



**XUSINOVA SH. A.  
YULDASHOVA N. E.  
ABDUXAMIDOVA D. X.**

**HAMSHIRALIK ISHIDA  
SHOSHILINCH HOLATLAR  
ASOSLARI**



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS  
TA'LIM VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**XUSINOVA SH. A., YULDASHOVA N. E., ABDUXAMIDOVA D. X.**

Mutaxassislik yo'nalishi: 500000 - "Ijtimoiy ta'minot va sog'liqni saqlash"  
Ta'lim yo'nalishi: 510000 - "Sog'liqni saqlash"

**“HAMSHIRALIK ISHIDA SHOSHILINCH HOLATLAR  
ASOSLARI”**

Abu Ali ibn Sino nomli tibbiyot texnikumlari va kollejlari uchun o'quv qo'llanma



O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining  
2022-yil noyabr 2022-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi 11-son bayonnomasiga ko'ra tasdiqlanib,  
chop etishga ruxsat berilgan.



UDK 614.812(075.8)

KBK 53.5ya73

X 93

**Tuzuvchilar:**

- Xusnova Shoira Akbarovna – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti Umumiy amaliyot/oilaviy tibbiyot kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent
- Yuldashova Nadira – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti Umumiy amaliyot oilaviy tibbiyot kafedrası katta o'qituvchisi
- Egamberdiyevna
- Abduxamidova Dilshoda – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Diplomdan keyingi ta'lim fakulteti Umumiy amaliyot/ oilaviy tibbiyot kafedrası o'qituvchisi
- Xalimovna

**Taqrizchilar:**

- Nazarova Gulchexra – Andijon davlat tibbiyot instituti Vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti Oilaviy shifokorlarni malakasini oshirish va qayta tayyorlash kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent
- Usmonovna
- Egamov Xasan – Respublika tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ixtisoslashtirish markazi Samarqand filiali direktori
- Xudoyberdiyevich
- Narzullayev Sa'nat – Respublika Samarqand filiali direktori Samarqand davlat tibbiyot universiteti DKTF xirurgiya, endoskopiya va anestziologiya reanimatologiya kafedrası mudiri, t.f.n., dotsent
- Inoyatovich

**Annotatsiya**

*O'quv qo'llanmada terapiya, jarrohlik, nevrologiya, otorinolaringologiya, oftalmologiya, urologiya, ginekologiya, endokrinologiya, shuningdek, o'tkir allergiya va atrof-muhit omillari ta'sirida eng ko'p uchraydigan kasallik va sharoitlarga duchor bo'lgan bemorlarga tez tibbiy yordam ko'rsatishning zamonaviy texnologiyalari taqdim etilgan. Bemorlarga hamshiralik yordamini ko'rsatish va tibbiy ko'rsatmalarni bajarishning zamonaviy yondashuvlari ko'rsatilgan. test topshiriqlari, javob standartlari bilan muammoli-vaziyatli topshiriqlar berilgan. Tibbiyot xodimlariga o'z vazifalarini sifatli bajarish uchun muntazam ravishda bilim va ko'nikmalarini oshirib borish tavsiya etiladi. O'quv qo'llanma tibbiyot kollejlari o'qituvchilari va talabalari uchun mo'ljallangan. O'quv qo'llanma amaliyotchi hamshiralar uchun foydali bo'lishi mumkin*

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti MO'UKK yig'ilishida ko'rib chiqildi

2022 yil "1.12" dan. Bayonnoma raqami 5

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashida ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

2022 yil " 7.12" dan. Bayonnoma raqami 4

ISBN 978-9943-9150-7-7

©Xusnova Sh. A., Yuldashova N. E., Abduxamidova D. X.

©Samarqand 2023



## MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO'YXATI .....	5
KIRISH .....	7
<b>I-BOB</b> .....	9
SHOSHILINCH HOLATLARDA HAMSHIRANING ROLI.....	9
<b>II-BOB</b> .....	13
NEVROLOGIYADA SHOSHILINCHHOLATLAR .....	13
2.1. O'tkir bosh miyada qon aylanishining buzilishi (O'BMQAB) .....	13
2.2. Talvasalar .....	16
2.3. Bosh miya shikastlanishi. Miya chayqalishi .....	17
<b>III-BOB</b> .....	23
SHOSHILINCH KARDIOLOGIYA .....	23
3.1. O'tkir koronar sindrom – O'KS .....	23
3.2. O'tkir yurak yetishmovchiligi .....	27
3.3. O'pka yurak reanimatsiyasi .....	28
3.4. Ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi .....	35
3.5. Gipertonik krizlar .....	39
<b>IV BOB</b> .....	42
PULMONOLOGIYADAGI SHOSHILINCH HOLATLAR .....	42
4.1. O'tkir nafas yetishmovchiligi (O'NE) .....	42
4.2. Yot jism tomonidan nafas yo'llarining obstruktsiyasi (YoJTNO).....	44
4.3. Astmaning og'ir va hayot uchun xavfli kuchayishi .....	46
4.4. O'pka shishi .....	48
4.5. Cho'kish. Osilish.....	49
<b>V BOB</b> .....	51
SHOSHILINCH ENDOKRINOLOGIYA.....	51
5.1. Koma.....	51
5.2. Tireotoksik kriz .....	57
<b>VI BOB</b> .....	59
OFTALMOLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR.....	59
6.1. Ko'zdagi yot jismlar. Jarohatlar. Kuyishlar .....	59
6.2. Ko'zning qizarishi .....	60
6.3. Ko'zdagi og'riqlar .....	62
6.4. To'satdan ko'rishning yomonlashuvi va og'riq bilan .....	65

## QISQARTMALAR RO'YXATI

AB	–	Atrioventrikulyar blokada
AKK	–	Amerika Kardiologiya kolleji
AQB	–	Arterial qon bosimi
BA	–	Bradiaritmiya
BF	–	bo'lmachala fibrilatsiyasi
BMIJ	–	Bosh miya jarohati
DV	–	Dori vositasi
DVS	–	tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya
EFT	–	elektrofiziologik tekshiruv
EKG	–	elektrokardiogramma
ExoEKG	–	exokardiyogramma
EYuS	–	elektro yurak stimulyatori
FOB	–	Fosfor-organik birikmasi
JZS	–	jismoniy zo'riqish sinamasi
MI	–	miyokard infarkti
MNT	–	Markaziy nerv tizimi
NASPE	–	Nyu-York yurak assotsiatsiyasi
NCHCHT	–	nafas chiqarish cho'qqi tezligi
NY	–	nafas yo'llari
NYHA	–	Shimoliy Amerika Kardiostimulyaciya va Elektrofiziologiya JO'Mlyati
O'SV	–	o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
OIT	–	oshqozon-ichak trakti
QAH	–	qon aylanish hajmi
SATKS	–	sinoatriyal tugunning kuchsizligi sindromi
SQB	–	sistolik qon bosimi
ST	–	Sinus tuguni
TTB	–	tuman tibbiyot birlashmasi
TTYo	–	tez tibbiy yordam
WPW	–	Vol'f-Parkinson-Uayt sindromi
YaQNDV	–	yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositasi
YOU'T	–	yurakni o'tkazuvchanlik tizimi
YuIK	–	yurak ishemiya kasalligi
YuQAT	–	yurak qon aylanish tizimi
YuQOB	–	yurak qorincha oldi blokada
YuQOT	–	yurak qorincha oldi tuguni
YuQS	–	yurak qisqrishlar soni
TTM	–	transtelefon monitoringi



## KIRISH

Shoshilinch holatlar deganda turli xil o'tkir kasalliklar, surunkali patologiyalarning xuruji, jarohatlar, zaharlanish va hayot uchun xavfli bo'lgan boshqa holatlar tushuniladi. Ular bemorning ahvolini engillashtirish yoki hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch shoshilinch yordamni talab qiladi.

Shoshilinch sharoitlar har doim to'satdan paydo bo'ladi va har birimiz ularga duch kelamiz. Ularning sabablari nafaqat o'tkir va surunkali kasalliklar, balki maishiy va ishlab chiqarishdan olgan jarohatlari va zaharlanish, yo'l-transport hodisalari ham bo'lishi mumkin. Ko'pincha bunday vaziyatlarda tibbiy yordam umumiy amaliyot shifokorlari va hamshiralar, shoshilinch tibbiy yordam guruhlari xodimlari tomonidan ko'rsatiladi.

O'zbekistonda olib borilayotgan hamshiralik ishi islohoti hamshiralik kasbining kasbiy va ijtimoiy mavqeining sifat jihatidan o'zgarishiga, hamshiralarning mas'uliyatining oshishiga va ularning kasbiga bo'lgan munosabatining o'zgarishiga olib keldi. Hamshiraning ahamiyatini e'tiborsiz qoldirish qiyin, shoshilinch holatlarda bemorning hayoti ko'pincha hamshiraning professionalligiga bog'liq. Shifokor yo'qligida shoshilinch holatlarga to'g'ri va tez javob berish qobiliyati hayotni saqlab qolishi mumkin. Surunkali kasalliklarga chalingan odamlarga mumkin bo'lgan asoratlari va ularga qarshi kurash choralari to'g'risida xabardor bo'lish tavsiya etiladi. Bemorni uning kasalligi to'g'risida xabardor qilish uning axvoli og'irligini oshirishni oldini olishga, asoratlarni oldini olishga yoki ularni o'z vaqtida bartaraf etish uchun zarur choralarni ko'rishga imkon beradi. Uyda birinchi yordam ko'rsatishda yoki bemorga g'amxo'rlik qilishda eng oddiy tibbiy manipulyasiyalar kerak bo'lishi mumkin. Masalan, jgut qo'yish, qon bosimini o'lchash, tozalovchi ho'qna quyishdir. Ular aslida ma'lum bilimlarni talab qiladi va agar ular to'g'ri bajarilgan bo'lsa, ular bemorga yordam beradi va unga zarar etkazmaydi.

Davlatimiz sog'liqni saqlashning umumiy qamgovi doirasida shoshilinch tibbiy yordam samaradorligini oshirish, muhtojlarga hayotiy zarur tibbiy yordamni o'z vaqtida va samarali ta'minlash maqsadida

global say-harakatlarni amalga oshirmoqda. Shoshilinch holatlarda tibbiy yordam ko'rsatish natijasi hamshiraning qanday bilim va ko'nikmalarga ega bo'lishiga bog'liq. Xizmat vazifalarini sifatli bajarish uchun tibbiyot xodimlariga o'z bilim va ko'nikmalarini muntazam oshirib borish tavsiya etiladi. O'quv qo'llanmada terapiya, jarrohlik, nevrologiya, otorinolaringologiya, oftalmologiya, urologiya, ginekologiya, endokrinologiya, shuningdek, o'tkir allergiya va atrof-muhit omillarida eng ko'p uchraydigan shikastlanishlar va kasalliklarga chalingan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatishning zamonaviy texnologiyalari keltirilgan.

Bemorlarni parvarish qilish va tibbiy ko'rikdan o'tkazish bo'yicha zamonaviy yondashuvlar bayon etilgan, test topshiriqlari, javob standartlari bilan muammoli-vaziyatli vazifalar, zarur asbob-uskunalar va jihozlar ro'yxati berilgan. O'quv qo'llanma tibbiyot kollejlari o'qituvchilari, talabalari va amaliyotdagi hamshiralar uchun mo'ljallangan.



## I-BOB

### SHOSHILINCH HOLATLARDA HAMSHIRANING ROLI

Hamshiralik parvarishi tibbiy-sanitariya yordami, salomatlikni mustahkamlash, aholining barcha guruhlari uchun munosib yuqori sifatli hamshiralik yordamini ko'rsatish tizimining asosiy tarkibiy qismlaridan biridir.

Shu munosabat bilan aholiga hamshiralik xizmatini ko'rsatish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish, kasalliklarning oldini olish, shoshilinch va shoshilinch tibbiy yordam, jinsiy tarbiya, sog'lom onalik va bolalik, aloqa masalalari kabi muhim yo'nalishlarda sog'liqni saqlash ta'limi sohasida hamshiralar xodimlarining roli ortib bormoqda. Hamshiralar tomonidan g'amxo'rlik qilingan ko'pchilik odamlar o'z tajribasidan biladilarki, hamshiralik o'z sog'lig'iga g'amxo'rlik qilishda alohida hissa qo'shadi va bu hissa boshqa sog'liqni saqlash xodimlari va ijtimoiy xodimlarning hissasidan sifat jihatidan farq qiladi. Bunday amaliy bilimlar odamlarni hamshiralik sog'liqni saqlash tizimining muhim tarkibiy qismi ekanligiga ishontiradi.



Hamshiralik ishi juda xilma-xildir va uning mohiyati hamshiralik parvarishining turli ehtiyojlari va kontekstlariga javob berishdan iborat.



Shoshilinch tibbiy yordamdagi hamshiralarning vazifalari xilma-xildir. Hamshiralar shifokorlar buyurgan muolajalarni keng ko'lamli (in'ektsiyalar, klizmalar, dori-darmonlarni tarqatish, va boshqalar), diagnostik manipulyatsiyalar (tana haroratini o'lchash, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni zondlash va boshqalar.) amalga oshiradi. Agar kerak bo'lsa, hamshiralar nafas olishni va yurak urish tezligini hisoblashlari, qon bosimini, kunlik diurezni o'lchashlari, bemorning ajralmasini (balg'am, siydik, najas) tahlil qilish uchun to'g'ri to'plashlari va laboratoriyaga yuborishlari kerak. Shoshilinch holatlarda hamshiralar birinchi yordamni (sun'iy nafas olish, bilvosita yurakni tashqi massaji, qon ketganda jgut qo'yish), shuningdek oshqozon-ichakdan qon ketishlarda birinchi yordamni ko'rsatishlari shart.

Amalda, hamshira tez shoshilinch terapiyani talab qiladigan o'tkir holatlarga duch keladi, ularning muvaffaqiyati tashxisning o'z vaqtida va to'g'riligiga va terapevtik tadbirlarni amalga oshirishga bog'liq. Shoshilinch holatlarda diagnostika hamshira amaliyotidagi eng muhim va mas'uliyatli vazifa hisoblanadi. Bitta sindromda turli xil og'riqli holatlar sabab bo'lishi mumkin va ba'zi hollarda kasallikning asosiy ko'rinishi, boshqalarida esa uzoq patologik jarayonning asoratlari sifatida namoyon bo'ladi. Differentsial diagnostika uchun keng tarqalgan va kam o'rganilgan turli xil alomatlariga tayangan holda aniq boshqarish kerak.

Hamshira tomonidan shoshilinch tibbiy yordam va diagnostika tadbirlarini o'tkazishda quyidagi talablar qo'llaniladi:

Hamshira bemorning eng keng tarqalgan va ayniqsa o'tkir, hayot uchun xavfli holatlar va kasalliklarining alomatlarini bilishi kerak:

- barcha diagnostika choralari parallel ravishda amalga oshirilishi kerak;
- shoshilinch holat yuzaga kelgan joyda bemorga shoshilinch yordam ko'rsatishni boshlang va agar kerak bo'lsa, uni reanimasiya bo'limiga olib borishda davom eting.
- Shoshilinch yordam ko'rsatishda hamshira o'zini tuta olishi kerak:
- ABC dasturiga muvofiq yurak-o'pka reanimatsiyasini;
- qon ketishini vaqtincha to'xtatish;
- transport immobilizatsiyasi;

- in'eksiyalar;
- shifokor nazorati ostida oshqozon va ichakni yuvish,
- qon o'rnini bosuvchi tomir ichi infuziyalari;
- Barcha turdagi qurilmalarda EKG yozuvi;
- qon bosimi, puls, nafas olish tezligini o'lchash;
- glyukometr yordamida yoki test chiziqlari yordamida qondagi qand miqdorini aniqlash;
- sunniy nafas olish va narkoz uskunasiidan foydalanishni.

Dori-darmonlarni xavfsiz qabul qilishda hamshiraning roli va mas'uliyati katta. Birinchi yordam va shoshilinch yordam ko'rsatishda dori-darmonlar, shuningdek, ushbu dori buyurilgan bemor haqida ma'lumot olish muhimdir.

**Dori-darmonlarni buyurish shifokorning vazifasidir!** Ammo, shunga qaramay, hamshiraning kasbiy mas'uliyati dori-darmonlarni oddiy taqsimlashdan tashqariga chiqadi. Hamshira o'z vazifasini kasbiy tarzda bajarishi nafaqat biror narsani "qilish", balki uni har doim uylab bajarishi lozim. Hamshira o'z xatolarni tan olishi va bilmagan narsasini Shifokordan so'rashi kerak. U dori-darmonlarning nojo'ya reaksiyalari va nojo'ya ta'sirlarining namoyon bo'lishini faol kuzatishi, bunday holatlarga tibbiyot xodimlarining e'tiborini jalb qilishi va dori-darmonlarni qabul qilishning to'g'riligini kuzatishi kerak.

Dori darmonlarni bilish quyidagi jihatlarni o'z ichiga olishi kerak

- dozlash chegaralari;
- preparatning asosiy farmakologik ta'siri;
- qabul qilish oralig'i;
- qo'llash usuli;
- mumkin bo'lmagan holatlar;
- mumkin bo'lgan salbiy reaksiyalari yoki nojo'ya ta'siri;
- boshqa dorilar bilan o'zaro ta'siri.

Shifokor bilan bir qatorda hamshira har qanday dori-darmonlarni buyurishdan oldin bemorning ahvolini baholash uchun javobgardir. Ushbu baholash shifokor hali tekshirilmaganligidan qat'iy nazar amalga oshirilishi kerak, chunki bemor hamshiraga qo'shimcha yoki boshqa ma'lumotlarni berishi mumkin.



Har qanday vaziyatda, shu jumladan tibbiy muassasaning devorlaridan tashqarida malakali shoshilinch yordam ko'rsatish har qanday profildagi hamshira uchun zarurdir. Favqulodda vaziyatlarda shoshilinch yordam ko'rsatishda tibbiyot xodimlari jamoasi "bir jamoa bo'lib" uyg'un harakat qilishlari kerak, shuning uchun hamshira nafaqat o'ylamasdan ijrochi bo'lishi, nafaqat itoatkorlik bilan Shifokor buyurgan muolajalarni bajarishi, balki uni ma'nosini va taktikani ham yaxshi tushunishi va tashabbusni ko'rsatgan holda yordam ko'rsatitishi kerak. U nafaqat shifokor tomonidan muolajalarni qilish uchun asbob-uskunalar tayyorlashi, balki unga mohirona yordam berish uchun muolajalarga kursini ham aniq bilishi kerak. Baxtsiz hodisalar tibbiy muassasadan tashqarida sodir bo'lganda, qoida tariqasida, hamshira o'z-o'zidan tez va malakali tibbiy yordam ko'rsatishi shart. Bu holatda insonning hayoti unga bog'liq, desak mubolag'a bo'lmaydi.



## II-BOB

### NEVROLOGIYADA SHOSHILINCHI HOLATLAR

#### 2.1. O'tkir bosh miyada qon aylanishining buzilishi (O'BMQAB)

*O'tkir bosh miyada qon aylanishining buzilishi (O'BMQAB)* – miya qon aylanishi buzilishi natijasida nevrologik simptomlarning to'satdan kelib chiqishidir. O'lim ko'rsatkichi – 17,4%, nogironlik – 83,8%ni tashkil qiladi.

**Xavf omillari:** keksa yosh, arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi, qandli diabet, chckish, irsiy moyillik, kam harakatlilik, aralash oral kontratseptsyani qabul qilish.



ISHEMIK INSULT



GEMORAGIK INSULT

#### Tasniflash.

1. O'tib ketuvchi miyada qon aylanishining buzilishi (O'KMQAB) qisqa muddatli miya ishemiyasi bilan tavsiflanadi, bunda paydo bo'lgan nevrologik alomatlar 24 soat ichida butunlay yo'qoladi
2. Nevrologik simptomlarning yanada barqaror saqlanishi (24 soatdan 1 haftagacha) kichik insult tashxisi uchun asos bo'la oladi.
3. Nevrologik belgilarning asta-sekin kuchayishi gemorragik yoki ishemik bo'lishi mumkin bo'lgan kuchayib boruvchi (progressiv) insultga xosdir.
4. Tugallangan insult uchun nevrologik simptomlarning asta-sekin kamayishi va bemorning ahvolini yaxshilash bilan tavsiflanadi.



**Insult klinikasi.** Insuldda quyidagi nevrologik belgilarning to'satdan paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi:

- harakat buzilishlari - zaiflik, bir yoki ikkala oyoq-qo'lni bir tomondan harakatlantirishda qiyinchilikning tug'ilishi;
- bir tomonda bir yoki ikkala oyoq-qo'lda tarqalgan sezuvchanlikning kamayishi yoki yo'qolishi;
- sanoq, o'qishda nutqning qiyinlashuvi;
- ko'zda yoki ko'zning bir qismida ko'rishning yo'qolishi;
- muvozanatning buzilishi;
- ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga, ko'rishda ikkilanish, yutish yoki nutqning buzilishi bilan birga bosh aylanishi xurujlari kuzatiladi.

Umumiy miya simptomlar bo'lish ehtimoli:

- o'tkir bosh og'rig'i, ko'zlardagi og'riqlar, harakatlenganda kuchayadi;
- bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, quloqlarning bitishi boshdagi shovqin, umumiy holsizlik;
- ongni buzilishi yoki hushni yoqotish - stupor, karaxtlik, psixomotor qo'zg'alish, koma.



**Ishemik va gemorragik insultlarni qiyosiy tashhislash**

Gemorragik insult	Ishemik insult
Yoshlar va o'rta yoshdagilar	Yoshi kattalar
Arterial gipertenziya	YuK, hilpillovchi aritmiya, yurak nuqsonlari, yurak yetishmovchiligi
Jismoniy yoki emotsional yuklamadan so'ng to'satdan boshlanishi	Sekin-asta boshlanishi, ko'pincha kechasi kuzatiladi
Umumiy miya belgilarining o'chog'li nevrologik belgilardan ustun kelishi	O'chog'li nevrologik belgilarning kasallik boshlanishidan boshlab ustunlik qilishi
Kasallik boshlanishida xushning gangishi va keyingi avjlanib borishi	Bir oz hushning buzilishi bilan keyingi umumiy ahvolning yaxshilanishi
Tez-tez kuzatiladigan meningial belgilar, psixomotor qo'zg'alishlar	Nervral belgilari ustunlik qiladi

- Agar uy sharoitida komatoz holatidagi bemorni so'rab-surishtirish imkoniyati bo'lmasa, u holda insultli komani boshqa komatoz holatlardan (diabetik, jigar, intoksikatsion va b.) farqlash zarurdir.
- Quyidagi nevrologik belgilarning mavjudligi insult komasini tashhislashga imkon beradi:
  - Turli hajm kattalikdagi qorachiqalar,
  - bir tomonda lunjlarning shishi "lunj yelkani" simptomi, bir tomonlama qo'l va oyoqlarda harakatning susayishi yoki yo'qligi, "ko'tarilgan qo'l o'rma kamchi kabi tushadi",
  - patologik Babinskiy refleksining paydo bo'lishi,
  - bir tomonda og'riqqa harakatning susayishi yoki yo'qolishi.

**Hamshira taktikasi.**

1. Shifokorni chaqirish yoki tez yordam brigadasini chaqirish.
2. Adekvat nafas olishni tiklash. Vaziyatni baholash - nafas olish harakatlarining soni va ritmi, nafas olish aktida yordamchi mushaklarning ishtiroki, og'iz bo'shlig'i va yuqori nafas yo'llarini tekshirish. Choralar - agar kerak bo'lsa, og'iz bo'shlig'ini va nafas yo'llarini qusiq massasidan bo'shatish uchun yumshoq matodan foydalaning, bemorning boshini yon tomonga burang.
3. Barqaror gemodinamikani saqlash - qon bosimi 200/120 mm Hg bo'lganda, til ostida 20 mg nifedipinni qo'llash tavsiya etiladi.



4. Talvasa sindromni bartaraf etish, iloji bo'lsa, diazepamni 2,0-4,0 ml / mushak orasiga kiritish.
5. Dori vositalarini kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

**Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatma.** *O'BMQAB* bilan bemorlar imkoniyat darajasida kasallik boshlanishidan 3 soat davomida shifoxonaga yuborilishi shart. Bemor 6 soatdan kam vaqt davomida shifoxonaga yotqizilganda insultdan keyingi o'lim ko'rsatkichi bir sutkadan so'ng yotqizishga nisbatan uch barobar kamdir.

*O'BMQAB* bilan komatoz holatdagi bemorlar intensiv terapiya xonalariga yoki TTB reanimatsiya bo'limlariga yotqizilishi shart.

## 2.2. Talvasalar

*Talvasalar* – bosh miyada kuchli elektr razryadi tufayli to'satdan paydo bo'lgan hush darajasining vaqtinchalik o'zgarishi.

**Sabablari:** infeksiya (meningit, entsefalit, bolalarda isitma, neyrotsistotsirkoz); metabolik (gipoglikemiya, gipoksiya, gipokaltsemiya, yetarli miqdorda ovqatlanmaslik); tug'ma (epilepsiya, pre- va perinatal asoratlar); miya o'smasi;; travmatik (bosh miya shikastlanishi, epilepsiya); nevrologik (epilepsiya)

### **Epileptik talvasalarda hamshiraning taktikasi.**

#### *Talvasalar paytida:*

- bemorni keyingi jarohatlardan himoya qilish - unga zarar etkazishi mumkin bo'lgan narsalarni olib tashlash;
- qattiq kiyimlarni bo'shatish;
- bemorni ushlab turishga urinmaslik;
- Bemor yaqinda travma yoki tutilishga olib kelishi mumkin bo'lgan boshqa sabablarga ega bo'lganligini aniqlang.

#### *Talvasadan keyin:*

- havo yo'llarining o'tkazuvchanligini va kislorod bilan ta'minlanishini ta'minlash;
- qondagi qand miqdorini aniqlash va glyukoza berish (iloji bo'lsa);
- shikastlanganda yordam ko'rsatish;
- agar kerak bo'lsa, kasalxonaga yetqazing;
- birinchi marta talvasaga uchragan bemorlarni majburiy kasalxonaga yetqazing;

- talvasalar tugagandan so'ng bemorga xavfsiz va qulay holat - tiklanish holati beriladi.



**Epileptik tutqanoq statusi.** Tonik-klonik tirishish xurujlari seriyasi, ular oralig'ida bemorning hushi tiklanmaydi. Epileptik statusdan farqli ravishda, tez-tez qaytariluvchi epileptik tirishish xurujlari oralig'ida bemorning xushi to'liq tiklanadi.

#### **Hamshira taktikasi.**

- Shifokor yoki tez yordam chaqiring;
- Diazepam 5-20 mg dan minutiga 2 mg/min tezlikdan oshmaydigan nafas olish depressiyasi va yurak faoliyatining oldini olish uchun;
- epileptik holatni engillashtiradigan boshqa dori – fenobarbital valproat kislotalari, konvuleks;
- **Dori-darmonlarni kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.**
- shoshilinch kasalxonaga yotqizish.

#### **2.3. Bosh miya shikastlanishi. Miya chayqalishi**

**Bosh miya shikastlanishi.** Har beshinchi jabrlanuvchida miyaga jiddiy shikast etkazadi. BMSH yuqori o'lim va nogironlikka olib keladi. Miya travmatik shikastlanishida o'lim boshqa jarohatlarga qaraganda yuqori. Jiddiylikni baholashning muhim mezonini ong darajasidir - Glazgo shkalasi qo'llaniladi.

**SamDTU**  
**axborot-resurs markazi**





Shoshilinch tibbiy yordam taktikasidagi Glazgo koma shkalasi

Ballar	Yangi tug'ilgan chaqaloq	Kattalar va bolalar
<i>Ko'zning ochilishi</i>		
4	O'z-o'zidan	O'z-o'zidan
3	Gapirganda	Verbal qo'zg'atish
2	Og'riqqa	Og'riqqa
1	Reaksiyasi yo'q	Reaksiyasi yo'q
<i>Harakat reaksiyasi</i>		
6	Meyoriy o'z-o'zidan harakat	Komandani bajaradi
5	Teginganda seskanish	Og'riq tarqalishini cheklaydi
4	Og'riqli qo'zg'atishga seskanish	Og'riqli qo'zg'atishga seskanish
3	Anomal bukilish	Og'riqqa anomal bukilish
2	Anomal yozilish	Anomal yozilish
1	Reaksiyasi yo'q	Reaksiyasi yo'q
<i>Verbal reaksiyasi</i>		
5	Gu-gullash va bijir-bijiri	Orientatsiya borligi
4	Ta'sirchan yig'lash	Chalkash-chulkash
3	Og'riqqa yig'lash	Mos bo'lmagan so'zlar
2	Og'riqqa nisbatan ingrash	Nospetsifik tovushlar
1	Reaksiyasi yo'q	Reaksiyasi yo'q

Glazgo koma shkalasi (GCS) bemorning ongi qanchalik buzilganligini baholash uchun ishlatiladi. Unga ko'ra, hamshiraning

taktikasiga muvofiq, to'rt yoshga to'lgan barcha bemorlarning shoshilinch holati belgilanadi.

O'lchov uchta testni o'z ichiga oladi: ko'zni ochish; nutq reaksiyasi; vosita reaksiyasi. Uchta testning har birining natijalariga ball beriladi.

Birinchi test (ko'zni ochish) uchun siz 1-4 ball olishingiz mumkin. Ular quyidagicha: o'zi ko'z ochishi - 4 ball; ovozga javoban - 3 ball; og'riqqa javoban - 2 ball; javob yo'q - 1 ball.

Ikkinchi test nutq reaksiyalarini tahlil qiladi. Uning natijalariga ko'ra 1-5 ball olish mumkin: Bemor yaxshi yo'naltirilgan, savollarga o'z vaqtida va to'g'ri javob beradi - 5 ball; bemor yo'naltirilmagan, nutqi sust - 4 ball; nutqning nomutanosibligi, so'zlar to'plO'MI, umumiy ma'nosi yo'q - 3 ball; bemorning javobini aniqlab bo'lmaydi - 2 ball; javob bermaydi - 1 ball.

Uchinchi sinov harakat reaksiyasi uchun. Buning uchun maksimal 6 ball olish mumkin: talab qilinadigan harakatlarni bajaradi - 6 ball; og'riqqa itarib javob beradi, qaytaradi - 5 ball; oyoq-qo'llari og'riqqa javoban tortib oladi - 4 ball; bukish patologik refleksi - 3 ball; patologik yozilish refleksi - 2 ball; harakat qilmaydi - 1 ball. Hammasi bo'lib uchta test natijalariga ko'ra siz 15 ball olishingiz mumkin. Bu aniq ongning ko'rsatkichidir. Eng past ball (uch ball) odamning chuqur komada ekanligini ko'rsatadi.

Bolalar uchun Glazgo koma shkalasi To'rt yoshgacha bo'lgan bolalar uchun Glazgo koma shkalasi kattalarnikidan farq qiladi. Asosiy farq og'zaki javobni baholaydi.

Bolaning nutq reaksiyasi 5 balli shkala bo'yicha baholanadi: bemor tabassum qiladi, ovozli signallarga javob beradi, ob'ektlarni kuzatadi, hamshira bilan muloqot qiladi - 5 ball; bemor yig'layapti, lekin uni tinchlantirish mumkin, u o'zaro ta'sirga tayyor emas - 4 ball; yig'lashni faqat qisqa vaqtga to'xtatish mumkin, bola uzoq vaqt g'amgin tovushlarni chiqaradi - 3 ball; yig'lashni to'xtatib bo'lmaydi, bola juda xavotirda - 2 ball; bola yig'lamaydi va hech qanday munosabat bildirmaydi - 1 ball. Keling, natijalarni baholaymiz: 15 ball - bemor ongli; 10-14 ball - bemor hayratda qoladi (ajoyib o'rtacha yoki chuqur bo'lishi mumkin); 9-10 ball - stupor (ixtiyoriy yo'qotish va refleks faolligini saqlab qolish bilan ongning chuqur tushkunligi); 7-8 ball - birinchi darajali koma; 5-6 ball - ikkinchi darajali koma; 3-4 ball - uchinchi darajali koma.



Amalda, ongning quyidagi darajalarini ajratish qulay:

Es-hushini tezda baholash shkalasi

<b>H</b>	Bemor HUSHIDA	Ha/yo`q
<b>V</b>	VERBAL qo`zg`atishdan ta`sirlanish	Ha/yo`q
<b>O</b>	OG`RIQLI qo`zg`atishdan ta`sirlanish	Ha/yo`q
<b>JB</b>	JAVOB REAKTsiYaSINI umuman yo`qligi	Ha/yo`q

Miya shikastlanishining belgilari



**Bosh miya chayqalishi.** Bosh miya chayqalishida umumiy miya simptomlari yuzaga keladi: hushining yo`qolishi, bosh og`rig`i, qusish, quloqda shovqin, nistagm, tez o`tib ketuvchi nafas o`zgarishi, puls o`zgarishi (tezlashishi yoki sekinlashishi) kuzatiladi. Vegetativ buzilishlar: ko`p terlash. O`choqli simptomlari yo`q.



### ***Hamshiralik taktikasi.***

- Bemorning holatiga umumiy baho bering. Umumiy holati o'rtacha, og'ir yoki o'ta og'ir bo'lishi mumkin;

Ko'zga ko'ringan patologik namoyon bo'lgan etakchi simptomni aniqlang;

- Organizmning asosiy hayotiy belgilarini kuzating;
- Kerakli manipulyatsiyalarni bajaring. Bemorni tekshirish paytida quyidagilar zarur:
- Kasallikning rivojlanish manbasini aniqlang, shoshilinch holatlarda rivojlanishiga nima asos bo'lganligini aniqlang.
- Bemorning ongini baholang. Buning uchun siz Glazgo shkalasidan foydalanishingiz kerak.
- Hayotiy muhim organlar va tizimlar qanday ishlashini tahlil qiling. Bularga yurak-qon tomir tizimi, nafas olish organlari kiradi.
- Teriga alohida e'tibor beriladi. Ularning rangi va tozaligi nazorat qilinadi, ular qanchalik quruq yoki ho'l ekanligi tekshiriladi.
- Tinchlikni ta'minlash ta'minlash (engil darajada 5-7 kun yotoqda dam olish, og'ir darajada - 14 kun), miya shishini kamaytirish uchun boshga sovuq, suvsizlanish terapiyasi ko'rsatiladi: magniy sulfat, diuretik preparatlar - furosemid, tinchlantiruvchi va uxlatuvchi dorilar, bosh og'rig'ini yo'qotish - analgetiklar.

### **Bosh miyani lat yeyishi**

**Bosh miyani lat eyishi**-shikastlanadigan ob'ektni qo'llash nuqtasida yoki qarama-qarshi tomonda zarbaga qarshi turdagi miya shikastlanishi; miya to'qimalarining bir qismi eziladi.

Belgilar va alomatlar. Umumiy miya simptomlari: hushidan ketish, qusish, talvasalar, psixomotor qo'zg'alish yoki tormozlanish. Miyaning bir qismini zararlanishi natijasida kelib chiqadigan o'choq simptomlar (funktsiyalarning yo'qolishi): oyoq-qo'llarning pareziyasi yoki falaji, sezuvchanlik buzilishi, bosh miya asab funktsiyalarining yo'qolishi, nutqning buzilishi, ko'rishning buzilishi.

### **Lat yeyishlarning og'irlik darajasi:**

- Yengil daraja. Qisqa muddatli hushni yo'qotish mumkin (10-15 daqiqa). Parez shaklida o'choqli alomatlar. Lumbal punksiya paytida miya suyuqligidagi qon aralashmasi asosida tashxis qilinadi.



- O'rtacha daraja. Hushi 2 kungacha yo'qoladi. Aniq umumiy miya belgilari. Qo'zg'aluvchanlik, talvasalar, mushaklar regidligi, qorachiqarning nurga reaksiyasi sust. O'choq alomatlar aniqlanadi-falaj, parez, ko'rish va eshitishning pasayishi.
- Og'ir daraja. Keng subaraxnoid qon ketishlar, yarim sharlar va stvol bo'limlarida to'qimalarning ezilishi. Hushni uzoq vaqt yo'qotish ko'pincha koma hisoblanadi. Nafas olish va yurak-qon tomir faoliyatining buzilishi darhol paydo bo'ladi. Miya likvor suyuqligi bosimining oshishi. Ko'pincha gemiplegiya kabi talvasalar, parezlar va falajlar mavjudligidan darak beradi.



### **Hamshiraning taktikasi.**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring;
- Jabrlanuvchining og'zini oching, shilimshiq, qon, qusish, begona jismlarni olib tashlang.
- Kanal og'iz orqali kiritiladi.
- Yurak urishini nazorat qilish, qon bosimi.
- Darhol tibbiy muassasaga gorizontal holatda, boshi yon tomonga burilgan holda olib boring.
- Talvasani oldini olish uchun oyoq-qo'llar zambilga fiksasia qilinadi.
- Antikonvulsanlar va sedative dorilarga ehtiyoj paydo bo'lishi mumkin. Miya ichi bosimning oshishi: urotropin, diuretiklar, umurtqa punksiyasi (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha) buyuriladi.

### III-BOB

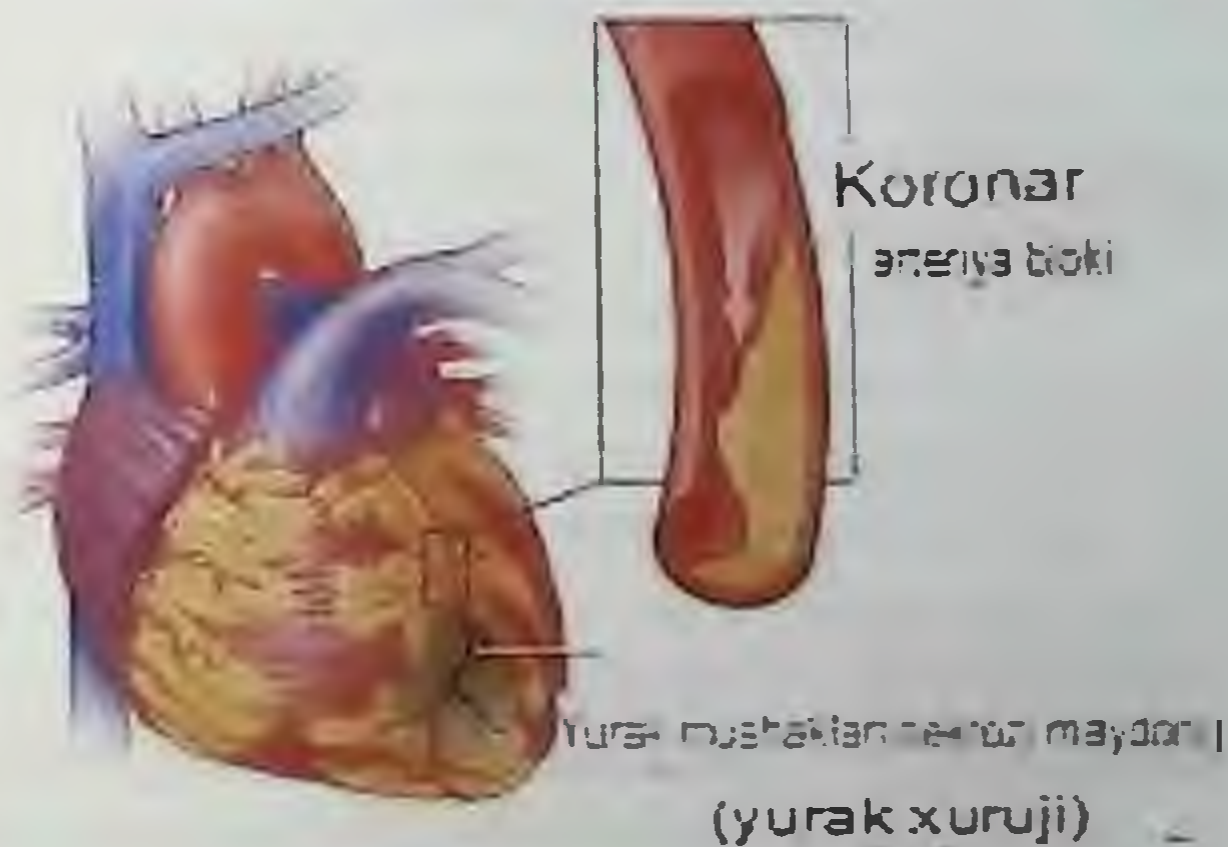
## SHOSHILINCH KARDIOLOGIYA

### 3.1. O'tkir koronar sindrom – O'KS

**O'tkir koronar sindrom - O'KS.** O'tkir ko'krak og'rig'i va ST segmentining 20 minutdan ortiq balandligi bo'lgan bemorlar - koronar arteriyaning to'liq okklyuziyasi. Buning sababi **miyokard infarkti**.

Doimiy ST ko'tarilishsiz o'tkir ko'krak og'rig'i bo'lgan bemorlar. Sababi - **beqaror stenokardiyadir**.

*O'tkir miokard infarkti.* Asosiy qoidalar va diagnostika mezonlari. Qon ivishi yurakni oziqlanadigan arteriyani to'liq yoki qisman to'sib qo'yganda, miyokard infarkti rivojlanadi. Organlarga qon oqimining buzilishi tufayli yurak mushaklarining nekrozi (nekroz) jarayoni boshlanadi. Miyokard infarkti bilan bemorning qon bosimi pasayadi, o'lim qo'rquvi hissi paydo bo'ladi. Bemor yurak sohasida yoki to'sh suyagi orqasida kuchli og'riqdan shikoyat qiladi, bu bosim va siqish xarakteri bilan tavsiflanadi. Ba'zida og'riqlar kuyishga o'xshaydi.



**O'tkir miokard infarkti (O'MI)** miyokard ishemiyasi tufayli yurak mushaklarining nekroziga olib keladi, odatda yarali aterosklerotik blyashka hududida koronar tomir trombozi natijasida yuzaga keladi. Tipik holatlarda bemorda patologik Q tishchasi mavjudligi bilan EKGda o'zgarishlar bilan kechadigan ishemiya belgilari paydo bo'ladi. Bu koronar arteriyaning to'liq tiqilib qolishi natijasida kelib chiqadigan



transmural infarktni ko'rsatadi, Q tishchasining yo'qligi esa infarkt hududida arteriyaning o'tkazuvchanligi saqlanib qolganligini ko'rsatadi.

**Vaqt qimmatli ekanligini unutmang;** yurak mushagining qaytmas nekrozini oldini olish uchun har bir daqiqa juda muhimdir. Tomirning to'liq yopilishi bilan to'liq miyokard nekrozi 4-6 soat ichida sodir bo'ladi.

**Tashxis** eng qisqa vaqt ichida kerakli tibbiy yordamni ko'rsatish uchun anamnez, fizik tekshiruv, EKG va boshqa tekshiruvlar asosida tezda amalga oshirilishi kerak.

**Anamnez:** og'riqning lokalizatsiyasi, tabiati va tarqishi stenokardiya bilan bir xil, ammo O'KS bilan simptomlar aniqroq bo'lsa ham, uzoqroq davom etadi va nitrogliserinni qabul qilish bilan to'xtatilmaydi. Ba'zi hollarda bemorlar faqat ko'krak qafasidagi "siquvchi", "bosuvchi", "kuyishuvchi", keksa bemorlarda esa, nafas qisilishidan shikoyat qiladilar. O'KS bilan og'riqan bemorlar ko'pincha tashvish va yaqin o'lim qo'rquvini boshdan kechirishadi. Ular sovuq ter bilan qoplangan rangpar bo'lishi mumkin. Xavf omillarini aniqlash juda muhim, shu bilan birga ishemik holatlar o'rtacha xavf darajasi bo'lgan odamlarda ko'proq uchraydi.

**Tekshiruv:** qon bosimi oshishi yoki pasayishi mumkin. Yurak xuruji paytida o'tkazuvchanlik tizimi buzilgan bo'lsa, puls aritmik bo'lishi mumkin. Yurak yetishmovchiligi belgilarini (bo'yin venasining bo'rtishi, xushtaksimon nafas, xirillash), perikardit belgilari (perikard ishqalanishi) va aorta devorining ko'chishi (assimetrik puls) mavjudligini diqqat bilan tekshiring.

**EKG:** zararlangan hududiga qarab har xil ulanishlarda ST segmentining 1 mm dan yuqori ko'tarilishi (II, III, AVF - pastki devor; I, AVL, V5, V6 - yon devor; V1-4 - old devor) etarlicha O'IMdiga xos belgilaridir. O'KS belgisi; T-tishcha inversiyasi bilan ST segmentining pasayishi subendokardial ishemiyaning odatiy belgisidir. Bemorlarda ko'pincha qabul paytida T tishchani cho'qqisi (ko'pincha normal hisoblanadi) yoki ST segmentining 1 mm dan kam ko'tarilishi kabi o'ziga xos bo'lmagan xususiyatlar bilan namoyon bo'ladi. Nekroz rivojlanishi bilan EKGda o'zgarishlar tez namoyon bo'ladi. Eng erta bosqichda (kasallikning dastlabki soniyalarida - soatlarda) ST segmentining ko'tarilishi, T tishchani inversiyasi va oxir-oqibat patologik Q tishchasining paydo bo'lishi bilan almashtiriladigan baland, uchli T- tishchalarini ko'rish mumkin 24-48 soat.

**Bemorda miyokard infarkti belgilari mavjud bo'lganda hamshiraning taktikasi:**

1. Shifokor yoki tez yordam chaqiring.
2. Yurak urish tezligini hisoblang, pulsning xususiyatlarini baholang, qon bosimini o'lchang.
3. Nitrogliserinni til ostiga 1 tabletka yoki 1 doza sprej shaklida til ostiga purkang. Preparat og'riqni kamaytirish va koronar arteriyalarning spazmini yo'qotish uchun kerak.
4. Agar 1 tabletka yoki 1 doza sprej yordam bermasa, nitrogliserinni yana berish kerak, lekin 3 martadan ko'p bo'lmasligi lozim. Avval siz qon bosimini o'lchashingiz kerak: agar u pasaygan bo'lsa, siz nitrogliserin bera olmaysiz.
5. 1 tabletka aspirin (atsetilsalitsil kislota) bering va bemordan dorini sekin chaynashini so'rang. Preparat tromboembolik kasalliklarning oldini olish uchun mo'ljallangan.
6. Elektrokardiogramma olish uchun funktsional diagnostika hamshirasini chaqiring.
7. Gipoksiyani kamaytirish choralarini ko'ring. Buning uchun siz xonani ventilyatsiya qilishingiz, bemorning nafas olishni cheklaydigan kiyimini ochishingiz va kislorod terapiyasini o'tkazishingiz kerak.
8. Dori vositalarini kiritish faqat shifokor tomonidan belgilab, uning nazorati ostida amalga oshirilishi kerak.

Nostabil stenokardiya - stenokardiya xuruji va o'tkir miokard ishemiyasini ko'rsatadigan EKG o'zgarishlari bo'lgan bemorlar, ammo ST segmentining ko'tarilishi va miyokard nekrozining belgilarining kuchayishi kuzatiladi. Stabil bo'lmagan stenokardiya shakllari:

1. Birinchi bor paydo bo'lgan zo'riqish (< 1 oy).
2. Progressiv: Funktsional sinifning o'zgarishi bilan barqaror stenokardiyaning o'tkir (< 2 oy) rivojlanishi.
3. Variant stenokardiya (Prinzmetal stenokardiyasi). Oddiy koronar arteriyalarning spazmi. 10-15 daqiqa yoki undan ko'proq davom etadigan, ko'pincha kechasi, ertalab, dam olishda yuzaga keladigan og'riqli hujumlar. Og'riq xuruji paytida ST segment oralig'ida gumbazsimon ko'tarilish, og'riq sindromi to'xtatilgandan keyin o'z-o'zidan yo'qoladi.
4. Infarktdan keyingi erta stenokardiya (24 soatdan keyin va MI boshlanganidan 2 haftagacha) paydo bo'ladi.



**ST balandligi bo'lmagan o'tkir koronar sindrom**

- 20 daqiqa davom etadigan dam olishdagi stenokardiya og'riq'i
- Birinchi marta paydo bo'lgan stenokardiya (II-III FS).
- Ilgari barqaror stenokardiyaning FS III gacha rivojlanishi
- Infarktdan keyingi stenokardiya.
- Depressiya yoki ST segmentining vaqtincha ko'tarilishi va/yoki T tishchaning o'zgarishi, uchdan birida ko'prog'ida EKG normal bo'lishi mumkin.

Yurak Ishemik kasalligi bemorda stenokardiya xuruji yoki miyokard infarkti bo'lganligi sababli kuchayishi mumkin. Bunday sharoitda yurak mintaqasida og'irlik, bosilish va kuyish hissi mavjud bo'ladi. Noxush tuyg'ular ikki dan yigirma daqiqagacha davom etishi mumkin. Og'riqli hislar, shuningdek, chap qo'l, kurak, pastki jag'ga ham berishi mumkin. Shoshilinch holat stress tufayli bo'lishi mumkin.

Yurak ishemik kasalligida hamshiraning taktikasi.

- Shifokor va tez yordam chaqiring;
- Bemorga dam bering. Agar tibbiy manipulyatsiya paytida shoshilinch holat yuzaga kelsa, uni to'xtatib turing;
- Toza havo oqimini ta'minlang;
- Dori-darmonlarni kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.
- Til ostiga maydalangan 0,5 mg nitrogliserin qo'ying. Ushbu harakatni har 3-5 daqiqada, 3 mg gacha takrorlang. Bosimni nazorat qilish;
- Ta'siri bo'lmasa, 5-10 ml baralgin yoki 2 ml analgin 50% tomir ichiga yoki mushak ichiga yuboriladi;
- Bemor kasalxonaga yotqizilishi kerak.



### 3.2. O'tkir yurak yetishmovchiligi

**O'tkir yurak yetishmovchiligi** - kelib chiqishi yurak yoki yurak bo'lmagan anatomik va / yoki funksional miokard yetishmovchiligi belgilarining tez boshlanishi bilan tavsiflangan klinik sindromdir. Ushbu atama ko'pincha o'tkir chap qorincha yetishmovchiligini aniqlash uchun ishlatiladi. SYUE ning keskin kuchayishi ko'pincha o'tkir yurak yetishmovchiligining eng keng tarqalgan shakli hisoblanadi.

**Diagnostika.** Shikoyatlar: to'satdan nafas qisilishi, zaiflik, yo'tal va / yoki pushti balg'amli yo'tal, yurak urishi. Nafas qisilishining tungi hurujlari bilan tavsiflanadi, o'tirgan yoki tik turgan holatda yaxshilanadi. Ob'ektiv: nafas qisilishi, taxikardiya, yotgan holatda nafas olishning tezlashishi, ikkala tomonda pastki o'pka bo'limlarda nam krepitatsiyali xirillashlar, hepatomegaliya, simmetrik oyoq shishi aniqlanadi. EKGda o'tkir koronar sindrom, aritmiya belgilari namoyon bo'ladi.



#### **Hamshira taktikasi.**

- Shifokor yoki tez yordam chaqiring
- Bemor va yaqinlarini tinchlantiring
- Bemorni o'tirgan holatda joylashtiring
- Zudlik bilan kasalxonaga yotqizish: kislorodli terapiya, diuretiklar - furosemid v/i 20-50 mg sekin, morfin v/i 5-10 mg, vazodilatatorlar: nitratlar - nitroglicerol tabletkalari yoki til ostiga sprej, metoklopromid v/i 10 mg ko'rsatmalarga muvofiq tavsiya etiladi.
- Dori-darmonlarni kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.



### 3.3. O'pka yurak reanimatsiyasi



**Yurak-o'pka reanimatsiyasi** - qon aylanishi va / yoki nafas olish to'xtaganda tananing funksiyalarini tiklashga qaratilgan chora-tadbirlar majmuidir.

Qon aylanishining to'xtashi 15-30 soniya ichida hushni yo'qotishga, 15-30 soniya davomida EEGda izoelektrik chiziqning paydo bo'lishiga, agonal nafasga, apnea va 30-60 soniya ichida maksimal ko'z qorachig'ining kengayishiga olib kelishi mumkin.

*Qon aylanishining to'xtab qolish sabablari.*

Yurak sabablari:

- miokard infarkti
- kelib chiqishi va tabiati turlicha ritm buzilishi
- elektrolitlar muvozanatining buzilishi
- klapan zararlanishi
- endokardit, miokardit, kardiomyopatiya
- yurak tamponadasi
- O'ATE
- aorta anevrizmasining yorilishi va ko'chishi

*Yurak bilan bo'liq bo'lmagan sabablar:*

- nafas yo'llarining obstruksiyasi
- o'tkir nafas yetishmovchiligi
- shok
- yurakning refleksi tutilishi
- turli kelib chiqishi emboliyasi
- giyohvand moddalarni haddan tashqari oshirib yuborish
- elektr shikastlanishi
- bo'g'ilish

- ekzogen zaharlanish
- **Yurak urishi to'xtashiing klinik ko'rinishlari**
- Markaziy arteriyalarda (uyqu yoki son) pulsning yo'qligi.
- Hushni yo'qotish va talvasalar sindromning rivojlanishi (10-20 soniyada).
- Nafas olishning to'xtatilishi (15-30 s.dan keyin).
- Ikki tomonlama midriaz (ko'z qorachig'i kengayishi) (60-90 soniyadan keyin)
- Areflexia (shox parda refleksi va yorug'likka ko'z qorachig'ining reaksiyasi yo'q)



*Shakl: 1. Klinik o'limning asosiy belgilari: 1-karotis arteriyalarda pulsning yo'qligi; 2-nafas olishning yetishmasligi; 3-o'quvchilarning kengayishi*

Yurak-o'pka va miya reanimatsiyasi bosqichlari P. Safari bo'yicha

**I bosqich-hayotni elementar saqlash.**

- A. (air open the way) yuqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash va saqlash
- B. (breath of victim) – sun'iy o'pka ventilyatsiyasi va kislorod bilan ta'minlash.
- C. (qon aylanishi) - yopiq yurak massaji

**II bosqich-hayotni yanada qo'llab-quvvatlash.**

- D. (drugs and fluids intravenous lifeline administration) - dori-darmonlarni qabul qilish.
- E. (electrocardiography diagnosis) - EKGni baholash.
- F. (fibrillation treatment) - defibrilatsiya.



