

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI



**SHOSHILINCH PEDIATRIYA
EKSTREMAL TIBBIYOT ASOSLARI
BILAN**

1-NASHR

Tashkent - 2011

016-08
1.27

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

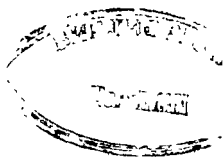
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI

Shoshilinch pediatriya ekstremal tibbiyot asoslari bilan

**(Shifokorlar, tez tibbiy yordam xodimlari va tibbiyot OTM
talabalari uchun amaliy qo'llanma)**

**T.f.d. A.M. Sharipov va professor Z.S. Umarova
tahriri ostida**

1 - NASHR



Toshkent-2011

Tuzuvchilar:

T.f.d. A.M. Sharipov va professor Z.S. Umarova tahriri 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

Mamatqulov B.B., assistent

Xamzaev K.A., assistent

MUNDARIJA

| | |
|--|--------------|
| MUNDARIJA | 3 |
| KIRISH (Umarova Z.S.) | 4 |
| SHOSHILINCH HOLATDAGI BEMORNI BAHOLASH (Sharipov A.M.) | 5 |
| BOLALARDA RESPIRATOR SHOSHILINCH HOLATLAR (Djubatova R.S.) | 18 |
| FALOKATLAR TIBBIYO TI ASOSLARI (Sharipov A.M.) | 41 |
| SHOK VA QON KETISH (Valieva F.T.) | 50 |
| BOLA HAYOTIGA XAVF SOLUVCHI YURAK ARITMIYALARI (Xakimov D.P.) | 64 |
| BOLALARDA KARDIOLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR (Xamzaev K.A.) | 84 |
| CHAQALOQLARGA STATSIONAR SHAROITIDAN TASHQARI SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH (Shoikramov Sh.Sh.) | 91 |
| BOLALAR SHIKASTLANISHLARIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM KO'RSATISH (Safarov Z.F.) | 101 |
| KUYISHLAR (Safarov Z.F.) | 107 |
| ✓ QORINDA O'TKIR OG'RIQLAR BILAN KECHADIGAN SHOSHILINCH HOLATLAR (Axmatolieva M.A.) | ✓ 121 |
| BOLALARDA ISITMA HOLATLARI. BOLALARDA O'TKIR TOKSIKOZLAR. REYE SONDROMI (Xakimov D.P.) | 147 |
| ERTA YOSH LI BOLALARDA EKSIKOZ (Mamatqulov B.B.) | 159 |
| ALLERGIK SHOSHILINCH HOLATLAR (Xakimov D.P.) | 167 |
| BOLALAR BILAN QO'POL MUOMALADA BO'LISH (Xamzaev K.A.) | 187 |
| NEVROLOGIK SHOSHILINCH HOLATLAR (Xamzaev K.A.) | 198 |
| ✓ O'TKIR ZAHARLANISHLAR (Gulyamov R.O.) | 222 |
| BOLALARDA XUIQ ATVOR BUZILISHI BILAN KECHUVCHI SHOSHILINCH HOLATLAR (Xakimov D.P.) | 258 |
| ✓ TASHQI MUHIT OMILLARI TA'SIRI NATIJASIDA YUZAGA KELUVCHI SHOSHILINCH HOLATLAR (Mamatqulov B.B.) | 274 |

Soʻz boshi

Bolalar oʻlimini kamayishida shifoxonagacha boʻlgan bosqichda shoshilinch tibbiy yordam asosiy oʻrinni egallaydi. Mazmun mohiyatiga koʻra bolalardagi har xil hayot uchun xavf tugʻdiruvchi kritik holatlar oʻziga xos xususiyatga ega. Asosan erta yoshdagi bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatiga koʻra, kritik holatlarning yuzaga kelishi xavfi yuqoridir. Pediatriyaning turli boʻlimlarida yuzaga kelgan oʻzgarishlarni oʻzlashtirgan holda bevosita voqea joyining oʻzida shoshilinch yordam koʻrsatish katta ahamiyatga ega. Shu narsa malumki, shoshilinch tibbiy yordam oʻziga xos aniq jamlangan taʼrifga ega boʻlmogʻi, yani qoʻllanilgan davo usullari oʻzini oqlashi va hayot uchun zarur azolar faoliyatini saqlashga qaratilgan boʻlmogʻi lozim.

Ushbu oʻquv qoʻllanma Toshkent Pediatriya Tibbiyot Oliygoʻhi shoshilinch tibbiy yordam kafedrasining mualliflar jamoasi tomonidan tayyorlandi.

Taqdim etilgan malumotlar nafaqat talabalar va magistr rezidentlar uchun, shuningdek, amaliy tibbiyot uchun ham qoʻllanilishi mumkin. Ushbu qoʻllanmada zamonaviy shoshilinch pediatriyada mavjud boʻlgan klinik muammolarni aniqlash va baholash toʻliq koʻrsatib berilgan. Aniq davo standartlari keltirilgan. “Tibbiyot standarti” atamasi aynan shoshilinch pediatriya uchun xosdir. Bu standartlar kritik holatdagi bemorga yordam koʻrsatuvchi shifokorga voqealarni oldindan koʻra bilish imkonini beradi. Qoʻllanmadagi mavjud sinov testlar oʻz-oʻzini baholash va nazorat qilishda muhim ahamiyatga ega. Mualliflar ushbu oʻquv qoʻllanma yuzasidan etirozlar va yangi takliflar uchun oldindan minnatdorchilik bildiradilar.

SHOSHILINCH VAZIYATLARDA BEMOR HOLATINI BAHOLASH

Voqea joyini baholash

Shoshilinch tibbiy yordam (ShTYo) ko'rsatuvchi shifokor (birinchi respondent) ning 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 ishga halaqit beruvchi omillarni aniqlashda, o'zining, guruhining, guvohlarning va bemorning xavfsizligini taminlashda, bemorlar sonini aniqlashda, ularga olib boruvchi xavfsiz yo'lni topishda, shikastlanish mexnizmini aniqlashda, bemor haqida umumiy tasavvur ega bo'lishda juda zarurdir.

Voqea joyiga kelgan tibbiy xodimning asosiy vazifalari

- o'zining, guruhining, guvohlarining va bemorning xavfsizligini taminlash
- ularning 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 ko'rsatish
- olingan ma'lumotlarni to'plash va hujjatlashtirish
- zarurat tug'ilganda boshqa soha xodimlarini 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, guvohlarga, tibbiyot xodimiga shu omillar qanday tasir qilishini taxmin qilish
3. Shu omillarni oldini olish va kamaytirish chora tadbirlarini ko'rish

Quyidagi xavfli omil turlarini aniqlash mumkin:

- Fizik omillar (xavfli portlovchi vositalar, yong'in, o'pirilish, issiq va sovuq urish, tok urish va boshqalar)
- Toksikologik omil (indikatorlar; umumiy ahvolining o'zgarishi, hidlar, o'lik hayvonlar, odamlar, tutun, ogohlantiruvchi belgilardir)
- Kriminal omil (yaralanish, teraktlar, o'ldirish, zo'rlash, aggressiv bemor)
- Infektsion omil (qoida «organizmning to'qima izolyatsiyasi»-qattiq infektsion nazorat, taxminan bemorning hamma biologik suyuqliklari

zararlangan)

- Psixologik omil (bemor yoki uning yaqin insoni ruhiy tushkunlikni boshidan kechirishi, tajovuzkor bo'lishi, ShTYo xodimi kriminal holatlarda bemor, ayniqsa bola o'limini, homilador ayol yoki og'ir klinik holatdagi bemorni ko'rishi natijasida qattiq stress holatini boshidan kechirishi mumkin)

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

1. Bemor bilan ko'ziga tik boqish orqali muomulani yo'lga qo'yish va unga amal qilish.
2. Bemorni ko'rish jarayonida, bemor gavdasidan biroz pastda joylashish.
3. Bemor bilan rostgo'ylik bilan muloqot qilish
4. Bemor bilan unga tushunarli tilda gaplashish
5. Bemorning imo ishoralariga e'tibor qaratish
6. Aniq, sekin, tushunarli gaplashish.
7. Holatga qarab bemor ismi-sharifini to'g'ri aytish. Bemordan uni kim deb chaqirishlarini so'rash.
8. Agar bemorning eshitis qobiliyati past bo'lsa, lablar harakati orqali tushunish uchun bemorga aniq gapirish kerak.
9. Keyingi savolga o'tishdan oldin bemorga vaqt berish lozim.
10. Shoshmasdan va ishonchli harakat qilish kerak..
11. Eshitishi past yoki boshqa tilda gaplashadigan bemorlar bilan tarjimon yordamida gaplashish zarur.

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

Fizik omil – «O'lgan yoki jarohatlangan tez tibbiy yordam xodimi yordam beta olmaydi» qoidasidan foydalanish, maxsus kuch chaqirish (o't o'chiruvchi, favqulodda vaziyatlar xizmati(FVV), militsiya va boshqalar).

Toksikologik omil – shamol bor joydan ketish, FVV chaqirish, zararlangan joyda kislorod moslamalarini ishlatmaslik.

Kriminogen omil - militsiya xodimini chaqirish

Infeksion omil:

1. Shaxsiy xavfsizlikni ta'minlash
2. Qo'l yuvish
3. Tozalash, Dezinfektsiya, Sterilizatsiya

4. Ko'z himoyasi-maxsus ko'zoynak
5. Qo'lqoplar
6. Xalat yoki maxsus kiyim
7. Yuz niqobi

Yuqumli kasallikni ko'rsatuvchi 8 ta 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
- Vazni yo'qotish

Travmatik holatni aniqlash jarayonidagi harakatlar tamoyillari.

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

Shoshilinch yordam berishda yuridik jihatlar:

Rozilik

- Qat'iy rozilik – katta yoshdagi bemor, esh-hushi joyida unga ko'rsatiladigan yordamga rozilik beradi. Siz ruxsat olishingiz shart!
- Nazarda tutilgan rozilik – qachonki bemor yordam ko'rsatishga rozilik berish uchun jismoniy yoki aqliy sog'lom bo'lmasa.
- Kichik yoshdagi bolalar va aqli zaiflar bo'lsa – rozilik olish uchun ota-onasini yoki boquvchisini topish kerak. Hayotga xavf soluvchi holat aniqlanganda nazarda tutilgan rozilik kuchga kiradi.

Inkor etish

- Bemor sog'lom aqli va hushi saqlangan holatlarda inkor etish huquqiga ega.
- Tajavuzkorlik – qachonki siz bemorga zarar etkazuvchi yoki qo'rquvga olib keluvchi holat bersangiz
- Haqoratlash harakati – bemorga uning roziligisiz tegish.
- Bemorni aqli va hushi borligida qoldirib ketish harakatlari ketma-ketligi buzilishi.

Yordamchi yuridik jihat

- Majburiy harakat
 - Sovuqqonlik
- Sovuqqonlik-** o'zining ishiga, ishchi xodimlarga, joyga va bemorga yuzaki qarash.
- ShTYo xodimi ko'r-ko'rona majburiy yordam ko'rsatishni kechiktirish
 - ShTYo xodimi standart bo'yicha to'liq yordam ko'rsatmaslik
 - Bemorga shikast etkazildi
 - Nostandart yordam ko'rsatish natijasida bemorga shikast etkazish.
- **Qoldirish** – Bemor ShTE ni kuzatuv ostida bo'lgan paytda tez tibbiy yordamni to'xtatish.

Yordam ko'rsatilgan to'g'risida hisobot:

- Agar ro'yxatda yozilmagan bo'lsa-bu qilinmagan!
 - To'liq bo'lmagan hisobot bemorga to'liq yordam ko'rsatilmaganini bildiradi.
- **Konfidentsiallik**
 - Bemor konfidentsial axboroti nima?
 - Qaysi holatda bemorni ahvoli to'g'risida axborot berish mumkin.
 - **Asosiy holatlar**
 - Tibbiy identifikatsion jeton
 - Donor
 - Voqea sodir bo'lgan joy
 - Haqoratlash
 - Tug'ruq

Bemor holatini baholash tamoyili

- Bemor to'g'risida umumiy fikr yuritish uning atrofidagi muhitga va bemor shikoyatiga bog'liq.
- Bemor qanday kasalligini aniqlash, ya'ni somatik yoki travmatikmi,
 - agar bemor travmatik bo'lsa, tezda mexanik zarar etkazilganligini aniqlash.
- Yoshi
- Jinsi
- Etnik kelib chiqishi
- Bemorni holatini baholash, uning hayoti xavfligini oldini olish.
- Agar hayoti 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
- 2.5 metr yuqori balandlikdan yiqilish
- Transport tomidan dumalash
- Transport vositalarining yuqori tezlikda to'qnashuvi
- Transport vositasi piyodani urib ketishi
- Mototsikllar halokati
- Hushining yo'qligi yoki buzilganligi
- Bosh, ko'krak qafasi, qorinning sanchib o'tuvchi jarohati.
- Yopiq jarohatlar.
- Yordamchi kamar
 - Agar kamar taqilmagan bo'lsa, jarohatga sabab bo'lishi mumkin.
 - Agar bemorda kamar taqilgan bo'lsa, bemor jarohat olmagan deb o'ylamaslik kerak.
- Yordamchi yostiq
 - a. Agar kamar taqilmagan bo'lsa, yordamchi yostiqning foydasi bo'lmasligi mumkin.
 - b. Yostiq pisaygandan so'ng bemor rulga urilish holatiga uchrashi mumkin.
 - c. Yostiqni olib tashlab, rulning holatini ko'rib chiqish zarur.
- 3 metrdan yuqori balandlikdan yiqilish
- Velosiped boshqarishda sodir bo'lgan jarohat
- Transport vositasining o'rtacha tezlikda to'qnashuvi

Bemorning holatini baholash bayonnomasi

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

Bemor bilan tanishish (verbal ta'sir)

Bemor bilan muloqotga kirishib, 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 mumkin.

Birlamchi AVSD baholash

A qadam – Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash

- Bemor hushida- Bemor gapiryaptimi, yig'layaptimi?
- a. Agar ha bo'lsa, bemorning nafas olish yo'llarini tekshirib chiqish zarur
- b. Agar yo'q bo'lsa, o'pkaning nafas olish yo'llarini tiklamok zarur.
- Somatik bemorlar uchun, bemorni yotqizib boshni orqaga tortib, iyakni qo'tarish
- Travmatik bemorlar yoki tushunarsiz kasalligi bor bemorlar uchun, bo'yin umurtqa pog'onasining o'rta qismi va pastgi jag'ni ko'tarib, stabilizatsion va immobilizatsion holatida olib borilishi kerak. Bo'yin fiksatorini joylashtirish kerak

**Somatik bemorlar
uchun nafas olish
yo'llarini ochilishi**

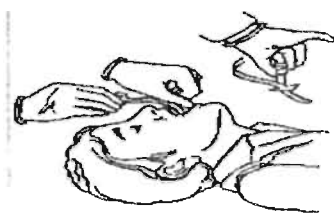
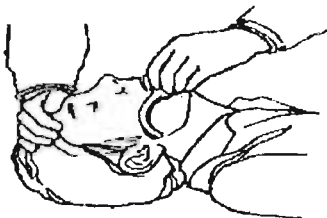
**Travmatik
bemorlar uchun
nafas olish
yo'llarini ochilishi**

**Buyin fiksatorli
Travmatik
bemorlar uchun
nafas olish
yo'llarini
ochilishi**

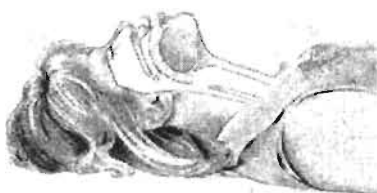


Mutxasis qo'lini bo'shatish uchun ShTYo xodimi havo o'tkazuvchi naylarni ishlatish mumkin.

Agar bemorda og'riq bo'lmasa (D qadamida bemorning yutish odati yo'qligi ma'lum bo'ladi), u holda orofarengial havo o'tkazish nayi kirgiziladi

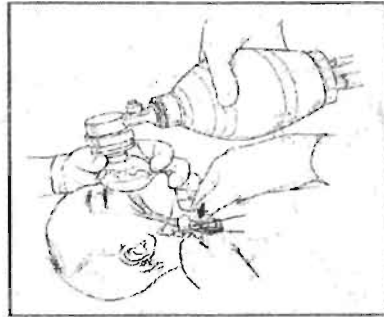
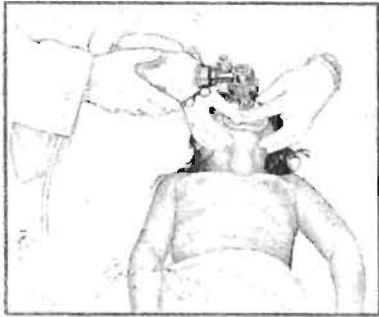


Agar bemorda og'riq xissi bo'lsa, nazofarengial havo o'tkazish nayi ishlatiladi



V qadam - Nafasni baholash va respirator yordam

Agar bemorning nafas olish yo'llari buzilmagan bo'lib, hushida bo'lsa, kislorod etkazib berib turish etarli. Mustaqil nafas olmayotgan barcha bemorlar uchun, yoki nafas olishida muammolar bo'lsa balandroq hajmda kislorod berish kerak(kamida 15l maska orqali bir yo'nalishli klapan bilan). Agar bemorda nafas olishi kuzatilmasa, nafas olish yo'llarini tiklash va bir qolipda ushlab turish zarur. Su'niy, o'pka ventilyatsiyasi (SO'V) bilan qo'shimcha respirator qo'llanmasidan foydalanish kerak. Kislorod bilan ta'minlash barcha vaziyatlarda zarurdir. Pulsoksimetr datchigini ulab, kislorodning saturatsiyasini baholash kerak.



S qadam - qon aylanishini baholash va gemodinamik qo'llab quvvatlash

• **Pulzni baholash-** bemorning qon aylanishini baholash, markaziy va periferik arteriyalarda pulzni ushlab ko'rib bilinadi.

Agar bemor 1 yoshdan katta bo'lsa, uning markaziy pulsi uyqu arteriyasida ushlab bilinadi.

Agar bemorning yoshi 1 yoshdan kichkina bo'lsa, markaziy pulzni elka arteriyasida ushlab bilsa bo'ladi.

Agar bemorning yoshi 1 yoshdan kichkina bo'lsa, periferik pulcini tovonna ushlab yoki kapillyar testini tekshirib bilsa bo'ladi.

a. Agar bemorning yoshi 1 yoshdan katta bo'lsa, periferik pulcini bilak arteriyasida ushlab bilsa bo'ladi.

b. Agar markaziy puls to'xtab qolsa, yurakni tashqi massaj qilish zarur

c. Tashqi qon ketish hajmini baholab, agar qon ketaetgan bo'lsa, uning to'xtatish qoiadalaridan foydalanish kerak.

Kardimonitorni bemorga ulab puls ritmini baholash kerak.

D qadam – bemorning es-hush darajasini baholash

Agar bemor A qadamda verbal ta'sirga javob bergan bo'lsa, unda oddiy savollarni berish lozim (o'zi haqida nima biladi, soat necha bo'ldi? Isming nima? Bugun qanday kun? Nima bo'ldi?). Agar bemor «A» qadamida javob bermasdan, verbal ta'sirga javob bergan bo'lsa, og'riq reaksiyasini tekshirib ko'rish kerak.

1. es-hush darajasi
2. Hushi orientatsiyalangan
3. Hushi dezorientatsiyalangan
4. Verbal va taktik ta'sirlarga javob reaksiyasi..
5. Og'riq ta'sirga javobi.
6. Hushsiz holat – qusish va yo'tal reflekslarining yo'qligi

Agar markaziy arteriyada puls bo'lmay, kardiomonitorida, qorinchalar taxikardiyasi yoki qorinchalar fibrillyatsiya bo'lsa, – elektrodefibrillyatsiya.

E qadam – Travmatik bemorlarni butun tanasini, travmatologik va fizikal usulida tezda ko'rib chiqish

Agar bemorlar soni 1 ta bemordan ko'p bo'lsa, ularning kasalligi yo'nalishi buyicha joylashtirish

Ikkilamchi AVSD baholash

■ **A qadam** – Es -hushini Glazgo shkalasi buyicha (jadval 1) baholab - agar 8 baldan kam bo'lsa, yoki apnoe bo'lsa, – shoshilinchli induktsiyasiz (EPI) endotraxeal intubatsiya (ETI) o'tkazish kerak. ETI uchun boshqa ko'rsatkichlarni izlab (bo'g'ilish xavfi, aspiratsiyalar, kritik nafas) agar shkalani ko'rsatkichi 8 baldan ko'p bo'lsa, – EPI ni qilish kerak.

■ **V qadam** - Terining rangini, tsianozlarni, retraktsiyalarni, nafas olish holatini, nafas olish sonini sanab, kislorod saturatsiyasini pulsoksimetrdan baholash.

a. SO'V ni davom ettirish kerak yoki yordamchi sun'iy nafasni berish kerak (YoSO'V) yoki kislorodli ingalyatsiyasini qilish kerak (KI).

■ **S qadam** –Kardiomonitorni qaytadan tekshirish, markaziy arteriyada pulsini hisoblash, AB o'lchash, venaga tushish kerak.

■ **D qadam** – Ko'z qorachiqclarini baholash (qorachiqclar o'lchami, ularning simmetrikligi va yorug'likka ta'sirlanishini tekshirish..

a. Dorilarni qo'llash, infuzion davo, kardioversiya yoki defibrillatsiyani qo'llash.

| GLAZGO ShKALASI | | |
|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Ballar | Yangi tug'ilgan chaqaloqlar | Katta bolalar |
| Ko'z ochiqligi | | |
| 4 | To'satdan | To'satdan |
| 3 | Gapga | Qo'lga reaksiyasi |
| 2 | Og'riqqa | Og'riqqa |
| 1 | Reaksiya yo'q | Reaksiya yo'q |
| Harakat reaksiyalar | | |
| 6 | Me'yoriy harakat | Buyruqni bajarish |
| 5 | Tekkanda siltab tashlash | Simmilovchi og'riq |
| 4 | Og'riq paytida ozini olib kochish | Og'riq paytida ozini olib qochish |
| 3 | Anomal egilishlar | Anomal egilish paytida og'riq |
| 2 | Anomal ezilishlar | Anomal yozilishlar |
| 1 | Reaksiya yo'q | Reaksiya yo'q |
| Verbal reaksiya | | |
| 5 | Kuladi va iljayadi | Orientirovka |
| 4 | Yig'loqi bo'lish | Aralash |
| 3 | Yig'lash va og'riq | Tugri kelmaydigan suz |
| 2 | Og'riqdan tirishish | Xar xil suzlar |
| 1 | Reaksiya | Reaksiya yo'q |

Tez anamnez yig'ish (SAMPLE)

- Bu holat qachon boshlandi?
- Nimadan boshlandi? (birinchi belgi)
- Nima sabab bo'ldi?
- Nima qilindi?
- Sizda dorilarga, ozik ovqatga allergiya bormi?
- Qanaqa kasallik bilan og'rigansiz?
- Oxirgi marta qachon ovqatlandingiz?

Yo'naltirilgan (PQRST) anamnez yig'ish

- Qachon boshlandi?

- Nima kuchaytiradi, nima engil qiladi?
- Sifati (xarakteri)
- Irradiatsiya
- Og'irligi
- Davomiyligi

Hayotiy ko'rsatkichlarni o'lchash

Terini haroratiga, rangiga va mikrotsirkulyatsiyaga baho berish.

Terini rangini tekshirishda asosan tirnoq, lab va ko'z kon'yunktivalarini baholash.

A. me'yorida– pushti rang

V. me'yorda emas

- Rangsiz (oqarish)
- Tsianoz yoki yoki qo'l rang ko'kimtir
- Giperemiya (qizarish)
- Sarg'ayish

Teri haroratini ushlagan holatda tekshiriladi.

A. Me'yorida - issiq

V. Teri harorati me'yoriy emas:

- Issiq
- Iliq
- Sovuq
- Yopishkok teri- iliq va nam holati

Bemorning teri holatini baholash:

Terini namligini baholash

• Me'yoriy – quruq teri

• Me'yoriy emas – nam va xo'l

Yangi tug'ilgan chaqaloq va bolalarda kapillyar sinamani baholash

A. Me'yorda kapillyar sinama 2 sekunddan ko'p bo'lmasligi kerak

V. Patologiya holatida 2 sekunddan ko'p bo'ladi

- Ko'z qorchig'ini baholash (simmetrikligi, diametri, yorug'likga reaksiya)
- (YuQS) pulsni sonini aniqlash
- Nafasni sonini aniqlash
- AB ulchash (2 yoshdan kattalarda)

Fizikal teshiruvini o'tkazish

Detal tekshiruv (har qaysi anatomik sohani) – Barcha shikastlanish olgan bemorlarga, maktabgacha bo'lgan bolalarga, aqli zaif, qo'ldan xech narsa kelmaydigan bemorlar.

Yo'naltirilgan tekshiruv (shikoyat sohasi + 2 aralash) – somatik bemor, hushida, katta yoshdagilar.

Travmatik holatda fizikal tekshiruv

Boshni, bo'yinni, ko'krak qafasini, qorinni, chanoqni, oyoqni, qo'lni, umurtqa pog'onasini tekshirish

1. Deformatsiyalar
2. Lat eyish
3. Tirmalish
4. Teshilish /sanchib o'tuvchi
5. Kuyish
6. Og'riqlik
7. Yorilish
8. Shishish
9. Krepitatsiya
10. Og'riq

Ko'z sohasini qo'shimcha tekshiruv (oldi kamerasida qon talashishish, qorachiq, yot jism) quloq, burun, og'iz, tish sohalari tekshiruv.

Buyin sohasida venalar shishishi, porodoksal harakat.

Ko'krak qafasida qo'shimcha nafas shovqinlari, o'pka, yurak cho'qqisini aniqlash

Qorin sohasining tarangligi, yumshoqligini aniqlash.

Chanoq sohasini ehtiyotkorlik bilan bosish kerak, og'riq va patologik harakat hisobiga.

Pulsni bilak sohasida aniqlash, periferiya sezgirliigi, harakati, rangi, taktill harorat, kapillyar sinama o'tkazish

Bemor holatini qayta tekshirish

Bemor stabil holatini har 15 daqiqada tekshiriladi. Nostabil holatdagi bemorlarni har 5 daqiqadada tekshirish zarur.

1. Hushini qaytadan tekshirish
2. Nafas o'tkazuvchanligini tekshirish
3. Nafasni monitoringda tekshirish
4. Pulsni qayta baholash
5. Teri rangi va harorati.
6. Bemorni holatini baholash.
7. Olgan davo muolajasini tekshirish.
8. SO'Vda kislorod borayotganligini tekshirish.
9. Qon to'xtaganligiga ishonish
10. Boshqa adekvat muolajalarga ishonish

Qabul bo'limiga borganda og'zaki holda tushuntirish

- Bemorning ismi, sharifi
- Bemor yoshi
- Diaqnoz
- Hayot ko'rsatkichlari
- Shoshilinch holatda ko'rsatgan yordam
- Transportirovka holatida nima o'zgardi

Operativ hujjatda o'tkazilgan tekshiruvlarni yozma holda topshirish kerak.

Nazorat savollari

1. Hodisa joyida birinchi respondentning vazifalarini sanang
2. Hodisa joyini baholash maqsadini tushuntiring
3. Hodisa joyidagi xavf turlarini tushuntiring
4. Bemor va uning yaqinlari bilan qanday so'zlashish kerak
5. «Organizmnda to'qima izolyatsiyasini» qoidasini tushuntiring
6. Fizik xavfli holatida o'zingizni muhofazangizni ayting
7. Toksik xavfli holatida o'zingizni muhofazangizni ayting
8. Infektsion xavfli holatida o'zingizni muhofazangizni ayting
9. Tez anamez savollarini ayting
10. Yo'naltirilgan anamnezni yig'ish savollarini ayting
11. Hayot uchun zarur qoidalarni sanab o'ting
12. Fizik tekshiruvni ketma-ketligin sanab o'ting
13. Yo'naltirilgan anamezni sanab o'ting
14. Ikkilamchi baholash qodasini ayting
15. Bemorni qabul xonaga qanday tarzda topshirish qoidasini ayting



BOLALARDA RESPIRATOR SHOSHILINCH HOLATLAR.

Shoshilinch tez yordam xizmati ko'rsatiladigan kasalliklarning 5 % ni bolalarda kechadigan nafas yo'llari o'tkir respirator kasalliklari tashkil qiladi. Bulardan 80% ni yuzaga keltiruvchi sabablari O'RVI hisoblanib, buning natijasida aksariyat holatlarda stenozlanuvchi laringotraxeit va allergik laringit kelib chiqadi. 5% holatlarda nafas buzilishini cho'ziluvchi bronxial astma huruji va asmatik holat tashkil qilsa, qolgan holatlar boshqa sabablar bilan izohlanadi.

Respirator shoshilinch holatlar rivojlanish mexanizmida nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi bosh omil hisoblanadi. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishining qaytuvchi va qaytmas shakllari farqlanadi. Qaytuvchi shaklida konservativ muolajalar yaxshi samara bersa, qaytmas shaklida xirurgik aralashuv talab qilinadi. Qaytuvchi shakliga yuqori nafas yo'llari o'tkir obstruksiyasi, o'tkir bronxial obstruksiya va plevra ichi taranglashish sindromi kiradi. Ushbu sanab o'tilgan sindromlar bola hayoti uchun xavf soluvchi holat bo'lib, turli infeksiyon yallig'lanuvchi kasalliklar, allergik holatlar, modda almashinuvining nasliy kasalliklari, nafas yo'llari anomaliyalari va yot jismida uchraydi.

Yuqori nafas yo'llari o'tkir obstruksiyasi.

Yuqori nafas yo'llari burun chig'anoqlaridan boshlanib, og'iz-yutqin, xiqildoq, traxeya va yirik bronxgacha davom etadi. Ularning asosiy vazifasi o'pkaga havo oqimini o'tkazib berish.

YuNYO'Oga olib keluvchi sabablar:

- Tanglay mushaklari tonusini pastligi va tilning ketib kolishi.
- Ovoz bog'lami osti bo'shlig'i va xiqildoq shilliq qavati shishi (shikastlanishlar, kuyishlar, infeksiyalar va allergik jarayonlar natijasida).
- Yod jism va suyuqlik aspiratsiyasi.
- Anotomik nuqson
- Xiqildoq parezi va paralichi
- Ovoz bog'lami spazmi

YuNYO'Oga olib keluvchi bolalar organizmidagi o'ziga xos anotomofiziologik holatlar:

- Tor nafas yo'llari

- Ovoz boylami osti bo'shlig'ining siyrak klechatkadan tashkil topganligi
- Lorengospazmga moyillik
- Nafas mushaklarining nisbatan kuchsizligi

Tekshirish tamoyillari

Birlamchi va ikkilamchi **ABCD** baholashda aniqlanadi:

- nafas yo'llari o'tkazuvchvnligi
- nafasning adekvatligi, kislorod ingalyatsiyasi yoki sun'iy ventelyatsiya qo'llaniladi
- qon aylanishi turg'unligi, kardiomonitordagi ritm xarakteri va PALS protokoli buyicha yordam ko'rsatish.
- es-hush darajasi
- aniqlangan 5 ta «G» va 5 ta «T» bartaraf etiladi.

Hayot uchun xavf soluvchi qaysi ko'rsatkich eng xavfli hisoblansa shu a'zoning ish faoliyatini yaxshilash birinchi nishon a'zo bo'lib hisoblanadi.

Fokuslangan anamnez yig'ish paytida shikoyatlar aniqlanadi (taxipnoe, dispnoe, yo'tal) ularning ta'rifi, engillashishi yoki kuchayishi so'raladi.

Detal yoki fokuslangan fizikal tekshiruvda nafas buzilish sababi aniqlanadi:

Bolaning bosh qismida:

- nafasning eshitilishi (stridor, hushtak, xirillash, bilkillash, bo'g'ilish)
- tananing yoki boshning majburiy holati (boshning orqaga egish, pastki jag'ni oldinga surilishi)
- bola nima orqali nafas olayapti (burun yoki og'iz)
- burun qanotlarini kengayishi
- og'iz yoki burundan suyuqlik oqishi
- og'iz-lab uchburchagidagi tsianoz
- og'iz va yutqin holati
- jag'ni paypaslangandagi og'riqlilik

Bolaning bo'yin qismida:

- bo'yin venalarining to'lishishi
- traxeya joylashuvi (paypaslanganda)
- buyin paypaslanganda og'riqlilik

Bolaning ko'krak qafasida:

- ekskursiya simmetrikligi
- qovurg'alararo va o'mrov usti chuqurchasi retraktsiyasi
- teri osti emfezemasi
- ko'krak qafasi auskultatsiyasi (nafas yo'llari o'tkazuvchanligi, tarqalishi, xirillash xarakteri, ularning nafas chiqarish va nafas olishda eshitalishi)
- yurak tonlari auskultatsiyasi (joylashuvi, eshitalishi, shovqinlar)
- qovurg'a va qovurg'alar oralig'ini og'riqqa tekshirish
- ko'krak qafasi perkussiyasi

Bolaning qornida:

- qovurg'a osti sohasi taranglashishi
- qorin shakli

Yordam ko'rsatish usulini aniqlash uchun yuqori nafas yo'llari stenozini bolada shkala buyicha baholash zarur:

YuNY stenoz darajasini baholash

| Belgilar/ballar | 0 | 1 | 2 |
|--------------------------------|----------|----------------------------------|---|
| Stridor | Yo'q | Inspirator | Inspirator va ekspirator |
| Yo'tal | Yo'q | Xirillovchi | Akillovchi |
| Nafas olganda auchkultatsiya | Me'yor | Susaygan | Sezilarli susaygan |
| Nafas mushaklari retraktsiyasi | Yo'q | O'mrov usti chuqurchasi | Butun nafas mushaklari |
| Tsianoz | Yo'q | Havo bilan nafas olishda tsianoz | 40% li kislorod bilan nafas olishda tsianoz |

Ballar yig'indisi: 0-2 stenoz yo'q, 3-6 qisman stenoz, 7 va undan katta og'ir stenoz gospitalizatsiyaga muxtoj.

YuNYOga olib keluvchi aloxida kasalliklar:

Burun yo'llari obstruksiyasi.

Yosh bolalar xiqildoqning yuqori joylashgani, yumshoq tanglay va xiqildoq usti sohasi o'ta yaqinligi hisobiga asosan burun orqali nafas oladi. 6 oylikka kelib xiqildoq biroz pastga tushadi va bola og'iz orqali nafas olishi mumkin. Shuning uchun erta bolalik davrda nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi asosan burun obstruksiyasi hisobiga bo'ladi. Nafas yo'llari obstruksiyasi sabablari-xoanalar atreziyasi, burun o'smalari, jarohatlar, yot jism.

Xoanalar atreziyasi klinik belgilari – shovqinli nafas, disfagiya, til ketib qolishi, apnoe, qusish, dispnoe. Tsianozning yig'lash paytida kuchayishi va og'iz yopgan holatda kuchayishi bu nuqsonga xosdir.

Xoanalar atreziyasida bolaga birinchi yordam ko'rsatish - havo o'tkazuvchi nay qo'yishdan iboratdir.

Burun o'smasi – kapillyar va kavernoza gemangiomalar. **Klinik ko'rinishi** – shovqinli nafas, dispnoe, tsianoz. **Shoshilinch yordam** – kislorod ingalyatsiyasi, tinchlantiruvchi dorilar.

Burun yo'llari yot jismi - asosan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. **Klinik ko'rinishi**- nafas buzilishi, tsianoz.

Shoshilinch yordam – yot jismni olib tashlash.

Bosh-yuz qismi jarohati – burun suyaklari va to'sig'ini siljishiga olib keladi. **Klinik ko'rinishi** – burun orqali nafas olish qiyinlashuvi.

Shoshilinch yordam – pastki jag' suyagi siniq bo'laklarini fiksatsiyasi, burun orqali traxeya intubatsiyasi.

Stridor- bu shovqinli nafas bilan kechuvchi nafas yo'llarining qisman obstruksiyasi holatidir. Kelib chiqish sababi tor va qisman toraygan nafas yo'llari orqali havo oqimining tez o'tishi bilan tushuntiriladi.

Inspirator stridor - bu holat ovoz boylam usti sohasi yoki ovoz boylami sohasida shikastlanish bo'lsa, yuzaga keladi.

Ekspirator stridor- chin ovoz boylamlari sohasidan pastda shikastlanish bo'lsa, yuzaga keladi.

Epiglottit — bu yutqin usti sohasining o'tkir bakterial yallig'lanishi bo'lib nafas yo'llarining to'liq obstruksiyasiga olib kelishi mumkin.

Etiologiya. 95% holatlarda epiglottit *Haemophilus influenzae B* tipi tomonidan chaqiriladi. Ammo keyingi paytlarda bu qo'zg'atuvchiga nisbatan samarali vaksinaning paydo bulishi epiglottit sonini keskin qisqarishiga olib keldi. Ba'zida kasallikni A gurux streptokokklar,

pnevmokokklar, *Corynebacterium diphtheriae*, *Mycobacterium tuberculosis* chakirishi mumkin.

Epidemiologiya

- Bolalar > 4 yosh
- Asosan 4 – 7 yosh
- V tipli *Haemophilus influenzae* vaktsinasi tufayli kasallik keskin kamaydi.

Tekshirish va diagnostika

O'z paytida tez tashxis qo'yish va nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash orqali o'lim holatini oldini olish mumkin.

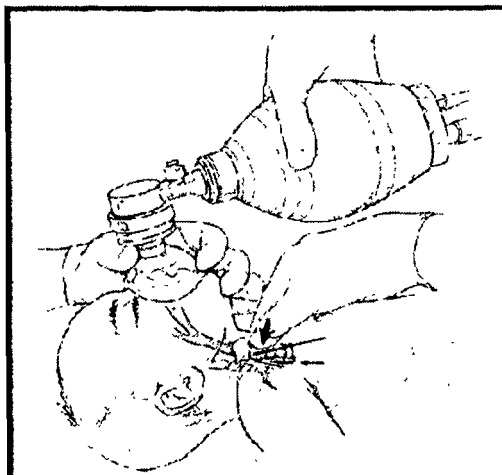
Respirator distress + tomoqda og'riq + so'lak oqishi = Epiglottit

Nafas qiyinlashuvi o'tkir boshlanib tez kuchayib boradi, ko'p so'lak oqishi, yutishga qiynalish, yuqori harorat, stridor kuzatiladi. Pastki jag' oldinga tortilgan, bo'yin taranglashgan. Bola oldinga engashgan holda o'tiradi.

Epiglottit ko'pincha 3—6 yoshda yuzaga keladi. Ba'zan 2 yoshgacha bolalar kasallanishi mumkin. Ularda kasallikni o'tkir laringotraxeobronxit bilan adashtirish mumkin.

Ba'zi davolash muassasalarida diagnoz qabul bo'limida laringoskop yoki fibrobronxoskop orqali yutqinni ko'rish bilan qo'yiladi. Ko'ruvni malakali mutaxasis o'tkazishi lozim. Biroq nafas yo'llari o'tkazuvchanligini qayta tiklamasdan ko'ruvni amalga oshirish qattiqan man etiladi. Bolani bezovta bo'lishiga olib keluvchi har qanday muolaja nafas yo'llari to'liq obstruksiyasiga olib kelishi mumkin.

Klinik ko'rinishga asoslanib dastlabki tashxis qo'yiladi. Laringoskopiyada yutqin usti sohasi kattalashgan, to'q qizil tusda bo'ladi. Agar bolaning holati taqazo etsa bo'yin yon tomonlarga rentgenografiya qilinadi. Rentgenografiya paytida shoshilinch traxeya intubatsiyasi va traxeyastomaga tayyor turish lozim.



Tekshiruv paytida bolaning boshi siljimasligi lozim. Kichik siljish ham yutqin usti soyasini yopib qo'yishi mumkin.

Qonda leykotsitlar oshgan va chappa siljigan.

1/3 bemorlar hushsiz yoki shok holatida shifoxonaga tushadi.

Shoshilinch yordam

Majburiy shoshilinch gospitalizatsiya

Tez tibbiy yordam bosqichida

- Yuqori konsentratsiyali kislorod
- Tomirga tushish va biroz infuziya o'tkazish
- Shoshilinch transportirovka.
- Nafas yo'llarini ko'rishga harakat qilish man etiladi.

Ambu qopida ventilyatsiya.

Shifoxona bosqichida

Operatsiya xonasida umumiy og'riqsizlantirish ostida traxeya intubatsiya qilinadi va 3 kungacha ushlab turiladi.

Traxeya intubatsiyasi

Og'iz orqali intubatsiyadan ko'ra burun orqali intubatsiya qilish bemor uchun xavfsiz bo'lib hisoblanadi. Dastlab og'iz orqali intubatsiya amalga oshiriladi. Bu ancha qo'lay va tez. Bemor holati turg'unlashgach burun orqali intubatsiyaga o'tkaziladi.

Kam holatlarda intubatsiya o'tkazishning iloji bo'lmasa konikotomiya qo'llaniladi.



Intubatsiya o'tkazilgach yutqin usti sohasi ko'zdan kechirilib, ekma uchun surtma olinadi. Bir vaqtda qon ekmasi ham olinib infuzion davo ham o'tkaziladi.

Antibakterial davo. Shoshilinch ampitsillin/sulbaktam, 200 mg/kg/kun, tseftriakson, 50 mg/kg/kun, yoki tsefotaksim, 150---200 mg/kg/kun tavsiya etiladi.

Boshka infektsiya o'choqlari inkor etilib, havo tomchi infektsiyasi qo'shilishi oldi olinadi.

Adrenalin va kortikosteroidlarni qo'llash mumkin emas.

