

51.1.

SHOSHILINCH PEDIATRIYA EKSTREMAL TIBBIYOT ASOSLARI BILAN



1
NASHR

Shoshilinch pediatriya ekstremal tibbiyot asoslari bilan

**(Shifokorlar, tez tibbiy yordam xodimlari va tibbiyot OTM talabalari uchun
Amaliy kullanma)**

**Professor Z.S. Umarova va
t.f.d. A.M. Sharipov taxriri ostida**

1 - NASHR

Toshkent 2010

Tuzuvchilar:

Professor A.M. Sharipov va professor Z.S. Umarova taxriri ostida

Mualliflar jamoasi:

Agzamxodjaev T.S., professor, t.f.d.

Djubatova R.S. t.f.d.

Xakimov D.P. dotsent, t.f.n.

Gulyamov R.O. dotsent, t.f.n.

Axmatalieva M.A., dotsent, t.f.n.

Valieva F.T., dotsent, t.f.n.

Shoikramov Sh.Sh., assistent

Safarov Z.F., assistent

Mamatkulov B.B., assistent

Xamzayev K.A., assistent

MUNDARIJA

MUNDARIJA	3
SUZ BOSHI	4
SHOSHILINCH XOLATDAGI BEMORNI BAXOLASH	5
BOLALARDA RESPIRATOR SHOSHILINCH XOLATLAR	13
QFATLAR TIBBIYOTI ASOSLARI	30
SHOK VA KON KETISH	36
BOLA HAYOTIGA XAVF SOLUVCHI YURAK ARITMIYALARI	49
BOLALARDA KARDIOLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR	64
YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA STATIONAR SHAROITIDAN	68
TASHQARI SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH	
BOLALAR SHIKASTLANISHLARIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM	
KURSATISH	76
KUYISHLAR	80
QORINDA O'TKIR OG'RIQLAR BILAN KECHADIGAN SHOSHILINCH	
HOLATLAR	90
BOLALARDA ISITMA XOLATLARI. BOLALARDAP UTKIR TOKSIKOZLAR.	109
REYE SONDRONI	
ERTA YOSHLI BOLALARDA EKSIKOZ	118
ALLERGIK SHOSHILINCH XOLATLAR	124
BOLALAR BILAN QO'POL MUOMALADA BO'LISH	137
NEVROLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR	145
UTKIR ZAXARLANISHLAR	162
BOLALARDA XULQ ATVOR SHOSHILINCH HOLATLARI	194
TASHKI MUXIT OMILLARI TA'SIRI NATIJASIDA YUZAGA KELUVCHI	
SHOSHILINCH XOLATLAR	206

Suz boshi

Bolalar ulimini kamayishida kasalxonagacha bulgan boskichda shoshilinch tibbiy erdam asosiy urinni egallaydi. Mazmun moxiyatiga kura bolalardagi xar xil xayot uchun xavf tugdiruvchi klinik holatlar o'ziga xos xususiyatga ega. Asosan erda yoshdagi bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatiga kura kritik holatlarning yuzaga kelishi xavfi yukoridir. Pediatriyaning turli bo'limlarida yuzaga kelgan o'zgarishlarni o'zlashtirgan xolda, bolaning bevosita kasallangan joyida shoshilinch yordam ko'rsatish katta axamiyatga ega. Shu narsa malumki, shoshilinch tibbiy yordam o'ziga xos anik jamlangan tarifga ega bo'lmog'i, yani ko'llanilgan davo usullari o'zini oklashi va xayot uchun zarur azolar faoliyatini saklashga karatilgan bo'lmog'i lozim.

Ushbu o'kuv ko'llanma Toshkent Pediatriya Tibbiyot oliygoxi shoshilinch tibbiy yordam kafedrasining mualliflar jamoasi tomonidan tayyorlandi.

Takdim etilgan malumotlar nafakat talabalar va magistr rezidentlar uchun, balki amaliy tibbiyot uchun xam ko'llanilishi mumkin. Ushbu ko'llanmada zamonaviy shoshilinch pediatriyada mavjud bo'lgan klinik muammolarni aniklash va baxolash to'lik ko'rsatib berilgan. Anik davo standartlari keltirilgan. "Tibbiyot standarti" atamasi aynan shoshilinch pediatriya uchun xosdir. Bu standartlar shoshilinch kritik holatdagi bemorga yordam ko'rsatuvchi shifokorga vokealarni oldindan ko'ra bilish imkonini beradi. Ko'llanmadagi mavjud sinov testlar o'zini baxolash va nazorat kilishda muxim axamiyatga ega. Mualliflar ushbu o'kuv ko'llanma yuzasidan etirozlar va yangi takliflar uchun oldindan minnatdorchilik bildiradilar

SHOSHILINCH XOLATDAGI BEMORNI BAXOLASH

Joyni baholash

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatuvchi shifokorning ishi har doim ham bemorning o'zidan boshlanavermaydi. Birinchi yordam ko'rsatishdan oldin voqea joyining holatini taxminiy baholash katta rol o'ynaydi. Bu baholash xavfli va ishgahalaqit beruvchi omillarni aniqlashda, o'zini, guruhini, guvohlarni va bemorni xavfsizligini taminlashda, bemorlar sonini aniqlashda, ularga olib boruvchi xavfsiz yo'lni topishda, shikastlanish mexnizmini aniqlashda, bemor haqida umumiy tasavvur olishda juda zarurdir.

- o'zini, guruhini, guvoxlarni va bemorni xavfsizligini taminlash
- ularni oldiga olib boruvchi xavfsiz yo'lni aniqlash
- hayot uchun xavfli holatni aniqlash maqsadida bemor holatini baholash
- ShTYo ga qo'shimcha xabar berish
- Tekshirish natijasiga qarab yordam berish
- Olingan ma'lumotlarni to'plash va hujjatlashtirish
- Boshqa soha xodimlarini zarurat bo'lsa yordamga chaqirish
- Bemorni xavfsiz joyga o'tkazishni va shifoxonaga yuborishni tashkil qilish

Voqea sodir bo'lgan joyni baholash quyidagi qadamlardan boshlanadi:

1. Xavfli va halaqit beruvchi omillarni aniqlash
2. Bemorga, guvoxlarga, tibbiyot xodimiga shu omillar qanday ta'sir qilishni taxmin qilish
3. Shu omillarni oldini olish va kamaytirish chora tadbirlarini ko'rish

Xavfli omil turlari:

- Fizik omil(xavfli portlovchi vositalar, yong'in, o'pirilish, suvda qutqarish, issiq va sovuq urish, tok urish va boshqalar)
- Toksikologik omil(indikatorlar; o'zini ahvolini o'zgarishi, hidlar, o'lik hayvonlar, odamlar, tutin, ogohlantiruvchi belgilardir)
- Kriminal omil (yaralanish, teraktlar, o'ldirish, zo'rlash, agressiv bemor)
- Infeksion omil (qoida «organizmning to'qima izolyatsiyasi»-qattik infeksiion nazorat, taxminan bemorning hamma biologik suyuqliklari zararlangan)
- Psixologik omil (bemor yoki uning yaqin insoni psixologik stress o'tkazishi, agressiv bo'lishi, ShTYo xodimi o'lik bemor, homilador ayol yoki og'ir klinik holatdagi bemorni ko'rish natijasida qattiq stress holatini o'tkazishi mumkin)

Bemor ahvolini baholashda bemor bilan o'zaro to'g'ri munosabat o'rnatish katta ahamiyatga ega:

0. Bemor bilan ko'rish muomilasini tashkil etish va unga amal qilish.

1. Bemor ko'rish jarayonida, bemor gavdasidan biroz pastda joylashish.

2. Bemor bilan rostgo'y bo'lish

3. Bemor bilan unga tushinarli tilda gaplashish

4. Imo ishoralarga e'tibor qaratish

5. Aniq, sekin, tushunarli gaplashish.

6. Holatga qarab bemor ismi-sharifini to'g'ri aytish. Bemordan uni kim deb chaqirishlarini so'rash.

7. Agar bemorning eshitish qobiliyati past bo'lsa, bemorga aniq gapirish kerak, lablar harakati orqali tushinish uchun. 8. Keyingi savolga o'tishdan oldin bemorga vaqt berish lozim. 9. Sekin va ishonchli harakat qilish kerak..

10. Eshitishi past va boshqa tilda gaplashadigan bemorlar bilan tarjimon yordamida gaplashish zarur.

Xavfli omillarni oldini olish va hartaraf etish chora tadbirlarini ko'rish

Fizik omil – «O'lgan yoki jarohatlangan tez tibbiy yordam xodimi yordam bera olmaydi» qoidasidan foydalanish, maxsus kuch chaqirish (o't o'chiruvchi, FVV, militsiya va boshqalar). Toksikologik omil – shamol bor joydan ketish, FVV chaqirish, zararlangan joyda kislorod moslamalarini ishlatmaslik.

Kriminogen omil - militsiya xodimini chaqirish

Infektsion omil:

- Shaxsiy xavfsizlikni ta'minlash
- Qo'l yuvish
- Tozalash, Dezinfektsiya, Sterilizatsiya

1. Ko'z himoyasi-maxsus ko'z oynak

2. Qo'lqoplar

3. Xalat yoki forma

4. Yuz niqobi

Yuqumli kasallikni ko'rsatuvchi 8ta belgilar:

- Yuqori harorat
- Ko'p terlash
- Teri va ko'z sklerasini sariqligi
- Bosh og'rig'i, ko'krak va qorindagi og'riq
- Yo'tal va xansirash
- Diareya
- Tez charchash
- Vaznni yo'qotish

Shikastlanish holatini aniqlash tamoyillari.

- Shikastlanish mexanizmi- shikastlanish mexanizmi bemordan, guvohlardan, oilasidan so'rab surishtiriladi.
- Shikastlanganlar soni aniqlanadi
- Agar shikastlangan soni tibbiy brigada imkoniyati darajasidagidan oshib ketsa, bunday holatlarda ko'p shikastlanganlarga yordam ko'rsatish printsiplari bo'yicha ish olib boriladi.
- Bemor bilan bevosita muloqatga kirishishdan oldin qo'shimcha kuch chaqirish kerak: militsiya, tez yordam, qutqaruvchilar, o't o'chiruvchilar.
- Tibbiy saralashni boshlash
- Agar kelaetgan brigada vokeyani tugiray olsa, umurtqa pog'onasini immobilizatsiya qilishni xavfsizligini ta'minlash va yordam berishni davom ettirish.

Shoshilinch yordam berishda quyidagi yuridik aspektlar :

Rozilik

- Qattiq rozilik-Katta eshdagi bemor, esh-xushi joyida unga ko'rsatiladigan yordamga rozilik beradi. Siz ruxsat olishingiz shart!
- O'ylantiruvchi rozilik-Qachonki bemor yordam ko'rsatishga rozilik berish uchun jismoniy yoki aqliy sog'lom bo'lmasa.
- Kichik va aqli zaiflar-ota-onasini eki boquvchini topish kerak.

Inkor etish

- Bemor sog'lom aql va hush saqlangan holatda inkor etish huquqiga ega.

- Tajavuzkorlik – qachonki siz bemorga qurquv va zarar etkazsangiz
- Haqoratlash harakati - Bemorni roziligisiz tegish.
- Bemorni aqli va hushi borligida joyga qarab ish tutish.

Yordamchi yuridik aspekt

- Majburiy harakat
- Sovuqqonlik

Sovuqqonlik- o'zini ishiga, ish xodimlarga, joyga va bemorga yuzaki qarash.

- ShTYo xodimi majburiy harakat qilish kerak.
- ShTYo xodimi standart bo'yicha to'liq yordam ko'rsatmadi
- Bemorga shikast etkazildi
- Nostandart yordam ko'rsatish natijasida bemorga shikast etkazish.

■ **Qoldirish** – Bemor ShTE ni kuzatuvni ostida bo'lgan paytda tez tibbiyyordamni to'xtatish.

■ **Yordam ko'rsatilgan to'g'risida hisobot:**

- Agar ro'yxatda yozilmagan bo'lsa-bu qilinmagan!
- To'liq bo'lmagan hisobot bemorga chala yordam ko'rsatilganini bildiradi.

■ **Konfidentsiallik**

- Bemor konfidentsial axborati nima?
- Qaysi holatda bemorni ahvoli to'g'risida axborat berish mumkin.

■ **Asosiy holatlar**

- Tibbiyot identifikatsion jeton
- Donor
- Voqea sodir bo'lgan joy
- Haqoratlash
- Tug'riq

Bemor holatini baholash printsiplari

- Bemor to'g'risida umumiy fikr yuritish uni atrofidagi muhitga va bemor shikoyatiga bog'liq.
- Bemor qanday kasalligini aniqlash ya'ni somatik yoki travmatikmi, agar bemor travmatik bo'lsa, tezda mexanik zarar ekanligini aniqlash.
- Yoshi
- Jinsi
- Etnik zarurligi
- Bemorni holatini baholash, uni hayoti xavfligini oldini olish.
- Agar xayoti xavf ostida bo'lsa unga tez tibbiy yordam ko'rsatish zarur.
- Kasallik kelib chiqish va mexanik ta'siriga baho berish.

Mexanik ta'siri quyidagi holatlarda ko'rsatiladi:

- Transportdan uchib ketish
- Transport ichida o'lim holati
- 2.5mtr yuqori balandlikdan yiqilish
- Transport tomidan dumalash
- Transport vositalarining yuqori tezlikda to'qnashuvi
- Transport vositasi piyodani urib ketishi
- Mototsikllar avariyesi
- Hushini yo'qligi va buzilganligi
- Bosh, ko'krak qafasi, qoringa sanchib o'tuvchi jarohat.
- Yopiq jarohat.

- Yordamchi kamar
- a. Agar kamar ulangan bo'lsa jarohat sababi bo'ladi.
- b. Agar bemorda kamar ulangan bo'lsa ,bemor jarohat olmagan deb o'ylamaslik kerak
 - Yordamchi yostiq
- a. Agar kamar taqilmagan bo'lsa yordamchi yostiqning foydasi bo'lmasligi mumkun.
- b. Yostiq pisaygandan so'ng bemor rulga urilish holatiga uchrashi mumkun.
- c. Yostiqni olib tashlab , rulning holatini ko'rib chiqish zarur.
 - 3 metrdan yuqori balandlikdan yiqilish
 - Velosiped orqali sodir bo'lgan jarohat
 - Transport vositasining o'rtacha tezlikda to'qnashuvi

Bemorning holatini baholash protokoli

Standart amallariga ko'ra bemorning yordam talab qilgan holatini ko'rsatib birlamchi va ikkilamchi AVSD bahosi , AVSD yordami bilan birgalikda o'tkaziladi .

Tanishish

Bemor bilan gapni boshlab, o'zingizni tanishtirib, bemorga tez tibbiy yordam mutaxassisligingizni bildirib , siz unga tez yordam berish uchun kelganligingizni aytishingiz kerak. Uning roziligini olganingizdan so'ng unga tez tibbiy yordam ko'rsatishingiz mumkun.

Birlamchi AVSD baholash

Qadam A – Nafas yullari o'tkazuvchanligini ta'minlash

- Bemorxushida- Bemor gapiryaptimi yig'layaptimi?
- a. Agar xa bulsa, bemorning nafas olish yullarini tekshirib chikish zarur
- b. Agar yuk bulsa, Upkaning nafas olish yullarini tiklamok zarur.
 - Somatik bemorlar uchun , bemorni etkizib boshni orkaga tortib , daxanni tortish
 - Travmatik bemorlar eki tabiiy tushunarsiz kasalligi bor bemorlar uchun, buyin umirtka pogonasining urta kismi va pastgi jagni kimirlatib , stabilizatsion va immobilizatsion holatida olib borilishi kerak. Buyin fiksatorini joylashtirish kerak
-

**Somatik bemorlar uchun
upkaning nafas olish
yullarini ochilishi**

**Travmatik bemorlar
uchun upkaning nafas
olish yullarini ochilishi**

**Buyin fiksatorli
Travmatik bemorlar
uchun upkaning nafas
olish yullarini ochilishi**



Mutxasis kulini bushatish uchun EMP xovo utkazuvchi asbobni ishlatish mumkin. Agar bemorda ogrik bulmasa (D kadamida bemorning yutish odati yukligi ma'lum bo'lgan) u xolda orofarengial xovo utkazish asbobini yutish joyiga kirgiziladi



Agar bemorda og'rik xissi balsa nazofarengial xavo utkazish asbobi ishlatiladi

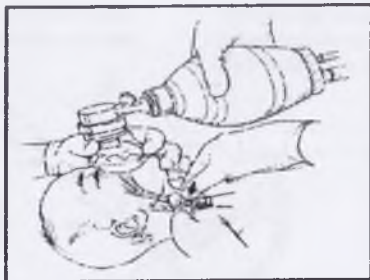


Kadam V Nafas olish yulini baxolash va resperator erdam

Agar bemorning nafas olishi standart holatida bulib, bemor xushida balsa , kislorod etkazib berib turish etarli. Standart nafas olmaigan barcha bemorlar uchun ,cki nafas olib olish uchun tuxtab-tuxtab gapiractgan bemorlar uchun baland kuchda kislorod berish kerak.(kamida 15l maska orkali bir yunalishli klapan bilan) . Agar bemorning nafas olishi tuxtab kolsa , nafas olish yulini tiklash va bir kolibda nafas olish yullarini ushlab turish zarur. IVL Bilan kushimcha respirator kullanmasidan foydalanish kerak. Kislorodni etkazib turish barcha vaziyatlarda zarurdir. Pulsoksimetr datchigini ulab , kislorodni



saturatsiyasini baxolash kerak.



Kadam -S - Kon aylanishini baxolash va gemodinamik kullab kuvvatlash

Pulsni baxolash

Bemorni kon aylanishini baxolanishi , markaziy va periferik arteriya larda pulsni ushab kurib bilinadi.

Agar bemor I eshdan katta balsa uning pulsini markaziy pulda sonnoy arteriyasida ushlab bilinadi.

Agar bemorning eshi I eshdan kichkina balsa markaziy pulda elkaning arteriyasini ushlab bilsa buladi.

Agar bemorning eshi I eshdan kichkina balsa periferik pulsini tovomni ushlab eki kapillyar tekshirib bilsa buladi.

- a. Agar bemorning eshi I eshdan katta balsa periferik pulsini luchevoy arteriyani ushlab bilsa buladi.
 - b. Agar markaziy puls tuxtab kolsa yurakni massaj kilish zamr
 - c. Tashki kon ketishni kotalagini baxolab, agar kon ketaetgan balsa, uning tuxtatish koydalaridan foydalanish kerak.
- Kardimanitorni bemorga ulab uning puls ritmini baxolash kerak
 -
 - **Kadam D – vemorning ongini darasini baxolash**
 - Agar bemor A kadamida verbal stimulyatsiyasiga javob bergan balsa, unda oddiy savollarni berish lozim (ozi xakida nima biladi, soat nechti- Isming nima? Bugun kanday kun? Nima buldi?)agar bemor «A» kadamida javob bermasdan, verbal stimulyatsiyasiga javob bergan balsa, ogrik reaksiyasini tekshirib kurish kerak.
- a. Ongni darajasi
 1. Ong muljali
 2. Ongda , dezorientatsiyalangan
 3. Verbal va taktik ta'sirlarga javob reaksiyasi
 4. Otvetnaya reaksiya na bolevie stimuli.
 5. Ongsiz holat – kusish va yutal odatsizligi Bessoznatelnoe sostoyanie – otsustvie rvotnogo i kashlevogo refleksov
 - Agar markaziy arteriyada kardiomonitorda, oshkozon eki oshkozonchalar fibrillyatsiyali ritm taxikardiyasi balsa – elektrodofibrillyatsiya.
 - **Kadam E –** Travmatik bemorlarni butun badanini, travmatologik va fizikal usulida tezda kurib chikish
 - Agar Ita Bemordan kup balsa ularni kasalligi yunalishi buyicha joylashtirish
 -
 - **Ikkilamchi AVSD baxolash**
 - **Kadam A - Glazgo shkalasi buyicha (tablitsa 1) baxolab - agar 8 baldan kam balsa yoki apnoe balsa – shoshilinchli induktsiyasiz (EPI) endotraxcal intubatsiya (ETI) utkazish kerak. ETI uchun boshka kursatkichlarni izlab (ugroza udushya, aspiratsiyalar, kritik nafas) agar shkalani kursatkichi 8 baldan kup balsa – EPI ni kilish kerak.**
 - **Kadam V - Terining rangini , tsianozli, retraktsiyali, nafas olish holatini,nafas olish chastotasini sanab, kislorod saturatsiyasini pulsoksimetrdada baxolash.**
 - a. IVL ni davom ettirish kerak eki erdamchi sun'iy nafasni berish kerak(VIVL) eki kislorodli ingalyatsiyasiya kilish kerak(KI).Prodoljat iskusstvennyuyu ventilyatsiyu lyogkix (IVL) ili vspomogatelnyuyu iskusstvennyuyu ventilyatsiyu lyogkix (VIVL) ili kislorodnyuyu ingalyatsiyu (KI).
 - **Kadam S –Kardiomanitorni kaytadan tekshirish yani buyin venasini pulsini xisoblash ,AB ulchash.vcnaga tushish kerak.**
 - **Kadama D – Kuz korochiklarini baxolash (korachiklani razmeri ,ulani simmetrikligi va eriglikga reaksiyaligini tekshirish.**
 - a. Dorilarni kullash,infuzion terapiya,kardieversiyaeki defibrillatsiyani kullash. pri

ShKALA KOM GLAZGO		
Ballar	Ya'TCh	Katta bolalar
Kuz ochikligi		
4	Tusatdan	Tusatdan
3	Gappa	Kulga reaksiyasi
2	Ogrikga	Ogrikga
1	Reaksiya yuk	Reaksiya yuk
Xarakterat reaksiyalar		
6	Normalniy xarakterat	Buyrukni bajarish
5	Otdyorgivanie pri prikosnovenii	Simmilovchi ogrik
4	Ogrik paytida ozini olib kochish	Ogrik paytida ozini olib kochish
3	Anomal egilishlar	Anomal egilish paytida ogrik
2	Anomal ezilishlar	Anomal ezilishlar
1	Reaksiya yuk	Reaksiya yuk
Verbal reaksiya		
5	Gulenie i lepet	Orientirovka
4	Yigloki bulish	Aralash
3	Yiglash va ogrik	Tugri kelmaydigan suz
2	Stori na bol	Xar xil suzlar
1	Reaksiya	Reaksiya yuk

Tez anamnez yigish (SAMPLE)

Bu holat kachon boshlandi?

Nimadan boshlandi? (birinchi simptomi)?

Ushanga nima sabab buldi?

Nima kildinglar?

Sizda dorilarga , ozik ovkatga allergiya bormi?

Kanaka kasallik bilan kasalsiz?

Oxirgi marta kachon ovkatlandingiz?

Sfokusir (PQRST) anamnez yigish

Kachon boshlandi?

Nima kuchaytiradi, nima engil kiladi?

Sifati (xarakteri)

Irradiatsiya

Ogirligi

Davomiyligi

Xaetiy kursatkichni ulchash

Terini temperaturasini, rangini , va mikrotsirkulyatsiyaga baxo berish.

Terini rangini tekshirishda asosan timok, lab va kuz kon'yunktivitini baxolash.

A. V norma – pushti rang

V. Normamas holat

- Rangsiz (okarish)
- Tsianozecki eki kul rang kukimtir
- Giperemiya (kizarish)
- Sargayish

Teri xaroratini ushlagan holatda tekshiriladi.

A. V norma- issik

V. Teri xarorati normamas:

- Issik
- Illik
- Sovuk
- Epishkok teri- illik va nam holati

Bemorning teri holatini baxolash.

Terini namligini baxolash

Norma holatida kuruk teri

Normamas holati – nam va xul

Yangi tugilgan chaqaloqda va bolalarda mikrotsirkulyatsii shamollashini baxolash

A. Normada mikrotsirkulyatsii shamollashi 2 sekunddan kam bulmasligi kerak

V. Patalogiya holatida 2 sekunddan kup buladi

Kuz korchigini baxolash (simmetrikligi, diametri, eriklikga reaksiya)

(ChSS) pulsni sonini aniklash

Nafasni sonini aniklash

AB ulchash (2 eshdan kattalarni)

Fizik teshiruvini utkazish

Detalnyi (xar kaysi anatomik soxani) – Barcha travma olgan bemorlaga, maktabgacha bulgan bolalarga , bemorlarni akli zaifligi , kulidan xech narsa kelmaydigan bemorlar.

Sfokusirlangan (shikoyat soxasi + 2 aralash) – somatik bemor, xushida , katta eshdagilar.

Travma holatni fizik tekshiruv

Boshni, buyinni , kukrak kafasni, korinni, chanokni, oekni , qo'lni, umirtkani soxalarini tekshirish

1. Deformatsii
2. Lat eyish
3. Tirmash
4. Teshish /sanchib utuvchi
5. Kuyish
6. Ogriklik
7. Yorilish
8. Shishish
9. Krepitatsiya
10. Ogrik

Kuz soxani kushimcha tekshiruv (oldi kamerasida konlanish, korochik, yot jism) kulok , burun , ogiz, tish.

Buyinda kushimcha venani shishishi va sagetal soxada aralash vena , porodoksal xarakat.

Kukrak kafasida kushimcha nafas shovkinlari va upka, yurak chukkisini aniklash

Korin soxasida tarangligi, yumshokligi v axovo borligini aniklash.

Chanok soxasini extietkorlik Bilan bosish kerak , ogrik va patologik xarakat xisobiga.

Pulsni kul bilakda aniklash, sezgirligi, xarakati, rangi , taktik xarorat , kapelyar testi utkazish

Bemorni holatini kayta tekshirish

Bemor stabil holatini xar 15- minutda tekshiriladi. Nostobil holatdagi bemorlarni xar 5 minutda tekshirish zarur.

1. Xushini kaytadan tekshirish
2. Nafas utkazuvchanligini tekshirish
3. Nafasni manitoringda tekshirish
4. Pulsni kayta baxolash
5. Teri rangi va xarorati.
6. Bemorni holatini baxolash .
7. Davo olgan muolajasini tekshirish .
8. IVLdan kislorod boraetganligini tekshirish .
9. Kon tuxtaganligiga ishonish

10. Boshka adekvat muolajalarga ishonish
Kabul xonaga borganda ogzaki xolda tushuntirish

- Bemoming ismi , sharifi
- Bemor eshi
- Diagnostika
- Xaet kursatkichi
- Shoshilinch holatda kursatgan erdam
- Transportirovka holatida nima uzgardi

Operativ xujjatda utkazilgan tekshiruvlarni ezma holatda topshirish kerak.

Oralik savollari

1. Joy holatda burchi
2. Joy holatini baxolashni ayting
3. Joy holatdagi xavf turlari
4. Bemor va uning yakinlari bilan kanday suzlashish kerak
5. «Organizmda tukima izolyatsiyasini» koyidasini tushuntiring
6. Fizik xavfli holatida uzingizni muxofazangizni ayting
7. Toksik xavfli holatida uzingizni muxofazangizni ayting
8. Infektsion xavfli holatida uzingizni muxofazangizni ayting
9. Tez anamez savollarini ayting
10. Sfikusir anamnezni savollarini ayting
11. Xaet uchun zarur koyidalarni sanab uting
12. Fizik tekshiruvni kadamma kadamma sanab uting
13. Yunaltirilgan anamezni sanab uting
14. Oxirgi baxolashni koyidasini ayting
15. Bemorni kabul xonaga kanday tarzda topshirish koyidasini ayting

BOLALARDA RESPIRATOR SHOSHILINCH XOLATLAR.

Shoshilinch tez yordam xizmati kursatiladigan kasalliklarning 5 % ni bolalarda kechadigan nafas yullari utkir respirator kasalliklari tashkil kiladi. Bulardan 80% ni yuzaga keltiruvchi sabablari URVI xisoblanib stenozlanuvchi laringotraxeit va allergik laringit natijasida kelib chikadi. 5% holatlarda nafas buzilishini chuziluvchi bronxial astma xuruji va asmatik holat tashkil kilsa, kolgan holatlar boshka sabablar bilan izzoxlanadi.

Respirator shoshilinch holatlar rivojlanish mexanizmidagi nafas yullari utkazuvchanligining buzilishi bosh omil xisoblanadi. Nafas yullari utkazuvchanligi buzilishining kaytuvchi va kaytmas shakllari farqlanadi. Kaytuvchi shaklida konservativ muolajalar yaxshi samara bersa, kaytmas shaklida xirurgik aralashuv talab kilinadi. Kaytuvchi shakliga yukori nafas yullari utkir obstruksiyasi, utkir bronxial obstruksiya va plevra ichi taranglashish sindromi kiradi. Ushbu sanab utilgan sindromlar bola xayoti uchun xavf soluvchi holat bulib, turli infektsion yalliglanuvchi kasalliklar, allergik holatlar, modda almashinuvining nasliy kasalliklari, nafas yullari anomaliyalari va yod jismida uchraydi.

Yukori nafas yullari utkir obstruksiyasi.

Yukori nafas yullari burun chiganoklaridan boshlanib, ogiz-yutkin, xikildok, traxeya va yirik bronxgacha davom etadi. Ularning asosiy vazifasi upkaga xavo okimini utkazib berish.

YUNYUOGA OLIB KELUVCHI SABABLAR:

- Tanglay mushaklari tonusini pastligi va tilning ketib kolishi.
- Ovoz boglami osti bushligi va xikildok shillik kavati shishi (shikastlanishlar, kuyishlar, infektsiyalar va allergik jarayonlar natijasida).

- Yod jism va suyuklik aspiratsiyasi.
- Anotomik nukson
- Xikildok paraczi va paralichi
- Ovoz boglami spazmi

YuNYUOga olib keluvchi holalar organizmidagi uziga xos anotomo-fiziologik holatlar:

- Tor nafas yullari
- Ovoz boylami osti bushligining siyrak klechatkadan tashkil topganligi
- Lorengospazmga moyillik
- Nafas mushaklarining nisbatan kuchsizligi

Tekshirish printsiplari

Birlamchi va ikkilamchi **ABCD** baxolashda aniklanadi:

- nafas yullari utkazuvchvnligi
- nafasning adckvatligi, kislorod ingalyatsiyasi yoki suniy ventelyatsiya kullaniladi
- kon aylanishi turgunligi, kardiomonitordagi ritm xarakteri va PALS protokoli buyicha yordam kursatish.
- es-xush darajasi
- aniklangan 5 ta «G» va 5 ta «T» bartaraf etiladi.

Xayot uchun xavf soluvchi kaysi kursatkich eng xavfli xisoblansa shu a'zoning ish faoliyatini yaxshilash birinchi nishon a'zo bulib xisoblanadi.

Fokuslangan anamnez yigish paytida shikoyatlar aniklanadi (taxipnoe, dispnoe, yutal) ularning ta'rifi, engillashishi yoki kuchayishi suraladi.

Detal yoki fokuslangan fizikal tekshiruvda nafas buzilish sababi aniklanadi:

Bolaning bosh kismida:

- nafasning eshitalishi (stridor, xushtak, xirillash, bilkillash, bugilish)
- tananing yoki boshning majburiy holati (boshning orkaga egish, pastki jagni oldinga surilishi)
- bola nima orkali nafas olaypti (burun yoki ogiz)
- burun kanotlarini kengayishi
- ogiz yoki burundan suyuklik okishi
- ogiz-lab uchburchagidagi tsianozi
- ogiz va yutkin holati
- jagni paypaslangandagi ogriklilik

Bolaning buyin kismida:

- buyin venalarining tulishishi
- traxeya joylashuvi (paypaslanganda)
- buyin paypaslanganda ogriklilik

Bolaning kukrak kafasida:

- ekskursiya simmetrikligi
- kovurgalararo va umrov usti chukurchasi retraktsiyasi
- teri osti emfezemasi
- kukrak kafasi auskultatsiyasi (nafas yullari utkazuvchanligi, tarkalishi, xirillash xarakteri, ularning nafas chikarish va nafas olishda eshitalishi)
- yurak tonlari auskultatsiyasi (joylashuvi, eshitalishi, shovkinlar)
- kovurga va kovurgalar oraligini ogrikka tekshirish
- kukrak kafasi perkussiyasi

Bolaning kornida:

- kovurga osti soxasi taranglashishi
- korin shakli

Yordam kursatish usulini aniklash uchun yukori nafas yullari stenozini bolada shkala buyicha baxolash zarur:

YuNY stenoz darajasini baxolash

Belgilar/ballar	0	1	2
Stridor	Yuk	Inspirator	Inspirator va ekspirator
Yutal	Yuk	Xirillovchi	Akillovchi
Nafas olganda auchkultatsiya	Norma	Susaygan	Sezilarli susaygan
Nafas mushaklari retraksiyasi	Yuk	Umrov usti chukurchasi	Butun nafas mushaklari
Tsianoz	Yuk	Xavo bilan nafas olishda tsianoz	40% li kislorod bilan nafas olishda tsianoz

Ballar yigindisi: 0-2 stenoz yuk, 3-6 kisman stenoz, 7 va undan katta ogir stenoz gospitalizatsiyaga muxtoj.

YuNYOga olib keluvchi aloxida kasalliklar:

Burun yullari obstruksiyasi.

Ogiz va burun soxasidagi xavo yullari nafas yullari karshiligining 50% ni tashkil etadi. Yosh bolalar xikildokning yukori joylashgani, yumshok tanglay va xikildok usti soxasi uta yakinligi xisobiga asosan burun orkali nafas oladi. 6 oylikka kelib xikildok biroz pastga tushadi va bola ogiz orkali nafas olishi mumkin. Shuning uchun erta bolalik davrda nafas yullari utkazuvchanligining buzilishi asosan burun obstruksiyasi xisobiga buladi. Nafas yullari obstruksiyasi sabablari-xoanalar atreziyasi, burun usmalari, jaroxatlar, yot jism.

Xoanalar atreziyasi klinik belgilari – shovkinli nafas, disfagiya, tel ketib kolishi, apnoc, kusish, dispnoe. Tsianozning yiglash paytida kuchayishi va ogiz yopgan holatda kuchayishi bu nuksonga xosdir.

Xoanalar atreziyasida bolaga birinchi yordam kursatish - xavo utkazuvchi nay kuyishdan iboratdir.

Burun usmasi – kapillyar va kavernoza gemangiomaslar. **Klinik kurinishi** – shovkinli nafas, dispnoe, tsianoz. **Shoshilinch yordam** – kislorod ingalyatsiyasi, tinchlantiruvchi dorilar.

Burun yullari et jismi - asosan 3 yoshgacha bulgan bolalarda uchraydi. **Klinik kurinishi**- nafas buzilishi, tsianoz.

Shoshilinch yordam – yot jismni olib tashlash.

Kala-yuz kismi jaroxati – burun suyaklari va tusigini siljishiga olib keladi. **Klinik kurinishi** – burun orkali nafas olish kiyinlashuvi. **Shoshilinch yordam** – pastki jag suyagi sinik bulaklarini fiksatsiyasi, burun orkali traxeya intubatsiyasi.

Stridor- bu shovkinli nafas bilan kechuvchi nafas yullarining kisman obstruksiyasi holatidir. Kelib chikish sababi tor va kisman toraygan nafas yullari orkali xavo okimining tez utishi bilan tushuntiriladi.

Inspirator stridor bu holat ovoz boylam usti soxasi yoki ovoz boylami soxasida shikastlanish bulsa yuzaga keladi.

Ekspirator stridor chin ovoz boylamlari soxasidan pastda shikastlanish bulsa yuzaga keladi.

Epiglottit — bu yutkin usti soxasining utkir bakterial yalliglanishi bulib nafas yullarining tulik obstruksiyasiga olib kelishi mumkin.

Etiologiya. 95% holatlarda epiglottit Haemophilus influenzae B tipi tomonidan chakiriladi. Ammo keyingi paytlarda bu kuzgatuvchiga nisbatan samarali vaksininaning paydo bulishi epiglottit sonini keskin kiskarishiga olib keldi. Ba'zida kasallikni A gurux streptokokklar, pnevmokokklar, Corynebacterium diphtheriae, Mycobacterium tuberculosis chakirishi mumkin.

Epidemiologiya

- Bolalar > 4 yosh
- Asosan 4–7 yosh
- V tipii Haemophilus influenzae vaksinasini tufayli kasallik keskin kamaydi.

Tekshirish va diagnostika

Uz paytida tez tashxis kuyish va nafas yullari utkazuvchanligini ta'minlash orkali ulim holatini oldini olish mumkin.

Respirator distress + tomokda ogrik + sulak okishi = Epiglottit

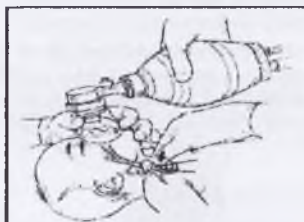
- Nafas kiyinlashuvi utkir boshlanib tez kuchayib boradi. Kup sulak okishi, yutishga kiyinalish, yukori xarorat, stridor kuzatiladi. Pastki jag oldinga tortilgan, buyin taranglashgan. Bola oldinga engashgan xolda utiradi.
- Epiglottit kupincha 3—6 yoshda yuzaga keladi. Ba'zan 2 yoshgacha bolalar kasallanishi mumkin. Ularda kasallikni utkir laringotraxobronxit bilan adashtirish mumkin.
- Ba'zi davolash muassasalarida diaqnoz kabul bulimida laringoskop yoki fibrobronxoskop orkali yutkinni kurish bilan kuyiladi. Kuruvni malakali mutaxassis utkazishi lozim. Birok nafas yullari utkazuvchanligini kayta tiklamasdan kuruvni amalga oshirish ka'tiyan man etiladi. Bolani bezovta bulishiga olib keluvchi xar kandanay muolaja nafas yullari tulik obstruksiyasiga olib kelishi mumkin.
- Klinik kurinishga asoslanib dastlabki tashxis kuyiladi. Laringoskopiyada yutkin usti soxasi kattalashgan, tuk kizil tusda buladi. Agar bolaning holati takazo etsa buyin yon tomonlarga rentgenografiya kilinadi. Rentgenografiya paytida shoshilinch traxeya intubatsiyasi va traxeyastomaga tayyor turish lozim. Tekshiruv paytida bolaning boshi siljimasligi lozim. Kichik siljish xam yutkin usti soyasini yopib kuyishi mumkin.
- Konda leykotsitlar oshgan va chapgga siljigan.
- 1/3 bemorlar xushsiz yoki shok holatida shifoxonaga tushadi.

Shoshilinch yordam

Majburiy shoshilinch gospitalizatsiya

Tez tibbiy yordam boskichida

- Yukori konsentratsiyali kislorod
- Tomirga tushish va biroz infuziya utkazish
- Shoshilinch transportirovka
- Nafas yullarini kurishga xarakat kilish man etiladi.



Ambu kopida ventilyatsiya.

Shifoxona boskichida

- Operatsiya xonasida umumiy ogriksizlantirish ostida traxeya intubatsiya kilinadi va 3 kungacha ushlab turiladi.

Traxeya intubatsiyasi



- Ogiz orkali intubatsiyadan kura burun orkali intubatsiya kilish bemor uchun xavfsiz bulib xisoblanadi. Dastlab ogiz orkali intubatsiya amalga oshiriladi. Bu ancha kulay va tez. Bemor holati turgunlashgach burun orkali intubatsiyaga utkaziladi.
- Kam holatlarda intubatsiya utkazishning iloji bulmasa konikotomiya kullaniladi.

- Intubatsiya utkazilgach yutkin usti soxasi kuzdan kechirilib, ekma uchun surtma olinadi. Bir vaktida kon ekmasi xam olinib infuzion davo xam utkaziladi.
- Antibakterial davo. Shoshilinch ampicillin/sulbaktam, 200 mg/kg/kun, tseftriakson, 50 mg/kg/kun, yoki tsefotaksim, 150—200 mg/kg/kun tavsiya etiladi.
- Boshka infeksiya uchoklari inkor etilib, xavo tomchi infeksiyasi kushilishi oldi olinadi.
- Adrenalin va kortikosteroidlarni kullash mumkin emas.



Utkir laringotraxobronxit (LTB) (bugma) ovoz boglamlari shishi, ovoz boglami osti bushligi shillik kavati shikastlanishi, ovoz yukolishi, nafas yullari obstruksiyasi, akillovchi yutal va stridor bilan kechadi.

Etiologiya. Bugmaning asosiy sababi-utkir virusli larengotraxeitdir. Uni gripp, paragripp, resperator sintisial viruslar, ba'zan adenoviruslar chakiradi. Utkir bakterial LTB juda kam uchraydi. Utkir spazmatik laringitda (soxta bugmada) bugilish kiska va takror bulib, klinik kurinishi virusli laringitga uxshash buladi, ammo nisbatan engil kechadi.

Epidemiologiya

- 6 oydan - 3 yoshgacha
- Ugil bolalar > kizlar
- Mavsumiyliги – kuz, erta kish

Tekshirish va diagnostika

Anamnez. Kasallik uchun burun okishi, kuchayib boruvchi akillovchi yutal va ovoz bugilishi xosdir. Simptomlar tunda kuchayadi va kupincha 3 yoshgacha bolalar kasallanadilar. Fizikal tekshiruv paytida nafas yullari torayish darajasi, stridor, taxipnoe, tsianoz, kukrak kafasining tortishishi va ngafasning susayishi baxolanadi. Bolaning bezovtaligi, taxikardiya, es-xushi buzilishi va tsianoz gipoksiyaning belgilaridir.

Laringostenoz darajasi baxolanadi:

YuNY stenozi darajasi

Daraja	Tsianoz	Xansirash	Retraktsiya	Vegetativ buzilishlar
1	Yuk	Tinchlikda insperator	Zurikish paytida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kovurgalararo ▪ Umrov usti chukurchasi 	Yuk
2	Perioral tsianoz zurikish paytida	Tinchlikda insperator	Zurikish paytida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kovurgalar ostida ▪ Imlash xarakatlari Tinchlikda: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kovurgalar aro ▪ Umrov usti chukurchasi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezovtalik ▪ Taxikardiya ▪ Terlash ▪ AKB oshgan
3	Perioral tinchlik paytida. Tarkalgan zurikish paytida	Aralash	Tinchlikda <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kovurgalar osti ▪ Imlash xarakatlari ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezovtalik yoki es-xushni tormozlanishi ▪ Taxikardiya ▪ Keskin okarib ketish ▪ AKB nisbatan tushgan
4	Koma, shaytonlash, teri koplamlari okish tsionatik, aritmik nafas, bradikardiya, AKB pasaygan.			

3 – 4 darajasi gospitalizatsiyaga muxtoj. 4-darajasi – shoshilinch traxeya intubatsiyasiga muxtoj. **Laborator va instrumental tekshiruvlar.** Epiglotitni inkor etish uchun buyin soxasini yonbosh rentgenografiya proektsiyasi olib kuraladi. Rentgenografiyani yonbosh proektsiyani tugridan tugri a’malga oshirish ovoz boylamlari osti soxasini sikilganligini kursatadi. Bu proektsiyada shu soxa vorankasimon kurinishda buladi. Uta ogir holatlardagi epiglotitda oksigenatsiyani kondagi mikdorni kuzatish pulsoksimetriya apparatida va arterial kondagi gazlarni analizini am’alga oshirish talab etiladi.

Shoshilinch yordam.

- **Ambulator yordam.** Kup holatlarda bolalarda utkir laringotraxiit engil kechib shifoxonaga yotkizishni talab etmaydi. Bu holatlarda bola yotgan xona sovuk va nam bulishi kerak. Bemorga kup ilik suyaklik ichirish, kuzatish, oegiga chalgituvchi vannalar va ingalyatsiya kilish buyuriladi. Nafas etishmovchiligi kuchaygan holatlarda ota-onalar shifokorlarni chakirishi zarur.
- **Shifoxona erdami.** Bemor aloxida xonaga etkizilib, bu xonada ota-onalarni bulishi ruxsat etiladi va bolaga namlangan kislorod ingalyatsiyasi beriladi. Bemorga fakat eng keragi bulgan muolajalarni a’malga oshirish buyuriladi, bu esa bolani bezovta bulishini kamaytiriladi, nafas olishda kerak buladigon energiya sarfini pasaytiradi. Bemor doimiy pulsoksimetriya kuzvtuvda bulish buyuriladi. (rasm)

Pulsoksimetriya asbobi



Ikkinchi boskichlik larengotraxiitning stenozida intensiv davolash bulimiga yotkiziladi. (nafas yullariga adrenalni ingalyatsiyasini kilish yoki kortikosteroidlarni in’ektsiya kilinadi.)

- Odatda adrenalni eritmasini nebulayzer orkali retsimik ingolyatsiya kilish katta effekt beradi: 0.25-0.75ml

2.25% adrenalin eritmasiga 2 ml fiziologik eritma aralashtirib retsimik ingalyatsiya kilinadi. (0.1% adrenalin eritmasini xam kullashi mumkin, lekin effektivligi kam). 30-60 minut ingolyatsiya kilingan bollarida axvolni yomonlashuvi kuzatilishi mumkin (taxikardiya, bezovtalik, kon bosimini kutarilishi, yurak urib ketishi),shuning uchun adrenalinni fakat statsionarda kullaniladi.

- Kupincha mualliflar tan olishadi, kortikosteroidlar obstruksiyani engillashtiradi. Taviya etilgan dozalar biroz uzgarib turadi, urtaogir va ogir holatlarda deksamitazon, 0.5-0.6 mg/kg 4 marta kuniga.
- Agar nafas etishmovchiligi yuzaga kelgan busa, yoki yuzaga keliyu chikishi yakin urtada mavjud bulsa, bemorni intubatsiya kilishga kursatma bulib xisoblanadi. Xaetga xavf soluvchi belgi bulib - adrenalinni ingalyatsiyasini kup kullash xisoblanadi.

Epiglottit va LTBni differentsial tashxislash.

Belgilari	LTB	Epiglottit
Yoshi	6 oy- 3yosh	2-6 yosh
Boshlanishi	doimo	tez
Shish joyi	Ovoz boylami osti	Ovoz boylami usti
Ovoz va yutal	xrillagan	Yutal yuk, miyyoriy
Bemor holati	xar kandy holat	Utirgan holat
ogiz	yoripk	Olcchik , pastki jag oldinga kutarilgan, tremor
Xarorat	Miyyordan yukori xaroratgacha	Yukori
Buyin rentgenogrammasi	Ovoz boylami osti bushgigini torayishi	Tanglay usti shish va boglam usti tuzilmasi
Kekirdakni paypaslash fasilligi	ogriksiz	Ogrikli
	Kish va kuz	yuk

Kekirdakni allergik shishi.

Laringotraxeitdan fark kilishi, stenoz tez rivojlanadi, kupincha infektsion toksikoz belgilari kuzatilmaydi(yuzaga keltirib chikaruvchi asosiy omil), 3-4 boskichli stenozgacha rivojlanadi. Shoshilinch yordam laringotraxeitdagi yordam kabi kursatiladi.

Yot moddalarni nafas yuliga tushishi — 1-2 yoshli bolalar ichida ulimni yuzaga keltiradigan asosiy sabab bulib xisoblanadi. Aspiratsiyani okibati, nafas yullarini obstruksiyasini boskichiga, yot jisimni tuzilishiga va yalliglanish jarayonini ogirlik holatiga boglik.

Etiologiya. Kup xollarda nafas yullariga uyinchoqlar,ovkat maxsulotlari (engok,kattik konfetlar), sakich kirib koladi.Kichik eshdagi bolalarga ayniksa shishiradigan uyinchoqlar juda xavfli.Bunday uyinchoqlarni erilishidan bola kurkib ketadi va uning bulaklarini yutib yuorishi mumkin.

Epidemiologiya

- 90% ulim: < 5 let bolalar
- 65% ulim:kukrak eshdagi bolalar

Tekshirish va tashxis.

Kuyidagi klinik belgilar xarorati yuk bolada cd jism aspiratsiyasiga shubxa kilish mumkin:

- Respirator distress

- Bugilish
- Yutal
- Stridor
- Yutal

Nafas buzilishlari ogirligini baxolash va obstruksiya darajasini aniklash.

Anamnez: Belgilari kancha vaktida rivojlanganligi va kaysi holatda aspiratsiya bulganligi surahni. Asfiksiya, kusish xarakatlari, stridor, disfoniya eki afoniya bulgan bulishi mumkin. Isitma va boshka simptomlar ed jism aspiratsiyasini boshka infektsiyalardan farqlashga erdam beradi (epiglottit, utkir laringotraxeobronxit, bakterial traxeit).

Fizikal tekshirish: nafas yullarining utkazuvchanligi baxolanadi.

Instrumental tekshirish : Ed jism buyin eki kukrak kafasining tugri va en proektsiyada olingan rentgenografiyasida kurinishi mumkin. Agar ed jismni aniklashni iloji bulmasa, nafas olish va chikarish fazasida rentgenografiya va rentgenoskopiya kilish kerak. Rentgenonegativ buyumlar holati bilvosita (kosvenniy) belgilar orkali aniklanadi. Kup xollarda ed jism xalkumda joylashadi.

Davolash

Tez tibbiy erdam boskichida

- Nafas yullarini utkazuvchanligini mustakil ravishda ushlab turuvchi va xushi saklangan bolaga aralashuvlarni kamaytirish (minimallashtirish)
- 100%li kislorod ingalyatsiya
- Ogiz bushligini kur-kurona tozalash mumkin emas
- Xushtaksimon xirillashlar
 - Ed jism nafas yullarining diametri buyicha kichkina.
 - Vokea sodir bulgan joyda ed jismni siljib yubormaslikka xarakat kiling
- Noadekvat ventilyatsiya belgilari
 - Kukrak eshidagi bolalar: 5 ta beliga uriladi/5ta kukrak kafasiga bosiladi.
 - Bolalar:korniga bosiladi

Gospital boskichda davolash obstruksiya utkirligi va ogirligiga boglik buladi.

- Bola axvoli stabil, yutalayapti, tsianoz yuk, ovoz saklangan balsa, ed jismni laringoskopda eki bronxoskopda Maggil shiptsining tanasi orkali olishga xarakat kilinadi.
- **Agar xush saklangan ,lekin asfiksiya va afoniya kuzatilaetgan balsa,** 1eshdan katta bolalarda Geymlix usuli kullaniladi (epigastral soxaga kiska-kiska zarb beriladi)Kukrak eshidagi bolalarda Geymlix usuli korin azolarining travmasini keltirib chikaradi, shuning uchun 5ta zarb kuraklar orasiga beriladi va 5 marta oldingi kurak kafasiga bosiladi. Ed jismni kur-kurona barmok bilan olib bulmaydi ,chunki bunda ed jismni yanada chukurrokka itarib yuborish mumkin.
- Agar bola xushsiz va nafas noadekvat balsa, bunda 100%li kislorod ingalyatsiya maska va nafas kopchasi bilan beriladi. Tajribali mutaxassis bevosita laringoskopiya utkazadi va ed jismni Maggil shiptsining tanasi bilan olib tashlanadi. Agar shoshilinch laringoskopiya utkazish iloji bulmasa krikotireotomiya eki traxeastomiya kilinadi.. Krikotireotomiyada 100% li kislorod berish uchun katta diametrli (14 G) kateter kuyiladi. Bazida traxeya intubatsiya kilinadi: ed jism bronxlarning biriga itarib yuoriladi, shu bilan bita upkani ventilyatsiyasini taminlaydi eki ed jism chetrokka surib kuyiladi.

Peritonizillar abstsess

Etiologiya. Kuzgatuvchisi — grammusbat bakteriyalar, asosan streptokokklar.

Tekshirish va tashxis

- Kasallik odatda 8 eshdan katta bolalarda uchraydi. Abstsess erilganda aspiratsion pnevmoniya va ulim yukori nafas yullarining obstruksiyasidan kelib chikadi.

- Kuruvda yunshok tanglayni burtib chikishi va tilchani shikastlanmagan tomonga siljishi kuzatiladi.
- Bodomcha bezlar yalliglangan va medial tomonga siljigan
- Trizm va sulak ajralishi kuzatiladi.
- Ovoz bugiklashgan.

Dvolash

1. Xamma bolalarga va kuppina usmirlarga gospitalizatsiya talab kilinadi.
2. Abstsessni kesib,drenajlagandan kura punktsiya afzalrok.Bodomcha bezlari uyku arteriyasi joylashgani uchun enidan emas ,balki ustidan kesiladi.Bir vaktida ckish uchun material olinadi..
3. **Antibiotiklar v/i.** Empirik ravishda benzilpenitsillin, 100 000 ME/kg/sutkasiga xar 4—6 soatda yuboriladi Kuzgatuvcchi va uni sezuvchanligi aniklangandan keyin davo korrektsiya kilinadi..
4. Infuzion terapiya utkaziladi, ovkat, suyuklik,dori istemol kilish takiklanadi.
5. Maska eki palatka orkali namlangan, salkin xavo tayinlanadi.
6. Krovatning bosh tomonini 30° burchak ostida kutarib kuyiladi..
7. Bodomcha bezlarida yalliglanish jaracnlari tugagandan keyin,retsivni oldini olish uchun olib tashlanadi.

Difteriya

Etiologiya. Kuzgatuvcchi — *Corynebacterium diphtheriae*.

Tekshirish va tashxislash

- Xikildok va murtak bezlari yalliglangan. Xikildok shikastlanganligini istisno kilish kerak. Shillik kavat birinchi12 soatda ok, oson kuchadigan urgimchaksimon karash bilan koplagan, keyin esa yugon Kir-kulrang rangdagi, atrof tukimalar bilan bitishib ketgan fibrinoz parda bilan koplangan. Pardani kuchirganda konaydi.
- Fibrinoz parda nafas yullarini tusib kuyishi mumkin.
- Tashxis uchun albatta bakteriologik tekshirish utkazish kerak.

Davolash

1. Nafas yullarining utkazuvchanligi tiklanadi. Xikildok shikastlanganda traxeotomiya utkazish kerak bulib kolishi mumkin.
2. Antibiotiklar v/i. benzilpenitsillin tayinlanadi.
3. Difteriya toksinidan intoksikatsiya bulishi mumkin ,shuning uchun ertarok difteriyaga karshi antitoksin yuborish kerak.

Xalkum orti abstsessi — xalkum orti bushligi limfa tugunlarining yalliglanishibulib,bu bushlik xalkum orka devori bilan umurtka oldi fastsiyasi urtasida joylashgan. Bu 5 eshdan kichik bolalarda uchrab,5eshdan keyin bu limfa tugunlar atrofiyaga uchrab ketadi.

Etiologiya. Kuzgatuvcchisi — grammusbat kokklar va anaeroblar. Bazida xalkum orti abstsessi urta otidan keyin rivojlanadi.

Tekshirish va tashxis.

- Abstsess deyarli xar doim bir tomonlama buladi.
- Xalkum orka devorini burtishi kuzatiladi.
- Buyin bukilmagan (bazan mushaklarning spazmi xisobiga bukilgan).
- Sulak okish va disfagiya kuzatiladi.
- Palpatsiya kilib bulmaydi. Palpatsiya abstsessni eritishiga, aspiratsiya, mediastinit va ulimga olib keladi.

- Tashxis buyinni tugri va en proektsiyada olganda tasdiklanadi; abstsessga xos belgi — xalkum orti bushligining soyasining kengayishi. Bazan rentgenoskopiya kilinadi.

Davolash

1. Umumiy ogriksizlantirish ostida abstsessni drenajlash.
2. Antibiotiklar v/i.

Bakterial traxeit — utkir infektsion kasallik bulib, simptomlari utkir laringotraxeit va epiglottit simptomlari bilan uxshash.

Etiologiya. Tipik kuzgatuvcisi — *Staphylococcus aureus*. Kam xollarda streptokokklar va *Haemophilus influenzae*.

Tekshirish va tashxis.

Anamnez. Avvaliga yutal ,xirillash paydo buladi. Bir necha soat eki sutka davomida kasallik rivojlanadi va ogir nafas buzilishlari rivojlanadi.

Fizikal tekshirishda isitma, akillovchi yutal (layushchiy) va stridor aniklanadi.

Laborator va instrumental tekshirish. Epiglottinni istisno kilish uchun buyinni en proektsiyada rentgenografiya kilinadi. Traxeitda konturlari notekis, xavo ustunining tinikligi pasaygan. Traxeyadan olingan ekma natijalari musbat. Kon ekmasi manfiy.

Davolash

1. Kislorod palatkalari orkali namlangan kislorod inqalyatsiya kilinadi.
2. Antibiotiklar, ayniksa stafilokokklarga tasiri kuchlilari tayinlanadi.
3. Nafas yullarini sanatsiyas va obstruktsiyani kamaytirish uchun bazida traxeya intubatsiya kilinadi. Bazi xollarda traxeyadagi moddalarni surib olgan xolda endoskopiya utkaziladi.

Utkir bronxial obstruktsiya. Plevra ichi tarang sindromi.

Utkir bronxial obstruktsiya - shoshilinch holatni kelib chikish sabablari, upka kasalliklari, natijada upka gazoobmeniga buzilishiga olib keladi.

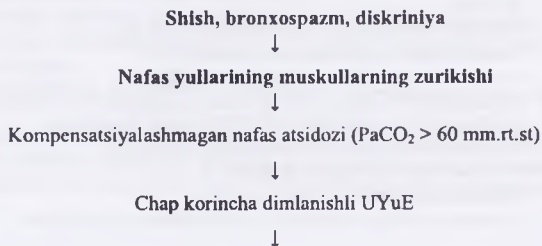
Utkir bronxial obstruktsiyaning mexanizmi 3 komponentdan iborat:

- Bronxiol devorini shishish.
- Bronxospazm

diskriniya

Bolaning tez-tez kasallanishi, kaytariluvchi virusli infektsiyalar reagin mexanizmlarni aktivlashishiga va bronxospazmni rivojlanishiga olib keladi. Utkir bronxial obstruktsiyasini buzilish yullari traxiobronxial daraxtining bronxiol darajasida shamollash shishi bronxlarning shillik kavati va shillik kavat osti (utkir bronxoolit). Kichik yoshdagi bollarning asosiy komponentining obstruktsiyasini diskriniya – bronxial balgamning ajratilishining buzulishiga olib keladi.

Nafas etishmovchiligining mexanizmini obstruktsiyada quydagilar bilan shakillanadi:



Upka shishi



Manfiy kukrak ichi davleniyasi

O'tkir bronxial obstruksiyaning klinik belgilari:

- Distant xirillashlar
- Ekspirator xansirash (bir oygacha bo'lgan bolalarda – aralash)
- Nafasning tezlashishi (2 oylikkacha – 60 tadan ko'p, bir yoshgacha – 50 tadan ko'p, 5 yoshgacha – 40 tadan ko'p, 5 yoshda – 30 ta)
- Nafasda qo'shimcha mushaklarning ishtiroki
- Kuchli qo'zg'aluvchanlik (bola bezovta)
- O'pka emfizemasi (sustlashgan nafas, bronxofoniya, perkutor quticha tovushi)
- Giperkriniya – nafas chiqarishdagi qo'pol xirillashlar
- Shish – nafas chiqarishdagi tarqalgan mayda pufakchali va subkrepitatsiyalanuvchi xirillashlar
- Bronxospazm – nafas chiqarishdagi quruq xushtaksimon xirillashlar
- "Soqov" o'pka (nafas sustlashagan, xirillashlar yo'q) – O'BOning belgisi

Shifoxonagacha shoshilinch yordam

1. taxipnoeda – kislorod ingalyatsiyasi
2. shifoxonaga yotqizish – yarim o'tirgan holatda tamsportirovka qilish

Bronxial astma

Bronx yorig'ining torayishini rivojlanish komponentlari

Bronxospazm

Shilliq qavatlarning shishi

Yopishqoq sekretning to'planishi

Tekshirish va tashxislash

Anamnez: yoshi, kasallik davomiyligi, oxirgi xuruj kechishi, oldingi xurujlarning kechishi va og'irligi, avvalgi ishlatilgan dorilarning dozalari bilan birgalikdagi ma'lumotlar.

Anafilaktik shok va yot modda aspiratsiyasini inkor etish.

Xurujni quyidagilar chaqiradi: allergiya, infeksiyalar, emotsional stresslar, sovuq qotish, jismoniy zo'riqishlar.

Bronxial astma xuruji belgilari:

Nimaiki xirillasa – bu astma emas.

Xansirash

Respirator distress belgilari

Burun kataklarining kerilishi

Traxeaning tortilishi

Yordamchi mushaklarning jalb etilishi

Qovurg'alar oralig'ining, epigastriy va bo'yinturuq chuqurchasining tortilishi

Yo'tal

Nafas chiqarishdagi xirillashlar

Taxipnoe

Tsianoz

Astmatik statusning rivojlanishini baholash

- anamnezida reanimatsiyada yotgan
- anamnezida endotraxéal intubatsiya qilingan
- yiliga shoshilinch yordam bo'limiga 3 martadan ko'p murojaat qilgan
- o'tgan yilda 2 martadan ko'p shifoxonaga yotqizilgan
- 1 oyda 1 tadan ko'p bronxodilatator ishlatilgan
- xar 4 soatda ingalyator ishlatish
- kortikosteoidlarni surunkali ishlatish
- agressiv davoga qaramasdan simptomlarning kuchayishi

Fizikal tekshiruv: gipoksiyaning darajasi baholanadi.

- es – xushning darajasi baholanadi: es – xushning buzilishi – gaz almashinuvining og'ir buzilishi belgisi
- YuQS, AB, nafas soni va tana harorati nazorat qilinadi: taxipnoe va taxikardiya shunga xos, nafas sonining keskin kamayishi nafas etishmovchiligining xavfidan darak beradi.
- puls nazorati: ko'pincha paradoksal puls kuzatiladi
- o'pka auskultatsiyasi, xansirash darajasi baholanadi, ko'krak qafasining yumshoq qismlarining tortilishi, oqarish va tsianoz.
- dehidratatsiya darajasi baholanadi
- teri osti cmfizemasini inkor etish uchun bo'yin va ko'krak qafasining yuqorigi qismlari palpatsiyalanadi.

Astmatik holatda nafas yullarining xosil bulgan shillik bilan tikilib kolishi.



Laborator va instrumental tekshiruv davo tadbirlari bilan birga olib boriladi.

- og'ir holatlarda arterial qondagi gazlar miqdorini aniqlab, davo samaradorligi baholanadi. Arterial qondagi gemoglobinni kislorodga to'yinishini aniqlash uchun pulsoksimetriya olib boriladi.
- tashqi nafas funksiyasini aniqlash uchun spirometriyadan foydalaniladi. Maksimal nafas tezligi va OFV ayniqsa axborotlidir.
- yot modda aspiratsiyasi, pnevmoniya, pnevmotoraks va pnevmomediastinumga shubxa bo'lganda ko'krak qafasining rentgenografiyasi buyuriladi.
- eufillin bilan davolayotganda preparatning zardobdagi miqdori kuzatilib turiladi.

Shoshilinch yordam.

1. **Kislorod. Bronxial astma xuruji vaqtida gipoksiya vujudga keladi.** Uni bartaraf etish uchun burun kateterlari yoki maska orqali namlangan kislorod ingalyatsiyasi tayinlanadi ($G'iO_2$ 30 – 40% dan kam bo'lmasligi kerak).

2. **t/oga dori moddalarini yuborish**

Adrenalin. t/oga 1:1000, 0,01 ml/kg yuboriladi, maksimal bir martalik doza – 0,3 ml. Agar ahvol yaxshilansa, inektsiyani 20 daqiqali interval bilan 2 marta takrorlanadi. Agar uch dozadan keyin ahvol yaxshilanmasa yoki yomonlashsa preparatni yuborish mann etiladi (yurak ritmining og'ir buzilishlari yuzaga kelishi mumkin). Agar xuruj to'xtasa, adrenalinning oxirgi dozasiidan 20 daqiqa keyin uzoq muddatli preparat yuboriladi – tioglikat suspenziyasidagi adrenalin (1: 200), 0,005 ml/kg.

Terbutalin. Agar adrenalin yuborilganda nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelsa, katta yoshdagi bolalarga terbutalin yuboriladi, 0,01 ml/kg 0,1% (1 mg/ml) eritma t/oga yuboriladi. Maksimal doza – 0,3 ml (0,3mg).

Bronxodilatatorlarning ingalyatsion eritmalari – bronxospazmni davolashda tanlangan preparatlar.

Ingalyatsion beta2 – adrenostimulyatorlar (salbutamol va tebutalin) noselektiv preparatlar (izoeterin)dan afzalroq, zero ba'zi holatlarda ular samaraliroqdir. Izoprenalin, kuchli ta'sir etuvchi preparat bo'lsa ham, selektiv beta2 – adrenostimulyatorlarga qaraganda tor terapevtik dozaga ega.

- 1) Kislород ingalyatsiyasi va tekshiruvdvn keyin salbutamol ingalyatsiyasi boshlanadi, 0,1 – 0,25 mg/kg (maksimal bir martalik doza – 5 mg) xar 20 idaqiqada (uch ingalyatsiyagacha yoki nafas sonining maksimal normallashtiruvigacha)
- 2) Salbutamol o'rniga terbutalin tayinlashi mumkin, 0,3 mg/kg. Ingalyatsiya uchun eritmasi ishlatiladi. Preparatni salbutamol sxemasiga ko'ra ishlatilgan; maksimal bir martalik doza – 5 mg.
- 3) Noselektiv preparatlar ularning xavfsizligi va effektivligi aniqlangach ishlatiladi. Izoprenalin (0,5% eritma) yoki izoctarin (1% eritma); 0,25 – 0,5 ml preparat 2 ml fiziologik eritmada eritiladi va kislород aralashmasi ingalyatsiyasi yordamida yuboriladi.
- 4) Mustaqil nafas fonidagi bronxodilatatorlar ingalyatsiyasi IVL fonidagidek samaralidir, lekin IVL fonidagi ingalyatsiyasida pradoksal bronxospazm va pnevmotoraks kelib chiqishi mumkin.

Kortikosteroidlar

- kortikosteroidlar beta2 – adrenostimulyatorlar samarasizligida qo'llaniladi.
- metilprednizalon 1 – 2 mg/kg v/iga xar 6 soatda yuboriladi, yoki ekvivalent dozada ichishga buyuriladi.

Suyuqliklar yuborish. Bronxial astma xuriji vaqtida dehidratatsiya yuzaga keladi.

- engil xurujda suyuqliklarni ichish kifoya.
- og'ir xurujda suyuqliklar ichish qayt qilishni chaqiradi, shuning uchun infuzion terapiya tavsiya etiladi. Birinchi 12 soat ichida fiziologik eritma 5%li glyukoza bilan yuboriladi; infuzion eritmaga kaliy xlorid qo'shiladi, 20 – 40 mekv/l. Yuborilayotgan suyuqliklar xajmi suvgy bo'lgan minimal talabdan 1,5 marta ko'p bo'lishi kerak. Natijada uni bemor ahvoriga qarab korrektsiyalanadi.

V/iga bronxodilatatorlar infuziyasi preparatlarni icha olmaslik, ingalyatsiya va t/oga yuborishning samarsizligida tavsiya etiladi.

Eufillin. Matilksantin va beta2 – adrenostimulyatorlarning bronxodilyatatsiya mexanizmlari turlicha.

- eufillin yuborishdan oldin, bemor avval ham eufillin qabul qilganligini aniqlash kerak. Ba'zan preparatning zardobdagi xajmi kuzatiladi.
- eufillin v/iga 5 – 8 mg/kg dozada xar 6 soatda 20 daqiqa davomida 0,9 – 1,2 mg/kg/s tezlik bilan yuboriladi. Infuziyani to'yintiruvchi dozadan keyin boshlanadi (5 – 8 mg/kg). Eufillin dozasi shunday tayinlanadiki, bunda uning zardobdagi xajmi 10 – 20 mkg/ml ga teng bo'lishi kerak. Davomli yuborishda eufillin xajmini xoxlagan vaqtda, v/iga yuborilganda – yuborilgandan 30 -60 daqiqa keyin anilnadi. V/iga 1 mg/kg yuborilganda zardobdagi xajmi 2mkg/mlga oshadi.

Nojo'ya ta'siri bosh og'rig'i. Taxikardiya. Tremor, qusish va epileptik tutqanoqlar bilan namoyon bo'ladi. v/iga tez infuziya qilish yurak ritmining bkzilishiga, arterial gipotoniya va o'limga olib keladi. Efillinni beta – adrenostimulyatorlar bilan birgalikda qo'llanilganda doimiy EKG monitoringi kerakdir.

- Og'ir holatlarda beta2 – adrenostimulyatorlarni v/iga yuborish buyuriladi. Infuziyani reanimatsion bo'limda gemodinamikaning (arterial kateter yordamida), EKG va nafasning doimiy monitoring kuzatuvni ostida olib boriladi.
- terbutalin tayinlanganda infuziyani v/iga yuborish bilan kombinirlanadi: avval 10 mkg/kg 10 min davomida yuboriladi, keyinchalik 0.4 mkg/kg/min tezlikda infuziya qo'shiladi. Zarur bo'lganda dozani 0,2 mkg/kg/min dan 3 – 6 mkg/kg/min gacha ko'tariladi.
- Yurak ritmining buzilishi xavfi sababli eufillin va terbutalinni birgalikda qo'llash man etiladi. Terbutalinning nojo'ya ta'siri – tremor. Taxikardiya va gipo kaliemiya.

Bronxolit – crta yoshdagi bolalarda mayda bronxlarning obstruksiyasi.

Epidemiologiya.

2 yosh > bolalar

80% bemorlar < 1yosh

kasallanish yanvardan mart oyigacha kuzatiladi

Etiologiya. Asosiy sabab – virusli infeksiya, qo'proq tarqalgan qo'zg'atuvchi – respirator sintitsial virus.

Tekshiruv. Bunda degidratatsiya va nafas etishmovchiligi darajasi baholanadi.

Tashxislash. Kasallik burun oqishi va yo'taldan boshlanib, keyinchalik xansirash, xushtaksimon nafas, ko'krak qafasining kengayishi va yumshoq qismlarini tortilishi qo'shiladi. Isitmalash bulmasligi ham mumkin.

Klinik belgilari.

Yaqin anamnezda O'RVI

Distressning asta boshlanishi

Nafas chiqarganda xirillash

Kuchli taxipnoe (60 – 100 ta/min)

Tsianoza

Davolash

1. Namlangan kislorod (FiO₂ 40% dan kam bo'lmasligi kerak). Og'ir holatlarda qondagi oksigenatsiya kuzatilinadi (pO₂ni teri orqali aniqlash, pulsoksimetriya, arterial qon gazlari tahlili).
2. Degidratatsiyani bartaraf etish zarur. Nafas etishmovchiligining og'irligiga qarab suyuqliklarni ichishga yoki v/iga buyuriladi.
3. Og'ir holatlarda IVL tavsiya etiladi.
4. antibiotiklar faqatgina o'rta otit yoki pnevmoniya qo'shilgandagina buyuriladi.
5. ba'zan bronxodilatatorlarni v/iga yoki ingalyatsida yuborish samaralidir.
6. nafas etishmovchiligida, immunotanqislikda va og'ir yo'ldosh kasalliklarda, RVS bilan kasallanish tasdiqlanganda ribovarin bilan virusga qarshi terapiya tavsiya etiladi (6 g kukunni 300 ml konservantlarsiz steril suvda eritib, bug'latgich yordamida 20 mg/ml 12 – 18 s/sut 3 sut davomida yuboriladi, lekin 7 sut dan oshmasligi kerak).

Yot modda aspiratsiyasi.

Unga kasallik xushtaksimon nafas bilan boshlanganda, shuningdek retsidivlanuvchi va davoga berilmaydigan pnevmoniyada shubxa qilish darkor. Og'ir nafas buzilishlari qizilo'ngachdagi yot moddada ham kelib chiqishi mumkinligini unutmash kerak.

Rentgenologik tekshiruv diafragmaning paradoksal xarakteridan, jarohatlangan o'pka va ko'ks oraliq'ining sog' tomonga siljishidan yot moddani aniqlash imkonini beradi.

Davolash. Yot modda aspiratsiyasi og'ir nafas etishmovchiligi rivojlanganda yoki xavfi yuqori bo'lganda shshoshilinch holat bo'lib hisoblanadi. Yot moddani qo'l bilan chiqarish faqatgina buzilishlarning hayotiylikka to'g'ri kelmasligidagina tavsiya etiladi.

1. radikal davolash – yot moddani bronxoskop bilan olish.
2. infeksiyalarda antibiotiklar tayinlanadi.

Davomli atelektazlar, pnevmonit, pnevmoniya va emfizema o'pkada yot modda yoki uning fragmentlari qolganligidan dalolat beradi

Pnevmoniya og'ir nafas etishmovchiligini chaqirishi mumkin.

1. Maska orqali kislorod ingalyatsiyasi tayinlanadi (FiO₂ – 30 – 40%); ventilyatsiya etarli bo'lmaganda traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi.
2. qon oksigenatsiyasi nazorat qilib turiladi (arterial qon gazlari tahlili va puloksimetriya).
3. mikroba ga qarshi davo .

Pnevomotoraks

Etiologiya. Spontan pnevomotoraks sog'lom odamlarda o'pka kasalligini chaqirishi yoki kuchaytirishi mumkin.

Tekshirish va tashxislash

Anamnez. Pnevomotoraks odatda to'satdan boshlanadi.

Fizikal tekshiruv. Zararlangan tomonda ovoz dirillashi susaygan, nafas o'tkazish pasaygan, perkutor tovush kuchaygan. Ko'krak qafasining harakati assimetrik, cho'qqi turtkisi siljigan.

O'pka cho'qqisidagi perkutor tovushning xar xilligi xarakterli emas. Fizikal tekshiruvda o'pkaning beriluvchanligi kam axborotlidir.

Ko'krak qafasining rentgenografiyasi. Katta bo'lmagan pnevmotoraksda tashxisni tasdiqlash uchun to'g'ri proektsiyada nafas chiqarayotganda rentgenografiya qilinadi.

Tasnif. Katta bo'lmagan pnevmotoraks odatda yaxshi o'tkaziladi. Biroq, agar pnevmotoraks parvozvaqtida, samolyot kabinasida manfiy bosim bo'lganda, yoki IVL fonida kelib chiqsa xavo xajmi plevra bo'shlig'ida ko'payib, hayotga xavf soladi.

■ engil pnevmotoraksda o'pka 30 %ga cho'kadi.

■ og'ir pnevmotoraksda o'pka 30 – 70 % ga cho'kadi.

■ to'liq cho'kishda taranglashgan pnevmotoraksqa shubxa qilinadi.

Shoshilinch yordam

1. Agar davolash xayot uchun xavli bo'lsa, u holda shoshilinch tibbiy yordam tashxislash tugallanmasdan oldin boshlanadi.
2. Agar faqatgina vistseral plevra zararlangan bo'lsa, IVL pnevmotoraksni og'irlashtiradi. Bir vaqtda perietal varaq xam shikastlangan bo'lsa (masalan, qovurg'alarning to'liq sinishida) IVL qutqarib qolishi mumkin.
3. Agar ahvoli stabil bo'lsa, pnevmotoraks katta bo'lmasa (rentgenografiya ma'lumotlariga ko'ra), bemorni kuzatib turish kifoya va dekstrometorfon bilan yutalni kamaytiradi, kodein yoki morfini xam kullash mumkin. Lekin bu preparatlar nafasni susaytiradi, shuning uchun ularni tavsiya qilganda arterial kon gazlarining monitoringini olib borish shart.

Taranglashgan pnevmotoraksda plevral punktsiya o'tkaziladi. Ignani o'rta umrov chizig'i bo'yicha ikkinchi qovurg'alar oralig'idan kirgizib, xavo tortib olinadi. IVLda ignani xavo kelishi to'xagungacha qoldiriladi, keyinchalik suv osti sifonli drenaj qo'yiladi.

Plevral bo'shliqni drenajlash takroran xavo yig'ilishi xavfi yuqori bo'lganda o'tkaziladi. Suv osti sifon drenajlashda drenaj trubkasini fiziologik eritma bilan to'ldirilgan sathga ulab qo'yiladi. Suyuqlik sathi ko'krak qafasi sathidan pastroqda bo'lishi kerak: odatda suyuqlik sathni polga qo'yiladi. Bunda xavo plevra bo'shlig'idan suvga chiqadi, lekin orqaga qaytmaydi. Agar tizim to'g'ri o'rnatilgan bo'lsa, u holda nafas olayotganda, plevra bo'shlig'ida manfiy bosim hosil bo'lganda, suyuqlik trubka bo'ylab bir necha santimetr gacha ko'tariladi. Keyinchalik, vistseral va perietal varaqlar yaqinlashaganda, suyuqlik to'liq inlanishi to'xtaydi.

O'pkaning surunkali kasalliklarining qo'zg'alishi

O'pka – bronx displaziyasi – o'pkaning surunkali kasalligi, yassi epitelining metaplaziyasi va bronxlar silliq mushaklarining gipotrofiyasi, alveolalarning bo'shashishi va xavo kistalarining hosil bshlishi bilan xarakterlanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda distress – sindromining asorati

Ko'proq chala tug'ilgan bolalarda uchraydi

Uzoq muddatli ingalyatsiya va yuqori konsentratsiyali kislorod bilan IVL qilinganda rivojlanadi

Klinik belgilari

Tsianozni bartarf etish uchun qo'shimcha O2 berish kerakligi

Surunkali respirator distress

Retraksiyalar

Nam xirillashlar

Xushtaksimon xirillashlar

Periferik shishli cor pulmonale rivojlanish xavfi

Etiologiyasi. Kasallik yuqori bosimli nafas olish va FiO2 bilan IVLda bo'lgan chala tug'ilgan bolalarda kelib chiqadi.

Tashxislash va davolash

■ ikkilamchi yurak – qon tomi rva immun tizim zaralanadi, jismoniy rivojlanish buziladi.

■ **o'pkadagi rentgenologik o'zgarishlar** turlicha. tniqligi va qorayishi ortgan sohalar, atelektazlar uchraydi.

■ kasallik og'irlashganda odatda shifoxonaga yotqiziladi.

Umumiy belgilar uyquchanlik va keskin ishtaxaning pasayishi nafas funksiyasining buzilishini ko'rsatishi mumkin. Bronxiolit va o'pka - bronx displaziyasida bronxospazm yuzaga kelgani kabi. Arterial qon gazlari tahlilida kuchsiz gipoksiya va kompensirlangan giperkapniya aniqlanadi. Ko'pincha o'tkir nafas etishmovchiligi kelib chiqadi. O'pka - bronx displaziyasi bor ko'krak yoshidagi bolalarda to'satdan o'lim sindromi xavfi yuqori. Asoratlarga uy sharoitida doimiy kislorod ingalyatsiyasini talab etuvchi nafas etishmovchiligi, gipertenziya va pnevmotoraks natijasidagi o'ng qorincha yurak etishmovchiligi kiradi. Virusli pnevmoniyalar odatda engil o'tadi, o'pka-bronx displaziyasida og'ir nafas etishmovchiligiga olib keladi, shuning uchun bolani virusli infektsiya bilan kasallangan bemorlardan ajratish kerak.

Sepsisni davolash.

Oqibati. Tez dekompensatsiya. Respirator infektsiyalarning qaytalanishiga moillik. Tahminan 2/3 bemorlarda tiklanish sekin

Mukovistsedoz

Bronxospazm og'ir nafas etishmovchiligiga olib keladi. Davolash nafasni tutib turish va bronxodilatatorlarni o'lchamlarini o'z ichiga oladi.

O'pka infektsiyalarining qo'zg'aliishi jismoniy yuklanishni ko'tara olmaslik va kuchayib boruvchi nafas buzilishlari bilan birga kuzatiladi. O'pkalarning rentgenografiyasida Yangi infiltrativ o'zgarishlar aniqlanadi. Balg'am ckib ko'rilganda Pseudomonas aeruginosa va Stafilococcus aureus topiladi. Massaj, postdural drenaj, kislorod ingalyatsiyasi va antimikrob terapiya tavsiya etiladi. Davolash statsionarda olib boriladi.

Ko'krakda og'riq va nafas buzilishlarining to'satdan bo'lganda pnevmotoraksga shubxa qilish kerak.

Kontrol savollar:

1. Kandy kasalliklar bolalarda yukori nafas yullarining obstruksiyasiga olib kelishi mumkin?
2. Yukori nafas yullarining stenoz shkalasini gapirib bering.
3. Epiglotitning klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
4. laringotraxeitda laringostenozning klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
5. Bugilishdagi laringostenozning darajalarini gapirib bering.
6. Yukori nafas yullarining yot modda aspiratsiyasini klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
7. Peritonizyillar abstsessining klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
8. Xalkum osti abstsessining klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
9. Diftiriyaning klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
10. Bakterial traxeitning klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
11. Utkir bronxial obstruksiyaning klinik kurinishini aytib bering.
12. Bronxial astmaning davomiy xuruji va astmatik statusini klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
13. Astmatik statusini xavfli omilining rivojlanishini aytib bering.

14. Bronxiolitni klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
15. Bronxlarning yot modda aspiratsiyasini klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
16. Taranglashgan pnevmotoroksni klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
17. O'pka – bronx displziyasini klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
18. Mukavistsidozning upka turini klinik kurinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.

OFATLAR TIBBIYO TI ASOSLARI.

Tibbiy ofatlar tibbiyotning shunday bo'limidirk, unda ilmiy bilimlar tizimi va amaliy faoliyat jamlangandir. Bunda asosiy e'tibor avariylar, ofatlar, tibbiy ofatlarda aholini qutqarish, hayotini saqlab q olish, shikastlanishlarni oldini olish, favqulodta holat vaziyatida qatnashganlarning sog'lig'ini saqlash va tiklashga yo'naltirilgan bo'ladi.

Zaharlovchi omillar.	Tibbiy oqibatlar.
Termik issiqlik.	Kuyish, sovuq urishi, muzlash.
Fizik barozarlanish.	Radiatsion, vibratsion.
Mexanik (zarb to'lqini).	Travmalar, jaroxatlanishlar, kontuziyalar.
Kimyoviy kuyish.	O'tkir va kimyoviy zaxarlanishlar.
Acrogidrodinamik.	Travmalar, cho'kish, muzlash.

Jarohatlangan - bu insonda favqulodta vaziyatda(FV) kuch ta'siri natijasida sog'liqni buzilishi kuzatiladi.

Jabrlangan - bu inson, FVlar natijasida moddiy, ma'naviy, ruxiy zarar ko'rgan inson.

Jabrlanuvchiga yordam berishdan oldin, jarohatlovchi omilni ta'sirini yo'qotish kerak.

Lokal va keng masshtabdagi favqulodta holatlarda FVlar uchun birinchi navbatdagi vazifa bu jabrlanganlarni qidirish muammosi hisoblanadi.

Qulagan binolar, yirik yong'inlar, suv toshqini, shamol qidiruvni qiyinlashtiradi.

Xonadonlarda yong'in kuzatilganda bolalar shkaflarga berkinib, gazlardan zaharlanib halok bo'lishadi. Favqulodta holatlarda jabrlanganlar hayoti qutqarishni tashkil qilishga bog'liq. Favqulodta holatlarda jabrlanganlarni qutqaruvchilar, yong'in xavfsizligi xodimlari qutqaradilar.

Shuningdek quyidagi tashkilotlar: FX boshlig'i, tez tibbiy yordam, sog'liqni saqlash boshqaruving mahalliy organlari, respublika organlari, mahalliy sanitar -epidemiologik xizmati, mahalliy boshqaruv organlari, FV vazirligi.

Jabrlanganlarni aniqlashda mutaxassislardan tashqari, maxsus o'qitilgan itlar va elektron apparatlar, geofonlar qo'llaniladi. Bu apparatlar hayot uchun zarur a'zolar faoliyatini (tovush, yurak urishi, nafas olishi) masofadan aniqlaydi. Geofonlarni turlari juda ko'p. "Kason" geofoni tovushni 4-8 metr masofadan aniqlaydi. "Trifon-Sekur" 14 metr radiusgacha tovushni aniqlaydi, tosh zarbini 150 metrgacha aniqlaydi.

"Oreon" o'tkazuvchi tebranma kuchaytirgichi bilan jabrlanuvchi tovushini 200 metr masofadan aniqlash mumkin.

Infra qizil nur yordamida ko'ruvchi termik kamera jabrlanganlarni hushsiz holatda aniqlaydi. Hozir jang maydondagi jangchilarning faoliyatlarini (puls, qon bosimi, nafas soni) sun'iy yo'ldosh tizimi orqali aniqlash sinalmoqda.

Bu shoshilinch yordam ko'rsatuvchi maxsus jihozlar – shoshilinch og'riqsizlantiruvchi va jarohatlanganlarni joylashgan joyidan signal uzatish uchun kerak, bu esa qidiruv vaqtini qisqartiradi va tibbiy qutqaruvchilarning o'limini kamaytiradi.

Tibbiy xodimni voqea sodir bo'lgan joydagi taktikasi.

-Xodisa joyidagi shifokor (tibbiyot xodimi) qutqaruvchilar boshligiga o'z yordamini taklif qiladi va qutqaruv ishlari tibbiy qismining boshlig'i hisoblanadi.

Xodisa joyidagi tibbiyot xodimining majburiyatlari.

-Jabrlanganlarni yig'ish uchun joy topish (zararlovchi omil bo'lmasligi, lekin o'ta uzoq ham bo'lmasligi, kunduzi soya, kechqurun yorug' bo'lishi kerak) va qutqaruv ishlari boshlig'i orqali hamma yig'ilgan jabrlanganlarni tarqatish.

-Xodimlar ishlarini tashkillashtirish – barcha murojat qilgan tibbiyot xodimlari birinchi bo'lib kelgan tibbiyot xodimiga bo'ysunadi.

Boshliq xar bir xodimni mutaxassisligiga qarab guruhlarga bo'ladi, fojea mashtabini baholaydi (jabrlanganlarni sonini aniqlash uchun), o'choqda qanday jihoz va vositalar kerakligini aniklaydi, telefon yoki ratsiya orqali bu ma'lumotlarni tez yordamga etkazish.

-Tez yordam vositalarini yig'ish va etkazishni tashkillashtirish (bintlar, sovuq suv, dorilar).

-Tibbiy saralashni tashkillashtirish.

2. Tez yordam boshlig'i shifokorini majburiyatlyari:

Bemorlar va jabrlanganlarni tibbiy saralashni davom ettirish.

-Tez yordam brigadasi kuchi bilan jabrlanganlarni evakuatsiyasi, avtotransportda kech kelganlarni va o'zi kelgan engil jarohatlanganlarni evakuatsiyasini tashkillashtirish (1-guruh jabrlanganlar 1ta tibbiy xodim kuzatuvida).

-tez yordam stantsiyasiga joriy ma'lumotlarni etkazish.

-Boshliq vazifalari etib kelgan qutqaruv xizmati brigadasining tibbiy boshlig'iga topshiriladi.

3. 03, 02, 01 telefonlari orqali mahalliy boshqarmalarni, 05 qutqaruv xizmati va FX boshqarmasini xabardor qilish.

Jabrlanganlar miqdori ko'p bo'lsa tibbiy saralash o'tkaziladi.

Tibbiy saralash:

Bemorlarni og'irlik holatiga qarab saralanadi, malakali yordam ko'rsatish uchun transportirovka ko'rsatma va yordam ko'rsatish navbati aniqlanadi.

Tibbiy ofatlarda qutqarilganlar va tirik qolganlar soni o'z vaqtida yordam ko'rsatganligiga bog'liq, zararlanganlarni har 3-4 tasi shoshilinch tibbiy yordamga muhtoj bo'lishi mumkin.

Baxtsiz xodisalarda, katta yo'qotishlarda barcha jaroxatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmaganligi uchun, tibbiy saralash o'tkaziladi.

N.I.Pirogov birinchi marta tibbiy saralashni taklif qilgan va hozirgacha bu nazariya qo'llanilib kelinmoqda.

Tibbiy saralash jaroxatlanganlarning davo profilaktikaga muhtojligi va evakuatsiya tadbirlarini tibbiy ko'rsatmalariga qarab guruhlarga ajratiladi.

Saralashdan maqsad – jabrlanganlarga o'z vaqtida yordam ko'rsatish va evakuatsiyani tashkillashtirish.

Fojealarda tibbiy saralash tamoyillari.

1. Yuqori malakali xodim bo'shamaguncha, qutqaruv tibbiy xodim ishini yaxshi biladigan xodim boshliq bo'lib turadi.
2. Intsidentni tasdiqlaydi va komanda postini tashkillashtiradi.
3. Qo'shimcha yordam chaqirish kerak.
4. Hamma bemorlarni birlamchi baholash kerak.
5. Bemorlarni saralashni boshlash.
6. Xodimlar va jihozlar ko'prok e'tiborga loyiq bo'lgan bemorlarga yo'naltiriladi.
7. Saralovchi boshliq xodimlarni jo'natish, jihozlar va transport vositalarini voqea joyiga yuboradi.

Asosiy chora tadbirlar, voqea joyidagi ko'p sonli jabrlanganlar, komanda punkti tashkillashtirilgan joyida amalga oshiriladi.

1. Komanda postiga ma'lumot berish.
2. Voqea joyida boshliqni tanishtirish, tayyorgarlik darajasini ko'rsatish.
3. Voqea joyida boshliqning ko'rsatmalariga rioya qilish.