**III bosqich-hayotni uzoq muddatli saqlash.**

**G.** (gauging) - bemorning ahvolini baholash va yurak tutilishiga olib keladigan sabablarni aniqlash.

**H.** (human mentation) - bemorning ongini tiklash choralari.

**I.** (intencive care) - tegishli intensiv terapiya

**Yurak o'pka reanimatsiyasini amalga oshirish**

**Ko'rsatkichlar:** nafas olish yoki yurak to'xtashi bilan bemor hushdan ketganda amalga oshiriladi. Bajarilish texnikasi qadamlarda.

1. Bemorni silkitib, chaqiring, uyqu arteriyasida nafas olish va pulsni tekshiring

Karotid arteriyalarda pulsni palpatsiya qilish (5 soniyadan ko'p bo'lmagan).

- Qalqonsimon tog' ayni yuqori qismini paypaslab his qiling.
- Barmoqlaringizni uyqu uchburchagiga qo'ing
- uyqu arteriyasi 4-5- bo'yin umurtqalarining ko'ndalang o'simtalariga bosiladi



Tibbiyot xodimlari yurak to'xtashini tasdiqlash uchun carotid (uyqu arteriasidagi) pulsni tekshirishlari kerak.

1. Nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini tekshirib va (agar kerak bo'lsa) og'iz xalqum bo'shlig'idan begona jism barmoq bilan olib tashladi



a – qo'l bilan



b – so'rg'ich yordamida

1. Qattiq, tekis yuzaga chalqancha yotqizing, uyqu arteriyasida pulsni tekshiring

Tilning tortilishini bartaraf etish usullari

**Safari bo'yicha uch usulnu bajarish texnikasi:**

1. Bo'yin umurtqa pog'onasidan boshni yonga burish.
2. Pastki jag'ni oldinga va yuqoriga ko'tarish.
3. Og'izni ochish.

Bu muolajada bo'yin old musharlari cho'zib tortiladi, halqum orqa devori til ildizi hisobiga ko'tariladi

4. Nafas olish va puls bo'lmasa, sun'iy nafas ventilyatsiya va yurakni bilvosita massajini boshlash
5. Pastki jag'ni oldinga itarib, bo'yin umurtqa pog'onasi shikastlanmaganligiga ishonch hosil qilgan holda boshni orqaga bukish. Nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash uchun "uch marta havo olish" ni bajarish kerak



Ikkala qo'lning II-V barmoqlari bemorning pastki jag'ining ko'tarilayotgan shoxini quloqqa yaqin tutadi va uni kuch bilan oldinga



(yuqoriga) suradi, pastki jag'ni siljitadi, shunda pastki tishlar yuqori tishlardan oldinga chiqadi.

6. Ko'krak qafasining harakatini kuzatib, 10 soniya ichida 2 ta nafas beriladi.

**"Og'izdan og'izga" usuli bo'yicha o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi**



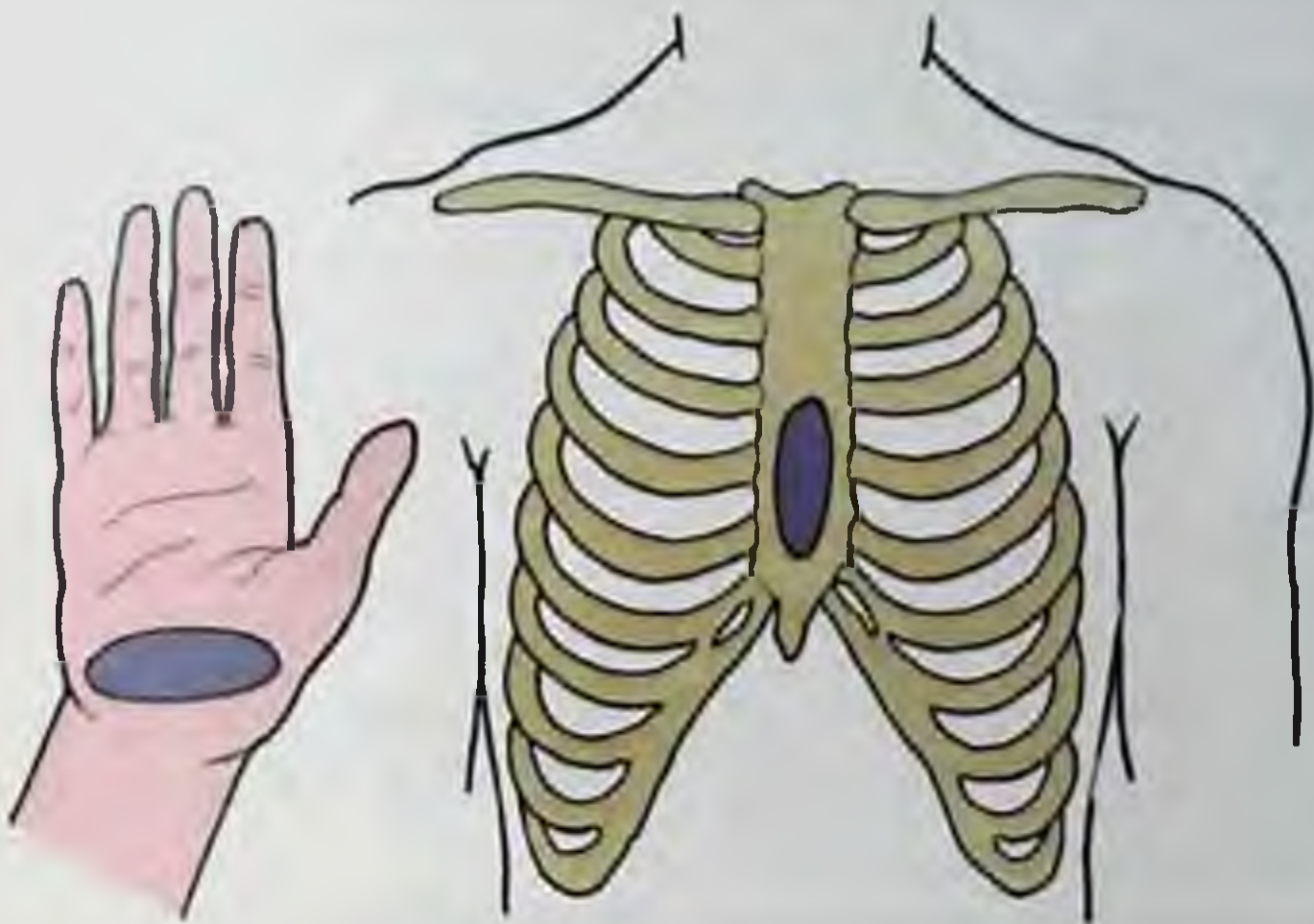
Jabrlanuvchining iyagini bir qo'li bilan yuqoriga ko'taring va boshini orqaga egib oling. Agar normal nafas bo'lmasa, jabrlanuvchining burnini chimchilab, chuqur nafas oling, og'zini keng oching va jabrlanuvchining og'ziga havoni yuboring. Og'iz orqali 2 ta kuchli nafas chiqaring, har bir chuqur nafas davomiyligi bir soniya bo'lsin.

**"Og'izdan burunga" usuli bo'yicha o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi**

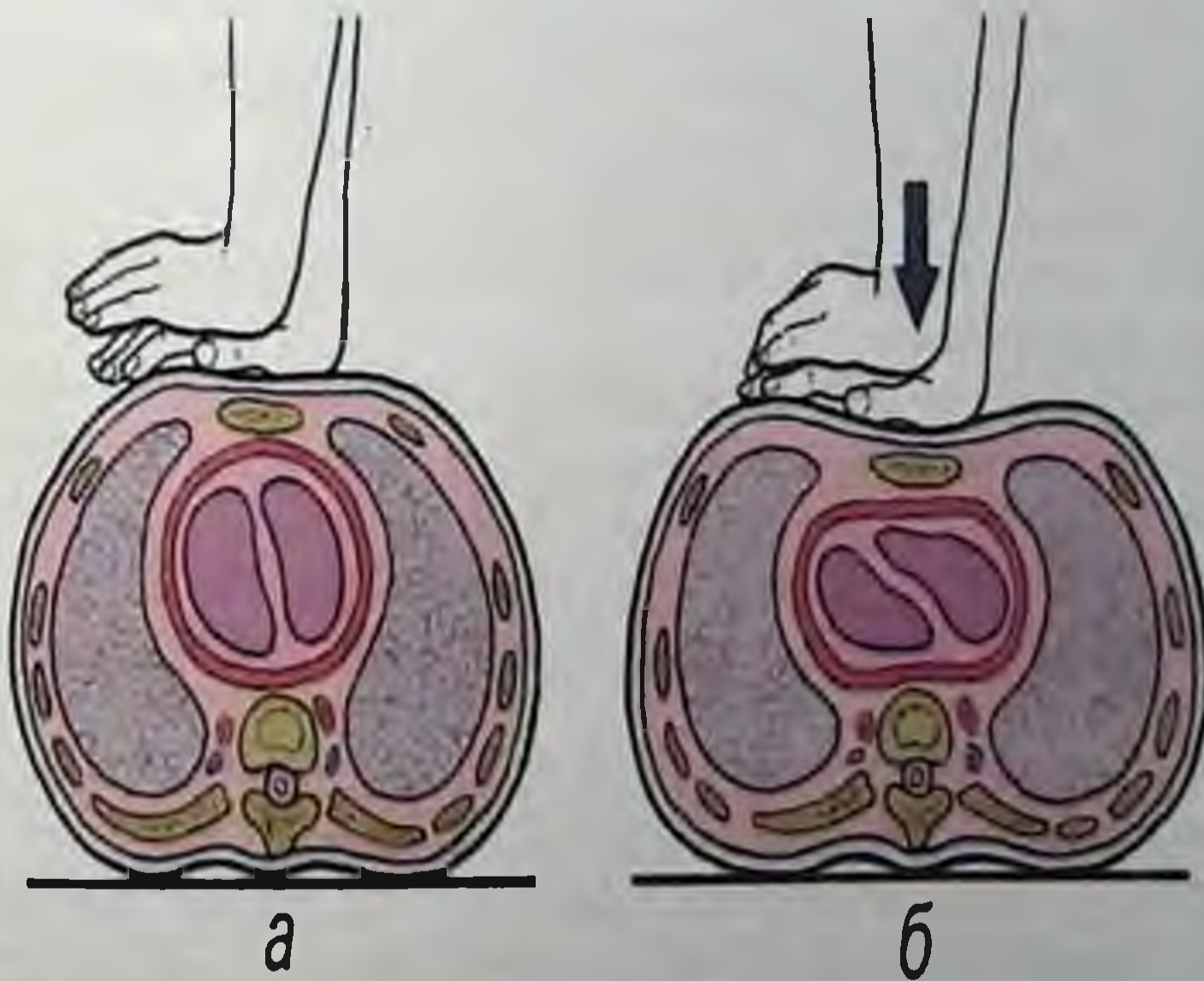




1. Ikki qo'lning kaftlarini to'sh suyagining to'sh o'simtasidan 4 sm balandlikdagi nuqtaga qo'yib, ikkita chuqur nafas bilan almashib ko'krakni 30 marta bosish. Ko'krakni siqish paytida qo'l kafti va to'shning aloqa joyi



**Yurakni bilvosita massaj qilish sxemasi**



*a - qo'llarni sternumga qo'yish    b - sternum ustiga bosish*



## **Suniy o'pka ventilyatsiyasi va yurak massajining kombinatsiyasi**



1. Bir va ikkita reanimatolog uchun massaj sonining nafas olish yo'llarini himoya qilmasdan nafas olish tezligiga nisbati 30:2 bo'lishi va sinxronlashtirilishi kerak.
2. Reanimatsiyani to nafas va puls paydo bo'lguncha davom eting.
3. Nafas olish va puls tiklanmaguncha reanimatsiyani davom ettiring.
4. Nafas olish va puls 30 minut ichida tiklanmasa, ko'z qorachig'i kengaygan bo'lsa, reanimatsiyani to'xtating.

### **O'pka yurak reanimatsiya samaradorligining belgilari**

- ilgari kengaygan ko'z qorachig'ining torayishi,
- siyanozning kamayishi (terining siyanozini),
- massaj chastotasiga ko'ra yirik arteriyalarning (birinchi navbatda uyqu) pulsatsiyasi;
- mustaqil nafas olish harakatlarining paydo bo'lishi.

Massajni etarli qon aylanishini (bilak arteriyalarda puls va qon bosimining 80-90 mm Hg ga ko'tarilishi) ta'minlovchi mustaqil yurak qisqarishlari tiklanmaguncha davom ettirish lozim.

### **Reanimatsiya choralari maqsadga muvofiq bo'lmaydi: agar**

- biologik o'lim holati;
- biologik o'lim to'liq terapevtik tadbirlardan so'ng aniqlangan;
- hayot bilan mos kelmaydigan shikastlanishlar;
- yurakning takroriy tutilishi yoki ko'p miqdorda qon yo'qotishi, uzoq muddatli gipotenziya, anuriya, hushni yo'qotish, EEGda

salbiy dinamika bilan murakkablashgan yirik operatsiyalardan keyingi bemorlar;

- progressiv yurak va nafas yetishmovchiligi bilan kechadigan dekompensatsiya bosqichidagi kasalliklar;
- terminal bosqichida surunkali kasallik tufayli og'ir intoksikatsiya bilan og'rigan bemorlar;
- kasallikning IV bosqichidagi davolab bo'lmaydigan saraton bemorlari

### 3.4. Ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi



#### ***Paroksizmal qorinchalar usti taxikardiyasi. (QT)***

**AV-tugun: qorinchalar usti (QT) taxikardiyasi** - tor QRS komplekslari bilan. Yurak urishi 150-220 / min, odatda QRS kompleksida qatlamlanadi yoki undan keyin darhol kuzatiladi.

**Ortodromik qorinchalar usti taxikardiyasi** kechiktirilgan retrograd o'tkazuvchanlik bilan amalga oshiriladi. QRS komplekslari tor, QR intervallari uzun. P tishchani odatda II, III, aVF ulanishlarida manfiy bo'ladi.

**Sinoatrial-to'g'ri ritm**, QR intervallari uzun. To'satdan boshlanadi va to'xtaydi.

Beqaror holat: past qon bosimi, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi xurujlari, beqaror stenakardiya. Shoshilinch terapiya: karotid sinus massaji 45 yoshdan kichik bo'lganlar uchun, karotis arteriya shovqinsiz bo'lsa, 45 yoshdan oshgan shaxslar qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga hissa qo'shadilar: kuchanish yoki tor naycha orqali puflash lozim bo'ladi. Dori-darmonlarni bilan to'xtatish **shifokor ko'satmasiga asosan**: beta blokatorlar-propronolol 0,15 mg / kg v/i, verapamil 10 mg v/i 5 min, mumkin bo'lgan v/i infuzion, amiodaron 150 mg v/i reaktiv bolus (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha).



**Paroksismal qorincha taxikardiyasi.** Yurak urishi hissi haqida shikoyatlar. EKGda: kengaytirilgan QRS komplekslari 1,12 sekunddan ortiq, chastotasi 140 va undan ortiq zarba/min, P tishchani yo'qligi.

**Shoshilinch yordam:**

- Shifokor va tez yordam brigadasini chaqirish va kasalxonaga yotqizish
- Agar bemor hushida bo'lsa, kislorod bering
- v/i lidokain bemorning vazniga nisbatan 1 mg / kg yoki v/i amiodaron 300 mg bolus yuboring. Effekt bo'lmasa, defibrilatsiya 200 J (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha) bilan amalga oshiriladi.

**Bo'lmachalar** fibrilatsiya (hilpillashi). BF - bo'lmachalar funksiyasining yomonlashishi bilan muvofiqlashtirilmagan elektr faolligi bilan tavsiflangan aritmiyalarning bir turidir. Sabablari: OMI/ YuIK, mitral nuqsonlar, gipertireoz, AG, kardiyomiyopatiya.

Shakllar:

- paroksismal BF-mustaqil ravishda to'xtatiladi yoki 48 soatdan oshmaydi
- doimiy kuchayib boruvchi BF -epizodning davomiyligi 7 kundan ortiq
- doimiy BF epizodning davomiyligi 7 kundan ortiq.

Yurak urishi, tezlashishi, nafas qisilishi haqida shikoyatlar. EKGda: tez-tez tartibsiz tor QRS komplekslari, P tishchani yo'qligi, turli o'lchamdagi mavjudligi f to'lqinlar.

Paroksismal BF uchun shoshilinch terapiya: v/i amiodaron 150-300 mg bolus yoki diltezem 15-25 mg bolus + digoksin 0,5 mg bolus. Kasalxonaga yotqizish (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha).

Doimiy va xurujsimon BF uchun shoshilinch terapiya: antikoagulyantlar + asosiy kasallik. Yurak bo'lmachasida trombnini to'liq erishi uchun antiaritmik terapiya (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha) tavsiya etiladi.

**Bradikardiya** -yurak urishi sonining 60 martadan kamayishi bilan tavsiflanadi. Bradikardiya nisbiy (YuU 59-40 zarba) va mutlaq (YuU 45 va undan kam) ga bo'linadi. Ko'pincha hushidan ketish, bosh aylanishi, holsizlik, ko'zning qorayishi, to'satdan yiqilish, nafas qisilishi kabi epizodik belgilar bilan birga kechadi.

**Sinus tugunining zayiflik sindromi:** agar shikoyatlar bo'lsa, EKG yurak urish tezligi 40 zarba/min yoki undan kam bo'lsa yoki 3soniyadan

ko'proq vaqt oralig'ida/pauzada RR intervallar kuzatilsa, shoshilinch yordam ko'rsatish va yurak stimulyatoridan foydalanish masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish.

**Shoshilinch yordam:** atropin 0,5-2,0 mg v/i (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha).

Atrio-ventrikulyar blok 2, 3 daraja: EKGda PQ oralig'ining uzayishi, kompleksning muntazam QRS tushishi bilan. 3-darajali AV blokadasi: EKGda bo'lmacha va qorinchalarning bir-biridan mustaqil ravishda tartibsiz qisqarishi tushuniladi.

Shoshilinch yordam: atropin 0,5-1,0 mg v/i, agar kerak bo'lsa, 5 daqiqadan so'ng takrorlang, tashqi ekstrakardiyal stimulyatsiya, dopamin 5-20 mkg/kg/min.kasalxonaga yotqizish (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha).

Kollaps - o'tkir qon tomir yetishmovchiligi, ko'pincha jarohatlar va qon ketish tufayli rivojlanadi. Bunday holatda qon tomir tonusi keskin pasayadi, aylanma qon hajmi kamayadi, miya gipoksiyasi va hayotiy funktsiyalarni buzilishi qilish belgilari paydo bo'ladi.

Agar bosim pasayishi va qon ta'minoti yomonlashgani sababli bemorning hayoti xavf ostida bo'lsa, u hamshiraning shoshilinch yordamiga muhtoj. Qon bosimining pasayishi organlarning gipoksiyasiga olib kelishi mumkin. Hamshira terapiyasida ushbu shoshilinch vaziyatni qanday ajratish mumkin? Agar bemorda infeksiya, zaharlanish yoki qon ketish bo'lsa, kollaps paydo bo'lishi mumkin. Bemorda rangparlik, sovuq ter, past bosim, tez yurak urishi tezlashganligi bo'lsa, nafas olish ham tezlashadi. Bemor bosh aylanishi va qaltirashga shikoyat qilishi mumkin.

#### **Hamshiraning taktikasi.**

- Bemorni tekis yuzaga yotqizing, oyoqlarini ko'taring.
- Yotoq rejimini ta'minlash.
- Bemorning tanasini yarim spirtli eritma bilan arting. Oyoqlarini isitish, grelka qo'ying.
- Bemorni adyol bilan o'rang. Bemorni isitishga qaratilgan bunday choralar periferik qon aylanishini yaxshilaydi.

**Shifokor ko'satmasiga asosan kerakli terapiyani amalga oshirishga tayyorgarlik ko'ring.**

- Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi lozim.



- Bemorni yotqizing, kislorod yostig'idan foydalaning;
- Vena ichiga prednizolon yuboring (tana vazniga 1-2 mg);
- Fiziologik eritma bilan "tomchi" qo'ying (taxminan 0,5L glyukoza 5%, 0,1L poliglyukin yoki jelatinol);
- Ta'sir bo'lmasa, 0,4L glyukoza yoki fiziologik eritmasiga 1 ml mesaton 1% eritmasi tomir ichiga yuboriladi. Preparat 25 dan 40 tomchi/min gacha tezlikda qo'llaniladi.;
- Kislorod terapiyasi amalga oshiriladi;
- Bemor davolanish uchun kasalxonaga yuboriladi.

Hushidan ketish - bu noaniq etiologiyali qon tomir yetishmovchiligini ko'rsatadigan to'satdan hushni yo'qotishdir. Ushbu holatning xabarchilari-o'tkir zaiflik, bosh aylanishi, ko'zlardagi "qorong'ilashish" va miltillashi, sovuq ter, rangining oqarishi.



### **Hamshiraning taktikasi.**

1. Shifokorni chaqiring.
2. Hushidan ketgan odamni gorizontal yuzaga qo'ying, miyaga qon oqishini ta'minlash uchun oyoqlarini ko'taring.
3. Qon bosimni o'lchang, pulsning xususiyatlarini baholang.
4. Bemorning yuziga sovuq suv seping, yonoqlarini nam sochiq bilan arting.
5. Ilgari ammiak bilan namlangan paxtani burniga keltirib xidlating.
6. Xonaga toza havo oqimini ta'minlang.

**Keyingi davolanish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.**



### 3.5. Gipertonik krizlar

**Gipertonik krizlar** - bu qon bosimining keskin ko'tarilishi bilan tavsiflangan shoshilinch holatdir. Bemorlarda paydo bo'ladigan alomatlar nafas qisilishi, bosh og'rig'i, ko'krak og'rig'i, talvasalar, qusish, hushning buzilishidir. Gipertonik krizlar bemorlarning hayoti uchun xavflidir. Bosimning keskin ko'tarilishi bilan organlar va tizimlarning qon ta'minoti buziladi, nishon a'zolari shikastlanadi, ular miya, yurak, ko'zlar va buyraklardir. Gipertonik krizlarning diagnostik mezoni diastolik qon bosimining  $> 120$  mm Hg dan oshishi hisoblanadi.

## NISHON ORGANLAR





### **Gipertonik krizlarning tasnifi**

**I turdagi kriz** - qon bosimining darhol pasayishini talab qiladigan sharoitlarda (bir soat ichida):

- o'tkir gipertonik ensefalopatiya;
- o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi;
- o'tkir aorta qatlashishi;
- eklampsiya;
- miya qon ketishida gipertenziya;
- o'tkir subaraxnoidal qon ketishi;
- o'tkir miya infarkti (insultlari);
- beqaror stenokardiya, miokard infarktining o'tkir davri;
- feokromotsitoma;
- nishon organlarning shikastlanishi bilan adrenergik krizlar.

**II turdagi kriz** - 12-24 soat ichida qon bosimining pasayishini talab qiladigan sharoitlarda:

- asoratsiz yuqori diastolik gipertenziya (>120 mmHg);
- xavfli gipertenziya;
- beqaror stenokardiya;
- yurak astmasi;
- miya qon aylanishining vaqtinchalik buzilishlari;
- preeklampsiya;
- gipotenziv dorilarni yaqqol olib tashlash sindromi;
- operatsiyadan oldingi va keyingi davrdagi gipertenziyalar.

Gipertonik krizlarda qon bosimni zudlik bilan nazorat ostida olinishi talab qilinadi.

### **Hamshiralik taktikasi**

1. Shifokor yoki tez yordam chaqiring.
2. Bemorni boshini ko'tarib yotqizing. Qusish paytida bemorning boshini yon tomonga burang.
3. Agar bemorning hushi buzilmagan bo'lsa, tinchlantiruvchi suhbat o'tkazilishi kerak. Bu hissiy stressni kamaytirishga yordam beradi.
4. Nafas olishni qiyinlashtiradigan tor kiyimlaridan holi qiling. Xonani toza havo bilan ta'minlang. Agar kerak bo'lsa, yuz niqobi yoki burun kateteri orqali kislorodli terapiyasini qiling.
5. Bemorga 25-50 mg dozada kaptopril tabletkasini bering.
6. Bemorning boldir mushaklariga xantal plasterlarini qo'ying, boshiga sovuq kompres yoki muz xaltachasini qo'ying. Ushbu

chora-tadbirlar periferik tomirlarning kengayishiga va qon bosimining pasayishiga yordam beradi.

7. Dori qabul qilingandan 10-15 minut o'tgach, qon bosimini o'lchab, yurak urish tezligini hisoblang.
8. Agar bemor ko'krak qafasidagi og'riqlardan shikoyat qilsa, unga til ostiga nitrogliserin berish kerak, agar bu dorifoyda qilmaydigan bo'lsa – validol bering.
9. Keyingi dori terapiyasi shifokor tomonidan belgilab qo'yilganidek amalga oshirilishi kerak.

### **O'pka shishi**

- **Shifokor yoki tez yordam chaqiring.**
- Bemorni yotqizib, karovatning bosh uchini ko'taring.
- Niqob yoki burun orqali kislorodni 4 L/min tezlikda nafas olishni boshlang.
- Periferik venoz kateterni o'rming.
- Shifokor buyurganidek, quyidagilarni kiriting:
  - morfin, 1 mg/min v/i (maksimal dozasi 5-10 mg),
  - metoklopramid, 10 mg v/i (morfin kiritilgandan keyin ko'ngil aynishining oldini olish uchun),
  - furosemid, 20-60 mg v/i,
  - nitrogliserin, til ostida 300-600 mkg.
- Kasalxonaga yotqizing.



## IV BOB

### PULMONOLOGIYADAGI SHOSHILINCH HOLATLAR

#### 4.1. O'tkir nafas yetishmovchiligi (O'NE)

Kundalik umumiy tibbiy amaliyotning eng muhim masalalaridan biri nafas yetishmovchiligi, qon aylanishining keskin yetishmovchiligi va yurakning to'xtashi, shok holatlari kabi og'ir sharoitlarni davolashdir.

**O'tkir nafas yetishmovchiligi (O'NE).** Eng ko'p uchraydigan sabablar: qovurg'alar sinishi, pnevmo- yoki gemotoraks, diafragmaning holati va harakatchanligini buzilishi bilan birga keladigan ko'krak qafasi va nafas olish yo'llarining shikastlanishi; miya shikastlanishlari va kasalliklarida nafas olishni tartibga solishning markaziy mexanizmlarining buzilishi; nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligining buzilishi; pnevmoniya yoki o'pka atelegtazi bilan o'pka yuzasi funksiyasining pasayishi; kichik qon aylanish doiradagi buzilishlar (o'pka shokining rivojlanishi, o'pka arteriyalari shoxlarining tromboemboliyasi, o'pka shishi) bo'lishi mumkin.



O'NE belgilari: nafas qisilishi, siyanoz (qon ketish va anemiya bilan yo'q), taxikardiya, qo'zg'alish, keyin progressiv karaxtlik, hushni yo'qotish, terining namligi, ularning binafsha rangda, burun qanotlarining harakati, nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtiroki kuzatiladi. Progressiv nafas yetishmovchiligi bilan arterial gipertenziya gipotenziya bilan almashtiriladi, bradikardiya, aritmiya tez rivojlanadi

va yurak-qon tomir yetishmovchiligi belgilari bilan o'lim kuzatilishi mumkin.

O'NE sabablarini aniqlash uchun ko'krak qafasi organlarining fizikal va rentgenologik tekshiruvi o'tkaziladi (pnevmo-, gidrotoraks, qovurg'a sinishi, pnevmoniya va boshqa kasalliklarni aniqlash uchun). *O'NE sabablari aniqlanmaguncha, bemorga uyqu tabletkalari, sedativ yoki neyroleptik preparatlari, shuningdek, dori-darmonlarni qo'llash qat'iyan man etiladi.*

Agar pnevmotoraks aniqlansa, O'NE ni davolash uchun so'rg'ich yoki suv osti klapaniga ulangan parasternal chiziq bo'ylab ikkinchi qovurg'alararo bo'shliqqa rezina yoki silikon drenajni kiritish orqali plevra bo'shlig'ini drenajlash o'tkaziladi. Plevra bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik to'planganda (gemo- yoki gidrotoraks, plevra empiemasi) igna yoki troakar orqali ponksiyon orqali chiqariladi.

Yuqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda og'iz bo'shlig'ini zudlik bilan tekshirishni va laringoskop yordamida hiqildoqqa kirish va begona jismlardan xoli qilishni talab qilianadi. Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda yot jism havo yo'llarini obstruksiyasiga yordam berish uchun Geymlix usuli ishlatiladi.

Oshqozon-ichak traktining parezlari yoki falajlari, diafragmaning holati va harakatchanligi buzilishi bilan O'NE ga qarshi kurash oshqozondagi suyuqliklarni evakuatsiya qilish va bemorga ko'tarilgan holatni berish uchun zondni kiritishdan iborat.

Agar O'NE nafas olish paytida kuchli og'riqni keltirib chiqarsa yoki kuchaytirsas (ko'krak qafasi shikastlanishi, qorin bo'shlig'idagi o'tkir jarayon), analgetik preparatlar faqat tashxis qo'yilgandan keyin qo'llanilishi lozim. Qovurg'alararo nerv blokadasini bajarish kerak. Qovurg'alar singanida singan joyni novokain blokadasini, paravertebral blokada, 2 dan ortiq qovurg'alar shikastlanganda - vagosimpatik blokada o'tkaziladi.

O'NE bilan og'rigan bemorning kislorodli terapiyasi paytida nafas olish chuqurligi va chastotasini kuzatish kerak. Kislorod bilan nafas olish paytida nafas olishni to'xtatish yoki gipoventiliya mexanik ventilyatsiyani (O'SV) talab qiladigan og'ir gipoksik holatning mavjudligini ko'rsatadi. Nafas olishning og'ir buzilishi, og'ir gipoksiya va giperkapniya belgilari (chalkashlik, qo'zg'alish yoki letargiya, binafsha yoki rangpar siyanotik teri rangi, taxikardiya yoki bradikardiya, gipertenziya, ba'zida, aksincha, gipotenziya, 40 martadan oshgan nafas



olish) O'SV ni boshlash kerak. 1 daqiqada nafas olish harakatlari, terining namligi) kuzatiladi.

Terminal holatda, ya'ni agoniya oldingi, agoniya va klinik o'lim, faqat nafas olish va qon aylanishini tiklashga qaratilgan darhol reanimatsiya choralari orqali bemorni hayotga qaytarish mumkin. Birlamchi reanimatsiya ba'zan o'pka-yurak reanimatsiyasi deb ataladi va O'SV va yurak massajini o'z ichiga oladi. Yurak to'xtab qolsa, darhol reanimatsiyani boshlash juda muhim, chunki klinik o'limning boshlanishi uchun tiklanish davri 4-5 daqiqadan oshmaydi.

Agar klinik o'lim holatida bo'lgan bemor yurak massaji yordamida 20-30 minut ichida periferik qon aylanishini tiklash erishilmasa, unda yurak massajini va boshqa reanimatsiya tadbirlarini to'xtatish asosli deb hisoblash mumkin. Agar to'g'ri bajarilgan yurak massaji va O'SV bilan uyqu va periferik arteriyalarning pulsatsiyasi tiklanmasa, ko'z qorachiqalari kengaygan bo'lsa, nafas olish va yurak faoliyati tiklanmasa, bemorning terisi keskin oqarib ketgan yoki siyanotik bo'lib qolsa, biologik o'lim aniqlanadi va bu holda reanimatsiyani to'xtatish kerak.

#### 4.2. Yot jism tomonidan nafas yo'llarining obstruksiyasi (YoJTNO)

##### **Bolalar va kattalardagi Geymlix usuli (bemor o'tirgan yoki tik turgan holda)**



Nafas olish yo'llarida begona jismlar - belgilar: hushni yo'qotish bilan birga, ayniqsa ovqat paytida - tomoqni ushlab turadi, gapira olmaydi, siyanoz paydo bo'ladi. Birinchi yordam - havo yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash. **Geymlix usulini** qabul qilish - jabrlanuvchi orqa tomondan turib ushlagan holda va epigastriy sohasiga bir necha marta keskin bosilgan holda bajariladi.



1. Holatini qabul qilish. Bemorning orqasidan turing, beldan ushlang, tirsaklaringizni bemorning qovurg'alaridan uzoqroqqa yoying.
2. Qutqaruvchining qo'llarini o'rnatish. Bir qo'lingizni mushtga mahkam bog'lang, ikkinchi mushtni qorin bo'shlig'idan, kindikdan bir oz yuqorida va xanjarsimon o'simtadan pastrog'dan ushlang.
3. Qorin bo'shlig'ini siqishni amalga oshiring. Bir qo'lingizning mushtini ikkinchi qo'lingiz bilan mahkam ushlang va bemorning qorin bo'shlig'i pastdan yuqoriga keskin bosing.
4. Yot jism tashqariga chiqib ketmagunicha yoki bemor hushidan ketguncha bosimni takrorlang. Har bir yangi qisqarish alohida va alohida harakat bo'lishi kerak.



**Qorin bo'shlig'ini siqish** - bemor hushidan ketmoqda (bemor yotgan holatda)

1. **Bemorni yotgan holatga qo'ying.**
2. **SO'V(IVL)ni o'tkazishga harakat qiling.** Muvaffaqiyatsiz bo'lsa, bemorning boshini orqaga egib, yana urinib ko'ring. Agar muvaffaqiyatsiz bo'lsa, keyingi bosqichga o'ting.





1. Vaziyatni egallang. Bemorning sonlari bo'ylab tiz cho'kib, bir qo'lning kaftini bemorning qorin bo'shlig'iga kindikdan biroz yuqoriroq va xanjarsimon o'simta ostiga qo'ying. Ikkinchi qo'lning birinchisining ustiga qo'ying.
2. Epigastral sohaga 5 ta bosim o'tkazing. 5 ta tez yuqoriga bosimni bajaring.
3. Barmog'ingiz bilan og'izni tozalang.
4. Og'iz bo'shlig'ida begona jism paydo bo'lguncha 2-5-bosqichlarni takrorlang.

Yot jismlarning aspiratsiyasi – mayda jism yong'oqlar, urug'lar, boshqa kichik narsalar - 4 yoshgacha bo'lgan bolalarda tez-tez uchraydi. Odatda bronxda (odatda o'ngda) begona jism joylashadi va o'pkaning bir qismini kollapsida periferiyaga siqilishiga yoki siqilishiga olib kelishi mumkin. Tez-tez dastlabki ko'rinishlar to'satdan havo yo'llarining obstruktsiyasi belgilaridir (bola "bo'g'ilib qolgan").

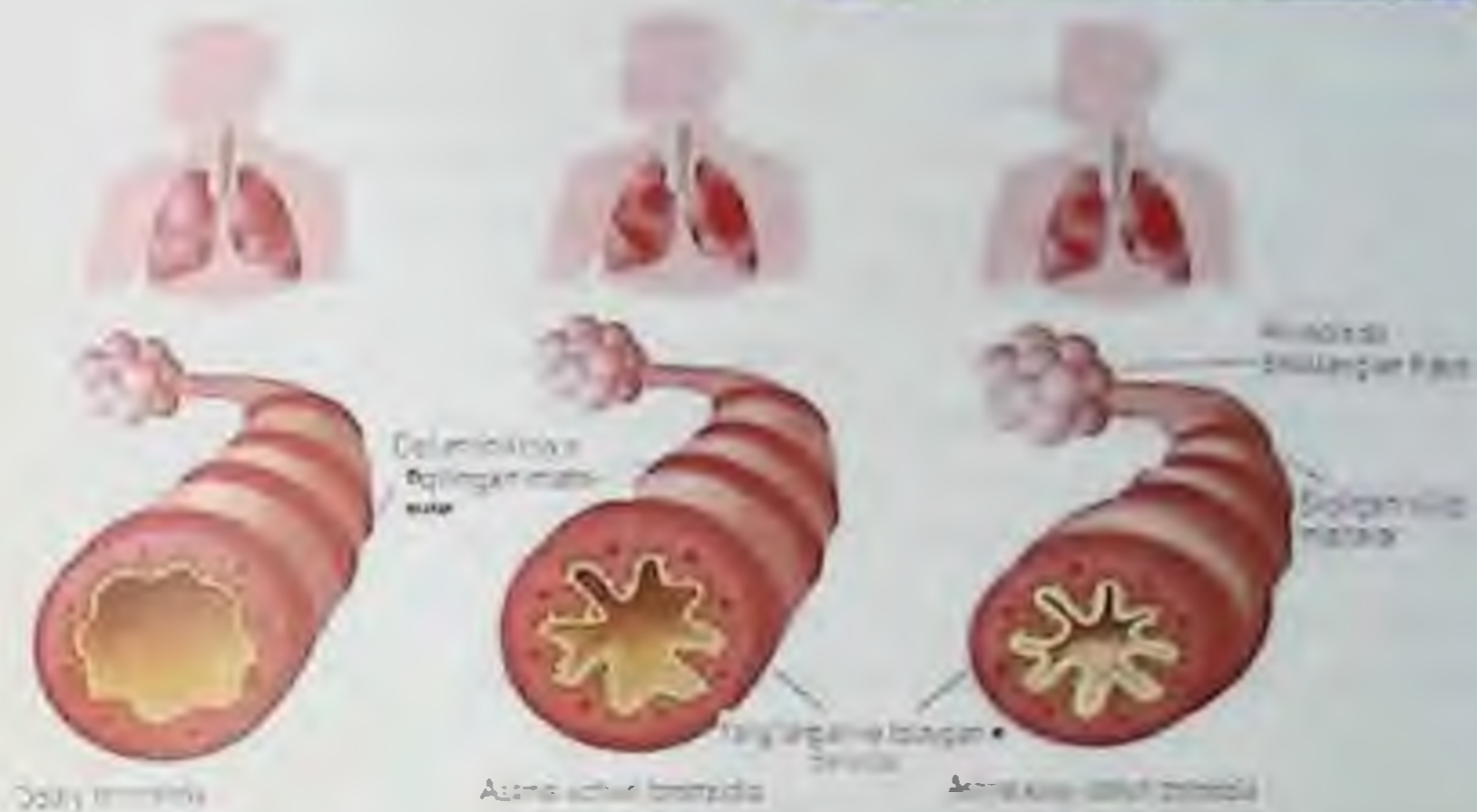
Bu bolada doimiy xirillash, surunkali yo'tal yoki davoga javob bermaydigan pnevmoniya rivojlanishidan oldin simptomsiz kunlar yoki haftalar davom etishi mumkin. Kichik o'tkir jismlar halqum bo'shlig'iga joylashishi mumkin, bu esa stridor yoki astmatik nafasni keltirib chiqarishi mumkin. Kamdan kam hollarda, katta begona jism halqumni to'sib qo'yganda, shoshilinch traxeostomiya bajarilmasa, bola asfiksiyadan o'lishi mumkin.

Quyidagi xususiyatlarga ega bo'lgan bolada begona jismning aspiratsiyasiga shubha qilish lozim:

- nafas yo'llarining obstruktsiyasi belgilarining to'satdan paydo bo'lishi (bolaning bo'g'ilishi), yo'tal yoki xirillash; yoki
  - segmentar yoki lobar pnevmoniya (silning differentsial tashxisini ham unutmang) antibiotiklar bilan davolanganda natija bo'lmasligi
- Haddan tashqari kengayish yoki o'pka kollapsi, mediastinal joy almashish (qiziqish joyidan uzoqda) begona jism mavjudligini aniqlash uchun to'liq nafas chiqarishda ko'krak qafasi rentgenogrammasini qiling.

#### 4.3. Astmaning og'ir va hayot uchun xavfli kuchayishi

Bronxial astma - nafas yo'llarining surunkali kasalligi bo'lib, xirillash, yo'tal va nafas qisilishi xurujlari bilan namoyon bo'ladi. Og'ir holatlarda nafas olish tizimi faoliyatining hayot uchun xavfli buzilishi mumkin.



BA qo'zg'alishi - nafas qisilishi, yo'talning asta-sekin kuchayishi, bemorning o'zi va uzoqdan eshinishi mumkin bo'lgan gorizontol holatda xirillashlar paydo bo'lishi, bo'g'ilish, ko'krak qafasidagi siqilish hissi yoki bularning kombinatsiyasi. so'nggi bir necha soat yoki kun ichida alomatlar kuzatiladi.

**Bronxial astmaning og'ir kuchayishi.** Belgilari: dam olishda nafas qisilishi, bemor alohida so'zlar bilan gapiradi, tashvishli, NS > minutiga 30 marta, nafas olish va chiqarishda qattiq xirillash, yordamchi mushaklarning harakati aniq, salbutamolni ingalatsiyadan keyin nafas chiqarish cho'qqi tezligi (NChChT) <60% yoki ta'siri davom etadi <2 soat, puls > 120 min, SaO<sub>2</sub> <90%.

**Bronxial astma xurujida hamshiraning taktikasi.**

1. Bronxlar devorlarining uzoq muddatli yallig'lanishi bilan bronxospastik sindrom va yo'tal kuzatiladi. Ushbu hodisalar asfiksiya va astmatik holat bilan birga bo'lsa, shoshilinch birinchi yordam talab qilinadi. Agar bemorda bronxial astma tufayli astma xuruji bo'lsa, hamshira yordam boshlashi kerak:
2. Emotsional stressni kamaytirish uchun shifokorni chaqiring va bemor bilan gaplashing, chunki ko'pincha bronxospazm tashvish tufayli kuchayadi.
3. Bemorga to'g'ri holatni egallashga yordam bering. Bemor o'tirishi va tizzalarida tekis qo'llari bilan suyanishi kerak. Bundan tashqari,



stul yoki stolda turishingiz va ushlab turishingiz lozim. Tirsaklar tashqariga qaragan holda bo'lishi kerak.

4. Bemorga to'g'ri nafas olishni tiklashga yordam bering. Bemor majburiy holatida o'tirib, chuqur nafas olishni va yopiq lablar orqali juda sekin nafas olishni boshlashi kerak.
5. Salbutamol yoki fenoterolni cho'ntak ingolyatori yordamida nafas oling. Tavsiya etilgan dozalar soni 1-2dozani tashkil qiladi. Yordamning ushbu bosqichida tanlangan preparatning eng yuqori yagona dozasi qat'iy rioya qilish kerak.
6. Xonaga toza havo kirishini ta'minlang, kislorodli terapiya o'tkazing.
7. Keyingi taktika: agar alomatlar saqlanib qolsa, kasalxonaga yotqizish.

**Astma status** (astmaning hayot uchun xavfli kuchayishi).

Alomatlar: bemor gapirmaydi, hushni chalkashtirib yuborish, letargiya, koma; 30 daqiqadan ortiq taxipnoe yoki 12 daqiqadan kam bradipnoe; nafas yetishmovchiligi, "gung" o'pka, qorin-ko'krak mushaklari nafas aktida qatnashadi; bradikardiya.

#### 4.4. O'pka shishi

**O'pka shishi** yurak yetishmovchiligi, o'pka qon aylanishining tomirlari vena shishi, ulardagi qon bosimining oshishi, qonning suyuq qismi tomirlardan atrofdagi to'qimalarga chiqishi natijasida yuzaga keladi. Bemorlarda jigar kattalashadi, teri osti to'qimalarining shishishi, bo'shliqlarning suyuqlik to'plashi (qorin, plevra) paydo bo'ladi. Shish paydo bo'lishidan oldin suyuqlikni ushlab turish davri boshlanadi, bu chiqarilgan siydik miqdorining pasayishi va tana vaznining oshishi bilan namoyon bo'ladi, bu kunlik vazn o'lchash bilan aniqlanadi.

#### **Hamshiraning taktikasi**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Bemorni yotqiz, to'shakning bosh uchini ko'taring.
- Niqob yoki burun kanyulyalari orqali kislorodni 4L/min tezlikda nafas olishni boshlang.
- Periferik venoz kateterni joylashtiring.
- Shifokor tayinlaganidek, kiriting:
- morfin, 1 mg/min v/i (maksimal dozasi 5-10 mg),

- metoklopramid, 10 mgv/i (morfin yuborilgandan keyin ko'ngil aynishini oldini olish uchun),
- furosemid, 20-60 mg v/i,
- nitrogliserin, til ostida 300-600 mkg.
- Keyingi dori terapiyasi shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.
- Kasalxonaga yotqizish

#### 4.5. Cho'kish. Osilish

**Cho'kish.** Cho'kish paytida suv kamdan-kam hollarda o'pkaga sezilarli miqdorda kiradi. Suv ovoz boylamlari bilan aloqa qilganida, ular spazmga uchraydi. Bu reaksiya yuqori nafas yo'lidan pastki nafas yo'lining germetik muhofazasini ta'minlaydi.

### Cho'kish

1 SINKOPAL CHO'KISH

Tez. (stress, sovuq)  
ten o'zgarishi va rangi o'zgarishi PS YNY dan ko'pik yo'q

yurak, nafas

2. Haqiqiy Cho'kish (charchoq)

Sekin


Suv aspiratsiyasi siyanoz.

shikastlanish bo'yin va elkama-kamar

YNY dan mo'l-ko'l pushti ko'pik

PS\_

Nafas olish, yurak



1. Tozalash og'iz bo'g'ig'i  
2. S. L. R.  
3. Tashish paytida PS va o'qni ta'minlash boshlanishi.

3. Asfiksiya cho'kishi (CNS depressiyasi)

Suvni yutish

Ten shilliq pardalar-siyanozik

YNY dan ko'pik va sarf ko'pik

PS\_

yurak, nafas olishi

#### Hamshiralik taktikasi.

- Shaxsiy va voqeya joyi xavfsizligi
- Orqa miya shikastlanishiga shubha: Bemorni tekis taxtaga immobilizatsiya qilish, suvdan olib chiqqandan yoki qo'l bilan barqarorlashtirish, so'ngra umurtqa pog'onasini mexanik immobilizatsiyasini amalga oshirish.
- Bemorning hush darajasini baholang.
- Birlamchi ABCDni o'tkazish suvda boshlanadi:
- Pastki jag'ni oldinga surib nafas yo'llari o'tkazuvchanligini oching.



- Nafas yo'llarini tekshiring va tozalang (ko'rinadigan begona jismlarni olib tashlang).
- SNVni boshlang.
- Oshqozonning kengayishi ehtimoli haqida unutmang:
- umurtqa pog'onasining immobilizatsiyasini saqlab, SNVni qusish va sekretsiyadan tozalash uchun bemorni yon tomonga burang.
- Mexanik ventilyatsiyani o'tkazishga xalaqit beradigan oshqozonning cho'zilishi bemorning yon tomonida yotgan epigastral sohasiga bosish orqali bartaraf etilishi mumkin.
- Gipotermiya mavjudligidan xabardor bo'ling va o'pka yurak reanimatsiyasi paytida tegishli vaqtda ho'l, sovuq kiyimini yeching, so'ngra quruq, issiq adyolga o'rang.
- Sovuq suvda cho'kish baxtsiz hodisa hisoblanadi, natijada suv harorati 21<sup>o</sup>C dan past bo'lganda hushni yo'qolishi yoki komaga olib keladi. Sovuq suvda cho'kishda suvda uzoq vaqt bo'lsa ham reanimatsiya muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin.
- Gipoksiya yoki aspiratsiya tufayli ikkilamchi buzilishlarni rivojlanish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, cho'kish bilan og'rigan barcha bemorlar kasalxonaga yotqizilishi kerak.

Bemorda cho'kishga olib kelishi mumkin bo'lgan epilepsiya, diabet, giyohvandlik yoki spirtli ichimliklar bilan zaharlanish kabi favqulodda holat bo'lishi mumkin.

**Osilish.** Asfiksiya va o'limga olib keladi. Bo'yin o'murtqa yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, ko'pincha chiqishlar bilan birga keladi.

Hamshiralik taktikasi.

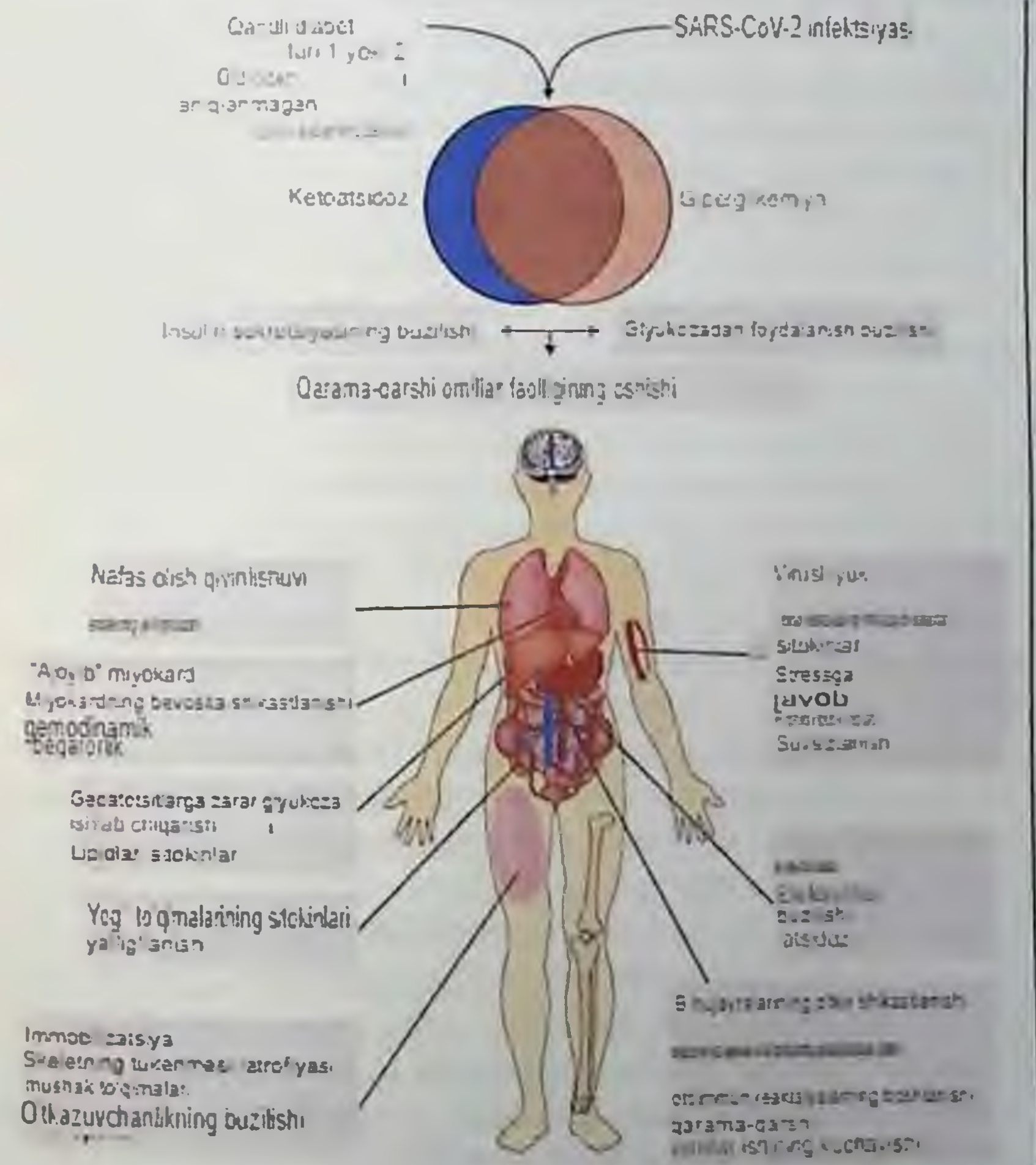
- Tez yordam va miltsiyani chaqiring.
- Arqonni kesish (bo'shatish) kerak, jabrlanuvchini halqadan olib tashlamaslik kerak (kriminalistlar uchun).
- Toza havo yo'lini, etarli shamollatish va qon aylanishini saqlang.
- Har qanday holatda servikal mintaqani immobilizatsiya qilish.
- Shoshilinch kasalxonaga yotqizish.

## V BOB

### SHOSHILINCH ENDOKRINOLOGIYA

#### 5.1. Koma

**Diabetik ketoatsidoz (DKA) va ketoatsidotik koma.** Qandli diabet bilan og'rigan odamlarda ketoatsidotik koma paydo bo'lishi mumkin. Bu insulin yetishmovchiligining oqibatida paydo bo'lgan kasallikning asoratidir. Ketoatsidotik koma boshlanishida organizmda yuzaga keladigan jarayonlar intoksikatsiya, o'tkir yurak-qon tomir va jigar-buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi.





Ketoatsidotik holatni ko'rsatadigan asosiy alomatlar: zaiflik, tashnalik, ishtahani yo'qotish, uyquchanlik, ko'ngil aynishi, qusish, ongni buzish va og'izdan aseton hidi bo'ladi.

DKA - shoshilinch kasalxonaga yotqizishni talab qiladigan, giperglikemiya (plazma glyukoza  $> 13,9$  mmol/l), giperketonemiya ( $> 5$  mmol/l), ketonuriya ( $\geq ++$ ), metabolik atsidoz (pH  $< 7,3$ ) va turli darajadagi diabetning o'tkir dekompensatsiyasi. hushning buzilishi yoki usiz bo'lishi mumkin.

DKA kuchli mutlaq yoki nisbiy insulin yetishmovchiligi natijasida rivojlanadi. 1-tur qandli diabetning namoyon bo'lishi bilan DKA 80% da rivojlanadi, u yoki bu sabablarga ko'ra kasallik tashxisi kechiktirilganda yoki tashxis allaqachon mavjud bo'lsa, insulinni yuborish kechiktiriladi. DKA ayniqsa yosh bolalarda tez rivojlanadi.

**Insulin olgan bemorlarda DKA rivojlanishining sabablari:**

- Noto'g'ri davolash (insulinning etarli bo'lmagan dozalarini belgilash).
- insulin terapiyasi rejimini buzilishi (in'ektsiyalarni o'tkazib yuborish, muddati o'tgan insulinni qo'llash, 100 birlik faollikdagi insulin uchun mo'ljallangan shpirtsar bilan 40 birlik faollikdagi insulinni yuborish, nosoz shpirts-ruchkani ishlatish, o'zini o'zi nazorat qilmaslik).
- Qandli diabetning dekompensatsiyasi tufayli vazni kamaytirish maqsadida balog'at yoshidagi qizlarda ba'zan ongli ravishda to'yib ovqatlanmaslik.
- Bir qator sabablarga ko'ra rivojlanishi mumkin bo'lgan insulinga bo'lgan ehtiyojning keskin oshishi.