O'tkir laringotraxeobronxit (LTB) (bo'g'ma) ovoz bog'lamlari shishi, ovoz bog'lami osti bo'shlig'i shilliq qavati shikastlanishi, ovoz yo'qolishi, nafas yo'llari obstruksiyasi, akillovchi yo'tal va stridor bilan kechadi.

Etiologiya. Bo'g'maning asosiy sababi-o'tkir virusli larengotraxeitdir. Uni gripp, paragripp, respirator sintsitial viruslar, ba'zan adenoviruslar chaqiradi. O'tkir bakterial LTB juda kam uchraydi. O'tkir spazmatik laringitda (soxta bo'g'mada) bo'g'ilish qisqa va takror bo'lib, klinik ko'rinishi virusli laringitga o'xshash bo'ladi, ammo nisbatan engil kechadi.

Epidemiologiya

- 6 oydan - 3 yoshgacha
- O'g'il bolalar > qizlar
- Mavsumiyliigi – kuz, erta qish

Tekshirish va diagnostika

Anamnez. Kasallik uchun burun oqishi, kuchayib boruvchi akillovchi yo'tal va ovoz bo'g'ilishi xosdir. Simptomlar tunda kuchayadi va ko'pincha 3 yoshgacha bolalar kasallanadilar. Fizikal tekshiruv paytida nafas yo'llari torayish darajasi, stridor, taxipnoe, tsianoz, ko'krak qafasining tortishishi va nafasning susayishi baholanadi. Bolaning bezovtaligi, taxikardiya, es-hushi buzilishi va tsianoz gipoksiyaning belgilaridir.

Laringostenoz darajasi baholanadi:

Laringotraxeitda laringostenoz darajalari

| Daraja | Tsianoz | Xansrash | Retraktsiya | Vegetativ buzilishlar |
|--------|---------|-----------------------|--|-----------------------|
| I | Yo'q | Tinchlikda inspirator | Zo'riqish paytida: <ul style="list-style-type: none">▪ Qovurg'alararo▪ O'mrov usti chuqurchasi | Yo'q |

| | | | | |
|---|--|-----------------------|--|--|
| 2 | Perioral tsianoz zo'riqish paytida | Tinchlikda insperator | Zo'riqish paytida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qovurg'alar ostida ▪ Imlash harakatlari Tinchlikda: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qovurg'alar aro ▪ O'mrov usti chuqurchasi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezovtalik ▪ Taxikardiya ▪ Terlash ▪ AQB oshgan |
| 3 | Perioral tsianoz tinchlik paytida. Tarqalgan zo'riqish paytida | Aralash | Tinchlikda <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qovurg'alar osti ▪ Imlash harakatlari | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezovtalik yoki es-hushni tormozlanishi ▪ Taxikardiya ▪ Keskin oqarib ketish ▪ AQB nisbatan tushgan |
| 4 | Koma, shaytonlash, teri qoplamlari oqish tsionatik, aritmik nafas, bradikardiya, AQB pasaygan. | | | |

3 – 4 darajasi gospitalizatsiyaga muhtoj. 4-darajasi – shoshilinch traxeya intubatsiyasiga muxtoj.

Laborator va instrumental tekshiruvlar. Epiglotitni inkor etish uchun bo'yin sohasini yonbosh proektsiyada rentgenografiya olib ko'riladi. Rentgenografiyani yonbosh proektsiyani tug'ridan tug'ri amalga oshirish ovoz boylamlari osti sohasini siqilganligini ko'rsatadi. Bu proektsiyada shu soha girdobsimon ko'rinishda bo'ladi. O'ta og'ir holatlardagi epiglotitda oksigenatsiyani qondagi miqdorini kuzatish pulsoksimetriya apparatida va arterial qondagi gazlarni taxilini amalga oshirish talab etiladi.

Shoshilinch yordam.

• **Ambulator yordam.** Ko'p holatlarda bolalarda o'tkir laringotraxeit engil kechib shifoxonaga yotqizishni talab etmaydi. Bu holatlarda bola yotgan xona sovuq va nam bo'lishi kerak. Bemorga ko'p iliq suyuqlik ichirish, kuzatish, oyog'iga chalg'ituvchi vannalar va ingalyatsiya qilish buyuriladi. Nafas etishmovchiligi kuchaygan holatlarda ota-onalar shifokorlarni chaqirishi zarur.

• **Shifoxona yordami.** Bemor alohida xonaga yotqizilib, bu xonada ota-onalarni bo'lishi ruxsat etiladi va bolaga namlargan kislorod ingalyatsiyasi beriladi. Bemorga faqat eng kerakli bo'lgan muolajalarni

amalga oshirish buyuriladi, bu esa bolani bezovta bo'lishini kamaytiradi, nafas olishda kerak bo'ladigan energiya sarfini pasaytiradi. Bemor doimiy pulsoksimetriya kuzatuvida bo'lishi lozim.

Larengotraxiitningi ikkinchi darajali stenozida intensiv davolash bo'limiga yotqiziladi. (nafas yo'llariga adrenalini ingalyatsiyasini qilish yoki kortikosteroidlarni in'ektsiya qilinadi.)



Пульсоксиметрия асбоби

Odatda adrenalini eritmasini nebulayzer orqali rotsemik ingalyatsiya qilish katta samara beradi: 0.25-0.75ml 2.25% adrenalini eritmasiga 2 ml fiziologik eritma aralashtirib rotsemik ingalyatsiya qilinadi. (0,1% adrenalini eritmasini ham qo'llash mumkin, lekin samarasi kam). 30-60 daqiqa ingalyatsiya qilingan bolalarda ahvolini yomonlashuvi kuzatilishi mumkin (taxikardiya, bezovtalik, qon bosimini ko'tarilishi, yurak urib ketishi), shuning uchun adrenalinni faqat stasionarda qo'llaniladi.

Ko'pgina mualliflar obstruksiyaning engillashtirish uchun kortikosteroidlarni tavsiya etishadi. Tavsiya etilgan dozalar biroz o'zgarib turadi, o'rta og'ir va og'ir holatlarda deksametazon, 0,5-0,6 mg/kg 4 marta kuniga.

Agar nafas etishmovchiligi yuzaga kelgan bo'lsa, yoki yuzaga kelib chiqishi yaqin o'rtada mavjud bo'lsa, bemorni intubatsiya qilishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Hayotga xavf soluvchi belgi bo'lib - adrenalinni ingalyatsiyasini ko'p qo'llash hisoblanadi.

Epiqlottit va LTBni differentsial tashhishlash.

| Belgilari | LTB | Epiqlottit |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Yoshi | 6 oy- 3 yosh | 2-6 yosh |
| Boshlanishi | Doimo | Tez |
| Shish joyi | Ovoz boylami osti | Ovoz boylami usti |
| Ovoz va yo'tal | Xirillagan | Yo'tal yo'q, me'yoriy |
| Bemor holati | Har qanday holat | O'tirgan holat |

| Og'iz | Yopiq | Ochiq, pastki jag' oldinga ko'tarilgan, tremor |
|------------------------|--|--|
| Harorat | Me'yordan yuqori harorat | Yuqori |
| Buyin rentgenogrammasi | Ovoz boylami osti bo'shlig'ining torayishi | Tanglay usti shish va bog'larni usti tuzilmasi |
| Kekirdakni paypaslash | Og'riqsiz | Og'riqli |
| Faslga bog'liqligi | Qish va kuz | Yo'q |

Xiqildoqni allergik shishi.

Laringotraxeitdan farq qilishi, stenoz tez rivojlanadi, ko'pincha infeksiyon toksikoz belgilari kuzatilmaydi(yuzaga keltirib chiqaruvchi asosiy omil), 3-4 bosqichli stenozgacha rivojlanadi. Shoshilinch yordam laringotraxeitdagi yordam kabi ko'rsatiladi.

Yot moddalarni nafas yo'liga tushishi -- 1-2 yoshli bolalar ichida o'limni yuzaga keltiradigan asosiy sabab bo'lib hisoblanadi. Aspiratsiyani oqibati, nafas yo'llarini obstruktsiyasini bosqichiga, yot jismni tuzilishiga va yallig'lanish jarayonining og'irlik holatiga bog'liq.

Etiologiya. Ko'p hollarda nafas yo'llariga o'yinchoqlar, ovqat mahsulotlari (yong'oq, qattiq konfetlar), saqich kirib qoladi. Kichik yoshdagi bolalarga ayniqsa shishiradigan o'yinchoqlar juda xavfli. Bunday o'yinchoqlarni yorilishidan bola qo'rqib ketadi va uning bo'laklarini yutib yuborishi mumkin.

Epidemiologiya

- 90% o'lim: < 5 yosh bolalar
- 65% o'lim:ko'krak yoshdagi bolalar

Tekshirish va tashhis.

Quyidagi klinik belgilar hamda harorati yuqori bo'lmagan bolada yot jism aspiratsiyasiga shubha qilish mumkin:

- Respirator distress
- Bo'g'ilish
- Yo'tal
- Stridor
- Yo'tal

Nafas buzilishlari og'irligini baholash va obstruktsiya darajasini aniqlash.

Anamnez: Belgilari qancha vaqtda rivojlanganligi va qaysi holatda aspiratsiya bo'lganligi so'raladi .Asfiksiya, qusish harakatlari, stridor,

disfoniya yoki afoniya bo'lgan bo'lishi mumkin. Isitma va boshqa simptomlar yot jism aspiratsiyasini boshqa infeksiyalardan farqlashga yordam beradi (epiglottit, o'tkir laringotraxeobronxit, bakterial traxeit).

Fizikal tekshirish: nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi baholanadi.

Instrumental tekshirish: Yot jism bo'yin yoki ko'krak qafasining to'g'ri va yon proektsiyada olingan rentgenografiyasida ko'rinishi mumkin. Agar yot jismni aniqlashni iloji bo'lmasa, nafas olish va chiqarish fazasida rentgenografiya va rentgenoskopiya qilish kerak. Rentgenonegativ buyumlar holati bilvosita (ko'makchi) belgilar orqali aniqlanadi. Ko'p xollarda yot jism xalqumda joylashadi.

Davolash

Tez tibbiy yordam bosqichida

• Nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini mustaqil ravishda ushlab turuvchi va hushi saqlangan bolaga aralashuvlarni kamaytirish (minimallashtirish)

• 100%li kislorod ingalyatsiya

• Og'iz bo'shlig'ini ko'r-ko'rona tozalash mumkin emas

• Hushtaksimimon xirillashlar

○ Yot jism nafas yo'llarining diametri bo'yicha kichkina.

○ Voqea sodir bo'lgan joyda yot jismni siljib yubormaslikka

harakat qiling

• Noadekvat ventilyatsiya belgilari

○ Ko'krak yoshidagi bolalar: 5 ta kuraklar orasiga uriladi/5ta ko'krak qafasiga(to'sh sohasiga) bosiladi.

○ Bolalar: qorniga bosiladi

Gospital bosqichda davolash obstruksiya o'tkirligi va og'irligiga bog'liq bo'ladi.

• Bola ahvoli turg'un, yo'talayapti, tsianoz yo'q, ovoz saqlangan bo'lsa, yot jismni laringoskopda yoki bronxoskopda Maggil qisqichining tanasi orqali olishga harakat qilinadi.

• **Agar hush saqlangan, lekin asfiksiya va afoniya kuzatilayotgan bo'lsa,** 1yoshdan katta bolalarda Geymlix usuli qo'llaniladi (epigastral sohaga qisqa-qisqa zarb beriladi). Ko'krak yoshidagi bolalarda Geymlix usuli qorin azolarining travmasini keltirib chiqaradi, shuning uchun 5ta zarb kuraklar orasiga beriladi va 5 marta oldingi ko'krak qafasiga bosiladi. Yot jismni ko'r-ko'rona barmoq bilan olib bo'lmaydi, chunki bunda yot jismni yanada chuqurroqqa itarib yuborish mumkin.

• Agar bola hushsiz va nafas noadekvat bo'lsa, bunda 100%li kislorod ingalyatsiya niqob va nafas qopchasi bilan beriladi. Tajribali mutaxassis bevosita laringoskopiya o'tkazadi va yot jismni Maggil qisqichining tanasi bilan olib tashlanadi. Agar shoshilinch laringoskopiya o'tkazish iloji bo'lmasa krikotireotomiya yoki traxeostomiya qilinadi.. Krikotireotomiyada 100% li kislorod berish uchun katta diametrli (14 G) kateter qo'yiladi. Bazida traxeya intubatsiya qilinadi: yot jism bronxlarning biriga itarib yuboriladi, shu bilan bitta o'pkani ventilyatsiyasini taminlaydi yoki yot jism chetroqqa surib qo'yiladi.

Peritonizillar abstsess

Etiologiya. Qo'zg'atuvchisi — grammusbat bakteriyalar, asosan streptokokklar.

Tekshirish va tashxis

• Kasallik odatda 8 yoshdan katta bolalarda uchraydi. Abstsess yorilganda aspiratsion pnevmoniya va yuqori nafas yo'llarining obstruksiyasi hisobiga o'lim kelib chiqadi.

• Ko'ruvda yumshoq tanglayni bo'rtib chiqishi va tilchani shikastlanmagan tomonga siljishi kuzatiladi.

• Bodomcha bezlar yallig'langan va medial tomonga siljigan.

• Trizm va so'lak ajralishi kuzatiladi.

• Ovoz bug'iqlashgan.

Davolash

1. Hamma bolalarga va ko'pgina o'smirlarga gospitalizatsiya talab qilinadi.

2. Abstsessni kesib, drenajlagandan ko'ra punktsiya afzalroq. Bodomcha bezlari uyqu arteriyasi joylashgani uchun yonidan emas, balki ustidan kesiladi. Bir vaqtda ekish uchun material olinadi..

3. **Antibiotiklar v/i.** Empirik ravishda benzilpenitsillin, 100 000 ME/kg/sutkasiga har 4—6 soatda yuboriladi Qo'zg'atuvchi va uni sezuvchanligi aniqlangandan keyin davo korrektsiya qilinadi..

4. Infuzion terapiya o'tkaziladi, ovqat, suyuqlik, dori istemol qilish taqiqlanadi.

5. Niqob yoki maxsus kislorodli palatka orqali namlangan, salqin havo tayinlanadi.

6. Krovatning bosh tomonini 30° burchak ostida ko'tarib qo'yiladi.

7. Bodomcha bezlarida yallig'lanish jarayonlari tugagandan keyin, qaytalanishni oldini olish uchun radikal davo tavsiya etiladi.

Difteriya

Etiologiya. Qo'zg'atuvchi — *Corynebacterium diphtheriae*.

Tekshirish va tashxislash

• Xiqildoq va murtak bezlari yallig'langan. Xiqildoq shikastlanganligini istisno qilish kerak. Shilliq qavat birinchi 12 soatda oq, oson ko'chadigan o'rgimchaksimon karash bilan qoplagan, keyin esa yo'g'on kir-kulrang rangdagi, atrof to'qimalar bilan bitishib ketgan fibrinoz parda bilan qoplangan. Pardani ko'chirganda qonaydi.

- Fibrinoz parda nafas yo'llarini to'sib qo'yishi mumkin.
- Tashhis uchun albatta bakteriologik tekshirish o'tkazish kerak.

Davolash

1. Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi tiklanadi. Xiqildoq shikastlanganda traxeotomiya o'tkazish kerak bo'lib qolishi mumkin.

2. Difteriya toksinidan intoksikatsiya bulishi mumkin, shuning uchun ertarok difteriyaga qarshi antitoksin yuborish kerak.

Xalqum orti abstsessi — xalqum orti bo'shlig'i limfa tugunlarining yallig'lanishi bo'lib, bu bo'shliq xalqum orqa devori bilan umurtqa oldi fastsiyasi o'rtasida joylashgan. Bu 5 yoshdan kichik bolalarda uchrab, 5yoshdan keyin bu limfa tugunlar atrofiyaga uchrab ketadi.

Etiologiya. Qo'zg'atuvchisi — grammusbat kokklar va anaeroblar. Bazida xalqum orti abstsessi o'rta otitdan keyin rivojlanadi.

Tekshirish va tashxis.

- Abstsess deyarli har doim bir tomonlama bo'ladi.
- Xalqum orka devorini bo'rtishi kuzatiladi.
- Bo'yin bukilmagan (bazan mushaklarning spazmi hisobiga bukilgan).
- So'lak oqish va disfagiya kuzatiladi.
- Palpatsiya qilib bo'lmaydi. Palpatsiya abstsessni yorilishiga, aspiratsiya, mediastenit va o'limga olib keladi.
- Tashhis bo'yinni to'g'ri va yon proektsiyada olganda tasdiqlanadi; abstsessga xos belgi — xalqum orti bo'shlig'i soyasining kengayishi. Bazan rentgenoskopiya qilinadi.

Davolash

1. Umumiy og'riqsizlantirish ostida abstsessni drenajlash.

Bakterial traxeit — oʻtkir infeksiyon kasallik boʻlib, simptomlari oʻtkir laringotraxeit va epiglottit simptomlari bilan oʻxshash.

Etiologiya. Tipik qoʻzgʻatuvchisi - - Staphylococcus aureus. Kam hollarda streptokokklar va Haemophilus influenzae.

Tekshirish va tashxis.

Anamnez. Avvaliga yoʻtal, xirillash paydo boʻladi. Bir necha soat yoki sutka davomida kasallik rivojlanadi va ogʻir nafas buzilishlari rivojlanadi.

Fizikal tekshirishda isitma, akillovchi yoʻtal (layushchiy) va stridor aniqlanadi.

Laborator va instrumental tekshirish. Epiglottitni istisno qilish uchun boʻyinni yon proektsiyada rentgenografiya qilinadi. Traxeitda konturlari notekis, havo ustunining tiniqligi pasaygan. Traxeyadan olingan ekma natijalari musbat. Qon ekmasi manfiy.

Davolash

1. Kislorod palatkalari orqali namlangan kislorod ingalyatsiya qilinadi.

2. Antibiotiklar, ayniksa stafilokokklarga tasiri kuchlilari tayinlanadi.

3. Nafas yoʻllarini sanatsiyasi va obstruksiyani kamaytirish uchun bazida traxeya intubatsiya qilinadi. Bazi hollarda traxeyadagi moddalarni surib olgan holda endoskopiya oʻtkaziladi.

Oʻtkir bronxial obstruksiya. Plevra ichi taranglashish sindromi.

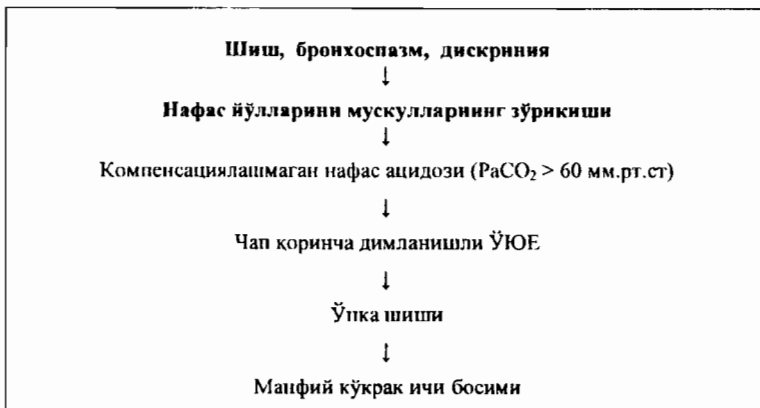
Oʻtkir bronxial obstruksiya – bunda oʻpkada gazlar almashinuvi keskin buziladi va shoshilinch holat yuzaga chiqadi.

Oʻtkir bronxial obstruksiyaning mexanizmi 3 komponentdan iborat:

- Bronxiol devorini shishish.
- Bronxospazm
- Quyuq shilliq bilan tiqilib qolish

Bolaning tez-tez kasallanishi, qaytalanuvchi virusli infeksiyalar bronxospazmni rivojlanishiga olib keladi. Oʻtkir bronxial obstruksiyada buzilishlar traxeya - bronxial daraxtining bronxiolalar darajasida yalligʻlanishi, bronxlarning shilliq qavatini va shilliq qavat osti shishi hisobiga yuzaga keladi.

Nafas etishmovchiligi mexanizmi obstruksiyada quydagilar bilan izohlanadi:



О'tkir bronxial obstruksiyaning klinik belgilari:

- Distant xirillashlar
- Ekspirator xansirash (bir oygacha bo'lgan bolalarda – aralash)
- Nafasning tezlashishi (2 oylikgacha – 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 hushtaksimimon xirillashlar
- “Soqov” o'pka (nafas sustlashgan, xirillashlar yo'q) – O'BOning belgisi

Shifxonagacha shoshilinch yordam

1. taxipnoeda – kislorod ingalyatsiyasi
2. shifxonaga yotqizish – yarim o'tirgan holatda tarnsportirovka 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 huruji belgilari:

- Nimaiki xirillasa – bu astma emas.
- Xansirash
- Respirator distress belgilari
- Burun kataklarining kerilishi
- Traxeaning tortilishi
- Yordamchi mushaklarning jalb etilishi
- Qovurg'alar oralig'ining, epigastral va bo'yinturuq chuqurchasining tortilishi
- Yo'tal
- Nafas chiqarishdagi xirillashlar
- Taxipnoe
- Tsianoz

Astmatik statusning rivojlanishini baholash

- anamnezida reanimatsiyada yotgan
- anamnezida endotraxeal 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
- har 4 soatda ingalyator ishlatish
- kortikosteoroidlarni surunkali ishlatish
- agressiv davoga qaramasdan simptomlarning kuchayishi

Fizikal tekshiruv: gipoksiyaning darajasi baholanadi.

■ es – hushning darajasi baholanadi: es – hushning 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 paradoks pulslar kuzatiladi

90-1 26

- o'pka auskultatsiyasi, xansirash darajasi baholanadi, ko'krak qafasining yumshoq qismlarining tortilishi, oqarish va tsianoz.
- degidratatsiya darajasi baholanadi
- teri osti emfizemasini inkor etish uchun bo'yin va ko'krak qafasining yuqorigi qismlari palpatsiyalanadi.

Astmatik holatda nafas yo'llarining hosil bo'lgan shilliq bilan tiqilib qolishi.



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 orofarengial nay ayniqsa axborotlidir.

- yot modda aspiratsiyasi, pnevmoniya, pnevmotoraks va pnevmomediastinumga shubha 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 niqob orqali namlangan kislorod ingalyatsiyasi tayinlanadi ($G'iO_2$ 30 -- 40% dan kam bo'lmasligi kerak).

2. t/o ga dori moddalarni 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 man etiladi (yurak

ritmining og'ir buzilishlari yuzaga kelishi mumkin). Agar xuruj to'xtasa, adrenalinning oxirgi dozasidan 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/o ga yuboriladi. Maksimal doza – 0, 3 ml (0, 3mg).

Bronxodilatatorlarning ingalyatsion eritmalari – bronxospazmni davolashda tanlangan preparatlar.

Ingalyatsion beta 2 – adrenostimulyatorlar (salbutamol va terbutalin) noselektiv preparatlar (izoetarin)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) Kislorod ingalyatsiyasi va tekshiruvdan keyin salbutamol ingalyatsiyasi boshlanadi, 0, 1 – 0, 25 mg/kg (maksimal bir martalik doza – 5 mg) har 20 daqiqada (uch ingalyatsiyagacha yoki nafas sonining maksimal normallashtiruvigacha)

2) Salbutamol o'rniga terbutalin tayinlash mumkin, 0, 3 mg/kg. Ingalyatsiya uchun eritmasi ishlatiladi. Preparatni salbutamol sxemasiga ko'ra ishlatilgan; maksimal bir martalik doza – 5 mg.

Kortikosteroidlar

■ kortikosteroidlar beta2 – adrenostimulyatorlar samarasizligida qo'llaniladi.

■ metilprednizalon 1 – 2 mg/kg v/iga har 6 soatda yuboriladi, yoki ekvivalent dozada ichishga buyuriladi.

Suyuqliklar yuborish. Bronxial astma xuruji 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 hajmi suvga 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 samarasizligida tavsiya etiladi.

Eufillin. Matilksantin va beta2 – adrenostimulyatorlarning bronxodilyatsiya 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 har 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 hajmi 10 – 20 mkg/ml ga teng bo'lishi kerak. Davomli yuborishda eufillin hajmini hohlagan vaqtda, v/iga yuborilganda – yuborilgandan 30 -60 daqiqa keyin aniqlanadi. V/iga 1 mg/kg yuborilganda zardobdagi hajmi 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 gipotoniyaga va o'limga olib keladi. Eufillinni beta – adrenostimulyatorlar bilan birgalikda qo'llanilganda doimiy EKG monitoringi kerakdir.

■ Og'ir holatlarda **beta2 – adrenostimulyatorlarni v/i ga yuborish buyuriladi.** Infuziyani reanimatsiya bo'limida gemodinamikaning (arterial kateter yordamida), EKG va nafasning doimiy monitoring kuzatuv ostida olib boriladi.

■ terbutalin tayinlanganda infuziyani v/iga yuborish bilan kombinirlanadi: avval 10 mkg/kg 10 daq 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 – erta yoshdagi bolalarda mayda bronxlarning obstruksiyasi.

Epidemiologiya.

2 yosh > bolalar

80% bemorlar < 1yosh

kasallanish yanvardan mart oyigacha kuzatiladi

Etiologiya. Asosiy sabab – virusli infektsiya, 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, hushmaksimon nafas, ko'krak qafasining kengayishi va yumshoq qismlarini tortilishi qo'shiladi. Isitmalash bo'lmasligi ham mumkin.

Klinik belgilari.

Yaqin anamnezda O' RVI

Distressning asta boshlanishi
Nafas chiqarganda xirillash
Kuchli taxipnoe (60 – 100 ta/min)
Tsianoz

Davolash

1. Namlangan kislorod (FiO_2 40% dan kam bo'lmasligi kerak). Og'ir holatlarda qondagi oksigenatsiya kuzatiladi (pO_2 ni 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 SO_2 tavsiiya 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, immunotankislikda va og'ir yo'ldosh kasalliklarda, RVS bilan kasallanish tasdiqlanganda ribovarin bilan virusga qarshi terapiya tavsiiya 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 hushtaksimom nafas bilan boshlanganda, shuningdek retsid SO_2 Vanuvchi va davoga berilmaydigan pnevmoniyada shubxa qilish darkor. Og'ir nafas buzilishlari qizilo'ngachdagi yot moddada ham kelib chiqishi mumkinligini unutmaslik kerak.

Rentgenologik tekshiruv diafragmaning paradoksal harakatidan, jarohatlangan o'pka va ko'ks oralig'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 tavsiiya etiladi.

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

Davomli ateletkazarlar, 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 ($\text{FiO}_2 - 30 - 40\%$); ventilyatsiya etarli bo'lmaganda traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi.
2. qon oksigenatsiyasi nazorat qilib turiladi (arterial qon gazlari tahlili va puloksimetriya).
3. mikrobg karshi davo.

Pnevotoraks

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

Tekshirish va tashxislash

Anamnez. Pnevotoraks 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 har xilligi xarakterli emas. Fizikal tekshiruvda o'pkaning beriluvchanligi kam axborotlidir.

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

Tasnif. Katta bo'lmagan pnevmotoraks odatda yaxshi o'tkaziladi. Biroq, agar pnevmotoraks parvozvaqtida, samolyot kabinasida manfiy bosim bo'lganda, yoki SO'V fonida kelib chiqsa, havo 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 pnevmotoraksga shubxa qilinadi.

Shoshilinch yordam

1. Agar davolash hayot uchun xavli bo'lsa, u holda shoshilinch tibbiy yordam tashxislash tugallanmasdan oldin boshlanadi.
2. Agar faqatgina vistseral plevra zararlangan bo'lsa, SO'V pnevmotoraksni og'irlashtiradi. Bir vaqtda perietal varaq ham shikastlangan bo'lsa, (masalan, qovurg'alarning to'liq sinishida) SO'V bilan bemor hayotini saqlab qolish mumkin.
3. Agar ahvoli turg'un bo'lsa, pnevmotoraks katta bo'lmasa (rentgenografiya ma'lumotlariga ko'ra), bemorni kuzatib turish kifoya va dekstrometorfon bilan yo'talni kamaytiradi, kodein yoki morfini ham qo'llash mumkin. Lekin bu preparatlar nafasni susaytiradi, shuning uchun ularni tavsiya qilganda arterial qon gazlarining monitoringini olib borishi shart.

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

Plevral bo'shliqni drenajlash takroran havo 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 sathini polga qo'yiladi. Bunda havo 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 nay bo'ylab bir necha santimetr gacha ko'tariladi. Keyinchalik, vistseral va parietal varaqlar yaqinlashganda, suyuqlik to'lqinlanishi to'xtaydi.

O'pkaning surunkali kasalliklarining qo'zg'alishi

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

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda distress -- sindromining asorati

Ko'proq chala tug'ilgan bolalarda uchraydi

Uzoq muddatli ingalyatsiya va yuqori kontsentratsiyali kislorod bilan SO'V qilinganda rivojlanadi

Klinik belgilari

Tsianozni bartarf etish uchun qo'shinicha O2 berish kerakligi

Surunkali respirator distress

Retraktsiyalar

Nam xirillashlar

Hushtaksimimon xirillashlar

Periferik shishli cor pulmonale rivojlanish xavfi

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

Tashxislash va davolash

■ ikkilamchi yurak – qon tomir va immun tizim zararlanadi, jismoniy rivojlanish buziladi.

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

■ kasallik og'irlashganda odatda shifoxonaga yotqiziladi.

Umumiy belgilar uyquchanlik va keskin ishtahaning 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 infeksiya bilan kasallangan bemorlardan ajratish kerak.

Sepsisni davolash.

Oqibati. Tez dekompensatsiya. Respirator infeksiyalarning qaytalanishiga moyillik. Taxminan 2/3 bemorlarda tiklanish sekin bo'ladi.

Mukovistsedoz

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

O'pka infeksiyalarining qo'zg'alishi jismoniy yuklanishni ko'tara olmaslik va kuchayib boruvchi nafas buzilishlari bilan birga kuzatiladi. O'pkalarning rentgenografiyasida yangi infiltrativ o'zgarishlar aniqlanadi. Balg'am ekib 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.

Nazorat savollar

1. Qanday kasalliklar bolalarda yuqori nafas yo'llarining obstruksiyasiga olib kelishi mumkin?
2. Yuqori nafas yo'llarining stenoz shkalasini gapirib bering.
3. Epiglotitning klinik ko'rinishini aytib bering va shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
4. Laringotraxeitda laringostenozning klinik ko'rinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
5. Bo'g'ilishdagi laringostenozning darajalarini gapirib bering.
6. Yuqori nafas yo'llarining yot modda aspiratsiyasini klinik ko'rinishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.

7. Peritonizillar abstsessining klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
8. Xalqum osti abstsessining klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
9. Difteriyaning klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
10. Bakterial traxeitning klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
11. O'tkir bronxial obstruksiyaning klinik ko'rishini aytib bering.
12. Bronxial astmaning davomiy xuruji va astmatik statusini klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
13. Astmatik statusini xavfli omilining rivojlanishini aytib bering.
14. Bronxiolitni klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
15. Bronxlarning yot modda aspiratsiyasini klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
16. Taranglashgan pnevmotoroksni klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
17. O'pka – bronx displziyasini klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.
18. Mukavistsidozning o'pka turini klinik ko'rishini aytib bering va kasallikning rivojlanishida shoshilinch yordam ketma-ketligini gapirib bering.

Falokatlar tibbiyoti asoslari.

Falokatlar tibbiyoti- tibbiyotning shunday bo'limidirki, unda ilmiy bilimlar tizimi va amaliy faoliyat jamlangandir. Bunda asosiy e'tibor avariyaalar, falokatlar, falokatlarda aholini qutqarish, hayotini saqlab qolish, shikastlanishlarni oldini olish, favqulotda 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'liqini). | Travmalar, jarohatlanishlar, kontuziyalar. |
| Kimyoviy kuyish. | O'tkir va kimyoviy zaharlanishlar. |
| Aerogidrodinamik. | Travmalar, cho'kish, muzlash. |

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

Jabrlangan - bu inson, FV lar natijasida moddiy, ma'naviy, ruhiy zarar ko'rgan inson.

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

Lokal va keng masshtabdagi favqulotda 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. Favqulotda holatlarda jabrlanganlar hayoti qutqarishni tashkil qilishga bog'liq. Favqulotda holatlarda jabrlanganlarni qutqaruvchilar, yong'in xavfsizligi xodimlari qutqaradilar.

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

Jabrlanganlarni aniqlashda mutaxassislardan tashqari, maxsus o'qitilgan itlar va elektron asboblar, 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.

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

Infra qizil bilak yordamida ko'ruvchi termik kamera jabrlanganlarni hushsiz holatda aniqlaydi. Hozir jang maydondagi jangchilarning faoliyatlarini (pulsi, 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.

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

• Hodisa 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 har bir xodimni mutaxassisligiga qarab guruhlariga bo'ladi, fojea masshtabini baholaydi (jabrlanganlarni sonini aniqlash uchun), o'choqda qanday jihoz va vositalar kerakligini aniqlaydi, 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.

• 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 qutkaruv 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 transportirovkaga 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 hodisalarda, katta yo'qotishlarda barcha jarohatlanganlarga 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 jarohatlanganlarning davo profilaktikaga muhtojligi va evakuatsiya tadbirlarini tibbiy ko'rsatmalariga qarab guruhlariga ajratiladi.

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

Falokatlarda 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. Barcha 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. Jamoa 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 guruhlariga ajratiladi.

Evakuatsion - transport saralashda - jabrlanganlarni holatiga qarab guruhlariga 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 guruhlariga bo'linadi.

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

-Vaqtinchalik izolyatsiyaga muhtoj (infeksion yoki psixonevrologik izolyatorida)

-Maxsus (sanitar) ishlovga muhtoj bo'lmagan.

Davolash belgisi – jabrlanganlarni tibbiy yordamga muhtojlik darajasi, navbati va joylashgan joyi aniqlanadi.

Muhtojlik darajasi va evakuatsiya bosqichiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

-Shoshilinch tibbiy yordamga “muhtoj”

-Tibbiy yordamga muhtoj bo'lmagan.

-Simptomatik yordamga muhtoj, 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 guruhlariga bo'linadi:

-Zararlangan zonada evakuatsiyaga muhtoj, 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 mezon tizimi

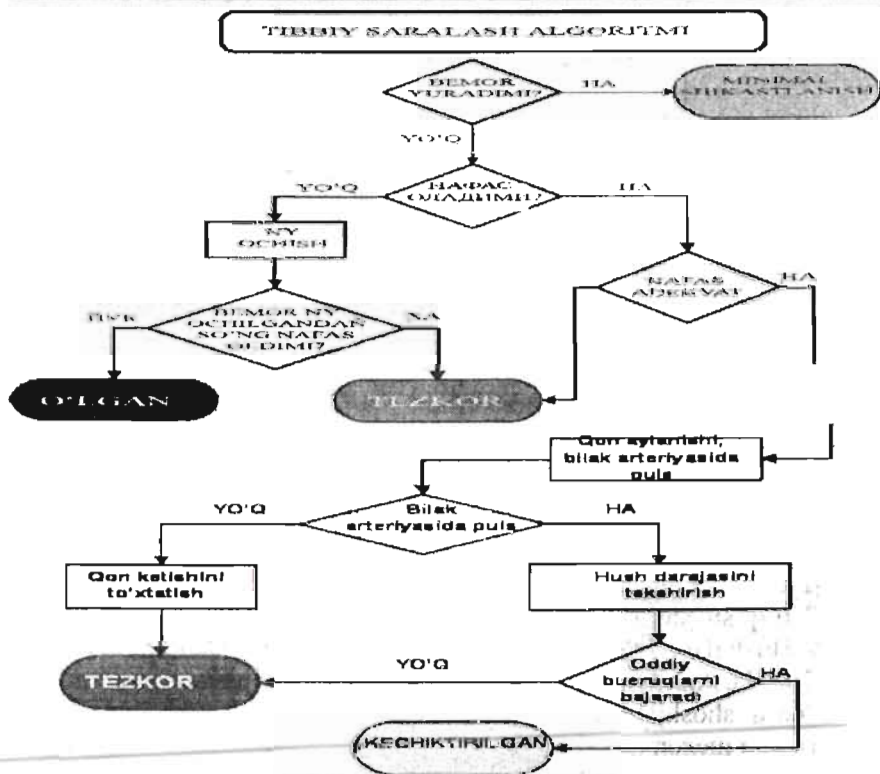
-Qizil

- Hayotga bevosita xavf soluvchi Sariq
- Kasallikning yuqori darajasi
- Kam miqdorda hayotga xavfliligi
- Yashil
- Hayotga minimal xavfli Qora
- O'lgan yoki tez orada o'ladi.

Tibbiy saralashning evakuatsion tamoyillari

Jabrlanganlarni transportabelligiga qarab aniqlanadi.

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



Jabrlanganlar evakuatsiyasi.

Falokatlarda 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 fojealarda 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 vaqtida evatransport saralash va qanday turdagi transport, qanday holatda tashish kerakligini yoki bo'lmasa maxsus transportlarda tibbiy brigada kuzatuvda 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 hisoblanadi.

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

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 jarohatlar olganlar, organizmning hayotiy faoliyatlarining rivojlanuvchi buzilishlari, hushsiz, bilak arteriyasida puls yo'qligi, buni oldini olish uchun davo choralarini boshlash kerak. Busiz letal oqibat kelib chiqadi.

3. Saralash guruhi -- o'rta og'irlikdagi jarohatlanganlar, 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'rtacha jarohatlanganlar, travmalar bilan, hushida, maxsus davo muassasalarida davolanishga muxtoj (engil jarohatlanganlar shifoxonasida) hayot uchun oqibati yaxshi.

Umumiy tavsiyadagi transportda 2 chi o'rinda evakuatsiya qilinadi.

5. Saralash guruhi. Engil jarohatlanganlar, ahamiyatsiz jarohatlar bilan. Hayot uchun oqibati yaxshi. Mehnat faoliyati tiklanuvchi. Ambulator davoga muhtoj. 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 punktida tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari.

1. 1-chi guruhga tibbiy xodimlar jalb qilinadi: tez yordamda ishlaydigan, xirurgiya, reanimatsiya bo'limida ishlaydigan tibbiy xodimlar. Birlamchi reanimatsiya o'tkaziladi.

(ekspirator SO'V, YuYoM), tashqi qon ketishni to'xtatish (barmoq 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'riqsizlantirilish o'tkazilib, terini butun joylari bog'lanadi.

4. 4-guruhga tibbiy xodimlar faqat imkoniyatiga qarab olinadi. Ro'yxatdan 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.

| Jarohatlar | Ball |
|------------------------------------|-------------|
| Bosh | 2 |
| Ko'krak (umurtqa pog'onasi) | 3 |
| Qorin (chanoq) | 4 |
| Son suyagining sinishi (tovon) | 5 |
| Boldir suyaklarining sinishi | 3 |
| Elka suyagining sinishi | 3 |
| Bilak suyaklarining sinishi (kaft) | 3 |
| Hushi yo'q | 5 |
| Yoshi : 50 yoshdan katta | 2 |
| 60 yoshdan katta | 5 |

| | |
|-------------------|----|
| 70 yoshdan katta | 7 |
| 80 yoshdan katta | 10 |
| 15 yoshdan kichik | 19 |

| Baholash: | | | |
|-----------|----------|----------------|-----------------|
| Ball | Oqibat | O'lim prognozi | Saralash guruhi |
| 20 | Umidsiz | 100% | 0 |
| 15 | Yomon | 90% | 1 |
| 10 - 15 | Shubhali | 30% | 2 |
| 10 | yaxshi | 10% | 3 |

Nazorat savollari:

1. Falokatlar ta'rif bering.
2. Falokatlar 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 QON KETISH

Shok hujayralarning kislorod va ozuqa moddalarga boy bo'lgan qon bilan noadekvat perfuziyasi, hamda to'qimalardan modda almashinuv 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 zarbining pasayishi, yirik qon tomirlar obstruksiyasi, perefirik 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. Arterial qon bosimning 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 (aritmialar, 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.

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 zaharli 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 erda 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:.

- Pereferyada 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
- Infektsiya

Kam uchraydigan sabablar:

- Allergik reaksiyalar
- Zaharlanishlar
- Kardiologik buzilishlar

1- jadval

Shokning gemodinamik buzilish bosqichlari

| Buzilish bosqichi | Aylanuvchi qon hajm defitsiti | Qon aylanishining klinik xarakteristikasi |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|
| Qon aylanishining markazlashuvi | Me'yoriga nisbatan 25%-ga-15ml/kg | AQB me'yorda, taxikardiya, terini rangparligi yoki marmarligi, |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| | | oyoq-qo'li sovuq, oliguriya |
| O'tuvchi | Me'yoriga nisbatan 30%-ga- 25ml/kg | Bola tormozlangan, puls ipsimon, teri rangpar akrotsianoz, 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

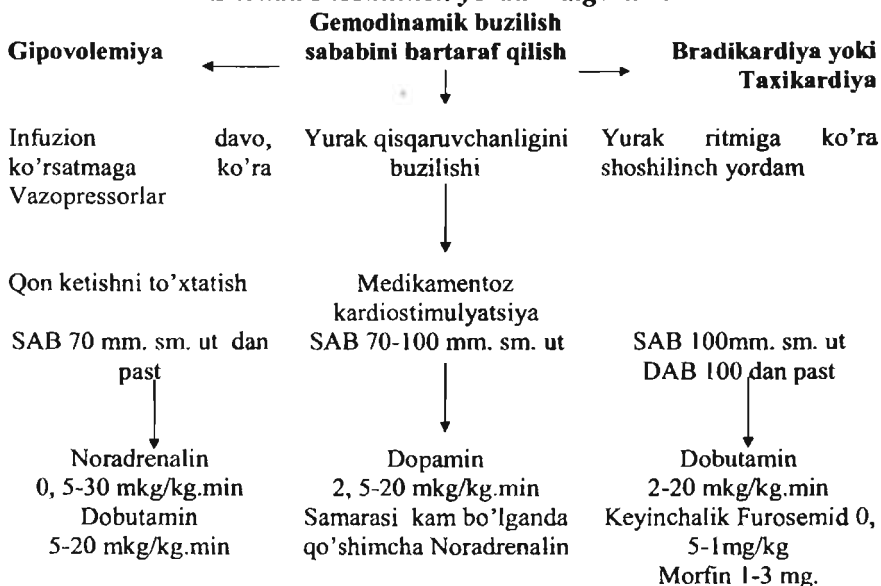
B. Nafas adekvatligini baholash. Pulsoksimetriya.