Tibbiy saralashni 2 turi bor:

Punkt ichidagi va evakuatsion transport.

Punkt ichidagi saralashda jabrlanganlarni og'irligiga va atrofdagilar uchun xavfligiga qarab, jarohatlanish xarakteriga qarab guruhlarga ajratiladi.

Evakuatsion - transport saralashda - jabrlanganlarni holatiga qarab guruhlarga ajratiladi va evakuatsiya navbati belgilanadi. Transport turi, evakuatsiya yo'nalishi aniqlanadi. Bu saralash jarayonida jarohatlanuvchi tashhisi va holatiga e'tibor beriladi. Saralashning asosiy 3ta Pirogov belgilari mavjud.

- A) Atrofdagilar uchun xavfliligi
- B) Davolash
- V) Evakuatsion

Atrofdagilar uchun xavfliliga qarab guruhlarga bo'linadi.

-Maxsus sanitar ishlovga muxtoj (qisman yoki to'liq).

-Vaqtinchalik izolyatsiyaga muxtoj (infeksion yoki psixonevrologik izolyatorda)

-Maxsus (sanitar) ishlovga muxtoj bo'lmagan.

Davolash belgisi - jabrlanganlarni tibbiy yordamga muxtojlik darajasi, navbati va joylashgan joyi aniqlanadi.

Muxtojlik darajasi va evakuatsiya bosqichiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

-Shoshilinch tibbiy yordamga "muxtoj"

-Tibbiy yordamga muxtoj bo'lmagan.

-Simptomatik yordamga muxtoj, hayotga to'g'ri kelmaydigan jarohat olganlar.

-Evakuatsion belgi -evakuatsiya ketma-ketligi, transport turi va jarohatlanganlarni transportdagi holatiga ahamiyat berish kerak.

Shundan kelib chiqib quyidagi guruxlarga bo'linadi:

-Zararlangan zonada evakuatsiyaga muxtoj, boshqa territoriyalarda, mahalliy davo muassasalari yoki evakuatsion tavsiyaga ega bo'lgan shahar markazlarida.

-Davolovchi muassasada vaqtincha yoki oxirgi oqibatgacha qoldirish (og'irligi bo'yicha)

-Yashash joyiga olib borish yoki qisqa muddat tibbiy kuzatuv uchun tibbiy bosqichda qoldirish.

Tibbiy saralashning oddiy tizimi keltirilgan.

1. Yura oladimi?

-Ha=kechiktirilgan.

-Yo'q=ventilyatsiyani baholash.

2. Nafas bormi?

-Ha=30 tadan ko'p.

- Ha=shoshilinch

-Yo'q=qon aylanishini baholash.

-Yo'q=nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash.

3.Nafas bormi?

-Ha= shoshilinch

- Yo'q = o'lgan.

4.Qon aylanishi adekvatmi?

-Ha=hush darajasini baholash.

-Yo'q=shoshilinch

5. Hush darajasi saqlangan.(Oddiy komandalarni bajaradi)

-Ha =kechiktirish.

-Yo'q=shoshilinch.

To'rtta kategoriya sistemasi.

-Qizil

-Hayotga bevosita xavf soluvchi.

Sariq.

-Kasallikning yuqori darajasi.

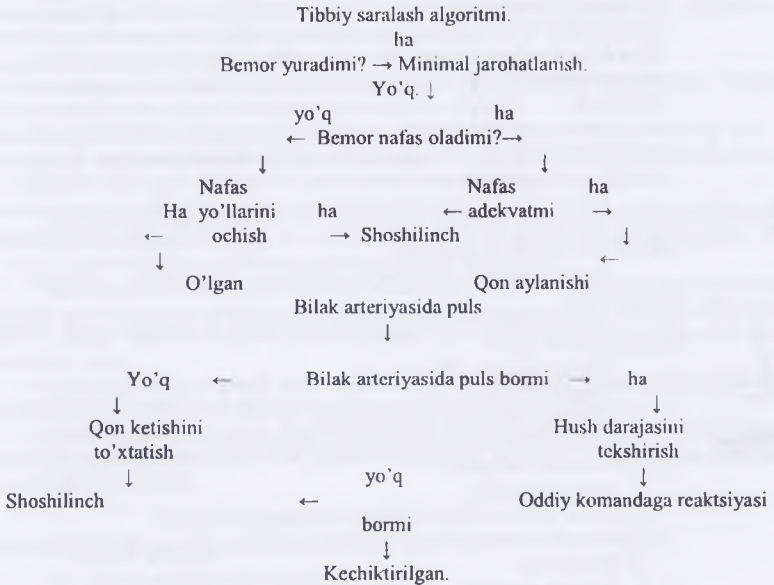
-Kam miqdorda xayotga xavfliligi.

-Yashil

-Xayotga minimal xavfli.

Qora

-O'lgan yoki tez orada o'ladi.



Tibbiy saralashning evakuatsion tamoyillari

Jabrlanganlarni transportabelligiga qarab aniqlanadi.

1. Transportabellilar tibbiy xodim kuzatuvida evakuatsiyalanadi. (ehtimol jabrlanganlar guruhini transportirovka qilish)
2. Notransportabellilar venaga yo'l ochilgandan so'ng infuziyadan so'ng, SO'V dan so'ng, xurujlardan so'ng reanimatsion brigada bilan evakuatsiya qilinadi.

Jabrlanganlar evakuatsiyasi.

Ofalarda tibbiy evakuatsiya asosiy o'rinni egallaydi. Tibbiy evakuatsiyada keyingi davolash uchun jabrlanganlarni voqea joyidan olib chiqishni bir necha tadbirlari tuzilgan. Bu tadbir jabrlanganlarni tashish, olib chiqish, davolash - profilaktika muassasalariga olib borishdan boshlanadi.

Katta fojalarda jabrlanganlarni evakuatsiyasi uchun sanitar, jihozlangan va jihozlanmagan avtotransportlardan foydalaniladi. Jabrlanganlarni maxsus markazlarga olib borish uchun evakuatsiyada aviatsion transportlardan foydalaniladi. Jihozlanmagan transportlardan foydalanganda (yuk mashinalari, avtobuslar, temir yo'l transporti, suv transporti) jihozlash choralari o'tkazish kerak: zambillarni joylashtirish uchun universal sanitar jihozlar, avtomobilni silkinishiga qarshi, kuzoviga yumshatuvchi ballast qo'yish, kuzovni bint bilan yopish, transportni mato bilan ta'minlash, jun ko'rpalar va boshqalar. Evakuatsiya vaqtda evatransport saralash va qanday turdagi transport, qanday holatda tashish kerakligini yoki bo'lmasa maxsus transportlarda tibbiy brigada kuzatuvida olib borish kerakligini aniqlash kerak.

Bunday shikoyatlar bo'lmaganda shu joyda gospital maydonda yordam ko'rsatishni davom ettirish kerak. Evakuatsiyada bolalar va homiladorlar katta ahamiyatga ega, keyin o'rtacha va engil jarohat olganlar.

Zambilli jarohatlanganlar transport shinalari bilan, gips bog'lamlari bilan salonning yuqori yaruslarida joylashadi. Zambilning bosh tomoni kabinaga qaragan va 10-15 sm oyoqdan balandroqda joylashishi kerak. Engil jarohatlanganlar (o'tiradiganlar) oxirida o'tirgichlarga joylashtiriladi. Yuk mashinalarida yog'och o'tirgichlarda, yon bortlarga mahkamlangan holatda evakuatsiya amalga oshiriladi. Transport tezligi 30-40km/s. Albatta evakuatsiyalangan guruhda tibbiy yordam xodimi bo'lishi kerak. Evakuatsiyani umumiy qoidasi zambillarni o'zgartirmaslik xisoblanadi.

Ruxiy qo'zg'aluvchan holatdagi bemorlarni evakuatsiyasida choralar ko'riladi, transportdan yiqilish ehtimolini istisno qilish kerak, (zambillar fiksatsiyasi, sedativ dorilar yuborish, engil jarohatlanganlar kuzatuv).

Evakuatsiya "O'ziga" tamoyilida namoyon bo'ladi (tez yordam mashinasi, LPU, regional, tibbiy yordamni teritorial markazlari) va "O'zidan" (jarohatlangan ob'ekt transportida, qutqaruvchi guruh va boshqalar).

Notransportabel bemorlarga o'choqdan tashqaridagi gospital maydonda yordam ko'rsatiladi.

Jabrlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish va saralash, yoki maxsus muassasalarga transportirovka qilish.

Quyidagilarga bo'linadi:

1. Yuqori ustunlik:

- (1) Nafas yo'llari va nafas muammolari.
- (2) To'xtatib bo'lmaydigan va jiddiy qon ketishlar.
- (3) Es-hushni susayishi.

2. Ikkinchi ustunlik.

- (1) Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilmagan kuyishlar.
- (2) Massiv jarohatlanish yoki ko'p sonli kasallar, oyoq-qo'llar deformatsiyasi.
- (3) Bel jarohati.

3. Eng kam ustunlik.

- (1) Minimal kasallar, oyoq-qo'llar deformatsiyasi.
- (2) Yumshoq to'qimalarda kam o'zgarishlar.
- (3) O'lim.

Jabrlanganlar umumiy holatiga, jarohat tasnifiga, asoratlarga qarab quyidagi guruhlarga saralanadi:

1. Saralash guruhi - juda og'ir jarohatlanganlar, hayotga mos kelmaydigan jarohatlanishlar, uyqu arteriyasida puls bo'lmasligi bilan, bilak arteriyasida massiv qon ketishi bilan, letal oqibatlariga 1 necha daqiqada olib kelishi.

Bular davo va parvarishga muxtoj. Evakuatsiyaga muxtoj emas.

2. Saralash guruhi –og'ir jaroxatlar olganlar, organizmning hayotiy faoliyatlarining rivojlanuvchi buzilishlari, hushsiz, bilak arteriyasida puls yo'qligi, buni oldim olish uchun davo choralarini boshlash kerak. Busiz letal oqibat kelib chiqadi.
3. Saralash guruhi – o'rta og'irlikdagi jaroxatlanganlar. funktsional buzilishlar bilan kechadi. Periferiyada puls aniqlanadi. Hushsiz, lekin hayotiga bevosita xavfsiz holatda. Tibbiy yordam 2 chi o'rinda ko'rsatiladi yoki ma'lum vaqtda. Oqibati nisbatan yaxshi.
4. Saralash guruhi. Engil va o'rta jaroxatlanganlar, travmalar bilan, hushida, maxsus davo muassasalarida davolanishga muxtoj (engil jaroxatlanganlar shifoxonasida) hayot uchun oqibati yaxshi.

Umumiy tavsiyadagi transportda 2 chi o'rinda evakuatsiya qilinadi

5. Saralash guruhi. Engil jaroxatlanganlar ahamiyatsiz jarohatlar bilan. Hayot uchun oqibati yaxshi. Mehnat faoliyati tiklanuvchi. Ambulator davoga muxtoj. 2 chi o'rinda evakuatsiya qilinadi.

O'ta xavfli infeksiya o'choqlaridagi bemorlar gospitalizatsiya qilinmaydi yoki evakuatsiyaning maxsus yo'lidan o'tadi, to'xtovsiz, bemorning yig'ilgan ajralmalarini dezinfektsiyalovchi vositalar bilan zararsizlantirish lozim.

Yig'uvchi punktda tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari.

1. 1-chi guruhga tibbiy xodimlar jalb qilinadi: tez yordamda ishlaydigan, xirurgiya reanimatsiyasida ishlaydigan. Birlamchi reanimatsiya o'tkaziladi (ekspirator SO'V, YuYoM), tashqi qon ketishni to'xtatish (barmaq bosish, bosuvchi bog'lam, jgut qo'yish), yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash (og'iz bo'shlig'ini tozalash, tilni fiksatsiyalash Safar usuli, Geymlix va Labord usullaridan foydalanish.)
2. 2-chi guruhga tibbiy xodim va hohlovchilar kiradi. Jismoniy zo'riqishni bajaradiganlar (erkaklar); jarohatlanganlarni oyog'ini ko'targan holatda yotqiziladi, siqib bint bog'laydi, ba'zida qo'llarni immobilizatsiya, improvizatsiyalangan shinalar qo'llaniladi.
3. 3-guruhga tibbiy xodim va hohlovchi yordamchilar kiradi. Bu jabrlanganlarda qo'shimcha vaqt bor, ular tez yordam shifokorlarini kutishi mumkin. Jabrlanganlarni yonboshiga yotqiziladi. Qo'l va oyoqlar immobilizatsiyasi, sovuq suv bilan og'riqsizlantirish o'tkazilib, terini butun joylari bog'lanadi.
4. 4-guruhga tibbiy xodimlar faqat imkoniyatiga qarab olinadi. Registratsiya o'tkaziladi. Immobilizatsiya, sovuq suvda og'riqsizlantirish yoki parenteral dori yuborish.
5. 5-guruhga tibbiy xodimlar faqat imkoniyatiga qarab olinadi. Jabrlanuvchilar ro'yxatdan o'tkaziladi. Og'riqsizlantiriladi. Hush nazorati o'rnatiladi. Bemorlar maxsus davo profilaktik muassasaga olib boriladi.

Nazorat savollari:

1. Tibbiy ofatga ta'rif bering.
2. Tibbiy ofatlar tasnifi.
3. Jabrlanganlarga yig'uvchi punktni tashkillashtirish tamoyillari.
4. Jabrlanganlarga yig'uvchi punkt tashkillashtirish qoidalari.
5. Jabrlanganlarni punkt ichida saralash usullari va qoidalari.
6. Punkt ichida shoshilinch yordamning usullari va qoidalari.
7. Evakuatsion saralash qoidalari.
8. Evakuatsiya qoidalari.
9. Mobilizatsiya qoidalari va favqulodda vaziyatlar haqida.
10. Gospital saralash qoidalari.

SHOK VA KON KETISH

Buqir bupayratlarning kishorod va ozuqa moddalarga boy bo'lgan qon bilan noadekvat perfuziyasi, baxda to'qimalardan modda almashinuvu jarayoni natijasida hosil bo'lgan qoldiq mahsulotlarning noadekvat chiqirib tashlanishi oqibatida rivojlanadi. Aksariyat holatlarda shok qon ketish oqibatida yuzaga keladi. Shuningdek umumiy qon hajmi pasayishiga yurak zarbining pasayishi, yirik qon tomirlar obstruksiyasi, pereferik tomirlar qarshiligining pasayishi, og'ir eksikoza va og'ir diabetik holatlar ham sababchi bo'lishi mumkin. Bolalarda shok klinikasi kattalarga nisbatan kam nomoyon bo'ladi. Tashhis qo'yish uchun boshlang'ich belgilari etarli bo'lmaydi, shuning uchun diqqat bilan anamnez yig'ish va fizikal tekshiruvlar o'tkazish lozim. Bolalarda kompensator mexanizmlar yaxshiligi sabab, shok klinikasini hamma vaqt ham aniqlashning iloji yo'q va shuning natijasida shokga qarshi chora tadbirlar ko'pincha o'z vaqtida o'tkazilmaydi. AQB ning pasayishi bolalarda shokning kechki davrlarida kuzatiladi. Shuning uchun bolalarda erta shokni va shoshilinch holat belgilarini o'z vaqtida aniqlash juda muhimdir.

Tavsiv: Shok- bu noadekvat pereferik perfuziya bo'lib, bunda kislorod ta'minlash miqdori organizmning metabolik ehtiyojlarini qondira olmaydi.

Shokning quyidagi turlari farqlanadi:

1. **Gipovolemik shok:** aylanuvchi qon hajmi keskin kamayib, yurakgacha bo'lgan zo'riqishning pasayishi kuzatiladi (o'tkir qon yo'qotish, suvsizlanish, anasarka, kuyish va dermolizlangan teri orqali plazma yo'qotilishi).
2. **Kardiogen shok:** yurakning zarb hajmi kamayishi natijasida yurak etarlicha qon haydab bera olmaydi va yurakdan keyingi zo'riqish pasayib ketadi (aritmiyalar, miokard ishemiyasi, zaharlanishlar)
3. **Vazogen (taqsimlovchi) shok:** periferik qon tomirlar kengayishi natijasida ularning qarshiligi keskin kamayadi va shok holati kelib chiqadi (sepsis, infeksiyon taksikoza, anafilaksiya, bosh miya simpatik innervatsiyasi susayishi /neyrogen shok/, orqa miya jarohati /spinal shok/, tomir kengaytiruvchi vositalarni ko'p qabul qilish)
4. **Obstruktiv shok** – yurak va katta qon tomirlarda qon oqishiga to'siq bo'ladigan hollarda kelib chiqadi (o'pka arteriyasi emboliyasi, yurak tomponadasi, pnevmotoraks).

Bolalar va kattalarda shok sabablari bir hil bo'lsada, uchrash ehtimoli har hildir.

Gipovolemiya - bolalarda eng ko'p shokga olib keluvchi holat bo'lib, aylanuvchi qon hajmi kamayishi bilan ta'riflanadi.

Sepsis – shokga olib keluvchi sabablardan ikkinchi o'rinda turadi va bolalarda immun tizim yaxshi rivojlanmaganligi bilan izohlanadi.

Kardiogen shok – bu bolalarda kam uchraydigan holat bo'lib, yurakning haydash faoliyatining birlamchi buzilishidir.

- Gipoksiya
- Atsidoz
- Gipoglikemiya
- Gipotermiya
- Preparatlarning toksik ta'siri natijasida.

Neyrogen shok – bolalarda kam uchrab, orqa miya jarohati natijasida kelib chiqadi.

Gipoglikemiya – bu shok emas, lekin klinik belgilari shokga o'xshash.

-Hushning buzilishi.

- Rangparlik
- Taxikardiya
- Ko'p terlash

Bolalarda shokning xususiyatlari:

- Erta shokni aniqlash juda qiyin.
- Yurak-qon tomir sistemasining yaxshi kompensatsiyasi
- Bolalarda shokning kompensator davri juda tez dekompensatsiya davriga o'tadi.

Bolalarda shokning erta belgilari

- Taxikardiya – buni aniqlash uchun normal ko'rsatkichlar jadvaliga ega bo'lish kerak.
- Kapilyar sinama, kapilyarlarda qon aylanish tiklanishi sekinlashadi (2soniyadan ko'p).
- Teri rangpar, marmarsimon, oyoq – qo'llarning sovuq bo'lishi.
- Taxipnoe

Kechki belgilari:

- Periferiyada puls sust yoki aniqlanmaydi.
- Hushini buzilishi.
- Gipotenziya – kechki belgi, yurak to'xtashiga sabab bo'lishi mumkin.
- Birlamchi baholash orqali shok borligini aniqlash mumkin. Ammo shok sababini birlamchi baholashda aniqlab bo'lmaydi. Shokga shubha paydo bo'lganda- gipovolemiyaga qarshi davo o'tkazilishi lozim.

Bolalarda shok sabablari:

Ko'p uchraydigan sabablar:

SHOK VA KON KETISH

Shok hujayralarning kislorod va ozuqa moddalarga boy bo'lgan qon bilan noadekvat perfuziyasi, hamda to'qimalardan modda almashinuvi jarayoni natijasida hosil bo'lgan qoldiq mahsulotlarning noadekvat chiqarib tashlanishi oqibatida rivojlanadi. Aksariyat holatlarda shok qon ketish oqibatida yuzaga keladi. Shuningdek umumiy qon hajmi pasayishiga yurak zarbini pasayishi, yirik qon tomirlar obstruksiyasi, periferik tomirlar qarshiligining pasayishi, og'ir eksikoz va og'ir diabetik holatlar ham sababchi bo'lishi mumkin. Bolalarda shok klinikasi kattalarga nisbatan kam nomoyon bo'ladi. Tashhis qo'yish uchun boshlang'ich belgilari etarli bo'lmaydi, shuning uchun diqqat bilan anamnez yig'ish va fizikal tekshiruvlar o'tkazish lozim. Bolalarda kompensator mexanizmlar yaxshiligi sabab, shok klinikasini hamma vaqt ham aniqlashning iloji yo'q va shuning natijasida shokga qarshi chora tadbirlar ko'pincha o'z vaqtida o'tkazilmaydi. AQB ning pasayishi bolalarda shokning kechki davrlarida kuzatiladi. Shuning uchun bolalarda erta shokni va shoshilinch holat belgilarini o'z vaqtida aniqlash juda muhimdir.

Tavsiy: Shok- bu noadekvat periferik perfuziya bo'lib, bunda kislorod ta'minlash miqdori organizmning metabolik ehtiyojlarini qondira olmaydi.

Shokning quyidagi turlari farqlanadi:

1. **Gipovolemik shok:** aylanuvchi qon hajmi keskin kamayib, yurakgacha bo'lgan zo'riqishning pasayishi kuzatiladi (o'tkir qon yo'qotish, suvsizlanish, anasarka, kuyish va dermolizlangan teri orqali plazma yo'qotilishi).
2. **Kardiogen shok:** yurakning zarb hajmi kamayishi natijasida yurak etarlicha qon haydab bera olmaydi va yurakdan keyingi zo'riqish pasayib ketadi (aritmiyalar, miokard ishemiyasi, zaharlanishlar)
3. **Vazogen (taqsimlovchi) shok:** periferik qon tomirlar kengayishi natijasida ularning qarshiligi keskin kamayadi va shok holati kelib chiqadi (sepsis, infeksiyon taksikoz, anafilaksiya, bosh miya simpatik innervatsiyasi susayishi /neyrogen shok/, orqa miya jarohati /spinal shok/, tomir kengaytiruvchi vositalarni ko'p qabul qilish)
4. **Obstruktiv shok** – yurak va katta qon tomirlarda qon oqishiga to'siq bo'ladigan hollarda kelib chiqadi (o'pka arteriyasi emboliyasi, yurak tomonadasi , pnevmotoraks).

Bolalar va kattalarda shok sabablari bir hil bo'lsada, uchrash ehtimoli har hildir.

Gipovolemia - bolalarda eng ko'p shokga olib keluvchi holat bo'lib, aylanuvchi qon hajmi kamayishi bilan ta'riflanadi.

Sepsis – shokga olib keluvchi sabablardan ikkinchi o'rinda turadi va bolalarda immun tizim yaxshi rivojlanmaganligi bilan izohlanadi.

Kardiogen shok – bu bolalarda kam uchraydigan holat bo'lib, yurakning haydash faoliyatining birlamchi buzilishidir.

- Gipoksiya
- Atsidoz
- Gipoglikemiya
- Gipotermiya
- Preparatlarning toksik ta'siri natijasida.

Neyrogen shok – bolalarda kam uchrab, orqa miya jarohati natijasida kelib chiqadi.

Gipoglikemiya – bu shok emas, lekin klinik belgilari shokga o'xshash.

-Hushning buzilishi.

- Rangparlik
- Taxikardiya
- Ko'p terlash

Bolalarda shokning xususiyatlari:

- Erta shokni aniqlash juda qiyin.
- Yurak-qon tomir sistemasining yaxshi kompensatsiyasi
- Bolalarda shokning kompensator davri juda tez dekompensatsiya davriga o'tadi.

Bolalarda shokning erta belgilari

- Taxikardiya – buni aniqlash uchun normal ko'rsatkichlar jadvaliga ega bo'lish kerak.
- Kapilyar sinama, kapilyarlarda qon aylanish tiklanishi sekinlashadi (2soniyadan ko'p).
- Teri rangpar, marmarsimon, oyoq – qo'llarning sovuq bo'lishi.
- Taxipnoe

Kechki belgilari:

- Periferiyada puls sust yoki aniqlanmaydi.
- Hushini buzilishi.
- Gipotenziya – kechki belgi, yurak to'xtashiga sabab bo'lishi mumkin.
- Birlamchi baholash orqali shok borligini aniqlash mumkin. Ammo shok sababini birlamchi baholashda aniqlab bo'lmaydi. Shokga shubha paydo bo'lganda- gipovolemiyaga qarshi davo o'tkazilishi lozim.

Bolalarda shok sabablari:

Ko'p uchraydigan sabablar:

- Diareya va suvsizlanish
- Jarohat (asos -qorin bo'shlig'i jarohatlari)
- Qusish
- Qon yo'qotish
- Infeksiya

Kam uchraydigan sabablar:

- Allergik reaksiyalar
- Zaharlanishlar
- Kardiologik buzilishlar

1- jadval

Shokning gemodinamik buzilish bosqichlari

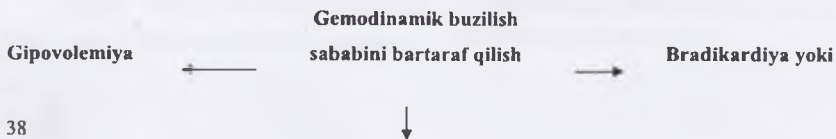
Buzilish bosqichi	Aylanuvchi qon hajmi defitsiti	Qon aylanishining klinik xarakteristikasi
Qon aylanishining markazlashuvi	Me'yoriga nisbatan 25%-ga-15ml/kg	AQB me'yorda, taxikardiya, terini rangparligi yoki marmarlighi, oyoq-qo'li sovuq, oliguriya
O'tuvchi	Me'yoriga nisbatan 30%-ga- 25ml/kg	Bola tormozlangan, puls ipsimon, teri rangpar akrotsianozi, SAB me'yoridan past
Qon aylanishning detsentralizatsiyasi		SAB 60 mm rt st-dan past. teri va shilliq qavatlar tsianozi, «gipostazlar», anuriya
Terminal bosqich	Me'yoriga nisbatan 45%dan ortiq-35ml/kg	Agonal holat klinikasi

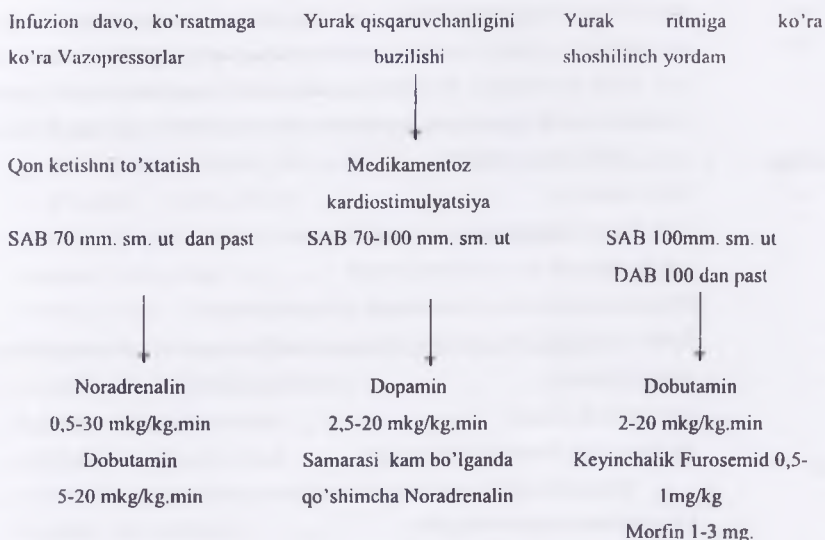
Gipotenziya va shokda shoshilinch yordam

- A. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini baholash
- B. Nafas adekvatligini baholash. Pulsoksimetriya.
- S. Qon aylanishini baholash. Kardiomonitor-EKG, AQB
- Hayotiy funksiyalarni baholash

Anamnez

Shokda shoshilinch yordam algoritmi





Bolalarda shok davrlarining kechish xususiyatlari

Kompensatsiyalangan shok – shokning erda bosqichi. Bolalarda shokning bu bosqichida me'yoriy perfuziya yurak urish soni va nafas olish soni oshishi hamda miya va yurakni qon bilan ta'minlanishini ushlab turuvchi vazokonstriksiya hisobiga saqlanib turadi. Bolalarda kattalarga nisbatan kompensator davr uzoqroq davom etadi. Bolaning zahira imkoniyatlari tugaganidan so'ng, unchalik uzoq davom etmaydigan dekompensatsiya davri boshlanadi.

Erta shokning belgi va simptomlari (bezovtalik, taxikardiya, taxipnoe, kapillyarlarining qonga to'lishish vaqti uzayishi) bilinmasligi yoki qiyinchilik bilan aniqlanishi mumkin. Shokning bu davrini o'z vaqtida aniqlash orqali keyingi bosqichning oldini olish mumkin.

Dekompensatsiyalangan shok. Shokning bu bosqichi bolalarda uzoq davom etmaydi va to'qima perfuziyasini ta'minlab turgan kompensator imkoniyatlar tamom bo'lishi bilan tushuntiriladi. O'z vaqtida yordam ko'rsatmaslik oqibatida nafas va qon aylanishi faoliyati to'xtashi kuzatilishi mumkin. Bu bosqichning asosiy belgisi- hush darajasining og'ir buzilishi va arterial qon bosimning pasayishi hisoblanadi. Belgilarni aniqlash qiyinchilik tug'dirmasada (gipotenziya, hush darajasining buzilishi, bilak va elka arteriyasida puls aniqlanmasligi, tsianoz), qisqa vaqt ichida qaytmas shok bosqichi boshlanadi.

Qaytmas shok - bu organlar etishmovchiligi holatining hayot faoliyatini butunlay to'xtashiga o'tishi bilan kechadigan holat. Bu davrda shok belgilari aksariyat hollarda yashirin kechadi va shuning uchun doimiy monitoring o'tkazishni talab etadi (hush darajasi, nafas soni, teri sinamalari, distal va proksimal puls, kapillyar sinama, shilliq qavatlar holati, yig'laganda ko'z yoshi bor-yo'qligi). Kompensator imkoniyatlar tugaganidan keyin bolalarda tezda qon aylanishi va nafas to'xtashining rivojlanishi talvasa, qusish va ichak parezi bilan birga kechadi.

Shok asosiy belgilari:

Nafas tezlashishi

Teri rangpar, yopishqoq, nam va muzdek

Periferiyada puls sust yoki aniqlanmaydi

Mikrotsirkulyatsiyaning tiklanish vaqti juda sekinlashgan.

Diurez kamayishi. Ota-onasidan ishlatilgan tagliklar sonini surash va tagliklarni tortib ko'rish orqali o'lchanadi.

Hush buzilish darajasi

Yig'laganda ko'z yoshining bo'lmasligi.

Davrlari buyicha shokning belgilari :

Kompensatsiyalangan shok (erta):

- Qo'zg'aluvchanlik, yig'lash

Taxipnoe, sust periferik puls, kapillyar sinama uzayishi, arterial bosim me'yoriy ko'rsatkichlarda

Dekompensatsiyalangan shok (kechki):

- Hush darajasini buzilishi, mushaklar gipotoniyasi, vizual aloqani yo'qligi
- Og'ir taxipnoe va noadekvat nafas
- Periferiyada puls bo'lmasligi, markaziy arteriyada puls sustligi

Arterial bosim pasayishi

- Teri rangi dog'li yoki tsianotik bo'lishi

Qaytmas shok (sovuq):

- Holsizlik, hushni xiralashishi, yoki butunlay yo'qolishi (hushsiz)
- Nafas etishmovchiligi, taxipnoedan bradipnoegacha bo'lishi mumkin.
- Markaziy arteriyalarda pulsning keskin pasayishi yoki butunlay yo'qolishi, terining kulrang yoki dog'li bo'lishi, yurak faoliyati to'xtashi kuzatiladi.

Bolalarda shok holatlarida shoshilinch yordam tamoyillari:

Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash.

- Kislorod berish va ventilyatsiyani ta'minlash

- Yuqori oqimli kislorod berish bilan sun'iy o'pka ventilyatsiyasi /IVL/ni o'tkazishga tayyor bo'lish
- Aspiratsion sanatsiya uchun asbob uskunalarni tayyorlash
- Jarohatni bog'lash va qon to'xtatish
- Oyoqlarni ko'tarish (Trendelenburg holati)
- Issiqlik yo'qotmaslik uchun bemorni ko'rpa bilan o'rash.
- Shifoxonaga shoshilinch olib borish jarayonida doimiy yordam ko'rsatish va monitoring baholashni amalga oshirish.

Bolalarda shok holatida shoshilinch yordam bayonnomasi:

A- qadam - nafas yo'llari

- Ochish, tozalash, o'tkazuvchanlikni ta'minlash
- Noinvaziv usullar (engakni ko'tarish, pastki jag'ni oldinga tortish)
- Invaziv usullar endotracheal intubatsiya

V- qadam – nafasni quvvatlash

- 100% li kislorod ingalyatsiyasi
- nafas faoliyati susayganda ventilyatsiya

S - qadam – qon aylanishi

- Kardiomonitor ulash va yurak ritmini baholash
- Ko'rinayotgan qon ketishlarni to'xtatish
- Oyoqni ko'tarish
- Pnevmatik shimlar qo'llanilganida 10 yoshdan kichik bolalarda qorin qismi siqilmaydi.

D – qadam – suyuqlik reanimatsiyasi

- Voqea sodir bo'lgan joyda vaqtini yodda tutish
- Suyak ichiga yo'l ochish /kirish/
- 20 ml/kg xisobida suyuqlikni bolyus yuborish (fiziologik eritma yoki Ringer-laktat eritmasi)
- Ko'p yo'l qo'yiladigan xatolik- bu infuziya hajmining etarli bo'lmasligidir

Qayta baholashda, nazorat:

- Perfuzyaning yaxshilanishini
- Respirator distress borligi
- Qondagi glyukoza (agar gipoglikemiya bo'lsa (<2.5-3.3 mmol/l)- 25% glyukoza yuborish, bolalarda 40% glyukozani qo'llash mumkin emas.

Shifoxona bosqichida

shokni sababini aniqlash lozim

Shok turi	1 oydan kichik bolalar	1 oydan katta bolalar
-----------	------------------------	-----------------------

<i>Gipovolemik</i>		
Qon yo'qotish	Miyaga, yo'ldoshga qon quyilishi, fetofetal va fetoplatsentar transfuziya	Gemofiliyada jarohatlar, jigar va taloq yoritilishi. Chanoq suyaklari sinishi, buyrakdan qon ketish, bachadondan tashqari homiladorlik. Oshqozon – ichakdan qon ketish. Uroq xujayrali anemiyada sekvestra tsion krizlar.
Suyuqlik yo'qotish	Gastroenterit, qorin devorini tug'ma nuqsoni, kindik churrasi, orqa miya churrasi	Gastroenterit, og'ir kuyishlar, qandli va qandsiz diabet, mukovistsidozda ko'p terlash, nefrotik sindrom.
Periferik tomirlar umumiy qarshiligi pasayishi	Sepsis, buyrak usti bezlarini po'stlok qavati gipoplaziyasi, MNS shikastlanishi	Sepsis, anafilaktik shok, gipoadrenal kriz, MNS shikastlanishi, dori moddalarni nojo'ya ta'siri.
<i>Gipervolemik, normavolemik</i>		
Yurak etishmovchiligi	Endokardial fibroz, virusli infeksiyalar, yurakning tug'ma nuqsolari, sepsis, gipoglikemiya	Virusli infeksiyalar, manfiy inotrop ta'siriga ega bo'lgan dorilar, koronar etishmovchilik, sepsis, gipoglikemiya, gipokaltsemiya.
Aritmiyalar	Paroksizmal qorincha usti taxikardiyasi va boshqa aritmiyalar, dori moddalardan zaharlanish, sepsis.	Paroksizmal qorincha usti taxikardiyasi va boshqa aritmiyalar, dori moddalarni nojo'ya ta'siri.
Qon oqimiga to'siq	Aorta koarktatsiyasi, og'ir aortal stenozlar, yomon sifatli arterial gipertoniya	Aorta koarktatsiyasi, aortal stenoz, gipertrofik kardiomiopatiya, TELA, o'pka-yurak (masalan, bronxial astmada), mukovistsidoz, yomon sifatli arterial gipertoniya.
Metabolik ehtiyojlarni ortishi	Og'ir anemiya, tiretoksikoz	Og'ir anemiya, tiretoksikoz, zaharlanish.

Tekshirish va tashhislash

- 1. Anamnez.** Kasallik boshlanishi, suyuqlik qabul qilish va uni axlat, peshob va qusuq massalari bilan yo'qotilishi, surunkali kasalliklar, dori moddalarini qabul qilishni o'z ichiga oladi.
- 2. Fizikal tekshiruv.** Tana vazni va harorat o'lchanadi. Puls, yurak tonlari, nafas soni, AQB, ortostatik AB o'zgarishlari, periferik qon aylanishi baholanadi, auskultativ tekshiruvlar o'tkaziladi. Es-hushi va qorachiqlarini yorug'likka reaksiyasi baholanadi. Tekshirishni davriy ravishda qaytarish lozim.
- 3. Laborator va instrumental tekshiruv**
 - a) Arterial qonda gazlar miqdori aniqlanadi.
 - b) Umumiy qon tahlili o'tkaziladi

v) Elektrolitlar miqdori, plazmada glyukoza AMK, kreatinin, yurak izofermentlarning faolligi, qonda jigar fermentlari miqdori. PV, AChTV, PDF, aniqlanadi, toksikologik tekshiruv o'tkaziladi.

g) Ko'krak qafasi rentgenografiyasida yurak o'lchami va o'pkada qon aylanish baholanadi.

G. Monitoring

1. YuUS. AQB. nafas soni, tana harorati baholanadi va kuzatuv varaqasiga natijalar yoziladi

a) harorat

b) nafas soni

v) YuUS (EKG bo'yicha)

g) AQB. Bolalarda AQB monitoringi uchun eng yaxshi usuli - arteriya kateterizatsiyasi hisoblanadi. Agar buni iloji bo'lmasa AQB noinvaziv usul bilan o'lchanadi (ba'zan Dopler tekshiruvidan foydalaniladi).

d) suyuqlik qabul qilishi va ajratishi, har soatda diurez o'lchanadi, nozagastral zond orqali yo'qotilgan suyuqlik o'lchanadi. Tashhislash va davolash maqsadida amalga oshirilgan yo'qotilgan qon baholanadi.

2. Ba'zida Svan-Gantsa kateteri qo'yiladi va MVB /TsVD/ o'lchanadi

D. Davolash.

1. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash. Albatta kislorod tayinlanadi, traxeya intubatsiyasi va SO'V ni o'tkazish kerak bo'ladi.

2. Gipovolemiyani bartaraf qilish. Yurak etishmovchiligi bo'lmaganda tezda izotonik eritma yuboriladi (fiziologik critma yoki Ringer laktat) 10-20 ml/kg v/i yoki suyak ichiga oqim bilan.

a) Agar ahvoli yaxshilanmasa, davoni davom ettirishdan oldin markaziy venaga kateter o'rnatiladi.

1) Agar MVB 5 mm sm.us. dan kam bo'lsa suyuqlikni MVB 5 mm sm. us dan oshguncha yuboriladi.

2. Agar MVB 5 sm sm.us. dan ko'p bo'lsa, quyidagi chora tadbirlar o'tkaziladi

Inotrop va vazopressor dorilar tayinlanadi

Preparat	Bolalardagi doza	Kattalardagi doza	Ta'sir mexanizmi	Ko'rsatma	Nojo'ya ta'siri
Adrenalin	0.1-1 mkg/kg/min	1-4mkg/min	Alfa- va beta adrenostimulyatorlar YuUS, periferik tomirlar umumiy qarshiligini (PTUQ) va miokardning qisqaruvchanligini oshiradi	Anafilaktik shokda arterial gipotoniya, miokard qisqaruvchanligi kamayishida, bradikardiya	Qorinchalar aritmiyasi koronar va buyrakda qon aylanishi kamayadi.
Noradrenalin	0.1-1 mkg/kg/min	1-4mkg/min	Alfa-adrenostimulyator	Arterial gipotoniya	Qorinchalar aritmiyasi

			YuUS va PTUQni oshiradi.	(PTUQ kam bo'lganda)	Gipovolemiya, Gipotoniya
Izoprenal in	0.1-1 mkg/kg/min	1 nmkg/min	Beta-adrenostimulyator YuUS va miokard qisqaruvchanligini oshiradi va tomirlar tonusini pasaytiradi.	Bradikardiya miokard qisqaruvchanligi pasayganda	Qorinchalar aretmiya gipovolemiya arterial gipotoniya
Dofamin	0.1-1 mkg/kg/min	1 nmkg/min	Dofamin retseptorlarning stimulyatori koronar va buyrak va boshqa organlarda qon oqishni ko'paytiradi	Periferik perfuziya buzilishida buyrakda qon aylanishni oshirishga harakat qilmaganda	
	5-15 mkg/kg/min	5-15 mkg/kg/min	Beta-adrenostimulyator miokard qisqaruvchanligini va YuUSni oshiradi	Bradikardiya miokard qisqaruvchingini va YuUSni oshiradi	Qorinchalar aritmiyasi
	15-20 mkg/kg/min	15-20 mkg/kg/min	Alfa – va beta-adrenostimulyator PTUQ va miokard qisqaruvchanligini oshiradi.	Arterial gipotoniya bradikardiya miokard qisqaruvchanligi kamaytiradi	Qorinchalar aritmiyasi, toj tomir va buyraklarda qon aylanishini kamaytiradi
Dobutam in	1-20 mkg/kg/min	1-20 mkg/kg/min	Dofaminga o'xshash, dofaminretseptorlarni stimulyatsiya qilmaydi kam alfa-adrenergik faollikka ega va YuUS ham ta'sir qiladi.	Miokard qisqaruvchanlikni pasaytiradi.	Qorinchalar aritmiyasi.

b) miokardit, yurak tompnadasi, metabolik buzilishlar, aritmiyalar istisno qilinadi.

v) qorinchalar faoliyati baholanadi (ExoKG yordamida)

g) Svng'-Gans katctri qo'yiladi.

3. Shok aniqlanadi va sababi bartaraf qilinadi

Qon ketish

Qon ketish tasnifi:

- Tashqi
- Ichki qon ketish farqlanadi.

Ichki qon ketish belgilarini tekshirish:

- Bilak-panja bo'g'imida

- Chov sohasida
- Tapa sohasida
- Qo'ltiq osti chuqurchasida

Belgilari:

- Bemor ahvolini yomonlashishi tomoniga yo'nalgan
- Jarohat sohasidan pastda puls susaygan yoki yo'qolgan
- Jarohat sohasidan pastda teri rangi o'zgargan
- Jarohat sohasidan pastda harakat pasaygan
- Jarohat sohasidan pastda sezuvchanlik buzilgan
- Jarohat qismidan pastda mushaklar kontrakturasi (to'qimalar ishemiyasi).

Qon ketish turlari

- Arterial
- Venoz
- Ko'p jarohatlashga aralash qon ketish xos.

Arterial qon ketish

Arteriyalar- yuraqdan a'zolarga qon olib boruvchi tomir hisoblanadi. Yirik arteriyalar jarohati hayot uchun o'ta xavfli hisoblanadi.

- Son, elka, uyqu arteriyalarning jarohatlanishi, bu hollarda bir necha daqiqada o'tim sodir bo'lishi mumkin

Arterial qon ketish belgilari

- Arterial qon och qizil rangda «fontansimon»
- Qon pulsatsiyasi puls chastotasiga mos keladi

Venoz qon ketish belgilari

- Qon sekin va bir maromda oqadi
- Qon to'q rangda bo'ladi

Qon to'xtatish usullari

Jarohatni bosib turish.

- Qattiq bog'lam va qattiq tamponlash
- jarohatga salfetka qo'yish yoki bosish orqali qonni to'xtatish. Buning natijasida jarohatlangan tomir orqali qon ketishi to'xtatiladi, jarohatlangan tomir devorini trombotsitlar bilan berkitilishi ta'minlanadi. Imkon bo'lsa bosuvchi bog'lamni steril bog'lovchi materialdan foydalanilgan (yoki toza mato) holda amalga oshirgan ma'qul (boib turish ko'z va bosh miya jarohatlarida qo'llanilmaydi).

Oyoq-qo'llarni bosib turishni bir maromda ushlab turish uchun qo'shimcha ravishda shinalar yoki pnevmatik kostyumlar qo'llaniladi. Bosib turishni qon to'xtaguncha yoki shifoxonaga etib borguncha amalga oshirish kerak .

- Immobilizatsiya (shinalash)
- Har qanday harakat oyoq-qo'llarda qon oqimini kuchaytiradi. Bundan toshqari tomirlar jarohatida qon ivish jarayoni buziladi.

Harakatlar jarohatlangan tomirni qo'shimcha jarohatlashi mumkin.

Oyoq qo'llarni shinalash qon ketishini kamaytiradi. Bunday hollarda pnevmatik shinalar yoki boshqa shinalar ham yordam beradi.

- Oyoqni yuqoriga ko'tarish

Intensiv venoz qon oqishni oyoq-qo'llarni yurak sohasidan yuqoriga ko'tarish orqali kamaytirish mumkin. Bu usul to'g'ridan- to'g'ri bosish bilan samarali hisoblanadi.

- Arteriyalardan qon ketishda barmoq bilan bosish
- Oyoq-qo'llarni valik yordamida maksimal bukish
- Bukilgan sohadagi arteriyalarni bosish.

Diqqat:

Jarohatga bosuvchi bog'lam qo'yish qon tuxtatishini to'liq bartaraf qilmaydi. Agar bitta arteriyadan oziqlanadigan bir nechta jarohatlar bo'lsa lokal bosish samara beradi. Bunda arteriya tomiri yaqinida qandaydir qattiq struktura /suyak/ joylashgan degan tushuncha asosida yordam ko'rsatiladi.

Namunalar:

- Boshning teri qoplami sohasidan qon ketsa ensa sohasiga bosiladi, chunki bunda ensa arteriyasi bosiladi.
- Elka arteriyasi, bilak jarohatlarida elka suyagi ustiga bosiladi.
- Son arteriyasidan qon ketishida – oyoqlar jarohatlanganda son va chanoq suyagiga bosish lozim .

Muz (muzli xalta) og'riqsizlantirish uchun qo'llaniladi

Diqqat:

Sovuq /muzli xalta/ qo'yishda shuni yodda tutish kerakki, 40-45 daqiqadan keyin sovuq ta'siri tomirni dilatatsiyasiga (kengayishga) olib keladi. Muz 30 daqiqadan ko'p qo'llanilmaydi.

Jgut qo'yish. Jgut boshqa usullar samara bermaganda qo'yiladi. Jgut qon tomir va nervlarni jarohatlashi mumkin.

Jgut bo'sh qo'yilsa faqat venani siqib qo'yib, yanada qon oqish intensivligini kuchaytirish mumkin. Jgutni hayot uchun xavfli holatlarda oxirgi vosita sifatida qo'llash mumkin.

Jgut qo'yishga ko'rsatma: qon ketishini boshqa usullarda to'xtatishning iloji bo'lmasa

- Pozitsion bosish sindromi (bosish 3 soatdan ko'p, panja va tovon uchun 5 soatdan ko'p)
- Oyoq qo'llarning hayotga qodirsizligida va amputatsiyasida.

Jgut qo'yish shartlari

Diqqat:

- yalong'och tanaga jgut qo'yib bo'lmaydi
- teri burmasiz bo'lishi kerak (tekis)
- maydon sochiq yoki doka bilan o'raladi
- jgutni o'rash pastdan yuqoriga qarab amalga oshiriladi
- jgut chetlari osilib qolmasligi kerak
- 1chi va 2 –chi o'ram zich bog'lanadi
- keyingisi tortilmasdan bog'lanadi
- jgut to'g'ri qo'yilganligi-bu qon to'xtashi bilan nomoyon bo'ladi
- kichkina qog'ozga- qo'yilgan vaqti, sanasi, bemorni ismi yoziladi
- Bu qoidalar pozitsion bosish sindromida, oyoq-qo'llarni hayotga layoqatsizligida qo'llanilmaydi.
- Har 45 minutda jgut 3-5 minutga, qon aylanishni tiklanishi uchun bo'shatiladi
- Har bo'shashtirilgandan so'ng yana bintlanadi va yangi bog'lam qo'yiladi
- Jgut qo'yishning umumiy vaqti 2 soat

Burun qon ketishi

- Burun qonashi jarohat natijasida, qon ivishi buzilishi, gipertoniya va boshqa kasalliklar yoki kuchli jismoniy zo'riqish natijasida kelib chiqadi. Qayta qon ketishlarda uni sababini aniqlash va shifokorga murojaat qilish kerak.

Burundan qon ketganda yordam:

- O'zini xavsizligini ta'minlash
- Bemorni tizzasiga cho'kkalab o'tqazish va boshini pasta egish.
- Qon ketayotganda burun katagiga sovuq suvga botirilgan paxtali tampon qo'yiladi, bormoq bilan bosiladi, shu holatda 5 daqiqa ushlab turiladi.
- Burun sohasiga ho'l latta bo'lagini qo'yish mumkin.
- Bemorlarni gorizontal holatda va boshini orqaga ekgan holatda qo'ymaslik kerak, chunki qon oshqozonga ketib bemor qusishi mumkin.
- Agar qon tez va ko'p kelayotgan bo'lsa tezda ShTYo chaqirish kerak /tel.03/

Nazorat savollari

1. Shok tavsifi
2. Shok tasnifi

3. Bolalarda shok rivojlanish sabablari
4. Bolalarda shokning o'ziga xos kechishi
5. Bolalarda shokning turli davrlari
6. Gospital bosqichda bolarda shokni baholash tamoyillari
7. Qon ketish tasnifi
8. Tashqi qon ketishda shoshilinch yordam va diagnostika
9. Ichki qon ketishda shoshilinch yordam va diagnostika.

BOLA HAYOTIGA XAVF SOLUVCHI YURAK ARITMIYALARI

Bolalarda turli aritmiyalar uchrashi mumkin, lekin ulardan faqat ba'zilari shoshilinch tibbiy aralashuvni taqazo etadi. Bu turdagi aritmiyalar impuls hosil bo'lishi yoki o'tkazilishining buzilishi hisobiga kelib chiqadi.

- **Ekstrasistoliya va taxiaritmiyalar** avtomatizm kuchayishi, qo'zg'alishning qayta kirishi yoki trigger aktivlik hisobiga impuls hosil bo'lishining buzilishidan kelib chiqadi.
 - **Bradikaritmialar** avtomatizm so'nishi yoki impuls blokadasida yuzaga keladi.
- Aritmiyalar yurak kasalliklari, metabolik buzilishlar yoki o'rtirilgan tizimli kasalliklar belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Shoshilinch holat sababi turlicha bo'lib, ularga xos ritm buzilishi gemodinamik buzilishlarga olib kelishi mumkin. Shuning uchun ritmni aniqlash va uning buzilishlarini bartaraf etishga asoslangan shoshilinch yordam ustunroq hisoblanadi.

Yuqorida sanab o'tilgan tamoyillarga asoslangan shoshilinch yordam ko'rsatish umumiy algoritmi quyidagi ketma-ketlikda amalga oshiriladi:

Birlamchi ABCD baholash («S» qadamda – bemorni kardiomonitorga ulash)

Ikkilamchi ABCD baholash («S» qadamda – ritmni qayta baholash va bemorni gemodinamik stabililigini baholash, «D» qadamda defibrillyatsiya, kardioversiya, antiaritmik dori vositalarini qo'llash yoki infuziya o'tkaziladi).

Anamnez va fizikal ko'ruvga asoslangan holda sabablarini aniqlash.

Shoshilinch yordamga muhtoj aritmiyalar 3 guruhga bo'linadi:

- Letal aritmiyalar
- Stabil va nostabil taxiaritmiyalar
- Kardio-respirator belgilar bilan kechuvchi bradikaritmialar

Letal aritmiyalar

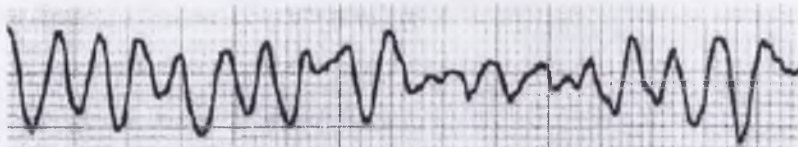
Bu ritm guruhlari klinik o'tim bilan kechadi. Agar birlamchi ABCD baholashda verbal-taktik ta'sirga javob bo'lmasa, apnoc aniqlansa, markaziy arteriyada puls aniqlanmasa, nafas yo'llari o'tkazuvchanligi tiklangandan so'ng o'pka sun'iy ventilyatsiyasi, yurak bilvosita massaji boshlanadi va kardiomonitorga ulanadi.

Ritm aniqlangandan so'ng qolgan reanimatsion chora-tadbirlar o'tkaziladi. Klinik o'limda kardiomonitorda quyidagi ritmlarni aniqlash mumkin:

- Qorinchalar fibrillyatsiyasi
- Qorinchalar taxikardiyasi
- Elektromexanik dissotsiatsiya (EMD)
- Asistoliya

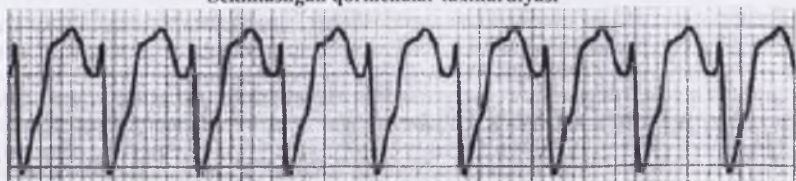
Qorinchalar fibrillyatsiyasi

Qorinchalar fibrillyatsiyasi bir-biriga o'xshamagan xaotik impulslar bilan xarakterlanuvchi ritm. Yurak qorinchalari miofibrillalari bir-biriga bog'liq bo'lmagan holda qisqaradi. Bunday holat yurak qisqarishini buzilishiga va qon aylanishining to'xtashiga olib keladi.



Qorinchalar taxikardiyasi faqat keng QRS kompleksi bilan xarakterlanuvchi ritm. Bunda «P» tishcha bo'lmaydi. Ritm chastotasi taxikardiyaning ko'rsatadi. Agar nisbiy taxikardiya bo'lsa, QRS kompleks shakli g'aroyib ko'rinishga ega bo'ladi.

Sekinlashgan qorinchalar taxikardiyasi

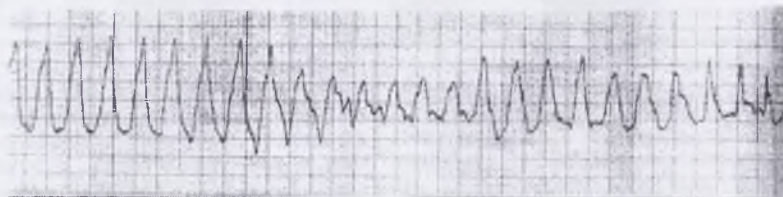


Jadallashgan qorinchalar taxikardiyasi



Polimorf qorinchalar taxikardiyasi «R» tishcha yo'nalishi davriy o'zgarishi bilan xarakterlanuvchi ritm. Bu ritm ko'pincha gipomagnemiya namoyon bo'ladi.

Polimorf qorinchalar taxikardiyasi (piruet yoki torsada)



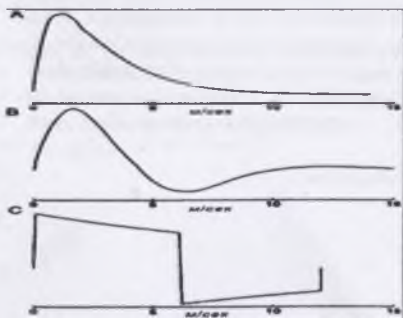
Qorinchalar fibrillyatsiyasi va pulssiz qorinchalar taxikardiyasida bir xil davo olib boriladi. Shuning uchun bu ritm aniqlanganda yagona yordam bayonnomasi qo'llaniladi:

1. ABCD baholash, kardiomonitorga ulash
2. Yurak-o'pka reanimatsiyasi
3. Defibrillyatsiya 2 Dj/kg*
4. Defibrillyatsiya , 2-4 Dj/kg
5. Defibrillyatsiya , 4 Dj/kg

6. Yurak-o'pka reanimatsiyasini davom ettirish
7. Maska orqali Ambu qopchasida ventilyatsiya noadekvat bo'lganda yoki uzoq transportirovka mo'ljallansa - traxeya intubatsiyasi.
8. Vena ichiga yo'l ochish
9. Vena ichiga yoki suyak ichiga (V/I yo'l bo'lmasa) sekin fiziologik critma yuborish
10. Adrenalin:
 - V/I - S/I: 0,1 ml/kg (1:10 000), har 3-5 min da takrorlash
 - ETT ga 0,1 ml/kg (1:1 000) 3 ml fiziologik critma bilan
11. Defibrillyatsiya, 4 Dj/kg har dori yuborgandan 30-60 sekund** o'tgach
12. Antiaritmiklar:
 - Amiodaron, 5 mg/kg bolyus V/I-S/I yoki
 - Lidokain, 1.0 mg/kg V/I-S/I (har 3-5 min da) yoki
 - Magniy sulfat, 25-50 mg/kg - torsada aniqlansa
13. Yurak-o'pka reanimatsiyasi 30 - 60 sekund davomida
14. 4 Dj/kg miqdorda defibrillyatsiya bilan antiaritmiklarni galma-galdan qo'llash 30 - 60 sekund davomida har dori yuborgandan so'ng o'pka-yurak reanimatsiyasini o'tkazish
15. Sabablarini aniqlash (G va T)

* Defibrillyatsiya miqdorini ketma-ket oshirishdan maqsad razryadning shunday energiyasiga erishish kerakki, u ko'krak qafasidan o'tib, yurakkacha etib borishi darkor. Zamonaviy defibrillyatorlarga o'rnatilgan impedansmetr yordamida u ko'krak qafasi qalinligini o'zi aniqlab, kerakli razryad energiyasini hisoblab ko'rsatadi. Avtomatik tashqi defibrillyator faqat bitta razryad o'tkazadi. Uni dori yuborgandan so'ng takrorlash mumkin.

**Har dori yuborgandan so'ng yurak-o'pka reanimatsiyasiga ajratilgan vaqtdan (30 - 60 sekund) maqsad dori vositasini yurak muskuligacha etib borishi va ta'sirini ko'rsatishiga imkon yaratishdir. Tirsak venasi orqali dori yuborgandan so'ng yurakkacha etib borishini tezlashtirish maqsadida qo'lni yuqoriga ko'tarish darkor.



Defibrillyatsiyada qanday yangilik bor? O'zgacha fazali shaklda razryad beruvchi yangi defibrillyatorlar ishlab chiqarildi.

Defibrilyatorlarning eski avlodi monofazali razryad bajarar edi (A) Yangi avlod bifazali razryad beradi. «V» faza shakli (S) faza shakliga nisbatan yaxshiroq natija beradi

Elektromexanik dissotsiatsiya (EMD)

Elektromexanik dissotsiatsiya - bu (EMD) klinik o'lim shakli bo'lib, bunda bemorda markaziy puls aniqlanmay, kardiomonitorda ritm aniqlanadi (qorinchalar taxikardiyasi, qorinchalar fibrillyatsiyasidan tashqari). Ya'ni elektr aktivlik mavjud, mexanik aktivlik yo'q.

EMD eng ko'p uchraydigan sabablari:

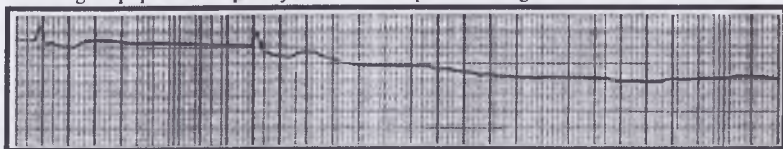
- Gipovolemiya
- Yurak tamponadasi
- Pnevmotoraks
- Giperkaliemiya
- Metabolik atsidoz

EMD aniqlangandan so'ng traxeya intubatsiyasini amalga oshirish zarur (agar uzoq transportirovka mo'ljallansa yoki niqob orqali Ambu qopchasida ventilyatsiya noadekvat bo'lsa), venaga yo'l ochish va yuqorida aytib o'tilgan miqdorda adrenalin yuborish (vena ichiga yoki endotraxcal). Adrenalin zarur bo'lsa har 3 – 5 minutda ta'siri kuzatilguncha qayta yuboriladi.

Bolalarda klinik o'lim holatida atropin qo'llash yashab qolish imkoniyatini pasaytiradi, shuning uchun ularda kattalarga nisbatan ushbu holatlarda bu dori qo'llanilmaydi

Asistoliya

Asistoliya kardiomonitorda elektrik aktivlik belgilarisiz ritm hisoblanadi («yassi chiziq»). Yurak asistolik to'xtashida ijobiy reanimatsiya juda kam hollarda uchraydi. Asistoliyalı bemorlarning ko'p qismi tirik qolmaydi. Bu ritm ko'pincha biologik o'limdan dalolat beradi.



Bolalarda asistoliyada shoshilinch yordam EMDga o'xshash amalga oshiriladi. Ammo hisobga olish zarur bo'lgan ba'zi jixatlari mavjud. Asistoliya kam hollarda klinik o'limning birlamchi ritmi hisoblanadi. Bu ko'pincha muvaffaqiyatsiz reanimatsiya natijasi hisoblanadi. Shuning uchun apnoe va qon aylanishining to'xtashi uzoq vaqt davom etganda atsidoz rivojlanadi. Klinik o'limning birinchi minutlarida atsidoz ko'pincha respirator-anoksiya bilan bog'liq bo'lib, u adekvat ventilyatsiyadan so'ng yo'qoladi. Jonlantirishning 20-daqiqalarida esa, periferik qon aylanishining buzilishi hisobiga metabolik atsidoz rivojlanadi. Yurak massaji samarali periferik qon aylanishni ta'minlay olmaydi. Shuning uchun asistoliyada jonlantirishning 20-minutlarida natriy bikarbonat infuziyasini 1 mekv/kg miqdorda (7,5 % eritma 1 ml/kg yoki 2 ml/kg 4 % eritma) boshlash tavsiya etiladi. Agar metabolik atsidoz jonlantirishning 20 daqiqasigacha laborator tahlillarda tasdiqlangan bo'lsa, infuziyani ertaroq boshlash kerak.

Asistoliyada shoshilinch yordamda ikkinchi jixati samarasiz reanimatsion chora-tadbirlarni to'xtatish masalasini ko'rib chiqish. Reanimatsiyani to'xtatishda quyidagi mezonlarga rioya qilish tavsiya etiladi:

- Shoshilinch yordamning asosiy bosqichi (AVS reanimatsiya) tez tibbiy yordam kelguncha o'tkazilishi lozim.
- Shoshilinch yordamning malakali bosqichi hodisa ro'y bergan joyda boshlanib, transportirovka vaqtida davom ettirilishi lozim.
- Qabulxona bo'limida asistoliyani tasdiqlangan vaqtdan boshlab belgilab qo'yiladi.

- Dori vositalarini (adrenalin) 3 marotaba qo'llagandan so'ng ta'siri bo'lmasa, reanimatsiyani to'xtatish mumkin.
 - Asistoliya tasdiqlangan vaqtdan 30 daqiqa o'tgach reanimatsiyani to'xtatish mumkin.
 - Adrenalin maksimal dozasi etgandan so'ng (10- in'ektsiya) reanimatsiya to'xtatiladi.
- Asistoliyada teri orqali elektrostimulyatsiyani qo'llash (TOES)**
- TOES – qisqa vaqtda amalga oshiriladigan muolaja bo'lib, bemor ko'krak qafasi oldingi va orqa sohasiga katta stimullovchi elektrod o'rnatiladi. TOES ko'krak qafasi muskullari va teri orqali yurakni stimullaydi. Yurak qisqarib, zarb xajmi ortadi.
 - Stimulyatsiya vaqtida YuO'Rni davom ettirish zarur. Stimulyatsiya ta'sirida puls paydo bo'lsa, yurak massaji to'xtatiladi.
 - TOES qo'llashdan qat'iy nazar dori vositalarini (adrenalin) qo'llash davom ettiriladi.
 - Stimulyatorlarda artifaktning inkor qilish uchun vaqti-vaqti bilari stimulyator o'chirib turiladi va EKG tekshiriladi.
 - EKG da «R» tishcha, QRS kompleksi kabi umid bog'lovchi belgilar paydo bo'lishiga e'tibor beriladi.

Klinik o'limning turli keltirib chiqargan sabablarini aniqlab, uni imkoni boricha bartaraf etish zarur. Eng ko'p uchraydigan sabablarni 10 guruhga ajratilgan. Bu 5 «G» va 5 «T» qoidasini tuzish imkonini berdi, ya'ni «G» va «T» harfidan boshlanuvchi sabablar guruhi.

«G» harfi bilan boshlanuvchi sabablar

- Gipoksiya – AV qadamda yordamda bartaraf etiladi. Kislorod saturatsiyasi va qondagi gaz tarkibi gipoksiyani aniqlashda yordam beradi.
- Gipo- va giperelektrolitemiya – laborator tasdiqlash zarur (kaliy va kaltsiy miqdorini o'zgarishini ba'zan EKG belgilarga qarab aniqlash mumkin)
- Gipotermiya/Gipertermiya – rektal temperaturani o'lchash zarur
- Gipoglikemiya/Giperqlikemiya – qondagi glyukozani aniqlash zarur (glyukozani empirik yuborish mumkin)
- Gipovolemia (kristalloidlar bolyus infuziyasini empirik o'tkazish mumkin)

«T» harfi bilan boshlanuvchi sabablar

- Jarohat– anamnez va fizikal tekshiruv aniqlashda yordam beradi
- Yurak tamponadasi – tashhisiy mezonlari mavjud
- Trombozlar (koronar, o'pka, miya tomirlari)
- Toksinlar va tabletkalar (zaharlanish va dori vositasini ko'p miqdorda qo'llash) – (naloksonni empirik yuborish mumkin)
- Taranglashgan (tension) pnevmotoraks – intubatsiya vaqtida inkor qilinishi zarur (agar muolaja to'g'ri bajarilgan bo'lsa).

Stabil va nostabil taxiaritmiyalari

Birlamchi ABCD baholashning «S» qadamida markaziy arteriyada puls bo'lsa va kardiomonitorda ritm aniqlansa, ikkilamchi ABCD baholashda gemodinamik stabillik aniqlanadi. Gemodinamik stabillik mezonlari:

- Hush darajasining pasayishi
 - Noadekvat nafas
 - AB pasayishi (erta yoshdagi bolalarda kapillyar test 2 sekunddan ortiq)
 - Katta yoshdagi bolalarda – yurak sohasida tipik og'riqlar (vistseral, to'sh ortida)
- Agar yuqoridagi mezonlarning loaqal bittasi aniqlansa, bemor holati nostabil deb baholanadi. Bu davo choralarini to'g'ri tanlashda muhim ahamiyatga ega.

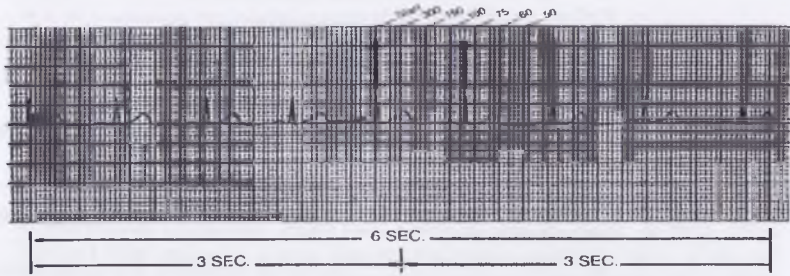
Ritm tahlilida quyidagi qo'rsatkichlarni aniqlash zarur:

- Ritm soni
- «R» tishchaning mavjudligi

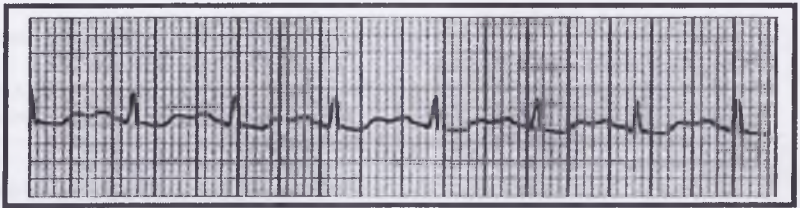
- RR intervalning regulyarligi
- QRS kompleks kengligi
- «R» tishchani QRS kompleks bilan bog'liqligi (har bir «R» tishchadan so'ng QRS kompleks mavjudligi)

Ritm sonini zudlik bilan RR intervalga qarab aniqlash mumkin (R tishchani katta katak miqdori).

Regulyarlik va sonini aniqlash



Alohida taxitaritmiyalar

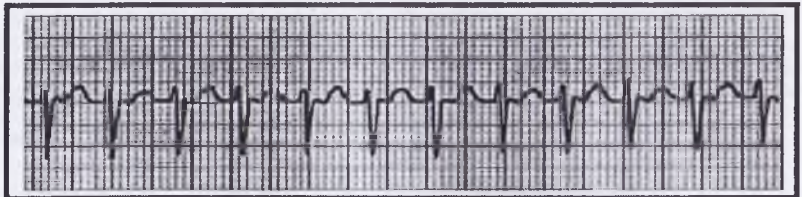


Sinusli taxikardiya — yuqori harorat, stress, dehidratsiya yoki anemiyaga fiziologik reaksiya; ba'zan, YuUS juda yuqori bo'lganda uni aritmiyaning boshqa turiga adashtirish mumkin.

EKG. Normal P tishcha har QRS kompleksiga mos keladi; ritm to'g'ri YuUS bir oz o'zgargan.

Davolash taxikardiya sababini bartaraf etishga qaratilgan.

Supraventrikulyar taxikardiya



- Bolalarda miokardiodistrofiya, yurak nuqsoni, Kishsha toksikozi fonida yuzaga kelishi mumkin.
- Mexanizmining asosida sinoaurikulyar tugunga signallar bir qismining teskari yo'nalishda qaytishi (re entry) yotadi.
- QRS kompleksi o'zgarmagan (tor)
- Vegetativ disfunksiyalar: tana qaltirashi, terlash, past solishtirma og'irlikka ega peshob bilan peshob ajralishining tezlashishi, ichak peristaltikasini kuchayishi. Yurak tekshiruvida tezlashgan, kuchli tovushli ritmik tonlar eshitiladi.
- Ko'krak yoshdagi bolalarda yurak urish soni 220 dan ortiq.
- Katta yoshdagi bolalarda yurak urish soni 180 dan ortiq.
- Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'p uchraydigan aritmiya.

Gemodinamik stabil supraventrikulyar taxikardiyada shoshilinch yordam

- Yuqori oqimda kislorod ingalyatsiyasi
- Kardiomonitoring va bolalar kardiologi maslahati
- Vagus sinamasini o'tkazish (pastga qarang) – 30 % hollarda samarali. Har yangi xurujda samarasi pasayadi.
- Agar vagus sinamasi samarador bo'lmasa, adenozin 0,1 mg/kg miqdorda vena ichiga tez yuborilib, kateterni fiziologik eritma bilan yuviladi. Agar taxikardiya bartaraf qilinmagan bo'lsa, adenozin miqdorini ikki barobar oshirib, 2-marotaba yuborish mumkin.
- Verapamil SVT da kattalarda qo'llanishi mumkin, lekin uni 1 yoshgacha bo'lgan bemorlarda qo'llash mumkin emas.

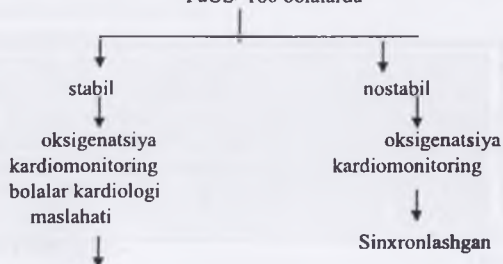
Gemodinamik nostabil supraventrikulyar taxikardiyada shoshilinch yordam

- AVS yordam
- Agar bola komada bo'lmasa – sedatsiya (kardioversiyaga tayyorgarlik) AQB ko'rsatkilariga qarab. Agar AQB 70 dan yuqori bo'lsa (kapillyar sinama 2 sekunddan kam) – benzodiazepenlarni qo'llash mumkin (diazepam, midozalam, lorazepam, oxirigi dori vositasi faqat 12 yoshdan katta bolalarda qo'llaniladi). Agar AQB 70 dan past bo'lsa (kapillyar sinama 2 sekunddan ko'p) – gipotenziv ta'sirga ega dori vositasini qo'llash mumkin emas. Bunday hollarda natriy oksibutirat , etamidat qo'llaniladi.
- Zudlik bilan sinxronlashgan kardioversiya o'tkaziladi (pastga qarang). Dastlabki miqdori - 0,5 Dj/kg. Samarasiz bo'lsa, miqdori quyidagi ketma-ketlikda oshirib boriladi 1 Dj/kg, 2 Dj/kg, 3 Dj/kg, 4 Dj/kg.
- Sabablari aniqlanib, imkoni boricha ularni bartaraf etiladi (5 «G» i 5 «T»).
- Bola zudlik bilan hospitalizatsiya qilinadi.

Taxikardiyada shoshilinch yordam algoritmi

YuUS>220 ko'krak yoshdagi bolalarda

YuUS>180 bolalarda



Adnozin 0,1 mg/kg V/I
tez (ko'pi bilan 6 mg)
↓
SVT persistirlanganda
Adnozin miqdorini
oshirish (ko'pi bilan 12 mg)

kardioversiya 0,5 Dj/kg
↓
SVT persistirlanganda
kardioversiya 1 Dj/kg

Vagal stimulyatsiya o'tkazish

- 1 yoshdan kichik bolalarda yuzga muz xaltachasi qo'yiladi.
- 1 yoshdan katta bolalarga Valsalva usuli o'tkaziladi, bela chuqur nafas olib, og'iz va burnini berkitgan holda, nafas chiqarishga maksimal harakat qiladi, bunda qorin mushaklarini taranglashtirishi lozim. Yoki uyqu arteriyasini bir tomonlama massaji - bu usulni qo'llaganda bemor gorizontal, boshi yonga biroz bukilgan holatda bo'ladi. Uyqu arteriyasi pastki jag' burchagi ostida qalqonsimon tog'ay yuqori chegarasi darajasida to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon musqo'lning oldida aniqlanadi. Chap qo'lning ikkita barmog'i bilan orqaga va o'rtaga, umurtqa pog'onasiga yo'nalgan holda 10-20 sek davomida massaj qilinadi. Avval o'ng arteriya bosiladi, samara bermasa, chap tomon bosiladi. Sinusli ritm tiklangandan so'ng uyqu arteriyasini bosish zudlik bilan to'xtatiladi, chunki qorinchalar asistoliyasi yuzaga kelishi mumkin.

Kardioversiya muolajasi

1. Monitor elektrodleri bemorga ulanadi.
2. Agar defibrillyatorning yopishtiruvchi elektrodi qo'llanmayotgan bo'lsa, elektrodga o'tkazuvchi material qo'yiladi.
3. Defibrillyator yoqiladi
4. "sync" tugmasini yoqib sinxronizatsiya rejimiga o'tiladi.
5. Monitor ekranida sinxronizatsiya signali aniqlanadi ("R" tishchasiga to'g'ri keluvchi yulduzcha paydo bo'ladi).
6. Energiya rejimi tanlanadi.
7. Elektrodlar o'rnatiladi va bosim davom ettiriladi (zaruriyat bo'lsa). Manual defibrillyatorlar 11 kg kuch sarf etishni talab etadi.
8. Defibrillyator zaryadlanadi.
9. Atrofdagilar ogohlantiriladi (bemor va krovatga teginmaslik zarur)
10. Ikkala tugmaga bosiladi.
11. Bemorning pulsi va yurak ritmi aniqlanadi.
12. Samara bermasa – kardioversiyaning keyingi energiya darajasi yoki antiaritmik davo davom ettiriladi.

Qornichalar taxikardiyasi

Miokardit, yurak tug'ma va orttirilgan nuqsonlarida yoki yurakdagi tizimli kasalliklar hisobiga ikkilamchi rivojlanadi. Bu nuqson uzaygan QT sindromi, gipoksemiya, atsidoz, elektrolit balansining buzilishi, dori vositalarini toksik ta'siri yoki yurak glikozidlarining miqdori ortib ketganida, yurakdagi operatsiyalar, jumladan, uni kameralarini kateterizatsiyasida va koronarografiya yuzaga keladi.

Klinik belgilari

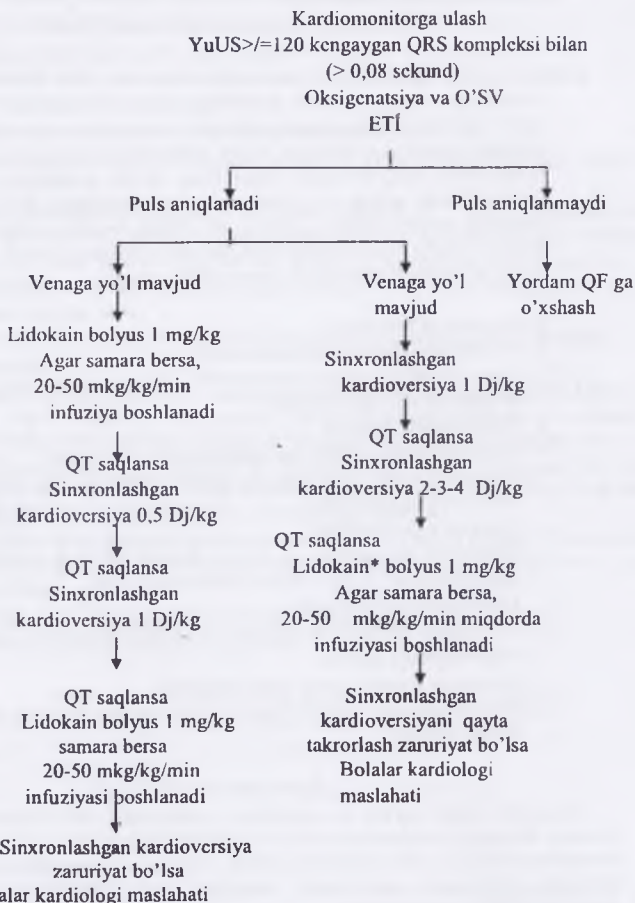
- Bezovtalik, qo'rquv
- Ba'zan bosh aylanishi yuzaga kelib u sinkopal holat bilan tugashi mumkin.
- Yurak tonlari susaygan, birinchi tonni turlicha jaranglashi.

- Kardiomonitorda– keng kompleksli taxikardiya (yuqoriga qarang)

Shoshilinch yordam– gemodinamik stabillikni aniqlash zarur (yuqoriga qarang)

- Nostabil holatda kardioversiya o'tkazish zarur, lekin boshlang'ich miqdori 1 Dj/kg ni tashkil etadi.
- Stabil holatda 1 mg/kg miqdorda lidokain bolyus yuboriladi, keyinchalik davomli infuziyaga 20 - 50 mkg/kg/min o'tkaziladi.
- Sabablarini aniqlash va bartaraf etish (5 «G» va 5 «T»)

Bolalarda QT da shoshilinch yordam algoritmi



Bo'lmachalar fibrillyatsiyasi

Bolalarda juda kam uchraydi.

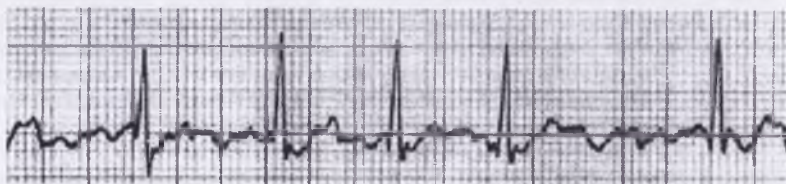
Sabablari:

- revmatik etiologiyali miokardit
- mitral qopqoq torayishi
- yurakning ba'zi tug'ma nuqsonlari (bo'lmachalararo to'siq etishmovchiligi, qorinchalararo to'siq etishmovchiligi, uch tabaqali qopqoq rivojlanish anomaliyasi)
- gipertrofik kardiomiopatiya
- tircotoksikoz
- WPW sindromi

Bo'lmachalar fibrillyatsiyasida ular qisqarish soni daqiqasiga 350-360ni tashkil etadi. Bunda qorinchalar qisqarishi 2-3 marotaba kam bo'ladi. Yurak qisqarish soniga qarab mertsal aritmiyaning uch turi tafovut etiladi: taxi-, bradi- i normoaritmik.

Taxiaritmik turida:

- Yurak sohasida og'riq
- Yurak urib ketishi
- Umumiy ahvoli, uyqu, ishtahaning yomonlashuvi
- Auskultatsiyada sistolik shovqin eshutiladi
- Yurak tonlari tez-tez qisqargani tufayli susayadi
- Ko'plab qarsaksimon tovushlar eshutiladi. Taxiaritmiya xuruji davomiyligi bir necha sekunddan bir necha kungacha uzayishi mumkin.
- Agar xuruj 2 haftadan ko'proq davom etsa, u mertsal aritmiyaning doimiy turiga o'tganidan dalolat beradi.
- Kardiomonitorda - noto'g'ri qorinchalar ritmi bilan noto'g'ri, yuqori chastotali, past amplitudali bo'lmachalar aktivligi aniqlanadi. QRS kompleksi oddiy shaklda, ammo ba'zida davriy aberrant komplekslar aniqlanishi mumkin.



Shoshilinch yordam:

Agar mertsal aritmiya uzoq vaqt (2 kundan ortiq) davom etsa, ritmni qayta tiklashdan avval bo'lmachadagi lahtalardan emboliya havfni kamaytirish uchun antikoagulyantlar (3 haftaga), qo'llaniladi.

- Gemodinamik stabillikda kaltsiy kanallari blokatori (verapamil, diltiazem), beta-blokatorlar (sotalol, esmolol, metapronolol) qo'llaniladi.
- Gemodinamik nostabillikda kardioversiya qilinadi.

Bo'lmachalar titrashi. bo'lmachalar fibrillyatsiyasiga o'xshash bolalarda kam uchraydi. Klinik ko'rinishi ham bir xil. Kardiomonitorida "aria tishi"ga o'xshash bo'lmachalar to'liqini chastotasi 250—350 minutiga; qorinchalarga impulslarni o'tishi (1:1, 2:1 va b.). Bo'lmachalar titrashida impuls o'tishi 2:1 nisbatda bo'lganda uni aniqlashda qiyinchilik tug'iladi, chunki har ikkinchi bo'lmacha to'liqini QRS kompleksi ustiga tushadi. Bo'lmachalar titrashi to'liqlari II, III va aVF yo'nalishida yaxshiroq ko'rinadi.



Shoshilinch yordam:

Bo'lmachalar fibrillyatsiyasiga o'xshash, lekin xuruj davomiyligi hisobga olinmaydi.

Ekstrasistolalar

Bo'lmachalar ekstrasistolalari ba'zan sog'lom bolalarda to'satdan aniqlanadi. Agar ekstrasistolalar tez-tez uchrasa yoki klinik belgilar bilan namoyon bo'lsa, kardiomiopatiya, tireotoksikoz yoki impuls o'tishining qo'shimcha yo'llari mavjudligini aniqlash zarur.

Kardiomonitorida - muddatdan ilgari o'zgargan P tishcha, undan so'ng normal QRS kompleksi keladi; kompensator pauza noto'liq.

Shoshilinch yordam - talab etilmaydi.

AV-tugunli ekstrasistolalar kam uchraydi va odatda havfli emas. Bo'lmachalar ekstrasistoliyasidagi kasalliklar inkor qilinishi zarur.

Kardiomonitorida - muddatdan ilgari normal QRS kompleksi, yo'ldosh R tishcha yo'q.

Shoshilinch yordam - talab etilmaydi.

Qorinchalar ekstrasistolalari sog'lom bolalarda uchrashi mumkin, ammo yurakning organik kasalliklari belgisi sifatida namoyon bo'lib va ba'zi holatlarda havfli taxiaritmiyalarga o'tishi mumkin (havfli qorinchalar ekstrasistolalari). Kardiomonitorida R tishchasiz navbatdan ilgari keng deformatsiyalangan QRS kompleksi ketidan to'liq kompensator pauza kuzatiladi. Qorinchalar ekstrasistoliyasi aniqlangan barcha bolalarga kardiolog maslahati tavsiya etiladi.

Yomon sifatli qorinchalar ekstrasistolasi belgilari:

- Ekstrasistola tez-tez takrorlanishi (daqiqasiga 5 dan ko'p)
- Politop (multifokal) ekstrasistolalar (ekstrasistolaning R tishchasi turli tomonlarga yo'naltirilgan)
- Kuplet ekstrasistolalar
- «T ga R» fenomeni

Monofokal qorinchalar ekstrasistoliyasi



Kuplet politop ekstrasistola



«T ga R» fenomeni



Shoshilinch yordam: Lidokain 1 mg/kg miqdorda v/i ga tez yuboriladi va 10—50 mkg/kg/min tezlikdagi infuziyasiga o'tiladi.

Bradikardiya

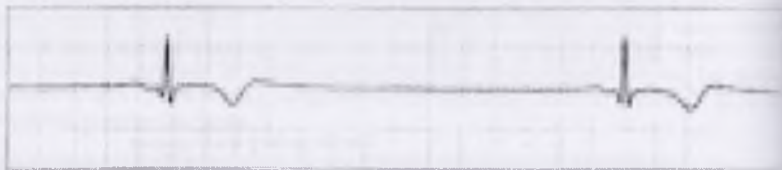
Bradikardiya deb YuUS ni yoshiga mos me'yordan 20% ga kamayishi tushuniladi. Bolalarda bradikardiyaning eng ko'p uchraydigan sababi— gipoksiyadir. Kattalardan farqli ravishda bolalar kislorod etishmasligiga puls pasayishi bilan javob beradi. Shuning uchun nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash, adekvat ventilyatsiya va oksigenatsiya bradiaritmiyani bartaraf etadi.

- 5 yoshdan katta bolalarda— 60;
- 5 yoshgacha — 80;
- 1 yoshgacha bolalarda — 100;
- 1 haftagacha bo'lgan bolalarda — 95.

Sinusli bradikardiya kam hollarda yurak jaroxatlanishi belgisi sifatida namoyon bo'ladi, ko'pincha u adashgan nerv tonusi ortishi, gipoksiya, MNT kasalliklari, gipotireoz, gipotermiya va dori vositalaridan zaharlanish hisobiga kelib chiqishi mumkin. Sog'lom o'smir - sportchilarda bradikardiya norma hisoblanadi.

Kardiomonitorda - P tishcha va AV-o'tkazuvchanlik normal, YuUS yangi tug'ilgan chaqaloqlarda daqiqasiga 100 dan kam va katta yoshdagi bolalarda daqiqasiga 60 dan kam. O'rindosh bo'lmacha yoki tugunli ritm bo'lishi mumkin.

Sinusli bradikardiya



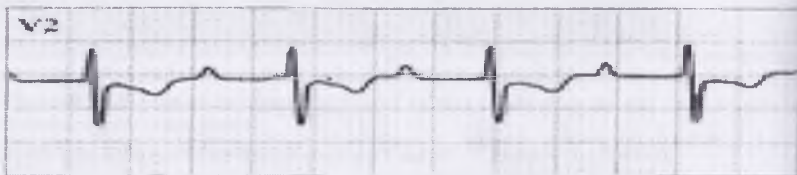
Shoshilinch yordam

Kardiorespirator buzilishlar bo'lmasa - talab etilmaydi. Zarur bo'lsa atropin 0,01 mg/kg v/i ga yuboriladi. U adashgan nerv tonusini pasayishi hisobiga YuUSni oshiradi.

O'tkazuvchanlik buzilishi hisobiga kelib chiqqan bradikardiya

AV-blokada 1-darajasi adashgan nerv tonusini ortishi hisobiga, yurak glikozidlari va beta-adrenoblokatorlar qo'llaganda, yurak o'tkazuvchi tizimi shikastlanishi bilan kechuvchi yallig'lanish jarayonlarida va yurak tug'ma nuqsonlarida (bo'lmachalararo to'siq defekti, AV-kanal, korreksiyalangan magistral arteriyalar transpozitsiyasi) uchraydi.

Kardiomonitorda - PQ intervali uzaygan: ko'krak yoshdagi bolalarda— 0,15 s, katta yoshdagi bolalarda— 0,18 s, kattalarda—0,20 s dan yuqori.



Shoshilinch yordam

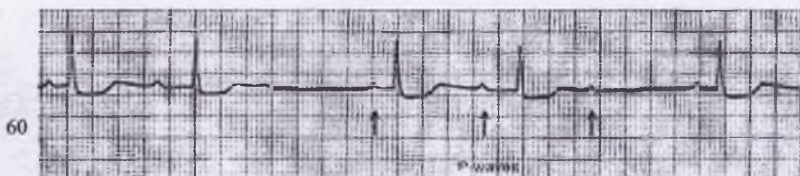
Kardiorespirator buzilishlar bo'lmasa - talab etilmaydi. Zarur bo'lsa atropin 0,01 mg/kg v/i ga yuboriladi va adashgan nerv tonusini pasayishi hisobiga YuUSni oshiradi.

AV-blokada 2-darajasi — bo'lmachadan qorinchaga impuls o'tishini davriy uzilishidir.