**DKA ga olib keladigan insulinga bo'lgan ehtiyojning ortishi sabablari:**

- yuqumli kasalliklar, birinchi navbatda virusli va bolalar infeksiyalari, sepsis, meningit, pnevmoniya, pielonefrit, sinusit, o'tkir ovqatdan zaharlanish va boshqalar;
- jarohatlar va jarrohlik aralashuvlari;
- stress, ularning ta'siri ayniqsa o'smirlarda namoyon bo'ladi;
- birga yuradigan endokrin kasalliklar (tirotoksikoz, giperkortitizm, feokromositoma, akromegaliya);
- ba'zi dorilarni va birinchi navbatda glyukokortikoidlarni qo'llash.
- qandli diabetning uzoq muddatli surunkali dekompensatsiyasi insulinrezistentligi sabablaridan biridir.

Ba'zi hollarda DKA rivojlanishining aniq sababini aniqlash qiyin bo'ladi. Ko'pincha bu kasallikning labil kechgan bolalarga tegishli.

**Klinik ko'rinishi:** poliuriya, tashnalik, suvsizlanish va gipovolemiya belgilari (qon bosimining pasayishi, oligo- va anuriya bo'lishi mumkin), zaiflik, ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, qusish, nafas chiqarishda aseton hidining bo'lishi, bosh og'rig'i, xansirash, terminal holatida Kussmaul nafas olish, ongni buzilishi - uyquchanlik, letargiyadan komagacha. Ko'pincha - qorin sindromi (sohta "o'tkir qorin", diabetik psevdoperitonit) - qorin og'rig'i, qusish, qorin devorining taranglashishi va og'rig'i, ichak peristaltikasining parezi yoki diareyasi kuzatiladi.

**Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish. Asosiy komponentlar:**

- suvsizlanish va gipovolemiyaga qarshi kurash;
- elektrolitlar balansi va kislota-ishqor muvozanatini tiklash;
- insulin tanqisligini bartaraf etish;
- Qo'shimcha bo'lgan kasalliklar va holatlarni aniqlash va davolash (DKA ni qo'zg'atgan yoki uning asorati sifatida rivojlangan).

**Kasalxonadan oldingi bosqichda:**

1. **Shifokorni chaqiring.**
2. Glikemiyaning ekspress tahlil qilish va siydikning istalgan qismini keton tanachalari uchun tahlil qilish;
3. 0,9% natriy xlorid eritmasi v/i 1L/soat tezlikda tomiziladi.
4. Qisqa ta'sir qiluvchi insulin (QTQI) 1 soatda 0,1 ed / kg dan ko'p bo'lmagan (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha)

**Hamshira taktikasi:**

1. Shifokorni chaqiring.
2. Bemorni gorizontaal yuzaga yotqizish, boshini bir tomonga burish, yuqori nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash.
3. Shifokor tomonidan tayinlanganidek, venapunksiya va dori-darmonlarni kiritish uchun zarur bo'lgan hamma narsani tayyorlang - qisqa ta'sir qiluvchi insulin, 0,9% izotonik natriy xlorid eritmasi bilan.
4. Bemorga namlangan kislorod bering.

DKA yaxshilanish mezonlari: plazma glyukozasi  $< 11$  mmol/L va kislota-ishqor balansining uchta qiymatidan kamida ikkitasi: bikarbonat  $\geq 18$  mmol/L, venoz pH  $\geq 7,3$ , anion bo'shlig'i  $\leq 12$  mmol/L. Yengil ketonuriya bir muncha vaqt davom etishi mumkin.



**Gipoglikemiya va gipoglikemik koma.** Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda gipoglikemiya qonda glyukoza darajasining pasayishi tufayli yuzaga keladi. Holatning belgilari zaiflik, bosh og'rig'i, tashvish, rangparlik, terlash, qo'llarda titroq va ochlik hissi. Qonda glukozaning keskin pasayishi bilan odam ongni yo'qotadi, keyin esa gipoglikemik koma rivojlanadi. Bunday holatda nafas olish, qon aylanishi va tananing boshqa hayotiy funksiyalari buziladi, kuchli terlash, mushaklarning gipertonikligi kuzatiladi. Talvasalar bo'lishi mumkin.

**Gipoglikemiya** - plazma glyukozasi  $< 3,5$  mmol/l, klinik belgilar bilan birga keladi yoki simptomlardan qat'iy nazar  $< 2,2$  mmol/l.

- Asosiy sabab: uglevodlarni iste'mol qilish bilan bog'liq holda tanadagi insulinning ortiqcha bo'lishi, shuningdek, uglevodlarni tez yonishi (mushaklar ishi).

**Qo'zg'atuvchi omillar:**

- insulin, sulfonilmochevina preparatlarining haddan tashqari dozasini oshirilishi: bemorning xatosi, insulin ruchkasi, glyukometrning funksional xatosi, ataylab dozani oshirib yuborish; shifokorning xatosi (glikemiyaning maqsadli darajasi juda past, juda yuqori dozalar);
- insulin yoki og'iz orqali qabul qilinadigan dorilarning farmakokinetikasidagi o'zgarishlar: dori o'zgarishi, buyrak va jigar yetishmovchiligi, insulina antitanchalarining yuqori titri, noto'g'ri in'ektsiya texnikasi, sulfonilmochevina preparatlari bilan dorilarning o'zaro ta'siri;
- insulina yuqori sezuvchanlik: uzoq muddatli jismoniy faoliyat, erta tug'ruqdan keyingi davr, buyrak usti yoki gipofiz yetishmovchiligi;
- parhez: o'tkazib yuborilgan ovqatlanish yoki etarli darajada NB (non birligi), spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, tana vaznini kamaytirish uchun dietani cheklash (gipoglisemik dorilarning dozasini mos ravishda kamaytirmasdan); me'dani bo'shltishining sekinlashishi (avtonom neyropatiya bilan), qusish, malabsorbtsiya sindromi;
- homiladorlik (birinchi trimestr) va emizish.

**Klinik belgilari:**

- Vegetativ belgilar: yurak urishi, qaltirash, terining rangparligi, terlash, midriyaz, ko'ngil aynishi, qattiq ochlik, bezovtalanish, tashvish, tajovuzkorlik.
- Neyroglikopenik alomatlar: zaiflik, konsentratsiyaning buzilishi, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, uyquchanlik, paresteziya, ko'rishning buzilishi, chalkashlik, disorientatsiya, dizartriya, koordinatsiya buzulushi, tartibsizlik, koma; talvasalar va boshqa nevrologik alomatlar mumkin.

**Laboratoriya o'zgarishlari.** Qon tekshiruvi: plazma glyukoza < 3,5 mmol/l (komada - odatda < 2,2 mmol/l)

**Yengil gipoglikemiya** (boshqa odamning yordamiga muhtoj emas, ongni yo'qotmasdan)

Tez hazm bo'ladigan uglevodlarni qabul qilish: shakar (5 g dan 3-5 dona, eritish yaxshidir) yoki asal yoki murabbo (1-1,5 osh qoshiq) yoki 100-200 ml meva sharbati yoki 100-200 ml shakar -shirinlangan limonad yoki 4-5 katta glyukoza tabletkalari (har biri 3-4 g).

Agar gipoglikemiya uzaytirilgan insulin dozasi bilan (UID) sabab bo'lsa, ayniqsa kechasi, qo'shimcha ravishda sekin hazm bo'ladigan uglevodlarni (non, bo'tqa va boshqalar) iste'mol qilinni tavsiya berish.

Og'ir gipoglikemiya (boshqa odamning yordamini talab qiladigan, hushini yo'qotgan yoki yo'qotmasdan) holati.

**Hamshiralik taktikasi.**

1. Agar bemorda gipoglikemik holat belgilari bo'lsa, tez yordam guruhini yoki shifokorni chaqiring.
2. Bemorda talvasalar bor yoki yo'qligini ko'ring. Agar mavjud bo'lsa, bemorni boshini urishiga yo'l qo'ymaslik uchun yotgan holatda ehtiyotkorlik bilan tuzatish kerak. Oyoq-qo'llarini tuzatish, odamning tishlari orasiga har qanday narsalarni qo'yish man etilaadi. Soqchilikni bartaraf etish uchun tomir ichiga 40% glyukoza eritmasini yuborish kerak (14 yoshgacha bo'lgan bolalar - 2,5 ml dan 8,5 ml gacha, 14 yoshdan oshgan bolalar va kattalar - 80 ml).
3. Talvasalar bo'lmasa, bemor bilan og'zaki muloqot saqlanib qolganligini aniqlang. Agar inson ongi buzilmagan bo'lsa va gapirishga qodir bo'lsa, chaynash uchun 4 choy qoshiq qand yoki ichish uchun 200 ml shirin meva sharbati bering.



4. Bemor bilan og'zaki muloqot bo'lmasa, uning yutish refleksi bor-yo'qligini tekshiring. Buning uchun odamning og'riqqa reaktsiyasi bor-yo'qligini aniqlash kerak. Agar bemor og'riqqa javob bersa, bu yutish refleksi saqlanib qolganligini anglatadi. Bunday holda, bemorning og'ziga 10 ml hajmdagi 40% glyukoza eritmasini quyish kerak. Bemor hushiga kelganida unga 4-5 dona qand berish kerak.
5. Agar og'riqqa reaktsiyasi bo'lmasa, bu yutish refleksi saqlanib qolmaganligini anglatadi. Bunday holatda bemorga faqat 40% glyukoza eritmasini tomir ichiga yuborish yordam beradi.
6. Agar 100 ml 40% glyukoza eritmasini tomir ichiga yuborishdan keyin ong tiklanmasa, 5-10% glyukoza eritmasini tomir ichiga yuborishni boshlang va kasalxonaga yotqizing.
7. Agar sabab uzoq muddatli ta'sirga ega bo'lgan og'iz orqali qabul qilinadigan gipoglikemik dorilarning haddan tashqari dozasi ko'p bo'lsa, glikemiya normallashtirguncha va preparat tanadan butunlay chiqarib tashlanmaguncha 5-10% glyukozani tomir ichiga yuborishni davom eting.

**Gipoglikemiya haqida ogohlantirish.** Agar bemor sulfonimochevina vosilalarini qabul qilsa, ularning dozasi kamaytiriladi. Insulin oladigan bemorlarda taktikalar hurujarning kuchayishi va muntazamligiga bog'liq. Agar xurujlar bir xil soatda sodir bo'lsa, in'ektsiya vaqtini o'zgartirish kifoya; agar turli vaqtlarda kuchli uzoq muddatli xurujlar sodir bo'lsa, kunlik dozani kamaytiring. Gipoglikemiya bilan kurashishning yana bir usuli - umumiy kaloriya iste'molini oshirish va ovqatlanishni ko'paytirish, jismoniy zo'riqishni cheklash.

**Somodji sindromi** - bu insulinning haddan tashqari yuqori dozasi oshib ketishi natijasida rivojlanadigan post-gipoglisemik giperqlikemiya. Agar Somodji sindromiga shubha bo'lsa, insulin dozasi kamaytirish kerak (ko'pincha kechqurun) bo'ladi.

**Giperosmolyar koma.** Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda metabolik jarayonlarning jiddiy buzilishi, qonda glyukoza miqdorining 33 mmol / l gacha ko'tarilishi va to'qimalarning qattiq suvsizlanishi bilan birga keladigan holatdir.

Reanimatsiya bo'limida kasalxonaga yotqizish va regidratatsiya va elektrolitlar muvozanatini tuzatish.

### **Qandli diabetda hamshiraning taktikasi.**

Bemorga yordam berishni boshlashdan oldin, bemor qandli diabetning qaysi turi bilan og'riqligini aniqlash kerak. Insulinga bog'liq QD. Bolalik, o'smirlik va yoshlik davrida paydo bo'ladi. Bemorlarga muntazam ravishda insulin in'ektsiyalari kerak. Insulin mustaqil. Katta yoshlilarda uchraydigan kasallik QD. Hayotiga tahdid soluvchi qondagi glyukoza konsentratsiyasining pasayishi bilan tavsiflangan gipoglikemiya. Bu xavfli, chunki u giperglikemik komaga aylanishi mumkin. Hamshira nima qilishi kerak: tomir ichiga glyukoza eritmasi 5% yoki 0,9% NaCl L/soat tomir ichiga yuborishi lozim. Bir vaqtning o'zida o'n birlik tez ta'sir qiluvchi insulinni kiriting. Vena ichiga va chuqur mushak ichiga yuborishga ruxsat beriladi. Soatiga o'n birlik oddiy insulin bilan vena ichiga "tomchilaydi". Gipoglikemiyadan oldingi alomatlarni bilish orqali oldini olish mumkin. Bularga quyidagilar kiradi: ochlik hissi, sovuqlik hissi, titroq, terlashning ko'payishi. Bemorning ongi chalkashib ketgan, u prekoma holatida. Ushbu jarayonni to'xtatish uchun siz oddiy uglevodlarni o'z ichiga olgan narsalarni iste'mol qildirishingiz kerak bo'ladi. Masalan, asal yoki shakar. Agar bemor gipoglikemik komaga tushib qolsa, u holda vena ichiga 25 dan 50 ml gacha glyukoza 40% yuboriladi.

**Dori-darmonlarni kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.**

### **5.2. Tireotoksik kriz**

Tireotoksik kriz shoshilinch klinik sindrom bo'lib, bu og'ir tireotoksikozning tireogen buyrak usti bezi yetishmovchiligining kombinatsiyasiga olib keladigan holat. Asosiy sabab - tireostatik terapiyaning etarli emasligi. Qo'zg'atuvchi omillar: jarrohlik, yuqumli va boshqa kasalliklar.

**Klinikasi:** rivojlangan tierotoksikoz sindromi, psixozgacha bo'lgan aniq ruhiy bezovtalik, giperaktivlik, keyin apatiya va disorientatsiya, gipertermiya ( $40^{\circ}\text{C}$  gacha), bo'g'ilish, yurakdagi og'riqlar, qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, o'tkir yurak yetishmovchiligi, gepatomegaliya, koma kuzatilishi mumkin.



**Hamshira taktikasi:**

- **Shifokorni chaqiring.**
- **Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha:** propiltiouratsil bir marta 500-1000 mg. so'ngra har 4 soatda 250 mg qabul qilishgacha to shifoxonaga etqazguncha;
- metimazol bir marta 60-80 mg, yuta olmaydigan bemorlarga preparat 100-150 ml 5% li glyukozada eritiladi va noza-gastral zond orqali yuboriladi. Kriz pasayganda, preparatning dozasi asta-sekin taxminan 2-3 marta kamaytiriladi, keyin tireotoksikozni davolash umumiy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi.

## VI BOB

### OFTALMOLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR

#### 6.1. Ko'zdagi yot jismlar. Jarohatlar. Kuyishlar

**Ko'z kasalliklarida**, ko'zdagi og'riqlar bilan bemorlarning shifokorga tashrif buyurishining eng keng tarqalgan sabablari ko'zning shikastlanishi tufaylidir. Hamshira ko'z jarohati bilan bemorning ahvolini baholashi va agar uning holati ko'rishga tahdid solsa, darhol oftalmologga murojaat qilishi zarurlinini bilishi va yo'llashi lozim.

*Vaziyatni baholashda* shikastlanish mexanizmi va travmatik ob'ektning o'lchami aniqlanadi. Standart sxemaga rioya qilinadi: ko'z qovoqlari, kon'yunktiva, sklerani tekshirish, ko'rish keskinligini, ko'rish maydonini va rangni idrok etishni baholash, shox pardani, ko'zning old kameroni, linzalarni, fundusni (to'r parda, qon tomirlari, optik disk) tekshirish; ko'z qorachig'ining kattaligi va shakli, yorug'likka reaksiyasi; ko'z harakatini o'rganish shifokor tomonidan amalga oshiriladi

Ko'zda og'riqni keltirib chiqaradigan ko'z jarohatlarining sabablaridan biri kon'yunktiva, sklera va shox pardadagi yot jismlar bo'lib, ular ko'z yoshini oqishi, fotofobiya, blefarospazm (kornea sindromi) va noqulaylik tug'diradi. Shox parda sindromining intensivligi va ko'rish keskinligining pasayishi, shox pardaning shikastlanishini ko'rsatadi.

**Hamshiraning taktikasi:** kon'yunktivada yuzaki yot jismlar paydo bo'lganda, ko'zni fiziologik eritma bilan yuviladi, lidokainli ko'z tomchilari tomiziladi (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha). Konyunktiva yoki sklera yoki shox pardada yot jism shikastlanganda, engil bandaj qo'llaniladi va bemor darhol shifoxonaga oftalmologga yuboriladi.

**Ko'zning ultrabinafsha nurlanishidan** (elektroftalmiya) o'tkir shikastlanishi ko'pincha ko'zoynaksiz ishlaydigan payvandchilarda, quyoshga uzoq vaqt ta'sir qilishda, quyoshda botishda yoki qorda toyinish, uchish turishda (qor ko'rliigi), kvarts chiroqni ishlatganda paydo bo'ladi.

*Asosiy klinik belgilari:* 6-12 soatdan keyin paydo bo'ladigan ko'zda og'riq, fotofobiya, ko'zdan yosh oqishi, blefarospazm, xira ko'rish, nurlanishdan keyin. Tekshiruvda: kon'yunktiva shishgan va giperemik, shox pardada eroziyasi bo'lishi mumkin. Hamshira taktikasi: ikkala ko'zga lidokain tomchilari, antibakterial ko'z malhami,



epitelizatsiya qiluvchi dorilar (solcoseryl yoki actovegin ko'z geli); barcha dorilar kuniga 3 marta (shifokor tomonidan ko'rsatilgandek). Jiddiy shikastlanishlarda – ichishga analgetiklar, ko'zlarga bandaj qo'llaniladi. Agar 2 kundan keyin ahvol yaxshilanmasa, ular oftalmolog bilan maslahatlashish uchun yuboriladi.

**Ko'zning kimyoviy kuyishi** kislotalar, ishqorlar, gidroksidli moddalar yoki ko'zdan yosh oqizuvchi gazlar ko'zga tushganda sodir bo'ladi. Xarakterli: kuchli og'riq, xira ko'rish va blefarospazm. Tekshiruvda - ko'z qovoqlari va kon'yunktiva terisining giperemiyasi va shishishi, subkon'yunktiva qon ketishi, og'ir holatlarda - skleraning xiralashishi, shox pardaning xiralashishi va shishishi kuzatiladi.



**Hamshira taktikasi:** Oqar suv, qoqsholga qarshi emlash, lidokain yoki dikain ko'z tomchilari, antibakterial ko'z tomchilari (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha), ko'zga boylam qo'yish va oftalmologga murojaat qilish. Kuchli kuyishlar uchun - statsionar davolanish.

**Ko'zning termik kuyishi** issiq narsalar (soch burmalari, sigaretalar yoki elektr jihozlari uchqunlari) bilan aloqa qilish natijasida yuzaga keladi. Jabrlanuvchilar ko'zning og'rig'i, begona jismning hissi, ko'zni yoshlanishi, xira ko'rish haqida tashvishlanadilar. Tekshiruvda: ko'z qovoqlari, kirpiklar va ko'z atrofidagi terining kuyishi; kon'yunktivaning giperemiyasi va shishishi, shox pardaning oqarishi kuzatiladi.

**Hamshira taktikasi:** lidokain yoki dikainni tomizish, antibakterial ko'z tomchilari (shifokor tomonidan ko'rsatilgandek), ko'zga boylam qo'yib va darhol shifoxonada oftalmologga yuborish.

## 6.2. Ko'zning qizarishi

**Glaukomaning o'tkir xuruji.** Ko'rishning keskin yomonlashishi fonida ko'zning qizarishi va ko'zning kuchli og'rig'i glaukomaning o'tkir hujumiga xosdir. Bemor darhol yorug'lik manbai yaqiniga

o'tkaziladi, ikkala ko'ziga 1% pilokarpin ko'z tomchilari tomiziladi, iloji bo'lsa, oyoqlarga iliq vannalar qo'yiladi, chakkaga zuluklar qo'yiladi, og'riq qoldiruvchi vositalar m/i, diuretiklar (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha). va oftalmolog bilan maslahatlashish uchun yuboriladi.

**Shox pardaning eroziyasi.** Kichik begona jismlar shox pardaning yaxlitligini buzishi va eroziyaga olib kelishi mumkin. Ko'pincha eroziyaning sababi uning kontakt linzalari, tirnoq yoki bo'yanish cho'tkasiga zarar etkazishi mumkin. Shu bilan birga, kon'yunktivaning lakrimatsiyasi va giperemiyasi paydo bo'ladi. Chiroq yoki oftalmoskop bilan ko'rilganda siz begona jismni ko'rishingiz mumkin, u steril sho'r suv bilan yuviladi va og'riq qoldiruvchi vositalar, antibiotiklar va epiteliya preparatlari mahalliy ravishda buyuriladi (shifokor tomonidan ko'rsatilgandek). Agar kerak bo'lsa, ko'z ustiga bandaj qo'llashingiz mumkin.

**Konyunktivit.** Kasallik ko'z olmasining va ko'z qovoqlari kon'yunktivasining diffuz yallig'lanishi bilan tavsiflanadi, qizarish va ko'zdan oqindi borligi bilan birga keladi.

Yuqumli bo'lmagan va yuqumli kon'yunktivit mavjud.

Yuqumli bo'lmagan kon'yunktivitlar orasida eng ko'p uchraydigan allergik, kuchli qichishish bilan birga keladi, ular quyidagilar bilan tavsiflanadi:

- pichan isitmasi, rinit va tez-tez aksirish;
- yuqori ko'z qovog'ining shilliq qavatida " toshli yo'lak qoplama"lari ko'rinishidagi katta o'simtalarning mavjudligi bilan bahorgi katar qo'zgaladi;
- atopik kon'yunktivit vezikulalar shaklida;
- ko'z qovoqlarining ichki yuzasida so'rgichchalarning (1-2 mm) o'sishi bilan kechadigan kontakt linzalarini kiyganda so'rgichchalar giperplaziyasi bilan kechadi;
- kontakt kon'yunktivit kimyoviy moddalar ta'sirida bilan aloqa qilganda yuzaga keladi.

Infektsion kon'yunktivitlar bakterial, virusli yoki zamburugli kon'yunktivit bo'lishi mumkin. Bolalarda bakterial va virusli kon'yunktivit bir xil darajada keng tarqalgan, kattalarda esa asosan virusli (85%). Bakterial kon'yunktivit ko'p miqdorda shilliq yiringli ajralma bilan tavsiflanadi.

**Hamshira taktikasi:** ko'zni antiseptik eritma (furatsilin yoki kaliy permanganatning och pushti eritmasi) bilan yuvish, maxalliy ravishda -



kuniga 4 marta, 7-10 kungacha antibakterial tomchilar, uyqu davri uchun antibakterial malhamlar. Adenovirus kon'yunktivit bilan: suvli ajralma, qichishish, kuyish xissi, ko'zda og'riq, bo'yni limfa tugunlarining kattalashuvi va kon'yunktivada follikullar (shilliq qavat qatlamida limfotsitlarning to'planishi) paydo bo'lishi kuzatiladi. Dezinfektsiyalash vositalari va antivirus preparatlar yengillik keltiriladi. Ushbu kon'yunktivit juda yuqumli, shuning uchun bolalar 2-3 kun davomida maktabdan ozod qilinadi, ularga alohida sochiq beriladi va qo'llarini sovun va suv bilan tez-tez yuvish tavsiya etiladi. Dori-darmonlarni kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

**Sklerit va episklerit.** Episklerit - ko'zning biriktiruvchi to'qima membranasining (sklera) yuqori qatlamining yallig'lanishidir. U o'tkir boshlanadi, ko'zning qizarishi va og'rig'i bilan, ko'zdan ajralma yo'q, ko'rish o'zgarmaydi. Davolashsiz o'tib ketadi, ammo oftalmolog bilan maslahatlashish zarur. Skleritga xos ko'zda kuchli og'riqning asta-sekin paydo bo'lishi, fotofobiya va ba'zida kuz yoshi paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Palpatsiyada ko'z olmasi og'riqli. Ko'pgina hollarda ikkala kasallik ham tizimli biriktiruvchi to'qima kasalliklarining namoyon bo'lishi mumkin, shuning uchun davolash nosteroid preparatlar yoki glyukokortikoidlar bilan og'iz orqali boshlanadi (shifokor tomonidan tayinlanganda). Oftalmolog bilan maslahatlashish zarur.

**Subkonyunktival qon quyilish** kichik tomirlar ko'zning engil shikastlanishi, og'ir zo'riqish yoki zo'riqish (yo'tal, qusish) bilan yorilib ketganda subkon'yunktiva qon ketishi sodir bo'ladi. Ikki tomonlama subkonyunktival qon ketish gipertenziya, diabet yoki koagulopiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Maxsus davolash talab etilmaydi, dezinfektsiyalash vositalari kuniga 3 marta 2 tomchi tomiziladi, so'rilishi mumkin bo'lgan terapiya buyuriladi, qon quyilgani 2-3 haftadan keyin yo'qoladi. Dori vositalarini kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

### 6.3. Ko'zdagi og'riqlar

Ko'zdagi og'riqlar va kon'yunktivaning qizarishi bilan birga keladigan ko'rishning keskin yomonlashishi ko'z membranalarning yallig'lanish kasalliklariga xosdir.

**Keratit** - shox parda stromasining yuqumli kasalligi bo'lib, u ko'pincha ko'z epiteliya yarasi paydo bo'lishiga olib keladi. Ko'z

jarohati, bakterial infektsiya yoki kontakt linzalari kiyganda paydo bo'ladi.

**Shox pardaning yarasi sabablari:**

- Ko'zning zaiflashishi (masalan, keratouveit uchun uzoq muddatli davolanish tufayli).
- Shox pardaning normal sezuvchanligini yo'qotadigan herpes zoster kabi boshqa ko'z kasalliklari.
- Zararlangan material bilan shox pardaning yuzaki shikastlanishi (masalan, shox pardaning shoxcha bilan shikastlanishi).
- Kontakt linzalarini kiyishni suiste'mol qilish.

Shox parda shikastlanishi, herpes zosterda bo'lgani kabi, ko'zlar to'liq yopilmaydigan sharoitlarga moyil bo'ladi. Tekshiruvda shox pardaning yarasi kattalashtiruvchi oynada ko'rinadi. Shikastlanishdan keyin kichik shox parda nuqsonlari uchun ko'z tomchilari va ko'z boylamlari antibiotiklar tavsiya etiladi. Ko'z qovoqlari to'liq yopilmagan taqdirda, namlantiruvchi preparatlar shox pardaga va ko'z boylam qo'llaniladi. Herpes zoster bilan davolash shifoxona sharoitida oftalmolog tomonidan amalga oshiriladi. Agar to'g'ri davolanmasa, bu yaralar xiralashgan holda davolanishi yoki shox parda teshilishiga olib kelishi mumkin. Infektsiya butun ko'zga tarqalishi mumkin (endoftalmit, panoftalmit). Bu mutaxassisdan shoshilinch statsionar davolanishni talab qiladigan juda jiddiy asoratlar.

**Uveit** - bu ko'z to'r pardasining yallig'lanishidir. Iridotsiklit - ko'zning kamalak pardasi kiprik tanasining yallig'lanishi, asta-sekin og'riq, fotofobiya, ko'zdan yosh okishi, blefarospazm va ko'rishning pasayishi bilan tavsiflanadi. Ehtimol, tizimli kasalliklarda iridotsiklitning namoyon bo'lishi, bu bemorni to'liq anamnez olish va tekshirishni istisno qiladi. Tekshiruvda: kon'yunktiva, ayniqsa shox parda atrofida giperemiya (perikorneal in'ektsiya), ba'zida ko'z qorachig'i toraygan yoki noto'g'ri shaklda. Bemorni oftalmolog bilan maslahatlashish uchun yuborish kerak.

**Glaukoma** - Bu ko'z ichi bosimini jshishi hisobiga. Ko'ruv nervi diskida o'zgarish hosil bo'ishi bilan izohlanadi. Ko'z olmasi qattiqlashadi. Ko'pincha keksalarda, ayniqsa ayollarda uchraydi. To'satdan ko'rishning buzilishi yoki xira ko'rish, yorug'lik manbai atrofida kamalak doiralar va qorong'ida yoki yomon yorug'likda paydo bo'ladigan ko'zning og'rig'i bilan tavsiflanadi. Kuzg'alish paytida bosh og'rig'i fonida ko'ngil aynishi, qusish kuzatiladi. Tekshirganda:



ko'rishning pasayishi, pastki va yuqori jag' va chakkaga tarqaladigan bir tomonlama ko'z og'rig'i; ko'z qovoqlarining shishishi va kon'yunktivaning giperemiyasi, qorachik o'rtacha darajada kengaygan, yorug'likka javob bermaydi. Shox pardaning shishishi tufayli qorachiqning qizil porlashi zaiflashadi. Ko'z ichi bosimi ko'tariladi (odatda 16-26 mm sim.ust).

**Hamshira taktikasi:** ko'z ichi bosimini tezda pasaytirish uchun shifokor ko'rsatmasi bo'yicha - beta-blokatorlar (timolol 0,5% ko'zga 1 tomchi yoki 1% pilokarpin eritmasi kuniga 4-6 marta 1-2 tomchi), issiq oyoq vannalari, chakkaga zuluklar kuyish, analgetiklar. Ichishga 250-500 mg atsetazolamidni belgilang. Shoshilinch oftalmolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

Bemor ko'rish buzilishidan shikoyat qilganda, umumiy amaliyot shifokori ushbu alomatning paydo bo'lish vaqtini aniqlaydi - to'satdan yoki asta-sekin ko'rish buzilishi bo'lganmi. Agar ko'rishning buzilishi bir tomonlama bo'lsa, u holda ko'z olmasining o'zi yoki ko'ruv nervining shikastlanishini istisno qilinadi, ikki tomonlama, simmetrik ko'rish buzilishi - markaziy asab tizimi (MAT) shikastlanishi bulishi mumkin. Kurish buzilish darajasini shifokor Sivtsev-Golovin jadvali yordamida aniqlaydi, Donders bo'yicha ko'ruv maydoni va bemorning rang idrokiga ko'ra ko'rish maydonining chegaralarini oldindan tekshiradi. Ko'zning tashqi tekshiruvi bilan qizil qorachik refleksining zaiflashishini aniqlash mumkin - keratit yoki katarakta, to'r parda shikastlanishlari aniqlanadi. To'satdan, og'riqsiz, ko'rishning yomonlashishi ko'zning ichki pardalarining turli kasalliklari bilan sodir bo'ladi.

#### **Shishasimon tanaga qon quyilish.**

Bemorlarning ko'z oldida suzuvchi dog'lar haqida shikoyatlari ko'pincha qandli diabet, anemiya yoki to'r pardaning ko'chishi fonida yuzaga keladi.

Yorug'likda ko'zdan kechirganda, ko'z qorachig'ining qizil porlashi zaiflashadi, ko'zning to'r pardasi aniq ko'rinmaydi.

**Hamshira taktikasi:** Shoshilinch ravishda oftalmolog maslahatiga murojaat qiling.

**Xorioidit** - ko'z tomir pardasining yallig'lanishi, ko'pincha toksoplazmoz, tuberkulyoz, OITS va tizimli kasalliklar fonida rivojlanadi. Ikkala ko'zga ham ta'sir qilishi mumkin. Bemorlar

ko'rishning pasayishi, ko'zlari oldida chivinlarning miltillashi va ob'ektlarning buzilishidan shikoyat qiladilar.

Tekshiruvda kon'yunktiva va sklera o'zgarmagan. Ko'z tubida (sarik tana sohasida) va to'r pardaning periferiyasi bo'ylab yallig'lanish o'choqlari mavjud, ko'zning to'r pardasida qon ketishi mumkin. Oftalmologning maslahati tavsiya etiladi.

**Katarakta.** Umumiy tibbiy amaliyotda keng tarqalgan kasallik bo'lib, ko'z gavharlarining qisman yoki to'liq xiralashishi, ko'rish keskinligini to'liq yo'qotishigacha olib keladi. 90% hollarda keksalik kataraktasi rivojlanadi. Xavfli guruh uzoq vaqt davomida kortikosteroidlarni qabul qiladigan, kandli diabet, gipoparatiroidizm va ba'zi irsiy kasalliklar bilan og'riqan bemorlardir. Bemorlar ko'rish keskinligining og'riqsiz progressiv bosqichma-bosqich pasayishi, ko'z oldida pardaning rivojlanishi haqida tashvishlanadilar. Tekshiruvda: ko'rish keskinligining pasayishi, ko'z gavharlarining xiralashishi. Ko'rish keskinligi yorug'likni to'g'ri idrok etishgacha pasayadi, gavharning barcha qatlamlarida diffuz xiralashuv mavjud - "kulrangsimon gavhar".

Hamshiraning taktikasi - shifokor tomonidan tayinlangan vitamin tomchilari. Hayot sifatining yomonlashishi (hatto yuqori ko'rish funksiyalari bilan), kataraktani olish va sun'iy linzalarni implantatsiya qilish.

#### 6.4. To'satdan ko'rishning yomonlashuvi va og'riq bilan

**To'r pardaning ko'chishi** yorug'lik chaqnashi va ko'zlar oldida "parda", "tumandagi kabi" ko'rishning pasayishi bilan tavsiflanadi. Simptomlar shikastlanish yoki ko'z operatsiyasidan keyin, ko'pincha keksalarda paydo bo'lishi mumkin. Ko'zdan kechirganda ko'z maydoninig buzilishi, ko'z tubini oftalmaskopiya qilganda to'r pardaning gumbazsimon osilishi, to'r parda kuchishi kuzatiladi.

**Hamshiraning taktikasi:** kasalxonaning ko'z bo'limiga darhol yotqizish.

**Tur parda markaziy arteriya emboliyasi** bir ko'zda ko'rishning keskin pasayishi bilan tavsiflanadi, ko'rlikka qadar, ko'pincha tromboemboliyaga moyil bo'lgan bemorlarda rivojlanadi (migren, orttirilgan yurak nuqsonlari, qon tomir kasalliklari). revmatizm, endokardit, yurak kasalliklari yoki surunkali yuqumli kasalliklar bilan og'riqan yoshlarda. Oftalmologik tekshiruvda kurish o'tkirligi va maydoni pasaygan, ko'z tubida so'ngra markaziy chuqurchalar



mintaqasidagi fundusda rangpar to'r parda fonida olcha toshiga o'xshash qizil fokus paydo bo'ladi.

**Hamshira taktikasi:** oftalmologning shoshilinch maslahati. Konsultatsiyagacha - ehtiyotkorlik bilan ko'z massaji va har 10-15 daqiqada qog'oz xaltacha orqali nafas olish (qon tomirlarini kengaytiradi).

To'r parda Markaziy venasining trombozi - bemorlar gipertoniya, qandli diabet, glaukoma, ateroskleroz fonida yuzaga keladigan uzoq muddatli xira ko'rishni qayd etadilar. Oftalmologik tekshiruvda: kuz tubida tomirlarning varikoz kengayishi ko'rinishidagi o'zgarishlar, ko'p sonli qon kuyilishlar (markaziy venalar trombozida «ezilgan pomidor» alomati) va paxtasimon ekssudatlar, to'r pardaning shishishi ko'rish mumkin.

**Hamshiraning taktikasi:** ko'z bo'limiga shoshilinch kasalxonaga yotqizish va qon ivishini kamaytiradigan dorilar (trombolitiklar, antiagregantlar antikoagulyantlar, antikoagulyantlar, gemodilyutsiya va suvsizlanish terapiyasi) kilinadi.

**Ko'ruv nevri nevriti asta-sekin** (bir necha kun davomida) ko'rishning yomonlashishi va harakatlanayotganda ko'zning og'rig'i bilan kechadi. Rangni ko'rish qobiliyatini yo'qotish. Ko'ruv nevri nevriti ko'pincha ranglarni idrok etishni o'zgartiradi. Bemor ob'ektlar, ayniqsa qizil ranglar vaqtincha rangsiz yoki odatdagidan kamroq yorqinroq ko'rinishidan shikoyat qilishi mumkin. Yorug'lik chaqnashlari. Bemorlar to'satdan miltillash yoki yorug'likning paydo bulishi haqida xabar berishadi. Kuz tubida o'zgarishlar xarakterlidir: shish (diskning chegaralari xira) va ko'ruv nevri diskidagi oqarish.

**Hamshira taktikasi.** Ikkala ko'ruv nevri nevritida, glyukokortikoidlar va diuretiklar (shifokor tomonidan ko'rsatilgandek) samarali bo'ladi. Ko'rish asta-sekin tiklanadi.





## VII BOB

### NEFROLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR

Nefrologik shoshilinch holatlar har qanday mutaxassislik shifokorlarining amaliyotida qayd etilishi mumkin. Shoshilinch nefrologik holatlarning klinik ko'rinishlari ko'pincha sezilmaydi, shuning uchun laboratoriya parametrlarining dinamikasini tahlil qilish ularni aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Eng aniq epidemiologik tendentsiyalardan biri bu yatrogen o'tkir buyrak yetishmovchiligi, shu jumladan dori vositalari yoki radiorentgen moddalarni noto'g'ri qo'llash tufayli yuzaga keladi.

#### 7.1. O'tkir buyrak yetishmovchiligi. Anuriya. Gematuriya. uremik koma

### O'TKIR BUYRAK ETISHMOVCHILIGI



**O'tkir buyrak yetishmovchiligi** - buyraklarning ekskretor funksiyasining tez to'xtashi (soat yoki kun ichida). Sabablari: O'tkir

buyrak yetishmovchiligiga juda ko'p sabablar sabab bo'lishi mumkin, ularning asosiylari glomerulonefrit va siydik yo'llarining obstruksiyasi bilan kechadigan urolitiazlardir.

O'tkir buyrak yetishmovchiligining namoyon bo'lishi: anuriya va qonda azotli mahsulotlarni ushlab turish bilan tavsiflanadi, bu o'zgarishlar buyrak qon oqimining o'tkir jiddiy shikastlanishi, glomerulyar filtratsiya va kanalli reabsorbtsiyaning natijasidir, odatda o'tkir shaklda kechadi.

**Shoshilinch tibbiy yordam:** diurezning kuniga 300 ml gacha kamayishi, diuretik terapiyaning samarasizligi va qondagi azotli chiqindilar darajasining oshishi bilan gemodializdan foydalanish kerak. Hozirgi vaqtda gemodializ imkoniyati tufayli o'tkir buyrak yetishmovchiligi, qoida tariqasida, muvaffaqiyatli bartaraf etiladi.

**Gematuriya** - siydikda qon (critrotsitlar) ning paydo bulishi, siydik cho'kmasini vizual va / yoki mikroskopik tekshirish orqali aniqlanadi.

**Gematuriyaning namoyon bo'lishi:**

- **Boshlang'ich gematuriya** - siydikning birinchi qismida qon aniqlanadi. Bunday gematuriya patologik jarayon uretrada lokalizatsiya qilinganda paydo bo'ladi (uretraning shikastlanishi yoki yatrogen shikastlanishi, eroziv uretrit, kallikulit, gemangiomalar, papillomalar, siydik yo'llari saratoni).
- **Terminal gematuriya** - siydikning oxirgi qismida qon paydo bo'ladi. Quviq yoki prostata bezining bo'ynida yuzaga keladigan patologik jarayonlarga xosdir. Boshlanish va terminal gematuriyaning kombinatsiyasi prostata uretrasining shikastlanishini ko'rsatadi.
- **Umumiy gematuriya** - barcha siydik qon bilan bo'yalgan yoki uning barcha qismlarida qonelementlari qayd etilgan. Buyrak parenximasidan, buyrak jom bo'shlig'idan, siydik pufagidan va siydik pufagidan qon ketishi bilan kuzatiladi.

**Gematuriya sabablari:**

- glomerulyar genezis gematuriyasi: o'tkir glomerulonefrit, tizimli qizil yuguruk, muhim aralash krioglobulinemiya, gemolitik uremik sindrom, Alport kasalligi va boshqalar.



Ekstraglomerulyar genez gematuriyasi: qon tizimining kasalliklari (leykemiya, o'roqsimon hujayrali anemiya, qon ivishining pasayishi), antiplatelet agentlari va antikoagulyantlar, qon tomir kasalliklari (buyrak arteriyasi stenozi, buyrak arteriyasi yoki tomir trombozi, arteriovenoz oqma) va aksariyat urologik kasalliklar bilan rivojlanadi. Ko'pincha gematuriya buyrak, yuqori siydik yo'llari, siydik pufagi, travma, buyrak va siydik yo'llarining yallig'lanish kasalliklari, buyrak tosh kasalligi (BTK), gidronefroz, adenoma va prostata saratoni va boshqalar bilan kasallanganda sodir bo'ladi.

**Yordam bering.**

- Makrogematuriya bemorni urologik shifoxonaga shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi.
- Konservativ terapiya tekshiruv bilan parallel ravishda amalga oshiriladi.
- Ko'pincha gematuriya kuchli emas va o'z-o'zidan to'xtaydi. Davolash uchun an'anaviy gemostatik vositalar qo'llaniladi: kaltsiy preparatlari, karbazohrom (adroxon), etamzilat (ditsinon), epsilon-aminokapron kislota, vikasol, traneksam kislota, vitamin C, qon plazmasi va boshqalar.
- Jarrohlik davolashning hajmi va xarakteri gematuriyaga sabab bo'lgan aniqlangan kasallikka bog'liq.

**Anuriya** - siydikning yuqori siydik yo'llaridan siydik pufagiga oqishini to'xtatishiga aytiladi. Bu buyrak parenximasi tomonidan siydik chiqarilishining buzilishi yoki siydik yo'llarining obstruktsiyasi natijasida yuzaga keladi.

Anuriyaning namoyon bo'lishi ortib borayotgan azotemiya, suv-elektrolitlar balansining buzilishi, intoksikatsiya va uremiya bilan tavsiflanadi.

**Anuriya uchun shoshilinch yordam ko'rsatish algoritmi:**

- Anuriya rivojlanishiga sabab bo'lgan sabablarni yo'q qiling.
- Shokda asosiy terapiya qon bosimini normallashtirish va aylanma qon hajmini to'ldirishga qaratilgan. Proteinli eritmalar va katta molekulyar og'irlikdagi dekstranlarni kiritish tavsiya etiladi.
- Nefrotoksik zaharlar bilan zaharlanganda ularni oshqozon va ichaklarni yuvish orqali olib tashlash kerak. Og'ir metallarning tuzlari bilan zaharlanish uchun universal antidot unitioldir.

- Postrenal obstruktiv anuriya bo'lsa, terapiya siydik chiqishini erta tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak: kateterizatsiya, siydik yo'llarining stentlanishi, teri orqali punksiyon nefrostomiyasi.
- Gemodializ uchun ko'rsatma kaliy miqdorining 7 mmol / l dan ortiq, mochevina 24 mmol / l gacha ko'tarilishi, uremiya belgilarining paydo bo'lishi: ko'ngil aynishi, qusish, letargiya, shuningdek gipergidratatsiya va atsidoz. Hozirgi vaqtda erta yoki hatto profilaktik gemodializ tobora ko'proq qo'llanilmoqda, bu og'ir metabolik asoratlarni rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

**Uremik koma** - surunkali buyrak etishmovchiligining tugashi. Uremik komaning ko'rinishlari: asta-sekin rivojlanadi, letargiya, zaiflik, kuchli bosh og'rig'i, terining qichishi va uyqusizlik fonida rivojlanadi, bemor bezovtalanadi, ba'zida tajovuzkor bo'ladi, keyin befarqlik, uyquchanlik boshlanadi, bu uyquchan holatga komaga aylanadi va ba'zilarida fibrilatorli mushaklarning burishishi, ba'zida talvasalar qayd etiladi, nafas olish dastlab chuqur va shovqinli bo'ladi, keyin yuzaki, tartibsiz, siydik chiqishi deyarli yo'q.

#### **Hamshira taktikasi:**

- Shifokor yoki tez yordam chaqiring.
- Surunkali buyrak yetishmovchiligida koma rivojlanishi uremiyaga e'tibor bermaslikdan dalolat beradi: shoshilinch yordam ko'rsatish imkoniyatlari cheklangan.
- Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha: vena ichiga glyukoza (40 ml 40% eritma, 250-500 ml 5% eritma), natriy bikarbonat (200 ml 4% eritma), kaliy miqdori ortib yuboriladi. qonda - kaltsiy glyukonat (10% - kuniga 50 ml gacha ).
- Hayajonlanganda sifonli klizma qiling - xloralgidrat (50 ml 3% eritma) bilan ho'qna qiling.
- Bunday bemor nefrologiya bo'limida bo'lishi kerak, u erda ekstrakorporeal gemodializ uchun asbob-uskunalar mavjud.

#### **7.2. Buyrak sanchig'i**

**O'tkir pielonefrit** - bu kocacha-jom tizimi va buyrak parenximasining o'ziga xos bo'lmagan yuqumli yallig'lanishidir. O'tkir pielonefritga Escherichia coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas sabab bo'ladi.



**O'tkir pielonefritning namoyon bo'lishi:** titroq, varaja, yuqori isitma (38-39 ° C va undan yuqori), bel qismida og'riq (yon tomonda), ko'pincha ko'ngil aynishi va qayt qilish, umumiy intoksikatsiya bilan namoyon bo'ladi.

**O'tkir pielonefrit uchun shoshilinch yordam algoritmi:**

**1. Buyrakdan siydik chiqishini normallashtirish:**

- ureteral kateter yoki stent o'rnatish;
- vezikoureteral reflyuksga shubha qilinganda siydik pufagiga kateter o'rnatish (siyish paytida belning pastki qismida og'riq);
- Nefrostoma.

**2. O'tkir pielonefritning antibakterial terapiyasi ko'p hollarda empirik tavsiya etiladi, kasallikning og'irligiga bog'liq:**

- engil - ftorxinolonlar guruhidan og'iz preparatlari;
- o'rtacha va og'ir - ampitsillinli yoki ampitsillinsiz parenteral aminoglikozidlar, ftorxinolonlar, III va IV avlod sefalosporinlari bilan yoki aminoglikozidsiz.

**3. Qo'shimcha tekshiruvdan so'ng jarrohlik davolash buyuriladi:**

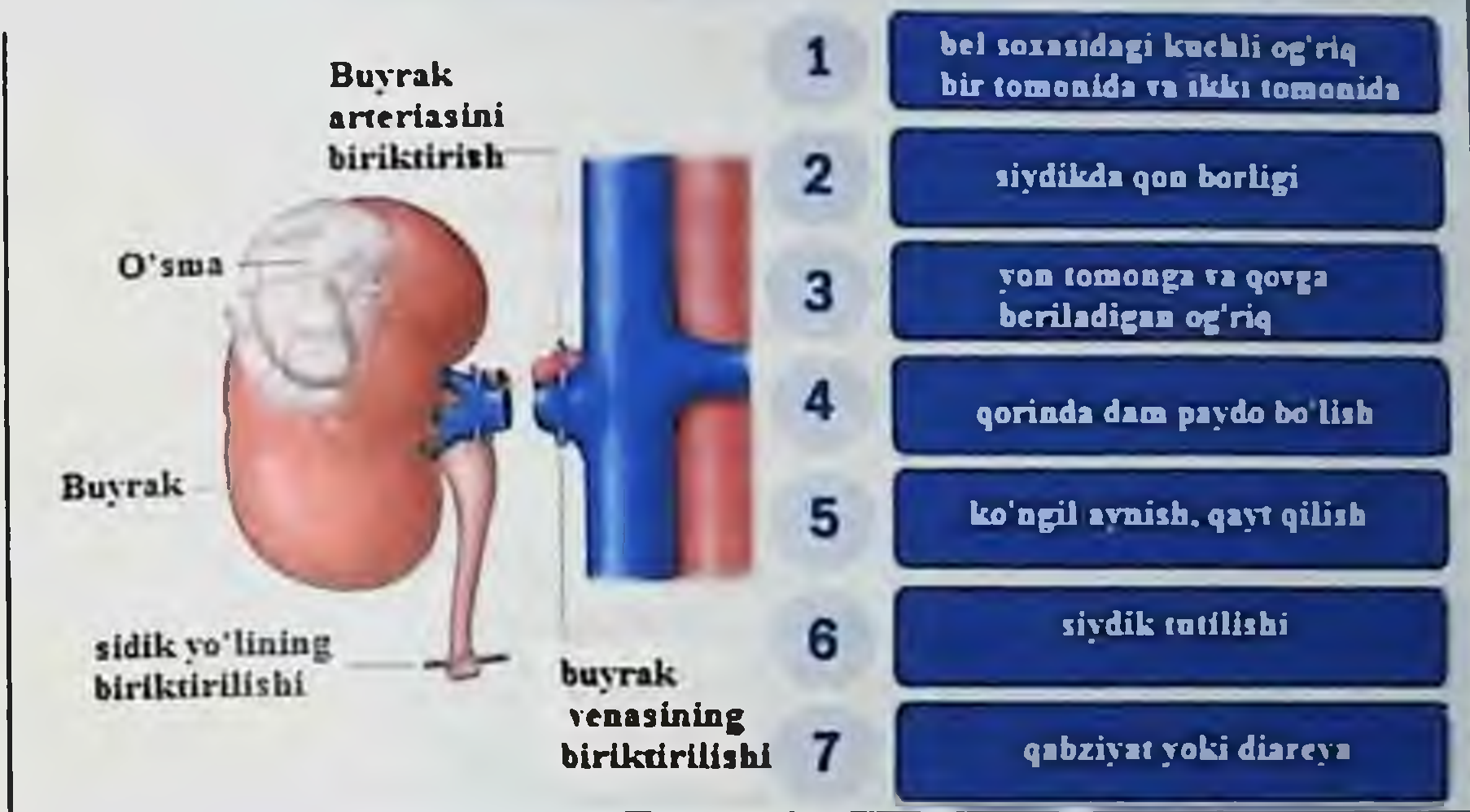
- 3 kun ichida antibiotik terapiyasi samarasiz bo'lgan taqdirda;
- kasallikning og'ir kechishi;
- Yiringli pielonefritda.

**Buyrak sanchig'i** Buyrak sanchig'i odatda siydik yo'llarining (buyrak tosh obstruksiyasi, siydik yo'llari) tosh yoki qon laxtasi bilan to'sqinlik qilishi sababli og'riq deb ataladi. Buyrak sanchigi 30-50 yoshdagi erkaklarda ko'proq uchraydi.

**Klinikasi**

- Qattiq xurujsimon yoki bel, son, tashqi jinsiy a'zolariga tarqaladigan doimiy og'riq bo'lishi.
- Huruj davomiyligi odatda <8 soat. gacha
- Qusishi mumkin
- Bemor bezovta, terisi rangpar, sovuq, teginganda terisi nam.
- Palpatsiya paytida qovurg'a-bel burchak sohasida og'riq, orqa va qorin old devori mushaklarining taraaanglashishi aniqlanadi.
- Ba'zida yalpi gematuriya kuzatiladi.

## BUYRAK SANCHIG"INING SIMPTOMLARI



### Laboratoriya va instrumental tadqiqotlar

- Qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenogrammasida 75% hollarda toshlar (kaltsiy oksalat va kaltsiy fosfat toshlari, rentgen nurlari musbat) aniqlanadi.
- Ekskretor urografiya ham rentgen nurlaridagi salbiy(negativ) toshlarni aniqlaydi va buyraklar faoliyati haqida tasavvur beradi.
- Shubhali holatlarda, masalan, bemor kuchli og'riqdan shikoyat qilsa va gematuriya va giyohvandlikdan shubha qilingan bo'lsa, undan shifokor ishtirokida siydik to'plash so'raladi va qisqa muddatli og'riqni yo'qotish uchun indometatsinli rektal sham buyuriladi.

### Og'riqni yo'qotish:

- Ko'p suyuqlik iching va faol bo'ling.
- Ko'p hollarda og'riq susayadi va bemorga uyiga borishga ruxsat beriladi. Ertasi kuni ekskretor urografiya o'tkaziladi.
- Agar og'riq takrorlansa, indometazinli rektal shamlar buyuriladi (kuniga ikkitadan ko'p bo'lmagan).



## VIII-BOB

### PEDIATRIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR

Neonatal davrda ham, keyingi yillarda ham bolaning sog'lig'i holati, zarur shoshilinch yordamga muhtojlik bo'lishi mumkin. Shoshilinch holatlar har doim to'satdan paydo bo'ladi va har birimiz ularga tayyor turishimiz lozim. Ko'pincha bunday holatlarda tibbiy yordam uchastka shifokorlari va hamshiralari, tez yordam brigadalari va feldsherlar tomonidan amalga oshiriladi. Turli yosh guruhlarida turli xil shoshilinch holatlar bilan tavsiflanadi.

**Erta va kech go'daklik (1-12 oylik):** qusish, diareya, suvsizlanish, febril talvasalar, bronxiolit, og'iz bo'shlig'idan zaharlanish, begona jismlar, to'satdan neonatal o'lim sindromi, bolalarga tajovuz qilishi mumkin

**Go'daklar va maktabgacha yoshdagi (1-5 yosh):** travma, febril talvasalar, og'izdan zaharlanish, begona jismlar, meningit, sohta krup, bolalarga tajovuz qilish, cho'kish, astma

**Maktab yoshi (6 - 12 yosh):** travma, cho'kish, bolalarni suiste'mol qilish, astma.

**O'smirlar (12-19 yosh):** travma, spirtli ichimliklar / giyohvandlik, o'z joniga qasd qilish harakati, astma, jinsiy zo'ravonlik, homiladorlik kuzatilishi mumkin.

#### 8.1. Resperator distress

**Resperator distress (nafas olish buzilishi).** Alomatlar: taxipnoc, taxikardiya (yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bradikardiya bo'lishi mumkin), burunning shishishi, orqaga tortish, boshning chayqalishi, stridor, nafas chiqarishning uzoq davom etishi, qorin nafasi.



**Pespirator bizilishlarning turlari:** laringotraxeobronxit, sohta krup, epiglotit, astma, yot jism obstruksiyasi.

**Laringotraxeobronxit** - virus etiologiyali kasallik, 6 oydan 4 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Semptomlar: progressiv ovoz xirillashi, yo'tal, subfebril harorat, stridor, qichimsiq yo'tal, nafas olish qiyinlashuvi, siyanoz bilan birga "shamollash" bir necha kechada takrorlanadi.