S. Qon aylanishini baholash. Kardiomonitor-EKG, AQB

Hayotiy funksiyalarni baholash

Anamnez

Shokda shoshilinch yordam algoritmi



Bolalarda shok davrlarining kechish xususiyatlari

Kompensatsiyalangan shok – shokning erta 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.

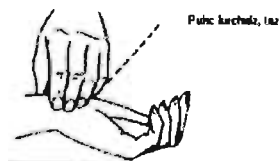
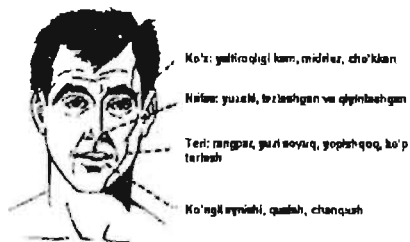
Dekompensatsiyalangan shok. Shokning bu bosqichi bolalarda uzoq davom etmaydi va to'qima perfuziyasini ta'minlab turgan kompensator imkoniyatlar tamom bo'lishi bilan tushuntiriladi. O'z vaqtida yordam ko'rsatmaslik oqibatida nafas va qon aylanishi faoliyati to'xtashi kuzatilishi mumkin. Bu bosqichning 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 boyo'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 so'rash 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, kapilyar 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 qo'lrang 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 /SO'V/ni o'tkazishga tayyor bo'lish
- Aspiratsion sanatsiya uchun asbob uskunalarni tayyorlash
- Jarohatni bog'lash va qon to'xtatish
- Oyoqlarni ko'tarish (Trendelendburg 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 endotraxeal 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 vaqtni yodda tutish
- Suyak ichiga yo'l ochish /kirish/
- 20 ml/kg hisobida 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:

- Perfuziyaning 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 yorilishi. Chanoq suyaklari sinishi, buyrakdan qon ketish, bachadondan tashqari homiladorlik. Oshqozon – ichakdan qon ketish. O'roq 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 nuqsonlari, 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, tireotoksikoz | Og'ir anemiya, tireotoksikoz, zaharlanish. |

Tekshirish va tashhishlash

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. **Loborator va asbobli tekshiruv**

a) Arterial qonda gazlar miqdori aniqlanadi.

b) Umumiy qon tahlili o'tkaziladi

v) Elektrolitlar miqdori, plazmada glyukoza, kreatinin, yurak izofermentlarning faolligi, qonda jigar fermentlari miqdori aniqlanadi. Toksikologik tekshiruv o'tkaziladi.

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

G. Nazorat

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, traxeaya intubatsiyasi va SO'V ni o'tkazish kerak bo'ladi.

2. Gipovolemiyani bartaraf qilish. Yurak etishmovchiligi bo'lmaganda tezda izotonik eritma yuboriladi (fiziologik eritma 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 YuUS va PTUQni oshiradi. | Arterial gipotoniya (PTUQ kam bo'lganda) | Qorinchalar aritmiyasi Gipovolemiya, Gipotoniya |
| Izoprenalin | 0.1-1 mkg/kg/min | 1 nmkg/min | Beta-adrenostimulyator YuUS va miokard qisqaruvchanligini oshiradi va tomirlar tonusini pasaytiradi. | Brodikardiya 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 qisqaruvchiningi 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 |
| Dobutammin | 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) Svang'-Gans katetri 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
- Tepa 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'lim 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 oqimni 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 to'xtatishni 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 intensSO'Vigini kuchaytirish mumkin. Jgutni hayot uchun xavfli holatlarda oxirgi vosita sifatida qo'llash mumkin.

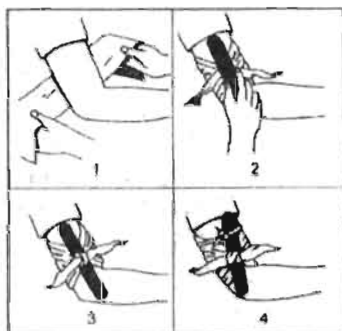
Jgut qo'yishga ko'rsatma: qon ketishini boshqa usullarda to'xtatishning iloji bo'lmasa

- 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 tamoyillari

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

Burundan 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 pastta 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 gorizontol 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'zilar 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 faollik hisobiga impuls hosil bo'lishining buzilishidan kelib chiqadi.

- **Bradikaritmialar** avtomatizm so'nishi yoki impuls blokadasida yuzaga keladi.

Aritmiyalar yurak kasalliklari, metabolik buzilishlar yoki orttirilgan 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 stabilligini 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
- Turg'un va noturg'un taxiaritmiyalar
- Kardio-respirator belgilar bilan kechuvchi bradikaritmialar

Letal aritmiyalar

Bu ritm guruhlari klinik o'lim bilan kechadi. Agar birlamchi ABCD baholashda verbal-taktik ta'sirga javob bo'lmasa, apnoe 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

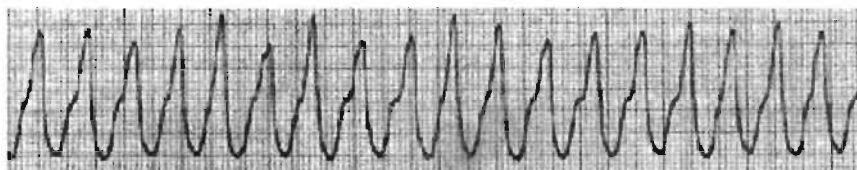
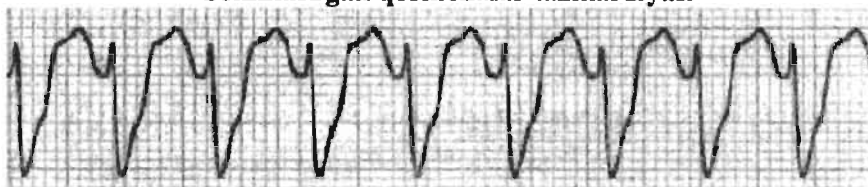
Qorinchalar fibrillyatsiyasi

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.

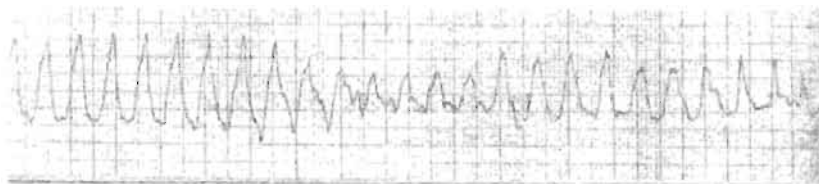
Sekinlashgan qorinchalar taxikardiyasi



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:

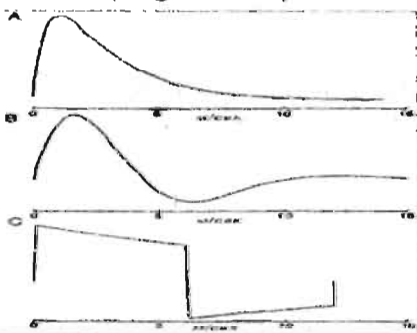
1. ABCD baholash, kardiomonitorga ulash
 2. Yurak-o'pka reanimatsiyasi
 3. Defibrillyatsiya 2 Dj/kg*
 4. Defibrillyatsiya, 2-4 Dj/kg
 5. Defibrillyatsiya, 4 Dj/kg
 6. Yurak-o'pka reanimatsiyasini davom ettirish
 7. Maska orqali Ambu qopchasida ventilyatsiya noadekvat bo'lganda yoki uzoq transportirovka mo'ljallansa– traxeya intubatsiyasi.
 8. Vena ichiga yo'l ochish
 9. Vena ichiga yoki suyak ichiga (V/I yo'l bo'lmasa) sekin fiziologik eritma 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 eritma 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 defibrilyatorlarga o'rnatilgan impedansmetr yordamida u ko'krak qafasi qalinligini o'zi aniqlab, kerakli razryad energiyasini hisoblab ko'rsatadi. Avtomatik tashqi defibrilyator 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.**



Defibrilyatsiyada qanday yangilik bor? O'zgacha fazali shaklda razryad beruvchi yangi defibrilyatorlar 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'limning bir shakli bo'lib, bunda bemorda markaziy puls aniqlanmay, kardiomonitorida ritm aniqlanadi (qorinchalar taxikardiyasi, qorinchalar fibrillyatsiyasidan tashqari). Ya'ni elektr aktivlik mavjud, mexanik aktivlik yo'q.

EMD eng ko'p uchraydigan sabablari:

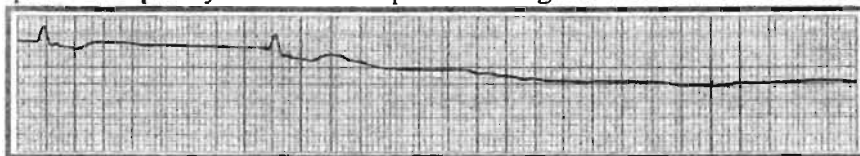
- Gipovolemiya
- Yurak tamponadasi
- Pnevmotoraks
- Giperkaliemiya
- Metabolik atsidoz

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 endotraxeal). 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 kardiomonitorida 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 kelgunicha 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 dozasiga 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.
- Stimulyatorida artifaktni inkor qilish uchun vaqti-vaqti bilan 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 imkon 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)
- Gipovolemiya (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).

Turg'un va noturg'un taxiaritmiyalar

Birlamchi ABCD baholashning «S» qadamida markaziy arteriyada puls bo'lsa, va kardiomonitorida ritm aniqlansa, ikkilamchi ABCD baholashda gemodinamik turg'unlik aniqlanadi. Gemodinamik turg'unlik 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)

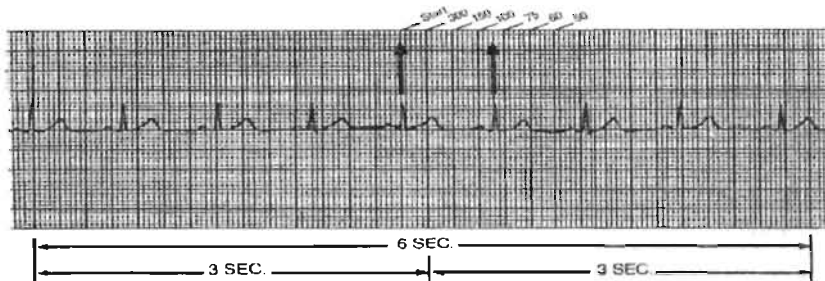
Agar yuqoridagi mezonlarning loaqal bittasi aniqlansa, bemor holati noturg'un deb baholanadi. Bu davu choralarini to'g'ri tanlashda muhim ahamiyatga ega.

Ritm tahlilida quyidagi qo'rsatkichlarni aniqlash zarur:

- Ritm soni
- «R» tishchani 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 taxiaritmiyalar

Sinusli taxikardiya — yuqori harorat, stress, dehidratatsiya yoki anemiyaga fiziologik reaksiya; baʼzan, YuUS juda yuqori boʻlganda uni aritmiyaning boshqa turiga adashtirish mumkin.

EKG. Normal P tishcha har QRS kompleksiga mos keladi; ritm toʻgʻri YuUS bir oz oʻzgargan.

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 yoʻnalishda qaytishi (re entry) yotadi.
- QRS kompleksi oʻzgarmagan (tor)
- Vegetativ disfunktsiyalar: tana qaltirashi, terlash, past solishtirma ogʻirlikka ega peshob bilan peshob ajralishining tezlashishi, ichak peristaltikasini kuchayishi. Yurak qisqarishlari tezlashgan, kuchli tovushli ritmik tonlar eshitiladi.
- Koʻkrak yoshdagi bolalarda yurak urish soni 220 dan ortiq.
- Katta yoshdagi bolalarda yurak urish soni 180 dan ortiq.
- Bir yoshgacha boʻlgan bolalarda koʻp uchraydigan aritmiya.

Gemodinamik turg'un 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, adenzin 0,1 mg/kg miqdorda vena ichiga tez yuborilib, kateterni fiziologik eritma bilan yuviladi. Agar taxikardiya bartaraf qilinmagan bo'lsa, adenzin 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.

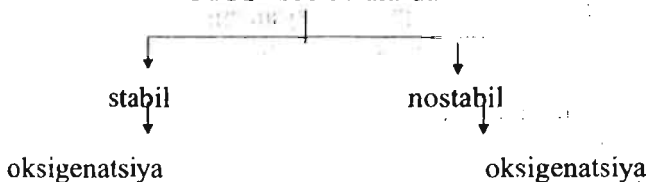
Gemodinamik noturg'un supraventrikulyar taxikardiyada shoshilinch yordam

- AVS yordam
- Agar bola komada bo'lmasa – dori yordamida uxlatish (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 gospitalizatsiya qilinadi.

Taxikardiyada shoshilinch yordam algoritmi

YuUS>220 ko'krak yoshdagi bolalarda

YuUS>180 bolalarda



kardiomonitoring
bolalar kardiologi
maslahati



Adenozin 0,1 mg/kg V/I
tez (ko'pi bilan 6 mg)



SVT persistirlanganda
Adenozin miqdorini
oshirish (ko'pi bilan 12 mg)

kardiomonitoring



Sinxronlashgan
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, bola chuqur nafas olib, og'iz va burmini berkitgan holda, nafas chiqarishga maksimal harakat qiladi, bunda qorin mushaklarini taranglashtirishi lozim. Yoki uyqu arteriyasini bir tomonlama massaji - bu usulni qo'llaganda bemor gorizontol, 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 muskulning 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, elektrodda 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'ratiladi 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 ortirilgan 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 koronarografiyada 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 turg'unlikni aniqlash zarur (yuqoriga qarang)

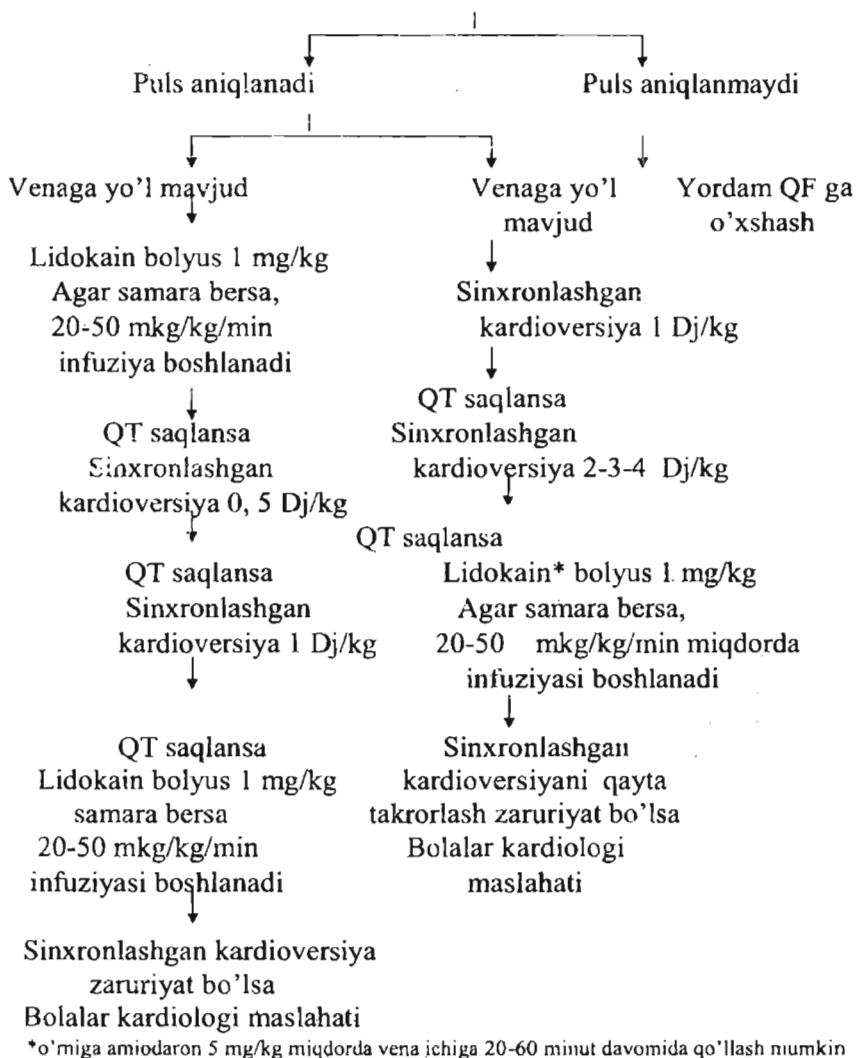
- Noturg'un holatda kardioversiya o'tkazish zarur, lekin boshlang'ich miqdori 1 Dj/kg ni tashkil etadi.
- Turg'un holatda 1 mg/kg miqdorda lidokain bolyus yuboriladi, keyinchalik davomli infuziyaga 20 - 50 mkg/kg/min o'tkaziladi.
- Sabablarini aniqlash va bartaraf etish (5 «G» va 5 «T»)

Bolalarda QT da shoshilinch yordam algoritmi

Kardiomonitorga ulash

YuUS>/=120 kengaygan QRS kompleksi bilan
(> 0,08 sekund)

Oksigenatsiya va O'SV
ETI



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
- tireotoksikoz
- 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 ahvolining, uyqu, ishtahaning yomonlashuvi
- Auskultatsiyada sistolik shovqin eshitaladi
- Yurak tonlari tez-tez qisqargani tufayli susayadi
- Ko'plab qarsaksimon tovushlar eshitaladi. 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 havfimi kamaytirish uchun antikoagulyantlar (3 haftaga), qo'llaniladi.



- Gemodinamik turg'unlikda kaltsiy kanallari blokatori (verapamil,

diltiazem), beta-blokatorlar (sotalol, esmolol, metapronolol) qo'llaniladi.



- Gemodinamik noturg'unlikda kardioversiya qilinadi.

Bo'lmachalar titrashi, bo'lmachalar fibrillyatsiyasiga o'xshash bolalarda kam uchraydi. Klinik ko'rinishi ham bir xil. Kardiomonitorda "arratishi"ga o'xshash bo'lmachalar to'lqini chastotasi 250—350 daqiqasiga; 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'lqini QRS kompleksi ustiga tushadi. Bo'lmachalar titrashi to'lqinlari 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.

Kardiomonitorda - muddatdan ilgari o'zgargan P tishcha, undan so'ng normal QRS kompleks 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.

Kardiomonitorda – muddatdan ilgari normal QRS kompleksi, yo'ldosh R tishcha yo'q.

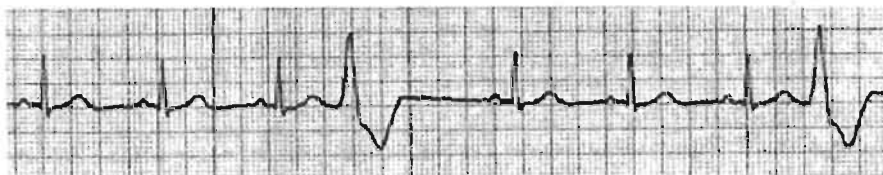
Shoshilinch yordam - talab etilmaydi.

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). Kardiomonitorda R tishchasiz navbatdan ilgari keng deformatsiyalangan QRS kompleksi ketidan to'liq kompensator pauza kuzatiladi. Qorinchalar ekstrasistoliyasi aniqlangan barcha bolalarga kardiolog maslahati tavsiya etiladi.

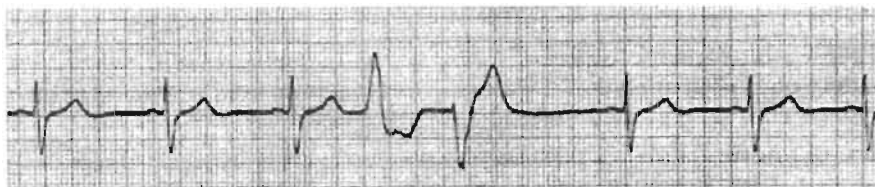
Yomon sifatli qorinchalar ekstrasistolasi belgilari:

- 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

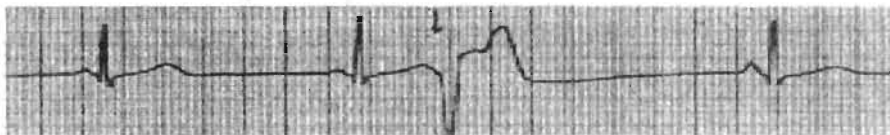
Monofokal qorinchalar ekstrasistoliyasi



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 yurak qisqarishlari soni- 60;
- 5 yoshgacha - 80;
- 1 yoshgacha bolalarda - 100;
- 1 haftagacha bo'lgan bolalarda - 95.

Sinusli bradikardiya kam hollarda yurak jarohatlanishi belgisi sifatida namoyon bo'ladi, ko'pincha u adashgan nerv tonusi ortishi, gipoksiya, markaziy asab tizimi kasalliklari, gipotireoz, gipotermiya va dori vositalaridan zaharlanish hisobiga kelib chiqishi mumkin. Sog'lom o'smir - sportchilarda bradikardiya me'yor 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

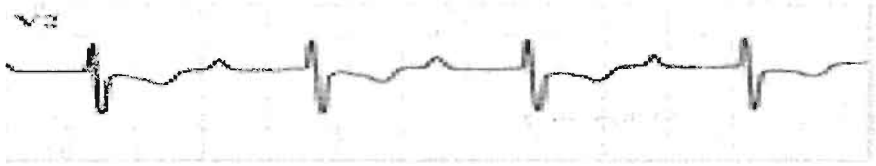


Shoshilinch yordam

Kardiorespirator buzilishlar bo'lmasa - talab etilmaydi. Zarur bo'lsa, atropin 0, 1 mg/kg v/i ga yuboriladi. U adashgan nerv tonusini pasaytirishi 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, korrektsiyalangan 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

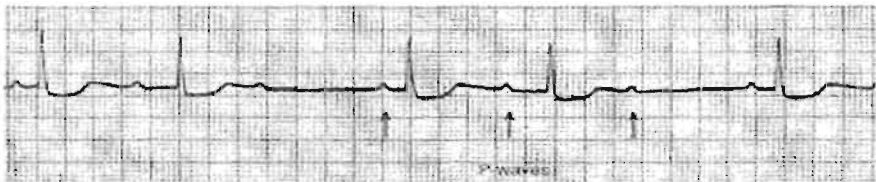
Kardiorespirator buzilishlar bo'lmasa – talab etilmaydi. Zarur bo'lsa, atropin 0, 01 mg/kg v/i ga yuboriladi va adashgan nerv tonusini pasayishi hisobiga YuUSni oshiradi.

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 davolash o'tkazilmaydi. Blokadaning 3-darajasi rivojlanish ehtimoli mavjudligi tufayli EKG monitoringi zarur.

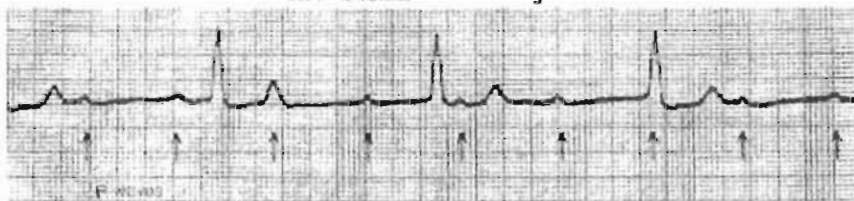
AV-blokada 3-darajasi (to'liq AV-blokada) bolalarda tug'ma yoki orttirilgan bo'lishi mumkin; u yallig'lanish jarayoni yoki yurak nuqsonlari tufayli kelib chiqishi mumkin (korrektsiyalangan magistral arteriya transpozitsiyasi yoki AV-kanal). Kam hollarda to'liq AV-blokada yurakdagi operatsiyadan keyin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

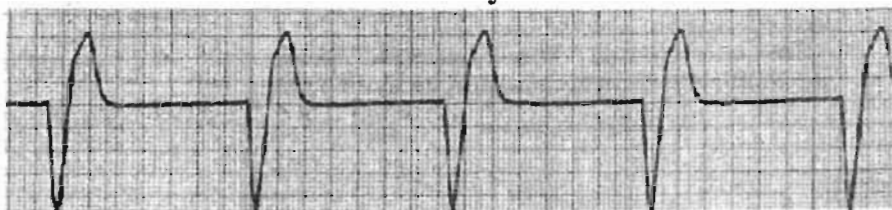
Katta yoshdagi bolalarda ham yurak nuqsoni va yallig'lanish jarayonlarini, shu jumladan, endokardit va vaskulitni inkor etish zarur.

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'lmashligi xarakterli.

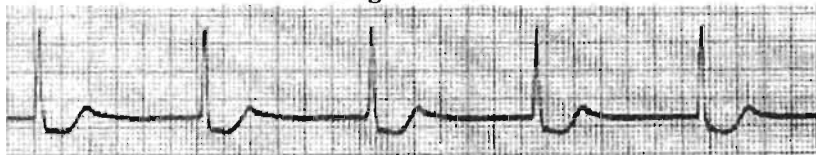
AV-blokada 3-darajasi



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 davo 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 kardiomonitoridagi belgilarini, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
8. Qorinchalar taxikardiyasi puls bilan kuzatilganda klinik belgilari, kardiomonitoridagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
9. Bo'lmachalar fibrillyatsiyasida klinik belgilar, kardiomonitoridagi belgilar, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
10. Bo'lmachalar titrashida klinik belgilar, kardiomonitoridagi belgilar, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
11. Yomon sifatli qorinchalar ekstrasistoliyasida klinik belgilari, kardiomonitoridagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.
12. Bradiaritmiyalarda klinik belgilari, kardiomonitoridagi belgilari, shoshilinch yordam ketma-ketligini aytib bering.

Aritmiyada qo'llaniladigan dori vositalari

| Dori vositasi nomi | Aritmiya | Bolalardagi miqdori | Kattalardagi 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) | <u>bosh. miq-ri</u> 6 mg <u>qayta yub. miq-ri</u> 12 mg, 12 mg <u>maks. miq-ri</u> 30 mg |
| Adrenalin 0, 1% | Asistoliya Bradikardiyada infuziya ko'rinishida | 0, 01 mg/kg 0, 6 mg x vazni (kg)+er-ma 100 ml gacha = 1ml/soat | <u>bosh. miq-ri</u> 1 mg qayta yub. har 3-5 min <u>mak. miq-ri</u> 8-10 mg 1 mg + 250 ml = 15- 30 ml/soat (2- 10 mkg/min) |
| Atropin 0, 1% | Bradikardiya Asistoliya EMD (agar Ps < 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 (20mkg/kg/min) | <u>bosh. miq-ri</u> 1-1, 5 mg/kg <u>qayta yub. miq-ri</u> 0, 5-0, 75 mg/kg <u>mak. miq-ri</u> 3mg/kg <u>qo'llab-quv-chi miq-ri</u> 2-4 mg/min 1 g + 250 ml 30 ml/soat (2 mg min) |
| Amiadaron 5% Amiokordin | QF/QT pulssiz QT puls bilan Bo'lmachalar fibrillyatsiy | 5 mg/kg 20-60 min | <u>bosh. miq-ri</u> 300 mg (20-30 ml fiz. er-mada) <u>qayta miq-ri</u> 150 mg <u>maks. miq-ri</u> 2, 2 g <u>qo'llab-quv-chi miq-ri</u> 0, 5 mg/min/soat (540 mg 18 soat ichida) |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | asi Bo'lmachal ar titrashi | | |
| Novokain- amid | QF/QT pulssiz QT puls bilan | 15 mg/kg | <u>bosh. miq-ri</u> 20-50 mg/min <u>maks. miq-ri</u> 17 mg/kg <u>qo'llab-quv-chi miq-ri</u> 1-4 mg/min |
| Magniy sulfat 20%, 25% | QT polimorf | <u>bosh. miq-ri</u> 25-50 mg/kg <u>maks. miq-ri</u> 200 mg | <u>bosh. miq-ri</u> 1-2 g <u>qo'llab-quv-chi miq-ri</u> 0, 5g/soat |
| Verapamil 0, 25% (Izaptin) | Bo'lmachal a titrashi Bo'lmachal ar fibrillyatsiy asi | 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. | <u>bosh. miq-ri</u> 2, 5-5 mg <u>maks. miq-ri</u> 30 mg |
| Diltiazem | - // - | <u>bosh. miq-ri</u> 0, 25 mg/kg <u>qo'llab-quv-chi</u> <u>miq-ri</u> 0, 15 mg/kg | <u>bosh. miq-ri</u> 0, 25 mg/kg <u>qo'llab-quv-chi miq-ri</u> 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, miokardda 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:

○ **miokard shikastlanishi natijasida:**

- ishemiya
- infektsiya
- 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 orqada qolish
- Ishtahaning 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 1 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
- jigar kattalashishi
- yurak nuqsoniga shuhxa bo'lganda song arteriyasida puls baholanadi va yurakda shovqin izlanadi.
- nafasning tezlashuvi, ayniqsa 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda ovqatlanish vaqtida
- 1 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 |
| Kapillyar sinama | < 2 sekund | >2 sekund | >2 sekund | >2 sekund | >2 sekund |
| Ko'z ochishi | Me'yor | Ovozga | Og'riqqa | Yo'q | Yo'q |
| Ovoz reaksiyasi | Odatiy | Buzilgan | Bog'lanmagan so'zlar | Alohida tovush | Yo'q |
| Harakat reaksiyasi | Ovozga | Og'riqqa tortib oladi | Buqilish | 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 = $\frac{YuUS}{SAB}$

0, 5 -- me'yor

1, 0 – xavf

1, 5 – shok

Kislorodga bo'lgan talabni baholash

Kislorodga bo'lgan talab = $\frac{YuUS \times SAB}{100}$

>100 – talabning ortib borishi

>70 – talab ortib borishi mumkin

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

Yurak indeksi = YuUS/NS

I yoshgacha bo'lgan bolalar > 3, 5

I 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 SO'V 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 xloriazid, 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 ehtiyotkorlik bilan

yuboriladi, 0, 5 mg/kg, keyin 5—10 mkg/kg/min tezlikda infuziya holida 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 dozasining 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 tamoyillari:

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:

- Pulsli 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 shpritsxajmi 10 ml, igna 20 G uzunligi 2, 5 sm, kattalarda— shprints hajmi 30 ml, igna 20 G uzunligi 7, 5 sm.
- Xanjarsimon o'simta ostida teri sohasi povidon-yod va etanol bilan zararsizlantiriladi.
- Igna aseptik holatda xanjarsimon o'simta ostida 30° burchak ostida kiritilib, chap ko'rak suyagi tomon yo'naltiriladi. Shprintsda biroz manfiy bosim hosil qilinadi. Igna perikard bo'shlig'iga tushishi bilan shprintsda 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 haydalishi to'satdan qiyinlashishi kuzatilib, qonning o'ngdan chapga haydalishini oshishiga olib keladi. Kriz davomiyligi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha bo'lishi mumkin. Bu holat kuchayib boruvchi gipoksiya, atsidoz va o'limga olib kelishi mumkin..

Fizikal tekshiruv:

- To'satdan 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 eshutiladi, kriz paytida o'pka arteriyasi stenozini pasayadi.
- Xirillashlar va hushtaksimon nafas bo'lmaydi.

Shoshilinch yordam:

- Kislorod ingalyatsiyasi
- Tinchlik yaratish.
- Tomirlarning periferik qarshiligini oshirish uchun bemor tizza – ko'krak holatiga keltiriladi.
- Yurak glikozidlari va diuretiklarni qo'llash qat'iy man etiladi.
- Tinchlantirish va o'ng qorinchadan chiquvchi to'siqni kamaytirish uchun morfın, 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 tetradası bilan bolalarga diagnostik va davo chora-tadbirlaridan oldin tinchlantiruvchi va og'riq qoldiruvchi moddalar yuborilib, otanalarning 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 kechishi mumkin: tug'ruqxonada, kasalxonada, uyda va hattoki ko'chada. Asoratsiz tug'ruqlarda maxsus akusherlik tayyorgarligi va asbob uskunalari kerak bo'lmaydi. Biroq chaqaloqning hayoti va sog'lig'i tug'ruqni olib boruvchi va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yordam beruvchi tibbiyot xodimiga ham bevosita bog'liq. Ko'rsatilgan yordamning muvaffaqiyatli chiqishi uchun avvalo yordam ko'rsatishni rejalashtirish, eng ma'qul usulni va joyni tanlay bilish juda muhimdir. Bu omillar tug'ruqni olib borishni engillashtirib, chaqaloqqa 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 shoshilmasdan, 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 sezmoqdami?
- 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 jiplashishiga yo'l qo'ymang.
- Bemorni tezlik bilan shifoxonaga etkazish imkoniyatlarini topish.

Fizikal ko'ruv

1. Bemorni tezroq shifoxonaga etkazish imkoniyatlarini aniqlang.

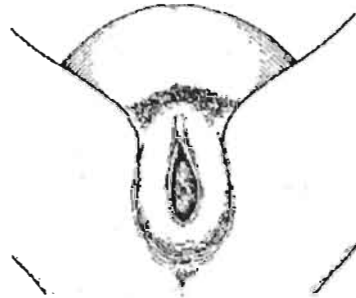
Buning uchun homilador ayolni qorniga qo'lni qo'yib to'lg'oq oralig'i vaqtini aniqlash lozim.

- 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'ruqni qabul qilishga 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 qo'lay joyini tanlay bilish.
3. Qin o'rtasida boshchani bor- yo'qligini yaxshilab qarang (agar bemor anamnez savollariga ijobiy javob bersa)
4. Agar boshcha ko'rinsa, tug'ruqqa tayyorlanish zarur.
5. Agar boshcha ko'rinmasa, bunda tug'ish jarayoni qiyinlashishi mumkin.

- Onadan kuchanmasligini so'rang.
- Tug'ayotgan ayolni tinchlantiring.
- 6. Akusherlik asboblari tayyorlash

Akusher asboblari to'plami

- Jarrohlik tigi
- Gemostatik qisqich yoki klipslar (imkoniyatga qarab)
- Steril tasma yoki shnur chov sohasi uchun
- Rezinali nokcha
- Sochiq
- 5X10 sm o'lchamdagi doka so'rg'ich



Бошнинг тикилиши

- Steril qo'lqop
- Bolalar yopinchig'i
- Gigienik taglik
- Plastik xalta
- So'rib oluvchi nokcha

Tug'ruq davrlari

- 1- davr – tug'loq dardalaridan boshlanadi va bachadon bo'yni ochiladi (har bir yangi tug'ruqdan oldin bu oraliqtaxminan 1 soatga qisqaradi)
- 2- davr– bunda avval bachadon bo'ynining ochilishidan boshlanadi va chaqalok tug'ilishi bilan tugallanadi.
- 3- davr – bola tug'ilish bilan boshlanadi va yo'ldoshning qaytishi bilan tugallanadi

Kelly, *Sexuality Today: The Human Perspective*, 6e. Copyright © 1998. The McGraw-Hill Companies, Inc. All Rights Reserved.



- Kulkop takish, nikop, xalat, ximoya ko'z oynagi yukimli kasalliklardan saqlanish yo'llari.
- Tugayotgan ayol orkasi bilan yotishi va oyoqlarini ikki tomonga kerib, tizzalarini bukishi kerak.
- Onaning orkasini yopinchik va yastik bilan ko'tarib turish kerak.
- Kin atrofini toza choyshab bilan artib to'ring (quruq latta yoki kogoz salftkasi).
- Bolaning boshi ko'rinishi bilan, boshini kaltingizda ko'tarib to'ring va sekinlik bilan urib, asta sekinlik bilan bosib kuying, ogzi bilan katiy harakatning oldini olish uchun (faqat yuzi va ogziga emas). Ahvolini kuzating, extiyotlik bilan og'iz atrofini artib chiking.

- agarda amnion qopining butunligi buzilmagan bo'lsa, uni qisqich bilan yorish kerak (yoki qo'l bilan yorish, lekin aslo pichoq yoki skalpel yordamida emas) faqat bola ko'ringanda uni og'zi va boshidan uzoqda qo'llash kerak.

- Boshi tug'ilish bilan uni kindik bilan o'ralganmi yoki yo'qmi tekshirish kerak. Agarda shunday bo'lsa, u holda kindikni elkadan o'tkazish yoki qisish, kesish va bo'yindan ajratish kerak.



вагинал тугрук

- Boshi tug'ilish bilan boshni ushlab turish kerak va og'izda aspiratsiya olib borish maqsadida rezina nokcha bilan tozalash kerak. Bunda xalqum ortini shikastlanishdan uzoqroq bo'lish zarur.

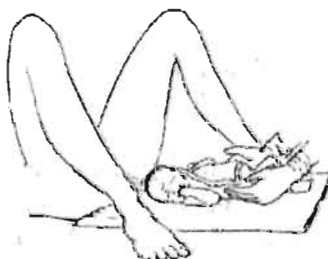
Чакалок бурун ва оғиз бушлигининг аспирацион тозалаш техникаси



- Bolani bosh vo yuz qismidagi choklarini davomiyligini aniqlash, bosh vo yuz qismidagi choklar bolani qaysi tomonga harakatlanayotganini belgilaydi.

Чакалокнинг киндикни кесишдан олдинги ҳолати

- Bolani har bir elkalarini tug'ilishi oson kechadi – chaqaloq bu vaqtda sirpanuvchan bo'ladi.



- Bola gavdasini va butun azoni tug'ilishida tug'ilayotganda qo'llar yordamida ushlab turish kerak.

- Oyoqlari tug'ilishi bilan ularni qo'llar yordamida ushlash zarur.
- Bola tug'ilishi bilan hamkasbga monitoring o'tkazishni vo ahvoliga qarab birinchi yordam ko'rsatishni tayinlash kerak.

- Puls to'xtashi bilan qisqichlar bilan qisilgan kindik kesiladi.
- Chaqaloq og'zi va burnidagi qon va shilliqlardan toza steril marli yordamida tozalab qayta aspiratsiya o'tkazish.
- Chaqaloqni issiq choyshab bilan o'rab va yonboshga boshini biroz tushirgan holda yotkiziladi.
- Chaqaloqni qin sohasida ushlab turish kerak, to kindigini kesguncha
- Hamkasbi chaqaloqni monitoring ko'ruvdan o'tkazish va ahvoriga karab birinchi yordam ko'rsatishni o'z bo'yniga oladi.
- Puls to'xtashi bilan ona qini sohasiga doka qo'ygan holda kindigi kesiladi va ona qorni sohasiga joylashtiriladi.

▪ Qisqichni kindikka 20-25 sm boladan uzoqlikda qo'yish kerak.

▪ Ikkinchi qisqichni boladan to'rt barmoq uzoqlikka qo'yiladi

▪ Bolani ona qorniga joylashtirsa ham bo'laveradi.

▪ Chaqaloq og'zi va burnidagi qon va shilliqlardan toza steril doka yordamida tozalab qayta aspiratsiya o'tkazish.

▪ Nafas olishi uchun bolani orqasiga yoki oyoqlari ostini ishqalash yoki urish kerak (bu tadbirni ehtiyotlik bilan olib borish kerak).

▪ Chaqaloqni issiq choyshab bilan o'rab va yonboshga boshini biroz tushirgan holda yotqiziladi

▪ Me'yoriy tug'ruqda bola kindigini kesish shart emas.

▪ Tug'ruq vaqtini fiksatsiyalash.

▪ Ko'p bolali tug'ruqda birinchisi tug'ilish bilan ikkinchisiga tayyor turish kerak.

▪ Tug'ruqdagilarni ketma ketligini kuzatish. Bu bir necha 30 daqiqani tashkil qiladi.

▪ Qin oralig'iga steril yostiksimon belbog' qo'yilib onaga oyoqlarini bir biriga qisishga yordam beriladi.

▪ Bola va onani transportirovka jarayonida sochiqni uzoqlashtirmaslikka harakat qilinadi.

▪ Sochiqni uzoqlashtirishdan oldin yo'ldoshni plastik paketga o'rab shifoxonaga shu holatda olib boriladi.

▪ Onaning qin sohasiga steril taglik qo'yilib oyoqlarini tushirib qo'yish.

KINDIKNI KESISH

Birinchi qisqich chaqaloq kindigidan 25 sm masofaga qo'yiladi

Ikkinchi qisqich birinchi qisqichdan 8 sm masofaga chaqaloq onasiga qo'yiladi



- Tug'ruq vaqti yozib olinadi va onani, chaqaloqni va yo'ldoshni transportirovkalab shifoxonaga olib boriladi.
- 1. Onaga tug'ruqdan keyingi birinchi yordam ko'rsatiladi.
- 2. Butun jarayon davomida ona bilan faol muloqat olib boriladi.
- 3. Nafas va pulsa monitoringi olib boriladi.
- 4. Tug'ruq – davolash tadbirini ta'lab qiladi.
- 5. Transportirovka vaqtida har bir choyshab va tagliklar qondan xoli bo'lishi nazarga olinib, ularni almashtiriladi.