EKG

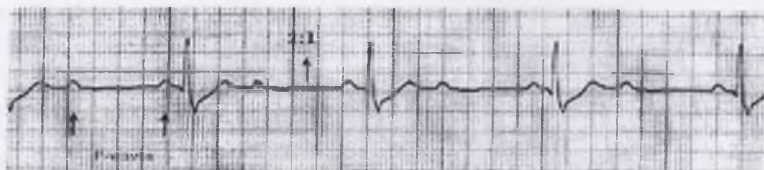
Tip Mobitts I PQ intervali asta-sekin uzayib boradi va QRS kompleksi tushib qolishi bilan yakunlanuvchi sinusli ritm. Bunda RR intervali asta-sekin qisqaradi.

AV-blokada 2-darajasi (1- tip)



Tip Mobitts II to'g'ri sinusli ritm va doimiy PQ interval fonida QRS kompleksini to'satdan tushib qolishi xarakterli.

AV-blokada 2-darajasi (2- tip)



Shoshilinch yordam

AV-blokadaning 2-darajasida klinik belgilar namoyon bo'lmasa davo o'tkazilmaydi. Blokadaning 3-darajasi rivojlanish ehtimoli mavjudligi tufayli EKG monitoringi zarur.

AV-blokada 3-darajasi (to'liq AV-blokada) bolalarda tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin; u yallig'lanish jarayoni yoki yurak nuqsonlari tufayli kelib chiqishi mumkin (korrektisyalangan magistral arteriya transpozitsiyasi yoki AV-kanal). Kam hollarda to'liq AV-blokada yurakdagi operatsiyadan keyin rivojlanishi mumkin.

Homila yoki yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi to'liq AV-blokada- yurak tug'ma nuqsonidan yoki agar onasida kollagenoz kasalligi bo'lsa (ayniqsa sistemali qizil yugurik) yallig'lanish jarayonidan dalolat beradi. Bunday hollarda ExoKG va onasining qon zarbida antinuklear antitellalarni aniqlash tavsiya etiladi.

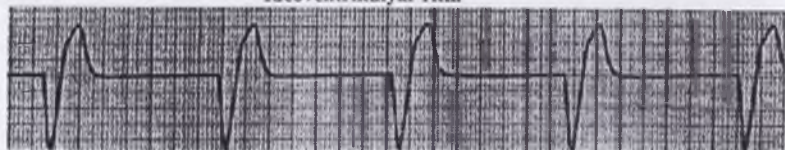
Katta yoshdagi bolalarda ham yurak nuqsoni va yallig'lanish jarayonlarini, shu jumladan, endokardit va vaskulitni inkor etish zarur.

Kardiomonitorda – normal P tishcha aniqlanib, ularning ritmi sekinlashgan o'rindosh ritmga bog'liq emas. O'rindosh ritm tugunli - tor QRS kompleksli (AV tugun yoki Giss—Purkine tizimining proksimal qismi blokadasida haqida gumon qilish mumkin) va keng QRS kompleksli qorinchalar (ideoventrikulyar), (Giss—Purkine tizimining distal qismi blokadasida) bilan bo'lishi mumkin. Unga «R» tishcha manfiy yoki bo'lmasligi xarakterli.

AV-blokada 3-darajasi



Ideoventrikulyar ritm



Tugunli ritm



Shoshilinch yordam

Bolalarda adashgan nervning yurak ritmi boshqaruvchisiga kuchsiz ta'sir ko'rsatgani tufayli ularda Atropin kam samara beradi. Adrenalin vena ichiga bolyus yuborilganda yaxshiroq samara beradi. Agar Adrenalin samarasiz bo'lsa, Dopamin bilan inotrop ta'minlash o'tkaziladi. Inotrop vositadan samara bo'lmasa elektrokardiostimulyator qo'llash masalasi hal qilinadi.

Nazorat savollari:

1. Bolalarda aritmiyaga olib keluvchi sabablarni sanab bering.
2. Qorinchalar fibrillyatsiyasi va qorinchalar pulssiz taxikardiyasida shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
3. EMD va asistoliyada shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
4. Reanimatsion chora-tadbirlarni to'xtatishga ko'rsatmalarni sanab bering.
5. Gemodinamik nostabillik mezonlarini aytib bering.
6. Kardioversiya o'tkazish ketma-ketligini sanab bering.
7. Supraventrikulyar taxikardiyaning klinik va kardiomonitordagi belgilarini, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
8. Qorinchalar taxikardiyasi puls bilan kuzatilganda klinik belgilari, kardiomonitordagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
9. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasida klinik belgilar, kardiomonitordagi belgilar, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
10. Bo'lmachalar titrashida klinik belgilar, kardiomonitordagi belgilar, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
11. Yomon sifatli qorinchalar ekstrasistoliyasida klinik belgilari, kardiomonitordagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
12. Bradiaritmiyalarda klinik belgilari, kardiomonitordagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.

Aritmiyada qo'llaniladigan duri vositalari

Preparat	Aritmiya	Bolalardagi miqdori	Kuttalasdagi miqdori
Adenozin 1%	SVT PSVT	0,1 mg/kg (maks. miq-ri- 6 mg) qayta yub. miq-ri X2-0,2 mg/kg (3- 6- 6)	bosh. miq-ri 6 mg qayta yub. miq-ri 12 mg, 12 mg maks. miq-ri 10 mg
Adrenalin 0,1%	Asistoliya Bradikardiya intüziya ko'rinisida	0,01 mg/kg 0,6 mg x vazni (kg)+er-ma 100 ml gacha = 1 ml/soat	bosh. miq-ri 1 mg qayta yub. har 3-5 min mak. miq-ri 8-10 mg 1 mg + 250 ml = 15- 30 ml/soat (2- 10 mg/min)
Atropin 0,1%	Bradikardiya Asistoliya EMD (agar 1% < 60 min)	0,02 mg/kg	0,5- 1 mg (maks.- 0,04 mg/kg)
Dofamin 4%	Bradikardiya	6 x vazni (kg) + 100 ml = 1ml/soat	200 mg + 250 ml er-ma 30 ml/soat
Lidokain 2%	QF/QT pulssiz QT puls bilan	120 mg (3 ml 4%) + 97 ml er- ma (1,2 mg/ml) 1 ml/kg soatiga (20mg/kg/min)	bosh. miq-ri 1-1,5 mg/kg qayta yub. miq-ri 0,5-0,75 mg/kg mak. miq-ri 3mg/kg qo'llab-quv-chi miq-ri 2-4 mg/min 1 g + 250 ml 30 ml/soat (2 mg min)
Amilodaron 5% Amiokordin	QF/QT pulssiz QT puls bilan Bo'lmachalar fibrilliyatsiyasi Bo'lmachalar titrashi	5 mg/kg 20-60 min	bosh. miq-ri 300 mg (20-30 ml fiz. er-mada) qayta miq-ri 150 mg maks. miq-ri 2,2 g qo'llab-quv-chi miq-ri 0,5 mg/min/soat (540 mg 18 soat ichida)
Novokain-amid	QF/QT pulssiz QT puls bilan	15 mg/kg	bosh. miq-ri 20-50 mg/min maks. miq-ri 17 mg/kg qo'llab-quv-chi miq-ri 1-4 mg/min
Magniy sulfat 20%, 25%	QT polimorf	bosh. miq-ri 25-50 mg/kg maks. miq-ri 200 mg	bosh. miq-ri 1-2 g qo'llab-quv-chi miq-ri 0,5g/soat
Verapamil 0,25% (Izaprin)	Bo'lmachalar titrashi Bo'lmachalar fibrilliyatsiyasi	yatch 0,3-0,4 ml; 1 yoshgacha 0,4-0,8 ml; 1 - 5 yoshgacha 0,8-1,2 ml; 5-10 yosh 1,2-1,6 ml; 10-14 yosh 1,6-2,0 ml	bosh. miq-ri 2,5-5 mg maks. miq-ri 30 mg
Diltiazem	- // -	bosh. miq-ri 0,25 mg/kg qo'llab-quv-chi miq-ri 0,15 mg/kg	bosh. miq-ri 0,25 mg/kg qo'llab-quv-chi miq-ri 0,15 mg/kg

BOLALARDA KARDIOLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR

Kardiologik shoshilinch holatlar – bu yurak patologiyasi bilan bog'liq bo'lgan qon aylanishi buzilishi bilan kechadigan shoshilinch holatlar guruhidir. Bunda yurakning qon haydash faoliyati pasayishi hisobiga to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishi buziladi.

Yurak etishmovchiligi

Pediatriya amaliyotida asosan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda yurak etishmovchiligi ko'p uchraydi. Rivojlanish mexanizmiga ko'ra energo-dinamik bo'lib, bu narsa makroergik moddalarning etishmovchiligi va kaliyning qayta taqsimlanishi buzilishi bilan bog'liq bo'lib, miokarda metabolizm jarayoni birlamchi buziladi.

Yurakning zarb hajmi ortishi bilan kechuvchi yurak etishmovchiligining sabablari:

- og'ir darajadagi anemiya
- tireotoksik kriz
- sepsis

Yurakning zarb hajmi pasayishi bilan kechuvchi yurak etishmovchiligining sabablari:

- o **miokard shikastlanishi natijasida:**
 - ishemiya

- infeksiya
- yurak tug'ma nuqsoni
- metabolik buzilishlar
- aritmiyalar
- **qon oqimiga to'siq**
 - aorta koarktatsiyasi
 - og'ir aortal stenoz
 - xavfli arterial gipertoniya

Yurak etishmovchiligi mavjud bolalarni tekshirish

Tibbiy yordamga muhtojlik sababi:

- Vazn yig'ishdan orqaga qolish
- Ishtaning pastligi
- Doimiy quruq yo'tal (nafas yo'llarini kasalliklarisiz)
- Ko'p terlash
- Tez charchash va jismoniy zo'riqishni ko'tara olmaslik

Fizikal tekshiruv:

- Ozib ketish
- Yurak qon-tomir tizimi shikastlanishi simptomlari:
 - taxikardiya (YuQS I yoshgacha bo'lgan bolalarda 160 dan yuqori, 1-5 yoshgacha 120 dan yuqori)
 - protodiastolik ot dupuri ritmi
 - past AB hakida ma'lumot beruvchi ipsimon puls
 - periferik qon aylanishini buzilishi
 - o'pkaning bazal qismidagi xirillashlar
 - jiggar kattalashishi
 - yurak nuqsoniga shuhxa bo'lganda song arteriyasida puls baholanadi va yurakda shovqin izlanadi.
 - nafasning tezlashuvi, ayniqsa I yoshgacha bo'lgan bolalarda ovqatlanish vaqtda
 - I yoshdan katta bo'lgan bolalarda bo'yin venalarining bo'rtishi, yuz, qo'l-oyoqlardagi shish
- infeksiya, tireotoksikoz va og'ir kamqonlik belgilari (kaftning o'ta oqarib ketishi)

Chempion shkalasi bo'yicha qon aylanishi etishmovchiligi darajasini baholash

	0	1	2	3	4
Nafas hajmi	Me'yor	Yuzaki	Yuzaki	Yuzaki	Yuzaki
Kapilyar sinama	< 2 sekund	>2 sekund	>2 sekund	>2 sekund	>2 sekund
Ko'z ochishi	Me'yor	Ovozga	Og'riqga	Yo'q	Yo'q
Ovoz reaktiviyasi	Odatiy	Buzilgan	Bog'lanmagan so'zlar	Alohida tovush	Yo'q
Harakat reaktiviyasi	Ovozga	Og'riqga tortib oladi	Bukilish	Yozilish	Yo'q

< 5 ball – kuchli ifodalangan o'tkir qon aylanishi etishmovchiligi

>7 ball – qisman ifodalangan o'tkir qon aylanishi etishmovchiligi

11 ball – kam ifodalangan o'tkir qon aylanishi etishmovchiligi

Altsgover - Gruber bo'yicha shok indeksini baholash

Shok indeksi = YuUS/SAB

0,5 – me'yor

1,0 – xavf

1,5 – shok

Kislorodga bo'lgan talabni baholash

Kislorodga bo'lgan talab = $(\text{YuUS} \times \text{SAB}) / 100$

>100 – talabning ortib borishi

>70 – talab ortib borishi mumkin

Yurak indeksini baholash (tinch holatda, respirator disstress belgilari va nafas etishmovchili yo'qholatda aniqlanadi)

Yurak indksi = YuUS / NS

1 yoshgacha bo'lgan bolalar > 3,5

1 yoshdan katta bolalar > 4,5

Laborator va instrumental tekshiruv

- ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
- EKG va ExoKG.
- Arterial qonda gazlar tahlili, qon umumiy tahlili, qondagi elektrolitlar tahlili, plazmadagi glyukoza miqdori, toksikologik tekshiruv, qalkonsimon bez faoliyatini tekshirish, AsAT va yurak izofermentlarining (KFK, LDG) faolligini tekshirish.

Shoshilinya yordam:

- Yotoqning bosh qismi ko'tariladi.
- Kislorod ingalyatsiyasi. Agar zaruriyat bo'lsa traxeya intubatsiyasi va SUV nafas oxirida musbat bosim rejimida.
- Og'ir kamqonlik holatida qon transfuziyasi.
- PALS protokoli asosida aritmiyani davolash.
- Tinchlik yaratish. Umumiy energetik sarfni kamaytirish uchun narkotik analgetiklar kichik dozada beriladi (morfin bir martalik dozasi 0,05—0,1 mg/kg) yoki neyroleptiklar tavsiya qilinadi.
- Me'yoriy tana haroratini ushlab turishga harakat qilinadi, aks holda taxikardiya va sovuq qotish yurakning zo'riqishini kuchaytiradi.
- Agar qondagi elektrolitlar miqdorio'uzgarmagan bo'lsa, diuretiklar (furosemid bir marotabalik doza 1 mg/kg)da qo'llaniladi. Uzoq muddatli davolashda xlortiazid, 10—20 mg/kg kuniga 2 marotaba ichishga va spirinolakton, 1—4 mg/kg/kuniga hisobida ichishga beriladi
- Inotrop quvvatlash:
 - **dofamin**, 5—20 mkg/kg/min v/i; samaraga qarab dozasi o'zgartirib boriladi.
 - **dobutamin**, 5—20 mkg/kg/min v/i; preparatni dofamin bilan kombinatsiyada qo'llash mumkin.
 - **amrinon** — fosfodiesteraza ingibitori, miokard qisqarishini oshiradi, — og'ir yurak etishmovchiligida davoning samaradorligi kam bo'lgan holatda boshqa preparatlar bilan birgalikda qo'llaniladi. Normovolemiya holatida to'yintirish dozasi chiyotkorlik bilan yuboriladi, 0,5 mg/kg, keyin 5—10 mkg/kg/min tezlikda infuziya holda yuboriladi.
 - **adrenalin**, 0,1—1 mkg/kg/min, boshqa preparatlar samarasizligida qo'llaniladi. Nojo'ya ta'siri— taxikardiya va yurakdan keyingi zo'riqishni oshiradi.
 - **digoksin**. To'yintiruvchi dozasi — 40 mkg/kg (parenteral yuborilganda bu dozaning 2/3 qismi yuboriladi). Dozaning yarmi tezda yuborilib, ¼ qismi—8 soatdan keyin, qolgan ¼ qismi esa yana 8 soatdan keyin yuboriladi. Ushlab turuvchi doza (to'yinish dozasi 1/4) 2 qabulga taqsimlanadi. Kattalarda to'yinish dozasi— 1 mg v/i, ushlab turuvchi doza — 0,125—0,25 mg/kuniga.

Yurak tamponadasi

Yurak tamponadasi— bu perikard bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishi bo'lib, qorinchalarning diastolik to'lishishi kamayishi va yurakni bosib qo'yishiga olib keladi. Natijada yurakning bir martalik hajmi keskin kamayib, hayot uchun xavfli yurak etishmovchiligi yuzaga keladi.

Sabablari:

- Virusli, bakterial va revmatik perikardit.
- Tizimli kasalliklar (yurak etishmovchiligi, uremiya, o'smalar, kollagenozlar).

Tekshirish printsiplari:

Fizikal tekshiruv

- Taxikardiya, taxipnoe, arterial gipotoniya.
- Yurakning bir martalik hajmi pasayishi bilan kechuvchi yurak etishmovchiligi belgilari:
 - ipsimon puls
 - oyoq-qo'llarning sovub ketishi
 - tsianoz
 - oliguriya.
 - jigar kattalashishi

Beka Triadasi:

- yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi
- bo'yin venalarining bo'rtishi
- Paradoksal puls (pulsning yoki SAB ning chuqur nafas chiqarishdan keyin pasayishi)

Qo'shimcha belgi:

- Pulslı AB pasayishi (SAB va DAB farki) 20 dan kam

Instrumental tekshiruv

- Ko'krak qafasi rentgenografiyasi – yurak soyasi yassilashishi va kengayishi aniqlanadi.
- EKG da - ST segment ko'tarilgan, QRS kompleks amplitudasini pasayishi, T tishcha manfiy.
- ExoKGda perikardial sath aniqlanadi.

Shoshilinch yordam:

Tezkor perikardiotsentez yoki operatsiya (subksifoidal perikardiotomiya, perikardektomiya) o'tkaziladi. Perikardiotsentez muolajasini tajribali mutaxassis o'tkazishi lozim.

- Perikardiotsentez EKG yoki ExoKG nazorati ostida o'tkazilishi zarur
- Ko'krak yoshidagi bolalarda shpirtsxajmi 10 ml, igna 20 G uzunligi 2,5 sm, kattalarda— shpirts hajmi 30 ml, igna 20 G uzunligi 7,5 sm.
- Xanjarsimon o'simta ostida teri sohasi povidon-yod va etanol bilan zararsizlantiriladi.
- Igna asseptik holatda xanjarsimon o'simta ostida 30° burchak ostida kiritilib, chap ko'rak suyagi tomon yo'naltiriladi. Shpirtsda biroz manfiy bosim hosil qilinadi. Igna perikard bo'shlig'iga tushishi bilan shpirtsda suyuqlik paydo bo'lib, qondan farqli ravishda gemotokrit past bo'lib, ivimaydi.
- Asoratlari:
 - pnevmotoraks
 - yurak ritmi buzilishi
 - koronar arteriya va miokard shikastlanishi
 - miokard shikastlanishida – ST segment o'zgaradi

Tsianotik krizlar

Bu shoshilinch holatda yurak yuqori tomir qarshiligiga qarshi ishlaydi. Bu holatning rivojlanish sababi tug'ma yurak nuqsonining «ko'k» turi hisoblanadi (ayniqsa Fallo tetradasida). Bunda toraygan o'pka arteriyasi teshigining yanada qisilishi natijasida o'ng qorinchadan qon haydaliishi to'satdan qiyinlashishi kuzatilib, qonning o'ngdan chapga haydaliishini oshishiga olib

keladi. Kriz davomiyligi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha bo'lishi mumkin. Bu holat kuchayib boruvchi gipoksiya, atsidoz va o'linga olib kelishi mumkin..

Fizikal tekshiruv:

- To'saitdan boshlanuvchi tsianoz, bezovtalik va qo'zg'aluvchanlik
- Yurak ritmi o'zgarmagan, me'yoriy puls.
- Ko'pincha qorinchalar aro to'siq defektiga xos bo'lgan shovqinlar eshitiladi, kriz paytida o'pka arteriyasi stenozi shovqini pasayadi.
- Xirillashlar va hushtaksimona nafas bo'lmaydi.

Shoshilinch yordam:

- Kislород ingalyatsiyasi
- Tinchlik yaratish.
- Tomirlarning periferik qarshiligini oshirish uchun bemor tizza – ko'krak holatiga keltiriladi
- Yurak glikozidlari va diuretiklarni qo'llash qat'iyman etiladi.
- Tinchlantirish va o'ng qorinchadan chiquvchi to'siqni kamaytirish uchun morfin, 0,1 mg/kg m /o yoki v/i ga yuboriladi.
- Fiziologik eritma, 10 ml/kg v/i.
- Tomirlarning umumiy periferik qarshiligini oshirish uchun fenilefrin, 5 mkg/kg v/i, yoki adrenalin, 5—10 mkg/kg v/i.
- metabolik atsidoz bartaraf etiladi.

Oldini olish:

- Gipovolemiyada iloji boricha tezroq infuzion davo boshlash zarur.
- Fallo tetradasi bilan bolalarga diagnostik va davo chora-tadbirlaridan oldin tinchlantiruvchi va og'riq qoldiruvchi moddalar yuborilib, ota-onalarning farzandlari yonida bo'lishlariga ruhsat etiladi.
- beta-blokatorlar doimo qo'llaniladi (masalan anaprilin 0,25 – 0,5 mg/kg kuniga), krizni oldini olish uchun

Nazorat savollari

1. Yurak etishmovchiligi sabablarini sanab bering.
2. Bolalarda yurak etishmovchiligining klinik ko'rinishini sanab bering.
3. Bolalarda yurak etishmovchiligida shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
4. Yurak tamponadasi sabablarini ayting.
5. Yurak tamponadasi klinik ko'rinishini ayting.
6. Yurak tamponadasida shoshilinch yordam ketma-ketligini ayting.
7. Tsianotik kriz yuzaga kelish sabablari.
8. Tsianotik krizning klinik ko'rinishini sanab bering.
9. Tsianotik krizda shoshilinch yordam ketma-ketligi va oldini olish chora-tadbirlari.

YANGI TUG'ILGAN ChaQALOQLARDA STATsIONAR ShAROITIDAN TASHQARI ShOSHILINCh YoRDAM KO'RSATISH.

Tug'ruq har hil sharoitda dunyoga kelishi mumkin: tug'ruqxonada, kasalxonada, uyda va hattoki ko'chada. Asoratsiz tug'ruqlarda maxsus akusherlik tayyorgarligi va asbob uskunalarini kerak bo'lmaydi. Biroq chaqaloqning hayoti va sog'lig'i tug'ruqni olib boruvchi va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yordam beruvchi tibbiyot xodimiga bevosita bog'liq. Ko'rsatilgan yordamning muvafiqiyatli chiqishi uchun avvalo yordam ko'rsatishni rejalashtirish, eng ma'qul usulni va joyni tanlay bilish juda muhimdir. Bu omillar tug'ruqni olib borishni engillashtirib, chaqaloqga birinchi yordam ko'rsatishni osonlashtiradi.

Tug'ruq jarayoni tez tibbiy yordam xodimidan juda katta ma'suliyatni talab qiladi. Chunki bunday holatda kutilmaganda bemorlar soni oshib borishi mumkin (ona va bola). Yangi tug'ilgan chaqaloq tibbiy xodim uchun texnik va ruhiy qiyinchilik tug'diradi. Shuning uchun yangi tug'ilgan chaqaloq reanimatsiyasini olib borishda maxsus standart tavsiyalardan foydalanish lozim. Bu sohadagi maxsus bilim va malakaning etarli bo'lishi yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ayrim asoratlarning oldini olish imkonini beradi. Shuningdek tibbiy xodimdan har bir harakatni shoshilmadan, ishonch bilan amalga oshirish talab etiladi.

Ayolda to'lg'oq boshlanganda siz o'sha erda bo'lsangiz, birinchi navbatda birlamchi ABCD baholash usuli orqali hayot uchun xavf soluvchi holatlarni aniqlab olish kerak. Shundan so'ng tug'uvchi ayoldan tezda fokuslangan anamnez yig'ish kerak.

Quyidagi savollar qo'yilgan:

- Homiladorlik bor yo'qligi?
- Homila muddati?
- Og'riq va to'lg'oq?
- Qon ketish yoki boshqa bir ajralmalar bor yo'qligi (ichki nam kiyim)?
- Qanday chastotada va to'lg'oq davomiyligi?
- To'lg'oq paytida qin sohasiga bosuvchi defekatsiya belgilari bormi?
- Bemor kuchanish kerakligini sezmoqdam?
- Qorni tarang turibdimi yoki yo'qmi?
- Nafas olishda qiynalish, toliqish, hushini yo'qotish, ko'ngil aynish hissi kuzatilyaptimi? Qusush, diareya, tildan qolish, holsizlik, bosh aylanish hollari kuzatilganmi?

Ehtiyot choralari :

- Qin sohasiga tug'ruq jarayonidan boshqa paytda tegmaslik.
- Tug'uvchi ayolning hojatga borishiga yo'l qo'ymaslik.
- Onaning oyoqlari jipslashishiga yo'l qo'ymang.
- Bemorni tezlik bilan shifoxonaga etkazish imkoniyatlarini topish.

Fizikal ko'ruv

1. Bemorni tezroq shifoxonaga etkazish imkoniyatlarini aniqlang.

Buning uchun homilador ayolni qorniga qo'lni qo'yib to'lg'oq oralig'i vaqtini aniqlash lozim.

- Agar to'lg'oq oralig'idagi vaqt 5 daqiqa bo'lsa – bemorni transportirovka qilish uchun etarli vaqt mavjud.
 - Agar to'lg'oq oralig'idagi vaqt 2 - 5 daqiqa bo'lsa – 1 soat davomida bemorni tug'ruqxonaga olib borish imkoniyati bor yo'qligini aniqlash. Agar bunday imkoniyat bo'lmasa tug'ruqqa tayyor turish kerak.
 - Agar to'lg'oq oralig'idagi vaqt 2 daqiqadan kam bo'lsa – mustaqil tug'ruqni olib borish kerak.
2. Xomilador ayol uchun kulay joyni tanlay bilish.
3. Kin urtasida boshchani bor yukligini yaxshilab karangi (agar bemor anamneza svollariga ijobiy javob bersa)
4. Agar boshcha kurinsa, tugrokka tayorlanish zarur.
5. Agar boshcha kurinmasa, bunda tugish jarayoni kiyinlashishi mumkin.



Boshning tiqilishi

- Onadan kuchanmasligini surang.
 - Tugayotgan ayolni tinchlantiring.
6. Akusherlik asboblarini tayyorlash

Akusher asboblari tuplami

- Jarroxlilik tigi
- Gemostatik kiskich yoki klipslar (imkoniyatga karab)
- Steril lenta yoki shnur chov soxasi uchun
- Rezinali nokcha
- Sochik
- 5X10 sm marlili gupka
- Steril kulkop
- Bolalar yopinchigi
- Gigienik taglik
- Plastik xalta
- Surib olivchi nokcha

Tugruk stadiyasi

- 1- Stadiya – birinchidan tugloddan boshlanadi va bachadon buyni ochiladi (xar bir yangi tug'ruqdan oldin bu oralik taxminan 1 soatga kiskaradi)
- 2- Stadiya – bunda avval bachadon buyni ochilishidan boshlanadi va chaqaloq tugilishi bilan tugallanadi.
- 3- Stadiya – bola tugilish bilan boshlanadi va platsentaning kaytishi bilan tugalla

Xoniladorlikni olib borishdagi tadbir

- Kulkop takish, nikop, xalat, ximoya kuz oynagi yukumli kasalliklardan saklanish yullari.
- Tugayotgan ayol orkasi bilan yotishi va oyoqlarini ikki tomonga kerib, tizzalarini bukishi kerak.
- Onaning orkasini yopinchik va yastik bilan kutarib turish kerak.
- Kin atrofini toza choyshab bilan artib turing (kuruk latta yoki kogoz salftikasi).
- Bolaning boshi kurinishi bilan, boshini kaftingizda kutarib turing va sekinlik bilan urib, asta sekinlik bilan bosib kuying, ogzi bilan katiy xarakatning oldini olish uchun (fakat yuzi va ogziga emas). Axvolini kuzatib, extiyotlik bilan ogiz atrofini artib chiking.
- agarda amnion kopining butunligi buzilmagan bulsa, uni kiskich bilan yorish kerak (yoki kul bilan yorish, lekin aslo pichok yoki skalpel yordamida emas) fakat bola kuringanda uni ogzi va boshidan uzoqda kullash kerak.
- Boshi tugilish bilan uni kindik bilan uralganmi yoki yukmi



Chaqaloq og'iz va burun bo'shlig'ni aspiratsion tozalash texnikasi



tekshirish kerak. Agarda shunday bolsa, u xolda kindikni elkadan utkazish yoki kisish, kesish va buyindan ajratish kerak.

- Boshi tugilish bilan boshni ushlab turish kerak va ogizda aspiratsiya olib borish maksadida rezina nokcha bilan tozalash kerak.bunda xalkum ortini shikastlanishdan uzoqrok bulish zarur.
- Bolani bosh vo yuz kismidagi choklarini davomiylygini aniklash.bosh vo yuz kismidagi choklar bolani kaysi tomonga xarakatlanayotganini belgilaydi.
- Bolani xar bir elkalarini tugilishi oson kechadi – chaqaloq bu vaktida sirpanuvchan buladi.
- Bola gavdasini va butun azani tugilishida tugilayotganda kullar yordamida ushlab turish kerak.
- Oyoqlari tugilishi bilan ularni kullar yordamida ushlab turish zarur.
- Bola tugilishi bilan xamkasbga monitoring utkazishni vo axvoliga karab birinchi yordam kursatishni tayinlash kerak.
- Puls tuxtashi bilan kiskichlar bilan kisilgan kindik kesiladi.
- Chakalok ogzi vo burnidagi kon vo shilliklardan toza steril marli yordamida tozalab kayta aspiratsiya utkazish.
- Chakalokni issik choyshab bilan urab va yonboshga boshini biroz tushirgan xolda yotkiziladi.
- Chakalokni kin soxasida ushlab turish kerak to kindigini
- Xamkasbi chaqaloqni monitoring kuruvdan utkazish va axvoliga karab birinchi yordam kursatishni uz buyniga oladi.
- Puls tuxtashi bilan ona kini soxasiga marli kuygan xolda kindigi kesiladi vo ona korni soxasiga joylashtiriladi.
- Kiskichni kindikka 20-25 sm boladan uzoqlikda kuyish kerak.
- Ikkinchi kiskichni boladan turt barmok uzoqlikda kuyiladi
- Bolani ona kormiga joylashtirsa xam bulaveradi.
- Chakalok ogzi vo burnidagi kon vo shilliklardan toza steril marli yordamida tozalab kayta aspiratsiya utkazish.
- Nafas olishi uchun bolani orkasiga yoki oyoqlari ostini ishkalash yoki urish kerak (bu tadbirni extiyotlik bilan olib borish kerak)
- Chakalokni issik choyshab bilan urab va yonboshga boshini biroz tushirgan xolda yotkiziladi
- normal tug'ruqda bola kindigini kesish shart emas.
- Tugruk vaktini fiksatsiyalash.
- Kup bolali tug'ruqda birinchisi tugilish bilan ikkinchisiga tayyor turush kerak.
- Tugrukdagilarni ketma ketligini kuzatish. Bu bir necha 30 dakikani tashkil kiladi.
- Bulimdan sung kindikni sochikka 3/4 uzunlikda bolaga yakin xolda uragan xolda polietilin paketga uraladi.
- Kin oraligiga steril yostiksimon belbog kuyilib onaga oyoqlarini bir biriga kisishga yordam beriladi.
- Bola vo onani transportirovka jarayonida sochikni uzoqlashtirmaslikka xarakat kilinadi.
- Sochikni uzoqlashtirishdan oldin platsentani plastik paketga urab kasalxonaga shu holatda olib boriladi.
- Onaning kin soxasiga steril taglik kuyilib oyoqlarini tushirib kuyish.
- Tugruk vaktini yozib olinadi vo onani, chaqaloqni vo platsentani transportirovkalab kasalxonaga olib boriladi.










Chaqaloqning kindikni kesishdan oldingo holati



1. Onaga tug'ruqdan keyingi birinchi yordam kursatiladi.
2. Butun protsess davomida ona bilan aktiv kontakt olib boriladi.
3. Nafas vo pulsatsiya monitoringi olib boriladi.
4. Tugrukda axamiat berish kerak tug'ruq – davolash tadbiri ta'lab kiladi.
5. Transportirovka vaktida xar bir choyshab va prostina kondan xoli bulishi nazarga olib ulami almashtiriladi.

Xujjatlarni to'ldirish

- Tug'ruq vaqtini belgilash
- Shkala bo'yicha chaqaloq ahvolini belgilash APGAR 1- va 5- daqiqalar, tuqqandan so'ng:
- Rangi
- Puls
- Refleksi
- Mushaklar tonusi
- Nafas olishi

	ball 0	ball 1	ball 2
Teri rangi			
Puls	puls yo'q	<100/min	>100/min
Reaksiyasi			
Mushak tonusi			
Nafas	nafas yo'q	kuchsiz, sekini	kuchli, chinqirish

Tugrukdan keying kindan kon ketish

Tugrukdan keyin 500 ml mikdorda kon ketishi bu tabiy xol xisoblanadi. Tuxtovsiz kon ketishda tez – tez bachadonni ukalab turish kerak:

- Barmoklar uzunligi xolida korin ostki kismida, kov suyagi soxasiga bosib turiladi. Shu soxani ukalash .
- Kon ketishi davom etganda tugri manipulyatsiya olib borish kerak, kislorod berish, vena ichi infuziyasini olib borish vo shoshilinch xolda transportirovkalash.
- Kon ketishida agar ona shok holatiga tushib kolgan bulsa, tezda shoka karshi preparatlarni kullash va bemomi shoshilinch tarzda transportirovka kilish va yul davomida bachadoni massaj kilib borish shart.

Yangi tugilgan chaqaloqqa birinchi yordam kursatish

1. Kulay holatga joylashtirish, kuritish, artish, issik choyshabga urash vo boshini yopish.
2. Aspiratsion tozalashni davom ettirish.
3. Chakalokni holatini baxolash – normal kursatkichda.
 - Tashki kurinishi – rangi: markaziy tsianozga boglamagan xolda(tanada).
 - Puls (balki kindikda aniklangan) – 100¹ da
 - Burishtirish – energitik va kuzga tashlanuvchan.
 - Aktivligi - oyoq kullarni yaxshi xarakatchanligi.
 - Nafas olishi – normal (40 min/nafas olishi) bakirgan
4. Chakalokka yordam berishdagi asosiy punktlari – kulay joyga yotkizish, kuritish, isitish va nafas olishini stimullash.
5. Chakalokni choyshab bilan urash vo boshini ushlab turish.
6. Agar zarur bulsa, aspiratsiyani davom ettirish.
7. Chakalokni stimullashtirish agar u nafas olayotgan bulsa.

- Oyok kaftini yoki tovonini ishkallash.
- Chakalok orkasini ishkallash.

Agar yangi tugilgan chaqaloq nafas olmayotgan bolsa yoki 1 minut ichida nafas alishga kiynalayotgan bolsa, tezda kushimcha chora tadbirlarni kullash kerak.

1. Nafas olish yullari utkazuvchanligini yaxshilash.
2. IVL kullash chastotasi 1 minutda 40 nafas.
3. 1 minutdan sung kayta holatini baxolash.
4. Agarda yurak urish soni 80 tadan kam bolsa, ikkinchi yordamchi yupik yurak massajini utkazishi kerak.

Yangi tugilgan chaqaloqni birlamchi reanimatsiyasi

Nafas xarakati

Yukori nafas yullarida, sekinlik bilan yoki yuk bolsa sun'iy nafas berishni boshlash:

- Nafas yullarini ochish , boshni neytral tutgan xolda
- Avval ogiz xalkum kismini tozalash sung rezina nokcha yordamida burunni tozalash.
- Chakalokni stimullash, holatini uzgartirish.
- Kislorod yordamida ingalyatsiyalash
- Ambu kopi orkali tugridan tugri 5 marta nikop orkali xavo yuborish (kopning bir martalik kiskarishida, kop 2-3martaga kiskaradi – «ritm valsa» deyiladi) kerak.
- Kayta baxolash (upkada xozir bulishi va kukarishi)
- Effekt bulmagan xolda bosh holatiga etibor berish, maska tutish vo IVL ni boshlash.
- Kukrak kafasi neadekvatna xarakat kilsa ogiz burun bushligini tozalashda davom etish.

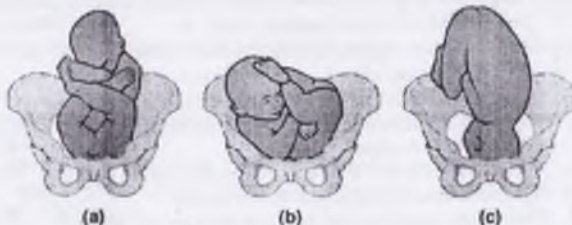
Yurak kiskarish soni

1. Yurak tonlarini borligini aniklang auskultativli yoki kindik pulsatsiyasi orkali
2. Agarda minutigi 60 marta sun'iy ventilatsiyani davom ettirilsa(40 minutda)
3. Agar YuKS kuzatilsa kamida 60- dakika kuzatilsa yurak ustidan masaj kilishni davom ettirish..
4. Agar YuKS 100 ta bolsa yopik yurak massajini tuxtatish va aktivlashguncha kislorod yordamida ingalyatsiyalash.
5. Agar nafas olish chastotasi 30 minut bolsa vintelatsiyani tuxtatish.
6. Holatini kayta baxolash 30 sekuntndan sung.
7. Effekt bulmagan xolda IVL ni davom ettirish

Effekt bulmagan reanimatsiyani tuxtatish

- Agarda reanimatsiya boshlaganiga 20 minutdan ortik vakt ketgan bolsa, bola nafas olmayotgan bolsa va pulsi xam bulmasa tuxtatish mumkin
- Onasini tinchlantirib turib bolani xalok bulganini tushuntirish.

Tug'ruq vaqtida homilaning holati



Anomal tug'ruqlar



Kindik tushishi – holati, bosh tugilishidan oldin kindik tushishi; chaqaloq tugilmasidan turib unga xavf solishi mumkin.

1. Tuguvchi ayolni bosh tomonini tushirib va oyoqlarini kutargan xolda, tug'ruq yullaridagi bosimni tushirish.
2. Steril perchatka yordamida qo'lni kiritish, tug'ilib turgan kismini pulsatsiyali kindikdan uzoqlashtirish.
3. Shoshilinch holatda transportirovkalash, bosimni tushirishda davom ettirib kindik pulsatsiya monitoringini utkazish.

4. Holatiga karab kindikni boshni yonidan chikarish; bu holat xali tugilmagan chaqaloq uchun kata xavf tugdirish mumkin.

Tugruk orkasi bilan kelsa – tug'ruqda chaqaloqni dumbasi yoki oyoqlari bachadon buyni soxasiga tugri kelsa, tug'ruq dumba yoki oyoqlari bilan kelsa.

1. Chakalok uchun xayot uchun xavfli bulgan kindik chikishidagi tug'ruq travmalari kuzatilish mumkin, bu holatda agar chaqaloq dumbasi bilan kelgani tashxislansa shoshilinch transportirovka utkazish.
2. 10 minut davomida tug'ruq ka'bul kilinmaydi.
3. Agar bosh chikishi 30 sekunt davomida kechsa steril perchatka yordamida qo'lni kirgazib tugilish joyni pulsatsiyalanuvchi kindikdan uzoqlashtirish.
4. Shoshilinch tibbiy yordam.

- Xozirgi axvoli tashxislansa shoshilinch tarzda transportirovkalash.
- Tuguvchi ayolga kislorod berish.
- Tuguvchi ayolni boshini tushirib chanok soxasini kutarish kerak.

Kindikka uralib kolish

Chakalok buyni kindik bilan uralib kolsa extiyotlik bilan kul bilan boshidan utkazib ajratish.

Oyok kullarni tushishi – bu holatda, tug'ruq paytida chaqaloq oyoq kullarini tug'ruq yullaridan

Bosh old ktlishi



Dumba old kelishi



Old kelishi - bu homilaning tug'ruq yo'llaridan birinchi bo'lib chiquvchi tana qismi (bosh dumba, oyoq va h.k) dir.



chiqishi kupincha bu holat dumba bilan kelganda kuzatiladi.

1. Odatda holat tashvishlangan holatda shoshilinch transportirovkalash.

2. Tuguvchi ayolni kislorod yordamida ingulyatsiyalash.

3. Tuguvchi ayolni boshini tushirib chanak soxasini kutarish kerak.

Bolaniug bo'yuidan o'ralgan kindikni chiqarish

Knp xomilali tug'ruq

1. Bunday xollarda 1 necha bemorlar uchun reanimatsion holatiga tayyor turish zarur.

2. Yordamchi kuchlarni chakirish.



Mekkoniyali buyalish

Mekoni – yashil yoki jigarrang

tipdagi loykalangan amnional suyuligiga buyalishi bulib, bu holat kupincha chaqaloqni tug'ruq yullaridagi distressa paytida yuzaga keladi.

1. Ogiz xalkum bushligin aspiratsion tozalamasdan turib stimulyatsiyani utkazmaslik.
2. Tozalash
3. Nafas yullari utkazuvchanligini tiklash
4. Shoshilinch xolda transportirovkalash

Chala tugilish

- Gipotermiya rivojlanish xavfi yukori (xar doim)
- Odatda bunday xollarda reanimatsiya bulimiga yotkiziladi. Albatta bunday paytda muolaja oxirigacha olib boriladi.

Kontrol savolar:

1. Sfokusirlangan tuguvchi ayolni anamnezidagi savollarni sanab uting
2. Tuguvchi ayolga kandy extiyot yordam choralari kullaniladi?
3. Tugruk vaktiga kandy anik vakt belgilanadi?
4. Akusher asboblari tuplamini sanab uting?
5. Kiyin bulmagan xoldagi muolajalarni keltiring
6. Yangi tugilgan chaqaloq operativ dokumentatsiyasida kandy informatsiyalar tuldiriladi?
7. Apgar shkalasi buyicha chaqaloq kandy baxolanadi?
8. Tukan yolga tug'ruqdan keyingi kon ketishda kandy chora tadbirlar kullaniladi?
9. Soglom chaqaloqqa kandy birinchi yordam keltiriladi?
10. Chakalokka birlamchi reanimatsiya kandy utkazish?
11. Tugruk paytida kindik tushishida kandy chora tadbirlar kullaniladi?
12. Dumba bilan kelganda kandy chora tadbirlar kullaniladi?
13. Tugrukda bola kindikka uralgan balsa kandy chora tadbirlar kullaniladi?
14. Tugruk paytida bola oyoqlari bilan kelganda kandy chora tadbirlar kullaniladi?
15. Kup xomilalik holatida kandy chora tadbirlar kullaniladi?
16. Tugruk mekoniy bilan buyalgan xolda kelsa kandy chora tadbirlar kullaniladi?
17. Chala tugilganda kandy chora tadbirlar kullaniladi?

BOLALAR SHIKASTLANISHLARIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM KURSATISH

Travmatologik bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatishning asosiy tamoyillari

Shoshilinch yordamning asosiy maqsadi bemorning hayotini xavfdan qutqarish, azobini engillashtirish va iloji boricha tezda maxsuslashtirilgan yordam uchun transportirovka qilishdan iboratdir.

Bunda yordam ko'rsatuvchi shifokor jabrlanuvchi ahvolini tezda va xatosiz aniqlashi, nogironlikka olib keluvchi hayotiy xavfli holatlarni tezda baholashi va kerakli yordam ko'rsatishi zarur.

Kritik holatlarning tezda rivojlanishi ehtimoli yuqoriligini inobatga olib tekshiruvni to'liq va tez o'tkazish lozim. Tez tibbiy yordam nazimida ishlovchi xodim ma'lum tartibda ishlashi kerak. Shoshilinch yordam birinchi navbatda hayotga xavf soluvchi holatlar, ayniqsa shok bilan kurashga qaratilgan bo'ladi va quyidagi choralardan iborat:

- -tashqi nafas va yurak faoliyati buzilishiga qarshi kurash
- -ochiq pnevmotorksda germetik bog'lam qo'yish
- -tashqi qon ketishni vaqtincha to'xtatish
- -jarohatga ikkilamchi infeksiya tushishini oldini olish va tashqi muhitning noqulay omillaridan himoya qilish uchun aseptik bog'lam qo'yish va isitish
- -og'riq qoldiruvchi preparatlar yuborish
- -transport immobilizatsiyasi va bemor transportirovkasini to'g'ri o'tkazish



Bu sanalgan choralar quyidagi tartibda o'tkaziladi:

1. Voqea joyi baholanadi va xavfsizlik ta'minlanadi
2. Bemor ahvoli birlamchi baholanadi.
3. Fizikal ko'ruv
4. Anamnez yig'ish
5. Kerakli to'liq yordam ko'rsatish
6. Bemor ahvoli takror baholanadi.
7. Transportirovka qilish va hujjatlarni to'ldirish.

Bemorning mast holati, jarohatning vahimali ko'rinishi, stress holatlari kabi chalg'ituvchi omillarning bo'lishidan qat'iy nazar, tez tibbiy yordam xodimi barcha bosqichlarni o'tashi lozim.

1. Voqea joyini baholash va xavfsizlikni ta'minlash

Voqea joyini baholashda bemor sizning hayotingizga va sog'lig'ingizga xavf solmayotganligiga, shoshilinch yordam ko'rsatish xavfli emasligiga to'liq ishonch hosil qilgan holda, jarohat mexanizmini o'rganish kerak. Jarohat mexanizmini o'rganish orqali shifoxonagacha bosqichda aniqlash imkoniyati bo'lmagan yashirin jarohatlar xaqida ham qo'shimcha ma'lumotlarni bilib olish mumkin. Bu bosqichda shifokor o'zinning va o'z guruhining xavfsizligini shaxsiy himoya vositalaridan foydalangan holda maksimal ta'minlashi, atrofda qilayotgan xavfsizligini ta'minlashi, guvohlarning yaqinlashishiga chek qo'yishi hamda bemorning o'zi «xavfli» emasligiga ishonch hosil qilishi lozim.

2. Bemor ahvolini birlamchi baholash

• AVSDE bo'yicha baholash yoki hayotiy xavfli holatlarni aniqlash:

A. Nafas yullari o'tkazuvchanligini baholash. Agar nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilgan bo'lsa, sababini aniqlash va yordam ko'rsatish.

V. Nafasni baholash. Nafas etishmovchiligi bo'lganda sababini aniqlash, zarurat bo'lsa kislorod bilan ta'minlangan xolda YoSUV ga o'tkazish, yoki SUV ni amalga oshirish.

S. Qon aylanishini baholash. Yurak faoliyati buzilganda sababini aniqlash va yordam ko'rsatish. Yurak to'xtaganda yurakning yopiq massajini boshlash. Ochiq qon ketishini aniqlash va to'xtatish.

D. AVPU shkalasi bo'yicha hush darajasini aniqlash. Ushbu shkala bo'yicha baholash ko'rsatkichlariga asoslangan xolda havo o'tkazuvchi naylarni qo'llash.

E. Butun tananing tezkor fizikal tekshiruvini o'tkazish (bosh, bo'yin, ko'krak qafasi, qorin, chanoq, oyoqlar, qo'llar, zambilga, bel taxtasiga yoki boshqa moslamaga bemorni olishda tananing – orqa tomoni).

Hayotiy xavfli holatlar yo'qotilgandan so'ng Glazgo shkalasi bo'yicha hush darajasini aniqlash va hayotiy ko'rsatkichlar: YuQS, NS, AQB, qorachiqslarning yorug'likka reaksiyasi, teri qoplamalarining rangini baholash, butun tananing yo'naltirilgan fizikal tekshiruvini bilan bemor ahvolini ABCDE bo'yicha ikkilanchi qayta baholash o'tkazish.

Jarohat og'irligi shkalasi bo'yicha bemorni baholash

Ko'rsatkich	Gradatsiya	Ball
<i>Nafas soni</i>	10 - 24	4
	25 - 35	3
	36 dan ko'p	2
	1 - 9	1
	Nafas olmayapti	0
<i>Nafas harakatlari</i>	Odatdagidek	1
	Retraktsiyali yoki nafas olmayapti	0
<i>AQB</i>	90 dan ortiq	4
	70 - 89	3
	50 - 69	2
	0 - 49	1
	Periferik puls yo'q	0
<i>Kapillyar sinama</i>	2 soniyadan kam	2
	2 soniyadan ko'p	1
	Qayta qizarmayapti	0
<i>Glazgo shkalasi bo'yicha baholash (ballar)</i>	14 - 15	5
	11 - 13	4
	8 - 10	3
	5 - 7	2
	3 - 4	1
	0 - 3	0

Ja'mi ballar	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Yashash % i	99	98	96	93	87	76	60	42	26	15	8	4	2	1	0	0

Jarohat shkalasi tahlili

Agar bemor 8 balldan kam yig'sa, uning ahvoli mukammal kuzatuvni va agressiv davoni talab qiladi

Bolalarda jarohat shkalasi

	+ 2	+ 1	- 1
Vazn (kg)	20 dan ko'p	10 - 20	10 yo'q

Nafas	Me'yoriy	Saqlangan	Yo'q
AQB	90 dan ortiq	50 -- 90	50 dan kam
Hush	Qorong'lashgan	Sopor	Koma
Ochiq jarohatlar	Yo'q	Kam sonli	Katta /teshib o'tuvchi
Suyak jarohati	Yo'q	Yopiq	Ochiq/ko'plamchi jarohat

Bolalar jarohatini baholashning qayta ko'rib chiqilgan shkalasi

Glazgo shkalasi bo'yicha ballar yig'indisi	AQB*	Nafas soni	Ballar
13 – 15	90 dan ko'p	10 - 29	4
9 – 12	76 – 89	29 dan ko'p	3
6 - 8	50 – 75	6 – 9	2
4 – 5	1 – 49	1 – 5	1
3	0	0	0

*Agar monometrda bolalar tasmasi bo'lmasa:

+2 – puls bilak arteriyasida aniqlanadi

+ 1 – puls son arteriyasida aniqlanadi

- 1 – puls aniqlanmaydi

Bolalar jarohati shkalasi tahlili

Agar bola 8 balldan kam to'plasa, uning ahvoli mukammal kuzatuvni va agressiv davoni talab qiladi

Fizikal ko'ruv

Bemor boshining sochli qismidan, to barmoq uchigacha jarohat belgilarini aniqlash uchun tekshiriladi:

- qon ketish
- og'riq
- yorilish
- shilinish
- yoriq
- lat eyish
- gematoma
- deformatsiya
- parez
- paralich
- chiqish
- sinish

Zarur bo'lsa, sinish va chiqishlarda immobilizatsiya amalga oshiriladi.

Anamnez yig'ish

Anamnez yig'ish - jarohat sababini bilish, yashirin jarohatni aniqlash, jarohat og'irligini baholash va shoshilinch yordam taktikasini belgilash imkonini beradi. Agar bemor hushida bo'lsa, anamnez yuqoridagi bosqichlarni bajarish paytida yig'iladi. Agar bemorda hushning chuqur buzilishi kuzatilsa, bu bosqich ahvoli yaxshilangandan keyin o'tkaziladi. Anamnez yigishda «KADOOYoM» sxemasidan foydalanish mumkin(kasallik, allergiya, dori preparatlari, operatsiya, oxirgi egan ovqati, suyukligi, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda ko'rsatilgan yordam va uning samarasi, jarohatlanish mexanizmi). Anamnez yig'ish bizga nafas va yurak qon tomir

tizimi kasalliklari, osteoporoz, o'sma, avvalgi sinishlar kabi kerakli ma'lumotlarni berib, jarohat og'irligini baholash uchun o'ta muhimdir.

Yordam ko'rsatish

Yordam ko'rsatish tamoyillari:

- Tashqi qon ketishni to'xtatish. Eng samarali usul-bosib turuvchi bog'lam qo'yish. Jarohat doka bilan yopilib, ustidan elastik bint siqib bog'lanadi. Agar qon ketish davom etsa, birinchi elastik bint ustiga ikkinchisi siqib bog'lanadi. Yana qon ketishi to'xtamasa, ikkinchi qavat olib tashlanib, uchinchi qavat qo'yiladi. Qon to'xtatuvchi jgutlar va qisqichlardan foydalanish tavsiya etilmaydi. Bu usullarning ko'pincha noto'g'ri qo'llanilishi oqibatida og'ir asoratlari kelib chiqishi mumkin. Agar jgut qo'yilgan bo'lsa, jarohatga ishlov bergandan keyin uni olib tashlash mumkin bo'ladi. Agar qisqich qo'yilgan bo'lsa, uni maxsus yordam ko'rsatilguncha qoldirish lozim.
- Pnevmatik moslamalar. Ba'zi hollarda oyoq-qo'llar shikastlanganda bog'lam ustiga pnevmatik shina qo'yish mumkin. Havo haydash deyarli hamisha vcnoz qon ketishining to'xtashiga olib keladi va ko'p hollarda arterial qon ketishini to'xtatadi. Ko'p mikkorda qon yo'qotish va arterial gipotoniya bilan kechuvchi oyoq va chanoq jarohatlarida shokka qarshi pnevmatik shinalar samarali hisoblanadi. Maksimal hosil qilingan bosim – 100mm. sm. ust. ga teng. Kostyum nafaqat qonni to'xtatadi, balki chanok va uzun naysimon suyaklar singanda immobilizatsiyani ta'minlaydi xamda oyoqlarga qon kelishini kamaytiradi. Jarohatdan keyingi erta bosqichlarda pnevmatik kostyum qo'llanilganda AQX(otsk) 1000-1500 ml ga oshadi. Agar kostyum nafasni qiyinlashtirsa, qorindagi tasmani bo'shatish mumkin.
- AQX ni to'ldirish.
- Og'ir atsidozni davolash.
- Yurak etishmovchiligini davolash

Suyak va bug'lmlar shikastlanishi

1. Bemor ahvoli stabilashgach, sinish, chiqish va yumshoq to'kimalar shikastlanishini davolashga kirishiladi. Sinish va chiqishlar, shu jumladan shubha qilinganlari ham shinalanadi. Agar bemor shokga qarshi pnevmatik kostyumda eki shina qo'yilgan holda topilsa, sinishni rentgenologik tasdiqlash kerak bo'ladi. Shinalar faqatgina sinish istisno qilingandan keyingina olib tashlanadi. Aks holatlarda ular maxsus yordam ko'rsatilguncha qoldiriladi.
2. Teri yoki shilliq qavatlar jarohatlangan barcha bemorlarga qoqsholga qarshi profilaktika o'tkaziladi.
3. Agar oxirgi revaktsinatsiyadan keyin 10 yilgacha vaqt o'tgan bo'lsa, 0,5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin yuboriladi. Toza va yuza jarohatlarda profilaktika o'tkazmaslik mumkin
4. Agar oxirgi revaktsinatsiyadan keyin 10 yildan ortiq vaqt o'tgan bo'lsa, barcha jarohatlanganlarga 0,5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin yuboriladi.
5. Immunizatsiya kursini to'liq olmagan yoki emlash to'g'risida ma'lumotlari bo'lmasa, 0,5 ml qoqsholga qarshi adsorbirlangan anatoksin va 250 ED qoqsholga qarshi immunoglobulin yuboriladi. Keyinchalik har oyda anatoksin in'ektsiyasi qilingan holda faol immunizatsiyasini yakunlash kerak.
6. Bemor ahvolini takror baholash gospitalizatsiya kerak yoki kerak emasligini aniqlash uchun o'tkaziladi. Birlamchi baholash, fizikal ko'ruv va haetiy ko'rsatkichlar takroran tekshiriladi. O'tkazilgan shoshilinch yordam samaradorligi aniqlanadi va keyingi taktika aniqlanadi.
7. Gospitalizatsiya. Bemor ahvoli stabilashgach va hayotiy muhim funktsiyalar me'yorlashgach, bemorga qaysi davo muassasasida maxsus yordam ko'rsatilishi mumkinligini aniqlash kerak. Bemor mos davolash muassasasiga gospitalizatsiya qilinadi.

8. Transportirovka va hujjatlarni to'ldirish. Transportirovka turi jarohat turiga va bemor ahvoriga bog'liq. Transportirovka vaqtida sodir bo'lgan barcha holatlar haqidagi ma'lumotlarni qayd qiluvchi va klinik belgilar dinamikasini ifoda etuvchi kuzatuv varaqasi har bir bemorga to'ldiriladi. Transportirovka vaqtida ortiqcha tadbirlarga vaqt sarflamaslik choralari ko'rilishi lozim va bemorni zudlik bilan yaqin bo'lgan mos keluvchi tibbiy muassasaga etkazish zarur. Yo'l davomida joriy holat va o'tkazilgan tadbirlarning to'liq matni yoziladigan kuzatuv varaqasi to'ldiriladi.

Jarohatlarda yordam ko'rsatish usullari

Zamonaviy tibbiyot travmatologik yordam vaqtida bemorning azoblanishini engillashtirish yo'lida o'zining ma'lum rivojlanish yo'lini bosib o'tdi

Amaliy tibbiyotda hozirda oddiy va ishonchli usullardan foydalanilmokda

Travmatologik bemorga shoshilinch yordam ko'rsatish uchun odatdagi usullardan tashqari maxsus usullar ham qo'llanilmokda:

1. Og'riqsizlantirish.
2. Transport immobilizatsiya
3. Bog'lam qo'yish
4. Shokka qarshi kostyumdan foydalanish
5. Jgut qo'yish («qon ketish va shok» bo'limiga qarang)

Nazorat savollari:

1. Transportirovka bosqichlarida shoshilinch yordam ko'rsatish asosiy tamoyillari
2. Immobilizatsiya usullari va turlarini sanab bering
3. Immobilizatsiya asosiy tamoyillarini sanab bering
4. Jarohat og'irligi shkalasini tushuntirib bering
5. Bolalar jarohati shkalasini tushuntirib bering
6. Qayta ko'rib chiqilgan bolalar jarohati shkalasini tushuntirib bering

KUYISHLAR.

Kuyish deganda insonlar tasavvurida har doim ham holati og'ir bo'lgan bemor gavdalanavermaydi. Aslida kuyish biz tasavvur qilganimizdan ham og'irroq bo'lgan jiddiy muammolardan biridir. Dunyo statistikasi ma'lumotlari shuni ko'rsatmoqdaki kuyish, shu jumladan bolalar o'rtasidagi kuyish hali ham yuqori ko'rsatkichlarda saqlanmoqda. Yana shuni takidlash kerakki kuyganlarning faqatgina 25% i tibbiy yordamga murojaat qilishadi va ularning 20 % i kasalxonalarga yotqizilib 0,3 % i kuyish oqibatida nobud bo'ladi. Kuygan bemorlarning 20 % ini bolalar tashkil qilib, taxminan 0,25 % kuyish oqibatida nobud bo'ladi(o'lim ko'rsatkichi ko'rsatilgan yordam va parvarish sifatiga bog'liq).

Mexanizmi: Quyidagi jadvalda bolalarda kuyish sabablari keltirilgan:

Sabablari	0-5 yosh (%)	6-15 yosh (%)
Qaynagan suv	80	25
Olov	6	63
Kontakt	8	5
Elektrotravma	4	6
Boshqa sabablar	2	-

Kuyishda quyidagi xavfli omillar farqlanadi:

- Kuyish darajasi
- Kuyish chuqurligi
- Yosh
- Nafas yo'llari kuyishi
- Olovdan kuyish
- Kasalxonagacha bo'lgan davr uzoqligi
- Premorbid fon

Tashhislash: *Kuygan jarohat tasnifi*

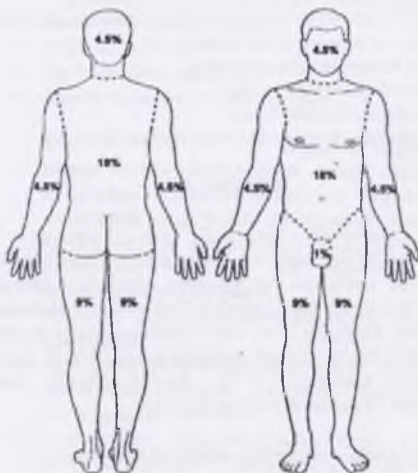
Chuqurligi bo'yicha kuyishlar quydagicha tasniflanadi:

Yuzaki kuyishlar (I-II daraja) - termik kuyish, ya'ni bunda epidermis va dermaning yuqori qavatlar zararlanadi. Masalan, kuchli quyosh urishi yoki issiqroq suvdan kuyish. Agar bunday kuyishlar infeksiyalanmasa mustaqil bitadi.



Qisman chuqur kuyish (III-a daraja) - termik jarohatlanish bo'lib, epidermis va dermaning barcha qavatlar zararlanadi, faqatgina epidermal ortiqlar (soch follikulalari, ter va yog' bezlari)

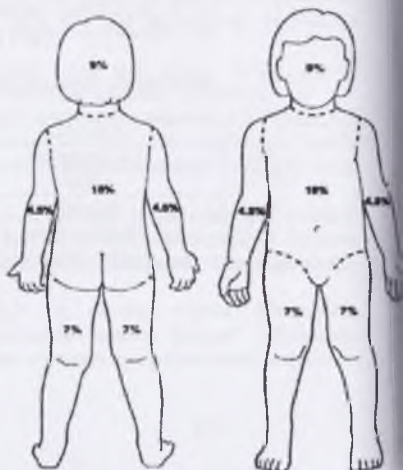
va chuqur dermada yashash qobiliyati saqlanadi. Masalan, qaynagan suv yoki olovdan kuchli kuyishni shular sarasiga kiritish mumkin. Bunday kuyishlar sekin, gipertrofik nostabil epidermisli chandiqliq hosil qilib bitadi.



Chuqur kuyish (III-b - IV daraja) - termik zararlanish bo'lib, bunda epidermis va derma zararlanadi va regenerativ elementlari qoldirmaydi. Masalan, qaynagan suv yoki olov bilan kuchli kuyish va kontakt kuyish. Bunday kuyishlarning bitishi uchun teri plastikasi talab etiladi. Ba'zi og'ir hollarda esa teri osti yog'

qavati, mushak va hatto suyaklar ham zararlanishi mumkin.

Qisman chuqur va yuzaki kuyishlarda saqlanib qolgan tomirlar oziqlanishining buzilishi infeksiya rivojlanishi uchun muhim omil hisoblanib, keyinchalik kuyish o'rnida qo'pol chuqur chandiqlar qolishi mumkin. Koli- infeksiyalar va stafilokokklar yarani chuqurlashtiruvchi, mayda tomirlar trombozini, staz va ishemiyani keltirib chiqaruvchi



omillarni oshiradi. Shunday qilib, qisman chuqur kuyishlarda bakterial infektsiyalanish kuyishni chuqur kuyishga aylantirishga olib keluvchi qo'shimcha ishemik holatni yuzaga keltirishi mumkin. Kuyish maydoni yuzasi «to'qqizlik qoidasi» bilan aniqlanadi. Bu usulning asosiy mohiyati shundaki tananing alohida qismlari sathi to'qqiz foiz deb qabul qilinadi. Masalan, katta odamning qo'li va boshi umumiy tana sathining 9% ni tashkil etadi, orqa qismi elkadan to dumba sohasigacha 18% tashkil etadi.

Bu qoidani yosh bolalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga qo'llash uchun aniq modifikatsiyalar talab etiladi. Ko'krak yoshidagi bolalar boshi umumiy tana yuzasining katta qismini, oyoq-qo'llar esa kam qismini tashkil etadi. Shunday farqlanishlarni turli yoshdagi bolalarda kuyish yuzasini hisoblashda e'tiborga olish kerak.

Kuyish darajasini aniqlash uchun biroz qo'polroq bo'lgan usul – «Kaft» usulini qo'llash mumkin. Deyarli barcha yoshda kaft umumiy tana maydonini 1% ni tashkil etadi. Kaft yordamida tezda umumiy kuyish maydonini aniqlash mumkin.

Бир ешдан катта бўлган ҳар бир ешга бош қисмидан 1% олиб, оёқга қушилади.

Kuyish chuqurligi – kuyish qancha chuqur bo'lsa, shunchalik jabrlanuvchining tirik qolishiga imkoniyati kamayadi. Kuyish sathi katta, ammo yuzaki kuygan bemorning yashash imkoniyati kichik, lekin chuqur kuygan bemor imkoniyatidan yuqori bo'ladi.

Yosh. 1 yoshgacha bolalarda, katta yoshdagi bolalarda nisbatan o'lim ko'rsatkichi yuqori. Nafas yo'llari kuygan bolalarda o'lim ko'rsatkichi, boshqa kuyishlarga nisbatan ancha yuqoridir.

Olovdan kuyish. Qaynagan suv bilan kuyishga nisbatan o'lim foizi olovdan kuyishda yuqori bo'ladi. Kuyish paytida aynan kuyish jarayoniga kimyoviy komponentlarning qo'shilishi (benzin), keyinchalik kuyish chuqurligini oshishiga olib keladi.

Shifoxonagacha bo'lgan vaqtning uzoqligi. O'lim holati o'z vaqtida shifoxonaga keltirilganlarga nisbatan, kech keltirilganlarda ko'proq kuzatiladi. Ma'lumotlarga ko'ra kuyishdan keyin 7-14 kunlar ichida shifoxonaga yotqizilgan bolalar orasida o'lish holati ikki marta ko'p ekan.

Premorbid fond. Bolalarda letallikni belgilovchi omillardan yana biri bu qo'shimcha kasalliklarning mavjudligidir (ya'ni yurak tug'ma nuqsoni, diabet, gemoglobinopatiya, buyrak kasalliklari va b). Yuqori nafas yo'llari infektsiyasi bo'lgan bolalarda infuzion terapiya oqibatida o'pka shishi kelib chiqishi mumkin.

Shoshilinch yordam. O'z vaqtida o'tkazilgan tez va samarali yordam bola hayotini belgilab beradi. Kuyish va kasalxonaga olib borish orasidagi vaqt qanchalik qisqa bo'lsa, bemorning yashab ketish imkoniyati shunchalik yuqori bo'ladi. Bemorlarni kuyish markazlariga etkazishni tez va ehtiyotkorlik bilan amalga oshirish lozim. Davolash va parvarishning har bir bosqichi bemorning tirik qolishga imkoniyati saqlanib qolganligiga qaratilgan bo'lishi kerak.

Hodisa joyida yordam ko'rsatish. Hodisa joyida kuyish sohasini keyingi jarohatini oldini olishga qaratilgan ko'pgina murakkab davolash jarayonlarini amalga oshirsa bo'ladi.

Yonish jarayonini to'xtatish. Olovni o'chirishdan ko'ra to'qima yonishini to'xtatish yanada muhimdir. Soch yonishi olovga nisbatan haroratni bir necha yuz darajaga oshirishi mumkin. Shuning uchun yonayotgan to'qimani tanada qoldirish kuyishni yanada chuqurlashtirishi mumkin.

Kuygan sohani sovutish. Kuygan sohaga iliq yoki sovuq suvni sepish, yoki namlangan mato yopish kerak. Chegaralangan termik kuyishda tezda shu sohani oqar suv tagida 15-20 daqiqa sovutish yaxshi samara beradi. Muz yordamida sovutish mumkin emas, chunki bu kuyish jarohatini asoratlantirishi mumkin. Holatni baholashni va davolashning turli ko'rinishlarini bir vaqtda boshlash kerak. Nafas yo'llarini obstruksiyadan tozalash va kerak bo'lganda intubatsiya qilish, adekvat nafasni tiklash, agar pnevmotoraks bo'lsa, uni bartaraf etish lozim.

Adekvat qon aylanishini tiklash, tomirlar hajmini to'ldirish, keyinchalik bemor tserkulyator statusini stabillash bilan birga, bemorning MAT faoliyatini, orqa miya va bo'yin qismi jarohatlarini ko'zdan kechirish kerak. Bunday jarohatlarga gumon bo'lganda birlamchi muolaja vaqtida bemor ahvolini yomonlashtirmaslik choralarini ko'rish kerak. Kuyish paytida bolalarning hushini yo'qolishi MAT zararlanishida, ulgerod oksidi bilan zaharlanganda kelib chiqadi.

Davo choralarining samaradorligi kuyish darajasini aniqlanganligiga bevosita bog'liqdir. Tezkor anamnez yig'ish paytida quyidagi asosiy omillarga e'tibor qaratish zarur: kuyish vaqti, sababi, yopiq binoda yonganmi yoki ko'chada, yonish davomiyligi. Kuyishdan keyingi dastlabki davrda bemorning tanqazirish o'lgash boshlang'ich infuzion davo miqdorini aniqlash uchun o'ta muhimdir. Agar bemorda keng qanrovli kuyish kuzatilsa dastlabki vazn bemor uchun zarur bo'lgan kunlik kalloriyani hisoblashda juda qo'l keladi.

Yordam ko'rsatish chorolari.

- mumkin qadar tezda kuygan shxalarni toza mato bilan o'rash
- yog', cho'chqa yog'i, xo'jalik va xalq tabobati vositalarini qo'llash mumkin emas. Chunki ular kuyishni asoratlantirib keyinchalik uni chuqurlashishiga olib keladi.
- kuygan jarohatga infektsiya tushishini oldini olish uchun steril bog'lam qo'yish kerak. Og'riqni kamaytirish uchun bemorga og'riq qoldiruvchi va tinchlantiruvchi vositalar berish mumkin: Analgin, seduksen.
- keng kuyish deb, agarda kuygan soha umumiy teri maydonini o'n foizidan ko'prog'ini tashkil qilsa aytiladi. Keng kuyish jarohati bo'lgan bemorlarga ishqor-tuzli aralashma ko'p miqdorda ichiriladi. Buning uchun 1 litr suvga 2 gr ichimlik sodasi va 4 gr osh tuzi qo'shiladi.
- agar og'ir shok belgilari bo'lsa tezda infuzion davo boshlash kerak.

Gospitalizatsiya. Barcha kuyishlar kuyish hajmidan qat'iy nazar kuyishga moslashtirilgan bo'lim shifokori yoki hamshirasi tomonidan ko'ruvdan o'tkazilishi shart.

Quyidagi toifadagi kuygan bemorlar gospitalizatsiyaga muhtoj:

- 3 yoshgacha bolalar, kuyish. 10-12 % dan oshsa
- elcktr kuyish va kimyoviy kuyish bo'lgan barcha bolalar
- olovdan yuzi kuygan yoki nafas yo'llari zararlanganligiga gumon bo'lgan bolalar
- yuz, qo'l, jinsiy va oraliq sohalari kuygan bolalar

Transportirovka vaqtida davolash va ehtiyot chorolari

- Bemorlarni kuyish markaziga har hil texnika vositalari yordamida olib borish mumkin.
- Transportirovka vaqtida issiqlik saqlanishini ta'minlash kerak, buning uchun bemorni ko'rpaga yoki issiqlik saqlovchi alyumin folgaga o'rash kerak.
- Kuchli kuyishlarda vena ichiga suyuqliklarni tezda yuborish kerak.
- Barcha kuygan bolalarga, ayniqsa, olov yoki tutunda kuygan bolalarga kislorod albatda qo'shimcha kislorod berish zarur, chunki ularda uglerod oksidi bilan zaharlanish bo'lishi mumkin.
- Kuchli elektrotravma olgan barcha bolalarda yurak faoliyati nazorat qilinishi shart. Chunki ularda yurak ritmi buzilishi mumkin.
- Dastlabki ko'ruv xulosasi, kasallik tarixi va davolash maxsus bayonnomada yozma ravishda yozilgan bo'lishi shart, chunki bu ma'lumotlar bemor bilan birga davolash muassasasiga davoning uzlusizligini ta'minlash uchun beriladi.
- Nafas yo'llari kuyishiga gumon bo'lgan barcha bemorlarga traxeya intubatsiyasini o'tkazish shart. Bu nafaqat nafas yo'llari faoliyati buzilishini oldini oladi, balki noqulay transportirovka sharoitida zarur bo'lib qolishi mumkin bo'lgan shoshilinch intubatsiyaga hojlatni qoldirmaydi.

- Yopiq joyda kuygan yoki u erda uzoq qolib ketgan bemorda tutun ta'sirida nafas yo'llarining jiddiy shikastlanishi yoki uglerod oksidi bilan zaharlanish xavfi yuqori bo'ladi.
- Bemorning tashqi ko'rinishi jiddiy o'pka asoratlari borligini aniqlashga yordam beradi. Bezovta, ko'kimtir, talvasali, havo yutayotgan bemor nafas yo'llarining kuyishi oqibatida kelib chiqqan respirator distress sindromidan aziyat chekadi. Uglerod oksidi bilan zaharlangan bemor terisini olcha rangini sog'lom teri rangi bilan adashtirish mumkin emas.
- Fizikal ko'ruv og'iz bo'shligi, xalqum va xiqildoqni diqqat bilan ko'ruvini, ularda dog'lar, qizarish, o'sma va pufakchalar borligini tekshirishni o'z ichiga olishi kerak. Bularning bo'lishi jiddiy ravishda profilaktik intubatsiya qilishni talab qiladi.
- Hayotiy muhim a'zolar faoliyati bemor kasalxonaga tushganida va holatiga qarab qayta baholanishi kerak. Bosim, puls, nafas tezligi va harorat va yana hushiga kelish vaqti kabi muhim ko'rsatkichlar baholanib turilishi kerak bo'lgan ko'rsatkichlar hisoblanadi
- Kasallik tarixi to'liq o'rganilishi lozim. Asosiy e'tibor bemor ahvoriga, allergiya borligi, tibbiy preparatlar, profilaktik emlashlar, ayniqsa, qoqsholga qarshi emlashlar olganligiga qaratilishi kerak.
- Hayot uchun muhim a'zolar faoliyati tekshirilgandan keyin, tezda fizikal tekshiruvni o'tkazish kerak.

Kimyoviy kuyishlar

Bu shunday jarohatki, termik agentlar zararlashiga o'xshamagan, kimyoviy agentlar zararlashidir. Kimyoviy agentlar to'qimani toki to'qimalar ularning ta'sirini pasaytirmagunicha, neytrallamagunicha yoki etarlicha suyultirmagunicha parchalayveradi. Shu bilan kimyoviy kuyishlar termik kuyishlardan farq qiladi.

Kimyoviy ta'sirlovchilar bilan kuyish og'irligini belgilovchi 5 ta omil mavjud:

- Ta'sirlovchi kuchi – kimyoviy reaksiyaga kirishish intensivligi
- Ta'sirlovchi miqdori – to'qimaga tekkan agent hajmi va konsentratsiyasi
- Kontakt davomiyligi – kontakt qanchalik uzoq bo'lsa, emirilish shuncha chuqur bo'ladi.
- Kirib borish darajasi – kontaktdan keyin o'tgan vaqtga bog'liq
- Ta'sir mexanizmi – odatda jarohatlanishga olib keladigan turli kimyoviy ta'sirlovchilarni tasniflashda ahamiyat kasb etadi.



Jarohatlanishga olib keladigan turli kimyoviy ta'sirlovchilar oqsillarni denaturatsiyalash ta'sir mexanizmiga ko'ra quydagicha tasniflanadi:

Oksidlovchilar – enzimlar normal faoliyatini buzgan holda hujayralar o'limiga olib keladi.

Masalan: natriy gipoxlorid (xloraks), xrom kislotasi, kaliy permanganat bularga kiradi.

Korroziyalovchilar – hujayralarni differentsiyalamagan o'limiga olib keladi. Masalan: fenol, oq fosfor, dixromat, natriy

gidrooksidi bularga kiradi.

Suvsizlantiruvchilar – hujayralarning jiddiy degidratatsiyasi va lizisi yoʻli bilan jarohatlanishga olib keladi.

Masalan: sulfat kislotasi, gidroxlol kislotasi.

Pufakxosil qiluvchilar – oʻqimlarda pufaklar va faol aminlar hosil qiladi, ular mahalliy toʻqimalarni parchalaydi.

Masalan: kantaritlar, dimetilsulfoksidi, benzin, metilbromid .

Protoplazmatik zaharlovchilar – oqsillar bilan tuzlar hosil qilish yoki hujayrada hayotiy muhim faoliyatni bajaradigan kationlar (masalan, kaltsiy) ni bogʻlab olish yoʻli bilan oqsillarni denaturatsiyaga uchratadi.

Masalan: ammiak, chumoli, uksus, krezil, uchxloruksus, pikrin, volfram, froyit kislotalar .

Kislotasi va ishqorlar. Kislotalar va ishqorlarning barcha turlari umumlashgan holda kuchli quyishlarning sababchilari hisoblanadi. Ular koʻpincha uyimizda va ishonamizda, hatto bolalar qoʻli etadigan joylarda ham uchraydi.

Kuchli kislotalar – rH i 2 dan past boʻlgan kislotalardir. Neytrallash uchun ketadigan asoslarning miqdori – taʼsirlovchi kuchli koʻrsatkichiga koʻra - jarohatlanish mavjudligini oldindan aytishga imkoniyat yaratadi.

Kuchli ishqorlar – rH i 11,5 yoki undan yuqori boʻlgan ishqorlardir.

Misol: 3,8 % li NaOH qiziloʻngachning shilliq va shilliq osti qavatlarini nekrozlaydi, 10,7 % NaOH tsirkulyar mushak qavatigacha, 22,5 % lisi esa barcha qavatlarini nekrozlaydi.

Bir hil miqdorda olingan kislotasi va ishqor ichida ishqorlar toʻqimani tezroq va chuqurroq zararlaydi. Buning mexanizmi quyidagicha, kislotasi koagulyatsion nekroz chaqiradi va protein bilan qattiq quruq strup hosil qiladi. Buning natijasida jarohat yuzasi yopilib, uning chuqurlashishiga yoʻl qoʻymaydi. Ishqor esa kollikvatsion nekroz chaqiradi, toʻqimalar faqatgina namlanadi. Bu esa chuqurroq kirishga sabab boʻladi.

Shoshilinch yordam: Uzoq muddat va koʻp miqdorda suv bilan yuvish.

Qoʻshimcha choralar: oʻlgan toʻqimalarni sekin-asta olib tashlash. Infuzion terapiya.

Mahalliy antiseptiklar.

Ftorit kislotasi bilan kuyganda – kaltsiy glyukonat (10% li eritmasi) jarohatga yuboriladi.

Kaltsiy ftor bilan bogʻlanib kislotani faolligini yoʻqotadi.

Fenol bilan kuyganda uning konsentratsiyasini kamaytirish uchun koʻp miqdordagi suv bilan yuviladi. Zararlangan yuzasi polietilenglikol yoki etil spirti bilan artilsa, fenolning eruvchanligi oshadi va suv bilan tez yuviladi.

Oq fosfor bilan kuyganda – oq fosfor havo bilan kontakti vaqtida oʻz-oʻzidan yonish xususiyatiga ega. Shuning uchun yonish tugaguncha suv bilan yuvib turiladi.

Issiq smola – qotguncha sovuq suv quyib turiladi. Keyin sekin asta vazelin malhami yordamida koʻchiriladi yoki sorbitant bilan emulsiya holiga keltiriladi.

Koʻz olmasining kuyishi

Mexanizmi: parvarish kamligi, ota-onalar eʼtiborsizligi.

Tashhishlash mezonlari: anamnez maʼlumotlari, klinik belgilari: konyuktiva qichishi, achishishi va giperemiyasiga asoslanadi.

Shoshilinch yordam: koʻzga kislotasi yoki ishqoriy eritmalar tushganda konyuktival qopcha suv yordamida oqim bilan tezda uzoq vaqt yuviladi. Bunda har safar bemor koʻzini ochib- yopib turadi. Agar iloji boʻlsa voqea sodir boʻlgan joyda yuvish kerak. Muolaja uchun rezina nokcha, choynak, Esmarx idishi qoʻllaniladi. Konyuktival qopcha gumbazi yaxshilab yuviladi.

Bemorlar koʻz yoki kuyish boʻlimiga zudlik bilan gospitalizatsiya qilinadi. Transportirovka yotgan holatda. Shilliq qavat kuchli shishganda qabul boʻlimida 2% li novokain eritmasi tomchilab anesteziya qilinadi. Pufak yorilganda 1% li atropin sulfat eritmasi tomiziladi.

Antibiotiklar buyuriladi, qovoqga 5% levomitsetin malhami qoʻyiladi. Koʻz sohasiga bogʻlam qoʻyish mumkin emas.

Qizilo'ngach kuyishi

Mexanizmi: qizilo'ngachning kimyoviy kuyishlari ichida eng keng tarqalgani ishqor bilan kuyish bo'lib, aksariyat hollarda tarkibida ishqor tutuvchi suyuqlikni bilmasdan yutib yuborish oqibatida sodir bo'ladi. Kislotalar bilan kuyish nisbatan kam uchrasada suitsid maqsadida sirka kislotasidan kuyish ko'p uchraydigan holatlardandir. Ishqorlar va kislotalar bilan kuyishda o'ziga xos xususiyatlar mavjud. Jumladan kislotalar bilan kuyish tezda koagulyatsiya nekrozga olib kelib, kuyishning yanada chuqurroq tarqalishiga yo'l qo'ymaydi. Buning natijasida intoksikatsiya rivojlanishi kamayadi. Ammo yuqori konsentrlangan organik kislotalar bilan kuyish, gemoliz va buyrakning og'ir etishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Ishqoriy critmadan kuyganda esa, qizilo'ngach devoridagi mahalliy belgilar chuqur va og'ir bo'ladi, intoksikatsiya belgilari sust bilinadi.

Tashhishtash: uncha murakkab bo'lmay, anamnez ma'lumotlari va klinik belgilarga (to'q rangdagi qusuq massalari, shilliq qavat qismlari bilan qusish) asoslanib qo'yiladi. Ishqoriy eritmalar qabul qilganda qusuq massalari yog'li, shilliq xarakterga ega bo'ladi. Bemor nafasiga e'tibor beriladi, chunki bir vaqtda xiqildoqga kirish sohasi kuyishi, stridor va burun – xalqum shishi rivojlanishi mumkin.

Shoshilinch yordam: og'riqsizlantirish (promedol, analgin) va zond yordamida oshqozonni yuvish buyuriladi. Agar bolada nafasning o'tkir buzilishi bo'lsa, eritubatsiya yoki traxeostomiya qilinadi. Qizilo'ngach kuyishining dastlabki soatlaridan boshlab rivojlanib boruvchi intoksikatsiya bilan kurashish lozim. Shoshilinch infuzion davo choralarini farqlab olish otoloringolog yoki jarroh yordamidan kuyish jaryoni xiqildoqga tarqalganda va reaktiv shish kelib chiqqanida foydalanish mumkin.

Elektr tokidan kuyishlar

Elektro jarohatlar eng xavfli jarohatlar guruhiga kirib,ayniqsa yuqori kuchlanish ta'siri oqibatida kelib chiqadigan kuyishlar hayot uchun o'ta xavflidir. Jarohatlanishning bu turida to'qimalarning tarqoq shikastlanishi kuzatilmaydi. Ammo agar elektro jarohat qayd qilingan bo'lsa iloji boricha kamroq to'qima shikastlanishiga harakat qilish lozim. Kuchlanish chegarasini 1000 volt deb oladigan bo'lsak, shu asosida yuqori voltli va past voltli jarohatlarni farqlab olish mumkin. Past voltli jarohatlar ko'proq uyda, bola ochiq elektr o'tkazgich simini tishlab olganda kelib chiqadi. Bu kuyishlar chegaralangan, yuzaki bo'lib, voltli ayrilish yoki chaqnash ta'sirida kelib chiqadi.

Yuqori voltli jarohatlar ham voltli ayrilish yoki chaqnash natijasida kelib chiqadi. Shuningdek jarohatning ushbu turida kontakt joyidan uzoqda joylashgan to'qimalar nobud bo'lishiga olib keluvchi o'tkazuvchi tipdagi katta xavfli jarohatlar ham uchraydi. Yuqori kuchlanishli tok manbadan (kirish jarohati) kirib organizm to'qimalaridan o'tib, erga (chiqish jarohati) etib boradi. Organizm to'qimasi tok oqimi bilan o'tkazuvchi sistema bo'lib xizmat qiladi. Shundan bilsak bo'ladiki elektro jarohatda, tana va kuchlanishli tok kirish-chiqish joyidan ko'ra oyoq-qo'llar ko'proq zararlanadi. Kirish joyidagi jarohat teri yuzasiga ega bo'lib, to'qimalarni koagulyatsiyasi va nekrozi oqibatida to'kima taranglashadi. Chiqish joyidagi jarohat odatda keng bo'ladi. Chunki tok organizmdan katta teshik qoldirib chiqib ketadi. Shunday taxmin borki, tana ichida bir necha elektr kanallari bo'lib, ular har bir organ va strukturada elektrik shikastlanish xavfini tug'diruvchi ko'plab chiqish jarohatlariga olib kelishi mumkin. Ayrisimon voltli shikastlanishlar ko'pincha yuqori chastotali shikastlanishlar bilan birga keladi. Ayrisimon voltli shikastlanishni shunday tushunish kerak-ki, bunda har hil elektr zaryadli qutblar orasida ajralgan ionlangan qismchalar to'qimani zararlaydi. Ayrisimon tok tanadan erga yoki tananing ikkinchi qismiga o'tganda hosil bo'ladi. Masalan, qo'ldan ko'krak devoriga o'tganda. Ayrisimon volt o'ta oladigan masofa har 10 000 voltga 2-3 santimetr oshadi. Ayrisimon volt harorati 20 000 °S ga ko'tarilishi mumkin va odatda katta bo'lmagan yashirin shikastlanishga olib keladi. Tok o'tayotganda to'qimalar qarshiligining o'zgarishi har hil jarohatlarga olib keladi. Tokning kuchiga qarab termik kuyishlar turli darajada bo'ladi. Eng katta shikastlanish odatda oyoq-qo'llarda bo'ladi, chunki ular qarshiligi yuqori bo'lgan suyakga yaqin joylashgan bo'ladi.

O'zgaruvchan tok bilan kontaktida bo'lgan mushakning tetanik qisqarishi oqibatida elektr shikastlanishlar «ozod bo'la olmasligi» fenomeni bilan asoratlanadi.

Yuqori voltli simni ushlaganda bilakni bukuvchi mushaklar kuchli kontrakturaga uchraydi. Natijada manbadan ajrala olmaydi, shundan «uzod bo'la olmaslik» nomi kelib chiqqan. Bu qiyin holatdan bemor hushidan ketib yoki manbadan uzoqroq joyga yiqilsagina chiqib keta oladi.

Tashhislash: uzoq vaqt yuqori volt ta'sirida qolgan bemorlarda ko'plab jarohatlarni aniqlash mumkin. Chuqur o'tuvchi elektr jarohatlar chuqur mushaklarning massiv parchalanishi va sog'lom teri ostida chuqur shish bilan xarakterlanadi. Bundan tashqari chuqur o'tuvchi jarohatlar MNS sohalariga, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'iga ta'sir qilishi mumkin. Kirish va chiqish jarohatlari chuqur o'tuvchi jarohatlarning farqlanuvchi belgisi hisoblanadi. Ravoqsimon jarohatlar bilakuzuk o'rmi, tirsak, oraliq va qo'ltikosti sohalarida mahalliy, juda chuqur koagulyatsion nekroz sohalarini hosil qiladi. Yuzaki termik kuyishlar haqiqatda yoki kiyim yonishi natijasida kelib chiqadi va keng joyni egallab bemor ahvolini og'irlashtiradi. Bu kuyishlar oyoq-qo'llar proksimal qismiga ta'sir qilib, amputatsiya talab qiladi va kelajakdagi protezlar joyida nostabil chandiqlar hosil qiladi. Ba'zi jarohatlar o'tkir kechib, bemor hayotiga bevosita xavf solsa, ba'zilar esa o'z ta'sirini bir necha oy yoki yillardan keyin ko'rsatishi mumkin.

Asoratlari:

1. yurak tomonidan:

- yurak to'xtashi
- qorinchalar fibrilyatsiyasi
- ritm buzilishi
- koronar arteriyalar zararlanishi
- miokardning bevosita zararlanishi

2. buyrak asoratlari

- parenxima zararlanishi va tubulyar disfunktsiya
- ikkilamchi o'tkir buyrak etishmovchiligi

3. MNS tomonidan

- MNS ning keng hajmli zararlanishi
- MNS ning qisqa muddatli zararlanishi
- Ekstrapiramidal yo'lning zararlanishi
- Po'stloqning zararlanishi
- Hushdan ketish, koma va konvulsiya
- Kechki gemiplegiya yoki bosh miya ustuni sindromi

4. umurtqa pog'onasi tomonidan

- kvadriparez
- paraparez
- distal oqrik va parasteziya
- kechki ataksiya, kuchsizlik yoki paralich (Pans sindromi)

5. alohida asoratlari

- vazomotor nostabillik
- simpatik reflekslar distrofiyasi

6. oshqozon-ichak trakti tomonidan:

- qorin devori yorilishi va eventeratsiya
- nodinamik ileus va oshqozon atoniyasi
- oshqozon yoki oshqozon osti bezi yaralari
- kechki vistseral perforatsiya
- fistula
- pankreatit va «elektrik diabet»

- bevosita jigar jarohati va koagulopatiya
- kaliyni tez yo'qotilishi

7. o'pka tomonidan:

- nafas to'xtashi

- ko'krak qafasi bevosita jarohati
- plevra jarohati va gidrotoraks
- bo'lakli pulmonit
- bronx perforatsiyasi
- qovurg'alar sinishi bilan yoki sinishsiz pnevotoraks

8. oftologik asoratlari

- ko'z olmasining bevosita jarohati
- shoxparda yoki optik nervning ajralishi
- katarakta
- yorug'lik makulopatiyasi

9. tomir asoratlari

- bevosita jarohatlari
- tomirlarning kechki yorilishi
- ichki jarohati
- arteriya va mushaklarni oziqlantiruvchi strukturalarini shikastlanishi

10. boshqa asoratlari

- homila ichi o'limi
- spontan abort
- suyak ko'migi faoliyatini pasayishi

Tok urgan bemor hushini yo'qotadi va elektrik manba bilan kontaktida bo'la olmaydi. Shunday bo'lsada «tirik sim» bilan kontaktida bo'lgan bemorda ozod qilishda hushyor bo'lib, qutqaruvchi elektrik zanjirni bir qismiga aylanmasligi kerak. Yana qutqaruvchi shuni esda tutishi kerakki, uni ham elektrik ayri volt zararlashi mumkin, chunki yuqori kuchlanishli tok jabrlanuvchi atrofida 30 metr masofada ayri hosil qiladi. Jabrlanuvchiga manba xavfsizlantirilmaguncha yoki tok o'tkazmaydigan predmet (quruq daraxt bo'lagi) yordamida olib tashlanmaguncha yaqinlashish kerak emas.

