ўрин эгаллайди. Кейинги навбатда хавфлилик жиҳатидан гиёҳвандлар гуруҳи туради, улар стерилланмаган ниналар ва шприцлардан фойдаланганлиги учун касаллик юқади. Шундай қилиб, гомосексуалистлар, фоҳишалар ва гиёҳвандлар гуруҳлари ушбу касаллик билан юқори даражада, яъни 95% ҳолатларда оғришади, қолган ҳолларда қон қуйиш, бўйракни ўтказиш ва бемор онадан болага ўтиши кузатилади.

Одам организмининг иммун тизими шикастланиши – ОИТС ривожланишининг асосий механизми ҳисобланади. Вирус иммун тизим ҳужайралари (Т – лимфоцитлар) ичида кўпаяди ва уларни парчалайди, шунинг учун иммун жавоб реакцияси пасаяди.

ОИТС нинг яширин даври ўртача 2–5 йил давом этади. Бу даврда бемор ўзини соғлом деб ўйлайди, аммо атрофдагилар учун юқтириш хавфи юқори ҳисобланади, улар инфекция манбаига айланадилар. Бундай одамлар вирус ташувчилар ҳисобланади.

*ОИТСнинг клиник кечиши.* ОИТСнинг клиник кечиши 4 та босқичга бўлинади.

1. Яширин даври – бир неча йил давомида касаллик белгилари пайдо бўлмай вирус ташиб юрилади.

2. Зўрайган лимфоаденопатия синдроми. Бу даврда икки ва ундан ортиқ лимфа тугунларининг катталаниши кузатилиб, 3 ой давом этади.

3. ОИТС уюшган комплекс даври – барча лимфа тугунларининг катталашиси, тана вазнининг камайиши, терлаш, ҳароратнинг кўтарилиши, йўтал, ошқозон-ичак тизими фаолиятининг бузилиши ва иммун тизимининг пасайганлигини лаборатория кўрсаткичлари тасдиқлайди.

4. Клиник белгиларининг кенг миқёсда ривожланиш босқичи, яъни ҳамма вақт бемор ўлими билан тугайди.

Иммун тизими фаолияти пасайишининг аниқ сабаби бўлмаганда, яъни ўсма (рак) ва овқатланиш етишмовчилигининг оғир шакллари ёки бошқа аниқ ҳолатлар кузатилмаганда ёши катталарда ОИТС ташхиси унинг 2 та аҳамиятли ва битта аҳамиятсиз белгилари бирга учраганда қўйилади.

1. Аҳамиятли белгилари:

- а) тана вазнининг 10 % га ва ундан кўпроқ камайиши;
- б) бир ойдан кўпроқ муддат сурункали ич кетиши;
- в) бир ойдан кўпроқ муддат мунтазам равишда ҳароратнинг кўтарилиши (доимий ёки вақти-вақти билан).

2. Аҳамиятсиз белгилари:

- а) бир ойдан кўпроқ муддат давомли кучли йўтал;
- б) кўп ўчоқли зўрайган дерматит (тери яллиғланиши);
- в) қайталанувчи ўраб оладиган учуқ;
- г) томоқ ва оғиз бўшлиғининг кандидози;
- д) сурункали зўрайган ва кенг тарқалган оддий учуқ;
- е) зўрайган лимфаденопатия.

Тери ва шиллиқ қаватларининг яллиғланиши баъзан ОИТС нинг асосий ва ягона белгиси ҳисобланади. Беморларнинг 50–100% да ўпка ва овқат ҳазм қилиш трактининг шикастланиши кузатилади. 60% беморларда ақл пасайишининг ривожланиши мумкин.

Ҳозирги вақтда касалликнинг олдини олиш чора-тадбирларига аҳоли орасида санитар-тарғибот ишларини олиб бориш киради. Бунда аҳолига касалликнинг юқиш йўллари, яъни, асосан, жинсий алоқа вақтида юқишини, тасодифий жинсий алоқаларда резина олат қопчиғидан фойдаланиш кераклигини, аммо бу касалликнинг ҳаво-томчи йўли билан ва озиқ-овқат маҳсулотлари орқали ҳам юқиши мумкинлигини тушунтириш керак. Фоҳиша-бозлик ва гиёҳвандликка қарши курашиш керак. Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишлик, бемор аёлларни ҳомиладорликдан сақлаш керак, чунки бунда ҳомила ҳам касалликка чалинади.

Инфекциянинг тарқалишига ифлосланган нина ва шприцларни ишлатиш ҳам сабаб бўлади, шунинг учун гиёхвандлик ҳам юқори хавfli гуруҳ ҳисобланади. Қон топшираётган донорлар мунтазам равишда текшириб борилади. Республикамизда ОИТСни аноним йўл билан аниқлайдиган махсус шифохоналар ташкил қилинган. Бу ерда истаган одам ўз соғлиғини бепул текшириб кўриши мумкин. Бундан ташқари, юртимизга келган барча чет эл фуқаролари текширувдан ўтказилади, айниқса, ОИТС га эндемик ўчоқ ҳисобланган мамлакатлардан келганлар алоҳида бир неча бор текширилади. ОИТС билан оғриган беморлар билан алоқада бўлган шахслар ҳам текширувдан ўтказилади.

### **ЎТА ХАВFLИ ИНФЕКЦИЯЛАР. ЎТА ХАВFLИ ИНФЕКЦИЯ ЎЧОҚЛАРИДА ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ**

*Вабо (холера)* – ўткир антропоноз фекал-орал инфекция бўлиб, касалликни вабо вибриони чақиради. Сувли суюқ нажас ажралиши, қусиш, организмнинг сувсизланиши туфайли шок ривожланиши каби симптомлар билан характерланади.

Оғир кечиши ва тез тарқалиши сабабли вабо касаллиги ўта хавfli инфекция турларига киргизилади ва халқаро тиббий санитария рўйхатига олинган. Вабо пандемияси қадимги вақтларда кўп инсонларнинг ўлимига сабаб бўлган. Мисрда вабо пандемияси аниқланган. Охиргиси 1961 йилда бошланган. Ҳозирги вақтда (1992–1994 йил) ер юзининг 40 та мамлакатада, жумладан, собиқ иттифоқнинг жанубий регионларида ҳам қайд қилинган. Инфекция манбаига нажас орқали вабо вибрионининг ташқи муҳитга ажратувчилар, бемор ва вибрион ташувчилар киради. Юқиш механизми фекал-орал йўли орқали амалга ошади. Юқиш, асосан, сув, алиментар, маиший алоқалар орқали бўлиши мумкин. Сув орқали юқиш пандемия ва эпидемия ривожланишида катта аҳамиятга эга. Вақтинчалик манба сифатида сув ҳайвонларидан – балиқлар, малюскалар ва бошқалар кириб, улар ўз организмидан узок муддатга вабо вибрионини сақлаш ва тўплаш имкониятига эгадирлар.

*Клиникаси:* касалликнинг яширин даври бир неча соатдан беш кунгача, ўртгача ҳисобда икки кун давом этади.

Вабо касаллиги тўсатдан ривожланади. Суюқ сувли нажас ажралади, бунда қорин оғримайди, аммо қорининг ғўлдираши ва ичакларнинг ўта тўлишлик симптомлари ривожланади. Тана ҳарорати ўзгармайди, аммо баъзи беморларда  $37,5^{\circ}\text{C}$  атрофида бўлиши мумкин. Касаллик ривожланиши билан нажас ажралиш сони суткасига 20 мартага кўпайиши мумкин. Нажас сувли, баъзан «гуручли қайнатма»ни эслатади. Кўпгина ҳолларда «фаввора» кўринишдаги қайт қилиш кузатилади. Организмда кучли сувсизланиш намоён бўлади – юз соҳасида ўзгариш, кўзларнинг чуқурлашиб кетиши, «тўқ кўзойнак» симптоми ва «кир ювувчи» қўллари симптоми кузатилади.

Касалликнинг турларидан бири шиддатли шакли бўлиб, организмда кучли сувсизланиш ҳолати оқибатида захарланиш шоки юз бериши мумкин. Бундай ҳолатларда бемор бир неча соат мобайнида ҳалок бўлади.

Вабо касаллигига чалинган ва шу касалга шубҳа туғилган беморларни дарҳол шифохонага ётқизиш зарурдир. Зудлик билан даволовчи муолажалар ўтказиш, яъни сув танқислигини тўлдириш, орал (оғиз орқали) регидратация ёрдамида организмни электролитларга тўлдириш зарурдир. Вабо касаллиги билан касалланган беморлар учун асосий даволовчи принциплардан бири уйда, машинада ва шифохонада орал регидратация ўтказиш.

Касалликнинг енгил ва ўрта даражасида, албатта, перорал (оғиз орқали) регидратация ўтказиш зарурдир. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) эксперт қўмитаси қуйидаги тартибда перорал регидротация таркибини қабул қилган:

натрий хлорид – 3,5 г;

натрий гидрокарбонат – 2,5 г;

калий хлорид – 1,5 г;

глюкоза – 20 г;

қайнаган сув – 1 л.

Эритма номи «оралит» деб аталади. ВОЗ эксперт қўмитаси томонидан бошқа регидратация эритмаси ҳам киритилган. Унинг таркиби гидрокарбонат ўрнига нитрат натрий (регидрон) киритилган. Беморда қайт қилиш аломати ва сувсизланиш ҳоллари юз берганда, унга шу эритмадан 200–250 мл (ҳар 1 минутда 1 ош қошиқда) бериб туриш керак. Шу тайёрланган эритмалардан ташқари беморга қайнаган сув, чой, наъматак эритмасидан берилади.

*Профилактикаси:* халқаро қоидаларга асосан, вабо касаллиги тарқалиши мумкин бўлган мамлакатларда бўлиб келган шахслар 5 кун мобайнида назорат (карантин)да бўладилар. Бу пайтда улардан бир маротаба бактериологик анализ олинади. Вабо касаллиги тарқалган мамлакатларда эпидемияга қарши комплекс режа усуллари амалга оширилади. Бунда беморлар ва вибрион ташувчилар касалхонага ётқизиладилар ва улар билан контакта бўлган шахслар 5 кун давомида назоратда бўладилар, 3 марта бактериологик анализ олинади.

*Ўлат (чума)* – ўткир юқумли касаллик бўлиб, кучли захарланиш, тери шикастланиши, лимфа тугунлари, ўпкани ва бошқа аъзоларнинг жароҳатланиши билан ифодаланади. Бу касаллик карантинли хасталиклар турига киради. Ўлат қадимий ўта юқумли касалликлар таркибига кириб, инсоният ҳаётида катта офатларга сабаб бўлган. Маълум бўлган биринчи пандемияси VI аср илгари «Юстин» ўлати номи билан тарихга кирган. Бу пандемия қуйи Мисрда, қолаверса, Византия империясини ишғол қилиб, 50 йил мобайнида 100 000 000 инсонни ҳаётдан олиб кетди.

Иккинчи пандемия XIV асрда «Қора ўлим» номи билан Осиёда, сўнгра савдо йўли билан Европада ва Псков орқали Россияга етиб борган бўлиб, унинг натижасида 50 000 000 га яқин инсон вафот этган. Шу даврга келиб биринчи марта Италияда карантин (40 кун) усули ишлатилган. Карантин бу чегараланган комплекс усул бўлиб, ўз ичига тиббий-санитар ва маъмурий усулларни олади. Карантин усули барча юқумли ўта хавфли инфекциялар учун қўлланилади. Биринчи карантин усули Венецияда қўлланилган. Касаллик хавф туғдирувчи мамлакатлардан келган кемалар 40 кун қирғоқ яқинига келтирилмаган, агар касаллик хавфи бўлса, шу карантин муддатида намоён бўлади.

*Эпидемиологияси:* инфекция манбаига кемирувчилар (каламуслар, юмронқозиклар, сичқонлар ва бошқалар) ҳамда туя ва мушуклар киради. Юқиш йўли, асосан, бургалар ёрдамида амалга ошади, улар чакқанда юқтирилади. Инсонлар, ҳайвонлар ва уларнинг ўликлари, нажаслари билан контакта бўлганда касалланади. Ўлатнинг ўпка шакли билан касалланган беморлар ўта хавфли ҳисобланадилар, чунки улардан ҳаво-томчи йўли орқали касаллик юқиши мумкин. Ер шарида ҳозирги вақтда ўлат ўчоқлари маълум, улар кўпайиши ва сақланиши шу жойларнинг иқлим – географик

минтақаларига боғлиқдир. Ўлат касаллиги тарқатувчиси бурга учун қулай шароит ҳаво ҳарорати 24<sup>0</sup>С, нисбий намлиги 70 % бўлиши шарт.

Ўлат ўчоқлари, асосан, Монгол-Забайкал зонасида, Жанубий Хитой, Ҳиндихитой ва Ҳиндистон мамлакатларида кўп учрайди. Ўрта Осиё текислигида ўлат ўчоқлари Ўрта Осиё чўлларида, Қозоғистонда, Урал ва Волга оралиғида жойлашган минтақаларда учраб туради.

Табий ўчоқларда, асосан, юқиш трансмиссив, контакт ва алиментар йўл билан амалга ошади.

Трансмиссив юқиш йўли – бу бургалар чақиши орқали ўтади. Контакт йўли – отиб ўлдирилган кемирувчиларни (қуён ва бошқа) терисига ишлов берилганда юқади.

Алиментар-гўшти маҳсулотларга етарли даражада термик ишлов берилмаган маҳсулот орқали ўтади.

*Патогенези:* инсон организмизига ўлат кўзғатувчисининг киришига қараб қуйидаги йўлларга бўлинади. Булар тери, шиллик қават, нафас йўллари ёки ошқозон-ичак тракти орқалидир. Касалликнинг кириш дарвозасига қараб қуйидаги клиник турларга бўлинади:

- бубонли;
- тери бубонли;
- ўпка тури;
- септик тури.

*Клиникаси:* яширин даври, асосан, 2–3 кун давом этади. Кўпгина ҳолларда бубонли тури 79%, септик тури 11%, ўпка тури 5% учрайди.

Ўлат касаллиги кутилмаганда бошланади. Тана ҳарорати 39<sup>0</sup>С га кўтарилади, организмнинг захарланиши (интоксикация) кучаяди. Кучли бош оғриши, мускуллар оғриши, кўнгил айниши ва қусиш аломатлари пайдо бўлади. Беморнинг умумий ҳолати оғир, қон босими ва томир уришининг пасайиши кузатилади.

Бубон турида касалликнинг 1–2 кунда лимфоаденит белгилари пайдо бўлади (ўлат бубони). Касалланиш жараёнига бир неча ёнма-ён жойлашган лимфа тугунлари атрофидаги тўқималарни жалб этиб, бубон шакли кўринишида бўлади: ўсмасимон, думалоқсимон шаклда бўлиб, пайпаслаганда оғриқлидир. Бубон устидаги тери қоплами тўқ қизил кўкимтирсимон рангда бўлади. Кейинчалик



бубон яллиғланиб очилади ва аста-секин битиш жараёнига олиб келади.

Тери бубон шаклида, тери қопламида пустула (пуфакча) пайдо бўлиб, ичида қизил рангли суюқлик бўлади. Касаллик авж олиши натижасида пустула ёрилиб, жароҳатга айланади ва тўқ рангли струп ҳосил бўлади.

Ўпка шаклида оғир интоксикация, юқори ҳарорат, кўкрак қафасида оғриқ ва қон аралаш йўтал бўлади. Олдинги вақтларда ўпка шакли 100% ўлим билан 2–4 кун ичида яқунланарди. Ҳозирги даврга келиб кенг кўламда ишлатиб келинаётган антибиотиклар туфайли бу касаллик шакли ўлимга олиб келмаяпти.

*Профилактикаси:* ўлат касаллигининг бошланиш хавфи туғилганда зудлик билан хабар берилади. Шу заҳотиёқ карантин чора-тадбирлари ўтказилади. Беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар ажратилади. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида санитар-қўриқлаш қоидаларига амал қилинади. Карантин тадбирлари, асосан, сув ва денгиз портларида, автомагистралларда, аэропортларда, темир йўлларида ўтказилади. Бундай тадбирларда чекланган ёки ярим чекланган аҳоли ва юқлар ҳаракатлари тўхтатиб қўйилади. Зарурат туғилганда карантин зоналарида ҳарбий-қўриқлаш постлари ташкил этилади. Бубон шакли билан касалланган беморларнинг бир нечтаси битта палатага, ўпка шакли билан касалланган беморлар алоҳида боксларга жойлаштирилади. Тиббий персонал ўлатга қарши тикилган кийимларда ёрдам кўрсатадилар.

*Куйдирғи* зооноз инфекция бўлиб, специфик чипқон чиқиши, лимфа тугунлари, ички аъзоларнинг шикастланиши ҳамда сепсис ривожланиши билан характерланади.

*Этиологияси:* чақирувчиси катта ҳажмдаги бацилла бўлиб, ўн йил мобайнида сақланади. Автоклавда бацилла 40 минут ичида ўлади. Инфекция манбаига уй ҳайвонлари киради. Юқиш йўлига контакт, алиментар, ҳаво-томчи ва трансмиссив йўллар киради. Юқиш омилларига, асосан, гўшт, тери, жун, сув, ҳаво ва бошқа ташқи муҳит компонентлари киради. Қўзғатувчи шикастланган тери орқали киради ва касалликни ривожлантириш хусусиятига эга. Қўзғатувчи кирган шикастланган тери соҳасида сибир ярали карбункул (яллиғланган ўчоқ, тўқималари некрозга учраган, маҳаллий шиш ва қизариш) ҳосил бўлади. Маҳаллий лимфоаденит аломатлари кузатилади. Генерализациялашган шакллари, асосан,

нафас йўллари тўқималарининг касалланишига (трахея, бронх, альвеола) олиб келади. Касаллик аста-секин лимфа томирлари орқали ўпкага ва кокс оралиғига тарқалиб, тўқималар бузилишига олиб келади. Лимфа тугунлари орқали касаллик осонлик билан қон томирлари орқали бутун тана аъзоларига тарқалади ва касаллик белгилари пайдо бўлади.

*Клиникаси:* инкубацион даври 2–14 кун давом этади.

Қаттиқ қичувчи қизғиш доғ ҳосил бўлади. Бир суткадан сўнг шу жойда оғриқ ҳосил бўлиб, пуфак шишиб чиқади, унинг ўрнида эса туби қора жароҳат ҳосил бўлади. Шу вақтга келиб, организмда интоксикация ривожланади, беморларда ҳарорат кўтарилиши, бош оғриши, иштаҳа йўқолиши, уйқу бузилиши кузатилади. Жароҳатлар кўпайиб бирлашади ва шу соҳада чипқон ҳосил бўлади. Жароҳат тубидан суюқлик ажралиши тўхташи билан карбункул соҳасида қоракўтир-струп ҳосил бўлади.

*Профилактикаси:* уй ҳайвонлари касалланишининг олдини олиш ва касалларини йўқотишдан иборатдир. Агар касаллик аниқланса ва шу ҳайвонлар ўлимига олиб келса, уларни ўлганидан сўнг ёқиб юбориш ва алоҳида ажратилган жойларга чуқур қилиб кўмиш лозим. Касалланган ҳайвонлардан тайёрланган озиқ-овқат маҳсулотлари йўқ қилинади, хом ашёлар эса дизенфекция қилинади ва ҳ.к.

Туляремия – ўткир юқумли касаллик бўлиб, ҳарорат кўтарилиши ва лимфа тугунларининг касалланиши билан ифодаланади. Биринчи марта касаллик қўзғатувчиси 1911 йили Калифорнияда касалланган юмронқозикларда аниқланган. Касаллик қўзғатувчиси аниқлаган жой номи билан Туляре деб аталган (*Bacterium tulareu*). Ҳар бир мамлакатда бу касаллик номланиши ҳар хил: АҚШ да «Кийик пашшаси безгаги», Японияда «Қуён касаллиги». Туляремиянинг табиий ўчоқлари, асосан, Ер шарининг шимолий ярмида жойлашган. Ҳозирги вақтда мамлакатимизда Тожикистон ва Озарбайжонда учраб туради.

*Эпидемиологияси:* асосий инфекция манбаи – кемирувчилар ва уй ҳайвонлари. Касалликнинг юқиш йўли, асосан, хашаротлар чақиши, яъни трансмиссив ва бошқа йўллар, контактли (ов қилиш, терига ишлов бериш), аспирацион (зарарланган чанг билан нафас олиш) ва алиментар (зарарланган озиқ-овқат маҳсулотлари, сув) йўлдир. Инфекция одамга тери ёки кўз шиллик пардаси, нафас йўллари ҳамда ошқозон-ичак тракти орқали юқиши мумкин. Кириш

жойлари касаллик турларини аниқлаб беради. Микроб лимфа оқими билан чегараланган лимфа тугунларига тушиб, шу ерда яллиғланиш жараёнини чақиради ва оқибатда гранулема, некроз ўчоқлари ҳосил бўлади (бирламчи бубон). Инфекциянинг тарқалиш даражасига қараб иккиламчи бубон ҳосил бўлади. Организмда кучли интоксикация белгилари ва ички аъзолар шикастланиши кузатилади.

*Клиникаси:* яширин даври 3–7 кун давом этади. Касаллик тўсатдан бошланиб, ҳарорат 38–39<sup>0</sup>С гача кўтарилиши кузатилади. Беморда эт увишиши, бош оғриши, мускулларда оғриқ, баъзи ҳолларда кўнгил айниши ва қайт қилиш кузатилади. Кўз ва юзнинг шиллик пардалари қизаради.

Туляремия касаллигининг қуйидаги клиник турлари мавжуд:

- бубонли;
- генерализациялашган;
- ўпка тури;

Бубонли турида, касалликнинг 2–3 кунига келиб лимфа тугунлари катталашади. Шу лимфа тугунлари яллиғланиши ёки яра ҳосил бўлиши хусусиятига эгадир. Кўз бубон тури касаллигида кўз қовоқларининг қизариши ва шиши кузатилади. Касаллик унинг оғирлик даражаси ва давомийлигига қараб қуйидаги шаклларга бўлиниши мумкин (ўткир, узоқ давом этадиган ва сурункали). Туляремиянинг ўпка турида бронхлар ва ўпка касалланиши кузатилади. Беморнинг тўш суяги соҳасида оғриқ, қуруқ йўтал, ҳароратнинг 37,5<sup>0</sup>С бўлиши, эт увишиши ва терлаш аломатлари безовта қилади. Генерализациялашган турида ҳароратнинг кўтарилиши, эт увишиши, терлаш, бўғимларнинг касалланиши ва тери қопламида тошмалар пайдо бўлиши билан кузатилади. Беморларнинг туляремиядан соғайиши аста-секинлик билан боради, лекин ўлим даражаси 1% дан ошмайди. Кўпгина ҳолларда вабо, куйдирги, ичтерлама ва тошмали терлама касалликларини бир-бири билан таққослаш мумкин.

*Профилактикаси:* ўчоқлардаги асосий чора-тадбирлар қуйидагилардан иборатдир: кемирувчиларга қарши кураш; қудуқларга сичқон ва бошқа кемирувчиларнинг кириб, сувнинг зарарланишидан асраш; туляремия ўчоқлари тарқалган жойларда аҳоли ўртасида эмлашни ташкил қилиш.

*Чинчечак* – вирусли ўткир юқумли касаллик бўлиб, организмнинг кучли заҳарланиши ҳамда терида ва шиллик қаватларда папулопустуллез тошмалар тошиши билан кечади.

Қадимги юқумли касаллик ҳисобланган чинчечак инсоният тарихида ўзининг оғир касаллик эканлиги билан чуқур из қолдирган бўлиб, «мор» деб аталган. Мисрда чинчечак билан касалланган ва мумификацияланган инсон мурдаларини топишган. Чинчечак касаллигининг юқумлилигини биринчи бўлиб аниқлаган улуғ олим Абу Али ибн Синодир. IV асрда ҳам чинчечак касаллиги Шимолий Африка ва араб мамлакатларига ҳамда VI асрда Европа мамлакатларига тарқалгандир. XVI аср бошларида касаллик Америкага испан мустамлакачилари томонидан атайлаб тарқатилган. Мексика қабилалари чинчечак билан касалланган инсонларни совға тариқасида олиб касалланганлар ва эпидемия тарқалишига олиб келинган.

*Эпидемиологияси:* чинчечак асосий карантин касалликлар қаторига киритилган бўлиб, инфекция манбаи касал одамдир. Юқиш йўли ҳаво-томчи ва баъзи ҳолларда ҳаво-чанг. Ҳозирги вақтда бу касаллик Африка (Кения, Самоли, Эфиопия) да сақланиб қолган.

*Патогенези:* инфекция дарвозаси бўлиб нафас йўллариининг шиллиқ қаватлари, баъзиларда тери қоплами ҳисобланади. Организмга кирган вируслар кўпаяди. Кўпайиш лимфа тугунларида ва ўпка тўқимасида юз беради, сўнгра қонга чиқиб бутун танага тарқалади. Терининг эпителий қопламида махсус тошмалар пайдо бўлади. Асосан, терининг очиқ жойлари шикастланади, ички аъзолар ва буйрак усти безининг касалланиши, натижада инфекцион коллапс ривожланиши мумкин.

*Клиникаси:* яширин даври 6–16 (баъзан 17–22) кунгача давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 39–40<sup>0</sup>С гача кўтарилади, бош оғриғи, қайт қилиш, орқа умуртқа поғонасида оғриқ, юз соҳасининг қизариши каби белгилар пайдо бўлади. Юрак уришининг тезлашиши, нафас сиқиши, 2–3 кунларида «дастлабки» тошмалар пайдо бўлади. Улар қизамиқни эслатувчи тошмаларга ўхшайди ва қўлтиқ остига, сонннинг ички юзасига жойлашади. 1–2 суткада тошмалар изсиз йўқолади.

Касалликнинг 4 суткасига келиб тана ҳарорати пасаяди, бемор ҳолати яхшиланади ва «чин тошмалар» пайдо бўлади. Улар юз соҳасида, билакда, панжа соҳасида ва болдирнинг олдинги юзасида жойлашади. Кўпгина ҳолларда тошмалар кафт ва оёқларда жойлашади. 2–3 суткасида тошмаларда суюқлик тўпланади, уларнинг

марказлари ботик бўлиб, четлари пушти рангда бўлади. Шиллик пардаларда эса ярачалар пайдо бўлади. 7–8 суткаларда улар йиринглайди, беморнинг аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати кўтарилади, алаҳсирайди. 10–14 суткаларида тошмалар қурийди ва тўқ рангли пўстлоқ ҳосил қилади. Шишлар камаяди ва кучли қичиш пайдо бўлади. Учинчи ҳафта охирида пўстлоқ кўчиб, унинг ўрнида чандик (чўтир)лар ҳосил бўлади. Бу касалликнинг енгил шакли фақат эмланган одамларда учрайди.