Hujjatlarni to'ldirish

- Tug'ruq vaqtini belgilash
- APGAR shkalasi buyicha chaqaloq ahvolini baholash 1- va 5- daqiqalar, tuqqandan so'ng:










■ **Rangi**

■ **Puls**

■ **Refleksi**

■ **Mushaklar tonusi**

■ **Nafas olishi**

| | ball 0 | ball 1 | ball 2 |
|--------------|---|---|---|
| Тери ранги |  |  |  |
| Пульс | нафас йук | <100/мин | >100/мин |
| Реакцияси |  |  |  |
| Мушак тонуси |  |  |  |
| Нафас | нафас йук | кучли, секин | кучли, чинкириши |

Tug'ruqdan keyin qondan qon ketish

Tug'ruqdan keyin 500 ml miqdorda qon ketishi bu tabiiy xol hisoblanadi. To'xtovsiz qon ketishda tez – tez bachadonni uqalab turish kerak:

- Barmoqlar uzunligi xolida qorin ostki qismida, qov suyagi sohasiga bosib turiladi. Shu sohani uqalash.
- Qon ketishi davom etganda to'g'ri muolaja olib borish kerak, kislorod berish, vena ichi infuziyasini olib borish va shoshilinch holda transportirovkalash.
- qon ketishida agar ona shok holatiga tushib qolgan bo'lsa, tezda shoka qarshi dorilarni qo'llash va bemorni shoshilinch tarzda transportirovka qilish va yo'l davomida bachadonni massaj qilib borish shart.

Yangi tug'ilgan chaqaloqqa birinchi yordam ko'rsatish

1. Qulay holatga joylashtirish, quritish, artish, issiq choyshabga o'rash va boshini yopish.
2. Aspiratsion tozalashni davom ettirish.

3. Chaqaloqni holatini baholash – me'yoriy ko'rsatkichda.

- Tashqi ko'rinishi – rangi: markaziy tsianozga bog'lamagan holda(tanada).
 - Puls (balki kindikda aniqlangan) – 100¹ da
 - Burishtirish – energetik va ko'zga tashlanuvchan.
 - Faolligi - oyoq qo'llarni yaxshi harakatchanligi.
 - Nafas olishi – me'yorda(40 daq/nafas olishi) baqirgan
4. Chaqaloqqa yordam berishdagi asosiy holatlari – qo'lay joyga yotkizish, quritish, isitish va nafas olishini stimullash.
5. Chaqaloqni choyshab bilan o'rash va boshini ushlab turish.
6. Agar zarur bo'lsa, aspiratsiyani davom ettirish.
7. Chaqaloqni stimullashtirish agar u nafas olayotgan bo'lsa.
- Oyoq kaffini yoki tovonini ishqalash.
 - Chaqaloq orqasini ishqalash.

Agar chaqaloq nafas olmayotgan bo'lsa, yoki 1 daqiqada ichida nafas olishga qiynalayotgan bo'lsa, tezda qo'shimcha chora tadbirlarni qo'llash kerak.

1. Nafas olish yo'llari o'tkazuvchanligini yaxshilash.

2. SO'V qo'llash chastotasi 1 daqiqada 40 nafas.

3. 1 daqiqadan so'ng qayta holatini baholash.

4. Agarda yurak urish soni 80 tadan kam bo'lsa, ikkinchi yordamchi yupiq yurak massajini o'tkazishi kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqni birlamchi reanimatsiyasi

Nafas harakati

Yuqori nafas yo'llarida nafas yo'llari o'tkazuvchanligi va nafas ehtiyotlik bilan tekshirib baholanadi, agar nafas yo'q bo'lsa, sun'iy nafas berishni boshlash lozim:

- Nafas yo'llarini ochish, boshni neytral tutgan holda
- Avval og'iz xalqum qismini tozalash so'ng rezina nokcha yordamida burunni tozalash.
- Chaqaloqni ta'sirlash, holatini o'zgartirish.
- Kislorod yordamida ingalyatsiyalash
- Ambu qopi orqali to'g'ridan to'g'ri 5 marta niqop orqali havo yuborish (qopning bir martalik qisqarishida, qop 2-3marta qisqaradi -- « vals ritmi» deyiladi) kerak.
- Qayta baholash
- Samara bo'lmagan holda bosh holatiga e'tibor berish, niqobni tutish va SO'V ni boshlash.
- Ko'krak qafasi noadekvat harakat qilsa og'iz burun bo'shlig'ini tozalashda davom etish.

Yurak qisqarish soni

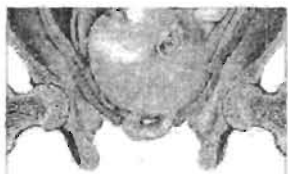
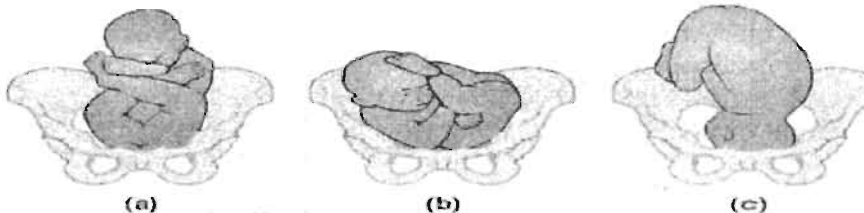
1. Yurak tonlarini borligini aniqlang, yoki kindik pulsatsiyasi orqali

2. Agarda YuQS daqiqasiga 60 marta bo'lsa sun'iy ventilatsiyani davom ettirish(40 daqiqa)
3. Agar YuQS daqiqasiga 60dan kam bo'lsa, yurak ustidan masaj qilishni davom ettirish..
4. Agar YuQS 100 ta bo'lsa, yopik yurak masajini to'xtatish va faolashguncha kislorod yordamida ingalyatsiyalash.
5. Samara bulmagan holda SO'V ni davom ettirish

Samara bo'lmagan reanimatsiya muolajalarini to'xtatish

- Agarda reanimatsiya chora tadbirlariga 20 daqiqadan ortiq vaqt ketgan bo'lsa, bola nafas olmayotgan bo'lsa va pulsi ham bo'lmasa to'xtatish mumkin
- Onasini tinchlantirib turib bolani halok bo'lganini tushuntirish lozim.

Тугруқ вақтида хомиланинг ҳолати



Anomal tug'ruqlar

Kindik tushishi – holati, bosh tug'ilishidan oldin kindik tushishi; chaqaloq tug'ilmasidan turib unga xavf solishi mumkin.

1. Tug'uvchi ayolni bosh tomonini tushirib va oyoqlarini ko'targan holda, tug'ruq yo'llaridagi bosimni tushirish.
2. Steril qo'lqop yordamida qo'lni kiritish, tug'ilib turgan qismini pulsatsiyali kindikdan uzoqlashtirish.
3. Shoshilinch holatda transportirovkalash, bosimni tushirishda davom ettirib kindik pulsatsiya monitoringini o'tkazish.

Бош олд келиш



Думба олд келиш



Олд келиш - бу хомиланинг тугруқ йулларидан биринчи булб чикувчи тана қисми (бош, думба, оёқ ва х.к.) лр

4. Holatiga qarab kindikni boshni yonidan chiqarish; bu holat hali tug'ilmagan chaqaloq uchun katta xavf tug'dirish mumkin.

Tug'ruq orqasi bilan kelsa – tug'ruqda chaqaloqni dumbasi yoki oyoqlari bachadon bo'yni sohasiga to'g'ri kelsa, tug'ruq dumba yoki oyoqlari bilan kelsa.

1. Chaqaloq uchun xavfli bo'lgan kindik chiqishidagi tug'ruq jarohatlari kuzatilish mumkin, bu holatda agar chaqaloq dumbasi bilan kelgani tashhislansa shoshilinch transportirovka o'tkazish.
2. 10 daqiqa davomida tug'ruq qabul qilinmaydi.
3. Agar bosh chiqishi 30 soniya davomida kechsa steril qo'lqop yordamida qo'lni kirgazib tug'ilish joyini pulsatsiyalanuvchi kindikdan uzoqlashtirish.
4. Shoshilinch tibbiy yordam.
 - Xozirgi ahvoli tashhislansa shoshilinch tarzda transportirovkalash.
 - Tug'uvchi ayolga kislorod berish.
 - Tug'uvchi ayolni boshini tushirib chanoq sohasini ko'tarish kerak.

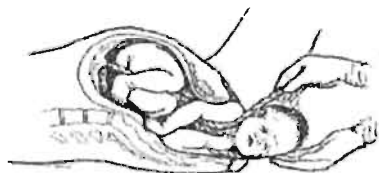
Kindikka o'ralib qolish

Chaqaloq bo'yni kindik bilan o'ralib qolsa, ehtiyotlik bilan qo'l bilan boshidan o'tkazib ajratish.

Oyoq -qo'llarni tushishi – ko'pincha bu holat chaqaloq oyoq-qo'llarini tug'ruq yo'llaridan chiqishi dumba bilan kelganda kuzatiladi.

1. Ushbu holat tashhislangan holatda shoshilinch transportirovkalash.
2. Tug'uvchi ayolni kislorod yordamida ingalyatsiyalash.
3. Tug'uvchi ayolni boshini tushirib chanoq sohasini ko'tarish kerak.

Боланинг буйицдан урилган киндикни чиқариш



Ko'p homilali tug'ruq

1. Bunday hollarda 1 necha bemorlar reanimatsion holatiga tayyor turish zarur.
2. Yordam
3. chi kuchlarni chaqirish.

Mekoniyali bo'yalish

Mekoniy – yashi! yoki jigarrang tipdagi loyqalangan amnional suyuqligiga bo'yalishi bo'lib, bu holat ko'pincha chaqaloqni tug'ruq yo'llaridagi distressi paytida yuzaga keladi.

1. Og'iz xalqum bo'shlig'ini aspiratsion tozalamasdan turib stimulyatsiyani o'tkazmaslik.
2. Tozalash
3. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash
4. Shoshilinch holda transportirovkalash

Chala tug'ilish

- Gipotermiya rivojlanish xavfi yuqori (har doim)
- Odatda bunday xollarda reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi. Albatta bunday paytda muolaja oxirigacha olib boriladi.

Nazorat savollar:

1. Tug'uvchi ayolning yo'naltirilgan anamnezidagi savollarni sanab o'ting
2. Tug'uvchi ayolga qanday ehtiyot yordam choralari qo'llaniladi?
3. Tug'ruq vaqtiga qanday aniq vaqt belgilanadi?
4. Akusher asboblari to'plamini sanab o'ting?
5. Qiyin bo'lmagan holdagi muolajalarni keltiring
6. Chaqaloq operativ hujjatlarida qanday ma'lumotlar tuldiriladi?
7. Apgar shkalasi buyicha chaqaloq qanday baholanadi?
8. Tuqqan ayolga tug'ruqdan keyingi qon ketishda qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
9. Sog'lom chaqaloqqa qanday birinchi yordam ko'rsatiladi?
10. Chaqaloqqa birlamchi reanimatsiya qanday o'tkazish mumkin?
11. Tug'ruq paytida kindik tushishida qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
12. Tug'ruq dumba bilan kelganda qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
13. Tug'ruqda bola kindikka o'ralgan bo'lsa, qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
14. Tug'ruq paytida bola oyoqlari bilan kelganda qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
15. Ko'p homilalik holatida qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
16. Tug'ruq mekoniy bilan bo'yalgan holda kelsa qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?
17. Chala tug'ilish kuzatilganda qanday chora tadbirlar qo'llaniladi?

BOLALARDA SHIKASTLANISHLARIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM KO'RSATISH

Shikastlangan 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 tizimida ishlovchi xodim ma'lum tartibda ishlashi kerak. Shoshilinch yordam birinchi navbatda hayotga xavf soluvchi holatlar, ayniqsa shok bilan ko'rashga 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 infektsiya 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.



Bemordagi mastlik 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'zining va o'z guruhining xavfsizligini shaxsiy himoya vositalaridan foydalangan holda maksimal ta'minlashi, atrofdagilarning 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 yo'llari 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'minlagan holda 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 holda 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, qorachiqlarning yorug'likka reaksiyasi, teri qoplamlarining rangini baholash, butun tananing yo'naltirilgan fizikal tekshiruvi bilan bemor ahvolini ABCDE bo'yicha ikkilamchi qayta baholash o'tkazish.

Jarohat og'irligi shkalasi bo'yicha bemorni baholash

| Ko'rsatkich | Gradatsiya | Ball |
|--|------------------------------------|-------------|
| Nafas soni | 10 - 24 | 4 |
| | 25 - 35 | 3 |
| | 36 dan ko'p | 2 |
| | 1 - 9 | 1 |
| | Nafas olmayapti | 0 |
| Nafas harakatlari | Odatdagidek | 1 |
| | Retraktsiyali yoki nafas olmayapti | 0 |
| AQB | 90 dan ortiq | 4 |
| | 70 - 89 | 3 |
| | 50 - 69 | 2 |
| | 0 - 49 | 1 |
| | Periferik puls yo'q | 0 |
| Kapillyar sinama | 2 soniyadan kam | 2 |
| | 2 soniyadan ko'p | 1 |
| | Qayta qizarmayapti | 0 |
| Glazgo shkalasi bo'yicha baholash (bal lar) | 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'ilashgan | 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 asoratlar 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 veroz 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 chanoq va uzun naysimon suyaklar singanda immobilizatsiyani ta'minlaydi xamda oyoqlarga qon kelishini kamaytiradi. Jarohatdan keyingi erta bosqichlarda pnevmatik kostyum qo'llanilganda AQH(OTsK) 1000-1500 ml ga

oshadi. Agar kostyum nafasni qiyinlashtirsa, qorindagi tasmani bo'shatish mumkin.

- AQH ni to'ldirish.
- Og'ir atsidozni davolash.
- Yurak etishmovchiligini davolash

Suyak va bug'imlar shikastlanishi

1. Bemor ahvoli stabillashgach, sinish, chiqish va yumshoq to'qimalar shikastlanishini davolashga kirishiladi. Sinish va chiqishlar, shu jumladan shubha qilinganlari ham shinalanadi. Agar bemor shokga qarshi pnevmatik kostyumda yoki 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 qavatlari 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 stabillashgach va hayotiy muhim funksiyalar 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 ahvoliga bog'liq. Transportirovka vaqtida sodir bo'lgan barcha holatlar hakidagi ma'lumotlarni qayd qiluvchi va

klirik 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.

Jarohlarda 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 savolari:

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 bemorlar 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% tibbiy yordamga murojaat qilishadi va ularning 20 % kasalxonalarga yotqizilib 0, 3 % kuyish oqibatida nobud bo'ladi. Kuygan bemorlarning 20 % ni 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 kuyishning asosiy 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 :

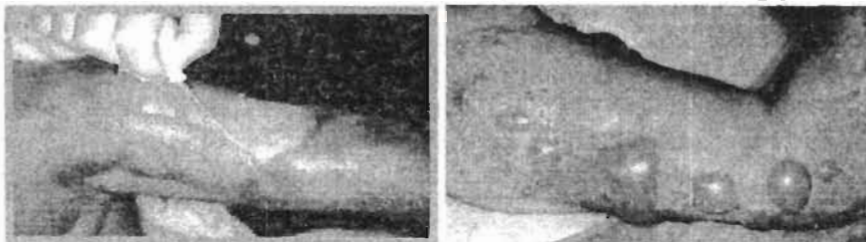
- Kuyish darajasi
- Kuyish chuqurligi
- Yosh
- Nafas yo'llari kuyishi
- Olovdan kuyish
- Kasalxonagacha bo'lgan davr uzoqligi
- Premorbid fon

Tashhislash: Kuygan jarohat tasnifi

Chuqurligi bo'yicha kuyishlar quydagicha tasniflanadi:

Yuzaki kuyishlar (I-II daraja) - termik kuyish, ya'ni bunda epidermis va dermaning yuqori qavatlarini 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 qavatlarini 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.

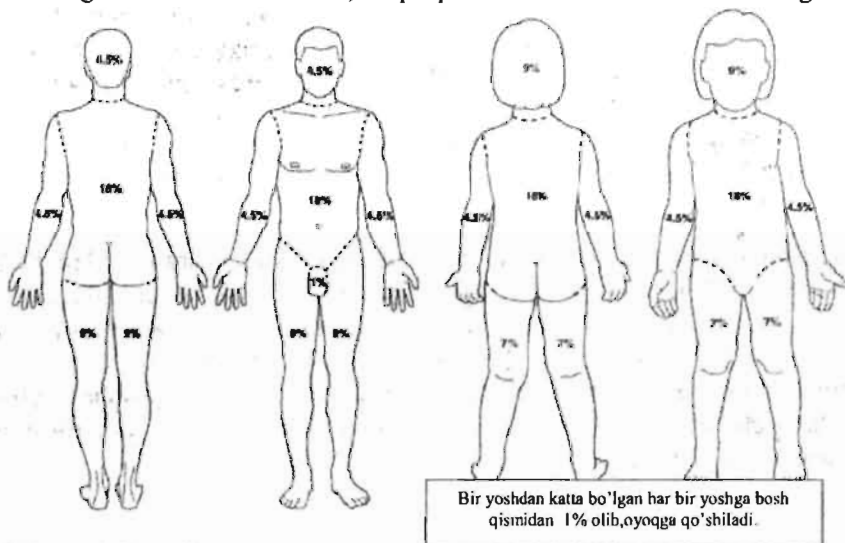


Chuqur kuyish (III-b – IV daraja) - termik zararlanish bo'lib, bunda epidermis va derma zararlanadi va regenerativ elementlarni qoldirmaydi. Masalan, qaynagan suv yoki olov bilan kuchli kuyish va kontakt kuyish. Bunday kuyishlarning bitishi

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 infeksiyalanish kuyishni chuqur kuyishga aylanishiga 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 yoshi 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.

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 bolalarga 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 oshishga 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 infeksiyasi 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 jarohatlarni 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 tana vaznini o'lchash boshlang'ich infuzion davo miqdorini aniqlash uchun o'ta muhimdir. Agar bemorda keng qamrovli kuyish kuzatilsa dastlabki vazn bemor uchun zarur bo'lgan kunlik kalloriyani hisoblashda juda qo'l keladi.

Yordam ko'rsatish choralari.

- 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 chuqurlashtirishga 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
- elektr 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 choralari

- 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 hojatni 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. Bulaming 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 barorat 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 intensSO'Vigi
- 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 kislota, kaliy permanganat bularga kiradi.

Korroziyalovchilar – hujayralarni differentsiyalanmagan o'limiga olib keladi. Masalan: fenol, oq fosfor, dixromat, natriy gidrooksidi bularga kiradi.

Suvsizlantiruvchilar – hujayralarning jiddiy dehidratatsiyasi va lizisi yo'li bilan jarohatlanishga olib keladi.

Masalan: sulfat kislota, gidroxlor kislota.

Pufakhxosil qiluvchilar to'qimalarda pufaklar va faol aminlar hosil qiladi, ular mahalliy to'qimalarni parchalaydi.

Masalan: kantaritlar, dimetilsulfoksid, benzin, metilbromid .

Protoplazmatik zaharlovchilar – oqsillar bilan tuzlar hosil qilish yoki hujayrada hayotiy muhim faoliyatni bajaradigan kationlar (masalan, kaltsiy) ni bog'lab olish yo'li bilan oqsillarni denaturatsiyaga uchratadi.

Masalan: ammiak, chumoli, uksus, krezil, uchxloruksus, pikrin, voffram, ftroit kislotalar .

Kislota va ishqorlar. Kislotalar va ishqorlarning barcha turlari umumlashgan holda kuchli kuyishlarning sababchilari hisoblanadi. Ular ko'pincha uyimizda va ishxonamizda, hatto bolalar qo'li etadigan joylarda ham uchraydi.

Kuchli kislotalar – rH i 2 dan past bo'lgan kislotalardir. Neytrallashtirish uchun ketadigan asoslarning miqdori – ta'sirlovchi kuchi ko'rsatkichiga ko'ra - jarohatlanish mavjudligini oldindan aytishga imkoniyat yaratadi.

Kuchli ishqorlar – rH i 11, 5 yoki undan yuqori bo'lgan ishqorlardir.

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

Bir hil miqdorda olingan kislota va ishqor ichida ishqorlar to'qimani tezroq va chuqurroq zararlaydi. Buning mexanizmi quydagicha, kislota koagulyatsion nekroz chaqiradi va protein bilan qattiq quruq strup hosil qiladi. Buning natijasida jarohat yuzasi yopilib, uning chuqurlashishiga yo'l qo'ymaydi. Ishqor esa kollikvatsion nekroz chaqiradi, to'qimalar faqatgina namlanadi. Bu esa chuqurroq kirishga sabab bo'ladi.

Shoshilinch yordam: Uzoq muddat va ko'p miqdorda suv bilan yuvish.

Qo'shimcha choralar: o'lgan to'qimalarni sekin-asta olib tashlash. Infuzion terapiya. Mahalliy antiseptiklar.

Ftörit kislota bilan kuyganda – kaltsiy glyukonat (10% li eritmasi) jarohatga yuboriladi. Kaltsiy ftor bilan bog'lanib kislotani faolligini yo'qotadi.

Fenol bilan kuyganda uning kontsentratsiyasini kamaytirish uchun ko'p miqdordagi suv bilan yuviladi. Zararlangan yuza polietilenglikol yoki etil spirti bilan artilsa, fenolning eruvchanligi oshadi va suv bilan tez yuviladi.

Oq fosfor bilan kuyganda – oq fosfor havo bilan kontakti vaqtida o'z-o'zidan yonish xususiyatiga ega. Shuning uchun yonish tugaguncha suv bilan yuvib turiladi.

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

Ko'z olmasining kuyishi

Mexanizmi: parvarish kamligi, ota-onalar e'tiborsizligi.

Tashhishlash mezonlari: anamnez ma'lumotlari, klinik belgilari: konyuktiva qichishi, achishishi va giperemiyasiga asoslanadi.

Shoshilinch yordam: ko'zga kislota yoki ishqoriy eritmalar tushganda konyuktival qopcha suv yordamida oqim bilan tezda uzoq vaqt yuviladi. Bunda har safar bemor ko'zini ochib- yopib turadi. Agar iloji bo'lsa, voqea sodir bo'lgan joyda yuvish kerak. Muolaja uchun rezina nokcha, choynak, Esmarx idishi qo'llaniladi. Konyuktival qopcha gumbazi yaxshilab yuviladi. Bemorlar ko'z yoki kuyish bo'limiga zudlik bilan gospitalizatsiya qilinadi. Transportirovka yotgan holatda. Shilliq qavat kuchli shishganda qabul bo'limida 2% li novokain eritmasi tomchilab anesteziya qilinadi. Pufak yorilganda 1% li atropin sulfat eritmasi tomiziladi. Antibiotiklar buyuriladi, qovoqqa 5% levomitsetin malhami qo'yiladi. Ko'z sohasiga bog'lam qo'yish mumkin emas.

Qizilo'ngach kuyishi

Mexanizmi: qizilo'ngachning kimyoviy kuyishlari ichida eng keng tarqalgani ishqor bilan kuyish bo'lib, aksariyat hollarda tarkibida ishqor to'tuvchi 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 koagulyatsion nekrozga olib kelib, kuyishning yanada chuqurroq tarqalishiga yo'l qo'ymaydi. Buning natijasida intoksikatsiya rivojlanishi kamayadi. Ammo yuqori kontsentrlangan organik kislotalar bilan kuyish, gemoliz va buyrakning og'ir etishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Ishqoriy eritmadan kuyganda esa, qizilo'ngach devoridagi mahalliy belgilar chuqur va og'ir bo'ladi, intoksikatsiya belgilari sust bilinadi.

Tashhishlash: 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, erta intubatsiya yoki traxeostomiya qilinadi. Qizilo'ngach kuyishining dastlabki soatlaridan boshlab rivojlanib boruvchi intoksikatsiya bilan ko'rashish lozim. Shoshilinch infuzion davo choralari boshlanib otoloringolog yoki jarroh yordamidan kuyish jaryoni xiqildoqga tarqalganda va reaktiv shish kelib chiqqanida foydalanish mumkin.

Elektr tokidan kuyishlar

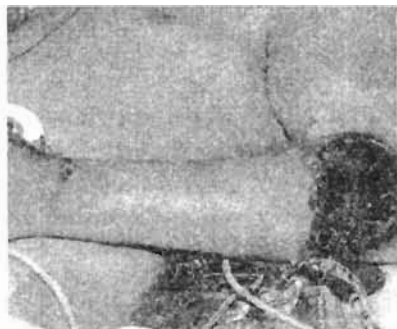
Elektro jarohatlar eng xavfli jarohatlar gurihiga kirib, ayniqsa ayniqsa yuqori kuchlanish ta'siri oqibatida kelib chiqadigan kuyishlar hayot uchun o'ta xavflidir. Jarohatlanishning bu turida to'qimalarning tarqoq shikaslanishi kuzatilmaydi. Ammo agar elektro jarohat qayd qilingan bo'lsa, iloji boricha 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 tek bilan kontaktda bo'lgan mushakning tetaniq 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



«ozod bo'la olmaslik» nomi kelib chiqqan. Bu qiyin holatdan bemor hushidan ketib yoki manbadan uzoqroq joyga yiqilsagina chiqib keta oladi.

Tashhishlash: 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'rnida, tirsak, oraliq va qo'ltikosti sohalarida mahalliy, juda chuqur koagulyatsion nekroz sohalarini hosil qiladi. Yuzaki termik kuyishlar chaqnash 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 qiska muddatli zararlanishi
- Ekstrapiramidal yo'lining 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 refleklar 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. oftalmologik 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 asoratlar

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

Tok organ bemor hushini yo'qotadi va elektrik manba bilan kontaktda bo'la olmaydi. Shunday bo'lsada «tirik sim» bilan kontaktda bo'lgan bemorda ozod qilishda hushyor bo'lib, qutqaruvchi elektrik zanjimi 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 endotraxeal intubatsiya kerak bo'lsa, umurtqa zararlangan bo'lishi mumkinligini esda tutish va ahvolini yomonlashtirishi mumkin bo'lgan choralarni 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 stabillashdan boshlanadi. Venaga tushish. Elektrotravmali bemorda siydik hajmi va xarakterini aniqlash va undagi gemoglobinni ham tekshirish muhimdir. Endotraxeal 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, pereferik 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 bo'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 tashhislash 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

Qorindagi o'tkir og'riqlar qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklarining eng birinchi shikoyatidir (jadvalga qarang). Ko'pchilik xollarda bu hayotga xavf soluvchi holat bo'lib hisoblanmaydi. 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'rinisdagi kechinma “o'tkir qorin” – sindromokopleksi bo'lib hisoblanib, o'z ichiga bir qator kasalliklar va abdominal og'riqlarni birgalikda kechishi, peritonial sindrom, organizmni zaharlanish intoksikatsiyasi va dispepsiya ko'rinishi tarzida kechadi. Shoshilin tibbiy yordam ko'rsatish kerak

bo'ladigan o'tkir qorin sindromokompleksini ikkinchi sababi bu buyrak va jigar sanchig'i hisoblanib, 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'liq 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 proyoqtsiyasida kuzatilishi qorin pardasini parietal qismini ta'sirlanishi natijasidir (masalan: o'tkir xoltsistit va appenditsit). Shuning uchun birinchi navbatda og'riq sohasiga yaqin joylashgan a'zolarni shikastlanganligi to'g'risida gumon qilish kerak.

| |
|---|
| Jadval 1. Qorinda o'tkir og'riq: differentsial tashxislash, og'riqni joylashgan sohasiga qarab |
| O'ng qovurg'a ravog'i |
| <i>O'pka va ko'krak qafasi</i> O'ngtomonlama pastki segmentli pnevmoniya O'ng patski qovurg'alarni sinishi. O'pka arteriya emboliyasi va o'pka infarkti |
| <i>Jigar</i> O'tkir gepatit (xar qanday etiologiyali) Gepatomegaliya (xar qanday etiologiyali) Sekvestratsion kriz qonni jigarda to'planishi bilan (o'roqsimon xujayrali anemiya (serpovidnokletochli anemiya) Jigar o'smasi (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar) Jigar abstsessi Jigar jarohati |
| <i>O't yo'llari</i> O'tkir xoletsistit va o't qopi toshi sanchig'i Surunkali xoletsistit O't yo'llari diskineziyasi Kalkulez pankreatit |
| <i>Oshqozon</i> |

| |
|---|
| <p>Yara kasalligining huruji Gastrit Oshqozonning o'tkir kengayib ketishi Oshqozon yarasining yorilishi</p> |
| <p><i>O'nikkibarmoqli ichak</i> O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi O'n ikki barmoqli ichak yarasi yorilishi</p> |
| <p><i>Oshqozon osti bezi</i> O'tkir pankreatit (o'ng va chap qovurg'a ostida og'riq sezish) Oshqozon osti bezi boshchasi rak kasalligi</p> |
| <p><i>Buyraklar</i> Pielonefrit (umurtqa-qovurg'a burchagida og'riq) Buyrak sanchig'i</p> |
| <p><i>Yurak</i> Stenokardiya va miokard infarkti Perikardit</p> |
| <p><i>Ichak</i> Retrotsekal appenditsit</p> |
| <p><i>Boshqa sabablar</i> Kamarsimon temratki Diafragma osti abstsessi</p> |
| <p><i>Epigastral soha</i></p> |
| <p><i>Yurak</i> Stenokardiya va miokard infarkti Perikardit</p> |
| <p><i>Qizilo'ngach, oshqozon va ichak</i> Ezofagit Gastrit Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi Diafragma qizilo'ngach teshigining churrasi va uning asoratlari Qizilo'ngach yorilishi Kardial qism axialaziyasi</p> |
| <p><i>Oshqozon osti bezi</i> O'tkir pankreatit Oshqozon osti bezi o'smalari</p> |

| |
|--|
| <p><i>Boshqa sabablar</i> To'sh suyagi sinishi Tittse sindromi (qovurg'a xondriti)</p> |
| <p>Chap qovurg'a osti</p> |
| <p><i>O'pka va ko'krak qafasi</i> Chap tomonlama pastki bo'lak pnevmoniyasi Chap pastki qovurg'alar sinishi</p> |
| <p><i>Taloq</i> Splénomegaliya (xar qanday etiologiyali) Taloq jarohati Taloq abstsessi Taloq arteriyasi anevrizmasi</p> |
| <p><i>Oshqozon</i> Oshqozon o'smalari (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar) Gastritlar Oshqozon o'tkir yarasi Oshqozon teshiluvchi yarasi</p> |
| <p><i>Oshqozon osti bezi</i> O'tkir pankreatit (og'riq o'ng va chap qovurg'a ravog'o tomonda kuzatiladi) Oshqozon osti bezini dum sohasini xavfli o'smasi Oshqozon osti bezini soxta va chin kistasi</p> |
| <p><i>Buyraklar</i> Pielonefrit Buyrak sanchig'i</p> |
| <p><i>Yurak</i> Stenokardiya va miokard infarkti</p> |
| <p><i>Ichaklar</i> Ko'ndalang yo'g'on ichakni chap pastga tomon tushuvchi ichak egilmasida o'smalar</p> |
| <p>Kindik atrofi</p> |
| <p><i>Oshqozon osti bezi</i> Pankreatit Oshqozon osti bezini o'smalari (yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalar)</p> |

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 sohasi**Ichaklar**

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 yaralarni teshilishi
Pelviorektal paraproktit

Buyraklar

Pielonefrit
Buyrak sanchig'i

Ayol jinsiy a'zolari

O'tkir salpingit, piosalpink, piovar
Bachadon nayi xomiladorligi
Tuxumdon oyoqlarini buralib qolgan kistasi
Endometrioz
Ovulyator og'riqlar

Tomirlar

Yonbosh arteriyasi anevrizmi

Boshqa sabablar

Psoas-abstsess

Qin to'g'ri i mushak gematomasi

Chap chov sohasi**Ichaklar**

Sigmasimon ichakni divertikulit

Pastga tushuvchi yo'g'on ichakni teshilishi (o'smalar, yot jisimlar)

Chov churrasini siqilibqolishi

Yarim oy liniyasi churrasi (spigeliev)

Pelviorektal paraproktit

Ayol jinsiy a'zolari

O'tkir salpingit, piosalpinks, piovar

Bachadon nayi xomiladorligi

Tuxumdon oyoqlarini buralib qolgan kistasi

Endometrioz

Buyraklar

Pielonefrit

Buyrak sanchig'i

Boshqa sabablar

Psoas-abstsess

Qorin aortasi anevrizmi

Qin to'g'ri mushaklari gematomasi

Yo'g'on ichak yog'li charvisini buralib qolishi

Chov arteriyasi anevrizmi

- Qorin orqa sohasi kasalliklari (buyrak, oshqozon osti bezi), odatda orqa ko'krak qafasi yoki yonbosh sohada 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 ichakni tutilib qolishini boshlang'ich stadiyasi). Bir-biriga yaqin joylashgan a'zolar aksariyat xollarda o'xshash klinik manzarani berib, differentsial tashxisni malakali shifokorda ham qiyinchilik tug'diradi.. (2-jadivalga qara).

Jadival 2 Epigastral sohadagi qattiq og'riqda differentsial tashxislash

| | Oshqozon va o'n ikki barmoqli yarani teshilishi | O'tkir pankreatit | O'tkir xolelsistit | 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 sohadagi og'riq tezda tarqoq xolga o'tadi | Epigastral, o'ng va chap qovurg'a ravoqlari sohasida | O'ng qovurg'a ravog'i va epigasteral sohada | Kindik sohasida | Tarqoq aniq joyini aniqlash qiyin bo'lgan og'riq |
| Og'riqni uzatilishi | Odatda kuzatilmaydi | Ko'krak qafasi orqa qismi: og'riq a'zo joylashgan sohada yoki belbog'li holda kuzatiladi | Ko'krak qafasi orqa qismi, o'ng elka va o'ng lopatka osti sohasi | Ko'krak qafasi orqa qismi, chov sohasi | 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 ichimliklarig | Ta'sir qilmaydi | Ta'sir qilmaydi | Ta'sir qilmaydi |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|---|
| | | a ro'j kilinganda kuzatiladi. | | | |
| Oldin bo'lib o'tgan og'riqlar | Anamne zda 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 olmaslik | O'tkir ovqatlar, alkogol | Yog'li ovqat (steatoreya) | Yog'li va qovurilgan ovqat | Yo'q | Yo'q |
| Shok | Kasallik ning 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 boshlandi | 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 | «Taxtasi mon qorin» | Kuchsiz | Qorin to'g'ri mushaklarining bir tomonlama taranglashish | Ba'zida | Ba'zida, kasallikning oxirgi davrida |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|-------------------------------------|
| | | | i | | |
| Ichak shovqinlari | Yo'q | Susaygan yoki yo'q | Me'yorida yoki susaygan | Susaygan yoki yo'q | Susaygan yoki yo'q |
| Qovurg'a-umurqa 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 hujg'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 tekshiruvlar | Amilaza faolligi biroz oshgan, qonda biroz leykotsit oz | Amilaza faolligi oshgan; azotemiya; zardobda kaltsiy va magniy oshgan, leykotsitoz | Amilaza faoldligi odatda me'yorda, biroz leykotsitoz | Gemotakrit ko'rsatgichi past | Ba'zida amilaza faolligi biroz oshgan, azotemiya, leykotsitoz (yuqori ko'rsatkichlarda bo'lishi mumkin) |
|-------------------------------|---|--|--|------------------------------|---|

- **Og'riqni boshqa joyga uzatilishi**— eng asosiy belgi hisob, tashxis qo'yishda klinik manzarani to'ldiradi. Diafragma osti a'zolari shikastlanishida og'riq ekaga, shikastlangan tomondagi bo'yin yon bosh sohasiga, 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 ko'rak sohasiga beradi. Pankreatitda og'riq orqaga berib, ko'pincha uni belbog' og'rig'i deb atashadi. Buyrak sanchig'ida odatda yonbosh chov sohasiga 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'zolari tiqilib qolishida** (ichak tutulishi; peshob-tosh kasalligi) yoki shu bo'shliqlar ichidagi bosimni biron bir sabablarga ko'ra ortishi (ichaklarni paralichligi 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 kuzatildi. 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 ahvoli birdaniga yomon tomonga og'sa (o'n ikki barmoqli ichak yarasini teshilishi) amalga oshiriladi. Agar bemor qorinda yillab kuzatiladigan og'riqqa shikoyat qilsa, bu holda bu bemorda simulatsiya yoki asab buzulishi xolida kuzatiladi. Bunday bemorlarda sotsial- ijtimoiy yashash sharoitini baholash 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 ham shifokorga murojat qilishiga majburlaydi. Barcha bemorlar odatda o'zlarida kechayotgan og'riqni intensSO'Vigini va holatlarini to'g'ri baholaydilar. 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 ahvoli yaxshi bo'lganda paydo bo'ladi (yarim to'liq a'zoni teshilishi, arteriyalar tromboemboliyasi, yaxshi qon bilan ta'minlangan a'zoni buralib qolishi). Bu bemorlarni ahvoli tez og'irlashadi. Bemor o'zidagi og'riqni aniq va qachon yuzaga kelganini aytib beradi. Boshqa kasalliklar masalan; apeditsit, divertikulit, ichakni mexanik tutulishida og'riq yuzaga 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 kusiqli bo'lishi xosdir. Mexanik ichak tutulishida qusuqning tez-tez paydo bo'lishi va intensSO'Vigi to'siqning joylashgan joyiga bog'liqlik, ya'ni to'siq qanchalik yuqori bo'lsa, qusuqli shunchalik ko'p va kuchli bo'ladi. Axlal hidli qusuqli kelishi ingichka ichak yoki oshqozon-chambar ichak tutulishidan darak beradi. Qusuqli massasida o't safroning bo'lmasligi Faterov so'rg'ichidan yuqori qismda to'siq 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 fonida paydo bo'lgan qorindagi o'tkir og'riqlarda yara yorilishiga gumon yuqori bo'lishi lozim. Alkogol, tiazidli 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 antatsidlarni qabul qilish og'riq kuchini kamayishiga olib keladi. Peritonitda «uy dorixonasi»da saqlanuvchi og'riq qoldiruvchi dorilardan foydalanish taqiqlanadi.

- **O'tkazgan kasalliklari.** Qiyosiy tashhis uchun og'riqning birinchi marta bo'lishi yoki qaytalanishi muhimdir. Masalan o't tosh kasalligi va pankreatit uchun qaytalanuvchi og'riq xosdir. Agar aniq bir sababsiz bir xil tipdagi og'riq bilan bir necha marotaba murojat qilgan bo'lsa, bu simuyatsiyadan darak hisoblanadi. Bemorning oldin o'tkazgan operatsiyalari albatta so'raladi. Shuningdek ayollardan ginekologk anamnez so'rash muhim ahamiyatga egadir. Chunki bachadon va tuxumdonlarning surunkali yallig'lanuvchi kasalliklari qorinda hurujsimon og'riqlar bilan kechishi mumkin. Bachadondan tashqari homila bo'lgan ayollarda shu holatni qaytalanish ehtimoli yuqoridir. Bachadon ekstriptsiyasi 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 ahvolda ekanligini aniqlashda yordam beradi. Bemorga etibor bering – xaqiqatdan ham qiynalmoqdami, o'rinda yaxshi yotgan holda telefon orqali gaplashmoqdami yoki televizor ko'rmoqdami. Agar yotgan holda qorin sohasi paypaslashda og'riqqa shikoyat qilsa, qo'lsa, xazillashsa – bu bemorda xirurgik kasallikni bo'lishi extimoldan yiroq bo'ladi.
- Og'riqni kamaytirish uchun bemor o'ziga xos qulday turg'unlikni olishi ham tashxislash uchun asosiy belgi hisoblanadi. Pankreatitda bemor “embrion shakl”-ni oladi, bunda oyoq-qo'llari qoringa yig'ilgan tana oldinga egilgan ko'rinishda bo'ladi. Bu shakl ko'rinishida og'riq kamayadi, chunki oldi bel mushaklari yallig'lanish protsessida ishtrok 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 harakat kiladilar. Xar qanday etiologiyali tarqoq peritonitda bemor harakat qilmasdan yotadi, chunki ozgina harakat og'riqni kuchaytirib yuboradi.
- O'tkir qonidagi kuzatilgan taxikardiya bemorda kuzatilgan suvsizlik va harorat ko'tarilishi bilan bog'liqdir. Qari yurak-qon tomir kasalliklari bilan og'rigan, beta-adrenoblakatorlar qabul qilayotgan insonlarda taxikardiya kuzatilmaligi mumkin. Taxikardiyani kuzatilmaligi bemorda og'ir qorin a'zolarini kasalligi borligini inkor etmaydi. Yurak qisqarishlar sonini tekshiruv vaqtida ortib borishi (agar suvsizlik kuzatilmasa) – bemor ahvoli 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 atsidozni yuzaga kelayotganligidan darak berib, sepsisda kuzatiladi.
- Harorat ko'tarilishi ko'p qorin a'zolarini yallig'lanishiga xos belgi. Haroratni to'g'ri ichakda yoki quloq yo'lida o'lchanadi. Haroratni og'izda o'lchashga ruxsat berilgan, lekin ishonchli bo'la olmaydi. Qo'ltiq ostida haroratni o'lchash mumkin emas, chunki bu usul aniq haroratni ko'rsatmaydi. Qorin a'zolarini yallig'lanishini erta bosqichlarida (masalan: xoletsistit, appenditsit) harorat kuzatilmaydi. Agar xoletsistitga yoki appenditsitga shubxa bo'layotgan bemorda birinchi soatlarda harorat kuzatilsa va u 39-40°C ni tashkil qilsa tashxislashni qayta o'tkazish kerak bo'ladi. Qorinda og'riq yuqori harorat bilan birga kechishi faqat bakterial peritonit va qorin ichi

abstesslarda kuzatiladi. Yuqori haroratni qaltirash bilan birga kechishi baktetriemiyaga xos bo'lib; bu holda bemordan qon posevi olinib, tashxislashni kutmasdan turib katta spektrli antibiotiklar qilinadi. Bemor haroratni tushiradigan dori vositalarini qabu qilgan yoki qilmaganligi ahamiyatga ega, chunki bu haroratni kechishini yashiradi. Suvsizlangan va qari insonlarda yallig'lanishga reaksiya kuzatilmaydi. Sepsisdagi gipotermiya - yomon oqibatli belgi hisoblanadi.