Shoshilinch yordam:

Jabrlanuvchi xavfli joydan ozod qilingach ko'zdan kechiriladi, nafas, yurak faoliyati tekshirilib, hayotiy muhim ko'rsatkichlar o'lchanadi. Transportirovkadan oldin infuzion terapiya olgan, lekin hushsiz bo'lgan bemorning skelet o'qi, ayniqsa umumrtqa pog'onasi harakatsizligiga e'tibor berish lozim. Barcha bemorlardagi kabi elektrotravma olgan bemorlarda ham hushsiz yotganda nafas yo'llari va nafas tekshiriladi. Agar endotraxéal intubatsiya kerak bo'lsa, umurtqa zararlangan bo'lishi mumkinligini esda tutish va ahvolini yomonlashtirishi mumkin bo'lgan choralarini qo'llamaslik kerak. Ko'plab yuqori voltli tokdan shikastlangan bemorlarda yurak to'xtashi kuzatiladi. Bunda hodisa joyida reanimatsiya o'tkaziladi. Aks holda o'lim holati kuzatilishi mumkin. Dastlabki davo chora tadbirlari nafas va yurak ishini stabilashdan boshlanadi. Venaga tushish. Elektrotravmalı bemorda siydik hajmi va xarakterini aniqlash va undagi gemoglobinni ham tekshirish muhimdir. Endotraxéal intubatsiya: bu muolaja tok bilan zararlangan bemorlar uchun kam qo'llaniladi.

Ko'rsatmalar:

- yuzning keng termik kuyishlarida; o'pka va nafas yo'llari shishishiga gumon bo'lganda
- hushsiz bo'lgan respirator – distressli bemorlar
- nafas yo'llarini tiklashni talab qiluvchi ko'krak qafasi jarohati
- kattalarda erta aniqlangan respirator –distress sindrom. Yaraning holatini baholashda uning chuqurligiga alohida e'tibor berish kerak. Yaraning sathi to'qqizlik qoidasi yordamida o'lchanadi. Kirish va chiqish jarohati aniqlanib, unga ishlov berilib bog'lam qo'yiladi.

Oyoq-qo'llar normal ko'rinsada, pferferik nerv funksiyasini pastligi jarohat chuqurligidan dalolat beradi. Elektr toki bilan kuygan bemorlarda jarohat yuzasiga birlamchi ishlov berish sepsisning asosiy profilaktikasidir.

Gospitalizatsiya. Zudlik bilan kuyish bo'limiga yuboriladi.

Mavzu ho'yicha nazorat savollari:

1. Yumshoq to'qimalar yopiq shikastlanishi va birinchi yordam ko'rsatish tamoyillari.
2. Yumshoq to'qimalar ochiq shikastlanishi va birinchi yordam ko'rsatish tamoyillari.
3. Kuyish tasnifini aytib bering.
4. Kuyish jarohatlarini tashxislash va shoshilinch yordam tamoyillari
5. Kuyish asoratlari
6. Ingalyatsion kuyishda tez tashxislash va shoshilinch yordam ko'rsatish.
7. Kuyishning og'irlik darajalari va kriteriyalari
8. Teri kuyishida shoshilinch yordam ko'rsatish.
9. Kimyoviy kuyishda shoshilinch yordam.
10. Elektr toki bilan kuyishda shoshilinch diagnostika va yordam tamoyillari.

QORINDA O'TKIR OG'RIQLAR BILAN KECHADIGAN SHOSHILINCH HOLATLAR

Qoridagi o'tkir og'riqlar qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklarining eng birinchi shikoyatidir (jadvalga qarang). Ko'pchilik xollarda bu xayotga xavf soluvchi bo'lib xisoblanmaydi. Lekin ba'zi bir og'riqlar ma'lum bir kasallikni belgisi xolida kelib, o'z vaqtida ko'rsatilmagan xirurgik yordam bemorni o'limga olib kelishi mumkin. Bu situatsion ko'rinishdagi kechinma "o'tkir qorin" – sindromokopleksi bo'lib xisoblanib, o'z ichiga bir qator kasalliklar va abdominal og'riqlarni birgalikda kechishi, peritonial sindrom, organizmni zaxarlanish intoksikatsiyasi va dispetsiya ko'rinishi tarzida kechadi. Shoshilin tibbiy yordam ko'rsatish kerak bo'ladigan o'tkir qorin sindromokompleksini ikkinchi sababi bu buyrak va jigar sanchig'i xisoblanib, bemorga qisqa vaqt ichida azob berib, xavfli holatni o't va peshob yo'llarini tiqilib qolishi natijasida sodir bo'ladi. Differentsial tashxislash va davolash taktikasini belgilashda, bemorni fizikal tekshiruvlari, to'lik to'plangan anamnezi kerak bo'ladi.

I. Anamnez

So'rovni og'riqni yuzaga kelish sabablaridan boshlanadi. Anamnez to'plashda quyidagi savollarga javob olish kerak:

- Og'riq joylashuvi (1- rasm). Ba'zi bir kasalliklardagi og'riq qorinda ma'lum bir joylashgan tarzda kechadi. Og'riqni shikastlangan a'zoni proektsiyasida kuzatilishi qorin pardasini parietal qismini ta'sirlanishi natijasidir (masalan: o'tkir xoltsistit va appenditsit). Shuning uchun birinchi navbatda og'riq soxasiga yaqin joylashgan a'zolarni shikastlanganligi to'g'risida gumon qilish kerak.

Jadval I. Qorinda o'tkir og'riq: differentsial tashxislash, og'riqni joylashgan soxasiga qarang

O'ng qovurg'a ravog'i

O'pka va ko'krak qafasi

- O'ngtomonlama pastki segmentli pnevmoniya
- O'ng patski qovurg'alarni sinishi.
- O'pka arteriya emboliyasi va o'pka infarkti

Jigar

- O'tkir gepatit (xar kanday etiologiyali)
- Gepatomegaliya (xar kanday etiologiyali)
- Sekvestratsion kriz qonni jigarda to'planishi bilan (o'roqsimon xujayrali anemiya (serpovidnokletochli anemiya)
- Jigar o'smasi (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar)

<p>Jigar abstsessi Jigar jarohati</p>
<p>O't yo'llari O'tkir xoletsistit va o't qopi toshi sanchig'i Surunkali xoletsistit O't yo'llari diskineziyasi Kalkulez pankreatit</p>
<p>Oshqozon Yara kasalligining huruji Gastrit Oshqozonning o'tkir kengayib ketishi Oshqozon yarasining yorilishi</p>
<p>O'nikkibarmoqli ichak O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi O'n ikki barmoqli ichak yarasi yorilishi</p>
<p>Oshqozon osti bezi O'tkir pankreatit (o'ng va chap qovurg'a ostida og'riq sezish) Oshqozon osti bezi boshchasi rak kasalligi</p>
<p>Buyraklar Pielonefrit (umurtqa-qovurg'a burchagida og'riq) Buyrak sanchig'i</p>
<p>Yurak Stenokardiya va miokard infarkti Perikardit</p>
<p>Ichak Retrotsekal appenditsit</p>
<p>Boshqa sabablar Kamarsimon temratki Diafragma osti abstsessi</p>
<p>Epigastral soha</p>
<p>Yurak Stenokardiya va miokard infarkti Perikardit</p>
<p>Qizilo'ngach, oshqozon va ichak Ezofagit Gastrit Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi Diafragma qizilo'ngach teshigining churrasi va uning asoratlari Qizilo'ngach yorilishi Kardial qism axializiyasi</p>
<p>Oshqozon osti bezi O'tkir pankreatit Oshqozon osti bezi o'smalari</p>
<p>Boshqa sabablar To'sh suyagi sinishi</p>

Tittse sindromi (qovurg'a xondriti)
Chap qovurg'a osti
O'pka va ko'krak qafasi Chap tomonlama pastki bo'lak pnevmoniyasi Chap pastki qovurg'alar sinishi
Taloq Splnomegaliya (xar kanday etiologiyali) Taloq jarohati Taloq absstessi Taloq arteriyasi anevrizmasi
Oshqozon Oshqozon o'smalari (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar) Gastritlar Oshqozon o'tkir yarasi Oshqozon teshiluvchi yarasi
Oshqozon osti hezi O'tkir pankreatit (og'riq o'ng va chap qovurg'a ravog'o tomonda kuzatiladi.) Oshqozon osti bezini dum soxasini xavfli o'smasi Oshqozon osti bezini soxta va chin kistasi
Buyraklar Picloncfrit Buyrak sanchig'i
Yurak Stenokardiya va miokard infarkti
Ichaklar Ko'ndalang yo'g'on ichakni chap pastga tomon tushuvchi ichak egilmasida o'smalar
Kindik atrofi
Oshqozon osti hezi Pankreatit Oshqozon osti bezini o'smalari (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar)
Ichaklar Ichak mexanik tutilishi Appenditsit (erta bosqichi) Ichak charvisi qon-tomirlarini tromboz va emboliyasi, ichak infarkti (erta bosqichi) Chov churrasini siqilib qolishi Kindik churrasi Qorin aortasini kengaygan anevrizmi, anevrizmni yorilishi Divertikula (ingichka va yo'g'on ichakda) Gastroenterit Katta charvini buralib qolishi
Boshqa sabablari Uremiya va boshqa metabolik buzulishlar Leykoz Og'riq krizi (o'roq xujayrali anemiya)
O'ng chov soxasi

<p>Ichaklar</p> <p>O'tkir appenditsit O'tkir mezadenit Chov churrasi siqilib qolishi Yarim oy liniyasi churrasi (spigeliev) Ileit (Krona kasalligi) Ko'r ichakni teshilishi (o'smalar, yot jisimlar, divertikulit) Mekkel divertikulasini yalig'lanishi Tiflit (neytropeniyada) Sigmasimon ichakni divertikuliti (dolixosigmada) Oshqozon va o'n ikki barmoqli yaralami teshilishi Pelviorektal paraproktit</p>
<p>Buyraklar</p> <p>Pielonefrit Buyrak sanchig'i</p>
<p>Ayol jinsiy a'zolari</p> <p>O'tkir salpingit, piosalpinks, piovar Bachadon nayi xomiladorligi Tuxumdon oyoqlarini buralib qolgan kistasi Endometrioz Ovulyator og'riqlar</p>
<p>Tomirlar</p> <p>Yonbosh arteriyasi anevrizmi</p>
<p>Boshqa sabablar</p> <p>Psoas-abstsess Qin to'g'ri mushak gematomasi</p>
<p>Chap chov soxasi</p>
<p>Ichaklar</p> <p>Sigmasimon ichakni divertikulit Pastga tushuvchi yo'g'on ichakni teshilishi (o'smalar, yot jisimlar) Chov churrasini siqilibqolishi Yarim oy liniyasi churrasi (spigeliev) Pelviorektal paraproktit</p>
<p>Ayol jinsiy a'zolari</p> <p>O'tkir salpingit, piosalpinks, piovar Bachadon nayi xomiladorligi Tuxumdon oyoqlarini buralib qolgan kistasi Endometrioz</p>
<p>Buyraklar</p> <p>Pielonefrit Buyrak sanchig'i</p>
<p>Boshqa sabablar</p> <p>Psoas-abstsess Qorin aortasi anevrizmi Qin to'g'ri mushaklari gematomasi Yo'g'on ichak yog'li charvisini buralib qolishi Chov arteriyasi anevrizmi</p>

- Qorin orqa soxasi kasalliklari (buyrak, oshqozon osti bezi), odatda orqa ko'krak qafasi yoki yonbosh soxada og'riq bilan kechadi. Ba'zida qorinda o'tkir og'riqni chaqirishi mumkin. Bu holatlar aksariyat shifokorlarni to'g'ri davo yo'lini tanlashiga xalaqit beradi. Qorin pardasi bilan kontakda bo'lmagan a'zolar, shu bilan birga yallig'lanish kuzatilmaydigan qorin ichi kasalliklarida tarqoq aniqlash qiyin bo'lgan og'riqlar kuzatiladi (masalan: ingichka ichaku tutilib qolishini boshlang'ich stadiyasi). Bir-biriga yaqin joylashgan a'zolar aksariyat xollarda o'xshash klinik manzarani berib, differentsial tashxisni malakali shifokorda xam qiyinchilik tug'diradi.. (2-jadivalga qara).

Jadival 2 Epigastral soxadagi qattiq og'riqda differentsial tashxislash					
	Oshqozon va o'n ikki barmoqli yarani teshilishi	O'tkir pankreatit	O'tkir xolestsistit	Qorin aortasi anevrizmini yorilishi	Ichak ishemiyasi
Og'riqni boshlanishi	Birdaniga, kuchli juda kuchli og'riq	Sekin asta	Sekin asta	Birdaniga obmork bilan kuzatiladi	Birdaniga
Og'riq joylashuvi	Epigastral soxadagi og'riq tezda tarqoq xolga o'tadi	Epigastral , o'ng va chap qovurg'a ravoqlari soxasida	O'ng qovurg'a ravog'i va epigasteral soxada	Kindik soxasida	Tarqoq aniqlash qiyin bo'lgan og'riq
Og'riqni uzatilishi	Odatda kuzatilmaydi	Ko'krak qafasi orqa qismi: og'riq a'zo joylashgan soxada yoki belbog'li xolda kuzatiladi	Ko'krak qafasi orqa qismi, o'ng elka va o'ng lopatka osti soxasi	Ko'krak qafasi orqa qismi, chov soxasi	Yo'q
Qusish	Yo'q yoki bir-ikki marotaba	Ko'p marotaba, turg'un	Bir-ikki marotaba	Ba'zida	Ba'zida bir-ikki marotaba
Alkohol ichimliklarini istemol qilish	Xar xil ta'sir qiladi	Og'riq xruji aksariyat alkohol ichimliklariga ro'j kilinganda kuzatiladi.	Ta'sir qilmaydi	Ta'sir qilmaydi	Ta'sir qilmaydi
Oldin bo'lib o'tgan og'riqlar	Anamnezda oshqozon ichak yara kasalligi (u 50%)	Tez-tez, hozirgi huruj oldingilariga o'xshash	Tez-tez; hozirgi huruj oldingisidan ko'ra kuchliroq	Yo'q	Yo'q
Ovqat mahsulotlarini ko'tara	O'tkir ovqatlar, alkohol	Yog'li ovqat (steatoreya)	Yog'li va qovurilgan ovqat	Yo'q	Yo'q

olmaslik					
Shok	Kasallikning erta davri uchun xos	Kasallikning kechki davri uchun xos	Xos emas	Kasallikning erta davri uchun xos	Kasallikning kechki davri uchun xos
Paypaslaganda og'riq	Tarqoq	Epigastral sohada yoki tarqoq	O'ng qovurg'a yoyi ostida yoki epigastral sohada	Kindik sohasida	Tarqoq
Shchetkin—Blyumberg simptomi	Dastlabki daqiqalardan erta boshlanadi	Kech, bir necha soat yoki kundan keyin paydo bo'ladi	Ba'zida	Ba'zida	Og'riq kuchi belgilar yaqqolligiga mos kelmaydi
Qorin oldi devori mushaklari tarangligi	«Taxtasimon qorin»	Kuchsiz	Qorin to'g'ri mushaklarining bir tomonlama taranglashishi	Ba'zida	Ba'zida, kasallikning oxirgi davrida
Ichak shovqinlari	Yo'q	Susaygan yoki yo'q	Me'yorida yoki susaygan	Susaygan yoki yo'q	Susaygan yoki yo'q
Qovurg'a-umuruq burchagida og'riq	Yo'q	Ikki tomonlama kuchsiz	Yo'q yoki engil darajada	Yo'q yoki ikki tomonlama engil	Yo'q
Bemor holati	Chalqancha, bemor harakatsiz	«Embrion holati», Qusishga chaqiruv	Chalqancha, bemor ko'rinishidan xotirjam	Chalqancha, bemor xotirjam	Chalqancha, bemor huj'anak bo'ladi
Qorin bo'shlig'i tasviriy rentgenografiyasi	Qorin bo'shlig'ida erkin gaz (70%), ichak tutilishi belgilari	Ichak tutilishi belgilari, och ichak va ko'ndalang ichak ayrim qovuzloqlarining shishi	Ichak tutilishi xos emas; o'ng qovurg'a osti sohasida o't qopining ohaksimon toshi (10%)	Qorin aortasining kengayib ketishi va mo'rtlashib qolishi	Ichak tutilishi belgilari
UTT	O'tkazmaydi	Oshqozon osti bezi kattalashishi	O't tosh kasalligi, o't qopi devori qalinlashishi	Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik, qorin aortasi devori qalinlashishi	O'tkazmaydi
KT	Ko'rsatma yo'q	Oshqozon osti bezi kattalashishi, atrof to'qimalar shishi	Ko'rsatma yo'q	Qorin bo'shlig'ida erkin qon, aortaning kengayib pulsatsiya qilib turishi	Ko'rsatma yo'q
Lobarator	Amilaza	Amilaza faolligi	Amilaza faoldligi	Gemotakrit	Ba'zida

tekshiruvlar	faolligi biroz oshgan, qonda biroz leykotsitoz	oshgan; azotemiya; zardobda kaltsiy va magniy oshgan, leykotsitoz	odatda me'yorda, biroz leykotsitoz	ko'rsatgichi past	amilaza faolligi biroz oshgan, azotemiya, leykotsitoz (yuqori ko'rsatkichla rda bo'lishi mumkin)
--------------	--	--	---------------------------------------	-------------------	--

- **Og'riqni boshqa joyga uzatilishi**— eng asosiy belgi xisob, tashxis qo'yishda klinik manzarani to'ldiradi. Diafragma osti a'zolarini shikastlanishida og'riq ekaga, shikastlangan tomondagi bo'yin yon bosh soxasiga, diafragmani innervatsiya qiluvchi orqa miyani IV - nervi o'tkanligi sababli uzatiladi. O't pufagi sanchig'ida og'riq odatda o'ng qovurg'a ravog'ida kuzatilib, o'ng elkaga va o'ng kurak soxasiga beradi. Pankreatitda og'riq orqaga berib, ko'pincha uni belbog' og'rig'i deb atashadi. Buyrak sanchig'ida odatda yonbosh chov soxasiga og'riq berib, peshob yig'uvchi nay yo'nalishi bo'ylab, va peshob tezlashgan ajralishida og'riq namayon bo'ladi.
- **Og'riq xarakteri.** Qorinda og'riq doimo yoki xurujli (sanchiqli) bo'lishi mumkin.
- Doimiy og'riq kuchayishi va susayishi mumkin, lekin butunlay yo'qolmaydi, xurujli tarza kechmaydi. Doimiy og'riq qorin a'zolarini yallig'lanishida va o'sma kasalliklarida sodir bo'ladi. Og'riq o'tkir xoletsistitda yuzaga kelib, aksariyat o't qopi va yo'li sanchig'i tarzida kechadi deb fikirlanadi. Bu noto'g'ri fikir o'tkir xoletsistitda og'riq doimo va kuchsizlanmagan tarzda kechadi.
- Xurujli og'riq odatda to'liq bo'lmagan a'zolarini tiqilib qolishida (ichak tutulishi, peshob-tosh kasalligi) yoki shu bo'shliqlar ichidagi bosimni biron bir sabablarga ko'ra ortishi (ichaklarni paralicligi tugagandan keyin ichak peristaltikasini kuchayishi, gastroentirit) kuzatiladi. Lekin esda tutish kerak, ba'zi bir kasalliklarda og'riq xurujli boshlanib, keyin doimiy og'riq kuzatiladi (ichak tutulishini ichak infarkti bilan kechishi).
- **Og'riq davomiyligi.** 4 soat davomida kuzatiladigan og'riq, bemorda "o'tkir qorin" sindromi borligiga taxmin qilinadi. Qisqa-qisqa boshqa klinik belgilar va laborator ko'rsatkichlarni o'zgarishsiz davom etadigan og'riq, ba'zida og'ir kechuvchi kasalliklarda kuzatiladi. Aksariyat davomiy yoki xurujli og'riqlar bemorda patologik jarayonlar kechayotganidan jdarak beradi. Ko'pchilik xirurgik qasalliklarda og'riq bir necha soatdan bir necha kungacha bo'lishi kuzatiladi. Oylab kuzatiladigan og'riqlar aytarli xavfli emas. Bu kasalliklarda jadal gospitalizatsiya faqat bemorni axvoli birdaniga yomon tomonga og'sa (o'n ikki barmoqli ichak yarasini teshilishi) amalga oshiriladi. Agar bemor qorinda yillab kuzatiladigan og'riqqa shikoyat qilsa, bu xolda bu bemorda simulatsiya yoki asab buzulishi xolida kuzatiladi. Bunday bemorlarda sotsial- ijtimoiy yashash sharoitini baxolash kerak.
- **Og'riq davomiyligi.** Odatda qanchalik xirurgik kasallik og'ir kechsa, shunchalik og'riq kuchli kechadi. Oshqozon-ichak traktidagi moddalarni qorin bo'shlig'iga tushushi og'riqqa chidamli bo'lgan bemorlarni xam shifokorga murojat qilishiga majburlaydi. Barcha bemorlar odatda o'zlarida kechayotgan og'riqni intensivligini va holatlarini to'g'ri baxolaydilar. Shuning uchun, sog'lom ko'rinishida bo'lgan odamlarda kuzatilgan og'riqlarni inkor etmaslik kerak.
- **Og'riqni yuzaga kelishi.** Ba'zi bir xirurgik kasalliklarda qorinda og'riq birdaniga kupincha axvoli yaxshi bo'lganda paydo bo'ladi (yarim to'liq a'zoni teshilishi, arteriyalar tromboemboliyasi, yaxshi qon bilan ta'minlangan a'zoni buralib qotishi). Bu bemorlarni axvoli tez og'irlashadi. Bemor o'zidagi og'riqni aniq va chahon yuzaga kelganini aytib beradi. Boshqa kasalliklar masalan; apeditsit, divertikulit, ichakni mexanik tutulishida og'riq

yzaga kelishi birdaniga sodir bo'lmay, bir necha soatdan keyin kuchli tarzda kechishi mumkin.

- **Qusish.** Ba'zi bir kasalliklar turg'un qusish bilan kechadi, boshqalari juda kai yoki umuman kuzatilmaydi. O'tkir pankreatit va xoletsistitni boshlang'ich fazasiga tez-tez kusiqlik bo'lishi xosdir. Mexanik ichak tutulishida qusuqning tez-tez paydo bo'lishi va intensivligi to'siqlarning joylashgan joyiga bog'liq, ya'ni to'siqlik qanchalik yuqori bo'lsa qusuq shunchalik ko'p va kuchli bo'ladi. Axlak hidli qusuq kelishi ingichka ichak yoki oshqozon-chambar ichak tutilishidan darak beradi. Qusuq massasida o't safroning bo'lmashligi Faterov so'rg'ichidan yuqori qismda to'siqlik borligidan dalolat beradi.
- **Aniqlik kirituvchi boshqa omillar.**
- Tashhis qo'yish uchun ba'zida bemorning yoshi va jinsining ahamiyati bo'ladi. Chunki ayrim kasalliklar ma'lum bir yoshda uchraydi. Masalan: ichak invaginatsiyasi 2 yoshgacha ko'p uchrasa, appenditsit 50 yoshdan kichiklarda ko'proq uchraydi. Xoletsistit aksariyat hollarda o'rta yoshli ayollarda uchraydi. Yana shuni bilish lozimki ayrim hollarda bu qoidalarni buzilgan holda uchratish mumkin.
- **Dorilarga doir anamnezi**
- Ayrim dorilar va narkotiklar qorin bo'shlig'i a'zolari jarrohlik kasalliklarini hurujini chaqirishi mumkin. Kortikosteroidlar yoki yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositalarini qabul qilish fonda paydo bo'lgan qorindagi o'tkir og'riqlarda yara yorilishiga gumon yuqori bo'lishi lozim. Alkogol, tiiazidli diuretiklar, pentamidin va azatioprinlar qabuli ba'zida pankreatit hurujiga olib keladi. Sulfanilamidlar va barbituratlar ba'zida o'tkir o'tuvchi porfiriya kamqonligini chaqirishi mumkin.
- Og'riqni engillashtiruvchi dori vositalari. Oshqozon yara kasalligida va reflyuks-ezofagitda antatsidlar qabul qilish og'riqlikni kamayishiga olib keladi. Peritonitida «uy dorixonasi»da saqlanuvchi og'riqlik qoldiruvchi dorilardan foydalanish taqiqlanadi.
- **O'tkazgan kasalliklari.** Qiyosiy tashhis uchun og'riqlarning birinchi marta bo'lishi yoki qaytalanishi muhimdir. Masalan o't tosh kasalligi va pankreatit uchun qaytalanuvchi og'riqlik xosdir. Agar aniq bir sababsiz bir xil tipdagi og'riqlik bilan bir necha marotaba murojat qilgan bo'lsa bu simulyatsiyadan darak hisoblanadi. Bemorning oldin o'tkazgan operatsiyalari albatta so'raladi. Shuningdek ayollardan ginekologik anamnez so'rash muhim ahamiyatga egadir. Chunki bachadon va tuxumdonlarning surunkali yallig'lanuvchi kasalliklari qorinda hurujimon og'riqlar bilan kechishi mumkin. Bachadondan tashqari homila bo'lgan ayollarda shu holatni qaytalanish ehtimoli yuqoridir. Bachadon ekstripatsiyasi paytida apendektomiya o'tkazilgan bo'lishi mumkin.

Fizikal tekshirishlarni – to'la o'tkaziladi. Anamnez va fizikal tekshirishlar, to'g'ri tashxis qo'yishga kerak bo'ladigan 60%-gacha ma'lumotni bersa, laborator tekshirishlar faqat 10-15%-ni beradi.

Bemor umumiy holati va asosiy fiziologik ko'rsatkichlar

- Bemorni tashqi ko'rinishi uni qanday og'ir axvolda ekanligini aniqlashda yordam beradi. Bemorga etibor bering – xaqiqatdan xam qiynalmoqdami, o'rinda yaxshi yotgan xolda telefon orqali gaplashmoqdami yoki televizor ko'rmoqdami. Agar yotgan xolda qorin soxasi paypastashda og'riqlik shikoyat qilsa, kulsa, xazillashsa – bu bemorda xirurgik kasallikni bo'lishi ehtimoldan yiroq bo'ladi.
- Og'riqni kamaytirish uchun bemor o'ziga xos quldai turg'unlikni olishi xam tashxislash uchun asosiy belgi hisoblanadi. Pankreatitda bemor "embrion shakli"ni oladi, bunda oyoq-qo'llari qoringa yig'ilgan tana oldinga egilgan ko'rinishda bo'ladi. Bu shakl ko'rinishida og'riqlik kamayadi, chunki oldi bel mushaklari yallig'lanish protsessida ishtirok etgani sababli bo'shshadi. Retrotsekal appenditsitda bemorlar aksariyat xollarda o'ng oyoqlarini tizza va son bo'g'imini bukib yallig'langan o'simtani bosimini kamaytirishga xarakat kiladilar. Xar

qanday etiologiyali tarqoq peritonitda bemor xarakat qilmagan yotadi, chunki o'zgina xarakat og'riqni kuchaytirib yuboradi.

- O'tkir qonidagi kuzatilgan taxikardiya bemorda kuzatilgan suvsizlik va xarorat ko'tarilishi bilan bog'liqdir. Qari yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'riq, beta-adrenoblokatorlar qabul qilyotgan insonlarda taxikardiya kuzatilmashligi mumkin. Taxikardiyaning kuzatilmashligi bemorda og'ir qorin a'zolarini kasalligi borligini inkor etmaydi. Yurak qisqarishlar sonini tekshiruv vaqtida ortib borishi (agar suvsizlik kuzatilmasa) – bemor axvoldan og'irlashayotganligidan darak beradi.
- Qorin og'rig'idagi taxipnoeni sababi – nafas sig'imini kamayishidir. Yuzaki tezlashgan nafas kerakli minutli sig'imni ushlab turadi. Taxipnoe va respirator alkaloz metabolik atsidozning yuzaga kelayotganligidan darak berib, sepsisda kuzatiladi.
- Xarorat ko'tarilishi ko'p qorin a'zolarini yallig'lanishiga xos belgi. Xaroratni to'g'ri ichakda yoki quloq yo'lida o'lchanadi. Xaroratni og'izda o'lchashga ruxsat berilgan, lekin ishonchli bo'la olmaydi. Qo'ltiq ostida xaroratni o'lchash mumkin emas, chunki bu usul aniq xaroratni ko'rsatmaydi. Qorin a'zolarini yallig'lanishini erta bosqichlarida (masalan: xolestsistit, appenditsit) xarorat kuzatilmaydi. Agar xolestsistitga yoki appenditsitga shubxa bo'layotgan bemorda birinchi soatlarda xarorat kuzatilsa va u 39-40°C ni tashkil qilsa tashxislashni qayta o'tkazish kerak bo'ladi. Qorinda og'riq yuqori xarorat bilan birga kechishi faqat bakterial peritonit va qorin ichi abscesslarda kuzatiladi. Yuqori xaroratni qaltirash bilan birga kechishi baktericemiyaga xos bo'lib, bu xolda hemordan qon poscvi olinib, tashxislashni kutmasdan turib katta spektrli antibiotiklar qilinadi. Bemor xaroratni tushiradigan dori vositalarini qabul qilgan yoki qilmaganligi axamiyatga ega, chunki bu xaroratni kechishini yashiradi. Suvsizlangan va qari insonlarda yallig'lanishga reaksiya kuzatilmaydi. Sepsisdagi gipotermiya - yomon oqibatli belgi hisoblanadi.

Qorinni tekshirish. Qorin soxasini tekshirishni iloji bo'lsa malakali shifokordan o'rganish kerak. Bemor qorindagi og'riqni shifokor tomonidan inkor etilishi, uni jaxlini chiqarishi, birlamchi va keyinchalik bo'ladigan tekshirishlarni qiyinlashtirishi mumkin. Bolarni tekshirishda ehtiyotkor bo'lish talab etiladi. Barcha qorinda og'riq kuzatilyotgan bemorlarni ikki gruxga bo'lish mumkin. Birinchi gruxga o'tkir qorin va qorin pardasini yallig'langanligini aniq belgilar kuzatilganlar.

Tekshirish ma'lum bir ketma-ketlikda olib boriladi.

1. ko'ruvdan boshlanadi. Bemorni umumiy holati va turish shakli baxolanadi. Qorin soxasini ko'rishda quyidagi belgilarga e'tibor berishi kerak:
 - Qorindagi chandig' va u joylashgan soxa. Operatsiyadan keyin bo'ladigan chandig'lardagi xurujli og'riqda ichak tutulishiga shubxa qilish kerak. Chandiqni joylashuviga qarab o'tkazilgan operatsiyalarni xarakterini aniqlash va bu bilan differentsial tashxislashni tezlashtirish mumkin.
 - Qorin xavoli shishi. Qorin xavoli shishini baxolashda odatda qanchalik ichaklarni distal soxasi tiqilishi kuzatilsa shunchalik qorin xavoli shishi kuchayadi. Yuqori ichak tutulishida qorin tortilgan, ladevidli shaklida bo'lishi mumkin. Lokal qorin shishi aksariyat qorinda o'smalar yuzaga kelishida kuzatiladi. Qolaverasa qorinda shish nima sababdan yuzaga kelganligini aniqlash kerak- suyuqlik to'planishi (atsit) yoki gazlar.
2. Keyingi bosqich — auskultatsiya. Fonendoskop issiq bo'lishi kerak. Qorinda shovqun turlari va xarakteri aniqlanadi.
 - Ichak shovqunlarini bir necha minut ichida pasayishi yoki mutloq yo'qolishi, bemorda peritonit yoki falajli ichak tutulishi borligidan darak beradi. Maxaliy peritonitda, asoratli appenditsitda, ichak divertikulitida va boshq ba'zi bir kasalliklarda ichak shovqunlari me'yoriy bo'lishi kuzatiladi.

- Qorinda xurujli og'riqni kuchaygan ichak shovqunlari bilan kechishi mexanik ichak tutilishiga xos xisoblanadi.
 - Tomirdagi turbalantlik shovqunlari qorin aortasini anevrizmida, buyrak va ichak charvisini arteriyalarini stenozida bo'ladi.
3. Perkussiya xar doim auskultatsiya o'tkazilgandan keyin bajariladi, chunki u peristaltikani stimullaydi (xudi shunday paypaslash xam). Quyidagi perkutor tovushlar kuzatiladi:
- To'mtoq tovush – korin bo'shlig'ida xosila bo'lsa, astsitda, ichak xalqasida suyuqlik to'plansa kuzatiladi.
 - Timpanik tovush – qorin bo'shlig'ida erkin gaz va ichaklarda gaz to'plansa sodir bo'ladi.
 - Aralash tovush – tanani holatini o'zgartirganda qorindagi erkin suyuqlik, yani astsitga xosdir.
 - Jigar to'mtoqligini yo'qolishi. Odatda jigar ustida perkusiya qilinganda to'mtoqlik kuzatiladi. Uni jarangdor bo'lishi korin devori va jigar oralig'ida gaz to'planishidan xosil bo'ladi. Bu yarim to'liq a'zolarni teshilishidan darak beradi.

Chuqur paypaslashni amalga oshirmay perkusiya bilan bemorda peritonit rivojlanganligini aniqlash mumkin. Agar perkusiya qorinda og'riqni chaqirsa bu belgi peritonitga xos bo'ladi. Peritonit kuzatilgan bolalarga salgina tegish bezovtalantiradi. Sezirarli kilmay turib yoki bilmasdan bola krovatiga teshgib ketilsa darov korinda og'riqqa shikoyat qiladilar. Bemorni retgenologik tekshirishga olib borilayotganda zambil g'altka eshikka yoki devorga tegib ketisa og'riq kuzatiladi. Bu yashirin kuzatish usuliga o'xshash usullar peritonitda qorinni chuqur paypaslash va Shetkina-Blyumberga simptomiga qaraganda ko'proq ma'lumot beradi, kuyidagi usullar aksariyat soxta musbat ko'rsatkichlarni ko'rsatadi.

4. Paypaslash — qorin soxasini tugalana-yotgan tekshirishlariga kiradi. Birlamchi bo'g'in shifokorini qo'li issiq bo'lishi kerak. Bu ayniqsa bolalarni ko'rishda katta axamiyatga ega bo'lib, aks xolda ularni qarshiligi kuzatiladi.
- Bemorda og'riqni kuchayishiga olib kelmaslik uchun tekshirishlarni boshida, paypaslashni oldin og'riq kuzatilmagan soxalarda yuzaki paypaslashdan boshlash kerak. Bu korin mushaklarini sovuqqa taranglashishni oldini oladi va bemor bilan mulokatni yaxshilaydi. Og'riq kuchli kuzatilgan soxalar eng oxiri tekshiriladi.
 - Boshida yuzaki orintirlashgan paypaslashni amalga oshiriladi. Bunda kuchli og'riq kuzatilgan soxalar aniqlanadi.
 - Qorin soxasini bir tomondagi qorin to'g'ri mushaklarini taranglashishi – peritonit simptomini beradi. Uni korin soxasini simmetrik oq linyasini ikki qo'l bilan paypaslab onson topish mumkin.
 - Qorin soxasini chuqur paypaslash usuli tekshirishlar yakunlashishi vaqtda bajariladi. Agar shu davrga kelib tarqoq peritonit tashxisi qo'yilgan bo'lsa, chuqur paypaslani o'tkazish kerak emas. Chuqur paypaslash usuli bilan qorin soxasidagi barcha a'zolari tekshiriladi. Bunda qorin soxasida og'riq, qorin oldi devori mushaklarini tarangligi va qorin a'zolarni razmeri aniqlanadi.
 - «Taxtasimon» qorin — oshqozon yarasi teshilganligini asosiy klinik belgisidir. Xlorid kislotasini qorin pardasiga ta'siri kuchli og'riqni va mushaklar siqilishini yuzaga keltiradi. Ba'zida qorin devorini xaqiqiy rigidligini, qorin devorini ximoya rigidligidan ajratib olish qiyin. Bu xollarda bemorga oyoqlarini tizza bo'g'imiga bukib koriniga bosishni so'raladi, bu holat aksariyat bemorlardi qorin devorini bo'shshiga olib keladi.
5. Boshqa simptomlar
- Merfi simptomi: nafas olishni yuqori cho'qqisidagi chuqur paypaslashda o'ng qovurg'a ravog'i soxasida kuchli og'riqni xosil bo'lishi. Bu simptom aksariyat musbat o'tkir xolestsistida kuzatiladi, bu kasallikni tashxisi ko'yilishida asosiy belgi bo'lib xisoblanmaydi.

- Rovzing simptomi: o'ng yonbosh yoki chap yonbosh soxalardagi chuqur paypaslashda (yoki perkusiyada) og'riqni paydo bo'lishi. Bu simptomni musbat bo'lishi appenditsitga xos bo'lib, ba'zi bir kasalliklarda xam kuzatilishi mumkin.
- Bel soxsi mushaklari simptomi: bemor chap yonboshga yotgan xolda o'ng oyog'ini bukkanda bel soxasida og'riq namoyon bo'ladi. Bu ko'rinishlar retrosekal appenditsitda va boshqa qorin a'zolarini yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi. Bu yallig'lanishlarda (paranefrit, psosas – abtsesi, korin pardasi orti gemotomasi, orqa ko'r ichakni xosilasi tasirida teshilishi) bel soxasi mushaklari tortiladi. Xuddi shunday simptom chap oyog'ni bukishi natijasida (paranefrit, divertikulani teshilishi va sigmasimon ichakni xosilasi) kuzatiladi.
- Mushaklarni yopilib qolish simptomi (zapiratelnoy mishtsi): bemorda oyoqlarini to'g'ri burchak xosil qilib, boldir qismini ichiga yoki tashqarisiga burib chalqancha yotgan xolda og'riq kuzatiladi. Og'riqni xosil bo'lishi yallig'lanish bilan bog'liq bo'lib, ichki yopuvchi mushaklarni yoki uni yonidagi mushaklarni ta'siriga javobi (chanoq abtsessi, appenditsit, salpingit) xolida og'riqli kechadi.
- Kera simptomi: korin pastki soxalarini paypaslashda ayniqsa bemorni Trendelenburg yotish holatida elkada og'riq kuzatiladi. Bu simptom birinchi marotaba taloqni shikastlanishida yoritilgan. Diafragma osti soxasida suyuqliklarni to'planishi xisobiga og'riq elkaga va bo'yinga uzatiladi.
- Ba'zida yallig'langan soxadagi terida sezuvchanlik ortadi. Bu ajoyib biologik fenomen bo'lib, tashxislashda asosiy belgi bo'la olmaydi.

Oraliqni ko'rish, erkak va ayollarda korinda og'riq bo'lganda albatta jinsiy a'zolar va to'g'ri ichak tekshiriladi.

1. O'g'il bolalarda o'tkaziladi:

- Tashqi jinsiy a'zolarini ko'rish- tuxum buralib qolishi, o'smalar, epididimit va peshob chiqaruv nayidan chiqayotgan ajramalarga etibor berilishi bilan bog'liqdir.
- Soni ichki va chov soxasini ko'rishda – aksariyat churra aniqlanadi.

2. Qizlarga o'tkaziladi:

- Bachadon, bachadon naylari va tuxumdonlarning bimanual tekshiruv. Bir tomonlama og'riq bo'lishi yoki hosilaning paypaslanishi bu piosalpinks, piovar yoki tuxumdon kistalari oyoqchalarining buralib qolishidan darak beradi. Tekshiruv paytida bachadon bo'yinchasini surilishi natijasida yuzaga keladigan og'riqlar bachadong va uning ortqlarining yallig'lanuvchi kasalligidan darak beradi.
- Rektovaginal tekshiruv chanoq abtsessini aniqlash imkonini beradi. Palpatsiya paytida bachadonning tugunli bo'lishi endometrioz boshlanganini ko'rsatadi.
- Churrani aniqlash uchun chov sohasi va son ichki yuzasi ko'zdan kechiriladi(ayollarda son churrasi erkaklarga nisbatan ko'p uchraydi).

3. To'ri ichakni barmoq bilan tekshirishda og'riqqa, hajmli hosila bor yo'qliligiga, to'g'ri ichak sfikteri holatiga e'tibor beriladi. Agar axlat bo'lsa yashirin qonga teshiriladi.

O'tkir appenditsit

Tekshirish va tashxislash

- **Anamnez.** Simptomlar yuzaga kelgan vaqt aniqlanadi. Aksariyat birinchi siptom kindik atrofidagi og'riqdan boshlanadi. Keyin bunga qusuq qo'shiladi. Bir necha soatdan keyin og'riq o'ng yonbosh soxasiga o'tadi. Ko'krak yoshidagi bolalarda ishtaxasizlik, xarorat ko'tarilishi va qusuq kuzatiladi. Ba'zida retrosekal appendiksda ich ketish namayon bo'ladi. Apendiksni teshilishi odatda boshlangan vaqtdan 36 soatgacha ketgan vaqt ichida sodir bo'ladi.

- Fizikal tekshiruvlarda o'ng yonbosh soxasidagi og'riqqa, shu qorin soxani mushaklarini tarangligini aniqlash mumkin. To'g'ri ichakni barmoqli tekshiruv amalga oshiriladi.

Shoshilinch yordam

- Bcmomi xirurgik markazga jadal transportirovka qilish

Ichaklar tutulishi

1. Ichak invaginatsiyasi

Etiologiyasi. Invaginatsiya aksariyat 1 oydan to 2 yoshgacha bo'lgan bolalik davrida kuzatiladi. Bunda ichakni bir soxasi boshqa ichakni teshigiga suqilib kiradi, natijada shu soxada ishemiya va nekroz sodir bo'ladi. Invaginatsiya Mekkel divertikulasida, charvi limfa tugunlarini kattayishida, gemorragik vaskulitda sodir bo'lishi mumkin, lekin aksariyat xollarda sababini aniqlashni iloji bo'lmaydi.

Tekshirish va tashxislash

- **Anamnez**
 - Xarakterli xuruji qorinda og'riq, qusish, najasda ko'p miqdorda qon va shilliq kuzatiladi (smrodina jelcsi).
 - Kuchli xurujsimon og'riqlarda bola baqirib yig'laydi, oyoqlarini bukib tpirlaydi. Bu bezovtalikni tinchlanish davri bilan almashini turishidan iborat bo'ladi.
- **Fizikal tekshiruvlar**
 - Xuruj oralig'ida bola tinchlangan, shalpaygan yoki aksincha bezovtalangan bo'lishi mumkin.
 - Keyinchalik birdaniga xarakat susayishligi, oqarishi, xush darajasini buzulishini kuzatiladi. Bu bosqichda YuQS, Q/bosimini, nafas sonini va xaroratini o'lchab turish talab etiladi.
 - Qorinni paypaslash va to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishda kolbasasimon xosila borilgini aniqlash mumkin.
 - Aksariyat xarorat ko'tarilishi, ayniqsa ko'krak yoshtdagi bolalarda kuzatiladi.

Shoshilinch yordam

- Barcha xollarda infuzion davo amalga oshiriladi.
- Xirurgik markazga jadal transportirovka qilinadi.

Ichakni tugallanmagan buralishi va zavoroti

Etiologiyasi. Tugallanmagan ichak buralishi – bu tug'ma anomaliya xisoblanib, ingichka ichakni joylashuvini buzulishi, charvini qorin orqa devoriga brikmasligi xisobiga yuzaga keladi. Bu ichakni buralib qolishiga olib keladi va aksariyat yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sodir bo'ladi.

Tekshirish va tashxislash

- **Anamnez.** Kusuqda o't pufagi suyuqliklarini kuzatilishi 1 oylikdan katta chaqaloqlarda kayta qusuq xuruji bo'lganda sodir bo'ladi.
- Fizikal tekshirishlarda qorinda shish, teri rangini sarg'ayishi, qusuqda va najasda qon qoldiqlari kuzatiladi. Shok tez yuzaga keladi.
 - Najasda qon — yomon oqibatli belgi bo'lib, ichaklarda kuchli ishemiya kechayotganligidan darak beradi.

Shoshilinch yordam

1. Nazogastral zond qo'yiladi.
2. Tomir ichiga infuzion davo buyuriladi
3. Operatsiya muolajasini o'tkazish uchun jadal xirurgik markazga transportirovka qilinadi.

Privratnik stenoz birinchi 8 haftalik kunida yuzaga keladi (ko'pincha ikkinchi va to'rtinchi xafada). O'g'il bolalar 4 marotaba ko'proq kasallanadilar. Aksariyat privratnik stenoz o'naviy anamnezda kuzatiladi.

- **Anamnezda** — emgandan keyin qusuq (ba'zida qusuq fontanli), qusuqda o't suyuqligi kuzatilmaydi.
- **Fizikal tekshiruvlar.** Simptomlar stenozni keltirib chiqargan og'rligiga bog'liq.
 - Degidratatsiyaga ta'luqli ko'rinish va vazn yo'qotilishi.
 - Olxo'ri kattaligidagi xosilani ko'pincha paypaslanishi – bu privratnik kattayganda kuzatiladi.
 - Ichak peristaltikasini to'lqinlari ko'rinadi.

Shoshilinch yordam

1. Nazogastral zond qo'yiladi.
2. degidratatsiyani, alkalozni va elektrolitlar buzulishini oldini olish uchun tomir ichiga infuzion davo buyuriladi
3. Operatsiya muolajasini o'tkazish uchun jadal xirurgik markazga transportirovka qilinadi.

Qorinni yopiq shikastlanishi og'ir bo'lishiga qaramay simptom va belgilari sust rivojlangan Klinik manzarasi aksariyat xollarda qorinda boshqa a'zolari shikastlanganlik belgilarini beradi. Qorin ichi a'zolari shikastlangan bola birdaniga shifokor ko'ruviga kelmay, shikastlangan vaqtdan bir necha soat ba'zan kun o'tib og'ir xolda shifokorga murojat qiladilar.

Tekshirish.

- Qorin a'zolarini shikastlanishiga gumon qilish aytarli axamiyatga ega bo'lmagan anamnezdagi qorin shikastlanishida xam kata etiborga egadir.
- Tashhis qo'yish uchun qorinda og'riqning kuchayib borishi, jigar va taloq sohasidagi og'riq, qon talashlar, gematuriya, YuQS, AQB, nafas soni va tana harorati katta rol o'ynaydi.

Shoshilinch yordam

1. Birinchi navbatda AQH ni to'latish zarur. Agar qorin bo'shlig'iga qon ketishiga shubha bo'layotgan bo'lsa ikkita katta diametrli kateter venaga ko'yiladi.
2. Operatsiya muolajasini o'tkazish uchun jadal xirurgik markazga transportirovka qilinadi.

Bachadondan tashqari xomiladorlik — balog'at yoshidagi qizlardagi o'tkir qorinni asosiy sababi xisoblanadi.

Tekshirish va tashxislash. Bachadondan tashqaridagi xomiladorlikda o'tkir qorin simptomlari belgilari yoki xurujli qorin og'rig'ini qindan qonli suyuqlikni kelishi kuzatiladi.

Kerakli tez aniq tekshirishlar.

- Qorin devorini shok va ta'sirlanish simptomlariga xos. Xarorat bilan kechishi kam uchraydi.
- To'g'ri bachadon - ichak chuqurligida korin bo'shlig'ida suyuqlikni to'planishi xisobiga yumshoq xosila paypaslanadi.
- Qon ketayotganligini tasdiqlash uchun to'g'ri bachadon ichak chuqurligi punktsiya qilinadi.
 - Yashirin klinik manzara
- Anamnezda – menstruatsiyasi kechikkan vaqtda qindan qonli oqmalami kelishi, qorin pastki soxasida og'riq.
- **Fizikal tekshirishlar.** Bachadon shodalari soxasida xosila paypaslashda aniqlanadi. Asosiy simptom – bachadon bo'ynini siljisi natijasida kuchli og'riq kuzatiladi.

Shoshilinch yordam.

- O'tkir qorin va shok yuzaga kelganda bemor holatini stabil holatda tutib turish va xirurgik muolajani o'tkazishni tezda amalga oshirish talab etiladi.

Kichik chanoq a'zolarini yallig'lanish kasalliklari — o'sir qiz bolalarda eng ko'p talqalgan korindagi og'riqlardir. Kilinik manzarasi xuddi o'tkir appenditsit, bachadon tashqi xomiladaorligi va xaiz bilan kechuvchi og'riqlarga xos bo'ladi.

Tekshiruv

- Tashxislash ananezva shikoyat ma'lumotlariga tayangan xolda qo'yiladi; korin pastki soxasida o'tkir og'riq, qindan ajrama, xarorat ko'tarilishi, qaltirash kuzatiladi. Kasallik aksariyat xolda xaiz ko'rish vaqtida boshlanadi.
- Tekshirishda; bachadon bo'ynini og'ishida, bachadon shodalarida, ba'zan xosilada og'riq sodir bo'ladi.

Shoshilinch yordam

Shifoxonaga yotishga ko'rsatma: kuchli intoksikatsiya, aniqlanmagan tashxis, kichik chanoqda absstessga shubxada, peritonit simptomlarida, xomiladorlikda, shifoxonadan tashqarida vrach nazoratini amalga oshirilmaganda, dori vositalarini og'iz orqali qabul qila olmaslikda, anamnezda effektiv bo'lmagan davolashlarda.

Oshqozon – ichak traktini yuqori soxasidan qon ketish

Umumiy ma'lumotlar. Qon ketishi to'g'risidagi aniq ma'lumotlar bemorni kuzatish va davolash jarayonini onsonlashtiradi, davolashni to'g'ri yo'lga soladi va tibbiyot xodimlarini asabiy zo'riqishlarini oldini oladi.

Terminologiya

- Oshqozon-ichak traktidan profuz qon ketish – bu minimum 1 litrdan ko'p yoki o'tkir qon ketishni gipovolemiyaga olib kelishi bilan baxolanadi.
- Gipovolemiya — bu umum qon xarakati miqdorini o'tkir va surunkali kamayishidir. Gipovolemiya - taxikardiya, sistolik xajimni (100mm rt.st dan past bo'lishi) va markaziy venoz bosimni kamayishi yoki kuchli kuzatilmagan simptomlar kuzatilishi bilan kechadi (YuQM va Q/b-ni postural o'zgarishi).
- Oshqozon-ichak traktini yuqori qismidan qon ketish asosan qizil o'ngachdan, oshqozondan yoki o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishda kuzatiladi. Oshqozon – ichyaaq traktini pastki soxasidan qon ketish, bu ichakdan, Treytts bog'lamini pastki soxasidan qon ketishda kuzatiladi. Profuz qon ketish aksariyat oshqozon – ichak traktini yuqori soxalaridan ketganda kuzatiladi.
- Haematemesis — Yangi (och qizil) rangdagi kusuq. Melaenemesis — qo'ng'ir yoki qora (kofe qusug'i) rangdagi qusuq. Bu ikki simptom qon ketish oshqozon-ichak traktini ingichka ichakdan yuqori soxasida, odatda qizil o'ngach yoki o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishda kuzatiladi.
- Melena (melaena) — qora-qo'ng'ir rangdagi najas (qora rangni bo'lishi najasda qon bo'lishi bilan xarkaterlanadi). Haematochezia — najasda yangi (qizil och rangda) qon borligidandir. Oshqozon ichakda qon ketish rangiga qarab, qon kektayotgan soxani aniqlab bo'lmaydi. Oshqozon-ichak traktidan ketayotgan qon ichak bakteriyalari va oshqozon so'klari ta'siriga uchrab qora ranga aylanadi(degt - rangiga kiradi). Bu bir necha soatdan keyin yuzaga keladi. Oshqozondan ketayotgan qon bo'shashtiruvchi xususiyatga ega bo'lib, oshqozondan maxsulotlarni tez chiqib ketishiga olib keladi. Agar ich ketish tez sodir bo'lsa oshqozondan ketayotgan qon o'zgarimagan xlolda qizil rangda bo'ladi. Melena – yuqori oshqozon traktidan qon ketishida kuzatiladi. Ba'zida ichaklarni distal soxasidan ketishida kuzatilishi mumkin. Och qizil rangni bo'lishi oshqozon tarktini pastki qismidan ketayotganligini bildiradi.

Yangi qon bilan kuzatiladigan qusuq — oshqozon-ichak traktini yuqori qismidan ketadigan qon ketishlarni asosiy simptomi. Bu quyidagi kasalliklarda kuzatiladi (uchrash chastotasini kamayish ketma-ketligida):

- O'n ikki barmoqli ichak yarasi.
- Gastrit (o'tkir, surunkali, korrozivva infeksiyon omilli qon ketishlar), stressli yaralar.
- Oshqozon yarasi.
- Qizil o'ngach va oshqozonni varikoz kengaygannida (portal gipertenziya) yoki faqat oshqozonda (taloq venasini trombozi).
- Mellori—Veyssa sindromi (qizil o'ngachni oshqozonga o'tish soxasidagi shilliq qavatlarini uzilishi ko'p marotaba qusish natijasida).
- Oshqozon o'smasi.
- Qonni yutib yuborish natijasida (burundan qon ketish, qon tupurishda).
- Ezofagit va qizilo'ngach yarasi.
- Qizilo'ngach o'smasi.
- Aortoduodenal svishchlar.
- Fatter so'skasini o'smasi.
- Qizilo'ngach travmatik shikastlanishi (yot jisim).
- Qon ivish tizimini buzulishi (tug'ma va ortirma).
- Genobiliya (jigarni birlamchi shikastlanishi yoki pankreatitni asorati).
- Yaxshi sifatli oshqozon o'smalari (gemangioma va leyomioma).
- Nasliy gemorragik teleangiektaziya.
- Elastik psevdoksantoma.

Bu ko'rsatilgan kasalliklarga juda kam uchraydigan ba'zi bir kasalliklar kiritilmagan. 85% xollarda qon ketish oshqozon traktini yuqori qismidan, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan yoki gastritdan ketishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam. Birlamchi etapda davolashda quyidagilar qilinishi kerak:

1. Qon aylanish xajmini tiklash;
2. Qon ketayotgan joyni, qancha miqdorda qon yo'qotilganini xisoblash, qon ketish davom etmoqdami yoki yo'qligin aniqlash kerak.
3. Barcha oshqozon-ichak traktidan profuz qon ketayotgan bemorlar hospitalizatsiyaga muxtoj xisoblanadi. 85% oshqozon-ichakdani yuqori qismidan qon ketish kuzatilayotgan bemorlarda, qon ketish bemor shifoxonaga kelgandan keyin yoki kelgan xaxoti to'xtashi kuzatiladi. Davom etayotgan yoki qon ketishi qayta boshlanishi hospitalizatsiya qilingan bemorlarda kam uchraydi. Bunday holatlarda bemorni arteriya tomiriga davo infuziyasi yoki xirurgik muolaja qilinadi. Oshqozon-ichakdan qon ketish aksariyat xollarda kuygan, nafas etishmovchiligi kuzatilgan, sepsis, qorinni o'tkir kengayishida shifoxonaga tushgan bemorlarda kuzatilishi mumkin. Diagnostik tadbir barcha aytilgan xollarda bir xil, lekin davolash xar xil.
4. Intensiv davo va tashxislash tadbirlarini baravariga o'tkaziladi. Iloji boricha tezlikda gipovolemik shokni bartaraf etish lozim.
5. Yo'qotilgan qon miqdorini filikal tekshiruvlardagi ma'lumotlarga asoslanib aniqlash mumkin. So'rash orqali yo'qotilgan qon miqdorini aniqlash qiyin, chunki bemorlar yo'qotgan qon miqdorini ko'pirtirib aytadilar. Bemorni yotqizgan va o'tirgan xolda qon bosimi, yurak qisqarishlar soni o'lchab yo'qotilgan qon miqdorni topish mumkin.

Jadval 3. Gipovolemiyada Q/b va YuQS (yurak qisqarishlar soni)

QTsA(qon tsirkulyator aylanishi)		Bemor holati			
ml	%	Chalqancha yotish		O'tirgan holat	
		AD	ChSS	AD	ChSS
Me'yyor	100	Me'yyor	Me'yyor	Me'yyor	Me'yyor
-500	-5	Me'yyor	Me'yyor	Me'yyor	Me'yyor ↑
-1000	Ot-10 do -15	Me'yyor	↑ Me'yyor	Me'yyor ↓	↑
-1500	-20	Me'yyor ↓	↑	↓	↑yoki ↓
-2000	-30	↓	↑yoki ↓	↓↓	↑yoki ↓

- Bemorni tez ko'rish amalga oshiriladi. Etiborni oshqozon – ichak traktidan qon ketishda solir bo'ladigan belgilarga (pigmentli toshmalar, teleangiektaziya, gemangioma, kichik jigar etishmovchiligi belgilari) qaratiladi. Jigarni va taloqni katalashuvi, terida yulduzchali qon toshmalarini, qorinda va ko'krak qafasidagi kollateral vena qon tomirlari, tanada tuklarni bo'lmasligi – portal gipertenziyadan darak beradi. Epigastral soxadagi og'riq oshqozon yoki o'n ikki barmoqli yara borligidan xabar beradi.
- Katta venaga infuziya quyish uchun kateter qo'yiladi. Kateterni, qusuq kuzatilganda yoki bemorlarni transportirovka qilganda chiqib ketmasligi uchun maxkamlanadi.
- Birlamchi vazifalarga — gipovolemik shokni davolash kiradi. Suyuqliklar maksimal darajadagi tezlikda, kerak bo'lsa bosimli tezlikda quyiladi. Bemorni shok xoldan chiqarilgandan keyin suyuqliklar etarli tezlikda quyilishi davom ettiriladi:
 - Qon bosimi va yurak qisqarishlar soni tiklanguncha va me'yorlashguncha suyuqliklar kuyilishi davom ettiriladi;
 - Gipovolemiya belgilari yo'qotiladi;
- Infuzion davoni yo'lga qo'ygandan keyin anamnez to'plashga o'tiladi. Anamnezda odatda qon ketishni boshlang'ich ma'lumotlari aniqlanadi. Anamnez to'plashda shifokordan irodali, sabr-toqatli bo'lish talab etiladi, chunki bemorlar ko'pincha qo'rqan xolda bo'lgani uchun ma'lumotni to'liq beraolmaydilar. Anamnezni to'liq bo'lishi uchun bemorni qarindosh urug'laridan aniqlash zarur. Aloxida axamiyatga ega ma'lumotlarga oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi to'g'risidagi ma'lumotlar kiradi. Anamnezda alkogol va boshdan o'tkazgan gepatitlar axamiyatli. Bemor qanday dori vositalarini qabul qilganligi (ayniqsa; antikoagulyantlar va antiagregantlar), dori vositalariga allergiya mavjudligini aniqlash kerak.
- Oshqozon ichak traktini yuqori soxalaridan kuchli qon ketish kuzatilganda aktiv tashxislash taktikasiga amal qilib quyidagilar bajariladi:
 - Oshqozonni 0,9%-li NaCl-ni sovutilgan xolda Evalda zondi orqali yuviladi. Bunda oshqozondan eski qon va kuyqalar chiqarib tashlanadi. Bu muolajani to oshqozondan toza suv chiqqunga qadar bajariladi.
 - Bemor jadal xirurgik markazga transportirovka qilinadi.
- Kuzatib boruvchi varaqda qilingan ishlar miqdori va bemorga vena ichiga quyilgan suyuqliklar, xayotiy ko'rsatkichlar yozib boriladi.

Bolalar shoshilinch xirurgiyasini xususiyatlari

Jadval 4 Bolalarda oshqozon-ichak qon ketish sabablari

7- kungacha

Tashqi to'g'ri ichak teshuvi va to'g'ri ichakni travmatik shikastlanishi.

<p>Nekrotik enterokolit. O'rta ichakni buralib qolishi. Gastrit, oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi. Bola tomonidan ona qonini oshqozonga yutib olinishi. Gemorragik diatezlar</p>
<p>1-xaftadan to 2- yoshgacha</p>
<p>Tashqi to'g'ri ichak chiqaruv teshigini yorilishi(tirnalib yorilishi). Ich ketish bilan kuzatiladigan ichak infeksiyalari. Ichak tutilishi (invaginatsiyasi). Mekkel divertikulasi. Sut tarkibidagi oqsilga allergiya. Ladda sindromi. Ezofagit</p>
<p>2- yoshdan to 10 -yoshgacha</p>
<p>Yuvenil poliplar. Ich ketish bilan kuzatiladigan ichak infeksiyalari. Mekkel divertikulasi. Qizil o'ngachni varikoz kengayishi. Krona kasalligi , nospetsefik yarali kolit. Gemorragik vaskulit (Shenleya—Genoxa kasalligi)</p>
<p>10 yoshdan katta</p>
<p>Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi. Krona kasalligi , nospetsefik yarali kolit. Qizil o'ngachni varikoz kengayishi. Ichak polipozi. Dori vositalari bilan davolish (NPVS, antikoagulyantlar, kortikosteroidlar va boshqalar</p>
<p>Xar qanday yoshda kuzatiladi</p>
<p>Qon ivishini buzulishi. Arteriovenoz malformatsiya. Gemorroy. O'n ikki barmoqli ichak gematomasi. Ichakni ikkilangan holati. Mellori—Veyssa sindromi. Bolaga qattiq muomlada (taziq o'tkazish) bo'lish. Burun shikastlanishi</p>

“O'tkir qorin” sindromida og'riqsizlantirish

Odatda qorinda og'riq kuzatilgan bemorlarni fizikal ko'rib tekshirib bo'lmaguncha og'riqni qoldiruvchi dori vositalarini berib bo'lmaydi. Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatuvchi xodim bemordagi klinik jarayonlarni to'g'ri baxolay olishi kerak chunki narkotik analgetiklar og'riqni moxiyatini buzib ko'rsatishi mumkin. Lekin ba'zi bir xollarda (masalan; kuchli og'riq tufayli bolani ko'rishni iloji yo'q) katta bo'lmagan narkotik analgetiklarni azoblanishini kamaytirish va shifokorga ishonchini ortirish va qolaversa to'la ayab tekshirishni o'tkazish uchun qo'llash tavsiya etiladi. Narkotik analgetiklarni effektini nalakson 10mg/kg dozada preparatini ko'llab kamaytirish yoki yo'qotish mumkin.

Nazorat savollari:

1. Vitseral og'riqni belgilarini sanab bering
2. Parietal og'riqni belgilarini sanab bering
3. Og'riq bilan bog'liq belgilarni sanab bering
4. O'tkir qorin og'rig'i kuzatilgan bolani tekshirish ta'moillarini aytib bering
5. Apenditsitdagi jadal tashxislash va davolash taktikasini yoritib bering
6. Ingichka ichakni tiqilib qolish holatini jadal tashxislash va davolash taktikasini yoritib bering
7. Ichak invaginatsiyasini jadal tashxislash va davolash taktikasini yoritib bering
8. Tugalanmagan burilish va ichak buralib qolishi holatida jadal tashxislash va davolash taktikasini yoritib bering
9. Kichik chanoq soxasidagi yallig'lanish bilan kechadigan kasalliklarni jadal tashxislash va davolash taktikasini yoritib bering

BOLALARDA ISITMA XOLATLARI. BOLALARDAP UTKIR TOKSIKOZLAR. REYE SONDROMI.

Isitma 90% holatlarda bolalar tabobatida tez tibbiy yordanni chaqirishga sababchi holat hisoblanadi. Bu chaqiruvlarning 95-97%i virusli infeksiya sababli bo'ladi. 3-5% holatlarda infeksiyaning aniq o'chog'i aniqlanmagan bo'lib, tana haroratining 39 S dan yuqori bo'lishi baktericmiya bilan bog'lanadi. Baktericmiya sababi aksariyat holatlarda kapsula ichi mikroorganizmlari - *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* va *Salmonella spp* dir.

Virusli infeksiyalarning 90% dan ko'pini o'tkir respirator virusli infeksiya tashkil qiladi. Shuning uchun aksariyat bolalarda tana harorati yuqori bo'lgan holatlarda isitmani tushirishga qarshi chora tadbirlarga hojat bo'lmaydi. Pediatriya sohasida adolatli bitta ibora bor: «termometri davolash kerak emas, bemor bolani davolash kerak». Ko'pchilik tibbiyot xodimlari febril talvasadan qo'rqib har qanday isitma holatini tushirishga harakat qiladi. Ammo talvasa holati isitma paytida kam holatlarda uchraydi. Bundan tashqari bunday holat engil o'tib, o'zidan keyin nevrologik asorat qoldirmaydi. Isitma holati odatda organizmning yuqumli agentga nisbatan fiziologik reaksiyasi bo'lib, nospetsifik immunitetning zo'riqishi oshishi bilan tushuntiriladi. Ammo ba'zi holatlarda isitma patologik regulyatsiya jarayonini qitqlab infeksiyon toksik shok holatini keltirib chiqarishi mumkin. Shuningdek isitma xavfli yuqumli kasalliklar, yiringli kasalliklar, bosh miya jarohatlari belgisi bo'lishi ham mumkin. Demak har qanday pediatr va tez tibbiy yordam xodimining vazifasi, bemorni birlamchi va ikkilamchi qayta baholashda, isitma holatida bemor hayoti uchun xavf tug'diruvchi belgilarni aniqlashdan iboratdir.

8 haftadan kichik bo'lgan bolalarda isitma

Tana haroratining 38°C dan yuqoriga ko'tarilishi virusli yoki bakterial infeksiya borligidan dalolat beradi. Bola hayotining dastlabki ikki oyligida immun tizimning to'liq cutilmaganligi bois, bakterial infeksiya paytida septik jarayonning rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Ushbu oylikda og'ir virusli infeksiya ham xavfidir. 95% holatlarda isitma sababi virusli infeksiya hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sepsis chaqiruvchi qo'zg'atuvchilar —V guruh streptokokklar, *Escherichia coli* va *Listeria monocytogenes* (ba'zan — *Staphylococcus aureus*).

Tana haroratining 38°C gacha ko'tarilishi bolaning qizib ketishidan dalolatdir. Bolani echintirish, ba'zida iliq suv bilan 4 marta artish va qushimcha kuchsiz tuzlangan suv ichirish isitma holatini me'yorga olib keladi.

Sepsis rivojlanishi xavfini ko'rsatuvchi anamnez ma'lumotlari:

- Homiladorlik va tug'ruq haqidagi ma'lumot (yuqumli kasalliklar)
- Onadagi isitma holati, siydik va jinsiy a'zolari infeksiyasi

- Kichik vazn bilan tug'ilish va keyinchalik vazndan orqada qolish
- Infeksiya mavjudligi belgilari (uyquchanlik, qo'zg'aluvchanlik)

Belgilari

- qo'zg'aluvchanlik
- Uyquchanlik
- Sust so'rish
- Rangparlik

Asosiy fiziologik ko'rsatkichlar:

- Rektal harorat
- Yurak qisqarish soni: taxikardiya- isitma, gipovolemia va shok hisobiga bo'lishi mumkin
- Nafas soni - taxipnoe isitmada, pnevmoniyada va atsidozda kuzatiladi
- Arterial qon bosim – shuni esda tutish kerakki bolalarda arterial gipotoniya bu shokning kechki belgisi hisoblanadi

Laborator va instrumental tekshiruv

Qon, peshob va orqa miya suyuqligi ekmasi. Peshobni kateter orqali olish zarur.

Orka miya suyuqligini tekshirishda uning hujayraviy tarkibi, oqsil miqdori va glyukozaga ahamiyat beriladi. Qon va peshob umumiy tahlili, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi. Chaqaloqlarda leykotsitoz doim bo'lmasdan, neytropeniya 500 mkl¹ dan kam bo'lishi mumkin.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkaziladi

Orqa miya suyuqligida, qon va peshobda – lateks agglutinatsiya usulida bakterial agent aniqlanadi.

Shifokor yo'l tutishi

29 sutkadan kichik bolalar – gospitalizatsiyaga ko'rsatma

29 sutkadan 90 sutkagacha bo'lgan bolalar - agar holati og'ir bo'lsa gospitalizatsiya qilinadi.

Dastlabki 3 yillikdagi isitma

Erta yoshdagi bolalarda isitma holati o'tkir toksikoz chaqirishi mumkin. Bu narsa bola yoshining fiziologik gipersimpatikotoniyasi bilan izohlanadi. Vegetativ asab tizimining ushbu disbalansi simpatik hujum davomiyligini 6 soatgacha cho'zilishiga olib keladi. Bu hujum odatda yuqumli kasallikning 3 – 4 kunida yoki oldin o'tkazilgan yuqumli kasallik, vaktsinatsiyaning 4 – haftasida yuzaga keladi. Bunda Sanorelli – Shvartsman fenomeni yoki paraallergik reaksiya kuzatiladi. Ushbu reaksiya nafas, oshqozon – ichak va siydik yo'llari adrenoretseptorlarini sensibilizatsiyasi bilan tushuntiriladi. Sensibilizatsiyalashgan adrenoretseptorlar infeksiyon agentning ta'siri qo'shilishi natijasida qon aylanishning terminal bo'g'inlarida trigger mexanizmini vujudga kelishini amalga oshiradi va natijada prekapiyalar sfinkterlar spazmi yuzaga kelib, qon aylanishi markazlashuvi kuzatiladi. Keyinchalik prekapiyalar bo'shliqdagi qon va endoteliy hujayralari parchalanib, DVS sindromini chaqiruvchi tromboplastin hujayradan tashqariga chiqadi va qon aylanishining markazlashuvini tarqatadi. Yakunda tarqatuvchi vazogen shok yuzaga keladi. Shunday qilib pediatriya amaliyotida toksikoz va intoksikatsiya degan atama ishlatiladi.

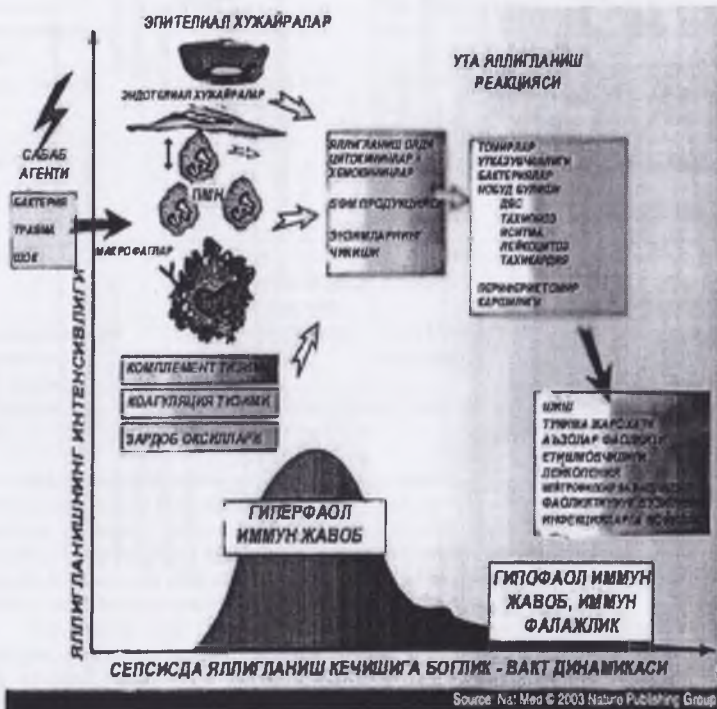
Toksikoz – bu organizmning infeksiyon agentga umumiy nospetsifik reaksiyasi bo'lib, odatda shokga o'xshash holat bilan kechadi. Dastlab mikrotsirkulyatsiya buzilishi kuzatilib, keyinchalik markaziy gemodinamika buzilishi, suv-elektrolit, kislota-asos muvozanati, energetik balans buzilishi qayd qilinib, koagulopatiya va nevrologik buzilishlar kuzatiladi.

Intoksikatsiya – bu organizmning infeksiyon agentga nospetsifik reaksiyasi bo'lib, moddalar almashinuvi va immunitetning zo'riqishi oshishi ko'rinishida kechib, lokal yallig'lanish o'choqlari mavjud bo'ladi.

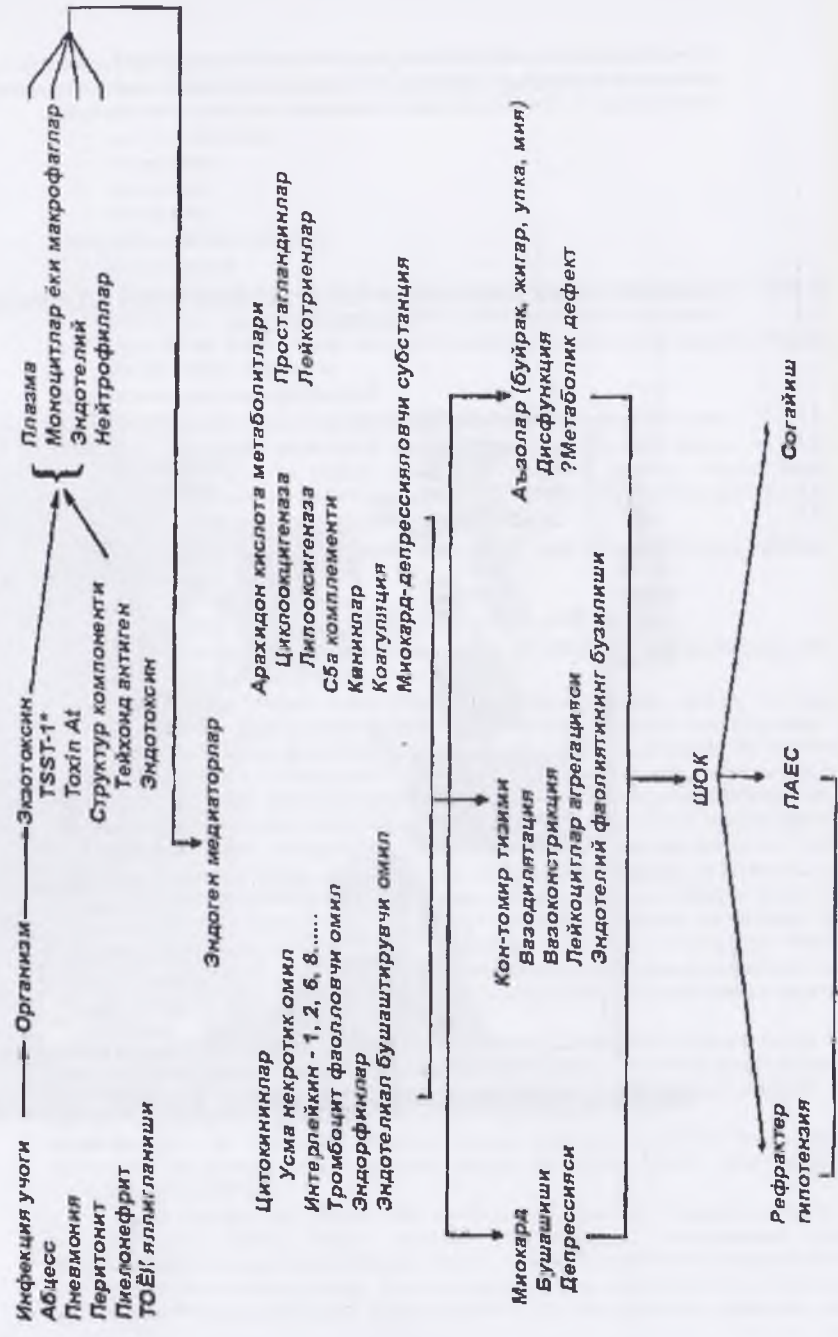
Septik shok xavf tug'diruvchi holat bo'lib yiringli destruktiv o'choqlar mavjud bo'lgan holatda yuzaga keladi. Bunda yiringning metastazlangan komponentlari ularning retukuloendotelial sistema orqali chiqishini oshiradi va natijada septik shok rivojlanadi. Shunday qilib tsitokinli kaskad yuzaga keladi. Tsitokinlar proteinlarning molekulasi bo'lib, organizmdagi hujayralar aro aloqaga javobgardir. Tsitokinli kaskad og'ir yallig'lanuvchi reaksiyalar asosida

yotadi. Tsitokinlar va yallig'lanishning boshqa mediatorlarining oshishi prekapilyar bo'shliqning endoteliysini zararlaydi va yuqoridagi holat yuzaga keladi. Bundan tashqari bu agentlar miokard depressiyasiga va yurakning bir martalik hajmining kamayishiga olib keladi.

SHOKNING KLINIK BELGILARI VA YALLIG'LANISHGA JAVOB INTENSIVLIGINING O'ZARO ALOQASI



Sepsisda shok rivojlanish mexanizmi



Erta yoshli bolalarda shok rivojlanishini oldindan bilish uchun isitma holatini balli sistema bo'yicha qayt qilish yaxshi samara berib, bolani gospitalizatsiya qilish va intensiv davo o'tkazishda qulaydir.

**Erta yoshli bolalarda isitmaning baholashning Yelskiy shkalasi
(8 haftadan katta 3 yoshgacha bo'lgan bolalar)**

Ballar Belgilar	1	2	5
<i>Ovoz, chinqiriq</i>	Kuchli, jarangdor	Kuchsiz ovoz, ingillash	So'nib boruvchi sust ovoz
<i>Ota – ona stimulyatsiyasiga javob</i>	Qisqa yig'i	Tanaffusli davomiy yig'i	Doimiy yoki agressiv javob
<i>Uyqu – tetiklik</i>	Tez uyg'onadi yoki uyg'onganda tinch	Qiyinchilik bilan uyg'onadi yoki ko'zini ochmaydi	Uxlamaydi yoki uxlasa uyg'onmaydi
<i>Teri rangi</i>	Pushti	Rangpar, akrotsianoz	Rangpar, umumiy tsianoz, marmarsimon, kulrang
<i>Gidratatsiya</i>	Teri, ko'z olmalari turgori o'zgarishsiz, shilliq qavatlar nam	Og'iz shilliq qavatlar quruq	Teri burmasimon, ko'zlari botgan, og'iz shilliq qavatlar quruq
<i>Bolaning umumiy reaksiyasi</i>	Kuladi yoki e'tiborini namoyish etadi	Kam kuladi e'tibori susaygan	Kulmaydi, befarq, holsiz, reaksiyasi yo'q

16 ballan yuqori bo'lsa bolaning holati intensiv terapiya va tezkor gospitalizatsiyani talab qiladi.

Infektsion toksikozning yuzaga kelishi har doim ham gospitalizatsiya uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanmaydi. Toksikozning klinik ko'rinishida 3 ta davr farqlanadi. Birinchi davrida toksikozni ko'pincha bartaraf etish mumkin. Ikkinchi davrida esa biroz kengaytirilgan shoshilinch yordam chora tadbirlari xisobiga ko'pincha toksikoz bartaraf etiladi. Ammo uchinchi davri «sovuq» shok klinik ko'rinishi bilan kechib, nafaqat shokga qarshi keng qamrovli tadbirlar, balki davomiy intensiv davo va monitor kuzatuv zarur bo'ladi.

Hayot uchun zarur ko'rsatgichlar bo'yicha baholash maqsadga muvofiqdir: es -hushi (saqlangan, orientatsiya bor, orientatsiya yo'qolgan, koma mavjud yoki yo'q), nafas (bor yoki yo'q, xarakteri, ventilyatsiya hajmi), yurak qisqarishlar soni, arterial qon bosim, teri rangi, harorat reaksiyasi. Toksikoz holatidagi bemor bolani birlamchi baholashda mikrotsirkulyatsiya holatini ko'rsatuvchi kapillyar sinamani aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Toksikozning og'irlik darajasiga qarab klinik belgilar

	1 daraja	2 daraja	3 daraja
Toksikoz boshlangan vaqt	Dastlabki 2 – 3 soat	Toksikoz boshlanishining 3 – 6 soati	Toksikoz boshlanishining 6 – 8 soati
Es - hushi	Qo'zg'aluvchan yoki uyquchan	Sopor, koma ba'zan talvasa	Stvol komasi yoki chuqur koma
Teri	Me'yorida, qizargan yoki akrotsianoz	Oqish - marmarsimon	Kulrang - tsionatik
YuQS	Daqiqada 180 tagacha	180-220 ta	>220 dan ko'p yoki bradikardiya
AQB	Norma yoki oshgan	SAB vaDAB oshgan	Gipotenziya
Harorat	39-39,5°S	40° S gacha	>40°S Yoki gipotermiya
Diurez	Oliguriya	Oliguriya, gematuriya	Anuriya

Shuningdek isitma tushiruvchi dorilardan samara bo'lmaydi, YuQS va harorat nomunosibligi kuzatiladi (37 dan yuqori har bir haroratga 10 dan ortiq yurak qisqarishi), teri va rcktal harorat farqi 1,5 gradusga etadi. Toksikozning ikkinchi darajasidan boshlab musbat kapillyar sinama va shok indeksi 1,5 ga etishi kuzatiladi (Kardiologik shoshilinch holatlarga qarang). Ko'pincha toksikozning barcha davrlarida oyoq-qo'llarning sovishi aniqlanadi. Ba'zan o'pkadagi shunt – diffuz buzilishlar hisobiga kislorod ingalyatsiyasidan samara bulmaydi va bemorda taxipnoe kuzatiladi.

Kapillyar sinama



Infektsion toksikoz turlari

Neyrotoksikoz – bu toksikozning eng ko'p uchrovchi turi bo'lib, MAT va veqetativ nerv sistemasi shikastlanishi bilan kechib, turli darajadagi hush buzilishlari kuzatiladi. 1 – darajada febrill talvasa kuzatilsa, 2 – 3 darajasida talvasa tez-tez qayd qilinib miya shishi kuzatiladi (likvor hajmi oshadi, periventikulyar bo'shliq shishadi, keyinchalik shish o'rta miya va miya o'zagiga o'tadi).

Infektsion -toksik shok – bu toksikozning tez kechuvchi turi bo'lib, 1- 2 davrlarning klinik ko'rinishini payqab bo'lmaydi. Ushbu tur daqiga ichida kechib ko'pincha o'lim bilan tugaydi.

Kishsha toksikozi – supraventrikulyar yoki qorinchalar taxikardiyasi bilan kechuvchi toksikoz turi bo'lib, dastlabki soat ichida yordam ko'rsatilmasa (shoshilinch kardioversiya) o'lim bilan tugaydi. Toksikozning ushbu turi hamroh yurak kasalliklari bo'lgan paytda uchraydi.

Kishsha toksikozining klinik belgilari:

- Kuchaygan psixomotor qo'zg'aluvchanlik
- Kuchli rangparlik
- Kuchli taxikardiya (YuQS 220 dan ko'p)
- EKG da – supraventrikulyar taxikardiya yoki tezlashgan qorinchalar taxikardiyasi

Ba'zan kuzatiladi:

- Ichak parezi belgilari (qorin dam bo'lishi, qusish, peristaltika susayishi) – gipokaliemiya hisobiga. To'qimalarning interstitsial shishi (son sohasida teri yog' qatlamini burma qilib ushlaysh paytida qo'lga mumsimon ilinadi)- gipokaliemiya sabab

Shoshilinch yordam:

Toksikozning 1 - darajasida neyrovegetativ blokada o'tkazish uchun dimedrol yoki pipolfen m/o yuboriladi. Spazmi bartaraf qilish uchun no-shpa, papaverin, dibazol ishlatiladi. Isitmani tushirish uchun parasetamol, ibuprofen ishlatiladi. Og'iz orqali suyuqlik beriladi. Agar 20 daqiqa davomida YuQS pasaymasa, teri rangi o'zgarmasa va harorat bir gradusga tushmasa bemor shifoxonaga yotqiziladi.

Toksikozning 2 - darajasida – kuchli neyroleptik ta'sir ko'rsatuvchi dorilar (droperidol, aminazin, diazepam, GOMK) qo'llaniladi. Tomirlarni kengaytirish ganglioblokatorlar (pentamin, benzogeksoniy) hisobiga amalga oshiriladi. Agar 20 daqiqa davomida YuQS pasaymasa, teri rangi o'zgarmasa va harorat bir gradusga tushmasa bemor shifoxonaga yotqiziladi.

Toksikozning 3 - darajasida shokga qarshi tadbirlar o'tkaziladi va bemorlar shifoxonaga yotqizilishi shart. Bemorni o'ta ehtiyotkorlik bilan transportirovka qilish zarur(buyrak usti beziga qon quyulishi xavfi yuqori va bemor shu zahoti o'lishi mumkin).

Jahon pediatriya amaliyotida Yelskiy shkalasi bo'yicha 16 balldan yuqori bo'lgan holatda shokga qarshi tadbirlarni boshlash tavsiya qilinadi:

1. Birlamchi AVS yordam
2. Kardiomonitor ritmini tahlil qilish
3. Supraventrikulyar taxikardiyayocki qorinchalar taxikardiyasida - kardioversiya
4. Tomirga yoki suyak ichiga yo'l ochish
5. Kristalloidlarni 20 ml/kg hisobida 3 marta samara berguncha bolyus yuborish
6. Shoshilinch transportirovka

3 yoshdan katta bolalarda isitma

Katta yoshli bolalarda isitma o'tkir toksikozsiz kechadi va hayot uchun xavf solmaydi. Biroq isitma bolaning azoblanishiga sabab bo'lishi mumkin. Bolaning holatini baholashda qizil va oq isitmani farqlash maqsadga muvofiqdir.

«oq isitma» yoki gipertermik sindrom bo'lib, bunda teri tomirlarining spazmi kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi:

- Qo'zg'aluvchanlik yoki kuchli uyquchanlik (bolani uyg'otish qiyin), ammo bolani ataylab uyg'otish tavsiya qilinmaydi
- Teri qoplamalari rangparligi (lunj va og'iz – burun uchburchagida)
- Sovqotish (titrash yoki sovuqni his qilish)
- Oyoq qo'llarining sovushi
- Bosh og'rig'i

Bunday holatda bola uchun isitmani tushiruvchi dori berish etarli: og'iz orqali parasetamol yoki ibuprofen beriladi.

«Qizil isitma» - infeksiyon intoksikatsiya belgisi bo'lib, fiziologik regulyatsiya hisobiga yaxshi oqibatlar bilan tugaydi. Bunda bolaning nazorati, emotsional kontakt va qo'shimcha kam tuzlangan suv berish etarli bo'ladi.

Agar isitmaning bakterial va virusli sabablari aniqlansa qo'shimcha davolash usullari qo'llaniladi.

Isitma holatida qo'llaniladigan dori moddalari

Analgin 50% 0,01 mg/kg 0,1 ml/yosh

Dimedrol 1% 0,2 ml (1 yoshgacha) 0,5 ml (1 dan katta)

Droperidol 0,25% 0,1 ml/kg

GOMK 20% 0,5 ml/kg 10 marta suyultirilgan holatda

No-shpa 0,5 ml

Papaverin 1% 0,3 ml/yosh

Pentamin 5% 0,5ml/kg (1 yoshgacha) 0,25 ml/kg (1 yoshdan katta)

Benzogeksoniy 2 % 1-2 mg/kg (1 yoshgacha), 0,025ml (1 yoshdan katta)

Seduksen 0,5% 0,25 – 0,5 ml/kg

Aminazin 0,1% 0,01 ml/kg (1 yoshgacha), 0,15ml (1 yoshdan katta)

Paratsetamol 15 mg/kg har 6 soatda, 2 oydan kattalarda yoki 10 – 15 mg/kg)

Ibuprofen 50 mg 1 yoshgacha, 1 yoshdan kattalarga 100 mg (yoki 5 – 10 mg/kg)

Reye sindromi

Reye sindromi – noma'lum sababli, kam uchrovchi sindrom bo'lib 1963 y. da Reye tomonidan kuzatilgan. Kasallik uchun yuqori harorat, ichki a'zolar (1- navbatda jigar) o'tkir yog'li distrofiyasi va entsefalopatiya xosdir. Ushbu sindromda jigar etishmovchiligi kuzatilib ammiak va jigar fermentlarining qondagi miqdori oshib ketadi, koagulyatsiya buzilib uglevod, aminokislota va lipidlar almashinuvi ishdan chiqadi. Jigar va miya hujayralari mitoxondriyasining shikastlanishi kasallik rivojlanishiga asos deb taxmin qilinadi. Reye sindromi bilan aspirin qabul qilish holatining o'zaro bog'liqligi isbotlangan. Quyidagi holatlarda tez tibbiy yordam xodimi Reye sindromiga shubha qilmog'i zarur:

- Prodromal davrdan keyin to'satdan yuzaga keluvchi ko'p qusish
- Keyin es-hushining buzilishi.
- Kasallik odatda virusli infektsiya bilan hanroh kelib, yuqoridagi belgilar kuzatiladi

Kasallik kam uchasada unga bo'lgan shubha doimo yuqori bo'lishi kerak. Shu sababli intensiv davolashni o'z vaqtida boshlash zarur, aks holda bosh miyada qaytmas o'zgarishlar yuzaga kelib oligofreniya shakllanishi mumkin. Davoni kech boshlash o'lim holatiga olib keladi.