### **Тошмали тиф ва Брилл касаллиги**

*Тошмали тиф* – ўткир рикетсиоз касаллик бўлиб, организмнинг иситмаланиши, умумий заҳарланиши, қон томир ва асаб тизимининг зарарланиши билан кечади. Касаллик бир неча йилдан кейин қайталаниши мумкин (Брилл касаллиги). Бу антропоноз касаллик ҳисобланиб, битлар чаққанда трансмиссив юқиш механизми орқали тарқалади.

*Этиологияси ва патогенези:* касаллик кўзғатувчиси Провачека рикетсиялари организмга терининг майда жароҳатлари, терини қашлаш натижасида зарарланган битлар орқали тушади.

*Клиникаси:* яширин даври 12–14 кун давом этади, касаллик ўткир бошланади. Бош оғриғи, қалтираш, уйқусизлик, тана ҳарорати 39–40<sup>0</sup>С гача кўтарилади. Юз ва бўйин териси қизаради. 4–5 суткага келиб тошмали терлама чилла яраси (экзантема) пайдо бўлади. Тошмалар кўп миқдорда, турли-туман бўлади. Юрак уриши ва нафас тезлашиши кузатилади. 4–5 суткасида жигар ва талок катталашади. 8–12 суткасида тана ҳарорати бирдан пасаяди. Касалликнинг оғир шаклларида энцефалит ривожланиши мумкин.

Брилл касаллиги – тошмали терлама касаллигининг рецидив (қайталанувчи) шакли бўлиб, касалликни бошидан ўтказган одамларда бир неча йилдан сўнг қайталанади. Бу касалликнинг инфекция манбаи бўлмайди, енгил шаклда кечиб, тошмали терлама клиник белгилари билан кечади. Касаллик патогенези ўрганилмаган, ўткир бошланиб, тана ҳарорати юқори даражага кўтарилади ва 3 кун мобайнида давом этади. Баъзиларда 8–10 кун давом этиши мумкин. Тошмалар касалликнинг 5–7 кундан бошлаб пайдо бўлади, касаллик асоратлари ҳам кузатилиши мумкин. Ташхис қўйишда лаборатория шароитида Провачек рикетсияларининг топилиши касалликнинг тасдиқланиши натижаси ҳисобланади.

## ЭПИЛЕПТИК ВА ИСТЕРИК ТУТҚАНОҚЛАРДА ҲАМДА РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎТКИР ДАВРИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Сўнги вақтларда турли хил асаб касалликлари билан оғриган шахслар билан тўқнашишга тўғри келмоқди. Шунинг учун ушбу касалликларнинг келиб чиқиш сабабларини, клиник белгиларини ва беморларнинг ўзларига, қолаверса, атрофдагиларга шикаст етмаслиги учун биринчи ёрдам кўрсатишни билиш катта аҳамиятга эга.

### Эпилептик ва истерик тутқаноқлар

Дастлабки вақтларда эпилепсия деганда ҳуш йўқолиши ва талвасалар бўлган ҳамма ҳолатлар тушунилаверилган. Лекин кейинчалик маълум бўлишича, эпилептик тутқаноқдан ташқари бошқа асаб касалликларида ҳам талвасали тиришишлар бўлиши мумкин экан. Шу сабабли эпилепсиядан фарқли ўларок, «симптоматик эпилепсия» тушунчаси пайдо бўлди. Бу касаллик бошқа бир касалликнинг маълум бир белгиси ҳисобланиб, келиб чиқиш ва ривожланиш механизмлари турличадир.

Бугунга келиб тиббиётда қўлланиладиган диагностик усулларнинг кўпайиши, симптоматик эпилепсияни ҳақиқий эпилепсиядан фарқлаш имконини берди. Бунда, асосан, бош мияни текшириш усуллари (пневмоэнцефалография, хронопсиметрия электроэнцефалография, компьютер томография, нозик биохимик текширишлар ва бошқалар) кенг қўлланилади. Симптоматик эпилепсия бош мия жароҳатлари, яллиғланиш касалликлари, бош мия ўсмаларида кўпроқ учрайди.

*Эпилепсия* (epilepsia – юнонча тутқаноқ ёки «йиқилиш касаллиги») – сурункали касаллик, клиник белгилари вақти-вақти билан тортишиш (тиришиш, акашак бўлиш) ҳолатлари ва ҳушни у ёки бу даражада йўқотиш билан характерланиб, асосан, телбалик ёки ақли пастлик бу беморлар учун хосдир. Касаллик болалик ёки ўсмирлик пайтидан бошланиб, аҳоли ўртасида тарқалиш даражаси аёллар ва эркакларда бир хил бўлиб, 1000 кишига 3–6 та тўғри келади.

Бу касалликнинг сабаби ҳали аниқланмаган, кўпинча, наслдан-наслга ўтиши аниқланган бўлиб, асосан, болалик ёки ўсмирлик ёшидан бошланади. Бундан ташқари, касалликнинг келиб чиқишида

миянинг ўткир юқумли касалликлар, унинг турли хил шикастланишлари, туғилиш вақтида олинган жароҳатлар ва ҳомиладорлик даври асоратлари катта роль ўйнайди.

Эпилептик тутқаноқлар, кўпинча, аурадан кейин бошланади. Тутқаноқдан олдин ҳосил бўладиган ва бир неча секунд давом этадиган аломатларга аура дейилади, у сезиш, кўриш, эшитиш, таъм ва ҳид билиш, асаб ва ҳаракат аураларига бўлинади.

Катта тутқаноқ, асосан, бирдан бошланади, айрим ҳолларда эса турли хил тутқаноқ олди аломатлари ёки аурадан сўнг бошланади. Бунда бемор ҳушини йўқотиб йиқилади (жароҳат олиши мумкин), бирдан тоник тиришиш бошланади, нафас мускулларининг қисқариши туфайли бемор бирдан қаттиқ овоз чиқаради. Шундан сўнг тананинг барча мускуллари тиришади, нафас тўхтайдди, бемор кўкаради, гоҳида тилини ёки лунжини тишлаб олиши мумкин, кўз қорачиғи кенгаяди ва ёруғликка реакция бермайди. Тоник тиришишлар ҳолати 25–30 секунд давом этади, сўнгра клоник тиришишлар босқичи бошланади.

Клоник босқич тиришиш билан нафас олишдан бошланади, бунда юз терисининг ранги ўзгаради (кўкариш қизариш билан алмашади). Бош, кўз олмаси, тил, қўл ва оёқлар мускулларининг ритмик тиришиши ортиб боради. Орадан 1,5–2 минут ўтгач мускуллар бўшашиши кузатилади.

Тутқаноқ вақтида агар бемор юзи билан пастга (кўлмакка, ахлатга ёки ёстиққа) қараб йиқилган бўлса, у ҳолда бўғилиб қолиши мумкин.

Тутқаноқ фазасининг охирида беморда чуқур беҳушлик – комага ўхшаш ҳолат кузатилади, чақиришларга ва оғриқларга жавоб бермайди. Кўпинча, тутқаноқ вақтида беморлар ихтиёрсиз равишда сийдик ва ахлат ажратишлари мумкин. Тутқаноқдан сўнг беморларда ретроград амнезия кузатилади.

Агар тутқаноқ ҳолати кетма-кет кузатилса ва тутқаноқлар орасида бемор ҳушига келмаса, бунда эпилептик ҳолат дейилади, яъни у бемор ҳаётига хавф туғдириши мумкин.

Кичик тутқаноқ, яъни турли хил ҳаракатлар ва асаб бузилишларининг пайдо бўлиши қисқа муддат ичида йўқолади, бу ҳолатлар эса тутқаноққа эквивалент ҳисобланади. Бундай тутқаноқлар 2–6 секунд давом этади.

Кичик тутқаноқнинг энг кенг тарқалган тури талвасасиз ҳушдан кетиб, ўзига келиши – абсансдир. Сиртдан қараганда тутқаноқ шу билан фарқланадики, бемор бошлаган ишини тўхтатади (шахмат ўйнаётган бўлса кўлида шахмат тоши билан қотиб қолади, юрганида йўл чекинаётгандек ҳеч сабабсиз тўхтаб қолади ва ҳ.к.)

### **Эпилептик тутқаноғи бор беморларга ёрдам кўрсатиш**

Ёрдам кўрсатишда тутқаноқнинг кучи, характери ва беморнинг руҳий ҳолатини ҳисобга олиш керак.

Тутқаноқ вақтида беморлар жароҳатланмаслигини таъминлаш, полга йиқилган бўлса, боши остига ёстиқ қўйиш, қўл ва оёқларидан енгил ушлаб туриш керак, акс ҳолда чиқишлар юз бериши мумкин. Тилини тишлаб олмаслиги учун тишлари орасига металл бўлмаган йўғонроқ предмет қўйиш мақсадга мувофиқ.

Бемор тилини ютиб юбормаслиги учун тилни сочиқ билан ушлаб туриш керак ёки бошини ён томонга буриб қўйиш лозим бўлади. Нафас олиши яхши бўлиши учун бўйнидаги тугмаларини ечиб қўйиш керак. Агар беморлиги олдиндан аниқ бўлса, бахтсиз ҳодиса юз бермаслиги учун уни кузатиб юриш зарур. Беморни чўкишдан, ёнғиндан, юқоридан йиқилишдан, ҳаракатдаги машиналар тагига тушиб қолишдан эҳтиёт қилиш лозим.

Шунинг учун ҳам эпилептик тутқаноғи бор беморларнинг иш фаолияти чекланади, уларга катта сув ҳавзалари олдида, автоматик механизмлар, баландлик, электр манбаларида ишлаш тақиқланади.

Тутқаноғи бор беморлар аураси аниқланганда тезда чоратадбирлар кўриш керак. Яъни беморни юмшоқ ўринга ётқизиш, агар бемор қабул қиладиган дорилар маълум бўлса, уларни шошилишч ишлатиш керак.

Ёрдам кўрсатишда бу беморларнинг агрессив характерга эга эканлигини, таъсирчанлигини ҳисобга олиб, атрофдагилардан ажратиш ва улар билан баҳслашмаслик ҳамда хушмуомалада бўлиш мақсадга мувофиқдир.

### **Истерик реакциялар (истерик невроз)**

Истерик реакциялар ичида ҳаракатнинг бузилиш турлари кўп учрайди. Бу беморларда руҳий травмалардан сўнг тарқоқ ва аниқ



бўлмаган ҳаракатлар бошланади. Бир текис силлиқ ҳаракат қилиб бошларини ўраб оладилар, одатдан ташқари туриш шакллари намоён қиладилар, гоҳида ёйсимон эгиладилар. Бу каби тиришишларда беморлар кома ҳолатида бўлмайдилар, шунинг учун камдан-кам ҳолларда жароҳат оладилар. Гоҳида беморлар бу ҳолатда товуш чиқарадилар, тишларини ғижирлатадилар. Бегоналар иштирокида бу ҳолат анча чўзилиши мумкин, аммо 10 – 12 минутдан ошмайди.

Агар беморга совуқ сув сепилса, тиришиш тўхташи мумкин. Хуруж тугаганидан сўнг беморларда дармонсизлик ва бўшашишлик кузатилади.

Моториканинг истерик типдаги бузилишларида умумий ёки маҳаллий ҳаракат бузилишларидан ташқари яна ҳаракатсизланиш ёки тормозланиш турлари кузатилади. Типик мисол сифатида психоген ступорни олишимиз мумкин. Худди истерик талвасага ўхшаб бунда ҳам беморни овунтириш йўли билан асл ҳолатига қайтариш мумкин. Беморлар биронта нохуш хабарни эшитгач ёки оғир ҳолатларда ступор ҳолатига тушиб, ерга йиқилади. Лекин йиқилган вақтда худди ҳушидагидек ўзининг жароҳатланишига йўл қўймайди, саволларга жавоб бермай, оғир ва шовқинли нафас ола бошлайди. Кейинроқ нафас юзаки тусга кириб, пульс тезлашади. Бундай беморлар шу вақтда худди ўлаётган одам кўринишида бўлади.

### **Истерик реакцияларда биринчи ёрдам кўрсатиш**

Хуруж бошланганда бемор олдида бегоналар бўлмаслиги, ёрдам кўрсатувчи васвасага тушмаслиги керак. Тутқаноқ вақтида беморни ушлаб туриш лозим, акс ҳолда, ўзини майиб қилиб қўйиши мумкин. Беморларга катта эътибор билан ёрдам кўрсатиш керак, йўқса хуруж чўзилишига олиб келиши мумкин, буни беморларнинг ўзлари ҳам тасдиқлайдилар.

### **Ўткир психик ҳолларда кечиктириб бўлмайдиган ёрдам чоралари**

Психик фаолиятнинг бузилиши нафақат мустақил руҳият касалларида, балки соматик касалликларда ҳам учрайди. Бутун ўзгаришларни, бузилишларни барвақт аниқлаш ва ёрдам бериш беморларнинг ўзига ҳам, атрофдагиларга ҳам катта наф беради.

Амалиётда галлюцинатор қайғуришлар, васваса ғоялари, аффектив бузилишлар ва онг бузилишига йўлиққан беморлар кўп учрайди.

### Галлюцинатор синдром

Галлюцинациялар (hallucinatio – йўқ нарса) – ҳатто идрок этиш ёки идрок этишнинг алданишидир. Галлюцинацияларнинг асосий хусусияти шундан иборатки, улар реал объектни идрок этмай, сезги органлари реал қитиқланмай пайдо бўлади.

Галлюцинацияларни сезги органлари бўйича: кўриш, эшитиш, ҳид билиш, таъм билишлар, умумий сезги бўйича бўлиши қабул қилинган.

Кўриш галлюцинацияларида беморлар, аниқ бир одамни, ҳайвонларни, турли-туман сахналарни (мажлислар, мотам маросими, табиий офатлар) кўриши мумкин. Кўринаётган воқеалар бемордан маълум масофада кўриниб, у яқинлашиши ёки узоқлашиши мумкин. Галлюцинациялар ҳар доим онги бузилган беморларда кузатилади. Бу ҳолатларга доимо аффектив хавотирланиш, кўрқинч, алам йўлдош бўлиб, беморлар турли хилдаги қонунбузарликларни келтириб чиқарадилар, атрофдагилар учун ҳам, ўзлари учун ҳам хавфли вазиятлар яратадилар.

Эшитиш галлюцинациялари, кўпинча, «овоз» ҳам деб аталади. Бу овозлар ёки чақиришлар беморларга танишлари, бегоналар, аёллар ёки эркаклар томонидан, паст, баланд ёки бақирик ҳолатида эшитилиши мумкин. Баъзан бир, икки ва ундан ортиқ овоз эшитилади. Улар тўғридан-тўғри бемор билан ёки ўзаро гаплашишлари мумкин. Сўзлар маъносига қараб турлича бўлиши мумкин: ҳақорат, айблаш, таъқиб, ҳазил, буйруқ тарзида ва ҳ.к. Бемор бунга қизиқиш, ҳайрат, кўрқинч билан, шу билан бирга, бемор бу товушнинг кимга тааллуқли эканлигини излаш, химоя, ҳужум, ўзига қарши ҳаракатлар, баъзида жуда қалтис ҳаракатлар билан жавоб беради (императив галлюцинациялар).

Ҳид билиш галлюцинациялари бемор (ёқимсиз ёки хушбўй ҳидлар – ахлат, чириган, газ, тайёрланаётган овқатлар, гуллар ҳидлари) сезгисини сезиларсиз кўзғатади.

Таъм билиш галлюцинациялари эса оғизда бирор овқат бўлмаса ҳам турли таъм ҳислари пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Умумий сезги галлюцинациялари эса тана юзасида ёки ичида ҳосил бўлган нохуш сезгилар «у ёки бу бегона жисм» туфайли келаётганидан нолийди.

### **Васваса ғоялар**

Васваса ғоялар деб атрофдаги жисмларнинг жойлашиши тўғрисида нотўғри ва ғайритабиий фикр юритишдан келиб чиққан ҳолатга айтилади. Беморга атрофдагилар худди алоҳида эътибор билан муносабатда бўлаётгандек туюлади. Бемор назарида таниш ёки бегоналар унинг тўғрисида алоҳида эътибор бериб гаплашаётгандек, тез-тез уни кузатаётгандек, масхара қилаётгандек бўлаверади. Шунинг учун беморнинг атрофдагилар билан муносабати оғирлашиб қолади.

Баъзи ҳолатларда васваса ғоялари жиддий тус олади. Бунга мисол таъқиб васвасасидир, лекин таъқиб васвасасига учраган беморлар ҳар доим ҳам таъқибчиларни айтиб бера олмайди. Васваса, кўпинча, исботсизлигича қолиб, бемор маълум кишиларни ўзига душман деб ҳисоблайди ва уларнинг ўлдириш, захарлаш, отиб ташлашидан кўрқиб яшайди.

### **Аффектив (эмоционал) ўзгаришлар**

Бу, айниқса, кўпроқ учрайдиган руҳий бузилиш туридир. Унинг асосини кайфият бузилишлари ташкил этиб, беморнинг ҳамма кечинмаларини акс эттиради.

Эмоциялар кучли, жўшқин бўлади – булар аффект давр (жазава). Аффектлар ҳаракат ва вегетатив кўзғалишли бузилишлар билан юзага чиқади. Масалан, кўрқинч аффектлари баъзида хавфдан қочиш билан ўтса, баъзида эса ҳаракат пассивлиги ёки ступор билан давом этади (Stupor – бутунлай ҳаракатланмаслик).

Беморлар ҳолсизлик, ялқовлик, азобланишдан шикоят қиладилар. Улар ўз кучларига ишонмайдилар, хагги-ҳаракатларининг тўғрилигига (тезда) шубҳа билан қараб, қийинлик билан хулоса қиладилар.

Бемор ташқи кўринишида, хаёлий фикрларида кўрқув, виждонсизлик, қийналиш сезгиси юқори даражага бориб этади. Шу ҳолда бемор, кўпинча, ўзини ўлдириш ёки ўлдиришга интилиш ҳоллари юзага келади.

Депрессиядаги беморларга ўз-ўзига паст баҳо беришдан ташқари ўзини ўлдириш васвасаси, ўз-ўзини айблаш, баъзан бемор ўзини ўлдириш ҳаракати билан яқунланади.

Апситациялар – бу хавотирлик билан ўтадиган ҳаракат кўзғалишидир. Беморнинг доим юриши, атрофдагилардан ғазаб билан бирор ишни бажаришни сўраши давом этади. Апситациялар беҳосдан ҳаракат кўзғалишлари билан бошланиши, шу пайтда ўзини ўлдиришга интилиш ҳоллари кузатилади. Яққолроқ пайдо бўлганда беморда қайғуриш, кўрқинч, ҳамдардлик, ғазаб, аламзадалиқ ривожланади (депрессив дисфория).

### **Патологик аффектлар**

Юқорида айтилганидек, жўшқин эмоциялар ёки аффектлар кучли ташқи кўзғатувчи таъсир туфайли вужудга келади. Лекин баъзи рухий касалликларда арзимаган сабаб ҳам беморда кучли ифодаланган эмоционал реакцияга сабаб бўлади. Натижада бемор мўлжални йўқотиб қўяди. У жуда тажовузкор ҳолатга кириб, турли эътирозларга ғазаб чўққисига етиш билан жавоб беради. Бемордаги шу ҳолат ўтиб кетгач, у бўлиб ўтган воқеаларни эслай олмайди.

Шунингдек, патологик аффектлар узоқ вақт, баъзи ҳолларда соатлаб давом этади. Кўпгина психозлар клиник кўринишида кўрқув ва хавотирлик аффекти юзага келади.

### **Онг бузилиш синдромлари**

Онг бузилиши – бу ташқи ҳақиқий оламнинг ташқи ва ички боғланиши акс этишининг бузилиши (сезги идроки ва абстракт тафаккур бузилишлари) билан ифодаланади.

Онгнинг хиралашиши, одатда, ўтиб кетувчи ҳолат бўлиб, ҳамма рухий касалликларда эмас, балки тезкор тиббий ёрдамга муҳтож беморларда учрайди.

Онгнинг хиралашиши бир неча шаклда бўлиб, уларга: делирий, онейроид, аменция, онгнинг кирарли-чиқарли бузилишлари киради.

*Делирий (делириоз синдром)* – онг бузилишлари фонида идрок этишининг ёрқин бузилишлари (галлюцинация ва иллюзиялар) пайдо бўлганда, шунингдек, ваҳима ва кўрқув сифатида эмоционал бузилишлар юзага келганда онгнинг делириоз ҳолати мавжудлиги тўғрисида фикр юритилади. Беморлар идрокнинг алдамчи

сезгиларига ҳаракат билан жавоб қайтардилар. Баъзида уларда тўсатдан ҳаракат бошланади. Кўрув галлюцинацияга оид, васвасали сўзлар ҳам гапирдилар. Делирийда онгнинг «мени» сақланиб қолади, лекин атроф-муҳитга улар ёлгон мўлжал оладилар, масалан, кўчада юриб, ўзини қамоқда ҳис этиш ва шу кабилар. Даврий равишда делирийда «ёруғ оралик» туради, яъни бунда делирий интенсивлиги камаюди ёки йўқолади. Онгнинг хиралашиши кучайганда иллюзиялар, васваса ва бошқалар сустлашиб, ҳаракат кўзғалишлари стереотип равишда кучайиб боради. Делириоз бузилишлар интенсивлиги кечга бориб ёки кечаси кучаяди. Онг хиралашган вақтдаги ҳаракатларни бемор бўлак ҳолда ёки умуман эслай олмайди.

*Онейроид (онейроид синдром)* – уйқусимон, туш каби, фантастик васвасали онгнинг хиралашувидир. Бемор атрофидаги одамларнинг унга гапирган гапларига парво қилмай, ўз диққат-эътиборини нарсаларнинг чегараланган доирасига жалб қилади ва бутунлай ҳосил бўлган тасаввур ҳукми остида бўлади.

Бошқа ҳолларда бемор эси кирарли-чиқарли ҳолатда гапдонлик устунлиги, кўрқув, ғазаб, кўрув галлюцинациялари, васваса ҳоллари билан ҳам кечиши мумкин. Бемор бу вақтда атрофдагилар учун хавfli бўлади, чунки у шафқатсиз ҳаракатлар қилиши мумкин. Бу ҳолатнинг ўзига хослиги – бемор ўзига келгач, тўлиқ амнезия бўлади.

Дисфориялар ёки кайфиятнинг бузилиши – энг кўп учрайдиган рухий эквивалентлардан биридир. Беморлар ўзларига ёмон муносабатда эканликларидан, уларнинг шикоятларига эътибор беришмаётганидан нолийдилар, нимжон ва ҳимоясиз беморларга ғазаб билан ташланадилар, бундай тажовуз билан ташланиш, кўпинча, жуда ҳам шафқатсизлиги билан фарқ қилади.

### **Ўз ҳаётига қасд қилган беморларга ёрдам кўрсатиш**

Ўз-ўзини қоралаш ва ўлдиришга мойиллик кўпгина рухий касалликлар (шизофрения, маниекал-депрессив психоз, алкогольизм, гиёҳвандлик ва бошқалар)да учрайди. Бемор аянчли ҳолатдан қутулиш мақсадида васваса, галлюцинатор қайғуриш ёки кайфиятнинг пастлиги туфайли турли хил усуллардан фойдаланишга интилади.

Кўпинча, беморлар ўзини хотиржам кўрсатиб, атрофдагиларни чалғитадилар ва шу билан ўзини ўлдириш хоҳишига интиладилар. Шунинг учун ҳам беморлар кайфияти яхшиланмагунча уларни жиддий назорат қилиш зарур.

Рухий деградация ҳолатида ўзига суиқасд тасодифан юзага келадики, беморни ҳар доим ҳам қутқариб бўлмайди.

Беморнинг қайси ўлим турини танлаганини олдиндан билиш қийиндир.

Кўпинча, беморлар ўзини бўғмоқчи бўлиб матолардан, аёллар эса ўз сочидан арқон ясашади, оғзига латта тиқиши ёки ёстик билан юзини ёпиши, учли ойна билан танасини жароҳатлаши, тугмаларни ёки ойна синиқларини синдириб ютиши, турли дорилар ичиши мумкин ёхуд транспорт ғилдираги остига ўзини ташламоқчи бўлишади.

Эси паст беморларни назорат қилиш депрессиядаги беморларни назорат қилишдан осонроқ, чунки улар ўзини ўлдириш усулларини пишиқ ва пухта ўйлаб қўйишади. Депрессиядаги беморлар, асосан, ўзига суиқасдни бирор одам билан жанжаллашиб, баъзида эса беҳосдан, бирон сабабсиз амалга оширишади.

Агар бемор бахтсизликка дучор бўлган бўлса, у ҳолда кечиктирмасдан унинг ҳаётини асраб қолиш зарур. Ёрдам бериш жароҳат характериға боғлиқ. Ўткир кесувчи предметлардан ўзларига тан жароҳати етказган бўлса, қонни тўхтатиш ва стерил боғлам қўйиш амалга оширилади.

Агар бемор ўзини дорға осган ёки сувда чўктирган бўлса, организмни тирилтирувчи (жонлантирувчи) (сунъий нафас, юракни билвосита уқалаш) чора-тадбирлари амалга оширилади. Юқоридан пастга қулаган бўлса, у ҳолда иммобилизация чоралари ўтказилади. Дориларни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиб заҳарланса, ошқозон ва ичакларни ювиш тавсия қилинади.

Юқорида қайд қилинган барча ҳолатларда ёрдам кўрсатилгандан кейин беморни, албатта, малакали ёрдам олиши учун шифохонага олиб бориш зарур.

### **Ҳаракат қўзғалишларидаги беморларға кўриладиган чора-тадбирлар**

Тўсатдан бошланадиган ҳаракат қўзғалишларига турли хилдаги васваса ғоялар – таъқиб, галлюцинатор - иллюзив қайғуришлар, катотоник ҳолатлар, аффектив бузилишлар сабаб бўлади.

Беморда ҳаракат кўзғалишлари юзага келганда, уларни куч билан ушлаб туриш лозим. Бунинг учун бир одам беморни чалғитиб туради, орқадан бошқа бир одам келиб беморни ушлаб олади. Биринчи одам бемор болдиридан ушлаганда, бошқаси белидан ушлаб, беморни кўтариб оладилар. Фақат беморни бир одам кўтариши мумкин эмас, сабаби унинг қовурғалари синиб кетиши мумкин.

Бемор кўзғалган ҳолда хонадаги бирор буюм билан қуролланган бўлса ва шу буюм билан атрофдаги нарсаларни бузиб ташласа, вақтни кетказмасдан беморни қуролсизлантириш керак, чунки у одамлар учун хавф туғдиради. Бунинг учун 3–4 чаққон одам беморни атрофидан ўраб олиб, йирикрок матолар кўтарган ҳолда беморни деворга сиқиб ушлаб олиш керак.