Qorinni tekshirish. Qorin sohasini 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. Bolaralni tekshirishda extiyotkor bo'lish talab etiladi. Barcha qorinda og'riq kuzatilayotgan bemorlarni ikki gruxga bo'lish mumkin. Birinchi guruxga 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 baholanadi. Qorin sohasini ko'rishda quyidagi belgilarga etibor berishi kerak:

- Qorindagi chandiq va u joylashgan soha. Operatsiyadan keyin bo'ladigan chandiqlardagi hurujli og'riqda ichak tutulishiga shubha qilish kerak. Chandiqni joylashuviga qarab o'tkazilgan operatsiyalarni xarakterini aniqlash va bu bilan differentsial tashxislashni tezlashtirish mumkin.
- Qorinning havoli shishi. Qorinning g'avoli shishini baholashda odatda qanchalik ichaklarni distal sohasi 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 (astsit) yoki gazlar.

2. Keyingi bosqich — auskultatsiya. Fonendoskop issiq bo'lishi kerak. Qorinda shovqun turlari va xarakteri aniqlanadi.

- Ichak shovqinlarini bir necha minut ichida pasayishi yoki mutloq yo'qolishi, bemorda peritonit yoki falajli ichak tutulishi borligidan darak beradi. Maxaliy peritonitda, asoratli appendisitda, ichak divertikulitida va boshq ba'zi bir kasalliklarda ichak shovqinlari me'yoriy bo'lishi kuzatiladi.

- Qorinda xurujli og'riqni kuchaygan ichak shovqunlari bilan kechishi mexanik ichak tutilishiga xos hisoblanadi.
 - Tomirdagi turbalentlik shovqunlari qorin aortasini anevrizmida, buyrak va ichak charvisini arteriyalarini stenozida bo'ladi.
3. Perkussiya har doim auskultatsiya o'tkazilgandan keyin bajariladi, chunki u peristaltikani stimullaydi (xuddi shunday paypaslash xam). Quyidagi perkutor tovushlar kuzatiladi:
- To'mtoq tovush – qorin bo'shlig'ida hosila 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 qorin devori va jigar oralig'ida gaz to'planishidan xosil bo'ladi. Bu yarim to'liq a'zolari 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. Bilmasdan bola yotog'itga tegib ketilsa darrov qorinda og'riqqa shikoyat qiladilar. Bemorni retgenologik tekshirishga olib borilayotganda zambil eshikka yoki devorga tegib ketsa og'riq kuzatiladi. Bu yashirin kuzatish usuliga o'xshash usullar peritonitda qorinni chuqur paypaslash va Shetkin-Blyumberg simptomiga qaraganda ko'proq ma'lumot beradi, quyidagi usullar aksariyat soxta musbat ko'rsatkichlarni ko'rsatadi.

4. Paypaslash — qorin sohasini tugalanayotgan tekshirishlariga kiradi. Birlamchi bo'g'in shifoqorini qo'li issiq bo'lishi kerak. Bu ayniqsa bolalarni ko'rishda katta ahamiyatga ega bo'lib, aks holda ularni qarshiligi kuzatiladi.
- Bemorda og'riqni kuchayishiga olib kelmaslik uchun tekshirishlarni boshida, paypaslashni oldin og'riq kuzatilmagan sohalarda yuzaki paypaslashdan boshlash kerak. Bu qorin mushaklarini sovuqqa taranglashishini oldini oladi va bemor bilan muloqotni yaxshilaydi. Og'riq kuchli kuzatilgan sohalarda eng oxiri tekshiriladi.

- Boshida yuzaki orintirlashgan paypaslashni amalga oshiriladi. Bunda kuchli og'riq kuzatilgan sohalari aniqlanadi.
- Qorin sohasini bir tomondagi qorin to'g'ri mushaklarini taranglashishi – peritonit simptomini beradi. Uni qorin sohasini simmetrik oq linyasini ikki qo'l bilan paypaslab onson topish mumkin.
- Qorin sohasini chuqur paypaslash usuli tekshirishlar yakunlashishi vaqtida bajariladi. Agar shu davrga kelib tarqoq peritonit tashxisi qo'yilgan bo'lsa, chuqur paypaslani o'tkazish kerak emas. Chuqur paypaslash usuli bilan qorin sohasidagi barcha a'zolar tekshiriladi. Bunda qorin sohasida og'riq, qorin oldi devori mushaklarini tarangligi va qorin a'zolari 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 qoringa bosishni so'raladi, bu holat aksariyat bemorlardi qorin devorini bo'shashiga olib keladi.

5. Boshqa simptomlar

- Merfi simptomi: nafas olishni yuqori cho'qqisidagi chuqur paypaslashda o'ng qovurg'a ravog'i sohasida kuchli og'riqni xosil bo'lishi. Bu simptom aksariyat musbat o'tkir xoletsistitda kuzatiladi, bu kasallikni tashxisi ko'yilishida asosiy belgi bo'lib hisoblanmaydi.
- Rovzing simptomi: o'ng yonbosh yoki chap yonbosh sohalardagi chuqur paypaslashda (yoki perkusiyada) og'riqni paydo bo'lishi. Bu simptoni musbat bo'lishi appenditsitga xos bo'lib, ba'zi bir kasalliklarda ham kuzatilishi mumkin.
- Bel soxsi mushaklari simptomi: bemor chap yonboshga yotgan holda o'ng oyog'ini bukkanda bel sohasida og'riq namoyon bo'ladi. Bu ko'rinishlar retrotsekal appenditsitda va boshqa qorin a'zolarini yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi. Bu yallig'lanishlarda (paranefrit, psaoas – abtsesi, qorin pardasi orti gemotomasi, orqa ko'r ichakni xosilasi tasirida teshilishi) bel sohasi mushaklari tortiladi. Xuddi shunday simptom chap oyoqni 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 holda og'riq kuzatiladi. Og'riqni

xosil bo'lishi yallig'linish 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: qorin pastki sohalarini paypaslashda ayniqsa bemorni Trendelenburg yotish holatida elkada og'riq kuzatiladi. Bu simptom birinchi marotaba taloqni shikastlanishida yoritilgan. Diafragma osti sohasida suyuqliklarni to'planishi hisobiga og'riq elkaga va bo'yinga uzatiladi.
- Ba'zida yallig'langan sohadagi terida sezuvchanlik ortadi. Bu ajoyib biologik fenomen bo'lib, tashxislashda asosiy belgi bo'la olmaydi.

Oraliqni ko'rish, erkak va ayollarda qorinda 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 sohasini 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 ortiqlarining 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 churra 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 simptom kindik atrofidagi og'riqdan boshlanadi. Keyin bunga qusuq qo'shiladi. Bir necha soatdan keyin og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi. Ko'krak yoshidagi bolalarda ishtaxasizlik, harorat ko'tarilishi va qusuq kuzatiladi. Ba'zida retrotsekal appendiksda ich ketish namayon bo'ladi. Apendiksni teshilishi odatda boshlangan vaqtdan 36 soatgacha ketgan vaqt ichida sodir bo'ladi.
- Fizikal tekshiruvlarda o'ng yonbosh sohasidagi og'riqqa, shu qorin sohani mushaklarini tarangligini aniqlash mumkin. To'g'ri ichakni barmoqli tekshiruvi amalga oshiriladi.

Shoshilinch yordam

- Bemorni 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 sohasi boshqa ichakni teshigiga suqilib kiradi, natijada shu sohada 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 xurujli qorinda og'riq, qusish, najasda ko'p miqdorda qon va shilliq kuzatiladi (smorodina jelesi).
 - 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 harakat susayishligi, oqarishi, hush darajasini buzulishini kuzatiladi. Bu bosqichda YuQS, Q/bosimini, nafas sonini va haroratini o'lchab turish talab etiladi.
 - Qorinni paypaslash va to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishda kolbasasimon xosila borilgini aniqlash mumkin.

- Aksariyat harorat 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 hisoblanib, ingichka ichakni joylashuvini buzulishi, charvini qorin orqa devoriga brikmasligi hisobiga 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 qayta 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.

Oshqozon pilorik qismining torayishi birinchi 8 haftalik kunida yuzaga keladi (ko'pincha ikkinchi va to'rtinchi haftada). O'g'il bolalar 4 marotaba ko'proq kasallanadilar. Aksariyat hollarda bu holat oilaviy anamnezda kuzatiladi.

- **Aanamnezda** — 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 hosilani ko'pincha paypaslanishi
 - 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 holda shifokorga murojat qiladilar.

Tekshirish.

- Qorin a'zolarini shikastlanishiga gumon qilish aytarli ahamiyatga ega bo'lmagan anamnezdagi qorin shikastlanishida ham 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 homiladorlik — balog'at yoshidagi qizlardagi o'tkir qorinni asosiy sababi hisoblanadi.

Tekshirish va tashxislash. Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda o'tkir qorin simptomi belgilari yoki hurujli qorin og'rig'i, qindan qonli suyuqlikni kelishi kuzatiladi.

Kerakli tez aniq tekshirishlar.

- Qorin devorini holati shok va ta'sirlanish simptomlariga xos. Harorat bilan kechishi kam uchraydi.
- To'g'ri ichak-bachadon chuqurligida, qorin bo'shlig'ida suyuqlikni to'planishi hisobiga yumshoq hosila paypaslanadi.
- Qon ketayotganligini tasdiqlash uchun to'g'ri ichak-bachadon chuqurligi punktsiya qilinadi.
 - Yashirin klinik manzara

- Anamnezda – menstruatsiyasi kechikkan vaqtda qindan qonli oqmalarni kelishi, qorin pastki sohasida og'riq.
- **Fizikal tekshirishlar.** Bachadon shodalari sohasida 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'smir qiz bolalarda eng ko'p talqalgan qorindagi og'riqlardir. Klinik manzarasi xuddi o'tkir appenditsit, bachadondan tashqi homiladaorligi va xaiz bilan kechuvchi og'riqlarga xos bo'ladi.

Tekshiruv

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

Shoshilinch yordam

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

Oshqozon – ichak tizimining yuqori sohasidan 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 baholanadi.

- Gipovolemiya — bu umum qon harakati miqdorini oʻtkir va surunkali kamayishidir. Gipovolemiya - taxikardiya, sistolik hajimni (100mm rt.st dan past boʻlishi) va markaziy venoz bosimni kamayishi yoki kuchli kuzatilmagan simptomlar kuzatilishi bilan kechadi (YuQM va Q/b-ni postrural oʻzgarishi).
- Oshqozon-ichak traktini yuqori qismidan qon ketish asosan qiziloʻngachdan, oshqozondan yoki oʻn ikki barmoqli ichakdan qon ketishda kuzatiladi. Oshqozon – ichak traktini pastki sohasidan qon ketish, bu ichakdan, Treytts bogʻlamini pastki sohasidan qon ketishda kuzatiladi. Profuz qon ketish aksariyat oshqozon – ichak traktini yuqori sohalaridan ketganda kuzatiladi.
- Haematemesis — Yangi (och qizil)rangdagi kusuq. Melaenemesis — qoʻngʻir yoki qora (kofe qusugʻi) rangdagi qusuq. Bu ikki simptom qon ketish oshqozon-ichak traktini ingichka ichakdan yuqori sohasida, odatda qizil oʻngach yoki oʻn ikki barmoqli ichakdan qon ketishda kuzatiladi.
- Melena (meläena) — qora-qoʻngʻir rangdagi najas (qora rangni boʻlishi najasda qon boʻlishi bilan xarkaterlanadi). Haematochezia — najasda yangi (qizil och rangda) qon borligidandir. Oshqozon ichakda qon ketish rangiga qarab, qon kektayotgan sohani aniqlab boʻlmaydi. Oshqozon-ichak traktidan ketayotgan qon ichak bakteriyalari va oshqozon soʻklari taʼsiriga uchrab qora ranga aylanadi(degt - rangiga kiradi). Bu bir necha soatdan keyin yuzaga keladi. Oshqozondan ketayotgan qon boʻshashtiruvchi xususiyatga ega boʻlib, oshqozondan maxsulotlarni tez chiqib ketishiga olib keladi. Agar ich ketish tez sodir boʻlsa, oshqozondan ketayotgan qon oʻzgarmagan xlolda qizil rangda boʻladi. Melena – yuqori oshqozon traktidan qon ketishida kuzatiladi. Baʼzida ichaklarni distal sohasidan ketishida kuzatilishi mumkin. Och qizil rangni boʻlishi 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):

- Oʻn ikki barmoqli ichak yarasi.
- Gastrit (oʻtkir, surunkali, korrozivva infeksiyon omilli qon ketishlar), stressli yaralar.
- Oshqozon yarasi.

- Qizilo'ngach va oshqozonni varikoz kengaygannida (portal gipertenziya) yoki faqat oshqozonda (taloq venasini trombozi).
- Mellori—Veyss sindromi (qizil o'ngachni oshqozonga o'tish sohasidagi 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 oqmalar.
- Fatter so'rg'ichini o'smasi.
- Qizilo'ngach travmatik shikastlanishi (yot jisim).
- Qon ivish tizimini buzulishi (tug'ma va ortirma).
- 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% hollarda qon ketish oshqozon traktini yuqori qismidan, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan ketishi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam. Birlamchi bosqichda davolashda quyidagilar qilinishi kerak:

1. Qon aylanish hajmini tiklash;
2. Qon ketayotgan joyini, qancha miqdorda qon yo'qotilganini hisoblash, qon ketish davom etmoqdami yoki yo'qligin aniqlash kerak.
3. Barcha oshqozon-ichak traktidan profuz qon ketayotgan bemorlar gospitalizatsiyaga muhtoj hisoblanadi. 85% oshqozon-ichakni yuqori qismidan qon ketish kuzatilayotgan bemorlarda, qon ketish bemor shifoxonaga kelgandan keyin yoki kelgan zaxoti to'xtashi kuzatiladi. Davom etayotgan yoki qon ketishi qayta boshlanishi gospitalizatsiya 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 har xil.
4. Intensiv davo va tashxislash tadbirlarini baravariga o'tkaziladi. Iloji boricha tezlikda gipovolemik shokni bartaraf etish lozim.

5. Yo'qotilgan qon miqdorini fizikal 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 holda 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 ↓ |

6. Bemorni tez ko'rish amalga oshiriladi. E'tiborni oshqozon – ichak traktidan qon ketishda solir bo'ladigan belgilarga (pigmentli toshmalar, teleangiektaziya, gemangioma, kichik jigar etishmovchiligi belgilari) qaratiladi. Jigarni va taloqni kattalashuvi, terida yulduzchali qon toshmali, qorinda va ko'krak qafasidagi kollateral vena qon tomirlari, tanada tuklarni bo'lmasligi – portal gipertenziyadan darak beradi. Epigasteral sohadagi og'riq oshqozon yoki o'n ikki barmoqli yara borligidan xabar beradi.
7. Yirik venalardan biriga infuziya quyish uchun kateter qo'yiladi. Kateterni qusuq kuzatilganda yoki bemorlarni transportirovka qilganda chiqib ketmasligi uchun mahkamlanadi.
8. Birlamchi vazifalarga —gipovolemik shokni davolash kiradi. Suyuqliklar maksimal darajadagi tezlikda, kerak bo'lsa, bosimli tezlikda qo'yiladi. Bemorni shok holatidan chiqarilgandan keyin suyuqliklar etarli tezlikda qo'yilishi davom ettiriladi:
- Qon bosimi va yurak qisqarishlar soni tiklanguncha va me'yorlashguncha suyuqliklar quyulishi davom ettiriladi;
 - Gipovolemiya belgilari yo'qotiladi;

9. 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'rqqan holda bo'lgani uchun ma'lumotni to'liq bera olmaydilar. Anamnezni to'liq bo'lishi uchun bemorni qarindosh- urug'laridan aniqlash zarur. Alohida ahamiyatga ega ma'lumotlarga oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi to'g'risidagi ma'lumotlar kiradi. Anamnezda alkogol va boshdan o'tkazgan gepatitlar ahamiyatli. Bemor qanday dori vositalarini qabul qilganligi (ayniqsa; antikogulyantlar vaantiagregantlar), dori vositalariga allergiya mavjudligini aniqlash kerak.
10. Oshqozon ichak traktini yuqori sohalaridan kuchli qon ketish kuzatilganda aktiv tashxislash taktikasiga amal qilib quyidagilar bajariladi:
- Oshqozonni 0, 9%-li NaCl-ni sovutilgan holda 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 transpartirovka qilinadi.
11. Kuzatib boruvchi varaqda qilingan ishlar miqdori va bemorga vena ichiga quyilgan suyuqliklar, hayotiy 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. 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 |
| 1-xaftadan to 2- yoshgacha |
| Tashqi to'g'ri ichak chiqaruv teshigini yorilishi(timalib yorilishi). Ich ketish bilan kuzatiladigan ichak infeksiyalari. Ichak tutilishi (invaginatsiyasi). Mekkel divertikulasi. Sut tarkibidagi oqsilga allergiya. |

| |
|--|
| Ladda sindromi. Ezofagit |
| 2- yoshdan to 10 -yoshgacha |
| Yuvenil poliplar. Ich ketish bilan kuzatiladigan ichak infeksiyalari. Mekkel divertikulasi. Qizil o'ngachni varikoz kengayishi. Krona kasalligi, nospetsefik yarali kolit. Gemorragik vaskulit (Shenleyna—Genoxa kasalligi) |
| 10 yoshdan katta |
| 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 |
| Xar qanday yoshda kuzatiladi |
| Qon ivishini buzulishi. Arteriovenoz malformatsiya. Gemorroy. O'n ikki barmoqli ichak gematomasi. Ichakni ikkilangan holati. Mellori—Veysa sindromi. Bolaga qattiq muomlada (taziq o'tkazish) bo'lish. Burun shikastlanishi |

“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 baholay 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 qotaversa to'la ayab tekshirishni o'tkazish uchun qo'llash tavsiya etiladi. Narkotik analgetiklarni effektini nalakson 10mg/kg dozada preparatini qo'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'moyillarini aytib bering
5. Apenditsitdagi jadal tashhishlash va davolash taktikasini yoritib bering
6. Ingichka ichakni tiqilib qolish holatini jadal tashhishlash va davolash taktikasini yoritib bering
7. Ichak invaginatsiyasini jadal tashhishlash va davolash taktikasini yoritib bering
8. Tugalanmagan burilish va ichak buralib qolishi holatida jadal tashhishlash va davolash taktikasini yoritib bering
9. Kichik chanoq sohasidagi yallig'lanish bilan kechadigan kasalliklarni jadal tashhishlash va davolash taktikasini yoritib bering

BOLALARDA ISITMA HOLATLARI. BOLALARDA O'TKIR TOKSIKOZLAR. REYE SONDROMI.

Isitma 90% holatlarda bolalar tabobatida tez tibbiy yordamni chaqirishga sababchi holat hisoblanadi. Bu chaqiruvlarning 95-97% virusli infeksiya sababli bo'ladi. 3-5% holatlarda infeksiyaning aniq o'chog'i aniqlanmagan bo'lib, tana haroratining 39 S dan yuqori bo'lishi bakteriemiya bilan bog'lanadi. Bakteriemiya 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: «termometrni 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 qitiqlab 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 tiziming to'liq etilmaganligi bois, bakterial infeksiya paytida septik jarayonning rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi. Ushbu oylikda og'ir virusli infeksiya ham xavflidir. 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, gipovolemiya 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.

Orqa 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 mkl^{-1} dan kam bo'lishi mumkin.

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkaziladi

Orqa miya suyuqligida, qon va peshobda – lateks agglyutinatsiya 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

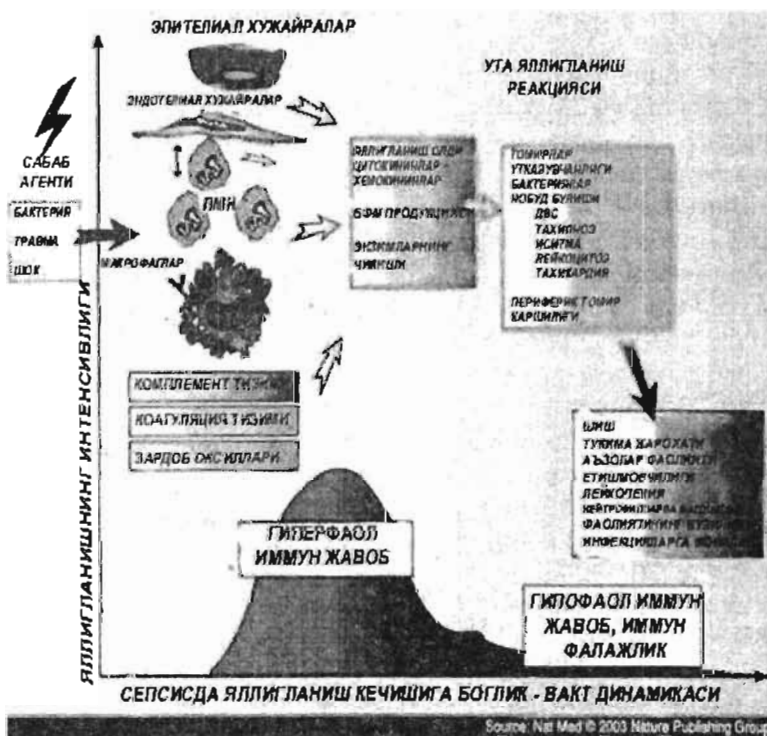
Erta yoshdagi bolalarda isitma holati o'tkir toksikoz chaqirishi mumkin. Bu narsa bola yoshining fiziologik gipersimpatikotoniyasi bilan izohlanadi. Vegetativ asab tizimining ushbu disbalansi simpatik hujum davomiyligini 6 soatgacha cho'zilishiga olib keladi. Bu hujum odatda yuqumli kasallikning 3 – 4 kunida yoki oldin o'tkazilgan yuqumli kasallik, vaksinsatsiyaning 4 – haftasida yuzaga keladi. Bunda Sanorelli – Shvarttsmann 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 prekapilyar sfinkterlar spazmi yuzaga kelib, qon aylanishi markazlashuvi kuzatiladi. Keyinchalik prekapilyar 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.

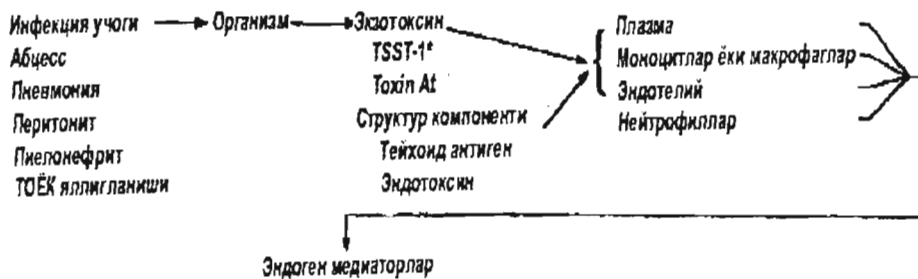
Septik shok xavf tug'diruvchi holat bo'lib yiringli destruktiv o'choqlar mavjud bo'lgan holatda yuzaga keladi. Bunda yiringning metastazlangan komponentlari ularning retukuloendotelial sistema orqali chiqishini oshiradi va natijada septik shok rivojlanadi. Shunday qilib tsitokinli kaskad yuzaga keladi. 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 dapressiyasiga va yurakning bir martalik hajmining kamayishiga olib keladi.

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

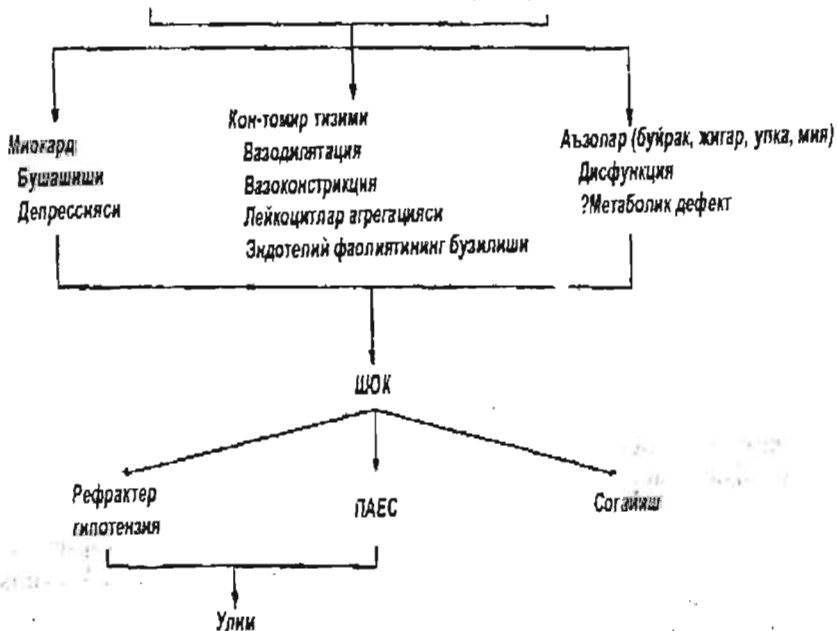


Source: Nat Med © 2003 Nature Publishing Group

Sepsisda shok rivojlanish mexanizmi



- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| Цитокининлар | Арахидон кислота метаболитлари | |
| Усма некротик омил | Циклооксигеназа | Простагландинлар |
| Интерлейкин - 1, 2, 6, 8,..... | Липооксигеназа | Лейкотриенлар |
| Тромбоцит фаолловчи омил | C5a комплемементи | |
| Эндорфинлар | Кининлар | |
| Эндотелиал бушатирувчи омил | Коагуляция | |
| | Миокард-депрессияловчи субстанция | |



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 |
|--|--|---|--|
| Ovoz, chinqiriq | Kuchli, jarangdor | Kuchsiz ovoz, ingillash | So'nib boruvchi sust ovoz |
| Ota – ona stimulyatsiyasiga javob | Qisqa yig'i | Tanaffusli davomiy yig'i | Doimiy yoki agressiv javob |
| Uyqu – tetiklik | Tez uyg'onadi yoki uyg'onganda tinch | Qiyinchilik bilan uyg'onadi yoki ko'zini ochmaydi | Uxlamaydi yoki uxlasa uyg'onmiaydi |
| Teri rangi | Pushti | Rangpar, akrotsianoz | Rangpar, umumiy tsianoz, marmarsimon, qo'lrang |
| Gidratatsiya | 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 |
| Bolaning umumiy reaksiyasi | Kuladi yoki e'tiborini namoyish etadi | Kam ko'ladi e'tibori susaygan | Kulmaydi, befarq, holsiz, reaksiyasi yo'q |

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

Infeksion 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 hisobiga 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 bosimi, 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 oqish 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 normunosibligi kuzatiladi (37 dan yuqori har bir haroratga 10 dan ortiq yurak qisqarishi), teri va rektal 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. Baʼzan oʻpkadagi shunt – diffuz buzilishlar hisobiga kislorod ingalyatsiyasidan samara bulmaydi va bemorda taxipnoe kuzatiladi.

Kapillyar sinama



Infektsion toksikoz turlari

Neyrotoksikoz – bu toksikozning eng koʻp uchrovchi turi boʻlib, MAT va vegetativ 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 boʻshliq shishadi, keyinchalik shish oʻrta miya va miya oʻzagiga oʻtadi).

Infektsion -toksik shok -- bu toksikozning tez kechuvchi turi boʻlib, 1-2 davrlarning klinik koʻrinishini payqab boʻlmaydi. Ushbu tur daqiqa ichida kechib koʻpincha oʻlim bilan tugaydi.

Kishsha toksikozi – supraventrikulyar yoki qorinchalar taxikardiyasi bilan kechuvchi toksikoz turi boʻlib, dastlabki soat ichida yordam koʻrsatilmasa (shoshilinch kardioversiya) oʻlim bilan tugaydi. Toksikozning ushbu turi hamroh yurak kasalliklari boʻlgan paytda uchraydi.

Kishsha toksikozining klinik belgilari:

- Kuchaygan psixomotor qoʻzgʻaluvchanlik
- Kuchli rangparlik
- Kuchli taxikardiya (YuQS 220 dan koʻp)
- EKG da – supraventrikulyar taxikardiya yoki tezlashgan qorinchalar taxikardiyasi

Baʼzan kuzatiladi:

- Ichak parezi belgilari (qorin dam boʻlishi, qusish, peristaltika susayishi) – gipokaliemiya hisobiga. Toʻqimalarning interstitsial shishi (son sohasida teri yogʻ qatlamini burma qilib ushlash paytida qoʻlga 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 paratsetamol, 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. *160-130 puls*

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. *200 g'da*

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). *200 yuqori qon*

Jañon 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 taxikardiyayoeki 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 (junj 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 regulatsiya 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.

Istitma holatida qo'llaniladigan dori moddalari

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

Dimedrol 1% 0, 2 ml (1yoshgacha) 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 (1yoshgacha) 0, 25 ml/kg (1 yoshdan katta)

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

Seduksen 0, 5% 0, 25 – 0, 5 ml/kg

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

Parasetamol 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 infeksiya bilan hamroh kelib, yuqoridagi belgilar kuzatiladi

Kasallik kam uchrasada 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

- Taxipnoe
- 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 300mg% 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
 - magnitnarezonans 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 K₁ 5—10 mg/sutka v/i 3 kua davoinida yoki protrombin vaqti normallashtirguncha 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 atsit 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» isitmanning 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'yordan ortiq chiqib ketishi gipovolemiyani chaqiradi. Qon plazma hajmining pasayishi periferik qon aylanishini buzilishiga olib keladi. Shok rivojlanishi uchun suvsizlanish tanq vaznining 10 % ni hosil qilishi, ya'ni 100ml/kg suyuqlik yo'qotish etarli bo'ladi. Ayniqsa erta 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 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 bo'lgan 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 konsentratsion 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 holda 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 somi
- Bola suyuqlikni hohlab yoki hohlamay ichadi
- Vazn o'zgarishi
- Yuqumli kasalliklar bilan muloqot

Fizikal tekshiruvda aniqlanadi:

- Terining 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
- CO_2 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 normallashtirishni ko'rsatuvchi belgilar:

- AQB, MVB, NSni qattiy normallashtirish
- Gemotokritning pasayishi (qon yo'qotishsiz)
- Atsidozning kamayishi va periferik perfuziyaning yaxshilanishi.
- Azot mochevina 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

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| <p>Og'ir eksikoz</p> | <p>Ikki yoki undan ortiq belgilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es –hushini darajasini pasayishi • Yomon yoki kam ichadi • Teri burmasi ikki sekunddan keyin to'g'irlanadi | <p>V reja</p> <p>v/i Ringer-laktat</p> <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 |
| <p>O'rtacha eksikoz</p> | <p>Ikki yoki undan ortiq belgilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bezovtalik, injiqlik • ko'z ichiga kirishi | <p>B reja</p> <p>4 soat davomida 75 ml/kg hisobida suyuqlik ichirish</p> |

| | | |
|---------------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • talpinib ichadi • teri burmasi sekin to'g'irlanadi | |
| Eksikoz yo'q | Belgilari etarli emas | <p style="text-align: center;">A reja</p> <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 qusish yoki qorin dam bulishi kuchaysa ORS sekinlashtiriladi. Agar 3 soatdan keyin ham 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 distrofiyasiz 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 distrofiyali 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 eritma + 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 HOLATLAR.

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
- Kapillyar o'tkazuvchanlikning ortishi

Bu holatlar to'qimadagi semiz hujayralar va tsirkulyatsiyalanuvchi bazofillar tomonidan ishlab chiqiladigan turli kimyoviy mediatorlar, shu jumladan gistamin ta'siri natijasi hisoblanadi. 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 komponentlar 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 hisobiga). 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, stetosqoplar) oddiy 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 sohaga immun allergenlarni chiqaradi, bu esa shish, qizarish va qichishishga olib keladi. Bu bemorga noqulaylik tug'diradi, biroq odatda hayoti uchun xavf solmaydi. Shikastlangan sohani 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 sohalar), 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, holsizlik, 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 tashhishlash.

- **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, rentgenoktrast 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 disstress (ekskursiya hajmining ortishi, bemor noto'liq jumalarni 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 hushtaksimon tarqoq xirillashlar (laringostenoz belgisi) aniqlanadi.
- Odingofagiya
- Larinostenozda xirillash va stridor
- Retraktsiyalar
- Perioral tsianoz.

Shokning mavjudligi va uning belgilari aniqlanadi:

- Es – hush darajasining pasayishi.
- Respirator distres
- Teri rangpar, sovuq, nam

- Taxikardiya, tomir urishi zaif, periferik puls bo'lmashligi mumkin.
- Kapillyar sinama 2 sekunddan ortiq (5 yoshgacha bo'lgan bolalarda)
- Og'iz va til shilliq qavatlari 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 tenezmlar
- 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Bolalar 70 dan ko'p • O'smirlar va katta yoshlilar 90 dan ko'p |

| | | | |
|-------|----------------|--|---|
| | | 40tadan kam • 5 yoshdan katta bolalar 30tadan kam • O'smirlar va kattalar 20tadan kam | |
| Og'ir | 15 balldan kam | • 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 | • 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:

- AVŞ yordam (kislrod 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 statsionarga olib boriladi

OG'IR ANAFILAKSIYADA:

- AVS yordam (kislород 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) kislород ingalyatsiyasi beriladi. Kislород tayinlashdan oldin bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari bor – yo'qligi aniqlanadi. Bu holatda kislород 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 gipotoniyaga 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 gipotoniyada 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 kontsentratsiyasi 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 YuK, 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 gipotoniyani 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 diametrli 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 mikdorda suyuqlik yuboriladi. Turg'un arterial gipotoniyada 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 kontsentratsiyasini nazorat qilib turish lozim. Bir vaqtning o'zida tsimitidin ham tayinlansa eufillin dozasi kamaytiriladi.
- Yuqorida sanab o'tilgan choralarga 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'rniga 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 kontsentratsiyasi 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. Hidrokortizon 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 mumkinligi tushuntiriladi. Qolgan holatlarda bemor 12 – 24 soat mobaynida kuzatiladi. Odatda sog'ayish to'liq bo'ladi. Asoratlar ichida 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 OBSTRUKTSIYA SIDAGI ShOSHILINCh YoRDAM.

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

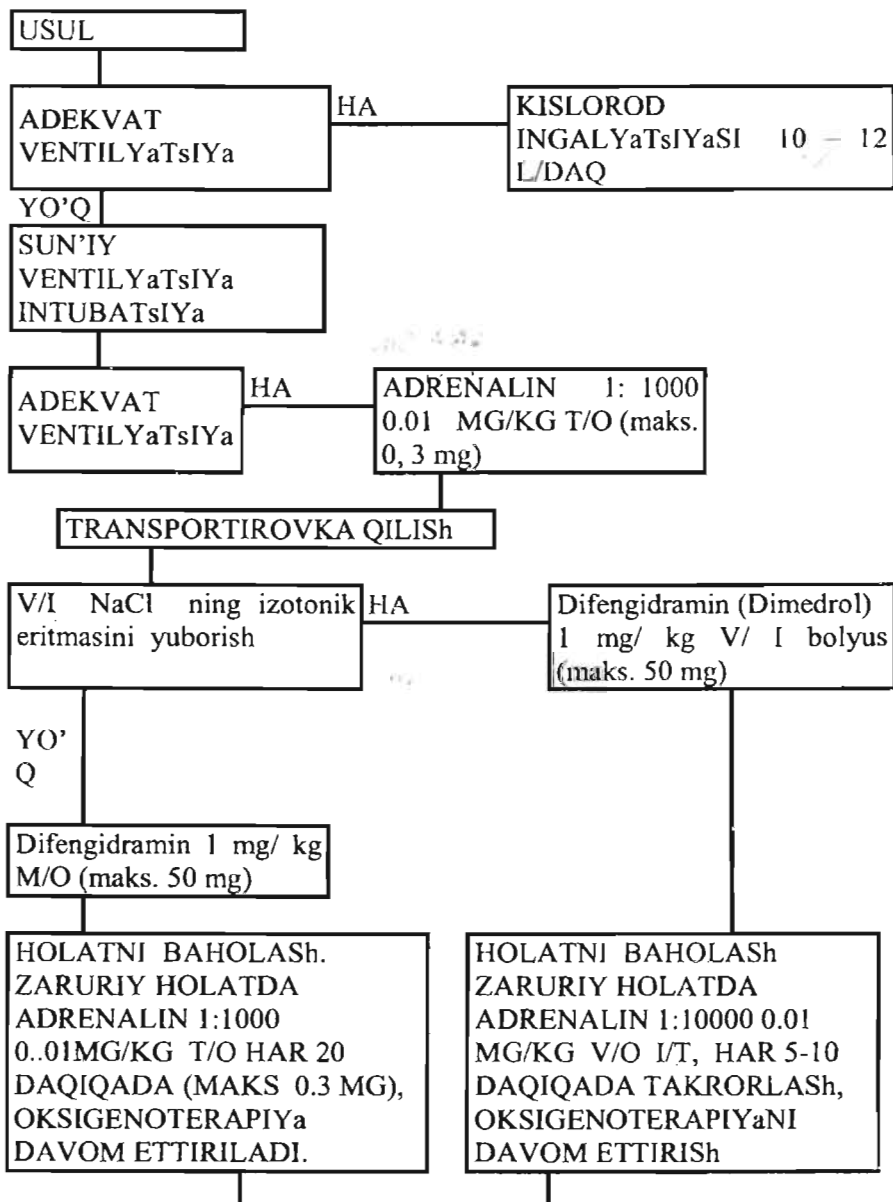
Xiqildoqning angionevrotik shishini davolash:

- 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 ratsemik eritmasi – 0.5 ml ingalyatsiya tarzida (monitorda yurak ritmini nazorat qilish shart, chunki ko'pincha adrenalin 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:



| | | |
|---|----|--|
| GIPOTENZIYa BELGILARI (SOVUQ, NAM, DOG'LI TERI, KAPILLYaR SINAMA>2SEK, TAXIKARDIYa, A/B<70 MM.SIM.UST, ES- HUSHNING O'ZGARISHI | HA | JAROHA T BAYoNN OMASIG A QARANG |
|---|----|--|

**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 traktininig 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 patogenezi 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
- Komplementning 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 dermografizm), 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'smalarni 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 dermografizm farqlanadi. Buning uchun o'tmas predmet bilan teriga engilgina bosiladi. Laboratoriya tekshiruvlari umumiy qon tahlili, EChTni aniqlash va umumiy peshob tahlilidan iborat. Bunda leykotsitoz, eozinofiliya shuningdek siydik yo'llari infeksiyasi belgilarini aniqlash mumkin. Ovqat allergiyasini inkor qilish uchun nazorat sifatida platsebodan foydalangan holda ikki martalik tasodifiy usulda provakatsion oziq – ovqat sinamalari o'tkaziladi. Eshakemi va angeonevrotik 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 keltirilagn kasalliklar bilan o'tkaziladi.

| |
|----------------------------------|
| Papulyoz eshakemi |
| Urtikar vaskulit |
| Zardob kasalligi |
| Progesteronli autoimmun dermatit |
| Homiladorlik polimorf dermatozi |
| Makl - Uels sindromi |

| |
|------------------------------|
| Diffuz neyrodermit |
| Feminoz |
| Laym kasalligi |
| Mastotsitoz |
| Eritropoetik protoporfiyriya |

Papulyoz eshakemi hasharot chaqqan joyda kichchik 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 leykoklaziya bilan birga kechadi. Toshma odatda 24 soatdan ziyod saqlanadi. Bemorlar ko'pincha qichishishdan ko'ra og'riqqa 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 autoimmmun dermatitning rivojlanish patogenczi aniq emas. Chunki eshakemi bu kasallikning yagona ko'rinishi hisoblanmaydi. Bu kasallik o'tkir yoki surunkali eshakemi toifasiga kirmaydi.

MAKL – UELS sindromi avj oluvchi 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 dermatozi ham eshakemiga xos klinik belgilar bilan kechishi mumkin. Ayrim mualliflar eritropoetik protoporfiyriyaga quyosh eshakemining bir shakli sifatida qarashadi.

Eritropoetik protoporfiriya tashhisini o'ziga xos klinik manzara asosida qo'yish qiyin 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 poliplari, surunkali sinusitlar va aspirinni ko'tarolmaslik kabi kasalliklarning zo'rayishi olib kelishi mumkin.

N1 - 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 dermografizmida 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'rinlidir. 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 uykudan oldin tayinlanadi. Buning sababi uning kuchli uxlatuvchi ta'siri bilan tushuntiriladi. Ehtimol bu gidroksizinning katta T ½ faol metaboliti - tsiterizin 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 tsetirizin 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, antiserotonierjik 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, tsiterizin 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 kabilar 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 kontsentratsiyasi 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'sirga ega. Katta dozalarda preparat aritmiyani yuzaga keltiradi. Doksepin M – xolinobloklovchi ta'sirga ega. Preparatni 75 – 100 mg/sut dozada tayinlashda zardobdagi doksepin va nordoksepin kontsentratsiyasini aniqlab turish lozim. Ushbu metabolitlarning umumiy miqdori 300 mg% dan oshmasligi kerak. Boshqa tritsiklik antidepressantlar kabi doksepinning ham dozadini oshirib yuborish o'linga 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'rniga ranitidin yoki famotidin qo'llash maqsadga muvofiqdir.

KETOTIFEN. Urtikar dermagrofizm, sovuq bilan bog'liq va xolinergik 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.