**Krupda hamshiraning taktikasi:**

**Shifokor yoki tez yordam chaqiring**

- Yuqori konsentratsiyali kislorod
- Shoshilinch transportirovka qilish
- Nafas yo'llarini vezual ko'rishga urinmang
- Agar suvsizlangan bo'lsa, v/i suyuqlikni asta-sekin yuboring (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha)

**Epiglotit** - bu bakterial infektsiya (*Staphylococcus aureus*). epiglottis va qo'shni to'qimalarning halqum va halqum usti shishishi. 4 yoshdan katta bolalar kasallanadi (o'rtacha 4-7 yosh). HiB ga qarshi emlash tufayli bolalar orasida kasallanish keskin kamaydi. Belgilari: o'tkir boshlanish, bir necha soat ichida og'ir distressning rivojlanishi, yuqori isitma, og'ir tomoq og'rig'i, yutish qiyinligi, so'lak oqishi, oldinga egilgan va o'rtacha orqaga tashlangan bosh bilan stridor o'tirish holati va bemorlarning 1/3 qismi behush va shok holatida bo'ladi.

**Hamshira taktikasi:**

- Shifokor yoki tez yordam chaqiring
- Yuqori konsentratsiyali kislorod
- Favqulodda transport
- Nafas olish yo'llarini tasavvur qilishga urinmang
- Agar suvsizlangan bo'lsa, iv suyuqlikni asta-sekin yuboring (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha)

**Astma** - bronxial daraxtda allergik yallig'lanish jarayoni va pastki nafas yo'llarining yuqori sezuvchanligi tufayli yuzaga keladigan kasallik. Sabablari: Allergiya, infektsiya, ta'sirlantituvchi vositalar ta'siri, hissiy stress, past harorat, jismoniy mashqlar sabab bo'ladi.

**Hamshira taktikasi:**

**Shifokor yoki tez yordam chaqiring**

- o'tirish holati
- Bir tomonlama kislorodli niqob orqali namlangan O<sub>2</sub>



- Yo'talni kuchaytirish
- Teri ostiga yoki nafas yo'li orqali – beta-agonistlar (salbutamol, nebutamol, salomon EKO)
- Traxeya entübatsiyasi va O'SV ko'rib chiqing
- Dori vositalarini kiritish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

***Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda sun'iy nafas berish.*** 1 yoshgacha bo'lgan bolaga sun'iy nafas olish uchun og'izdan og'izga yoki og'izdan burunga nafas berish texnikasidan foydalanish tavsiya etiladi. Buning uchun sizga kerak:

- havo yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash;
- chuqur nafas oling;
- kontakt havo o'tkazmasligi uchun bolaning og'zi va burnini og'zingiz bilan yoping;
- bolaning og'ziga va burniga bir vaqtning o'zida nafas oling, har biri 1 dan 1,5 sekundgacha davom etadigan sekin nafas oling;
- har bir nafas olishda ko'krak qafasi ekskursiyalarini nazorat qilish;
- ko'krak qafasi chuqur nafasga o'xshab qolganda nafas yo'llariga havo puflashni to'xtating.



Fig 6.1 Mouth-to-mouth ventilation - adult



Fig 6.2 Mouth-to-mouth ventilation - child

**Bir yoshdan oshgan bolalarda sun'iy nafas berish.** Ushbu texnikani bajarish uchun sizga kerak bo'ladi:

- havo yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash;
- chuqur nafas oling;
- qo'lning bosh va ko'rsatkich barmog'i bilan bolaning burnini mahkam siqib qo'ying, og'zingiz bilan bolaning og'zini germetik tarzda yoping;
- bolaning og'ziga nafas olish, sekin nafas olish (1 dan 1,5 s gacha);
- har bir nafas olishda ko'krak qafasi ekskursiyalarini nazorat qilish.



## 8.2. Nafas yo'llariga yot jismning tiqilishi

*Hushi o'zida bo'lgan bola hayotning birinchi yilida yot jismning nafas yo'llariga tiqilganda yordam berish. Quyidagi harakatlar ketma-ketligini bajaring, o'tirib bolani tizzangizga qo'ying:*

1. Bolani qo'lingizning bilagiga yotqizib qo'ying, yuzini pastga qaratib, boshini ko'krigidan pastga tushiring, bolaning boshini jag'idan ushlab turing.
2. Kaftning asosini ishlatib, bola orqasidan elkalari o'rtasida 5 ta zarbani bajaring
3. Orqaga 5 marta zarba bergandan so'ng, zarba bergan qo'lni bolaning orqa tomoniga qo'ying, shunda kaft boshning orqa qismini tutib turadi.
4. Bolani butun bo'lib orqa tomoniga burang, bosh va bo'yinni ikkala qo'lingiz bilan muloyimlik bilan qo'llab-quvvatlang. Bolaning boshini tanasidan pastroq tuting va qo'lingiz bilan bolaning boshining orqa qismini qo'llab-quvvatlashda davom eting.
5. Ko'krak qafasining 5 ta tez siqilishini bajaring. Har bir harakat sun'iy ravishda begona jismni olib tashlashga yordam beradigan yo'talni keltirib chiqarishi uchun ko'krak qafasining siqilishini soniyasiga taxminan 1 chastotada bajaring.
6. Ob'ekt sizning kaftingizga tushguncha yoki bola hushidan ketguncha orqaga urish va ko'kragini siqishda davom eting



**Nafas olish yo'llarining yot jism tomonidan obstruksiyasi bilan hayotning birinchi yilida hushidan ketgan bolaga yordam berish**

1. Til va jag'ni tashqariga chiqarib, havo yo'llarini tozalang va og'iz yoki halqumqa biror narsa borligini qidiring. Agar ob'ektni



- topsangiz, uni olib tashlang; agar u ko'rinmasa, ko'r-ko'rona hech qanday harakat qilmaslik lozim.
2. Nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini saqlab, boshni bukmasdan va iyagini tashqariga chiqarib, sun'iy nafas olishni amalga oshirish kerak.
  3. Agar bundan keyin ham nafas olish samarasiz bo'lsa, 5 marta orqaga suring va 5 marta ko'krak qafasini siqing.
  4. Ob'ekt tashqariga chiqmaguncha va havo yo'li toza bo'lgunga qadar birdan uchinchigacha bosqichlarni takrorlang.
  5. Agar sun'iy nafas olish samarali bo'lsa, yurak massajini davom ettiring; etarli spontan nafas tiklangan bo'lsa, bolani tiklash holatiga qo'ying.



#### Tiklanish holatida yotish

*1 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan hushi ozida bo'lgan bolaga begona jismning havo yo'llarining obstruksiyasiga yordam berish*

#### **Geymlix usuli.**

1. Agar bola tik turgan bo'lsa, uning orqasida tiz cho'kishingiz kerak, qo'llaringizni bolaning qo'ltig'i ostiga qo'ying, ko'kragini mahkam ushlang.
2. Xanjarsimon o'simta kindik bilan bog'laydigan chiziqning o'rta darajasida (parenximal organlarning shikastlanishini oldini olish uchun) qo'l kafti mushti (epigastral mintaqada) buklangan holdagi holatda bo'lishi lozim.
3. Vertebro-kranial yo'nalishda 5 ta o'tkir zarbalar seriyasini bajarish kerak.
4. To'siqni bartaraf etish niyatida har bir itaruvchi chayqalish harakati sifatida bajaring. Yot jismni olib tashlamaguncha yoki bemor hushidan ketguncha 5 ta bosim seriyasini davom ettiring.



***1 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan hushsiz bo'lgan bolaga begona jismning havo yo'llarining obstruksiyasiga yordam berish***

Agar bola hushidan ketsa, Geymlix usulida bolani qattiq yuzaga yotqizish orqali amalga oshirilishi kerak. Usulni bajarish uchun quyidagilarni bajaring:

1. Nafas yo'llarini tozalang
2. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini saqlash, boshni to'g'rilash va iyagini tashqariga chiqarish, sun'iy nafas olishni amalga oshirish kerak.
3. Nafas olish samarasiz bo'lsa, bolaga yuzma-yuz tiz cho'kib, Geymlix usulini quyidagi tarzda bajarishga tayyorlang:
  - a) bir qo'l kaftiningizni asosini qorin bo'shlig'iga kindik va xanjarsimon o'simta orasidagi masofaning o'rtasiga qo'ying, ikkinchi qo'lni birinchisining ustiga qo'ying;
  - b) Ikki qo'lni qorin bo'shlig'iga ichkariga va yuqoriga bosing, begona jismni tashqariga chiqarish uchun har bir yuqoriga bosim qorinning o'rta chizig'ida amalga oshirilishi kerak.
4. Element chiqqunga qadar birdan uchinchigacha bosqichlarni takrorlang.
5. Agar sun'iy nafas olish samarali bo'lsa, yurak massajini davom ettiring yoki bolani tiklanish holatiga qo'ying.





*Ikki barmoqli siqish texnikasi yordamida 1 yoshgacha bo'lgan bolada yurakni yopiq masaji (YuYoM).*

1. Bir qo'lning o'rta va ko'rsatkich barmoqlarining yostiqlarini to'sh suyagining pastki yarmiga, bir barmog'ini so'rg'ichlar orasidagi chiziqdan pastga qo'ying.
2. Ko'krak suyagi bolaning ko'kragingining oldingi-orqa kattaligining taxminan uchdan bir yoki yarmida, taxminan 1,5-2,5 sm chuqurlikda bosiladi.
3. Ko'krak suyagini daqiqada kamida 100 marta siqib qo'ying.
4. 30 ta siqilishdan so'ng bosh va iyak surishini uzaytirish orqali havo yo'lini oching (agar umurtqa pog'onasi shikastlanishiga shubha bo'lsa, pastki jag'ni surish kerak) va bir marta samarali nafas olish va ko'krak ko'tarilishini ta'minlang.
5. Bosh va bo'yin shikastlanganda, ikkinchi qo'lning peshonasiga qo'yib, boshni cho'zmasdan barqaror holatda tuzatish mumkin. 5 dan 1 gacha (bir yoki ikkita qutqaruvchi uchun) nisbatda siqish va ventilatsiyani davom ettiring.



**1 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan bolalarda yurakni yopiq masaji (YuYoM).**

1. Bir qo'l kaftining asosini to'shning pastki yarmiga ko'krak so'rgichlari chizig'i va to'sh asosi orasiga qo'ying.
2. chuqurligi taxminan 2,5-4,0 sm. bir qo'l bilan to'shga bosim etarli bo'lmasa, kattalardagi kabi ikki qo'l bilan bosim o'tkazish kerak.
3. siqish chastotasining ventilyatsiyaga nisbati 30 ga 2 bo'lib qoladi.



**8 yoshdan oshgan bolalarda yurakni yopiq massaji**

1. Kaftning asosini to'shning pastki yarmiga (xanjarsimon o'simtadan 2,5 sm yuqorida) qo'ying va ikkinchi qo'lning kaftini birinchisining ustiga qo'ying. Xanjarsimon o'simtaga bosim o'tkazmang.
2. Bolaning qovurg'alariga bosim o'tkazmaslik uchun ikkala qo'lning barmoqlarini shunday tuting.
3. Chuqurligi taxminan 4,0-5,0 sm.
4. Har bir siqilishdan keyin bosim butunlay to'xtatiladi, lekin qo'llar ko'krak yuzasidan olib tashlanmaydi.
5. Siqish daqiqada 100 marta chastotada amalga oshiriladi.
6. Har 30 kompressiyada 2 ta samarali nafas olinadi.
7. Har bir nafasda ko'krak qafasi harakatlanishiga ishonch hosil qiling.

**8.3. Bolalarda isitma**

**Isitma tana harorati**  $38^{\circ}$  S dan yuqori deb ataladi, normal tempokratura  $36,5^{\circ}$  S (ertalab) va  $37,2^{\circ}$  S (tushdan keyin).  $41^{\circ}$  C dan past harorat bolaning hayoti uchun xavfli emas, chunki u infektsiyaga



qarshi kurashishda yordam beradi. Xavotirga sabab, isitma zaiflashgandan keyin yaxshilanmaslikdir. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tana haroratining normal darajadan pasayishi uning ko'tarilishidan ko'ra ko'proq tashvishlidir. Isitmaning balandligi har doim ham kasallikning og'irligiga mos kelmaydi.

**Sabablari.** Hayotning dastlabki uch oyida 95% hollarda virusli infektsiya sabab bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sepsisning eng keng tarqalgan bakterial patogenlari E, B, E. Coli va Listeria monotsitogenlari guruhidagi streptokokklardir (kamdan – kam hollarda – S. aureus). 3-36 oyligida 3-5% hollarda infektsiyaning aniq yo'nalishi bo'lmagan taqdirda 39<sup>0</sup> C dan yuqori isitma bakteremiya tufayli yuzaga keladi. Isitma quyidagi sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin: haddan tashqari issiqlik, ayniqsa chaqaloqlarda, agar bola etarli miqdorda suyuqlik qabul qilmasa yoki ko'p suyuqlik yo'qotsa (qusish, diareya).

Febril kasalliklarga olib kelishi mumkin bo'lgan barcha sabablarni diqqat bilan chiqarib tashlash kerak. Xatolarning sabablari ham bor, jumladan, simob ustuni singan noto'g'ri raqamlarni ko'rsatadigan termometrlardan foydalanish, xavotirdan keyin haroratni o'lchash, yig'lash yoki ovqatlantirishdan keyin.

**Alomatlar va belgilar.** Isitma bilan bola issiq, ko'zlari porloq. Ba'zida ko'krak va yosh bolada haroratning haddan tashqari ko'tarilishi talvasani keltirib chiqaradi. Kattaroq bolalarda qusish va titroq tez-tez uchraydi. Asabiylashish, uyquchanlik, reaktivlikning pasayishi, taxikardiya, taxipnoe kuzatilishi mumkin.

Meningeal simptomlar, yo'tal, xirillash, xirillash, periferik qon aylanishining buzilishi, suvsizlanish belgilari, qorin og'rig'i, quloq, teri, suyaklar va bo'g'imlarning shikastlanishi qayd etilishi mumkin.

#### **Hamshiraning taktikasi.**

1. Shifokomi yoki tez yordam guruhini chaqiring.
2. Suvsizlanishni oldini oladigan tinchlik, mo'l-ko'l ichimlik va havo namligini ta'minlang.
3. Bolaning issiqlik uzatilishini kuchaytirish uchun ular echinib, iliq suv bilan artib tashlashadi (ishqalanish uchun alkogolli suyuqliklar yoki muzli suv ishlatilmasligi kerak: ular terining haroratini tezda pasaytiradi, bu esa vazospazimga va issiqlik o'tkazuvchanligining pasayishiga olib keladi).

4. Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha: 380 C dan yuqori haroratlarda antipiretiklar – paratsetamol, 20 mg/kg og'iz orqali bir marta, so'ngra har 6 soatda 15 mg/mg yoki ikkinchi darajali preparat – ibuprofen (suyuq shakl) har 6-8 soatda 10-15 mg/kg.
5. Aspirin yosh bolalarga buyurilmaydi, bu Reye sindromiga olib kelishi mumkin.
6. Ota-onalarga bolani engil narsa bilan kiyintirishni maslahat bering, lekin umuman echinmang, bolani o'ramang, unga tez-tez va ozginadan ichiring.

#### 8.4. Febril talvasalar

*Febril talvasalar* 6 oydan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 3-5 foizida isitma fonida ( $38,5^{\circ}$  C dan yuqori haroratlarda) uchraydi. Kelajakda epilepsiya rivojlanish xavfi ancha past (xavf omillari bo'lmagan bolalarda 1% dan kam va epilepsiya tarixi og'ir bo'lgan bolalarda 10%). Ko'pincha ular haroratning ko'tarilish bosqichida yoki uning cho'qqisida paydo bo'ladi. Tana haroratining tez ko'tarilishi va kuchli isitma bilan talvasa xavfi ortadi.

**Sabablari:** infeksiya va Markaziy asab tizimining fokal shikastlanishi.

**Alomatlar va belgilar.** Tana haroratining  $38,5^{\circ}$  C dan oshishi febril talvasalarga olib kelishi mumkin. Isitma ko'pincha talvasa paydo bo'lishidan oldin aniqlanmaydi. Talvasalar-febril davr boshida yuqori va / yoki pastki oyoq qo'llarning nosimmetrik tonik-klonik qisqarishi bilan kuzatiladi. Asoratlanmagan febril talvasalar-isitma boshlanganidan keyingi dastlabki 24 soat ichida, Markaziy asab tizimi infeksiyasi va metabolik kasalliklar bo'lmagan taqdirda qisqa muddatli (15 daqiqadan kam) umumiy talvasalar shaklida bo'ladi. Murakkab yoki qisman tutilish 15 daqiqadan ko'proq davom etadi, shuningdek normal tana harorati fonida talvasalar bo'lsa.

Febril talvasalar bilan og'rikan bemorlar EEG faqat takroriy talvasalar (murakkab, tana haroratining biroz ko'tarilishi fonida yuzaga keladigan yoki fokal nevrologik alomatlar bilan kechadigan) holatlarida o'tkazilishi kerak. Lomber ponksiyon uchun ko'rsatmalar mutaxassis tomonidan belgilanadi.



### **Hamshiraning taktikasi.**

1. Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
2. Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha: benzodiazepinlardan foydalanish tavsiya etiladi (Lorazepam-boshlang'ich dozasi 0,05-0,1 mg/kg, maksimal dozasi-1-4 daqiqa davomida 4 mg; agar samarasiz bo'lsa, ikkinchi doza 0,10 mg/kg ni tashkil qiladi, yoki diazepam buyuriladi – boshlang'ich dozasi 0,1 – 0,2 mg/kg, maksimal dozasi-1-4 mg min; agar samarasiz bo'lsa, ikkinchi dozani yuboring – 0,25-0,4 mg/kg) va talvasa davomiyligini baholash uchun preparatni qabul qilish vaqtini belgilang.
3. Takroriy hujumlar uchun valproev kislota ham samarali.
4. Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

Febril talvasalarning oldini olish, odatda, tirishish tez-tez sodir bo'ladigan yoki hayot uchun xavfli bo'lgan holatlar (epileptik holat) bundan mustasno, profilaktik antikonvulsant davolanishni talab qilmaydi.

Ota-onalarga, agar u qayta paydo bo'lishini kutsa, xurujni qanday oldini olishni o'rgatish kerak (masalan, paratsetamolni erta ishlatish, bolani nam shimgich bilan artish. Talvasaga qarshi terapiya har doim ham talab qilinmaydi.

## IX-BOB

### JARROHLIKDA SHOSHILINCH HOLATLAR

Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir jarrohlik kasalliklari barcha jarrohlik kasalliklari orasida asosiy o'rinni egallaydi. Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarrohlik kasalliklari - bu to'satdan paydo bo'ladigan, o'tkir davom etadigan, turli xil kuchdagi og'riq hissi bilan kechadigan, ertami-kechmi peritonitni o'z vaqtida davolash bilan asoratlangan va bir qator umumiy belgilarga ega bo'lgan kasalliklar.

Voqea sabablariga qarab, ushbu kasalliklarning barchasini quyidagi kichik guruhlarga bo'lish mumkin:

- yallig'lanish kelib chiqishining o'tkir kasalliklari (o'tkir appenditsit, o'tkir xoletsistit, pankreatit, peritonit va boshqalar);
- organning buzilishi natijasida kelib chiqqan o'tkir kasalliklar (oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yaralari, oshqozon-ichakdan qon ketishi, ektopik homiladorlik paytida bachadon naychasining yorilishi, tuxumdonning yorilishi, ichak infarkti);
- o'tkir ichak tutilishining barcha turlari;
- ayol jinsiy a'zolarining kasalliklari;
- ko'krak va qorinning ochiq va yopiq jarohatlari;
- "o'tkir qorin" sindromini taqlid qiluvchi kasalliklar.

#### 9.1. "O'tkir qorin"

"O'tkir qorin" atamasi tashxis emas, balki faqat kollektiv kontseptsiya va ayni paytda bemorni kasalxonaga yuborish uchun harakat signalidir. Kasallikning anamnezi diagnostika uchun katta ahamiyatga ega. Kasallikning paydo bo'lish vaqtini aniqlab olish va nafaqat kunni, balki iloji bo'lsa, bir soat va hatto bir daqiqani ham aniqlash kerak. Og'riqning tabiati va birlamchi lokalizatsiyasini, tarqalishni aniqlang.

Anamnezdan bunday xurujlar bo'lganmi, kasalxonada bo'lganmi, qanday tashxis qo'yilganligi aniqlanishi kerak; u operatsiya qilinganmi va nima, ayollar uchun - oxirgi hayz ko'rish vaqti, tug'ilish soni, abortlar, ginekologik kasalliklar.

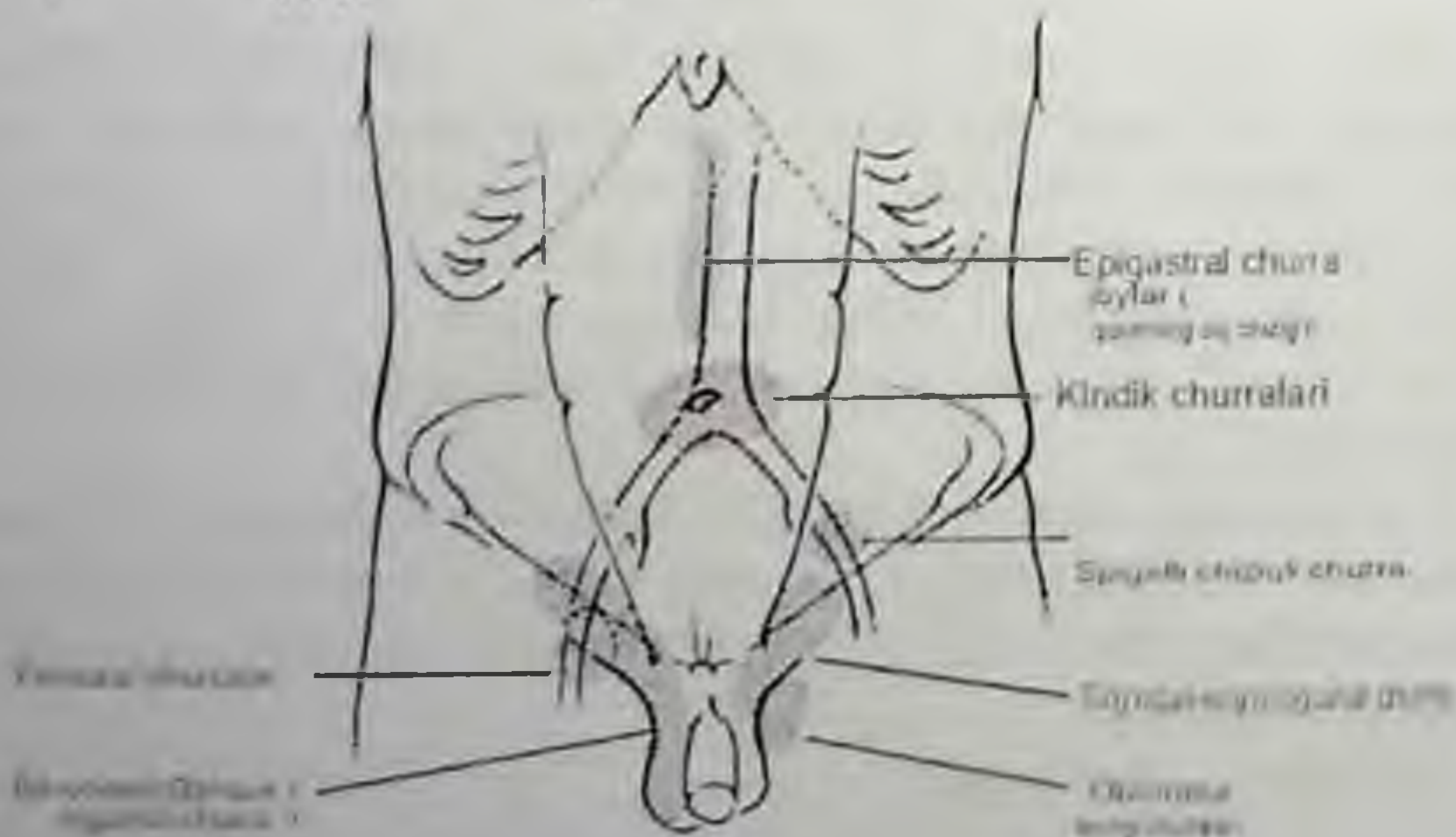
- *Belgilari va simptomlari*

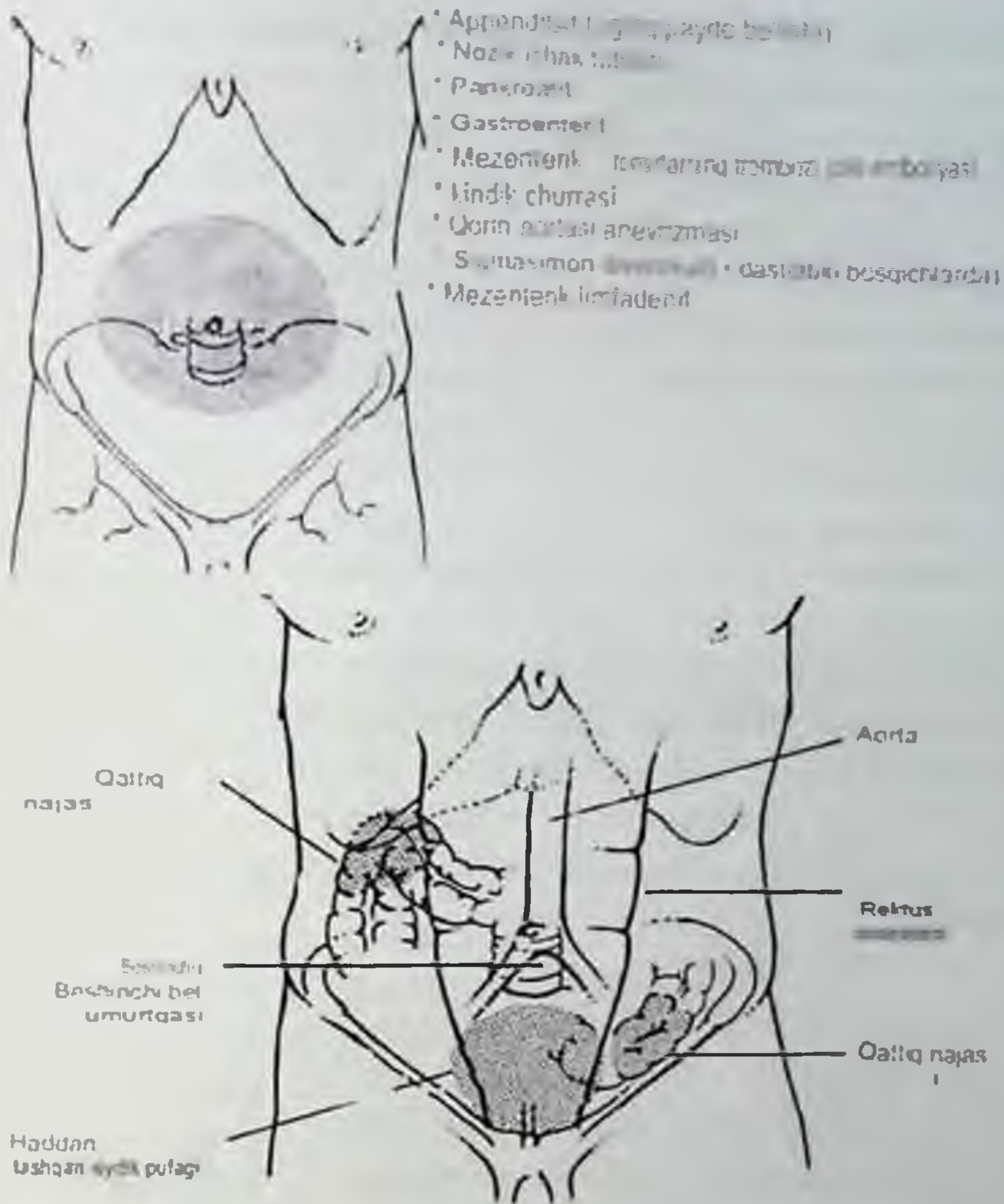


- Kasallikning boshidan boshlab paydo bo'lishi yoki asta-sekin, sekin rivojlanishi mumkin bo'lgan og'riq, bir necha soatlarda maksimal darajaga etadi, ba'zan chaqmoq tezligida paydo bo'ladi (oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yaralari, ichak tutilishining ayrim turlari, o'tkir pankreatit).
- Ko'ngil aynishi va qusish (bitta, takroriy, ko'p yoki kam), qusishning tabiati (oziq-ovqat, safro, qon, turg'un tarkib, "fekaloid" va boshqalar), qichishish, hiqichoq.
- Najasning o'zgarishi, najasning tabiati (rangi, konsistensiyasi, qon mavjudligi), gazlarning chiqishi yoki saqlanishi, siyish (normal, tez, qiyin, to'liq ushlab turish, siyish paytida og'riq).
- Qon ketishi.
- Bosh aylanishi, hushidan ketish, uzoq vaqt hushni yo'qotish.



- Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi
- Duppenit yoki gastrit
- Kolelitsita kolangit
- Pankreatit
- Appendisit
- Yuqori ingichka ichak tutilishi
- Subdiaphragmatik ko'ppozlar yoki jigar ko'ppozlari
- Qupahit
- Metastatik jigar shikastlanishi
- Pleurit pastki lob pnevmani, asi pnevmotoraks
- miokard infarkti, angina Pektonsi
- perikardit
- Turg'un hepatomegalia
- Nefronefrit
- Buzilgan ko'krasi
- Taloqning shikastlanishi





### Hamshira taktikasi

- O'tkir qorin bilan kasallangan bemorni kasalxonaga yotqizish to'g'risidagi qaror yagona to'g'ri hisoblanadi. Nima qilmaslik kerakligini va foydali ko'rinadigan, ammo xavfli yordam nimaga olib kelishi mumkinligini aniq bilish kerak. Og'riq kamayganidan so'ng, bemor kasalxonaga yotqizishdan va operatsiyadan bosh tortadi va og'riq qayta boshlanganidan va ahvoli yomonlashganidan bir muncha vaqt o'tgach, u yana yordam so'raydi, bu kechikib qoladi. Ichni yumshatuvchi dorilarni qabul qilish katta zarar keltiradi.
- Tashxis to'liq aniqlanmaguncha qoriga issiq qtutish mumkin emas, chunki qon ketishi yoki yallig'lanish jarayonining tarqalishi kuchayishiga olib keladi.



- O'tkir qorin bilan og'rigan bemorni tinchlantirish kerak, uning mustaqil harakatlanishiga yo'l qo'ymaslik, uni chalqancha yoki yonbosh yotqizish transportirovka qilish lozim.

**O'tkir appenditsit** –ko'ichakni nospetsifik yalig'lanishi bo'lib, yiringli (pyogen) mikroblar - streptokokklar, stafilokokklar, enterokokklar, ichak tayoqchalari va boshqalar ta'sirida kuzatiladi. Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda, o'tkir appenditsitning engil belgilari bilan bemorni kuzatish uchun ushlab turish mumkin emas - kasalxonaga yotqizish zarurdir.

### **Belgilari va simptomlari**

- O'ng yonbosh sohasida og'riqning paydo bo'lishi va yakuniy lokalizatsiyasi o'tkir appenditsitning xarakterli belgisidir. Yalig'lanish qanchalik aniq bo'lsa, og'riq shunchalik kuchli bo'ladi. Og'riqlar xilma-xildir: ko'pincha ular to'satdan paydo bo'ladi, doimiy xarakterga egabo'lib asta-sekin kuchayiboradi.
- Appenditsit uchun xurujsimon, kesuvchi, sanchiqli, belbog'simon xos bo'lmagan og'riqlar bo'lishi. Kasallik boshlanganidan boshlab dastlabki 6-12 soat ichida og'riq ko'pincha o'ng yonbosh sohasiga tarqaladi.

- Oddiy holatlarda (bemorlarning 30-35%) kasallik epigastriy sohasida o'rtacha og'riq bilan boshlanadi, 4-6 soatdan keyin o'ng yonbosh sohasiga o'tadi (Kocher-Volkovich simptomi



- Ko'ngil aynishi bemorlarning 60 foizini tashvishga soladi, 40-45 foizida u qusish bilan birga keladi, bu tabiatda refleks bo'lib, yengillik keltirmaydi. O'tkir appenditsitning destruktiv shakllari takroriy qusish bilan birga keladi.
- Oshqozonda to'qlik hissi, oshqozonda og'irlik hissi haqida tashvishlanadi.
- Ichak funksiyasining buzilishi axlatniturib qolishiga yoki ich kelishi bilan ifodalanadi. Ba'zida ichaklarda gazlarning to'planishi kuzatiladi.

- Ko'r ichak o'simtasini to's yoki retrosekal joylashuvida siydik chiqarishning buzilishi kuzatilishi mumkin.
- Dastlabki davrda bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli. Asoratlangan shakllarida vaziyat og'ir kechadi.
- Tana harorati normaldan  $39^{\circ}\text{C}$  gacha va undan yuqori. Keksa va qari bemorlarda tana harorati normal yoki subfebrildir.
- Pulsning ko'tarilishi haroratning oshishiga to'g'ri keladi va ular orasidagi nomuvofiqlik intoksikatsiya va appenditsitning asoratlangan shaklidan darak beradi (peritonit).
- Bemorlarning 60% da til nam, lekin karrashlangan, 10% da quruq boladi.
- Nafas olish harakatlari va yo'tal o'ng yonbosh sohasida og'riqni kuchaytiradi.
- Chuvalchangsimon o'simta patologiyasiga xos bo'lgan asosiy simptomlarni ajratib ko'rsatish lozim bo'ladi:

- Shchetkin-Blumberg simptomi (80-85%) – o'ng yonbosh sohasiga o'rtacha bosim bilan bosib qo'lni zudlik bilan qorin devoridan tortib olinganda, og'riqning keskin kuchayishi xos;
- Rovsing simptomi (60-70%) - tushayotgan yo'g'on ichakda turtkisimon bosilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq paydo bo'lishi;



- Voskresenskiy simptomi sirpanish alomati (siljish alomati) – kaftni qorin old devori bo'ylab o'ng qovurg'a ostidan pastga, o'ng yonbosh sohasigacha tezlik bilan sirpantirilganda o'ng yonbosh sohasida o'tkir og'riqning paydo bo'lishi
- Sitkovskiy simptomi - bemorni chap yonboshga yotqizilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq paydo bo'lishi.

O'tkir appenditsitda qondagi o'zgarishlar leykotsitlar formulasining chapga siljishi leykotsitlar sonining ko'payishi bilan ifodalanadi.



Giperleykotsitoz ko'pincha og'ir appenditsitda, shuningdek, bolalarda qayd etiladi.

## 9.2. O'tkir ichak tutilishi

O'tkir ichak tutilishi shoshilinch jarrohlikda eng xavfli patologik holatlardan biri hisoblanadi va ovqat hazm qilish trakti orqali tarkibning harakatlanishining qisman yoki to'liq buzilishi bilan tavsiflanadi. Sabab: qattiqlashgan najas, ichak atoniyasi, najasning turg'unligi, ich qotishi, megasigma yoki dolixomegazigma.



**O'tkir ichak tutilishining diagnostikasi.** O'tkir ichak tutilishining etakchi belgilari xurujsimon og'rig'lar (peristaltik to'lqinlarning paydo bo'lishi). Og'riq sindromining o'tkir shokga o'xshash boshlanishi strangulyatsion ichak tutilishi, aksincha, sekin, bosqichma-bosqich rivojlanishi obstruksiyatsion ichak tutilishiga xosdir.

Qusish avval reflector tarzda bo'lib, oshqozon-ichak traktining proksimal qismida to'lishish oqibatida icak tutilishi rivojlanadi. Yuqori ichak tutilishida natijasida suvsizlanish belgilari paydo bo'ladi: yuz qiyofasida suvsizlanish belgilari, teri turgorigini kamayishi, shilliq qavatning qurishi, chanqoqlik paydo bo'ladi.

Pastki ingichka ichak tutilishida og'riq sindromi birinchi o'ringa bo'lib, uning tabiati va intensivligi ichak tutilish shakliga (strangulyatsiya, invaginatsiya) bog'liq. Qusish tabiatan reflektor va yagonadir. Kuchayib boruvchi (Progressirlanuvchi) endotoksikoz etakchi rol o'ynaydi

Ichak tutilishida umumiy holat og'ir bo'ladi. Bezovtalanish xatti-harakatlari kuzatiladi. Yaqqol taxikardiya, gipotenziya bo'ladi. Shishganlik, uning assimetriyasi mavjud. Nosimmetrik shishish obstruksiya yoki peritonitning dinamik xususiyatini ko'rsatishi mumkin. Ba'zi hollarda ko'zga ko'rinadigan ichakning peristaltikasini kuzatish



mumkin. Qorin devori chayqatilganda, barmoqlarga to'liqinsimon o'xshash bosim hosil bo'lib, suyuqlik va gaz bilan to'lgan ichak qovuzloqlarida chayqalish shovqini (Sklyarov simptomi) aniqlanadi. Cho'zilgan qovuzloqlar ustida perkussiya qilinganida, timpanit aniqlanadi, qorin bo'shlig'ining boshqa qismlarida - suyuqlik to'planadi. Palpatsiya paytida qorin devori taranglashmagan, eng katta og'riq strangulyatsiyaga uchragan ichak qovuzloqlari joylashgan joyda qayd etiladi. Chegaralangan va cho'zilgan balon ko'rinishidagi ichak qovuzloqlarini halqasi aniqlanishi mumkin (Val simptomi). Kasallikning dastlabki soatlarida peristaltika kuchayadi, masofadan eshitilishi mumkin. Auskultatsiyada shovqin, quldirash, suv tomchisi tushish belgisini aniqlashi mumkin. Jarayonning rivojlanishi bilan peristaltik shovqinlar zaiflashadi va yo'qoladi ("o'lim sukunati" alomati. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishganda to'g'ri ichak ampulasining ballonsimon kengayishi va to'g'ri ichak sfinkteri tonusining zaiflashishi tufayli anusning bo'shlig'i ochilib turishi aniqlanadi (Obuxov kasalxonasining musbat belgisi). Invaginatsiyaning keng tarqalgan belgisi to'g'ri ichakdan qonli ajralmasining bo'lishidir. Ba'zi hollarda o'ng yonbosh sohasining ag'darilishi (Dans simptomi) qayd etilgan. Ammo eng muhim belgi - qorin bo'shlig'ida paypaslanadigan, silliq sirtli, yumaloq yoki cho'zinchoq, o'rtacha og'riqli, biroz harakatchan, zich elastik konsistensiyaning o'simtaga o'xshash shakllanishi. Ammo eng muhim belgi - qorin bo'shlig'ida paypaslandigan, silliq sirtli, yumaloq yoki cho'zinchoq, o'rtacha og'riqli, biroz harakatchan, zich elastik konsistensiyali o'simtaga o'xshash hosila aniqlanishi. Invaginatsiyaning muhim belgisi palpatsiya paytida uning spastik qisqarishi, peristaltika natijasida og'riqning kuchayishi, ba'zi hollarda invaginatsiyaning to'g'rilanishi. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i organlarining oddiy rentgenografiyasi (-skopiyasi), uning davomida diafragmaning balandligini, uning harakatchanligini, suyuqlikning gorizontal darajalari mavjudligini, "*Kloiber kosalari*" deb ataladigan alomatni aniqlash mumkin. Bariy bilan rentgen kontrastini o'rganish: bariyning ichak orqali o'tishi va agar yo'g'on ichakning shishi shubha qilingan bo'lsa - irrigoskopiya o'tkaziladi.

**Hamshiraning taktikasi** - shifokor yoki tez yordam guruhini chaqirish, erta tashxis qo'yish va shoshilinch kasalxonaga yotqizish.



### 9.3. Qon ketishlar

**Qon ketishlar.** Qon ketishini vaqtincha to'xtatish birlamchi tibbiy, vrachgacha va birinchi vrach yordamida qo'llaniladi.

**Qon ketishni vaqtincha to'xtatish turlari:** oyoq-qo'llarni yuqoriga ko'tarish, tomirni barmoq bilan bosish, bosuvchi bog'lam, jarohat tamponadasi, jgut qo'yish.

Tomirni jarohatdan yuqoriroqda suyakka barmoq bilan bosib arterial Qon ketishini to'xtatish mumkin. Chekka arteriyasini quloq ortig'i oldiga bosish, yuz arteriyasini - chaynov mushaklari oldida pastki jag' chetiga bosish mumkin. Umumiy uyqu arteriyasini VI bo'yin umurtqasining qo'ndalang o'simtasiga xalqasimon tog'ay yoki to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak o'rtasi sathida bosiladi.

O'mrov osti arteriyasini barmoq bilan I qovurg'aga o'mrov ustining o'rtasida bosiladi. Qo'ltiq osti arteriyasini – qo'ltiq osti chuqurchasida yelka suyagi boshchasiga, yelka arteriyasi – yelka suyagiga, bilak arteriyasi – qo'lning bilak chuqurchasiga bosiladi. Qorin aortasini umurtqa pog'onasiga musht bilan bosiladi. Son arteriyasini qov suyagiga chov boylamining o'rtasiga bosiladi. Tizza osti arteriyasini son suyagi distal qismiga orqadan oldinga qarab, bo'g'im bukilgan holda bosiladi. Oyoq panasi usti arteriyasini birinchi barmoqlar oralig'iga bosiladi. Bo'g'imlarni maksimal bukish yoki yozish yordamida Qon ketishini vaqtincha to'xtatishi mumkin. O'mrov osti, qo'ltiq osti yoki yelka arteriyalari jarohatlanishida ikkala tirsak oxirigacha tananing orqasiga qayriladi. Son arteriyasi jarohatlanishida oyoq tizza bo'g'imida bukilib, qoringa keltiriladi va mahkamlanadi.

**Jarohat tamponadasi.** Bu usul kapillyar, venoz, parenximatov Qon ketishlarda qo'llaniladi.

Ayrim hollarda tamponada Qon ketishini batamom to'xtatuvchi chora bo'lishi mumkin. Bosuvchi bog'lam kapillyar, venoz Qon ketishlarda, bosh va bo'yindan kuchli Qon ketishlarda qo'llanadi.

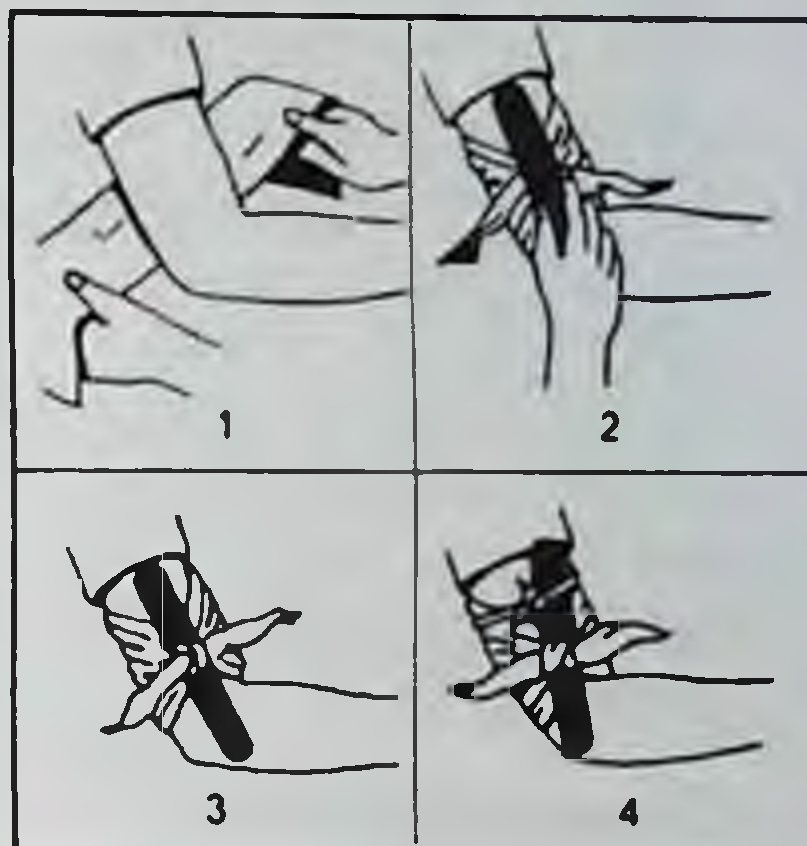
Oyoq-qo'llarni yuqoriga ko'tarish venoz Qon ketishlarida samaralidir. Arterial Qon ketishi – tomir barmoq bilan bosilgandan so'ng, jgut qo'yiladi.

Jgut qo'yish. Amputatsiyalarda, boshqa usullar samarasiz bo'lsa, Qon ketishini to'xtatishning oxirgi usuli, jgut qo'yish hisoblanadi. Uni ehtiyotkorlik bilan qo'yish lozim, chunki nerv tolalari, mushaklar va

tomirlarning qaytmas o'zgarishlariga, natijada qo'l-oyoqni yo'qotishiga olib kelishi mumkin.

### Jgut qo'yish qoidalari:

1. 10 sm kenglikdagi 6-8 qavatli bintni oyoq yoki qo'lni Qon ketayotgan joydan yuqoriroqda ikki marta o'raladi.
2. Bitta tuguncha bog'lanib, unga tayoqcha qo'yiladi.
3. Uchlari tayoqcha ustidan bog'lanadi.
4. Tayoqcha Qon to'xtashiga qadar buriladi.
5. Qon to'xtagandan so'ng tayoqcha maxkamlanadi.
6. Jgut qo'yilgan vaqt yozib qo'yiladi.



### Jgut qo'llanilganda xavfsizlik choralari:

- Keng bint qo'llash kerak va uni mahkamlash zarur.
- Ip, arQon, remen yoki boshqa terini kesishi mumkin bo'lgan materiallarni ishlatish kerak emas.
- Jgut doim ko'rinib turishi kerak.
- Bo'g'implarga jgut qo'yish mumkin emas.
- Qon to'xtagunga qadar havo bilan to'ldirilgan tonometr manjetasi jgut sifatida ishlatilishi mumkin.

**Ichki a'zolardan qon ketishida** ko'p miqdorda qon yo'qotish natijasida shok va o'limga olib kelishi mumkin. Ichki a'zolarning jarohatlanishi, tos va son suyaklarining sinishi natijasida kuchli yashirin qon ketishi mumkin. Masalan, son suyagi yopiq sinishida 1 gacha qon yo'qotish mumkin, tos suyagi sinishda esa, har bir siniqdan 500 ml hajmda qon yo'qotish mumkin. Ichki qon ketishga gumon qilish shikastlanish mexanizmi, klinik belgilar va simptomlar asosida paydo bo'ladi.



### Gipovolemik shokning belgilari:

- og'riq, shish va shikastlangan joyda teri rangini o'zgarishi
- Og'izdan, to'g'ri ichak, qindan yoki boshqa tabiiy teshiklardan qon ketishlar.
- Alvon rang yoki kofe quyqasiga o'xshashqusish
- Najasida- qon ketishlar to'qyoki alvon rangda bo'lishi
- Og'riqli, qorin dam yoki qattiqlashgan



### Hamshira taktikasi.

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- \*Quyidagi mezonlarga rioya qilish (tana to'qimalarini izolyatsiya qilish), ya'ni shaxsiy xavfsizlik.
- Nafas yo'li o'tkazuvchanligi/suniy o'pka ventilyatsiyani saqlash
- Agar bemorning ahvolini dastlabki baholash paytida amalga oshirilmagan bo'lsa kislorod berish.
- Agarda qyoq-qo'llarda ichki qon ketish bo'lsa, to'g'ridan-to'g'ri bosish va shina qo'yish kerak.
- Shok belgilari va alomatlari rivojlanishi bilan yordam bering.
- Zudlik bilan shifoxonaga yotqizish.

### 9.4. Elektrdan jarrohatlanish

**Elektrdan jarrohatlanish.** O'zgarmas tok (masalan, kavsharlash apparatidan), o'zgaruvchan tokka nisbatan to'qimalarning yanada kuchliroq jarrohatlanishiga olib keladi.





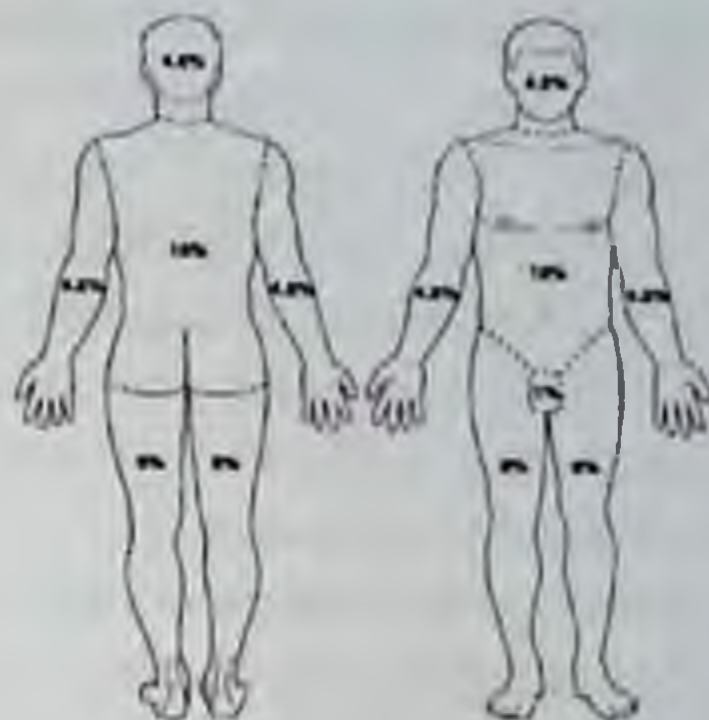
- Bo'yin fiksatori qo'llang, chunki elektr tokini bilan ta'sirlangan odamda bo'yin umurtqasi sinishi mumkin.
- Qon aylanishi va nafas olishni to'xtatganda-yurak-o'pka reanimatsiyasini boshlang.
- Defibrilator yo'qligida Qon aylanishining to'satdan to'xtashi bilan bitta prekordial zarba bering, defibrilator bo'lsa, defibrilatsiya qiling.
- Defibrilatsiyaning samarasizligi uchun shifokor ko'rsatmasi bo'yicha 100 mg lidokain v/i infuzionini boshlang.
- Muvaffaqiyatli yurak-o'pka reanimatsiyasidan so'ng:
  - zararni istisno qilish uchun oyoq-qo'llarni to'liq tekshirish va palpatsiya qilish,
  - agar sinishga shubha qilingan bo'lsa, oyoq-qo'llar yoki umurtqa pog'onasining rentgenografiyasini tayinlang,
  - miyoglobinuriya aniqlash uchun vaqti-vaqti bilan siydik tahlilini o'tkazing
- o'tkir buyrak etishmovchiligini erta aniqlash uchun qon tekshiruvini, kreatinin miqdorini aniqlash
  - qoqshol va gaz gangrenasining oldini olish.
- Jabrlanuvchini reanimatsiya bo'limiga yoki kuyish markaziga yotqizish.

### 9.5. Kuyishlar

**Kuyishlar** mijozni nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi tezlik bilan yoki teri butunligining katta maydoni zararlanishi natijasida rivojlanadigan suvsizlanish va kuchli infeksiyalanish kechki muddatlarda o'limga olib kelishi mumkin. Kuygan maydoni aniqlash uchun «to'qqiz qoidasi»dan foydalaniladi.

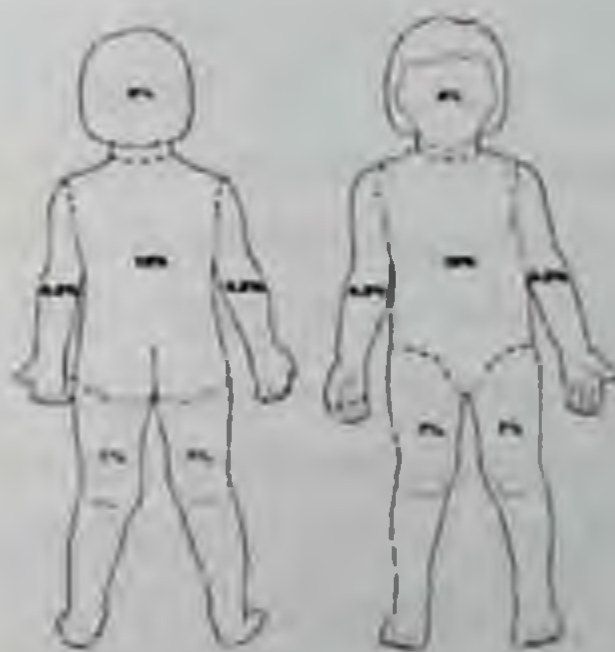
**Kattalar:**

<input type="checkbox"/>	Bosh va bo'yin	%
<input type="checkbox"/>	Har bir qo'l	%
<input type="checkbox"/>	Tananing old qismi	%
<input type="checkbox"/>	Tananing orqa qismi	%
<input type="checkbox"/>	Har bir oyoq	8%
<input type="checkbox"/>	Tashqi jinsiy a'zolar	8%
		8%
		8%
		%



**Go'daklar va bolalar**

<input type="checkbox"/>	Bosh va bo'yin	
<input type="checkbox"/>	Har bir qo'l	8%
<input type="checkbox"/>	Tananing old qismi	%
<input type="checkbox"/>	Tananing orqa qismi	%
<input type="checkbox"/>	Har bir oyoq	8%
<input type="checkbox"/>	Tashqi jinsiy a'zolar	8%
		8%
		4%
		%



**Hamshira taktikasi.**

- **Yonish jarayonini to'xtatish.** Agar kiyimning yonishi yoki tutashi kuzatilsa, uni suv yoki fiziologik eritma bilan o'chirish. Kiyimning sezilmay qolib tutayotgan yoki yonayotgan manb'alarini aniqlash uchun, mijozni to'la ko'zdan kechirib chiqish.