Беморни ушлаб турганда унинг очиқ баданига тегишдан сақланиш керак, қўлини чойшаб воситасида, куртка, пальтосидан ушлаган ҳолда, босмасдан ушлаш керак. Кўкрак қафаси ва қорнини босмасдан, елкаси, тос суяқларидан, сони ва болдиридан тутиб туриш лозим.

Ҳамма кўзғалишларда ҳам иссиқ, илиқ даволовчи ванналар яхши ёрдам беради. Агар беморда юрак хасталиклари бўлмаса, у ҳолда уни 29–30<sup>0</sup>С ли сув қуйилган ваннада 30–60 минут давомида, то тинчлангунча ушлаб туриш ва бошига совуқ компресс қўйиш мақсадга мувофиқ.

Кўзғалган ҳолдаги беморлар нокерак нарсалар, ахлатларни, сигарет қолдиқларини териб кийимини ифлослантиради. Ҳамма ҳолларда ҳам бемор руҳий касалликлар шифохонасига ётқизилади, кейинчалик эса текширилиб, махсус даволаш ишлари ўтказилади.

### **Очликка интилган беморларга ёрдам қилиш**

Руҳий касалликларнинг жиддий оқибатларидан бири овқатланишдан бош тортишдир. Бу нарса ҳамма беморларда ҳар хил сабаблар туфайли юзага келади.

Баъзан эшитиш галлюцинацияларидаги буйруқ беморга овқатланишга рухсат бермаслиги оқибатида, кўрув галлюцинацияларида эса бемор овқат ўрнига турли жисмларни кўргани учун овқатни емайди.

Таъқиб васвасаларида бемор атрофдагиларни душман ҳисоблаб, уларни овқатга заҳар қўшганда айблайди. Ипохондрик васвасаларда

бемор ошқозонини чириган ёки ўсма (рак) касали билан оғриган ҳисоблайди, агар овқатни қабул қилса, овқат гўё қорнининг пастки қисмига тўла бошлашидан хавфсираб овқат емайди. Депрессия ҳолидаги бемор ўзини ўлдириш мақсадида овқатдан бош тортади. Умуман, овқатдан бош тортиш ўсмирларда, нерв анорексияси бор беморларда кўп учраб, улар ортиқча вазн баҳонасида шундай йўл тутадилар.

Бемор овқатдан бош тортганда, аввало, уни босиқлик ва чидам билан овқатланишга ундаш керак. Баъзида алоҳида қийинчиликсиз, қатъий овқатланишга ундалганда бемор овқатлана бошласа, баъзида овқатни олдига қўйиб қўйилса бас, ўзи барибир ейди. Идиш-товокни олдидан ола туриб, унинг бўшлигига эътибор бермаслик керак. Кўпинча, беморлар овқатдан кундузи бош тортиб, кечаси ейдилар.

Агар ҳар қандай ундашлар беморнинг овқатланишига ёрдам бера олмаса, у ҳолда уни тезда руҳий касалликлар шифохонасига жўнатиш керак.

### **Руҳий асаб бузилишлари бор беморлар билан муомала қилиш хусусиятлари**

Руҳий касаллар билан муомала муносабатлари худди соғлом кишилар орасидаги каби амалга оширилиши керак. Уларга мурожаат этилганда тўғрилиқ, мулойимлик, шикоятларига чидам ва диққат билан эътибор қилинса, шунинг ўзи беморга кўрсатилган ёрдам ҳисобланади.

Агарда бемор ўзини соғлом деб кўрсатса, эҳтиёткорлик билан кузатиб, унинг соғ одамдан фарқларини ажратиш лозим.

Бемор билан сўзлашганда чидамлик кўрсатиб, унинг камчилигини юз ифодасида акс эттирмай эшитиш, гапираётган гапини галлюцинация ёки васваса деб ўзига айтмаслик керак, акс ҳолда, бемор хавфсираб, ҳамсухбатини ҳам душман ҳисоблайди.

Агар бемор кўзғалган ҳолда агрессивлик қилса, у билан тортишиб ўтирмаслик лозим. Хотиржамлик ва беморга ишонч намуналарини кўрсатиш унга ижобий таъсир қилиб, ғазабидан тушишига олиб келади. Шунингдек, эҳтиёткорлик, қатъийлик ва сахийлик қилиш беморда кўзғаладиган энг аянчли ҳолатни ҳам юмшатади. Бемор иштирокида бошқа кишиларга у ҳақда ёмон сўзларни айтмаслик керак. Ортиқча қўполлик қилиш эса беморда



кучли қўзғалиш ҳолатига сабаб бўлиб, атрофдагиларга нисбатан унинг ғазаби ошишига олиб келади.

### **Рухий бузилиши бор беморларни транспортировка қилиш хусусиятлари**

Бундай беморлар ўзларини касал ҳисобламайди, касалхонага ўз хоҳишилари билан келмайдилар. Уларни меҳмонга, театрга олиб бораман деб алдаб ҳам бўлмайди, буни кечирмайдилар. Шунинг учун уларга тўғридан-тўғри касаллигини айтиб, шифохонада даволаниши кераклигини тушунтириш керак.

Агар беморда рухий касаллик хуруж қилса, у ҳолда бир неча киши уни ушлаб шифохонага олиб бориши лозим. Бунда беморни икки томонидан маҳкам ушлаб, шу алфозда автомобилда шифохонага олиб борилади.

Агар бемор рози бўлиб, бир оз кутишни сўраса, буни бажариш лозим. Шифохонага кетдик, деганда рад қилиш керак эмас, акс ҳолда, тескариси бўлиши мумкин. Транспортировка вақтида хавфли предметлар (қурол, ханжар, пичоқ, қайчи, чилвир, арқон, гугурт ва б.)ни улардан олиб қўйиш керак.

### **Гиёҳвандлик ва токсикомания**

*Гиёҳвандлик* – баъзи гиёҳвандлик воситаларига ва кимёвий препаратларга патологик ўрганиб қолишдан иборат бўлиб, одатда, уларни ортиқча қабул қилиб туриш натижасида пайдо бўлади. Гиёҳвандликнинг моҳияти организм реактивлигининг гиёҳвандлик моддаларга нисбатан ўзгаришидир. Гиёҳвандликнинг ривожланишида ижтимоий (нотўғри тарбия, атроф-муҳит таъсири, оиладаги келишмовчиликлар), шахснинг конституционал омиллари, рухий ҳолатлар (қизиқувчанлик, тажриба ва кайф-сафога интилиш, қийинчиликлардан қочиш) ва гиёҳванд дори воситалари талаб қилинувчи соматик касалликлар муҳим аҳамият касб этади.

Тиббий доривор моддаларга оғриқ қолдирувчи, ухлатадиган ва марказий нерв тизимига стимулловчи таъсир қиладиган доридармонлар киради.

«Гиёҳванд модда» атамаси ўз ичига тиббий, иқтисодий ва юридик тушунчаларни олади.

Тиббий белги – бу моддаларнинг марказий нерв тизимига ўзига хос тинчлантирувчи, кўзғатувчи, галлюциноген таъсир кўрсатишидир.

Иқтисодий белги – бу моддаларнинг тиббий бўлмаган жиҳатдан кенг қўлланилиб, жамиятда иқтисодий аҳамиятга эга бўлишидир.

Юридик белги – юқорида кўрсатилган иккала белгидан келиб чиққан ҳолда, тегишли бўлган муассаса томонидан бундай моддаларнинг гиёҳванд модда эканлигини тан олиб ва гиёҳвандлик моддалар рўйхатига киритишдан иборатдир.

Юқорида кўрсатилган белгилари бўлмаган ва рўйхатга олинмаган моддаларни шахс ўз саломатлигига хавф туғдирадиган даражада истеъмол қилса ҳам гиёҳвандлик моддалар деб аталмайди. Бу моддалар гиёҳвандлик моддалар рўйхатига киритилган ҳолдагина уларни ноқонуний истеъмол қилган шахс тегишли модда билан жиноий жавобгарликка тортилиши мумкин.

Гиёҳвандлик келиб чиқишида уч босқич фарқланади.

Биринчи босқич – адаптация (мослашув) босқичи. Бунда организмнинг ҳимоя реакциялари йўқолиб боради ва руҳий боғланиш вужудга келади.

Иккинчи босқич – сурункали кечувчи босқич. Бунда тўла жисмоний боғланиш таркиб топади ва наркотик моддалар таъсири остида психозлар пайдо бўлади.

Учинчи босқич – кечки босқич. Беморнинг бутун организми функциялари пасаяди ва жисмоний, неврологик бузилишларга олиб келади, ҳатто ақли пастлик ҳам келиб чиқади.

Гиёҳвандлик турлари:

*морфинизм* – морфин моддасига руҳий, жисмоний боғланиб қолиш. Морфин – опий препаратларидан бири бўлиб, жуда кучли оғриқсизлантирувчи таъсир кўрсатади. Препарат таъсирида оғриқ босилиб, тинчланиш ва кайфичоғлик ҳисси билан ўзига хос мудроқлик ҳолати кузатилади;

*кокаинизм* – Лутин Америкаси мамлакатларида ҳозирги кунда ҳам кока баргини чайнаш каби қадимги одат бор. Шу туфайли у ерларда гиёҳвандликнинг кокаинизм тури кўп учрайди. Кокаиннинг гиёҳвандлик таъсири жуда тез намоён бўлади. Уни истеъмол қилгандан сўнг 5–10 минутдан кейин одам қувноқ, ҳаракатчан бўлиб қолади, турли қилиқлар қилади, кўп гапиради, ўзини қувватга ва куч-ғайратга тўлгандек, тетик бўлгандек сезади;

*нашавандлик* – наша (гашиш, чарс, банг, хусус, харас, дачча, марихуана ва бошқалар) – ҳинд канопининг ўзига хос ҳид ва аччиқ таъмга эга бўлган моддасидир. Шарқ мамлакатларида аксарият чекиш йўли билан истеъмол қилинади. Наша кишини жуда ташна қилади ва иштаҳасини очади, оғриқ сезиш камаяди ёки бутунлай йўқолади ва кайфичоғлик кузатилади. Бошқа гиёҳвандлик моддалардан фарқли ўлароқ, нашага ўрганиб қолиш, одатда, унинг миқдори оширилишига олиб келмайди.

### **Токсикомания**

Тиббий доривор моддаларга, кимёвий саноат моддаларига патологик мойилликка олиб бориши ва уларга ўрганиб қолиш токсикомания деб аталади.

Барбитуратлар билан заҳарланиш – веронал, люминал, мединал, барбамил, асосан, шахсларнинг ўз ҳаётига суиқасд қилишида учрайди.

Рухий ҳолатни кўзгатувчи моддалар билан заҳарланиш – фенамин, фенатин, эфедрон. Бунда кучга тўлиш, жўшқинланиш, ҳаракатнинг кучайиши, эйфория учрайди. Хумор узоқ уйқусизлик ва депрессия билан ифодаланади.

Циклодол билан заҳарланиш – паркинсонизмга қарши ишлатиладиган дори. Бу препаратни оз-оздан эмас, балки 2–4 марта кўпроқ миқдорда қабул қилинганда эйфория, мастлик ёки галлюцинациялар кузатилади. 1–1,5 ой ичида касаллик сурункали шаклга ўтади. Толерантлик 30–40 таблеткагача етади. Хумор ҳолатида қўл ва тананинг титраши, мушакларнинг оғриши, уларнинг тортилиши, юрак уришининг бузилиши, хавфсираш, кўрқиш тариқасида намоён бўлади. Пировард-натижада онг пасайишига олиб келади.

Корхоналарда ва турмушда ишлатиладиган кимёвий моддаларни ҳидлаш туфайли келиб чиқадиган заҳарланишлар – буларга бензин, бўёқ, лак эритувчилар, доғ кетказувчи моддалар, кимёвий елимларни ҳидлаш кабилар киради. Уларни, асосан, оғиздан, бурун орқали ҳидлаш йўли билан қабул қилинади. Кимёвий моддаларга рухий мойиллик жуда тез пайдо бўлиб, бир ой мобайнида сурункали шаклга айланади.

*Полинаркоманиялар* – бунда беморлар бир вақтда ҳар хил турдаги гиёҳвандлик моддаларни ёки ҳар хил гиёҳвандлик

моддаларни маълум кетма-кетликда истеъмол қиладилар. Агар бемор бир хил гиёҳванд моддани узоқ вақт истеъмол қилиб, бошқа турдаги гиёҳванд моддага ўрганиб қолса, бу ҳолат полинаркомания деб аталмайди, балки бир турдаги гиёҳвандликнинг бошқа турига ўтиш деб аталади.

Агар бемор бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ҳам кўп доривор моддаларни ёки бошқа гиёҳвандлик моддалар рўйхатига киритилмаган моддаларни, маълум бир кетма-кетликда, маълум бир тизимда истеъмол қиладиган бўлса, бундай ҳолатни политоксикомания деб аталади.

Гиёҳвандлик ва токсикомания билан хасталанган беморларга нисбатан суд-психиатрик экспертиза ва наркологик экспертиза беморнинг ҳолатига, касаллик даражасига индивидуал ёндашиб хулоса чиқаради. Уларда ҳеч қандай рухий бузилишлар бўлмаса, у ҳолда ўзлари содир қилган қонунбузарликка жавоб берадилар, ҳатто бундай ҳолат оғирлаштирувчи ҳолат деб топилади. Рухий бузилишлар ёки психоз ҳолатида содир қилинган ҳуқуқбузарлик бўйича жавобгарликка тортилмайдилар ва суд томонидан мажбурий тиббий даволаш чоралари тайинланади.

**Биринчи ёрдам кўрсатиш.** Барча беморларда турли даражада рухий ўзгаришлар кузатилади, шунинг учун уларга биринчи ёрдам кўрсатиш турлича бўлади. Агар беморларда эпилептик тиришишлар бўлса, у ҳолда тиришишга қарши чора-тадбирлар амалга оширилади. Ўткир психомотор кўзғалишлар кузатилса, беморларни маҳкам икки томонидан ушлаб шифохонага олиб борилади. Жонига қасд қилиш ҳолатлари учраса, юқорида қайд қилинган чора-тадбир кўрилади.

Агар беморда соматик касаллик бўлиб, бу ҳолат унинг ҳаёти учун хавф туғдирса, беморга реанимацион чоралар ўтказилади (сунъий нафас, юракни билвосита уқалаш).

### **ХАВФ ТУҒДИРУВЧИ ҲОЛАТЛАР (ЧЎКИШ, БЎФИЛИШ ВА ЗАҲАРЛАНИШ)ДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

*Чўкиш* – ўткир патологик ҳолат бўлиб, инсоннинг тасодифан ёки кўзланган ҳолда суюқликка (асосан сувга) ботиши натижасида ривожланади ва бу атроф-муҳит билан газ алмашинувини ҳамда нафас органларига ҳаво тушишини қийинлаштиради ёки бутунлай

тўхтатади. Нафас олиш органларининг анатомик бутунлиги сақланган ҳолларда, нафас олиш сақланганда, нафас олиш йўлларига сув ёки бошқа суюқлик аспирацияси (тиқилиши); ларингоспазм натижасида ўпка газ алмашинувининг тўхташи; психик ёки рефлектор таъсиротлар (совуқдан шок, сувга урилиш) натижасида юракнинг тўхташи сабаб бўлиши мумкин. Чўкишнинг терминал ҳолатга ўтиши сувда совқотишнинг охириги босқичида ривожланади, бунда газ алмашинувининг ва юрак фаолиятининг ҳамда мускул ҳаракатларининг бузилиши организмни ступор ҳолатга олиб келади ва эс-ҳушини йўқотади.

Асфиксик ва ҳақиқий чўкиш тафовут қилинади. Асфиксик чўкишда тўсатдан кучли совқотиш натижасида юрак фаолияти ва нафас олишнинг рефлектор тўхташи кузатилади. Бунга боғлиқ чўкиш жуда тез содир бўлади. Ўпкалар сув билан тўлмаган, тери қопламлари эса оқиш рангда бўлади. Жабрланувчини сувдан олиб чиққандан кейин юқори нафас йўлларида кўпиксимон моддалар ажралади.

Ҳақиқий чўкишда эса жабрланувчи аста-секин чўқади, сув секинлик билан ўпкага тушади, бемор кўкаради, кўпинча, оғиз ва бурнидан пушти рангдаги кўпиксимон моддаларнинг ажралиши кузатилади. Юракнинг ёпиқ массажини ўтказганда ва кўкрак қафасига босилганда кўпик миқдори нисбатан кўпаяди. Денгиз сувида чўкишдан чучук сув ҳавзасига чўкиш бир-биридан катта фарқ қилади. Чучук сув ҳавзасида натрий ионлари қон плазмасидагига қараганда камроқ, нафас йўлларига тушган сув тезда қонга сўрилади, бу қоннинг суюлишига олиб келади, қон эритроцитлари ўзгаради. Денгиз суви натрий ионларига бой ва унинг осмотик босими қонниқидан баландроқ. Денгиз суви ўпка альвеоласига тушганда қоннинг суюқ қисми альвеолага йўналади, бу ўткир ўпка шишини чақиради.

Воқеа содир бўлган жойда ва қутқариш станциясига транспортровка қилиш вақтида тез ёрдам беришнинг жонлантириш усуллари яхши билувчи шахслар билан ўтказиш қутқариш имкониятини янада оширади. Чўкишнинг бошланғич даврида ёрдам бериш тинчлантиришга, қон ва қон айланишини яхшилашга (шокка қарши, иситиш, артиш, аналептиклар) қаратилган бўлади. Агония ва клиник ўлим давларида мустақил нафас олиш ва юрак қисқаришларини тиклаш учун комплекс жонлантириш чоратадбирлари ўтказилади.

Врачгача бўлган тез ёрдам чора-тадбирлари:

1) оғиз бўшлиғи ва ҳалқумни бармоққа ўралган бинтли бўлакча ёки тортиб олувчи насос ёрдамида ҳар хил ёт нарсалардан ва сувдан тозалаш;

2) тезда сунъий нафас (оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга) ва ёпиқ юрак массажини ўтказишни бошлаш;

3) оксигенотерапия;

4) жабрланувчини иссиқ чойшаб билан ёпиш;

5) ҳаёт функциялари тиклангандан сўнг реанимацион чора-тадбирларни тўхтатмаган ҳолда даволаш муассасаларига шошилишч юборишни амалга ошириш.

Чўкканларни замбилларда горизонтал ҳолатда, бош томонини пастга қаратилган ҳолатда ташилади. Ўпка шишганда эса тананинг юқори қисмига кўтарилган ҳолат берилади.

### **«Иккиламчи чўкиш» ҳақида тушунча**

Кутқариш вақтида даволаш муассаси чора-тадбирларига муҳтож бўлмаган чўкканларни ҳам шифохонага юбориш керак. Чўкиш вақтидаги ёки ундан кейинги ҳатто қисқа муддатли ҳушдан кетиш ҳам чўкишнинг оғир асоратлари сифатида жиддий огоҳлантириш деб қаралиши керак. Транспортировка вақтида нафас олишнинг ўткир бузилиши яна қайталаниши ёки биринчи марта бошланиши мумкин.

«Иккиламчи чўкиш» синдроми кўкракда оғриқлар пайдо бўлиши ёки уларнинг кучайиши, ҳаво етишмаслигини сезиш, тери ва шиллиқ қаватларнинг кўкариши, тахикардиянинг кучайиши каби белгилар билан бошланади. Қон аралаш балғам кўчиши кузатилади. «Иккиламчи чўкиш» синдроми баъзан абортив ҳолда, баъзан кучайиб борувчи ўпка қалинлашуви, баъзан эса кучаювчи альвеоляр шиш ривожланиши билан кечади. «Иккиламчи чўкиш»нинг бошланғич белгиларида беморда ўпканинг сунъий вентиляцияси ўтказилади, натрий оксибутират ва альбумин, салуретиклар эритмаларининг концентрланган аралашмаларидан юборилади.

*Бўғилиш* – ўпкага ҳаво ўтиши учун тўсиқлар бўлганда келиб чиқади. У юқори нафас йўллариغا ёт жисмларнинг тушиши, шикастланиши ёки овоз бойламларининг тиришувчи спазмлари билан асосланиши мумкин. У кўкрак қафасини ташқаридан уй бўлаклари билан, ер кўчмалари билан босилиши натижасида ҳам

келиб чиқиши мумкин. Нафас сиқишида биринчи ёрдам берилганда, аввало, тоза ҳавонинг ўтиши учун қулай шароит яратишга ҳаракат қилиш, кейин жабрланувчини жонлантириш чора-тадбирларини бошлаш керак.

Ўз-ўзини ўлдириш мақсадида ҳам бўғилиш ҳодисалари кузатилади. Бу каби ўз жонига қасд қилишда сиртмоқдан фойдаланишади. Аҳволнинг оғирлик даражаси бўғилиш давомийлигига ва сиртмоқни қўйиш усулига боғлиқ бўлади. Осилиш ёки сиртмоқ билан бўғилишнинг доимий белгиларидан бири оқиш ёки қўнғир рангдаги странгуляцион эгат ҳосил бўлишидир. Юзнинг кўкариши, бурун-ҳалқум гиперемияси, шиш ва овоз боғламлари орасига қон қуйилиши. Тўлиқ осилган ҳуддан кетиш билан бирга кома ривожланади, кўз қорачиқларининг ёруқликка жавоб реакциясининг йўқолиши, мускулларнинг бўшашиши, нафаснинг тўхташи. Баъзи ҳолларда ихтиёрсиз дефекация ва сийдик ажратиш ҳам кузатилади. Ўлим 4–5 минутдан сўнг бошланади. Биринчи ёрдам осилган шахсни тезда кўтариш ва фиксация қилиш, арқонни тугунидан юқорироқдан қирқиш ва тугунни бўшатишдан иборат. Сўнгра кичик реанимацион ёрдам кўрсатилади:

- трахеяга интубицион трубка қўйиб ҳаво берилади;
- юракнинг билвосита массажи ўтказилади;
- оксигенотерапия;
- юрак ва нафас анализаторлари (строфантин, кардиамин);
- асосий ҳаёт функциялари тиклангандан сўнг энг яқин шифохонага транспортировка замбилда амалга оширилади.

*Заҳарланиш* – ўткир касаллик каби бошланиб, организмга кимёвий модданинг токсик таъсири натижасида юзага келади.

Заҳарланишнинг қуйидаги турлари бир-биридан фарқ қилади:

- а) маиший (алкоголли, тасодифий, қасддан);
- б) ишлаб чиқаришдаги;
- в) болалардаги;
- г) тиббий;
- д) биологик;
- е) овқатдан.

Организмга заҳарнинг тушиш йўллари тўрт хил бўлади:

- 1) ингаляцион (тутун ҳолида);
- 2) тери орқали;
- 3) ичак орқали;

4) парентерал (кўпинча, тиббий).

Озиқ-овқат моддалари билан заҳарланганда ошқозонни зонд орқали 18–20<sup>0</sup>С ҳароратдаги 12–15 литр сув билан (ҳар бир порцияси 300–500 мл бўлиши керак) ювиш лозим.

Илон чаққанда, тери остига ёки мускул орасига токсик модда тушганда 6–8 соатга ўша жойга совуқ қўйилади, 0,3 мг 0,1% ли адrenalин эритмаси, илон чаққан жойнинг юқорисига эса новокаин блокадаси қилинади.

Ингаляцион заҳарланишда заҳарланган кишини тоза ҳавога олиб чиқиб, нафас олиш йўлини кислород билан ингаляция қилиш лозим.

Терига токсик модда тушганда терини оқар сувда ювиб ташлаш керак.

Токсик модда тўғри ичакка, қинга, сийдик пуфагига юборилганда уларни клизма, спринцировка ва катетеризация қилиш лозим.

Токсик моддани қон айланиш системасидан чиқариш учун сийдик ҳайдовчи воситалар қўллаб, диурезни форсирлашдан фойдаланилади.

*Ўткир заҳарланишдаги асосий патологик синдромлар.* Неврологик ўзгаришлар турли-туманлиги билан фарқ қилади, бу марказий ва периферик асаб тизими структурасига бевосита токсик таъсир натижасида ҳамда заҳарланганнинг бошқа аъзолари (жигар ва буйрак) функцияларининг бузилиши ҳисобига бўладиган интоксикациялар натижасида келиб чиқади. Энг оғир психоневрологик ўзгаришларга интоксикацион психоз, токсик кома, тиришиш синдроми киради.

Юрак-томир фаолиятининг бузилиши бу токсик шок, у артериал босимининг бирданига пасайиши, тери оқариши, тахикардия, ҳансираш, қон таркибининг ўзгариши билан кечади.

Юракка бирламчи таъсир қилувчи заҳарли моддалар билан заҳарланганда, юрак ритми, унинг ўтказувчанлиги бузилиши кузатилади ва коллапс ривожланади.

Нафас олишнинг бузилиши қуйидаги кўринишда бўлиши мумкин:

1) аспирацион-обтурацион шакли. Бу тилнинг орқага кетиши ва кусиқ массалари туфайли тиқилиб қолиши билан кечади;

2) нафас ўзгаришларининг марказий шакли ихтиёрий нафас олиш ҳаракатларининг йўқлиги ёки етишмаслиги билан кечади;



3) ўпка шокининг ривожланиши билан боғлиқ – ўпка шиши, пневмония, бронхоспазм билан кечадиган ўткир трахеобронхит.

Ошқозон-ичак тизимининг шикастланиши ўткир гастроэнтерит, қусиш, ич кетиши, қориннинг ҳар хил жойида ва турли интенсивликдаги оғриқлар кўринишида кечади.

Жигарнинг шикастланиши жигарнинг катталаниши ва оғриқ бўлиши, кўз склераси ва терининг сарғайиши билан кечади. Одатда, қисқа вақт ичида асабий ўзгаришлар ҳам кўшилади – безовталиқ, қон кетиши, тери ва шиллиқ қаватларга қон қуйилиши.

Буйрақлар шикастланганда, кўпинча, тезда ўткир буйрақ етишмовчилиги ривожланади.

Ошқозон-ичак трактида токсик моддалар йиғилиши мумкин, шунинг учун ошқозон ва ичак ювилиши керак.

Ухлатувчи моддалар билан заҳарланганда кўрсатиладиган биринчи ёрдам: жабрланувчи кома ёки чуқур уйқуга кетган ҳолатда бўлади. Нафас вақт-вақти билан, ранги оқариб кетган ёки цианоз (кўкариш), ҳарорати кўтарилган, кейинчалик тошма тошиши мумкин. Активланган кўмир ёки қандайдир бошқа сорбентлардан фойдаланиш, ошқозонни ювиш ва кучли ични сурувчи воситаларни юбориш шарт.