ADRENOSTIMULYA TORLAR VA ICHLADIGAN 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 kortikosteroidlarnig 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 terining neytrofil infiltratsiyasi bilan birga kechuvchi eshakemida qo'llaniladi. Preparatni tayinlashdan oldin G6 – FD faolligi aniqlanadi. Chunki bu ferment etishmovchiligida dapson tavsiya etilmaydi. Surunkali eshakemida dapson hamma bemorlarga ham samarali bo'lavermaydi.

KOLXITSIN. 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 dozasini kamaytirish imkonini beradi. Ayollarga danazol tavsiya 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 xolinergik 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. A'zolarlar 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 yo'llari 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. Kyinke 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'lmasligi 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 mehrdan 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 qo'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 tishlangan 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 jigarrang
 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:



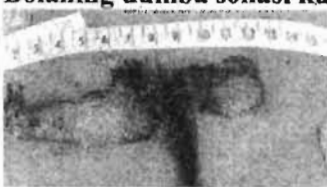



- fizikal tekshiruv natijalariga jarohat mexanizmi mosmi?
- jarohat mexanizmi bolaning yoshiga yoki bo'lishi mumkin bo'lgan jarohatga mosmi?
- bola oldin ham jarohat olganmi?
- ota-onalar tibbiy yordam uchun o'z vaqtida murojaat qilganmi?

Bolani bo'g'ish belgilari



Turli vaqtdagi yumshoq shikastlanishning qoldiqlari



| | |
|--|---|
| <p>Dumbaga urish izlari</p>  | <p>Qo'llarning bir yoshli bolada chiqishi va sinishi</p>  |
| <p>Bolaning dumba sohasi kuyishi</p>  | <p>Boladagi oftob urishlari</p>  |
| <p>Bir yoshli bolada tirnalish belgilari</p>  | <p>Yomon parvarish natijasidagi alimentar marazm</p>  |

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 hakida 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 qattiy o'rinishlar 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 tamoyillari:

- fizikal tekshiruv o'tkaziladi va to'liq anamnez yig'iladi
- ba'zan bolani rentgen tasviriga tushirishiga 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 siqilishiga 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 hohishi 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 birgaklikda 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 qiyinchiliklar).

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 olmog'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 loabarator 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 sochli qismi) ultrafiolet nurda ko'riladi | Agar sperma bo'lsa, flyuorestsentsiya kuzatiladi |
| Nordon fosfazani 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 | Paxtali tampon va Tayera—Martina muhiti ishlatiladi. | |

| | | |
|--|---|---|
| (material jinsiy a'zolar yutqun va tug'ri ichakdan olinadi) | 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 immünoflyurostsent analiz to'plami ishlatiladi. | Kichik yoshdagi bolalarda ham ishlatiladi |
| Qinning orqa gumbazidan surtma olish (mikroskopik tekshiruv, AVO sistemasi bo'yicha antigenni aniqlash va nordon fosfazani aniqlash) | Qinning orqa gumbazidan olingan surtma quruq predmet oynasiga surtiladi | |
| 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 yoshdagi qizlarni homiladorlikka test o'tkazish | Infektsiyaga 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. Barcha holatlarda yuqorigi jadvalda ko'rsatilgan standart tekshiruv to'plami o'tkaziladi. Keyinchalik ularning natijalari sud jarayonida foydalaniladi.

- bolaning emotsional holati baholanadi (beparqlik, vahimaga tushish).
- qon talashlar, tirmalishlar, yaralar va terining boshqa jarohatlari 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 infeksiyasi

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 jurnallar, 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'rikdan o'tkazish zarur (sud tibbiy ekspert)
- tibbiyot xodimi faqat anamnez yig'ishi, ota onadan bolaning ahloqi haqida so'rashi zarur:
 1. bolaga berilgan savollarga javobni aytib bermasdan diqqat bilan va chidam bilan anamnez yig'ish lozim
 2. bola bilan u tushunadigan 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 muloqot

- Bo'lgan hodisani bola qanday baholashni aniqlash
- Bolani aybsizligini tushuntirish va unga yordam ko'rsatish mumkinligini aytish
- Bolaga bunday voqealar bilan to'qnash kelganimizni tushuntirish va boshqa bolalarga ham yordam ko'rsata olganimizni uqtirish

Lobarator 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 bo'ladi. uzoq muddatli shifokor kuzatuv 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

Xlamidiyali infektsiyani 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 stasionarga yotkiziladi. Zo'rqlash 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 loabarator 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 muloqot 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 buzulishi 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 loyabator 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
 - Giponatriemiya
 - Gipotireoz
 - Giper- 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 qurish 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 | Uzuk-yuluq so'zlar | 4 |
| | Og'riqga qichqiriq | Alohida so'zlar | 3 |
| | Og'riqga inqillash | Aniqlab bo'lmaydigan so'z va ovozlari | 2 |
| | Javob yo'q | Javob yo'q | 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'riqqa bukiladi | Detsebratsion ko'rinish (og'riqqa buqilish) | 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, alkohol 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
- Chekka 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



Ekximozlar



Boshda Bettla simptomi belgilari (so'rg'ichsimon o'simta orqasidagi gemotoma), lokal og'riq, krepitatsiya, 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 chanoqni tekshirish bilan birga najasda yashrin qon ketishni analiz qilish kerak.

Ogizdan jigar xidini kelishi jigar etishmovchiligi, ketoatsidoz, alkohol zaharlanishi va uremiyada kuzatiladi.

Nevrologik tekshirishlar barcha holatlarda amalga oshiriladi, uni ma'lumotlari kasallik tarixiga yozib boriladi. Hush darajasini buzilishida patologik jarayonni joylashishini aniqlashda quyidagilarga etibor beriladi:

- **Bemor holatiga**

- Agar bemor uziga qo'lay holda yotgan bo'lsa, (odatda uxlaganda), koma aniqlashi chuqur bulmagan holda kuzatiladi. Bunga bemorni esnashi va aks urishi misol bula oladi. Boshka reflektor aktlarga (yo'tal, yutish yoki xikichok) kirib chukkur komada kuzatiladi.

- Pastki jag'ni joylanishi va ko'z kavogini ko'rinishi hush darajasini baholashga qo'laylik tug'diradi. Chuqur koma belgilariga ochiq ko'z va ogib kolgan pastki jag' misol bula oladi.

- **Hushni buzilish darajasi** engil es ogishidan to tula hushsizlikkachan oralikda bo'ladi.

- Patologik 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 ham to'la uyg'otib bo'lmaydi. Berilgan buyruqlarga reaksiyasi sust yoki umuman javob yo'q, bemordan berilgan buyruqlarga qayta javobni yoki tovushlarni olishni iloji yo'q. Lekin shunga qaramay u ta'sirlarga yo'naltirilgan ximoya harakatlarini qila oladi.

- Yuzaki koma. Og'riq faqat oddiy va xoatik harakatlarni chaqira oladi. Bemorni uyg'otib bo'lmaydi.

- Chuqur koma. Qattiq og'riqli ta'sirlarga ham bemorda javob reaksiyasi kuzatilmaydi. Kuzni, moyakni, sut bezlarini va boshqa yuqori sezuvchan sohalarni og'riqli ta'sir qilib bemorni uyg'otishga harakat 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 har 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 sohasini 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 to'rini, ma'lum bir joylashgan patologik sohasi 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'lchab 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 nafasi – tez-tez bir xildagi nafas harakatlarini aloxida apnoe davomiyligi kechishi bilan xarakterlanadi. Bu ikki turdagi nafas ko'pincha varoliv ko'prigi shikastlanishida kuzatiladi.
- Xoatik va agonal nafas harakatlari uzunchoq miyadagi nafas markazlarini shikastlanganligidan darak beradi. Xoatik nafasga xar-xil chuqurligdagi tartibsiz nafas olish harakatlari kiradi. Agonal nafasga bir-bir kuzatiladigan talvasali nafasni apnoe fonida kelishi bilan xarakterlanadi. Bu ikki turdagi nafas harakatlari 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 zaharlanish)
 - Respirator alkaloz (masalan, jigar entsefalopatiyasi, salitsilatlar bilan zaharlanish)

Bosh va ko'z holati. Miya yarim sharalarini har birida birgalikda boshni va kuzni buradigan markazlar joylashgan bo'lib, 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 bo'lgan gemiparez tomonga buriladi.

Ko'z ko'rish zonasini tekshirish va oftalmoskopiya

- Agar kurishni bir qismigina saqlangan bo'lsa, ko'rish maydonini «xavfli» ko'z harakati orqali tekshirish mumkin. Normada ko'z kisish kuzatiladi. ko'z kurmaslik bulmaganda yoki kuruv nervini shikastlanishida ko'z kisishni asemetriya refleksii belgilaridan gemianopsiyani kuzatish mumkin. Lekin ko'z harakati tufayli kuzni yallig'lanishida havo sinamasi ba'zan soxta ma'lumotlarni beradi.
- Oftalmoskopiyaning tekshirishda, ko'z nervi diskini shishini aniqlash mumkin, bu shish bosh miya ichi bosimini oshishidan darak beradi.

Qorachiqalar. Ko'z qorachiqalarini o'lchami va shakli, foliyati saqlangan yorug'likka bir xil harakatini aniqlash katta ahamiyatga ega.

- Ko'z qorachig'ini o'rta o'lchami (3-5 mm), yorug'likka javob qaytarmaydigan holati o'rta miyani shikastlanish belgisi bo'lib hisoblanadi.
- Ko'z qorachiqalarini javob reaksiyasini saqlanganligi – o'rta miya butunligidan dalolat beradi. Ko'z qorachiqalarini chuqur komada saqlanganligi shox reflekslarini va ko'z harakatini bo'lmasligi bemorda metabolik buzilishlar (gipoglikemiya) yoki dori moddalarida zaharlanganlik (masalan barbituratlar) bildiradi.
- Ko'z qorachig'ini koma holatidagi bemorda bir tomonlama kengayishi va yorug'likka javob reaksiyasini bo'lmasligi (Getchinson qorachig'i) ko'z harakat nervini ensa-tentorial teshikka tiqilib qolishidan darak beradi. Bunda boshqa bu nervni shikastlanganlik belgilari ham bo'lishi mumkin(masalan: birtomonlama ptoz va qochuvchi g'laylik, lateral to'g'ri muskulni tonusini shikastlangan tomonda oshishi). Keyinchalik kengaygan va yorug'likka javob reaksiyasi kuzatilmagani shikastlanishda yoki o'rta miyani siqilishida bo'ladi.

Anizokoriya



- Ko'z korachig'ini bo'yni sohasidagi og'riqqa javob reaksiyasi (spinotsiliar refleks) – miya o'zak pastki qismini saqlanganlik belgisi bo'lib hisoblanadi.

Harakat aktivligi

- Partsiyal tutqanoqlar patologik jarayonni chegaralanganligidan darak berishi mumkin. Katta epileptik tutqanoqlar sabab-tashhishlash jarayonini belgilab bermaydi, lekin u harakat yo'llarini mushakdan to miya po'stlog'igacha butunligidan darak beradi. Multifokal tutqanoqlar – metabolik shikastlanish belgisidir.
- Miokloniya va asteriksiz - metabolik entsafalopatiya belgisi hisoblanadi (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 sohasini shikastlanishidan darak beradi (qizil va vestibulyar yadro sohasida).
- 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 —harakat aktivligini nisbatan saqlanganligidan darak beradi. Agar bemorni koma holatidan chiqarilsa, oyoq-qo'lni barcha funktsiyasi tiklanadi.
- Bir tomonlama harakatni bulmasligi yoki asimmetriya harakati — gemparez belgisi hisoblanadi.

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 sohasini sezuvchanligini aniqlashda kuzatish mumkin.

Hush darajasini buzulishida laborator va instrumental tekshirishlar
Standart tekshirishlar. Qon umum tahlili; peshob tahlili; elektrolitlarni miqdorini tekshirish, mochevina, kreatinin, glyukoza, kaltsiy, fosfotlarni qonda tekshirish, bioximik ko'rsatkichlardan jigar funktsiyasini

ko'rsatkichlari, fermentlar ko'rsatkichi, zardobni osmolyar ko'rsatkichlari, EKG va ko'krak qafasini rentgenografiyasni o'tkazish zarur.

Toksikologik tekshirishlar ko'rsatma bo'yicha opioidlar, barbituratlar, trankvlizatorlar va uxlatuvchi dorilar, antideprisantlar, etanolni kondagi miqdori, peshobdagi va oshqozon maxsulotlarida o'tkaziladi.

Maxsus tekshirishlar

- Boshni rentgenografiyasi
- EEG
- Lyumbal punktsiya — agar meningit yoki entsifalitga shubha 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 hollarda 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, (opalestsiruyushim), tsitologik tekshirishlarda leykotsitlarni miqdorini yuqori bo'lishi (100 polimorf-yadroli 1 mk1), 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'yog'ida bo'yalganda ko'rilganda yoki ekilgan kulturalarni o'sishi bilan baholanadi.

2 oydan katta bolalar hushsizligini differentsial tashxislash

| tashhis | Belgilar |
|---|--|
| 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 hushsizlik bilan kechishi mumkin) | <ul style="list-style-type: none"> • Harorat ko'tarilgan vaqtda davomiy bo'lmagan talvasalar • 6 oydan to 5 yoshgacha bo'lgan oraliqda |

| | |
|---|--|
| Gipoglikemiya (sababini qidirish lozim) | <ul style="list-style-type: none"> • Vena ichiga kontsentrangan glyukoza eritmasi kuyilganda bemor hushini tiklanishi • Qonda glyukozani miqdori kamaygan |
| Bosh shikastlanishi | <ul style="list-style-type: none"> • Boshda shikastlanish belgilari borligi • Anamnezda tashqi ta'sir qilgan shikastlanish faktori |
| Zaharlanish | <ul style="list-style-type: none"> • Anamnezda zahar 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 sohalarda 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 tisdiqu |

2 oydan katta bolalardagi hush darajasi yo'qligida diferentsial tashhis

| Tashxis | Belgilar |
|----------------------------------|---|
| Gipoksik ishemik entsefalopatiya | <ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda |

| | |
|------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Anamnezda og'ir tug'ruqlar • Anamnezda bola vaqtida qattiq qichqirmagan |
| Bosh miya ichi qon quyulishi | <ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda • Kam vazin yoki chala tug'ilganlik |
| Bilirubinli entsefatopatiya | <ul style="list-style-type: none"> • Boshlanishi birinchi 3 kunlikda • Sarg'ayishlik • Rangparlik • Og'ir bakterial infeksiya |
| Meningit | <ul style="list-style-type: none"> • Hushini tormozlanishi • Apnoe xuruji • Talvasa • Yuqori va quloqni bezovta qiladigan qichqiriq • Bosh liqildoqni taranglashishi yoki bo'rtib chiqishi |
| Sepsis | <ul style="list-style-type: none"> • Harorat ko'tarilishi yoki gipotermiya gipotermiya • Shok • Ko'zga ko'rinarli belgilarisiz og'ir holat |

Hush 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. Hush darajasi buzilgan bemor bolalarda umumiy va mahaliy davolash tadbirlari amalga oshiriladi (hamma 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.

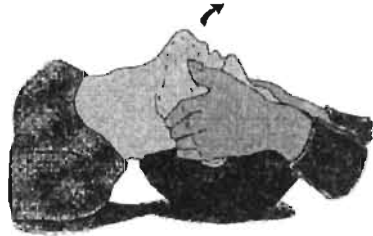
Hayotiy zarur a'zolari tiklab turish. Nafas yo'llarini ochish, kislorod berish, kerak bo'lganda SNO (Sunnii Nafas Oldirish). Monitoring kuzatuvida YuQS, Q/b, harorati, EKG va pulsoksimetriyani qo'llash.

Somatik bemorda nafas yo'llarini



ochish

Travmatik bemorda nafas yo'llarini ochish



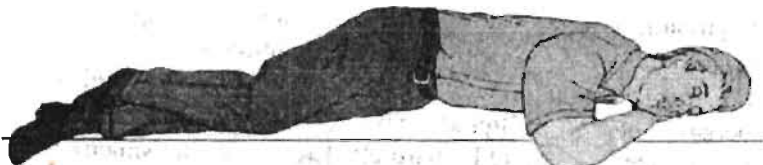
**Og'iz nayini qo'llash
(bemorda og'riq reaksiyasi
kuzatilmaganda)**



**Burun nayini qo'llash
(bemorda og'riq reaksiyasi
kuzatilsa)**

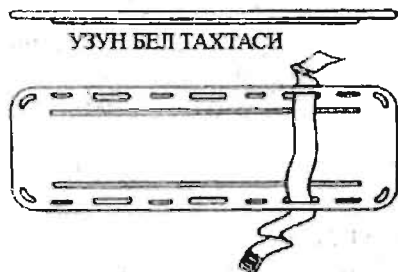
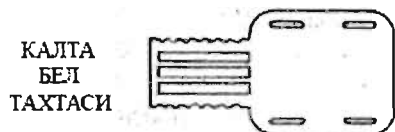


Agar somatik bemor bo'lsa, tili orqaga ketib qolmasligi uchun unga tiklangan holat beriladi.



ТИКЛАНИШ ХОЛАТИ

Umurtqani immobilizatsiya qilish. Agar shikastlanish inkor etilmagan bo'lsa, uni to retgenografiya qilishga olib borguncha bel taxtaga bo'ynini fiksatsiya qilgan holda immobilizatsiya qilish kerak.



Venaga yo'l ochish. Venaga kateter qo'yish

Bosh miya ichi bosimi oshganligiga quyidagi ko'rinishlar misol bo'ladi.

- Anizokoriya
- Rigidlik pozasi
- Oyoq-qo'lni yoki tana sholligi
- Noadekvat nafas

Bu ko'rinishlarda tezlikda bosh miya ichi bosimini tushirishga harakat qilish, neyroxinurg 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 (SO'V) 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'minlashishini kamayishiga olib kelishi mumkin.
3. Mannitol (0.5 - 1 g/kg v/i jadal har 2—4 soatda) — osmotik dori vositasi bo'lib, miya shishini kamaytiradi.

4. Furosemid, 1 mg/kg v/i har 6—8 soatda.
5. Deksametazon (10 mg v/i, keyin 4 mg v/i har 6 soatda) o'sma yoki absstssda perifokal shishni kamaytiradi.
6. Talvasalarda talvasaga qarshi davo talab qilinadi.
7. Meyoriy haroratni tanada saqlab turish kerak. (harorat ko'tarilganda miya qon tomir ta'minlashishi va miya ichi bosimi oshadi).
8. Miorelaksantlar (pankuroniy, 0, 1 mg/kg v/i har 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 hisobiga 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 (SO'V) oxirida osmodiuretiklar 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 (SO'V) 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 zaharlanish 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.

Ketoatsidotik komani patogenezida markaziy o'rinni zo'riqib boruvchi insulin etishmovchiligi egalaydi. Ketoatsidozdagi giperglikemiya va

giperketonemiya qonni osmolyar bosimini 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 patogenezi 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'zgarmagan. Osmotik diurez, qusish, ich ketishi kuchayganligi uchun AQH(OTsK) 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 ham 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.

Siptomatik davo o'z ichiga kaliy preparatlari, yurak va qon tomir vositalari, namlangan kislorodni oladi.

Gipoglikemik koma

- Gipoglikemiya huruji insulin bilan davolashda yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun davolashda iloji boricha gipoglikemiya xurujini yuzaga keltirmaydigan holda olib borish kerak bo'ladi.
- Gipoglikemiyani ko'p uchraydigan sabablariga — jismoniy zo'riqish, etarli bo'lmagan ovqatlanish, uzoq davom etuvchi jismoniy harakatni insulin miqdorini kamaytirmasdan, ovqatlinish oralig'ini uzoq bo'lishi yoki to'yib ovqatlanmaslik, insulin dozasi bilmagan holda oshirib yuborish va noto'g'ri insulin davosini o'tkazish.

- Qonda glyukoza miqdori kam hisoblanadi, agar uni miqdori ozg'in bolalarda 2, 5 mmol/l yoki 3, 0mmol/l-ni tashkil qilsa.
- Bemor va uni oila a'zolari bu kasallik belgilarini erta aniqlashni bilishlari va bemorga kontsentirlangan qand miqdori ko'p bo'lgan oziq-ovqatlarni berishlari kerak. Ko'p xollarda bemorni gipoglikemiya xurujini 10-20 gr glyukoza berib bartaraf etish mumkin. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda 5gr qand berishni o'zi etarli. Uni tabletka 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 sekin, asta tomuvchi uzoq infuzion davoni 10mg/kg/ minutiga qondagi qandni miqdorini kuzatgan holda 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 zaharlanishi hisobiga sodir bo'ladi. O'BEda azotemiya nafaqat buyrakni peshob ajralish foyiati bilan bog'liq, balki organizmda oqsillarni katabolizimini oshishi bilan ham 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 qusish 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 ko'rashishdan, elektrolitlarni buzulishlaridan va kislotali-asosli muvozanatni me'yorlashdan iborat. Tanada shishlar va gipergidratatsiya kuzatilmaganda bemorga yuboriladigan suyuqliklar, elektrolitlar kunlik diurezni va yashirin suyuqlik yo'qotilishni hisobga 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 venaga -30%gacha eritmalarni yuborish mumkin.

Agar bola organizmidagi qon zardobida mochevina miqdori 30mmol/l, kaliy – 6, 5 mmol/l dan ko'p bo'lsa, u holda gemodializ qilinadi.

Jigar komasi.

O'tkir jigar etishmovchiligi, jigar og'ir kasalliklari va jigar nekrozida kuzatiladi. Bemordan anamnez to'plashda e'tiborni boshdan o'tkazgan virusli ignfeksion kasalliklarga, qon quyilganligiga, dori vositalarini dozasini oshib ketganligiga, zaharlanishga, shok holatiga, bemor va qarindosh – urug'larda og'ir jigar kasalligi borligiga qaratiladi. Fizikal tekshiruvlarda terida sarg'ayishni ortib borishi, og'izdan jigar hidini 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 byuirga 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 holda 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 zaharlanganlikni aniqlashda yordam beradi.

Davo. Maqsad — jigar etishmovchiligini oldini olish va jigar xujayralarini tiklanishini ta'sirlash kerak.

1. Vena ichiga 10—15% glyukoza eritmasi 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 moboynda to qon ivishi me'yorga kelmaguncha yuboriladi. Qon ketganda bemorga Yangi muzlatilgan qon quyiladi.
3. Ichki endogen mikrflorani o'sishini bostirish uchun dyufalakni 1ml/kg har 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 har 6 soatda (12 yoshgacha bolalarda 5-10 mg/kg har 6 soatda), oshqozon pH 5 –dan yuqori bo'lganda yuboriladi.

6. Gipovolemiya va zardobdagi albumin miqdori 1, 75 g/kg bo'lganda infuziya qilinadi. Bunda zardobdagi albumin miqdori 1 g% ortadi.

Epileptik tutqanoq — bu alohida nazologik holat va siptomokompleks hisoblanadi. Epilepsiya deb qayta xurujlanuvchi 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 xisolblanadi. 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 harakati, davomiyligi, talvasadan keyin kuzatiladigan holatlar (ko'z olmasini joylashuvi, mushak tonlarini bo'shashganligi).
- Agar I 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. Hushi, ko'z tubini baholanadi, o'choqli asoratlar aniqlanadi. Ko'ruv vaqtida bemorda meningial simptomlarni, travmatik shikastlanish va boshqa kasalliklarga etibor beriladi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar. Laborator tekshiruvlardagi qon va miya suyuqligi taxlili, ma'lumotlari anamnez va fizikal tekshiruvlarga bog'liq bo'ladi.

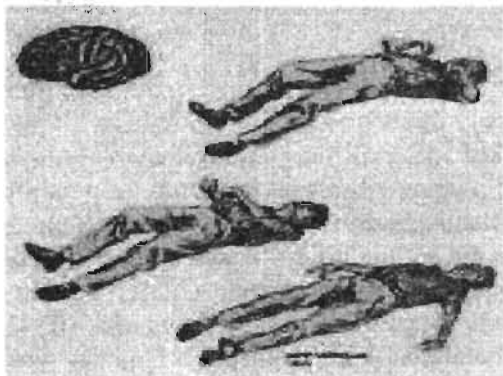
- Barcha epileptik tutqanoq kuzatilgan bemorlarga EEG uyg'oq va uxlagan holda aniqlanadi. EEG – paroksizmal zaryadlarni aniqlaydi, epileptik tutqanoq o'chog'ini yoki o'smani topishga yordam beradi, talvasaga qarshi dori vositalarini aniqlashna va uni qachon qo'llash va to'xtatishni belgilab beradi. Ba'zida 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—partsiyal tutqanoqlar, aniqlash qiyin bo'lgan kuchaygan talvasalar, o'choqli nevrologik belgilar. EEGdagi o'zgarishlar, miyani oq yoki qo'lrang 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.

Differentsial tashhislashda - vaqtinchalik hushdan ketish, bolalardagi respirator-affektiv talvasalar, koma, narkotik moddalar talvasalari, migren, yaxshi sifatli pozitsion bosh aylanishlar, isteriyani tashxislash zarur..

Tashxislash

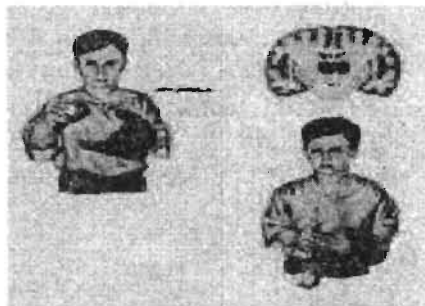


Markazlashgan talvasa hurujlari (katta epileptik hurujlar) (rasm 1) odatda o'choqli buzilishlar va aurasiz boshlanadi. Tonik fazasi 1 daqiqadan kam kechadi, bu davrda aksariyat ko'zni orqaga ketishi kuzatiladi. Nafas mushaklarining tonik qisqarishi o'pka ventilyatsiyasining buzilishi va tsianozga olib 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, qo'lish, 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 posttartil ko'rinishlar kuzatilmaydi; tutqanoq davomiyligi 30 soniyadan ko'p emas. Absanslar bir kunda ko'p marotaba kuzatilishi mumkin, bu holatni giperventilatsiya va yorug'lik ham chaqirishi kuzatiladi. EEG-da pik-to'lqinlari 3 s^{-1} qayd qilinadi. Absansni murakkab partsiyal tutqanoqlardan farqlash lozim, chunki oqibat 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

Febrill talvasalar-odatda 6 oylikdan to 5 yoshgacha harorat (tana harorati $38,5^{\circ}\text{S}$) ko'tarilgan bolalarda kuzatiladi. Aksariyat bu talvasalar harorat ko'tarilishida yoki yuqori nuqtasiga chiqqan vaqtida kuzatiladi. Bu talvasalar ko'pincha umumlashgan kloniko-tonik, tonik, atonik yoki klonik tarzida kechadi.

- 15 daqiqadan ortiq bo'lmagan tutqanoq, agar u bir marotaba kuzatilsa, partsiyal komponentlari bo'lmasa va metabolik buzilishlar kuzatilmasa, MNS infeksiyon shikastlanishi bo'lmasa asoratsiz deb hisoblanadi.

Asoratlisiga ko'p marotaba uchraydigan, davomiy yoki partzial febril talvasalar bilan kechadigan, EEG-da faqat qaytalanuvchi tutqanoq belgilari bo'lgan kiradi (asoratli unchali kata bo'lmagan haroratda yoki o'choqli nevrologik belgilar kuzatilgan xollarda).

- Birinchi marotaba 18 oylik davri ichida kuzatilgan febril talvasalar yoki 3 yoshdan keyin asoratli talvasalar, hush 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 buzulishlar
 - Oilaviy anamnezda me'yoriy haroratda kuzatiladigan tutqanoqlar
 - Uzoq davom ettuvchi tutqanoqlar
 - Ko'plab qaytariladigan tutqanoqlar
 - partzial 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 partzial talvasalar) va epelepsiya 50% kuzatiladi.

Shoshilinch yordam

Talvasa davrida

- AVS yordam (agar miya va umurtqa pog'onasi shikastlanishiga shubha bo'lmasa bemorni qo'ly holatda yotqizib, tiklash holati beriladi)
- Bemorni keyingi shikastlanishdan himoya qilinadi (bemor atrofidan unga shikast etkazishi mumkin bo'lgan o'tkir jismlar olib tashlanadi)
- Siqib turgan kiyim boshlar bo'shatiladi
- Bemorni majburan ushlab turishga harakat qilish kerak emas
- Agar talvasa 5 daqiqadan ortiq kuzatilsa yoki bemorda **epeleptik status** (talvasalar ketma-ket kelsa, hushi tiklanmasa) – talvasaga qarshi dori vositalari qo'llaniladi (yuqorida keltirilgan). Odatda ko'pincha diazepam yoki paraldegid qo'llaniladi, 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 kiritib eritma yuboriladi.
 3. Ikala dumba sohalari bir-biriga yaqin bir necha daqiqa ushlab turish kerak

4. Agar 10 daqiqadan keyin ham 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 daqiqa ichida 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 daqiqadan keyin yana 0, 15 ml qilinadi.

| Bemor yoshi/vazni | Diazepam | Paraldegid |
|--|----------------------------|-----------------|
| | To'g'ri ichakka 10 mg/2 ml | To'g'ri ichakka |
| | 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
- Kislorod ingalyatsiyasini qo'llash
- Qonda qandni miqdorini aniqlash va kerak bo'lganda glyukoza eritmasini yuborish.
- Travmatik shikastlanishda yordam ko'rsatish

- Yuqori harorat kuzatilganda bemor tanasini uy haroratidagi suv bilan doka yordamida har 5 daqiqada artish tavsiya etiladi va bemorga bu vaqtda tabletkalar berish mumkin emas.
- Yuqori mushak tarangligida (oyoq-qo'lni passiv xarakatlanirilganda qarshilik ko'rsatilishi yoki engakni va oyoq-qo'lni tremori) -- talvasaga qarashi dori vositalarini qo'llash (oldini holatda talvasa sodir bo'lganin e'tiborga olib).
- Kerak bo'lganda transportirovkaga ko'rsatma (Bemorda talvasa birinchi marotaba bo'lganda shifoxonaga transportirovka qilish kerak bo'ladi).

Gospital bosqichda:

- Davolash taktikasi talvasa sababiga bog'liq. Sababini anamnez 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.
- Harorat ko'tarilganda, meningial simptomlar kuzatilganda lyumbal punktsiya buyuriladi va antibiotiklar qo'llanadi.
- Davomiy sopor yoki komada, metabolik buzilishlar, zaharlanish 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. Hush foliyatini buzilish sabablarini sanab bering
2. Hush foliyatini buzilish ikkilamchi sabablarini sanab bering
3. AVPU shkalasi bo'yicha hush darajasi qanday baholanadi?
4. Glazgo shkalasi bo'yicha hush darajasi qanday baholanadi.?
5. Glazgo shkalasi bo'yicha olingan ma'lumotlar qanday taxlil qilinadi?
6. Hush darajasi buzilgan bolalardan yo'naltirilgan anamnezda qanday savollar beriladi?
7. Bemorni fizikal tekshirishda hush darajasi buzilganlikka xos qanday belgilarni kuzatish mumkin?
8. Hush darajasi buzilgan bolalarni tekshirishda qaysi standart va maxsus laborator, instrumental tekshirishlar o'tkaziladi?
9. 2- oylikdan katta bolalarda hush darajasi buzilganda qaysi kasalliklar bilan diferentsial qiyoslash kerak?

10. 2- oylikdan kichik bolalarda hush darajasi buzilganda qaysi kasalliklar bilan diferentsial qiyoslash kerak?
11. Hush 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 qilinadigan tadbirni ketma-ketligini yoritib bering
17. Talvasa tutqanog'idan keyingi davrda qilinadigan tadbirni ketma-ketligini yoritib bering
18. Bolalarda talvasaga qarshi qaysi dori vositalari qanday dozalarda qo'llaniladi?

O'TKIR ZAHARLANISHLAR

Bolalarda dori dozasini oshirish va o'tkir zaharlanishlarda, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda 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'pchilik hollarda zaharlanishlar oqibati yaxshi bo'lib, o'lim 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'smirlarda esa bir vaqtda bir nechtasi 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, shifokor 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'smirlar ko'proq suitsid holatlarga toksik moddalar bilan zaharlanish ta'sirida qo'l uradilar. Ammo zaharlanishlar har qanday yoshda uchrashi mumkin. Asosan 8 va undan katta yoshdagi bolalar ko'proq 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'rilishi 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'rilishi 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'lehanadi. 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 bo'g'in shifokori xavfsizligini ta'minlash va baholash.
- bolalarni zaharlanish manбайдan 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.

Tushish yo'llari

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'eksion

Baholash.

Hodisa joyini baholash

Birinchi navbatda ShTYo shifokori atrofda sharoitni baholashi kerak. Ingalyatsion yoki rezorbtiv zaharlanish holatlarida ShTYo xodimi hodisa joyida zaharlovchi modda yoki xavfli material bor yoki yo'qligini aniqlashi kerak. ShTYo xodimi uchun xavfli maydonga kelganda xavfsizlik birinchi darajali masala bo'lib hisoblanadi.

ShTYo xodimi hodisa joyining xavfsizligiga ishonch hosil qilgandan keyin himoyalangan holda birinchi navbatda bemorni nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini, adekvat nafas va qon aylanishni 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 ShTYo xodimi toksikologik markaz bilan maslahatlashishni hohlasa, u holda undan bo'lib o'tgan hodisa haqida ko'proq ma'lumot olishi kerak. Shuningdek ShTYo xodimi bolaga ta'sir qilgan moddani 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 moddani ko'p qismi organizmga tushmasdan polga tushganligi haqida fikr yuritishi kerak.

Zaharlovchi moddani aniqlash va bemorga davo 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 ShTYo xodimi va atrofdagilar 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. ShTYo xodimi bolaga ipekakuana siropi buyurilganini aniqlashi kerak, chunki uni qabul qilganda kuchli qayt qilish kuzatilishi mumkin. Shuningdek bolaga ta'sir qilgan toksik moddaning to'rini 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 foydali ma'lumotlar berishi mumkin: oshqozonni yoki antidotlarni qo'llash. Agar bemor anamnezida moddani qabul qilgandan keyin qusish aniqlangan bo'lsa, ShTYo xodimi qusuq massalarini xarakterini va sonini aniqlashga harakat qilib ko'rish kerak. Agar qusuq 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 stabillash kerak. ShTYo xodimi yuqorida ko'rsatilgan harakatlarni bajarayotganda chalg'ishga yo'l qo'ymasligi kerak. ShTYo xodimi jabrianuvchi nafas olayotganligini bilgan zahoti 60 soniyaichida nafas harakatlar chastotasini sanash va ishonch hosil qilish kerak. Pulsni elka yoki uyqu arteriyasida 1 daqiqadagi urishlar soni bilan qon aylanishiga baho beriladi. Shunga qo'shimcha tezda arterial bosim o'lchanadi. Tana harorati ham hayotiy belgilarga kiradi.

Markaziy asab tizimi.

Nevrologik tekshirishning asosiy aspekti nafas yo'llarini himoya mexanizmi qusish refleksi hisoblanadi. Bola hushida bo'lganda, gapirganda va ba'zilarida so'lak ajralmaganda nafas yo'llari o'tkazuvchanligini mustaqil ushlab turish mumkin. Hushi buzilgan bolalarda qusish refleksi til ildizi bilan va xalqumning orqa devoriga shpatel bilan bosib chaqiriladi. Bu odatda qusishga olib keladi. Ba'zan qusish refleksi normal sharoitlarda ba'zi bolalarda bo'lmaydi, bunda ShTYo xodimi 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 gospitalizatsiyalashgacha bo'lgan davrda aktivlangan ko'mir ichmaslik kerak, chunki qusish yoki aktivlangan ko'mir aspiratsiyani keltirib chiqarishi mumkin. Nevrologik baholashda bolaning birlamchi statusini aniqlash va yordam ko'rsatish davrida takrorlab turish kerak. Hush darajasini 4 toifasi tavsiflanadi. Bola hushini saqlagan, verbal stimulyatsiyaga javob beradi, og'riq stimulyatsiyaga javob beradi, hushsiz bolalar.

Yurak qon-tomir tizimi

Noturg'un gemodinamikaning belgilarini aniqlashda hisobiga bola holatini baholashni o'tkazish mumkin.

Teri. ShTYo xodimi 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. ShTYo xodimi asosiy e'tiborni ko'z yoshi ajralishiga va ko'zni qizarishiga qaratishi 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?

Rivojlanuvchi ko'rish o'tkirligini pasayish darajasini farqlash uchun quyida 4 tojfa keltirilgan:

1. Ko'rishning yo'qolishi.

2. Qorong'ilik va yorug'likni ajrata olish.

3. 1 metr masofadan barmoqlarni sanay olish.

4. Ish hujjatlaridagi mayda shriftlarni yoki vena ichiga qo'yush uchun sistemalar yorlig'idagi yozuvlarni o'qiy olish.

Nafas tizimi

Patologik nafas shovqinlari masofadan yoki auskultatsiyada eshitiladi. Yuqori nafas yo'llari yot jism obstruksiyasi va shilliq qavatlari shishganda: stridor, nafasda shovqin bo'ladi. Bular shishda, shilliq ko'p ishlab chiqarganda, nafas yo'llari atrofidagi mushaklar spazmida kelib chiqadi.

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 reaksiyasi chaqirilmaligi mumkin, lekin shu bilan birga og'iz, qizilo'ngach shilliq qavatlarni spazmini yallig'lantiradi, qizilo'ngachda perforatsiyaga xavf yuqori bo'ladi. ShTYo xodimi 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 tsitrat 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 korroziyali vositalar, neft maxsulotlari bilan zaharlanganlarida qusish kuzatilmaydi. So'riladigan moddalarni chiqarib tashlash. Maxsus bo'limda forsirlangan diurez, gemodializ, gemasorbtsiya qilinadi. Forsirlangan diurez kislota-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?
- ShTYo xodimi 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. ShTYo xodimi 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.

ShTYo xodimi quyidagi bosqichlarni 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 hushsiz 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.

Buyrak etishmochiligi. Ko'pincha etilenglikol va yallig'lanishga qarshi nosteroid dori vositalaridan zaharlanganda kuzatiladi. Buyrak faoliyati monitoringi muhim ahamiyatga ega, ba'zan gemodializ qilinadi. Toksik moddalarni hazm yo'liga 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 yo'liga 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.
- Axlat 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% ipekuana 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 hushsiz bo'lganda hush darajasi pasayganda korroziya ta'siri kislota va ishqorlar bilan zaharlanishlarda, neft maxsulotlari bilan zaharlanishlarda yoki moddani yutgandan keyin 1 soat o'tgach bolaga buyurilmaydi. Ipekuana faqat hushida bo'lgan bolalalarga beriladi. Ipekakuanani ichish mumkin emas. Bu oshqozon massalarini ichakka o'tishini tezlashtiradi. Qarshi ko'rsatmalar. Hushning buzilishi, qusish refleksining yo'qligi, kislota 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. Ipekuana siropi ShTYo xodimi to'g'ridan- to'g'ri ko'rsatmasiga qarab berilishi kerak.

Qustiruvchi moddalar:

Ipekakuana siropi oshqozonni bo'shatish uchun qo'llaniladigan yagona qustiruvchi modda.

1. 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 zharlanishning 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; ipekakuana 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'mirni 1 yoshda bo'lgan bolalarga har 4-6 soatda, 1-12 yosh bolalarga har 2 soatda qayta berish mumkin. Agar bolada aktivlangan ko'mir berilgandan so'ng tezda qusish kuzatilmasa u yana beriladi. Ipekakuana siropi berilgan bo'lsa, qusish to'xtatgandan so'ng

aktivlangan ko'mir beriladi. Aktivlangan ko'mir 50-100 g suv yoki sorbitolga aralashtirilib, gospitalizatsiyagacha bo'lgan vaqtda qo'llanilishi mumkin. Aktivlangan ko'mir ipekakuana siropi bilan birga va gastroskopiyada 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) diametrli 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 atsetiltstein yuboriladi. 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 ehtiyotkorlik bilan qo'llash kerak. Degidratatsiya chaqirishi mumkin. Tarkibida temir to'tuvchi 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 qitqlovchi 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

reaktsiyasida 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 maslahati 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 SO'V qilinadi.

2. Yurak qon-tomir tizimi. Shok va arterial gipotoniyaning davolash uchun vena kateterlanib suyuqlik quyiladi. Zaharlanganda miokard qisqaruvchanligi susaysa ko'pincha u antidepressantlardan zaharlanishda inotrop va vazopressor dorilar qilinadi. Ritm buzilsa algoritm asosida yurak-o'pka reanimatsiyasi o'tkaziladi.

3. Suv-elektrolit balansi. Yo'qotilgan suv o'minini to'ldiriladi va elektrolitlar buzilishi tiklanadi.

4. Qon gemolitik anemiyada eritrotsitar massa quyiladi yoki qon almashtiriladi.

5. MNS ko'pincha faoliyati susayishi va epileptik talvasalar kuzatiladi.

Ilon 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'rta 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'xshash yordam olib boriladi. Bunday hollarda mutaxassis 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, pulsni ortishi.
- Nafas olishning qiyinlashuvi.
- Ko'rishning pasayishi va diplopiya.
- Holsizlik.
- Ko'ngil aynishi.
- Qusish.
- Uyquchanlik.
- Hushning yo'qolishi.
- Talvasa.