- Kuygan kiyim va zargarlik taqinchoqlarni yechish. Agar kiyimning sintetik elementlari crib tanaga yopishib qolgan bo'lsa, ularni ajratishga urinish kerak emas.
- Hamshira o'zining xavfsizligini ta'minlashi.
- Nafas yo'llarining kuyganligi yoki obstruksiyasini aniqlash maqsadida nafas yo'llarini baholash va doimiy monitoringini o'tkazish. Agar patsiyentda nafas yo'llarini yoki nafas olishning buzilish alomatlari aniqlansa yoki u olov bilan yopiq fazoda qontaktda bo'lgan bo'lsa, u xolda unga yuqori konsentratsiyada kislorod berish zarur.
- Yaralar ifloslanishini oldini olish choralarini ko'rish. Qo'l yoki oyoqlar kuyganda barmoqlar orasiga steril bog'lam qo'yish. Hosil bo'lgan pufaklarni teshish mumkin emas, kuygan joylarning yuzalariga malham dorilar (maz), losion yoki antiseptiklardan biron birini surtish mumkin emas.
- Kuygan qism yuzalariga steril bog'lam qo'yish. Kuyishning katta qo'lamdagi maydoniga nam bog'lamlar ishlatish mumkin emas, chunki bu gipotermiya rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.
- Mijozni eng yaqin tegishli tibbiy muassasasiga transportda yetkazish zarur. Yo'lda mijozning holati nazorat qilinadi, nafas yetishmovchiligi rivojlanishi, nafasning buzilishi yoki shok bo'lishini unutmaslik kerak.

**Kuyish og'irligini aniqlash uchun quyidagi omillar tahlil qilinadi:**

- Kuyish chuqurligi va tasnifi.
- Kuygan maydonining umumiy tana maydoniga nisbati.
- Bemorning yoshi.
- Xamroh kasalliklarning bo'lishi (nafas yo'llari, yurak-Qon tomiri tizimi, diabet).
- Assotsiirlangan shikastlanish (portlash natijasida jarohatlanish, yiqilish, nafas yo'llari o'tkazuvchanligini buzilishi, bolalarga nisbatan zo'rlash).

**Kimyoviy kuyishlar** – kimyoviy modda bilan kontakt natijasida kelib chiqqan kuyish. Sababi:

Kislotalar – nekrozning tez koagulyatsion turini keltirib chiqarib chandiq hosil qiladi va o'z o'zini chegaralovchi jarohatni vujudga keltiradi.

*Ishqorlar* – chuqur joylashgan to'qimalarga o'tuvchi kollikvatsion nekroz chqirib, jarohatni kattalashishiga olib keladi.

*Quruq kimyoviy moddalar* – suv bilan QONTaktda ekzotermik reaksiya chaqiradi.

### **Hamshira taktikasi**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- maxsus himoya kiyimlari tamoyillariga rioya qilish. Bemorga yordam berishda qo'lqop va himoya ko'zoynak taqish kerak.
- Ko'p miqdorda suv bilan yuvib tashlang, bu kimyoviy moddalarning suyultirilishiga olib keladi, uning zararli ta'sirini kamaytiradi yoki butunlay to'xtatadi. Yuvish moddani to'liq olib tashlash uchun kamida 20-30 daqiqa ishlab chiqaradi.
- Kimyoviy kuygan yuzaga qaytishiga olib kelmaslik uchun uni ehtiyotkorlik bilan yuvish kerak. Yuvib bo'lgach, bemorning kiyimlarini olib tashlash va paypoq va poyafzallarni tekshirish kerak, chunki ular ko'pincha kimyoviy moddalarni to'plashadi.
- Agar quruq kimyoviy moddalar bilan aloqa kuyishga olib kelgan bo'lsa, uni cho'tka bilan tozalash kerak va shundan keyingina katta miqdordagi suv bilan yuvib tashlang.
- Kimyoviy ko'z kuyishlariga yordam berish:
  - Ko'zlarni ko'p miqdorda suv bilan yuvib tashlang yoki sho'r suv bilan ko'zning lateral burchagiga kamida 20 daqiqa davomida yo'naltiring.
  - Hech qachon kimyoviy antidotni ko'zingizga tomizmang.
  - Agar mavjud bo'lsa, kontakt linzalarni olib tashlang.
- Kimyoviy moddalarni zararsizlantirishga urinmang-bu moddalarning kimyoviy o'zaro ta'siri natijasida qo'shimcha kimyoviy yoki termal shikastlanishga olib kelishi mumkin.
- Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

**Elektr tokidan kuyish.** Bular odatda tok utkazuvchi predmetlarning yalang'och qismi bilan kontakt natijasida yuz beradi (elektr asboblari, elektr simlari, chaqmoq urishi va h). Elektr toki bilan kuyishda elektr manb'alari bilan kontakt yuz bergan joyda kirish kuyishi va elektr razryad yerga o'tib ketgan joyda chiqish kuyishi kuzatiladi. Elektr tokidan kuyishida bo'ladigan jarohatlar: tashki va ichki kuyishlar; suyak mushak tizimi shikastlanishi (suyak sinishi, chiqishi, mushak



yirtilishi), yurak Qon tomir tizimi (aritmia, yurak to'xtashi), nafas olish tizimi (apnoe), asab tizimi (talvasalar), rabdomioliz va buyrak zararlanishi kabilar.

**Hamshira taktikasi.** Bemorga yordam ko'rsatishda hamshira o'zining xavfsizligini ta'minlashi zarur. Mijoz kuchlanish ostida emasligini aniqlashi kerak, tok uzilganiga to'la ishonch hosil qilish

- Mijoz kuchlanish ostida emasligini ishonch hosil qilinmaguncha mijoz oldiga yaqinlashmaslik.
- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Voqea joyining xavfsizligiga ishonch hosil qiling va mezonlarga rioya qiling:
- Bemorning kuchlanmasligiga ishonch hosil qilin
- Kislorod berish, zarur xollarda O'SV, O'YUR o'tkazish.
- Nafas olish va yurak faoliyatini baholash. Mavjud bo'lsa EKGni ulash, zarur bo'lsa, antiaritmik terapiya o'tkazish.
- Tashqi kuyish joyiga mos yordam ko'rsatish, albatta elektr tokining kirish va chiqish jarohatlarini aniqlash.
- Boshqa jarohatlanish joylari bo'lsa, ularga ham kerakli chora qo'llash.
- Elektr tokidan kuygan barcha bemorlarni shifoxonaga yetkazish kerak.

**Ingalyatsion kuyishga** gumon kuyidagi hollarda qilinadi: bosh, yuz, ko'krak, buyin kuyishi; yuz va burun sochlari (qosh, kiprik, soqol, mo'ylov) kuyishi; ovoz bo'g'ilishi, taxipnoe, so'lak oqishi, joyda xushdan ketish; og'iz va burun shillik qavatlarining qizarishi; og'iz va burunda qora qurum; qora balg'am ajralishi bilan kuzatiladigan yo'tal; yopiq joydagi yong'inda kuyish.

**Belgilari:** gipoksiya, is gazidan zaharlanish, tomoq va halqum shishi, yo'tal, stridor, tovush bo'g'ilishi, qora qurumli balg'am, yuzning kuyishi.

**Hamshira taktikasi.**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Voqea joyining xavfsizligiga ishonch hosil qiling va printsiplarga rioya qiling:
- Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash: shish bor yoki yo'qligini aniqlash, kislorod berish va O'SV o'tkazish.
- Mumkin bo'lsa, crta intubatsiya o'tkazish.

- O'pka shishi rivojlansa, diuretiklar qo'llanilmaydi.
- Shokka qarshi choralar: sistolik AQB va perfuziyani tutib turish uchun bir necha tomir orqali fiziologik suyuqlik qo'yish.

#### 9.6. Yumshoq to'qimalarning shikastlanishlari

Kichkina kesilgan yoki ishqalanish bilan ifloslangan yaranini vodorod periks tamponi bilan yuvish, yara atrofidagi terini yod yoki brillant ko'ki eritmasi bilan tozalash, yarani antibakterial(streptotsid) kukunini sepish va aseptik bintni qo'llash kerak.

Timalishlarni oddiygina "BF" elim bilan yopish yoki bakterisid plastr bilan yopish mumkin. Dori-darmonlar bo'lmasa, terini benzin, sovun va suv bilan yuvish mumkin.



Venoz yoki kapillyar qon ketishda, qon yarani suv bosganda, unga alohida paket bilan bosim bandaji qo'llaniladi va shikastlangan a'zoni yuqoriga ko'tarish kerak, venoz jgut qon ketish joyiga distal qo'llanilishi mumkin (pulsasiya yo'qolmasligi uchun). Arterial (pulsasiyalanuvchi) qon ketishini yara joyi ustidagi tomirni bosish orqali to'xtatish mumkin.

Agar qo'l shikastlangan bo'lsa — elka arteriyani siqish orqali, oyoq-arteriyaning ikkala qo'lining bosh barmoqlarini chov suyakka bosish orqali. Doimiy qon ketishda jgut ishlatiladi.





Agar jgut to`g`ri qo`yilgan bulsa qon ketishining to`xtashi va pulsning yo`qolishi (periferiya uchun) bilan belgilanadi.

Jgut o`rniga siz kamar, arqon, sochiqni ham ishlatishingiz mumkin, ularning ostida bir necha marta buklangan ro`molcha, doka va hokazolarni qo`yganingizga ishonch hosil qiling. Jgutni oyoq-qo`lga 1-1, 5 soatdan ortiq qo`ymaslik kerak. Ushbu davrdan keyin uni bushashtirish kerak va agar yaradan qon ketish to`xtamagan bo`lsa, bir necha daqiqadan so`ng yana torting. Jabrlanuvchiga qoqsholga qarshi zardob yuborish va uning holatiga qarab eng yaqin tibbiy muassasaga

olib borish tavsiya etiladi.

Arteriyadan qon ketishni barmoq bilan arteriyani yaraga yaqin suyakka bosish orqali to`xtatish mumkin. Yuzning pastki qismidagi tomirlardan qon ketish pastki jag` arteriyasini chetiga bosib to`xtatiladi. Chakka va peshonaning jarohatlaridan qon ketishda arteriyani quloq oldida bosish bilan to`xtatiladi.

Bosh va bo`yinning katta jarohatlaridan qon ketishini uyqu arteriyasi mumkin (umumiy karotis arteriya BИ bo`yin umurtqasining ko`ndalang jarayoniga halqa shaklidagi xaftaga yoki sternokleidomastoid mushakning o`rtasi darajasida bosiladi), hamshira o`ng qo`lni ko`tarib, boshning orqasiga tashlab, bo`yniga bandaj qo`yishi mumkin.

Qo`litiq va elka yaralaridan qon ketish umrov osti arteriyani umrov usti chuqurchadagi suyakka (umrov usti chuqurchaning o`rta qismidagi i qovurg`aga) bosish orqali to`xtatiladi. Bilakdagi yaralardan qon ketish elkaning o`rtasida (elka suyagiga) elka arteriyani bosish orqali to`xtatiladi. Barmoqlardagi yaralardan qon ketish qo`lning bilakning pastki uchdan bir qismidagi ikkita arteriyani bosish bilan to`xtatiladi. Qo`litiq osti arteriyasi — qo`litiq osti chuqurchasidagi elka suyagining boshiga, tirsak arteriya-bilakning tirsak jo`yaklarida. Qorin aortasi-umurtqa pog`onasiga musht bilan. Son arteriya-uning o`rtasida chov osti bog`lami ostidagi chov suyagining gorizonta shoxiga. Tizza osti arteriyasi-bo`g`imning egilgan holatida son suyagining distal qismiga orqadan oldinga. Oyoqdagi yaralardan qon ketishini oyoqning orqa

tomoni bo'ylab harakatlanadigan arteriyani bosib to'xtatish mumkin. Oyoqning yuza arteriyasi birinchi interdigital bo'shliqqa bosiladi. Qon ketayotgan joyni barmoqlaringiz bilan bosish juda kuchli bajarilishi kerak. Bug'implarda maksimal yig'ilish yoki kengayish. Qon ketishini vaqtincha to'xtatish bo'g'implarda oyoq-qo'lning maksimal yig'ilishi bilan amalga oshirilishi mumkin. Subklavian, aksiller yoki brakiyal arteriya shikastlanganda, ikkala tirsak ham orqa tomondan ishlamay qoladi. Son arteriya shikastlanganda, oyoq bukilib, qorin bo'shlig'iga keltiriladi, oyoq tizza bo'g'imida egiladi va mahkamlanadi. Subklavian arteriya shikastlanganda, oyoq tizza bo'g'imida eeladi. Pastki oyoq songa o'rnatiladi.

**Jarohat tamponadasi.** Usul kapillyar, venoz, parenximal qon ketish uchun qo'llaniladi. Ba'zida tamponada qon ketishining oxirgi to'xtashi uslubi ham bo'lishi mumkin.

Bosim bandaji venoz va kapillyar qon ketishi bilan, bosh va bo'yinda kuchli qon ketishi bilan jarohatlarda qo'llaniladi.

**Oyoqning ko'tarilgan** holati venoz qon ketish uchun samarali.

Barmoqlar bilan qon ketishni to'xtatish yoki bo'g'implarda oyoq-qo'lning bukilishi. Qon ketayotgan tomirni barmoqlaringiz bilan jarohat ustidagi suyakka (magistralga yaqinroq) bosib, arterial qon ketishni tezda to'xtatishingiz mumkin.

Qon tomirlarini bosishning eng qulay joylari va usullari:

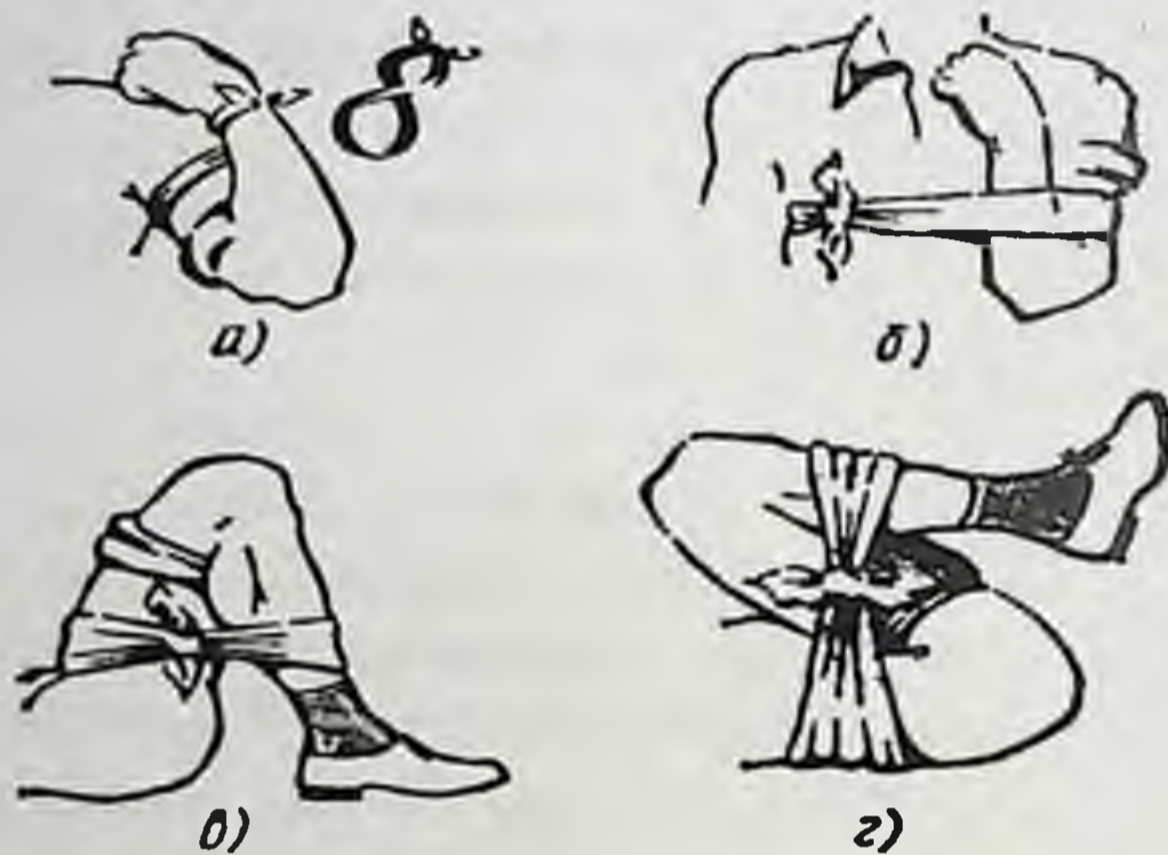


Tomirlardan qon ketish paytida o'tkazuvchi arteriyalarini bosish joylari va usullari:

- 1 — yuz;
- 2 — peshona va ensa;
- 3 — buyin;
- 4 — qultiq osti;
- 5 — bilak;
- 6 — baqmoq;
- 7 — son va boldir;
- 8 — oyoq barmoqlari



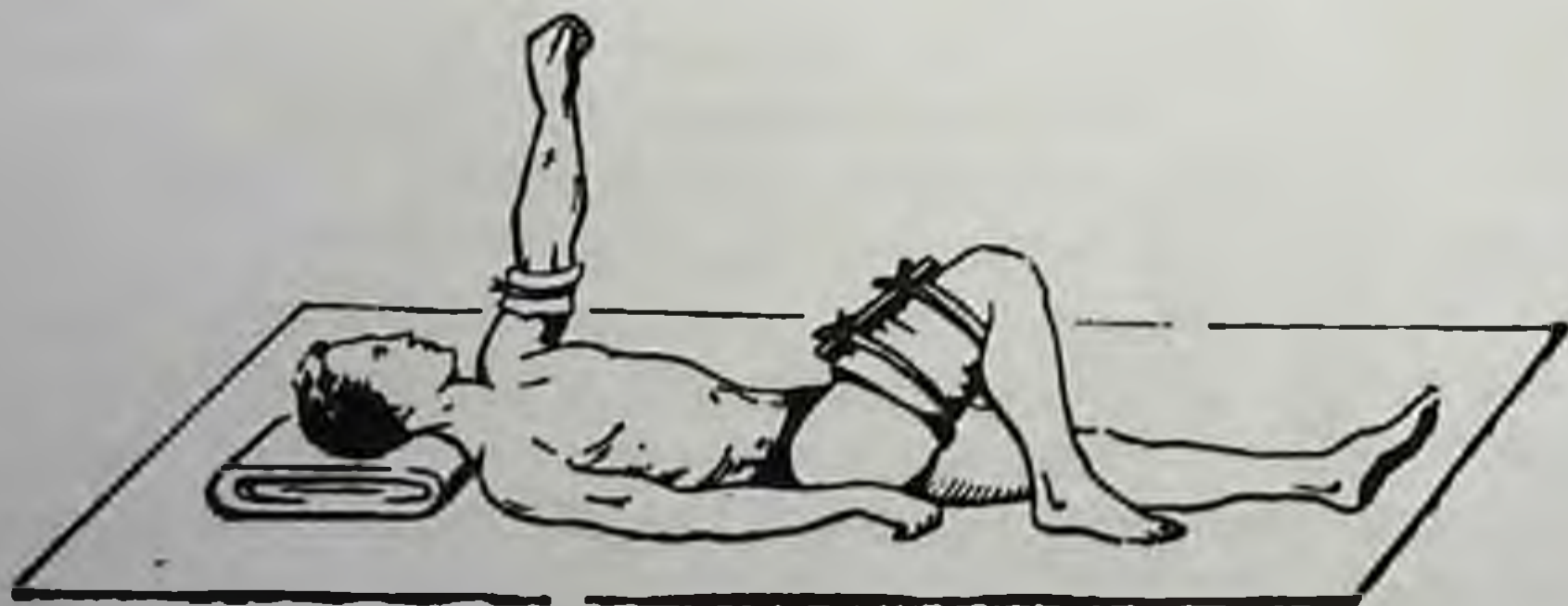
Barmoqlar bilan bosishdan ko'ra tezroq va ishonchli tarzda qon ketishini bo'g'imlarda oyoq-qo'lni bukish orqali to'xtatish mumkin (rasm.). Buning uchun bemor tezda engini yoki shimini o'rashi va har qanday matoni bir bo'lak qilib, shikastlanish joyi ustida joylashgan bo'g'inni egganda hosil bo'lgan teshikka qo'yishi va bo'g'inni bu bo'lakka qattiq egishi kerak. Shu bilan birga, jarohatni qon bilan ta'minlaydigan egilishdan o'tadigan arteriya siqiladi. Bu holatda oyoq yoki qo'lni bemorning tanasiga bog'lash mumkin



***Qon ketish paytida ustki tomirning egilishi:***

*a—bilakda ; b—elkada; v—holdirda; z—sonda.*

Arterial qon ketishini jgut yoki burama bilan to'xtating. Bo'g'imdagi bukilishni qo'llash mumkin bo'lmaganda (masalan, bir vaqtning o'zida bir xil a'zoning suyagi sinishi, amputatsiyalar bilan), keyin og'ir arterial qon ketganda, butun oyoq-qo'lni turniket qo'llash orqali siqish kerak (rasm).





Jgut qo'yish (elkada) va burama (sonda): a-burama; b-tayoqchani mustahkamlaydigan bandaj.

Jgut sifatida qandaydir elastik, cho'ziladigan mato, rezina naycha yoki lenta va boshqalardan foydalanish yaxshidir. Jgutni qo'llashdan oldin oyoq-qo'lni (qo'l yoki oyoq) ko'tarish kerak. Jgutni qo'llash nerv magistrallari, mushaklar va qon tomirlarining qaytarilmas shikastlanishiga olib kelishi mumkin, bu esa oxir-oqibat oyoq-qo'lning ishdan chiqishiga olib kelishi mumkin.. Qo'lda cho'ziladigan lenta bo'lmasa, siz oyoq-qo'lingizni cho'zilmaydigan materialdan yasalgan "burama" bilan mahkamlashingiz mumkin: galstuk, kamar, o'ralgan sharf yoki sochiq, arqon, kamar va boshqalar. 10-(rasm. ). Burama qilingan material ko'tarilgan oyoq atrofida aylanib, tegishli axlat bilan qoplangan va oyoq-qo'lning tashqi tomonida tugun bilan bog'langan. Ushbu tugunga (yoki uning ostiga) tayoq shaklidagi qattiq narsa tiqiladi, u qon to'xtaguncha buriladi. "Burilish" ni juda ko'p tortish mumkin emas. Kerakli darajada buralib, tayoqcha o'z-o'zidan ochilmasligi uchun bog'langan (rasm.).



#### 9.7. Bo'g'im va boylamlarning shikastlanishlari (Lat eyish, cho'zilishlar, chiqishlar, sinishlar)

Ko'pgina jarohatlarning sababi ko'pincha sayyohlar o'rasida noto'g'ri xatti-harakatlar, tartibsizlik va intizom yo'qligi bilan bog'liq turli xil yiqilishlar va tushib ketishlar bo'lishi mumkin. Intizomsizlik turistik sayohatlarning eng katta xavfidir. Bu piyoda yurishning belgilangan qoidalariga e'tibor bermaslik va marshrutga beparvo munosabatda bo'lish, shuningdek, sayyohlarning yakkaxon yurishi va



umumiy qabul qilingan xatti-harakatlar normalariga e'tibor bermaslikda namoyon bo'lishi mumkin..



**Lat eyishda birinchi yordam.**

**Lat eyishda** ichki qon ketishi bilan yumshoq to'qimalarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Ko'kargan bo'lsa, ta'sir joyida terini

yod eritmasi bilan ytozalovchi va bir muddat sovuq kompres qo'yish tavsiya etiladi, keyin esa bint qo'llaniladi. Jarohatdan keyingi ikkinchi kuni issiqlik qo'llaniladi. Boshga, ko'krak qafasiga, oshqozonga zarbalar bo'lsa, jabrlanuvchiga to'liq dam olish, zarbaga qarshi vositalar berish va birinchi tibbiy yordam punktiga olib borish kerak. Agar ko'karishlar qorin bo'shlig'ida qilingan bo'lsa, jabrlanuvchiga ovqat va ichimlik berilmasligi kerak.

*Pay cho'zilish va yirtilishida birinchi yordam* Shikastlanish belgilari - o'tkir og'riq (birinchi daqiqada), shish, shish va qo'shilishdagi harakat og'rig'i. Avval shikastlangan payt sohasiga sovuq qo'llaniladi, so'ngra mahkam bog'lab qo'yiladi, qattiq elastik bandaj bilan. Oyoq boldiri zo'r yoki tizza bo'g'imlarining sezilarli darajada cho'zilishi bilan (ko'pincha sayyohlar orasida oyoqni qayirib oishi) shina tavsiya etiladi. Ichishga paratsetamol yoki dilofenak beriladi.



***Chiqishlarda***

***birinchi yordam.***

Og'riq qoldiruvchi vosita va shina qo'yish bilan cheklaniladi.

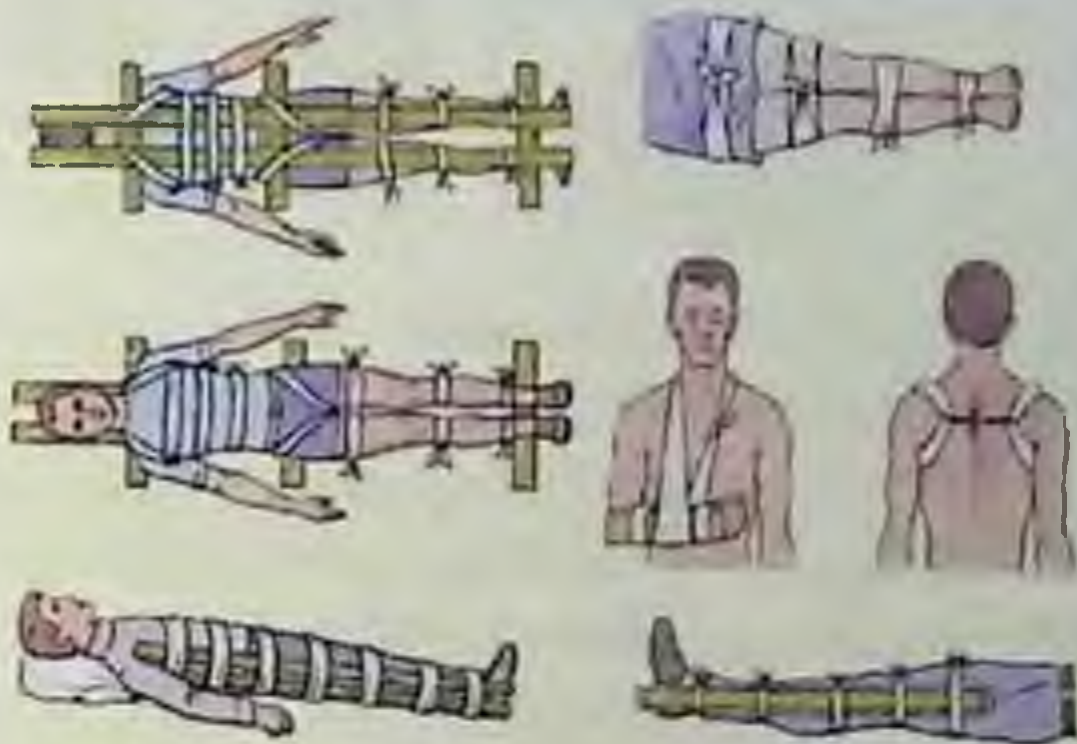
Mustaqil bo'g'imni solish tavsiya etilmaydi, ayniqsa tizza, boldir, tirsak va kaft-bilak bo'g'imlari odatda

suyak o'simtalari sinishlari bilan birgalida bo'lishi mumkin. Albatta shikastlanganni tibbiy punktga transportirovka qilish lozim (yoki u qo'l bo'g'imida chiqishlar bilan kuzatilsa).



**Sinistlarda birinchi yordam.** Singan joyni shinalashda yuqorigi va pastki bo'g'imni qo'l ostida qanday material bo'lishidan qat'iy nazar fiksatsiya qilish lozim. Tibbiy punktga yuborishda shikastlanganga og'riqni qoldiruvchi vosita (analgin, amidopirin) ichishga beriladi. Daraxtsiz hududda ba'zan shunday bo'lishi mumkinki, shina uchun na bir shox dastasiga, na tayoq topilmaydi. Bunday vaqt jarohatlangan qo'lni tanaga, oyog'ini esa sog'lom oyoqqa bog'lash tavsiya etiladi.

Ochiq singan bo'lsa, shina qoyishdan tashqari, yara atrofidagi terini yod eritmasi bilan davolash, steril bog'lam qo'yish va iloji bo'lsa, qoqsholga qarshi emashni kiritish kerak. Agarda sayyoh og'ir ahvolda bo'lsa, shokga qarshi choralarni ko'rish lozim. Bosh, chanoq, o'murtqa sohalarining shikstlanishlari eng xavflisi hisoblanadi



Bu erda shifokorning shoshilinch aralashuvi zarur, ammo jabrlanuvchini tibbiy muassasaga olib borish mumkin, agar u butunlay xotirjam bo'lsa (maxsus zambilda, yog'och qalqonda va hokazo).

**Kalla suyaknini sinishi.** Bosh bilan yiqilgan (urilgan) yoki hushini yo'qotgan, quloq yoki og'izdan qon kelishi bu bosh suyagining sinishi taxmin qilish uchun asos bo'ladi. Bunday holatda birinchi yordam sovuq narsalarni boshga qo'llashdan iborat bo'lishi kerak (muz yoki sovuq suvli rezina xaltachalari, sovuq namlangan lattalar va boshqalar).

**Umurtqa pog'onasini sinishi.** Balandlikdan yiqilganda yoki yiqilish paytida, umurtqa pog'onasi singanligiga shubha tug'lsa (umurtqa pog'onasida o'tkir og'riq, belni egiltirib bo'lmasligi va orqaga burilib bo'lmaydi). Birinchi yordam quyidagicha bo'lishi kerak: ehtiyotkorlik bilan, jabrlanuvchini ko'tarmasdan., uning ostiga taxtani sirg'atib qo'ying yoki jabrlanuvchini qorniga yotqizib yuzini pastga qaratib qo'ying va shikastlangan gavdani burish yoki ko'tarishda gavda



egilmasligiga qat'iy ishonch hosil qiling (orqa miya shikastlanmasligi uchun).



*O'mrov suyagining sinishi va chiqishida bog'lamni qo'yish.  
Ro'mollarni shakllari*

***O'mrov suyagining sinishi va chiqishi.***

Belgilari – o'mrov suyagi sohasida og'riq va aniq shish bo'lishi.

Birinchi yordam: a) shikastlangan tomonning qo'ltig' ostiga paxta momig'i, doka yoki boshqa biror narsa qo'ying;

b) tirsagidan bukilgan qo'lni tanaga to'g'ri burchak ostida bog'lang (rasm); og'riqli qo'ldan elka tomonga orqa tomonga bintlash kerak;

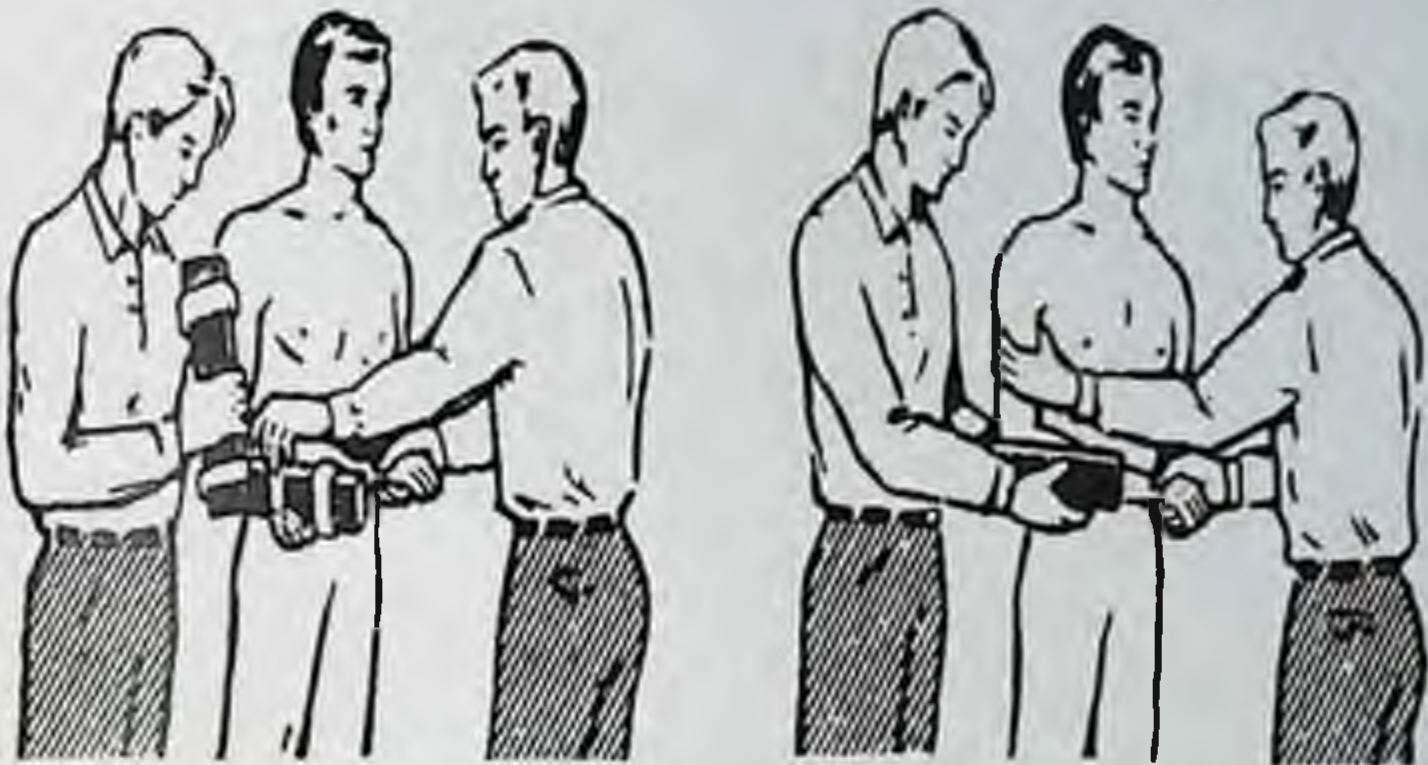
v) qo'lni tirsagidan pastda ro'mol bilan bo'yniga bog'lash (ro'molning shakli rasmda ko'rsatilgan);

r) shikastlangan joyga sovuq narsalarni qo'ying (muz yoki sovuq suvli rezina xaltalar va boshqalar).

***Qo'l suyaklarining sinishi va chiqishi.*** Belgilari - suyak bo'ylab og'riq, qo'lning g'ayritabiiy shakli, bo'g'im bo'lmagan joyda harakatchanlik (singan bo'lsa), shish.

***Birinchi yordam:*** birinchi yordam to'plamida saqlangan tegishli shinalarni qo'llang (rasm). Agar biron sababga ko'ra ular chiqmasa, xuddi o'mrov suyagi sinishida bo'lgani kabi, qo'lni bo'yniga ro'molga osib qo'yish kerak, so'ngra qo'ltiq ostiga bo'lak qo'ymasdan tanaga bog'lab qo'yish lozim. Agar qo'l (chiqish bo'lsa) tanadan orqada qolsa, qo'l va tana orasiga yumshoq narsa qo'yish kerak (masalan, o'ralgan kiyim-kechak, xalta va boshqalar).





Yelka va bilakning sinishi. Sovuq narsani shikastlangan jouga qo'yish. Agarda bint yoki ro'mol bo'lmasa kurtka yoki kostyum yengga osib qo'yish mumkin.

**Qo'l va barmoqlar suyaklarining sinishi va chiqishi.** Qo'l suyaklarining sinishi yoki chiqib ketishiga shubha tug'ilsa, qo'l suyagini keng (kaft bo'yi bo'ylab) bog'lab qo'yish kerak, shunda shinani bilakning o'rtasidan boshlanib, barmoqlar uchida tugashi kerak. Bir parcha paxta, bint va boshqalarni jarohatlangan qo'lning kaftiga qo'yish kerak, shunda barmoqlar biroz egiladi. Shikastlanish joyiga sovuq narsa qo'llanilishi kerak.

**Oyoqning sinishi va chiqishi.** Belgilari - suyak bo'ylab og'riq, shish, bo'g'im bo'lmagan joyda g'ayritabiiy shakl (singan bo'lsa).

**Birinchi yordam:** shikastlangan joyni qo'lni shina, fanera plastinka, tayoq, karton yoki boshqa shunga o'xshash narsalar bilan mustahkamlang, shunda plastinkaning bir uchi tos suyagining chetidan qo'litiq ostiga, ikkinchisi uchi esa tovonga etib boradi (2-rasm).. Ichki shina chov sohasidan to tovongacha o'tadi. Bu bilan butun oyoqning to'liq tinch holatiga bo'lishiga erishiladi.

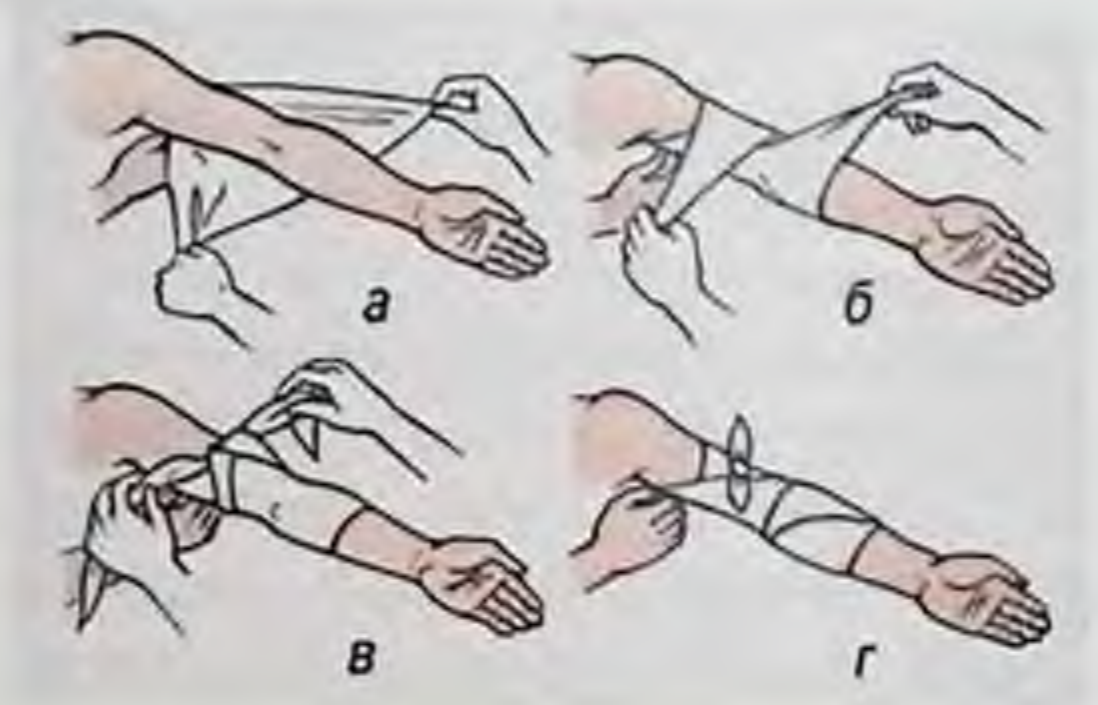
Iloji bo'lsa, shinani oyoqni ko'tarmasdan, lekin uni joyida ushlab turish kerak, bintni tayoq bilan belgacha, tizza yoki tovon ostigagacha surib qo'ish kerak. Shikastlanish joyiga sovuq narsa qo'llanilishi kerak.





**Elka va tirsak bo'g'imlarida jarohatlar uchun immobilizatsiya:**  
a — zinali shinani tayyorlash;  
б — shinani qo'yish;  
B — shinani bint yordamida fiksatsiyalash;  
r — ro'molga qo'lni osib qo'yish.

**Tirsak bo'g'imiga ro'molli boylamani qo'yish:**  
a, б, B, r — boylamani qo'ish bosqichlari



### Shina qo'yish qoidasi

Shinalarni qo'yishda nafaqat o'zgarish joyini, balki yuqorida va pastda joylashgan bo'g'inlarni ham tuzatish kerak. Ehtiyotkorlik bilan qiying. Qo'llashdan oldin teri ostida aniqlangan suyak bo'rtiqlariga paxta momig'i yoki yumshoq matolarni qo'yish kerak. Qo'lning suyaklari singanida, shinani qo'l va bilakning kaft yuzasiga barmoqlar uchidan bo'g'imning tirsagigacha qo'yish kerak; barmoqlar ostiga kichik yumshoq rolik qo'yiladi, shunda ular yarim egilgan holatda o'rnatiladi. Bilak suyaklarida o'zgarishlar bo'lsa, shinani barmoqlardan qo'lning orqa yuzasi bo'ylab, tirsak bo'g'imidan  $90^\circ$  burchak ostida egilgan holda va mahkam bog'lab qo'yish kerak.





Bilak, elka suyaklarining sinishi uchun shina qo'ish bosqichlari: a – qo'l ostida bo'lgan vositalar bilan immobilizatsiya; b - ko'krak qafasiga qo'lni bini bilan mahkamlash

Elka suyagi singanda elka, tirsak, bilak-kaft bo'g'imi bilan birgalikda fiksatsiya qilish lozim. Shina bilak va elkaning orqa yuzasi bo'ylab qo'lning tirsagida  $90^\circ$  burchak ostida egilib, qo'lning barmoqlaridan yelkasiga qadar qo'llaniladi. Shina bo'lmasa, qo'lni ro'molga joylashtiriladi, ikkinchi ro'mol bilan tanaga fiksatsiyalanadi (rasm). Bint yoki kurtka enggi bilan immobilizatsiya qilish mumkin.



Qo'lni ro'mol yordamida fiksatsiya qilish bosqichlari



Qo'lning shinalash:  
a – kurtka engidan foydalanish;  
b - handaj bilan

Boldir, to'piq va oyoq-kaftning pastki uchdan bir qismidagi suyaklarda sinishlar bo'lsa, shinani oyoqning pastki qism yuzasiga va oyoqning orqa yuzasiga barmoqlarning uchidan yuqorigi qismigacha qo'yishda  $90^\circ$  burchak ostida bo'lishi kerak.

Pastki boldir suyaklarining o'rta va yuqori uchdan bir qismi singanida va son suyagi singan taqdirda, to'piq, tizza va son bo'g'imlarini mahkamlash kerak, fiksatsiya uchta shina yordamida amalga oshiriladi.



Bir oyoq-kaftning yuqori yuzasi, pastki oyoqning orqa yuzasi va barmoqlarning uchidan sonning yuqori uchdan bir qismigacha, ikkinchisi - oyoq, pastki oyoq va sonning ichki yuzasi bo'ylab, uchinchisi. - oyoq tashqi yuzasidan va tana bo'ylab to qo'lتيق ostigacha shina qo'yiladi/Shinalar bo'lmasa, shikastlangan oyoq to'g'rilangan sog'lom oyoqqa bog'lanadi, bu holda u shina bo'lib xizmat qiladi; uni adyoldan yumshoq shina bilan ham mahkamlash mumkin.



**Oyoq suyaklarining sinishi uchun shina:**

- a - sonning sinishi bilan;
- b - boldirning sinishi bilan;
- b, r - boldirning sinishida adyoldan yumshoq shina yordamida (yuqori va yon ko'rinishi)



Son, boldir suyagi, sinishida improvizatsiya qilingan shinalardan foydalanish mumkin. Sonning sinishi bilan bunday shina jarohatlanganni uzoq masofalarga tashish uchun etarli emas.

**Sinishlarda improvizatsiyalangan shinalar:**

- a - son suyagi;
- b - boldir suyagi



Boldir-tavon bo'g'imi boylamining cho'zilishida, shinani oyoq-kaft yuzasi va boldirning orqa yuzasi bo'ylab barmoqning uchigacha boldirning yuqori uchdan bir qismigacha qo'llaniladi. Oyoq-kaft sohasi boldirga nisbatan 90 ° burchak ostida bo'lishi kerak. Tizza bo'g'imi boylamlari cho'zilganda, boldirning orqa yuzasi bo'ylab to'piq bo'g'imidan dumbagacha bo'lgan shina qo'llaniladi.

## 9.8. Shok

*Shok*-bu nafas olish va yurak to'xtashining rivojlanishining asosiy sabablaridan biri bo'lgan to'qimalarning etarli bo'lmagan perfuziyasi bilan tavsiflangan holatdir. Shok hujayralarning kislorod va ozuqa moddalariga boy qon etarli darajada perfuziyasi natijasida rivojlanadi. Metabolik mahsulotlar to'qimalardan etarli darajada olib tashlanmaydi.

*Anafilaktik shok.* Dori-darmonlarni qabul qilish va hasharotlar chaqishi bilan bemorlarda kuchli tizimli allergik reaksiya – anafilaktik shok paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatda gemodinamika buziladi, qon aylanishi yomonlashadi va kislorod tanqisligi paydo bo'ladi. Anafilaktik shok 5-30 daqiqada o'linga olib kelishi mumkin. Dori-darmonli anafilaktik shok bilan og'riqan bemorlarda kuchli va tez progressiv allergik reaksiya bo'lishi mumkin.

### **Quyidagi turlarini ajratish mumkin:**

**Tipik.** Bemor ko'ngil aynishi va kuchini yo'qotishi, bosh va yuqori ekstremitalarda karıncalanma his qiladi. Uning nafas olishi qiyinlashadi, ko'kragida og'irlik seziladi, boshi og'riyapti.

**Serebral.** Vahima paydo bo'ladi, fikrlar chalkashib ketadi, mushaklarning to'satdan va beixtiyor qisqarishi boshlanadi.

**Asfiksik.** Bronxning o'tkazuvchanligi buziladi, o'pkaning shishishiga olib kelishi mumkin.

**Gemodinamik.** Yurak ritmi buziladi, qon bosimi pasayadi.

**Abdominal.** "O'tkir qorin"deb nomlangan alomatlar bilan kechadi.

**Sabablari.** Hasharotlar: asalarilar, ari va boshqa hasharotlar chaqishi; dorilar: antibiotiklar, aspirin va boshqalar – YaQNSD, lateks, terida allergik sinamalarini o'rnatish; qon va immunitet zardoblari, rentgen moddalar, antiseptiklardan foydalanish.

**Alomatlar.** Belgilarning biri yoki kombinatsiyasi: nafas olish buzilishi – shovqinli nafas olish, stridor; gipotenziya – hushidan ketish, qulash yoki ongni yo'qotish. Boshqa belgilar: eritema, shish, kaft qichishi, oyoq, umumiy qichishish, ũrtiker, rinit, ko'ngil aynish, yurak urishi, kon'yunktivit, qusish, o'lim qo'rquvi.

Shuning uchun, agar uning alomatlari paydo bo'lsa, hamshira darhol algoritimga muvofiq harakat qilishni boshlashi kerak.

### **Hamshiraning taktikasi:**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Allergiya keltirib chiqaradigan preparatni darhol to'xtating.



- Bemor haqida ma'lumotni tez yordam xodimlariga etkazing.
  - Bemorni yotqiz, pastki oyoq-qo'llarini ko'taring, boshini aylantiring.
1. Tibbiy anafilaktik shok uchun hamshiraning taktikasi:  
Allergik reaktsiyaga sabab bo'lgan dori-darmonlarni qabul qilishni to'xtating. Agar in'ektsiya tomir ichiga yuborilgan bo'lsa, ignani tomir ichiga qoldiring.
  2. Shifokorni taklif qiling yoki tez yordam chaqiring.
  3. Allergenni tanaga kiritish va anafilaktik shokning dastlabki belgilari paydo bo'lish vaqtini qayd eting.
  4. Agar preparat oyoq tomiriga yoki mushak ichiga yuborilgan bo'lsa, in'ektsiya joyidan yuqorida turniket 25-30 daqiqa davomida qo'llanilishi kerak. Har 5 daqiqada jgutni 1-2 daqiqa davomida bo'shatib turish.
  6. Bemorning nafas olishini, pulsini va qon bosimini kuzatib boring.
  7. Qusish paytida bemorni yon tomoniga, agar u yo'q bo'lsa, pastki oyoq – qo'llarini ko'targan holda orqa tomoniga qo'ying. Agar mavjud bo'lsa, tish protezlarini og'zingizdan olib tashlang.
  8. Bemorga havo kirishini ta'minlang. Yuqori tugmachalarni oching, cheklovchi kiyimlarni bo'shating. Agar kerak bo'lsa, kislorod bering.
  9. In'ektsiya joyini 0,1% adrenalini eritmasi bilan xoch shaklida teshib qo'ying (1 ml preparatni 3-5 ml fiziologik eritmada suyultirish kerak).
  10. Qon bosimini nazorat qilib, tomir ichiga 0,1% adrenalini eritmasini yuboring (0,5 ml preparatni 5 ml fiziologik eritmada suyultiring).
  11. Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.  
Keyingi terapiya shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak:
    1. Adrenalin yuborilgandan 10 daqiqa o'tgach, qon bosimini o'lchang. Agar u ko'tarilmasa, preparatni qayta kiriting.
    2. 0,9% natriy xlorid eritmasini tomir ichiga tomchilatib yuboring. Doza – 2 litrgacha.
    3. Prednizoloni 60-150 mg ni 20 ml 0,9% natriy xlorid eritmasida suyultiring va tomir ichiga bolus bilan yuboring.
    4. Teri ostiga yoki mushak ichiga 1% difenhidramin eritmasini yuboring. Doza – 1 ml.

5. Vena ichiga 2,4% eufillin eritmasini yuboring. Doza – 10 ml.
6. Agar soqchilik bo'lsa, mushak ichiga 25% magniy sulfat eritmasini yuboring. Doza-10 ml. vena ichiga 40% glyukoza eritmasini yuboring. Doza 20-40 ml ni tashkil qiladi.

Anafilaktik shokda qon bosimi, puls va nafas olishni doimiy ravishda kuzatib borish muhimdir. Har qanday vaqtda siz kardiopulmoner reanimatsiyaga tayyor bo'lishingiz kerak.

**Gipovolemik shok** qon ketish (ichki, tashqi) va qattiq suvsizlanish natijasidir.

Sabablari: qon ketish (gipovolemiya), nafas olish etishmovchiligi, yurak etishmovchiligi, bakterial infeksiya, kuchli suvsizlanish (suvsiylanish)

**Belgilar:**

- Ong darajasi-tashvish, hayajonlanish, ong darajasining buzilishi.
- Periferik qon aylanishi-kapillyar qon oqimining sekin tiklanish vaqti, zaif, ipga o'xshash puls yoki uning periferiyada to'liq yo'qligi, rangpar sovuq va yopishqoq teri.
- Hayotiy belgilar-taxikardiya (erta belgi), gipotenziya (kech belgi), tez, sayoz, qiyin yoki aritmik nafas olish.
- Boshqa belgilar-mydriasis, aniq tashnalik, ko'ngil aynishi va qayt qilish, lablarning xira siyanotik ranglanishi.

**Hamshiraning taktikasi.**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring
- Tana to'qimalarining izolyatsiyasi (shaxsiy xavfsizlik).
- Agar kerak bo'lsa, havo yo'li o'tishini va ventilyatsiyani saqlash.
- Kislorod terapiyasi.
- Har qanday tashqi qon ketishini to'xtatish.
- Agar iloji bo'lsa, tomir ichiga kateter qo'ying fiziologik eritmani quyish uchun kateter
- Agar qorinning pastki qismida og'riq bo'lsa va tos suyagi shikastlanishiga shubha bo'lsa, lekin ko'krak qafasi shikastlanmagan bo'lsa, pnevmatik shokka qarshi shimlarni qo'llash kerak.
- Agar bemorda tos suyagi, pastki ekstremitalar, bosh, ko'krak, qorin, bo'yin yoki umurtqa pog'onasi jiddiy shikastlangan bo'lsa, bemorni orqa tomonida yotgan holda ushlab turish kerak (oyoqlarini ko'tarish mumkin emas!).



- Suyak yoki bo'g'imning shikastlanishiga shubha tug'ilsa, splint qo'yish kerak.
- Bemorni adyol bilan qoplash orqali tananing issiqlik yo'qotilishini oldini oling (agar kerak bo'lsa), lekin bemorni haddan tashqari qizib ketmaslik kerak.
- Favqulodda transportni amalga oshirish (kasalxonaga yotqizish).

## X-BOB

### OTOLARINGOLOGIYADA SHOSHILINCH YORDAM

Burun bo'shlig'i, xalkum, tomoq, qizilo'ngach va quloqlarda joylashgan ba'zi patologik jarayonlar bemorning hayotiga jiddiy xavf tug'diradi va shoshilinch yordamni talab qiladi. Bularga burun va kulokdan QON ketish, burun, kulok va xalkumda - yot jismlar, paratonzilyar va faringeal abscess, shikastlanishlar, utkir epiglotit, soxta krup kiradi.

#### 10.1. Burun va quloqdan qon ketishi

**Burundan qon ketishi: Etiologiya / xavf omillari:** ko'pincha burun shilliq pardasini quruqligi, shikastlanish - ayniqsa burunni kovlash, dorilar - ko'pincha burun tomchilari va steroid spreylari, antikoagulyantlar, ayniqsa aspirin. Burundan qon ketishi, infeksiyalar, gipertenziya (boshqa sabablar bilan birgalikda), alkogol kabi patologik jarayonlarda kuzatiladi. **Tasnif:** Old va orqa qonash: Burun bo'shlig'ining old qismidan, odatda burun to'sig'idan, burun old kismining yukorisida. Ikkinchi keng tarqalgan qon ketish manbai pastki burun chanogining old kismi. Orqa qon ketish: burun bo'shlig'ining orqa qismidan yoki xalqumdan, odatda pastki burun chanogining orqa yarmidan yoki burun bo'shlig'ining ustki qismidan ketadi. Odatda keksalarda uchraydi.

Laborator-rentgenologik tekshiruvlar odatda o'tkazilmaydi, jiddiy shikastlanganda - bosh suyagi va yuzining rentgenografiyasi. Ko'p miqdorda va uzoq muddatli qon ketish holatlarida umumiy qon taxlili.

#### Hamshira taktikasi:



1. Qon yutishni kamaytirish uchun, bemorning boshini bir oz oldinga egib turing.

2. Burunga muzni qo'ying, bu qon tomirlarini toraytiradi.
3. Burunning yumshok kismini barmoklaringiz bilan kattik bosing va 10-15 daqiqa davomida qo'yib yubormang



3. Agarda yordam bermasa, osh tuzi eritmasi (1 stakan suvga 1 choy koshik) bilan namlangan paxtani 3-4 sm chukurlikda burun bushligiga kiriting. Qon oqishini tezroq tuxtatish uchun tomirlarni toraytiruvchi ta'sirga ega vositadan foydalanish mumkin (ksilometazolin).
4. 30-40 min ichida samarasiz bulsa, bemorni utirgan xolatda tibbiy muassasaga transportirovka kilish zarur.