Алкоголь билан заҳарланганда шуни унутмаслик керакки, алкоголь катта миқдорда қабул қилинганда яққол психотроп таъсирга эга. Бошланғич даврида ўзини идора қилишликнинг йўқлиги, оғриқ сезишнинг пасайиши ва хушидан кетиш кузатилади. Биринчи ёрдам шундан иборатки, тезлик билан ошқозонни ювиш, нафас йўллариининг ўтказувчанлигини таъминлаш, юрак дориларини бериш ва иложи бўлса, кислородотерапияни бошлаш керак.

*Газдан заҳарланиш.* Ис гази автомашиналардан чиқадиган газлар таркибида ва уйлар печка билан иситилганда ҳосил бўлади. Ўткир заҳарланганда психоневрологик бузилишлар устун туради, бош оғриши, бош айланиши, чанқаш, қайт қилиш, хушдан кетиш, нафас олишнинг бузилиши. Биринчи ёрдам, аввалам бор, жабрланувчини ўчоқдан зудлик билан олиб чиқишдан бошланади. Бронхлар ўтказувчанлигини таъминлаш, ҳаво – кислород аралашмасини узоқ вақт киритиш ва юрак-томир препаратларини юбориш зарур.

Ҳозирги вақтда саноат, қишлоқ хўжалиги, уй шароитида фосфорорганик бирикмалар билан заҳарланиш кўп тарқалган. Бу модда асаб тизимига таъсир қилади, яъни ҳолсизлик, бош оғриши,

бош айланиши, тоқатсизлик, нафас олишнинг бузилиши (бу ҳолат нафас мускулларининг бўшашиши билан боғлиқ), қоринда оғриқ ва ич кетиши кузатилади.

*Даволаш:*

– иложи борича, тезроқ организмдан захарни чиқариб ташлаш (ошқозонни ювиш, ични сурувчи воситалар);

– махсус антидот моддалар юбориш.

Куйдирувчи моддалар билан захарланишга уксус (сирка) эссенцияси тааллуқлидир. Клиник кечиши маҳаллий куйдирувчи таъсирдан ва умумий-резорбтив таъсирдан келиб чиқади. Беморлар томонидан томоғидаги кучли оғриққа, қайт қилишга ва нафас олишнинг кечикишига шикоят қилинади. Суюқликни йўқотиш шок ҳолатига олиб келади. Эритроцитларнинг парчаланиш белгиси – қизил ёки жигарранг сийдик пайдо бўлади. Даволаш ошқозонни ювиш, промедол қилиш, юрак препаратларини қилишга асосланган. Ошқозон ювган сувда қоннинг бўлиши, ювишни давом эттиришга қаршилик қилмайдиган кўрсатма ҳисобланади (ишқорий эритмаларни ишлатиш ман этилади).

### **Ўткир аллергик реакциялар**

Барча дори-дармонлар (антибиотиклар, зардоб ва вакциналар) ҳамда маълум мева маҳсулотлари аллергик хусусиятга эга бўладилар: тухум, шоколад, асал, қулупнай, цитрус мевалар. Аллергик реакциянинг оғирлиги сенсibiliзация даражаси билан белгиланади.

*Анафилактик шок* – бу аллергик реакциялар тўплами ҳисобланиб, жуда оғир даражада кечади. Анафилактик шокнинг доимий белгиларидан бўлиб, ўткир томир етишмовчилиги, қон босимининг кескин тушиши билан, юзнинг оқариши ёки гиперемиyasi, цианоз, кучли терлаш, пульс ипсимонлиги ҳисобланади. Юрак ритми частотаси ва тўғрилиги бузилади. Ўпка шиши ривожланиши мумкин ва қўнғироқсимон нафас пайдо бўлиши, кўп миқдорда кўпикли балғам ажралиши, ўпканинг барча юзаси бўйича хириллашлар, бронхоспазм пайдо бўлиши кузатилади. Психомотор қўзғалишлар пайдо бўлиши мумкин, у адинамияга, хушни йўқотишга, ихтиёрсиз сийдик ажралишига ва дефекацияга сабабчи бўлади. Баъзан алоҳида мускул гуруҳларининг фибрилляр учиши ҳамда тоник ёки клоник тиришишлар юз бериши мумкин.

Анафилактик шокда биринчи ёрдам куйидаги кетма-кетликда кўрсатилади:

– аллергия реакция чақирган препаратнинг инъекция қилинган ёки ҳашарот чаққан жойининг проксимал (юқориги) қисмига сиқиб боғлагич қўйилади, бу веноз шишни блокада қилади ва организмга аллерген киришига йўл қўймайди;

– тери остига 0,5 адреналин қилинади;

– маска ёрдамида кислород бериш керак;

– томоқнинг ўта шишида ва нафас йўллариининг ўтказувчанлиги бузилганда Дюфо игнаси ёрдамида коникотомия қилиниб, катетер киритилади;

– агар адреналин киритилиши натижасиз бўлса, гемодинамикани стабилизация қилиш ва циркуляция бўлаётган қон ҳажмини тиклаш учун полиглюкин томчилатиб юборилади;

– бронхоспазмни йўқотиш учун 5–10 мл 2,4% эуфилин юборилади;

– шу билан биргаликда антигистамин (димедрол, супрастин, пипольфен) препаратлар юборилади;

– вена ичига кортикостероидлар (преднизолон, гидрокор-тизон) юборилади.

### **ҲУШДАН КЕТИШ, КОЛЛАПС ВА ШОКДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

*Ҳушдан кетиш* – бу тўсатдан қисқа вақтга ҳушдан кетиш бўлиб, миянинг бирданига қонсизланишидан содир бўлади. Обморок асаб тизими чидамсиз, заиф кишиларда, астеник конституцияга эга бўлганларда, чарчашда, оғир жисмоний, психоэмоционал зўриқишдан сўнг, кучли оғриқлар натижасида, айрим ҳолда эса кўрқиш натижасида ҳам келиб чиқади.

Ҳушдан кетишнинг кечиши мияда тўсатдан қон айланиши етишмовчилиги ва унинг ишемияси (қонсизланиши)га боғлиқ. Бу қорин бўшлиғи қон томирларининг кенгайиши ва қоннинг организмда қайта тақсимланиши туфайли юз беради. Бу жараён бошланишида бемор эснаши, юз терисининг оқариши, пешонасидан совуқ тер ажралиши, нафас олишнинг тезлашиши кузатилади. Шундан сўнг бемор ҳушини йўқотиб ерга йиқилади. Баъзан обморок юқоридаги белгиларсиз ҳам рўй бериши мумкин.

**Биринчи ёрдам:** ҳушдан кетиш нисбатан кам вақт давом этишига қарамасдан, ҳушдан кетган кишига, албатта, тезлик билан биринчи ёрдам кўрсатиш зарур. Бирданига унинг оёқларини тепага кўтариш керак, шунда миёда қон алмашинуви тикланади, тоза ҳавога олиб чиқиш, бошини тепароқ қилиб орқаси билан ётқизиб қўйиш лозим. Кўкрак қисмидаги тугмаларни бўшатиш керак, чунки бўйин ва кўкрак қисилиб қолмаслиги керак. Кўпинча, тўғри ёрдам кўрсатиш натижасида ҳушдан кетиш ҳолати тезда ўтиб кетади.

Шунингдек, оддий усуллар билан ҳам ташқи қўзғалиш таъсирини ўтказиш мумкин:

– юзига шапатлаб уриш;

– ўткир ҳидли моддаларни (аммиак), масалан, навшадил спиртини пахтага томизиб ҳидлатиш керак. Агар беҳуш киши хириллаб нафас ола бошласа ёки нафас олиши умуман тўхтаса, унда тили оғиз орқасига кетиб қолмаганлигини текшириш лозим.

Нафас олиш ва томир уриши тўхтаса, бу ҳолат органик касалликлари бўлганда (юрак пороги, юрак ритми бузилганда, церебрал-қон томир етишмовчилигида, миокард инфарктида, ўпка артерияси тромбоэмболиясида) тезда жонлантириш тадбирларини ҳамда шифохонага жойлаштириш чораларини ўтказиш лозим.

*Коллапс* – бу юрак-томир етишмовчилигининг нисбатан оғир кўриниши ҳисобланади. Коллапс ҳолатида тана ҳарорати пасаяди, тер ажралади, тери қопламлари оқаради, пульс жуда кучсизланиб ипсимон бўлади (терининг мрамар рангида бўлиши, сийдик ажралишининг камайиши ёки тўхташи, мия гипоксияси пайдо бўлиши).

Тез ёрдам кўрсатиш тадбирлари:

1) коллапс ҳолатидаги бемор бошини пастга қаратиб қўйиш керак;

2) вена томирига аста-секин қуйидаги вазопрессор воситалар юборилади:

– мезатон 1% – 0,2–0,3 мл 0,9% ли натрий хлорид эритмасида;

– норадреналин 0,1% – 1,0;

– полиглюкин, реополиглюкин 400,0 мл томчилатиб;

– преднизолон 60–90 мг;

– пульс камайганда атропин 1% – 1 мл;

3) зудлик билан асосий касаллиги бўйича госпитализация қилиш.

*Эс-хушнинг йўқолиши* – шундай ҳолат бўлиб, бундай шахс ҳаракатсиз ётади, саволларга жавоб бермайди, ташқи таъсирларни қабул қилмайди. Бундай ҳолатда нерв фаолиятининг бузилиши, организмнинг ташқи таъсирга реакцияси пасайиши ва йўқолиши ҳамда ўз шахсини англаш қобилиятининг ўзгариши ҳақида ўйлаш керак.

Бундай ҳолат кўплаб сабаблар натижасида келиб чиқади, лекин барча ҳолларда сезги маркази – бош мия жароҳатланади. Миянинг жароҳатланиши бевосита таъсир натижасида – бош жароҳатланишларида қон қўйилиши, электрдан шикастланиш, захарланишлар (шу жумладан, алкоголизмда) натижасида юзага келиши, шок, юрак касалликлари, жигар ёки бўйрак яллиғланишида ва совуқ урганда юз бериши мумкин.

*Кома* – бу эс-хушни йўқотишнинг чуқур бузилиши бўлиб, унда оғриққа нисбатан реакция йўқолган бўлади.

Команинг куйидаги турлари фарқланади:

1) *церебрал кома* – бунда куйидаги симптом кузатилади: оёқ-қўлларда ҳаракат ва сезги йўқлиги. Оғизнинг жароҳатланмаган томонга қийшайиши (касал «трубка чекапти»), кўзнинг жароҳатланган томонга қийшайиши (касал бош миядаги жароҳатланган ўчоққа қараяпти), шикастланган оёқ ёки қўллар кўтариб-туширилганда кроватга оғирлик билан тушади.

Апоплексик зарбалар, кўпинча, 45–60 ёшдагиларда кутилмаганда содир бўлади. Бундай беморларнинг юзлари қизил рангда бўлиб, бунгача улар, кўпинча, артериал қон босимининг ошишидан қийналиб юрадилар.

Биринчи ёрдам:

- а) тўлиқ тинчликни таъминлаш;
- б) бошга совуқ қўйиш (музли грелка);
- в) тез ёрдам машинасини чақириш;
- г) ихтисослашган касалхонага госпитализация қилиш.

2) *диабетик (гипергликемик) кома* қандли диабет касаллиги бор беморда кузатилади. Қандли диабет – бу организмда инсулиннинг мутлақ (абсолют) ёки нисбий етишмовчилиги билан характерланувчи ҳамда шунга боғлиқ равишда қонда қанд миқдори ошиши ва сийдик билан ажралиши хос бўлган касалликдир. Қандли диабет касаллигининг асосий белгилари куйидагилар: чанқаш, оғиз қуриши, озиш, тери қопламларининг қичиши, фурункулёз. Қонда қанд

миқдорининг қанчалик ошиши ва қонда кетон таначаларининг (ацетон) йиғилиши бўлган беморлар, агар адекват терапия олмасалар, гипергликемик кома рўй беради. Бу кома аста-секин келиб чиқади: ланжлик, иштаҳанниг йўқолиши, қориннинг юқори қисмидаги оғриқ, қайт қилиш кузатилади. Тери куруқ бўлиб, чиқаётган нафас ҳавосидан ацетон ҳиди келади.

Диабетик комада тез ёрдам:

- 1) тезкор госпитализация;
- 2) асоратларини даволаш;
- 3) 4% сода эритмаси, «С» ва «В» гуруҳ витаминларни бериш лозим.

Қандли диабетда, айниқса, инсулин билан даволанадиган беморларда инсулин дозаси ортиб кетганда тескари ҳолат юз бериб, қонда қанд миқдори камайиб кетади. Бундай ҳолатларда гипогликемик кома ривожланади.

3) *гипогликемик кома* кўпчилик ҳолларда рўй бериши мумкин. У қувватсизлик, кутилмаганда ҳолсизлик, очлик, кўп тер ажралиши ва юрак увишиши билан характерланади. Гипергликемик комадан фарқли равишда бундай беморлар чанқашга шикоят қилмайдилар, кўз олмасининг гипотонияси кузатилмайди ва чиқаётган нафас ҳавосидан ацетон ҳиди келмайди.

Коматоз ҳолатнинг бундай тури ҳам тез ва фаол даволаш ёрдамини талаб қилади:

- а) ширин чой ичиш ёки қанд бўлагини оғизга солиб эритиш;
- б) вена томирига 5%ли глюкоза эритмасини юбориш;
- в) касалхонага госпитализация қилиш.

4) *жигар комаси* жигар функцияси бузилиши билан кечувчи касалликларда, жигар етишмовчилиги ҳолатларида рўй беради. Бунга қонда ўт кислоталари ва модда алмашинуви заҳарли моддаларнинг қонда тўпланиши сабаб бўлади. Бундай беморларда кўз склераси сарғаяди, кўзга ташланадиган шиллиқ қаватларда ва терида тирналишга ўхшаш излар бўлади, уларда кучсиз ҳамда тез-тез бурундан ва ичакдан қон кетишлар содир бўлиб туради. Кома беморнинг асосий касаллиги натижаси бўлиб, у аста-секин ривожланади. Бундай беморларни зудлик билан госпитализация қилиш керак.

5) *уремик кома* буйрак касалликларида азот чиқиндиларининг қонда йиғилиши туфайли рўй беради, касаллик аста-секин ривожла-

нади. Унинг белгилари: азоб берувчи оғриқлар, шиш, кўзғалиш, қон босимининг ортиши, худди сийдик кислотаси кристалларини суртиб олгандек бўлиб терининг қуриши, чиқаётган нафасдан сийдик ҳидининг келиши.

Тез ёрдам:

- а) агарда қон босими юқори бўлса, қон оқизиш;
- б) сийдик ҳайдовчи препаратлар;
- в) тезда госпитализация қилиш.

б) *алкоголь комаси* кўп ва катта миқдорда алкоголь истеъмол қилиш натижасида захарланишдан келиб чиқади. Унга хос белгилар: ҳаракат кўзғалишлари, терининг кулранг-кўкиш тусда бўлиши, юзнинг сўлиқиши, кескин тер ажралиши, оғиздан кучли алкоголь ҳидининг тарқалиши. Алкоголь комаси ҳолатидаги беморларни токсикологик марказларга госпитализация қилиш лозим.

**Э с д а т у т и н г !**

Эс-хушини йўқотган беморларга ҳеч қачон совуқ ичимлик ичиришга ва овқат едиришга ҳаракат қилмаслик керак. Улар ютина олмайдилар, шу туфайли суюқлик ёки овқат нафас йўллариини беркитиб қўйиши мумкин. Агар юрак фаолияти ва нафас олиши тўхтаган бўлса, бу фаолиятларни тиклаш билан бир вақтда шошилишч даволаш муассасасига олиб бориш лозим.

*Транспортировкаси:* ҳаракатсиз ҳолатда ён томонига ётқизиб, албатта, кузатувчи шахс билан бирга олиб борилиши керак. Бундан мустасно ҳолда гипогликемик ҳолатда ширин чой, конфет, қанд, шоколад бериш зарур.

*Шок* – инглиз тилидан «зарба» деб таржима қилинади. Бундан 200 йил муқаддам кучли жароҳатловчи таъсиридан келиб чиқувчи ҳолатга шундай ном берилган. Шок сўзи ўзида кўплаб симптомларни мужассамлаштиради, бу белгилар бемор ёки шикастланган шахс ҳолатининг оғирлигини кўрсатади.

Шокнинг бир неча турлари фарқланади. Амалиётда кўпроқ учрайдиганлари:

- травматик;
- кардиоген;
- анафилактик;
- куйиш шоки;
- инфекцион – аллергик;
- геморрагик;

– электр шоки.

*Травматик шок* турли аъзолар ва тана қисмларининг шикастланиши туфайли содир бўлади. Травматик шок ривожланишига олиб келувчи асосий омиллар:

а) оғриқ;

б) қон йўқотиш;

в) шикастланган тўқиманинг парчаланиш маҳсулотлари билан организмнинг заҳарланиши.

*Клиникаси:* травматик шокнинг кечишида 2 фаза фарқланади:

1) эректил (қўзғалиш);

2) торпид (тормозланиш).

Эректил фаза травмадан сўнг бирданига бошланиб, эс-ҳушининг сақланиши, ҳаракат ва нутқ қўзғалишлари, ўзига ва атрофдагилар ҳолатига танқидий қарашларнинг йўқлиги билан характерланади. Териси оқарган, кўз қорачиқлари ёруғлик таъсирида яхши кенгайган, қон босими нормада бўлиб, томир уриши бироз тезлашган. Бу фаза ўртача 10–20 минут давом этади. Шундан сўнг торпид фаза бошланади, бунда қон босими бирдан кескин пасаяди, совуқ тер босади, тана ҳарорати пасаяди, яққол тормозланиш ривожланади ва ўлим юз бериши мумкин.

*Биринчи ёрдам:*

– нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш;

– қон кетишини тўхтатиш;

– чиқишларда иммобилизация қилиш;

– оғриқсизлантиришни ўтказиш;

– жароҳатланган кишини энг яқин тиббиёт муассасасига тезда ва эҳтиёт қилган ҳолда олиб бориш керак.

*Куйиш шоки* жароҳатланган киши танасининг 15–20% қисми куйганда кузатилади.

*Клиникаси* икки босқичда кечади:

1) қўзғалиш босқичида кучли оғриқ, ҳаракат безовталиги, тер босиши, қалтираш;

2) 6–12 соатдан кейин куйган киши оғриқни сезмайди, совуқ тер босиши кузатилади, «қаҳва қуйқаси» кўринишида қусиши мумкин, қон босими кескин пасаяди, томир уриши тезлашади, умумий тормозланиш кузатилади.



*Тез ёрдам:*

- а) куйиш манбасини ўчириш;
- б) куйишнинг аниқ вақтини аниқлаш;
- в) «кафт» қоидаси бўйича тананинг қанча қисми жароҳатланганини аниқлаш;
- г) оғриқсизлантиришни ўтказиш;
- д) вена ичига суюқликлар юбориш;
- е) жарроҳлик куйиш бўлимига тезкор ва эҳтиёткорлик билан госпитализация қилиш. Ташишда жароҳатланмаган томон билан ётқизиш керак.

*Геморрагик шок* асосида ўткир қон йўқотиш ётади (масалан, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликда). Қон йўқотишга пульс тезлашиши, артериал қон босимининг пасайиши, тери ва шиллик қаватларнинг ранги оқариши, онг тормозланиши, эс-ҳушнинг бузилиши кўшилади. Артериал қон босимининг 75 мм симоб устинидан пасайиб кетиши чегара ҳолат ҳисобланади. Айланиб юрган қон ҳажмининг тезда камайиши 30% га етса, юрак тўхташидан ўлим юз беради.

*Электр шоки* ток урганидан сўнг 2–3 соат мобайнида ҳаёт учун муҳим саналган узунчоқ миядаги нафас марказининг фалажи эвазига содир бўлади. Шунинг учун ҳам, электр шикастлари қай даражада бўлишидан қатъи назар, бундай беморлар шифохонага ётқизилишлари шартдир.

## **ЭКСТРЕМАЛ ҲОЛАТЛАР (КЛИНИК ЎЛИМ)ДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

*Танглик (терминал) ҳолат* – бу инсон ҳаётидаги, соғлиғига хавф солувчи, бутун бир аъзолар мажмуасидаги, нафас олиш, қон айланиш доираларидаги кескин ўзгариш ва моддалар алмашинувининг бузилишидир. Қон айланиш доирасининг, нафас олиш ва юрак уришининг тўхташи клиник ўлим номи билан тавсифланади.

Танглик ҳолатининг турлари:

- 1) агония олди;
- 2) агония;
- 3) клиник ўлим.



26-расм.

*Агония олди ҳолати* умумий қарахтлик, ҳушни йўқотиш, қон босимининг тушиб кетиши, томир уришининг уйқу ва сон артерияларидан ташқари бошқа томирларда аниқланмаслиги, нафас бузилишлари юзаки нафас билан чекланиб, тери ва шиллик пардаларининг кўкариб оқариши кабилар билан ифодаланади.

*Агония ҳолатидаги* беморлар ҳушида бўлмай, периферик томирларда томир уриши аниқланмайди, уйқу ва сон артерияларида пульс жуда қийинчилик билан аниқланади, кўз қорачиғи ёруғликка жавоб бермайди. Аускультация вақтида юрак тонлари кескин бўғик эшитилади.

*Клиник ўлим* бош мия, қон айланиш доираси ва нафас аъзолари фаолиятининг буткул тўхташи билан ифодаланади. Юрак уриши ва нафас олишнинг тўхташи билан умумий моддалар алмашинуви сусайиб, улар буткул ўз фаолиятини тамомламайди. Шу сабабли, клиник ўлим тикланувчи ҳолат ҳисобланиб, бош миянинг тикланишишига ҳали фурсат борлигидан далолат беради (26 - расм).

*Биологик ўлим* – юқоридаги нажот берувчи ҳолатнинг буткул тўхтаганлигидан далолат беради. Биологик ўлимни тавсифловчи асосий белгиларидан бўлган мурда доғлари ва мускулларнинг тахтасимон зичлашишини кузатиш мумкин.

Ўлимнинг охирги босқичида учламчи белгилар пайдо бўлади. Булар юрак уришининг тўхташи, нафас ва ҳушнинг буткул йўқолишидир. Бу ҳолатларнинг қай даражада ривожланишига қарамасдан, тикловчи-реанимацион муолажалар давомийлигини тўхтатиш қонунга мутлақ зид ҳолатдир.

Юракнинг тўхташ ҳолатларини иккита сабабга боғлаш мумкин:

- кардиоген (юракка боғлиқ) сабаблар;
- юракка боғлиқ бўлмаган сабаблар.

Кардиоген (юракка боғлиқ бўлган) – миокард инфаркти, юрак ритмининг бузилиши, юракнинг ташқаридан қисилиши, юрак томирларининг эмболияси. Иккинчи гуруҳ сабабларига юракдан ташқари бўлган аъзолардаги ўзгаришлар, яъни нафас олишнинг бузилиши, умумий моддалар алмашинуви ва нейро-эндокрин тизимидаги бузилишлари киради.

Кутилмаганда содир бўладиган ўлим ҳолатларида ҳаётга қайта тикланувчи ҳолатларнинг давомийлигини 3–5 дақиқага тенг деб билишади. Бундан кейингина ҳаёт тикланмас ҳисобланади.

Нафас олишнинг буткул тўхтаганлиги ташхиси визуал (кўз билан) кузатишлар натижасида қўйилади. Нафас йўллариининг буткул ёпилганлиги (обтурация) асосида қисман обтурация натижасида мияда содир бўладиган кислород етишмовчилиги билан ифодаланади.

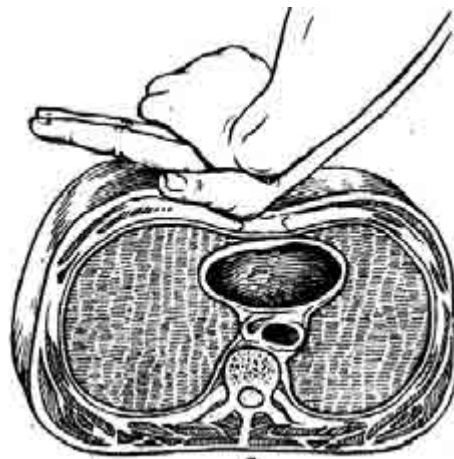
Нафас етишмовчилигини тиклаш чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат: аввал беморга махсус ҳолат берилиб, бош қисмини энсасига қўйиб, оғиз ва бурун ёки оғиз ва оғиз усулида сунъий нафас бериш орқали бажарилади, агарда бу тадбирлар ёрдам бермаса, у ҳолда ўпканинг сунъий вентиляцияси чоралари қўлланилади.

Бу ҳолларда беморни чалқанча ётқизиш тавсия этилади ва шу билан тил асосини нафас олиш йўллариининг четлатишга эришилади, чунки бундай ҳолларда нафас йўллариининг шиллиқ моддалар билан булғаниши кузатилади. Нафас йўллариини тозалаш пастки жағни юқорига тортиш эвазига эришилади. Нафас йўллариининг бу тарика тозаланиши ва очилиши заруратнинг кескинлигидан келиб чиқади. Бунга эса нафас йўлини стерил матолар орқали тозалаш эвазига эришилади. Бу муолажалар ҳаво-вакуумли насослар орқали ҳам бажарилиши мумкин.

Охирги вақтларда қайд этилган оғиз-бурун ва оғиз-оғиз нафас олдириш муолажаларини юқорида қайд этилган ҳолатларда қанчалик зарур, фойдали эканлигини таъкидлаш лозимдир. Бу муолажаларнинг асосида эса вақти билан бир меъёрда юборилаётган ташқи ҳаво муолажалари кўзда тутилади. Бундай ҳолларда ёрдам берувчи шахс жуда ҳам кам талафот олган беморни мустаҳкам қамраб олиб ҳаво юборади. Бу вақтда ҳавонинг бурун орқали ташқарига чиқиб кетмаслиги учун бемор бурнини қисиб, оғзидан ҳаво юборилади. Юборилаётган нафас ўртасидаги вақт 5 секунд ни ташкил этади, яъни 1 минут да 12 мартани ташкил этади.

Юқорида қайд этилган қоидага риоя қилиниши шарт, чунки қилинаётган муолажалар табиий нафас кўникмасини ҳосил қилишдан иборатдир. Нафас олдириш вақтидаги юзага келадиган ошқозон усти соҳасидаги шишнинг пайдо бўлиши юборилаётган ҳавонинг ошқозонга кетаётганлигидан далолат беради.