Tekshiruv paytida aniqlanadi

- Taxipnoc
- Isitma
- Uyquchanlik
- Sopor, koma
- Epileptik tutqanoq — ba'zida
- Bosh miya ichi bosimi oshishi simptomlari kuzatilishi mumkin

Asosiy diagnostik belgilar:

- Qon zardobida jigar fermentlarining oshishi (AsAT, AlAT, LDG)
- Arterial qonda ammiak miqdorining oshishi, agar 300mk% dan yuqori bo'lsa oqibat yomon

Shuningdek kuzatiladi

- Metabolik atsidoz
- Respirator alkaloz
- Gipoglikemiya
- Protrombin vaqtining uzayishi

Biroq aksariyat belgilar kasallikning birinchi kunida kuzatiladi.

Miya ichi o'smasini inkor qilish uchun o'tkaziladi:

- kompyuter tomografiya
- magnitrezonans tomografiya
agar Reye sindromi tashhisiga shubha bo'lsa (16 yoshdan katta va hurujsimon kechishi) jigar biopsiyasi o'tkaziladi.

Shoshilinch yordam:

- AVS yordam
- MVB ni o'lchash uchun markaziy vena katetirizatsiyasi o'tkaziladi. Miya perfuzion bosimini 50 mm. sm. ust. ushlashi zarur. Miya perfuzion bosimi o'rtacha AQB va miya ichi bosimi o'rtasidagi farqqa teng.
- Har 12 soatda EEG nazorati
- Qon va peshobda elektrolitlar miqdori aniqlanadi. Jigar etishmovchiligida natriyning miqdori peshobda kamaygan, kaliy oshgan. Peshobning osmolyarligi qonga nisbatan oshgan.
- Har 16 – 12 soatda qonda mochevina va elektrolitlar aniqlanadi, plazmaning osmolyarligi va glyukoza aniqlanadi, har 12 – 24 soatda arterial qonda ammiak miqdori aniqlanadi.
- Bemorda bosh venoz oqimini yaxshilash uchun o'rta chiziq bo'yicha joylashtirib, bosh qismi 30 gradusga ko'tariladi.
- Lyumbal punktsiya o'tkazish xavfli
- Plazmada glyukoza miqdori nazoratida 10 – 15% glyukoza yuboriladi.
- Vitamin K, 5—10 mg/sutka v/i 3 kun davomida yoki protrombin vaqti normallashguncha yuboriladi. Agar preparat uch kundan ortiq ishlatilsa dozasi 1 – 2 mg sutkaga kamaytiriladi. Qon ketish holatlarida yangi muzlatilgan plazma quyiladi.
- Ammiak ishlab chiqarilishi kamaytiriladi
 - Ratsionda oqsil miqdori 10 gr. gacha kamaytiriladi.
 - Endogen mikroflorani pasaytirish uchun laktuloza, 1 ml/kg har 6 soatda yoki neomitsin 50 mg/kg sutka hisobida 4 qabulga beriladi.
- Dorilarni berish va oshqozon- ichak traktidan qon ketishini qayd qilish uchun nazogastral zond qo'yiladi.
- Sedativ dorilar ayniqsa jigarda parchalanuvchi barbituratlarni qo'llash mumkin emas.
- Qon, peshob va astsit suyuqligi ekiladi.
- Gipovolemiya holatida va zardob albuminining pasayishida albumin infuziyasi 1,75 g/kg hisobida o'tkaziladi. Bunda zardob albumini miqdori 1 gr% oshadi.
- Agar gipovolemiya holati bo'lmasa suvga bo'lgan minimal ehtiyojning yarmi beriladi. Plazma osmolyarligi 290—310 mosmol/l bo'lishi kerak. Infuzion suyuqliklar shunday tanlanadiki ular gipoglikemiya va plazma osmolyarligini pasayishiga olib kelmasligi kerak. Aks holda miya shishi rivojlanishi mumkin. Shuning uchun 5 yoki 10% glyukoza fiziologik eritma bilan qo'llaniladi.
- Epileptik tutqanoqda fenitoin qo'llanilib, u hushni o'zgartirmaydi va bemorni kuzatish imkonini beradi. Dori to'yintirilgan dozada fiziologik eritmada tomir ichiga 1 mg/kg/min tezlikda 15 – 20 mg/kg hisobida buyuriladi.
- Har kuni gemosorbtsiya o'tkazish samarali.

Nazorat savollari.

1. 8 haftagacha bo'lgan bolalarda sepsis rivojlanishining anamnestik va klinik belgilarini ayting
2. 8 haftagacha bo'lgan bolalarda isitma holatida tekshiruv rejasini ayting
3. Infektsion toksikoz va intoksikatsiyaga tarif bering
4. Infektsion toksik shok rivojlanish mexanizmini aytib bering
5. Septik shok mexanizmini sharhlab bering

6. Yelskiy shkalasi va uning tahlilini aytib bering.
7. Infektsion toksikoz darajalarini sharhlab bering
8. Neyrotoksikoz, infektsion toksik shok, Kishsha toksikoziga ta'rif bering
9. Kishsha toksikozining diagnostik belgilari
10. Infektsion toksikozda shoshilinch yordam ko'rsatish ketma-ketligini va uning darajalari bo'yicha davolashni aytib bering
11. «Oq» va «Qizil» isitmaning klinik ko'rinishini sharhlab bering
12. 3 yoshdan katta bo'lgan bolalarning isitma holatida davolash taktikasini aytib bering
13. Reye sindromiga ta'rif bering
14. Reye sindromiga shubha qiluvchi belgilarni ko'rsatib bering
15. Reye sindromida tekshirish rejasini aytib bering
16. Reye sindromida shoshilinch yordam va intensiv davolash ketma-ketligini ko'rsatib bering.

ERTA YoShLI BOLALARDA EKSIKOZ

Eksikoz – bu suvsizlanish holati bo'lib, doimiy ravishda suv va elektrolitlarni organizmdan me'yoridan ortiq chiqib ketishi gipovolemiyani chaqiradi. Qon plazma hajmining pasayishi periferik qon aylanishini buzilishiga olib keladi. Shok rivojlanishi uchun suvsizlanish tana vaznining 10 % ni hosil qilishi, ya'ni 100ml/kg suyuqlik yo'qotish etarli bo'ladi. Ayniqsa crta yoshli bolalarda shok rivojlanishi xavfi yuqoridir. Bunday bolalarda oddiy ich ketishi va qusish og'ir suv-tuz almashinuvi buzilishiga olib keladi. Buning sababi bu yoshdagi bolalarda kattalarga nisbatan moddalar almashinuvida hujayradan tashqaridagi suyuqlik 3 marta ko'p ishtirok etadi. Interstitsial to'qimada esa suv miqdori kam bo'lib, interstitsial shish rivojlanishiga yaxshi zamin yaratadi.

Eksikozni, uning darajasini, yo'ldosh patologik holatlarni (ichaklar parezi va distrofiya) o'z vaqtida aniqlash va yo'qotilgan suyuqlik o'rmini samarali qoplash orqali bolaning hayotini xavfli holatdan saqlab qolish mumkin.

Organizmning suv bilan ta'minlovchi komponentlari

Suvning chiqish yo'llari:

- Buyrak orqali
- Teri orqali
- Nafas yo'llari orqali
- Oshqozon-ichak trakti orqali

Suvga bo'lgan minimal ehtiyoj - bu suv balansini ushlab turish uchun zarur hajmdir.

Suvga bo'lgan minimal ehtiyoj:

Yashirin suv yo'qotish sutkalik suv yo'qotishning 50% tashkil qiladi

- Nafas yo'llari orqali — 15%.
- Teri orqali — 30%.
- Oshqozon-ichak trakti orqali - 5%.

Qolgan 50% suv yo'qotish buyrak orqali amalga oshiriladi.

Suvning endogen manbalari. Oksidlanish natijasida hosil bo'lgan suv yo'qotilgan suvning 15% to'latadi. Shu sabab suvga bo'lgan minimal ehtiyoj, yashirin suv yo'qotish va buyrak orqali yo'qotish summasidan endogen suvni ayirib tashlash yig'indisiga tengdir.

Suvga bo'lgan minimal ehtiyojni o'zgartiruvchi holatlar	
Holatlar	Suvga bulgan ehtiyoj
Isitma	Tana haroratining har bir gradusga oshishi 12%ga oshiradi
Metabolizm oshishi bilan bog'liq boshqa holatlar	25—75 %ga oshiradi

Gipotermiya	Tana haroratining har 1 gradusga pasayishi 12%ga kamaytiradi
Metabolizm pasayishi bilan bog'liq boshqa holatlar	10—25 %ga pasaytiradi
Havo namligini oshishi	Yashirin suv yo'qotish 0 – 15ml/100kkal kamaytiradi
Giperventilyatsiya	Yashirin suv yo'qotish 50 – 60 ml/100 kkal oshadi
Ko'p terlash	10—25 ml/100 kkal oshiradi

Degidratatsiya tasnifi.

- Gipotonik degidratatsiya - (Na^+ 125 mekv/l past) – hujayra tashqarisidagi suyuqlik hajmi pasaygan va aksincha hujayra ichi suyuqligi oshgan. Natijada tezda gemodinamik buzilishlar yuzaga keladi.
- Izotonik degidratatsiya - (Na^+ — 130—150 mekv/l) – suv va elektrolitlar yo'qolishi bir-biriga proporsional
- Gipertonik degidratatsiya - (Na^+ 150 mekv/l yuqori) - hujayra ichi suyuqligi kamaygan, tomir ichi suyuqligi nisbatan turg'un. Shuning uchun gemodinamik buzilishlar doim ham uchrayvermaydi.

Osmotik zo'riqishning roli.

- Suvsizlanish bu nafaqat suv yo'qotish orqali, balki organizmga osmotik faol moddalarning ortiqcha tushishi natijasida ham yuzaga keladi.
- **Osmotik zo'riqish** peshob orqali suv yo'qolishini kuchaytirib, degidratatsiyaga olib keladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda buyrakning kontsentratsion faoliyati past bo'lib ozuqa aralashmalarining osmotik zo'riqishi mavjud hisobdan farq qiladi. Sigir suti orqali ovqatlantirilganda suv yo'qotish uch marta ko'paysa, qaynatib sovutilgan sut bilan ovqatlantirishda suv yo'qotish to'rt martaga oshadi. Shuning uchun suv yo'qotish ko'payganda buyrakga osmotik zo'riqishni minimal darajaga keltirish zarur. Aks xolda gipertonik degidratatsiya rivojlanadi.

Eksikozda birlamchi tekshiruv

AVSD baholash

- Es-hush darajasi
- Nafas buzilishlari
- Periferik arteriyada puls va tovonda kapillyar sinama

Birlamchi va ikkilamchi AVSD baholash bosqichida

Anamnez:

- Ovqatlantirish turi
- Ich ketish xarakteri
- Najasda patologik aralashmalar borligi
- Yaqin kunlar ichida antibakterial davo olganligi
- Peshob hajmi va siyish soni
- Bola suyuqlikni hohlab yoki hohlamay ichadi
- Vazn o'zgarishi
- Yuqumli kasalliklar bilan muloqot

Fizikal tekshiruvda aniqlanadi:

- Terimning turgori(teri burmalarning to'g'irlanishi)
- Labining namligi
- Shilliq qavat va yuz terisining namligi
- Ko'z turgori
- Liqqildok holati
- Qorin dam bo'lishi
- Qorin bo'shlig'ida qattiq narsaning paypaslanishi
- Tana harorati
- Nafas va puls soni
- Vazn (suv yo'qotishning tez belgisi - vazn pasayishi)
- diurez.

Laborator tekshiruv:

- qon umumiy tahlili
- peshob tahlili
- Na⁺, K⁺, Cl⁻ miqdori
- pH peshobda va plazmada
- qonda azot va mochevina miqdori
- qonda kreatinin, glyukoza va Sa miqdori
- CO₂ miqdori
- Plazma osmolyarligi

Agar buyrakning yo'ldosh kasalligi bo'lmasa, peshobning nisbiy zichligi 1015 dan oshmasligi kerak. Degidratatsiya paytida ko'pincha qandsiz diabet yo'q holatda ketonuriya kuzatiladi. Peshobda oz miqdorda oqsil va shaklli elementlar, 1-2ta gialin tsilindr bo'lishi mumkin. Agar peshob cho'kmasida o'zgarish ko'p bo'lsa bu buyrak kasalligi hakida ma'lumot beradi. Peshobning ishqoriy reaksiyasi buyrak kanalchalarining atsidozidan shubha beradi.

Hujayra tashqari suyuqligi va aylanuvchi qon hajmi normallashganini ko'rsatuvchi belgilar:

- AQB, MVB, NSni qattiy normallashuvi
- Gemotokritning pasayishi (qon yo'qotishsiz)
- Atsidozning kamayishi va periferik perfuziyaning yaxshilanishi.
- Azot mochevinasi va kreatinin miqdorining pasayishi.
- Osmolyarlik va plazmada K⁺ pasayishi
- Diurezning ko'payishi va peshob zichligining, peshob osmolyarligining pasayishi.

Kam suv yo'qotish holati**Og'ir eksikoz holati**

Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan taqdim etilgan erta yoshli bolalarda eksikoz holatida davo-tashhisot tartibi

Og'ir eksikoz	Ikki yoki undan ortiq belgilar: <ul style="list-style-type: none"> • Es –hushini darajasini pasayishi • Yomon yoki kam ichadi • Teri burmasi ikki sekunddan keyin to'g'irlanadi 	V reja v/i Ringer-laktat <ul style="list-style-type: none"> • 1 yoshgacha – 30 ml/kg 1 soat davomida, keyin 70 ml/kg 5soat davomida • 1 yoshdan katta bolalar 30 ml/kg 30 daq. davomida, 70 ml/kg keyingi 2,5 soat ichida
O'rtacha eksikoz	Ikki yoki undan ortiq belgilar: <ul style="list-style-type: none"> • bezovtalik, injiqlik • ko'z ichiga kirishi • talpinib ichadi • teri burmasi sekin to'g'irlanadi 	B reja 4 soat davomida 75 ml/kg hisobida suyuqlik ichirish
		A reja

Eksikoz yo'q	Belgilari etarli emas	<ul style="list-style-type: none"> • 2 yoshgacha bolalar 50 – 100 ml har ich ketishidan keyin • 2 yoshdan kattalar 100 – 200 ml har ich ketishidan keyin
--------------	-----------------------	--

Og'ir eksikozda qorinda teri burmasining sekin to'g'irlanishi



Regidratatsiya rejasining xususiyati

A reja

- Onaga tez va uzoq vaqt ko'krak suti bilan ovqatlantirishni tavsiya etish
- Agar bola to'liq ko'krak sutida bo'lsa qo'shimcha toza suv yoki ORS o'tkazish
- Agar bola aralash yoki sun'iy ovqatlantirishchda bo'lsa ORS o'tkazish yoki suyuq ovqat (guruch qaynatmasi) berish
- Suyuqlikni og'iz orqali tez-tez va kam yutumda berish
- Agar bolada qusish kuzatilsa 10 daqiqa kutish, keyin davom ettirish
- Qo'shimcha bolaga Rux preparatlarini berish (6 oylikgacha 10 – 14 kun 10 mg/kuniga, 6 oylikdan kattalarda 10 – 14 kun 20 mg/kuniga)

B reja

- Agar bola xoxlab ichayotgan bo'lsa mo'ljaldagidan ko'proq suv berish mumkin
- Ko'krak orqali ovqatlantirishni davom ettirish
- 4 soatdan keyin bolaning holatini va gidratatsiya darajasini baholash
- Bolaga qo'shimcha Rux preparatlarini berish

V reja

- Tomir ichiga suyuqlik yuborishni boshlash
- Infuziya boshlanguncha ORS o'tkazish
- Har 15 – 30 daqiqada holatni baholash
- Agar gidratatsiya holati yaxshilanmasa – infuziya tezligini oshirish
- Qo'shimcha 5 ml/kg hisobida og'iz orqali suyuqlik berish (bola ichishni boshlashi bilan odatda 3-6 soatdan keyin)
- Agar tomir ichiga suyuqlik yuborishning imkoni bo'lmasa nazogastral zondan foydalanish (6 soat davomida 20 ml/kg suyuqlik yuborish). Har bir soatda gidratatsiyani baholash. Agar

qushish eki korin dam bulishi kuchaysa ORS sekinlashtiriladi. Agar 3 soatdan keyin xam bemor holati yaxshilanmasa tomir ichiga suyuqlik yuboriladi.

- Bemor holati yaxshilanishi bilan boshqa rejaga o'tiladi

Gipergidratatsiya belgilari:

- Nafas sonining 1 daqiqada doimiy ravishda 5taga oshib borishi
 - Puls sonining 1 daqiqada doimiy ravishda 15 taga oshib borishi
- Agar gipergidratatsiya belgilari paydo bo'lsa, regidratatsiyani to'xtatish va bemorning holatini bir soatdan keyin qayta baholash.

ORS tarkibi (Re So Mal):

Kaliy xlorid	224 g
Trikaliy tsitrat	81 g
Magniy xlorid	76 g
Rux atsetati	8,2 g
Mis sulfat	1,4 g
Suv	2500 ml gacha

Iloji boricha– 0,028 g natriy selenad, 0,012 g kaliy yodid qo'shish zarur.

Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan tavsiya etilgan og'ir distrofiyasiy angidremik shok holatidagi bemorni davolash va tashhisoti tartibi

1. qonni tahlilga olish
2. tomirga yo'l
3. Ringer-laktat yoki fiziologik suyuqlikni oqim bilan 20 ml/kg hisobida yuborish
4. holatni baholash (YuUS, kapilyar sinama)
5. agar samara bo'lmasa (№ 2) infuziyani qaytarish
6. holatni baholash (YuUS, kapilyar sinama)
7. agar samara bo'lmasa (№ 3) infuziyani qaytarish
8. holatni baholash (YuUS, kapilyar sinama)
9. agar samara bo'lmasa (№ 4) infuziyani qaytarish
10. holatni baholash (YuUS, kapilyar sinama)
11. Agar naf bo'lsa davoning har qanday bosqichida suyuqlikni 5 soat ichida 70 ml/kg hisobida tomchilatib yuborish (agar bola 1 yoshdan kichik bo'lsa), 2,5 soat ichida 1 yoshdan katta bolalarda
12. har 1 – 2 soat ichida holatni baholash
13. Agar ahvoli yaxshilanmasa infuziya tezligini oshirish
14. Bola ichishni boshlashi bilan peroral regidratatsiyaga o'tish 5 ml/kg/soat
15. 6 soatdan keyin holatini baholash 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda, 3 soatdan keyin holatni baholash, 1 yoshdan kattalarda

Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan tavsiya etilgan og'ir distrofiyasiy angidremik shok holatidagi bemorni davolash va tashhisoti tartibi

1. Qonni tahlilga olish
2. Tomirga yo'l
3. Bemorni tortish
4. Quyidagi suyuqliklardan birini 15 ml/kg hisobida 1 soat davomida yuborish
 - Ringer-laktat + 5 % glyukoza
 - Yarim me'yoriy tuzli critma + 5 % glyukoza
 - Yarim me'yoriy Darrou eritmasi + 5 % glyukoza

- Ringer-laktat, agar yuqoridagi eritmalar bo'lmasa
- 5. Nafas va yurak urish sonini har 5 – 10 daqiqada o'lchash
- 6. Agar samara bo'lsa (NS va YuUS kamayishi) og'iz orqali suyuqlik yuborishni boshlash
10 ml/kg/soat 10 soat davomida tuzli eritma bilan va ko'krak orqali ovqatlantirishni boshlash
- 7. Agar samara bo'lmasa septik shok rivojlanishini nazarda tutish 4 ml/kg/soat hisobida suyuqlik yuborish, qon transfuziyasi, antibakterial davo + ko'krak orqali ovqatlantirish
- 8. Agar regidratatsiya paytida bemor holati yomonlashsa infuziya to'xtatiladi.

Nazorat savollari:

1. Bolalarda suvga bo'lgan minimal ehtiyojni, yashirin suv yo'qotishni va endogen suv manbalarini aniqlang
2. Suvga bo'lgan minimal ehtiyojni o'zgartiruvchi holatlarni ayting
3. Bolalarda eksikoz tasnifi
4. Bolalarda eksikoz holatida tekshirish tartibini ayting
5. Eksikoz davosida A rejani ayting
6. Eksikoz davosida B rejani ayting
7. Eksikoz davosida V rejani ayting
8. Og'ir distrofiyasiz angidremik shokda davo-tashhisot tartibini ayting
9. Og'ir distrofiyali angidremik shokda davo-tashhisot tartibini ayting

ALLERGIK SHOSHILINCH XOLATLAR.

Allergiya – organizmning biror-bir modda ta'siriga o'ta sezgir immun reaksiyasidir. Allergen bilan aloqadan keyin organizmda kuzatiladi:

- Shilliq qavat hujayralarida sekretiyaning ko'p miqdorda ajralishi
- Bronxlar silliq mushaklari tonusining pasayishi
- Tomirlar silliq mushaklari tonusining pasayishi
- Kapilyar o'tkazuvchanlikning ortishi

Bu holatlar to'qimadagi semiz hujayralar va tsirkulyatsiyalanuvchi bazofillar tomonidan ishlab chiqiladigan turli kimyoviy mediatorlar, shu jumladan gistamin ta'siri natijasi xisoblanadi. Ushbu kimyoviy moddalar organizmga tushgan yot moddaga javoban ishlab chiqiladi.

Bunda :

- Organizm antigenni aniqlaydi.
- Antigenni zararsizlantirish uchun keragidan ko'p miqdorda kimyoviy moddalar va immun mediatorlar ajraladi.
- Immun mediatorlarni inaktivatsiyalovchi componentlar tezda ishlab chiqilmaydi.

Deyarli barcha moddalarga allergik reaksiyalar kuzatilishi mumkin. Allergiya turli tuman belgilarda namoyon bo'ladi. Cheklangan qizarish (giperemiya), qichishish bemorning allergen bilan aloqa bo'lishi (kontakt dermatit) oqibatida kuzatiladi. Agar bunday reaksiya bemorlarning nafas yo'llari to'qimalarida rivojlansa nafas qiyinlashuvi kuzatiladi (nafas yo'llarining yuqori sezgirligi xisobiga). Ushbu jarayon avj olishida tegishli yordam ko'rsatilmasa bemor nobud bo'lishi mumkin. Ayrim reaksiyalar yurak – qon tomir tizimi faoliyatining keskin buzilishi va shok rivojlanishiga olib keladi. Hasharotlar zaxri, proteinga boy oziq – ovqat mahsulotlari (tuxum, yong'oq, dengiz mahsulotlari), dori vositalari (antibiotiklar yoki hayvon organlari mahsulotlaridan olingan dori preparatlari), o'simliklar, chang, kimyoviy moddalar, erituvchilar va hattoki ayrim tibbiy mahsulotlar tarkibidagi lateks (qo'lqoplar, stetoskoplar) odiy allergen hisoblanadi.

Odatda allergik reaksiyaning engil ko'rinishi terida namoyon bo'ladi. Allergen teri bilan kontaktga kirishadi. Bunga javoban organizm allergen bilan kontaktda bo'lgan soxaga immun allergenlarni chiqaradi, bu esa shish, qizarish va qichishishga olib keladi. Bu bemorga noqulaylik tug'diradi, biroq odatda hayoti uchun xavf solmaydi. Shikastlangan soxani sovunli suv bilan yuvish orqali allergenni bartaraf etish yagona zaruriy chora bo'lishi mumkin. Agar toshma saqlanib tursa, shifokor tegishli dori vositalarini tayinlashi mumkin. Ko'rik paytida aniqlanadigan boshqa belgilarga shish, qavariqlar (teridagi qizargan, dog'li, qichishadigan qavariq sohalari), perioral shish, shuningdek sanchib og'rishlar (oyoq, qo'l va tana) kiradi.

Nafas yo'llari obstruksiyasi yoki shok kabi tizimli ko'rinishlar rivojlanishi bilan birgalikda keluvchi og'ir allergik reaksiyalar namoyon bo'lsa, bemor holati hayotga potentsial xavf tug'diruvchi anafilaksiya va o'tkir reaksiya sifatida ta'riflanadi. Ayrim tadqiqotlarga muvofiq, anafilaktik reaksiya rivojlanish sababi doimo ham aniqlanavermaydi (73% hollarda). Ko'p kuzatiladigan sabablar guruhini dori vositalari (28%), hasharotlar chaqishi (17,5%) va oziq-ovqat mahsulotlari (17%) tashkil etadi. 50% og'ir anafilaktik reaksiyalar dastlabki soatlarda o'lim holatiga olib keladi.

Anafilaksiyaning klinik ko'rinishlari

Shikastlangan tizim	Klinik ko'rinishlar
Teri	Qizarish, issiqni sezish, eshakemi, qichishish, eritema, Kvinke shishi
Ko'z	Ko'z kon'yuktivasi in'ektsiyasi, ko'z yoshlanishi, qichishishi
Yurak - qon tomir tizimi	Gipotenziya, bosh aylanishi, xolsizlik, shok, hushdan ketish holatlari, ko'krakda og'riq bo'lishi, taxikardiya, aritmiya, MI, yurak to'xtashi
Nafas tizimi	Xirillashlar, xansirash, tsianoz, taxipnoe, yo'tal, ovozning xirillashi, stridor, nafas aktiga qo'shimcha mushaklarning jalb qilinishi, ko'krakning siqilishi, aksirish, rinoreya, og'iz - xalqum va xiqildoqning shishi, tilning shishinqirashi, o'pkaning shishi, alveolalardagi qon quyulishlar, nafasning to'xtashi
Oshqozon - ichak tizimi	Ko'ngil aynishi, qusish, diareya (ko'pincha qon aralash), qorinda spazmli og'riqlar
MAT	Tirishishlar, hushdan ketishlar, bosh aylanishi, tranzitor ko'rlik, ko'zga ikkita bo'lib ko'rinishlar, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik

Differentsial tashhislash.

- **Vazovogal hushdan ketishlar** in'ektsiyalarda yuzaga keladi. Bu holatlarga siyrak puls, rangparlik, sovuq terga botish, A/B ning o'rtacha pasayishi xosdir.
- **Miokard infarkti.** Asosiy belgi - to'sh ortidagi og'riq. Bu og'riq ko'pincha pastki jag', chap qo'l, orqa va h.k.z ga beradi. Xansirash og'ir anafilaktik reaksiyalarga qaraganda sekin rivojlanadi. Xansirash bronxlar spazmi bilan emas, balki chap qorincha etishmovchiligi sababli yuzaga keladi.
- **Gipoglikemiya** uchun holsizlik, rangparlik, sovuq terga botish va hushdan ketish hollari xosdir. Nafas buzilmaydi, A/B o'rtacha pasayadi. Yodda tutish lozimki, insulin anafilaktik reaksiya sababchisi bo'lishi mumkin.
- **Isteriya (talvasa)** da tsianoz, arterial gipotoniya, nafas etishmovchiligi kuzatilmaydi. Bemorlar ko'pincha sanchib og'rish va achishishdan shikoyat qiladilar. Qichishish bunga xos emas. Qisqa muddatli hushdan ketishlar bo'lishi mumkin. Anafilaktik reaksiyalardan ushbu holatni farqlash uchun asosiy fiziologik ko'rsatkichlar va

nevrologik holat baholanadi. Ayrim bemorlar (ayniqsa avval og'ir anafilaktik reaksiyani o'tkazgan bemorlar) e'tiborni jalb etish uchun yolg'ondan o'zlarini shu holga soladilar yoki ushbu holatni ongli ravishda o'zlarida chaqiradilar. Bunday bemorlarga psixiatr maslahati tavsiya etiladi.

ShOShILINCh YoRDAM.

Bemor xavfsizligini ta'minlash maqsadida voqea sodir bo'lgan joyni baholash zarur. Agar bemorning allergenlar bilan nafas olish xavfi mavjud bo'lsa, bemorni toza havoli boshqa joyga ko'chirish lozim. Agar allergik reaksiya dori vositasi (antibiotik, rentgenokonstrast modda) yuborish paytida yuzaga kelsa, muolajani zudlik bilan to'xtatish zarur.

Birlamchi va ikkilamchi AVSD baholash va yordam berish amalga oshiriladi. Bunda nafas yo'llari obstruksiyasi mavjudligi va uning darajasi (yuqori nafas yo'llari yoki bronxial obstruksiya) aniqlanadi:

- Respirator distress (ekskursiya hajmining ortishi, bemor noto'liq jumlatlarni gapiradi, taxipnoe)
- Yoki nafas etishmovchiligi (ekskursiya hajmining kamayishi, es – hushning pasayishi, taxipnoe yoki bradipnoe)
- Yo'tal
- Ko'krakdagi siqilish hissiyoti
- Xansirash (laringostenozdagi inspirator, bronxial obstruksiyada ekspirator yoki aralash)
- Tomoqdagi siqilish
- Auskultatsiyada nafas chiqarish paytida tarqalgan xirillashlar (bronxial obstruksiya belgisi) yoki nafas olishdagi xushtaksimon tarqoq xirillashlar (laringostenoz belgisi) aniqlanadi.
- Odinofagiya
- Larinostenozda xirillash va stridor
- Retraksional
- Perioral tsianozi.

Shokning mavjudligi va uning belgilari aniqlanadi:

- Es – hush darajasining pasayishi.
- Respirator distress
- Teri rangpar, sovuq, nam
- Taxikardiya, tomir urishi zaif, periferik puls bo'lmasligi mumkin.
- Kapillyar sinama 2 sekundan ortiq (5 yoshgacha bo'lgan bolalarda)
- Og'iz va til shilliq kavatlari tsianozi
- Gipotenziya
- Yurak to'xtashi
- Kuchli bosh og'rig'i
- Holsizlik

Shuningdek quyidagi shikoyatlar bo'lishi mumkin:

- Burunning bitib qolishi va aksirish
- Ko'zlardagi yoshlanish va achishish
- Qorindagi spazmatik og'rik, ko'ngil aynishi, qusish, diareya va tenczmlar
- Siydik yoki najasni tutib turolmaslik
- Chanoq sohasidagi og'riq.

Anafilaksiya tashhisi mahalliy va tizimli allergik ko'rinishlar uyg'unligi bilan tasdiqlanadi.

Anafilaksiya oqirlik darajalari aniqlanadi:

Daraja	Glazgo shkalasi bo'yicha baholash	Nafas chastotasi	Sistolik arterial bosim
O'rtacha	15 ball	<ul style="list-style-type: none"> • 2 oylikgacha bo'lgan bolalar - daqiqasiga 60tadan kam • 2 - 12 oylikgacha bo'lgan bolalar - 50 tadan kam • 1 - 5 yoshgacha 40tadan kam • 5 yoshdan katta bolalar 30tadan kam • O'smirlar va kattalar 20tadan kam 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolalar 70 dan ko'p • O'smirlar va katta yoshlilar 90 dan ko'p
Og'ir	15 balldan kam	<ul style="list-style-type: none"> • 2 oylikgacha bo'lgan bolalar daqiqasiga 60tadan ko'p • 2 - 12 oylikgacha 50 tadan ko'p • 1 - 5 yoshgacha 40tadan ko'p • 5 yoshdan katta bolalar 30tadan ko'p • O'smirlar va katta yoshlilar 20tadan ko'p 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 dan kam-bolalarda • O'smirlar va katta yoshlilar 90 dan kam

Bitta mezon aniqlansa ham anafilaksiyaning og'ir darajasi tashhislanadi.

O'RTACHA ANAFILAKSIYA DA:

- AVS yordam (kislorod ingalyatsiyasi shart)
- Shokga qarshi choralar:
- Chalqancha yotgan bemorning oyoqlari boshiga nisbatan balandroq ko'tariladi
- Bemorning oyoqlarini ko'tarib chalqancha yotkizish
- Bemorni ko'rpaga o'rash
- Bemorga suyuqlik ichirilmaydi
- Mushak orasiga 1:1000 aralashmada 0,01 mg/kg adrenalin yuborish, zarurat bo'lsa har 15 daqiqada takrorlash mumkin
- Mushak orasiga, vena ichiga yoki peroral difengidramin yuboriladi
- Kortikosteroid vena ichiga, mushak orasiga yoki peroral yuboriladi
- Shoshilinch tarzda stasionarga olib boriladi

OG'IR ANAFILAKSIYaDA:

- AVS yordam (kislorod ingalyatsiyasi shart)
- Shokga qarshi choralar:
- Bemorning oyoqlari boshiga nisbatan balandroq ko'tariladi
- Bemorni oyog'ini ko'tarib chalqancha yotqiziladi
- Venaga tushiladi va bolyus ravishda suyuqliklar yuboriladi
- Bemor ustiga ko'rpa yopiladi
- Bemorga suyuqlik ichirilmaydi
- Adrenalin 0.01 mg/kg 1:1000 eritmada mushak orasiga yuboriladi. Zarurat bo'lganda har 5 daqiqada takrorlash mumkin.
- Difengidramin vena ichiga yuboriladi.
- Kortikosteroid vena ichiga yuboriladi.
- Shoshilinch tarzda statsionarga olib boriladi.

QO'SHIMChA YoRDAM.

- Niqob yoki burun kateteri yordamida o'rtacha yoki yuqori tezlikda (5 – 10 l/min) kislorod ingalyatsiyasi beriladi. Kislorod tayinlashdan oldin bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari bor – yo'qligi aniqlanadi. Bu holatda kislorod ingalyatsiyasi nafas markazini qiyinlashtirishi mumkin.
- In'ektsiya yoki hasharot chaqqan joydan proksimal sohaga jgut qo'yiladi. Har 10 daqiqada 1 – 2 daqiqaga jgut bo'shashtiriladi. Arterial gipotoniya qarshi izotonik eritmalar yuboriladi.
- Adrenalinning 1:1000 eritmasi dastlab bolalarga 0,01 ml/kg, kattalarga 0,3 – 0,5 ml dozada teri orasiga yuboriladi, so'ngra takroran hasharot chaqqan yoki taxmin qilingan allergen in'ektsiyasi joyiga bevosita yuboriladi. Zarurat bo'lganda in'ektsiya har 15 – 20 daqiqada takrorlanadi.
- Arterial gipotoniya 1:1000 adrenalinning 1 ml eritmasi 10 ml fiziologik eritmada aralashtiriladi. Olingan eritma (1:10000) 5 – 10 daqiqa davomida vena ichiga yuboriladi. Zaruriy holatlarda bu choradan so'ng adrenalin eritmasi infuziyasiga o'tiladi. Buning uchun 1:1000 adrenalinning 1 ml eritmasi 5 % li glyukozaning 250 ml ga aralashtiriladi (olingan adrenalin eritmasining konsentratsiyasi 4 mkg/ml). Eritmani yuborishdagi boshlang'ich tezlik 1 mkg / daq, ta'sir sezilmaganda bu tezlikni 4 mkg/daq gacha ko'paytirish mumkin. Bolalarda adrenalinning yuborish tezligini 0,1 mkg/kg/daqdan maksimal 1,5 mkg/kg/daq gacha oshirish mumkin. Adrenalin qo'llashning maqsadga muvofiqligi individual tarzda baholanadi. Chunki YuIK, bosh miya tomirlari aterosklerozida, shuningdek keksa yoshdagilarda ko'pincha adrenalinning qushimcha ta'siri kuzatilishi mumkin.
- Difengidramin 1 – 2 mg/kg dozada v/i ga, m/o ga yoki peroral har 6 soatda 48 soat mobaynida yuboriladi. Anafilaktik va anafilaktoid reaksiyalarda arterial gipotoniyaning oldini olish uchun nazorat sinovlari mavjud emasligiga qaramasdan, N1 blokatorlardan tashqari N2 blokatorlar: tsimitidin yoki ranitidin tayinlanadi. Tsimitidin 300 mg dozada (bolalarga 5 – 10 mg/kg) v/i ga sekin m/o yoki peroral har 6 – 8 soatda , ranitidin 50 mg dozada v/i sekin yoki m/o ga har 6 – 8 soatda yuboriladi, yoki 150 gr dan har 12 soatda ichiriladi (bolalar 2 – 4 mg/kg/sut). Agar arterial gipotoniya va nafas buzilishini bartaraf etishning iloji bo'lmasa bemor reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi).

KASALXONA BOSQICHIDA ShOSHILINCh YoRDAM:

- Maksimal diametrlı kateter orqali v/i ga suyuqlik yuboriladi. Infuziya tezligi kattalarda sistolik A/B ni 100 mm.sim.ust.dan va bolalarda 50 mm.sim.ust. past

bo'lmagan holda ushlab turish uchun etarli bo'lishi kerak .5 % li glyukoza eritmasi 0.45 % li natriy xlorid eritmasida 2000-3000 ml/m²/sut hajmda yuboriladi. Infuziyaning dastlabki soati mobaynida kattalarga 500 – 2000 ml suyuqlik , bolalarga 30 ml/kg gacha miqdorda suyuqlik yuboriladi. Turg'un arterial gipotoniya fiziologik eritma, albumin boshqa kolloid eritmalar qo'llaniladi.

- Bponxospazmda ingalyatsion betta 2 adrenostimulyatorlar, misol uchun 0.5 - 1 ml 0.5% li salbutamol eritmasi tayinlanadi.
- Bronxospazmni bartaraf etishning iloji bo'lmasa , 4 - 6 mg/kg dozada eufillin v/i ga 15 - 20 daqiqa davomida tayinlanadi. Eufillin eritmasini v/i ga yuborish uchun 2 baravar suyultiriladi.
- Keyin bronxospazm og'irligiga qarab, eritmani 0.2 - 1.2 mg/kg/soat tezlikda v/i yoki 4 - 5 mg/kg v/i 20 - 30 daqiqa davomida har 6 soatda yuborish mumkin. Eufillin bilan davolash paytida uning zardobdagi konsentratsiyasini nazorat qilib turish lozim. Bir vaqtning o'zida tsimitidin ham tayinlansa eufillin dozasi kamaytiriladi.
- Yuqorida sanab o'tilgan choralar qaramasdan arterial gipotoniya saqlansa v/i ga noradrenalin tayinlanadi. Buning uchun 4 - 8 mg noradrenalin 1000 ml infuzion eritmada (suv yoki fiz.eritmada) 5% li glyukoza eritmasi eritiladi. Preparat normal A/B ni ushlab turish uchun zaruriy tezlikda yuboriladi. Suyuqlik yuborishning maksimal tezligi 2 ml /daq dan oshmasligi zarur. Bolalarga 250 ml infuzion eritmada 1 mg noradrenalin yuboriladi . Infuziya tezligi 0.25 ml /daq dan oshmasligi lozim. Yodda tutish lozimki, noradrenalin teri orasiga tushsa teri osti kletchatkasi nekrozini keltirib chiqaradi. Bir vaqtning o'zida beta blokatorlarning tayinlanishi , misol uchun propranololning tayinlanishi, adrenostimulyatorlar samaradorligini pasaytiradi. Agar bemor beta blokatorlar qabul qilsa kaltsiy glyukonat tayinlanadi. v/i ga 5 - 15 mkg/daq.
- Noradrenalin o'miga dofamin tayinlash mumkin. Preparat beta adrenostimullovchi ta'sirga ega. U 0.3 - 1.2 mg/kg/soat tezlikda v/i ga yuboriladi. Buning uchun 200 mg dofamin 500 ml 5% li glyukoza eritmasida eritiladi (olingan dofamin eritmasi konsentratsiyasi 0.4 mg/ml). Infuziya tezligi A/B ni ushlab turish uchun etarli bo'lishi kerak. Dofamin yurak etishmovchiligi mavjud bemorlardagi anafilaktik reaksiyalarda qo'llaniladi. Bunday holatlarda noradrenalin tayinlanmaydi.
- Yuqori nafas yo'llarining keskin ifodalangan shishlarida, mustaqil nafas olish bo'lmaganda, shoshilinch traxeya intubatsiyasi yoki troxeyastomiya tavsiya etiladi.
- Kortikosteroidlar anafilaktik reaksiyalarni davolashdagi birinchi guruh preparatlariga kirmaydi. Biroq sog'ayishni tezlashtirgani va simptomlar qaytalanishining oldini olishda samaradorligini hisobga olib ularni iloji boricha oldinroq qo'llash mumkin. Gidrokortizon avvaliga 7 - 10 mg/kg dozada v/i ga keyinchalik 5 mg/kg dozada v/i ga har 6 soatda yuboriladi. Boshqa kortikosteroidlarni ham v/i ga, m/o ga yoki peroral tegishli dozalarda tayinlash mumkin. Kortikosteroidlar bilan davolashning davomiyligi odatda 2 - 3 sutkadan oshmaydi.
- Suyuqlik yuborish va dori darmonlar bilan davolash holat barqarorlashgandan keyin ham davom ettiriladi.

Bir maromda ushlab turuvchi davoning davomiyligi (holatning og'irligiga qarab) bir necha soatdan bir necha sutkagacha bo'lishi mumkin. Bemordagi engil anafilaktik reaksiya bartaraf etilganidan so'ng, bemorga uy sharoitida ushlab turuvchi davo kursining zarurligi va davolanmasa uning holati yomonlashishi

umkinligi tushuntiriladi. Qolgan holatlarda bemor 12–24 soat mobaynida kuzatiladi. Odatda sog'ayish to'liq bo'ladi. Asoratlarda miokard infarkti va insultni qayd etish zarur. Og'ir reaksiyalarda o'lim holati ko'pincha dastlabki 30 daqiqada sodir bo'ladi. Antigen bilan takroriy aloqa odatda juda tez va og'ir reaksiya bilan kechadi

NAFAS YO'LLARI OBSTRUKTSIYASIDAGI ShoShILINCh YoRDAM.

Obstruksiya xiqildoqning angionevrotik shishi (laringostenoz belgisida namoyon bo'ladi) va bronxospazm (bronxial obstruksiya bilan ifodalanadi) ga bog'liq bo'lishi mumkin.

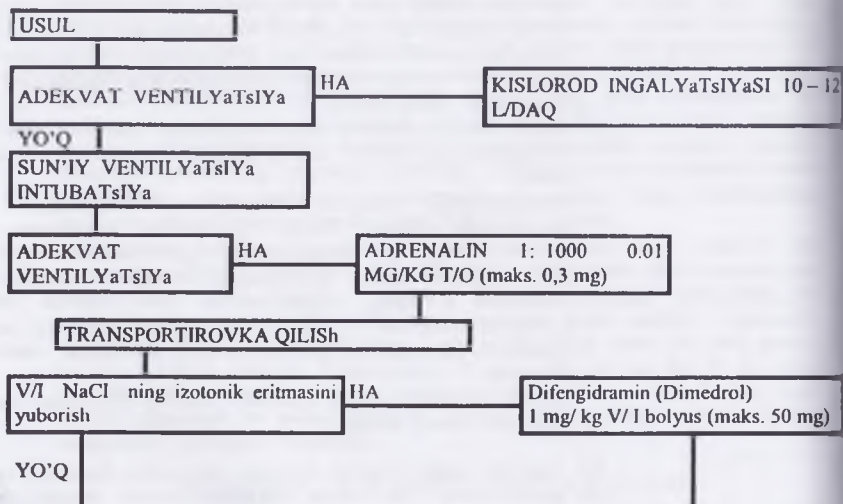
Xiqildoqning angionevrotik shishini davolash:

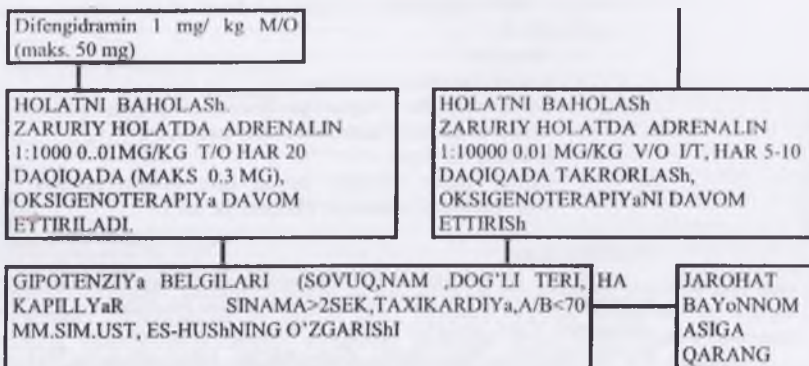
- Boshni orqaga tashlash, iyakni cho'zish, pastki jag'ni tortish.
- Nazo – yoki orofarengial havo o'tkazgichlar qo'yish
- Gazli aralashma - 80% geliy / 20% kislorod ingalyatsiyasi
- Adrenalinning ratsmikritmasi – 0,5 ml ingalyatsiya tarzida (monitorda yurak ritmini nazorat qilish shart, chunki ko'pincha adrenalini dozasi oshib ketish oqibatida taxiaritmiya yuzaga keladi).
- Zaruriy holatlarda – traxeya intubatsiyasi.
- Zaruriy holatlarda – nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash.

BRONXOSPAZMNI DAVOLASH:

- Davomli ingalyatsiya bilan albuterol.
- Eufillin 5–6 mg/kg v/i 20–30 daqiqa davomida
- Atrovent (ipratropiya bromid) 0,5 mg NaCl 0,9% eritmasining 2,5 ml da ingalyatsion tarzda
- Kortikosteroidlar
- Zaruriy hollarda traxeya intubatsiyasi va O'SV.

ANAFILAKSIYADA ShoShILINCh YoRDAM ALGORITMI:





HAYoT UchUN XAVF SOLMAYDIGAN, ShOSHILINCh YoRDAMNI TALAB
ETMAYDIGAN BOSHQA ALLERGIK HOLATLAR:

O'TKIR ESHAKEMI VA KVINKE SHISHI ko'pincha shoshilinch turdagi allergik reaksiyalar sababli yuzaga keladi. O'tkir eshakemi uchun to'satdan toshma va qichishishining paydo bo'lishi xarakterlidir. Alohida po'rsildoqlarning mavjudligi 24 soatdan oshmaydi. O'tkir eshakemida nafas yo'llari va oshqozon - ichak traktining jarohatlanishi Kvinke shishidan farqli ravishda kam kuzatiladi. O'tkir eshakemi va Kvinke shishi uygunlashgan holda kechishi mumkin.

Yuqorida qayd etilganidek, o'tkir eshakemi shoshilinch turdagi allergik reaksiyalar sababli yuzaga keladi. Taxminan 70 % holatlarda eshakem virusli yoki bakterial infeksiya, gelmentozlar, antimikrob vositalarni qo'llash negizida yuzaga keladi yoki ovkat allergiyasining bir ko'rinishi hisoblanadi. Bolalarda o'tkir eshakemining ko'p kuzatiladigan sabablaridan biri infeksiya sanaladi. Shoshilinch turdagi allergik reaksiyalar sababli yuzaga keladigan eshakemi patogenezini etarlicha yaxshi o'rganilgan. Rentgenkontrast vositalar sababli yuzaga kelgan o'tkir eshakemi noimmmun mexanizmlar bilan bog'liqdir.

ESHAKEMI. Eshakemi - o'tib ketuvchi toshma bo'lib, uning morfologik elementi po'rsildoq (qavariq) - ya'ni teridagi aniq chegaralangan shish hisoblanadi. Qavariqlar rangi odatda qizil, diametri esa bir necha mm dan bir necha sm gacha bo'ladi. Eshakemi klinik shakllarining turli hilligi ular asosida turli patogenetik mexanizmlar yotishi bilan izohlanadi. Kvinke shishida patologik jarayonga teri osti kletchatkasi ham qo'shiladi.

Taxminan 15 % aholi hayotida bir marta bo'lsa ham eshakemi yoki angionevrotik shishni o'tkazgan. Agar kasallik 6 hafta ichida qaytalansa bu surunkali eshakemidan dalolatdir. Oilaviy anamnezida allergik reaksiyaga moyilligi bor insonlarda, aholining boshqa qismiga nisbatan eshakemining o'tkir shakli ko'proq kuzatilishi aniqlangan. Surunkali eshakemining tarqalishiga irsiy omillar ta'sir etmaydi.

MEXANIZMI: Eshakemi va angionevrotik shish rivojlanishi mexanizmlarining yakuniy natijasi - bu tez kechuvchi turdagi allergik reaksiyaga kimyoviy mediatorlarning ajralib chiqishidir.

SUN'IY ChAQIRUVChI OMILLAR:
kasallikning surunkali shaklida 20%



holatda sababi aniqlanishi mumkin. Eshakemi rivojlanishining sabab va mexanizmlari quyidagilardir:

- Allergiya
- Komplemntning faollashuvi
- Semiz hujayralar degranulyatsiyasini chaqiruvchi moddalar ta'siri
- Araxidon kislotasi metabolizmining buzilishi
- Jismoniy zo'riqish
- Tashqi muhit omillari (sovuq, issiq, terining mexanik ta'sirlanishi (urtikar dermatografizm), vibratsiya, insolyatsiya, suv)

TASHHISLASH

Anamnez yig'ish paytida kasallik qachon va qanday boshlanganligiga hamda qanchalik zo'rayishiga e'tibor qaratiladi. Bemorning o'tkazgan kasalliklari so'ralib, qaysi dorilarni qabul qilganligini (shu jumladan retseptsiz, mahalliy qo'llaniladigan va hk.z), jumladan bemor NI blokatorlarni qabul qilgan – qilmaganligini, qabul qilgan bo'lsa ularning ta'sir samarasi qanday bo'lganligini aniqlash zarur. Bemordan ishlab chiqarish va turmush sharoitlarida qanday moddalar bilan aloqada bo'lishi so'ralib, hayz oldi holatida toshmalar toshish - toshmasligi aniqlanadi. Shuningdek oshqozon – ichak trakti kasalliklari, autoimmun kasalliklar yoki yomon sifatli o'simlarni inkor qilish lozim. Chunki ularning barchasi surunkali eshakemi sababchisi bo'lishi mumkin.

Agar qichishish bilan kechadigan qavariqlarning paydo bo'lishi jismoniy omillar tufayli chaqirilmagan bo'lsa va toshma 6 haftadan ortiq saqlanmasa bunday bemorlarga o'tkir eshakemi tashhisini qo'yish mumkin. Toshmaning alohida elementlari qanchalik uzoq saqlanishini aniqlash uchun yaqinda paydo bo'lgan qavariqlar atrofi chiziladi va bemordan ular qachon yo'qolganini qayd etish so'raladi. O'tkir eshakemida qavariqlar 24 soatdan ortiq saqlanmaydi.

FIZIKAL TEKSHIRUV paytida teri sinchkovlik bilan ko'zdan kechiriladi, bu boshqa teri kasalliklarini farqlash imkonini beradi. Limfa tugunlari o'lchami aniqlanib, surunkali infeksiya o'choqlari bor – yo'qligi qayd etiladi. Urtikar dermatografizm farqlanadi. Buning uchun o'tmas predmet bilan teriga engilgina bosiladi. Laboratoriya tekshiruvlari umumiy qon tahlili, EChTni aniqlash va umumiy peshob tahlilidan iborat. Bunda leykotsitoz, cozinofiliya shuningdek siydik yo'llari infeksiyasi belgilarini aniqlash mumkin. Ovqat allergiyasini inkor qilish uchun nazorat sifatida platsebodan foydalangan holda ikki martalik tasodifiy usulda provokatsion oziq – ovqat sinamalari o'tkaziladi. Eshakemi va angionevrotik shishni boshqa allergik reaksiyalardan farqlash qiyin emas.

- Eshakemida toshma qichishish bilan kechib, bosganda yo'qoladi, eritematoz shishgan papulalar diametri 1 – 2 mmdan bir necha sm gacha etadi. Eshakemi va angionevrotik shish ko'pincha birga kechadi.
- Belgilarning davomiyligi – bir necha soatdan bir necha sutkagacha davom etadi.
- Surunkali eshakemi yoki angionevrotik shishning qaytalanishi qator yillar mobaynida yuzaga kelishi mumkin.
- Kvinke shishi- odatda periorbital sohalardan boshlanadi. Ba'zida shu bilan chegaralanishi mumkin. Keyinchalik shishning yuz, bo'yin, ko'krak qafasining yuqori qismiga tarqalishi kuzatiladi. Shish paypaslanganda qattiq chegaralangan bo'ladi. Shish sohasi atrofida achishish kuzatiladi. Ba'zida Kvinke shishi xiqildoqning angionevrotik shishi bilan asoratlanadi.

Qiyosiy tashhislash jadvalda keltirilgan kasalliklar bilan o'tkaziladi.

Papulyoz eshakemi

Urtikar vaskulit
Zardob kasalligi
Progesteronli autoimmun dermatit
Homiladorlik polimorf dermatoz
Makl - Uels sindromi
Diffuz neyrodermit
Feminoz
Laym kasalligi
Mastotsitoz
Eritropoetik protoporfiriya

Papulyoz eshakemi hasharot chaqqan joyda kichik po'rsildoqlar paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Po'rsildoqlar 24 soatdan ortiq saqlanadi. Papulyoz eshakemi – bu allergik reaksiya emas. Biroq hasharotlar allergenlari chaqilgan joyda uzoq muddat saqlanishi sababli, takroriy chaqishda mahalliy va tizimli allergik reaksiyalar bo'lishi mumkin.

Urtikar vaskulit mayda qon tomirlarning shikastlanishi va leykoplaziya bilan birga kechadi. Toshma odatda 24 soatdan ziyod saqlanadi. Bemorlar ko'pincha qichishishdan ko'ra og'riqga shikoyat qilishadi. Bunda EChT ortib, komplementning gemolitik faolligi pasayishi mumkin. Differentsial tashhis yuqumli kasalliklardagi vaskulitlar, kreoproteinemiya, autoimmun kasalliklar, dori allergiyasi bilan o'tkaziladi. Tashhisni tasdiqlash uchun teri biopsiyasi bajariladi. Vaskulitlarda buyrak va oshqozon ichak yo'llari shikastlanishlarini inkor qilish uchun umumiy siydik tahlili va axlatda yashirin qonni aniqlash tahlili o'tkaziladi.

ZARDOB kasalligida eshakemi odatda isitma, limfa tugunlarining kattalashuvi va artralgiya bilan birga kechadi. Eshakemidan tashqari terida boshqa shikastlanish variantlari ham bo'lishi mumkin.

PROGESTERONLI AUTOIMMUN DERMATIT. Toshma hayz ko'rishdan 5 – 10 kun oldin paydo bo'ladi. Bir necha kundan keyin kasallikning barcha alomatlari yo'qoladi. Bu kasallikdan farqli ravishda eshakemining boshqa shakllari bevosita hayz ko'rish paytida zo'rayadi. Progesteronli autoimmun dermatitning rivojlanish patogenezi aniq emas. Chunki eshakemi bu kasallikning yagona ko'rinishi hisoblanmaydi. Bu kasallik o'tkir yoki surunkali eshakemi toifasiga kirmaydi.

MAKL – UELS sindromi avj olovchi karlik va amiloidozda namoyon bo'ladi. Eshakemi bilan kechuvchi zo'rayish, holsizlik, isitma va leykotsitoz ushbu kasallik uchun xosdir.

BOSHQA KASALLIKLAR: diffuz neyrodermit, feminoz, laym kasalligi, mastatsitoz homiladorlik polimorf dermatoz ham eshakemiga xos klinik belgilar bilan kechishi mumkin. Ayrim mualliflar eritropoetik protoporfiriyaga quyosh eshakemining bir shakli sifatida qarashadi. Eritropoetik protoporfiriya tashhisini o'ziga xos klinik manzara asosida qo'yish qiyn emas.

ShOSHILINCh YoRDAM:

Asosiy davo chorasi eshakemini keltirib chiqaruvchi moddalar bilan bo'ladigan aloqani bartaraf etishdan boshlanadi. Bemorlarga qaysi dori vositalari va oziq-ovkat mahsulotlarini qabul qilish mumkinligi, adrenalinni mustaqil in'ektsiya qilishda jamlanmadan qanday foydalanish tartibi to'liq tushuntiriladi. Bemorlarning barchasi o'zlarini tanituvchi bilakuzuk taqib yurishlari zarur. Surunkali eshakemida aspirin va boshqa yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositalari tayinlanmaydi. Chunki ular eshakemi bilan birga kechuvchi bronxial astma, burun polioplari, surunkali sinusitlar va aspirinni ko'tarolmaslik kabi kasalliklarning zo'rayishi olib kelishi mumkin.

NI – blokatorlar deyarli barcha bemorlarga davolanishning boshlang'ich bosqichida tayinlanadi. Biroq ular kasallikning barcha simptomlarini bartaraf etmasligi sababli

qo'shimcha tarzda boshqa dori vositalaridan foydalaniladi. Aksariyat hollarda eshakemida monoterapiya samarali ta'sirga ega emas.

Eshakemining o'tkir hamda surunkali shakllarini N1 – blokatorlar bilan uzluksiz davolash samaralidir. Simptomlar bartaraf etilmasa yoki preparatga ko'nikish hosil bo'lmasligi uchun dozani asta – sekin oshirish zarur. N1 – blokatorlardan aynan bittasining, boshqalaridan afzalligi isbotlanmagan. Eshakemining aksariyat shakllarida odatda gidroksizin qo'llaniladi. Sovuq bilan bog'liq shaklida tsiprogeptadin tayinlanadi. Ikkala preparatning uyg'unlashuvi terapevtik ta'sir hamda qo'shimcha ta'sirni kuchaytiradi. N2 – blokatorlar bilan birgalikdagi kombinatsiya ham samarali hisoblanadi. Eshakemida kortikosteroidlarni mahalliy qo'llash maqsadga muvofiq emas.

Parenteral yuboriladigan adrenostimulyatorlar – anafilaktik reaksiyalar hamda og'ir kechuvchi o'tkir eshakemida shoshilinch yordam ko'rsatishdagi eng zarur preparatlar hisoblanadi. Surunkali idiopatik eshakemida bu preparatlar odatda qo'llanilmaydi. Chunki idiopatik eshakemi, shu jumladan Kvinke shishi odatda hayot uchun xavf tug'dirmaydi. Adrenalin eritmasi 1:1000 t/o ga 0.2 – 0.3 ml (bolalarga 0.01 ml/kg) yuboriladi. Zaruriy hollarda 20 -30 daqiqadan so'ng in'ektsiya takrorlanadi. Aritmiya holatida hamda beta adrenoblokatorlar bilan davolashda adrenalinni o'ta ehtiyotkorlik bilan qo'llash zarur.

N1 – blokatorlar eshakemini dori darmonlar bilan davolashning asosi hisoblanadi. Ular ayniqsa o'tkir va xolinerjik eshakemida, shuningdek urtikar demografizmda yaxshi samara beradi. Quyosh hamda sovuq bilan bog'liq eshakemida esa kamroq samara beradi. Sustlashgan eshakemida bosim tufayli N1 – blokatorlar samarasiz hisoblanadi (faqatgina tsiterizin biroz ijobiy samara berishi mumkin). N1 – blokatorlar qichishish hamda shishni kamaytiradi. Biroq eritemaga ta'sir etmaydi.

BIRINCHI AVLOD N1 – blokatorlari. Bu preparatlar 6 guruhga bo'linadi. Ko'proq uxlatuvchi ta'siri ustun bo'lib, bularga etanolaminlar (masalan: defingidramin), etilendiaminlar (masalan: tripenilamin) va fenotiazinlar (masalan: prometazin) kiradi. Eshakemida ko'pincha piperazinlar, xususan gidroksizin tayinlanadi. Biroq bu preparatlar homiladorlik paytida tavsiya etilmaydi. Sovuq bilan bog'liq eshakemida piperidinlar (misol uchun tsiprogeptadin) dan foydalanish ko'proq samara beradi. Davolashni alkilaminlar (xlorfenamin, deksaxlorfeniramin, bromfeniramin) yoki gidroksizinni tayinlashdan boshlash o'rindir. Bu preparatlar samarali va organizm tomonidan yaxshi qabul qilinadi. Birinchi avlod N1 – blokatorlarni uxlashdan oldin tayinlash maqsadga muvofiqdir. Chunki ular uxlatuvchi ta'sirga ega. Ikkinchi avlod preparatlarini esa kunduzi tayinlash mumkin. Gidroksizin sutkasiga bir marta uykdan oldin tayinlanadi. Buning sababi uning kuchli uxlatuvchi ta'siri bilan tushuntiriladi. Ehtimol bu gidroksizinning katta $T \frac{1}{2}$ faol metaboliti - tsitirizin bilan bog'liqdir. Preparatlar dozasi individual tarzda tayinlanib, har 5 – 7 sutkada doza oshirib boriladi. Aksariyat N1 – blokatorlar tana vaznini ortishiga olib kelishini hisobga olish lozim. Bu guruhdagi barcha preparatlar jigarda metabolizlanadi.

IKKINCHI AVLOD N1 – BLOKATORLARni terfinadin, astimizol, loratadin va tsiterizin tashkil qiladi. Bu guruhdagi preparatlar gematoentsefalitik barerdan o'tolmasligi sababli uxlatuvchi ta'sirga ega emas. (Faqat katta dozada tayinlanganda qo'shicha ta'sir kuzatilishi mumkin). Ikkinchi avlod N1 – blokatorlari qo'proq N1 retseptorlariga ta'sir etib, antiserotonergik va M – xolinobloklovchi ta'sirga ega bo'lmaydi.

Terfinadin. Kattalar uchun 60 mg dan sutkasiga 2 marta tavsiya qilinib, bu dozani oshirish tavsiya etilmaydi. Surunkali eshakemida bu preparat gidroksizin, tsitirizin va astimizol kabi samarali ta'sirga egadir. Terfinadinni katta dozalarda qo'llashning o'ziga xos nojo'ya ta'sirlari bor. Bular sarasiga QT intervalining uzayishi va taxiaritmiyalar, jigar etishmovchiligi kabilir kiradi. Terfinadinni makrolidlar hamda imedazol hosilalari bilan birgalikda qo'llanilishi QT – intervalini uzayishiga olib keladi. Chunki bu preparatlar terfinadinning jigardagi metabolizmini qiyinlashtiradi. Shu sababli terfinadin va makrolidlar yoki imedazol hosilalarini bir vaqtning o'zida qo'llash tavsiya etilmaydi.

ASTIMIZOL. Kattalar uchun 10 mg/sut ichishga tavsiya qilinib, davo boshlaganidan bir necha kundan keyin ahvoli yaxshilanishi bois preparatni uzoq qo'llab bo'lmaydi. Astimizol N1 – uzoq ta'sir etuvchi blokatorlar guruhi'ga kiradi. Zardobda preparat konsentratsiyasi sekin pasayadi. T $\frac{1}{2}$ 18 – 20 sutkani tashkil etadi. Preparat uzoq qo'llanilganda T $\frac{1}{2}$ oshadi. Shu sababli teri sinamalarining natijalari astimizol qabuli to'xtatilganidan keyingi 4 – 8 hafta davomida soxta salbiy bo'lishi mumkin. Tug'ish yoshidagi ayollarga ushbu preparat tavsiya etilmaydi. Astimizolning tavsiya etilgan dozasi oshirilganda taxiaritmiya va to'satdan o'lish holatlari kuzatilishi mumkin. Astimizolni ham terfinadin kabi makrolidlar va imedazol hosilalari bilan birgalikda qo'llash tavsiya etilmaydi.

LORATADIN. Loratadinning sutkalik dozasi kattalar va tana vazni 30 kg dan og'ir bolalar uchun 10 mg bo'lib, 30 kg dan engil bolalar uchun 5 mg ni tashkil qiladi. Eshakemida qo'llanilganda preparatning ta'siri tez seziladi. Bu preparat ham boshqa N1 – blokatorlar kabi samarali sanaladi.

DOKSEPIN – kuchli N1 – N2 – blokator sanaladi. U 10 – 20 mg dozada sutkasiga 3 marta, yoki sutkasiga 1 marta uxlashdan oldin 25 mg dozada tavsiya etiladi. Yaqqol ifodalangan uxlatuvchi ta'siriga ega. Katta dozalarda preparat aritmiyani yuzaga keltiradi. Doksepin M – xolinobloklovchi ta'siriga ega. Preparatni 75 – 100 mg/sut dozada tayinlashda zardobdagi doksepin va nordoksepin konsentratsiyasini aniqlab turish lozim. Ushbu metabolitlarning umumiy miqdori 300 mg% dan oshmasligi kerak. Boshqa tritsiklik antidepressantlar kabi doksepinning ham dozasi oshirib yuborish o'limga olib kelishi mumkin.

N2 – BLOKATORLAR. N1 – N2 – blokatorlari, misol uchun xlorfenalin va tsinitidinni bir vaqtda tayinlash urtikar dermagrofizm va eshakemining boshqa ba'zi bir shakllarida samarali sanaladi. Tsinitidinni doksepin bilan bir vaqtda qo'llash tavsiya etilmaydi. Chunki u jigardagi metabolizmi qiyinlashtirib va uning zardobdagi konsentratsiyasi keskin oshib ketishi mumkin. Bunday holatda tsimitidin o'rni'ga ranitidin yoki famotidin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

KETOTIFEN. Urtikar dermagrofizm, sovuq bilan bog'liq va xolinerjik eshakemida gistaminning chiqishini qiyinlashtiradi.

KALTSIY ANTOGONISTLARI. Nifedipin in vitro o'pka semiz hujayralari degranulyatsiyasini qiyinlashtiradi. Urtikar dermagrofizm va surunkali idiopatik eshakemida nifedipin samaradorligini tekshirish natijalari bir xil emas. Ba'zi hollarda preparatdan eshakemining og'ir shaklini kompleks davolash tarkibida foydalanish mumkin.

ADRENOSTIMULYATORLAR VA ICHILADIGAN SIMPTOMAMIMETIKLAR. Kattalarga surunkali eshakemida terbutalin 1.25 – 2.5 mg dan sutkasiga 3 mahal tavsiya qilinadi. Ba'zida efedrinni 25 – 50 mg har 4 soatda (bolalarga 3 mg/kg/sut 4 marta qabul qilishga) ichish tayinlanadi.

KORTIKOSTEROIDLAR. Kam qo'llaniladi yoki zaruriy hollarda qisqa muddatga tavsiya qilinishi mumkin. Kortikosteroidlarni uzoq vaqt qo'llash yaxshi emas. Chunki nojo'ya ta'sirlar xavfi sezilarli ortadi. Eshakemida kortikosteroidlarning ta'sir mexanizmi etarlicha o'rganilmagan. Biroq ularning semiz hujayralar degranulyatsiyasiga ta'sir etmasligi ma'lum.

SULFASALAZIN. Surunkali eshakemida kortikosteroidlarni sulfasalazinga almashtirish remissiyaga olib kelganligi hakida ayrim ma'lumotlar mavjud. Preparatning nazorat tekshirulari bu kasallikda o'tkazilmagan.

TSIKLOSPORIN. Semiz hujayralar degranulyatsiyasini qiyinlashtiradi, surunkali eshakemida samarali sanaladi. Biroq nojo'ya ta'sirlari ko'pligi sababli asoratlanmagan surunkali eshakemida tsiklosporin qo'llash maqsadga muvofiq emas.

NYAQVlari ham bosim bilan bog'liq sust eshakemida samarali bo'lishi mumkin. Surunkali idiopatik eshakemida bu preparatlar ko'pincha holatni qiyinlashuviga olib keladi.

DAPSON. Ba'zida terming neytrofil infiltratsiyasi bilan birga kechuvchi eshakemida qo'llaniladi. Preparatni tayinlashdan oldin G6 – FD faolligi aniqlanadi. Chunki bu ferment etishmovchiligida dapson tavsia etilmaydi. Surunkali eshakemida dapson hamma bemorlarga ham samarali bo'lavermaydi.

KOLXIT'SIN. Terining ifodalangan neytrofil infiltratsiyasi bilan og'rigan bemorlarda, jismoniy omillar sababli kelib chiquvchi ko'p kuzatiladigan eshakemida ushbu preparatning samaradorligi hakida ma'lumotlar mavjud. Bosim bilan bog'liq sust eshakemida kolxitsin naf bermaydi.

STANOZOLOL, DANAZOL. Danazol 200 mg dan sutkasiga 3 mahal ichiladi. Yoki stanazolol 1 – 2 mg sutkasiga 2 mahal ichiladi. Preparatlar og'ir surunkali eshakemi sababli tayinlangan kortikosteroidlarning dozasi kamaytirish imkonini beradi. Ayollarga danazol tavsia qilingani ma'qul, chunki u kamroq ifodalangan virilizatsiyalovchi ta'sirga ega. Bu preparatlarning nojo'ya ta'sirini ham hisobga olish zarur: vazn ortishi, husnbuzarlar, seboreya, girsutizm, jigar faoliyatining buzilishi. Danazol va Stanazolol boshqa dori vositalari naf bermaganda xolinerjik eshakemida qo'llaniladi.

OKSATOMID -O'tkir va surunkali eshakemida NI – blokatorlarga o'xshash samaraga ega.

BOSHQA DORI VOSITALARI. Eshakemini davolashda metronidazol, flyukonazol va ketokanazol samaradorligi hakida ham ayrim ma'lumotlar mavjud.

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Organlar bo'yicha anafilaksiyaning klinik ko'rinishlarini ta'riflang.
2. Anafilaksiyani nima bilan va qanday farqlash lozim .
3. Og'ir va o'rtacha anafilaksiya qanday farqlanadi.
4. Anafilaksiyadagi shok belgilarini sanab bering.
5. Anafilaksiyada nafas yullari obstruksiyasi belgilarini sanab bering.
6. O'rtacha anafilaksiyada shoshilinch yordam berishning ketma-ketligini ta'riflang.
7. Og'ir anafilaksiyada shoshilinch yordam ko'rsatish ketma – ketligini ta'riflab bering.
8. Anafilaksiyada yuzaga keluvchi xiqildoqning angionevrotik shishida shoshilinch yordam ko'rsatish ketma-ketligini ta'riflang.
9. Anafilaksiyada yuzaga keluvchi bronxospazmda shoshilinch yordam ko'rsatish ketma-ketligini ta'riflang.
10. Eshakemi qanday aniqlanadi va unda qanday shoshilinch yordam ko'rsatiladi.
11. Kvinke shishi qanday aniqlanadi va qanday shoshilinch yordam ko'rsatiladi.
12. Eshakemi va Kvinke shishida qo'llaniladigan dori vosilarini sanab bering va ta'riflang.

BOLALAR BILAN QO'POL MUOMALADA BO'LISH

Bolalar bilan qo'pol muomalada bo'lish (BBQMB) muammolari 1962 yildan buyon tibbiyotga oid nashrlarda keng yoritilib kelinmoqda. Ammo jahon tibbiyot statistikasi ko'rsatkichlari bo'yicha BBQMBning qayd qilinishi hozirgi kungacha tez-tez uchrab turibdi. BBQMB- bu bola ustidan tazyiq o'tkazish yoki bolaga bo'lgan parvarishning etarli bo'lmastligi bo'lib, o'z ichiga quyidagilarni oladi:

- Bu bolani parvarish qilish vazifasi ishonib topshirilgan shaxs tomonidan tazyiq o'tkazilishi
- Yomon parvarish – bolani ovqatsiz, suvsiz, parvarishsiz, tibbiy yordamsiz qoldirish va e'tiborning umuman yo'qligi
- Kamsitish – bolaning ruhiyatiga uzoq muddatli yomon ta'sir o'tkazish. Bunda bolaning ijtimoiy moslashuvi yomon kechadi.

- Jinsiy jinoyat - bolalarni turli hildagi jinsiy munosabatlarga jalb qilish. Bunda bolalar bunday jinsiy munosabatlarning ahamiyatini tushunmagan holda rozilik berishi mumkin.

BBQMBga moyillik keltiruvchi omillar:

- Ota – onaning ijtimoiy va madaniy darajasi pastligi
- Oiladagi yomon muhit

BBQMB odatda kutilmagan vaziyatda, ota onalarning o'z farzandlariga shikast etkazmaslik hoxishi bilan affektiv holatda sodir bo'ladi. Bolaning atrof muhit bilan o'zaro aloqada bo'lish xususiyatlariga qarab turli hildagi ziddiyatlar kelib chiqadi. Bola bilan o'zaro munosabatning qiyinlashuvi natijasida mehordan mahrum qilish, imkoniyatlarini cheklash, ma'n qilish, etarlicha e'tibor bermaslik, bola xaqida qayg'urishning kamligi, bolani kamsitish kabi jazolarga tortilishga olib keladi. BBQMBning qaytalanish ehtimoli juda yuqori bo'lib, shifokor aralashuvidan maqsad bolani himoya qilish va unga davogar sifatida BBQMBni bartaraf qilishdir.

Har qanday tibbiyot xodimining BBQMB ga shubxa bo'lganda asosiy vazifasi – bolani himoya qilish va ota ona bilan muomalani to'g'ri yo'lga qo'yish, ularga oiladagi tanglik paytida yordam ko'rsatishdan iboratdir.

Muhit yomon bo'lgan oilalar bilan ishlash jarayonida yuzaga keladigan qiyinchiliklar.

- Aksariyat ota-onalar bolalar bilan ko'pol muomalada bo'lib buni tan olmaydi
- Ko'pincha shifokorlar va militsiya xodimlarining o'zaro hamkorligisiz aralashuvi vahimani kuchaytiradi, bolaning qarindoshlari aralashuviga sabab bo'ladi
- Bunday oilalarda ishsizlar va giyohvandlar ko'pchilikni tashkil qiladi
- Boshqa qiyinchiliklar: oila a'zolarining qabulga kelmasligi, ularning o'zaro adovati, tibbiy xizmatga aloqasi bo'lmagan xodimlar bilan ish yuritishga vaqtini besamar ketkazishi, oilaga yordam ko'rsatishga harakat qilayotganlar o'rtasidagi janjallar

BBQMB yoki yomon parvarishga shubhani fizikal tekshiruv asosidagi quyidagi belgilar natijasida aniqlab olish mumkin:

- Yiqilish bilan tushuntirish mumkin bo'lmagan sinishlar
- 1. turli muddatdagi ko'plamchi sinishlar
- 2. metafiz sohasidagi sinishlar
- 3. epifizni uzilib tushishi
- 4. suyak usti pardasi ostidagi kaltsifikatlar
- tayoq yoki qamchi zarbidan keyingi chiziqli qontalashlar
- qovuzloq ko'rinishidagi qon talashlar-sim, kamar, arqon zarbidan keyingi izlar
- barmoq izlaridan qolgan qontalashlar
- arqon yoki kamar bilan qisish natijasidagi izlar
- tamaki cho'g'ini izlari
- qo'lqopsimon, paypoqsimon, tilsimon ko'rinishidagi qaynoq suv bilan kuyish
- kesilgan yoki tushlangan yaralar
- chayqalish ko'rinishidagi shikastlanishlar (til kertmagining uzilib tushishi, to'r pardaning ko'chishi)
- subdural gematoma
- gemoragik toshmani eslatuvchi ko'plamchi qontalashlar
- har hil muddatli ko'plamchi qontalashlar. Ularning muddati rangiga qarab aniqlanadi
 1. 0-2 kun – shish, bosganda og'riq.
 2. 0-5 kun - qizil yoki ko'k rangda.
 3. 5-7 kun – yashil rangda.
 4. 7-10 kun sariq rang.

5. 10-14 kun jigar rang

6. 2 hafta butunlay yo'qoladi.

- ichaklar jarohati, ichki a'zolar yorilishi
- kuyishlar, asosan ko'krak yoshidagi bolalarda
- g'alati baxtsiz holatlar, qayta zaharlanishlar

Bolani doimiy ravishda kamsitilishini ko'rsatuvchi belgilar:

- o'ziga past baho berish
- yig'lovchanlik, befarqlik, xayol parishonlik
- o'zini doimo boshqalardan olib qochish
- vahimaga tushish
- nutqini buzilishi
- amaliy ko'nikmalarini yo'qolishi
- boshqa bolalar va kattalar bilan muloqotga kirishishga qiynalish

Bolani yomon parvarishini belgilari:

- bolaning egnidagi kiyim boshlarini toza emasligi
- kichik vazn va past bo'ylik (ko'krak yoshidagi bolalarda vazn yig'maslik)
- ozib ketish, tez charchash
- mavsumga mos bo'lmagan kiyimlarni kiydirish
- ota-ona yoki bolaning chekishi, spirtli ichimliklarni va narkotiklarni qabul qilishi
- ovqatni o'g'irlash
- darsdan keyin doimiy ravishda maktabda ushlanib qolish
- xulqining yomonligi
- o'z tengdoshlaridan begonasirash

Tibbiyot xodimi agar BBQMBga shubha qilsa anamnez yig'ish jarayonida quyidagi savollarni berishi lozim:

- fizikal tekshiruv natijalariga jarohat mexanizmi mosmi?
- jarohat mexanizmi bolaning yoshiga yoki bo'lishi mumkin bo'lgan jarohatga mosmi?
- bola oldin ham jarohat olganmi?
- ota-onalar tibbiy yordam uchun o'z vaqtida murojaat qilganmi?

BBQMBni aniqlashda ota-onalarning o'zini tutishi katta rol o'ynaydi. Ular:

- bolani tez jazolashga harakat qiladi
- bolaning kichik davrida u bilan qo'pol munosabatda bo'lganligini gapirib beradi
- atrofdagilarga shubha bilan qaraydi va ularga sovuq munosabatda bo'ladi
- alohida yashashni hush ko'radi
- Biror aniq sababsiz bolani shifokor qabuliga olib keladi va shifoxonaga yotqizilishini talab qiladi, agar yotqizishga ko'rsatma bo'lmasa o'zini xavotirga solishga harakat qiladi
- ko'plab tibbiy muassasalarga murojaat qilib, yakunda hech kaysi birida bolasini davolatmaydi
- bolaga nisbatan o'zini qaxr-g'azabli tutadi
- tarbiya sifatida qo'rqitish va jazolashdan foydalanadi
- bolaning o'sishi haqidagi savollarini yaxshi tahlil qila olmaydi

Shifokorlar va boshqa mutaxassislar quyidagilarni yodda tutmog'i lozim:

- BBQMBning qayta amalga oshirilishi xavfi yuqori

- aralashuvdan maqsad birinchi navbatda bolani himoya qilish va oilaning boshqa a'zolariga yordam ko'rsatish
- huquq tartibot xodimlarining nazoratiga qo'shimcha, har kuni bolaning salomatligi haqida shifokor nazorati
- qayta jarohatlanishida odatda ota-onalar avval murojaat qilgan shifoxonaga deyarli olib kelmaydi
- shifoxona xodimlari bolaning nazoratsiz kim tomonidan qoldirilganini va aynan kim jarohat etkazganini tezda bilishi shart emas. Bo'lgan voqeani aniq bilishga qaratilgan qattiq urinishlar bu oila bilan keyingi aloqani o'rnatishga xalaqit berishi mumkin. Bundan tashqari ota-onaning aybi bor yo'qligi bolani shifoxonaga joylashtirishga halaqit bermaydi
- agar BBQMBning qaytarilishiga xavf yuqori bo'lsa bola shifoxonada olib qolinadi. Bunda asosan go'dak va kichik yoshdagi bolalarga alohida ahamiyat beriladi.

BBQMBga shubha bo'lganda tekshirish printsiplari:

- fizikal tekshiruv o'tkaziladi va to'liq anamnez yig'iladi
- ba'zan bolani rentgen tasviriga tushirishga yoki sur'atga tushirishga to'g'ri keladi
- iloji boricha tekshiruv va suhbat jarayonida militsiya xodimi qatnashishi lozim

BBQMBga shubha bo'lganda ota-onalar bilan suhbat o'tkazishning o'ziga xos tomonlari.

- Ota-onalarning aybiga iqror bo'lishiga harakat qilish kerak emas. Bolaning jarohat olganligi haqidagi bo'lmag'ur tarixni yolg'onchi ma'lumot deb qabul qilish kerak emas. Bular ota onaning bolaga zarar etkaziganidan qattiq siqilishga olib keladi va bolani himoyasiga ololmaganidan afsuslanib qo'rqinchli xaqiqatni yashirishga harakat qilishiga olib keladi
- bolaning shifoxonada qolishi zarurligini tushuntirish, oilaga yordam berishga tayorligini ishonitirish, mavjud qiyin holatdan chiqish yo'llarini topish
- ota onalar bilan alohida yaxshi munosabatda so'roq o'tkazish zarur

BBQMBga shubha bo'lganda foydalanadigan usullar:

- BBQMB qayd qilinganda shifokor militsiyaga xabar berishi lozim
- bolani shifoxonaga joylashtirish
- ota onani ayblamasdan o'zini ushlab turish
- tekshiruv natijalarini to'liq yozish
- xulosa qilishda gumonlarga emas aniq faktlarga tayanish

Zo'rlash va ahloqsiz harakatlar

Odatda bunday harakatlarning jabrlanuvchisi qiz yoki o'smir bola bo'ladi.

Zo'rlash – bu jinsiy aloqaning shunday turiki, bunda jinsiy aloqa jabrlanuvchining hohish irodasiga qarshi kuch ishlatish, qo'rqitish yoki aldash orqali amalga oshiriladi.

Ahloqsiz harakat – bu bola bilan jinsiy munosabatning har qanday ko'rinishidir (bolaning echintirish, jinsiy a'zolarini qo'l, og'iz yoki tili bilan ta'sirlash, getero yoki gomoseksual jinsiy aloqa). Bunda kattalar bolalarni o'zining obro'si va hokimiyatidan foydalangan holda bo'ysindirishga majbur qiladi. Ahloqsiz harakat odatda bolaning yaqin qarindoshi yoki tanishi tomonidan amalga oshirilib uzoq muddat davom etishi mumkin.

Tekshirish

Anamnez. Shifokor o'ta e'tiborli bo'lishi, butun oila a'zolari bilan iloji boricha birgalikda va har biri bilan alohida suhbatlashmog'i lozim. Suhbatga tajribali mutaxassislar (militsiya xodimi, psixiatr) taklif qilinishi kerak. Suhbat paytida aniqlanadi

- Vaqt va bo'lib o'tgan vaziyat
- Zo'rlovchining shaxsi (qayta zo'rlash xavfini baholash uchun)
- Jinsiy aloqa shakli
- qin ajralmasiga va dizuriyaga shikoyat
- nomutanosib shikoyatlar(qorinda og'riq, axlat va peshob tutaolmaslik, maktabdagi qiynchiliklar).

Fizikal tekshiruvda zo'rlash va ahloqsiz harakatlar belgilari aniqlanadi, bolaning ruhiy holati baholanadi. Aksariyat holatlarda ahloqsiz harakatning aybdori shu oilaning a'zosi bo'lsa, bolaning ruhiy holati deyarli o'zgarmagan bo'ladi. Shuning uchun shifokor fizikal tekshiruv bilan birga anamnez va psixologik omillarni hisobga olmag'i lozim. Bolani va oila a'zolarini fizikal tekshiruvdan oldin, tekshirish tartibi va zarurligini tushuntirish hamda yozma ravishda rozilik olish lozim.

Zo'rlash va ahloqsiz harakatga shubha bo'lganda laborator tekshiruv		
Tekshirish	Usul	Izoh
Kiyim	Jabrlanuvchining zo'rlash paytida mavjud bo'lgan kiyimlari qog'oz paketga solinadi	Plastik paketda saqlash tavsiya qilinmaydi
Ultrafiolet nurda tekshirish	Teri (shu jumladan boshning va oraliqning sochlari qismi) ultrafiolet nurda ko'riladi	Agar sperma bo'lsa flyuorestentsiya kuzatiladi
Nordon fosfatazani aniqlash	Oraliq va boshqa bo'lishi mumkin bo'lgan joylardan sperma qoldiqlari nam dokali tampon bilan artib olinadi va tampon reagent bilan maxsus indikator qog'ozga qo'yiladi	60 s davomida qog'ozning purpurali bo'yalishi sperma mavjudligidan darak beradi
Qov sochlarini tekshirish	Qov sochlari tarab olinadi va qog'oz konvertga joylashtiriladi	Tekshiruv boshqa insonga tegishli soch tolalarini aniqlash imkonini beradi
Neisseria gonorrhoeaega ekish (material jinsiy a'zolar yutqun va tug'ri ichakdan olinadi)	Paxtali tampon va Tayera—Martina muhiti ishlatiladi. Qizlarda material qindan yoki bachadon bo'ynidan olinadi. O'g'il bolalarda siydik chiqaruv kanalidan olinadi.	
Chlamydia trachomatisga tekshirish	Surtma lavsanli tampon yordamida olinadi. Ekilgan ekmadan hujayrani ajratib olish uchun maxsus muhit ishlatiladi, tanlab olingan sinama uchun immunoflyuorostent analiz to'plami ishlatiladi.	Kichik yoshdagi bolalarda ham ishlatiladi
Qinning orqa gumbazidan surtma olish (mikroskopik	Qinning orqa gumbazidan olingan surtma quruq predmet oynasiga surtiladi	

tekshiruv, AVO sistemasi bo'yicha antigenni aniqlash va nordon fosfazani aniqlash)		
Peshob tahlili	Umumiy peshob tahlili, homiladorlikka test o'tkazish	Siydik yo'llari yallig'lanish belgilari va jarohatlarini, homiladorlikni aniqlab beradi
Qon tahlili	VDRL reaksiyasi, qon guruxi va rezus faktorni aniqlash, balog'at yoshidagi qizlarni homiladorlikka test o'tkazish	Infeksiyaga yoki qon ketishga shubha bo'lganda qon umumiy tahlili.

80% ortiq zo'rlash oqibatidagi jabrlanuvchilar tan jarohatlarini olishadi. Shuning uchun albatta qin va ichki a'zolar jarohatlarini inkor qilish zarur. Borcha holatlarda yuqorigi jadvalda ko'rsatilgan standart tekshiruv to'plami o'tkaziladi. Keyinchalik ularning natijalari sud jarayonida foydalaniladi.

- bolaning emotsional holati baholanadi (befarqlik, vahimaga tushish).
- qon talashlar, timalishlar, yaralar va terining boshqa jarohatlarini aniqlanadi, og'ir jarohatlar (sinishlar va qorin bo'shlig'i a'zolari jarohati) inkor qilinadi.
- tashqi jinsiy a'zolar ko'zdan kechiriladi (qon talash, yara, shish, eritemaga).
- prepubertat yoshidagi qizlar "qurbaqa holati" yoki tizza ko'krak holatida tekshirilib qin oynasidan foydalanilmaydi.
- Quyidagi holatlarda ginekologik tekshiruv o'tkaziladi:
 1. agar zo'rlash paytida qinga yoki to'g'ri ichakka jinsiy olat, barmoqlar, yot jism kiritilgan bo'lsa
 2. qindan ajralma kelishiga va dizuriyaga shikoyat bo'lganda
 3. tashqi jinsiy a'zolar shikastlanishida
 4. agar zo'rlash harakatlarini xarakteri haqidagi ma'lumotlar to'liqligi va xaqiqatligi shubha ostida bo'lsa

Zo'rlashga quyidagi holatlarda shubha qilish mumkin:

- jinsiy a'zolar va to'g'ri ichak jarohati
- jinsiy yo'llar, to'g'ri ichak yallig'lanish kasalliklari yoki siydik yo'llarining qaytalanuvchi infektsiyasi

Ahloqsiz harakatlar quyidagi shakllarda bo'lishi mumkin:

- jinsiy a'zolarini qo'l, og'iz, til yordamida ta'sirlash
- qinga yoki to'g'ri ichakka barmoq yoki har-hil jihozlarni kiritish
- turli hildagi shahvoniy jumallar, tasvirlar yoki filmlarni bolalar bilan birgalikda ko'rish
- fohishabozlik mashg'ulotiga bolani jalb qilish

Yo'l tutish:

- militsiya xodimini chaqirish
- bolani faqat xuquq tartibod xodimi ko'riktan o'tkazish zarur (sud tibbiy ekspert)
- tibbiyot xodimi faqat anamnez yig'ishli, ota onadan bolaning ahloqi haqida so'rashi zarur:
 1. bolaga berilgan savollarga javobni aytib bermasdan diqqat bilan va chidam bilan anamnez yig'ish lozim
 1. bola bilan u tushinadigan tilda gaplashish
 2. kichik yoshdagi bolalarga bo'lgan voqeani chizib ko'rsatish mumkinligini aytish (tayor model va tasvirlarda foydalanish mumkin)
 3. boladan olingan ma'lumotlarni shubha ostiga olingan odamdan sir tutish
 4. tekshiruv natijalarini to'liq yozish
- mustaqil tekshiruv o'tkazish mumkin emas
- chidamli bo'lish va hissiyotlarga berilib ketmaslik
- shoshilinch holat va shikastlanishlarda shoshilinch yordam ko'rsitish

Bola bilan muloqat

- Bo'lgan hodisani bola qanday baholashni aniqlash
- Bolani aybsizligini tushintirish va unga yordam ko'rsatish mumkinligini aytish
- Bolaga bunday voqealar bilan to'qnash kelganimizni tushintirish va boshqa bolalarga ham yordam ko'rsata olganimizni uqtirish

Laborator tekshiruv: Har qanday holatda standart tekshiruv usullari amalga oshiriladi (jadvalga qarang)

bundan tashqari qin ajralmasini condida spp va TRICHOMONAS VAGINALISga tekshirish.