Zaharli ilon chaqqandan keyin belgilar bir soat ichida kuzatiladi. Zaharli ilon chaqqandan keyin mahalliy 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 zaharlanish yo'li organizmga zaharli moddalarning kirishini eng keng tarkalgan yo'lidir. Organizmga ingalyatsion yo'l bilan tushgan zaharli moddalar ta'siri tez, birozdan keyin yoki surunkali ta'sir bilan yuqori nafas yo'llari yoki o'pkalarga ta'sir qilishi bilan xarakterlanadi. Zaharli modda organizmga nafas olish tizimi orqali tushadi, umumiy qon oqimiga absorbtsiyalanadi, bu esa boshka organizmlarda zaharli effekt (sistemali toksik ta'sir) rivojlanishiga olib keladi. Nafas yo'llari orqali tushgan tsianoz xujayra darajasida kislorod transportini bloklaydi, is gazi esa gemoglobin molekulasida kislorod urnini bosib, tukimalarga kislorod etkazishni bloklaydi.

ShTYo xodimi falokat sodir bo'lgan joyga borishdan avval zaharli agentlarning ta'siridan o'z xavfsizligini ta'minlaganligiga ishonishi kerak. Ingalyatsion zaharlanishlarda ko'rsatadigan yordamning birinchi bosqichida zaharlanish manбайдan bemorni shoshilinch izolyatsiya qilish kerak.

Diqqat. Nafas orqali kirayotgan moddalar hid sezishni kamaytirishi mumkin. Bu moddalar bir necha daqiqa qid sezishni zaiflashtirib, moddalar toksik ta'siri borligini adashtiradi.

Is gazi ingalyatsion zaharlanishni eng ko'p uchraydigan turiga kiradi. Is gazi ko'mir, daraxt yoki uglevodorod mahsulotlarining to'la yonmasligi oqibatida ajralib chikadi. Shu bilan bir qatorda bu is gazi har qanday

yonuvchi moddalarni yonishidan holi yuzaga keladi. Ayniqsa avtomobil motorlarini yonishida hosil bo'lgan gazda kanalizatsion gazlarda, sanoat gazlarida va ovqat tayyorlashda ishlatiladigan yoqilg'ilarida ishlab chiqariladi. Bu gazning borligini aniqlash juda qiyin, chunki u ta'mga ham hidga ham ega emas. Bu gaz bilan zaharlanishning belgilaridan biri hodisa joyida topilgan bola yoki inson bo'lishi mumkin.

Gazlar bilan zaharlanishda hodisa joyida ko'p insonlar shikastlanishi mumkin. Hodisa joyida shikastlangan inson ko'p hollarda hayotiga xavf soluvchi muhitni anglay olmaydi va hushini yo'qotadi. Nafas faoliyati buziladi. Bu holatda birdan bir og'ir holat yuzaga kelishini isbotlovchi belgilar ozgina bosh aylanishi, behollik va bosh og'rishi bo'lishi mumkin. Ingalyatsion zaharlanish belgi va simptomlariga quyidagilar kiradi:

- A) nafas olishning qiyinlashuvi.
- B) ko'krakda og'riq.
- V) yo'tal.
- G) ovoz bo'g'ilishi.
- D) bosh aylanishi.
- E) bosh og'rig'i.
- Yo) Hush darajasini buzilishi.
- J) Talvasa.
- Z) Garanglik.

Kimyoviy moddalarning tutunlari bilan zaharlanish.

Ba'zi bir uchuvchi kimyoviy birikmalar xavfliligi sababli ovqat sifatida ishlatilmaydi. Bu moddalar do'konlarda va sanoat ishlab chiqarish mahsulotlarida qo'llaniladi. Bu mahsulotlar havo almashinib turiladigan xonalarda saqlanadi, chunki bu mahsulotlardan chiqayotgan tutunlar o'ta xavfli hisoblanib, shu bug' bilan nafas olgan insonlarni zaharlaydi. Bu mahsulotlarga sintetik elimlar, bo'yoqlar, xo'l markerlar, benzin, yondiruvchimoslama uchun suyuqliklar aerozollarida, havo aerozollarida bo'ladi. Bu uchuvchan kimyoviy moddalarni noto'g'ri qo'llash oqibatida nafas a'zolariga yaqin tutilganda va shu moddalar bilan zaharlanish – toksikomaniya holatlarida kuzatiladi. Bolalar bu zaharli uchuvchi moddalarni salafan qopchalariga osib, eyforiya kayf olish maqsadida shu qopcha orqali nafas oladilar. Bu uchuvchi kimyoviy birikmalar bilan zaharlangan insonlardagi belgi va simptomlar xuddi alkogol va narkotik moddalar bilan zaharlangan belgi va simptomlarga o'xshash.

In'eksion zaharlanish.

Zahar odatda to'g'ridan to'g'ri umumiy qon aylanish doirasiga tushishi, narkotik moddalarni qon tomirga yuborganda yuzaga keladi.

Zaharlanish bu yuborilayotgan moddalarni ta'sir qilish jarayoni oshib ketganda kuzatiladi. Shoshilinch tez yordam xodimi esda tutishi kerakki, ko'p narkotik ta'sir qilish xususiyatiga ega bo'lgan har xil nomdagi narkotik moddalar qonga tushishi oqibatida yuzaga keladi. Shifokor har doim bemor aytgan bu moddalarga o'ta shubha bilan qarashi zarur.

Zaharli hayvonlar va hasharotlar chaqqandagi zaharlanishlar in'eksion zaharlanishlarning manbai hisoblanadi. Ilonlar, o'rgimchaklar, chayonlar va boshqa hasharotlar chaqishi ham insonni zaharlanishiga olib kelishi mumkin. Agar bola qaysi hayvon yoki hasharot chaqqanini aniqlay olsa, shu zaharga qarshi moddani neytrallash maqsadida ishlatishi mumkin. Belgi va simptomlariga quyidagilar kiradi:

- A) hush darajasining buzilishi.
- B) nafas faoliyatining depressiyasi.
- V) qon bosimini tushib ketishi.
- G) holsizlik.
- D) bosh aylanish.
- E) qaltirash.
- Yo) Tana haroratining yuqoriligi.
- J) ko'ngil aynishi.
- Z) qayt qilish.
- I) yallig'lanish va shishning chakkan joyda bulishi.
- Y) Nafas olishning kiyinlashuvi.
- K) yuz, qo'l, til va labning shishib ketishi.

Narkotiklarni suiste'mol qilish **Narkotiklardan zaharlanish.**

Oxirgi vaqtlarda narkotiklarni suiste'mol qilish o'smirlar orasida ko'p uchramokda. Bu guruh narkotik moddalari o'z ichiga samarador va keng qo'llanuvchi og'riqsizlantiruvchi preparatlarni oladi. Narkotik moddalarni hatto shifokor nazorati ostida qabul qilganda ham jismoniy va ruhiy qaramlikka olib keladi. Bu guruhga ko'p ishlatiladigan moddalardan opiy, morfin, heroin, kodein va litadon (sintetik narkotik) kiradi. Heroin kuchli eyforiya chaqiruvchi va ko'prok davomli ta'sir qiluvchi eng ko'p qo'llaniladigan narkotik hisoblanadi. Heroin morfinga nisbatan kuchli narkotik hisoblanadi, lekin ko'p mamlakat tibbiyotida qo'llashga ruxsat etilmagan. Heroin oq, kulrang yoki sarg'ish jigar rang engil kukun. Geroinni yuborilishi xidlash orqali bo'lsa ham, ko'pincha vena ichiga qo'llaniladi. Kodein heroin va morfinga nisbatan o'ta kuchsiz narkotik, past ta'sirga ega bo'lsa, xam, yo'talga qarshi siroplar tarkibida berilishi mumkin. Narkotiklarni suiste'mol qilgandagi belgilariga sekin va yuzaki

nafas, es hushning yo'qolishi, qorachiqlarning nuqta darajasigacha torayishi, uyquchanlik, muhitni xis qila olmaslik va nutqning buzilishi kiradi.

O'smir narkoman narkotik moddalarni to'satdan qkabul qilmay qolganda gallyutsinatsiyalarning bo'lishi ehtimolidek juda bezovta bo'ladi. Ik belgilari 2-48 soatda boshlanib, 72 soatda cho'qqisiga etadi. Bu holat hayot uchun xavfli bo'lmasa xam, ko'pchilik o'zini bir muncha yomon xis qiladi. Undan ko'ra o'limni afzal ko'radi. Bu belgilar va simptomlar narkotik moddani qayta qo'llaganda va narkotikdan bosh tortganda bir necha kun ichida yo'qoladi.

Narkotikdan zaharlanish yuzaga kelgan bemorlarga yordam ko'rsatish.

Narkotik moddalar bilan zaharlangan bolalarda yordam ko'rsatish faoliyatini birinchi navbatda nafas yo'llarini, nafas faoliyatini tiklashga va qon aylanish tizimiga qaratish zarur. Bu odatda bola anamnezida narkotik moddalarni qo'llaganligini aniqlashdan iborat. Bemorda hush darajasini buzilishi odatda undan anamnez yig'ishni qiyinlashtiradi. Bu holatlarda to'la ob'ektiv tekshirishni amalga oshirib, yashirin shikastlanishni aniqlashdan iboratdir. Ob'ektiv baholash hayotiy ko'rsatkichlarni baholashdan va shokka qarshi davo chorasini amalga oshirishdan iborat bo'lishi kerak. Bemorda shok holati shoshilinch tez yordam mutaxassisi chaqirilgandan keyin ham yuzaga kelishi mumkin. Bu shifokordan bemorga shoshilinch yordam ko'rsatishni va uni monitoring kuzatuviga olishni taqozo qiladi. Agar bolaning hush darajasi buzilgan bo'lsa, uni yonboshga o'tqizib, og'zidan chiqarayotgan qusuq moddalarini aspiratsiya bo'lmasligi uchun tozalashni taqozo etadi. Shifokor bemor bilan uni tinchlantiradigan darajadagi muomalada bo'lishi zarur. Bola bilan vazmin, yumshoq va uning holatini his qilish holatida yondoshish kerak. Shifokor bolani hush darajasini oldini oladigan va o'ziga shikast etkazmaydigan holatda ko'ruvni amalga oshiradi. Bola doimiy shifokor nazoratida bo'lishi zarur. Birlamchi bo'g'in shifokori narkotik moddalari bilan zaharlangan bemorda shu zaharning turini aniqlaydigan har qanday axborot va materiallardan foydalanishi kerak, chunki bu axborot va materiallar kerakli shoshilinch yordamni ko'rsatishda katta ahamiyatga ega. Bu moddalarga qoshiqlar, qog'oz paket, pipetkalar, teri ostiga yuboradigan ignalar, ampula siniqlari kiradi. Hodisa joyidan topilgan turli preparatlar bemor tekshiruv va yordam ko'rsatiladigan joyga yuboriladi. Bola tanasidagi in'ektsiyadan qolgan izlar, kapsula, tabletkalar, dorivor preparat qoldiqlari

yoki og'iz atrofidagi yoki burun atrofidagi qoldiq moddalar bolani narkotik moddalarni qabul qilganligi to'g'risida ma'lumot beradi. Oldin amalga oshirilgan tibbiy tekshiruvlar anamnezidagi talvasalar (narkotik moddalarni qabul qilmagan bo'lsa, ham) katta ahamiyatga ega. Bolani albatta transportirovka qilish chog'ida shu erda topilgan moddiy ashyolarni shifoxonaga olib borib, qabulxona shifokoriga berish kerak, bu bolaga malakali yordam ko'rsatishda katta ahamiyatga ega. Juda ko'p zaharlanishlarda koma va boshqa hush darajasining buzilishi turlari uchraydi. Bu holatlarda quyidagi dori vositalari bemorga qo'llaniladi.

1. Noloksan 2 mg vena ichiga (opiy bilan zaharlanganda).
2. Tiamin 0,1 g vena ichiga (Vernike entsefalopatiyada)
3. Glyukoza 50 ml 50 % eritma vena ichiga (glyukozani kapillyar konida aniqlash).
4. Kislorod berish.
5. Fulmazenilni benzodiazepinlar bilan peredozirovka bo'lganda yuboriladi.

Noma'lum moddalar bilan zaharlanganda preparat qo'llanilmaydi. bundan tashkari fulmazenil talvasa chaqiruvchi moddalar (kokain, litiy, teofillin, izoniazid, fiklosporin) bilan zaharlanganda va anamnezida talvasalar bo'lganda qo'llanilmaydi.

So'rilmagan moddani olib tashlash. Oshqozonni qusuq massalaridan tozalash va yuvish. Bu tadbirlar odatda zaharlanishning birinchi soatlarida yordam beradi. Shuning uchun juda ko'p bemorlar shifokxonaga kech soatlarda tushadi. Bundan tashqari qusish davolashga halaqit berishi mumkin. Shuning uchun ko'p xollarda aktivlangan ko'mir buyurilishi bilan cheklanadi. Oshqozonni yuvish fenotiozinlar (oshqozon motorikasini tormozlaydi) bilan zaharlanganda tavsiya etiladi

Alkogoldan zaharlanish.

Alkogoldan zaharlanish bolalar o'rtasida uchrab, shu bemorga bo'lgan e'tiborni susaytiradi.

Spirтли sharbatlar sifatida (vino, pivo va distillangan likyorlar) etil spirti, etanol, donli spirt yoki oddiy spirtlar mavjud. U MNSga, ruhiy va jismoniy faolikka narkotik moddaga o'xshab charchatuvchi ta'sir ko'rsatuvchi rangsiz, qizdiruvchi suyuqlikdir. Alkogol organizmga bosqichli ta'sir ko'rsatadi. Avval u bo'shshishni chaqiradi va hushning xiralashuvi bilan kechuvchi o'zini yaxshi xis qilishni va oddiy harakatlarni aniq va samarali bajara olmaydigan koordinatsiyaning doimiy buzilishi bilan kechadi. O'smirlar orasida alkogolni davomli iste'mol qilish mastlik va qusishga, yura olmaslikka yoki tura olmaslikka va es-hushining

buzilishi (uyku va stupor)ga olib keladi. Ortiqcha miqdorda iste'mol qilish hushning yo'qolishiga, koma, nafasning susayishiga, hatto alkogoldan zaharlanib o'lishga olib kelishi mumkin. Alkogol iste'mol qilishda ruhiy va jismoniy qaramlik rivojlanish ehtimoli yuqori. Alkogoldan og'ir zaharlangan o'smirlarda qusuq massalaridan aspiratsiya bo'lishini oldini olish va o'ziga, yoki atrofdagilariga xavf tug'dirishdan ogoh bo'lishi kerak.

Tibbiy preparatlar bilan zaharlanish.

Juda ko'p tibbiy preparatlar bolalar tomonidan nazorat sust bo'lganda qabul qilinishi mumkin. Bu tibbiy preparatlar guruhiga barbituratlar, antidepressantlar, stimulyatorlar, galyutsinogenlar, uxlatuvchi va boshqa ko'p dori darmonlar kiradi. Yuqorida aytilgan dori darmonlarni bir nechtalari boshqalarga qaraganda o'ta xavflidir. Ba'zi bolalar tomonidan bir nechta tibbiy preparatlar birgalikda qabul qilinishi sababli ularning umumiy klinik belgilari o'zgaradi va uni tashhislash muammosi tug'iladi. Bu tibbiy preparatlar bola organizmiga har xil yo'llar bilan kirishi mumkin. Og'iz orqali, nafas yo'llari orqali va in'eksion dorining ta'sir qilish davomiyligi va kuchi bola organizmiga qaysi yo'l bilan kirganiga bog'liq. Birlamchi bo'g'im shifokori uchun shu regionda qaysi tibbiy preparatlar ko'p qo'llanishi katta ahamiyatga ega. Tibbiy preparatlar bilan zaharlanganda ko'rsatiladigan yordam standart bayonnomalari bolalar uchun mavjud bo'lishi katta ahamiyatga ega.

Ingalyatsion zaharlanish yo'li organizmga zaharli moddalarning kirishini eng keng tarqalgan yo'lidir. Organizmga ingalyatsion yo'l bilan tushgan zaharli moddalar ta'siri tez, birozdan keyin yoki surunkali ta'sir bilan yuqori nafas yo'llari yoki o'pkalarga ta'sir qilishi bilan xarakterlanadi. Zaharli modda organizmga nafas olish tizimi orqali tushadi, umumiy qon oqimiga absorbtsiyalanadi, bu esa boshqa organizmlarda zaharli effekt (sistemali toksik ta'sir) rivojlanishiga olib keladi. Nafas yo'llari orqali tushgan tsianoz xujayra darajasida kislorod transportini bloklaydi, is gazi esa gemoglobin molekulasida kislorod o'rni bosib, to'qimalarga kislorod etkazishni bloklaydi.

ShTYo xodimi halokat sodir bo'lgan joyga borishdan avval zaharli agentlarning ta'siridan o'z xavfsizligini adekvatligiga ishonishi kerak. Ingalyatsion zaharlanishlarda ko'rsatadigan yordamning birinchi bosqichida zaharlanish manbaidan bemorni shoshilinch izolyatsiya qilish kerak.

Alohida moddalar.

Atsetiltsistein – paratsetamol antidoti (u jigarda glutation zahirasini ushlab turishi taxmin qilinadi).

Simptomatik davo jigar va buyrak funksiyasini saqlagan holda toksik moddalarni zararsizlantiriladi.

Nafas tizimi. Gaz almashinuvini normada saqlash uchun nafas yo'llari o'tkazuvchanligi ta'minlanib, kislorod beriladi. Oshqozon aspiratsiyasini ogohlantiruvchi qusish refleksining yo'qligi traxeya intubatsiyasini talab qiladi. MNSni pasaytiruvchi moddalar bilan zaharlanganda SO'V o'tkaziladi.

Yurak qon-tomir tizimi. Shok va arterial gipotoniya vena ichi kateterizatsiya qilinib, suyuqlik yuboriladi. Miokard qisqaruvchanligini pasaytiruvchi moddalar xususan tritsiklik aktidepressantlar bilan zaharlanganda inotrop va vazopressorlar qo'llaniladi. Ritm buzilishi O'YuR algoritmini boshqarishni chetlashtiradi.

Suv-tuz balans. Suvni yo'qolishi tuzlarni yo'qotilishiga olib keladi.

Kon. Gemolitik anemiyada eritrotsitar massa quyiladi yoki qon almashtiriladi.

MAT. Kupincha MNS pasayishi va epileptik tutqanoqlar kuzatiladi.

- tutqanoqqa qarshi preparatlar benzodiazepam (diazepam, lrazepam) fenitoin yoki fenobarbital vena ichiga; paraaldegidlarni ham qo'llash mumkin. Ba'zi bir toksik moddalar uchun antidotlar qo'llaniladi, masalan: izoniazidga – peridoksin qo'llaniladi. Uzoq komalarda tutib turuvchi davo qilinadi.

Buyraklar. Buyrak etishmovchiligi etilenglikolin va NPVS dan zaharlanganda rivojlanadi. Buyrak funksiyasi monitoringini ba'zan gemodializ qilish zarur. Oshqozon ichak traktida toksik moddalar surilishini oldini olish. Toksik moda teri yoki kuzga tushganda okar suvda yuviladi, nafas yo'llariga tushganda bemorni toza xavoga olib chikiladi, ichilganda oshqozon ichak traktida surilishini pasaytiriladi. Sunggi holatlarda 3 ta usul qo'llaniladi: oshkozanni tozalash, adsorbentlarni yoki surgi moddalar ishlatiladi, toksik moddalarni axlat orqali chiqarilishi kuchaytiriladi.

Oshqozon massalarini chiqarish.

Bu metodning afzalligi zaharlanishdan 1 soatdan sung tez tushiradi; bunday holatlarda yaxshisi davolashni boshka usulini qo'llash ma'kul, oshqozon yuviladi.

Kullash: Ichi dozasi (140 ml/kg ichishga) iloji boricha tezrok (oshqozon zondi bilan aktivlangan kumir) berish kerak. Keyinchalik 70

ml/kgdan har 4 soatda 17 marta beriladi. Atsetil tsistein ichganda kuzatiladigan qusish metokpopramid yoki draperidol bilan bartaraf kilinadi. Agar ular yordam bermasa, atsitol tsisteinni nazoduodenal zond orqali 30-60 min davomida qo'llanadi. Vena ichiga kamdan kam xollarda maxsus markazlarda yuboriladi. Bronxospazm, toshma, terlash, anafilaktik reaksiyaga o'xshash reaksiya bo'ladi.

Nazorat kilib borish: Alat, Asat, bilirubin aktivligi AMK va PV aktivligini usha zaxoti va 3 sutka davomida aniqlanadi. Jigar etishmovchiligida jigarni kuchirib o'tkaziladi.

Antidotlar ba'zi bir zaharlovchi moddalar uchun ishlatiladi.

Dimerkaprol – mishyak, vismut, xrom, kobalt, miss, temir, kurgoshin, magniy radiy, selen va uran **antidoti** hisoblanadi. Uni 2-4 mg/kgdan har 4-8 soatda 5 sutka davomida mushak orasiga yuboriladi. Keyinchalik 3 mg/kg.dan har 12 soatda Suktimer – kurgoshin antidoti, 12 yoshdan kichik bo'lganlarda konda kurgoshin 45 mkg% bo'lganda GDA ishlatilishiga ruxsat beriladi. Doza – 30 mkg/kg/sut 5 sutkada 3 maxal, sung 20 mkg/kg/sut 14 sutkada 2 maxal. Qayta davolanganda jigar fermentlarining aktivligini ortishi, ko'ngil aynish, qusish, toshma toshishi mumkin, preparatni to'xtatganda ko'p xollarda konda kurgoshin mikdori Yana 70 %ga ortadi.

EDTA – kurgoshin, simob, miss, nikel, Rux, kobalt, berelliy, magniy larning antidoti. 25-50 mg/kg/sut. Muskul orasiga (dozani bo'lib sutkasiga 2-4 maxal yuboriladi) yoki vena ichiga (davomli infuziya ko'rinishida) 5 kun mobaynida. Muskul ichiga yuborganda 0,5% li prokain eritmasi qo'shiladi. og'ir gipokaltsemyadan kochish maksadida faqat EDTAning kaltsiydinatriyli tuzi ishlatiladi. Peritsillammin – kurgoshin, miss, rtut antidoti 15-30 mg/kg/sut (maksimum 1 g/sut) bir necha marta ichish uchun.

Zaharlanishlarni oldini olish.

Zaharlanishlarni xamma turlarida sababini aniqlash va qayta takrorlanmasligini oldini olish kerak. Buning uchun tabiat toksik moddalarni bolani uzini tutishini, uning xulki va maishiy ahvolini hisobga olish kerak.

Temir.

1. *Etiologiyasi.* Temirdan zaharlanish ko'p uchraydi, har bir uy aptekasida temira temir saqlovchi vitaminlarni bir qanchasi mavjudligi amaliyotda tasdiqlangan.

2. *Tekshirish va diagnostika.*

Temir saqllovchi preparatlar qabul qilingandan so'ng 30 minutdan to 2 soat ichida bo'lgan vaqt oralig'ida kuzatiladigan belgilar: ko'ngil aynish, ich ketish, axlatda qon aniqlanishi, qorinda og'riq va uyquchanlik.

6-24 soatdan keyin isitma, metabolik atsidoz, jigar funktsiyasining bizilishi, bezovtalik, talvasalar, shok va koma rivojlanishi mumkin.

Kam holatlarda zaharlanishdan 3-4 hafta utgandan sung oshkozon ichak traktida strukturalar rivojlanishi mumkin.

Boshlang'ich laborator va instrumental tekshiruv tarkibida qonning umumiy tahlili, glyukoza miqdori, zardobni temir bog'lash xususiyati aniqlanadi. Temir tutuvchi tabletkalarni aniqlash uchun qorin bo'shlig'i tasviriy rentgenografiyasi o'tkaziladi.

Davolash. Agar zaharlanishga ko'p vaqt bo'lmagan bo'lsa va qabul qilingan temir miqdori 20 mg/kg.dan kam bo'lmasa ipekakuana siropi yordamida qusish chaqiriladi.

Qusish chaqirilgandan so'ng hazm traktida temir tutuvchi tabletkalar yana bor- yo'qligini aniqlash uchun qorin bo'shlig'ini umumiy tasviriy rentgerografiya qilinadi.

Aktivlangan ko'mir berilmaydi.

Temirni so'rilishini kamaytirish uchun 4 %li 50-100 ml natriy bikarbonat ichishga beriladi. (yuqori miqdorda gipernatremya keltirib chiqarishi mumkin).

Atsidozni davolash va yo'qotilgan suyuqlikni o'rmini to'ldirish uchun suyuqlik va natriy bikarbonat vena ichiga yuboriladi.

Diferoksaminli sinama quyida ko'rsatilgan holatlarda o'tkaziladi. Qabul qilingan temir miqdori yuqori va zaharlanish simptomlari qusish va ich ketish bilangina chegaralanmasa, zardobdagi temir miqdori zardobni temir bog'lash xususiyatini oshiradi.

Zaharlanishda leykotsitoz (15000 mkldan yuqori) yoki giperqlikemiya (150 ml/g%dan yuqori) kuzatilsa.

Qo'llanilishi

Diferoksamin 50 mg/kg (maksimum 1g) dozada yuboriladi. Agar zardobdagi temir miqdori zardobni temir bog'lash xususiyatini oshiradigan bo'lsa, (500 mg/% dan yuqori) siydik rangi qizaradi.

Diferoksamin bilan davolashga ko'rsatma.

- Koma yoki shok.

- Zardobdagi temir miqdori zardobni temir bog'lash xususiyatini oshiradi.

- Diferoksamin sinamasi musbat bo'lsa.

Yuborish usuli.

1. Yuborish yo'lini tanlash (mushak orasiga yoki vena ichiga), klinik ko'rinishi va temirning zardobdagi miqdoriga bog'liq. Mushak orasiga yuboriladigan dozasi har 4 soatda 50 mg/kg (maksimum 1g).

2. Vena ichiga jo'natish komada arterial gipotoniyada va atsidozda ishlatiladi. Preparat 50 mg/kg dozada vena ichiga 4 soat davomida sekin jo'natiladi. Tezligi 15 mg/kg soatdan oshmasligi kerak.

3. Zaharlanish belgilari yo'qolsa, siydik rangi va qondagi temir miqdori normallashta, davo to'xtatiladi.

Dializ yordamida faqatgina deferoksamin bilan boglangan temirni chiqarish mumkin. Dializ faqat oligouriya yoki anuriyada ko'rsatma bo'ladi.

Salitsilatlar bilan zaharlanish – 5 yoshdan kichik bolalarda eng ko'p tarqalgan.

Etiologiya. Zaharlanish to'satdan salitsilatlarini katta dozada ichib qo'yganda yuz beradi. Salitsilatlar bilan surunkali zaharlanganda epileptik tutkanoq va metabolik atsidoz oshish xavfi bo'ladi.

Salitsilatlar bilan zaharlanish boshlanganda respirator alkaloz paydo bo'ladi, giperventilyatsiyani chaqiradi. Giperventilyatsiya salitsilatlarini MNSga ta'siri bilan bog'liq. Keyin tezda, ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda metabolik atsidoz rivojlanadi. Giperventilyatsiya siydik bilan osmotik aktiv moddalarni yo'qotilishi, metabolizm kuchayishi va qusish degidratatsiya hamda atsidozni kuchaytiradi. Kichik yoshdagi bolalarda metabolik atsidoz va respirator alkaloz belgilari qo'shib keladi.

- Alkaloz va atsidoz chuqur tezlashgan nafas, chanqash, qusish, ko'p ter ajralishi bilan namoyon bo'ladi.

- Salitsilatlar moda almashinuvini tezlashtiradi, PVni sekinlashtiradi.

- og'ir holatlarda oligouriya, shok, kuzgalish, epileptik tutkanoklar va koma kuzatiladi.

- Salitsilatlar modda almashinuvini kuchaytiradi, PVni uzaytiradi, trombositlar faoliyatini buzadi va gipo yoki giperqlikemiyani chaqiradi. Salitsilatlarini qondagi miqdori ichilgandan keyin 2-6 soat o'tgach, maksimumga etadi. Aspirin buyraklar orqali 75% chiqariladi va jigarda 25% qayta ishlanadi.

Zaharlanish simptomlari qonda salitsilatlarining dozasi 150 mg/kg dan kam bo'lmasa kuzatiladi. Zaharlanish og'irligi zardobdagi salitsilatlar va darajasiga bog'liq: 50 mg% - engil zaharlanish, 50-80mg% - o'rta og'ir, 80-100 mg% - og'ir zaharlanish. Agar salitsilatlar 50 mg% bo'lsa, va zaharlanishni klinik belgilari bo'lmasa (engil giperventilyatsiyadan tashkari) gospitalizatsiya kilinmaydi.

Davolash – 150 mg/kg dan ko'p salitsilatlar ichilgan bo'lsa, atsidozdan tozalanadi.

- yo'qotilgan suv o'rninga suyuqlik qo'yiladi, gipoglikemiyada glyukoza yuboriladi.

- isitmada sovuq artish qo'llaniladi.

- gipoprotrombinemiya sababli qon ketishda vitamin K beriladi, lekin koagulopatiya faqat vitamin K ga emas, balki boshqa ivish faktorlari etishmasligi va trombotsitopatiya bilan ham bog'liq.

- salitsilatlar chiqarilishini tezlashtirish uchun siydik ishqorlanadi, vena ichiga bikarbonat natriy yuborilgan holda (2-3 mekv/kg har 4-6 soatda) siydikda rN 7, 5 dan ko'p bo'lishi kerak. Bunda salitsilatlarini $T_{1/2}$ vaqti 24-36 soatdan 6-8 soatgacha kamayadi. Siydikni ishqorlash uchun va kaliy yo'qotilishiga karshi K quyuladi (3-5 mekv/sut) Siydikda va qonda rN aniqlanadi.

- Salitsilatlar qonda xavfli darajada bo'lsa, (100-150mg%) oligouriya yoki anuriyada yurak kasalliklarida gemodializ ko'rsatma bo'ladi. Nisbiy ko'rsatma – bikarbonat samarasizligi, epileptik tutkanok va koma.

- agarda konda salitsilatlar 50% dan ko'p bo'lsa, aktivlangan kumir qayta beriladi.

PARATSETAMOL. Keyingi vaqtda paratsetamol issiq tushurish va analgetik sifatiligi tufayli aspiringa nisbatan ko'p qo'llanilmokda.

- Paratsetamol dozasi oshib ketganda 1-navbatda jigar zararlanadi.

- Birinchi 12-24 soatda ko'ngil aynishi, qusish, ko'p terlash kuzatiladi. 24-36 soatdan keyin jigar kattalashadi va og'riqli bo'lib koladi, sariklik, giperbilirubinemiya, giperammoniemiya, PVning uzayishi boshlanadi. Jigar biopatiyada gepatotsitlar tsitoliz va tsentrolobulyar nekroz kuzatiladi. Aminotransferazalar aktivligi zardobda 3-4 kunlarda yuqori darajaga etadi va jigar etishmasligi bo'lmasa bir hafta ichida normaga keladi.

Paratsetamol metabolitlari gepatotoksik ta'sirga ega. Metabolitlar paratsetamol dozasi oshganda jigardagi makromolekulalar bilan bog'lanadi va gepatotsitlar nekrozini chaqiradi.

- Paratsetamol bilan zaharlanish og'irligini boshlangich simptomlariga qarab aytish qiyin. 2-3 yoshli bola bir marotaba 3 gr. (taxminan 150 mg/kg) paratsetamol iste'mol qilsa, jigar zararlanishi mumkin. O'smirlarda toksik doza 8 gr.dan ko'p.

- Jigar zararlanish xavfini aniqlash uchun zaharlanishdan 4 soat keyin qonda paratsetamol miqdori qayta o'lchanadi, 4 soatdan keyin plazmadagi preparat ko'rsatkichi 200 mkg/ml oshadi yoki 12 soatdan keyin 50

mkg/ml., jigar zararlanish xavfi yuqori (aktiv aminotferaz 1000 ME/l.ga oshadi).

- Bolalarda paratsetamol dozadini oshuvini Reya sindromi, aminokislotalar almashinuvi buzilishi, alfa-antitripsin defitsiti, o'smirlarda Vilson kasalligi, alkogolizm, narkomaniya (geroin, uchuvchi uglevodorodlar) bilan qiyosiy taqqoslash o'tkaziladi.

Davolash.

Paratsetamol ichilganda 4 soatdan ko'p vaqt o'tmagan bo'lsa, ipekakuana siropi bilan qusish chaqiriladi yoki oshqozon yuviladi.

- aktivlangan ko'mir zaharlanishdan 4 soat oshiq o'tgan bo'lsa, beriladi, bunday paytda aktivlangan ko'mir atsetiltsistein bilan birga beriladi. Atsetiltsistein 10 dan 39% gacha aktivlangan ko'mirni sedsorbtsiya qiladi. Ferment sintezi induktorlari qarshi ko'rsatma hisoblanadi, misol uchun fenobarbital.

Antidepressantlar: Tritsiklik antidepressantlar. Traditsion tritsiklik antidepressantlar – amitriptipin, ilipramin, nortriptilin, protriptilin, deziaramin va doksepin - markaziy va periferik antixolinergik ta'sir ko'rsatadi, miokard qisqaruvchanligini pasaytiradi, qorinchalar ichi va AV-o'tkazuvchanligini sekinlashtiradi.

MNSga neyroleptik ta'sir qiladi. Boshka yangi preparatlar – amoksalin va unga o'xshash neyroleptik strukturali laksapin kamdan-kam kardiotsik, ko'proq tutqanoqni chaqiradi. Tetratsiklik antidepressant maprotilin kardiotsik va tetratsikli antidepressantlarga o'xshash tutqanoqni chaqiradi.

Klinik manzarasi.

1. Antixolinergik sindrom: midriaz, paralitik, ichak tutilishi, siydik tutilishi, gipertermiya;

2. Yurak kon-tomir sistemasining zararlanishi: qorinchalararo va qorinchalar aritmiyasi, o'tkazuvchanlikni buzilishi, arterial gipotoniya, o'pka shishi, shok.

3. MNSning zararlanishi: kuzgaluvchanlik, keyinchalik tormozlanish, sopor va koma, talvasalar bulishi mumkin. Metabolik atsidoz, talvasalar yuzaga keladi, yurak zararlanadi.

Davolash. Nafas yo'li o'tkazuvchanligi, nafas olish va qon aylanishni nazorat qilish. Qusish chakirilmaydi: oshkoondagi massalar aspiratsiyaga olib kelishi mumkin. Zaharlanish paytida oshkozon yuviladi (antidepressantlar uning motorikasini sekinlashtiradi) Aktivlangan ugol har 2-5 soatda 50 gr.dan beriladi (zaruriyat bo'lganda oshkozont zondi orqali

qo'llanadi). Aktivlangan kumir ichirilgandan sung oshkozon massalarini shilib oladi.

Yurak zararlanishi. Albatta EKG monitoringi kilinadi.

Qon tomirga ta'sir kiluvchi moddalar.

V-adrenoblakatorlar. Klinik manzarasi. Kabul kilingandan 2 soatdan keyin zaharlanish simptomlari boshlanadi. Belgilari: AV-blokada, arterial gipotoniya, brodikardiya va yurak etishmovchiligi miokard qisqaruvchanligi pasayishiga bog'liq. Sotolol taxikardiya chakirishi mumkin. Brodikardiya odatda birinchi paydo bo'ladi, keyinchalik boshka simptomlar paydo bo'ladi. O'pkaning surunkali kasalliklari va bronxial astmada V-adrenoblakatorlar odatiy dozada bronxospazm chaqirmaydi. Yurakka tanlab ta'sir etuvchi peredozirovkachi tez bronxospazm chakiradi. MNS zararlanishi talvasa bilan uykuchanlik, nafasni sekinlashishi va koma. Ko'ngil aynishi, qusish, ichaklarning og'ir ishemiyasi bulishi mumkin. Kam xollarda gipoglikemiya rivojlanadi, klinik belgilersiz kechadi.

Davolash. Venaga kateter kuyiladi. Oshkozonni tozalash. Agar zaharlanishga ko'p bulmagan bo'lsa, oshkozon yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. Qusish chakirilmaydi, adashgan nerv qo'zg'atilganda shok rivojlanadi. Brodikardiya 2 mg vena ichiga atrovin yuboriladi. Aktivlangan kumir ko'p marta beriladi.

Arterial gipotoniya fiziologik eritma yuboriladi. Markaziy qon aylanishini kuzatish kerak) Zaharlanishda asosiy moda Beta-adrenoblakatorlar – glyukogen, miokard qisqaruvchanligini va pulsni oshiradi. Boshlanishida 50-150 mkg/mg vena ichiga minutda beriladi, keyinchalik infuzion tezligi 1-5 mg/soat 5% glyukozada glyukogen effekti bo'lmasa izoprepalin 2-20 mkg/min tezlikda beriladi. Ba'zan 200 mkg/min oshiriladi. Agar A/D oshmasa noradrenalin beriladi. Pravonol bilan zaharlanganda adrenalinni extiyotkorlik bilan yuborish kerak. Arterial gipotoniya va reflektor brodikardiya chakirishi mumkin.

Bronxospazmni Beta-adrenostimulyatorlar va teofillin bartaraf kiladi. Talvasa Benzodiazepaminlar vena ichiga, keyin finiton vena ichiga yuboriladi

Gipoglikemiya glyukoza vena ichida beriladi, gipoglikemiya saqlansa – glyukogen vena ichiga yuboriladi. SO'V – nafas susayganda o'tkaziladi.

Gospitalizatsiya – EKG monitoringi o'tkazish 6 soatdan kam bulmasligi kerak. qon tomir sistemasi, o'pka va MNS zararlanish simptomlari bo'lsa, reanimatsiya bulimida gospitalizatsiyaga ko'rsatma

hisoblanadi. Agar bu simptomlar kuzatilmasa, psixiatr maslaxatidan keyin chiqariladi.

Sa - antogonistlari.

Klinik manzarasi. Preparatlar arterial gipotoniyani keltirib chiqaradi, kupchilik gipoglikemiya, uykuchanlik, hush xiralashuvi va komani keltirib chiqaradi. Verapamil va diptiazem og'ir bradikardiya, AV-blokada va asistoliya keltirib chiqaradi. Kamrok digidropiridinlar (misol uchun nefidipin) digidropiridinlar reflektor taxikardiyaning keltirib chiqaradi. Veroponil talvasa chakiradi, kamrok diptiazem va undan ham kamrok nefidipin. Odatda veropomil o'pka ishish va gipoglikemiyani keltirib chiqaradi. 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 saqlanishi mumkin.

Davolash: 1. Oshkozoni yuvish. Qusish chakirilmaydi, oshkazon massalari aspiratsiyasi va shoka olib kelishi mumkin. Agar zaharlanishga ko'p bulmagan bo'lsa, oshkazon yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaharlanganda, ularni bartaraf qilish uchun gastroskopich kilinadi va ichaklar polietelenglikol bilan yuviladi.

2. Arterial gipotoniya va yurak o'tkazuvchanligining buzilishi. Vena ichiga fiziologik eritma yuboriladi, Samara bo'lmasa, dofamin vena ichiga yuboriladi, Sa CL₂ (10-20 ml 10% eritma vena ichiga har 10 minutda 3-4 martagacha) arterial gipotoniya ko'rsatma, bradikardiya va AV-blokada, glyukogen va arterial gipotoniya ko'rsatma.

Ishqorlar va kislotalar: Ishqorlar. Natriy gidroksid zaharlanish keltirib chiqaradi (kristallik yoki rastvorda) ishkorlar idish-tovok yuvuvchi vositalar, santexnik vositalar, okartiruv vositalari, sochga ishlatiladigan vositalar, diagnostik moddalar tarkibida bo'ladi. og'ir zaharlanishlarni kanalizatsiya yo'llarini tozalovchi vositalar keltirib chiqarib, tarkibida natriy gidroksid eritmasi yuqori kontsentratsiyada bo'ladi.

Klinik manzarasi. Oshkazon ichak traktida chuqur uzgarishlar va nafas yo'llarida xam, og'iz bo'shlig'ida kuyish va ko'p sulak ajralishi bo'ladi. Kizilungach kuyishi 30-40% uchraydi. Ba'zan og'iz zararlanishi bulmaydi, ko'krak kafasida xarakterli og'riq, qusish, sulak okishi va stridor, oxirida kizilungach strukturasi rivojlanadi. Oshkazon kuyishini suyuklik ko'rinishidagi ishkorlar keltirib chiqaradi, perforatsiya bilan asoratlanishi mumkin. Yuqori nafas yo'llarining kuyishi og'ir obstruksiyaga olib keladi (natriy gidroksidning kristalli kukunlaridan nafas olganda).

Davolash: Og'iz bo'shlig'ini ko'p xajmli suv bilan tez-tez yuvish. (uzok vaqt davomida),

Qusish chakirilmaydi. Aktivlangan kumir, oshkozonna yuvish, kuchsizlantiruvchilar qo'llanilmaydi. Ishkorni neytrallash uchun kuchsiz kislota ishlatilmaydi, ba'zan kata miqdordagi suyukliklarni kabul qilish effektivligi isbotlanmagan.

Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash (traxeya intubatsiyasi va traxeyastomiya) kislorod berish.

Venaga kateter kuyish, tezlik bilan suyuklik kuyish boshlanadi, ChSS va AD orientirlanadi.

Xirurg konsultatsiyasi

Kortikosteroidlar kachon qo'llanadi, kizilungach strukturasi bo'lganda ruxsat etiladi.

Antibiotiklar infeksiyon asorat bo'lganda qo'llanadi.

Opioidlar. Klinik ko'rinishi. Hushni buzilishi, nafasni susayishi va mioz xarakterli belgilaridir. Arterial gipotoniya, bradikardiya va o'pka shishi ba'zi holatlardagina kuzatiladi. Gipoksiyada atsidozda, atropin, penidin yoki difenoksilat bilan birga kabul kilinganda midriaz kuzatiladi.