**Klinikada doimiy qon ketishi bo'lgan bemorga yordam:**

- Kichik bir bo'lak doka tayyorlang va uni mahalliy anestetik eritma bilan namlang (sitokin yoki 4% lidokain geli) va 0,25% fenilefrin.
- Burun bo'shlig'iga yig'ilib qotib qolgan qondan tozalash uchun, bemordan burunni qoqib tashlash buyuriladi.
- Burun bo'shlig'iga antiseptikk bilan namlangan doka qo'ying va bemorning burnini 5 daqiqaga bosing.
- Dokani yehtiyotkorlik bilan oling va burun septumini tashqi yorug'lik manbai va burun ko'zgusi yoki otoskop yordamida tekshiring.
- Qon ketayotgan manba ko'rinsa, kumush nitrat tayoqchasi bilan bir necha soniya davomida kuydiring. Shilliq qavatning katta qismiga tegizmaslikka harakat qiling
- Bir necha daqiqa kuzating.
- Agar Qon to'xtagan bo'lsa, ehtiyotkorlik bilan ozgina vazelin surtib qo'ying.
- Agar burunning oldingi qon ketishini shu tarzda to'xtatishning iloji bo'lmasa, keyingi qadam burunni antibiotik malhami bilan yog'langan doka lentasi (1 sm kengligi va uzunligi taxminan 1 m) bilan tamponada qilinadi.
- Qon ketishining sabablarini va qon ketish bilan bog'liq bulgan muammoni davolang.

**Profilaktika:**

- Vazelin kuniga 2 mahal
- Aspirin qo'llamaslik
- Qo'l tirnoqlarini olib yurish

**Mutaxassisga yullash uchun ko'rsatmalar:**

- Burun o'tmas jarohati
- Yangi burun deformatsiyasi
- Burun gematomasi
- Burun orqa qismidan qon ketishiga shubxa

- Birinchi marta koagulyatsiya va tamponadadan sung qon to'xtamaganda  
**Quloqdan qon ketishi**  
**Sabablari:** eshitish yulini, nog'ora pardaning jaroxati, tashqi va o'rta otitlar, furunkul, mirinit, kandidoz va o'smalar.  
**Alomatlar:** quloqda og'riq, eshitishning pasayishi, bosh aylanishi, muvozanat buzilishi, ko'ngil aynishi, qusish, yuz nervining parezi.  
**Hamshiraning taktikasi:**
  - Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
  - Jabrlanuvchini o'tirish holati bilan ta'minlang
  - Jabrlanuvchining boshini jarohatlangan tomonga eging, shunda qon shikastlangan quloqdan oqib chiqadi.
  - Quloqqa steril doka yoki bint qo'ying, yopishqoq lenta bilan ularni yotishtiring.
  - Jarohat olgan tomondagi arteriyani topib barmoqlaringiz bilan bosing.
  - Quloqqa sovuqlik qo'ying.
  - Eshitish nayini quruq steril doka turunda yoki paxta to'pi bilan tamponada kiling.
  - atropin 0,1% - 1 ml teri ostiga (kattalar).
  - LOR bo'limiga, yoki bosh jaroxati bo'lsa neyroxirurgiya bo'limiga yuborish.

## 10.2. Quloqdagi, tomoqdagi va burundagi yot jismlar

**Quloqdagi yot jismlar:** Munchoqlar, hasharotlar, yong'oqlar yoki loviya kabi kichik narsalar ba'zan tashqi eshitish kanaliga va burun teshiklariga tushadi. Begona jism shishib burundan oqib chiqishi va nafas olishni to'sib qo'yadi, yallig'lanish rivojlanadi. Yot jimmlarni olib tashlash uchun mahalliy yoki umumiy anesteziya talab qilinishi mumkin. Bemorni mutaxassisga yuborish kerak.

### **Hamshiraning taktikasi:**

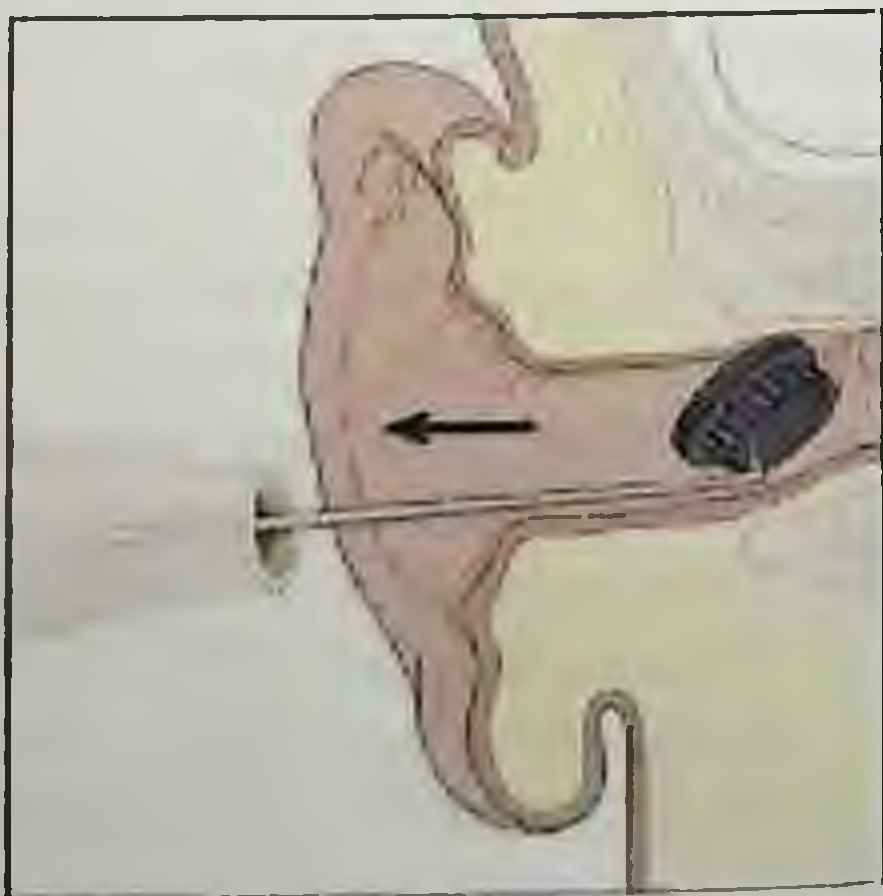
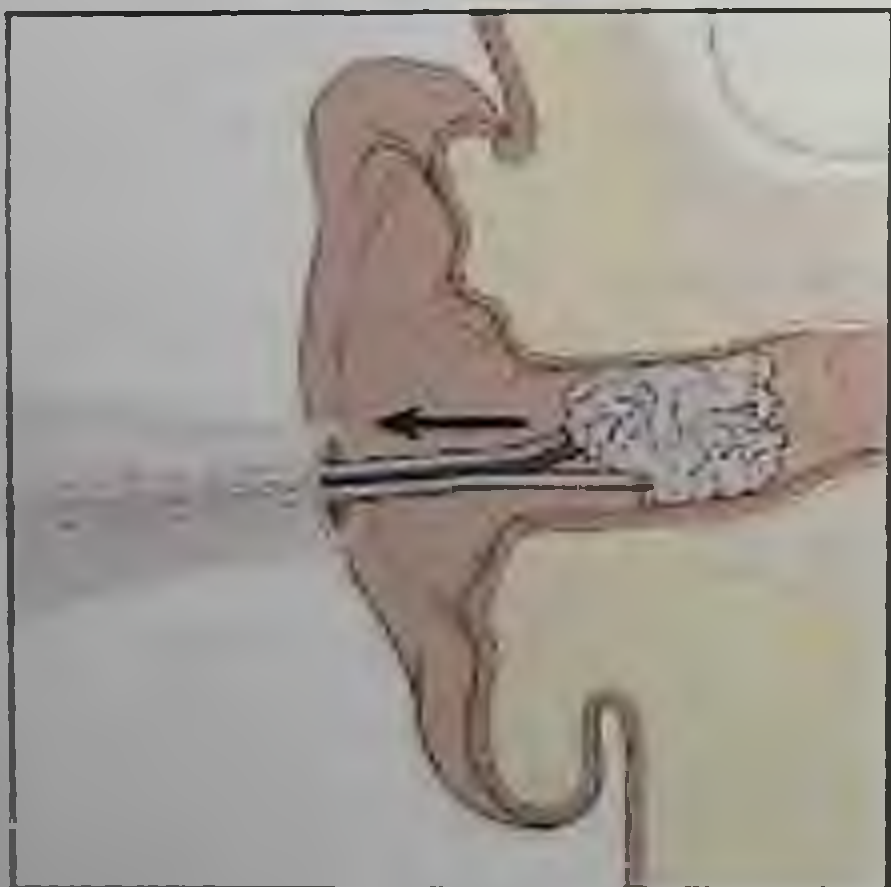
- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Yuzaki og'riqsizlantiruvchi vositani qo'llang. Bir necha daqiqadan so'ng, agar kerak bo'lsa, ob'ektni yaxshiroq ko'rish uchun yiringni, anestetik qoldiqlarni yoki qonni olib tashlash uchun so'rg'ichdan foydalaning. Yosh bolalar tinchlantirishga muhtoj bo'lishi mumkin. Katta yoshlilarda tashqi quloqni yaxshiroq



ko'rish uchun suprani yuqoriga va orqaga tortib, quloq kanalini to'g'irlash kerak. Yosh bolalarda quloq suprasi pastga tortiladi. Yot jismning joylashishiga qarab eng mos instrument tanlanadi. Alligator yordamida fibroz obektlarni (paxta, o'simlik manbalari) olish qulay. Kanalni to'liq to'sib qo'ymaydigan loviya, urug yoki popkorn kabi silliq narsalar sim ilgak yordamida olinadi. Kichik batareyalar va metall sharchalar kabi silliq, qattiq buyumlar, diametri 1 mm bo'lgan ingichka ilgakdan foydalanib olib tashlanishi mumkin. Ba'zida, tarkibida temir bulgan narsalar, masalan, metall sharchalar, kichik magnit yordamida olib tashlanishi mumkin.

**Eslatma:** Eshitish apparatlarida ishlatiladigan batareyalar kabi vositalarni olib tashlash juda muhim, chunki ularning quloqda uzoq vaqt turishi doimiy shikastlanishga olib kelishi mumkin.

1. Yuvish yot jism yoki o'lik to'qimalarning mayda qismlari qolgan hollarda qo'llanilishi mumkin.
2. Quloq kanalidagi hasharotlarni avval moy, lidokain yoki benzokain eritmasi bilan to'ldirish kerak. Hasharotni olib tashlash uchun, keyin alligator qisqichidan foydalaning.
3. Asbobni quloqqa yoki burun yo'llariga kiritishda og'riq natijasida paydo bo'ladigan harakatlarning oldini olish uchun bemorning boshini qo'llar bilan ushlab kerak.
4. Umumiy anesteziya (mushak osti yoki vena ichi) yot jismlarni lokal anesteziya yordamida olib tashlash iloji bulmagan bemorlarga o'tkaziladi.



### **Eshitish kanalidan yotjismini olib tashlash anesteziyasi.**

- Manipulyatsiya shifokor rahbarligida amalga oshiriladi.
- Quloq kanaliga 5 tomchi steril 4% lidokain yoki 20% benzokainni tomizing va 10 daqiqaga qoldiring. Suyuqlik qoldiqlarini yoki o'lik to'qimalarni mahalliy og'riqsizlantirish uchun in'eksiyasidan oldin (agar kerak bo'lsa) otsos bilan olib tashlang. Agar nog'ora pardani yorilishiga shubha bo'lsa, quloq tomchilari va irrigatsiya mumkin emas.
- Eshitish kanalining tashqi yarmini anesteziya qilish uchun kam miqdorda (odatda 2 ml dan kam) 1% lidokainni epinefrin bilan 3 yoki 4 joyga, eshitish kanalining yuzasiga ineksiya qilinadi, 27 kalibrli igna ishlatiladi. Kanalning perimetri bo'ylab teng masofada joylashgan 2 yoki 3 nuqtada in'eksiyani takrorlang. Lidokain in'eksiyasidan so'ng, quloq kanalining devorlari va quloq bo'shlig'i (agar ko'rinadigan bo'lsa) rangi oqarib ketadi. Mahalliy og'riqsizlantiruvchi in'eksiyalarni boshlashdan oldin, yuzaki ta'sir ko'rsatadigan quloq kanaliga lidokain yoki benzokainni yuborish ko'pincha foydalidir. Instrumental aralashuv boshlashdan oldin 5-10 minut kuting.

#### **Tomoqdagi yot jismlar**

**Diagnostika:** bemor tomog'iga yot jism qadalayotganiga shikoyat qiladi. Bu qadalish ovqat yutganda kuchayadi va qon keladi. Faringoskopiya paytida yumshoq tanglay, ariqlar, bodomsimon bezlar shilliq qavatiga yopishgan turli xil narsalar (baliq suyaklari, mixlar, simlar va boshqalar) ko'rinishi mumkin.

#### **Hamshiraning taktikasi:**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring;
- Aniq halqyml refleks bilan shifokor ko'rsatmasi bo'yicha bir va ikki marta chayqashni bajaring 10% lidokain bilan *нупкаш* ;
- Yaxshi ko'rinishda, begona jismni qisqich (anatomik pinset) bilan ushlang va chiqarib oling;
- Tomoqni chayqash uchun -vodorod peroksid bering (yoki furatsilin);
- Farenksning ko'rinmas begona jismi bo'lsa (orofarenks, laringeal) LOR bo'limiga yuboring.



### 10.3. Paratonzilar va orqa halqum absessi. O'tkir epiglottit. Stenozlar

Paratonzilar abscess anginadan so'ng rivojlanadi.

Belgilari: yutish paytida og'riq, isitma, salivatsiya, umumiy darmonsizlik, ba'zida varaja.

Ob'ektiv: yuzida iztirobli ifoda, og'zi bir oz ochiq va so'lak oqib turadi, trizm tufayli og'zini ochish, yumish qiyin (kasallikni 3-4 kunida, trizm chaynash mushaklarini talvasai tufayli). Buyin paypaslanganda limfadenit belgilari: uyqu arteriyasi uchburchagi sohasida og'riq va shish kuzatiladi. Bemor majburiy holatda- utirgan holda boshini zararlangan tomonga egadi.

– **Faringoskopiya:** yumshoq tanglay ravoklari va tanglay pardasi gipcremiyasi va shilliq qavatining shishishi, hamda tanglay bodomsimon bezining tomok tomon siljishi kuzatiladi.

**Hamshiraning taktikasi:**

Og'riqni qoldirishga - YaQNSD mushakga va zudlik bilan LOR bo'limiga yuborish kerak.

Halqum orti abscessi bu bolalarda asosan hayotining birinchi yilida utkir respirator virus infeksiyadan keyin rivojlanadi. Katta yoshdagi odamlarda va bolalarda holatining og'irligi, kuchli intoksikatsiya halqumning orqa bushligidagi yiring bo'lishi bilan bog'liq.

**Belgilari:** Yuqori harorat, teri rangining oqarishi, ovqatdan bosh tortish, bo'g'ilib qolish – ovozning o'zgarishi, og'izdan so'lak oqishi. Til ildizidan pastroqda yiring to'planishi, stenotik qiyinlashgan nafas kuzatiladi.

**Diagnostika:** Faringoskopiya halqum yon, orqa devorlarida shish va turtib chiqish kuzatiladi, shilliq parda odatdagi rangda.

**Hamshiraning taktikasi.**

Orofarenkning orqa devorining shishib ketishi tufayli stenotik nafas olish holatlarida:

- shifokorni chaqiring
- shprits yordamida yiringni so'rib olish;
- darhol LOR bo'limiga yuborish, yotgan holatda transportirovka qilish:
- simptomatik davo(kislorod, tomirlarni toraytiruvchi vositalar).

**O'tkir epiglotit** - Bu bakterial infeksiyani keltirib chiqaradi, hikildoq shishib havo yo'llarining obstruksiyasiga olib keladi. To'satdan stridor, og'izdan so'lak oqishi, disfagiya, yuqori darajada isitma kuzatiladi. Yo'tali yo'q, ovozi juda past, majburiy o'tirgan holatda, bo'yini oldinga cho'zilgan. Epiglotitga shubha qilinsa, bolaning tomog'i tekshirilmaydi.

**Hamshiraning taktikasi:** Darhol tez yordam chaqiriladi va uni ota-onasi hamrohligida kasalxonaga yuboriladi, reanimatsiya bo'limida davolanadi.

**Sohta krup** - hikildoqning o'tkir torayishi, o'tkir respiratorl infeksiyalardan keyin 1-3 yoshdagi bolalarda rivojlanadi. Xirillagan yo'tal, stridor, bo'g'ilish paydo bo'ladi.

**Yordam:** salqin namlangan havodan nafas olish, adrenalin va glyukokortikoidlar bilan ingalyatsiya qilish.

**Hikildoq stenozi** - bu hikildoq yoki traxeya bo'shlig'ining torayishi natijasida havo va havo yo'llarining, hamda o'pkada havo oqimining buzilishidir.

**Sabablari:** hikildoq va traxeyaning shishishi, laringit, traxeit, tonzillit va boshqalardir.

**Belgilari:** yurganda hansirash, teri rangining oqarishi, nafas qisilishi, yordamchi mushaklarning tortilishi, majburiy o'tirish holati, akrotsianoza, taxikardiya, yurakni tuxtab qolish ehtimoli bo'lishi mumkin.

**Hamshiraning taktikasi:** sovuq namlangan havo bilan nafas olish, adrenalin bilan nafas oldirish, glyukokortikoidlar, shoshilinch kasalxonaga yotqizish.



## XI-BOB

### AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYADA SHOSHILINCH YORDAM

#### 11.1. Qorinning pastki qismidagi og'riq

Tug'ish yoshidagi ayollarning 15 foizi og'riqdan shikoyat qiladilar. Bachadon va uning ortiqlari kasalliklarining, shuningdek ayol jinsiy a'zolarining nuqsonli rivojlanishida ham qorindagi og'riq asosiy alomatlaridan biridir. Odatda qorinning pastki qismida og'riqlar tarqalgan yoki bir tomonlama bo'lishi mumkin (shikastlanish joyiga qarab). Ba'zida og'riqlar belga, dumg'zaga, son, to'g'ri ichakka tarqaladi (beradi).

Og'riqlarning intensivligi har xil. Eng aniq og'riqlar bachadon va/yoki uning oqtiqlarida o'tkir yallig'lanish kasalliklarida, tuxumdon apopleksiyasida, tuxumdon kistasi yoki tuxumdon oyog'ining buralishida, ektopik homiladorlik paytida bachadon nayining yorilishida, endometriozda, ayol jinsiy a'zolarining malformatsiyasida kuzatiladi.

Qorinning pastki qismida og'riqlar, ba'zida juda kuchli, hayz ko'rishning birinchi kunlarida jinsiy a'zolarida patologik o'zgarishlar bo'lmasa paydo bo'lishi mumkin.

#### Og'riq tasnifi

Ginekologik		Ginekologik bo'magan	
o'tkir	surunkali	o'tkir	surunkali
Ektopik homiladorlik	Endometrioz		Ta'sirlangan ichak sindromi
Infektsiya	Yopishishlar	Appenditsit	Asab kasalliklari
Endometrioz	Miyomatoz	Sistit	Mushaklar va bo'g'imlarning kasalliklari
Miyomatoz	Tuxumdon kistasi	Nevrologik patologiya	Ichak yoki siydik pufagining xavfli o'smasi
tugunning burilishi	Venoz dimlanish	Kolit	
Dismenoreya	Tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari	Psixogen	
Tuxumdon kistasi (burilish. qon ketish)			

**O'tkir**, to'satdan paydo bo'lgan qorin og'rig'i kista yoki tuxumdon i oyog'ining burilishiga, tuxumdon o'smasi, tuxumdonning yorilishiga, shuningdek ektopik homiladorlikka xosdir.

**Tuxumdon apopleksiyasi** - tuxumdon parenximasida qon ketish-sariq tananing yorilishi bilan bog'liq. Tuxumdon to'qimalarining yaxlitligi buziladi va qorin bo'shlig'iga qon ketadi. Ko'pincha tuxumdon apopleksiyasi 16-30 yoshda ayollarda sodir bo'ladi.

**Klinika.** Kasallik to'satdan yonbosh sohasida o'tkir og'riqlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi, qorin bo'ylab tarqalib va to'g'ri ichakka og'riq beradi. Og'riq bosh aylanishi, hushidan ketish, sovuq ter bosishi, ba'zida ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga keladi. Qorin bo'shlig'i qon ketishi bilan terining oqarishi, taxikardiya va qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Qorin damlagan, palpatsiya paytida og'riqli. Tuxumdon apopleksiyasini ektopik homiladorlik, salpingooforit va appenditsit bilan farqlash kerak bo'ladi.

O'smta oyoqlarilar orasida tuxumdon o'smalari, subseroz miyomatoz tugunlar ajralib turadi. Shish tuxumdon oyog'ining burilishiga to'satdan harakatlar (sakrash, burilish), ichak peristaltikasining kuchayishi, homiladorlik va tug'ish yordam beradi.

**Tuxumdon o'simtasi oyog'ining buralishi natijasida** qon aylanishining buzilishiga olib keladi, natijada nekroz va oyoq devorining yorilishi kuzatiladi.

Klinika to'satdan o'tkir qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, sovuq ter, ba'zida ongni yo'qotish bilan tavsiflanadi. Teri rangpar, puls tez-tez uchraydi, qon bosimi pasayadi. Qorin shishiradi, taranglashadi, gaz va najasni ushlab turish mumkin. Jarrohlik davolash-o'smani olib tashlash.

Ginekologik amaliyotda peritonit qorin bo'shlig'iga pyosalpinks (fallop naychasining yiringli yallig'lanishi), piovar (tuxumdonning yiringli yallig'lanishi) yoki yiringlagan o'simta paydo bo'lganda paydo bo'lishi mumkin.

**Klinika.** Xo'ppozning yorilishi ko'pincha o'z-o'zidan yoki jismoniy shikastlanishdan kelib chiqadi. Qorin bo'shlig'ida o'tkir kesish og'rig'i, kollaps holati, ko'ngil aynishi, qusish paydo bo'ladi. Palpatsiya paytida qorinda kuchli va keskin og'riqli bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli tezda yomonlashadi, yuz qiyofasi (Hipokrat qifyofasi) keskinlashadi, nafas olish tezlashadi va yuzaki bo'ladi. Ichak parezi tufayli o'tkir qorin tarangligi, peristaltika susaygan, gazlar chiqmaydi. Davo operativ.



Laparotomiya, ta'sirlangan organni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini yuvish va keng drenajlash olib borildi.

Hamshira bemorlarning ahvolini, terining rangini, shikoyatlarini, haroratini, pulsini, qon bosimini, qorin parda devorining ta'sirlanish xususiyati alomatlarini, ajralmalarini diqqat bilan kuzatishi kerak. Zudlik bilan shifokorni chaqirishini va birinchi yordam ko'rsatishni boshlash kerak: jismoniy va ruhiy tinchlikni yaratish; ehtiyotkorlik bilan tashish; shokka qarshi kurash. Shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan sharoitlarda to'g'ri ko'rsatilgan birinchi yordam davolanishning muvaffaqiyatiga yordam beradi.

### **Hamshiraning taktikasi.**

- \* Qiz, o'smir qizlarda yoki ayolda to'satdan kuchli qorin og'rig'i bo'lsa, shoshilinch ravishda shifokorni chaqirish kerak.
- \* Bemorlar shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi va ginekolog tomonidan tekshirilishi shart.
- \* Tuxumdon kistasi yoki o'simta oyog'ining buralishi va tuxumdon apopleksiyasini aniq ichki qon ketish bilan davolash operativ hisoblanadi.
- \* Shifokor kelishidan oldin qattiq yotoqd rejimiga olish tavsiya etiladi
- \* Qorinning pastki qismiga muz yoki sovuq suv bilan to'ldirilgan pufakchani qo'llash
- \* Og'riq qoldiruvchi vositalarni qabul qilish mumkin emas. Bu kasallikning namoyon bo'lishining buzilishiga olib keladi va tashxis qo'yishda xatolikka olib kelishi mumkin.

### **11.2. Homiladorlik davrida qon ketishlar**

Ayol organizmi reproduktiv sistemasida buladigan ba'zi bir patologik jarayonlar uning hayotiga jiddiy xavf tug'diradi va shoshilinch yordamni talab qiladi. Bularga bachadondan qon ketish, ayniksa xomiladorlik davrida, qon bosimining kutarilishi, preeklampsiya, HELLP- sindrom yoki eklampsiya uchraydi.

Homiladorlikning 22 haftasigacha bo'lgan muddatda qon ketishlar quyidagi holatlarda uchraydi:

- Xavf soluvchi abort, boshlangan abort, chala va to'liq abort.

- Bachadondan tashqari homiladorlik
- Yelbo'g'oz
- Kriminal, o'z o'zidan homila tushishi yoki tibbiy abortdan keyingi septik holat
- Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari, bachadon yoki ichak jarohatlanishi
- Bachadon bo'yni saratoni

Simptomlari/belgilari: Homiladorlikning erta muddatlarida (22 haftagacha) qindan Qon ketishi. *Diagnostik tekshirishlar nomi va asosiy davolash tadbirlari:*

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring
- Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.
- Zudlik bilan homilador ayol ahvolini baholang (hushi, terisi rangi, pulsi, AQB, nafas soni, tana harorati, siydik ajralishi, yo'qotilgan qon hajmi)
- Tashqi ko'rik o'tkazing, lozim bo'lganda – ko'zgularda va qin orqali ko'rik o'tkazib, ayolga natijasi haqida ma'lumot bering
- Shifoxonaga yotqizish yoki uy sharoitida kuzatuv masalasini hal qiling.

Qonli surkalmalarda, kam miqdorda surkaluvchi qonli ajralmalarda kamqonlik, shok belgilari kuzatilmasa:

- Ayolni tinchlantiring va jismoniy zo'riqishni chegaralab, lozim bo'lsa, yotoq tartibida (qat'iy emas) uy sharoitida kuzatuvni davom ettirishni tavsiya qiling, Qonli ajralmalar kuchaysa, shifokorga qayta murojaat qilishi lozimligi haqida ma'lumot bering
- Qon ketishi kuchayganda shoshilinch yordam ko'rsating va kasalxonaga yuboring

Ko'proq/ko'p qon ketganda:

- Ayolni kasalxonaga yuborishni tashkillashtiring
- Gemorragik shok belgilarini istisno qilish uchun tezkor ravishda ayolning ahvolini birlamchi baholang



- Gemodinamik kuzatuv varaqasini yuriting (vaqt, AQB, puls, nafas soni, tana harorati, ichilgan suyuqlik miqdori, diurez, bajarilgan tadbirlar, taxminiy yo'qotilgan Qon hajmi (barcha taglik materiallarni saqlagan holda) va kasalxonaga olib borilguncha to'ldirib boring

Kuchli qon ketib, gemorragik shok belgilari kuzatilganda yoki gemorragik shokka shubha bo'lganda:

- 2 ta venaga vena ichi sistemani kiriting, imkoni bo'lganda - angiokateter, suyuqlik quyish tezligi ayolning umumiy ahvoli bilan belgilanadi. Birinchi 15 minutda 1000 ml fiziologik eritma quyung. Yo'qotilgan qon hajmini to'ldirish uchun uch barobar ko'proq kristalloidlar quyung va kasalxonaga kelgunicha quyishni davom ettiring
- Kislородli niqobni taqing
- Kasalxonaga shoshilinch transportirovka qilishda o'zingiz kuzatib boring yoki tibbiy xodimiyordamida, kerakli dori vositalari va yetarli darajadagi fiziologik eritma, kislород va sun'iy nafas berish uchun Ambu qopchasi bilan ta'minlang.

«**Abort xavfi**» - Qonli surkalma, qindan kam miqdorda qonli ajralmalar kelishi, qorin pasti va bel sohasida og'riq bo'lishi kabi simptomlar kuzatilganda taxminiy tashxisini qo'yiladi. Diagnostik tekshirishlar: to'liq klinik ko'rik, ginekologik ko'rik (bachadon bo'yni yopiq, bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos, bachadondan tashqari homiladorlik yo'qligini aniqlash), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish.

*Davolash tadbirlari:* Ayolni tinchlantiring, tibbiy muassasaga murojaat etish talab qilinadigan xavfli belgilar haqida ma'lumot bering va jismoniy zo'riqishni chegaralashni tavsiya eting, kuzatuv uy sharoitida qat'iy bo'lmagan yotoq tartibida davom ettirilishini tushuntiring. Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar:

- anamnezida ikki va undan ortiq o'z- o'zidan homila tushishi kuzatilgan ayollar
- anamnezida homiladorlikning ikkinchi yarmida homiladorlikning o'z o'zidan to'xtashi va muddatidan oldingi tug'ruq bo'lgan ayollar

anamnezida bepushtlik va EKO bo'lgan ayollar

ushbu homiladorligi ko'p homilali bo'lgan ayollar

«**Boshlangan abort**»: kuchli qon ketishi, qorin pastida kuchli dardsimon og'riqlar va jinsiy yo'llardan homila qismlarining qisman ajralishida taxminiy tashxis qo'yning. Diagnostik tekshirishlar: Ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (bachadon buyni ochilishi, bachadon hajmining homiladorlik muddatlariga mos kelishi), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish.

*Davolash tadbirlari*: shok belgilari kuzatilganda shokka qarshi davoni boshlang, ayolni gospitalizatsiya qiling.

«**To'liq abort**» tashxisini qo'yilganda: yengil qon ketish, qorin pastida kuchsiz/kam dardsimon og'riqlar, anamnezida jinsiy yo'llardan homila qismlarining ajralishi.

*Diagnostik tekshirishlar*: ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (bachadon bo'yni ochilishi, bachadon hajmi homiladorlik muddatiga mos kelmasligi), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish, UTT. Shifoxmaga yotqizishga ko'rsatmalar: Homila qoldiqlari qolib ketmaganligiga ishonch hosil qilish, qon ketishi va yallig'lanish belgilari kuzatilishini aniqlash uchun – dinamikada kuzatuv va lozim bo'lsa, kasalxonada davolash. Infeksiyaning klinik belgilari kuzatilganda antibakterial davo tayinlanadi.

**Hamshiraning taktikasi**. Shok belgilari uchun darhol shokka qarshi terapiyani boshlang (shifokor ko'rsatmasi bo'yicha). Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: shoshilinch ravishda ayolni kasalxonaga yotqizish, gemorragik shokning klinik belgilari bilan shokka qarshi terapiyani boshlang.

«**Bachadondan tashqari homiladorlik**» taxminiy tashxisini qo'yilganda: hayz sikli buzilishi fonida ko'p hollarda surkaluvchi qonli ajralmalar, va har doim ham hayz tutilishi kuzatilmasligi mumkin, qorinda o'tkir (xanjarsimon) yoki dardsimon og'riqlar va ehtimolli belgilar: hushdan ketish, ko'ngil aynishi, qusish, orqa chiqaruv yo'liga irradiatsiya beruvchi og'riq, amenoreya. *Diagnostik tekshirishlar*: Ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, korin palpatsiyasida –qorin old devori mushaklari taranglashuvi (defans), ginekologik ko'rik



(bachadon bo'yni harakati og'riqli, bachadon bo'yni yopiq, bachadon hajmi normadan bir oz kattaroq, ammo taxminiy homiladorlik muddatidan kichik, bachadon Konsistensiyasi yumshoq, homiladorlik buzilganda – bachadon ortiqlari sohasida og'riqli hosila, «Duglas qichqirig'i» simptomi musbat), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish, UTT. Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar:

Ayolni kuzatish, bachadondan tashqari homiladorlikni aniqlash maqsadida shoshilinch holatda kasalxonaga yuboring. Shokning klinik manzarasi kuzatilganda (teri oqarishi, hushdan ketish, tez-tez sust tomir urishi, AQB pasayishi, qorin dam bo'lishi) va qorin pastida shiddatli og'riqlar bo'lganda bachadondan tashqari homiladorlikning buzilishini taxmin qiling va shokka qarshi davo o'tkazib shoshilinch tartibda ayolni kasalxonaga yuboring.

«Yelbo'g'oz» taxminiy tashxis qo'ying: kuchli qon ketish, to'satdan abort belgilari, qorin pastida kuchli dardsimon og'riqlar, ko'ngil aynishi/qusish, preeklampsiya belgilari (gipertenziya, proteinuriya).

*Diagnostik tekshirishlar:* ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (bachadon bo'yni ochiq, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kattaroq, uzum shingiliga o'xshasha homila qismlari ajralishi), xomiladorlikk ekspress-test o'tkazish, UTT - «qorbo'ron» manzarasi, homila aniqlanmasligi.

*Gospitalizatsiyaga ko'rsatmalar:* Maxsus davo uchun ayolni lozim bo'lsa, shoshilinch tartabda ginekologik yoki onkoginekologik bo'limga gospitalizatsiya qiling.

**«Kriminal, o'z o'zidan homila tushishi yoki tibbiy abortdan keyingi septik holat»** tashxisini 2 va undan ortiq kuyidagi belgilar kuzatilganda qo'yish mumkin: davomli qon ketish, qindan qo'lansa hidli ajralmalar kelishi, bachadon bo'ynidan yiringli ajralmalar kelishi, qorin pastida og'riq, og'riq irradiatsiyasi, bachadon og'riqliligi, holsizlik, tana haroratining yuqoriligi, bachadon bo'yni harakati og'riqliligi.

*Diagnostik tekshirishlar:* ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (bachadon bo'yni ochiq, harakati og'riqli, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kattaroq, bachadon yumshoq,

qindan qo'lansa hidli ajralmalar kelishi), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish, UTT.

*Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar:* shifokor ko'rsatmasiga asosan antibakterial davoni boshlang – ampitsillin 2 g v/iga yoki sefalosporinlar. Ayolni shoshilinch holatda kasalxonaga yuboring. Shokning klinik manzarasi kuzatilganda shokka qarshi davo o'tkazing.

**«Tug'ruq yo'llari yumshoq to'qimalari, bachadon yoki ichak jarohatlanishi»** taxminiy tashxisini 3 va undan ortiq belgilar kuzatilganda qo'yiladi:

- davomli qon ketish,
- qorin pastida kuchli spastik og'riqlar,
- og'riqlar irradiatsiyasi tananing yuqori qismiga berishi mumkin,
- qorin dam bo'lishi, peritonizm,
- ko'ngil aynishi/qusish, yuqori tana harorati.

*Diagnostik tekshirishlar:* ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (bachadon bo'yni ochiq, deformatsiyalangan, harakati og'riqli, bachadon hajmi homiladorlik muddatidan kattaroq, bachadon yumshoq, qindan turli xil darajada Qon ketishi), UTT.

**OSh taktikasi:** Shifokor ko'rsatmasiga asosan antibakterial davoni boshlang. Ayolni shokka qarshi davo o'tkazib, shoshilinch holatda kasalxonaga yuboring.

**«Bachadon bo'yni saratoni»** taxminiy tashxisini quyidagi simptomlarda qo'yiladi: turli darajaligi vaginal qon ketishlar, ko'pincha anamnezida – kontaktli qon ketishlar.

*Diagnostik tekshirishlar:* Ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, ginekologik ko'rik (ko'zgularda ko'rganda bachadon bo'ynida o'smasimon hosila yoki yuzasi qonab turgan to'qima nuqsoni aniqlanadi, bachadon hajmi va konsistensiyasi o'zgarishsiz, yoki biroz kattalashgan, yumshoq), xomiladorlikka ekspress-test o'tkazish, UTT.

*Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar:* Tashxislash va maxsus yordam uchun ayolni onkoginekologiya bo'limiga yo'llang yoki lozim bo'lsa, shoshilinch hospitalizatsiya qiling.



### 11.3. Homiladorlikning 22 haftadan katta bo'lgan muddatda qon ketishlar

Homiladorlikning 22 haftadan katta bo'lgan muddatda qon ketishlar quyidagi xolatlarda uchraydi: Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishida, yo'ldoshning oldinda joylashishida va bachadon yorilishida.

*Simptomlar/belgilar:* 22 haftadan katta muddatda qindan qon ketish.

*Diagnostik tekshirishlar nomi va asosiy davolash tadbirlari:*

- 22 haftadan katta muddatda homilador ayol jinsiy yo'llardan qon ketish bilan murojaat etganda OShP/OP va **ZUDLIK BILAN YORDAMGA CHAQIRING**
- Zudlik bilan homilador ayol ahvolini baholang (hushi, terisi rangi, pulsi, AQB, nafas soni, tana haroriti, siydik ajralishi, yo'qotilgan qon miqdori)
- Tashqi ko'rik o'tkazing, bachadon tonusini tekshiring, og'riq borligini aniqlang, homilaning yurak urishini eshiting, **HECH BIR HOLATDA QIN ORQALI (VAGINAL) TEKSHIRISH O'TKAZMANG!**
- Barcha bajariladigan tadbirlar va ko'riklar natijasi haqida ayolga ma'lumot bering
- Ayolni 2-3 darajali shifoxona/tug'ruqxona muassasalariga olib borishni tashkillashtiring
- o Gemorragik shok belgilarini aniqlash uchun ayolning ahvolini zudlik bilan birlamchi baholang, agar shok belgilari kuzatilmasa ham zudlik bilan davolashni boshlang, chunki ayolning ahvoli tezda og'irlashishi mumkin.
- o Gemodinamik kuzatuv varaqasini tuting (vaqt, AQB, puls, nafas soni, tana harorati, ichilgan suyuqlik miqdori, diurez, bajarilgan tadbirlar har 15 daqiqada, taxminiy yo'qotilgan qon hajmi (barcha taglik materiallarni saqlagan holda) va kasalxonaga olib kelingungacha to'ldirib boring
- o Agar ayol shok holatida bo'lsa, unga og'iz orqali suyuqlik bermang.

- Kuchli qon ketishda gemorragik shokning belgilari kuzatilsa yoki gemorragik shokka shubha bo'lganda **ZUDLIK BILAN SHOKKA QARSHI DAVONI BOSHLANG SHIFOKOR KO'RSATMASIGA ASOSAN**
- 2 ta venaga vena ichi sistemani kiriting, imkoni bo'lganda – angiokateter, suyuqlik quyish tezligi ayolning umumiy ahvoli bilan belgilanadi. Birinchi 15 minutda 1000 ml fiziologik eritma quyung. Yo'qotilgan qon hajmini to'ldirish uchun uch barobar ko'proq kristalloidlari quyung va kasalxonaga kelgunicha quyishni davom ettiring
- **SHOKKA QARSHI TERAPIYA**
- Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha, agar iloji bo'lsa, tomir ichiga yuborish uchun tizimni ulang – angiokateter, 2 tomirda, eritmalarning infuziya tezligi umumiy holat bilan belgilanadi. Yo'qotilgan qon hajmini qoplash uchun kristalloidlarning hajmidan uch baravar ko'p miqdorda quyish kerak) va kasalxonaga qadar butun transport davrida infuzionni davom ettirish kerak. Dastlabki 15 daqiqada 1 litr suyuqlik (fiziologik eritma) quyish kerak.
- Kislorodli niqobni taqing
- Kasalxonaga shoshilinch transportirovka qilishda o'zingiz kuzatib boring yoki tibbiy xodim, kerakli dori vositalari va yetarli darajadagi fiziologik eritma, kislorod va sun'iy nafas berish uchun Ambu qopchasi bilan ta'minlang.
- Imkoni bo'lsa, ayolni olib borilayotgan tibbiy muassasaga qon tayyorlab qo'yish va jarrohlik xonasini tayyorlash haqida xabar bering.
- Niqobni kislorod bilan ulang.
- Shoshilinch tibbiy yordam xodimlarini 133eyung yordam darajasiga olib borishda, barcha kerakli dori-darmonlar va fiziologik eritma, kislorod va sun'iy nafas olish uchun Ambu qopchasi bilan kuzatib boring yoki aniqlang.



- Iloji bo'lsa, qarindoshlaringizni va tibbiy muassasangizni, ayolni qaerga olib borayotganingizni, qon yig'ish va operatsiya xonasini ochish zarurligi to'g'risida xabardor qiling.

Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

«Normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi» taxminiy tashxisini quyidagi belgilar kuzatilganda qo'ying: qindan turli xil darajada qon ketishlar, shok, qorinda dardsimon yoki doimiy og'riqlar, homila qimirlashi kamayishi yoki kuzatilmaslgi, distress xolat (homila yurak urishi 100dan kam va 180 zarba/min.dan ortiq) yoki homila yurak urishi eshitilmaslgi. Ba'zi hollarda sanab o'tilgan belgilar, tashqi qon ketish kuzatilmaslgi mumkin – bu holatda retroplatsentar gematoma hosil bo'lganligiga – ichki qon ketishga shubha qiling.

«Yo'ldoshning oldinda joylashishi» taxminiy tashxisni quyidagi belgilar kuzatilganda qo'ying: to'liq salomatlik fonida yoki jinsiy aloqadan keyin kam miqdordagi qonli ajralmalar yoki qon ketishlar, bachadon tonusi aniqlanmaydi, homilaning oldinda keluvchi qismi yuqorida joylashgan, homila yurak urishi normal, shok.

«Bachadon yorilishi» taxminiy tashxisni quyidagi belgilar kuzatilganda qo'ying: shok, qorin shishi, bachadon chegaralari noaniq, qorin og'riqli, homila qismlari bachadondan tashqarida qorin bo'shlig'ida erkin aniqlanadi, homila harakati va yurak urishi aniqlanmaydi, onada taxikardiya va gipotoniya.

**Hamshira taktikasi:** Barcha holatlarda zudlik bilan shokka qarshi davoni boshlang, shoshilinch holatda ayolni shifoxonaga yotqizing.

#### 11.4. Homiladorlik davrida gipertenziv buzilishlar

Homiladorlik davridagi gipertenziv buzilishlarga quyidagi xolatlar kiradi:

- Surunkali gipertenziya
- Gestatsion gipertenziya: yengil va og'ir:
- Yengil preeklampsiya
- Og'ir preeklampsiya
- Eklampsiya

**Surunkali gipertenziya. Alomatlari/helgilar:** Homiladorlikkacha va homiladorlikning birinchi 20 haftasida aniqlangan gipertenziya, homiladorlikning 20 haftasigacha 1 soat oraliq bilan 2 marta o'lchaganda AQB - 140/90 mm sim.ust. va undan yuqori. Kuzatuvlar soni: Antenatal kuzatuv 20 haftagacha – 2 haftada 1 marta, 20 haftadan so'ng – har haftada.

*Asosiy davolash choralari:*

*birinchi marta aniqlangan gipertenziya* uchun tashxis qo'yish va homiladorlikni uzaytirish to'g'risida hamshirani hal qilish uchun ayolni tug'ruq kompleksiga yuboring;

*homiladorlikdan oldin mavjud bo'lgan arterial gipertenziya* bilan, birinchi marta paydo bo'lganida, homilaga ta'sirini hisobga olgan holda antihipertenziv terapiyani belgilash va homiladorlikni uzaytirish imkoniyatini hal qilish uchun tug'ruq kompleksiga yuboring.

*Kasalxonadan qaytib kelganda:*

- homiladorlikdan oldin arterial gipertenziyaning belgilangan shakli bilan antihipertenziv dorilarni qabul qilishni davom eting va tor mutaxassis bilan birgalikda homilador ayolni kuzatib boring.
- Qon bosimi homiladorlikdan oldin ayolda mavjud bo'lgan darajadan pastga tushmasligi kerak.
- homilador ayol va homilaning qoniqarli holatida homiladorlikni o'z vaqtida tabiiy tug'ilish boshlanishini ta'minlash.

*Gospitalizatsiyaga ko'rsatma:*

- gipertenziya birinchi marta aniqlanganda;
- gipertenziya fonida proteinuriya kuzatilsa.

Agar diastolik AQB 110 mm.sim.ust. va undan yuqori va sistolik AQB 160 mm.sim.ust. va undan yuqori bo'lsa, **shifokor ko'rsatmasiga asosan stasionarga yuborishda** antigipertenziv vositalar bering:

- nifedipin (korinfar) 10 mg til ostiga, agar AQB 10 daqiqadan so'ng pasaymasa (DAB 105 mm.rt.st.dan yuqori bo'lsa) AQB nazorati ostida sublingval har 15 minutda 10 mgdan 3 tabletkagacha davom eting YOKI AQB nazorati ostida 10 mg sublingval har 30 minutda diastolik AQB 90-100 mm.sim.ust.da turg'un turgunicha e'ki Dopegit 250 mg sutkada 2 marta (qat'iy individual holatda).



- dorilardan bittasi samara bermasa, ularni birgalikda qo'llash mumkin, **DORI VOSITALARNING MIQDORI KASALXONADA BELGILANADI.**

**Gestatsion gipertenziya** – bu 20 xaftadan keyin xech qanday belgi va proteinuriyasi bo'lmasdan gipertenziya xolati.

**O'rta gestatsion gipertenziya**- xomiladorlikning 20 haftasidan keyin 1 soat oraliq bilan 2 marta o'lchaganda DAB 90dan 105 mm rt. st.

Og'ir gestatsion gipertenziya- DAB 110 mm.rt.st va undan yuqori, SAB 160 mm.rt.st va undan yuqori, proteinuriya bo'lmasa eki siydikda oqsil\_\_0,3 g/l. Homilador aelni gipertenziya sabablarini aniqlash, to'liq tekshirish va keyingi nazorat qilish taktikasini hal qilish uchun tug'ruq kompleksiga **YOTQIZING.**

Homilador aelni gipertenziya sabablarini aniqlash, to'liq tekshirish va keyingi nazorat qilish taktikasini hal qilish uchun tug'ruq kompleksiga **YOTQIZING.**

Quyidagi holatlarda takror shifoxonaga yotqiziladi: nostabil AQB, - og'ir preeklampsiya belgilari kuzatilganda, homilaning rivojlanishdan orqada qolishi belgilari kuzatilganda (BTB gravidogrammada) eki homilaning ahvoli e'monlashsa - tug'dirish masalasini hal qilish uchun.

**Yengil preeklampsiya** - 1 soat oraliq bilan 2 marta o'lchaganda DAB 90 va undan yuqori, ammo 110 mm rt st,dan past va sutkalik siydikda proteinuriya –0,3g/l dan 1,0 g/lgacha.

Yakuniy tashxis qo'yish va homiladorlikni davom ettirish masalasini hal qilish uchun **HOMILADOR AYOLNI SHIFOXONAGA YOTQIZING.**

**Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatma:** yengil preeklampsiya birinchi marta aniqlangan bo'lsa, yakuniy tashxis qo'yish va homiladorlikni keyingi nazorat qilish taktikasini hal qilish uchun **HOMILADOR AYOLNI SHIFOXONAGA YOTQIZING.**

**Og'ir preeklampsiya** – bu og'ir gipertenziya+proteinuriya eki gipertenziya + proteinuriya +eklapsiyani xavfli belgilari eki og'ir gipertenziya+xavfli belgilardan biri.

**Xavfli belgilar:**

- Bosh og'rig'i (ko'p hollarda analgetiklar ta'sir qilmasdan kuchayib boradi),

- bosh aylanishi;
- Ko'rishning xiralashishi, ko'z oldida qora narsalar uchishi;
- Burun bitishi;
- Ko'ngil aynishi va qusish;
- Giperrefleksiya;
- Oliguriya (siydik ajralishi 30 ml/soatdan kam);
- Epigastriy e'ki qorinning o'ng yuqori kvadrantida og'riq;
- Yurak sohasida og'riq;
- O'pka shishi;
- tarqalgan shishlar;

#### **Hamshiraning taktikasi:**

- Barcha tibbiyot xodimlarini yordamga chaqiring va tez yordam mashinasini chaqiring yoki transportni tashkil qiling.
- Ayolni chap yonboshiga yotqizing. Venasiga katta kalibrli igna kiriting, imkoni bo'lsa, angiokateter (14 G). shifokor ko'rsatmasiga asosan

Magnezial davoni olib borish:

#### ***Pritchard bo'yicha;***

Magniy sulfat eritmasining yuklama dozasini yuboring: magniy sulfati 4 g v/iga 20 min davomida (16 -20ml 25% eritma + 20 ml 0.9% fiziologik eritma), So'ng chuqur dumbaning tashqi kvadranti m/o ga novokain yostiqchasi qilib, (10g- 40,0ml) magniy sulfatini 5 g (25% eritmani 20 mldan) har bir dumbasiga qiling.

Davom ettirish: Magniya sulfat 25%-20 ml t/o 0,5% - 5,0ml. novokain yostiqchaga har 4 soatda 24 soat davomida.

#### ***Yoki Zuspan bo'yicha:***

Yuklama dozasi: 20 minut davomida 4-6 g tomirga yuboriladi (25% magniya sulfat eritmani 16-20 ml + 20 ml 0,9 %li fiziologik eritmada). Ushlab turuvchi dozasi: 25% 100 ml magniya sulfat + 0,9% natriy xlor eritmasini 400 ml tomirga 1 daqiqada 7 tomchidan 24 soat davomida yuboriladi. Shundan keyin 2-3 darajali tug'ruq muassasiga tibbiy xodim kuzatuvda magnezial davoni davom ettirish uchun yuboriladi. 4 l/min. tezlikda kislorod bering. - 20 daqiqadan so'ng AQBni takror o'lchab ko'ring. Agar DAB 105 mm sim.ust va undan



yuqori bo'lsa, antigipertenziv davoni boshlang: - nifedipin 10 mg til ostiga. Agar 10 minutdan so'ng DAB 105 mm sim ust.dan ortiq bo'lsa, nifedipin

dozasini takrorlang. Qo'llanilgan dori vositalarini hisob- kitob qiling va klinik manzara dinamikada rivojlanishini yozib boring.

**Unutmang!** Magniy sulfat eritmasining toksik ta'sirida quyidagilar kuzatiladi:

- siydik miqdori kamayadi– 30 ml/soatdan kam; - nafas soni 12-14 marta/minutigacha; - tizza refleksi yo'qoladi eki susayadi.

**Shart!** Infuziyani to'xtatish, lozim bo'lsa O'SVga o'tkazish: antidot glyukonat kalsiyning 10% li 10 ml eritmasini v/i ga sekin yuborish lozim (5 minut davomida).

Magniy sulfat ning yuklama dozasidan so'ng – tug'dirish masalasini hal qilish uchun shoshilinch holatda 2-3 darajali kasalxonaga gospitalizatsiya qilishi shart.

**Eklampsiya** – anamnezida talvasa kuzatilmagan ayollarda homiladorlikning 20 haftasidan so'ng kuzatiladigan talvasa. Eklampsiya 20% ayollarda belgisiz to'satdan boshlanadi. Talvasalar:

- gipertenziyaning og'irlik darajasiga bog'liq bo'lmaydi;
- ularni oldindan sezib bo'lmaydi, odatda giperrefleksiya, bosh og'rig'i yoki
- ko'rishning o'zgarishsiz kuzatiladi;
- 44% holatlarda bola tug'ilgandan so'ng kuzatiladi;
- ketma- ket takrorlanib o'limga sabab bo'lishi mumkin;
- agar ayyol xonada yolg'iz bo'lsa, nazorat qila olmaslik mumkin;
- koma holatlari bilan kuzatilishi mumkin.

**Talvasa (hushsiz)**, so'ng amneziya holati - homiladorlikning 20 haftasidan so'ng va tug'ruqdan keyingi birinchi 24 soat davomida diastolik QB 110 mm.rt.st. yoki undan yuqori, - Proteinuriya 1 g/ldan ortiq, - Koma holatida kelishi mumkin (talvasasiz yoki/bilan hushsiz holatda).

Bir xil ayollarda arterial Qon bosimi normal bo'lishi mumkin. Eklampsik xurujlar fazasi: Prodromal - 10-20 sekund, Tonik - 20-30 sekund, Klonik - 1-2 minut, Koma – individual xususiyatlardan kelib chiqib minutlar eki soatlar davom etishi mumkin, Tarqalish davri – 20-

30 sekund. Tug'dirish uchun zudlik bilan yaqin oradagi 2-3 darajali tug'ruq kasalxonaga hospitalizatsiya qilinadi.

**Tezkor birlamchi baholash:** Hushi; teri qoplami; pulsi; AQB; nafas soni; siydik miqdori; tana harorati; pay reflekslarini tekshirish, Har 15 minutda dinamikada ahvolini baholash.

**Hamshiraning taktikasi:**

- Nafas olish va hushini tezda baholang
- Havo yo'llarining o'tkazuvchanligini tekshiring.
- Barcha tibbiyot xodimlarini yordamga chaqiring
- Ayolni jarohatlardan saqlang, lekin uni faol ushlab turmang
- Talvasa holati o'tgandan keyin ayolni chap tomoniga qo'ying
- Darhol tomirga katta kalibrli ignani, angiokateterni (18 G) joylashtiring.
- Shifokor ko'rsatmasi bo'yicha magnezium sulfatni tomir ichiga yuborishni boshlang: Magnesiya sulfatining yuk dozasi 4 g IV (16 ml 25% eritma) 5 daqiqa davomida (in'ektsiya paytida ayolda iliqlik hissi paydo bo'lishi mumkin), so'ngra novokain yostig'ida chuqur/m yoki 2 ml 2% li lidokain Magnesiya sulfat eritmasi 10 g (har bir dumba uchun 20 ml 25% eritma - atigi 40 ml).
- Agar hujum takrorlansa yoki 20 daqiqadan so'ng dad 110 mm HG va undan yuqori bo'lsa qo'shimcha 2 g magnezium sulfat (8,0 ml 25%) IV ni asta-sekin kiriting.
- Agar hujum davom etsa, tomir ichiga qo'shimcha ravishda 10 mg diazepam (har bir sho'r suv uchun 1% - 1ml) 2 daqiqa davomida asta-sekin yuboriladi.
- Agar DQB 110 mmHg dan yuqori yoki unga teng yoki SQB 160 mm HG dan yuqori yoki unga teng Antigipertenziv terapiyani darhol boshlang. ortiq.nifedipin til ostida 5 mg (agar homilador ayol hushida bo'lsa).
- Gemodinamika nazorati ostida tibbiyot xodimi hamrohligida 2-3-darajali shoshilinch kasalxonaga yotqizish (yozuv saqlanadi).