Davolash: shoshilinch yordam ko'rsatish zarur, tanosil kasalliklari va homiladorlikni oldini olish, psixiatr va militsiya xodimi yordami kerak buladi. Uzoq muddatli shifokor kuzatuvi zarur va ba'zida homiladorlikni uzishga to'g'ri keladi. Shoshilinch yordam anamnez ma'lumotlari va fizikal tekshiruv asosida ko'rsatiladi.

Odatda zo'rlashda qin jarohati va qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishi uchraydi. Agar zo'rlovchining jinsiy a'zolari bilan jabrlanuvchi o'rtasida tasodifiy kontakt bo'lgan bo'lsa tanosil kasalliklarini oldini olish zarur. Eng yaxshisi dorilarni og'iz orqali tavsiya qilgan maqul, chunki agar dori inektsiya holida tavsiya qilinsa bola buni o'tgan voqeaning jazosi sifatida qabul qilishi mumkin.

Gonoreya va sifilisni oldini olish

- **Amoksotsillin** 50mg-kg.(3 g cha), Probenetsid bilan 25mg-kg(1g cha) ichishga 1 martaga beriladi. Agar jinsiy aloqa og'iz yoki to'g'ri ichak orqali amalga oshirilgan bo'lsa yoki zahmni inkor qilish imkoni bo'lmasa dorilar og'iz orqali berilmaydi. Sababi so'zakning anorektal shaklida, so'zakli faringitda va zahmning yashirin davrida bu usul samara bermaydi.
- Bunday paytda tseftriakson 250 mg m/o 1 martaga yuboriladi

Xlamidiyalı infektsiyanı oldini olish: Doksotsiklin 100mg/2mah-7kun. Kichik yoshdagi bolalarda tetratsiklin tishlarning sarg'ish bo'yalishiga olib keladi. Shuning uchun faqat qo'zg'atuvchi topilganidan keyingina ularda davolash boshlash mumkin

Homiladorlikni oldini olish.

Ko'rsatma

- Jinsiy aloqa bo'lgan bo'lsa
- Hayz tsikli bo'lib turib keyin ushlanib qolishi qayd qilinsa
- Jinsiy aloqaga 72 soatdan ko'p bo'lmagan bo'lsa

Bunday holatda konyugirlangan esterogenlar 2ta tabletka tezda ichiriladi. 12 soatdan keyin yana 2ta tabletka ichiriladi. Esterogenlar har doim qusish va ko'ngil aynish chaqiradi. Shuning uchun 2 soat oldin metaklapromid ichirish mumkin.

Bolaga va oilaning boshqa a'zolariga psixiatr tekshiruvi va davosi zarur.

- Agar bola uyga qaytgandan keyin yana terqashga moillik bo'lsa, bola uydan olib ketiladi va statsionarga yotkiziladi. Zo'rlash holati va ahloqsiz harakat hakida shifokor militsiya xodimiga xabar berishi shart.

- **TIBBIY KUZATUV.** Tekshiruv paytida bir necha mutahassis ishtirok etadi. Ulardan biri oila bilan yaqin munosabatda bo'lib, tekshiruv va davoga oid, turli tibbiy harakatlarni bajarishga rozilik olish bo'yicha savol javob o'tkazadi. Kuzatuv o'z ichiga oladi:

1. Qayta tekshiruvga olish
2. Jarohatni bitishini baholash
3. Qayta lobarator tekshiruv
4. Profilaktik davoning nojo'ya ta'sirini oldini olish
5. Ruhiy dalda berish

NAZORAT SAVOLLARI:

1. Yomon parvarish, haqoratlash, kamsitish va bolaga nisbatan jinsiy jinoyat tushunchalariga tarif bering.
2. BBQMBga shubha bo'lgan belgilarni sanab bering
3. Doimiy kamsitish belgilarini sanab bering
4. Bolani yomon parvarish qilish belgilarini sanab bering
5. BBQMBga shubha bo'lganda fokuslangan anamnezni maqsadini aytib bering
6. BBQMBni sodir etgan ota-onalarni xarakterini ko'rsatib bering
7. BBQMBda ota-onalar bilan suhbatning o'ziga hosligi
8. BBQMBga shubha bo'lganda tanlangan usul
9. Zo'rlash va ahloqsiz harakatga ta'rif bering
10. Zo'rlash va ahloqsiz harakatga shubha bo'lganda tanlangan usul
11. Jinsiy jinoyat o'tkazgan bola bilan muloqat o'rnatish tartibi

NEVROLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR.

Es-hushni buzilishi bu - sezuv a'zolarini tashqi ta'sirga qisman yoki to'la adekvat javob bera olmasligidir. Bu holat miya yarim sharlarini va yuqoriga intiluvchi retikulyar formatsiyani o'zaro munosabatini buzilishi bilan kechadigan jarayon natijasidir. Bunda miya yarim sharlarini disfunktsiyasi yuzaga kelib es-hushni pasayishi, javob buyruqlarini bajarishni sekinlashishi, dezorintirlangan holat, sezuv a'zolari funktsiyasi pasayishi kuzatiladi. Retikulyar formatsiyani disfunktsiyasi tetiklikni yo'qolishiga olib keladi.

Es-hushni buzulishida, birinchi navbatda qayta tiklana oladigan holatlarni aniqlash va tiklashga yordam berish zarur. Es-hushni buzilishi har qanday ta'sirlar natijasida bo'lishi mumkin: bu har xil nevrologik va somatik kasalliklarda uchrashi sababli, tashhislashda to'la qonli anamnez to'plash, nevrologik va umum fizikal tekshiruvlarni o'tkazish, kompleks lobarator tekshirishlar amaga oshirish kerak.

Hush darajasini buzilish sabablari:

Bosh miyani birlamchi shikastlanishi(odatda ko'pincha organik buzilishlar).

- Bosh-miya shikastlanishi
 - Bosh miya chayqalishi.
 - Bosh miya ezilishi.
 - Teshib o'tilgan bosh miya yarasi yoki travmatik miya ichi gemotomasi.
 - Subdural gematoma.
 - Epidural gematoma.
- Qon-tomir kasalliklari
 - Miya ichi qon quyilishi, sababi:
 - Anevrizmni yorilishi.
 - Ateriovenoz malformatsiyasi.
 - Boshqa turlari (masalan, gemorragik diatez, amiloidli angiopatiya, qon tomirlarni o'smali eroziyasi).
- Ishemik insult, sababi:
 - Bosh miya suyagi tashqi va ichki tomirlarini trombozi.
 - Emboliya.
 - Vaskulitlar.
 - Bezgak.
- Infektsiyalar
 - Meningitlar.
 - Entsefalitlar.
 - Abstsesslar.
- O'smalar
 - Birlamchi bosh miya suyagi ichi o'smalari.
 - Metastatik o'smalar.
- Epileptik holat

Bosh miyani ikkilamchi shikastlanishi

- Metabolik entsefalopatiya, sababi:
 - Gipoglikemiya
 - Diabetik ketoatsidoz
 - Giperglikemik giperosmolyar ketoatsidozsiz holati
 - Uremiya
 - Jigar etishmovchiligi
 - Giponatricemiya
 - Gipotireoz
 - Gipcr- yoki gipokaltsiemiya.
- Gipoksik entsefalopatiya, sababi:
 - Og'ir yurak etishmovchiligi
 - (O'SOK) o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi
 - Gipertonik entsefalopatiya.
- Zaharlanish
 - Og'ir metallar bilan
 - Is gazi
 - Dori moddalari (masalan, opioidlar, barbituratlar, kokain bilan)
 - Alkogoldan zaharlanish.
- Fizik ta'sirlar natijasida miyani shikastlanishi
 - Issiq urish
 - Gipotermiya.

Hush darajasini buzilishini tekshirish

Birlamchi ABCD baholash bosqichida AVPU shkalasini qo'llab bemor hush darajasini aniqlash

A – (alert) – faol tetiklik

V – (voice) – ovozga javob berish

P – (pain) – og'riqga javob berish

U – (unconscious) – bemor hushsiz

Baholash vaqtida bemor faol bo'lmasa, uni e'tiborini jalb etish uchun qo'lini silash va suhbat qilish kerak. Agar bola faol bo'lmasa lekin ta'sirlashga javob bersa uni es-hushi xuddi somnolent holati deb baholanadi. Agar bu ta'sirga ham javob bermasa unda onadan bolaning uyquchanligini va uyg'otish qiyinligini so'rash kerak bo'ladi.

Ikkilamchi ABCD baholash bosqichida bemor hush darajasi Glazgo shkalasi bo'yicha baholanadi

Chaqaloq va bolalarda koma holatida qo'llaniladigan Glazgo shkalasi

Sinama	3 yoshgacha bolalar	3 yoshdan katta bolalar	Ballar
<i>Ko'zni ochishi</i>	Spontan	Spontan	4
	Ovoz ta'siriga	Ovoz ta'siriga	3
	Og'riq ta'siriga	Og'riq ta'siriga	2
	Javob yo'q	Javob yo'q	1
<i>Ovozga javob</i>	g'uldurash	To'la orientatsiya qilish	5
	Bezovtalangan qichqiriq	Uz-yuluq so'zlar	4
	Og'riqga qichqiriq	Alohida so'zlar	3
	Og'riqga inqillash	Aniqlab bo'lmaydigan so'z va ovozlar	2
	Javob yuk	Javob yuk	1
<i>Harakat faolligi</i>	Erkin harakatlanadi	Buyrukni bajaradi	6
	Ta'sirga qo'lini tortib oladi	Og'riq joyini ko'rsatadi	5
	Og'riqga qo'lini tortib oladi	Og'riq ta'siriga qo'lini tortib oladi	4
	Og'riqga tortiladi	Dekortikatsion ko'rinish (og'riqga tortilish)	3
	Og'riqga bukiladi	Detserebratsion ko'rinish (og'riqga bukilish)	2
	Javob yo'q	Javob yo'q	1

Koma holatida qo'llaniladigan Glazgo shkalasi ma'lumotlarini tahlil qilish

Hushi o'zida	15 ball
Hushi karaxtlangan:	
o'rtacha	13 – 14 ball
chuqur	11 – 12 ball
Sopor (garanglashgan)	8 – 10 ball
Koma:	
O'rtacha	6 - 7 ball
Chuqur	4 – 5 ball
Terminal	3 ball

Anamnez

Barcha ma'lumotlarni to'plashning ko'pincha iloji bo'lmaydi. Keyingi ma'lumotni bolani kuzatgan ota-onadan, tez yordam shifokorlaridan olish mumkin:

- Harorat ko'tarilganmi?

- Bosh shikastlanishi bo'lganmi?
- Dori moddalari, narkotiklar, alkogol ichimliklari ichilganmi?
- Talvasa bo'lganmi? Talvasa qancha davom etgan? Oldin talvasa harorat ko'tarilganda kuzatilganmi? Epilepsiya tashhisi qo'yilganmi?

Agar bola hayoti bir haftadan kam bo'lsa quyidagilarga shubha qilish kerak:

- Tug'riq davrida asfiksiyani boshidan o'tkazganmi
- Tug'ruq paytida shikastlanishi kuzatilganmi

Fizikal tekshiruvlar o'tkazish vaqtida e'tiborni quyidagilarga qaratish kerak:

- sarg'ayishlik
- kaftini kuchli oq rangparligi
- Checkka shishlar
- Gemoragik toshma
- Ensa mushaklarini tortilishi (rigidlik)
- Boshda shikastlanish belgilari

Fizikal tekshiruv to'la amalga oshirilishi zarur.

Terida aniq shikastlanish belgilari, jigar xastaligi belgisi, yuqumli kasalliklar yoki emboliya belgilari.

Petexiyalar



Eksimozlar



Boshda Bettla simptomi belgilari (so'rg'jchsimon o'simta orqasidagi gemotoma), lokal og'riq, krepatitsiya, qulokdan va burundan qon ketish, ko'z atrofidagi qon talashlar (Enot ko'zlari yoki Ko'z oynak simptomi) bosh asosi sinishidan dalolat beradi.



Ensa mushaklarini tortilishi meningit, shikastlanish yoki subaraxnoidal qon ketishida kuzatilishi mumkin. (bo'yin umurtqasi shikastlanishiga shubha bo'lganda, uni harakatlantirish mumkin emas.)

Ko'krak qafasini, qorin sohasini, yurak va oyoq-qo'lni umumiy qoidalar bo'yicha tekshirish. To'g'ri ichakni va kichik chanokni tekshirish bilan birga najasda yashrin kon ketishini analiz qilish kerak.

Ogizdan jigar xidini kelishi jigar etishmovchiligi, ketoatsidoz, alkogol zaxarlanishi va uremiyada kuzatiladi.

Nevrologik tekshirishlar barcha holatlarda amalga oshiriladi, uni ma'lumotlari kasallik tarixiga yozib boriladi. Xush darajasini buzilishida patologik jarayonni joylashishini aniklashda kuyidagilarga e'tibor beriladi:

• **Bemor holatiga**

- Agar bemor uziga kulay xolda yotgan balsa (odatda uxlaganda), koma anikrogi chukur bulmagan xolda kuzatiladi. Bunga bemorni esnashi va aks urishi misol bula oladi. Boshqa reflektor aktlarga (yutal, yutish yoki xikichok) kirib chukkur komada kuzatiladi.
- Pastki jagni joylanishi va kuz kavogini kurinishi xush darajasini baxolashga kulaylik tugdiradi. Chukur koma belgilariga ochik kuz va ogib kolgan pastki jag misol bula oladi.
- **Xushni buzilish darajasi** engil es ogishidan to tula xushsizlikkachen oralikda buladi.
- Patalogik uyki. Bemor doimo uyquda yoki mudrashda bo'lib onson uyg'otish mumkin, shundan keyin u bergan savollar va buyrqlarni bajaradi
- Garanglik (Sopor). Bemorni og'riqli ta'sir qilib xam to'la uyg'otib bo'lmaydi. Berilgan buyruqlarga reaksiyasi sust yoki umuman javob yo'q, bemordan berilgan buyruqlarga kayta jovobni yoki tovushlarni olishni iloji yo'q. Lekin shunga qaramay u ta'sirlarga yo'naltirilgan ximoya xarakatlarini qila oladi.
- Yuzaki koma. Og'riq faqat oddiy va xoatik xarakatlarni chaqira oladi. Bemorni uyg'otib bo'lmaydi.
- Chuqur koma. Qattiq og'riqli ta'sirlarga xam bemorda javob reaksiyasi kuzatilmaydi. Kuzni, moyakni, sut bezlarini va boshqa yuqori sezuvchan soxalarni og'riqli ta'sir qilib bemorni uyg'otishga xarakat qilish mumkin emas.

Nafas patologik turlariga qarab, ba'zida patologik jarayon xarakteri xaqida fikir yuritish mumkin.

- Cheyn-Stoks nafas turida giperventilatsiya jarayoni nafas chuqurligini boshida oshib, keyin pasayishi va xar xil vaqtgacha cho'ziladigan apnoe kuzatiladi. Cheyn-Stoks nafas turi miya yarim sharlarini ikki tomonini chuqur strukturali shikastlanishida, bazal yadrolarni yoki miya o'zakni yuqori soxasini buzilishida kuzatiladi. Ko'pincha Cheyn-Stoks nafas turi nevrologik kasalliklarda kuzatilmasdan, ko'pincha somatik kasalliklarda kuzatiladi. (masalan: og'ir yurak etishmovchiliklarida)
- Markaziy neyrogen giperventilatsiya chuqur va ritmik bo'lgan minutiga 25tagacha bo'lgan nafas olish bilan xarakterlanadi. Bu nafas buzilishlari turini, ma'lum bir joylashgan patologik soxasi bilan bog'lash mumkin emas. To'g'ri ritmik nafas bu ko'rinishlarda og'ir oqibatli belgi bo'lib, komani chuqurlashidan dalolat beradi.
- Neyrogen xarakterdagi giperventilatsiya xaqida xulosa chiqarishdan oldin uni keltirib chiqruvchi boshqa sabablarini inkor etish zarur – mebabolik atsidoz va resperator alkaloz yoki gipoksemiya (oxirgisi kislorodni partsiyal bosimi p_{aO_2} kun davomida ikki marotaba o'ichab agar u 70 mm rt.st bo'lsa ta'suf etiladi).

- Apnotik nafasga davomiy nafas olishdan keyin nafas chiqarishda tutilib qolishi bilan kechadigan holatga aytiladi (inspirator spazm). U Biota turidagi nafas bilan almashinishi mumkin. Biota nafari – tez-tez bir xildagi nafas xarakatlarini alohida apnoe davomiyliyi kechishi bilan xarakterlanadi. Bu ikki turdagi nafas ko'pincha varoliv ko'prigi shikastlanishida kuzatiladi.
- Xoatik va agonal nafas xarakatlari uzunchoq miyadagi nafas markazlarini shikastlanganligidan darak beradi. Xoatik nafasga xar-xil chuqurligidagi tartibsiz nafas olish xarakatlari kiradi. Agonal nafasga bir-bir kuzatiladigan talvasali nafasni apnoe fonida kelishi bilan xarakterlanadi. Bu ikki turdagi nafas xarakatlari agoniya davrida kuzatilib, nafas olishni to'la to'xtatishga sabab bo'ladi.
- Nafas olishni susayishi - nafasni yuzaki bo'lishi, sekinlashishi va effektiv bo'lmasligi bilan kechadi. Bu holat ko'pincha uzunchoq miya foliyatini susayishida va dori vositalarini toksik ta'siri natijasida kuzatiladi.
- Komani nafasni giperventilatsiya holati bilan kechishi metabolik buzilishlarda kuzatiladi. Bunday buzilishlarga quyidagilar kiradi:
 - Metabolik atsidoz (masalan, diabetik ketoatsidoz, laktatsidoz, uremiya, organik kislotalar bilan zaxarlanish)
 - Respirator alkaloz (masalan, jigar entsfalopatiyasi, salitsilatlar bilan zaxarlanish)

Bosh va kuz holati. Miya yarim sharalarini xar birida birgalikda boshni va kuzni buradigan markazlar joylashgan bulib, ular bu miya yarimsharlariga karama karshi tomonga buradi. Shuning uchun bir tomonni shikastlanishi tufayli ikkinchi tomonni ta'siri oshib, boshni va kuzni shikastlangan tomonga buradi (kolateral tomondagi gemiparez). Varoliev kuprigi shikastlanishida, teskari shikastlangan tomondan karshiga bulgan gemiparez tomonga buriladi.

Kuz kurish zonasini tekshirish va oftalmoskopiya

- Agar kurishni bir kismigina saklangan bulsa, kurish maydonini «xavfli» kuz xarakati orkali tekshirish mumkin. Normada kuz kisish kuzatiladi. Kuz kurmaslik bulmaganda yoki kuruv nervini shikastlanishida kuz kisishni asemetriya refleksii belgilaridan gemianopsiyani kuzatish mumkin. Lekin kuz xarakati tufayli kuzni yalliglanishida xavo sinamasi ba'zan soxta ma'lumotlarni beradi.
- Oftalmoskopiyaning tekshirishda, kuz nervi diskini shishini aniklash mumkin, bu shish bosh miya ichi bosimini oshishidan darak beradi.

Korachiklar. Ko'z qorachiqclarini razmeri va shakli, foliyati saqlangan yorug'likka bir xil xarakatini aniqlash katta axamiyatga ega.

- Ko'z korachig'ini o'rta razmeri (3-5 mm), yorug'likka javob qaytarmaydigan holati o'rta miyani shikastlanish belgisi bo'lib xisoblanadi.
- Ko'z qorachiqclarini javob reaktisiasini saqlanganligi – o'rta miya butunligidan dalolat beradi. Ko'z korachiqclarini chuqur ko'mada saqlanganligi shox reflekslarini va ko'z xarakatini bo'lmasligi bemorda metabolik buzilishlar (gipoglikemiya) yoki dori moddalarida zaxarlanganlik (masalan barbituratlar) bildiradi.
- Ko'z korachig'ini koma holatidagi bemorda bir tomonlama kengayishi va yorug'likka javob reaktisiasini bo'lmasligi (Getchinson qorachig'i) ko'z xarakat nervini ensa-tentorial teshikka tiqilib qolishidan darak beradi. Bunda boshqa bu nervni shikastlanganlik belgilari xam bo'lishi mumkin (masalan: birtomonlama ptoz va qochuvchi g'laylik, lateral to'g'ri musqo'lni tonusini shikastlangan tomonda oshishi). Keyinchalik kengaygan va yorug'likka javob reaktisiasi kuzatilmagligi shikastlanishda yoki o'rta miyani siqilishida bo'ladi.

Anizokoriya



- Ko'z korachig'ini bo'yni soxasidagi og'riqqa javob reaksiyasi (spinotsiliar refleks) – miya o'zak pastki qismini saqlanganlik belgisi bo'lib xisoblanadi.

Xarakat aktivligi

- Partzial tutqanoqlar patologik jarayonni chegaralanganligidan darak berishi mumkin. Katta epileptik tutqanoqlar sabab-tashxislash jarayonini belgilab bermaydi, lekin u xarakat yo'llarini mushakdan to miya po'strog'igacha butunligidan darak beradi. Multifokal tutqanoqlar – metabolik shikastlanish belgisidir.
- Miokloniya va asteriksiz — metabolik entsefalopatiya belgisi xisoblanadi (masalan: gipoksiya, uremiya va jigar etishmovchiligida).
- Detserebratsion rigidlik (tortilish) oyoq-qo'llarni yozilishi, qo'lni ichki rotatsiyasi va olib kelishi, oyoqni yozilishi bilan kechadi. Bu belgilar miya o'zagini yuqori soxasini shikastlanishidan darak beradi (qizil va vestibulyar yadro soxasida).
- Dekortikatsion rigidlik qo'lni bukib va olib kelish, oyoqni yozish bilan kechadi. Shikastlanish o'chog'i miya yarim sharlarini yoki to'g'ridan to'g'ri o'rta miyada joylashgan.
- Oyoq qo'lni uzoqlashtirish — xarakat aktivligini nisbatan saqlanganligidan darak beradi. Agar bemorni koma holatidan chiqarilsa, oyoq-qo'lni barcha funktsiyasi tiklanadi.
- Bir tomonlama xarakatni bulmasligi yoki asimmetriya xarakati — gemiparez belgisi xisoblanadi.

Sezuvchanlik. Patologik uyquvchanlik yoki bir tomonlama garanglik, sezuvchanlikni kamayishini og'riqqa asimmetriya reaksiyasi ko'rinishida kechadi (agar shollik kuzatilmasa). Asimmetriyani ko'zni shox refleksni tekshirishda va yuz soxasini sezuvchanligini aniqlashda kuzatish mumkin.

Xush darajasini buzulishida laborator va instrumental tekshirishlar

Standart tekshirishlar. Qon umum taxlili; peshob taxlili; elektrolitlarni miqdorini tekshirish, mochevina, kreatinin, glyukoza, kaltsiy, fosfolarni qonda tekshirish, bioximik ko'rsatkichlardan jigar funktsiyasini ko'rsatkichlari, fermentlar ko'rsatkichi, zardobni osmolyar ko'rsatkichlari, EKG va ko'krak qafasini rentgenografiyasini o'tkazish zarur.

Toksikologik tekshirishlar ko'rsatma bo'yicha opioidlar, barbituratlar, trankvlizatorlar va uxlavuvchi dorilar, antidepresantlar, etanolni kondagi miqdori, peshobdagi va oshqozon maxsulotlarida o'tkaziladi.

Maxsus tekshirishlar

- Boshni rentgenografiyasi
- EEG
- Lyumbal punktsiya — agar meningit yoki entsifaligta shubxa bo'lsa. Lyumbal punktsiya bosh miya suyagi ichi bosimi belgilari kuzatilsa mumkin emas. Bosh miya ichi bosimini oshishi lyumbal punktsiya qilinganda ensa-tentorial jarayonni yuzaga keltirish yoki miyachani siqilib qolishiga olib keladi. Kompyuter va Magnit Rezonans Tomografiya (KT va MRT) ko'p xollarda miya ichi qon quyilishini aniqlab berib, lyumbal punktsiya qilinishini oldini oladi. KT va MRT miyaga qon quyilishi kam bo'lgan xollarda aniqlash qiyin, bunda lyumbal punktsiyaga qarshi qo'rsatma yo'q. Ko'rsatma bo'yicha bemorlarga angiografiya qilinadi.

- Lyumbal punktsiyani samarasini ijobiy bo'lishi (meningit tashxisini beradi), agar miya suyuqligi ko'rgan vaqtda loyqa bo'lsa (opalestiruyushim), tsitologik tekshirishlarda leykotsitlarni miqdorini yuqori bo'lishi (100 polimorf-yadroli 1 mkl), glyukozani miqdorini kam bo'lishi (1,5 mmol/l), oqsilni miqdorini ko'p bo'lishi (0,4 g/l dan ko'p), mikroorganizmlarni aniqlanishi Gramm bo'yyog'ida bo'yalganda qo'rilganda yoki ekilgan kulturalarni o'sishi bilan baxolanadi.

2 oydan katta bolalar xushsizligini differentsial tashxislash

tashxis	Simptomlar
Meningit	<ul style="list-style-type: none"> • Bezovtalanishni oshishi • Ensa mushaklarini rigidligi • Bosh liqildoqni bo'rtishi • Terida petexial toshmalar (meningokokli meningit)
Febril talvasalar (kam uchrab xushsizlik bilan kechishi mumkin)	<ul style="list-style-type: none"> • Xarorat ko'tarilgan vaqtda davomiy bo'lmagan talvasalar • 6 oydan to 5 yoshgacha bo'lgan oraliqda ket
Gipoglikemiya (sababini qidirish lozim)	<ul style="list-style-type: none"> • Vena ichiga kontsentrlangan glyukoza eritmasi kuyilganda bemor xushini tiklanishi • Qonda glyukozani miqdori kamaygan
Bosh shikastlanishi	<ul style="list-style-type: none"> • Boshda shikastlanish belgilari borligi • Anamnezda tashqi ta'sir qilgan shikastlanish faktori
Zaxarlanish	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezda zaxar yoki dori moddalarini ichganligi to'g'risida ma'lumot
Shok	<ul style="list-style-type: none"> • Kapillyar sinamani 2 sekundan ortishi • Tezlashgan va sustlashgan puls
O'tkir glomerulonefrit entsefalopatiya bilan	<ul style="list-style-type: none"> • Qon bosimini ortishi • Tashqi soxalarda shish • Peshobda qon • Diurezni kamayishi
Diabetik ketoatsidoz	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezda polidipsiya va poliuriya • Chuqur qiyinlashgan nafas (atsidotik) • Qonda glyukoza miqdorini yuqori bo'lishi
Tserebral malyariya (faqat endimik o'choqdagi rayonlarda)	<ul style="list-style-type: none"> • Sarg'ayishlik • Anemiya - kamqonlik • Talvasa • Gipoglikemiya • Qonni P. Falciparumga ijobiy tisdqiq

2 oydan katta bolalardagi xush darajasi yo'qligida differentsial tashxis

Tashxis	Simptomlar
Gipoksik ishemik entsefalopatiya	<ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda • Anamnezda og'ir tug'ruqlar



	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnezda bola vaqtida qattiq qichqirmagan
Bosh miya ichi kon kuyilishi	<ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda • Kam vazin yoki chala tug'ilganlik
Bilirubinli entsefalopatiya	<ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda • Sarg'ayishlik • Rangparlik • Og'ir bakterial infeksiya
Meningit	<ul style="list-style-type: none"> • Xushini tormozlanishi • Apnoc xuruji • Talvasa • Yuqori va quloqni bezovta qiladigan qichqiriq • Bosh liqildoqni taranglashishi yoki bo'rtib chiqishi
Sepsis	<ul style="list-style-type: none"> • Xarorat ko'tarilishi yoki gipotermiya gipotermiya • Shok • Ko'zga ko'rinarli belgilsiz og'ir holat

Xush darajasini buzilishida ko'rsatiladigan shoshilinch tibbiy yordam

Koma holatidagi bemorda bosh miyani shikastlanishi qayta tiklanmas holatiga tushishi mumkinligi tufayli tekshirishni tugatmasdan turib shoshilinch davolashni tez amalga oshirish zarur. Xush darajasi buzilgan bemor bolalarda umuiy va maxaliy davolash tadbirlari amalga oshiriladi (xamma koma holatidagi turlarida).

Davolash tadbiri aniq va tez quyida ko'rsatilgan tarzda ketma-ketlikda bajariladi. Asosiy vazifa – komani sababini aniqlash va neyroxirurgik aralashuvi kerak yoki kerak emasligini aniqlash.

Xayotiy zarur a'zolarini tiklab turish. Nafas yo'llarini ochish, kislorod berish, kerak bo'lganda SNO (Sunniiy Nafas Oldirish). Monitoring kuzatuvda YuQS, Q/b, xarorati, EKG va pulsoksimetriyani qo'llash.

Somatik bemorda nafas yo'llarini ochish	Travmatik bemorda nafas yo'llarini ochish
	
Og'iz nayini qo'llash (bemorda og'riq reaksiyasi)	Burun nayini qo'llash (bemorda og'riq reaksiyasi kuzatilsa)

kuzatilmaganda)



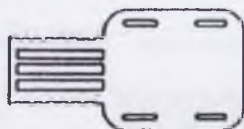
Agar somatik bemor bo'lsa tili orqaga ketib qolmasligi uchun unga tiklangan holat beriladi.



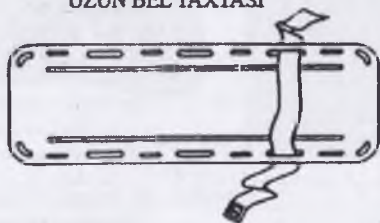
TIKLANISH HOLATI

Umurtqani immobilizatsiya qilish. Agar shikastlanish inkor etilmagan bo'lsa, uni to retgenografiya qilishga olib borguncha bel taxtaga bo'yini fiksatsiya qilgan xolda immobilizatsiya qilish kerak.

KALTA
BEL
TAXTASI



UZUN BEL TAXTASI



Venaga yo'l ochish. Venaga kateter qo'yish

Agar bemorda miya tiqilishi yoki Bosh miya ichi bosimi oshganligiga quyidagi ko'rushlarni misol bo'ladi. (VChD):

- Anizokoriya
- Rigidlik pozasi
- Oyoq-qo'lni yoki tana sholligi
- Noadekvat nafas

Bu ko'rinishlarda tezlikda bosh miya ichi bosimini tushirishga xarakter qilish, neyroxirurg chaqirish va operativ muolajani qo'llash talabi qo'yiladi. Bosh miya ichi bosimini tushirish tadbirlariga quyidagilar kiradi:

1. Miyaga qon oqib kelishini ta'milash uchun tanani bosh qismini 30° ko'tarish kerak.
2. O'SN (IVL) giperventilyatsiya rejimida. $p_a\text{CO}_2$ pasayishi 25—30 mm rt. st. ko'p bo'lganda miya qon tomirlari siqiladi va bir necha minut ichida tez kechadi. Bu Miya ichi bosimini pasaytiradi. Keyinchalik $p_a\text{CO}_2$ pasaytirish talabga muvofiq emas, chunki bu miyani qon bilan ta'minlashini kamayishiga olib kelishi mumkin.
3. Mannitol (0.5 - 1 g/kg v/i jadal xar 2—4 soatda) — osmotik dori vositasi bo'lib, miya shishini kamaytiradi.
4. Furosemid, 1 mg/kg v/i xar 6—8 soatda.
5. Deksametazon (10 mg v/i, keyin 4 mg v/i xar 6 soatda) o'sma yoki absessda perifokal shishini kamaytiradi.
6. Talvasalarda talvasaga qarshi davo talab qilinadi.
7. Meyoriy xaroratni tanada saqlab turish kerak. (xarorat ko'tarilganda miya qon tomir ta'minlashishi va miya ichi bosimi oshadi).
8. Miorelaksantlar (pankuroniiv, 0,1 mg/kg v/i xar 1—2 soatda) bosh miya ichi bosimi mushaklar qisqarishi sababli yuzaga kelgan bo'lsa.
9. Sedativ vositalar (narkotik analgetiklar benzodiazepinlarni birgalikda qo'llaganda) bosh miya ichi bosimi bezovtalik va og'riq xisobiga oshgan bo'lsa.

Davolash muddati bir necha haftani tashkil qiladi. Turg'un bosh miya ichi bosimi tiklangandan keyin bu preparatlar berishi taqiqlanadi, boshida sedativ vositalar, keyin esa miorelaksantlar va O'SN (IVL) oxirida osmодиuretiklar beriladi. Berilish davomiyligi bemor holatiga bog'liq.

Talvasaga qarshi davo

Benzodiazepinlar. Benzodiazepinlarni salbiy ta'siri – nafas foliyatini sustlashtiradi (ba'zi xolalarda bu dorini tez yuborilishi sabab bo'ladi). Shuning uchun qo'l ostida doimo O'SN (IVL) oldiruvchi tibbiy asboblarni bo'lishi zarur.

Diazepam (Relanium, Sibazon, Valium) — tez ta'sir qiluvchi dori vositalari. Boshlang'ich dozasi — 0,1—0,2 mg/kg (maksimum — 10 mg) 1-4 minut oralig'ida. Effekt kuzatilmaganda dozani 0,25 – 0,4 mg/kg oshirish (maksimum -15).

Agar tashxis aniq bo'lmasa bemorni nazorat ostiga olinib tekshirish davom ettiriladi. Bu holatlarda koma belgisi ko'pincha metabolik buzilishlar va zaxarlanish bo'lishi mumkin.

Ayrim kasalliklarda koma holatini rivojlanishi:

Qandli diabet.

Bolalarda quyidagi patogenetik qandli diabet komasi bo'lishi mumkin:

- Ketoatsidotik koma
- Giperosmolyar koma
- Gipoglikemik koma

Ketoatsidotik va giperosmolyar koma.

Ketotsidotik komani patogenezida, markaziy o'rinni zo'riqib boruvchi insulin etishmovchiligi egalaydi. Ketaatsidozdagi giperqlikemiya va giperketonemiya qonni osmolyar bosimini va xujayra oshishiga sabab bo'lib, xujayralarda degidratatsiya vujudga kelib, osmatik bosim qonda oshadi. Natijada ko'plab suyuqliklar peshob orqali yo'qotilishi va elektrolitlar disbalansi vujudga keladi. Organizmda kislotalar va keton tanalarini yig'ilib qolishi buyrakni bufer funksiyasini izdan chiqarib, metabolik atsidozga olib keladi.

Giperosmolyar komani patogenezini aniqlanmagan. Qonni yuqori osmolyarligi (350 mosm/l) kuchli darajada rivojlangan giperqlikemiya (qandni qondagi miqdori 55 mmol/l dan yuqori) va gipernatremiya, keton tanachalari me'yordan oshmagan, shuning uchun ketonuriya kuzatilmaydi. Kislotali-asosli muvozanat o'zganmagan. Osmotik diurez , qusish, ich ketishi kuchayganligi uchun QUXM (qon umum xarakat miqdori) kamaygan va og'ir atsidoz klinikasi yuzaga keladi.

Ketoatsidotik va giperosmolyar komani davolash o'z ichiga uchta komponentni oladi:

- Insulinterapiya
- Regidratatsiya metabolik siljishni korreksiya qilib
- Simptomatik davo.

Bunda komani patogenetik variantlarini, organizmni individualligi va laborator ko'rsatkichlarini etiborga olish kerak. Ikki holatda xam insulin vena ichiga jadal 0,1 ED/kg yuborilib, keyin tezligi 0,1 ED/kg/soatda tomchilab to glikemiya miqdori 11,1-13,9 mmol/l tushguncha davom etiriladi. Eksikozga va tsirkulyator buzilishlarni organizmga vena ichiga suyuqliklar quyib bartaraf etiladi. Bir vaqtda insulin dozasi izotonik eritma bilan kuyiladi (gipotonik eritma giperosmolyar komada). Suyuqliklar 100-150 ml/kg kunlik vaznida bemorga quyiladi.

Simptomatik davo o'z ichiga kaliy preparatlari, yurak va qon tomir vositalari, namlangan kislorodni oladi.

Gipoglikemik koma

- Gipoglikemiya xurujini insulin bilan davolashda yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun davolashda iloji boricha gipoglikemiya xurujini yuzaga keltirmaydigan xolda olib borish kerak bo'ladi.
- Gipoglikemiyaning ko'p uchraydigan sabablariga — jismoniy zo'riqish, etarli bo'lmagan ovqatlanish, uzoq davom etuvchi jismoniy xarakatni insulin miqdorini kamaytirmasdan, ovqatlanish oralig'ini uzoq bo'lishi yoki to'yib ovqatlanmaslik, insulin dozasi bilmagan xolda oshirib yuborish va noto'g'ri insulin davo berishini o'tkazish.
- Qonda glyukoza miqdori kam hisoblanadi, agar uni miqdori ozg'in bolalarda 2,5 mmol/l yoki 3,0mmol/l-ni tashkil qilsa.
- Kasal va uni oila a'zolari bu kasallik belgilarini erta aniqlashni bilishlari va bemorga kontsentirlangan qand miqdori ko'p bo'lgan oziq-ovqatni berishlari kerak. Ko'p hollarda bemorni gipoglikemiya xurujini 10-20 gr glyukoza berib bartaraf etish mumkin. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda 5gr qand berishni o'zi etarli. Uni tabletkada shaklida (5gr), qand, apelsin yoki olma sharbati berib oldi olinadi.
- Agar qandli moddalarni og'iz orqali berishni iloji bo'lmasa, unda qandni glyukoza xolida 5-10 glyukoza vena ichiga yuborilib, keyin sekinasta tomuvchi uzoq infuzion davoni 10mg/kg/ minutiga qondagi qandni miqdorini kuzatgan xolda yuboriladi.

Buyrak kasalliklaridagi koma.

Uremik koma.

Uremiya (giperazotemiya) – surunkali yoki o'tkir buyrak etishmovchiligida yuzaga kelishi mumkin. Uremik komani yuzaga kelishi birinchi navbatda qonda azotli moddalarni to'planib qolishidan va bu bilan bog'liq oshib boruvchi organizm zaxaridanishi xisobiga sodir bo'ladi. O'BE azotemiya na faqat buyrakni peshob ajralish foliyati bilan bog'liq, balki

organizmda oqsillarni katabolizimini oshishi bilan xam kechadi. Shu bilan bir qatorda qonda kaliy va magniy miqdorini oshishi kuzatiladi.

Uremik koma sekin asta rivojlanib, koma oldi davri bilan boshlanadi. Bunda bosh og'rig'i, teri qichishi, og'izda quruqlik, chanqash, ko'ngil aynash va kusish bilan kechadi. Aksariyat bolalarda burun qonashi va qon aralash ichining suyuq kelishi kuzatiladi. Chiqarayotgan havoda siydik hidi seziladi. Es hushi sekin asta so'nib borib, talvasalar va nafasni buzilishi kuzatiladi.

Uremik komani davolash zaharsizlantirish, gipergidratatsiya bilan kurashishdan, elektrolitlarni buzulishlaridan va kislotali-asosli muvozanatni me'yordan iborat. Tanada shishlar va gipergidratatsiya kuzatilmaganda bemorga yuboriladigan suyuqliklar, elektrolitlar kunlik diurezni va yashirin suyuqlik yo'qotilishni xisobga olib belgilanadi.

Beriladigan ovqat kaloriyasi maksimal bo'lishi kerak. Parenteral oziqlantirish faqat oddiy ovqatlantirishi iloji bo'lmaganda qo'llanadi. Parenteral oziqlantirish vena ichiga 10-15% glyukozani, markaziy vcnaga -30%gacha critmalarni yuborish mumkin.

Agar bola organizmidagi qon zardobida mochevina miqdori 30mmol/l, kaliy - 6,5 nmol/l dan ko'p bo'lsa u xolda gemodializ qilinadi.

Jigar komasi.

O'tkir jigar etishmovchiligi, jigar og'ir kasalliklari va jigar nekrozida kuzatiladi. Bemordan anamnez to'plashda etiborni boshdan o'tkazgan virusli ignfeksion kasalliklarga, qon quyilganligiga, dori vositalarini dozasi oshib ketganligiga, zaxarlanishga, shok holatiga, bemor va qarindosh - urug'larda og'ir jigar kasalligi qaratiladi. Fizikal tekshiruvlarda terida sarg'ayishni ortib borishi, og'izdan jigar xidini kelishi, merovlik va koma holati movjudligin aniqlashga etibor beriladi. Reyya sindromida sarg'ayishlik kuzatilmaydi.

- Leykotsitoz va anemiya bo'lishi mumkin. Agar jishgar shikastlanish sindromi gemolitik kamqonlik bilan buyirga kechsa, unda albatta Vilson kasalligini inkor etish kerak bo'ladi.
- Protrombin vaqti uzaygan, zardobdagi albumin kamaygan.
- AIAT va AsAT aktivligi ortgan.
- Ishqorli fosfataza aktivligi oshgan yoki meyorda.
- Bog'langan va bog'lanmagan bilirubin miqdori aksariyat xolda oshgan (faqat Reya sindromidan tashqari).
- Zardobda glyukoza miqdori kam.
- Aksariyat metabolik atsidoz, kam xollarda - atsidoz kuzatiladi.
- A, V, S, D yoki E gepatit serologik testlari musbat bo'lishi mumkin. Toksikologik tekshirishlar zaxarlanganlikni aniqlashda yordam beradi.

Davo. Maqsad — jigar etishmovchiligini oldini olish va jigar xujayralarini tiklanishini ta'sirlash kerak.

1. Vena ichiga 10—15% glyukoza critmasi infuzi qilish tezligi buyrak funksiyasini holatiga bog'liq bo'ladi. Zardobda glyukozani miqdorini kuzati borish kerak.
2. Vikasolni 5-10 mg/kuniga vena ichiga 3 kun moboyinda to qon ivishi me'yorga kelmaguncha yuboriladi. Qon ketganda bemorga Yangi muzlatilgan qon quyiladi.
3. Ichki endogen mikroflorani o'sishini bostirish uchun dyufalakni 1ml/kg xar 6 soatda ichishga yoki neomitsinni 50mg/kg/kun kuniga 4 ta marotaba m/o qilinadi.
4. Dorivositalarini yuborish va oshqozon-ichakdagi qon ketishni tashxislash uchun burun-oshqozon nayi qo'yiladi.
5. Gastrit yoki oshqozon yarasidagi qon ketishlarda tsemitidinni 300mg vena ichiga xar 6 soatda (12 yoshgacha bolalarda 5-10 mg/kg xar 6 soatda), oshqozon pH 5 -dan yuqori bo'lganda yuboriladi.
6. Gipovolemia va zardobdagi albumin miqdori 1,75 g/kg bo'lganda infuziya qilinadi. Bunda zardobdagi albumin miqdori 1 g% ortadi.

Epileptik tutqanoq — bu alohida nazoligik va sptomokompleks xisoblanadi. Epilepsiya deb qayta xurujanuvchi va o'tkir metabolik o'zgarishlarsiz va markaziy nerv a'zolarini infeksiyon ta'sirsiz kechadigan holatiga aytiladi. Aksariyat tutqanoq sabablari – bosh chanoq va miya shikastlanishlari, tug'ruq shikastlanishi, meningit, entsefalit, boshda o'smalar, metabolik buzilishlar, miya qon-tomirlari buzilishi, dori vositalarini toksik ta'siri xisoblanadi. Epileptik tutqanoq talvasaga qarshi dori vositalarini metabolitik o'zgarishlari, yo'ldosh kasalliklar va vrach ko'rsatmalariga amal qilmaslik natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Tekshirish

- Bemordagi nevrologik kasalliklar, rivojlanishni buzilishi, boshdan o'tkazgan infeksiyalar, qaytalab turuvchi bosh og'rig'lari, ertalabki qusuqlar, ko'z ko'rish foliyatini susayishini anamnezini to'plaganda aniqlash zarur.
- Tutqanoqni yuzaga kelish jarayonini to'laroq bilish, ayniqsa aura jarayonini, tutqanoq davrida ko'z va bosh xarakati, davomiyligi, talvasadan keyin kuzatiladigan holatlar (ko'z olmasini joylashuvi, mushak tonlarini bo'shshaganligi).
- Agar 1 soat ichida bemor o'ziga kelmasa, bu bemorda xali talvasa davom etayotganini yoki asosiy kasallik natijasida talvasadan keyin yuzaga kelgan asorat yuo'lishi mumkin.
- Epeleptik talvasani oilaviy anamnezda aniqlanadi (febril talvasadayam).

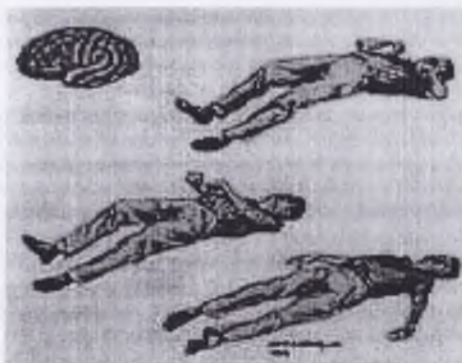
Nevrologik tekshirishlar. Xushi, ko'z tubini baxolanadi, o'choqli asoratlar aniqlanadi. Ko'ruv vaqtida bemorda meningial simptomlarni, travmatik shikastlanish va boshqa kasalliklarga ctibor beriladi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar. Laborator tekshiruvlardagi qon va miya suyugligi taxlili, ma'lumotlari anamnez va fizikal tekshiruvlarga bog'liq bo'ladi.

- Barcha epileptik tutqanoq kuzatilgan bemorlarga EEG uyg'oq va uxlagan xolda aniqlanadi. EEG – paroksizmal zaryadlarni aniqlaydi, epileptik tutqanoq o'chog'ini yoki o'smani topishga yordam beradi, talvasaga qarshi dori vositalarini aniqlashna va uni qachon ko'llash va to'xtatishni belgilab beradi. Ba'zida talvasa tugashi bilan qilingan EEG ma'lumotlari miyada faqat sekinlashgan fon aktivligini berishi mumkin. Agar 7-10 kundan keyin tekshirishlar o'tkazilsa EEGda yana epileptik aktivlikni kuzatishimiz mumkin.
- MRTga ko'rsatma— partzial tutqanoqlar, aniqlash qiyin bo'lgan kuchaygan talvasalar, o'choqli nevrologik belgilar. EEGdagi o'zgarishlar. miyani oq yoki kulrang moddalarini shikastlanish kasalliklari. KT – tuberoz sklerozda, tug'ma infeksiyon kasalliklarda, atreovenoz malformatsiyada, tsistitserkozda bosh chanoq ichi kaltsifikatlari kuzatiladi. Agar katta epileptik tutqanoq va o'choqli absanslar davolashga moilligi yaxshi bo'lsa, nevrologik belgilar kuzatilmasa KT-ga ko'rsatma bo'lmaydi.

Differensial tashxislashda - vaqtinchalik xushdan ketish, bolalardagi respirator-affektiv talvasalar, koma, narkotik moddalar talvasalari, migren, yaxshi sifatli pozitsion bosh aylanishlar, isteriyani tashxislash zarur..

Tashxislash



Markazlashgan talvasa xurujlari (kata epileptik xurujlar) (rasim 1) odatda o'choqli buzilishlar va aurasiz boshlanadi. Tonik fazasi 1 minutdan kam kechadi, bu davrda aksariyat ko'zni orqaga ketishi kuzatiladi. Nafas mushaklarining tonik qisqarishi o'pka ventilyatsiyasining buzilishi va tsianozga olib keladi. Tonik fazadan keyin oyoq qo'llarning klonik tirishishi kuzatiladi va bu davr 1-5 daqiqa davom etib o'pka ventilyatsiyasi yaxshilanadi. Ba'zida so'lak oqishi, taxikardiya, metabolik

va respirator atsidoz kuzatilishi mumkin. Talvasadan keyingi davr 1 soatgacha cho'zilishi mumkin.

Partsiyal motor talvasalar. Bunday paytda jarayon qo'l yoki boshdan boshlanib, bosh va ko'z talvasa o'chog'iga nisbatan qarama-qarshi tomonga ketib qoladi. Talvasaning bu turi katta epileptik tutqanoqni eslatuvchi holat bilan ham kechishi mumkin. Shuningdek partsiyal talvasada Todda postiktal falaji, ya'ni bosh va ko'zning epileptik o'choq tomonga burilishi yoki og'ishi kuzatilishi mumkin.

Murakkab partsiyal talvasalar(psixomotor yoki tepa sohasi tutqanog'i) teng yarim holatlarda auradan (emotsional reaksiya, qorinda og'riq, bosh og'rig'i, og'izda yomon ta'm sezish) boshlanadi. Bunday talvasalar kata epileptik tutqanoq yoki absans klinikasini qaytarishi mumkin. Ba'zida kasallik belgilari o'ta murakkab bo'lib avtomatizm: ya'ni labini so'rib yurishi, kulish, boshini yoki yuzini g'alati mimikasi, yugurish kuzatiladi.

Tipik absanslar odatda 3 yoshdan boshlanadi. Huruj paytida bemorlar nigohi qotib qoladi, qovoqlari titrab boshini imlash harakatlari paydo bo'ladi. Aura va postaktik ko'rinishlar kuzatilmaydi; tutqanoq davomiyligi 30 sekundan ko'p emas. Absanslar bir kunda ko'p marotaba kuzatilishi mumkin, bu holatni giperventilyatsiya va yorug'lik xam chaqirishi kuzatiladi. EEG-da pik-to'lqinlari 3 s⁻¹ qayd qilinadi. Absansni murakab partsiyal tutqanoqlardan farqlash lozim, chunki oqibati va talvasaga qarshi davosi bu ikki tutqanoqda boshqa-boshqadir. 10—20% yaqqol absans kuzatilgan bolalarda katta epileptik tutqanoq yuzaga kelishi mumkin. O'smirlik davrida aksariyat tutqanoqlar uchrashi to'xtaydi (75%), EEG me'yorlashadi.

Absans tutqanog'i



Fibrill talvasalar- odatda 6 oylikdan to 5 yoshgacha xarorat (tana xarorati 38,5 ° S) ko'tarilgan bolalarda kuzatiladi. Aksariyat bu talvasalar xarorat ko'tarilishida yoki yuqori nuqtasiga chiqqan vaqtda kuzatiladi. Bu talvasalar ko'pincha umumlashgan kloniko-tonik, tonik, atonik yoki klonik tarzida kechadi.

- 15 minutdan ortiq bo'lmagan tutqanoq, agar u bir marotaba kuzatilsa, partial komponentlari bo'lmasa va metabolik buzilishlar kuzatilmasa, MNS infeksiyon shikastlanishi bo'lmasa asoratsiz deb xisoblanadi. Asoratlisiga ko'p marotaba uchraydigan, davomiy yoki partial febril talvasalar bilan kechadigan, EEG-da faqat qaytalanuvchi tutqanoq belgilari bo'lgan kiradi (asoratli unchali kata bo'lmagan xaroratda yoki o'choqli nevrologik belgilar kuzatilgan hollarda).
- Birinchi marotaba 18 oylik davri ichida kuzatilgan febril talvasalar yoki 3 yoshdan keyin asoratli talvasalar, xush darajasini buzulishi, o'choqli nevrologik va meningial simptomlar kuzatilganda, bu talvasani uzoq vaqt nazorat qilishni iloji bo'lmaganda lyumbal punktsiya qilish va nasliy moddalar almashinuvini tekshirishlar amalga oshiriladi.
- Yuqori epilepsiyaga keltiruvchi belgilar:
 - Nevrologik va psixomotor buzilishlar
 - Oilaviy anamnezda me'yoriy xaroratda kuzatiladigan tutqanoqlar
 - Uzoq davom ettuvchi tutqanoqlar
 - Ko'plab qaytariladigan tutqanoqlar
 - partial xarakterga ega bo'lgan tutqanoqlar
- Bu belgilarni kuzatilmaligi yoki faqat bir belgini kuzatilishi epelepsiya bo'lishigini 2%-dan oshmaydi. Agar ikki yoki uchta belgisi kuzatilsa epelepsiya kuzatilish miqdori 6-10%ni tashkil qilib, uchta xamma belgisi kuzatilgan bemorlarda tutqanoqni asorati yuzaga kelganligidan dalolat beradi (tutqanoq davomiyligi 15 minutdan ortiq, ko'plab partial talvasalar) va epelepsiya 50% kuzatiladi.

Shoshilinch yordam

Talvasa davrida

- AVS yordam (agar miya va umurtqa pog'onasi shikastlanishiga shubxa bo'lmasa bemorni kuly holatda yotqizib, tiklash holati beriladi)
- Bemorni keyingi shikastlanishdan ximoya qilinadi (bemor atrofidan unga shikast etkazishi mumkin bo'lgan o'tkir jisimlar olib tashlanadi)
- Siqib turgan kiyim boshlar bo'shatiladi
- Bemorni majburan ushlab turishga xarakter qilish kerak emas
- Agar talvasa 5 minutdan ortiq kuzatilsa yoki bemorda **epeleptik status** (talvasalar ketma-ket kelsa xushi tiklanmasa) – talvasaga qarshi dori vositalari qo'llanadi (yuqorida keltirilgan). Odatda ko'pincha diazepam yoki paraldegid qo'llanadi, ularni to'g'ri ichakka yuborish mumkin:
 1. dozani tuberkulinli yoki insulinli shpritsga olib ignasi olib qo'yiladi.
 2. Shpritsni to'g'ri ichakka 4-5 sm chuqurlikda kimgazib eritma yuboriladi.
 3. Soni bir-biriga yaqin bir necha minut ushlab turish kerak
 4. Agar 10 minutdan keyin xam talvasa tugamasa diazepamni yana bir marotaba to'g'ri ichakka yoki vena ichiga yuboriladi (0,25mg/kg yoki 0,05ml/kg).
 5. Agar yana 10 minut ichigacha talvasa tugamasa uchinchi marotaba diazepam yoki paraldegidni ikkinchi marotaba yuborish yoki vena ichiga fenobarbitalni birinchi marotaba 15 mg/kg yuboriladi.
 6. 2 oygacha bolalarga fenobarbital (200mg/kg eritmada) 20mg/kg dozada yuboriladi:
 - 2 kg vaznda – boshlang'ich doza 0,2 ml, agar talvasa davom etsa 30 minutdan keyin Yana 0,1 ml qilinadi.

- Vazni 3 kg bo'lganda boshlang'ich doza 0,3 ml, agar talvasa davom etsa 30 minutdan keyin yana 0,15 ml qilinadi

Bemor yoshi/vazni	Diazepam To'g'richakka 10 mg/2 ml	Paraldegid To'g'richakka
	Doza 0,1 ml/kg	Doza 0,1 ml/kg
2 haftadan to 2 oylikkacha (to 4 kilogramgacha)	0,3 ml (1,5 mg)	1,0 ml
2 oylikdan to 4 oygacha (4-6 kilogramgacha)	0,5 ml (2,5 mg)	1,6 ml
4 oylikdan to 12 oygacha (6 – 10 kilogramgacha)	1,0 ml (5 mg)	2,4 ml
1 yoshdan to 3 yoshgacha (10 – 14 kilogramgacha)	1,25 ml (6,25 mg)	4 ml
3 yoshdan to 5 yoshgacha (14 – 19 kilogramgacha)	1,5 ml (7,5 mg)	5 ml

Talvasadan keyin

- Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash
- Kislород ingalyatsiyasini ko'llash
- Qonda qandni miqdorini aniqlash va kerak bo'lganda glyukoza critmasini yuborish.
- Travmatik shikastlanishda yordam ko'rsatish
- Yuqori xarorat kuzatilganda bemorni uy xaroratida machalkani xar 5 minutda 4 martagacha qo'llab tanasini artishni to xushi tiklanguncha qilinadi va shu oraliqda bemorga tabletkalar berilmaydi (aspiratsiya xavfligi).
- Yuqori mushak tarangligida (oyoq-qo'lni pasiv xarakterlantrilganda qarshilik ko'rsatilishi yoki engakni va oyoq-qo'lni tremori) – talvasaga qarshi dori vositalarini qo'llash (oldini holatda talvasa sodir bo'lganin ctiborga olib).
- Kerak bo'lganda transportirovkaga ko'rsatma (Bemorda talvasa birinchi martoba bo'lganda shifoxonaga trasportirovka qilish kerak bo'ladi).

Gospital bosqichda:

- Davolash taktikasi talvasa sababiga bog'liq. Sababini anmnez va fizikal tekshiruvlar bilan taxminan aniqlash mumkin.
- Og'ir bosh chanoq-miya shikastlanishida, bosh miya ichi bosimi oshgan yoki miya tiqilishi belgilari kuzatilsa tezlikda mannitol quyilib, KT yoki MRT qilinadi. Ba'zida neyroxirurgik operatsiya amalga oshirilishi talab etiladi.
- Xarorat ko'tarilganda, meningial simptomlar kuzatilganda lyumbal punktsiya buyuriladi va antibiotiklar qo'llanadi.
- Davomiy sopor yoki komada, metabolik buzilishlar, zaxarlanish va Reya sindromini bor yo'qligini inkor etish zarur.
- Qaysidir talvasaga qarshi dori vositasiga allergiya bo'lsa, boshqa talvasaga qarshi dori vositasi qo'llanadi.

Nazorat savollari:

1. Xush foliyatini buzilish sabablarini sanab bering
2. Xush foliyatini buzilish ikkilamchi sabablarini sanab bering
3. AVPU shkalasi bo'yicha xush darajasi qanday baxolanadi?
4. Glazgo shkalasi bo'yicha xush darajasi qanday baxolanadi.?
5. Glazgo shkalasi bo'yicha olingan ma'lumotlar qanday taxil qilinadi?
6. Xush darajasi buzilgan bolalardan yo'naltirilgan anamnezda qanday savollar beriladi?

7. Bemorni fizikal tekshirishda xush darajasi buzilganlikka xos qanday belgilarni kuzatish mumkin?
8. Xush darajasi buzilgan bolalarni tekshirishda qaysi standart va maxsus laborator, instrumental tekshirishlar o'tkaziladi?
9. 2- oylikdan katta bolalarda xush darajasi buzilganda qaysi kasalliklar bilan diferentsial qiyoslash kerak?
10. 2- oylikdan kichik bolalarda xush darajasi buzilganda qaysi kasalliklar bilan diferentsial qiyoslash kerak?
11. Xush darajasi buzilgan bemorlarda ketma-ket amalga oshiriladigan tadbirlarni yoritib bering
12. Bosh miya ichi bosimi oshish belgilarini sanab bering
13. Bosh miya ichi bosimi kamayishi belgilarini yoritib bering
14. Talvasani to'rtta fazasini yoritib Bering
15. Talvasa statusiga aniqlik kiritib bering
16. Talvasa tutqanog'i vaqtida kilinadigan tadbirni ketma-ketligini yoritib bering
17. Talvasa tutqanog'idan keyingi davrda kilinadigan tadbirni ketma-ketligini yoritib bering
18. Bolalarda talvasaga qarish qaysi dori vositalari qanday dozalarda qo'llanadi?

UTKIR ZAXARLANISHLAR

Bolalarda dori peredozirovkasi va o'tkir zaharlanishlarda, shifoxonagacha boshkichda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish.

Har yili 6 mln ga yaqin bola dori moddalar ta'siriga uchraydi. 5 yoshdan kichik bolalarda bu holatlarning 80% ro'yxatga olingan. Ko'p zaharlanishlar oqibati yaxshi bo'lib, o'fim ko'rsatkichi past va asoratlar kam. 5 yoshdan kichik bolalarda zaharlanishlarning asosiy sababi o'simliklar, maishiy kimyoviy moddalar, kosmetik moddalar, retseptsiz dorivor moddalardir. Kichik yoshdagi bolalarda zaharlanishni qandaydir bitta modda keltirib chiqarsa, o'smiralarda esa bir vaqtda bir nechta keltirib chiqaradi (giyohvandlik, o'zini o'ldirishga harakat qilish va boshqalar). Zaharlanishlarni tashhislash qiyin bo'lib, o'ta ehtiyotkorlikni talab qiladi. Zararlanganlar va boshdan kechirganlardan olingan ma'lumotlar ko'pincha ishonchli emas. Preparatlarning nomini, miqdorini va qabul qilgan vaqtini qarindoshlari, do'stlari, vrach va sotuvchilardan surishtirib bilish mumkin.

Zahar deb, har qanday moddani tana yuzasi bilan kontaktda bo'lishida yoki organizmga kirishi natijasida odam hayotiga, sog'ligiga xavf soluvchi holatga aytiladi. Bu moddalarning bir necha turlari mavjud: o'simliklar, maxsulotlar, gazlar, kimyoviy yoki farmakologik moddalar. Zaharlanishlar favqulodda ro'y berib, asosan bolalarda oldindan o'ylab qilinmaydi. O'smiralar ko'proq suvsiz holatlarga toksik moddalar bilan zaharlanish ta'sirida qo'l uradilar. Ammo zaharlanishlar har qanday yoshda uchrashi mumkin. Asosan 8 va undan katta yoshdagi bolalar zaharlanadilar. Kichik yoshdagi bolalarda ko'proq maishiy tozalovchi vositalardan zaharlanishlar va dori vositalarini bolalar uchun qulay joyga qo'yish natijasida uchraydi. Iloji boricha dorining idishini topish zarur. Bunday zaharlanishlarni oldini olish uchun toksik moddalarni bolalar qo'li etmaydigan joyda saqlash va bolalar bilmaydigan idishga solmaslik kerak. Dorining nomini, miqdorini va qabul qilgan vaqtini qarindoshlari, do'stlari, vrach va sotuvchilardan surishtirib bilish mumkin. Imkoni boricha dorining idishini topish kerak.

Zaharning og'riq qoldiruvchi ta'siri bevosita ta'sirlovchi yoki moddaning emiruvchi effekti yoki zaharning ta'siri natijasidan keyin organizmga so'r'ilishi asoslangan bo'lishi mumkin. Biror moddaning organizmga ta'siri isbotlanguncha, potentsial toksik modda bilan zaharlanish taxmin qilib turiladi. Ko'pincha toksik ta'sirlar faqat quvvatlantiruvchi terapiyani va moddaning so'r'ilishi kamaytiruvchi tadbirlarini talab qiladi.

Bolalarga zaharni ta'siri, toksinni turi, uning tushish vaqtidan SHTBYo (EMPP) belgilangan vaqtgacha, organizmga tushish yo'li va usuli, ekspozitsiyasi, moddaning kuchi va miqdori, bemorning vazni, yoshi va umumiy ahvoriga qarab aniqlanadi.

Zaharlanishga sabab bo'lgan moddani aniqlash uchun ko'p hollarda to'liq anamnez yig'ish kifoya:

1. Zaharlanish sababini (bunda qadog'i yordam berishi mumkin), moddaning soni baholanadi, organizmga tushishi (3 yosh bola xalqumining hajmi taxminan 5 ml, 10 yoshda- 10 ml, o'smirlarda 15 ml) vaqti, zaharlanishgacha bo'lgan vaqt va bolaning holatini aniqlashtiriladi.
2. Fizikal tekshirishda ko'pincha toksik moddani aniqlashga imkon beruvchi qo'shimcha belgilar topiladi.
3. Zaharlanishning sababini tasdiqlash uchun toksik moddani qonda va siydikdagi miqdorini sinchkovlik bilan tekshirish lozim. Imkoni boricha zaharlovchi moddaning qondagi miqdori o'lchanadi. Oshqozondagi massalarni tahlil qilish zaharlanishdan keyin 2-3 soat ichida o'tkazilsa ma'lumot olib bo'lmaydi.

Gospitalizatsiya bosqichigacha yordam ko'rsatishning asosiy qoidalari quyidagicha:

- hodisa joyida birlamchi vzno vrachini xavfsizligini ta'minlash va baholash.
- bolalarni zaharlanish manbaidan uzoqlashtirish.
- nafas yo'llari o'tkazuvchanligini baholash va stabillash.
- adekvat nafasni ta'minlash.
- adekvat qon aylanishini baholash va ushlab turish.
- bolalarga ta'sir qilgan toksik moddani aniqlashni osonlashtirish mumkin bo'lgan qandaydir kimyoviy dalillarni yig'ish.
- ta'sir qilishda davom etayotgan zaharni kamaytirish maqsadida bola va atrof muhitni zararsizlantirish.

Patofiziologiyasi

Zahar organizmga har xil yo'llar bilan ta'sir qiladi. Bolalar 4 xil yo'l bilan toksik ta'sirga uchrashlari mumkin:

1. peroral
2. rezorbtiv
3. ingalyatsion
4. in'ektsion

Baholash.

Hodisa joyini baholash

Birinchi navbatda EMPP vrachi atrofda sharoitni baholashi kerak. Ingalyatsion yoki rezorbtiv zaharlanish holatlarida EMPP vrachi hodisa joyida zaharlovchi modda yoki xavfli material bor yoki yo'qligini aniqlashi kerak. EMPP vrachi uchun xavfli maydonga kelganda xavfsizlik birinchi darajali masala bo'lib hisoblanadi.

EMPP vrachi hodisa joyining xavfsizligiga ishonch hosil qilgandan keyin himoyalangan holda birinchi navbatda bemorni nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini, adekvat nafas va qon aylanishini aniqlashi kerak. Keyin hush darajasini aniqlash va nafas yo'llari mustaqil o'tkazuvchanligini ushlab turishi kerak.

Agar Glazgo shkalasi bo'yicha hush darajasini baholashda 8 balldan kam bo'lsa, traxeyani intubatsiya qilish uchun zaruriyat tug'ilishi mumkin. Agar EMPP vrach toksikologik markaz bilan konsultatsiyalashishini ho hlasa, u holda undan bo'lib o'tgan hodisa haqida ko'proq ma'lumot olishi kerak. Shuningdek EMPP vrachi bolaga ta'sir qilgan moddaning SO₂ ni mumkin qadar aniqlashga harakat qilib ko'rishi kerak. Hushdan ketganda yoki qusganda tabletkalar yoki boshqa dorivor moddalar (o'simlik moddalari) xonada yoki bola atrofida sochilib yotgan bo'lishi mumkin. Bolalar suyuq moddani ichayotganda to'kib yuborishlari mumkin. Bunda polda bemor atrofida katta ko'lmak mavjud bo'lsa, qutqaruvchi shaxs zaharlovchi moddaning ko'p qismi organizmga tushmasdan polga tushganligi haqida fikr yuritishi kerak.

Zaharlovchi moddani aniqlash va bemorga terapiya rejasini tuzish uchun zaharlanish joyida har qanday moddani yig'ish va xavfsiz sharoitlarda shifoxonaga moddani bola bilan birga olib borish kerak. Transportirovka uchun har qanday potentsial xavfni yoki zaharlangan predmetni germetik konteynerga joylashtirish zarur. Bemor atrofidan topilgan butilkalar, poroshok yoki tabletkalar zaharlanish holatini topishga yordam berishi mumkin. Vrach hodisa joyidagi hidga, qusuq moddalarning rangiga yoki bola atrofidagi qandaydir moddalarga ahamiyat berishi kerak.

Anamnez.

Bola yoki uning oila a'zolaridan ma'lumot yig'ish agar ular hodisa joyida ishtirok etgan bo'lsalar juda muhimdir.

Birinchi navbatda simptom va belgilarga tegishli ma'lumotlarni yig'ish kerak. Agar bolada qusish aniq bo'lsa uning soni va xarakteri bolaga tashhis qo'yishda asosiy omillardan bo'lishi mumkin. Qusish qorinda og'riq yoki ich ketishi bilan birgalikda uchrashi mumkin. Shuningdek MNS ni zararlanish simptomlari, hushning yo'qolishi, qo'zg'aluvchanlik, bosh og'rig'i, uyquchanlik, tutqanoq va shu bilan birgalikda ularning davomiyligini oshkor qilish zarur. Nafas sonining ortishi yoki kamayishi, qon tuflash, hansirash, stridor, tsianoz, yo'tal yoki xirillashlar aniqlanishi mumkin.

Bolalarda ko'krakda og'riq yoki yurak tez urishi kabi kardiologik belgilar haqida so'rab surishtirish kerak. Ba'zi zaharlar kechiktirilgan ta'sirga ega, shuning uchun birlamchi baholash o'tkazilganda EMPP vrachi va atrofdaqilar uchun bola normal ko'rinishi mumkin. Shuning uchun bolaning ahvoli yomonlashishini hisobga olgan holda ko'pgina zaharlarga shubha qilish mumkin. Bola qabul qilgan nisbiy dori moddalar shuningdek yoki qandaydir dorivor moddalar allergik reaksiyalar bermasligi haqida so'rab-surishtirish va anamnez yig'ish zarur. Zaharli moddalar bolalarga yuqorida ko'rsatilgan har qanday sharoitlarda ta'sir qilishi mumkin. EMPP vrachi bolaga ipekakuana siropi buyurilganini aniqlashi kerak, chunki uni qabul qilganda kuchli qayt qilish kuzatilishi mumkin. Shuningdek bolaga ta'sir qilgan toksik moddaning turini va miqdorini aniqlash muhimdir. Bola o'tkazgan kasalliklari haqida erta ma'lumot yig'ish muhim hisoblanib, bu aniqlangan kasallik zaharlanish bilan birga bolaning holatiga ta'sir qilishi mumkin.

Anamnezda oxirgi marta ovqatlangan vaqti va zahar qabul qilish vaqti yana bir hayotiy muhim omillardandir. Zaharlovchi modda absorbtitsiyasida organizmdan umumiy qon oqimidan topilishi muhimdir. Bu ma'lumotlar bolaga yordam ko'rsatish taktikasini tanlashda foydalil ma'lumotlar berishi mumkin: oshqozonni yoki antidotlarni qo'llash. Agar bemor anamnezida moddani qabul qilgandan keyin qusish aniqlangan bo'lsa, EMPP vrachi qusiq massalarini xarakterini va sonini aniqlashga harakat qilib ko'rishi kerak. Agar qusiq massalari bo'lsa, qo'shimcha ma'lumot sifatida bola bilan birga tibbiyot muassasasiga ularni yig'ish va jo'natish kerak. Zaharlanish sababini aniqlashda zaharlanishlar ro'y bergandagi sharoitlar haqida ma'lumotlar foydalidir.

Fizikal tekshiruvlar.

Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi, nafas, qon aylanishi. Har qanday bemorga yordam ko'rsatishda hodisa joyini xavfsizligini aniqlangandan keyin birinchi navbatda nafas yo'llari o'tkazuvchanligini, nafas va qon aylanishini baholash hamda stabilizatsiya kerak. EMPP vrachi yuqorida ko'rsatilgan harakatlarni bajarayotganda chalg'ishga yo'l qo'ymasligi kerak. EMPP vrachi jabrlanuvchi nafas olayotganligini bilgan zahoti 60 sekund ichida nafas xarakatlar chastotasini sanash va ishonch xosil qilish kerak. Pulsni elka yoki uyqu arteriyasida 1 minutidagi urishlar soni bilan kon aylanishiga baxo beriladi. Shunga kushimcha tezda arterial bosim ulchanadi. Tana harorati ham hactiy belgilarga kiradi.

Markaziy nerv sistemasi.

Nevrologik tekshirishning asosiy aspekti nafas yo'llarini himoya mexanizmini qusish refleksi hisoblanadi. Bola hushida bo'lganda, gapirganda va ba'zilarida so'lak ajralmaganda nafas yo'llari o'tkazuvchanligini mustaqil ushlab turish mumkin. Hushli buzilgan bolalarda qusish refleksi til ildizi bilan va xalquning orqa devoriga shpatel bilan bosib chaqiriladi. Bu odatda qusishga olib keladi. Ba'zan qusish refleksi normal sharoitlarda ba'zi bolalarda bo'lmaydi, bunda EMPP vrachi klinik ko'ruv bilan bolaning tekshiruv ma'lumotlarini solishtiradi. Bolalarda qusish refleksining yo'qligida aspiratsiyalar yuqori xavf hisoblanadi va shuning uchun ularda katta e'tibor talab qilinadi. Yuqoridagi aytilganlarga qo'shimcha ravishda hospitalizatsiyalashgacha bo'lgan davrda aktivlangan ko'mir ichmaslik kerak, chunki qusish yoki aktivlashgan ko'mir aspiratsiyani keltirib chiqarishi mumkin. Nevrologik baholashda bolaning birlamchi statusini aniqlash va yordam ko'rsatish davrida takrorlab turish kerak. Hush darajasini 4 kategoriyasi tavsiflanadi. Bola hushini saqlagan, verbal stimulyatsiyaga javob beradi, og'riq stimulyatsiyaga javob beradi, hushsiz bolalar.

Yurak qon-tomir sistemasi

Nostabil gemodinamik qandaydir belgilarni aniqlashda predmetlarni, bola holatini baholashni o'tkazish mumkin. Anomaliyali puls yoki arterial bosim ko'rsatkichlari bolaning ahvolini keyinchalik yomonlashuvini ko'rsatadi.

Teri. EMPP vrachi toksik moddalar bilan bevosita kontaktdan zaharlangan bolalar bilan ishlaganda birinchi navbatda teri yuzasida toksik moddalar bor yoki yo'qligini aniqlash kerak. Zahar bilan ifloslangan kiyimlarni bola ustidan echib tashlash kerak. Terida qavarchiqlar, qizarishlar, deskvamatsiya yoki boshqa patologik belgilar tekshiriladi. Ko'p tarqalgan moddalar shulardan barbituratlar va is gazi teridagi bullyoz zararlanishni sababi bo'lishi mumkin. Teridagi tsianoz zaharli moddalardan nafas olganda yoki yutinganda to'qimaga kislorod etib bormasligidan yuzaga keladi. Bolalarda is gazidan zaharlanishda teri qatlamlari va shilliq qavatlar intensiv qizaradi.

Ko'z. EMPP vrachi asosiy e'tiborni ko'z yoshi ajralishiga va ko'zni qizarishiga qarataishi kerak. Keyin ko'rishni buzilish darajalarini aniqlash:

Bola ko'rayaptimi?

Bola bir ko'zi yoki ikki ko'zi bilan ko'rayaptimi?

Bolada normal ko'rish o'tkirligi qanday?

Progressirlashgan ko'rish o'tkirligini pasayish darajasini farqlash uchun quyida 4 kategoriya keltirilgan:

1. Ko'rishning yo'qolishi.
2. Korong'ilik va yorug'likni ajrata olish.
3. 1 metr masofadan barmoqlarni sanay olish.
4. Ish hujjatlaridagi mayda shriftlarni yoki venna ichiga qo'yish uchun sistemalarni upakovkasidagi yozuvlarni o'qiy olish.

Nafas sistemasi.

Patologik nafas shovqinlari masofadan yoki auskultatsiyada eshutiladi. Yuqori nafas yo'llari yot jism obstruksiyasi va shilliq qavatlarini shishganda: stridor nafasda ovoz shovqinli bo'ladi, bular shishda, shilliq ko'p ishlab chiqarganda, nafas yo'llari atrofidagi mushaklar spazmida kelib chiqadi.

Asosan:

Tez baholash o'tkazishda boshdan oyoqqacha terisiga asoslangan holda hamma belgilarini yiqilib tushishi yoki kollaps yoki suitsid holatlarini oldingi holatlarini aniqlash mumkin. EMPP vrachi boladan yoki hodisa joyidan kelayotgan har qanday hidga ahamiyat berishi kerak.

Perioral zaharlanish. Perioral zaharlanish holatlarida toksik modda og'iz orqali tushadi. Toksin yutgandan keyin oshqozon-ichak traktini pastki qismida so'rilishi yoki og'iz bo'shligi orqali tushishi mumkin. Korroziyali toksik modda yutilganda faqat shilliq qavatlar emas chuqurroq to'qimalarni zararlanishidir. Zararlanish darajasi yutilgan toksik moddani

miqdori, kontsentratsiyasi, toksik modda bilan kontaktda bo'lgan yuzasi va davomiyligiga bog'liq va aksincha. Korroziya ta'sirli moddalar masalan, bemor ishqor yutganda og'riq reaktiviyasi chaqirilmaydi, lekin shu bilan birga og'iz, qizilo'ngach shulliq qavatlarni spazmini yallig'lantiradi, qizilo'ngachda perforatsiyaga xavf yuqori bo'ladi. EMPP vrachi bunda shoshilinch holatlarga tayyor bo'lishi kerak. Nafas yo'llarida shish rivojlanishi mumkin. Organizmga tushgan toksinning ko'p qismi yo'g'on ichakda so'riladi. Shuning uchun oshqozondan toksinni chiqarish 12 barmoqli ichakka tushguncha organizmga tushgan zaharni chiqarish kerak. Bunday holatlarda ko'pincha oshqozonni yuviladi va aktivlangan ko'mir beriladi. Oshqozonni yuvishga ko'rsatma. Agar ipekakuanani 2 marta ichganda ham qusish kuzatilmasa zond uzun bo'lishi kerak (28-36 F). Hushning buzilishi yo'tal refleksining pasayishi, intubatsiyasiga qiyosiy ko'rsatma bo'ladi. Oshqozonni iliq fiziologik eritma bilan (200 ml) toki toza suv chiqquncha yuviladi. Oshqozon yuvilgandan so'ng aktivlangan ko'mir va stabil magniy tsidrat eritmasi 4 ml/kg (300 ml dan ko'p bo'lmasligi), sorbitol 1-2 g/kg (150 g dan ko'p emas), magniy sulfat yoki natriy sulfat 25-30 g. Buyrak etishmovchiligida magniy tuzlari berilmaydi. Bolalar korroziyal vositalar, neft maxsulotlari bilan zaharlanganlarida qusish kuzatilmaydi. So'riladigan moddalarni chiqarib tashlash. Maxsus bo'limga forsirlangan diurez, gemodializ, gemasorbtsiya qilinadi. Forsirlangan diurez kislotasi-ishqor va elektrolitlar buzilishi miya va o'pka shishini chaqiradi. Faqat maxsus ko'rsatma bo'lgandagina qilinishi mumkin. Buyrak etishmovchiligi, yurak etishmovchiligi, elektrolitlar balansining buzilishi forsirlangan diurezga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bunday vaqtda jabrlangan shaxsdan aniq anamnez yig'iladi. Bunga kiradi:

- qanday modda yutilgan?
- Bu qachon sodir bo'lgan?
- Qancha miqdorda modda yutgan?
- Doza va zaharlanish kuchi?
- Toksik moddalarni yutish (tushishi) qancha vaqt davom etgan?
- EMPP vrachi kelgunga qadar qanday chora tadbirlar qilingan?
- Bolaning og'irligi.
- Bu holat ota-onasi tomondan oldindan uyushtirilib bolaga zarar keltirish uchun qilinganmi?
- Oxirgi marta qabul qilgan ovqati va suyuqligi, shuningdek tibbiy dori vositalari?
- Yutilgan zararli moddalar bilan birga biror narsa bo'lganmi?

Agar qaysi modda zaharlanish chaqirganligi aniqlansa, zaharlanish markazi bilan bog'lanib, shu zaharga qarshi antidot borligini va bor bo'lsa uni qanday qo'llash kerakligini aniqlash kerak. EMPP vrachi anamnez yig'ish bilan birga har qanday belgi va simptomlari va quyidagilarni aniqlashi kerak:

- Hush buzilish darajalari.
- Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi, nafas va qon aylanishi.
- Bolaning umumiy ko'rinishi.
- Ko'ngil aynish.
- Qusish.
- Ich ketish.
- Qorinda og'riq.
- Og'iz atrofida kimyoviy kuyish.
- Nafas chiqarganda keladigan hid.

Shoshilinch yordam.

EMPP vrachi quyidagi etaplarni bajarishi lozim:

- Nafas olish o'tkazuvchanligini ta'minlash.
- Bola og'zidagi tabletkalar, fragmentlar bo'lsa olib tashlash, bunda o'z xavfsizligini ta'minlash uchun qo'lqop kiyiladi.

- Bosh xodim konsultatsiyasi bilan aktivlangan ko'mir yoki ipekakuana siropi ba'zi holatlarda beriladi
- Bola xushsiz bo'lganda chap yonboshga yotqizib, boshi orqaga tashlangan holatda bo'lishi kerak. qusish natijasidagi aspiratsiyani oldini olish uchun.
- Har qanday fakt yig'ilishi kerak. Bola tomonidan yutilgan zaharli moddalar identifikatsiya qilish uchun.
- Keyingi yordam ko'rsatish va tekshirish uchun bolani tibbiy muassasaga transportirovka qilinadi.
- Bemorni qayta baholash davom ettiriladi.
- Zaharlanish markazi bilan bog'lanishi kerak.
- Talvasaga qarshi dorilar vena ichiga yuboriladi. Quyidagilar tanlanadi:

Benzodiazepaminlar (diazepam, nazepam), fenitoin yoki fenobarbital. Paraldegid qo'llash mumkin. Ba'zi toksik moddalarni antidotlari masalan: izoniaziddan zaharlanganda piridoksin yuboriladi.

- Uzoq vaqt davom etgan komada davolash muhimdir.

Buyraklar. Buyrak etishmochiligi. Ko'pincha etilenglikol va NPS dan zaharlanganda kuzatiladi. Buyrak funksiyasi monitoringi muhim ahamiyatga ega, ba'zan gemodializ qilinadi.

Toksik moddalarni hazm traktiga so'rilishini oldini olish. Toksik moddalar ko'zga va teriga tushganda ko'p miqdorda oqib turgan suvda yuviladi. Nafas yo'llariga zaharli modda tushganda toza havoda nafas oldiriladi. Oshqozon-ichak traktiga tushgan bo'lsa, so'rilishini oldini olish uchun oxirgi vaqtda quyidagi 3 ta yo'l qo'llanilmoqda:

- Oshqozon massalarini chiqarib tashlash.
- Adsorbirlovchi moddalar odatda aktivlangan ko'mir va kuchsizlantiruvchilar yuborish.
- Axlal bilan toksik moddalarni chiqib ketishini tezlashtirish.

Bu usulni natijaviyligi zaharlanishdan 1 soat o'tgach pasayadi. Bunday holatda boshqa usul qo'llanadi. Qusish chaqiruvchi moddalar. Ipekakuana siropi yagona qusish chaqiruvchi modda bo'lib oshqozonni bo'shatish uchun qo'llaniladi. Ipekakuana siropi 0,14% ipekakuana alkaloidini o'zida saqlaydi. Qusishni stimulyatsiya qilish uchun qo'llaniladi. 6 oygacha bo'lgan bolalarda qo'llash mumkin emas. 6 oydan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 5-10 ml ni 10-20 ml/kg bilan beriladi. Agar ta'siri bo'lmasa 20 minutdan keyin qaytariladi. 1-12 yosh bolalarda 15 ml preparatni 100-200 ml hajmdagi suv bilan qabul qilish. Ta'siri bo'lmaganda 20 minutdan keyin qaytariladi. Ipekakuana siropini bola xushsiz bo'lganda xush darajasi pasayganda korroziya ta'siri kislotaga va ishqorlar bilan zaharlanishlarda, neft maxsulotlari bilan zaharlanishlarda yoki moddani yutgandan keyin 1 soat o'tgach bolaga buyurilmaydi. Ipekakuana faqat xushida bo'lgan bolalarga beriladi. Ipekakuananing ichish mumkin emas. Bu oshqozon massalarini ichakka o'tishini tezlashtiradi. Qarshi ko'rsatmalar. Xushning buzilishi, qusish refleksining yo'qligi, kislotaga va ishqorlar bilan zaharlanish, tutqanoqlar yoki tutqanoq chaqirishi mumkin bo'lgan moddalar bilan zaharlanish, qusishga qarshi ko'rsatma bo'lgan kasalliklar, noma'lum modda bilan zaharlanishlar. Nojo'ya ta'siri: diareya, uyquchanlik, yo'tal, bo'g'ilish, depressiya va hazm qilishning buzilishi kiradi. Ipekakuana siropi EMPP vrachining to'g'ridan to'g'ri ko'rsatmasiga qarab berilishi kerak.

Qustiruvchi moddalar:

Ipekakuana siropi oshqozonni bo'shatish uchun qo'llaniladigan yagona qustiruvchi modda.

Ipekakuana siropi-agar zaharlovchi moddani qabul qilinganiga kam vaqt bo'lganda oshqozon massalarini chiqaruvchi vosita. 85% bemorlarda 1 dozani qabul qilgandan keyin 15-20 minutda 2 dozani qabul qilganda 96% bemorlarda 15-20 minutdan keyin qusadi. Agar ipekakuana zaharlanishning 1 soatlarida qo'llanilsa toksik moddalarning 30-40% chiqariladi. Ipekakuana siropi

retsept talab qilmaydi va uzoq vaqt saqlanadi. Shuning uchun uni uy aptechkasida saqlash mumkin. Odatiy dozalarda xavfsiz hisoblanadi.

2. 6 oydan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda 10 ml suv bilan ichiriladi. Preparat vrach nazorati ostida beriladi.

3. 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda 15 ml suv bilan ichiriladi. Agar 20 minutda qusish bo'lmasa qayta qabul qilinadi.

4. 10 yoshdan kattalarda 30 ml suv bilan ichiriladi. Agar qusish bo'lmasa 20 minutdan so'ng qaytariladi.

5. ipekakuana siropiga qarshi ko'rsatma ishqor va kislotalar, uglevodorodlar bilan zaharlanish, shuningdek koma va epileptik tutqanoqlar hisoblanadi. Nisbiy qarshi ko'rsatma komani tez chaqiradigan moddalar bilan zaharlanish.

Aktivlangan ko'mir.

Adsorbtsiyalovchi modda aktivlangan ko'mir ta'amsiz, hidsiz qora rangli ko'mir bo'lib o'tinning yonish maxsulotidir. U turg'un moddalar bilan bog' hosil qilib ularning so'rilishiga to'sqinlik qiladi. Aktivlangan ko'mirning kichik zarralari katta yuza hosil qilib ta'sir qiladi. Aktivlangan ko'mir metall, spirt, uglevodorod, ishqor va kislotalar bilan zaharlanishda ta'sir qilmaydi; ipekuana siropini qabul qilishdan oldin berilmaydi. 1 g/kg ichishga beriladi. Preparat 250 ml yoki suyuq surgi vositalar bilan eritiladi. Aktivlangan ko'mir qusish chaqirilgandan keyin beriladi yoki oshqozonni yuvgandan keyin zond orqali beriladi. "Universal antidot" (aktivlangan ko'mir magniy gidrooksid va qotiradigan kislotalar aralashmasi) u faqatgina effektsiz bo'lishi bilan uning dozasi 1 kg/kg dir. Yutilgan moddaning massasidan 5-10 marta ortiq massada beriladi. Maxsus holatlarda aktivlangan ko'mirmi 1 yoshda bo'lgan bolalarga har 4-6 soatda, 1-12 yosh bolalarga har 2 soatda qayta berish mumkin. Agar bolada aktivlangan ko'mir berilganda so'ng tezda qusish kuzatilmasa u yana beriladi. Ipekakuana siropi berilgan bo'lsa qusish to'xtagandan so'ng aktivlangan ko'mir beriladi. Aktivlangan ko'mir 50-100 g suv yoki sorbitolga aralastirilib, gospitalizatsiyagacha bo'lgan vaqtda qo'llanilishi mumkin. Aktivlangan ko'mir ipekakuana siropi bilan birga va gastroskopiya qo'llanilmaydi. Qayta sorbitol va surgi moddalar berilganda qo'llanilmaydi.

Oshqozonni yuvish. Ipekakuana siropidek natija bermaydi. Bolaning qabul bo'limiga yotqizilguncha qusish moddalari berilmagan bo'lsa oshqozon yuviladi. Usulning afzalligi zond orqali aktivlangan ko'mir, surgi moddalarni zond orqali tez yuborish mumkinligi. Zond qo'yishdan oldin traxeya intubatsiya qilinadi. Jihozlar:

1. 18-40F (6-13 mm) diametrlil zondlar, 120 ml hajmdagi maxsus shprits.
2. bolani chap yonbosh bilan yotqiziladi, ko'krak yoshidagi bolalar yo'rgaklanadi.
3. Zondga gel surtiladi, kirishini engillashtiriladi.
4. Zond oshqozonga tushiriladi. Auskultatsiya yordamida holati aniqlanadi, zond orqali bir oz havo jo'natiladi.
5. Oshqozon massasi so'rib olinadi.
6. Oshqozon fiziologik eritma bilan 10-20 ml/kg bilan yuviladi.
7. Yuvish takrorlanadi. Yuvilayotgan suyuqlik toza bo'lguncha.
8. Zond orqali aktivlangan ko'mir yoki antidotlar masalan atsetiltistein. Zondni chiqarib olishdan oldin siqiladi, chunki oshqozon massalari chiqib aspiratsiyaga olib kelmasligi uchun.

Surgi vositalari.

Ichak massalari chiqib ketishini tezlashtiradi va toksik moddalar so'rilishini kamaytiradi. 2 yoshdan kichik bolalarga sorbitolni chtiyotkorlik bilan qo'llash kerak. Degidratatsiya chaqirishi mumkin. Tarkibida temir tutuvchi moddalar, tabletkalarni chiqarib tashlash uchun ichak maxsus eritma bilan yuviladi. U tarkibida so'rilmaydigan sulfat va polietilenglikol saqlaydi. Eritmani toksik modda butunlay chiqib ketguncha 5-20 litr miqdorida jo'natiladi.