Юрак уришининг тўхтаганлигини ифодаловчи асосий белги томир уришининг марказий уйқу артериясида ҳам аниқланмаслигидадир. Асосан, томир уришини аниқлаш тадбирлари 3 марта ўтказилган сунъий нафасдан кейингина бажарилади, яъни аниқланмаган томир уриши тўғридан-тўғри юракнинг ёпиқ массажига кўрсатма бўлади. Кўкрак қафаси ва умуртқа поғонаси оралиғидаги юрак-мускул тўқима-ларининг зичлашиши асосида юрак-нинг чап қоринчасидан катта ва ўнг қоринчасидан кичик қон айланиш доирасига юрак бўшлиқларида қолиб кетган қонларни қувиб беришга сабаб бўлади. Юқорида қайд этилган ташқи юрак массажи ўз-ўзидан ёрдам бера олмайди, агарда қилинаётган муолажалар сунъий нафас муолажалари билан биргаликда олиб борилмаса, бефойда ҳисобланади (27 - расм).



27 - расм.

Юрак массажини бажаришдан олдин, беморни исталган томонидан кўкрак тўш суягининг 5-қовурға бирикадиган жойидан кафтларини бир-бирига қўйиб, босим орқали массаж бажа-рилади. Босим вақтидаги кўкрак қафаси эгилиши 4–5 см ни ташкил қилиши керак, аммо босим таъсири 0,5 сек, босимлар оралиғидаги вақт эса 0,5–1 сек ни ташкил қилади (28 - расм).



28 - расм.

Қилинаётган муолажаларнинг тўғри бажарилаётганлиги уйқу артериясида тўлқинсимон пульс нинг пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Тирилтиришни бир киши бажараётган вақтда 2 та нафасдан сўнг 15 маротабагача босим муолажаларини қилиши керак. Агар тирилтириш муолажаларини икки киши бажараётган бўлса, ўпка вентиляцияси ва массаж муолажаларининг бир-бирига нисбати 1:5, трахея интубациясидан кейин эса 2:15 кўринишида бажарилиши керак.

Уйқу артериясида аниқ томир уриши тиклангандан сўнг юрак массажи тўхтатилиб, нафас олиш тўлиқ тиклангунча сунъий нафас олдириш давом эттирилиши шарт.

Тирилтириш муолажаларини нотўғри бажариш натижасида келиб чиқадиган асоратлар: трахея интубация муолажалари узоқ чўзилиши натижасида юрак тўхташи ва нафаснинг буткул тўхташига олиб келади. Бундай асоратларнинг энг хавфлиси, кўп ҳолларда ўпкани аппарат орқали нафас олдиришда содир бўлади, яъни кучли босим остида юборилган ҳаво ўпка тўқималарини йиртиб юборади. Бундай ҳолларда, зудлик билан торокоцентез ва плевра бўшлиғини дренажлаш муолажалари бемор ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Юксак савия билан қилинмаган юракнинг билвосита массажи натижасида қовурғалар синиб кетиши ҳолатлари содир бўлади. Бундай ҳатолар вақтида агарда босим нуқтаси чапга силжиса, ўпканинг тешилиши, агарда пастга силжиса, жигар капсуласининг йиртилиши ва жигар эзилиши, юқорига кўтарилганда эса тўш суягининг асоси синиб кетиши мумкин.

Тирилтириш муолажаларини муддатидан олдин тўхтатишга олиб келадиган омиллар: фавқулодда ўлим содир бўлса, узоқ вақт мобойнида юрак ва ўпка фаолиятларини тикланмаслиги, қилинаётган муолажаларни самарасизлиги, аъзолар иш фаолиятининг буткул тикланмаслиги ва бошқалар.

Реанимацион муолажаларнинг фойдали яқунланганлиги, кўз қорачиқлари рефлексларининг тўлиқ тикланганлиги, нафас олиш ва юрак уришининг тикланиб, тери рангининг қизарганлиги ва ҳушининг пайдо бўлишидек белгилар асосида тасдиқланади. Аксинча, юқорида қайд этилган белгиларнинг тикланмаслиги қилинган муолажаларнинг самарасизлигидан далолат беради. Юқоридаги кўрсаткичлар пайдо бўлмаган бундай ҳолатлар реанимацион муолажалар тўхтатилишига кўрсатма бўла олади.

## **ТЎСАТДАН БОШЛАНГАН ТУҒИШ ЖАРАЁНИДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

### **Аёллар жинсий аъзоларининг тузилиши ҳақида қисқача тушунча**

Ташқи ва ички жинсий аъзолар фарқланади. Ташқи жинсий аъзоларга оралик соҳа, жунлар билан қопланган катта ва кичик жинсий лаблар, уларнинг орасида қин олди ёриғи, унинг юқорисида диллиғ (дилоқ, клитор), унинг остида ташқи сийдик канали, ундан пастроқда қин тешиги жойлашган бўлади. Ички жинсий аъзоларга қин, бачадон найлари ва тухумдон киради. Қин узунлиги 7–9 см келадиган ичи бўш найсимон мукулли орган бўлиб, юқори қисми бачадон бўғзига, пастки қисми эса жинсий ёриққа очилади. Бачадон тоқ мукулли орган бўлиб, сийдик пуфаги ва тўғри ичак оралиғида жойлашаган. Бачадоннинг туби, танаси, бўғзи ва бўйин қисмлари фарқланади. Бачадон ноксимон шаклга эга бўлиб, девори 3 қаватдан иборат: шиллиқ, мукулли ва сероз. Ҳомиладорликда бачадоннинг ўлчами ва шакли ўзгаради. Бачадон шиллиқ қавати ҳайз кўриш

циклига боғлиқ равишда мунтазам ўзгариб туради. Бачадон найлари унинг танаси бурчагидан бошланиб, эркин томони билан қорин бўшлиғига очилади. Тухумдонлар жуфт жинсий безлар бўлиб, бачадоннинг икки томонида жойлашган. Уларда жинсий хужайралар – тухум хужайралар ишлаб чиқарилади, бундан ташқари, жинсий аъзоларни идора этувчи гормонлар ҳосил бўлади.

### **Аёлларнинг жинсий аъзолари функцияси**

Ташқи жинсий аъзолар нормада кичик ва катта лабларнинг ички томонлари бир-бирига тегиб турганлиги туфайли қин тешигини ташқи муҳитдан ҳимоя қиладилар. Ташқи жинсий аъзолар нерв охирлари билан таъминланган бўлиб жинсий сезгини таъминлайди, бундан ташқари кўп миқдорда безлар жойлашаган бўлиб, жинсий алоқани енгиллаштириш учун шилимшиқсимон ажралма (секрет)лар ишлаб чиқаради. Жинсий аълоқа натижасида қинга тушган уруғ суюқлигидаги сперматозоидлар бачадон орқали найга ўтиб, сўнгра тухум хужайранинг уруғланиши юз беради. Бунда тухум хужайра қайта бачадонга тушиб ривожланади. Қин бачадон бўғизи билан биргаликда ҳомила йўлини ҳосил қиладди. Яна бошқа асосий вазифаси тўсиқ (барьер) – ўз-ўзини тозалаш қобилиятидир.

Балоғат ёшига етган қизларда (ўртача 12 ёш) бачадоннинг шиллиқ пардаларида бир хилда қайталанувчи циклик ўзгаришлар юз беради, бу эса ҳомиладорликнинг бошланиши учун етарли шароит ҳисобланади. Бачадоннинг асосий вазифаларига ҳомила тухумининг ёпишиши учун жой ҳосил қилиш, ҳомила ва унинг ташқи пардасини таъминлаш киради. Ҳомила вояга етгач, уни бачадон мускуллари қисқариши туфайли туғиш канали орқали ташқарига итарилади ва туғиш жараёни юз беради. Бачадон найларида тухум хужайраларининг уруғланиши юз беради ва уларнинг бир маромда қисқариши туфайли уруғланган тухум хужайра бачадон томон ҳаракатланади. Тухумдонларда тухум хужайралар ривожланади, бундан ташқари аёллар организмига ҳос бўлган гормонлар ишлаб чиқарилади. Бу гормонлар бачадонга, бачадон найларига, қинга ва бутун аёл организмига таъсир этиб, аёллар танасининг тузилишини, уларда модда алмашинувини, кўкрак безларининг ривожланишини, сочларнинг ўсишини ва ҳ.к. ларни белгилаб беради. Балоғат ёшига етган қизларда ҳомиладорликка тайёргарлик жараёнлари, яъни ўртача 28 кунда, 3–5 кун

давом этадиган бачадондан оз-оздан қон келиши – ҳайз кўриш (менструация) кузатилади. Бу жараён гипоталамо-гипофизар системасида, тухумдонларда, бачадон ва бутун аёл организмида физиологик ўзгаришлар юз беришига сабаб бўлади.

### **Ҳомиладор аёлларнинг организмида юз берадиган физиологик ўзгаришлар**

Ҳомиладор аёлларнинг организмида ҳомиланинг тўғри ривожланиши, бўшанишга тайёрланиш ва янги чақалоқни кўкрак сути билан боқиш учун турли хил физиологик ўзгаришлар юз беради. Ҳомиладорликнинг охири кунларидаёқ аёл вазни 10–12 кг га ортади. Юрак бир мунча зўриқиб ишлайди, нафас тезлашган бўлади, ҳомиладорликнинг биринчи уч ойи давомида иштаҳанинг пасайиши, кўнгил айнаш, таъми бузилган ҳолда сезиш ва қусиш кузатилади. Буйракларнинг фаолияти кучаяди, нерв фаолиятида таъсирчанлик, йиғлоқилик, инжиқлик, уйқусираш ва кўпинча, бош айланиши кузатилади. Терида жигарранг доғлар ҳосил бўлади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кўкрак безларида, қорин деворида ва сон соҳаларида зангори-жигарранг чизиклар ҳосил бўлади, улар туғишдан сўнг оқаради. Ташқи жинсий аъзоларнинг катталашиб, бўшашиб юмшаши юз беради. Бачадоннинг вазни 50–100 гр дан 1000–2000 гр гача оғирлашади. Барча ички секреция безларининг фаолияти кучаяди. Бу даврда аёл организмида янги без – йўлдош (плацента) шаклланади ва турли хил гормонлар ишлаб чиқариб ўз фаолиятини бошлайди.

### **Ҳомиладорликни эртанги ва кечки муддатларда аниқлаш**

Ҳомиладорликка ташхис қўйиш тахминий, ишонарли ва ишончли белгиларга асосланган ҳолда амалга оширилади.

*Тахминий белгиларига:*

- 1) иштаҳанинг бўлмаслиги;
- 2) ҳид ва таъм билишнинг ўзгариши;
- 3) асаб тизимининг ўзгариши (таъсирчанлик, уйқусизлик, инжиқлик, кайфиятнинг турғун бўлмаслиги ва ҳ. к. );
- 4) юз терисида доғлар, кўкрак сўрғичлари ва қорин деворида оқ чизиклар ҳосил бўлиши киради.

*Ишонарли белгиларига:*

- 1) ҳайз кўришнинг тўхташи;



- 2) кўкрак безларини эзганда оғиз сути ажралиши;
  - 3) бачадон бўғзи ва қиннинг шиллик қаватлари кўкариши;
  - 4) бачадон ўлчами, шакли ва қаттиқлигининг ўзгариши киради.
- Юқоридаги белгилар қуйидаги усуллар билан аниқланади:
- а) савол-жавоб, суриштириш;
  - б) кўкрак безини пайпаслаб кўриш;
  - в) ташқи жинсий аъзоларни кўздан кечириш;
  - г) кўзгу ёрдамида текшириш;
  - д) кинни икки қўл билан текшириш.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ишончли белгилар пайдо бўлади, яъни бачадонда ҳомила борлиги аниқланади. Пайпаслаш йўли билан ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида унинг бош, бел ва майда қисмларини аниқлаш мумкин, бундан ташқари юрагининг уриши минутига 120–140 та бўлишини санаб билиш мумкин. Бу даврда ҳомиланинг қимирлаш ҳаракатларини ҳомиладор аёлнинг ўзи аниқ сезади. Бошқа аниқ белгиларини ультратовуш ёрдамида аниқлаш мумкин.

### **Туғиш жараёни ҳақида умумий тушунча**

Туғиш – физиологик жараён бўлиб, бунда туғиш йўллари орқали бачадондан ҳомилани, йўлдошни, унинг ташқи пардасини ҳамда ҳомила олди сувини ташқарига итариб чиқаради. Туғиш жараёнининг сабаби кўп омиллидир. Физиологик туғиш 280 кун ёки 40 ҳафтадан сўнг юз беради. У ҳомиладор аёлнинг нерв сиситемаси, эндокрин, жинсий аъзолари ва бошқа системаларидаги физиологик ўзгаришлар ҳисобига рўй беради. Бачадон деворининг мунтазам равишда қисқариши, унда калий, кальций, магний, натрий ва бошқа ионларнинг миқдори ўзгариши ҳисобига содир бўлади. Бачадоннинг кўзгалувчанлиги ва қисқарувчанлик фаолиятининг кучайиши ҳомиладорликнинг охири кунларида унинг мускулларида оксиллар, гликоген, кальций, глутатион ва бошқа моддаларнинг кўплаб тўпланиши ҳисобига рўй беради. Бачадоннинг кўзгалувчанлиги ва қитиқланиш кучининг даражаси маълум чегара даражасига етганда туғиш жараёни бошланади.

### **Туғиш жараёнининг яқинлашиши ва бошланиши**

Туғиш яқинлашганини қуйидаги белгилардан билиш мумкин:

- 1) туғишга 2–3 ҳафта қолганда бачадон туби пастга тушади, одатда, ҳомиладор аёл нафас олишнинг енгиллашганини сезади;

- 2) ҳомиланинг қуйи томони пастга тушади;
- 3) туғишдан олдин, кўпинча, ташқи жинсий аъзо орқали қуюқ шилимшиқсимон ажралмалар чиқади;
- 4) ҳомиладорликнинг охирига келиб бачадон қисқаришини сезиш бошланади, бунда думғаза ва қориннинг пастки қисмида оғриқ бошланади;
- 5) ҳомиладорнинг вазни тортиб кўрилганда у озроқ камайган бўлади.

Туғиш бошланганлиги тўғрисида қуйидаги белгилар дарак беради:

- а) дард тутиши – бачадон мускулларининг мунтазам қисқариши. Бу жараён бошида 10–15 секундда юз берса, кейинчалик тез ва кучлироқ бўлиши билан характерланади;
- б) бачадон бўғзининг силлиқланиши ва очилиши кузатилади;
- в) қон билан аралашган шилимшиқ ажралади;
- г) ҳомила пуфаги ҳосил бўлади.

*Туғишда итарувчи кучларга:*

- 1) дард тутиши (тўлғоқ) – бачадон мускулларининг мунтазам даврий қисқариши.
- 2) кучаниш – дард тутиши билан боғлиқ ҳолда қорин девори мускулларининг қисқариши киради.

Дард тутишини ҳомиладор аёл бошқара олмайди, у автоматик равишда юз бериб, бачадон бўғзининг очилишига, ҳомила ва йўлдошнинг туғилишига олиб келади. Кучаниш жараёнини ҳомиладор аёл бошқара олади, шунинг учун ундан дард тутишини кучайтириш ва тезроқ бошланишини таъминлашда фойдаланади.

***Туғиш 3 босқичдан иборат:***

***1. Очилиш босқичининг механизми.***

Очилиш босқичи дард тутишининг мунтазам равишда бўлиши билан бошланиб, бачадон ташқи бўғзининг тўлиқ очилиши билан тугайди. Бачадон бўйнининг очилиш жараёни бачадон тубининг ва танасининг мускуллари қисқариши туфайли бачадон бўғзининг айланма мускулларининг чўзилиши ҳисобига ҳамда ҳомила пардасининг бачадон бўғзини кенгайтирувчи, яъни гидравлик тиқин сифатидаги таъсири туфайли юз беради. Натижада бачадон бўғзи силлиқланади, туғилаётган чақалоқнинг боши ва танаси ўтиши мумкин бўлган чўзилган найга айланади. Очилиш босқичи аста-секин ривожланади. Бошланишида бачадон бўғзи бир бармоқ-

ни ўтказди, кейинчалик иккита бармоқни ва ҳ.к. Бунда томоқ четлари борган сари юпқалашади. Бачадон бўғзининг кенглиги 10–12 см га етганда тўлиқ очилган ҳисобланади. Бу вақтда ҳомила пуфаги ёрилиб, ундан олдинги сув оқиб чиқиб кетади. Ҳомила пуфагининг одатдагидан олдинроқ ёрилиб кетиши туғиш жараёнининг асоратли кечишига олиб келиши мумкин.

*2. Ҳомиланинг ташқарига итариб чиқарилиш босқичи механизми.*

Бу босқичда ҳомиланинг туғиш йўллари орқали ташқарига итариб чиқарилиши юз беради. Ҳомила олди суви ташқарига оқиб чиқиб кетгандан сўнг дард қисқа муддатга тўхтайдди, бачадон деворлари қалинлашади ва ҳомила баданига ҳамма томондан маҳкам ёпишади. Бу даврда дард тутиши тезлашади ва улар орасидаги муддат қисқаради. Тез орада дард тутишига кучаниш қўшилади, бу ҳомилани ташқарига итариб чиқарилиш босқичи бошланганидан далолат беради. Бачадон ичидаги босим қорин девори босими билан қўшилиб, ҳомила йўллари орқали ҳомилани илгариланма ҳаракатлантириб, унинг туғилишига олиб келади. Ҳомиланинг илгариланма ҳаракати туғиш каналининг ўқи бўйлаб амалга ошади, бунда ҳомиланинг олдинда жойлашган қисми фақат илгариланма эмас, балки ўз ўқи атрофида айланма ҳаракат ҳам қилади.

*3. Йўлдошнинг туғилиш босқичи.*

Бу босқичда бачадон деворига ёпишган йўлдош ундан ажралиб ҳомила йўллари орқали туғилиши юз беради. Йўлдош туғилиши босқичидаги дард тутиши бу жараённинг асосий шароити ҳисобланади. Бундан ташқари, қорин деворининг таранглашиши, яъни кучаниш ҳам катта аҳамиятга эга. Чақалоқ туғилгандан сўнг бачадон қисқаради. Орадан бир неча дақиқа ўтгач, бачадоннинг ҳамма қисми, йўлдош бириккан қисми ҳам бир маромда қисқариши кузатилади. Лекин йўлдош қисқариш қобилиятига эга эмас, шунинг учун у бачадон деворидан кўчади. Йўлдош кўчган жойда қон томирлар узилиши юз бериб, қон кетиши кузатилади, бу ҳам йўлдошнинг тезроқ кўчишига шароит ҳисобланади. Бу босқичда бачадон-йўлдош томирларидан қон кетиши характерли бўлиб, нормада 100–300 мл қон йўқотилади.

## Туғишнинг биомеханизми

Туғиш жараёнининг иккинчи босқичида ҳомила бачадон ичидан туғиш йўллари орқали ташқарига итарилиб чиқарилади. Кичик тос шакли турли хил текисликларда бир хил эмас: тосга киришда у кўндаланг чўзиқ шаклга, ундан кейин суяк канали айланма текислиги келади, чиқиш жойида эса овал шаклга эга. Туғиш каналининг юмшоқ тўқималарига: бачадоннинг пастки қисми, қин, тос ва унинг тубидаги мускуллар киради. Тос тубининг мускуллари охириги босқичга қадар туғиш жараёнида ҳомила бошининг ҳаракатига тўсқинлик қилади, шу туфайли ҳомиланинг горизонтал ўқи атрофида айланишини таъминлайди.

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

### **Очилиш, ташқарига итариб чиқариш ва йўлдош туғилиш босқичларида туғишнинг бориши**

Биринчи босқичда ҳомила боши илгариланма ҳаракат қилади. Бу босқич анча вақтга чўзилади, бошланишида дард тутиши камроқ, 15–20 минутда кучсиз ва қисқа давом этади. Секин-аста тезлашади, кучаяди ва давомийлиги узаяди. Босқич охирига келиб дард тутиши ҳар 2–3 минут ичида кузатилиб, давомийлиги 60–80 секундга етади. Дард турли даражада оғриқ бўлиши билан характерланади. Бачадон бўғзининг текисланиб, очилиши қин текшириш усуллари билан аниқланади.

Бачадон бўғзи тўлиқ очилгандан сўнг ҳомиланинг бачадон ичидан ташқарига итариб чиқарилиши бошланади. Итариб чиқарувчи дард тутишига тезда кучаниш – қорин девори мускулларининг таранглашиши кўшилади. Ҳомиладор аёл нафасини ушлаб, қўл ва оёқлари билан маҳкам тиралиб, қорин девори мускуллари тарангланми, кучанади. Бу босқичда ҳомиладор аёл бор кучини

ишга солади. Бунда юзлари қизаради, лаблари кўкаради, териси тер билан қопланиб, бўйин веналари бўртади.

Дард ва кучаниш ҳисобига ҳомиланинг боши кичик тос тубига тушади. Ҳомила боши оралиқ соҳага етганда у бўртади, илгариланма ҳаракат натижасида ҳомила боши жинсий ёриқ орқали чиқа бошлайди, бу ҳолат ҳомила бошини ёриб чиқиши дейилади. Ҳомила бошининг дастлабки ҳаракати туфайли кучаниш жараёни тўхтаган бўлишига қарамай, ҳомила боши жинсий ёриқдан кўриниб туришига ҳомила боши ёриб чиқди, дейилади.

Биринчи навбатда энса қисми, кейин эса бошнинг тепа қисми, сўнгра пешона ва юз қисмлари ёриб чиқади. Бош қисми туғилгандан сўнг, юз қисми билан бош ва тана онанинг сон томонига буралади. Елкалар, тана ва оёқлар туғилади.

Учинчи босқич жуда қисқа давом этади. Бачадон туби киндик соҳасида бўлади. Дард тутган вақтда бачадон зичлашади, тор ва энсиз бўлиб қолади, туби эса пастга тушиб ўрта ўқ чизиғидан четлашади. Юқоридаги жараёнлар йўлдошнинг бачадон деворидан ажралганлиги ҳақида далолат беради. Йўлдош кин соҳасига яқинлашганда кучанишга хоҳиш туғилади, дард тутиши ҳисобига йўлдош туғилади.

### **Туғишни қабул қилиш**

Ҳомилани ташқарига итариш босқичида аёл туғиш кроватида, ўзига қулай ҳолатда чалқанчасига ётади. Қолган ҳолларда эса боши ва елкаси остига қўшимча ёстиклар қўйилади. Чақалоқ боши ёриб чиқиш босқичида доялик қўлланмаларини қўллашга тўғри келади. Бу қўлланмалар туғиш каналининг деворларини, оралиқ соҳа аъзоларини ва чақалоқни шикастланишдан сақлайди.

*Туғишни қабул қилиш қуйидаги кетма-кетликдан иборат.*

1. Чиқиб келаётган чақалоқ бошини бошқариш, бунда ўнг қўлнинг 3 та бармоғини юмшоқ томони билан чақалоқ бошига текказиб турилади, бу эса дард тутган пайтда бош ҳаракатини секинлаштириш ва унинг тез тўғриланишининг олдини олади. Дардлар орасидаги муҳлатда ўнг қўл бармоқлари қин ҳалқасининг ички ён девори тўқималарини чўзилишдан сақлайди, бу ҳолатга «тўқималар келишуви» номи берилган. Бунинг учун дардлар орасидаги муддатда диллиғ ва кичик лаблар секин-аста туғилаётган бошнинг энса қисмидан сидирилади, янги дард бошланганда

«тўқималар келишуви» бартараф бўлиб, яна тез ёриб чиқиш ва бошнинг барвақт тўғриланиши кечиктирилиши таъминланади, бу жуда муҳим ҳисобланади.

2. Бошни чиқариб олиш. Энга қисми туғилгандан сўнг унинг чуқурчаси қов битишмасига тиралади, шундан сўнг кучаниш тақиқланади. Қин ҳалқасининг ён томонларини аста-секин сидириш йўли билан бошнинг тана қисми чиқарилади. Кейин эса чап қўл билан бошни ушлаб оралиқ соҳа тўқималарини ундан сидириб тўғриланади. Секинлик билан бошни тўғрилаш натижасида бошланишида пешона, сўнгра юз қисми ва ияги кўринади. Агар оралиқ соҳанинг йиртилиш хавфи туғилса, у ҳолда қайчи ёрдамида кесиш керак.

3. Елка соҳасининг туғилиши. Туғилган чақалоқ бошининг юз қисми онасининг чап ёки ўнг сонига буралади. Агар бу жараён кечикса, у ҳолда икки қўлнинг кафт юзаларини чақалоқ қулоқлари устига қўйиб, олдин пастга тортиб олдинги елкалар қов битишмаси остига чиқариб келтирилгандан сўнг бошни юқорига тортиб пастки елкалар чиқариб олинади.

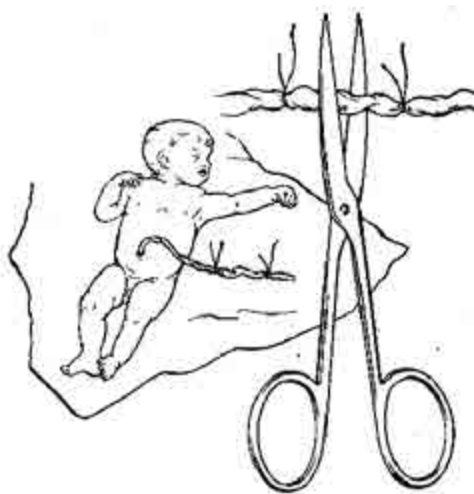
4. Тананинг туғилиши. Елкалар туғилгандан сўнг икки томондан икки қўллаб чақалоқнинг кўкрак қафасидан ушлаб юқорига тортилади, бунда ҳеч қандай қийинчиликсиз тананинг пастки қисми туғилади.

### **Чақалоқларни биринчи тиббий парваришлаш**

Туғилган чақалоқ стерилланган пахта ёки дока билан артилади, стерилланган резина мослама ёки электрсўргич ёрдамида оғиз ва бурунлари шилимшиқдан тозаланади. Соғлом ва ўз вақтида туғилган чақалоқлар нафас олади, баланд овоз билан қичқиради ва қўл оёқлари билан фаол ҳаракатлар қилади. Вояга етмай, эрта туғилган чақалоқларда бу белгилар анча суст ривожланган бўлади. Чақалоқларни бирламчи тиббий парваришлашдан олдин шифокорлар қўлларини тозалаб ювиб, спирт билан артиб, стерилланган резина қўлқоплар кийишлари шарт.

Чақалоқ қовоқлари алоҳида стерилланган пахта шарчалар билан ташқи қирғоғидан ички қирғоғига қараб артилади. Кўзнинг ўзига эса олдин пастки, кейин юқориги қовоқлар очилиб бир томчидан 30 % альбуцид эритмаси томизилади.