**Magnezial davo o'tkazish:**

Yuklama dozasi: 5 -15 minut davomida 4-5 g yuboriladi (25% critmadan 16-20 ml+ 20 ml 0,9% fiziologik critma).



Ushlab turuvchi dozasi : 25% - 100ml magniya sulfat eritmasi + 400 ml 0,9% fiziologik eritamada). 1 daqiqada 7 tomchi 24 soat davomida.

Yoki

*Yuklama dozasi:* tomirga 5-15 daqiqa ichida 4-5g(16-20 ml 25% li magniya sulfat eritmasi+ 20ml 0,9%li fiziologik eritma) Davomiga dumba m/o (10g-40,0ml) novakain yostiqlasiga 5g 25%li magniya sulfat (20ml)yuboriladi.

*Ushlab turuvchi doza:* 24 soat davomida xar 4 soatda 20 ml 25%li magniya sulfat eritmasini 0,5% - 5,0 novokain yostiqlasiga. Agar xuruj takrorlansa yoki 20 minutdan so'ng DAB 110 mm rt st va undan yuqori bo'lsa, qo'shimcha 2 g magneziy sulfatini (8,0 ml 25%) v/iga 1.5-2,0 g/soatda (11-14tomchi 1 daqiqada) yuboring.

- AQB o'lchang, puls, nafas, homila yurak urishini tekshiring

Agar xuruj davom etsa, v/i ga qo'shimcha diazepam 10mg (1% - 1ml fiziologik eritmada) yoki natriy tiopental 50 mg tomirga bir marotaba. DAB 110 mm.sim. ust. va undan yuqori va/yoki DAB 160 mm.sam.ust.dan yuqori bo'lsa, tezda anitipertenziv terapiyani boshlang: Nifedipin 5 mg til ostiga (agar homilador a'el hushida bo'lsa). Agar 10 minutdan so'ng DAB 105 mm rt stdan yuqori bo'lsa, nifedipin dozasini takrorlang. Tibbiy xodim nazoratida zudlik bilan gemodinamik kuzatuv ostida 2-3 darajali tug'ruq kasalxonaga gospitalizatsiya qilinadi (yozmalar bilan).

**Shifoxonaga etkizishga kursatma:** Talvasa to'xtagandan so'ng va magneziy sulfatning yuklama dozasi qilingandan so'ng, lozim bo'lsa, antigipertenziv vositalarni qo'llab vrach nazoratida, vena ichiga fiziologik eritma (0,9% natriya xlorid) quyib va kislorod berib, shifoxonaga yotqiziladi.

## XII BOB

### INFEKSION KASALLIKLARDA SHOSHILINCH HOLATLAR

Yuqumli kasalliklarning og'ir shakllarida bemorlarga shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan vaziyatlar rivojlanishi mumkin. Shoshilinch davolashning muvaffaqiyati og'ir yuqumli kasalliklarni erta tashxislash, ulardagi kritik sharoitlarning rivojlani shi bilan bog'liq.

***Yuqumli kasalliklarda ko'p uchraydigan shoshilinch holatlar:***

- septik shok va infeksiyon - toksik shok
- gipertermik sindromi bilan talvasa sindromi
- eksikoz, neyrotoksikoz, utkir meningit
- meningokokli infeksiya va difteriya

#### 12.1. Isitma

**Isitma**-tana haroratining barqaror ko'tarilishi. U turli xil yuqumli kasalliklar bilan rivojlanishi mumkin. Ba'zida u gemodinamikaning buzilishi, vosita va nutqning qo'zg'alishi, og'ir holatlarda - konvulsiyalar, aldanishlar, gallyutsinatsiyalar va ongni yo'qotish bilan birga keladi.

**Hamshiraning taktikasi** (yordam faqat 38,5°C dan yuqori haroratlarda kerak):

- bemordan issiq yeching, ortiqcha adyollarni olib tashlang, faqat engil choyshab yoki choyshab qoldiring;
- sovuq salfetaklarni bosh va hov joylarga, qorin va aksiller joylarga, bo'yin tomirlariga qo'ying;
- yuzdan tashqari butun tanani 20-30% spirtli suvli eritma bilan mo'l-ko'l namlang. Teri quriganidan so'ng darhol protsedurani bir necha marta takrorlang. Bunday holda, elvizakdan qochish tavsiya etiladi;
- bemorga issiq bo'lmagan suyuqlik bilan ko'p suyuqlik bering;
- shifokor ko'rsatmasi bo'yicha: paratsetamol yoki Ibuklin tabletkasini ichirish, shuningdek antipiretik moddalar bilan rektal shamchlardan foydalanish (bolalar uchun).

Kompresslar qilish, xantal qo'yish, oyoqlarini ko'tarish va boshqa issiqlik protseduralari taqiqlanadi; agar bemorda dastlab terining aniq oqarishi (periferik tomirlarning spazmi) yoki qon bosimining ko'tarilishi bo'lsa, siz qo'shimcha antispazmolitiklarni (dibazol, papaverin, magnezia va boshqalar) kiritishingiz mumkin.



Ushbu tadbirlarning to'liqligi gipertermiyaning og'irligi va barqarorligiga bog'liq, ammo hech bo'lmaganda bemorni ko'p o'rab qo'ymaslik, suyuqlik berish, terini osongina bug'lanib ketadigan suyuqliklar bilan namlash va litik aralashmani kiritish muhimdir. Agar kerak bo'lsa, kuniga 4-6 martagacha takrorlang. Bemor kasalxonaga yotqiziladi yoki og'irligiga qarab uyda qoldiriladi.

Talvasa sindrom bolalarda ko'proq uchraydi. Tonik, klonik yoki tonik-klonik konvulsiyalar bilan namoyon bo'ladi.

**Bolalarda talvasalar sindromda hamshiraning taktikasi:**

- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Tasodifiy shikastlanishlar va tilnini orqaga ketishini oldini olish uchun bemorni to'g'ri yotqizish kerak.
- **Shifokor tayinlaganidan so'ng**, tomir ichiga yuboring (agar iloji bo'lmasa, avval mushak ichiga) antikonvulsantlar: seduksen (relanium) - 2 ml (10 mg), magniy sulfat 25% - 10 ml.
- Bolalarga seduksen yoshiga qarab 2,5 - 10 mg (0,5-2 ml) dozada yuboriladi, magniy sulfat hayot yiliga 1 ml miqdorida 25% ni tashkil qiladi.
- Bemorlar kasalxonaga yotqiziladi.

**12.2. Shok (septik shok, yuqumli va toksik shok)**

**Septik shok.** Har qanday lokalizatsiyalangan yiringli-septik jarayonlarining eng jiddiy asoratlaridan biri bu septik yoki bakterial-toksik shokdir. Septik shok bilan bemorlarning 20 dan 80% gacha o'ladi. Septik shokning sababi, ko'pincha siydik ajratish, oshqozon-ichak trakti yoki o'pkada joylashgan infektsiyalar hisoblanadi. Kuzatuvlarning taxminan 30 foizida infektsiya o'chog'ini aniqlash mumkin emas. Bunday hollarda sepsis va septik shokning sababi turli xil kelib chiqadigan immunodepressiya, shu jumladan OITS sababli ham bo'lishi mumkin.

Septik shokning namoyon bo'lishi: septik shok bemor uchun xayotida xavf tug'diradi, shuning uchun o'z vaqtida tashxis qo'yish kerak. Tashxis asosan quyidagi klinik ko'rinishlarga asoslanadi: tanadagi septik o'chog'ning mavjudligi, tez-tez titroq bilan yuqori isitma, tana haroratining keskin pasayishi, qon bosimining pasayishi, qon oqimiga mos kelmaydigan, taxikardiya, taxipnoc, hushning buzilishi, qorin og'rig'i, ko'krak qafasi, oyoq-qo'llar, belda og'riq, bosh og'rig'i, siydik chiqarishning pasayishi anuriyaga qadar, petexial toshma, terining

nekrozi, infektsiya joyidagi kichik mahalliy o'zgarishlar va bemorning umumiy holatining og'irligi o'rtasidagi nomutanosiblikdir.

Septik shok nafas olish qiyinlashuvi sindromi yoki tarqalgan tomir ichi ivish(TTII) sindromining rivojlanishi bilan birga bo'lishi mumkin.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi, o'tkir nafas olish yetishmovchiligi, shuningdek TTII sindromining rivojlanishi tufayli qon ketish belgilari ko'pincha septik shokning klinik ko'rinishi kuchayishidan dalolat beradi.

#### **Hamshiraning taktikasi:**

- shifokorni chaqiring
- toksik shikastlanish xavfini bartaraf etish;
- qon ivishining oldini olish;
- qon tomir devori orqali kislorodning kirib borishini engillashtirish va uning hujayralardagi so'rilishini tezlashtirish;
- kasallikning asosiy sababini – sepsis o'chog'ni yo'q qilish.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi mavjud bo'lganda, eritmalarni kiritishga qarshi ko'rsatma - tanadagi suyuqlikning ko'pligi shish va intoksikatsiyaga olib keladi, shuning uchun bunday bemorlar uchun qon gemodializ yordamida tozalanadi.



**Infeksion - toksik shok (ITSh).** Bu massiv bakteremiya tufayli qon bosimining keskin pasayishidir. Ularning toksik ta'siri tanani shok holatiga olib keladi va hayotiy tizimlarning, birinchi navbatda yurak-qon tomir, asab va nafas olish tizimlarining ishini buzadi. Bu esa yurak-qon tomirlari, nafas olish va asab tizimining ishlashiga xalaqit beradigan



viruslar ta'sirining natijasidir. Kasallik tez rivojlanishi mumkin va jarrohlik aralashuvisiz o'lim ikkinchi kundan kuzatilishi mumkin.

***Sabablari:***

- Barcha virusli mikroorganizmlar tanani zaharlaydigan zaharli moddalarni chiqaradi. Biroq, ulardan ozgina qismi ITSh ga olib keladi. Ko'pincha ITSh ning paydo bo'lishi organizm oqsil tabiatli mikroorganizmlar tomonidan zararlanganda aniqlanadi. Shu sababli, ITSh holati ko'pincha stafilokokklar va streptokokklar tomonidan qo'zg'atiladi. Stafilokokklar immunoglobulinlarni bog'laydigan va kollagenni yo'q qiladigan oqsillarni sintez qiladi. Streptokokklar Qon hujayralarini yo'q qiladi, ularni butunlay eritib yuboradi.
- Alohida guruhda infeksiyalarni ajratish kerak, birinchi alomatlari toksik shok (ayniqsa bolalarda) eng ko'p uchraydi. Bu meningokokk kasalligi. Bu erta yoshdagi chaqaloqlar uchun xavflidir. Shunday qilib, uning kichik turlaridan biri - meningokokksemiya) gemodinamika va buyrak usti bezlari funksiyalarini buzilishiga olib keladi.

***Belgilari:***

- Yuqumli kasallikni aniklash
- Sistolik ko'rsatkichga alohida e'tibor qaratiladi. Uning odatiy ko'rsatkichlardan 30% ga tushishi shokning boshlanishi haqida signaldir.
- Tana harorati ko'tarilganda tomoq og'rig'i va suyaklar og'rishi mavjud.
- Taxikardiya.
- Siydikni pasaytirish.
- Terisi sovuq va yopishqoq, teri rangi oqargan
- Bemorning hushi buzilgan, tez-tez qayt qilish boshlanadi.
- Bemor betoqat holatida. Oyoq tagi, kaftlarda va qo'ltiqlarda kichik toshma paydo bo'ladi.
- Shilliq pardalar va terining qizarishi.
- Infeksiya uchogida og'riqning kuchayishi. ITSh ning rivojlanishini ko'rsatadigan belgi – bu tanada quyoshdan kuyishga o'xshash qizil nuqta ya'ni intoksikatsiyaning o'ziga xos namoyon bo'lishidir.
- Kichkintoylarda alomatlar tezroq rivojlanadi. Ular deyarli darhol keskin darajada, qusish va talvasa sindromni boshdan kechiradilar.

Ushbu belgilarning har biri darhol kasalxonaga yotqizish uchun signaldir.

#### **Hamshiraning taktikasi:**

Bemorning tanasini kislorod bilan boyitishga erishiladigan kislorod niqobidan foydalangandan so'ng, shifokor buyurganidek, dori-darmonlarni qabul qilish boshlanadi: natriy xlorid eritmasi; glyukokortikoidlar; insulin bilan glyukoza; albumin; eufillin. Keyin bemor shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqiziladi, chunki kasallikning sabablarini aniqlash va ularni davolashni faqat statsionar sharoitda buyurish mumkin.

### 12.3. Neyrotoksikoz

**Neyrotoksikoz.** Markaziy asab tizimi va uning vegetativ qismlarini bakteriyalar, ularning toksinlari, viruslari, to'qimalarning parchalanish mahsulotlari bilan qo'zg'atish tirnash xususiyati tufayli yuzaga keladi.

Neyrotoksikozning namoyon bo'lishi: miya shishishi va bo'rtishi, qon tomir kasalliklari, nafas olish va metabolik kasalliklar rivojlanadi. Gipertermik va ba'zan talvasav sindromi rivojlanadi, bemor letargik, lanjlik, bosh og'rig'idan shikoyat qiladi, qusishdan oldin ko'ngil aynishi, yorug'likdan ko'zlari qamashishiga bezovtalanadi, boshga qo'rg'oshin quyilgandek holatda bo'lishi. Meningeal alomatlar qayd etilishi mumkin: esa mushaklarning rigidligi, Kerniga va Brudzinskiyning ijobiy belgilari, bolalarda esa katta liqildoqning shishishi va taranglashishi bilan izohlanadi.

**Ekzikoz-suyuqlikning yo'qolishi.** U takroriy qusish va suyuq najas bilan kechadigan ko'plab yuqumli kasalliklar bilan rivojlanadi. Tana vaznining 5% miqdorida suyuqlikni yo'qotish xavfli, ayniqsa bolalarda sezilarli bo'ladi.

Ekzikozning eng dastlabki belgilari shilliq pardalar, lablar, til, og'iz bo'shlig'i, chanqoqlik, taxikardiya kuzatiladi. Dehidratatsiyaning rivojlanishi bilan bemorning ongi chalkashib ketadi, refleklar zaiflashadi. To'qimalarning turgori pasayadi, yuzi "charchagan", ko'zlari botgan, oyoq-qo'llari sovuq, bolalarda katta liqildoq cho'kadi. **Oliguriya rivojlanadi.** 10% dan ortiq suyuqlik yo'qotilganda koma rivojlanishi mumkin, qon bosimi pasayadi, puls tez-tez, zaif, yurak tovushlari past, oliguriya, anuriyaga qadar (gipovolemik shok).

#### **Hamshiraning taktikasi:**



- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring.
- Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.

Eksikozning engil darajasi bilan asosan og'iz orqali regidratatsiya buyuriladi: limon, suv, 5% glyukoza eritmasi bilan ko'p miqdorda choy ichish. Bundan tashqari, qaynatilgan suvda erigan "Regidron" kukunlaridan foydalanishingiz mumkin. Ba'zida bemorlar, ayniqsa bolalar, birdaniga ko'p miqdorda suyuqlik ichishdan bosh tortadilar. Bunday holda, u fraksiyonel ravishda beriladi - 1 osh qoshiq. l. har 10-15 daqiqada.

- Kuchli eksikoz bilan 100 ml gacha izotonik natriy xlorid eritmasi, 5% glyukoza eritmasi yoki "Disol", "Trisol", "Atsesol" va shunga o'xshash eritmalar tomir ichiga yuboriladi, shundan so'ng ular tizim orqali tomchilatib yuboriladi.
- Engil ekzikozli bemorlarni uyda faol qo'ng'iroqni mahalliy shifokorga yuborish orqali qoldirish mumkin. O'rtacha darajadagi bemorlar kasalxonaga yotqizilishi kerak (shifoxonaning profili asosiy kasallik bilan belgilanadi), gipovolemik shok bilan og'riqan bemorlar joyida regidratatsiyani boshlashlari va bemorni reanimatsiya bo'limiga ega bo'lgan kasalxonaga etkazish uchun reanimatsiya yoki tibbiy guruhni chaqirishlari kerak.

*Haqiqiy krup* laringeal difteriya bilan uning shishishi va nafas yo'llarining difteriya plyonkalari bilan qoplanishi natijasida rivojlanadi. Nafas olish yetishmovchiligining kuchayishi bilan namoyon bo'ladi, asfiksiyaga olib kelishi mumkin.



**Tibbiy yordam taktikasi:** difteriya krupi bo'lgan bemorlar doimiy kislorodli terapiya bilan o'tirgan holatda difteriya kasallarini kasalxonaga yotqizish uchun ajratilgan maxsus bo'limlarga etkazilishi kerak.

#### 12.4. Meningit

*Meningit* shoshilinch nevrologik holat. Ko'proq erta yoshdagi bolalar kasallanadi, ayniqsa chala tug'ilganlar, ular orasida kasallanganlarning yarmidan ko'pi o'lim bilan tugaydi.

Meningit gumon etiladigan belgilar:

- isitma va miya qobiqlari qo'zg'alishi belgilarining qo'shib kelishi;
- kongil aynashi bilan bir qatorda petexial toshmalar paydo bo'lishi yoki hushning buzilishi;
- kattalarda isitma va epileptik talvasani qo'shib kelishi;
- go'daklarda isitma, katta liqildoq bo'rtishi, ayniqsa qayt qilishdan so'ng bo'rtganligicha qolishi (suvsizlanishda liqildoq ichga botadi);
- meningokokkli infeksiyaga chalingan bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxsda isitma bo'lishi.

#### Bolalarda meningit belgilari

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar	1oydan 2 yoshgacha bola	2 yoshdan katta bola
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isitma</li> <li>• Uyquchanlik</li> <li>• Ovqatdan bosh tortish</li> <li>• Qayt qilish</li> <li>• Nafas yetishmovchiligi</li> <li>• Talvasalar</li> <li>• Bezovtalik</li> <li>• Sariqlik</li> <li>• Katta liqildoq bo'rtishi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isitma</li> <li>• Qayt qilish</li> <li>• Yuqori qo'zg'aluvchanlik</li> <li>• Uyquchanlik</li> <li>• Talvasalar</li> <li>• Katta liqildoq bo'rtishi</li> <li>• Boshni orqaga tashlash</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isitma</li> <li>• Qayt qilish</li> <li>• Uyquchanlik</li> <li>• Bosh og'rig'i</li> <li>• Ensa mushaklari rigidligi</li> </ul>





**Hamshira taktikasi:**

- tez yordam chaqirish;
- Qonni bakteriologik tekshiruvga antibiotik qo'llashdan oldin olish;
- bemorni shifoxonaga yo'naltirishdan oldin zudlik bilan benzilpenitsillin qilinadi:
- bolalarga: 50000-75000 birlik/kg t/i har 4 soatda;
- kattalarga: 2 mln birlikda t/i har 2 soatda yoki 4 mln. birlikda har 4 soatda t/i.

Penitsillinlarga allergiyasi bo'lsa – xloramfenikol yoki vankomitsin qo'llaniladi.

Meningit bilan muloqotda bo'lganlarda profilaktika o'tkazish: Faqat yaqin muloqotda bo'lganlarga, masalan oila a'zolari-ga o'tkaziladi: 2 kun davomida kuniga 2 marta rifampitsin – 600 mg qilinadi. Bolalarga – 10 mg/kg dan, 2 kun davomida kuniga 2 marta, 1 yoshgacha bolalarga – 5 mg/kg, 2 kun davomida kuniga 2 marta qo'llaniladi. Kattalarga siprofloksatsin – 500 mg bir marta buyuriladi.

***Kasalxonaga yotqizish uchun ajratilgan maxsus bo'limlarga etkazilishi kerak.***

## XIII BOB

### GASTROENTEROLOGIYADA SHOSHILINCH HOLATLAR

#### 13.1. Qorindagi o'tkir og'riq

Qorin bo'shlig'idagi og'riq bo'lgan tashvish beruvchi alomatdir. Shoshilinch jarrohlik aralashuvini talab qiladigan qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir kasalliklari bo'lishi mumkin. Qorindagi og'rik o'tkir, utkir osti, surunkali va takroriy og'riqlar bo'lishi mumkin.

- Qorin bo'shlig'idagi o'tkir og'riqlarning yeng ko'p uchraydigan sabablari - o'tkir appenditsit, shuningdek ichak, buyrak va o't yo'llari kasallikdari.
- Oshqozon ichidagi og'riq va takroriy qusish - ingichka ichak tutilishining o'ziga xos xususiyati hisoblanadi.
- Qorin bo'shlig'idagi siqilish va simmetrik shishish - yo'g'on ichak tutilishining o'ziga xos xususiyati.
- Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir jarrohlik kasalliklarida deyarli har doim birinchi og'riq bo'lib, keyin yesa qusish bo'ladi.
- Ateroskleroz, bo'lmachalar fibrilatsiyasi borlarda yoki yaqinda miokard infarkti bilan og'rigan keksa odamlarda qorin bo'shlig'ida og'riqlar bo'lsa, mezenteral qon aylanishining buzilishiga shubha qilinishi kerak.

*Korin bushligi utkir kasalligiga kuyidagi belgilar kuzatilsa shubxalanish mumkin:*

- bosh aylanishi,
- takroriy sababsiz kayd kilish,
- korin dam bulishining usib borishi, og'rikning kuchayishi,
- kichsizlik, apatiya,
- teri rangi okargan, sovuk ter,
- arterial gipotoniya,
- mersatel aritmiya yeki taxikardiya,
- xarorat kutarilishi,
- korin oldingi mushagining tarangligi.

Ko'pincha qorin bo'shlig'i organlarining yallig'lanish kasalliklari (appenditsit, divertikulit, xoletsistit va pankreatit) o'rtacha isitma bilan birga keladi (37,7-38,5<sup>0</sup>S). Agar bemorda tana harorati normall bo'lsa, bu hech qanday ma'noni anglatmaydi: masalan, yaraning teshilishi bilan,



harorat darhol ko'tarilmaydi. Gipotermiya yomon prognostik belgidir; bu septik sindromni ko'rsatishi mumkin. Yurak urishi, nafas olish tezligi va Qon bosimining o'zgarishi o'ziga xos yemas. Taxikardiya Qon ketishi yoki uchinchi bo'shliq suyuqligining chiqishi yoki gijjalar bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Qorindagi o'tkir og'riqlar bilan zarba qorin bo'shlig'ida Qon ketishini anglatadi; bunday bemorni zudlik bilan darhol operatsiya qilish uchun statsionarga yotkizish talab kilinadi.

Gipotermiya yomon prognostik belgidir; bu septik sindromni ko'rsatishi mumkin. Yurak urishi, nafas olish tezligi va qon bosimining o'zgarishi o'ziga xos emas. Taxikardiya suyuqlik chiqishi bilan bog'liq qon ketish yoki gipovolemiya bilan yuzaga kelishi mumkin uchinchi bo'shliq yoki qusish. O'tkir qorin og'rig'i zarbasi qorin bo'shlig'ida qon ketishini ko'rsatadi; bunday bemorni darhol operatsiya qilish kerak.

**Qorin bo'shlig'ini tekshirish:** qorin shaklini baholang, unga operatsiyadan keyingi chandiqlar bor-yo'qligini tekshiring; churra eshigiga alohida e'tibor bering. Qorin bo'shlig'i a'zolarining har qanday yallig'lanish kasalligi bilan ichak pareziyasi paydo bo'lishi mumkin; bunda ichak shovqinlari zaiflashadi yoki yo'q. Ichak tutilishi va virusli gastroenterit bilan ichak shovqinlari, aksincha, kuchayadi. Bemorda "normal peristaltika" borligi sababli o'tkir jarrohlik kasalligi haqidagi taxminni rad etib bo'lmaydi. O'tkir qorin og'rig'i uchun palpatsiya va perkussiya eng kam og'riqli joylardan boshlab ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Qorinni palpatsiya qilish og'riqli joylarni, qorin bo'shlig'ida va churrada katta hajmli massalarni aniqlashga, shuningdek, mushaklarning kuchlanishini baholashga imkon beradi. Barmoq bilan rektal tekshiruv qorinni tekshirish uchun muhim qo'shimcha hisoblanadi. Uning yordami bilan najas, o'smalar va to'g'ri ichakning torayishi, mayda chanoqda og'riq va hajmli shakllanishlar mavjudligi aniqlanadi.

**Laboratoriya va instrumental tekshirishlar.** O'tkir qorin og'rig'i bo'lgan har bir bemor qon guruhini aniqlash uchun qon oladi Rh - omil, leykotsitlar formulasi bilan to'liq qon tekshiruvi qimmatli ma'lumotlarni beradi, ammo tashxis qo'yishga imkon bermaydi. O'rtacha yoki yuqori leykotsitoz-o'tkir infektsiya o'tkir infektsiya va boshqa yallig'lanish turlarining belgisidir. Anemiya o'tkir yoki surunkali qon yo'qotilishini ko'rsatadi; iloji bo'lsa, operatsiyadan oldin anemiyani yo'q qilish kerak. Elektrolitlar tarkibini tahlil qilish, ayniqsa, suvsizlanish yoki suyuqlikni qayta taqsimlash natijasida yuzaga keladigan gipovolemiyada juda muhimdir. Agar jigar yoki o't yo'llari kasalligiga shubha qilingan bo'lsa,

jigar funksiyasining biokimyoviy ko'rsatkichlari va oshqozon osti bezi fermentlarining faolligi aniqlanadi. Agar operatsiya rejalashtirilgan bo'lsa, siz PV va APTV ni o'lchashingiz kerak. Siydik tekshiruvi o'tkaziladi. Agar gematuriya yoki leykotsituriya aniqlansa, urologik kasallikka shubha qilish kerak va siydikning o'ziga xos og'irligi bilan suv muvozanatini baholash mumkin. Agar ichak infeksiyasiga shubha qilingan bo'lsa, najasni tekshirish kerak. O'tkir qorin og'rig'i bilan siz bemorning ko'kragini tik turgan holda suratga olishingiz kerak. Unda siz diafragma ostida havo to'planishini ko'rishingiz va qorin og'rig'i bilan namoyon bo'lishi mumkin bo'lgan ko'krak qafasi organlarining kasalliklarini aniqlashingiz mumkin. KT birinchi navbatda retroperitoneal bo'shliq organlari kasalliklari (masalan, pankreatit bilan) va qorin bo'shlig'idagi cheklangan yallig'lanish jarayonlari (masalan, divertikulit bilan) uchun zarurdir. Ultratovush tekshiruvi jigar, o't yo'llari, o't pufagi, oshqozon osti bezi, bachadon va qo'shimchalarning holatini baholashga va qorin bo'shlig'ining hajmli shakllanishining mohiyatini aniqlashtirishga imkon beradi. Uning yordamida o't toshlari, o't pufagi atrofida suyuqlik to'planishi va umumiy o't yo'lining kengayishi aniqlanishi mumkin. Agar ichak ishemiyasiga shubha qilingan bo'lsa, angiografiya o'tkaziladi. O'tkir qorin og'rig'i bilan, tekshiruv bir vaqtlar oshqozon-ichak traktining radiopaq tekshiruvlarini boshlamaydi. Agar tekshiruv rentgenogrammasida oshqozon yarasi teshilishiga shubha qilingan bo'lsa, pnevmoperitoneum topilmadi, tadqiqot suvda eriydigan kontrast modda bilan amalga oshiriladi.

### 13.2. Me'da ichak traktidan qon ketishlar

Yara kasalligining asoratlari Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yaralarining aksariyat sabablari *Helicobacter pilori* infeksiyasi, YaQNSD yoki giperxloridriyani qabul qilishdir. Oshqozon yarasi kasalligining pasayishiga qaramay, og'ir asoratlari – qon ketish, oshqozon yarasi teshilishi va pilorik stenozlar kamaymayapti.

**Qon ketishi** – ko'p uchraydigan asoratdir. Belgilari: qon qayt qilish yoki «kofe quyqasi» ko'rinishida qayt qilish, Qonli najas; holsizlik, hushdan ketish, chanqash va qon ketishi bilan bog'liq ravishda terlash. Taktika: shok bilan kurashish, shifoxonaga yotqizish.

Penetratsiya – charvi xaltasi yoki yon a'zoga o'tishi. Og'riq kuchli bo'lishi mumkin, qorinda joylashmasdan boshqa sohalarda kuzatilishi mumkin va bemorning tana vaziyatiga ko'ra o'zgarishi mumkin. Agar



oshqozon osti beziga penetratsiya kuzatilsa, u holda qon zardobida amilaza va lipaza miqdori oshadi. Taktika: jarrohlik bo'limiga yuboriladi.

**Oshqozon yarasi teshilishi.** Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasining teshilishi ko'pincha 50-60 yoshli bemorlarda uchraydi. Xavf omillari oshqozon yarasi, YaQNSD foydalanish va chekish. Teshilishning eng keng tarqalgan belgisi oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishi kuchli qorin og'rig'idir. U to'satdan paydo bo'ladi va epigastriyada lokalizatsiya qilinadi, vaqt o'tishi bilan u to'kilib ketishi mumkin. Ba'zida ko'ngil aynish va gijjalar paydo bo'ladi. Taxikardiya va taxipnoea keng tarqalgan. Palpatsiya paytida tarqalgan og'riq, qorin pardataranglashish belgilari qayd etiladi. Laboratoriya tekshiruvda kichik leykotsitoz aniqlanadi. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining rentgenogrammalarida, tik turgan va yonboshlab yotgan holda, qorin bo'shlig'idagi holatlarning 70% erkin gaz aniqlanadi. Tekshiruvdan oldin bemor 10-15 daqiqa davomida turishi yoki yonboshlab yotishi kerak, shunda qorin bo'shlig'ida joylashgan barcha erkin gaz eng yuqori nuqtaga to'planadi. Yara teshilishi bo'lgan bemorlarning 95% jarrohlik amaliyoti talab etiladi. Shuning uchun bemorlarni jarrohlik bo'limiga yotqizish kerak.

**Privratnik stenoz** – surunkali yaraning chandiqlanishi bilan kelib chiqishi yoki o'tkir yaraning spazmi va yallig'lanishli shishida kuzatilishi, hamda oshqozonning distal qismi saratoni yoki Kron kasalligi natijasida kelib chiqishi mumkin. Klinik kechishi: qorinda og'riqlar, ko'ngil aynishi, 6 soat avval iste'mol qilingan ovqat bilan qayt qilish, tez to'yinish hissi, ovqatlanishdan so'ng o'ta to'lishish, ishtahaning yo'qolishi, turg'un meteorizmbo'lishi xosdir. Agar stenoz sekin-asta rivojlansa – bemorlar ozadi, agar tez rivojlansa – suvsizlanish va elektrolitlar almashinuvining buzilishiga olib kladi.

**Tekshiruvlar:** perkussiyada – epigastriyda ovqatdan so'ng 6 soat ichida chayqalish shovqini; oshqozon tarkibining uyqudan so'ng aspiratsiyasida - 200 ml dan ortiq suyuqlik yoki ovqat qoldiqlarining chiqishi kuzatiladi. Endoskopiyada (va biopsiyasida), obstruksiyaning sababi, joylashishi va darajai aniqlanadi; rentgenoskopiyada – bariy eritmasining turib qolishi, oshqozonning sezilarli kattalashganligi kuzatiladi. Taktika: o'tkir yarada – oshqozon ichidagi bor narsalar aspiratsiyalanadi va N<sub>2</sub>-blokatorlar t/i ga yuboriladi; degidratatsiya va elektrolitlar almashinuvining buzilishi korreksiyalanadi. Surunkali

yarada – oshqozon ichidagi bor narsalar aspiratsiyasi, antisekretor vositalar, infuzion terapiya, gastroenterolog va jarroh maslahati talab qilinadi.

Malignizatsiya (oshqozon saratoniga qarang) – ko'pincha oshqozon yara kasalligida kuzatiladi, odatda adenokarsinoma rivojlanishi mumkin.

**Oshqozon – ichakdan qon ketishi**

Kasallik kechishining og'irligi yo'qotilgan qon xajmi bilan bog'liq.

Me'da -ichak yo'llari yuqori qismidan qon ketishi

**Sabablari:** peptik yara, gastritlar, qizilo'ngach tomirlarining varikoz kengayishi, dori vositalari (NYAQV, steroidlar, antikoagulyantlar), ezofagitlar, me'da va qizilo'ngach saratoni, gemangiomasi, qon kasalliklari, burundan ketayotgan qonni yutish. Boshqalar: anamnezida – alkogol, surunkali jigar kasalliklari.

**Xos belgilar:** Qon qusish, melena (najasning qora rangda o'ziga xos hidli bo'lishi).

Me'da -ichak yo'llari quyi qismidan qon ketishi

**Sabablari:** divertikulitlar, kolitlar (yuqumli yoki yallig'lanish kasalliklari), yo'g'on ichak polipi yoki o'smalari, bavoasil, orqa chiqaruv teshigi yoriqlari, angiodysplaziya, gemangioma, Qon kasalliklari, me'da-ichak traktining yuqori qismidan kelayotgan qon.

**Xos belgilar:** to'g'ri ichak va najasda alvon rangli qon bo'lishi.

O'tkir davrini tashhislash belgilari: hushning xiralashishi, karaxtligi, yopishqoq ter, marmarsimon teri, og'riq, aylanib yuruvchi qon hajmi (AYUQH) ko'rsatgichlari – qon aylanish hajmining oshishi birdan ko'payadi; AQB – ortostatik gipotoniya, gorizontol holatda arterial gipotoniya, shok, a'zolarning ishemik buzilishlari xosdir.

**Mallori-Vayss Sindromi.** Ushbu sindromning mohiyati kardiya sohasida oshqozon shilliq qavatining chiziqli yoriqlarini hosil qilishdir. Ushbu sindromning diagnostikasi shoshilinch holatlarda fibrogastroskopiya asoslanadi.

**Sil etiologiyali o'pkadan qon ketishi.** Anamnestik ma'lumotlar va nafas olish tizimida uberkulyozini ob'ektiv o'rganish ma'lumotlari mavjud bo'lganda diagnostika osonlashadi.

**Oshqozon-ichakdan qon ketish uchun davolash va diagnostika jarayonining asosiy maqsadlari.** Manbani aniqlash va qon ketishini to'xtatish: klinik ko'rinish, qon bosimi, puls, to'liq qon ro'yxati, oshqozon naychasini kiritish – dinamik kuzatuv uchun, Per rektum tekshiruvi,



ezofagogastroduodenoskopiya (mavjudligi bo'yicha) - diagnostika va davolash maqsadida o'kaziladi.

**Og'irligini baholash va qon yo'qotilishini etarli darajada to'ldirish.** Qon yo'qotish hajmini aniqlash uchun siz zarba indeksidan foydalanishingiz mumkin (Algover indeksi): yurak urish tezligi/sistolik qon bosimi aniqlanadi. Odatda 0,5-0,6. Indeks qanchalik katta bo'lsa, qon yo'qotish shunchalik og'ir bo'ladi.

Algover indeksi	Qon yo'qotish hajmin (% OSK)
0,7-0,8	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 va ortiq	30 va ortiq

### Hamshira taktikasi:

- mijozni zudlik bilan shifoxonaga yotqizishga tayyorlash;
- tez tibbiy yordam mashinasi kelguncha, qon ketish sababini aniqlash uchun, mijozning yonidagilar\qarindoshlaridan anamnez yig'ish;
- anamnez va ko'rik natijalariga ko'ra qon ketish og'irligini baholash;
- Oshqozon-ichak traktidan qon ketishiga yoki quyi qismidan kuchli qon ketayotganiga gumon bo'lsa:
  - tomirni parenteral dori yuborishga tayyorlash;
  - kislorod berish;
  - plazma, suyuqliklarni t/i yuborish;
  - zudlik bilan shifoxonaga yotqizish.

**O'tpufagi sanchig'i** -O't yo'llarining o't-toshlari yoki quyuqlashgan o't suyuqligi bilan obstruksiyasii natijasida tiqilishi o't sanchig'ini rivojlantiradi. O't tosh kasalligi bilan turli yoshdagilar kasallanadi. lekin semiz ayollarda, ayniqsa ko'p tuqqan va peroral kotratseptivv vositalar qabul qiluvchilarda ko'proq uchraydi. Klinik ko'rinishi:

- Anamnezida odatda sariqlik yoki o't sanchig'iga o'xshash og'riq xurujlarini ko'rsatadi.
- og'riq to'satdan boshlanadi, 20 minutdan keyin eng kuchli bo'lib, keyin pasayadi yoki bir necha soat davomida shu doimiylicha qoladi. O't sanchig'ining davomiyligi – 20 minutdan 6 soatgacha bo'ladi.

- og'riq o'ng qovurg'a ostida yoki epigastriyda joylashib, o'ng yelka yoki kurakka tarqaladi, ba'zan bemor oldinga engashib o'tirganda kamayadi.
- xuruj vaqtida bemor asabi qo'zg'algan, bezovta, bukchayib yotadi yoki og'riqni kamaytiruvchi boshqa holat qidiradi. Kekirish, ko'ngil aynishi, o't bilan qayt qilish kuzatiladi.
- qorin paypaslanganda o't pufagi proyeksiyasida og'riq va qorin old devori mushaklarining bir oz taranglashuvi aniqlanadi.
- 60% hollarda o't sanchig'i o'z-o'zidan o'tib ketadi. 70% bemorlarda hafta, oy, yillar o'tib, qaytalanishi mumkin. O't sanchig'i kuzatilgan bemorlarning 10-20% ida asoratlari paydo bo'ladi: o'tkir holetsistit, xolangit, yoki pankreatit. Shuning uchun o't sanchig'ini davolash lozim, odatda holetsistektomiya o'tkaziladi.

**Hamshira taktikasi:** Shifoxonaga yotqizish, mutaxassis tomonidan tekshiruv va davolash.

**O'tkir jigar yetishmovchiligi** - jigar parenximasining o'tkir zararlanishi oqibatida uning funksiyasi buzilishi bilan ta'riflanadi.

**Sababi:** virusli gepatitning og'ir shakllari, ishlab chiqarish mahsulotlaridan zaharlanishlar (margimush, fosfor va boshqa birikmalar), o'simlik (qo'ziqorinlar) va boshqa gepatotrop xususiyatga ega bo'lgan zaharli moddalar, dori vositalari (paporotnik ekstrakti, tetratsiklin va boshqalar), boshqa guruh qon quyilishi sababli bo'lishi mumkin.

**Belgilari:**

- I- bosqichda klinik belgilari yo'q, lekin organizmning spirtli ichimliklar va boshqa toksik ta'sirlarga tolerantligi paydo bo'ladi;
- II- bosqichda: sababsiz behollik, mehnat qobiliyatining pasayishi, dispepsik buzilishlar, sariqlik, gemorragik diatez, assit, ba'zan oqsil yetishmovchiligi shishlari paydo bo'lishi va kuchayishi bo'ladi.

Laborator tekshiruvlar – barcha jigar sinamalarining ifodalangan me'yordan chetga chiqib ketishi; Qonda albumin, protrombin, fibrinogen, xolesterin miqdorini kamayishi. Odatda Qonda aminotransferazalar oshgan, ayniqsa ALAT, ko'pincha kamqonlik va ECHT oshishi kuzatiladi. Jigar komasining rivojlanish belgilari paydo bo'ladi.



**Hamshira taktikasi.** Terminal holatni kutmasdan zudlik bilan shoshilinch yordam markaziga yotqizish.

**Jigar komasi (gepatargiya).** Koma oldi, koma xavfi va koma bosqichlari ajratiladi. Shu bilan birga, parenximaning kuchli ifodalangan nekrozi sababli rivojlanuvchi jigar-xujayrali (endogen) koma, ifodalangan portokaval anastamozlar tufayli almashinuv jarayonlaridan jigarning modda almashinuvi jarayonida deyarli qatnashmasligidan kelib chiqqan portokaval (shuntli, ekzogen) koma, va asosan jigar sirrozlarida uchraydigan aralash koma farqlanadi.

*Koma oldi davri:*

- kuchayib boruvchi anoreksiya, ko'ngil aynishi, jigar o'lchamlarining kichrayishi, sariqlikning kuchayishi, giperbilirubinemiya, qonda o't kislotasi miqdorining ortishi kuzatiladi. Undan keyin asab-ruhiy buzilishlar, sekin fikrlash, depressiya, ba'zan esa eyforiya paydo bo'ladi. Kayfiyatning o'zgaruvchanligi, jahldorlik, uyqu buzilishi xosdir. Pay reflekslari kuchayib, oyoq-qo'llarda mayda tremor ko'rinadi, azotemiya rivojlanadi. Faol davolash natijasida bemorlar bu holatdan chiqishlari mumkin, lekin ko'pincha, jigarning qaytmas o'zgarishlarida, koma rivojlanadi.

*Koma davrida*

- oldin bezovtalanish bo'lib, keyin stuporga o'tadi va hush buzilishining kuchayib borishi uni butunlay yo'qolishigacha borishi mumkin. Meningeal belgilar, patologik reflekslar, talvasalar, harakat bezovtaligi boshlanadi. Patologik nafas olish (Kussmaul, Cheyn-Stoks nafasi); kuchsiz, aritmik puls; tana gipotermiyasi yuzaga keladi. Bemorning yuzi ozgan, oyoq-qo'llari sovuq, og'zi va terisidan shu holatga xos bo'lgan «jigar xidi» keladi, gemorragiyalar (terida ko'karishlar, burun, milk, qizilo'ngachning varikoz-kengaygan tomirlaridan qon ketishlar va boshqalar) paydo bo'ladi. ECHT, qonda qoldiq azot va ammiak miqdori oshadi, gipokaliyemiya va giponatriyemiya, metabolik atsidoz rivojlanadi.

O'tkir jigar yetishmovchiligi tez, bir necha soat yoki kunlarda rivojlanadi va o'z vaktida, lekin o'z vaqtida davolash natijasida bu holatni orqaga qaytarish mumkin.

**Hamshira taktikasi:** O'tkir jigar yetishmovchiligida (uning bosqichidan qat'iy nazar) bemorlar zudlik bilan shifoxonaga yotqiziladi (virusli gepatit, leptospiroz va boshqa yuqumli kasalliklarda – yuqumli kasalliklar shifoxonasiga, jigarning toksik zararlanishida – toksikologiya markazlariga).

Gipovolemik shok- odatda qon ketishi (ichki, tashqi) natijasida, masalan, me'da-ichak tizimidan yoki qorin aortasi yorilishida kuzatiladi.

**Belgilari:**

- *erta belgilari:* taxikardiya, puls 100 ta/min. ko'p, terining oqarishi, terlash, bezovtalik (asab qo'zg'alishi);
- *dekompensatsiya belgilari:* ipsimon puls yoki YUQS, puls va AQBni birdan kamayishi, hushning buzilishi, oqargan, sovuq va yopishqoq teri, nafas tezlashgan, yuzaki, qiyinlashgan yoki aritmik.
- *boshqa belgilari* – midriaz, ifodolangan chanqov, chanqash, ko'ngil aynishi va qayt qilish, lablar ko'karishi.

**Hamshira taktikasi**

- bemorga yordam ko'rsatishda vrach o'zining xavfsizligini ta'minlashi zarur;
- nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash va, zarur bo'lsa, O'SV o'tkazish;
- 100%li kislorod, agar O'SOK bo'lsa – 24%li kislorod berish;
- tashqi Qon ketishini to'xtatish (masalan, burundan yoki jarohatdan);
- agar imQON bulsa, fiziologik critma infuziyasi uchun t/i kateteri o'rnatish;
- oyoqlarni 20-30 sm ga ko'tarish. Agar bemor tos suyagi, oyoqlari, boshi, ko'kragi, qorni, bo'yni yoki umurtqa pog'onasi qattiq shikastlangan bo'lsa, uni to'g'ri yotqizib qo'yish (oyoqlarini ko'tarish mumkin emas!);
- suyak yoki bo'g'imlar shikastlanishiga gumon bo'lsa, shina qo'yish;
- organizm issiqlik yuqotishiga yo'l qo'ymaslik uchun mijozni (zarur bo'lsa) ko'rpa bilan yopish, faqat qattiq isitib yubormaslik;
- zudlik bilan shifoxonaga yotqizish.



### 13.3. Diareya (Ich ketish)

Diareya - suyuq holda ich kelishi sonining oshishi bilan xarakterlanuvchi patologik holatdir. O'tkir diareya 3 hafta davom etishi mumkin; 3 haftadan ortiq muddat davom etgan diareyani surunkali yoki cho'zilgan diareya deb ataladi.

*Anamnez:* diareya bo'yicha ma'lumot (boshlanishi, davomiyligi, soni, najas Konsistensiyasi va hajmi), yondosh belgilar (tana haroratining oshishi, najasda Qon yoki yiring, tenezmlar, qorinda to'lg'oqsimon og'riqlar), dehidratatsiya belgilari (kattalarda – vertikal holatda bosh aylanishi, chanqash, og'izning qurishi, diurezning kamayishi, umumiy holsizlik; go'daklar va maktabgacha bo'lgan yoshdagi bolalarda – holsizlik va jismoniy faollikning kamayishi, diurezning kamayishi va chanqash), epidemiologik omillar (bemorlar bilan muloqat, kasbi: masalan, umumiy jamoat ovqatlanish tizimi, sog'liqni saqlash sohasi, bolalar tashkilotlarida ishlash, bolalar bog'chasiga tashrif buyurish, sifatsiz ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish. Ko'rikdan maqsad – suvsizlanish darajasini va qorin bo'shlig'i holatini aniqlash.

*Hayotiy muhim ko'rsatkichlarni baholash:* puls va AQB (kattalarda – yotgan, turgan va o'tirgan holatlarda), tana harorati va tana vazni.

Suvsizlanishning og'ir darajasi – quyidagi belgilarning 2 yoki undan ortig'i kuzatilishi mumkin: letargiya/hushning yo'qligi, ko'zlarning kirtayganligi aniqlanishi, teri burmalarining 2 soniyadan kechroq tekislanishi, suyuqlik icha olmasligi yoki juda yomon ichishi.

90% holatlarda o'tkir diareyaning 3-5 kun davomida mustaqil ravishda tuzalishi kuzatiladi, shuning uchun bemorlar holatini va davolashni baholash uchun laborator tekshiruv o'tkazish zaruriyati bo'lmaydi. Ayrim holatlarda leykotsitlarni aniqlash maqsadida najas mikroskopik tekshiruvini (texnik jihatdan yengil va qimmat bo'lmagan sinov) yoki najasni ekib tekshirish - o'tkir diareyaning 3% holatlarida mikroorganizmni aniqlovchi usullarni tavsiya qilish mumkin.

*Dori vositalarsiz davolash:* Ko'p hollarda o'tkir diareya bilan bemorlarni olib borishda ovqatlanishni davom ettirish va suyuqlik ichishni ko'paytirish talab qilinadi. Go'daklarda suvsizlanishni korreksiya qilish maqsadida oral rehidratatsion eritmalar qo'llanilsa ham, ko'krak suti bilan boqish davom ettiriladi. Kattalar va bolalar

xohishiga ko'ra ko'p miqdorda toza suv ichishi mumkin. Oral rehidratatsion terapiya bolalar va kattalarni o'tkir diareya bilan suvsizlanishni davolashda asosiy choralardan biri bo'lib hisoblanadi.

*Suyuqlik quyidagicha tayyorlanadi:* JSST tomonidan ishlab chiqilgan oral rehidratatsion vositaning bir paketchasini 1 litr qaynatib sovutilgan suvda eritiladi. Eritmani salqin va qorong'i joyda saqlash lozim. Agar tayyor rehidratatsion tuzlarni olish imkoniyati bo'lmasa, u holda bemorlarga mustaqil ravishda eritmani tayyorlash tavsiya qilinadi: 1 litr qaynatib sovutilgan suvga bir choy qoshiqda tuz va ovqat sodasi, 4 choy qoshiq shakar va 1 stakan apelsin sharbati (bitta banan ezilmasi) qo'shib aralashtiriladi.

Kattalar rehidratatsion suyuqlikni xohishga ko'ra ichadilar, bolalarni esa suvsizlanish darajasiga ko'ra ichiriladi.

*Bolalarda yengil yoki o'rta og'irlik darajasidagi suvsizlanish:* birinchi 4 soat ichida 75 ml/kg, so'ng bemorning ahvoli baholanadi. Agar suvsizlanish belgilari saqlansa, u holda qaytadan ichiladi. Qiyinchilik bilan ichuvchi bolalarga har bir necha daqiqa mobaynida bir osh qoshiqdan eritmani ichirish lozim.

*Og'ir dehidratatsiya.* Infuzion eritmalarini (Ringer-laktat eritmasi yoki oddiy fiziologik eritmani) vena ichiga yuborish zarurdir; agar iloji bo'lmasa, u holda nazogastral nay orqali 100ml/kg hisobidan oral rehidratatsion eritma buyuriladi.

#### **Dori vositalar bilan davolash:**

O'tkir diareya da (90% holatlarda) rehidratatsion terapiya tayinlanadi va bunda 5 kun ichida mustaqil ravishda tuzalish kuzatiladi. Ichak peristaltikasini susaytiruvchi vositalar, loperamid 4 mg birinchi dozasi ichishga, so'ng 2 mg dan, har bir suyuq najas keli-shidan so'ng ichish tavsiya qilinadi; kuniga maksimal 16 mg miqdorda qabul qilinadi, kattalarga tana harorati oshmaganda va najasda qon bo'lmaganda tayinlanadi. Go'daklar va maktabgacha bo'lgan yoshdagi bolalarda o'tkir diareyani davolashda loperamid qo'llash mumkin emas. Bu vositalar dizenteriyani davolashda ham qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Sinama uchun antibiotikterapiyani dizenteriya simptomlari yoki «sayohatchilar» diareyasida o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

**Gastroenterolog maslaxatiga yuborish mezonlari:** seliakiya yoki ichaklarning yallig'lanish kasalliklariga shubha qilinsa; surunkali diareya yoki ko'zga ko'rinadigan sababsiz yaqqol namoyon bo'luvchi belgilar kuzatilsa.



### 13.4. Qabziyatlar

**Qabziyat** - Ichakgan najasning o'tishi qiyinligi bilan bog'liq bo'lgan defekatsiya harakatlarining chastotasi yoki najas hajmining pasayishi. Odatda, ichak harakatining chastotasi juda katta farq qiladi, lekin odatda kuniga 3 martadan haftasiga 3 martagacha.

**Alomatlar:** najasning qatqlashuvinin me'yorga nisbatan o'zgarishi (qattiqroq yoki quruqroq), defekatsiya qilish uchun aniq istaklarning yo'qligi, defekatsiya qilish qiyin yoki og'riqli.

#### **Kabziyatni keltirib chiqaradigan sabablar**

**Umumiy:** suyuqlikni etarli darajada iste'mol qilmaslik (suvsizlanish) va jismoniy faollikning pasayishi (ehtimol shikastlanish, jismoniy zaiflik yoki qo'shma kasallik tufayli). Dori vositalarining yon ta'siri: antixolinergik dorilar, opiatlar, kaltsiy antagonistlari, temir preparatlari va boshqalar.

**Mexanik sabablar:** ichak tutilishi (obstruksiya, ichak volvulusi, churra, o'sma, divertikulit, rektosel, enterosel).

**Endokrin / metabolik:** giperkalsemiya, gipokaliemiya, hipotiroidizm va qandli diabet. **Tug'ma kasalliklar:** Hirschsprung kasalligi, kist fibrozisi.

**Nerv-mushak kasalliklari:** skleroderma, amiloidoz, ichakning psevdobstruksiyasi.

**Xavf omillari:** keksa va erta bolalik, bir vaqtning o'zida bir nechta dorilarni qo'llash, nevroz, harakatsiz turmush tarzi. Anamnezni yig'ishda quyidagilarni aniqlash kerak: birinchi epizodning vaqti va ich qotishining keyingi chastotasi (muntazamligi), najasning tabiati, najasda qon borligi yoki yo'qligi (o'zgarmagan qon yoki qora mumsimon najas), ichak harakatlari paytida og'riq bormi, gazni chiqarishda qiyinchiliklar bormi, boshqa hamrohlik qiluvchi alomatlar mavjudligi (qusish, qorin og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi). Shuningdek, bemorga ularning ovqatlanishi (dietasi) va dori-darmonlarni qabul qilish bilan bog'liq savollar berilishi kerak. Ob'ektiv tekshiruvda qorin bo'shlig'iga (ichakdagi patologik shovqinlar, og'riq, Shchetkin-Blumberg alomati, najas to'planishi va boshqa patologik ko'rinishlar), to'g'ri ichakka (anal yoriqlar, torayish, stenoz yoki neoplazmalar), ginekologik tekshiruvga (rektosel, enterosel) alohida e'tibor berilishi kerak.

**Laboratoriya va diagnostika tadqiqotlari.** To'liq qon tekshiruvi, agar najas yoki najasdagi o'zgarmagan qon taxilili bo'lsa va najasdagi

yashirin qon testi ijobiy bo'lsa, buyuriladi. Rentgen nurlari pastki ichakni bariy bilan kontrastli tekshiruvni ichakning qisman yoki to'liq mexanik obstruksiyasiga shubha qilinganida ko'rsatiladi. Kolonoskopiya tana vaznining yo'qolishi, anemiya yoki najasda qon borligi bilan birlashtirilgan ich qotishini baholash uchun amalga oshiriladi.

**Hamshiraning taktikasi.** Dori-darmonsiz davolanish ich qotishining engil va o'rtacha darajasida juda samarali: iste'mol qilinadigan suyuqlik hajmining oshishi, jismoniy faollikning oshishi, ich qotishini keltirib chiqaradigan yoki kuchaytiradigan dori-darmonlarni bekor qilish (iloji bo'lsa), xun tolasini iste'mol qilishni ko'paytirish.

boshqa davolash usullarini boshlashdan oldin maqsadga muvofiq terapevtik chora hisoblanadi.

**Dori-darmonlarni davolash shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshiriladi.** Osmotik laksatiflar va ichak peristaltikasining stimulyatorlari-faqat qisqa davolash kurslariga mos keladi. Magniy oksidining suvli suspenziyasi (tarkibida magniy gidroksidi 400 mg/5 ml), magniy sitrat, laktuloza, alyuminiy-magniy - kuniga ikki marta 15-30 ml, ichkarida. Natriy fosfat shamlari. Bisakodil kuniga 5-15 mg, ichkarida yoki rektal süpozituar shaklida. Natriy dokusat kuniga ikki marta 100 mg, ichkarida.