Suyultirish. OIT dagi toksik moddalarni chiqarib tashlashni samarasiz usuli. Suyultirish odatda oshqozon shilliq qavatlariga qitiqlovchi ta'sir ko'rsatadigan moddalar ta'sirini kamaytirish uchun qilinadi.

Neytralizatsiya. Kislotalarni asoslar bilan yoki teskarisini qilish hozirgi vaqtda tavsiya qilinmaydi. Neytralizatsiya ko'pincha kechki o'tkazilgani uchun natija nolga teng. Shuningdek neytralizatsiya reaksiyasida hosil bo'ladigan issiqlik to'qimalarni shikastlantirishi mumkin.

So'rilib bo'lgan moddalarni chiqarish usuli.

Faqat og'ir zaharlanish holatlarida qo'llaniladi. Ular bir muncha xavflidir. Ba'zi holatlarda faqatgina kuzatish bilan chegaralandi. Bemorlarni ko'p bo'lmagan qismida gospital sharoitda quyidagilar o'tkaziladi.

Gospitalizatsiya

Eng engil zaharlanishda ham har ehtimolga qarshi 4 soatgacha gospitalizatsiyalanadi. Narkotiklar bilan zaharlanishda narkolog konsultatsiyasi va davosi zarur.

Simptomatik davo. Zaharlanish moddalarini zararsizlantirish va chiqarib tashlash jigar va buyrak faoliyati saqlangan bo'lsa qo'llaniladi. Quvvatlovchi terapiya quyidagilar asosida olib boriladi:

1. Nafas tizimi. Normal gaz almashinuvini ushlab turish uchun nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlanadi va kislorod beriladi. Qusish refleksi pasaygan va yo'qolgan holatlarda oshqozon massalarini aspiratsiyasini oldini olish uchun traxeya intubatsiyasi qilinishi mumkin. Zararlanganda markaziy nerv sistemasi faoliyati susaysa IVL qilinadi.

2. Yurak qon-tomir tizimi. Shok va arterial gipotoniyani davolash uchun vena kateterlanib suyuqlik quyiladi. Zaharlanganda miokard qisqaruvchanligi susaysa ko'pincha u antidepressantlardan zaharlanishda inotrop va vazopressor dorilar qilinadi. Ritm buzilsa algoritim asosida yurak-o'pka reanimatsiyasi o'tkaziladi.

3. Suv-elektrolit balansi. Yo'qotilgan suv o'rnatiladi va elektrolitlar buzilishi tiklanadi.

4. Qon gemolitik anemiyada eritrotsitar massa quyiladi yoki qon almashtiriladi.

5. MNS ko'pincha faoliyati susayishi va epileptik talvasalar kuzatiladi.

Nafasning siqishi.

Yong'inlarda ko'pincha o'limga sabab bo'ladi. Kuyish chegaralangan bo'ladi. Burun va xalqumda kuyish traxeyagacha issiq havo sovib o'tadi. Yong'inda ko'pincha SO₂, SO, fosgen, xlor, benzol, aldegidlar, izotsianidlar, sinil kislota, oltingugurt oksidi, ammiak va boshqa organik kislotalar hosil bo'ladi. 80% hollarda birinchi 12 soat ichida uglevod oksididan zaharlanish o'limga sabab bo'ladi. RDSF ga xavfli faktorlar: portlash zonasida yopiq kuchli dimlangan xonaga kelishi, o'sha joyda bo'lgan odamlarda RDSF rivojlanishi nafas olishning uzayishi, yuz kuyishi, burun ichi tuklarini changlanishi. Bunday holatlarda laringoskopiya, ventilyatsion spirografiya qilinadi. Yuqori nafas yo'llarini kuyishi tasdiqlangandan keyin ventilyatsion sintografiya o'zgarishlar kuzatila boshlaydi. RDSF ga yuqori xavfsizligidan dalolat beradi.

A. Klinik manzarasi. Asfiksia, zangsimon balg'am, stridor, bo'g'ilish, bronxospazm. RDSF yuqori nafas yo'llarini kuyishi mumkin. Og'ir hollarda sopor va koma bo'lishi mumkin. Oxirgi holatlarda ikki tomonlama pnevmoniya va TELA.

B. Davolash. Asosiy rol yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlashga qaratilgan. Nafas yo'llaridagi ajrilmalarni tozalash kerak. Yuqori nafas yo'llarida shish kuzatilsa traxeya intubatsiyasi qilinadi. Traxeyada yot jism yoki nekrozga uchragan to'qimalar bronxoskopiya qilib olib tashlanadi, namlangan kislorod beriladi. Bronxospazmda bronxodilyatorlar qilinadi. RDSF da IVL PDKV bilan birgalikda o'tkaziladi. Antibiotiklar va kortikosteroidlar profilaktika uchun qo'llanilmaydi. Tsianid, SO₂ bilan zaharlanganda yuqorida ko'rsatilgandek davolanadi.

V. Gospitalizatsiya. Agar nafas qisqa vaqtli RDSF ga xavf bo'lmasa yuqori nafas yo'llarida kuyish, zaharlanish bo'lsa 4-6 soatgacha kechadi. RDSF xavfi bo'lsa kuzatuv 24 soatgacha uzaytiriladi. Zaharlanish belgilari yoki RDSF laborator ko'rsatkichlari P (A-a) kislorod ko'tarilishi gospitalizatsiyaga ko'rsatma bo'ladi.

Hlonlar chaqishi.

Zaharli ilonlar antarktida va ayrim orollardan tashqari butun dunyoda uchraydi. Zaharli ilonlarning 5 ta turi tafovut etiladi.

1. Zaharli qora ilonlar. Bularga makasin zaharli qora iloni Janubiy amerikalik mis boshli zaharli ilon, Afrika va Osiyo zaharli qora iloni, Evropa qora iloni, O'rtta Sharq zaharli qora ilonlari kiradi. Bu zaharli qora ilonlarning chaqishi koagulopatiya qon ivishining buzilishi va shok rivojlanishi natijasida o'limga olib keladi.
2. Aspidlar. Ushbu ilonlar guruhiga kobra, mamba, kaitlar, kora ilonlari kiradi. Zaharning neyrotoksik ta'siri tufayli ya'ni paralich nafas va yurak etishmovchiligi natijasida o'lim yuz beradi.
3. Suv ilonlari. Bularga dengiz ilonlari va Tinch okeanining janubiy qismidagi orollarda Avstraliya, yangi Zelandiya va Yangi Gvineya orollaridagi ilonlar kiradi. Ularning zahari neyrotoksik ta'sirga ega.
4. Chipor ilon. Chipor ilonlarning ko'pgina turlari zaharsiz ilonlarga kiradi. Zaharlanishlarga quyidagilar kiradi. Bumsleng, uzun ilon (Afrika), Yamakagashi (Yaponiya), Janubiy Osiyolik qizil bo'yinli chipor ilon. Bu ilonlarning zaharlari turli ta'sirga ega.
5. Atroktospidlar. Bu guruh ilonlariga dori zaharli qora ilonlar, stiletsimon ilonlar va boshqalar kiradi. Ushbu guruh ilonlari turli ta'sirlarga egadir.

Ilon chaqqandagi belgi va simptomlar.

Ilon chaqqanda ilon turini identifikatsiya qilish shart, chunki zaharsiz ilon chaqqanda zaharli ilon chaqqanga nisbatan davolash oson. Agar ilon turi identifikatsiya qilinmagan bo'lsa xuddi zaharli ilon chaqqanga o'xshaydi. Bunday hollarda ekspert maslahati olinadi.

Zaharli ilon chaqqandagi simptom va belgilar.

Teridagi ko'rinarli tishli jarohatlar, o'sha sohadagi teri rangining o'zgarishi mumkin. Chaqqan sohadagi og'riq va shish 30 sekunddan 1 minutgacha bo'lishi mumkin. Chaqqan joydan qon ketish, pulсни ortishi.

Nafas olishning qiyinlashuvi.

Ko'rishning pasayishi va diplopiya.

Holsizlik.

Ko'ngil aynishi .

Qusish.

Uyquchanlik.

Xushning yo'qolishi.

Talvasa.

Zaharli ilon chaqqandan keyin simptomlarni bir soat ichida kuzatiladi. Zaharli ilon chaqqandan keyin qon aylanishni to'xtatib bo'lmaydi, lekin kamaytirib turish kerak. Zaharli ilon chaqqan joyda so'rilishni pasaytirib turish, yara joylashgan sohani yomonlashuvini oldini olish, hayotiy ko'rsatkichlarni ushlab turish, bemorni harakatlantirmasdan shoshilinch tibbiy muassasaga transportirovka qilinadi.

Ingalyatsion zaxarlanish yuli organizmga zaxarli moddalarning kirishini eng keng tarkalgan yulidir. Organizmga ingalyatsion yul bilan tushgan zaxarli moddalar ta'siri tez, birozdan keyin yoki surunkali ta'sir bilan yukori nafas yullari yoki upkalarga ta'sir kilishi bilan xarakterlanadi. Zaxarli modda organizmga nafas olish tizimi orkali tushadi, umumiy kon okimiga absorbtseyalanadi, bu esa boshka organizmlarda zaxarli effekt (sistemali toksik ta'sir) rivojlanishiga olib keladi. Nafas yullari orkali tushgan tsianoz xujayra darajasida kislorod transportini bloklaydi, is gazi esa gcmoglobin molckulasida kislorod urnini bosib, tukimalarga kislorod etkazishni bloklaydi.

JTYoX xodimi xalokat sodir bulgan joyga borishdan avval zaxarli agentlarning ta'siridan uz xavfsizligini adekvatligiga ishonishi kerak. Ingalyatsion zaxarlanishlarda kursatadigan yordamning birinchi boskichida zaxarlanish manbaidan bemorni shoshilinch izolyatsiya kilish kerak.

Dikkat. Nafas orkali kirayotgan moddalar xid sezishni kamaytirishi mumkin. Bu moddalar bir necha minutdan xid sezishni zaiflashtirib, moddalar toksik ta'siri borligini adashtiradi.

Is gazi ingalyatsion zaxarlanishni eng kup uchraydigan turiga kiradi. Is gazi kumur, daraxt yoki uglevodorod maxsulotlarining tula yonmasligi okibatida ajralib chikadi. Shu bilan bir katorda bu is gazi xar kandy yonuvchi moddalarni yonishidan xoli yuzaga keladi. Ayniksa avtomobil motorlarini yonishida xosil bulgan gazda kanalizatsion gazlarda, sanoat gazlarida va ovkat tayyorlashda ishlatiladigan yoki gilarda ishlab chikariladi. Bu gazning borligini aniklash juda kiyin, chunki u ta'mga xam xidga xam ega emas. Bu gaz bilan zaxarlanishning belgilaridan biri xodisa joyida topilgan bola yoki inson bulishi mumkin.

Gazlar bilan zaxarlanishda xodisa joyida kup insonlar shikastlanishi mumkin. Xodisa joyida shikastlangan inson kup xollarda xayotiga xavf soluvchi muxitni angray olmaydi va xushini yukotadi. Nafas faoliyati buziladi. Bu holatda birdan bir ogir holat yuzaga kelishini isbotlovchi belgilar ozgina bosh aylanishi, bexollik va bosh ogrishi bulishi mumkin. Ingalyatsion zaxarlanish belgi va simptomlariga kuyidagilar kiradi:

- A) nafas olishning kiyinlashuvi.
- B) kukrakda ogrik.
- V) yutal.
- G) ovoz bugilishi.
- D) bosh aylanishi.
- E) bosh ogrigi.
- Yo) Xush darajasini buzilishi.
- J) Talvasa.
- Z) Garanglik.

Kimyoviy moddalarning tutunlari bilan zaxarlanish.

Ba'zi bir uchuvchi kimyoviy birikmalar xavfliligi sababli ovkat sifatida ishlatilmaydi. Bu moddalar dukonlarda va sanoat ishlab chikarish maxsulotlarida kullaniladi. Bu maxsulotlar xavo shamollatib turiladigan xonalarda saklanadi, chunki bu maxsulotlardan chikayotgan tutunlar uta xavfli xisoblanib, shu par bilan nafas olgan insonlarni zaxarlaydi. Bu maxsulotlarga sintetik climlar, buyoklar, xul markerlar, xavzin zajigalka uchun suyukliklar aeroxollarida, xavo aeroxollarida buladi. Bu uchuvchan kimyoviy moddalarni notugri kullash okibatida nafas a'zolariga yakin tutilganda va shu moddalar bilan zaxarlanish – toksikomaniya holatlarida kuzatiladi. Bolalar bu zaxarli uchuvchi moddalarni salafan kopchalariga osilib eyforiya kayf olish maksadida shu kopcha orkali nafas oladilar. Bu uchuvchi kimyoviy birikmalar bilan zaxarlangan insonlardagi belgi va simptomlar xuddi alkogol va narkotik moddalar bilan zaxarlangan belgi va simptomlarga uxshash.

In'ektsion zaxarlanish.

Zaxar odatda tugridan tugri umumiy kon aylanish doirasiga tushishi, narkotik moddalarni kon tomirga yuborganda yuzaga keladi. Zaxarlanish bu yuborilayotgan moddalarni ta'sir kilish jarayoni oshib ketganda kuzatiladi. Shoshilinch tez yordam xodimi esda tutishi kerakki, kup narkotik ta'sir kilish xususiyatiga ega bulgan xar xil nomdagi narkotik moddalar konga tushishi okibatida yuzaga keladi. Shifokor xar doim bemor aytgan bu moddalarga uta shubxa bilan bu zaxarli moddalarga karashi zarur.

Zaxarli xayvonlar va xasharotlar chakkandagi zaxarlanishlar in'ektsion zaxarlanishlarning manbai xisoblanadi. Ilonlar, urgimchaklar, chayonlar va boshka xasharotlar chakishi xam insonni zaxarlanishiga olib kelishi mumkin. Agar bola kaysi xayvon yoki xasharot chakkanini aniklay olsa, shu zaxarga karshi moddani neytrallash maksadida ishlatishi mumkin. in'ektsion zaxarlanishlardagi yoki dorilarni ta'siri oshib ketishi. Belgi va simptomlariga kuyidagilar kiradi:

- A) xush darajasining buzilishi.

- B) nafas faoliyatining depressiyasi.
- V) kon bosimini tushib ketishi.
- G) xolsizlik.
- D) bosh aylanish.
- E) kaltirash.
- Yo) Tana xaroratining yukoriligi.
- J) kungil aynishi.
- Z) kayt kilish.
- I) yalliglanish va shishning chakkan joyda bulishi.
- Y) Nafas olishning kiyinlashuvi.
- K) yuz, kul, til va labning shishib ketishi.

Narkotiklarni suiiste'mol kilish

Narkotiklardan zaxarlanish.

Oxirgi vaktlarda narkotiklarni suiiste'mol kilish usmirlar orasida uchramokda. Bu guruh narkotik moddalari uz ichiga samarador va keng kullanuvchi ogriksizlantiruvchi preparatlarni oladi. Narkotik moddalarni xatto shifokor nazorati ostida kabul kilganda xam jismoniy va ruxiy karamlikka olib keladi. Bu guruxga kup ishlatiladigan moddalardan opiy, morfin, geroin, kodein va litadon (sintetik narkotik) kiradi. Geroin kuchli cyforiya chakiruvchi va kuprok davomli ta'sir kiluvchi eng kup kullaniladigan narkotik xisoblanadi. Geroin morfingga nisbatan kuchli narkotik xisoblanadi, lekin kup mamlakat tibbiyotida kullashga ruxsat etilmagan. Geroin ok, kulrang yoki sargish jigar rang engil kukun. Geroini yuborilishi xidlash orkali bulsa xam, kupincha vena ichiga kullaniladi. Kodein geroin va morfingga nisbatan uta kuchsiz narkotik, aktivlikka ega bulsa xam, yutalga karshi siroplar tarkibida berilishi mumkin. Narkotiklarni suiiste'mol kilgandagi belgilariga sek in va yuzaki nafas, es xushning yukolishi, korachiklarning nukta darajasigacha torayishi, uykuchanlik, muxitni xis kila olmaslik va nutkning buzilishi kiradi.

Usmir narkoman narkotik moddalarni tusatdan kabul kilmay koiganda gallyutsinatsiyalarning bulishi extimolidek juda bezovta buladi. Ilk belgilari 2-48 soatda boshlanib, 72 soatda chukkisiga etadi. Bu holat xayot uchun xavfli bulmasa xam, kupchilik uzini bir muncha yomon xis kiladi. Undan qura ulimni afzal kuradi. Bu belgilar va simptomlar narkotik moddani kayta kullaganda va narkotikdan bosh tortganda bir necha kun ichida yukoladi.

Narkotikdan zaxarlanish yuzaga kelgan bemorlarga yordam kursatish.

Narkotik moddalar bilan zaxarlangan bolalarda yordam kursatish faoliyatini birinchi navbatda nafas yullarini, nafas faoliyatini tiklashga va kon aylanish tizimiga karatish zarur. Bu odatda bola anamnezida narkotik moddalarni kullaganligini aniklashdan iborat. Bemorda xush darajasini buzilishi odatdan undan anamnez yigishni kiyinlashtiradi. Bu holatlarda tula ob'ektiv tekshirishni amalga oshirib, yashirin shikastlashni aniklashdan iboratdir. Ob'ektiv baxolash xayotiy kursatikchlarni baxolashdan va shokka karshi davo chorasini amalga oshirishdan iborat bulishi kerak. Bemorda shok holati shoshilinch tez yordam mutaxassisi chakirilgandan keyin xam yuzaga kelishi mumkin. Bu shifokordan bemorga shoshilinch yordam kursatishni va uni monitoring kuzatuviga olishni takozo kiladi. Agar bolaning xush darajasi buzilgan bulsa, uni yonboshga utkizib, ogzidan chikarayotgan kusuk moddalarini aspiratsiya bulmasligi uchun tozalashni takozo etadi. Shifokor bemorga uni tinchlantiradigan va tiklab beradigan muomalada bulishi zarur. Bola bilan vazmin, yumshok va uning holatini xis kilish holatida yondoshish kerak. Shifokor bolani xush darajasini oldini oladigan va uziga shikast etkazmaydigan holatda kuruvni amalga oshiradi. Bola doimiy shifokor nazoratida bulishi zarur. Birlamchi bulim shifokori narkotik moddalari bilan zaxarlangan bemorda shu zaxarning turini aniklaydigan xar kanda y axborot va materiallardan foydalanishi kerak, chunki bu axborot va materiallar kerakli shoshilinch yordamni kursatishda katta axamiyatga ega. Bu moddalarga koshiklar, kogoz paket, pipetkalar, teri ostiga yuboradigan ignalar, ampula siniklari kiradi. Xodisa joyidan topilgan turli preparatlar bemor tekshiruv va yordam kursatiladigan joyga yuboriladi. Bola tanasidagi

in'ektsiyadan kolgan izlar, kapsula, tabletk, dorivor preparat koldiklari yoki ogiz atrofidagi yoki burun atrofidagi koldik moddalar bolani narkotik moddalarni kabul qilganligi tugrisida ma'lumot beradi. Oldin amalga oshirilgan tibbiy tekshiruvlar anamnczidagi talvasalar (narkotik moddalarni kabul kilmagan balsa xam) katta axamiyatga ega. Bolani albatta transportirovka kilish chogida shu erda topilgan moddiy ashyolarni shifoxonaga olib borib, kabulxona shifokoriga berish kerak, bu bolaga malakali yordam kursatishda katta axamiyatga ega. Juda kup zaxarlanishlarda koma va boshka xush darajasining buzilishi turlari uchraydi. Bu holatlarda kuyidagi dori vositalari bemorga kullaniyadi.

1. Noloksan 2 mg vena ichiga (opiy bilan zaxarlanganda).
2. Tiamin 0,1 g vena ichiga (Vernike entsefalopatiyada)
3. Glyukoza 50 ml 50 % eritma vena ichiga (glyukozani kapillyar konida aniklash)
4. Kislorod berish.
5. Fulmazenilni benzodiazepinlar bilan peredozirovka bulganda yuboriladi.

Noma'lum moddalar bilan zaxarlanganda preparat kullaniilmaydi. bundan tashkari fulmazenil talvasa chakiruvchi moddalar (kokain, litiy, teofillin, izoniazid, fiklosporin) bilan zaxarlanganda va anamnczida talvasalar bulganda kullaniilmaydi.

Surilmagan moddani olib tashlash. Oshkozanni kujuk massalaridan tozalash va yuvish. Bu tadbirlar odatda zaxarlanishning birinchi soatlarida yordam beradi. Shuning uchun juda kup bemorlar shifoxonaga kech soatlarida tushadi. Bundan tashkari kusish davolashga xalakit berishi mumkin. Shuning uchun kup xollarda aktivlangan kumir buyurilishi bilan cheklanadi. Chunki kurilgan tajribalardan u kusish va oshkozanni yuvishga olib keladi. Oshkozon tozalanishi fenotiozinlar (oshkozon motorikasini tormozlaydi) bilan zaxarlanganda kursatiladi.

Alkogoldan zaxarlanish.

Alkogoldan zaxarlanish bolalar urtasida uchrab, shu bemorga bulgan extiborni susaytiradi.

Spirтли sharbatlar sifatida (vino, pivo va distillangan likyorlar) etil spirti, etanol, donli spir yoki oddiy spirtlar mavjud. U MNSga ruxiy va jismoniy faolikka narkotik moddaga uxshab charchatuvchi ta'sir kursatuvchi rangsiz, kizdiruvchi suyuqlikdir. Alkogol organizmga boskichli ta'sir kursatadi. Avval u bushashni chakiradi va xushning xiralashuvi bilan kechuvchi uzini yaxshi xis kilishni va oddiy xarakatlarni anik va samarali bajara olmaydigan koordinatsiyaning doimiy buzilishi bilan chehadi. Usmirlar orasida algokolni davomli iste'mol kilish mastlik va kusishga, yura olmaslikka yoki tura olmaslikka va es-xushining buzilishi (uyku va stupor)ga olib keladi. Ortikcha mikdorda iste'mol kilish xushning yukolishiga, koma, nafasning susayishiga, xatto algokolgan zaxarlanib ulishga olib kelishi mumkin. Alkogol iste'mol kilishda ruxiy va jismoniy karamlik rivojlanish extimoli yukori. Alkogoldan ogir zaxarlangan usmir kujuk massalaridan aspiratsiya bulishdan va uziga uzi yoki atrofdagilariga xavf tugdirishdan ogox bulishi kerak.

Tibbiy preparatlar bilan zaxarlanish.

Juda kup tibbiy preparatlar bolalar tomonidan nazorat sude bulganda kabul kilinishi mumkin. Bu tibbiy preparatlar guruxiga barbituratlar, antidepressantlar, stimulyatorlar, galyutsinogenlar, uxlatuvchi va boshka kup dori darmonlar kiradi. Yukorida aytilgan dori darmonlarni bir nechtalari boshkalariga karaganda uta xavflidir. Ba'zi bolalar tomonidan bir nechta tibbiy preparatlar birgalikda kabul kilinishi sababli ularning umumiy klinik belgilari uzgaradi va uni tashxislash muammosi tugiladi. Bu tibbiy preparatlar bola organizmiga xar xil yullar bilan kirishi mumkin. Ogiz orkali, nafas yullari orkali va in'ektsion dorining ta'sir kilish davomiyligi va kuchi bola organizmiga kaysi yul bilan kiriganiga boglik. Birlamchi bugim shifokori uchun shu regionda kaysi tibbiy preparatlar kup kullinishi katta axamiyatga ega. Tibbiy preparatlar bilan zaxarlanganda kursatiladigan yordam standart bayonnomalari bolalar uchun mavjud bulishi katta axamiyatga ega.

Ingalyatsion zaxarlanish yuli organizmga zaxarli moddalarning kirishini eng keng tarkalgan yulidir. Organizmga ingalyatsion yul bilan tushgan zaxarli moddalar ta'siri tez,

birozdan keyin yoki surunkali ta'sir bilan yukori nafas yullari yoki upkalarga ta'sir kilishi bilan xarakterlanadi. Zaxarli moda organizmga nafas olish tizimi orkali tushadi, umumiy kon okimiga absorbtsiyalanadi, bu esa boshka organizmlarda zaxarli effekt (sistemali toksik ta'sir) rivojlanishiga olib keladi. Nafas yullari orkali tushgan tsiano zuxayra darajasida kislorod transportini bloklaydi, is gazi esa gemoglobin molekulasida kislorod umini bosib, tukimalarga kislorod etkazishni bloklaydi.

JTYOX xodimi xalokat sodir bulgan joyga borishdan avval zaxarli agentlarning ta'siridan uz xavfsizligini adekvatligiga ishonishi kerak. Ingalyatsion zaxarlanishlarda kursatadigan yordamning birinchi boskichida zaxarlanish manbaidan bemorni shoshilinch izolyatsiya kilish kerak.

Dikkat. Nafas orkali kirayotgan moddalar xid sezishni kamaytirishi mumkin. Bu moddalar bir necha minutdan xid sezishni zaiflashtirib, moddalar toksik ta'siri borligini adashtiradi.

Is gazi ingalyatsion zaxarlanishni eng kup uchraydigan turiga kiradi. Is gazi kumir, darax tyoki uglevodorod maxsulotlarining Tula yonmasligi okibatida ajralib chikadi. Shu bilan bir katorda bu is gazi xar kanday yonuvchi moddalarni yotishida xoli yuzaga keladi. Ayniksa avtomobil motorlarini yonishida xosil bulgan gazda kanalizatsion gazlarda, sanoat gazlarida va ovkat tayyorlashda ishlatiladigan yokilgilarda ishlab chikariladi. Bu gazning borligini aniklash juda kiyin, chunki u ta'mga xam xidga xam ega emas. Bu gaz bilan zaxarlanishning belgilaridan biri xodisa joyida topilgan bola yoki inson bulishi mumkin.

Gazlar bilan zaxarlanishda xodisa joyida kup insonlar shikastlanishi mumkin. Xodisa joyida shikastlangan inson kup xollarda xayotiga xavf soluvchi muxitni anglay olmaydi va xushini yukotadi. Nafas faoliyati buziladi. Bu holatda birdan bir ogir holat yuzaga kelishini isbotlovchi belgilar ozgina bosh aylanishi, bexollik va bosh ogrishi bulishi mumkin. Ingalyatsion zaxarlanish belgi va simptomlariga kuyidagilar kiradi:

A) nafas olishning kiyinlashuvi.

B) kukrakda ogrik.

V) yutal.

G) ovo z bugilishi.

D) bosh aylanishi.

E) bosh ogrigi.

Yo) Xush darajasini buzilishi.

J) Talvasa.

Z) Garanglik.

Kimyoviy moddalarning tutunlari bilan zaxarlanish.

Ba'zi bir uchuvchi kimyoviy birikmalar xavfliligi sababli ovkat sifatida ishlatilmaydi. Bu moddalar dukonlarda va sanoat ishlab chikarish maxsulotlarida kullaniladi. Bu maxsulotlar xavo shamollatib turiladigan xonalarda saklaknadi, chunki bu maxsulotlardan chikayotgan tutunlar uta xavfli xisoblanib, shu par bilan nafas olgan insonlarni zaxarlaydi. Bu maxsulotlarga sintetik elimlar, buyoklar, xul markerlar, benzin zajigalka uchun suyuqliklar aerozollarida, xavo aerozollarida buladi. Bu uchuvchan kimyoviy moddalarni notugri kullash okibatida nafas a'zolariga yakin tutilganda vash u moddalar bilan zaxarlanish – toksikomaniya holatlarida kuzatiladi. Bolalar bu zaxarli uchuvchi moddalarni salafan kopchalariga oslib cyforil kayf olish maksadida shu kopcha orkali nafas oladilar. Bu uchuvchi kimyoviy birikmalar bilan zaxarlangan insonlardagi belgi va simptomlar xudi alkogol va narkotik moddalar bilan zaxarlangan belgi va simptomlarga uxshash.

In'ektsion zaxarlanish.

Zaxar odatda tugridan tugri umumiy kon aylanuv doirasiga tushishi, narkotik moddalarni kon tomirga yuborganda yuzaga keladi. Zaxarlanish bu yuborilayotgan moddalarni ta'sir kilish jarayoni oshib ketganda kuzatiladi. Shoshilinch tez yordam xodimi esda tutishi kerakki, kup

narkotik ta'sir kilish xususiyatiga ega bulgan xar xil nomdagi narkotik moddalar konga tushishi okibatida yuzaga keladi. Shifokor xar doim bemor aytgan bu moddalarga uta shubxa bilan bu zaxarli moddalarga karashi zarur.

Zaxarli xayvonlar va xasharotlar chakkandagi zaxarlanishlar in'eksion zaxarlanishlarning manbai xisoblanadi. Ilonlar, urgimchaklar, chayonlar va boshka xasharotlar chakishi xam insonni zaxarlanishiga olib kelishi mumkin. Agar bola kaysi xayvon yoki xasharot chakkanini aniklay olsa, shu zaxarga karshi moddani ncytrallash maksadida ishlatishi mumkin. In'eksion zaxarlanishlardagi yoki dorilarni ta'siri oshib ketishi, Belgi va simptomlariga kuyidagilar kiradi:

- A) xush darajasining buzilishi.
- B) nafas faoliyatining depressiyasi.
- V) kon bosimini tushib ketishi.
- G) xolsizlik.
- D) bosh aylanish.
- E) kaltirash.
- Yo) Tana xaroratining yukoriligi.
- J) kungil aynishi.
- Z) kayd kilish.
- I) yalliglanish va shishning chakkan joyda bulishi.
- Y) Nafas olishning kiyinlashuvi.
- K) yuz, kul, til va labning shishib ketishi.

Narkotiklarni suiiste'mol kilish

Narkotiklardan zaxarlanish.

Oxirgi vaktlarda narkotiklarni suiiste'mol kilish usmirlar orasida uchramokda. Bu gurux narkotik moddalari uz ichiga samarador va keng kullanuvchi ogriksizlantiruvchi preparatlarni oladi. Narkotik moddalarni xatto shifokor nazorati ostida kabul kilganda xam jismoniy va ruxiy karamlikka olib keladi. Bu guruxga kup ishlatiladigan moddalardan opiy, morfin, heroin, kodeien va litadon (sintetik narkotik) kiradi. Geroiin kuchli eyforil chakiruvchi va kuprok davomli ta'sir kiluvchi eng kup kullaniladigan narkotik xisoblanadi heroin morfinga nisbatan kuchli narkotik xisoblanadi, lekin kup mamlakat tibbiyotida kullashga ruxsat tilmagan. Geroiin ok, kulrang yoki sargish jigar rang engil kukun. Geroiini yuborilishi xidlash orkali bulsa xam, kupincha vena ichiga kullaniladi. Kadein geroiin va morfinga nisbatan uta kuchsiz narkotik, aktivlikka ega bulsa xam, yutalga karshi siroplar tarkibida berilishi mumkin. Narkotiklarni suiiste'mol kilgandagi belgilariga sekin va yuzaki nafas, es xushning yukolishi, korachiklarning nukta darajasigacha torayishi, uykuhanlik, muxitni xis kila olmaslik va nutkning buzilishi kiradi.

Usmir narkoman narkotik moddalarni tusatdan kabul kilmay kolganda gallyusinatsiyalarning bulishi extimolidek juda bezovta buladi. Ilk belgilari 2-48 soatda boshlanib, 72 soatda chukkisiga etadi. Bu holat xayot uchun xavfli bulmasa xam, kupchilik uzini bir muncha yomon xis kiladi. Undan kura ulimni afzal kuradi. Bu belgilar va simptomlar narkotik moddani kayta kullaganda va narkotikdan bosh tortganda bir necha kun ichida yukoladi.

Narkotikdan zaxarlanish yuzaga kelgan bemorlarga yordam kursatish.

Narkotik moddalar bilan zaxarlangan bolalarda yordam kursatish faoliyatini birinchi navbatda nafas yullarini, nafas faoliyatini tiklashga va kon aylanish tizimiga karatish zarur. Bu odatda bola anamnezida narkotik moddalarni kullaganligini aniklashdan iborat. Bemorda xush darajasini buzilishi odatda undan anamnez yigishni kiyinlashtiradi. Bu holatlarda tula ob'ektiv tekshirishni amalga oshirib, yashirin shikastlashni aniklashdan iboratdir. Ob'ektiv baxolash xayotiy kursatkichlarni baxolashdan va shoka karshi davo xhorasini amalga oshirishdan iborat bulishi kerak. Bemorda shok holati shoshilinch tez yordam mutaxassisi chakirilgandan keyin

xam yuzaga kelishi mumkin. Bu shifokordan bemorga shoshilinch yordam kursatishni va uni monitoring kuzatuviga olishni takozo qiladi. Agar bolaning xush darajasi buzilgan bolsa, uni yonboshga utkizib, ogzidan chikarayotgan kusuk moddalarini aspiratsiya bulmasligi uchun tozalashni takozo etadi. Shifokor bemorga uni tinchlantiradigan va tiklab beradigan muomalada bulishi zarur. Bola bilan vazmin, yumshok va uning holatini xis kilish holatida yondoshish kerak. Shifokor bolani xush darajasini oldini oladigan va uziga shikast etkazmaydigan holatda kuruvni amalga oshiradi. Bola doimiy shifokor nazoratida bulishi zarur. Birlamchi bugim shifokori narkotik moddalarini bilan zaxarlangan bemorda shu zaxarning turini aniklaydigan xar kandy axborot va materiallardan foydalanishi kerak, chunki bu axborot va materiallar kerakli shoshilinch yordamni kursatishda kata axamiyatga ega. Bu moddalarga koshiklar, kogozi paket, piketkalar, teri ostiga yuboradigan ignalar, ampula siniklari kiradi. Xodisa joyidan topilgan turli preparatlar bemor tekshiruvi va yordam kursatiladigan joyga yuboriladi. Bola tanasidagi in'ektsiyadan kolgan izlar, kapsula, tabletkalar, dorivor preparat koldiklari yoki ogiz atrofidagi yoki burun atrofidagi koldik moddalar bolani narkotik moddalarni kabul kilganligi tugrisida ma'lumot beradi. Oldin amalga oshirilgan tibbiy tekshiruvlar anamnezidagi talvasalar (narkotik moddalarni kabul kilmagan bolsa xam) kata axamiyatga ega. Bolani albatta transportirovka kilish chogida shu erda topilgan moddiy ashyolarni shifoxonaga olib borib, kabulxona shifokoriga berish kerak, bu bolaga malakali yordam kursatishda kata axamiyatga ega. Juda kup zaxarlanishlarda kolsa va boshka xush darajasining buzilishi turlari uchraydi. Bu holatlarda kuyidagi dori vositalari bemorga kullaniladi.

6. Noloksan 2 mg vena ichiga (opiy bilan zaxarlanganda).
7. Tiamin 0,1 g vena ichiga (Vernike entsefalopatiyada)
8. Glyukoza 50 ml 50 % eritma vena ichiga (glyukozani kapillyar konida aniklash).
9. Kislorod beri.
10. Fulmazenilni benzodiazepinlar bilan peredozirovka bulganda yuboriladi.

Noma'lum moddalar bilan zaxarlanganda preparat kullanilmaydi. bundan tashkari fulmazenil talfasa chakiruvchi moddalar (kokain, lity, teofillin, izoniiazid, fiklosporin) bilan zaxarlanganda va anamnezida talvasalar bulganda kullanilmaydi.

Surilmagan moddani olib tashlash. Oshkozoni kusuk massalaridan tozalash va yuvish. Bu tadbirlar odatda zaxarlanishning birinchi soatlarida yordam beradi. Shuning uchun juda kup bemorlar shifokxonaga kech soatlarda tushadi. Bundan tashkari kusish davolashga xalakit berishi mumkin. Shuning uchun kup xollarda aktivlangan kumir buyurilishi bilan cheklanadi. Chunki kurilgan tajribalardan u kusish va oshkozoni yuvishga olib keladi. Oshkozoni tozalanishi fenotiozinlar (oshkozoni motorikasini tormozlaydi) bilan zaxarlanganda kursatiladi.

Alkogoldan zaxarlanish.

Alkogoldan zaxarlanish bolalar urtasida uchrab, shu bemorga bulgan extiborni susaytiradi.

Spirtili sharbatlar sifatida (vino, pivo va distillangan likyorlar) etil spirti, etanol, donli spirt yoki oddiy spirtlar mavjud. U MNSga ruxiy va jismoniy faolikka narkotik moddaga uxshab charchatuvchi ta'sir kursatuvchi rangsiz, kizdiruvchi suyuklikdir. Alkogol organizmga boskichli ta'sir kursatadi. Avval u bushashni chakiradi va xushning xiralashuvi bilan kechuvchi uzini yaxshi xis kilishni va oddiy xarakatlarni anik va samarali bajarolmaydigan koordinatsiyaning doimiy buzilishi bilan kechadi. Usmirlar orasida alkogolni davomli iste'mol kilish mastlik va kusishga, yura olmaslikka yoki tura olmaslikka va es-xushning buzilishi (uyku va stupor)ga olib keladi. Ortikeha mikdorda iste'mol kilish xushning yukolishiga, koma, nafasning susayishiga, xato alkogoldan zaxarlanib ulishga olib kelishi mumkin. Alkogol iste'mol kilishda ruxiy va jismoniy karamlik rivojlanish extimoli yukori. Alkogoldan ogir zaxarlangan usmir kusuk massalaridan aspiratsiya bulishdan va uziga uzi yoki atrofdegilariga xavf tugdirishdan ogoh bulishi kerak.

Tibbiy preparatlar bilan zaxarlanish.

Juda kup tibbiy preparatlar bolalar tomonidan nazorat sust bulganda kabul kilinishi mumkin. Bu tibbiy preparatlar guruxiga barbituratlar, antidepressantlar, stimulyatorlar, galyutsinogenlar, uxlatuvchi va boshka kup dori darmonlar kiradi. Yukorida aytilgan dori darmonlarni bir nechtalari boshkalarga Karaganda uta xavfidir. Ba'zi bolalar tomonidan bir nechta tibbiy preparatlar birgalikda kabul kilinishi sababli ularning umumiy klinik belgilari uzgaradi va uni tashxislash muammosi tugiladi. Bu tibbiy preparatlar bola organizmiga xar xil yullar bilan kirishi mumkin. Ogiz orkali, nafas yullari orkali va in'ektsion dorining ta'sir kilish davomiyliigi va kuchi bola organizmiga kaysi yul bilan kirganiga boglik. Birlamchi bugim shifokori uchun shu regionda kaysi tibbiy preparatlar kup kullinishi kata axamiyatga ega. Tibbiy preparatlar bilan zaxarlanganda kursatiladigan yordam standart bayonnomalari bolalar uchun mavjud bulishi kata axamiyatga ega.

Aloxida moddalar.

Parasetamolning kullaniladigan xavfsiz NPVS xisoblanadi. 140 mg/kg dozadan kup kullanilganda utkir jigar nekrozini chakiradi. Parasetamolning gepatotoksikligi uning mctabolitlariga asoslangan xolda glutaminni zararsizlantiradi. Glutamin zapasi tugagach mctabolitlar xujayra oksili bilan boglanadi. Xujayra ulishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi.

Birinchi 24 soat ichida anoreksiya, kusish, kup terlash, aminotransferazaning aktivliigi 24-36 soat ichida oshadi. Ulim jigar etishmovchiligidan lki jigar funksiyasining doimiy tiklanishi buladi.

Davolash.

Xayotiy muxim funksiyalarni saklash surilmagan moddalarni chikarib tashlash, antidotlar yuborish. Kusish chakirilmaydi.

Zaxarlanishning birinchi 4 soatida oshkoxonni yuvish va aktivlangan kumir kullaniladi. Kechki muddatlarda fakatgina aktivlangan kumir kullaniladi.

Atsetilsistein – parasetamol aktidoti (u jigarda glutation zaxirasini ushlab turishi taxmin kilinadi).

Simptomatik davo jigar va buyrak funksiyasini saklagan xolda toksik moddalarni zararsizlantiriladi. Ushlab turuvchi terapiya kuyidagichadir.

Nafas sistemasi. Gaz almashinuvini normada saklash uchun nafas yullari utkazuvchanliigi ta'minlanib, kislorod beriladi. Oshkoxon aspiratsiyasini ogoxlantiruvchi kusish refleksining yukliigi traxehe intubatsiyasini talab kiladi. MNSni pasaytiruvchi moddalar bilan zaxarlanganda IVL utkaziladi.

Yurak kon-tomir sistemasi. Shok va arterial gipotoniyada vena ichi kateterizatsiya kilinib. Suyuklik yuboriladi. Miokard kiskaruvchanligini pasaytiruvchi moddalar xususan tritsiklik aktidepressantlar bilan zaxarlanganda inotrop va vazopressorlar kullaniladi. Ritm buzilishi SLR algoritmini boshkarishni chetlashtiradi.

Suv-tuz balans. Suvni yukulishi tuzlarni yukutilishiga olib keladi.

Kon. Gemolitik anemiyada eritrotsitar massa kuyiladi yoki kon almashtiriladi.

MNS. Kupincha MNS pasayishi va epileptik tutkanoklapr kuzatiladi.

- tutkanokka karshi preparatlar benzodiazepam (diazepam, lrazepam) fenitoin yoki fenobarbital vena ichiga; paraaldegidlarni xam kullash mumkin. Ba'zi bir toksik moddalar uchun antidotlar kullaniladi, masalan: izoniazidga – peridoksin kullaniladi. Uzok komalarda tutib turuvchi davo kilinadi.

Buyraklar. Buyrak etishmovchiligi etilenglikolin va NPVS dan zaxarlanganda rivojlanadi. Buyrak funksiyasi monitoringini ba'zan gemodializ kilish zarur. Oshkoxon ichak traktida toksik moddalar surilishini oldini olish. Toksik moda teri yoki kuzga tushganda okar suvda yuviladi, nafas yullariga tushganda bemorni toza xavoga olib chikiladi, ichilganda oshkoxon ichak traktida surilishini pasaytiriladi. Sunggi holatlarda 3 ta usul kullaniladi: oshkoxonni tozalash, adsorbentlarni yoki surgi moddalar ishlatiladi, toksik moddalarni axlat orkali chikarilishi kuchaytiriladi.

Oshkozon massalarini chikarish.

Bu metodning afzalligi zaxarlanishdan 1 soatdan sung tez tushiradi; bunday holatlarda yaxshisi davolashni boshka usulini kullash ma'kul, oshkozon yuviladi.

Kullash: Ichi dozasi (140 ml/kg ichishga) iloji boricha tezrok (oshkozon zondi bilan aktivlangan kumir) berish kerak. Keyinchalik 70 ml/kgdan xar 4 soatda 17 marta beriladi. Atsetil tsistein ichganda kuzatiladigan kusish metokpogramid yoki draperidol bilan bartaraf kilinadi. Agar ular yordam bermasa, atsitil tsisteinni nazoduodenal zond orkali 30-60 min davomida kullanadi. Vena ichiga kamdan kam xollarda maxsus markazlarda yuboriladi. Bronxospazm, toshma, terlash, anafilaktik reaksiyaga uxshash reaksiya buladi.

Nazorat kilib borish: Alat, Asat, bilirubin aktivligi AMK va PV aktivligini usha zaxoti va 3 sutka davomida aniklanadi. Jigar etishmovchiligida jigarni kuchirib utkaziladi.

Antidotlar ba'zi bir zaxarlovchi moddalar uchun ishlatiladi.

Dimerkaprol – mishyak, vismut, xrom, kobalt, miss, temir, kurgoshin, magniy radiy, selen va uran **antidoti** xisoblanadi. Uni 2-4 mg/kgdan xar 4-8 soatda 5 sutka davomida mushak orasiga yuboriladi. Keyinchalik 3 mg/kg dan xar 12 soatda Suksimer – kurgoshin antidoti, 12 yoshdan kichik bulganlarda konda kurgoshin 45 mkg% bulganda GDA ishlatilishiga ruxsat beriladi. Doza – 30 mkg/kg/sut 5 sutkada 3 maxal, sung 20 mkg/kg/sut 14 sutkada 2 maxal. Kayta davolanganda jigar fermentlarining aktivligini ortishi, kungil aynish, kusish, toshma toshishi mumkin, preparatni tuxtatganda kup xollarda konda kurgoshin mikdori Yana 70 %ga ortadi.

EDTA – kurgoshin, simob, miss, nikel, Rux, kobalt, berelliy, magniyning antidoti. 25-50 mg/kg/sut. Muskul orasiga (dozani bulib sutkasiga 2-4 maxal yuboriladi) yoki vena ichiga (davomli infuziya kurinishida) 5 kun mobaynida. Muskul ichiga yuborganda 0,5% li prokain eritmasi kushiladi. Ogir gipokaltsemyadan kochish maksadida fakat EDTAning kaltsiydinatriyly tuzi ishlatiladi. Peritisillamin – kurgoshin, miss, rtut antidoti 15-30 mg/kg/sut (maksimum 1 g/sut) bir necha marta ichish uchun.

Zaxarlanishlarni oldini olish.

Zaxarlanishlarni xamma turlarida sababini aniklash va kayta takrorlanmasligini oldini olish kerak. Buning uchun tabiat toksik moddalarni bolani uzini tutishini, uning xulki va maishiy axvolini xisobga olish kerak.

Aloxida toksik moddalar.

Temir.

1. *Etiologiyasi.* Temirdan zaxarlanish kup uchraydi, xar bir uy aptekhasida temi rva temir saklovchi vitaminlarni bir kanchasi mavjudligi amaliyotda tasdiklangan.

2. *Tekshirish va diagnostika.*

Temir saklovchi preparatlar kabul kilingandan sung 30 minutdan to 2 soat ichida bulgan vakt oraligida kuzatiladigan belgilar: kungil aynish, ich ketish, axlatda kon aniklanishi, korinda ogrik va uykuhanlik.

6-24 soatdan keyin isitma, metabolik atsidoz, jigar funksiyasining bizilishi, bezovtalik, talvasalar, shok va koma rivojlanishi mumkin.

Kam holatlarda zaxarlanishdan 3-4 hafta utgandan sung oshkozon ichak traktida strukturalar rivojlanishi mumkin.

Boshlangich laborator va instrumental tekshiruv tarkibida konning umumiy taxlili, glyukoza mikdori, zardobni temir boglash xususiyati aniklanadi. Temir tutuvchi tabletkalarni aniklash uchun korin bushligi tasviriy rentgenografiyasi utkaziladi.

Davolash. Agar zaxarlanishga kup vakt bulmagan bulsa va kabul kilingan temir mikdori 20 mg/kg dan kam bulmasa ipekakuana siropi yordamida kusishi chakiriladi.

Kusish chakirilgandan sung xazm traktida temir tutuvchi tabletkalar Yana bor yukligini aniklash uchun korin bushligini umumiy tasviriy rentgerografiya kilinadi.

Aktivlangan kumir berilmaydi.

Temirni surilishini kamaytirish uchun 4 %li 50-100 ml natriy bikarbonat ichishga beriladi. (yukori miqdorda gipernatremiya keltirib chikarishi mumkin).

Atsidozni davolash va yukotilgan suyuqlikni urnini tuldirish uchun suyuqlik va natriy bikarbonat vena ichiga yuboriladi.

Diferoksaminli sinama kuyida kursatilgan holatlarda utkaziladi. Kabul kilingan temir mikdori yukori va zaxarlanish simptomlari kusish va ich ketish bilangina chegaralanmasa, zardobdagi temir mikdori zardobni temir boglash xususiyatini oshiradi.

Zaxarlanishda leykotsitoz (15000 mkldan yukori) yoki giperqlikemiya (150 ml/g%dan yukori) kuzatilsa.

Kullanilishi

Diferoksamin 50 mg/kg (maksimum 1g) dozada yuboriladi. Agar zardobdagi temir mikdori zardobni temir boglam xususiyatini oshiradigan bulsa (500 mg/% dan yukori) siydik rangi kizaradi.

Diferoksamin bilan davolashga kursatma.

- Koma yoki shok.

- Zardobdagi temir mikdori zardobni temir boglash xususiyatini oshiradi.

- Diferoksamin sinamasi musbat bulsa.

Yuborish usuli.

1. Yuborish yulini tanlash (mushak orasiga yoki vena ichiga), klinik kurinishi va temirning zardobdagi miqdoriga boglik. Mushak orasiga yuboriladigan dozasi xar 4 soatda 50 mg/kg (maksimum 1g).

2. Vena ichiga junatish komada arterial gipotoniya va atsidozda ishlatiladi. Preparat 50 mg/kg dozada vena ichiga 4 soat davomida sekin junatiladi. Tezligi 15 mg/kg soatdan oshmasligi kerak.

3. Zaxarlanish belgilari yukolsa, siydik rangi va kondagi temir mikdori normallasha, terapiya tuxtatiladi.

Dializ yordamida fakatgina deferoxamin bilan boglangan temirni chikarish mumkin. Dializ fakat oligouriya yoki anuriyada kursatma buladi.

Salitsilatlar bilan zaxarlanish – 5 yoshdan kichik bolalarda eng kup tarkalgan.

Etiologiya. Zaxarlanish tusatdan salitsilatlarini kata dozada ichib kuyganda yuz beradi.

Salitsilatlar bilan surunkali zaxarlanganda epileptik tutkanok va metabolik atsidoz oshish xavfi buladi.

Salitsilatlar bilan zaxarlanish boshlanganda respirator alkaloz paydo buladi, giperventilyatsiyani chakiradi. Giperventilyatsiya salitsilatlarini MNSga ta'siri bilan boglik. Keyin tezda, ayniksa kichik yoshdagi bolalarda metabolik atsidoz rivojlanadi. Giperventilyatsiya siydik bilan osmotik aktiv moddalarni yukotilishi, metabolizm kuchayishi va kusish degidratatsiya xamda atsidozni kuchaytiradi. Kichik yoshdagi bolalarda metabolik atsidoz va respirator alkaloz belgilari kushilib keladi.

- Alkaloz va atsidoz chukur tezlashgan nafas, chankash, kusish, kup ter ajralishi bilan namoyon buladi.

- Salitsilatlar moda almashinuvini tezlashtiradi, PVni sekinlashtiradi.

- Ogir holatlarda oligouriya, shok, kuzgalish, epileptik tutkanoklar va koma kuzatiladi.

- Salitsilatlar moda almashinuvini kuchaytiradi, PVni uzaytiradi, trombositlar funksiyasini buzadi va gipo yoki giperqlikemiyaning chakiradi. Salitsilatlarini kondagi mikdori ichilgandan keyin 2-6 soat utgach, maksimumga etadi. Aspirin buyraklar orkali 75 % chikariladi va jigarda 25% kayta ishlanadi.

Zaxarlanish simptomlari konda salitsilatlarining dozasi 150 mg/kg dan kam bulmasa kuzatiladi. Zaxarlanish ogirligi zardobdagi salitsilatlar va darajasiga boglik: 50 mg% - engil zaxarlanish, 50-80mg% - urta ogir, 80-100 mg% - ogir zaxarlanish. Agar salitsilatlar 50 mg% bulsa va zaxarlanishni klinik belgilari bulmasa (engil giperventilyatsiyadan tashkari) gospitalizatsiya kilinmaydi.

Davolash – 150 mg/kg dan kup salitsilatlar ichilgan bulsa, atsidozdan tozalanadi.

- yukotilgan suv umiga suyuqlik kuyiladi, gipoglikemiya glyukoza yuboriladi.
- isitmada sovuk artish qullaniladi.
- gipoprotrombinemiya sababli kon ketishda vitamin K beriladi, lekin koagulopatiya fakat vitamin K ga emas, balki boshka ivish faktorlari etishmasligi va trombotsitopatiya bilan xam boglik.

- salitsilatlar chikarilishini tezlashtirish uchun siydik ishkorlanadi, vena ichiga bikarbonat natriy yuborilgan xolda (2-3 mekv/kg xar 4-6 soatda) siydikda rN 7,5 dan kup bulishi kerak. Bunda salitsilatlarni T_{1/2} vakti 24-36 soatdan 6-8 soatgacha kamayadi. Siydikni ishkorlash uchun va kaliy yukotilishiga qarshi K kuyiladi (3-5 mekv/sut) Siydikda va konda rN aniklanadi.

- Salitsilatlar konda xavfli darajada balsa (100-150mg%) oligouriya yoki anuriyada yurak kasalliklarida gemodializ kursatma buladi. Nisbiy kursatma – bikarbonat samarasizligi, epileptik tutkanok va koma.

- agarda konda salitsilatlar 50 % dan kup balsa, aktivlangan kumir kayta beriladi.

PARATSETAMOL. Keyingi vaktida parasetamol issik tushurish va analgetik sifatligi tufayli aspinga nisbatan kup qullanilmokda.

- Parasetamol dozasi oshib ketganda l-navbatda jigar zararlanadi.

- Birinchi 12-24 soatda kungil aynishi, kusish, kup terlash kuzatiladi. 24-36 soatdan keyin jigar kattalashadi va ogrikli bulib koladi, sariklik, giprbilirubinemiya, gipcrammoniciya, PVning uzayishi boshlanadi. Jigar biopatida gepatotsitlar tsitoliz va sentrolobulyar nekroz kuzatiladi. Aminotransferazalar aktivligi zardobda 3-4 kunlarda yukori darajaga etadi va jigar etishmasligi bulmasa bir hafta ichida normaga keladi.

- Parasetamol metabolitlari gepatotoksik ta'sirga ega. Metabolitlar parasetamol dozasi oshganda jigardagi makromolekulalar bilan boglanadi va gepatotsitlar nekrozini chakiradi.

- Parasetamol bilan zaxarlanish ogiriligini boshlangich simptomlariga karab aytish kiyin. 2-3 yoshli bola bir marotaba 3 gr. (taxminan 150 mg/kg) parasetamol iste'mol kilsa, jigar zararlanishi mumkin. Usmirlarda toksik doza 8 gr.dan kup.

- Jigar zararlanish xavfini aniklash uchun zaxarlanishdan 4 soat keyin konda parasetamol mikdori kayta ulchanadi, 4 soatdan keyin plazmadagi preparat kursatkichi 200 mkg/ml oshadi yoki 12 soatdan keyin 50 mkg/ml., jigar zararlanish xavfi yukori (aktiv aminotransferaz 1000 ME/l.g oshadi.

- Bolalarda parasetamol dozasini oshuvini Reya sindromi, aminokislotalar almashinuvi buzilishi, alfa-antitripsin defitsiti, usmirlarda Vilson kasalligi, alkogolizm, narkomaniya (geroin, uchuvchi uglevodorodlar) bilan kiyosiy takkoslash utkaziladi.

Davolash.

Parasetamol ichilganda 4 soatdan kup vakt utmagan balsa, ipekakuana siropi bilan kusish chakiriladi yoki oshkazon yuviladi.

- aktivlangan kumir zaxarlanishdan 4 soat oshik utgan balsa beriladi, bunday paytda aktivlangan kumir atsetilsistein bilan birga beriladi. Atsetilsistein 10 dan 39 % gacha aktivlangan kumirni sedsorbtsiya kiladi. Ferment sintezi induktorlarikarshi kursatma xisoblanadi, misol uchun fenobarbital.

Alkohol va narkotiklar.

Yoshi, jinsi, ijtimoiy oilaviy axvoli (sotsial ekonomik gurux)ga karab yosh usmirlar ba'zi moddalarga ruju kuygan bulishi mumkin. MNSni tormozlovchi moddalarga narkotik analgetiklar, uyku va sedativ moddalar (barbituratlar, benzodiazepinlar) spirtlar kiradi.

Tekshirish va diagnostikasi.

- xamma yukorida aytib utilgan moddalar utkir dozasi oshganda MNSni, yurak va nafas faoliyatini tormozlaydi.

- korachiklar odatda toraygan, ayniksa narkotik analgetiklar bilan zaxarlanganda.

- reflekslar susaygan. Epileptik tutkanoklar dekstrapropoksifen, petidin, metakvalon bilan zaxarlanganda kuzatiladi.

- Etanol bilan zaxarlanganda MNS zararlanish simptomlari etanolni kondagi mikdoriga boglik:

1. 100-150 mg% - ataksiya, koordinatsiya buzilishi.
2. 150-300 mg% - dizatriya, kurish buzilishi, uykuchanlik
3. 300-500 mg% - koma rivojlanadi
4. 500 mg% dan kup balsa, ulimga olib keladi.

- Kichik yoshdagi bolalarda etanol bilan zaxarlanishda gipoglikemiya kuzatiladi.

- MNSni tormozlovchi moddalar jismoniy va ruxiy karamlik keltirib chikaradi. Kabul kilishni birdaniga tuxtatib quyish, «Otmca» sindromiga (bekor bulishiga) olib keladi. Ayniksa ogir holatlarda kuyidagi sindromlar namoyon buladi – epileptik tutkanoklar, deliriy, shok va ulim – barbituratlarni kullash va alkogolizm sababli.

Davolash:

- Komada nalakson 0,1 mg/kg v/i. Agar bir minut davomida natija bermasa, kushimcha 0,3 mg/kg kiritiladi. Kayta berganda xam samara bermasa, narkotik analgetiklar zaxarlanishga karshi beriladi. Agar koma chukurligini kamaytirsa, yana yuboriladi.

Antidepressantlar: Tritsiklik antidepressantlar. Traditsion tritsiklik antidepressantlar – amitriptipin, ilipramin, nortriptilin, protriptilin, deziaramin va doksepin - markaziy va periferik antixolinergik ta'sir kursatadi, miokard kiskaruvchanligini pasaytiradi, korinchalar ichi va AV-utkazuvchanligini sekinlashtiradi.

MNSga neyroleptik ta'sir kiladi. Boshka yangi preparatlar – amoksalin va unga uxshash neyroleptik strukturali laksapin kamdan-kam kardiotsik, kuprok tutkanokni chakiradi. Tetratsiklik antidepressant maprotilin kardiotsik va tetratsikli antidepressantlarga uxshash tutkanokni chakiradi.

Klinik manzarasi.

1. Antixolinergik sindrom: midriaz, paralitik, ichak tutilishi, siydik tutilishi, gipertermiya;
2. Yurak kon-tomir sistemasining zararlanishi: korinchalararo va korinchalar aritmiyasi, utkazuvchanlikni buzilishi, arterial gipotoniya, upka shishi, shok.
3. MNSning zararlanishi: kuzgaluvchanlik, keyinchalik tormozlanish, sopor va koma, talvasalar bulishi mumkin. Metabolik atsidoz, talvasalar yuzaga keladi, yurak zararlanadi.

Davolash. Nafas yuli utkazuvchanligi, nafas olish va kon aylanishni nazorat kilish. Kusish chakirilmaydi: oshkoondagi massalar aspiratsiyaga olib kelishi mumkin. Zaxarlanish paytida oshkozon yuviladi (antidepressantlar uning motorikasini sekinlashtiradi) Aktivlangan ugol xar 2-5 soatda 50 gr.dan beriladi (zaruriyat bulganda oshkozont zondi orkali kullanadi). Aktivlangan kumir ichirilgandan sung oshkozon massalarini shilib oladi.

Yurak zararlanishi. Albatta EKG monitoringi kilinadi.

Kon tomirga ta'sir kiluvchi moddalar.

V-adrenoblakatorlar. Klinik manzarasi. Kabul kilingandan 2 soatdan keyin zaxarlanish simptomlari boshlanadi. Belgilari: AV-blokada, arterial gipotoniya, brodikardiya va yurak etishmovchiligi miokard kiskaruvchanligi pasayishiga boglik. Sotolol taxikardiya chakirishi mumkin. Brodikardiya odatda birinchi paydo buladi, keyinchalik boshka simptomlar paydo buladi. XOZL va bronxial astmada V-adrenoblakatorlar odatiy dozada bronxospazm chakirmaydi. Yurakka tanlab ta'sir etuvchi peredozirovkachi tez bronxospazm chakiradi. MNS zararlanishi talvasa bilan uykuchanlik, nafasni sekinlashishi va koma. Kungil aynishi, kusish, ichaklarning ogir ishemiyasi bulishi mumkin. Kam xollarda gipoglikemiya rivojlanadi, klinik belgilsiz kechadi.

Davolash. Venaga kateter kuyiladi. Oshkozonni tozalash. Agar zaxarlanishga kup bulmagan balsa, oshkozon yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. Kusish chakirilmaydi, adashgan nerv kuzgatilganda shok rivojlanadi. Brodikardiya 2 mg vena ichiga atrovin yuboriladi. Aktivlangan kumir kup marta beriladi.

Arterial gipotoniyaga fiziologik eritma yuboriladi. Markaziy kon aylanishini kuzatish kerak) Zaxarlanishda asosiy moda Beta-adrenoblakatorlar – glyukogen, miokard kiskaruvchanligini va pulsni oshiradi. Boshlanishida 50-150 mkg/mg vena ichiga minutda beriladi, keyinchalik infuzion tezligi 1-5 mg/soat 5 % glyukoza 20-30 mg/ml glyukogen effekti bulmasa izoprepalin 2-20 mkg/min tezlikda beriladi. Ba'zan 200 mkg/min oshiriladi. Agar A/D oshmasa

noradrenalin beriladi. Pravonol bilan zaxarlanganda adrenalinni extiyotkorlik bilan yuborish kerak. Arterial gipotoniya va reflektor bradikardiya chakirishi mumkin.

Bronxospazmni Beta-adrenostimulyatorlar va teofilin bartaraf kiladi. Talvasa Benzodiazepamilar vena ichiga, keyin finiton vena ichiga yuboriladi

Gipoglikemiya glyukoza vena ichida beriladi, gipoglikemiya saklansa – glyukogen vena ichiga yuboriladi. IVL – nafas susayganda utkaziladi.

Gospitalizatsiya – EKG monitoringi utkazish 6 soatdan kam bulmasligi kerak. Kon tomir sistemasi, upka va MNS zararlanish simptomlari balsa, reanimatsiya bulimida gospitalizatsiyaga kursatma xisoblanadi. Agar bu simptomlar kuzatilmasa, psixiatr maslaxatidan keyin chikariladi.

Sa - antogonistlari.

Klinik manzarasi. Preparatlar arterial gipotoniyani keltirib chikaradi, kupchilik gipoglikemiya, uykuchanlik, xush xiralashuvi va komani keltirib chikaradi. Verapamil va diptiazem ogir bradikardiya, AV-blokada va asistoliya keltirib chikaradi. Kamrok digidropiridinlar (misol uchun nefidipin) digidropiridinlar reflektor taxikardiyaning keltirib chikaradi. Veroponil talvasa chakiradi, kamrok diptiazem va undan xam kamrok nefidipin. Odatda veropomil upka ishish va gipoglikemiyaning keltirib chikaradi. Yuraktomin sistemasi zararlanish simptomlari 24 soat utgandan keyin va birinchi 1-5 soatlarda ruy beradi.

Aritmiyalar preparatlar uzoq ta'sir kilinishdan chakirilib, 7 sutka davomida saklanishi mumkin.

Davolash: 1. Oshkozoni yuvish. Kusish chakirilmaydi, oshkozon massalari aspiratsiyasi va shoka olib kelishi mumkin. Agar zaxarlanishga kup bulmagan balsa, oshkozon yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. Uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaxarlanganda, ularni bartaraf kilish uchun gastrokopich kilinadi va ichaklar polietelenglikol bilan yuviladi.

2. Arterial gipotoniya va yurak utkazuvchanligining buzilishi. Vena ichiga fiziologik eritma yuboriladi, Samara bulmasa, dofamin vena ichiga yuboriladi, Sa CL₂ (10-20 ml 10 % eritma vena ichiga xar 10 minutda 3-4 martagacha) arterial gipotoniya kursatma, bradikardiya va AV-blokada, glyukogen va arterial gipotoniya kursatma.

Ishkorlar va kislotalar: Ishkorlar. Natriy gidroksid zaxarlanish keltirib chikaradi (kristallik yoki rastvorda) ishkorlar idish-tovok yuvuvchi vositalar, santexnik vositalar, okartiruv vositalari, sochga ishlatiladigan vositalar, diagnostik moddalar tarkibida buladi. Ogir zaxarlanishlarni kanalizatsiya yullarini tozalovchi vositalar keltirib chikarib, tarkibida natriy gidroksid eritmasi yukori konsentratsiyada buladi.

Klinik manzarasi. Oshkozon ichak traktida chukur uzgarishlar va nafas yullarida xam, ogiz bushligida kuyish va kup sulak ajralishi buladi. Kizilungach kuyishi 30-40 % uchraydi. Ba'zan ogiz zararlanishi bulmaydi, kukrak kafasida xarakterli ogirik, kusish, sulak okishi va stridor, oxirida kizilungach strukturasi rivojlanadi. Oshkozon kuyishini suyuqlik kurinishidagi ishkorlar keltirib chikaradi, perforatsiya bilan asoratlanishi mumkin. Yukori nafas yullarining kuyishi ogir obstruksiya olib keladi (natriy gidroksidning kristalli kukunlaridan nafas olganda).

Davolash: Ogiz bushligini kup xajmli suv bilan tez-tez yuvish. (uzoq vakt davomida),

Kusish chakirilmaydi. Aktivlangan kumir, oshkozonni yuvish, kuchsizlantiruvchilar kullanimaydi. Ishkorni neytrallash uchun kuchsiz kislotaga ishlatilmaydi, ba'zan kata mikdordagi suyuqliklarni kabul kilish effektivligi isbotlanmagan.

Nafas yullari utkazuvchanligini ta'minlash (traxeya intubatsiyasi va traxeyastomiya) kislorod berish.

Venaga kateter kuyish, tezlik bilan suyuqlik kuyish boshlanadi, ChSS va AD orientirlanadi.

Xirurg konsultatsiyasi

Kortikosteroidlar kachon kullanadi, kizilungach strukturasi bulganda ruxsat etiladi.

Antibiotiklar infeksiyon asorat bulganda kullanadi.

SPIRTLAR

1. Etanol ogir zaxarlanish kondagi etanol kontsentratsiyasiga bog'lik. Shunga karamay, tolerantligi xar xil bulishi mumkin.

100 mg%o mikdori engil ataksiya.

200 mg% - uykuchanlik.

400 mg% - nafas susayishi.

Ulimga olib kelishi mumkin.

A) laboratoriya tekshiruvi. Plazma osmolyarligi, elektrolitlar, glyukoza va etanol mikdori aniklanadi. Agar etanolning mikdori aniklashni iloji bulmasa, osmotik intervalda aniklanadi 4,3, agar konda boshka spirtlar balsa natija oshadi.

Davolash. MNSni ogir darajada susayishida oshkozoni yuvishdan oldin traxeya intubatsiya kilinadi. Etanol juda tez suriladi, shuning uchun aktivlangan kumir kabul kilinmaydi. Ogir holatlarda gemodializ kilinadi. Komada 0,1 m tiamin va 5- ml. 50 % glyukoza vena ichiga junatiladi. Kuchli ketoketsidoz da nafas susayishi va ogir xamrox kasalliklari bor holatlarda gospitalizatsiyaga kursatma buladi, boshka holatlarda esa bemor xushyor holatda bulgandan sung etanolni konda mikdori 100 mg% dan past yoki xamrox va xushyor odam bulishi kerak, uyiga junatiladi. Izotropiya spirti. Antiseptik sifatida ishlatiladi. U etanolga nisbatan zaxaralirok bulib, zaxarlanish belgilari: konda mikdori 50 mg% bulganda yuzaga keladi, 100-200mg% mikdor bulganda sopor va koma rivojlanadi. **Izotropil spirt**dan zaxarlanishda asosiy xususiyati va belgilari: nafas susayishi va arterial gipotoniya, kungil aynish, kusish va korinda ogrish bulishi mumkin.

Davolash: Kusish chakirilmaydi, xushini yukotganda aspiratsiyaga olib kelishi mumkien. Zaxarlanishni birinchi 30 minutida oshkozoni yuvish va aktivlangan kumir berish yordam beradi. Spirt teriga tushgan balsa yuvib tashlanadi, spirt tukilgan balsa kiyimlari echib tashlanadi. Nafas yullari utkazuvchanligi va A/B tekshiriladi. Arterial gipotoniya gemodializga kursatma.

Metanol. Antifriz va erituvchi sifatida ishlatiladi, shisha idishlarni yuvish uchun ishlatiladigan suyuqlik tarkibiga kiradi. Zaxarlanish ikki etapda kechadi. Boshida mastlik buladi, alkogol sifatida ichilganda u bilan umor bosdi kilganda. Keyinchalik toksik metabolitlar – formaldegid va chumoli kislotlora konda yigila boshlagach, bemor axvoli ogirlashadi – bosh ogrishi kuchayadi, kurish buziladi, kungil aynishi, kusish, korinda ogrik, xansirash, ogir holatlarda zaxarlanish tutkanok va koma bilan tugaydi. Nafasni tusatdan tuxtashi tufayli ulim kelib chikishi mumkin. Etanol bilan birga ichilganda zaxarlanish sekin rivojlanadi va engil utadi.

Diagnostika. Nafas tezlashgan, bemor bezovta, kurish pasayishdan shikoyat kiladi. Oftalmoskopiyada tur pardada shish va kuruv nervi diskini giperemiyasi aniklanadi. **Davolash:** Zaxarlanish boshlanganiga kup bulmagan balsa, oshkazon yuviladi, aktivlangan kumir va kuchsizlantiruvchilar beriladi.

Etilenglikol – erituvchi va antifriz sifatida ishlatiladi. Zaxarlanishni birinchi simptomlari (ataksiya, tushunarsiz nutk, kusish, ba'zan tutkanok va koma) shartli ravishda etilenglikolga tegishli boshka belgilari toksik metabolitlarga bog'lik 12-36 soatdan keyin birinchi navbatda yurak zararlanadi (taxikardiya, arterial gipertoniya, upka shishi). 36-72 soatdan keyin kaltsiy oksalat epilenglikol metaboliti buyrak kanalchalarida chukishidan utkir buyrak etishmovchiligi (UBE) kelib chikadi.

Davolash. Oshkozoni yuvish va aktivlangan kuchir birinchi 30 minutda yordam beradi. Kuchsizlantiruvchilar magniy saklanmaydigan (UBE chakirishi mumkin) kuchsizlantiruvchi dorilar beriladi. Bikarbonat natriy rN normallashguncha vena ichiga junatiladi. Piridoksin (0,1g/sut v/i) va tiamin (0,1g/sut v/i) nojuya ta'sirsiz toksik metabolitlarni chikib ketishni ta'minlaydi.

Uglevodlar – oshkozonga tushganda oshkazon ichak trakt iva MNSni zararlantirishi mumkin. Uglevodlarni (kupincha benzin va kerosin) aspiratsiyasi ancha xavfli xisoblanadi, bu ogir va ulimgacha boruvchi upkalarni zararlantirishini keltirib chikaradi. Neft, surtma, moy va vazelin zaxarsiz.

Klinik kurinishi. Odatda birinchi 6 soatda kusish, kukrak kafasi va korinda ogrik, yutal, xansirash, tana xarorati kutarilishi, tutkanok, aritmiyalar, sezgi buzilishlari buladi. Aspiratsiyada pnevmonit va RDSV rivojlanishi mumkin.

Davolash. Kam xazarli uglevodlar – xazm traktiga tushganda deyarli surilmaydi, davolashi aspiratsiya bulgandagina utkazilishi mumkin. Oshkozoni tozalash talab etilmaydi. Agar upkani zararlanish belgilari balsa, kukrak kafasini rentgenografiyasi va arterial kon gazlar aniklanadi va kuvvatlovchi terapiya utkaziladi. Boshka holatlarda bemor 6 soatdan keyin javob beriladi. Xazarli uglevodlar – xech narsaga karamasdan kiyimlarini echish kerak. Uglevodorod bilan ifloslangan balsa va terisini yuvish kerak, chunki bundan dermatit kelib chikib, toksik moddalar surilib ketishi mumkin. Aspiratsiyada kislorod beriladi. Oshkozoni tozalashga kursatma – galogen saklovchi uglevodorodlarni oshkozonga tushishi (etilen, uglerod, metilxenlorid) va uglevodorodlar toksik moddalar (ogir metallar, inseknitsidlar, nitrobenzol, anilin, kamfora) bilan birga oshkozonga tushgan balsa, boshka holatlarda (benzindan benzoldan, kerosindan, sajigalka suyuqligida, buyok crituvchilardan, toluoldan zararlanishda) oshkozoni tozalash kup mikdorda kabul kilingan balsa utkaziladi. (odatda uziga suikasd kilish xollarida) Agar xush buzilmagan balsa, kusish chakiriladi, MNSsi faoliyati susayishi, kusish refleksii yuk balsa va tutkanoklarda oshkozoni yuviladi. (manjetli trubka bilan traxeya intubatsiyasi kilinadi). Antibiotiklar va kortikosteroidlar – profilaktika uchung tavsiya etiladi. Gospitalizatsiyaga kursatma – upkani zararlanish belgilari va MNSni faoliyatini susayishi.

Metgemoglobinemiyani nitritlar, natriy nitroprussid, nitroglitserin, xloratlar, sulfanilamidlar, anilin buyuklari, nitrobenzol bezgakka karshi ifenpzopridin moddasi keltirib chikarishi mumkin. Maxalliy anestetiklar benzakoin va dapson xam metgemoglobinemiya kelib chikishi kayd etilgan. Metgemoglobinemiya bosh ogrishi, xolsizlik, uykuhanlik, xansirash, taxikardiya va bosh aylanishi kuzatiladi.

Tashxis – Normal raO_2 bilan ingyalyatsiya kilinganda xam tsianoz yukolmasa metgemoglobinemiya shubxa kilish kerak tashxisni metgemoglobinni kondagi mikdori aniklab kuyiladi. Metgemoglobinni konda mikdori umumiy gemoglobinga nisbatan 15 % bulganda tsianoz rivojlanadi, 50 %ga etganda MNS faoliyati susayishi, tutkanoklar, koma, aritmiyalar bulishi mumkin. 70 % dan ortik balsa ulim bilan tugaydi.

Davolash – kislorodni ingyalyatsiya kilish va oshkozoni yuvish tavsiya kilinadi. Kusish chakirilmaydi, tutkanok va ovkat moddalarini aspiratsiyasiga sabab bulishi mumkin. Agar xazarlanishga uzoq vakt bulmagan balsa, koma va tutkanoklarda xam traxeyani intubatsiya kilgan holatda oshkozoni yuviladi, aktivlangan kumir va kuchsizlantiruvchilar beriladi.

Opioidlar. Klinik kurinishi. Xushni buzilishi, nafasni susayishi va mioz xarakterli belgilaridir. Arterial gipotoniya, bradikardiya va upka shishi ba'zi holatlardagina kuzatiladi. Gipoksiyada atsidozda, atropin, penidin yoki difenoksilat bilan birga kabul kilinganda midriaz kuzatiladi.

Davolash: Nafas yullari utkazuvchanligi tiklanadi. Nafas va kon aylanishi tiklanadi. Oshkozoni yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. Nalaxson (antidot opiotlarga karshi) MNSsi faoliyati susayishi, nafas susayishi va arterial gipotoniya ishlatiladi. Agar venaga kateter kuyilmagan balsa, nalaxson til ostiga yoki endotraxeal trubka orkali yuboriladi. Nalaxson yuborilgandan sung odatda bemor xushiga keladi, bunga karamasdan tez gospitalizatsiya kilinishi shart. 45 minutdan sung bemor axvoli ogirlashishi mumkin. Asosan uzoq vaktli (48-soatgacha) davolash metadondan xazarlangandva talab etiladi. Bunday holatlarda nalaxson 5% li glyukoza bilan birga vena ichiga doimiy infuziya kilinadi (soatiga boshlangich dozaning 2/3 kismi yuboriladi).

Fosfoorgaik birikmalar. Kishlok xujaligida insektitsid (masalan: paration) va pedikulyozga karshi (malation) dori sifatida ishlatiladi.

Tashxisi. Klinik kurinishi neyronlarda AXE inaktivatsiyasi xisobiga atsetilxolinini yigilishi natijasida yuzga keladi. M-xolinoretseptorlarni kuzgalishi natijasida mioz, sulak ajralishi kuchayishi, kuz yosh ajralishi kuchayishi, kurishni buzilishi, oshkozoni-ichak trakti

motorikasini kuchayishi, bronxospazm, bronxoreya, kup mikdorda ter ajralishi (uz teriga chumilish), arterial gipotoniya va bradikardiya, siydik tutaolmaslik kabi belgilar kuzatiladi.

N-xolinoretseptorlar kuzalishidan mushak spazmi va (fastsikulyatsiya) mushaklar bushashishi. Nafas mushaklarini falajligi va arterial gipotoniya kelib chikadi. MNSsi zararlanganda dizartriya, kuzgalish, deliriya, tutkanok, nafas susayishi va koma yuzaga keladi. Upka shishi, pnevmoniya, aspiratsion pnevmoniya va RDSV xam bulishi mumkin. Ba'zan zaxarlanishni oxirgi boskichida polincyropatiya yuzaga keladi.

Davolash. Nafas yullari utkazuvchanligi, nafas va kon aylanish tizimi kuzatiladi. Teriga tushgan moddalar tozalab tashlanadi. Oshkozon yuviladi, aktivlangan kumir beriladi, kusish chakirilmaydi.

Atropin – fosforganik birikmalardan zaxarlanganda ishlatiladigan asosiy moda, boshlangich dozasi 1 mg v/i, sung xar 15 minutda gmg dan to atropinizatsiya bulguncha (bronxoreya, sulak kup ajralishi, yuz giperemiyasi, midriaz yukolguncha) yuboriladi. Agar yana sutka davomida atropin junatilishi kerak balsa kullash mumkin, umumiy sutkalik dozasi 40 mg atrofida bulishi kerak. Ogir holatlarda uzoq davolash talab kilinadi va sutkalik mikdori yukori dozada (0,5-1,5 g/sut) ishlatiladi. Mushakdagi holatlarga atropin ta'sir kilmaydi.

Neyroleptiklar. Keng kullaniladigan neyroleptiklardan fenotiazin unumlari (xlor promazin, tioridazin, proxlorperazin) butifcnon unumlari (galoperidol) va tioksantin unumlari (tiotiksin) xisoblanadi.

Klinik kurinishi. Kuzgalish va deliriya xarakterli bulib, bu holat komaga utib ketishi mumkin. Midriaz, pay refleklarini susayishi, tutkanoklar, termoregulyatsiya buzilishi (kupincha gipertermiya) va yomon sifatli neyroleptik sindrom kuzatilishi mumkin. &-adrenoretseptorlarni blokadasi xisobiga arterial gipotoniya, taxikardiya, aritmiya (bundan tashkari piruetli taxikardiya) va yurak utkazuvchanligi buzilishi yuzaga keladi. Preparatni kondagi mikdorni aniklash juda kam ma'lumot beradi. Oshkozonn yuvishga karamasdan, konkrementlar kolib ketishi mumkin, bular rentgenografiyada kurinadi.

Davolash. Nafas yullari utkazuvchanligi, nafas va kon aylanish kuzatiladi. Zaxarlanishga bir necha soat bulgan balsa xam oshkozon yuvilib, aktivlangan kumir beriladi. Aritmiyalarda lidokain va fenitoin yuboriladi, 1-a sinfga kiruvchi moddalar (prokainamid, xinidin, dizopiramid) mumkin emas.

Saltsilatlar.

Saltsilatlardan zaxarlanish utkir va surunkali buladi. Utkir zaxarlanish bir marta kabul kilishdan yuzaga keladi. Zaxarlanish ogirligi dozasiga boglik.

1. Engil daraja – 150 mg/kg.
2. Urta daraja – 150-300 mg/kg.
3. Ogir daraja – 300-500 mg/kg.

Surunkali zaxarlanish bir necha kun davomida 100 mg/kg/sut mikdorida kabul kilsa kelib chikadi. Karilarda surunkali kasallik fonida zaxarlanish yuzaga kelsa, kupincha tashxislash chekikadi va letal holat 25 % holatlarda kuzatiladi. Xatto ogir surunkali zaxarlanishda saltsilatlarni plazmada mikdori kam buladi.

Klinik kurinishi. Kungil aynishi, kusig xarakterli bulib, plazmada preparat mikdori 30mg%dan oshib ketsa kuloklarda shovkin eshitaladi. Kattalarda isitma chikishi noxush belgi xisoblanadi. Ogir zaxarlanishlarda uykuchanlik, tutkanoklar va koma rivojlanadi. RDSV 30 % holatlarda kuzatilib, asosan surunkali zaxarlanishda, chekuvchilarda va kariyalarda rivojlanadi.

Arterial konda gazlar - odatda boshida respirator alkaloz, keyin metabolik atsidoz kushiladi. Taxminan 20 % holatlarda fakat metabolik atsidoz, 40 % holatlarda ularning birgalikda kelishi, boshkalarida respirator atsidoz kuzatilib, u odatda aralash zaxarlanish bulganda kuzatiladi.

Gipoglikemiya. Kupincha bolalarda kattalarga nisbatan kup uchraydi.

Plazmada saltsilatlar mikdorni aniklash orkali zaxarlanish ogirligini va gospitalizatsiya kilish kerak yoki yukligi aniklanadi. Mikdor odatda zaxarlanishdan 6 soat utgach aniklanadi (ogir holatlarda bungacha aniklaniladi) va maxsus komogramma orkali baxolanadi. Mikdori 70

mg%dan yukori bulsa urta ogir darajada zaxarlanish, agar 100 mg%dan yukori bulsa ulim kuzatilishi mumkin. Ichakda suriluvchi kobigi bor tabletkalar kabul kilinganda va surunkali zaxarlanishda komagramma kullaniilmaydi. Bunday holatlarda rN (NSO₃)ni oricntatsiya kilib olish kerak.

Davolash. Birlamchi buginda oshkozoni tozalash. Kusish chakiriladi. Aktivlangan kumir beriladi (ogir holatlarda kup marta) kuchsizlantiruvchilar yuboriladi.

Gospitalizatsiya.

Engil zaxarlanish. Klinikasi: kungil aynishi, kusish va kuloklarda shovkin bilan chegaralansa, kabul kilingan doza 150 mg/kg dan ortik bulmasa, birinchi aniklashda plazmada mikdori 65 mg% dan past bulsa davolash kabul bulimida utkaziladi. Salitsilat mikdori xar 2 soatda aniklanadi, to uni mikdori kamayishi kuzatilguncha davom ettiriladi. Agarda bemor axvoli yaxshilansa, psixiatr kuruviga junatiladi.

Urta ogir zaxarlanishda – 24 soatgacha gospitalizatsiya kilinadi.

Ogir zaxarlanishda – kabul kilingan dori mikdori 300 mg/kg dan ortik; xansirash, degidratatsiya, upka shishi, xushni buzilishi, tutkanoklar va koma bulsa reanimatsiya bulimiga gospitalizatsiya kilinadi.

Kari bemorlarda zaxarlanish kup xollarda ulim bilan tugaydi. Shu sababli reanimatsion bulimga gospitalizatsiya kilinadi. Agar salitsilatlar mikdori kamaymasa, oshkozonga kontrast moda yuborilib, rentgenografiya kilinadi. Konkrementlar aniklanib, oshkozoni massirovat kilgan xolda ichaklar yuviladi.

Barbituratlar. Klinik kurinishi preparatlar dozasiga kabul kilingandan sung utgan vakt, kandy preparat kabul kilinganligiga: kiska ta'sir etuvchi (amobarbital, senbubarbital, sekobarbital, pentobarbital) yoki uzoq ta'sir etuvchi (fenobarbital, barbital primidon) preparatlariga boglik. Kiska ta'sir etuvchi preparatlardan kam dozalarda xam zaxarlanish kelib chikadi, lekin ulim kup xollarda uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaxarlanishda yuzaga keladi.

Klinik kurinishi. Engil zaxarlanish alkogol mastligiga uxshaydi. Urta ogir zaxarlanishda xush yukoladi, bemor fakat ogrikni sezadi, pay reflekslari va nafasi susayin. Ogir zaxarlanishda koma rivojlanadi, normal reflekslar aniklanmaydi (kuz korachigini yoruglikka reaktsiyasi saklangan) Babinskiy refleksii chakiriladi. EEGda izoelektrik chizik aniklanadi. Xarakterli teridagi belgi «barbiturat terisi» bosilgan joyda v akul barmoklarini kaft yuzasida pufakchalar bulishidir. Arterial gipotoniya va gipotermiya bulishi mumkin.

Davolash. Nafas yullari utkazuvchanligi va nafas ta'minlanadi. Oshkozoni tozalash va aktivlangan kumir uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaxarlanganda beriladi. Aktivlangan kumir 50 g.dan xar 4 soatdan sung oshkozon zondi orkali yuboriladi, bu fenobarbital chikib ketishini tezlashtiradi. Bir marta kuchsizlantiruvchilar beriladi. Oshkozoni va ichakni yuvish bilan konkrementlar chikarib tashlanadi. Bu muolaja kiska ta'sir etuvchi preparatlardan zaxarlanganda natija bermaydi. Arterial gipotoniya suyuklik kuyiladi. Agar a/b kutarilmasa, noradrenalish va dofamin kullaniladi.

Benzodiazepinlar. Yukori mikdorda MNS aoliyati va nafasni susaytiradi. Fakat benzodiazepindan zaxarlanishda ulim kam kuzatiladi, zaxarlanish kupincha aralash holatda buladi.

Klinik kurinishi. Uykuchanlik, dizartriya, ataksiya, xushni karaxtligi.

Davolash: oshkozon yuvilib, aktivlangan kumir va kuchsizlantiruvchilar beriladi. Nafas susayishida IVL kilinadi. Flumazenil (benzodiazepin antagonisti) tez yaxshi natija beradi. Boshlangich dozasi 0,2 mg vena ichiga 30 sekund davomida, keyin xar 30 minutda 0,3 mg 1 minut davomida umumiy dozasi 3 mg. Agar bundan sung bemor axvoli yaxshilanmasa bunda zaxarlanish fakatgina benzodiazepindan emasligi anik buladi. Kisman natija bulganda muolaja davom ettiriladi, xar junatilganda 0,5 mgga dozasi oshiriladi, umumiy dozasi 5 mg.gacha. xushni tiklash uchun ba'zi holatlarda 10 mg gacha kullaniladi. Agar MNSni faoliyati kuchayishi va nafas uzgarsa, muolaja yukoridagi sxema bilan davom ettiriladi yoki vena ichiga infuziya kilinadi. Tezligi 0,1-0,5 mg/soat. Agar zaxarlanish benzodiazepin va uchtsiklik

antidepressantlardan yuzaga kelgan balsa flumazenip kullanimaydi. Agar anamnezida epileptik tutkanoklari balsa xam kullash mumkin emas.

Amfetaminlar.

Klinik kurinishi. Kuzgalish, tajanglik, deliriya, gallyutsinatsiya, psixoz, midriaz, gipertemiya, arterial gipertoniya, aritmiya. Kusish va ich ketish xarakterlidir. Ba'zan utkir buyrak etishmovchiligi (shuningdek rabdomioliz), tutkanoklar, miya ichi kon kuyilishi, miokard infarkti, shok va koma kuzatiladi.

Davolash. Aktivlangan kumir va kuchsizlantiruvchilar beriladi. Kusish chakirilmaydi. Tutkanok rivojlanishi mumkin. Komada oshkozon yuvilib, sung aktivlangan kumir va kuchsizlantiruvchilar beriladi. Gemodializ natijasi kayd etilmagan. Diazepam kuzgalishni, galaperidol, gallyutsinatsiya va psixozni bartaraf etadi. Kuchli arterial gipertoniya natriy nitroprussid va V-adrenoblakatorlar kullaniladi. Diazepam va fenitoin tutkanokda, propopolol va lidokain aritmiyada kullaniladi. Gipertermiyada sovuk bilan artish. Agar natija bermasa, dantrolei va bromokriptin kullaniladi.

Gospitalizatsiyaga kursatma: urta ogir va ogir zaxarlanish.

Kokain.

Klinik kurinishi. Kokain kiska muddatli kuzgalish va simpatik tonusini oshishi (arterial gipertoniya, taxikardiya, taxipnoc va midriaz) kelib chikadi va bu holatlar MNS faoliyati susayishi bilan almashinadi. Kokainand zaxarlanish kupincha ulim bilan tugaydi. Sabablari: tutkanoklar, subaroxnoidal kon kuyilishi, miya ichi kon kuyilishi va yurak zararlanishi – toj arteriyalar spazmi, aritmiyalar va miokard infarkti (kupincha toj arteriyalari aterosklerozi bulmasa xam yuzaga keladi). Kokainni chekish yoki xidlash turlarida (masalan kreka) RDSV, pnevmomediastinum, pnevmotoraks, upkadan kon ketishi, obliteratsiyalovchi bronxiolit, ekzogen allergik alveolit va bronxial asma chakirishi mumkin.