Киндик тизимчасига икки босқичда ишлов берилади. Унда томир уриши тўхтагандан сўнг киндик ҳалқасидан 10 см юқоридан биринчи ва 2 см қолдириб иккинчи Кохер қисқичи билан қисилади. Қисқичлар орасидаги қисмини 5 % йод эритмаси билан ишлов бергач, қайчи билан кесилади. Иккинчи босқичда қолган киндик тизимчасини стерилланган дока билан артиб, кўрсаткич ва катта бармоқ билан маҳкам сиқиб ушлаб, махсус стерилланган тамғаси бор қисқич ёрдамида киндик ҳалқасидан 0,5–0,7 см юқоридан тамғаланади. Тамға ўрнига ипакдан фойдаланилса ҳам бўлаверади. Ортиқча қисми кесиб ташланади ва йоднинг 5% ли эритмаси суртилиб, стерилланган докали боғлам қўйилади (29 - расм).



29 - расм.

Чақалоқ терисини стерилланган вазелинли ёғ шимдирилган пахта шарчалар билан суртиб тозаланади. Сўнгра вазни тортилади, бўйи ўлчанади, бош ўлчамлари аниқланади. Чақалоқни кийинтириб, йўргаклаб чойшабга ўралади.

### **Йўлдошнинг бачадон деворидан кўчганлигидан далолат берадиган белгилар**

Учинчи босқичда йўлдош кўчиши ва жинсий йўллар орқали ташқарига итарилиб чиқиши кузатилади. Бу босқич анча вақтгача чўзилади, яъни асоратсиз кечганда 1–2 соатга боради. 300 мл қон йўқотганда ва ҳомиладорнинг аҳволи оғирлашса, асоратли кечиш ҳисобланади. Шунинг учун йўлдош ажраганлигидан далолат Берадиган белгиларни аниқ билиш катта аҳамиятга эга. Улар қуйидагилардан иборат:

1) бачадон тубининг баландлиги ва шаклининг ўзгариши (Шредер белгиси). Йўлдош ажрагандан сўнг бачадон девори қалинлашади, тораяди, туби киндикдан юқорига кўтарилади ва ўрта ўқдан ўнгга оғади;

2) киндик тизимчаси ташқи кесилган қисмининг узайиши (Альфельд белгиси). Киндик тизимчасига боғланган ипак 10–12 см га пастга тушади;

3) қов битишмаси юқорисида қорин деворининг ташқарига бўртиб қолиши, бачадоннинг пастки қисмига ажралган йўлдош тушганда ҳосил бўлади;

4) ажралган йўлдош қинга тушганда дард тутиши ҳосил бўлади;

5) кучаниш вақтида киндик тизимининг узайиши кузатилади;

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

*Учинчи босқичда юз бериши мумкин бўлган асоратларга:*

– ажралган йўлдош чиқишининг кечикиши;

– бачадон деворидан йўлдош ажралиш жараёнининг бузилиши киради. Кўпинча, бачадоннинг қисқарувчанлик қобилияти сусайганда, пардаларда патологик ўзгаришлар пайдо бўлганда ва камдан-кам ҳолларда йўлдош бачадон деворига чуқур ўсиб кирганида кузатилади. Бунда қон кетиш каби асоратлар хавфи кучаяди.

Унинг сабабларига:

– туғиш йўли юмшоқ тўқималарининг йиртилиши;

– йўлдош бўлақларининг бачадон деворида қолиб кетиши;

– бачадоннинг гипо ва атонияси киради.

Туғиш йўли юмшоқ тўқималарининг йиртилиши туфайли қон кетганда, жароҳатлар тикилади. Йўлдош бўлақлари қолиб кетганда қон кетса, у ҳолда қўл ёрдамида бачадон деворидан ўша бўлақ олиб ташланади. Гипо ва атонияда ташқаридан ва ташқи-ички уқалаш усулларида фойдаланилади, бундан ташқари, бачадонни қисқартрувчи воситалар юборилади, қорин аортасини қўл билан босиш қўлланилади. Йўлдошнинг бачадон деворидан ажралиши бузилганда уни қўл билан ажратиб олиш усули қўлланилади.

Туғилган чақалоқ ҳолатини баҳолашда Апгар шкаласидан фойдаланилади.



## АПГАР ШКАЛАСИ

БЕЛГИЛАР	БАЛЛАР		
	0	1	2
<b>Юрак уриши</b>	<i>кузатилмайди</i>	<i>1 минутда 100 тадан кам</i>	<i>минутига 100–140</i>
<b>Нафас олиши</b>	<i>кузатилмайди</i>	<i>жуда суст, бир марта</i>	<i>яхши қичқиради</i>
<b>Терининг бўялиши</b>	<i>оқиш ёки кўкимтир</i>	<i>пушти, оёқ ва қўллари кўкимтир</i>	<i>пушти</i>
<b>Мускуллар фаоллиги</b>	<i>ҳаракат кузатилмайди</i>	<i>ҳаракатлар суст</i>	<i>фаол ҳаракатчан тонусли</i>
<b>Рефлектор қўзғалувчанлиги</b>	<i>оёқ панжаси ости қитиқланганда реакция кузатилмайди</i>	<i>реакциялар суст, ҳаракатлар пайдо бўлади</i>	<i>ҳаракатчан кучли қичқириқ</i>

Соғлом чақалоқларда баллар миқдори 7–10 га, кучсиз чақалоқларда 5–6 га, оғир ҳолатларда эса 1–4 га тенг бўлади. Чақалоқларни жонлантиришда, биринчи навбатда, нафас йўлларини шилимшиқлардан тозалаш керак. Киндик тизимчаси орқали калий хлориднинг 10% эритмасини 3 мл миқдорда юбориш керак. Самара кутилганидек бўлмаса, у ҳолда сунъий нафас аппаратига ўтказиш керак ва юракни билвосита йўл билан аста-секин уқалаш керак.

*Чақалоқ ва унинг онасини транспортировка қилиш*

Туғиш жараёнининг барча асоратли кечиш ҳолларида ҳомиладор аёл туғуруқхонага ётқизилиши шарт. Қолган ҳолларда шифонадан ташқарида ёрдам кўрсатиб, парвариш қилиш мумкин.

*Ҳомилани тос томони билан келиши ва қўл билан ёрдам кўрсатиши усули*

Тос томони билан келишида ҳомила тос томони билан туғиш каналига йўналиши тушунилади. У икки хил бўлади: думба ва оёқ томони билан келишга бўлинади. Бундай ҳолатларда туғиш 4 босқичда боради:

- 1) ҳомиланинг киндиккача туғилиши;
- 2) киндикдан куракларнинг пастки бурчагигача туғилиши;
- 3) қўлларнинг туғилиши;
- 4) бошнинг туғилиши.

Тос томони билан келишида Цовяновнинг кўл билан ёрдам бериш усули қўлланилади. Бу усул кўл ва оёқларнинг тўғри жойлашишига асосланган.

#### *Ҳомиланинг нотўғри ҳолати ва жойлашиши*

Бунга ҳомилани кўндаланг ва қийшиқ жойлашиши киради. Ҳомила бачадоннинг ўрта ўқиға нисбатан перпендикуляр жойлашган бўлса кўндаланг, агар ҳомила бу ўқ билан ўткир бурчак ҳосил қилса, у ҳолда қийшиқ жойлашган дейилади. Бу ҳолатларда она ва бола ҳаётига хавф солувчи асоратлар келиб чиқиши мумкин: сувнинг оқиб кетиши, ҳомила майда қисмларининг ажралиб чиқиши, бачадон ёрилиши ва ўлимга олиб келиши мумкин. Шунинг учун бу каби асоратлар юз бермаслиги мақсадида жарроҳлик усули (Кесар кесиш)дан фойдаланилади.

*Тор тос ҳақида тушунча, туғиш ва уни олиб бориш хусусиятлари*

Тор тос деганда соғлом ҳомила бошининг туғиш жараёнида тос суяги орқали ўтишида тос суяк склетининг торайиши туфайли механик қаршиликка дуч келиши тушунилади. Бу каби қаршиликлар турлича ривожланган бўлади. Тос унчалик тораймаган ҳолларда туғиш жараёни асоратсиз тугаши мумкин. Кескин торайган тос туғиш жараёнининг амалга ошишига бутунлай тўсқинлик қилади.

Ўлчами бўйича тос торайишининг 4 та даражаси: I, II, III, IV фарқланади.

Шакли бўйича:

- 1) умумий бир текис торайган;
- 2) оддий ясси торайган;
- 3) ясси рахитик торайган;
- 4) умумий торайган.

III ва IV даражали торайишда соғлом тирик ҳомилани туғиш имкони умуман йўқ. Сувнинг оқиб кетиши, ҳомила майда қисмларини тушиб қолиши ва туғиш кучининг аномалияси каби асоратлар кузатилади. Кўпинча, ҳомила ҳаётига асфиксия, бачадон-йўлдош системасида қон айланишининг бузилиши каби асоратлар билан хавф солади. Ҳозирги вақтда жарроҳлик усуллари қўлланилади.

### **Кесар кесиш**

Операцияга мутлақ ва нисбий кўрсатмалар мавжуд.

*Мутлақ кўрсатмаларга қуйидагилар киради:*

- 1) мутлақ тор тос;
- 2) ўсма ҳисобига кескин торайган тос;
- 3) синиш ва силжиш ҳисобига тос деформацияланиши;
- 4) қиннинг кескин стенози (торайиши);
- 5) йўлдошнинг тўлиқ нотўғри жойлашиши;
- 6) йўлдошнинг барвақт жойидан кўчиши.

*Нисбий кўрсатмаларга қуйидагилар киради:*

- 1) йўлдош операциялар;
- 2) йўлдошнинг қисман нотўғри жойлашиши;
- 3) юрак-томир касалликлари;
- 4) оғир шаклдаги хафақонлик касаллиги;
- 5) ҳомиланинг кўндаланг жойлашиши;
- 6) ҳомила боши ва танасининг нотўғри жойлашиши.

*Туғишда бачадоннинг қисқарувчанлик фаолияти патологияси*

Нормада туғиш жараёнида бачадон қисқариши тўлқин кўринишида унинг бурчагидан танасига ва пастки қисмига тарқалади. Бачадон функционал ҳолатининг энг муҳим кўрсаткичларига унинг тонуси ва қўзғатувчанлиги киради. Шунга боғлиқ равишда унинг силлиқ мускуллари хоссалари туғиш фаолиятининг аномалиясида кузатилади, гипо, норма ва гипертонусларга бўлинади.

*Туғиш фаолиятининг уч хил аномалияси кузатилади:*

- 1) туғиш фаолиятининг сусайиши;
- 2) дискординацияланган туғиш фаолияти;
- 3) жуда кучли туғиш фаолияти.

### **ФАВҚУЛОДДА ҲОЛАТЛАР (ЕР ҚИМИРЛАШИ, СУВ ТОШҚИНИ, ЎПИРИЛИШ ВА БОСИБ ҚОЛИШ)ДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КўРСАТИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Кўп инсонларнинг ўлимида асосий сабаблардан бири табиий офатлар ҳисобланади. Ҳозирги кунларда у ёки бу табиий офатларнинг қачон бўлишини башорат қилиш мумкин эмас, аммо хавфи юқори бўлган минтақаларни билиш мумкин. Зилзила ва ёғингарчилик хавфи юқори бўлган минтақалар мавжуддир. Ер қимирлаши натижасида катта иссиқлик узатувчи тармоқлар, коллекторлар, электростанциялар ва бошқаларнинг ишдан чиқиши ҳамда хавфли ёнғинларнинг содир бўлиши оғир куйиш ва захарланишларга ҳам олиб келади.

Ер қимирлаши қишлоқ аҳолисига нисбатан шаҳар аҳолисига ва турар жойларга катта талафот етказиши мумкин. Табiiй офат бўлган минтақаларда индустриал объектлар қанча кўп бўлса, хавф шунча юқори ва вужудга келган ҳолат мураккаб бўлади.

Зилзила вақтида юзага келадиган жароҳат шикастлантирувчи агентнинг таъсир қилиш тезлигига, кучига, давомийлигига ва таъсир қилиш жойига ва жароҳатланганнинг ёшига боғлиқ бўлади. Шикастланишнинг жароҳатланиш механизмига қараб қуйидаги турлари кузатилади: зарбали, компрессион ва аралаш.

Зарбали шикастланиш таъсирида унинг таъсир кучига боғлиқ бўлган ҳар хил оғирликдаги – мия чайқалишидан тортиб, бош миянинг оғир жароҳатланишигача бўлиши мумкин. Жароҳат олгандан сўнг эс-ҳуш ва хотирани йўқотиш ҳолатлари кузатилган. Зарба теккан жойда юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши, ҳар хил синишлар ҳам аниқланиши мумкин.

Компрессион (босиб қолиш) механизми таъсирида (бино ва қурилиш бўлаклари ва бошқа жиҳозлар билан кўп кузатилган) жароҳатловчи куч катта бўлмайди. Бунда кам ҳолларда суякларнинг синиши ва деформацияга учраши аниқланиши мумкин.

Аралаш механизмли шикастланишда эса таянч-ҳаракат органлари, бош суяги, мия тўқимасининг жароҳатланиши билан бирга тана соҳаларининг юк таъсирида эзилиши ҳам кузатилади.

*Бош суяги ва миянинг шикастланиши.* Бош суягининг жароҳати коммоцион-контузион синдром кўринишида организмнинг ўзига хос хусусияти билан характерланади. Бош суягининг жароҳати юмшоқ тўқималарда гематомаларнинг пайдо бўлиши, улар бутунлигининг бузилиши (ёрилишлар), бош суягининг синиши ҳамда мия шикастланишлари билан кечади.

Бош суягининг шикастланиши очик ва ёпиқ характерда бўлиши мумкин.

Бош соҳасининг ёпиқ шикастланишида юмшоқ тўқималарнинг анатомик бутунлиги бузилмайди. Тери ости томирларининг шикастланиши туфайли гематома ҳосил бўлади ва бош соҳасида турли ўлчамли шиш (ғурра) пайдо бўлади.

Шикастланган соҳа оғриқ, қизариш, кейинчалик эса кўкариш кузатилиши мумкин. Очик шикастланиш ҳолатларида эса тўқималар анатомик бутунлиги бузилиши туфайли жароҳатлар пайдо бўлади ва жароҳатларга хос бўлган белгилар кузатилади.

Бош суяги шикастланишида 8–15% ҳолатларда бош мия функциясининг бузилишлари қайд этилади. Ёпиқ шикастланишлар очик шикастланишларга қараганда 3 марта кўпроқ учрайди.

Жароҳатланганни текшираётганда бош суяги жароҳатининг бор ёки йўқлиги, яранинг чуқурлиги, миянинг шикастланишини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Тери бутунлиги, яралар, гематомалар ёки бош суяги эзилишини аниқлашга эътибор бериш керак. Бош суяги апоневрози яралари, одатда, тери ва тери ости қавати яраларига қараганда кўпроқ очик бўлади. Жароҳат чуқурлигини аниқлашда ундан чиқаётган ажралмалар характерига ҳам эътибор берилади. Жароҳатдан оқаётган қон ҳажми бош суякларининг шикастланган ёки шикастланмаганлигидан далолат бериши мумкин. Чунки бош суяклари шикастланганда мия томирлари ва қаватларидан қон кўп кетади.

Жароҳат ажралмасида орқа мия суюқлигининг ёки мия тўқимаси бўлақларини, бўлиши жароҳат мия тўқималарига ўтганлигидан далолат беради.

Кўз қовоғининг «кўзойнак» кўринишидаги қонталашуви бош суяги асоси олдинги соҳасининг синиши белгисидир, кулоқлардан қон кетиши эса бош суяги асоси ўрта қисмининг синганлигини кўрсатади.

Бош мия жароҳатида мия шикастланишининг асосий уч тури фарқланади: мия чайқалиши, лат ейиши ва эзилиши

*Миянинг чайқалиши.* Миянинг чайқалиши механик кучнинг тез ва кучли таъсиридан келиб чиқади. Клиник кечувига қараб мия чайқалишининг енгил, ўртача ва оғир даражалари тафовут қилинади.

Енгил даражали мия чайқалишида қисқа муддатли хушни йўқотиш, баъзан бош айланиши, кулоқлар шанғиллаши, кўз олди қоронғилашиши, бош оғриши, тери оқариши, кўнгил айниши ёки қусиш рўй беради. Шикастланганда ретроград амнезия (жароҳат олишдан олдинги воқеликни эсдан чиқариш) ҳолати кузатилади. Юқорида қайд қилинган белгилар мия чайқалишининг бу оғирлик даражасида 5–7 кундан сўнг аста-секин йўқолади.

Ўрта даражали мия чайқалишида бир неча соат давомида хушни йўқотиш, адинамия, руҳий кўзғалиш, қусиш, рефлексларнинг пасайиши, нистагм, кўз қорачиғининг торайиши, пульснинг сустлашуви, нафас олишнинг тезлашиши кузатилади.

Оғир даражали мия чайқалишида ҳушни узоқ муддатга (бир неча соатдан кунгача) йўқотиш билан характерланади. Бунда нафас олишнинг юзакиланиши, пульснинг сустлиги ва кучсизлиги, тери қопламларининг оқариши, рефлексларнинг йўқолиши, кўз қорачиғининг ёруғликка бўлган реакциясининг йўқолиши, сийдик ва нажаснинг ихтиёрсиз ажралиши юз беради.

Бунинг ҳаммаси кома ва ўлим билан тугаши мумкин.

Мияси чайқалган беморлар фақат ётишлари шарт. Енгил чайқалишда уч ҳафтагача, оғирроқ чайқалишларда бир ойдан икки ойгача.

*Миянинг лат ейиши.* Мия лат ейиши деб, мия моддасининг шикастланиши тушунилади. Оғир жароҳатларда бу шикастланиш физик куч таъсирининг қарама-қарши томонида жойлашган бўлади.

Мия лат еганида мия функциясининг бузилиши ҳам характерлидир, ҳамда бу ҳолат жароҳатдан сўнг бирдан ривожланади. Оёқ ёки қўлнинг (моноплегия) ёки гавда ярми мушакларининг (гемиплегия) фалажланиши кузатилади, овоз йўқолади (афазия), юз нервларининг шикастланиши туфайли юз қийшайиши (ассиметрия) ва кўришнинг ёмонлашуви юз беради. Тана ҳарорати  $40^{\circ}\text{C}$  гача кескин кўтарилиши мумкин. Сийдикнинг суткалик миқдори ошади, ундаги қанд миқдори кўпаяди.

4–5 ҳафта давомида комплекс даволаш тадбирлари қўлланилади. Бунда асосий эътибор нафас олиш ва қон томир тизимларининг фаолиятини яхшилаш, кейинчалик эса неврологик ўзгаришларни йўқотишга қаратилади.

*Миянинг эзилиши.* Мия эзилиши бош суяги ичидаги томирлардан қон кетиши ёки суяклар синиши натижасида рўй беради.

Қон тўпланиши (гематома) мия қаттиқ пўстлоғи устида (эпидураль гематома) ҳамда мия тўқимаси ичида (мия ичи гематомаси) ҳосил бўлади.

Мия эзилишининг илк белгилари: эс-ҳушнинг йўқолмасдан тормозланиши, бош оғриши ҳисобланади. Кўз қорачиғининг қон қуйилган томонда кенгайиши кузатилади. Кейинчалик эса беморнинг ташқи муҳитга реакцияси йўқолади, ҳушидан кетади, пульс секинлашади, минутига 40–50 гача камади. Нафас олиш ёмонлашади, шовқинли ва нотекис бўлиб қолади.

Бош мияга қон кетиши натижасида эзилиш белгилари бирданига рўй бермасдан бир неча вақтдан сўнг намоён бўлади, шунинг учун

ҳам шикастланганлар врачларнинг қатъий назоратида бўлмоғи лозим.

Бош суяги ва мия жароҳатларида врачгача бўлган ёрдам шикастланганларга осойишталикни таъминлаш, бош соҳасини иммобилизация қилиш, нафас олишни яхшилаш, яъни ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатларнинг олдини олишдан иборат бўлади. Бош миянинг ёпиқ жароҳатларини даволаш беморга мутлақ осойишталик яратишдан бошланиши керак. Уларни транспортировка қилиш боши бир оз кўтарилган, ётган ҳолда бажарилиши лозим. Бемор ҳушсиз бўлганлиги туфайли, қусуқнинг нафас йўлига тикилиши, тилнинг тушиб қолишига қарши чоралар кўрилади. Бошни ён томонга эгиб, оғиз бўшлиғига ҳаво ўтказувчи найча қўйиш лозим. Баъзан транспортировка қилишда кислород билан нафас олдириш ва юрак-томир воситаларидан бериш лозим бўлади.

Оғир беморни транспортировка қилишда махсус тахта, замбил ёки ғилдиракли замбил ишлатилади. Бемор солинган замбил икки ёки тўрт киши ёрдамида чайқатмасдан кўтарилади. Шикастланганларни юқори қаватларга кўтаришда бошини олдинги томонга ва оёқ томонини горизонтал ҳолатгача кўтарган ҳолда чиқариш лозим. Беморни замбилдан тўшакка ўтказишда замбилни каравот сатҳида ушлаш ва 3 киши замбил билан каравот орасида беморга қараган ҳолда туриши лозим. Бунда бир киши бемор боши ва кўкрагини, иккинчи киши бели ва сонини, учинчиси эса болдирини ушлаши керак.

Фавқулодда ҳолатларда бош суяги ва мия шикастланишлари билан бир қаторда бел суяқларининг, жумладан, умуртқа поғонаси, юз суяқлари (юқори ва пастки жағ суяқлари, бурун суяқларининг) синишилари ҳам кузатилиши мумкин. Бу шикастланишлар бош ва юз соҳасининг ҳамда тана бошқа соҳалари юмшоқ тўқималарининг ҳам жароҳатланиши ва турли катталиқдаги яраларнинг пайдо бўлиши билан рўй беради.

*Узоқ эзилиш синдроми.* Узоқ эзилиш синдроми (Краш синдроми) кўплаб юмшоқ тўқималарнинг узоқ вақт юк таъсирида эзилиши натижасида келиб чиқади. Унинг умумий ва маҳаллий белгилари бор. Умумий белгилар шок, ўткир буйрак етишмовчилиги ва миоглобинуриядан (сийдик орқали миоглобулин моддасининг чиқиши) иборат бўлиб, асосий белгилар ҳисобланади ва касаллик оқибатини аниқлайди.

Узоқ эзилиш синдроми жанговар ҳолатларда, зилзила ва бинолар кулаши пайтида, шахта ва конлар босиб қолиши ва бошқа ҳолатларда учрайди. Масалан, Ашхободдаги ер қимирлаши пайтида шикастланганларнинг 3,5% да бу синдром кузатилган. Хиросимадаги атом бомбаси портлаши оқибатида эса 20% кишиларда бу ҳолат аниқланган.

Узоқ эзилиш синдроми уч даврда кечади: эрта, ўрта ва кеч даврлар.

*Эрта даврда* (2–3 кун давом этади) босиб турган оғирликдан халос этилганларда умумий ва маҳаллий белгилар эрта (бир неча ўн минут ёки бир неча соат ўтгач) кўзга ташланади. Маҳаллий белгилар эзилган жойнинг тез шишиши, терининг кўқариши ва совиши билан намоён бўлади. Кейинчалик эса терида пуфакчалар ҳосил бўлиб, пуфак ичида қонталашган суюқлик кўринади. Ана шу даврда ривожлана бошлайдиган гемодинамик ўзгаришлар (қон босимининг пасайиши, юрак уришининг тезлашуви ва б.) бошланғич давр учун хос бўлган умумий белгилардир. Узоқ вақт давомида эзилиб ётган одам (1–2 сутка), кўпинча, қутқариб олинганидан сўнг бир неча соат ичида ҳаётдан кўз юмади.

Баъзан битта оёқ ёки қўл босилиб қолиши мумкин. Қутқариб олингандан сўнг қўл ёки оёқ оқарган, соғига нисбатан совуқроқ, бармоқ учлари кўқарган бўлади. Суяклар, кўпинча, зарарланмайди. Сезиш ҳисси йўқолади. Томир уриши аниқланмайди. Бир неча кун ичида эзилган қўл ва оёқлар шишиб, икки-уч баробар катталашиб кетади.

*Иккинчи ўрта давр* (3 кундан 10–12 кунгача). Бунда кўз оқининг сарғайиши, томир уришининг тезлашуви, қон босимининг тобора пасайиши, плазма йўқотилиши, қоннинг қуюлиши ва ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Ўткир буйрак етишмовчилиги дастлабки соат ва кунлардан кузатилиб, бу вақт миоглобулинурия туфайли сийдик кўнғир рангга киради. Кейинчалик буйракнинг сийдик чиқариш фаолияти бузилиб, қонда азот миқдори ошиб кетади.

Бу даврда ҳам бемор дармони қурийди, қусади, оғир ҳолларда 3–7 кунга келиб ҳушдан кетади. Оғир захарланиш оқибатида келиб чиқадиган юрак етишмовчилигидан ўлим содир бўлади.

*Учинчи кечки давр.* Касаллик унчалик оғир кечмаганида иккинчи ҳафта охиридан то 3 ойгача давом этади. Бунда буйрак



фаолияти аста-секинлик билан тикланиб, сийдикда цилиндр, оқсил, эритроцитлар йўқолиб боради.

Юмшоқ тўқималарнинг эзилиш ҳажми ва давомийлигига қараб бу синдромнинг енгил, ўртача оғирликдаги, оғир ва ўта оғир даражалари ёки кечиш турлари фарқланади.

*Енгил даражаси* ёки турида юмшоқ тўқималар кам муддат (4 соатгача) оғирлик остида эзилади: бунда буйрак фаолияти сал бузилиб, бир неча кун ичида бемор соғайиб кетади.

*Ўртача оғирлик даражаси* ёки турида юмшоқ тўқималар оғирлик остида 6 соатгача қолиб кетганда кузатилиб, бир неча кун мобайнида сийдик миоглобин ҳисобига ранги ўзгаради. Бемор камҳаракат бўлиб қолади, кўнгли айнийди, заҳарланиш белгилари пайдо бўлади, қон зардобида мочевина ва креатинин миқдори ошади.

*Оғир даражаси* ёки турида (юк остида 6–8 соат қолиб кетганда) шок билан ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари: кўнгил айниши, қусиш, ҳушдан кетиш кузатилади. сийдикда оқсиллар, хилма-хил цилиндрлар миқдори ошиб кетади. Қонда эса азот миқдори кўтарилади. Буйрак мутлақо сийдик ажратмай қўяди.

*Ўта оғир даражаси* ёки тури 6–8 соатдан зиёдроқ юк остида қолиб кетганда кузатилиб, кучли шок, қонда азот миқдорининг кўтарилиши, буйрак сийдик ажратмай қўйиши билан характерланади. Жабрланганлар бир-икки кун ичида ўладилар.

Жабрланганларга биринчи тиббий ёрдам воқеа содир бўлган жойда кўрсатилади. Эзилган соҳа босиб турувчи юкдан халос этмасдан туриб ёки халос этилгандан сўнг тезда шикастланган соҳадан юқорироққа жгут қўйилади. Эзилган соҳа боғлов материаллари билан қаттиқ боғланади ва бу соҳанинг иммобилизацияси амалга оширилади. Шикастланган соҳа иложи бориша совитилади. Жабрланганлар транспортировкаси шошилиш равишида амалга оширилади.