Davolash: Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi tiklanadi. Nafas va qon aylanishi tiklanadi. Oshkozon yuviladi va aktivlangan kumir beriladi. Nalacson (antidot opiotlarga karshi) MNSsi faoliyati susayishi, nafas susayishi va arterial gipotoniya ishlatiladi. Agar venaga kateter kuyilmagan bo'lsa, nalacson til ostiga yoki endotraxeal trubka orqali yuboriladi. Nalacson yuborilgandan sung odatda bemor hushiga keladi, bunga karamasdan tez gospitalizatsiya kilinishi shart. 45 minutdan sung bemor ahvoli og'irlashishi mumkin. Asosan uzoq vaqtli (48-soatgacha) davolash metadondan zaharlangandva talab etiladi. Bunday holatlarda nalacson 5% li glyukoza bilan birga vena ichiga doimiy infuziya kilinadi (soatiga boshlangich dozaning 2/3 qismi yuboriladi).

Fosfoorganik birikmalar. Kishlok xujaligida insektitsid (masalan: paration) va pedikulyozga karshi (malation) dori sifatida ishlatiladi.

Tashxisi. Klinik ko'rinishi neyronlarda AXE inaktivatsiyasi hisobiga atsetilxolinni yigilishi natijasida yuzaga keladi. M-xolinoretseptorlarni kuzgalishi natijasida mioz, sulak ajralishi kuchayishi, ko'z yosh ajralishi kuchayishi, kurishni buzilishi, oshkozon-ichak trakti motorikasini kuchayishi, bronxospazm, bronxoreya, ko'p miqdorda ter ajralishi (uz teriga chumilish), arterial gipotoniya va bradikardiya, siydik tutaolmaslik kabi belgilar kuzatiladi.

N-xolinoretseptorlar kuzgalishidan 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. o'pka shishi, pnevmoniya, aspiratsion pnevmoniya va RDSV ham bulishi mumkin. Ba'zan zaharlanishni oxirgi bosqichida polineyropatiya yuzaga keladi.

Davolash. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi, nafas va qon aylanish tizimi kuzatiladi. Teriga tushgan moddalar tozalab tashlanadi. Oshkozon yuviladi, aktivlangan kumir beriladi, qusish chakirilmaydi.

Atropin – fosforganiq birikmalardan zaharlanganda ishlatiladigan asosiy moda, boshlangich dozasi 1 mg v/i, sung har 15 minutda gmg dan to atropinizatsiya bulguncha (bronxoreya, sulak ko'p ajralishi, yuz giperemiyasi, midriaz yo'qolguncha) yuboriladi. Agar yana sutka davomida atropin junatilishi kerak bo'lsa, qo'llash mumkin, umumiy sutkalik dozasi 40 mg atrofida bulishi kerak. og'ir holatlarda uzoq davolash talab kilinadi va sutkalik mikdori yuqori dozada (0,5-1,5 g/sut) ishlatiladi. Mushakdagi holatlarga atropin ta'sir kilmaydi.

Salitsilatlar.

Salitsilatlardan zaharlanish o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir zaharlanish bir marta kabul qilishdan yuzaga keladi. Zaharlanish og'irligi dozasiga bog'liq.

1. Engil daraja – 150 mg/kg.
2. O'rta daraja – 150-300 mg/kg.
3. Og'ir daraja – 300-500 mg/kg.

Surunkali zaharlanish bir necha kun davomida 100 mg/kg/sut miqdorida qabul qilsa kelib chiqadi. Qarilarda surunkali kasallik fonida zaharlanish yuzaga kelsa, ko'pincha tashxislash kechikadi va letal holat 25% holatlarda kuzatiladi. Hatto og'ir surunkali zaharlanishda salitsilatarni plazmadagi miqdori kam bo'ladi.

Klinik ko'rinishi. Ko'ngil aynishi, kusish xarakterli bo'lib, plazmada preparat miqdori 30mg%dan oshib ketsa quloqlarda shovqin eshitiladi. Kattalarda isitma chiqishi nohush belgi hisoblanadi. og'ir zaharlanishlarda uyquchanlik, tutqanoqlar va koma rivojlanadi. RDS 30% holatlarda kuzatilib, asosan surunkali zaharlanishda, chekuvchilarda va qariyalarda rivojlanadi.

Arterial qonda gazlar - odatda boshida respirator alkaloz, keyin metabolik atsidoz qo'shiladi. Taxminan 20% holatlarda faqat metabolik

atsidoz, 40% holatlarda ularning birgalikda kelishi, boshkalarida respirator atsidoz kuzatilib, u odatda aralash zaharlanish bo'lganda kuzatiladi.

Gipoglikemiya. Ko'pincha bolalarda kattalarga nisbatan ko'p uchraydi.

Plazmada salitsilatlar miqdorini aniqlash orqali zaharlanish og'irligini va gospitalizatsiya qilish kerak yoki yo'qligi aniqlanadi. Miqdor odatda zaharlanishdan 6 soat o'tgach aniqlanadi (og'ir holatlarida bungacha aniqlaniladi) va maxsus komogramma orqali baholanadi. Miqdori 70 mg%dan yuqori bo'lsa, o'rta og'ir darajada zaharlanish, agar 100 mg%dan yuqori bo'lsa, o'lim kuzatilishi mumkin. Ichakda so'ruluvchi qobig'i bor tabletkalar qabul qilinganda va surunkali zaharlanishda komogramma qo'llanilmaydi. Bunday holatlarda rN (NSO₃)ni orientatsiya qilib olish kerak.

Davolash. Birlamchi bo'g'inda oshqozonni yuvish. Qusish chaqiriladi. Aktivlangan ko'mir beriladi (og'ir holatlarda ko'p marta).

Gospitalizatsiya.

Engil zaharlanish. Klinikasi: ko'ngil aynishi, qusish va quloqlarda shovqin bilan chegaralansa, qabul qilingan doza 150 mg/kg dan ortiq bo'lmasa, birinchi aniqlashda plazmada miqdori 65 mg% dan past bo'lsa, davolash qabul bo'limida o'tkaziladi. Salitsilat miqdori har 2 soatda aniqlanadi, to uni miqdori kamayishi kuzatilguncha davom ettiriladi. Agarda bemor ahvoli yaxshilansa, psixiatr kuruviga junatiladi.

O'rta og'ir zaharlanishda – 24 soatgacha gospitalizatsiya qilinadi.

Og'ir zaharlanishda – qabul qilingan dori miqdori 300 mg/kg dan ortik; xansirash, dehidratatsiya, o'pka shishi, hushni buzilishi, tutqanoqlar va koma bo'lsa, reanimatsiya bo'limiga gospitalizatsiya kilinadi.

Yoshi katta bemorlarda zaharlanish ko'p xollarda o'lim bilan tugaydi. Shu sababli reanimatsiya bo'limga gospitalizatsiya qilinadi. Agar salitsilatlar miqdori kamaymasa, oshqozonga kontrast modda yuborilib, rentgenografiya qilinadi. Konkrementlar aniqlanib, oshqozonni massaj qilgan holda ichaklar yuviladi.

Barbituratlar. Klinik ko'rinishi preparatlar dozasiga, qabul qilingandan so'ng o'tgan vaqt, qanday preparat qabul qilinganligiga: qisqa ta'sir etuvchi (amobarbital, senbubarbital, sekobarbital, pentobarbital) yoki uzoq ta'sir etuvchi (fenobarbital, barbital primidon) preparatlariga bog'liq. Qisqa ta'sir etuvchi preparatlardan kam dozalarda ham zaharlanish kelib chiqadi, lekin o'lim ko'p xollarda uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaharlanishda yuzaga keladi.

Klinik ko'rinishi. Engil zaharlanish alkogol mastligiga o'xshaydi. o'rta og'ir zaharlanishda hush yo'qoladi, bemor faqat og'riqni sezadi, pay reflekslari va nafasi susaygan, og'ir zaharlanishda koma rivojlanadi, normal reflekslar aniqlanmaydi (kuz korachigini yoruglikka reaksiyasi saqlangan) Babinskiy refleksii chaqiriladi. EEGda izoelektrik chizik aniqlanadi. Xarakterli teridagi belgi «barbiturat terisi» bosilgan joyda va akul barmoklarini kaft yuzasida pufakchalar bulishidir. Arterial gipotoniya va gipotermiya bulishi mumkin.

Davolash. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi va nafas ta'minlanadi. Oshqozonni yuvish va aktivlangan ko'mir uzoq ta'sir etuvchi preparatlardan zaharlanganda beriladi. Aktivlangan ko'mir 50 g.dan har 4 soatdan so'ng oshqozon zondi orqali yuboriladi, bu fenobarbital chiqib ketishini tezlashtiradi. Oshqozonni va ichakni yuvish bilan konkrementlar chiqarib tashlanadi. Bu muolaja qisqa ta'sir etuvchi preparatlardan zaharlanganda natija bermaydi. Arterial gipotoniya suyuqliklar infuziyasi amalga oshiriladi. Agar AQB ko'tarilmasa, noradrenalin va dofamin qo'llaniladi.

Nafas tizimidagi zaharli moddalar.

Nafas bilan kirgan zaharli moddalar ta'sirlovchi, bo'g'uvchi va tizimli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Qanday gaz bilan zaharlanganligi, zaharlanish markazi bilan bog'liqligini aniqlash kerak, bunda qanday davolash kerakligi belgilab olinadi.

Ta'sirlovchi gazlar. Teri va shilliq qavatlarni kuydirib, laringit, traxet, bronxit, bronxospazm, pnevmoniya va RDS chakiradi. Bu holatlar zaharlanishdan 24 soatdan sung rivojlanishi mumkin. Suv yaxshi eriydigan (xlor, ammiak, formaldegid, oltingugurt oksidi, ozon) birinchi navbatda kuz, xalkum va yuqori nafas yo'llarini zararlantiradi, suvda kam eriydigan (fosgen, azot oksidi) bronxiola va alveolalarni zararlantiradi. Maishiy kimyoda moddalarni extiyotsizlik bilan ishlatganda kelib chiqishi mumkin. Masalan: natriy gipoxlorit (okartiruvchi) bilan oltingugurt kislotasi (unitazlarni tozalash uchun) aralashib ketsa, xlor gazi ajralib chikadi. Natriy gipoxlorid bilan nashatir spirti aralashib ketsa xloramin ajralib chikadi.

Davolash. Nafas yo'llari o'tkazuvchanligi va nafas kuzatiladi. Bronxospazmda bronxodilatatorlar beriladi. RDSda kislorod beriladi yoki SO'V PDKV bilan birga o'tkaziladi. Teri zararlenganda ifloslangan kiyimlar echilib, terisi ko'p suv bilan yuviladi, koksholga karshi zardob kilinadi. ko'z tezlik bilan su vyoki fiziologik eritma bilan yuviladi, kislotada yoki ishkordan kuygan bo'lsa, okulist maslaxati zarurdir.

Gospitalizatsiya. RDS tez rivojlanmasligi mumkin, shuning uchun bemor 6 soatdan kam bulmagan vaqt davomida kuzatiladi, bemor uzini yaxshi xis qilishi va ko'krak kafasi rentgenografiyasida uzgarishlar topilmasligi mumkin. Gospitalizatsiyaga ko'rsatma yuqori nafas yo'llarini shishi, klinik va rentgenologik o'pka zararlanish belgilarini aniqlanishi.

Bo'g'uvchi gazlar. (argon, neon, geliy, vodorod, azot, metan, etan, atsetilen, butan, propan, tabiiy gaz va uglerod oksidi) nafas olinayotgan xavoda kislorod bilan almashinib, gipoksiya keltirib chiqaradi, zaharlanish og'irligi buguvchi gaz kontsentratsiyasi va undan nafas olish kancha davom etganligiga bog'liq.

Davolash: kislorod ingalyatsiyasi va quvvatlovchi chora-tadbirlar.

Zaharli gazlar – vodorod sulfid, metil bromid, fosforganiq birikmalar, is gazi va sinil kislotasi konga surilib zaharlanish keltirib chiqaradi.

Is gazi. Uglerod (2) oksidi gemoglobin birikib, kislorodni gemoglobin birikishini va uni tukimalarga etkazilishini to'xtatadi. Shuningdek tsitoxrom-S oksidaza bilan boglanib, tukima nafasini blokaydi. Mioglobin bilan boglanib miokardga tugridan-tugri zararlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Bularni xammasi tukima gipoksiyasiga olib keladi. Zaharlanish odatda kishda, yaxshi shamollatilmagan xonalarda yuzaga keladi, is gazini manbai yaxshi kurilmagan pechkalar, kamin, isituvchi moslamalar va dvigatellarni ichki yonishlari bulishi mumkin. Is gazidan zaharlanishni nospetsifik simptomlari bilan aniqlash kiyin bo'lib, shuni esda tutish kerak raO₂ konda normal bulishi mumkin. Bunda puls oksimetriya usulida tugridan tugri SaO₂ni aniqlash kerak.

Klinik ko'rinishi: karboksigemoglobinni (gemoglobin+SO) mikdoriga bog'liq. Agar mikdori 20-40% bo'lganda gripsimon sindrom: bosh aylanishi, bosh ogrigi, holsizlik, karaxtlik, ko'ngil aynishi, qusish, kurishning pasayishi: tur pardaga qon kuyilishlar bilan namoyon bo'ladi. Taxikardiya, ataksiya, tutkanok va hushni yo'qolishi kuzatiladi. EKGda ST sigmenti uzgarishi, o'tkazuvchanlikni buzilishi bo'lmasa va qorincha aritmiyalari aniqlanadi. Karboksigemoglobin mikdori 60 %ga etganda koma va ulim yuz beradi. Teri va lablarni olcha rangida bulishi oxirgi davrlarda kuzatiladi. Kechki asoratlari – bazal yadrolar infarkti hisobiga parkinsonizm, shuningdek og'ir nevrologik va ruhiy buzilishlar kelib chikadi.

Davolash: Maska yoki endotraxel trubka orqali sov kislorod berishdan boshlanadi. Bu tukimalar oksigenatsiyasini yaxshilaydi va karboksigemoglobinni T_{1/2}sini qisqartiradi (4-5 soatni 90 minutga)

Karboksigemoglobin miqdori har 2 soatda aniqlanadi. Ingalyatsiya davom ettiriladi, to uni miqdori 10 % ga tushguncha. og'ir holatlarda (nevrologik simptomatika, EKGda miokard ishemiyasi belgilari, og'ir metabolik atsidoz, rabdomioliz, o'pka shishi, hushdan ketish) 3 atm. Bosim bilan giperbarik oksigenatsiya o'tkaziladi. Bemorni ahvoli stabilashgandan sung giperbarik oksigenatsiya markaziga o'tkazish mumkin. Tutkanoklarda diazepam va fenitoin beriladi.

Absorbtsion zaharlanish.

Zaharlarni teri va ko'z shilliq qavatlari orqali surilishidan kelib chikadi. Kislota va ishkorlarning toksik ta'siri natijasida ko'z shilliq qavatlarining jarohati kuzatiladi. Zaharning surilishi jarohatlanmagan va jarohatlangan teri orqali utadi. Ikala holatda ham zaharni surilishini kamaytirish maksadida bemorni ifloslangan kiyimlari va terisi yuvib tozalanadi. Ushbu tadbirlarni amalga oshirishdan oldin ShTYo xodimi o'zini ximoya qilish uchun himoya kiyimini kiyishi kerak. (qo'lqop, ko'zoynak, respirator).

Belgi va simptomlari:

1. Anamnezida ta'sirlanganligi.
2. Bemorning terisida kukun va suyuklik bulishi.
3. Kuyishlar.
4. Qichishishlar.
5. Ta'sirlanish.
6. Qizarish.

Yordam ko'rsatish.

Umumiy axborot.

Har qanday bemorga birinchi yordam nafas yo'llari o'tkazuvchanligini va qon aylanishini ta'minlash. Zudlik bilan zaharlarni neytrallash maksadida ularga karshi antidotni aniqlash kerak. Tsianid bilan zaharlanganda nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklab, зудlik bilan antidod qo'llaniladi va kislorod beriladi. Bemorlar barchasi kislorod, nalakson, tiamin va glyukoza olishi kerak. Ayrim holatlarda – nalakson va atropin endotraxeal intubatsion trubka orqali beriladi. Imkoniyati boricha kondagi kand miqdorini aniqlab – pulsaksimetriya qilish kerak. Chunki gipoglikemiya va gipoksiya hushsizlik holatiga olib kelishi mumkin. Bemorga gipotenzion holat kuzatilsa – infuzion terapiya boshlash kerak. EPM xodimi uzini ximoya qilish choralari unutmasligi kerak.

Absorbtsion zaharlanishlarda ko'rsatiladigan yordam.

Bemorlarga ko'rsatiladigan yordam kuzga, teriga tushgan zaharlarga ko'rsatiladigan yordamdek bo'ladi. Teriga tushgan moddalar toza suvda

chutka bilan yuviladi. Kuzga yoki teriga tushgan suyukliklar toza suvda 20 minut davomida yuviladi. Teri va shilliq qavatlarini yuvish paytida ularning butunligi buzilmasligi kerak.

Og'iz orqali zaharli moddalarni kabul kilganda yordam ko'rsatish.

Bunday bemorlarga yordam ko'rsatishning asosiy maksadi tushgan zaharli moddalarni konga surilishini kamaytirishdan iborat. Bundan 90 % bemorlarga qusish protsessini stemullaydigan ipekakuana siropi zaharli moddalar (kimyoviy va tabiat usimliklari) kabul kilgandan sung 20 daqiqa ichida berilishi kerak. Ipekakuana siropini iloji boricha toksik moddani kabul kilgan paytda 1 soat ichida berilsa, bemorda qusish bo'lsa, preparatni 30 minutdan keyin yana qaytib berish tavsiya kilinadi. 1-2 yoshgacha bo'lgan bolalarga 15 ml kata yoshlilarga 30 ml bo'lib, kichik bolalarga juda sekin ichiriladi. Ipekakuana siropi quyidagilarga tavsiya kilinmaydi:

1. Shaytonlash kuzatilgan bemorlarga.
2. Hushini yo'qotgan bemorlarga.
3. Kayd kilgan va qusishi mumkin bo'lgan bemorlarga.
4. Kimyoviy moddalar bilan zaharlanganda va bu moddalar o'pka va oshkozon ichaklarga kuchli ta'sir ko'rsatganda.

Ipekakuana siropi antidotlar tavsiya kilinishni 1-6, 5 soatgacha chuzdirishi mumkin. Bu sirop bemorning umumiy ahvoriga yomon ta'sir kilmaydi. Aktivlangan ko'mir va ich suruvchi dorilar esa bemorning umumiy ahvoriga ta'sir kiladi.

Bu sirop yuqorida ko'rsatilgan qo'llanilishi mumkin bulmagan ko'rsatmalardan va zaharlanishdan keyin ko'p vaqt utgan bo'lsa, ishlatilmaydi. Agar bemor kislota yoki ishkor iste'mol kilgan bo'lsa, unga su tyoki suv berish mumkin. Bemorga kustirish mumkin emas, chunki korroziyalovchi moda ajralib chikadi va tukimalarni qayta jarohatlashi mumkin. Zaharni ta'sirini kamaytirish maksadida bemorga aktivlangan kumir beriladi. Bunda zaharli modda aktivlangan ko'mir bilan birikib ichaklar orqali axlat bilan chikib ketadi. aktivlangan kumir kukun yoki suspenziya holatida chiqariladi. Agar kukuni berilsa sharbat yoki suvda eritilib bemorga ichiriladi.

Bemorga aktivlangan ko'mir berishdan oldin shoshilinch tez tibbiy yordam xodimi raxbaridan dalolatnoma asosida ruxsat surashi kerak.

Asosiy tamoyil – aktivlangan ko'mir bemorga lga 10 nisbatda, ya'ni 10 qism aktivlangan kumir 1 qism zaharli 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 ko'mirni peropal zaharli moddalarni kabul kilgan bemorlarga kanchalik barvaqt berilsa foydasi yuqori bo'ladi. Aktivlangan kumir xavfsiz vosita bo'lib patsient axlati koramtir rangda ajralishiga sabab bo'ladi. Aktivlangan kumir qo'llanilmaydi: temir tuzlari, litiy va rux bilan zaharlanganda, chunki u ular bilan boglanmaydi.

Aktivlangan ko'mirni ichganidan keyin patsientda qusish kuzatilsa, tibbiy xodim aktivlangan kumirni qayta yana berishi kerak.

Ingalyatsiya yo'li bilan zaharlangan bemorlarga yordam ko'rsatish.

Bunday bemorlarga yordam ko'rsatish uchun birinchi navbatda ularni zaharli buglanish manbasidan va gazlardan izolyatsiya qilish kerak. Hodisa sodir bo'lgan joy toksik moda bilan zaharlangan bo'lsa, maxsus ximoya maskasi yoki respirator ishlatiladi.

Ingalyatsiya bilan zaharlangan bemorlarni yuqori nafas yo'llarining butunligini baholash va o'pkada auskultativ tekshiruv o'tkaziladi. Bunday bemorlarga kislorod yuqori bosimda beriladi. Barcha xansirash, taxipnoe va bradipnoe bor bemorlar zudlik bilan statsionarga yotkizilishi kerak. Is gazi bilan zaharlangan bemorlarga zudlik bilan giperbarik oksigenatsiya o'tkazilishi zarur.

Ingalyatsiyalar orqali zaharlanganda yordam ko'rsatish.

Narkotik moddalarni yuqori dozada kabul kilinganda nafas olishi to'xtab hushsiz bo'ladi. ShTYo xodimi yuqori nafas yo'llarini o'tkazuvchanligini faoliyatini tekshirib turishi lozim. Bemor hushsiz bo'lganda tili tortilishi, yuqori nafas yo'llarini yopilib kolishiga sabab bulishi mumkin. ShTYo xodimi bemorni pastki jag'larni harakatga keltirishi kerak, bu esa tilni pastga tushishiga yordam beradi. Kerak bo'lganda burun va og'iz orqali havo berishlar ishlatiladi. Agar yuqorida ko'rsatilgan usullar natija bermasa, sun'iy nafas berish Ambu kopchasi bilan yoki endotroxeal intubatsiya kilinadi.

Nalakson – narkotik moddalarni ko'p mikdorda kabul kilganda, asosiy qo'llaniladigan antidot hisoblanadi, uni kyuori malakali ShTYo xodimi yuborishi lozim. Nalakson mushak orasiga, vena ichiga va endotraxeal yuboriladi. Nalokson bemorga tez tibbiy yordam mashinasida berilishi kerak bo'lsa, unda bemor fiksatsiya kilinishi kerak, chunki nalaksonni yuborgandan keyin bemor tinch uxlashi kerak. Nalaksonni yuborgandan kein agar bemor uygonsa va statsionarga yotkizishdan va keyingi davo muolajalaridan bosh tortsa, taktika tumandagi holatga karab belgilanadi. Ayrim holatlarda ShTYo xodimi telefon orqali bemorni uzi

keyingi tekshiruvlardan va davolash muolajalaridan bosh tortgani xaqida guvohlar orqali gaplashadi. Chora tadbirlar foyda bermasa, unda ShTYo xodimi bemorni tibbiy muassasa raxbari bilan konsultatsiya kildiradi.

Xulosa.

1. Hodisa ruy bergan vaziyatda ShTYo xodimi uta extiyotkor bulishi kerak.

2. Bemorni ahvoli konikarli bo'lsa, xam, uni hayotini xavfsiz deb bulmaydi.

3. Doimo tulik anamnez yigish kerak.

4. Hodisa ruy bergan joyda tabletkalar, flakonlar va boshka narsalarni yigib bemor bilan davolash muassasasiga junatiladi.

5. Bemorga kasallik belgilari bo'lganda, unga aktivlangan ko'mir beriladi.

6. Ipekakuana siropini berganda juda extiyotkor bulishi shart.

7. Kerak bo'lganda tibbiy muassasa raxbari bilan maslaxat qilish kerak.

Nazorat uchun savollar:

1. Bolalarda o'tkir zaharlanishlarda kasallanish va o'limni epidemiologik ma'lumotlari.
2. Bolalarni o'tkir zaharlanishida tekshirish tamoyillari.
3. Bolalarda o'tkir zaharlanishda simptomatik davo tamoyillari.
4. Bolalarda o'tkir zaharlanishlarda shifoxonagacha tez tibbiy yordam.
5. Bolalarda kislota va ishqor bilan zaharlanganda tez tashxis kuyish va yordam ko'rsatish.
6. Bolalarda uglevodorodlar bilan zaharlanganda tez tashxis qo'yish va yordam ko'rsatish.
7. Bolalarda temir bilan zaharlanganda tez tashhishlash va tez tibbiy yordam ko'rsatish.
8. Salitsilatlar bilan zaharlanganda shoshilinch tashhishlash va yordam ko'rsatish.
9. Alkogol va narkotiklar bilan zaharlanganda tez tashhishlash va yordam ko'rsatish.

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 atvorining 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, neyroleptiklar qo'llash va transportirovkani amalga oshirishdan iborat.

Demak tibbiy tez yordam xodimi oldida xulq atvor buzilishiga shubha bo'lganda quyidagi uchta savol turadi:

1. O'zining, o'z komandasining, atrofdegilarning 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 atrofdegilar uchun xavfli bo'lib o'zgaradi va quyidagi belgilar bilan xarakterlanadi:

- Bemorni va atrofdegilarni bezovta qiladi
- Tibbiy tez yordam yoki psixiatrik xizmat aralashuvini talab qiladi.
- Hayot uchun muhim a'zolar faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi
- Bemor va atrofdegilar uchun xavfni tug'diradi
- Ijtimoiy me'yordan tubdan farq qiladi

Quyidagi holatlarni inkor qilmasdan turib, ruhiy kasallikni tasdiqlab bo'lmaydi:

- Gipoglikemiya
- Gipoksiya
- Noadekvat miya perfuziyasi
- Bosh miya jarohati
- Narkotik va alkogol
- O'ta qizib ketish va sovib ketish

- Markaziy asab tizimi infeksiyasi

Yuqorida ko'rsatilgan belgilarni inkor qilish 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 ishontiradigan 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'zolarini va do'stlarini jalb qilish
- 11 Vaqtni 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 shoshilinch 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'uro'rini 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 oyning 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

Orientatsiya

Bemordan yil, fasl, oy, oy kuni va hafta kunini 5 ko'rsatishini so'rang

Bemor hozir qaerda ekanligini (qavat, uy raqami, 5 shahar, viloyat, mamlakat)so'rang

Tezda ilg'ab olish

Uchta bir-biriga aloqasi bo'lmagan predmetni 3 ayting va uni bemordan qaytarib aytishni so'rang

Diqqat va hisob

Bemordan 100dan 7ta ayirib tashlash tartibini 5 so'rang(beshta ayiruvni amalga oshirish etarli)

Kechki ilg'ab olish

Bemordan bundan oldingi vazifada aytilgan uchta 3 predmetni qayta aytib berishni so'rang

Nutq va praksis

Qalam va qo'l soatini ko'rsating va bemordan 2 ularni atalishini so'rang

Bemordan "adi badi, kabi" so'zlarini qaytarishini 1 so'rang

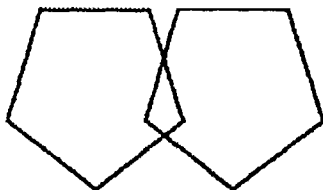
Bemordan uchta ketma ket harakatlarni 3 bajarishini so'rang (masalan qog'oz varag'ini olish, uni ikkiga buklash, polga qo'yish)

Bemordan yozma vazifani bajarishni so'rang 1

(masalan ko'zingizni yoping)

Bemordan o'zi hohlagan gapni o'ylashini va 1
yozishini so'rang

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 o'rinishi bilan bog'liq bo'lsa, ustunlik shu tarafda bo'ladi
- 2 Bemorni diqqat bilan eshitish
- 3 Bemorni shikoyati va hissiyotini qabul qilish
- 4 Bemor uchun ahamiyatli bo'lgan biror bir narsa qilish
- 5 Qo'rqinch va o'ta ehtiyotkorsizlikga 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 qiluvchi 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 o'rinish 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 ruhiy holati
 - 3 Sizing 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

Ruhiy 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 shikaslanishi kuzatilmaydi.

Organik psixozlar metabolik buzilishlarda infeksiyalar, yomon sifatli o'smalar, yurak qon tomir kasalliklari, shikastlanishlar va zaharlanishlarda uchraydi

Diagnostika

Birinchi 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 o'rindaetgan bo'lsa, bolani tinchlantirish qiyin.

Shoshilinch yordam

Bolani jismoniy kuch bilan iloji boricha engil shaklda tez to'xtatmoq zarur. Dori- darmon ehtiyotkorlik 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 barbituratlarining MAIga nojo'ya ta'sirini oshiradi.
- 3 Keyinchalik ruhiy tekshiruv o'tkaziladi va bola maxsus ruhiy shifoxonaga yoki internatga joylashtiriladi.
- 4 Har doim ham tajovuzkor harakat asosida ruhiy kasallik yoki adolatsizlik, xafagarchilik yotishini qayd qilishning iloji bo'lmaydi. Shu sabab qachonki bola atrofdegilar 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, qo'lmaydi yoki kech qo'lishni 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 dasto'rini 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 Tasodifly 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, qo'lmaydi, jismoniy muloqotdan 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, qizilchaning 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 funksiyasi yo'qoladi. Ikkilamchi autizm bilan asoratlanishi mumkin.

Sababi: noaniq.

Oqibati: autizmga nisbatan yaxshiroq.

Kechki bolalar psixozi

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 tushuntirishlari 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 Antiijtimoiy 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 antiijtimoiy xulq deb tashhis qo'yishga asos bo'ladi. Agar antiijtimoiy 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 qattiy parhez ushlash.
- 2 Me'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'qilishi, 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, Kleyne—Levina sindromi, Klyuvera—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

Notabiiy 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'irmi?» kabi savollar beriladi. Bu savollar bolaning qayg'usini kainaytiradi 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'zgarmaydi.
- 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 atrofdagilar 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 muloqotga 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) muloqot 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 atrofdagilardan 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 cho'yshab va siquvchi kiyimlar bilan bog'lash kam holatlarda amalga oshiriladi va ancha xavflidir. Bog'lashning har qanday turida bemorni doimiy kuzatuv 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 muloqotda 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'liga maxsus kishan taqiladi. Kishanlar bemorni ko'chirib o'tkazish uchun va atrofdagilarning xavfsizligi uchun qulaydir. Holat normallashtirishdan 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 qusuq 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 ayting
7. Kechki bolalar psixozining belgilarini ayting
8. Bolalarda emotsional buzilishlar belgilarini ayting
9. Xulq atvor shoshilinch holatidagi bemorlarni bog'lab qo'yishning to'rtta asosiy usullarini ayting.

TASHQI MUHIT OMILLARI TA'SIRI NATIJASIDA YUZAGA KELUVCHI SHOSHILINCH HOLATLAR

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 yo'naltira olish - atrof muhit tasiri ostida paydo bo'ladigan shoshilinch holatlarni davolashda samarali yordam beradi.

Cho'kish. Odamning suvga yoki boshqa suyuqlikga 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- chuqurlik sho'ng'ish moslamasi yordamida cho'milish), bo'yin 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'kishiga, bazan 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;

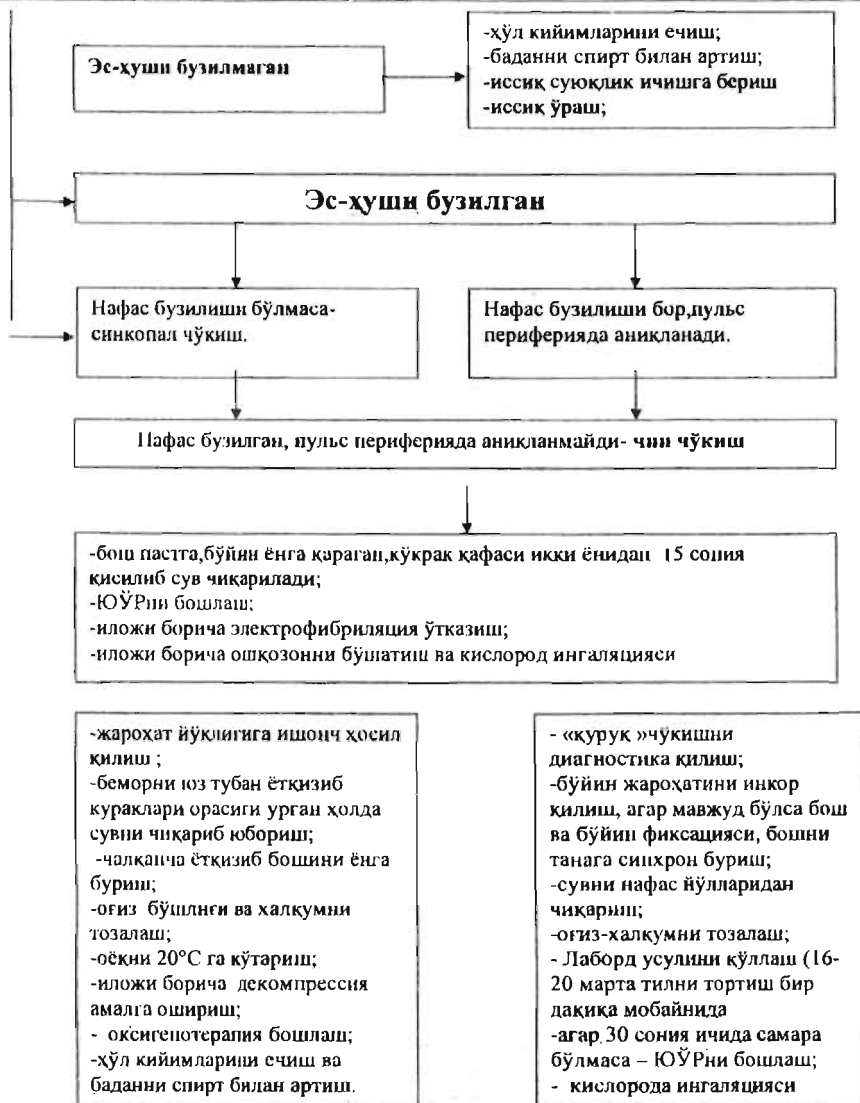
1. Ichimlik suviga cho'kganda, gipotonik suv surfaktantni yuvadi va qon tomirlarga tez so'riladi, mikroatelektazlar chaqiradi, o'pkaning shishi, plazma osmolyarligini kamaytiradi, gemoliz, giperkapniya, yurak qorinchalari fibrilyatsiyasiga olib keladi.
2. Dengiz suvida cho'kkanda gipertonik suv alveola epiteliyalarini shikastlab alveoladagi plazma hajmini oshiradi va natijada o'pka shishini keltirib chiqaradi. Qon tomirlarda plazma hajmi kamayib, giperkaltsiemiya, gipermagnemiya (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 asfiktsiyani 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.

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 galdan 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.

Cho'kishda:

1. Jabrlanuvchini qutqardingiz;
2. Ahvoli og'irligini baholang.
3. Kelib chiqish sababini aniqlang.



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 ko'rak o'rtasiga urib suvdan xolos etiladi.

-chalqancha yotqizilib, bosh yon tomonga o'giriladi.

-og'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'lmashligi bilan bog'liq holatdir.

Organizmدا 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 eritmalarini qabul qilish. Tuzli eritmalarini 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, qusish, taxikardiya, arterial gipotoniya, qo'zg'aluvchanlik va tutqanoqlar bilan namoyon bo'ladi. Badani nam ter bilan qoplangan, tana harorati me'yor yoki sezilarsiz darajada ko'tarilgan bo'ladi. Bir yoshgacha bolalarda ter bezlari kamligi hisobiga bu davr kuzatilmaydi.

Davosi: salqin sharoitda tinchlik yaratish, elpish yordamida issiqlik ajralishini kuchaytirish va tuzli eritmalar yordamida yo'qotilgan suyuqlik o'rnini to'ldirishdan iborat. Qusish va gemodinamika buzilishlarida vena ichiga tomchilatib fiziologik eritmalarini yuborish tavsiya etiladi.

Issiqlikdan toliqish- bu suyuqliklarning ter orqali ko'p chiqib ketishida uchrab, bunda aylanuvchi qon hajmi keskin kamayib ketishi hisobiga tomirlar 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'zgaragan 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 artiladi. Ko'roq suyuqlik ichishi so'ralib, agar bemorda ko'ngil aynashi bo'lsa, tomir ichiga suyuqliklar yuboriladi. Bemorda es hushi buzilishi kuzatilsa glyukoza miqdorini tekshirish lozim. Agar hushini yo'qotish yoki yurakning qo'shimcha kasalliklari mavjud bo'lsa, bemorlar shifoxonaga olib boriladi. Iloji boricha kislorod 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 natajasida 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 aritmiyalarini 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

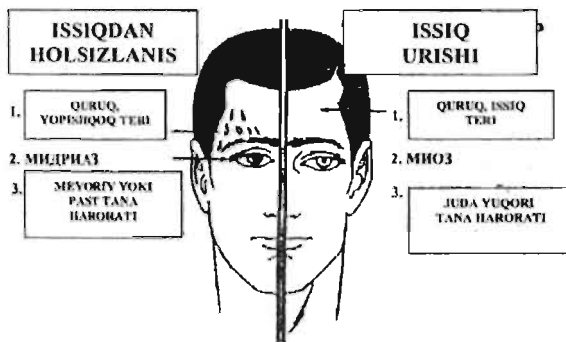
2. Bemorni iloji boricha tez shamollatish, barcha kiyim boshlarini echib tashlash, 20-25S li suvda tez -tez cho'miltirish, havo sovutgichlar yordamida bemorni sovutish lozim.

3. Markaziy venaga katater qo'yilib tomir ichiga suyuqliklar infuziyasi amalga oshiriladi va buyrak faoliyati nazorat qilinadi.

4. Ikkilamchi asoratlarga tekshiriladi.

5. Bemorlar tez trasportirovka 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 35° S dan pastga tushib ketishiga aytiladi. Bolalarda gipotermiyani asosiy sababi cho'kish hisoblanadi. 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 32° S 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 28° S 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 - $34 - 36^{\circ}\text{C}$
- O'rta gipotermiya - $30-34^{\circ}\text{C}$
- Og'ir gipotermiya - $<30^{\circ}\text{C}$

Shoshilinch yordam:

1. AVS- yordam
2. Xo'l kiyim-boshlarni echish
3. Bemorni harorat yo'qotishdan saqlash va shamoldan himoya qilish
4. Chalqancha yotqizish

5. Aktiv va tez harakat qilishdan qochish
6. Tana haroratini nazorat qilish
7. Bo'yin, ko'krak sohasiga, bosh va chov sohasiga issiqlik manhaini qo'yish
8. Nazorat qilish qiyin bo'lgan qaltirashdan keyin iliq suyuqliklarni ichirish
9. Spirtli ichimliklar, kofe bermaslik 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 $43^{0\text{ s}}$ gacha isitilgan holda bemor tana haroratini har soatda 1 gradusga ko'targan holda infuzion davoni amalga oshirish.
12. Isitilgan va namlangan kislorodni ingalatsiya qilish (tana haroratini 1 soatda 1 gradusga oshirib borish).
13. Dori vositalari metabolizmni susaytirishini hisobga olib bemorga yuborish tavsiya etilmaydi.
14. Yurak to'xtab qolishi kuzatilsa reanimatsion tadbiri quyidagi ko'rinishlarni hisobga olib bajarish zarur:
 - $< 30^{\circ}\text{ C}$ – faqat defibrilatsiyani ketma-ket 3 ta zaryadini qo'llash va dori vositalarini bemorga yubormaslik
 - $> 30^{\circ}\text{ C}$ – defibrilatsiya razryadq talab etilgan holda harorat ko'tarilishiga qarab qaytarilib boriladi va dori vositalari tanaga yuborilishi intervalga etibor beriladi.
 - Bemorda to'g'ri ichakda tana harorati 23° 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
- Junjukish
- Muzlash

Shamol ta'sirida sovuq qotish surunkali namligi past harorat ta'siri natijasida rivojlanadi. Bunda quyidagi ko'rinishlar kuzatiladi:

- Tanani ochiq sohalaridagi yallig'lanish, shikastlangan sohadagi og'riqli holat yoki yurakdan uzoqda joylashgan sohalar kaft, quloq, boldir sohasi, tovondagi og'riqlar.

- Qichish, achishish, teri sezuvchanligini pasayishi

Bu shikastlanishlar qaytalanish holatiga ega bo'lib, sovuq ta'sir qilishi natijasida qayta rivojlanadi.

Shoshilinch tibbiy yordam – iliq suvda isitish yoki shikastlangan sohani isitilgan bog'lam bilan bog'lash, agar shikastlangan soha oyoq bo'lsa, uni ko'tarib qo'yish.

«**Transheya tovoni**» odatda past uamli haroratning 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 sohani ko'tarish, uni tozalash va quruq bog'lam qo'yib isitish kerak.

Junjukish – muzlash oldi holati bo'lib, shikastlangan soha isitilgan holda 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 sohada 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 ko'rinishdagi shishlar
 - Aniq pufaklarni xosil bo'lishi
- 3-chi bosqich.. Bunga xos bo'lgan ko'rinish:
 - Barcha teri qavatlarini va teri osti yog' qavatini ham 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'k 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
- Extiyotkorlik 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, 1⁰ da bo'lishi kerak. Suv harorati tez tushishi sababli issiq suv quyib turish kerak bo'ladi.
- Shikastlangan sohaga 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 holsizlanishda 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 ko'rsatiladigan 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.

Terishga 15.12.2011-y.da berildi. Bosishga 26.12.2011.-y.da ruxsat etildi. Bichimi 60x84 "Times" garniturasi. Ofset bosma.
Bosma taboq 17.75 Buyurtma № 34. Adadi 20 nusxa.
MChJ "Yangiobod matbaa" bosmaxonasida bosildi.