Davolash. Nafas yullari utkazuvchanligi, nafas va kon aylanishi tekshiriladi. (Kokainand zaxarlanishda tomirlarda spazm buladi), labetalol kullaniladi, ba'zi holatlarda – fenolamin ishlatiladi. Korinchalar aritmiyasida lidokain yuboriladi. Benzodiazepin kuzgalishni yukotadi. Yurakdan tashkari simpatik tonusini oshishida labetalol yaxshi natida beradi, kuchli rivojlangan arterial gipertoniya natriy nitroprussid kullaniladi. Tutkanoklarda benzodiazepin va fenitoin yuboriladi. Gipertermiyada sovuk bilan artiladi va miorelaksantlar yuboriladi. Kup holatlarda reanimatsion bulimga gospitalizatsiya kilinadi. Agar kokainli paketchalar yutilgan balsa (narkotiklarni olib utish yuli) korin bushligi rentgenografiyasida anikanladi. Tezlik bilan reanimatsiyaga gospitalizatsiya kilinadi. (paketchalar oshkozonda yorilsa tezda ulim yuz beradi), yumshok ta'sir kiluvchi kuchsizlantiruvchilar 9 aktivlangan kumir, vazelin bilan birga) beriladi. Oshkozonni yuvish va xirurgik davo yaxshim natija bermaydi. Tugri davolashda 1% dan kam mikdorda ulim bilan tugallanadi.

Teofillin.

Klinik kurinishi. Kungil aynishi va kusish. Odatda teofillin mikdori plazmada 20 mkg/ml.ga etganda yuzaga keladi. Ogirroq zaxarlanishda birinchi navbatda adrenalinni ta'siri – kuzgalish, taxikardiya, aritmiya va tremor yuzaga keladi. Juda ogir zaxarlanishda xarakterli belgilari – galyutsinatsiyalar, kiyin bartaraf etiluvchi tutkanoklar, arterial gipotoniya va aritmiyalar (sinusli, korinchalar usti aritmiyalar, korinchalar fibrillyatsiyasi) rabdomioliz bulishi mumkin. Bu klinik kurinishi teofillindan utkir zaxarlanganda plazmada mikdori 90 mkg/ml.dan oshganda, surunkali zaxarlanishda – 60 mkg/ml.da yoki bundan past bulganda kuzatiladi. EKG monitoring utkaziladi.

Davolash. Venaga tushiladi, oshkozon yuviladi. Kup marta aktivlangan kumir beriladi. (u teofillinni yarim parchalanish davrini kiskartiradi) kuchsizlantiruvchi moddalar kullaniladi. Kusish chakirilmaydi, bu tutkanoklar va oshkozon massalarini aspiratsiyasiga olib kelishi mumkin. Preparatni uzoq vakt kabul kilingan balsa, polietilenglikol bilan ichaklar yuviladi.

Kungil aynishi. Kuchli kungil aynishida metoklopramid 10-60 mg yoki ondansetron 0,15 mg vena ichiga yuboriladi. Fenotiazin kullanimaydi, u tutkanok kelib chikishiga moyillikni oshirali.

Artrial gipotoniya. Vena ichiga suyuklik kuyiladi. Natija bulmaganda – dofamin kullaniladi.

Tutkanoklarda venzodiazocolin va fenobarbital kullantiladi. Fenobarbital yuborish tezligi: 100 mkg/min vena ichiga umumiy dozasi 10 mg/kg gacha, keyin 50 mkg/min vena ichiga, 30 mg/kg gacha umumiy dozasi, keyinchalik 1-5 mg/kg/sut vena ichiga junatiladi. Fenobarbital yuborilgan paytda nafas va kon aylanishni kuzatib turish kerak. Fenobarbital natija bermaganda pentobarbital, miorelaksantlar va umumiy anesteziya (anestziolog maslaxati bilan) kullaniladi. Ogir zaxarlanishlarda profilaktika maksadida fenobarbital, kam xollarda – fenitoin ishlatiladi.

Nafas tizimidagi zaxarli moddalar.

Nafas bilan kirgan zaxarli moddalar ta'sirlovchi, buguvchi va sistemali ta'sir kursatishi mumkin. Kanday gaz bilan zaxarlanganligi, zaxarlanish markazi bilan boglikligini aniklash kerak, bunda kanday davolash kerakligi belgilab olinadi.

Ta'sirlovchi gazlar. Teri va shillik kavatlarni kuydirib, laringit, traxet, bronxit, bronxospazm, pnevmoniya va RDSV chakiradi. Bu holatlar zaxarlanishdan 24 soatdan sung rivojlanishi mumkin. Suv yaxshi eriydigan (xlor, ammiak, formaldegid, oltingugur oksidi, ozon) birinchi navbatda kuz. xalkum va yukori nafas yullarini zararlantiradi, suvda kam cryidigan (fosgen, azot oksidi) bronxiola va alveolarni zararlantiradi. Maishiy kimyoda moddalarni extiyotsizlik bilan ishlatganda kelib chikishi mumkin. Masalan: natriy gipoxlorit (okartiruvchi) bilan oltingugur kislotasi (unitazlarni tozalash uchun) aralashib ketsa, xlor gazi ajralib chikadi. Natriy gipoxlorid bilan nashatir spirti aralashib ketsa xloramin ajralib chikadi.

Davolash. Nafas yullari utkazuvchanligi va nafas kuzatiladi. Bronxospazmda bronxodilatatorlar beriladi. RDSVda kislorod beriladi yoki IVL PDKV bilan birga utkaziladi. Teri zararlanganda ifloslangan kiyimlar echilib, terisi kup suv bilan yuviladi, koksholga karshi zardob kilinadi. Kuz tezlik bilan suv yoki fiziologik eritma bilan yuviladi, kislotla yoki ishkordan kuygan bulsa, okulist maslaxati zarurdir.

Gospitalizatsiya. RDSV tez rivojlanmasligi mumkin, shuning uchun bemor 6 soatdan kam bulmagan vakt davomida kuzatiladi, bemor uzini yaxshi xis kilishi va kukrak kafasi rentgenografiyasida uzgarishlar topilmasligi mumkin. Gospitalizatsiyaga kursatma yukori nafas yullarini klinika, klinik va rentgenologik upka zaxarlanish belgilarini aniklanishi.

Buguvchi gazlar. (argon, neon, geliy, vodorod, azot, metan, etan, atsetilen, butan, propan, tabiiy gaz va uglerod oksidi) nafas olinayotgan xavoda kislorod bilan almashinib, gipoksiya keltirib chikaradi, zaxarlanish ogirligi buguvchi gaz kontsentratsiyasi va undan nafas olish kancha davom etganligiga boglik.

Davolash: kislorod ingalyatsiyasi va kuvvatlovchi chora-tadbirlar.

Zaxarli gazlar – vodorod sulfid, metil bromid, fosfororganik birikmalar, is gazi va sinil kislotasi konga surilib zaxarlanish keltirib chikaradi.

Is gazi. Uglerod (2) oksidi gemoglobin birikib, kislorodni gemoglobin birikishini va uni tukimalarga etkazilishini tuxtatadi. Shuningdek tsitoxrom-S oksidaza bilan boglanib, tukima nafasini blokaydi. Mioglobin bilan boglanib miokardga tugridan-tugri zararlantiruvchi ta'sir kursatadi. Bularni xammasi tukima gipoksiyasiga olib keladi. Zaxarlanish odatda kishda, yaxshi shamollatilgan xonalarda yuzaga keladi, is gazini manbai yaxshi kurilmagan pechkalar, kamin, isituvchi moslamalar va dvigatellarni ichki yonishlari bulishi mumkin. Is gazidan zaxarlanishni nospetsifik simptomlari bilan aniklash kiyin bulib, shuni esda tutish kerak raO_2 konda normal bulishi mumkin. Bunda puls oksimetriya usulida tugridan tugri SaO_2 ni aniklash kerak.

Klinik kurinishi: karboksigemoglobinni (gemoglobin +SO) mikdoriga boglik. Agar mikdori 20-40% bulganda gripsimon sindrom: bosh aylanishi, bosh ogriqi, xolsizlik, karaxtlik, kungil aynishi, kusish, kurishning pasayishi: tur pardaga kon kuyilishlar bilan namoyon buladi. Taxikardiya, ataksiya, tutkanok va xushni yukolishi kuzatiladi. EKGda ST sigmenti uzgarishi, utkazuvchanlikni buzilishi bulmasa va korincha aritmiyalari aniklanadi. Karboksigemoglobin mikdori 60% ga etganda koma va ulim yuz beradi. Teri va lablarni olcha rangida bulishi oxirgi

davrlarda kuzatiladi. Kechki asoratlari – bazal yadrolar infarkti xisobiga parkinsonizm, shuningdek ogir nevrologik va ruxiy buzilishlar kelib chikadi.

Davolash: Maska yoki endotraxel trubka orkali sov kislorod berishdan boshlanadi. Bu tukimalar oksigenatsiyasini yaxshilaydi va karboksigemoglobinni $T_{1/2}$ sini kiskartiradi (4-5 soatni 90 minutga) Karboksigemoglobin miqdori xar 2 soatda aniklanadi. Ingalyatsiya davom ettiriladi, to uni miqdori 10 % ga tushguncha. Ogir holatlarda (nevrologik simptomatika, EKGda miokard ishmiyasi belgilari, ogir metabolik atsidoz, rbdomioliz, upka shishi, xushdan ketish) 3 atm. Bosim bilan giperbarik oksigenatsiya utkaziladi. Bemorni axvoli stabillashgandan sung giperbarik oksigenatsiya markaziga utkazish mumkin. Tutkanoklarda diazepam va fenitoin beriladi.

Tsianidlar. Tsitoxrom-S-oksidadani ingibitsiya kilib, tukima nafasini bloklaydi.

Sinil kislotasi – uchuvchan suyuqlik, nordon bodom xidli, bronx shillik kavatlariga va alveolalarga tez suriladi, zaxarlanish nafas olgandan bir necha sekunddan sung yuzaga keladi. Xavoda konsentratsiyasi 0,2-0,5 mg/l buladi. Ulim bir zumda yuz beradi. Sinil kislotasi dezinfektsiya va dezinfektsiya uchun kullaniladi. Bu moda ba'zi sintetik materiallarni yonishi (masalan: tselluloid) va fenitsiklidin tayyorlanishida xosil buladi. Kaliy tsianid ichkariga kabul kilinganda zaxarlanish keltirib chikaradi.

Kemiruvchilarga karshi moddalar, insektitsidlar, kimyoviy reaktivlar, fotosurat maxsulotlari, kumushni tozalovchi va tirnoklardagi lakni uchiruvchi (atsetonitriya) moda tarkibiga kiradi. Achchik bodom, shaftoli, uzum danaklari tarkibidagi amigdolin-glikozid parchalanishdan tsianidlar xosil buladi.

Klinik kurinishi. Taxikardiya, xansirash, xush buzilishi xarakterli bulib, koma tez rivojlanib ulimga olib keladi. EKGda xilpillovchi aritmiya, korinchalar ekstrasistoliyasi. T tishchasi inversiyasi aniklanadi. Laborator tekshiruvlarda ogir laktoatsidoz, raO_2 bilan pVO_2 taxminan kengligi aniklanadi. Konda tsianid miqdori aniklanishini kutmasdan davolashni boshlash kerak.

Absorbtsion zaxarlanish.

Zaxarlarni teri va kuz shillik kavatlari orkali surilishidan kelib chikadi. Kislotasi va ishkorkorlangan toksik ta'siri natijasida kuz shillik kavatlarining jaroxati kuzatiladi. Zaxarning surilishi jaroxatlanmagan va jaroxatlanmagan teri orkali utadi. Ikala holatda xam zaxarni surilishini kamaytirish maksadida bemorni ifoslangan kiyimlari va terisi yuvib tozalanadi. Ushbu tadbirlarni amalga oshirishdan oldin EPM (Shoshilinch tez tibbiy yordam xodimi) uzini ximoya kilish uchun ximoya kiyimini kiyishi kerak. (kulkop, kuzoynak, respirator).

Belgi va simptomlari:

1. Anamnezida ta'sirlanganligi.
2. Bemorning terisida kukun va suyuqlik bulishi.
3. Kuyishlar.
4. Kichishishlar.
5. Ta'sirlanish.
6. Kizarish.

Yordam kursatish.

Umumiy axborot.

Xar kandy bemorga birinchi yordam nafas yullari utkazuvchanligini va kon aylanishini ta'minlash. Zudlik bilan zaxarlarni neytrallas maksadida ularga karshi antidotni aniklash kerak. Tsianid bilan zaxarlanganda nafas yullari utkazuvchanligini tiklab, zudlik bilan antidod kullaniladi va kislorod beriladi. Bemortlar barchasi kislorod, nalakson, tiamin va glyukoza olishi kerak. Ayrim holatlarda – nalakson va atropin endotraxel intubatsion trubka orkali beriladi. Imkoniyati boricha kondagi kand miqdorini aniklab – pulsaksimetriya kilish kerak. Chunki gipoglikemiya va gipoksiya xushsizlik holatiga olib kelishi mumkin. Bemorga gipotenzion holat kuzatilsa – infuzion terapiya boshlash kerak EPM xodimi uzini ximoya kilish choralarni unutmashligi kerak.

Absorbtsion zaxarlanishlarda kursatiladigan yordam.

Bemorlarga kursatiladigan yordam kuzga, teriga tushgan zaxarlarga kursatiladigan yordamdek buladi. Teriga tushgan moddalar toza suvda chutka bilan yuviladi. Kuzga yoki teriga tushgan suyuqliklar toza suvda 20 minut davomida yuviladi. Teri va shillik kavatlarini yuvish paytida ularning butunligi buzilmasligi kerak.

Ogiz orkali zaxarli moddalarni kabul kilganda yordam kursatish.

Bunday bemorlarga yordam kursatishning asosiy maksadi tushgan zaxarli moddalarni konga surilishini kamaytirishdan iborat. Bundan 90 % bemorlarga kusish protsessini stemullaydigan ipekakuana siropi zaxarli moddalar (kimyoviy va tabiat usimliklari) kabul kilgandan sung 20 dakika ichida berilishi kerak. Ipikakuana siropini iloji boricha toksik moddani kabul kilgan paytda 1 soat ichida berilsa, bemorda kusish bulsa, preparatni 30 minutdan keyin yana kaytib berish tavsiya kilinadi. 1-2 yoshgacha bulgan bolalarga 15 ml kata yoshlilarga 30 ml bulib, chihik bolalarga juda sekin ichiriladi. Ipikakuana siropi kuyidagilarga tavsiya kilinmaydi:

1. Shaytonlash kuzatilgan bemorlarga.
2. Xushini yukotgan bemorlarga.
3. Kayd kilgan va kusishi mumkin bulgan bemorlarga.
4. Kimyoviy moddalar bilan zaxarlanganda va bu moddalar upka va oshkozon ichaklarga kuchli ta'sir kursatganda.

Ipekakuana siropi antidotlar tavsiya kilinishi 1-6,5 soatgacha chuzdirishi mumkin. Bu sirop bemorning umumiy axvoliga yomon ta'sir kilmaydi. Aktivlangan kumir va ich suruvchi dorilar esa bemorning umumiy axvoliga ta'sir kiladi.

Bu sirop yukorida kursatilgan kullinishi mumkin bulmagan kursatmalardan va zaxarlanishdan keyin kup vakt utgan bulsa ishlatilmaydi. Agar bemor kislotaga yoki ishkori iste'mol kilgan bulsa, unga suv yoki suv berish mumkin. Bemorga kustirish mumkin emas, chunki korroziyalovchi moda ajralib chikadi va tukimalarni kayta jaroxatlashi mumkin. Zaxarni ta'sirini kamaytirish maksadida bemorga aktivlangan kumir beriladi. Bunda zaxarli moda aktivlangan kumir bilan birikib ichaklar orkali axlat bilan chihik ketadi. Aktivlangan kumir kukun yoki suspenziya holatida chikariladi. Agar kukuni berilsa sharbat yoki suvda eritilib bemorga ichiriladi.

Bemorga aktivlangan kumir berishdan oldin shoshilinch tez tibbiy yordam xodimi raxbaridan dalolatnoma asosida ruxsat surashi kerak.

Asosiy printsip – aktivlangan kumir bemorga 10: nisbatda, ya'ni 10 kism aktivlangan kumir 1 kism zaxarli moddaga nisbatan. Kattalar uchun doza 0,5-1 g/kg yoki 25-50 gr. Bolalar uchun 12,5-25 gr. agar suspenziya berilsa doza paketdagi aktivlangan kumir mikdoriga karab beriladi. Suspenziya berishdan oldin yaxshilab chaykaladi.

Aktivlangan kumirni peropal zaxarli moddalarni kabul kilgan bemorlarga kanchalik barvakt berilsa foydasi yukori buladi. Aktivlangan kumir xavfsiz vosita bulib patsient axlati koramtir rangda ajralishiga sabab buladi. Aktivlangan kumir kullanimaydi: temir tuzlari, litiy va Rux bilan zaxarlanganda, chunki u ular bilan boglanmaydi.

Aktivlangan kumirni ichganidan keyin patsientda kusish kuzatilsa, tibbiy xodim aktivlangan kumirni kayta yana berishi kerak.

Ingalyatsiya yuli bilan zaxarlangan bemorlarga yordam kursatish.

Bunday bemorlarga yordam kursatish uchun birinchi navbatda ularni zaxarli buglanish manbasidan va gazlardan izolyatsiya kilish kerak. Xodisa sodir bulgan joy toksik moda bilan zaxarlangan bulsa, maxsus ximoya maskasi yoki respirator ishlatiladi.

Ingalyatsiya bilan zaxarlangan bemorlarni yukori nafas yullarining butunligini baxolash va upkada auskultativ tekshiruv utkaziladi. Bunday bemorlarga kislorod yukori bosimda beriladi. Barcha xansirash, taxipnoe va bradipnoe bor bemorlar zudlik bilan statsionarga yotkizilishi kerak. Is gazi bilan zaxarlangan bemorlarga zudlik bilan giperbarik oksigenatsiya utkazilishi zarur.

Ingalyatsiyalar orkali zaxarlanganda yordam kursatish.

Narkotik moddalarni yukori dozada kabul kilinganda nafas olishi tuxtab xushsiz buladi. ShTTYo xodimi yukori nafas yullarini utkazuvchanligini faoliyatini tekshirib turishi lozim. Bemor xushsiz bulganda tili tortilishi, yukori nafas yullarini yopilib kolishiga sabab bulishi mumkin. ShTTYo xodimi bemorni pastki jaglarni xarakatga keltirishi kerak, bu esa tilni pastga tushishiga yordam beradi. Kerak bulganda burun va ogiz orkali xavo berishlar ishlatiladi. Agar yukorida kursatilgan usullar natija bermasa, sun'iy nafas berish Ambu kopchasi bilan yoki endotroxeal intubatsiya kilinadi.

Nalacson – narkotik moddalarni kup mikdorda kabul kilganda, asosiy kullaniladigan antidot xisoblanadi, uni kyuori malakali ShTTYo xodimi yuborishi lozim. Nalacson mushak orasiga, vena ichiga va endotraxeal yuboriladi. Nalacson bemorga tez tibbiy yordam mashinasida berilishi kerak balsa, unda bemor fiksatsiya kilinishi kerak, chunki nalacsonni yuborgandan keyin bemor tinch uxlashi kerak. Nalacsonni yuborgandan kein agar bemor uygonsa va stasionarga yotkizishdan va keyingi davo muolajalaridan bosh tortsa, taktika tumandagi holatga karab belgilanadi. Ayrim holatlarda ShTTYo xodimi telefon orkali bemorni uzi keyingi tekshiruvlardan va davolash muolajalaridan bosh tortgani xakida guvoxlar orkali gaplashadi. Chora tadbirlar foyda bermasa, unda ShTTYo xodimi bemorni tibbiy muassasa raxbari bilan konsultatsiya kildiradi.

Xulosa.

1. Xodisa ruy bergan vaziyatda ShTTYo xodimi uta extiyotkor bulishi kerak.
2. Bemorni axvoli konikarli balsa xam, uni xayotini xavfsiz deb bulmaydi.
3. Doimo tulik anamnez yigish kerak.
4. Xodisa ruy bergan joyda tabletkalar, flakonlar va boshka narsalarni yigib bemor bilan davolash muassasasiga junatiladi.
5. Bemorga kasallik belgilari bulganda, unga aktivlangan kumir beriladi.
6. Ipekakuana siropini berganda juda extiyotkor bulishi shart.
7. Kerak bulganda tibbiy muassasa raxbari bilan maslaxat kilish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Bolalarda utkir zaxarlanishlarda kasallanish va ulimni epidemiologik ma'lumotlari.
2. Bolalarni utkir zaxarlanishida tekshirish printsiplari.
3. Bolalarda utkir zaxarlanishda simptomatik davo printsiplari.
4. Bolalarda utkir zaxarlanishlarda shifoxonagacha tez tibbiy yordam.
5. Bolalarda kislota va ishkor bilan zaxarlanganda tez tashxis kuyish va yordam kursatish.
6. Bolalarda uglevodorodlar bilan zaxarlanganda tez tashxis kuyish va yordam kursatish.
7. Bolalarda temir bilan zaxarlanganda tez tashxislash va tez tibbiy yordam kursatish.
8. Salitsilatlar bilan zaxarlanganda tezlik bilan tashxislash va yordam kursatish.
9. Teofillin bilan zaxarlanganda tez tashxislash va tez yordam kursatish.
10. Alkogol va narkotiklar bilan zaxarlanganda tez tashxislash va yordam kursatish.

BOLALARDA XULQ ATVOR SHOSHILINCH HOLATLARI

Tez tibbiy yordam amaliyotida bemorning xulq atvorini buzilishi ko'p uchraydigan holatdir. Biroq uning sababi ruhiy kasallik bo'lmasdan, somatik va travmatik holat bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning uchun xulq atvorning buzilishi shoshilinch yordam ko'rsatishda ustun jihat bo'lib xizmat qila olmaydi. Ammo ba'zi holatlarda xulq atvor buzilishi tibbiyot xodimiga, bemor yaqinlariga, guvohlarga va bemor o'ziga zarar etkazishi, umumiy holatni baholashga halaqit berishi mumkin. Tez yordam ko'rsatish tarkibida shu sabab maxsus brigada faoliyat olib

boradi va ularni navbatdagi chaqiruvga chiqqan tibbiy xodim zarurat bo'lsa yordamga chaqiradi. Ularning asosiy vazifasi bemorni ruhiy kasalliklar shifoxonasiga gospitalizatsiya qilish ko'rsatmasini aniqlash, bemorni fiksatsiya qilish, nevroleptiklar qo'llash va transportirovkani amalga oshirishdan iborat.

Demak tibbiy tez yordam xodimi oldida xulq atvor buzilishiga shchubha bo'lganda quyidagi uchta savol turadi:

1. O'zining, o'z komandasining, atrofdagilarning va bemorning xafsizligini ta'minlash
2. Maxsus statsionarga joylashtirishga ko'rsatmani aniqlash.
3. Bemorni maxsus bog'ichlar yordamida fiksatsiya qilishga ko'rsatmalarni aniqlash

Xulq atvor shoshilinch holatlari shunday holatki bunda xulq atvor o'ta g'alati, g'ayri-oddiy va atrofdagilar uchun xavfli bo'lib o'zgaradi va quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi:

- Bemorni va atrofdagilarni bezovta qiladi
- Tibbiy tez yordam yoki psixiatrik xizmat aralashuvini talab qiladi.
- Hayot uchun muhim a'zolar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi
- Bemor va atrofdagilar uchun xavfni tug'diradi
- Ijtimoiy me'yordan tubdan farq qiladi

Quyidagi holatlarni inkor qilmasdan turib, ruhiy kasallikni tasdiqlab bo'lmaydi:

- Gipoglikemiya
- Gipoksiya
- Noadkvat miya perfuziyasi
- Bosh miya jarohati
- Narkotik va alkogol
- O'ta qizib ketish va sovib ketish
- Markaziy asab tizimi infeksiyasi

Yuqorida ko'rsatilgan belgilarni inkor qiliish uchun jismoniy sababni ko'rsatuvchi kalit belgilar ishlatiladi

- To'satdan boshlanish
- Ko'ruv galyutsinatsiyasi
- Xotirani buzilishi yoki yo'qolishi
- Qorachiqning anomal o'lchami, simmetriklik, reaktivlik
- Gipersalivatsiya
- Peshob va axlat tutolmaslik
- Chiqarayotgan havoda notabiiy hid

Shuningdek bemor xulqiga jamoatchilikda mavjud bo'lgan ijtimoiy va madaniy sabablar ham ta'sir qilishi mumkin:

- Ijtimoiy va ruhiy daldani yo'qligi
- Zo'rlashga guvoh bo'lish yoki o'zida o'tkazish
- Yaqin odamining o'limi
- Urush va g'alayonlar
- Hayot tarzini o'zgarishi
- Kambag'allik
- Uzoq muddatli etishmovchilik va kamsitish

Xulq atvor shoshilinch holatlari aniqlanganda quyidagi yordam ko'rsatish tamoyillari asosida ish olib borish zarur:

- 1 Xotirjam, to'g'ri va bemorni ishonitiradigan ohangda gaplashish
- 2 Adekvat distantsiya saqlash
- 3 Bemor bilan ittifoqdosh bo'lishga erishish

- 4 Ko'ruv kontaktini saqlash
- 5 Keskin harakatlar qilmaslik
- 6 To'g'ri javob berish
- 7 Bemorni qo'rqitmaslik, to'g'ri baholash va bahslashmaslik
- 8 Haqiqatni aytish
- 9 Bemor galyutsinatsiyasiga chalg'imaslik
- 10 Bemor ishonadigan oila o'zlarini va do'stlarini jalb qilish
- 11 Vaqtning cho'zishga tayyor turish
- 12 Bemorni yolg'iz qoldirmaslik
- 13 Bemorni majburiy tinch turishga qarshi chora tadbirlarni qo'llamaslik
- 14 Bemorni dori ichishga majburlamaslik
- 15 Oddiy va sodda vazifalarni bajargani uchun bemorni rag'batlantirish
- 16 To'plangan odamlarni tarqatish

Tibbiy xodim xavfsizligi uchun xulq atvor shoshilinch holati aniqlangan joyni baholash katta ahamiyatga egadir. Bu o'z ichiga quyidagi tamoyillarni oladi.

- 1 Kuch ishlatishga qaratilgan omillarga e'tibor berish
- 2 Hech qachon xuquq tartibot xodimlari yordamisiz kuch ishlatish tomonidan xavfli bo'lgan bemorga yaqinlashmaslik
- 3 Shaxsiy xavfsizlikga to'liq ishonch bo'lmasa xuquq tartibot xodimini etib kelishini kutish
- 4 Bemorning joylashgan joyini aniqlash
- 5 Bemor va eshik o'rtasida joylashish
- 6 Bemordagi mavjud xavfli anjomlarga tezda ko'z yugirtirish
- 7 Agar bemorda qurol aslaha bo'lsa uni tashlashga iltimos qilish
- 8 Agar sizning iltimosingizga ijobiy javob bo'lmasa zudlik bilan voqea joyini tark etish va xuquq tartibot xodimini kutish.

Xulq atvor shoshilinch holatidagi bemorda birlamchi baholash paytida hayotga xavf soluvchi somatik yoki travmatologik holatni aniqlash xulq atvor shoshilinch yordamidan ustun turadi

Xulq atvor holatidagi bemorni fizikal tekshirish va undan fokuslangan anamnez yig'ishning quyidagi o'ziga xos jihatlari bor:

- 1 Yumshoq va muloyim so'zlashish
- 2 Bemorning shaxsiy g'ururini himoya qilish
- 3 Bemorga savolni to'liq va tushunarli berish
- 4 Bemorni suhbatga jalb qilish, bemorni tinglayotganingizni unga ko'rsatish
- 5 Bemorni hissiyotlarini hurmat qilish

Xulq atvor buzilishi aniqlanganda ruhiy holatni aniqlash uchun qisqacha savolnoma yordam berishi mumkin

So'rovnoma vazifalari va savollari:

1. Bugun oyingning qaysi kuni ?
2. Bugun qaysi kun?
3. Bizning shahrimiz qanday nomlanadi?
4. Telefon raqamingizni ayting(yoki uy manzilingizni).
5. Necha yoshdasiz?
6. Tug'ilgan kuningizni ayting.
7. Prezidentimiz kim?
8. Ungacha kim bo'lgan?
9. Onangizning qizlik familiyasini ayting?

Baholash

Har bir to'g'ri javob uchun 1 ball beriladi

0—2 xato: norma

3—4 xato: engil buzilish

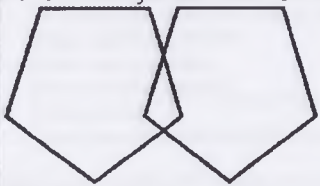
5—7 xato: o'rtacha buzilish

8—10 xato: og'ir buzilish.

Agar bemorda boshlang'ich maktab ma'lumoti bo'lmasa xatolar soni bittaga oshishi mumkin.

Agar bemorda ma'lumoti oliy bo'lsa xatolar soni bittaga kamayadi.

Shuningdek ruhiy holatni ekspress tekshiruv usuli orqali baholash mumkin. Bu tekshiruv 5-10 daqiqa vaqtni oladi. Bu usul ba'zida aniqlanmagan ruhiy buzilishlarni aniqlash imkonini beradi.

Vazifa	Maksimal ball
Oriantatsiya	
Bemordan yil, fasl, oy, oy kuni va hafta kunini ko'rsatishini so'rang	5
Bemor hozir qacda ekanligini (qavat, uy raqami, shahar, viloyat, manilakat)so'rang	5
Tezda ilg'ab olish	
Uchta bir-biriga aloqasi bo'lmagan predmetni ayting va uni bemordan qaytarib aytishni so'rang	3
Diqqat va hisob	
Bemordan 100dan 7ta ayirib tashlash tartibini so'rang(beshta ayiruvni amalga oshirish etarli)	5
Kechki ilg'ab olish	
Bemordan bundan oldingi vazifada aytilgan uchta predmetni qayta aytib berishni so'rang	3
Nutq va praksis	
Qalam va qo'l soatini ko'rsating va bemordan ularni atalishini so'rang	2
Bemordan "adi badi, kabi" so'zlarini qaytarishini so'rang	1
Bemordan uchta ketma ket harakatlarni bajarishini so'rang (masalan qog'oz varag'ini olish, uni ikkiga buklash, polga qo'yish)	3
Bemordan yozma vazifani bajarishni so'rang(masalan ko'zingizni yoping)	1
Bemordan o'zi hohlagan gapni o'ylashini va yozishini so'rang	1
Bemordan oddiy shakllarni chizishini so'rang:	1
	
Ja'mi maksimal ball — 30. Umumiy ballning 24dan pastligi delireya yoki dementsiya hakida ma'lumot beradi: bunda umumiy ballning 18-23gacha bo'lishi engil yoki o'rtacha	

og'ir buzilishdan darak beradi. 17 balldan past bo'lsa og'ir buzilishdir

* Agar 1-marta bemor uchchala predmetni sanab bera olmasa, qayta olti martagacha aytadi. Bu kechki ilg'ab olishni tekshirish uchun juda muhimdir.

Suitsidal va tajovuzkor bemorlarga yordam ko'rsatish paytida ko'p muammolar yuzaga keladi. Shuning uchun quyidagi baholash va yordam ko'rsatish tamoyillariga amal qilish lozim:

Suitsidal bemorlarni baholash tamoyillari

- 1 Shikastlanishlar va somatik holatlar suitsid urinishi bilan bog'liq bo'lsa ustunlik shu tarafda bo'ladi
- 2 Bemorni diqqat bilan eshitish
- 3 Bemorni shikoyati va hissiyatini qabul qilish
- 4 Bemor uchun ahamiyatli bo'lgan biror bir narsa qilish
- 5 Qo'rqinch va o'ta chtiyotkorsizlikga diqqatingizni qaratmang
- 6 Suitsiddan tez bosh tortishiga ishonmang
- 7 Suitsid bo'lganligini inkor etishga shoshilmang
- 8 Bemor boshlagan narsasini davom ettirishiga hech qachon ruxsat bermang

Tajovuzkor bemorlarni baholash tamoyillari

- 1 Bemorda kuch ishlatish, taxtid solish, tajovuzkorlik va urushish kayfiyati bor-yo'qligini aniqlash
- 2 Bo'lishi mumkin bo'lgan tajovuzkorlikga bemorning hatti harakatini baholash
- 3 Tajovuzkorlikga shubha qituvchi bemorni nutqini baholash
- 4 Jismoniy faollik va harakatlarni nazorat qilish
- 5 Bemor uchun tushunarli va qattiyatli bo'lish
- 6 Agar zarurat bo'lsa bemorni majburiy ushlashga tayyor turish

Suitsidal bemorlarga yordam berish tamoyillari

- 1 Agar bunga shubha bo'lsa bemorga uning hatti harakatlari to'g'risida savol berish
 - Bemorda o'z joniga qasd qilish yoki shikast etkazishi mumkinligiga hohish borligini aniqlash
 - Bemorda o'zini o'ldirishi bo'yicha aniq rejasi bormi?
- 2 Agar biror rejasi bo'lsa shoshilinch aralashuv. Bemorga malakali yordam ko'rsatmasdan tashlab ketmang

- 1 Agar o'zini o'ldirishga urinish sodir bo'lsa:
 - Voqea joyini xavfsizligini va o'zining xavfsizligini ta'minlash
 - Birlamchi AVS
- 2 Bunday bemorlarda ikkita shoshilinch holat mavjud bo'ladi
 - Jarohat
 - Bemorning ruxiy holati
- 3 Sizning xavfsizligingiz birinchi o'rinda
- 4 Shikastlanish va somatik shoshilinch holat ustun turadi
- 5 Bemorni tinchlantirish va uni yolg'iz qoldirmaslik
- 6 Zarurat bo'lsa o'zining, bemorning va atrofdagilarning xavfsizligini ta'minlash, bemorni majburiy bog'lash chora tadbirlarini qo'llash
- 7 Bemorni maxsus shifoxonaga tibbiy xodim nazoratida olib borish

Ruxiy shoshilinch holatlar

O'tkir psixoz o'z ichiga fikirlash va idrok qilish qobiliyati buzilishi bo'lgan bir guruh holatlarni oladi.

Bemorlarda alahsirash, galyutsinatsiyalar, xulq atvorining qo'pol buzilishlari kuzatiladi. Bemor tajovuzkor bo'lib, o'zini o'ldirish fikri ustun turadi.

Etiologiyasi

Endogen psixozlar: shizofreniya, paranoyya. Bosh miya shikastlanishi kuzatilmaydi.

Organik psixozlar metabolik buzilishlarda infektsiyalar, yomon sifatli o'smalar, yurak qon tomir kasalliklari, shikastlanishlar va zaharlanishlarda uchraydi

Diagnostika

Birinchii navbatda organik shikastlanishni inkor qilish kerak. Ushbu holatga shubha qilinadi:

- 1 Es- hushi yomonlashsa
- 2 Ko'ruv galyutsinatsiyalarda
- 3 Oilada endogen psixoz bo'lmasa

Albatta ruxshunos maslahati zarur

Shoshilinch yordam

1) Gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- 1 Bemor tajovuzkor yoki o'zini o'ldirish fikri bilan band bo'lsa
- 2 Es- hushi yomonlashib uy sharoitida parvarishning iloji bo'lmasa
- 3 Oila a'zolari zarur parvarishni ta'minlash imkoniyatida bo'lmasa
- 4 Noma'lum sababli psixozlar

Medikamentoz davo. Agar tajovuzkorlik, qo'zg'alish kuchayib boshqa usullar samara bermasa shoshilinch

medikamentoz davo boshlanadi. Neyroleptiklarni boshlashdan oldin atropinli psixoz holatini inkor qilish zarur

O'z joniga qasd qilish. Qizlarda ushbu holat ko'proq uchrab, ug'il bolalarda o'lim ko'p kuzatiladi

Eng ko'p tarqalgan sabablari maktabdagi qiyinchilik, oiladagi janjal, tushkunlik holati do'stlari bilan arazlashish, tasodifiy homiladorlik.

Tekshirish. Har qanday o'zini o'ldirishga bo'lgan harakati ostida jiddiy kelishmovchilik yotadi.

Quyidagi holatlarda o'zini o'ldirish harakati ehtimoli yuqori:

- 1 Og'ir tushkunlik, o'zini aybdor his qilish, umidsizlik, vegetativ buzilishlar
- 2 Avvallari reja qilingan o'zini o'ldirish harakati
- 3 Oldin o'zini o'ldirishga harakat bo'lgan, lekin sababi bartaraf etilmagan
- 4 Alahsirash va galyutsinatsiya fonida yuzaga kelgan o'zini o'ldirish harakati.

Shoshilinch yordam

- 1 Agar bolada o'z joniga qasd qilishga asosli shubha bo'lsa gospitalizatsiya qilish
- 2 Faqat ruxshunosning chuqur tekshiruvidan keyin uy sharoitida davolanish mumkin. Majburiy sharoit - uzoq muddat nazorat qilish imkoniyati.
- 3 Aralashuvning asosiy maqsadi bolaga maqbul holda uning hayot tarzini va sharoitlarini o'zgartirish.
- 4 Bola hohlagan paytida maslahat va ruhiy dalda olishi juda muhim ahamiyatga ega.

Tajovuzkorlik

Bolalarda tajovuzkorlik ko'p uchrab odatda xavfsiz hisoblanadi, bunda bolani tinchlantirish uchun oddiy tanbeh etarli bo'ladi. Ammo ba'zida faol aralashuv zarur bo'ladi:

- 1 Agar bola xavfli holatda tashlanayotgan bo'lsa va uni tinchlantiradigan har qanday harakat samarasiz bo'lsa.
- 2 Agar bola o'ta qo'zg'aluvchan bo'lib xavf solishga, yanada tajovuzkor harakatga urinaetgan bo'lsa bolani tinchlantirish qiyin.

Shoshilinch yordam

Bolani jismoniy kuch bilan iloji boricha engil shaklda tez to'xtatmoq zarur. Dori- darmon

chtiyotkorlik bilan qo'llaniladi va iloji boricha ularni jismoniy kuch ishlatishdan oldin tayyorlab olish kerak.

- 1 Neyroleptiklar — xlorpromazin, 0,5 mg/kg m/o har 4—6 s., qo'zg'alish va tajovuzkor paytida ishlatiladi. Ular xolinoblokatorlar va narkotik analgetiklar ta'sirini kuchaytirib, AQBni pasaytiradi, ekstrapiramidal buzilishlar, taxikardiya va xiqqildoq spazmini chaqiradi.
- 2 Benzodiazepinlar — diazepam, 0,1 mg/kg v/i yoki ichishga, maksimal — 10 mg beriladi. Odatda kuchli vahima bosishda samara beradi. Ular katta dozada nafasni to'xtatadi va alkogol, MAO ingibitorlari, fenotiazinlar, tritsiklik antidepressantlar va barbituratlarning MATga nojo'ya ta'sirini oshiradi.
- 3 Keyinchalik ruxiy tekshiruv o'tkaziladi va bola maxsus ruxiy shifoxonaga yoki internatga joylashtiriladi.
- 4 Har doim ham tajovuzkor harakat asosida ruxiy kasallik yoki adolatsizlik, xafagarchilik yotishini qayd qilishning iloji bo'lmaydi. Shu sabab qachonki bola atrofdaqilar uchun xavfli bo'lsagina jismoniy to'xtatib qolish yoki dorilardan foydalanish tavsiya etiladi.

Bolalar psixozi

2 guruh bolalar psixozi farqlanadi:

Erta bolalar psixozi (Ko'krak va maktab yoshigacha bo'lgan bolalar psixozi)

Kechki bolalar psixozi (prepubertat va pubertat yoshdagi bolalar psixozi)

Erta bolalar psixozi

Autizm – bu bolaning boshqa insonlar bilan muomala qilishga harakatining yo'qligidir. **Birinchi belgisi:** nutq o'sishining jiddiy orqada qolishidir.

Anamnez: bola quvnoq emas, kulmaydi yoki kech kulishni boshlaydi.

Ko'ruv:

- 1 Bola g'amgin. Bir necha soatlab yolg'iz qolishi mumkin
- 2 Nutq o'sishining orqada qolishi. Taxminan yarim bolalarda nutq keyinchalik ham rivojlanmaydi. Maktab yoshida bolalar bir muncha suhbatga aralasha boshlaydi
- 3 Bog'langan ritual harakatlar (mahkamlangan tartibda narsalarga turtinib ketish) va giperkinezlar bemorni o'rab turgan sharoitni o'zgartirmaslik maqsadida.
- 4 Boshini ko'tarmasdan o'ynaydi, boshqa insonlar ko'ziga qaray olmaydi, uning o'yiniga boshqalar aralashishiga ahamiyat bermaydi
- 5 Uning dasturini uzib qo'yish g'azabini qo'zg'atadi (erga yotib oladi, boshini uradi, tishlarini g'ijirlatadi)
- 6 Ko'pincha epileptik tutqanoqlar uchraydi
- 7 O'z qo'lini, barmog'ini harakatlarini kuzatib boradi va narsalarni ta'mini bilishga harakat qiladi
- 8 Og'riqqa reaksiyasi kam
- 9 Tasodifiy baland tovushga reaksiyasi yo'q
- 10 Exolaliya, nutq ritmini buzilishi.

Quyidagi simptomlar asosida tashhis qo'yiladi:

- 1 Begonasirash, tushkunlik (bola suhbatdosh ko'ziga qaramaydi, odamlarni farqlay olmaydi, kulmaydi, jismoniy muloqatdan o'zini tiyadi).
- 2 Nutq buzilishi (tushunmovchilik, exolaliya, joylarni noto'g'ri aytish), qiyin suhbat qurish
- 3 Rituallar, bir xillikni qattiy talab qilish.
- 4 O'ttiz oylikgacha kasallik boshlanadi.
- 5 Kasallik sababi aniq emas. Miyaning organik zararlanishi yoki retikulyar formatsiyaning etishmovchiligi sabab bo'lishi mumkin. Bolalar autizmi fenilketonuriya, qizilchanning fetal sindromi, sinuvchan X-xromosoma sindromida uchraydi. Kasallik ota-onalar harakatiga bog'liq emas.

Oqibati: kam sonli bolalar o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyatiga hisobiga oila bilan yashaydi.

Aksariyat bemorlar umr bo'yi shifoxonada davolanadi. Kattalarda autizm va shizofreniya o'rtasidagi aloqa aniqlanmagan.

Davolash: xulq atvor davosi. Tajovuzkor xulqni nazorat qilish uchun trankvilizatorlar tavsiya qilinadi.

Indutsirlangan psixoz – bu klinik ko'rinishi aniq bo'lmagan sindrom bo'lib, 2-5 yoshlarda uchraydi. Dastlab sezgirlik oshib ketadi. Quzg'atuvchi omillar bolada keskin vahimani uyg'otadi va aqliy, ijtimoiy xulqi pasayishi kuzatiladi. Bola o'z yaqinlariga o'ta bog'lanib qolganligini ko'rsatadi. Nutqi o'zgarib kommunikativ funktsiyasi yo'qoladi. Ikklamchi autizm bilan asoratlanishi mumkin.

Sababi: noaniq.

Oqibati: autizmga nisbatan yaxshiroq .

Kechki bolalar psixosi

Bolalar shizofreniyasi

- 1 7 yoshdan avj oladi
- 2 Fikirlash qobiliyati buziladi
- 3 Alahsirash
- 4 Galyutsinatsiya
- 5 Tartibsiz xulq atvor
- 6 O'zaro munosabatdan o'zini tiyish
- 7 Reallikni sezmaslik
- 8 Ko'nikmalarni yo'qolishi

Oqibati: yomon, 20 yoshga borib kattalar oddiy shizofreniyasi rivojlanadi. Ota-onalar bunda o'zini ayblab ba'zan tajovuzkor harakat qilib qo'yishi mumkin. Shifokor ota-onalarga o'zini tutish tartiblarini tushintirishlari zarur. Maktab yoshigacha va kichik maktab yoshidagi bolalarni ota-onalarisiz ko'rikdan o'tkazgan ma'qul.

Anti ijtimoiy xulq

Etiologiya. Anti ijtimoiy xulq asosida noto'g'ri tarbiya va ota-onalarning farzandlari bilan yomon munosabada bo'lishi yotadi.

Tekshirish

- 1 Yolg'on gapirish, urushqoqlik, bezorilik, o'g'irlik, olov o'ynash bunday holat uchun xos.
- 2 Agar bunday holatlar bir marta qayd qilingan bo'lsa xavfli sanalmaydi. Chunki 4-7 yoshdagi bolalar ushbu harakatlarni qiziqqonligi tufayli sodir etgan bo'lishi mumkin.
- 3 Ko'pincha o'qishga layoqatni pastligi, engiltaklik ularga xos.
- 4 Ko'pincha diqqat e'tibor buzilgan bo'ladi.
- 5 Antijtimoiy xulq ostida emotsional buzilishlar (masalan depressiya) yotishi mumkin.

Agar bola kamida 6 oy davomida yuqoridagi harakatlarni amalga oshirsa va bu narsa bola yoshining me'yoriy ko'rsatkichlariga to'g'ri kelmasa, bu harakat antijtimoiy xulq deb tashhis qo'yishga asos bo'ladi. Agar antijtimoiy xulq asosida emotsional buzilishlar yotsa bolalar ruxshunosi maslahati tavsiya etiladi.

Alkogolizm va narkomaniya

Etiologiya. Alkogolizm va narkomaniya sabablari odatda oilada yashiringan bo'ladi. Tarbiyaning noto'g'riligi, bola bilan doimiy qo'pol bo'lish, ota-ona o'z ma'suliyatini bajara olmasligi asosiy omillardan biridir. Bunday bolalarga o'zini past baholash, etuk emaslik, bahillik xosdir. Ba'zan o'z tengdoshlarining tazyiqi ham bunga sabab bo'lishi mumkin.

Tekshirish

- 1 Anamnez yig'ish paytida narkotik modda turi, uning miqdori, necha marta qabul qilishi, jismoniy va ruhiy bog'lanib qolish belgilari bor- yo'qligi, oilada alkogolizm va narkomaniya bor -yo'qligi aniqlanadi.
- 2 Odatda alkogolizm va narkomaniya antiijtimoiy xulq va maktab mashg'ulotlarini o'tkazib yuborish bilan birga kechadi.
- 3 Odatda bolalar alkogol va narkotiklarni qiziqonlikdan emas balki kayf olish uchun qabul qiladi. Shu sabab bir vaqtning o'zida bir necha narkotiklarni qabul qiladi.

Tashhis: agar bir oydan kam bo'lmagan davrda alkogol va narkotiklarni qabul qilsa va u ijtimoiy holati hamda o'qishiga ta'sir qilsa tashhis qayd qilinadi .

Emotsional buzilishlar

Asab anoreksiyasi

Etiologiya. Asab anoreksiyasi turli hil ruhiy kasalliklarda uchraydi. Odatda 10 – 30 yoshdagi, oilaviy ahvoli o'rta va yuqori bo'lgan qizlarda uchraydi. Kechishi turlicha bo'lib 5-20 % holatlarda o'lim kuzatiladi.

Tekshirish

Erta belgilari

- 1 Doimiy vazn yo'qolishiga olib keluvchi qattiq parhez ushlash.
- 2 Mc'yoriy ishtaha va doimo fikr xayoli ovqatda bo'lish
- 3 O'zining tana tuzilishi haqida yomon fikirlash va semirishdan qo'rqish.

Kechki belgilari

- 1 O'zini nazorat qila olmaslik.
- 2 Ochko'zlik huruji va undan keyin bemor o'zida qusish chaqirish, ich suruvchi va peshob haydovchi dorilarni tartibsiz qo'llash, ortiqcha jismoniy mashg'ulot.

Tashhis qo'yish uchun shizofreniya, depressiya, somatik kasalliklar va vazn kamayishiga olib keluvchi endokrin kasalliklari, ichak kasalliklarini inkor qilish zarur.

Fizikal tekshiruv. Gipotermiya, arterial gipotoniya, soch to'kilishi, shish aniqlanadi. Birlamchi yoki ikkilamchi aminorreya bo'lishi mumkin. Kechki davrda esa osteoporoz va jismoniy o'sishdan to'xtash aniqlanadi

Gospitalizatsiyaga ko'rsatma: og'ir vazn yo'qotish, yurak urish sonini va AQBni, nafas sonini va tana haroratini turg'un bo'lmasligi, o'tkir suvsizlanish, suv- tuz almashinuvining buzilishi, ambulator davoning samarasizligi.

Asab bulimiyasi

Etiologiyasi noaniq.

Tekshirish

Asab bulimiyasi ko'pincha o'smirlarda uchraydi. Kechishi surunkali bo'lib, mehnatga layoqatsizlik kam kuzatiladi. Bosh miya o'smalari, Klcyne—Levina sindromi, Klyuvca—Byusi sindromini inkor qilish kerak.

Tashhis quyidagi belgilar asosida qo'yiladi:

- 1 Har ikki soatda o'ta to'yib ovqat eyish.
- 2 O'z xulqini noto'g'riligini his qilmaslik, o'z ustida nazoratni yo'qotish.
- 3 Doimiy ravishda vazn yo'qotishga harakat qilish.
- 4 Vazni va tana tuzilishi haqida o'ta qayg'urish.
- 5 3 oy davomida haftasiga ikki marta ochko'zlik hurujini takrorlanishi.

Bolalar ruhshunosi maslahati tavsiya qilinadi

Notabily buzilgan ishtaha

Etiologiya. Taxminiy sabablari – ayrim ozuqa moddalarinig etishmovchiligi va emotsional

talabni qoniqtira olmaslik.

Tekshirish

- 1 Odatda bunday ishtaha 18 oylikdan 5 oygacha uchrab bolalar turli bo'yoq soch va balchiqlarni iste'mol qiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarning hamma narsalarni og'ziga solishini bunday ishtaha bilan adashtirmaslik zarur.
- 2 Ishtahaning bu turi mineral moddalarning etishmovchiligida, bolalar autizmida, shizofreniyada va bola yomon parvarish qilinganida kuzatiladi.
- 3 Asoratlari ichak tutilishi, qo'rg'oshin bilan zaharlanish, allopetsiya va gelmintozlar.

Tavsiya qilinadi

- 1 Bolani kuzatuvini kuchaytirish, ko'proq etibor berish, va notabiiy ishtaha sabablarini yo'qotish. Agar bu harakatlar samara bermasa bolalar ruxshunosi maslahati zarur.
- 2 Zaharli moddalarga bolaning qo'li etishini bartaraf qilish zarur.

Depressiya

Etiologiya. Depressiyaning yuzaga kelishida biologik va ijtimoiy omillar katta rol o'ynaydi.

Tekshiruv

- 1 Bolaning emotsional holati tekshiriladi: buning uchun unga «sen hech xafa bo'lganmisan?», «tez yig'lab turasanmi?», «senga og'inni?» kabi savollar beriladi. Bu savollar bolaning qayg'usini kamaytiradi va terapevtik aralashuvni engillashtiradi.
- 2 Anamnez yig'ish paytida oiladagi yomon muhit, somatik kasallik, antiijtimoiy xulq maktabdan qo'rqish, darslarni o'zlashtira olmaslik, uyquning buzilishi, yaqin insonlarini yo'qotish kabilar so'rab surishtiriladi. Iloji boricha ma'lumotlarni har hil manbalardan boladan, ota-onalardan, o'qituvchilardan yig'ish lozim.
- 3 Boladagi depressiya holati ko'pincha ota-onalarining depressiyasi bilan bog'liq bo'ladi.
- 4 Bolalarda kayfiyat yomonlashadi, lekin xulq atvor o'zgar olmaydi.
- 5 Kayfiyatini pasayishi infeksiyon kasalliklar, gipoterioz va ba'zi dorilarni qabul qilish hisobiga bo'lishi mumkin.

Tashhis quyidagi belgilar asosida qo'yiladi.

Uzoq vaqt kayfiyatining pasayib ketishi (g'amginlik, o'zini eb qo'yish, o'ta bosiqlik, yuz ifodasining g'amgin tus olishi) yoki befarqlik va ba'zi narsalardan qoniqish olmaslik:

- uyqusizlik yoki doimiy uyquchanlik;
- anoreksiya va ozib ketish yoki ishtahaning ochilib ketishi va vazn yig'ish.
- ishsizlik yoki doimiy charchoqlik;
- o'zini to'laqonli his qilmaslik va naf keltirmaslik;
- maktabda va uyda ish qobiliyatining pasayib ketishi;
- diqqat e'tiborning pasayib ketishi, o'zini qo'lga ola bilmaslik, fikrini jamlay olmaslik;
- atrofdagilardan o'zini olib qochish, ularni uchratish va gaplashishdan qochish;
- ota-ona yoki tarbiyachiga nisbatan xafagarchilik;
- maqtov va unvonlardan qoniqish ololmaslik;
- kelajak haqida noto'g'ri fikirlash yoki bo'lgan voqeani uzoq o'ziga olish;
- yig'lovchanlik;
- ertalabki siniqlik (charchash, holsizlik, uyquchanlik, badjahillik).
- o'zini o'ldirish va o'lim haqida o'ylash.
- sanab o'tilgan belgilar har kuni va hech bo'lmaganda 2 hafta davomida kuzatilsa depressiya hakida o'ylash mumkin.

Qattiy depressiya holatida ruhshunos maslahati tavsiya etiladi

Vahimaga tushish:

Etiologiya. Vahimaga tushish bu bolaning xarakteri, doimiy stress va boshqa sabab natijasida

bo'lishi mumkin.

Tekshirish

- 1 Anamnez yig'ish paytida bolani aynan nima bezovta qilishi aniqlanadi
- 2 Vahimaga tushish bolaga nisbatan uy yoki maktabda talab ko'payganda, yoki bolada o'ziga bo'lgan ishonch yo'qligi bois kuchayishi mumkin.
- 3 Bolalar baxtsiz hodisalarga o'ta moyil bo'lib, kattalardek fikirlashga tushadi, yomon uxlaydi va o'zi haqida atrofdegilar qanday fikrda ekanligini ko'p o'ylaydi.
- 4 Ota-onalarning vahimaga tushishi ham katta rol o'ynaydi
- 5 Bezovta bo'lish uchun yaqin odamidan ayirish etarli bo'ladi.

Diagnostika. Asosiy diagnostik belgi – bu qattiy vahimaga tushish bo'lib, bir oydan ko'p davom etadi va quyida keltiriladigan belgilarning kamida to'rttasi aniqlanadi.

- 1 Kelajak haqida asossiz qayg'urish.
- 2 O'zining oldingi xulq atvori haqida doimiy fikirlash.
- 3 O'z yutuqlari bilan me'yoridan ortiq maqtanish.
- 4 Asossiz somatik shikoyat.
- 5 Tinchlantirishga talab zarurligi.
- 6 Uyatchanlik.
- 7 O'zini doim notinch his qilish. Qaltirash va bezovtalik.
- 8 Vegetativ buzilishlar: tinch paytida nafas va pulsini oshishi, ko'p terlash, yurak urib ketishi, og'iz qurishi, ich ketishi.

Agar vahimaga tushish saqlanib, o'qishga va tengdoshlari yoki ota-onasi bilan o'zaro muloqatga halaqit beradigan bo'lsa ruhshunos maslahati tavsiya qilinadi.

Konversion buzilishlar

Etiologiya. Psixoanaliz shuni ko'rsatdiki konversion buzilishlar es-hushdan vahimani siqib chiqarib uni somatik simptom sifatida qayta shakillanishini ta'minlaydi.

Tekshirish

- 1 Eng ko'p somatik ko'rinish harakat va sezgi buzilishlari.
- 2 Anamnezida noma'lum sababli somatik simptomlar aniqlanadi.
- 3 Somatik simptomlarni aniqlash konversion buzilishlarni inkor etmaydi.
- 4 Somatik simptomlarni paydo bo'lishi ko'pincha emotsional stress yoki biror inson bilan (aynan shu simptomlari bor) muloqat natijasida yuzaga keladi.

Differentsial tashhisot sistemali qizil yugurik va tarqalgan skleroz bilan o'tkaziladi.

Tashhisot

- 1 Bosh simptom - biror bir somatik kasallik haqida o'ylashga undovchi ma'lum bir a'zo ish faoliyatining buzilishidir.
- 2 Simptomlar bemor hohish irodasini chetlab paydo bo'ladi va ularni ma'lum patofiziologik mexanizmlar bilan tushuntirib bo'lmaydi.
- 3 Kasallikning ruhiy tabiati haqida ma'lumot:
 - 4 Somatik simptomlar emotsional stress natijasida yuzaga keladi:
 - 5 Kasallik bolada yoqimsiz ish oldida bo'yin egishga olib keladi yoki atrofdegilardan dalda oladi.
- 6 Ruhshunos maslahati tavsiya qilinadi.
- 7 Ota-onalarga bolaning og'ir kasallikka chalinmaganligi tushuntiriladi.
- 8 10—30% holatlarda konversion buzilish deb qabul qilingan holatlar somatik kasallik bo'lib chiqadi. Shuning uchun bunday bemorlar pediatrik nazoratida bo'lishi kerak.

Bemorlarni bog'lash

Bog'lashning asosiy to'rtta turi: kursi, Pozi kamari, qo'llarning plastmassali kishanlari va to'rtta nuqtada bog'lash (ikkita bilak va ikkita to'piq). Nam choyshab va siquvchi kiyimlar bilan

bog'lash kam holatlarda amalga oshiriladi va ancha xavflidir. Bog'lashning har qanday turida bemorni doimiy kuzatuvi va parvarishi zarur. Bog'lashni amalga oshirish va keyingi kuzatuv uchun etarli tibbiy xodim ajratiladi. Bog'lashga bo'lgan ko'rsatma maxsus hujjatga yozma ravishda ko'rsatiladi.

Usullar

Kursi asosan dementsiya holatida ishlatiladi. Uning asosi keng bo'lib, maxsus taxtadan iborat bo'ladi va bu taxta tirsak ostiga qo'yish uchun mahkamlangan bo'ladi. Qo'zg'aluvchan, muvozanati buzilgan bemorlar ushbu usul yordamida bog'lanib, ularning palata va xonalar bo'yicha daydib yurishining oldi olinadi.

Afzalliklari: bemor qulay holatda o'tiradi, qo'llari erkin, mustaqil ovqat eyishi, yozishi va foydali mehnat bilan mashg'ul bo'lishi mumkin. Bundan tashqari doimiy muloqatda bo'ladi.

Asoratlari

Kontakt shikastlanishlar

- 2 Timalishlar
- 3 Qorinni bosib qo'yish
- 4 Yotoq yaralar
- 5 Qon aylanishning buzilishlari, jumladan venoz dimlanish, tromboz.
- 6 Bu asoratlar texnik xato natijasi hisoblanadi.

Bog'lashning o'zining asoratlari

- 1 Qochishni nazarda tutish, bemorni kursiga o'tqazgandan so'ng yaxshi parvarish qilmaslik, ovqatlanish va parvarishning etarli bo'lmasligi, muloqotning kamligi.
- 2 Qo'zg'alishga olib keluvchi sensor deprivatsiya.
- 3 Tibbiy xodimda bemor bilan hammasi joyida qabilida noto'g'ri ma'lumot uyg'otish.

Pozi kamari — bu teri yoki matodan yasalgan keng kamar bo'lib, bemorni belini o'rab oladi va bemor yotgan o'rinning asosiga mahkamlanadi. Bu kamarda dementsiyadagi bemorlar yurishi to'xtatiladi. Asorati: qon aylanishining buzilishi, qorinni bosib qo'yish, timalish, ba'zan bo'g'ib qo'yish. Oxirgi holat ushbu kamarning amaliy avfzalligini kamaytirib yuboradi. **Plastmassali kishanlar.** Agar bemor tajovuzkor va vahimada bo'lsa, uni shoshilinch evakuatsiya qilish zarur bo'lsa qo'lga maxsus kishan taqilaqi. Kishanlar bemorni ko'chirib o'tkazish uchun va atrofda qilarning xavfsizligi uchun qulaydir. Holat normallashtirgandan keyin kishanlar echiladi.

To'rt nuqtada bog'lash. Ushbu moslama maxsus terili qovuzloqdan iborat bo'lib bilak va to'piqqa mahkamlanadi. Bemorning oyoq-qo'li harakatini to'liq cheklamaslik maqsadida qovuzloqlar krovat asosiga biroz bo'sh qilib bog'lanadi. Ushbu usul bemorni boshqarish juda qiyin bo'lsa va dori-darmonlar samara bermasa qo'llaniladi. Intoksikatsion psixozlarda zaharlovchi modda organizmdan chiqib ketguncha yoki antidot ta'siri boshlanguncha bemorlar ushbu usul bilan mahkamlanadi. Shuningdek paranoid va manniakal hurujlarda, vahimali depressiyalarda, o'zini o'ldirish harakatida, a'zoni yo'qotish (ko'zni yulib olish)da ham bu usul qo'llaniladi.

Bog'lashni qo'llash mumkin emas:

- 1 Agar boshqa samarali usullar bo'lsa.
- 2 Kuzatish va parvarish qilish maqsadida.
- 3 Agar xarakterida doimiy tajovuzkorlik bo'lib, lekin ruhiy adovati bo'lmasa.

Asorati

Tasma, kamar yoki krovatdan bevosita shikast olish

Ovqat yoki qusuv massalari aspiratsiyasi.

Nazorat savollari:

1. Xulq atvor shoshilinch holatlari belgilarini ayting
2. Xulq atvor shoshilinch holatlarining jismoniy, ijtimoiy-madaniy sabablarini ayting.
3. Xulq atvor shoshilinch holatidagi bemorlarni tekshirish tamoyillari
4. Suitsidal harakatdagi bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatish

5. Tajovuzkor bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatish
6. Erta bolalar psixozining belgilarini aytung
7. Kechki bolalar psixozining belgilarini aytung
8. Bolalarda emotsional buzilishlar belgilarini aytung
9. Xulq atvor shoshilinch holatidagi bemorlarni bog'lab qo'yishning to'rtta asosiy usullarini aytung.

TASHKI MUXIT OMILLARI TA'SIRI NATIJASIDA YUZAGA KELUVCHI SHOSHILINCH XOLATLAR

Atrof muhit omillari ta'siri natijasida kelib chiqadigan shoshilinch holatlarga tashqi muhitning yuqori va sovuq harorati tasiri, shuningdek suvdagi baxtsiz hodisalar (cho'kish) kiradi. Kasallik belgilarini to'g'ri aniqlash va bemorlarni to'g'ri yunalтира olish - atrof muhit tasiri ostida paydo bo'ladigan shoshilinch holatlarni davolashda samarali yordam beradi.

Cho'kish. Odamning suvga yoki boshqa suyuqlikka g'ark bo'lishi hayot uchun muhim bo'lgan tizimlarning (M.A.T. nafas olish va qon aylanish tizimlari) o'tkir shikastlanishiga olib keladi. Cho'kishga olib keluvchi omillarga suzishni bilmaslik, alkogol va narkotiklar istemol qilish (baroshikastlanish- chuqurlikka sho'ng'ish moslamasi yordamida cho'milish), buyin va boshning shikastlanishi, hushdan ketish, tutqanoq, o'zidan ketish, yurak faoliyatining buzilishi kiradi. Cho'kish hamma yoshdagilarda ham uchraydi, lekin bolalar va o'smir yoshdagilarda ko'proq kuzatiladi. *Cho'kish quyidagi holatlarda yuzaga keladi:* Dengiz va daryo kemalari halokati, havo kemalarining suvga qulashi, tabiiy ofatlar, suv sporti bilan shug'ullanish vaqtida, ochiq suvga tasodifan tushib ketish, suv havzalarida cho'milish natijasida. Suvga cho'kish sabablari orasida alohida o'rinni emotsional omil ya'ni, o'z-o'ziga ishonchsizlik, qo'rquv hissi egallaydi. Yana bir muhim omillardan biri suvning past haroratidir. Suvning past harorati teri va o'pka qon tomirlari spazmlarini chaqirib, yurak va nafas olish tizimi faoliyatining o'tkir buzilishiga olib keladi. Suvga qulash yoki bexosdan tushib ketish oqibatida sog'lom odamda kollaps yoi sovuq shok paydo bo'ladi va bu tananing suv ostiga cho'kishida, bazar o'limga sabab bo'ladi. Bu holat faqat sovuq suvda emas balki iliq, yani (22-25) haroratli suvda ham, tananing quyoshda qizishi, jismoniy zo'riqishidan so'ng suvga tushish oqibatida ham sodir bo'lishi mumkin. Burun shilliq qavatining orqa bo'limlari suv bilan tasirlanganda (nazokardial refleks, laringokardial refleks) eshitish nervi bilan bog'liq holatlarda tezkor cho'kish va o'lim yuzaga keladi.

Suvning tez oqishi, to'fonlar, turli suzish vositalari bilan to'qnashuvlar ham cho'kishning omillari hisoblanadi.

Cho'kish turlari.

1. Sinkopal cho'kish –yurakning reflektor to'xtashi
2. Asfiktsik yoki to'liq bo'lmagan /quruq/ cho'kish, bunda dastlab reflektor laringospazm, gipoksiya, giperkapniya va qorinchalarning fibrilyatsiyasi yoki yurakning reflektor to'xtashi /sinkopal cho'kish/ kuzatiladi
3. To'liq yoki chin /ho'l/ cho'kish, o'pkaga suv tushishi oqibatida yuzaga keladi.

Cho'kish oqibatiga ta'sir qiluvchi omillar;

1. Ichimlik suviga cho'kganda, gipotonik suv surfaktantni yuvadi va qon tomirlarga tez so'riladi, mikroatektazlar chaqiradi, o'pkaning shishi, plazma osmolyarligini kamaytiradi, gemoliz, giperkapniya, yurak qorinchalari fibrilyatsiyasiga olib keladi.
2. Dengiz suvida cho'kkanda gipertonik suv alveola epitelialarini shikastlab alveoladagi plazma hajmini oshiradi va natijada o'pka shishini keltirib chiqaradi. Qon tomirlarda plazma

hajmi kamayib, giperkaltsiemiya, gipermagniemiya (suvdan so'riladi) va yurak to'xtashi kelib chiqadi.

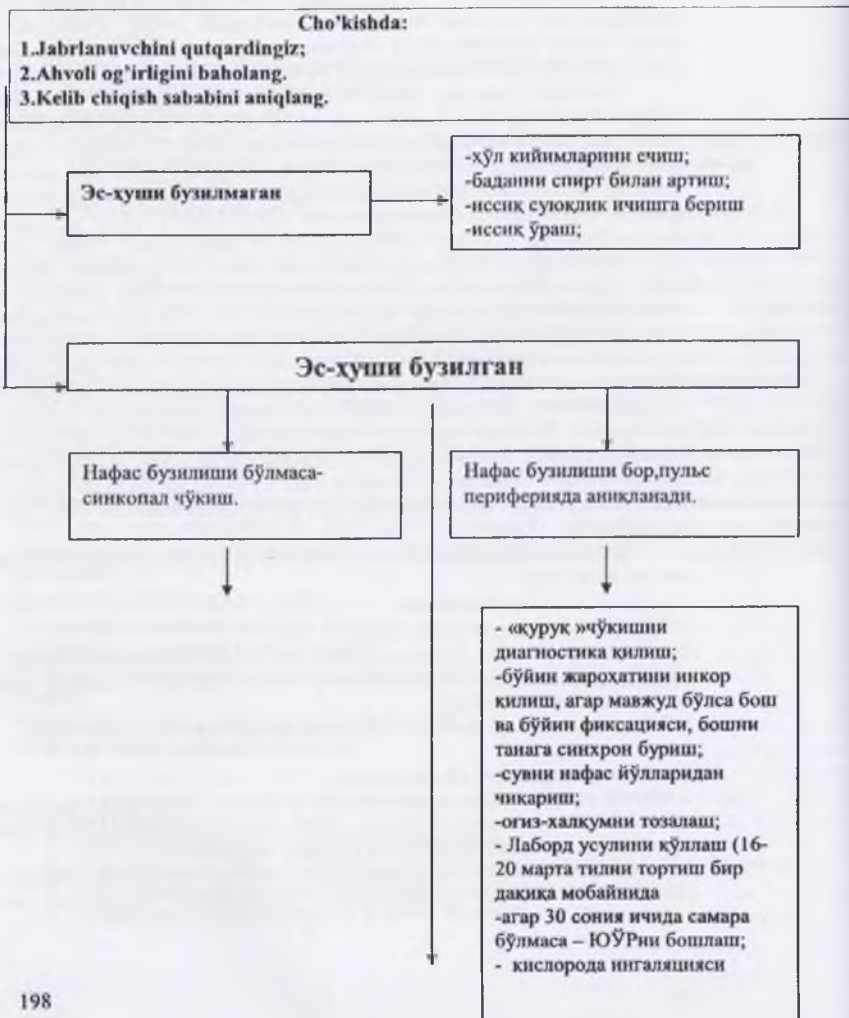
3. Sovuq suv krioshok keltirib chiqaradi, lekin shu bilan birgalikda miyaning kislorodga bo'lgan ehtiyojini kamaytiradi. Bu esa o'pka- yurak reanimatsiyasi vaqtini uzaytirishiga yordam berishi mumkin.

4. Suvning iflosligi, suv o'tlarining mavjudligi nafas yo'llari obstruksiyasini keltirib chiqaradi.

5. Suvning kimyoviy moddalar bilan ifloslanishi o'tkir zaharlanishni keltirib chiqaradi.

6. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarning cho'kishida ularda rudimental refleksning, yani sho'ng'uvchining muhofaza refleksining mavjudligi bilan kattalardan farq qiladi. Ulardagi bu xususiyat cho'kish holatidagi uzoq asfiksiyani va o'pka-yurak reanimatsiyasi vaqtini uzaytirishni ta'minlaydi.

7. Suvga sho'ng'ish oqibatida bosh va umurtqalarning qattiq jismga urilishi natijasida ularning shikastlanishi kelib chiqishi mumkin.



-жароҳат йўқлигига ишонч ҳосил қилиш ;
-беморни юз тубан ётқизиб кураклари орасиги урган ҳолда сувни чиқариб юбориш;
-чалқанча ётқизиб бошини ёнга буриш;
-оғиз бушлиғи ва халқумни тозалаш;
-оёқни 20°С га қўтариш;
-иложи борича декомпрессия амалга ошириш;
- оксигенотерапия бошлаш;
-ҳул кийимларини ечиш ва баданни спирт билан артиш.



Нафас бузилган, пульс периферияда аниқланмайди- **чин чўкиш**

-бош пастга, буйин ёнга қараган, курак кафаси икки ёнидан 15 сония қисилиб сув чиқарилади;
-ЮУРни бошлаш;
-иложи борича электрофибриляция ўтказиш;
-иложи борича ошқозонни бушатиш ва кислород ингаляцияси

Cho'kish holatida bemor darhol sovuq muhitdan chiqarilib keyingi suv yo'qotishining oldi olinadi. Buning uchun bemordagi ho'l kiyimlar darhol echilib, bemor issiq o'raladi. Shuningdek qon aylanishiga to'sqinlik qiluvchi buyumlar echib qo'yilishi lozim.

Davolash jonlantirish chora tadbirlaridan boshlanadi. Buning uchun birinchi galdа nafas olish yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi va ushlab turiladi. 100% kislorod bilan o'pka ventilyatsiya amalga oshiriladi. Vena ichiga fiziologik eritma yoki Ringer eritmasi yuboriladi.

1. Agar bemor hushidan ketmagan bo'lsa, ho'l kiyimlari echilib badani spirt bilan ishqalanadi va issiq suyuqlik ichiriladi. Bemor issiq o'ralib agar qo'zg'aluvchanlik kuzatilsa sedatatsiya qilinadi.

2. Bemor hushida bo'lmasa nafas olishi baholanadi.

3. Agar nafas olishda buzilishlar bo'lmasa (bradipnoe, retraktsiya)

-sinkopal cho'kish aniqlanadi.

-bo'yin umurtqalari shikastlanmaganligiga ishonch hosil qilish kerak.

-bemor yuzi bilan pastga qarab yotqiziladi.

-ikki kurak o'rtasiga urib suvdan xolos etiladi.

-chalqancha yotqizilib, bosh yon tomonga o'giriladi.

-o'g'iz bo'shlig'i tozalanadi.

-oyoqlar 20° ko'tariladi.

- iloji boricha dekompressiya o'tkaziladi.
- iloji bo'lsa 100% kislorod bilan ingalyatsiya qilinadi.
- ho'l kiyimlar echiladi, badani spirt bilan ishqalanadi.
- buyin umurtqalari shikastlanish belgilari bo'lsa bo'yin va bosh fiksatsiya qilinadi. Bosh tanaga sinxron buriladi.
- 4. Agar nafas olishda o'zgarishlar bo'lsa, (bradipnoe, retraktsiya) qon aylanishi baholanadi. Agar periferik arteriyada puls bo'lsa:
- "quruq" cho'kish tashhisi qo'yiladi.
- bo'yin shikastlangan yoki shikastlanmaganligiga ishonch hosil qilish kerak.
- yuqoridagi usul bilan suv nafas yo'llaridan chiqariladi.
- og'iz xalqum bo'shlig'i tozalanadi.
- Labord usulidan foydalaniladi.
- agar 30 sekund ichida natija bo'lmasa. O'pka –yurak reanimatsiyasi qilinadi.
- kislorod ingalyatsiyasi beriladi.
- 5 Agar periferik arteriyada puls sezilmasa, xaqiqiy cho'kish tashhisi qo'yiladi.
- 15 sekund ichida boshni pastga, bo'yinni yon tomonga qaratgan holatda ko'krak qafasi ikki yon tomondan siqilib nafas yo'llaridan suv chiqarilib tashlanadi.
- o'pka –yurak reanimatsiyasini boshlash kerak.
- iloji bo'lsa elektrodefibrilyatsiya qilinadi.
- iloji bo'lsa oshqozon dekompressiyasi va kislorod ingalyatsiyasi o'tkaziladi.

O'ta qizib ketish

O'ta qizib ketish - bu organizmning tashqi muhitning yuqori haroratiga nisbatan, gomeostazni bir me'yorda ushlab turish qobiliyati bo'lmasligi bilan bog'liq holatdir.

Organizmda issiqlik ushlanib qolinishi issiq havoda bolani qalin o'rab qo'yish va quyosh nurlarining to'g'ridan to'g'ri ta'siri natijasida issiqlik ajralishini boshqaruvchi fiziologik mexanizmlarning maksimal darajada zo'rayish hisobiga kelib chiqadi.

O'ta qizib ketish sabablariga quyosh nurlarining to'g'ridan to'g'ri ta'siri, tashqi muhit haroratining va namlikning oshib ketishi, bolani issiq paytda qalin o'rash va har hil kasalliklarni kiritish mumkin. Issiqlik spazmlari odatda elektrolitlarni o'tkir yo'qotish va gipotonik suyuqliklarni qabul qilish natijasida kelib chiqadi. Bu ko'proq oyoq ish faoliyatida ishtirok etuvchi katta mushaklarida kuzatiladi. Ko'ruv paytida teri qoplamlari nam va sovuq, tana harorati me'yorda, umumiy simptomlar deyarli yo'q bo'ladi.

Shoshilinch yordam: tinchlik, sovutish, tuzli eritmalarni qabul qilish. Tuzli eritmalarni vena ichiga yuborish kamdan- kam holatlarda tavsiya qilinadi.

Issiq olishi odatda natriy va suvni birgalikda yuqotish bilan bog'liqdir. Bu og'riq, ko'ngil aynish, qushish, taxikardiya, arterial gipotoniya, qo'zg'aluvchanlik va tutqanoqlar bilan namoyon bo'ladi. Badani nam ter bilan qoplangan, tana harorati me'yor yoki sezilariz darajada ko'tarilgan bo'ladi. Bir yoshgacha bolalarda ter bezlari kamligi hisobiga va davr kuzatilmaydi.

Davosi: salqin sharoitda tinchlik yaratish, elpish yordamida issiqlik ajralishini kuchaytirish va tuzli eritmalar yordamida yo'qotilgan suyuqlik o'mini to'ldirishdan iborat. Qushish va gemodinamika buzilishlarida vena ichiga tomchilatib fiziologik eritmalarni yuborish tavsiya etiladi.

Issiqlikdan toliqish- bu suyuqliklarning ter orqali ko'p chiqib ketishida uchrab, bunda aylanuvchi qon hajmi keskin kamayib ketishi hisobiga tonirlar kengayib ketishi va miya perfuziyasi pasayib ketishi kuzatiladi. Bu bosqich nam va issiq sharoitda ishlovchi kishilarda, qariyalarda (chanqash kamligi hisobiga) va qon bosimi yuqori bemorlarda uchraydi. Bu bosqich uchun bosh og'rishi, bosh aylanishi, holsizlik, ko'ngil aynash, muvozanat buzilishlari, hushdan ketish, ko'p terlash, rangparlik, taxikardiya, gipotenziya, taxipnoe va o'zgarmagan tana harorati xosdir. **Shoshilinch yordam** ko'rsatish paytida bemorlar salqin joyga o'tkaziladi va jismoniy faollik chegaralanadi. Bemorlar chalqanchasiga oyog'i yuqoriga ko'tarilgan holatda

yotqizilib sovuq suv shimdirilgan mato bilan badani atiladi. Ko'roq suyuqlik ichishi ko'ralib, agar bemorda ko'ngil aynashi bo'lsa tomir ichiga suyuqlikka yubortiladi. Bemorda es hushi buzilishi kuzatilsa glyukoza miqdorini tekshirish lozim. Agar hushini yo'qotishi yoki yurakning qo'shimcha kasalliklari mavjud bo'lsa bemorlar shifoxonaga olib boriladi. Iloji boricha klorod ingalyatsiyasini va kardiomonitorni yo'lga qo'yish lozim. **Issiq urishi** – bu hayot uchun xavf tug'diruvchi holat bo'lib, bunda yuqori harorat va havoning namligini oshganligi hisobiga issiqlik ajralishi buziladi. Tana haroratining oshib ketishi natijasida gipotalamus zararlanib issiqlikni boshqarish mexanizmi buziladi. Bunda issiqlikning tanada ushlanib turishi 40,6 S dan oshib ketadi. Issiq urishdan o'lish holati 21-50% ni tashkil etadi. Issiq urishda sut kislotasi to'planib qolishi hisobiga metabolik atsidoz va hujayradan kaliy tuzlarining chiqishi hisobiga giperkalemiya holati kuzatiladi. Bu narsa buyrak etishmovchiligi bilan birgalikda yurak aritmiyalarni ham chaqirishi mumkin.

Issiq urishning ikkita tipi farqlanadi:

Jismoniy	zo'riqish	hisobiga	yuzaga	keluvchi	issiq	urishi:
- issiq sharoitda ishlaydigan sog'lom yoshlarda						
-bunda issiqlik to'planishi chiqarishiga nisbatan tez bo'ladi						
- gipotalamus zararlanish kuzatiladi						
- ko'p terlash kuzatiladi.						

Klassik issiq urish:

-qariyalarda, spirtli ichimliklarni ko'p ichuvchilarda, semizva yurak kasalliklari mavjud kishilarda kuzatilib, bunda issiq organizmda sekin bir necha kun mobaynida yig'iladi va teri quruq bo'lib ter ajralishi bo'lmaydi. Agar issiq sharoitda ishlovchi odamda hush yo'qotilishi kuzatilsa birinchi navbatda issiq urishni taxmin qilish zarur. Yana shuni nazarda tutish lozimki ter ajralishining yo'qligi har doim ham issiq urishdan darak beravermaydi.

Shoshilinch yordam:

1. AVS yordam

2. Bemorni iloji boricha tez shamollatish, barcha kiyim boshlarini echib tashlash, 20-25S li suvda tez -tez cho'miltirish, havo sovutgichlar yordamida bemorni sovutish lozim.

3. Markaziy venaga kateter qo'yilib tomir ichiga suyuqliklar infuziyasi amalga oshiriladi va buyrak faoliyati nazorat qilinadi.

4. Ikkilamchi asoratlarga tekshiriladi.

5. Bemorlar tez transportirovka qilinib, yo'lda yurak aritmiyalari va o'pka shishi belgilariga tekshiriladi, doimiy kuzatuv amalga oshiriladi.

6. Metabolizmni kuchaytiruvchi va ter ajralishini susaytiruvchi dorilar: vazopressorlar va antixolinergik moddalar qo'llanilmaydi.

Gipotermiya

Gipotermiya deb – tana haroratini 35⁰ dan pastga tushib ketishiga aytiladi. Bolalarda gipotermiyani asosiy sababi cho'kish xisoblanadi. Gipotermiya tanani sovushi va qon tomirlarni torayishi natijasida katexolaminlarni qonga ko'plab chiqishi, yurak qisqarishlar sonini ortishi, nafasni zo'riqishi, qon bosimni ortishi, qaltirashdan to glyukoza zaxirasini sarflanib bo'lishigacha olib keladigan holat hisoblanadi. Tana harorati 32⁰ pastga tushishida qaltirash to'xtaydi, sababi faol glyukoza zaxirasi sarflanib bo'lganligi uchun bemor hushsizlanadi va tana sovuydi. Bu holatda yurak qisqarishlari, nafas olish soni kamayadi va qon bosimi tushadi. Tana harorati 28⁰ dan pastga tushib ketsa qorinchalar xilpirashi yuzaga kelib yurak faoliyatining to'xtashiga olib keladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish asosan to'g'ri ichak harorati natijalariga qarab amalga oshiriladi.

- Nisbiy gipotermiya - 34 - 36°C
- O'rta gipotermiya - 30-34°C
- Og'ir gipotermiya - <30°C

Shoshilinch yordam:

1. AVS- yordam

2. Xo'l kiyim-boshlarni echish
3. Bemorni xarorat yo'qotishdan saqlash va shamoldan himoya qilish
4. Chalqancha yotqizish
5. Aktiv va tez xarakat qilishdan qochish
6. Tana haroratini nazorat qilish
7. Bo'yin, ko'krak sohasiga, bosh va chov sohasiga issiqlik manbaini qo'yish
8. Nazorat qilish qiyin bo'lgan qaltrashdan keyin iliq suyuqliklarni ichirish
9. Spirtli ichimliklar, kofe bemaslik yoki chekishni taqiqlash kerak. Engil yoki o'rta og'irlikdagi holatlarda ham yuqorida ko'rsatilgan extiyotkorlik tadbirlarga amal qilish
10. Namlangan va iliq kislorod berishni yo'lga qo'yish
11. Tomirga quyiladigan suyuqliklarni 43⁰ gacha isitilgan xolda bemor tana xaroratini xar soatda 1 gradusga ko'targan xolda infuzion davoni amalga oshirish.
12. Isitilgan va namlangan kislorodni ingalatsiya qilish (tana xaroratini 1 soatda 1 gradusga oshirib borish).
13. Dori vositalari metabolizmi susaytirishini hisobga olib bemorga yuborish tavsiya etilmaydi.
14. Yurak to'xtab qolishi kuzatilsa reanimatsion tadbiri quyidagi ko'rinishlarni hisobga olib bajarish zarur:
 - < 30° C – faqat defibrilatsiyani ketma-ket 3 ta zaryadini qo'llash va dori vositalarini bemorga yubormaslik
 - > 30° C – defibrilatsiya razryadq talab etilgan xolda xarorat ko'tarilishiga qarab kaytarilib boriladi va dori vositalari tanaga yuborilishi intervaliga etibor beriladi.
 - Bemorda to'g'ri ichakda tana xarorati 23⁰ dan yuqori ekan reanimatsiya tadbirlari to'xtatilmaydi, chunki miya to'qimasini kislorodga bo'lgan talabi sust bo'lishi va u uzoq vaqt saqlanishi mumkin.

Mahalliy tanani shikastlovchi sovuq ta'siri

Sovuq ta'sirida maxalliy tanani shikastlovchi quyidagi turlari farq qilinadi:

- Sovuq qotishni muzlashsiz ko'rinishi
 - Shamol ta'sirida
 - Transheya tavoni
- Sovuq qotishni muzlash bilan kechishida
 - Junjukush
 - Muzlash

Shamol ta'sirida sovuq qotish surunkali namligi past harorat ta'siri natijasida rivojlanadi. Bunda kuyidagi ko'rinishlar kuzatiladi:

- Tanani ochiq soxalaridagi yallig'lanish, shikastlangan soxadagi og'riqli holat yoki yurakdan uzoqda joylashgan sohalar kaft, quloq, boldir soxasi, tovondagi og'riqlar.
- Qichish, achishish, teri sezuvchanligini pasayishi

Bu shikastlanishlar qaytalanish holatiga ega bo'lib, sovuq ta'sir qilishi natijasida kayta rivojlanadi.

Shoshilinch tibbiy yordam – iliq suvda isitish yoki shikastlangan sohani isitilgan bog'larni bilan bog'lash, agar shikastlangan soha oyoq bo'lsa uni ko'tarib qo'yish.

«**Transheya tovoni**» odatda past namli xaroratning teriga uzoq vaqt ta'siri natijasida yuzaga keladi. Bunda sovuq ta'sir kilgan terida qizil toshmalar va sezuvchanlikning yo'qolib borishi kuzatiladi. Sovuq urgan sohada gangrena yoki strup kuzatilishi mumkin.

Shoshilinch tibbiy yordam – shikastlangan soxani ko'tarish, uni tozalash va quruq bog'larni qo'yib isitish kerak.

Junjukush – muzlash oldi holati bo'lib, shikastlangan soxa isitilgan xolda kasallik simptomlari yo'qolib, bunda to'qima yo'qotilishi kuzatilmaydi. Bunda oraliq to'qimada muz kristallari xosil bo'lmaydi. Bu holatga oyoqlarda oqarish va shu soxada diskomfort kuzatiladi.

Muzlash - sovuq ta'sirida yumshoq to'qimalarni shikastlanishi oraliq to'qimalarda muz kristallarini xosil bo'lishi bilan kechib, to'qimalarda qayta tiklanmaslik holati yuzaga keladi. Muzlashda to'qimalar qavatma-qavat xuddi kuyishdagi kabi shikastlanadi. Muzlashni 4 ta bosqichi farqlanadi:

- 1-chi bosqich. Bunga xos bo'lgan ko'rinish:
 - Teri qavatini qisman sovushi
 - Qizarish
 - Nisbatan kuzatiladigan shish
 - Pufaklarni kuzatilmasligi
- 2-chi bosqich. Bunga xos bo'lgan ko'rinish:
 - Barcha teri qavatlarini sovushi
 - Tarang kurinishdagi shishlar
 - Aniq pufaklarni xosil bo'lishi
- 3-chi bosqich. . Bunga xos bo'lgan ko'rinish:
 - Barcha teri qavatlarini va teri osti yog' qavatini xam sovushi
 - Qonli xosilaga ega bo'lgan pufaklar
 - Nekroz koji, tsianotichnaya okraska
- 4-chi bosqich. Bunga xos belgilar:
 - Terini barcha qavatlarini, mushaklar, paylarni, suyaklarni shikastlanishi bilan kechishi
 - Kuchli bo'lmagan shish
 - Oldiniga qizil yoki ko'kargan rangdagi toshma keyin teri quruqlashadi, qorayadi, mumlashadi.



Shoshilinch tibbiy yordam:

- ABC yordam
- Gipotermiya zo'riqishini oldini olish va kerakli yordamni ko'rsatish
 - Siqib turuvchi va nam kiyimboshlarni echish
 - Bemorni qurutish
 - Tomir ichiga iliq eritmalarni yuborish
- Ehtiyotkorlik choralarini – shikastlangan sohani qor bilan ishqalab bo'lmaydi, chunki hosil bo'lgan muz kristallari to'qimani yanada ko'proq shikastlashi mumkin.
- Muzlagan sohani ishqalash
 - Ishqalashdan oldin bemorni dori vositalari (analgetiklar) bilan oriqsizlantirish kerak.
 - Ishqalash paytida odatda tog'orachadagi suv harorati 37,8 – 41,1^o da bo'lishi kerak. Suv xarorati tez tushishi sababli issiq suv quyib turish kerak bo'ladi.
- Shikastlangan soxaga quruq bog'lamni siqib turgan holda qo'yib bo'lmaydi. Shuningdek hosil bo'lgan pufaklarni yorish va bemorning yurishi tavsiya qilinmaydi.

Nazorat savollari

1. Cho'kishda kuzatiladigan uchta turdagi holat farqlarini aytib bering.

2. Cho'kish turlariga qarab ko'rsatiladigan shoshilinch tibbiy yordam ketma- ketligini yoritib bering
3. Cho'kkan bemorni qismatiga ta'sir qiladigan salbiy omillarni sanab bering.
4. Issiqdan tomir tortishi yuzaga kelganda kuzatiladigan klinik belgilar va unda ko'rsatiladigan shoshilinch tibbiy yordamni yoritib bering
5. Issiqdan xolsizlanishda kuzatiladigan klinik belgilarni va unda ko'rsatiladigan tibbiy yordamni ketma-ketligini yoritib bering.
6. Issiq urishni klinik belgilarini va unda ko'rsatiladigan ketma - ketlikdagi tibbiy yordamni aytib bering
7. Gipotermiyani klinik belgilarini va unda kursatiladigan ketma - ketlikdagi tibbiy yordamni aytib bering
8. Shamollatishning klinik belgilarini va unda ko'rsatiladigan ketma - ketlikdagi tibbiy yordamni aytib bering
9. "Transheya tavoni" ko'rinishining klinik belgilarini va unda ko'rsatiladigan shoshilinch tibbiy yordam ketma-ketligini aytib bering
10. Junjukush va muzlashda kuzatiladigan klinik belgilarni va shoshilinch tibbiy yordam ketma-ketligini aytib aytib bering.