Kattalar uchun kuniga 7,5-15 ml/sutkada mineral (vazelin) yog'i va bolalar uchun kuniga 1 choy qoshiq. Glitserinli shamlar.

Organik kasallikka shubha qilingan bemorlar (masalan, tizimli shikastlanish belgilari, og'riq sindromi, qon bilan aralashtirilgan najas, mexanik yoki dinamik ichak tutilishi belgilari, an'anaviy terapiyaga javob bo'lmasa, yosh odamlarda surunkali ich qotishi) keyingi tekshirish va davolash uchun mutaxassisga yuborilishi kerak.



## XIV BOB

### ZAXARLANISHLAR VA ULARDAGI SHOSHILINCH YORDAM

#### 14.1. O'tkir zaharlanishlar

O'tkir zaharlanishlar barcha baxtsiz hodisalar orasida to'rtinchi o'rinni egallaydi, bu ushbu muammoning ahamiyatini aniqlaydi. Shifokor zaharlanish belgilarini aniqlay olishi, birinchi yordam ko'rsatishi va ikklamchi shoshilinch tibbiy yordam tizimiga yuborishi kerak.

**Zaharlanish** - zahar yoki toksinni qabul qilish natijasida vujudga kelgan hayotiy funksiyalarning buzilishi, shuningdek kasallikni keltirib chiqaradigan harakatlar (masalan, zahar yordamida o'ldirish yoki o'z joniga qasd qilish).

**Eng keng tarqalgan zaharli moddalar:**

- dori vositalari, maishiy kimyoviy va neft maxsulotlari,
- zaxarli o'simliklar va zamburug'lar,
- xasharotlar, ilon va o'rgimchak chaqishi,
- uchuvchi moddalar(aerozol, buyoklar, is gazi),

**Zaharlarni kirish yo'llari:** Peroral, teri orqali, ingalyatsion, in'eksion.

*Klinik diagnostika.*

- Anamnez (bolani ahvoli yomonlashganda oldida kim bo'lgan, ota onasi bor va yo'qligi) yigish;
- toksikologik vaziyatni aniqlashtirish,
- zaxar turi, dozasi, qaysi yo'l bilan tushgan,
- zaharlanishni o'ziga xos belgilar bilan namoyon bo'lishi,
- teri va shilliq pardalarni zararlanish darajasini baxolash,
- hayotiy funksiyalar buzilish darajasini baholash (YUQT, MAT, nafas olish).

**Hamshiraning taktikasi.**

**Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring. Shoshilinch tibbiy yordamning umumiy prinsiplari.**

***Birlamchi choralar:***

- teri va shilliq pardalardagi moddalardan tozalash,
- ovqat hazm qilish traktini toksik moddalardan tozalash (me'dani yuvish, oshqozon dializi, tozalovchia klizmalari),

- toksik moddalarni netrallash (antidotli terapiya),
- simptomatik davolash (kislород davolash, xushiga keltirish).

**Shifokor ko'rsatmasiga asosan:** *Ikkilanmchi choralar*- infuziya, detoksikatsion terapiya (FP x 1.5. infuzion vositaning 50% i birinchi 6 soat ichida, 25% -i keyingi 6 soat ichida, qolgan 25% i 12 soat ichida), majburiy diurez, gemosorbsiya, gemofiltratsiya, GBO, qon quyish.

*Teri qatlamidan toksik moddalarni olib tashlash:*

- Kaliy permanganat- 1% askorbin kislota
- FOS (karbofos, dixlofos, xlorofos)- 3% nashatir spirt yoki bikarbonat natriya
- Fenol- yog'lar(o'simlik yogi yoki vazelin)
- Kislotalar- bikarbonat natriya
- Ishqorlar- 1% uksusli critma
- Birinchi navbatda nafas yo'llari o'tkazuvchanligi va ventilyatsiyasi ta'minlanadi. Zarur holda-traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi;
- infuzion terapiya odatda arterial gipotoniyaning bartarf etadi, uning samarasizligida va o'pka shishida tomirlarni toraytiruvchi vositalar qo'llaniladi. Fenotiazinlar va tritsiklik antidepressantlar bilan zaharlanganda noradrenalin qo'llaniladi;
- aritmiyalar yurak zararlanishidan yoki vegetativ innervatsiya buzilishidan kelib chiqadi va zaharlanish sababidan kelib chiqqan holda davolash o'tkaziladi;
- *koma va hushning boshqa buzilishlarida quyidagilar qo'llaniladi:*
  - tiamin – 0,1 g t/i (Vernike ensefalopatiyasida);
  - glyukoza – 50 ml 50% li suyuqligi t/i;
  - kislород.
- hali so'rilmagan moddani yo'qotish. Qayt qildirish yoki yuvish yo'li bilan oshqozon tozalanadi. Bu birinchi soatlarda yordam berishi mumkin. Shuning uchun, ko'pincha faollashtirilgan ko'mir beriladi, bu usul oshqozonni qayt qildirish yoki yuvishdan ham yaxshi tozalaydi. Oshqozon fenotiazin (oshqozon motorikasini to'xtatadi), tosh hosil qiluvchi preparatlar, strixnin va sianidlar bilan zaharlanishda ham tozalanadi.

### **Faollashtirilgan ko'mir**

- noorganik kislota va ishqorlar, sianid, litiy, temir (II) sulfat oksidi va karbamatlardan tashqari ko'p moddalarni o'ziga singdirib oladi. Undan tashqari, faollashtirilgan ko'mir teofillin, fenobarbital, karbamazepin kabi dori vositalarini Qondan ichakka o'tishini



ta'minlaydi. 50-100 g faollashtirilgan ko'mirni suv yoki sorbitolda eritib, tezda ichirish lozim.

**Oshqozonni yuvish.** Hushning buzilishi va yo'tal refleksi yo'qolishidan oldin traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi. Oshqozon iliq fiziologik suyuqlik (200 ml dan ko'p miqdorda) bilan toza suv chiqquncha yuviladi. Undan so'ng faollashtirilgan ko'mir ichni bo'shashtiruvchi vositalar: sitrat magniy – 4 ml/kg (300 ml dan ko'p emas), sorbitol – 1-2 g/kg (150 g dan ko'p emas), sulfat magniy yoki sulfat natriy – 25-30 g beriladi. Buyrak yetishmovchiligida magniy tuzlari qo'llash mumkin emas.

- antidotlar. Agar zaharlovchi modda aniqlangan bo'lsa, zaharlanish markazi bilan bog'lanib, antidot borligini surishtirish va uni qo'llash ko'rsatmasini olish lozim.
- shifoxonaga yotqizish. Eng yengil zaharlanishda ham bemorni kamida 4 soat nazoratga olinadi. Giyohvand moddalar bilan zaharlanishda narkolog maslahati va davolanish tavsiya etiladi. Suitsidal holat gumon qilinsa, bemor doimiy nazoratda bo'lib, psixiatr maslahatigacha qo'yib yuborilmaydi.

***Benzodiazepinlar bilan zaxarlanish:***

- Me'dani yuvish, sorbentlar yuborish, antidot - flumazenil (aneksat) 0,05 dozasini boshlab - 0,1 mg / kg, sutkalik doza 1 - 10mg. Flumazenilning ta'siri 1 - 2 minutdan keyin rivojlanadi va 2 - 5 soat davom yetadi

***Barbituratlardan zaxarlanish:*** antidot - kordiamin - 0,1 ml / yosh teri ostiga.

FOS dan zaharlanish : Antidot - atropin, 12 yoshgacha 0,02 - 0,05 mg / kg, 12 yoshdan 0,05 mg / kg, har 20-30 daqiqada takrorlang.

***Tarkibida neft yog'lari bor moddalardan zaxarlanish:***

me'dani zond orqali yuvish, sorbentlar bilan 2 ml / kg vazelin moyi kiriting.

***Kuydiruvchi suyuqliklar bilan zaharlanish (ogi-xalkum va qizilo'ngachning kimyoviy kuyishi):***

- Me'dani yuvish(og'riqsizlantirish bilan)
- O'rab oluvchi vositalar.
- Shokga qarshi terapiya.
- Antibiotiklar, infuzion terapiya majburiy diurez bilan.

**Atropinga o'xshash moddalar (bo'ri mevasi) bilan zaxarlanish:**

- Me'dani yuvish, fiziologik eritmaga 0,9% + yod 1:250.
- Prozerin 0,05 ml yoki pilokorpin 1%-0,5 ml teri ostiga yuborish.

**Aspirin va boshqa salitsilatlar bilan zaxarlanish:**

Ushbu birikmalar bilan zaharlanish yosh bolalar uchun jiddiy xavf tug'dirishi mumkin, chunki ular tez atsidozni rivojlantirishi va markaziy asab tizimiga kuchli toksik shikast yetkazishi mumkin.

Tez yordam: tomir ichiga natriy bikarbonat 1 mmol / kg, Vitamin K 2-5 mg venaga. (takroriy in'eksiya qilish kerak bo'ladi).

**Paratsetamol (atsetaminofen):**

Jigar yetishmovchiligini keltirib chiqaradigan sulfgidril guruhlariga bog'lanadi. Og'irligi 20 kg - boshlang'ich doza atsetilsisteinni 150 mg / kg + 3 ml / kg 5% li glyukoza eritmasi bilan 15 minut davomida yuboring.

Keyin 50ml/kg + 7ml/kg 5% li glyukoza eritmasi 4 soat ichida; 100mg/kg + 14 ml/kg 16 soat davomida yuboriladi.

**ANTIDOTLAR**

Zaharli modda, sindrom	Antidot	Kattalar uchun doza
Varfarin va boshqa antikoagulyantlar	Fitomenadion (vitamin K)	10 mg m/o, t/o yoki t/i
	Yangi muzlatilgan plazma	Individual tanlanadi
Digoksin	Antidigoksin	O'tkir Zaharlanish: Antidigoksin flakonlari soni = (digoksin dozasi, mg x 4)/3. Surunkali zaharlanish: Antidigoksin flakonlari soni = (Qonda digoksin miqdori, ng/ml x vazn, kg)/100. Antidigoksin 0,9% li NaCl da eritiladi, 15-30 min davomida yuboriladi, zarur holda qaytarish mumkin
	Piridoksin	Dozasi qabul qilingan izoniazid miqdoriga teng, t/i 5 g gacha, 0,5-1 soatda, qolganini t/i infuziyasi 1-2 soatda o'tkaziladi
Izoniazid	Atropin	1-5 mg t/i, m/o yoki t/o har 15 min. da, bronxoreya va so'lak oqishi to'xtaguncha
	Pralidoksim	1 g ichishga yoki t/i 15-30 min.da, zarur bo'lsa 3 marta 8-12 soat interval bilan qaytariladi.



Atsetilxolines-teraza (AXE) ingibitorlari	Etanol	Etilenglikolga qarang
	Metilen ko'ki	1-2 mg/kg t/i 5 min.da, zarur bo'lsa 1 soatdan keyin qaytariladi.
	Kislorod	FiO <sub>2</sub> = 100%, giperbarik oksigenatsiya
Metanol	Nalokson	0,4-2 mg t/i, m/o, t/o yoki endotraxcal usulda, ehtiyojdan kelib chikib
Metgemoglobine miya	Atsetilsistein	140 mg/kg ichishga, so'ng 17 marta 70 mg/kg dan ichishga har 4 soatda
	Deferoksamin	1 g m/o har 8 soatda, ehtiyojdan kelib chiqib; arterial gipotoniya - t/i infuziya 15 mg/kg/soat tezlikda
Uglerod okisi Opiatlar Paratsetamol	Kompleks hosil qiluvchi vositalar	
	EDTA	1 g t/i 1 soatda, har 12 soatda.
	Demirkaprol	2,5-5 mg/kg m/o har 4-6 soatda.
	Penicillamin	250-500 mg ichishga har 6 soatda.
	Suktsemir	10 mg/kg ichishga har 8 soatda 5 kun davomida, so'ng har 12 soatda 14 kun davomida
	Fizostigmin	0,5—2 mg m/o yoki t/i 2 minutda, har 30-60 minut davomida, to zaharlanish belgilari yo'qolguncha
Temir preparatlari Og'ir metallar (mis, oltin, qo'rg'oshin, simob) va margin-mush	Amilnitrit	Har minutda 15-30 sek. nafas olish
	So'ngra	
	Nitrit natriy	300 mg (10 ml 3%li) t/i 3 minut davomida, zarur bo'lsa 2 soatdan so'ng 150 mg dozada qaytariladi
	So'ngra	
	Tiosulfat natriy	12,5 g (50 ml 25% li) t/i 10 minut davomida, zarur bo'lsa 2 soatdan so'ng 6,25 g dozada qaytariladi
	Difengidramin	25-50 mg t/i, m/o yoki ichishga
	Benzaropin	1-2 mg t/i, m/o yoki ichishga
	Etanol	0,6 g/kg t/i 5%li glyukoza bilan 30-45 minut davomida, so'ng infuziya tezligini 110 mg/kg/soat dan boshlab, Qonda etanol miqdori 100—150 mg% gacha oshirib boriladi

**Spirтли ichimlikdan mast bo'lish** – oldin kayfiyatning ko'tarilishi, bo'shashish, yoqimli asab qo'zg'alishi, keyin o'z-o'zini nazorat

qilolmaslik, tushunarsiz nutq, koordinatsiyaning buzilishi, jahldorlik va agressiya rivojlanishi, undan keyin esa uyquchanlikka o'tishi bilan ifodalanadi.

Patologik intoksikatsiya – spirtli ichimlikning kichik miqdoriga javoban o'tkir psixotik holat va harakat qo'zg'alishi, urishqoqlik, jahldorlik ko'rinishidagi kuchli mastlik rivojlanishidir.

Hamshira taktikasi

Bir necha soat davom etuvchi bunday holat vaqtida, bemor nazorat ostida bo'lishi talab etiladi, trankvilizatorlar va uxlatuvchi preparatlar qo'llanadi.

Spirtli ichimlikdan koma – spirtli ichimlikning ko'p miqdorda qabul qilinishiga javoban komagacha bo'lgan hush buzilishi (bosh miya po'stlog'i va ustuni zararlanishi) ro'y beradi. Bunday bemorlarda meningit, zotiljam, jigar yetishmovchiligi, oshqozon-ichak yo'llaridan Qon ketishini o'tkazib yubormaslik kerak.

Hamshira taktikasi

- tli glyukoza va fiziologik suyuqlik yuborish;
- glyukoza infuziyasini tiamin bilan birgalikda o'tkazish;
- oshqozonni yuvmaslik;
- oshqozon ichi massasi bilan aspiratsiya bo'lishini oldini olish maqsadida, bemor qorniga yotqizilib, ozgina yonboshiga aylantiriladi.
- aspiratsiya bo'lgan taqdirda, traxeya intubatsiyasini o'tkazish ehtiyoji tug'iladi.

#### 14.2. Zaharlar (ilonlar, chayonlar, o'rgimchaklar)

Zaharli ilonlarning chaqishi joyida kuchli va uzoq muddatli og'riq va shish, ko'karishlar keltirib chiqaradi. Pastki orqa og'riqlar, nafas olish qiyinlishuvi va yurak urishi, og'ir holatlarda – ongning buzilishi, qusish, yurak faoliyatining pasayishi, nafas olishning zaiflashishi. Zahar tezda tananing sezilarli yuzasiga tarqalishi mumkin, qon bosimining pasayishi, qo'zg'alish, talvasalar, nuqta qon ketishi kuzatiladi.

Hasharotlar chaqishi bilan (asalarilar, ari va boshqalar) to'qimalarning mahalliy shishishi paydo bo'ladi. qizarish va tana haroratining mahalliy ko'tarilishi ustunlik qiladi. Zaiflik, bosh aylanishi,



bosh og'rig'i, titroq, ko'ngil aynishi, qusish, ba'zida ürtiker, bel va bo'g'imlarda og'riq, yurak urishi paydo bo'ladi.

**Hamshiraning taktikasi:**

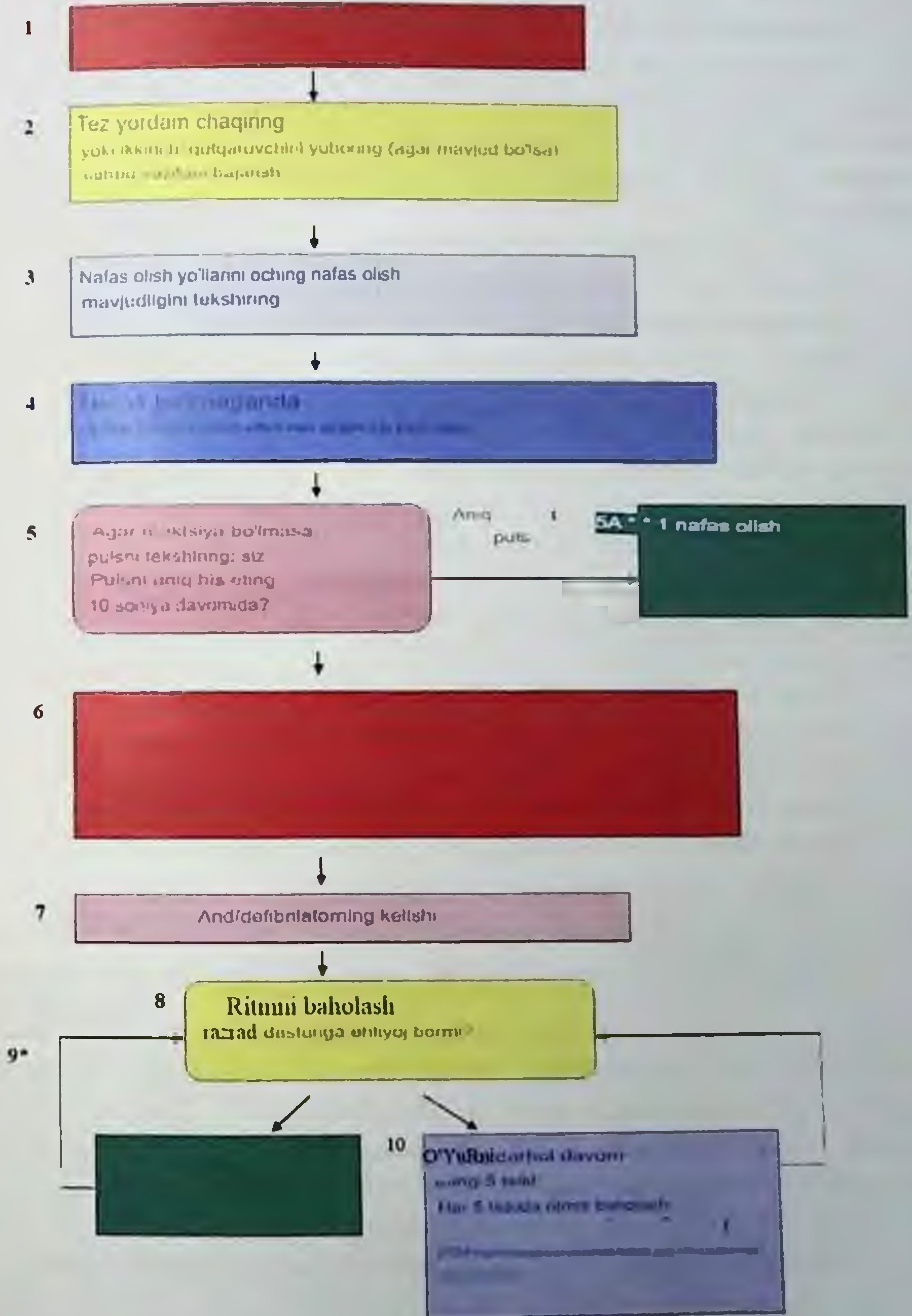
- Shifokorni yoki tez yordam guruhini chaqiring
- tishlangan oyoq-qo'lni qattiq bandaj bilan safarbar qilish
- tishlash joyiga sovuq qo'llang
- yarani antiseptik eritma bilan yuvish, ajratmasdan!
- Dori-darmonlarni qabul qilish faqat shifokor ko'rsatmasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak.
- adrenalın tishlash joyini 0,1 ml/kg (1:10000), lidokain 1%
- antigistaminlar
- kattalar dozasida zardobni tomir ichiga yuborish, fiziologik eritma bilan 3-5 marta suyultiriladi
- Og'ir holatlarda kasalxonaga yotqizish zarur.

**Zaharlanishning oldini olish**

- Ota-onalarga dori-darmon va zaharli moddalarni tegishli idishlarda, bolalar qo'li etmaydigan joyda saqlash zarurligini tushuntiring.
- Agar zaharlanish yana sodir bo'lsa, ota-onalarga birinchi yordamni qanday ko'rsatishni tushuntiring:
- Kerosin, benzin yoki tarkibida benzin bo'lgan moddalarni yutib yuborgan bolada qusishni qo'zg'atmang, agar bola og'zi va tomog'ini kuydirsa yoki uxlab yotgan bo'lsa.
- Agar bola sayqallash vositasini yoki boshqa kaustik moddalarni yutib yuborgan bo'lsa, unga iloji boricha tezroq sut yoki suv berish kerak.
- Qabul qilingan modda (modda, yorliqlar, planshetlar namunalari, rezavorlar va boshqalar saqlanadigan idish) haqida ma'lumot berib, bolani imkon qadar tezroq tibbiy muassasaga olib boring.

## ALGORITMLAR

O'pka yuqak reanimatsiya algoritmi





## ILOVA

### VAZIYATLI MASALALAR

#### 1-vaziyatli masala.

Yong'in hisobiga bolaning ustidagi kiyimi alangalanib yonib ketdi. Olov o'chirildi. Ko'ruv paytida: ahvoli og'ir, karaxt, harakatsiz, Ps tezlashgan, qon bosimi pasaygan, nafas olishi yuzaki. Yuz terisida kuygan, yorilgan va tiniq suyuqligi bo'lgan pufaklar hamda kuygan terilar mavjud.

Bolaning shoshilinch xolatini aniqlang - tashxis.

Shifokorgacha bulgan yordam ko'rsatish algoritmini tuzing.

#### 2-vaziyatli masala.

Bemor tishini uzdirish uchun stomatologiya poliklinikasining jarroh kabinetidagi tish doktoriga murojaat qildi. Anamnezidan bemorda, penitsillin in'eksiyasiga allergik reaksiya kuzatilganligi ma'lum bo'ldi. Bemorga 2% novokain eritmasi bilan og'riksizlantirish o'tkazildi. Bemor ahvoli 3-5 minut o'tgach yomonlashdi. Ob'ektiv ma'lumotlar: teri yaqqol ranpar, sianoz, ko'p miqdorda ter ajralishi, taxikardiya, qon bosimining to'satdan pasayishi; yuz terisining qichishi, jimirlash (uvishish), qo'rquv hissi, qiyinlashgan nafas va to'sh ortida og'irlik hissi paydo bo'ldi.

Bemor shoshilinch holatini aniqlang.

Shoshilinch yordam ko'rsatish algoritmini tuzing.

#### 3-vaziyatli masala.

Burun ko'prigiga musht bilan zarba berish natijasida qon juda ko'p oqa boshladi. Bemor bezovta, qon tupuradi va qisman yutadi.

Bemorning favqulodda holatini aniqlang.

Shifokordan oldingi tibbiy yordam ko'rsatish algoritmini tuzing.

#### 4-vaziyatli masala.

Maktab oshxonasida 6-sinf o'quvchisi shoshib ovqat iste'iol qilayotgan va suhbat davomida qattiq yo'talib boshladi va nafas olishi qiyinlashdi. Uni kekirdakdagi og'riq bezovta qilmoqda. Bemorda gangish, qiyinchilik bilan gapirish va qo'rquv bor. Yuzi ko'kimtir rangda. Ovozi xirillagan. Vaqti-vaqti bilan nafas olish qiyinligi bilan qattiq yo'tal va shovqinli nafas hurujlari takrorlanmoqda.

Bemorning favqulodda holatini aniqlang.

Shifokordan oldingi tibbiy yordam ko'rsatish algoritmini tuzing.

## TESTLAR

1. **Yukori nafas yullarini tiklashga kiradi:**
  - a. boshni orqaga bukish
  - b. og'izni ochish
  - c. pastki jagni oldinga chiqarish
  - g. Trendelenburg holati
  - d. og'iz va halqumni mexanik tozalash
2. **Klinik ulimning erta belgilariga kiradi:**
  - a. nafas yo'qligi
  - b. hushdan ketish
  - c. kuz qorachiklarining kengayishi
  - g. teri rangining o'zgarishi
  - d. uyku arteriyalarida pulsning yukligi
3. **Asosiy reanimatsion kompleksga kiradi:**
  - a. bemorni to'g'ri joylashtirish
  - b. IVL
  - c. yurakning yopiq massaji
  - g. defibrillyatsiya
  - d. medikamentoz davo
4. **Ekstrakardial yurak qon tomir sistemasining izdan chiqishi nimalarga bog'liq:**
  - a. o'tkir nafas yetishmovchiligi
  - b. shok holatlari
  - c. dori preparatlarining me'yoridan ortiq qo'llash
  - g. elektr toki travmasi
  - d. zaharlanish va elektrodit buzilishlar
5. **Bemor kuzini ochish buyrugini bajara oldi, ogrikka javoban ximoyalanish belgisi mavjud lekin sekinlashgan. Sizning taktikangiz Glazgo shkalasi bo'yicha umumiy miya buzilishini aniqlang:**
  - a. es xushi joyida
  - b. xushsiz
  - c. sopor
  - d. koma
  - e. miya ulimi



**6. Reanimatsion muolajalarni bir kishi bajarganida sun'iy nafas bilan ko'krak qafasi yurak yopiq massajiga nisbatini aniqlang:**

- a. 1 va 5
- b. 2 va 5
- c. 2 va 10
- d. 2 va 15
- e. 2 va 30

**7. Qorinchalar fibrilyatsiyasida qo'llaniladi:**

- a. elektr defibrillyatsiya
- b. vena ichiga lidokain yuborish
- c. vena ichiga atropin, kalsiy xlorid, kaliy xlorid yuborish
- d. hammasi tugric
- e. hammasi notug'ri

**8. Bronxial astma simptomlariga kirmaydi:**

- a. inspirator hansirash
- b. ekspirator hansirash
- c. diskant xirillashlar
- d. nafas chiqarganda quruq xirillashlar
- e. qattiq nafas, nafas chikarishining uzayishi bilan

**9. Bronxial astma asorati hisoblanmaydi:**

- a. astmatik status
- b. chap qorincha o'tkir yetishmovchiligi
- c. surunkali o'pka yurak yetishmovchiligi
- d. pnevmotoraks
- e. hammasi tugri

**10. O'murtqa pag'onasi zararlangan bemorning transpartirovkasi quyidagicha amalga oshiriladi:**

- a. osmonga qarab
- b. qorni bilan
- c. yon tomonda
- d. o'tirgizib
- e. yelkasini tutgan holda

**11. Bolalarda gipertermiya uchun birinchi shoshilinch yordam quyidagilarni o'z ichiga olmaydi**

- a. 39°S dan yuqori haroratlarda antipiretik
- b. "pushti" isitma uchun jismoniy sovutish usullari
- b. "rangpar" isitma uchun jismoniy sovutish usullari

- c. antispazmodiklar "rangpar" isitma bilan
- d. "rangpar" isitma bilan antipiretik

**12. 1 yoshli bolada yurakni yopiq massajini necha marta bosish amalga oshiriladi (1 daqiqada bosish soni)**

- a. 150
- b. 140
- c. 130
- d. mumkin bo'lgan eng yuqori chastota bilan
- e. 100

**13. Bolada O'pka yurak reanimatsiyasini qachon to'xtatish mumkin**

- a. agar u 20 daqiqadan ko'proq davom etsa
- b. agar ota-onalar CPR o'tkazishdan bosh tortsa
- c. agar CPR jarayonida u bolaga ko'rsatilmaganligi aniqlansa
- g. agar bola dastlab psixomotor rivojlanishda chuqur kechikishga ega bo'lsa
- d. yuqoridagi barcha holatlarda

**14. Bolalarda to'satdan o'lim sindromiga moyil bo'lgan sabab**

- a. tug'ma gipotrofiya
- b. kam ovqatlanish
- c. sun'iy oziqlantirishga tarjima
- g. funktsional sistolik yurak shovqini
- d. apne hujumi

**15. To'satdan nafas olish to'xtashi yoki nafas dekompensatsiyasining belgilari quyidagilarni o'z ichiga olmaydi**

- a. nafas olish harakatlarining etishmasligi
- b. bradypnea
- c. bradikardiya
- g. oqarib ketadigan to'kilgan siyanozning paydo bo'lishi
- d. burun nafasining etishmasligi

**16. O'YuR bilan havo yo'lini tiklash quyidagilarni o'z ichiga olmaydi**

- a. boshning kengayishi
- b. og'iz va farenksni tozalash
- c. pastki jag'ning oldinga siljishi
- g. burunni siqish
- d. og'izni ochish



**17. Shokning klinik belgilari quyidagilarni o'z ichiga olmaydi**

- a. sovuq " marmar " teri
- b. ongning buzilishi
- c. dispnea, taxikardiya
- d. puls qon bosimining pasayishi
- d. puls qon bosimining oshishi

**18. O'mirtqa pog'onasi shikastlangan bemorni tashish qanday holatda amalga oshiriladi**

- a. chalqancha yotish
- b. oshqozoningizda yotish
- b. yarim burilish
- g. qattiq o'tirish
- d. orqa tomonda, qalqonda

**19. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak yopiq massajini o'tkazish texnikasining xususiyatlari qanday**

- a. bitta kaft bilan qilingan
- b. bitta barmoq bilan chizilgan
- b. bosim sternumning yuqori qismida mumkin bo'lgan eng yuqori chastotada amalga oshiriladi

g. bosim sternumning pastki qismida amalga oshiriladi

d. ko'rsatkich va o'rta barmoq bilan sternumga bosim

**20. Bemorning burundan qon ketganda nima zarur**

- a. boshingizni yon tomonga burab, orqangizga qo'ying
- b. bemorni boshini orqaga tashlab, orqasiga qo'ying
- b. bemorni oshqozonga yotqizish
- g. bemorni boshini orqaga tashlab o'tirish
- d. bemorni boshini pastga egib o'tirish

**21. Agar bemordan nafas olayotganda komada siydik hidi sezilsa, bu**

- a. buyrak komasi
- b. qandli diabet
- c. jigar komasi
- g. buyrak usti etishmovchiligi
- d. ketoatsidoz

**22. Nafas olishning to'satdan to'xtashi yoki dekompensatsiyasining belgisi emas**

- a. nafas olish harakatlarining etishmasligi
- b. bradypnea, patologik nafas olish ritmlarining paydo bo'lishi

c. "nafas olish markazining parchalanishi" - nafas olish mushaklarining muvofiqlashtirilmasligi

g. oqarib ketgan siyanoz

d. arterial gipertenziya

**23. Klinik o'lim belgisi emas**

a. katta tomirlarda pulsning etishmasligi

b. "mushuk ko'zi" belgisi

c. ong yo'q

g. yorug'likka javob bermaydigan keng o'quvchi

d. tutqanoqlarning mavjudligi

**24. Bemorning holati, tilning orqaga ketishini oldini olish**

a. yon tomonda, orqaga tashlangan bosh bilan

b. yon tomonda, boshning yon tomonga burilishi bilan

c. orqa tomonda, oyoq uchi ko'tarilgan

g. bosh uchi tushirilgan oshqozonda

d. egilgan oyoq-qo'llari bilan yon tomonda

**25. Bolalarda klinik o'lim vaqti quyidagilarga bog'liq**

**bo'lganda ortadi**

a. cho'kish

b. yuqori kuchlanishli elektr shikastlanishi

c. terminal holatining uzoq davri

g. yangi tug'ilgan chaqaloqlarda

d. bo'g'ilish

**26. Burundan yot jism olishda**

a. pinsetdan foydalanish

b. shpritsdan yuvish orqali

c. ilmoq bilan

g. burunni qoqish orqali

d. aksa urish orqali

**27. Hiqildoq stenoz darajasi quyidagilarni aniqlaydi**

a. o'pkada nam xirillashning mavjudligi

b. nafas olish etishmovchiligi darajasi

c. shovqinli nafas olish

g. ortopnea

d. ongning buzilishi

**28. OSh quyidagi kuyish turlarini davolashi mumkin:**

a. to'liq muhr bilan



- b. 10 yoshdan oshgan bolalarda to'liq bo'lmagan muhr bilan, sirtning 20% zararlanganda
- c. quyosh
- g. kimyoviy kuyishlar
- d. elektr shikastlanishi

**29. Kuyish bilan og'rigan bemorlarni boshqarish xususiyatlari:**

- a. yuz kuyishi uchun steril bandajni qo'llash kerak
- b. quyosh yonishini davolashni birinchi kundan boshlash afzaldir
- c. kislotalar keltirib chiqaradigan kimyoviy kuyishlar uchun gidroksidi eritmalar antidot sifatida ishlatiladi
- g. cho'tkalarga zarar yetganda, kumush sulfadiazinni qo'llash maqsadga muvofiqdir
- d. butun pufakchalarni ochmang

**30. Kattalar sirkumtsiyasi uchun ko'rsatmalar quyidagi shartlardir:**

- a. takroriy balanit
- b. fimoz
- c. parafimoz
- g. sunnat terisi saratoni
- d. genital hududning yallig'lanishi

**31. "Yashab ketish uchun zanjiri" da quyidagi havolalar mavjud:**

- a. erta kirish
- b. erta O'YuR
- c. erta defibrilatsiya
- g. keyingi yordam bosqichining erta boshlanishi
- d. dori vositalarini erta qabul qilish

**32. Quyidagi bayonotlar to'g'ri:**

- a. klinik o'lim qaytarilmas jarayondir
- b. biologik o'lim qaytariladigan jarayon
- c. har qanday sog'liqni saqlash mutaxassisi o'limni c'lon qilishi mumkin
- g. favqulodda vaziyatlarda shifokor batafsil anamnezga vaqt sarflamasligi kerak
- d. favqulodda vaziyatlarda shifokor oldindan ishlab chiqilgan rejaga muvofiq harakat qilishi kerak

**33. Astmatik statusi bo'lgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatishda:**

- a. bemorga gorizontal holat berish kerak
- b. bemor juda bezovta bo'lgani uchun sedativlarni buyurish
- c. PSV, nafas qisilishi va yurak urish tezligiga e'tibor bering
- g. davolanishga vaqt sarflamang va bemorni zudlik bilan crbga olib boring
- d. kasalxonaga yuborishdan oldin steroidlar, kislorod va beta2agonistlarni buyurganingizga ishonch hosil qiling

**34. O't pufagi sanchig'i bo'lgan bemorga birinchi shoshilinch yordam**

- a. bemorga uning holatining mumkin bo'lgan sabablari haqida aytib bering
- b. chap tomonga qo'ying
- c. shoshilinch ravishda jigar va o't yo'llarining ultratovush tekshiruviga yuboring
- g. 3 sm dan ortiq toshlar mavjud bo'lganda jarrohlik davolash
- d. anesteziya uchun aok qiling-morfin 1 ml iv

**35. Hush darajasini baholashda quyidagilar qayd etilishi kerak:**

- a. ko'zni ochish
- b. sezgirlik
- c. motor faoliyati
- g. nutqqa munosabat
- d. reflekslar

**36. Moyakning burilishi xarakterlidir:**

- a. asta-sekin boshlanishi
- b. juda kuchli og'riq
- c. isitma
- g. skrotumni ko'tarish paytida og'riq kuchayadi
- d. skrotum shishgan

**37. Ichak invaginatsiyasi xarakterlidir:**

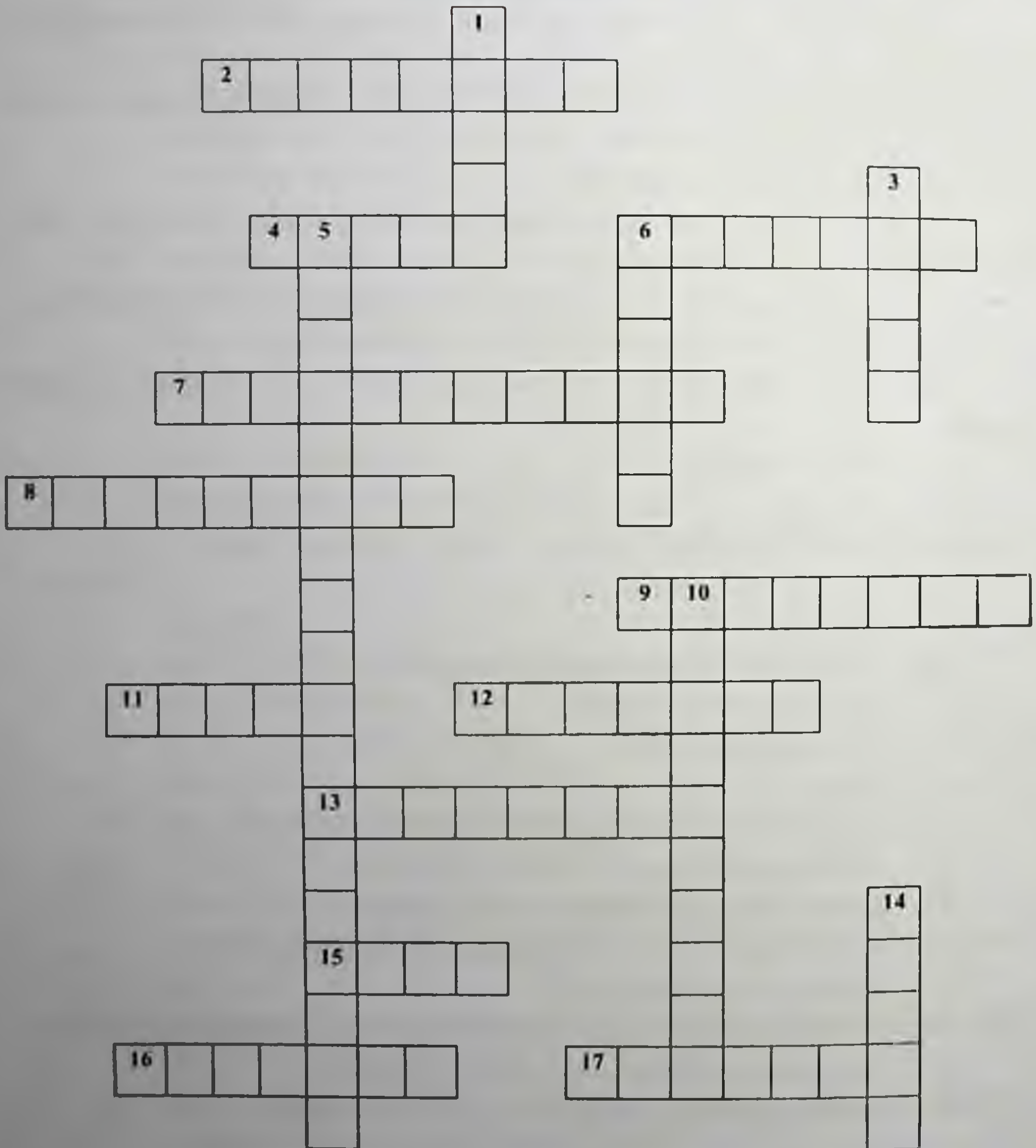
- a. ko'pincha 5 oylik bolalarda uchraydi. 2 yilgacha
- b. to'satdan siqilish og'rig'i
- c. qorin auskultatsiyasi bilan baland ichak shovqinlari eshitiladi
- g. hujumning davomiyligi 20-30 daqiqa
- d. bola soqchilik oralig'ida rangpar va xotirjam



**8. Yotoq yaralarining paydo bo'lishining eng keng tarqalgan sabablari:**

- a. doimiy quruq teri
- b. terining doimiy namligi
- c. to'shakda harakatsizlik (zanjirband qilish)
- g. terining ishqalanishi
- d. juda yumshoq to'shak

**KROSSVORD**



### **Gorizont bo'yicha**

2. Qon ketish turi?
4. Kesilgan jarohat ochiq bo'ladi, chetlari tekis bo'ladi va ... ketadi.
6. Vrach kelguncha jabr kurganga kerak.....
7. Zararlangan kisimni zararsizlantiradigan jarayen?
8. Yelka kismidan kon ketganda kaysi arteriyani umrov ostiga qovirg'a bosiladi?
9. Bosh aylanishi va qo'sish.
11. Qon ketganda chov soxasida korin .... bosiladi?
12. Timdalangan va kesilgan joyni nima bilan bekitiladi?
13. Yuz kismidan kon ketganda nima pas jagga bosiladigan?
14. Bosh suyagi singanda kungil aynib .... kuzatiladi.
15. Yuz, til, bosh soch kism jarohatida bo'yin o'murtkasining ko'ndalang o'smasiga bosiladigan arteriya...
16. Birinchi yerdam vositalari saklanadigan joy.
17. Vrach yerdamigacha bo'lgan yerdam.

### **Vertikal buyicha**

1. Tusatdan kattik ogrik, girchillash kul yeki oyekning formasining egriligi kachon kuzatiladi.
3. Tibbiy xizmatchilar bilan mumkin bulgan tugrilash.....
5. Kattik ogrik paytida kullaniladigan narsa.
6. Kesilgan yaralarda chukir zararlanish kuzatiladigan kism?
10. Chakka kismidan kon ketganda zigomatik suyakka nima bosiladi?
14. Bosh suyagi singanda kungil aynib .... kuzatiladi.

### **Krossvord javoblari**

- Gorizont buyicha.** 2. Arterial. 4. Konash. 6. Tinchlik. 7. Dezinfeksiya. 8. Umrovosti. 9. Chaykalish. 11. Aorta. 12. Plastir. 13. Tomirlar. 15. Uyku. 16. Aptechka. 17. Birinchi.

- Vertikal buyicha.** 1. Sinish. 3 Chikish. 5. Ogriksizlantiruvchi. 6. Tukima. 10. Arteriyalar. 14. Kusish.

### **Javoblar etaloni.**

**1-vaziyatli masala.** Tashxis: II-III darajali yuzning termik kuyishi, kuyish shoki. Shoshilinch yordam algoritmi: a) og'riq qoldiruvchi dorilar yuborish; b) aseptik bog'lam qo'yish, yotqizish; v) bolani isitish, unga issiq choy berish; g) shoshilinch jarrohlik shifoxonasiga yotqizish.



**2-vaziyatli masala.** Tashxis: bemorda penitsillinni novokain bilan suyultirilishini hisobga olmagan jarrohning aybi tufayli anafilaktik shok shaklida novokainga allergik reaksiya bor. Shoshilinch yordam algoritmi: a) allergen so'rilish tezligini kamaytirish maqsadida adrenalinning 0,1% eritmasi bilan in'eksiya joyini berkitish; b) shoshilinch ravishda uchinchi shaxs orqali malakali tibbiy yordam ko'rsatish uchun shifokor chaqirish; v) bemorni boshini pastga osiltirib yotqizib, miyaga qon kelishini yaxshilash; d) tanani siqib turgan kiyim-kechaklarni bo'shatib bemorga toza havo kelishini ta'minlash; ye) bemorning ahvoli (qon bosimi, nafas soni, pulsi)ni baxolab turish; j) in'eksiya joyiga muzli xaltacha qo'yish; z) Desensibilizatsiya uchun gistaminga qarshi (2% suprastin eritmasi, 2% pipolfen yoki 1% dimedrol eritmasini) yuborish; Shokga qarshi to'plamni tayyorlash; i) Vrachning tavsiyalarini bajarish.

**3-vaziyatli masala.** Tashxis: Burundan qon ketish. Shoshilinch yordam algoritmi: a) o'tirgan holatda bemorning boshini oldinga egib, qon tupurish uchun idish tutish; b) burun ko'prigiga muzli xaltacha qo'yish, burun qanotlarini qo'l bilan siqib turish. Bu samarasiz bo'lsa, 3% vodorod peroksi eritmasi bilan ho'llangan steril doka turunda bilan oldingi burun tamponadasini amalga oshirish yoki gemostatik shimgichni qo'llash. Prashivedli bog'lamni qo'yish; v) agar bu ham samarasiz bo'lsa, orqa burun tamponadasini o'tkazish va shifoxonaga yotqizish uchun tez tibbiy yordam brigadasini chaqiring.

**4-vaziyatli masala.** Tashxis: yuqori nafas yo'llaridagi yot jism. Shoshilinch yordam algoritmi: a) yo'talishni so'rash; b) uchinchi shaxs yordamida tez yordam guruhini chaqirish; v) Barmoqlaringiz bilan begona jismni olib tashlashga harakat qiling, agar bu ham samara bermasa, Geymlex usulini qo'llash; d) shoshilinch kasalxonaga yotqizish.

#### **Test javoblarning standarti.**

1 - a, b, C; 2 - a, b, C, D; 3 - hamma narsa to'g'ri; 4 - hamma narsa to'g'ri; 5 - b; 6 - D; 7 - a; 8 - a; 9 - b; 10 - D; 11 - b; 12-D; 13-b - 14-D; 15 - D; 16 - g; 17 - D; 18 - D; 19 - D; 20 - D; 21 - a; 22 - D; 23 - b; 24 - a; 25 - a; 26-b; 27-b; 28-g, D; 29-g, D; 30 - a, b, C, D; 31 - a, b, C, D; 32-g, D; 33 - C, D; 34-C, g; 35-a, C, g; 36 - b, D, D; 37 - a, b, C, D; 38 - a, b, C, D.

## ATAMALAR LUG'ATI

**Giperosmolyar koma**-bu dm bilan og'rigan bemorlarda metabolik jarayonlarning jiddiy buzilishi, qon glyukozasining 33 mmol/l gacha sezilarli darajada oshishi va to'qimalarning aniq suvsizlanishi.

**Kasalxonadan oldingi tibbiy yordam bosqichi**-statsionar turdagi tibbiy muassasadan tashqarida tibbiy yordam ko'rsatish bosqichi.

**Yuqumli va toksik shok**-bu katta bakteremiya tufayli qon bosimining keskin pasayishi.

Beqaror angina-angina xuruji va EKGdagi o'zgarishlar bilan og'rigan bemorlar, o'tkir miokard ishemiyasini ko'rsatadi, lekin ST segmentini ko'tarmasdan va miokard nekrozi belgilarini oshirmasdan.

**O'tkir miya qon aylanishining buzilishi (O'MQAB)** – miya qon aylanishining buzilishi tufayli nevrologik alomatlarning to'satdan paydo bo'lishi.

**O'tkir yurak yetishmovchiligi**-yurak yoki yurak bo'lmagan kelib chiqadigan miokardning anatomik va/yoki funktsional etishmovchiligining buzilishi belgilarining tez paydo bo'lishi bilan tavsiflangan klinik sindrom.

**O'tkir pielonefrit** – kosacha-jom tizimi va buyrak parenximasining o'ziga xos bo'lmagan yuqumli yallig'lanishi. O'BY Escherichia Soli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas tomonidan chaqiriladi.

**Buyrak sanchig'i**-siydik yo'llarining obstruksiyasi natijasida buyrak kosacha loxanka tizimidan siydik oqimining to'satdan buzilishi natijasida yuzaga keladigan o'tkir og'riq sindromi.

**Somodji sindromi**-insulinning haddan tashqari dozasi natijasida rivojlanadigan postgipoglikemik giperglikemiya.

**Tez tibbiy yordam xizmati**-davlat sog'liqni saqlash muassasalari, "tez tibbiy yordam" (TTY) stantsiyalari (bo'limlari), kasalxonadan oldingi bosqichda bemorlar va jabrlanganlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatadigan shoshilinch tibbiy yordam guruhlari.

**Talvasalar**-bu miyada katta elektr qo'zg'alishi natijasida yuzaga keladigan ong darajasining to'satdan, vaqtincha o'zgarishi.

**Talvasa epileptik holat**-bir qator tonik-klonik talvasalar, ular orasida ong tiklanmaydi.

**Tirotoksik kriz**-bu og'ir tirotoksikozning tirotogen buyrak usti etishmovchiligi bilan birikmasi bo'lgan shoshilinch klinik sindrom.



Asosiy sabab – bu etarli bo'lmagan tirostatik terapiya. Qo'zg'atuvchi omillar: jarrohlik, yuqumli va boshqa kasalliklar.

**Shoshilinch (shoshilinch) tibbiy yordam**-bemorning ahvoli og'irligidan qat'i nazar, darhol diagnostika va davolash faoliyatini talab qiladigan tashqi yoki ichki omillar tufayli yuzaga kelgan barcha shoshilinch kasallik holatlarini shoshilinch ravishda bartaraf etish.

**Bemorning hayotiga tahdid soladigan holat**-bu hayotga bevosita tahdid soladigan holat. Bu TTYo joyida va kasalxonaga yotqizish yo'lida tananing hayotiy funktsiyalarini tiklash uchun bir qator shoshilinch choralarni talab qiladi.

**"Tez tibbiy yordam"** ga chiqish guruhi-tibbiy muassasaga boradigan yo'lda kasal va jabrlanganlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatadigan sertifikatlarga ega bo'lgan shifokor yoki mustaqil ish uchun tayyorlangan feldsher.

**"Tez tibbiy yordam"** standarti-tez tibbiy yordam brigadalarining chiqish darajasiga mos keladigan, odatdagi klinik holatlarda minimal darajada shoshilinch tibbiy va diagnostika choralari ro'yxati.

**Bo'lmachalar (hilpillovchi) fibrilatsiya (BF)** – aritmiyalarning bir turi bo'lib

bo'lmachalarning tartibsiz qiqarishiga tushuniladi.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Аблакулова М.Х, Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Абдухамидова Д.Х. «Нарушение ритма и проводимости сердца в общеврачебной практике». Учебно-методические рекомендации. Самарканд, 2016 год.
2. Алимов А.В. с соавт. Справочник общей практики. Ташкент – 2016 г.
3. Барщинский С.Е. «Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины». Москва, Медив Сфера, 2004 г.
4. Болотских В.И. Практическое руководство по ПМСП. Заболевания ЛОР органов. Стр. 129-156.
5. Веретёнкин Л.А., Брашштейн Л.М., Скорая медицинская помощь: руководство для фельдшеров и медсестёр – М., Эксмо, 2010.
6. «Внутренние болезни» по Тинсли Р. Харрисону/ под редакцией Э. Фаучи и др., в 2 томах, Москва, Практика, 2002г
7. Григорьев И.В. Лечение неотложных состояний. Новейший справочник. 2016. 288 стр.
8. Гундорова Р.А., Камеников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. Новосибирский, 2013 г.
9. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Камеников В.В. Травмы глаз. Медицина-ГЭОТАР, 2015
10. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология, М: Медицина, 2015 г.
11. Дж. Мерта. «Справочник Врача Общей Практики», 1998 г. Раздел «Неотложные состояния». Стр. 1017-1043.
12. Егорова Е., М. Неотложная офтальмология. Москва, 2007 г.
13. Заславский А.Ю. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции. Том 2; Издатель – М., 2016. - 408 с.
14. Захаренко О.В. «Неотложная медицинская помощь. Симптомы, первая помощь на дому». 2016 г. Стр. 406.
15. Икрамов А.И. Справочник Врача Общей Практики. 2016 г, Раздел 24. Неотложные состояния. Стр. 518-564.



16. Касильникова И.М., Моисеева Е.Г. Неотложная доврачебная медицинская помощь. Учебное пособие. ГЭОТАР-Медиа. 2014 г – 192 стр.
17. Лапасов С.Х., Хакимова Л.Р., Аблакулова М.Х., Абдухамидова Д.Х. «Дифференциальная диагностика заболеваний с болью в груди в практике семейного врача». Методические рекомендации. Самарканд, 2017 год.
18. Ливерко И.В., Гимадутдинова А.Р. Адаптированные клинические протоколы ВОЗ по неинфекционным заболеваниям для первичного звена здравоохранения. Ташкент, 2014
19. Марченко Д.В. «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях». Учебник 2014.
20. Мухина Н.А. Нефрология. Национальное руководство/ Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -597с.
21. «Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН». Москва, 2016 г.
22. Нобель Дж. «Общая врачебная практика» по Джону Нобелю. Москва, Практика, 2005 г.
23. Рябова С.И. Нефрология. Руководство для врачей. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2013. - Т. 1. -767.
24. Сумин С.А. Неотложные состояния; Медицинское информационное агенство – М., 2017. - 960 с.
25. Уоткинс П. Дж. «Сахарный диабет», Москва, Практика, 2015 г.
26. Фадеева В.В. Безопасность ребенка. Первая помощь. М-2015 г. 160 стр.
27. Фонкен П., Смит Б., Хэрдисон Ч и др. Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения, Бишкек, 2013 г.
28. Хусинова Ш.А., Аблакулова М.Х. «Организация «Школы сахарного диабета» на уровне первичной медико-санитарной помощи». Учебно-методическое пособие. Ташкент, 2018 г.
29. Цыбулькин Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. Издательский дом «Практика» -1998 г. Стр. 44-48.

30. Chantal Simon, Hazel Everitt, Jon Birtwistle, Brian Stevenson. Oxford Handbook of General Practice, Oxford University Press, 2011.
31. Woodley, A. W. Therapeutic handbook of the Washington University, 2012.
32. World Health Organization. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Карманное пособие по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний. Женева, 2016.
33. Rubiera M, Ribo M, Delgado-Mederos R, Santamarina E, Degado P, Montaner J, Alvarez Sabin J, Molina C: Tandem internal carotid artery/middle cerebral artery occlusion. An independent predictor of poor outcome after systemic thrombolysis. Stroke 2006; 37: 2301-2305.
35. [www.nih.gov/nia](http://www.nih.gov/nia)
36. [www.nahc.org](http://www.nahc.org)
37. [www.mcw.edu/bioethics](http://www.mcw.edu/bioethics)



**XUSINOVA SH. A., YULDASHOVA N. E., ABDUXAMIDOVA D. X.**

**HAMSHIRALIK ISHIDA  
SHOSHILINCH HOLATLAR  
ASOSLARI**

*O'QUV QO'LLANMA*

*Guvohnoma raqami: G/00033-2022*

**“SAMARQAND”** nashriyoti

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhah — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

**Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.**

**Bosishga 7.12.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 4**

**Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 10,7 bosma taboq.**

**Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 10**

**Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**