Зилзиладан сўнг талафот кўрганларнинг 1/3 қисмида эзилиш синдромининг оғир турларини учратиш мумкин. Бунда шикастланганларнинг 1/3 қисмида бу синдромнинг намоён бўлиши минимал бўлади.

Арманистондаги зилзила пайтида кузатилган узоқ эзилиш ҳолатлари одатдаги ана шундай ҳоллардан фарқ қилмади. Биринчи кунлардаёқ жабр кўрганларда эзилган тўқималар ва аутолиз маҳсу-

лотлари қонга сўрилиши натижасида организмнинг жароҳатдан кейинги заҳарланиш белгилари юзага келди.

*Портлаш тўлқини таъсирида ички аъзоларда келиб чиқадиган ўзгаришлар.* Портлаш таъсирида киши организмда ўзига хос бузилишлар кузатилади. Бу бузилишлар «контузия» ёки «караҳтлик» ибораси билан юритилади.

Портлаш натижасида ҳаво сиқилиб, атмосфера босими ошиб кетиши ва портлаш юз берган соҳа ташқарисида эса босимнинг, аксинча, камайиб кетиши содир бўлади. Ҳаво босимининг бундай ўзгариши инсон организмга жароҳатловчи таъсир кўрсатади. Биринчи навбатда, портлаш қулоққа таъсир этиб, қулоқ пардасини ёриши, ўрта ва ички қулоқни шикастлантириши мумкин. Портлаш вақтида чиқувчи кучли товуш импульслари кўп ҳолларда миянинг акустик соҳаларига таъсир этиб, кар бўлиб қолишга, ҳаводаги босимнинг кескин ўзгариши – ички аъзоларни зарарлантиришга, портлаш тўлқини эса одамни улоқтириб юбориб, турли механик жароҳатлар олишга сабаб бўлади.

Портлаш тўлқини таъсирида нерв тизимига оид шикастланишлар энг кўп учрайди. Кўплаб жабрланганлар хушдан кетадилар: баъзилари дарров ўзига келса, бошқалари анчагача беҳуш бўлиб ётадилар. Контузияга учраганларнинг кўпчилиги ҳушига келганидан сўнг ҳам эшитиш, гапириш, ҳидлаш, таъм билиш ва кўриш аъзолари фаолияти тикланмаслиги мумкин. Бу ҳолат узоқ давом этади ва яхшилаб даволанишдан сўнг кўпчилик ҳолларда бемор соғайиб кетади. Агар жароҳат оғир бўлса, контузияга учраган одам ҳушига келганидан кейин ҳам гаплашмайди, вақтни фарқламайди, атрофдагиларга бефарқ бўлади. Кучли шикастланганларда умуртқа ва мия асосий артериясида қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ ҳолат кузатилиб, ютишнинг қийинлашуви, нутқнинг бузилиши, юрак фаолиятининг издан чиқиши белгилари ва аритмияда ўз ифодасини топади.

Портлаш тўлқини таъсирида бош зарарланиб, қўл ва оёқлар шол бўлиб қолиши мумкин. Шу билан бир қаторда у ёки бу даражада вазомотор бузилишлар: кафт ва оёқ таги кўқариши, юзнинг оқариши ва қизариши, қўл-оёқларнинг совиши, терлашнинг кучайиши кузатилади.

Портлаш тўлқини таъсирида ўпкада ҳам қатор ўзгаришлар келиб чиқиши аниқланган. Бунда беморнинг ҳансираши, йўталиши, ўпкага

қон қуйилиши натижасида қон аралаш тупуриш кузатилади. Юрак-томир тизимида пульснинг секинлашуви ва ўта ўзгарувчанлиги кузатилади.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари фаолиятининг бузилиши жароҳатланишдан кейинги дастлабки соатларда кўнгил айниши, баъзан қусиш, ич кетиши ва ел ушлай олмаслик каби белгиларда сезилади. Портлаш тўлқинининг меъда-ичак аъзоларига яна бир таъсири, меъда яраси билан оғриганларда меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг янги яралари пайдо бўлади.

Контузия бўлганларда, баъзан узоқ вақт (хафта, ойлаб) қарахтлиқ, паришонхотирлик, тушқунлик давом этади. Ҳаракат аста-секин тикланса-да, нутқ ва эшитишнинг издан чиқиши анчагача сақланади.

Уйқу бузилиши ҳолати бунда ўзига хос тарзда намоён бўлади. Бедорлик ва уйқу орасидаги чегара йўқолиб, ҳар иккаласидан бемор қоникмайди.

Портлаш тўлқини таъсирида қон босими ошганлар кейинчалик (7–8 ой) шу дардга (гипертония) мубтало бўладилар. Бош оғриғи, бош айланиши, қулоқ шанғиллаши, уйқусизлик каби церебрал ҳолатлар кўпчиликда узоқ вақт сақланиб қолади.

Контузияга учраганлар касалхоналарда узоқ вақт даволанадилар.

**Чўкишда кўрсатиладиган биринчи тиббий ёрдам.** Сув тошқинлари, сел олиб кетиши ҳоллари ҳам фавқулодда ҳолатлар қаторига киради. Бунда чўкиш ҳоллари кўп учрайди. Шунинг учун чўкаётганларни қутқариш ва уларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш муҳим аҳамият касб этади.

Инсон сув остига тушиб қолганда кучли ҳаракатланиш ҳолатига келади. У сув юзасига чиқишга ва туришга интилади, тез-тез мослашмаган ҳаракатлар қилади. Чўкиш вақтида чўқувчи нафас ушлаб, сув юзасига чиқади ва ҳаво олиб, яна сувга ботади.

Маромсиз нафас олиш ва нафасни тутиб туриш қонда карбонат ангидриди тўпланиб қолишига сабаб бўлади. Бу ўз навбатида беихтиёр нафас олишга олиб келади. Бу вақтда сув кўп миқдорда трахея, бронх ва альвеолаларга тушади. Сув остида мунтазам нафас олиш бир неча секундгача давом этади. Сўнгра бир минутгача иккиламчи нафас тўхташи, кейин эса агонал нафас бўлади.

Юрак фаолиятининг тўхташи чўкишда қоринчалар фибриляцияси натижасида келиб чиқади. Чучук сувга чўкиш вақтида ўпка

орқали қонга кўп миқдорда суюқлик тушиб, қоннинг суюқланишига, эритроцитлар гемолизига ва ионлар тенглиги бузилишига олиб келади. Бу омиллар гипоксия шароитида қоринчалар фибриляциясини келтириб чиқаради. Юрак фаолияти нафас олишдан аввалроқ тўхтаб қолади.

Денгиз сувида чўкиш вақтида сув ўзининг гипертониклиги натижасида ўпкадан қонга ўтмайди, лекин таркибидаги туз моддалари қонга ўтади, қондан ўпкага эса плазма оқсиллари ўтиши кузатилади. Юрак фаолияти нафас олишдан анча кейин тўхтайди. Сув остида 3 минутдан 30 минутга қадар бўлган одамни қайтадан тирилтириш мумкин. Бу вақт ўлимнинг турига, сув ҳароратига, чўкиш вақтидаги марказий нерв тизимининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Чўкканларга биринчи тиббий ёрдам беришга кириша туриб, чўкувчининг ҳушидан кетган-кетмаганлиги, юрак фаолияти ва нафас олишини аниқлаш керак. Ёрдам кўрсатиш ходиса юз берган жойдан бошланиб, йўлда давом эттирилади. Касални фақат терминал ҳолатдан чиқарилгандан кейингина транспортировка қилиш мумкин.

Агар чўкувчи ҳушидан кетмаган бўлса, тинчлантириб, ҳўл кийимлар ечилади ва иситилиб, чой, кофе, спирт ёки валериана тиндирмаси берилади. Бундай шахсни касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқдир.

Чўкувчи сувдан ҳушсиз, лекин юрак фаолияти ва нафаси сақланган ҳолда олиб чиқилса, унга навшадил спирти ҳидлатилиб, бадани иситилади. Агар зарурат бўлса юрак ва нафас фаолиятини яхшиловчи дори-дармонлар қилинади ва энг яқин даволаш муассасасига жўнатилади.

Ўлим ҳолатидаги чўкканларнинг, аввало, нафас йўллари ёт жисмлар, сув ва шилимшиқ моддалардан тозаланиб, сунъий нафас олдирилади ва юрак массажи ўтказилади. Агар ёт жисмлар чўкувчининг оғиз бўшлиғида бўлса, улар қўл билан олиб ташланади. Кўрсаткич бармоқ томоққа киритилиб, нафас йўли очик ёки ёпиклиги текшириб кўрилади. Жағлар бир-бирига қаттиқ қисилиб қолган бўлса, нафас олдириш оғиздан-бурунга қилинади. Ҳаво бурун орқали ўтмаса, оғиз тезда очилиши керак. Оғиз очувчи асбоб бўлмаса, оғизни ҳар қандай юпка металлда очиш ва уни очик ҳолда бирон-бир буюм билан ушлаб туриш мумкин. Нафас йўллари,

ошқозондан суюқлик ва кўпикларни чиқариб юбориш учун чўкувчи қорнига ётқизилиб, сонидан кўтарилади ва қорни билан қутқарувчининг тиззасига ётқизилади. Чап кўл билан чўкувчининг орқасига босилади. Нафас йўллари ва ошқозоннинг бу йўл билан бутунлай тозаланиши қийиндир. Ларингоскоп ёрдамида трахеяни интубация қилиш – нафас йўлини тозалашнинг ишончли усуллари-дан биридир.

Трахеяга киргизилган интубацион найча орқали юқори нафас йўллари-дан сув ва кўпикларни тортиб олиш мумкин.

Қон айланишини тиклаш юракни ёпиқ массаж қилиш билан бошланади. Бу муолажа чўкувчи сувдан чиқариб олинishi ва сунъий нафас олдириш билан бир вақтда амалга оширилади.

Шундай қилиб, чўкиш вақтида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлиги ўз вақтида тез ва тўғри ўтказилган, шунингдек, марказий нерв тизими функцияси, нафас ҳамда юрак фаолиятини тиклашга қаратилган муолажалар мажмуасига боғлиқдир.

Кўп катастрофалар вақтида (зилзила, сув босиши) шикастланганларда типик, ўзига хос шикастланишларнинг бирга келиши, бир қанча синдромларнинг ривожланишига олиб келади ва инсонларнинг кўп ўлимига сабаб бўлади. Жаҳоннинг турли мамлакатларида бўлиб ўтган юзлаб зилзилаларнинг тиббий оқибатлари таҳлили ўлганларнинг оғир жароҳат олганларга нисбати 1:3 эканлигини кўрсатади. Агар ўз вақтида биринчи тиббий ёрдам кўрсатилмаса, бу нисбат ўлганлар ҳисобига яна ҳам ошиши мумкин.

Фавқулодда ҳолатларда тиббий ёрдам кўрсатиш якка шикастланганларга ёрдам кўрсатишдан анча фарқ қилади. Уларнинг пировард мақсади умумий бўлгани билан, тиббий ёрдам кўрсатиш характери турличадир. Бунда тиббий ёрдам биринчи навбатда, тирик қолиш эҳтимоллиги юқори бўлган шикастланган шахсларга кўрсатилиши ҳамда иложи борича шикастланганларнинг кўп миқдорини қамраб олиши керак.

Шифохонагача бўлган (табiiй офат жойида ва транспортировка вақтида) ва шифохона (шикастланганлар олиб борилган шифо маскани) босқичларида нафақат жароҳатни даволаш, балки организм асосий фаолиятини омиллаб берувчи органлар функциясини тиклаб, жабрланганларнинг ҳаётдан кўз юммаслигини таъминлаш муҳим аҳамиятга эгадир.

Шикастланганларни босиб қолган жойлардан ёки ёнғин ўчоғидан олиб чиқиш ёрдам кўрсатишнинг биринчи воситаси ҳисобланади. Бундай ёрдам кўрсатишда шошилиш керак эмас, чунки шикастланганга кўшимча жароҳат етказилиши мумкин. Одамларни босиб қолган бинолардан чиқариб олишда, бу ҳаракатлар бино бўлаклари остида қолган шахсларда эзилишнинг кучайишига ёки ўтиш йўллари тўсиб қўймаслигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Босиб қолиш ҳолатларида, кўпинча, тана соҳаларининг турли жисмлар (сим, труба, арматура ва бошқа жисмлар) билан жароҳатланиши кузатилади. Бундай ҳолатларда ёт жисмларни танадан чиқариб олиш керак эмас, чунки кучли қон кетиши мумкин. Шунинг учун шикастланганларни ёт жисмлар билан транспортировка қилиш ёки бу жисмларни арралаб ёки автоген билан кесиб ташлаш керак.

Босиб қолган жойлардан чиқариб олишдан олдин наркотик дармонлардан фойдаланиб оғриқ қолдириш, шикастланган оёқ-қўлларни иммобилизация қилиш керак бўлади. Худди шундай ёрдам кўйиш ҳолатларида ҳам қўлланилади. Айрим ҳолларда босиб қолган жойлардан оёқ-қўлларни ажратиб олиш имконияти бўлмаса, кесиш (ампутация) масалаларини ҳал қилишга тўғри келади. Юк остида қолган оёқ-қўлларни чиқариб олишдан аввал эзилган соҳадан юқори-роққа жгут кўйиш керак. Кўпгина шикастланганларга, яъни босқин остида оёқ-қўллари босилиб турган, аммо қорин бўшлиғи шикастланиш белгилари сезилмаган шахсларга оғиз орқали суюқлик ёки глюкоза, лимон кислотасининг калийли эритмаларини юбориш мумкин.

Кўп ҳолларда биринчи тиббиёт ёрдам фавқулодда ҳолатларда қутулиб қолганлар томонидан ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам кўринишида амалга оширилади, чунки ҳар доим ҳам тиббиёт ходимлари етарли бўлмайди. Бунга эса фақат аҳоли ва янғидан ташкил қилинаётган қутқарув гуруҳларини жойларда, аввалдан инсон ҳаётини сақлаб қолиш бўйича биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш чора-тадбирларига доимий ўқитиш билангина эришиш мумкин. Бу дастур 6 та асосий элементдан иборат:

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

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

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

4) кома ҳолатига тушган беморларга зарур бўлган ҳолатни бериш;

5) шок ҳолати кузатилган беморларга зарур бўлган ҳолатни бериш;

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

Кейинги босқич шикастланганни хавфсиз жойга олиб чиқиш, саралашни ўтказиш, эвакуацияга тайёрлаш ва даволаш масканига транспортировка қилишдан иборат. Арманистонда бўлиб ўтган ер қимирлаши оқибатлари бўйича халқаро тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, агар оғир жароҳатланганларнинг транспортировкаси тайёргарликсиз, яъни иммобилизациясиз ва оғриқсизлантирмасдан амалга оширилса ҳамда транспортировка учун мосланмаган (шахсий автомобилларда) воситаларда олиб борилса, шикастланганларнинг аксарияти йўлнинг ўзида жуда оғир ва терминал ҳолатга тушадилар ёки дунёдан кўз юмадилар. Шунинг учун ҳам шикастланганларнинг вақтинча тўпланиш жойида жароҳат оғирлик даражасини асбоб-анжом ташхиси талаб қилмайдиган элементар белгилар (бемор хушидами ёки йўқми, нафас олиш характери, асосий ва периферик томирлардаги пульс) орқали баҳолаш, жароҳатнинг танада жойлашуви ҳамда характерини аниқлаш ва энг яқин шифо масканига эвакуация қилиш учун тайёргарлик кўриш катта аҳамиятга эга.

Шикастланганлар ҳолати ва жароҳат оғирлик даражасига қараб тўрт гуруҳга ажратилади.

Биринчи гуруҳга кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик муолажасига муҳтож бўлган, оғир ҳолатдаги беморлар киради. Бу гуруҳ умумий шикастланганларнинг 20% ни ташкил қилади.

Иккинчи гуруҳга ҳолати ўртача оғирликдаги беморлар кириб, ёрдамни 6–8 соатга кечиктириш мумкин. Бу гуруҳ умумий шикастланганларнинг 20% ни ташкил қилади.

Учинчи гуруҳдагилар ҳолати енгил беморлар бўлиб, амбулатория ёрдами билан чегараланиш мумкин. Улар умумий шикастланганларнинг 40% ни ташкил қилади.

Тўртинчи гуруҳ – ҳолати жуда оғир, азият чекишини енгиллаштиришга муҳтож беморлар. Улар умумий шикастланганларнинг 20% ни ташкил қилади.

Шикастланганлар кўп миқдорда тўпланган жойлардан биринчи навбатда ҳаёти хавф остида қолган (масалан, давомли ички қон кетиш), лекин тирик қолиш имконияти бор бўлганларни транспортровка қилиш талаб қилинади. Терминал ҳолатдаги беморларни шу жойда симптоматик йўл билан даволаб, транспортровка қилинмайди.

Шикастланганларни транспортровка қилиш фақат санитар транспортда амалга оширилиши керак. Ёрдамчи транспорт воситаси сифатида юк автомобилларидан, автобуслардан фойдаланиш мумкин, бунда беморларни матрасли шитларга ётқизиб олиб бориш мақсадга мувофиқдир. Олиб бориладиган шифохона 20 км ва ундан узоқ бўлса, вертолётдан фойдаланиш маъқулдир.

Табиий офатлар сонини камайтиришда биноларнинг чидамли қурилиши, тўсиқлар ўрнатилиши ва бошқа махсус ҳимоя чоралари бўлиши катта аҳамиятга эга. Хона ичида zilзиладан кўриладиган талафотларга қарши ҳимоя чоралари сифатида қуйидагилар бажарилиши лозим: иситиш ва бошқа мосламаларнинг бино деворига қаттиқ маҳкамланган бўлиши, том ва том ёпғичларининг енгил бўлиши, қаттиқ жиҳозларнинг пол ва деворларга маҳкамланганлиги, шкаф ва музлатгичларнинг зарбалардан ҳимояланган бўлиши, телевизорлар ёнғин ва портлаш хавфи бўлганлиги учун деворга маҳкамланган бўлиши керак. Аҳолини zilзила хавфидан ва ундан кўриладиган талафотни камайтириш мақсадида мунтазам ўқитиб бориш керак.

## **ЙЎЛ-ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИДА БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Иқтисодий ривожланган мамлакатларда йўл-транспорт ҳодисалари туфайли келиб чиқадиган жароҳатланиш асосий жароҳатланиш турига киради. Дунё йўлларида ҳар йили 8 миллионга яқин киши йўл-транспорт ҳодисалари натижасида турли хилдаги жароҳатлар олиб, улардан қарийб 300 мингтаси ҳалок бўлади.

Айниқса, сўнгги йилларда транспорт турларининг кескин кўпайиши ва иқтисодиётимизга кенг кириб бориши транспорт



травматизмининг кескин ўсишига олиб келди. Транспорт травматизми бўйича ўлим даражасини чекланган урушлар (Афғонистон, Чеченистон) натижасида қурбон бўлганлар сонига солиштиришса бўлади.

Одатда, кўпгина ҳолларда йўл-транспорт ҳодисалари ҳаракат иштирокчиларининг хавфсизлик қоидаларига риоя қилмаслиги, уни кўпол равишда бузишлари ва менсимасликлари туфайли келиб чиқади. Йўл-транспорт ҳодисаларининг фақатгина 1/3 қисмигина йўл ҳолати ва транспорт воситаларининг техник носозлиги натижасида содир бўлади. Йўл-транспорт ҳодисаларининг қарийб ярмиси ва ундан кўпроғи мастлик ҳолатида, охириги йилларда эса гиёҳвандлик моддалари қабул қилиши туфайли содир этилмоқда. Шу туфайли йўл-транспорт ҳодисаларининг олдини олишда ичкилик ва гиёҳвандликка қарши чора-тадбирлар ҳам муҳим ўрин тутади.

Йўл-транспорт воситалари туфайли содир бўладиган жароҳатлар механик жароҳатлар турига киради. Улар бошқа турдаги механик жароҳатлардан мураккаблиги, кўп тоифали ва баъзи ҳолларда, айниқса, темирйўл ва авиацион ҳалокатларда кўп сонли бўлиши билан характерланади.

Йўл-транспорт воситалари туфайли содир бўладиган жароҳатлар характери транспорт турига тўғридан-тўғри боғлиқдир. Жароҳат етказган транспорт турига қараб жароҳатлар қуйидаги турларга бўлинади:

- 1) автомобиль;
- 2) мотоцикл;
- 3) трактор;
- 4) темир йўл транспорти;
- 5) авиация.

*Автомобиль жароҳатлари.* Автомобиль жароҳатлари деганда механик тана жароҳатлари кўзда тутилиб, улар ҳаракатдаги автомобилнинг ташқи ва ички қисмларининг зарби ҳамда ҳаракатдаги автомобилдан йиқилиш туфайли юз беради.

Автомобиль жароҳатлари қуйидаги турларга бўлинади:

- а) ҳаракатдаги автомобилнинг одам билан тўқнашиши туфайли;
- б) автомобиль ғилдираклари билан босиб ўтиш туфайли;
- в) ҳаракатдаги автомобилдан йиқилиш туфайли;
- г) автомобиль ички қисмларига урилиш туфайли;

- д) автомобиль ва бошқа жисмлар орасида эзилиш туфайли;
- е) комбинациялашган турлари.

*Ҳаракатдаги автомобиль билан одам тўқнашиши* туфайли содир бўладиган жароҳатлар энг кўп учрайди. Унинг ҳисобига умумий автомобиль жароҳатларининг 60% тўғри келади.

Жароҳат олишнинг ҳар бир босқичи жароҳатланган шахс танасида ўзига хос бўлган шикастланишларни юзага келтиради. Бунда синишлар ва чиқишлар, ички аъзоларнинг йиртилиши ва узилиши, бош мия ва умуртқа поғонасининг шикастланиши, тери ва тери ости тўқималарининг йиртилиши ва шилиниши кузатилиши мумкин. Ўз вақтида кўп сонли бундай жароҳатлар қон кетиши, шок ҳолатларига ва ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

Йўловчиларнинг ҳаракатдаги автомобиль билан тўқнашувининг уч варианты тафовут қилинади: автомобилнинг олд, ён ва орқа қисмлари билан тўқнашуви. Аксарият кўп ҳолларда бундай жароҳатлар автомобиль олд қисми зарби ҳисобига рўй беради.

*Автомобиль гилдираги билан босиб ўтиши натижасида олинадиган жароҳатлар* мустақил автомобиль жароҳати сифатида кам учрайди. Аксарият кўп ҳолларда бундай жароҳатлар бошқа турдаги автомобиль жароҳатлари билан комбинациялашган ҳолда учрайди. Бу турдаги жароҳатларда шикастланиш даражаси автомобиль маркаси, унинг оғирлиги ва шиналар турига боғлиқ бўлиб оғир кечади.

*Ҳаракатдаги автомобилдан йиқилиши* туфайли содир бўладиган жароҳатлар кўпроқ қишлоқ жойларида учрайди. Йўловчининг кузовдаги ҳолати ва транспорт ҳаракат йўналишига қараб йиқилиш турли йўналишда бўлиши мумкин, яъни ён томонга, машина йўналиши бўйича, орқа томонга борт орқали ва бошқалар. Бунда олинадиган жароҳатлар баландликдан йиқилганда олинадиган жароҳатларга ўхшайди. Кўпинча, таянч-ҳаракат органлари, бош-чаноқ суяклари ва бош мия шикастланишлари кузатилади. Айниқса, бош соҳаси ва тос суяқларининг шикастланишлари бошқа соҳаларга нисбатан хавфли бўлади.

*Автомобиль ички қисмларига урилиши* туфайли содир бўладиган жароҳатлар, одатда, катта тезликда кетаётган икки машинанинг тўқнашиши туфайли юз беради ёки унинг турғун предметга урилиши ҳамда ағдалириб кетиши туфайли содир бўлади. Кабина ичидаги жароҳатлар машина ҳаракатининг кескин оширилиши ёки

тўсатдан тормоз берилиши туфайли ҳам рўй беради. Тўкнашув натижасида машина кучли деформацияга учраса, машина ичидаги шахс ва шахслар танаси зарб таъсири билан бирга кўшимча равишда эзилиши мумкин. Асосий жароҳатлар тананинг олд қисмида, камроқ – ён соҳасида кузатилади. Машина ичидаги жароҳатлар кўп ҳолларда бош ва оёқ-қўлларнинг, шикастланиши тарзида намоён бўлади. Кўп ҳолларда, автомобиль ҳаракат тезлигининг кескин ўзгариши йўловчи ва ҳайдовчида умуртқа поғонасининг бўйин қисмида характерли синишларни, юз беришига олиб келади.

*Автомобиль жароҳатларининг автомобиль ва жисмлар орасида эзилиш ҳамда комбинациялашган турлари* юқорида қайд этилган турларнинг маълум даражада биргаликда учраши туфайли содир бўлади. Бунда жароҳатлар нисбатан кўплиги ва оғирлик даражасининг юқорилиги билан характерланади.

*Мотоцикл жароҳатлари.* Бундай жароҳатлар характери ва содир бўлиш механизми ҳали етарли даражада ўрганилган эмас, чунки транспорт жароҳатларининг бу тури яқинда автомобиль жароҳатларининг ичидан ажралиб чиқди. Мотоцикл жароҳатларининг кузатилишида ўзига хос даврийлик характерлидир. Йўл-транспорт жароҳатларининг бу турида йўловчи билан биргаликда мотоцикл ҳайдовчиси ва пассажирнинг ҳам шикастланиши эҳтимоллиги жуда юқоридир. Бу эса ҳаракат воситасининг ўзига хос конструкцияси билан боғлиқдир. Мотоцикл жароҳатларида аксарият ҳолларда бош соҳаси, жумладан, миянинг шикастланиши ҳамда қўл-оёқ суяқларининг очик ва ёпиқ синишлари характерлидир.

*Трактор жароҳатлари.* Халқ ҳўжалигида ғилдиракли ва тасма-занжир ҳаракатли тракторлар кенг қўлланилади. Уларнинг қўлланиши баъзи ҳолларда кишиларнинг қурбон бўлиши билан кечадиган бахтсиз ҳодисалар келиб чиқишига ҳам сабаб бўлади.

Трактор жароҳатлари ҳар хил, тасма-занжир ҳаракатли трактор жароҳатлари ва ғилдиракли трактор жароҳатларига бўлинади. Ғилдиракли трактор жароҳатлари кўпгина ҳолларда автомобиль жароҳатларини эслатади, аммо бу турдаги жароҳатлар шикастланиш оғирлиги, мураккаблиги ва тана соҳаларининг бўлакланиш эҳтимоллиги туфайли ўлим даражасининг юқорилиги билан фарқ қилади.

Тасма-занжир ҳаракатли трактор травмалари, аксинча, ўзига хос бўлиб, кўп ҳолларда жароҳат характерига қараб трактор травмаси

эканлигини, трактор турини, ҳатто унинг типи ва маркасини аниқлаш имконини беради. Бундай трактор тури билан етказилган жароҳатлар кам ҳолларда тананинг бўлакланиши билан характерланади, фақат кам ҳоллардагина, яъни трактор танани кўндаланг босиб ўтганда, оёқ-қўлларни, ҳатто бошнинг узилиши кузатилиши мумкин.

*Темир йўл жароҳатлари.* Темир йўл жароҳатлари қурбонлар миқдори бўйича автомобиль жароҳатларидан сўнг иккинчи ўринда туради. Темир йўл жароҳатлари, кўпинча, кечаси ёки эрталаб содир бўлади. Бунга асосий сабаб машинистларнинг чарчаши, улар иш фаолиятининг бир хиллиги, баъзи аҳоли яшамайдиган йўллардан катта тезлик билан ҳаракатланишидир.

Темир йўл ҳодисалари жихатлари ва шароитларига қараб, асосан, қуйидаги турларга бўлинади:

- 1) ҳаракатдаги темир йўл транспорти уриб кетиши туфайли;
- 2) темир йўл транспортининг ғилдираклари билан босиб кетиши туфайли;
- 3) ҳаракатдаги темир йўл транспортдан йиқилиб тушиш туфайли;
- 4) темир йўл транспорти вагонлари орасида эзилиш туфайли;
- 5) темир йўл транспорти вагонлари ичида олинадиган жароҳатлар.

Ҳаракатдаги темир йўл транспортининг уриб кетиши туфайли олинадиган жароҳатлар энг кўп учрайди. Ҳозирги вақтда юқори тезлик ва замонавий шаклга эга бўлган янги маркали локомотивларнинг амалиётга кенг кириб бориши темир йўл жароҳатларининг бу тури миқдорининг ошишига олиб келади. Бундай жароҳатларда зарб тепловоз, электровоз ва бошқаларнинг олдинги юзаси билан инсон танасининг барча соҳаларига етказилади.

Шунинг учун катта, тарқалган ва оғир жароҳатланишлар кузатилади. Умуман, темир йўл транспорти туфайли келиб чиқадиган жароҳатланишлар ўзига хос бўлиб, бунда тананинг кўп қисми бир вақтнинг ўзида оғир шикастланади, ички органлар, баъзан мия фаолиятининг ўткир бузилиш ҳоллари учрайди. Шу сабабли ҳам бу каби жароҳатлар пировард-натижада шикастланганнинг ногирон бўлиб қолишига ёки ўлимига олиб келади. Лекин ҳамма вақт ҳам бемор, яъни жароҳатланувчи шундай аянчли ҳолда қолмаслиги мумкин. Кўп ҳолларда, атрофдагилар томонидан кўрсатиладиган

тиббий ёрдам ўз вақтида, тўғри ва бенуқсон бажарилса, шикастланган бемор ҳаётини сақлаб, турли асоратларнинг олдини олиш мумкин бўлади.

*Авиация жароҳатлари.* Жароҳат олиш механизмига қараб авиацион жароҳатларнинг уч тури тафовут қилинади:

- 1) самолёт ичида, учиш вақтида олинадиган жароҳатлар;
- 2) самолёт ичида, унинг кулаши ва ерга урилиши туфайли олинадиган жароҳатлар;
- 3) ерда самолёт бўлаклари туфайли олинадиган жароҳатлар.

Самолёт жароҳатларида асосий жароҳат чақирувчи омилларга динамик ва зарбавий зўрайишлар, қарама-қарши ҳаво оқими, портлаш декомпрессияси, тўмтоқ предметлар, портлаш тўлқини, ёнғин, захарли ёниш маҳсулотлари, самолёт ташқи қисмлари киради. Ана шу факторлар таъсирида самолёт фалокатига учраган шахсларда ўта мураккаб бўлган жароҳатланишлар кузатилади.

Авиация ва темир йўл ҳалокатлари, одатда, кўп сонли жароҳатланишларга ва кўп инсонларнинг ўлимига олиб келадиган фалокатлар қаторига киради. Шу туфайли шикастланганларга ёрдам кўрсатишда уларни саралаш, гуруҳларга бўлиш ва маълум кетма-кетликда биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш муҳим аҳамият касб этади.

*Кўкрак қафасининг шикастланиши.* Кўкрак қафасининг шикастланишига лат ейиш, қисилиш, чайқалиш, қовурғалар ва тўш суягининг синишлари киради.

Кўкрак қафасининг лат ейиши кўча транспорт фалокатлари оқибатида тўғридан-тўғри урилиш, ҳар хил нурашлар, баландликдан йиқилиш натижасида содир бўлади.

Кўкрак қафаси лат еганда тери ости қавати ва қовурғалар орасидаги мускулларга қон қўйилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиб, босиб кўрилганда ва нафас олганда ва чиқарганда у кучаяди. Оғриқ тахминан бир ҳафта ичида секин-аста камайиб боради ва изсиз йўқолади. Қовурғалар синганда узоқроқ даволаш зарур бўлади.

Биринчи ёрдам кўрсатилганда қонталаш ва оғриқни камайтириш мақсадида совуқ (музли пуфак) ва лат еган жойга хлорэтил қўйилади.

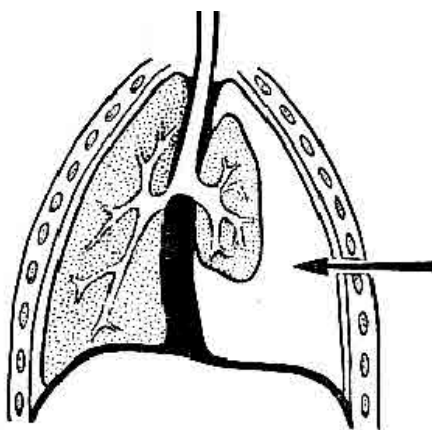
Кўкрак қафасининг қисилиши жароҳатланишнинг оғир турларидан ҳисобланиб, бир-бирига қарши (шошилинич равишда)

икки куч таъсирида (икки оғир нарсанинг қисиши) келиб чиқади. Кўкрак қафасининг қисилишида ҳавонинг етишмаслиги, пульснинг тезлашиши, юз ва бўйин териларида нуктасимон қон қуйилиши билан бўладиган кўкариш рўй беради. Оғир ҳолларда қон туфлаш кузатилади.

Биринчи ёрдам кўрсатилаётганда жароҳатланганларни таъсир этувчи кучдан ажратиб, шошилинич равишда оғриқ қолдирувчи (морфин, промедол) дорилар мускуллар орасига юборилади. Лекин нафас етишмовчилигида морфин юбориш мақсадга мувофиқ эмас, чунки у нафас маркази фаолиятини сусайтиради. Беморларга осойишталик яратилиб, тезликда улар даволаш муассасасига жўнатилади. Нафас олиш қийинлашганда сунъий ўпка вентиляцияси ёки сунъий нафас олдиришнинг оғиздан-оғизга, оғиздан-бурунга усулларидан фойдаланиш лозим.

Кўкрак қафаси чайқалиши организмга портлаш тўлкини таъсир қилинганда келиб чиқади. Бунда маҳаллий ўзгаришлар бўлмасдан, биринчи планга шокка ўхшаш умумий белгилар чиқади. Артериал қон босимининг пасайиши, томир уришининг тезлашуви, юзаки нафас олиш, ҳаво етишмаслиги, терининг оқариши, қусиш, юз тери соҳасининг кўкариши ва қон туфлаш рўй беради. Беморга биринчи ёрдам сифатида оғриқ қолдирувчи дори-дармонлар берилади ва чалқанча ётган ҳолда шифохонага жўнатилади.

Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастланишлари, кўпинча, қовурғалар синиши натижасида келиб чиқади. Қовурғалар синиши оддий ёки мураккаб бўлиб, улар синиши натижасида атрофидаги юмшоқ тўқималар, қон томирлари ва ўпка зарарланиши туфайли тери ости энфиземаси, гемоторакс, пневмоторакс келиб чиқиши мумкин (30 - расм).



30 - расм.

Қовурғалар синишининг асосий белгиларидан бири нафас олишда, йўталганда, гавдани қимирлатганда пайдо бўладиган маҳаллий оғриқ ҳисобланади. Кўкрак қафаси босиб кўрилганда оғриқ яққол сезилади ёки крепитация аниқланади. Мураккаб синишларда эса ўпкадан чиқадиган ҳавонинг тери ости қаватига ўтиши натижасида тери ости энфиземаси пайдо бўлади, босиб кўрилганда қорнинг ғичирлашидек овоз беради.

Биринчи тиббий ёрдам беморга қулайлик яратиш, шикастланган соҳага энли бинт, сочиқ, чойшаб ёки шунга ўхшаш нарсалар билан қаттиқ босиб турувчи айланма боғлам қўйишдан иборатдир.

Асоратсиз бўлган синишларда меҳнат қобилияти ўртача 3–5 ҳафта, ўпка тўқимасининг шикастланиши билан бўлган мураккаб синишларда эса 2–2,5 ойдан сўнг тикланади.

Шундай қилиб, кўкрак қафаси шикастланган шахсларга биринчи тиббий ёрдам жароҳат соҳасига стерил герметик боғлам қўйиш, оғриқ шокиннинг олдини олиш чора-тадбирларини қўллаш, шикастланганларга қулай ҳолатни таъминлаш ва даволаш муассасасига эҳтиёткорлик билан етказишдан иборат бўлади.

### **Йўл-транспорт ҳодисаларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш хусусиятлари**

Воқеа содир бўлган ерда дастлабки тиббий ёрдамнинг муваффақиятли чиқиш шартларидан бири, ҳодиса рўй берган вақтнинг дастлабки дақиқаларидан бошлаб шикастланган шахс атрофидагилар ўзини йўқотмай дадил ҳаракат қилишлари лозимдир. Ҳар қандай фавқулодда жароҳатланишларда ҳам тезлик билан телефон орқали тез ёрдам машинасини чақириш, ЙХХ ходимларидан шикастланганни яқин атрофдаги шифохонага ётқизишни илтимос қилиш ва бошқа шу каби чора-тадбирларни амалга керак бўлади.

Кўп ҳолларда пиёдалар йўл чорраҳаларидан ўтаётганда ёки икки автомашина тўқнашуви натижасида жароҳат олишлари мумкин (тўғри ёки ён томондан кучли зарба, йўлга йиқилиб тушиш ва ҳ.к.). Шу билан бирга автомобиль ичида, масалан, инерцион куч билан ҳайдовчи бошининг бирдан орқага кетиши, автомобиль салони ички қисмларига уриб олиш ҳоллари кўп учрайди.

Жароҳатланувчининг юз қисми, бурни шикастланиши туфайли қон кетиши, кучли оғриқ ва шок ҳолати, бош чаноқ суяқларининг

шикастланиши, шу жумладан, бош асос суякларининг синиши, кулоқдан, бурундан қон кетиши, кўз атрофи юмшоқ тўқималарига қон қуйилиб «кўзойнак» белгисининг пайдо бўлиши, бош мия чайқалиши ва лат ейиши ҳисобига кўнгил айнаш, қусиш, ҳушдан кетиш ва бошқа белгилар кузатилади. Айниқса, умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланиши оғир оқибатларга олиб келади. Бунда бемор қўл ва оёқларида сезги ва ҳаракат бузилади.

Ҳайдовчининг рул чамбарагига қаттиқ урилиши натижасида тўш суяги ва қовурғалари шикастланади. Шу билан бирга нафас олиш фаолияти ёмонлашуви, юрак соҳаси жароҳатланганда эса травматик инфаркт (айниқса, қари хайдовчиларда) келиб чиқиши мумкин. Травматик инфарктда бемор юрак соҳасидаги оғриққа, унга дорилар таъсир қилмаётганига шикоят қилиши мумкин. Шу билан бирга бемор ўзида саросималик ва қўрқинч, бўғилиш ва ҳолсизлик, тери қатламларининг оч кулранг тусга киргани ва ҳушини йўқотаёзганини сезади.

Одатда, йўл-транспорт ҳодисалари натижасида жароҳатланишларда воқеа содир бўлган ерда ўз-ўзига ва ўзаро ёрдам чоралари қўлланилади. Дастлабки врачлик ёрдамани эса «Тез тиббий ёрдам» бригадаси амалга оширади. Катта шаҳарларда махсус «Тез тиббий хизмат» бригадаси ташкил этилган. Лекин, жароҳатланган кишиларни даволаш муассасаларига, кўпинча, бегона шахслар автотранспортида ёки ЙҲХ ходимлари томонидан етказилади. Демак, шикастланганлар ҳаёти биринчи навбатда ана шу кишиларнинг тиббий тайёргарлигига боғлиқ бўлади.

Йўл-транспорт ҳодисалари туфайли жароҳатланиш шаҳар ичи ва ташқарисида бир хил сабаблар билан юзага келмайди. Шаҳар ичида кўпроқ пиёда кетаётган йўловчиларни ҳаракатдаги транспорт воситаси уриб юборишидан, шаҳар ташқарисида эса транспорт воситаларининг ўзаро тўқнашувидан жароҳатлар юзага келади. Жароҳатлар, асосан, юк автомобиллари томонидан содир этилади. Масалан, шикастланганларнинг ҳар бештадан бири шу сабабли дунёдан кўз юмадилар

Тўқнашув вақтида хайдовчи ва унинг олдидаги йўловчи ўтирган ерларидан олдинга ва юқорига уриладилар. Баъзи ҳолларда эса улар ўтирғичларни, маҳкамланган жойидан узилиши туфайли машинадан учиб кетадилар. Ҳайдовчи ва йўловчи машинанинг олдинги том қисми ва устунига бошлари билан урилиши мумкин. Бунда



ҳайдовчи ёнидаги йўловчиларга қараганда кўпроқ жароҳатланади, чунки у кўкраги ёки қорни билан рул чамбарагига урилади. Орқада ўтирган йўловчилар ҳам олдинга ва юқорига урилиб, бош ва бўйин соҳаларида жароҳат оладилар. Улар олдинги ўтиргич устидан ўтиб олдинги ойнага урилишлари ёки синган ойна орқали ташқарига чиқиб кетишлари мумкин. Жароҳатларнинг оғирлиги олдинда ва орқада ўтирган йўловчиларда бир хил эмас. Масалан, ҳайдовчи ўз ёнидаги йўловчига нисбатан 7 марта, орқада ўтирганга нисбатан эса 5,5 марта кўпроқ ўлимга дучор бўлади.

Тўқнашув вақтида автомобилда бўлган кишиларнинг деярли барчаси жароҳатланади. Шу жароҳат туфайли ўлганларнинг 95% да кўшма ва мураккаб шикастланишлар учрайди. Энг кўп кўшма жароҳатлар қуйидагилардир: бош-қўл-оёқ, бош-кўкрак, бош-қорин, бош-кўкрак-оёқ-қўл, бош-кўкрак-қорин-оёқ-қўл. Шунини айтиш керакки, кўпроқ учрайдиган шикастланиш тури бу мия чанок суякларининг синишидир. Иккинчи ўринда кўкрак қафаси шикастланишлари (қовурға ва тўш суяклари жароҳати), учинчи ўринда эса оёқ суякларининг синиши туради. Ички органларнинг шикастланиши бўйича кўпроқ бош мия ва ички аъзоларнинг жароҳатланиши учрайди. Ўлим келиб чиқишида бош мия жароҳатлари, шок ва қон кетиш асосий роль ўйнайди.

Кўшма жароҳатлар туфайли келиб чиқадиган ўлимга эса кўпроқ ички органлар билан таянч-ҳаракат аппаратининг биргаликда шикастланиши сабаб бўлади. Йўл-транспорт ҳодисаларида шикастланганларнинг ҳаёти кўпроқ касалхонагача бўлган босқичда ҳал қилиниши лозим, чунки тиббий ёрдам ходимлари аксарият ҳолларда кечикадилар. Шунинг учун шикастланганларга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш фожиа юз берган ерда «асфальтда» тезлик билан ва сифатли амалга оширилиши керак.

Йўл-транспорт фалокати иштирокчиларига биринчи тиббий ёрдам кўрсатилишида шикастланган транспорт воситаси ичида ёки ундан чиқариб олиш ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Баъзида, автомобиль эшиклари очилмайдиган бўлиб қолиши, кузовининг қаттиқ деформацияга учраши сабабли шикастланганларни автомобилдан чиқариб бўлмаётгани қолади. Жароҳатланганларни автомобиль ичидан куч ишлатиб тортиш уларга ортиқча шикаст етказишга олиб келади.

Шундай қилиб, жароҳатланганларни автомобилдан ажратиб олаётганда куч ишлатиб тортмасдан, суриб, кўтариб, халақит бераётган автомобиль қисмларини синдириб бўлса ҳам аста-секин икки ёки уч киши ёрдамида чиқариш керак. Шикастланганнинг аҳволини оғирлаштирмаслик учун уни автомобиль ичида қандай ҳолатда учратилган бўлса, шу ҳолатда чиқариб олиш лозим. Агар шикастланганни бир киши чиқариб олаётган бўлса, ўз-ўзидан маълумки ҳолатини ўзгартиришга тўғри келади, лекин шунда ҳам бош ва бўйин соҳаларини қимирлатмасдан олиш керак.

Транспорт ҳайдовчиси турли тўқнашувларда кучли зарб натижасида кўкрак қисми билан рул чамбарагига урилиб кетади. Шунда икки томонлама бир ёки кўплаб қовурғалар синиши мумкин. Шунинг назарда тутиб, беморни ажратиб олаётган вақтда кўкрак қафасини эзиб юбормаслик керак, чунки синган қовурғалар силжиши натижасида оғриқ, қон кетиш, ички аъзолар иккиламчи жароҳатланиши кузатилиши мумкин. Агар шикастланган кишида қовурға синганлигига шубҳа туғилса, уни қўлтиқ қисмидан ушлаш керак, шунда қовурғалар ҳимояланган ҳисобланиб, жароҳати оғирлашмайди.

Шаҳар ичида юз берган йўл-транспорт ҳодисаларида, агар тез тиббий ёрдам машинаси бир неча минут ичида кела олмаса, машина ичидаги шахс эс-ҳушида бўлиб ҳеч қаери эзилмаган ҳамда реанимацион чораларга муҳтож бўлмаса, уни чиқариб олиш керак. Агар машинадан ёнаётган электр симлари ёки бензин ҳиди келаётган бўлса, тезлик билан жароҳатлаганни чиқариб олиш ва ҳайдовчи, йўловчиларни узокроқ масофага олиб бориш лозим. Шундай сўнг ҳаёт учун хавфли жароҳатлар бор ёки йўқлиги аниқланади. Бундан ташқари шикастланганларга кўрсатиладиган ёрдам кетма-кетлиги, ҳажми ва саралаш (агар бир неча киши бўлса) тадбири ўтказилади.

*Тиббий саралашни қандай қилиб мукаммал ўтказиш мумкин?* Агар шикастланган беҳуш ҳолда бўлса, саралаш «ўликми-тирикми» деган қоида билан бошланади. Агар бевосита фожиа юз берган жойда ўлим кузатилса, у ҳолда кўпроқ бош мия ва кўкрак қафаси жароҳати тўғрисида ўйлаш керак. Бунда, албатта, бош миянинг оғир шикастланиши, яъни бош суягининг очик синишлари, мияга қон кетиши, мия моддасининг чиқиб кетиши кўзда тутилади.

Кўкрак қафасининг оғир шикастланишларида унинг деформациясини баъзида кўз билан кўриш ёки кўл билан ушлаб қовурғалар кимирлаётгани, кўпол крепитация борлигидан билиш мумкин.

Бош-чаноқ суякларининг оғир жароҳатларида кулоқ ва бурун тешигидан қон кетиши, кўкрак қафаси оғир шикастланганида қон бурундан ва оғиздан оқиши мумкин. Бунда тери қопламалари оқарган ёки кўкарган бўлиб, қорачиқлар кенгайиб, ёруғликда ўзгармайди. Томирлар уриши кўлда ҳам, бўйинда ҳам аниқланмайди. Юрак фаолияти тўхтайдди. Ўпка фаолиятининг тўлиқ тўхтаганлигини, беморнинг оғзига яқинлаштирилган ойна бўлакчасининг терламаслиги орқали аниқланади.

*Йўл-транспорт фожияларида жароҳатланувчи тирик бўлса қандай кетма-кетликда ёрдам кўрсатилади?* Тез ёрдам машинаси келгунга қадар ёки бошқа транспорт воситаси билан олиб кетилгунча шикастланган аҳволи, жароҳатининг оғир ёки енгиллигини баҳолаш керак бўлади. Жароҳатланганда деформация белгилари, кўл-оёқларида ғайриоддий ҳаракатлар бор ёки йўқлиги, яралардан қон кетиш жадаллиги, юрак фаолиятини текшириш лозим. Агар фалокатдан кейин жароҳатланувчида организм фаолияти ва ўзини ҳис этиши қониқарли бўлса ҳам, уни яқин орадаги даволаш муассасасига юбориш лозим бўлади. Беморда нафас олиш жараёни бузилган бўлса, оғиз бўшлиғи текшириб кўрилади, қайт қилиш маҳсулотларини салфетка ёки рўмолча орқали чиқариб ташланади. Агар артериал қон кетиш ҳоллари кузатилса, ўша томирнинг юқорироғидан босиб туриш йўли билан қонни тўхтатиб, кейин жгут каби қон тўхтатувчи анжомлардан фойдаланиш мумкин.

Шикастланганда суяк синишлари тўлиқ инкор этилмагунча беморни юргизиш керак эмас. Қўшимча жароҳатлардан холи бўлиш учун бемор кийимларига тегилмайди, фақат нафас қисилиш каби ҳолатларда кийим ёқаси ва белини бўшатиш, зарур ҳолларда кийимни йиртиш ёки қисман ечиш мумкин. Шикастланган ётқизилгач, яна бир карра нафас йўллариининг ўтказувчанлиги текширилиб, тили орқага тушиб қолса, уни салфетка билан ушлаб тортилади. Агар умуртқанинг бўйин қисми шикастланмаган бўлса, уни ёнга буриш мумкин бўлади.

Нафас олишнинг қайта тўхтаб қолишининг олдини олиб, бемор ёнбошлатиб ётқизилади. Нафас олиш тикланмаса, сунъий нафас

берилади. Бунинг учун бемор боши орқага тортилиб, нафас йўлларидадан ҳаво ўтиши таъминланади.

Кўкрак қафасининг очиқ жароҳати бўлиб ва у орқали ҳаво кираётган бўлса, дарҳол жароҳатни стерил салфетка ёки тозароқ мато ёки ҳеч нарса бўлмаса, кафт билан ёпиш лозим.

Фожа юз берган жойда жароҳатланувчида ҳаёт учун хавfli ташқи қон кетиш бўлганда уни тўхтатиш керак. Бунинг учун кўпинча дастлаб стерил боғлам қўйилади. Агар бу усул ёрдам бермаса жгут ёки томирни босувчи бошқа усуллар қўлланилади. Жгут сифатида белбоғ, тасма, рўмолча каби анжомлар ишлатилиши мумкин.

---

---

## МУНДАРИЖА

СЎЗ БОШИ.....	3
Биринчи тиббий ёрдам кўрсатишнинг асосий принциплари. Ички ишлар органлари фаолиятида тиббий деонтологияни қўллаш.....	5
Мускуллар тизими.....	25
Овқат ҳазм қилиш тизими.....	28
Нафас олиш тизими.....	31
Қон томирлар тизими.....	33
Лимфа тизими.....	36
Сийдик ажратиш тизими.....	37
Кўпайиш аъзолари.....	38
Асаб тизими.....	39
Сезги аъзолари.....	41
Антисептика ва асептика.....	43
Қон кетиши.....	54
Қон кетишини тўхтатиш чоралари.....	57
Жароҳатлар.....	71
Термик шикастланишлар. Куйишлар.....	83
Совуқ олиши ва музлаш.....	88
Электр токидан шикастланиш.....	91
Таянч-ҳаракат аъзоларининг шикастланишлари.....	95
Умurtқаларнинг шикастланиши.....	104
Десмургия (иммобилизациянинг асослари ва принциплари).....	116
Боғламларнинг турлари.....	117
Жароҳатланганлар иммобилизацияси ва уларни шифохонагача ташиш (транспортировка қилиш)ни ташкил этиш.....	132
Транспорт иммобилизацияси.....	132
Ўткир жарроҳлик инфекциялари.....	139
Тери ва тери ости ёғ тўқималарининг йирингли касалликлари.....	141
Қорин бўшлиғи ва айирув аъзоларининг ўткир касалликлари ҳамда жароҳатлари.....	146
Қорин девори ва қорин аъзоларининг шикастланиши.....	148
Қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари.....	149
Айирув аъзоларининг касалликлари ва жароҳатлари.....	154
Ўткир юрак-томир касалликлари ва бронхиал астмада биринчи тиббий ёрдам.....	156

Юқумли касалликларнинг асосий белгилари.....	175
Тери-таносил касалликлари.....	191
Ўта хавfli инфекциялар. Ўта хавfli инфекция ўчоқларида профилактика усуллари.....	209
Эпилептик ва истерик тутқаноқларда ҳамда руҳий касалликларнинг ўткир даврида биринчи ёрдам кўрсатиш.....	218
Хавф туғдирувчи ҳолатлар (чўкиш, бўғилиш ва заҳарланиш)да ёрдам кўрсатиш.....	232
Ҳушдан кетиш, коллапс ва шокда биринчи ёрдам кўрсатиш.....	239
Экстремал ҳолатлар (клиник ўлим)да ёрдам кўрсатиш.....	246
Тўсатдан бошланган туғиш жараёнида ёрдам кўрсатиш.....	250
Фавқулодда ҳолатлар (ер қимирлаши, сув тошқини, ўпирилиш ва босиб қолиш)да биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш хусусиятлари.....	263
Йўл-транспорт ҳодисаларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш хусусиятлари.....	276

**Марат Нишанович РИЗАЕВ,**

*Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган фан арбоби,  
тиббийёт фанлари доктори, профессор*

**Искандар Рахимович МАВЛЯНОВ,**  
*тиббийёт фанлари доктори, профессор*

**Обид Рамазанович МИРТУРСУНОВ**  
*тиббийёт фанлари номзоди, доцент*

## **БИРИНЧИ ТИББИЙ ЁРДАМ**

**Дарслик**

(Иккинчи нашри)

Муҳаррир С.С. Қосимов  
Техник муҳаррир Д.Х. Хамидуллаев

---

Босишга рухсат этилди 2014 й. Ҳажми 19,0 босма табоқ.  
Тираж нусха. Буюртма №

---

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